

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC:

**GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ
CHẾ ĐỘ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ CHO NGƯỜI
THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

CHỦ BIÊN CHUYÊN ĐỀ: BS. LÊ VĂN PHÚC

HÀ NỘI – 2003

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
PHẦN MỞ ĐẦU	1
1. <i>Tính cấp thiết của đề tài</i>	1
2. <i>Mục tiêu nghiên cứu</i>	2
3. <i>Đối tượng và phương pháp nghiên cứu</i>	3
Chương I Ngưỡng vấn đề chung về KCB ngoại trú và các quy định về thanh toán chi phí KCB ngoại trú cho người có thẻ BHYT tại Việt Nam	3
1. <i>Những nội dung cơ bản về chế độ KCB ngoại trú nói chung và KCB cho người có BHYT</i>	3
1.1. <i>Tổ chức khám chữa bệnh ngoại trú</i>	3
1.2. <i>Sự cần thiết phải tổ chức khám chữa bệnh ngoại trú</i>	4
1.3. <i>Những hạn chế khi mở rộng mạng lưới KCB ngoại trú</i>	5
2. <i>Các quy định về KCB ngoại trú trước và sau khi có chính sách BHYT</i>	6
2.1. <i>Trước khi có BHYT</i>	6
2.2. <i>Sau khi có BHYT</i>	7
3. <i>Kinh nghiệm nước ngoài về tổ chức và thanh toán chi phí KCB ngoại trú BHYT</i>	9
3.1. <i>Tại Hàn Quốc</i>	10
3.2. <i>Tại Nhật Bản</i>	11
3.3. <i>Tại Singapore</i>	11
3.4. <i>Tại Thái Lan</i>	12
3.5. <i>Tại Trung Quốc</i>	14
3.6. <i>Tại CHLB Đức</i>	15
3.7. <i>Tại Australia</i>	15
Chương II Thực trạng công tác tổ chức KCB và chi trả chi phí KCB cho người có BHYT tại Việt Nam và HN	16
1. <i>Tổ chức công tác KCB ngoại trú</i>	16
1.1. <i>Đăng ký KCB ban đầu</i>	16
1.2. <i>Mạng lưới KCB ngoại trú</i>	17
1.3. <i>Chuyển tuyến</i>	23
2. <i>Quỹ KCB ngoại trú và phương thức xác định quỹ</i>	24
3. <i>Phương thức thanh toán chi phí KCB ngoại trú hiện nay</i>	25

3.1.	Thanh toán thông qua hợp đồng với các cơ sở y tế	25
3.2.	Thanh toán trực tiếp	28
3.3.	Thanh toán theo định suất	28
3.4.	Thanh toán theo yêu cầu riêng	38
4.	<i>Kết quả nghiên cứu</i>	29
4.1.	Cả nước	29
4.2.	Tại Hà Nội	31
5.	<i>Nhận xét, đánh giá và một số kết luận về tổ chức KCB và thanh toán chi phí KCB ngoại trú hiện nay</i>	41
5.1.	Nhận xét đánh giá	41
5.2.	Kết luận	46
Chương III	Đề xuất giải pháp nhằm hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB ngoại trú BHYT	48
1.	<i>Quan điểm hiện nay về các phương thức chi trả chi phí KCB ngoại trú</i>	48
2.	<i>Những bài học rút ra từ thực tiễn</i>	53
3.	<i>Đề xuất các giải pháp cụ thể nhằm hoàn thiện phương thức chi trả</i>	54
3.1.	Cải tiến phương thức thanh toán theo phí dịch vụ có trần đang thực hiện	54
3.2.	Thanh toán theo định suất	58
4.	Kiến nghị	58
4.1.	Đối với các cơ quan quản lý Nhà nước	58
4.2.	Đối với các cơ sở KCB	59
4.3.	Đối với BHXH Việt Nam	59
	PHẦN KẾT LUẬN	60
	Tài liệu tham khảo	61

PHẦN MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của vấn đề nghiên cứu

Trong hoạt động bảo hiểm y tế (BHYT), tổ chức, thực hiện công tác thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm đóng vai trò hết sức quan trọng, có ảnh hưởng rất lớn đến việc thành bại của chính sách. Khi xây dựng phương thức chi trả, các nhà hoạch định chính sách luôn phải cân nhắc giữa quyền lợi của người tham gia, khả năng cân đối quỹ BHYT, và thuận lợi cho công tác quản lý. Với điều kiện kinh tế - xã hội như Việt Nam hiện nay, đưa ra một phương thức chi trả BHYT hợp lý luôn là điều vô cùng khó khăn, phương thức đó chỉ có thể đạt được ở mức độ tương đối những điều kiện nói trên. Có lẽ cũng vì vậy mà chỉ mới 10 năm thực hiện BHYT, đã rất nhiều lần Nhà nước phải sửa đổi phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh (KCB).

Tại Việt Nam, trong khi quỹ khám chữa bệnh được ấn định bởi một số tuyệt đối thì việc phân ra các quỹ nhỏ (khám chữa bệnh ngoại trú, điều trị nội trú) chỉ mang tính tương đối. Có nghĩa là các quỹ này có thể bù trừ cho nhau (nếu 1 trong 2 quỹ bị bội chi) trong quá trình thanh toán. Tuy vậy, khi đã được xác định một tỷ lệ nào đó dành cho khám chữa bệnh ngoại trú hay nội trú, các cơ sở y tế sẽ làm căn cứ để sử dụng và cố gắng chi trong số kinh phí đã hợp đồng với cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH). Do vậy, để đưa ra được một tỷ lệ hợp lý, cơ quan hoạch định chính sách phải căn cứ theo nhu cầu khám chữa bệnh (KCB), khả năng cung cấp dịch vụ y tế của từng khu vực ngoại trú, nội trú. Đây cũng là một bài toán khó có được lời giải hoàn chỉnh. Qua thời gian 10 năm thực hiện chính sách BHYT, Bộ Y tế đã phải điều chỉnh tỷ lệ quỹ KCB ngoại trú từ 13,5% lên đến 25% và gần đây nhất là 45% của tổng quỹ khám chữa bệnh BHYT.

Với phương thức thanh toán chi phí KCB ngoại trú như hiện nay, nhiều bất cập đã phát sinh trong quá trình thực hiện, từ khâu tổ chức khám chữa bệnh đến việc sử dụng quỹ ngoại trú và nhất là vấn đề đảm bảo quyền lợi của người tham gia.

Mặc dù hàng năm cơ quan BHYT (nay là BHXH) đã phải chi hàng trăm tỷ (gần một nửa số quỹ KCB) dành cho việc khám chữa bệnh ngoại trú nhưng mới chỉ đáp ứng được một phần nhu cầu KCB của người có thẻ, vẫn còn khá nhiều ý kiến của bệnh nhân phản ánh về việc họ chưa được đảm bảo quyền lợi (chưa được cấp đủ thuốc, không được làm các xét nghiệm có chi phí cao, phải chờ đợi lâu khi khám chữa bệnh, không được chuyển tuyến kỹ thuật cao hơn khi cần thiết...). Tồn tại tình trạng nhiều cơ sở khám chữa bệnh sử dụng không hết quỹ ngoại trú nhưng lại có cơ sở luôn bị bội chi do phải "gánh" nhiều bệnh nhân bị bệnh mãn tính với chi phí điều trị cao và thường xuyên như bệnh nhân suy thận mãn (phải chạy thận nhân tạo), nội tiết, ung thư... Trong khi các cơ sở nhận quỹ KCB ngoại trú (45%) luôn tìm mọi cách để hạn chế tình trạng bội chi quỹ thì các cơ sở tuyến trên (nhận KCB cho các bệnh nhân chuyển đến) luôn chỉ định điều trị hết sức rộng rãi vì không có quy định giới hạn trần. Điều này đã làm cho các cơ sở tuyến dưới "sợ" gửi bệnh nhân lên tuyến trên khám chữa bệnh ngoại trú. Chính vì vậy, có trường hợp bệnh nhân rất cần khám chuyên khoa sâu lại không được giới thiệu đi, làm ảnh hưởng đến quyền lợi chính đáng của người tham gia BHYT. Một vấn đề nữa cũng được khá nhiều cơ sở khám chữa bệnh quan tâm đó là việc xác định và phân bổ quỹ KCB ngoại trú. Các phương thức đang được thực hiện không thống nhất giữa các địa phương. Cơ sở KCB hầu như phải chấp nhận phương thức do cơ quan BHXH áp dụng. Mặc dù có khá nhiều bất cập như trên nhưng cho đến nay chưa có một nghiên cứu toàn diện nào nhằm đưa ra các giải pháp để hoàn thiện phương thức chi trả chi phí khám chữa bệnh ngoại trú cho bệnh nhân BHYT.

Để đảm bảo tốt hơn nữa quyền lợi của người tham gia cũng như hiệu quả hơn trong việc sử dụng quỹ BHYT, rất cần có một nghiên cứu nhằm đánh giá những ưu điểm, nhược điểm, từ đó đề xuất các giải pháp hoàn thiện phương thức thanh toán chi phí KCB ngoại trú hiện đang áp dụng. Xuất phát từ những yêu cầu nói

trên, chúng tôi lựa chọn nghiên cứu chuyên đề: "Hoàn thiện phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh ngoại trú cho bệnh nhân BHYT".

2. Mục tiêu nghiên cứu.

2.1. Đánh giá thực trạng công tác tổ chức KCB và chi trả chế độ khám chữa bệnh ngoại trú cho người có thẻ BHYT.

2.2. Đề xuất các giải pháp nhằm hoàn thiện phương thức chi trả chi phí KCB ngoại trú cho người bệnh BHYT.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

3.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân khám chữa bệnh ngoại trú theo chế độ BHYT.
- Các chứng từ thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú giữa cơ quan BHYT với cơ sở khám chữa bệnh.

3.2. Phạm vi nghiên cứu

- Nghiên cứu thực trạng công tác tổ chức khám chữa bệnh và chi trả chế độ KCB ngoại trú tại Việt Nam thời gian qua và đi sâu nghiên cứu trên địa bàn Tp. Hà Nội năm 2003.

3.3. Phương pháp nghiên cứu

- Khảo sát tại thực địa (Tp. Hà Nội)
- Hồi cứu số liệu thứ cấp
- Tổng hợp, phân tích, đánh giá

CHƯƠNG I

NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ KCB NGOẠI TRÚ VÀ CÁC QUY ĐỊNH VỀ THANH TOÁN CHI PHÍ KCB NGOẠI TRÚ CHO NGƯỜI CÓ THẺ BHYT TẠI VIỆT NAM.

1. Những nội dung cơ bản về chế độ khám chữa bệnh ngoại trú nói chung và khám chữa bệnh cho người có BHYT.

1.1. Tổ chức khám chữa bệnh ngoại trú:

Khám, chữa bệnh ngoại trú là quá trình khám chữa bệnh được thực hiện cho bệnh nhân tại các phòng khám bệnh hoặc tại gia đình. Mỗi bệnh viện đều một bộ phận được gọi là phòng khám (hiện nay được đổi thành khoa khám bệnh). Ngoài ra còn có các cơ sở chỉ chuyên thực hiện công tác khám chữa bệnh ngoại trú như phòng khám đa khu vực, trạm y tế xã, phường, phòng y tế cơ quan đơn vị, phòng khám bệnh tư nhân...

Bệnh nhân ngoại trú (outpatient) là các bệnh nhân đến tại các phòng khám, được khám, chữa bệnh sau đó về ngay, không phải vào nằm nội trú trong bệnh viện. Tuy nhiên, có một số loại bệnh nhân ngoại trú đặc biệt như bệnh nhân suy thận phải chạy thận nhân tạo chu kỳ. Với các bệnh nhân này, theo định kỳ, họ phải đến khoa thận nhân tạo để lọc máu, thời gian thực hiện thủ thuật khoảng 1/2-1 ngày. Ngoài ra cũng có những trường hợp bệnh nhân cấp cứu, chưa có chỉ định vào điều trị nội trú mà chỉ cần nằm lưu ở ngoại trú để theo dõi (thời gian có thể vài giờ đến cả ngày) sau đó có thể được đưa vào nội trú hoặc về nhà theo dõi tiếp tùy diễn biến của bệnh. Hiện nay, mô hình chăm sóc bệnh nhân ngoại trú tại nhà do các thầy thuốc gia đình thực hiện cũng đang được phát triển ở Việt Nam (đặc biệt tại các thành phố lớn như Hà Nội, Tp. Hồ Chí Minh). Trên thế giới (Hà Lan, Cu Ba, Canada...), mô hình này đã được triển khai từ nhiều năm qua và được đánh giá là rất hiệu quả.

1.2. Sự cần thiết phải tổ chức KCB ngoại trú.

Ở tất cả các nước trên thế giới, việc tổ chức khám chữa bệnh ngoại trú là không thể thiếu được và ngày càng phát triển. Việc chuyển từ điều trị nội trú sang điều trị ngoại trú là rất tích cực về cả khía cạnh y tế và tài chính. Nhiều nước phát triển đã giảm được 25-30% số giường bệnh trong vòng 10-15 năm qua [20, tr.68]. Theo ước tính, ở Đức, có đến 17% bệnh nhân nội trú không cần thiết phải điều trị tại bệnh viện, thay vào đó, các bệnh nhân này có thể được chăm sóc sức khỏe ngay tại nhà hoặc các phòng khám ngoại trú [Elias Mosialos,1999]. Mở rộng

màng lưới khám chữa bệnh ngoại trú không những chăm sóc sức khỏe cho người dân tốt hơn mà còn tiết kiệm được chi phí y tế bởi những lý do sau:

- Đầu tư các phòng khám rẻ hơn nhiều so với các bệnh viện nên có thể dễ dàng mở rộng màng lưới KCB. Bệnh nhân có điều kiện thuận lợi hơn trong việc tiếp cận với các dịch vụ y tế.
- Khi được khám chữa bệnh kịp thời sẽ hạn chế số lượng bệnh nhân phải vào điều trị nội trú hoặc chuyển lên tuyến trên, giảm chi phí cho người bệnh và cho xã hội nói chung.
- Bệnh nhân ngoại trú có thể vừa điều trị nhưng vẫn có thể làm việc, chính vì vậy mô hình khám chữa bệnh này rất có lợi xét về góc độ kinh tế.

Đối với những người có BHYT, mở rộng màng lưới y tế và nâng cao hiệu quả của công tác khám chữa bệnh ngoại trú có một ý nghĩa kinh tế, xã hội rất lớn. Hiện nay, trên 80% số người tham gia BHYT là những người đang đi làm, đi học, chính vì vậy, nếu hạn chế được thời gian phải nằm điều trị nội trú đồng nghĩa với việc duy trì được ngày công lao động. Điều này không những có lợi cho bản thân người lao động mà còn có lợi cho cả xã hội, trong đó có quỹ BHXH.

1.3. Những hạn chế khi mở rộng màng lưới KCB ngoại trú BHYT

Trong điều kiện kinh tế nước ta hiện nay, khi mở rộng màng lưới khám chữa bệnh ngoại trú sẽ gặp một số khó khăn nhất định, đó là:

- Thiếu cán bộ y tế có chất lượng phục vụ tại các phòng khám, đặc biệt tại tuyến y tế cơ sở.
- Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế trong điều kiện hiện nay khó đáp ứng được nhu cầu KCB do Nhà nước phải đầu tư dần trải.
- Thiếu kinh phí hoạt động do quỹ KCB ngoại trú bảo hiểm y tế hiện nay chưa đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh, đặc biệt là tại các trạm y tế xã và các bệnh viện tuyến cao.
- Khó quản lý chi phí khám chữa bệnh do không đủ nhân lực giám sát.

2. Các quy định về khám chữa bệnh ngoại trú trước và sau khi có chính sách BHYT

2.1. Trước khi có BHYT

Nước ta trải qua một thời kỳ bao cấp kéo dài, trong đó có sự bao cấp về chăm sóc sức khỏe. Tất cả mọi người dân đều được miễn phí khi khám chữa bệnh. Tuy vậy, do tình hình kinh tế gặp nhiều khó khăn, mức độ chăm sóc y tế theo chế độ bao cấp rất hạn chế. Để đảm bảo cho đối tượng là cán bộ, công nhân, viên chức Nhà nước được chăm sóc sức khỏe tốt hơn, Chính phủ ban hành quyết định số 91-Ttg ngày 25-4-1974, về việc chấn chỉnh tổ chức khám chữa bệnh cho đối tượng này. Theo đó, các phòng khám bệnh phải do ngành y tế quản lý, trực tiếp cấp thuốc cho người ốm. Mức chi tiêu về thuốc (bao gồm thuốc thông thường, thuốc cấp ở cơ quan, xí nghiệp, phòng khám) được ấn định là 24 đồng/1 người/1 năm. Những trường hợp mắc bệnh mãn tính, phải điều trị lâu dài sẽ do bệnh viện quản lý và kinh phí điều trị được tính bổ sung ngoài định mức giường bệnh.

Để phù hợp với sự chuyển đổi nền kinh tế từ bao cấp sang nền kinh tế thị trường, định hướng xã hội chủ nghĩa, ngành y tế cũng có những bước chuyển đổi quan trọng. Ngày 24/4/1989, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) ban hành Quyết định số 45/QĐ-HĐBT về việc thu một phần viện phí. Nội dung thu một phần viện phí ở ngoại trú bao gồm: Tiền khám bệnh; thuốc, xét nghiệm và các dịch vụ kỹ thuật.

Đối với cán bộ công nhân viên chức Nhà nước (tại chức hoặc đã nghỉ hưu, nghỉ mất sức) và một số đối tượng khác được miễn thu một phần viện phí.

Thông tư hướng dẫn thực hiện Quyết định này (số 14/TTLB ngày 15/6/1989) cũng quy định đơn giá 1 lần khám bệnh theo các tuyến (từ 300 - 500 đồng). Các phòng khám bệnh (trừ các phòng khám Việt - Xô, Thống Nhất, C Đà Nẵng) chỉ dự trữ thuốc cấp cứu và một số loại thuốc thông thường, các loại thuốc khác, bệnh nhân mua theo đơn. Thông tư cũng cho phép áp dụng thí điểm chế độ bảo hiểm sức khỏe với các nơi có điều kiện.

Căn cứ điều khoản này, một số địa phương đã tổ chức các quỹ bảo hiểm sức khỏe (tiền thân của BHYT) như Hải Phòng, Vĩnh Phú, Quảng Trị, Quỹ khám chữa bệnh Đường sắt. Các quỹ này thực hiện phương thức chi trả theo phí dịch vụ (bệnh nhân sử dụng đến đâu chi đến đó).

2.2. Sau khi có chính sách BHYT

2.2.1. Giai đoạn từ 1992 đến 1995

Tháng 8/1992, hệ thống BHYT ở Việt Nam được thành lập. Ở Trung ương, Bảo hiểm y tế Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế, ở địa phương, Bảo hiểm y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Giám đốc Sở Y tế. Các cơ quan BHYT này hoạt động theo nguyên tắc hạch toán độc lập. Từ năm 1993, các cơ quan BHYT mới chính thức ký hợp đồng khám chữa bệnh cho người có BHYT với các cơ sở KCB theo hướng dẫn tại Thông tư số 16/BYT-TT ngày 15/12/1992.

Phương thức thanh toán khám chữa bệnh ngoại trú được thực hiện theo phí dịch vụ và giới hạn bằng 13,5% tổng thu BHYT của sổ thẻ đăng ký tại phòng khám đó. Nội dung chi ngoại trú bao gồm:

- 70% chi trực tiếp cho người bệnh, bao gồm: Thuốc, dịch truyền, các loại xét nghiệm cận lâm sàng, X-quang, thủ thuật.
- 20% chi cho cơ sở khám chữa bệnh để mua một số vật tư y tế tiêu hao thông dụng.
- 10% chi thưởng cho cán bộ y tế trực tiếp khám chữa bệnh cho bệnh nhân BHYT.

Đối với các trường hợp chuyển tuyến từ nơi khác đến, cơ quan BHYT sẽ thanh toán theo thực tế, ngoài quỹ 13,5%.

Khi đó, chưa có biểu giá các dịch vụ y tế chuẩn và thống nhất, chính vì vậy, giá thanh toán ghi trong hợp đồng chỉ là giá tạm thời được thoả thuận giữa cơ quan BHYT và cơ sở KCB căn cứ quy định của các địa phương [10].

2.2.3. Giai đoạn từ tháng 9/1994 đến 10/1995

Ngày 26/8/1994, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 16/BYT-TT, điều chỉnh tỷ lệ dành cho KCB ngoại trú bằng 25% -30% tổng quỹ BHYT tùy theo tình hình thực tế của các phòng khám. Quy định này thực hiện đến tháng 10/1995.

2.2.4. Giai đoạn từ tháng 1/1995 đến 19/12/1998

Ngày 24/10/1995, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 15/TT-BYT hướng dẫn thực hiện thông tư 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. Theo đó, quỹ khám chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám chữa bệnh được xác định bằng 45% của quỹ khám chữa bệnh tính trên tổng số tiền đóng BHYT được sử dụng trong năm của số thẻ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở KCB. Quỹ KCB ngoại trú được sử dụng để thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở và chi phí khám chữa bệnh ngoại trú cho các bệnh nhân phải chuyển lên tuyến trên. Cơ sở KCB tuyến trên được cơ quan BHYT thanh toán thực chi các chi phí KCB ngoại trú của người bệnh từ tuyến dưới chuyển đến. Cơ quan BHYT sẽ tính toàn bộ các chi phí này vào quỹ KCB ngoại trú của cơ sở y tế nơi người bệnh BHYT đăng ký KCB ban đầu.

Nội dung thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú bao gồm:

- Tiền chi trả cho một lượt khám (bao gồm công khám và một số vật tư y tế tiêu hao thông dụng);
- Thuốc, dịch truyền trong danh mục do Bộ Y tế quy định;
- Chi phí máu, xét nghiệm, thủ thuật, X quang và thuốc cản quang.

Giá thanh toán: Theo bảng giá viện phí của cơ sở KCB được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Mức thanh toán: Tối đa 45% quỹ KCB. Tuy nhiên, các cơ sở KCB có thể bù trừ phần vượt quỹ ngoại trú giữa các quý trong năm.

Để tháo gỡ khó khăn cho các cơ sở KCB và đảm bảo hơn nữa quyền lợi của người bệnh, ngày 23/4/1997, Bộ Y tế có công văn số 2667/TCKT hướng dẫn thêm

về sử dụng quỹ KCB ngoại trú. Theo đó, cơ quan BHYT tỉnh có thể điều tiết kinh phí từ quỹ nội trú (nếu còn) cho các đơn vị bị bội chi quỹ ngoại trú.

Ngày 19/9/1997, liên bộ ban hành thông tư số 11/TTLB, sửa đổi một số nội dung của thông tư số 14/TTLB ngày 30/9/1995. Lần đầu tiên, vấn đề cùng chi trả được quy định đối với bệnh nhân BHYT khi sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao như chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner), cộng hưởng từ hạt nhân (MRI), thận nhân tạo (đồng chi trả 10%), thuốc chống ung thư ngoài danh mục (50%) [22]

2.2.5. Giai đoạn từ năm 1999 đến 2003.

Các nội dung quy định về thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú theo Thông tư số 17/BYT-TT ngày 19/12/1998 về cơ bản không khác so với những quy định trước đó. Thay đổi duy nhất trong giai đoạn này là người bệnh có BHYT phải thực hiện cùng chi trả với tỷ lệ 20% (sau đó quy định này chỉ thực hiện đối với các đối tượng đang đi làm có tham gia BHYT).

2.2.6. Giai đoạn từ năm 2003 đến nay

Sau khi chuyển BHYT Việt Nam sang BHXH Việt Nam, phương thức chi trả khám chữa bệnh ngoại trú có 2 sự thay đổi so với cũ là:

- Chi phí KCB ngoại trú của các bệnh nhân ngoại tỉnh được cơ quan BHXH, nơi nhận bệnh nhân thanh toán với các cơ sở y tế, cơ quan BHXH nơi có bệnh nhân gửi đi không phải chuyển trả các chi phí này, Bảo hiểm Xã hội Trung ương thực hiện điều tiết chung trong toàn hệ thống.
- Từ năm 2004, cơ quan BHXH thanh toán theo thực tế sử dụng một số vật tư y tế tiêu hao như găng tay, bơm kim tiêm, chỉ phẫu thuật...(theo danh mục của Bộ Y tế) cho bệnh nhân BHYT.

3. Kinh nghiệm của nước ngoài về tổ chức KCB và thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú cho đối tượng bệnh nhân BHYT.

