



# PROVINCIAL STUDY FACT SHEET POPULATION HEALTH STUDY IN THAI NGUYEN, KHANH HOA, AND VINH LONG PROVINCES

## Longitudinal Study of Population Health in Three Vietnamese Provinces

Prepared by the Social Science Research Council

Updated July 2017

### Overview and Purposes

The Social Science Research Council and the Vietnam Academy of Social Sciences (VASS) designed and implemented a multidisciplinary, longitudinal population health study (the Study) in three provinces in Vietnam.<sup>1</sup>

The goal of the study is to provide high quality, credible evidence to The Atlantic Philanthropies, the Ministry of Health, provincial, district and local health officials, potential donors, and other stakeholders in Vietnam's health system, around two key sets of questions:

1. How well is the provincial model developed and funded (or inspired) by Atlantic working? Answers to this question will help planners and implementers gain insight into how it might be improved, sustained, replicated and expanded across different parts of the provinces, country and populations.
2. To what extent has the model strengthened provincial health care and prevention work through improving access, increasing the range of services, improving staff capacity, quality of facilities, health seeking behaviors and quality of care? The Study measures change over time in people's health care access, health-related knowledge, utilization of commune health center services, satisfaction with those services and overall health status, especially among the most disadvantaged and vulnerable populations.

Achieving this goal is done through a research design that captures information at four points in time: an early stage **baseline** in 2008-09 (Round 1 or R1), as the model was first put in place; a set of in-depth **case studies** in 2011; a **second full round** of data collection five years after the first round, in 2013-14 (Round 2 or R2); and supplemental data collection in 2016-17.<sup>2</sup> The second round of data and analyses will be compared with those of the baseline study.

### Research Sites

Thai Nguyen, Khanh Hoa and Vinh Long provinces were chosen to capture regional variation among the Northeast, South Central Coast and Mekong Delta regions and to reflect realities in the three provinces in which Atlantic provided support. Two districts were chosen in each province, for a total of six districts. Two communes from within each district were chosen, for a total of 12 communes. The choices of districts and communes were made via stratified random sampling. Case study fieldwork was carried out in 2011 in two surveyed communes in Khanh Hoa Province and in all 12 surveyed communes of the three provinces in 2013-14.

---

<sup>1</sup> The Study was funded by The Atlantic Philanthropies, a limited life foundation (Atlantic), as part of its effort to "develop nationally replicable provincial and community models through interventions at several levels in selected provinces." The long-term goals of Atlantic support are to improve health seeking behavior, access to care, community outreach, quality of care, provincial health management system and operational sustainability.

<sup>2</sup> Ideally, the Study would be replicated every five years or so in order to measure change over time as the system matures, expands and changes.

## Research Instruments and Sample Size

The study combines qualitative methods (in-depth interviews and observations) with quantitative methods (household survey, client-exit survey, and CHC and alternative provider facility survey) and links a population based, household survey (demand side) and a clinic and facility based (supply side) study.

- **Household Survey Questionnaires:**

R1: 300 households (HHs) were randomly chosen in each study commune, for 1,200 per province and 3,600 in the total survey.

R2: About 83% of same households from R1 were resurveyed as well as HHs that split from them. HHs that moved out of the commune were replaced with new HHs. Total of 3,921 HHs for all three provinces, in which 2,144 were also interviewed about maternal and child health.

- **In-depth Interviews (IDIs):**

R1: 10% (120) of the selected households in each province were chosen for semi-structured in-depth interviews for 360 in total.

R2: The same households were re-interviewed in 2013-14 along with some new HHs. Total of 554 IDIs.

- **Facility Based Surveys:**

R1: 12 CHCs in the surveyed sites and 36 alternative providers were surveyed, including district hospitals, private western and traditional medicine providers, and drug stores.

R2: 12 CHCs in the surveyed sites and 42 alternative providers were surveyed.

- **Client Exit Interviews:**

R1: 720 individuals who had used the CHC or an alternative provider were interviewed immediately after they visited the health care facility.

R2: 1,055 client interviews were conducted.

## Purposes of Case Studies

**First**, in order to provide early feedback to Atlantic and Vietnam's health policy makers about what seems to be working and where there may be issues, SSRC designed two case studies in 2011, between the baseline and restudy. Using the case study method we are able to take an in-depth look at two of the communes in the original study and observe and record short-term change. In 2013-14 we did case studies for all 12 surveyed communes. The case studies offer insights into the extent to which the model Atlantic is putting in place is effective, which components may be more or less effective, how interventions might be fine-tuned to improve functioning in place and as they are replicated and additional interventions that might be useful. However, case studies will not, for example, show whether there are improvements in health indicators. This will be analyzed using both the baseline and restudy data.

**Second**, case studies enable us to ask "why" questions about realities and behaviors we noticed through the baseline study and gain a richer picture of on the ground realities. This knowledge has improved our restudy by helping us to rethink some aspects of our questionnaires and interview guides to conform more to realities on the ground and the perspectives of those seeking health care.

## Key Issues Studied in the Case Studies and Framework for Comparing R1 and R2 Survey Data

The case studies examine change between 2008 and 2011 for two communes and change between 2008-09 and 2013-14 for all 12 communes related to four issues:

- How the new and upgraded CHCs are functioning several years after being put in place. We wanted to watch change at the CHCs as the interventions in infrastructure and services took hold, and to gain a rich sense of what is going well and less well. We hoped to see whether individual CHCs were proving to be better models and why.
- The duration and fade effect of Atlantic supported interventions. Even though three or five years is not much time in which to see change, we hoped the case studies could help discover whether some components of the interventions became stronger with time (duration) while others grew weaker or were abandoned altogether (fade) and to learn about what seems to make an intervention fade or stick.
- The replicability of the model and its components. We wanted to provide evidence to help decision making about whether and how to go to scale. Given limited resources, sometimes replication cannot be comprehensive. It will be useful for the government to know which components seem most effective and which aspects of an intervention seem core or peripheral to success. Cases may also help us to learn whether dissemination of the model is occurring with a higher or lower level of fidelity and with what effect.
- Changes in knowledge, health seeking behaviors and health practices with emphasis on the most disadvantaged and vulnerable clients, and to what these changes might be attributed. We wanted the cases to probe factors the baseline showed us were important to increasing utilization, such as health seeking behaviors, increased knowledge, and levels of satisfaction, as change occurs over time.

