NHỮNG ẢNH HƯỞNG KINH TẾ-XÃ HỘI CỦA MÙ VÀ GIẢM THỊ LỰC

TÁC GIẢ

Kovin S Naidoo: Viện thị giác Brien Holden, Khoa y tế công cộng, Durban, Nam phi; Đại học KwaZulu Natal (UKZN), Durban, Nam phi

Brien Holden: Viện thị giác Brien Holden, Đại học New South Wales (UNSW), Australia

THẨM ĐỊNH

Ron Fyfe: Nguyên chủ tịch Ủy ban y tế WCO; Hiện là đại diện châu Á Thái bình dương tại Ủy ban y tế WCO và thành viên hội đồng THỊ GIÁC 2020 New Zealand

CHƯƠNG NÀY BAO GỒM NHỮNG NỘI DUNG:

- Kinh tế y tế
- Mục tiêu kinh tế của chăm sóc y tế
- Các chỉ báo tình trạng sức khỏe
- Các phương pháp đánh giá kinh tế
- Phí tổn và gánh nặng của mù và giảm thị lực trên toàn cầu
- Những liên kết chặt chẽ giữa mù và nghèo
- Những rào cản đối với việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc mắt
- Mù và nghèo

KINH TẾ Y TẾ

Kinh tế y tế áp dụng các nguyên lí kinh tế vào việc chăm sóc sức khỏe với nhận thức rằng chăm sóc sức khỏe khác với việc mua bán hàng hóa thông thường. Kinh tế y tế chủ yếu xem xét các giá trị xã hội của việc chăm sóc sức khỏe.

Kinh tế y tế đề cập đến:

- Việc cung cấp tài chính của các hệ thống chăm sóc y tế
- Sự phân phối nguồn lực hạn hẹp
- Sự hòa nhập giữa chăm sóc y tế tư nhân và chăm sóc y tế nhà nước của một quốc gia
- Mối quan hệ giữa các yếu tố sức khỏe, xã hội và kinh tế
- Những giải pháp thay thế cho việc tài trợ chăm sóc y tế và các lựa chọn hiệu quả nhất cho việc tài trợ chăm sóc y tế

CÁC MỤC TIÊU KINH TẾ CỦA CHĂM SÓC Y TẾ

Nguồn: *Katzenellenbogen J, Joubert G và Kariem SA, 1997. Epidemiology: A Manual for Nam phi.Oxford University Press, USA*

HIỆU QUẢ

Liên quan đến vấn đề nguồn lực được sử dụng thế nào trong chăm sóc y tế. Nguồn lực hạn hẹp có được sử dụng một cách hiệu quả nhất không và việc sử dụng này có bảo đảm lợi nhuận cao nhất cho tiền đầu tư không?

TÁC DỤNG

Các nhà hoạch định chăm sóc y tế tìm các thước đo hiệu quả để xác minh là các can thiệp chăm sóc y tế có đạt được các mục tiêu đề ra hay không, trong khi các nhà kinh tế y tế lại sử dụng các thước đo hiệu quả trong phân tích hiệu quả để đánh giá năng suất

CÔNG BẰNG

Giải quyết vấn đề chăm sóc y tế có được phân phối công bằng trong xã hội không và chăm sóc y tế phục vụ thế nào cho phần lớn người dân.

CÁC CHỈ BÁO TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

TỈ LỆ TỬ VONG VÀ TỈ LỆ BỆNH

Là các chỉ báo bệnh tật, thí dụ những thay đổi mức đường máu, số ngày nghỉ làm việc

SỐ NĂM SỐNG ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH THEO CHẤT LƯỢNG (QUALITY ADJUSTED LIFE YEARS - QALYS)

Trong số đo này, số năm sống có được nhờ một can thiệp y tế được điều chỉnh để bù trừ cho các mức chất lượng sống-thương tật và lo âu (Katzenellenbogen và cs, 1997). Cũng có thể dùng nó để đánh giá tác dụng tương đối của các can thiệp y tế khi chi phí của các can thiệp này được biểu diễn bằng số QALYs mà nó đem lại: thí dụ những lợi ích của việc giải quyết mù ở trẻ em được tăng lên khi xét thực tế rằng trẻ em sống thời gian dài hơn người lớn mặc dù ít trẻ em bị mù do đục thể thủy tinh hơn người lớn.

