

NĂNG LỰC VÀ SỰ THAM GIA CỦA HỆ THỐNG Y TẾ TƯ NHÂN TRONG CÔNG TÁC CHẨN ĐOÁN VÀ SÀNG LỌC NGƯỜI BỆNH LAO TẠI HÀ NỘI NĂM 2020

Ngô Minh Độ^{1,2,✉}, Nguyễn Đăng Vững¹, Đoàn Bảo Ngọc¹, Nguyễn Bình Hòa²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Nhằm đánh giá năng lực và sự tham gia của hệ thống y tế tư nhân trong công tác chẩn đoán và sàng lọc người bệnh lao, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 cơ sở y tế tư nhân tại Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ cơ sở y tế tư nhân có cán bộ y tế được tập huấn lao là 17%. Khoảng 80% cơ sở y tế tư nhân không có nguồn tài chính cho hoạt động chăm sóc lao. Tỉ lệ cơ sở y tế tư nhân có cơ sở vật chất phục vụ chụp X-quang là 42%. Tỉ lệ này đối với AFB đờm, GenXpert, cấy đờm dao động từ 10 - 25%. Tỉ lệ chụp X-quang, soi đờm, GeneXpert, cấy đờm lần lượt là 24,3%; 2,3%; 1,2% và 0%. Tỉ lệ báo cáo ca bệnh, điều trị và chuyển viện lần lượt là 4,3%; 0,02% và 3,98%. Số lượng bác sĩ, điều dưỡng, có cán bộ y tế được tập huấn, có nguồn tài chính độc lập cho chăm sóc lao, có cơ sở vật chất phục vụ xét nghiệm vi khuẩn học là những yếu tố liên quan tới sự thay đổi số lượng báo cáo và chuyển gửi người bệnh lao. Kết quả nghiên cứu cho thấy những rào cản cần sớm được khắc phục trong chăm sóc lao tại khu vực y tế tư nhân.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một trong số 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2021, trên thế giới có khoảng 10 triệu người mới mắc lao, tỉ lệ mắc mới lao trên thế giới ước tính trên 127 trên 100.000 dân mỗi năm. Trong số các bệnh lý truyền nhiễm hiện hành, lao hiện là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, đặc biệt là ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình. Việt Nam là một trong 30 quốc gia với tỉ lệ mắc lao cao nhất, với 174.000 ca mắc mới và 11.000 ca tử vong mỗi năm. Bên cạnh đó, gánh nặng bệnh tật do lao đa kháng thuốc của Việt Nam xếp hàng thứ 11 trong số 30 quốc gia này.¹

Ước tính trên toàn cầu, có 30% ca bệnh lao

bị bỏ sót, đây là những trường hợp không được phát hiện và chẩn đoán bởi các chương trình chống lao quốc gia.² Ở các quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao, đa số các trường hợp này sẽ tìm đến các cơ sở y tế tư nhân ít nhất một lần trong quá trình điều trị để tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.³ Yếu tố này cho thấy vai trò không thể chối bỏ của hệ thống y tế tư nhân, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Lý do cho sự ưu tiên này là tính linh hoạt của hệ thống tư nhân trong các quy trình chẩn đoán và điều trị, sự thuận tiện về địa điểm và thời gian hoạt động, cùng với đó là sự giảm thiểu các ràng buộc về mặt hành chính. Tuy nhiên, có nhiều bằng chứng chỉ ra rằng, chất lượng chăm sóc tại các cơ sở y tế tư nhân thường không đạt chuẩn và cần có sự thay đổi trong thời gian sớm nhất. Trong một tổng quan hệ thống đánh giá chất lượng chăm sóc lao tại các cơ sở y tế tư nhân, các vấn đề sau đây đã được chỉ ra: tỉ lệ xét nghiệm lao và chuyển gửi người bệnh lao

Tác giả liên hệ: Ngô Minh Độ

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: minhdotb@gmail.com

Ngày nhận: 14/04/2023

Ngày được chấp nhận: 28/04/2023

tới chương trình chống lao quốc gia thấp, xu hướng sử dụng kháng sinh kinh nghiệm và chỉ xét nghiệm lao sau đó, khoảng trống kiến thức-thực hành, ít khả năng hỗ trợ tuân thủ điều trị, chi phí chăm sóc cao, với khoảng nửa tổng chi phí phát sinh trước chẩn đoán.⁴⁻⁷ Một tổng quan hệ thống khác đã chỉ ra các lỗ hổng về kiến thức đối với các tiêu chuẩn chăm sóc người bệnh lao trong các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị quốc gia, kèm theo đó, các tiêu chuẩn trong quy trình chuyển gửi, điều trị, theo dõi, ghi chép hồ sơ và báo cáo ca bệnh ít khi được thực hiện.⁸

Hoạt động chăm sóc lao hiện tại ở Việt Nam chủ yếu dựa trên hệ thống công lập nằm dưới sự điều hành của chương trình chống lao quốc gia. Tuy nhiên, nhiều người bệnh vẫn ưu tiên khu vực tư nhân, với kết quả của một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tỉ lệ lựa chọn các cơ sở y tế tư nhân là điểm điều trị khởi đầu lên tới 50 - 70%.⁹⁻¹¹ Trong khi đó, việc đánh giá thực trạng chăm sóc lao tại các cơ sở y tế tư nhân gặp rất nhiều trở ngại do sự hạn chế về thống kê, báo cáo cũng như các ghi chép về các ca bệnh lao tới khám ở cơ sở y tế tư nhân, đồng thời, trong nhiều trường hợp, hoạt động hành nghề tại các cơ sở tư nhân chưa có tính pháp lý đầy đủ (như kê đơn điều trị tại các hiệu thuốc, hoặc bởi các y bác sĩ chưa có đủ chuyên môn pháp lý trong chăm sóc người bệnh lao). Cũng bởi nguyên nhân này, tại Việt Nam, hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống về chất lượng chăm sóc người bệnh lao tại hệ thống y tế tư nhân. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá một cách hệ thống về năng lực và sự tham gia của hệ thống y tế tư nhân trong công tác chẩn đoán và sàng lọc người bệnh lao, để từ đó cung cấp thông tin nhằm đưa ra những chiến lược giúp cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh trong khu vực này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên các phòng khám và nhân viên y tế thuộc 10 quận thành phố Hà Nội, bao gồm: Bắc Từ Liêm, Nam Từ Liêm, Cầu Giấy, Tây Hồ, Thanh Xuân, Ba Đình, Đống Đa, Hai Bà Trưng, Hoàn Kiếm và Hoàng Mai trong giai đoạn từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các cơ sở y tế tư nhân được lựa chọn vào nghiên cứu là các cơ sở y tế:

(1) có phòng khám chuyên khoa Nội, chuyên khoa hô hấp đang hoạt động trên địa bàn Hà Nội;

(2) Có đủ điều kiện nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất y tế theo thông tư số 14/2013/TT-BYT và thông tư số 07/2007/TT-BYT;

và (3) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các cơ sở y tế tư nhân không đáp ứng đủ các chỉ tiêu trên sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu cắt ngang ước tính chỉ số trung bình: $n = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) * \sigma / \delta]^2$, trong đó: n là cỡ mẫu cần thiết mỗi nhóm; $Z_{\alpha} = 1,96$ (tương ứng mức alpha kỳ vọng = 0,05); $Z_{\beta} = 1,04$ (tương ứng với lực mẫu = 0,8); $\sigma = 28$ (phương sai chuẩn của số lượt chuyển gửi trung bình hàng năm trong thử nghiệm thăm dò trước can thiệp), $\delta = 9$ (phương sai mong muốn). Cỡ mẫu tính toán lý thuyết cho nghiên cứu tối thiểu $n = 87$ cơ sở y tế tư nhân mỗi nhóm. Trên thực tế, chúng tôi đã khảo sát thu thập được số liệu từ 100 cơ sở y tế tư nhân.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành đánh giá một số đặc điểm của các cơ sở y tế tư nhân tại thời điểm khởi đầu nghiên cứu bao gồm:

(1) loại hình cơ sở y tế tư nhân (phòng khám tư nhân/bệnh viện đa khoa tư nhân);

(2) các đặc điểm về nguồn nhân lực: số lượng bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên; có hay không nhân viên y tế đã từng được tập huấn về lao; có hay không cán bộ y tế chuyên khoa lao;

(3) các đặc điểm tài chính bao gồm có hay không nguồn thu (trợ cấp nhà nước/tài trợ phi chính phủ) và nguồn chi (thuốc, trang thiết bị, phương tiện vận chuyển, đào tạo tập huấn, chuyên môn nghiệp vụ) 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 BHYT 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.^{8,9} Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá cơ sở vật chất phục vụ trong phục vụ xét nghiệm sàng lọc lao bao gồm X-quang ngực; Mantoux; IGRA và cơ sở vật chất phục vụ xét nghiệm vi khuẩn học bao gồm soi đờm AFB; Xpert; và cấy đờm. Đặc điểm CSVC phục vụ điều trị và dự phòng lao được đánh giá dựa trên quy định của BHYT trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lao, bao gồm thuốc điều trị lao hàng 1 - 2, hướng dẫn sử dụng thuốc, giấy hẹn khám định kỳ, sổ ghi chép theo dõi, mẫu báo cáo ca bệnh; phác đồ điều trị lao; đồ bảo hộ cá nhân; quy trình dự phòng lao.⁹

Thực trạng khám, sàng lọc và xét người nghi lao tại cơ sở y tế tư nhân được đánh giá thông qua các thông số sau đây: số lượt người bệnh đến khám; số lượt người bệnh có triệu chứng nghi lao; số lượt người bệnh 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 của nghiên cứu

Kết cục chính trong nghiên cứu của chúng tôi được xác định qua các biến số đánh giá tình trạng chăm sóc lao tại cơ sở y tế tư nhân, 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 người bệnh lao được chuyển gửi tới chương trình chống lao quốc gia từ cơ sở trong 1 năm khảo sát.

Xử lý số liệu

Các số liệu từ phiếu điều tra được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1. Các số liệu từ phiếu điều tra định lượng sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 23.0. 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 coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với các biến kết cục chính bao gồm: số lượt báo cáo chẩn đoán lao trung bình/năm và số lượt chuyển tới chương trình chống lao quốc gia trung bình/năm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định 7070/QĐ-ĐHYHN ngày 27/12/2019. 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.

III. KẾT QUẢ

Số lượng cơ sở y tế có cán bộ đã được tập huấn lao chỉ chiếm tỉ lệ 17% trong nghiên cứu. Không có cơ sở y tế nào trong nghiên cứu có cán bộ y tế chuyên trách về lao. Nguồn chi của các cơ sở y tế tư nhân trong nghiên cứu cho hoạt động chăm sóc lao chủ yếu tập trung vào trang thiết bị, phương tiện và chuyên môn

nghịệp vụ, không có cơ sở y tế nào có nguồn chi cho thuốc điều trị lao, trong khi đó, nguồn thu cho hoạt động chăm sóc lao ở các cơ sở này chủ yếu đến từ các tổ chức phi chính phủ. Khoảng 80% cơ sở y tế tư nhân trong nghiên cứu không có nguồn thu và nguồn chi dành riêng cho hoạt động chăm sóc lao. (Bảng 1)

Bảng 1. Tình trạng nhân lực tại và tài chính (n = 100)

