

ĐẶT VẤN ĐỀ

Con người là nhân tố quan trọng của sự phát triển. Chính phủ mỗi nước rất quan tâm chăm lo sức khỏe cho người dân. Tuy nhiên, do nguồn lực tài chính là giới hạn nên mỗi nước đều tự tìm những con đường tài chính và y tế riêng cho hoạt động chăm sóc sức khỏe nói chung và BHYT nói riêng [33]. Việt Nam trong xu thế hội nhập không thể nằm ngoài quy luật phát triển chung của thế giới. Vì vậy, phát triển chính sách BHYT luôn được sự quan tâm của Đảng và Nhà nước. Nghị quyết Đại hội X của Đảng năm 2006 ghi rõ: “Xây dựng hệ thống an sinh xã hội đa dạng; phát triển mạnh hệ thống BHXH, BHYT, tiến tới BHYT toàn dân” [21].

Trên con đường xây dựng một nền y tế công bằng, phát triển và hiệu quả Việt Nam đang quan tâm nhiều hơn công tác khám chữa bệnh, ngoài việc xây dựng mạng lưới và đưa dịch vụ đến gần người dân, thì cần thiết phải có một nguồn lực về tài chính đủ mạnh để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân [27]. Bảo hiểm y tế ở nước ta được xác định là một cơ chế tài chính chủ yếu trong tương lai, thực hiện mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển của ngành y tế [18], [29]. Thực tiễn sau 18 năm thực hiện chính sách BHYT, Việt Nam đã thu được những kết quả quan trọng, nguồn tài chính BHYT ngày càng tăng và đóng góp một phần đáng kể cho sự nghiệp chăm sóc khỏe nhân dân. Đến nay đã có trên 50% dân số có BHYT, quỹ BHYT đã đảm bảo sự an toàn về tài chính trước những rủi ro bệnh tật cho hàng triệu người bệnh và gia đình họ [28].

Tuy nhiên, Việt Nam cũng như một số nước trên thế giới, phát triển BHYT đang phải đối mặt với sự leo thang của chi phí y tế ngày một gia tăng. Mỹ là nước chi tiêu y tế đứng đầu thế giới, những năm 90, chi phí y tế chiếm 11,9% GDP, đến năm 2009 chi phí y tế tăng lên, chiếm 16% GDP, với chi tiêu y tế bình quân là 7.290 Đô-la/người [93]. Chi tiêu y tế ở Mỹ gấp 2,5 lần mức chi bình quân của các nước trong OECD- Tổ chức phát triển và hợp tác kinh tế, gấp 11,8 lần Thổ Nhĩ Kỳ (nước có chi phí y tế thấp nhất trong Tổ chức phát triển và hợp tác kinh tế) [92]. Hàn Quốc, năm 1990 chi phí y tế mới chỉ chiếm 4,3% GDP nhưng đến năm 2007 chi phí y tế nước này tăng lên, chiếm 6,8% GDP [91]. Ở Việt Nam, chi phí y tế có

xu hướng tăng dần từ 4,9% năm 1999, lên 5,9% GDP năm 2005, trong đó chi tại khu vực công chiếm 1,42%, khu vực tư nhân chiếm 4,49% [18].

Thực tiễn phát triển BHYT ở Việt Nam cho thấy, năm 1997 đã xảy ra tình trạng mất cân đối thu chi quỹ BHYT ở 19 tỉnh thành phố và những năm gần đây, nhất là từ khi thực hiện Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ quy định về Điều lệ BHYT mới thì tình trạng mất cân đối thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT lại có chiều hướng gia tăng, theo số liệu thống kê của BHXH Việt Nam quỹ BHYT năm 2006 bội chi 1.666 tỷ đồng, năm 2007 bội chi gần 2.100 tỷ đồng (trong số bội chi quỹ năm 2007, quỹ KCB BHYT tự nguyện chiếm 1.300 tỷ đồng) [7]. Vậy yếu tố nào làm gia tăng chi phí y tế, trong đó có chi quỹ BHYT? Thực tế cho thấy có nhiều yếu tố tác động như nhu cầu khám chữa bệnh (tuổi thọ, cơ cấu bệnh tật, mức sống,...); khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, khả năng cung ứng dịch vụ; gói quyền lợi y tế người dân được thụ hưởng và điểm mấu chốt cơ bản đó là phương thức thanh toán BHYT còn chưa phù hợp làm ảnh hưởng đến quyền lợi cho người tham gia BHYT cũng như ảnh hưởng đến khả năng cân đối quỹ BHYT. Trong những năm gần đây, tình trạng nợ đọng, trốn đóng quỹ BHYT ở đối tượng lao động chính quy trong các doanh nghiệp lại có xu hướng gia tăng- đây là nguồn thu cơ bản của quỹ BHYT, đã làm cho quỹ BHYT lại tăng chậm hơn so với chi phí y tế.

Từ trước đến nay đã có một số nghiên cứu về tài chính quỹ BHYT và áp dụng thí điểm phương thức thanh toán BHYT. Tuy nhiên các nghiên cứu chưa phân tích cụ thể các yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến hoạt động thu chi quỹ BHYT, đặc biệt là chưa đánh giá đầy đủ ảnh hưởng về chi quỹ BHYT của từng đối tượng tham gia. Giai đoạn trước Nghị định 63/2005/NĐ-CP, phương thức thanh toán theo định suất, chẩn đoán chưa được quy định cụ thể trong những văn bản pháp quy, các nghiên cứu thường thực hiện trong thời gian ngắn (6 tháng), nên chưa phản ánh đầy đủ, toàn diện mức độ ảnh hưởng của phương thức thanh toán đối với quỹ BHYT và quyền lợi của người bệnh. Mặt khác, chính sách BHYT luôn có sự điều chỉnh, thay đổi qua mỗi giai đoạn phát triển (từ khi ra đời đến nay đã có 4 lần thay đổi Nghị định về BHYT). Do đó, để phát triển chính sách BHYT một cách bền vững theo

đúng quy luật vốn có của nó, cần thiết phải tiếp tục nghiên cứu một cách có hệ thống, xuyên chuỗi các hoạt động cốt lõi của chính sách như phân tích những yếu tố ảnh hưởng đến thu chi quỹ BHYT kết hợp với áp dụng phương thức thanh toán BHYT cho từng giai đoạn phát triển của chính sách là những vấn đề luôn được quan tâm trong tình hình hiện nay (tình trạng thâm hụt quỹ BHYT đang có xu hướng gia tăng). Bên cạnh đó, khi thực hiện Luật Bảo hiểm y tế, đối tượng tham gia BHYT mở rộng, nguồn lực tài chính BHYT ngày càng lớn, cần thiết phải có những nghiên cứu sâu hơn về những mặt hoạt động của chính sách BHYT mà những ảnh hưởng của các hoạt động này cuối cùng lại tác động trực tiếp đến quyền lợi sức khỏe của chính người tham gia BHYT.

Việc tiếp tục nghiên cứu về hoạt động BHYT, đặc biệt nghiên cứu những yếu tố cơ bản, chủ yếu ảnh hưởng trực tiếp đến thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT trong tình hình hiện nay là cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài ***“Nghiên cứu một số yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến thu chi quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, giai đoạn 2002-2006”*** nhằm thực hiện các mục tiêu sau đây:

1. Xác định một số yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến thu chi quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ở Việt Nam, giai đoạn từ năm 2002-2006;
2. Phân tích chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế thanh toán theo phương thức khoán định suất tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung, tỉnh Thanh Hóa.

Trên cơ sở kết quả nghiên cứu của đề tài, luận án đề xuất một số kiến nghị với các cơ quan quản lý, cơ quan thực hiện chính sách BHYT góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT để mở rộng và phát triển đối tượng tham gia BHYT ở Việt Nam.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

1.1. Khái niệm về Bảo hiểm, Bảo hiểm y tế và một số vấn đề liên quan

1.1.1. Khái niệm về Bảo hiểm

Bảo hiểm là hoạt động thể hiện người bảo hiểm cam kết bồi thường cho người tham gia bảo hiểm với điều kiện người tham gia nộp một khoản phí cho chính anh ta hoặc người thứ ba; điều này có nghĩa là người tham gia bảo hiểm chuyển giao một phần hoặc toàn bộ rủi ro cho người bảo hiểm bằng cách nộp khoản phí để hình thành quỹ dự trữ (quỹ Bảo hiểm). Khi người tham gia gặp rủi ro dẫn đến tổn thất, người bảo hiểm lấy quỹ dự trữ (bảo hiểm) trợ cấp hoặc bồi thường thiệt hại thuộc phạm vi bảo hiểm cho người tham gia bảo hiểm. Phạm vi bảo hiểm là những rủi ro mà người tham gia đăng ký với người bảo hiểm [47].

1.1.2. Nguyên tắc cơ bản của Bảo hiểm

- Góp phần ổn định kinh tế cho người tham gia từ đó khôi phục và phát triển sản xuất đời sống, đồng thời tạo nguồn vốn cho phát triển kinh tế và xã hội của đất nước [47];

- Phân phối lại tổng sản phẩm trong nước giữa những người tham gia nhằm đáp ứng nhu cầu tài chính phát sinh khi tai nạn, rủi ro bất ngờ xảy ra gây tổn thất đối với người tham gia bảo hiểm [47];

- Phân phối trong bảo hiểm là không đều, không bằng nhau, nghĩa là không phải ai tham gia cũng được phân phối và phân phối với số tiền như nhau. Phân phối trong bảo hiểm là phân phối cho số ít người tham gia bảo hiểm không may gặp rủi ro bất ngờ gây thiệt hại đến sản xuất và đời sống trên cơ sở mức thiệt hại thực tế và điều kiện bảo hiểm [47];

- Hoạt động bảo hiểm dựa trên nguyên tắc “Số đông bù số ít”. Nguyên tắc được quán triệt trong quá trình lập quỹ dự trữ bảo hiểm cũng như quá trình phân phối bồi thường, qua trình phân tán rủi ro [47];

Hoạt động bảo hiểm còn liên kết gắn bó các thành viên trong xã hội cùng vì lợi ích chung của cộng đồng, vì sự ổn định, sự phồn vinh của đất nước [47].

1.1.3. Khái niệm về BHYT

1.1.3.1. Bảo hiểm y tế xã hội:

Ở các nước phát triển, BHYT xã hội thường là một tổ chức nhà nước giúp đỡ người dân chi trả các chi phí y tế từ nguồn kinh phí được trích từ thuế hoặc mức đóng góp từ người lao động [25], [76].

BHYT xã hội là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, do chủ lao động và người lao động đóng góp. Được nhà nước bao cấp một phần, mức đóng góp không liên quan đến mức ốm đau, nhằm trợ giúp các thành viên tham gia khi họ không may gặp rủi ro, đau ốm cần phải khám và điều trị. BHYT xã hội đề cao tính cộng đồng xã hội, không mang tính chất kinh doanh vì lợi nhuận [25], [41].

Khái niệm BHYT xã hội do Nhà nước tổ chức thực hiện phân biệt với BHYT tư nhân vì mục đích lợi nhuận do các doanh nghiệp bảo hiểm thương mại tiến hành.

Bảng 1.1: Sự khác nhau giữa BHYT xã hội và BHYT thương mại [52], [78]

Tiêu chí	BHYT xã hội	BHYT thương mại
<i>Mức phí</i>	Theo khả năng đóng góp của cá nhân (theo thu nhập)	Theo nguy cơ rủi ro ốm đau của đối tượng tham gia bảo hiểm
<i>Mức hưởng</i>	Theo nhu cầu chi phí KCB thực tế. Không phụ thuộc mức đóng	Theo số tiền mà cá nhân đã đóng góp khi tham gia bảo hiểm (đóng nhiều hưởng nhiều, đóng ít hưởng ít)
<i>Vai trò của nhà nước</i>	Có sự bảo trợ của nhà nước	Thường không có sự hỗ trợ tài chính từ phía nhà nước
<i>Hình thức tham gia</i>	Bắt buộc	Tự nguyện
<i>Mục tiêu hoạt động</i>	Vì chính sách xã hội. Không kinh doanh vì lợi nhuận	Hầu hết là kinh doanh. Hoạt động vì mục tiêu lợi nhuận

Ở nước ta, BHYT là loại hình bảo hiểm do Nhà nước tổ chức quản lý nhằm huy động sự đóng góp của cá nhân, tập thể và cộng đồng xã hội để chăm lo sức

khỏe khám chữa bệnh cho nhân dân, không vì mục đích lợi nhuận [41]. Như vậy, đối chiếu với bảng 1.1, BHYT ở nước ta là hình thức BHYT xã hội.

1.1.3.2. Bảo hiểm y tế tư nhân

Bảo hiểm y tế tư nhân là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe một cách tự nguyện, nằm ngoài hệ thống quản lý an sinh xã hội với phí bảo hiểm được quy định bởi cộng đồng hoặc mức độ rủi ro bệnh tật, được điều hành bởi tổ chức, cá nhân, quỹ, công ty, hoạt động chủ yếu vì lợi nhuận [46], [77].

1.1.3.3. Quỹ BHYT

Quỹ bảo hiểm y tế là quỹ tài chính được hình thành từ nguồn đóng BHYT và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí KCB cho người tham gia BHYT, chi phí quản lý bộ máy của tổ chức BHYT và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến BHYT [41], [46].

- Nguồn hình thành quỹ BHYT do người lao động và chủ sử dụng lao động, cá nhân, ngân sách nhà nước và các nguồn thu khác đóng góp. Ở Việt Nam quỹ BHYT được hình thành chủ yếu từ các nguồn sau [41]:

+ Người lao động và chủ sử dụng lao động đóng lao động làm việc theo hợp đồng lao động, cán bộ, công chức, viên chức...(người lao động đóng 1/3, chủ sử dụng lao động đóng 2/3 theo mức phí từ 4,5-6% mức lương tối thiểu);

+ Quỹ BHXH đóng cho đối tượng hưu trí, mất sức lao động...;

+ Ngân sách nhà nước đảm bảo đóng phí BHYT cho một số đối tượng chính sách, ưu đãi xã hội. Ở Việt Nam, ngân sách nhà nước đảm bảo cho các đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi, người có công, cựu chiến binh, bảo trợ xã hội, người nghèo, người cao tuổi trên 85 tuổi;

+ Cá nhân tự đóng và NSNN hỗ trợ mức đóng cho đối tượng cận nghèo, HSSV, nông dân;

+ Cá nhân tự đóng bao gồm các đối tượng: thân nhân người lao động, xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể và các đối tượng khác.

- Sử dụng quỹ BHYT: Tuỳ theo mỗi quốc gia và tổ chức quỹ BHYT, thông thường quỹ BHYT dành 1 tỷ lệ nhất định để chi phí cho hoạt động bộ máy tổ chức điều hành quỹ, còn lại phần lớn quỹ BHYT chủ yếu để chi trả chi phí KCB của người tham gia BHYT. Ở Việt Nam, quỹ BHYT dành 90% quỹ để lập quỹ KCB BHYT, còn lại 10% để lập quỹ dự phòng KCB BHYT và chi phí quản lý BHYT [41].

- Quỹ KCB BHYT dùng để chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí trong quá trình khám và điều trị của bệnh nhân bảo hiểm y tế. Ở Việt Nam, quỹ KCB dùng để chi trả các chi phí [41]:

- + Khám, chữa bệnh (nội, ngoại trú), phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con;

- + Khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh;

- + Vận chuyển người bệnh;

- + Thuốc, hoá chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế theo danh mục của Bộ Y tế sử dụng trong KCB được thanh toán theo quy định (Ví dụ: thuốc, hoá chất điều trị ung thư thanh toán 50% chi phí).

1.1.3.4. Nguyên tắc của BHYT xã hội

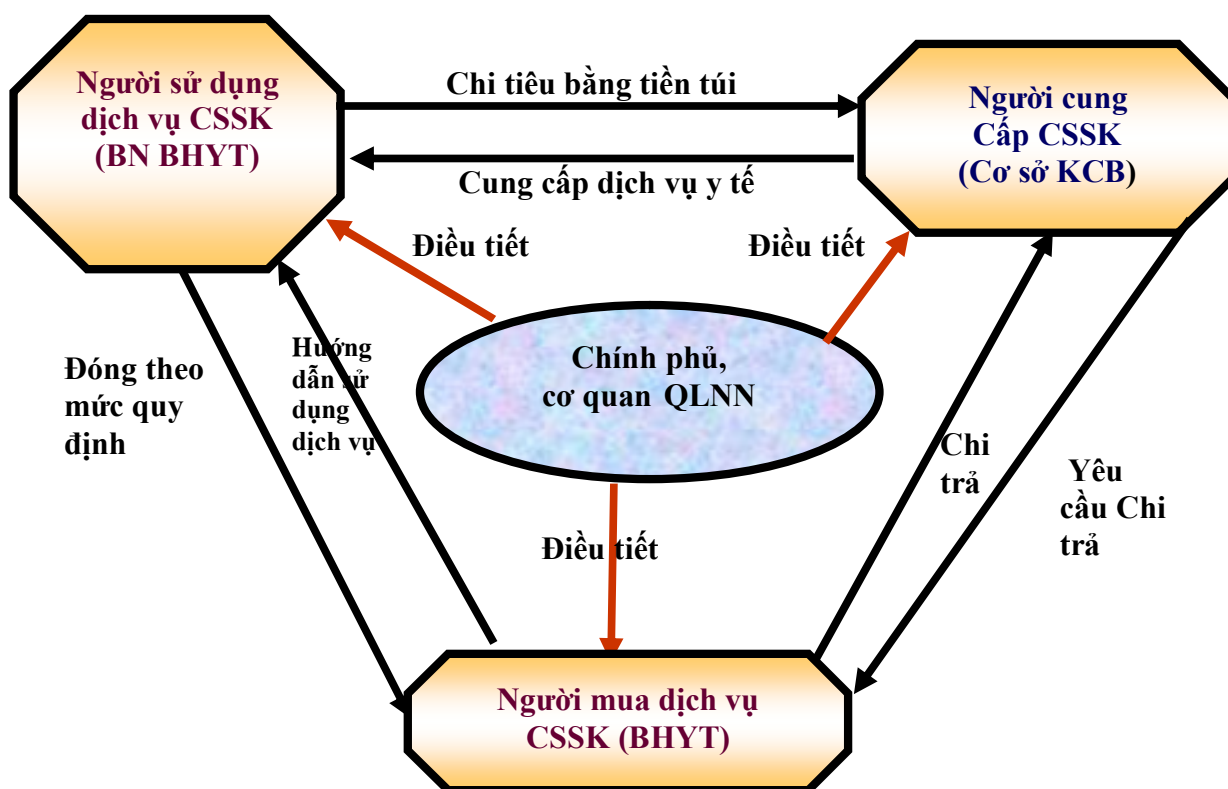
- Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế. Mức đóng BHYT được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính (gọi chung là mức lương tối thiểu) [41], [76];

- Mức hưởng BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế. Chi phí KCB BHYT do quỹ BHYT và người tham gia BHYT cùng chi trả. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ [41], [76].

1.1.3.5. Mối quan hệ 3 bên trong hoạt động BHYT

Mối quan hệ này được biểu diễn tại hình 1.1. Theo đó, thị trường BHYT, người tham gia BHYT khi sử dụng dịch vụ y tế không trực tiếp thanh toán chi phí

cho người cung cấp dịch vụ (hoặc chỉ thanh toán một phần nhỏ trong hợp đồng chi trả) mà quỹ BHYT đóng vai trò người mua và thanh toán cho người cung cấp dịch vụ y tế theo hợp đồng được hai bên thoả thuận. Ba chủ thể này có chức năng khác nhau nhưng có mối quan hệ chặt chẽ và khăng khít trong chu trình BHYT nhằm đảm bảo hài hoà lợi ích giữa các bên. Người tham gia BHYT có trách nhiệm đóng phí hay mua thẻ bảo hiểm theo mức phí quy định của cơ quan bảo hiểm và được hưởng các quyền lợi KCB theo quy định của cơ quan quản lý quỹ BHYT. Cơ quan Bảo hiểm thực hiện thu phí bảo hiểm, xây dựng, xác định phạm vi, quyền lợi của người tham gia bảo hiểm và đảm bảo việc tổ chức cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm [47], [77].



Hình 1.1. Mối quan hệ ba bên trong thị trường BHYT

Đơn vị cung cấp dịch vụ y tế là các cơ sở KCB, bao gồm phòng mạch của thầy thuốc, phòng khám chuyên khoa hay đa khoa, bệnh viện theo các tuyến khác nhau. Cơ sở KCB thực hiện việc cung cấp các dịch vụ KCB theo hợp đồng với cơ quan bảo hiểm cho người bệnh có thẻ BHYT. Cơ quan Bảo hiểm có trách nhiệm chi trả cho các cơ sở này một phần hoặc toàn bộ chi phí KCB của các bệnh nhân

BHYT. Việc lựa chọn một phương thức chi trả hợp lý giữa cơ quan Bảo hiểm và cơ sở KCB là một vấn đề hết sức quan trọng vì nó quyết định rất lớn tới quyền lợi thực tế của đối tượng tham gia Bảo hiểm y tế khi đi khám chữa bệnh, ảnh hưởng đến tính hấp dẫn của BHYT đối với cộng đồng [77].

1.1.4. Quỹ dự phòng BHYT xã hội:

Về nguyên tắc tài chính, quỹ BHYT được xếp vào quỹ ngắn hạn, vì vậy quỹ dự phòng luôn được quan tâm trong xây dựng chính sách BHYT, quỹ dự phòng là phần quỹ được trích từ quỹ BHYT có thể đầu tư nhằm đảm bảo tính an toàn, thông thường quỹ dự phòng được trích giảm dần khi số người tham gia BHYT ngày càng tăng [76].

Ở Việt Nam quỹ được trích từ quỹ BHYT theo tỷ lệ quy định, dùng để chi trả chi phí KCB khi quỹ BHYT không có khả năng thanh toán, quỹ dự phòng BHYT được nhà nước bảo trợ [41].

Theo Luật BHYT, quỹ dự phòng được trích từ quỹ BHYT, quỹ dự phòng tối thiểu bằng tổng chi KCB BHYT của hai quý trước liền kề và tối đa không quá tổng chi KCB BHYT của hai năm trước liền kề. Trường hợp quỹ dự phòng thấp hơn mức tối thiểu sẽ được chính phủ xem xét hỗ trợ từ các nguồn tài chính khác. Theo Nghị định 62/2009/NĐ-CP, hàng năm, quỹ dự phòng được trích với tỷ lệ là 10% trên tổng số thu BHYT, và được bổ sung từ quỹ KCB BHYT nếu quỹ này còn dư (*Xem số thứ tự số 21, bảng 2.1, Phụ lục 2*).

1.1.5. Khái niệm về viện phí, chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

1.1.5.1. Chi phí và chi phí y tế: Chi phí để tạo ra một sản phẩm, dịch vụ là cơ hội thay thế tốt nhất bị mất đi do sử dụng các nguồn lực để tạo ra các sản phẩm, dịch vụ đầu ra. Trong lĩnh vực y tế, chi phí là giá trị của nguồn lực được sử dụng để tạo ra một dịch vụ y tế [13].

Có nhiều quan điểm khác nhau về chi phí, đối với người cung cấp dịch vụ, chi phí là tất cả các khoản người sử dụng cần phải chi trả trên cơ sở đã tính đúng, tính đủ của việc chuyển giao dịch vụ. Đối với người bệnh, chi phí là tổng số tiền mà người bệnh phải có, để trả trực tiếp cho các dịch vụ (chi phí trực tiếp), cộng

thêm các chi phí khác cần phải bỏ ra trong thời gian dưỡng bệnh và mất mát do nghỉ ốm gây nên (chi phí gián tiếp và chi phí cơ hội) [13].

1.1.5.2. Viện phí

Viện phí là khái niệm riêng của Việt Nam và một số nước trong quá trình chuyển đổi nền kinh tế. Viện phí là hình thức chi trả trực tiếp các chi phí KCB tại thời điểm người bệnh sử dụng dịch vụ y tế hay nói cách khác là khoản phí mà người bệnh phải trả từ tiền túi của mình khi sử dụng dịch vụ y tế [13].

Chi phí mà các cơ sở KCB thu của người sử dụng dịch vụ y tế hay thanh toán với BHYT hiện nay ở Việt Nam chỉ là một phần viện phí được qui định theo Nghị định 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ. Một phần viện phí là một phần trong tổng chi phí cho việc khám chữa bệnh. Một phần viện phí chỉ tính tiền thuốc, dịch truyền, máu, hoá chất, xét nghiệm, phim X quang, vật tư tiêu hao thiết yếu và dịch vụ KCB; không tính khấu hao tài sản cố định, chi phí sửa chữa thường xuyên, chi phí hành chính, đào tạo, nghiên cứu khoa học, đầu tư xây dựng cơ sở vật chất và trang thiết bị lớn. Đối với người bệnh ngoại trú, biểu giá thu một phần viện phí được tính theo lần khám bệnh và các dịch vụ kỹ thuật mà người bệnh trực tiếp sử dụng. Đối với người bệnh nội trú, biểu giá thu một phần viện phí được tính theo ngày giường điều trị nội trú của từng chuyên khoa theo phân hạng bệnh viện và các khoản chi phí thực tế sử dụng trực tiếp cho người bệnh bao gồm: tiền thuốc, máu, dịch truyền, xét nghiệm, phim X quang và thuốc cản quang (*quy định tại Thông tư liên bộ số 14/TTLB - số thứ tự 24, bảng 2.1, phụ lục 2*).

1.1.5.3. Chi phí khám chữa bệnh BHYT

Chi phí khám chữa bệnh BHYT ở Việt Nam là chi phí của người bệnh BHYT được xác định theo giá một phần viện phí tại các cơ sở y tế, chưa tính đến chi phí gián tiếp từ phía người bệnh, chi phí cơ hội và một số yếu tố khác liên quan [13].

1.1.6. Lựa chọn ngược trong BHYT: Là hình thức người tham gia BHYT trước đó đã có tiền sử bệnh hoặc có nguy cơ dễ mắc bệnh tham gia lựa chọn BHYT làm cho chi phí y tế tăng nhanh so với chi phí y tế của những người khoẻ mạnh [13], [46].

1.1.7. Chi phí y tế thảm họa: Là khoản chi phí trực tiếp của hộ gia đình (thường tính trong 1 năm) vượt quá khả năng chi trả của hộ gia đình đó ở một mức quy ước nào đó (ví dụ chi cho y tế chiếm $\geq 40\%$ chi tiêu ngoài lương thực- thực phẩm của hộ gia đình). Khả năng chi trả của hộ gia đình là phần thu nhập còn lại của hộ gia đình sau khi đã chi cho lương thực thực phẩm [18], [46].

1.1.8. Các khái niệm về thanh toán Bảo hiểm và BHYT

- Thanh toán Bảo hiểm là hình thức thanh toán quyền lợi bao gồm các chi phí bảo hiểm đã được thoả thuận giữa bên mua (tổ chức bảo hiểm) và bên bán (người mua bảo hiểm) thông qua hợp đồng bảo hiểm [47].

Một số khái niệm về thanh toán BHYT được quy định trong các văn bản pháp luật ở Việt Nam bao gồm:

- Thanh toán BHYT xã hội là hình thức thanh toán chi phí KCB trực tiếp hay gián tiếp của tổ chức quản lý quỹ BHYT cho người có thẻ BHYT thông qua các thủ tục pháp lý do nhà nước quy định [41].

- Thanh toán trực tiếp: là cơ quan BHYT thanh toán trực tiếp chi phí KCB cho người tham gia BHYT [41].

- Thanh toán gián tiếp: là cơ quan BHYT chi trả chi phí KCB cho người tham gia BHYT thông qua cơ sở KCB [41].

- Thanh toán ngoại trú: là phần chi phí điều trị ngoại trú bao gồm, công khám, kỹ thuật chẩn đoán xét nghiệm, thuốc theo đơn được cơ quan quản lý quỹ BHYT thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thông qua cơ sở y tế, hiệu thuốc, trung tâm chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm [41].

- Thanh toán nội trú: là phần chi phí điều trị nội trú bao gồm: chi phí ngày giường, kỹ thuật chẩn đoán xét nghiệm, thuốc, thủ thuật phẫu thuật, vật tư y tế tiêu hao, điện nước...được cơ quan quản lý quỹ BHYT thanh toán trực tiếp cho người bệnh hoặc thông qua cơ sở y tế [41].

- Hợp đồng khám chữa bệnh: là hợp đồng quy định trách nhiệm về KCB, thanh toán KCB giữa cơ quan quản lý quỹ BHYT với cơ sở KCB (*Quy định tại Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT- Số thứ tự 32, bảng 2.1, phụ lục 2*).

1.2. Vài nét về thực hiện chính sách tài chính y tế và BHYT ở một số nước trên thế giới

Chăm sóc sức khỏe cho người dân ở các quốc gia là khác nhau, một số nước việc chăm sóc chủ yếu dựa hoàn toàn vào ngân sách nhà nước, phần lớn được trích từ thuế do người dân đóng góp. Điển hình cho là hai nước Anh và Canada, ở Anh chi tiêu y tế khu vực công chiếm đến 87,3% (năm 2005), ở Pháp chiếm 79,7%, Luxembuor 90,9%, ngược lại ở Mỹ chi tiêu y tế tại khu vực tư nhân chiếm đến 54,2% [91]. Với một nước phát triển như Mỹ, tỷ lệ chi cho y tế cao nhất thế giới năm 2006 chiếm 15,3% GDP, năm 2007 tăng lên 16% GDP lại đưa ra quan điểm: sức khỏe là chuyện riêng của mỗi người [92], [105]. Nhà nước chỉ lo các vấn đề có liên quan đến y tế cộng đồng- sức khỏe cộng đồng cho nên BHYT tư nhân ở Mỹ rất phát triển [105].

Bảng 1.2: Chi phí y tế cao nhất của 10 nước trong khối OECD [91]

Đơn vị tính: USD

STT	Tên nước	Năm 2005			Năm 2006		Năm 2007	
		GDP (USD) (tính theo PPPs)	Chi phí y tế bình quân (USD)	Tỷ lệ % chi phí y tế so với GDP	Chi phí y tế bình quân (USD)	Tỷ lệ % chi phí y tế so với GDP	Chi phí y tế bình quân (USD)	Tỷ lệ % chi phí y tế so với GDP
1	Hoa Kỳ	41827	6278	15,3	6714	15,3	7290	16
2	Thụy Sĩ	32111	2787	11,6	4311	11,3	4417	10,8
3	Pháp	30350	3273	11,1	3449	11,1	3601	11,0
4	Đức	30776	3162	10,7	3371	10,6	3555	10,4
5	Bỉ	33021	3224	10,3	3488	10,4	3462	10,2
6	Áo	34394	3367	10,2	3505	10,1	3753	10,1
7	Bồ Đào Nha	20030	1953	10,2	2120	10,2	2150	9,9
8	Hy Lạp	29578	2902	10,1	2483	9,1	2727	9,6
9	Canada	34057	3183	9,8	3578	10,0	3595	10,1
10	Úc	32825	2999	8,8	3141	8,7	3137	8,7
OECD			2759	9,0	2824	8,9	2954	8,9

(Nguồn: OECD health data 2007, Sep-2007; OECD health data 2008, October-2008; OECD health care 2009)

Trong vòng 3 năm 2005-2007 chi phí y tế 2 nước Đức và Pháp ít thay đổi luôn dao động mức 10,4% GDP (đối với Đức) và 11 % GDP (đối với Pháp) [91]. Đức, Pháp và một số nước khác lại theo mô hình truyền thống của Bismarck- một mô hình BHYT xã hội dựa vào sự đóng góp của người lao động và chủ sử dụng lao động. Tuy nhiên, thực hiện mô hình này cũng có những hạn chế, đó là sự bất bình đẳng về mức đóng giữa người thu nhập cao và thấp; Sin-ga-po đang áp dụng mô hình tài khoản y tế cá nhân, kết hợp với nhiều chương trình BHYT bổ sung [33]. Bảng 1.2 cho thấy chi phí y tế cao nhất của 10 nước trong Tổ chức phát triển và hợp tác kinh tế. Một số nước đang phát triển, nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe là rất hạn chế, đối với các quốc gia thực hiện chính sách BHYT, nhà nước mới chỉ tập trung thực hiện BHYT đối với khu vực lao động chính thức, khu vực không chính thức (lao động có thu nhập không thường xuyên, ổn định, phụ thuộc vào việc làm thời vụ...) vẫn còn bị bỏ ngỏ [33].

1.2.1. Tài chính y tế dựa trên thuế - Mô hình Beveridge

Chính phủ cung cấp toàn bộ dịch vụ y tế cho người dân thông qua tổ chức y tế quốc gia (National Health Services). Đa số các bệnh viện do Chính phủ quản lý, chỉ có một phần nhỏ bệnh viện và phòng khám tư nhân. Các nước theo mô hình này: Anh, Canada, Ý, Tây Ban Nha, Na Uy, Đan Mạch, Thụy Điển, Hồng Kông [6]. Mô hình này cung cấp BHYT một cách tổng quát cho mọi người, dưới đây xin trình bày 2 quốc gia là Anh và Canada đại diện cho mô hình.

1.2.1.1. Tài chính y tế ở Anh

Chăm sóc sức khỏe cho toàn bộ công dân ở Liên hiệp vương quốc Anh (Scotland, Northern Ireland, Wales, và England- sau đây gọi tắt là nước Anh) được thực hiện chủ yếu thông qua cơ quan Bảo hiểm y tế quốc gia, trực thuộc Bộ Y tế. Phần lớn việc chăm sóc y tế do ngân sách chi trả thông qua việc đóng thuế của người dân. Các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế ở Anh chủ yếu là của Nhà nước. Có khoảng 86% tổng chi y tế quốc gia do ngân sách nhà nước đảm bảo thông qua cơ

quan Bảo hiểm y tế quốc gia, chi phí này chủ yếu chiếm 76% từ nguồn thu thuế, BHYT chỉ là 19% và chi trả tiền túi là 11,9% [55].

Người dân Anh được phân chia theo các quỹ uỷ thác chăm sóc sức khoẻ ban đầu (tương đương cơ quan chăm sóc sức khoẻ tuyến huyện ở Việt Nam). Các cơ sở này nhận được 75% trong tổng kinh phí hoạt động thường xuyên nhờ nguồn ngân sách nhà nước, mức cấp theo đầu người [67]. Cơ quan này chịu trách nhiệm điều phối hoạt động KCB cho toàn bộ người dân trong địa hạt quản lý. Các chương trình đầu tư xây dựng và trang thiết bị tách riêng, do Bộ Y tế thực hiện. Mức cấp kinh phí được điều chỉnh hàng năm. Các yếu tố về cơ cấu dân số và mô hình bệnh tật địa phương cũng được tính đến khi phê duyệt kinh phí. Người dân được hưởng đầy đủ tất cả các quyền lợi: điều trị nội, ngoại trú; răng; kính mắt, phục hồi chức năng, thuốc. Người dân được tự do lựa chọn thầy thuốc khám chữa bệnh ban đầu cho mình (Bác sỹ gia đình). Bệnh nhân phải thực hiện cùng chi trả đối với thuốc điều trị ngoại trú. Ví dụ 1 đơn thuốc 13,79 Đô-la, phải trả 6,85 Đô- la [55].

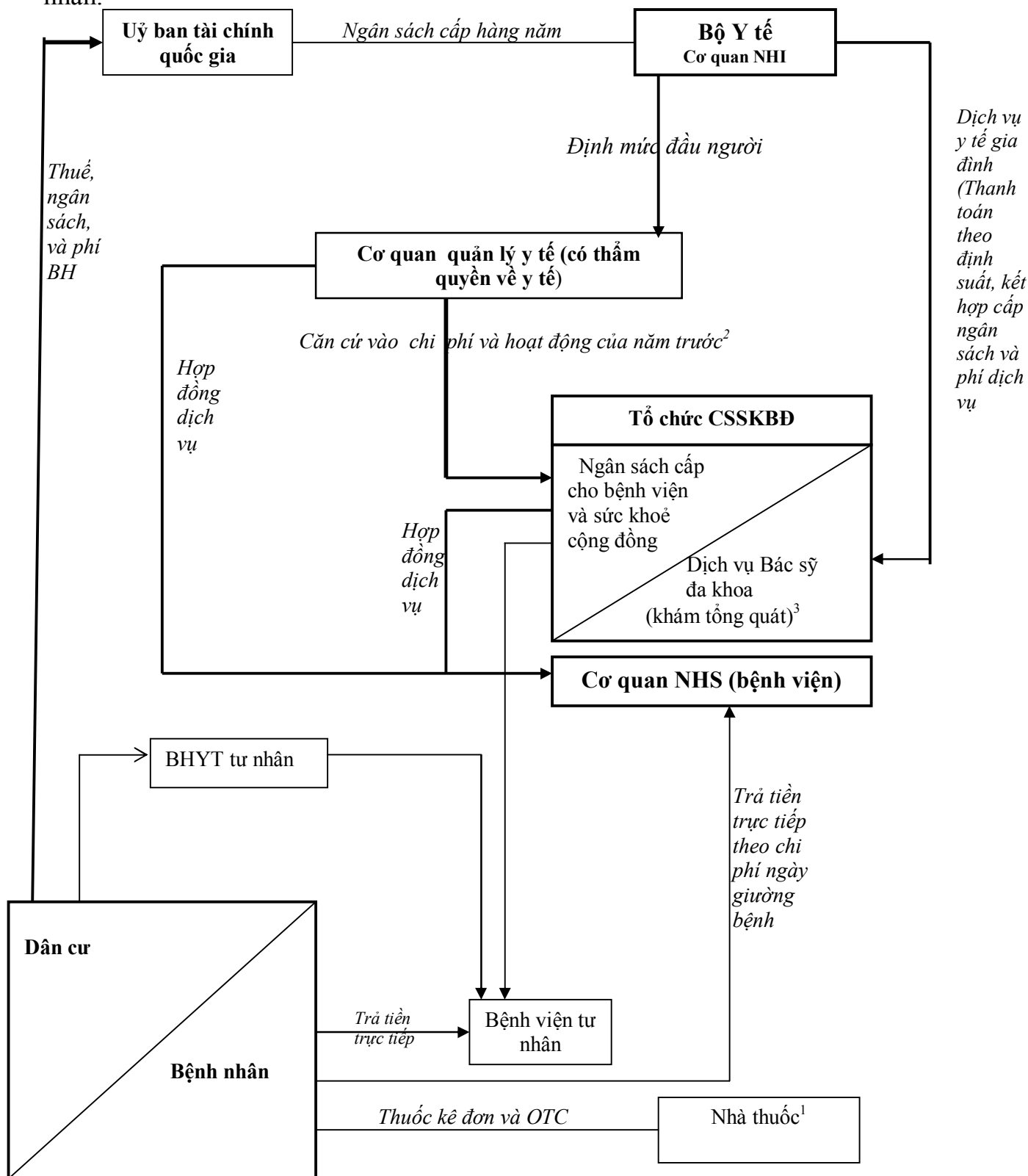
Một đặc điểm của y tế ở Anh là không có hoá đơn trả tiền đối với các dịch vụ y tế. Bởi vì, Chính phủ đã dùng mức thuế cao thay cho lệ phí BHYT. Thuế bán lẻ (sale taxes) ở Anh là từ 15-17,5%, thuế lợi tức và an sinh xã hội cũng cao hơn ở Mỹ rất nhiều [69]. Chẳng hạn một gia đình thu nhập 150.000 USD phải trả thuế lợi tức đến 50% [71].

Tuy nhiên việc tốn nhiều thời gian chờ đợi để gặp bác sỹ chuyên khoa, để được chẩn đoán hoặc điều trị thường khá phức tạp và là hạn chế của nền y tế Anh. Vấn đề giới hạn (rationing) đối với một số dịch vụ y tế cũng là một nhược điểm lớn khác của nền y tế Anh [92].

Ở Anh, mọi người được yêu cầu phải đăng ký với một bác sỹ đa khoa, bác sỹ này có thẩm quyền giới thiệu đến các chuyên khoa hay những điều trị các bệnh phức tạp khác như ung thư, tim mạch; bệnh nhân không được phép tự mình gặp thẳng các bác sỹ chuyên môn mà không có sự đồng ý của bác sỹ đa khoa [66], [96].

Sự giới hạn đó thuộc cơ quan NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)- một tổ chức chịu sự quản lý của NHS, có thẩm quyền không

chế khá rộng đối với các xét nghiệm, chẩn đoán, các dịch vụ y tế dành cho bệnh nhân.



Hình 1.2. Luồng tài chính BHYT trong mô hình Beveridge tại Anh [67]

¹ Nhà thuốc được trả lại chi phí sau khi đơn thuốc đã được giám định về giá, phần chi phí này là một phần nội dung để chi trả đối với bác sỹ chuyên khoa.

² Căn cứ để cấp kinh phí này không bao gồm chi phí KCB ban đầu mà chỉ là chi phí KCB của năm ngoài và được tính toán theo công thức nhất định

³ Hầu hết cơ sở y tế của BHYT quốc gia có thêm một số trang thiết bị cao cấp bệnh nhân sẽ chịu một phần chi phí khi nằm viện.

Sự giới hạn này cũng có ở Mỹ, nhưng khác ở chỗ là ở Mỹ các hãng bảo hiểm tư nhân kiểm soát sự giới hạn này thường do động cơ lợi nhuận, còn ở Anh, cơ quan NICE lại dựa trên hiệu quả thiết thực của dịch vụ y tế cho từng trường hợp bệnh nhân trong tương quan với lợi ích xã hội [67], [96].

Để bù lại, nền y tế Anh đặt trọng tâm vào việc phòng bệnh (preventive care), tỉ lệ bác sĩ gia đình chiếm đến 60%, cao hơn ở Mỹ [67], [92].

1.2.1.2. Bảo hiểm y tế ở Canada

BHYT được thực hiện đầu tiên vào năm 1944, do thống đốc Tommy Douglas của tỉnh Saskatchewan thành lập một hệ thống BHYT do chính quyền điều hành 1 triệu dân trong tỉnh. Hệ thống này thành công rực rỡ đến độ từ năm 1961 trở đi chính phủ Canada đã thành lập hệ thống National Health Insurance, BHYT bao phủ toàn quốc mô phỏng theo mô hình của Douglas. Trong đó, dịch vụ y tế được cung cấp bởi tư nhân và người trả tiền là chính phủ [82].

Chăm sóc y tế ở Canada có thể tóm tắt bởi hai đặc điểm chính như sau: tài trợ y tế công và dịch vụ y tế tư nhân. Tài trợ y tế công bao gồm tài trợ từ Chính phủ Liên bang và Chính phủ các bang. Phần đóng góp của Chính phủ Liên bang là 40% trong gói chăm sóc y tế quốc gia [92]. Nguồn quỹ này hình thành từ việc thu thuế cá nhân và doanh nghiệp. Vấn đề quản lý và thực hiện chăm sóc y tế theo Luật sức khỏe Canada [61].

Cả 10 tỉnh và 3 lãnh thổ của Canada có các chương trình BHYT riêng với ít nhiều khác biệt; chẳng hạn có tỉnh trả 100% chi phí khám bác sĩ, có tỉnh thì bệnh nhân phải cùng chi trả với tỷ lệ thấp. Nhưng nhìn chung chính quyền Liên bang là người cung cấp ngân sách và quy định luật lệ bảo hiểm cho các địa phương, đứng ra thương lượng về giá cả cho việc chữa trị, thiết bị y tế và thuốc men [82]. Chi tiêu

tiền thuốc ở Mỹ hàng năm là 728 USD/người, trong khi ở Canada là 509 USD/người, giá thuốc thấp hơn ở Mỹ từ 35 đến 45% [86], [92].

Đạo luật BHYT (Canada Health Act 1984) quy định theo nguyên tắc:

- Chương trình bảo hiểm của mỗi tỉnh phải do một cơ quan công cộng điều hành, không có mục đích kiếm lời (non-profit public body). Các chương trình bảo hiểm phải trả cho mọi dịch vụ y tế cần thiết (medically necessary services) được liệt kê trong danh sách của chính phủ Liên bang [61].

- BHYT của các tỉnh phải bao quát, bảo đảm cho mọi công dân cơ hội đồng đều được chữa trị và cấp thuốc men theo quy định của kế hoạch. Các bác sĩ và bệnh viện phải tiếp nhận và chữa trị cho mọi bệnh nhân, không phân biệt, với cùng một mức giá cả. Bảo hiểm phải trả ở mọi nơi trên lãnh thổ Canada [61].

Với hệ thống BHYT như vậy, người dân không phải trả tiền cho việc khám bác sĩ, cho việc cấp cứu, nằm bệnh viện, bệnh tâm thần, tiêm, các xét nghiệm, MRI, v.v... Nhưng chi phí cho nha khoa thông thường thì không được bảo hiểm chi trả, bảo hiểm chỉ thanh toán các phẫu thuật nha khoa phức tạp tại bệnh viện. Ở phần lớn các tỉnh, bệnh nhân phải trả tiền thuốc. Riêng người nghèo, người già và bệnh mãn tính thì được miễn trả tiền thuốc [82].

Cho dù hệ thống BHYT của chính phủ bao trùm phổ quát như vậy, nhưng bên cạnh vẫn có một số chương trình bảo hiểm tư nhân, dù rằng chiếm một tỷ lệ rất nhỏ, dành cho các dịch vụ nha khoa hoặc những dịch vụ y tế mà bảo hiểm của chính phủ không đảm nhận như kính mắt, thuốc điều trị ngoại trú, điều trị các bệnh về răng, điều dưỡng tại nhà. Bảo hiểm tư nhân không được phép tiếp thị những dịch vụ đã do nhà nước chi trả. Các chương trình bảo hiểm tư nhân này có mức phí thấp hơn nhiều so với Mỹ [92].

Một nhược điểm của BHYT Canada là thời gian chờ đợi cho một số các dịch vụ y tế đặc biệt thường kéo dài khá lâu. Ngay tại phòng khám cấp cứu có đến 42% bệnh nhân phải đợi ít nhất từ 2 giờ trở lên (trong khi ở Mỹ có 29%); một ca giải phẫu cột sống phải chờ trung bình một năm [58].

Ưu điểm của nền y tế Canada là chi phí điều hành của hệ thống BHYT thấp, phía cung cấp dịch vụ y tế, như bác sĩ hay bệnh viện, không phải gửi hoá đơn cho bệnh nhân, họ nhận thù lao trực tiếp từ các văn phòng BHYT của chính phủ. Ngoài ra, người dân Canada không ai phải khai phá sản vì chi phí y tế và cũng không ai chết vì lý do là không có BHYT. Khả năng chữa trị những bệnh hiểm nghèo của nền y tế Canada được WHO xếp hạng 7 trong số 19 quốc gia đứng đầu thế giới (Mỹ được xếp hạng 15/19) [92].

Điểm khác nhau cơ bản của hai hệ thống y tế của Anh và Canada là: nước Anh thu qua thuế phân bổ nguồn lực trực tiếp cho cơ sở khám chữa bệnh thông qua hệ thống bệnh viện công. Canada, thu qua thuế, thông qua một cơ quan nhà nước là BHYT để quản lý, ký hợp đồng với các cơ sở khám chữa bệnh tư.

1.2.2. Tài chính y tế dựa vào sự đóng góp của chủ sử dụng lao động và người lao động- Mô hình Bismarck

Cơ chế tài chính y tế dựa trên BHYT xã hội huy động sự đóng góp của chủ sử dụng lao động và người lao động có nguồn gốc từ nước Đức, được hình thành tự phát trong quá trình công nghiệp hoá cuối thế kỷ 19 và đầu thế kỷ 20 của nước Đức.

Xuất phát điểm ban đầu là sự đóng góp của một số công nhân làm việc trong các hãng nhằm tránh tổn thất về tài chính mỗi khi ốm đau, bệnh tật. Cuối cùng phong trào này trở thành một hoạt động của công đoàn. Thấy được lợi ích từ hoạt động này, Thủ tướng Đức Von Bismarck đã luật hoá và hoạt động theo cơ chế BHYT vào năm 1883, như vậy mô hình này đã hoạt động ở Đức được trên 100 năm.

Hiện nay mô hình ở Đức là một trong 12 mô hình tài chính y tế công bằng nhất trên thế giới [85]. Ngày nay, cơ chế này được nhiều nước ở Châu Âu, Châu Á áp dụng như Pháp, Hà Lan, Nhật. Tuy hình thức tổ chức, triển khai tại mỗi nước có thể khác nhau, nhưng mô hình BHYT này đều có đặc điểm chung là: quỹ hình thành do sự đóng góp bắt buộc của chủ sử dụng lao động và người lao động theo tỷ lệ phần trăm của lương; hoạt động, quản lý độc lập với ngân sách nhà nước [6], [33].

1.2.2.1. Tài chính y tế dựa trên BHYT xã hội ở Đức

Người Đức sử dụng thẻ y tế điện tử - thẻ từ (Die Elektronischen Gesundheitskarte, the digital health card) tương tự như thẻ Carte Vitale của Pháp, giúp giảm chi phí về quản lý hồ sơ và thanh toán phí [33].

Theo luật bắt buộc người Đức phải mua bảo hiểm từ quỹ bệnh tật (Krankenkassen) trên toàn quốc. Các quỹ bệnh tật này, tương tự như các hãng BHYT ở Mỹ, nhưng hoạt động phi lợi nhuận, nghĩa là không phải chạy đua theo lợi nhuận để thoả mãn yêu cầu của giới đầu tư (investors). Lệ phí bảo hiểm hàng tháng ấn định dựa trên lợi tức cá nhân. Trung bình một công nhân Đức hiện nay đóng 15% tiền lương cho BHYT; chủ sử dụng lao động đóng 15% [37]. Khác với công nhân Mỹ, người công nhân Đức có thể lựa chọn bất kỳ quỹ bệnh tật nào và thay đổi bất kỳ lúc nào. Khi bị thất nghiệp, tự động chính phủ sẽ trả chi phí bảo hiểm cho người thất nghiệp [2], [57].

Các quỹ bệnh tật hoạt động không vì lợi nhuận, không từ chối bảo hiểm cho bất kỳ ai cần cũng không từ chối chi trả cho bất cứ dịch vụ y tế nào được cung cấp bởi các bác sĩ và bệnh viện. Chi phí điều hành của các quỹ này trung bình chỉ bằng chừng 1/3 chi phí của các hãng BHYT ở Mỹ [37]. Mặc dù phi lợi nhuận, nhưng các quỹ này cạnh tranh nhau ráo riết để thu hút người mua bảo hiểm, nâng cao uy tín và thu nhập cho nhân viên điều hành. Các quỹ này cung cấp bảo hiểm cho 93% người Đức [57].

Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm khá đầy đủ và toàn diện: điều trị nội, ngoại trú, phục hồi chức năng, chăm sóc dài hạn, răng (với một tỷ lệ đồng chi trả tương đối thấp), thuốc điều trị ngoại trú (với mức đồng chi trả cố định theo mỗi đơn là 10 Euro) [37]. Ở Đức hiện có 292 quỹ BHYT hoạt động [2]. Người lao động có thể chọn một trong các quỹ để tham gia. Người tham gia có quyền tự do lựa chọn quỹ theo quyết định của cá nhân nhưng muốn chuyển sang quỹ khác phải tham gia với quỹ trước đó ít nhất 18 tháng [57].

1.2.2.2. Bảo hiểm y tế ở Nhật

Là một hệ thống bảo hiểm tư nhân với ít nhiều tài trợ từ chính phủ. Hệ thống bảo hiểm của Nhật theo khuôn mẫu Bismarck của Đức, được thiết lập ra từ hồi cuối

thế kỷ 19 trong quá trình nước Nhật canh tân hóa theo Phương Tây. Người Nhật sử dụng cách tổ chức hải quân theo mẫu của người Anh; luật pháp theo Napoleon của Pháp; còn lục quân, hệ trung học và an sinh xã hội thì theo mô hình của Đức [101]. Mỗi người dân Nhật đều phải bắt buộc (personal mandate) đăng ký với một chương trình BHYT. Tổng cộng Nhật Bản có khoảng 3.500 chương trình BHYT khác nhau [101], có thể chia thành 3 loại:

- Đối với các công ty lớn (tập đoàn) và các cơ quan chính phủ lớn, lệ phí bảo hiểm được công ty trả 55%, công nhân trả 45% còn lại. Loại này không nhận bất kỳ sự trợ cấp tài chính nào từ chính phủ trong vấn đề bảo hiểm y tế. Các công ty như Honda, Toyota có riêng bệnh viện để chăm sóc sức khỏe cho công nhân của họ [6], [101].

- Đối với các công ty nhỏ, công nhân đóng 50% lệ phí bảo hiểm, ông chủ đóng nửa còn lại. Tuy nhiên các hãng nhỏ này được chính phủ trung ương trợ cấp 14% lệ phí bảo hiểm y tế [101].

- Chương trình BHYT công dân: dành cho những người về hưu và các tiểu chủ, tiểu thương. Trong chương trình này cá nhân và chính quyền địa phương cùng nhau chia đều lệ phí BHYT [101].

Thông thường bệnh nhân phải cùng chi trả 30% chi phí KCB, hãng bảo hiểm trả 70% cho các dịch vụ y tế. Nhưng mức cùng chi trả chỉ giới hạn không quá 650 Đô-la/tháng. Điều này có nghĩa là khi mức cùng chi trả vượt quá 650 Đô-la/tháng thì người bệnh được công ty thanh toán 100% chi phí KCB [101]. Cũng giống như ở Đức, các công ty BHYT ở Nhật là những công ty không vì lợi nhuận (not for profits); lý do tồn tại của họ là giúp người dân thanh toán chi phí y tế, chứ không phải để kiếm lợi nhuận [22].

Bộ Y tế và Phúc lợi (Ministry of Health and Welfare) của Nhật thỏa thuận với giới cung cấp dịch vụ y tế (providers) một Biểu đồ giá cả (Fee Schedule) áp dụng chung cho tất cả bác sĩ, bệnh viện, trạm y tế trên toàn quốc, và một hướng dẫn tổng quát về phác đồ điều trị cùng giá thù lao kèm theo có tên là Shiryo Tensu Hyakumihyo (Quick reference Guide to Medical treatment points), liệt kê chi tiết

các dịch vụ với phần thù lao đi kèm. Đơn cử: gặp bác sĩ gia đình giá 5 Đô la, một đêm tại bệnh viện 90 Đô la (gồm cả thức ăn), v.v.[101].

Nước Nhật xây dựng luật BHYT bắt buộc toàn dân vào năm 1922 tuy nhiên thời điểm hoàn thành thật sự là năm 1961 với mức thu nhập đầu người 4.700 Đô la [22]. Nhật Bản áp dụng mức cùng chi trả khá cao nhưng vẫn đang đứng trước nguy cơ vỡ quỹ, do đó các biện pháp cải cách y tế được sử dụng là: Nghiên cứu thay đổi phương thức thanh toán; Kiểm soát kê đơn thuốc hợp lý; Phân tuyến khám chữa bệnh [1]. Biện pháp khống chế y tế đã góp phần hạ thấp chi tiêu y tế ở Nhật, tổng chi phí y tế chỉ chiếm 8,1% GDP (năm 2007), thấp hơn cả Đức (10,4%) [92]. Nhưng cũng tạo ra những nhược điểm cho nền y tế, đó là sự xuống cấp trầm trọng của các bệnh viện, bệnh xá, trang thiết bị, làm cho đời sống của các bác sĩ, nhân viên y tế cũng ngày càng khó khăn hơn [1].

1.2.2.3. Tài chính y tế ở Pháp

Tổ chức y tế thế giới (World Health Organization, WHO) xếp hạng nền y tế của Pháp là số một của thế giới về khả năng chữa khỏi những bệnh hiểm nghèo (mortality amenable to healthcare), với tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh là rất nhỏ và tuổi thọ tăng cao của người lớn tuổi. Bởi nước Pháp có hệ thống BHYT cho mọi người (universal health care) [94]. Mô hình chăm sóc y tế được tóm tắt tại hình 1.3.

Giá cả dịch vụ y tế được niêm yết ngay tại các phòng mạch bác sĩ cũng như các tại các trung tâm y tế. Bệnh nhân được thông báo trước mức chi phí họ sẽ được hoàn trả từ hãng bảo hiểm. Toàn bộ tiểu sử bệnh tật (medical history) của mỗi người được nhị phân hoá (digitized) và bỏ vào trong một tấm thẻ plastic gọi là Carte Vitale. Mỗi công dân Pháp tuổi trên 15 đều được cấp Carte vitale; tiểu sử bệnh của trẻ em được ghi trên carte vitale của người mẹ [94]. Ở Pháp, toàn dân có BHYT bắt buộc do các tổ chức BHYT của Nhà nước thực hiện, ngoài ra, hầu hết người Pháp có BHYT tự nguyện bổ sung được thực hiện bởi công ty BHYT tương hỗ chi trả các khoản nằm ngoài quyền lợi BHYT bắt buộc. Công nhân được bảo hiểm thông qua công ty nơi họ làm việc hoặc vùng họ cư trú; họ không tự do lựa chọn chương trình bảo hiểm; giới chủ và công nhân chia nhau đóng tiền vào quỹ bảo hiểm bệnh

```

graph TD
    UB[UB cấp cao y tế] --> HTQG[Hội thảo y tế quốc gia]
    TT[Trung tâm thẩm định y tế quốc gia] --> HTQG
    HTQG --> BC1([Báo cáo])
    HTQG --> BC2([Báo cáo])
    HTQG --> NV[Nghị viện]
    HTQG --> TC[Xác định Mục tiêu sức khoẻ]
    HTQG --> KPT[Kinh phí phí để thực hiện mục tiêu]
    NV --> BC1
    NV --> BC2
    NV --> TC
    NV --> KPT
    NV --> CP[Chính phủ]
    CP --> KKT([Ký kết thoả thuận mục tiêu quản lý hàng năm])
    CP --> TVC[Trung tâm vận chuyển cấp cứu]
    CP --> BPC[Bộ phận y tế cộng đồng]
    CP --> BVC[Bệnh viện công]
    CP --> BSK[Bác sỹ chuyên khoa]
    KKT --> BC1
    KKT --> BC2
    KKT --> QBG[Quỹ BHYT quốc gia]
    KKT --> QBGK[Quỹ BHYT khu vực]
    KKT --> QBGDP[Quỹ BHYT địa phương]
    KKT --> HDTN([Hợp đồng trách nhiệm])
    KKT --> LKH([Lập kế hoạch, hợp đồng với bệnh viện công và tư, có bảng giá viện phí])
    KKT --> DPH([Điều phối hoạt động quỹ địa phương])
    KKT --> HDKCB[Hoạt động KCB]
    QBG --> BC1
    QBG --> BC2
    QBG --> QBGK
    QBG --> QBGDP
    QBG --> HDTN
    QBG --> LKH
    QBG --> DPH
    QBG --> HDKCB
    QBGK --> BC1
    QBGK --> BC2
    QBGK --> QBGDP
    QBGK --> HDTN
    QBGK --> LKH
    QBGK --> DPH
    QBGK --> HDKCB
    QBGDP --> BC1
    QBGDP --> BC2
    QBGDP --> HDTN
    QBGDP --> LKH
    QBGDP --> DPH
    QBGDP --> HDKCB
    HDTN --> BC1
    HDTN --> BC2
    HDTN --> QBG
    HDTN --> QBGK
    HDTN --> QBGDP
    HDTN --> LKH
    HDTN --> DPH
    HDTN --> HDKCB
    LKH --> BC1
    LKH --> BC2
    LKH --> QBG
    LKH --> QBGK
    LKH --> QBGDP
    LKH --> HDTN
    LKH --> LKH_O([Lập kế hoạch, hợp đồng với bệnh viện công và tư, có bảng giá viện phí])
    LKH --> DPH
    LKH --> HDKCB
    DPH --> BC1
    DPH --> BC2
    DPH --> QBG
    DPH --> QBGK
    DPH --> QBGDP
    DPH --> HDTN
    DPH --> LKH
    DPH --> DPH_O([Điều phối hoạt động quỹ địa phương])
    DPH --> HDKCB
    HDKCB --> BC1
    HDKCB --> BC2
    HDKCB --> QBG
    HDKCB --> QBGK
    HDKCB --> QBGDP
    HDKCB --> HDTN
    HDKCB --> LKH
    HDKCB --> DPH
    HDKCB --> HDKCB_O[Hoạt động KCB]
  
```

The flowchart illustrates the management of health insurance funds (BHYT) in Vietnam, showing the flow from national-level decisions and reporting down to local-level implementation and fund management.

National Level (Top):

- UB cấp cao y tế** (High-level Medical Council) and **Trung tâm thẩm định y tế quốc gia** (National Medical Assessment Center) provide input to the **Hội thảo y tế quốc gia** (National Medical Conference).
- The **Hội thảo y tế quốc gia** produces **Báo cáo** (Reports) and **Nghị viện** (Resolutions).
- The **Nghị viện** leads to the **Chính phủ** (Government) and the **Ký kết thoả thuận mục tiêu quản lý hàng năm** (Annual Management Objective Agreement).

Implementation and Fund Management (Middle and Bottom):

- The **Chính phủ** oversees the **Trung tâm vận chuyển cấp cứu** (Emergency Transport Center), **Bộ phận y tế cộng đồng** (Community Health Department), **Bệnh viện công** (Public Hospital), **Bác sỹ chuyên khoa** (Specialist Doctor), and **Thanh toán** (Payment).
- The **Ký kết thoả thuận mục tiêu quản lý hàng năm** leads to the **Quỹ BHYT quốc gia** (National Health Insurance Fund), **Quỹ BHYT khu vực** (Regional Health Insurance Fund), and **Quỹ BHYT địa phương** (Local Health Insurance Fund).
- The **Quỹ BHYT quốc gia** and **Quỹ BHYT khu vực** are managed by the **Bệnh viện khu vực** (Regional Hospital) and the **Hợp đồng trách nhiệm** (Contract of Responsibility).
- The **Quỹ BHYT địa phương** is managed by the **Hợp đồng trách nhiệm** and the **Điều phối hoạt động quỹ địa phương** (Local Fund Activity Coordination).
- The **Hợp đồng trách nhiệm** leads to the **Lập kế hoạch, hợp đồng với bệnh viện công và tư, có bảng giá viện phí** (Planning, contracting with public and private hospitals, with a fee schedule) and the **Hoạt động KCB** (Health Service Activities).

Local Level (Bottom):

- The **Hội thảo y tế khu vực** (Regional Medical Conference) and **Xác định các mục tiêu y tế tại khu vực** (Determining regional health objectives) provide input to the **Hội thảo y tế quốc gia**.
- The **Hội thảo y tế khu vực** also leads to the **Quỹ BHYT địa phương**.

Hình 1.3. Mô hình hệ thống chăm sóc y tế tại Cộng hoà Pháp [95]

Theo quy định của Chính phủ, quỹ này không được phép từ chối bảo hiểm vì bất cứ lý do gì, kể cả khi mất việc chính phủ tiếp tục trả cho họ trong thời gian thất nghiệp. Chi phí điều hành của các quỹ này rất thấp chỉ chừng 5%; so với cùng chi phí của các hãng bảo hiểm Mỹ là 20% [85].

Người Pháp khi đi khám bác sĩ không phải lo vấn đề trong hay ngoài hệ thống (network) được Bảo hiểm chi trả như ở Mỹ, cũng không phải qua sự giới thiệu của bác sĩ gia đình (family doctors, primaryphysicians) khi đi gặp bác sĩ chuyên môn (specialists) như ở Anh [94], [102].

Bảo hiểm y tế là một sự bắt buộc; mọi người sinh ra đều phải có BHYT, tự ý bỏ BHYT là một hành vi phạm luật. Mọi người trả tiền mua bảo hiểm tùy theo thu nhập của mình. Chẳng hạn một người thu nhập 20.000 USD/năm thì phải đóng 1.400 USD/năm (7%) cho BHYT, phần còn lại do chủ sử dụng đóng góp [94]. Ở Pháp, tất cả công dân đều có bảo hiểm với chi phí y tế bình quân đầu người năm 2007 là 3.601 USD, trong khi ở Mỹ 7.290 USD/người, nhưng có đến hơn 47 triệu người không được bảo hiểm [92], [97]. Ở Pháp chi phí y tế chiếm 10,1% GDP-tổng sản phẩm quốc nội (general domestic products)[92]; trong khi ở Mỹ chi trên 16% của GDP [93].

Theo tác giả Elias Mossialos và các cộng sự đã đưa ra những ưu điểm chính của mô hình này là: thuận lợi cho việc theo dõi thu chi, cân đối quỹ, thể hiện tính minh bạch trong hoạt động; các bên (người đóng góp, người cung cấp dịch vụ và nhà bảo hiểm) đều hiểu được quyền lợi và nghĩa vụ của mình một cách rõ ràng (thông qua hợp đồng); cơ sở KCB có nguồn tài chính đảm bảo tương đối cho hoạt động của mình; mức đóng hình thành trên cơ sở chi thực tế của người tham gia mà không phụ thuộc vào ý chí chính trị của Chính phủ. Người tham gia được tiếp cận dịch vụ y tế một cách bình đẳng; hoạt động điều hành quỹ độc lập, thích ứng nhanh với các yêu cầu phát sinh từ thực tế [85]. Bên cạnh là những điểm tồn tại, phụ thuộc vào mức đóng của người lao động và chủ sử dụng lao động, cho nên dễ dàng bị ảnh hưởng bởi các cuộc khủng hoảng kinh tế (số lượng việc làm giảm, mức đóng góp giảm - doanh nghiệp nhiều khi mất ưu thế cạnh tranh do chi phí cho BHYT

làm giá thành sản phẩm trở nên cao); khó quản lý và không công bằng, trong xã hội ngày càng có nhiều người phải làm hai ba công việc một lúc để đảm bảo cuộc sống; khó áp dụng cho các nước có trình độ phát triển thấp (khu vực làm công ăn lương hoặc có thu nhập ổn định chiếm tỷ lệ thấp trong dân số). Người nghèo, người lao động tự do là những người cần được bảo hiểm lại không đủ điều kiện tham gia [26], [85].