Tại rất nhiều nước trên thế giới, trong đó có các nước phát triển, công tác khám chữa bệnh ngoại trú hầu hết do các thầy thuốc tư nhân đảm nhiệm (bao gồm các bác sỹ đa khoa và chuyên khoa). Các bệnh viện chủ yếu chỉ thực hiện

chức năng khám chuyên khoa sâu và điều trị nội trú. Việc phân tuyến, chuyển tuyến cũng được thực hiện một cách nghiêm ngặt. Các trường hợp bệnh nhân đến thẳng các cơ sở tuyến trên không có sự giới thiệu từ tuyến dưới sẽ phải trả thêm một mức phí chênh lệch khá lớn. Cơ quan BHYT thực hiện khoán đối với các thầy thuốc tư nhân căn cứ số thẻ đăng ký tại phòng khám của thầy thuốc đó. Bệnh nhân BHYT tại hầu hết các nước đều phải thực hiện cùng chi trả các chi phí khám chữa bệnh. Để đáp ứng được hai mục tiêu chính là hiệu quả và tiết kiệm, các nước phát triển đã rất chú trọng đến khâu tổ chức khám chữa bệnh ngoại trú và đề ra các biện pháp hạn chế chi phí y tế. Mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà được áp dụng rộng rãi ở Canada, Australia, Nhật, Mỹ, Thụy Điển... nhưng phát triển đầy đủ nhất là tại Hà Lan. Hình thức chăm sóc sức khỏe này đã đem lại hiệu quả rất lớn đối với người dân đồng thời lại tiết kiệm khá nhiều chi phí y tế. Vấn đề hướng dẫn, giám sát công tác khám bệnh, kê đơn cũng được các nước rất chú trọng. Pháp là một trong số ít nước đã xây dựng một hệ thống "hướng dẫn hành nghề y" ngoài bệnh viện. Theo đó, việc khám bệnh, chỉ định xét nghiệm, kê đơn... được quy định rất cụ thể. Dưới đây là kinh nghiệm của một số nước về công tác tổ chức và thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú.

3.1. Tại Hàn Quốc

Hàn Quốc đã xây dựng Luật BHYT vào năm 1963, tuy nhiên phải đến năm 1977, Hàn Quốc mới áp dụng Luật BHYT bắt buộc và sau 12 năm (1989) Hàn Quốc mới thực hiện xong BHYT toàn dân. Hơn 90% các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Hàn Quốc do tư nhân đảm nhiệm. Hệ thống tổ chức BHYT bao gồm: Cục BHYT và Cục giám định BHYT (đều trực thuộc Bộ Y tế và phúc lợi). Dưới cục BHYT là các chi cục (có 161) và tương tự như vậy, dưới cục giám định BHYT cũng có các chi cục (có 6). Cục (và các chi cục) BHYT không trực tiếp thoả thuận hợp đồng khám chữa bệnh với các cơ sở y tế. Người tham gia BHYT có thể tùy ý lựa chọn thầy thuốc trong khu vực nhỏ để chăm sóc sức khỏe (năm 1989, Chính phủ đã phân cấp hệ thống y tế thành 8 khu vực lớn và 140 khu vực nhỏ). Nếu muốn

chuyển đến cơ sở tuyến cao hơn thì cần có giấy giới thiệu chuyển viện (ngoại trừ các trường hợp thai sản, cấp cứu). Hàn Quốc thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục chi phí do Ủy ban quản lý BHYT đề nghị. Bản danh mục này được xây dựng trên cơ sở thống nhất của các đại diện: BHYT, người được bảo hiểm, giới chủ hiệp hội y tế. Trước khi thanh toán cho cơ sở y tế, các chi phí được Cục giám định BHYT quốc gia giám định. Mức cùng chi trả tại Hàn Quốc rất cao. Tại các phòng khám từ 20-30%, tại các bệnh viện từ 40-60% (tùy theo tuyến, tuyến càng cao, mức chi trả càng lớn). Tuy nhiên, quỹ BHYT của Hàn Quốc luôn trong tình trạng bội chi (năm 2001 bội chi gần 40 nghìn tỷ Won). Lý do chính là Hàn Quốc thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, chưa quản lý được thuốc và giá thuốc. Một nguyên nhân nữa, theo các chuyên gia, có thể là hệ thống giám định chi phí bị tách khỏi hệ thống BHYT.

3.2. Tại Nhật Bản

Bảo hiểm y tế Nhật bản ra đời từ năm 1922 và hoàn thiện năm 1961, qua nhiều năm thực hiện, BHYT Nhật Bản đã có những bước phát triển mạnh mẽ, tuy cũng không tránh khỏi tình trạng bội chi quỹ. Một trong những nguyên nhân dẫn chính đến bội chi quỹ đó là tại Nhật Bản thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ đồng thời không quy định khám chữa bệnh theo tuyến chuyên môn mà bệnh nhân có thể đến bất cứ một cơ sở y tế nào. Bệnh nhân BHYT sẽ trực tiếp trả các chi phí KCB cho các cơ sở KCB sau đó cơ quan BHYT sẽ hoàn lại cho họ theo các chứng từ hợp pháp. Mặc dù đã tăng mức phí đóng BHYT, thực hiện cùng chi trả chi phí KCB (30%) nhưng đến năm 2001 quỹ BHYT của Nhật Bản bị bội chi lên đến 4,9 tỷ USD. Chính vì vậy, hiện nay Nhật Bản đang chuyển từ phương thức thanh toán theo phí dịch vụ sang phương thức khoán theo định suất.

3.3. Tại Singapore

Hiện nay, tài chính cho y tế Singapore dựa trên nguyên tắc phát huy trách nhiệm cá nhân: trong khi Nhà nước đảm bảo các dịch vụ y tế thiết yếu thì cá nhân đóng

góp chi phí y tế cho dịch vụ cao. Nguyên tắc cùng chi trả áp dụng cho tất cả các loại dịch vụ y tế nhằm tránh lạm dụng và hạn chế gia tăng chi phí y tế. 3 chương trình triển khai là Medisave, Medishield và Medifund.

Medisave là chương trình tiết kiệm y tế bắt buộc (6-8%) dùng để chi cho bản thân hoặc người thân của mình bị ốm đau. Mỗi người được lựa chọn người cung ứng dịch vụ y tế và tự trả chi phí KCB từ tài khoản cá nhân của mình. Tuy nhiên, tài khoản này chỉ được phép trả cho các chi phí điều trị *nội trú*. Người bệnh phải tự trả các chi phí *ngoại trú*, không được dùng từ tài khoản y tế của mình. Tuy vậy, tài khoản y tế cá nhân không thể đủ trang trải chi phí y tế lớn do không có sự san sẻ rủi ro theo nguyên lý bảo hiểm. Chương trình BHYT Medishield đã khắc phục hạn chế này. Tiền đóng vào quỹ này lấy từ tài khoản y tế cá nhân và để chi trả các chi phí khám chữa bệnh (cả nội và ngoại trú). Người bệnh phải cùng chi trả từ 15% - 50% đối với KCB ngoại trú (tùy theo loại dịch vụ và tuyến chuyên môn kỹ thuật), ngoài ra còn phải nộp một khoản cố định mỗi khi đi khám chữa bệnh. 75% việc phục vụ phòng và khám chữa bệnh thông thường do khoảng 800 phòng khám chữa bệnh tư nhân đảm nhiệm, 25% còn lại do Nhà nước quản lý. Ngược lại, điều trị tại bệnh viện, Nhà nước đảm nhận tới 80%, chỉ 20% thuộc về tư nhân. Để hạn chế chi phí y tế, Nhà nước kiểm chế việc sử dụng các kỹ thuật cao và thuốc quý hiếm tại các bệnh viện công lập đồng thời để cao trách nhiệm cá nhân trong việc sử dụng dịch vụ y tế.

3.4. Tại Thái Lan

Thái Lan là một trong số ít các nước mới chỉ thực hiện BHYT bắt buộc đối với những người lao động trong các ngành chính thức. Đối với công chức và các nhân viên các xí nghiệp Nhà nước khi sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ được quỹ phúc lợi của Chính phủ chi trả. Năm 2001, Chính phủ Thái Lan thí điểm chương trình "Thẻ vàng 30 bath chữa mọi người" (Gold Card). Đến tháng 7/2002, hầu như 100% dân số Thái Lan đã được BHYT. Cơ quan BHXH Thái Lan là người trực tiếp ký hợp đồng với các cơ sở KCB để phục vụ bệnh nhân có BHYT.

Hệ thống chăm sóc sức khoẻ mới chỉ bao phủ đến tuyến huyện. Người có BHYT được đăng ký KCB tại 1 cơ sở. Khi cần chuyển tuyến, cơ sở đó sẽ giới thiệu lên tuyến trên. Phương thức chi trả thực hiện khác nhau với mỗi loại đối tượng. Đối với công chức, viên chức nhà nước và thân nhân (quỹ do Bộ Tài chính quản lý) không bị giới hạn tuyến khám bệnh và được thanh toán toàn bộ các chi phí KCB. Bệnh nhân đi khám bệnh, tự chi trả cho các cơ sở KCB sau đó lấy hoá đơn, chứng từ về cơ quan để thanh toán lại. Cơ quan sẽ tập hợp toàn bộ chi phí để quyết toán với cơ quan quản lý quỹ. Đối với người có thẻ BHYT là người lao động trong các doanh nghiệp lại được chi trả theo phương thức khác khi đi KCB ngoại trú. Cơ quan BHXH Thái Lan ký hợp đồng với các cơ sở khám chữa bệnh theo phương thức khoán định xuất (capitation). Căn cứ vào số thẻ BHYT đăng ký tại cơ sở KCB, mức chi phí bình quân của 1 thẻ/năm (nội trú, ngoại trú) để định ra mức khoán đối với cơ sở KCB. Năm 2004, mức khoán là 1247 bath/người/năm, trong đó dành cho KCB ngoại trú là 55%, nội trú là 45%. Hệ số khoán được điều chỉnh theo từng năm, mỗi năm mức khoán được cộng thêm 200 Bath. Cơ sở nhận khoán phải chịu trách nhiệm thanh toán cả các trường hợp bệnh nhân chuyển tuyến (hoặc cấp cứu ở nơi khác). Tuy nhiên, trong một số trường hợp bệnh nặng, chi phí lớn cũng sẽ được cơ quan BHXH thoả thuận để thanh toán ngoài quỹ khoán. Với phương thức này, cơ quan BHXH có thể không lo lắng về việc bội chi quỹ nhưng quyền lợi của bệnh nhân là vấn đề cần quan tâm. Số liệu năm 1994 (Supachuticul, 1996) cho thấy, trung bình một lần khám chữa bệnh ngoại trú của công chức (không thuộc hệ thống BHXH) là 463 bath thì của người có BHYT (thuộc hệ thống BHXH) chỉ là 140 bath, đối với một đợt điều trị nội trú tương đương là 9981 bath và 4260 bath.

Chương trình “Thẻ Vàng 30 Bath” lại được thực hiện khác. Mỗi lần đi khám chữa bệnh (kể cả nội trú và ngoại trú) người bệnh đều phải đóng 30bath, chi phí còn lại do Nhà nước trả từ ngân sách quốc gia. Thái Lan cũng đã xây dựng được danh

mục thuốc, các loại kỹ thuật được cơ quan BHXH chi trả khi người có BHYT sử dụng.

3.5. Tại Trung Quốc

Ngay từ những năm đầu thành lập, Trung Quốc đã đưa ra các chương trình BHYT Nhà nước hoặc Bảo hiểm lao động. Tuy nhiên, diện bao phủ của các hình thức này là rất hẹp (khoảng 15% dân số). Mặc dù vậy, các chương trình này lại chiếm đến 36% chi phí y tế cả nước (World Bank, 1997). Dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp bởi một hệ thống chia làm 3 tuyến: y tế cơ sở, tuyến huyện và tuyến thành phố (bao gồm các bệnh viện tỉnh và Trung ương). Hệ thống này chủ yếu do Nhà nước quản lý. Bảo hiểm y tế Trung Quốc thực hiện phương thức chi trả theo phí dịch vụ có giới hạn trần và cùng chi trả chi phí KCB. Theo quy định, đối với ngoại trú, người tham gia công tác từ 31/12/1999 trở về trước phải tự chi trả 20-30% chi phí khám chữa bệnh tùy theo lứa tuổi, người công tác từ 1/1/2000 phải tự trả 100% chi phí khám chữa bệnh ngoại trú. Người về hưu tự trả từ 15-55% chi phí khám chữa bệnh tùy theo thời gian tham gia công tác và thời gian nghỉ hưu. Mức tự chi trả trong năm thấp nhất là 2% và cao nhất tới 10% lương của năm trước. Tổng chi phí khám chữa bệnh nội, ngoại trú tối đa được BHYT thanh toán (gói hạn trần) không quá 4 năm lương của người tham gia. Các chi phí tiếp theo do người bệnh phải tự trả. Người bệnh BHYT được tự do đến các bệnh viện KCB mà không bị giới hạn bởi tuyến kỹ thuật. Ngoài ra, BHYT cũng quy định không chi trả cho các trường hợp khám chữa bệnh tự chọn, sử dụng thuốc và kỹ thuật không có trong danh mục của Bộ Y tế.

Phương thức chi trả theo phí dịch vụ (fee for service) là nguyên nhân chính gây nên sự tăng vọt chi phí y tế ở Trung Quốc (chi phí thường xuyên về y tế của Chính phủ và của các xí nghiệp quốc doanh cho bảo hiểm y tế Nhà nước và Bảo hiểm lao động tăng từ 2,7 tỷ NDT năm 1978 lên 73,37 NDT năm 1997) [CHEI, 1998].

3.6. Tại Cộng hoà Liên bang Đức

Là một trong những nước có lịch sử lâu đời nhất về phát triển BHYT, hiện tại toàn bộ người dân Đức đều phải tham gia BHYT theo Luật định. Hai hệ thống BHYT được song song tồn tại. Đó là hệ thống BHYT Nhà nước và tư nhân. Theo quy định, đối với viên chức và người hưu trí có mức thu nhập hàng tháng tới 3.825 Euro (45.900 Eu), sinh viên, thành viên khác trong gia đình, người thất nghiệp (người được hưởng trợ cấp xã hội) có nghĩa vụ mua BHYT bắt buộc hoặc lựa chọn. Đối với viên chức và các hưu trí có thu nhập hàng năm trên 45.900 Eu, những người hành nghề độc lập và phần lớn công chức Nhà nước có thể lựa chọn hình thức bảo hiểm bắt buộc hoặc bảo hiểm y tế tư nhân. Người có Bảo hiểm được tự do lựa chọn thầy thuốc. Với người có thu nhập thấp sẽ không phải đóng khoản bổ sung khi KCB ngoại trú hoặc cho các khoản phục vụ khác (điều khoản này đã thay đổi từ năm 2004, chỉ miễn đóng cho trẻ em). Các đối tượng khác phải đóng bổ sung 2% thu nhập và 1% đối với bệnh nhân mãn tính. Người bệnh không phải trả tiền mặt (trừ khoản phải trả thêm). Để phục vụ bệnh nhân đã có một hệ thống hợp đồng toàn diện quy định về giá cả, về số lượng và chất lượng dịch vụ. Đối với khám chữa bệnh ngoại trú, ngân sách phân bổ theo khu vực được thực hiện theo luật từ năm 1989, các thầy thuốc tư nhân được thanh toán chi phí KCB theo bảng giá dịch vụ, không vượt qua mức ngân sách đã được phân bổ (số lượng ngân sách phụ thuộc vào số thẻ BHYT đăng ký KCB tại phòng khám). Người bệnh được hưởng hầu hết các dịch vụ y tế kể cả dịch vụ làm răng giả. Tỷ lệ cùng chi trả tại CHLB Đức từ 10-30%. Tuy vậy, chi BHYT (khu vực bắt buộc) không ngừng gia tăng, từ 107,6 tỷ Eu năm 1992, qua 10 năm, đến năm 2002 đã là 142,6 tỷ Eu, thâm hụt so với thu là 3,42 tỷ Eu (Boris M.Velter, 2003).

3.7. Tại Australia

Australia là một trong những quốc gia có luật BHYT toàn dân. Cùng tồn tại với BHYT Nhà nước còn có hệ thống BHYT tư nhân hoạt động rất hiệu quả (đáng

chú ý là công ty MBF - một công ty BHYT tư nhân lớn nhất với hơn 1,5 triệu người tham gia). Người tham gia bảo hiểm có thể lựa chọn thầy thuốc đa khoa để chăm sóc sức khỏe cho mình. Người bệnh ngoại trú phải trả 15% tổng chi phí một lần khám nhưng tối đa không quá 27 AUD. Các công ty BHYT tư nhân (MBF) cũng chỉ hỗ trợ chi trả phần bệnh nhân phải cùng trả trong điều trị nội trú, mức hỗ trợ là 25%.

CHƯƠNG II

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC TỔ CHỨC KCB VÀ THANH TOÁN CHI PHÍ KCB NGOẠI TRÚ CHO NGƯỜI CÓ THỂ BHYT TẠI VIỆT NAM VÀ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

1. Tổ chức công tác khám chữa bệnh ngoại trú cho các đối tượng tham gia BHYT hiện nay.

1.1. Đăng ký khám chữa bệnh ban đầu

Mỗi người tham gia BHYT đều có thể lựa chọn nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu phù hợp (thuận lợi cho việc khám chữa bệnh). Đó là các trạm y tế xã, phường, phòng khám y tế cơ quan, đơn vị, phòng khám đa khoa thuộc trung tâm y tế quận, huyện, các phòng khám của các bệnh viện đa khoa (có thể bao gồm cả một số bệnh viện chuyên khoa) tỉnh, thành phố, ngành, các bệnh viện Trung ương. Riêng với một số bệnh viện Trung ương, ngành (Hữu Nghị, TW Quân đội 108, bệnh viện 198 Bộ Công an, bệnh viện Bưu Điện...) có quy định tiêu chuẩn đối tượng được đăng ký khám chữa bệnh ban đầu. Sau mỗi 3 tháng, người bệnh có thể đổi nơi đăng ký KCB ban đầu bằng cách thay lại phiếu khám chữa bệnh tại cơ quan BHXH. Căn cứ nơi đăng ký KCB ban đầu, người có BHYT sẽ được khám chữa bệnh nội, ngoại trú và được chi trả các chi phí theo quỹ định hiện hành. Khi quá khả năng về chuyên môn, người bệnh sẽ được chuyển lên tuyến khám chữa bệnh cao hơn.

1.2. Mạng lưới khám chữa bệnh ngoại trú

Công tác KCB ngoại trú cho người tham gia BHYT được triển khai thực hiện từ các trạm y tế xã, phường, phòng khám y tế cơ quan đơn vị đến các bệnh viện tuyến trung ương.

1.2.1. Trạm y tế xã, phường (gọi chung là trạm y tế xã)

Đây là tuyến y tế gần với người dân nhất do Nhà nước quản lý. Chức năng chính của các trạm y tế xã là thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, triển khai các chương trình y tế như: tiêm chủng mở rộng, kế hoạch hoá gia đình, phòng chống lao...Hiện tại, 97,37% các xã, phường trên cả nước đã có trạm y tế, trong đó 52% trạm y tế có bác sỹ. [Bộ Y tế, 2001].

Tuy vậy, số bác sỹ này lại chủ yếu tập trung tại các xã khu vực đồng bằng (Hà Nội 100% các trạm y tế xã, phường có bác sỹ). Tỷ lệ này tại các trạm y tế xã khu vực miền núi còn rất thấp (chưa đến 20%).

Từ những năm 1996 -1997, một số cơ quan BHYT đã thí điểm triển khai công tác khám chữa bệnh cho người có BHYT tại các trạm y tế xã. Cho đến nay, 100% các địa phương trên cả nước đã phối hợp với ngành y tế tổ chức khám chữa bệnh cho người có BHYT tại trạm y tế của khoảng 50% tổng số các xã, phường. Ưu điểm của việc triển khai khám chữa bệnh tại tuyến xã là:

- Khi tổ chức khám chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã, người tham gia bảo hiểm (đặc biệt các đối tượng BHYT người nghèo, học sinh) rất thuận lợi trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế, đặc biệt tại các vùng sâu, vùng xa.
- Giảm chi phí y tế do người bệnh được phát hiện bệnh, điều trị hoặc chuyển tuyến trên kịp thời. Giá của các dịch vụ y tế tại xã thấp nhất trong các tuyến.
- Là một trong những giải pháp hữu hiệu khi triển khai bảo hiểm y tế tự nguyện cho đối tượng nông dân.

Nhược điểm:

- Chất lượng khám chữa bệnh tại các trạm y tế xã còn thấp, giá thuốc cao hơn giá thị trường do phải qua nhiều khâu trung gian [16, tr.76]. Cơ sở vật chất, trang

thiết bị tại các trạm y tế còn nghèo nàn. Hầu hết các trạm y tế xã không có các phương tiện xét nghiệm cận lâm sàng.

- Quỹ khám chữa bệnh BHYT tại các trạm y tế xã thấp (bằng 20-25% tổng quỹ KCB), chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người tham gia BHYT. Trung bình 1 lần khám bệnh cấp thuốc hiện nay còn thấp (5000-8000 đồng), dẫn đến người bệnh phải tái khám nhiều lần hoặc xin chuyển lên tuyến trên điều trị tiếp, làm ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia.

- Thiếu các văn bản Nhà nước quy định về khám chữa bệnh cho người có BHYT tại các trạm y tế xã.

1.2.2. Phòng khám đa khoa khu vực (PKĐKKV)

Là các phòng khám đa khoa (có đủ các chuyên khoa cơ bản) thuộc trung tâm y tế quận, huyện, có chức năng chủ yếu là khám chữa bệnh ngoại trú cho nhân dân trong một khu vực nhất định (cụm xã, phường). Tại các vùng xa, phòng khám còn tổ chức giường lưu để theo dõi và điều trị bệnh nhân nội trú. Mỗi huyện có từ 2-4 phòng khám loại này. Phòng khám đa khoa khu vực rất thích hợp cho người có BHYT đăng ký KCB ban đầu. Tại đây, người bệnh không những dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế đa dạng và có chất lượng cao hơn hẳn tại trạm y tế xã. Đồng thời, chi phí y tế tại các phòng khám đa khoa khu vực cũng không cao.

Nhược điểm của PKĐKKV là chỉ thực hiện được các dịch vụ KCB ngoại trú nên khi bệnh nhân cần điều trị nội trú vẫn phải chuyển đến bệnh viện huyện. Hiện tại, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, đội ngũ thầy thuốc chưa đồng đều giữa các phòng khám đa khoa khu vực của các địa phương.

1.2.3. Phòng khám thuộc bệnh viện huyện

Là một khoa của bệnh viện huyện, có chức năng chính là khám chữa bệnh ngoại trú cho người bệnh. Phòng khám này có nhiều chuyên khoa và năng lực cung cấp dịch vụ y tế cao hơn phòng khám đa khoa khu vực do có trang thiết bị y tế và đội ngũ thầy thuốc tốt hơn. Bệnh nhân sẽ rất thuận lợi nếu được phải điều trị nội trú

hoặc chuyển tuyến trên. Giá thanh toán chi phí khám chữa bệnh tại các phòng khám này cũng như tại các phòng khám đa khoa khu vực.

Tuy vậy, mỗi huyện chỉ có một phòng khám loại này và do vậy, chỉ đáp ứng được một số lượng nhất định người có BHYT đăng ký khám chữa bệnh. Đây cũng chính là hạn chế chính của loại phòng khám này.

1.2.4. Phòng khám đa khoa thuộc các bệnh viện đa khoa tỉnh

Là khoa khám bệnh thuộc các bệnh viện đa khoa khu vực, bệnh viện đa khoa tỉnh.. Ngoài việc khám chữa bệnh cho các bệnh nhân có thể đăng ký ban đầu, các phòng khám loại này còn có một nhiệm vụ quan trọng khác là khám chữa bệnh cho các bệnh nhân chuyển từ tuyến dưới lên. Khả năng cung cấp dịch vụ y tế của phòng khám loại này cao hơn nhiều so với các bệnh viện huyện. Tại đây có đầy đủ các chuyên khoa và thường được trang bị hệ thống máy móc phục vụ chẩn đoán và điều trị hiện đại. Tuy nhiên, do số lượng phòng khám có hạn (trừ 2 thành phố lớn là Hà Nội và Tp. Hồ Chí Minh, các địa phương khác thường chỉ có từ 1 đến 2 bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh) lại tập trung quá nhiều bệnh nhân nên thường xảy ra quá tải. Theo số liệu báo cáo của các địa phương, hơn 1/3 số người tham gia BHYT đăng ký tại các phòng khám thuộc bệnh viện tỉnh (tỷ lệ này ở Hà Nội là gần 1/2). Chi phí khám chữa bệnh tại các phòng khám tuyến này thường cao hơn gấp 2 lần so với tuyến huyện. Đây cũng là một trong những nguyên nhân gây nên tình trạng thường xuyên bội chi quỹ KCB ngoại trú tại các bệnh viện tỉnh.

1.2.5. Phòng khám thuộc các bệnh viện chuyên khoa tỉnh

Các phòng khám này có chức năng khám chuyên khoa sâu cho các bệnh nhân từ tuyến khác chuyển đến (không nhận đăng ký khám chữa bệnh ban đầu). Đó là các phòng khám thuộc các bệnh viện chuyên khoa y học cổ truyền, lao, da liễu, mắt... Do không bị hạn chế về mức trần nên chi phí trung bình một lần KCB ngoại trú tại các bệnh viện này thường khá cao. Ngược lại, số bệnh nhân được chuyển đến đây lại không nhiều do các bệnh viện tuyến dưới rất hạn chế chuyển đi (vì không quản lý được chi phí). Số lượt bệnh nhân được chuyển đến khám bệnh tại 2

bệnh viện chuyên khoa của Hà Nội là Mắt và Da liễu chỉ chiếm 2% số lượt khám của toàn thành phố. Do số lượng bệnh nhân ít nên một số bệnh viện chuyên khoa y học cổ truyền đã tổ chức các phòng khám đa khoa và nhận đăng ký khám chữa bệnh ban đầu cho người có BHYT. Một số bệnh viện khác đã chủ động giảm chi phí cho các bệnh nhân chuyển đến nhằm khuyến khích các cơ sở tuyến dưới chuyển bệnh nhân.