Biến số	Kết quả
Loại cơ sở, n (%)	
Phòng khám tư nhân	79 (79,0)
Bệnh viện tư nhân	21 (21,0)
Số lượng nhân viên y tế (\pmSD)	
Bác sĩ	11,5 \pm 18,0
Điều dưỡng	12,5 \pm 24,8
Kỹ thuật viên	3,4 \pm 8,7
Có nhân viên y tế đã được tập huấn lao, n (%)	17 (17,0)
Có nhân viên y tế chuyên trách về lao, n (%)	0
Cơ sở y tế tư nhân có chi thường xuyên cho hoạt động chăm sóc lao, n (%)	
Thuốc	3 (3,0)
Trang thiết bị	11 (11,0)
Phương tiện vận chuyển	11 (11,0)
Đào tạo	12 (12,0)
Chuyên môn nghiệp vụ	14 (14,0)
Không có nguồn chi riêng	80 (80,0)
Cơ sở y tế tư nhân có nguồn thu cho hoạt động chăm sóc lao, n (%)	
Kinh phí nhà nước	5 (5,0)
Tổ chức phi chính phủ	16 (16,0)
Không có nguồn thu riêng	77 (77,0)

Tỉ lệ cơ sở y tế tư nhân có chụp X-quang trong nghiên cứu là 42%. Tỉ lệ này thấp hơn ở

nhóm xét nghiệm cung cấp các bằng chứng vi khuẩn học như AFB đờm, GenXpert, cấy đờm,

dao động từ 10 - 25%. Không có cơ sở y tế nào trong nghiên cứu sở hữu cơ sở thuốc điều trị lao. Rất ít cơ sở trong nghiên cứu sở hữu quy trình điều trị và dự phòng lây nhiễm lao, cũng

như sổ ghi chép theo dõi, thống kê và báo cáo ca bệnh, với tỉ lệ dao động từ 4% đến 16%. (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	Kết quả	
	n	%
Chẩn đoán		
Xét nghiệm sàng lọc	42	42,0
Kit xét nghiệm Mantoux	0	0
Kit xét nghiệm IGRA/TST	2	2,0
X-quang	42	42,0
Xét nghiệm vi khuẩn học	28	28,0
Soi đờm AFB	25	25,0
Xét nghiệm Gen Xpert	10	10,0
Cấy đờm	0	0
Điều trị và theo dõi		
Thuốc điều trị lao hàng 1	0	0
Thuốc điều trị lao hàng 2	0	0
HDSĐ thuốc	8	8,0
Giấy hẹn khám định kỳ	4	4,0
Sổ ghi chép theo dõi	16	16,0
Thống kê, báo cáo ca bệnh	12	12,0
Quy trình điều trị lao	4	4,0
Dự phòng		
PPE	39	39,0
Quy trình dự phòng	12	12,0

Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu được cấy đờm. Số lượt bệnh nhân trung bình báo cáo chẩn đoán và chuyển gửi tới chương trình chống lao quốc gia tại cơ sở dao động

khoảng 20 lượt BN/CSYT/năm, trong khi đó, gần như không có cơ sở y tế nào báo cáo điều trị lao. (Bảng 3)

Bảng 3. Thực trạng khám, chẩn đoán điều trị và chuyển gửi bệnh nhân lao tại các cơ sở y tế tư nhân (n = 100)

Biến số	Kết quả (\pm SD)
Số lượt bệnh nhân đến khám	7377,6 \pm 111714,1
Số lượt bệnh nhân có triệu chứng nghi lao	468,7 \pm 913,4
Số lượt bệnh nhân nghi lao được chụp X-quang	249,0 \pm 525,8
Số lượt bệnh nhân có kết quả X-quang bất thường nghi lao	138,3 \pm 313,4
Số lượt bệnh nhân nghi lao được soi đờm	12,4 \pm 27,9
Số lượt bệnh nhân có kết quả soi đờm dương tính	2,1 \pm 5,4
Số lượt bệnh nhân nghi lao được làm GeneXpert	7,6 \pm 19,1
Số lượt bệnh nhân có kết quả GeneXpert dương tính	1,5 \pm 4,3
Số lượt bệnh nhân nghi lao được cấy đờm	0
Số lượt bệnh nhân có kết quả cấy đờm dương tính	0
Số lượt bệnh nhân được chẩn đoán lao tại cơ sở	21,2 \pm 40,7
Số lượt bệnh nhân được điều trị tại cơ sở	0,1 \pm 0,7
Số lượt bệnh nhân chuyển viện	19,1 \pm 37,1

Tỉ lệ làm xét nghiệm sàng lọc lao trên người bệnh nghi lao ở mức rất thấp, với tỉ lệ sàng lọc bằng XQ, soi đờm, GeneXpert, cấy đờm lần lượt là 24,3%; 2,3%; 1,2% và 0%. Tương tự

thế, tỉ lệ báo cáo ca bệnh, điều trị và chuyển viện lao cũng ở mức rất thấp, với kết quả lần lượt là 4,3%; 0,02% và 3,98%. (Bảng 4)

Bảng 4. Tỉ lệ sàng lọc, chẩn đoán, điều trị và chuyển gửi bệnh nhân lao tại các cơ sở y tế tư nhân trong nghiên cứu (n = 100)

Biến số	Kết quả (mean, 95%CI)
Tỉ lệ nghi lao	11,9 (10,1 ÷ 13,7)
Tỉ lệ sàng lọc bằng X-quang	24,3 (18,3 ÷ 30,2)
Tỉ lệ X-quang nghi lao	51,7 (46,8 ÷ 56,5)
Tỉ lệ soi đờm	2,3 (1,2 ÷ 3,4)
Tỉ lệ sàng lọc bằng GeneXpert	1,2 (0,6 ÷ 1,8)
Tỉ lệ cấy đờm	0
Tỉ lệ báo cáo chẩn đoán lao	4,3 (2,6 ÷ 5,9)
Tỉ lệ điều trị lao tại cơ sở	0,02 (0,00 ÷ 0,04)
Tỉ lệ chuyển viện	3,9 (2,4 ÷ 5,4)