The case studies also include a mapping of providers, re-interviews of some households in the baseline study, a week of observations at the CHCs and a few days with alternative providers, exit interviews, collection of health information and other agency data, and interviews with CHC staff, Village Health Workers, Village Heads, health officials and other stakeholders. This information on short-term change is intended to assist in the scaling up and replication of the Atlantic supported provincial model.

### **Special Characteristics and Value of Baseline Study, Restudy and Case Studies**

The Study was designed both to provide the strategic information that Atlantic and stakeholders need and to ensure its usage and impact. It did so by embodying characteristics that are not generally commonplace in data that has been previously collected in Vietnam. For example, the Study:

1. Uses rigorous, international standard, social science methods. Quality and reliability of the evidence is critical if Vietnamese decision makers and advocates are to take it seriously and base action on it.
2. Examines the issues from multiple perspectives through a variety of quantitative and qualitative research methods. It is designed to give an overview through the survey and to add depth, detail and the perspectives of users, providers and nonusers through related qualitative instruments.
3. Enables us to look at realities at the village and commune levels. Indeed, it samples more than one-third of the households in some of the communes surveyed. This is unique in Vietnam.
4. Shows how the interventions that make up Atlantic's provincial and community models are working and, ultimately, whether or not people's health status is improving. The overall study enables comparison between treated and non-treated communes across districts and provinces. It also allows comparisons by age, gender, ethnicity and socioeconomic group.
5. Is comparative with other Vietnamese datasets such as the Vietnam Living Standard Survey, the Vietnam National Health Survey, and the Viet Nam's Multiple Indicator Cluster Survey.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> This is done through using some similar questions.

## High Quality Evidence on Issues of Interest to Health System Decision Makers

The Study data provides an excellent baseline for describing and analyzing the current situation with respect to health and the health system, as well as examining change over time, as the provincial health model expands and takes hold. For example, the Study provides insights into answers to questions of current interest to policy decision making, such as:

- Who are the CHCs currently serving and who do they need to serve but are not currently serving well? For example, mothers who give birth at home and others outside the system
- Is the quality of prenatal checkups meeting MOH and WHO standards?
- What are, and should be, the roles of CHCs and private providers, from the standpoint of users?
- How can the health care system better draw people into the new improved facilities? What are the best ways to spread knowledge of improved services and user satisfaction?
- How important are health information campaigns in changing perceptions and behaviors?
- What are the unintended negative consequences of improved health insurance coverage?
- How well are the health needs of the elderly being served?

*The Study enables us to examine such issues as:*

### Health Status

- The health status of the populations at these research sites can be determined at baseline through our data on birth weight, maternal and infant health indicators, morbidity and mortality and lifestyle determinants of health including sanitation, helmet use, alcohol and tobacco use and socioeconomic information.

### Infrastructure and Services

- What is a CHC's physical and human resources infrastructure like? What is the quality of services, the quantity of users, the quantity of staff, and the satisfaction levels of users and providers? What are the range of services available and the choice of providers, in a specific community? While there is little variation on some dimensions (e.g. all CHCs have electricity and provide immunization for children) there is quite a bit of variation across sites along dimensions such as funding, services provided and facilities.
- How are the CHCs doing in carrying out their main functions of communication and education, prevention, treatment, population and family planning, maternal and child care, immunization, provision of drugs and community action with respect to health issues?

### Obstacles and Enablers to Access and Equity in Health Services Delivery

- What types of services are available, acceptable, affordable, appropriate, useful and efficacious? What are the most important barriers and facilitators to access and quality? How are the disadvantaged being served by the system today? When does access differ and why? The Study data lets us examine both supply and demand.
- Obstacles exist within the health services such as deficiencies in: equipment and infrastructure, access to essential drugs, the knowledge, abilities and attitudes of human resources, the insurance program, the health information system, resource allocation and spending and working conditions and professional prospects for health care workers. For example, a quick review of the facilities surveys shows that no CHC has all the basic equipment, chemicals, supplies and medicine covered by health insurance, in stock.
- Obstacles to better health also exist outside the health system itself such as poverty, health illiteracy, water and sanitation problems, gender inequality, exclusion, stigma and discrimination.
- Health insurance is a key enabler of access and equity. Who has it and why or why not? Do those who need it have it? Why, when and how is it used or not used? How does it influence decision making and health seeking behavior? What out of pocket difference in expense are there for those with and without insurance?

## Decision Making and Health Practices

- How are health decisions made? On what basis? What is the health seeking behavior among different groups on different health issues? How might it be changed if needed? The stories told in the in-depth interviews about illness episodes, decision making and health seeking are valuable as illustrations of the more quantitative data but some will be worth describing as vignettes of real people, with real problems, seeking real solutions who are either being served well by their system or not. These stories illustrate what is working and what is not, at baseline.

## Knowledge and Behavior

- What is the basic knowledge level of the population with respect to a range of health issues and health services? How does that knowledge differ by age, gender, ethnicity and socioeconomic status? How is that knowledge improved, or worsened, by interaction with available health providers? How does knowledge impact practice?

## Mothers and Children

- What are women's health knowledge and practices with regard to antenatal care, birth delivery, postpartum, postnatal and newborn care?

