

Can thiệp bảo vệ người bệnh khỏi rủi ro về tài chính trong chẩn đoán và điều trị lao: Kết quả tổng quan hệ thống và đánh giá sự phù hợp với Việt Nam

Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Quỳnh Anh, Nguyễn Nhật Anh, Vũ Xuân Phú

Trong những năm gần đây, tiến tới bao phủ toàn dân trong chẩn đoán và điều trị bệnh lao, đặc biệt là khía cạnh bảo vệ người bệnh khỏi gánh nặng về kinh tế là một trong những vấn đề mà các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình nhưng lại có gánh nặng lớn về bệnh lao như Việt Nam đang phải đối mặt. Để khắc phục tình trạng chi trả thảm họa đối với hộ gia đình trong chẩn đoán và điều trị bệnh lao, nhiều chương trình can thiệp đã được thực hiện và đánh giá tại nhiều quốc gia trên thế giới. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm hệ thống toàn bộ các bằng chứng về các can thiệp trên thế giới và đánh giá sự phù hợp của các thiệp này trong bối cảnh Việt Nam. Sau khi tiến hành tìm kiếm hệ thống, 4.813 kết quả đã được tìm thấy dựa trên chiến lược tìm kiếm hệ thống trên các cơ sở dữ liệu Pubmed, thư viện Cochrane và EMBASE. Sau khi loại bỏ các bản ghi trùng lặp, 3.928 tên bài báo và tóm tắt bài báo đã được rà soát. 59 bài báo toàn văn đã được đọc và lựa chọn ra 17 bài báo toàn văn phù hợp để đưa vào phân tích trong tổng quan hệ thống. Các can thiệp được trình bày trong 17 bài báo toàn văn được rà soát có thể được nhóm thành 6 nhóm chính. Kết quả đánh giá của chuyên gia cũng chỉ ra sự phù hợp và các lưu ý khi thực hiện các can thiệp trên trong bối cảnh Việt Nam.

Từ khóa: Tổng quan hệ thống, bao phủ toàn dân, bảo vệ tài chính, chi phí tiền túi hộ gia đình, lao, chẩn đoán và điều trị

Financial protection for patients in diagnosis and treatment for tuberculosis: Results from systematic review and evaluation of conformity with Vietnam context

Nguyen Thu Ha, Nguyen Quynh Anh, Vu Xuan Phu

Recently, universal health coverage in diagnosis and treatment for tuberculosis in general and financial protection for patients for particular is one of the challenging issues for a-low-middle income country

but high burden of tuberculosis like Vietnam. In order to solve the problem of catastrophic out-of-pocket expenditure for tuberculosis diagnosis and treatment, several interventions have implemented and evaluated all around the world. This study aims to gather evidences on effective interventions and to evaluate the applicability of those evidences in Vietnamese context. A systematic review was conducted with the results of 4.813 records from Pubmed, Cochrane library and EMBASE databases. After deduplication, 3.928 abstracts were reviewed for inclusion criteria. After reviewing, 59 full-texts were found and reviewed and 17 full-texts were included in the analysis stage. Interventions presented in 17 full-texts could be classified into 6 main groups. Discussion with healthcare professionals indicated the applicability of the interventions in Vietnam as well as recommendations for implementation in Vietnam.

Keywords: systematic review, universal health coverage, financial protection, out-of-pocket expenditure, tuberculosis, diagnosis and treatment

Tác giả:

Trường Đại học Y tế Công cộng

1. Đặt vấn đề

Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong kiểm soát bệnh lao trên toàn thế giới, tổng số trường hợp lao được ước tính trong năm 2012 là 8,6 triệu người với khoảng 1,3 triệu người tử vong [12]. Tại Việt Nam, gánh nặng kinh tế của chẩn đoán và điều trị lao phổi mới AFB+ đối với hộ gia đình là rất lớn với con số lên đến 65% hộ gia đình phải chi trả hơn 40% thu nhập bình quân ngày cho việc điều trị lao phổi mới AFB+ [6]. Việc bảo vệ người bệnh trước rủi ro về tài chính trong quá trình chẩn đoán và điều trị lao là một trong những mục tiêu đặc biệt quan trọng đối với hệ thống y tế Việt Nam, đã được cụ thể hóa trong chiến lược quốc gia phòng chống lao đến năm 2020, tầm nhìn 2030 [5].