Dựa vào mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, kết quả nghiên cứu cho thấy 77% và 74,5% sự thay đổi của số lượng báo cáo chẩn đoán và chuyển viện lao có thể được giải thích bởi các yếu tố độc lập sau: số lượng bác sĩ, số lượng điều dưỡng, có cán bộ y tế được tập huấn lao, có nguồn chi và nguồn thu tài chính độc lập cho hoạt động chăm sóc lao, có cơ sở vật chất phục vụ xét nghiệm vi khuẩn học lao; trong đó,

số lượng điều dưỡng, tập huấn lao, nguồn tài chính và cơ sở vật chất phục vụ xét nghiệm lao là các yếu tố liên quan đến sự gia tăng số lượng báo cáo chẩn đoán và chuyển gửi người bệnh lao. Mỗi tương quan tuyến tính là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có hiện tượng đa cộng tuyến với chỉ số VIF < 2 đối với tất cả các biến độc lập trong mô hình tương quan tuyến tính đa biến. (Bảng 5 - 6)

Bảng 5. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến giữa một số yếu tố với số lượng báo cáo chẩn đoán lao tại các cơ sở y tế tư nhân trong nghiên cứu

Yếu tố	Coef. (hệ số)	p	95%CI	VIF
Số lượng bác sĩ	-0,852	0,001	-1,322 ÷ -0,382	2,427
Số lượng điều dưỡng	1,026	0,000	0,797 ÷ 1,256	2,016
Cơ sở y tế có cán bộ y tế được tập huấn lao	24,943	0,008	6,771 ÷ 43,115	1,915
Cơ sở y tế có nguồn chi tài chính riêng cho lao	31,795	0,000	18,798 ÷ 44,793	1,691
Cơ sở y tế có nguồn thu tài chính riêng cho lao	30,837	0,000	18,954 ÷ 42,720	1,564
Cơ sở y tế có xét nghiệm vi khuẩn học	14,398	0,012	3,181 ÷ 25,615	1,587
Cons. = -3.572 ($R^2 = 0,770$)				

Số lượng báo cáo chẩn đoán lao trung bình trên 1 cơ sở y tế tư nhân = $-3,572 - 0,852 \times \text{Số lượng bác sĩ} + 1,026 \times \text{Số lượng điều dưỡng} + 24,943 \times \text{Có cán bộ y tế tập huấn lao} + 31,795 \times \text{Có nguồn thu độc lập} + 30,837 \times \text{Có nguồn chi độc lập} + 14,398 \times \text{Có cơ sở vật chất xét nghiệm vi khuẩn học}$

Bảng 6. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến giữa một số yếu tố với số lượng chuyển gửi người bệnh lao tới chương trình chống lao quốc gia tại các cơ sở y tế tư nhân trong nghiên cứu

Yếu tố	Coef. (hệ số)	p	95%CI	VIF
Số lượng bác sĩ	-0,719	0,002	-1,173 ÷ -0,265	2,444
Số lượng điều dưỡng	0,914	0,000	0,693 ÷ 1,134	2,173
CSYT có CBYT được tập huấn lao	19,266	0,031	1,841 ÷ 36,691	1,917
CSYT có nguồn chi tài chính riêng cho lao	27,081	0,000	13,788 ÷ 40,374	1,902
CSYT có nguồn thu tài chính riêng cho lao	32,149	0,000	20,212 ÷ 44,087	1,698
CSYT có xét nghiệm vi khuẩn học	10,845	0,048	0,089 ÷ 21,601	1,597
Cons. = -3,203 ($R^2 = 0,745$)				

Số lượng chuyển gửi bệnh nhân lao trung bình trên 1 cơ sở y tế tư nhân = $-3,203 - 0,719 \times \text{Số lượng bác sĩ} + 0,914 \times \text{Số lượng điều dưỡng} + 19,266 \times \text{Có cán bộ y tế tập huấn lao} + 27,081 \times \text{Có nguồn chi độc lập} + 32,149 \times \text{Có nguồn thu độc lập} + 10,845 \times \text{Có cơ sở vật chất xét nghiệm vi khuẩn học}$

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng cơ sở y tế có cán bộ đã được tập huấn lao chiếm tỉ lệ khá thấp. Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới, với tỉ lệ nhân viên y tế đã từng được tập huấn lao dao động từ 4,5 - 20%.¹⁵⁻¹⁸ Trong bối cảnh không có cơ sở y tế tư nhân nào có sự tham gia đóng góp của các cán bộ y tế chuyên khoa lao, tình trạng thiếu tập huấn cho các cán bộ y tế không phải CK lao tại các cơ sở y tế tư nhân có thể dẫn tới những tác động tiêu cực trong chăm sóc lao. Một số nghiên cứu trước đây tiến hành trên các cơ sở y tế tư nhân đã chỉ ra rằng, thiếu tập huấn lao đã là yếu tố có liên quan đến các khoảng trống về kiến thức, từ đó dẫn tới các thực hành không đạt tiêu chuẩn trong chăm sóc người bệnh lao.^{15-17,19-21} Trong một nghiên cứu định tính tiến hành năm 2022 trên các cơ sở y tế tại Ghana, thiếu kiến thức và thiếu tập huấn là những rào cản chính trong việc phát hiện sớm ca bệnh lao, từ đó dẫn tới việc bỏ sót ca bệnh và chậm trễ chẩn đoán trong cộng đồng.²² Bên cạnh đó, một tổng quan hệ thống năm 2018 bao gồm 15 nghiên cứu tiến hành trên 1572 nhân viên y tế và 249 cơ sở y tế đã cho thấy, thiếu kiến thức và thiếu tập huấn là những yếu tố chính dẫn tới việc kém tuân thủ thực hành trong dự phòng lây nhiễm lao, từ đó gia tăng nguy cơ nhiễm cho cả người bệnh và nhân viên y tế, dẫn đến những gánh nặng bệnh tật không cần thiết phát sinh trong quá trình chăm sóc người bệnh lao.²³

