

EFFECTIVENESS OF PPM INTERVENTION ON TUBERCULOSIS CARE IN PRIVATE SECTOR IN HANOI FROM 2021-2022

Nguyen Hoai Bac^{1*}, Ngo Minh Do¹, Nguyen Dang Vung², Nguyen Binh Hoa¹

¹National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham str., Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung str., Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 19/02/2024

Revised: 11/03/2024; Accepted: 11/04/2024

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of the PPM model on the TB care quality in the private sector, we conducted an interventional study with a control group involving 100 private health-care facilities in Hanoi.

Methods: The interventions included TB training for healthcare workers, test support, assistance with case notification, and financial support. The primary outcome was the number of TB notification and referrals to the National TB Control Program.

Results: The results showed that the intervention resulted in significantly more notifications and referrals in the intervention group compared to the control group, with average differences of 36.65 notification/facility/year and 27.59 referrals/facility/year ($p < 0,05$).

Conclusion: These interventions had positive impacts on TB prevention and control, therefore the PPM model should be recommended for nationwide implementation.

Keywords: TB care, tuberculosis, private health facilities, PPM, intervention

*Corresponding author

Email address: Hoaibac2110@gmail.com

Phone number: (+84) 912026382

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1104>



HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP PPM ĐỐI VỚI THỰC TRẠNG CHĂM SÓC LAO Ở KHU VỰC Y TẾ TƯ NHÂN TẠI HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2021-2022

Nguyễn Hoài Bắc^{1*}, Ngô Minh Độ¹, Nguyễn Đăng Vững², Nguyễn Bình Hòa¹

¹Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Đ. Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 P. Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 19/02/2024

Chỉnh sửa ngày: 11/03/2024; Ngày duyệt đăng: 11/04/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá hiệu quả của mô hình PPM đối với chất lượng chăm sóc NB Lao tại khu vực y tế tư nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng trên 100 CSYTTN tại Hà Nội.

Phương pháp: Các can thiệp bao gồm: Tập huấn Lao đối với các CBYT; hỗ trợ xét nghiệm tại các CSYTTN; hỗ trợ báo cáo ca bệnh và hỗ trợ chi phí. Kết cục chính trong nghiên cứu là số lượt báo cáo chẩn đoán và chuyển gửi NB Lao tới CTCLQG.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy, can thiệp đã tạo ra mức cải thiện cao hơn về số lượt báo cáo chẩn đoán và số lượt chuyển gửi ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng, với trung bình khác biệt lần lượt là 36,65 lượt/CSYT/năm và 27,59 lượt/CSYT/năm ($p < 0,05$).

Kết luận: Tác động từ những can thiệp này tạo ra những hiệu quả tích cực trong công tác phòng chống Lao, do đó, mô hình PPM nên được khuyến cáo nhân rộng trên quy mô toàn quốc.

Từ khóa: Chăm sóc lao, lao, y tế tư nhân, cơ sở y tế, can thiệp, PPM.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao đang là căn bệnh truyền nhiễm gây tử vong nhiều nhất, đặc biệt tại các nước có thu nhập thấp và trung bình. Việt Nam hiện là 1 trong 30 nước có gánh nặng bệnh lao cao nhất với 174.000 người mắc lao mới mỗi năm và 11.000 người tử vong vì lao. Bên cạnh đó, gánh nặng lao kháng đa thuốc tại Việt Nam xếp thứ 11 trên 30 quốc gia [1]. Y tế tư nhân vẫn là sự lựa chọn của nhiều người bệnh lao, kể những người có điều kiện kinh tế thấp, với gần 1/3 dịch vụ chăm sóc sức khỏe do khu vực tư nhân cung cấp bao gồm bệnh viện, phòng khám, nhà thuốc tư nhân. Tuy nhiên, dịch vụ chăm sóc lao ở khối y tế tư nhân có đặc điểm thường bỏ sót người mắc lao và mất dấu theo dõi (Loss-To-Follow-Up) [2].