## Analytic Evidence Produced Using the Data and Dissemination

- **Four initial Baseline Reports:** (1) Overview of Findings; (2) Health Status and Health Practices; (3) Commune Health Centers and Clients' Choices among Health Care Providers; and (4) Maternal Health Seeking Behavior.
- **Policy Brief:** We have distilled 15 concrete, policy relevant findings from the first above mentioned four reports.
- **Five Topical Reports:** (1) *Health Insurance and its Role in Access and Utilization of Health Services*; (2) *Focus on the Elderly: Health Seeking Behavior, Choice and Satisfaction of People Aged 60 and Over*; (3) *Maternal and Child Issues: Antenatal Care, Birth Delivery, and Postnatal Care Among Women 15-49*; (4) *Access to Health Care for Acute Health Problems and the Satisfaction of Clients Using Health Services*; and (5) *The Role of Social Capital in Health Seeking Behavior: Therapeutic itineraries and social capital existing in households when someone gets sick*.
- **Examples of preliminary findings: Frequencies for topics of importance to Vietnam's Health Authorities** for Khanh Hoa, Thai Nguyen and Vinh Long. Each set contains commune percentages for over 61 variables from the baseline household survey, organized under the following categories: illness and health seeking behavior, health knowledge and practices, health insurance, antenatal, delivery, postnatal and newborn care, and CHC usage by households
- **Five conference papers were produced and six presentations** were made in 2012 at the 8<sup>th</sup> Annual National Conference of the Vietnam Public Health Association (VPHA): (1) *Strengthening primary health care in rural and mountainous areas: Overview of a population health study in Thai Nguyen, Khanh Hoa, Phu Yen and Vinh Long Provinces*. (2) *Health Insurance in Viet Nam: Findings from the Population Health Study*; (3) *Social Capital and Therapeutic Itineraries in Four Vietnamese Provinces from 2008 to 2009*; (4) *Access to and Utilization of Health Services for People with Acute Illnesses*; (5) *Postpartum and Postnatal Care in Rural Areas of Thai Nguyen, Khanh Hoa, Phu Yen and Vinh Long Provinces*; and (6) *Choice of Health Care Services by the Elderly in Rural Vietnam in Comparison with Younger Age Groups*. **Three additional presentations were made at the 2014 VPHA's 10<sup>th</sup> annual conference.**
- **Conference paper on changes in self-reported health, 2008-2013.** The American Association for Public Opinion Research Annual Conference in the USA. May 2015

- **Policy Roundtable on The Commune Health Center in Viet Nam: Evolving Function and Changing Form - A Look at Three Provinces Over Five Years.** Hanoi. 4 November 2015. Six presentations: (1) *The Big Picture: Overview of some main findings*; (2) *The Place of the CHC in Viet Nam's Health System*; (3) *Improving the quality of CHCs: What makes a difference*; (4) *User Centered Healthcare: What drives patient satisfaction?*; (5) *Health Insurance Utilization at CHCs*; and (6) *Improving Antenatal Care for Vulnerable Women*.
- **Journal article.** Dao Thi Khanh Hoa. *Satisfaction among people using healthcare services at the Commune Health Centers: Case studies in Thai Nguyen, Khanh Hoa and Vinh Long 2008–2013,* Tạp chí Chính sách Y tế (Journal of Health Policy). 2016.
- **Two presentation at the 6th Asia-Pacific Conference on Public Health.** Bangkok. 24-25 August 2016: (1) *Using Health Insurance of Rural Patients at Public Health Facilities in Vietnam*; and (2) *Improving Antenatal Care for Vulnerable Women in Vietnam*.

Selected findings were also discussed and disseminated throughout Vietnam and globally:

- The Atlantic Philanthropies' Workshop on Improving the Primary Health Care System for Health Equity: Introduction of Intervention Models. Hue, Vietnam. November 2011.
- Meeting to engage Khanh Hoa provincial stakeholders with evidence from the Provincial Study and to gather information to determine where to build capacity to use the evidence. Nha Trang, Vietnam. July 2012.
- The Second National Conference on Sexual & Reproductive Health: From Evidence to Policy. Hanoi, Vietnam. 2014.
- Data on helmet wearing from the study was highlighted in the book *Millions Saved: Case Studies in Global Health*, and featured online on the Center for Global Development's interactive website as a case study providing clear evidence of large-scale public health success: <http://millionsaved.cgdev.org/case-studies/vietnams-comprehensive-helmet-law>. 2016.
- Findings on staffing at the study CHCs were cited at the "National Scientific Conference on Public Health in Vietnam: Current situation and future perspectives." Hanoi. 25 April 2016.

The body of evidence and research tools from the Study have also been used in training graduate students and in theses written by doctoral and master's degree students. Several monographs and journal articles are also under review for publication in 2017-18.

# TỜ THÔNG TIN NGHIÊN CỨU SỨC KHOẺ DÂN SỐ TẠI CÁC TỈNH THÁI NGUYÊN, KHÁNH HOÀ VÀ VĨNH LONG

## Nghiên cứu lịch đại về sức khỏe dân số tại ba tỉnh của Việt Nam

Được chuẩn bị bởi Hội đồng Khoa học Xã hội Hoa Kỳ

Tháng 7/2017

### Tổng quan và Mục đích

Hội đồng Khoa học Xã hội Hoa Kỳ (Social Science Research Council (SSRC) hợp tác với Viện Hàn Lâm Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS) đã thiết kế và tiến hành một nghiên cứu y tế đa ngành và lịch đại (gọi tắt là Nghiên cứu) tại ba tỉnh của Việt Nam.<sup>4</sup>

Mục tiêu của nghiên cứu này là cung cấp các bằng chứng có chất lượng cao và đáng tin cậy tới tổ chức Atlantic Philanthropies, Bộ Y tế, các cán bộ y tế cấp tỉnh, huyện, và địa phương, những nhà tài trợ tiềm năng, và các bên liên quan khác trong hệ thống y tế của Việt Nam. Nghiên cứu xoay quanh hai bộ câu hỏi chính:

1. Mô hình tại các tỉnh được phát triển và tài trợ (hoặc được khởi xướng) bởi tổ chức Atlantic đang tiến triển như thế nào? Đáp án cho câu hỏi này sẽ giúp các nhà hoạch định chính sách và những người thực hiện đạt được sự thấu hiểu về các biện pháp cải thiện, duy trì và nhân rộng mô hình này tại các địa phương khác trong tỉnh, hoặc trong nước, hoặc ở các vùng dân cư khác.
2. Mô hình này đã tăng cường công tác phòng và chữa bệnh của các tỉnh đến mức độ nào, thông qua việc tăng cường tiếp cận với dịch vụ y tế, mở rộng quy mô phục vụ, cải thiện năng lực cán bộ, chất lượng cơ sở vật chất, hoạt động khám chữa bệnh và chất lượng chăm sóc y tế? Nghiên cứu này đo lường những thay đổi theo thời gian về việc người dân được tiếp xúc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, về các hiểu biết y tế, về việc sử dụng dịch vụ của trạm y tế xã, sự hài lòng khi sử dụng các dịch vụ này và tình trạng sức khỏe tổng quát, đặc biệt là của nhóm người có hoàn cảnh khó khăn và dễ bị tổn thương nhất.

