người bệnh bị thoái hóa khớp gối và chưa thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Tổng hợp các điểm quy đổi theo thang điểm VAS, điểm WOMAC, tầm vận động khớp gối (độ gấp khớp gối và chỉ số gót - mông) cho thấy, Bách Niên Kiện kết hợp với điện châm và Glucosamin sulfat đạt hiệu quả 93,3% trong đó: 10% đạt hiệu quả tốt, 56,7% đạt hiệu quả khá và 26,6% đạt hiệu quả trung bình. Có 6,7% số bệnh nhân đạt hiệu quả kém. Hiệu quả của nhóm NC có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC với p < 0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân.** Hư khớp. Bệnh học nội khoa tập II. NXB Y học; 2004:tr. 327-342.
2. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo YHCT, kết hợp YHCT với y học hiện đại. 2020.
3. **Bộ Y tế.** Danh mục hướng dẫn quy trình kĩ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu. Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ Y tế. 2013.
4. **Đỗ Tất Lợi.** Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản Y học; 2006.
5. **Nguyễn Thị Ngọc Lan. THK.** Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. NXB Y học; 2011:138-151.
6. **Altman RD.** Criteria for classification of clinical osteoarthritis. J Rheumatol Suppl. Feb 1991;27:10-2.
7. **Felson DT, Nevitt MC.** The effects of estrogen on osteoarthritis. Curr Opin Rheumatol. May 1998; 10(3):269-72. doi:10.1097/00002281-199805000-00019
8. **Pavelká K, Gatterová J,** Olejarová M, Machacek S, Giacovelli G, Rovati LC. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. Arch Intern Med. 2002:162(18):2113-2123.
9. **Selfe TK, AG T.** Acupuncture and Osteoarthritis of the Knee. Fam Community Health. 2008; 31(3): 247-254. doi:10.1097/01.FCH.0000324482.78577.0f
10. **Shara M, Stohs SJ.** Efficacy and Safety of White Willow Bark (Salix alba) Extracts. Phytother Res. Aug 2015;29(8):1112-6. doi:10.1002/ptr.5377

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG BẢO HIỂM Y TẾ Ở NGƯỜI ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC, NĂM 2023

Trần Văn Tùng[1], Nguyễn Văn Tập[2], Trần Quốc Cường[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế ở người điều trị nhiễm HIV/AIDS tại Trung tâm Y tế Thành phố Thủ Đức, năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. **Kết quả:** Tần suất sử dụng bảo hiểm y tế trong 12 tháng qua: Sử dụng ở tất cả các lần khám là 76,1%; Sử dụng ở một số lần là 11,3%; Chỉ sử dụng khi khám HIV là 11,8%; Khác là 0,8%. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng bảo hiểm y tế trong 12 tháng qua của người nhiễm HIV/AIDS (p < 0,05) gồm: nhóm tuổi, dân tộc, tình trạng hôn nhân, tình trạng sống chung, đặc điểm thời gian làm việc, thu nhập trung bình, tình trạng chỗ ở, giai đoạn lâm sàng, kiến thức, thái độ của người nhiễm HIV/AIDS về bảo hiểm y tế. **Kết luận:** Việc tăng cường truyền thông về thủ tục khi mua BHYT cũng như lợi ích khi làm gia BHYT là quan trọng và có ý nghĩa hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS. ***Từ khóa:*** Bảo hiểm y tế, HIV/AIDS, thành phố Thủ Đức.

[1]Trung tâm Y tế Thành phố Thủ Đức
[2]Trường Đại học Nguyễn Tất Thành
[3]Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Tùng
Email: tung.ttytq9@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023
Ngày duyệt bài: 4.12.2023

SUMMARY

THE CURRENT STATE OF HEALTH INSURANCE UTILIZATION AMONG INDIVIDUALS UNDERGOING TREATMENT FOR HIV/AIDS AND SOME INFLUENCING FACTORS AT THE THU DUC CITY HEALTH CENTER IN 2023

Objective: The aim of this study is to elucidate the prevailing patterns of health insurance utilization and scrutinize various factors influencing the utilization of health insurance among individuals undergoing treatment for HIV/AIDS at the Thu Duc City Health Center in the year 2023. **Subjects and Research Methods:** Employing a cross-sectional design, this study integrates both quantitative and qualitative methodologies. **Results**: In the preceding 12 months, the frequency of health insurance utilization was as follows: 76.1% utilized insurance in all medical visits, 11.3% partially utilized insurance, 11.8% exclusively used insurance during HIV-related visits, and 0.8% cited other reasons. Factors significantly associated with health insurance utilization in the past 12 months among individuals with HIV/AIDS (p < 0.05) encompassed age group, ethnicity, marital status, cohabitation status, employment tenure, average income, living conditions, clinical stage, knowledge,