Tại các quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao, mô hình phối hợp y tế công tư (PPM) và các chương trình can thiệp nhằm nâng cao khả năng phát hiện và điều trị lao đang được triển khai và đem lại một số hiệu quả nhất

định.[3] Cho tới thời điểm hiện tại, vẫn chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá 1 cách toàn diện về lợi ích do mô hình PPM mang lại đối với khu vực y tế tư nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của một số giải pháp can thiệp trong mô hình PPM tiến hành trên các cơ sở y tế tư nhân tại Hà Nội trong giai đoạn 2021-2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên các cơ sở y tế tư nhân thuộc 5 quận thành phố Hà Nội, bao gồm: Ba Đình, Đống Đa, Hai Bà Trưng, Hoàn Kiếm và Hoàng Mai trong giai đoạn từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng

*Tác giả liên hệ

Email: HoaiBac2110@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912026382

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1104>

có đối chứng

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu can thiệp:

$$n = 2 * [(Z_{1-\alpha}/2 + Z_{1-\beta}) * \sigma / d]^2$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần thiết mỗi nhóm; $Z_{1-\alpha}/2 = 1,96$ (tương ứng mức alpha kỳ vọng là 0,05); $Z_{1-\beta} = 0,842$ (tương ứng với lực thống kê là 0,8); $\sigma = 28$ (phương sai chuẩn số lượt chuyên gửi trung bình hàng năm trong thử nghiệm thăm dò trước can thiệp), d là mức gia tăng kỳ vọng sau can thiệp (từ tỉ lệ gia tăng 60-80% số lượt chuyên gửi tới CTCLQG sau can thiệp PPM tại các quốc gia Đông Nam Á [3], trung bình chuyên gửi tới CTCLQG là 20 trong thử nghiệm thăm dò trước can thiệp, mức gia tăng kỳ vọng là $20 * 0,8 = 16$). Cỡ mẫu tính toán lý thuyết cho nghiên cứu tối thiểu n là 40 CSYTTN mỗi nhóm. Trên thực tế, chúng tôi đã khảo sát thu thập được số liệu từ 100 CSYTTN, với 50 CSYTTN thuộc nhóm can thiệp và 50 CSYTTN thuộc nhóm đối chứng. Trong quá trình theo dõi sau can thiệp, có 3 CSYTTN thuộc nhóm can thiệp và 8 CSYTTN thuộc nhóm đối chứng mất dấu theo dõi, hoặc không đồng ý tiếp tục nghiên cứu, do đó, phân tích cuối cùng được tiến hành trên 47 CSYT thuộc nhóm can thiệp và 42 CSYT thuộc nhóm đối chứng.

Phương pháp chọn mẫu và ghép cặp: Mẫu chọn từ danh sách các CSYT tư nhân trên địa bàn 10 quận thuộc Hà Nội. CSYTTN thuộc nhóm can thiệp và nhóm đối chứng được ghép cặp 1:1 dựa trên loại hình CSYT (phòng khám tư/bệnh viện tư), lượt khám trung bình/ngày và số lượng NVYT.

Nội dung và kỳ vọng chính của các can thiệp trong nghiên cứu

Dựa trên những kết quả khảo sát về tình trạng chăm sóc NB lao tại các CSYTTN, chúng tôi đưa ra 4 can thiệp chính trong nghiên cứu này, bao gồm: (1) Tập huấn lao đối với các CBYT; (2) Can thiệp hỗ trợ xét nghiệm tại các cơ sở y tế tư nhân; (3) Can thiệp hỗ trợ báo cáo ca bệnh và giám sát và (4) Can thiệp hỗ trợ chi phí cho các cơ sở y tế tư nhân. Các can thiệp này được đề ra nhằm mục tiêu bước đầu tháo gỡ những vướng mắc, rào cản hiện hữu, để từ đó có thể tiếp cận một cách có hiệu quả đến hệ thống y tế tư nhân, thông qua đó nâng cao năng lực và chất lượng chăm sóc lao tại các đơn vị này.