1.2.6. Phòng khám đa khoa thuộc các bệnh viện đa khoa Trung ương

Về tổ chức, phòng khám này không khác nhiều so với phòng khám thuộc các bệnh viện đa khoa cấp tỉnh. Tuy nhiên, đây là các trung tâm chuyên sâu với đội ngũ thầy thuốc có chuyên môn cao và được trang bị kỹ thuật hiện đại. Ngoài chức năng chủ yếu là nhận khám chữa bệnh ngoại trú cho các bệnh nhân từ tuyến dưới chuyển lên, hầu hết các bệnh viện đa khoa TW cũng nhận đăng ký KCB ban đầu cho các đối tượng tham gia BHYT. Trong số đó, các bệnh viện như Hữu Nghị Hà Nội, Thống Nhất Tp. Hồ Chí Minh, C Đà Nẵng chỉ nhận đăng ký khám chữa bệnh cho những người có đủ tiêu chuẩn theo quy định (mức lương, chức vụ). Chi phí tại các bệnh viện này thường rất cao, đặc biệt là đối với các bệnh nhân từ nơi khác chuyển đến (gấp 5-7 lần so với tuyến tỉnh). Những bệnh viện phục vụ các đối tượng “Việt Xô” (Bệnh viện Hữu Nghị, Thống Nhất, C Đà Nẵng) tỷ lệ sử dụng quỹ thường xuyên vượt từ 150 đến 200%. Do không quản lý được chi phí KCB của đối tượng bệnh nhân chuyển tuyến nên khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cao ở ngoại trú tại tuyến TW của các bệnh nhân tuyến dưới là rất thấp.

1.2.7. Phòng khám thuộc bệnh viện chuyên khoa Trung ương

Chức năng của các phòng khám này là khám chữa bệnh chuyên khoa cho các bệnh nhân từ các tuyến khác chuyển đến. Làm việc tại đây là các chuyên gia đầu ngành, có các trang thiết bị y tế chuyên sâu, chi phí của các bệnh nhân KCB ngoại trú được thanh toán theo phí dịch vụ nên rất cao. Vì vậy, bệnh nhân BHYT có rất ít cơ hội được chuyển đến đây điều trị ngoại trú. Trong năm 2003, Viện Tai Mũi Họng TW chỉ được tiếp nhận 310 lượt bệnh nhân có BHYT chuyển đến

khám chữa bệnh ngoại trú, tương tự như vậy, Viện Mắt TW còn tiếp nhận số bệnh nhân ít hơn (280 lượt).

1.2.8. Phòng khám thuộc bệnh viện của các bộ, ngành

Hiện tại còn 1 số bệnh viện (đa khoa và chuyên khoa), trung tâm y tế thuộc các bộ, ngành (Quốc phòng, Công an, Giao thông vận tải, Nông nghiệp và PTNT, Bưu chính viễn thông, Xây dựng, Dầu khí...). Trong đó, có 3 bệnh viện hạng 1 còn lại là các bệnh viện hạng 2 và hạng 3 (tương đương các bệnh viện đa khoa tỉnh và khu vực). Một số bệnh viện chỉ cho phép người tham gia BHYT thuộc cán bộ công nhân viên chức của ngành (tại chức hoặc đã nghỉ hưu, mất sức) đăng ký khám chữa bệnh ban đầu (Quân đội, Công an, Bưu chính Viễn thông, Dầu khí). Các bệnh viện lớn (Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện 198 Bộ Công an) thường xuyên có mức chi ở ngoại trú vượt rất nhiều so với số được sử dụng (năm 2002, Bệnh viện 108 vượt 160%) do đối tượng đăng ký KCB ban đầu ở đây chủ yếu là cán bộ hưu trí quân đội và công an (đối tượng cần nhiều sự chăm sóc y tế nhất).

1.2.9. Phòng khám Bảo hiểm y tế thuộc cơ quan BHXH

Mô hình phòng khám thuộc cơ quan BHYT đã được hoạt động từ nhiều năm trước (tại Hải Phòng, Đà Nẵng, Bình Định, Vĩnh Long...). Các phòng khám này do cơ quan BHYT trực tiếp quản lý và điều hành. Mọi kinh phí từ đầu tư trang thiết bị, trả lương cho cán bộ y tế...đều do cơ quan BHYT chi trả. Quá trình hoạt động cũng thu được những kết quả tốt. Do trực tiếp quản lý và điều hành nên tại đây hầu như không có sự lạm dụng BHYT, bệnh nhân được hưởng những dịch vụ tốt nhất trong giới hạn phòng khám có thể cung cấp. Tuy nhiên, do những ràng buộc về quy chế tài chính mà hiện nay chỉ còn có phòng khám thuộc BHXH Hải Phòng còn hoạt động, các phòng khám khác không thể tiếp tục hoạt động do không tự cân đối được thu chi.

1.2.10. Phòng khám y tế cơ quan, trường học

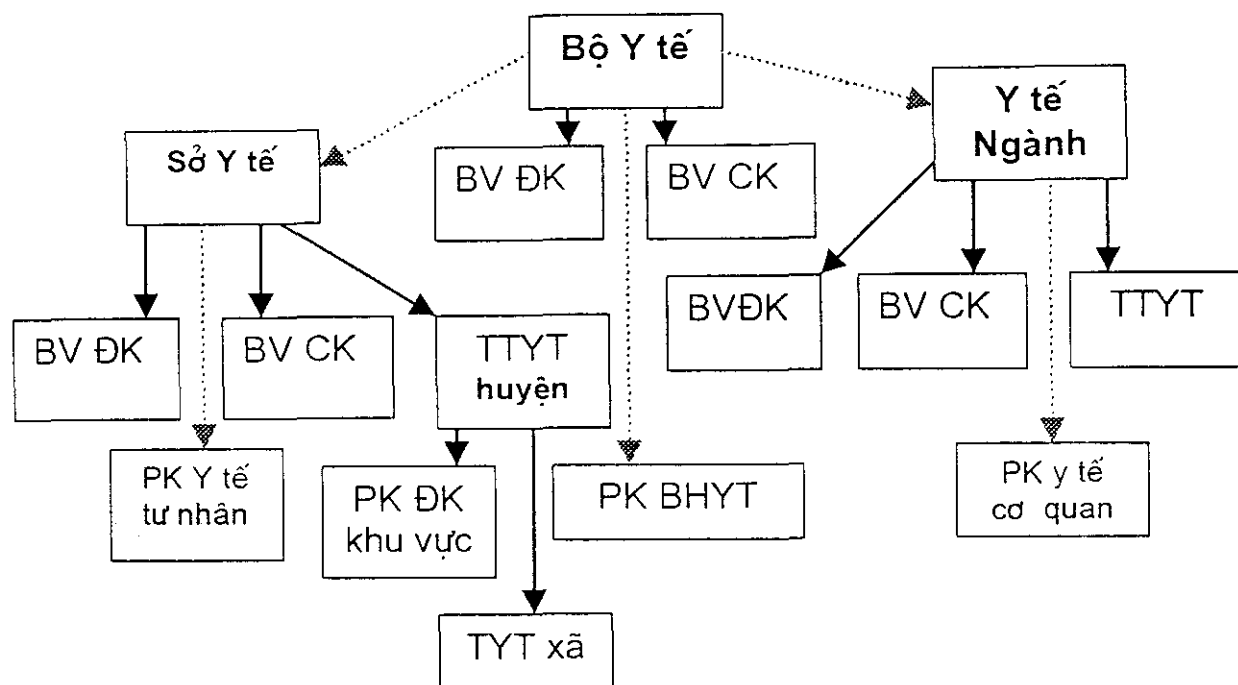
Các phòng khám này chủ yếu phục vụ đối tượng bệnh nhân là người tham gia BHYT thuộc các cơ quan, xí nghiệp, giá viên, học sinh tại các trường chuyên

nghiệp và phổ thông. Theo quy định, các phòng khám này phải đủ có các trang thiết bị, đội ngũ cán bộ y tế như phòng khám đa khoa khu vực mới được nhận quỹ 45% để phục vụ khám chữa bệnh ngoại trú. Tuy nhiên, hầu hết phòng khám y tế cơ quan chỉ có từ 1-2 bác sỹ, không có đủ các chuyên khoa cơ bản, và không có các phương tiện làm xét nghiệm thông thường. Mặc dù việc triển khai các phòng khám y tế ngay tại chỗ làm việc, tạo thuận lợi cho người lao động, chủ sử dụng lao động, hạn chế được rất nhiều chi phí y tế nhưng nó còn khá nhiều hạn chế mà chủ yếu là chất lượng khám chữa bệnh tại các phòng khám này chưa cao do thiếu cán bộ y tế có chuyên môn sâu, nghèo nàn về trang thiết bị y tế và danh mục thuốc. Một số cơ quan lượng lao động không nhiều, nếu trong đó lại có người mắc bệnh mãn tính (suy thận mãn phải chạy thận nhân tạo, ung thư), khi tổ chức phòng khám thì kinh phí ngoại trú chủ yếu là dành cho các đối tượng này, làm giảm quyền lợi của những người khác cùng cơ quan.

1.2.11. Phòng khám tư nhân

Trong sự phát triển chung của nền kinh tế, xuất hiện ngày càng nhiều các phòng khám y tế tư nhân. Đồng thời, người tham gia BHYT cũng có nhu cầu được đăng ký khám chữa bệnh tại các phòng khám này. Đã có một vài địa phương ký hợp đồng KCB với loại y tế cơ sở này (Bình Dương, Tp. Hồ Chí Minh, Hà Nội...). Hạn chế lớn nhất hiện nay là các phòng khám này không chấp nhận mức giá thanh toán theo quy định hiện hành như đối với cơ sở y tế Nhà nước. Chính vì vậy, việc triển khai mở rộng hình thức khám chữa bệnh này vẫn còn gặp nhiều khó khăn.

Sơ đồ mạng lưới cơ sở y tế phục vụ KCB ngoại trú cho người tham gia BHYT



Ghi chú: - Những chữ viết tắt: BVĐK- Bệnh viện đa khoa

BVCK: Bệnh viện chuyên khoa; TTYT: trung tâm y tế; TYT: Trạm y tế

PKĐK: Phòng khám đa khoa; PK BHYT: Phòng khám Bảo hiểm y tế

—————▶ : Quản lý và chỉ đạo trực tiếp, toàn diện.

.....▶ : Chỉ đạo về chuyên môn

1.3. Chuyển tuyến.

Người có BHYT đi khám chữa bệnh theo nơi đăng ký ban đầu ghi trên phiếu KCB. Khi vượt khả năng về chuyên môn, bệnh nhân được chuyển tuyến theo quy định của Bộ Y tế và Sở y tế các tỉnh. Để được chuyển viện, bệnh nhân phải có giấy giới thiệu từ nơi đăng ký ban đầu. Trước đây, để quản lý bệnh nhân chuyển viện, một số cơ quan BHYT đã thực hiện cấp giấy giới thiệu chuyển viện. Tình trạng này hiện không còn nữa nhưng vẫn còn cố địa phương quy định khi bệnh nhân chuyển tuyến phải qua xác nhận của thường trực BHYT tại bệnh viện. Hiện chưa có quy định cụ thể về sử dụng giấy hẹn tái khám, giấy chuyển viện đối với các bệnh nhân mãn tính. Do đó, có địa phương quy định mỗi lần bệnh nhân đi

khám là một lần phải xin giấy giới thiệu, có nơi lại quy định 1 quý 1 lần. Đối với bệnh nhân ngoại tỉnh mắc các bệnh mãn tính (nội tiết, thận nhân tạo, ung thư) về bệnh viện Trung ương điều trị ngoại trú lại có thể sử dụng giấy hẹn trong 1 năm (thỏa thuận của Hà Nội với các địa phương).

2. Quỹ và phương thức xác định quỹ khám chữa bệnh ngoại trú.

Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay được quy định bằng 45% của quỹ khám chữa bệnh (86,5%) tính trên tổng số tiền đóng BHYT được sử dụng trong năm của số thẻ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở KCB. Một số cơ quan BHYT trước đây (Hải Dương, BHYT ngành Than...) đã để lại một phần quỹ (từ 5-10%, chỉ chuyển cho các cơ sở KCB 35-40%) để thanh toán “đa tuyến nội bộ”.

Trên thực tế, việc xác định chính xác quỹ khám chữa bệnh ngoại trú cho một cơ sở KCB là rất khó thực hiện. Nguyên nhân là do có rất nhiều đối tượng với mức đóng BHYT khác nhau đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại một cơ sở, trong cùng một đối tượng tham gia BHYT (một loại mã thẻ) cũng có số thu BHYT khác nhau do sự chênh lệch về mức lương, mức phụ cấp được hưởng. Tuy vậy, hiện vẫn đang tồn tại 3 phương thức xác định quỹ KCB ngoại trú (có địa phương đồng thời áp dụng cả 3 phương thức): ,

- *Thứ nhất*, cơ quan BHYT tính số thu bình quân 1 thẻ của tổng số thẻ BHYT phát hành được sử dụng trong kỳ quyết toán để làm căn cứ xác định quỹ ngoại trú theo công thức: $Q_1 = 45\% \cdot (86,5\% \cdot n \cdot \overline{m})$: Trong đó:

Q_1 : Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú tại một cơ sở KCB;

n : Số thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở KCB;

$\overline{m}$: Số thu BHYT bình quân 1 thẻ trong kỳ quyết toán.

- *Thứ hai*, cơ quan BHYT tính số thu bình quân/ thẻ theo đối tượng để làm căn cứ xác định quỹ KCB ngoại trú.

Công thức xác định quỹ: $Q_1 = 45\% \cdot \{ 86,5\% \cdot \sum n_i \cdot \overline{m}_i \}$ Trong đó:

Q_i : Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú tại một cơ sở KCB;

n_i : Số thẻ BHYT theo đối tượng đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở

$\overline{m}_i$: Số thu BHYT bình quân/thẻ theo đối tượng trong kỳ quyết toán.

i : Đối tượng tham gia BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở.

- *Thứ ba*, tính theo thực tế mức đóng BHYT của từng người đăng ký khám chữa bệnh tại phòng khám đó. Phương pháp này thường được áp dụng đối với các cơ quan, đơn vị có phòng khám y tế cơ quan nhận khám chữa bệnh ngoại trú bởi chỉ cần trích theo tỷ lệ quy định từ số đóng BHYT.

3. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay.

Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh hiện nay được cơ quản lý Nhà nước là Bộ Y tế quy định thống nhất trong cả nước. Bảo hiểm xã hội Việt Nam, các cơ sở khám chữa bệnh có trách nhiệm thực hiện các quy định này. Phương thức chính được áp dụng hiện nay là trả theo *phí dịch vụ, có và không giới hạn trần, thực hiện đồng chi trả với một số đối tượng và một số loại thuốc*. Hình thức thanh toán bao gồm: thông qua hợp đồng khám chữa bệnh với các cơ sở y tế và chi trả trực tiếp cho bệnh nhân.

3.1. Thanh toán thông qua hợp đồng với các cơ sở y tế

Đây là hình thức được thực hiện chủ yếu để chi trả chi phí khám chữa bệnh ngoại trú. Cơ quan BHXH thực hiện ký hợp đồng với các cơ sở khám chữa bệnh để phục vụ bệnh nhân có BHYT.

3.1.1. Đối với các cơ sở có nhận đăng ký khám chữa bệnh ban đầu:

Căn cứ số thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh tại cơ sở, cơ quan BHXH thông báo cho cơ sở KCB đó biết số lượng thẻ, tổng kinh phí dành cho KCB ngoại trú (45%) mà đơn vị đó được dùng trong quý vào 15 ngày đầu tiên của quý đó và thực hiện chuyển tiền tạm ứng (tối đa bằng 70% kinh phí quyết toán của quý trước) để phục vụ bệnh nhân. Đối với y tế cơ quan, trung tâm y tế quận, huyện còn được nhận thêm 5% dành cho chăm sóc sức khỏe ban đầu. Quỹ này được sử

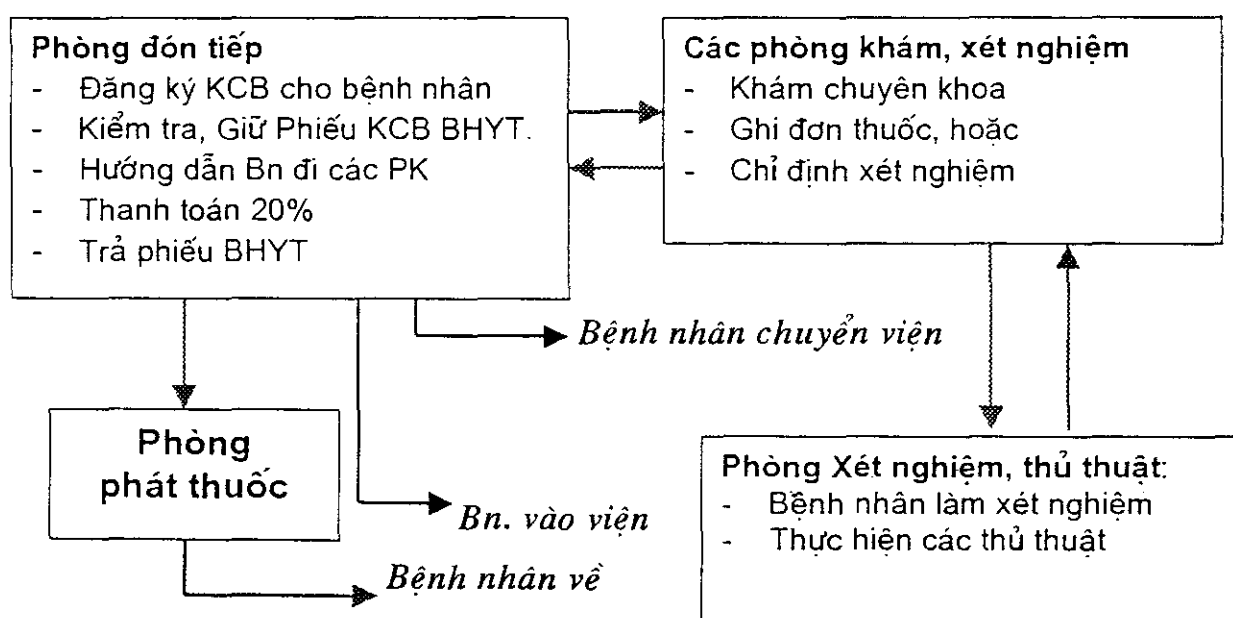
dụng để thanh toán chi phí KCB ngoại trú của các bệnh nhân có đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở và chi phí của các bệnh nhân phải chuyển tuyến trên điều trị ngoại trú.

3.1.2. Đối với các cơ sở không có sổ thẻ đăng ký KCB ban đầu

Khi khám chữa bệnh cho bệnh nhân chuyển đến, các cơ sở này được cơ quan BHXH thanh toán theo thực tế chi phí, không giới hạn trần.

3.1.3. Quy trình khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện:

Các cơ sở khám chữa bệnh đều có thể tổ chức riêng các quy trình KCB phù hợp với đặc điểm, điều kiện của mình. Tuy nhiên, để giảm bớt các thủ tục hành chính, mô hình tổ chức quy trình KCB cho bệnh nhân BHYT được BHYT Việt Nam trước đây đưa ra là:



3.1.4. Tổng hợp và thanh toán chi phí KCB ngoại trú

Hiện tại các cơ quan BHXH đang thực hiện theo 2 phương thức chủ yếu:

Thứ nhất: Cơ quan BHXH bố trí cán bộ trực tiếp tổng hợp và thống kê số lượng bệnh nhân và các chi phí khám chữa bệnh theo quý (danh sách chi tiết từng bệnh nhân và chi phí cụ thể từng dịch vụ y tế, thuốc đã sử dụng). Danh sách này được

phân làm 2 loại: Bệnh nhân đăng ký KCB ban đầu và bệnh nhân từ các cơ sở khác chuyển đến (tuyến 2). Sau khi đối chiếu với phân tổng hợp của bệnh viện, cơ quan BHXH sẽ lên bảng quyết toán. Cách làm này sẽ đảm bảo số liệu có độ chính xác cao nhưng lại cần nhiều nhân lực và phải có hệ thống máy tính với phần mềm chuyên dụng.

Thứ hai: Các bệnh viện tổng hợp chi phí (lên danh sách chi tiết từng bệnh nhân hoặc tổng hợp các chi phí), cơ quan BHXH kiểm tra, giám định các chứng từ chi của bệnh nhân (phiếu cấp thuốc, phiếu làm xét nghiệm, thủ thuật...) so với danh sách bệnh viện đã lập sau đó thực hiện quyết toán với các cơ sở. Đa số các đơn vị BHXH hiện nay thực hiện theo cách này vì đỡ tốn kém về nhân lực phục vụ công tác thống kê. Tuy nhiên, mức độ chính xác của nó lại không cao bằng cách thứ nhất và cơ quan BHXH không lưu giữ được số liệu phục vụ cho các mục đích khác (quản lý đối tượng đi KCB, nghiên cứu khoa học...)

Tại cơ quan BHXH, danh sách và chi phí KCB của các bệnh nhân tuyến 2 sẽ được lọc ra theo nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu. Các chi phí này sẽ trừ vào quỹ ngoại trú của các cơ sở có bệnh nhân gửi đi. Nếu chi phí của các bệnh nhân đăng ký KCB tại cơ sở đó (tại chỗ và chuyển tuyến) thấp hơn quỹ KCB ngoại trú mà cơ sở được phép sử dụng, sẽ được quyết toán bằng mức mà bệnh viện đã chi. Phần dư so với quỹ sẽ được bù cho các quý trong năm (nếu bị thâm hụt), cuối năm vẫn dư thì cũng chỉ được quyết toán bằng mức đã chi. Nếu tổng chi phí bị vượt so với quỹ được sử dụng, cơ quan BHXH sẽ thanh toán bằng với quỹ, phần chi vượt được thanh toán từ phần dư của các quý khác trong năm. Nếu cuối năm, cơ sở đó vẫn bị vượt quỹ ngoại trú, cơ quan BHXH tỉnh sẽ xem xét để điều tiết thêm theo khả năng của quỹ chung.

Đối với các trạm y tế xã, cơ quan BHXH không trực tiếp ký hợp đồng khám chữa bệnh mà hợp đồng chỉ được ký với các trung tâm y tế huyện. Căn cứ vào số lượng thẻ BHYT của các xã mà trung tâm y tế cấp chuyển một phần kinh phí (20-30% trong tổng số kinh phí KCB ngoại trú của số thẻ này) để các trạm y tế xã thực

hiện khám chữa bệnh cho bệnh nhân. Phần còn lại, trung tâm để khám chữa bệnh cho các bệnh nhân đăng ký trực tiếp và chuyển từ các trạm y tế xã đến.

Do có những khó khăn về nhân lực giám định viên (thiếu về số lượng và hạn chế về chất lượng) cũng như trang thiết bị phục vụ (máy tính, mạng, phần mềm...) một số cơ quan BHYT (trước đây) đã không thực hiện thanh toán “đa tuyến nội bộ” chi phí KCB ngoại trú giữa các cơ sở. Các cơ quan BHYT này đã chủ động giữ lại một phần kinh phí (5-10%) để thanh toán chi phí cho tất cả các bệnh nhân được chuyển từ cơ sở này đến cơ sở khác trong và ngoài địa phương.

3.2. Thanh toán trực tiếp

Hình thức thanh toán này được áp dụng chủ yếu đối với các trường hợp bệnh nhân cấp cứu ngoại trú không kịp trình thẻ BHYT hoặc bệnh nhân khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng. Sau khi nhận các chứng từ mà bệnh nhân đề nghị thanh toán, cơ quan BHXH sẽ thực hiện giám định và thanh toán lại cho bệnh nhân theo quy định. Đối với các trường hợp cấp cứu không kịp xuất trình thẻ BHYT sẽ được thanh toán theo thực tế. Các trường hợp khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng thanh toán theo mức đã được Bộ Y tế quy định cho từng tuyến chuyên môn kỹ thuật.

3.3. Thanh toán theo khoán định suất (capitation)

Phương thức này hiện đang được một vài cơ quan BHXH thí điểm thực hiện với một số cơ sở khám chữa bệnh, chủ yếu là tuyến huyện. Căn cứ vào số thẻ đăng ký, quỹ khám bệnh, tỷ lệ khám chữa bệnh của các đối tượng có thẻ, cơ quan BHXH thực hiện khoán chi phí với các bệnh viện. Trong đó, không ấn định tỷ lệ quỹ dành cho KCB ngoại trú và nội trú. Tuy nhiên, phương thức này cũng chưa được cấp có thẩm quyền quy định cụ thể về mức khoán, nội dung khoán, sử dụng quỹ khoán, sử dụng quỹ kết dư hoặc giải quyết trong trường hợp bội chi... Chính vì vậy, phương thức này vẫn trong giai đoạn nghiên cứu, thí điểm.

