

Các vấn đề sức khỏe thường gặp và xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu của người dân ở vùng nông thôn tỉnh Thừa Thiên Huế

Dương Quang Tuấn¹, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh¹, Nguyễn Nam Hùng², Nguyễn Minh Tâm¹

(1) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế

Tóm tắt

Thời gian qua, hệ thống y tế Việt Nam đã có nhiều chuyển biến tích cực, nhưng ở vùng nông thôn người dân vẫn phải đối mặt với nhiều khó khăn như sự gia tăng nhanh chóng của dân số già, năng lực hạn chế của chăm sóc ban đầu và bất bình đẳng trong tiếp cận chăm sóc y tế. **Mục tiêu:** Tìm hiểu các vấn đề sức khỏe thường gặp, phân tích xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu của người dân ở vùng nông thôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và ứng dụng công nghệ hệ thống thông tin địa lý (GIS). Phỏng vấn 2.361 người dân ở 599 hộ gia đình thuộc 1 huyện đồng bằng và 1 huyện miền núi với bộ câu hỏi soạn sẵn về các vấn đề sức khỏe và tình hình sử dụng dịch vụ y tế trong vòng 6 tháng trước khảo sát. Các thông tin này sau đó được trình diễn trên hệ thống thông tin địa lý. **Kết quả:** 32,8% người dân báo cáo mắc ít nhất một vấn đề sức khỏe trong vòng 6 tháng trước khảo sát. Người dân ở khu vực miền núi có tỷ lệ ốm đau cao hơn so với vùng đồng bằng. Sốt, tăng huyết áp, ho và đau đầu là những vấn đề sức khỏe thường gặp. Hầu hết người dân đến khám tại các Trạm y tế và bệnh viện tuyến huyện khi có triệu chứng ốm đau. Người dân ở những khu vực khác nhau thì có xu hướng lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế khác nhau. **Kết luận:** Người dân ở các khu vực khó tiếp cận có tỷ lệ ốm đau cao hơn và đối mặt với nhiều rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Cần nâng cao tính sẵn có và chất lượng của các dịch vụ chăm sóc ban đầu để cải thiện tình trạng sức khỏe và khả năng tiếp cận của những người dân ở vùng nông thôn, khu vực khó khăn.

Từ khóa: chăm sóc ban đầu, sử dụng dịch vụ y tế, vùng nông thôn, tiếp cận y tế.

Abstract

Common health problems and utilization of primary health care services in the rural areas of Thua Thien Hue province

Duong Quang Tuan¹, Le Ho Thi Quynh Anh¹, Nguyen Nam Hung², Nguyen Minh Tam¹

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Thua Thien Hue Provincial Health Services

Although health status in Vietnam has been much improved, people living in rural areas have faced several challenges, including a rapid increase of the aging population, inadequate capacity of health system, and problems of inequities in access to the healthcare system. **Objectives:** This study aimed to explore the common health problems and health care utilization of people living in the rural areas of Thua Thien Hue province. **Methods:** A cross-sectional study and geography information system application were carried out. A total of 2.631 individuals in 599 households of a lowland area and a mountainous area was interviewed with a structured questionnaire regarding to health status and health care utilization during the last 6 months. Geography information system software was used to visualize these data of household. **Results:** 32.8% of participants reported at least an episode of illness within 6 months prior to the interviews. Most of illness people lived in mountainous area. Fever, uncomplicated hypertension, cough, and headache were reported as the most common health problems among participants. Most of participants preferred to visit commune health centers and district hospitals. People in different areas have a significant difference trend from another in choosing health facilities. **Conclusion:** Residents in difficult-to-reach areas had high prevalence of health problems and experienced social and structural barriers of healthcare services access. It is necessary to improve the availability and quality of primary care services to improve the health status and accessibility of disadvantaged people.

Keywords: primary care, utilization, rural areas, health care accessibility

Địa chỉ liên hệ: Lê Hồ Thị Quỳnh Anh, email: lhtqanh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 7/9/2020; Ngày đồng ý đăng: 26/10/2020

DOI: 10.34071/jmp.2020.5.9

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu thống kê trong những năm gần đây, cơ cấu gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam đang có nhiều thay đổi nhanh chóng, nổi bật nhất là sự gia tăng nhanh tỷ trọng của các bệnh không lây nhiễm, trong khi tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm vẫn đang ở mức cao, khiến Việt Nam gánh chịu mô hình bệnh tật kép [2]. Những thay đổi này gây ra những hậu quả nặng nề về bệnh tật và kinh tế cho cả bệnh nhân, gia đình và tạo nên gánh nặng cho cả hệ thống y tế cũng như toàn xã hội [1]. Nhằm giải quyết được vấn đề này, tăng cường y tế cơ sở hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân được nhìn nhận là một trong những nhiệm vụ trọng yếu của ngành Y tế [1].

Hệ thống y tế Việt Nam có một nền tảng vững chắc là mạng lưới y tế cơ sở bao phủ khắp các vùng miền trên cả nước với hơn 11.000 trạm y tế xã, phường và 1.173 cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện [3]. Trong thời gian qua, Đảng, Nhà nước và ngành y tế đã có nhiều chính sách và giải pháp nhằm tăng cường năng lực và chất lượng dịch vụ của hệ thống chăm sóc ban đầu. Sự phát triển các loại hình bảo hiểm y tế và đẩy mạnh bảo hiểm y tế toàn dân đã tạo ra những chuyển biến tích cực về chất lượng khám chữa bệnh ban đầu. Độ bao phủ bảo hiểm y tế toàn quốc đạt 81,7%, tỷ lệ thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã chiếm 41% và tại bệnh viện huyện chiếm 45% tổng số thẻ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu của cả nước [1],[3]. Bên cạnh đó, các chính sách y tế về việc thực hiện thông tuyến trong khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến huyện, xã, xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản,... đã có những tác động tích cực rõ rệt đến việc lựa chọn của và tiếp cận của người dân với các dịch vụ và cơ sở y tế (CSYT) [3]. Điều này đã thúc đẩy người dân sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu tại tuyến y tế xã, huyện nhiều hơn và hiệu quả hơn.

