

**BỘ Y TẾ  
CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**



**BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

**CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HIV/AIDS NGOẠI  
TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2012**

Chủ nhiệm đề tài: TS. Lê Thị Hương

Đồng chủ nhiệm đề tài: TS. Trần Văn Sơn

Cơ quan thực hiện đề tài: Phòng CSĐT HIV/AIDS, Phòng NCKH&HTQT

Cơ quan quản lý đề tài: Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Mã số đề tài (nếu có):

**Hà Nội, năm 2012**

**BỘ Y TẾ  
CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**



**BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

**CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HIV/AIDS NGOẠI  
TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2012**

Chủ nhiệm đề tài: TS. Lê Thị Hương

Đồng chủ nhiệm đề tài: TS. Trần Văn Sơn

Cơ quan thực hiện đề tài: Phòng CSĐT HIV/AIDS, Phòng NCKH&HTQT

Cơ quan quản lý đề tài: Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Mã số đề tài (nếu có):

Thời gian thực hiện đề tài: từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2012

Tổng kinh phí thực hiện đề tài: 42.800.000 đồng

Trong đó: - Kinh phí SNKH: 42.800.000 đồng

- Nguồn khác (nếu có): 0 đồng

**Hà Nội, năm 2012**

## **BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

1. Tên đề tài: Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012
2. Chủ nhiệm đề tài: TS. Lê Thị Hương & TS. Trần Văn Sơn
3. Cơ quan thực hiện đề tài: Phòng CSĐT HIV/AIDS - Phòng NCKH&HTQT
4. Cơ quan quản lý đề tài: Cục Phòng, chống HIV/AIDS
5. Thư ký đề tài: ThS. Trần Tuấn Cường
6. Phó chủ nhiệm đề tài: ThS. Dương Thúy Anh
7. Danh sách những người thực hiện chính:
  - ThS. Đoàn Thị Thủy Linh, Chuyên viên phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS
  - ThS. Trần Quốc Tuấn, Giám đốc Bệnh viện Điều trị 09
  - TS. Phạm Thị Thanh Thủy, Phó trưởng khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai
  - CN. Tạ Thị Liên Hương, Chuyên viên phòng Kế hoạch - Tài chính
  - DS. Phạm Lan Hương, Chuyên viên phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS
8. Thời gian thực hiện đề tài từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2012

## MỤC LỤC

<b>PHẦN A.</b> .....	<b>1</b>
<b>TÓM TẮT CÁC KẾT QUẢ NỔI BẬT CỦA ĐỀ TÀI</b> .....	<b>1</b>
1. Kết quả nổi bật của đề tài .....	1
2. Áp dụng vào thực tiễn sản xuất và đời sống xã hội .....	1
3. Đánh giá việc thực hiện đề tài .....	2
4. Các ý kiến đề xuất .....	3
<b>PHẦN B.</b> .....	<b>4</b>
<b>BÁO CÁO CHI TIẾT KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ</b> .....	<b>4</b>
<b><i>I. ĐẶT VẤN ĐỀ</i></b> .....	<b><i>4</i></b>
<b><i>II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU</i></b> .....	<b><i>6</i></b>
<b><i>III. TỔNG QUAN TÀI LIỆU</i></b> .....	<b><i>7</i></b>
1. Tình hình chăm sóc, điều trị HIV/AIDS trên Thế giới và Việt Nam .....	7
2. Điều trị ARV ngoại trú cho bệnh nhân HIV/AIDS .....	10
3. Chi phí và phân tích chi phí y tế .....	12
4. Các nghiên cứu liên quan đến chi phí chăm sóc và điều trị HIV/AIDS .....	17
<b><i>IV. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</i></b> .....	<b><i>24</i></b>
1. Đối tượng nghiên cứu .....	24
2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu .....	24
3. Thiết kế nghiên cứu .....	24
4. Mẫu và phương thức chọn mẫu .....	25
5. Phương pháp thu thập số liệu .....	25
6. Các biến số và chỉ số đánh giá .....	26
7. Phương pháp phân tích số liệu .....	34
8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu .....	35
<b><i>V. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</i></b> .....	<b><i>37</i></b>
1. Đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS tại PKNT .....	37
2. Chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú .....	43

3. Khả năng chi trả và một số yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình .....	54
<b>VI. BÀN LUẬN .....</b>	<b>61</b>
1. Đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS tại PKNT .....	61
2. Chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú .....	63
3. Khả năng chi trả và một số yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình .....	66
4. Điểm mạnh của nghiên cứu .....	68
5. Hạn chế của nghiên cứu .....	69
<b>VII. KẾT LUẬN .....</b>	<b>71</b>
1. Chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú .....	71
2. Khả năng chi trả và một số yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân cùng gia đình .....	71
<b>VIII. KHUYẾN NGHỊ .....</b>	<b>73</b>
1. Đối với bệnh nhân và gia đình .....	73
2. Đối với cán bộ y tế tại PKNT .....	73
3. Đối với Bệnh viện và BQL tiêu dự án LIFE-GAP .....	73
<b>IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO .....</b>	<b>75</b>
<b>X. PHỤ LỤC .....</b>	<b>80</b>
Phụ lục 1. Phiếu tổng hợp thu thập số liệu thứ cấp tại Bệnh viện Bạch Mai .....	80
Phụ lục 2. Bộ câu hỏi phỏng vấn .....	103
Phụ lục 3. Giấy đồng ý tham gia nghiên cứu .....	110
Phụ lục 4. Bản cam kết về đạo đức nghiên cứu .....	111

## NHỮNG CHỮ CÁI VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người)
ARV	Antiretroviral (Thuốc kháng HIV)
BANT	Bệnh án ngoại trú
BHYT	Bảo hiểm y tế
BN	Bệnh nhân
CBYT	Cán bộ y tế
CD4	Cluster of differentiation 4
CĐHA	Chẩn đoán hình ảnh
Điều trị ARV	Điều trị bằng thuốc ARV
GĐ	Gia đình
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy (Điều trị kháng retrovirus hiệu quả cao)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người)
TCKT	Tài chính Kế toán
LIFE-GAP	Dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại Việt Nam
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
PKNT	Phòng khám ngoại trú
TB	Trung bình
TSCĐ	Tài sản cố định
TV	Thành viên
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Chương trình Phòng, chống AIDS Liên hiệp quốc)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)
XN	Xét nghiệm

## **PHẦN A.**

### **TÓM TẮT CÁC KẾT QUẢ NỔI BẬT CỦA ĐỀ TÀI**

#### **1. Kết quả nổi bật của đề tài**

Kinh phí đầu tư cho công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam chủ yếu là viện trợ nước ngoài, trong đó chăm sóc và điều trị HIV/AIDS là một trong hai hạng mục chi tiêu chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi cho HIV/AIDS. Một trong những thách thức lớn nhất hiện nay là đảm bảo tính bền vững của chương trình khi nguồn viện trợ nước ngoài bị cắt giảm nhanh khi Việt Nam thoát khỏi nhóm các nước nghèo.

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS (ngoại trú và nội trú), và mới chỉ nghiên cứu về chi phí theo quan điểm từ phía người cung cấp dịch vụ, mà chưa đề cập đến gánh nặng cũng như khả năng chi trả chi phí điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS và gia đình.

Nghiên cứu đã đưa ra “bức tranh toàn cảnh” về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, đặc biệt đưa ra một trong những bằng chứng đầu tiên về các chi phí phải tự chi trả cũng như khả năng chi trả chi phí của bệnh nhân và gia đình. Kết quả nghiên cứu cho thấy chi phí bình quân một năm cho một bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú khoảng 12,7 triệu đồng (75% do người cung cấp dịch vụ chi trả, 25% do bệnh nhân và gia đình chi trả). Chi phí điều trị ARV phác đồ bậc 2 đắt hơn khoảng 2,7 lần so với điều trị phác đồ bậc 1 và bệnh nhân được tiếp cận điều trị sớm sẽ giúp giảm đáng kể chi phí điều trị. Đa số bệnh nhân (73,3%) có khả năng chi trả được chi phí liên quan đến điều trị mà họ đang phải chi trả nhưng chủ yếu là chi phí đi lại. Khi phân tích đa biến, nghiên cứu cũng tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng chi trả chi phí điều trị của bệnh nhân với tình trạng hôn nhân, khoảng cách từ nhà đến PKNT, tham gia BHYT, thu nhập TB/tháng và điều kiện kinh tế hộ gia đình của bệnh nhân ( $p < 0,05$ ).

#### **2. Áp dụng vào thực tiễn sản xuất và đời sống xã hội**

Các kết quả của nghiên cứu sẽ cung cấp các thông tin hữu ích trong hoạch định chính sách cho chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

Kết quả nghiên cứu cũng giúp Bệnh viện, Ban Quản lý tiểu dự án LIFE-GAP giám sát được kế hoạch, ngân sách của phòng khám ngoại trú, phát hiện những chi phí chưa

phù hợp để có điều chỉnh kịp thời; đồng thời giúp đưa ra các bằng chứng về chi phí điều trị, từ đó ước tính nhu cầu nguồn lực để xây dựng kế hoạch phù hợp trong điều kiện cắt giảm viện trợ trong các năm tiếp theo và đưa ra giải pháp để giảm thiểu chi phí. Đặc biệt, từ các bằng chứng về gánh nặng chi phí điều trị từ phía bệnh nhân HIV/AIDS cùng gia đình, Bệnh viện và Ban Quản lý tiểu dự án sẽ xây dựng các hỗ trợ phù hợp, góp phần mở rộng và nâng cao chất lượng chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS.

### 3. Đánh giá việc thực hiện đề tài

#### a) Tiến độ:

Đúng tiến độ	x
Rút ngắn thời gian nghiên cứu	
Tổng số thời gian rút ngắn ... tháng	
Kéo dài thời gian nghiên cứu	
Tổng số tháng kéo dài ... tháng	
Lý do phải kéo dài ...	

#### b) Thực hiện các mục tiêu nghiên cứu đề ra:

Thực hiện đầy đủ các mục tiêu đề ra	x
Thực hiện được các mục tiêu đề ra nhưng không hoàn chỉnh	
Chỉ thực hiện được một số mục tiêu đề ra	
Những mục tiêu không thực hiện được (ghi rõ)	

#### c) Các sản phẩm tạo ra so với dự kiến trong bản đề cương:

Tạo ra đầy đủ các sản phẩm đã dự kiến trong đề cương	x
Chất lượng sản phẩm đạt yêu cầu như đã ghi trong đề cương	x
Tạo ra đầy đủ các sản phẩm nhưng chất lượng có sản phẩm chưa đạt	
Tạo ra đầy đủ sản phẩm nhưng tất cả sản phẩm đều chưa đạt chất lượng	
Tạo ra được một số sản phẩm đạt chất lượng	
Những sản phẩm chưa thực hiện được (ghi rõ)	



d) Đánh giá việc sử dụng kinh phí:

Tổng kinh phí thực hiện đề tài: ... triệu đồng.

Trong đó: Kinh phí sự nghiệp khoa học: ... triệu đồng;

Kinh phí từ nguồn khác: Không.

Toàn bộ kinh phí đã được thanh quyết toán:

Chưa thanh quyết toán xong:

Kinh phí tồn đọng: ... triệu đồng.

Lý do (ghi rõ):

#### **4. Các ý kiến đề xuất**

a) Đề xuất về quản lý khoa học công nghệ:

Khoảng thời gian từ bảo vệ đề cương nghiên cứu, phê duyệt Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cho đến khi có Quyết định phê duyệt đề tài khá dài đã ảnh hưởng đến việc triển khai nghiên cứu, nhóm nghiên cứu không thể chủ động được về thời gian do phải chờ đợi việc hoàn thành thủ tục. Vì vậy, nhóm nghiên cứu kiến nghị cơ quan quản lý khoa học công nghệ cần rút ngắn thời gian phê duyệt Hội đồng đạo đức và Quyết định phê duyệt đề tài.

b) Đề xuất liên quan đến đề tài:

Nghiên cứu đã đưa ra “bức tranh toàn cảnh” về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, đặc biệt đưa ra một trong những bằng chứng đầu tiên về chi phí phải tự chi trả cũng như khả năng chi trả chi phí của bệnh nhân và gia đình. Các kết quả của nghiên cứu sẽ cung cấp các thông tin hữu ích trong hoạch định chính sách cho chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

Tuy nhiên, do hạn chế về thời gian và nguồn lực nên nghiên cứu mới được thực hiện tại PKNT HIV/AIDS của Bệnh viện Bạch Mai - đại diện cho PKNT tuyến Trung ương. Để có những thông tin hữu ích về "bức tranh toàn cảnh" về chi phí điều trị tại Việt Nam (đại diện cho 3 tuyến: Trung ương, tỉnh/thành phố, huyện), nhóm nghiên cứu đề xuất tiếp tục triển khai đề tài ở hai tuyến tỉnh/thành phố và tuyến huyện trong các năm tiếp theo.

## **PHẦN B.**

### **BÁO CÁO CHI TIẾT KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

#### **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Dịch HIV/AIDS là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao ở cả người lớn và trẻ em trên thế giới. Tính đến 12/2009, trên thế giới có khoảng 33,3 triệu người sống chung với AIDS, trong đó có khoảng 30,8 triệu người lớn; số người nhiễm HIV mới khoảng 2,6 triệu người và 1,8 triệu người chết vì AIDS [11].

Tại Việt Nam, kể từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện vào năm 1990, đến nay HIV đã trở thành một đại dịch. Tính đến 30/06/2012, số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 204.019 người, số bệnh nhân AIDS hiện còn sống là 58.569 người và 61.856 trường hợp tử vong do AIDS [11]. Dịch HIV có xu hướng giảm nhưng một số tỉnh/thành phố tình hình dịch vẫn còn diễn biến phức tạp. Cảnh báo nguy cơ dịch HIV gia tăng ở các tỉnh lân cận các thành phố lớn không triển khai các can thiệp giảm tác hại [11].

Tính đến ngày 30/06/2012, số bệnh nhân AIDS được điều trị bằng thuốc kháng HIV (ARV) là 67.057 người, trong đó có 63.490 bệnh nhân người lớn và 3.567 bệnh nhân trẻ em [13]. Số bệnh nhân người lớn điều trị ARV thuộc Chương trình PEPFAR và Dự án Quỹ toàn cầu Phòng, chống HIV/AIDS là 59.759 người (chiếm tỷ lệ 94,1%) và chỉ có 3.731 người (5,9%) thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS [13]. Tuy nhiên, chương trình điều trị ARV mới chỉ đáp ứng được 51,3% số bệnh nhân ước tính có nhu cầu điều trị trên toàn quốc [8].

Theo Báo cáo đánh giá Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020, tổng nguồn kinh phí viện trợ giai đoạn 2004-2009 chiếm 71% tổng kinh phí đầu tư cho công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam; trong đó, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS là một trong hai hạng mục chi tiêu chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi cho HIV/AIDS giai đoạn 2007-2009 phân bổ theo hạng mục [23]. Một trong những thách thức lớn nhất cho công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS hiện nay là đảm bảo tính bền vững của chương trình khi nguồn viện trợ bị cắt giảm nhanh khi Việt Nam thoát khỏi nhóm các nước nghèo [11].

Trên thế giới, với các nước có nền kinh tế phát triển, ngân sách cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS hầu hết là ngân sách từ Chính phủ. Tuy nhiên, với các nước thuộc nhóm đang phát triển và kém phát triển thì ngân sách của Chính phủ đầu tư cho chương trình rất hạn hẹp trong khi tình hình dịch HIV/AIDS tại các nước này rất phức tạp và có xu hướng gia tăng, ngân sách còn lại chủ yếu do viện trợ.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu được tiến hành về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS, xác định chi phí trung bình trước điều trị ARV, điều trị ARV ngoại trú, bệnh nhân mới bắt đầu điều trị và ước tính chi phí chăm sóc hàng năm của gia đình với họ, đánh giá chi phí - hiệu quả của các phác đồ điều trị để xây dựng các chính sách và can thiệp phù hợp. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS đồng thời kết quả nghiên cứu không phù với tình hình hiện nay do lạm phát và trượt giá qua các năm. Các nghiên cứu tại Việt Nam chủ yếu đề cập đến chi phí từ phía người cung cấp dịch vụ, chưa đề cập đến chi phí - gánh nặng chi phí từ phía bệnh nhân và gia đình khi tham gia chăm sóc, điều trị HIV/AIDS.

Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện đa khoa Trung ương hạng đặc biệt với đội ngũ cán bộ y tế có kiến thức và trình độ chuyên môn cao trong nhiều lĩnh vực, trong đó có lĩnh vực Truyền nhiễm. Nguồn kinh phí chủ yếu cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS do chương trình, dự án quốc tế tài trợ. Tại Bệnh viện, chương trình điều trị ARV miễn phí cho bệnh nhân HIV/AIDS bắt đầu từ tháng 10/2009 do dự án LIFE-GAP hỗ trợ [1]. Tính đến 30/06/2012, số bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký chăm sóc và điều trị tại PKNT là 904 người; số bệnh nhân HIV/AIDS đang được quản lý và theo dõi điều trị ARV là 713 người, trong đó có 581 người điều trị ARV phác đồ bậc 1 và 25 người điều trị ARV phác đồ bậc 2 [2].

Để mô tả bức tranh toàn diện về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú (người cung cấp dịch vụ và bệnh nhân cùng gia đình) cũng như tỷ trọng các thành phần chi phí trong điều trị ngoại trú; bên cạnh đó tìm hiểu khả năng chi trả và các yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị từ phía bệnh nhân cùng gia đình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **"Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012"**.

## **II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

1. Mô tả chí phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012.

2. Mô tả chí phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012.

3. Tìm hiểu khả năng chi trả và một số yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chí phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình.

### III. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1. Tình hình chăm sóc, điều trị HIV/AIDS trên Thế giới và Việt Nam

##### 1.1. Trên Thế giới [24]

Trong những năm gần đây, các nước trên Thế giới đầu tư nguồn lực đáng kể (con người và tài chính) nhằm đạt được mục tiêu tiếp cận phổ cập trong điều trị HIV/AIDS cho khoảng cho khoảng 80% bệnh nhân có nhu cầu. Việc áp dụng khuyến cáo điều trị sớm theo hướng dẫn chăm sóc và điều trị HIV/AIDS mới của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Hội nghị Vienna năm 2010, trung bình số bệnh nhân được tiếp cận điều trị tại các nước có thu nhập thấp, trung bình chiếm tỷ lệ thấp và chỉ đáp ứng được 36% nhu cầu. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu điều trị ở các nước châu Mỹ La tinh và Vịnh Caribbean chiếm tỷ lệ cao nhất với 51%, tiếp đến là các nước cận Sahara châu Phi là 37%, Đông - Nam và Đông Nam Á là 31%, châu Âu và Trung Á là 19%, chiếm tỷ lệ đáp ứng nhu cầu điều trị thấp nhất là nhóm các nước Bắc Phi và Trung Đông với 11%. Do vậy, tiếp cận phổ cập chăm sóc và điều trị HIV/AIDS vẫn là một trong những mục tiêu quan trọng của nhóm các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Về chi phí trong chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, trong năm 2009, 7 tỷ đô la được đầu tư trong tổng số 25 tỷ đô la cần có để đạt được mục tiêu tiếp cận phổ cập đối với các nước có thu nhập thấp và trung bình. Hai nguồn hỗ trợ chính cho chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS là Quỹ toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét, Chính phủ Mỹ thông qua chương trình viện trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ (PEPFAR). Quỹ toàn cầu đã cung cấp dịch vụ điều trị ARV cho khoảng 2,5 triệu người với chi phí khoảng 11,3 tỷ đô la trong 3 năm (2007-2010). Nguồn viện trợ từ chương trình PEPFAR bắt đầu từ năm 2003 cho các nước nghèo có nền kinh tế kém phát triển; nguồn viện trợ cho điều trị ARV giảm 17% bắt đầu từ giai đoạn 2009-2010.

Năm 2009, 1/5 các nước khu vực cận Sahara châu Phi đã nhận thấy tác động tích cực và mạnh mẽ của chương trình điều trị ARV. Tỷ lệ các nước triển khai chương trình bằng nguồn viện trợ đã tăng từ 11% đến 21% từ tháng 7/2008 đến tháng 7/2009. Tuy nhiên, việc mở rộng điều trị ARV sẽ gặp khó khăn với những nước có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhưng kinh phí của Chính phủ dành cho điều trị thấp (như Uganda, Zambia và Tanzania), bởi phần lớn các nước này chủ yếu phụ thuộc vào nguồn viện trợ. Ngoài ra, Đông Âu và Trung Á cũng là hai khu vực dễ bị cắt giảm mạnh nguồn viện trợ đồng thời chịu tác động từ cuộc khủng hoảng kinh tế.

## **1.2. Tại Việt Nam**

Trước tình hình dịch HIV/AIDS không ngừng gia tăng tại Việt Nam, nhiều văn bản pháp lý và chính sách đã được sửa đổi, bổ sung, ban hành tạo ra khung pháp lý mạnh hơn và nhất quán để thực hiện các hoạt động về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS trên phạm vi toàn quốc (Luật Phòng, chống HIV/AIDS, Thông tư hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV,...). Bên cạnh những văn bản quy phạm pháp luật được ban hành, nhiều hướng dẫn chuyên môn cũng được đưa ra nhằm thống nhất thực hiện trong cả nước và nâng cao chất lượng công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS, Quy trình điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng HIV,...) [9].

Tại Việt Nam, chương trình điều trị bằng thuốc ARV miễn phí cho bệnh nhân HIV/AIDS được bắt đầu từ năm 2006. Hệ thống chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đã được thiết lập trên phạm vi toàn quốc với 308 PKNT tính đến 30/6/2012, trong đó có 5 PKNT tuyến Trung ương, 141 PKNT tuyến tỉnh và 162 PKNT tuyến huyện [11]. Người nhiễm HIV đăng ký chăm sóc và điều trị tại PKNT được đánh giá tình trạng miễn dịch thông qua xét nghiệm CD4 6 tháng một lần, được làm các xét nghiệm cơ bản, được điều trị các bệnh NTCH và dự phòng NTCH bằng cotrimoxazole miễn phí; sau khi đánh giá đủ điều kiện về lâm sàng và miễn dịch, người nhiễm HIV được tham gia điều trị bằng thuốc ARV miễn phí (nguồn thuốc từ Chương trình PEPFAR, Quỹ toàn cầu cho AIDS, Lao và Sốt rét, Chính phủ Việt Nam).

Số người nhiễm HIV được điều trị ARV liên tục tăng lên trong những năm gần đây với sự hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế. Tính đến 30/6/2012, số bệnh nhân AIDS được điều trị bằng thuốc kháng HIV (ARV) là 67.057 người, trong đó có 63.490 bệnh nhân người lớn và 3.567 bệnh nhân trẻ em [13]. Số bệnh nhân người lớn điều trị ARV thuộc Chương trình PEPFAR và Dự án Quỹ toàn cầu Phòng, chống HIV/AIDS là 59.759 người (chiếm tỷ lệ 94,1%) và chỉ có 3.731 người (5,9%) thuộc Chương trình mục tiêu Quốc gia [13]. Tuy nhiên, chương trình điều trị ARV mới chỉ đáp ứng được 51,3% số bệnh nhân ước tính có nhu cầu điều trị ARV trên toàn quốc [8]. Tốc độ tăng trưởng bệnh nhân điều trị ARV trung bình là 950 bệnh nhân/tháng. Phác đồ bậc 1 chiếm đa số với tỷ lệ là 96,8%, phác đồ bậc 2 là 3% và có 0,3% thuộc phác đồ khác [11].

Mặc dù đạt được những kết quả rất đáng khích lệ, nhưng hiện có một số vấn đề liên quan kinh tế y tế trong triển khai chương trình điều trị HIV/AIDS như sau:

- Kinh phí triển khai cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS từ Chương trình mục tiêu Quốc gia và của các tỉnh vẫn ở mức thấp, những tỉnh không có dự án quốc tế triển khai gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh kinh phí thấp, định mức chi tiêu quy định năm 2007 đến nay không còn phù hợp, do đó việc triển khai chương trình mục tiêu càng gặp khó khăn hơn [11].

- Việc điều trị bệnh nhân HIV/AIDS chưa được đưa vào hệ thống quản lý chung của các cơ sở y tế nên chưa có sự đầu tư phù hợp về kinh phí, cơ sở vật chất và nhân lực cho công tác này; không đảm bảo sự bền vững của chương trình khi các nguồn tài trợ cắt giảm; ảnh hưởng đến việc triển khai cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh thông qua hệ thống bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV [9].

- Khoảng 90% kinh phí cho thuốc ARV, xét nghiệm CD4 và xét nghiệm đo tải lượng HIV hiện do các tổ chức quốc tế tài trợ. Trong bối cảnh các nguồn kinh phí viện trợ đang bị cắt giảm như hiện nay thì đây là thách thức lớn đối với sự bền vững của chương trình. Bên cạnh đó, mặc dù đã có các văn bản cho phép người nhiễm HIV có thể bảo hiểm y tế được nhận các quyền lợi về chăm sóc y tế qua hệ thống bảo hiểm y tế như những bệnh nhân khác, tuy nhiên có rất ít các cơ sở y tế thực hiện theo hướng dẫn của các văn bản này [9].

### ***1.3. Tại Bệnh viện Bạch Mai***

Tại Bệnh viện Bạch Mai, phòng khám ngoại trú cung cấp dịch vụ điều trị ARV miễn phí cho bệnh nhân HIV/AIDS đặt tại khoa Truyền nhiễm bắt đầu từ tháng 10/2009 với sự tài trợ của dự án LIFE -GAP [1]. Tính đến 30/6/2012, số bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký chăm sóc và điều trị tại PKNT là 904 người; số bệnh nhân HIV/AIDS đang được quản lý và theo dõi điều trị ARV là 713 người, trong đó là 581 người điều trị ARV phác đồ bậc 1 và 25 người điều trị ARV phác đồ bậc 2 [2].

PKNT cung cấp các dịch vụ hỗ trợ, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS theo hướng dẫn quốc gia. Một số hình thức hỗ trợ tại PKNT bao gồm: tiếp nhận bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký chăm sóc và điều trị tại PKNT và bệnh nhân được chuyển tiếp từ các tỉnh; cung cấp dịch vụ chẩn đoán và điều trị NTCH, điều trị ARV cho bệnh nhân mới và đang quản lý; chuyển bệnh nhân tới các cơ sở khám chữa bệnh trong và ngoài bệnh viện (bệnh nhân nghi ngờ lao, mắt,...). Về điều trị nội trú, khoa Truyền nhiễm có 08 giường dành cho người bệnh HIV/AIDS bị các bệnh NTCH nặng hoặc các ca bị biến chứng điều trị ARV [1].

Bệnh viện thành lập Ban Quản lý tiêu dự án LIFE-GAP với 10 thành viên và làm việc bán thời gian. PKNT có 11 CBYT tham gia làm việc toàn thời gian và bán thời gian: bác sĩ điều trị là cán bộ kiêm nhiệm của khoa Truyền nhiễm và làm việc bán thời gian, cán bộ hành chính, cán bộ xét nghiệm, cán bộ tư vấn, hộ lý làm việc PKNT; ngoài ra, có 03 cán bộ được tham gia hỗ trợ PKNT [1].

Kinh phí vận hành và duy trì PKNT chủ yếu do dự án LIFE-GAP chi trả. Bệnh viện chỉ hỗ trợ một số phòng, trang thiết bị và nhân lực sẵn có [1].

Ngoài PKNT, Bệnh viện còn cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện cho nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội và các tỉnh miền Bắc; xét nghiệm đo tải lượng HIV cho bệnh nhân thuộc các PKNT của dự án LIFE-GAP và dự án Quỹ toàn cầu tại Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh; nâng cao năng lực cho các bác sĩ, điều dưỡng của các bệnh viện tại Hà Nội, các tỉnh và các khoa trong Bệnh viện [1].

## **2. Điều trị ARV ngoại trú cho bệnh nhân HIV/AIDS**

### **2.1. Quá trình điều trị ARV ngoại trú cho bệnh nhân HIV/AIDS**

Thông thường, quá trình điều trị ARV ngoại trú cho bệnh nhân như sau:

- Sau khi có kết quả xét nghiệm HIV dương tính (kết quả được khẳng định bởi Phòng xét nghiệm đã được Bộ Y tế công nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính), người nhiễm HIV được tư vấn và giới thiệu đến PKNT.

- Người nhiễm HIV đăng ký chăm sóc và điều trị tại PKNT được đánh giá tình trạng miễn dịch thông qua xét nghiệm CD4, được làm các xét nghiệm cơ bản, được dự phòng và điều trị các bệnh NTCH miễn phí.

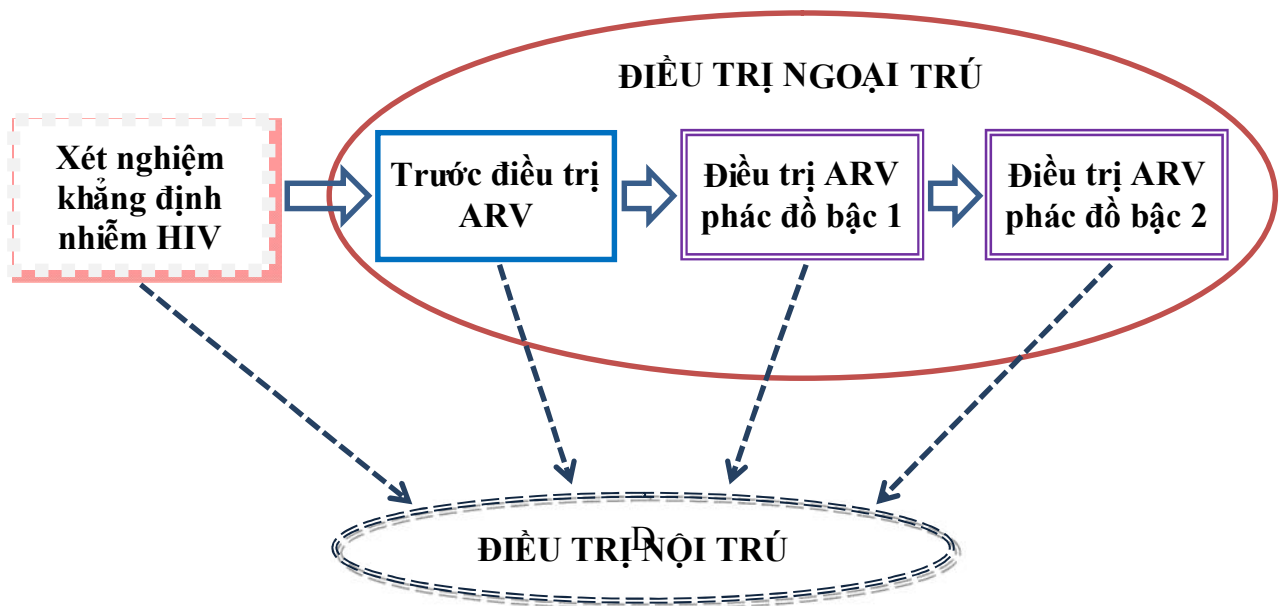
- Sau khi đánh giá đủ điều kiện về lâm sàng và miễn dịch, người nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc ARV phác đồ bậc 1 miễn phí. Khi đã điều trị ARV thì bệnh nhân phải điều trị suốt đời.