1.2.3. Bảo hiểm y tế tư nhân ở Mỹ và kế hoạch cải cách y tế của Tổng thống Obama

So với Đức, Luật Bảo hiểm y tế ở Mỹ ra đời muộn hơn khoảng 50 năm, vào thời điểm cuối những năm 30 và trong thế chiến thứ hai, khi Chính phủ Mỹ tuyên bố “đóng băng” tiền lương [6]. Chính vào thời điểm đó để thu hút lao động nhất là lao động bậc cao, các chủ lao động đã sử dụng BHYT như một quyền lợi bổ sung ngoài lương. Ở Mỹ các công ty BHYT tư nhân hoạt động theo nguyên tắc thị trường cho nên các không chấp nhận bảo hiểm cho những người từ 65 tuổi trở lên. Chính phủ đảm bảo việc KCB cho người già (từ 65 tuổi trở lên) theo chương trình Medicare và người nghèo bằng chương trình Medicaid. Trong cả hai chương trình này chính phủ đảm bảo các quyền lợi cơ bản là điều trị nội, ngoại trú. Đối tượng tham gia chương trình Medicare là tất cả những người hưởng trợ cấp của chính phủ (kể cả những người trên 65) và hình thành nên cấu phần A. Cấu phần B là tự nguyện nhưng mức phí rất thấp nên hầu như tất cả ai đã tham gia A đều tham gia vào cấu phần B. Bệnh nhân khi đi khám bệnh phải cùng chi trả với cả hai hình thức đồng bảo hiểm và miễn thường (là mốc mà dưới mức đó bệnh nhân tự chi trả hoàn toàn) [6], [102].

Công ty BHYT tư nhân bao phủ gần hết thị trường chăm sóc y tế của Mỹ, chỉ với 5 công ty đã kiểm soát gần 75% thị phần BHYT ở 34 bang, riêng bang Alabama chỉ có duy nhất 1 công ty nhưng chiếm đến 90% thị phần BHYT [53]. Do có sự liên kết và độc quyền, các công ty BHYT tư nhân luôn tăng mức phí nhưng gói quyền lợi lại không tăng một các tương xứng, luôn có xu hướng lựa chọn người

khoẻ tham gia đầy bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính và người già, tàn tật, phụ nữ có thai sang các chương trình bảo hiểm do chính phủ quản lý [33].

Như vậy, mô hình chăm sóc y tế ở Mỹ có liên quan chặt chẽ ràng buộc lẫn nhau giữa công ty, tập đoàn kinh tế với công ty BHYT tư nhân và các cơ sở y tế tư nhân tạo ra mạng lưới chăm sóc y tế vì lợi nhuận.

Với mô hình chăm sóc y tế hiện nay đã đầy quốc gia này trở thành nước có chi phí y tế đắt đỏ nhất thế giới (thời điểm 2010, chi phí y tế ở Mỹ trên 2.200 tỷ Đô la/năm (chiếm 16% GDP- chi phí y tế bình quân đầu người 8.000 Đô la/năm, ước tính mức tăng mỗi năm 1.000 Đô la/người/năm) với 47 triệu người Mỹ (15% dân số) trong đó có 8 triệu trẻ em và khoảng 80% người “làm việc nhà” không có BHYT, họ rất khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế do không có bảo hiểm y tế [54], [97]. Với tốc độ tăng như vậy, ước tính vào năm 2017, chi phí y tế sẽ đạt con số khổng lồ 4.000 tỷ Đô la chiếm 20% GDP [53]. Vì vậy, trong bối cảnh của nền y tế hiện nay của Mỹ đã buộc Tổng thống Barack Obama đưa ra kế hoạch cải cách y tế nhằm hướng đến 2 mục tiêu chính là, mở rộng diện bao phủ BHYT để mọi người dân Mỹ đều được chăm sóc sức khỏe; giảm chi phí y tế, mỗi gia đình Mỹ sẽ giảm bớt được 2.500 Đô la/năm [45].

Để đạt được mục tiêu nói trên, Tổng thống Obama đưa ra chương trình cải cách hệ thống BHYT, với những giải pháp chính sau đây:

- Chính phủ tạo điều kiện thuận lợi cho các doanh nghiệp vừa và lớn tiếp tục thực hiện BHYT cho người lao động nhờ vào các giải pháp giảm chi phí y tế và thực hiện tái bảo hiểm [45], [54].

- Các gia đình sẽ được hướng dẫn để đăng ký BHYT thông qua các chương trình BHYT cho người lao động của các doanh nghiệp, BHYT cho người nghèo (Medicaid), BHYT cho trẻ em (SCHIP-childrend health insurance program), và các chương trình BHYT Nhà nước khác với sự hỗ trợ của Chính phủ [45], [54].

- Người lao động tự do có thể mua BHYT ở các quỹ BHYT Nhà nước được thành lập mới trong khuôn khổ chương trình cải cách, với gói quyền lợi tương tự như gói quyền lợi của công chức và đại biểu quốc hội. Ngoài ra, họ cũng có thể

mua BHYT ở các công ty BHYT tư nhân theo những quy định mới của Chính phủ, với mức phí BHYT trong khả năng đóng góp của người dân [45], [54].

- Các quỹ BHYT do Nhà nước vận hành sẽ được củng cố và mở rộng đối tượng. Hệ thống các công ty BHYT tư nhân sẽ được cải cách, tuân thủ theo các quy định và chuẩn mực mới, nhằm đảm bảo phí BHYT ở mức chấp nhận được. Các quỹ BHYT tư nhân sẽ phải chi trả chi phí không phụ thuộc vào tiền sử bệnh tật của người dân [45], [54].

- Đầu tư phát triển công nghệ tin học trong y tế để giảm bớt chi phí không cần thiết. Tăng cường các chương trình y tế công cộng, trong đó có chương trình quản lý các bệnh mãn tính, xét nghiệm sàng lọc chẩn đoán sớm ung thư. Giảm chi phí thuốc thông qua việc cho phép nhập khẩu các loại thuốc có giá thấp hơn từ các quốc gia phát triển như Châu Âu. Khuyến khích sử dụng thuốc gốc (generic), cấm các công ty dược có động thái ngăn chặn các thuốc generic giá rẻ vào thị trường [54];

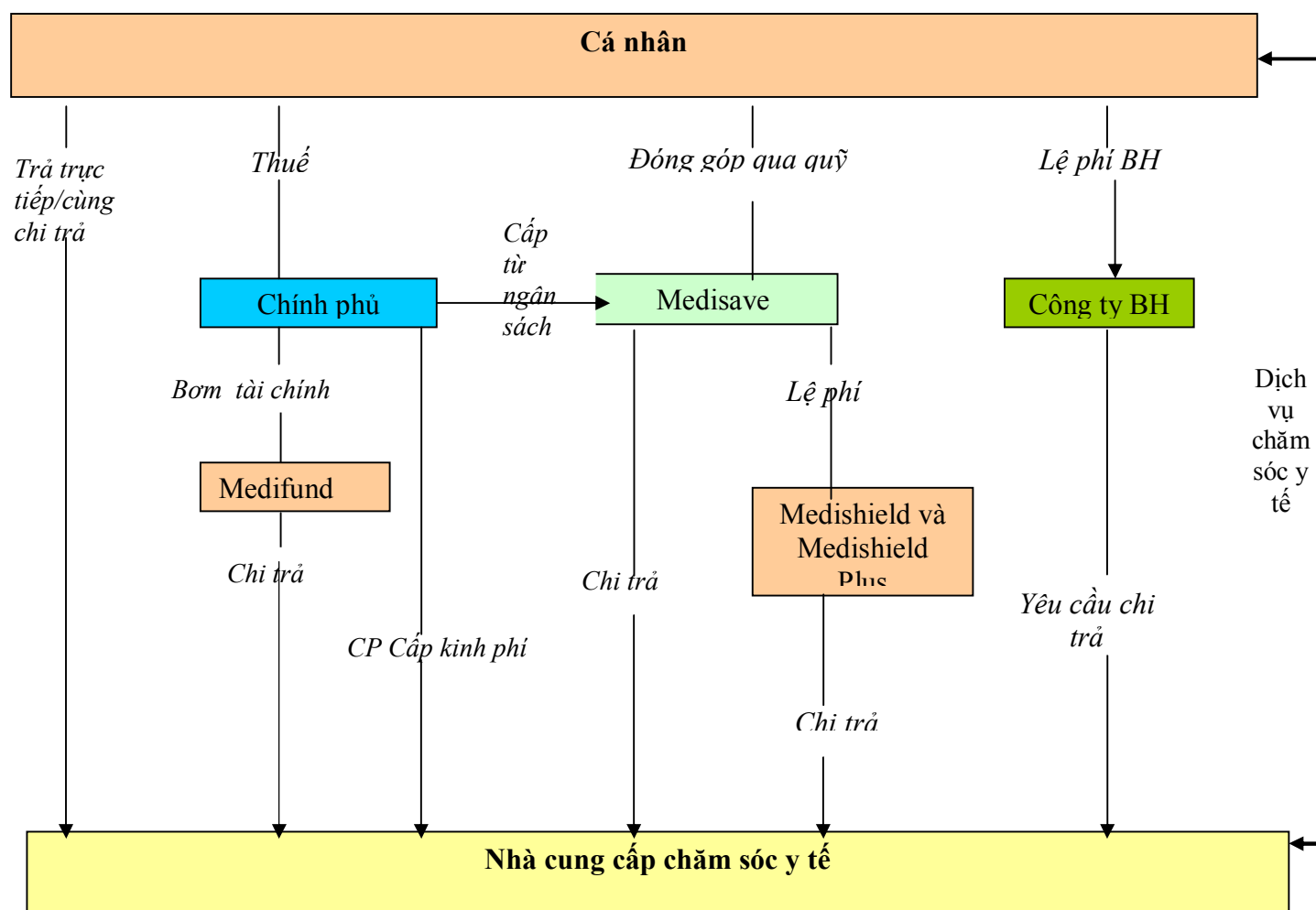
Đánh giá giải pháp của Obama, giới phân tích cho rằng, trong vòng 10 năm tới, với khoảng 1.000 tỷ Đô la cho công cuộc cải cách y tế hy vọng thâm hụt ngân sách Liên bang sẽ giảm 100 tỷ Đô la và có trên 96% dân số Mỹ được chăm sóc y tế thông qua BHYT, đồng thời trong vòng 10 năm tới chi phí y tế sẽ giảm 4.000 tỷ Đô la [54].

Trước những nỗ lực của Tổng thống đương nhiệm và sự ủng hộ của Quốc hội chúng ta hy vọng vào sự thay đổi của nước Mỹ cho một chính sách cải cách y tế “đầy tranh cãi” với mức tiêu tốn khổng lồ 1.000 tỷ USD để kinh tế Mỹ sớm phục hồi và phát triển trở lại. Cải cách y tế của Mỹ sẽ là bài học kinh nghiệm cho các nước đang phát triển nói chung và Việt Nam nói riêng trong việc xây dựng hệ thống y tế đảm bảo công bằng hiệu quả mà ở đó không nên coi trọng BHYT tư nhân vì lợi nhuận mà là phát triển BHYT xã hội vì lợi ích chung của cộng đồng.

1.2.4. Bảo hiểm y tế thông qua tài khoản y tế cá nhân ở Sin-ga-po

Tài khoản y tế cá nhân thực hiện theo cơ chế đóng góp: Nhà nước, chủ sử dụng lao động và cá nhân vào tài khoản y tế của cá nhân. Số tiền trong tài khoản

này chỉ được sử dụng vào mục đích y tế cho chính cá nhân hoặc cho người thân của gia đình, không được sử dụng vào các mục đích khác. Theo các chuyên gia, tài khoản y tế cá nhân chỉ đủ thanh toán cho các trường hợp bệnh thông thường nhưng không đủ sức thanh toán cho các bệnh nặng có chi phí cao như điều trị ung thư, mổ tim hở cũng như các thủ thuật, phẫu thuật phức tạp khác, do vậy, ngoài việc hình thành tài khoản y tế cá nhân, đi kèm nó phải là một cơ chế bảo hiểm thật sự hoàn hảo. Sin-ga-po được coi là điển hình và hiện đang áp dụng mô hình này [104]. Tại Sin-ga-po, người lao động từ 55 tuổi trở xuống phải đóng bảo hiểm y tế bắt buộc thông qua quỹ Medisave [83]. Chủ sử dụng lao động và người lao động phải đóng tới 30-40% tổng số tiền lương hàng tháng của người lao động cho quỹ Central Provident Fund [98]. Tùy theo lứa tuổi số tiền trích cho quỹ Medisave dao động từ 6-8% (Lao động tự do đóng 5% thu nhập đã trừ thuế) [98].



Hình 1.4. Mô hình tài chính BHYT tại Sin - ga - po [87]

Quỹ đóng vào tài khoản này được hưởng lãi suất liên ngân hàng. Khi chết, số tiền này cùng với số tiền bảo hiểm xã hội sẽ được chuyển cho người thừa kế theo di chúc hoặc, trong trường hợp, không có di chúc sẽ được phân chia cho người thân theo luật định. Số tiền trong tài khoản y tế có thể được sử dụng để thanh toán cho vợ, con cái, cha mẹ, ông bà nếu những người này không có tài khoản y tế cá nhân riêng. Số tiền được rút ra để thanh toán theo Medisave là 150 Đô la ngày và 3000 Đô la/năm [87], [98]. Medishield là loại hình bảo hiểm, áp dụng cho người tham gia quỹ Central Provident Fund và người ăn theo của họ để thanh toán cho những bệnh nặng hoặc phải điều trị dài ngày. Đây là loại hình bảo hiểm bổ sung cho Medisave. Mức đóng cho loại hình bổ sung này theo nguy cơ bệnh tật tính theo tuổi tác (ví dụ 12 Đô la/năm cho người dưới 30 nhưng 390 USD cho người từ 66 tuổi trở lên) [98]. Medishield chịu trách nhiệm thanh toán 80% tổng chi phí sau mức miễn thường 500 UDS nếu bệnh nhân điều trị tại các bệnh viện công [98].

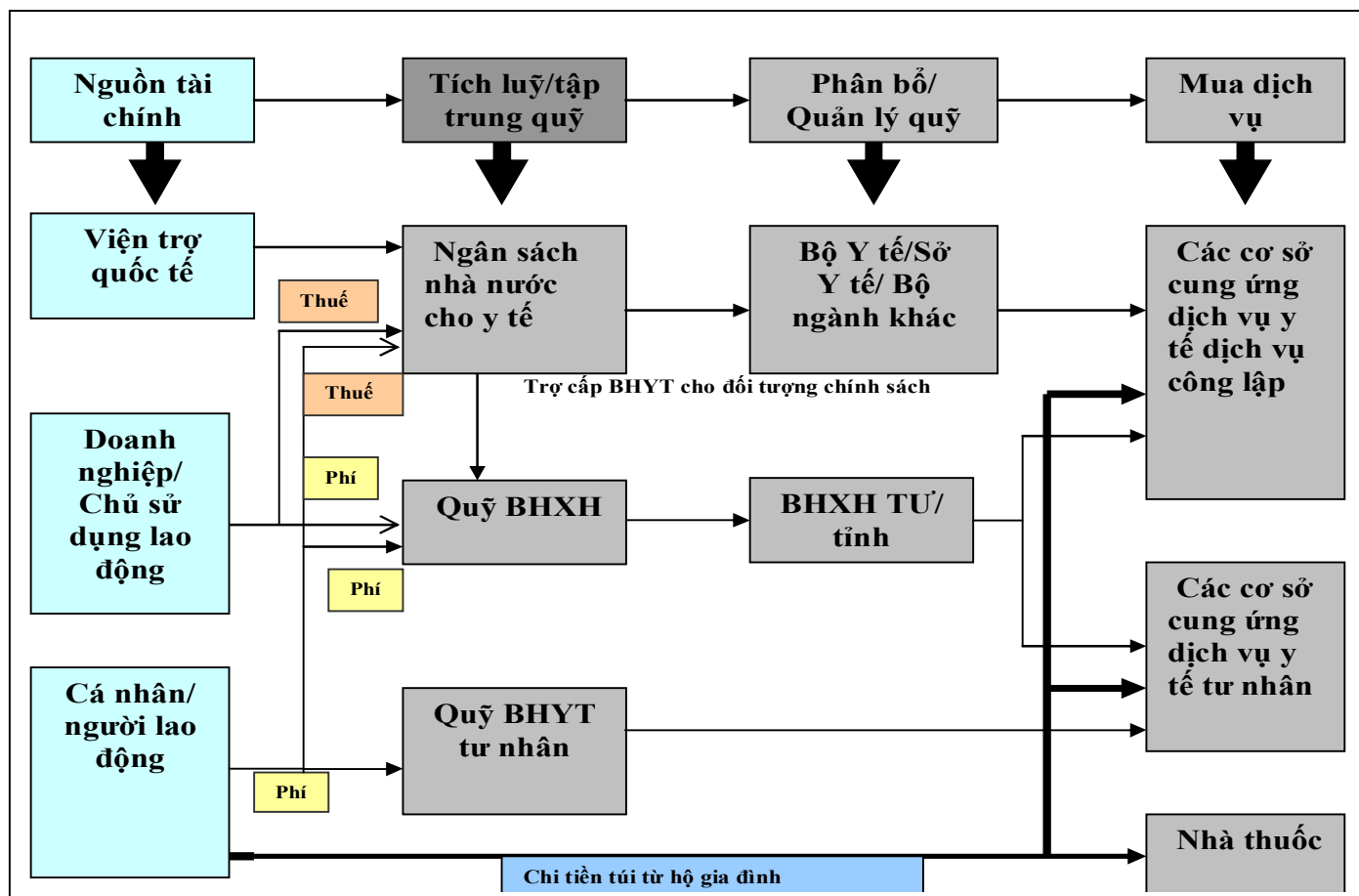
Ngoài hai hệ thống trên ở Sin-ga po còn có một hệ thống Medifund là quỹ lập ra dành cho người nghèo trong xã hội. Quỹ này được hình thành trên lãi suất thu được từ đầu tư của quỹ sức khoẻ. Mỗi bệnh viện sẽ có hội đồng miễn giảm tùy theo từng trường hợp cụ thể, ưu tiên những người đóng thường xuyên cho Medisave và Medishield nhưng vì lý do nào đó tài khoản hết tiền và cũng không có khả năng chi trả. Hình thức này cũng giống như hình thức miễn giảm trực tiếp tại bệnh viện đang áp dụng hiện nay tại Việt Nam [72], [83].

1.2.5. Bảo hiểm y tế bắt buộc và tự nguyện

Mục đích của BHYT xã hội bắt buộc và tự nguyện là nhằm tạo ra dịch vụ y tế tốt hơn và công bằng hơn về mặt tài chính, có nghĩa là mức thanh toán cho các dịch vụ y tế sử dụng phân bổ theo thu nhập chứ không phụ thuộc vào nhu cầu KCB. Bảo hiểm y tế nói chung và tự nguyện nói riêng đều nhằm mục đích: bảo vệ sức khoẻ cho người tham gia và bảo vệ hậu quả về kinh tế do phí tổn tiêu dùng cho khám chữa bệnh. Bảo hiểm y tế được chia thành hai loại hình BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện [77].

1.2.5.1. Bảo hiểm y tế bắt buộc (BHYT BB)

Là hình thức bảo hiểm trong đó toàn bộ thành viên trong một tổ chức, cộng đồng nào đó dù muốn hay không cũng phải mua BHYT với mức phí quy định [13]. Các thành viên đóng góp vào một quỹ chung và quỹ này dùng để thanh toán cho toàn bộ hoặc một phần theo gói dịch vụ đã được xác định trước. Mức phí theo khả năng đóng góp. Mức phí không được định trên yếu tố rủi ro về sức khỏe của người tham gia. Hay nói cách khác BHYT bắt buộc là một hình thức chia sẻ rủi ro giữa người giàu và người nghèo, giữa người ốm đau bệnh tật và người khỏe mạnh [46], [77].



Hình 1.5. Quỹ BHYT trong luồng tài chính y tế ở Việt Nam [18]

1.2.5.2. Bảo hiểm y tế tự nguyện (BHYT TN)

Là hình thức bảo hiểm trong đó các cá nhân được quyền quyết định mua hay không mua BHYT [13]. Trong xã hội hiện đại, BHYT tự nguyện đang tồn tại và phát triển ở hầu hết các nước trên thế giới. Tuy nhiên, mô hình tổ chức và tác dụng của BHYT TN là rất khác nhau. Tại các nước phát triển ở Châu Âu, BHYT TN

được xem là loại hình BHYT bổ sung nhằm thanh toán cho các dịch vụ y tế mà BHYT cơ bản (do ngân sách nhà nước đảm bảo) không chi trả hoặc đáp ứng các dịch vụ chăm sóc khác nằm ngoài quy định của BHYT cơ bản [85].

Hiện nay, một số quốc gia đang xây dựng mô hình BHYT theo kiểu hỗn hợp. Theo đó, quỹ BHYT được hình thành từ sự đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và NSNN. Quỹ BHYT tổ chức theo mô hình này chỉ độc lập tương đối với NSNN, được NSNN bảo trợ và được quản lý bởi một Hội đồng quản lý gồm đại diện của cả 3 bên tham gia BHYT nói trên. Ưu điểm nổi bật của mô hình này là, quỹ được bảo trợ từ ngân sách, đảm bảo tính an toàn, cơ chế kiểm soát chặt chẽ phù hợp với các nước đang phát triển. Nhưng mô hình này đem lại sự khó khăn trong giải quyết mâu thuẫn khi quyền lợi và trách nhiệm của các bên tham gia không đồng nhất, mặt khác quỹ rất khó tăng trưởng vì không được phép đầu tư nhằm tránh rủi ro [42].

Do điều kiện lịch sử phát triển của các quốc gia là khác nhau cho nên mỗi nước tự tìm cho mình con đường riêng để phát triển BHYT. Mỗi mô hình có ưu nhược điểm, song, xu hướng lựa chọn hiện nay của các nước là kết hợp các mô hình nhằm hạn chế tối thiểu nhược điểm, phát huy tối đa ưu điểm của các mô hình.

1.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chi phí y tế được thanh toán từ quỹ BHYT

Ảnh hưởng của các yếu tố liên quan đến chi phí y tế trong đó có ảnh hưởng đến sử dụng quỹ BHYT là vấn đề khá rộng trong quản lý y tế, trong khuôn khổ nghiên cứu của đề tài, chúng tôi chỉ tập trung phân tích khái quát một số yếu tố cơ bản, đó là: nhu cầu về KCB của người tham gia BHYT; tổ chức cung ứng dịch vụ và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, sự sẵn có của dịch vụ y tế, năng lực của hệ thống cung ứng dịch vụ; gói quyền lợi cơ bản về BHYT; phương thức chi trả; mức cùng trả trong thanh toán BHYT (*xem thêm Cây vấn đề về yếu tố ảnh hưởng đến quỹ BHYT tại phụ lục số 16*).

1.3.1. Nhu cầu về khám chữa bệnh

Nhu cầu KCB phụ thuộc vào cơ cấu bệnh tật trong cộng đồng, chịu chi phối bởi một số yếu tố như điều kiện kinh tế xã hội, tôn giáo khí hậu, địa lý, sinh thái, trình độ khoa học kỹ thuật, tổ chức mạng lưới và chất lượng dịch vụ y tế, tuổi thọ, giới tính, dân tộc và văn hoá, mức sống, hiểu biết về sức khỏe của người dân.... Trong nhu cầu KCB có nhu cầu về thuốc, nhu cầu thuốc phụ thuộc rất nhiều về mô hình bệnh tật, khả năng chẩn đoán và điều trị của thầy thuốc [11].

Năm 1999, với nghiên cứu “Đánh giá tình hình tài chính quỹ BHYT” thuộc Dự án hỗ trợ y tế quốc gia, các tác giả đã đưa ra các kết quả về mô hình, cơ cấu bệnh tật và chi phí KCB của bệnh nhân BHYT điều trị nội trú ở một số bệnh viện tại Hà Nội (với n=46.432 phiếu thống kê chi phí điều trị nội trú). Trong đó bệnh Tăng huyết áp vô căn lành tính được xếp thứ nhất, Viêm loét dạ dày tá tràng xếp thứ 7, Viêm ruột thừa cấp xếp thứ 18 trong số những bệnh thường gặp. Cũng trong nghiên cứu này, nhóm tác giả đã đưa ra 50 loại bệnh có chi phí KCB BHYT lớn nhất, có 6 bệnh có ngày điều trị trung bình (từ 15,2-17,2 ngày) có chi phí điều trị cao nhất bao gồm: Tăng huyết áp, Viêm phế quản, Xuất huyết não, Hen phế quản, Đái tháo đường và Viêm loét dạ dày tá tràng [9].

Năm 2005, tác giả Dương Tuấn Đức báo cáo kết quả nghiên cứu “*Cơ cấu bệnh tật và chi phí khám chữa bệnh của người bệnh BHYT điều trị nội trú tại Hà Nội, năm 2004*” cho thấy năm hệ bệnh thường gặp nhất có thứ tự là: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hoá, cơ xương khớp, nhiễm khuẩn và ký sinh vật. Cao huyết áp nguyên phát là bệnh thường gặp nhất ở cả hai giới (9,21% ở nam và 7,05% ở nữ). Viêm phế quản cấp đứng thứ hai (8,14% ở nam và 6,4% ở nữ) [24].

Niên giám thông kê y tế năm 2006 cho thấy bệnh mắc cao nhất gồm: Viêm họng amidan cấp; tăng huyết áp nguyên phát; các bệnh viêm phổi, viêm phế quản viêm tiểu phế quản; viêm dạ dày tá tràng; các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi; sốt do virus khác do tiết túc truyền và sốt virus xuất huyết; ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn; viêm khớp dạng thấp và viêm khớp khác. Khu vực Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung ngoài các bệnh mắc nhiều nhất nói trên còn có bệnh Đái tháo đường [15].

1.3.2. Tổ chức và cung ứng dịch vụ y tế

Cung ứng dịch vụ y tế được coi là chức năng chủ yếu của hệ thống y tế có vai trò chi phối kết quả hoạt động của cả hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và có chất lượng. Theo tổ chức y tế thế giới, dịch vụ y tế tốt là dịch vụ có hiệu quả, an toàn, có chất lượng, được cung cấp cho những người cần dùng, tại thời điểm và nơi hợp lý giảm thiểu hao phí nguồn lực khi cung cấp [106]. Ở Việt Nam Luật Bảo hiểm y tế quy định về chế độ chính sách BHYT, trong đó có quy định về tổ chức KCB cho người tham gia BHYT (quy định về đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, chuyển tuyến, thủ tục khám chữa bệnh BHYT) [41].

Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam bao gồm y tế công lập và ngoài công lập với các cơ sở y tế nội trú, ngoại trú, được phân loại theo tên gọi bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, y học dân tộc, viện điều dưỡng - phục hồi chức năng, phòng khám đa khoa, chuyên khoa, nhà hộ sinh, nhà hộ sinh khu vực, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã/phường, trung tâm y tế ngành và y tế cơ quan. Theo niên giám thống kê của Bộ Y tế, tính đến năm 2008, đối với y tế công lập có 44 cơ sở y tế tuyến trung ương do Bộ Y tế quản lý. Cơ sở y tế do địa phương quản lý gồm 383 cơ sở tuyến tỉnh, 1.366 cơ sở tuyến huyện và 10.866 cơ sở tuyến xã. Tính riêng trạm y tế đã bao phủ được 98,6% tổng số xã/phường trong toàn quốc [17].

Một chỉ tiêu cơ bản để đánh giá sự sẵn có của dịch vụ y tế là số giường bệnh nội trú bình quân trên 10.000 dân (không tính giường lưu tại trạm y tế xã/phường) tính từ năm 2002-2008 có xu hướng tăng lên và đến năm 2008 chỉ số này đã đạt khá cao so với các nước trong khu vực. Tính riêng giường bệnh viện năm 2008 là 20,4 giường/10.000 dân [17], tương đương với Thái Lan (22/10.000 dân), Ma-lai-xia (18/10.000 dân), Trung Quốc (22/10.000 dân), cao hơn In-đô-nê-xia (6/10.000 dân) và Phi-líp-pin (13/10.000 dân) [70].

Bên cạnh y tế công lập là khu vực y tế tư nhân cũng tiếp tục phát triển. Theo báo cáo của Cục Quản lý KCB, tính đến năm 2009, cả nước có trên 30.000 cơ sở y tế tư nhân, 97 bệnh viện tư với 5.964 giường bệnh (chiếm 3,6% tổng số giường bệnh của cả nước, 300 phòng khám đa khoa, 87 nhà hộ sinh, số còn lại là phòng khám chuyên khoa, dịch vụ y tế [16].

Đối với y tế công lập, năm 2008 đã có trên 70% trạm y tế xã KCB BHYT [17] và hầu hết các phòng khám đa khoa từ huyện đến các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương đều tổ chức KCB BHYT, các bệnh viện, phòng khám đa khoa, chuyên khoa tư nhân cũng đã tổ chức KCB BHYT [16]. Khả năng cung ứng dịch vụ từ tuyến xã đến bệnh viện tuyến trung ương cũng dần được củng cố và phát triển. Tính đến năm 2008, số trạm y tế xã đạt chuẩn y tế quốc gia chiếm 55,5% trên tổng số trạm y tế tuyến xã trên toàn quốc [17]. Nhiều kỹ thuật y học tiên tiến trên thế giới đã được các bệnh viện ở Việt Nam thực hiện thành công như ghép thận, giác mạc, phẫu thuật tim hở, nội soi...[16].

Với mạng lưới cơ sở y tế nói trên, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân nói chung và người bệnh có thể BHYT ngày càng cải thiện. Tuy nhiên, khó khăn về mặt địa lý, điều kiện kinh tế xã hội, trình độ thầy thuốc, thiếu hụt nhân lực y tế ở vùng sâu, miền núi, tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến trên, cơ chế tự chủ tài chính trong bệnh viện công và tính chất lợi nhuận trong khu vực y tế tư nhân,...là những cản trở lớn làm ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và mức độ sử dụng dịch vụ y tế của người dân [16].

1.3.3. Gói quyền lợi BHYT: là tập hợp tối thiểu các dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT tương ứng với mức độ đóng góp [46].

Ở Việt Nam, phạm vi gói quyền lợi cơ bản về KCB BHYT được quy định cụ thể trong Luật Bảo hiểm y tế, bao gồm: Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con; khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh; vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với đối tượng trong một số trường hợp quy định, tiền thuốc theo danh mục thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế [41].

Nghiên cứu của Ban khoa giáo trung ương và Bộ Y tế năm 1999 với đề tài: “Tác động của viện phí và BHYT đối với sự công bằng về tài chính, về tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế”. Nghiên cứu đánh giá những mặt tích cực của chính sách viện phí, BHYT, khả năng tiếp cận của người dân không có thể BHYT và có thể BHYT đối với các dịch vụ y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ sau 3 năm, tổng

nguồn thu của các bệnh viện tăng đáng kể, từ 1.284 tỷ đồng năm 1994 lên 2.145 tỷ đồng năm 1996 (tăng 1,7 lần), trong đó tốc độ tăng nhanh nhất là thu BHYT (3 lần) và viện phí là 2,4 lần [3]. Nghiên cứu cũng chỉ ra những tác động tiêu cực của chính sách thu viện phí như làm giảm khả năng tiếp cận dịch vụ y tế đối với người có mức sống thấp, bất công về thu nhập của cán bộ y tế giữa các vùng, nghiên cứu cũng đã đưa ra sự thiếu công bằng trong đóng góp phí BHYT trong khi chưa có cơ chế hỗ trợ mua thẻ BHYT cho người có thu nhập thấp [3].

Năm 2005, nhóm tác giả Tạ Văn Bằng, Phạm Lương Sơn, Lê Mạnh Hùng (BHXH Việt Nam), báo cáo đề tài “Ảnh hưởng của giá viện phí mới đối với khả năng cân đối quỹ BHYT” đã cho thấy, chi phí cơ cấu dịch vụ kỹ thuật chiếm 27% chi phí KCB, nếu giá viện phí tăng thêm từ 55%- 67% thì chi phí KCB BHYT sẽ tăng thêm từ 15%- 18% [8].

Năm 2006, tác giả Phạm Lương Sơn (BHXH Việt Nam) với đề tài: “Nghiên cứu đánh giá chính sách chi trả tiền thuốc theo chế độ BHYT ở Việt Nam”. Theo đó đề tài đã phân tích thực trạng việc chi trả tiền thuốc BHYT ở Việt Nam, kết quả cho thấy, thuốc chiếm khoảng 60% chi phí nội trú và 75%-80% chi phí KCB ngoại trú BHYT, tỷ lệ sử dụng thuốc ngoại nhiều hơn thuốc nội ở hầu hết cơ sở KCB trong khi việc đấu thầu thuốc theo phương thức tập trung chưa được triển khai rộng rãi [42].

1.3.4. Cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh BHYT

Cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh BHYT là người có thẻ BHYT khi đi KCB phải tự trả một phần chi phí khám chữa bệnh theo tỷ lệ quy định [46], [77].

Ở Việt Nam, theo quy định tại Luật Bảo hiểm y tế, người tham gia BHYT có trách nhiệm cùng chi trả 1 phần chi phí KCB theo tỷ lệ nhất định. Tỷ lệ này quy định cụ thể theo từng đối tượng tham gia, loại dịch vụ kỹ thuật cao mà người bệnh sử dụng, tuyến và hạng bệnh viện mà bệnh nhân tự chọn. Tỷ lệ cùng chi trả theo các hình thức được quy định 5%- 70% chi phí KCB [41].

1.3.5. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh

1.3.5.1. Phương thức thanh toán theo giá ngày giường bệnh

Khái niệm: Phương thức chi trả theo giá ngày giường là phương thức được tính theo chi phí mỗi ngày điều trị của người bệnh, cơ quan Bảo hiểm thanh toán chi phí KCB theo thời gian người bệnh nằm viện [30], [49].

Ưu điểm: Giúp giảm thiểu chi phí y tế, dễ quản lý, chi phí hành chính thấp, không đòi hỏi phải có biểu lệ phí, bảng thống kê chi tiết các dịch vụ. Nếu cơ quan Bảo hiểm và cơ sở KCB xây dựng đơn giá ngày giường hợp lý, có xét đến đặc điểm chuyên môn kỹ thuật của từng bệnh viện, có thỏa thuận về ngày điều trị bình quân hợp lý cho từng khoa phòng của bệnh viện thì có thể áp dụng phương thức chi trả này [20].

Nhược điểm: Với cơ chế thanh toán theo ngày giường điều trị, thông số có ảnh hưởng là: tổng chi phí cho mỗi đợt điều trị và số ngày điều trị. Giá mỗi ngày được ấn định, vì vậy cơ sở KCB giảm các chi phí khác đồng thời tăng số ngày điều trị để tăng lợi nhuận, dễ lạm dụng quỹ BHYT [36].

1.3.5.2. Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ

Khái niệm: Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ là phương thức mà cơ quan Bảo hiểm thanh toán thực chi cho cơ sở KCB theo giá của mỗi loại dịch vụ kỹ thuật và giá mỗi loại thuốc trong đợt điều trị của mỗi bệnh nhân. Cơ sở KCB phải có biểu giá hoặc biểu lệ phí cụ thể theo từng khoản mục đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt [20], [30], [105].

Nguyên tắc thanh toán: thanh toán theo thực tế sử dụng dịch vụ cho người bệnh dựa trên giá của các dịch vụ được thỏa thuận. Xét về thời gian sử dụng dịch vụ và thanh toán thì đây là phương thức thanh toán hồi cứu theo khối lượng dịch vụ đã sử dụng [36].

Ưu điểm: Có ưu điểm trong môi trường cạnh tranh y tế là khuyến khích chất lượng dịch vụ y tế đảm bảo được quyền lợi cho người bệnh tham gia BHYT. Tuy nhiên, chỉ có hệ thống bệnh viện Nhà nước độc quyền trong KCB cho người bệnh tham gia BHYT thì không có ưu điểm này. Xét trên góc độ cơ sở KCB, phương thức thanh toán này dễ áp dụng, dễ thanh toán với cơ quan quản lý quỹ BHYT và bệnh nhân BHYT [20].

Nhược điểm: Nhược điểm lớn nhất của phương thức này là tình trạng gia tăng không ngừng chi phí y tế, khuyến khích cơ sở y tế (người cung ứng dịch vụ) chỉ định ngày càng nhiều các dịch vụ y tế không cần thiết hoặc chỉ định nhiều bệnh nhân vào nội trú, kéo dài ngày điều trị trong khi nhu cầu bệnh tật chưa thực sự cần thiết [20], [44].

1.3.5.3. Phương thức chi trả khoán quỹ định suất theo số thẻ

Khái niệm: là phương thức mà cơ sở khám chữa bệnh được cơ quan Bảo hiểm trả trước một khoản tiền nhất định theo định kỳ (trong thời gian từng năm) căn cứ theo số người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám chữa bệnh tại cơ sở khám chữa bệnh đó. Số tiền trả trước cho cơ sở y tế là số tiền bình quân tính trên đầu thẻ đăng ký [39], [68].

Cơ sở để thỏa thuận, xác định mức thanh toán của phương thức này dựa trên sự chia sẻ nguy cơ, nghĩa là có người không sử dụng dịch vụ, và các bệnh viện sẽ được hưởng lợi, nhưng cũng có người sử dụng quá nhiều dịch vụ, chi phí sẽ vượt quá định suất. Phương thức này có thể áp dụng cho cả cơ sở khám chữa bệnh ban đầu và các bệnh viện [75], [77].

Tổng số tiền quỹ BHYT thanh toán cho cơ sở khám chữa bệnh được xác định theo công thức: **$C = \text{mức thanh toán bình quân mỗi thẻ} \times \text{số thẻ} \times \text{hệ số điều chỉnh} (k^i)$** [20].

Về nguyên tắc mức thanh toán bình quân mỗi thẻ (còn gọi là mức phí hay định suất) có thể được xác định theo chi phí bình quân hoặc theo mức đóng BHYT [20], [43].

Mức thanh toán bình quân một thẻ có thể được điều chỉnh theo tuổi (tuổi cao thì định mức càng cao), giới tính, cơ cấu bệnh tật của nhóm đối tượng đăng ký, tần suất sử dụng dịch vụ, các yếu tố về địa lý, về gói dịch vụ sẽ được cung cấp..., thông qua các hệ số k^i ($i= 1,2,3..$) [20].

Ưu điểm: Tạo sự chủ động cho cơ sở khám chữa bệnh trong việc sử dụng kinh phí một cách tiết kiệm và hiệu quả, tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng, tích cực điều trị bệnh nhẹ nhằm giảm nguy cơ bệnh nặng. Tăng thu nhập cho thầy thuốc thông qua việc sử dụng hiệu quả dịch vụ, hạn chế các dịch vụ

không cần thiết, giảm nhập viện không cần thiết... Chi phí hành chính của phương thức này thấp, nhất là so với phương thức thanh toán theo phí dịch vụ [20], [39], [65].

Nhược điểm: Có thể ảnh hưởng đến chất lượng điều trị do cơ sở y tế hạn chế sử dụng dịch vụ, thuốc trong quá trình điều trị hay cho bệnh nhân ra viện quá sớm hoặc chuyển bệnh nhân quá nhiều lên tuyến trên hay tìm cách thu thêm tiền của người bệnh. Cần cơ sở dữ liệu và thông tin phức tạp, tốn kém; hạn chế sự thực hành của bác sỹ; nguy cơ tài chính: khả năng giảm thu nhập nếu định suất không tương ứng với chi phí [65], [68].

Năm 2000, đề tài: "Đánh giá thực trạng và hiệu quả áp dụng phương thức chi trả BHYT tại một số bệnh viện tỉnh Thanh Hoá" của Nguyễn Văn Lý - Học Viện Quân y thí điểm phương thức khoán định suất ở 2 bệnh viện tuyến huyện tại Thanh Hoá kết quả cho thấy, áp dụng phương thức khoán định suất ngày điều trị giảm từ 9,2-12,2 (các năm 1995-1996) xuống còn 8,3-8,6 ngày (các năm 1997-1998). Trong khi chi phí một đợt điều trị giảm không đáng kể so với phí dịch vụ, tại bệnh viện Thị xã Thanh Hoá năm 1996 (áp dụng theo phí dịch vụ) chi phí bình quân là 134.101 đồng, năm 1997 (áp dụng theo định suất) là 130.502 đồng [38].

Năm 2002, theo Đỗ Văn Khoan và Vũ Xuân Bằng trong nghiên cứu "Thí điểm khoán quỹ KCB theo định suất tại Trung tâm y tế Vĩnh Tường - Vĩnh Phúc" cho thấy, sau 6 tháng thí điểm, ngày điều trị bình quân của đợt điều trị nội trú giảm từ 10,4 ngày (6 tháng năm 2001- áp dụng theo phí dịch vụ) xuống còn 9,5 ngày (6 tháng năm 2002); trong đó chi phí bình quân ngoại trú tăng từ 10.295 đồng/người lên 11.790 đồng/người, chi phí nội trú từ 180.000 đồng/đợt lên 214.000 đồng/đợt. Chi phí KCB chiếm 92% so với quỹ khoán [35]. Theo Nguyễn Thuý Nga trong nghiên cứu "*The effect of pilot Capitation payment on length of stay and medical cost: A case study of Vinh Tuong health center, Viet Nam - Ảnh hưởng của khoán quỹ theo định suất đến chi phí và ngày điều trị tại TTYT huyện Vĩnh Tường tỉnh Vĩnh Phúc*" báo cáo năm 2003, sau 1 năm khoán quỹ định suất tại TTYT huyện Vĩnh Tường tỉnh Vĩnh Phúc cho thấy ngày điều trị nội trú bình quân giảm từ 10,16 ngày xuống 9,86 ngày, chi phí một lượt KCB ngoại trú theo định suất (14.489 đồng) thấp

hơn phí dịch vụ (15.386 đồng), chi phí trung bình một đợt điều trị theo định suất (103.333 đồng) cao hơn phí dịch vụ (80.457 đồng) [88].

Năm 2006, báo cáo của Trần Quang Thông trong “*Nghiên cứu ảnh hưởng của khoán quỹ theo định suất đến chi phí và chất lượng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Vĩnh Bảo - Hải Phòng*” cho thấy, ngày điều trị trung bình theo định suất thấp (6,8 ngày) hơn phí dịch vụ (7,7 ngày); ngày điều trị trung bình năm bệnh chọn nghiên cứu theo định suất (5,74 ngày) thấp hơn phí dịch vụ (6,82 ngày), tỷ lệ sử dụng quỹ khoán đạt 94,24% (dư 5,76%) [43].

1.3.5.4. Phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán

Phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán được sử dụng từ những năm 80 tại Mỹ, ngày nay được dùng nhiều nhất để thanh toán ở các cơ sở điều trị nội trú tại một số nước phát triển [56].

Khái niệm: là phương thức được cơ quan Bảo hiểm thanh toán chi phí điều trị trọn gói của mỗi bệnh nhân cho cơ sở khám chữa bệnh theo giá của nhóm bệnh chẩn đoán đã quy định ở từng loại bệnh mà bệnh nhân đã được thầy thuốc chẩn đoán và điều trị. Không xem xét và thanh toán cho dịch vụ đi kèm và sử dụng cho người bệnh. Đây là phương thức trả trước và không căn cứ vào khối lượng dịch vụ được sử dụng [20], [81].

Có 2 hình thức:

- Thanh toán theo từng ca bệnh, không quan tâm đến bệnh cụ thể được chẩn đoán xác định là bệnh gì (percase). Theo đó, quỹ BHYT thanh toán cho mỗi trường hợp được điều trị với số tiền như nhau, không phân biệt đến tính chất, mức độ của bệnh, không quan tâm đến chi phí nhiều hay ít mà bệnh viện chi phí cho người bệnh [20].

- Thanh toán theo từng ca bệnh được chẩn đoán cụ thể (diagnosis-related group-DRGs) [20]. Theo đó, quỹ BHYT thanh toán dựa theo chẩn đoán được xác định ở từng trường hợp. Mỗi bệnh hay nhóm bệnh được xác định có một đơn giá riêng vì tính chất và mức độ chi phí khác nhau. Ưu điểm của hình thức này là, hạn chế thầy thuốc kéo dài ngày điều trị, khuyến khích các bệnh viện áp dụng các biện pháp để nâng cao chất lượng điều trị hiệu quả tiết kiệm [73], [102]. Hiện nay,

phương thức này được áp dụng ở những nước tiên tiến như Mỹ, Đức, Úc (Australia), Áo (Austria), Nhật Bản, Hungari, Ru-man-ni (Romania), Mông Cổ (Mogolia), Thái Lan và Hàn Quốc (đang thí điểm áp dụng) [64].

Ưu điểm của phương thức là, giảm ngày điều trị của bệnh nhân; thống nhất được chính sách “một giá cho những dịch vụ giống nhau”; minh bạch và hợp lý cho các dịch vụ bệnh viện; thúc đẩy chuyên khoa hoá; giảm gia tăng chi phí của bệnh viện; phát triển các cơ cấu mới cho khu vực bệnh nhân ngoại trú- các trung tâm cấp cứu, nghĩa là tăng cơ hội cho các quy trình y tế đối với bệnh nhân ngoại trú [81].

Hạn chế của DRG: khó khăn trong việc phân loại theo nhóm bệnh: không chính xác, nhầm lẫn...; thiếu dữ liệu chính xác để phân nhóm; khó xác định mức độ nặng nhẹ trong cùng nhóm; các bệnh viện thường xếp vào nhóm chẩn đoán có chi phí cao hơn (hiện tượng đẩy nhóm- upcoding/creeping - cơ sở y tế cũng có thể tăng tối đa thu nhập của họ bằng cách: yêu cầu cơ quan Bảo hiểm thanh toán các chẩn đoán với mức chi phí cao hơn so với mức chẩn đoán thực tế trên bệnh nhân. Nếu bảng chẩn đoán có nhiều cấp hạng khác nhau thì cơ sở y tế có thể chọn cấp hạng cao nhất) [56], [64].

1.4. Vài nét về quá trình hình thành và phát triển BHYT ở Việt Nam

1.4.1. Sự ra đời của Nghị định 299/NĐ-CP và hệ thống BHYT

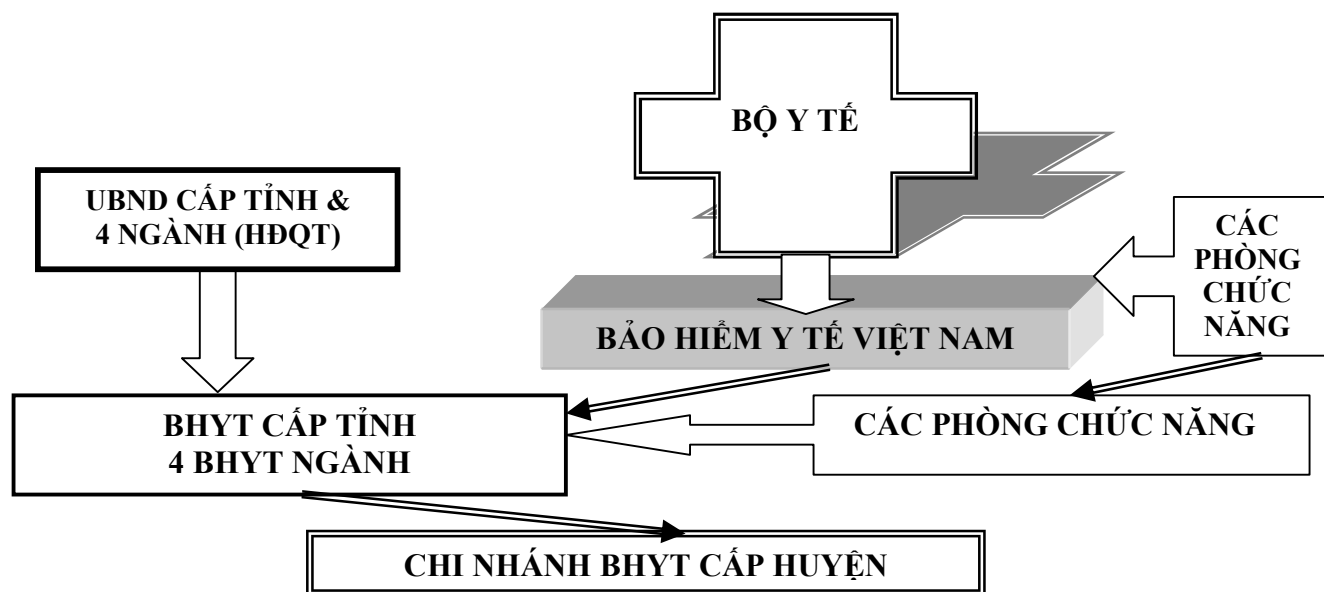
1.4.1.1. Giai đoạn thí điểm chính sách BHYT (1989-1992)

Năm 1989, được sự đồng ý của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ), Ngành y tế tổ chức thí điểm BHYT tại một số tỉnh thành phố Hải Phòng, Vĩnh Phú, Quảng Trị, Bến Tre và mô hình quỹ KCB BHYT Ngành y tế đường sắt. Sau 3 năm thực hiện thí điểm (1989-1992), đối tượng tham gia BHYT ở Hải Phòng đạt 4,55-9,1%, ở Vĩnh Phú đạt 3-7% dân số tại các địa phương [5]. Cùng thời điểm này đa số các nước trên thế giới đã thực hiện BHYT và thu được kết quả rất khả quan như Trung Quốc có khoảng 70%, ở Anh, Đan Mạch, Ý Tây Ban Nha là 100%, ở Pháp có trên 90% dân số tham gia BHYT [6]. Bước đầu thí điểm đã đem lại kết quả đáng phấn khởi. Trước hết một số phương tiện kỹ thuật trang thiết bị phòng khám, thuốc ở các bệnh viện, trung tâm y tế đều được tăng cường; việc tổ chức sắp xếp điều trị,

phục vụ trong bệnh viện cũng được làm tốt hơn so với trước nên các cơ sở y tế này đã nâng cao một bước chất lượng khám và điều trị [5].

1.4.1.2. Giai đoạn ra đời chính sách BHYT - quá trình thực hiện Nghị định 299/1992/NĐ-HĐBT (1992-1998)

Ngày 15/8/1992 Hội Đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã chính thức ban hành Nghị định số 299/HĐBT về Điều lệ BHYT. Theo đó, các đối tượng bắt buộc tham gia BHYT là: cán bộ, công chức viên chức, lao động ở khu vực hành chính sự nghiệp, người lao động khu vực sản xuất kinh doanh, cán bộ hưu trí mất sức lao động [*Nghị định 299/HĐBT số thứ tự 3-bảng 2.1, phụ lục 2*]. Sau một năm thực hiện Nghị định 299, năm 1993 số người tham gia BHYT cả nước đạt 3,79 triệu người, người bệnh có thẻ BHYT cơ bản được đảm bảo về quyền lợi KCB. Đến năm 1997 đã có trên 9 triệu người tham gia BHYT, trong đó có trên 3,3 triệu người tham gia BHYT tự nguyện [4].



Hình 1.6: Sơ đồ tổ chức bộ máy hệ thống BHYT theo Nghị định số 299/HĐBT

Tuy nhiên, vì là giai đoạn thực hiện chính sách, hệ thống văn bản pháp luật quy định còn đang trong chế độ vừa làm vừa hoàn thiện, cho nên cả ba bên: người tham gia BHYT, cơ quan BHYT, cơ sở KCB đều bộc lộ những bất cập cần giải quyết, đó là:

- Chủ sử dụng lao động ở các doanh nghiệp tìm cách trốn đóng quỹ BHYT cho người lao động, do Nghị định 299 chưa quy định chế tài xử phạt. Do quy định

trong Nghị định, quỹ không tập trung thống nhất mà giao cho các địa phương tự quản lý, dẫn đến tình trạng quyền lợi KCB của người tham gia BHYT không thống nhất trên phạm vi toàn quốc, vì vậy không thể điều tiết phần dư quỹ từ các địa phương khác để bù đắp phần bội chi quỹ cục bộ tại 19 tỉnh thành phố năm 1997 [5].

- Hệ thống tổ chức BHYT, bao gồm cơ quan BHYT trực thuộc Bộ Y tế, BHYT tỉnh, thành phố, là một bộ phận trực thuộc Sở Y tế. Vì vậy, hệ thống BHYT không quản lý thống nhất từ trung ương đến địa phương nên khó triển khai một cách đồng bộ, cơ chế quản lý và phối hợp giữa Sở Y tế với cơ quan BHYT Việt Nam, Hội đồng quản lý BHYT tỉnh, thành phố chưa nhịp nhàng, gây lúng túng và khó khăn trong quá trình thực hiện [5]; (*Xem mô hình tổ chức BHYT tại hình 1.6*).

Thời điểm này, song song với quá trình thực hiện chính sách BHYT là thực hiện chính sách thu một phần viện phí, cho nên cơ sở KCB còn gây phiền hà phân biệt bệnh nhân BHYT với bệnh nhân thu viện phí, bên cạnh đó việc cung ứng thuốc còn chưa hợp lý, kịp thời làm ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh có thẻ BHYT.

1.4.2. Sự ra đời Nghị định số 58/1998/NĐ-CP (1998-2005)

Trước những bất cập trong quá trình thực hiện Nghị định 299 nói trên, đặc biệt là tình trạng bội chi quỹ của 19 tỉnh thành phố tại thời điểm cuối năm 1997, Chính phủ giao cho Bộ Y tế chủ trì dự thảo Nghị định mới trên nguyên tắc là:

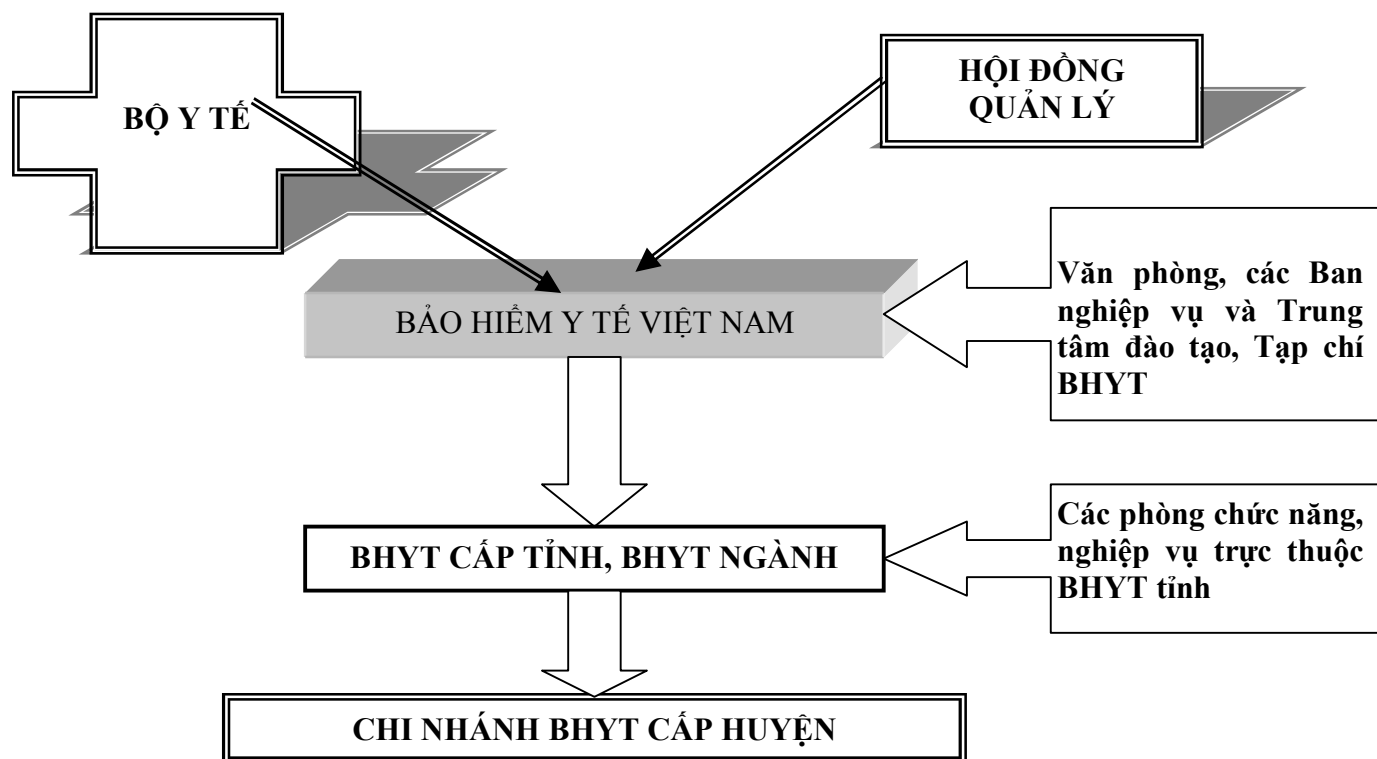
- Đảm bảo mở rộng chính sách BHYT, đa dạng hóa các loại hình bảo hiểm; Đảm bảo mở rộng chính sách BHYT, đa dạng hóa các loại hình bảo hiểm; Xác định rõ nghĩa vụ và trách nhiệm của các bên liên quan đến tổ chức thực hiện BHYT [5];

- Đảm bảo cân đối quỹ, thống nhất quyền lợi đối tượng tham gia giữa các địa phương; thống nhất quản lý quỹ để việc triển khai được đồng bộ, được nhà nước hỗ trợ trong trường hợp vỡ quỹ [5].

Ngày 13/8/1998, Nghị định 58/1998/NĐ-CP đã được Thủ tướng Chính phủ ký ban hành. Theo đó, tổ chức bộ máy được thống nhất theo hệ thống dọc từ trung ương đến địa phương, quỹ được tập trung và điều tiết bởi BHYT Việt Nam (*xem mô hình tổ chức bộ máy tại hình 1.7*); quy định rõ BHYT tự nguyện; áp dụng cùng chi trả BHYT, quy định trần trong thanh toán nội trú; quy định thanh toán trực tiếp, thanh toán tự chọn, thanh toán một số dịch vụ kỹ thuật cao [*Nghị định 58, số thứ tự*

6- *bảng 2.1, phụ lục 2*]. Ngay sau khi Nghị định mới có hiệu lực, hệ thống BHYT được tổ chức thống nhất chặt chẽ từ trung ương đến địa phương. Hiện tượng bội chi quỹ KCB những năm trước đó đã được giải quyết, hệ thống tổ chức BHYT từng bước đi vào ổn định và bắt đầu kết dư quỹ KCB. Như vậy, có thể nói Nghị định số 58/1998/NĐ-CP về cơ bản đã thành công đảm bảo được các mục tiêu đề ra.

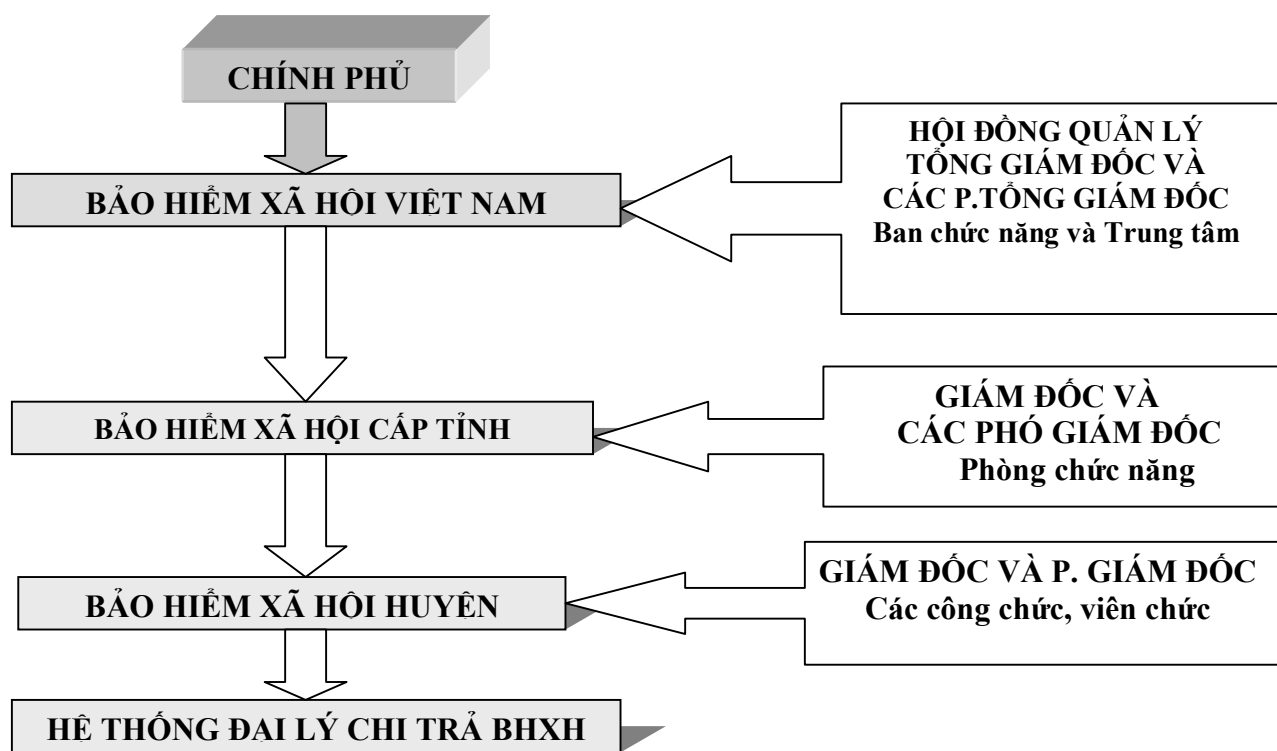
Cũng trong giai đoạn này, do chuyển đổi về mặt tổ chức (hệ thống BHYT sát nhập sang hệ thống BHXH từ năm 2002), cùng với sức ép của dư luận về kết dư 2.000 tỷ đồng [31], trong khi quyền lợi người bệnh có thể BHYT lại “hạn chế”, đồng thời cộng thêm “sức ép” từ cơ sở KCB do phương thức thanh toán dịch vụ có trần trong nội trú đã làm cho chính sách BHYT lúc bấy giờ “nóng” hơn bao giờ hết. Cho dù quá trình thực hiện Nghị định 58 ở Việt Nam được WHO và một số nước trên thế giới đánh giá là “điển hình mới” trong việc khống chế chi phí y tế đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu (do áp dụng phương thức thanh toán nội trú có trần đã làm giảm đáng kể chi phí y tế gia tăng không hợp lý có yếu tố lạm dụng từ cơ sở KCB) [31].



Hình 1.7: Sơ đồ tổ chức bộ máy hệ thống BHYT theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP

Tuy nhiên, việc áp dụng cơ chế cùng chi trả và cơ quan thực hiện chính sách chưa làm tốt công tác tuyên truyền đã làm cho người dân hiểu chưa đúng mục đích ý nghĩa của cùng chi trả BHYT, hiểu sai về vấn đề “kết dư BHYT”, đồng thời khung giá thu một phần viện phí chậm được sửa đổi, chưa có khung pháp lý đầy đủ trong thanh toán dịch vụ kỹ thuật cao, v.v.. đã dẫn đến cần phải thay đổi Nghị định 58 để đạt được sự đồng thuận trong xã hội. Ngày 16/5/2005, Nghị định 63/2005/NĐ-CP được Chính phủ ban hành, kịp thời giảm “sức nóng” cho cả 3 bên: người tham gia, cơ quan quản lý quỹ và cơ sở KCB đồng thời cũng làm giảm nhiệt từ dư luận [31].

1.4.3. Thực hiện Nghị định 63/2005/NĐ-CP (2005-2009)



Hình 1.8: Tổ chức bộ máy hệ thống BHXH Việt Nam theo ND số 100/2002/NĐ-CP

Ở giai đoạn này, do chuyển đổi về mặt tổ chức (hệ thống BHYT sát nhập sang hệ thống BHXH từ năm 2002 theo Quyết định số 20/2002/QĐ-TTg ngày 20/01/2002 chuyển hệ thống BHYT Việt Nam từ Bộ Y tế sang cơ quan BHXH Việt Nam, sau đó Chính phủ ban hành Nghị định số 100/2002/NĐ-CP ngày 6/12/2002 quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của hệ thống BHXH Việt Nam). Tổ

chức bộ máy BHYT hoạt động chung trong hệ thống BHXH Việt Nam (biểu diễn theo sơ đồ hình 1.8).

Trước những bất cập của quá trình thực hiện Nghị định 58 được coi là chính sách “thắt chặt quỹ BHYT”, hạn chế quyền lợi của người có thẻ BHYT và được dư luận đánh giá là có xu hướng nghiêng về “nhiều lợi ích hơn” cho cơ quan quản lý quỹ BHYT, thì việc ra đời Nghị định 63/2005/NĐ-CP được coi là sự “cởi trói cho quỹ BHYT và quyền lợi của người tham gia”. Theo đó, quyền lợi mà người tham gia BHYT được mở rộng hơn (thanh toán dịch vụ kỹ thuật cao, thanh toán tai nạn giao thông, chi phí vận chuyển, xét nghiệm sàng lọc HIV, điều trị bệnh nhân AIDS, bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khám chữa bệnh ở nước ngoài), bỏ cơ chế cùng chi trả, bỏ thanh toán trần nội trú, mở rộng đối tượng tham gia BHYT, mở rộng thêm nhiều loại hình đối tượng tham gia BHYT tự nguyện [*Nghị định số 63/2005/NĐ-CP, số thứ tự 13- bảng 2.1, phụ lục 2*].

Tuy nhiên, quá trình thực hiện Nghị định 63 đã bộc lộ những vấn đề bất cập, đó là khả năng mất cân đối quỹ cao do mở rộng quyền lợi, kết hợp với bỏ 20% cùng chi trả, bỏ trần thanh toán chi phí KCB đã gia tăng quá nhanh - thâm hụt quỹ khám chữa bệnh trong năm 2006 hơn 1.600 tỷ đồng [7].

1.4.4. Luật BHYT và những vấn đề mới về chính sách BHYT

Ngày 14/11/2008, Quốc hội khoá XII kỳ họp thứ 4 đã thông qua Luật Bảo hiểm y tế. Luật có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01/7/2009. Đến ngày 27/7/2009, Chính phủ ban hành Nghị định số 62/2009/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT.

Như vậy, sau 17 năm thực hiện chính sách BHYT, Việt Nam đã xây dựng thành công Luật Bảo hiểm y tế, đây là cơ sở pháp lý đầy đủ và quan trọng giúp cho việc thúc đẩy nhanh hơn quá trình thực hiện BHYT toàn dân. Nội dung và những “điểm mới” của Luật là sự kế thừa của chính sách trước đây trong quá trình thực hiện BHYT ở Việt Nam. Vì vậy, “điểm mới” mà chúng tôi đề cập tạm thời so sánh với những nội dung của Nghị định 63, tuy nhiên những “điểm mới” này đã được quy định cụ thể hơn trong các điều khoản của Luật đó là vấn đề cùng chi trả áp dụng tỷ lệ khác nhau theo từng đối tượng, sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao (cùng chi

trả từ 5%- 20%); lựa chọn bệnh viện điều trị (cùng chi trả mức 30% đối với bệnh viện hạng 1 và đặc biệt, mức 50% bệnh viện hạng 2, mức 70% bệnh viện hạng 3 [41]).