3.4. Thanh toán theo yêu cầu riêng

Khi bệnh nhân đi khám chữa bệnh tự chọn (chọn nơi khám chữa bệnh, chọn thầy thuốc và các dịch vụ y tế) sẽ được cơ quan BHXH thanh toán lại theo mức quy

định, căn cứ vào loại bệnh và tuyến chuyên môn kỹ thuật mà bệnh nhân đã đi khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng (tuyến huyện: 17.000 đ, tỉnh: 24.000 đ, Trung ương 66.000đ).

4. Kết quả khảo sát tình hình chi phí KCB ngoại trú BHYT năm 2003.

4.1. Cả nước

Bảng 1. Chi phí KCB ngoại trú theo đối tượng tại BHXH của 58 địa phương và BHYT ngành trong cả nước quý 3/2003.

Đối tượng	Số thẻ	Tần xuất khám/1thẻ	Quỹ KCB ngoại trú (1000đ)	Tỷ lệ sử dụng quỹ (%)	Chi trung bình 1 LK (đ)
Bắt buộc	5.387.548	0,80	94.388.981	138	30.153
HCSN	1.185.911	0,62	24.973.948	83	28.159
DNNN	1.064.123	0,44	16.993.244	79	28.593
DNTN	188.712	0,30	2.880.057	41	20.870
ĐT NN	339.073	0,49	10.625.198	44	28.700
Hưu trí	1.141.283	1,03	16.385.180	239	33.232
UDXH	774.987	0,96	9.968.246	172	22.986
Xã, phường	162.820	0,69	2.231.282	81	15.858
HĐND	56.266	0,48	681.754	68	16.855
C7	22.107	0,27	225.378	67	22.420
Th.nhân SQ	117.153	0,04	1.128.789	12	23.802
Ng.ngheo	2.912.554	0,16	15.212.374	62	19.204

(Nguồn: Ban Giám định y tế BHXH Việt Nam)

Nhận xét: Mặc dù thống kê chưa đủ hết các địa phương nhưng số liệu cho thấy tần xuất khám chữa bệnh ngoại trú của đối tượng hưu trí mất sức là cao nhất (1lần/1quý) sau đó là đến đối tượng là cán bộ xã, phường (0,7 lượt/quý). Trong số

đối tượng bắt buộc (không tính thân nhân sỹ quan vì mới tham gia BHYT), những người lao động trong các doanh nghiệp nhà nước có tần xuất đi KCB thấp nhất (0,44 lần/quý). Tỷ lệ khám chữa bệnh của người nghèo có BHYT rất thấp (0,16 lần/quý). Lý do của nó sẽ được đề cập trong phần bàn luận của chuyên đề.

Đối tượng hưu trí, mất sức, ưu đãi xã hội có tỷ lệ sử dụng quỹ khám chữa bệnh cao nhất (tương ứng với 239% và 172%), thấp nhất là đối tượng làm việc trong các doanh nghiệp đầu tư nước ngoài (44%). Mặc dù là người nghèo nhưng tỷ lệ sử dụng quỹ KCB ngoại trú cũng khá thấp (62%), tương ứng với tần xuất khám chữa bệnh.

Bảng 2: Tần xuất khám bệnh và sử dụng quỹ KCB ngoại trú theo tuyến chuyên môn kỹ thuật tại 58 tỉnh, thành phố trong quý 3/2004.

Tuyến	Tần xuất KCB	Tỷ lệ sử dụng quỹ KCB (%)	Chi TB 1 LK (đ)
Trung ương	0.71	244	131.294
Tỉnh, thành phố	0.33	129	44.253
Huyện, Quận	0.28	75	24.599
Trạm Y tế	0.80	107	12.900
Ngoại tỉnh			324.778

(Nguồn: Ban Giám định y tế BHXH Việt Nam)

Nhận xét: Tần xuất khám chữa bệnh ngoại trú tại tuyến xã (tuyến đầu tiên) và tuyến Trung ương (tuyến cuối cùng) cao hơn 2 lần so với các tuyến khác.

Tỷ lệ sử dụng quỹ tại tuyến Trung ương cũng cao nhất do có mức chi trung bình một lần khám và tần xuất khám chữa bệnh cao hơn hẳn các tuyến khác. Tiếp theo đó là tuyến thành phố. Tuyến quận huyện sử dụng quỹ KCB thấp nhất (75% tổng quỹ). Chi phí trung bình một lần khám chữa bệnh ngoại trú tăng theo tuyến chuyên môn kỹ thuật. Tuyến trên có số chi thường gấp đôi tuyến kẻ dưới. Bệnh nhân ngoại tỉnh có số chi cao hơn hẳn bệnh nhân "nội tỉnh".

4.2. Tại Hà Nội năm 2003

Bảng 3: Phân bố thẻ BHYT tại các cơ sở KCB trên địa bàn Hà Nội

Tuyến chuyên môn kỹ thuật	Cơ sở có đăng ký KCB ban đầu	Đối tượng tham gia BHYT				
		Hưu trí, c. sách	Đương chức	N.nghèo (A7)	Tự nguyện	Tổng cộng
Trung ương	7	73.763	52.392	11	9.246	146.401
Thành phố,	15	114.953	158.900	5.016	224.335	503.204
Quận, huyện	16	74.004	90.660	25.865	128.164	318.693
Xã, phường	49	4.460	9.881	16.267	0	30.608
Y tế cơ quan	72	0	81.901	0	69.472	151.373
Cộng	159	267.180	393.734	58.148	447.484	1.139.290

Nhận xét: Hầu hết các cơ sở khám chữa bệnh từ tuyến Trung ương đến quận huyện đều nhận đăng ký KCB ban đầu (chỉ còn lại 13 đơn vị thuần túy khám chữa bệnh cho các bệnh nhân từ nơi khác chuyển đến). Các bệnh viện thành phố và tương đương chiếm 9,4% trong tổng số các cơ sở KCB nhưng thẻ BHYT tập trung đăng ký nhiều nhất ở đây (44,1%). Trung bình mỗi phòng khám có 33.547 người đăng ký KCB ban đầu. Đặc biệt, đối tượng tự nguyện (học sinh, sinh viên) đăng ký ở tuyến này chiếm hơn 1/2 tổng số học sinh, sinh viên tham gia BHYT. Số thẻ khám ở tuyến y tế xã, phường còn khá khiêm tốn (chiếm 2,68%) và chủ yếu là đối tượng người nghèo. Một điều đáng chú ý là không có đối tượng tham gia BHYT tự nguyện nào đăng ký tại loại cơ sở KCB này. Các phòng khám y tế cơ quan cũng thu hút khá nhiều người lao động có BHYT, trung bình mỗi phòng khám có 2.102 người đăng ký khám chữa bệnh ban đầu (ở đây bao gồm cả một số phòng khám của các trường đại học). Số người đăng ký khám chữa bệnh tại các phòng khám quận, huyện chỉ chiếm 28% (trung bình 19.918 thẻ/phòng khám) mặc dù một trong những chức năng chủ yếu của tuyến này là chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân.

Bảng 4. Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú phân theo tuyến tại Hà Nội

Tuyến chuyên môn	Quỹ khám chữa bệnh BHYT (1.000đ)		
	Bắt buộc	Người nghèo	Tự nguyện
Trung ương	11.924.615	238	92.460
Thành phố	20.466.678	108.471	2.243.350
Quận, huyện	12.306.329	559.331	1.281.640
Xã, phường	1.071.789	351.774	0
PK y tế cơ quan	6.120.953	0	694.720
Cộng	51.890.363	1.019.813	4.312.170

Bảng 5: Quỹ KCB ngoại trú trung bình của 1 thẻ/năm tại các phòng khám

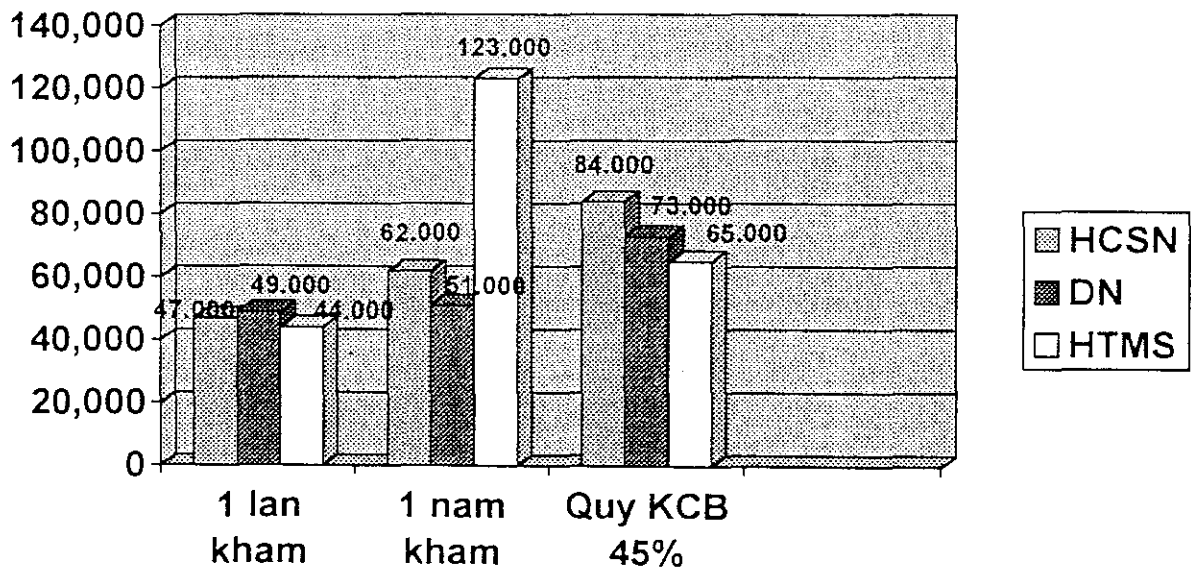
Tuyến chuyên môn	Quỹ KCB trung bình 1 thẻ/năm			
	Bắt buộc	Người nghèo	Tự nguyện	Chung các đối tượng
Trung ương	94.522	21.636	10.000	82.084
Thành phố, ngành	74.736	21.636	10.000	45.346
Quận, huyện	74.736	21.636	10.000	44.391
Xã, phường	74.736	21.636		46.509
PK y tế cơ quan	74.735		10.000	45.055

Nhận xét: Do cách xác định quỹ khám chữa bệnh ngoại trú tại Hà Nội (dựa trên mức đóng bình quân) nên hầu như không có chênh lệch về quỹ KCB so với số thẻ đăng ký. Tuy vậy, mức quỹ trung bình của đối tượng bắt buộc tại các bệnh viện Trung ương vẫn cao hơn tại các bệnh viện khác do được xác định theo thực tế mức đóng của những đối tượng đăng ký tại đó. Có một điều bất cập ở đây là, càng có nhiều thẻ của đối tượng tự nguyện, người nghèo thì quỹ khám chữa bệnh chung càng thấp. Số liệu trên cũng cho thấy, quỹ khám chữa bệnh trung bình của 1 thẻ tại tuyến thành phố tương đương với tuyến quận, huyện. Với kinh phí khám chữa bệnh ngoại trú như hiện tại, chỉ đủ chi cho 1 lần khám bệnh trong năm với

mức trung bình khoảng 45.000 đồng. Nếu tần suất khám chữa bệnh cao hơn, các cơ sở bắt buộc phải giảm mức chi cho 1 lần khám bệnh.

Bảng 6. So sánh tần suất, chi phí KCB ngoại trú theo đối tượng BHYT

Đối tượng	Tần suất khám	Chi phí trung bình 1 lượt khám (đ)	Chi phí BQ/thẻ/năm (đ)
Hưu trí, mất sức	2.8	44.000	123.000
Doanh nghiệp	1.05	49.000	51.000
Hành chính SN	1.32	47.000	62.000

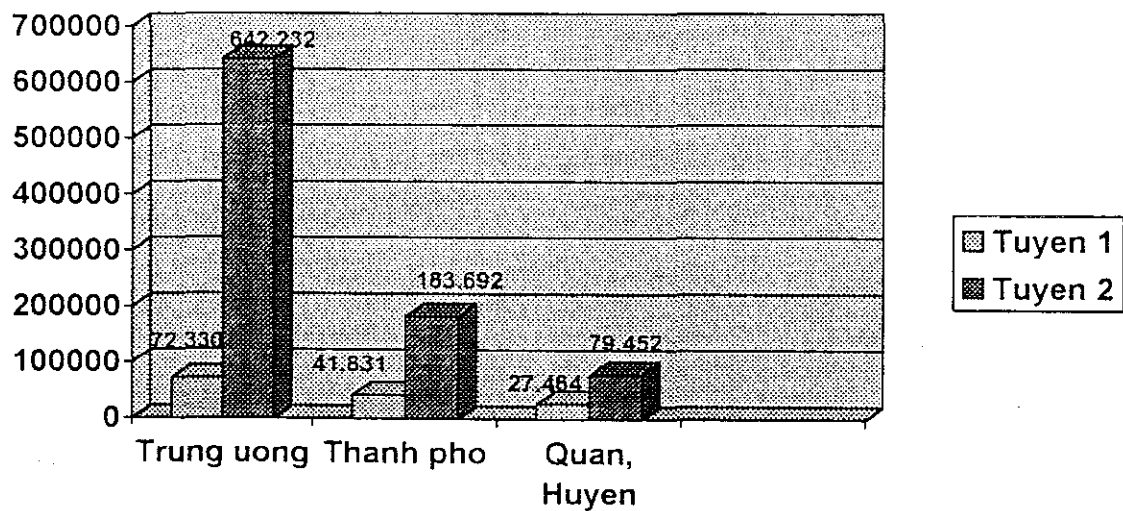


Biểu 1: Chi phí trung bình 1 lần khám và cả năm của 3 đối tượng BHYT BB

Nhận xét: Trong số các đối tượng tham gia BHYT bắt buộc, đối tượng hưu trí, mất sức (HT,MS) có tần suất khám chữa bệnh cao nhất, và thấp nhất là đối tượng doanh nghiệp. Điều này phù hợp với đặc điểm làm việc, nhu cầu khám chữa bệnh của các đối tượng. Tuy không có sự khác biệt lớn về chi phí cho một lần khám giữa các đối tượng nhưng do đối tượng HT,MS có tần suất KCB cao nên chi phí ngoại trú cho 1 năm cao hơn hẳn các đối tượng khác.

Bảng 7: Sử dụng quỹ KCB ngoại trú theo tuyến chuyên môn kỹ thuật

Tuyến chuyên môn	Bệnh nhân khám tuyến 1			Bệnh nhân khám tuyến 2		
	Số lượt khám	Tần xuất khám (lần)	Chi phí TB/lượt khám (đ)	Số lượt khám	Tỷ lệ chuyển viện (%)	Chi phí TB/lượt khám (đ)
Trung ương	209.767	1.43	72.330	13.947	3,5	642.232
Thành phố (ngành)	398.807	0.79	41.831	47.991	6,8	183.692
Quận, huyện	304.950	0.95	27.464	3.043	11,2	79.452
Phường, xã	65.325	2.13	8.954	0	42,0	
Pk. YTCQ	251.960	1.66	26.539	0	25.0	



Biểu 2. Chi phí trung bình 1 lần khám ngoại trú theo tuyến

Nhận xét: Số liệu trên cho thấy, tần xuất khám chữa bệnh tại các bệnh viện Trung ương cao hơn các bệnh viện thành phố và quận. Tại các bệnh viện Trung ương, đối tượng đăng ký KCB ban đầu chủ yếu là cán bộ hưu trí, hành chính sự nghiệp. Tỷ lệ khám của nhóm này cao hơn nhiều so với các nhóm khác (bảng 6). Tại các phòng khám của cơ quan đơn vị, trạm y tế xã, phường, tần xuất khám chữa bệnh cũng rất cao. Các bệnh viện Trung ương có chi phí một lần khám chữa bệnh

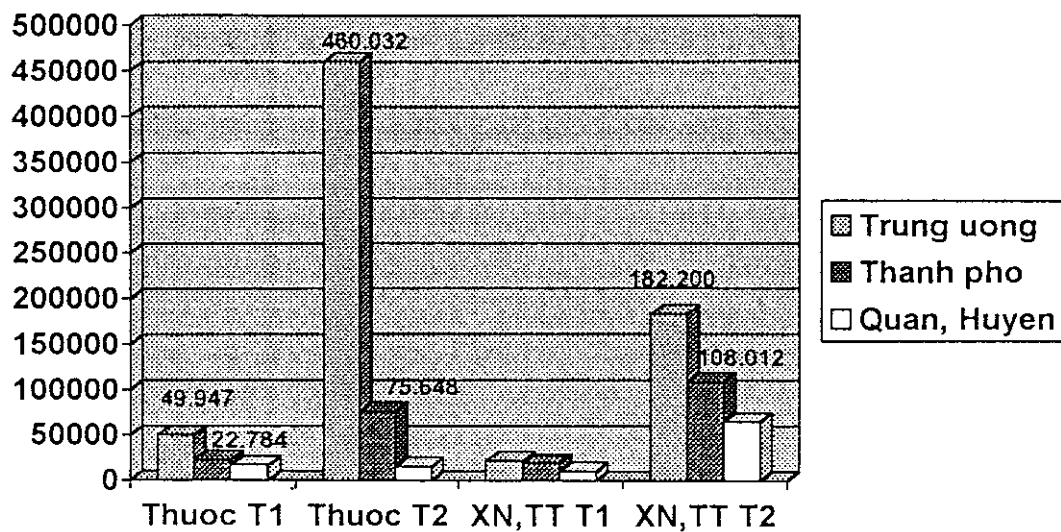
ngoại trú cao nhất sau đó đến các bệnh viện thành phố, quận, huyện và y tế cơ quan. Chi phí một lần khám tại các trạm y tế xã thấp nhất, chỉ bằng 1/3 so với tuyến huyện. Đồng thời, có sự khác biệt rất lớn giữa chi phí 1 lần khám bệnh ngoại trú của bệnh nhân tuyến 1 và tuyến 2. Tại các bệnh viện Trung ương, bệnh nhân từ nơi khác chuyển đến (tuyến 2) có chi phí cao hơn gấp 8,8 lần bệnh nhân có thể đăng ký khám chữa bệnh ban đầu (tuyến 1). Cũng có tình trạng tương tự tại các bệnh viện tuyến thành phố và huyện (sự khác biệt tương ứng là 4,4 và 2,9 lần).

Tỷ lệ chuyển viện giảm dần theo tuyến chuyên môn kỹ thuật. Càng tuyến cao tỷ lệ chuyển viện càng thấp. Trên 40% bệnh nhân đến khám chữa bệnh tại các trạm y tế xã phải chuyển tuyến tiếp lên các bệnh viện tuyến huyện.

Chi phí của các bệnh nhân chuyển tuyến là 17,7 tỷ đồng, gần bằng 1/3 tổng kinh phí KCB ngoại trú.

Bảng 8. Cơ cấu chi phí một lần KCB ngoại trú theo tuyến chuyên môn

Tuyến chuyên môn	Cơ cấu chi phí một lần khám chữa bệnh ngoại trú (đ)					
	<i>Tuyến 1</i>			<i>Tuyến 2</i>		
	<i>Tổng chi (đ)</i>	<i>Tỷ lệ chi thuốc (%)</i>	<i>Tỷ lệ XN, Thủ thuật (%)</i>	<i>Tổng chi (đ)</i>	<i>Tỷ lệ chi thuốc (%)</i>	<i>Tỷ lệ XN, Thủ thuật (%)</i>
Trung ương	72.330	69,1	30,9	642.232	71,8	28,2
Thành phố (ngành)	41.831	54,5	45,5	183.692	51,2	58,8
Quận, huyện	27.464	61,7	38,3	79.452	19,0	81,0
Phường, xã	8.954	89,8	11,2			
Y tế cơ quan	26.539	89,3	11,7			



Biểu đồ 3: Cơ cấu chi phí một lần khám bệnh theo các tuyến (T1: Tuyến 1; T2: Tuyến 2; XN, TT T1: Xét nghiệm, thủ thuật tuyến 1; XN, TT T2: Xét nghiệm thủ thuật tuyến 2)

Nhận xét: Trong cơ cấu chi phí 1 lần khám chữa bệnh ngoại trú, thuốc chiếm một tỷ lệ lớn nhất (>50%). Có sự khác biệt đáng kể về cơ cấu chi phí của bệnh nhân khám tuyến 1 và tuyến 2. Tại tuyến Trung ương, trong cơ cấu chi phí của các bệnh nhân tuyến 2, thuốc chiếm một tỷ lệ lớn (71,8%). Ngược lại, tại các bệnh viện thành phố và huyện, chi phí cho thuốc thấp hơn các dịch vụ xét nghiệm và thủ thuật (tương ứng với các tỷ lệ là 41% và 19%). Ở tuyến xã, bệnh nhân hầu như không được làm xét nghiệm, chi phí trong bảng chủ yếu là tiền lượt khám bệnh (giá khám bệnh tại tuyến xã là 1000đ/lần).

*Bảng 9: Chi phí KCB ngoại trú của bệnh nhân BHYT tại một số bệnh viện
Hà Nội năm 2003*

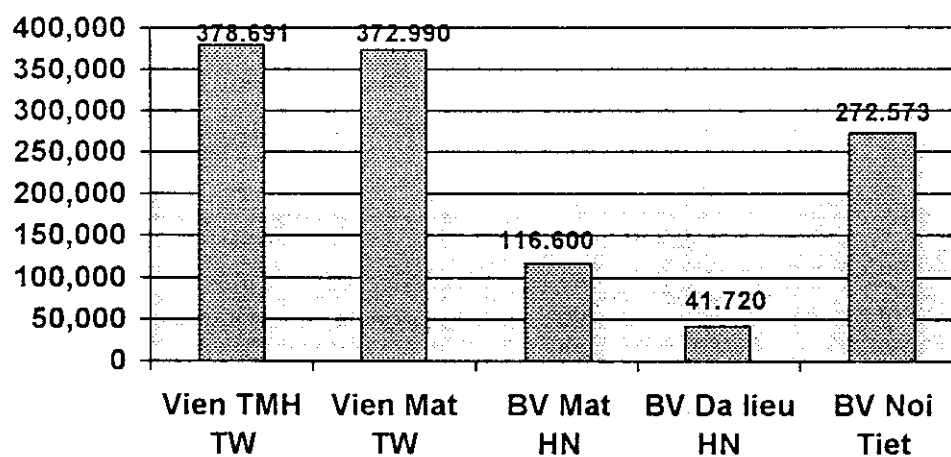
Cơ sở KCB	Quỹ KCB (đ)	Tuyến 1		Chuyển đến	
		Số lượt khám	Chi phí trung bình 1 lượt khám (đ)	Số lượt khám	Chi phí trung bình 1 lượt khám (đ)
BV. Bạch Mai	28.324.944	211	272.160	3.157	653.112
Bv. Xanh Pôn	5.472.599.653	81.446	38.110	3.620	109.519
Bv. Thanh Nhàn	3.208.472.533	63.892	52.059	11.043	195.219
TTYT Gia Lâm	3.049.864.056	57.686	37.150	1.978	63.614
PK TTYT Hoàn Kiếm	712.663.813	12.334	27.427	0	0
PK Y tế cơ quan	9.067.899.988	251.960	26.539	0	0

Nhận xét: Có sự khác biệt đáng kể giữa chi phí trung bình một lượt khám chữa bệnh ngoại trú giữa các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến thành phố, sự khác nhau càng lớn nếu so sánh chi phí của bệnh nhân tuyến 1 và tuyến 2 (chuyển tuyến). So với bệnh viện Xanh Pôn, bệnh viện Thanh Nhàn có mức chi phí thực tế một lần khám cao hơn do được tính chung chi chi phí chạy thận nhân tạo. Điều đáng chú ý là chi phí trung bình 1 lượt khám ngoại trú tuyến 1 tại bệnh viện huyện Gia Lâm cũng ngang bằng với chi phí của bệnh viện Xanh Pôn (bệnh viện hạng 1 duy nhất thuộc Sở Y tế Hà Nội).

Do chưa tính chi phí bệnh nhân chuyển đi, nên chúng tôi không phân tích tỷ lệ sử dụng quỹ của các đơn vị nói trên. Tuy vậy, bệnh viện Bạch Mai đã sử dụng gấp 2 lần quỹ cho phép, bệnh viện Thanh Nhàn riêng chi KCB tuyến 1 đã vượt tổng số kinh phí ngoại trú được sử dụng, các bệnh nhân chuyển tuyến hầu như bệnh viện phải từ từ nguồn kinh phí khác. Các cơ sở tuyến dưới chi tại chỗ chỉ khoảng 60-70%, số còn lại để chi cho bệnh nhân chuyển tuyến.