- Trong quá trình điều trị ARV, nếu có nghi ngờ thất bại điều trị, bệnh nhân sẽ được đánh giá thất bại điều trị dựa trên cơ sở xem xét các tiêu chuẩn lâm sàng, miễn dịch học và virus học (nếu có) và đổi sang điều trị phác đồ bậc 2 miễn phí.

- Kể từ khi có kết quả khẳng định HIV dương tính, đăng ký điều trị ARV và được điều trị ngoại trú bằng thuốc ARV phác đồ bậc 1, bậc 2 miễn phí, nếu bệnh nhân bị các bệnh NTCH nặng hoặc bị biến chứng điều trị ARV sẽ được chuyển vào điều trị nội trú.

Dưới đây là sơ đồ mô tả quá trình diễn biến điều trị ARV ngoại trú cho bệnh nhân HIV/AIDS:





**Sơ đồ 1. Sơ đồ quản lý, theo dõi điều trị bệnh nhân HIV/AIDS.**

## **2.2. Các loại thuốc ARV, phác đồ điều trị và cận lâm sàng trong điều trị ARV**

### **2.2.1. Thuốc ARV và thuốc NTCH tại Việt Nam [6]**

- Thuốc ARV bậc 1: d4T (Stavudine), 3TC (Lamivudine), NVP (Nevirapine), EFV (Efaviren), AZT/ZDV (Zidovudine), TDF (Tenofovir).

- Thuốc ARV bậc 2: LPV/r (Lopinavir/Ritonavir), Ritonavir, DDI (Didanosine), ABC (Abacavir).

- Các thuốc NTCH: Fluconazole, Ketoconazole, Itraconazole, Miconazole, Clotrimazole, Nystatin, Amphotericin B, Clindamycin, Pyrimethamine, Sulfadiazine, Clarithromycin, Azithromycin, Ethambutol, Rifabutin, Cotrimaxazole,...

### **2.2.2. Phác đồ điều trị ARV cho người lớn tại Việt Nam [6]**

- Phác đồ điều trị ARV bậc 1: d4T/3TC/NVP, d4T/3TC/EFV, AZT/3TC/NVP, AZT/3TC/EFV, TDF/3TC/NVP, TDF/3TC/EFV, AZT/3TC/TDF, d4T/3TC/TDF.

- Phác đồ điều trị ARV bậc 2: TDF/3TC/LPV/r, DDI/ABC/LPV/r, AZT/3TC/LPV/r, EFV/DDI/LPV/r, NVP/DDI/LPV/r, TDF/3TC/ZDV/LPV/r.

- Phác đồ điều trị ARV mở rộng (là các phác đồ ngoài phác đồ bậc 1 nêu trên và được sử dụng trong trường hợp bệnh nhân bị tác dụng phụ; hoặc bệnh nhân có thai; hoặc bệnh nhân điều trị lao mà không dùng được các thuốc trong danh mục thuốc phác đồ bậc 2 (ABC, DDI, LPV/r): AZT/3TC/LPV/r, d4T/3TC/LPV/r, ABC/3TC/LPV/r.

### *2.2.3. Cận lâm sàng miễn phí trong điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai [1]*

HIV (sàng lọc và khẳng định), CD4, Công thức máu toàn phần (bao gồm cả Hb), Men gan, HBsAg, kháng thể HCV, HBV DNA, HBeAg, Anti-HBe, Đường máu, Ure máu, Creatinine máu, Lipid máu (Cholesterol, Triglycerid, HDL, LDL), Soi đờm tìm BK, Nhuộm gram bệnh phẩm đờm, Soi phân, Soi da, Cấy da, Cấy máu, Chọc hạch làm giải phẫu tế bào học, Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner, MRI), Siêu âm, Chụp phổi.

## **3. Chi phí và phân tích chi phí y tế**

### **3.1. Khái niệm chung**

Chi phí là giá trị hàng hóa, dịch vụ được xác định thông qua việc sử dụng nguồn lực theo các cách khác nhau. Nói cách khác, chi phí là giá trị của nguồn lực được sử dụng để sản xuất ra hàng hóa dịch vụ [5].

Trong lĩnh vực y tế, chi phí là giá trị của nguồn lực được sử dụng để tạo ra một dịch vụ y tế cụ thể hoặc tất cả các dịch vụ (như một chương trình y tế) [5].

Phân tích chi phí là một trong những công cụ đánh giá kinh tế y tế và nghiên cứu trong kinh tế học, quan tâm đến sự phân bổ chi phí trong hệ thống, khu vực hay can thiệp [5].

### **3.2. Phân tích chi phí y tế**

Đối với tất cả các quốc gia trên thế giới, nguồn lực nói chung và nguồn lực dành cho y tế nói riêng là luôn luôn kham hiếm. Nguồn lực có thể là tiền bạc, con người, trang thiết bị, thời gian,... và tất cả các nguồn lực này có thể dùng để phục vụ nhiều mục đích khác nhau, trong đó có mục đích tăng cường và bảo vệ sức khỏe cho mọi người dân. Vấn đề đặt ra cho các nhà hoạch định chính sách, thiết lập kế hoạch và tất cả CBYT là phải làm sao để sử dụng nguồn lực sẵn có một cách hiệu quả nhất [4]. Trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS nói chung và chăm sóc, điều trị HIV/AIDS nói riêng, việc sử dụng nguồn lực sẵn có một cách hiệu quả nhất là vô cùng quan trọng trong bối cảnh cắt giảm nhanh viện trợ và nguồn lực Chính phủ rất hạn hẹp. Phân tích chi phí giúp cho nhà quản lý biết chi phí dịch vụ y tế và xác định mức giá phù hợp, giám sát được hiệu quả cung cấp dịch vụ, giám sát được thực hiện kế hoạch và ngân sách, phát hiện những chi phí tăng đột biến và điều chỉnh kịp thời, lựa chọn phương thức cung cấp có hiệu quả,... [5].

### 3.2.1. Góc độ xem xét chi phí trong nghiên cứu

Trong phân tích chi phí y tế, chỉ khi xác định được góc độ nghiên cứu chi phí mới có thể quyết định được những khoản mục chi phí cần đưa vào phân tích. Có ba góc độ nghiên cứu thường được sử dụng: dưới góc độ của khu vực y tế, góc độ của cá nhân/hộ gia đình, góc độ xã hội [5].

Trong nghiên cứu này, góc độ xem xét chi phí chỉ dừng lại ở ước tính toàn bộ chi phí phải bỏ ra để chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS (bao gồm chi phí trực tiếp, chi phí gián tiếp) với hai góc độ đánh giá: người cung cấp dịch vụ (Chính phủ và nhà tài trợ), bệnh nhân và gia đình. Dưới góc độ người cung cấp dịch vụ bao gồm các nguồn lực mà Chính phủ và nhà tài trợ phải bỏ ra để phát hiện, quản lý, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV. Dưới góc độ bệnh nhân và gia đình bao gồm các khoản chi tiêu từ túi bệnh nhân và gia đình, mất/giảm thu nhập do tham gia điều trị, chi phí đi lại,... [5].

Việc lựa chọn góc độ đánh giá này trên cơ sở HIV/AIDS là một bệnh truyền nhiễm có chi phí điều trị khá cao do bệnh nhân phải điều trị suốt đời với chi phí thuốc và xét nghiệm cao; hiện tại phần lớn các chi phí này do Chính phủ và nhà tài trợ chi trả. Đồng thời, chi phí do bệnh nhân và gia đình chi trả thường có mối quan hệ mật thiết với nhau và người nhà thường phải cùng gánh chịu chi phí với bệnh nhân; vì vậy, trong nghiên cứu này xem xét chi phí của bệnh nhân và gia đình cùng một góc độ [5].

### 3.2.2. Khung thời gian nghiên cứu

Khi tiến hành phân tích chi phí cần lựa chọn khung thời gian nghiên cứu phù hợp và điều chỉnh để loại bỏ bớt ảnh hưởng của thời gian đối với chi phí [5]. Theo U.S. Health Policy Gateway năm 2004, về khung thời gian nghiên cứu có 3 phương pháp tiếp cận để ước tính chi phí bệnh tật:

- Phương pháp tiếp cận dựa trên tỷ lệ hiện nhiễm (Prevalence Based Approach): là phương pháp tiếp cận phổ biến nhằm phân bổ chi phí để giảm tỷ suất bệnh (hay tính toán chi phí điều trị bệnh) trong năm. Thêm vào đó, phương pháp này tính được giá trị hiện tại của dòng chi phí/thu nhập bị mất đi do bệnh nhân tử vong trong năm đó. Cách tiếp cận này không tính những người đã tử vong trước đó trong quá khứ hoặc sẽ tử vong trong tương lai nhưng lại tính thu nhập bị mất đi do tử vong trong tương lai hơn là thu nhập hiện tại bị mất đi trong năm đó hay trong quá khứ. Cách tính này không được giải thích như là tổng các khoản chi phí/thu nhập theo năm (GDP) do bệnh tật và chấn thương [34].

- Phương pháp tiếp cận dựa trên tỷ lệ mắc mới (Incidence Based Approach): là phương pháp định hướng chi phí trong tương lai. Phương pháp này tập trung tính phí bệnh tật từ khi bắt đầu mắc bệnh hay chấn thương, sau đó tính chi phí trực tiếp và gián tiếp trong suốt quá trình điều trị bệnh đó. Phương pháp này hữu ích nhất khi áp dụng để tính toán chi phí điều trị dự phòng một bệnh nào đó [34].

- Phương pháp tiếp cận theo ước tính chi phí hiện tại (Present Cost Method): đây là phương pháp ít khi được áp dụng và chỉ phù hợp khi đo lường chi phí bệnh tật với tổng các khoản chi phí/thu nhập mất đi theo năm do bệnh tật (gồm các chi phí trực tiếp và chi phí mất đi theo năm). Từ đó cho biết thêm các chi phí do tử vong gây ra được phân bổ cho những bệnh nhân khác còn sống trong năm. Cũng như các phương pháp phổ biến khác, phương pháp này tính chi phí mất đi do tử vong (không bao gồm chi phí sẽ kiếm được trong tương lai) nhưng khác với các phương pháp khác ở chỗ phương pháp này sẽ quay ngược trở lại để tính chi phí mất đi do tử vong sớm và những người mắc bệnh. Sức khỏe - khả năng lao động bị mất đi sẽ được đo lường bằng khả năng chi trả của bệnh nhân và gia đình theo cách tiếp cận theo phương thức đo lường mức độ chấp nhận chi trả (Willing To Pay Method) được giới thiệu dưới đây [34].

Căn cứ vào đặc điểm và khả năng áp dụng của từng phương pháp, nghiên cứu này sử dụng phương pháp tiếp cận dựa trên tỷ lệ hiện nhiễm để xác định khung thời gian nghiên cứu do đây là phương pháp tiếp cận phổ biến nhằm phân bổ chi phí để giảm tỷ suất bệnh (hay tính toán chi phí điều trị bệnh) trong năm [34].

### 3.2.3. Phân loại chi phí

Sau khi lựa chọn được góc độ đánh giá và khung thời gian nghiên cứu phù hợp, cần phân loại chi phí để đảm bảo hai yếu tố: (1) thuận tiện cho việc liệt kê đầy đủ các mục chi phí, (2) tránh bỏ sót và tránh trùng lặp. Có rất nhiều cách phân loại chi phí khác nhau. Lựa chọn cách phân loại nào phù hợp phụ thuộc vào mục đích và thiết kế nghiên cứu. Trong một nghiên cứu cũng có thể kết hợp nhiều cách phân loại khác nhau [5]. Dựa trên mục đích nghiên cứu, nghiên cứu này kết hợp tiêu thức phân loại dựa trên mối quan hệ của chi phí, đối tượng chịu chi phí và dựa trên chức năng của chi phí, từ đó phân loại thành hai nhóm chi phí sau:

- Chi phí trực tiếp: là những chi phí nảy sinh cho hệ thống y tế, cho cộng đồng và gia đình bệnh nhân trong giải quyết trực tiếp bệnh tật [4].

- Chi phí gián tiếp: là những chi phí thực tế không chi trả [4].

Trong nghiên cứu này, chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú bao gồm chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp với hai góc độ đánh giá bao gồm các chi phí sau:

- Chi phí điều trị ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ: là các chi phí trực tiếp dành cho y tế, bao gồm các chi phí chẩn đoán, điều trị và theo dõi (không bao gồm phục hồi chức năng) trong điều trị HIV/AIDS; bao gồm:

+ Nhân lực y tế trực tiếp tham gia điều trị: là chi phí lao động của nhóm chăm sóc và điều trị HIV/AIDS (bác sĩ, tư vấn viên, y tá, cán bộ phát thuốc,...) tại PKNT, của Ban Quản lý tiêu dự án LIFE-GAP, của cán bộ tại các khoa Cận lâm sàng trực tiếp thực hiện các xét nghiệm và CDHA cho bệnh nhân HIV/AIDS.

+ Tài sản cố định trực tiếp trong quá trình điều trị: là các phòng do Bệnh viện cấp để đặt PKNT, các TSCĐ do Bệnh viện cấp và dự án LIFE -GAP hỗ trợ phục vụ công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS (điều hòa nhiệt độ, tủ sát dụng hồ sơ bệnh án, máy chiếu, ghế ngồi chờ của bệnh nhân, đèn đọc phim,...).

+ Chi phí vận hành: điện, nước, điện thoại, fax, internet,...

+ Chi phí thuốc ARV và NTCH: là các loại thuốc ARV bậc 1 và bậc 2 miễn phí (Stavudine, Lamivudine, Abacavir, Ritonavir,...), các loại thuốc NTCH miễn phí (Fluconazole, Ketoconazole, Itraconazole, Miconazole, Clotrimazole,...).

+ Chi phí xét nghiệm, CDHA: là các xét nghiệm và CDHA miễn phí (CD4, Men gan, HBsAg, Tải lượng HIV, CT scanner, Chụp phổi,...).

+ Chi phí vật tư tiêu hao: là các vật tư tiêu hao cho PKNT (bông băng cồn gạc, đèn lưỡi dùng 1 lần, ống đựng máu, nước sát khuẩn,...).

- Chi phí điều trị ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình: là những chi phí do bệnh nhân và gia đình phải tự chi trả trong quá trình chăm sóc, điều trị HIV/AIDS tại PKNT, bao gồm:

+ Chi phí trực tiếp dành cho y tế: là các chi phí về thuốc, xét nghiệm và CDHA, vật tư tiêu hao không được hỗ trợ miễn phí mà bệnh nhân phải tự chi trả.

+ Chi phí trực tiếp không dành cho y tế: là các khoản chi tiêu trực tiếp của bệnh nhân và gia đình trong quá trình bệnh nhân tham gia điều trị ngoại trú, ví dụ: ăn uống, đi lại, thuê nhà (khách sạn, nhà trọ, nhà nghỉ) của bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ đi cùng,...

+ Chi phí gián tiếp không dành cho y tế: là các chi phí liên quan đến mất thu nhập do phải nghỉ làm hoặc giảm năng suất lao động (hay còn gọi là chi phí cơ hội). Tuy

nhiên, nghiên cứu này chỉ đề cập đến mất thu nhập do phải nghỉ làm để đến điều trị tại PKNT của bệnh nhân và của người chăm sóc, hỗ trợ đi cùng.

### *3.2.4. Cách tiếp cận để tính toán chi phí gián tiếp không dành cho y tế và xác định khả năng chi trả chi phí của bệnh nhân và gia đình*

Trên thực tế, việc tính toán chi phí bệnh tật dựa trên 4 cách tiếp cận:

- Cách tiếp cận theo phương thức vốn con người (Human Capital Method - HCM): ước tính chi phí đối với xã hội do giảm khả năng lao động hay tính toán tổng thu nhập khi có sự giảm sút do mất sức lao động, nghỉ việc và tử vong thông qua xem xét kỳ vọng sống, sự tham gia vào lực lượng lao động và số liệu về thu nhập trung bình; trong đó chi phí do giảm năng suất lao động được đo lường bằng cách ước lượng thu nhập bị mất đi do tàn tật và tử vong và chi phí do tàn tật được ước lượng thông qua số ngày phải nghỉ làm do bệnh tật. Ưu điểm của phương pháp này là dễ dàng trong việc sử dụng, thu thập thông tin và được sử dụng phổ biến nhất hiện nay. Tuy nhiên, hạn chế của phương pháp việc lượng hóa giá trị của các giờ lao động không được trả lương, lượng hóa sự đau đớn, mất mát về thể chất và tinh thần [29].

- Cách tiếp cận theo phương thức đo lường mức độ chấp nhận chi trả (Willing To Pay Method - WTP): Với cách tiếp cận này, bệnh nhân và gia đình sẽ được hỏi về mức độ sẵn sàng chi trả để giảm nguy cơ của việc ốm đau và tử vong; ngoài chi phí điều trị, giảm khả năng lao động,... thì sự đau đớn, mất mát về thể chất và tinh thần cũng được tính đến. Hạn chế của cách tiếp cận này là việc ước lượng hoàn toàn phụ thuộc vào người được hỏi và khó khăn trong việc xây dựng bộ công cụ để lượng hóa khả năng chi trả của bệnh nhân và gia đình [29].

- Cách tiếp cận chi phí ma sát (Friction Cost Method): là phương pháp tiếp cận nhằm đánh giá các chi phí bị mất đi do bệnh tật. Cách tiếp cận chi phí ma sát dựa trên quan điểm của người cung cấp dịch vụ và quan điểm của xã hội, vì vậy phương pháp này không hữu ích để đánh giá chi phí gián tiếp từ góc độ của bệnh nhân [29].

- Cách tiếp cận chi phí dựa vào chức năng sản xuất (Production Function Approach): là phương pháp nhằm đánh giá các chi phí mất đi (thiệt hại về sản lượng) do bệnh tật gây ra bằng cách sử dụng phân tích hồi quy. Cách tiếp cận này không được áp dụng nhiều trên thực tế, đồng thời cũng không được sử dụng nhiều để đánh giá các chi phí trực tiếp của một bệnh, do đó cũng không sử dụng nhiều để tính toán chi phí của bệnh nhân [29].

Hầu hết các nghiên cứu trong lĩnh vực kinh tế, tài chính y tế đều áp dụng cách tiếp cận HCM và WTP để ước tính chi phí gián tiếp từ phía bệnh nhân và gia đình, trong đó phổ biến nhất là áp dụng cách tiếp cận HCM như: Nghiên cứu gánh nặng kinh tế hộ gia đình của bệnh sốt rét tại Nam Trung Bộ - Việt Nam của Chantal và cộng sự năm 2008; Nghiên cứu ước tính chi phí của bệnh Viêm khớp dạng thấp của Bruno Fautrel và cộng sự năm 2007. Ngoài ra, cách tiếp cận WTP cũng được áp dụng để xác định khả năng chi trả chi phí điều trị của bệnh nhân như: Nghiên cứu về khả năng chi trả của bệnh nhân theo cách tiếp cận WTP đối với liệu pháp điều trị HAART: nghiên cứu trường hợp tại vùng nông thôn Cameroon của K.N. Muko và cộng sự năm 2004.

Nghiên cứu này cũng áp dụng cách tiếp cận HCM để ước tính chi phí gián tiếp từ phía bệnh nhân và gia đình do nghỉ việc vì tình trạng ốm đau, do tàn tật và tử vong sớm ; áp dụng cách tiếp cận WTP để tìm hiểu khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình .

#### **4. Các nghiên cứu liên quan đến chi phí chăm sóc và điều trị HIV/AIDS**

##### ***4.1. Trên Thế giới***

Trên Thế giới, theo kết quả đánh giá nguồn tài trợ cho chương trình AIDS tại một số nước, ngân sách Chính phủ đầu tư cho chương trình AIDS không đáng kể (Campuchia chiếm tỷ lệ từ 10-11% [27], Indonesia xấp xỉ 26% [37], Phillipin từ 15,6-21% [41], Kenya từ 18-19% [42], Malawi từ 1,4-1,8% [39], Zambia 3-14% [40], Mozambique 16% [35], Sierra Leone 2% [45], Swaziland từ 30-40% [43], Nepal 0,8% [44]), còn lại chủ yếu là ngân sách viện trợ. Chi phí dành cho chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí của chương trình phòng, chống HIV/AIDS (Indonesia từ 24-26% [37], Thái Lan từ 59,5-84,6% [46], Kenya từ 55-63% [42], Malawi 38,2% [39], Zambia 36% [40],...).

Kết quả đánh giá nguồn tài trợ cho chương trình AIDS tại một số nước cũng cho biết tỷ trọng các thành phần chi phí trong dịch vụ điều trị ARV: Thuốc ARV tại hầu hết các nước chiếm tỷ trọng cao nhất trong tổng chi phí điều trị (Campuchia chiếm tỷ lệ 33% [27], Thái Lan 49% (bao gồm dinh dưỡng) [46], Lesotho 78% [38], Mozambique 56% [35], Swaziland 66,5% [43], Trinidad & Tobago 28,9% [36], Zambia 47% [40]); Thuốc NTCH (Campuchia 4% [27], Thái Lan 36% [46], Lesotho 5% [38], Mozambique 7% [35], Swaziland 11,7% [43]); Hỗ trợ dinh dưỡng (Campuchia 3% [27], Lesotho 14%); Xét nghiệm theo dõi (Campuchia 8% [27], Thái Lan 15% [46], Lesotho 2% [38],

Mozambique 2% [35], Trinidad & Tobago 12% [36], Zambia 5%); Chăm sóc tại nhà và cộng đồng (Campuchia 46% [27], Mozambique 26% [35], Zambia 5% [40]) và các thành phần chi phí khác.

Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tóm tắt chương trình mở rộng tiếp cận điều trị HIV/AIDS tại một số nước năm 2004, 2005 cũng cho biết chi phí thuốc ARV phác đồ bậc 1 và bậc 2. Tại nước Cộng hòa Tanzania, chi phí thuốc ARV phác đồ bậc 1 trung bình là 180 đô la/người/năm (người lớn) [56], Campuchia từ 180-240 đô la/người/năm [51], Indonesia là 564 đô la/người/năm [48], Swaziland là 175 đô la/người/năm [53], Zimbabwe là 222 đô la/người/năm [50], Uganda là 180 đô la/người/năm (gồm thuốc, sinh phẩm và tập huấn) [55], Ukraine từ 494-3.711 đô la/người/năm [49] và Papua New Guinea dưới 1 đô la/người/ngày [52]. Chi phí thuốc ARV phác đồ bậc 2 trung bình tại Ukraine từ 1.090-5.722 đô la/người/năm [49].

Khuyến cáo của UNAIDS năm 2007 đưa ra các yêu cầu về tài chính để đạt được tiếp cận phổ cập trong dự phòng, hỗ trợ, chăm sóc và điều trị HIV với mục tiêu tăng từ 675 nghìn bệnh nhân điều trị ARV/năm đến 8 triệu người điều trị ARV vào năm 2015 [26]. Các khuyến cáo chi phí gồm:

\* Chi phí dành cho thuốc ARV [26]:

- Thuốc: Các nước thu nhập thấp: chi phí phác đồ bậc 1 là 221,84 đô la, phác đồ bậc 2 là 1.635 đô la. Các nước thu nhập trung bình: chi phí điều trị phác đồ bậc 1 là 249,84 đô la, phác đồ bậc 2 là 4.716,5 đô la.

- Chi phí trung bình dành cho xét nghiệm là 190,94 đô la/người/năm.

- Chi phí dịch vụ liên quan: vùng cận sa mạc Sahara là 72,05 đô la, Đông Á (100,84 đô la), Châu Đại dương (199,94 đô la), Nam và Đông Nam Á (93,98 đô la), Đông Âu và Trung Á (123,89 đô la), Tây và Trung Âu (345,61 đô la), Bắc Phi và Trung Đông (137,12 đô la), vịnh Caribbean (129,45 đô la) và Châu Mỹ la tinh (132,25 đô la).

\* Chi phí dành cho điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội [26]:

- Thuốc/xét nghiệm: 48,67 đô la.

- Chi phí dịch vụ liên quan: vùng cận sa mạc Sahara (145,48 đô la), Đông Á (263,92 đô la), Châu Đại dương (394,96 đô la), Nam và Đông Nam Á (93,98 đô la), Đông Âu và Trung Á (218,92 đô la), Tây và Trung Âu (365,13 đô la), Bắc Phi và Trung Đông (798,47 đô la), vịnh Caribbean (1.436,91 đô la) và Châu Mỹ la tinh (407,03 đô la).



Nghiên cứu ước tính chi phí chăm sóc và điều trị HIV/AIDS với bệnh nhân đã điều trị và chưa điều trị ARV tại Bệnh viện Arba Minch ở miền Nam Ethiopia từ năm 2003-2006 cho thấy: chi phí điều trị trung bình cho bệnh nhân điều trị ARV ngoại trú là 235,44 đô la/người/năm và cho bệnh nhân chưa điều trị ARV ngoại trú là 38,12 đô la/người/năm [25]. Tại nước Cộng hòa Tanzania, chi phí điều trị trung bình cho bệnh nhân HIV/AIDS là 360 đô la/người/năm [56].

Nghiên cứu chi phí tiếp cận phổ cập với liệu pháp điều trị bằng thuốc ARV tại Benin từ tháng 9-12/2006 cho thấy: ước tính chi phí hàng năm cho bệnh nhân điều trị với HAART là 1.160 đô la (73,4% chi phí dành cho thuốc, 14,6% cho xét nghiệm, 7,6% cho con người và 4,4% các chi phí liên quan khác); chi phí chăm sóc hàng năm của gia đình đối với bệnh nhân HIV/AIDS là 111 đô la (gồm 40% chi phí cho y tế, 14% chi phí liên quan đến giáo dục và các chi phí khác) [28]. Trong nghiên cứu này, mặc dù chi phí dành cho thuốc, các xét nghiệm cơ bản, chi phí dành cho tư vấn được miễn phí từ nguồn Chính phủ và các tổ chức quốc tế nhưng bệnh nhân và gia đình vẫn phải chi trả một nguồn chi phí khá lớn để tiếp cận điều trị với HAART. Các chi phí này gồm những chi phí không liên quan đến thuốc (như thực phẩm và vitamin), một số xét nghiệm khác không được miễn phí, chi phí đi lại của bệnh nhân và gia đình. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa đề cập đến các chi phí cơ hội mà bệnh nhân và gia đình mất đi do giảm năng suất lao động hoặc phải nghỉ làm.

Với điều trị bằng thuốc ARV phác đồ bậc 2, một nghiên cứu ở Nam Phi thực hiện năm 2010 cũng cho thấy trong suốt 12 tháng điều trị ARV phác đồ bậc 2, chi phí điều trị trung bình là 1.037 đô la/người. Chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí là dành cho thuốc (71%), 13% là chi phí xét nghiệm, 10% chi phí thăm khám lâm sàng và gặp dược sĩ, 6% là chi phí dành cho cơ sở hạ tầng và các chi phí cố định khác. Chi phí điều trị phác đồ bậc 2 đắt gấp 2,4 lần so với điều trị phác đồ bậc 1 [30].

Một nghiên cứu chi phí chăm sóc và điều trị HIV/AIDS khác được tiến hành. Nghiên cứu của Schackman và cộng sự năm 2004 cho thấy người nhiễm HIV tại nước Mỹ nếu được điều trị có thể sống thêm 24 năm với tổng chi phí chưa chiết khấu khoảng 618.900 đô la. Khi mới bắt đầu điều trị thì chi phí trung bình là 2.100 đô la/người/tháng, nếu bệnh nhân bắt đầu điều trị với GĐLS muộn thì chi phí là 4.700 đô la/tháng. Schackman và cộng sự cũng ước tính chi phí là 12,1 tỷ đô la/năm, trong đó thuốc ARV chiếm 70% tổng chi phí, 13% chi phí là điều trị nội trú, 9% chi phí điều trị ngoại trú, 5% chi phí liên quan đến thuốc và xét nghiệm khác [32].

Nghiên cứu về khả năng chi trả của bệnh nhân theo cách tiếp cận WTP đối với liệu pháp điều trị HAART - nghiên cứu trường hợp được thực hiện tại vùng nông thôn Cameroon năm 2004. Nghiên cứu này sử dụng bảng hỏi được thiết kế sẵn để xác định khả năng chi trả từ phía bệnh nhân với 84 người tham gia nghiên cứu. Kết quả cho thấy, đàn ông (39%) sẵn sàng chi trả cao hơn phụ nữ (22%); lần lượt 69%, 22% và 9% bệnh nhân được hỏi sẵn sàng trả 1 đô la, 2 đô la và 3 đô la trong 1 ngày tương ứng cho việc điều trị ARV. Tỷ lệ duy trì điều trị sau 6 tháng là 22% và một số lượng lớn bệnh nhân ngừng điều trị sau 6 tháng vì những lý do liên quan đến tài chính, hay tác dụng phụ của thuốc hoặc kỳ thị phân biệt đối xử [31].