Tuy nhiên, thực tế cho thấy nhiều dịch vụ chất lượng chưa sẵn có và dễ tiếp cận một cách công bằng cho những đối tượng người dân khác nhau [2]. Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra sự chênh lệch giữa khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và thực tế sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Chính những sự bất cân đối này đã phần nào gây khó khăn cho công tác quản lý y tế và hoạch định chính sách phát triển và đầu tư dịch vụ y tế của các CSYT nói riêng và ngành y tế ở mỗi địa phương và toàn quốc nói chung.

Xuất phát từ những thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Các vấn đề sức khỏe thường gặp và xu hướng sử dụng dịch vụ KCBBD của người dân ở nông thôn tỉnh Thừa Thiên Huế” với 2 mục tiêu: (1) Khảo sát các vấn đề sức khỏe thường gặp của người

dân ở vùng nông thôn tỉnh Thừa Thiên Huế; (2) Phân tích xu hướng sử dụng dịch vụ KCBBD của người dân ở vùng nông thôn tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2019 đến tháng 10/2020.

2.2. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 599 hộ dân với 2.631 nhân khẩu tại 2 huyện/thành phố ở vùng nông thôn thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế: Huyện Phú Lộc (huyện ven biển, đầm phá) và Huyện A Lưới (huyện miền núi).

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện phối hợp phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang và ứng dụng công nghệ kỹ thuật hệ thống thông tin địa lý - Geographic Information System (GIS). Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều giai đoạn để chọn mẫu nghiên cứu. Đầu tiên, các huyện nông thôn thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế được chia thành 2 khu vực: vùng đồng bằng và vùng núi, chúng tôi chọn ra được 01 huyện đồng bằng (Huyện Phú Lộc) và 01 huyện vùng núi (Huyện A Lưới); tiếp đến chúng tôi chọn ngẫu nhiên ở mỗi huyện 6 xã/thị trấn, chọn ngẫu nhiên 50 hộ gia đình ở mỗi xã/thị trấn. Kết quả chúng tôi thu thập được số liệu của 599 hộ gia đình thuộc 12 xã ở vùng nông thôn tỉnh Thừa Thiên Huế. Đối tượng phỏng vấn là chủ hộ hoặc thành viên trong hộ gia đình và hiểu rõ nhất về các thành viên khác, phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu với bộ câu hỏi soạn sẵn để khảo sát về tình hình sức khỏe và sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu của người dân trong khoảng thời gian 6 tháng trước thời điểm khảo sát. Người bị ốm đau/chấn thương trong nghiên cứu là những người bị bất cứ bệnh/triệu chứng kéo dài trên 1 ngày (trong vòng 6 tháng trước thời điểm điều tra) và ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường của người bị ốm. Đối với các trường hợp mắc một bệnh mạn tính cụ thể, đợt ốm đau được tính là 1 đợt cho tất cả các lần có hoặc không sử dụng dịch vụ y tế trong vòng 6 tháng qua của trường hợp này. Bộ câu hỏi phỏng vấn bao gồm 3 nội dung chính: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tình hình sức khỏe và việc sử dụng dịch vụ y tế trong vòng 6 tháng trước thời điểm khảo sát.

Để phân tích xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu của người dân thông qua hệ thống thông tin địa lý, chúng tôi tiến hành thu thập tọa độ của hộ dân và các cơ sở y tế bằng máy GPS cầm tay GIS. Tiếp theo, sử dụng phần mềm ArcGIS Desktop để biểu diễn 3 nhóm dữ liệu: dữ liệu kế thừa từ dự án GIS Huế: địa chính, địa hình, đường

xá,...; vị trí của hộ dân; và vị trí các cơ sở y tế. Nhóm nghiên cứu biểu diễn từng đợt khám của người dân trên hệ thống bản đồ. Cụ thể, mỗi lượt khám được biểu diễn bằng 1 đường thẳng, nối vị trí hộ dân tới cơ sở khám chữa bệnh ban đầu. Từ đó, nhóm nghiên cứu tiến hành mô tả, phân tích đặc điểm lựa chọn CSKCBBD cũng như xu hướng lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh ban đầu theo từng khu vực địa lý. Đồng thời, nhóm nghiên cứu sử dụng chức năng lọc của phần mềm ArcGIS Desktop để phân tích sâu hơn về sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu của người dân theo từng cơ sở khám chữa bệnh ban đầu.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20 và Excel 2010. Biểu diễn các bản đồ về xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu bằng phần mềm ArcGIS Desktop.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành khảo sát trên 599 hộ gia đình với tổng cộng 2.631 nhân khẩu hiện đang sinh sống tại 2 huyện vùng đồng bằng và miền núi thuộc

tỉnh Thừa Thiên Huế, nhân khẩu bình quân là 4,43 người. Đa số hộ gia đình khảo sát có tình trạng kinh tế bình thường, 17,7% hộ gia đình thuộc diện hộ nghèo và cận nghèo. 36,9% là người dân tộc thiểu số, trong đó chủ yếu là dân tộc Tà Ôi. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 32,3 tuổi. Đa số đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 16-59 tuổi (59,6%), tỷ lệ người cao tuổi chiếm 13,6%. Xét về tình trạng hôn nhân, 50% đối tượng đã kết hôn, hơn 40% đối tượng còn độc thân, các đối tượng còn lại như góa, ly dị, ly thân chiếm xấp xỉ 5%. Về trình độ văn hóa, đã tốt nghiệp tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất, với 24,1%, tỷ lệ mù chữ chiếm 5,3%. Về nghề nghiệp, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nông dân, thợ thủ công/buôn bán/dịch vụ và nhóm học sinh - sinh viên. Hầu hết các đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) chiếm tới 97,5%. Trong đó, loại hình BHYT do Ngân sách nhà nước đóng và BHYT tham gia theo hộ gia đình chiếm đa số, lần lượt là 47,3% và 25,7%. Hơn 80% người dân đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã, phường, thị trấn. Trong 599 hộ gia đình tham gia khảo sát, có 503 hộ (84,0%) có người ốm đau, chấn thương trong vòng 6 tháng trước thời điểm khảo sát.