Bảng 10. Chi phí KCB ngoại trú tại một số bệnh viện chuyên khoa trên địa bàn Hà Nội năm 2003

Bệnh viện	Tổng số lượt khám	Chi phí trung bình một lượt khám (đ)			
		Thuốc	XN	Thủ thuật + Khám bệnh	Cộng
Viện Tai Mũi Họng	310	347.975	5.119	25.597	378.691
Viện Mắt TW	237	348.608	3.827	20.555	372.990
Bệnh viện Mắt Hà Nội	2.820	95.393	0.715	20.557	116.665
Bệnh viện Da liễu Hà Nội	2.364	36.145	1.337	4.220	41.702
Bệnh viện Nội tiết TW	2.677	203.658	57.818	11.097	272.573



Biểu 4: Chi phí trung bình một lần khám ngoại trú tại một số bệnh viện

Nhận xét: Nhìn vào biểu đồ cho thấy, chi phí ngoại trú của các bệnh viện chỉ nhận khám tuyến 2 đều khá cao ở các tuyến Trung ương. Có sự khác biệt rõ rệt

giữa mức chi tại Bệnh viện Mắt Hà Nội và Viện Mắt Trung ương. Đồng thời, số lượt bệnh nhân có BHYT tại Hà Nội được khám tại Viện Mắt TW chỉ bằng 10% số bệnh nhân số bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện mắt của Hà Nội. (237 lượt bệnh nhân/12 tháng).

Bảng 11. So sánh chi phí của bệnh nhân chạy thận nhân tạo với quỹ KCB ngoại trú của một số bệnh viện Hà Nội năm 2003

Cơ sở KCB	Số thẻ đăng ký	Quỹ KCB ngoại trú (đ)	Số BN chạy TNT	Chi phí chạy thận nhân tạo (đ)	Tỷ lệ sử dụng quỹ (%)
Xanh Pôn	292.903	5.472.599.653	27	1.232.810.012	22,5
Thanh Nhân	171.723	3.208.472.533	17	613.301.000	19,1
TTYT Tây Hồ	21.409	400.005.757	0	0	
TTYT Hoàn Kiếm	38.143	712.663.813	2	51.651.256	7,2
Y tế cơ quan Trường ĐH NN 1- Hà Nội	810	23.403.000	1	12.400.000	53

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân phải chạy thận nhân tạo phân bố không đồng đều tại các bệnh viện, các bệnh viện lớn có nhiều bệnh nhân thận nhân tạo đăng ký hơn tại các phòng khám (TTYT Tây Hồ không có bệnh nhân nào). Chỉ với 27 bệnh nhân chạy thận nhân tạo đã tiêu 22,5 % tổng quỹ ngoại trú của gần 300 ngàn người. 1 bệnh nhân chạy thận nhân tạo của trường Đại học nông nghiệp 1 đã tiêu hơn 1/2 số quỹ của toàn bộ cán bộ nhân viên Nhà trường.

Bảng 12. Chi phí trung bình một năm điều trị ngoại trú của bệnh nhân mắc một số bệnh mãn tính tại Hà Nội Năm 2003

Tên bệnh	Chi phí điều trị trung bình 1 bệnh nhân/năm (đ)
Suy thận mãn phải chạy thận NT (n=198)	41.468.869
Sử dụng thuốc chống thải ghép sau ghép thận (n=21)	58.553.775
	<i>Bệnh nhân tự trả 50% chi phí</i>
Basedow	1.820.851
Tiểu đường	2.431.240
Ung thư vú	5.657.926

Nhận xét: Chi phí trung bình cho một bệnh nhân chạy thận nhân tạo là khá cao so với mức đóng BHYT (> 400 lần). Đồng thời, tổng chi phí của tất cả các bệnh nhân chạy thận nhân tạo (198 bn) chiếm gần 10% tổng quỹ khám chữa bệnh ngoại trú của tất cả các đối tượng đóng BHYT trên địa bàn Hà Nội. Số lượng bệnh nhân sử dụng các thuốc chống thải ghép không nhiều nhưng cũng tiêu tốn của quỹ mỗi năm khoảng 500 triệu đồng. Chi phí cho nhóm đối tượng bị mắc một số bệnh nội tiết thường gặp như đái đường, Basedow, ung thư cũng khá cao. Các bệnh nhân này hầu như phải điều trị suốt đời và chi phí thường tỷ lệ thuận với thời gian bị bệnh.

Bảng 13. Số thu 20% (cùng chi trả) theo tuyến kỹ thuật

Đối tượng	Tuyến huyện	Tuyến Th.phố	Tuyến Tr.ương	Chung
Bệnh nhân khám tại nơi đang ký ban đầu	7%	6%	4%	6%
Bệnh nhân chuyển tuyến	13%	9%	7%	8%

Nhận xét: Mặc dù mức cùng chi trả theo quy định là 20% nhưng số thu thực tế tại các bệnh viện chỉ đạt từ 6-8%. Số còn lại (12-14%) không thu được do có nhiều đối tượng miễn cùng chi trả.

5. Nhận xét, đánh giá và một số kết luận về tổ chức khám chữa bệnh và thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay

5.1. Nhận xét, đánh giá.

5.1.1. Về tổ chức công tác khám chữa bệnh ngoại trú BHYT hiện nay

Thực trạng hiện nay cho thấy, người có thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh tại tất cả các tuyến từ Trung ương đến các phòng y tế cơ quan, trạm y tế xã, phường.. Trong đó, ở khu vực thành thị, tỷ lệ người có BHYT tập trung đăng ký tại các bệnh viện thành phố lại quá lớn. Xu thế chung của các nước hiện nay là giao toàn bộ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám chữa bệnh thông thường cho tuyến y tế cơ sở (của nhà nước hoặc tư nhân) đảm nhiệm. Các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương chỉ tập trung điều trị nội trú và khám chữa bệnh chuyên khoa sâu. Với cách làm này sẽ tiết kiệm được rất nhiều chi phí y tế, đồng thời giảm quá tải bệnh nhân tại các bệnh viện tuyến trên (trung bình bệnh viện Thanh Nhàn, Xanh Pôn Hà Nội mỗi ngày khám khoảng 400 bệnh nhân BHYT, chưa kể các bệnh nhân dịch vụ). Khi đã "quá tải" thì khó có thể đảm bảo được chất lượng khám chữa bệnh và đương nhiên quyền lợi của bệnh nhân sẽ bị ảnh hưởng.

Việc đăng ký KCB ban đầu tại các phòng khám hiện nay không căn cứ vào khả năng cung cấp dịch vụ y tế của cơ sở đó mà theo nhu cầu của người tham gia, chưa có sự điều tiết của cơ quan BHXH. Cùng một năng lực như nhau nhưng có cơ sở lại nhiều thẻ, nơi ít thẻ. Đồng thời, các đối tượng đăng ký cũng không đồng đều, có cơ sở tập trung quá nhiều đối tượng hưu trí, mất sức, bệnh mãn tính, chi phí lớn (thận nhân tạo, ung thư...), ngược lại có cơ sở lại rất ít những đối tượng nói trên. Điều này đã tạo nên bất bình đẳng trong việc nhận và sử dụng quỹ (có đơn vị nhận ít nhưng phải sử dụng nhiều, ngược lại có đơn vị nhận nhiều nhưng sử dụng ít). Quỹ KCB ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Xanh Pôn Hà Nội phải chi đến 20% cho các bệnh nhân chạy thận nhân tạo mà số bệnh nhân này chỉ chiếm chưa đến 0,002%. Một số phòng khám y tế cơ quan không có đủ năng lực nhưng vẫn được hợp đồng để cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú (tỷ lệ

chuyển viện quá cao tại các trạm y tế xã và các phòng khám y tế cơ quan). Nhằm thu hút được nhiều bệnh nhân ngoại trú (từ đó cung cấp nguồn bệnh nhân cho khu vực nội trú) các bệnh viện chuyên khoa cũng tổ chức phòng khám đa khoa để nhận quỹ KCB ngoại trú. Điều này không những ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh mà còn làm tăng chi phí y tế và tăng nguy cơ bội chi quỹ BHYT. Số lượng học sinh viên đăng ký khám chữa bệnh BHYT tại các bệnh viện thành phố quá đông (mặc dù tỷ lệ khám thấp) là không hợp lý. Nếu tổ chức tốt phòng khám y tế ngay tại trường học và tăng cường việc khám chữa bệnh ngoại trú ngay tại TTYT huyện sẽ giảm được rất nhiều thẻ đăng ký khám ban đầu tại các bệnh viện tỉnh. Các bệnh nhân, đặc biệt là đối tượng người nghèo sẽ có nhiều cơ hội hơn trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế.

5.1.2. Về xác định tỷ lệ quỹ khám chữa bệnh ngoại trú.

Hiện nay, quỹ khám chữa bệnh được phân làm 3 quỹ nhỏ: 5% dành cho chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD), 45% dành cho KCB ngoại trú còn lại là điều trị nội trú. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không đề cập đến quỹ 5% nên khó có thể đánh giá hiệu quả của nó. Tuy nhiên, kinh nghiệm của các nước cho thấy, hầu như không có BHYT của nước nào lại dành riêng một quỹ để cho công tác CSSKBD. Thực tế hoạt động của Việt Nam cũng nảy sinh nhiều bất cập từ khâu trích chuyển, sử dụng và quyết toán nguồn kinh phí này. Theo quy định, kinh phí 5% chỉ được chuyển cho các cơ quan đơn vị có cán bộ y tế thực hiện CSSKBD. Với những đơn vị ít người, số kinh phí này là quá nhỏ. Đối với các đơn vị nhận khám chữa bệnh ngoại trú thì kinh phí này cũng được hoà luôn vào quỹ 45%. Việc thanh quyết toán kinh phí CSSKBD cũng gặp rất nhiều khó khăn do có quá nhiều đầu mối (Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh lên đến vài trăm). Chính vì vậy, theo chúng tôi, quỹ KCB chỉ nên để 2 phần dành cho ngoại trú và nội trú.

Như đã trình bày ở phần trên, phương thức xác định quỹ KCB ngoại trú hiện nay chưa được thực hiện thống nhất. Theo phương thức nào là phù hợp nhất? Xác định

theo mức trung bình cho toàn tỉnh, theo từng loại đối tượng đăng ký hay cụ thể mức đóng của từng người?

BHYT là một chính sách xã hội, mang tính cộng đồng cao, sự chia sẻ lẫn nhau giữa người khỏe và người ốm, giữa người có mức đóng thấp và người có mức đóng cao nên việc xác định một mức chung, theo chúng tôi, là hợp lý nhất. Hầu hết các nước đều thực hiện theo cách này, kể cả trong khoản định suất của Thái Lan. Tỷ lệ quỹ khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay (45%) cao hay thấp so với nội trú? Trên thực tế cần là bao nhiêu? Chắc chắn sẽ không có câu trả lời chính xác. Với việc thanh toán như hiện nay (thông qua bệnh viện), với tỷ lệ bao nhiêu, bệnh viện cũng đều có thể chấp nhận. Trước đây, chỉ với 13,5% quỹ KCB, bệnh viện vẫn khám bệnh, cấp thuốc cho bệnh nhân và hiện nay, mặc dù với tỷ lệ 45%, người bệnh vẫn phải tự túc khá nhiều chi phí và tình trạng vượt quỹ ngoại trú phổ biến ở các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương. Một điều dễ dàng nhận thấy là quyền lợi của người tham gia tỷ lệ thuận với kinh phí KCB ngoại trú. Mức chi phí trung bình một lượt khám bệnh ngoại trú tăng dần từ 5.000 đ (khi tỷ lệ quỹ ngoại trú là 13,5%) lên 25.000 đ (khi tỷ lệ là 25%) và khoảng 40.000đ (khi tỷ lệ là 45%). Chưa có một nghiên cứu so sánh nào về mối tương quan giữa tỷ lệ quỹ ngoại trú và số lượng bệnh nhân nội trú. Về nguyên lý, nếu điều trị tốt ở ngoại trú thì sẽ hạn chế được số lượng bệnh nhân điều trị nội trú. Tuy vậy, theo thống kê của BHYT Việt Nam (trước đây), tỷ lệ giữa bệnh nhân khám bệnh và điều trị nội trú qua các năm không giảm mặc dù đã nhiều lần điều chỉnh tỷ lệ quỹ KCB ngoại trú. [6]

Một vấn đề nữa là có nên cào bằng về tỷ lệ giữa bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh? Mặc dù năng lực chuyên môn của các cơ sở nhận khám chữa bệnh ngoại trú khác nhau nhưng đều nhận khám ban đầu cho các đối tượng tham gia BHYT. Nếu xét như vậy thì tỷ lệ quỹ khám chữa bệnh cũng phải *như nhau* dù đó là tuyến huyện hay trung ương. Tuy vậy, thực tế cho thấy các bệnh viện tuyến trên thì nhu cầu về kinh phí khám chữa bệnh ngoại trú phải lớn hơn các bệnh viện tuyến dưới. Những lý do chính là:

- Tỷ lệ bệnh nhân đến KCB tại các bệnh viện này cao hơn các cơ sở y tế tuyến huyện (vì gần nơi đông dân cư, khoảng cách địa lý thuận lợi, nhiều bệnh nhân mắc bệnh mãn tính, đối tượng hưu thường ở các đô thị)
- Nhiều bệnh nhân nặng, mãn tính lựa chọn nơi đăng ký ban đầu là các bệnh viện tuyến trên để thuận tiện trong việc chăm sóc sức khỏe. Kinh phí dành cho đối tượng này cũng cần nhiều hơn.
- Các dịch vụ y tế ở ngoại trú tại các bệnh viện này chất lượng cao hơn, danh mục thuốc sử dụng được quy định rộng hơn.

Chính vì vậy, tình trạng bội chi quỹ chỉ xảy ra cục bộ, thường ở các bệnh viện Trung ương, tỉnh và thành phố. Các bệnh viện huyện (đặc biệt vùng núi, tỷ lệ bệnh nhân khám thấp) ít bị bội chi hơn.

Vì vậy, vấn đề bội chi quỹ hiện nay, ngoài những nguyên nhân khách quan như tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ y tế ngày một tăng, mức đóng BHYT thấp, còn có các nguyên nhân chủ quan do cách xác định quỹ ngoại trú và phương thức thanh toán tạo ra.

5.1.3. Về phương thức thanh toán chi phí hiện nay

Kết quả khảo sát cho thấy, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ có giới hạn trần như hiện nay đã phần nào giảm được tình trạng bội chi quỹ, đặc biệt đối với các bệnh viện tuyến huyện. Với mức đóng BHYT và tỷ lệ KCB ngoại trú như hiện tại, bệnh nhân BHYT đã được hưởng những quyền lợi cơ bản về chăm sóc y tế ở khu vực ngoại trú .[13]

Tuy vậy, phương thức thanh toán này cộng với quy định các bệnh viện được trích thưởng 30% viện phí thu được để lập quỹ phúc lợi, thị phần dành cho thuốc chỉ còn khoảng 60%, có đến 40% dành cho các xét nghiệm cận lâm sàng và thủ thuật (tại Hà Nội, tỷ lệ chớ thuốc tại tuyến thành phố và huyện chỉ đạt 55%). Nếu tính trung bình 1 lần khám bệnh là 30.000 đồng, dành cho thuốc chỉ là 20.000 đ, với đơn giá như hiện nay, con số này là khá khiêm tốn (ví 10 viên thuốc kháng sinh loại bình thường cũng đã xấp xỉ 10.000đ).

Quy định hiện hành chỉ thực hiện trần với các cơ sở có bệnh nhân đăng ký khám ban đầu, các cơ sở nhận bệnh nhân chuyển tuyến được thanh toán theo phí dịch vụ mà không có bất cứ giới hạn nào. Đây là nguyên chính dẫn đến sự gia tăng chi phí KCB ngoại trú của bệnh nhân từ nơi khác chuyển đến (gấp từ 3- 5 lần so với bệnh nhân đăng ký khám tuyến 1). Kết quả khảo sát tại Hà Nội cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây của BHYT Việt Nam khi so sánh chi phí của bệnh nhân đăng ký thẻ ban đầu và từ nơi khác chuyển đến cùng mắc một loại bệnh [11]. Một số bệnh viện quy định danh mục thuốc riêng cho các bệnh nhân chuyển đến (tốt và đắt tiền hơn), chỉ định nhiều xét nghiệm cận lâm sàng khi bệnh nhân đến khám bệnh (càng thu được nhiều viện phí, tỷ lệ trích thưởng 30% càng lớn). Điều này đã tạo nên sự mất công bằng trong điều trị và khuyến khích bệnh nhân xin chuyển tuyến. Trong khi đó, các bệnh viện tuyến dưới lại bằng mọi cách giữ bệnh nhân để hạn chế chi phí ở tuyến trên. Xảy ra tình trạng bệnh nhân thực sự cần khám chuyên khoa sâu lại không được chuyển, trong khi đó những bệnh nhân “thân quen” lại dễ dàng xin chuyển viện.

Phương thức thanh toán hiện nay đòi hỏi nhiều về nhân lực và chi phí hành chính. Khi chưa được quản lý bằng hệ thống máy tính, thống kê thủ công sẽ gặp rất nhiều khó khăn và mức độ chính xác không cao. Đặc biệt, việc thống kê và thanh toán chi phí “đa tuyến nội bộ” hầu như không thực hiện được đối với các đơn vị thiếu nhân lực và chưa quản lý bằng các phần mềm tin học chuyên dụng.

Với quy định thanh toán bổ sung phần vượt trần ngoại trú cho các cơ sở KCB vào cuối năm, đồng thời không có hình thức khen thưởng đối với các cơ sở sử dụng hiệu quả quỹ ngoại trú cũng là một trong nguyên nhân bội chi quỹ KCB.

5.1.4. Về việc cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh

Cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh là một trong những biện pháp hạn chế chi phí y tế, nâng cao trách nhiệm của người sử dụng dịch vụ y tế. BHYT của hầu hết các nước trên thế giới đều thực hiện cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân. Tuy vậy, mức cùng chi trả bao nhiêu thì hợp lý? Một con số rất khó

xác định và nó tùy thuộc vào mỗi quốc gia. Theo quy định, từ năm 1999, tất cả các đối tượng có BHYT đều phải thực hiện cùng chi trả 20% chi phí khám chữa bệnh. Tuy nhiên, ngay trong tháng thực hiện đầu tiên, quy định này đã phải sửa đổi. Theo đó, chỉ các đối tượng người tham gia BHYT đang đi làm mới phải thực hiện cùng chi trả. Đối tượng hưu trí, mất sức, chính sách xã hội, người nghèo không phải cùng chi trả. Sau 1 năm thực hiện cùng chi trả, tỷ lệ khám chữa bệnh ngoại trú giảm một cách đáng kể (từ 210% xuống còn 190%). Tuy nhiên, tỷ lệ này lại tăng trở lại trong những năm sau, đến năm 2002 tỷ lệ này là 228%. [5]. Điều này cũng có thể lý giải bởi mức cùng chi trả là không cao và đối tượng sử dụng nhiều dịch vụ y tế nhất lại không phải cùng chi trả (số thu được từ cùng chi trả chỉ đạt 6-8%). Chính vì vậy, một số ý kiến cho rằng, thực tế thu được từ đóng góp của bệnh nhân không lớn so với chi phí hành chính mà bệnh viện phải bỏ ra và thêm thủ tục hành chính cho bệnh nhân. Một điều dễ hiểu là bệnh viện không muốn thu phần kinh phí này (tốn nhân lực và chi phí hành chính) vì nếu không thu thì cơ quan BHXH vẫn phải quyết toán đủ các chi phí của bệnh nhân BHYT. Tuy nhiên, theo chúng tôi, việc cùng đóng góp của các bệnh nhân là cần thiết, nó không chỉ đơn thuần là giảm bớt phần chi cho quỹ BHYT mà còn ràng buộc một phần trách nhiệm của người tham gia khi sử dụng dịch vụ y tế, qua đó bệnh nhân cũng biết được mình hưởng bao nhiêu tiền từ quỹ BHYT. Và đã là trách nhiệm thì tất cả mọi người tham gia BHYT đều phải thực hiện, không trừ đối tượng nào. Khi thực hiện quản lý bằng hệ thống máy tính thì việc thu phí cùng chi trả cũng sẽ không tạo phiền hà cho bệnh nhân và bệnh viện. Vấn đề còn lại là điều chỉnh mức thu hợp lý (theo mức chi phí một lần khám, theo đối tượng hoặc theo tuyến...) để công tác thu đạt được hiệu quả và tạo sự công bằng giữa các bệnh nhân.

5.2. Kết luận

5.2.1. Người có thẻ BHYT có thể đăng ký khám chữa bệnh ngoại trú tại hầu hết các cơ sở khám chữa bệnh từ tuyến y tế cơ sở đến tuyến Trung ương, bệnh viện

của Nhà nước hoặc tư nhân. Trong đó, số người đăng ký tại các bệnh viện đa khoa tỉnh và thành phố chiếm tỷ lệ lớn mặc dù loại cơ sở này không nhiều.

5.2.2. Người có thẻ BHYT tự chọn nơi đăng ký KCB, không có sự điều tiết của cơ quan BHXH dẫn đến tình trạng mất cân đối về đối tượng đăng ký giữa các cơ sở. Có bệnh viện quá nhiều đối tượng hưu trí, mất sức thường mắc các bệnh mãn tính chi phí cao, ngược lại có cơ sở lại chủ yếu là đối tượng tại chức, ít ốm đau bệnh tật.

5.2.3. Năng lực cung ứng dịch vụ y tế của tuyến y tế cơ sở, các phòng khám y tế cơ quan không cao. Tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển tuyến quá lớn (hơn 40%).

5.2.4. Phương thức xác định quỹ khám chữa bệnh không thống nhất trong cùng một địa phương. Hiện tồn tại 3 phương thức: tính theo mức thực đóng BHYT của từng người, mức đóng trung bình theo loại đối tượng hoặc của toàn bộ người tham gia BHYT trong toàn tỉnh.

5.2.5. Tỷ lệ trích quỹ ngoại trú có sự khác nhau giữa các cơ sở KCB trong một tỉnh và giữa các địa phương: Có cơ sở được nhận 50% (bao gồm CSSKBĐ), có cơ sở 45% nhưng cũng có cơ sở chỉ 35% (số còn lại, cơ quan BHXH giữ để thanh toán chi phí của các bệnh nhân chuyển tuyến).

5.2.6. Tồn tại cùng lúc nhiều phương thức chi trả: phí dịch vụ có trần (đối với các bệnh nhân khám theo nơi đăng ký ban đầu), phí dịch vụ không trần (đối với các bệnh nhân chuyển tuyến), khoán định suất.

5.2.7. Có sự ảnh hưởng của phương thức thanh toán đến chi phí KCB ngoại trú của người tham gia BHYT. Bệnh nhân tuyến 1 bị khống chế chi phí nên trung bình một lần khám thấp hơn nhiều so với các bệnh nhân tuyến 2 (chuyển đến). Càng tuyến cao, chi phí càng lớn.

5.2.8. Các bệnh nhân là Đối tượng hưu trí mất sức có tỷ lệ khám bệnh và sử dụng quỹ lớn nhất trong số các đối tượng tham gia BHYT.

5.2.9. Không có sự chia sẻ chi phí của các bệnh nhân thận nhân tạo, ung thư, ghép phủ tạng...giữa các cơ sở khám chữa bệnh. Những chi phí rất lớn này chỉ do một số cơ sở KCB phải gánh.

5.2.10. Chi phí của các bệnh nhân thận nhân tạo, ung thư, bệnh nhân sử dụng thuốc chống thải ghép sau ghép phủ tạng chiếm một tỷ lệ lớn so với tổng quỹ KCB ngoại trú (15%).

5.2.11. Số thu được từ phần cùng chi trả của bệnh nhân (20%) chỉ chiếm 5-7% tổng số kinh mà cơ quan BHYT đã thanh toán với các cơ sở KCB. Phương thức cùng chi trả không làm giảm tỷ lệ bệnh nhân đi khám chữa bệnh cũng như chi phí một lần khám bệnh.

CHƯƠNG III

ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ CHẾ ĐỘ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ BHYT

1. Quan điểm hiện nay về các phương thức chi trả chi phí KCB ngoại trú

Như đã trình bày ở trên, phương thức chi trả ảnh hưởng trực tiếp đến khâu tổ chức, thanh toán chi phí khám chữa bệnh, khả năng cân đối quỹ BHYT và quyền lợi của người tham gia. Đối với mỗi phương thức cần có những cách tổ chức và thanh toán phù hợp. Nếu thực hiện chi trả theo *phí dịch vụ không giới hạn trần* thì cần có sự giám sát chặt chẽ từ phía cơ quan BHXH đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ. Việc ký kết hợp đồng khám chữa bệnh ngoại trú với các cơ sở y tế (kể cả y tế tư nhân) sẽ gặp nhiều thuận lợi do các cơ sở này không bị khống chế bởi trần thanh toán. Điều đó cũng có nghĩa là sẽ nhiều cơ sở nhận cung cấp dịch vụ y tế cho bệnh nhân BHYT. Với phương thức này, quyền lợi bệnh nhân sẽ rất được đảm bảo bởi họ được hưởng tất cả các dịch vụ y tế mà họ muốn, đồng thời bệnh nhân BHYT cũng có thể dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế do có nhiều cơ sở cung ứng. Tuy nhiên, ảnh hưởng của phương thức này đến khả năng cân đối quỹ

đã làm cho các cơ quan Bảo hiểm khó có thể áp dụng để chi trả các chi phí cho bệnh nhân. Một vấn đề không thể giải quyết được khi thực hiện phương thức này đó là quản lý số lượng dịch vụ y tế, số lượng thuốc cấp cho người bệnh. Các cơ sở y tế luôn có xu thế "bán" càng được nhiều dịch vụ y tế càng tốt (đặc biệt với các cơ sở y tế tư nhân), nhu cầu của bệnh nhân được cung ứng các loại dịch vụ tốt, các thuốc đắt tiền lại không có giới hạn. Khi càng được cung ứng dịch vụ tốt, thuốc đắt tiền càng khuyến khích bệnh nhân sử dụng dịch vụ y tế. Điều đó đã làm cho chi phí y tế leo thang không thể kiểm soát được. Ngoài ra còn phải kể đến khả năng dễ lạm dụng BHYT khi thực hiện phương thức chi trả này. Do mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế quá rộng dẫn đến cơ quan quản lý quỹ khó kiểm soát được quá trình cung ứng, đồng thời phương thức này cũng không đề cao được trách nhiệm cá nhân của các thầy thuốc và người bệnh.