#### **4.2. Tại Việt Nam**

Theo báo cáo về chi phí và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam, chi phí điều trị cho bệnh không lây nhiễm trung bình cao gấp 40-50 lần so với điều trị các bệnh lây nhiễm do đòi hỏi kỹ thuật cao, thuốc đặc trị đắt tiền, thời gian điều trị lâu và dễ bị biến chứng [14]. Tuy nhiên, HIV/AIDS là một trong các bệnh truyền nhiễm nhưng có chi phí điều trị cao do bệnh nhân phải điều trị suốt đời với chi phí thuốc (ARV, NTCH) và xét nghiệm cao. Báo cáo đưa ra khuyến nghị nâng cao hiệu quả, giảm chi phí của mạng lưới khám chữa bệnh và nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ cần được coi là vấn đề ảnh hưởng lớn đến tính công bằng về hiệu quả của cả hệ thống y tế, cần được ưu tiên giải quyết đồng bộ cùng với nhiều chính sách và cơ chế quản lý điều hành của lĩnh vực y tế trong những năm tới [14]. Để tiếp cận và giải quyết vấn đề này một cách cơ bản và có hiệu quả, một trong những giải pháp là tiến hành đánh giá toàn diện vấn đề chi phí [14].

Theo kết quả đánh giá nguồn tài trợ cho chương trình AIDS tại Việt Nam, tổng kinh phí đầu tư cho chương trình AIDS giai đoạn 2008 -2009 là khoảng 222,4 triệu đô la, trong đó ngân sách Chính phủ là 28,4 triệu đô la (chiếm tỷ lệ 12,8%), nguồn tư nhân là 32,05 triệu đô la (chiếm tỷ lệ 14,4%) và viện trợ là 161,95 triệu đô la (chiếm tỷ lệ cao nhất, 72,8%) [47]. Trong tổng ngân sách Chính phủ đầu tư cho chương trình AIDS có 25,5 triệu đô la từ nguồn Bộ Y tế và các địa phương cho chương trình y tế, 2,9 triệu đô la từ nguồn khác [47]. Chi phí dành cho chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS chiếm 26% tổng chi phí của chương trình phòng, chống HIV/AIDS, tương đương 57,18 triệu đô la; trong đó 14,29 triệu đô la dành cho thuốc ARV, 9,37 triệu đô la cho thuốc NTCH, 9,51 triệu đô la cho dịch vụ nói chung và các chi phí khác [47].

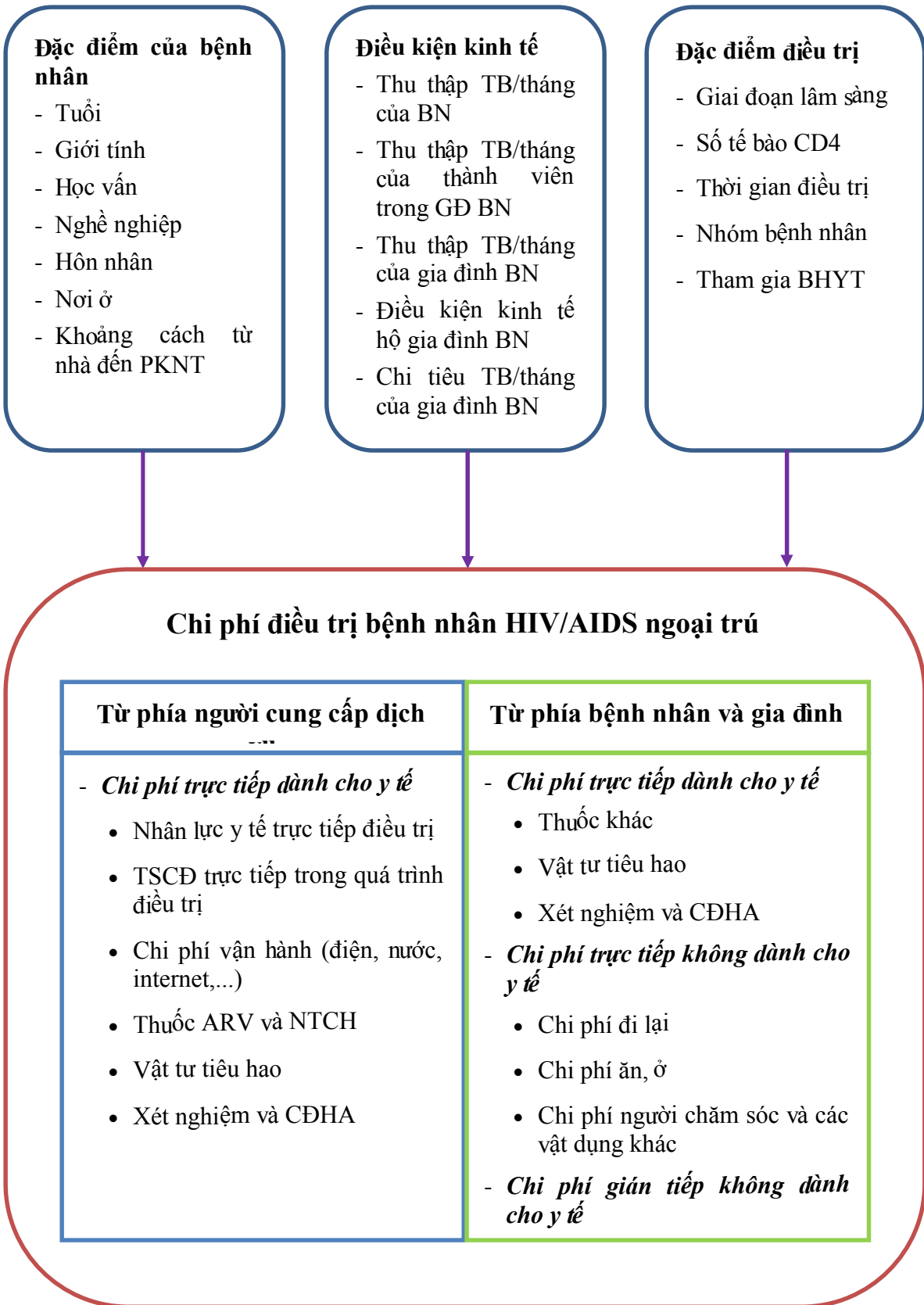
Nghiên cứu những chi phí chăm sóc và điều trị y tế cho người nhiễm HIV tại một số cơ sở y tế Việt Nam năm 2003 cho thấy: thời gian một đợt điều trị trung bình là 8 ngày, chi phí thuốc điều trị trung bình cho một đợt điều trị xấp xỉ 650 nghìn đồng (chiếm hơn 57% tổng chi phí điều trị chung), chi phí xét nghiệm trong một đợt điều trị xấp xỉ 276 nghìn đồng (chiếm hơn 23% tổng số chi phí điều trị chung). Như vậy, chi phí điều trị trung bình cho một đợt điều trị là xấp xỉ 1,135 triệu đồng [15]. Ước tính năm 2010, chi phí điều trị chung (gồm cả thuốc ARV) cho khoảng 50% bệnh nhân AIDS khoảng 921 tỷ đồng vào năm 2010 (đầu tư ở mức cao) [15].

Theo báo cáo tóm tắt chương trình mở rộng tiếp cận điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2005 của Tổ chức Y tế Thế giới, chi phí thuốc ARV phác đồ bậc 1 trung bình là 260 đô la/người/năm (thuốc sản xuất trong nước) và 545 đô la/người/năm (thuốc nhập từ nước ngoài) [56].

Kết quả nghiên cứu chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS trong Định hướng chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS giai đoạn 2011-2020 của Cục Phòng, chống HIV/AIDS theo quan điểm từ phía người cung cấp dịch vụ: điều trị ARV là một can thiệp hiệu quả với chi phí hợp lý, chi phí điều trị trung bình/năm với năm đầu và năm thứ hai cho người lớn lần lượt là 7,5 triệu đồng và 6,5 triệu đồng; chi phí điều trị trẻ em cao hơn khoảng 10 -20% so với điều trị người lớn; chi phí giao động nhiều giữa các cơ sở điều trị (Trung ương, tỉnh/thành phố, huyện); phác đồ điều trị ARV bậc 2 đắt hơn rất nhiều so với phác đồ bậc 1 và tổng nhu cầu nguồn lực cho Chương trình chăm sóc, điều trị HIV/AIDS sẽ giao động từ 506 tỷ đồng (~ 25 triệu đô la) năm 2011 lên tới 1.150 tỷ đồng (~ 55 triệu đô la) năm 2020 [10].

Kết quả khảo sát về chi tiêu y tế của người nhiễm HIV/AIDS tại 17 tỉnh, thành phố của Việt Nam được trình bày trong chuyên đề khoa học quản lý, kinh tế y tế và huy động cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS của Hội nghị khoa học Quốc gia về HIV/AIDS lần thứ IV cho thấy: diện bao phủ BHYT trong người nhiễm HIV thấp hơn trong cộng đồng dân cư; chi phí đi lại chiếm một phần lớn trong tổng chi tiêu y tế từ tiền túi của người nhiễm HIV; chi tiêu y tế cao hơn ở nam giới, bệnh nhân đang điều trị ARV và người nhiễm HIV sống ở thành thị [19].

\* Hầu hết các báo cáo, nghiên cứu về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS nêu trên chỉ đề cập đến chi phí từ phía người cung cấp dịch vụ (Chính phủ và các nhà tài trợ) mà chưa đề cập đến chi phí - gánh nặng chi phí từ phía bệnh nhân và gia đình khi tham gia chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Đồng thời chưa tìm thấy các nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình. Nghiên cứu này được tiến hành để mô tả bức tranh toàn diện hơn về chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ hai phía (người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ). Dựa trên các nghiên cứu đã được tiến hành và các tài liệu về phân loại chi phí trong phân tích chi phí y tế, chúng tôi sử dụng khung lý thuyết sau cho nghiên cứu:



**Khung lý thuyết về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú và một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng chi trả chi phí điều trị của bệnh nhân cùng gia đình**

## **IV. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu "Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2011" sử dụng phương pháp tiếp cận dựa trên tỷ lệ hiện nhiễm (Prevalence Based Approach) để xác định khung thời gian ước tính chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ; Áp dụng cách tiếp cận theo phương thức vốn con người (Human Capital Method) để ước tính chi phí gián tiếp không dành cho y tế từ phía bệnh nhân và gia đình; Áp dụng cách tiếp cận phương thức đo lường mức độ chấp nhận chi trả (Willing To Pay Method) để tìm hiểu khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình (chi tiết xem mục 4 của phần Tổng quan tài liệu).

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Hồi cứu các báo cáo tình hình hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, báo cáo tài chính, sổ sách ghi chép tình hình thanh quyết toán hoạt động phục vụ công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, hồ sơ, bệnh án ngoại trú HIV/AIDS.

Bệnh nhân HIV/AIDS đang được quản lý và theo dõi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, bao gồm 2 nhóm:

- Nhóm bệnh nhân trước điều trị ARV: gồm tất cả những bệnh nhân trước điều trị ARV vẫn được quản lý, theo dõi tại PKNT tính đến ngày 31/12/2011 và có ít nhất một lần tái khám trong 12 tháng qua.

- Nhóm bệnh nhân đang điều trị ARV: gồm tất cả những bệnh nhân đang điều trị ARV phác đồ bậc 1 và bậc 2 từ ngày 01/01/2011 đến ngày 31/12/2011. Nhóm này bao gồm cả những bệnh nhân chuyển đến PKNT.

### **2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian: từ tháng 6/2012 đến tháng 8/2012.

Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai (khoa Truyền nhiễm, phòng Kế hoạch - Tổng hợp, phòng Tài chính Kế toán).

### **3. Thiết kế nghiên cứu**

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp giữa điều tra và hồi cứu sổ sách, báo cáo tại các khoa/phòng liên quan, hồ sơ, bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bạch Mai.

#### 4. Mẫu và phương thức chọn mẫu

\* Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng giá trị tỷ lệ:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Trong đó:

n : là cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu

p : là tỷ lệ cần ước lượng. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình nên chúng tôi lấy tỷ lệ này với ước tính  $p = 0,5$

q :  $q = 1 - p$

d : là tỷ lệ tin cậy,  $d = 0,08$

z : là hệ số tin cậy,  $z^2 = 1,96$  với độ tin cậy 95%

Dựa vào các chỉ số và công thức trên tính được  $n = 150$

Vì phân tích phân tầng nên cỡ mẫu trên cần nhân với hệ số thiết kế là 2:

$$\rightarrow n = 150 \times 2 = 300$$

\* Cách chọn mẫu phân tầng theo tỷ lệ:

- Tầng 1: Bệnh nhân HIV/AIDS chưa điều trị ARV ( $127/601$ ) = 21%

$$\rightarrow n_1 = 300 \times 21\% = 63$$

- Tầng 2: Bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV ( $474/601$ ) = 79%

$$\rightarrow n_2 = 300 \times 79\% = 237$$

\* Trong số 237 bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV được chọn để phỏng vấn bao gồm bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2, tuy nhiên tổng số bệnh nhân này tại PKNT rất ít (22 người). Để mô tả chính xác chi phí điều trị ARV phác đồ bậc 2, chúng tôi phỏng vấn toàn bộ bệnh nhân đang điều trị phác đồ này. Như vậy, tổng số mẫu điều tra là 312.

\* Trong quá trình thu thập số liệu, nghiên cứu đã thu thập thông tin từ 315 bệnh nhân HIV/AIDS đang được chăm sóc và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại mẫu: bệnh nhân HIV/AIDS không đồng ý trả lời phỏng vấn.

#### 5. Phương pháp thu thập số liệu

##### 5.1. Thông tin và số liệu thứ cấp

Phương pháp thu thập: Thu thập các thông tin, số liệu thứ cấp qua

- Đề cương hoạt động năm tài khóa 2010-2011 và 2011-2012 (do dự án LIFE-GAP hỗ trợ).

- Báo cáo tình hình hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và Báo cáo tài chính năm tài khóa 2010-2011 của Ban Quản lý tiểu dự án LIFE-GAP.

- Các báo cáo tài chính, sổ sách ghi chép tình hình thanh toán nhân công, TSCĐ, thuốc và vật tư tiêu hao, xét nghiệm và CDHA, các khoản chi thường xuyên phục vụ công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại phòng Tài chính Kế toán của Bệnh viện Bạch Mai.

- Hồi cứu sơ bộ 601 bệnh án ngoại trú HIV/AIDS tại PKNT (thu thập thông tin chung: Tổng số lần khám và tư vấn trước ARV năm 2011, Số tháng chăm sóc năm 2011,...).

- Hồi cứu 315 bệnh án ngoại trú HIV/AIDS tại PKNT (thu thập thông tin về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS: Tình trạng có thai, CD4 và GĐLS trung bình năm 2011, Xét nghiệm và CDHA được thực hiện năm 2011,...).

Công cụ thu thập số liệu: Sử dụng Phiếu tổng hợp để thu thập số liệu thứ cấp tại Bệnh viện Bạch Mai (Chi tiết xem Phụ lục 1).

## **5.2. Thông tin định lượng**

Phương pháp thu thập: Thu thập thông tin định lượng bằng cách phỏng vấn bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú thông qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn của điều tra viên (Chi tiết xem Phụ lục 2).

## **5.3. Chuẩn bị người đi thu thập số liệu**

Để đảm bảo sự chính xác và khách quan của các thông tin thu thập, điều tra viên là các nghiên cứu viên và 3 sinh viên của Trường Đại học Y tế Công cộng. Trước khi tiến hành thu thập số liệu, các điều tra viên được tập huấn về bộ công cụ và cách thức thu thập số liệu.

## **6. Các biến số và chỉ số đánh giá**

### **6.1. Nhóm biến Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ**



TT	Biển số/chỉ số	Định nghĩa	Phân loại	PP thu thập
1	Chi phí lao động trực tiếp điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú	Chi phí lao động (bao gồm lương, thưởng và phụ cấp) của tất cả các CBYT (bao gồm cả cán bộ hợp đồng) tại PKNT, các khoa Cận lâm sàng, các thành viên của Ban quản lý tiểu dự án LIFE-GAP	Liên tục	Số liệu thứ cấp từ phòng Tài chính Kế toán
	<i>Chi phí bình quân cho 01 năm ngoại trú</i>	<p>= <i>Chi phí lao động của CBYT tại PKNT + Chi phí lao động của BQL tiểu dự án LIFE-GAP + Chi phí lao động cận lâm sàng</i></p> <p><b>BAO GỒM:</b></p> <p>- <i>Chi phí lao động của CBYT tại PKNT</i> = <math>\{(Chi\ phí\ lao\ động\ CBYT\ tại\ PKNT/lần\ khám) * Số\ lần\ khám\} \div \{Số\ tháng\ chăm\ sóc/12\}</math></p> <p>Tương đương với:</p> <p>= <math>(Chi\ phí\ lao\ động\ CBYT\ tại\ PKNT/lần\ khám) * Số\ lần\ khám * (12/Số\ tháng\ chăm\ sóc)</math></p> <p>Trong đó: Số tháng chăm sóc và số lần khám được tính từ 01/01/2011 đến 31/12/2011 (Nguồn số liệu: hồ sơ, bệnh án ngoại trú)</p> <p>- <i>Chi phí lao động của BQL tiểu dự án LIFE-GAP</i> = <math>(Chi\ phí\ lao\ động\ QBL\ tiểu\ dự\ án/lần\ khám) * Số\ lần\ khám * (12/Số\ tháng\ chăm\ sóc)</math></p> <p>- <i>Chi phí lao động cận lâm sàng (XN &amp; CDHA)</i> = <math>Chi\ phí\ lao\ động\ bình\ quân\ 01\ lần\ dịch\ vụ * Số\ lần\ dịch\ vụ * (12/Số\ tháng\ chăm\ sóc)</math></p> <p>Trong đó:</p> <p>+ Chi phí lao động bình quân 01 lần dịch vụ = Lương cận lâm sàng/Số lượt XN &amp; CDHA của tất cả bệnh nhân tại Bệnh viện</p>		

TT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa	Phân loại	PP thu thập
		+ Số lần dịch vụ = Tổng số XN & CDHA của 01 bệnh nhân HIV/AIDS		
2	Chi phí khấu hao TSCĐ trực tiếp tham gia điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú	Chi phí khấu hao tòa nhà, tài sản cố định (máy móc, trang thiết bị y tế) của PKNT và các khoa Cận lâm sàng theo quy định của Bộ Tài chính	Liên tục	Số liệu thứ cấp từ phòng TCKT
	<i>Chi phí bình quân cho 01 năm ngoại trú</i>	<i>= Chi phí khấu hao TSCĐ trực tiếp/lần khám * Số lần khám * (12/Số tháng chăm sóc)</i>		
3	Chi phí thuốc ARV và thuốc NTCH	Chi phí thuốc ARV và thuốc NTCH điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú	Liên tục	Số liệu thứ cấp từ phòng TCKT Hồ sơ, BANT
	<i>Chi phí bình quân cho 01 năm ngoại trú</i>	<i>= Số tiền thuốc bình quân 01 tháng chăm sóc * 12 tháng</i>		
4	Chi phí vật tư tiêu hao	Chi phí vật tư tiêu hao phục vụ điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú	Liên tục	Số liệu thứ cấp từ phòng TCKT
	<i>Chi phí bình quân cho 01 năm ngoại trú</i>	<i>= Số tiền vật tư tiêu hao bình quân 01 tháng chăm sóc * 12 tháng</i>		
5	Chi phí cận lâm sàng	Chi phí của các loại xét nghiệm và CDHA cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú (danh mục cận lâm sàng miễn phí tại PKNT xem chi tiết trong mục 1.3.4 thuộc phần Tổng quan)	Liên tục	Số liệu thứ cấp từ phòng TCKT Hồ sơ, BANT
	<i>Chi phí bình quân cho 01 năm ngoại trú</i>	<i>= Số tiền viện phí cho XN và CDHA một tháng * 12 tháng</i>		
6	Chi phí vận hành của PKNT và các khoa Cận lâm sàng	Tổng chi phí vận hành bao gồm: Thanh toán dịch vụ công cộng; Vật tư văn phòng; Thông tin, tuyên truyền, liên lạc; Hội thảo, tập huấn; Công tác phí đi giám sát; Chi phí	Liên tục	Số liệu thứ cấp từ phòng TCKT

TT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa	Phân loại	PP thu thập
		thuê mượn, sửa chữa thường xuyên TSCĐ; Chi nghiệp vụ chuyên môn (không kể thuốc và vật tư dùng cho bệnh nhân)		
	<i>Chi phí bình quân cho 01 năm ngoại trú</i>	<i>= Chi phí vận hành/lần khám * Số lần khám * (12/Số tháng chăm sóc)</i>		
7	Chi phí khác	Chi phí khác (nếu có)	Liên tục	Số liệu thứ cấp từ phòng TCKT
	<i>Chi phí bình quân cho 01 năm ngoại trú</i>	<i>= Chi phí khác/lần khám * Số lần khám * (12/Số tháng chăm sóc)</i>		
8	Chi phí bình quân cho 01 bệnh nhân trong 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú (Bao gồm 3 nhóm: bệnh nhân trước điều trị ARV, bệnh nhân đang điều trị ARV phác đồ bậc 1 và bệnh nhân đang điều trị ARV phác đồ bậc 2)	<i>= Chi phí lao động trực tiếp điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú bình quân cho 01 năm điều trị + Chi phí khấu hao TSCĐ trực tiếp tham gia điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú bình quân cho 01 năm điều trị + Chi phí thuốc ARV và thuốc NTCH bình quân cho 01 năm điều trị + Chi phí vật tư tiêu hao cho 01 năm điều trị + Chi phí cận lâm sàng bình quân cho 01 năm điều trị + Chi phí vận hành của PKNT cho 01 năm điều trị + Chi phí khác bình quân cho 01 năm điều trị (nếu có)</i>		

**6.2. Nhóm biến Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình**

TT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa	Phân loại	PP thu thập
A	<b>Thông tin chung</b>			
1	Tuổi (năm sinh)	Tính theo năm dương lịch	Liên tục	Phỏng vấn
2	Giới	Nam; Nữ	Nhị phân	Phỏng vấn

<b>TT</b>	<b>Biến số/chỉ số</b>	<b>Định nghĩa</b>	<b>Phân loại</b>	<b>PP thu thập</b>
3	Trình độ học vấn	Không đi học; Cấp 1, Cấp 2, Cấp 3; Trên cấp 3 (Sơ cấp, Trung cấp, Cao đẳng,...)	Định danh	Phỏng vấn
4	Tình trạng hôn nhân	Độc thân; Đang sống cùng vợ hoặc chồng; Sống chung như vợ hoặc chồng, chưa kết hôn; Ly dị hoặc ly thân; Goá	Định danh	Phỏng vấn
5	Nghề nghiệp chính	Không có việc/thất nghiệp; Nông dân (làm ruộng, làm vườn); Công nhân; Lao động tự do (thợ thủ công, khuôn vác, thợ xây, xe ôm,...); Nội trợ; Buôn bán, dịch vụ; Công chức, viên chức; Học sinh, sinh viên; Khác	Định danh	Phỏng vấn
6	Nơi ở	Thành thị; Nông thôn	Định danh	Phỏng vấn
7	Khoảng cách từ nhà đến PKNT	Khoảng cách tính bằng km	Rời rạc	Phỏng vấn
8	Số người đang sống cùng bệnh nhân	Tổng số người; Số người dưới 18 tuổi; Số người từ 18 đến 60 tuổi; Số người trên 60 tuổi, Số người đang lao động và có thu nhập	Rời rạc	Phỏng vấn
9	Tham gia BHYT và loại hình tham gia	Không tham gia; Có tham gia (BHYT bắt buộc, BHYT tự nguyện, BHYT cho người nghèo, Khác)	Định danh	Phỏng vấn
10	Tình trạng nghiện chính ma túy hiện tại	Có; Không	Nhi phân	Phỏng vấn Bệnh án ngoại trú
<b>B</b>	<b>Đặc điểm về điều trị</b>			
11	Ngày đăng ký chăm sóc và điều trị	Tính theo ngày tháng năm	Rời rạc	BANT
12	Ngày bắt đầu điều trị ARV bậc 1	Tính theo ngày tháng năm	Rời rạc	BANT
13	Ngày bắt đầu điều trị ARV bậc 2	Tính theo ngày tháng năm	Rời rạc	BANT
14	GĐLS tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV	Tính theo ngày tháng năm	Rời rạc	BANT

TT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa	Phân loại	PP thu thập
15	GĐLS trong năm 2011	GĐLS phổ biến nhất trong năm. Theo Hướng dẫn quốc gia của Bộ Y tế (1, 2, 3, 4)	Định danh	BANT
16	GĐLS tại thời điểm nghiên cứu	GĐLS phổ biến nhất tại thời điểm nghiên cứu. Theo Hướng dẫn quốc gia của Bộ Y tế (1, 2, 3, 4)	Định danh	BANT
17	Điều trị ARV và phác đồ đang điều trị	Chưa điều trị; Đang điều trị (Phác đồ bậc 1; Phác đồ bậc 2)	Định danh	BANT
18	CD4 tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV	Tính theo TB/mm <sup>3</sup>	Rời rạc	BANT
19	CD4 trong năm 2011	CD4 trung bình trong năm. Tính theo TB/mm <sup>3</sup>	Rời rạc	BANT
20	CD4 tại thời điểm nghiên cứu	CD4 trung bình tại thời điểm nghiên cứu. Tính theo TB/mm <sup>3</sup>	Rời rạc	BANT
<b>C</b>	<b>Điều kiện kinh tế</b>			
21	Thu nhập trung bình 01 tháng của bệnh nhân	Thu nhập trung bình trong 01 tháng của bệnh nhân trong năm 2011	Liên tục	Phỏng vấn
22	Thu nhập trung bình 01 tháng của các thành viên trong gia đình bệnh nhân	Thu nhập trung bình trong 01 tháng của các thành viên trong gia đình bệnh nhân trong năm 2011	Liên tục	Phỏng vấn
23	Tổng thu nhập trung bình của cả gia đình bệnh nhân	Tổng thu nhập trung bình của cả gia đình bệnh nhân (bao gồm bệnh nhân và các thành viên trong gia đình) trong năm 2011	Liên tục	Phỏng vấn
24	Tình trạng vay mượn tiền để điều trị ARV	Có; Không	Nhị phân	Phỏng vấn
25	Điều kiện kinh tế hộ gia đình của bệnh nhân	Phân loại theo 5 mức căn cứ phân chia của Khảo sát mức sống hộ dân cư năm 2010 của Tổng cục thống kê	Định danh	Phỏng vấn
26	Chỉ tiêu trung bình/tháng của cả gia đình bệnh nhân	Chỉ tiêu trung bình/tháng của cả gia đình bệnh nhân (thực phẩm, sinh hoạt, nhà ở, giáo dục, y tế và chăm sóc sức khỏe,...)	Liên tục	Phỏng vấn

TT	Biến số/chỉ số	Định nghĩa	Phân loại	PP thu thập
<b>D</b>	<b>Khám chữa bệnh ngoại trú HIV/AIDS</b>			
	<i>Đối với bệnh nhân trước điều trị ARV</i>			
27	Số lần khám bệnh ngoại trú trong 3 tháng qua theo lịch hẹn của bác sĩ	Số lần khám bệnh tại PKNT trong 3 tháng qua theo lịch hẹn của bác sĩ	Rời rạc	Phỏng vấn
28	Lý do lần khám bệnh ngoại trú gần đây nhất	Khám và lĩnh thuốc NTCH tại PKNT theo lịch hẹn của bác sĩ; Tư vấn trước điều trị ARV; Mắc bệnh NTCH mới; Lý do khác	Định danh	Phỏng vấn
	<i>Đối với bệnh nhân đang điều trị ARV (phác đồ bậc 1 và 2)</i>			
29	Số lần khám và lĩnh thuốc ARV trong 3 tháng qua theo lịch hẹn của bác sĩ	Số lần khám và lĩnh thuốc ARV tại PKNT trong 3 tháng qua theo lịch hẹn của bác sĩ	Rời rạc	Phỏng vấn
30	Số lần khám bệnh ngoại trú khác tại PKNT	Số lần khám bệnh khác tại PKNT trong 3 tháng qua (ngoài những lần hẹn cố định/định kỳ của bác sĩ)	Liên tục	Phỏng vấn
31	Lý do của lần khám bệnh ngoại trú gần đây nhất tại PKNT	Khám và lĩnh thuốc ARV định kỳ; Tác dụng phụ của thuốc; Mắc bệnh NTCH; Lý do khác	Định danh	Phỏng vấn
32	Số người chăm sóc, hỗ trợ bệnh nhân	Số người chăm sóc, hỗ trợ bệnh nhân tại các đợt khám bệnh ngoại trú trong 3 tháng qua	Rời rạc	Phỏng vấn
<b>D1</b>	<b>Chi phí trực tiếp dành cho y tế</b>			
33	Chi phí thuốc	Chi phí thuốc bệnh nhân phải chi trả (không bao gồm chi phí thuốc ARV và NTCH do PKNT cấp) trong 3 tháng qua	Liên tục	Phỏng vấn

<b>TT</b>	<b>Biển số/chỉ số</b>	<b>Định nghĩa</b>	<b>Phân loại</b>	<b>PP thu thập</b>
34	Chi phí vật tư tiêu hao	Chi phí vật tư tiêu hao bệnh nhân phải chi trả (không bao gồm chi phí vật tư tiêu hao do dự án chi trả) trong 3 tháng qua	Liên tục	Phỏng vấn
35	Chi phí xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh	Chi phí XN & CDHA bệnh nhân phải chi trả (không bao gồm chi phí XN & CDHA do dự án chi trả) trong 3 tháng qua	Liên tục	Phỏng vấn
36	Tổng chi phí trực tiếp dành cho y tế	Tổng chi phí trực tiếp dành cho y tế mà bệnh nhân phải chi trả trong 3 tháng qua	Liên tục	Phỏng vấn
<b>D2</b>	<b>Chi phí trực tiếp không dành cho y tế</b>			
37	Chi phí đi lại	Chi phí đi lại (cả đi và về) của bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ (nếu có) đến PKNT theo lịch hẹn trong 3 tháng qua (tối thiểu 3 lần gần đây nhất)	Liên tục	Phỏng vấn
38	Chi phí ăn uống	Chi phí ăn uống trung bình của bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ (nếu có) đến PKNT theo lịch hẹn trong 3 lần gần đây nhất	Liên tục	Phỏng vấn
39	Chi phí nhà ở	Chi phí nhà ở (thuê nhà trọ, nhà nghỉ, khách sạn) của bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ (nếu có) đến PKNT theo lịch hẹn trong 3 lần gần đây nhất	Liên tục	Phỏng vấn
40	Chi phí khác	Chi phí khác (nếu có) của bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ (nếu có) đến PKNT theo lịch hẹn trong 3 lần gần đây nhất	Liên tục	Phỏng vấn
<b>D3</b>	<b>Chi phí gián tiếp không dành cho y tế</b>			
41	Số ngày trong tháng và số ngày làm việc bệnh nhân phải nghỉ	Số ngày làm việc trong 01 tháng của bệnh nhân Số ngày làm việc bệnh nhân phải nghỉ để đến PKNT	Rời rạc	Phỏng vấn
42	Số ngày làm việc người chăm sóc, hỗ trợ phải nghỉ	Số ngày người nhà bệnh nhân phải nghỉ để hỗ trợ, chăm sóc bệnh nhân đến PKNT	Rời rạc	Phỏng vấn

TT	Biển số/chỉ số	Định nghĩa	Phân loại	PP thu thập
*	Chi phí cơ hội/lần khám bệnh ngoại trú	= (Thu nhập TB/tháng ÷ Số ngày làm việc trong tháng) * (Số ngày làm việc phải nghỉ)		
<b>D4</b>	<b>Khả năng chi trả từ phía người bệnh và gia đình</b>			
43	Khả năng chi trả của người bệnh và gia đình cho điều trị HIV/AIDS ngoại trú	Hoàn toàn chi trả được; Chi trả một phần; Hoàn toàn không chi trả được	Định danh	Phỏng vấn
44	Khả năng xoay sở của người bệnh và gia đình để chi trả chi phí cho điều trị HIV/AIDS ngoại trú	Tự chi trả từ thu nhập hàng tháng; Vay mượn, thế chấp tài sản; Bán tài sản; Người thân hỗ trợ; BHYT hỗ trợ chi trả; Khác	Định danh	Phỏng vấn
45	Khả năng chi trả của người bệnh nếu BHYT hỗ trợ một phần chi phí để điều trị HIV/AIDS	Có; Không	Định danh	Phỏng vấn
46	Khả năng chi trả của người bệnh nếu BHYT không hỗ trợ chi phí điều trị HIV/AIDS, nhưng chi trả các dịch vụ y tế khác theo định hiện hành	Có; Không	Định danh	Phỏng vấn

## 7. Phương pháp phân tích số liệu

Ngay sau khi kết thúc phỏng vấn bệnh nhân, các phiếu điều tra sẽ được rà soát và kiểm tra một lần nữa để chắc chắn tất cả các câu hỏi đã được điền một cách chính xác, hợp lệ và không bị sót thông tin.



