

TỔ CHỨC KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ XÃ HỘI TẠI VIỆT NAM: THỰC TRẠNG VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Bùi Thị Mỹ Anh¹

TÓM TẮT

Với định hướng thực hiện bao phủ Bảo hiểm Y tế toàn dân, tỷ lệ tham gia BHYT tại Việt Nam đạt 87,6%, tháng 12/2018; chất lượng khám chữa bệnh (KCB) BHYT càng cải thiện; quỹ BHYT đang trở thành nguồn tài chính cơ bản của cơ sở khám chữa bệnh. Tuy nhiên, thực tế quá trình tổ chức KCB BHYT vẫn còn một số tồn tại, bất cập. Nghiên cứu này nhằm phân tích thực trạng tổ chức KCB BHYT, từ đó đưa ra những khuyến nghị điều chỉnh chính sách phù hợp. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng nguồn số liệu thứ cấp và thông tin định tính thu thập từ cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) và cơ sở khám chữa bệnh tại 7 tỉnh, thành phố đại diện theo các vùng sinh thái.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tính đến 6 tháng đầu năm 2018, tổng số cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT là 2.316 đơn vị, trong đó có 1.669 cơ sở KCB công lập. Khó khăn trong tổ chức KCB BHYT là: Các cơ sở KCB chưa được chủ động trong việc thỏa thuận các điều khoản trong hợp đồng; công tác giám định còn vướng mắc về cả quy trình, nội dung, phương pháp và công cụ giám định. Vì vậy, trong thời gian tới để cải thiện công tác tổ chức KCB BHYT cần có những điều chỉnh chính sách liên quan đến hợp đồng KCB BHYT, thực hiện “thông tuyến”, và giám định BHYT.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh, hợp đồng bảo hiểm y tế, giám định bảo hiểm y tế, Việt Nam.

SUMMARY:

IMPLEMENTATION OF MEDICAL TREATMENT WITH SOCIAL HEALTH INSURANCE IN VIETNAM: FACTS AND RECOMMENDATIONS

With the target of universal health coverage (UHC), the social health insurance coverage in Vietnam has

achieved 87.6% in 2018, the quality of medical treatment has improved and the health insurance fund is becoming a basic financial source for the health facilities in Vietnam. In fact, the implementation of medical treatment with health insurance remains some difficulties.

A cross-sectional study was conducted in 2019 employing with the quantitative (secondary data) and qualitative approaches that collected from Vietnam Social Insurance agencies and social insurance in 7 provinces of Vietnam, aimed to analyze the current situation of medical treatment with health insurance implementing, thereby to suggest the recommendations for policy-making in the upcoming period.

The results indicated that at the first of 6 months in 2018, the total numbers of 2,316 health facilities contracted for medical treatment with health insurance, in which 1,669 public healthcare facilities. The role of the health facilities had not been active in the negotiating contract terms with social health insurance agencies. There were some problems related to the process of supervision. Therefore, it is necessary to make adjustments of policies related to contract of medical treatment, supervision and assessment of medical treatment with health insurance to improve the quality of health care services, especially at the commune level.

Keywords: Health insurance, medical and health care treatment, health insurance contract, health insurance supervision, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế xã hội là hình thức Bảo hiểm y tế trong đó mức phí bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động và quyền lợi KCB được hưởng không theo mức đóng góp mà theo nhu cầu

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

Tác giả chính: Nguyễn Thị Thúy Nga, Điện thoại: 0966132466, Email: ntnn@huph.edu.vn

» Ngày nhận bài: 04/02/2020 |

» Ngày phản biện: 10/02/2020 |

Ngày duyệt đăng: 17/02/2020

khám, chữa bệnh. Quỹ BHYT xã hội được hình thành từ nguồn đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và Chính phủ. Nguồn tài chính từ quỹ BHYT xã hội được coi là nguồn tài chính công, có vai trò đặc biệt quan trọng để bảo đảm công bằng trong đóng góp tài chính y tế thông qua cơ chế chia sẻ rủi ro [1]. Tính đến tháng 12/2018, số người tham gia BHYT tại Việt Nam là 82,25 triệu người, tỷ lệ bao phủ đạt 87,6% [2]. Chất lượng KCB BHYT ngày càng cải thiện, quỹ BHYT đang trở thành nguồn tài chính cơ bản phục vụ cho hoạt động của bệnh viện. Chính sách BHYT đã bảo đảm nguyên tắc chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia BHYT, đồng thời cũng đảm nhận nhiều chính sách phúc lợi xã hội khác [3].