Thực hiện thanh toán theo phí dịch vụ, ngoài việc giám sát chặt chẽ còn cần đến một hệ thống thanh toán hoàn thiện. Hệ thống này đòi hỏi một lượng lớn nhân lực và đương nhiên, chi phí hành chính sẽ rất cao.

Phương thức khoán quỹ theo định suất (capitation) có khá nhiều ưu điểm cho tất cả các bên: cơ quan quản lý quỹ, cơ sở khám chữa bệnh và người tham gia. Đối với cơ quan BHXH, phương thức này sẽ giúp đạt được 2 mục tiêu chính là: an toàn quỹ BHYT và giảm chi phí hành chính cho việc thanh toán. Cơ sở KCB sẽ chủ động hơn trong việc sử dụng quỹ có được. Không còn quá lệ thuộc vào tỷ lệ quỹ dành cho ngoại trú hay nội trú nên các cơ sở có thể hạn chế chỉ định bệnh nhân vào điều trị nội trú và tăng cường điều trị ngoại trú. Tiết kiệm các chi phí không cần thiết một cách thiết thực nhất là cân nhắc kỹ lưỡng khi chỉ định thuốc hoặc xét nghiệm cho người bệnh. Muốn có những chỉ định đúng đắn, đồng thời giảm tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến trên (bởi chuyển tuyến trên cơ sở nhận khoán vẫn phải thanh toán) cơ sở khám chữa bệnh phải tự nâng cao trình độ chuyên môn, tăng cường trang thiết bị, cơ sở vật chất. Những biện pháp lâu dài hơn để giảm chi phí y tế đó là hướng dẫn mọi người cách phòng bệnh, chăm sóc sức

khoẻ ban đầu để hạn chế tỷ lệ bệnh tật trong cộng đồng. Người tham gia BHYT cũng được hưởng lợi từ những biện pháp này. Mọi người đều muốn được hướng dẫn tự chăm sóc sức khoẻ một cách hiệu quả nhất, chẳng ai muốn vào viện cho dù có được hưởng quyền lợi bảo hiểm bao nhiêu đi chăng nữa. Và nếu phải đi khám bệnh ai cũng muốn được chẩn đoán đúng bệnh, dùng thuốc điều trị ngoại trú hiệu quả để không phải nằm nội trú hoặc chuyển tuyến trên. Một khi càng tiết kiệm được cho quỹ thì càng giúp được nhiều cho các bệnh nhân khác chẳng may bị bệnh nặng. Chính vì vậy, nếu thực hiện tốt, phương thức khoán quỹ định suất sẽ thể hiện tính cộng đồng rất cao, tăng cường trách nhiệm của thầy thuốc đối với bệnh nhân và giữa các bệnh nhân với nhau.

Tuy vậy, phương thức này cũng có những hạn chế nhất định, đặc biệt khi thực thi tại những nước có nền kinh tế chưa phát triển, chưa có nhiều kinh nghiệm trong hoạt động BHYT. Phương thức này đòi hỏi đội ngũ cán bộ quản lý quỹ phải có trình độ cao. Cơ quan BHXH cần tính toán thật sát mức khoán sao cho có đủ kinh phí để KCB cho bệnh nhân, đồng thời phải có một hệ thống giám định có chất lượng. Giám định viên không chỉ đơn thuần là những người theo dõi số lượng dịch vụ mà cần phải biết đánh giá chất lượng dịch vụ mà cơ sở KCB đã cung cấp cho bệnh nhân. Có như vậy, người bệnh mới có thể được đảm bảo quyền lợi BHYT của mình. Khó khăn đối với các cơ sở KCB khi thực hiện phương thức này đó là vấn đề chi quỹ. Với một số kinh phí không lớn nhưng phải chi làm sao để thoả mãn (trong một chừng mực nào đó) nhu cầu KCB của bệnh nhân, đồng thời không để bội chi quỹ được khoán. Nếu quản lý một cách đơn thuần, có nghĩa là căn cứ số kinh phí nhận được, số lượng bệnh nhân khám ngoại trú, nằm viện nội trú, giám đốc bệnh viện sẽ khoán đến tận các khoa phòng, quy định mức chi phí cho bệnh nhân sao cho càng dư quỹ nhiều càng tốt. Hệ quả tất yếu của biện pháp quản lý này là quyền lợi của bệnh nhân không được đảm bảo. Bệnh nhân sẽ rất khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế cao cấp, ít được sử dụng thuốc chất lượng cao và có ít cơ hội được chuyển tuyến cho dù việc khám chữa bệnh tại

tuyển kỹ thuật cao hơn trong một số trường hợp là cần thiết. Khi mức đóng BHYT thấp, quỹ khoán không đủ chi, các cơ sở khám chữa bệnh không muốn thực hiện phương thức này. Đồng thời, người tham gia BHYT cũng khó chấp nhận bị giới hạn quyền lợi về nhiều mặt như vậy. Một vấn đề nữa là khoán định suất cũng không thể thực hiện được tại các cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa (nơi không có thể đăng ký khám chữa bệnh ban đầu) hoặc các cơ sở không có dịch vụ nội trú (trạm y tế xã, phường, các phòng khám đa khoa khu vực). Vì vậy, dù có thực hiện phương thức này thì song song với nó vẫn phải có các phương thức chi trả khác. Phương thức chi trả theo phí dịch vụ có giới hạn trần được xem như là một phương thức có nhiều ưu điểm. Trước hết, nó có thể thực hiện được tại tất cả các cơ sở KCB. Cơ quan BHXH cũng có thể kiểm soát được chi phí ngoại trú bằng “trần”. Khác với khoán định suất, phương thức này không thúc đẩy các cơ sở KCB tiết kiệm chi phí bởi càng chi nhiều (tối đa đến giới hạn cho phép) cơ sở càng được trích nhiều tiền thưởng. Bệnh nhân vì thế mà cũng được hưởng nhiều quyền lợi hơn. Tuy nhiên, khó khăn khi thực hiện phương thức này đối với cơ quan quản lý quỹ là bài toán xác định mức trần. Tỷ lệ chi cho ngoại trú bao nhiêu thì đủ? Tỷ lệ này có thể dao động được không giữa các cơ sở KCB? Mức chi nào cho các cơ sở không có đăng ký khám chữa bệnh ban đầu? Cách giải quyết đối với các trường hợp bị bệnh mãn tính điều trị ngoại trú...? Biện pháp nào để đối phó với tình trạng tăng chi phí nội trú (do các cơ sở chỉ định nhiều bệnh nhân nhẹ vào nội trú để giảm chi ở ngoại trú)? Phương thức chi trả theo phí dịch vụ có giới hạn trần không được các cơ sở KCB đón nhận nồng nhiệt bởi nguy cơ vượt quỹ rất dễ xảy ra. Bệnh viện cũng không được hưởng lợi từ việc tiết kiệm quỹ nhưng lại phải gánh trách nhiệm với phần vượt quỹ. Để đối phó với khả năng vượt quỹ, các cơ sở thường quy định một mức chi cho mỗi lần khám bệnh, hạn chế chuyển bệnh nhân lên tuyến trên KCB ngoại trú, tích cực chỉ định bệnh nhân vào điều trị nội trú. Hậu quả là quyền lợi của bệnh nhân không được đảm bảo.

Một phương thức cũng được đề cập đến hiện nay là cơ quan BHXH sẽ *chi trả trực tiếp* các chi phí cho người tham gia BHYT căn cứ các hoá đơn chứng từ của bệnh nhân đã KCB tại bệnh viện. Phương thức này sẽ không khả thi bởi rất nhiều lý do, trong đó những lý do chính là: Cơ quan BHXH không thể đủ nhân lực để thực hiện giám định và chi trả trực tiếp cho một số lượng rất lớn bệnh nhân đi KCB ngoại trú như hiện nay; Khó có thể kiểm soát được lạm dụng và gia tăng chi phí y tế; Gây phiền hà cho người tham gia BHYT do phải ứng tiền trước, sau đó lại chờ đợi để được thanh toán lại mà nhiều khi số tiền không lớn.

Vậy phương thức chi trả nào là khả thi nhất? Chắc chắn sẽ không có một phương thức nào lại có thể đáp ứng một cách tuyệt đối quyền lợi của cả 3 bên: Cơ quan quản lý quỹ, cơ sở KCB và người tham gia. Tuy nhiên, để có được một phương thức chi trả hợp lý, ngoài việc xây dựng theo những nguyên tắc chung cần xem xét đến các yếu tố chính trị, kinh tế, xã hội của mỗi quốc gia. Tại Việt Nam, khi mà Nhà nước vẫn còn bao cấp khá nhiều cho ngành y tế, BHYT là một chính sách xã hội phi lợi nhuận và mục tiêu an toàn quỹ có thể không phải là hàng đầu như đối với bảo hiểm thương mại, mức đóng BHYT của người tham gia còn rất khiêm tốn so với các nước trong khu vực, việc xây dựng phương thức chi trả cũng cần hợp lý với các điều kiện nói trên. Với quan điểm như vậy, phương thức chi trả khám chữa bệnh ngoại trú tại Việt Nam phải đáp ứng được những yêu cầu cơ bản sau:

- Đảm bảo chi trả các dịch vụ y tế cơ bản cho bệnh nhân BHYT,
- Thuận lợi cho bệnh nhân trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế,
- Thuận lợi trong quản lý chi phí cho cơ quan BHXH cũng như cơ sở KCB,
- Hạn chế được lạm dụng quỹ BHYT,
- Có cơ chế điều tiết tỷ lệ quỹ khám chữa bệnh nội trú, ngoại trú, mức trần chi phí và mức cùng chi trả,
- Có thể cùng lúc thực hiện những phương thức chi trả khác nhau.

2. Những bài học rút ra từ thực tiễn

Với kinh nghiệm nhiều năm thực hiện BHYT của các nước trên thế giới cho thấy, việc đưa ra một phương thức chi trả hợp lý là điều vô cùng khó khăn và dường như không thể. Cho đến tận thời điểm này, nhiều nước vẫn đang tiếp tục hoàn thiện các phương thức đang thực thi cho phù hợp với điều kiện chính trị, kinh tế - xã hội của mình. Khi mới triển khai thực hiện BHYT, đa số các nước đã áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Hậu quả của nó là sự leo thang chi phí y tế không kiểm soát được và tình trạng bội chi quỹ triển miên. Những nước như Đức, Nhật, Hàn Quốc... đều đã phải gánh chịu thất bại từ việc áp dụng phương thức này. Một trong những vấn đề cải cách BHYT mà các nước này tiến hành đó là thay đổi phương thức thanh toán theo phí dịch vụ sang thanh toán theo khoán định suất và thanh toán theo phí dịch vụ có giới hạn trần (số lượng, đơn giá dịch vụ y tế, danh mục thuốc BHYT) và thực hiện cùng chi trả. Một cải cách khác đó là quy định tuyến khám chữa bệnh ngoại trú. Thay vì được tự do lựa chọn các cơ sở KCB như trước đây, người tham gia chỉ được đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại một nơi nhất định (chủ yếu là tuyến y tế cơ sở do tư nhân đảm nhận). Muốn khám bệnh tại tuyến trên phải có giấy giới thiệu chuyển viện từ nơi đăng ký ban đầu. Đồng thời quy định mức cùng chi trả tại tuyến trên cao hơn tuyến dưới. Những kinh nghiệm này rất cần được xem xét để áp dụng tại Việt Nam.

Ngày nay, phương thức khoán quỹ theo định suất rất được ưa chuộng ở nhiều nước (Anh, Newzeland, Thái Lan...). Phương thức này đã hạn chế được sự leo thang về chi phí y tế và vẫn đảm bảo được nhu cầu khám chữa bệnh cơ bản của người tham gia. Tuy nhiên, hạn chế lớn nhất của phương thức này khi thực hiện ở Thái Lan đó là khó khăn trong việc đảm bảo quyền lợi của bệnh nhân.

Do điều kiện kinh tế xã hội của chúng ta rất khác so với các nước châu Âu và khu vực, do vậy, mặc dù ra đời sau, cũng không thể áp dụng toàn bộ những gì mà các nước đi trước đã làm. Hoạt động BHYT tại Việt Nam mới thực hiện được hơn 10 năm (từ năm 1992) nhưng đã khá nhiều lần phải điều chỉnh phương thức thanh

toán chi phí KCB ngoại trú. Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú được bắt đầu từ 13,5% (1993) rồi 30% (1994) và tiếp tục lên 45% (1995). Những sửa đổi này mới chỉ căn cứ vào tình hình thực tế sử dụng quỹ. Khi thấy nhiều địa phương bội chi, mức chi trung bình một lần khám thấp, quỹ nội trú còn dư là cơ sở để tăng tỷ lệ quỹ KCB ngoại trú. Một thực tế nữa cho thấy, dù có tăng tỷ lệ quỹ ngoại trú lên bao nhiêu thì vẫn cứ thiếu bởi chúng ta không có sự giới hạn về quyền lợi của bệnh nhân bên cạnh một mức tham gia bảo BHYT rất thấp. Tuy còn nhiều bất cập, nhưng theo chúng tôi Việt Nam áp dụng phương thức chi trả theo phí dịch vụ có trần đã đạt được những thành công nhất định. Những cải tiến hợp lý chắc chắn sẽ giúp cho việc áp dụng phương thức này hiệu quả hơn trong chi trả chi phí khám chữa bệnh ngoại trú cho người có thẻ BHYT.

3. Đề xuất các giải pháp cụ thể nhằm hoàn thiện phương thức chi trả

3.1. Cải tiến phương thức thanh toán theo phí dịch vụ có giới hạn trần đang thực hiện.

3.1.1. Tổ chức đăng ký khám chữa bệnh ban đầu

Giảm bớt số lượng người tham gia BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại các bệnh viện đa khoa tuyến Trung ương và tuyến tỉnh, không thực hiện đăng ký khám chữa bệnh ban đầu với các bệnh viện chuyên khoa. Khuyến khích người có BHYT đăng ký tại các cơ sở y tế tuyến huyện, xã. Muốn thực hiện được điều này, cần tiếp tục mở rộng mạng lưới y tế đặc biệt là tuyến cơ sở và hệ thống phòng khám đa khoa khu vực. Tăng cường trang thiết bị, đội ngũ cán bộ y tế để đáp ứng được nhu cầu KCB của người bệnh.

Cơ quan BHXH chủ động điều tiết việc đăng ký KCB ban đầu tại các cơ sở y tế nhằm cân đối giữa các đối tượng tham gia: Hành chính sự nghiệp, Doanh nghiệp, Hưu trí, mất sức, Tự nguyện...Tuy nhiên, khi điều tiết cần phải dựa trên nguyên tắc thuận lợi cho người bệnh trong việc tiếp cận dịch vụ y tế.

3.1.2. Xác định quỹ khám chữa bệnh ngoại trú

Cần thống nhất một phương thức xác định quỹ KCB ngoại trú trong toàn quốc. Như đã phân tích ở các phần trên, quỹ BHYT hình thành với sự tham gia đóng góp của cộng đồng nhằm chia sẻ rủi ro giữa các thành viên. Chính vì vậy, quỹ KCB ngoại trú của đối tượng BHYT bắt buộc cũng nên xác định theo mức đóng trung bình của mọi người tham gia BHYT trong toàn địa phương (tổng quỹ KCB chia cho tổng số thẻ). Khi phân bổ quỹ, cơ quan BHXH sẽ căn cứ vào mức đóng trung bình và số thẻ đăng ký KCB ban đầu (kể cả với y tế cơ quan, đơn vị nhận khám chữa bệnh ngoại trú).

3.1.3. Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú và phương thức thanh toán .

Từ việc phân tích kết quả nghiên cứu, theo chúng tôi, có thể đưa ra các giải pháp sau để xác định tỷ lệ quỹ và phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú:

PHƯƠNG ÁN 1.

- Quỹ KCB chỉ phân làm 2 phần: 50% dành cho KCB ngoại trú và 50% dành cho điều trị nội trú. Không thực hiện trích kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu như trước đây.
- Các cơ sở KCB tuyến huyện sẽ được nhận từ 35 đến 40% quỹ KCB của số thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu (tuỳ theo từng địa phương và tỷ lệ chuyển viện qua các năm). Từ 10% đến 15% quỹ của số thẻ còn lại (đăng ký tại tuyến huyện) cơ quan BHXH tỉnh giữ lại để chi cho các trường hợp được chuyển điều trị tại tuyến tỉnh và Trung ương. Căn cứ vào tình hình khám chữa bệnh thực tế và số người có thẻ BHYT tại các xã mà trung tâm y tế huyện chủ động điều tiết kinh phí xuống các trạm y tế xã từ quỹ ngoại trú của trung tâm.
- Các cơ sở tuyến tỉnh, Trung ương được nhận 40 – 45% quỹ KCB, 5 -10% quỹ của số thẻ còn lại (đăng ký tại tuyến tỉnh và Trung ương), cơ quan BHXH tỉnh giữ lại để chi cho các trường hợp được chuyển điều trị giữa các bệnh viện tuyến tỉnh đến bệnh viện Trung ương.

- Thực hiện khoán chi phí đối với bệnh nhân điều trị tuyến 2. Mức khoán tùy theo từng địa phương và từng loại bệnh viện (chuyên khoa, đa khoa). Nguyên tắc khoán dựa trên số bệnh nhân trung bình được chuyển đến điều trị ngoại trú, chi phí trung bình một lần khám tại bệnh viện đó qua các năm. Đồng thời, cơ quan BHXH tỉnh phải căn cứ vào số kinh phí đã giữ lại (15-20%) để tính toán mức khoán hợp lý.
- Chi phí của các bệnh nhân suy thận mãn phải chạy thận nhân tạo, ung thư điều trị ngoại trú, sử dụng thuốc chống thải ghép cũng được thanh toán từ quỹ mà cơ quan BHXH đã giữ lại.
- Vẫn áp dụng việc thanh toán bù trừ giữa các quý trong năm và xem xét điều tiết giữa quỹ nội trú và ngoại trú.
- Thực hiện cùng chi trả với tất cả các đối tượng. Tuy nhiên, có thể xem xét mức bắt đầu phải cùng chi trả 20% khi chi phí khám chữa bệnh từ 20.000 đồng trở lên. Tỷ lệ cùng chi trả sẽ tăng lên 30% khi chi phí từ 100.000đ trở lên.
- Có hình thức khen thưởng với các đơn vị sử dụng quỹ hiệu quả (không bị bội chi quỹ, quyền lợi bệnh nhân được đảm bảo, tỷ lệ chuyển viện thấp...)

Ưu điểm

- Với phương thức này, các cơ sở khám chữa bệnh sẽ chủ động hơn trong việc sử dụng quỹ được nhận (cho dù thấp hơn mức cũ) do không phải trả chi phí của các bệnh nhân chuyển tuyến.
- Tạo sự công bằng trong thanh toán chi phí của các bệnh nhân mãn tính (tất cả các thành viên tham gia bảo hiểm phải cùng chia sẻ rủi ro)
- Thực hiện thanh toán cho các bệnh nhân đa tuyến thuận tiện.
- Tăng trách nhiệm quản lý chi phí KCB ngoại trú của các cơ sở KCB tuyến trên đối với những bệnh nhân chuyển đến.
- Bệnh nhân sẽ thuận lợi hơn khi cần phải chuyển tuyến do cơ sở tuyến dưới không phải chi trả cho tuyến trên các chi phí của bệnh nhân được chuyển.

- Giới hạn mức phải cùng chi trả và lũy tiến mức cùng chi trả sẽ khuyến khích các bệnh nhân KCB tại các cơ sở KCB tuyến dưới (có chi phí thấp) và hạn chế bệnh nhân chủ động xin chuyển khi chưa cần thiết, từ đó kiềm chế gia tăng chi phí y tế.

Nhược điểm:

- Khó khăn trong việc xác định chính xác tỷ lệ cho các tuyến, tỷ lệ giữ lại tại cơ quan BHXH để thanh toán đa tuyến và một số bệnh mãn tính.
- Khó khăn trong xác định mức khoán chi đối với các bệnh nhân tuyến chuyển tuyến.
- Các cơ sở KCB sẽ lạm dụng việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên, đặc biệt là các bệnh nhân mãn tính.
- Cần có một hành lang pháp lý cho việc thực hiện.

PHƯƠNG ÁN 2.

- Các đơn vị sẽ nhận 40% kinh phí khám chữa bệnh. Cơ quan BHXH tỉnh giữ lại 10% để chi cho các bệnh nhân thận nhân tạo, ung thư, sử dụng thuốc chống thải ghép và một số bệnh nội tiết như tiểu đường, Basedow.
- Khống chế mức chi với bệnh nhân tuyến 2 (như phương án 1)
- Thực hiện thanh toán đa tuyến nội bộ như hiện nay
- Cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh thực hiện như phương án 1

Ưu điểm:

- Tạo được sự công bằng giữa các cơ sở KCB trong chi trả chi phí của các bệnh nhân mắc bệnh mãn tính.
- Mặc dù các cơ sở tuyến dưới vẫn phải thanh toán chi phí của bệnh nhân chuyển đi nhưng do có khống chế mức chi phí cho các bệnh nhân tuyến 2 nên sẽ chủ động hơn trong sử dụng kinh phí (biết được số kinh phí tối đa sẽ phải thanh toán căn cứ số bệnh nhân chuyển viện).

Nhược điểm:

- Đối với các thành phố lớn như Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ quỹ mà cơ quan BHXH giữ lại sẽ khó có thể đủ chi cho các bệnh nói trên do số lượng

bệnh nhân được sử dụng các dịch vụ như chạy thận nhân tạo, ghép phổi tạng cao hơn nhiều so với các địa phương khác.

- Các cơ sở vẫn phải thực hiện thanh toán đa tuyến nội bộ như hiện nay.
- Chưa giải quyết được sự mất cân đối về tỷ lệ sử dụng quỹ giữa tuyến chuyên môn cao và thấp.

Từ những phân tích trên, trong 2 phương án, nhóm tác giả cho rằng, áp dụng **Phương án 1** sẽ tốt hơn.

3.1.4. Đối tượng áp dụng

Phương thức này có thể áp dụng với tất cả các cơ sở KCB trong cả nước.

3. 2. Thanh toán theo khoán định suất.

Phương thức khoán định suất hiện vẫn đang được tiếp tục nghiên cứu và thực hiện thí điểm tại một số cơ sở khám chữa bệnh. Trong chuyên đề này, chúng tôi không nghiên cứu sâu về vấn đề này nhưng với những gì đã thu thập được từ kinh nghiệm khoán định suất của Thái Lan và các nước khác, kinh nghiệm của một số địa phương đang triển khai thí điểm, xin có một số đề xuất bổ sung sau:

- Chỉ áp dụng phương pháp khoán quỹ với các cơ sở KCB có đủ năng lực cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT (bệnh viện đa khoa tuyến huyện trở lên).
- Tính toán để đưa ra mức khoán hợp lý.
- Cần có bản hợp đồng chi tiết về việc sử dụng quỹ, trong đó điều khoản về quyền lợi người bệnh cần được bàn bạc và quy định cụ thể.
- Có quy định về thanh toán bổ sung đối với các trường hợp bệnh nhân mắc bệnh nặng, chi phí lớn (quy định mức cụ thể)
- Vẫn tiếp tục áp dụng phương thức chi trả theo phí dịch vụ có trần đối với các cơ sở có và không có thẻ đăng ký khám ban đầu.

4. Kiến nghị.

4.1. Đối với các cơ quan quản lý Nhà nước (Chính phủ, các Bộ)

- Tiếp tục mở rộng mạng lưới chăm sóc sức khỏe cho người dân. Nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ y tế đối với tuyến y tế cơ sở.
- Tăng mức đóng BHYT phù hợp với sự phát triển chung của xã hội.
- Giao quyền tự chủ cho BHXH Việt Nam trong việc phân bổ quỹ khám chữa bệnh (nội trú, ngoại trú) cũng như lựa chọn phương thức chi trả phù hợp.
- Quy định mức khoán chi phí vật tư y tế tiêu hao trong lần khám bệnh, xét nghiệm và thủ thuật.
- Quy định lại mức cùng chi trả và đối tượng cùng chi trả theo hướng đã đề xuất tại phần trên.
- Quy định lại phần trích thưởng 30% từ viện phí thu được. Các bệnh viện chỉ được trích thưởng từ tiền khám bệnh, thủ thuật, xét nghiệm cận lâm sàng.