Điểm lưu ý là, khi mức chi KCB vượt quá 40 tháng lương tối thiểu (30 triệu đồng - theo mức lương tối thiểu 750.000 đồng/tháng) thì người bệnh phải chi trả toàn bộ chi phí KCB; thanh toán chi phí KCB do tai nạn giao thông; chi phí vận chuyển áp dụng cụ thể cho từng đối tượng, tuyến điều trị (được thanh toán từ tuyến huyện trở lên trong trường hợp cấp cứu hoặc điều trị nội trú chuyển tuyến theo yêu cầu chuyên môn); quy định mức đóng BHYT tối đa không quá 6% thống nhất chung cho tất cả các đối tượng tham gia (riêng đối tượng chính sách, ưu đãi xã hội nhà nước hỗ trợ mức đóng từ 30-50% theo từng đối tượng cụ thể) [41].

Hiện nay, Nghị định 62 hướng dẫn một số điều của Luật quy định mức đóng thống nhất là 4,5% [*Số thứ tự 21, bảng 2.1-Phụ lục 2*]. Luật quy định các đối tượng tham gia BHYT có thời gian đóng không liên tục hoặc tham gia lần đầu thì thời gian hưởng sau 30 ngày kể từ ngày đóng [41]. Đối với người tự nguyện tham gia BHYT đóng BHYT lần đầu hoặc đóng BHYT không liên tục thì thẻ BHYT có thời điểm sử dụng sau 180 ngày tính từ ngày đóng BHYT đối với quyền lợi dịch vụ kỹ thuật cao [41]. Quy định như vậy để tránh tình trạng người dân phát hiện bệnh nặng mới đi mua BHYT và phù hợp với nguyên tắc cùng chia sẻ trong BHYT, cân đối thu chi quỹ BHYT và góp phần xây dựng ý thức trách nhiệm của người dân trong việc tự chăm lo, bảo vệ sức khỏe của bản thân.

Tuy nhiên, quy định này sẽ hết hiệu lực vào năm 2014 khi triển khai BHYT toàn dân, lúc đó không còn đối tượng tự nguyện tham gia BHYT. Riêng đối với trẻ em dưới sáu tuổi thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi [41], [48].

1.4.5. Một số thông tin về địa bàn nghiên cứu áp dụng phương thức thanh toán khoán quỹ định suất

Thanh Hóa là tỉnh thuộc Bắc Trung Bộ, đất rộng người đông, địa hình đa dạng, có cả miền núi, vùng biển, đồng bằng và trung du. Với diện tích là 11.168 km², dân số khoảng 3,5 triệu người. Thanh Hóa đang phát triển mạnh mẽ trên mọi

lĩnh vực an ninh, chính trị, kinh tế, văn hoá, xã hội. Bảo hiểm y tế tỉnh Thanh Hóa được thành lập ngày 4/11/1992 theo Quyết định số 1387/TC-UBTH của Ủy ban nhân dân tỉnh Thanh Hóa. Trong những năm qua được sự quan tâm của các cấp uỷ Đảng, chính quyền, sự kết hợp chặt chẽ của các ngành, việc thực hiện chính sách BHYT ở Thanh Hóa có bước phát triển vững chắc [34].

Năm 1993 có 144.289 người tham gia BHYT (đạt tỷ lệ 5 % dân số). Đến cuối năm 2006 đã có 1,5 triệu người tham gia BHYT chiếm 43% dân số, là địa phương có tỷ lệ người dân tham gia BHYT cao ở tất cả các đối tượng [19], [34]. Thu nhập bình quân đầu người tại Thanh Hóa trong 2 năm (2005-2006) đạt mức từ 5,1- 6,6 triệu đồng/người/năm [19].

Mạng lưới chăm sóc y tế tại Thanh Hóa gồm có 684 cơ sở y tế nhà nước (từ tuyến tỉnh đến xã), 368 cơ sở dân lập với 8.190 giường bệnh. Trong đó có 1 bệnh viện đa khoa tỉnh, 27 bệnh viện đa khoa tuyến huyện và 623 trạm y tế tuyến xã. Bên cạnh đó, Thanh Hóa còn có các bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh: bệnh viện nhi, bệnh viện phụ sản, 1 bệnh viện tâm thần, bệnh viện nội tiết, lao, mắt; ngoài ra trên địa bàn còn có 1 bệnh viện Lao và bệnh phổi trung ương, bệnh viện ngành y tế giao thông vận tải và các bệnh viện và phòng khám tư nhân khác [19].

Theo số liệu thống kê của BHXH Thanh Hóa trong 3 năm (2004-2006), số lượt bệnh nhân BHYT nhập viện điều trị cao nhất tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa tập trung nhiều nhất ở các nhóm bệnh: hệ tiêu hóa (21-22- 22%), hệ tuần hoàn (12- 9,6-10%), bệnh về tiết niệu sinh dục và bất thường về nhiễm sắc thể (8,6-8,9- 9%), nguyên nhân do bên ngoài của bệnh tật và tử vong (0-10,3-9,7%), bệnh hô hấp (7,5-7,8-7,8%),... [Xem thêm phụ lục số 17].

Trong nhóm bệnh về hệ tiêu hóa, chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh viêm loét dạ dày tá tràng 28%, ruột thừa 16%;

Đối với nhóm bệnh về tuần hoàn, chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp vô căn và tăng huyết áp khác (15-24-41%); đối với nhóm bệnh nội tiết dinh dưỡng và chuyển hóa, chiếm tỷ lệ cao nhất là Đái tháo đường (91-74-71%) [Xem thêm các phụ lục số 18,19,20,21].

Bảng 1.3: Cơ cấu đối tượng tham gia BHYT tại huyện Hà Trung và huyện Hoằng Hóa, năm 2005-2006

Đơn vị tính: Số người

Đơn vị Chỉ tiêu	Huyện Hà Trung				Huyện Hoằng Hóa			
	2005		2006		2005		2006	
	Số thẻ BHYT	Tỷ lệ %	Số thẻ BHYT	Tỷ lệ %	Số thẻ BHYT	Tỷ lệ %	Số thẻ BHYT	Tỷ lệ %
Đối tượng BHYT Bắt buộc	12.424	71	11.686	25	18.716	69	18.645	32
Đối tượng BHYT Người nghèo	0	0	29.874	63	0	0	33.794	58
Đối tượng BHYT Tự nguyện	5.096	29	5.883	12	8.408	31	5.826	10
Tổng	17.520	100	47.443	100	27.124	100	58.265	100

(Nguồn: Số liệu thống kê đối tượng tham gia BHYT của BHXH tỉnh Thanh Hóa)

Hà Trung là huyện thuần nông, với khoảng 120 nghìn dân, diện tích 244,02 Km². Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung là bệnh viện hạng 3 có tổng số cán bộ nhân viên là 205, với số giường bệnh là 180. Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung có 10 khoa phòng và 25 trạm y tế xã [19]. Bệnh viện triển khai KCB BHYT từ tháng 5/1993, từ đó đến hết năm 2005 phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT là phí dịch vụ theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP của Chính phủ và đối tượng BHYT tại đây trong những năm qua đã tăng lên, tính đến hết năm 2006, đối tượng người nghèo chiếm 63%, đối tượng bắt buộc chiếm 25%, tự nguyện chiếm 12% trên tổng số người 47.443 người tham gia BHYT (chiếm 40% dân số trong toàn huyện). (xem bảng 1.3). Tại Hà Trung, GDP bình quân đầu người trong 2 năm 2005-2006 ở mức 5,8 triệu đồng- 6,8 triệu đồng/người/năm [19].

Hoằng Hóa là huyện đồng bằng ven biển, với số dân 250 nghìn người sinh sống trên diện tích 224.580 ha. Bệnh viện đa khoa huyện Hoằng Hóa là bệnh viện hạng 3 có tổng số cán bộ nhân viên là 227 người với số giường bệnh là 260. Bệnh viện đa khoa huyện Hoằng Hóa có 10 khoa phòng, 02 phòng khám đa khoa khu vực và 47 trạm y tế xã [19]. Bệnh viện triển khai KCB BHYT từ tháng 5/1993, từ đó đến nay phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT là phí dịch vụ. Tính đến hết năm 2006 đã có 58.265 người tham gia BHYT (chiếm 23,3% dân số trong toàn huyện); trong đó người nghèo chiếm 58%, bắt buộc chiếm 32% và tự nguyện chiếm

10% (xem bảng 1.3). Tại Hoằng Hóa, GDP bình quân đầu người trong 2 năm 2005-2006 ở mức 5,7 triệu đồng- 6,7 triệu đồng/người/năm [19].

Bảng 1.4: Thu nhập bình quân đầu người tại huyện Hà Trung và Hoằng Hóa, tỉnh Thanh Hóa, năm 2005-2006 [19]

Địa phương Chỉ tiêu	Đơn vị tính	Năm 2005			Năm 2006		
		Tỉnh Thanh Hóa	Huyện Hà Trung	Huyện Hoằng Hóa	Tỉnh Thanh Hóa	Huyện Hà Trung	Huyện Hoằng Hóa
Dân số	Nghìn người	3.671	125.997	256.353	3.680	125.820	255.950
GDP/người/năm (theo giá thực tế)	Đồng	5.106.000	5.768852	5.689.322	6.016.000	6.680.774	6.635.245

Được sự hỗ trợ về kỹ thuật của BHXH Việt Nam, BHXH tỉnh Thanh Hóa và BHXH huyện Hà Trung tổ chức “Thí điểm thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT theo khoán định suất tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung - tỉnh Thanh Hóa”.

1.4.6. Mô hình thí điểm thanh toán theo khoán quỹ định suất tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung

1.4.6.1. Định suất khoán

Tổng quỹ KCB theo định suất tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung được xác định theo quy định tại thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC, công thức xác định như sau:

$$C = M \times N \times k$$

Trong đó :

- C: Tổng quỹ KCB theo định suất tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung
- M: Định suất khoán tính trên đầu thẻ (mức chi phí bình quân cho một người có thẻ BHYT năm trước (2005) (gồm chi phí KCB chi phí ngoại trú và nội trú).
- N: Số người có thẻ BHYT đăng ký KCB tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung.
- k: là hệ số điều chỉnh do biến động về chi phí KCB của năm sau so với năm trước. Hệ số *k* tạm thời được áp dụng là 1,1.

Căn cứ vào công thức xác định tổng quỹ khoán và số liệu thống kê tình hình thu – chi quỹ KCB BHYT tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung để xác định tổng quỹ khoán theo định suất tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung cụ thể như sau:

+ **Xác định (N):** (N) được xác định là số thẻ đăng ký KCB trung bình năm 2006 tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung.

+ **Xác định (M):** $M = M1 + M2$

M1: là chi phí KCB ngoại trú bình quân cho 01 thẻ BHYT tính theo nhóm đối tượng tại Bệnh viện Hà Trung và tuyến trên.

M2: là chi phí bình quân KCB nội trú 01 thẻ BHYT tính theo nhóm đối tượng tại bệnh viện Hà Trung và tuyến trên.

Tính được: $M = 58.238(\text{đ}) + 71.202(\text{đ}) = 129.440 \text{ đồng/thẻ}$

Ghi chú: nếu trong năm thực hiện thí điểm số thẻ phát hành tăng thêm sẽ được tăng quỹ KCB tương ứng (số thẻ BHYT đăng ký ban đầu tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung cả năm 2006 là 17.569 thẻ nên quỹ định suất $C = 129.440 \text{ đ} \times 17.569 \times 1,1 = 2.501.546.000$ đồng theo hợp đồng số 02/HĐKCB-BHYT ngày 3/7/2006). Sáu tháng cuối năm 2006 thẻ BHYT đối tượng người nghèo và bảo trợ xã hội được phát hành là 29.874 thẻ, với kinh phí 6 tháng cuối năm tăng thêm là 766.268.000 đồng.

Vì vậy tổng quỹ KCB BHYT khoán định suất năm 2006 tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung là: **3.267.814.000 đồng**.

1.4.6.2. Nguyên tắc thanh toán chi phí KCB và sử dụng quỹ theo định suất

Cơ quan BHXH thực hiện quyết toán với bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung không vượt quá tổng quỹ KCB đã được xác định. Sau khi kết thúc dự án, nếu tổng quỹ KCB tại bệnh viện còn dư, bệnh viện được quyền chủ động sử dụng phần kinh phí còn dư này theo hướng dẫn của cấp có thẩm quyền. Nếu vì lý do khách quan, tổng quỹ KCB BHYT tại bệnh viện bị mất cân đối, bệnh viện Hà Trung có trách nhiệm báo cáo BHXH tỉnh Thanh Hóa, trao đổi bàn bạc và thống nhất phương án giải quyết trình BHXH Việt Nam để xem xét giải quyết.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT tự nguyện, Lãnh đạo BHXH tại các địa phương, Lãnh đạo Bệnh viện tuyến tỉnh, huyện tại các tỉnh Khánh Hoà, Bình Phước, Bến Tre, Bình Định, Kiên Giang, Hải Dương, Hưng Yên, Bắc Giang, Phú Thọ.

- Lãnh đạo BHXH tỉnh Thanh Hóa, BHXH huyện Hà Trung, Bệnh viện huyện đa khoa huyện Hà Trung, Bác sĩ trực tiếp tham gia KCB cho người có thẻ BHYT tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung.

- Các văn bản quy phạm pháp luật quy định về BHYT từ năm 1992 đến 2006.

- Chứng từ thanh quyết toán quỹ KCB BHYT lưu trữ tại BHXH Việt Nam từ năm 1992-2008. Trọng tâm là chứng từ thanh quyết toán quỹ KCB BHYT từ năm 2002 đến năm 2006. Bảng quyết toán chi phí KCB năm 2005-2006 của bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung và Hoằng Hóa. Hồ sơ, bệnh án có liên quan tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung, bệnh viện đa khoa huyện Hoằng Hoá.

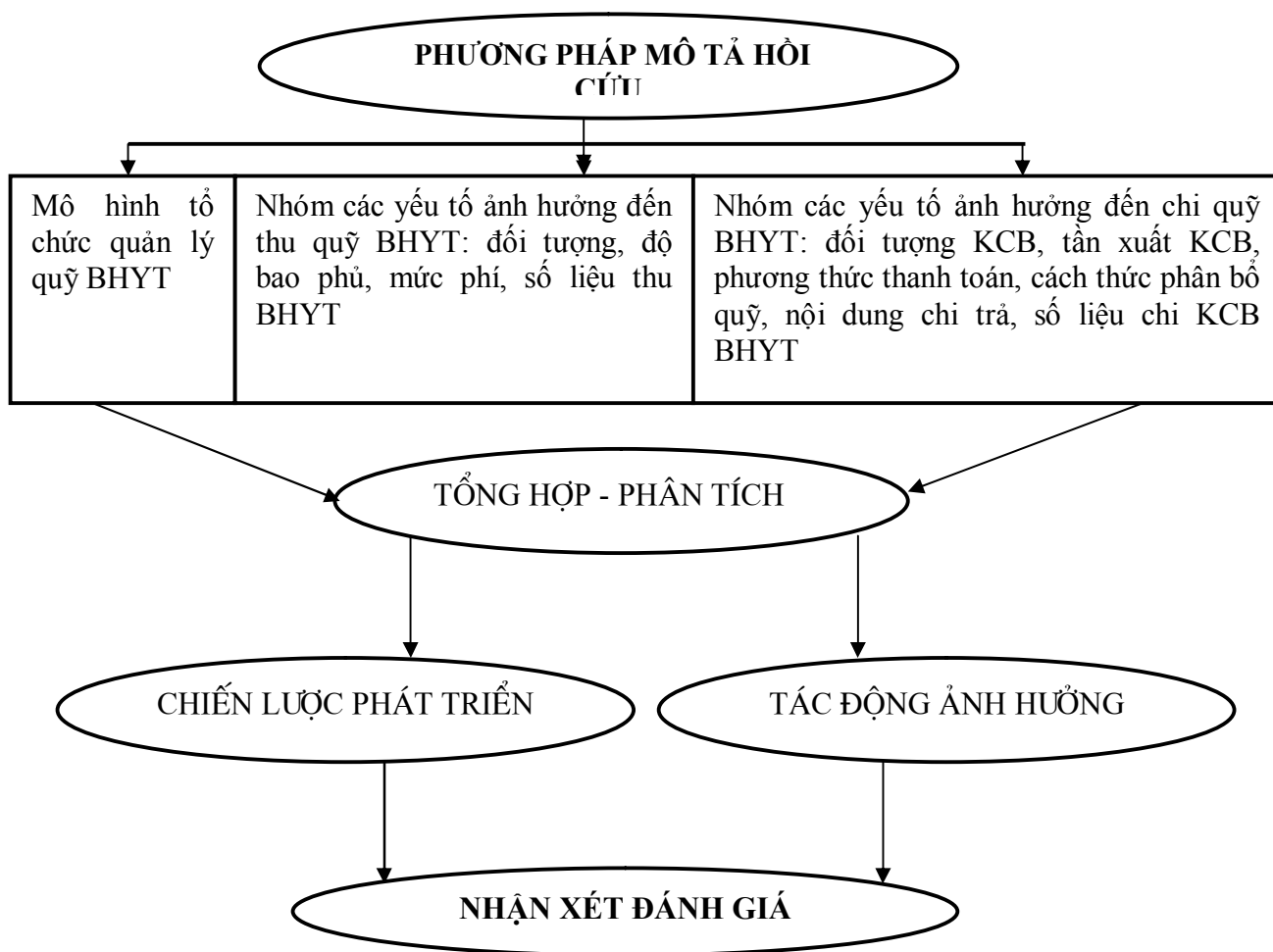
2.2. Phương pháp nghiên cứu

Để giải quyết mục tiêu 1 của luận án, nghiên cứu sử dụng các phương pháp sau:

- Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu [11]

Mô tả thực trạng các yếu tố ảnh hưởng đến thu chi quỹ BHYT tại Việt Nam thông qua số liệu quyết toán thu chi khám chữa bệnh BHYT tại Bảo hiểm xã hội Việt Nam từ năm 2002-2006 kết hợp với việc thu thập các văn bản chính sách về thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT, tiến hành phân tích đánh giá theo các biến số định lượng đã xác định.

Tập hợp các văn bản pháp quy về BHYT và các văn bản khác có liên quan đến chính sách BHYT từ năm 1992 đến nay, rà soát, phân tích những thay đổi các quy định về chính sách.



Hình 2.1. Mô hình phương pháp mô tả hồi cứu

- **Phương pháp nghiên cứu định tính:** để xác định ảnh hưởng của yếu tố liên quan đến số thu quỹ khám chữa bệnh BHYT thuộc nhóm quản lý quỹ và người tham gia BHYT, nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tại 4 tỉnh Hưng Yên, Hải Dương, Bắc Giang và Phú Thọ theo nguyên tắc chọn như sau: căn cứ vào báo cáo tài chính thu chi quỹ BHYT tự nguyện năm 2006 của các tỉnh lưu trữ tại BHXH Việt Nam, lập danh sách các tỉnh có số chi BHYT tự nguyện lớn hơn số thu BHYT tự nguyện (âm quỹ) và danh sách thanh toán thanh toán hộ cao nhất (thanh toán đa tuyến) của BHXH Hà Nội đối với các tỉnh thuộc khu vực phía Bắc. Chọn 4 tỉnh có chi phí KCB thanh toán ngoại tỉnh cao nhất và có tỷ lệ bội chi quỹ BHYT tự nguyện ≥ 3 lần so với năm trước, đó là Hưng Yên, Hải Dương, Bắc Giang, Phú Thọ để tiến hành điều tra theo 2 nhóm sau:

+ Đối với người tham gia BHYT tự nguyện: Căn cứ vào danh sách bệnh nhân BHYT tự nguyện có chi phí lớn điều trị tại các bệnh viện tuyến Trung ương tại Hà Nội của 4 tỉnh nói trên chọn các bệnh nhân điều trị nội trú ra viện có chi phí $\geq 7.000.000$ đồng, tiến hành khảo sát điều tra, phỏng vấn sâu theo mẫu phụ lục số 5.

+ Đối với cơ quan BHXH (quản lý quỹ BHYT), tiến hành 4 cuộc phỏng vấn sâu đối với Lãnh đạo BHXH tỉnh theo phụ lục số 4 và thảo luận nhóm theo phụ lục số 6, theo chủ đề liên quan tại bảng 2.1.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm sẽ được trích dẫn lồng ghép vào kết quả phân tích thu quỹ BHYT.

Bảng 2.1. Chủ đề thảo luận nhóm tại các 4 tỉnh phía Bắc

Nội dung nghiên cứu	Vấn đề	Phương pháp thu thập
Chính sách và quy chế	- Về quy định phát hành thẻ BHYT tự nguyện - Về quy định thu nộp quỹ BHXH, BHYT	Tài liệu có liên quan
Nội dung phỏng vấn và thảo luận nhóm	- Quy định về thu nộp BHXH, BHYT - Vấn đề nợ đọng BHYT, BHXH của các Doanh nghiệp (Chế tài xử phạt, biện pháp thu nợ) - Quy định về điều kiện tham gia BHYT tự nguyện nhân dân. - Những khó khăn, thuận lợi, kiến nghị đề xuất	Phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm.

Để xác định yếu tố có liên quan đến chi phí quỹ khám chữa bệnh BHYT thuộc về nhóm quản lý chi quỹ, tiến hành giám định chi phí khám chữa bệnh và thảo luận nhóm trên 02 nhóm quản lý và sử dụng quỹ, đó là cơ quan BHXH và đơn vị cung cấp dịch vụ y tế (cơ sở khám chữa bệnh) tại 5 tỉnh Kiên Giang, Khánh Hoà, Bình Phước, Bến Tre, Bình Định. Nguyên tắc chọn: Căn cứ vào báo cáo tài chính thu chi quỹ BHYT 2 năm 2005- 2006 của các tỉnh lưu trữ tại BHXH Việt Nam, và danh sách thanh toán hộ chi phí KCB cao nhất của BHXH thành phố Hồ Chí Minh đối với các tỉnh khu vực phía Nam, lập danh sách các tỉnh có tỷ lệ chi KCB ngoài tỉnh cao nhất và chi phí KCB năm 2006 tăng ≥ 3 lần so với năm 2005. Chọn 5 tỉnh có tỷ lệ chi phí KCB tăng cao nhất đó là: Kiên Giang, Khánh Hoà, Bình Phước, Bến Tre, Bình Định, tiến hành hoạt động giám định chi phí KCB BHYT. Căn cứ vào kết quả giám định chi phí KCB trong 6 tháng đầu năm 2006 tiến hành 5 cuộc

thảo luận nhóm tại 5 tỉnh. Nội dung thảo luận theo chủ đề tại bảng 2.2, mẫu thảo luận theo phụ lục 7. Đối tượng thảo luận là Lãnh đạo BHXH tỉnh, lãnh đạo bệnh viện đa khoa tỉnh (hoặc huyện), Phòng Giám định chi, Kế hoạch tài chính, BHYT tự nguyện, phòng thu. Kết quả giám định và thảo luận nhóm sẽ được trích dẫn lồng ghép vào kết quả phân tích thu chi quỹ BHYT.

Bảng 2.2. Chủ đề thảo luận nhóm tại 5 tỉnh phía Nam

Nội dung nghiên cứu	Vấn đề	Phương pháp thu thập
<i>Chính sách và quy chế</i>	Về công tác giám định, thanh toán KCB BHYT tại các bệnh viện	Tài liệu có liên quan
<i>Nội dung thảo luận</i>	- Phân bổ quỹ và xác định quỹ KCB đối với cơ sở KCB - Về ký kết hợp đồng KCB giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB. - Về quyết toán chi phí KCB giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB, thanh toán trực tiếp chi phí KCB BHYT.	- Bảng danh mục DVKT được phê duyệt - Bảng giá của DVKT được cấp có thẩm quyền phê duyệt - Hóa đơn mua VTYTTH - Danh mục thuốc được BHXH thanh toán

- Phương pháp định lượng [12]:

Bảng 2.3. Biện định lượng trong nghiên cứu về thu chi quỹ BHYT

Biến nghiên cứu	Khái niệm	Phương pháp và công cụ thu thập
1. Phần thu quỹ BHYT		
Đối tượng tham gia BHYT	Là tổng số người có thẻ BHYT trong các năm nghiên cứu; Phân loại theo đối tượng tham gia bắt buộc, người nghèo, tự nguyện	Bảng báo cáo số thu theo đối tượng (BCT)
Đối tượng tham gia BHYT bắt buộc	Là tổng số người có thẻ BHYT bắt buộc trong năm (đối tượng BHYT bắt buộc bao gồm: hưu trí mất sức, ưu đãi xã hội, doanh nghiệp nhà nước, doanh nghiệp tư nhân, hành chính sự nghiệp)	Báo cáo thu
Đối tượng tham gia BHYT người nghèo	Là tổng số người có thẻ BHYT người nghèo trong năm	Báo cáo thu
Đối tượng tham gia BHYT tự nguyện	Là tổng số người có thẻ BHYT tự nguyện trong năm (đối tượng BHYT tự nguyện bao gồm: học sinh, sinh viên; tự nguyện nhân dân)	Báo cáo thu
Tỷ trọng tham gia BHYT theo đối tượng	Là tỷ lệ % của số thẻ BHYT phát hành của đối tượng đó trên tổng số thẻ được phát hành trong năm	Báo cáo thu
Thu quỹ BHYT	Là số tiền thu được từ người tham gia BHYT đóng	Báo cáo thu

Biến nghiên cứu	Khái niệm	Phương pháp và công cụ thu thập
	góp theo mức phí quy định	
Mức phí đóng góp bình quân chung	Là tổng số thu BHYT chia cho số người có thẻ BHYT	Báo cáo thu
Mức phí đóng góp bình quân đối tượng bắt buộc	Là tổng số thu BHYT của đối tượng bắt buộc chia cho số người có tham gia BHYT bắt buộc	Báo cáo thu
Mức phí đóng góp bình quân đối tượng người nghèo	Là tổng số thu BHYT của đối tượng người nghèo chia cho số người có tham gia BHYT người nghèo	Báo cáo thu
Mức phí đóng góp bình quân đối tượng tự nguyện	Là tổng số thu BHYT của đối tượng người nghèo chia cho số người có tham gia BHYT tự nguyện.	Báo cáo thu
Tỷ lệ thu theo khu vực kinh tế	Là tỷ lệ % của tổng số thu BHYT theo khu vực kinh tế trên tổng số thu BHYT trong năm.	Báo cáo thu
Cơ cấu số thu BHYT theo đối tượng	Là tỷ lệ % của số thu BHYT theo đối tượng trên tổng số thu BHYT	Báo cáo thu
2. Phần chi quỹ khám chữa bệnh BHYT		
<i>Khám chữa bệnh ngoại trú</i>		
Tổng số lượt KCB ngoại trú	Là tổng số lượt KCB ngoại trú trong năm nghiên cứu.	Bảng quyết toán chi phí KCB (BQT)
Tổng số chi phí KCB ngoại trú	Là tổng chi phí KCB ngoại trú theo năm nghiên cứu.	Bảng quyết toán
Chi phí bình quân 1 lượt KCB ngoại trú	Là tổng chi phí KCB ngoại trú chia cho tổng số lượt bệnh nhân KCB ngoại trú.	Bảng quyết toán
Số lượt KCB ngoại trú bình quân	Là tổng số lượt KCB ngoại trú chia cho số thẻ BHYT	Bảng quyết toán
Chi cho thuốc ngoại trú	Là số tiền chi cho thuốc trong chi phí khám chữa bệnh ngoại trú	Bảng quyết toán
Chi theo nhóm đối tượng BHYT	Là chi phí ngoại trú tính theo nhóm đối tượng.	Bảng quyết toán
Tần suất khám bệnh (Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú)	Là tỷ lệ % Số lượt KCB ngoại trú BHYT trên tổng số thẻ BHYT phát hành trong 1 năm	Bảng quyết toán
Tần suất khám bệnh theo đối tượng tham gia BHYT (Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú theo đối tượng)	Là tỷ lệ % số lượt KCB ngoại trú BHYT theo đối tượng trên tổng số thẻ BHYT của từng loại đối tượng đó được phát hành trong 1 năm	Bảng quyết toán
<i>Khám chữa bệnh nội trú</i>		
Tổng số lượt điều trị nội trú	Là tổng số lượt bệnh nhân được chỉ định vào điều trị nội trú tại các khoa phòng theo năm nghiên cứu.	Bảng quyết toán
Số lượt điều trị nội trú	Là tổng số lượt bệnh nhân được chỉ định vào điều	Bảng quyết toán

Biến nghiên cứu	Khái niệm	Phương pháp và công cụ thu thập
bình quân	trị nội trú chia cho số thẻ BHYT trong năm	
Tổng số chi phí KCB	Là tổng số tiền chi cho tổng số bệnh nhân điều trị nội trú theo năm nghiên cứu	Bảng quyết toán
Chi phí bình quân một lượt điều trị	Là tổng số tiền chi phí điều trị nội trú chia cho tổng số lượt điều trị nội trú.	Bảng quyết toán
Chi cho thuốc	Là số tiền chi cho thuốc, dịch truyền trong điều trị nội trú	Bảng quyết toán
Số ngày điều trị bình quân	Là tổng số ngày điều trị/tổng số lượt điều trị nội trú.	Bảng quyết toán
Tần suất điều trị nội trú	Là tỷ lệ % số người có thẻ BHYT được chỉ định điều trị nội trú trên tổng số thẻ BHYT trong năm	Bảng quyết toán
Tần suất điều trị nội trú theo đối tượng tham gia BHYT bắt buộc	Là tỷ lệ % số người có thẻ BHYT bắt buộc được chỉ định điều trị nội trú trên tổng số thẻ BHYT của đối tượng bắt buộc trong năm	Bảng quyết toán
Tần suất điều trị nội trú theo đối tượng tham gia BHYT tự nguyện	Là tỷ lệ % số người có thẻ BHYT tự nguyện được chỉ định điều trị nội trú trên tổng số thẻ BHYT của đối tượng tự nguyện trong năm	Bảng quyết toán
Tần suất điều trị nội trú theo đối tượng tham gia BHYT người nghèo	Là tỷ lệ % số người có thẻ BHYT người nghèo được chỉ định điều trị nội trú trên tổng số thẻ BHYT của đối tượng người nghèo trong năm	Bảng quyết toán
Chi khám chữa bệnh BHYT		
Quỹ KCB BHYT	Là phần quỹ được trích từ số thu BHYT theo tỷ lệ quy định của từng năm nghiên cứu	Bảng quyết toán
Chi phí KCB BHYT	Là tổng chi phí KCB của tất cả bệnh nhân BHYT đi KCB trong năm nghiên cứu	Bảng quyết toán
Tần suất khám chữa bệnh (bao gồm khám điều trị ngoại trú và nội trú) theo đối tượng	Là tỷ lệ % số người có thẻ BHYT theo đối tượng được chỉ định khám chữa bệnh trên tổng số thẻ BHYT của đối tượng đó trong năm	Bảng quyết toán

- Phương pháp thu thập và phân tích xử lý số liệu [11]:

+ **Cỡ mẫu:** Thông qua báo cáo quyết toán số liệu thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT của các địa phương lưu trữ tại BHXH Việt Nam, tiến hành lấy mẫu toàn bộ theo đối tượng, cơ cấu tham gia BHYT, số thu- chi quỹ khám chữa bệnh BHYT từ năm 2002-2006.

+ **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm Microsoft Excel để nhập và xử lý số liệu thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT của 63 địa phương theo báo cáo quyết toán năm.

Kỹ thuật so sánh định gốc: Lấy chỉ tiêu cụ thể của năm 2002 làm gốc để so sánh tình hình thực hiện chỉ tiêu đó qua các năm. Từ đó đánh giá xu hướng phát triển của các chỉ tiêu tăng hay giảm so với năm gốc.

Kỹ thuật so sánh liên hoàn: lấy chỉ tiêu thực hiện của 1 năm so sánh với năm ngay trước đó. Từ đó xác định tốc độ phát triển của chỉ tiêu tăng hay giảm so với năm trước đó.

Kỹ thuật so sánh tỷ trọng: So sánh các chỉ tiêu chi tiết cấu thành chỉ tiêu tổng thể để đánh giá chính xác các yếu tố cấu thành của các chỉ tiêu phân tích.

Kỹ thuật phân tích S.W.O.T và S.M.A.R.T: Phân tích điểm mạnh và yếu, cơ hội và thách thức của các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT theo từng giai đoạn phát triển BHYT, phân tích chiến lược áp dụng các chính sách BHYT tại Việt Nam trong mỗi thời kỳ (*Xem thêm Phụ lục 3*).

Để giải quyết mục tiêu 2, đề tài sử dụng các phương pháp nghiên cứu sau:

- Phương pháp mô tả hồi cứu:

Mô tả thực trạng chi phí khám chữa bệnh BHYT thông qua việc thu thập số liệu chi phí KCB BHYT trong 2 năm 2005 và 2006 tại 2 bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung và Hoằng Hóa thông qua Bảng quyết toán quý và hợp đồng thanh lý KCB tại cơ quan BHXH tỉnh Thanh Hóa;

- Phương pháp nghiên cứu định tính [12]:

Bảng 2.4. Chủ đề phỏng vấn và thảo luận nhóm tại bệnh viện Hà Trung

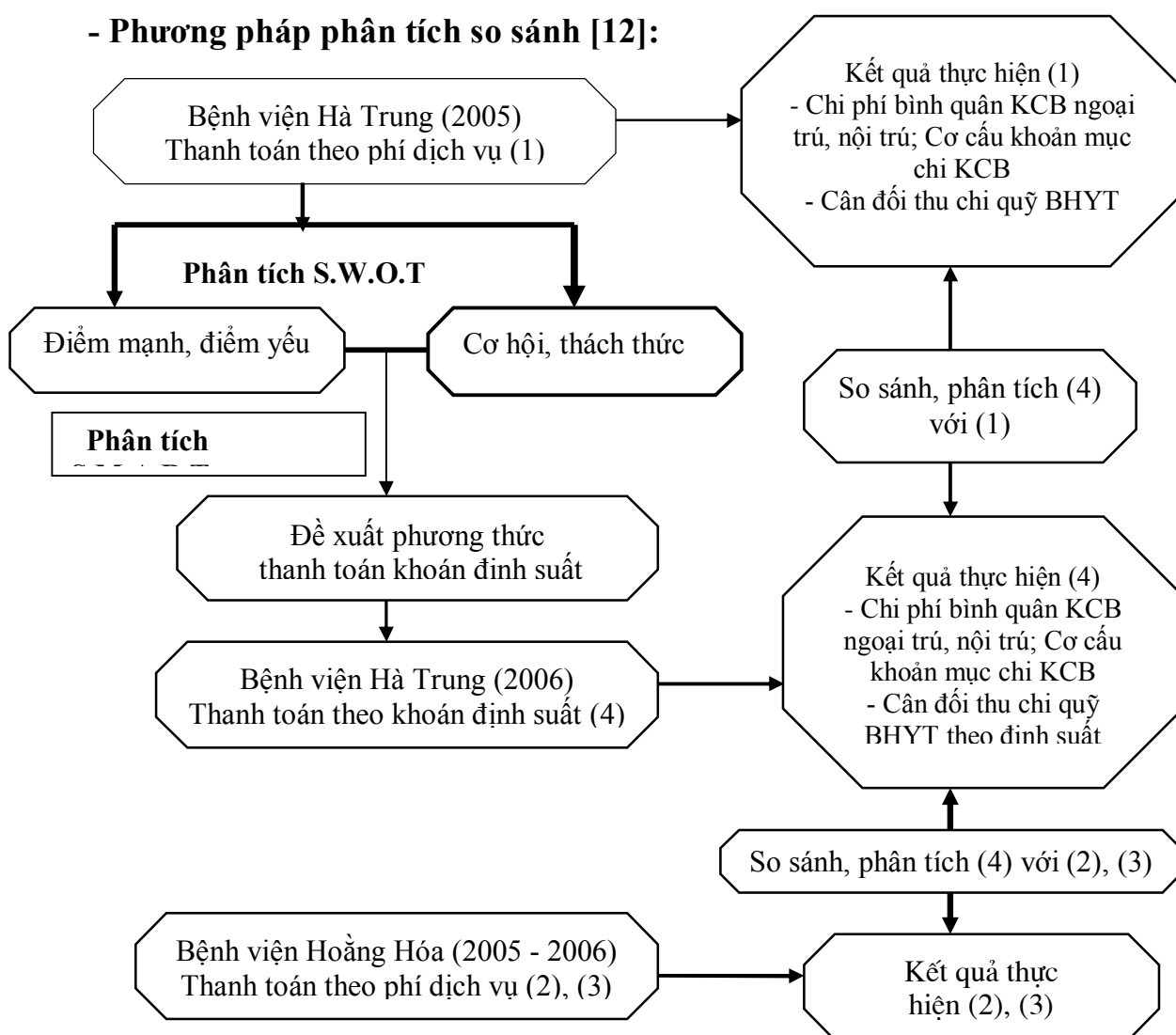
Nội dung nghiên cứu	Vấn đề	Phương pháp thu thập
Chính sách và quy chế	- Thanh toán theo phí dịch vụ. - Thanh toán theo định suất. - Nguyên tắc khoán định suất.	Tài liệu có liên quan
Quan điểm chỉ đạo, tổ chức triển khai thanh toán theo định suất	- Quan điểm, định hướng về thanh toán theo định suất. Hướng dẫn triển khai. Tuyên truyền, tổ chức thực hiện. Tiêu chuẩn chẩn đoán, phác đồ điều trị; thời gian điều trị. Về mua thuốc, vật tư y tế. - Về chuyển viện - Quyền lợi của người bệnh BHYT. - Ý kiến nhận định về hai phương thức thanh toán. - Những khó khăn, thuận lợi, kiến nghị đề xuất	Phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm.

- Tiến hành phỏng vấn sâu 03 cuộc và ghi chép nội dung theo mẫu phỏng vấn, người được phỏng vấn là Trưởng phòng Giám định chi BHXH tỉnh Thanh Hóa, Giám đốc Bệnh viện Hà Trung, Giám đốc BHXH tỉnh Thanh Hóa (mẫu phỏng vấn tại phụ lục 9,10,11).

- Tiến hành 02 cuộc thảo luận nhóm có trọng tâm với bác sĩ trực tiếp điều trị và Bác sĩ giám định tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung các ý kiến đã được ghi chép (theo nội dung tại phụ lục 13).

- Phát phiếu điều tra khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân BHYT có chẩn đoán ra viện là 5 bệnh được chọn nghiên cứu nói trên tại Bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung quý IV năm 2006 (mẫu phiếu tại phụ lục 14).

- Phương pháp phân tích so sánh [12]:



Hình 2.2: Biểu diễn phương pháp phân tích so sánh

Thanh toán chi phí KCB BHYT theo phương thức khoán quỹ định suất, nguyên tắc khoán được áp dụng theo quy định tại Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 17/5/2005 của Chính phủ về Điều lệ BHYT mới;

Đơn vị lựa chọn phương thức thanh toán khoán định suất là bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung, tỉnh Thanh Hóa, đơn vị so sánh đối chứng là bệnh viện huyện đa khoa huyện Hoằng Hóa, tỉnh Thanh Hóa (áp dụng thanh toán theo phí dịch vụ).

+ Nguyên tắc chọn bệnh và mẫu nghiên cứu

Bảng 2.5: Mẫu và phương pháp chọn mẫu trong nghiên cứu tại bệnh viện Hà Trung

Nguyên tắc chọn bệnh	Phương pháp chọn mẫu và bệnh
- Bệnh được quỹ BHYT thanh toán, bệnh hay gặp theo thống kê y tế của Bộ Y tế; - Bệnh chiếm tỷ trọng chi phí lớn, dễ điều trị theo một phác đồ; - Bệnh có thuốc điều trị chủ yếu là thuốc gốc để giá thuốc ít chênh lệch khi so sánh; - Bệnh dùng thuốc dễ kiểm và có thể thay thế thuốc khác giá thành rẻ hơn mà kết quả điều trị tương đương; - Bệnh mà các bác sỹ có trình độ khác nhau cũng có thể điều trị được vì theo một phác đồ. - Bệnh được chọn là bệnh tiêu biểu trong các nhóm bệnh theo các chuyên khoa	- Chọn mẫu toàn bộ: thu tập toàn bộ 5 bệnh chọn theo bệnh án bệnh nhân BHYT đăng ký KCB tại Bệnh viện Hà Trung và Hoằng Hóa, điều trị nội trú tại Bệnh viện Hà Trung và Hoằng Hóa trong năm 2005 và năm 2006, có chẩn đoán ra viện là: 1. Viêm phế quản cấp. 2. Viêm dạ dày tá tràng. 3. Cao huyết áp (nguyên phát). 4. Viêm ruột thừa cấp. 5. Tiểu đường không phụ thuộc Insulin (týp II). - Loại trừ bệnh án bệnh nhân BHYT không đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện.

+ Nguyên tắc chọn đơn vị đối chứng (bệnh viện đa khoa huyện Hoằng Hóa)

1. Bệnh viện có chuyên môn và trình độ kỹ thuật điều trị tương đương cùng tuyến;
2. Thu nhập bình quân đầu người, cơ cấu bệnh tật tương đương nhau
3. Bệnh viện đa khoa tuyến huyện trên cùng địa bàn tỉnh Thanh Hóa
4. Mức phí BHYT tương đương nhau.
5. Bệnh viện đang áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ.

- Phương pháp nghiên cứu định lượng [12]:

Bảng 2.6. Biến định lượng trong nghiên cứu tại bệnh viện huyện Hà Trung

Biến nghiên cứu	Khái niệm	Phương pháp và công cụ thu thập
1. Phần nghiên cứu chung về chi phí KCB tại 2 bệnh viện		
Chi phí trung bình 1 lượt KCB ngoại trú, nội trú	Là tổng chi phí ngoại trú, nội trú chia cho tổng số lượt bệnh nhân KCB ngoại trú, điều trị nội trú trong năm	Bảng quyết toán
Chi phí trung bình một lượt ngoại trú hoặc đợt điều trị nội trú	Là tổng chi phí theo từng khoản mục chia cho tổng số lượt bệnh nhân KCB ngoại trú hoặc điều trị nội trú trong năm	
Chi phí ngoại trú, nội trú theo nhóm đối tượng BHYT	Là chi phí ngoại trú hoặc nội trú tính theo nhóm đối tượng tham gia BHYT khi đi KCB	Bảng quyết toán
2. Phần nghiên cứu 5 bệnh		
Số ngày điều trị bình quân	Là tổng số ngày điều trị/tổng số lượt điều trị nội trú ra viện trong năm.	Bộ công cụ
Chi phí trung bình một đợt điều trị	Là tổng số chi phí KCB nội trú chia cho số lượt điều trị nội trú ra viện trong năm.	Bộ công cụ
Chi phí trung bình một ngày điều trị	Là tổng số chi phí KCB nội trú chia cho tổng số ngày điều trị trong năm.	Bộ công cụ
Chi cho thuốc	Là số tiền chi cho thuốc, dịch truyền trong cơ cấu chi phí KCB	Bộ công cụ
Tỷ lệ tăng chi trung bình (Chỉ số hiệu quả can thiệp)	Là tỷ lệ % giữa (chi phí của năm sau- chi phí năm trước) chia cho chi phí của năm trước nhân với 100 Công thức chỉ số hiệu quả can thiệp {PV (%) = P sau- P trước} x 100}	Bộ công cụ
Chi XN, chẩn đoán hình ảnh	Là số tiền chi cho xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh trong cơ cấu chi phí KCB	Bộ công cụ
Chi vật tư tiêu hao y tế	Là số tiền chi cho vật tư tiêu hao y tế (bao gồm vật tư y tế theo quyết định số 6282/2003/QĐ-BYT ngày 8/12/2003 của Bộ Y tế)	Bộ công cụ
Tiền ngày giường bệnh	Là số tiền chi cho ngày giường bệnh.	Bộ công cụ
Số bệnh nhân điều trị đúng theo phác đồ	Là số bệnh án tuân thủ phác đồ quy định của bệnh viện (đã được Sở Y tế phê duyệt).	Bộ công cụ
Số bệnh nhân khỏi bệnh	Là số bệnh nhân có kết quả điều trị (được ghi trong bệnh án phần kết quả điều trị) khỏi bệnh hoặc ổn định,....	Bộ công cụ

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu [11]:

+ Số liệu chi phí KCB BHYT tại 2 bệnh viện huyện Hà Trung và Hoằng Hóa được thu thập theo Bảng quyết toán quý và hợp đồng thanh lý KCB tại cơ quan BHXH tỉnh Thanh Hóa, được xử lý thông qua phần mềm Microsoft Excel.

+ Số liệu về thông tin đối tượng và chi phí KCB đối với 5 bệnh chọn nghiên cứu tại 2 bệnh viện đa khoa huyện Hoằng Hóa và Hà Trung được thu thập theo bộ công cụ (*phụ lục 12*) và tiến hành như sau: lấy toàn bộ phiếu điều trị nội trú năm 2005 và 2006 được lưu trữ tại phòng kế toán tài chính của Bệnh viện Hà Trung và Hoằng Hóa đã được cán bộ chuyên môn hai bên BHXH và bệnh viện kiểm tra, đối chiếu hàng tháng để quyết toán hàng quý/năm. Trên phiếu điều trị nội trú đó cán bộ điều tra lấy ra toàn bộ phiếu có chẩn đoán ra viện là 5 bệnh được chọn nghiên cứu, tiến hành thu thập số liệu theo bộ công cụ (*phụ lục 12*). Trên cơ sở thông tin về họ tên bệnh nhân, ngày vào, ra viện, số phiếu điều trị nội trú cán bộ điều tra rút toàn bộ bệnh án nghiên cứu từ phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện (theo số bệnh án). Căn cứ vào bệnh án cán bộ điều tra tiến hành đối chiếu thu thập số liệu theo bộ công cụ (*phụ lục 12*).

+ Số liệu thu thập bằng bộ công cụ (BCC) sau khi thu thập được nhập bằng chương trình EPIdata; quản lý và xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 16.0;

+ Các test thống kê: ANOVA để so sánh các giá trị trung bình; chi Square để so sánh các tỷ lệ.

+ Kết quả định tính: được tổng hợp, tóm tắt, phân tích và trích dẫn theo chủ đề phù hợp.

2.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ tập trung phân tích thu chi quỹ KCB của đối tượng tham gia BHYT (chi phí KCB được xác định theo giá một phần viện phí), không đề cập đến chi phí gián tiếp từ phía người bệnh, chi phí cơ hội và một số yếu tố khác liên quan. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu, dựa vào số liệu thứ cấp nên không chủ động lựa chọn được các biến số cần thiết để phân tích về hành vi của người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ qua cơ chế thanh toán bảo hiểm y tế.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nhóm yếu tố ảnh hưởng đến thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT

3.1.1. Nhóm các yếu tố ảnh hưởng đến số thu quỹ BHYT

3.1.1.1. Kết quả nghiên cứu định lượng

Kết quả thu quỹ BHYT ảnh hưởng bởi các yếu tố, số người tham gia BHYT (độ bao phủ BHYT), cơ cấu đối tượng, mức phí đóng góp của các đối tượng, các văn bản pháp quy về BHYT điều chỉnh qua từng giai đoạn, sự thay đổi mức lương tối thiểu, các yếu tố này có mối liên hệ ràng buộc lẫn nhau làm tăng hoặc giảm quỹ BHYT.

3.1.1.1.1. Độ bao phủ BHYT

Bảng 3.1: Số người tham gia BHYT, năm 2002- 2006

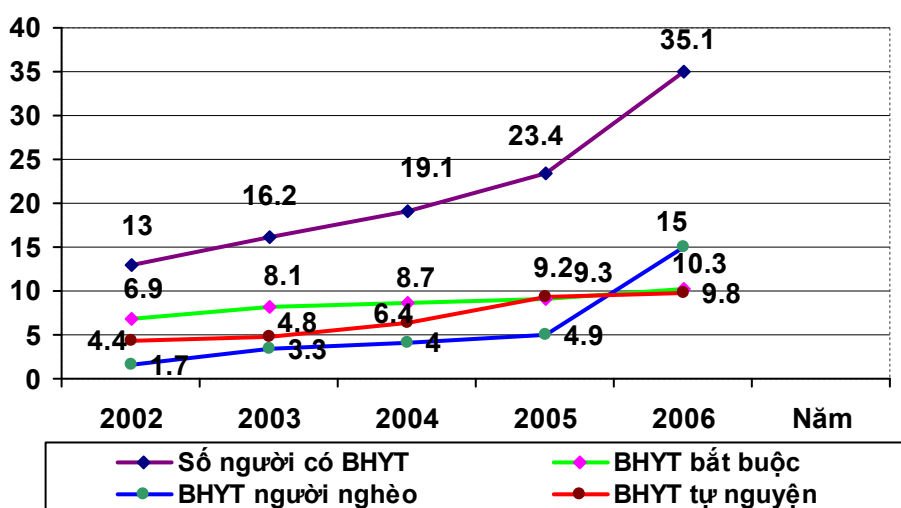
Năm Chỉ tiêu	Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006
Số người tham gia BHYT ^(*)	Triệu người	13,0	16,2	19,1	23,4	35,1
Tỷ lệ tăng trưởng so với năm gốc	%	100	125	147	179	263
Dân số	Triệu người	80	81	82,5	83	85
Tỷ lệ % so với dân số	%	16,3	20,1	23,3	28,2	40,2
Số người tham gia BHYT BB	Triệu người	6,9	8,1	8,7	9,2	10,3
Tỷ lệ tăng trưởng so với năm gốc	%	100	117	126	132	214
Tỷ lệ % so với dân số	%	8,7	10,0	10,5	11,1	12,2
Số người tham gia BHYT NN	Triệu người	1,7	3,3	4,0	4,9	15
Tỷ lệ tăng trưởng so với năm gốc	%	100	195	237	291	882
Tỷ lệ % so với dân số	%	2,1	4,0	4,8	5,8	17,6
Số người tham gia BHYT TN	Triệu người	4,4	4,8	6,4	9,3	9,8
Tỷ lệ tăng trưởng so với năm gốc	%	100	110	146	211	208
Tỷ lệ % so với dân số	%	5,5	6,0	7,8	11,2	11,6

(Ghi chú: ^(*) : xem thêm bảng 1.1 – Phụ lục 1)

Nhận xét:

Đối tượng tham gia BHYT tăng dần qua 5 năm nghiên cứu, năm 2002 đạt 13 triệu người (chiếm 16,3% dân số), năm 2006 tăng lên 35 triệu người (chiếm 40,2% dân số). Tỷ lệ tăng trưởng so với năm gốc đạt từ 125%-263%.

Phân tích chi tiết đối tượng tham gia cho thấy, đối tượng BHYT bắt buộc có tỷ lệ tăng trưởng thấp, ổn định qua các năm, mức độ bao phủ thấp chiếm 12% dân số. Ngược lại, BHYT tự nguyện, BHYT người nghèo tăng nhanh (năm 2006 BHYT tự nguyện tăng đạt 208% so với năm 2002; BHYT người nghèo tăng 882% so với năm 2002).



Biểu đồ: 3.1. Số người tham gia BHYT, năm 2002-2006

Phân tích đối tượng tham gia BHYT cần phải xem xét cơ cấu đối tượng tham gia một cách cụ thể để có thể đánh giá tác động của từng đối tượng đến khả năng đóng góp quỹ BHYT.

Bảng 3.2: Cơ cấu đối tượng tham gia BHYT, năm 2002-2006

Đơn vị tính: %

Năm \ Đối tượng	2002	2003	2004	2005	2006
BHYT bắt buộc	53,5	50,1	45,7	39,4	29,4
BHYT người nghèo	12,8	20,1	20,8	20,8	42,6
BHYT Tự nguyện	33,7	29,9	33,6	39,8	28
Tổng	100	100	100	100	100

Nhận xét: Trong 5 năm (2002-2006):

Đối tượng tham gia BHYT bắt buộc chiếm tỷ trọng từ 29,4-53,5%;

BHYT người nghèo chiếm từ: 12,8-42,6%;

BHYT tự nguyện chiếm tỷ trọng từ 28-39,8% so với tổng số người tham gia BHYT.

Bảng 3.3: Cơ cấu đối tượng tham gia BHYT bắt buộc, năm 2002-2006

Đơn vị tính: %

Năm Đối tượng	2002	2003	2004	2005	2006
Hành chính sự nghiệp	23,1	22,1	20,4	22,2	20,8
Doanh nghiệp nhà nước	23,8	22,1	19,9	16,6	13,5
Doanh nghiệp tư nhân	3,9	10,8	21,7	24	26,9
Hưu trí mất sức	23,1	22,5	19,5	19,1	17,4
Ưu đãi xã hội	26,1	22,5	18,5	18,2	21,4
Tổng	100	100	100	100	100

Nhận xét:

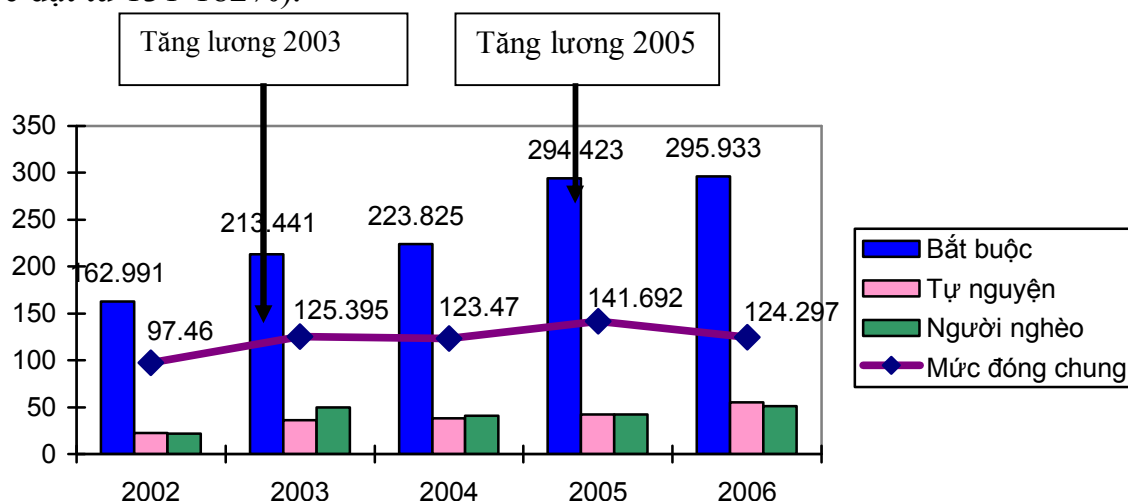
Cơ cấu BHYT bắt buộc có sự thay đổi qua 5 năm. Tỷ trọng của các đối tượng BHYT bắt buộc giảm dần như sau: Doanh nghiệp tư nhân (từ 3,9-26,9%)>Ưu đãi xã hội (18,2- 26,1%)> Doanh nghiệp nhà nước (13,5-23,8%)>Hành chính sự nghiệp (20,4-23,1%)> Hưu trí mất sức (17,4-23,1%). Nhóm người lao động ở các Doanh nghiệp (Nhà nước, tư nhân) chiếm tỷ lệ cao nhất qua các năm nghiên cứu, tính riêng năm 2006 chiếm 40,4% so với số người tham gia BHYT bắt buộc.

3.1.1.1.2. Mức phí BHYT

Bảng 3.4: Mức phí BHYT đóng góp trung bình, năm 2002- 2006

Năm nghiên cứu Chỉ tiêu	Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006
Mức đóng trung bình cho cả bắt buộc và tự nguyện	đồng	97.460	125.395	123.470	141.692	124.297
Tỷ lệ % so với năm gốc	%	100	129	127	145	128
Mức đóng BHYT trung bình của đối tượng bắt buộc	đồng	162.991	213.441	223.825	294.423	295.933
Tỷ lệ % so với năm gốc	%	100	131	137	181	182
Mức đóng người nghèo	đồng	21.506	50.001	40.853	42.366	51.269
Tỷ lệ % so với năm gốc	%	100	232	190	197	238
Mức đóng BHYT trung bình đối tượng tự nguyện	đồng	22.169	35.759	37.973	42.443	55.088
Tỷ lệ % so với năm gốc	%	100	161	171	191	248

Kết quả bảng 3.4 cho thấy, mức đóng góp bình quân chung của cả đối tượng BHYT bắt buộc và tự nguyện qua các năm không ổn định, năm 2005 có mức đóng góp cao nhất là 141.692 đồng, năm 2002 có mức đóng góp thấp nhất là 97.460 đồng. Tỷ lệ tăng trưởng mức đóng bình quân từ 127-145%. Chi tiết từng đối tượng cho thấy, mức đóng tự nguyện cao nhất (mức tăng trưởng so với năm gốc đạt từ 161-248%), mức đóng của đối tượng bắt buộc thấp nhất (mức tăng trưởng so với năm gốc đạt từ 131-182%).



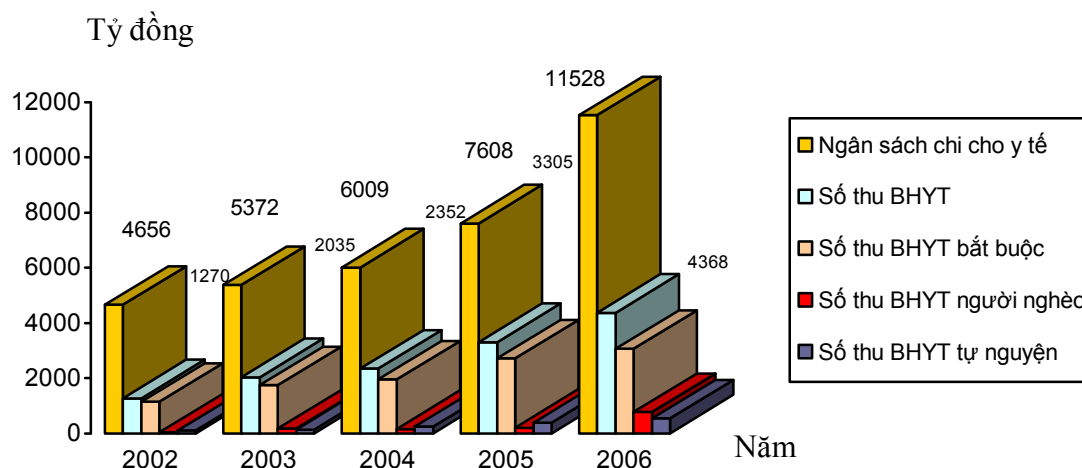
Biểu đồ 3.2. Mức phí BHYT theo đối tượng, năm 2002-2006

3.1.1.1.3. Về số thu BHYT

Bảng 3.5: Số thu BHYT, năm 2002-2006

Năm Chỉ tiêu	Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006
Số thu BHYT	Tỷ đồng	1.270	2.035	2.352	3.305	4.368
Số thu BHYT bắt buộc	Tỷ đồng	1.137	1.735	1.948	2.707	3.059
Số thu BHYT Người nghèo	Tỷ đồng	36	163	162	205	768
Số thu BHYT Tự nguyện	Tỷ đồng	97	137	242	393	541
Tỷ lệ % tăng trưởng số thu BHYT so với năm gốc	%	100	160	185	260	343
Tỷ lệ tăng trưởng số thu BHYT so với năm liền kề	%	100	160	116	141	132
Ngân sách dành chi cho y tế (*)	Tỷ đồng	4.656	5.372	6.009	7.608	11.528
Tỷ lệ % số thu BHYT so với ngân sách dành cho y tế	%	27,3	37,9	39,1	43,3	37,9

(Ghi chú ^(*): Số liệu quyết toán chi ngân sách nhà nước cho y tế không bao gồm ngân sách dành cho BHYT- Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia, năm 2002-2006).



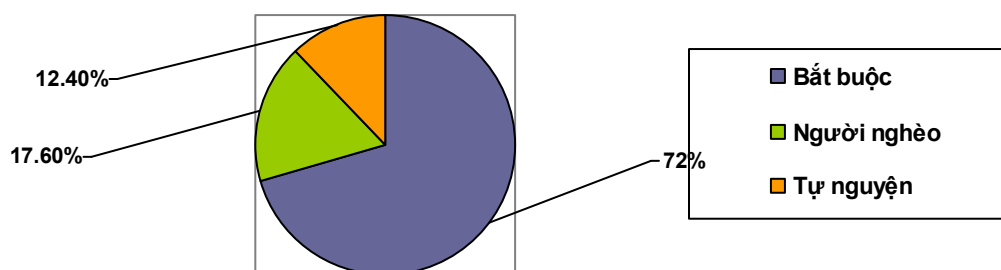
Biểu đồ 3.3: So sánh số thu BHYT với chi ngân sách y tế, năm 2002-2006

Nhận xét: Kết quả tại bảng 3.5 cho thấy, số thu BHYT tăng nhanh trong 5 năm nghiên cứu. Số thu BHYT tăng trưởng từ 160-343% so với năm gốc. Tốc độ tăng thu BHYT trung bình giữa các năm liên kế từ 116- 160%. Số thu BHYT luôn chiếm tỷ lệ từ 27,3-43,3% trong tổng chi ngân sách nhà nước dành cho y tế. Trong 5 năm (2002-2006) trung bình số thu BHYT chiếm 37,13% ngân sách nhà nước dành cho y tế.

Bảng 3.6. Cơ cấu số thu BHYT theo đối tượng tham gia

Đơn vị tính: %

Năm Đối tượng	2002	2003	2004	2005	2006
Bắt buộc	89,6	85,3	82,8	82	70
Người nghèo	2,8	8	6,9	6	17,6
Tự nguyện	7,6	6,7	10,3	12	12,4
Tổng thu BHYT	100	100	100	100	100



Biểu đồ 3.4. Cơ cấu số thu BHYT theo đối tượng BHYT năm 2006

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy, trong 5 năm (2002-2006) số thu BHYT ở đối tượng bắt buộc luôn chiếm tỷ trọng từ 70-89,6%; đối tượng người nghèo từ 2,8-17,6%; đối tượng tự nguyện từ 6,7-12,4%. Tính riêng năm 2006, đối tượng người nghèo số thu chiếm tỷ trọng 17,6%; bắt buộc chiếm đến 70% ; tự nguyện 12,4% so với tổng thu BHYT.

3.1.1.1.2. Kết quả nghiên cứu định tính

3.1.1.1.2.1. Kết quả điều tra về tình trạng nợ đọng quỹ BHYT tại 4 tỉnh phía Bắc

Bên cạnh các yếu tố chính mang yếu tố nội tại ảnh hưởng đến hoạt động thu quỹ BHYT đã trình bày ở trên, hoạt động thu quỹ BHYT vẫn còn nhiều yếu tố ảnh hưởng khác phải kể đến đó là tình trạng nợ đọng, tình trạng cổ tình dây dưa kéo dài thời gian, trốn đóng, quỹ BHXH, BHYT của các Doanh nghiệp.

Tại Phú Thọ: tính đến cuối tháng 12/2006, tổng số thu BHXH, BHYT toàn tỉnh được hơn 180 tỷ đồng, đạt 58,3% kế hoạch. Nợ đọng hết quý 12/2006 trên địa bàn toàn tỉnh là 38,4 tỷ đồng.

Bảng 3.7. Danh sách Doanh nghiệp có số nợ quỹ BHYT, BHXH cao nhất tại tỉnh Phú Thọ (Tính đến tháng 12/2006)

STT	Tên đơn vị	Số lao động (người)	Số tiền nợ đọng (tỷ đồng)
1	Công ty cổ phần Việt Trì Viglacera	354	1,297
2	Công ty cổ phần tư vấn và xây dựng hạ tầng kỹ thuật	128	0,449
3	Công ty cổ phần khoáng sản Việt Trì	25	0,123
4	Công ty xây dựng thủy lợi và dịch vụ Việt Trì	36	0,148
5	Công ty xây lắp công nghiệp và thương mại Hải Hà	81	0,151
6	Công ty Hong Myung Việt Nam	151	0,652
7	Công ty Samyoung Việt Nam	343	0,363
8	Công ty Woong Jin	112	0,225
Tổng		1230	3,408

Tại Hải Dương: Theo số liệu thống kê của BHXH tỉnh Hải Dương, trên địa bàn tỉnh có 354 đơn vị nợ hơn 28,3 tỷ đồng tiền BHXH, BHYT; trong đó, có 197 đơn vị nợ quá ba tháng, 89 đơn vị nợ hơn sáu tháng, 59 đơn vị nợ quá 12 tháng. Các đơn vị nợ đọng BHXH, BHYT chủ yếu nằm trên địa bàn thành phố Hải Dương (nợ hơn 5,2 tỷ đồng), Cẩm Giàng (hơn 3 tỷ đồng), Kinh Môn (gần 2,6 tỷ đồng)...

Tại Hưng Yên: tính đến năm 2006 toàn tỉnh có 1.833 đơn vị sử dụng lao động đã đóng BHXH, BHYT với tổng số đối tượng tham gia BHXH, BHYT bắt buộc trên 91 nghìn người. Hiện toàn tỉnh có 334 đơn vị nợ BHXH, BHYT với tổng số tiền là 23,9 tỷ đồng, trong đó, 87 đơn vị nợ gốc đầu, 247 đơn vị nợ do hoạt động kinh doanh gặp khó khăn.

Tại Bắc Giang: Nhiều Doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, Doanh nghiệp ngoài quốc doanh để nợ đọng tiền BHXH, BHYT thường xuyên, kéo dài, với số nợ lớn như Công ty TTB Việt Nam (nợ 4 tỷ đồng), Công ty Kovi Kyung Seung INC (nợ 2,81 tỷ đồng); Công ty Quốc tế Việt- Pacific (nợ 2,36 tỷ đồng), Công ty cổ phần Cơ khí số 2 (nợ 2,83 tỷ đồng), Công ty cổ phần Gỗ mỹ nghệ Phan Nam nợ 150 triệu đồng...