and attitudes of HIV/AIDS individuals toward health insurance. **Conclusion**: Enhancing communication regarding health insurance procurement procedures and elucidating the advantages of obtaining health insurance holds paramount importance in supporting individuals with HIV/AIDS. ***Keywords:*** health insurance, HIV/AIDS, Thu Duc City.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu, gây tác động rất lớn về kinh tế - xã hội và y tế cho tất cả các quốc gia. Theo UNAIDS (2021), toàn cầu có 38,4 triệu người đang sống chung với HIV, 1,5 triệu người mới nhiễm, 650.000 người chết vì các bệnh liên quan đến AIDS và 28,7 triệu người được điều trị bằng thuốc kháng virus (1). Theo báo cáo Cục phòng chống HIV/AIDS (2020) số người nhiễm đang điều trị ARV, đạt 73% tổng số người nhiễm HIV và khoảng 109.446 người tử vong do các bệnh liên quan đến AIDS (2).

Chi phí cho công tác phòng, chống HIV/AIDS rất lớn, mà hiệu quả điều trị rất hạn chế nhất là trong giai đoạn AIDS. Người bị nhiễm HIV phải điều trị thuốc ARV suốt đời. TP. Hồ Chí Minh ước tính khoảng 51.000 - 55.000 người nhiễm HIV, chiếm khoảng 24% số người nhiễm HIV trên cả nước (3). Đến tháng 5/2022 có hơn 44.200 người nhiễm HIV đang được điều trị ARV tại hơn 40 cơ sở y tế công, tư trên địa bàn TP. Hồ Chí Minh, trong đó có 92% người nhiễm sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh (3). Theo báo cáo 6 tháng đầu năm 2022 của Trung tâm Y tế thành phố Thủ Đức có 3.988 người nhiễm đang điều trị, trong đó có 3.850 người nhiễm được điều trị ARV chiếm 96,5%, số người nhiễm sử dụng ít nhất một dịch vụ BHYT đạt 89,2%, và so với TP. Hồ Chí Minh thì tại TP. Thủ Đức còn thấp (4). Như vậy vẫn còn nhiều người nhiễm HIV chưa có thẻ BHYT, bên cạnh đó có thể còn nhiều yếu tố rào cản dẫn đến tình trạng nhiều người nhiễm HIV không sử dụng thẻ BHYT khi đi khám chữa bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân HIV/AIDS; Lãnh đạo tại Trung tâm Y tế TP. Thủ Đức; nhân viên y tế trực tiếp điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 12/2022-6/2023 tại Trung tâm Y tế TP.Thủ Đức.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu: Đối với khảo sát định lượng, chúng tôi khảo sát 406 bệnh nhân HIV/AIDS hiện đang điều trị tại Trung tâm Y tế TP. Thủ Đức. Đối với khảo sát định tính, chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn đánh giá thực trạng sử dụng BHYT của bệnh nhân HIV/AIDS. Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm để tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng sử dụng BHYT ở người điều trị nhiễm HIV/AIDS.

2.6. Biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá. Về đặc điểm dân số học của bệnh nhân HIV/AIDS: giới tính, nhóm tuổi, dân tộc, nơi ở hiện tại, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng sống chung, đặc điểm thời gian công việc, thu nhập hàng tháng, ...

Về thực trạng sử dụng BHYT: thời điểm mua BHYT, loại thẻ BHYT đang sử dụng, tỉ lệ % được thanh toán BHYT, nơi đăng ký KCB ban đầu, ...

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm STATA 14.2

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Trà Vinh theo Quyết định số 15/GCT-HĐĐĐ ngày 10 tháng 4 năm 2023 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sử dụng BHYT và các yếu tố liên quan

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số học của bệnh nhân HIV/AIDS (n = 406)

Đặc điểm dân số học		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	222	54,7
	Nữ	184	45,3
Nhóm tuổi	18 – 29 tuổi	162	39,9
	30 – 39 tuổi	90	22,2
	40 – 49 tuổi	108	26,6
	≥ 50 tuổi	46	11,3
Dân tộc	Kinh	256	63,1
	Khác	150	36,9
Nơi ở hiện tại	Nhà riêng	181	44,6
	Thuê trọ	225	55,4
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	216	53,2
	Độc thân	158	38,9
	Đang sống cung với bạn tình	20	4,9
	Ly thân/ly dị/góa	12	3,0
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	11	2,7
	Tiểu học	52	12,8
	Trung học cơ sở	183	45,1
	Phổ thông trung học	119	29,3
	Trung cấp trở lên	41	10,1
Tình trạng sống chung	Người thân	223	55,1
	Một mình	157	38,7