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, nguồn kinh phí dành riêng cho hoạt động chăm sóc lao ở các cơ sở y tế tư nhân rất hạn chế, khi có đến 80% các cơ sở y tế tư nhân trong nghiên cứu không có nguồn tài chính riêng biệt dành cho hoạt động chăm sóc lao. Các cơ sở y tế tư nhân thường phải hoạt động dựa trên lợi nhuận để có thể tồn tại và phát

triển, trong khi đó, lao là một căn bệnh truyền nhiễm phi lợi nhuận, đồng nghĩa với việc chăm sóc bệnh nhân lao sẽ không đem lại lợi nhuận. Do đó, các cơ sở này thường không đầu tư đủ vào việc chăm sóc bệnh nhân lao, và thậm chí có thể không cung cấp dịch vụ có liên quan. Ngoài ra, quản lý người bệnh lao đòi hỏi sự đầu tư chi phí lớn trong việc xét nghiệm, chẩn đoán, và điều trị. Việc đầu tư chi phí với nhiều rủi ro về mặt tài chính, lợi nhuận được coi là phi thực tế đối với khu vực y tế tư nhân, đồng thời, cân bằng giữa rủi ro và lợi ích cũng là yếu tố gây nhiều áp lực lên quyết định đầu tư của các nhà đầu tư và chủ sở hữu của các cơ sở y tế tư nhân. Trong một báo cáo của USAID về mức độ tham gia của các cơ sở y tế tư nhân trong chăm sóc lao, yếu tố tài chính là một trong những rào cản lớn ngăn cản sự tham gia của các cơ sở này vào chương trình chống lao quốc gia. Kết quả cấu phần định tính từ nghiên cứu này cũng cho thấy, không có cơ sở y tế nào quan tâm đến việc cung cấp dịch vụ liên quan đến bệnh lao, vì dịch vụ không thể mang lại nguồn thu nhập để duy trì cơ sở, thì việc cung cấp nó là một sự lãng phí.²⁴ Trong một nghiên cứu định tính tiến hành đánh giá các rào cản chính trong chăm sóc lao tại 120 cơ sở y tế tại Ethiopia, kết quả nghiên cứu cho thấy, ngân sách gián đoạn từ các tổ chức phi chính phủ do thiếu nguồn tài trợ và khủng hoảng kinh tế đã gây thêm gánh nặng lớn cho chính phủ Ethiopia trong việc phân bổ ngân sách cho chương trình kiểm soát bệnh lao. Nguồn ngân sách đã được giải ngân là không đủ để chi trả cho các hoạt động nằm trong chương trình kiểm soát lao, vì đó là các hoạt động mang tính chất tốn kém về mặt tài nguyên, trong khi đó, phần lớn ngân sách được phân bổ tập trung vào các thuốc chống lao và chi phí cho các dịch vụ tiếp cận cộng đồng. Nguồn ngân sách hạn chế này đã gây tác

động tiêu cực đến việc tiếp cận thiết bị và hóa chất xét nghiệm, thuốc điều trị lao và nguồn cơ sở vật chất phục vụ giám sát, vận chuyển và hỗ trợ cho người bệnh lao.²⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ các phòng khám sở hữu cơ sở vật chất cho việc sàng lọc, tầm soát Lao, cũng như các XN vi khuẩn học như AFB đờm, GenXpert, cấy đờm, là rất hạn chế. Sự thiếu hụt cơ sở vật chất phục vụ xét nghiệm sàng lọc lao và chẩn đoán lao được coi là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc người bệnh lao. Điều này đặc biệt đúng đối với các cơ sở y tế tư nhân, nơi chất lượng phục vụ có thể bị ảnh hưởng bởi khả năng đầu tư vào các trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng. Trong một nghiên cứu tiến hành trên 120 cơ sở y tế thuộc miền Đông Gojjan, Ethiopia năm 2018, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ cơ sở y tế sở hữu cơ sở vật chất cho xét nghiệm đờm và xét nghiệm đờm kết hợp GeneXpert lần lượt là 57% và 4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chính do số lượng cơ sở y tế công lập chiếm tỉ lệ khá cao (92,5%), trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên các cơ sở y tế tư nhân. Kết quả phỏng vấn sâu trong nghiên cứu trên cũng chỉ ra rằng, nguyên nhân chính dẫn đến sự vắng mặt của các xét nghiệm vi khuẩn học tại các cơ sở y tế này chủ yếu đến từ sự thiếu hụt nhân sự có chuyên môn trong việc vận hành các quy trình liên quan đến xét nghiệm. Khi không có nhân lực cũng như trang thiết bị hỗ trợ xét nghiệm vi khuẩn học, việc tầm soát sớm người bệnh có triệu chứng nghi lao, cũng như chẩn đoán, điều trị và quản lý người bệnh lao dường như là bất khả thi tại các cơ sở y tế này.²⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có cơ sở y tế nào sở hữu cơ sở thuốc điều trị lao hàng 1 và hàng 2. Rất ít cơ sở trong nghiên cứu sở hữu quy trình điều trị và dự phòng lây nhiễm