Tuy nhiên, thực tiễn quá trình tổ chức KCB BHYT vẫn còn một số tồn tại, bất cập liên quan đến thực hiện hợp đồng KCB, chính sách “thông tuyến” và giám định BHYT. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu phân tích thực trạng tổ chức KCB BHYT (hợp đồng KCB BHYT, chính sách “thông tuyến” và giám định BHYT), từ đó đưa ra những khuyến nghị điều chỉnh chính sách phù hợp với thực tiễn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phân tích số liệu sẵn có và định tính. Nghiên cứu được thực hiện tại 7 tỉnh, thành phố đại diện cho 6 vùng kinh tế xã hội gồm: Lai Châu, Bắc Ninh, Thanh Hóa, Đắk Lắk, Cần Thơ, Đồng Nai và Hà Nội.

Thu thập số liệu

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 6-12/2018

Số liệu thứ cấp: Báo cáo tình hình thực hiện Luật BHYT và đề xuất sửa đổi, bổ sung của 63 tỉnh, thành phố; số liệu sẵn có tại 7 tỉnh, thành phố thực hiện khảo sát.

Số liệu sơ cấp: Thu thập qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm các bên liên quan:

- Vụ Bảo hiểm y tế (Bộ Y tế), Sở Y tế (lãnh đạo và chuyên viên)

- Cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam (BHXH) và cơ quan BHXH tỉnh (lãnh đạo và chuyên viên của Phòng Giám định Bảo hiểm y tế, Phòng Tài chính – Kế toán)

- Cơ sở khám chữa bệnh có ký hợp đồng KCB BHYT tuyến trung ương, tuyến tỉnh, huyện và tư nhân

- Người dân tại cộng đồng (có thẻ và không có thẻ BHYT)

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng từ số liệu sẵn có của cơ quan BHXH Việt Nam, báo cáo đánh giá thực hiện Luật BHYT từ 63 tỉnh thành phố, được nhập số liệu bằng phần mềm Excel. Số liệu định tính từ các cuộc phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm được gỡ băng và phân tích theo phương pháp mã mở có chủ đề.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

Tính đến 6 tháng đầu năm 2018, tổng số cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT là 2.316 đơn vị, trong đó có 1.669 cơ sở KCB công lập [2],[4] (Bảng 1).

Bảng 1: Số cơ sở ký hợp đồng KCB BHYT năm 2015 -2018

Cơ sở ký hợp đồng KCB BHYT	2015	2016	2017	2018
1. Theo sở hữu				
- Cơ sở KCB nhà nước	1.475	1.676	1.608	1.669
- Cơ sở KCB tư nhân	320	418	561	647
- Cơ sở KCB khác	294			
2. Theo tuyến				
- Tuyến TW	69	70	44	44
- Tuyến tỉnh và tương đương	536	572	645	656
- Tuyến huyện và tương đương	1.206	1.195	1.242	1.407
- Tuyến xã và tương đương	278	257	240	211
3. Tổng số	2.089	2.094	2.169	2.316

Theo quy định tại Điều 25, Luật BHYT: “*Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế*” [3].

Quy định “... là văn bản thỏa thuận...” tại Luật BHYT chưa thể hiện tính pháp lý ràng buộc (hợp đồng loại nào: dân sự, trách nhiệm hay kinh tế). Theo đề xuất của cơ quan BHXH Việt Nam, hợp đồng KCB BHYT có thể thuộc loại “Dân sự” vì liên quan đến việc đảm bảo quyền lợi của bên thứ 3. Ngoài ra, khi sửa đổi luật, cần bổ sung điều kiện, nguyên tắc thẩm định hồ sơ, điều kiện ký hợp đồng (TLN BHXH Việt Nam).

Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò “thỏa thuận” của phần lớn các cơ sở KCB chưa được phát huy, các cơ sở KCB chưa được chủ động trong việc thỏa thuận các điều khoản trong hợp đồng. Cụ thể như tại Đồng Nai: “...*Cơ quan BHXH luôn đặt ra thẩm quyền riêng cho mình đi thẩm định lại, đưa ra bản hợp đồng KCB riêng, yêu cầu bệnh viện thực hiện...*” (TLN Đồng Nai)

Nhiều địa phương cho rằng mẫu hợp đồng KCB BHYT chưa đủ các điều khoản, ví dụ chưa có điều khoản về quản lý quỹ, giải quyết vượt quỹ, chấm dứt hợp đồng... Các điều khoản cụ thể của hợp đồng cũng cần được điều chỉnh tùy theo từng điều kiện và khả năng cung ứng của từng cơ sở KCB.

Ngoài ra, theo báo cáo của Ngân hàng thế giới (2014), hệ thống giám sát và hợp đồng cung cấp dịch vụ KCB chưa đảm bảo được chất lượng dịch vụ y tế và bảo vệ quyền lợi của người tham gia BHYT [5].

Kinh nghiệm quốc tế

Tại hầu hết các quốc gia, việc ký hợp đồng là một phần quan trọng trong quá trình quản lý chức năng mua sắm dịch vụ. Ký hợp đồng KCB BHYT giữa cơ quan BHYT và cơ sở KCB cần phải có khung pháp lý và cơ chế thực thi hiệu quả. Ký hợp đồng nghĩa là “*Lựa chọn cơ sở cung cấp dịch vụ; xác định những dịch vụ cần cung cấp; ai cung cấp; đàm phán hợp đồng; giám sát việc tuân thủ hợp đồng (đặc biệt là các mục tiêu về hiệu quả thực hiện); quản lý giám định, kiểm tra; và giải quyết mâu thuẫn*” [5].

3.2. Thực hiện quy định “Thông tuyến”

Điều 22, khoản 4 của Luật BHYT quy định: “*Từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, người tham gia BHYT đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã hoặc Phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện được quyền KCB BHYT tại Trạm y tế hoặc Phòng khám đa*

khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh” (Hay còn gọi là “*thông tuyến*”) [2].

“*Chính sách “thông tuyến” nhằm đảm bảo quyền lợi cho người bệnh, tuy nhiên gây tăng chi phí KCB BHYT và “phá vỡ” cơ chế chuyển tuyến; khó kiểm soát chi phí, giảm số lượt KCB BHYT tại Trạm y tế; một người có thể BHYT có thể KCB nhiều nơi, cơ sở KCB ban đầu không kiểm soát được chi phí*” (TLN - Thanh Hóa, Đồng Nai). Lợi dụng chính sách “thông tuyến” KCB BHYT một số cơ sở KCB, đặc biệt là các cơ sở KCB tư nhân đã có tình trạng “thu gom” người bệnh đến KCB BHYT bằng nhiều hình thức như tặng quà khuyến mại, miễn phí vận chuyển, không phải đóng phần đồng chi trả, tăng cường chỉ định các dịch vụ kỹ thuật... làm gia tăng chi phí KCB BHYT, gây lãng phí quỹ KCB BHYT.

Ngoài ra, khi quy định thông tuyến được áp dụng thì số lượt người có thể BHYT đến KCB tại TYT đã giảm thiểu rất nhiều ví dụ như tại Bắc Ninh, Thanh Hóa và Lai Châu. Kết quả phỏng vấn sâu người dân cho thấy họ có nhu cầu KCB BHYT tại xã nhưng do thiếu thuốc nên không đến khám: “*Khi đi khám tại TYT, họ không cấp thuốc vì lý do đã vượt trần*” (PVS người dân).