	Bạn bè	26	6,4
Đặc điểm thời gian công việc	Không việc làm	15	3,7
	Thời vụ	105	25,9
	Bán thời gian	174	42,9
	Toàn thời gian	108	26,6
	Khác	4	0,9
Thu nhập hàng tháng	0 đến 3 triệu	110	27,1
	> 3 - 5 triệu	141	34,7
	> 5 -10 triệu	129	31,8
	> 10 triệu	26	6,4
Tình trạng kinh tế	Tự chủ	350	86,2
	Phụ thuộc (gia đình, xã hội)	54	13,3
	Phụ thuộc trợ cấp xã hội	2	0,5
Tình trạng đăng ký chỗ ở	Thường trú	165	40,6
	Tạm trú	241	59,4
Gia đình thuộc diện hộ nghèo hoặc khó khăn	Hộ nghèo	14	3,5
	Cận nghèo	86	21,2
	Được địa phương hỗ trợ	175	43,1
	Không cần sự hỗ trợ	131	32,2
Nơi mong muốn đăng ký khám chữa bệnh	Bệnh viện tuyến quận/huyện	198	48,8
	Bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố	194	47,8
	Khác	14	3,4
Giai đoạn lâm sàng hiện tại	Giai đoạn 1	142	35.0
	Giai đoạn 2	161	39,7
	Giai đoạn 3	76	18,7
	Giai đoạn 4	27	6,6

Độ tuổi 18 đến 29 tuổi có tỷ lệ 39,9%. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Đa số người bệnh là người Kinh (63,1%). Nơi ở hiện tại là thuê trọ chiếm 55,4%. Đã kết hôn chiếm 53,2%. Trình độ trung học cơ sở chiếm 45,1% và sống chung với người thân chiếm 55,1%. Công việc chủ yếu làm bán thời gian (42,9%). Mức thu nhập hàng tháng chủ yếu là > 3 - 5 triệu chiếm 34,7%. Kinh tế là tự chủ chiếm 86,2%. Tỷ lệ gia đình thuộc diện hộ nghèo chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,1%. Bệnh viện tuyến quận/ huyện là nơi đăng ký khám chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,8%.

Bảng 3.2. Thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế của bệnh nhân HIV/AIDS (n = 406)

Thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời điểm mua BHYT	Trước khi nhiễm HIV/AIDS	354	87,2
	Sau khi nhiễm HIV/AIDS	52	12,8
Loại thẻ BHYT đang sử dụng	Tự nguyện	347	85,5
	Hộ nghèo	17	4,2
	Cận nghèo	21	5,2
	Khác	21	5,1
Tỷ lệ % được thanh toán BHYT	100%	58	14,3
	95%	29	7,1
	80%	286	70,4
	Khác	33	8,2
Nơi đăng ký KCB ban đầu	Trạm y tế xã/phường	3	7,6
	Phòng khám Đa khoa	16	3,9
	Trung tâm y tế quận/huyện	41	10,1
	Bệnh viện quận/huyện	318	78,4
Lý do có thẻ BHYT	Phòng ốm đau	326	80,5
	Không đủ tiền thanh toán toàn bộ chi phí điều trị	74	18,3
	Được hỗ trợ mua BHYT	44	10,9
	Khác	1	0,3
Sử dụng BHYT KCB thông thường trong 12 tháng qua	Có	359	88,4
	Không	47	11,6
Sử dụng BHYT KCB về HIV trong 12 tháng qua	Có	375	92,4
	Không	47	11,6
Tần suất sử dụng BHYT	Sử dụng ở tất cả các lần khám	309	76,1
	Sử dụng ở một số lần	46	11,3
	Chỉ sử dụng khi khám HIV	48	11,8
	Khác	3	0,8
Sử dụng thẻ BHYT cho các dịch vụ	Điều trị dự phòng các bệnh	298	73,4
	Thuốc điều trị NTCH	49	12,1
	Xét nghiệm	50	12,3
	Xét nghiệm tế bào CD4	70	17,2
	Xét nghiệm tải lượng HIV	79	19,5
	Thuốc ARV	2	0,5
Lý do không sử dụng thẻ BHYT để KCB	Chất lượng dịch vụ BHYT	265	65,3
	Thời gian chờ đợi lâu	38	9,4
	Sợ lộ thông tin	49	12,1
	Bị kì thị phân biệt đối xử	24	5,9
	Trái tuyến	10	2,5
	Khác	3	0,8
Dự định tiếp tục mua BHYT	Có	375	92,4
	Không	31	7,6
Lý do	Không có tiền để mua	18	16,7

không có dự định tiếp tục mua BHYT	Thủ tục mua phức tạp	11	10,4
	Thủ tục chi trả khó khăn	13	12,3
	Chất lượng dịch vụ kém	11	10,4
	Thời gian KCB BHYT lâu	10	9,4
	Thấy BHYT không cần thiết	9	8,5
	Sợ bị kì thị, phân biệt đối xử	11	10,4
	Sợ lộ thông tin bị nhiễm HIV	14	13,2
	Được hỗ trợ không cần mua	30	28,3