Quy trình nghiên cứu

Quy trình thu thập số liệu được thực hiện qua 4 giai đoạn. Trong giai đoạn chuẩn bị, nhóm can thiệp tiến hành thiết kế bộ câu hỏi, bảng kiểm, tập huấn cho điều tra viên và giám sát viên về nội dung điều tra, tiến hành điều tra thử, điều chỉnh lại bộ câu hỏi trước khi tiến hành chính thức. Giai đoạn điều tra thu thập số liệu trước

can thiệp được tiến hành từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021 tại 100 CSYTTN đồng ý tham gia nghiên cứu. Giai đoạn triển khai các hoạt động can thiệp được tiến hành từ tháng 1/2022 đến 12/2022 tại các CSYTTN thuộc nhóm can thiệp. Giai đoạn đánh giá hiệu quả sau can thiệp được tiến hành sau 12 tháng tính từ lúc can thiệp chính thức được triển khai tại CSYTTN (đối với nhóm can thiệp); và sau 12 tháng tính từ lần đánh giá đầu tiên (đối với nhóm đối chứng).

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành đánh giá một số đặc điểm của các CSYTTN tại thời điểm khởi đầu nghiên cứu bao gồm: (1) loại hình CSYTTN; (2) các đặc điểm về nguồn nhân lực; (3) các đặc điểm tài chính đối với hoạt động chăm sóc Lao.

Đặc điểm cơ sở vật chất (CSVC) phục vụ xét nghiệm lao được đánh giá dựa trên quy định của Bộ Y tế trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp và Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lao [4,5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá cơ sở vật chất phục vụ trong phục vụ xét nghiệm sàng lọc lao bao gồm XQ ngực; Mantoux; IGRA và cơ sở vật chất phục vụ xét nghiệm vi khuẩn học bao gồm soi đờm AFB; Xpert; và cây đờm.

Thực trạng khám, sàng lọc và xét người nghi lao tại CSYTTN được đánh giá thông qua các thông số sau đây: số lượt NB đến khám; số lượt NB có triệu chứng nghi Lao; số lượt NB nghi lao được sàng lọc bằng XQ; số lượt XQ có kết quả bất thường nghi lao; số lượt nghi lao được soi đờm AFB; số lượt soi đờm dương tính; số lượt làm XN GeneXpert; số lượt GeneXpert dương tính; số lượt nghi lao được cấy đờm; số lượt cấy đờm dương tính.

Kết cục chính trong nghiên cứu của chúng tôi được xác định qua các biến số đánh giá tình trạng chăm sóc lao tại CSYTTN, bao gồm: (1) Số lượt báo cáo chẩn đoán Lao: Được tính bằng số lượt báo cáo chẩn đoán lao trong 1 năm khảo sát; (2) Số lượt chuyển viện: Được tính bằng số lượt NB lao được chuyên gửi tới CTCLQG từ cơ sở trong 1 năm khảo sát.

Xử lý số liệu

Các biến liên tục được trình bày dưới dạng giá trị trung bình; độ lệch chuẩn; max; min. Các biến rời rạc được trình bày dưới dạng giá trị định tính và tỉ lệ%.

Sự khác biệt về mức thay đổi trong các kết cục chính giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng được kiểm định thông qua mô hình hồi quy sai biệt kép (Difference in difference regression model) có hiệu chỉnh với một số yếu tố được xác định là có liên quan với số lượt báo cáo chẩn đoán lao và số lượt chuyên gửi tới CTCLQG.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định 101/GCN-HĐĐĐNCYSSH-ĐHYHN, ngày 25/10/2021. Nghiên cứu tuyệt đối giữ bí mật về những thông tin do đối tượng cung cấp. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích duy nhất là bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh viện tư nhân chiếm tỉ lệ 20% và 22% các CSYTTN ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Số lượng CSYT có cán bộ đã được tập huấn lao khá thấp, chiếm tỉ lệ lần lượt là 18% và 16% ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Khoảng 80% CSYTTN trong nghiên cứu không có nguồn thu và nguồn chi dành riêng cho hoạt động chăm sóc Lao. (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm nhân lực và tài chính của các CSYTTN tại thời điểm khởi đầu nghiên cứu (n = 100)