4.2. Đối với các cơ sở KCB

- Đảm bảo tối đa quyền lợi của người tham gia BHYT trong khả năng kinh phí có được từ quỹ BHYT. Chỉ định đúng thuốc, đúng bệnh, chống cào bằng và lãng phí.
- Tiếp tục cải cách các thủ tục hành chính nhằm thuận lợi hơn nữa cho người có BHYT khi đến khám chữa bệnh.

4.3. Đối với BHXH Việt Nam

- Cần tiếp tục có những nghiên cứu nhằm đánh giá toàn diện về công tác khám chữa bệnh hiện nay (cả nội trú và ngoại trú).
- Thí điểm triển khai các phương thức chi trả khác nhau nhằm tìm ra những phương pháp tối ưu, phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội của Việt Nam.
- Sớm triển khai thống nhất quản lý công tác khám chữa bệnh BHYT bằng hệ thống tin học trong toàn quốc.

PHẦN KẾT LUẬN

Phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT có một ý nghĩa cực kỳ quan trọng đối với hoạt động BHYT nói chung và công tác khám chữa bệnh nói riêng. Nó có tác động mạnh mẽ đến quyền lợi của người bệnh, đến khả năng cân đối quỹ BHYT và hoạt động của các cơ sở khám chữa bệnh. Đồng thời, phương thức chi trả cũng ảnh hưởng đến công tác tổ chức mạng lưới khám chữa bệnh, vấn đề tiếp nhận, giám định và thanh toán chi phí khám chữa bệnh. Ngoài ra, mỗi cơ sở KCB, mỗi địa phương, mỗi quốc gia có một đặc thù khác nhau, phương thức chi trả dù có hoàn thiện đến đâu cũng khó có thể đáp ứng được tất cả các yêu cầu đặt ra.

Trong khuôn khổ một chuyên đề nghiên cứu khoa học, nhóm nghiên cứu đã cố gắng trình bày một phần thực trạng công tác khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay và đi sâu nghiên cứu đánh giá các phương thức chi trả chi phí khám chữa bệnh ngoại trú BHYT đang được thực hiện thông qua các cơ sở y tế. Tuy vậy, do điều kiện có hạn, còn khá nhiều vấn đề liên quan đến công tác khám chữa bệnh ngoại trú chưa được đề cập đến như: vấn đề thanh toán trực tiếp, quyền lợi của người bệnh BHYT, đánh giá nhu cầu thực của người tham gia BHYT đối với các dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú, khả năng đáp ứng của quỹ với các nhu cầu này... Dựa vào các kết quả nghiên cứu, chúng tôi đã đưa ra một số đề xuất, kiến nghị nhằm hoàn thiện hơn nữa phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh tại Việt Nam. Tuy nhiên, do điều kiện có hạn, phạm vi nghiên cứu không rộng, những đề xuất và kiến nghị có thể còn mang tính chủ quan. Theo chúng tôi, đây là vấn đề lớn, rất cần tiếp tục nghiên cứu để hoàn thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Những văn bản quy định về BHYT.
Nhà xuất bản y học, 1993
2. Những văn bản quy định về BHYT.
Nhà xuất bản y học, 1995
3. Bảo hiểm y tế Việt Nam:
Báo cáo kết quả nghiên cứu các giải pháp cân đối quỹ, mở rộng và phát triển Bảo hiểm y tế ở Việt Nam, 2000.
4. Bảo hiểm y tế Việt Nam:
Báo cáo tổng kết 3 năm 1993 - 1995
5. Bảo hiểm y tế Việt Nam:
Những văn bản hướng dẫn về Bảo hiểm y tế, Hà Nội, 2001
6. Bảo hiểm y tế Việt Nam:
Niên giám thống kê bảo hiểm y tế 1993-2002, NXB Thống kê, 2002
7. Bảo hiểm y tế Việt Nam
Thông tin BHYT Việt Nam số 7/1995, tr.30; số 8/1995, tr.25-26; số 10/1995 tr. 20; Số 13/1996, tr.21; Số 15/1996, tr.31; Số 17/1996 tr. 31-32; Số 22/1997, tr.9; tr.34-35; Số 28/1998, tr.22-23; Số 30, tr.33; Số 32, tr.32
8. Bảo hiểm y tế Việt Nam
Tập chí BHYT Việt Nam số 1/2001, tr.24-25; Số 2/2001, tr.36; Số 6/2001, tr.35.
9. Trần Văn Tiến:
Một số quy định khám chữa bệnh BHYT tại Bảo hiểm y tế Việt Nam,
Thông tin Bảo hiểm y tế Việt Nam, số 1/1993 tr.10-13
10. Nguyễn Văn Biểu:
Vấn đề xác định giá trong hợp đồng khám chữa bệnh,
Thông tin Bảo hiểm y tế Việt Nam, số 1/1993 tr.14-18
11. Nguyễn Huy Nghi:
Đề xuất giải pháp thanh toán đối với các chi phí khám chữa bệnh ngoại trú lớn,
Thông tin Bảo hiểm y tế Việt Nam, số 34/2000 tr.7-8

11. Lê Văn Phúc, Trịnh Xuân Hường và cs.:

Phân tích chi phí khám chữa bệnh và sự khác biệt trong thanh toán chi phí khám chữa bệnh tại một số bệnh viện, Hà Nội 2002.

12. Vũ Xuân Bằng, Trần Quang Thông và cs.:

Đánh giá quyền lợi khám chữa bệnh của bệnh nhân có BHYT tại một số bệnh viện, Hà Nội 2002

13. Vũ Xuân Bằng, Đỗ Văn Khoan

Kết quả nghiên cứu thí điểm khoán quỹ khám chữa bệnh theo định suất tại Trung tâm y tế tỉnh Vĩnh Tường. Hà Nội, tháng 8/2002

14. Phạm Lương Sơn và cs.

Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc cho bệnh nhân BHYT tại một số tỉnh Hà Nội, 11/2002

15. Bộ Y tế - Ban Khoa giáo Trung ương:

Tác động của viện phí và BHYT đối với sự công bằng về tài chính, về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, Hà Nội-1/2002

16. Bộ Y tế:

Các chính sách và giải pháp thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, Hà Nội 2002

17. Bộ Y tế:

Quy chế bệnh viện, NXB Y học, 1998

18. Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

Hội thảo khoa học về các giải pháp nâng cao hiệu quả công tác khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, 11/2003

19. Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

Hội thảo về Bảo hiểm y tế tại Lào, 2/2004

20. Phạm Mạnh Hùng, I. Harry Minas, Goran Dahlgren:

Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả.

21. ILO:

Social Health Insurance

BẢN NHẬN XÉT

Chuyên đề KH:

“GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ CHẾ ĐỘ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ CHO NGƯỜI THAM GIA BHYT”

Của BS Lê Văn Phúc và cộng sự

Người nhận xét I : Phan Duy Tập

1. TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI:

BHYT đã hoạt động 12 năm nhưng vấn đề chi trả chế độ chế độ khám chữa bệnh cho những người có thẻ BHYT vẫn là vấn đề bức xúc đối với cơ quan bảo hiểm. Phương thức chi trả quyết định tới an toàn quỹ của cơ quan bảo hiểm, tới quyền lợi của người tham gia BH và phải sao cho cơ sở khám chữa bệnh có thể chấp nhận được. Trong số bệnh nhân là người có thẻ BHYT tham gia khám chữa bệnh thì phương thức điều trị ngoại trú đóng vai trò rất quan trọng. Vì số người này chiếm một tỷ lệ rất lớn, nó tác động tới chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu, và làm tốt sẽ có lợi về kinh tế cho cả xã hội (trong đó có cả bệnh nhân và cơ quan bảo hiểm). Nhưng từ trước đến nay BHXH (trước đây là BHYT) chưa đề ra được một phương thức thanh toán có hiệu quả nhất, và cũng chưa thống nhất được phương thức chi trả trong toàn hệ thống. Vì vậy vấn đề tác giả đặt ra là cần thiết.

2. BỐ CỤC CỦA CHUYÊN ĐỀ:

Với hai mục tiêu cơ bản của đề tài là:

- Đánh giá thực trạng công tác khám chữa bệnh ngoại trú và chi trả khám chữa bệnh ngoại trú cho người có thẻ BHYT
- Đề xuất giải pháp hoàn thiện.

nội dung của chuyên đề mà tác giả đặt ra là hoàn toàn hợp lý, đáp ứng được yêu cầu. Tuy vậy cách bố cục của chuyên đề có đôi chỗ chưa hợp lý, chúng tôi sẽ phân tích trong phần thiếu sót của đề tài.

3. THÀNH CÔNG CỦA CHUYÊN ĐỀ:

- Như đã trình bày ở trên chuyên đề của tác giả là một chuyên đề cấp thiết. Và thành công lớn nhất của tác giả là qua thực trạng chi trả chế độ khám chữa bệnh ngoại trú tác giả đã nêu ra được sự cấp thiết đó và đề xuất giải pháp hoàn thiện tương ứng.
- Các giải pháp mà tác giả đề xuất là trọng tâm của chuyên đề, cũng là những vấn đề rất đáng để các nhà hoạch định chính sách BHXH quan tâm. Và có khả năng ứng dụng cao trong thực tế.
- Số liệu của chuyên đề mà tác giả đưa ra phong phú, minh chứng rõ ràng cho ý kiến của tác giả khi định trình bày.
- Cách trình bày logic, dễ hiểu, có sức thuyết phục.

4. THIẾU SÓT CỦA CHUYÊN ĐỀ:

Tuy vậy chuyên đề còn có những thiếu sót nhỏ như:

Chương I: “những vấn đề chung về KCB ngoại trú và các quy định về thanh toán chi phí KCB ngoại trú tại Việt Nam”. Tác giả lại đưa kinh nghiệm nước ngoài vào phần này là không hợp lý.

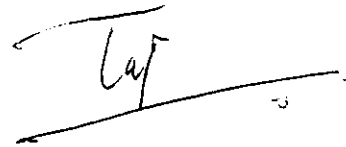
Trong phần kết luận (trang 46): tác giả cho rằng “số người đăng ký tại các bệnh viện đa khoa tỉnh và thành phố chiếm tỷ lệ lớn mặc dù loại cơ sở này không nhiều”. Theo chúng tôi kết luận này chỉ dựa vào số liệu của Hà Nội là không phản ánh đúng tình hình chung của cả nước. Vì Hà Nội là nơi tập trung dân cư. Còn ở những nơi dân cư thưa thớt, người ở những huyện xa không mấy khi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại tỉnh. Mà số liệu ở bảng 2 trang 30 cũng phần nào nói lên điều đó.

4. KẾT LUẬN:

Tuy còn một số thiếu sót khi trình bày chuyên đề, nhưng đó là những thiếu sót nhỏ có thể khắc phục. Về cơ bản tác giả đã đề cập tới một vấn đề cần thiết trong thanh toán BHYT và những đề xuất hợp lý là những đóng góp to lớn vào phương thức chi trả. Chuyên đề đã đáp ứng được các vấn đề đặt ra.

Đề nghị chuyên đề được xếp loại xuất sắc.

Hà Nội 19/7/ 2004



Phan Duy Tập

Hà Nội, ngày 06 tháng 07 năm 2004

BẢN NHẬN XÉT
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHUYÊN ĐỀ KHOA HỌC
(Giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB
ngoại trú cho người tham gia BHYT)

Họ và tên người nhận xét: **Lê Ngọc Báu**

Chức vụ: **Phó trưởng Ban Giám định y tế**

Thực hiện Quyết định số 946/BHXXH-NCKH ngày 15/6/2004 của Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam về việc thành lập Hội đồng đánh giá kết quả nghiên cứu chuyên đề khoa học năm 2003. Theo phân công là người nhận xét 2 của chuyên đề “ Giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB ngoại trú cho người tham gia BHYT” sau thời gian nghiên cứu dự thảo kết quả tôi có những nhận xét như sau:

1. Những kết quả nghiên cứu của chuyên đề:

- Chương I của chuyên đề cho chúng ta cái nhìn tổng quan về công tác khám chữa bệnh ngoại trú của một số nước trên thế giới và tại Việt Nam trong những năm qua.
- Phân tích được tầm quan trọng của công tác KCB ngoại trú, những hạn chế của mạng lưới KCB ngoại trú hiện nay và ưu nhược điểm của các phương thức thanh toán chi phí KCB ngoại trú trên thế giới đang được thực hiện
- Chương II thực trạng công tác tổ chức KCB và thanh toán chi phí KCB ngoại trú theo chế độ BHYT tại Việt Nam đã đánh giá được thực trạng của công tác KCB ngoại trú theo chế độ BHYT tại từng tuyến điều trị. Phân tích chi phí KCB ngoại trú của một số cơ sở KCB có thể đăng ký KCB ban đầu và những đơn vị KCB ngoại trú tuyến 2 tại Hà Nội, nêu được những khó khăn vướng mắc trong KCB ngoại trú BHYT hiện nay tại Việt Nam, sự khác biệt chi phí KCB ngoại trú của từng đối tượng và của từng tuyến điều trị.
- Các số liệu chi tiết đến chi phí bình quân từng phiếu điều trị, từng lần khám bệnh trong năm và tần suất KCB ngoại trú của từng đối tượng, phân phân tích có các số liệu, các bảng biểu minh họa kèm theo, dễ đọc, dễ hiểu.

- Phân nhận xét và đánh giá đã tóm tắt được thực trạng của công tác KCB ngoại trú theo chế độ BHYT đang được thực hiện tại Việt Nam. Từng phần được nhận xét phân tích một cách cụ thể có logic theo trình tự từng nội dung của chuyên đề có đánh giá rút ra những bài học cần thiết trong công tác KCB ngoại trú theo chế độ BHYT
- Chương III đề xuất giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB ngoại trú đã nêu được quan điểm về các phương thức chi trả chi phí KCB ngoại trú và đề xuất 2 phương án về thanh toán chi phí KCB ngoại trú BHYT
- Các phương án của chuyên đề đều có phân tích những mặt mạnh và những tồn tại khác nhau có ưu tiên theo thứ tự để các nhà hoạch định chính sách BHYT lựa chọn.
- Phần kết luận đã tóm tắt được nội dung cần đánh giá, bám sát được mục tiêu của chuyên đề

2. Những tồn tại cần khắc phục:

- Chương I. Những vấn đề chung về KCB ngoại trú... nên đưa phần “Kinh nghiệm của nước ngoài về KCB ngoại trú..” lên phần đầu chương I tiếp theo đến phần KCB ngoại trú trong nước,
- Phần Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới quá dài nên viết ngắn và cô đọng lại
- Chương II. Thực trạng công tác KCB ngoại trú tại Việt Nam cần bổ sung thêm các số liệu mang tính tổng thể hoặc đại diện cho toàn quốc trong ít nhất 03 năm
- Các số liệu so sánh tại bảng biểu nên đồng nhất (VD; so sánh tần suất KCB của các đối tượng hoặc chi phí KCB theo đối tượng.
- Các số liệu đánh giá phải đưa vào các công thức thống kê để xác định những số liệu này có ý nghĩa thống kê không?
- Các số liệu chi phí KCB ngoại trú của BHYT nên được so sánh với các số liệu chi phí KCB ngoại trú của đối tượng nộp viện phí để có cơ sở đánh giá.
- Phần kết luận nên ngắn gọn súc tích và bám vào mục tiêu của chuyên đề
- Phần đề xuất: mục “Quan điểm....” nên đưa sang phần bàn luận (nhận xét)

3. Nhận xét chung:

- Với quy mô của một chuyên đề các số liệu nghiên cứu đã đáp ứng được mục tiêu của đề tài
- Chuyên đề có tính thực tiễn cao, các số liệu được tổng hợp phân tích chi tiết, đánh giá được thực trạng của công tác chi trả KCB ngoại trú BHYT

và chuyên đề đã đề xuất được các phương án thanh toán chi phí KCB ngoại trú mới, mang tính đột phá giúp cho các nhà hoạch định chính sách BHYT có một cái nhìn thực tế hơn về việc thanh toán chi phí KCB ngoại trú nói riêng và thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT nói chung

- Chuyên đề được xếp loại: **Khá**

NGƯỜI NHẬN XÉT



Lê Ngọc Báu

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

TÓM TẮT CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC:

**GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ
CHẾ ĐỘ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ CHO NGƯỜI
THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

CHỦ BIÊN CHUYÊN ĐỀ: BS. LÊ VĂN PHÚC

HÀ NỘI – 2003

PHẦN MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của vấn đề nghiên cứu

Trong hoạt động bảo hiểm y tế (BHYT), tổ chức, thực hiện công tác thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm đóng vai trò hết sức quan trọng, có ảnh hưởng rất lớn đến việc thành bại của chính sách. Với điều kiện kinh tế, xã hội như Việt Nam hiện nay, đưa ra một phương thức chi trả BHYT hợp lý luôn là điều vô cùng khó khăn. Có lẽ cũng vì vậy mà chỉ mới 10 năm thực hiện BHYT, đã rất nhiều lần Nhà nước phải sửa đổi phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh (KCB). Qua thời gian 10 năm thực hiện chính sách BHYT, Bộ Y tế đã phải điều chỉnh tỷ lệ quỹ KCB ngoại trú từ 13,5% lên đến 25% và gần đây nhất là 45% của tổng quỹ khám chữa bệnh BHYT.

Với phương thức thanh toán chi phí KCB ngoại trú như hiện nay, nhiều bất cập đã phát sinh trong quá trình thực hiện trong khâu tổ chức khám chữa bệnh sử dụng quỹ ngoại trú và nhất là vấn đề đảm bảo quyền lợi của người tham gia. Một vấn đề nữa cũng được khá nhiều cơ sở khám chữa bệnh quan tâm đó là việc xác định và phân bổ quỹ KCB ngoại trú. Phương thức xác định đang được thực hiện không thống nhất giữa các địa phương và các cơ sở KCB hầu như phải chấp nhận phương thức do cơ quan BHXH áp dụng. Mặc dù có khá nhiều bất cập như trên nhưng cho đến nay chưa có một nghiên cứu toàn diện nào nhằm đưa ra các giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chi phí khám chữa bệnh ngoại trú cho bệnh nhân BHYT.

Để đảm bảo tốt hơn nữa quyền lợi của người tham gia cũng như hiệu quả hơn trong việc sử dụng quỹ BHYT, chúng tôi lựa chọn nghiên cứu chuyên đề: "Hoàn thiện phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh ngoại trú cho bệnh nhân BHYT".

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Đánh giá thực trạng công tác tổ chức KCB và chi trả chế độ khám chữa bệnh ngoại trú cho người có thẻ BHYT.

2.2. Đề xuất các giải pháp nhằm hoàn thiện phương thức chi trả chi phí KCB ngoại trú cho người bệnh BHYT.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân khám chữa bệnh ngoại trú theo chế độ BHYT.
- Các chứng từ thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú giữa cơ quan BHYT với cơ sở khám chữa bệnh

3.2. Phạm vi nghiên cứu

- Nghiên cứu thực trạng công tác tổ chức khám chữa bệnh và chi trả chế độ KCB ngoại trú tại Việt Nam thời gian qua và đi sâu nghiên cứu trên địa bàn Tp. Hà Nội năm 2003.

3.3. Phương pháp nghiên cứu

- Khảo sát tại thực địa (Tp. Hà Nội)
- Hồi cứu số liệu thứ cấp
- Tổng hợp, phân tích, đánh giá

CHƯƠNG I

NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ KCB NGOẠI TRÚ VÀ CÁC QUY ĐỊNH VỀ THANH TOÁN CHI PHÍ KCB NGOẠI TRÚ CHO NGƯỜI CÓ THẺ BHYT TẠI VIỆT NAM.

1. Những nội dung cơ bản về chế độ khám chữa bệnh ngoại trú nói chung và khám chữa bệnh cho người có BHYT.

1.1. Tổ chức khám chữa bệnh ngoại trú:

Khám, chữa bệnh ngoại trú là quá trình KCB được thực hiện cho bệnh nhân tại các phòng khám bệnh hoặc tại gia đình. Bệnh nhân ngoại trú (outpatient) là các bệnh nhân đến tại các phòng khám, được KCB sau đó về ngay.

1.2. Sự cần thiết phải tổ chức KCB ngoại trú:

Ở tất cả các nước trên thế giới, việc tổ chức KCB ngoại trú là không thể thiếu được và ngày càng phát triển. Việc chuyển từ điều trị nội trú sang điều trị ngoại trú là rất tích cực về cả khía cạnh y tế và tài chính. [20, tr.68].

1.3. Những hạn chế khi mở rộng mạng lưới KCB ngoại trú BHYT

- Thiếu cán bộ y tế có chất lượng phục vụ tại các phòng khám

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế khó đáp ứng được nhu cầu KCB.
- Thiếu kinh phí hoạt động do quỹ KCB ngoại trú bảo hiểm y tế thấp.
- Khó quản lý chi phí khám chữa bệnh do không đủ nhân lực giám sát.

2. Các quy định về KCB ngoại trú trước và sau khi có chính sách BHYT

2.1. Trước khi có BHYT

- Thực hiện theo quyết định số 91-Ttg ngày 25-4-1974, về việc chấn chỉnh tổ chức KCB cho đối tượng là cán bộ, công chức viên chức nhà nước.
- Ngày 24/4/1989, Hội đồng Bộ trưởng ban hành Quyết định số 45/QĐ-HĐBT về việc thu một phần viện phí. Cán bộ công nhân viên chức Nhà nước và một số đối tượng khác được miễn thu một phần viện phí.

2.2. Sau khi có chính sách BHYT

2.2.1. Giai đoạn từ 1992 đến 1995: Thực hiện theo hướng dẫn tại Thông tư số 16/BYT-TT ngày 15/12/1992. *Phương thức thanh toán KCB ngoại trú được thực hiện theo phí dịch vụ. Tỷ lệ quỹ ngoại trú bằng 13,5% tổng thu BHYT.*

2.2.2. Giai đoạn từ tháng 9/1994 đến 10/1995

Ngày 26/8/1994, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 16/BYT-TT, điều chỉnh tỷ lệ dành cho KCB ngoại trú bằng 25% -30% tổng quỹ BHYT tùy theo tình hình thực tế của các phòng khám. Quy định này thực hiện đến tháng 10/1995.

2.2.3. Giai đoạn từ tháng 1/1995 đến 19/12/1998

Ngày 24/10/1995, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 15/TT-BYT hướng dẫn thực hiện thông tư số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của liên Bộ. Quỹ KCB ngoại trú bằng 45% của tổng quỹ KCB. Các cơ sở KCB có thể bù trừ phần vượt quỹ ngoại trú giữa các quý trong năm. Công văn số 2667/TCKT ngày 23/4/1997 của Bộ Y tế cho phép điều tiết kinh phí từ quỹ nội trú (nếu còn) cho các đơn vị bị bội chi quỹ ngoại trú. Ngày 19/9/1997, liên bộ ban hành thông tư số 11/TTLB. Quy định bệnh nhân cùng chi trả một số dịch vụ kỹ thuật cao.

2.2.4. Giai đoạn từ năm 1999 đến 2003.

Thực hiện theo Thông tư số 17/BYT-TT ngày 19/12/1998. Thay đổi duy nhất trong giai đoạn này là người bệnh có BHYT phải thực hiện cùng chi trả với tỷ lệ 20%.

2.2.5. Giai đoạn từ năm 2003 đến nay

Phương thức chi trả khám chữa bệnh ngoại trú có 2 sự thay đổi so với cũ là:

- Chi phí KCB ngoại trú của các bệnh nhân ngoại tỉnh được BHXHVN thực hiện điều tiết chung trong toàn hệ thống.
- Từ năm 2004, thanh toán theo thực tế sử dụng một số vật tư YTTH như găng tay, bơm kim tiêm, chỉ phẫu thuật...

3. Kinh nghiệm nước ngoài về tổ chức và thanh toán chi phí KCB ngoại trú.

3.1. Tại Hàn Quốc

Hơn 90% các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Hàn Quốc do tư nhân đảm nhiệm. Quy định giấy giới thiệu chuyển viện (trừ các trường hợp thai sản, cấp cứu). Hàn Quốc thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Mức cùng chi trả tại Hàn Quốc: khám bệnh: từ 20-30% (tùy theo tuyến, tuyến càng cao, mức chi trả càng lớn). Quỹ BHYT của Hàn Quốc luôn trong tình trạng bội chi.

3.2. Tại Nhật Bản

Nhật Bản thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ đồng thời không quy định KCB theo tuyến chuyên môn. Bệnh nhân BHYT sẽ trực tiếp trả các chi phí KCB cho các cơ sở KCB sau đó cơ quan BHYT sẽ hoàn lại cho họ theo các chứng từ hợp pháp. Thực hiện cùng chi trả chi phí KCB (30%). Quỹ BHYT của Nhật Bản bị bội chi 4,9 tỷ USD năm 2001.

3.3. Tại Singapore

Nguyên tắc cùng chi trả áp dụng cho tất cả các loại dịch vụ y tế nhằm tránh lạm dụng và hạn chế gia tăng chi phí y tế ngoài ra còn phải nộp một khoản cố định mỗi khi đi KCB. 75% công việc KCB thông thường do phòng khám tư nhân đảm nhiệm, 25% còn lại do Nhà nước quản lý. Quy định hạn chế việc sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao, thuốc đắt tiền.