SỐ NĂM SỐNG ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH THEO BỆNH (DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS - DALYS)

Do ngân hàng thế giới đề ra để đánh giá gánh nặng bệnh tật (Ngân hàng thế giới 1993).

Đo số năm sống có thể bị mất do bệnh tật hoặc tử vong ở một tuổi nhất định. Mặc dù tương tự QALYs, nhưng rõ ràng bao gồm loại bệnh, chỉ tập trung vào thương tật, và được điều chỉnh theo tuổi căn cứ vào giá trị năng suất dự báo của cá nhân (Katzenellenbogen và cs, 1997).

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ KINH TẾ

PHÂN TÍCH TỐI THIỂU HÓA CHI PHÍ (COST-MINIMIZATION ANALYSIS)

Là một phép đo nội chương trình, nó xác định xem các mục tiêu dự án có đạt được với chi phí tối thiểu không.

CHI PHÍ-HIỆU QUẢ (COST-EFFECTIVENESS)

Là một số đo cho phép so sánh các can thiệp khác nhau về chi phí và lãi. Chi phí được biểu diễn bằng giá tiền và lãi được biểu diễn bằng tỉ lệ tử vong, tỉ lệ bệnh và các chỉ báo khác. Kết quả là một tỉ số, thí dụ chi phí cho mỗi phẫu thuật thể thủy tinh được thực hiện.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ KINH TẾ (TIẾP THEO)

CHI PHÍ-LỢI ÍCH (COST-BENEFIT)

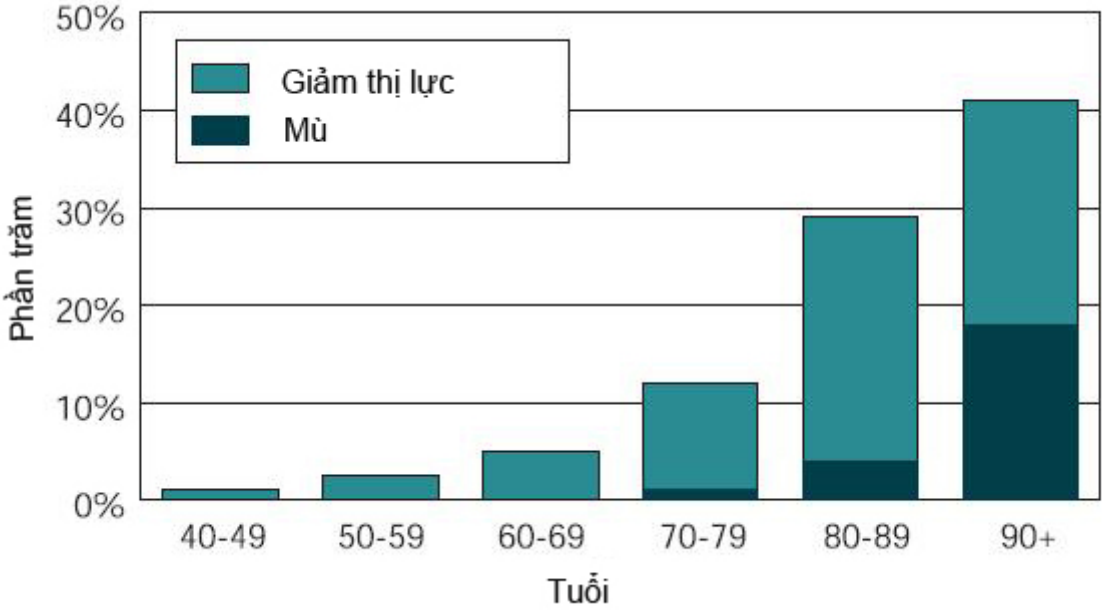
Là một tiêu chuẩn đánh giá tính bằng tiền nhằm xác định xem các lợi ích của một dự án có phù hợp với các chi phí của dự án không.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ-CÔNG DỤNG (COST-UTILITY ANALYSIS)