Biến số	Nhóm can thiệp (n = 50)	Nhóm đối chứng (n = 50)	p
Loại cơ sở, n (%)			
Phòng khám tư nhân	40 (80,0)	39 (78,0)	1,000 ^a
Bệnh viện tư nhân	10 (20,0)	11 (22,0)	
Số lượng NVYT ($\bar{X} \pm SD$, Min – Max)			
Bác sĩ	11,54±18,34 (1-77)	11,48±17,79 (1-81)	0,886 ^b
Điều dưỡng	13,18±25,70 (1-123)	11,80±24,21 (1-123)	0,989 ^b
KTV	3,34±8,70 (0-45)	3,56±8,77 (0-48)	0,700 ^b
Có NVYT đã được tập huấn Lao, n (%)	9 (18,0)	8 (16,0)	1,000 ^a
Có NVYT chuyên trách về Lao, n (%)	0	0	-
CSYTTN có chi thường xuyên cho hoạt động chăm sóc lao, n (%)			
Thuốc	0	0	-
Trang thiết bị	6 (12,0)	5 (10,0)	1,000 ^a
Phương tiện vận chuyển	6 (12,0)	5 (10,0)	1,000 ^a
Đào tạo	5 (10,0)	7 (14,0)	0,760 ^a
Chuyên môn nghiệp vụ	8 (16,0)	6 (12,0)	0,774 ^a
Không có nguồn chi riêng	41 (82,0)	39 (78,0)	0,803 ^a
CSYTTN có nguồn thu cho hoạt động chăm sóc Lao, n (%)			
Kinh phí nhà nước	2 (4,0)	3 (6,0)	1,000 ^c
Tổ chức phi chính phủ	7 (14,0)	9 (18,0)	0,786 ^a
Không có nguồn thu riêng	39 (78,0)	38 (76,0)	1,000 ^a

^aKiểm định Chi-square; ^bKiểm định Mann-Whitney; ^cKiểm định Fisher exact;

Tỉ lệ các CSYTTN sở hữu cơ sở vật chất cho việc sàng lọc, tầm soát lao như Mantoux và test IGRA rất hạn chế, dao động từ 0-2% ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Tỉ lệ CSYTTN có chụp X-quang ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng lần lượt là 44% và 40%. Tỉ lệ

này thậm chí còn thấp hơn ở nhóm xét nghiệm cung cấp các bằng chứng vi khuẩn học như AFB đờm, GenXpert, cấy đờm, với tỉ lệ dao động từ 0-30% ở nhóm can thiệp và 0-20% ở nhóm đối chứng. (Bảng 2)

Bảng 2. Tình trạng trang thiết bị phục vụ chẩn đoán, điều trị, theo dõi và dự phòng lao (n = 100)

Trang thiết bị	Nhóm can thiệp (n = 50)		Nhóm đối chứng (n = 50)		p
	n	%	n	%	
CHẨN ĐOÁN					
XN sàng lọc	22	44,0	20	40,0	0,840 ^a
Kit xét nghiệm Mantoux	0	0	0	0	-
Kit xét nghiệm IGRA/TST	1	2,0	1	2,0	1,000 ^b
X-quang	22	44,0	20	40,0	0,840 ^a
XN vi khuẩn học	17	34,0	11	22,0	0,265 ^a
Soi đờm AFB	15	30,0	10	20,0	0,356 ^a
Xét nghiệm Gen Xpert	7	14,0	3	6,0	0,159
Cấy đờm	0	0	0	0	-
ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI					
Thuốc điều trị lao hàng 1	0	0	0	0	-
Thuốc điều trị lao hàng 2	0	0	0	0	-
HDSĐ thuốc	4	8,0	4	8,0	1,000 ^b
Giấy hẹn khám định kỳ	2	4,0	2	4,0	1,000 ^b
Sổ ghi chép theo dõi	6	12,0	10	20,0	0,414 ^a
Thông kê, báo cáo ca bệnh	4	8,0	8	16,0	0,357 ^b
Quy trình điều trị lao	2	4,0	2	4,0	1,000 ^b
DỰ PHÒNG					
PPE	17	34,0	21	42,0	0,537 ^a
Quy trình dự phòng	4	8,0	8	16,0	0,357 ^b
^a Kiểm định Chi-square; ^b Kiểm định Fisher exact.					

