

PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ VÀ NGUYÊN NHÂN MẤT CÂN ĐỐI QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Bùi Thị Mỹ Anh¹

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phân tích định lượng và định tính, sử dụng nguồn số liệu thứ cấp và thông tin định tính thu thập từ cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam và BHXH tại 7 tỉnh, thành phố đại diện theo các vùng sinh thái, nhằm mục tiêu mô tả thực trạng thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (BHYT) và phân tích một số nguyên nhân mất cân đối thu-chi quỹ KCB BHYT tại Việt Nam.

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiện nay tại Việt Nam thực hiện 2 phương thức thanh toán BHYT là theo phí/giá dịch vụ (86% cơ sở KCB) và theo định suất (14% cơ sở KCB). Phương thức thanh toán theo ca bệnh mới thực hiện thí điểm. Mặc dù, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ được kiểm soát bởi trần đa tuyến đến, quỹ KCB BHYT và dự toán giao nhưng tình trạng mất cân đối quỹ KCB BHYT đã bắt đầu xảy ra từ năm 2016 và tiếp tục trầm trọng hơn trong năm 2017 (60/64 tỉnh/thành phố không cân đối được quỹ KCB BHYT).

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, phương thức thanh toán Bảo hiểm y tế, sử dụng quỹ Bảo hiểm y tế, Việt Nam,...

SUMMARY

PAYMENT MECHANISM OF HEALTH INSURANCE AND CAUSES OF IMBALANCE OF PAYMENT FOR HEALTH CARE FUND IN VIETNAM

A cross-sectional study was conducted in 2019, aimed to describe the current situation of payment mechanism for health insurance and define the cause of balance of payment deficit for health care fund in Vietnam. The study design employing with the quantitative (secondary data) and qualitative approaches that collected from Vietnam Social Insurance agencies and social insurance in 7 provinces of Vietnam.

1. Trường Đại học Y tế Công cộng

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

The results showed that basically there are two payment methods including fee-for-services (accounted for 86%) and capitation (14%) in Vietnam healthcare system. Diagnosis-related group (DRG) just was piloted in some healthcare facilities. Although, the fee-for-service payment method was controlled by the ceiling fees, the health care fund and the delivery estimation, but the imbalance of payment for the health care fund still occurred since 2016 and continued to be more seriously in 2017 (60/64 provinces/cities have to deal with the imbalance of payment for health care fund).

Keywords: Health insurance, payment mechanism, health care fund, Vietnam,...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương thức chi trả là công cụ quan trọng để tăng cường chất lượng và hiệu quả trong cung cấp dịch vụ y tế của cơ sở khám chữa bệnh, do vậy việc lựa chọn phương thức chi trả cho phù hợp là vô cùng quan trọng đối với các nhà quản lý. Thông qua tác động khuyến khích về tài chính, phương thức chi trả có thể làm thay đổi hành vi của cơ sở KCB và người sử dụng dịch vụ y tế [1]. Luật BHYT của Việt Nam hiện hành quy định 3 phương thức chi trả chi phí KCB BHYT gồm i) thanh toán theo phí/giá dịch vụ, ii) thanh toán theo định suất và iii) thanh toán theo ca bệnh. Hiện nay, phương pháp chi trả theo ca bệnh mới chỉ áp dụng thí điểm [2]. Chi trả theo phí dịch vụ là phương thức cơ sở KCB được chi trả theo từng dịch vụ đã cung cấp. Phương thức theo phí dịch vụ có ưu điểm là thúc đẩy năng suất cung cấp dịch vụ và công suất hoạt động của cơ sở KCB. Phương thức này thường được áp dụng cho các nhóm dịch vụ cần được khuyến khích cung ứng và sử dụng. Tuy nhiên, chính điều này cũng dễ dẫn đến tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế nhiều hơn mức cần thiết hoặc tăng chi định các dịch vụ y tế đắt tiền gây gia tăng chi