Đo sự hài lòng đạt được của một dự án hoặc can thiệp và cho phép so sánh giữa các can thiệp cũng như so sánh theo thời gian. Kết quả được biểu diễn bằng chi phí cho mỗi năm sống được điều chỉnh theo chất lượng (QALY), thí dụ có thể thấy rằng chi phí cận biên (marginal cost) cho mỗi QALY đạt được từ việc cung cấp thuốc điều trị glôcôm là 2000 đô la trong khi từ phẫu thuật glôcôm là 1000 đô la.

PHÍ TỔN VÀ GÁNH NẶNG CỦA MÙ VÀ GIẢM THỊ LỰC TRÊN TOÀN CẦU

Giảm thị lực là nguyên nhân chính xếp thứ bảy của khuyết tật ở trên thế giới, và ở Australia nó chiếm 2,7% tổn hại sức khỏe quốc gia (Taylor và cs, 2006). Nó cản trở tuổi già khỏe mạnh và độc lập, và gắn liền với tăng nguy cơ ngã (2X), trầm cảm (3X) và gãy xương chậu (4X to 8X). Giảm thị lực gắn với tăng nguy cơ tai nạn giao thông, và tăng tỉ lệ tử vong 5 năm. Nguy cơ tử vong tăng hơn 2 lần ngay cả với giảm thị lực trung bình. Tỉ lệ giảm thị lực tăng gấp 3 lần sau mỗi 10 năm ở người trên 40 tuổi (xem Hình. 7.1).



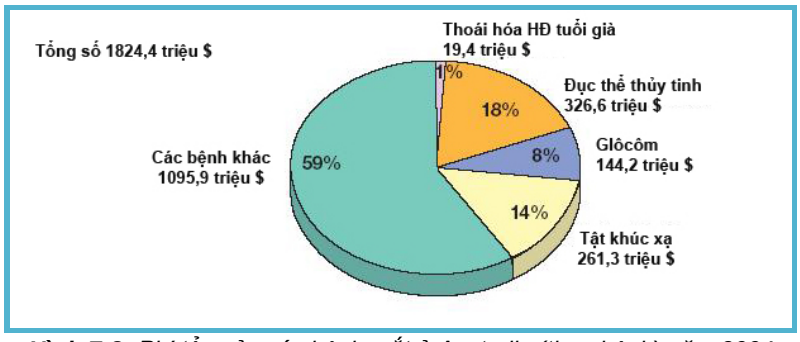
Hình 7-1: *Giảm thị lực và mù ở Australia (% nhóm tuổi) năm 2004*
Nguồn: *Eye Research Australia and Clear Insight, 2004*

Frick và Foster (2003) ước tính phí tổn của mù và khiếm thị trên toàn cầu là 42 tỉ đô la Mỹ vào năm 2000. Nếu tỉ lệ mù và khiếm thị không giảm thì tổng phí tổn hàng năm có thể tăng tới 110 tỉ đô la Mỹ vào năm 2020.

3/4 số mù có thể phòng tránh được, do đó phòng bệnh và điều trị giảm thị lực cần được ưu tiên. Nếu sáng kiến THỊ GIÁC 2020 thành công thì tổng phí tổn hàng năm sẽ chỉ là 57 tỉ đô la Mỹ vào năm 2020 – bằng tổng số tiết kiệm toàn cầu 223 tỉ đô la Mỹ trong thời gian từ năm 2000 đến 2020.

Năm 2004, các bệnh mắt ở Australia tiêu tốn 9,85 tỉ đô la Úc – tốn kém hơn bệnh mạch vành, đái tháo đường, trầm cảm và đột quị (Taylor, 2006). Giảm sức khỏe chiếm 4,8 tỉ đô la Úc và hệ thống y tế trực tiếp tiêu tốn 1,8 tỉ đô la Úc. Tổng phí tổn gián tiếp là 3,2 tỉ đô la Úc, bao gồm trợ cụ khiếm thị, mất thu nhập, phí tổn cho người chăm sóc, thuế và số tiền trả cho các phúc lợi khác. Đục thể thủy tinh chiếm 18% chi phí, và là phí tổn trực tiếp cao nhất (xem Hình. 7-2).