Sau can thiệp, chúng tôi ghi nhận mức gia tăng số lượt chỉ định xét nghiệm GenXpert (tăng từ 7,06±19,28 lượt/CSYT/năm lên mức 33,49±64,08 lượt/CSYT/năm), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả từ mô hình hồi quy sai biệt kép cho thấy, can thiệp đã tạo ra mức cải thiện cao hơn về số lượt chỉ định XN GenXpert

ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng, với trung bình khác biệt là 29,31 lượt/CSYT/năm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,05. (Bảng 3)



Bảng 3. Hiệu quả can thiệp đối với tình trạng sàng lọc và xét nghiệm lao tại các CSYTTN trong nghiên cứu (n = 89)

Biến số	Nhóm can thiệp (n=47)		Nhóm đối chứng (n = 42)		Giá trị	Ước lượng khác biệt* 95%CI	p
	TCT ($\bar{X} \pm SD$)	SCT ($\bar{X} \pm SD$)	TCT ($\bar{X} \pm SD$)	SCT ($\bar{X} \pm SD$)			
Số ca bệnh nghi Lao	534,00±984,02	541,98±994,94	511,19±932,30	494,14±921,00	25,03	-350,00÷400,04	0,895
$p_{T,S}=0,969$		$p_{T,S}=0,993$					
Số nghi lao sàng lọc XQ	294,48±592,26	348,95±618,70	262,23±505,33	274,11±608,68	42,59	-215,77÷300,954	0,745
$p_{T,S}=0,664$		$p_{T,S}=0,923$					
Số lượt soi đờm	11,87±26,95	16,17±29,78	16,31±31,81	12,67±25,56	7,94	-2,84÷18,73	0,184
$p_{T,S}=0,465$		$p_{T,S}=0,565$					
Số lượt làm GenX	7,06±19,28	33,49±64,08	9,93±21,13	7,05±19,87	29,31	12,35÷46,26	0,001
$p_{T,S}=0,008$		$p_{T,S}=0,522$					

*Ước lượng khác biệt được tính toán từ mô hình hồi quy tuyến tính sai biệt kép (Difference in difference linear regression), được hiệu chỉnh với các yếu tố: số lượng BS, số lượng ĐD, CSYT có cán bộ tập huấn Lao, có nguồn thu tài chính, nguồn chi tài chính và CSVC phục vụ XN vi khuẩn học.

Sau can thiệp, chúng tôi ghi nhận mức gia tăng số lượt báo cáo chẩn đoán lao (tăng từ 22,11±40,20 lượt/CSYT/năm lên mức 52,06±82,03 lượt/CSYT/năm) và số lượt chuyển gửi tới CTCLQG (tăng từ 19,37±35,44 lượt/CSYT/năm lên mức 44,23±74,16 lượt/CSYT/năm), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả từ mô hình hồi quy sai biệt kép cho thấy, can thiệp đã tạo

ra mức cải thiện cao hơn về số lượt báo cáo chẩn đoán và số lượt chuyển gửi ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng, với trung bình khác biệt lần lượt là 36,65 lượt/CSYT/năm và 27,59 lượt/CSYT/năm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. (Bảng 5)

Bảng 4. Hiệu quả can thiệp đối với tình trạng chẩn đoán, điều trị và chuyển gửi NB lao tại các CSYTTN trong nghiên cứu (n = 89)

Biến số	Nhóm can thiệp (n=47)		Nhóm đối chứng (n = 42)		Giá trị	Ước lượng khác biệt* 95%CI	p
	TCT ($\bar{X} \pm SD$)	SCT ($\bar{X} \pm SD$)	TCT ($\bar{X} \pm SD$)	SCT ($\bar{X} \pm SD$)			
Số lượt chẩn đoán	22,11±40,20	52,06±82,03	25,55±45,24	18,86±32,65	36,65	15,70÷57,60	0,001
$p_{T,S}=0,027$		$p_{T,S}=0,439$					
Số lượt điều trị	0,17±0,84	0,11±0,52	0,14±0,68	0,12±0,63	-0,04	-0,44÷0,36	0,845
$p_{T,S}=0,660$		$p_{T,S}=0,869$					
Số lượt chuyển gửi	19,37±35,44	44,23±74,16	23,66±42,32	20,93±42,33	27,59	8,96÷44,23	0,004
$p_{T,S}=0,041$		$p_{T,S}=0,768$					

*Ước lượng khác biệt được tính toán từ mô hình hồi quy tuyến tính sai biệt kép (Difference in difference linear regression), được hiệu chỉnh với các yếu tố: số lượng BS, số lượng ĐD, CSYT có cán bộ tập huấn Lao, có nguồn thu tài chính, nguồn chi tài chính và CSVC phục vụ XN vi khuẩn học.