lao, cũng như sổ ghi chép theo dõi, thống kê và báo cáo ca bệnh. Một lý do chính dẫn tới sự tham gia dè dặt của các cơ sở y tế tư nhân trong điều trị và quản lý người bệnh lao chính là tính hạn chế của Thông tư 02/2013/TT-BYT. Các cơ sở y tế tư nhân muốn giữ người bệnh điều trị buộc lòng phải đảm bảo đủ các yêu cầu của một cơ sở y tế chuyên khoa lao, đồng thời đáp ứng đầy đủ các yêu cầu về chẩn đoán và báo cáo liên quan, và phải chịu sự giám sát và chỉ đạo chặt chẽ từ chương trình phòng chống lao quốc gia. Trong khi đó, lợi ích của việc tham gia, như nâng cao năng lực chẩn đoán và điều trị, cung cấp thuốc miễn phí và các khoản trợ cấp từ Chính phủ có thể không được đảm bảo đầy đủ. Những trở ngại này là rất lớn đối với các cơ sở y tế tư nhân có quy mô vừa và nhỏ, do đó, việc phát triển và đánh giá các kế hoạch tham gia, có tính đến lợi ích kinh tế của các cơ sở y tế tư nhân kể trên là tối quan trọng trong việc hòa hợp mô hình y tế công tư trong chăm sóc người bệnh lao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ làm xét nghiệm sàng lọc lao trên người bệnh nghi lao, tỉ lệ báo cáo ca bệnh, điều trị và chuyển viện lao đều ở mức rất thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các báo cáo khác tại Việt Nam. Trong một nghiên cứu tiến hành trên 48 đơn vị y tế tư nhân trong khuôn khổ chương trình phối hợp y tế công tư thuộc dự án TB REACH, số cơ sở y tế có báo cáo người bệnh lao tới chương trình chống lao quốc gia lần lượt là 43 và 29 cơ sở y tế trong năm 2021 và 2022, với số lượt người bệnh lao được báo cáo trung bình lần lượt là 37,7 và 35 người bệnh/CSYT/năm.²⁶ Trong một báo cáo khác nghiên cứu về mức độ tham gia của các cơ sở y tế tư nhân trong chăm sóc lao tiến hành trên 86 cơ sở y tế công lập và 224 cơ sở y tế tư nhân trong năm 2022, kết quả nghiên cứu chỉ ghi nhận mức đóng góp về phía khu vực

tư nhân tại Hải Phòng là 329 người bệnh lao được báo cáo, chiếm tỉ lệ 20.5% trong tổng số ca bệnh lao được báo cáo trên địa bàn, tức là trung bình 1 cơ sở y tế tư nhân chỉ báo cáo 1.46 người bệnh/năm, trong khi khu vực An Giang thậm chí không ghi nhận bất cứ trường hợp báo cáo chẩn đoán lao nào đến từ các cơ sở y tế tư nhân. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, các cơ sở y tế tư nhân chủ yếu tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc lao ở giai đoạn ban đầu, bao gồm sàng lọc và chuyển gửi, và trách nhiệm chính liên quan đến điều trị và quản lý người bệnh lao vẫn thuộc về các cơ sở y tế công lập.²⁴ Có thể nhận thấy, các nỗ lực tiếp cận khu vực y tế tư nhân đã và đang được triển khai, tuy nhiên, hiệu quả mang lại vẫn chưa thực sự đáp ứng đúng kỳ vọng.

Kết quả từ các nghiên cứu trong nước khá tương đồng với bức tranh chung về thực trạng chăm sóc người bệnh lao tại khu vực tư nhân trên thế giới, thông qua các bằng chứng đến từ các tổng quan hệ thống đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh lao thông qua các tiêu chí đại diện (như chậm trễ trong chẩn đoán lao), các phân tích về quá trình điều trị và phân tầng chăm sóc người bệnh lao và các nghiên cứu mô phỏng trực tiếp đo lường chất lượng chăm sóc người bệnh lao.⁴⁻⁶ Các vấn đề cụ thể được chỉ ra bao gồm: tỉ lệ xét nghiệm lao và tỉ lệ chuyển gửi đến chương trình chống lao quốc gia thấp tại các cơ sở y tế tư nhân, ngay cả khi người bệnh có biểu hiện với các triệu chứng lao điển hình; đồng thời, X-quang ngực là xét nghiệm ưu tiên cho bệnh lao; các xét nghiệm đờm như nhuộm soi, GeneXpert hoặc nuôi cấy hiếm khi được sử dụng.

Kết quả từ hai mô hình hồi quy tuyến tính đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tình trạng nhân lực, đặc biệt là nhân lực đã được tập huấn về lao, tình hình tài chính và cơ sở vật chất phục vụ xét nghiệm vi khuẩn học lao là các

yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với việc gia tăng số lượt báo cáo chẩn đoán và chuyển gửi người bệnh lao. Điều này cũng đồng nghĩa với việc, sự thiếu vắng các yếu tố nhân lực và cơ sở vật chất, cũng như tiềm lực và tính khả thi về mặt tài chính không được đảm bảo sẽ đóng vai trò là các rào cản ngăn chặn sự tham gia của các cơ sở y tế tư nhân ngay từ bước đầu tiên trong chu trình chăm sóc lao, bao gồm sàng lọc, chẩn đoán, báo cáo và chuyển gửi. Các yếu tố này khá tương đồng với thực trạng chung trong chăm sóc lao tại khu vực y tế tư nhân đã được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và trên thế giới. Trong báo cáo của USAID năm 2022 về sự tham gia của hệ thống y tế tư nhân vào mạng lưới chăm sóc lao, kết quả nghiên cứu cho thấy, các yếu tố dẫn tới việc hạn chế cung cấp các dịch vụ chăm sóc lao bao gồm:

(1) Nhân lực: Thiếu nhân lực được tập huấn về lao do tỷ lệ luân chuyển/thời việc cao/quá tải công việc;

(2) Tài chính: Các dịch vụ liên quan đến lao thường được cho là mang lại lợi nhuận thấp nhưng rủi ro cao, trong khi đó, nguồn tài trợ đến từ chính phủ và các tổ chức phi chính phủ là không đủ để bao quát các hoạt động chính trong chăm sóc lao, điều này khiến các nhà quản lý và đầu tư không quá mặn mà trong việc đầu tư vào nguồn nhân lực và cơ sở hạ tầng phục vụ chẩn đoán và điều trị lao, trong khi đây lại là yếu tố then chốt quyết định chất lượng và đảm bảo thực hành chuẩn;

(3) Quản lý: Kiểm soát còn “lỏng lẻo” của cơ quan chức năng đối với hoạt động phối hợp của cơ sở y tế trong quản lý bệnh lao.