Bảng 1. Tình hình sức khỏe, ốm đau của người dân

Đặc điểm (n=2.631)		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình hình sức khỏe hiện tại	Tốt, rất tốt	1.310	49,8
	Bình thường	979	37,2
	Yếu, rất yếu	342	20,0
Tình hình mắc bệnh mạn tính, khuyết tật	Có	453	17,2
	Không	2.178	82,8
Tình hình kiểm tra sức khỏe định kỳ	Không	2.472	94,0
	1 lần	97	3,7
	≥ 2 lần	62	2,3
Tình hình ốm đau trong vòng 6 tháng qua	Khỏe mạnh	1.767	67,2
	Ốm đau, chấn thương	863	32,8
Tổng số đợt ốm đau trong vòng 6 tháng qua		1.123	
Số lượt ốm trung bình (SD)		1,3 (0,61)	

Nhận xét: Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu tự đánh giá có sức khỏe ở mức bình thường và tốt, tỷ lệ đánh giá sức khỏe yếu và rất yếu chiếm 20%. Tỷ lệ người mắc các vấn đề sức khỏe mạn tính hoặc khuyết tật chiếm 17,2%. Hầu hết người dân không thực hiện kiểm tra sức khỏe định kỳ, 94%. Gần 1/3 người dân có lượt ốm đau, chấn thương trong vòng 6 tháng trước khảo sát. Có 1.123 lượt ốm đau được ghi nhận trong khoảng thời gian này với số lượt ốm đau bình quân là 1,3 lượt/người.

Bảng 2. Đặc điểm tình trạng ốm đau của người ốm

Đặc điểm (n=863)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khu vực	Huyện vùng đồng bằng	331	38,4
	Huyện miền núi	532	61,6
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo, cận nghèo	178	20,6
	Không thuộc 2 diện trên	685	79,4
Dân tộc	Kinh	449	52,0
	Tà Ôi	406	47,1
	Khác	8	0,9
Giới tính	Nam	394	45,7
	Nữ	469	54,3
Nhóm tuổi	< 6 tuổi	93	10,8
	6 - 15	86	10,0
	16 - 59 tuổi	466	54,1
	≥ 60 tuổi	217	25,2
Sở hữu BHYT	Không	17	2,0
	Có	846	98,0
Tần suất ốm	1 lần	663	76,8
	2 - 3 lần	192	22,2
	≥ 4 lần	8	1,0
Tần suất cần nhập viện cấp cứu	Không	778	90,1
	1 lần	68	7,9
	≥ 2 lần	17	2,0

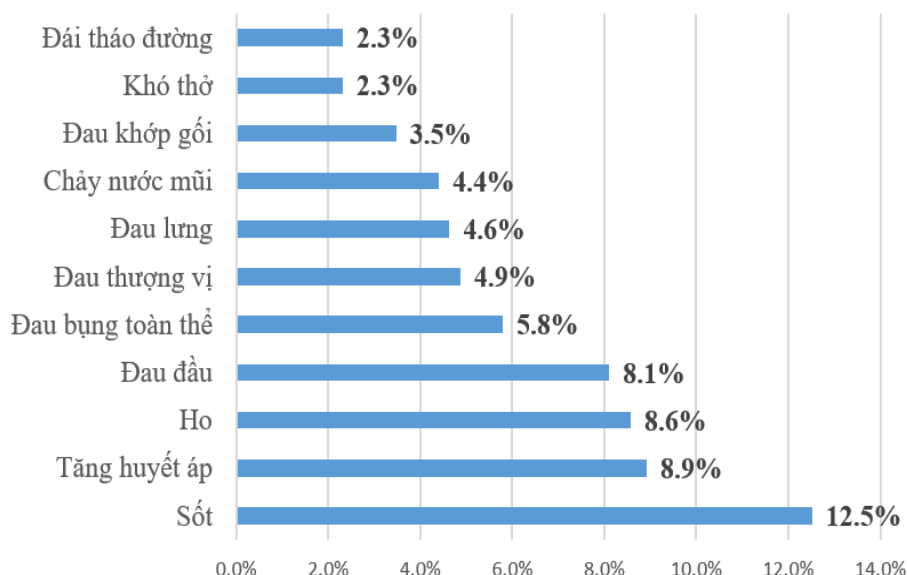
Nhận xét: Trong 1.114 người ốm, đa số là người dân sống ở vùng huyện miền núi. Tỷ lệ người có triệu chứng ốm đau thuộc hộ gia đình nghèo, cận nghèo chiếm khoảng 20%. Nam giới có ít đợt ốm đau hơn nữ giới, với tỷ lệ lần lượt là 45,7% và 55,3%. Người ốm đau chủ yếu là nhóm 16-59 tuổi và người cao tuổi. Về tần suất ốm đau trong 6 tháng trước khảo sát, chủ yếu người ốm 1 lần, chiếm hơn 3/4 tổng số người ốm. Tỷ lệ người ốm cần nhập viện cấp cứu chiếm khoảng 10%.