3.1.1.1.2.2. Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm theo chủ đề nợ đọng quỹ BHYT, BHXH

Ý kiến của Lãnh đạo BHXH tỉnh Bắc Giang nói: *”do tác động của khủng hoảng kinh tế khiến nhiều DN gặp khó khăn, hiệu quả sản xuất, kinh doanh thấp. Ngoài ra do đặc thù nhiều ngành, việc thu hồi vốn hoặc thanh toán lương công nhân không tiến hành kịp thời theo tháng gây khó khăn cho việc đóng BHXH, BHYT của người lao động, bên cạnh một số doanh nghiệp thực sự gặp khó khăn, không ít chủ sử dụng lao động nhận thức chưa đầy đủ về chính sách BHXH, BHYT chưa quan tâm chấp hành pháp luật và bảo đảm quyền lợi người lao động, có tình chây ì, chiếm dụng vốn...”*

Ý kiến này cũng được lãnh đạo BHXH tỉnh Hải Dương chia sẻ khi thảo luận nhóm *“Thời gian qua do khủng hoảng kinh tế nhiều doanh nghiệp cắt bớt hợp đồng lao động, tại Hải Dương có 31 doanh nghiệp cắt giảm gần 5.000 lao động;*

trong đó, có 748 lao động bị các chủ doanh nghiệp chấm dứt hợp đồng lao động, hơn 3.000 lao động phải ngừng làm việc, 1.175 lao động bị thay thế... Cho nên nhiều Doanh nghiệp lâm vào tình trạng khó khăn nên cố tình trốn đóng BHXH, BHYT, nhưng cũng có nhiều Doanh nghiệp tìm cách trốn đóng BHXH, BHYT không phải do nguyên nhân trên mà do họ cố tình để chiếm dụng bằng cách khai giảm đi so với số lao động thực tế đang làm việc”.

Ý kiến của Lãnh đạo BHXH Hưng Yên cho rằng: “tình trạng nhiều doanh nghiệp nợ đọng bảo hiểm xã hội kéo dài là do mức phạt dành cho các doanh nghiệp vi phạm Luật bảo hiểm xã hội còn nhẹ. Nhiều doanh nghiệp sẵn sàng nộp phạt nếu bị phát hiện vi phạm, sau đó tiếp tục vi phạm vì số tiền phạt (mức cao nhất là 20 triệu đồng) còn nhỏ hơn so với số tiền đóng BHXH, BHYT đúng quy định”.

Ý kiến của Lãnh đạo BHXH tỉnh Phú Thọ cho biết “Có đơn vị từ đầu năm vẫn chưa nộp xu nào, số đơn vị này còn rất nhiều, hàng trăm đơn vị. Chúng tôi kiểm tra, uốn nắn là chính, chứ không có quyền xử phạt, chỉ có phòng Thanh tra - Sở Lao động thương binh và xã hội là có quyền ra quyết định xử phạt. Chúng tôi chỉ đề nghị xử phạt thôi...có doanh nghiệp còn tuyên bố “thẳng” với cán bộ thu của BHXH là: Số tiền đó gửi ngân hàng lấy lãi còn hơn là nộp tiền BHXH. Xảy ra tình trạng này cũng là do chế tài xử phạt doanh nghiệp vi phạm luật BHXH còn quá nhẹ, chưa đủ sức răn đe. Có những doanh nghiệp nợ đến 2 năm cũng “không hề gì”. Chính việc trốn đóng BHXH, BHYT của chủ doanh nghiệp đã gây ra nhiều thiệt hại cho người lao động khi có nhu cầu hưởng chế độ, chính sách, như: Không được cấp thẻ BHYT, không được thanh toán chế độ thai sản ốm đau và giải quyết chế độ hưu trí”.

Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm theo chủ đề về nợ đọng quỹ BHXH, BHYT tại 4 tỉnh nói trên cho thấy rõ, nguyên nhân của tình trạng nợ đọng quỹ BHXH, BHYT từ các Doanh nghiệp là do các doanh nghiệp làm ăn thua lỗ, chế tài xử phạt doanh nghiệp vi phạm luật BHXH còn quá nhẹ (không quá 20 triệu đồng), chưa đủ sức răn đe; người lao động chưa nhận thức rõ quyền lợi BHXH, BHYT

nên chưa có biện pháp đòi hỏi quyền lợi chính đáng của mình từ chủ doanh nghiệp, chủ Doanh nghiệp vì lợi nhuận đã cố tình lách luật, chiếm dụng quỹ. Bên cạnh đó là sự phối hợp của các Ban ngành đoàn thể giữa BHXH các địa phương với Công đoàn, Thuế, Sở Kế hoạch đầu tư, Sở Tài chính, Lao động Thương binh và Xã hội chưa được chặt chẽ, kịp thời và thường xuyên.

3.1.2. Nhóm các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chi quỹ BHYT

Hiệu quả của chính sách BHYT không chỉ ở việc huy động từ nguồn thu để hình thành quỹ mà còn ở việc sử dụng một cách hợp lý nguồn quỹ đó, thực hiện cơ chế thu đúng chi đủ để bảo tồn quỹ đồng thời phải đảm bảo được quyền lợi cho người tham gia BHYT. Quỹ dành cho khám chữa bệnh chiếm tỷ trọng lớn của nguồn thu BHYT nên quản lý và sử dụng có hiệu quả quỹ này có ý nghĩa quan trọng trong công tác quản lý tài chính quỹ BHYT. Quản lý và sử dụng có hiệu quả quỹ KCB BHYT sẽ có tác động trực tiếp đến vấn đề an toàn quỹ. Để đánh giá hoạt động chi quỹ BHYT có hiệu quả trước hết cần phân tích kết quả sử dụng dịch vụ y tế của người tham gia BHYT.

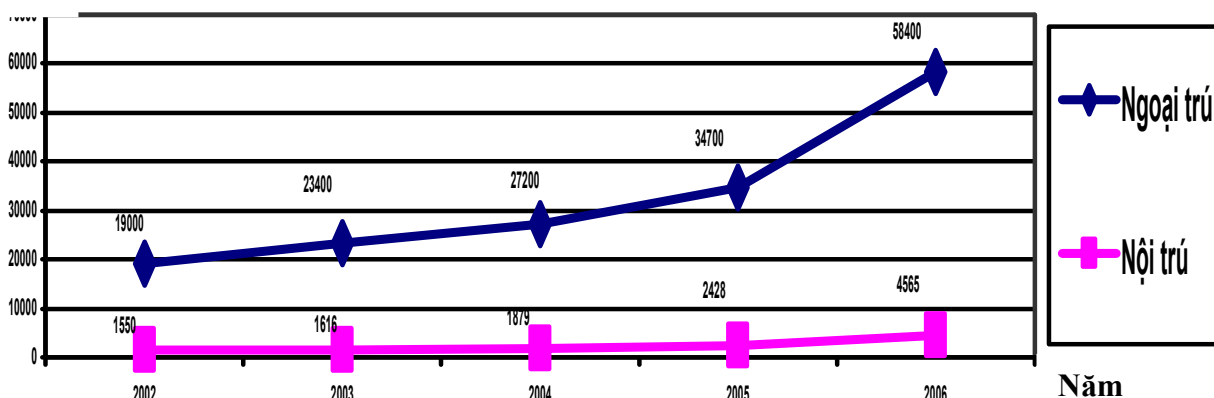
3.1.2.1. Kết quả nghiên cứu định lượng

3.1.2.1.1. Kết quả sử dụng dịch vụ y tế

Bảng 3.8: Tần suất khám và điều trị ngoại trú, nội trú của người tham gia BHYT (2002 - 2006)

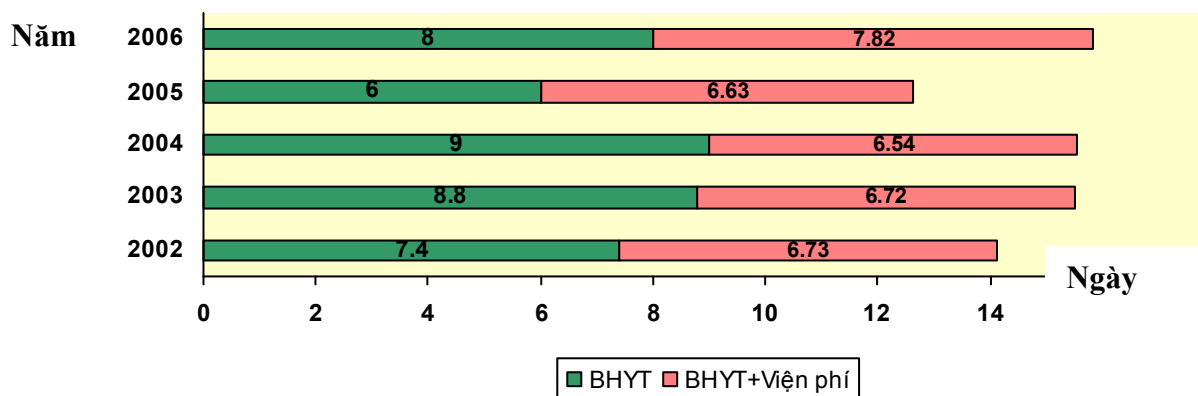
Năm Chỉ tiêu	Đơn vị tính	2002	2003	2004	2005	2006
Số lượt khám chữa bệnh ngoại trú	Lượt	19.051.763	23.377.651	27.199.105	34.702.239	58.394.402
Tần suất KCB ngoại trú	%	1,46	1,44	1,43	1,49	1,66
Số lượt điều trị nội trú	Lượt	1.546.386	1.615.712	1.878.702	2.428.191	4.564.635
Tần suất điều trị nội trú	%	0,12	0,10	0,10	0,10	0,13
Ngày điều trị bình quân	Ngày	7,4	8,8	9,0	6,0	8,0

Lượt



Biểu đồ 3.5: Số lượt KCB ngoại trú và điều trị nội trú BHYT, năm 2002-2006

Nhận xét: Số lượt KCB BHYT tăng dần qua 5 năm. Lượt KCB ngoại trú mỗi năm: từ 19 triệu - 58 triệu lượt; nội trú mỗi năm: từ 1,55 triệu lượt- 4,56 triệu lượt. Tần suất khám và điều trị ngoại trú: từ 1,46 lượt-1,66 lượt. Tần suất điều trị nội trú qua 5 năm ít có biến động, dao động từ 0,10 đến 0,13.



(Nguồn: Ngày điều trị bình quân chung - Tài khoản y tế quốc gia 2002-2006)

Biểu đồ 3.6. So sánh ngày điều trị bình quân BHYT và ngày điều trị bình quân chung

Nhận xét:

Biểu đồ 3.6 cho thấy ngày điều trị bình quân chung của của người bệnh BHYT cao hơn so với bệnh nhân viện phí (riêng năm 2005 thấp hơn 0,63 ngày). Tính trung bình, ngày điều trị bình quân của bệnh nhân BHYT (7,84 ngày/lượt người/năm) cao hơn 0,94 ngày so với ngày điều trị bình quân chung (6,9 ngày/lượt người/năm).

Phân tích theo từng đối tượng tham gia BHYT sẽ cho thấy rõ hơn khả năng tiếp cận dịch vụ y tế ở mỗi đối tượng tham gia BHYT, xem bảng 3.9 dưới đây:

Bảng 3.9: Tần suất điều trị ngoại trú, nội trú theo đối tượng tham gia BHYT, năm 2004-2006

Đơn vị tính: lần

Năm	2004		2005		2006	
	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú
Đối tượng BB	1,9	0,13	2,0	0,14	1,7	0,13
Hành chính sự nghiệp	2,2	0,16	2,2	0,18	2,7	0,21
Doanh nghiệp nhà nước	1,5	0,1	1,6	0,11	2,5	0,16
Doanh nghiệp tư nhân	1,4	0,07	1,5	0,11	2,4	0,16
Hưu trí mất sức	3,4	0,3	4,0	0,31	4,8	0,4
Ưu đãi xã hội	3,1	0,19	3,0	0,21	3,0	0,21
Đối tượng NN	0,5	0,06	1,1	0,07	0,35	0,07
Đối tượng TN	0,5	0,04	0,8	0,05	1,6	0,12
Học sinh, sinh viên	0,5	0,04	0,6	0,04	0,9	0,06
Tự nguyện nhân dân	1,1	0,08	1,5	0,08	4,5	0,33

Nhận xét:

Tần suất KCB ở đối tượng bắt buộc, ngoại trú từ: 1,7-2 lần/người/năm; nội trú: 0,13-0,14 lần/người/năm. Chi tiết theo đối tượng cụ thể: Hành chính sự nghiệp, ngoại trú: 2,2- 2,7 lần/người/năm; nội trú: 0,16-0,21 lần/người/năm. Doanh nghiệp nhà nước, ngoại trú: 1,5-2,5 lần/người/năm; nội trú: 0,10-0,16 lần/người/năm. Doanh nghiệp tư nhân: ngoại trú: 1,4-2,4 lần/người/năm; nội trú: 0,07-0,16 lần/người/năm. Hưu trí mất, ngoại trú: từ 3,4-4,8 lần/người/năm; ở khu vực nội trú, dao động ở mức 0,3-0,4 lần/người/năm. Ưu đãi xã hội, ngoại trú: 3,0-3,1 lần/người/năm; nội trú: 0,19-0,21 lần/người/năm.

Đối tượng Người nghèo, ngoại trú từ 0,35-0,5 lần/người/năm, nội trú từ 0,06-0,07 lần/người/năm.

Đối với BHYT tự nguyện, ngoại trú từ 0,5-1,6 lần/người/năm; nội trú từ 0,04-0,12 lần/người/năm. Chi tiết theo đối tượng cụ thể: Học sinh, sinh viên, ngoại trú từ 0,5-0,9 lần/người/năm; nội trú từ 0,04-0,06 lần/người/năm; Tự nguyện nhân dân, ngoại trú từ 1,1- 4,5 lần/người/năm, nội trú từ 0,08-0,33 lần/người/năm.

Phân tích rõ hơn khả năng sử dụng dịch vụ y tế theo cơ cấu tham gia BHYT để so sánh, đánh giá cụ thể mức độ sử dụng dịch vụ y tế theo từng đối tượng.

Bảng 3.10: Cơ cấu tham gia BHYT và tần suất KCB theo đối tượng tham gia BHYT (2002-2006)

Đơn vị tính: %

Năm Chỉ tiêu	2002		2003		2004		2005		2006	
	Tỷ trọng	Tần suất	Tỷ trọng	Tần suất	Tỷ trọng	Tần suất	Tỷ trọng	Tần suất	Tỷ trọng	Tần suất
BB	66	2,1	70	2	66	1,8	60	2,1	72	1,8
HCSN	19	1,8	22	2,1	14	2,1	15	2,4	8,5	2,9
DNNN	19	1,6	22	1,9	14	1,6	11	1,7	5,5	2,7
DNTN	3	1,3	11	1	22	1,5	24	1,6	27	2,6
HTMS	19	2,9	23	3,3	13	3,8	12	4,3	7,1	5,2
ƯĐXH	21	2,8	22	3,1	18	3,3	12	3,2	8,7	3,2
NN	19	0,8	20	0,8	31	1,1	35	1,1	59	0,8
TN	34	0,5	30	0,5	34	0,5	40	0,8	28	1,8
HSSV	98	0,5	99	0,5	95	0,5	83	0,7	79	1
TNND	2	1,9	1	1,9	5	1,2	17	1,6	21	4,8

Kết quả tại bảng 3.10 cho thấy, cơ cấu đối tượng tham gia BHYT: Bắt buộc chiếm từ 60-72%, tần suất KCB hàng năm từ 1,8-2,1 lần/người; Chi tiết theo nhóm bắt buộc tỷ trọng tham gia ở 3 đối tượng tương đương nhau đó là HCSN, DNNN, HTMS, NN (chiếm 19%), DNTN chiếm 3% và ƯĐXH chiếm 21% trong nhóm bắt buộc; Tần suất KCB ở các đối tượng này hàng năm từ 0,8- 5,2 lần/người.

Tự nguyện chiếm từ 28-40%, tần suất KCB hàng năm từ 0,5-0,8 lần/người. Chi tiết theo nhóm tự nguyện, đối tượng HSSV chiếm tỷ trọng từ 79-98%, TNND chiếm từ 1-21%; tần suất KCB hàng năm, HSSV từ 0,5-1 lần/người, TNND từ 1,2-4,8 lần/người.

3.1.2.1.2. Ảnh hưởng của phương thức thanh toán và mức phân bổ quỹ KCB

3.1.2.1.2.1. Giai đoạn thực hiện nghị định 58/1998/NĐ-CP (từ năm 1999-2005)

Giai đoạn từ tháng 8/1998 đến tháng 5/2005, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ áp dụng ở 2 khu vực ngoại trú và nội trú kèm theo các biện pháp kiểm soát quỹ như áp dụng cùng chi trả, quy định trần trong thanh toán nội trú theo Thông tư số 17/BYT ngày 19/12/1998 của Bộ Y tế. Khung giá dịch vụ kỹ thuật

theo Thông tư số 14/ TTLB, ngày 30/9/1995 của của liên Bộ Y tế- Lao động thương binh xã hội-Tài chính -Ban vật giá Chính phủ. Từ năm 1999 đến tháng 6/2005, quỹ KCB đối tượng bắt buộc bằng 86,5% so với số thu BHYT, 5% số thu lập quỹ dự phòng, 8,5% số thu BHYT sử dụng chi quản lý bộ máy từ trung ương đến địa phương cụ thể:

+ Khu vực ngoại trú: thanh toán theo phí dịch vụ có trần thanh toán (trần thanh toán bằng 45% quỹ KCB theo số thẻ đăng ký ban đầu tại cơ sở y tế). Chi phí KCB ngoại trú của đối tượng BHYT được chuyển lên tuyến trên sẽ được tính vào trần thanh toán này.

+ Khu vực nội trú: thanh toán theo phí dịch vụ, có trần nội trú. Trần thanh toán được áp dụng đối với từng cơ sở y tế. Trần thanh toán trong năm bằng chi phí KCB nội trú bình quân một đợt điều trị năm trước (x) tổng số bệnh nhân ra viện trong kỳ (x) hệ số trượt giá (k=1,1). Nếu cơ sở y tế vượt trần, sẽ được thanh toán vào quỹ đầu năm tài chính kế tiếp.

Đối với đối tượng BHYT tự nguyện mức phân bổ bằng 90% số thu. Trong đó, tỷ lệ chi CSSKBĐ cho đối tượng tham gia là hộ gia đình đoàn thể (gọi tắt là tự nguyện nhân dân) chiếm từ 10% - 20%, quỹ ngoại trú từ 30-40% và quỹ nội trú là 50% quỹ KCB. Đối tượng là học sinh sinh viên, quỹ chi CSSKBĐ thống nhất ở mức 20%, ngoại trú và nội trú ngang bằng nhau với tỷ lệ 40% quỹ KCB (Xem mức phân bổ quỹ giai đoạn này tại bảng 1.15 và 1.16, phụ lục 1).

Bảng 3.11. Chi phí KCB BHYT, năm 2002-2004

Năm Chỉ tiêu	Đơn vị tính	2002	2003	2004
Số thu quỹ KCB BHYT	tỷ đồng	1.270	2.035	2.352
Chi ngoại trú	tỷ đồng	437	594	879
Chi nội trú	tỷ đồng	533	594	864
Số chi BHYT	tỷ đồng	970	1.188	1.743
Tỷ lệ % chi KCB so với số thu	%	76	58	74
Cân đối (dư)	tỷ đồng	300	847	609

Từ năm 1998 đến cuối năm 2005 phương thức thanh toán BHYT được áp dụng theo Nghị định 58/NĐ-CP ngày 13/8/1998 của Chính phủ. Theo đó, biện pháp cùng chi trả 20% lần đầu tiên được áp dụng cho các đối tượng BHYT (trừ một số

đối tượng chính sách). Thời điểm này, việc thanh toán chi phí KCB được quy định tại thông tư liên bộ số 17/1998/TT-BYT, trong đó, phương thức thanh toán phí dịch vụ tiếp tục được triển khai, giới hạn quỹ ngoại trú (45% quỹ KCB), quỹ nội trú (50% quỹ KCB), quy định trần trong thanh toán nội trú. Với quy định thanh toán như vậy, kết quả tại bảng 3.11 cho thấy, tỷ lệ sử dụng quỹ giảm (năm 2003, sử dụng quỹ thấp nhất chiếm 58%, năm 2004 sử dụng quỹ cao nhất chiếm 74% so với quỹ BHYT).

3.1.2.1.2.2. Giai đoạn thực hiện nghị định 63/2005/NĐ-CP (từ năm 2005-2008)

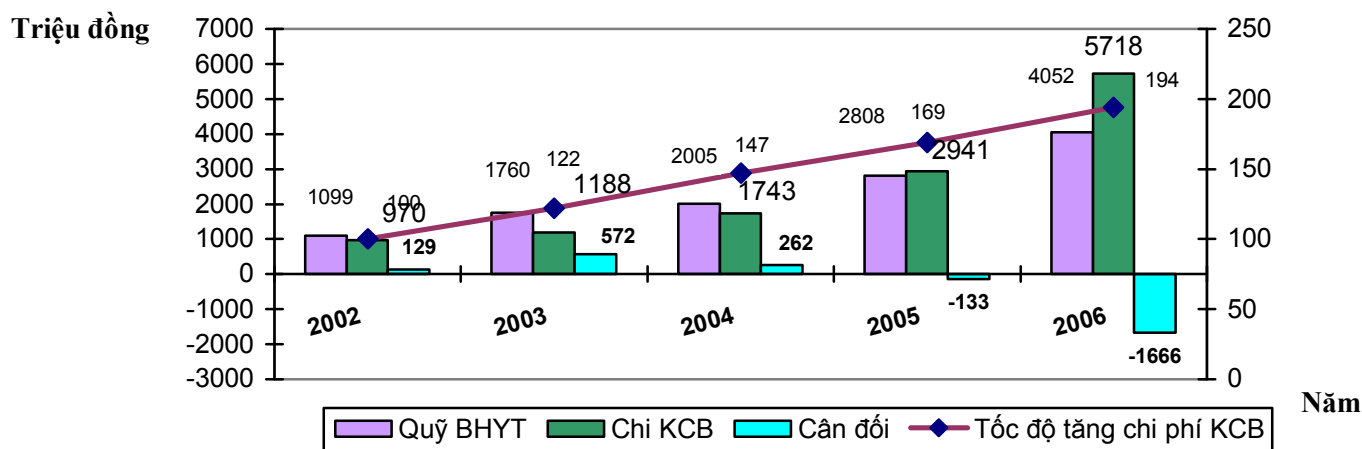
Ngày 16/5/2005, Chính phủ ban hành Nghị định 63/2005/NĐ-CP, quy định về Điều lệ BHYT mới, thay thế nghị định 58/1998/NĐ-CP. Theo đó, phương thức thanh toán phí dịch vụ vẫn được áp dụng nhưng không đi kèm các biện pháp kiểm soát quỹ, xóa bỏ cùng chi trả, bỏ trần thanh toán trong nội trú, mở rộng quyền lợi BHYT như thanh toán tai nạn giao thông, chi phí vận chuyển, bổ sung dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn, mở rộng danh mục thuốc.... Mức phân bổ quỹ KCB ở đối tượng bắt buộc bằng 95% số thu, quỹ dự phòng là 5%; đối với BHYT tự nguyện, quỹ KCB bằng 87% số thu, quỹ dự phòng 2%, hoa hồng đại lý là 8%, đào tạo tuyên truyền 3% số thu. Điểm khác biệt cơ bản ở giai đoạn này so với các giai đoạn trước là, phân bổ quỹ đã quy định rất cụ thể đối với cơ sở chỉ KCB ngoại trú hoặc cơ sở vừa KCB nội ngoại trú và nội trú, cơ sở có y tế trường học mới được phân bổ chi chăm sóc sức khỏe ban đầu, loại bỏ quỹ CSSKBĐ ở đối tượng bắt buộc và tự nguyện nhân dân. Theo đó, cơ sở chỉ KCB ngoại trú được phân bổ 45% quỹ KCB theo từng đối tượng đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở đó, cơ sở KCB cả ngoại trú và nội trú được phân bổ đến 90% quỹ KCB theo từng đối tượng (BHYT bắt buộc, học sinh sinh viên, tự nguyện nhân dân) và số thẻ đăng ký ban đầu tại cơ sở đó, trường học có y tế học đường phân bổ 20% quỹ KCB dành chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên. 55% quỹ còn lại từ cơ sở chỉ KCB ngoại trú và 10% quỹ KCB còn lại đối với cơ sở KCB nội trú và ngoại trú được BHXH các địa phương tập hợp dành chi cho thanh toán đa tuyến nội tỉnh. Việc phân bổ này đã giúp BHXH các địa phương điều tiết thanh toán ngoài nơi đối tượng đăng ký KCB ban đầu (đa tuyến

nội tỉnh). Tuy nhiên, việc bệnh nhân BHYT chuyển tuyến lên bệnh viện trung ương, ngoại tỉnh hay còn gọi là thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh chưa được đề cập cụ thể mức phân bổ ở giai đoạn này. Theo quy định BHXH Việt Nam việc thanh toán đa tuyến ngoại tỉnh được BHXH Việt Nam căn cứ vào chi phí KCB đa tuyến của năm trước (x) với hệ số 1,1 để phân bổ kế hoạch chi KCB (khấu trừ hoặc tăng quỹ) cho các địa phương (Xem mức phân bổ quỹ giai đoạn này tại bảng 1.17, phụ lục 1).

Bảng 3.12. Chi phí KCB BHYT, năm 2005-2006

Năm Chỉ tiêu	Đơn vị tính	2005	2006
Quỹ KCB BHYT ^(*)	tỷ đồng	2.808	4.052
Chi ngoại trú	tỷ đồng	1.373	2.661
Chi nội trú	tỷ đồng	1.568	3.057
Số chi BHYT	tỷ đồng	2.941	5.718
Tỷ lệ % chi KCB so với số thu	%	105	141
Cân đối (bội chi)	tỷ đồng	-133	-1.666

Ghi chú ^(*): Quỹ KCB được tính toán dựa trên mức phân bổ quỹ theo loại đối tượng BHYT bắt buộc, tự nguyện, người nghèo ở từng giai đoạn- xin xem thêm bảng 1.14 đến 1.17- phụ lục 1.



Biểu đồ 3.7. Chi phí KCB và tốc độ gia tăng chi phí KCB BHYT, năm 2002-2006

Kết quả chi phí KCB từ năm 2005-2006 tại bảng 3.12 đã phản ánh rõ tốc độ gia tăng chi phí y tế khi áp dụng phương thức theo phí dịch vụ, làm cho quỹ BHYT không có khả năng cân đối. Trong đó, năm 2006 (sau 01 năm thực hiện Nghị định 63/2005/NĐ-CP) tỷ lệ chi vượt quỹ BHYT là cao nhất chiếm 41%.

Phương thức thanh toán và phân bổ quỹ KCB ảnh hưởng rất lớn đến việc thu chi quỹ BHYT cũng như quyền lợi của người tham gia BHYT. Kết quả phân tích ở trên cho thấy, từ năm 2002 đến 2006 ở Việt Nam việc áp dụng thanh toán BHYT

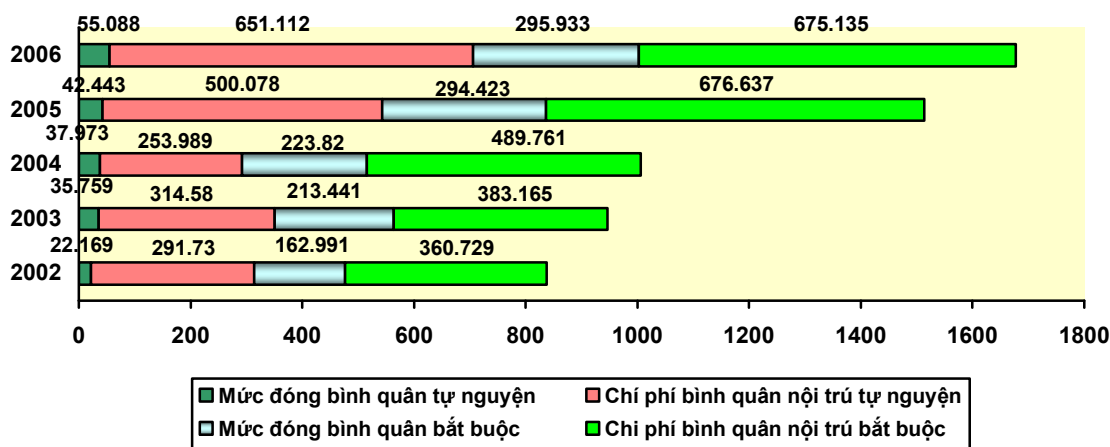
chủ yếu vẫn theo phương thức phí dịch vụ với khung giá thanh toán theo Thông tư liên bộ số 14/TTLB từ năm 1995 và Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTB&XH, bổ sung thông tư liên bộ số 14/TTLB.

3.1.2.1.3. Chi phí bình quân KCB BHYT

Bảng 3.13: Chi phí bình quân KCB nội trú, ngoại trú (2002-2006)

Đơn vị tính: đồng

Chỉ tiêu \ Năm	2002	2003	2004	2005	2006
Chi phí bình quân nội trú	344.541	367.655	459.890	644.159	669.791
Chi phí bình quân nội trú của đối tượng bắt buộc	360.729	383.165	489.761	676.637	675.135
Chi phí bình quân nội trú đối tượng tự nguyện	291.730	314.580	253.989	500.078	651.112
Chi phí bình quân ngoại trú	22.951	25.408	32.310	39.559	45.562
Chi phí bình quân ngoại trú đối tượng bắt buộc	24.785	29.215	33.507	43.058	47.008
Chi phí bình quân ngoại trú đối tượng tự nguyện	9.315	12.848	23.264	26.268	41.749



Biểu đồ 3.8. So sánh mức thu chi bình quân của đối tượng tự nguyện và bắt buộc

Nhận xét: Chi phí KCB của đối tượng tham gia BHYT tăng đều qua các năm, mức chi của đối tượng bắt buộc và tự nguyện tương đương nhau (651.112 đồng - 675.135 đồng/người/lần điều trị nội trú), trong khi mức đóng bình quân cao nhất 124.297 đồng (tính chung cho cả 2 đối tượng), mức đóng bình quân tự nguyện là 55.088 đồng/người/năm.

3.1.2.1.4. Chi phí tiền thuốc BHYT

Theo quy định hiện hành, tiền thuốc được thanh toán theo Danh mục thuốc chủ yếu sử dụng cho cơ sở KCB của quy định của Bộ Y tế, không phân biệt bệnh nhân BHYT hay bệnh nhân thu viện phí. Thực tế, chi phí tiền thuốc luôn chiếm tỷ trọng đáng kể trong tổng chi phí KCB BHYT.

Bảng 3.14. Chi phí tiền thuốc BHYT 2002-2006

Đơn vị tính: tỷ đồng

Năm Chỉ tiêu	2002	2003	2004	2005	2006
Chi phí KCB	970	1.188	1.743	2.941	5.718
Chi phí thuốc	588	760	1.100	2.000	3.527
Tỷ lệ % so với chi phí KCB	61	64	63	68	62
Tỷ lệ chi phí thuốc gia tăng so với năm gốc	100	129	187	340	600
Tỷ lệ chi phí thuốc gia tăng so với năm liền kề	100	129	144	182	176

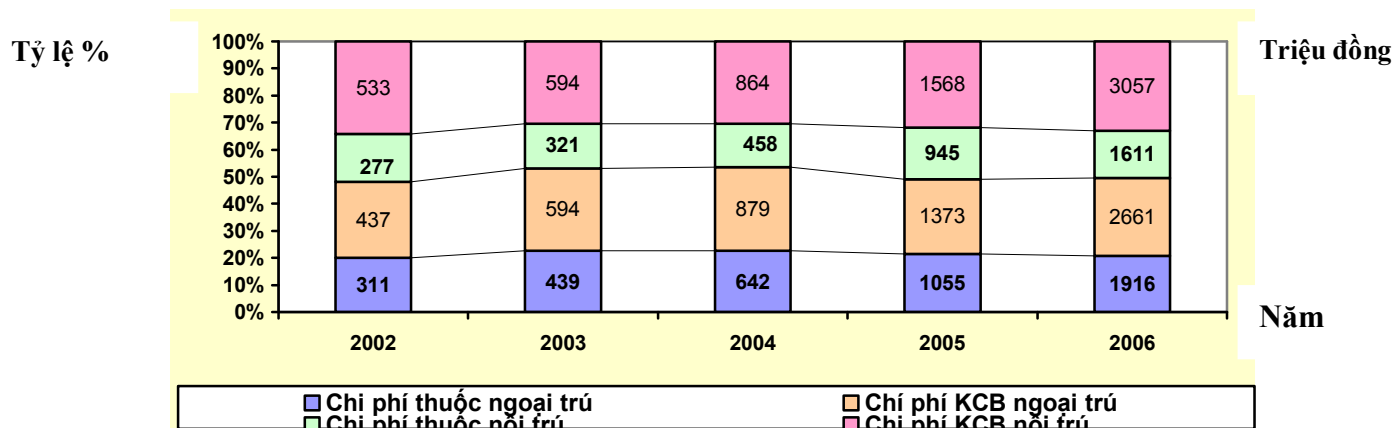
Nhận xét:

Chi phí tiền thuốc gia tăng theo số tuyệt đối qua các năm, nhưng xét ở tỷ trọng trong tổng chi phí KCB, chỉ số tương đối này lại tăng không đáng kể và có xu hướng giảm (dao động ở mức 61%-64%, cá biệt năm 2005 chiếm 68% so với tổng chi phí KCB). Nếu so sánh xu hướng chi phí thuốc tăng giữa các năm so với năm gốc (2002) mức tăng đạt từ 129-600%, tốc độ tăng giữa các năm liền kề đạt từ 129%-182%. Tuy nhiên để đánh giá cụ thể, chúng tôi tiến hành phân tích chi phí tiền thuốc ở 2 khu vực KCB nội trú và ngoại trú theo bảng 3.15.

Bảng 3.15. Chi phí tiền thuốc trong KCB ngoại trú và nội trú, năm 2002-2006

Đơn vị tính: tỷ đồng

Năm Chỉ tiêu	2002	2003	2004	2005	2006
Chi phí KCB ngoại trú	437	594	879	1.373	2.661
Chi phí thuốc ngoại trú	311	439	642	1.055	1.916
Tỷ lệ %	71	74	73	77	72
Chi phí KCB nội trú	533	594	864	1.568	3.057
Thuốc nội trú	277	321	458	945	1.611
Tỷ lệ %	52	54	53	60	53



Biểu đồ 3.9. Chi phí thuốc trong tổng chi phí ngoại trú và nội trú, năm 2002-2006

Nhận xét: Ở khu vực ngoại trú: thuốc chiếm tỷ lệ cao từ 71%-77% chi phí KCB; Ở khu vực nội trú: thuốc chiếm tỷ lệ trên 1/2 tổng chi phí KCB.

Như vậy tỷ lệ sử dụng thuốc ở khu vực ngoại trú là chủ yếu và thuốc luôn xếp vị trí số 1 trong cơ cấu chi phí KCB.

Kết quả nghiên cứu tại 17 địa phương cho thấy, tỷ lệ tiền thuốc ngoại trú cao nhất (trong 17 tỉnh được chọn nghiên cứu) là Kon Tum (85.1%), thấp nhất là Hải Phòng (53.2%). Ở khu vực nội trú, cao nhất là Kiên Giang (65,1%) và thấp nhất là Ninh Thuận (44.9%). Chi phí thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng chi phí KCB là Kiên Giang (73.9%), thấp nhất là Hải Phòng (54.3%) (*xin xem bảng 1.13., Phụ lục I*).

3.1.2.2. Kết quả nghiên cứu định tính

3.1.2.2.1. Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm tại 5 tỉnh phía Nam về những bất cập trong KCB BHYT tại các cơ sở y tế

Ý kiến Giám đốc bệnh viện huyện Giồng Trôm tỉnh Bến Tre nói. "Một bác sỹ phòng khám tại bệnh viện huyện một buổi sáng khám bệnh ít nhất là 35-40 bệnh nhân, chưa kể bệnh nhân làm các thủ tục khác như xét nghiệm, X quang..., chúng tôi làm không xuể, trong khi cả phòng khám chỉ có 7 bác sỹ, nhiều khi đông bệnh nhân quá Lãnh đạo bệnh viện phải trực tiếp tham gia khám bệnh...".

Phó giám đốc bệnh viện đa khoa Khánh Hoà nói. *”Do tình trạng quá tải, áp lực công việc nên đôi khi nhân viên bệnh viện còn có thái độ cáu gắt bệnh nhân vì nhiều khi bệnh nhân không đọc bảng chỉ dẫn, thấy nhân viên y tế là hỏi, chúng tôi đang phối hợp với BHXH sẽ bố trí lại quy trình KCB để người bệnh đi khám được thuận lợi hơn.”*

Về ý kiến cho rằng bệnh viện thu thêm tiền của bệnh nhân BHYT khi bệnh nhân nằm viện, Phó Giám đốc bệnh viện đa khoa Bình Định cho rằng *“Nhiều dịch vụ kỹ thuật chúng tôi thực hiện cho bệnh nhân nằm ngoài danh mục của BHYT nên chúng tôi phải thu tiền của bệnh nhân như mức thu đối với bệnh nhân viện phí là điều bình thường, nhưng cũng có nhiều dịch vụ kỹ thuật nằm trong danh mục được Bảo hiểm thanh toán nhưng giám định viên của Bảo hiểm không cho thanh toán chi phí vật tư nên chúng tôi buộc phải thu của bệnh nhân, trong khi giá dịch vụ kỹ thuật đó lại thấp hơn rất nhiều giá vật tư tiêu hao, ví dụ Đặt Catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) giá quy định được thanh toán là 80.000 đồng, trong khi chúng tôi mua kim để bóc tách tĩnh mạch đã mất 200.000 đồng.”*

Lãnh đạo BHXH tỉnh Bình Định giải thích: *Về nguyên tắc BHXH chỉ thanh toán các dịch vụ kỹ thuật nằm trong quy định tại TTLB số 14 và TTLT số 03, một số dịch vụ kỹ thuật đã bao gồm giá vật tư y tế tiêu hao nên cơ quan BHXH không thể thanh toán thêm chi phí Vật tư tiêu hao cho bệnh viện, một số vật tư y tế tiêu hao không được tính vào giá dịch vụ kỹ thuật nhưng có trong danh mục vật tư y tế tiêu hao của Bộ Y tế thì Bảo hiểm sẽ thanh toán cho bệnh viện”.*

Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm tại 5 tỉnh phía Nam cho thấy vấn đề bất cập trong KCB BHYT hiện nay (ảnh hưởng đến quyền lợi người tham gia BHYT) là: quy trình thủ tục KCB BHYT phải trải qua quá nhiều khâu trung gian, sự chờ đợi để khám bệnh, làm thủ tục hành chính, làm dịch vụ xét nghiệm, kỹ thuật, .. đã tạo nên tình trạng quá tải tại các bệnh viện từ trung ương đến cơ sở y tế tuyến huyện, mỗi ngày một bác sỹ phải khám cho quá nhiều bệnh nhân nên ảnh

hưởng rất lớn đến chất lượng KCB. Bệnh nhân BHYT than phiền còn phải đóng thêm nhiều khoản tiền khi đi khám bệnh hoặc nằm viện.

3.1.2.2.2. Ảnh hưởng của việc phát hành thẻ BHYT tự nguyện đến khả năng chi quỹ BHYT

3.1.2.2.2.1. Kết quả điều tra theo đối tượng tham gia BHYT tự nguyện tại 4 tỉnh phía Bắc

- *Đối với Nhóm Hộ gia đình*: điều kiện để phát hành thẻ BHYT theo nhóm Hộ gia đình là phải đảm bảo ít nhất 10% số hộ đăng ký tham gia và 100% thành viên trong hộ chưa có thẻ phải tham gia BHYT.

Kết quả: 4/4 địa phương chưa đảm bảo tỷ lệ tham gia theo quy định, với các biểu hiện cụ thể là:

BHXXH không nắm được đúng thực tế tổng số hộ gia đình trên địa bàn, không nắm được số hộ đã có thẻ BHYT do đó không biết chính xác số hộ trong diện vận động là bao nhiêu để tính ra tỷ lệ cần thiết trước khi phát hành thẻ.

Danh sách hộ do UBND xã phường cung cấp, cơ quan BHXXH không kiểm tra được mà chủ yếu phụ thuộc vào sổ thống kê của xã phường; Đại lý thu tại xã phường khi vận động kê khai danh sách thì số hộ đăng ký tham gia nhiều nhưng khi thu tiền thì chỉ còn một số ít hộ đóng;

Nhiều hộ chỉ kê những người tham gia mà không kê đủ danh sách cả hộ vẫn được chấp nhận. Nhiều hộ chỉ tham gia 1 người đại diện (thường là người đang ốm hoặc có nhu cầu KCB) mà không tham gia cho tất cả số thành viên chưa có thẻ.

- *Nhóm Hội đoàn thể*: điều kiện để phát hành thẻ BHYT là phải đảm bảo $\geq 30\%$ Hội viên tham gia.

Kết quả: 4/4 tỉnh được khảo sát, cơ quan BHXXH không xác định được đúng tổng số Hội viên của Hội, số đã có thẻ, số trong diện vận động mà phụ thuộc vào sổ kê khai và xác nhận một cách tương đối của chủ tịch Hội.

2/4 tỉnh lấy số hội viên đã thu được tiền làm căn cứ tính tỷ lệ và từ đó quy ngược ra tổng số Hội viên cho phù hợp (Phú Thọ, Bắc Giang).

- *Nhóm thân nhân người lao động*: điều kiện phát hành thẻ BHYT là người lao động chính quy phải đảm bảo mua cho 100% thân nhân của mình.

Kết quả: 4/4 tỉnh được khảo sát, cơ quan BHXH không có cơ chế để kiểm soát thống kê số lượng thân nhân người lao động. Có đến 2/3 (chiếm 67%) đơn vị được khảo sát chỉ mua cho một vài người là thân nhân trong khi số lao động của đơn vị có tới hàng trăm người.

Người lao động kê khai người không phải là thân nhân vẫn được chấp nhận, nhất là người lao động thuộc ngành y tế và ở các cơ quan hành chính thuộc tỉnh, huyện. Cá biệt tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ 1 cán bộ làm công tác tổ chức của bệnh viện mua thẻ BHYT cho cả 4 cháu và được bảo hiểm xã hội thành phố Việt Trì xác nhận là “thân nhân” người lao động.

3.1.2.2.2. Kết quả phỏng vấn sâu nhóm nhà quản lý và đối tượng tham gia BHYT tự nguyện

Ý kiến của ông Nguyễn Nhật M, Phó Giám đốc BHXH thành phố Hải Dương: “*Đại lý thu ở xã phường thực hiện vận động đến đâu thu tiền đến đó, thu không đạt tỷ lệ nhưng vẫn phát hành thẻ vì đã trót thu tiền của dân rồi, không trả lại được nữa*”.

Ý kiến của Lãnh đạo BHXH tỉnh Phú Thọ: “*Công tác phát hành thẻ BHYT tự nguyện thực sự chưa quản lý tốt đầu vào (khâu phát hành thẻ) đa phần là người ốm tham gia (hoặc là hộ gia đình có người bệnh nặng, mãn tính) đã dẫn đến tình trạng thâm hụt quỹ nặng nề tại địa phương...*”.

Ý kiến của Lãnh đạo BHXH tỉnh Bắc Giang: “*Do BHXH Việt Nam giao kế hoạch thu cao nên chúng tôi chạy theo thành tích mà không nghĩ đến các điều kiện tham gia theo nhóm đối tượng, điều này đã ảnh hưởng rất lớn đến khả năng cân đối thu chi quỹ BHYT tự nguyện tại địa phương...*”

Bệnh nhân Khuất Thị M tại thành phố Bắc Giang tham gia BHYT Tự nguyện theo nhóm Hội Chữ thập đỏ cho biết: “*Tôi ở nhà nội trợ mua BHYT theo sự vận động của cán bộ hội chữ thập đỏ của phường, trước đây tôi hay bị đau nhức xương khớp và bị bệnh tim, mỗi lần đi khám mua thuốc tại bệnh viện tỉnh mất hàng trăm*

ngàn đồng, nghe chị cán bộ Hội chữ thập đỏ của phường nói có đợt mua thẻ BHYT chỉ cần đóng 5.000 đồng tham gia hội là được mua thẻ BHYT, tôi mua ngay và mua cả cho chồng tôi nữa vì ông ấy hay bị bệnh hen suyễn từ mấy năm nay rồi.”

Anh Trịnh Xuân H (bệnh nhân suy thận) ở thành phố Việt Trì: *“Tôi bị suy thận mấy năm nay, mỗi tuần phải xuống Hà Nội chạy thận, may có ông chủ làm bệnh viện đa khoa tỉnh mua thẻ BHYT cho tôi nên mỗi lần chạy thận dưới Hà Nội cũng đỡ tốn kém đi rất nhiều, không có thẻ BHYT chắc tôi chết từ lâu rồi vì không có đủ tiền để chi phí..”*

Kết quả thẩm định 60 trường hợp bệnh nhân chi phí KCB lớn đã điều trị tại các bệnh viện tuyến Trung ương và tuyến tỉnh bằng cách tìm gặp trực tiếp người bệnh và kiểm tra hồ sơ phát hành thẻ: có 9% trường hợp phát hành thẻ không đúng đối tượng, 19% trường hợp không tìm thấy tên trong danh sách phát hành thẻ tại BHXH nhưng lại có thẻ lưu hành, có thể đã đi KCB với chi phí trên 80 triệu đồng nhưng không tìm được bệnh nhân vì địa chỉ là giả. Có 45/60 (chiếm 75%) bệnh nhân được thẩm tra đều đã phải điều trị bệnh trước khi mua thẻ BHYT.

Kết quả thảo luận nhóm tại 4 tỉnh, các nguyên nhân đưa ra là: quản lý công tác phát hành thẻ BHYT tự nguyện tại địa phương còn lỏng lẻo, thiếu tính chuyên nghiệp; Công tác kiểm tra giám sát không được thường xuyên nên chủ yếu số người tham gia BHYT tự nguyện là những người ốm tham gia.

3.1.2.2.3. Ảnh hưởng của công tác giám định và quản lý quỹ KCB BHYT

Ngoài các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chi quỹ như đã phân tích ở trên, chúng tôi đi sâu nghiên cứu nhóm yếu tố quản lý chi quỹ BHYT tại 5 BHXH tỉnh phía Nam,

3.1.2.2.3.1. Kết quả khảo sát và điều tra

Có 3/5 tỉnh (Kiên Giang, Bình Định, Khánh Hòa) cơ quan BHXH ký kết hợp đồng với cơ sở KCB những dịch vụ y tế nằm ngoài quy định tại TTLB số 14, TTLT số 03 hoặc có giá cao hơn giá quy định tại TTLB số 14, TTLT số 03. Đơn cử, Kiên Giang thanh toán xét nghiệm Anti Hbe, HbeAg, Anti HCV đều áp giá 85.000

đồng/1 xét nghiệm, bảng giá này được Kiên Giang áp dụng từ 7/3/2005 (không có trong TTLB số 14), trong khi đó giá tại TTLT số 03 áp dụng từ tháng 3/2006 có giá của các xét nghiệm này tối đa là 80.0000 đồng, điều trị baseddow 740.000 đồng (giá TTLB 14 tối đa 50.000 đồng, giá tại TTLT số 03 tối đa 100.000 đồng).

Tại Khánh Hoà việc áp giá máu và một số dịch vụ kỹ thuật cao hơn so với quy định tại thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT trong thanh toán tiền máu 300.000 đồng/1 đơn vị máu (giá quy định 260.000đ/1 đơn vị máu)...Cá biệt có cả nhưng dịch vụ kỹ thuật không nằm trong danh mục được BHYT thanh toán.

Tại Bình Định, việc ký hợp đồng KCB với một số bệnh viện tư nhân, bệnh viện chuyên khoa còn chưa chặt chẽ, ví dụ BHXH ký kết hợp đồng với Trung tâm chỉnh hình và phục hồi chức năng Quy Nhơn về thanh toán 1 số dịch vụ y tế căn cứ theo sự thỏa thuận về giá của 2 bên mà đơn giá thu 1 phần viện phí lại do chính bệnh viện xây dựng. Hoặc ký hợp đồng với bệnh viện tư nhân Hoà Bình theo sự thỏa thuận thanh toán theo bệnh viện hạng II, cho dù bệnh viện này chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt về hạng bệnh viện. Cũng giống như Khánh Hoà, việc thanh toán một số dịch vụ kỹ thuật theo giá phê duyệt của UBND tỉnh, vượt mức tối đa theo Thông tư liên tịch số 03, hoặc không có trong danh mục của Thông tư liên bộ số 14 và Thông tư liên tịch số 03.

Tại 5 tỉnh khảo sát, việc ký kết hợp đồng với Ban bảo vệ sức khỏe của tỉnh còn có sự nể nang, dễ dãi (do đối tượng đăng ký ban đầu ở đây là cán bộ cấp cao của tỉnh), việc thanh toán thỏa thuận theo bệnh viện hạng II (tương đương với bệnh viện đa khoa tỉnh). Cá biệt việc thanh toán cho đơn vị này không trừ phần chi phí thanh toán đa tuyến của đối tượng đăng ký ban đầu (thanh toán thực chi).

Trong thanh toán chi phí KCB, tình trạng “lách luật” có hiện tượng lạm dụng từ cơ sở KCB, cụ thể như sau:

- Tại tỉnh Bình Định, Phòng khám Ban bảo vệ sức khỏe tỉnh Bình Định được xem là cơ sở KCB tuyến 2 với số thẻ BHYT đăng ký ban đầu chỉ có 02 thẻ vẫn được cơ quan BHXH tỉnh chấp nhận, riêng quý I/2006, chi phí của 2 đối tượng đăng ký ban đầu đã hết 22.961.447 đồng vượt xa số quỹ (3 triệu đồng) được thanh

toán ban đầu của cơ sở này cho cả năm. Biết rõ vấn đề này, đến quý II/2006, cơ sở thanh toán chi phí KCB cho đối tượng đăng ký ban đầu không còn nữa, thay vào đó là chi phí KCB quý II được quyết toán thực chi cho đối tượng có thể không đăng ký ban đầu với số tiền quyết toán là 82.901.162 đồng. Tại bệnh viện tư nhân Hoà Bình cũng xảy ra tương tự, số thẻ đăng ký ban đầu tại cơ sở này là 1.866 thẻ tương ứng với số tiền được thanh toán trong quý I là 22.057.192 đồng. Nhưng tại quý I cơ sở này đã được cơ quan BHXH thanh toán với số tiền 682.225.736 đồng (trong đó chi phí cho đối tượng đăng ký KCB ban đầu đã là **318.309.273** đồng vượt 14,4 lần quỹ được thanh toán) nhưng đến quý II chi phí quyết toán KCB là 1.073.882.828 đồng (trong đó thanh toán dịch vụ kỹ thuật tán sỏi, riêng kỹ thuật này đã lên đến 156,7 triệu đồng), chi phí KCB quý II không có đối tượng người đăng ký KCB ban đầu KCB đi KCB tại Bệnh viện đa khoa Hòa Bình, trong khi số thẻ đăng ký ban đầu quý II tại cơ sở này là 1.319 thẻ.

- Có 5/5 địa phương đều thanh toán tiền Vật tư y tế tiêu hao ở khu vực ngoại trú (theo quy định Thông tư liên bộ số 14/TTLB giá cho 1 lần khám bệnh và từng loại dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm đã bao gồm: vật tư tiêu hao, hoá chất, phim X quang, thuốc cản quang...), tuy nhiên mức độ thanh toán vật tư y tế tiêu hao tại các tỉnh là khác nhau, điển hình thanh toán nhiều nhất là Kiên Giang, số tiền là 605.559.600 đồng (tổng số lượt khám là 406.776 lượt).

- Có 2/5 địa phương thanh quyết toán với các cơ sở KCB ban đầu căn cứ theo chi phí thực tế và quỹ được sử dụng nhưng trong quyết toán một số địa phương không trừ chi phí đa tuyến nội tỉnh, ngoại tỉnh ví dụ: Kiên Giang, Bình Phước.

- Tại Bến Tre, Trung tâm y tế dự phòng Thị xã Bến Tre và huyện Mỏ Cày tỉnh Bến Tre phân bổ kinh phí KCB BHYT bằng tiền mặt đối với các trạm y tế là chưa đúng với quy định hiện hành (về nguyên tắc các trung tâm này phải mua thuốc, vật tư y tế tiêu hao cho trạm y tế xã phường).

Như vậy, kết quả điều tra cho thấy, việc quản lý chi quỹ KCB BHYT tại 5 tỉnh được khảo sát còn chưa chặt chẽ, thiếu tính pháp lý trong thanh toán, chi tiết một số nội dung hợp đồng còn mang tính nể nang, dễ dàng trong thanh toán.

3.1.2.2.2. Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm về quản lý và thanh toán chi phí KCB BHYT

- Về thanh toán các dịch vụ y tế ngoài quy định, ý kiến của Trưởng phòng giám định chi BHXH tỉnh Khánh Hoà cho biết: *“Từ trước đến nay chúng tôi đều thanh toán cho các cơ sở KCB như vậy, nhiều đoàn kiểm tra, quyết toán của BHXH Việt Nam không thấy ai nhắc nhở, và lại chúng tôi thanh toán theo giá viện phí đã được phê duyệt của UBND tỉnh...”*.

- Về việc chuyển tiền trực tiếp cho trạm y tế xã, ý kiến của Trưởng phòng giám định chi BHXH tỉnh Bến Tre: *“Việc phân bổ quỹ bằng tiền mặt cho trạm y tế xã được thông qua tài khoản của UBND xã, phường không phải là cấp trực tiếp tiền mặt cho trạm y tế xã phường nên về mặt tài chính là yên tâm”*.

- Về thanh quyết toán đối với đơn vị là Phòng khám ban bảo vệ sức khoẻ tỉnh, lãnh đạo BHXH các tỉnh đều đưa ra ý kiến *“Do Ban bảo vệ sức khoẻ của tỉnh là nơi KCB cho cán bộ cao cấp của tỉnh nên việc áp dụng việc phân bổ quỹ, thanh toán chi phí KCB theo các quy định là rất khó, đề nghị Bộ Y tế và BHXH xem xét có cơ chế thanh toán riêng”*.

- Kết quả thảo luận nhóm về thanh quyết toán chi phí KCB cho cơ sở y tế ý kiến Phó giám đốc BHXH tỉnh Bình Định, cho rằng: *“Hầu hết các cơ sở KCB trong quý I đã chi hết số quỹ được giao, quả thực chi phí gia tăng trong quý II, chúng tôi rất khó kiểm soát và không thể không thanh toán cho các cơ sở được vì thực tế nó là như vậy. Để xác định hạng cho bệnh viện tư nhân là rất khó vì chưa có văn bản hướng dẫn nên chúng tôi căn cứ vào dịch vụ kỹ thuật mà họ làm được tương đương với bệnh viện đa khoa tỉnh nên chúng tôi áp dụng mức thanh toán theo bệnh viện tỉnh”*.

Bình Định là 1 trong những địa phương có tỷ lệ chi phí KCB tăng cao nhất, chỉ tính riêng 2 quý năm 2006 chi phí KCB đã vượt 21 tỷ đồng so với quỹ. Năm 2007 vượt 90 tỷ đồng.

- Khi thảo luận đến chi phí KCB tăng cao đột biến tại Bình Định cần có vai trò quản lý quỹ từ cơ sở KCB, Phó giám đốc bệnh viện đa khoa Bình Định cho

rằng: “*Bệnh viện chúng tôi chỉ có trách nhiệm KCB, chúng tôi không quan tâm đến quỹ, chúng tôi không thể quản lý được các bác sỹ ở khoa phòng, việc chỉ định các chẩn đoán, chỉ định thuốc là quyền của họ*”.

- Khi thảo luận về những khó khăn trong thanh toán giữa cơ sở KCB và BHXH, vấn đề bất cập được đưa ra là phân bổ quỹ KCB và thanh quyết toán đối với cơ sở KCB tuyến huyện có sổ thẻ đăng ký ban đầu. Lãnh đạo BHXH 5 tỉnh đều cho rằng: “*Việc phân bổ quỹ theo trị giá thẻ bình quân như hiện nay là cào bằng cho các cơ sở y tế. Cơ sở y tế ở thành phố có mức chi lớn hơn nhiều ở khu vực miền núi nhưng lại nhận được mức phân quỹ rất thấp. Việc thanh toán áp dụng theo phí dịch vụ cần loại bỏ vì các cơ sở y tế luôn tìm cách lạm dụng gia tăng các chỉ định cận lâm sàng và Dịch vụ kỹ thuật, thuốc đắt tiền trong khi Bộ Y tế lại chưa ban hành được những tiêu chuẩn sử dụng dịch vụ, phác đồ trong chẩn đoán và điều trị bệnh*”. Trưởng phòng giám định chi BHXH Bình Định cho rằng: “*Cần phải thay đổi cách thức thanh toán như hiện nay, cơ sở KCB tuyến dưới nơi có thẻ đăng ký KCB ban đầu luôn kêu ca phàn nàn vì chi phí thanh toán đa tuyến quá lớn, do không có cơ chế kiểm soát chi phí tại cơ sở KCB tuyến trên, họ tha hồ chỉ định, đẩy gánh nặng về chi phí cho tuyến dưới*”.

Phó Giám đốc bệnh viện đa khoa Bình Phước cho rằng: “*Chúng tôi không kiểm soát được chi phí KCB đa tuyến, khi thanh quyết toán, BHXH chỉ thông báo cho chúng tôi biết và trừ vào quỹ của chúng tôi, chứ thực tế chúng tôi không biết được chi phí KCB đa tuyến vì chi phí này do cơ sở y tế tại thành phố quyết định, nếu thanh toán theo chi phí thực tế tại bệnh viện của chúng tôi thì sẽ không vượt quỹ được*”

Phó giám đốc bệnh viện đa khoa Khánh Hoà: “*Nếu cứ thanh toán như hiện nay thì không biết BHXH lấy tiền đâu ra mà trả cho bệnh viện, việc tạm ứng tiền cho bệnh viện theo cách thanh toán của BHXH như hiện nay (ứng 80% chi phí KCB được thanh toán của quý trước) làm cho bệnh viện không có đủ để trả tiền thuốc cho các công ty dược, vì bệnh nhân đến KCB tại bệnh viện chúng tôi luôn gia tăng (quý sau tăng lên rất nhiều so với quý trước) đề nghị BHXH nên ứng 100%*

mức thanh toán của quý trước, mặc dù mức ứng này cũng không thể đủ cho chúng tôi trang trải để KCB. Bệnh viện chúng tôi luôn là con nợ lớn của các công ty được”.

Các ý kiến trong thảo luận nhóm tại 5 tỉnh đều thống nhất đưa ra giải pháp khắc phục những bất cập trong thanh toán chi phí KCB BHYT: *“Trong tình hình hiện nay, khi quỹ BHYT đang phải đối mặt với nguy cơ mất cân đối, Bộ Y tế và Bộ Tài chính nên quyết định dứt khoát áp dụng thanh toán khoán định suất bắt buộc trong tất cả cơ sở y tế, bãi bỏ cách phân quỹ theo mức phí bình quân mà nên trở lại quy định mức trần thanh toán trong nội trú và khoán quỹ ngoại trú như nghị định 58 trước đây, thì sẽ tăng cường được vai trò quản lý của giám đốc bệnh viện và BHXH”.*

Như vậy, kết quả thảo luận nhóm về những khó khăn, bất cập trong thanh toán BHYT hiện nay đều thống nhất chung là:

- Phân bổ quỹ KCB theo mức phí bình quân là không hợp lý cách phân bổ này đã đẩy gánh nặng chi phí KCB ở tuyến trên xuống cơ sở KCB tuyến dưới nơi có thẻ đăng ký ban đầu, trong khi cơ sở KCB tuyến 2 thanh toán theo thực chi.

- Tạm ứng tiền cho cơ sở KCB bằng 80% chi phí KCB được thanh quyết toán quý trước không đủ tiền để cho cơ sở y tế chi phí KCB.

- Cần loại bỏ phương thức thanh toán theo phí dịch vụ vì phương thức này là lý do chính để cơ sở KCB lạm dụng quỹ BHYT và là nguyên nhân của chi phí KCB đang có chiều hướng gia tăng như hiện nay.

3.2. Kết quả áp dụng phương thức thanh toán khoán định suất tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung- Thanh Hóa

3.2.1. Kết quả nghiên cứu định lượng

Kết quả khoán định suất năm 2006 tại bệnh viện Hà Trung được so sánh đối chứng với bệnh viện đa khoa huyện Hoằng Hoá là bệnh viện áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Kết quả nghiên cứu là số liệu phân tích được căn cứ vào chi phí KCB BHYT của 4 quý trong 2 năm (2005-2006) tại 2 bệnh viện và

1.273 hồ sơ bệnh án có chẩn đoán ra viện là viêm phế quản cấp, viêm dạ dày – tá tràng, tăng huyết áp nguyên phát, viêm ruột thừa cấp, tiểu đường không phụ thuộc Insulin.

3.2.1.1. Thông tin về đối tượng theo 5 bệnh nghiên cứu

Kết quả phân tích thông tin về đối tượng có thể BHYT đăng ký KCB ban đầu điều trị nội trú tại 02 bệnh viện Hà Trung và Hoàng Hoá đối với 05 bệnh chọn nghiên cứu, cho thấy:

Giới tính: Bệnh viện Hà Trung năm 2005 có 234 người trong đó là nam 136 người chiếm 58,1%, nữ 98 người chiếm 41,9%; năm 2006, có 298 người trong đó nam giới có 166 người chiếm 55,7%, nữ 132 người chiếm 44,3%;

Bệnh viện Hoàng Hoá, năm 2005, có 384 người, nam giới có 248 người chiếm 64,6%, nữ giới có 136 chiếm 35,4%; năm 2006 có 357 người, trong đó có 222 nam chiếm 62,2% và 135 nữ chiếm 37,8 %;

Độ tuổi: Năm 2006, bệnh viện Hà Trung nhóm tuổi > 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất có 99 người chiếm 33,2%, tỷ lệ thấp nhất là nhóm ở độ tuổi 16-24 có 15 người chiếm 5%; năm 2005, nhóm tuổi 55-64 chiếm tỷ lệ cao nhất, có 72 người chiếm 30,8%, và độ tuổi 6-15, có 4 người chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,7%.

Tại bệnh viện Hoàng Hoá, năm 2006, độ tuổi từ 55-64 chiếm tỷ lệ cao nhất (28%) và độ tuổi từ 16-24 chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%), năm 2005, độ tuổi > 65 chiếm tỷ lệ cao nhất (31,8%) và độ tuổi 6-15 chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,1%).

Đối tượng: BHYT bắt buộc chiếm ưu thế tại cả 2 bệnh viện, năm 2005 tại bệnh viện Hà Trung chiếm 70,9%, và bệnh viện Hoàng Hoá chiếm 60,2%. Đối tượng người nghèo tại Hà Trung và Hoàng Hoá chưa thực hiện KCB BHYT. Đến năm 2006, đối tượng bắt buộc giảm so với năm 2005 nhưng vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 nhóm đối tượng.

(Xem thêm bảng 8.1: Thông tin về đối tượng nghiên cứu - phụ lục 8.)

Bảng 3.16. Cơ cấu 5 bệnh nghiên cứu*Đơn vị tính: người*

Cơ sở KCB Chẩn đoán	Năm 2005				Năm 2006			
	Hà Trung (n=234)		Hoàng Hoa (n=384)		Hoàng Hoa (n=357)		Hà Trung (n=298)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Viêm phế quản	60	25,6	137	35,7	148	41,5	87	29,2
Viêm dạ dày tá tràng	52	22,2	35	9,1	16	4,5	75	25,2
Cao huyết áp	65	27,8	183	47,7	150	42,0	92	30,9
Viêm ruột thừa	39	16,7	29	7,5	43	12,0	21	7,0
Tiểu đường	18	7,7	0	0	0	0	23	7,7
Tổng	234	100	384	100	357	100	298	100

Nhận xét:

Bảng 3.16 cho thấy, Cao huyết áp là bệnh chiếm số lượng cao nhất trong 5 bệnh nghiên cứu ở cả 2 bệnh viện, tiếp đến là các bệnh viêm phế quản, viêm dạ dày tá tràng, Viêm ruột thừa và tiểu đường;

Năm 2005, Bệnh viện Hoàng Hoa số bệnh nhân cao huyết áp là 183 người (47,7%), bệnh viện Hà Trung là 65 người (27,8%);

Năm 2006, bệnh viện Hoàng Hoa số bệnh nhân cao huyết áp là 150 người (chiếm 42%), bệnh viện Hà Trung là 92 người (30,9%);

Năm 2005, bệnh Viêm phế quản chiếm tỷ lệ tại 2 bệnh viện Hà Trung và Hoàng Hoa lần lượt là 25,6 và 35,7%;

Năm 2006, bệnh Viêm phế quản chiếm tỷ lệ tại 2 bệnh viện Hà Trung và Hoàng Hoa lần lượt là 29,2 và 41,5%;

Tại bệnh viện Hoàng Hoa, không có bệnh nhân tiểu đường do đối tượng BHYT được chẩn đoán tiểu đường được điều trị tại bệnh viện nội tiết tỉnh.

3.2.1.2. Kết quả so sánh về chi phí KCB BHYT tại 2 bệnh viện**3.2.1.2.1. Chi phí KCB ngoại trú**

Kết quả bảng 3.17 cho thấy, có sự khác biệt về chi phí KCB trung bình giữa 2 phương thức thanh toán ($p < 0,01$).

Phương thức thanh toán định suất có chi phí KCB bình quân cao hơn so với phương thức thanh toán theo phí dịch vụ ở cả 3 đối tượng BHYT, với mức chi phí bình quân là 42.925 đồng/người, mức tăng trung bình ở cả 2 nhóm trước và sau can thiệp lần lượt là (90% và 59%).