Kinh nghiệm quốc tế

Các nước Tây Ban Nha, Anh, Mỹ và các nước Scandivannia đều quy định về việc đăng ký tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe (CSSK) ban đầu (gate keeper – “người gác cổng”) và sau đó được chuyển đến các chuyên khoa. Riêng tại các nước Áo, Bỉ và một số chương trình BHYT tại Thụy Sĩ thì người bệnh được tự do đi khám tại cơ sở CSSK ban đầu hoặc tuyến hai. Việc đăng ký KCB ban đầu nhằm kiểm soát những chi phí không cần thiết ở tuyến trên, sử dụng hiệu quả hệ thống y tế. Một nghiên cứu năm 2014 so sánh hệ thống không có “Người gác cổng” ở Áo với hệ thống có “Người gác cổng” ở Mỹ cho thấy số lượng bệnh nhân ở Áo đi khám chữa bệnh ở tuyến tỉnh và trung ương gấp 4 lần ở Mỹ, và chi phí y tế cao hơn khoảng 2% so với Mỹ. Tuy nhiên, các cơ sở y tế đóng vai trò gác cổng phải là đa khoa, và có chuyên môn về sơ cấp cứu. Khi chuyển tuyến cần chuyển tất cả các thông tin của người bệnh lên tuyến trên và ngược lại [5].

3.3. Giám định Bảo hiểm y tế

Thực trạng

Theo quy định tại điều 29 của Luật BHYT [4], việc giám định bảo hiểm y tế phải bảo đảm chính xác, công khai, minh bạch và nội dung giám định BHYT bao gồm:

a) Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh;

c) Kiểm tra, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, thực tế công tác giám định còn nhiều vướng mắc về cả quy trình, nội dung giám định, phương pháp và công cụ giám định [2]. Cách thức giám định đôi khi chưa khách quan. Giám định theo quý, giám định theo chuyên đề của cơ quan BHXH gây khó khăn trong việc lưu trữ, bảo quản hồ sơ bệnh án. Các đoàn giám định BHYT chưa thống nhất chung nội dung giám định nên còn gây khó khăn cho các cơ sở y tế. Tình trạng giám định xuất toán xong lại giám định lại, gây áp lực cho cơ sở KCB.

Theo Quyết định số 1456/QĐ-BHXH về quy trình giám định giao cho bộ phận giám định giám định tính hợp lý của chỉ định chẩn đoán và điều trị có thể là chưa phù hợp với năng lực của giám định viên, dẫn đến đôi lúc chưa chính xác vì đội ngũ giám định BHYT còn yếu và thiếu về chuyên môn. Năng lực của các giám định viên không

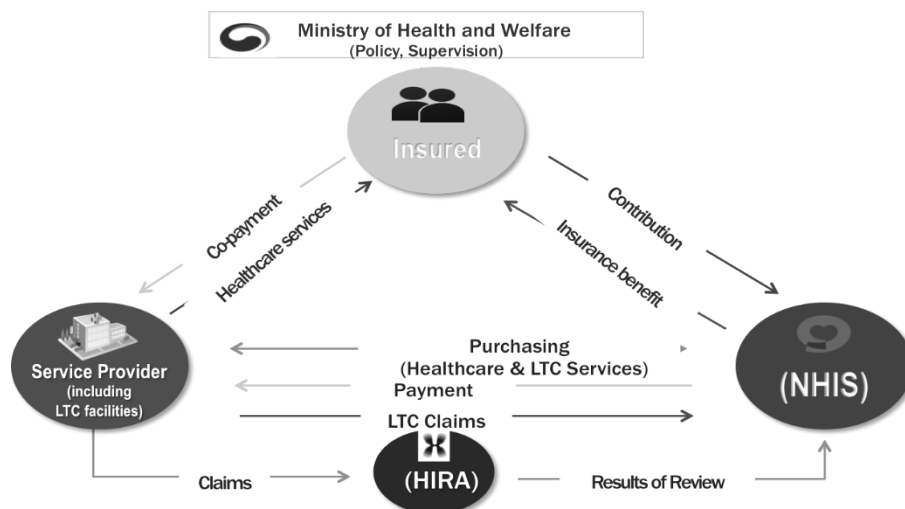
đồng đều nên ảnh hưởng đến chất lượng giám định. Căn cứ chấp nhận thanh toán hay xuất toán đôi khi chưa hợp lý vì cán bộ giám định máy móc, áp đặt các quy định của văn bản, trên thực tế các bệnh viện đã áp dụng những thủ thuật, chỉ định đó cho bệnh nhân [2].

Ngoài ra, khối lượng hồ sơ giám định quá lớn (quy định 30% tại huyện tương đương 7.000 hồ sơ tại huyện Thới Lai, Cần Thơ), trong khi chỉ có một cán bộ giám định kiêm nhiệm (BHXH huyện là PGĐ kiêm nhiệm) là có chuyên môn về y tế. Hơn nữa, phần mềm giám định chưa hoàn thiện nên việc ứng dụng để thực hiện và xử lý kết quả còn khó khăn và hiệu quả chưa cao.