Để đạt được mục tiêu này, nghiên cứu được thiết kế để có thể thu được thông tin tại 4 thời điểm: **giai đoạn cơ sở** ban đầu trong 2008-2009 (Vòng 1), khi mô hình này lần đầu tiên được áp dụng; một loạt **các nghiên cứu trường hợp** sâu trong năm 2011; **vòng thu thập dữ liệu lần thứ hai để tổng hợp** 5 năm sau Vòng 1, trong giai đoạn 2013-2014<sup>5</sup> (được gọi là Vòng 2); và lần thu thập dữ liệu bổ sung trong 2016-17. Dữ liệu và các phân tích trong Vòng 2 sẽ được so sánh với dữ liệu và phân tích đã tiến hành trong Vòng 1.

### Các địa điểm nghiên cứu

Các tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hoà và Vĩnh Long đã được chọn để đo lường sự khác biệt giữa các vùng Đông Bắc, Bờ biển Nam Trung Bộ, Đồng Bằng Sông Cửu Long và để phản ánh thực tế tại 3 tỉnh mà tổ chức Atlantic Philanthropies đang hỗ trợ. Tại mỗi tỉnh có 2 huyện được lựa chọn, nên tổng cộng có tất cả 6 huyện; từ mỗi huyện 2 xã được lựa chọn, nên tổng cộng có 12 xã. Các huyện và xã được lựa chọn qua

<sup>4</sup> Nghiên cứu này được tài trợ bởi tổ chức Atlantic Philanthropies (gọi tắt là Atlantic), là một phần trong nỗ lực “xây dựng các mô hình cấp tỉnh và địa phương có thể nhân rộng được trong khắp cả nước thông qua các can thiệp tại các cấp khác nhau tại một số tỉnh được lựa chọn”. Mục tiêu lâu dài của các hỗ trợ từ Atlantic là nhằm nhằm thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe, cải thiện sự tiếp xúc với các dịch vụ chăm sóc y tế, hướng đến cộng đồng, chất lượng dịch vụ, hệ thống quản lý y tế tỉnh và khả năng hoạt động bền vững của hệ thống này.

<sup>5</sup> Trong điều kiện lý tưởng, nghiên cứu này nên được lặp lại khoảng 5 năm một lần để đo được sự biến đổi theo thời gian khi hệ thống phát triển, mở rộng và thay đổi.

việc lấy mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Nghiên cứu thực địa tình huống được tiến hành vào năm 2011 tại hai xã có điều tra thuộc tỉnh Khánh Hoà và ở tất cả 12 xã có điều tra ở ba tỉnh trên vào năm 2013-2014 .

### **Các công cụ nghiên cứu và cỡ mẫu**

Nghiên cứu này bao gồm các phương pháp định tính (các phỏng vấn sâu và quan sát) kết hợp với phương pháp định lượng (điều tra hộ gia đình, điều tra khách hàng sau khi sử dụng dịch vụ y tế, điều tra về trạm y tế xã và các cơ sở khám chữa bệnh khác). Nghiên cứu này kết nối giữa bên cầu (demand side) là một điều tra hộ gia đình của dân, với bên cung (supply side) là một nghiên cứu về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị của cơ sở y tế.

- **Bảng hỏi điều tra hộ gia đình:**

Vòng 1: Có 300 hộ được lựa chọn ngẫu nhiên tại mỗi xã được nghiên cứu, tại mỗi tỉnh có 1200 hộ, và tổng cộng trong lần điều tra này có tất cả 3600 hộ tham gia.

Vòng 2: Khoảng 83% trong số các hộ ở Vòng 1 được điều tra lần 2, cùng với các hộ gia đình được tách ra từ các hộ trên. Các hộ đã chuyển ra khỏi xã thì được thay thế bằng các hộ mới. Tổng số có 3921 hộ ở cả ba tỉnh, trong đó có 2144 hộ cũng được phỏng vấn về sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

- **Phỏng vấn sâu:**

Vòng 1: 10% (120 hộ) các hộ đã được lựa chọn tại các tỉnh được tiếp tục chọn để tiến hành phỏng vấn sâu. Tổng cộng có 360 hộ được thực hiện loại phỏng vấn này.

Vòng 2: Các hộ đã được phỏng vấn trong Vòng 1 được tái phỏng vấn vào năm 2013-2014 cùng với một số hộ gia đình mới. Cả thảy có 554 hộ gia đình được phỏng vấn sâu.

- **Điều tra về cơ sở y tế:**

Vòng 1: Đã điều tra được 12 trạm y tế xã trong địa bàn nghiên cứu và 38 cơ sở y tế khác, bao gồm bệnh viện huyện, các cơ sở y tế tư nhân (dùng thuốc Tây hay thuốc nam,bắc) và các tiệm thuốc.

Vòng 2: Đã điều tra được 12 trạm y tế xã trong địa bàn nghiên cứu và 42 cơ sở y tế khác.

- **Phỏng vấn khách hàng sau khi sử dụng dịch vụ y tế:**

Vòng 1: 750 cá nhân sử dụng dịch vụ tại trạm y tế xã hoặc tại nơi khác đã được phỏng vấn ngay sau khi họ đến khám tại những địa điểm này.