Bảng 3. Phân bố nhóm bệnh thường gặp theo mã ICD10 (n=1.123)

Nhóm bệnh theo mã ICD10 n (%)	≤ 15 tuổi	16-59 tuổi	≥ 60 tuổi	Tổng
Bệnh nhiễm trùng và kí sinh trùng	38 (16,8)	34 (5,7)	8 (2,7)	80 (7,1)
Khối u	0	7 (1,2)	4 (1,3)	11 (1,0)
Bệnh của máu, cơ quan tạo máu và cơ chế miễn dịch	1 (0,4)	2 (0,3)	1 (0,3)	4 (0,4)
Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	0 (0)	17 (2,8)	16 (5,4)	33 (2,9)
Rối loạn tâm thần và hành vi	1 (0,4)	7 (1,2)	1 (0,3)	9 (0,8)
Bệnh của hệ thống thần kinh	5 (2,2)	56 (9,3)	24 (8,1)	85 (7,6)
Bệnh của mắt và phần phụ	1 (0,4)	13 (2,2)	9 (3,0)	23 (2,0)
Bệnh của tai và xương chũm	2 (0,9)	11 (1,8)	3 (1,0)	16 (1,4)
Bệnh hệ tuần hoàn	3 (1,3)	62 (10,3)	79 (26,6)	144 (12,8)
Bệnh hệ hô hấp	98 (43,3)	107 (17,8)	42 (14,1)	247 (22,0)
Bệnh hệ tiêu hóa	37 (16,4)	112 (18,7)	40 (13,5)	189 (16,8)
Bệnh của da và tổ chức dưới da	16 (7,1)	7 (1,2)	2 (0,7)	25 (2,2)

Bệnh của hệ thống cơ xương khớp và mô liên kết	2 (0,9)	103 (17,2)	60 (20,2)	165 (14,7)
Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	0 (0)	28 (4,7)	6 (2,0)	34 (3,0)
Chửa, đẻ và sau đẻ	0 (0)	18 (3,0)	0 (0)	18 (3,0)
Dị dạng bẩm sinh, biến dạng của cromosom	1 (0,4)	0 (0)	0 (0)	1 (0,4)
Triệu chứng, dấu hiệu và phát hiện bất thường lâm sàng, xét nghiệm	19 (8,4)	10 (1,7)	0 (0)	29 (2,6)
Vết thương, ngộ độc và kết quả của các nguyên nhân bên ngoài	2 (0,9)	5 (0,8)	1 (0,3)	8 (0,7)
Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong	0 (0)	1 (0,2)	1 (0,3)	2 (0,2)
Tổng	226	600	297	1.123

Nhận xét: Trong nhóm ≤ 15 tuổi, các bệnh phổ biến là các nhóm bệnh về hệ hô hấp (43,3%), nhóm bệnh nhiễm trùng, kí sinh trùng (16,8%), hệ tiêu hóa (16,4%), Nhóm người từ 16-59 tuổi chủ yếu mắc các bệnh thuộc về hệ hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa và cơ xương khớp, với tỷ lệ khá đồng đều, chiếm khoảng 15% ở mỗi nhóm bệnh. Ở nhóm đối tượng ≥ 60 tuổi, bệnh tuần hoàn chiếm ưu thế với hơn 47%, nhóm bệnh cơ xương khớp và nhóm nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa cũng chiếm tỷ lệ khá cao, theo sau nhóm bệnh tuần hoàn với lần lượt là 12,4% và 12,1%.



Biểu đồ 1. Mười triệu chứng, vấn đề sức khỏe thường gặp theo mã ICPC2

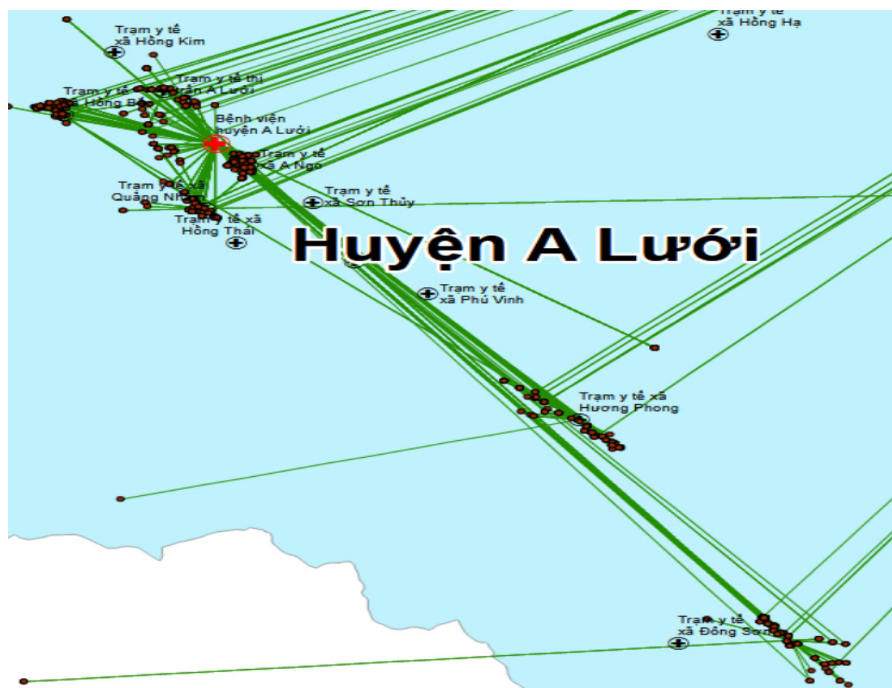
Nhận xét: Trong các đợt ốm đau, chấn thương được ghi nhận trong nghiên cứu, các triệu chứng chính hoặc vấn đề sức khỏe thường gặp nhất bao gồm sốt, tăng huyết áp không biến chứng, ho, đau đầu và đau bụng toàn thể.