Chương trình chống lao quốc gia (CTCLQG) tại Việt Nam được thực hiện từ năm 1986, đã triển khai nhiều hoạt động phòng chống lao các theo các khuyến cáo cập nhật của các tổ chức quốc tế: Mở rộng phác đồ hóa trị liệu ngắn ngày (phác đồ 6 tháng chứa rifampicin) trên phạm vi toàn quốc từ tháng 4/2014; thực hiện phối hợp y tế công tư trong phòng chống lao từ năm 2013 [4]; áp dụng kỹ thuật sinh học phân tử (GeneXpert) trong phát hiện nhanh – sớm người mắc lao/lao kháng thuốc từ năm 2011 [2]; tiếp tục duy trì triển khai hóa trị liệu ngắn ngày

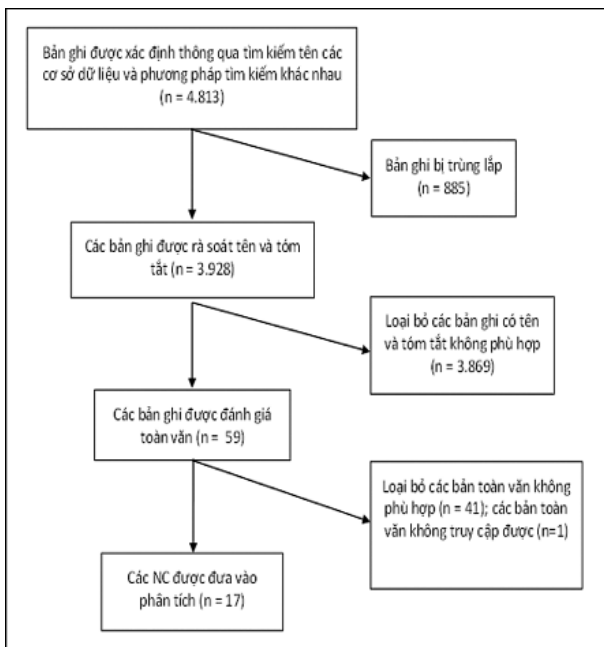
có kiểm soát trực tiếp - DOTS (Directly Observed Treatment, Short – Course) dựa vào cộng đồng trong những năm gần đây [3]... Trong bối cảnh nguồn lực có hạn và sự ra đời của phương pháp chẩn đoán, điều trị kỹ thuật cao và đắt tiền, việc xác định và triển khai các can thiệp hiệu quả cao, tiết kiệm chi phí và giúp bảo vệ người bệnh lao khỏi rủi ro về tài chính là vô cùng quan trọng.

Vì lý do đó, nghiên cứu này được thực hiện để trả lời câu hỏi “*Các can thiệp nào cần thực hiện để đạt được mục tiêu bảo vệ người bệnh khỏi rủi ro về tài chính trong chẩn đoán và điều trị lao tại Việt Nam?*”. Kết quả từ nghiên cứu này sẽ góp phần quan trọng trong việc cung cấp các thông tin cần thiết nhằm hỗ trợ cho các nhà hoạch định chính sách trong quá trình hướng tới bao phủ toàn dân trong chẩn đoán và điều trị bệnh lao.

2. Phương pháp nghiên cứu

Tổng quan hệ thống (systematic review) được thực hiện từ 4/2014 đến 12/2014 dựa trên Hướng dẫn thực hiện nghiên cứu tổng quan hệ thống trong lĩnh vực y tế của tổ chức Cochrane Collaboration [8]. Câu hỏi nghiên cứu được phân tích dựa trên nguyên tắc SPICE. Cụ thể là, **S (Setting):** Toàn bộ các quốc gia; **P (Perspective):** Góc độ hộ gia đình; **I (Intervention):** Can thiệp về giúp bảo vệ

người bệnh khỏi rủi ro về tài chính trong chẩn đoán và điều trị lao; **C (Comparison):** Không thực hiện các can thiệp; **E (Evaluation):** Chi phí tiền túi hộ gia đình, chi phí thảm họa, gánh nặng kinh tế đối với hộ gia đình do chẩn đoán và điều trị lao. Bên cạnh đó, các tiêu chí lựa chọn nghiên cứu bao gồm: (1) Thiết kế nghiên cứu có chỉ rõ mối liên quan giữa các can thiệp và tác động bảo vệ người bệnh khỏi rủi ro về tài chính (loại trừ các nghiên cứu là phân tích chính sách, các bài tổng quan sử dụng số liệu thứ cấp); (2) trình bày bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt; (3) công bố trên các tạp chí được bình duyệt; (3) công bố đến 12/2014.