Vòng 2: 1055 cuộc phỏng vấn khách hàng đã được thực hiện.

### **Mục đích của các nghiên cứu trường hợp**

**Thứ nhất,** để cung cấp thông tin phản hồi sớm cho tổ chức Atlantic và các nhà hoạch định chính sách y tế Việt Nam về những giải pháp tỏ ra có hiệu quả và những điểm còn có vấn đề, SSRC thiết kế nghiên cứu trường hợp giữa thời gian nghiên cứu vòng 1 và vòng 2. Nhờ sử dụng phương pháp nghiên cứu trường hợp, chúng tôi có thể xem xét sâu hai trong các xã đã được điều tra trong nghiên cứu gốc, trên cơ sở đó có thể quan sát và ghi lại những thay đổi ngắn hạn. Trong 2013-14, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trường hợp cho tất cả 12 xã. Các nghiên cứu trường hợp cung cấp cái nhìn sâu vào các mô hình Atlantic đưa ra có hiệu quả như thế nào, thành phần nào hiệu quả hơn, điều chỉnh các biện pháp can thiệp như thế nào để chúng có thể cải thiện chức năng ngay tại chỗ cũng như để nhân rộng ra hoặc đưa thêm các biện pháp can thiệp hữu ích khác. Tuy nhiên, các nghiên cứu trường hợp sẽ không cho thấy được một số điều, ví dụ như liệu có những cải tiến trong các chỉ tiêu sức khỏe hay không. Điều này sẽ được phân tích khi sử dụng dữ liệu trong nghiên cứu vòng 1 và vòng 2.

**Thứ hai,** nghiên cứu trường hợp giúp chúng tôi đặt câu hỏi "tại sao?" về những thực tế và hành vi mà chúng tôi đã quan sát được trong nghiên cứu vòng 1 và có được bức tranh tổng quan phong phú hơn về thực tế ở địa phương. Kiến thức này sẽ giúp cải thiện việc nghiên cứu lại vì nó giúp chúng tôi suy nghĩ lại về một số mặt trong bảng hỏi điều tra và hướng dẫn phỏng vấn cho phù hợp hơn với thực tế địa phương và cách nhìn của những người cần sử dụng dịch vụ y tế.



## **Các vấn đề mấu chốt được nghiên cứu trong nghiên cứu trường hợp và khung cấu trúc để so sánh dữ liệu điều tra Vòng 1 và Vòng 2.**

Những nghiên cứu trường hợp xem xét các thay đổi từ năm 2008 đến năm 2011 đối với hai xã và sẽ xem xét từ năm 2008-09 và năm 2013-14 đối với tất cả 12 xã có liên quan về bốn vấn đề sau:

- Các trạm y tế xã mới xây hay mới được nâng cấp hoạt động ra sao sau vài năm được đưa vào sử dụng. Chúng tôi muốn thấy thay đổi ở các trạm y tế xã khi có can thiệp về cơ sở vật chất và dịch vụ và để biết được cái gì hoạt động hiệu quả và những gì kém hiệu quả. Chúng tôi hy vọng là từng trạm y tế chứng tỏ được họ là mô hình hiệu quả hơn không và tại sao.
- Độ dài thời gian và tác động yếu dần (duration and fade effect) của các can thiệp hỗ trợ bởi tổ chức Atlantic. Mặc dù ba năm hoặc năm năm không phải là thời gian dài để có thể thấy được thay đổi, nhưng chúng tôi cũng hy vọng nghiên cứu trường hợp có thể giúp phát hiện những thành phần nào trong các can thiệp trở nên bền vững hơn với thời gian, ngược lại có thành phần nào khác thì trở nên yếu đi hay bị loại bỏ hoàn toàn ("fade"), và chúng tôi có thể biết được những yếu tố đã làm cho can thiệp tác động yếu dần hay tiếp tục kéo dài.
- Khả năng nhân rộng mô hình và các cấu hình của nó. Chúng tôi muốn cung cấp bằng chứng để giúp quá trình quyết định những việc cần mở rộng hơn và cách thức tiến hành. Trong điều kiện nguồn lực hạn chế, đôi lúc không thể nhân rộng toàn bộ mô hình. Chính phủ sẽ thấy ích lợi nếu họ biết được thành phần nào của mô hình có vẻ hiệu quả nhất, và những mặt nào của can thiệp mang tính thiết yếu hay ít quan trọng đối với thành công. Nghiên cứu trường hợp cũng giúp chúng tôi biết được việc phổ biến mô hình hiện nay có mức độ trung thực cao hơn hay thấp hơn và hiệu quả như thế nào.
- Những thay đổi về kiến thức, thói quen tìm kiếm dịch vụ y tế, và hành vi chăm sóc sức khỏe khỏe, đặc biệt đối với người có hoàn cảnh khó khăn và dễ bị tổn thương, và những thay đổi này xảy ra ở những lĩnh vực nào. Chúng tôi muốn dùng các trường hợp này để thăm dò các yếu tố mà nghiên cứu vòng 1 cho thấy chúng có tầm quan trọng cần gia tăng sử dụng các trạm y tế và dịch vụ y tế, chẳng hạn như thói quen tìm kiếm các dịch vụ y tế, tăng cường kiến thức, và mức độ hài lòng, mà thời gian có thể làm chúng thay đổi.

Những nghiên cứu trường hợp còn bao gồm sơ đồ của các cơ sở y tế, những cuộc tái phỏng vấn của một số hộ gia đình trong nghiên cứu cơ sở, một tuần quan sát ở các trạm y tế xã và một số ngày quan sát ở các cơ sở y tế khác, những cuộc phỏng vấn người bệnh sau khi họ rời khỏi cơ sở điều trị, toàn bộ thông tin về y tế và các lĩnh vực khác, và những cuộc phỏng vấn với nhân viên trạm y tế xã, nhân viên y tế thôn, các Trưởng thôn, lãnh đạo y tế và các đối tượng có liên quan. Những thông tin này về thay đổi ngắn hạn nhằm giúp cho việc phát triển và sao chép mô hình của tỉnh được hỗ trợ bởi tổ chức Atlantic.