Bảng 4. Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT theo phân bố địa lý

Biến số, n (%)		Huyện đồng bằng	Huyện miền núi	Tổng
Lựa chọn cách xử trí khi ốm đau (n=1.123)	Có đến khám tại CSYT	276 (70,8)	530 (72,2)	806 (71,7)
	Không đến CSYT	114 (29,2)	204 (27,8)	318 (28,3)
Tổng số lượt đi khám tại CSYT trong 6 tháng		544	844	1.388

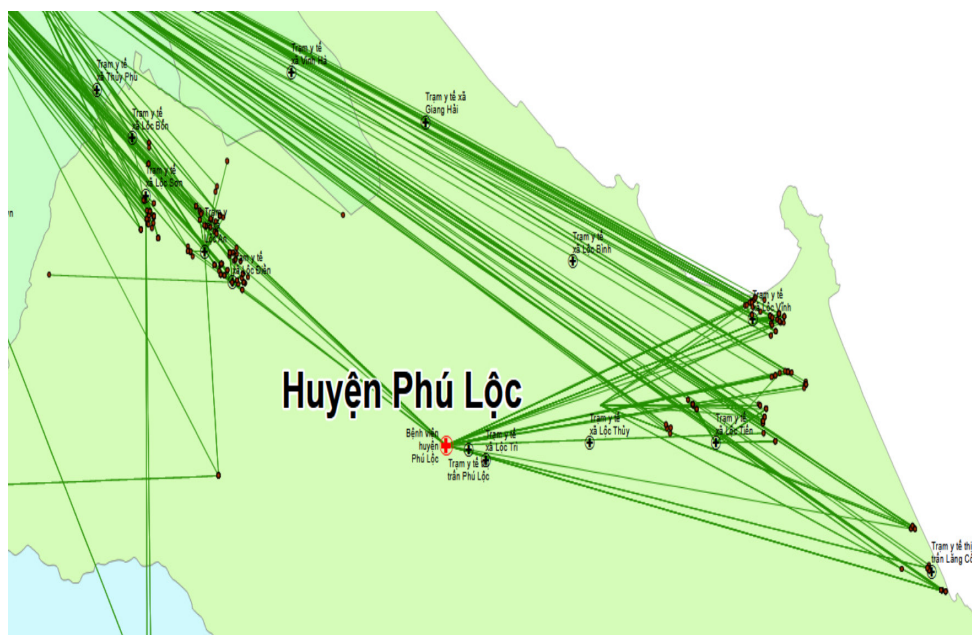
CSYT đến khám khi có triệu chứng, ốm đau (n=1.388)	Trạm Y tế	211 (38,8)	433 (51,3)	644 (46,4)
	Phòng khám đa khoa khu vực	21 (3,9)	0 (2,6)	21 (1,5)
	Phòng khám, bệnh viện tư	32 (5,9)	22 (2,6)	54 (3,9)
	Bệnh viện huyện/thành phố	94 (17,3)	314 (37,2)	408 (29,4)
	Bệnh viện tuyến tỉnh	88 (16,2)	46 (5,5)	134 (9,7)
	Bệnh viện Trung ương	98 (18,0)	28 (3,3)	126 (9,1)
Nơi đến khám là nơi đăng kí KCBBD (n=1.388)	Có	230 (42,3)	486 (57,6)	716 (51,6)
	Không	314 (57,7)	358 (42,4)	672 (48,4)
Sử dụng thẻ BHYT khi đến khám (n=1.388)	Có	458 (84,2)	806 (95,8)	1.264 (91,3)
	Không	86 (15,8)	35 (4,2)	121 (8,7)

Nhận xét: Trong 1.123 lượt ốm đau trong vòng 6 tháng trước khảo sát, có khoảng 30% trường hợp không đến CSYT nào. Trong số 1.388 lượt khám trong các đợt ốm đau, người dân ở huyện Phú Lộc có xu hướng đến khám nhiều nhất tại Trạm y tế, tiếp đến là bệnh viện tuyến trung ương, bệnh viện tuyến huyện/ thành phố và bệnh viện tuyến tỉnh. Trong khi đó, phần lớn người dân ở huyện A Lưới có xu hướng đến khám nhiều ở Trạm Y tế và bệnh viện tuyến huyện/thành phố. Tỷ lệ người dân lựa chọn đến khám các cơ sở y tế không phải là nơi khám chữa bệnh ban đầu chiếm tỷ lệ khá cao, hơn 48,4%. Tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT khi đến khám rất cao, hơn 90%.



Bản đồ 1. Lựa chọn CSYT của người dân huyện A Lưới theo hệ thống thông tin địa lý

Nhận xét: Trên địa bàn huyện A Lưới, các lượt khám chủ yếu nằm trong giới hạn của địa bàn huyện, gồm một lượng lớn lượt khám di chuyển đến các TYT lân cận vị trí hộ dân và các lượt khám đến Bệnh viện huyện A Lưới. Các lượt khám di chuyển về thành phố Huế chiếm thiểu số.



Bản đồ 2. Lựa chọn CSYT của người dân huyện Phú Lộc theo hệ thống thông tin địa lý

Nhận xét: Trên địa bàn huyện Phú Lộc, có thể nhận thấy khoảng 50% các lượt khám được thực hiện trên địa bàn huyện, tại các TYT và bệnh viện huyện, 50% còn lại di chuyển lên khu vực thành phố Huế.