Nghiên cứu viên chính kiểm tra lần cuối tất cả các số liệu thứ cấp và phiếu điều tra đã được thu thập.

Sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2010 để nhập và tính toán phần thông tin liên quan đến Bệnh viện.

Sử dụng phần mềm Epi data 3.1 để nhập các thông tin liên quan đến bệnh nhân và gia đình.

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để tổng hợp, làm sạch, chuyển các biến dạng liên tục (các biến chi phí) về dạng phân bố xấp xỉ chuẩn và phân tích số liệu.

Lập các bảng tần số để mô tả và phân tích các đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân và gia đình.

Đối với phân tích so sánh: sử dụng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ ) để phân tích mối liên quan đơn biến; sử dụng mô hình hồi quy logistic để loại trừ tác động của các yếu tố nhiễu và tìm hiểu mối liên quan đa biến,

## **8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Cục Phòng, chống HIV/AIDS thông qua.

Nghiên cứu được sự chấp thuận và tạo điều kiện của Lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Ban Quản lý dự án LIFE-GAP Trung ương, lãnh đạo khoa Truyền nhiễm, lãnh đạo và cán bộ PKNT.

Trước khi thu thập số liệu, nhóm thu thập số liệu sẽ được tập huấn thêm về tầm quan trọng của việc giữ bảo mật thông tin bệnh nhân khi thu thập số liệu và sẽ phải ký vào bản cam kết bảo mật các thông tin thu thập được (Chi tiết xem Phụ lục 4).

Trước phỏng vấn, đối tượng nghiên cứu được điều tra viên giải thích rõ về mục tiêu và lợi ích của nghiên cứu, phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Với bệnh nhân ở tuổi vị thành niên điều trị ngoại trú tại PKNT cùng bố/mẹ, điều tra viên phỏng vấn người chăm sóc chính. Với bệnh nhân vị thành niên có thể tự trả lời được các câu hỏi, điều tra viên hỏi ý kiến của người chăm sóc chính trước khi phỏng vấn. Bệnh nhân cần ký vào phiếu chấp thuận tham gia trước khi tiến hành phỏng vấn (chi tiết xem Phụ lục 3). Trong quá trình phỏng vấn, bệnh nhân có quyền từ chối không tiếp tục trả lời bất cứ khi nào.

Nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới việc chăm sóc và điều trị của bệnh nhân.

Thông tin thu được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Thông tin được đảm bảo giữ bí mật và mã hoá. Không thu thập các thông tin danh tính của bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu được thông báo cho Bệnh viện Bạch Mai nhằm cung cấp thêm thông tin để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

## V. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS tại PKNT

Tổng số bệnh nhân HIV/AIDS được chăm sóc và điều trị tại PKNT của Bệnh viện Bạch Mai tham gia vào nghiên cứu này là 315 người, trong đó bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn với 63,2%.

Phần lớn bệnh nhân đang trong độ tuổi lao động, nhiều nhất là độ tuổi dưới 40 tuổi (83,8%), từ 40-60 tuổi là 14% và ngoài độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ thấp (2,2%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân tại PKNT là 35,14, bệnh nhân có tuổi lớn nhất là 65 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 15 tuổi.

Số đông bệnh nhân có trình độ Trung học cơ sở (41,3%) và Trung học phổ thông (32,7%); Phổ thông cơ sở là 5,7%; trên Trung học phổ thông (Sơ cấp, Trung cấp, Cao đẳng,...) là 20%; bệnh nhân mù chữ chiếm tỷ lệ rất nhỏ (0,3%).

Bệnh nhân là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (24,4%), tiếp theo lần lượt là 14,3% công nhân, 13% buôn bán dịch vụ, 9,5% lao động tự do, 8,3% công chức/viên chức, 2,2% nội trợ và thấp nhất là học sinh/sinh viên (1%). Bệnh nhân làm các công việc khác chiếm tỷ lệ 13%. Bệnh nhân không có việc/thất nghiệp chiếm tỷ lệ 14,3%.

Về tình trạng hôn nhân, số đông bệnh nhân đã có gia đình và đang sống cùng vợ/chồng (66,7%), 10,8% goá, 6,3% ly dị hoặc ly thân, 0,6% sống chung như vợ/chồng và chưa kết hôn. Bệnh nhân chưa lập gia đình chiếm tỷ lệ 15,6%.

Bệnh nhân sống ở thành thị và nông thôn có tỷ lệ tương đương, 51,1% và 48,9%. Khoảng cách từ nhà bệnh nhân đến PKNT trung bình là 94,43 km, khoảng cách xa nhất là 900 km và gần nhất là 1 km. Khoảng cách từ 20 -100 km chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%), dưới 20 km là 29,5% và trên 100 km là 28,3%.

Trung bình số người trong hộ gia đình đang sống cùng bệnh nhân là 3,88 người, bệnh nhân có số người sống cùng nhiều nhất là 10 người và ít nhất là bệnh nhân độc thân. Trong hộ gia đình bệnh nhân, số người sống cùng từ 4 -6 người chiếm tỷ lệ cao nhất (51,4%), 38,7% từ 2-3 người, 5,4% trên 6 người và thấp nhất là bệnh nhân sống một mình (4,5%).

Trong số 315 bệnh nhân HIV/AIDS được phỏng vấn kết hợp thu thập trong bệnh án ngoại trú, khoảng một phần tư bệnh nhân hiện đang sử dụng ma túy (24,8%). Trong số bệnh nhân sử dụng ma túy, chiếm đa số là bệnh nhân nam với tỷ lệ 97,4% và chỉ có 2,6% là bệnh nhân nữ.

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân HIV/AIDS (N=315)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Thông tin</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Tuổi</b> Trẻ nhất 15 tuổi, già nhất 65 tuổi, trung bình 35,14 ± 7,92	Dưới 40	264	83,8
	Từ 40-60	44	14,0
	Trên 60	7	2,2
<b>Giới</b>	Nam	199	63,2
	Nữ	116	36,8
<b>Trình độ học vấn</b>	Không đi học	1	0,3
	Cấp 1 (Lớp 1-5)	18	5,7
	Cấp 2 (Lớp 6-9)	130	41,3
	Cấp 3 (Lớp 10-12)	103	32,7
	Trên cấp 3 (Sơ cấp, Trung cấp ,...)	63	20,0
<b>Hôn nhân</b>	Độc thân	49	15,6
	Đang sống cùng vợ hoặc chồng	210	66,7
	Sống chung như vợ hoặc chồng, chưa kết hôn	2	0,6
	Ly dị hoặc ly thân	20	6,3
	Goá	34	10,8
<b>Khoảng cách từ nhà đến PKNT</b> Xa nhất 900 km, gần nhất 1 km, trung bình 94,43 ± 115,54	Dưới 20 km	93	29,5
	Từ 20-100 km	133	42,2
	Trên 100 km	89	28,3
<b>Nghề nghiệp</b>	Không có việc/thất nghiệp	45	14,3
	Nông dân (làm ruộng, làm vườn)	77	24,4
	Công nhân	45	14,3
	Lao động tự do	30	9,5
	Nội trợ	7	2,2
	Buôn bán, dịch vụ	41	13,0
	Công chức, viên chức	26	8,3
	Học sinh, sinh viên	3	1,0
	Khác	41	13,0

**Bảng 1 (tiếp). Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân HIV/AIDS (N=315)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Thông tin</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
<b>Số người trong gia đình đang sống cùng bệnh nhân</b>	Độc thân	14	4,5	
	Từ 2-3 người	122	38,7	
	Nhiều nhất 10 người, ít nhất 0 người, trung bình $3,88 \pm 5,59$	Từ 4-6 người	162	51,4
		Trên 6 người	17	5,4
<b>Tình trạng nghiện chích ma túy</b>	Có sử dụng ma túy	78	24,8	
	<i>Nam</i>	76	97,4	
	<i>Nữ</i>	2	2,6	
	Không sử dụng ma túy	237	75,2	

Bảng 2 mô tả đặc điểm điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS tại PKNT. Trong 315 bệnh nhân HIV/AIDS được phỏng vấn có 13,7% trước điều trị ARV, 79,3% đang điều trị ARV phác đồ bậc 1 và 7% đang điều trị phác đồ bậc 2.

Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian chăm sóc và điều trị HIV/AIDS từ 6 đến dưới 12 tháng và từ 12 đến dưới 24 tháng là tương đương (33,3% và 33,7%), có thời gian trên 24 tháng là 20,3% và dưới 6 tháng là 6,7%. Thời gian chăm sóc và điều trị HIV/AIDS trung bình của bệnh nhân tại PKNT là 14,96 tháng, bệnh nhân có thời gian chăm sóc và điều trị dài nhất là 40 tháng và ngắn nhất là 4 tháng.

Vào thời điểm giữa năm 2011 (6/2011), chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh nhân không có triệu chứng liên quan đến HIV, được đánh giá ở GĐLS 1 (60%), tiếp theo là GĐLS 4 với 22,5%, GĐLS 3 với 9,9% và nhỏ nhất là GĐLS 2 với 7,6%. Tại thời điểm nghiên cứu (5/2012), đa số bệnh nhân ở GĐLS 1 (85,7%), còn lại lần lượt là 7,6% ở GĐLS 2, 4,8% ở GĐLS 4 và 2,8% ở GĐLS 3. Trong 272 bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV, 31,2% bệnh nhân ở GĐLS 1, 11,8% ở GĐLS 2, 20% ở GĐLS 3 và 34,2% ở GĐLS 4.

Về số lượng CD4 trung bình trong năm 2011, bệnh nhân có CD4 trung bình từ 200-350 TB/mm<sup>3</sup> chiếm tỷ lệ cao nhất (32,5%), 26,1% ở mức từ 100-200 TB/mm<sup>3</sup>, 24,8% dưới 100 TB/mm<sup>3</sup> và 16,6% trên 350 TB/mm<sup>3</sup>; CD4 trung bình của bệnh nhân trong năm 2011 tại PKNT là 214 TB/mm<sup>3</sup>, bệnh nhân có CD4 cao nhất là 1.027 TB/mm<sup>3</sup> và nhỏ nhất là 2 TB/mm<sup>3</sup>. Tại thời điểm nghiên cứu (tháng 5/2012), bệnh nhân

có CD4 trên 350 TB/mm<sup>3</sup> chiếm 33,8%, 30,9% từ 200-350 TB/mm<sup>3</sup>, 22,5% từ 100-200 TB/mm<sup>3</sup> và 11% ở mức dưới 100 TB/mm<sup>3</sup>; CD4 trung bình của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu là 298 TB/mm<sup>3</sup>, bệnh nhân có CD4 cao nhất là 1.050 TB/mm<sup>3</sup> và nhỏ nhất là 3 TB/mm<sup>3</sup>. Trong 272 bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV, bệnh nhân có CD4 dưới 100 TB/mm<sup>3</sup> chiếm 53,7%, 20,6% từ 200-350 TB/mm<sup>3</sup>, 18% từ 100-200 TB/mm<sup>3</sup> và 7,7 ở mức trên 350 TB/mm<sup>3</sup>; CD4 trung bình của bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu điều trị là 140 TB/mm<sup>3</sup>, bệnh nhân có CD4 cao nhất là 999 TB/mm<sup>3</sup> và nhỏ nhất là 1 TB/mm<sup>3</sup>.

Trong 86,3% bệnh nhân đang điều trị ARV, phác đồ được sử dụng nhiều nhất là 1c (AZT-3TC-NVP) chiếm 34,6%, tiếp đến là phác đồ 1d (AZT-3TC-EFV) với 17,3%, phác đồ 1b (d4T-3TC-EFV) là 14%, phác đồ 1a (d4T-3TC-NVP) là 9,5% và các phác đồ bậc 1 khác chiếm tỷ lệ 16,5%. Tỷ lệ bệnh nhân phải điều trị bằng phác đồ bậc 2 chiếm 8,1% (Chi tiết các phác đồ điều trị ARV xem mục 3.3 của phần Tổng quan tài liệu).

Bệnh nhân tham gia BHYT chiếm tỷ lệ khá cao (53,3%) và bệnh nhân không tham gia BHYT là 46,7%. Trong nhóm bệnh nhân tham gia BHYT, hình thức tham gia chiếm tỷ lệ cao nhất là BHYT cho người nghèo (23,2%), 13% là BHYT bắt buộc, 12% là các loại bảo hiểm khác và có tỷ lệ thấp nhất là bảo hiểm tự nguyện (5,1%).

**Bảng 2. Đặc điểm về điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS (N=315)**

Đặc điểm	Thông tin	Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm bệnh nhân</b>	Bệnh nhân trước điều trị ARV	43	13,7
	Bệnh nhân điều trị ARV bậc 1	250	79,3
	Bệnh nhân điều trị ARV bậc 2	22	7,0
<b>Thời gian chăm sóc và điều trị HIV/AIDS</b> Dài nhất là 40 tháng, ngắn nhất là 4 tháng, trung bình 14,96 ± 7,97	Dưới 6 tháng	40	12,7
	Từ 6 đến <12 tháng	105	33,3
	Từ 12 đến <24 tháng	106	33,7
	Trên 24 tháng	64	20,3
<b>Giai đoạn lâm sàng vào tháng 6/2011</b>	Giai đoạn lâm sàng 1	189	60,0
	Giai đoạn lâm sàng 2	24	7,6
	Giai đoạn lâm sàng 3	31	9,9
	Giai đoạn lâm sàng 4	71	22,5

**Bảng 2 (tiếp). Đặc điểm về điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS (N=315)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Thông tin</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Giai đoạn lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu (5/2012)</b>	Giai đoạn lâm sàng 1	270	85,7
	Giai đoạn lâm sàng 2	21	6,7
	Giai đoạn lâm sàng 3	9	2,8
	Giai đoạn lâm sàng 4	15	4,8
<b>Giai đoạn lâm sàng tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV (N=272)</b>	Giai đoạn lâm sàng 1	87	32,0
	Giai đoạn lâm sàng 2	32	11,8
	Giai đoạn lâm sàng 3	60	22,0
	Giai đoạn lâm sàng 4	93	34,2
<b>CD4 tại thời điểm bắt đầu điều trị (N=272)</b> Cao nhất 999 TB/mm <sup>3</sup> , thấp nhất 1 TB/mm <sup>3</sup> , trung bình 140 ± 142,36	Dưới 100 TB/mm <sup>3</sup>	146	53,7
	Từ 100-200 TB/mm <sup>3</sup>	49	18,0
	Từ 200-350 TB/mm <sup>3</sup>	56	20,6
	Trên 350 TB/mm <sup>3</sup>	21	7,7
<b>Phác đồ điều trị ARV</b>	Chưa điều trị ARV	43	13,7
	Đang điều trị ARV	272	86,3
	<i>Phác đồ 1a (d4T-3TC-NVP)</i>	26	9,5
	<i>Phác đồ 1b (d4T-3TC-EFV)</i>	38	14,0
	<i>Phác đồ 1c (AZT-3TC-NVP)</i>	94	34,6
	<i>Phác đồ 1d (AZT-3TC-EFV)</i>	47	17,3
	<i>Phác đồ bậc 1 khác</i>	45	16,5
<b>Tham gia BHYT và hình thức tham gia</b>	<i>Phác đồ bậc 2</i>	22	8,1
	Có tham gia	168	53,3
	<i>BHYT bắt buộc</i>	41	13,0
	<i>BHYT tự nguyện</i>	16	5,1
	<i>BHYT cho người nghèo</i>	73	23,2
	<i>Khác</i>	38	12,0
	Không tham gia	147	46,7

Bảng 3 mô tả điều kiện kinh tế của bệnh nhân HIV/AIDS tại PKNT. Trong năm 2011, phần lớn bệnh nhân có thu nhập trung bình 01 tháng dưới 3 triệu đồng, chiếm tỷ lệ 65,7%, bệnh nhân có thu nhập TB/tháng trên 3 triệu đồng là 20% và bệnh nhân không có thu nhập là 14,3%. Với các thành viên khác trong gia đình bệnh nhân, tổng thu nhập trung bình 01 tháng trên 3 triệu chiếm đa số (72,7%), còn lại 27,3% có thu nhập TB/tháng dưới 3 triệu đồng. Khoảng một phần ba bệnh nhân có tổng thu nhập TB/tháng của cả gia đình trên 6 triệu đồng (34,6%).

Về điều kiện kinh tế hộ gia đình bệnh nhân so với các hộ gia đình khác tại nơi sống cùng: chiếm tỷ lệ cao nhất (61,6%) là mức trung bình, 30,2% ở mức dưới trung bình, 5,1% ở mức nghèo nhất và chỉ có 3,1% ở mức trên trung bình.

Trong quá trình tham gia chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại PKNT, có 71,7% gia đình bệnh nhân chưa phải vay mượn tiền hoặc tài sản. Trong số 28,3% gia đình phải vay mượn, có 87,8% gia đình vay mượn tiền, 10% gia đình thế chấp tài sản như đất đai, đồ đạc có giá trị và 2,2% gia đình vừa vay mượn tiền vừa thế chấp tài sản có giá trị.

Đa số gia đình bệnh nhân có mức chi tiêu trung bình 01 tháng dưới 6 triệu đồng (83,8%) và chỉ có 16,2% gia đình có mức chi tiêu trung bình trên 6 triệu đồng.



**Bảng 3. Điều kiện kinh tế hộ gia đình của bệnh nhân HIV/AIDS (N=315)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Thông tin</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Thu nhập trung bình 01 tháng của bệnh nhân</b>	Trên 3 triệu đồng	63	20,0
	Dưới 3 triệu đồng	207	65,7
	Không có thu nhập	45	14,3
<b>Thu nhập trung bình 01 tháng của các thành viên khác trong gia đình bệnh nhân</b>	Trên 3 triệu đồng	229	72,7
	Dưới 3 triệu đồng	86	27,3
<b>Tổng thu nhập trung bình 01 tháng của cả gia đình bệnh nhân</b>	Trên 6 triệu đồng	109	34,6
	Dưới 6 triệu đồng	206	65,4
<b>Điều kiện kinh tế hộ gia đình bệnh nhân</b>	Trên trung bình	10	3,1
	Trung bình	194	61,6
	Dưới trung bình	95	30,2
	Nghèo nhất	16	5,1
<b>Tình trạng vay mượn của gia đình bệnh nhân</b>	Không	225	71,4
	Có	90	28,6
	<i>Thế chấp tài sản</i>	09	10,0
	<i>Mượn tiền</i>	79	87,8
	<i>Thế chấp tài sản và mượn tiền</i>	02	2,2
<b>Chi tiêu trung bình 01 tháng của gia đình bệnh nhân</b>	Trên 6 triệu đồng	51	16,2
	Dưới 6 triệu đồng	264	83,8

## **2. Chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú**

### **2.1. Chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ**

Bảng 4 mô tả các thông tin về hoạt động chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại PKNT của Bệnh viện Bạch Mai.

Tính đến 31/12/2011, tổng số bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký chăm sóc và điều trị tại PKNT là 742 người. Tổng số bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký và vẫn được quản lý, theo dõi điều trị ARV là 601 người; trong đó: 124 bệnh nhân trước điều trị ARV, 455 bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 và 22 bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2.

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành thu thập thông tin từ 601 bệnh án ngoại trú HIV/AIDS và các sổ sách liên quan tại PKNT. Với 601 bệnh nhân nhận dịch vụ trong năm 2011, PKNT đã thực hiện được 5.523 lượt khám bệnh ngoại trú cho bệnh nhân; trong đó: số lần khám và tư vấn (cá nhân, nhóm) cho bệnh nhân chưa điều trị ARV là 500 lần, số lần khám phát thuốc ARV và khám theo lịch hẹn của bác sĩ (mắc bệnh NTCH mới, tiêm chủng, lấy máu xét nghiệm,...) cho bệnh nhân đang điều trị ARV là 5.023 lần. Tổng số tháng chăm sóc cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú trong năm 2011 là 4.831 tháng.

**Bảng 4. Thông tin chung về PKNT tại Bệnh viện Bạch Mai (N=601)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Thông tin</b>
Tổng số người nhiễm HIV đăng ký điều trị năm 2011	742
Tổng số bệnh nhân đăng ký vẫn được quản lý năm 2011	601
- Số bệnh nhân chưa điều trị ARV vẫn được quản lý	124
- Số bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1	455
- Số bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2	22
Tổng số lần khám bệnh ngoại trú trong năm 2011	5.523
- Số lần khám và tư vấn trước điều trị ARV	500
- Số lần khám và phát thuốc ARV, theo lịch hẹn	5.023
Tổng số tháng chăm sóc trong năm 2011	4.813

Bảng 5 mô tả các thành phần chi phí và chi phí bình quân 01 năm cho 01 bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ. Các thành phần trong chi phí điều trị ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ bao gồm: chi phí cho nhân viên y tế, chi phí khấu hao, chi phí vận hành, chi phí thuốc ARV, chi phí thuốc NTCH, chi phí vật tư tiêu hao, chi phí xét nghiệm và CDHA. Hầu hết các số liệu này được triết xuất từ số liệu thứ cấp từ phòng Tài chính Kế toán và hồ sơ, bệnh án ngoại trú của bệnh nhân.

**Bảng 5. Thành phần chi phí và chi phí bình quân 01 năm cho 01 bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ**

Đặc điểm	Chi phí		Tỷ lệ (%)
	Nghìn đồng	Đô la	
Nhân viên y tế	1.432	69	15,0
Khấu hao	236	11	2,5
Vận hành	256	12	2,7
Vật tư tiêu hao	355	17	3,7
Thuốc ARV	4.020	193	42,1
Thuốc NTCH	751	36	7,8
Xét nghiệm và CDHA	2.500	120	26,2
<b>Tổng chi phí 01 bệnh nhân/năm</b>	<b>9.550</b>	<b>459</b>	<b>100,0</b>

(Tỷ giá: 1 đô la = 20.828 đồng [17])

Bảng 6 mô tả thành phần chi phí và tổng chi phí bình quân 01 năm cho 01 bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ giữa các nhóm bệnh nhân.

Chi phí bình quân 01 năm điều trị ngoại trú của 01 bệnh nhân trong năm 2011 từ phía người cung cấp dịch vụ là 9.550 nghìn đồng (tương đương 459 đô la). Chi phí này không bao gồm chi phí nhân lực gián tiếp điều trị, TSCĐ gián tiếp trong quá trình điều trị và chi phí vận hành của các khoa/phòng không trực tiếp tham gia điều trị HIV/AIDS ngoại trú.

Chi phí bình quân 01 năm điều trị ngoại trú cho 01 bệnh nhân trước điều trị ARV là 3.848 nghìn đồng (tương đương 184 đô la), với bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 có chi phí bình quân là 7.518 nghìn đồng (tương đương 361 đô la) và bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2 có chi phí bình quân 28.044 nghìn đồng (tương đương 1.346 đô la).

**Bảng 6. Thành phần chi phí và tổng chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ giữa các nhóm bệnh nhân**

Đặc điểm	Chi phí/nhóm bệnh nhân					
	Nghìn đồng			Đô la		
	Trước điều trị	ARV bậc 1	ARV bậc 2	Trước điều trị	ARV bậc 1	ARV bậc 2
Nhân viên y tế	1.432	1.432	1.432	69	69	69
Khấu hao	236	236	236	11	11	11
Vận hành	256	256	256	12	12	12
Vật tư tiêu hao	355	355	355	17	17	17
Thuốc ARV	0	2.113	21.845	0	101	1.049
Thuốc NTCH	48	832	608	2	40	29
Xét nghiệm và CDHA	1.521	2.294	3.312	73	110	159
<b>Tổng chi phí 01 bệnh nhân/năm</b>	<b>3.848</b>	<b>7.518</b>	<b>28.044</b>	<b>184</b>	<b>361</b>	<b>1.346</b>

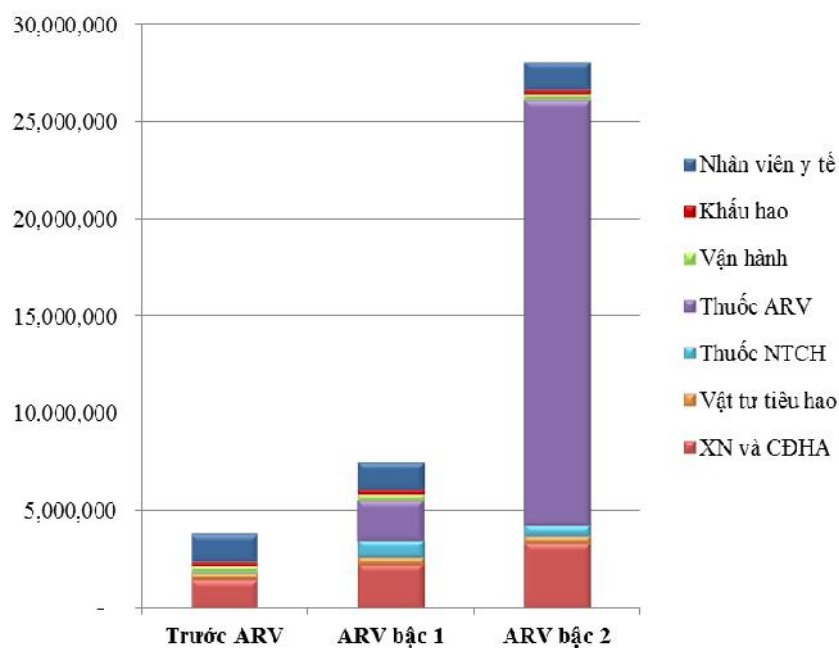
(Tỷ giá: 1 đô la = 20.828 đồng [17])

Biểu đồ 1 so sánh sự khác biệt về tỷ trọng chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ giữa 3 nhóm bệnh nhân: trước điều trị ARV, điều trị ARV phác đồ bậc 1 và điều trị phác đồ bậc 2.

Các nhóm bệnh nhân có sự giống nhau về tỷ trọng các thành phần chi phí: nhân viên y tế, khấu hao, vận hành, vật tư tiêu hao (trong nghiên cứu tính toán các chi phí thành phần chung cho các nhóm bệnh nhân) và có sự khác biệt về các thành phần chi phí: thuốc NTCH, xét nghiệm và CDHA, thuốc ARV.

Nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2 có chi phí thuốc ARV cao hơn khoảng 2,7 lần so với nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 1 do giá của các loại thuốc trong phác đồ bậc 2 cao hơn khoảng 10 lần so với các thuốc thuộc phác đồ bậc 1.

Có sự chênh lệch không đáng kể về tỷ trọng chi phí thuốc NTCH của nhóm bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 và nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2, chiếm tỷ lệ thấp nhất là chi phí thuốc NTCH của nhóm bệnh nhân trước điều trị ARV.



**Biểu đồ 1. Sự khác biệt về thành phần chi phí điều trị ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ giữa các nhóm bệnh nhân**

## **2.2. Chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình**

Bảng 7 mô tả các thành phần chi phí và chi phí bình quân 01 năm cho 01 bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình.

Các thành phần trong chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình bao gồm: chi phí thuốc khác (ngoài thuốc ARV, NTCH được phát miễn phí tại PKNT); chi phí đi lại, chi phí ăn uống, tiền ở (của bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ đi cùng - nếu có) và chi phí cơ hội (bị mất đi do phải nghỉ làm để đến khám bệnh ngoại trú).

**Bảng 7. Thành phần chi phí và chi phí bình quân 01 năm cho 01 bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình**

Đặc điểm	Chi phí		Tỷ lệ (%)
	Nghìn đồng	Đô la	
Thuốc khác	224	11	7,1
Đi lại	1.555	75	48,9
Ăn uống	362	17	11,4
Tiền ở (thuê nhà trọ, khách sạn,...)	261	13	8,2
Chi phí cơ hội	775	37	24,4
<b>Tổng chi phí 01 bệnh nhân/năm</b>	<b>3.177</b>	<b>153</b>	<b>100,0</b>

(Tỷ giá: 1 đô la = 20.828 đồng [17])

Bảng 8 mô tả chi phí bình quân cho 01 người trong 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú mà bệnh nhân và gia đình tự chi trả trong quá trình tham gia chăm sóc và điều trị tại PKNT.