### **Các đặc điểm và giá trị của Nghiên cứu Vòng 1, Vòng 2 (nghiên cứu lại) và Nghiên cứu trường hợp**

Nghiên cứu này được thiết kế để vừa có thể cung cấp các thông tin chiến lược mà tổ chức Atlantic và các bên liên quan cần, vừa đảm bảo rằng nó có thể sử dụng được và có tác động. Để làm được điều này, nghiên cứu có được những đặc điểm mà dữ liệu được thu thập từ trước đến nay ở Việt Nam thường không có. Ví dụ, nghiên cứu:

1. Sử dụng các phương pháp nghiên cứu khoa học xã hội tuân theo các tiêu chuẩn quốc tế nghiêm ngặt. Chất lượng và độ đáng tin cậy của bằng chứng thu thập được mang một ý nghĩa thiết yếu nếu những người ra quyết định hoặc quyết sách (decision makers) và người vận động thuyết phục (advocates) của Việt Nam xem xét chúng một cách nghiêm túc và hành động dựa trên các bằng chứng này.
2. Xem xét vấn đề từ nhiều góc độ, thông qua hàng loạt các phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng khác nhau. Nghiên cứu này được thiết kế để các phỏng vấn điều tra có thể đưa ra được bức tranh tổng quan, đồng thời bổ sung được các chi tiết có chiều sâu và quan điểm của người sử dụng dịch vụ y tế, người cung cấp dịch vụ y tế và người không sử dụng dịch vụ, thông qua các công cụ định tính có liên quan.
3. Giúp chúng tôi nhìn rõ thực tế tại các cấp xã, huyện, tỉnh. Nghiên cứu này được tiến hành trên hơn 1/3 số hộ gia đình trong vài xã được lựa chọn để điều tra. Đây là một điều đặc biệt tại Việt Nam.

4. Cho chúng tôi thấy can thiệp mà mô hình của tổ chức Atlantic tại các tỉnh và địa phương đang hoạt động thế nào, và rốt cuộc, tình trạng sức khỏe của người dân có được cải thiện hay không. Nghiên cứu tổng thể cho phép so sánh các xã được và không được can thiệp trong các huyện và tỉnh. Nó cũng cho phép chúng tôi so sánh giữa các độ tuổi, giới tính, dân tộc và các nhóm có điều kiện kinh tế xã hội khác nhau.
5. Có thể được so sánh với các bộ dữ liệu khác của Việt Nam như Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam, Điều tra Y tế Quốc gia của Việt Nam, và Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ của Việt Nam<sup>6</sup>.

### **Bằng chứng chất lượng cao về các vấn đề mà những người ra quyết định hoặc quyết sách y tế quan tâm**

Các dữ liệu nghiên cứu cung cấp được một cơ sở quan trọng để miêu tả và phân tích tình hình hiện tại về sức khỏe và hệ thống y tế, cũng như xem xét các thay đổi theo thời gian, và việc mở rộng và duy trì mô hình y tế tinh. Ví dụ, nghiên cứu cung cấp thông tin để giải quyết những câu hỏi mà những người ra quyết định hoặc quyết sách đang quan tâm chẳng hạn như:

- Các trạm y tế xã đang phục vụ ai? Những đối tượng nào cần được phục vụ nhưng lại đang không được phục vụ tốt? Điền hình là các sản phụ sinh con tại nhà hoặc những người không thuộc trong hệ thống y tế.
- Chất lượng của việc khám thai định kỳ có đạt chuẩn của Bộ Y tế và Tổ chức Y Tế Thế giới hay không?
- Vai trò đang có và nên có của các trạm y tế xã và các cơ sở y tế tư theo quan điểm của người sử dụng dịch vụ y tế.
- Hệ thống chăm sóc sức khỏe cần làm gì để thu hút thêm người dân đến các cơ sở mới được tân trang? Đây là cách tốt nhất để tuyên truyền về các dịch vụ đã được cải thiện và tăng cường sự hài lòng của khách hàng?
- Các chiến dịch thông tin y tế quan trọng ra sao trong việc thay đổi quan niệm và hành vi của người dân?
- Các kết quả tiêu cực không định trước của chế độ bảo hiểm y tế được cải thiện là gì?
- Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi được đáp ứng ở mức độ nào?

### ***Nghiên cứu này cho phép xem xét các vấn đề như:***

#### **Tình trạng sức khỏe**

- Tình trạng sức khỏe của người dân tại các địa điểm nghiên cứu có thể được xác định ở giai đoạn cơ sở thông qua số liệu về cân nặng khi sinh, chỉ tiêu sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, bệnh suất và tử vong, các yếu tố về cách sống liên quan đến sức khỏe như vệ sinh, sử dụng mũ bảo hiểm, uống rượu, hút thuốc và các thông tin về kinh tế xã hội.

#### **Cơ sở hạ tầng và dịch vụ**

- Cơ sở hạ tầng và nguồn nhân lực của trạm y tế xã hiện ra sao? Chất lượng dịch vụ thế nào? Số lượng người sử dụng, số lượng nhân viên y tế là bao nhiêu, mức độ hài lòng của người sử dụng và người cung cấp dịch vụ ở mức độ nào? Phạm vi của dịch vụ đang có và các lựa chọn cơ sở y tế tại một địa phương cụ thể là gì? Mặc dù hiếm có khác biệt về một số chi tiết (ví dụ, tất cả các trạm y tế đều có điện và có tiêm chủng cho trẻ em), nhưng vẫn còn khá nhiều khác biệt lớn hơn giữa các địa phương về nguồn kinh phí, các dịch vụ được cung cấp và cơ sở vật chất.

<sup>6</sup> Điều này được thực hiện bằng cách sử dụng các câu hỏi tương tự.