PHÍ TỔN VÀ GÁNH NẶNG CỦA MÙ VÀ GIẢM THỊ LỰC TRÊN TOÀN CẦU (TIẾP THEO)



Hình 7-2: *Phí tổn của các bệnh mắt ở Australia (theo bệnh) năm 2004*
Nguồn: *Eye Research Australia and Clear Insight, 2004*

Nhiều can thiệp chăm sóc mắt rất đơn giản và hiệu quả. Ngay cả các nước phát triển như Australia cũng không có đủ nguồn lực để thanh toán giảm thị lực có thể phòng tránh.

NHỮNG LIÊN KẾT CHẶT CHẼ GIỮA MÙ VÀ NGHÈO

- 90 % số người mù trên thế giới sống ở các nước đang phát triển. Ít nhất 6,7 triệu người mù sống ở Ấn độ, 6,9 triệu ở Trung quốc và 7,3 triệu ở châu Phi (WHO, 2012)
- Mù vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của nghèo, và mù thường làm tăng thêm nghèo ở các nước đang phát triển. Các cộng đồng phải chịu thêm những phí tổn và các gia đình thường mất thu nhập sống còn khi người nhà phải làm công việc chăm sóc
- Những người ở các nước đang phát triển có nguy cơ bị mù cao hơn 5 đến 10 lần so với người ở các nước công nghiệp hóa như Australia
- Người mù là những người nghèo nhất ở các nước nghèo
- Việc mô hình hóa kinh tế cho thấy mù và khiếm thị gây hao phí kinh tế toàn cầu khoảng 56 tỉ đô la Úc tổn thất năng suất mỗi năm
- Việc thực hiện thành công chương trình THỊ GIÁC 2020 sẽ tiết kiệm cho toàn cầu khoảng 290 tỉ đô là trong 20 năm
- Cứ mỗi đô la tiết kiệm được nhờ phòng bệnh hoặc điều trị giảm thị lực thì thì quốc gia đầu tư sẽ thu lại lợi nhuận gấp 5 lần

ĐỌC THÊM

- Dandona and Dandona, 2006. **What is the global burden of visual impairment?**BioMed Central (BMC) Medicine 4(6):1-10.Available at: Source: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-4-6.pdfAccessed 22 August 2012
- McCarty et al, 2001. **Vision impairment predicts 5 year mortality.**British Journal of Ophthalmology 85:322-326.Source: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1723877
- Frick KD and Foster A, 2003. **The Magnitude and Cost of Global Blindness: An Increasing Problem That Can Be Alleviated.**American Journal of Ophthalmology 135(4):471-476.Source: http://www.who.int/ncd/vision2020_actionplan/documents/frickfosterAJO1354712003.pdf
- Taylor et al, 2006. **The economic impact and cost of visual impairment in Australia.**British Journal of Ophthalmology 90(3): 272-275.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/90/3/272
- Taylor et al, 2007. **Costs of interventions for visual impairment.**American Journal of Ophthalmology 143(4):561-565.Source: http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9394/PIIS0002939406012566.pdf
- Broman et al, 2002. **The Impact of Visual Impairment and Eye Disease on Vision-Related Quality of Life in a Mexican-American Population: Proyecto VER.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 43(11):3393-3398.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/43/11/3393?ck=nck

NHỮNG RÀO CẢN ĐỐI VỚI VIỆC SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT

Những bệnh nhân bị mù và giảm thị lực không chắc chắn có thể sử dụng được các dịch vụ chăm sóc mắt sẵn có, ngay cả khi được cung cấp miễn phí. Điều này đặc biệt đúng đối với những người sống ở các vùng nghèo nhất và xa nhất. Trong thực tế, theo ước tính thì hiện tại chỉ có 1/4 số người có nhu cầu trên thế giới là có thể hưởng lợi từ các dịch vụ chăm sóc mắt. Ngoài ra, những người ban đầu tiếp cận được chăm sóc mắt cũng thường không trở lại để theo dõi, như phẫu thuật đục thể thủy tinh.