Chi phí bình quân 01 năm điều trị ngoại trú cho 01 bệnh nhân trước điều trị ARV là 818 nghìn đồng (tương đương 29 đô la), với bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 có chi phí bình quân là 3.914 nghìn đồng (tương đương 144 đô la) và bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2 có chi phí bình quân là 3.458 nghìn đồng (tương đương 125 đô la).

Trong nghiên cứu này chưa xác định được tiền ở trong tổng chi phí điều trị ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình của nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2 do các bệnh nhân này đến khám và lĩnh thuốc hoặc khám bệnh theo lịch hẹn của bác sĩ trong ngày và không phải thuê nhà trọ, khách sạn.

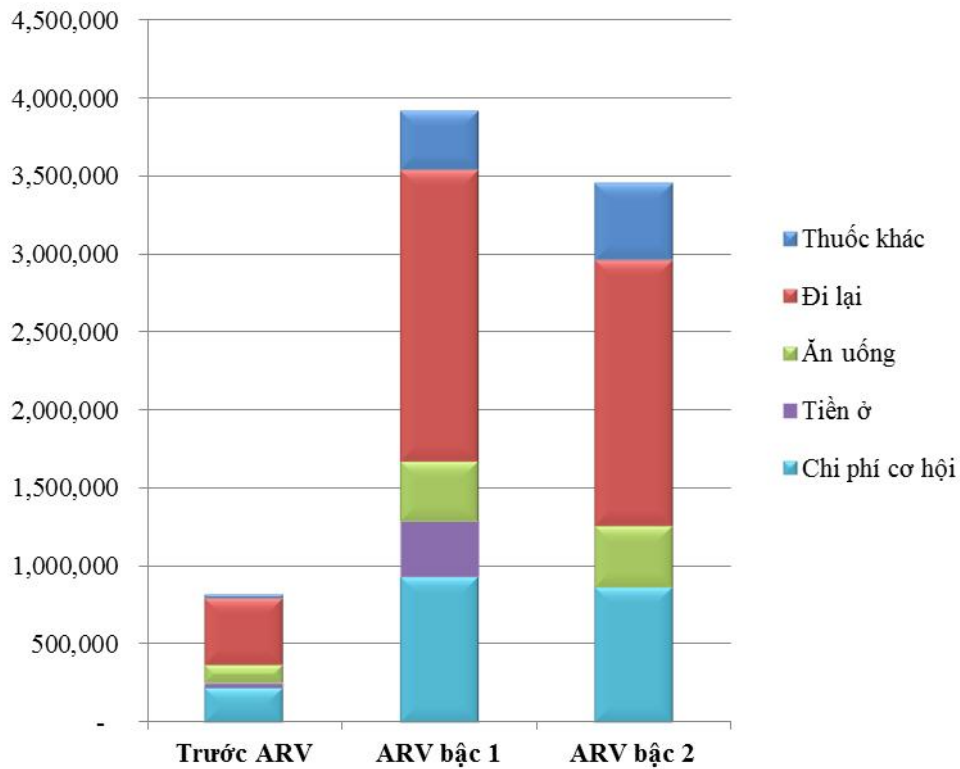
**Bảng 8. Thành phần chi phí và tổng chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình giữa các nhóm bệnh nhân**

Đặc điểm	Chi phí/nhóm bệnh nhân					
	Nghìn đồng			Đô la		
	Trước điều trị	ARV bậc 1	ARV bậc 2	Trước điều trị	ARV bậc 1	ARV bậc 2
Thuốc khác	19	375	499	1	18	24
Đi lại	431	1868	1701	21	90	82
Ăn uống	112	389	398	5	19	19
Tiền ở	34	357	-	2	17	-
Chi phí cơ hội	222	925	860	29	144	125
<b>Tổng chi phí 01 bệnh nhân/năm</b>	<b>818</b>	<b>3.914</b>	<b>3.458</b>	<b>29</b>	<b>144</b>	<b>125</b>

(Tỷ giá: 1 đô la = 20.828 đồng [17])

Biểu đồ 3 so sánh sự khác biệt về tỷ trọng chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình giữa 3 nhóm bệnh nhân: trước điều trị ARV, điều trị ARV phác đồ bậc 1 và điều trị phác đồ bậc 2.

Có sự chênh lệch không đáng kể về chi phí thuốc khác, chi phí đi lại, chi phí ăn uống và chi phí cơ hội giữa nhóm bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 với nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2 nhưng chênh lệch đáng kể so với nhóm bệnh nhân trước điều trị ARV. Riêng tiền ở có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 với nhóm bệnh nhân trước điều trị ARV. Sự chênh lệch này do bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 và bậc 2 có tần suất đến khám và lĩnh thuốc ARV hoặc khám theo lịch hẹn (tiêm chủng, lấy máu xét nghiệm,...) nhiều hơn bệnh nhân trước điều trị ARV.



**Biểu đồ 3. Sự khác biệt về thành phần chi phí điều trị ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình giữa các nhóm bệnh nhân**

**2.3. Gánh nặng kinh tế của điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ góc độ của người cung cấp dịch vụ, bệnh nhân và gia đình**

Tại PKNT của Bệnh viện Bạch Mai, tổng chi phí bình quân 01 năm để điều trị cho 01 bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ hai phía (người cung cấp dịch vụ, bệnh nhân cùng gia đình phải tự chi trả trong quá trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS ngoại trú) là 12.727 nghìn đồng (tương đương 611 đô la).

Trong tổng chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú: người cung cấp dịch vụ chi trả là 9.550 nghìn đồng (tương đương 459 đô la) - chiếm tỷ lệ 75%, bệnh nhân và gia đình phải tự chi trả là 3.177 nghìn đồng (tương đương 152 đô la) - chiếm 25%.



**Bảng 9. Tổng chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú cho 01 bệnh nhân (N=315)**

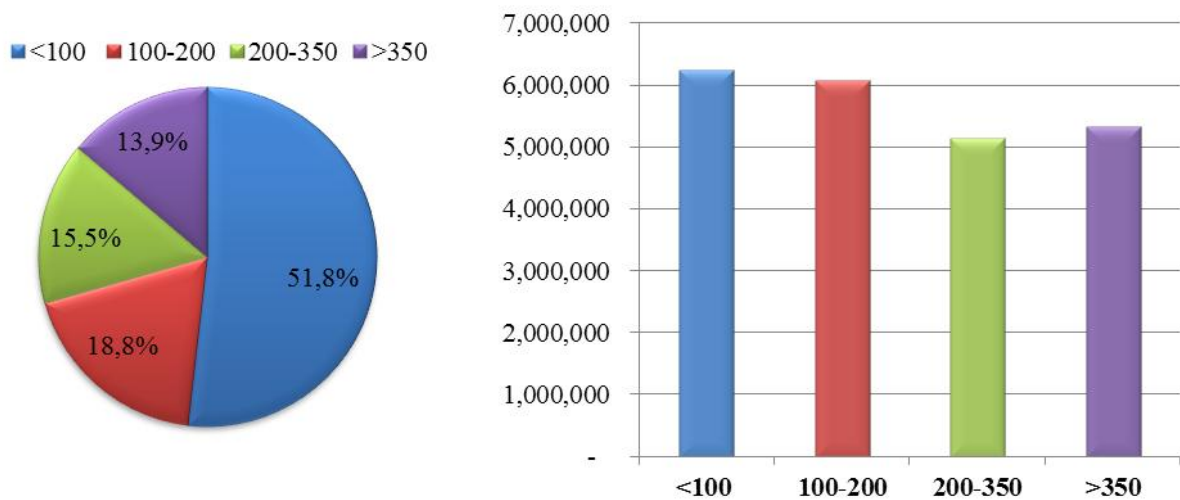
Đặc điểm	Chi phí	
	Nghìn đồng	Đô la
Tổng chi phí điều trị bình quân 01 năm	12.727	611
- Từ phía người cung cấp dịch vụ (75%)	9.550	459
- Từ phía bệnh nhân và gia đình (25%)	3.177	152

(Ghi chú: Tỷ giá: 1 đô la = 20.828 đồng [17])

#### **2.4. Chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và khuyến cáo về điều trị ARV sớm**

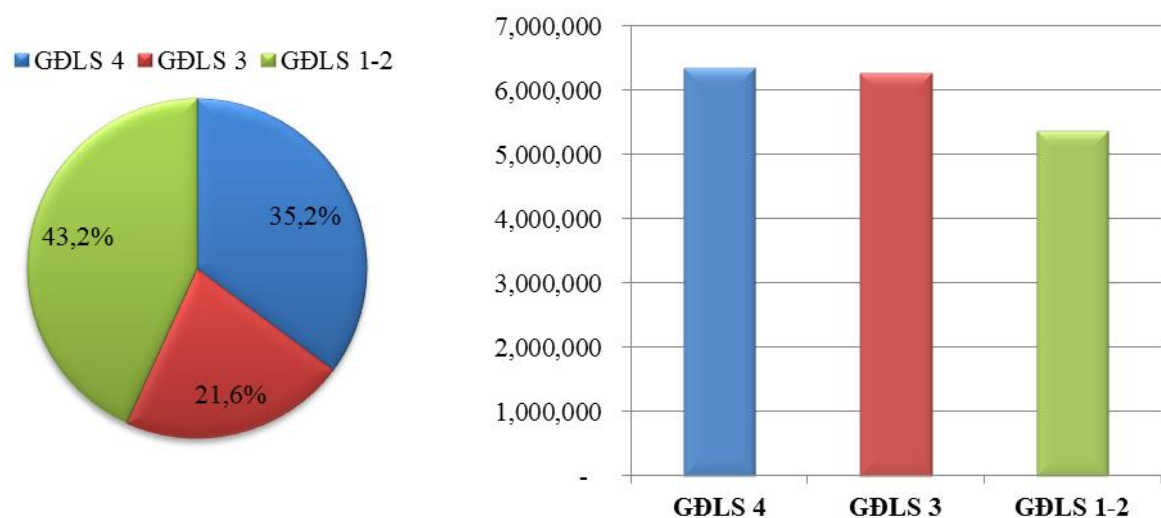
Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới cũng như kết quả các nghiên cứu liên quan đến điều trị bằng thuốc kháng HIV (ARV) đều chứng minh rằng việc bắt đầu điều trị ARV càng sớm thì chi phí điều trị càng giảm. Nghiên cứu này cũng cho kết quả tương tự.

Biểu đồ 5 mô tả chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú của 245 bệnh nhân tại PKNT theo mức CD4 ở thời điểm bắt đầu điều trị ARV. Bệnh nhân bắt đầu điều trị với mức CD4 cao thì chi phí điều trị bình quân năm thấp. Tỷ lệ bệnh nhân bắt đầu điều trị tại thời điểm CD4 dưới 100 TB/mm<sup>3</sup> là 51,8% có chi phí điều trị bình quân năm cao nhất - trên 6 triệu đồng; tiếp theo 18,8% bệnh nhân bắt đầu điều trị với CD4 từ 100-200 TB/mm<sup>3</sup> có chi phí điều trị cao thứ hai - xấp xỉ 6 triệu đồng; 15,5% bệnh nhân bắt đầu điều trị ở mức CD4 từ 200-350 TB/mm<sup>3</sup> và 13,9% bắt đầu điều trị ở mức CD4 trên 350 TB/mm<sup>3</sup> có chi phí điều trị khoảng 5 triệu đồng.



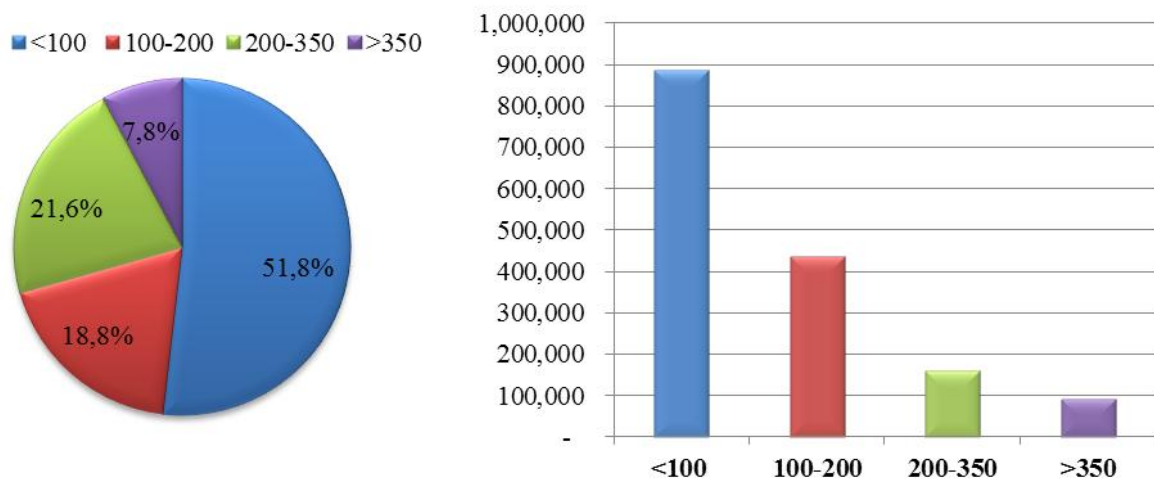
**Biểu đồ 5. Chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú cho 01 bệnh nhân theo mức CD4 ở thời điểm bắt đầu điều trị (N=245)**

Biểu đồ 6 mô tả chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú của 250 bệnh nhân tại PKNT theo GĐLS ở thời điểm bắt đầu điều trị ARV với GĐLS 3 và 4 có chi phí điều trị cao hơn ở bệnh nhân bắt đầu điều trị ở GĐLS 1 và 2. Nhóm bệnh nhân bắt đầu điều trị ở GĐLS 4 (chiếm tỷ lệ 35,2%) có chi phí điều trị cao hơn không đáng kể so với nhóm bệnh nhân bắt đầu điều trị ở GĐLS 3 (21,6%) với chi phí khoảng 6 triệu đồng. Nhóm bệnh nhân bắt đầu điều trị ở GĐLS 1 và 2 (43,2%) có chi phí điều trị thấp hơn so với hai nhóm còn lại, với chi phí khoảng 5 triệu đồng.



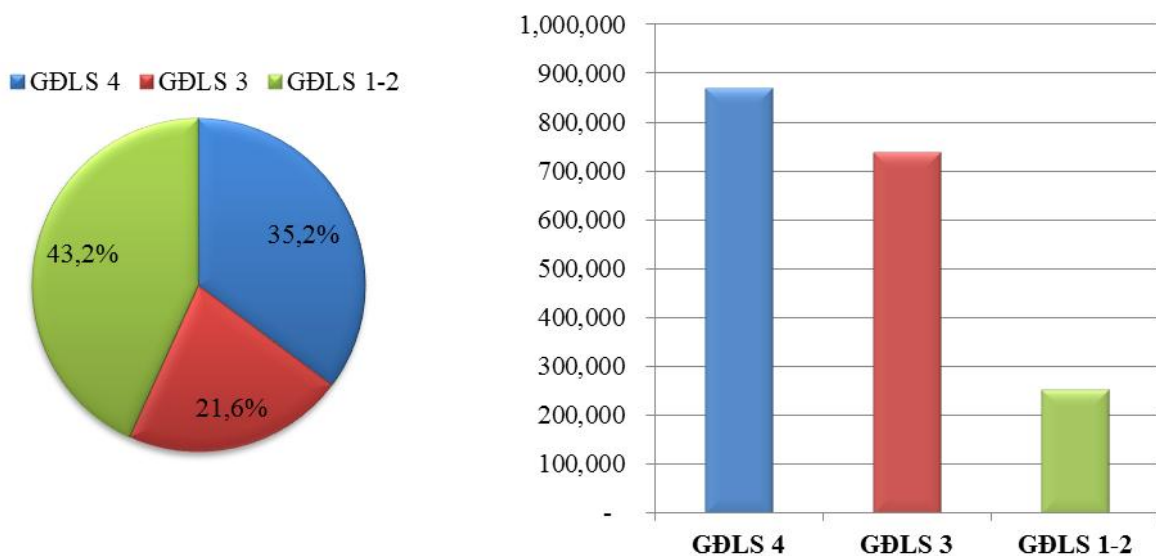
**Biểu đồ 6. Chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú cho 01 bệnh nhân theo GĐLS ở thời điểm bắt đầu điều trị (N=250)**

Biểu đồ 7 mô tả chi phí bình quân 01 năm điều trị NTCH cho 01 bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú theo mức CD4 tại thời điểm bắt đầu điều trị. Chi phí điều trị NTCH cao nhất (khoảng 900 nghìn đồng) là nhóm bệnh nhân bắt có CD4 dưới 100 TB/mm<sup>3</sup> (chiếm tỷ lệ 51,8%), chi phí điều trị NTCH đứng thứ hai (khoảng 700 nghìn đồng) là nhóm bệnh nhân có CD4 từ 100-200 TB/mm<sup>3</sup> (18,8%), thứ ba là chi phí điều trị của nhóm bệnh nhân có CD4 từ 200-350 TB/mm<sup>3</sup> (21,6%) với khoảng 150 nghìn đồng. Thấp nhất là chi phí điều trị NTCH của nhóm bệnh nhân có CD4 trên 350 TB/mm<sup>3</sup> (khoảng 100 nghìn đồng).



**Biểu đồ 7. Chi phí bình quân 01 năm điều trị NTCH cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú theo mức CD4 ở thời điểm bắt đầu điều trị (N=245)**

Biểu đồ 8 mô tả chi phí bình quân 01 năm điều trị NTCH cho 01 bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú theo GDLS tại PKNT. Có sự chênh lệch đáng kể về chi phí giữa nhóm bệnh nhân điều trị NTCH ở GDLS 3 (chiếm tỷ lệ 35,2%) và GDLS 4 (21,6%) với chi phí khoảng 800 nghìn đồng; nhưng cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân điều trị ở GDLS 1 và 2 (43,2%) với chi phí khoảng 200 nghìn đồng.



**Biểu đồ 8. Chi phí bình quân 01 năm điều trị NTCH cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú theo GĐLS ở thời điểm bắt đầu điều trị (N=250)**

### **3. Khả năng chi trả và một số yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình**

Bảng 16 mô tả khả năng chi trả chi phí của bệnh nhân và gia đình phải tự chi trả trong quá trình tham gia điều trị HIV/AIDS ngoại trú. Hiện tại, phần lớn các chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú đã được dự án LIFE -GAP hỗ trợ (thuốc ARV và NTCH, xét nghiệm và CDHA) nên bệnh nhân và gia đình chỉ phải tự chi trả chi phí đi lại, ăn uống và nhà ở (thuê nhà trọ, nhà nghỉ, khách sạn).

Trong 315 bệnh nhân HIV/AIDS được phỏng vấn, 73,3% bệnh nhân và gia đình có thể tự chi trả được chi phí điều trị ngoại trú, 16,2% chi trả được một phần và 10,5% hoàn toàn không chi trả được.

Với nhóm bệnh nhân HIV/AIDS và gia đình chi trả được một phần hoặc hoàn toàn không chi trả được chi phí điều trị ngoại trú, khả năng xoay xở của bệnh nhân gia đình như sau: 59,6% bệnh nhân và gia đình có thể tự chi trả chi phí từ thu nhập hàng tháng, 21,9% là vay mượn, thế chấp tài sản và 18,5% được người thân hỗ trợ.

Tại thời điểm nghiên cứu, đa số bệnh nhân sẵn sàng và có khả năng chi trả chi phí để mua BHYT hỗ trợ một phần chi phí điều trị HIV/AIDS (chiếm tỷ lệ 84,8%); còn lại 15,2% bệnh nhân không sẵn sàng hoặc không có khả năng chi trả chi phí để mua BHYT.

Với BHYT không hỗ trợ chi phí điều trị HIV/AIDS nhưng chi trả các dịch vụ y tế khác theo quy định hiện hành: phần lớn bệnh nhân sẵn sàng và có khả năng chi trả chi phí để mua loại BHYT này (61,4%) và chỉ có 38,6% bệnh nhân không sẵn sàng hoặc không có khả năng chi trả chi phí để mua.

**Bảng 16. Khả năng chi trả từ phía bệnh nhân và gia đình trong điều trị HIV/AIDS ngoại trú (N=315)**

Đặc điểm	Thông tin	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mức độ chi trả chi phí khám chữa bệnh ngoại trú	Hoàn toàn chi trả được	231	73,3
	Chi trả được một phần	51	16,2
	Hoàn toàn không chi trả được	33	10,5
Khả năng xoay sở của bệnh nhân và gia đình để chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú	Chi trả từ thu nhập hàng tháng	220	59,6
	Vay mượn, thế chấp tài sản	81	21,9
	Người thân hỗ trợ	68	18,5
Sẵn sàng và có khả năng chi trả để mua BHYT nếu hỗ trợ một phần chi phí điều trị	Có	267	84,8
	Không	48	15,2
Sẵn sàng và có khả năng chi trả để mua BHYT nếu không hỗ trợ chi phí điều trị nhưng chi trả các dịch vụ y tế khác theo quy định	Có	193	61,4
	Không	122	38,6

Bảng 17 mô tả mối liên quan giữa khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và các đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân tại PKNT.

Khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân có trình độ học vấn trên cấp 3 là 84,1%, còn nhóm bệnh nhân có học vấn từ cấp 3 trở xuống là 70,6%. Bệnh nhân có học vấn trên cấp 3 có khả năng chi trả chi phí điều trị cao gấp 2,203 lần so với bệnh nhân có học vấn từ cấp 3 trở xuống (với khoảng tin cậy từ 1,064 đến 4,563). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Tỷ lệ bệnh nhân có vợ/chồng có khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú là 75,9%, trong khi bệnh nhân độc thân có khả năng chi trả chi phí điều trị chỉ có 59,2%. Tỷ xuất chênh (OR) chỉ ra sự khác biệt này là 2,177 với khoảng tin cậy 95% của OR là 1,153 - 4,109. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,015$ .

Tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị có khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú là 79,5%, với bệnh nhân sống ở nông thôn có khả năng chi trả chi phí điều trị là 66,9%. Tỷ xuất chênh chỉ ra sự khác biệt này là 1,921 với khoảng tin cậy 95% của OR là 1,154 - 3,195. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,011$ .

Tỷ lệ bệnh nhân sống ở nơi có khoảng cách từ nhà đến PKNT dưới 100 km có khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú là 76,5% và bệnh nhân sống ở nơi có khoảng cách trên 100 km có khả năng chi trả chi phí điều trị là 65,2%. Tỷ xuất chênh chỉ ra sự khác biệt này là 1,745 với khoảng tin cậy 95% của OR là 1,023 - 2,975. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,04$ .

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú với yếu tố Tổng số người sống cùng trong gia đình bệnh nhân ( $p>0,05$ ).

**Bảng 17. Mối liên quan giữa khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và các đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân**

Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân	Khả năng chi trả		Tổng	Kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ )	
	Có khả năng	Không có khả năng			
<b>Học vấn*</b>	Trên cấp 3	53 (84,1%)	10 (15,9%)	63 (100%)	p = 0,03 $\chi^2 = 4,692$
	Từ cấp 3 trở xuống	178 (70,6%)	74 (39,4%)	252 (100%)	OR = 2,203 KTC (1,064 - 4,563)
<b>Hôn nhân *</b>	Có vợ/chồng	202 (75,9%)	64 (24,1%)	266 (100%)	p = 0,015 $\chi^2 = 5,941$
	Độc thân	29 (59,2%)	20 (40,8%)	49 (100%)	OR = 2,177 KTC (1,153 - 4,109)
<b>Nơi ở*</b>	Thành thị	128 (79,5%)	33 (20,5%)	161 (100%)	p = 0,011 $\chi^2 = 6,41$
	Nông thôn	103 (66,9%)	51 (33,1%)	154 (100%)	OR = 1,921 KTC (1,154 - 3,195)
<b>Khoảng cách đến PKNT *</b>	Dưới 100 km	173 (76,5%)	53 (23,5%)	226 (100%)	p = 0,04 $\chi^2 = 4,229$
	Trên 100 km	58 (65,2%)	31 (34,8%)	89 (100%)	OR = 1,745 KTC (1,023 - 2,975)
Số người sống cùng trong GD	Trên 3 người	43 (31,6%)	93 (68,4%)	136 (100%)	p = 0,083 $\chi^2 = 3,0$
	Dưới 3 người	41 (22,9%)	138 (77,1%)	179 (100%)	OR = 1,556 KTC (0,942 - 2,571)

Bảng 18 mô tả mối liên quan giữa khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và các đặc điểm điều trị của bệnh nhân tại PKNT. Tuy nhiên, không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú với yếu tố Tham gia bảo hiểm y tế vì  $p > 0,05$ .

**Bảng 18. Mối liên quan giữa khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và đặc điểm điều trị của bệnh nhân**

Đặc điểm điều trị của bệnh nhân	Khả năng chi trả		Tổng	Kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ )	
	Có khả năng	Không có khả năng			
Tham gia BHYT	Có	116 (69,0%)	52 (31,0%)	168 (100%)	$p = 0,066$ $\chi^2 = 3,381$
	Không	115 (78,2%)	32 (21,8%)	147 (100%)	

Bảng 19 mô tả mối liên quan giữa khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và các đặc điểm về điều kiện kinh tế của bệnh nhân tại PKNT.

Khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân có thu nhập TB/tháng trên 3 triệu đồng là 90,4%, còn nhóm bệnh nhân có thu nhập dưới 3 triệu đồng là 63,5%. Bệnh nhân có thu nhập TB/tháng trên 3 triệu đồng có khả năng chi trả chi phí điều trị cao gấp 5,435 lần so với bệnh nhân có thu nhập dưới 3 triệu đồng (với khoảng tin cậy từ 2,740 đến 10,779). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Tỷ lệ các thành viên khác trong gia đình bệnh nhân có thu nhập TB/tháng trên 3 triệu đồng có khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú là 80,3%, với nhóm các thành viên khác trong gia đình bệnh nhân có thu nhập dưới 3 triệu đồng là 57%. Tỷ suất chênh chỉ ra sự khác biệt này là 3,393 với khoảng tin cậy 95% của OR là 1,987 - 5,795. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Tỷ lệ gia đình bệnh nhân có thu nhập TB/tháng trên 6 triệu đồng có khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú là 90,8%, với nhóm gia đình bệnh nhân có thu nhập dưới 6 triệu đồng là 64,1%. Tỷ suất chênh chỉ ra sự khác biệt này là 5,55 với khoảng tin cậy 95% của OR là 2,729 - 11,288. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Tỷ lệ điều kiện kinh tế hộ gia đình bệnh nhân từ trung bình trở lên có khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú là 82,4%, với nhóm có điều kiện kinh tế hộ gia đình dưới



trung bình là 56,8%. Tỷ suất chênh chỉ ra sự khác biệt này là 3,556 với khoảng tin cậy 95% của OR là 2,113 - 5,982. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Tỷ lệ gia đình bệnh nhân có mức chi tiêu TB/tháng trên 6 triệu đồng có khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú là 88,3%, với nhóm gia đình bệnh nhân có thu nhập dưới 6 triệu đồng là 68,5%. Tỷ suất chênh chỉ ra sự khác biệt này là 11,038 với khoảng tin cậy 95% của OR là 1,647 - 7,338. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ .

**Bảng 19. Mối liên quan giữa khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và điều kiện kinh tế hộ gia đình của bệnh nhân**

Đặc điểm điều kiện kinh tế hộ gia đình của bệnh nhân		Khả năng chi trả			Kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ )
		Có khả năng	Không có khả năng	Tổng	
<b>Thu nhập TB/tháng của BN*</b>	Trên 3 triệu	104 (90,4%)	11 (9,6%)	115 (100%)	$p < 0,001$ $\chi^2 = 27,088$ OR = 5,435 KTC (2,740-10,779)
	Dưới 3 triệu	127 (63,5%)	73 (36,5%)	200 (100%)	
<b>Thu nhập TB/tháng của các TV khác*</b>	Trên 3 triệu	184 (80,3%)	45 (17,9%)	229 (100%)	$p < 0,001$ $\chi^2 = 21,113$ OR = 3,393 KTC (1,987 - 5,795)
	Dưới 3 triệu	47 (54,7%)	39 (45,3%)	86 (100%)	
<b>Thu nhập TB/tháng của cả GD BN*</b>	Trên 6 triệu	99 (90,8%)	10 (9,2%)	109 (100%)	$p < 0,001$ $\chi^2 = 26,079$ OR = 5,550 KTC (2,729-11,288)
	Dưới 6 triệu	132 (64,1%)	74 (35,9%)	206 (100%)	
<b>Điều kiện kinh tế hộ GD*</b>	Trung bình trở lên	168 (82,4%)	36 (17,6%)	204 (100%)	$p < 0,000$ $\chi^2 = 24,048$ OR = 3,556 KTC (2,113 - 5,982)
	Dưới trung bình	63 (56,8%)	48 (43,2%)	111 (100%)	
<b>Chi tiêu TB/tháng của cả GD BN*</b>	Trên 6 triệu	68 (88,3%)	9 (11,7%)	77 (100%)	$p = 0,001$ $\chi^2 = 11,692$ OR = 3,476 KTC (1,647 - 7,338)
	Dưới 6 triệu	163 (68,5%)	75 (31,5%)	238 (100%)	

Để tìm hiểu mối liên quan đa biến giữa các yếu tố với khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình, phân tích hồi quy đa biến đã được tiến hành giữa khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú và các yếu tố có liên quan khi phân tích đơn biến. Kết quả phân tích đa biến cho thấy: Tình trạng hôn nhân, Giai đoạn lâm sàng, Khoảng cách từ nhà đến PKNT, Tham gia BHYT, Thu nhập TB/tháng và Điều kiện kinh tế hộ gia đình của bệnh nhân có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú khi kiểm soát được các yếu tố còn lại ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 20. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú của bệnh nhân và gia đình**

Đặc điểm	Thông tin	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (P)	OR
Học vấn	Trên cấp 3 Từ cấp 3 trở xuống	0,562	0,431	0,192	1,755
<b>Hôn nhân *</b>	Có vợ/chồng Độc thân	0,882	0,375	0,019	2,415
Nơi ở	Thành thị Nông thôn	0,213	0,303	0,482	1,237
<b>Khoảng cách đến PKNT *</b>	Dưới 100 km Trên 100 km	0,647	0,314	0,039	1,909
Số người sống cùng trong GD	Trên 3 người Dưới 3 người	0,194	0,292	0,505	1,214
<b>BHYT *</b>	Có Không	-0,66	0,292	0,024	0,517
<b>Thu nhập TB/tháng của BN*</b>	Trên 3 triệu Dưới 3 triệu	1,225	0,389	0,002	3,405
<b>Điều kiện kinh tế hộ GD*</b>	Trung bình trở lên Dưới trung bình	0,925	0,3	0,002	2,522
Chi tiêu TB/tháng của cả GD BN	Trên 6 triệu Dưới 6 triệu	0,308	0,461	0,503	1,361

## VI. BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS tại PKNT

#### 1.1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân HIV/AIDS

Có 315 bệnh nhân HIV/AIDS tham gia vào nghiên cứu; trong đó nam giới chiếm ưu thế với 63,2% (199 nam giới), tỷ lệ này cũng tương đương với tỷ lệ bệnh nhân nam đang được điều trị tại PKNT khác ở tuyến Trung ương như PKNT của Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (63,9%) [16], PKNT của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế (58,66%) [20], nghiên cứu xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại 5 PKNT của thành phố Cần Thơ năm 2009 với nam giới chiếm 63% cỡ mẫu [18] và khảo sát quốc gia về chi tiêu y tế cho người nhiễm HIV tại 17 tỉnh, thành phố với tỷ lệ nam giới chiếm 61,5% cỡ mẫu [19]. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu này phù hợp với đặc điểm lây nhiễm HIV/AIDS chủ yếu do nghiện chích ma túy ở nam giới và tại thời điểm nghiên cứu, vẫn còn 76 nam và 2 nữ đang sử dụng ma túy (chiếm 24,8%), hành vi sử dụng ma túy là một trong những yếu tố ảnh hưởng lớn tới hiệu quả của điều trị ARV. Vì vậy, PKNT cần có những biện pháp tác động giúp bệnh nhân cai nghiện để đạt được hiệu quả điều trị tối ưu.