Qua khảo sát 406 người bệnh, có tỷ lệ người mua BHYT trước khi nhiễm HIV/AIDS chiếm 87,2%. Phần lớn loại thẻ BHYT là thẻ tự nguyên (85,5%). BHYT thanh toán 80% chi phí chiếm 70,4%. Nơi đang ký KCB ban đầu là bệnh viện quận/ huyện là 78,4%. Lý do chủ yếu mà người tham gia có thẻ BHYT là phòng ốm đau với 80,5% người tham gia chọn. Tỷ lệ người tham gia có sử dụng BHYT KCB thông thường trong 12 tháng qua chiếm tỷ lệ chủ yếu là 88,4%. Tỷ lệ người tham gia có dự định tiếp tục sẽ mua BHYT là 92,4% chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.3. Phân tích đơn biến một số đặc điểm dân số của bệnh nhân HIV/AIDS liên quan đến sử dụng bảo hiểm y tế trong 12 tháng qua (n = 406)

Đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS		**Sử dụng BHYT trong 12 tháng qua**				**p**	**OR (KTC 95%)**
		Có(n = 359)		**Không(n = 47)**			
		SL	**%**	**SL**	**%**		
Giới tính	Nữ	158	85,9	26	14,1		1
	Nam	201	90,5	21	9,5	0,143	1,58 (0,86 - 2,89)
Nhóm tuổi	18 - 29 tuổi	150	92,6	12	7,4		1
	30 - 39 tuổi	84	93,3	6	6,7	0,827	1,12 (0,41 - 3,09)
	40 - 49 tuổi	84	77,8	24	22,2	**0,001**	**0,28 (0,13 - 0,59)**
	≥50 tuổi	41	89,1	5	10,9	0,452	0,66 (0,22 - 1,97)
Dân tộc	Kinh	231	90,2	25	9,8		1
	Khmer	75	80,7	18	19,3	**0,018**	**0,45 (0,23 - 0,87)**
	Khác	53	93,0	4	7,0	0,520	1,43 (0,48 - 4,29)
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	10	90,9	1	9,1		1
	Tiểu học	45	86,5	7	13,5	0,694	0,64 (0,07 - 5,83)
	THCS	167	91,3	16	8,7	0,968	1,04 (0,13 - 8,68)
	PTTH	110	92,4	9	7.6	0,856	1,22 (0,14 - 10,65)
	≥ Trung cấp	27	65,9	14	34,1	0,134	0,19 (0,02 - 1,66)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	143	90,5	15	9,5		1
	Kết hôn	202	93,5	14	6,5	0,285	1,51 (0,71 - 3,23)
	Ly dị/ ly thân/góa	14	43,8	18	56,2	**< 0,001**	**0,08 (0,03 - 0,20)**
Tình trạng sống chung	Người thân	206	92,4	17	7,6		1
	Một mình	136	86,6	21	13,4	0,069	0,53 (0,27 - 1,05)
	Bạn bè	17	65,4	9	34,6	**< 0,001**	**0,16 (0,06 - 0,40)**
Đặc điểm thời gian làm việc	Bán thời gian	166	95,4	8	4,6		1
	Toàn thời gian	94	87,0	14	13,0	**0,015**	**0,32 (0,13 - 0,80)**
	Thời vụ	85	80,9	20	19,1	**0,000**	**0,20 (0,09 - 0,48)**
	Không có	14	73,7	5	26,3	**0,002**	**0,13 (0,04 - 0,47)**
Thu nhập trung bình	Không có	16	76,2	5	23,8		1
	Dưới 1 triệu	8	47,1	9	52,9	0,070	0,28 (0,07 - 1,11)
	Từ 1 - 3 triệu	59	81,9	13	18,1	0,558	1,42 (0,44 - 4,57)
	> 3 – 5 triệu	134	95,0	7	5,0	**0,005**	**5,98 (1,70 - 21,07)**
	> 5 – 10 triệu	122	94,6	7	5,4	**0,008**	**5,45 (1,54 - 19,21)**
	Trên 10 triệu	20	76,9	6	23,1	0,953	1,04 (0,27 - 4,05)
Tình trạng chỗ ở	Tạm trú	206	85,5	35	14,5		1
	Thường trú	153	92,7	12	7,3	**0,025**	**2,17 (1,10 - 4,26)**
Giai đoạn lâm sàng	Giai đoạn 1	136	95,8	6	4,2		1
	Giai đoạn 2	146	90,7	15	9,3	0,089	0,43 (0,16 - 1,14)
	Giai đoạn 3	58	76,3	18	23,7	< 0,001	0,14 (0,05 - 0,38)
	Giai đoạn 4	19	70,4	8	29,6	< 0,001	0,10 (0,03 - 0,33)