Mức độ sử dụng dịch vụ thấp có thể do sự kết hợp nhiều yếu tố khác nhau: thực tế, xã hội, tài chính, và tâm lí. Khi hoạch định các chiến lược phòng chống mù và giảm thị lực, cần nhận biết và giải quyết những rào cản nhận thấy bởi các cộng đồng, để đảm bảo việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc mắt, và cuối cùng là thực hiện các chiến lược can thiệp hiệu quả.

NHỮNG LÍ DO TẠI SAO NGƯỜI DÂN KHÔNG TÌM SỰ CHĂM SÓC HOẶC SỬ CÁC DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC MẮT SẴN CÓ

- Thiếu nhận thức
- Khó tiếp cận dịch vụ
- Tính có thể chấp nhận được của các dịch vụ
- Không thấy được sự cần thiết
- Sợ điều trị có thể "làm hỏng" mắt
- Chi phí điều trị trực tiếp
- Chi phí đi lại và/hoặc khả năng sẵn có phương tiện vận chuyển
- Không thể nghỉ làm do trách nhiệm với gia đình hoặc cơ quan
- Không có người đi cùng
- Chấp nhận giảm thị lực là "số phận" hoặc "ý Chúa"

Một số rào cản này ảnh hưởng nhiều hơn đến người già, đặc biệt là phụ nữ. Các dịch vụ chăm sóc mắt chủ yếu được sử dụng bởi những người nam giới sống gần cơ sở điều trị. Việc tăng cường các dịch vụ chăm sóc mắt phải chú ý đến giới. Những người có học vấn cao hơn cũng có nhiều khả năng sử dụng các dịch vụ hơn.

Cần nâng cao nhận thức về chăm sóc mắt và tuyên truyền những lợi ích của điều trị, chẳng hạn phẫu thuật đục thể thủy tinh, nhất là cho người già. Cán bộ chăm sóc mắt cần được đào tạo liên tục để cho phép họ cung cấp dịch vụ phù hợp với văn hóa của các cộng đồng mà họ làm việc.

ĐỌC THÊM

- Kovai et al, 2007. **Barriers to accessing eye care services among visually impaired populations in rural Andhra Pradesh, South India.**Indian Journal of Ophthalmology 55(5):365-371.Source: http://www.ijo.in/temp/IndianJOphthalmol555365_211906.pdf
- Lewallen S and Courtright P, 2006. **Increasing uptake of eye services by women.**Journal of Community Eye Health 19(60):59-60.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_19_60_059.pdf
- Donoghue M, 1999. **People who don't use eye services: 'making the invisible visible'.**Journal of Community Eye Health 12(31):36-38.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_12_31_036.pdf
- Owsley et al, 2006. **Perceived Barriers to Care and Attitudes about Vision and Eye Care: Focus Groups with Older African Americans and Eye Care Providers.**Investigative Ophthalmology and Visual Science 47(7):2797-2802.Source: http://www.iovs.org/cgi/reprint/47/7/2797
- Melese et al, 2004. **Indirect costs associated with accessing eye care services as a barrier to service use in Ethiopia.**Tropical Medicine and International Health 9(3):426-431.Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-3156.2004.01205.x
- Muralikrishnan and Pradhan KB, 2003. **Equity in Eye Care Services.** Community Ophthalmology 1(1):15-17.Source: http://laico.org/v2020resource/files/equity.pdf

MÙ VÀ NGHÈO

Như đã trình bày ở phần trước của học phần này, nhiều nguyên nhân của mù có thể phòng tránh có liên quan trực tiếp với nghèo, bao gồm những yếu tố như suy dinh dưỡng, tiếp cận nước sạch và hệ thống vệ sinh, trình độ giáo dục và tiếp cận chăm sóc y tế. Không phải ngẫu nhiên mà 90% số người bị giảm thị lực trên thế giới sống ở các vùng thu nhập thấp. Nhưng cũng như mù có thể là kết quả của nghèo, giảm thị lực cũng làm tăng nguy cơ trở thành nghèo – đó là một vòng luẩn quẩn.