Trong nghiên cứu này, trên 2/3 số bệnh nhân đang trong độ tuổi lao động (dưới 40 tuổi), kết quả này tương tự kết quả của các nghiên cứu về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS khác đã được triển khai như nghiên cứu tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương với 87,6% [16], nghiên cứu về tuân thủ điều trị ARV tại 5 PKNT của thành phố Cần Thơ với 88% bệnh nhân trong độ tuổi lao động [18]. Trung bình tuổi của bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú tại PKNT của Bệnh viện Bạch Mai là 35 tuổi, xấp xỉ tuổi trung bình của PKNT của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế ( $34,96 \pm 6,48$ ) [20].

Về trình độ học vấn: Trong nghiên cứu này, bệnh nhân học hết cấp 2 và cấp 3 chiếm phần đông với tỷ lệ tương ứng là 41,3% và 32,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại Benin (43% bệnh nhân có học vấn dưới cấp 2) [28]. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu này là nông dân (24,4%), công nhân (14,3%) hoặc buôn bán (13%) trong khi nghiên cứu tại Benin thì lao động tự do chiếm ưu thế hơn so với các nhóm nghề khác (33%) [28].

Trung bình số người sống cùng trong hộ gia đình bệnh nhân tại PKNT là 3,88 người, xấp xỉ nhân khẩu bình quân một hộ chung của cả nước năm 2010 theo kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010 của Tổng cục Thống kê là 3,89 [21].

Có sự cân bằng giữa tỷ lệ bệnh nhân ở thành thị (51,1%) và nông thôn (48,9%). Do đặc thù của việc điều trị HIV/AIDS ngoại trú, hàng tháng bệnh nhân điều trị ARV phải đi khám và lĩnh thuốc theo lịch hẹn, ngoại trừ trường hợp bệnh nhân trước điều trị ARV thì có thể tái khám 3-6 tháng/lần [3]. Do vậy, việc đi lại hàng tháng và khoảng cách từ nhà/nơi ở của bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ (nếu có) đến PKNT là một trong những khó khăn lớn. Kết quả nghiên cứu này cho thấy khoảng cách từ nhà /nơi ở bệnh nhân đến PKNT khá xa, trung bình là 94 km, có tới 28,3% bệnh nhân ở cách PKNT trên 100 km. Tuy khó khăn do khoảng cách đi lại khá xa nhưng trong quá trình thu thập số liệu, nhóm nghiên cứu quan sát thấy đa số bệnh nhân đến khám và lĩnh thuốc đúng hẹn. Đặc biệt các bệnh nhân ở xa thường đi từ nhà lên Hà Nội trước ngày hẹn, thuê trọ ở lại để đảm bảo đến khám đúng lịch hẹn do PKNT quy định. Điều này có thể lý giải là những bệnh nhân ở xa là những bệnh nhân có ý thức tốt và đánh giá được tầm quan trọng của việc điều trị tại PKNT của Bệnh viện Bạch Mai, nên họ sẵn sàng khắc phục những khó khăn về khoảng cách đi lại để được điều trị tại đây.

### ***1.2. Đặc điểm về điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS***

Tại thời điểm nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân HIV/AIDS đã điều trị tại PKNT được trên 6 tháng, số đông bệnh nhân đang ở GĐLS 1 và có CD4 trên 350 TB/mm<sup>3</sup>. Đối chiếu với khuyến cáo nên bắt đầu điều trị ARV tại thời điểm CD4 dưới ngưỡng 350 TB/mm<sup>3</sup> không phụ thuộc vào GĐLS của Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra năm 2010 và được cập nhật trong hướng dẫn quốc gia về chẩn đoán, điều trị HIV/AIDS ngày 02/11/2011 [7] thì kết quả này là phù hợp. Tỷ lệ bệnh nhân ở GĐLS 1 chiếm tỷ lệ cao nhất trong các GĐLS trong năm 2011 (60%) và tại thời điểm nghiên cứu (85,7%) phù hợp với quy định và hướng dẫn quốc gia do bệnh nhân có thời gian điều trị trên 6 tháng được điều trị điều trị dự phòng NTCH bằng cotrimoxazole và điều trị các bệnh NTCH nếu có.

Đối với nhóm bệnh nhân đang điều trị ARV phác đồ bậc 1 thì phác đồ AZT-3TC-NVP và AZT-3TC-EFV được sử dụng chủ yếu với 34,6% và 17,3%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các văn bản (quyết định và công văn hướng dẫn) của Bộ Y tế và Cục Phòng, chống HIV/AIDS từ tháng 11/2011 về việc chuyển đổi theo lộ trình từ phác đồ điều trị có chứa d4T (Stavudine) sang phác đồ điều trị có chứa AZT (Zidovudine) do tác dụng phụ lâu dài của d4T [12].

Điều trị HIV/AIDS là điều trị suốt đời, bệnh nhân phải thường xuyên đến PKNT để khám và lĩnh thuốc, đặc biệt khi bệnh nhân bị NTCH nặng hoặc bị biến chứng điều trị ARV phải vào điều trị nội trú dài ngày, vì vậy tham gia BHYT để được hỗ trợ một phần chi phí điều trị là một hành động tất yếu của tất cả bệnh nhân. Nhưng trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có tham gia BHYT chỉ đạt được 53,3%, trong đó đã gồm 23,2% là đối tượng tham gia BHYT cho người nghèo (tương đương với 43,4% tổng số bệnh nhân có thể BHYT) và chỉ có 5,1% đối tượng tham gia tự nguyện. Kết quả này cao hơn kết quả khảo sát quốc gia về chi tiêu y tế cho người nhiễm HIV/AIDS (33,4% bệnh nhân có thể BHYT, phần lớn là BHYT cho người nghèo với tỷ lệ 63,2% và 27,5 là BHYT tự nguyện) [19]. Ngoài ra, số liệu về BHYT cho thấy bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV chưa thực sự nhận thức được tầm quan trọng của việc tham gia BHYT và những lợi ích do BHYT mang lại cho bệnh nhân. Do đó, PKNT cũng nên có những biện pháp nhằm tăng cường sự tham gia BHYT của bệnh nhân dưới mọi hình thức (tuyên truyền, hỗ trợ một phần kinh phí mua thẻ BHYT,...).

## **2. Chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú**

### **2.1. Chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía người cung cấp dịch vụ**

Trong nghiên cứu này, xét dưới góc độ của người cung cấp dịch vụ, chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú khác nhau giữa các nhóm bệnh nhân: 185 đô la/bệnh nhân trước điều trị ARV/năm (tương đương:  $(\text{Chi phí} \div \text{Thu nhập bình quân của người Việt Nam năm 2011 [22]}) * 100\% = (185 \div 1.375) * 100\% = 13,4\%$ ), 361 đô la/bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1/năm (tương đương 26,2%) và 1.347 đô la/bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2/năm (tương đương 97,9%). So với đánh giá chung của toàn quốc, chỉ có chi phí cho bệnh nhân trước điều trị ARV là cao hơn (toàn quốc là 149 đô la/bệnh nhân trước điều trị ARV/năm, tương đương  $(149 \div 1.169) * 100\% = 12,7\%$  [22]), chi phí cho nhóm bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 và bậc 2 đều thấp hơn (con số này tương ứng trên toàn quốc là 365 đô la/bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1/năm và 1.464 đô la/bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2/năm, tương đương: 31,2% và 125,2%) [10].

Kể từ năm 2005, Việt Nam bắt đầu triển khai chương trình điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS với sự nỗ lực của Chính phủ Việt Nam và sự hỗ trợ mạnh mẽ về tài chính, kỹ thuật của Chương trình PEPFAR, dự án Quỹ toàn cầu Phòng, chống HIV/AIDS và nhiều tổ chức quốc tế khác. Do vậy, bệnh nhân HIV/AIDS được nhận

dịch vụ điều trị ARV miễn phí bao gồm: tư vấn, khám bệnh, xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm CD4, thuốc ARV,... Do đó, xét dưới góc độ người cung cấp dịch vụ, chi phí điều trị ARV tại PKNT khá cao, chi phí cho bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2 đắt gấp xấp xỉ 3 lần chi phí điều trị ARV phác đồ bậc 1. Đối với bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1, chi phí điều trị thấp hơn so với Campuchia (180-240 đô la/người/năm [51], tương đương:  $(180 \div 453,9 \text{ đến } 240 \div 453,9) * 100\% = 39,6-52,9\%$  [33]), thấp hơn so với Indonesia là 564 đô la/người/năm (tương đương:  $(564 \div 1304,1) * 100\% = 43,2\%$  [33]) và so với các nước châu Phi: thấp hơn chi phí cho bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 ở Tanzania là 180 đô la/người/năm [54] (tương đương:  $(180 \div 372,8) * 100\% = 48,2\%$  [33]); thấp hơn chi phí điều trị tại Uganda là 180 đô la/người/năm [55] (tương đương:  $(180 \div 349,8) * 100\% = 51,4\%$  [33]), cao hơn chi phí điều trị tại Swaziland là 175 đô la/người/năm [53] (tương đương:  $(175 \div 2.301,5) * 100\% = 7,6\%$  [33]). Đối với bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2, chi phí điều trị cao hơn so với chi phí cho bệnh nhân tại Nam Phi là 1.037 đô la/người/năm [30] (tương đương:  $(1.037 \div 7.272) * 100\% = 14,3\%$  [33]). Tuy nhiên, về tỷ lệ giữa chi phí điều trị phác đồ bậc 2 và chi phí điều trị phác đồ bậc 1 thì kết quả nghiên cứu xấp xỉ với kết quả nghiên cứu tại Nam Phi ( 2,7 lần và 2,4 lần [30]).

Dưới góc độ người cung cấp dịch vụ, trong nghiên cứu này, chi phí cho thuốc ARV, xét nghiệm và CDHA chiếm tỷ trọng cao nhất trong các thành phần chi phí (tương ứng với 42,1% và 26,2%), con số này thấp hơn so với tỷ trọng chi phí tại Benin (73,4% chi phí thuốc, 14,6% chi phí xét nghiệm, còn lại là các chi phí khác) [28], tương đương với tỷ trọng chi phí so với đánh giá chung trên toàn quốc (43,8% chi phí thuốc, 16,1% chi phí xét nghiệm) [10], và tỷ trọng chi phí dành cho thuốc ARV cũng thấp hơn so với tỷ trọng chi phí tại Bệnh viện Arba Minch ở miền Nam Ethiopia (78% dành cho thuốc ARV) [25].

Nhìn chung chi phí điều trị ngoại trú cho bệnh nhân HIV/AIDS tại PKNT từ phía người cung cấp dịch vụ tương đối cao, cao hơn nhiều so với các nước trong khu vực và trên thế giới. Toàn bộ chi phí thuốc ARV, xét nghiệm và CDHA cho bệnh nhân đang được tài trợ toàn bộ bởi Chương trình PEPFAR mà chưa có sự vào cuộc của hệ thống Bảo hiểm y tế. Trong tương lai, khi các nguồn lực quốc tế đang hỗ trợ cho Việt Nam để triển khai chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS sẽ giảm dần, PKNT lại đang hoạt động bởi 100% kinh phí hỗ trợ từ CDC/LIFE-GAP. Do vậy, đảm bảo duy trì cung

cấp dịch vụ điều trị ARV tại PKNT sẽ là thách thức lớn đối với Bệnh viện trong thời gian tới.

## **2.2. Chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình**

Xét dưới góc độ bệnh nhân và gia đình phải tự chi trả chi phí trong quá trình tham gia điều trị tại PKNT, bệnh nhân điều trị ARV phải trả 153 đô la/người/năm (tương đương:  $(153 \div 1.375) * 100\% = 11,1\%$  [22]), trong đó: bệnh nhân trước điều trị ARV phải trả 39 đô la/người/năm, bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1 phải trả 188 đô la/người/năm và bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2 phải trả 166 đô la/người/năm. Chi phí từ phía bệnh nhân bao gồm tiền thuốc khác (không phải thuốc ARV và một số loại thuốc NTCH), tiền đi lại, ăn uống, thuê nhà và chi phí cơ hội. Với bệnh nhân HIV/AIDS trong nghiên cứu này, để được điều trị ARV họ phải trả khoản tiền nhiều hơn so với bệnh nhân tại Nam Phi (96 đô la/người/năm [30], tương đương:  $(96 \div 7.272) * 100\% = 1,3\%$  [33]), trong đó tiền đi lại chiếm 57%. Cũng tương tự như ở Nam Phi, loại chi phí chủ yếu bệnh nhân phải trả là tiền đi lại (chiếm 48,9% tổng chi phí điều trị từ phía bệnh nhân) [30]. Tuy nhiên, so với kết quả khảo sát quốc gia về chi tiêu y tế cho bệnh nhân HIV/AIDS thì tỷ trọng chi phí đi lại trong nghiên cứu cao hơn (chi phí đi lại chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng chi tiêu từ tiền túi bệnh nhân với 28%) [19].

Trong nghiên cứu này, phần lớn hộ gia đình bệnh nhân có điều kiện kinh tế ở mức trung bình và dưới trung bình. Chi tiêu trung bình/tháng của gia đình bệnh nhân nhiều hơn hoặc bằng so với tổng thu nhập của cả gia đình. Do đó, khoản tiền chi trả cho đi điều trị HIV/AIDS trong một năm là một trong những khó khăn đối với đa số bệnh nhân điều trị tại PKNT bởi hầu hết các bệnh nhân đều nghèo, suy giảm khả năng lao động do bệnh tật nên thu nhập bị hạn chế.

## **2.3. Gánh nặng kinh tế trong điều trị HIV/AIDS ngoại trú và khuyến cáo điều trị ARV sớm**

Tổng hợp chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú trên hai góc độ (từ phía người cung cấp dịch vụ và từ phía bệnh nhân cùng gia đình): tổng chi phí bình quân 01 năm cho 01 bệnh nhân điều trị HIV/AIDS ngoại trú là trên 12,5 triệu đồng, trong đó: 75% do người cung cấp dịch vụ chi trả và 25% do bệnh nhân cùng gia đình chi trả. Kết quả này cho thấy chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú đắt gấp nhiều lần so với chi phí

y tế bình quân đầu người của Việt Nam năm 2008 (1,1 triệu đồng/người/năm) [14] và năm 2010 (1,36 triệu đồng/người/năm) [21].

Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy, ba thành phần chi phí chiếm tỷ trọng nhiều nhất trong điều trị HIV/AIDS ngoại trú là thuốc ARV (31,6%), xét nghiệm và CDHA (19,6%), chi phí đi lại của bệnh nhân (12,2%). Kết quả này khá phù hợp với phân bổ nguồn lực của Việt Nam cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS, trong đó thuốc là ưu tiên hàng đầu và các xét nghiệm liên quan đến HIV (bao gồm cả xét nghiệm cơ bản) là ưu tiên thứ hai trong việc đầu tư nguồn lực. So với nghiên cứu của một số nước thì chi phí đi lại của bệnh nhân tại PKNT chiếm tỷ trọng thấp hơn nhiều so với các nước khác. Ví dụ, chi phí đi lại của bệnh nhân ở Nam Phi chiếm xấp xỉ 50% tổng chi phí điều trị ngoại trú [30].

Đối với khuyến cáo về điều trị ARV sớm, kết quả của nghiên cứu một lần nữa chứng minh “bệnh nhân càng bắt đầu điều trị sớm, chi phí điều trị càng giảm”: trong nghiên cứu này, bệnh nhân bắt đầu điều trị ở mức CD4 thấp thì chi phí điều trị cao hơn so với bệnh nhân bắt đầu điều trị ở mức CD4 cao (chi tiết xem biểu đồ 7 của phần Kết quả nghiên cứu) và bệnh nhân bắt đầu điều trị ở GĐLS 3, 4 thì chi phí điều trị cao hơn so với bắt đầu điều trị ở GĐLS 1, 2 (chi tiết xem biểu đồ 8). Đối với chi phí bình quân 01 năm điều trị NTCH cũng cho kết quả tương tự như chi phí điều trị ARV: bắt đầu điều trị muộn ở mức CD4 thấp và GĐLS 3, 4 thì chi phí điều trị càng cao (chi tiết xem biểu đồ 9, 10). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu về chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS trong định hướng Chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS giai đoạn 2011-2020 của Cục Phòng, chống HIV/AIDS [10].

### **3. Khả năng chi trả và một số yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân và gia đình**

#### **3.1. Khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú**

Mặc dù điều trị HIV/AIDS được miễn phí khám, tư vấn, thuốc ARV, các xét nghiệm cơ bản và xét nghiệm CD4 nhưng trong số những bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu vẫn có tới 10,5% bệnh nhân hoàn toàn không chi trả được và 16,2% bệnh nhân có thể chi trả được một phần chi phí điều trị. Một trong những lý do ảnh hưởng lớn tới khả năng chi trả chi phí điều trị là hầu hết người nhiễm HIV đều không có việc làm và thu nhập ổn định, điều kiện kinh tế chủ yếu nằm ở mức trung bình so với các hộ khác trong cùng xã/phường (trên 60%). Mặc dù khả năng chi trả cho điều trị HIV/AIDS



của bệnh nhân còn hạn chế và khó khăn về kinh tế nhưng trong quá trình thu thập số liệu, khi bệnh nhân được hỏi về tham gia BHYT thì chỉ có khoảng 53% bệnh nhân tham gia mua BHYT và khoảng 50% trong số đó là tham gia dưới hình thức BHYT cho người nghèo, số còn lại là tham gia dưới các hình thức khác. Rõ ràng, việc tham gia BHYT có rất nhiều lợi ích và càng lợi ích hơn đối với bệnh nhân HIV/AIDS vì họ thường xuyên phải đến cơ sở y tế khám, chữa bệnh và trong suốt cuộc đời. Trong quá trình thu thập số liệu, nhóm nghiên cứu nhận thấy, nguyên nhân lớn nhất dẫn đến số ít bệnh nhân tại PKNT tham gia BHYT là rất nhiều bệnh nhân hiểu biết về lợi ích của tham gia BHYT nhưng họ lại nghĩ rằng họ được điều trị HIV/AIDS miễn phí nên không cần thiết phải mua thẻ BHYT vì sẽ mất thêm một khoản tiền. Vì vậy, PKNT nên có những giải pháp khuyến khích và tư vấn hỗ trợ bệnh nhân tham gia BHYT để tiết kiệm và giảm thiểu chi phí điều trị cho bản thân bệnh nhân và gia đình.

### **3.2. Các yếu tố liên quan đến khả năng chi trả**

Kết quả phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến khả năng chi trả của bệnh nhân (bảng 16) cho thấy có 5 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng chi trả khi kiểm soát được các yếu tố liên quan đơn biến còn lại. Các yếu tố liên quan gồm: tình trạng hôn nhân, khoảng cách từ nhà đến PKNT, thu nhập trung bình hàng tháng của bệnh nhân, điều kiện kinh tế hộ gia đình và tham gia BHYT.

Đối với tình trạng hôn nhân: những bệnh nhân sống cùng vợ/chồng có khả năng chi trả cao gấp 2,5 lần bệnh nhân không sống cùng vợ/chồng. Trong quá trình phỏng vấn bệnh nhân, nhóm nghiên cứu nhận thấy, phần lớn bệnh nhân đã có gia đình trả lời khi có vợ hoặc chồng thì khả năng làm kinh tế sẽ tốt hơn không có vợ hoặc chồng. Do vậy, bệnh nhân sống cùng vợ/chồng có thể trang trải được chi phí điều trị tốt hơn nhóm không có vợ hoặc chồng.

Đối với khoảng cách từ nhà đến PKNT: bệnh nhân có khoảng cách từ nhà đến PKNT dưới 100 km có khả năng chi trả cao gấp 1,8 lần nhóm bệnh nhân ở xa trên 100 km. Như đã bàn luận ở mục 3, bệnh nhân ở xa thường lên Hà Nội trước 1 ngày để kịp lịch hẹn nên họ phải chi trả thêm rất nhiều khoản chi phí như: ăn uống, đi lại, thuê phòng trọ. Rõ ràng, nhóm bệnh nhân ở gần hơn (dưới 100 km) sẽ thuận lợi hơn, đỡ tốn kém hơn trong việc điều trị. Như vậy, họ sẽ có thể chi trả chi phí dễ dàng hơn.

Đối với thu nhập trung bình hàng tháng của bệnh nhân và điều kiện kinh tế hộ gia đình: bệnh nhân có thu nhập trung bình trên 3 triệu đồng/tháng có khả năng chi trả chi phí cao gấp 2,7 lần bệnh nhân có thu nhập dưới 3 triệu đồng/tháng. Bệnh nhân nào sống trong hộ gia đình có điều kiện kinh tế ở mức trên trung bình có khả năng chi trả chi phí cao gấp 2,3 lần nhóm có điều kiện kinh tế hộ gia đình dưới trung bình. Kết quả này phù hợp với thực tế rằng khả năng chi trả dễ dàng hơn nếu thu thập và điều kiện kinh tế tốt hơn.

#### **4. Điểm mạnh của nghiên cứu**

Nghiên cứu có ưu điểm là cỡ mẫu khá lớn (315/601 bệnh nhân HIV/AIDS chiếm tỷ lệ 52,4% [2]), đồng thời kết hợp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn và phân tầng theo tỷ lệ nên đại diện cho cả ba nhóm bệnh nhân đang được chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại PKNT.

Dân số nghiên cứu khá đại diện cho bệnh nhân HIV/AIDS miền Bắc Việt Nam vì Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện đa khoa Trung ương hạng đặc biệt và chuyên khoa Truyền nhiễm là tuyến đầu của các tỉnh Bắc bộ. Bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện không chỉ bao gồm những bệnh nhân ở Hà Nội mà còn có những bệnh nhân ở các tỉnh miền Bắc, đặc biệt là các tỉnh miền núi (Điện Biên, Sơn La, Yên Bái, Hà Giang,...).

Phương pháp phỏng vấn để tìm hiểu về chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú có ưu điểm là bệnh nhân có thể dễ dàng cung cấp các thông tin liên quan, đặc biệt là thông tin về chi phí, tài chính. Nếu áp dụng phương pháp vấn sẽ gặp khó khăn trong việc cung cấp thông tin do bệnh nhân không hiểu hoặc mất nhiều thời gian để hiểu câu hỏi. Bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế giúp điều tra viên dễ dàng thu thập và kiểm tra lại thông tin do bệnh nhân cung cấp bằng cách hỏi các câu hỏi khác liên quan, đặc biệt là các câu hỏi về chi phí, tài chính; hoặc kiểm tra thông tin thông qua hỏi người nhà bệnh nhân. Thêm vào đó, trước khi phỏng vấn cần có sự đồng ý tham gia vào nghiên cứu của bệnh nhân, đồng thời nghiên cứu không thu thập các thông tin danh tính của bệnh nhân nên thông tin thu được đảm bảo tính khách quan và chính xác cao.

Nghiên cứu sử dụng nhiều nguồn số liệu khác nhau như: đề cương hoạt động của dự án hỗ trợ theo năm tài khóa, báo cáo chuyên môn, báo cáo tài chính, sổ sách ghi chép tình hình thanh toán nhân công, tài sản cố định, thuốc và vật tư tiêu hao, xét nghiệm và CDHA, các khoản chi thường xuyên phục vụ công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại các khoa, phòng liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai, đặc biệt là hồi cứu

315 bệnh án ngoại trú HIV/AIDS (trùng khớp với 315 bệnh nhân được phỏng vấn) được lưu tại PKNT giúp phong phú cho kết quả của nghiên cứu cũng như hỗ trợ đánh giá tính xác thực của số liệu.

Việc phân bổ các chi phí chung từ phía người cung cấp dịch vụ (nhân lực y tế, chi phí khấu hao,...) dễ dàng hơn do nghiên cứu chỉ xác định chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú mà không xác định chi phí điều trị nội trú.

Nghiên cứu thực hiện đầy đủ các bước trong phân tích chi phí y tế, đồng thời áp dụng phương pháp đánh giá chi phí trong kinh tế y tế cũng như cách tiếp cận mới nhất và được sử dụng phổ biến không chỉ trong các nghiên cứu về chi phí trong HIV/AIDS mà còn trong các nghiên cứu chi phí của các bệnh truyền nhiễm khác để xác định chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ hai phía (người cung cấp dịch vụ, bệnh nhân và gia đình), so sánh chi phí điều trị ngoại trú giữa các nhóm bệnh nhân cho phép kết quả nghiên cứu so sánh với số liệu quốc gia và thế giới.

## **5. Hạn chế của nghiên cứu**

Địa điểm nghiên cứu chỉ mang tính đại diện cho các PKNT tuyến Trung ương và không mang tính đại diện các PKNT tuyến tỉnh/thành phố và tuyến huyện; đồng thời nghiên cứu chỉ xác định chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú trong năm 2011 mà không xác định chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS nội trú do hạn chế về thời gian và nguồn lực.

Hiện tại, có rất ít các nghiên cứu về chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS, đặc biệt là sự khác biệt về chi phí điều trị ngoại trú giữa các nhóm bệnh nhân tại Việt Nam nên việc so sánh và bàn luận với kết quả của nghiên cứu khác còn hạn chế. Tuy nhiên, đây cũng được xem là ưu điểm của nghiên cứu vì nghiên cứu đã mạnh dạn khám phá một chủ đề mới mang lại nhiều thông tin hữu ích cho các nhà hoạch định chính sách cho Chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam.

Nghiên cứu cũng không xác định chi phí gián tiếp dành cho điều trị HIV/AIDS ngoại trú (là các chi phí phát sinh khác trong điều trị tại cơ sở y tế nhưng không mang tính trực tiếp), bao gồm:

- Nhân lực y tế gián tiếp điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú: chi phí lao động của các lãnh đạo khác trong Ban Giám đốc bệnh viện (không bao gồm lãnh đạo Bệnh viện kiêm lãnh đạo Ban Quản lý tiểu dự án LIFE -GAP), chi phí lao động cho các phòng ban chức năng (phòng Kế hoạch - Tổng hợp, phòng Hành chính quản trị, phòng

Tổ chức cán bộ, Văn phòng Công đoàn, Trường Trung cấp Y tế,...), chi phí lao động cho các khoa Lâm sàng khác (khoa Hô hấp, khoa Nội tiết, khoa Sản, khoa Nhi, khoa Khám bệnh theo yêu cầu,...),...

- Tài sản cố định gián tiếp trong quá trình điều trị: là các chi phí xây dựng và sửa chữa phòng ốc, TSCĐ thuộc phòng ban chức năng, các khoa Lâm sàng khác, các Viện, Trung tâm trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai.

- Chi phí vận hành: là chi phí điện, nước, điện thoại, fax, internet,... của các phòng ban chức năng, các khoa Lâm sàng khác, các Viện, Trung tâm trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai.

Lý do không đưa các chi phí nêu trên vào nghiên cứu này là do Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện đa khoa Trung ương hạng đặc biệt tại Việt Nam với nhiều khoa Lâm sàng, Cận lâm sàng đầu ngành của miền Bắc và cả nước; ngoài ra còn có một số Viện và Trung tâm trực thuộc. Hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS ngoại trú chỉ là một trong nhiều hoạt động của khoa Truyền nhiễm với số lượng bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký theo dõi, điều trị là 601 người [2] trên tổng số hàng trăm nghìn bệnh nhân khám, điều trị thường xuyên tại Bệnh viện [1]. Do vậy, tỷ lệ chi phí cho riêng hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS ngoại trú chỉ chiếm tỷ lệ vô cùng nhỏ bé trong hoạt động chuyên môn của Bệnh viện, đồng thời việc bóc tách các khoản chi này cho từng hoạt động cũng không dễ dàng.

## VII. KẾT LUẬN

### 1. Chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú

Nghiên cứu đã bổ sung thêm trong số ít các bằng chứng về chi phí điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ hai phía (người cung cấp dịch vụ và bệnh nhân cùng gia đình).

Tổng chi phí bình quân 01 năm điều trị HIV/AIDS ngoại trú cho 01 bệnh nhân là 12,7 triệu đồng (tương đương 611 đô la), trong đó: 75% chi phí từ phía người cung cấp dịch vụ và 25% chi phí từ phía bệnh nhân và gia đình. Đây chính là gánh nặng kinh tế của điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ cả hai phía.

Tỷ trọng chi phí chiếm tỷ lệ cao nhất từ phía người cung cấp dịch vụ là thuốc ARV (42,1%), xét nghiệm và CDHA (26,2%); từ phía bệnh nhân và gia đình là đi lại (48,9%), chi phí cơ hội (24,4%).