Bảng 3.17. Chi phí trung bình một lượt KCB ngoại trú theo đối tượng

Đơn vị tính: đồng

Cơ sở y tế Đối tượng	Phí dịch vụ			Định suất	Tỷ lệ tăng chi trung bình (%)		
	Năm 2005		Năm 2006	Năm 2006	So sánh (4) với (1)	So sánh (4) với (2)	So sánh (4) với (3)
	Hà Trung (1)	Hoàng Hoá (2)	Hoàng Hoá (3)	Hà Trung (4)			
Bắt buộc	23.827	21.298	27.230	40.002	68 (p<0,01)	88 (p<0,01)	47 (p<0,01)
Tự nguyện	26.383	22.000	27.785	94.172	257 (p<0,01)	328 (p<0,01)	239 (p<0,01)
Người nghèo	0	0	25.573	40.467	0	0	58 (p<0,01)
Chung	23.929	21.407	26.917	42.925	79 (p<0,01)	101 (p<0,01)	59 (p<0,01)

Nhận xét:

Có sự khác biệt về chi phí KCB trung bình theo đối tượng giữa 2 phương thức thanh toán (p<0,01).

Ở đối tượng bắt buộc, tỷ lệ tăng chi trung bình so với nhóm trước can thiệp là 68-88% và nhóm sau can thiệp là 47%;

Đối tượng tự nguyện tăng lần lượt là 257%- 328-239%;

Người nghèo, so với nhóm chứng sau can thiệp tỷ lệ chi trung bình đối tượng này tăng 58%;

Mức tăng bình quân chung chi phí KCB trung bình giữa 2 phương thức trước, sau can thiệp và nhóm chứng lần lượt là: 79%-101%-59%.

Bảng 3.18. Chi phí ngoại trú trung bình một lượt KCB theo khoản mục*Đơn vị tính: đồng*

Cơ sở y tế Khoản mục chi	Phí dịch vụ			Định suất	Tăng chi trung bình (%)		
	Hà Trung 2005 (1)	Hoàng Hóa 2005 (2)	Hoàng Hóa 2006 (3)	Hà Trung 2006 (4)	So sánh (4) với (1)	So sánh (4) với (2)	So sánh (4) với (3)
Tiền thuốc	18.791	15.369	20.274	24.928	33 (p<0,01)	62 (p<0,01)	23 (p<0,01)
Xét nghiệm	1.391	2.917	3.342	5.440	291 (p<0,01)	87 (p<0,01)	63 (p<0,01)
Chẩn đoán hình ảnh	1.975	1.064	1.337	6.625	235 (p<0,01)	523 (p<0,01)	396 (p<0,01)
Thủ thuật	242	152	170	4.223	1645 (p<0,01)	2678 (p<0,01)	2384 (p<0,01)
Vật tư y tế	43	129	108	64	49 (p<0,01)	-50 (p<0,01)	-41 (p<0,01)
Công khám	1.486	1.777	1.687	1.645	11 (p<0,01)	-7,4 (p<0,01)	-2,5 (p<0,01)

Nhận xét:

Chi tiết từng khoản mục đối với chi phí KCB trung bình ngoại trú cho thấy có sự khác biệt giữa 2 phương thức, đặc biệt chi phí thủ thuật có mức tăng chi trung bình cao nhất (tăng từ 1645-2384-2678%), tiếp đến là chẩn đoán hình ảnh (tăng 235-396-523%), xét nghiệm (63-87-291%) và thuốc (23-33-62%). Trong khi đó vật tư tiêu hao y tế [49- (-41%)- (-50%)] và công khám [11-(-7,4%)- (-2,5%)] có xu hướng giảm.

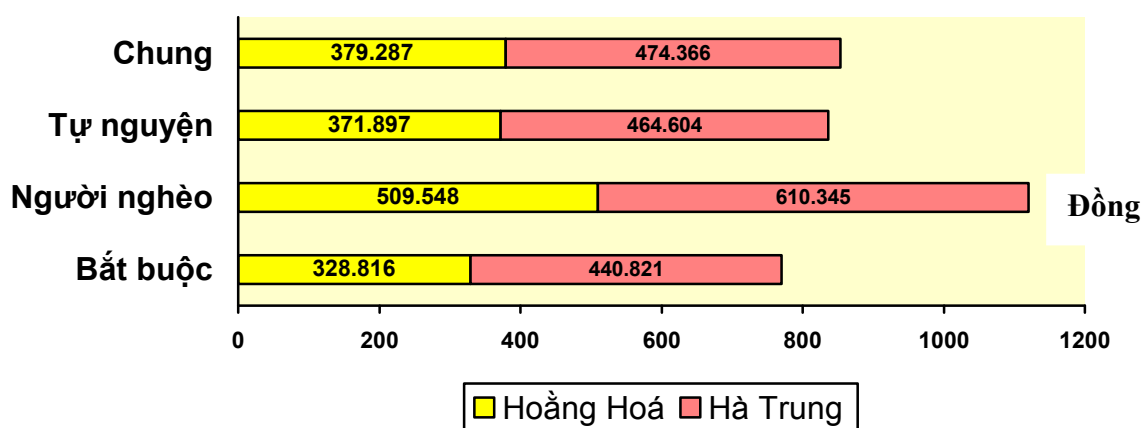
3.2.1.2.2. Chi phí KCB nội trú

Kết quả bảng 3.19 cho thấy chi phí trung bình 1 đợt điều trị nội trú khi áp dụng khoán định suất ở cả 3 đối tượng tham gia BHYT đều cao hơn so với phí dịch vụ cả trước can thiệp (tăng chi trung bình 46% -55%) và nhóm chứng sau can thiệp (tăng chi trung bình 25%). Trong đó đối tượng Bắt buộc mức tăng chi trung bình so với nhóm trước can thiệp là 43%-36% sau can thiệp là 34%; Tự nguyện (76%-40%-25%); Người nghèo (0%-20%). Kết quả này có ý nghĩa thống kê (p<0,01).

Bảng 3.19. Chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú theo đối tượng

Đơn vị tính: đồng

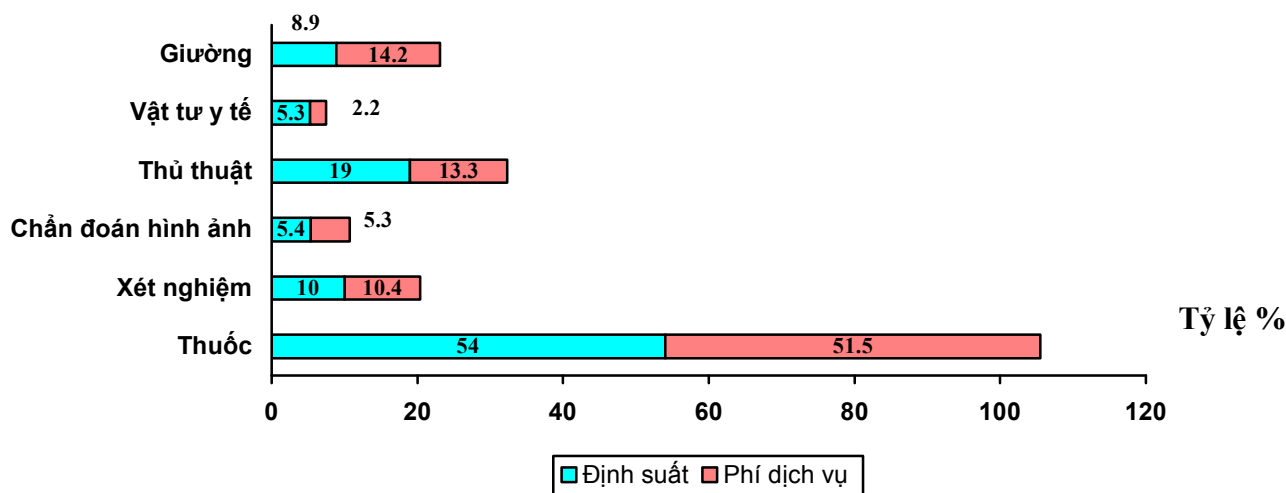
Cơ sở y tế Đối tượng	Phí dịch vụ			Định suất	Tăng chi trung bình (%)		
	Năm 2005		Năm 2006	Năm 2006	So sánh (4) với (1)	So sánh (4) với (2)	So sánh (4) với (3)
	Hà Trung (1)	Hoàng Hoá (2)	Hoàng Hoá (3)	Hà Trung (4)			
Bắt buộc	307.892	323.505	328.816	440.821	43 (p<0,01)	36 (p<0,01)	34 (p<0,01)
Tự nguyện	264.518	332.161	371.897	464.604	76 (p<0,01)	40 (p<0,01)	25 (p<0,01)
Người nghèo	0	0	509.548	610.345	0	0	20 (p<0,01)
Chung	306.473	324.527	379.287	474.366	55 (p<0,01)	46 (p<0,01)	25 (p<0,01)



Biểu đồ 3.10. So sánh chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú tại bệnh viện Hà Trung và bệnh viện Hoàng Hóa năm 2006

Phân tích chi tiết các khoản mục trong chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú, cho thấy, chi phí thuốc luôn chiếm tỷ lệ cao nhất so với chi phí các khoản mục khác ở cả 2 phương thức thanh toán. Chi phí thuốc chiếm >51% đợt điều trị nội trú bình quân. Đáng lưu ý là, thanh toán định suất, tỷ lệ chi cho ngày giường, xét nghiệm có xu hướng giảm so với thanh toán theo phí dịch vụ (Xem thêm bảng 8.2 và 8.3, Phụ lục 8). Biểu đồ 3.11 biểu diễn chi tiết nội dung này tại bệnh viện Hà Trung trước can thiệp và sau can thiệp.

Cơ cấu chi phí



Biểu đồ 3.11: Tỷ lệ % khoản mục chi phí nội trú tại bệnh viện Hà Trung theo 2 phương thức thanh toán

3.2.1.2.3. Kết quả phân tích chi phí KCB đối với 5 bệnh nghiên cứu

Bảng 3.20. Chi phí trung bình một đợt điều trị theo 5 bệnh nghiên cứu

Đơn vị tính: đồng

Cơ sở y tế Chẩn đoán	Phí dịch vụ			Định suất	Tỷ lệ tăng chi trung bình (%)		
	Năm 2005		Năm 2006		So sánh (4) với (1)	So sánh (4) với (2)	So sánh (4) với (3)
	Hà Trung (1)	Hoàng Hoá (2)	Hoàng Hoá (3)	Hà Trung (4)			
Viêm phế quản	335.450	326.945	326.421	497.673	48 (p<0,01)	52.2 (p<0,01)	52 (p<0,01)
Dạ dày tá tràng	358.456	325.964	367.485	447.239	25 (p<0,01)	37.2 (p<0,01)	22 (p<0,01)
Cao huyết áp	298.225	280.365	337.608	596.405	100 (p<0,01)	113 (p<0,01)	77 (p<0,01)
Viêm ruột thừa	723.928	723.451	813.573	1.845.000	155 (p<0,01)	155 (p<0,01)	127 (p<0,01)
Tiểu đường	316.882	0	0	492.726	55 (p<0,01)	0	0

Nhận xét: Kết quả bảng 3.20 cho thấy chi phí trung bình 5 bệnh nghiên cứu ở phương thức thanh toán khoán định suất đều cao hơn so với phí dịch vụ, cao nhất

là Viêm ruột thừa thấp nhất là Viêm loét dạ dày tá tràng. Tỷ lệ tăng cao nhất là bệnh viêm ruột thừa so với trước can thiệp (tăng 155%), so với nhóm chứng sau can thiệp là 127%. Bệnh tiểu đường so với trước can thiệp tăng 55%, Viêm phế quản so với nhóm trước can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp tăng bình quân lần lượt là 53% và 52%. Phân tích chi tiết chi phí trung bình một ngày điều trị theo chẩn đoán cho thấy chi phí bình quân 1 ngày điều trị của 5 bệnh trong thanh toán định suất cao hơn so với thanh toán dịch vụ. Cao nhất là Viêm ruột thừa (143.789 đồng/ngày), thấp nhất là Tiểu đường (30.397 đồng/ngày). Trong đó, Viêm phế quản tỷ lệ chi trung bình theo khoán định suất so với phí dịch vụ trước can thiệp tăng 77%, so với nhóm chứng tăng 98%, so với nhóm chứng sau can thiệp tăng 114%. Bệnh Viêm loét dạ dày tá tràng chi trung bình tăng lần lượt là (30%-60%-54%). Bệnh Cao huyết áp chi trung bình tăng (164%-196%-138%). Bệnh Viêm ruột thừa tăng (103%-126%-103%). Bệnh tiểu đường tăng so với trước can thiệp là 29% (Bệnh viện Hoàng Hoá không điều trị bệnh Tiểu đường nên không so sánh với nhóm chứng). (Xem thêm bảng 8.4, phụ lục 8)

Bảng 3.21. Chi phí trung bình một đợt nội trú theo khoản mục (5 bệnh)

Đơn vị tính: đồng

Cơ sở y tế Khoản mục chi	Phí dịch vụ			Định suất	Tỷ lệ (%) tăng chi trung bình so với phí dịch vụ		
	Năm 2005		Năm 2006	Năm 2006	So sánh (4) với (1)	So sánh (4) với (2)	So sánh (4) với (3)
	Hà Trung (1)	Hoàng Hoá (2)	Hoàng Hoá (3)	Hà Trung (4)			
Thuốc	233.799	195.612	220.403	401.908	72 (p<0,01)	105 (p<0,01)	82 (p<0,01)
Xét nghiệm	25.158	22.333	22.908	25.328	0.7 (p<0,05)	13.4 (p<0,05)	11 (p<0,05)
Chẩn đoán hình ảnh	23.679	25.230	28.201	26.632	12 (p<0,01)	5.6 (p<0,01)	-5.6 (p<0,01)
Vật tư y tế	18.626	11.117	15.987	12.991	-30 (p<0,01)	17 (p<0,01)	-19 (p<0,01)
Tiền giường	57.755	61.131	63.445	56.251	-2.6 (p<0,01)	-8 (p<0,01)	-11 (p<0,01)
Tổng	393.540	334.441	391.890	584.654	49 (p<0,01)	75 (p<0,01)	49 (p<0,01)

Nhận xét: Kết quả bảng 3.21 cho thấy, nhìn chung cơ cấu các khoản mục trong chi phí nội trú ở phương thức thanh toán định suất và phí dịch vụ có sự khác biệt ($p < 0,05$). Theo thanh toán định suất chi phí thuốc tăng cao hơn so với phí dịch vụ theo thứ tự (72%-5%-82%), xét nghiệm tăng (1%-13%-11%). Trong khi đó, tiền giường có xu hướng giảm nhiều nhất [(-2,6)-(-8)-(-11)], Vật tư tiêu hao giảm so với trước can thiệp (-30%), tăng so với nhóm chứng trước can thiệp (17%) và giảm so với nhóm chứng sau can thiệp (-19%).

Bảng 3.22. Số xét nghiệm thăm dò và chẩn đoán hình ảnh trung bình của 5 bệnh

Đơn vị tính: Số lần

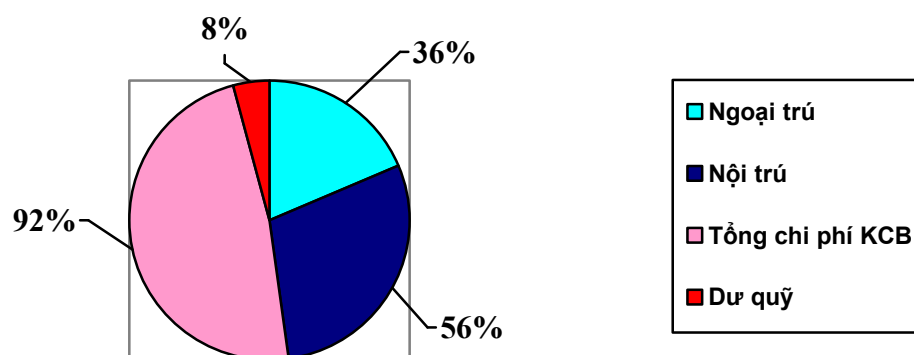
Cơ sở y tế Số cận lâm sàng	Phí dịch vụ			Định suất	P
	Hà Trung 2005 (n= 234)	Hoàng Hóa 2005 (n= 384)	Hoàng Hóa 2006 (n=357)	Hà Trung 2006 (n=298)	
Xét nghiệm thăm dò	2,5 ± 0,6	2,5 ± 0,6	2,5 ± 0,7	2,6 ± 0,7	$p > 0,05$
Chẩn đoán hình ảnh	1,3 ± 0,6	1,6 ± 0,7	1,6 ± 0,9	1,4 ± 0,6	$p < 0,05$

Nhận xét: Kết quả bảng 3.22 cho thấy, số lần xét nghiệm thăm dò trung bình của 2 phương thức chưa có sự khác biệt ($p > 0,05$), số lần chẩn đoán hình ảnh trung bình áp dụng lại có sự khác biệt ($p < 0,05$). Trong đó, số lần trung bình chẩn đoán hình ảnh khi áp dụng phương thức định suất lại có xu hướng giảm so với nhóm chứng (bệnh viện Hoàng Hóa), tăng so với nhóm trước khi can thiệp (bệnh viện Hà Trung năm 2005).

Bảng 3.23. Tổng chi phí KCB tại 2 bệnh viện, năm 2005-2006

Đơn vị tính: triệu đồng

Cơ sở y tế Nội dung chi phí	Phí dịch vụ						Định suất	
	Hà Trung (năm 2005)		Hoàng Hóa (năm 2005)		Hoàng Hóa (năm 2006)		Hà Trung (năm 2006)	
	Chi phí	Tỷ lệ (%)	Chi phí	Tỷ lệ (%)	Chi phí	Tỷ lệ (%)	Chi phí	Tỷ lệ (%)
Ngoại trú	539	45	814	49	1.876	54	1.154	40
Nội trú	656	55	852	51	1.608	46	1.754	60
Tổng	1.195	100	1.666	100	3.484	100	2.908	100



Biểu đồ 3.12. Tỷ lệ % KCB so với quỹ khoán định suất tại bệnh viện Hà Trung năm 2006

Nhận xét: Nếu xét về số tương đối, chi phí KCB ngoại trú trong thanh toán định suất giảm (tỷ lệ đạt 40% so với tổng chi phí KCB) nhưng số tuyệt đối tăng so với nhóm trước can thiệp. Nếu so sánh với nhóm chứng tỷ lệ chi ngoại trú giảm, tỷ lệ chi phí nội trú cao hơn (chiếm 60%) trong cả 2 năm 2005-2006.

3.2.1.2.4. Kết quả về chất lượng KCB giữa hai phương thức

3.2.1.2.4.1. Tuân thủ phác đồ điều trị

Bảng 3.24. Mối liên quan giữa tuân thủ phác đồ điều trị với phương thức thanh toán

Đơn vị tính: đồng

Tuân thủ phác đồ điều trị	Phí dịch vụ						Định suất	
	Hà Trung 2005 (n=234)	Tỷ lệ (%)	Hoàng Hóa 2005 (n=384)	Tỷ lệ (%)	Hoàng Hóa 2006 (n=357)	Tỷ lệ (%)	Hà Trung 2006 (n=298)	Tỷ lệ (%)
Có	205	88	365	95	332	93	295	99
Không	29	12	19	5	25	7	3	1
Cộng	234	100	384	100	357	100	298	100
p < 0,01								

Nhận xét:

Bảng 3.24 cho thấy có mối liên quan giữa tuân thủ phác đồ điều trị với phương thức thanh toán ($p < 0,01$). Phương thức thanh toán định suất có tỷ lệ tuân thủ phác đồ điều trị cao hơn (chiếm 99%) so với phí dịch vụ (mức tuân thủ từ 88-95%).

3.2.1.2.4.2. Ngày điều trị trung bình

Bảng 3.25. Ngày điều trị trung bình theo đối tượng

Đơn vị tính: ngày

Phương thức Đối tượng	Phí dịch vụ			Định suất	Tỷ lệ tăng chi trung bình so với phí dịch vụ (%)		
	Năm 2005		Năm 2006	Năm 2006	So sánh (4) với (1)	So sánh (4) với (2)	So sánh (4) với (3)
	Hà Trung (1)	Hoàng Hoá (2)	Hoàng Hoá (3)	Hà Trung (4)			
Bắt buộc	10,2	11	9,8	10,3	1 (p<0,01)	-6 (p<0,01)	5.1 (p<0,01)
Tự nguyện	10,3	10,1	9,2	9,8	-5 (p<0,01)	-3 (p<0,01)	6.5 (p<0,01)
Người nghèo	0	0	8,5	9,7	0	0	14 (p<0,01)
Chung	10,2	10,9	9,4	10,2	0	-6 (p<0,01)	8.5 (p<0,01)
Ngày điều trị trung bình 05 bệnh nghiên cứu theo đối tượng							
Bắt buộc	11,8	12,7	12,6	11,5	-3 (p<0,01)	-9 (p<0,01)	-8.7 (p<0,01)
Tự nguyện	12,0	12,3	12,5	10,3	-14 (p<0,01)	-16 (p<0,01)	-18 (p<0,01)
Người nghèo	0	0	13,4	9,8	0	0	-27 (p<0,01)
Chung	11,9	12,5	12,8	10,8	-9 (p<0,01)	-14 (p<0,01)	-16 (p<0,01)

Nhận xét: Theo bảng 3.25, ngày điều trị trung bình của 3 nhóm đối tượng ở khoản định suất chưa có sự thay đổi đáng kể so với nhóm dịch vụ (cần lưu ý ở nhóm trước can thiệp chưa có sự xuất hiện của đối tượng người nghèo). Chi tiết cho thấy, đối tượng tự nguyện thấp hơn 0,5 ngày so với trước can thiệp, 0,3 ngày so với nhóm chứng trước can thiệp, cao hơn 0,6 ngày so với nhóm chứng sau can thiệp. Nhóm bắt buộc và người nghèo có ngày trung bình chung cao hơn so với phí dịch vụ (từ 0,1 ngày - 0,5 ngày - 1,2 ngày), trừ nhóm chứng trước can thiệp, nhóm bắt buộc thấp hơn 0,7 ngày. Ngược lại, đối với khoản định suất ngày điều trị trung bình của các đối tượng theo 5 bệnh nghiên cứu lại giảm đều so với phí dịch vụ ở cả nhóm trước can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp, trong đó, ngày điều trị trung

binh sau can thiệp giảm so với trước can thiệp (giảm 1,1 ngày), giảm so với nhóm chứng trước can thiệp (giảm 2,7 ngày) cũng như nhóm chứng sau can thiệp (giảm 2 ngày). Chi tiết từng đối tượng, mức giảm ngày điều trị trung bình có khác nhau, người nghèo giảm 27% so với nhóm chứng sau can thiệp; tự nguyện giảm (-15%) so với nhóm trước can thiệp, giảm (-18%) so với nhóm chứng sau can thiệp. Riêng đối tượng bắt buộc mức giảm thấp nhất, mức giảm trung bình so với nhóm trước can thiệp là (-6%), nhóm chứng sau can thiệp đạt (-9%).

Bảng 3.26. Ngày điều trị trung bình theo 5 chẩn đoán

Đơn vị tính: ngày

Phương thức Đối tượng	Phí dịch vụ			Định suất	Tỷ lệ % tăng chi trung bình so với phí dịch vụ		
	Năm 2005		Năm 2006	Năm 2006	So sánh (4) với (1)	So sánh (4) với (2)	So sánh (4) với (3)
	Hà Trung (1)	Hoàng Hoá (2)	Hoàng Hoá (3)	Hà Trung (4)			
Viêm phế quản	11,2	11,9	12,9	9,5	-15 (p<0,01)	-20 (p<0,01)	-26 (p<0,01)
Dạ dày tá tràng	11,9	13,3	14,3	12,1	1,7 (p<0,01)	-9 (p<0,01)	-15 (p<0,01)
Cao huyết áp	12,6	13,1	12,7	9,7	-23 (p<0,01)	-26 (p<0,01)	-24 (p<0,01)
Viêm ruột thừa	10,9	11,6	12,1	10,6	-2,8 (p<0,01)	-8,6 (p<0,01)	-12 (p<0,01)
Tiểu đường	13,4	0	0	16,5	23 (p<0,05)	0	0

Nhận xét: Bảng 3.26 cho thấy, có sự khác biệt giữa ngày điều trị trung bình của 5 bệnh nghiên cứu ở 2 phương thức thanh toán. Nhìn chung ngày điều trị trung bình của các bệnh ở phương thức thanh toán định suất có xu hướng giảm (trừ Tiểu đường ngày điều trị tăng so với trước can thiệp). Trong đó, Cao huyết áp tỷ lệ giảm thấp nhất, giảm lần lượt so với trước can thiệp là: (-23%), (-26%), sau can thiệp là: (-24%). Viêm phế quản giảm lần lượt là: (-15%), (-20%), (-26%). Viêm dạ dày tá tràng tăng so với trước can thiệp 1,7%, giảm so với nhóm chứng trước can thiệp (-9%), giảm so với nhóm chứng sau can thiệp (-15%). Viêm ruột thừa giảm lần lượt (-3%), (-9%), (-12%).

3.2.1.2.4.3. Kết quả điều trị 5 bệnh nghiên cứu

Bảng 3.27. Kết quả điều trị 5 bệnh nghiên cứu

Đơn vị tính: người

Bệnh viện Kết quả điều trị	Phí dịch vụ						Định suất	
	Hà Trung (2005)		Hoàng Hóa (2005)		Hoàng Hóa (2006)		Hà Trung (2006)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
1. Viêm phế quản								
Khỏi	26	43,3	105	76,6	33	22,3	34	39,1
Đỡ	34	56,7	32	23,4	115	77,7	53	60,9
Tổng	60	100	137	31,7	148	100	87	100
P	p<0,01							
2. Cao huyết áp								
Ổn định	35	53,8	129	70,5	72	48	89	96,7
Không ổn định	30	46,2	54	29,5	78	52	3	3,3
Tổng	65	100	183	100	150	100	92	100
P	p<0,01							
3. Viêm dạ dày tá tràng								
Ổn định	34	21	60	9	137	77	73	97,3
Không ổn định	18	14	40	7	41	23	2	2,7
Tổng	52	35	100	16	178	100	75	100
P	p<0,01							
4. Viêm ruột thừa cấp								
Ổn định	33	84,6	19	65,5	41	95,3	21	100
Chuyển viện	6	15,4	10	34,5	2	4,7	0	0
Tổng	39	100	29	100	43	100	21	100
P	p< 0,01							
5. Tiểu đường không phụ thuộc vào Insulin								
Ổn định	13	72,2	0	0	0	0	21	91,3
Đỡ	5	27,8	0	0	0	0	2	8,7
Tổng	18	100	0	0	0	0	23	100
P	p>0,05							

Nhận xét:

Kết quả điều trị tại bảng 3.27 cho thấy, nhìn chung áp dụng phương thức thanh toán định suất tỷ lệ điều trị khỏi, ổn định các bệnh tăng cao hơn so với phương thức thanh toán theo phí dịch vụ (p<0,01). Trong đó, kết quả điều trị ổn định của bệnh viêm ruột thừa chiếm tỷ lệ cao nhất: Viêm ruột thừa>Viêm dạ dày tá

tràng>Cao huyết áp. Kết quả điều trị khỏi bệnh viêm phế quản theo phương thức định suất so với trước can thiệp lại thấp hơn nhưng với kết quả đỡ thì tỷ lệ này lại cao hơn và so với nhóm chứng lại thấp hơn ($p < 0,01$). Tuy nhiên, kết quả điều trị bệnh tiểu đường không phụ thuộc vào Insuline chưa tìm thấy có sự khác biệt giữa 2 phương thức thanh toán ($p > 0,05$).

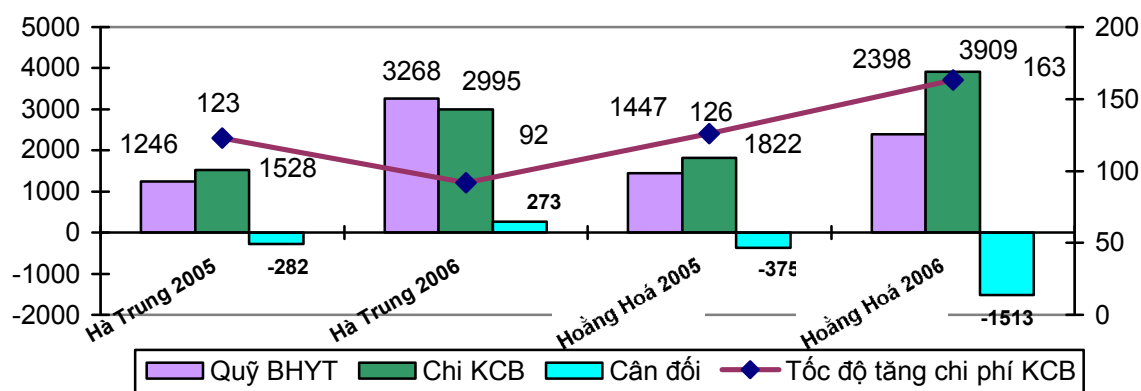
3.2.2.5. Kết quả cân đối quỹ KCB BHYT tại bệnh viện Hà Trung

Bảng 3.28. Cân đối quỹ KCB tại Hà Trung và Hoàng Hoá năm 2005-2006

Đơn vị tính: đồng

Phương thức thanh toán Nội dung	Phí dịch vụ			Định suất
	Hà Trung (2005)	Hoàng Hoá (2005)	Hoàng Hoá (2006)	Hà Trung (2006)
Ngoại trú	622.901.649	870.472.106	2.008.773.047	1.176.142.682
Nội trú	904.905.047	951.755.220	1.899.934.465	1.818.462.955
Tổng chi	1.527.806.696	1.822.227.326	3.908.707.512	2.994.605.637
Quỹ	1.245.820.479	1.446.820.489	2.395.764.925	3.267.814.000
Cân đối	-281.986.217	-375.406.837	-1.512.942.587	273.208.363

(Ghi chú: Chi phí KCB ngoại trú và nội trú đã bao gồm chi phí KCB của tuyến trên)



Biểu đồ 3.13. Cân đối quỹ KCB tại bệnh viện Hà Trung và bệnh viện Hoàng Hoá năm 2005-2006

Nhận xét: Cân đối quỹ KCB theo phương thức thanh toán định suất tại bệnh viện Hà Trung dư 8% so với quỹ được khoán. Trong khi thanh toán theo phí dịch vụ tại bệnh viện Hà Trung năm 2005 vượt 23% so với quỹ được giao, tại bệnh viện Hoàng Hoá năm 2005 vượt 26% so với quỹ được giao (tương ứng với số tiền là

375.406.837 đồng) và năm 2006 vượt 64% so với quỹ được giao (tương ứng với số tiền là 1.512.942.587 đồng).

3.2.2. Kết quả nghiên cứu định tính

3.2.2.1. Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm

- Về về quản lý giám định chi phí KCB và quyền lợi bệnh nhân BHYT của cơ quan BHXH trong quá trình thực hiện khoán quỹ định suất tại bệnh viện Hà Trung

Ý kiến của Lãnh đạo BHXH tỉnh Thanh Hoá: *“Trong quá trình thực hiện khoán quỹ, chúng tôi luôn bố trí 02 cán bộ tại phòng khám cùng với cán bộ bệnh viện tiếp đón bệnh nhân và 02 cán bộ đi kiểm tra, gặp gỡ bệnh nhân tại các khoa phòng, cơ quan BHXH hàng quý luôn có buổi làm việc với cơ sở KCB nhằm trao đổi và bàn bạc các vấn đề: quỹ KCB đã chi hết bao nhiêu, việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân có đảm bảo theo phác đồ điều trị hay không, việc sử dụng thuốc nội thuốc ngoại, các chỉ định cận lâm sàng có phù hợp không, vấn đề sử dụng vật tư vật tư y tế tiêu hao như thế nào để đảm bảo quỹ trong từng quý được giao không bội chi”*.

- Về quá trình thực hiện KCB tại bệnh viện Hà Trung, ý kiến của Bác sỹ điều trị: *“Việc áp dụng phương thức thanh toán định suất đã tạo được sự chủ động cho bác sỹ khi chỉ định thuốc hay chỉ định cận lâm sàng cho bệnh nhân, khác với trước đây, bác sỹ phải xem xét mức khoán ngoại trú, giới hạn cho 1 đơn thuốc ngoại trú, chi phí theo từng khoa phòng do Giám đốc bệnh viện giao..., quyền lợi KCB của người có thẻ BHYT đã được mở rộng và đảm bảo hơn so với năm trước”*.

Ý kiến của Giám đốc bệnh viện Hà Trung: *“Khi áp dụng phương thức thanh toán theo định suất chúng tôi quản lý quỹ được chủ động và thuận lợi hơn trong việc triển khai công tác KCB. Chúng tôi ý thức hơn trong việc sử dụng hiệu quả quỹ trong điều trị, khuyến khích công tác điều trị ngoại trú và tư vấn sử dụng thuốc nhiều hơn cho bệnh nhân”*

- Trao đổi về kết quả điều trị khoán định suất người bệnh được đảm bảo quyền lợi tốt hơn trong khi lại dư quỹ được khoán.

Ý kiến của lãnh đạo bệnh viện Hà Trung: *”Bệnh viện đã tổ chức cuộc họp triển khai công tác KCB theo định suất, trong đó áp dụng những chuẩn mực có tính nguyên tắc trong điều trị bệnh nhân nội trú, hạn chế những chỉ định cận lâm sàng không cần thiết, tăng chất lượng điều trị bằng những thuốc mới có chất lượng và hiệu quả điều trị cao”*.

Ý kiến của lãnh đạo BHXH tỉnh Thanh Hóa: *“Phòng giám định chi BHXH Thanh Hóa đã có sự giám sát chặt chẽ đối với bệnh nhân nội trú, nhằm đảm bảo quyền lợi cho bệnh nhân BHYT, hạn chế sự tiết kiệm quá mức của bệnh viện mà không đảm bảo được quyền lợi đầy đủ cho bệnh nhân. Tuy nhiên, tại Hà Trung quý 4 của năm 2006, đối tượng người nghèo tham gia tăng dẫn đến quỹ khoán cũng được tăng lên, điều này giải tỏa tâm lý nhiều hơn cho cơ sở nhận khoán”*.

Ý kiến của bác sỹ điều trị tại bệnh viện Hà Trung *“Trước đây khi thực hiện phương thức thanh toán dịch vụ, chúng tôi không phải suy nghĩ đến quỹ KCB nhiều hay ít mà, bây giờ khi thực hiện khoán quỹ, bác sỹ chúng tôi phải cân nhắc, thăm khám bệnh nhân kỹ càng hơn nhằm hạn chế những chỉ định lâm sàng không cần thiết khi triệu chứng bệnh đã rõ, lựa chọn và sử dụng thuốc phù hợp theo đúng phác đồ điều trị”*.

3.2.2.1. Kết quả phỏng vấn sâu bệnh nhân ra viện

Chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn 60 bệnh nhân có chẩn đoán ra viện của 5 bệnh khảo sát ở trên. Kết quả cho thấy 60/60 bệnh nhân đều hài lòng về thái độ chăm sóc và điều trị của thầy thuốc, cán bộ y tế hướng dẫn cách sử dụng thuốc cho bệnh nhân, giải thích đầy đủ về bệnh và phương pháp điều trị, bệnh nhân không phải mua thêm thuốc trong quá trình điều trị.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Xác định các yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT

4.1.1. Nhóm yếu tố ảnh hưởng ảnh đến thu quỹ BHYT

4.1.1.1. Về số người và đối tượng tham gia BHYT

Số người và cơ cấu đối tượng tham gia BHYT là nhóm yếu tố cơ bản, là nền tảng để hình thành quỹ BHYT. Vì vậy, phân tích số người theo cơ cấu đối tượng tham gia BHYT nhằm đánh giá và xác định vai trò của từng nhóm đối tượng trong việc tạo lập quỹ BHYT. Kết quả nghiên cứu cho thấy, số người tham gia BHYT ngày càng nhiều hơn trong các nhóm dân cư, trong cộng đồng xã hội. Nếu năm 1993 (sau một năm thực hiện chính sách BHYT ở Việt Nam) chỉ có 3,8 triệu người tham gia BHYT chiếm 5,3% dân số [4], thì đến cuối năm 2006 đã có trên 35 triệu người có BHYT, chiếm trên 40% dân số cả nước, trong đó đối tượng bắt buộc chiếm gần 10,3 triệu người, người nghèo gần 15 triệu người và có 9,8 triệu người tham gia BHYT tự nguyện.

Số người tham gia BHYT tăng qua các năm là do chính sách BHYT luôn có sự thay đổi theo hướng mở rộng đối tượng tham gia. Điều lệ BHYT đầu tiên ban hành theo Nghị định số 299/HĐBT của Hội đồng Bộ trưởng ngày 15/8/1992, quy định người làm công ăn lương từ ngân sách nhà nước, trong các doanh nghiệp nhà nước, người nghỉ hưu, mất sức lao động, lao động Việt Nam trong các tổ chức quốc tế tại Việt Nam và lao động trong các doanh nghiệp nhà nước có từ 10 người trở lên tham gia BHYT bắt buộc. Từ năm 1998, Nghị định số 58/1998/NĐ-CP và các Thông tư hướng dẫn đã bổ sung một số đối tượng mới tham gia BHYT bắt buộc. Từ 1/7/2005, Nghị định số 63/2005/NĐ-CP có hiệu lực thi hành, mở rộng phạm vi áp dụng đối với một số đối tượng tuy đã tham gia BHYT bắt buộc theo một số văn bản quy phạm pháp luật nhưng chưa có trong Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP. Ngoài ra, Nghị định 63 bổ sung một số đối tượng

mới tham gia BHYT bắt buộc như, người lao động trong các doanh nghiệp có dưới 10 lao động; người lao động trong các tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp, người thuộc hộ nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số.

Một thay đổi chính sách quan trọng được quy định trong Nghị định 63 là người lao động trong các doanh nghiệp ngoài nhà nước có từ 1 lao động trở lên đều được tham gia BHYT bắt buộc (không có giới hạn tối thiểu số lượng người lao động trong doanh nghiệp), thay cho quy định 10 lao động trước đây và nhóm người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số với sự hỗ trợ tài chính từ ngân sách nhà nước bằng mua thẻ BHYT thay vì phương thức thanh toán thực thanh thực chi như quy định trước đây.

Sự thay đổi đáng chú ý nhất trong giai đoạn 2002-2006 đó là đối tượng người nghèo được tham gia BHYT theo Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc khám, chữa bệnh cho người nghèo đã đẩy đối tượng này tăng lên nhanh chóng qua các năm. Nếu năm 2002, chỉ có 1,7 triệu người có thẻ BHYT thì đến năm 2006 số người nghèo đã tăng lên 15 triệu người gấp 8,8 lần so với năm 2002. Gần đây Chính phủ đã hỗ trợ đối tượng cận nghèo. Ngày 27/8/2008, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 117/2008/QĐ-TTg, theo đó quy định Nhà nước sẽ hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng BHYT cho người cận nghèo (thu nhập bình quân đầu người tối đa bằng 130% chuẩn nghèo. Tổng mức đóng BHYT cho người nghèo tương đương 3% mức lương tối thiểu chung [*Xem số thứ tự 41, bảng 1.1 phụ lục 2*]. Theo Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27/7/2009 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT, mức đóng người nghèo được ngân sách bảo đảm, hộ cận nghèo được ngân sách hỗ trợ 50% mức đóng [*Xem số thứ tự 21, bảng 1.1 phụ lục 2*].

Những năm sau, đối tượng BHYT tự nguyện cũng gia tăng đáng kể do có sự thay đổi, điều chỉnh các văn bản về BHYT tự nguyện nhằm mở rộng đối tượng

tham gia. Đơn cử, ngày 30/3/2007, liên bộ Y tế-Tài chính ban hành thông tư liên tịch số 06/2007/TTLB-BYT-BTC đã quy định những điều kiện cần để tham gia BHYT tự nguyện (hộ gia đình hoặc học sinh, sinh viên) là số hộ gia đình đăng ký tham gia BHYT tự nguyện hoặc số học sinh, sinh viên trong trường phải đạt tối thiểu 10% tổng số hộ trong xã hoặc trong trường đó nhằm hạn chế sự lựa chọn bất lợi. Nhưng đến ngày 10/12/2007, liên bộ Y tế-Tài chính đã ban hành Thông tư số 14/2007/TTLB-BYT-BTC, hủy bỏ điều kiện tham gia tối thiểu nói trên: *“Bỏ điều kiện 100% thành viên trong hộ gia đình, 10% số hộ gia đình trong phạm vi địa bàn xã và 10% số học sinh, sinh viên trong danh sách học sinh, sinh viên của nhà trường tham gia.”*. Vì sự thay đổi này đã dẫn đến người mắc các bệnh mãn tính, người có nguy cơ mắc bệnh (người già, lao động nặng khu vực tự do,...) lựa chọn BHYT nhiều hơn số người trong cộng đồng - lựa chọn bất lợi BHYT có điều kiện tham gia và nhanh chóng làm gia tăng số người tham gia BHYT tự nguyện nhân dân.

Trong những năm tiếp theo, ngoài các chương trình BHYT tự nguyện cho hộ gia đình, học sinh sinh viên, Chính phủ cũng đã ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện chương trình cho người cận nghèo với sự hỗ trợ của NSNN tối thiểu bằng 50% mức đóng BHYT (*quy định tại Thông tư liên tịch của Bộ Y tế- Bộ Tài chính số 10/2008/TTLT-BYT-BTC ngày 24/9/2008 hướng dẫn thực hiện BHYT cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo*).

Trên thế giới, một số nước đang phát triển như Việt Nam cũng triển khai BHYT tự nguyện với nhiều hình thức khác nhau. Độ lớn của các chương trình bảo hiểm y tế tự nguyện ở các nước này thường khá nhỏ chỉ có một vài nước là có độ lớn trên 100.000 người. Nghiên cứu của Baeza năm 2002 và các cộng sự ở 258 chương trình bảo hiểm y tế tự nguyện, cho thấy, Châu Phi có 133 quỹ, Châu Á có 91 quỹ, Châu Mỹ La-tinh có 32 quỹ và Nam Thái Bình Dương có 2 quỹ. Theo đó, chiếm tỷ lệ 22% là con số dưới 100 người tham gia, 33% là 100-500 người tham gia, 28% là 500 đến 10.000 người tham gia, 14% là 10.000-100.000 người tham gia

và chỉ có 2%- 3% là trên 100.000 người tham gia [62]. Tác giả Steven, trong tài liệu “Bảo hiểm y tế dựa trên cộng đồng và chính sách bảo trợ xã hội” xuất bản năm 2005 đã viết “ở các nước đang phát triển có thể khẳng định rằng hiện tại chưa đến 10% dân số nông thôn và người lao động ở khu vực không chính thức được tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện và mặc dù số người tham gia còn rất khiêm tốn nhưng các quỹ bảo hiểm y tế dựa vào cộng đồng lại đang phát triển rất mạnh mẽ, tình hình này giống Châu Âu cách đây một thế kỷ” [99].

Theo Rajeev & Juetting, Bảo hiểm y tế tự nguyện dựa trên cộng đồng vẫn chỉ là một công cụ nhằm nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho khu vực nông thôn, lao động tự do, bảo vệ người dân trước các nguy cơ về tài chính khi ốm đau và huy động thêm nguồn tài chính cho hoạt động của ngành y tế nhưng không thể coi là nguồn tài chính chủ yếu đảm bảo cho hoạt động của ngành y tế vì các quỹ tồn tại được chủ yếu vẫn dựa vào sự đóng góp của các tổ chức từ thiện, các tổ chức quốc tế hoặc nhà nước [51].

Châu Phi là một ví dụ điển hình, hơn 258 quỹ hoạt động và được đánh giá tại lục địa này đều tồn tại nhờ sự đóng góp của các tổ chức quốc tế. Mức tài trợ này tuy rất khác nhau nhưng thường chiếm từ 1/3 đến 3/4 mức đóng [75]. Thậm chí ngay cả khi có sự tài trợ của chính phủ hoặc các tổ chức quốc tế thì số lượng người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện dựa trên cộng đồng vẫn rất nhỏ, ví dụ tại Thái Lan, trước đây nhà nước hỗ trợ tới 2/3 mệnh giá thẻ bảo hiểm 1.000 бат (1 бат= 0,04 USD) và 1.500 бат nhưng số người tham gia cũng chưa bao giờ vượt quá 5% dân số [74], [104].

Có thể nói BHYT tự nguyện dựa trên cộng đồng là loại hình tương đối đặc biệt của BHYT tư nhân được áp dụng riêng cho một số nước đang phát triển. BHYT tự nguyện một mặt dựa rất nhiều vào ý chí nguyện vọng của người dân cũng như cơ cấu tổ chức thực hiện theo cộng đồng, một mặt vẫn phải tuân thủ đảm bảo thu chi theo nguyên tắc thị trường [90].

Như đã phân tích ở trên, do có sự điều chỉnh, sửa đổi các văn bản nhằm mở rộng đối tượng tham gia BHYT đặc biệt là đối tượng người nghèo và tự nguyện, nên số người tham gia BHYT đã tăng nhanh trong những năm gần đây. Theo thống kê của BHXH Việt Nam, đến năm 2007, số người tham gia BHYT là 36,9 triệu, trong đó, đối tượng người nghèo chiếm tỷ lệ cao nhất 41% (15,2 triệu người), đối tượng bắt buộc 31%, đối tượng tự nguyện chiếm 28% (10,3 triệu người). Đến năm 2008, số người tham gia BHYT là 38,4 triệu, trong đó người nghèo vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất với 15,3 triệu người. Năm 2009 số người tham gia BHYT đạt 46,3 triệu người chiếm trên 50% dân số. Tuy nhiên, nếu phân tích cụ thể cơ cấu của nhóm đối tượng cũng ít biến động, ở nhóm BHYT Bắt buộc, đối tượng Doanh nghiệp vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 39,8% năm 2007 và 38% năm 2008. Ở nhóm BHYT tự nguyện, đối tượng học sinh, sinh viên vẫn chiếm ưu thế với tỷ lệ 77,8% năm 2007 và 76,5% năm 2008 (*xem thêm bảng 1.8, phụ lục số 1*).

Như vậy số người và cơ cấu đối tượng tham gia BHYT tăng trong những năm qua ở Việt Nam cho thấy sự tăng trưởng này phụ thuộc phần lớn vào sự thay đổi chính sách mua thẻ BHYT cho người nghèo do ngân sách nhà nước đài thọ và từ năm 2008 trở đi đối tượng BHYT Bắt buộc tăng là do một phần nhà nước mua thẻ BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi, còn đối tượng người lao động hưởng lương (lao động khu vực chính quy) thuộc đối tượng BHYT bắt buộc trong thực tế mới có khoảng 50% số lao động này tham gia BHYT (6,3 triệu người) chiếm 61,2% tổng số người tham gia BHYT bắt buộc. Mặt khác mức độ tuân thủ BHYT ở các doanh nghiệp tư nhân vẫn còn thấp, là một trong những nguyên nhân chính làm hạn chế số lao động chính quy tham gia BHYT, điều này sẽ được bàn luận kỹ hơn ở phần mức đóng BHYT.

Ngoài những bất cập trên, hơn hết số người tham gia BHYT đang tăng qua các năm chứng tỏ chính sách BHYT đã có tác dụng góp phần xoá bỏ tâm lý ỷ lại, trông chờ vào bao cấp Nhà nước, nâng cao ý thức tự giác của nhiều người dân đối với việc giữ gìn sức khoẻ của bản thân; ý thức chia sẻ rủi ro của người khoẻ mạnh

và người đau ốm, bệnh tật. Như vậy, BHYT ra đời không phải là giải pháp tình thế do khó khăn về tài chính, mà là sự đổi mới quan trọng, một phương hướng lâu dài để tạo nguồn tài chính y tế theo định hướng công bằng và hiệu quả.

Để có được một nền y tế công bằng và hiệu quả, các quốc gia trên thế giới đều hướng đến mục tiêu chung là phát triển BHYT toàn dân. Theo lộ trình Luật Bảo hiểm y tế quy định đến 1/1/2014, Việt Nam cơ bản sẽ thực hiện BHYT toàn dân với 25 nhóm đối tượng sẽ bắt buộc tham gia BHYT. Kinh nghiệm của các nước phát triển BHYT toàn dân cho thấy, các nước đều quyết định thực hiện BHYT toàn dân khi điều kiện kinh tế cho phép, GDP > 1.500 USD và sau khi có luật về BHYT. Đây là hai điều kiện không thể thiếu để tiến tới BHYT toàn dân [46]. Theo ước tính từ năm 2010 Việt Nam sẽ đạt GDP bình quân đầu người > 1.000 USD và dự kiến đến năm 2014 GDP sẽ đạt > 1.500 USD [18].

Bảng 4.1. Tỷ lệ bao phủ BHYT tại một số nước trên thế giới [22], [23], [32], [33], [37]

<i>TT</i>	<i>Quốc gia</i>	<i>Tỷ lệ bao phủ (%) trên dân số</i>
1	CHLB Đức	100
2	Vương Quốc Anh	100
3	Cộng hòa Pháp	100
4	Mỹ	85
5	Canada	100
6	Nhật Bản	100
7	Hàn Quốc	100
8	Thái Lan	80
9	Singapore	100
10	Philipin	40
11	Trung Quốc	70
12	Đài Loan	100

Theo nghiên cứu của WHO, quá trình để đạt được BHYT toàn dân của các nước có thể kéo dài nhiều năm, nhìn chung quãng thời gian trung bình là 70 năm và rất khác nhau tùy thuộc vào mỗi quốc gia, ví dụ: Úc là 79 năm, Bỉ là 118 năm,

Costa Rica là 20 năm, Đức là 127 năm, Israel là 84 năm, Nhật là 36 năm, Hàn Quốc 26 năm, Luxembourg 72 năm và Thái Lan là 27 năm [33]. Tuy nhiên cũng có những nước rút ngắn được thời gian, nếu Luật BHYT quy định bắt buộc toàn dân tham gia BHYT đồng thời phải có sự cam kết hỗ trợ của nhà nước cho các đối tượng không có khả năng đóng góp. Bảng 4.1 cho thấy tỷ lệ bao phủ BHYT tại một số quốc gia trên thế giới, theo tổ chức WHO quốc gia được xem là đạt BHYT toàn dân khi có độ bao phủ BHYT đạt 100% dân số [46].

4.1.1.2. Về mức đóng phí và nguồn thu quỹ BHYT

Mức phí BHYT ở giai đoạn 2002-2006 được xác định cho đối tượng BHYT bắt buộc là 3% tiền lương cấp bậc chức vụ, hệ số chênh lệch bảo lưu và các khoản phụ cấp chức vụ, khu vực, đất đỏ, thâm niên theo quy định của Nhà nước. Trong đó người lao động đóng góp 1% và chủ sử dụng lao động đóng góp 2%. Đối với những đối tượng không hưởng lương thì phí BHYT hoặc bằng 3% mức lương tối thiểu (đối với người không có sinh hoạt phí) hoặc bằng 3% sinh hoạt phí đối với người hưởng sinh hoạt phí.

Đối với người nghèo, mức phí BHYT (do ngân sách nhà nước bao cấp) áp dụng từ năm 2003- 2006 là 50.000 đồng thẻ/năm. Đến tháng 7/2007 tăng lên 80.000 đồng và tháng 4/2008 tăng lên 130.000 đồng, cuối năm 2008 người nghèo có mức đóng bằng 3% mức lương tối thiểu chung (194.000 đồng) [số thứ tự 34 bảng 2.1- Phụ lục 2].

Đối với mức phí BHYT tự nguyện, mức đóng góp được xác định phụ thuộc vào từng loại hình theo nguyên tắc phù hợp với tình hình kinh tế- xã hội của địa phương và đảm bảo cân đối thu chi quỹ BHYT. Nguồn đóng góp BHYT tự nguyện được hạch toán riêng với nguồn thu BHYT bắt buộc.

Trong giai đoạn hiện nay, theo Nghị định 62/2009/NĐ-CP. Mức đóng của các đối tượng tham gia BHYT là khác nhau từ 3% - 4,5% và được nhà nước hỗ trợ từ ngân sách đối với đối tượng là người nghèo, người có công người cao tuổi,..., các đối tượng khác như người thuộc hộ cận nghèo, người làm nông nghiệp, học

sinh viên,... được nhà nước hỗ trợ 1 phần từ 30%-50% mức đóng. Đến năm 2011 mức đóng giữa các đối tượng tham gia BHYT sẽ thống nhất theo tỷ lệ chung do Chính phủ quy định.

Nguồn thu quỹ BHYT phụ thuộc chủ yếu vào mức phí, phân tích cho thấy, mức phí bình quân chung qua các năm có sự thay đổi, xu hướng tăng - giảm qua các năm là do biến động về đối tượng tham gia và sự thay đổi mức lương tối thiểu (giai đoạn 2002-2006 do ảnh hưởng của chính sách tiền lương, thay đổi từ lương cơ bản 210.000 - 450.000 đồng (*xem thêm bảng 1.12 phụ lục 1*). Nguyên nhân đáng lưu ý trong thực hiện chính sách BHYT ở Việt Nam đó là mức đóng BHYT là khác nhau và có khoảng cách khá xa cho mỗi đối tượng tham gia BHYT. Đối tượng bắt buộc có mức đóng cao nhất (năm 2006 là 295.933 đồng/người), trong khi đối tượng người nghèo và tự nguyện chỉ bằng 1/5 mức đóng đối tượng bắt buộc. Như phần trên đã bàn luận về cơ cấu đối tượng tham gia, nhóm đối tượng có đóng góp từ lương chỉ là một phần mức phí (1/3), phần còn lại (2/3 mức phí) tùy theo đối tượng, nếu là đối tượng đang lao động trong các doanh nghiệp thì được chủ cơ sở lao động đóng góp, đối tượng hưởng lương từ ngân sách được nhà nước dùng ngân sách từ thuế hỗ trợ. Như trên đã phân tích, nhà nước dùng ngân sách mua cấp thẻ BHYT cho nhóm đối tượng người nghèo, trẻ em <6 tuổi, ưu đãi xã hội,..., trong khi đó nhóm này lại chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng số đối tượng tham gia BHYT, ngược lại nhóm tự đóng BHYT từ thu nhập lại chiếm tỷ lệ thấp hơn. Như vậy, trong khu vực BHYT bắt buộc nhà nước là người đóng phí lớn nhất và đóng cho đa số người tham gia BHYT. Nội dung này sẽ được làm rõ hơn khi phân tích tỷ trọng đóng góp trong tổng nguồn thu BHYT.

Ở giai đoạn từ 2002-2008, mức phí BHYT đóng góp theo quy định ở đối tượng tham gia BHYT bắt buộc bằng 3% mức tiền lương, tiền công, lương hưu, tiền trợ cấp, mất sức lao động, mức lương tối thiểu, hiện nay theo Luật BHYT, mức phí đóng góp BHYT tăng lên 4,5% mức lương tối thiểu áp dụng cho các đối tượng tham gia BHYT. Như vậy về cơ bản mức phí BHYT ở Việt Nam đã tăng lên bằng

mức đóng của các nước trong khu vực như Thái Lan, cao hơn mức đóng của Philip-pin và Đài Loan, nhưng lại thấp hơn mức đóng của các nước phát triển (*xin xem cụ thể tại bảng 4.2*).

Bảng 4.2. Tỷ lệ đóng BHYT của một số nước trên thế giới [6], [22], [32], [37], [42]

STT	Quốc gia	Tỷ lệ phí BHYT/Tổng thu nhập (%)	Trách nhiệm đóng phí BHYT (%)		
			Người lao động	Chủ sử dụng lao động	Ngân sách nhà nước
1	Đức	13,2	6,6	6,6	0
2	Pháp	19,7	6,9	12,8	0
3	Anh	Kinh phí BHYT một phần do NSNN cấp, mức đóng BHYT theo thuế thu nhập do Quốc hội quy định hàng năm, mức phí thường rất cao			
4	Mỹ				
5	Canada				
6	Nhật Bản	8,5	4,25	4,25	0
7	Hàn Quốc	8,4	4,2	4,2	0
8	Singapore	6-8	3-4	3-4	0
9	Thái Lan	4,5	1,5	1,5	1,5
10	Philippin	2,5	1,25	1,25	0
11	Trung Quốc	11	1	5	5
12	Đài Loan	4,25	1,275	2,55	0,425
13	Việt Nam	4,5	1,5	3,0	

Số thu BHYT tăng qua các năm, nếu số thu năm 1993 mới chỉ có 109 tỷ đồng [4], đến năm 2006 đã lên đến 4.368 tỷ đồng (gấp 40 lần năm 1993), năm 2008 con số này gấp 87,7 lần so với năm 1993 [*Xem thêm bảng 1.3, phụ lục 1*]. Trong 5 năm nghiên cứu (2002-2006) cho thấy, số thu BHYT luôn chiếm ở mức bình quân là 37% (từ 27,3- 43,3%) so với ngân sách nhà nước dành cho y tế, con số này tăng lên rất nhiều so với năm 1993 (chiếm 3% so với ngân sách dành cho y tế) [10]. Tuy nhiên, ý nghĩa quan trọng của nguồn thu BHYT không phải là ở con số tuyệt đối, mà ở chỗ đó là nguồn tài chính đáp ứng được những tiêu chí công bằng, do có sự chia sẻ của những người tham gia, nếu diện bao phủ của BHYT ngày càng được mở rộng nhiều hơn trong cộng đồng dân cư.

Cơ cấu số thu BHYT giữa các vùng miền là khác nhau. Năm 2006, số thu tập trung chủ yếu ở khu vực thành phố, đồng bằng, chỉ riêng 02 khu vực đồng bằng

sông Hồng và Đông Nam Bộ đã chiếm đến 47,5% số thu của cả nước [Xem thêm bảng 1.4- Phụ lục 1]. Phân tích cơ cấu của các đối tượng đóng góp cho thấy, năm 2006 với số thu đạt 4.368 tỷ đồng thì có tới 70% là do đối tượng bắt buộc đóng góp, nếu xếp người nghèo vào đối tượng này thì con số này sẽ lên đến 87,6% và chỉ chiếm tỷ trọng nhỏ (12,4%) là đối tượng tự nguyện. Như vậy ngân sách nhà nước đóng góp là chủ yếu cho quỹ BHYT. Và đây cũng là nguy cơ cao nếu nhà nước mở rộng đối tượng tham gia BHYT chủ yếu từ nguồn ngân sách thì sự phát triển BHYT khó đạt được mức độ bền vững. Ở các nước phát triển như Anh, Pháp, Ca-na-da, nguồn thu tài chính y tế chủ yếu thông qua thuế, ví dụ ở Anh chiếm 76% nguồn thu từ thuế để chi trả cho chi phí y tế được thông qua quỹ tài chính y tế [55]. Trong khi ở Việt Nam ngân sách dành cho chi tiêu y tế đang còn là hạn chế, năm 2006 mới đạt gần 6% so với tổng chi ngân sách nhà nước gần 18.585 tỷ đồng (số liệu này chưa bao gồm số thu BHYT) [18]. Phân tích chi ngân sách nhà nước cho y tế theo vùng miền cũng có sự khác biệt. Theo số liệu tài khoản y tế quốc gia năm 2005, mức chi ngân sách nhà nước bình quân đầu người ở khu vực Đồng bằng sông Hồng và Đông Nam bộ có mức chi cao nhất (211.000 đồng/người và 196.000 đồng/người). Trong khi vùng Đồng bằng sông Cửu Long có mức chi ngân sách nhà nước cho y tế bình quân đầu người thấp nhất chỉ đạt 45.000 đồng/người (chỉ bằng $\frac{1}{4}$ so với nơi cao nhất). Mức chi ngân sách nhà nước bình quân đầu người tại khu vực Tây Nguyên cũng khá thấp, đạt 62.000 đồng/người (chỉ cao hơn khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long) [14]. Như vậy số thu BHYT và chi ngân sách nhà nước dành cho y tế phụ thuộc rất nhiều vào điều kiện phát triển kinh tế xã hội tại mỗi khu vực, mỗi vùng miền.

Bên cạnh đó, số thu BHYT còn ảnh hưởng bởi tính tuân thủ pháp luật về quy định thu nộp BHYT của các doanh nghiệp. Phân tích cho thấy, tình trạng nợ đọng, trốn đóng quỹ BHYT ở các doanh nghiệp lại có chiều hướng gia tăng do chế tài xử phạt là quá nhẹ. Mức phạt cao nhất mới chỉ ở mức 20 triệu đồng áp dụng chung cho cả 2 trường hợp trốn đóng BHXH và BHYT (chưa quy định mức phạt riêng về

BHYT- hiện nay Bộ Y tế đang dự thảo). Theo số liệu thống kê của BHXH Việt Nam, tính đến năm 2008 số tiền nợ đóng BHXH, BHYT của các đơn vị, doanh nghiệp cả nước đã lên tới 2.000 tỷ đồng. Trong đó, doanh nghiệp ngoài quốc doanh chiếm 35%, doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài chiếm 33% [7]. Chính yếu tố này đã làm giảm đáng kể nguồn thu quỹ BHYT. Kết quả khảo sát tại 4 tỉnh Phú Thọ, Hải Dương, Hưng Yên, Bắc Giang đều cho thấy tình trạng nợ đọng quỹ BHYT, BHXH lên đến con số hàng trăm tỷ đồng. Điều này cho thấy rõ công tác tuyên truyền về chính sách BHYT, BHXH còn yếu đồng thời cũng bộc lộ năng lực hạn chế trong công tác quản lý thu BHXH, BHYT tại một số địa phương.

4.1.2. Nhóm yếu tố ảnh hưởng đến chi quỹ khám chữa bệnh BHYT

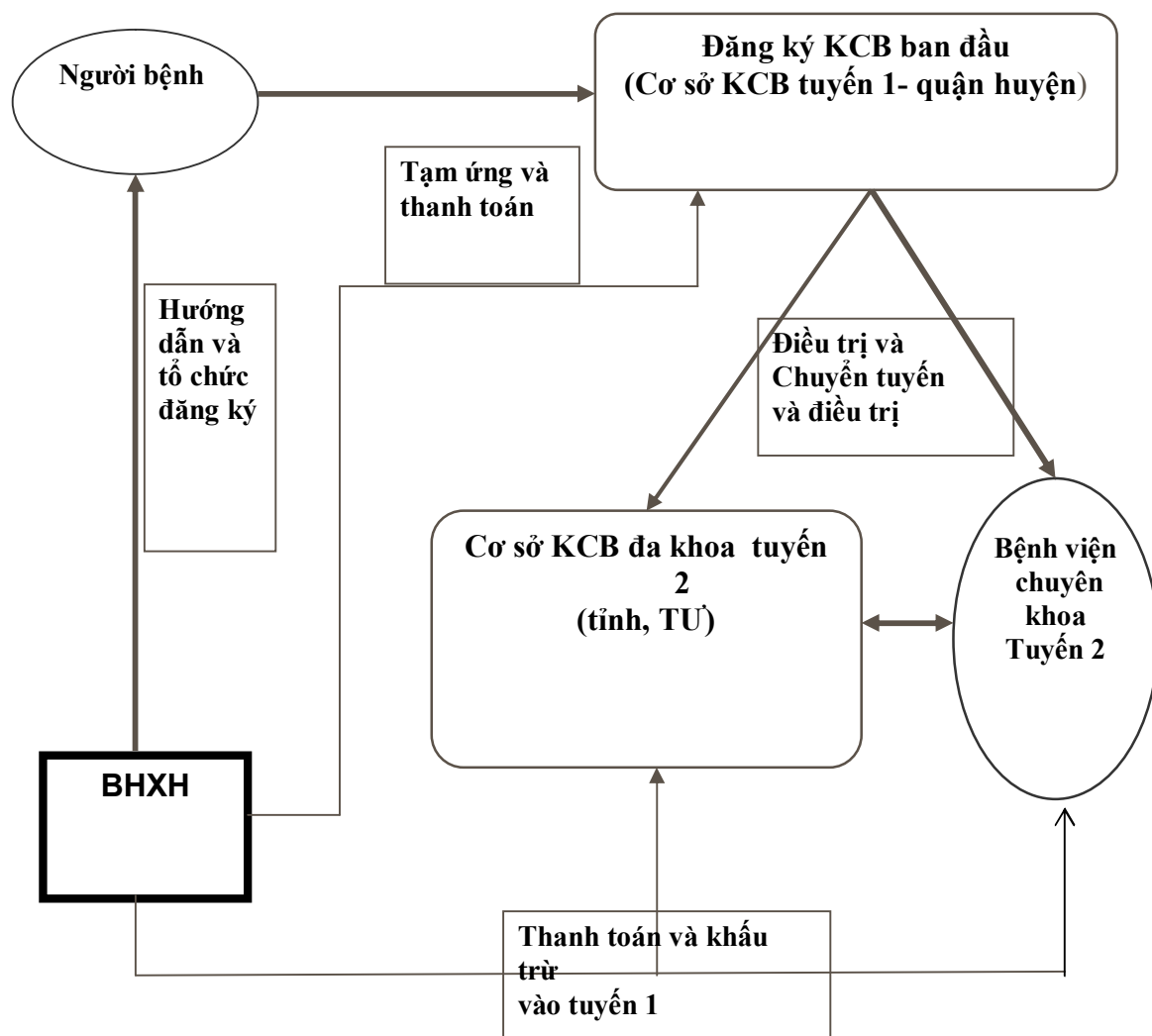
4.1.2.1. Quyền lợi người tham gia BHYT:

Theo quy định hiện hành, người tham gia BHYT bắt buộc khi ốm đau phải KCB ngoại trú và nội trú được cung cấp các dịch vụ y tế theo chế độ BHYT, gồm:

- Khám bệnh, chẩn đoán và điều trị;
- Xét nghiệm, chiếu chụp X - quang, thăm dò chức năng;
- Thuốc trong danh mục theo quy định của Bộ Y tế; máu, dịch truyền;
- Các thủ thuật, phẫu thuật;
- Sử dụng vật tư, thiết bị y tế và giường bệnh;
- Chi phí vận chuyển (áp dụng cho một số đối tượng).

Người tham gia BHYT đi KCB được thanh toán chi phí KCB theo mức quy định trong các trường hợp KCB tại các cơ sở y tế (gồm các cơ sở y tế đăng ký trên thẻ BHYT, cơ sở y tế theo giấy giới thiệu chuyển viện hoặc bất kỳ cơ sở y tế nào của Nhà nước trong trường hợp cấp cứu). Khi người tham gia BHYT được chuyển lên KCB tại các cơ sở y tế tuyến trên, các bệnh viện, viện chuyên khoa theo tuyến chuyên môn kỹ thuật do Bộ Y tế quy định, thì cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở KCB chi phí KCB theo giá viện phí được cấp có thẩm quyền phê duyệt đối với cơ sở KCB đó.