Bên cạnh đó, sự hợp tác giữa các cơ sở y tế tư nhân đối với chương trình chống lao quốc gia chưa thật sự chặt chẽ và toàn diện, khi đa số các lãnh đạo cơ sở y tế đều cho rằng việc tham gia vào mạng lưới chương trình chống lao

quốc gia sẽ đem lại nhiều gánh nặng không cần thiết về thủ tục hành chính cũng như pháp lý, trong khi lợi ích về mặt tài chính là rất hạn chế.²⁴

Bằng chứng từ các nghiên cứu định tính tiến hành trên khu vực y tế tư nhân cũng chỉ ra các rào cản tương tự. Trong một nghiên cứu định tính tiến hành năm 2020 trên 13 nhân viên y tế tư nhân tại Mbarara, Uganda, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra các rào cản chính đối với hệ thống y tế tư nhân bao gồm: chi phí bệnh nhân phải chi trả, thiếu thuốc điều trị, không được ghi nhận xứng đáng bởi chương trình chống lao quốc gia, không có không gian phù hợp để lưu bệnh nhân nội trú, không có cơ chế theo dõi và giám sát điều trị phù hợp, thiếu nguồn nhân lực đã được đào tạo/đủ tiêu chuẩn và tình trạng người bệnh đến muộn khi các triệu chứng đã rõ rệt.²⁷ Trong một nghiên cứu tiến hành trên 22 nhân viên y tế thuộc 1 Bệnh viện Đa khoa tư nhân tại Bengaluru, Nam Ấn Độ, kết quả phỏng vấn định tính đã chỉ ra những rào cản chính hạn chế tỉ lệ báo cáo người bệnh lao tới chương trình chống lao quốc gia, bao gồm:

(1) thiếu hụt nguồn nhân lực, đặc biệt là nguồn nhân lực có chuyên môn về lao nhằm phục vụ công tác sàng lọc và chẩn đoán sớm, và nguồn nhân lực hỗ trợ các công tác hành chính để đảm bảo thông tin trên hệ thống là đầy đủ và chính xác;

(2) nguồn CSVC phục vụ chẩn đoán và sàng lọc lao chưa đầy đủ, đặc biệt là các XN cung cấp bằng chứng vi khuẩn học;

(3) hệ thống báo cáo chưa hoàn thiện, thông tin khai thác từ người bệnh và nhân viên y tế không đầy đủ, đôi khi có sự chông chéo giữa nhiều hệ thống báo cáo.

Bên cạnh đó, kết quả từ cấu phần định lượng cũng chỉ ra rằng, người bệnh được thực hiện các XN vi khuẩn học sẽ có tỉ lệ cao hơn được báo cáo và chuyển gửi tới chương trình chống lao quốc gia, nơi họ nhận được các dịch

vụ chăm sóc phù hợp.²⁸ Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, với việc có cơ sở vật chất để tiến hành các xét nghiệm vi khuẩn học là yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê trong cả 2 mô hình hồi quy tuyến tính đa biến với số lượt báo cáo chẩn đoán và số lượt chuyển gửi người bệnh lao đến chương trình chống lao quốc gia.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra những rào cản cụ thể đối với hoạt động chăm sóc lao tại khu vực y tế tư nhân bao gồm các rào cản về nhân lực, về cơ sở vật chất và về vấn đề tài chính. Việc thiếu hụt nguồn nhân lực được đào tạo/tập huấn về lao, thiếu hụt nguồn tài chính và những hạn chế về cơ sở vật chất trong xét nghiệm chẩn đoán sàng lọc lao là những rào cản trực tiếp dẫn tới những hạn chế ngay từ những bước đầu tiên trong chu trình chăm sóc lao ở khu vực y tế tư nhân, bao gồm sàng lọc, xét nghiệm, chẩn đoán, báo cáo ca bệnh và chuyển gửi người bệnh tới chương trình chống lao quốc gia. Đây là những vấn đề còn tồn tại và cần được khắc phục trong thời gian sớm nhất nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh lao tại khu vực y tế tư nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2021*. World Health Organization; 2021.
2. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2018*. World Health Organization; 2018.
3. Stallworthy G, Dias HM, Pai M. Quality of tuberculosis care in the private health sector. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. 2020; 20: 100171.
4. Cazabon D, Alsdurf H, Satyanarayana S, et al. Quality of tuberculosis care in high burden

countries: the urgent need to address gaps in the care cascade. *Int J Infect Dis.* 2017; 56:111-116.

5. Hanson C, Osberg M, Brown J, Durham G, Chin DP. Finding the Missing Patients With Tuberculosis: Lessons Learned From Patient-Pathway Analyses in 5 Countries. *J Infect Dis.* 2017; 216(suppl_7):S686-S695.

6. Daniels B, Dolinger A, Bedoya G, et al. Use of standardised patients to assess quality of healthcare in Nairobi, Kenya: a pilot, cross-sectional study with international comparisons. *BMJ Glob Health.* 2017; 2(2): e000333.

7. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lönnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur Respir J.* 2014; 43(6): 1763-1775.