Hình 1. Biểu đồ PRISMA

Tiến hành tìm kiếm hệ thống trên các cơ sở dữ liệu PubMed, EMBASE và thư viện Cochrane kết hợp với tìm kiếm trên website của các tổ chức, hội thảo, hội nghị có liên quan, danh mục tài liệu tham khảo của các ấn phẩm đã tìm kiếm. Sau đó, toàn bộ các kết quả tìm kiếm được tổng hợp và loại bỏ các bản ghi trùng lặp sử dụng phần mềm quản lý/trích dẫn tài liệu ENDNOTE. Các bản ghi sau đó được sàng lọc qua hai giai đoạn: (1) sàng lọc tên và tóm tắt; (2) sàng lọc toàn văn dựa trên các câu hỏi sàng lọc được xây dựng sẵn. Đối với các nghiên cứu được lựa chọn, 2 nghiên cứu viên tiến hành đọc toàn văn và trích xuất thông tin độc lập sử dụng phiếu trích xuất thông tin được xây dựng sẵn. Hai nghiên cứu viên so sánh phiếu trích xuất thông tin để thống nhất

về thông tin được trích xuất, nghiên cứu viên thứ ba tham gia trong trường hợp không thống nhất được về nội dung trích xuất. Số liệu từ phiếu trích xuất thông tin được tổng hợp bằng phần mềm Excel.

Tiếp theo, để đưa ra được các khuyến nghị về các can thiệp tại Việt Nam, nhóm nghiên cứu tiến hành lập danh sách toàn bộ các can thiệp phù hợp được chỉ ra từ tổng quan hệ thống và tiến hành gửi phiếu phỏng vấn đến các chuyên gia (n=16) để thu thập các thông tin về: (1) sự phù hợp của từng nhóm can thiệp với Việt Nam (có/không phù hợp); (2) sự phù hợp của từng can thiệp cụ thể (có/không phù hợp); (3) lý do giải thích cho sự phù hợp/không phù hợp; (4) can thiệp nào phù hợp nhất với Việt Nam; (5) điều chỉnh cần thực hiện (nếu có).

3. Kết quả

Tổng kết quả của tìm kiếm hệ thống là 4.813. Sau khi loại bỏ 885 bản ghi trùng lặp, 3.928 bản ghi được đưa vào rà soát tên và tóm tắt. Việc rà soát tên và tóm tắt đã loại bỏ 3.869 bản ghi không phù hợp, từ đó chỉ có 59 kết quả được đưa vào rà soát toàn văn. Dựa trên các tiêu chí đánh giá đã được xây dựng, 17 bản toàn văn được đánh giá và được lựa chọn để đưa vào tổng quan hệ thống (Xem Hình 1). Đặc điểm của các nghiên cứu được tóm tắt trong Bảng 1.

Bảng 1. Tóm tắt các đặc điểm của nghiên cứu đưa vào tổng quan hệ thống

Đặc điểm	Tóm tắt các đặc điểm của nghiên cứu đưa vào tổng quan hệ thống
Bối cảnh	Trung Quốc (n=3), Nam Phi (n=3), Ấn Độ (n=2), Uganda (n=2), Brazil (n=1), Myanmar (n=1), Ecuador (n=1), Cambodia (n=1), Botswana (n=1), Siberia (n=1), Bangladesh (n=1), Tanzania (n=1)*; Đông Nam Á (n=2), nước châu Á khác (n=5), châu Phi (n=7), khác (n=1)*; Có gánh nặng lớn về bệnh lao (n=14); không có (n=3) Nhóm các nước có thu nhập thấp (n=5), nhóm các nước có thu nhập trung bình thấp (n=2), nhóm các nước có thu nhập trung bình cao (n=10)
Thời gian	Trước 2000 (n=6), Từ 2000-2010 (n=8), Sau 2010 (n=3)
Đối tượng	Lao nói chung (n=13), Lao AFB+ (n=2), Lao AFB- (n=1), Lao kháng thuốc (n=2)*
Chủ đề	Chẩn đoán (n=2), Chẩn đoán và điều trị nói chung (n=5), Điều trị (n=10)
Thiết kế nghiên cứu	Đánh giá chi phí - hiệu quả (n=8), Điều tra cắt ngang (n=5), Nghiên cứu thuần tập (n=2), Nghiên cứu so sánh trước sau (n=1)