Mù và giảm thị lực mang lại những tổn thất tài chính đáng kể cho các cá nhân, gia đình của họ và cho toàn xã hội. Người nghèo thường không được chăm sóc y tế cơ bản và giáo dục. Giảm thị lực có thể gây giảm năng suất lao động và thu nhập thấp, và thường dẫn đến thất nghiệp. Nếu một người trong gia đình bị giảm thị lực, thường cần phải một thành viên khác trong gia đình chăm sóc – do đó cũng hạn chế cơ hội việc làm, và làm giảm tổng thu nhập có thể có của gia đình. Trách nhiệm chăm sóc một người có khuyết tật trong gia đình thường rơi vào trẻ em ở tuổi đi học, do đó hạn chế các cơ hội giáo dục của bản thân những trẻ này. Việc phục hồi thị lực của một người thường có thể giúp cho người đó (và người chăm sóc) có thể làm việc hoặc học tập trở lại.

Trẻ em bị giảm thị lực bị hạn chế tiếp cận giáo dục, nhất là ở các nước đang phát triển. Trình độ biết đọc viết và điều kiện tới trường ở phụ nữ bị giảm thị lực cũng thấp hơn so với nam giới.

Giảm thị lực cũng gắn với những phí tổn trực tiếp liên quan tới điều trị bệnh và trợ cụ đặc biệt cần thiết. Do phí tổn tăng và thu nhập giảm, các gia đình bị giảm thị lực thường có ít tiền tiết kiệm và tài sản hơn, và dễ bị đói và mất an toàn lương thực.

Các can thiệp nhằm vào mù có thể phòng tránh là hiệu quả và cần thiết. Thực tế, việc đạt được 7 trong 8 mục tiêu phát triển thiên niên kỉ của Liên hiệp quốc phụ thuộc vào sự thực hiện thành công THỊ GIÁC 2020: Quyền được nhìn thấy.

ĐỌC THÊM

- Dandona R and DandonaL, 2001. **Socioeconomic status and blindness.**British Journal of Ophthalmology 85:1484-1488.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/85/12/1484
- Holden B, 2007. **Blindness and poverty: a tragic combination.**Clinical and Experimental Optometry 90(6):401-403.Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1444-0938.2007.00217.x
- Naidoo K. **Poverty and blindness in Africa.**Clinical and Experimental Optometry 90(6):415-421**.**Source: http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1444-0938.2007.00217.x
- Brotherhood of St Laurence, 2004. **Seeing clearly: Access to affordable eyecare for low-income Victorians.**Changing Pressures 13:1-12. Source: http://www.bsl.org.au/pdfs/Changing_Pressures_13_1.pdf
- Vision2020. 2010. **Blindness, Poverty and Development.**The Impact of VISION 2020 on the U.N. Millennium Development Goals. Source: http://www.icoph.org/dynamic/attachments/resources/iapb-mdgs.pdf
- Ho V and Schwab I, 2001. **Social economic development in the prevention of global blindness.**British Journal of Ophthalmology 85(6):653-657.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/85/6/653

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Eye Research Australia and Clear Insight, 2004. **The economic impact and cost of vision loss in Australia.**Available at: http://www.cera.org.au/uploads/CERA_clearinsight_overview.pdfAccessed 21 August 2012
- Frick KD and Foster A, 2003. **The Magnitude and Cost of Global Blindness: An Increasing Problem that Can Be Alleviated.**American Journal of Ophthalmology 135:471-476
- Katzenellenbogen J, Joubert G and Kariem SA, 1997. **Epidemiology: A Manual for South Africa.**Oxford University Press, USA
- Taylor et al, 2006. **The economic impact and cost of visual impairment in Australia.**British Journal of Ophthalmology 90:272-275
- World Health Organisation, 2012. **Visual impairment and blindness.**WHO Fact Sheet No. 282.Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/Accessed 22 August 2012