- Các trạm y tế xã đang làm thế nào để thực hiện các nhiệm vụ chính trong công tác tuyên truyền và giáo dục, phòng ngừa, điều trị, kế hoạch hoá dân số và gia đình, chăm sóc bà mẹ trẻ em, tiêm chủng, cung cấp thuốc và các hoạt động cộng đồng liên quan đến các vấn đề y tế?

Những Trở ngại và Thuận lợi đối với việc Tăng cường Tiếp xúc (access) và Công bằng (equity) trong việc Cung cấp các Dịch vụ Y tế

- Các loại hình dịch vụ nào hiện có, được khách hàng chấp nhận, có giá cả hợp lý, thích hợp, có ích và hiệu quả? Những rào cản và điều kiện thuận lợi lớn nhất đối với việc tiếp cận dịch vụ và chất lượng dịch vụ là gì? Những người có hoàn cảnh khó khăn đang được phục vụ ra sao trong hệ thống hiện có? Khi nào việc tiếp cận khác nhau và lý do tại sao? Các dữ liệu của nghiên cứu này cho phép chúng tôi tìm hiểu cả về cung và cầu (supply and demand).
- Những trở ngại đang tồn tại trong các dịch vụ y tế là các thiếu thốn về: thiết bị và cơ sở vật chất, tiếp cận với các loại thuốc cốt yếu, kiến thức, khả năng và thái độ của nguồn nhân lực, chế độ bảo hiểm, hệ thống thông tin y tế, phân phối các nguồn lực và chi tiêu, các điều kiện làm việc và cơ hội phát triển chuyên môn của các cán bộ y tế. Ví dụ: xem xét nhanh kết quả điều tra về cơ sở vật chất cho thấy không một trạm y tế nào có đầy đủ tất cả những thiết bị, hoá chất, nguồn thuốc dự trữ cơ bản và thuốc cấp phát thuộc danh mục bảo hiểm y tế.
- Những trở ngại đối với việc có sức khoẻ tốt hơn cũng tồn tại bên ngoài hệ thống y tế, chẳng hạn như nghèo đói, không có kiến thức y tế, nước sạch và vệ sinh, bất bình đẳng giới, xa lánh, mặc cảm xấu hổ về bệnh tật (stigma), và phân biệt đối xử.
- Bảo hiểm y tế là một điều kiện quan trọng để nâng cao tiếp cận và công bằng trong chăm sóc sức khỏe (health equity). Những ai có bảo hiểm, tại sao họ có hay không có bảo hiểm? Người cần bảo hiểm có hay không có được bảo hiểm? Tại sao, khi nào, và làm thế nào mà bảo hiểm được hoặc không được sử dụng? Điều đó ảnh hưởng ra sao đến quyết định và hành vi khám chữa bệnh? Việc chi trả từ tiền túi cá nhân có khác gì giữa người có hay không có bảo hiểm y tế?

Việc đưa quyết định và các hoạt động chăm sóc sức khỏe

- Các quyết định khám chữa bệnh được đưa ra như thế nào? Dựa trên cơ sở nào? Các hoạt động khám chữa bệnh giữa các nhóm đối tượng khác nhau đối với các vấn đề sức khỏe khác nhau chỗ nào? Nếu cần, thì sẽ phải thay đổi điều này như thế nào? Những giai thoại từ các bài phỏng vấn sâu về các câu chuyện bệnh tật, việc quyết định và hoạt động khám chữa bệnh đều có giá trị minh họa cho các dữ liệu định tính, trong khi đó một số các câu chuyện khác lại có thể được xem như những phản ánh của người thật, việc thật, đang tìm kiếm những giải pháp thật, họ có thể đang được phục vụ tốt hoặc không tốt trong hệ thống y tế của mình. Những câu chuyện này minh họa cho ta thấy những gì đang hoạt động, và những gì đang không hoạt động tại giai đoạn nghiên cứu cơ sở.

Kiến thức và thái độ

- Trình độ hiểu biết cơ bản của người dân đối với các vấn đề sức khỏe và các dịch vụ y tế là gì? Hiểu biết đó khác nhau giữa các lứa tuổi, giới tính, dân tộc và vị trí kinh tế-xã hội ra sao? Kiến thức đó được nâng cao hoặc giảm đi như thế nào thông qua việc tiếp xúc với cơ sở cung cấp y tế hiện tại? Kiến thức có tác động gì tới hoạt động khám chữa bệnh hay không?

Bà mẹ và trẻ em

- Kiến thức y tế của bà mẹ như thế nào và hoạt động chăm sóc sức khỏe trước khi sinh, trong khi sinh, sau khi sinh và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh ra sao?