Kinh nghiệm quốc tế

Theo kinh nghiệm tại Hàn Quốc, chức năng giám định được giao cho một tổ chức độc lập là HIRA (*Sơ đồ 2*). Tổ chức HIRA chịu trách nhiệm giám định và quản lý hồ sơ bệnh án, giám sát và đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Cơ quan BHYT chịu trách nhiệm mở rộng đối tượng, thu phí BHYT, chi trả cho cơ sở KCB, đàm phán về “giá” dịch vụ với cơ sở KCB, đào tạo, hợp tác quốc tế và một số hoạt động khác. Về nguồn kinh phí hoạt động cho HIRA, hàng năm cơ quan BHYT đóng góp 92,8 % kinh phí [5].

Sơ đồ 2: Mô hình quản lý BHYT tại Hàn Quốc



IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Hợp đồng KCB BHYT

Cơ quan BHYT thực hiện chức năng mua dịch vụ y tế cho người có thẻ BHYT thông qua việc ký hợp đồng KCB BHYT, để có thể thực hiện tốt chức năng này cần:

- Xây dựng tiêu chí/điều kiện ký hợp đồng cụ thể để

lựa chọn cơ sở cung cấp dịch vụ, xác định những dịch vụ cần cung cấp, ai cung cấp.

- Cải tiến quy trình ký hợp đồng KCB BHYT với cơ sở KCB. Tăng cường vai trò của cơ sở KCB trong thương thảo hợp đồng.

- Nâng cao năng lực giám định BHYT với đội ngũ

giám định viên đủ năng lực để giám sát và phối hợp với cơ sở KCB cung cấp dịch vụ KCB đảm bảo chất lượng dịch vụ KCB BHYT.

◦ Xác định khung pháp lý, quyền và trách nhiệm các bên liên quan trong hợp đồng. Đảm bảo cơ chế thực thi hiệu quả.

Thực hiện “Thông tuyến”

“Thông tuyến” chỉ là giải pháp tạm thời trong khi chất lượng KCB tại tuyến y tế cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu KCB. Do vậy, cần có lộ trình tăng cường chất lượng dịch vụ y tế cho tuyến y tế cơ sở nhằm sử dụng hiệu quả hệ thống y tế cơ sở, giảm tải tuyến trên. Nhà nước cần đầu tư ngân sách để phát triển cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và các khuyến khích về tài chính để thu hút nhân lực cho tuyến y tế cơ sở, đặc biệt là TYT xã.

Giám định KCB BHYT

Trước hết, nên xác định cụ thể phạm vi, nội dung giám định tại Điều 29 của Luật BHYT, trong đó nêu rõ trách nhiệm giám định và trách nhiệm chuyên môn của cơ sở KCB. Đồng thời, hoàn thiện quy trình, nội dung, phương pháp và công cụ giám định.

◦ Xây dựng tiêu chuẩn của giám định viên, và tiến tới có thể bắt buộc giám định viên có chứng chỉ đào tạo về giám định BHYT để đảm bảo đội ngũ giám định có đủ năng lực thẩm định và chịu trách nhiệm về kết quả giám định.

◦ Hoàn thiện phần mềm giám định (công cụ quan trọng để thực hiện công tác giám định) để tăng cường giám định qua phần mềm, tiết kiệm thời gian và nguồn lực.

◦ Thành lập hội đồng thẩm định độc lập có chức năng, thẩm quyền thực hiện thanh quyết toán chi phí KCB BHYT và giải quyết các vấn đề trong quá trình thẩm định quyết toán chi phí KCB BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình triển khai thực hiện Luật Bảo hiểm y tế giai đoạn 2015-2018*. 2018.
2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo số 5265/BC-BHXH kiểm điểm công tác chi đạo, điều hành năm 2018*. 2018.
3. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình thực hiện chế độ, chính sách Bảo hiểm y tế*. 2018.
4. Ministry of Health and Health Partnership Group, *Joint Annual Health Review, 2013: Towards Universal Health Coverage*. 2013.
5. World Bank, *Moving Towards Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options*. 2014.