| TỔNG QUAN & NGHIÊN CỨU |

Bảng 2. Tóm tắt các đặc điểm của can thiệp được đánh giá

Tác giả	Địa điểm	Tên can thiệp	Năm can thiệp	Đặc điểm can thiệp	Đánh giá phù hợp *
(Da Silva et al, 2014)	Brazil	GeneXpert	2010	Thực hiện GeneXpert ở khu vực có tỷ lệ đồng nhiễm HIV và kháng thuốc rifamicin cao	6/14
(Van Rie et al., 2013)	Nam Phi	GeneXpert (nghi AFB -)	Không mô tả chi tiết	Thực hiện GeneXpert cho người bệnh nghi lao AFB- tại chỗ trong lần thứ 3 đến xét nghiệm	9/15
(Floyd et al., 2006)	Ấn Độ	Phối hợp công tư PPM-DOTS	1998, 2001	Áp dụng DOTS ở khu vực tư nhân với sự hỗ trợ tài chính và thuốc miễn phí từ chính phủ; Tăng cường hợp tác giữa các nhà cung cấp dịch vụ công và tư; Tăng cường hệ thống thông tin liên lạc và chuyển tuyến	15/16
(Pantoja et al., 2009)	Ấn Độ	Mở rộng phối hợp công tư PPM	2001	Giai đoạn 1: huy động CSYT tư nhân và tổ chức phi chính phủ, phát triển các hướng dẫn và cơ chế huy động CSYT tư. Giai đoạn 2: mở rộng PPM tại 14 thành phố lớn, tuyến 1 cán bộ tư vấn và 1 cán bộ dự án PPM mỗi thành phố	11/16
(Lonroth et al, 2007)	Myanmar	Sáng kiến phân quyền xã hội	2001	Bản chất là huy động sự tham gia của các phòng khám đa khoa tư nhân	13/14
(X. Wei et al, 2013)	Trung Quốc	Lồng ghép trong bệnh viện đa khoa công lập	2006	Lồng ghép điều trị lao trong bệnh viện đa khoa với sự hỗ trợ về truyền thông giáo dục và báo cáo trường hợp của đơn vị phòng chống lao	8/16
(Zhao, , 2013)	Trung Quốc	Hỗ trợ chi phí đi lại	2007	WB và DFID tài trợ 10 CNY/lần khám cho người bệnh tại 16 khu vực nghèo tại Trung Quốc.	12/16
(Sripad et al, 2014)	Ecuador	Hỗ trợ bằng tiền cho người bệnh	8/2011-7/2015	Chính phủ hỗ trợ 240USD cho 1 tháng tuân thủ điều trị của người bệnh lao kháng thuốc	7/16
(Wilkinson, Floyd, & Gilks, 1997)	Nam Phi	DOTS dựa vào cộng đồng	Không mô tả chi tiết	Tình nguyện viên đóng vai trò giám sát người bệnh trong giai đoạn điều trị duy trì tại cộng đồng	11/16
(Sinanovic et al., 2003)	Nam Phi	DOTS dựa vào cộng đồng	Không mô tả chi tiết	Tình nguyện viên giám sát người bệnh uống thuốc (ở gần nhà hoặc tại nơi làm việc). Tổ chức phi chính phủ quản lý và chi trả cho tình nguyện viên theo số lần giám sát	10/16
(Saunderson, 1995)	Uganda	DOTS tại phòng khám ngoại trú	Không mô tả chi tiết	Điều trị tại phòng khám ngoại trú, người bệnh được giám sát hàng tuần trong giai đoạn 2 tháng tấn công và tiếp tục điều trị ngoại trú từ 4-10 tháng duy trì tùy phác đồ	9/15
(Pichenda et al., 2012)	Cambodia	DOTS tại phòng khám ngoại trú, cộng đồng và nhà	1997	DOTS được cung cấp bởi CBYT khi người bệnh đến phòng khám ngoại trú/ cung cấp bởi CBYT khi đến nhà bệnh nhân/được quan sát bởi người nhà	12/14
(Okello et al, 2003)	Uganda	DOTS dựa vào cộng đồng	1998	Tình nguyện viên tại cộng đồng giám sát người bệnh uống thuốc trực tiếp hàng ngày	8/14
(Moalosi et al., 2003)	Botswana	DOTS tại nhà	1996	Người chăm sóc để lấy thuốc hàng ngày hoặc hàng tuần và giám sát người bệnh (chủ yếu có HIV) uống thuốc đến khi người bệnh đủ khỏe để tự đến phòng khám	13/14
(Jacobs et al., 2002)	Siberia	Sử dụng hóa trị liệu ngăn ngày	1994	Sử dụng hóa trị liệu ngăn ngày cho tất cả người bệnh, dựa trên tình trạng AFB+ hay AFB- theo khuyến cáo của WHO	12/14
(Gospodarevskaya et al., 2014)	Banglades Tanzania	Phác đồ 4 tháng (có Moxifloxacin)	Chưa triển khai	Không được mô tả chi tiết	6/13
(X. L. Wei et al, 2009)	Trung Quốc	Phân tuyến điều trị lao	2005	CSYT tuyến xã cung cấp chẩn đoán, cung cấp thuốc điều trị hàng tháng cho người bệnh	3/15

* Lưu ý: Mẫu số không tính đến các chuyên gia không đưa ra nhận xét về tính phù hợp của can thiệp, do đó không như nhau và không phải luôn bằng 16 ở tất cả can thiệp.