Một số đặc điểm dân số của bệnh nhân HIV/AIDS liên quan đến sử dụng bảo hiểm y tế trong 12 tháng qua (p < 0,05) gồm: nhóm tuổi, dân tộc, tình trạng hôn nhân, tình trạng sống chung, đặc điểm thời gian làm việc, thu nhập trung bình, tình trạng chỗ ở, giai đoạn lâm sàng.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng BHYT

Nhóm yếu tố cá nhân. Thông qua kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, yếu tố cá nhân ảnh hưởng đến việc sử dụng thẻ BHYT gồm: nơi ở cách xa cơ sở y tế và nơi làm; không có việc làm, thu nhập không ổn định; do sợ lộ tình trạng nhiễm HIV, sợ những người xung quanh biết bản thân bị nhiễm HIV/AIDS.

Nhóm yếu tố về dịch vụ y tế. Các yếu tố về dịch vụ y tế được ghi nhận qua khảo sát định tính là thời gian chờ đợi khám, chữa bệnh BHYT, đa phần người bệnh đều ngại sử dụng BHYT để làm các xét nghiệm do thời gian chờ lâu; người nhiễm HIV/AIDS chỉ khi nào bị bệnh nặng cần nằm viện mới sử dụng BHYT, còn bệnh nhẹ thông thường thì chỉ mua thuốc ở quầy thuốc; người nhiễm HIV/AIDS chưa quen với thủ tục mua và khám theo qui trình BHYT; về tư vấn bảo hiểm y tế, thiếu nhân sự tại phòng khám nên việc tư vấn cho người nhiễm HIV/AIDS tham gia BHYT còn hạn chế.

Nhóm yếu tố về môi trường, chính sách BHYT, kinh tế, xã hội. Có 02 yếu tố chính được ghi nhận: người điều trị nhiễm HIV/AIDS chưa có BHYT do một số khó khăn về chính sách (các ràng buộc từ góc độ chính sách, pháp lý liên quan đến quản lý cư trú và nhân thân của người nhiễm HIV/AIDS) và việc phát thuốc điều trị ARV không còn được miễn phí hoàn toàn từ năm 2017, người điều trị nhiễm HIV/AIDS phải thanh toán một số khoản chi phí điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS. Kết quả nghiên cứu, người bệnh tập trung ở độ tuổi 18 - 29 có tỷ lệ 39,9%, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Thái Thanh Trúc tại TP. Hồ Chí Minh, có tỷ lệ người bệnh dưới 30 tuổi là 37,3% (5).

Tỷ lệ người bệnh là nam giới cao hơn nữ giới, chiếm tỷ lệ 54,7%. Tương đồng với kết quả của Ngyễn Mạnh Đức là 58,5% (6). Đa số người bệnh là người Kinh chiếm tỷ lệ 63,1%. Hơn một nửa người bệnh thuê nhà trọ để sống chiếm 55,4%. Những đặc điểm này phù hợp vì đây là những đối tượng lao động nhập cư, nơi cư trú chưa ổn định.

Người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (45,1%), kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà, tỷ lệ tham gia nghiên cứu có trình độ trung học cơ sở là 44,8% (7). Đặc điểm thời gian công việc chủ yếu của những người bệnh tham gia nghiên cứu là bán thời gian chiếm 42,9%, tương đương nghiên cứu của Nguyễn Đức Mạnh cũng cho thấy nghề nghiệp tự do chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,5% (6).

Mức thu nhập hàng tháng chủ yếu là > 3 - 5 triệu chiếm 34,7%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà cũng cho kết quả thu nhập ≤ 3 triệu đồng chiếm 81,4% (7). Kết quả nghiên cứu Nguyễn Đức Mạnh, thu nhập trung bình mỗi tháng cao nhất là từ 2 đến < 4 triệu đồng chiếm 52,08%, phần lớn có tình trạng kinh tế tự chủ chiếm 86,2%, nghề nghiệp tự do chiếm đa số (74,12%) (6).

Tỷ lệ gia đình thuộc diện hộ nghèo chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,1%. Bệnh viện tuyến quận/ huyện là nơi người bệnh đăng ký khám chữa bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,8%, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Dương Phúc Lam là 41,2% (8).