Trường hợp người tham gia BHYT, khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng: tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh, tự chọn cơ sở KCB, tự chọn các dịch vụ y tế; KCB vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế, KCB tại các cơ sở không có hợp đồng với cơ quan BHYT (trừ trường hợp cấp cứu) người có thể BHYT phải tự trả một phần viện phí cho cơ sở KCB, cơ quan BHYT sẽ thanh toán chi phí KCB cho người có thẻ theo giá viện phí tại tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp với bệnh lý theo quy định của Bộ Y tế. Phần chênh lệch tăng thêm (nếu có) do người có thẻ tự trả cho cơ sở KCB. Có thể tóm tắt quy trình khám chữa bệnh BHYT theo hình 4.1.



Hình 4.1. Mô hình tổ chức KCB BHYT ở Việt Nam

Nhìn chung gói quyền lợi về BHYT theo quy định hiện hành là toàn diện và đầy đủ. Những năm gần đây, người dân đã quan tâm nhiều hơn cho sức khỏe, việc KCB BHYT đã có bước chuyển biến thuận lợi, người dân đã được đăng ký KCB ban đầu ngay tại trạm y tế xã phường. Vì vậy khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế ngày càng tăng qua các năm. Nếu năm 1993 mới chỉ có 2,2 triệu lượt người KCB [4] thì đến năm 2006 con số này đã gấp 28,6 lần tương ứng với 63 triệu lượt người KCB BHYT. Kết quả phân tích trong 5 năm cho thấy, khu vực điều trị ngoại trú, từ năm 2002- 2004, bình quân cứ 1 người có thẻ BHYT thì có đến 1,44 lượt người khám bệnh nhưng đến năm 2005 đã tăng lên 1,49 lượt người và năm 2006 đã tăng lên đến 1,66 lượt người khám bệnh. Trong khi tần suất khám và điều trị ngoại trú của người dân nói chung năm 2002 là 0,67 lượt/người/năm, năm 2003-2004 là 0,68-0,69 lượt/người/năm, đến năm 2005-2006 là 0,74 lượt -0,84 lượt/người/năm [18]. Ở khu vực nội trú, từ năm 2002- 2005, bình quân cứ 100 người có thẻ BHYT thì chỉ có gần 11 người điều trị nội trú (10,5 người) đến năm 2006 có 13 người điều trị nội trú.

Bảng 4.3. Cung ứng dịch vụ y tế, năm 2002-2006

		<i>Đơn vị tính: lượt</i>				
Năm	Chỉ tiêu	2002	2003	2004	2005	2006
	Tần suất khám bệnh và điều trị ngoại trú	0,67	0,88	0,91	0,89	0,87
	Tần suất điều trị nội trú	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
	Ngày điều trị bình quân chung	6,73	6,72	6,54	6,63	7,82

(Nguồn thống kê y tế năm 2002-2006)

Tần suất điều trị nội trú chung cho cả bệnh nhân viện phí và BHYT năm 2006 chỉ là 0,09 lần/năm (cứ 100 người dân thì có 9 người điều trị nội trú) [18]. Ngày điều trị bình quân của bệnh nhân BHYT (7,84 ngày/người/năm) cao hơn 0,94 ngày so với ngày điều trị bình quân chung (6,9 ngày/người/năm) (xin xem bảng 4.3).

Như vậy, khả năng cung ứng dịch vụ cho người có thẻ BHYT về cơ bản đã đáp ứng được nhu cầu chăm sóc KCB. Có sự thay đổi này là do, từ năm 2005 Nghị định 63/2005/NĐ-CP ra đời quy định về Điều lệ BHYT mới thay thế Nghị định số 58/1998/NĐ-CP. Theo đó, quyền lợi BHYT được mở rộng, bỏ cơ chế cùng chi trả, bỏ trần trong thanh toán điều trị nội trú, mở rộng quyền lợi như dịch vụ như xét nghiệm chẩn đoán sàng lọc HIV, điều trị bệnh nhân Aids giai đoạn cuối (trừ thuốc đặc trị thuộc chương trình mục tiêu quốc gia),... được quỹ BHYT thanh toán. Do quyền lợi BHYT ngày một mở rộng cộng với hình thức thanh toán theo phí dịch vụ cho nên ngày điều trị nội trú của bệnh nhân BHYT luôn có xu hướng tăng cao hơn so với ngày điều trị bình quân chung, kết quả cho thấy trong 5 năm nghiên cứu bình quân ngày điều trị trung bình bệnh nhân BHYT (7,84 ngày) tăng 1,14 lần so với ngày điều trị bình quân chung (6,89 ngày- bệnh nhân viện phí và BHYT).

Một điểm đáng lưu ý là, khi phân tích chi tiết đối tượng sử dụng dịch vụ y tế cho thấy, đối tượng người nghèo có tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế thấp nhất ở cả 2 khu vực ngoại trú và nội trú. Đơn cử năm 2006, khu vực ngoại trú: Bắt buộc (1,67 lần)>Tự nguyện (1,63 lần)> Người nghèo (0,35 lần). Khu vực nội trú: Bắt buộc (0,13 lần)>Tự nguyện (0,12 lần)> Người nghèo (0,07 lần). Trong khi người nghèo có thẻ BHYT năm 2006 lại chiếm tỷ trọng cao nhất 42,6% (Bắt buộc 29,4%, tự nguyện 28%). Ngược lại đối tượng BHYT tự nguyện chiếm thị phần thấp nhất thì lại có ưu thế chiếm tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế cao hơn, trong đó đối tượng tự nguyện nhân dân có tỷ lệ KCB cao nhất: 4,5 lần khu vực nội trú và 0,33 lần ở khu vực điều trị nội trú. Tỷ lệ này gần bằng đối tượng hưu trí mất sức vốn được coi là đối tượng có tần suất KCB cao nhất từ trước đến nay (4,8 lần khu vực ngoại trú và 0,40 lần khu vực nội trú). Trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đức, năm 2004 tại khu vực Hà Nội nhóm bắt buộc có số lượt điều trị nội trú là 10,52 lượt/100 người, ở nhóm tham gia BHYT tự nguyện (học sinh, sinh viên) là 0,38 lượt và người nghèo là 4,36 lượt/100 thẻ BHYT, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Dunlop (BHYT bắt buộc là 17,54 và tự nguyện là 5,26), riêng đối tượng Hưu trí Mất sức có thẻ

BHYT điều trị nội trú gần 20,46 lần/100 người/năm và cũng là đối tượng có tỷ lệ nằm viện cao nhất tại khu vực Hà Nội [24], [63]. Tại bảng 4.3 cho thấy, từ năm 2002-2006, cứ 100 người dân thì có 9 lượt người nhập viện, trong 2 năm gần đây 2007-2008, tỷ lệ này đã tăng lên 12 lượt/100 người dân [17]. Tỷ lệ này là khá cao so với một số nước phát triển trên thế giới như Mỹ (11,7), Ca-na-da (7,8), Sin-ga-po (9,39) là những nước có dân số già hơn, có tỷ lệ mắc bệnh mãn tính cao hơn [58], [59], [84].

Phân tích trên cho thấy, người nghèo là đối tượng có tỷ lệ KCB thấp nhất vì đối tượng này thường tập trung ở vùng sâu vùng xa, miền núi kinh tế thấp, đi lại khó khăn, xa cơ sở KCB nên khả năng tiếp cận dịch vụ y tế là hạn chế. Cho nên, các chuyên gia phân tích chính sách BHYT thường sử dụng thuật ngữ “người nghèo bao cấp ngược cho người giàu” trong KCB. Phân tích thu chi quỹ BHYT của 13 địa phương được chọn tập trung ở các tỉnh thành phố lớn và một số tỉnh miền núi năm 2006 cho thấy, có 6/13 tỉnh miền núi không chi vượt quỹ, ngược lại có 7/13 tỉnh, thành phố lớn thuộc khu vực đồng bằng (trong đó có thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng, Cần Thơ) có tỷ lệ vượt quỹ từ 14%-70%. Trong đó, xét về trị số tuyệt đối địa phương có số chi cũng như âm quỹ lớn nhất là thành phố Hồ Chí Minh (chi 902.499 tỷ đồng âm quỹ 290.855 tỷ đồng). Tính riêng số chi KCB của thành phố Hồ Chí Minh đã gấp 4,6 lần số chi KCB của 6 tỉnh miền núi phía Bắc (*xin xem thêm bảng 1.11, phụ lục 1- Cân đối thu chi quỹ BHYT của 13 địa phương*). Như vậy, mục tiêu góp quỹ chia sẻ rủi ro của BHYT đang bị ảnh hưởng bởi cơ chế quản lý quỹ BHYT trong những năm gần đây. Người có thể BHYT tại một số tỉnh nghèo, các tỉnh miền núi thường ít sử dụng dịch vụ y tế do nhiều yếu tố như: khả năng đáp ứng các dịch vụ y tế ở tuyến xã, huyện còn thiếu và yếu về cơ sở vật chất lẫn nhân lực y tế (yếu tố này cũng phù hợp với nghiên cứu định tính tại Bệnh viện tuyến huyện của tỉnh Bến Tre khi 1 bác sỹ điều trị tuyến huyện phải khám 1 buổi ít nhất cho 35-40 bệnh nhân vì cả huyện chỉ có 7 bác sỹ. Như vậy, mỗi bệnh nhân được bác sỹ khám ít nhất từ 5-7 phút), do điều kiện địa lý,

giao thông, văn hoá và đặc biệt là khả năng tài chính của người nghèo đối với các khoản chi phí ngoài quỹ BHYT. Vì vậy quỹ KCB BHYT thường dư quỹ tại các tỉnh nghèo trong khi lại âm quỹ nặng nề tại các tỉnh, thành phố lớn. Với mục đích tăng cường sự hỗ trợ của người có thu nhập cao cho người có thu nhập thấp thông qua cơ chế góp quỹ BHYT đã không thực hiện được mà còn dẫn đến hiện tượng nguồn quỹ BHYT của vùng nghèo bao cấp ngược cho khu vực thành phố lớn, tỉnh giàu như đã phân tích ở trên.

Ngược lại với việc sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo, với tần suất sử dụng dịch vụ y tế của đối tượng tự nguyện nhân dân cao bất thường trong năm 2006 cho thấy hiện tượng “lựa chọn ngược” đang có chiều hướng gia tăng khi thực hiện chính sách BHYT tự nguyện ở nước ta, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu định tính tại 4 tỉnh Hải Dương, Phú Thọ, Bắc Giang và Hưng Yên, hầu hết người tham gia BHYT tự nguyện nhân dân là người ốm hoặc những người có nguy cơ mắc bệnh cao. Điều này cho thấy, công tác thực hiện mở rộng và phát triển BHYT tự nguyện ở một số địa phương còn lỏng lẻo, thiếu chặt chẽ. Kết quả điều tra tại 4 tỉnh phía Bắc (có mức chi BHYT tự nguyện ngoại tỉnh vượt quỹ trên 300% so với số thu) nói trên cho thấy những người ốm hoặc đã mắc các bệnh mãn tính lựa chọn BHYT nhiều hơn các nhóm khác trong cộng đồng, do đó, đối tượng tham gia BHYT tự nguyện thường không đúng đối tượng (9% trên tổng số 60 bệnh nhân được thẩm định), không đúng tỷ lệ theo quy định, cá biệt có 19% trường hợp không tìm thấy hồ sơ phát hành thẻ nhưng lại có thẻ lưu hành KCB.

Theo hai tác giả Rajeev Ahuja và Johannes Juetting và các tác giả khác khi phân tích chính sách BHYT tự nguyện đều cho rằng: BHYT tự nguyện thường được áp dụng cho người nghèo hoặc người có thu nhập thấp không đủ điều kiện tham gia BHYT bắt buộc hoặc tư nhân; người dân tự nguyện tham gia, hoạt động của quỹ do cộng đồng đảm nhiệm, thường là một cộng đồng độc lập; nguyên tắc tài chính là phi lợi nhuận; mức phí được xác định trên nguy cơ của cả cộng đồng và thường là một khoản thu cố định (flat rate), không phụ thuộc vào thu nhập; nguồn

lực để duy trì quỹ một phần lớn dựa vào các nguồn tài trợ hoặc trợ cấp; số lượng người tham gia thường nhỏ và không ổn định, *để bị lựa chọn ngược*; quyền lợi nên được thiết kế một cách mềm dẻo theo sự đồng thuận của cộng đồng (ví dụ chỉ ngoại trú, hoặc nội trú hay cả hai...), quyền lợi có thể không hoàn toàn đồng nhất với các bảo hiểm bắt buộc khác do khả năng huy động vốn, gánh vác rủi ro thấp; năng lực quản lý hạn chế [50], [51], [99].

Tuy nhiên, cơ chế tài chính y tế này (BHYT tự nguyện) lại được nhiều học giả trên thế giới cho rằng có một số ưu điểm đáng chú ý sau:

- Tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người nghèo có thu nhập thấp và lao động tự do; bảo vệ người nghèo trước nguy cơ về tài chính và “bẫy nghèo” khi ốm đau bệnh tật; góp phần cải thiện công tác thực hiện khám chữa bệnh của cơ sở y tế (tăng nguồn chi, nâng cao chất lượng cán bộ) đặc biệt là chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng; góp phần nâng cao tình trạng sức khỏe của cộng đồng [60], [99];

- Góp phần nâng cao công bằng trong khám chữa bệnh và vị thế của người nghèo, lao động tự do trong xã hội thông qua hoạt động của quỹ tại cộng đồng (Steven R.Tabor, 2005) [99].

Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế mới chỉ phản ánh một cách chung nhất trong quyền lợi của người tham gia BHYT, do Chính phủ luôn có sự điều chỉnh, khắc phục những bất cập qua mỗi giai đoạn phát triển của chính sách BHYT nên người có thẻ BHYT ngày càng thụ hưởng nhiều hơn quyền lợi BHYT, đó là quỹ BHYT đã thanh toán tới trên 177 dịch vụ kỹ thuật cao có chi phí lớn, Danh mục thuốc luôn cập nhật và mở rộng, có đến 57 thuốc phóng xạ và hợp chất điều trị ung thư. Điều này phản ánh khá rõ khi tốc độ chi phí KCB BHYT luôn gia tăng và tăng cao trong những năm gần đây. Chỉ trong vòng 5 năm mức chi năm 2006 (5.718 tỷ đồng) đã gấp 5,89 lần năm 2002 (970 tỷ đồng). Mức chi này đã chiếm tới 52% so với mức thu viện phí và chiếm 34,2% so với mức chi KCB nói chung (BHYT và viện phí). Nếu so sánh mức chi với số thu BHYT thì mức chi KCB trong 2 năm (2005-2006)

đã vượt 1.799 tỷ đồng, riêng năm 2006 vượt quỹ đã là 1.666 tỷ đồng. Theo thống kê BHXH Việt Nam, tỷ lệ vượt quỹ các năm 2007-2009 lần lượt là: 33%-16%-19%. Tương ứng với tổng số tiền vượt quỹ trong 3 năm (2007-2009) là 6.028 tỷ đồng, tính chung số tiền vượt quỹ trong 5 năm (2005-2009) là -7.827 tỷ đồng (tương đương với 391,35 triệu Đô la Mỹ) [*xem thêm bảng 1.8, Phụ lục I*].

Chi tiết mức chi bình quân theo khu vực điều trị cho thấy, năm 2006, mức chi bình quân khu vực ngoại trú là 45.562 đồng/người, khu vực nội trú là 669.791 đồng/người. Tuy nhiên xem xét một cách tổng thể mức độ gia tăng chi phí KCB BHYT trong 5 năm (2002-2006) khi so sánh giữa các năm liên tiếp cho thấy, năm 2003 năm có mức gia tăng thấp nhất so với năm trước liên tiếp là 122%, năm gia tăng cao nhất là năm 2006 có mức gia tăng so với năm trước liên tiếp là 194%. Mức gia tăng trung bình giữa các năm liên tiếp trong 5 năm là 158%. Các năm sau (2007-2009) mức gia tăng trung bình giữa các năm liên tiếp giảm chỉ còn 140% [*xem thêm bảng 1.8, Phụ lục I*]. Như vậy, gia tăng chi phí KCB BHYT đã góp phần nâng mức chi y tế ở Việt Nam tăng nhanh hơn trong những năm gần đây.

Trong giai đoạn từ năm 1998-2008, tính theo giá so sánh, tốc độ tăng chi y tế bình quân hàng năm (đạt 8,8%) cao hơn so với tốc độ tăng GDP bình quân hàng năm (đạt 7,2%) [14]. Tổng chi y tế so với GDP tăng qua các năm (giai đoạn 1998-2008) và từ năm 2000 luôn đạt mức >5% và năm 2007 đã đạt mức 6,2% GDP [14]. Theo tổ chức y tế thế giới - WHO, tổng chi tiêu y tế cần chiếm ít nhất từ 4-5% GDP là có thể đạt được mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân [46]. Tuy nhiên, chi công (bao gồm chi ngân sách nhà nước cấp trực tiếp không tính cấp qua BHYT, chi từ quỹ BHYT và chi từ nguồn ODA) chỉ chiếm khoảng 30% tổng chi y tế [14]. Tỷ trọng chi công như vậy được coi là rất thấp so với các nước có thu nhập thấp và trung bình trên thế giới, nếu so sánh một số nước khác trong khu vực, chi phí y tế Việt Nam cao hơn nhưng GDP bình quân đầu người lại thấp hơn như Ma-lai-xia, Thái Lan, Trung Quốc (xin xem bảng 4.4).

Cũng theo số liệu tài khoản y tế quốc gia, tính riêng năm 2005, chi tiêu từ hộ gia đình cho y tế chiếm đến 67% tổng chi tiêu y tế, trong khi chi các nguồn từ tài chính công chỉ chiếm 27% (gồm ngân sách trung ương 6%, địa phương 10%, chi ODA 2% và BHYT gần 9%) [14].

Bảng 4.4. Chi phí y tế theo GDP ở một số nước ở khu vực Châu Á, năm 2007 [80]

Đơn vị tính: Đô la

STT	Quốc gia	GDP (USD) bình quân đầu người (Tính theo PPPs)	Tỷ lệ % tổng chi y tế theo GDP
1	In-đô-nê-xi-a	3,728	2,2
2	Thái Lan	7,907	3,7
3	Phi-líp-pin	3,383	3,9
4	Trung Quốc (bao gồm cả Ma Cao và Hồng Kông)	5,325	4,3
5	Ma-lai-xi-a	13,385	4,4
6	Hàn Quốc	24,803	6,3
7	Việt Nam	2,589	6,2

(Nguồn: WHO financing fact sheet, WHO Việt Nam Country Office, 2010, IMF list published in October 2008).

Năm 2006-2008 số người tham gia BHYT tăng lên, chi từ quỹ BHYT tăng lên rõ rệt đã đẩy mức chi từ hộ gia đình xuống thấp hơn và tăng chi công lên 43% năm 2008, trong đó chi từ quỹ BHYT chiếm từ 13-17,6% tổng chi tiêu y tế [17]. Như vậy, chi tiêu công y tế trong thời gian gần đây đã tăng lên nhưng vẫn chưa đạt được tỷ trọng 50% tổng chi y tế, trong khi khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới thì cho rằng, khó có thể đạt mục tiêu bao phủ toàn dân về dịch vụ y tế nếu chi tiêu từ tiền túi vẫn ở mức >30% tổng chi y tế [46].

Như vậy, có thể khẳng định quỹ BHYT đã đảm bảo quyền lợi một cách cơ bản cho người tham gia BHYT, đảm bảo cho hàng triệu người có thu nhập thấp

(BHYT người nghèo), người có công với cách mạng, hàng chục ngàn người mắc bệnh hiểm nghèo trên phạm vi cả nước, không phân biệt vùng miền, có đủ tiền để chữa bệnh với chi phí lớn mà cá nhân và gia đình không thể tự trang trải được. Bảo hiểm y tế đã thể hiện và chứng minh tính nhân đạo và cộng đồng sâu sắc, mang đậm truyền thống đạo lý của dân tộc Việt Nam “lá lành đùm lá rách”. Rất nhiều người đóng Bảo hiểm có điều kiện vượt qua bệnh tật, ốm đau, đặc biệt là những người tuổi cao sức yếu, những người có thu nhập thấp. Trong những năm qua, hàng năm có hàng chục triệu lượt người được khám chữa bệnh BHYT, mọi người được khám chữa bệnh chấm dứt thảm cảnh không tiền không thuốc.

Như trên đã phân tích quỹ BHYT đã đảm bảo cho người có thẻ BHYT với gói quyền lợi KCB cơ bản, một nghiên cứu đáng quan tâm của Wagstaff, Adam - Ngân hàng thế giới (2007): “ở Việt Nam có khoảng 30% người nghèo có thẻ BHYT vẫn phải gặp chi phí thảm họa” [105]. Lý giải vấn đề này cho thấy, người tham gia BHYT khi điều trị vẫn phải đóng thêm các khoản phí hoặc các dịch vụ kỹ thuật ngoài quy định, một số vật tư tiêu hao không được tính vào cơ cấu giá của dịch vụ kỹ thuật,... và thực hiện cùng chi trả trong thanh toán BHYT (mức cùng chi trả của đối tượng người nghèo là 5%). Một lý do khác có thể xem là nguyên nhân của những nguyên nhân, chính là phương thức thanh toán chi phí KCB theo phí dịch vụ được áp dụng ở hầu hết các cơ sở y tế, với mức thu một phần viện phí theo quy định tại Thông tư liên bộ số 14/TTLB và Thông tư liên tịch số 03/TTLT sửa đổi bổ sung thông tư liên bộ số 14/TTLB. Mặt khác, hiện nay các cơ sở KCB đang chuyển dần sang áp dụng cơ chế tự chủ về tài chính (theo Nghị định 43/2005/NĐ-CP) nên tăng khả năng tận thu đối với các dịch vụ nằm ngoài phạm vi của quỹ BHYT dẫn tới người bệnh phải trả thêm các khoản phí ngoài quy định. Theo báo cáo của Bộ Y tế, tính đến năm 2008, các bệnh viện công đã huy động được 3.000 tỷ đồng, trong đó các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế trên 500 tỷ đồng [18], điều đáng lo ngại là, phần lớn nguồn đầu tư do tư nhân mua sắm trang thiết bị với mục đích lợi nhuận, dẫn đến những hậu quả không mong muốn, như việc lạm dụng dịch vụ, làm tăng

chi phí y tế cho người bệnh, trong khi lại thiếu vắng những quy định về tiêu chuẩn kỹ thuật xét nghiệm từ phía Bộ Y tế. Như vậy, việc liên doanh liên kết đầu tư trang thiết bị y tế một mặt mang lại nhiều cơ hội chữa bệnh mới cho người bệnh, mặt khác khi kết hợp với phương thức thanh toán theo phí dịch vụ khả năng cộng hưởng lại được đẩy lên làm cho chi phí y tế có cơ hội tăng lên không ngừng. Đây là vấn đề cần được các cơ quan quản lý lưu tâm không chỉ liên quan đến việc sử dụng quỹ BHYT, tài chính y tế mà còn ảnh hưởng rất lớn kết quả điều trị của người bệnh, mô hình bệnh tật ở Việt Nam.

Bảng 4.5. Chi phí tiền thuốc của 10 nước đứng đầu trong khối OECD, năm 2005- 2006 [93]

Đơn vị tính: Đô la

<i>STT</i>	<i>Nước</i>	<i>Năm 2005</i>		<i>Năm 2006</i>	
		<i>Chi phí thuốc bình quân đầu người</i>	<i>Tỷ lệ % chi tiêu tiền thuốc trong tổng chi phí y tế</i>	<i>Chi phí thuốc bình quân đầu người</i>	<i>Tỷ lệ % chi tiêu tiền thuốc trong tổng chi phí y tế</i>
1	Hoa Kỳ	790	12,4	843	12,6
2	Pháp	553	16,7	564	16,4
3	Canada	595	17,2	639	17,4
4	Ý	506	20,3	524	20,0
5	Ai Xơ Len	225	13,4	237	13,1
6	Tây Ban Nha	505	22,4	533	21,7
7	Đức	492	15,1	500	14,8
8	Ba Lan	236	28	248	27,2
9	Nhật Bản	489	19,8	506	19,6
10	Thụy Điển	412	13,7	426	13,3

(Nguồn: OECD Health Data 2008, 2009)

Tuy nhiên cần nhắc lại là, quỹ BHYT mới chỉ đảm bảo những phần quyền lợi cơ bản cho người tham gia BHYT, trong đó cơ bản nhất là thuốc, chi phí thuốc chiếm tỷ trọng cao nhất trong cơ cấu chi phí KCB, khu vực ngoại trú từ 71-77% chi phí KCB ngoại trú, nội trú từ 52-60% chi phí KCB nội trú. Phân tích chi phí thuốc

17 tỉnh, thành phố năm 2006 cũng cho thấy, một tỉnh miền núi có tỷ trọng chi phí thuốc khu vực ngoại trú cao nhất lên đến 85,1% (Kon Tum), thấp nhất là thành phố Hải Phòng (53,2%). Trong khi đó, khu vực nội trú, tỷ trọng tiền thuốc cao nhất thuộc tỉnh Kiên Giang (65,1%), và thấp nhất thuộc tỉnh Ninh Thuận (44,9%). Xét trên tổng thể chi phí tiền thuốc chiếm >61% chi phí KCB (từ năm 2002-2006).

Nghiên cứu của Phạm Lương Sơn tỷ lệ thuốc chiếm 60% chi phí KCB nội trú và ngoại trú tỷ lệ này là 75% [42]. Tỷ lệ này cao hơn cả Canada (17,4% năm 2008) nước có phi phí y tế bình quân đầu người 3.595 USD (năm 2007) đứng hàng thứ 9 trong khối các nước OECD và Mỹ đứng đầu khối các nước OECD (11,3% năm 2003, năm 2006 là 12,6%, dự kiến đến năm 2015, chi phí tiền thuốc là ở Mỹ là 13% trong tổng chi phí y tế) [2], [94] (Xin xem bảng 4.5). Nguyên nhân của tình trạng này có thể kể đến, đó là Danh mục thuốc chủ yếu của Bộ Y tế hàng năm luôn được mở rộng bổ sung nhiều loại thuốc mới, đắt tiền, từ năm 2002 đến nay đã có 3 lần thay đổi và bổ sung danh mục thuốc. Danh mục thuốc chủ yếu mới ban hành năm 2008 có đến 750 thuốc/hoạt chất theo tên gốc, 57 thuốc phóng xạ và hợp chất, 95 chế phẩm thuốc y học cổ truyền và 237 vị thuốc. Bên cạnh đó giá thuốc luôn có xu hướng gia tăng, việc đấu thầu thuốc tập trung lại chưa được triển khai một cách đồng bộ và thống nhất. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy giá thuốc ở Việt Nam còn khá cao. Năm 2009, khi so sánh giá thuốc của 42 loại thuốc (trong đó có 35 loại thuốc trong danh mục thuốc thiết yếu) của Việt Nam với giá tham khảo quốc tế cho thấy, các thuốc biệt dược được nghiên cứu, giá thuốc tại cơ sở y tế công của Việt Nam cao hơn giá tham khảo 8,29 lần và với các thuốc gốc giá thấp nhất thì chênh lệch 1,82 lần. Nếu tính theo sức mua tương đương (PPP) thì mức chênh lệch còn cao hơn nhiều (tương ứng với thuốc biệt dược và thuốc gốc lần lượt là 46,58 và 11,41 lần) [89]. Trong khi vai trò kiểm soát giá thuốc của BHYT (là đơn vị có sức mua rất lớn- chiếm >60% chi phí KCB) với đội ngũ giám định tại các cơ sở y tế lại chưa được phát huy (công tác giám định giá thuốc BHYT mới chủ yếu dựa trên danh mục thuốc chủ yếu, giá đấu thầu thuốc, trong khi lại chưa có phác đồ điều trị

chuẩn được cập nhật dẫn đến khó có thể xác định thuốc được sử dụng có hợp lý hay không).

Như vậy, xét trên khía cạnh chính sách lẫn con số sử dụng tiền thuốc BHYT, quyền lợi về thuốc BHYT ở Việt Nam có thể nói là “xài sang” hơn các nước phát triển (cho dù chính sách BHYT đã có những giới hạn thanh toán 50% đối với các thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép, bệnh nhân phải chi trả chi phí thuốc ngoài danh mục của Bộ Y tế) [Xem tài liệu số thứ tự 10 bảng 2.2- Phụ lục 2].

Như trên đã phân tích, chi phí tiền thuốc chiếm tỷ lệ lớn trong tổng chi phí KCB BHYT ở Việt Nam nhưng xét trong tổng chi tiêu tiền túi từ hộ gia đình cho y tế cho thấy, tiền thuốc vẫn chiếm tỷ lệ lớn nhất (40%), tỷ lệ chi trả cho cơ sở công lập và ngoài công lập tương đương khoảng 30% [17]. Như vậy vai trò của BHYT đối với việc giảm chi tiêu tiền túi của hộ gia đình cho y tế vẫn còn là hạn chế [105].

4.1.2.2. Về phương thức thanh toán

Có thể khẳng định phương thức thanh toán là 1 công cụ vô cùng quan trọng trong thực thi chính sách BHYT, tác động mạnh mẽ đến các bên liên quan, trong đó liên quan nhiều nhất đến vấn đề gia tăng chi phí y tế. Thực tế cho thấy chi phí y tế tăng nhanh hơn so với tổng sản phẩm quốc nội và càng nhanh hơn so với mức tăng lương, như vậy mức phí BHYT phải không ngừng tăng và tăng nhanh hơn GDP, nhưng thực tế không thể tăng phí BHYT một cách liên tục. Vì vậy có thể điếm qua một số nguyên nhân làm gia tăng chi phí y tế, đó là, thầy thuốc và bệnh nhân có sự thỏa thuận dẫn đến việc kê đơn và chỉ định dịch vụ điều trị nhiều hơn mức cần thiết vì cho rằng đã có cơ quan Bảo hiểm chi trả, đồng thời thầy thuốc lại được thanh toán tăng thêm do tăng chi phí. Công nghệ và kỹ thuật y tế ngày càng hiện đại. Chi phí lao động ngành y tế luôn tăng nhanh so với các ngành nghề khác trong nền kinh tế quốc dân; Già hoá dân số.... Những năm 80 của thế kỷ trước, các chương trình Medicare, Medicaid và Blue Cross (Mỹ) thanh toán cho các bệnh viện dựa trên chi phí thực tế theo các hình thức phí dịch vụ (FFS) và ngày điều trị (per diem) [20],

[33]. Từ đó, đã tạo nên sức ép cực lớn về sự gia tăng chi phí, vì các bệnh viện càng tăng chi phí thì quỹ bảo hiểm ngày càng phải thanh toán nhiều hơn. Chi phí tăng cũng không công bằng vì nó chỉ chú trọng đến tài chính mà quên đi chất lượng và hiệu quả điều trị. Vì vậy, bệnh viện có chi phí cao nhận thanh toán cao, trong khi các bệnh viện khác có cùng khả năng đáp ứng điều trị nhưng nhận thanh toán thấp vì có chi phí thấp. Điều này hiện cũng đang diễn ra ở Việt Nam, khung giá thanh toán viện phí theo Thông tư số 03/2006/TTLB quy định mức thanh toán một loại dịch vụ kỹ thuật theo hạng bệnh viện là khác nhau, mức giá tăng theo thứ hạng bệnh viện [Xem Thông tư liên bộ số 03 số thứ tự 29, bảng 1.1, Phụ lục 1]. Phương thức thanh toán không chỉ đơn thuần là thanh toán chi phí mà còn liên quan đến chất lượng dịch vụ được cung ứng như thế nào. Để đảm bảo hoạt động các bệnh viện cần có kinh phí đủ để cung cấp các dịch vụ kỹ thuật cơ bản, cũng như chi tiêu cần thiết khác nhằm đảm bảo cho cấp cứu, phát triển kỹ thuật, phục vụ bệnh nhân, kể cả những người không có khả năng chi trả. Tuy nhiên, không phải tất cả các chi phí của bệnh viện đều bù đắp từ quỹ BHYT. Mức thanh toán của quỹ BHYT phải được xác định dựa trên cấu trúc giá hợp lý: đảm bảo chi phí hoạt động hay cả chi phí đầu tư, khấu hao tài sản; chi phí cho ngoại trú hay nội trú, chi phí cho cả đào tạo, cung cấp dịch vụ [20].

Vì vậy việc lựa chọn áp dụng các phương thức thanh toán không chỉ nhằm đảm bảo quyền lợi của người bệnh, sự an toàn của quỹ BHYT mà còn phải hướng tới các mục tiêu sau: đảm bảo phục hồi chi phí của cơ sở KCB; tạo nguồn thu hợp lý nhằm khuyến khích cung ứng những dịch vụ có chất lượng tốt, đồng thời ngăn chặn những khoản phí không chính thức; hạn chế cung cứng dịch vụ không cần thiết và lãng phí; kiềm chế gia tăng chi phí KCB.

Mỗi phương thức đều có những ưu nhược điểm và có tác động tiêu cực và tích cực đến các mặt sau:

- + Tác động đến tiếp cận và sử dụng dịch vụ của người bệnh;

- + Tác động đến tính liên tục trong việc cung ứng dịch vụ;
- + Tác động đến chất lượng dịch vụ, chi phí hiệu quả của dịch vụ được cung ứng, chi phí hành chính để thực hiện phương thứ;
- + Tác động đến nguy cơ tài chính (đối với quỹ BHYT và cơ sở KCB).

Như vậy, phương thức thanh toán được coi là chìa khoá để đảm bảo mức độ an toàn quỹ BHYT và quyền lợi KCB của người bệnh cũng như đảm bảo cho quá trình KCB của cơ sở y tế. Ở giai đoạn đầu thực hiện chính sách BHYT (từ tháng 8/1992- 23/11/1994) thanh toán được áp dụng trong điều trị nội trú giữa cơ quan BHYT với cơ sở y tế là phương thức theo ngày giường điều trị. Theo đó, giá ngày giường bình quân được gọi là giá một đơn vị điều trị bình quân và được tính theo công thức= (Tổng chi phí nghiệp vụ + công vụ phí + phụ cấp lương + lương)/Tổng số ngày điều trị của bệnh nhân ra viện năm trước (Thông tư số 09/BYT-TT ngày 17/6/1993).

Do đơn giá ngày giường điều trị bình quân ngày càng thấp hơn so với chi phí thực tế, các cơ sở KCB không có kinh phí để bù nên không chấp nhận hoặc lạm dụng bằng cách nhận nhiều bệnh nhân nhẹ vào điều trị, kéo dài ngày điều trị, hạn chế cấp thuốc cho người bệnh để giảm chi phí trong điều trị, gây khó khăn cho người bệnh nặng hoặc tích cực chuyển bệnh nhân lên tuyến trên dẫn đến làm tăng chi phí KCB của BHYT và gây quá tải cho những bệnh viện tuyến trung ương. Vì vậy, cuối giai đoạn này theo hướng dẫn của Liên bộ cơ quan BHYT chuyển sang thanh toán chi phí KCB với cơ sở y tế theo phí dịch vụ các chi phí trực tiếp cho người bệnh. Số thu BHYT được phân bổ: 90% dành cho quỹ KCB, 1,5% quỹ dự phòng, 8,5% chi cho bộ máy quản lý trong đó, chi quản lý bộ máy BHYT trung ương là 0,5% và bộ máy quản lý địa phương là 8%. Ở khu vực ngoại trú, có quỹ giới hạn từ 13,5% (năm 1992) trên tổng số thu theo số thẻ đăng ký tại từng cơ sở KCB, sau đó tăng lên 25% vào các năm 1994 -1995. Từ năm 1996, ở khu vực ngoại trú cơ quan quản lý quỹ BHYT tiếp tục thanh toán theo phí dịch vụ có trần và mức quỹ tăng lên 40,5% trên tổng số thu theo số thẻ đăng ký tại từng cơ sở KCB. Đối với chi phí nội trú: quỹ BHYT thanh toán theo phí dịch vụ không có trần

không chế cho từng cơ sở KCB nhưng theo quỹ nội trú 45% (tính chung trong tỉnh thành phố trực thuộc trung ương), chi trả các khoản: thuốc máu, dịch truyền, xét nghiệm, X quang chi phí trực tiếp cho người bệnh và khung tiền ngày giường bệnh theo mức khoán của từng loại khoa phòng, bệnh viện, tuyến chuyên môn kỹ thuật quy định tại Thông tư liên tịch số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của liên bộ (*Xem mức phân bổ quỹ giai đoạn này tại bảng 1.14 phụ lục 1*).

Bảng 4.6. Chi phí khám chữa bệnh BHYT, năm 1993-1997

Đơn vị tính: tỷ đồng

Năm Chỉ tiêu	1993	1994	1995	1996	1997
Số thu quỹ BHYT	109	255	400	520	540
Chi KCB ngoại trú	17	55	110	170	220
Chi KCB nội trú	32	75	140	240	260
Số chi KCB BHYT	49	130	250	410	480
Tỷ lệ % chi KCB so với số thu	45	51	63	79	89
Cân đối (dư)	60	125	150	110	60

(*Nguồn: Tổng hợp báo cáo thu chi quỹ KCB BHYT- BHYT Việt Nam*)

Giai đoạn từ năm 1992-1994, áp dụng phương thức thanh toán theo ngày giường trong thanh toán nội trú và phí dịch vụ trong ngoại trú, bảng 4.6 cho thấy, tỷ lệ sử dụng quỹ BHYT đạt thấp từ 45-51%. Chi phí nội trú lớn hơn chi phí ngoại trú (năm 1993 gần gấp 2 lần chi ngoại trú, năm 1994 gấp 1,3 lần chi ngoại trú). Các giai đoạn sau từ năm 1995-1997, do áp dụng phương thức thanh toán dịch vụ, tỷ lệ sử dụng quỹ tăng dần chiếm từ 63-89% so với quỹ BHYT. Quá trình hình thành phát triển BHYT cho thấy, ở giai đoạn đầu thực hiện chính sách Việt Nam đã áp dụng phương thức thanh toán theo ngày giường bình quân ở khu vực nội trú nhưng sau đó do tình trạng lạm dụng từ phía cơ sở (kéo dài thời gian điều trị) phương thức này đã được loại bỏ. Từ năm 1994-1997 khi áp dụng hoàn toàn thanh toán theo phí dịch vụ không đi kèm các biện pháp hỗ trợ thanh toán khác ở cả 2 khu vực nội trú và ngoại trú đã đẩy chi phí KCB tăng nhanh, mức tăng cao nhất ở giai đoạn thực hiện Nghị định 299/NĐ-CP đạt tỷ lệ 89% (năm 1997) so với quỹ BHYT, gây mất cân đối cục bộ ở 19 tỉnh, thành phố trong cả nước [5].

Bảng 4.7. Chi phí khám chữa bệnh BHYT, năm 1998-2001*Đơn vị tính: tỷ đồng*

Năm	1998	1999	2000	2001
Chỉ tiêu				
Số thu quỹ BHYT	694	766	971	1.151
Chi ngoại trú	278	246	327	406
Chi nội trú	276	280	324	394
Số chi BHYT	554	526	651	800
Tỷ lệ % chi KCB so với số thu	80	69	67	70
Cân đối (dư)	140	240	320	351

(Nguồn: Tổng hợp báo cáo thu chi quỹ KCB BHYT- BHYT Việt Nam)

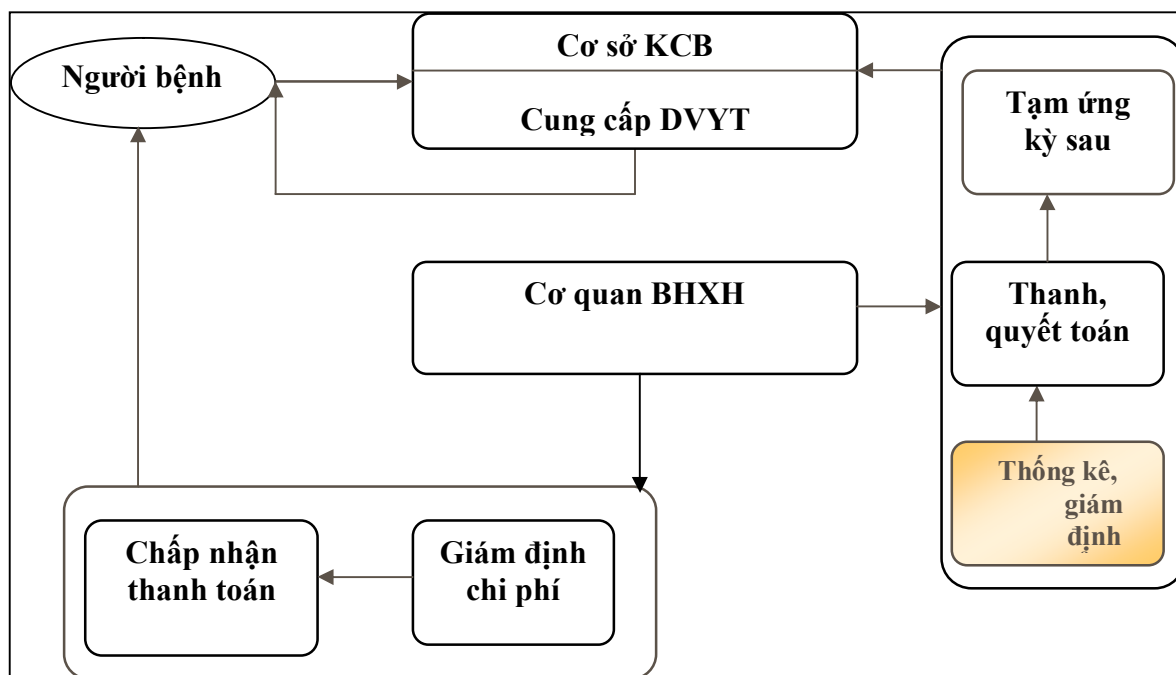
Ở bảng 4.6 cho thấy, từ năm 1996 -1997, tốc độ chi KCB gia tăng, đạt ở mức cao từ 79-89% so với quỹ BHYT. Tại thời điểm năm 1997, cả nước có 19 tỉnh mất cân đối quỹ nghiêm trọng, nhưng thời điểm này quỹ BHYT chưa tập trung thống nhất, mô hình quỹ đơn lẻ theo địa phương nên không thể điều tiết từ địa phương dư quỹ sang địa phương mất cân đối quỹ. Thời điểm từ năm 1994-1997 áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ có giới hạn quỹ nội trú và ngoại trú nhưng tốc độ chi phí KCB không ngừng gia tăng. Tại bảng 4.7 cho thấy, tỷ lệ sử dụng quỹ giảm từ 89% (năm 1997) xuống 80% (năm 1998) và từ 1999- 2001, tỷ lệ sử dụng quỹ giảm còn 67-70%. Các năm sau từ năm 2002-2004 tỷ lệ sử dụng quỹ giảm từ 58-76%. Lý giải về vấn đề này cho thấy, từ năm 1998 - 2004 (thực hiện theo Nghị định 58/NĐ-CP), áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ kèm theo biện pháp hỗ trợ như cùng chi trả, trần thanh toán trong nội trú (trần thanh toán bằng chi phí KCB nội trú bình quân một đợt điều trị năm trước (x) tổng số bệnh nhân ra viện trong kỳ thanh toán (x) hệ số 1,1) [40], đây được coi là giải pháp hữu hiệu trong việc kiểm soát chi phí y tế gia tăng. Kết quả áp dụng phương thức theo phí dịch vụ có trần trong nội trú cùng với việc áp dụng cùng chi trả ở một số đối tượng đã giải quyết căn bản tình trạng bội chi của 19 địa phương tại thời điểm năm 1997. Tỷ lệ sử dụng quỹ BHYT đã giảm đi đáng kể so với giai đoạn trước đó, trong vòng 7 năm thực hiện Nghị định 58/NĐ-CP, quỹ BHYT đã tiết kiệm được gần 2.807 tỷ đồng với tỷ lệ sử dụng quỹ BHYT bình quân hàng năm là 71%.

Từ năm 2005-2008 (áp dụng Nghị định 63/NĐ-CP), phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, không đi cùng các biện pháp hỗ trợ như cùng chi trả, trần nội trú và chỉ còn 1 tỷ lệ trần trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu ($\leq 5\%$ quỹ) đã đẩy quỹ BHYT đến chỗ không còn khả năng cân đối. Trong vòng 4 năm mức thâm hụt quỹ lên đến 5.411 tỷ đồng tỷ lệ vượt quỹ bình quân hàng năm gần 24%. Như vậy trong vòng 4 năm áp dụng Nghị định 63/2005NĐ-CP, chi phí KCB BHYT đã tiêu hết phần quỹ dư của 7 năm áp dụng Nghị định 58/1998/NĐ-CP.

Sau 1/7/2005 khi thực hiện điều lệ BHYT mới (Nghị định số 63/2005/NĐ-CP) đã bổ sung thêm các phương thức thanh toán định suất, chẩn đoán và phương thức thanh toán theo phí dịch vụ vẫn được áp dụng nhưng loại bỏ trần thanh toán ở khu vực nội trú. Tuy nhiên, phương thức thanh toán theo định suất và nhóm chẩn đoán chỉ mới áp dụng thí điểm ở Việt Nam, chưa được quy định bắt buộc áp dụng đối với các cơ sở y tế. Vì vậy có thể nói, thanh toán theo phí dịch vụ là phương thức được cơ sở KCB lựa chọn chủ yếu trong thanh toán KCB BHYT kể từ năm 1994 cho đến nay. Mặc dù thanh toán theo phí dịch vụ được coi là có lợi nhiều hơn cho cơ sở KCB cũng như người tham gia BHYT nhưng trên thực tế cả 2 đối tượng này đều chưa bao giờ “thoả mãn” do phương thức này mang lại. Nguyên nhân của tình trạng trên là do, thanh toán theo phí dịch vụ dựa trên khung giá viện phí từ năm 1995 đến nay chưa thay đổi, mặc dù từ năm 2006 Liên bộ đã bổ sung thêm các dịch vụ kỹ thuật tại Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLDTB&XH. Mặt khác do mức đóng bình quân BHYT thấp hơn so với nhu cầu chi phí y tế, mức phí bình quân năm 2005 (năm cao nhất trong 5 năm nghiên cứu) chỉ mới xấp xỉ 142.000 đồng/người/năm (tương đương với 8,7 USD), trong khi trần thanh toán chỉ giới hạn bằng 90% quỹ KCB. Trần thấp, mức phí BHYT thấp dẫn tới quyền lợi của người tham gia BHYT là giới hạn, đồng thời các cơ sở y tế đang tận thu do tăng cường đầu tư máy móc trang thiết bị chẩn đoán và điều trị hiện đại theo nhiều hình thức liên doanh liên kết, buộc người bệnh khi sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao phải trả thêm chi phí ngoài quy định được hưởng của BHYT. Ngoài ra

theo Luật Bảo hiểm y tế người bệnh tùy theo từng đối tượng tham gia phải cùng chi trả 5% hoặc 20% chi phí KCB, nếu chi phí KCB hoặc sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn vượt quá 40 tháng lương tối thiểu người bệnh phải tự chi trả toàn bộ chi phí. Hiện nay cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở KCB theo phí dịch vụ thông qua hợp đồng KCB được ký kết ngay từ đầu năm với khung giá các dịch vụ đã được Nhà nước quy định và được chính quyền các tỉnh, thành phố quy định giá cụ thể cho từng dịch vụ. Người bệnh (trừ nhóm đối tượng ưu tiên) cùng chi trả không có trần giới hạn cho một số dịch vụ kỹ thuật cao.

Đối với hệ thống y tế công, quỹ BHYT chi trả thông qua phương thức phí dịch vụ có trần ở tuyến dưới- tuyến I (cơ sở KCB ban đầu KCB ngoại trú trần là 45% quỹ KCB; cơ sở KCB ngoại trú + nội trú có trần là 90% quỹ KCB). Ngược lại, đối với các bệnh viện tuyến trên (bệnh viện tỉnh và trung ương - tuyến II) quỹ BHYT chi trả theo phương thức phí dịch vụ nhưng lại không có trần giới hạn như tuyến I. Như trên đã phân tích, hầu hết các cơ sở y tế đang thực hiện chính sách tự chủ về tài chính theo Nghị định 43, với sự khuyến khích tăng nguồn thu, trong đó có nguồn thu từ quỹ BHYT. Vì vậy các cơ sở KCB tuyến trên có cơ hội tận dụng lợi thế tăng nguồn thu theo phương thức thanh toán phí dịch vụ mà không bị ràng buộc bởi giới hạn trần thanh toán như tuyến I. Hệ quả là chi phí ở tuyến trên tăng nhanh, trong khi y tế tuyến cơ sở phải gánh chịu phần chi phí tuyến trên cộng với hạn chế quyền lợi BHYT để cân đối chi phí theo trần giới hạn. Việc thanh quyết toán chi phí KCB được ấn định hàng quý, cuối quý IV trong năm hai bên (cơ quan BHXH và cơ sở KCB) tiến hành thanh lý hợp đồng. Việc tạm ứng tiền cho cơ sở KCB được tiến hành từ đầu quý căn cứ vào số liệu quyết toán của quý trước đó. Thông thường mức tạm ứng bằng 80% chi phí KCB của kỳ trước (quý trước). Dưới đây là mô hình thanh toán chi phí KCB giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB và người bệnh BHYT.



Hình 4.2. Mô hình thanh toán BHYT theo phí dịch vụ tại Việt Nam

Như trên đã phân tích, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ luôn được cơ sở y tế và người bệnh chọn lựa bởi có nhiều ưu điểm nghiêng về lợi ích cho bệnh viện cũng như người bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu tại Hà Lan và Trung Quốc đã chứng minh thanh toán theo phí dịch vụ đôi khi lại có những tác hại cho người tham gia bảo hiểm, điển hình như Brasil do cơ chế thanh toán dịch vụ mà tỷ lệ mổ đẻ cao nhất thế giới ($>30\%$) bởi đơn giản là thầy thuốc nhận được thanh toán cao hơn so với đẻ thường. Hậu quả là trẻ sinh ra bằng mổ đẻ thường mắc bệnh các đường hô hấp cao hơn so với trẻ đẻ thường và tỷ lệ tử vong của các bà mẹ cũng cao hơn vì do phải gây mê. Nhưng cơ chế này lại làm hài lòng ở một số bệnh nhân vì cho rằng thầy thuốc chỉ định nhiều dịch vụ mới là thầy thuốc tốt [33]. Mặt khác, thanh toán theo phí dịch vụ cũng làm tăng chi phí quản lý hành chính, bao gồm cả chi phí của quỹ BHYT và của bệnh viện trong việc tổ chức thu phí, kiểm tra, giám sát hóa đơn, chứng từ để thanh toán cũng như hệ thống kiểm tra, kiểm soát để phát hiện và phòng chống các chứng từ giả hay bệnh án “ma”. Ở một số nước như Hà Lan, Nhật Bản, Hàn Quốc, giá dịch vụ do nhà nước thống nhất quản lý và được xác

định trên cơ sở thương thảo giữa hiệp hội thầy thuốc và hiệp hội bảo hiểm hoặc cơ quan bảo hiểm chính phủ [33], [44].

Để hạn chế tác động của phí dịch vụ, thường áp dụng các biện pháp đi kèm như: phải thỏa thuận được bảng giá cụ thể cho tất cả các loại dịch vụ y tế để thanh toán. Đây là công việc vừa khó, vừa tốn thời gian vì có quá nhiều dịch vụ và có sự khác biệt giữa các bệnh viện. Mức độ chi tiết và phương pháp tính toán, xác định giá của các dịch vụ cũng như việc cập nhật bảng giá có thể khác nhau tùy thuộc vào mỗi nước. Ví dụ, Nhật Bản áp dụng phương thức tính điểm cho từng dịch vụ và có hệ số so sánh giữa các dịch vụ (relative unit value - RUV), đồng thời xác định đơn giá thanh toán theo số điểm. Khi có biến động giá, sẽ thống nhất điều chỉnh đơn giá cho mỗi điểm là có thể áp dụng được cho các dịch vụ khác. Đối với người bệnh: áp dụng quy định cùng chi trả (copayment) một phần chi phí cho các dịch vụ hay thuốc được sử dụng. Mức độ cùng chi trả khác nhau tùy theo tính chất dịch vụ, tính chất bệnh, mức chi phí và đối tượng người bệnh. Biện pháp này được áp dụng phổ biến ở các nước có áp dụng hình thức thanh toán theo phí dịch vụ nhưng với mức độ và hình thức rất khác nhau [44], [68]. Tuy nhiên, cùng chi trả cũng làm mất đi một phần ý nghĩa của BHYT, nhất là khi mức cùng chi trả quá cao, gây khó khăn cho người mắc bệnh mãn tính vì phải chi trả nhiều và cho người nghèo vì không có tiền để tự thanh toán. Đối với cơ sở KCB: áp dụng mức trần thanh toán tối đa cho một đợt điều trị, nếu tổng chi phí vượt trần này thì quỹ BHYT không thanh toán (kinh nghiệm của Việt Nam) [20]. Vì vậy, các nhà quản lý cần phải nghiên cứu đề ra những chính sách thích hợp đảm bảo quyền lợi cho những đối tượng tham gia BHYT, nhất là những bệnh nhân có bệnh nặng và mãn tính.

Đối với phương thức thanh toán theo định suất, phương thức này đã được Thái Lan áp dụng có hiệu quả từ năm 1991, chi phí bình quân năm sau so với năm trước tăng từ 4,5%-5%. Số tiền khoán được xác định trên cơ sở chi phí KCB của năm trước, cơ sở nhận khoán đảm bảo chi trả chi phí KCB cho người có thẻ đăng ký KCB tại đó cũng như người bệnh đăng ký ban đầu được điều trị ngoài nơi nhận

khoán [95]. Ở Việt Nam đã triển khai thí điểm từ năm 2001, thời điểm từ năm 2005-2008, cũng mới chỉ áp dụng thí điểm, tuy nhiên phương thức này vẫn không được các cơ sở KCB lựa chọn vì chưa có cơ chế sử dụng quỹ dư, đồng thời việc xác định quỹ chưa phù hợp do chưa hạch toán chi phí dịch vụ y tế và mức độ sử dụng dịch vụ y tế bình quân theo từng nhóm đối tượng. Việc triển khai thí điểm phương thức này cũng chỉ mới áp dụng cho bệnh viện đa khoa tuyến huyện. Theo Nghị định 62/2009/NĐ-CP quy định “*Phương thức thanh toán theo định suất được áp dụng đối với cơ sở KCB ban đầu*”. Theo đó, nếu dư quỹ, cơ sở KCB sẽ được sử dụng nguồn quỹ này như nguồn thu của đơn vị nhưng tối đa không quá 20% quỹ định suất, phần còn lại sẽ được chuyển vào quỹ KCB của năm sau. Mặt khác văn bản mới (TTLT số 09) cũng quy định cụ thể thời gian bắt buộc áp dụng phương thức này đối với cơ sở KCB ban đầu theo lộ trình từ năm 2011- 2015. Như vậy, văn bản mới đã giải quyết được vấn đề xử lý dư quỹ, sẽ khuyến khích cơ sở sử dụng có hiệu quả nguồn quỹ được giao đồng thời nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh.

Theo Nguyễn Khang, cơ chế thanh toán theo khoán định suất có thể áp dụng được ở các nước có nền y tế cạnh tranh và nền y tế phi cạnh tranh. Đối với hệ thống y tế phi cạnh tranh, đòi hỏi nhà quản lý quỹ phải chú trọng nhiều hơn đến việc tính toán mức khoán cho phù hợp, có tính đến các yếu tố dịch tễ học và dân số học. Đối với y tế có cạnh tranh, thì việc tạo môi trường cho người tham gia bảo hiểm tự do lựa chọn cơ sở KCB là một trong những yếu tố quan trọng nhằm đảm bảo về mặt bằng chất lượng khám chữa bệnh. Ví dụ tại Mỹ, cơ chế này đã làm cho tổ hợp Kaiser trở thành tổ hợp hàng đầu về KCB chất lượng cao với chi phí hợp lý nhất. Vì vậy cơ chế khoán quỹ thật sự tạo động cơ cho các nhà cung cấp dịch vụ tối thiểu hoá chi phí để tối đa hoá sự chênh lệch mức nhận khoán và mức chi thực tế. Theo đó, cơ sở KCB sẽ hợp lý hoá việc sử dụng công nghệ cao; sử dụng quy trình công nghệ, thủ thuật thay thế với chi phí thấp hơn, đôi khi họ còn đảm bảo cả công tác tăng cường, giáo dục sức khỏe, lập phòng khám và hệ thống chăm sóc sức khỏe

ban đầu do chính họ quản lý. Ví dụ ở California - Mỹ có đến 80% phụ nữ tham gia bảo hiểm với tổ chức Kaiser, họ được tham gia chương trình phát triển ung thư vú sớm so với tỷ lệ 25 % người mắc ung thư vú ở Mỹ [33]. Tuy nhiên, do giảm đáng kể chi phí, cơ sở KCB đôi khi lại giảm đi quyền lợi của người bệnh, để khắc phục nhược điểm này, theo kinh nghiệm của Thái Lan, cơ sở nhận khoán phải cam kết đảm bảo cung ứng dịch vụ toàn diện cho người tham gia bảo hiểm đăng ký tại đó, có như vậy việc lạm dụng tuyến và thầy thuốc chuyên khoa mới được giải quyết. Kinh nghiệm cũng cho thấy nhà nước đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp thông tin cho người bệnh giúp họ lựa chọn chính xác cơ sở KCB, hàng năm người bệnh có quyền lựa chọn lại nơi đăng ký khám chữa bệnh [95]. Vì vậy ở môi trường cạnh tranh các cơ sở KCB phải tự nâng cao trách nhiệm đối với người bệnh. Bên cạnh đó, cơ chế khoán quỹ cũng mang lại nhiều rủi ro cho đơn vị nhận khoán, phương thức này áp dụng ở các cơ sở khám chữa bệnh sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao thì nguy cơ vỡ quỹ là không tránh khỏi. Cho nên khi thực hiện phương thức khoán quỹ định suất nhà quản lý phải xem xét các yếu tố ảnh hưởng một cách khách quan, cần có cơ chế tái bảo hiểm hoặc bảo hộ cho các đơn vị này để tránh những rủi ro quá lớn dẫn đến sự phá sản của quỹ. Vì vậy, bài học kinh nghiệm khi áp dụng định suất là cần phải quan tâm đến các yếu tố như: Các dịch vụ hay quyền lợi bao gồm trong định suất phải được xác định rõ ràng, dịch vụ nào không nào không và chi trả như thế nào, phí bao nhiêu. Tính toán định suất đã hợp lý chưa, có dựa trên các khoản chi phí hợp lý không? Số thẻ tối thiểu đăng ký trước khi thực hiện khoán và số này có ổn định không? Hợp đồng đã đề cập đến việc quản lý sử dụng quỹ chưa, có tiểu hợp đồng không và thanh toán như thế nào với các dịch vụ ngoài định suất? các điều khoản cần được thảo luận kỹ giữa các bên về quản lý, sử dụng quỹ khoán và các thầy thuốc trong bệnh viện phải hiểu rõ về cơ chế này. Thầy thuốc cần được hướng dẫn, xác định rằng định suất không những chỉ đủ cho KCB mà còn đủ cho chi phí hành chính. Quỹ BHYT cần cam kết rõ ràng về việc đảm bảo thanh toán đầy đủ, chính xác, đúng thời gian [20], [75].

Mặc dù, có một số nhược điểm nhưng cho đến nay phương thức khoán quỹ vẫn được WHO xếp vào 1 trong những phương thức thanh toán tiên tiến và đó được một số nước áp dụng có hiệu quả như: Mỹ, Niu- Zi –Lân, Thái Lan [20], [105]. Có thể coi đây là giải pháp tốt trong việc lựa chọn phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh đang ngày càng gia tăng ở Việt Nam.

Đối với phương thức thanh toán theo chẩn đoán từ năm 1993 đến năm 2009 chưa áp dụng thanh toán cũng như thí điểm ở Việt Nam do việc tính toán phức tạp của phương thức như: xây dựng mã thủ thuật, phẫu thuật, điều chỉnh hệ số tương đối theo trường hợp bệnh đang áp dụng quốc tế cho phù hợp với Việt Nam,...Mới đây, phương thức này cũng đang được BHXH Việt Nam triển khai thí điểm tại bệnh viện huyện Ba Vì và bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội. Theo Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT, phương thức này chưa có chủ trương áp dụng bắt buộc ở Việt Nam. Tuy nhiên, trong vài năm tới, Việt Nam cũng nên tính đến áp dụng thanh toán theo chẩn đoán đối với một số bệnh viện chuyên khoa, một số dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn nhằm hạn chế chi phí y tế đang gia tăng như hiện nay.

Mặc dù chính sách BHYT đã có quy định trong việc áp dụng các hình thức thanh toán chi phí KCB BHYT khác nhau, nhưng trong thực tế, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ đang được áp dụng một cách phổ biến trong thanh toán chi phí KCB cho dù phương thức này đã được các nước tiên tiến trên thế giới loại bỏ bởi tốc độ gia tăng chi phí y tế không ngừng do chính nó mang lại.

Tuy nhiên, mức độ và người gánh chịu rủi ro về tài chính cũng khác nhau khi áp dụng phương thức thanh toán, nếu xét trên khía cạnh khác - khía cạnh về chia sẻ rủi ro tài chính giữa quỹ BHYT với cơ sở KCB. Đơn cử, nếu áp dụng phương thức theo phí dịch vụ thì quỹ BHYT sẽ gánh chịu toàn bộ nguy cơ gia tăng chi phí vì phương thức này là thanh toán hồi cứu dựa trên khối lượng dịch vụ được cung cấp; nếu thực hiện thanh toán theo định suất thì cơ sở sẽ gánh chịu một phần rủi ro về gia tăng chi phí vì đây là cách tính toán dựa trên nguyên tắc thoả thuận trước, không dựa trên khối lượng dịch vụ được cung ứng mà dựa trên kết quả cuối

cùng đã thoả thuận; nếu theo DRGs thì nguy cơ được chia sẻ cho các cơ sở KCB và quỹ BHYT [74], [88]. Vì vậy, việc lựa chọn áp dụng phương thức nào sẽ gắn liền với việc thiết lập các cơ chế kiểm soát gia tăng chi phí của cơ sở KCB hay quỹ BHYT.

Với những ưu, nhược điểm và tác động khác nhau của mỗi phương thức nên khó có thể lựa chọn một phương thức để áp dụng thống nhất. Cho nên các nước đều kết hợp các phương thức. Xu thế hiện nay theo hướng:

- Giảm phương thức thanh toán theo yếu tố đầu vào hay theo khối lượng dịch vụ được sử dụng (thanh toán hồi cứu);

- Giảm phương thức thanh toán không có giới hạn;

- Tăng phương thức thanh toán “trộn gói”, được tính toán trước (trả trước).

Tăng phương thức thanh toán trộn gói có tác dụng khuyến khích các cơ sở KCB thay đổi hành vi, tiết kiệm nguồn lực, giảm lạm dụng. Tăng phương thức thanh toán phải đồng thời nâng cao hiệu quả và cải thiện chất lượng dịch vụ. Chức năng, nhiệm vụ của tổ chức quản lý quỹ KCB BHYT một mặt là phải thực thi đúng, đủ chính sách chế độ BHYT nhằm đảm bảo kịp thời quyền lợi của người tham gia BHYT, mặt khác phải quản lý có hiệu quả và đảm bảo an toàn quỹ KCB BHYT. Trong mối quan hệ tổ chức thực hiện chế độ KCB BHYT có tính đặc trưng đã nêu trên việc phải lựa chọn một phương thức thanh toán, chi trả chế độ hợp lý, gắn bó quyền lợi, trách nhiệm của các bên tham gia, hạn chế sự lạm dụng, chỉ định chi tiêu không hợp lý luôn là nhiệm vụ quan trọng của các nhà làm chính sách và thực thi chính sách, chế độ KCB BHYT.

4.1.2.3. Hiệu quả sử dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT

Hiệu quả sử dụng quỹ KCB BHYT được hiểu là, quyền lợi BHYT của người tham gia BHYT được đảm bảo một cách cơ bản nhưng đồng thời quỹ BHYT cũng phải đạt được ở mức độ trong giới hạn an toàn. Vì vậy việc đánh giá hiệu quả sử dụng quỹ BHYT là một vấn đề lớn, phức tạp liên quan đến nhiều đối tượng, nhiều

vấn đề khác nhau trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam, đề tài chỉ mới phân tích quyền lợi KCB thông qua khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, cũng như chi phí mà người bệnh được hưởng qua các năm kết hợp phân tích dựa trên cơ sở của các văn bản hướng dẫn quy định về BHYT ở từng giai đoạn. Phân tích số liệu thu chi quỹ BHYT, khảo sát một số đối tượng người tham gia BHYT, đối tượng quản lý quỹ, đơn vị cung ứng dịch vụ y tế có thể nhận định rằng, chính sách BHYT đã giải quyết một phần căn bản về tài chính y tế, đảm bảo cơ bản được quyền lợi KCB của người tham gia. Tuy nhiên xét về mức độ an toàn quỹ cho thấy, quỹ BHYT đang có xu hướng mất an toàn, khả năng dư quỹ không còn mà thay vào đó là con số âm quỹ ngày một tăng. Kết quả phân tích cho thấy từ năm 2002-2004, quỹ BHYT đạt được mức độ an toàn và có số dư là 963 tỷ đồng. Nhưng từ năm 2005 đến năm 2006, quỹ BHYT âm 1.799 tỷ đồng. Các năm 2007-2008, quỹ BHYT âm 3.612 tỷ đồng lớn gấp 2 lần âm quỹ của cả 2 năm (2005 và 2006), năm 2009 số quỹ âm là 2.416 tỷ đồng [*xem thêm bảng 1.8, Phụ lục I*].

Trong khuôn khổ nghiên cứu của đề tài, một số nguyên nhân chúng tôi xác định đó là: Những nhóm yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến quỹ BHYT như mức phí thấp, lựa chọn bất lợi, năng lực quản lý quỹ, vai trò của chính sách đã dẫn đến mất khả năng cân đối quỹ BHYT, đặc biệt là quỹ BHYT tự nguyện.