* Tổng cộng các can thiệp không bằng 17 do một số nghiên cứu có nhiều hơn một đặc điểm

Các nghiên cứu được thực hiện tại 12 quốc gia

khác nhau và phần lớn đều thuộc 22 quốc gia có gánh nặng lớn về bệnh lao theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGG), trừ 3 nghiên cứu tại Siberia [9], Ecuador [11] và Botswana [10] không nằm

trong danh sách này. Về thời gian, chỉ có 3 nghiên cứu được thực hiện sau năm 2010. Các nghiên cứu này tiến hành đánh giá tác động của những can thiệp mới, chẳng hạn như sử dụng GeneXpert (xét nghiệm được TCYTTG khuyến cáo thực hiện ở khu vực có tỷ lệ đồng nhiễm HIV và kháng thuốc rifamicin cao) hay phác đồ hóa trị liệu ngắn ngày (chứa các loại thuốc như Moxifloxacin vẫn đang trong giai đoạn thử nghiệm lâm sàng ở thời điểm nghiên cứu). Về thiết kế nghiên cứu, hầu hết nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang. Kết quả về chi phí hộ gia đình trong chẩn đoán và điều trị lao được báo cáo trong nhiều nghiên cứu nhưng không phải là kết quả đầu ra chính (primary outcome). Điều này đồng nghĩa với việc các nghiên cứu có thể không đủ mạnh để đo lường sự khác biệt về kết quả đầu ra liên quan đến chi phí hộ gia đình trong chẩn đoán và điều trị lao ở các nhóm khác nhau. Việc chọn mẫu cơ bản được thực hiện có chủ đích. Trong phân tích số liệu, còn nhiều nghiên cứu không trình bày chi tiết đặc điểm nhân khẩu-xã hội học, tình trạng kinh tế, tình trạng bệnh... của nhóm đối tượng cung cấp thông tin.

Về chủ đề nghiên cứu, có 6 nhóm can thiệp chính bao gồm: (1) can thiệp về chẩn đoán lao (n=2); (2) phối hợp y tế công tư (Public Private Mixed: PPM) (n=4); (3) hỗ trợ tài chính cho người bệnh (n=2); (4) can thiệp DOTS dựa vào cộng đồng (n=6); (5) phân tuyến điều trị (n=1); (6) phác đồ hóa trị liệu ngắn ngày (n=2). Bảng 2 trình bày chi tiết đặc điểm của các can thiệp.

Các kết quả tổng quan hệ thống nói trên sau đó đã được tóm tắt và gửi đến xin ý kiến đánh giá của các chuyên gia về sự phù hợp. Kết quả đánh giá của chuyên gia cho thấy, đối với nhóm can thiệp GeneXpert, 6/14 chuyên gia đánh giá sự phù hợp của can thiệp thực hiện GeneXpert tại Brazil và 9/15 chuyên gia đánh giá sự phù hợp can thiệp được thực hiện tại Nam Phi. Tương tự như vậy đối với nhóm can thiệp phối hợp công tư, can thiệp hỗ trợ tài chính, các mô hình can thiệp điều trị DOTS và phác đồ hóa trị liệu ngắn ngày (Xem chi tiết Bảng 2). Chỉ riêng đối với can thiệp phân quyền điều trị cho các cơ sở y tế (CSYT) tuyến xã tại Trung Quốc, phần lớn các chuyên gia (12/15) đánh giá là không phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

4. Bàn luận

Phần lớn các nghiên cứu được phân tích được thực hiện tại các quốc gia có gánh nặng lớn về bệnh

lao. Kết quả này cho thấy sự quan tâm của các quốc gia có gánh nặng lớn về bệnh lao, không chỉ các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình thấp mà thậm chí cả các quốc gia có thu nhập trung bình cao như Brazil, Trung Quốc, Nam Phi... về vấn đề bảo vệ tài chính cho người bệnh trong chẩn đoán và điều trị lao. Trong khi đó, tại Việt Nam, cho đến thời điểm hiện tại, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện về chủ đề này. Mặc dù có thể tiếp thu được nhiều bài học kinh nghiệm trên thế giới, nhưng với những đặc điểm riêng biệt về hệ thống y tế và văn hóa – xã hội, Việt Nam vẫn cần những bằng chứng cụ thể về chủ đề này trong thời gian tới.