**Các bằng chứng phân tích được tạo ra bởi các dữ liệu và phổ biến các kết quả nghiên cứu**

- **Bốn báo cáo cơ sở ban đầu:** (1) Tổng quan các phát hiện; (2) Tình trạng sức khỏe và hoạt động chăm sóc sức khỏe; (3) Trạm y tế xã và lựa chọn của khách hàng đối với các cơ sở y tế; (4) Hành vi về chăm sóc sức khỏe bà mẹ.
- **Phát hiện liên quan đến chính sách:** Đã chọn lọc được 15 phát hiện cụ thể có liên quan đến chính sách từ bốn báo cáo ban đầu nêu trên.
- **Năm báo cáo theo chủ đề:** (1) Bảo Hiểm Y Tế và Vai Trò Của Nó Trong Việc Tiếp Cận và Sử Dụng các Dịch Vụ Y Tế; (2) Tập Trung vào Người Cao Tuổi: Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe, Lựa Chọn và Sự HÀi Lòng của Người từ 60 Tuổi Trở Lên; (3) Vấn Đề Sức Khỏe Bà Mẹ, Trẻ Em: Chăm Sóc Trước Sinh, Khi Sinh, và Sau Sinh Cho Phụ Nữ từ 15-49 Tuổi; (4) Tiếp Cận với Dịch Vụ Y Tế cho các Bệnh Cấp Tính và Sự HÀi Lòng của Khách Hàng Khi Sử Dụng Dịch Vụ Y Tế; (5) Vai Trò của Vốn Xã Hội Trong Hoạt Động Khám Chữa Bệnh: Hành Trình Khám Chữa Bệnh và Vốn Xã Hội Trong các Hộ gia đình Khi Có Người Bị Bệnh.
- **Thí dụ về những phát hiện sơ khởi:** Tần số của các vấn đề quan trọng đối với Lãnh đạo Y Tế của Việt Nam đối với tỉnh Khánh Hoà, Thái Nguyên và Vĩnh Long. Mỗi bộ bao gồm tỷ lệ phần trăm (%) của mỗi xã đối với trên 61 biến số của khảo sát sức khỏe dân số vòng 1, được tổ chức thành các nhóm cụ thể sau: bệnh tật và hành vi khám chữa bệnh, kiến thức về sức khỏe và hoạt động thực tế, bảo hiểm y tế, chăm sóc sức khỏe: trước sinh, khi sinh, sau sinh và chăm sóc trẻ sơ sinh, và việc hộ gia đình sử dụng trạm y tế xã.
- **Năm bài báo hội nghị và sáu trình bày được thực hiện** vào năm 2012 tại Hội nghị Khoa học Toàn quốc Hội Y Tế Công Cộng Việt Nam (VPHA) Lần thứ 8: (1) Tăng Cường Chăm Sóc Sức Khỏe Ban Đầu ở Nông Thôn và Miền Núi: Tổng Quan về Nghiên Cứu Sức Khỏe Dân Số tại Các Tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hòa, Phú Yên và Vĩnh Long; (2) Bảo Hiểm Y Tế ở Việt Nam: Các Phát Hiện từ Nghiên Cứu Sức Khỏe Dân Số; (3) Vốn Xã Hội và Hành Trình Khám Chữa Bệnh ở Bốn Tỉnh của Việt Nam từ 2008 đến 2009; (4) Tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người có bệnh cấp tính; (5) Chăm Sóc Sau Sinh cho Mẹ và Trẻ Sơ Sinh ở Nông Thôn các Tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hòa, Phú Yên và Vĩnh Long; và (6) So Sánh Lựa Chọn Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe của Người Cao Tuổi và Người Trẻ ở Nông Thôn Việt Nam. **Ba trình bày được thực hiện** vào năm 2014 tại VPHA Lần thứ 10.
- **Báo cáo hội nghị về các thay đổi trong việc tự báo cáo sức khỏe, 2008-2013.** Hội thảo nghiên cứu thường niên của Hiệp hội Quan điểm đại chúng Hoa Kỳ tháng 5 năm 2015.
- **Toạ đàm về Trạm y tế tại Việt Nam: Sự tiến triển của chức năng và sự thay đổi của hình thức – Cái nhìn tại 3 tỉnh qua hơn 5 năm.** Hà Nội, ngày 4 tháng 11 năm 2015.
- **Bài đăng tạp chí chuyên ngành.** Đào Thị Khánh Hoà. *Sự hài lòng của người dân khi sử dụng các dịch vụ y tế tại Trạm y tế: Nghiên cứu trường hợp tại Thái Nguyên, Khánh Hòa và Vĩnh Long 2008-2013.* Tạp chí Chính sách Y tế. 2016.
- **2 trình bày tại Hội nghị Châu Á - Thái Bình Dương về Y tế công cộng lần thứ 6.** Bangkok, 24-25 tháng 8 năm 2016: (1) *Người bệnh ở nông thôn sử dụng bảo hiểm y tế tại các cơ sở y tế công tại Việt Nam;* và (2) *Cải thiện việc chăm sóc thai kỳ cho phụ nữ dễ bị tổn thương tại Việt Nam.*

Những phát hiện được chọn lọc dưới đây cũng được thảo luận và phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới:

- Hội Thảo về Cải Thiện Hệ thống Chăm Sóc Sức Khỏe Ban Đầu để Đảm Bảo Công Bằng Trong Chăm Sóc Sức Khỏe (Health Equity): Giới thiệu Các Mô Hình Can Thiệp. Atlantic Philanthropies tổ chức. Huế, Việt Nam. 2011.
- Buổi họp với các bên liên quan của tỉnh Khánh Hòa đối với bằng chứng từ Nghiên cứu của tỉnh và thu thập thông tin nhằm quyết định nên xây dựng năng lực ở đâu để sử dụng các bằng chứng này. Nha Trang, Việt Nam. Tháng 7 năm 2012.
- Hội nghị toàn quốc lần thứ hai về Nghiên cứu sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục: Từ bằng chứng tới chính sách. Hà Nội, Việt Nam. 2014.
- Số liệu từ nghiên cứu về việc đội mũ bảo hiểm được in nổi bật trong cuốn *Hàng triệu người được cứu: Nghiên cứu trường hợp trong Y tế Toàn cầu*, và đăng đặc biệt trên trang web tương tác của Trung tâm Phát triển Toàn cầu như một nghiên cứu trường hợp cung cấp các bằng chứng rõ ràng của một dự án y tế công cộng thành công có quy mô lớn.  
<http://millionssaved.cgdev.org/case-studies/vietnams-comprehensive-helmet-law>. 2016.

- Các phát hiện về việc bố trí nhân sự tại các trạm y tế từ nghiên cứu này đã được trích dẫn tại “Hội nghị Khoa học toàn quốc về Y tế công cộng tại Việt Nam: Tình hình thực tế và triển vọng tương lai”. Hà Nội. 25 tháng 4 năm 2016.

Một số lượng lớn các bằng chứng và các công cụ nghiên cứu từ nghiên cứu này cũng đã được sử dụng trong việc đào tạo sinh viên cao học và các luận văn của các sinh viên tốt nghiệp Thạc sỹ, Tiến sỹ. Một số bài chuyên khảo và bài đăng tạp chí chuyên ngành cũng đang được duyệt đề xuất bản trong 2017-18.

(Bản dịch này chỉ dành để tham khảo. Xin vui lòng không phổ biến.)