4. BÀN LUẬN

Cho đến nay, GeneXpert vẫn chưa thực sự phổ biến tại Việt Nam trong thực hành lâm sàng, đặc biệt ở khu vực y tế tư nhân. Rào cản chính ngăn cản việc phổ biến Xpert trong cộng đồng, đặc biệt ở khu vực y tế tư nhân, chủ yếu nằm ở giá thành cao, khiến xét nghiệm này trở nên khó tiếp cận với NB, đồng thời, nhận thức và kiến thức chưa cập nhật về phía NVYT cũng có thể là nguyên nhân. Thông qua tiến hành can thiệp hỗ trợ xét

nghiệm miễn phí, hỗ trợ chi phí chẩn đoán và phụ cấp khuyến khích, đồng thời tổ chức các lớp tập huấn tới các CBYT thuộc khu vực y tế tư nhân nhằm nâng cao nhận thức về vai trò của GeneXpert trong chẩn đoán Lao, cũng như tính sẵn có của nó trên thị trường, nghiên cứu của chúng tôi đã phần nào cho thấy những kết quả khả quan.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, can thiệp đã tạo ra mức cải thiện cao hơn về số lượt báo cáo chẩn đoán và số

lượt chuyển gửi ở nhóm nghiên cứu so với nhóm đối chứng, với trung bình khác biệt lần lượt là 36,65 lượt/CSYT/năm và 27,59 lượt/CSYT/năm. Đây là mức cải thiện cho thấy tác động tích cực của các can thiệp PPM trong nghiên cứu đối với cộng đồng và NB Lao. Kết quả từ các nghiên cứu khác được triển khai tại Việt Nam cũng cho thấy những dấu hiệu khả quan. Kết quả từ báo cáo của tổ chức Friends for International Tuberculosis Relief (FIT) về triển khai mô hình PPM tại 3 thành phố Hà Nội, Hải Phòng và Tp Hồ Chí Minh giai đoạn 2021-2022 cũng cho thấy sự gia tăng số lượng ca bệnh báo cáo trung bình tại mỗi CSYTTN: Trong năm 2021, số ca bệnh trung bình được báo cáo vào CTCLQG là 35,03 ca bệnh/cơ sở/năm; trong khi đó năm 2022 ghi nhận mức trung bình là 37,88 ca bệnh/cơ sở/năm [6]. Trong một nghiên cứu khác đánh giá sự phối hợp giữa các cơ sở y tế công-tư trong quản lý bệnh Lao, Hoàng Khánh Chi và cộng sự báo cáo mức gia tăng số ca bệnh lao được báo cáo đến CTCLQG từ các CSYTTN, đặc biệt giai đoạn 2017-2019 ghi nhận sự gia tăng mạnh mẽ của khu vực tư nhân với số lượng chuyển gửi tăng từ 829 ca bệnh/năm lên tới 3617 ca bệnh/năm. Xuyên suốt giai đoạn này, số lượng ca bệnh báo cáo từ hệ thống tư nhân luôn chiếm xấp xỉ 1/5 đến 1/3 tổng số ca bệnh được báo cáo từ các đơn vị nằm ngoài CTCLQG [7]. Năm 2020, Võ Nguyễn Quang Luân và cộng sự tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của can thiệp hỗ trợ miễn phí xét nghiệm XQ và Xpert trong sàng lọc ca bệnh nghi lao trong cộng đồng tại 393 CSYTTN thuộc địa bàn quận 10 và quận Gò Vấp, Tp Hồ Chí Minh. Kết quả nghiên cứu ghi nhận mức gia tăng 68,3% đối với tỉ lệ báo cáo ca bệnh lao tới CTCLQG sau can thiệp [2].