Tổng quan hệ thống cũng chỉ ra sự hạn hẹp trong chủ đề nghiên cứu, cần phải có nhiều nghiên cứu hơn nữa đánh giá về tác động của các can thiệp khác nhau nhằm bảo vệ người bệnh khỏi rủi ro về tài chính trong chẩn đoán và điều trị lao. Về phương pháp nghiên cứu, các nhà nghiên cứu cũng phải lưu ý lựa chọn các thiết kế nghiên cứu đủ mạnh để đo lường sự khác biệt kết quả đầu ra liên quan đến chi phí hộ gia đình trong chẩn đoán và điều trị lao ở các nhóm khác nhau cũng như tuân thủ nguyên tắc minh bạch trong trình bày kết quả nghiên cứu như trình bày về bối cảnh thực hiện nghiên cứu, phương pháp tính toán cỡ mẫu, chọn mẫu, đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, phương pháp phân tích số liệu...

Về kết quả đánh giá của chuyên gia trong lĩnh vực phòng chống lao, 5/6 nhóm can thiệp rút ra tổng quan hệ thống được đánh giá là phù hợp với Việt Nam.

Thứ nhất, GeneXpert là phương pháp được TCYTTG khuyến cáo thực hiện ở khu vực có tỷ lệ đồng nhiễm HIV và kháng thuốc rifamicin cao. Tại Việt Nam, với tình hình số lượng người bệnh lao AFB- năm 2012 lên đến gần 25.000 trường hợp, tỷ lệ HIV+ ở người bệnh lao xét nghiệm vào khoảng 7% và tình trạng lao kháng đa thuốc diễn biến phức tạp, việc áp dụng GeneXpert được đánh giá là cần thiết, nhất là khi Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh lao đến năm 2020 – tầm nhìn 2030 đã định hướng ứng dụng tối ưu các công nghệ mới và tiếp cận mới trong kiểm soát bệnh lao, trong đó có GeneXpert. Tuy nhiên, trong bối cảnh khan hiếm về nguồn lực, việc áp dụng GeneXpert chỉ được đánh giá là phù hợp khi sử dụng cho các trường hợp có nguy cơ cao và khó chẩn đoán như nghi lao/HIV, trẻ em, nghi lao AFB- và nghi lao kháng thuốc. Để triển khai can thiệp này, các chuyên gia cũng lưu ý các vấn đề về

đảm bảo cơ sở vật chất, các dịch vụ đi kèm như hiệu chuẩn, sửa chữa...với chi phí có thể chấp nhận được, đảm bảo về nguồn nhân lực hay cơ chế chi trả xét nghiệm thông qua bảo hiểm y tế.

Thứ hai, về phối hợp công-tư (PPM), các mô hình PPM trên thế giới có nhiều điểm tương đồng với Việt Nam. Đây cũng là lý do có nhiều chuyên gia đánh giá rằng can thiệp PPM này phù hợp với Việt Nam. Mặc dù ở Việt Nam, sự có mặt đông đảo các nhà cung cấp dịch vụ y tế tư nhân cũng như sự phổ biến của hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế tư nhân của người bệnh ủng hộ cho việc thực hiện mô hình PPM nhưng các chuyên gia đánh giá rằng rất cần có bằng chứng mạnh mẽ hơn về việc thúc đẩy thực hiện PPM. Các lý do được nêu ra bao gồm: (1) giá cả dịch vụ y tế tại các phòng khám tư nhân thường cao hơn khu vực y tế công lập; (2) khó khăn trong ràng buộc pháp lý và chi trả tài chính cho các phòng khám tư nhân để hoạt động theo đúng chuẩn dịch vụ được quy định; (3) sự phức tạp của việc kiểm soát các thuốc chống lao trên thị trường và đảm bảo cung cấp thuốc miễn phí cho người bệnh.