Thiết kế chính sách vẫn còn bộc lộ những yếu tố ảnh hưởng đến tính bền vững của quỹ BHYT như mức phí thấp, nguồn thu chủ yếu từ ngân sách nhà nước, phương thức thanh toán không hợp lý, thiếu cơ chế phù hợp trong quản lý sử dụng thuốc và giá thuốc, thiếu cơ chế kiểm soát lựa chọn bất lợi, năng lực kiểm soát thu chi quỹ ở tuyến dưới còn hạn chế,... đã làm cho quỹ BHYT không có khả năng cân đối và khó có thể khắc phục sớm nếu không có những biện pháp sửa đổi chính sách một cách đồng bộ.

4.2. Về chi phí KCB thanh toán theo phương thức khoán định suất tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung- Thanh Hoá

4.2.1. Về chi phí KCB ngoại trú: Chi phí KCB ngoại trú bình quân áp dụng phương thức thanh toán định suất tại Hà Trung tăng cao hơn (bình quân chung

42.925 đồng) so với phí dịch vụ trước can thiệp (23.929 đồng) cũng như nhóm chứng (21.407 đồng -26.917 đồng). Mức chi theo từng đối tượng cũng tăng cao hơn, đối tượng tự nguyện có mức chi bình quân cao nhất (94.172 đồng) cao gấp 3 lần mức chi bình quân so với phí dịch vụ. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Quang Thông tại bệnh viện Vĩnh Bảo- Hải Phòng (23.411 đồng) và Nguyễn Thuý Nga tại bệnh viện Vĩnh Tường- Vĩnh Phúc (14.489 đồng) [43], [88]. Như vậy, chi phí bình quân ngoại trú và nội trú tại Hà Trung áp dụng định suất lớn gần gấp 2 lần so với chi phí bình quân ngoại trú và nội trú tại Vĩnh Bảo- Hải Phòng. Nếu so sánh cùng thời điểm năm 2005 tại Hà Trung (áp dụng phí dịch vụ), chi phí bình quân ngoại trú ở mức thấp hơn (22.513 đồng) so với định suất tại Vĩnh Bảo (23.411 đồng). Cơ cấu từng khoản mục trong chi phí ngoại trú cũng cho thấy, thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm được cải thiện đáng kể, mức tăng chi trung bình của các khoản mục này là khá cao. Tuy nhiên nếu so sánh với chi phí bình quân chung ngoại trú trong toàn quốc năm 2006 (45.562 đồng) thì mức chi tại Hà Trung thấp hơn (42.925 đồng). Vấn đề tăng chi phí ngoại trú khi áp dụng khoán định suất được lý giải như sau: từ quý IV năm 2006 do thay đổi chính sách BHYT (thực hiện Nghị định 63/2006/NĐ-CP do mở rộng quyền lợi trong khám chữa bệnh BHYT đã tác động đến tâm lý thầy thuốc cũng như bệnh nhân BHYT, đồng thời giai đoạn này lý do được quan tâm hơn cả trong ngoại trú đó là, thời điểm danh mục thuốc được Bộ Y tế mở rộng nhiều hơn đối với tuyến huyện, danh mục vật tư y tế tiêu hao bắt đầu được áp dụng trong thanh toán, đồng thời cơ sở y tế tăng đầu tư trang thiết bị chẩn đoán, máy móc xét nghiệm. Bên cạnh đó đối tượng người nghèo đã chính thức KCB BHYT, làm gia tăng quỹ khoán định suất vào năm 2006 tại Hà Trung cởi bỏ tâm lý giới hạn thanh toán BHYT trong đội ngũ bác sỹ điều trị.

4.2.2. Về chi phí KCB nội trú: Kết quả khoán định suất cũng cho thấy, chi phí bình quân nội trú ở cả 3 nhóm đối tượng đều tăng cao hơn so với phí dịch vụ, trong đó đối tượng người nghèo có mức tăng chi cao nhất (610.345 đồng) so với 2 đối tượng còn lại bắt buộc (440.821 đồng) và tự nguyện (464.604 đồng). Theo đó

chi phí bình quân chung nội trú (474.366 đồng) cũng tăng cao hơn so với phí dịch vụ (306.473 đồng - 324.527 đồng - 379.287 đồng), gấp 2 lần so với khoán định suất tại Vĩnh Tường - Vĩnh Phúc (241.901 đồng), gấp 2,2 lần so với khoán định suất tại Vĩnh Bảo - Hải Phòng 214.000 đồng/đợt [35], [43]. Tuy nhiên, chi phí bình quân nội trú tại Hà Trung năm 2006 (474.366 đồng) vẫn thấp hơn so với chi phí bình quân chung nội trú trong toàn quốc (668.991 đồng).

Thuốc chiếm tỷ trọng cao nhất trong cơ cấu khoản mục chi nội trú ở cả 2 phương thức (từ 51,5- 54%) tiếp đến là thủ thuật và xét nghiệm, tiền giường bệnh. Phân tích các khoản mục ở khoán định suất cho thấy, xét về trị số tuyệt đối, tiền thuốc tăng cao hơn so với phí dịch vụ nhưng xét về số tương đối mức tăng thấp từ 0-2%. Một số khoản mục khác như, xét nghiệm, vật tư tiêu hao, chẩn đoán hình ảnh, tiền giường lại có xu hướng giảm, riêng thủ thuật lại tăng cao hơn so với phí dịch vụ (chiếm 19% trong chi phí nội trú). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy khi điều trị nội trú cơ sở y tế nhận khoán định suất đã có những cân nhắc, lựa chọn những chỉ định thật cần thiết trong điều trị bệnh nhân BHYT. Kết quả này cũng phù hợp thảo luận nhóm đối với bác sỹ điều trị tại bệnh viện Hà Trung: *”Chúng tôi xác định là bệnh nhân điều trị nội trú là những bệnh nặng, bệnh thực sự phải nằm viện, năm nay chúng tôi thực hiện thêm đối tượng người nghèo nên số lượng điều trị tăng cao hơn năm ngoài. Bệnh nhân điều trị nội trú chúng tôi luôn tuân thủ phác đồ điều trị, hạn chế những chỉ định cận lâm sàng không cần thiết tránh lãng phí quỹ BHYT”*. Một nhược điểm lớn nhất trong khoán định suất là các cơ sở hạn chế quyền lợi của bệnh nhân, cho bệnh nhân ra viện sớm hoặc chuyển sang khu vực ngoại trú để điều trị nhằm giảm bớt chi phí để tăng số dư quỹ khoán. Vấn đề này cũng được trao đổi với Lãnh đạo BHXH tỉnh Thanh Hoá và Trưởng phòng giám định chi, cả 2 ý kiến đều khẳng định: *“Trước khi triển khai thí điểm khoán định suất tại Hà Trung, chúng tôi đã tổ chức tập huấn cho cán bộ giám định tại bệnh viện Hà Trung, lãnh đạo BHXH huyện Hà Trung về phương pháp*

giám định, tăng cường kiểm tra hồ sơ bệnh án, giám sát theo dõi quá trình điều trị của bệnh nhân nhằm đảm bảo quyền lợi cho bệnh nhân”.

Như trên đã bàn luận, thí điểm khoán định suất tại Hà Trung đúng vào thời điểm áp dụng Nghị định 63/2006/NĐ-CP, do mở rộng quyền lợi BHYT, bỏ trần thanh toán trong nội trú, bỏ cùng chi trả, danh mục thuốc bổ sung và mở rộng, thanh toán vật tư y tế tiêu hao, các địa phương bắt đầu phê duyệt và áp dụng thanh toán một số dịch vụ kỹ thuật bổ sung Thông tư 14/TTLB (Thông tư liên tịch số 03/2005/TTLT)... Những thay đổi chính sách này đã tác động nhiều hơn ở khu vực nội trú, do đó đã đẩy chi phí nội trú bình quân tăng cao hơn so với phí dịch vụ.

4.2.3. Về chi phí KCB của 5 bệnh nghiên cứu

Chi phí bình quân của 5 bệnh chọn nghiên cứu theo khoán định suất đều cao hơn so với phí dịch vụ. Trong đó mức chi phí cao nhất là bệnh viêm ruột thừa cấp (1.845.000 đồng), thấp nhất là Viêm loét dạ dày tá tràng (447.239 đồng). Mức chi bình quân từng bệnh theo khoán định suất có mức tăng từ 25 – 155% so với phí dịch vụ trước khi can thiệp, so với nhóm chứng trước can thiệp mức tăng từ 37,2-155%, đặc biệt so với nhóm chứng sau can thiệp mức tăng thấp nhất là 22% (bệnh viêm phế quản), cao nhất là 127% (bệnh viêm ruột thừa cấp). Riêng bệnh tiểu đường không phụ thuộc vào Insulin bệnh viện Hoàng Hoa không thực hiện triển khai điều trị mà bệnh nhân được chuyển lên tuyến tỉnh nên không so sánh bệnh này đối với nhóm chứng. Chi phí bình quân của 5 bệnh nghiên cứu tại Hà Trung tăng cao hơn gấp 2-3 lần tùy từng loại bệnh so với nghiên cứu của Trần Quang Thông tại bệnh viện Vĩnh Bảo. Tuy nhiên điểm cần lưu ý là, nếu so sánh tại cùng thời điểm (năm 2005- theo phí dịch vụ) thì mức chi bình quân 5 bệnh tại Hà Trung đã cao hơn từ 1,3-2,1 lần tùy theo mỗi loại bệnh so với mức chi bình quân 5 bệnh tại bệnh viện Vĩnh Bảo [43].

Phân tích chi phí theo ngày điều trị bình quân cũng cho thấy, với khoán định suất chi phí một ngày điều trị cao hơn so với phí dịch vụ, cụ thể so với trước can

thiệt mức tăng từ 1,2- 2,6 lần, so với nhóm chứng trước can thiệp tăng từ 1,5- 3,0 lần, so với nhóm chứng sau can thiệp, mức tăng từ 1,5- 2,3 lần tùy từng bệnh. Nếu tính chung ngày điều trị bình quân giảm từ 1,1 - 02 ngày so với phí dịch vụ. Kết quả này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Quang Thông tại bệnh viện Vĩnh Bảo và Đỗ Văn Khoan tại Vĩnh Tường [35], [43]. Chi tiết theo khoản mục trong chi phí nội trú của 5 bệnh theo khoán định suất cũng phù hợp với cơ cấu chi phí bình quân chung, đó là chi phí thuốc có mức tăng cao nhất so với phí dịch vụ (lần lượt theo thứ tự trước can thiệp, nhóm chứng trước can thiệp và sau can thiệp là 1,7-2,1- 1,8 lần), các khoản chi khác có mức tăng không đáng kể hoặc giảm so với phí dịch vụ, đối với xét nghiệm (1,0-1,1-1,1 lần), chẩn đoán hình ảnh (1,1-1,1-0,9 lần), vật tư y tế (0,7-1,2-0,8), tiền giường (1,0-0,9-0,9 lần).

4.2.4. Về chất lượng khám chữa bệnh giữa 2 phương thức

Mức độ tuân thủ pháp đồ điều trị, ở khoán định suất cao hơn so với phí dịch vụ, chiếm 99%, trong khi mức độ tuân thủ trước can thiệp tại bệnh viện Hà Trung chỉ đạt 88%. Đặc biệt đối với nhóm chứng mức độ tuân thủ pháp đồ điều trị cũng khá cao từ 93-95%. Điều này cho thấy, công tác điều trị, khả năng tuân thủ phác đồ điều trị tại Hà Trung tương đối tốt bên cạnh đó công tác giám định, thanh toán KCB tương đối chặt chẽ, chính xác. Như vậy, có sự giám sát chặt chẽ thì mức độ tuân thủ phác đồ điều trị ở khoán định suất sẽ cao hơn phí dịch vụ.

Về ngày điều trị trung bình theo đối tượng, có sự tăng giảm khác nhau giữa khoán định suất và dịch vụ, đối tượng tự nguyện giảm so với phí dịch vụ trước can thiệp 0,5 ngày, so với nhóm chứng trước can thiệp giảm 0,3 ngày, so với nhóm chứng sau can thiệp tăng 0,6 ngày. Đối tượng bắt buộc tăng 0,1 ngày so với trước can thiệp, giảm 0,7 ngày so với nhóm chứng trước can thiệp và giảm 0,5 ngày so với nhóm chứng sau can thiệp. Đáng lưu ý là đối tượng người nghèo so với nhóm chứng sau can thiệp giảm cao nhất 1,5 ngày. Nếu xét chung giữa các đối tượng thì ngày điều trị trung bình theo khoán định suất không thay đổi so với trước can thiệp,

giảm 0,7 ngày so với chứng trước can thiệp, tăng 0,8 ngày so với nhóm chứng sau can thiệp. Điều này chưa phù hợp với lý thuyết về khoán định suất là số ngày điều trị trung bình giảm so với phí dịch vụ như chúng tôi đã phân tích ở phần tổng quan. Tuy nhiên nếu phân tích ngày điều trị trung bình theo từng bệnh chọn trong nghiên cứu thì ngày điều trị trung bình theo định suất lại có mức tăng giảm khác nhau theo từng loại bệnh điều trị, cụ thể, viêm phế quản (9,5 ngày) giảm so với dịch vụ từ 1,7- 2,4- 3,4 ngày, bệnh viêm loét dạ dày tá tràng (12,1 ngày) tăng so với trước can thiệp (0,2 ngày), giảm 1,2 ngày so với nhóm trước can thiệp và 2,2 ngày so với sau can thiệp; bệnh cao huyết áp (9,7 ngày) giảm lần lượt là 2,9-3,4-3,0 ngày so với phí dịch vụ; bệnh viêm ruột thừa (10,6) giảm từ 0,3-1-1,5 ngày. Riêng bệnh tiểu đường ngày điều trị (16,5 ngày) tăng 3,1 ngày cao hơn so với phí dịch vụ. Như vậy nhìn chung ngày điều trị theo khoán định suất giảm hơn so với phí dịch vụ. Tuy nhiên một số bệnh mãn tính, phải điều trị theo phác đồ dài ngày thì không thể đánh giá được đầy đủ. Vì vậy khi xây dựng mức khoán cần phải cân nhắc các bệnh mãn tính, bệnh có chi phí lớn phải tính toán ngoài quỹ khoán thì mới đánh giá được hiệu quả toàn diện của phương thức khoán. Một câu hỏi được đặt ra là, khi áp dụng định suất tại Hà Trung, mặc dù ngày điều trị bình quân giảm nhưng chi phí đợt điều trị nội trú lại tăng cao hơn so với phí dịch vụ? Ngoài các lý do đã trình bày ở trên như danh mục thuốc mở rộng cho tuyến huyện (nhiều thuốc kháng sinh, chuyên khoa đắt tiền đã được sử dụng ở tuyến huyện), thanh toán vật tư y tế tiêu hao,... bên cạnh đó là sự giám sát chặt chẽ của cơ quan BHXH nhằm đảm bảo quyền lợi cho người tham gia BHYT đã đẩy chi phí bình quân 1 ngày điều trị tăng lên nhiều hơn so với phí dịch vụ, từ đó làm tăng chi phí bình quân 1 đợt điều trị nội trú.

Về kết quả điều trị của 5 bệnh, nghiên cứu cho thấy, tùy từng loại bệnh cụ thể mức độ ảnh hưởng của phương thức khoán định suất là khác nhau:

Đối với bệnh viêm phế quản, tỷ lệ khỏi (39,1%) thấp hơn so với trước can thiệp (43,3%) và nhóm chứng trước can thiệp (76,6%), nhưng lại cao hơn so với nhóm chứng sau can thiệp (22,3%). Bệnh cao huyết áp nguyên phát, tỷ lệ ổn định

(96,7%) cao hơn so với trước can thiệp (53,8%), chứng trước can thiệp (70,5%) và sau can thiệp (48%).

Bệnh viêm dạ dày tá tràng, tỷ lệ ổn định (97,3%) cao hơn so với trước can thiệp (21%), chứng trước can thiệp (9%) và chứng chứng sau can thiệp (77%). Bệnh viêm ruột thừa, tỷ lệ ổn định (100%) cao hơn so với trước can thiệp (84,6%), chứng trước can thiệp (65,5%) và chứng sau can thiệp (21%). Trong đó tỷ lệ chuyển viện ở khoán định suất là 0%, trước can thiệp 15,4%, chứng trước can thiệp là 34,5%, chứng sau can thiệp là 4,7%.

Bệnh tiểu đường không phụ thuộc vào Insuline ở khoán định suất, tỷ lệ ổn định (91,3%) cao hơn so với trước can thiệp (72,2%). Tuy nhiên ảnh hưởng của phương thức khoán định suất đối với bệnh này chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), mặt khác tại bệnh viện Hoàng Hoá, bệnh tiểu đường bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên điều trị nên không có kết quả so sánh đối với nhóm chứng.

Như vậy, kết quả điều trị của 5 bệnh theo khoán định suất nhìn chung có tỷ lệ ổn định bệnh cao hơn so với phí dịch vụ, tỷ lệ chuyển viện lên tuyến trên cũng giảm đi đáng kể, điều này cho thấy rõ tác động của phương thức khoán đã ảnh hưởng đến chất lượng điều trị cũng như ý thức điều trị hợp lý của cơ sở y tế có xu hướng tăng rõ rệt so với phí dịch vụ.

4.2.5. Kết quả cân đối quỹ khoán theo thanh toán định suất

Như trên đã trình bày hiệu quả sử dụng quỹ BHYT là khả năng quỹ BHYT luôn đảm bảo mức độ an toàn, có số dư nhưng đồng thời quyền lợi KCB của người bệnh có thẻ BHYT luôn được đảm bảo và ngày một nâng cao. Bước đầu áp dụng thí điểm phương thức thanh toán theo khoán định suất tại bệnh viện Hà Trung - Thanh Hoá đã cho kết quả mong đợi. Về quyền lợi KCB chúng tôi đã phân tích ở trên, người bệnh có thẻ BHYT đã được đảm bảo và có chi phí KCB cao hơn so với phí dịch vụ. Về khả năng cân đối quỹ BHYT, theo khoán định suất số dư chiếm 8% so với quỹ được giao tương ứng với số tiền là 273.208.363 đồng. Tỷ lệ dư quỹ này

ngang bằng với khoán định suất trong 6 tháng tại và Vĩnh Tường - Vĩnh Phúc (dư 8%) cao hơn so với kết quả tại Vĩnh Bảo - Hải Phòng (dư 5,76%) [35], [43]. Trong khi áp dụng phương thức theo phí dịch vụ tại Hà Trung năm 2005 vượt 23% so với quỹ, tại Hoằng Hoá, năm 2005 vượt 26%, năm 2006 vượt 64% so với quỹ được giao. Kết quả dư quỹ nói trên cho thấy, thực hiện khoán định suất, cơ sở nhận khoán đã tăng cường công tác điều trị tại tuyến cơ sở, giảm đáng kể tỷ lệ bệnh nhân chuyển lên tuyến trên, cụ thể tại Hà Trung: thanh toán theo viện phí, tỷ lệ chuyển viện KCB tại tuyến tỉnh và trương là 7% (chiếm 21,8% tổng chi phí KCB); thanh toán theo quỹ khoán định suất, tỷ lệ chuyển viện giảm còn 1,3% (chiếm 2,9% tổng chi phí KCB) [xin xem thêm bảng 8.1 phụ lục 8]. Như vậy, thực tế áp dụng phương thức khoán định suất cần phải được quan tâm và ủng hộ từ cơ sở KCB, cách tính toán quỹ khoán phải khoa học và sát với chi phí thực tế, công tác giám định chi BHYT phải luôn được tăng cường. Bên cạnh đó các cơ quan chức năng cần phải có cơ chế rõ ràng khi thực hiện thanh toán chi tiết cơ cấu chi phí KCB theo định suất, không nên áp dụng khung giá viện phí để thanh toán các khoản mục trong khi quỹ khoán lại theo định suất, đồng thời phải có cơ chế trong sử dụng số dư quỹ nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho cơ sở nhận khoán khi đó việc thực hiện khoán định suất mới thực sự có ý nghĩa. Tuy nhiên việc áp dụng phương thức khoán định suất đơn thuần không thể đem lại hiệu quả nếu như không có các cơ chế hỗ trợ khác như đầu tư về kỹ thuật trang thiết bị, con người, nâng cấp xây dựng cơ sở vật chất kèm theo đó là cơ chế chính sách đầy đủ và phù hợp.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên chúng tôi xin đưa ra một số kết luận sau đây:

1. Xác định được một số yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT ở Việt Nam qua 5 năm (2002-2006) bao gồm:

- + Mức độ bao phủ BHYT vẫn còn hạn chế chỉ chiếm > 40% so với dân số.
- + Cơ cấu đối tượng tham gia ở nhóm đối tượng tiềm năng nhất (Doanh nghiệp) chưa được mở rộng mới chỉ chiếm 11,8% so với số đối tượng tham gia BHYT.
- + Mức đóng BHYT ở các đối tượng tham gia BHYT là không đồng nhất và có khoảng cách khá xa. Mức đóng của người nghèo và tự nguyện chỉ bằng 1/5 mức đóng của đối tượng bắt buộc. Mức phí BHYT bình quân đầu người hàng năm thấp hơn nhiều so với nhu cầu chi phí y tế.
- + Phương thức thanh toán chưa phù hợp- thanh toán theo phí dịch vụ là phổ biến ở tất cả cơ sở y tế của các tuyến điều trị, đã đẩy chi phí y tế ngày càng gia tăng. Ảnh hưởng của việc thay đổi chính sách BHYT qua mỗi giai đoạn đã tác động rất lớn đến việc sử dụng quỹ BHYT. Kết quả nghiên cứu đã chỉ rõ áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ ngay cả khi có biện pháp kiểm soát vẫn làm gia tăng chi phí y tế, ảnh hưởng rất lớn đến giới hạn an toàn quỹ từ đó sẽ ảnh hưởng đến quyền lợi KCB BHYT.
- + Năng lực quản lý quỹ còn hạn chế tại một số địa phương: công tác quản lý thu, chi tại một địa phương còn yếu về chuyên môn nghiệp vụ, điển hình là công tác quản lý thu, phát hành thẻ, giám định chi BHYT.
- + Tình trạng trốn đóng, nợ đọng quỹ BHYT, BHXH ở một số doanh nghiệp đang là vấn đề cần phải có cơ chế giải quyết kịp thời.
- + Công tác tuyên truyền hiểu biết pháp luật về chính sách BHYT của người dân còn hạn chế, lựa chọn bất lợi có xu hướng gia tăng trong nhóm đối tượng tham gia BHYT tự nguyện. Đối tượng tự nguyện - chiếm thị phần tham gia BHYT thấp nhất nhưng tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế lại cao chỉ sau đối tượng hưu trí mất sức (4,5 lần/người/năm ở khu vực nội trú và 0,33 lần/người/năm ở khu vực điều trị nội trú).

+ Do chính sách BHYT luôn thay đổi nên các văn bản xây dựng chưa được tiến hành kịp thời và đồng bộ gây khó khăn cho công tác triển khai và thực hiện. Quy định về trần thanh toán (90% quỹ KCB) theo các văn bản hiện hành trong bối cảnh mức phí BHYT thấp cộng với khung giá viện phí thấp làm cho cơ sở y tế không thể thực hiện đầy đủ quyền lợi của người tham gia BHYT.

+ Chi phí y tế ngày một tăng khi áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ nhưng không làm hài lòng người cung ứng dịch vụ (cơ sở KCB) và chưa thoả mãn đầy đủ quyền lợi KCB của người tham gia BHYT do người dân phải cùng chi trả, phải đóng thêm chi phí ngoài quy định.

+ Tần suất bệnh nhân BHYT đi KCB bình quân hàng năm ngày một tăng: trung bình là 1,55 lượt/người KCB ngoại trú và 0,11 lượt/người điều trị nội trú thấp hơn 0,46 lượt/người số lượt KCB ngoại trú bình quân chung (2,01/lượt/người) và cao hơn 0,02 lượt/người lượt so bình quân chung bệnh nhân điều trị nội trú (0,09/lượt/người). Ngày điều trị bình quân của bệnh nhân BHYT là 7,84 ngày tăng 1,14 ngày so với ngày điều trị bình quân chung (6,9 ngày).

+ Chi phí tiền thuốc luôn chiếm tỷ trọng cao trong tổng chi phí khám chữa bệnh (ngoại trú: từ 71-77%; nội trú: 52-60%; tính chung thuốc chiếm >61% chi phí KCB) đây là tỷ lệ quá cao trong cơ cấu chi phí KCB, đòi hỏi cần có biện pháp và cơ chế trong quản lý và thanh toán tiền thuốc phù hợp.

Kết quả phân tích thu chi quỹ cho thấy, năm 2005- 2006, chi vượt quỹ từ 5-41% (quỹ BHYT bội chi 1.799 tỷ đồng - tương đương với 112 triệu đô la).

2. Áp dụng phương thức khoán định suất tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung có nhiều ưu điểm hơn thanh toán theo phí dịch vụ khám chữa bệnh, cụ thể là:

- Về chi phí KCB: Chi phí KCB ở cả 2 khu vực KCB ngoại trú và nội trú của bệnh nhân BHYT khi áp dụng phương thức khoán định suất đều tăng so với phí dịch vụ. Chi phí KCB trung bình theo lượt KCB, theo ngày điều trị nội trú, đều cao hơn so với phương thức thanh toán theo phí dịch vụ trước can thiệp cũng như nhóm chứng sau can thiệp. Nghiên cứu chi phí 5 bệnh hay mắc cũng cho thấy, tỷ lệ tăng chi trung bình theo khoán định suất từ 25-155% so với phí dịch vụ trước khi can

thiệt, so với nhóm chứng trước can thiệp mức tăng từ 37,2-155%, so với nhóm chứng sau can thiệp mức tăng từ 22-127%.

- Về chất lượng điều trị của 5 bệnh nghiên cứu cho thấy, với khoản định suất khả năng tuân thủ phác đồ điều trị của cơ sở y tế có tỷ lệ cao hơn so với phí dịch vụ, theo đó mức độ khỏi bệnh, ổn định bệnh tăng cao hơn so với phí dịch vụ. Bên cạnh đó ngày điều trị trung bình nói chung và tỷ lệ chuyển viện đều giảm so với phí dịch vụ.

- Về khả năng cân đối quỹ: áp dụng phương thức khoản định suất quỹ BHYT đã đảm bảo được mức độ an toàn cao hơn so với phí dịch vụ, kết quả khoản định suất tại Hà Trung cho thấy, khả năng dư quỹ đạt tỷ lệ 8% so với quỹ khoán, trong khi áp dụng phí dịch vụ mức vượt quỹ là 23%.

KIẾN NGHỊ

2.1. Nhóm giải pháp về pháp lý (đối với Chính phủ và cơ quan quản lý nhà nước về BHYT - Bộ Y tế, Bộ Tài chính)

Bổ sung thêm các quy định cụ thể nhằm mở rộng đối tượng tham BHYT bắt buộc, đối tượng là thân nhân của những người làm công ăn lương chưa có BHYT (bố, mẹ, vợ, chồng, con,...) như đã quy định tại Luật BHYT.

Cần sớm ban hành văn bản xử phạt riêng về vi phạm trốn đóng, nợ đọng quỹ BHYT đối với khu vực lao động chính quy ngoài nhà nước, cần có giải pháp ưu đãi về thuế doanh nghiệp đảm bảo cho sự tham gia BHYT của chủ sử dụng lao động.

Xây dựng mức phí BHYT sao cho có thể đáp ứng được chi phí của nhu cầu chăm sóc sức khỏe cơ bản. Nghĩa là mức phí BHYT bình quân tối thiểu phải đạt mức chi phí KCB bình quân. Nếu xây dựng mức phí thấp hơn thì quỹ tài chính BHYT không đảm bảo tính bền vững, ảnh hưởng lớn đến an sinh xã hội (dựa trên cơ sở tính toán chi phí khám chữa bệnh bình quân của năm trước nhân với hệ số tương ứng được quy định theo biến động về giá).

Về lâu dài cần có giải pháp để hài hòa lợi ích của các bên tham gia BHYT, vì vậy cần thiết phải: xây dựng các quy định pháp lý về cập nhật danh mục thuốc, danh mục kỹ thuật, dịch vụ y tế trên cơ sở cân đối với nguồn thu hàng năm của quỹ

BHYT, đảm bảo cho người tham gia BHYT sử dụng hợp lý các tiến bộ mới về y dược trong chẩn đoán và điều trị. Rà soát lại các dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn, chi phí KCB thuộc lĩnh vực BHYT kinh doanh không tương xứng với khả năng tài chính của quỹ BHYT xã hội ra khỏi gói quyền lợi BHYT.

Bộ Y tế cần có quy định khung cơ cấu chi phí thuốc hợp lý, ban hành thêm phác đồ điều trị chuẩn nhằm hạn chế việc lạm dụng thuốc và thuận lợi trong việc quản lý và thanh toán tiền thuốc.

2.2. Nhóm giải pháp về kỹ thuật

- Đối với Chính phủ và cơ quan quản lý nhà nước về BHYT (Bộ Y tế, Bộ Tài chính)

Cần có quy định giới hạn đối tượng tham gia BHYT khu vực ngoài nhà nước trong phạm vi đủ khả năng kiểm soát nhằm hạn chế và khắc phục tình trạng lựa chọn bất lợi, đặc biệt là chương trình BHYT tự nguyện nhân dân.

Xây dựng các phương thức thanh toán khám chữa bệnh BHYT cần dựa trên các nguyên tắc chung của phương thức và có điều chỉnh phù hợp với tuyến điều trị, hạng bệnh viện, đặc biệt khi thanh toán chi phí theo khoán định suất không nên ràng buộc cơ cấu chi KCB theo khung giá viện phí.

- Đối với cơ quan thực hiện chính sách BHYT (BHXH Việt Nam)

Tăng cường các biện pháp kiểm tra giám sát việc thực hiện thanh quyết toán thu chi quỹ BHYT tại các địa phương. Phối hợp với các ban ngành, đoàn thể tăng cường hơn nữa công tác truyền thông về BHYT. Phối hợp chặt chẽ với cơ quan quản lý nhà nước trong việc xây dựng sửa đổi, điều chỉnh các văn bản pháp quy về BHYT cho phù hợp nhất là việc quản lý thu BHYT, cơ chế thanh toán, giám định BHYT, cơ chế thanh toán tiền thuốc.

Phối hợp chặt chẽ với các sở KCB nhân rộng phương thức thanh toán định suất ở tuyến huyện, tiến hành áp dụng phương thức này ở tuyến tỉnh và trung ương, đặc biệt là các bệnh viện chuyên khoa ở tuyến trung ương.

Tăng cường đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ làm công tác giám định BHYT để chống lạm dụng quỹ BHYT từ phía cơ sở KCB, bệnh nhân BHYT, nhằm đảm bảo quỹ được sử dụng đúng đối tượng, đúng mục đích.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ
LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

- 1. Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Mạnh Hùng (2009),** *Phân tích hiệu quả sử dụng quỹ Bảo hiểm y tế*, Tạp chí Thông tin y dược học, số 5, tháng 5/2009, trang 16-19 .
- 2. Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Mạnh Hùng (2010),** *Quá trình hình thành và phát triển BHYT ở Việt Nam*, Tạp chí Thông tin y dược học, số 10, tháng 10/2010, trang 12-15.
- 3. Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Mạnh Hùng (2010),** *Nghiên cứu ảnh hưởng của việc thay đổi chính sách BHYT đối với thanh toán chi phí KCB BHYT*, Tạp chí Dược học số 416, tháng 12/2010, trang 5-9.
- 4. Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Mạnh Hùng (2011),** *Mức phân bổ quỹ trong thanh toán khám chữa bệnh BHYT*, Tạp chí Dược học số 417, tháng 1/2011, trang 5-4; trang 52-54.
- 5. Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Mạnh Hùng (2011),** *Phân tích kết quả áp dụng thanh toán BHYT theo khoán định suất tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung, Thanh Hoá*, Tạp chí y dược Quân sự, tập 36, số 2, năm 2011, trang 102-108.

DANH MỤC CÁC TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. T.A (2002), *Thực hiện Luật cải cách y tế ở Nhật Bản*, Tạp chí BHYT số 15, tháng 5/2002, tr. 32.
2. Andreas Plate (2004), “*Thanh toán cung ứng của bệnh viện và đảm bảo chất lượng KCB*”, Tài liệu Hội thảo về chế độ chăm sóc sức khỏe ở Cộng hoà liên Bang Đức, Bảo hiểm xã hội Việt Nam phối hợp với InWent (Internationale Weiterbildung und Entwicklung GGMBH) - Cộng hoà Liên bang Đức, tổ chức tại Hà Nội từ ngày 9-13/8/2004.
3. Ban khoa giáo trung ương - Bộ Y tế (1999) “*Tác động của viện phí và BHYT đối với sự công bằng về tài chính, về tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế*”. Tài liệu từ dự án hỗ trợ y tế quốc gia của tổ chức WHO.
4. Bảo hiểm y tế Việt Nam (2002), “*Thống kê BHYT 1993-2002*”, Nhà xuất bản Thống kê năm 2002.
5. Bảo hiểm y tế Việt Nam (2002), *Quá trình hình thành và phát triển bảo hiểm y tế Việt Nam*, Nhà xuất bản Hà Nội.
6. Bảo hiểm y tế Việt Nam (2001), “*Chính sách bảo hiểm y tế hiện nay của một số nước trên thế giới*”, Tài liệu lưu hành nội bộ.
7. Bảo hiểm xã hội Việt Nam, *Tình hình và kết quả thực hiện chính sách BHXH năm 2008*, Tạp chí BHXH Việt Nam số 04/2008, tr. 12-13.
8. Tạ Văn Bằng, Lê Mạnh Hùng, Phạm Lương Sơn (2005), *Đánh giá những ảnh hưởng của giá viện phí mới đối với quỹ BHYT*”, Chương trình hợp tác giữa BHXH Việt Nam và WHO.
9. Bộ Y tế (1999), *Đánh giá tình hình tài chính quỹ BHYT*, Dự án hỗ trợ y tế quốc gia.
10. Bộ Y tế, Ngân hàng thế giới, tổ chức SIDA Thụy Điển, tổ chức AUSAID Úc và Đại sứ quán Vương quốc Hà Lan (2001), *Việt Nam khoẻ để phát triển bền vững: Nghiên cứu tổng quan ngành y tế Việt Nam*. Sách được phát hành tại: Trung tâm thông tin phát triển Việt Nam 63- Lý Thái Tổ, Hà Nội.
11. Bộ Y tế (2007), *Quản lý và Kinh tế dược*, Nhà xuất bản y học.
12. Bộ Y tế (2007), *Dịch tễ dược học*, Nhà xuất bản y học.
13. Bộ Y tế (2008), *Kinh tế y tế và bảo hiểm*, Nhà xuất bản y học.
14. Bộ Y tế (2008), *Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt Nam thời kỳ 2000-2006*, Nhà xuất bản Thống kê; 2008.
15. Bộ Y tế (2006), *Niên giám thống kê y tế 2005*, Vụ kế hoạch tài chính.
16. Bộ Y tế - Cục Quản lý KCB (2009), *Báo cáo tổng kết công tác năm 2009 và định hướng trọng tâm công tác 2010*, Hà Nội năm 2009.
17. Bộ Y tế-WHO (2010), *Tài khoản y tế quốc gia ở Việt Nam thời kỳ 1998-2008*, Nhà xuất bản thống kê;
18. Bộ Y tế- Nhóm đối tác y tế (2008), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008-Tài chính y tế ở Việt Nam*, Hà Nội tháng 11-2008.

19. Cục thống kê tỉnh Thanh Hóa (2007), *Niên giám thống kê 20006*, Nhà xuất bản Thống kê.
20. Nghiêm Trần Dũng (2008), *Thanh toán chi phí KCB- lựa chọn phương thức nào?* Tạp chí Bảo hiểm xã hội Việt Nam (07) tr, (29-33).
21. Đảng Cộng sản Việt Nam (2006), *Văn kiện đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X*, Nhà xuất bản chính trị quốc gia.
22. Minh Đạo (2009), *BHYT ở Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan*, Tạp chí BHXH kỳ 02 tháng 4/2009, tr. 35-36.
23. Nhân Đạo (2009), *Trung Quốc cải cách y tế để tiến tới BHYT toàn dân*, Tạp chí BHXH kỳ 02 tháng 10/2009, tr. 30-33.
24. Dương Tuấn Đức (2005), *Cơ cấu bệnh tật và chi phí khám chữa bệnh của người bệnh BHYT điều trị nội trú tại Hà Nội, năm 2004*, Luận văn thạc sĩ YTCC, Trường Đại học y tế Công cộng Hà Nội.
25. Goran Dahlgren (2002), *"Bảo hiểm y tế xã hội, tại sao? Như thế nào?"*, Tạp chí Bảo hiểm y tế Việt Nam (số 10).
26. Goran Dahlgren (2002), *Đổi mới ngành y tế- kinh nghiệm ở các nước Tây Âu*, Tạp chí BHYT số 14 tháng 4/2002 trang 22-26.
27. Hsiao W C, (2001) "Chuyển đổi kinh tế và biến đổi trong y tế", *Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả*, Nhà xuất bản Y học, tr. 419-422.
28. Lê Bạch Hồng (2009), *Vai trò của chính sách BHXH, BHYT đối với An sinh xã hội của đất nước*, Tạp chí BHXH Việt Nam (02-11), tr (7-10).
29. Phạm Mạnh Hùng, Trương Việt Dũng, Goran Dahlgren (2003) "Cải cách ngành y tế theo định hướng công bằng và hiệu quả: Quan điểm của Việt Nam về một số vấn đề cơ bản", *Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả*, Nhà xuất bản Y học, tr. 67- 68.
30. Lê Mạnh Hùng, Mai Thị Cẩm Tú, (2004), *Thực trạng và giải pháp hoàn thiện phương thức khám chữa bệnh hiện nay*, Tạp chí Bảo hiểm xã hội tháng 5/2004.
31. Lê Mạnh Hùng (2005), *Nên hiểu cho đúng về kết dư quỹ BHYT*, Tạp chí thông tin y dược tháng 2/2005 (trang 15-16).
32. Nguyễn Khang (2001), *Một số biện pháp quản lý chi phí KCB mới của BHYT Hàn Quốc*, Tạp chí BHYT số 9/2001, tr.36-37.
33. Nguyễn Khang (2007), *Bảo hiểm y tế trên thế giới*, Tạp chí BHXH số 11/2007 (trang 42-51).
34. Nguyễn Quốc Khánh (1998), *Khảo sát công tác BHYT ở Thanh Hóa qua 5 năm (1993-1997)*, Luận văn dược sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Dược Hà Nội, tr. 15-16.
35. Đỗ Văn Khoan, Vũ Xuân Bằng (2002), *Nghiên cứu thí điểm khoán quỹ khám chữa bệnh theo Định suất tại TTYT Vĩnh Tường – Vĩnh Phúc*, Đề tài khoa học tại BHYT Việt Nam.
36. Từ Nguyễn Linh (2005), *"Các phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế"*, Tạp chí Bảo hiểm xã hội Việt Nam, (9).

37. Nguyễn Thị Mai Loan (2008), *BHYT toàn dân theo luật định ở CHLB Đức*, Tạp chí BHXH số 4/2008, tr. 48-49.
38. Nguyễn Văn Lý (2000), *Đánh giá thực trạng và hiệu quả áp dụng phương thức chi trả BHYT tại một số bệnh viện tỉnh Thanh Hoá*, Luận án tiến sỹ y học, Học Viện quân y.
39. Nguyễn Thị Thuý Nga (2003), “*Bàn về phương thức khoán quỹ theo định suất trong thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT*”, Tạp chí Bảo hiểm xã hội Việt Nam, (8).
40. Nhà xuất bản chính trị quốc gia (1999), *Các quy định pháp luật về Bảo hiểm y tế*.
41. Nhà xuất bản thống kê (2009), *Chỉ mục các quy định về bảo hiểm thất nghiệp: Luật Bảo hiểm xã hội số 71/2006/QH11 đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XI kỳ họp thứ 9 thông qua ngày 29/06/2006; Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XII kỳ họp thứ 4 thông qua 14/11/2008*, tr. 43-150.
42. Phạm Lương Sơn (2005), *Nghiên cứu đánh giá chính sách chi trả tiền thuốc theo chế độ BHYT ở Việt Nam*, Luận văn Thạc sỹ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
43. Trần Quang Thông (2006), *Nghiên cứu ảnh hưởng của khoán quỹ theo định suất đến chi phí và chất lượng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Vĩnh Bảo - Hải Phòng*, Luận văn thạc sỹ YTCC, Trường Đại học y tế Công cộng Hà Nội.
44. Trần Văn Tiến (2001), “*Thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo phí dịch vụ, những nguy cơ tiềm ẩn*”, Tạp chí thông tin Y-Dược, (10).
45. Trần Văn Tiến (2009), *Chương trình cải cách y tế của tổng thống Mỹ Barack Obama*, <http://www.hspi.org.vn/vcl/vn/home/InfoDetail.jsp?area=1&cat=92&ID=1149>. Truy cập ngày 17/9/2009.
46. Tổ chức y tế thế giới (2009), *Chiến lược tài chính y tế cho các quốc gia Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á (2010-2015)*.
47. Trường đại học kinh tế quốc dân Hà Nội (2005), *Giáo trình Bảo hiểm*, Nhà xuất bản thống kê.
48. Ủy ban thường vụ Quốc Hội (2008), *Báo cáo số 178/BC-UBTVQH12 ngày 11/11/2008 về giải trình và tiếp thu, chỉnh lý dự thảo Luật BHYT trình Quốc Hội thông qua*.
49. Viện chiến lược và chính sách y tế (2006), *Báo cáo đánh giá tình hình thực hiện chính sách BHYT ở Việt Nam*.

TIẾNG ANH

50. Ahuja, R and Johannes Jueting (2002), *Design of incentives in Micro Health Insurance Schemes forthcoming as Center for Development Reseach (ZFE) Discussion Paper*, Bonn, Germany.
51. Ahuja, R and Jahannes Jueting (2003). *Design of incentives in Community base health insurance*. Working Paper Number 95, Idian Coucil for Reseach on international Economic Relation.
52. Afsar Akal and Roy Havey (2001), *The role of health insurance and community financing in funding immunization in developing countries*,

- http://www.who.int/immunization_financing/options/en/role_chf.pdf (accessed 4/7/2010).
53. Alank (2009), *Obama States Overhead Advantage of Public Option is Key to Choice and Competition*, <http://seminal.firedoglake.com/diary/7996> (accessed 25/12/2009).
 54. Barack Obama and Joe Biden's (2008), *Plan to lower health care costs and ensure affordable, accessible health coverage for all*, <http://www.barackobama.com>. (accessed 4/7/2010).
 55. Boyle S. Feb 2008 "*The UK health care system*": *The commonwealth fund's health care system profiles*.
http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061.(accessed 5/9/2009).
 56. Bruce C. Vladeck, "*Medicare Hospital Payment by Diagnosis- Related-Group*" *Annals of Internal Medicine* 100 (1984): 576-691.
 57. Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
 58. Canada Institute for Health Information. *Waiting for Health care in Canada: What we know and What we Don't Know*. Ottawa, 2006.
 59. Carol J. DeFrances, Ph.D.; Christine A. Luca, M.P.H., M.S.W; Veriita C. Buie. 2006 *National Hospital Discharge Survey. National Health Statistics Reports, No. 5, 30 July, 2008*. <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr005.pdf>. (accessed 5/9/2009)
 60. Cichon M, Gillion C (ILO) (1993), *Financing of health care in developing countries*. *International Labour review* 132(2), 1993,173-186.
 61. Colleen M. Flood and Sujit Choudhry, University of Toronto (2002): *Strengthening the foundations modernizing the Canada health act*, published by Commissions on the future of health care in Canada.
 62. Cristian Baeza Fernando Montenegro Torres and Marco Nunez 2002. *Extending social protection in health Through Community base health organizations: Evidence and Challenges*, ILO STEP, Universitas Programme, Geneva.
 63. David W. Dunlop (1999), "Situation Review of Health Financing and Health Insurance in Vietnam." *Paper prepared for the Asian Development Bank Rural Health Project TA*, Hanoi, June.
 64. Don Hidle and Max.JLenz, (2001). *Using Australian DRGs in Germany: a commentary*. *Australian Health review*, Vol 24, No.1, 2001.
 65. Don Hindle and Buyankhishig Khulan, 2004. *Capitation payment for some health centers*. Ministry of Health of Mongolia
 66. Doran T, C Fullwood, H Gravelle, D Reeves et al. July 2006. *Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom*. *New England Journal of Medicine*, 355(4):375-84.
 67. European Observatory on Health Care Systems (1999), *Health Care Systems in Transition*, United Kingdom, 1999.

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96419/E68283.pdf.(accessed 6/6/2010).
68. Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S. *et al.* (2004). *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester: John Wiley& Sons.
 69. Horwath Clark Whitehill (2006), *Taxation in the United Kingdom*.
<http://www.horwathcw.com/hwClarkWhitehill/WhatsNew/Publications/documents/TaxationintheUnitedKingdom-06.pdf>.(accessed 5/7/2010).
 70. Hospital bed density per 10000 population (2008). WHO World Health Statistics. Geneva, World Health Organization, 2009,
http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table6.pdf.(accessed 5/7/2010).
 71. *How to add VAT (Value Added Tax) to a price - (17.5%, 20% and 15%)*.
http://www.startinbusiness.co.uk/flowchart/8flowchart_vat_deduct.htm. (accessed 5/7/2010).
 72. Hsiao WC, *Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore*. Health Affairs (Millwood) 1995; 14(2):260-6; discussion 277-9;
 73. Hsiao WC, Harvey M. Sapolsky, Daniel L. Dunn, and Sanford L. Weiner (2001), *Lessons of the newjersey DRG payment system*. WHO. 2001.
 74. ILO & WHO (2005), *Extending social protection in health: Developing countries' experiences lessons learnt and recommendations*, p (121-131).
 75. ILO, Suva, Fiji (2005), *Extending Social Health Insurance Coverage in Pacific Island Countries: PART 1- Expanding Health Insurance in the Pacific: Provider Payment Methods*. Published by Social Security in Pacific Island Countries.
 76. International Labour Office Geneva and International Social Security Association (1999), *Social health insurance, (module 1,4,5)*.
 77. International Labour Office (1999), *Social Health Insurance*, Geneva: ILO-ISSA.
 78. James C. Robinson (2004), *Consolidation and the Transformation of Competition in Health Insurance*, Health Affairs 23 (6): 11 (2004).
 79. Lieberman, Samuel S. Wagstaff Adam (2009), *Health financing and service delivery in Vietnam: looking forward*. World Bank, Washington DC;
 80. List of Asian countries by GDP per capita,
http://www.nationmaster.com/graph/eco_asi_cou_by_gdp_per_cap_gdp_per_cap-asian-countries-gdp-per-capita, (accessed 5/7/2010).
 81. Madelon Kroneman and Julia Nagy, 2001. *Introducing DRG based financing in Hungary. A study into relationship between supply of hospital beds and use of these beds under changing institutional circumstances*.
 82. Making medicare: the history of health care in Canada, 1914-2007,
<http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic01e.shtml> (accessed 5/7/2010).
 83. Massaro TA and Wong YN. *Positive Experience With Medical Savings Accounts in Singapore*. Health Affairs 1995; 14(2): 267-272;

84. Ministry of Health Singapore, *Healthcare institution statistics 2007*, <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/statistics.aspx?id=20514>. (accessed 5/7/2010).
85. Mossialos, Elias and Rajkotia, Y(2008) *Markets and competition in health care: The European experience*. In: Carlos, Monica, (ed.) *The challenge of social policy reform in the 21st century: Towards integrated systems of social protection*. Sideris Publishing, Athens, Greece. ISBN 9789600804386.
86. Morgan, Steven; Hurley, Jeremiah (2004-03-16). "Internet pharmacy: prices on the up-and-up". *CMAJ* 170 (6): 945–946. doi:10.1503/cmaj.104001.PMID 15023915. PMC 359422. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/6/945>. Retrieved 07/11/2007.
87. Ms Eva LIU, Ms S.Y. YUE, *Health Care Expenditure and Financing in Singapore*, Research and Library Services Division Legislative Council Secretariat. 9 July 1999.
88. Nguyen Thi Thuy Nga (2003), *The effect of pilot Capitation payment on length of stay and medical cost: A case study of Vinh Tuong health center, Viet Nam*, postgraduate Master of science course – health economics, Universty of Heidelberg Institute of tropical hygiene and Public health.
89. Nguyen AT, Knight R, Mant A, Cao QM, Auton M, *Medicines prices, availability, and affordability in Vietnam*. *Southern Med Review* (2009) 2;2:2-9
90. Normand C (World Health Organization), Weber A (ILO), *Social health insurance: a guidebook for planning*. Geneva, WHO, 1994,144p. (WHO-SHS/NHP/94.3).
91. OECD Publishing (2010), *OECD Health Data 2010 on CD-ROM: Statistics and Indicators*, <http://www.OECD.org/health/healthdata> (accessed 7/8/2010).
92. OECD Health Data (2010): *How Does Canada Compare*. <http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf>.(accessed 7/8/2010).
93. OECD Health Data 2010-Frequently Requested Data (Excel spreadsheet). http://www.irdes.fr/Ecosante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls. (accessed 7/8/2010).
94. Sandier S, Paris V, Polton D, *Health care system and transition: France, Copenhagen*, WHO regional office for Europe on behalf of the European observatory on health system an policies, 2004.
95. Samrit Srithamrongsawat (2002), *Payment methods of health insurance system in Thailand*, Health Insurance System Research Office.
96. Sean Boyle (2008), *he UK Health Care System*, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science. http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061.(accessed 7/9/2009).
97. Seymour, J.A, *Health Care Lie: '47 Million Uninsured Americans'*. Michael Moore, politicians and the media use inflated numbers of those without health insurance to promote universal coverage. Business and Media Institute, July 18, 2007, <http://www.businessandmedia.org/articles/2007/20070718153509.aspx> .(accessed 7/12/2009).
98. Singapore Ministry of Health, *Medisave, Medishield, Medifund & Others Financing Health Care*. [On-line] (<http://www.gov.sg/Mohiss/review.htm>).(accessed 9/6/2010).

99. Steven R.Tabor, *Community base health insurance and social protection policy*, Social protection unit human development network, The World Bank.
100. Stuart H Altman .et al, *DRG and the Medicare programe: Implications for Medical Technology*, Publish by Washington, DC: Congress of United State, Office of Technology Assessment, OTA-TM-H-17, July 1983.
101. Tetsuo Fukawa (2002), *Public Health Insurance in Japan*, Puplished by World Bank institute.
102. T.R. Reid's, *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*, to be published by Penguin Press in the summer of 2009.
103. Valérie Paris and Elizabeth Docteur. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada*, OECD Health Working Papers pg. 52.
<http://www.oecd.org/dataoecd/21/40/37868186.pdf>.(accessed 6/6/2010).
104. Viroj Tangcharoensathien, Phusit Prakongsai, Walaiporn Patcharanarumol, Pongpisut Jongudomsuk (2005). *Universal coverage in Thailand: The Respective Roles of social Health Insurance and Tax-Based Financing*, The International, Conference on SHI developing countries, Berlin, 2005.
105. World Bank and the United States Agency for International Development, *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems How-To Manuals*, Published in 2009.
106. WHO (2007), *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva.WHO press.

PHỤ LỤC 1

BẢNG BIỂU LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU THU CHI QUỸ BHYT

Bảng 1.1: Số người tham gia BHYT 5 năm (2002- 2006)

Đơn vị tính: người

Chi tiêu Năm	Số người tham gia BHYT	Tỷ lệ % tăng trưởng so với năm gốc (2002)	Dân số (triệu người)	Tỷ lệ % so với dân số	Số người tham gia BHYT BB	Tỷ lệ % tăng trưởng so với năm gốc (2002)	Số người nghèo tham gia BHYT BB	Tỷ lệ % tăng trưởng so với năm gốc (2002)	Số người tham gia BHYT TN	Tỷ lệ % tăng trưởng so với năm gốc (2002)
2002	13034278	100	80	16,3	6976634	100	1665634	100	4392010	100
2003	16229492	125	81	20,1	8129159	117	3253659	195	4846674	110
2004	19052433	147	82,5	23,3	8703346	126	3954768	237	6394319	146
2005	23322016	179	83	28,2	9194397	132	4846979	291	9280658	211
2006	35140629	263	85	40,2	10335558	214	14978859	608	9826212	208

Bảng 1. 2: Đối tượng tham gia BHYT (2002-2006)

Đơn vị tính: người

Chi tiêu Năm	2002		2003		2004		2005		2006	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
Bắt buộc	6976634	53,5	8129159	50,1	8703346	45,7	9194379	39,42	10335558	29,41
HCSN	1612795	23,1	1799760	22,1	1777000	20,4	2036702	22,15	2149191	20,79
DNNN	1660593	23,8	1796123	22,1	1733000	19,9	1524589	16,58	1399293	13,54
DNTN	271989	3,9	875467	10,8	1889000	21,7	2208671	24,02	2778074	26,88
HTMS	1610275	23,1	1831926	22,5	1695682	19,5	1752963	19,07	1800000	17,42
UĐXH (*)	1820982	26,1	1825884	22,5	1608664	18,5	1671454	18,18	2209000	21,37
Người nghèo	1665634	12,8	3253659	20,1	3954768	20,8	4846979	20,78	14978859	42,63

Tự nguyện	4392010	33,7	4846674	29,9	6394319	33,6	9280658	39,79	9826212	27,96
HS,SV	4305437	98,0	4818730	99,4	6078815	95,1	7746425	83,47	7804987	79,43
Nhân dân	86573	2,0	27944	0,58	315504	4,93	1534233	16,53	2021225	20,57
Tổng	13034278	100	16229492	100	19052433	100	23322016	100	35140629	100

Bảng 1.3. Số người tham gia BHYT theo khu vực kinh tế

Đơn vị tính: người

Năm Chỉ tiêu	2002		2003		2004		2005		2006	
	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %	Số người	Tỷ lệ %
Đồng bằng Sông Hồng ⁽¹⁾	3445152	26,4	3656712	22,5	3957589	20,8	4571673	19,6	6526295	18,6
Trung du và miền núi phía bắc ⁽²⁾	1862351	14,3	2562345	15,8	3329005	17,5	4849639	20,8	7100488	20,2
Các tỉnh Bắc Trung Bộ ⁽³⁾	1580551	12,1	1886523	11,6	2355764	12,4	3257419	14	5274132	15
Các tỉnh Nam Trung Bộ ⁽⁴⁾	1281483	9,8	1564322	9,6	1871047	9,8	2207582	9,5	3251585	9,3
Khu vực Tây nguyên ⁽⁵⁾	337939	2,6	455439	2,8	512647	2,7	1107475	4,7	2413081	6,9
Đông Nam Bộ ⁽⁶⁾	2927091	22,5	3587813	22,1	4219779	22,1	4268453	18,3	5371190	15,2
Đồng bằng Sông Cửu Long ⁽⁷⁾	1599711	12,3	2516338	15,5	2806602	14,7	3059775	13,1	5203858	14,8
Tổng	13034278	100	16229492	100	19052433	100	23322016	100	35140629	100

(1): 10 tỉnh: Bắc Ninh, Hà Nam, Hà Nội, Hà Tây, Hải Dương, Hải Phòng, Hưng Yên, Nam Định, Ninh Bình, Thái Bình

(2): 16 tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lào Cai, Bắc Kạn, Lạng Sơn, Tuyên Quang, Yên Bái, Thái Nguyên, Phú Thọ, Bắc Giang, Quảng Ninh, Lai Châu, Điện Biên, Sơn La, Hòa Bình, Vĩnh Phúc

(3): 6 tỉnh: Thanh Hoá, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Bình, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế

(4): 6 tỉnh: Đà Nẵng, Quảng Nam, Quảng Ngãi, Bình Định, Phú Yên, Khánh Hoà,

(5): 5 tỉnh: Kon Tum, Gia Lai, Đắk Lắk, Đắk Nông, Lâm Đồng,

(6): 8 tỉnh: Thành phố Hồ Chí Minh, Bà Rịa Vũng Tàu, Bình Dương, Bình Phước, Bình Thuận, Đồng Nai, Ninh Thuận, Tây Ninh

(7): 13 tỉnh: Long An, Đồng Tháp, An Giang, Kiên Giang, Hậu Giang, Cần Thơ, Vĩnh Long, Tiền Giang, Bến Tre, Bạc Liêu, Cà Mau, Sóc Trăng, Trà Vinh

Bảng 1.4: Số thu Bảo hiểm y tế phân theo khu vực kinh tế(2002 - 2006)

Đơn vị tính: 1000đồng

Năm Khu vực	2002		2003		2004		2005		2006	
	Số tiền	Tỷ lệ %		Tỷ lệ %		Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %
Đồng bằng sông hồng	336908304	26,5	472085176	23,2	582890520	24,8	719062878	21,8	1012132989	23,2
Trung du và miền núi phía bắc	187792025	14,8	288658414	14,2	335288154	14,3	585173560	17,7	722546955	16,5
Các tỉnh Bắc Trung Bộ	136381004	10,7	189257874	9,3	249123587	10,6	382337201	11,6	522883850	12
Các tỉnh Nam Trung Bộ	87784148	6,9	133755788	6,6	164975183	7	272089336	8,2	315523309	7,2
Các tỉnh Tây nguyên	42120717	3,3	59267188	2,9	75244164	3,2	117054996	3,6	224866345	5,1
Đông Nam Bộ	365930281	29	681566072	33,5	740443379	31,4	880281825	26,6	1069764745	24,5
Đồng bằng Sông Cửu Long	113400313	8,9	210501739	10,3	204436252	8,7	348541862	10,5	500173555	11,5
Tổng	1270316792	100	2035092250	100	2352401239	100	3304541658	100	4367891748	100

Bảng 1.5: Tình hình sử dụng dịch vụ y tế phân theo đối tượng (2004-2006)
Đơn vị tính: lượt

Năm Đối tượng	2004				2005				2006			
	Ngoại trú	Tần xuất sử dụng dịch vụ	Nội trú	Tần xuất sử dụng dịch vụ	Ngoại trú	Tần xuất sử dụng dịch vụ	Nội trú	Tần xuất sử dụng dịch vụ	Ngoại trú	Tần xuất sử dụng dịch vụ	Nội trú	Tần xuất sử dụng dịch vụ
BB (*)	24020307	1,9	1639122	0,13	27469767	2,0	1988009	0,14	42344277	1,7	3401040	0,13
HCSN	3880227	2,2	285951	0,16	4524177	2,2	367910	0,18	5728580	2,7	452962	0,21
DNNN	2638717	1,5	173089	0,1	2435401	1,6	174535	0,11	3511145	2,5	221575	0,16
DNTN	2615146	1,4	141379	0,1	3282330	1,5	234839	0,11	6633026	2,4	438789	0,16
HTMS	5848984	3,4	502230	0,3	6990678	4,0	541235	0,31	8660287	4,8	717666	0,4
UĐXH	4948781	3,1	304785	0,2	5016989	3,0	346154	0,21	6598089	3,0	458568	0,21
Người nghèo	4088452	0,5	231688	0,1	5220192	1,1	323336	0,07	11213150	0,4	1111481	0,07
Tự nguyện	3178798	0,5	239580	0,04	7232472	0,8	440183	0,05	16050125	1,6	1163595	0,12
HSSV	2836436	0,5	215501	0,04	4897075	0,6	317323	0,04	6962627	0,9	498193	0,06
TN khác	342362	1,1	24079	0,1	2335397	1,5	122860	0,08	9087498	4,5	665402	0,33

Bảng 1.6: Phân bố đối tượng tham gia BHYT bắt buộc và tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của đối tượng tham gia BHYT (2004-2006)

Năm Đối tượng	2002		2003		2004		2005		2006	
	Phân bố đối tượng tham gia	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế theo đối tượng	Phân bố đối tượng tham gia	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế theo đối tượng	Phân bố đối tượng tham gia	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế theo đối tượng	Phân bố đối tượng tham gia	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế theo đối tượng	Phân bố đối tượng tham gia	Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế theo đối tượng
BB (*)	66,3	2,1	70,1	2	66,4	1,8	60,2	2,1	72,0	1,8
HCSN	18,7	1,8	22,1	2,1	14,0	2,1	14,5	2,4	8,5	2,9
DNNN	19,2	1,6	22,1	1,9	13,7	1,6	10,9	1,7	5,5	2,7
DNTN	3,1	1,3	10,8	1,0	21,7	1,5	24,0	1,6	26,9	2,6
HTMS	18,6	2,9	22,5	3,3	13,4	3,8	12,5	4,3	7,1	5,2
UĐXH	21,1	2,8	22,5	3,1	18,5	3,3	11,9	3,2	8,7	3,2
Người nghèo	19,3	0,8	20,1	0,8	31,2	1,1	34,5	1,1	59,2	0,8
TN	33,7	0,50	29,9	0,5	33,6	0,5	39,8	0,8	28	1,8
HSSV	98,0	0,5	99,4	0,5	95,1	0,5	83,5	0,7	79	1,0
TN khác	2,0	1,9	0,6	1,9	4,9	1,2	16,5	1,6	21	4,8

(*): Bao gồm cả người nghèo

Bảng 1.7: Chi phí thuốc trong tổng chi phí KCB của 17 tỉnh được chọn năm 2006*Đơn vị tính: nghìn đồng*

STT	Địa phương	Tổng chi phí ngoại trú	Chi phí thuốc	Tỷ lệ %	Tổng chi phí nội trú	Chi phí thuốc	Tỷ lệ %	Tổng chi phí KCB	Chi phí thuốc	Tỷ lệ %
1	Hồ Chí Minh	461224539	331109793	71,8	665835992	314291339	47,2	1127060531	645401132	57,3
2	Hà Nội	328510134	184785236	56,2	567654739	314039379	55,3	896164873	498824615	55,7
3	Hải Phòng	42048064	22386468	53,2	95701576	52391156	54,7	137749640	74777624	54,3
4	Đà Nẵng	45782383	29512070	64,5	71341494	42224735	59,2	117123877	71736805	61,2
5	Cần Thơ	25446064	21271409	83,6	29099541	14908176	51,2	54545605	36179585	66,3
6	Nghệ An	77328381	54369786	70,3	71337322	36341904	50,9	148665703	90711690	61
7	Thanh Hoá	69151588	46367321	67,1	103064989	52614247	51,1	172216577	98981568	57,5
8	Quảng Nam	38163021	26880142	70,4	66915087	32883690	49,1	105078108	59763832	56,9
9	Quảng Trị	10762299	8224772	76,4	9476459	4459461	47,1	20238758	12684233	62,7
10	Thừa Thiên-Huế	34449614	21336475	61,9	76900370	43362473	56,4	111,349,984	64698948	58,1
11	Bình Định	46001445	31241601	67,9	67920407	33054301	48,7	113921852	64295902	56,4
12	Ninh Thuận	8879578	6393067	72	9889112	4436265	44,9	18768690	10829332	57,7
13	Đắk Lắk	62584202	51489893	82,3	40956169	22216985	54,3	103540371	73706878	71,2
14	Kon Tum	5504943	4682903	85,1	4020102	2035558	50,6	9525045	6718461	70,5
15	Lào Cai	24104815	20118267	83,5	19271574	10421829	54,1	43376389	30540096	70,4
16	Yên Bái	20280611	15984336	78,8	19739361	11435672	57,9	40019972	27420008	68,5
17	Kiên Giang	39696277	32926418	82,9	40784502	26562499	65,1	80480779	59488917	73,9

Bảng 1.8: Số thu chi quỹ KCB BHYT năm 2007-2009

Đơn vị tính: đồng

Năm	Đối tượng	Thu		Chi ngoại trú		Chi nội trú		Tổng chi phí	Cân đối
		Số người	Số tiền	Số người	Số tiền	Số người	Số tiền		
2007									
	Bắt buộc	11,346,401	4,283,108,000	30,138,727	2228340533	2,322,590	2,851,929,866	5,080,270,399	-797,162,399
	Người nghèo	15,170,312	1,173,122,000	19,065,538	585,947,620	1,421,302	624,159,634	1,210,107,254	-36,985,254
	HSSV	8,042,960	562,170,000	7,747,643	257,652,308	566,567	257,632,817	515,285,125	46,884,875
	TNND	2,298,329	269,481,000	11,186,808	689,119,519	745,712	928,207,390	1,617,326,909	-1,347,845,909
	Tổng cộng	36,858,002	6,287,881,000	68,138,716	3,743,059,980	5,056,171	4,642,944,453	8,386,004,433	-2,098,123,433
2008	Bắt buộc	13,442,738	5,690,485,000	31,466,993	2,950,671,987	2,442,613	3,392,163,229	6,342,835,216	-652,350,216
	Người nghèo	15,829,327	2,217,351,000	16,669,971	795,323,811	1,159,075	1,053,271,148	1,848,594,959	368,756,041
	HSSV	7,487,450	830,768,000	7,464,094	290,317,105	378,341	229,159,441	519,476,546	311,291,454
	TNND	3,153,720	823,076,000	10,854,293	1,100,381,686	598,152	1,264,391,727	2,364,773,413	-1,541,697,413
	Tổng cộng	39,913,235	9,561,680,000	66,455,351	5,136,694,588	4,578,181	5,938,985,546	11,075,680,134	-1,514,000,134
2009	Bắt buộc	19,122,230	7,333,311,000	42,651,279	4,146,200,895	3,481,035	4,763,198,025	8,909,398,920	-1,576,087,920
	Người nghèo	15,610,121	3,380,500,000	18,102,017	1,140,209,124	1,435,024	1,463,197,175	2,603,406,299	777,093,701
	HSSV	10,701,212	1,124,047,000	7,847,005	373,055,217	657,403	307,052,162	680,107,379	443,939,621
	TNND	4,652,801	1,144,020,000	17,100,012	1,610,003,163	1,127,233	1,595,018,562	3,205,021,725	-2,061,001,725
	Tổng cộng	50,086,364	12,981,878,000	85,700,313	7,269,468,399	6,700,695	8,128,465,924	15397934323	-2,416,056,323

Bảng 1.9: Số thu BHYT (2002-2006)