Những người tham gia nghiên cứu có giai đoạn bệnh lâm sàng hiện tại chủ yếu là gia đoạn 2 chiếm 39,7%. Nghiên cứu của Thái Thanh Trúc tại TP. Hồ Chí Minh thì tỷ lệ lâm sàng hiện tại là giai đoạn 1 chiếm 85,3% (5).

4.2. Thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế của bệnh nhân HIV/AIDS. Kết quả nghiên cứu cho biết, tỷ lệ người mua BHYT trước khi nhiễm HIV/AIDS chiếm 87,2%. Phần lớn loại thẻ BHYT đang sử dụng là thẻ tự nguyện chiếm 85,5%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà cũng có tỷ lệ loại thẻ BHYT như là thẻ tự nguyện chiếm cao nhất (54,3%) (7). Tỷ lệ được thanh toán 80% BHYT chiếm 70,4%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà, tỷ lệ thanh toán 80% BHYT chiếm 79,2% (7).

Nơi đăng ký KCB ban đầu chủ yếu là bệnh viện quận/ huyện là 78,4%. Nguyên cứu của Nguyễn Thu Hà có tỷ lệ nơi đăng ký KCB cao hơn là 91,0% (7). Lý do chủ yếu mà người tham gia có thẻ BHYT là phòng ốm đau với 80,5% người tham gia chọn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Hoàng Quỳnh Anh, lý do phòng ốm đau được chọn nhiều nhất (80%) (9) và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Lan tại quận Đống Đa chỉ chiếm 50% (10). Tỷ lệ người bệnh có sử dụng BHYT KCB thông thường trong 12 tháng qua chiếm chủ yếu (88,4%).

Phần lớn người bệnh sử dụng BHYT ở các lần

khám, chiếm tỷ lệ 76,1%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà là 97,6% (7); nghiên cứu của Dương Phúc Lam là 80,7% (8) và nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Đức là 97,23% (6).

Tỷ lệ sử dụng BHYT ở bệnh nhân HIV có tỷ lệ cao ở các nghiên cứu đều có tỷ lệ cao cho thấy sự e ngại ở bệnh nhân HIV đang dần cải thiện. Bệnh nhân đã sử dụng BHYT không còn lo sợ lộ thông tin để chữa trị bệnh HIV như những bệnh thông thường khác.

Mục đích sử dụng BHYT chủ yếu của người tham gia là điều trị dự phòng các bệnh lý chiếm 73,4%. Lý do để người tham gia không sử dụng BHYT là chất lượng dịch vụ BHYT là 65,3%. Tỷ lệ người tham gia có dự định tiếp tục sẽ mua BHYT là 92,4% chiếm tỷ lệ cao. Lý do người tham gia không có dự định tiếp tục mua BHYT cao nhất là không có tiền để mua là 16,7%. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Quỳnh Anh lý do cao nhất người tham gia không tiếp tục mua BHYT là không có tiền 83,6% (9). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương có lý do khác là sợ lộ thông tin, sợ bị kỳ thị phân biệt đối xử 69,8% (10).

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế ở người điều trị nhiễm HIV/AIDS tại Trung tâm Y tế thành phố Thủ Đức, năm 2023

Nhóm yếu tố cá nhân. Qua kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy phần lớn các trường hợp người điều trị nhiễm HIV/AIDS đều thu nhập bấp bênh, không cao, không ổn định, điều này ảnh hưởng rất lớn đến việc tiếp cận BHYT. Nguyên nhân các trường hợp không mua BHYT là do điều kiện kinh tế họ gặp khó khăn, không thuộc diện được mua BHYT tại địa phương tạm trú do những người bệnh này là từ các tỉnh khác lên TP. Hồ Chí Minh làm việc và sống ở nhà trọ.

Qua kết quả phỏng vấn sâu cho thấy tự kỳ thị, sợ những người xung quanh biết bản thân bị nhiễm HIV/AIDS là rào cản ảnh hưởng đến việc tham gia BHYT của người điều trị nhiễm HIV/AIDS. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà và cộng sự (2020) tại Thành phố Sa Đéc, tỉnh Đồng Tháp, kết quả cũng cho thấy tự kỳ thị là yếu tố rào cản của sử dụng BHYT, người nhiễm HIV/AIDS lo lắng khi đi khám bệnh bị nói lớn, bị e dè trong giao tiếp, bị người cùng khám tránh né (7).