Thứ ba, hai can thiệp thuốc nhóm hỗ trợ tài chính là (1) sáng kiến hỗ trợ chi phí đi lại (bởi các tổ chức phi chính phủ) cho người bệnh ở khu vực nghèo tại Trung Quốc trong tiếp cận điều trị lao tại CSYT; (2) khuyến khích bằng tiền (bởi chính phủ) cho người bệnh lao kháng thuốc tại Ecuador nhằm khuyến khích tuân thủ điều trị. Khuyến khích bằng tiền được chuyên gia đánh giá là không phù hợp với Việt Nam trên khía cạnh nguồn lực và tính bền vững của can thiệp đặc biệt là khi tác động của khuyến khích bằng tiền đến hành vi tuân thủ điều trị chưa được khẳng định. Tuy nhiên, với mô hình hỗ trợ chi phí đi lại, các chuyên gia lại đánh giá là phù hợp với Việt Nam nhất là trong bối cảnh các tỉnh vùng sâu, vùng xa, đi lại khó khăn hoặc đối với lao kháng đa thuốc khi mà CTCLQG mới chỉ có một số lượng hạn chế các điểm điều trị trên toàn quốc. Các chuyên gia cũng lưu ý cần có những đánh giá chi tiết về khả năng thực hiện, tác động về ngân sách cũng như cân nhắc đến các hình thức hỗ trợ không trực tiếp bằng tiền.

Thứ tư, can thiệp điều trị DOTS dựa vào cộng đồng được rút ra từ kết quả tổng quan hệ thống bao gồm các mô hình (1) hoạt động phát thuốc và giám sát được thực hiện bởi tình nguyện viên không phải là cán bộ y tế (CBYT), (2) hoạt động phát thuốc và giám sát

được thực hiện tại các phòng khám ngoại trú, (3) hoạt động phát thuốc và giám sát được CBYT thực hiện tại hộ gia đình và (4) hoạt động giám sát được thực hiện bởi người nhà tại hộ gia đình đều được đánh giá cao về tính phù hợp đối với Việt Nam. Theo Hướng dẫn quản lý bệnh lao được ban hành bởi CTCLQG [1], việc quản lý điều trị được thực hiện theo đúng chiến lược DOTS, người giám sát trực tiếp có thể là CBYT, tình nguyện viên cộng đồng, người nhà người bệnh đã được tư vấn đầy đủ về giám sát trực tiếp trong điều trị lao. Các đặc điểm này hoàn toàn tương đồng với các đặc điểm được mô tả trong các mô hình can thiệp nói trên. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện tại, chưa có một đánh giá và số liệu chính thức nào từ CTCLQG về thực trạng số người điều trị tại các tuyến cũng như thực trạng giám sát người bệnh trong quá trình điều trị. Trên thực tế, có rất nhiều mô hình quản lý điều trị cho người bệnh tại cộng đồng. Chẳng hạn như theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Quy tại Hà Nội [7] trên 130 người bệnh lao trong giai đoạn điều trị duy trì, người bệnh nhận thuốc tại nhiều điểm khác nhau như các phòng khám lao chuyên khoa (2,3%), trạm y tế (23,7%), cả hai đơn vị trên (66,1%), hoặc tự mua thuốc điều trị (7,9%) và một số lượng người bệnh nhất định được CBYT phát thuốc và giám sát uống thuốc tại nhà. Do đó, để đánh giá được chính xác hiệu quả của các chiến lược DOTS tại cộng đồng khác nhau đối với việc làm giảm gánh nặng kinh tế hộ gia đình, cần thiết phải có các nghiên cứu cụ thể về từng mô hình can thiệp để có các bằng chứng khuyến cáo cho CTCLQG trong việc ban hành các hướng dẫn quản lý điều trị chi tiết.

Thứ năm, đối với phác đồ hóa trị liệu ngắn ngày, hầu hết các chuyên gia đều đánh giá rằng phác đồ này là phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Mặc dù đây là phác đồ ngắn ngày hơn sử dụng các thuốc mới hơn và chưa được đưa vào thực hiện nhưng lý do của kết quả đánh giá này có thể xuất phát từ thực tế tại Việt Nam, mô hình thí điểm hóa trị liệu ngắn ngày (sử dụng rifampicin trong 6 tháng) được thực hiện từ năm 2011 tại 4 tỉnh thành phố và đến tháng 4/2014 chính thức được triển khai mở rộng trên quy mô toàn quốc với những ủng hộ xung quanh việc góp phần làm giảm gánh nặng điều trị cho người bệnh, trong đó có gánh nặng về tài chính.

Thứ sáu, về can thiệp về phân quyền điều trị cho các CSYT tuyến xã tại Trung Quốc, đây là nhóm can thiệp duy nhất mà hầu hết các chuyên gia đánh giá là chưa thực sự phù hợp với bối cảnh Việt

Nam vì những đặc điểm không tương đồng về phân chia cơ sở hành chính và hệ thống y tế giữa hai quốc gia. Tại Trung Quốc, CSYT tuyến xã phường có thể đóng vai trò rất lớn trong việc cung cấp dịch vụ y tế cho một số lượng lớn người dân trên địa bàn. Trong khi đó, tại Việt Nam, y tế tuyến xã phường khó có khả năng đáp ứng được các yêu cầu liên quan đến cơ sở vật chất cũng như con người để cung cấp toàn bộ dịch vụ chẩn đoán và điều trị lao.