Chi phí điều trị phác đồ bậc 2 đắt hơn khoảng 2,7 lần so với điều trị phác đồ bậc 1, đặc biệt là chi phí thuốc ARV (chi phí thuốc phác đồ bậc 2 đắt hơn khoảng 10 lần so với thuốc phác đồ bậc 1).

Bệnh nhân HIV/AIDS được tiếp cận điều trị ARV sớm sẽ giúp giảm đáng kể chi phí điều trị.

### 2. Khả năng chi trả và một số yếu tố liên quan đến khả năng chi trả chi phí điều trị HIV/AIDS ngoại trú từ phía bệnh nhân cùng gia đình

Nghiên cứu đã mạnh dạn khám phá một chủ đề mới mang lại nhiều thông tin hữu ích cho các nhà hoạch định chính sách cho chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam.

Trong nghiên cứu này, 73,3% bệnh nhân và gia đình có khả năng chi trả được chi phí khám chữa bệnh ngoại trú (chủ yếu là đi lại, ăn uống), còn lại là chi trả được một phần hoặc hoàn toàn không chi trả được. Để chi trả được chi phí này, bệnh nhân và gia đình chủ yếu xoay sở từ thu nhập hàng tháng (59,6%), còn lại là vay mượn, thế chấp tài sản hoặc người thân hỗ trợ.

Trong trường hợp điều trị HIV/AIDS ngoại trú không được hỗ trợ miễn phí, đa số bệnh nhân sẵn sàng mua BHYT nếu hỗ trợ chi trả một phần chi phí điều trị (84,8%), phần lớn bệnh nhân sẵn sàng mua BHYT không hỗ trợ một phần chi phí điều trị nhưng chi trả các dịch vụ y tế theo quy định hiện hành (61,4%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú theo trình độ học vấn, hôn nhân, nơi ở, khoảng cách từ nhà đến PKNT, thu nhập TB/tháng của bệnh nhân, thu nhập TB/tháng của các thành viên khác, thu nhập TB/tháng của cả gia đình bệnh nhân, điều kiện kinh tế hộ gia đình và chi tiêu TB/tháng của gia đình bệnh nhân ( $p < 0,05$ ). Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng chi trả chi phí điều trị với yếu tố số người sống cùng trong gia đình bệnh nhân và tham gia BHYT.

Một số yếu tố: tình trạng hôn nhân, khoảng cách từ nhà đến PKNT, tham gia BHYT, thu nhập TB/tháng và điều kiện kinh tế hộ gia đình của bệnh nhân có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú khi kiểm soát được các yếu tố còn lại ( $p < 0,05$ ).

## **VIII. KHUYẾN NGHỊ**

### **1. Đối với bệnh nhân và gia đình**

Bệnh nhân cần có ý thức và chủ động về tuân thủ điều trị thuốc ARV (lập kế hoạch và thực hiện nghiêm túc tuân thủ điều trị, tái khám đúng hẹn,...) để giảm thiểu tối đa việc phải chuyển sang điều trị với thuốc phác đồ bậc 2.

Tham gia điều trị tại PKNT gần nhất nếu khoảng cách từ nhà/nơi ở xa PKNT tại Bệnh viện Bạch Mai và tham gia BHYT toàn dân.

### **2. Đối với cán bộ y tế tại PKNT**

Đảm bảo hiệu quả điều trị tối đa cho bệnh nhân:

- Tăng cường tư vấn và tập huấn về thuốc ARV, kiến thức về tuân thủ điều trị cho bệnh nhân và gia đình;

- Đẩy mạnh sự phối hợp giữa nhân viên tư vấn và nhân viên hỗ trợ điều trị nhằm theo dõi chặt chẽ tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

Hẹn lịch khám thuận lợi để giảm chi phí cho bệnh nhân ở nông thôn, xa phòng khám ngoại trú.

Truyền thông, tư vấn về tầm quan trọng cũng như lợi ích của BHYT cho bệnh nhân và gia đình.

Thực hiện tiếp cận điều trị ARV sớm theo quy định của Bộ Y tế.

Cần học hỏi, nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ để đảm bảo cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị có chất lượng.

### **3. Đối với Bệnh viện và BQL tiểu dự án LIFE-GAP**

Trong quá trình xây dựng và triển khai hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS hàng năm:

- Phối hợp chặt chẽ với các bên liên quan, đồng thời dựa trên kết quả thực hiện dự án các giai đoạn trước (chuyên môn và tài chính) để xác định dịch vụ ưu tiên hỗ trợ trong gói dịch vụ điều trị HIV/AIDS ngoại trú.

- Thực hiện giám sát định kỳ về triển khai hoạt động của PKNT (chuyên môn và tài chính) theo kế hoạch, chỉ tiêu hoạt động để có điều chỉnh kịp thời và đưa ra giải pháp giảm thiểu chi phí, tránh sử dụng không hiệu quả hoặc không sử dụng hết kinh phí hỗ trợ.

- Tận dụng các nguồn lực sẵn có (Chương trình mục tiêu quốc gia, Nghị định số 56/2011/NĐ-CP của Chính phủ về chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề), đồng thời huy động các nguồn lực khác để duy trì hoạt động của PKNT.

Để thực hiện tiếp cận điều trị sớm nhằm giảm chi phí điều trị. Bệnh viện cần điều chỉnh quy trình phối hợp giữa Trung tâm tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, PKNT, các khoa lâm sàng, cận lâm sàng để rút ngắn thời gian, thủ tục hành chính và tránh trường hợp mất dấu bệnh nhân.

Thực hiện chuyển bệnh nhân đã điều trị ổn định về PKNT gần nơi cư trú.

Cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho người nhiễm HIV qua hệ thống BHYT.

Triển khai hoạt động cải thiện chất lượng công tác chăm sóc và điều trị tại PKNT để đảm bảo chất lượng dịch vụ cung cấp.



## IX. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Bạch Mai** (2011), Kế hoạch hoạt động năm 2010-2011 thuộc dự án Dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn III, 2007-2012 (LIFE-GAP), Hà Nội.
2. **Bệnh viện Bạch Mai** (2012), Tổng hợp số liệu người bệnh ARV tại PKNT tính đến 31/12/2011 và tính đến 30/06/2012, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2006), Quyết định số 2051/QĐ-BYT ngày 09/06/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy trình điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng vi rút HIV (ARV), Hà Nội.
4. **Bộ Y tế** (2007), Kinh tế y tế và Bảo hiểm y tế (Sách đào tạo bác sĩ đa khoa), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế** (2008), Kinh tế y tế (Sách đào tạo cử nhân y tế công cộng), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Bộ Y tế** (2009), Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/08/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS, Hà Nội.
7. **Bộ Y tế** (2011), Quyết định số 4139/QĐ-BYT ngày 02/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung một số nội dung trong "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS" (ban hành kèm theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/08/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Hà Nội.
8. **Cục Phòng chống HIV/AIDS** (2010), Đánh giá kết quả thực hiện Chiến lược phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010, Hà Nội.
9. **Cục Phòng chống HIV/AIDS** (2011), Báo cáo kết quả công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010 và định hướng giai đoạn 2011-2015, trình bày tại Hội nghị quốc gia về Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS ngày 24-25/10/2011, chủ biên, Đà Nẵng.
10. **Cục Phòng chống HIV/AIDS** (2011), Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS trong định hướng Chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS giai đoạn 2011-2020, trình bày tại Hội nghị quốc gia về Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS ngày 24-25/10/2011, chủ biên, Đà Nẵng.
11. **Cục Phòng chống HIV/AIDS** (2012), Báo cáo sơ kết công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm và định hướng kế hoạch 6 tháng cuối năm 2012, Hà Nội.
12. **Cục Phòng chống HIV/AIDS** (2012), Công văn số 356/AIDS-ĐTTr ngày 13/04/2012 về việc Hướng dẫn chuyển đổi phác đồ điều trị ở bệnh nhân điều trị ARV sử dụng d4T, Hà Nội.

13. **Cục Phòng chống HIV/AIDS** (2012), Tổng hợp số liệu người bệnh ARV tính đến 30/06/2012, Hà Nội.
14. **Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam** (2011), Chi phí và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, Hà Nội, truy cập ngày 20/11-2011, tại trang web <http://www.vhea.org.vn/print-html.aspx?newsid=179>.
15. **Trịnh Quân Huân và các cộng sự.** (2003), Nghiên cứu những chi phí điều trị và chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS tại một số cơ sở y tế Việt Nam năm 2003, Hà Nội, truy cập ngày 27/11-2011, tại trang web [http://www.aids.vn/AIDS/index.php?option=com\\_research&id=49&task=view&Itemid=80](http://www.aids.vn/AIDS/index.php?option=com_research&id=49&task=view&Itemid=80).
16. **Nguyễn Văn Kính và các cộng sự.** (2010), "Đánh giá tuân thủ điều trị và liên quan của tuân thủ điều trị với hiệu quả điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV)", Tạp chí Y học thực hành. 742+743, tr. 388-94.
17. **Kho bạc Nhà nước - Bộ Tài chính** (2012), Thông báo tỷ giá hạch toán ngoại tệ tháng 7 năm 2012 (kèm theo Thông báo số 1760/TB-KBNN ngày 02/07/2012 của Kho bạc Nhà nước), truy cập ngày 17/07-2012, tại trang web [http://www.mof.gov.vn/portal/page/portal/mof\\_vn/1641775?p\\_pers\\_id=2177078&p\\_recurrent\\_news\\_id=65898151](http://www.mof.gov.vn/portal/page/portal/mof_vn/1641775?p_pers_id=2177078&p_recurrent_news_id=65898151).
18. **Võ Thị Năm** (2010), "Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại thành phố Cần Thơ năm 2009 ", Tạp chí Y học thực hành. 742+743, tr. 380-5.
19. **Nguyễn Tuấn Phong và các cộng sự.** (2010), Khảo sát quốc gia về chỉ tiêu y tế của người nhiễm HIV/AIDS, Hà Nội, truy cập ngày 30/06-2012, tại trang web <http://www.vaac.gov.vn/Attachments/CHUYENDE15.rar>.
20. **Phan Trung Tiến** (2010), "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân HIV/AIDS được chỉ định điều trị ARV tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế", Tạp chí Y học thực hành. 742+743, tr. 401-4.
21. **Tổng cục Thống kê** (2010), Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010, Hà Nội.
22. **Tổng cục Thống kê** (2011), Niên giám thống kê (tóm tắt), Hà Nội.
23. **Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm** (2010), Báo cáo đánh giá Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020, Hà Nội.
24. **AVERTing HIV and AIDS** (2010), Universal Access to AIDS Treatment: Targets and Challenges, truy cập ngày 28/12-2011, tại trang web <http://www.avert.org/universal-access.htm#contentTable1>.

25. **Asfaw Demissie Bikilla và các cộng sự.** (2009), "Cost estimates of HIV care and treatment with and without anti-retroviral therapy at Abra Minch Hospital in southern Ethiopia", *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 7(6).
26. **Lori Bollinger và John Stover** (2007), Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support, UNAIDS, truy cập ngày 30/11-2011, tại trang web [http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678\\_Fin\\_Res\\_Req\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf).
27. **HIV/AIDS Asia Pacific Research Statistical Data Information Resources - AIDS Data Hub** (2008), Cambodia National AIDS spending assessment 2007-2008, truy cập ngày 29/11-2011, tại trang web [http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/NASA\\_cambodia.pdf](http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/NASA_cambodia.pdf).
28. **Sennen Hoessey Hounton và các cộng sự.** (2008), "Costing universal access of highly active antiretroviral therapy in Benin", *AIDS Care*. 20(5), tr. 582-7.
29. **KNCV Tuberculosis Foundation** (2008), Tool to Estimate Patients' costs: Literature review, truy cập ngày 24/12-2011, tại trang web [http://www.stoptb.org/wg/dots\\_expansion/tbandpoverty/assets/documents/1\\_Tool%20to%20estimate%20patient%20costs\\_Introduction\\_final.doc](http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion/tbandpoverty/assets/documents/1_Tool%20to%20estimate%20patient%20costs_Introduction_final.doc).
30. **Long L. và các cộng sự.** (2010), "The high cost of second -line antiretroviral therapy for HIV/AIDS in South Africa", *AIDS*. 24(6), tr. 915-9.
31. **K.N. Muko và các cộng sự.** (2004), "Willingness to pay for treatment with highly active antiretroviral (HAART) drugs: a rural case study in Cameroon", *SAHARA J*. 1(2), tr. 107-13.
32. **Bruce R. Schackman và các cộng sự.** (2006), "The lifetime cost of current human immunodeficiency virus care in the United State", *Medical Care*. 44(11), tr. 990-7.
33. **The United Nations Statistics Division (UNSD) of the Department of Economic and Social Affairs (DESA)** (2003-2010), GDP per Capita in Country profile (Economic Edicator), truy cập ngày 05/10-2012, tại trang web <http://data.un.org/Default.aspx>.
34. **U.S. Health Policy Gateway** (2004), Cost-of-Illness Measurement, truy cập ngày 05/01-2012, tại trang web <http://ushealthpolicygateway.wordpress.com/health-policy-intelligence-sources/f-health-policy-methods/cost-of-illness-measurement>.
35. **UNAIDS** (2007), Mozambique National AIDS spending assessment for the period: 2004-2006, truy cập ngày 01/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2007/nasa\\_mozambique\\_0506\\_20070408\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2007/nasa_mozambique_0506_20070408_en.pdf).

36. **UNAIDS** (2007), Trinidad & Tobago National HIV and AIDS spending assessment (An assessment of HIV and AIDS financing flows and expenditure 2002 - 2006), truy cập ngày 04/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa\\_trinidadandtobago\\_0203040506\\_08082009\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa_trinidadandtobago_0203040506_08082009_en.pdf).
37. **UNAIDS** (2008), AIDS spending in Indonesia 2006-2007, truy cập ngày 01/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20080603\\_nasa\\_indonesia\\_06\\_07\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20080603_nasa_indonesia_06_07_en.pdf).
38. **UNAIDS** (2008), Lesotho National AIDS spending assessment (NASA) period: 2005/06 to 2006/07, truy cập ngày 04/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa\\_lesotho\\_0506\\_21012009\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa_lesotho_0506_21012009_en.pdf).
39. **UNAIDS** (2008), Malawi National AIDS spending assessment 2007-2008 and 2008-2009 level and flow of resources and expenditures to confront HIV/AIDS truy cập ngày 01/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/NASA\\_Malawi\\_2007-2008\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/NASA_Malawi_2007-2008_en.pdf).
40. **UNAIDS** (2008), Zambia National AIDS spending assessment for 2005 and 2006, truy cập ngày 03/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/nasa\\_zambia\\_0506\\_20080721\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/nasa_zambia_0506_20080721_en.pdf).
41. **UNAIDS** (2009), Country report on National AIDS spending assessment (NASA) year 2000-2004 in the Philippines, truy cập ngày 01/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa\\_phillippines\\_0001020304\\_07082009\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa_phillippines_0001020304_07082009_en.pdf).
42. **UNAIDS** (2009), Kenya National AIDS spending assessment (Report for the finalcial years 06/07 and 07/08), truy cập ngày 01/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2009/nasa\\_kenya\\_2007-2008\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/countryreport/2009/nasa_kenya_2007-2008_en.pdf).
43. **UNAIDS** (2009), The Kingdom of Swaziland National spending assessment 2005/06 and 2006/07, truy cập ngày 03/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa\\_swaziland\\_0506\\_20080501\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa_swaziland_0506_20080501_en.pdf).
44. **UNAIDS** (2009), Nepal National AIDS spending assessment report 2007, truy cập ngày 01/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/20091105\\_nasa\\_nepal\\_07\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/20091105_nasa_nepal_07_en.pdf).

45. **UNAIDS** (2009), Sierra Leone National AIDS spending assessment (NASA) for the period 2006-2007, truy cập ngày 01/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/20091124\\_nasa\\_sierraleone\\_0607\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/20091124_nasa_sierraleone_0607_en.pdf).
46. **UNAIDS** (2009), Thailand National AIDS spending assessment 2000-2004, truy cập ngày 03/12-2011, tại trang web [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa\\_thailand\\_0001020304\\_07082009\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa_thailand_0001020304_07082009_en.pdf).
47. **UNAIDS** (2011), Viet Nam National AIDS spending assessment 2008-2009, Hà Nội.
48. **WHO** (2004), Indonesia Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/3by5/cp\\_idn.pdf](http://www.who.int/3by5/cp_idn.pdf).
49. **WHO** (2004), Ukraine Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_UKR.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_UKR.pdf).
50. **WHO** (2004), Zimbabwe Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/entity/3by5/cp\\_zwe.pdf](http://www.who.int/entity/3by5/cp_zwe.pdf).
51. **WHO** (2005), Cambodia Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_KHM.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_KHM.pdf).
52. **WHO** (2005), Papua New Guinea Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_PNG.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_PNG.pdf).
53. **WHO** (2005), Swaziland Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/3by5/cp\\_swz.pdf](http://www.who.int/3by5/cp_swz.pdf).
54. **WHO** (2005), Tanzania Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_TZA.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_TZA.pdf).
55. **WHO** (2005), Uganda Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/3by5/june2005\\_uga.pdf](http://www.who.int/3by5/june2005_uga.pdf).
56. **WHO** (2005), Vietnam Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up, truy cập ngày 06/01-2012, tại trang web [http://www.who.int/3by5/cp\\_vwm.pdf](http://www.who.int/3by5/cp_vwm.pdf).

## X. PHỤ LỤC

### Phụ lục 1. PHIẾU TỔNG HỢP ĐỀ THU THẬP SỐ LIỆU THỨ CẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

#### Mẫu số 1: CÁC SẢN PHẨM ĐẦU RA

**Mục đích:** Xác định số sản phẩm đầu ra (số bệnh nhân ngoại trú đến thăm khám, số xét nghiệm, số CDHA,...) của PKNT, các khoa Cận lâm sàng có bệnh nhân HIV/AIDS và tổng số sản phẩm ngoại trú liên quan đến điều trị HIV/AIDS năm 2011.

**Nguồn thông tin:** Phòng Kế hoạch Tổng hợp

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

#### BẢNG 1

**Cách điền:** Điền số giường kế hoạch vào cột (4), Điền số lần/số lượt theo nội dung cột (5) vào cột (6)

TT	Đơn vị phát sinh chi phí	Khối lượng dịch vụ thực hiện			
		Hướng dẫn điền cột (4)	Số giường KH năm 2011	Hướng dẫn điền cột (6)	Số sản phẩm trong năm 2011
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A	Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS	Ghi số giường kế hoạch		Tổng số người nhiễm HIV đăng ký chăm sóc, điều trị năm 2011	
				Tổng số lần khám ngoại trú trong năm 2011	

				Số lần khám và tư vấn trước điều trị ARV năm 2011	
				Số lần khám và phát thuốc ARV, theo lịch hẹn trong năm 2011	
				Tổng số tháng chăm sóc trong năm 2011	
				Tổng số lần CD4, đo tải lượng HIV cần gửi mẫu sang cơ sở khác (khi BV không thực hiện được XN do máy XN hỏng,...)	

## BẢNG 2

**Cách điền:** Sửa cột (2) cho phù hợp với tên các khoa Cận lâm sàng trong Bệnh viện. Điền tổng số các hoạt động cận lâm sàng của từng khoa có bệnh nhân HIV/AIDS và toàn Bệnh viện vào cột (4). Điền số lượng các hoạt động cận lâm sàng cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú vào cột (6).

TT	Đơn vị phát sinh chi phí	Khối lượng dịch vụ thực hiện			
		Hướng dẫn điền cột (4)	Tổng số sản phẩm trong năm 2011	Hướng dẫn điền cột (6)	Số sản phẩm ngoại trú trong năm 2011
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>B</b>	<b>Các khoa cận lâm sàng của BV/Các xét nghiệm/CDHA</b>				
1	Khoa CDHA	Tổng số XN/CDHA		Tổng số XN/CDHA	
2	Khoa Hóa sinh	Tổng số XN/CDHA		Tổng số XN/CDHA	
3	Khoa Vi sinh	Tổng số XN/CDHA		Tổng số XN/CDHA	
4	Khoa Giải phẫu bệnh	Tổng số XN/CDHA		Tổng số XN/CDHA	

5	Khoa Huyết học	Tổng số XN/CDHA		Tổng số XN/CDHA	
	Ghi rõ tên khoa/phòng khác (nếu có)	Tổng số XN/CDHA		Tổng số XN/CDHA	
	<b>Tổng số</b>	<b>Tổng số sản phẩm hoạt động cận lâm sàng cho tất cả bệnh nhân</b>		<b>Tổng số sản phẩm hoạt động cận lâm sàng cho bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú</b>	

### BẢNG 3

**Cách điền:** Tổng kết số bệnh nhân HIV/AIDS đang được quản lý, theo dõi và điều trị tính đến thời điểm ghi trong mục (2).

**Lưu ý:** Dưới đây không tính bệnh nhân đã tử vong, đã chuyển đi, không quản lý được.

TT	Ghi số bệnh nhân đang được quản lý tính đến thời điểm →	31/12/2010	31/12/2011
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Tổng số bệnh nhân HIV đăng ký vẫn được quản lý		
2	Tổng số bệnh nhân đăng ký chưa điều trị ARV vẫn được quản lý		
3	Số bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 1		
4	Số bệnh nhân điều trị ARV phác đồ bậc 2		
5	Tổng số bệnh nhân điều trị ARV vẫn được quản lý (=3+4)		



## Mẫu số 2: QUỸ LƯƠNG

**Mục đích:** Xác định tổng chi phí lao động sử dụng cho điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú năm 2011

**Nguồn thông tin:** Phòng Tài chính Kế toán

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

### Cách điền:

- Sửa cột (3) cho phù hợp với các vị trí làm việc tại PKNT HIV/AIDS (bác sĩ, y tá, dược sĩ, đồng đảng viên,...); các thành viên Ban Quản lý tiêu dự án LIFE-GAP; tên các khoa Cận lâm sàng trong Bệnh viện.
- Dòng 1: Điền thông tin về lương hợp đồng cho những cán bộ có hợp đồng.
- Dòng 2: Nếu biết, điền thông tin về phụ cấp cho do nhà tài trợ trả thêm cho cán bộ tham gia chương trình phòng, chống HIV/AIDS.
- Dòng 3: Ghi tổng lương cơ bản của cán bộ theo vị trí làm việc tại PKNT, theo thành viên BQL tiêu dự án và theo từng khoa.
- Dòng 4: Ghi tổng phụ cấp. Ghi từng phụ cấp các dòng từ 4.1 đến dòng 4.7. Nếu không tách được riêng phần nào, ghi vào dòng 4.7.
- Dòng 5 (từ 5.1 đến 5.4): Ghi tổng số chi phí của người thuê lao động phải nộp, không ghi phần khấu trừ từ lương người lao động.
- Dòng 6 (từ 6.1 đến 6.4) và dòng 7 (từ 7.1 đến 7.3): Ghi tổng số được trả theo mục nếu chưa được tính trong dòng khác. Nếu không có mục nào, bỏ trống, tránh ghi trùng lặp.
- Dòng 8: Là tổng của các dòng.
- Dòng 9: Nếu 100% cán bộ chỉ phục vụ ngoại trú ghi 100%. Nếu có cán bộ có dành thời gian phục vụ nội trú thì sử dụng Bảng trống: ghi mã từng cán bộ và tính thời gian ngoại trú, nội trú để có kết quả tỷ lệ quỹ thời gian của lao động phục vụ bệnh nhân.

### Lưu ý:

- Nếu có cán bộ làm hơn một khoa (ví dụ lãnh đạo có thể vừa giám đốc vừa mổ), ước tính thời gian làm lâm sàng và thời gian làm hành chính để chia lương và các khoản khác cho phù hợp (có thể sử dụng bảng trống dưới đây để tính toán cho rõ).
- Ghi rõ nếu có khoản chi trả không được hạch toán qua phòng Tài chính Kế toán của Bệnh viện.

TT	Khoản chi trả	Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS		BQL tiêu dự án LIFE-GAP		Các khoa Cận lâm sàng		Tổng cộng
		(3)	(3)	(4)	(4)	(5)	(5)	
(1)	(2)	Ghi rõ tên vị trí	Ghi rõ tên vị trí	Ghi rõ tên vị trí	Ghi rõ tên vị trí	Ghi rõ tên khoa	Ghi rõ tên khoa	(6)
<b>1</b>	<b>Tổng chi lương hợp đồng (cho nhân viên hợp đồng)</b>							
<b>2</b>	<b>Phụ cấp do nhà tài trợ trả</b>							
<b>3</b>	<b>Tổng lương cơ bản</b>							
<b>4</b>	<b>Phụ cấp theo lương</b>							
4.1	Phụ cấp chức vụ lãnh đạo							
4.2	Phụ cấp thâm niên vượt khung							
4.3	Phụ cấp trách nhiệm							
4.4	Phụ cấp ưu đãi nghề							
4.5	Phụ cấp thường trực (24/24) làm thêm giờ							
4.6	Phụ cấp phẫu thuật/thủ thuật							
4.7	Phụ cấp khác (phụ cấp độc hại, nguy hiểm, đặc biệt, khu vực, lưu động,...)							
<b>5</b>	<b>Các khoản người thuê lao động phải nộp</b>							
5.1	BHYT (ghi theo số tiền năm 2011 là 3%)							
5.2	BHXH (ghi theo số tiền năm 2011 là 16%)							
5.3	BHTN (ghi theo số tiền năm 2011 là 1%)							
5.4	Công đoàn phí (2%)							
<b>6</b>	<b>Các khoản thanh toán khác</b>							
6.1	Tiền từ Chương trình mục tiêu quốc gia							

6.2	Tiền thưởng, khen thưởng							
6.3	Thu nhập từ dịch vụ theo yêu cầu (nếu có)							
6.4	Thu nhập tăng thêm							
<b>7</b>	<b>Phúc lợi tập thể khác</b>							
7.1	Trợ cấp khó khăn							
7.2	Tiền tàu xe nghỉ phép năm, quần áo,...							
7.3	Phúc lợi khác (nếu có)							
<b>8</b>	<b>Tổng chi phí lao động năm 2011</b>							
<b>9</b>	<b>Tỷ lệ thời gian phục vụ bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú (%)</b>							
<b>10</b>	<b>Tổng chi phí lao động của năm phục vụ bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú</b>							

**BẢNG TRỐNG** (Với khoa có cán bộ làm cả nội trú, ngoại trú: ước tính thời gian làm ngoại trú trong tổng quỹ thời gian lao động)

<b>TT</b>	<b>Tên đơn vị/cán bộ</b>	<b>Giờ nội trú/tháng</b>	<b>Giờ ngoại trú/tháng</b>	<b>Tổng quỹ thời gian lao động</b>
<b>A</b>	<b>Phòng khám ngoại trú</b>			
	Ghi rõ tên/mã cán bộ			
<b>B</b>	<b>BQL Tiểu dự án LIFE-GAP</b>			
	Ghi rõ tên/mã cán bộ			

### Mẫu số 3: KHẤU HAO TÀI SẢN CỐ ĐỊNH

**Mục đích:** Xác định chi phí khấu hao tại PKNT, từng khoa Cận lâm sàng của Bệnh viện năm 2011

**Nguồn thông tin:** Phòng Tài chính Kế toán (kiểm kê tài sản)

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Cách điền:** Sửa cột (2) cho phù hợp với tên các khoa Cận lâm sàng trong Bệnh viện. Trong PKNT và từng khoa ghi rõ tên từng tài sản, nguyên giá, năm mua/năm sửa chữa, nâng cấp gần nhất, số lượng, tỷ lệ khấu hao theo nguyên tắc của Bộ Tài chính. Nếu thiếu u dòng thì bổ sung thêm dòng. Nếu không có tỷ lệ khấu hao thì bỏ trống. Nếu có thông tin đã tổng hợp theo từng khoa về tổng khấu hao có thể điền tổng số đó. Chú thích rõ tỷ lệ khấu hao

TT	Tài sản phân theo đơn vị sử dụng	Nguồn	Nguyên giá	Năm mua/Năm sửa chữa, nâng cấp gần nhất	Số lượng	Tỷ lệ khấu hao (%)	Khấu hao hàng năm
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<b>A</b>	<b>Tài sản cố định</b>						
<i>A1</i>	<i>TSCĐ tại PKNT</i>						
	Ghi rõ tên tài sản						
<i>A2</i>	<i>TSCĐ tại các khoa CLS</i>						
	Ghi rõ tên khoa/phòng						
	Ghi rõ tên tài sản						
<b>B</b>	<b>Nhà cửa và công trình xây dựng</b>						
	Ghi rõ tên nhà cửa và công trình xây dựng						

### Mẫu số 4: CHI PHÍ VẬN HÀNH

**Mục đích:** Xác định chi phí vận hành của PKNT, từng khoa Cận lâm sàng của Bệnh viện năm 2011

**Nguồn thông tin:** Phòng Tài chính Kế toán (báo cáo tài chính năm 2011)

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Cách điền:** Sửa dòng ngân sách nếu khác với tiêu mục trong danh mục. Điền thông tin cho PKNT và từng khoa Cận lâm sàng

Mục/tiểu mục ngân sách	Nội dung chi	Tổng cộng tiêu mục ngân sách	Tổng cộng mục ngân sách	Trong đó, tổng của PKNT (nếu biết)
	<b>Tổng chi phí vận hành</b>			
<b>109</b>	<b>Thanh toán dịch vụ công cộng</b>			
01	Thanh toán tiền điện			
02	Thanh toán tiền nước			
03	Thanh toán tiền nhiên liệu (xăng, dầu, ga,...)			
04	Thanh toán tiền vệ sinh môi trường			
99	Khác			
<b>110</b>	<b>Vật tư văn phòng</b>			
01	Văn phòng phẩm			
03	Mua sắm công cụ, dụng cụ văn phòng			
99	Vật tư văn phòng khác			
<b>111</b>	<b>Thông tin, tuyên truyền, liên lạc</b>			