Nhóm yếu tố về dịch vụ y tế. Thời gian chờ khám, chữa bệnh BHYT có ảnh hưởng đến việc tiếp cận BHYT của người điều trị nhiễm HIV/AIDS. Qua kết quả phỏng vấn sâu cho thấy một số bệnh nhân HIV/AIDS cho rằng nếu như khi dùng thẻ BHYT thực hiện các dịch vụ y tế này thì phải mất rất nhiều thời gian chờ đợi cho đến lượt mà trong khi đó chỉ xin nghỉ làm một buổi. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà và cộng sự (2020) tại Thành phố Sa Đéc, tỉnh Đồng Tháp, kết quả cũng cho thấy người nhiễm HIV/AIDS thường lo thời gian chờ đợi khám, chữa bệnh lâu nên đa phần bệnh nhẹ đều đến quầy thuốc, chỉ khi bệnh nặng cần điều trị nhiều ngày, cần nằm viện thì mới sử dụng BHYT (7).

Nhóm yếu tố về môi trường, chính sách BHYT, kinh tế, xã hội. Việt Nam đã và đang hướng tới lộ trình BHYT toàn dân, giải pháp lâu dài và bền vững cho điều trị ARV là sẽ thanh toán việc điều trị cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS bao gồm cả thuốc ARV thông qua BHYT và người nhiễm HIV/AIDS hưởng chế độ BHYT như các bệnh nhân khác. Trước đây các xét nghiệm, thăm khám liên quan đến điều trị HIV/AIDS thì được miễn phí hoàn toàn từ nguồn kinh phí được tài trợ của các tổ chức quốc tế nhưng khoảng hai năm trở lại đây các tổ chức quốc tế giảm dần kinh phí và tiến tới dừng hỗ trợ thì các bệnh nhân HIV phải chi trả các xét nghiệm, siêu âm, các dịch vụ y tế liên quan theo chỉ định của bác sĩ trong theo dõi tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Việc tăng cường truyền thông về thủ tục khi mua BHYT cũng như lợi ích khi làm gia BHYT là quan trọng và có ý nghĩa hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS. Cần tăng cường cung cấp tài liệu truyền thông để người HIV hiểu đúng hơn và bỏ qua các tự ti sợ bị kỳ thị, sợ lộ thông tin khi tham gia BHYT và có các chính sách hỗ trợ để những hoàn cảnh khó khăn có thể tiếp cận với BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS (2022),** Fact sheet 2022 Global HIV statistics.
2. **Cục phòng chống HIV/AIDS (2020),** Báo cáo tổng kết công tác Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020, Hà Nội.
3. **Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh (2022),** Thành phố Hồ Chí Minh: Tổng kết 5 năm dự án phòng chống HIV/AIDS do PEPFAR tài trợ, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Trung tâm Y tế Thành phố Thủ Đức (2022),** Báo cáo sơ kết hoạt động khoa tham vấn hỗ trợ cộng đồng 6 tháng năm 2022, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Thái Thanh Trúc, Mai Quốc Thành, Trần Bảo Vy và cộng sự (2022**), "Mức độ kỳ thị liên quan đến HIV và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV tại các phòng khám ngoại trú tại Thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí Y học Việt Nam, 529 (11), tr. 472-481.
6. **Nguyễn Mạnh Đức, Hồ Thị Hiền (2020),** "Sử dụng bảo hiểm y tế của bệnh nhân HIV/AIDS tại

phòng khám ngoại trú tỉnh Lào Cai năm 2020". 5 (5), tr. 9-16.
7. **Nguyễn Thu Hà, Huỳnh Thị Ngọc Điệp, Nguyễn Khánh Phương (2019),** "Thực trạng sử dụng thẻ bảo hiểm y tế trong khám chữa bệnh của người nhiễm HIV/AIDS tại Thành phố Sa Đéc - Tỉnh Đồng Tháp năm 2019". Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, 4 (3), tr. 50-57.
8. **Dương Phúc Lam, Ngô Thị Bé Oanh (2018),** "Nghiên cứu thực trạng sử dụng bảo hiểm y tế ở bệnh nhân nhiễm HIV tại Thành phố Cần Thơ 2017 – 2018". Tạp chí Y dược học Cần Thơ, Số 16, tr. 1-9.
9. **Hoàng Quỳnh Anh, Nguyễn Văn Hà, Lê Thị Kim Anh (2017),** "Thực trạng mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của bệnh nhân HIV/AIDS tại cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS, trung tâm y tế thành phố Yên Bái, tỉnh Yên Bái". Tạp chí Y học dự phòng, 27 (7), tr.34.
10. **Nguyễn Thị Hương Lan (2019),** Thực trạng sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế trong khám chữa bệnh của người nhiễm HIV/AIDS tại Phòng khám ngoại trú Bệnh viện đa khoa Đống Đa năm 2019. Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ KHUẾCH TÁN TRONG ĐÁNH GIÁ XÂM LẤN CƠ VÀ DỰ ĐOÁN ĐỘ MÔ HỌC CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ NỘI MẠC TỬ CUNG