phí [9]. Đối với phương thức chi trả theo định suất, cơ sở KCB được trả một khoản kinh phí nhất định theo định kỳ (thường là 1 năm), tính theo số người đăng ký tại cơ sở đó. Ưu điểm của phương thức này là khuyến khích cơ sở KCB tăng cường hiệu quả trong cung cấp DVYT. Tuy nhiên, phương thức này có thể ảnh hưởng đến chất lượng DVYT [9]. Thực tế, trong quá trình thực hiện Luật BHYT đã nảy sinh nhiều khó khăn vướng mắc liên quan đến việc thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh BHYT. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT và phân tích một số nguyên nhân gây mất cân đối thu – chi quỹ KCB bảo hiểm y tế tại Việt Nam.

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 Hà Nội và 6 tỉnh đại diện cho 6 vùng kinh tế xã hội gồm: Lai Châu, Bắc Ninh, Thanh Hóa, Đắk Lắk, Cần Thơ và Đồng Nai.

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 các tỉnh thực hiện khảo sát.

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

- Vụ BHYT (Bộ Y tế), Sở Y tế (lãnh đạo và chuyên viên)
- Cơ quan BHXH Việt Nam và 6 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 thể và không có thể BHYT)

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng từ số liệu sẵn có của cơ quan BHXH, 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

1. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT

Theo báo cáo của BHXH Việt Nam và các tỉnh, phương thức thanh toán chủ yếu cho các cơ sở KCB là theo phí dịch vụ (chiếm 86% tổng cơ sở KCB năm 2018); tỷ lệ cơ sở KCB thực hiện thanh toán theo định suất giảm dần xuống còn 14%, 2018 (xem bảng 1) [2].

Bảng 1: Cơ sở KCB BHYT theo phương thức thanh toán tại Việt Nam từ năm 2015-2018

Cơ sở KCB	2015		2016		2017		2018	
	Phí dịch vụ	Định suất	Phí dịch vụ	Định suất	Phí dịch vụ	Định suất	Phí dịch vụ	Định suất
- Tuyển TW	56	13	60	10	37	6	38	5
- Tuyển tỉnh và tương đương	403	133	505	67	551	93	586	67
- Tuyển huyện và tương đương	643	563	842	353	761	482	1117	246
- Khác (YTCQ)	274	4	206	51	208	31	209	2
Tổng số cơ sở KCB	1376	713	1613	481	1557	612	1950	320
Tỷ lệ (%)	65,9	34,1	77,0	22,9	71,8	28,2	85,9	14,1

Mặc dù, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ tại Việt Nam được kiểm soát bởi trần đa tuyến đến, quỹ KCB BHYT và dự toán giao nhưng việc mất cân đối quỹ KCB BHYT đã xảy ra ở hầu hết các tỉnh/thành phố [2]. Theo báo cáo của cơ quan BHXH Việt Nam về tình hình sử dụng quỹ KCB BHYT năm 2017, thì 60/63 tỉnh, thành phố chi vượt quỹ được sử dụng trong kỳ, chỉ có 3 tỉnh, thành phố cân đối được quỹ KCB là Tp. Hồ Chí Minh, Đồng Nai

và Bình Dương [18].

Kết quả phân tích cho thấy nguyên nhân dẫn đến mất cân đối thu-chi quỹ KCB BHYT có thể là do: Tăng giá dịch vụ y tế; mức đóng BHYT thấp trong khi quyền lợi hưởng khá rộng; phương thức thanh toán theo phí dịch vụ khuyến khích tăng cung cấp dịch vụ; cách tính dự toán giao chưa phù hợp; và không kiểm soát được chi phí chuyên tuyến [3] (Xem hình 1)

Hình 1: Một số nguyên nhân mất cân đối thu – chi quỹ KCB BHYT



Trước hết, quỹ KCB BHYT mất cân đối là do giá dịch vụ y tế điều chỉnh tăng trong thời gian gần đây. Hơn nữa, phạm vi quyền lợi BHYT rộng, thiếu sự ưu tiên, trong khi mức đóng BHYT thấp. Ví dụ, danh mục thuốc BHYT có số lượng thuốc thương mại, biệt dược lớn là nguyên nhân dẫn đến sự mất cân đối quỹ KCB BHYT [3].