5. Kết luận và khuyến nghị

Đây là nghiên cứu đầu tiên cố gắng tổng hợp các bằng chứng sẵn có trên thế giới về các can thiệp trong việc làm giảm gánh nặng kinh tế do chẩn đoán và điều trị lao cho hộ gia đình. Các kết quả thu được từ nghiên cứu này có thể được sử dụng để định hướng cho các nghiên cứu trong tương lai và cho hoạt động của CTCLQG. Thứ nhất, trong tương lai Việt

Nam cần có những nghiên cứu về chủ đề đánh giá về tác động của các can thiệp khác nhau nhằm bảo vệ người bệnh khỏi rủi ro về tài chính trong tiếp cận chẩn đoán và điều trị lao. Khi thực hiện nghiên cứu, nghiên cứu viên cần lưu ý trong việc thiết kế nghiên cứu, lựa chọn phương pháp đo lường kết quả đầu ra phù hợp, đảm bảo minh bạch trong trình bày kết quả nghiên cứu. Thứ hai, 5 nhóm chính được đánh giá là có hiệu quả trong việc giúp làm giảm gánh nặng kinh tế từ phía hộ gia đình trong chẩn đoán và điều trị lao cũng như phù hợp với bối cảnh Việt Nam bao gồm: (1) Nhóm can thiệp liên quan đến chẩn đoán lao; (2) Nhóm can thiệp liên quan đến phối hợp y tế công tư PPM; (3) Nhóm can thiệp về hỗ trợ tài chính cho người bệnh; (4) Nhóm can thiệp DOTS dựa vào cộng đồng; (5) Nhóm can thiệp liên quan đến sử dụng phác đồ hóa trị liệu ngắn ngày. Để có thể áp dụng vào thực tế tại Việt Nam, vẫn cần thiết có những nghiên cứu sâu hơn về từng nhóm can thiệp nói trên.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế - Chương trình chống lao Quốc gia (2009), Hướng dẫn quản lý bệnh lao, Nxb Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2011), Quyết định số 4921/QĐ-BYT ngày 26/12/2011 của Bộ trưởng Bộ y tế Quy định về việc Ban hành hướng dẫn quy trình triển khai kỹ thuật GeneXpert.
3. Bộ Y tế - Chương trình chống lao Quốc gia (2012), Báo cáo hoạt động giai đoạn 2007-2011 và Phương hướng kế hoạch giai đoạn 2011-2015.
4. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 02/2013/TT-BYT ngày 15/1/2013 của Bộ trưởng Bộ y tế Quy định về việc phối hợp giữa các cơ sở y tế trong quản lý bệnh lao.
5. Chính phủ (2014), Quyết định số 374/QĐ-TTg, ngày 17/3/2014 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống lao đến năm 2020 và tầm nhìn đến 2030.
6. Vũ Xuân Phú, Bùi Ngọc Linh, Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Quỳnh Anh (2014), Gánh nặng kinh tế từ góc độ hộ gia đình của lao phổi mới tại Việt Nam năm 2011, Tạp chí y học thực hành, 298 (8).
7. Nguyễn Thị Kim Quy (2012), Đánh giá việc thực hiện quy trình phát hiện chẩn đoán, quản lý điều trị bệnh nhân lao

trên địa bàn quận Hoàn Kiếm năm 2011. (Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện), Trường Đại học Y tế Công cộng

Tiếng Anh

8. Higgins, J. P. & Green, S. 2008. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, Wiley Online Library.
9. Jacobs, B., Clowes, C., Wares, F., Polivakho, V., Lyagoshina, T., Peremitin, G. & Banatvala, N. 2002. Cost-effectiveness analysis of the Russian treatment scheme for tuberculosis versus short-course chemotherapy: Results from Tomsk, Siberia. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 6, 396-405.
10. Moalosi, G., Floyd, K., Phatshwane, J., Moeti, T., Binkin, N. & Kenyon, T. 2003. Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 7, S80-S85.
11. Sripad, A., Castedo, J., Danford, N., Zaha, R. & Freile, C. 2014. Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-Resistant tuberculosis. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 18, 44-48.
12. World Health Organization (2013), Global tuberculosis report 2013, World Health Organization.