4. BÀN LUẬN

Qua khảo sát trên 2.631 nhân khẩu thuộc 2 huyện nông thôn tỉnh Thừa Thiên Huế, kết quả cho thấy hầu hết các đối tượng nghiên cứu có thể bảo hiểm y tế chiếm 97,5%, trong đó tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình chiếm tỷ lệ khá cao 25,7%. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của người dân trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ toàn quốc năm 2019 (90%). Nghiên cứu của Đỗ Huy Giang và cộng sự năm 2018 với 94,9% người tham gia BHYT gần tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Trong đó, tỷ lệ đăng ký bảo hiểm y tế tại trạm y tế là nơi chiếm tỷ lệ cao nhất, với hơn 80% số thẻ. Tỷ lệ đăng ký thẻ tại tuyến y tế cơ sở này cao hơn tỷ lệ của toàn quốc năm 2016, khi tỷ lệ đăng ký Trạm y tế xã là 41%, và tại bệnh viện huyện chiếm 45% tổng số thẻ đăng ký khám chữa bệnh [1], [3]. Điều này có thể là do sự thay đổi trong chính sách của Nhà nước đã góp phần nâng cao tỷ lệ sở hữu thẻ BHYT từ đó hướng tới mục tiêu bao phủ BHYT trong cả nước.

Tình trạng sức khỏe tự đánh giá là một kết quả quan trọng trong chăm sóc ban đầu. Khi khảo sát về tình trạng sức khỏe hiện tại hơn một nửa các đối tượng có sức khỏe rất tốt/tốt. Các đối tượng có tình trạng sức khỏe hiện tại ở mức yếu và rất yếu chiếm

tỷ lệ thấp. Điều này cũng có thể là yếu tố ảnh hưởng đến xu hướng tìm kiếm các dịch vụ y tế của người dân. Cụ thể nhiều người có thể nghĩ là mình có sức khỏe tốt do đó không cần thiết đi khám khi ốm đau và nghĩ có thể tự khỏi được [5]. Ngược lại những đối tượng có tình trạng sức khỏe yếu/rất yếu có thể tìm đến các dịch vụ tại các cơ sở y tế tuyến trên để nhận được chất lượng chăm sóc tốt hơn và bỏ qua tuyến y tế cơ sở ... [9]

Theo Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính không lây ngày càng tăng, do vậy việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc ban đầu là rất quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 17,2% đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh lý mạn tính/khuyết tật. Mặc dù tỷ lệ này không quá cao nhưng vẫn cần được lưu ý khi chăm sóc sức khỏe cho người dân trong bối cảnh bệnh mạn tính ngày càng gia tăng kèm theo sự già hóa dân số.

Khám sức khỏe định kỳ cũng được coi là một chỉ số quan trọng để đánh giá ý thức chăm sóc sức khỏe cũng như việc tiếp cận DVYT của người dân. Ở các nước phát triển, người dân đã hình thành thói quen đi khám sức khỏe định kỳ 6 tháng một lần. Tuy nhiên, ở Việt Nam, ngay cả những đô thị lớn tập trung nhiều hộ gia đình khá giả cũng chưa có thói quen chi trả cho việc khám sức khỏe định kỳ. Đối với

các hộ gia đình ở khu vực nông thôn, kết quả khảo sát cho thấy 6% người dân thực hiện khám sức khỏe định kỳ trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, còn lại phần lớn người dân không được tiếp cận dịch vụ này. Nguyên nhân cơ bản xuất phát từ điều kiện kinh tế hạn hẹp không cho phép người dân đặt vấn đề phòng bệnh lên hàng đầu dù có thể họ biết nếu khám sức khỏe định kỳ và phát hiện bệnh sớm hơn thì có thể làm giảm chi phí khám chữa bệnh và rút ngắn thời gian chữa ngắn hơn, cũng như khả năng khỏi bệnh cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đợt ốm đau, chấn thương được định nghĩa là các đợt bệnh, ốm đau chấn thương kéo dài trên 1 ngày và ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, đối với các bệnh lý mạn tính chúng tôi chỉ ghi nhận 1 đợt ốm đau cho 1 bệnh lý mạn tính cụ thể trên cá thể người bệnh. Tại các địa bàn nghiên cứu, có 863 người dân (chiếm 32,8%) với tổng số 1.123 lượt ốm. Khi khảo sát về tần suất ốm đau trong 6 tháng trước thì phần lớn người ốm mắc 1 bệnh (76,8%), 22,2% người ốm có 2-3 đợt ốm đau. Nghiên cứu của Tran BX và cộng sự (2016) cho thấy tỷ lệ người dân mắc 1 bệnh chiếm 31,5% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [8].

Về phân bố các vấn đề sức khỏe theo bảng mã phân loại bệnh tật - ICD10, nhóm bệnh lý về hệ hô hấp, hệ tiêu hóa, hệ thống cơ xương khớp và hệ tuần hoàn chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Phân tích tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi, chúng tôi nhận được kết quả như sau: các bệnh phổ biến ở nhóm ≤ 15 tuổi là các nhóm bệnh về hệ hô hấp (43,3%), nhóm bệnh nhiễm trùng, kí sinh trùng (16,8%), hệ tiêu hóa (16,4%); nhóm người từ 16-59 tuổi chủ yếu mắc các bệnh thuộc về hệ hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa và cơ xương khớp với tỷ lệ khá đồng đều. Ở nhóm đối tượng ≥ 60 tuổi, bệnh tuần hoàn chiếm ưu thế với 26,6%, nhóm bệnh cơ xương khớp và nhóm bệnh hệ thống cơ xương khớp, bệnh hô hấp và bệnh tiêu hóa chiếm tỷ lệ khá cao. Kết quả trên cũng phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh học theo nhóm tuổi khi mà càng lớn tuổi thì nguy cơ mắc các bệnh trên càng cao. Khi điều tra về các triệu chứng chính, vấn đề sức khỏe trong các lần ốm đau, chúng tôi nhận thấy 10 lý do/triệu chứng thường gặp nhất ở người ốm (biểu đồ 1) với triệu chứng sốt, tăng huyết áp không biến chứng, ho và đau đầu chiếm đa số.