Một nguyên nhân quan trọng là hầu hết các cơ sở KCB thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, nên chưa chủ động kiểm soát chi phí, gây vượt trần, quỹ [18]. Đặc biệt, trong bối cảnh các cơ sở KCB thực hiện “tự chủ”, dễ dẫn đến các cơ sở y tế có xu hướng tập trung vào việc tăng thu. Ví dụ tại Đắc Lắc một số cơ sở KCB chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không cần thiết, tách DVKT để tăng số thanh toán, áp giá dịch vụ cao hơn....

Phương thức thanh toán theo định suất được áp dụng cho các cơ sở có thể đăng ký KCB ban đầu. Tại Việt Nam, suất phí định suất chưa phù hợp và cơ chế thanh toán chi phí chuyển tuyến – vượt tuyến trừ ngược vào quỹ KCB định suất ban đầu dẫn đến cơ sở quản lý quỹ không kiểm soát quỹ KCB: “Suất phí thấp, không kiểm soát được chi phí chuyển đi và “thông tuyến” dẫn đến tình trạng khó kiểm soát quỹ KCB BHYT tại cơ sở nhận khoán quỹ” (TLN – SYT Hà Nội, Bắc Giang). Vì vậy, hầu hết các bệnh viện không nhận thanh toán theo định suất vì không quản lý được vấn đề chi phí đa tuyến đi.

Nguyên nhân vượt quỹ KCB BHYT do cơ sở giữ quỹ không kiểm soát được chi phí chuyển tuyến là khá phổ biến. Ví dụ tại một bệnh viện huyện ở Bắc Ninh, chi phí đa tuyến chiếm 60% tổng chi phí KCB BHYT (30% bệnh nhân chuyển tuyến). Trầm trọng hơn nữa là việc trừ ngược chi phí chuyển tuyến gây ra tình trạng “giữ bệnh nhân” lại điều trị trong khi vượt quá khả năng chuyên môn, ảnh hưởng đến chất lượng KCB BHYT. Thực tế, có trường hợp người bệnh phải mất từ 3-5 triệu cho môi giới làm thủ tục chuyển viện (PVS người bệnh).

Theo ý kiến của địa phương, ngay cả cách tính dự toán giao cũng chưa phù hợp, nên dẫn đến vượt dự toán: “Cách giao dự toán chi phí KCB BHYT chưa phù hợp vì

không dựa trên việc sử dụng quỹ KCB BHYT của cơ sở KCB năm trước, nên dẫn đến vượt dự toán” (TLN- cơ sở KCB tỉnh Bắc Giang).

Kinh nghiệm quốc tế

Phương thức chi trả theo phí dịch vụ ở Tây Âu và Nhật Bản khác so với ở Việt Nam. Cụ thể, mô hình chi trả theo phí dịch vụ ở Tây Âu quy định trần thanh toán tối đa, giá và khối lượng dịch vụ được xác định theo trần chi trả. Chiến lược này tránh được gia tăng chi phí liên quan tới phương thức thanh toán theo phí dịch vụ ở nhiều nước. Thứ hai, đối với các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú, các nước có xu hướng chuyển sang phương thức kết hợp khoán tổng ngân sách và thanh toán theo trường hợp bệnh. Ở Tây Âu, hầu hết các nước đã chuyển sang chi trả theo hiệu quả hoạt động, phối hợp chi trả cho mỗi lần nhập viện tính theo nhóm chẩn đoán, tổng số tiền chi trả nằm trong số tiền khoán tổng ngân sách [4].