01	Cước phí điện thoại trong nước			
02	Cước phí điện thoại quốc tế			
03	Cước phí bưu chính			
04	Fax			
06	Tuyên truyền			
10	Sách báo, tạp chí thư viện			
99	Khác			
<b>112</b>	<b>Hội nghị</b>			
01	In, mua tài liệu			
02	Bồi dưỡng giảng viên, báo cáo viên			
03	Tiền vé máy bay, tàu xe			
04	Tiền thuê phòng ngủ			
05	Thuê hội trường, phương tiện vận chuyển			
99	Chi phí khác			
<b>113</b>	<b>Công tác phí</b>			
01	Tiền vé máy bay, tàu xe			
02	Phụ cấp công tác phí			
03	Tiền thuê phòng ngủ			
99	Khác			
<b>114</b>	<b>Chi phí thuê mướn</b>			
01	Thuê phương tiện vận chuyển			
04	Thuê thiết bị các loại			
05	Thuê chuyên gia và giảng viên nước ngoài			

06	Thuê chuyên gia và giảng viên trong nước			
07	Thuê lao động trong nước			
99	Chi phí thuê mướn khác			
<b>115</b>	<b>Chi đoàn ra</b>			
<b>116</b>	<b>Chi đoàn vào</b>			
<b>117</b>	<b>Sửa chữa thường xuyên TSCĐ</b>			
02	Ô tô con, ô tô tải			
03	Xe chuyên dùng			
04	Tàu, thuyền			
05	Bảo trì và hoàn thiện phần mềm máy tính			
06	Trang thiết bị kỹ thuật chuyên dụng			
07	Máy tính, phô tô, máy fax			
08	Điều hòa nhiệt độ			
09	Nhà cửa			
10	Thiết bị phòng cháy, chữa cháy			
99	Các tài sản cố định và công trình hạ tầng cơ sở khác			
<b>119</b>	<b>Chi nghiệp vụ chuyên môn</b>			
01	(Không kê chi thuốc và vật tư dùng cho bệnh nhân)			
02	Trang thiết bị kỹ thuật chuyên dụng (không phải là TSCĐ)			
03	Chi mua in ấn chỉ dùng cho chuyên môn của ngành			
04	Đồng phục, trang phục			
05	Bảo hộ lao động			
14	Chi thanh toán hợp đồng với bên ngoài (NCKH)			

99	Khác			
<b>144</b>	<b>Mua tài sản vô hình</b>			
01	Mua bằng sáng chế			
	(Không kê các tài sản đã liệt kê ở phần khấu hao TSCĐ)			
02	Mua phần mềm máy tính			
99	Khác			
<b>145</b>	<b>Mua sắm tài sản dùng cho công tác chuyên môn</b>			
	(Không kê các tài sản đã liệt kê ở phần khấu hao TSCĐ)			
99	Khác			
<b>134</b>	<b>Chi khác</b>			
10	Chi bảo hiểm tài sản và phương tiện của các đơn vị dự toán			
11	Chi hỗ trợ khác			
99	Khác			
<b>X</b>	Chi phí vận chuyển bệnh phẩm sang cơ sở khác (CD4, tải lượng HIV)			
<b>XX</b>	Số bệnh phẩm phải chuyển đi năm 2011			



## Mẫu số 5: THUỐC VÀ VẬT TƯ TIÊU HAO

**Mục đích:** Xác định chi phí thuốc và vật tư tiêu hao của PKNT, từng khoa Cận lâm sàng của Bệnh viện năm 2011

**Nguồn thông tin:** Phòng Tài chính Kế toán (báo cáo tài chính năm 2011)

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

### BẢNG 1

**Cách điền:** Làm việc với kế toán tiêu dự án, kế toán phụ trách thuốc NTCH để xác định các loại thuốc điều trị HIV/AIDS ngoại trú

Tên thuốc	Ngoại trú				
	Đơn vị tính	Quy cách đóng gói	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền
Liệt kê các loại thuốc ARV					
Liệt kê các loại thuốc NTCH					
Liệt kê các loại thuốc khác (nếu có)					
<b>Tổng cộng</b>					

### BẢNG 2

**Cách điền:** Làm việc với điều dưỡng để xác định với các thủ thuật/thuốc thì vật tư tiêu hao gồm những gì. Tìm giá của từng loại vật tư và tính đơn vị giá cho từng thủ thuật, từng loại thuốc (trong chi nghiệp vụ chuyên môn 2011)

	Ngoại trú
Liệt kê các thủ thuật, thuốc tiêm/truyền dịch → liệt kê từng vật tư sử dụng	
<b>Tổng cộng</b>	

## Mẫu số 6: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ ARV

**Mục đích:** Xác định chi phí chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS trước điều trị ARV

**Nguồn thông tin:** Hồ sơ, bệnh án ngoại trú HIV/AIDS tại PKNT

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Cách điền:** Tính chi phí từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký đến 31/12/2011. Nếu bệnh nhân không có lần khám trong thời gian trên thì loại ra và thay thế bằng bệnh nhân khác. Bổ sung thêm cột ở phía phải của bảng nếu thiếu

TT	Nội dung	Giá đơn vị	Đơn vị/cách ghi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1</b>	<b>Thông tin cá nhân</b>														
	Mã số bệnh nhân														
	Đợt đăng ký chăm sóc và điều trị														
	Năm sinh														
	Giới tính		1. Nam 2. Nữ												
	Có thai trong giai đoạn 01/01/2011 đến 31/12/2011		1. Có 2. Không												
	Tình trạng nghiện ma túy		1. Có 2. Không												
<b>2</b>	<b>Đăng ký chăm sóc và điều trị</b>														
	Ngày tháng năm đăng ký chăm sóc và điều trị		...../...../.....												
	Ngày tháng năm khám lần gần đây nhất		...../...../.....												
<b>3</b>	<b>Tình hình lâm sàng</b>														
	Giai đoạn lâm sàng khi đăng ký		1 2 3 4												
	CD4 lần đầu trong hồ sơ		..... TB/mm <sup>3</sup>												

	Giai đoạn lâm sàng trong năm 2011		1 2 3 4															
	CD4 trong năm 2011		..... TB/mm <sup>3</sup>															
	Giai đoạn lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu		1 2 3 4															
	CD4 tại thời điểm nghiên cứu		..... TB/mm <sup>3</sup>															
	Đủ tiêu chuẩn lâm sàng điều trị ARV		1. Có 2. Không															
	Đủ tiêu chuẩn và sẵn sàng điều trị		1. Có 2. Không															
	Viêm gan B		1. Có 2. Không															
	Viêm gan C		1. Có 2. Không															
	Lao		1. Có 2. Không															
	Tình trạng mắc bệnh NTCH		..... ..... ..... ..... ..... .....															
<b>4</b>	<b>Khám ngoại trú</b>																	
	Tổng số tháng chăm sóc trước ARV trong khoảng thời gian từ 01/01/2011 đến 31/12/2011	Tự động tính	Số tháng tròn (không vượt 12)															
<b>5</b>	<b>Số lần khám (từ 01/01/2011 đến 31/12/2011)</b>																	
	Trong đó:		Trong đó:															
	- Số lần khám đúng hẹn		..... lần															
	- Số lần có kê đơn thuốc		..... lần															

<b>6</b>	<b>Thuốc (từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký chăm sóc đến 31/12/2011)</b>																		
	<i>Lưu ý: Làm việc với bác sĩ điều trị để ghi thông tin về dạng dùng, hàm lượng, số lượng thuốc được phát để tính được chi phí</i>																		
	Liệt kê các loại thuốc NTCH																		
	...																		
<b>7</b>	<b>Xét nghiệm (từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký chăm sóc đến 31/12/2011)</b>																		
	Liệt kê các loại xét nghiệm																		
	...																		
<b>8</b>	<b>CDHA (từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký chăm sóc đến 31/12/2011)</b>																		
	Liệt kê các loại CDHA																		
	...																		

## Mẫu số 7: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ ARV PHÁC ĐỒ BẬC 1

**Mục đích:** Xác định chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú bằng thuốc ARV phác đồ bậc 1

**Nguồn thông tin:** Hồ sơ, bệnh án ngoại trú HIV/AIDS tại PKNT

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Cách điền:** Tính chi phí từ 01/01/2011 đến 31/12/2011 hoặc đến khi tử vong, chuyển đi, bỏ trị hoặc chuyển sang phác đồ bậc 2

TT	Nội dung	Giá đơn vị	Đơn vị/cách ghi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1</b>	<b>Thông tin cá nhân</b>														
	Mã số bệnh nhân														
	Đợt điều trị ARV														
	Năm sinh														
	Giới tính		1. Nam 2. Nữ												
	Tình trạng có thai		1. Có 2. Không												
	Ngày tháng năm đăng ký chăm sóc và điều trị		...../...../.....												
	Tình trạng nghiện ma túy		1. Có 2. Không												
<b>2</b>	<b>Tình hình lâm sàng</b>														
	Giai đoạn lâm sàng khi bắt đầu điều trị ARV		1 2 3 4												
	CD4 khi bắt đầu ARV		..... TB/mm <sup>3</sup>												
	Giai đoạn lâm sàng trong năm 2011		1 2 3 4												
	CD4 trong năm 2011		..... TB/mm <sup>3</sup>												
	Giai đoạn lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu		1 2 3 4												
	CD4 tại thời điểm nghiên cứu		..... TB/mm <sup>3</sup>												

	Ngày tháng năm bắt đầu điều trị ARV	Chốt đầu	...../...../.....															
	Ngày tháng năm tử vong, chuyển đi, bỏ trị, chuyển sang phác đồ ARV bậc 2	Chốt cuối sớm	...../...../.....															
	Số tháng điều trị ARV trong năm		..... tháng															
	Số tháng tính chi phí	Tự động tính	Số tháng															
<b>3</b>	<b>Phác đồ ARV tính từ 01/01/2011 đến 31/12/2011 hoặc đến khi tử vong, chuyển đi, bỏ trị, chuyển sang phác đồ ARV bậc 2</b>																	
	<i>Lưu ý: Nếu bệnh nhân khám đúng hẹn nhưng bác sĩ quên không ghi thuốc ARV, vẫn coi như được phát thuốc ARV và tính thêm một tháng ARV</i>																	
	<b>Phác đồ ARV bậc 1</b>																	
	d4T/3TC/NVP																	
	d4T/3TC/EFV																	
	AZT/3TC/NVP																	
	AZT/3TC/EFV																	
	AZT/3TC/TDF																	
	ABC/3TC/EFV																	
	TDF/3TC/NVP																	
	TDF/3TC/EFV																	
	TDF/AZT/3TC/EFV																	
	<b>Phác đồ ARV mở rộng/phác đồ khác</b>																	

	(nếu có)																	
	...																	
<b>4</b>	<b>Số lần khám (từ 01/01/2011 đến 31/12/2011)</b>																	
	Số lần khám trong thời gian tính chi phí		..... lần															
	Số lần khám theo lịch hẹn (để phát ARV)		..... lần															
<b>5</b>	<b>Tổng số tháng tính chi phí</b>																	
	Số tháng thuốc ARV bậc 1 được phát	Dòng trên tại mục 2	Số tháng															
	Số tháng tính chi phí ARV bậc 1	Dòng trên tại mục 2	Số tháng															
	Giải thích sự khác nhau giữa số tháng tính chi phí và số tháng được phát thuốc ARV		..... ..... ..... ..... .....															
	Tổng số tháng tính chi phí	Tự động tính	Số tháng															
<b>6</b>	<b>Thuốc khác (từ 01/01/2011 đến 31/12/2011 hoặc khi tử vong, chuyển đi, bỏ trị, chuyển sang bậc 2)</b>																	
	<i>Lưu ý: Làm việc với bác sĩ điều trị để ghi thông tin về dạng dùng, hàm lượng, số lượng thuốc được phát để tính được chi phí</i>																	
	Liệt kê các loại thuốc NTCH																	

	...															
<b>7</b>	<b>Xét nghiệm (từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký chăm sóc đến 31/12/2011)</b>															
	Liệt kê các loại xét nghiệm															
	...															
<b>8</b>	<b>CDHA (từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký chăm sóc đến 31/12/2011)</b>															
	Liệt kê các loại CDHA															
	...															



## Mẫu số 8: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ ARV PHÁC ĐỒ BẬC 2

**Mục đích:** Xác định chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú bằng thuốc ARV phác đồ bậc 2

**Nguồn thông tin:** Hồ sơ, bệnh án ngoại trú HIV/AIDS tại PKNT

**Tên cán bộ tổng hợp thông tin:** \_\_\_\_\_

**Điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Cách điền:** Tính chi phí từ 01/01/2011 hoặc thời điểm bắt đầu điều trị ARV phác đồ bậc 2 đến hết 31/12/2011

TT	Nội dung	Giá đơn vị	Đơn vị/cách ghi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1</b>	<b>Thông tin cá nhân</b>														
	Mã số bệnh nhân														
	Đợt điều trị ARV														
	Năm sinh														
	Giới tính		1. Nam 2. Nữ												
	Tình trạng có thai (trong năm điều trị ARV phác đồ bậc 2)		1. Có 2. Không												
	Ngày tháng năm đăng ký chăm sóc và điều trị		...../...../.....												
	Tình trạng nghiện ma túy		1. Có 2. Không												
<b>2</b>	<b>Tình hình lâm sàng</b>														
	Giai đoạn lâm sàng khi bắt đầu điều trị ARV		1 2 3 4												
	CD4 khi bắt đầu ARV		..... TB/mm <sup>3</sup>												
	Giai đoạn lâm sàng trong năm 2011		1 2 3 4												
	CD4 trong năm 2011		..... TB/mm <sup>3</sup>												
	Giai đoạn lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu		1 2 3 4												

	CD4 tại thời điểm nghiên cứu		..... TB/mm <sup>3</sup>															
	Ngày tháng năm bắt đầu điều trị ARV		...../...../.....															
	Ngày tháng năm bắt đầu điều trị ARV bậc 2		...../...../.....															
	Số tháng điều trị ARV bậc 2 (chốt đầu sớm)	Tự động tính	Số tháng															
	Ngày tháng năm đến khám lần gần đây nhất		...../...../.....															
	Số tháng gián đoạn không điều trị (nếu có)		..... tháng															
	Số tháng tính chi phí điều trị ARV bậc 2	Tự động tính	Số tháng															
	Giải thích sự khác nhau giữa số tháng tính chi phí và số tháng được phát thuốc ARV		..... ..... ..... .....															
<b>3</b>	<b>Phác đồ ARV tính từ 01/01/2011 hoặc thời điểm bắt đầu điều trị ARV phác đồ bậc 2 đến hết 31/12/2011</b>																	
	<i>Lưu ý: nếu bệnh nhân khám đúng hẹn nhưng bác sĩ quên không ghi thuốc ARV, vẫn coi như được phát thuốc ARV và tính thêm một tháng ARV</i>																	
	<b>Phác đồ ARV bậc 2</b>																	
	AZT/3TC/LPV/r																	
	DDI/ABC/LPV/r																	

	EFV/DDI/LPV/r																		
	NVP/DDI/LPV/r																		
	TDF/3TC/LPV/r																		
	TDF/3TC/AZT/LPV/r																		
	<b>Phác đồ ARV khác (nếu có)</b>																		
	...																		
<b>4</b>	<b>Số lần khám (từ 01/01/2011 đến 31/12/2011)</b>																		
	Số lần khám trong thời gian tính chi phí		..... lần																
	Số lần khám theo lịch hẹn (để phát ARV)		..... lần																
<b>5</b>	<b>Tổng số tháng tính chi phí</b>																		
	Chốt đầu tính chi phí điều trị ARV bậc 2	Dòng trên tại mục 2	...../...../.....																
	Chốt cuối tính chi phí điều trị ARV bậc 2	31/12/2011	...../...../.....																
	Số tháng phát sinh tính chi phí ARV bậc 2	Dòng trên tại mục 2	Số tháng																
	Tổng số tháng tính chi phí	Tự động tính	Số tháng																
<b>6</b>	<b>Thuốc khác (từ 01/01/2011 đến 31/12/2011 hoặc khi tử vong, chuyển đi, bỏ trị)</b>																		
	<i>Lưu ý: Làm việc với bác sĩ điều trị để ghi thông tin về dạng dùng, hàm lượng, số lượng thuốc được phát để tính được chi phí</i>																		
	Liệt kê các loại thuốc NTCH																		

	...															
<b>7</b>	<b>Xét nghiệm (từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký chăm sóc đến 31/12/2011)</b>															
	Liệt kê các loại xét nghiệm															
	...															
<b>8</b>	<b>CDHA (từ 01/01/2011 hoặc từ khi đăng ký chăm sóc đến 31/12/2011)</b>															
	Liệt kê các loại CDHA															
	...															

## **Phụ lục 2. BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN**

### **Bệnh nhân và người chăm sóc, hỗ trợ đi cùng (nếu có)**

**Trước khi điền phiếu này, anh/chị đã được nghe nghiên cứu viên giới thiệu về nghiên cứu và anh/chị đồng ý tham gia trả lời các câu hỏi dưới đây.**

**Mở đầu:** Những nội dung mà anh/chị trả lời dưới đây sẽ dùng để tìm hiểu chi phí anh/chị phải tự chi trả cho điều trị bằng thuốc kháng vi rút; từ đó giúp đưa ra những đóng góp có ý nghĩa trong việc xây dựng, thực hiện các chính sách hỗ trợ cho người có H. Nếu anh/chị chưa rõ câu hỏi nào, đề nghị nghiên cứu viên giúp đỡ.

Ngày phỏng vấn: ...../...../.....

Mã số của bệnh nhân: .....

Họ tên người phỏng vấn: .....

### **PHẦN A. THÔNG TIN CÁ NHÂN**

#### **A1. Anh/chị sinh vào năm nào (tính theo năm dương lịch)?**

..... (Ghi rõ năm sinh)

#### **A2. Giới tính?**

1. Nam
2. Nữ

#### **A3. Trình độ học vấn cao nhất của anh/chị? (Chọn 1 câu trả lời)**

1. Không đi học
2. Cấp 1 - Tiểu học (Lớp 1-5)
3. Cấp 2 - Trung học cơ sở (Lớp 6-9)
4. Cấp 3 - Phổ thông trung học (Lớp 10-12)
5. Sơ cấp, Trung cấp hoặc Cao đẳng
6. Đại học
7. Sau đại học

**A4. Tình trạng hôn nhân?** (Chọn 1 câu trả lời)

1. Độc thân
2. Đang sống cùng vợ/chồng
3. Sống chung như vợ/chồng, chưa kết hôn
4. Ly dị/Ly thân
5. Goá
99. Khác (ghi rõ):.....

**A5. Nghề nghiệp chính của anh/chị?** (Chọn 1 câu trả lời)

1. Không có việc/thất nghiệp
2. Lao động tự do (thợ thủ công, khuôn vác, thợ xây, xe ôm,...)
3. Nông dân (làm ruộng, làm vườn)
4. Công nhân
5. Nội trợ
6. Buôn bán, dịch vụ
7. Công chức, viên chức
8. Học sinh, sinh viên
99. Khác (ghi rõ):.....

**A6. Nơi ở của anh/chị?** (Chọn 1 câu trả lời)

1. Thành thị
2. Nông thôn

**A7. Khoảng cách từ nhà anh/chị đến phòng khám ngoại trú?**

..... km (cây số)

**A8. Hiện tại, gia đình anh/chị có bao nhiêu người sống cùng nhau?**

1. **Tổng số người:** ..... **Trong đó:**
2. Số người trên 60 tuổi: .....
3. Số người 18 - 60 tuổi: .....
4. Số người dưới 18 tuổi: .....
5. Số người đang lao động có thu nhập: .....

**A9. Hiện tại, anh/chị có thể Bảo hiểm y tế không?**

1. Có
2. Không → Chuyển câu A11

**A10. Nếu có, anh/chị có Bảo hiểm y tế loại gì? (Nhiều lựa chọn)**

1. BHYT bắt buộc
2. Bảo hiểm xã hội
3. BHYT cho người nghèo
4. BHYT tự nguyện
99. Khác (ghi rõ):.....

**A11. Hiện tại, anh/chị có đang sử dụng ma túy không?**

1. Có
2. Không

---

**PHẦN B. ĐIỀU KIỆN KINH TẾ**

**B1. Trong năm 2011 (năm ngoái), thu nhập trung bình 01 tháng CỦA ANH/CHỊ là bao nhiêu?**

..... đồng/tháng

**B2. Trong năm 2011 (năm ngoái), tổng cộng thu nhập trung bình trong 01 tháng của TẤT CẢ CÁC THÀNH VIÊN KHÁC trong gia đình anh/chị là bao nhiêu?**

..... đồng/tháng

**B3. Tính chung trong năm 2011 (năm ngoái), tổng thu nhập của CẢ GIA ĐÌNH anh/chị trong 01 tháng là bao nhiêu?**

..... đồng/tháng

**B4. Trong năm 2011 (năm ngoái), anh/chị có vay/mượn tiền để điều trị ARV không?**

1. Có
2. Không → Chuyển câu B6

**B5. Nếu có, số tiền vay, mượn bao nhiêu?** (Chọn câu trả lời, ghi rõ số tiền và tổng số tiền)

1. Thế chấp tài sản như đất đai, đồ đạc có giá trị: ..... nghìn đồng
2. Mượn tiền: ..... đồng
3. Tổng tiền: ..... đồng

**B6. Anh/chị tự đánh giá ĐIỀU KIỆN KINH TẾ HỘ GIA ĐÌNH của mình thế nào?** (so với các hộ khác trong cùng xã/phường) (Chọn 1 câu trả lời)

1. Khá giả nhất
2. Trên trung bình
3. Trung bình
4. Dưới trung bình
5. Nghèo nhất

**B7. Tổng chi tiêu trung bình một tháng của cả gia đình (thực phẩm, sinh hoạt, nhà ở, giáo dục, y tế và chăm sóc sức khỏe,...) là bao nhiêu?**

..... đồng/tháng

---

## **PHẦN C. KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ**

**C1. Hiện tại, anh/chị đã điều trị ARV chưa?**

1. Chưa điều trị ARV
2. Đang điều trị ARV → Chuyển câu C4

**C2. Trong 3 tháng vừa qua, anh/chị đến khám bệnh tại phòng khám ngoại trú mấy lần?** ..... lần

**C3. Lý do lần khám bệnh tại phòng khám ngoại trú gần đây nhất là gì?** (Nhiều lựa chọn)

1. Khám và lĩnh thuốc nhiễm trùng cơ hội theo lịch hẹn của bác sĩ
2. Tư vấn trước điều trị ARV (tư vấn cá nhân/nhóm)
3. Mắc bệnh NTCH mới
4. Lý do khác (ghi rõ):.....



**C4. Trong 3 tháng vừa qua, anh/chị đến khám và lĩnh thuốc ARV theo lịch hẹn của bác sĩ mấy lần?** ..... lần

**C5. Ngoài những lần hẹn cố định/định kỳ của bác sĩ nêu trên, anh/chị đến khám bệnh tại phòng khám ngoại trú mấy lần?** ..... lần

**C6. Lý do lần khám bệnh tại phòng khám ngoại trú gần đây nhất là gì? (Nhiều lựa chọn)**

1. Khám và lĩnh thuốc ARV định kỳ
2. Tác dụng phụ của thuốc
3. Mắc bệnh NTCH
99. Khác (ghi rõ):.....

**C7. Trung bình có bao nhiêu người đi cùng để chăm sóc, hỗ trợ anh/chị tại các đợt khám chữa bệnh ngoại trú trong 3 tháng vừa qua?**

..... người

***CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ TRONG 3 THÁNG QUA:***

**C8. Thời gian của 3 lần khám chữa bệnh gần đây nhất là khi nào? (Xem Sổ hồng)**

1. Lần 1 (lần khám này): Ngày ..... tháng ..... năm 20.....
2. Lần 2 (lần trước): Ngày ..... tháng ..... năm 20.....
3. Lần 3 (lần trước nữa): Ngày ..... tháng ..... năm 20.....

**C9 - C18**

	<b>LẦN KHÁM NÀY</b>	<b>LẦN TRƯỚC</b>	<b>LẦN TRƯỚC NỮA</b>
<b>Tổng tiền anh/chị tự chi trả cho</b>	<b>C9.</b> ..... đồng	<b>C13.</b> ..... đồng	<b>C16.</b> ..... đồng
Trong đó gồm:			
a) Tiền thuốc	..... đồng	..... đồng	..... đồng
b) Tiền vật tư y tế	..... đồng	..... đồng	..... đồng
c) Tiền xét nghiệm	..... đồng	..... đồng	..... đồng
d) Tiền chụp chiếu, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh	..... đồng	..... đồng	..... đồng
e) Tiền đi lại (đi&về)	..... đồng	..... đồng	..... đồng
f) Tiền ăn uống	..... đồng	..... đồng	..... đồng
g) Tiền ở (thuê nhà trọ, nhà nghỉ,...)	..... đồng	..... đồng	..... đồng
<b>Tổng số ngày nghỉ việc anh/chị phải nghỉ để đi khám chữa bệnh ngoại trú?</b>	<b>C10.</b> ..... ngày	<b>C14.</b> ..... ngày	<b>C17.</b> ..... ngày
<b>Thời gian làm việc trong một ngày của anh/chị?</b>	<b>C11.</b> ..... giờ		
<b>Tổng số ngày nghỉ việc mà người nhà anh/chị phải nghỉ để chăm sóc và hỗ trợ khám chữa bệnh?</b>	<b>C12.</b> ..... ngày	<b>C15.</b> ..... ngày	<b>C18.</b> ..... ngày

**PHẦN D. KHẢ NĂNG CHI TRẢ**

**D1. Anh/chị có thể chi trả được cho 3 lần khám chữa bệnh ngoại trú gần đây nhất không? (Chọn 1 câu trả lời)**

1. Hoàn toàn chi trả được → Chuyển câu D3
2. Chi trả được một phần
3. Hoàn toàn không chi trả được

**D2. Gia đình anh/chị phải xoay sở như thế nào để chi trả cho chi phí khám chữa bệnh ngoại trú? (Nhiều lựa chọn)**

1. Tự chi trả từ thu nhập hàng tháng
2. Vay mượn, thế chấp tài sản
3. Bán tài sản
4. Người thân hỗ trợ
5. Bảo hiểm y tế hỗ trợ chi trả
99. Khác (ghi rõ):.....

**D3. Nếu việc điều trị ở đây không được miễn phí nữa NHƯNG Bảo hiểm y tế hỗ trợ một phần chi phí để điều trị HIV/AIDS (không gồm chi phí đi lại, ăn ở, mất thu nhập do nghỉ làm), anh/chị có sẵn sàng và có thể chi trả để mua loại BHYT này không?**

1. Có
2. Không

**D4. Nếu việc điều trị ở đây không được miễn phí nữa, Bảo hiểm y tế không chi trả chi phí để điều trị HIV/AIDS NHƯNG chi trả các dịch vụ y tế khác theo quy định hiện hành, anh/chị có sẵn sàng và có thể chi trả để mua loại BHYT này không?**

1. Có
2. Không

*Xin cảm ơn anh/chị đã tham gia trả lời các câu hỏi này!*

### **Phụ lục 3. GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU**

#### **Giới thiệu về nghiên cứu**

Để mô tả các chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú từ hai phía (người cung cấp dịch vụ, bệnh nhân và gia đình) cũng như tỷ trọng các thành phần chi phí trong điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú; bên cạnh đó xem xét khả năng chi trả chi phí điều trị ngoại trú của bệnh nhân và gia đình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "**Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012**".

Các kết quả của nghiên cứu giúp Bệnh viện Bạch Mai giám sát được kế hoạch, ngân sách của phòng khám ngoại trú, phát hiện những chi phí chưa phù hợp để có điều chỉnh kịp thời; đồng thời giúp đưa ra các bằng chứng về chi phí điều trị, từ đó ước tính nhu cầu nguồn lực để xây dựng kế hoạch phù hợp trong điều kiện cắt giảm viện trợ trong các năm tiếp theo và đưa ra giải pháp để giảm thiểu chi phí. Đặc biệt, kết quả nghiên cứu sẽ đưa ra các bằng chứng về gánh nặng chi phí điều trị từ phía bệnh nhân và gia đình, từ đó xây dựng các hỗ trợ phù hợp, góp phần mở rộng và nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bạch Mai.

#### **Sự tham gia là tự nguyện**

Việc tham gia nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện. Trong khi điền phiếu nếu gặp các câu hỏi nào anh/chị thấy không thoải mái thì có thể từ chối không trả lời. Việc trả lời chính xác các câu hỏi là vô cùng quan trọng đối với nghiên cứu. Thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được giữ bí mật. Vì vậy chúng tôi rất mong anh/chị sẽ hợp tác và giúp chúng tôi có được thông tin chính xác nhất.

#### **Anh/chị đồng ý tham gia vào nghiên cứu này không?**

Đồng ý [  ]

Không đồng ý [  ]

Hà Nội, ngày            tháng            năm 2012

Chữ ký của người được phỏng vấn

Chữ ký của người phỏng vấn

#### **Phụ lục 4. BẢN CAM KẾT VỀ ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU**

### **BẢN CAM KẾT CHẤP NHẬN VÀ THỰC HIỆN THEO ĐÚNG CÁC NGUYÊN TẮC VỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU**

Họ và tên: .....

Đơn vị công tác: .....

Địa chỉ: .....

Số CMTND: ..... cấp ngày ...../...../..... tại .....

Tôi cam kết chấp nhận và thực hiện theo đúng các nguyên tắc đạo đức khi tham gia thu thập số liệu trong nghiên cứu "Chi phí điều trị bệnh nhân HIV/AIDS ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2012", trong đó đặc biệt đảm bảo:

1. Giữ bí mật thông tin của bệnh nhân mà tôi sẽ phỏng vấn và sử dụng hồ sơ, bệnh án để thu thập thông tin. Không tiết lộ tên của bệnh nhân cũng như các thông tin khác trong phiếu phỏng vấn và hồ sơ, bệnh án. Sau khi hoàn tất việc thu thập thông tin của nghiên cứu này, tên của bệnh nhân và thông tin trong phiếu phỏng vấn cũng như hồ sơ, bệnh án sẽ không được đưa ra thảo luận với bất cứ ai.

2. Việc phỏng vấn và thu thập thông tin hồ sơ, bệnh án sẽ diễn ra ở một nơi riêng biệt. Mọi câu hỏi về hồ sơ, bệnh án sẽ được hỏi người phụ trách ở một nơi riêng biệt. Tên bệnh nhân sẽ không được ghi lên phiếu phỏng vấn và phiếu thu thập thông tin. Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu này sẽ được huỷ ngay sau khi hoàn tất việc thu thập thông tin.

Chữ ký cán bộ thu thập số liệu:.....

Chữ ký giám sát viên:.....

Địa điểm cam kết này được ký:.....

Ngày:.....