Khi xuất hiện các triệu chứng, ốm đau, chấn thương, phần lớn người dân có đến khám tại các cơ sở y tế, tuy nhiên tỷ lệ không đến khám tại các cơ sở y tế còn khá nhiều (28,3%). Lý giải cho kết quả này, các hộ gia đình cho rằng khi bị bệnh, nếu bệnh nhẹ (vẫn có thể đi làm được), họ chọn cách thức không chữa, không khám, để tự khỏi hoặc tự mua thuốc ở các hiệu

thuốc. Chỉ đến khi họ bị các bệnh nặng (không thể đi làm được) mới sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh. Bên cạnh đó, một số người bị những bệnh mãn tính như: dạ dày, tim mạch, huyết áp, đái tháo đường, hen suyễn... cũng không đi khám bệnh thường xuyên mà chỉ mua thuốc theo phác đồ điều trị cũ. Về cơ sở y tế đến khám, trạm y tế là nơi người ốm đến khám nhiều nhất, tiếp đến là bệnh viện huyện/thành phố. Có sự khác biệt về xu hướng lựa chọn cơ sở y tế đến khám giữa hai khu vực đồng bằng và miền núi, đó là ở miền núi, người dân chủ yếu đến khám tại Trạm y tế, bệnh viện tuyến huyện, thành phố, trong khi ở khu vực đồng bằng, chủ yếu người dân đến khám tại trạm và bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh. Tỷ lệ người dân ở huyện đồng bằng đến khám tại các phòng khám tư cao gấp đôi so với tỷ lệ này ở người dân vùng miền núi. Sự khác biệt trong thực trạng sử dụng dịch vụ y tế cũng đã phản ánh được việc tiếp cận với các dịch vụ y tế tư nhân hoặc các cơ sở tuyến trên của người dân ở vùng miền núi hạn chế hơn rất nhiều so với các nhóm xã hội khác, đồng thời thực trạng này góp phần tô đậm thêm bức tranh bất bình đẳng giữa nhóm hộ nghèo với các nhóm xã hội khác về việc tiếp cận các DVYT.

Xấp xỉ 50% các lần đi khám, người dân lựa chọn đến khám tại cơ sở không phải là nơi đăng kí khám chữa bệnh ban đầu của họ. Hơn 90% người dân có sử dụng BHYT khi khám chữa bệnh. Điều này cho thấy sử dụng bảo hiểm y tế khi đi khám gần như là thói quen của người dân, và người dân có xu hướng lựa chọn các cơ sở y tế có khám chữa bệnh ban đầu theo BHYT và cơ sở y tế chấp nhận thẻ BHYT của người dân. Chính sách thông tuyến trong khám chữa bệnh BHYT tại tuyến huyện, xã cũng đã góp phần tạo điều kiện thuận lợi cho người dân khi có thể lựa chọn cơ sở y tế khác với nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu được quy định trên thẻ, và cũng đồng thời tạo điều kiện người dân sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu tại tuyến xã, huyện nhiều hơn. Trong các lý do lựa chọn cơ sở y tế dù nơi đó không phải là nơi KCBBD, dịch vụ chất lượng cao là lý do phổ biến nhất, theo sau bởi lý do cơ sở y tế đáng tin cậy, với khoảng 27%, gần nhà cũng là lý do khá phổ biến, chiếm gần 16% trường hợp. Điều này chỉ ra chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh vẫn là mối quan tâm hàng đầu của người dân khi lựa chọn nơi KCBBD.

Ở huyện vùng đồng bằng, tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở 3 nhóm tuyến xã/phường, thành phố/huyện và tỉnh/trung ương khá tương đồng nhau. Đối chiếu với các bản đồ của Hệ thống thông tin địa lý (GIS) về sử dụng dịch vụ KCBBD của 2 khu vực địa lý, một điều dễ nhận thấy là ở vùng huyện

miền núi, nhiều lượt khám của người dân chọn khám ở các cơ sở y tế trên địa bàn, tập trung tại các TYT gần với khu vực của hộ dân, cũng như thực hiện tại Bệnh viện huyện A Lưới, chỉ có một lượng ít lượt khám di chuyển đi xa khỏi khu vực huyện A Lưới. Như vậy, người dân huyện A Lưới có xu hướng sử dụng y tế cơ sở khi có vấn đề sức khỏe. Ta có thể thấy có sự tương đồng giữa khả năng tiếp cận cơ sở y tế với xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân huyện A Lưới, khi sự lựa chọn phổ biến vẫn là những cơ sở y tế gần nhất, dễ tiếp cận nhất.

Đối với trường hợp của huyện Phú Lộc, bản đồ từ GIS cho thấy người dân huyện Phú Lộc lựa chọn cả cơ sở y tế trên địa bàn huyện Phú Lộc và cả cơ sở y tế ngoài địa bàn huyện với tỷ lệ khá tương đương nhau. Các cơ sở y tế trên địa bàn huyện được lựa chọn bao gồm các TYT gần nhà hộ dân, và Bệnh viện huyện Phú Lộc. Cơ sở y tế ngoài địa bàn huyện Phú Lộc được lựa chọn nhiều nhất là các cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Huế. Cần lưu ý thêm là giao thông giữa huyện Phú Lộc và thành phố Huế khá thuận lợi, người dân huyện Phú Lộc dễ dàng di chuyển để khám bệnh ở thành phố Huế khi người dân có nhu cầu. Hai cơ sở y tế của thành phố Huế được người dân huyện Phú Lộc lựa chọn nhiều nhất là Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Một điều đáng lưu ý là ở Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế không nhận khám BHYT rộng rãi cho tất cả đối tượng trên địa bàn Tỉnh (hai cơ sở y tế này thuộc tuyến Tỉnh, Trung ương nên không áp dụng thông tuyến với tuyến xã/phường, thành phố/huyện). Vì vậy, đa phần lượt khám của người dân từ Phú Lộc đến hai cơ sở y tế này là lượt khám ngoài BHYT. Điều đó đồng nghĩa người dân vẫn chấp nhận chi trả nhiều chi phí hơn, bao gồm cả chi phí vận chuyển, chi phí khám chữa bệnh nhiều hơn, để được khám tại hai cơ sở y tế này.