Là người mua dịch vụ với khối lượng lớn, tạo cho bên mua (cơ quan BHYT) sức mạnh lớn trong thương lượng để đàm phán giá với nhà cung cấp, kiểm soát sử dụng, chất lượng dịch vụ như tại Thái Lan. Cơ quan BHYT Thái Lan (NHSO) là nhà mua dịch vụ y tế lớn nhất ở Thái Lan sử dụng lợi thế mạnh của mình để thương lượng giảm giá thuốc, sản phẩm và can thiệp y tế. Thêm vào đó, sự kết hợp của phương thức thanh toán phối hợp (định suất cho ngoại trú và DRGs cho nội trú) với khoán tổng ngân sách cho bệnh nhân nội trú đã góp phần kiểm soát hiệu quả chi phí. Hệ thống thanh toán trọn gói đã khuyến khích các cơ sở KCB kiểm soát chi phí bằng cách kê đơn thuốc gốc, chỉ định dịch vụ hợp lý và khuyến khích dự phòng. Đồng thời, để đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế, cơ quan BHYT Thái Lan đã thiết lập cơ chế quản lý khiếu nại 24/24 của cơ quan BHYT; đảm bảo chất lượng qua kiểm định chất lượng bệnh viện; kiểm toán ngẫu nhiên với các hình phạt tài chính tại chỗ; đánh giá tần suất sử dụng dịch vụ để theo dõi tỷ lệ sử dụng, và khảo sát sự hài lòng của người bệnh thông qua các tổ chức độc lập [4].

Kinh nghiệm quốc tế cho thấy không có hệ thống

thanh toán chi phí nào là tối ưu; hệ thống thanh toán và động lực khuyến khích nhà cung cấp dịch vụ cần được thiết kế để giải quyết được các vấn đề chính sách và mục tiêu riêng của ngành Y tế của mỗi nước.

IV. KHUYẾN NGHỊ

Để tăng cường hiệu quả sử dụng quỹ KCB BHYT thông qua cải tiến phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT, nghiên cứu đưa ra những đề xuất sau:

Trước hết, cần loại bỏ chi phí chuyển tuyến và chi phí khám chữa bệnh vượt tuyến ra khỏi quỹ định suất hoặc quỹ KCB BHYT. Chi phí chuyển tuyến nên tách riêng và theo phí dịch vụ có trần đối với điều trị ngoại trú và chi trả theo trường hợp bệnh đối với bệnh nhân nội trú.

Sau đó, cải cách hệ thống thanh toán theo định suất: Nên loại bỏ dịch vụ nội trú ra khỏi thanh toán theo định

suất vì khó có thể dự báo chi phí điều trị nội trú. Các dịch vụ nội trú có thể thanh toán theo trường hợp bệnh hoặc phí dịch vụ có trần; cần đưa ra các hệ số điều chỉnh theo khu vực địa lý và tuổi/giới tính dựa trên kết quả xác định sự khác biệt trong chi phí thực tế, để nâng cao sự công bằng của hệ thống thanh toán.

Cải cách hệ thống thanh toán theo phí dịch vụ: Biểu phí/giá dịch vụ nên được sử dụng như một đòn bẩy chính sách để khuyến khích sử dụng các dịch vụ hiệu quả, không khuyến khích sử dụng các dịch vụ chi phí cao nhưng hiệu quả thấp bằng cách quy định mức phí tương đối thấp cho các dịch vụ đó; có thể kết hợp phương thức thanh toán theo phí/giá dịch vụ với trần theo tổng ngân sách.

Cuối cùng, thực hiện lộ trình chuyển sang phương thức kết hợp khoản tổng ngân sách và thanh toán theo trường hợp bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình thực hiện chế độ, chính sách Bảo hiểm y tế*. 2018.
2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình triển khai thực hiện Luật Bảo hiểm y tế giai đoạn 2015-2018*. 2018.
3. World Bank, *Moving Towards Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options*. 2014.
4. Assembly of Vietnam, *Amended Health Insurance Law*. 2014.
5. Ministry of Health and Health Partnership Group, *Joint Annual Health Review, 2013: Towards Universal Health Coverage*. . 2013.