Phan Văn Bình[1,2], Hồ Hoàng Phương[2], Nguyễn Tín Trung[3], Trần Quang Hiền[4,5], Huỳnh Quang Huy[1,6]

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh độ chính xác của chuỗi xung khuếch tán (DWI) và động học tiêm thuốc tương phản (DCE) trong đánh giá mức độ xâm lấn cơ của ung thư biểu mô nội mạc tử cung (UTBM NMTC). Xác định giá trị ADC vùng u, ADC vùng quanh u trong đánh giá xâm lấn cơ và dự đoán độ mô học của UTBM NMTC. **Đối tượng, phương pháp:** Hồi cứu 53 trường hợp UTBM NMTC được chụp cộng hưởng từ trước mổ với máy MRI 3.0 Tesla. So sánh mức độ xâm lấn cơ sâu (≥ 50% bề dày lớp cơ) trên các chuỗi xung T2W, kết hợp T2W-DWI, kết hợp T2W-DCE. Xác định giá ADC vùng u, ADC vùng quanh u trong đánh giá xâm lấn cơ sâu và dự đoán độ mô học đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 53 bệnh nhân UTBM NMTC với 27 trường hợp xâm lấn cơ nông và 26 trường hợp xâm lấn cơ sâu. Kết hợp T2W-DWI và T2W-DCE có giá trị chẩn đoán mức độ xâm lấn cơ cao hơn so với T2W và kết hợp T2W-DWI có độ chính xác cao hơn một chút so với kết hợp T2W-DCE, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương (PPV), giá trị tiên đoán âm (NPV), diện tích dưới đường cong ROC khi kết hợp T2W-DWI/ T2W-DCE trong xác định xâm lấn cơ sâu lần lượt 96,15%/92,31%; 85,19%/85,19%; 90,57%/86,68%; 86,21%/85,71%; 95,81%/92%; 0,91/0,89. Giá trị ADCmean vùng u có giá trị trong dự đoán độ mô học của UTBM NMTC trước phẫu thuật. Sử dụng điểm cắt giá trị ADCmean vùng u là 0,59 x 10^{-3}mm^2/s trong phân biệt nhóm u grade thấp và grade cao có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, PPV, NPV, diện tích dưới đường cong ROC lần lượt là 57,89%; 91,17%; 79,25%; 78,57%; 79,48%, 0,754. Giá trị ADCmean vùng u, ADCmean vùng quanh u không có giá trị trong đánh giá mức độ xâm lấn cơ. **Kết luận:** Kết hợp T2W-DWI có giá trị cao trong chẩn đoán xâm lấn cơ sâu và có thể thay thế chuỗi xung động học tiêm thuốc tương phản trong những trường hợp u giai đoạn sớm mà có chống chỉ định với thuốc tương phản từ. Giá trị ADCmean vùng u có thể sử dụng trong dự đoán độ mô học của ung thư biểu mô nội mạc tử cung trước phẫu thuật. ***Từ khoá:*** ung thư nội mạc tử cung, chuỗi xung khuếch tán.

[1]Trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch
[2]Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Thành phố Hồ Chí Minh
[3]Bệnh viện Ung bướu, Thành phố Hồ Chí Minh
[4]Sở Y tế An Giang
[5] Bệnh viện Sản - Nhi An Giang
[6]Bệnh viện Trưng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy
Email: drhuycdhabachmai@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023
Ngày duyệt bài: 6.12.2023

SUMMARY

THE ROLE OF DIFFUSION WEIGHTED MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN ASSESSMENT OF THE DEPTH OF MYOMETRIAL INVASION AND PREDICTION OF HISTOLOGICAL GRADE ENDOMETRIAL CANCER

Background/Objectives: To compare the diagnostic performance of diffusion weighted (DWI) magnetic resonance (MR) imaging with that of dynamic contrast material–enhanced (DCE) MR imaging in evaluating the depth of myometrial invasion in patients with endometrial cancer (EC). The second purpose was to determine whether ADC values of the tumor and peritumoral zone in EC diverge according to the tumor's histologic grade and myometrial invasion depth. **Methods:** We conducted a retrospective study in 53 patients with endometrial cancer who underwent preoperative. Three Tesla Mri include T2-weighted (T2W), DWI (b=0 and 1000s/mm^2) and dynamic contrast material-enhanced (DCE) MRI imaging in sagittal planes. The depth of myometrial invasion on MRI was correlated with surgical pathology results. A radiologist evaluates the ADCmean of the tumor and peritumoral zone and