Như vậy, dựa vào các bản đồ về xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân huyện Phú Lộc, ta có thể thấy rằng y tế cơ sở vẫn giữ một vai trò quan trọng trong chăm sóc ban đầu người dân của huyện. Tuy nhiên, nếu so sánh giữa khả năng tiếp cận và xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh, vẫn có một khoảng trống nhất định. Các nhà làm chính sách cần có biện pháp để tăng cường chất lượng khám chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở, để nhiều người dân ở khu vực này được hưởng dịch vụ chất lượng cao và yên tâm lựa chọn các cơ sở y tế ngay trên địa bàn huyện. Ngoài ra, nếu có sự đầu tư phù hợp giúp kết nối các cơ sở y tế với nhau, việc tăng cường sự khai thác nguồn thông tin chung giữa các cơ sở y tế, từ đó hình thành mạng lưới y tế từ xa

(Telemedicine) giúp nhiều người dân sẽ không cần phải di chuyển xa mà vẫn gặp được chuyên gia cũng như nhận được sự chăm sóc tốt nhất.

Với các hình ảnh và số liệu từ GIS, khả năng tiếp cận cũng như thực trạng sử dụng dịch vụ KCBBD của người dân đã được thể hiện một cách rất rõ ràng và trực quan, giúp người đọc có thể dễ dàng nắm bắt được vấn đề cũng như nhìn thấy được các khiếm khuyết (nếu có) về khả năng tiếp cận, xu hướng trong sử dụng dịch vụ KCBBD, cũng như các điểm tương đồng hay khoảng trống giữa khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ. Với các khu vực địa lý và kinh tế xã hội khác nhau, ta có thể thấy khả năng tiếp cận vẫn được đảm bảo, khi người dân mất dưới 30 phút để tới cơ sở y tế thuộc y tế cơ sở gần nhất bằng xe máy. Tuy nhiên, xu hướng sử dụng dịch vụ KCBBD hoàn toàn khác nhau, và cũng cho ra những kết luận quan trọng khi đối chiếu với khả năng tiếp cận của từng khu vực. Cụ thể, ở huyện A Lưới, người dân tiếp cận được các cơ sở y tế gần nhất, và xu hướng sử dụng dịch vụ KCBBD tại các cơ sở y tế đó. Đối với huyện Phú Lộc, người dân sử dụng dịch vụ KCBBD tại chỗ và tại cơ sở y tế tuyến cao ở thành phố Huế, tạo ra khoảng trống giữa khả năng tiếp cận và khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng dịch vụ KCBBD của người dân huyện Phú Lộc. Thành phố Huế cũng có những đặc thù riêng, nơi mà người dân dễ dàng tiếp cận tới nơi cung cấp dịch vụ KCBBD với nhiều lựa chọn phong phú khác nhau, người dân ở khu vực này có xu hướng sử dụng dịch vụ KCBBD trên địa bàn thành phố, với sự lựa chọn ưu tiên tới các cơ sở y tế tuyến thành phố/huyện trở lên, trong khi các TYT chưa được lựa chọn nhiều, cũng là điều cần được quan tâm và cải tiến. Đây chính là những nguồn thông tin quan trọng và mang tính trực quan để các nhà làm chính sách sử dụng trong việc điều chỉnh, ban hành chính sách, góp phần toàn diện hệ thống cơ sở KCBBD trên địa bàn, cũng như cung cấp thông tin quan trọng để giúp cho chính các cơ sở KCBBD có những điều chỉnh phù hợp.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về xu hướng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu của người dân ở các vùng nông thôn. Cần tiếp tục củng cố hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở, nâng cao năng lực khám chữa bệnh, sàng lọc phát hiện bệnh ở trạm y tế xã/phường, đặc biệt là trong bối cảnh các bệnh mạn tính không lây ngày càng tăng. Đồng thời, xây dựng các chính sách hỗ trợ cho y tế cơ sở vùng miền núi, vùng xa thành phố để người dân vẫn được hưởng các dịch vụ chất lượng cao mà không cần di chuyển xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban chấp hành Trung ương. *Nghị quyết 20-NQ/TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, ban hành ngày 25 tháng 10 năm 2017, Hà Nội*. 2017: Hà Nội.
2. Bộ Y tế. Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. 2016.
3. Bộ Y tế. Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2016: Hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam. 2018.
4. Đỗ Huy Giang, Phạm Thị Mỹ Hạnh, Vũ Thị Kim Dung (2020). Sự hài lòng của người dân về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của trạm y tế xã tại Thái Bình. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 2020; 54(1):96-100.
5. Kuwawenaruwa A, Wyss K, Wiedenmayer K, et al (2020). The effects of medicines availability and stock-outs on household's utilization of healthcare services in Dodoma region, Tanzania. *Health Policy Plan*, 2020; 35(3):323-333.
6. Nguyen DN, Nguyen LH, Nguyen CT, et al (2019). Health Status and Health Service Utilization among Vietnamese Farmers in a Mountainous Province. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23):4768. Published 2019 Nov 28. doi:10.3390/ijerph16234768
7. Omonona B, Obisesan A, Aromolaran O (2015). Health-care access and utilization among rural households in Nigeria. *Journal of Development and Agricultural Economics*, 2015; 7:195-203.
8. Tran BX., Nguyen LH., Nong VM., Nguyen CT. (2016), "Health status and health service utilization in remote and mountainous areas in Vietnam", *Health Qual Life Outcomes*, 14, pp. 85
9. Wang H. H., Wang J. J., Wong S. Y., Wong M. C., et al (2014), "Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China", *BMC Med*, 12, pp. 188.