Năm Chỉ tiêu	20 02	2003	2004	2005	2006
Số thu BHYT	1270	2035	2352	3305	4368
Số thu BHYT bắt buộc	1137	1735	1948	2707	3059
Tỷ lệ % so với số thu	89,6	85	83	82	70
Số thu BHYT Người nghèo	36	163	162	205	768
Tỷ lệ % so với số thu	2.8	8	6.9	6.2	17.6
Số thu BHYT Tự nguyện	97	137	242	393	541
Tỷ lệ % so với số thu	7.6	6.7	10	12	12.4
Tỷ lệ tăng trưởng so với năm gốc	100	160	185	260	343
Tỷ lệ tăng trưởng so với năm liền kề	1	1,6	1,16	1,40	1,32
Ngân sách dành chi cho y tế (*)	4.656	5.372	6.009	7.608	11.528
Tỷ lệ % so với ngân sách dành cho y tế	27,3	37,9	39,1	43,3	37,9

Bảng 1.11: Cân đối thu chi KCB BHYT của 13 địa phương năm 2006*Đơn vị tính: Tỷ đồng*

STT	Địa phương	Thu quỹ BHYT	Chi quỹ BHYT	Tỷ lệ % chi so với thu	Cân đối (Thu- chi)
1	Hà Nội	384.803	437.852	114	-53.049
2	TP.Hồ Chí Minh	611.644	902.499	148	-290.855
3	Hải Phòng	119.921	154.793	129	-34.872
4	Cần Thơ	32.871	52.300	159	-19.429
5	Bình Dương	131.107	152.507	116	-21.400
6	Đà Nẵng	81.023	101.852	126	-20.829
7	Vĩnh Phúc	53.002	90.163	170	-37.161
8	Yên Bái	42.991	41.809	97,3	1.182
9	Sơn La	71.909	58.319	81,1	13.590
10	Đắk Nông	20.552	19.022	92,6	1.530
11	Kon Tum	16.023	11.508	71,8	4.515
12	Lâm Đồng	44.650	38.516	86,3	6.134
13	Tuyên Quang	29.266	25.872	88,4	3.394

Bảng 1.12. Điều chỉnh tiền lương tối thiểu từ năm 2001 đến 2010***Đơn vị tính: đồng***

Năm Chỉ tiêu	2001- 2002	2003- 30/9/2005	1/10/2005 - 30/9/2006	1/10/2006- 31/12/2007	1/1/2008- 30/4/2009	1/5/2009 - 1/5/2010	1/5/2010 31/12/20 10
Mức lương cơ bản	210.000	290.000	350.000	450.000	540.000	650.000	730.000
Tỷ lệ % so với năm liền kề	1	138	121	129	120	120	112
Tỷ lệ % so với năm gốc	100	138	167	214	257	310	348

(Nguồn: Tổng hợp từ các văn bản thay đổi mức lương tối thiểu của Chính phủ từ năm 2001-2010)

Bảng 1.13. Tỷ lệ % tiền thuốc ở 17 địa phương được chọn năm 2006*Đơn vị tính: %*

STT	Địa phương	Tỷ lệ % chi phí thuốc ngoại trú	Tỷ lệ % chi phí thuốc nội trú	Tỷ lệ % chi phí thuốc trong tổng chi phí KCB
1	Hồ Chí Minh	71,8	47,2	57,3
2	Hà Nội	56,2	55,3	55,7
3	Hải Phòng	53,2	54,7	54,3
4	Đà Nẵng	64,5	59,2	61,2
5	Cần Thơ	83,6	51,2	66,3
6	Nghệ An	70,3	50,9	61,0
7	Thanh Hoá	67,1	51,1	57,5
8	Quảng Nam	70,4	49,1	56,9
9	Quảng Trị	76,4	47,1	62,7
10	Thừa Thiên-Huế	61,9	56,4	58,1
11	Bình Định	67,9	48,7	56,4
12	Ninh Thuận	72,0	44,9	57,7
13	Đắk Lắk	82,3	54,3	71,2
14	Kon Tum	85,1	50,6	70,5
15	Lào Cai	83,5	54,1	70,4
16	Yên Bái	78,8	57,9	68,5
17	Kiên Giang	82,9	65,1	73,9
Bình quân chung		77,2	52,8	62,3
Cả nước năm 2006		72	53	62

Phụ lục 2
Bảng 2.1.Các quy định pháp luật về chính sách BHYT

TT	Loại hình văn bản	Số/Ký hiệu	Ngày ban hành	Cơ quan ban hành	Trích yếu	Hiệu lực văn bản
1	Hiến pháp năm 1992 (sửa đổi)	Không số	15/4/1992, sửa đổi ngày 25/12/2001	Quốc hội	Hiến pháp nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam	Còn hiệu lực
2	Luật	25/QH12	14/11/2008	Quốc hội	Luật BHYT	Còn hiệu lực
3	NĐ	299-HĐBT	15/08/1992	Hội đồng bộ trưởng	Ban hành điều lệ BHYT	Hết hiệu lực
4	NĐ	47/CP	6/6/1994	Chính phủ	Sửa đổi một số điều trong điều lệ BHYT	Hết hiệu lực
5	NĐ	95/CP	27/8/1994	Chính phủ	Thu một phần viện phí	Còn hiệu lực
6	NĐ	58/NĐ-CP	13/8/1998	Chính phủ	Ban hành Điều lệ mới về BHYT	Hết hiệu lực
7	NĐ	175/NĐ-CP	15/12/1999	Chính phủ	Điều chỉnh mức tiền lương tối thiểu, mức trợ cấp và sinh hoạt phí đối với các đối tượng hưởng lương, phụ cấp, trợ cấp và sinh hoạt phí từ nguồn kinh phí thuộc ngân sách Nhà nước	Hết hiệu lực
8	NĐ	77/NĐ-CP	15/12/2000	Chính phủ	Về việc điều chỉnh mức tiền lương tối thiểu, mức trợ cấp và sinh hoạt phí đối với các đối tượng hưởng lương, phụ cấp, trợ cấp và sinh hoạt phí	Hết hiệu lực
9	NĐ	100/NĐ-CP	6/12/2002	Chính phủ	Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của bảo hiểm xã hội Việt Nam.	Hết hiệu lực
10	NĐ	03/NĐ-CP	15/01/2003	Chính phủ	Về việc điều chỉnh tiền lương, trợ cấp xã hội và đổi mới một bước cơ chế quản lý tiền lương	Hết hiệu lực
11	NĐ	203/NĐ-CP	14/12/2004	Chính phủ	Quy định mức lương tối thiểu	Hết hiệu lực
12	NĐ	204/NĐ-CP	14/12/2004	Chính phủ	Về chế độ tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang	Hết hiệu lực

TT	Loại hình văn bản	Số/Ký hiệu	Ngày ban hành	Cơ quan ban hành	Trích yếu	Hiệu lực văn bản
13	NĐ	63/NĐ-CP	16/5/2005	Chính phủ	Ban hành điều lệ BHYT sửa đổi	Hết hiệu lực
14	NĐ	118/NĐ-CP	15/9/2005	Chính phủ	Điều chỉnh mức lương tối thiểu	Hết hiệu lực
15	NĐ	94/NĐ-CP	7/9/2006	Chính phủ	Điều chỉnh mức lương tối thiểu	Hết hiệu lực
16	NĐ	135//NĐ-CP	16/8/2007	Chính phủ	Quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội	Còn hiệu lực
17	NĐ	166/NĐ-CP	16/11/2007	Chính phủ	Quy định mức lương tối thiểu chung	Hết hiệu lực
18	NĐ	94/NĐ-CP	22/8/2008	Chính phủ	Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của bảo hiểm xã hội Việt Nam.	Còn hiệu lực
19	NĐ	111/NĐ-CP	10/10/2008	Chính phủ	Quy định mức lương tối thiểu vùng đối với lao động Việt Nam làm việc cho doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, tổ chức quốc tế và cá nhân người nước ngoài tại Việt Nam	Hết hiệu lực
20	NĐ	33/NĐ-CP	6/3/2009	Chính phủ	Quy định mức lương tối thiểu	Hết hiệu lực
21	NĐ	62/NĐ-CP	27/7/2009	Chính phủ	Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT	Còn hiệu lực
22	NĐ	28/NĐ-CP	25/3/2010	Chính phủ	Quy định mức lương tối thiểu	Còn hiệu lực
23	TTLB	14/TTLB	19/9/1994	Liên bộ YT-GD	Hướng dẫn thực hiện BHYT học sinh	Hết hiệu lực
24	TTLB	14/TTLB	30/9/1995	Liên bộ	Hướng dẫn thực hiện thu một phần viện phí	Còn hiệu lực
25	TT	17/TT-BYT	19/12/1998	BYT	Hướng dẫn thực hiện việc KCB, sử dụng quỹ KCB và thanh toán chi phí KCB bảo hiểm y tế	Hết hiệu lực
26	TTLB	77/2003/TTLT-BYT-BTC	07/8/2003	Liên bộ	Hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện	Hết hiệu lực
27	TTLT	21//TTLT-BYT-BTC	27/7/2005	Liên bộ	Hướng dẫn thực hiện BHYT bắt buộc	Hết hiệu lực
28	TTLT	22//TTLT-BYT-BTC	24/8/2005	Liên bộ	Hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện	Hết hiệu lực

TT	Loại hình văn bản	Số/Ký hiệu	Ngày ban hành	Cơ quan ban hành	Trích yếu	Hiệu lực văn bản
29	TTLT	03/TTLT	26/01/2006	Liên bộ	Bổ sung Thông tư liên Bộ số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của liên Bộ Y tế - Tài chính - Lao động Thương binh và Xã hội - Ban Vật giá Chính phủ hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí làm cơ sở để BHXH thanh toán chi phí KCB BHYT	Còn hiệu lực
30	TTLT	06/TTLT	30/3/2007	Liên bộ	Hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện	Còn hiệu lực
31	TTLT	14/TTLT	10/12/2007	Liên bộ	Hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30/3/2007 của liên Bộ YT-Bộ TC hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện	Còn hiệu lực
32	TTLT	09//TTLT	14/8/2009	Liên bộ	Hướng dẫn thực hiện BHYT	Còn hiệu lực
33	TT	02/TT-BYT	15/01/2010	BYT	Ban hành Danh mục thuốc bổ sung sử dụng cho trẻ em dưới 6 tuổi thuộc phạm vi thanh toán của quỹ Bảo hiểm y tế.	Còn hiệu lực
34	TTLT	10/TTLT-BYT-BTC	24/9/2008	BYT	Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo	Còn hiệu lực
35	TT	11/TT-BYT	14/8/2009	BYT	Ban hành danh mục dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng và số ngày điều trị bình quân một đợt điều trị của một số bệnh, nhóm bệnh được quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán	Còn hiệu lực
36	TT	10/TT-BYT	14/8/2009	BYT	Hướng dẫn đăng ký KCB ban đầu và chuyển tuyến KCB BHYT	Còn hiệu lực
37	TT	12/TT-BYT	29/4/2010	BYT	Ban hành Danh mục thuốc y học cổ truyền chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh	Còn hiệu lực
38	QĐ	45-HĐBT	24/4/1989	HĐBT	Về thu một phần viện phí	Hết hiệu lực
39	QĐ	20/QĐ-TTg	24/1/2002	Chính	Chuyển BHYT Việt Nam	Hết hiệu

TT	Loại hình văn bản	Số/Ký hiệu	Ngày ban hành	Cơ quan ban hành	Trích yếu	Hiệu lực văn bản
				phủ	sang BHXH Việt Nam	lực
40	QĐ	41/QĐ-TTg	29/3/2007	Chính phủ	Quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam	Còn hiệu lực
41	QĐ	117/QĐ-TTg	27/8/2008	Chính phủ	Điều chỉnh mức đóng BHYT đối với các đối tượng thuộc diện chính sách Xã hội.	Còn hiệu lực
42	QĐ	05/QĐ-BYT	1/2/2008	BYT	Ban hành Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	Còn hiệu lực

Bảng 2.2. Các văn bản thực hiện chính sách BHYT của BHXH Việt Nam

TT	Loại hình văn bản	Số/Ký hiệu	Ngày ban hành	Cơ quan ban hành	Trích yếu	Hiệu lực văn bản
1	QĐ	1176/QĐ-BHXH	23/9/2003	BHXH Việt Nam	Ban hành quy định về tổ chức thực hiện chế độ KCB BHYT	Hết hiệu lực
2	CV	3631/BHXH-TN	31/10/2003	BHXH Việt Nam	Hướng dẫn tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện	Hết hiệu lực
2	QĐ	2559/QĐ-BHXH	27/9/2005	BHXH Việt Nam	Ban hành quy định về tổ chức thực hiện chế độ KCB BHYT	Hết hiệu lực
4	CV	3689/BHXH-TN	19/10/2005	BHXH Việt Nam	Hướng dẫn tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện	Hết hiệu lực
5	CV	2413/BHXH-TN	28/6/2006	BHXH Việt Nam	Hướng dẫn bổ sung một số điểm trong thực hiện BHYT tự nguyện	Hết hiệu lực
6	QĐ	902/QĐ-BHXH	26/6/2007	BHXH Việt Nam	Ban hành quy định về quản lý thu bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế bắt buộc	Còn hiệu lực
7	QĐ	1005/QĐ-BHXH	27/7/2007	BHXH Việt Nam	Sửa đổi, bổ sung một số điểm Quy định về tổ chức thực hiện chế độ KCB BHYT ban hành kèm theo Quyết định số 2559/QĐ-BHXH ngày 27/9/2005 của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam	Hết hiệu lực
9	CV	2457/BHXH-BT	27/7/2009	BHXH Việt Nam	Về việc triển khai BHYT tự nguyện	Còn hiệu lực
10	QĐ	82/QĐ-BHXH	20/1/2010	BHXH Việt Nam	Ban hành Quy định về tổ chức thực hiện hợp đồng	Còn hiệu lực

TT	Loại hình văn bản	Số/Ký hiệu	Ngày ban hành	Cơ quan ban hành	Trích yếu	Hiệu lực văn bản
					KCB, giám định, chi trả chi phí KCB, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế	
11	CV	3631/BHXXH-TN	31/10/2003	BHXXH Việt Nam	Hướng dẫn tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện	Hết hiệu lực

PHỤ LỤC 3: TỔNG HỢP NỘI DUNG CHÍNH TRONG NGHIÊN CỨU CHÍNH

SÁCH BHYT THEO PHƯƠNG PHÁP S.W.O.T

Điểm mạnh (Strengths-S)

- Sự ủng hộ của Chính phủ trong xây dựng chính sách an sinh xã hội.
- Sự ổn định chính trị và tăng trưởng kinh tế.
- Tăng đầu tư xây dựng mạng lưới y tế cơ sở
- Đầu tư cho y tế dự phòng.
- Tăng thu BHYT từ ngân sách
- Luật BHYT: mức phí điều chỉnh tăng, đối tượng được mở rộng.
- Hệ thống y tế tư nhân được khuyến khích phát triển.
- Người dân ngày càng quan tâm đến sức khỏe.

Điểm yếu (Weaknesses-W)

- Hiểu biết về chính sách BHYT còn hạn chế
- Thiếu quy định pháp lý nhằm đảm bảo sự tuân thủ đóng phí BHYT trong khối lao động chính quy
- Sự mâu thuẫn giữa quyền lợi và nhu cầu.
- *Khả năng đóng góp giữa các đối tượng là khác nhau, mức chênh lệch cách xa nhau.*
- Khả năng tài chính quá phụ thuộc vào ngân sách: người nghèo, ưu đãi xã hội.
- *Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ được áp dụng chủ yếu*
- *Bội chi quỹ BHYT*
- *Lựa chọn bất lợi trong tham gia BHYT tự nguyện.*
- Thiếu cơ chế an sinh cho đối tượng chưa được BHYT (50% dân số).
- *Chưa đáp ứng đủ nhu cầu KCB của người tham gia BHYT: quá tải, chất lượng dịch vụ y tế khác biệt giữa các vùng miền.*
- Người bệnh vẫn phải tự chi trả nhiều khoản tiền khi KCB.
- Tính chuyên nghiệp của tổ chức thực hiện BHYT còn hạn chế.

Cơ hội (Opportunities-O)

- Luật BHYT có hiệu lực từ 1/1/2010
- Có đầy đủ văn bản dưới luật để tổ chức triển khai bao gồm nghị định, thông tư.
- Chính phủ phát hành trái phiếu để đầu tư nâng cấp bệnh viện tuyến huyện, xó (dự kiến giải ngân 3750 tỷ năm 2008 và 9750 tỷ năm 2009-2010).
- Khả năng tuân thủ Luật sẽ tăng cao của khối doanh nghiệp lao động chính quy
- Bộ Y tế đã trình Chính phủ đề án sửa đổi giá viện phí theo mức tính đủ bồi hoàn chi phí.
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam và Bộ Y tế đã ban hành quy chế phối hợp trong công tác BHYT: tăng khả năng quản lý quỹ và chất lượng KCB.
- Các bệnh viện công và tư, tăng khả năng đầu tư máy móc trang thiết bị hiện đại nhằm nâng cao chất lượng KCB.
- Cơ chế tự chủ về tài chính đang được áp dụng tại cơ sở KCB, tạo thuận lợi cho việc triển khai áp dụng phương thức thanh toán mới

Các nguy cơ (Threats- T)

- Đầu tư cho y tế thấp
- Khả năng tiếp cận BHYT hạn chế (vùng sâu, người nghèo)
- *Độ bao phủ BHYT còn thấp.*
- Chi trả từ tiền túi thông qua dịch vụ y tế tư nhân còn cao.
- Giá thuốc cao, sử dụng thuốc chưa hợp lý.
- Thiếu chuyên gia kỹ thuật về thiết kế BHYT và thực hiện BHYT xã hội.
- Khung giá viện phí chậm được sửa đổi
- Khó mở rộng phổ cập BHYT đến khu vực không chính quy và người lao động tự do.
- *Mâu thuẫn quyền lợi giữa các bên tham gia BHYT.*
- Sự phát triển của BHYT tư nhân.
- Mô hình bệnh tật thay đổi, dịch bệnh có xu hướng tăng.

Phụ lục 4: HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO BHXH TỈNH

(BHXH tỉnh: Phú Thọ, Bắc Giang, Hải Dương, Hưng Yên)

I. Mục tiêu: Tìm hiểu về hoạt động thu quỹ BHYT, BHXH trên địa bàn tỉnh

II. Phương pháp:

- Phỏng vấn
- Ghi chép
- Thời gian: 60 phút
- Địa điểm: Bảo hiểm xã hội tỉnh

III. Các câu hỏi phỏng vấn

1. Đồng chí vui lòng cho biết những khó khăn và thách thức trong công tác thu BHXH, BHYT đối với các Doanh nghiệp đóng trên địa bàn tỉnh nhà.

2. Đồng chí cho biết công tác mở rộng và phát triển đối tượng tham gia BHYT tự nguyện trên địa bàn tỉnh trong năm qua? Đồng chí có đánh giá gì về các điều kiện ràng buộc tham gia BHYT tự nguyện theo quy định công văn số 3631/2003/BHXH-TN ngày 31/10/2003 và công văn số 3869/2005/BHXH-TN, ngày 19/10/2005 của BHXH Việt Nam hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện? Đồng chí có kiến nghị và đề xuất gì nhằm quản lý công tác phát hành thẻ BHYT tự nguyện nhân dân?

3. Tình trạng nợ đọng quỹ BHXH, quỹ BHYT đang là hiện tượng có tính phổ biến tại các doanh nghiệp, đặc biệt là các doanh nghiệp tư nhân, đồng chí cho biết nguyên nhân của tình trạng trên, biện pháp, kiến nghị gì nhằm hạn chế tình trạng nợ đọng này để tránh thất thu quỹ BHXH, BHYT.

4. Kết quả tham gia BHYT tự nguyện trong năm qua là đáng ghi nhận, đặc biệt là đối tượng tham gia BHYT tự nguyện nhân dân đang tăng nhanh trên địa bàn tỉnh so với các năm trước, bên cạnh đó khi chi phí KCB đa tuyến của nhóm này cũng không ngừng gia tăng và tăng trên 3 lần so với số thu. Đồng chí có nhận xét gì về kết quả này?

Xin trân trọng cảm ơn.

Phụ lục 5. HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU NGƯỜI THAM GIA BHYT
(NHÓM BHYT TỰ NGUYỆN NHÂN DÂN)

I. Mục tiêu: Tìm hiểu về quá trình tham gia BHYT và KCB BHYT của bệnh nhân

II. Phương pháp:

- Phỏng vấn
- Ghi chép
- Thời gian 45 phút
- Địa điểm: Tại nhà của người có thẻ BHYT

III. Các câu hỏi phỏng vấn

1. Xin ông (bà) cho biết, ông bà tham gia BHYT từ khi nào? Ai là người đến vận động ông (bà) mua thẻ BHYT.

2. Gia đình ông bà có bao nhiêu người? Số người mua thẻ BHYT là bao nhiêu ?

3. Trước đây khi chưa mua thẻ BHYT, ông (bà) đó từng bị mắc bệnh mãn tính nào chưa?

- Đã điều trị tại bệnh viện nào?

- Chi phí hết bao nhiêu tiền?

4. Sau khi có thẻ BHYT, ông (bà) đã đi KCB chưa?

- Đã điều trị ở đâu?

- Chi phí khi ra viện được cơ quan BHXH thanh toán là bao nhiêu?

- Trong quá trình điều trị ông bà có phải mua thêm thuốc, hóa chất, dịch truyền không?

5. Ý kiến riêng của ông bà về chính sách BHYT hiện nay?

- Về phát triển BHYT

- Về KCB BHYT

Xin trân trọng cảm ơn.

**Phụ lục 6: NỘI DUNG THẢO LUẬN NHÓM VỀ CÔNG TÁC THU BHYT, BHXH
TẠI CÁC TỈNH PHÍA BẮC**

1- Thành phần: Trưởng phòng thu BHXH, phòng BHYT tự nguyện, phòng giám định chi, Kế hoạch tài chính, Lãnh đạo BHXH tỉnh

2- Mục tiêu: Đánh giá công tác thu BHXH, BHYT, chú trọng công tác thu BHYT tự nguyện nhân dân.

3- Phương pháp: phỏng vấn sâu theo chủ đề

- Một hướng dẫn viên, một thư ký.
- Thời gian 60 phút đến 90 phút.
- Địa điểm: tại trụ sở BHXH tỉnh.

4- Nội dung

- Theo đồng chí, trong công tác thu BHXH, BHYT đối với các Doanh nghiệp thì có những thuận lợi, khó khăn gì?

- Tình trạng nợ đọng quỹ BHXH, quỹ BHYT đang là hiện tượng có tính phổ biến tại các doanh nghiệp, đặc biệt là các doanh nghiệp tư nhân, đồng chí cho biết nguyên nhân của tình trạng trên, biện pháp, kiến nghị gì nhằm hạn chế tình trạng nợ đọng này để tránh thất thu quỹ BHXH, BHYT.

- Công tác mở rộng và phát triển đối tượng tham gia BHYT tự nguyện trên địa bàn tỉnh được triển khai như thế nào?

- Điều kiện ràng buộc đối tượng tham gia BHYT tự nguyện theo quy định công văn số 3631/2003/BHXH-TN ngày 31/10/2003 và công văn số 3869/2005/BHXH-TN, ngày 19/10/2005 của BHXH Việt Nam hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện?

- Kiến nghị và đề xuất gì nhằm quản lý công tác phát hành thẻ BHYT tự nguyện nhân dân?

- Kết quả về chi quỹ BHYT tự nguyện > thu BHYT. Đồng chí có nhận xét gì về kết quả này?

Xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp ý kiến của các đồng chí.!

Phụ lục 7: NỘI DUNG THẢO LUẬN NHÓM VỀ CÔNG TÁC QUẢN LÝ CHI QUỸ BHYT TẠI CÁC TỈNH PHÍA NAM

1. Thành phần: Trưởng phòng giám định chi, Kế hoạch tài chính, Lãnh đạo BHXH tỉnh, Lãnh đạo bệnh viện tỉnh, huyện.

2. Mục tiêu: Đánh giá công tác giám định BHYT, thanh toán KCB với cơ sở y tế, công tác kiểm soát, quản lý quỹ BHYT, công tác KCB BHYT.

3. Phương pháp: phỏng vấn sâu theo chủ đề

- Một hướng dẫn viên, một thư ký.
- Thời gian 60 phút đến 90 phút.
- Địa điểm: tại trụ sở BHXH tỉnh.

4. Nội dung

- Anh chị cho biết những thuận lợi, khó khăn trong công tác KCB cho bệnh nhân có thẻ BHYT.

- Anh chị cho biết nguyên nhân gia tăng chi phí y tế hiện nay. Ở Bệnh viện đồng chí đó có biện pháp tháo gỡ để quản lý?

- Anh chị cho biết những thuận lợi, khó khăn trong thanh toán chi phí KCB BHYT giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB:

- + Phân bổ quỹ? Thanh toán các Dịch vụ kỹ thuật?
- + Tạm ứng quỹ?
- + Công tác giám định tại cơ sở y tế?

- Theo anh chị hình thức thanh toán chi phí KCB BHYT giữa bệnh viện và cơ quan BHXH như hiện nay đó phù hợp cho cả 3 bên: lợi ích của cơ sở KCB, người bệnh, và cơ quan BHXH hay chưa?

- Lạm dụng quỹ BHYT là hiện tượng luôn có xu hướng xảy ra trong công tác KCB BHYT. Theo anh chị nhóm đối tượng nào (Bác sỹ KCB, người bệnh BHYT, cơ quan BHXH) hay lạm dụng nhất? Bệnh viện, cơ quan BHXH đó có biện pháp tháo gỡ nhằm hạn chế hiện tượng này?

Xin trân trọng cảm ơn !

Phụ lục 8

**MỘT SỐ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG
TẠI BỆNH VIỆN HÀ TRUNG VÀ BỆNH VIỆN HOÀNG HÓA
Bảng 8.1. Tổng chi phí theo hai phương thức tại Hà Trung**

Chi phí	Hà Trung (2005)		Hà Trung (2006)	
	Số lượt	Chi phí	Số lượt	Chi phí
<i>Chi KCB tại Hà Trung</i>				
Chi ngoại trú	22513	538713689	26882	1153917311
Chi nội trú	2140	655852226	3697	1753730208
Cộng	24653	1194565915	30579	2907647519
<i>Chi KCB ngoại trú chuyển tuyến trên</i>				
Tuyến tỉnh	1605	78806160	332	18682384
Tuyến TW	16	5120000	11	2688987
Thanh toán trực tiếp	3	261800	5	854000
Cộng	1624	84187960	348	22225371
<i>Chi nội trú chuyển tuyến trên</i>				
Tuyến tỉnh	213	198524371	48	43078236
Tuyến TW	27	31054050	12	12690000
Thanh toán trực tiếp	22	19474400	13	8964511
Cộng	262	249052821	73	64732747
Tổng	26539	1527806696	30996	2994605637

Chi phí bình quân/1 thẻ năm 2005 là: 57.568 đồng

Chi phí bình quân/1 thẻ năm 2006 là: 96. 612 đồng

Bảng 8.2. Tổng chi phí KCB tại Hoàng Hóa

Chi phí	2005		2006	
	Số lượt	Chi phí	Số lượt	Chi phí
<i>Chi KCB tại Hoàng Hóa</i>				
Chi ngoại trú	38045	814438126	69711	1876409962
Chi nội trú	2625	851884145	4239	1607796271
Cộng	40670	1666322271	73950	3484206233
<i>Chi KCB ngoại trú chuyển tuyến trên</i>				
Tuyến tỉnh	905	53237605	1873	126137185
Tuyến TW	17	2244191	20	5681900
Thanh toán trực tiếp	8	552184	5	544000
Cộng	930	56033980	1898	132363085
<i>Chi nội trú chuyển tuyến trên</i>				
Tuyến tỉnh	117	59417861	248	217059024
Tuyến TW	33	28817429	45	55455480
Thanh toán trực tiếp	35	11635785	30	19623690
Cộng	185	99871075	323	292138194
Tổng	41785	1822227326	76171	3908707512

Chi phí bình quân/1 thẻ năm 2005 là: 43.610 đồng

Chi phí bình quân/1 thẻ năm 2006 là: 51. 315 đồng

Bảng 8.3. Chi trung bình đợt điều trị theo quý thanh toán (5 bệnh)*Đơn vị tính: đồng*

Quý TT	Phí dịch vụ						Định suất		P
	Hà Trung 2005		Hoằng Hóa 2005		Hoằng Hóa 2006		Hà Trung 2006		
	n	Chi TB/đợt	n	Chi TB/đợt	n	Chi TB/đợt	n	Chi TB/đợt	
Quý I	53	421406	126	321237	73	373656	53	562077	<0,01
Quý II	68	363895	100	344666	106	375458	96	560058	<0,01
Quý III	68	432222	81	351334	88	393957	102	637585	<0,01
Quý IV	45	347066	77	324997	88	424744	47	545544	<0,01

Bảng 8.4. Ngày điều trị trung bình theo quý thanh toán (5 bệnh)*Đơn vị tính: ngày*

Quý TT	Phí dịch vụ						Định suất		P
	Hà Trung 2005		Hoằng Hóa 2005		Hoằng Hóa 2006		Hà Trung 2006		
	n	Ngày điều trị TB	n	Ngày điều trị TB	n	Ngày điều trị TB	n	Ngày điều trị TB	
Quý I	53	12,8	126	12,9	73	12,6	53	10,4	<0,01
Quý II	68	12,1	100	12,5	106	12,6	96	10,7	<0,01
Quý III	68	11,3	81	12,1	88	12,9	102	11,3	<0,01
Quý IV	45	11,4	77	12,5	88	13,2	47	10,6	<0,01

Bảng 8.5: Chi phí nội trú trung bình một đợt theo khoản mục (5 bệnh)*Đơn vị tính: đồng*

Chi trung bình	Phí dịch vụ			Định suất
	Hoàng Hoá 2005 n= 384	Hà Trung 2005 n= 234	Hoàng Hoá 2006 n= 357	Hà Trung 2005 n= 298
Thuốc	233799 ± 91066	195612 ± 81017	220403 ± 91669	401908 ± 286148
	F=110,7; p<0,01			
Xét nghiệm	25158 ± 13413	22333 ± 9379	22908 ± 10030	25328 ± 12415
	F=5,9, p<0,01			
Chẩn đoán hình ảnh	23679 ± 15528	25230 ± 8729	28201 ± 16695	26632 ± 17938
	F=5,02, p<0,01			
Vật tư y tế	18626 ± 68613	11118 ± 18621	15988 ± 28902	12992 ± 15229
	F=2,59, p>0,05			
Tiền giường	57755 ± 16469	61131 ± 13573	63445 ± 14154	56251 ± 33,705
	F=7,87, p<0,01			
Tổng	393540 ± 261370	334441 ± 178995	391890 ± 250869	284654 ± 380819
	F=49,9, p<0,01			

Bảng 8.6: Mối liên quan giữa người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú*Đơn vị tính: Lượt*

Nội dung	Phí dịch vụ			Khoản định suất
	Hoàng Hoá 2005	Hà Trung 2005	Hoàng Hoá 2006	Hà Trung 2006
Nội trú	2625 (6,5%)	2140 (8,7%)	4239 (5,7%)	3697 (12,1%)
Ngoại trú	38045 (93,5%)	22513 (91,3%)	69711 (94,3%)	26882 (87,9%)
Tổng	40670	24653	73950	30579
P	P<0,01			

Bảng 8.7. Ngày điều trị trung bình của 5 bệnh*Đơn vị tính: ngày*

Nội dung	Phí dịch vụ			Định suất	Tổng
	Hà Trung 2005 n=234	Hoàng Hóa 2005 n=384	Hoàng Hóa 2006 n=357	Hà Trung 2006 n=298	
Số bệnh nhân	234	384	357	323	1273
Ngày ĐT trung bình	11,9 ± 2,2	12,5 ± 1,9	12,8 ± 1,9	10,8 ± 3,1	12,1 ± 2,4
P, F	P<0,01;F=47,3				

Bảng 8.8: Chi trung bình một đợt điều trị theo đối tượng 5 bệnh*Đơn vị tính: đồng*

Đối tượng	Phí dịch vụ						Định suất		F, P
	Hà Trung 2005 n=234		Hoảng Hóa 2005 n=384		Hoảng Hóa 2006 n=357		Hà Trung 2006 n =298		
	n	Chi TB/ đợt	n	Chi TB/ đợt	n	Chi TB/ đợt	n	Chi TB/ đợt	
Bắt buộc	166	382.724± 253.032	231	337.884± 169391	153	418.923± 290.333	153	556.433± 419.497	F=18,9 P<0,01
Tự nguyện	68	488.550± 305.389	153	329.243± 190.050	98	399.574± 277.248	90	627.879± 345.592	F=24,4 P<0,01
Người nghèo	0	0	0	0	104	344.881± 127.067	55	592.431± 374.381	F=12,8 P<0,01

Bảng 8.9: Chi trung bình đợt điều trị theo quý thanh toán 5 bệnh*Đơn vị tính: đồng*

Quý	Phí dịch vụ						Định suất		F, P
	Hà Trung 2005		Hoằng Hóa 2005		Hoằng Hóa 2006		Hà Trung 2006		
	n	Chi TB/ đợt	n	Chi TB/ đợt	n	Chi TB/ đợt	n	Chi TB/ đợt	
Quý I	53	421.406± 283.751	126	321.237± 114.358	73	373.656± 201.183	53	562.077± 260.170	F=18,3 P<0,01
Quý II	68	363.895± 149.811	100	344.666± 200.696	106	375.458± 244.983	96	560.028± 241.107	F=20,1 P<0,01
Quý III	68	432.222 ± 377.298	81	351.334± 242.929	88	393.957 ± 262.378	102	637.585 ± 567.820	F=9,7 P<0,01
Quý IV	45	347.066 ± 94.060	77	324.997± 156.659	88	424.744 ± 282.143	47	545.544 ± 269.413	F=10,8 P<0.01

Bảng 8.10. Ngày điều trị trung bình theo quý trong năm*Đơn vị tính: ngày*

Quý	Phí dịch vụ						Định suất		F, P
	Hà Trung 2005 n=234		Hoằng Hóa 2005 n=384		Hoằng Hóa 2006 n=357		Hà Trung 2006 n=298		
	n	Ngày ĐT trung bình	n	Ngày ĐT trung bình	n	Ngày ĐT trung bình	n	Ngày ĐT trung bình	
Quý I	53	12,8± 1,8	126	12,9± 1,8	73	12,6± 2,1	53	10,4± 2,7	F=20,9 P<0,01
Quý II	68	12,1± 1,8	100	12,5± 1,7	106	12,6± 1,3	96	10,7 ± 3,2	F=16,7 P<0,01
Quý III	68	11,3± 2,2	81	12,1± 1,9	88	12,9± 1,9	102	11,3 ± 3,3	F=7,8 P<0,01
Quý IV	45	11,4± 2,6	77	12,5± 1,9	88	13,2± 2,4	47	10,6 ± 3,1	F=13,4 P<0,01

Phụ lục 9

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN HUYỆN HÀ TRUNG

I. Mục tiêu: Tìm hiểu quan điểm chỉ đạo, tuyên truyền, hướng dẫn triển khai khoán quỹ theo định suất, thuận lợi, khó khăn, ý kiến đề xuất.

II. Phương pháp:

- Phỏng vấn
- Ghi chép
- Thời gian: 45 phút
- Địa điểm: Bệnh viện đa khoa huyện

III. Các câu hỏi phỏng vấn

1. Đồng chí vui lòng cho biết việc thực hiện khoán quỹ theo định suất đó được triển khai như thế nào tại bệnh viện?

2. Đồng chí cho biết mức khoán đó được xác định như thế nào? Cơ sở xây dựng mức khoán?

3. Đồng chí cho biết mức khoán cho bệnh viện có phù hợp?

4. Đồng chí cho biết công tác triển khai khoán định suất được thực hiện tại bệnh viện như thế nào?

- Công tác truyền thông:

- Cơ chế chính sách mới của bệnh viện là gì? Cơ chế khuyến khích, thay đổi hành vi trong chỉ định điều trị của bác sỹ?

5. Đồng chí cho biết những quy định liên quan đến chuyển viện?

6. Đồng chí cho biết cách thức quản lý; đảm bảo chi phí và chất lượng KCB cho người bệnh có thẻ BHYT?

7. Đồng chí cho biết quan điểm về sử dụng thuốc an toàn hiệu quả?

8. Theo đồng chí chất lượng dịch vụ y tế của bệnh viện đó đảm bảo mức độ hài lòng của bệnh nhân hay chưa?

9. Những khó khăn, tồn tại và bài học kinh nghiệm sau một năm thực hiện khoán quỹ định suất là gì?

10. Theo đồng chí cần phải làm gì để triển khai áp dụng phương thức này một cách rộng rãi?

Xin trân trọng cảm ơn đồng chí.

Phụ lục 10

HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO BHXH TỈNH THANH HOÁ

I. Mục tiêu: Tìm hiểu công tác chỉ đạo điều hành trong thực hiện khoán thí điểm định suất tại Hà Trung

II. Phương pháp:

- Phỏng vấn
- Ghi chép
- Thời gian: 30-45 phút
- Địa điểm: BHXH tỉnh

III. Câu hỏi phỏng vấn

1. Đồng chí cho biết về những khó khăn vướng mắc hiện nay trong thanh toán KCB BHYT giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB .
2. Đồng chí đánh giá như thế nào về phương thức thanh toán KCB hiện đang được áp dụng phổ biến ở Việt Nam.
3. Đồng chí nhận xét thế nào về kết quả thí điểm thanh toán theo phương thức định suất tại Hà Trung (quyền lợi bệnh nhân, quỹ BHYT, khả năng đáp ứng dịch vụ của cơ sở y tế);
4. Theo đồng chí có nên áp dụng một cách phổ biến phương thức này trong thanh toán BHYT hay không?
5. Là cơ quan quản lý quỹ BHYT tại địa phương đồng chí có nhận xét gì về tình hình chi phí KCB BHYT đang gia tăng hiện nay? Đồng chí có kiến nghị và đề xuất nhằm kiểm soát chi phí y tế?

Xin trân trọng cảm ơn đồng chí.

Phụ lục 11

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO PHÒNG GIÁM ĐỊNH CHI BHXH THANH HOÁ

I. Mục tiêu: Tìm hiểu công tác giám định đối với cơ sở nhận khoán định suất

II. Phương pháp:

- Phỏng vấn
- Ghi chép
- Thời gian: 45 phút
- Địa điểm: BHXH tỉnh Thanh Hoá

III. Câu hỏi phỏng vấn

1. Xin đồng chí cho biết những khó khăn vướng mắc trong công tác giám định chi phí KCB BHYT.
2. Đồng chí cho biết việc áp dụng thí điểm khoán định suất tại Hà Trung được xây dựng dựa trên nguyên tắc nào?
3. Công tác giám sát của BHXH tỉnh trong quá trình khoán tại Hà Trung được tiến hành như thế nào?
4. Đồng chí có nhận xét, so sánh khi triển khai hoạt động giám định tại cơ sở nhận khoán định suất và cơ sở thanh toán theo phí dịch vụ.
5. Kết quả khoán định suất tại Hà Trung. Đồng chí có kiến nghị và đề xuất gì nhằm cải tiến quy trình giám định tại cơ sở KCB.

Xin trân trọng cảm ơn đồng chí.

Phụ lục 12: CÔNG CỤ THU THẬP SỐ LIỆU
(TẠI BỆNH VIỆN HÀ TRUNG VÀ BỆNH VIỆN HOÀNG HÓA – THANH HÓA)

Hướng dẫn điều tra viên thu thập số liệu

- Bộ công cụ gồm 13 câu (ký hiệu C1- C13), mỗi câu hỏi đó dự kiến sẵn các tình huống trả lời. Chỉ cần đọc kỹ câu hỏi và khoanh tròn vào nội dung tương ứng ghi trong bệnh án.
- Riêng các câu C4; C8; C11 và C12, C13 mỗi câu ghi rõ ngày vào viện, ra viện số ngày điều trị; số lần xét nghiệm và số chi phí theo bệnh án.

Stt	Nội dung	Ghi theo bệnh án	Mã hoá
C1	Họ tên BN		
C2	Mã bệnh án	.....	
C3	Tuổi	.....	
C4	Giới tính		
	Nam	1	1
	Nữ	2	2
C5	Thời gian điều trị: - Ngày vào:..... - Ngày ra:.....		
	Quý 1	1	
	Quý 2	2	
	Quý 3	3	
	Quý 4	4	
C6	Đối tượng BHYT Số thẻ:.....		
	Bắt buộc	1	1
	Tự nguyện	2	2
	Người nghèo	3	3
C7	Chẩn đoán		
	Viêm phế quản cấp	1	1
	Viêm dạ dày tá tràng	2	2
	Cao huyết áp vô căn	3	3
	Viêm ruột thừa cấp	4	4

Stt	Nội dung	Ghi theo bệnh án	Mã hoá
	Tiểu đường không phụ thuộc Insulin	5	5
C8	Xét nghiệm (ghi số XN)		
	XN thăm dò	.....	1
	Chẩn đoán hình ảnh	.....	2
C9	Tổng số ngày điều trị (ghi rừ)	.....	
C10	Tuân thủ phác đồ điều trị		
	Có	1	1
	Không	2	2
C11	Kết quả điều trị		
	Khỏi	1	1
	Ổn định	2	2
	Đỡ	3	3
	Không thay đổi	4	4
	Nặng thêm	5	5
	Chuyển viện	6	6
	Tử vong	7	7
C12	Chi phí		
	Chi thuốc	.....	1
	Tiền dịch truyền (máu)	.....	2
	Tiền xét nghiệm	.....	3
	Tiền chẩn đoán hình ảnh	.....	4
	Tiền vật tư tiêu hao y tế	.....	5
	Tiền giường bệnh	.....	6
	Tổng chi phí thực tế	.....	7
	Số BH thanh toán	.....	8
C13	Bn phải trả thêm		
	- Thuốc	1 –có; 2 – không	1
	- Xét nghiệm	1- có; 2 - không	2

Phụ lục 13: NỘI DUNG THẢO LUẬN NHÓM
TẠI BỆNH VIỆN HÀ TRUNG - THANH HÓA

1- Thành phần: Bác sỹ điều trị, bác sỹ giám định BHYT

2- Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của phương thức thanh toán theo định suất tới chi phí và chất lượng KCB BHYT.

3- Phương pháp: phỏng vấn sâu theo chủ đề

- Một hướng dẫn viên, một thư ký.
- Thời gian 60 phút đến 90 phút.
- Địa điểm: tại trụ sở Bệnh viện Hà Trung.

4- Nội dung

- Theo anh/chị việc thực hiện khoán quỹ theo định suất đó được triển khai như thế nào?
- Anh/chị cho biết các hoạt động triển khai KCB BHYT theo khoán quỹ như thế nào?
Truyền thông, tập huấn?
- Anh/chị cho biết những cơ chế chính sách mới của bệnh viện, thay đổi liên quan đến cơ chế khuyến khích, thay đổi hành vi trong KCB cho người bệnh BHYT?
- Theo anh/chị thực trạng tình hình cung cấp dịch vụ y tế cho những người có thẻ BHYT như thế nào?
- Anh/chị nhận định thế nào về thủ tục hành chính khi KCB của bệnh nhân BHYT? So với trước khoán quỹ có gì thay đổi ?
- Theo anh/chị chất lượng dịch vụ y tế và phản hồi của người bệnh BHYT như thế nào?
- Theo anh/chị khó khăn, tồn tại và bài học kinh nghiệm trong quá trình triển khai khoán quỹ là gì?
- Theo anh/chị cần làm gì?; thay đổi gì? Khi triển khai phương thức thanh toán này một cách rộng rãi.

Xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp ý kiến của các đồng chí!

Ngày tháng năm

Phụ lục 14: PHIẾU KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HÀ TRUNG

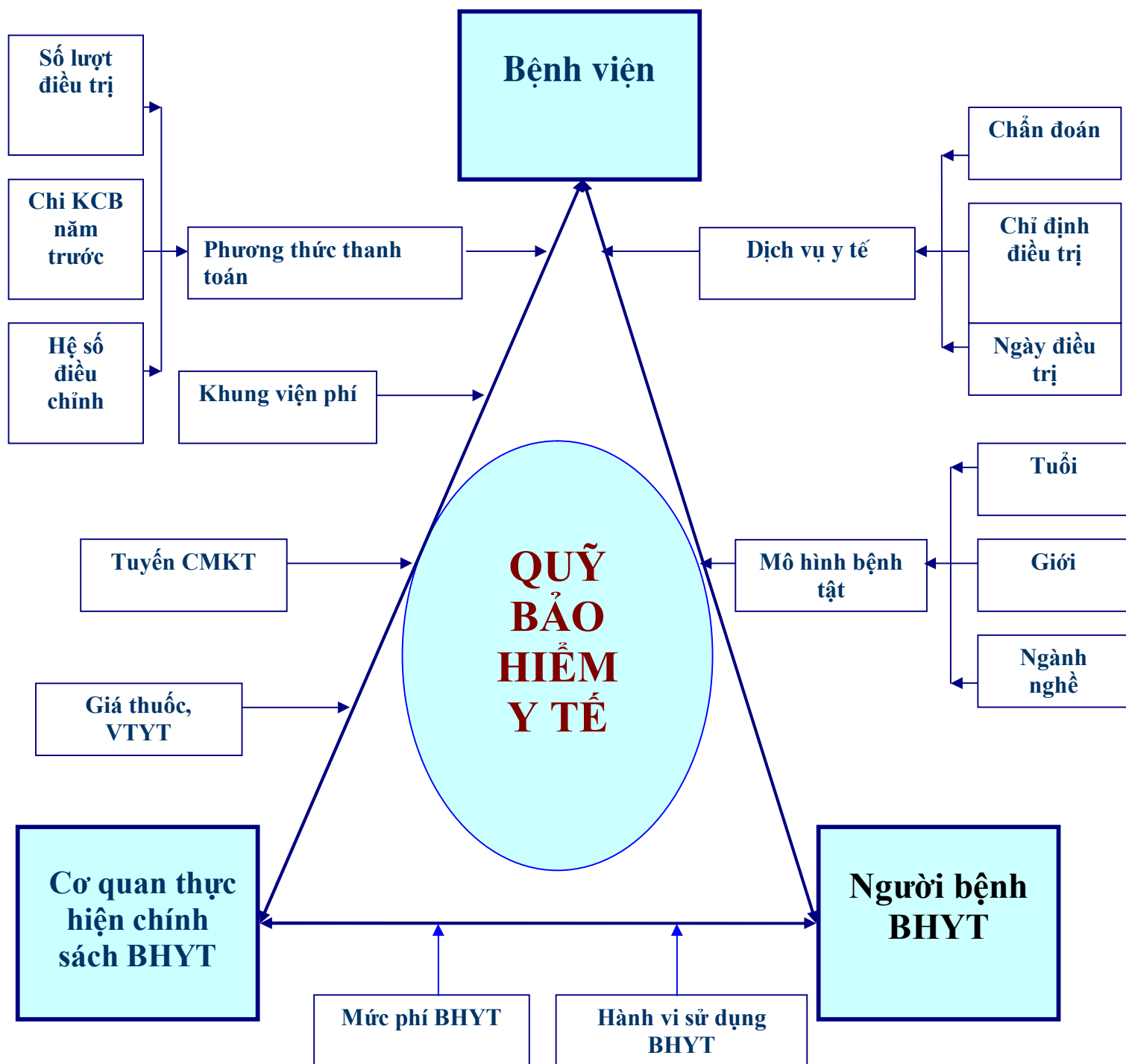
Để giúp cho bệnh viện nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và cải tiến phương thức phục vụ người bệnh ngày càng tốt hơn. Xin Ông (Bà) trả lời câu hỏi dưới đây và khoanh tròn hoặc điền vào phương án trả lời.

STT	Nội dung	Ý kiến người bệnh	Khoanh vào câu trả lời
Q1	Tuổi	Ghi rõ.....	
Q2	Số thẻ BHYT	.....	
Q3	Giới tính	Nam Nữ	1 2
Q4	Trong năm Ông (bà) ốm phải đến viện điều trị nội trú mấy lần?	Một lần Hai lần Ba lần Khác (ghi rõ số lần).....	
Q5	Ông (bà) được nhân viên y tế đón tiếp niềm nở không?	Có Không	1 2
Q6	Ông (bà) được giải thích đầy đủ về bệnh và phương pháp điều trị	Có Không	1 2
Q7	Ông (bà) có được hướng dẫn cách sử dụng thuốc?	Có Không	1 2
Q8	Ông (bà) có chứng kiến nhân viên y tế cáu gắt khi đến thăm khám và điều trị không?	Có Không	1 2
Q9	Ông (bà) có được hướng dẫn quyền và nghĩa vụ khi nằm viện không?	Có Không	1 2
Q10	Ông (bà) có được nhân viên y tế cho biết số thuốc và vật tư y tế sử dụng hàng ngày điều trị không?	Có Không	1 2
Q11	Thời gian chờ đợi của ông (bà) để được khám, điều trị và chăm sóc?	Chấp nhận được Lâu quá	1 2
Q12	Nhân viên y tế có cử chỉ lời nói biểu hiện sự gợi ý bồi dưỡng bằng tiền hoặc quà biếu không	Có Không	1 2
Q13	Trong quá trình nằm viện ông bà có phải mua thêm thuốc điều trị?	Có Không	1 2
Q14	Ông bà có phải trả tiền xét nghiệm?	Có Không	1 2
Q15	Mức độ hài lòng chung của ông bà trong thời gian nằm viện	Hài lòng Chưa hài lòng	1 2

Phụ lục 15: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ 5 BỆNH NGHIÊN CỨU

Tên bệnh	Tiêu chí chẩn đoán	Xử trí
Viêm phế quản cấp	1. Cơ năng: Ho khản tiếng, thở khò khè hoặc khó thở, co kéo lồng ngực. 2. Thực thể: Nghe phổi có ran ẩm to nhỏ hạt, có thể có ran rít, ran ngáy, tần số thở nhanh.	1. Thể nhẹ - Paracetamol 0,5g x 2v/24 h hoặc Effergalcodein 0,5g/24h; Tepincodein x 4v/24h hoặc Mucomyst x 3 gói/24h. 2. Thể nặng - Cho KS uống Cephalosporin 0,5 g x 5v/24h hoặc Ampicillin 1g x 3g/24 h có thể phối hợp Gentamycin; hoặc Cephradine 2g/24h có thể phối hợp Gentamycin. Giãn phế quản Salbutamol 4mg x 3v/24h. - Thuốc hạ sốt, long đờm - Nâng cao thể trạng.
Viêm dạ dày tá tràng	Đau tức thượng vị lan 2 mạng sườn, xuyên sau lưng, ợ hơi, ợ chua..	1. Phác đồ điều trị 7 ngày Omeprazole 20 mg + Amoxicillin 1000 mg + Clarithromycin 500 mg) x 2 lần ngày, điều trị trong 7 ngày - An thần - Vitamin 2. Phác đồ điều trị 14 ngày: (Bismuth + Metronidazole 500 mg + Tetracycline 500 mg) x 3 lần ngày + Omeprazole 20 mg x 2 lần ngày, điều trị trong 14 ngày. - An thần - Vitamin
Cao huyết áp nguyên phát	Hay gặp lứa tuổi trẻ, có tăng huyết áp	- Coversyl 4mg + Dopegylt 250 mg từ 2-4v/24h. - Hoặc Coversyl 4mg + Nifedipin 10mg 2v/24h. Phụ nữ có thai dùng Dopegylt/Nifedipin + Furosemid
Viêm ruột thừa cấp	Đau hố chậu phải; sốt, vẻ mặt nhiễm trùng; có phản ứng thành bụng hố chậu phải; Macburney (+).	+ Mổ cắt ruột thừa + Hồi sức sau mổ - Bù nước điện giải - Bù năng lượng + Chống nhiễm trùng: Kháng sinh nhóm β lactamin (Ampicillin 2g, Cephradine 2g, Gentamicin. + Nâng cao thể trạng
Tiểu đường không phụ thuộc Insulin	Tiểu đường ở người già, béo, không có biến chứng	- Chế độ ăn - Viên hạ đường huyết - Có thể dùng Insuline

Phụ lục 16. CÂY VẤN ĐỀ VỀ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUỸ BHYT



Phụ lục 17: Cơ cấu chương bệnh phân loại theo ICD 10 của bệnh nhân BHYT điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, năm 2004-2006

Đơn vị tính: lượt người

STT	Nhóm bệnh	Năm 2004		Năm 2005		Năm 2006	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	660	6.6	935	6.8	1100	6.9
2	Khối u	520	5.2	736	5.4	866	5.4
3	Bệnh về máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch	144	1.4	204	1.5	240	1.5
4	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	370	3.7	385	2.8	410	2.6
5	Rối loạn tâm thần và hành vi	95	0.9	101	0.7	83	0.5
6	Bệnh hệ thần kinh	558	5.6	791	5.8	930	5.8
7	Bệnh mắt và phần phụ	655	6.5	928	6.8	1092	6.8
8	Bệnh tai và xương chũm	151	1.5	213	1.6	251	1.6
9	Bệnh hệ tuần hoàn	1153	12	1324	9.6	1643	10
10	Hệ hô hấp	751	7.5	1064	7.8	1252	7.8
11	Bệnh hệ tiêu hoá	2137	21	3027	22	3561	22
12	Bệnh da và mô dưới da	259.2	2.6	367	2.7	432	2.7
13	Bệnh cơ xương và mô liên kết	510	5.1	722	5.3	850	5.3
14	Bệnh hệ tiết niệu sinh dục và bất thường của nhiễm sắc thể	866	8.6	1227	8.9	1444	9
15	Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc thể	29	0.3	42	0.3	49	0.3
16	Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài	1154	12	231	1.7	272	1.7
17	Nguyên nhân do bên ngoài của bệnh tật và tử vong	0	0	1426	10	1562	9.7
	Tổng	10012	100	13723	100	16037	100

(Nguồn: Bảo hiểm xã hội tỉnh Thanh Hóa)

**Phụ lục 18: Phân loại bệnh thuộc nhóm hệ tuần hoàn của bệnh nhân BHYT
tại bệnh viện đa khoa Thanh Hóa, năm 2004-2006**

Bệnh	Mã bệnh	Năm 2004				Năm 2005				Năm 2006			
		Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ
HỆ TUẦN HOÀN		1153	100	14129	12	1324	100	14959	11	1643	100	32003	19
Thấp tim cấp	I-102	25	2	159	6	36	3	254	7	42	3	318	8
Tăng huyết áp vô căn	I10	48	4	562	12	123	9	1576	13	441	27	4870	11
Tăng huyết áp khác	I11-I15	124	11	1140	9	195	15	1824	9	229	14	2280	10
Nhồi máu cơ tim cấp	I21-I22	7	1	27	4	9	1	43	5	11	1	54	5
Thiếu máu cục bộ tim khác	I20,I23-I25	46	4	312	7	65	5	498	8	77	5	623	8
Rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp	I44-I49	32	3	209	7	45	3	334	7	53	3	417	8
Suy tim	I50	135	12	3641	27	203	15	452	2	49	3	7282	149
Bệnh tim khác	I27-I43,I51-I52	90	8	710	8	128	10	1135	9	150	9	1419	9
Xuất huyết não	I60-I62	134	12	1344	10	95	7	1436	15	198	12	2688	14
Tắc mạch não	I63	104	9	1181	11	87	7	942	11	174	11	2361	14
Bệnh mạch máu não khác	I65-I69	146	13	1695	12	89	7	1423	16	215	13	3390	16
Viêm tĩnh mạch, tắc tĩnh mạch huyết khối, nghẽn tĩnh mạch và tắc nghẽn tĩnh mạch	I80-I82	17	1	179	11	24	2	286	12	28	12	357	13
Trĩ	I84	32	3	299	9	45	3	478	11	53	3	597	11
Bệnh khác của hệ tuần hoàn	I85-I99	245	21	2674	11	275	21	4278	16	324	20	5347	17

(Nguồn: Bảo hiểm xã hội tỉnh Thanh Hóa)

**Phụ lục 19: Phân loại bệnh thuộc nhóm nội tiết dinh dưỡng và chuyển hóa của bệnh nhân BHYT
tại bệnh viện đa khoa Thanh Hóa, năm 2004-2006**

Bệnh	Mã bệnh	Năm 2004				Năm 2005				Năm 2006			
		Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ
BỆNH NỘI TIẾT DINH DƯỠNG VÀ CHUYỂN HÓA		370	100	2622	7	385	100	3182	8	410	100	2816	7
Bệnh tuyến giáp			0			0	0	0			0		
Rối loạn giáp liên quan đến thiếu iod	E00-E02	13	3	134	11	18	5	214	12	21	5	268	13
Nhiễm độc giáp	E05	58	16	541	9	82	21	865	10	97	24	1081	11
Đái tháo đường	E10-E14	336	91	1856	6	285	74	1956	7	292	71	1284	4
Bệnh khác về nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	E15-E35	22	6	92	4	31	8	146	5	36	9	183	5

(Nguồn BHXH tỉnh Thanh Hóa)

**Phụ lục 20: Phân loại bệnh thuộc nhóm hệ hô hấp của bệnh nhân BHYT
tại bệnh viện đa khoa Thanh Hóa, năm 2004-2006**

Bệnh	Mã bệnh	Năm 2004				Năm 2005				Năm 2006			
		Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ
HỆ HÔ HẤP		751	100	7690	10	1064	100	12304	12	1252	100	15380	12
Viêm họng và Amydal cấp	J02-J03	118	16	715	6	167	16	1144	7	197	16	1430	7
Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên khác	J00-J01	61	8	481	8	87	8	770	9	102	8	962	9
Viêm phổi	J12-J11	62	8	618	10	88	8	988	11	103	8	1235	12
Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp	J20-J21	159	21	2596	16	225	21	4153	18	265	21	5191	20
Viêm xoang mãn	J32	32	4	355	11	46	4	567	12	54	4	709	13
Bệnh khác của mũi và xoang mũi	J30-J31	68	9	674	10	96	9	1078	11	113	9	1348	12
Bệnh Amydal và VA mãn	J35	62	8	700	11	88	8	1120	13	103	8	1400	14
Bệnh đường hô hấp trên khác	J36-J39	20	3	191	10	28	3	306	11	33	3	382	12
Hen	J45-J45	121	16	948	8	171	16	1516	9	201	16	1895	9
Bệnh khác của hệ hô hấp	J22	49	6	414	9	69	6	662	10	81	6	828	10

(Nguồn BHXH tỉnh Thanh Hóa)

Phụ lục 21: Phân loại bệnh thuộc nhóm hệ tiêu hóa của bệnh nhân BHYT tại bệnh viện đa khoa Thanh Hóa, năm 2004-2006

Bệnh	Mã bệnh	Năm 2004				Năm 2005				Năm 2006			
		Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ	Số lượt	Tỷ lệ %	Số ngày điều trị	Ngày điều trị BQ
BỆNH HỆ TIÊU HOÁ		2137	100	50540	24	3027	100	34003	11	3561	100	51175	14
Sâu răng	k02	72	3	637	9	102	3	1018	10	120	3	1273	11
Bệnh khác của khoang miệng , tuyến nước bọt và hàm	k00-k01, k03-k08	22	1	155	7	31	1	248	8	37	1	310	8
Loét dạ dày tá tràng	k25-k27	439	21	3977	9	621	21	6362	10	731	21	7953	11
Viêm dạ dày tá tràng	k29	144	7	1199	8	204	7	1918	9	240	7	2397	10
Bệnh khác của thực quản,dạ dày tá tràng	k20-k23	80	4	1129	14	114	4	1806	16	134	4	2257	17
Bệnh của ruột thừa	k35-k38	348	16	3642	10	493	16	5827	12	580	16	7284	13
Thoát vị bẹn	k40	64	3	1191	19	90	3	1230	14	106	3	2381	22
Bệnh Crohn	k50-k51	88	4	941	11	125	4	1506	12	147	4	1882	13
Liệt ruột và tắc ruột không có thoát vị	k56	253	12	2993	12	358	12	4789	13	421	12	5986	14
Bệnh khác của ruột non và phúc mạc	k52-k55,k58-k67	131	6	1362	10	185	6	2179	12	218	6	2724	12
Bệnh khác của gan	k71-k77	182	9	1689	9	258	9	2702	10	304	9	3377	11
Sỏi mật và viêm túi mật	k80-k81	129	6	1135	9	183	6	1815	10	215	6	2269	11
Viêm tụy cấp và bệnh khác của tụy	k85-k86	91	4	720	8	129	4	1151	9	152	4	1439	9

(Nguồn BHXH tỉnh Thanh Hóa)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....	4
1.1. Khái niệm về Bảo hiểm, Bảo hiểm y tế và một số vấn đề liên quan.....	4
1.1.1. Khái niệm về Bảo hiểm.....	4
1.1.2. Nguyên tắc cơ bản của Bảo hiểm.....	4
1.1.3. Khái niệm về BHYT.....	4
1.1.4. Quỹ dự phòng BHYT.....	9
1.1.5. Khái niệm về viện phí, chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.....	9
1.1.6. Lựa chọn ngược trong BHYT.....	10
1.1.7. Chi phí y tế thảm họa.....	11
1.1.8. Các khái niệm về thanh toán Bảo hiểm và BHYT.....	11
1.2. Vài nét về thực hiện chính sách tài chính y tế và BHYT ở một số nước trên thế giới.....	12
1.2.1. Tài chính y tế dựa trên thuế - Mô hình Beveridge.....	13
1.2.2. Tài chính y tế dựa vào sự đóng góp của chủ sử dụng lao động và người lao động - Mô hình Bismarck.....	18
1.2.3. Bảo hiểm y tế tư nhân ở Mỹ và kế hoạch cải cách y tế của Tổng thống Obama.....	24
1.2.4. Bảo hiểm y tế thông qua tài khoản y tế cá nhân ở Singapore.....	26
1.2.5. Bảo hiểm y tế bắt buộc và tự nguyện.....	28
1.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chi phí y tế được thanh toán từ quỹ BHYT.....	30
1.3.1. Nhu cầu về khám chữa bệnh.....	30
1.3.2. Tổ chức và cung ứng dịch vụ y tế.....	31
1.3.3. Gói quyền lợi BHYT.....	33

1.3.4. Cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh BHYT.....	34
1.3.5. Phương thức thanh toán BHYT.....	34
1.4. Vài nét về quá trình hình thành và phát triển BHYT ở Việt Nam.....	39
1.4.1. Sự ra đời của Nghị định 299/NĐ-và hệ thống BHYT.....	39
1.4.2. Sự ra đời Nghị định số 58/1998/NĐ-CP (1998-2005).....	41
1.4.3. Thực hiện Nghị định 63/2005/NĐ-CP (2005-2009).....	43
1.4.4. Luật BHYT và những vấn đề mới về chính sách BHYT.....	44
1.4.5. Một số thông tin về địa bàn áp dụng phương thức thanh toán khoán quỹ định suất.....	46
1.4.6. Mô hình thí điểm thanh toán khoán quỹ định suất tại bệnh viện đa khoa huyện Hà Trung.....	48
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	50
2.1. Đối tượng nghiên cứu	50
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	50
2.3. Hạn chế của nghiên cứu.....	60
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	61
3.1. Nhóm yếu tố ảnh hưởng đến thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT.....	61
3.1.1. Nhóm các yếu tố ảnh hưởng đến số thu quỹ BHYT.....	61
3.1.1.1. Kết quả nghiên cứu định lượng.....	61
3.1.1.1.1. Độ bao phủ BHYT.....	61
3.1.1.1.2. Mức phí BHYT.....	63
3.1.1.1.3. Về số thu BHYT.....	64
3.1.1.1.2. Kết quả nghiên cứu định tính.....	66
3.1.1.1.2.1. Kết quả điều tra về tình trạng nợ đọng quỹ BHYT tại 4 tỉnh phía Bắc.....	66
3.1.1.1.2.2. Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm theo chủ đề nợ đọng quỹ BHYT, BHXH.....	67

3.1.2. Nhóm các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chi quỹ BHYT	69
3.1.2.1. Kết quả nghiên cứu định lượng	69
3.1.2.1.1. Kết quả sử dụng dịch vụ y tế	69
3.1.2.1.2. Ảnh hưởng của phương thức thanh toán và mức phân bổ quỹ KCB	72
3.1.2.1.3. Chi phí bình quân KCB BHYT	76
3.1.2.1.4. Chi phí tiền thuốc BHYT	76
3.1.2.2. Kết quả nghiên cứu định tính	78
3.1.2.2.1. Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm tại 5 tỉnh phía Nam về những bất cập trong KCB BHYT tại các cơ sở y tế	78
3.1.2.2.2. Ảnh hưởng của việc phát hành thẻ BHYT tự nguyện đến khả năng chi quỹ BHYT	80
3.1.2.2.3. Ảnh hưởng của công tác giám định và quản lý quỹ KCB BHYT	82
3.2. Kết quả nghiên cứu can thiệp phương thức khoán định suất	87
3.2.1. Kết quả nghiên cứu định lượng	87
3.2.1.1. Thông tin về đối tượng theo 5 bệnh nghiên cứu	88
3.2.1.2. Kết quả so sánh về chi phí KCB BHYT tại 2 bệnh viện	89
3.2.1.2.1. Chi phí ngoại trú	89
3.2.1.2.2. Chi phí KCB nội trú	91
3.2.1.2.3. Kết quả phân tích chi phí KCB đối với 5 bệnh nghiên cứu	93
3.2.1.2.4. Kết quả chất lượng KCB giữa hai phương thức	96
3.2.1.2.5. Kết quả cân đối quỹ KCB BHYT tại bệnh viện Hà Trung	100
3.2.2. Kết quả nghiên cứu định tính	101

3.2.2.1. Kết quả phỏng vấn và thảo luận nhóm.....	101
3.2.2.1. Kết quả phỏng vấn sâu bệnh nhân ra viện.....	102
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	103
4.1. Các yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT.....	103
4.1.1. Nhóm yếu tố ảnh hưởng đến thu quỹ BHYT.....	103
4.1.2. Nhóm yếu tố ảnh hưởng đến chi quỹ BHYT.....	113
4.2. Về chi phí khám chữa bệnh áp dụng theo phương thức khoán định suất tại bệnh viện Hà Trung- Thanh Hoá.....	137
4.2.1. Về chi phí ngoại trú.....	138
4.2.2. Về chi phí nội trú.....	139
4.2.3. Về chi phí KCB của 5 bệnh nghiên cứu.....	141
4.2.4. Về chất lượng KCB giữa 2 phương thức.....	142
4.2.5. Kết quả cân đối quỹ khoán theo định suất.....	144
KẾT LUẬN.....	146
KIẾN NGHỊ.....	148
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN.....	150
DANH MỤC CÁC TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	151