Các nghiên cứu trên thế giới cũng đã chỉ ra những tác động tích cực của các can thiệp PPM trên hệ thống y tế tư nhân. Trong một nghiên cứu can thiệp cộng đồng tại Mumbai, Ấn Độ, can thiệp hỗ trợ miễn phí thuốc và xét nghiệm Lao, hỗ trợ quản lý NB lao và báo cáo ca bệnh thông qua hệ thống phần mềm trực tuyến đã được áp dụng trên 3836 bác sỹ, 285 KTV xét nghiệm và 353 dược sỹ. Trong vòng 3,5 năm thực hiện can thiệp, chương trình đã ghi nhận 60366 ca bệnh lao được báo cáo, trong đó, 40% có kèm theo bằng chứng vi khuẩn học, 9% ca bệnh lao kháng rifampicin và 7% là lao trẻ em. Tỉ lệ báo cáo ca bệnh lao tại Mumbai tăng từ 272/100000/năm ở năm 2013 lên tới 416/100000/năm vào năm 2017. Tổng cộng, có 42300 NB Lao, chiếm tỉ lệ 78% hoàn tất điều trị. Kết quả từ nghiên cứu này đã chỉ ra rằng hệ thống tư nhân hoàn toàn có thể hoạt động một cách hiệu quả tại các vùng có gánh nặng bệnh lao cao, do đó tạo ra được những tác động mạnh mẽ đến sự thay đổi chính sách. Chương trình can thiệp PPIA sau đó đã được áp dụng và nhân rộng quy mô trên toàn quốc gia Ấn Độ [8].

Mặc dù bằng chứng từ nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các cải thiện tích cực, nhưng PPM vẫn là một can thiệp cộng đồng mang tính chất phức tạp và không phải lúc nào cũng đem lại hiệu quả như mong đợi. Bằng chứng

từ các can thiệp cộng đồng quy mô lớn và các phân tích gộp đã chỉ ra một số yếu tố then chốt quyết định thành công của can thiệp, bao gồm việc mở rộng quy mô đầu tư tài chính cho chương trình, xây dựng cơ chế khuyến khích và xử phạt phù hợp và nhất quán đối với các đơn vị y tế tư nhân tham gia, và gia tăng việc kết nối giữa 3 bên bao gồm CTCLQG, các đơn vị thuộc hệ thống y tế công lập và tư nhân [3].

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy những hiệu quả của những can thiệp trong mô hình PPM đối với cải thiện chất lượng chăm sóc lao tại khu vực y tế tư nhân khu vực Hà Nội giai đoạn 2021-2022. Tác động từ những can thiệp này tạo ra những hiệu quả tích cực trong công tác phòng chống Lao, do đó, mô hình PPM nên được khuyến cáo nhân rộng trên quy mô toàn quốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346387>
- [2] Vo LNQ, Codlin AJ, Huynh HB et al., Enhanced Private Sector Engagement for Tuberculosis Diagnosis and Reporting through an Intermediary Agency in Ho Chi Minh City, Viet Nam. *TropicalMed.* 2020;5: 143. doi:10.3390/tropicalmed5030143
- [3] Lei X, Liu Q, Escobar E et al., Public-private mix for tuberculosis care and control: A systematic review. *International Journal of Infectious Diseases.* 2015;34: 20–32. doi:10.1016/j.ijid.2015.02.015
- [4] Bộ Y tế, Quyết định số 25/QĐ-BYT về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp, 2014.
- [5] Bộ Y tế, Quyết định số 1314 ngày 24/03/2020 về Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao, 2020.
- [6] Friends for Tuberculosis Relief (FIT). 2021-2022 NARRATIVE REPORT OF PROGRAM AREA 4: Establish effective Public-Private network engagement and linkage increase TB case detection and appropriate treatment in Hanoi, Hai Phong and HCMC, 2021.
- [7] Hoàng Khánh Chi, Báo cáo đánh giá sự phối hợp của các cơ sở y tế trong quản lý bệnh Lao. *USAID*; 2020.
- [8] Shibu V, Daksha S, Rishabh C, Sunil K, Devesh G, Lal S, et al. Tapping private health sector for public health program? Findings of a novel intervention to tackle TB in Mumbai, India. *Indian J Tuberc.* 2020;67: 189–201. doi:10.1016/j.ijt.2020.01.007