8. Bell CA, Duncan G, Saini B. Knowledge, attitudes and practices of private sector providers of tuberculosis care: a scoping review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011; 15(8): 1005-1017.

9. Hoa người bệnh, Sy DN, Nhung NV, Tiemersma EW, Borgdorff MW, Cobelens FGJ. National survey of tuberculosis prevalence in Viet Nam. *Bull World Health Organ.* 2010; 88(4): 273-280.

10. Hoa người bệnh, Cobelens FGJ, Sy DN, Nhung NV, Borgdorff MW, Tiemersma EW. Diagnosis and treatment of tuberculosis in the private sector, Vietnam. *Emerg Infect Dis.* 2011; 17(3): 562-564.

11. Lönnroth K, Lambregts K, Nhien DT, Quy HT, Diwan VK. Private pharmacies and tuberculosis control: a survey of case detection skills and reported anti-tuberculosis drug dispensing in private pharmacies in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000; 4(11): 1052-1059.

12. 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(3): 143.

13. 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. Published online 2014.

14. Bộ Y Tế. QĐ số 1314 ngày 24/03/2020 về Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao.

15. Main S, Dwihardiani B, Hidayat A, et al. Knowledge and attitudes towards TB among healthcare workers in Yogyakarta, Indonesia. *Public Health Action.* 2022; 12(3): 133-140.

16. Adepoju VA, Adejumo OA, Adepoju OE, et al. Do private health providers adhere to National Tuberculosis Guideline while assigning treatment outcome? Findings from a lower middle-income country. *Front Public Health.* 2022; 10: 924132.

17. Vigneschow A, Edoa JR, Adegbite BR, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis amongst healthcare workers in Moyen-Ogooué Province, Gabon. *BMC Infect Dis.* 2021; 21(1): 486.

18. Sima BT, Belachew T, Abebe F. Health care providers' knowledge, attitude and perceived stigma regarding tuberculosis in a pastoralist community in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19(1): 19.

19. Ibrahim LM, Hadjia IS, Nguku P, et al. Health care workers' knowledge and attitude towards TB patients under Direct Observation of Treatment in Plateau state Nigeria, 2011. *Pan Afr Med J.* 2014; 18 Suppl 1:8.

20. Doosti Irani A, Hashemi Shahraki A, Ghaderi E, Nasehi M, Mostafavi E. Lack of optimum practice among health care workers regarding tuberculosis in Iran: A knowledge, attitude, and practice study. *American Journal of Infection Control.* 2015; 43(5): e7-e12.

21. Shrestha A, Bhattarai D, Thapa B, Basel P, Wagle RR. Health care workers' knowledge, attitudes and practices on tuberculosis infection control, Nepal. *BMC Infect Dis*. 2017; 17(1): 724.
22. Der JB, Grant AD, Grint D, Narh CT, Bonsu F, Bond V. Barriers to tuberculosis case finding in primary and secondary health facilities in Ghana: perceptions, experiences and practices of healthcare workers. *BMC Health Serv Res*. 2022; 22(1): 368.
23. Ismail H, Reffin N, Wan Puteh SE, Hassan MR. Compliance of Healthcare Worker's toward Tuberculosis Preventive Measures in Workplace: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(20): 10864.
24. Hoàng Khánh Chi, Lương Anh Ngọc, Lê Mỹ Lan, Trịnh Hoàng Duy, Trần Chiêu Hoàng, Nguyễn Thị Trang Nhung. Mức độ tham gia của y tế tư nhân trong phòng chống bệnh Lao. Published online December 2022.
25. Asemahagn MA, Alene GD, Yimer SA. Geographic Accessibility, Readiness, and Barriers of Health Facilities to Offer Tuberculosis Services in East Gojjam Zone, Ethiopia: A Convergent Parallel Design. *Res Rep Trop Med*. 2020; 11: 3-16.
26. TB REACH. NARRATIVE REPORT - PROGRAM AREA 4: Establish effective Public-Private network engagement and linkage increase TB case detection and appropriate treatment in Hanoi, Hai Phong and HCMC. Published online 2022 2021.
27. Tumuhimbise W, Musiimenta A. Barriers and Motivators of Private Hospitals' Engagement in Tuberculosis Care in Uganda. *Glob Implement Res Appl*. 2021; 1(4): 279-290.
28. Siddaiah A, Ahmed MN, Kumar AMV, et al. Tuberculosis notification in a private tertiary care teaching hospital in South India: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2019; 9(2): e023910.

Summary

CAPACITY AND PARTICIPATION OF PRIVATE HEALTHCARE SECTOR IN THE TUBERCULOSIS DIAGNOSIS AND SCREENING IN HANOI IN 2020

In order to assess the capacity and participation of private healthcare sector in the tuberculosis diagnosis and screening, we conducted a cross-sectional study on 100 private facilities in Hanoi from January 2020 to December 2020. In our study, 17% of facilities had staff who was previously trained in TB care. Around 80% of facilities lacked financial resources for TB care. The proportion of facilities with chest X-ray services was 42%, while the proportions for AFB sputum tests, GeneXpert tests, and culture tests ranged from 10 - 25%. The proportions of facilities that reported conducting chest X-ray, sputum examination, GeneXpert test, and culture test were 24.3%, 2.3%, 1.2%, and 0%, respectively. The proportions of facilities that reported case notification, treatment, and referral were 4.3%, 0.02%, and 3.98%, respectively. Number of doctors and nurses, staff with previous TB training, independent financial resources for TB care, and bacterial testing services were factors related to changes in case notification and referral to the National TB program. Conclusion: The research results indicate the barriers in providing care for tuberculosis patients in private healthcare facilities, which consequently lead to limitations in tuberculosis care activities.

Keywords: TB care, tuberculosis, private health facilities.