3.4. Tại Thái Lan

Cơ quan BHXH Thái Lan là người trực tiếp ký hợp đồng với các cơ sở KCB để phục vụ bệnh nhân có BHYT. Hệ thống chăm sóc sức khỏe mới chỉ bao phủ đến tuyến huyện. Người có BHYT được đăng ký KCB tại 1 cơ sở. Khi cần chuyển tuyến, cơ sở

đó sẽ giới thiệu lên tuyến trên. Phương thức chi trả thực hiện khác nhau với mỗi loại đối tượng.

3.5. Tại Trung Quốc

Bảo hiểm y tế Trung Quốc thực hiện phương thức chi trả theo phí dịch vụ có giới hạn trần và cùng chi trả chi phí KCB. Mức tự chi trả trong năm thấp nhất là 2% và cao nhất tới 10% lương của năm trước. Tuy nhiên, Trung Quốc không quy định tuyến đối với bệnh nhân BHYT.

3.6. Tại Cộng hoà Liên bang Đức

Người có Bảo hiểm được tự do lựa chọn thầy thuốc. Đối với khám chữa bệnh ngoại trú, ngân sách phân bổ theo khu vực, các thầy thuốc tư nhân được thanh toán chi phí KCB theo bảng giá dịch vụ, không vượt qua mức ngân sách đã được phân bổ. Người bệnh được hưởng hầu hết các dịch vụ y tế kể cả dịch vụ làm răng giả. Tỷ lệ cùng chi trả tại CHLB Đức từ 10-30%. Tuy vậy, chi BHYT (khu vực bắt buộc) không ngừng gia tăng, từ 107,6 tỷ Eu năm 1992, qua 10 năm, đến năm 2002 đã là 142,6 tỷ Eu, thâm hụt so với thu là 3,42 tỷ Eu (Boris M.Velter, 2003).

3.7. Tại Australia

Người tham gia bảo hiểm có thể lựa chọn thầy thuốc đa khoa để chăm sóc sức khỏe cho mình. Người bệnh ngoại trú phải trả 15% tổng chi phí một lần khám nhưng tối đa không quá 27 AUD. Các công ty BHYT tư nhân (MBF) cũng chỉ hỗ trợ chi trả phần bệnh nhân phải cùng trả trong điều trị nội trú, mức hỗ trợ là 25%.

CHƯƠNG II

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC TỔ CHỨC KCB VÀ THANH TOÁN CHI PHÍ KCB

NGOẠI TRÚ CHO NGƯỜI CÓ THẺ BHYT TẠI VIỆT NAM VÀ TRÊN ĐỊA BÀN

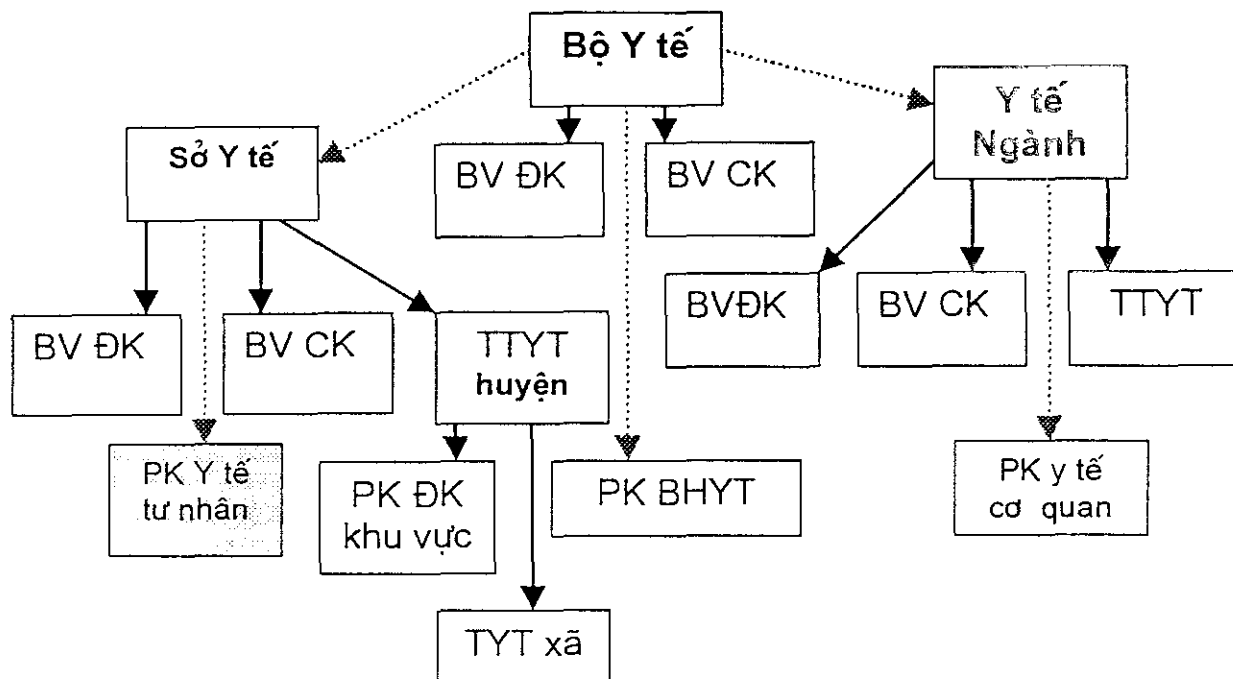
THÀNH PHỐ HÀ NỘI

1. Tổ chức công tác KCB ngoại trú cho các đối tượng tham gia BHYT hiện nay

1.1. Đăng ký khám chữa bệnh ban đầu

Người tham gia BHYT được lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu. Sau mỗi quý, có thể đổi nơi đăng ký KCB ban đầu. Được chuyển tuyến KCB cao hơn khi cần thiết.

1.2. Mạng lưới khám chữa bệnh ngoại trú BHYT



Ghi chú: - Những chữ viết tắt: BVĐK- Bệnh viện đa khoa

BVCK: Bệnh viện chuyên khoa; TTYT: trung tâm y tế; TYT: Trạm y tế

PKĐK: Phòng khám đa khoa; PK BHYT: Phòng khám Bảo hiểm y tế

—————> : Quản lý và chỉ đạo trực tiếp, toàn diện.

.....> : Chỉ đạo về chuyên môn

1.3. Chuyển tuyến.

Khi vượt khả năng về chuyên môn, bệnh nhân được chuyển tuyến theo quy định của Bộ Y tế và Sở y tế các tỉnh. Hiện chưa có quy định cụ thể về sử dụng giấy hẹn tái khám, giấy chuyển viện đối với các bệnh nhân mãn tính.

2. Quỹ và phương thức xác định quỹ khám chữa bệnh ngoại trú.

Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay được quy định bằng 45% của quỹ khám chữa bệnh (86,5%).

Tồn tại 3 phương thức xác định quỹ KCB ngoại trú:

- Thứ nhất, theo công thức: $Q_1 = 45\% \cdot 86,5\% \cdot n \cdot \overline{m}$ } : Trong đó:

Q_1 : Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú tại một cơ sở KCB;

n : Số thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở KCB;

$\bar{m}$: Số thu BHYT bình quân 1 thẻ trong kỳ quyết toán.

- *Thứ hai*, Công thức xác định quỹ: $Q_1 = 45\% \cdot \{ 86,5\% \cdot \sum n_i \cdot \bar{m}_i \}$ Trong đó:

Q_1 : Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú tại một cơ sở KCB;

n_i : Số thẻ BHYT theo đối tượng đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở

$\bar{m}_i$: Số thu BHYT bình quân/thẻ theo đối tượng trong kỳ quyết toán.

i : Đối tượng tham gia BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở.

- *Thứ ba*, tính theo thực tế mức đóng BHYT của từng người đăng ký khám chữa bệnh tại phòng khám đó.

3. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay.

Được Bộ Y tế quy định thống nhất: *chi trả theo phí dịch vụ, có và không giới hạn trần*, cùng chi trả với một số đối tượng và một số loại thuốc.

3.1. Thanh toán thông qua hợp đồng với các cơ sở y tế

Đây là hình thức được thực hiện chủ yếu. Cơ quan BHXH thực hiện ký hợp đồng với các cơ sở KCB để phục vụ bệnh nhân có BHYT.

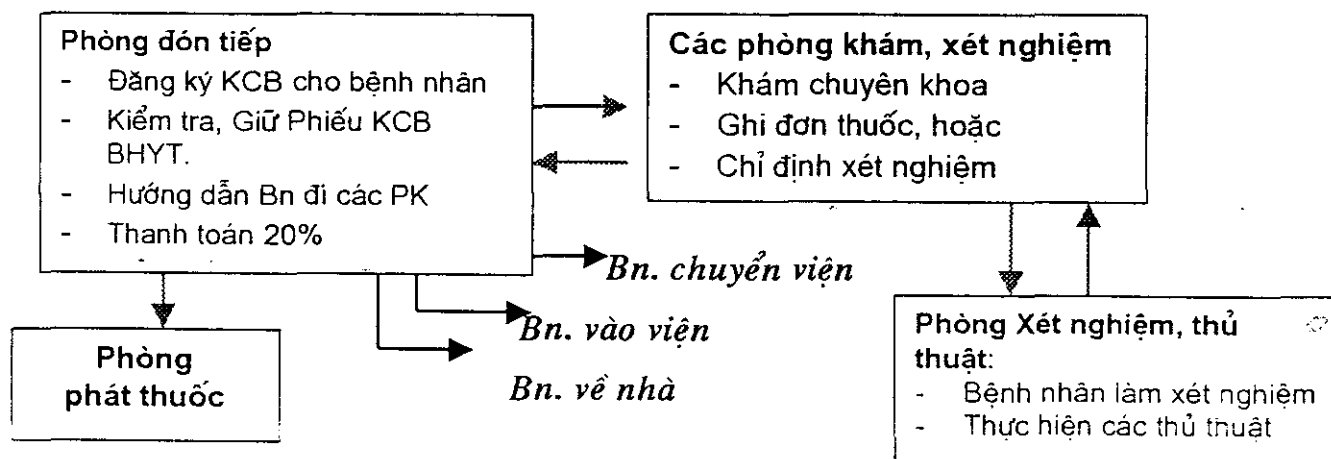
3.1.1. Đối với các cơ sở có nhận đăng ký khám chữa bệnh ban đầu:

Tổng kinh phí dành cho KCB ngoại trú (45%). Đối với y tế cơ quan, trung tâm y tế quận, huyện còn được nhận thêm 5% dành cho chăm sóc sức khỏe ban đầu.

3.1.2. Đối với các cơ sở không có số thẻ đăng ký KCB ban đầu

Khi khám chữa bệnh cho bệnh nhân chuyển đến, các cơ sở này được cơ quan BHXH thanh toán theo thực tế chi phí, không giới hạn trần.

3.1.3. Quy trình khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện:



3.1.4. Tổng hợp và thanh toán chi phí KCB ngoại trú

Hiện tại các cơ quan BHXH đang thực hiện theo 2 phương thức chủ yếu:

Thứ nhất: Cơ quan BHXH trực tiếp tổng hợp và thống kê số lượng bệnh nhân và các chi phí KCB theo quý.

Thứ hai: Các bệnh viện tổng hợp chi phí, cơ quan BHXH kiểm tra, giám định các chứng từ chi của bệnh nhân, sau đó thực hiện quyết toán với các cơ sở.

Phần dư so với quỹ sẽ được bù giữa các quý trong năm. Nếu cuối năm, cơ sở đó vẫn bị vượt quỹ ngoại trú, sẽ xem xét để điều tiết thêm theo khả năng của quỹ chung.

Đối với các trạm y tế xã: Trung tâm y tế cấp chuyển một phần kinh phí 20-30% trong tổng số kinh phí KCB ngoại trú của sổ thẻ để thực hiện KCB cho bệnh nhân.

3.2. Thanh toán trực tiếp

Được áp dụng chủ yếu đối với các trường hợp bệnh nhân cấp cứu ngoại trú không kịp trình thẻ BHYT hoặc bệnh nhân KCB theo yêu cầu riêng.

3.3. Thanh toán theo khoán định suất (capitation)

Phương thức này chưa được cấp có thẩm quyền quy định cụ thể về mức khoán, nội dung khoán, sử dụng quỹ khoán, sử dụng quỹ kết dư hoặc giải quyết trong trường hợp bội chi... Phương thức này vẫn trong giai đoạn nghiên cứu, thí điểm.

4. Kết quả khảo sát tình hình chi phí KCB ngoại trú BHYT năm 2003

4.1. Cả nước

Bảng 1. Chi phí KCB ngoại trú theo đối tượng tại BHXH của 58 địa phương và BHYT ngành trong cả nước quý 3/2003.

Đối tượng	Số thẻ	Tần xuất khám/1thẻ	Quỹ KCB ngoại trú (1000đ)	Tỷ lệ sử dụng quỹ (%)	Chi trung bình 1 LK (đ)
Bắt buộc	5.387.548	0,80	94.388.981	138	30.153
HCSN	1.185.911	0,62	24.973.948	83	28.159
DNNN	1.064.123	0,44	16.993.244	79	28.593
DNTN	188.712	0,30	2.880.057	41	20.870
LD NN	339.073	0,49	10.625.198	44	28.700

Hưu trí	1.141.283	1,03	16.385.180	239	33.232
UDXH	774.987	0,96	9.968.246	172	22.986
Xã, phường	162.820	0,69	2.231.282	81	15.858
HĐND	56.266	0,48	681.754	68	16.855
C7	22.107	0,27	225.378	67	22.420
Th.nhân SQ	117.153	0,04	1.128.789	12	23.802
Ng.ngheo	2.912.554	0,16	15.212.374	62	19.204

(Nguồn: Ban Giám định y tế BHXH Việt Nam)

Bảng 2: Tần xuất khám bệnh và sử dụng quỹ KCB ngoại trú theo tuyến chuyên môn kỹ thuật tại 58 tỉnh, thành phố trong quý 3/2004.

Tuyến	Tần xuất KCB	Tỷ lệ sử dụng quỹ KCB (%)	Chi TB 1 LK (đ)
Trung ương	0.71	244	131.294
Tỉnh, thành phố	0.33	129	44.253
Huyện, Quận	0.28	75	24.599
Trạm Y tế	0.80	107	12.900
Ngoại tỉnh			324.778

(Nguồn: Ban Giám định y tế BHXH Việt Nam)

4.2. Tại Hà Nội năm 2003

Bảng 3: Phân bố thẻ BHYT tại các cơ sở KCB trên địa bàn Hà Nội

Tuyến chuyên môn kỹ thuật	Cơ sở có đăng ký KCB ban đầu	Đối tượng tham gia BHYT				
		Hưu trí, c. sách	Đương chức	N.ngheo (A7)	Tự nguyện	Tổng cộng
Trung ương	7	73.763	52.392	11	9.246	146.401
Thành phố,	15	114.953	158.900	5.016	224.335	503.204
Quận, huyện	16	74.004	90.660	25.865	128.164	318.693
Xã, phường	49	4.460	9.881	16.267	0	30.608
Y tế cơ quan	72	0	81.901	0	69.472	151.373
Cộng	159	267.180	393.734	58.148	447.484	1.139.290

Bảng 4. Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú phân theo tuyến tại Hà Nội

Tuyến chuyên môn	Quỹ khám chữa bệnh BHYT (1.000đ)		
	Bắt buộc	Người nghèo	Tự nguyện
Trung ương	11.924.615	238	92.460
Thành phố	20.466.678	108.471	2.243.350
Quận, huyện	12.306.329	559.331	1.281.640
Xã, phường	1.071.789	351.774	0
PK y tế cơ quan	6.120.953	0	694.720
Cộng	51.890.363	1.019.813	4.312.170

Bảng 5: Quỹ KCB ngoại trú trung bình của 1 thẻ/năm tại các phòng khám

Tuyến chuyên môn	Quỹ KCB trung bình 1 thẻ/năm			
	Bắt buộc	Người nghèo	Tự nguyện	Chung các đối tượng
Trung ương	94.522	21.636	10.000	82.084
Thành phố, ngành	74.736	21.636	10.000	45.346
Quận, huyện	74.736	21.636	10.000	44.391
Xã, phường	74.736	21.636		46.509
PK y tế cơ quan	74.735		10.000	45.055

Bảng 6. So sánh tần suất, chi phí KCB ngoại trú theo đối tượng BHYT

Đối tượng	Tần xuất khám	Chi phí trung bình 1 lượt khám (đ)	Chi phí BQ/thẻ/năm (đ)
Hưu trí, mất sức	2.8	44.000	123.000
Doanh nghiệp	1.05	49.000	51.000
ành chính SN	1.32	47.000	62.000

Bảng 7: Sử dụng quỹ KCB ngoại trú theo tuyến chuyên môn kỹ thuật

Tuyến chuyên môn	Bệnh nhân khám tuyến 1			Bệnh nhân khám tuyến 2		
	Số lượt khám	Tần xuất khám (lần)	Chi phí TB/lượt khám (đ)	Số lượt khám	Tỷ lệ chuyển viện (%)	Chi phí TB/lượt khám (đ)
Trung ương	209.767	1.43	72.330	13.947	3,5	642.232
Thành phố (ngành)	398.807	0.79	41.831	47.991	6,8	183.692

Quận, huyện	304.950	0.95	27.464	3.043	11,2	79.452
Phường, xã	65.325	2.13	8.954	0	42,0	
Pk. YTCQ	251.960	1.66	26.539	0	25.0	

Bảng 8. Cơ cấu chi phí một lần KCB ngoại trú theo tuyến chuyên môn

Tuyến chuyên môn	Cơ cấu chi phí một lần khám chữa bệnh ngoại trú (đ)					
	<i>Tuyến 1</i>			<i>Tuyến 2</i>		
	<i>Tổng chi (đ)</i>	<i>Tỷ lệ chi thuốc (%)</i>	<i>Tỷ lệ XN, Thủ thuật (%)</i>	<i>Tổng chi (đ)</i>	<i>Tỷ lệ chi thuốc (%)</i>	<i>Tỷ lệ XN, Thủ thuật (%)</i>
Trung ương	72.330	69,1	30,9	642.232	71,8	28,2
Thành phố (ngành)	41.831	54,5	45,5	183.692	51,2	58,8
Quận, huyện	27.464	61,7	38,3	79.452	19,0	81,0
Phường, xã	8.954	89,8	11,2			
Y tế cơ quan	26.539	89,3	11,7			

Bảng 9: Chi phí KCB ngoại trú của bệnh nhân BHYT tại một số bệnh viện Hà Nội năm 2003

Cơ sở KCB	Quỹ KCB (đ)	Tuyến 1		Chuyển đến	
		Số lượt khám	Chi phí trung bình 1 lượt khám (đ)	Số lượt khám	Chi phí trung bình 1 lượt khám (đ)
BV. Bạch Mai	28.324.944	211	272.160	3.157	653.112
Bv. Xanh Pôn	5.472.599.653	81.446	38.110	3.620	109.519
Bv. Thanh Nhân	3.208.472.533	63.892	52.059	11.043	195.219
TTYT Gia Lâm	3.049.864.056	57.686	37.150	1.978	63.614
PK TTYT Hoàn Kiếm	712.663.813	12.334	27.427	0	0
PK Y tế cơ quan	9.067.899.988	251.960	26.539	0	0

Bảng 10. Chi phí KCB ngoại trú tại một số bệnh viện chuyên khoa trên địa bàn Hà Nội năm 2003

Bệnh viện	Tổng số lượt khám	Chi phí trung bình một lượt khám (đ)			
		Thuốc	XN	Thủ thuật + Khám bệnh	Cộng
Viện Tai Mũi Họng	310	347.975	5.119	25.597	378.691
Viện Mắt TW	237	348.608	3.827	20.555	372.990
Bệnh viện Mắt Hà Nội	2.820	95.393	0.715	20.557	116.665
Bệnh viện Da liễu Hà Nội	2.364	36.145	1.337	4.220	41.702
Bệnh viện Nội tiết TW	2.677	203.658	57.818	11.097	272.573

Bảng 11. So sánh chi phí của bệnh nhân chạy thận nhân tạo với quỹ KCB ngoại trú của một số bệnh viện Hà Nội năm 2003

Cơ sở KCB	Số thẻ đăng ký	Quỹ KCB ngoại trú (đ)	Số BN chạy TNT	Chi phí chạy thận nhân tạo (đ)	Tỷ lệ sử dụng quỹ (%)
Xanh Pôn	292.903	5.472.599.653	27	1.232.810.012	22,5
Thanh Nhân	171.723	3.208.472.533	17	613.301.000	19,1
TTYT Tây Hồ	21.409	400.005.757	0	0	
TTYT Hoàn Kiếm	38.143	712.663.813	2	51.651.256	7,2
Y tế cơ quan Trường ĐH NN 1- Hà Nội	810	23.403.000	1	12.400.000	53

Bảng 12. Chi phí trung bình một năm điều trị ngoại trú của bệnh nhân mắc một số bệnh mãn tính tại Hà Nội Năm 2003

Tên bệnh	Chi phí điều trị trung bình 1 bệnh nhân/năm (đ)
Suy thận mãn phải chạy thận NT	41.468.869

(n=198)	
Sử dụng thuốc chống thải ghép sau ghép thận (n=21)	58.553.775 <i>Bệnh nhân tự trả 50% chi phí</i>
Basedow	1.820.851
Tiểu đường	2.431.240
Ung thư vú	5.657.926

Bảng 13. Số thu 20% (cùng chi trả) theo tuyến kỹ thuật

Đối tượng	Tuyến huyện	Tuyến Th.phố	Tuyến Tr.ương	Chung
Bệnh nhân khám tại nơi đăng ký ban đầu	7%	6%	4%	6%
Bệnh nhân chuyển tuyến	13%	9%	7%	8%

5. Nhận xét, đánh giá và một số kết luận về tổ chức KCB và thanh toán chi phí khám chữa bệnh ngoại trú hiện nay

5.1. Nhận xét, đánh giá.

5.1.1. Về tổ chức công tác khám chữa bệnh ngoại trú BHYT hiện nay

Thực trạng hiện nay cho thấy, người có thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh tại tất cả các tuyến. Tập trung đăng ký tại nhiều tại các bệnh viện thành phố. Nếu các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương chỉ tập trung điều trị nội trú và khám chữa bệnh chuyên khoa sâu sẽ tiết kiệm được rất nhiều chi phí y tế, đồng thời giảm quá tải bệnh nhân tại các bệnh viện tuyến trên, đảm bảo quyền lợi của bệnh nhân.

Việc đăng ký KCB ban đầu chủ yếu theo nhu cầu của người tham gia, chưa có sự điều tiết của cơ quan BHXH.

5.1.2. Về xác định tỷ lệ quỹ khám chữa bệnh ngoại trú.

Theo chúng tôi, quỹ KCB chỉ nên để 2 phần dành cho ngoại trú và nội trú và xác định theo mức đóng bình quân. Vấn đề bội chi quỹ hiện nay, ngoài những nguyên nhân khách quan như tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ y tế ngày một tăng, mức đóng BHYT thấp, còn có các nguyên nhân chủ quan do cách xác định quỹ ngoại trú và phương thức thanh toán tạo ra.

5.1.2. Về phương thức thanh toán chi phí hiện nay

Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ có giới hạn trần như hiện nay đã phần nào giảm được tình trạng bội chi quỹ, đặc biệt đối với các bệnh viện tuyến huyện. Bệnh nhân BHYT đã được hưởng những quyền lợi cơ bản về chăm sóc y tế. Tuy vậy, thì phần dành cho thuốc chỉ còn khoảng 60%.

Với quy định bệnh nhân chuyển tuyến được thanh toán theo phí dịch vụ mà không có bất cứ giới hạn nào là nguyên chính dẫn đến sự gia tăng chi phí KCB ngoại trú. Chi phí của bệnh nhân tuyến II gấp từ 3- 5 lần so với bệnh nhân đăng ký khám tuyến I. Phương thức thanh toán hiện nay đòi hỏi nhiều về nhân lực và chi phí hành chính. Với quy định thanh toán bổ sung phần vượt trần ngoại trú cho các cơ sở KCB vào cuối năm, đồng thời không có hình thức khen thưởng đối với các cơ sở sử dụng hiệu quả quỹ ngoại trú cũng là một trong nguyên nhân bội chi quỹ KCB.

5.1.3. Về việc cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh

Cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh là một trong những biện pháp hạn chế chi phí y tế, nâng cao trách nhiệm của người sử dụng dịch vụ y tế. BHYT của hầu hết các nước trên thế giới đều thực hiện cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh của bệnh nhân. Theo chúng tôi, việc cùng đóng góp của các bệnh nhân là cần thiết, nó không chỉ đơn thuần là giảm bớt phần chi cho quỹ BHYT mà còn ràng buộc một phần trách nhiệm của người tham gia khi sử dụng dịch vụ y tế, qua đó bệnh nhân cũng biết được mình hưởng bao nhiêu tiền từ quỹ BHYT..

5.2. Kết luận

5.2.1. Người có thẻ BHYT có thể đăng ký khám chữa bệnh ngoại trú tại hầu hết các cơ sở KCB. Trong đó, số người đăng ký tại các bệnh viện đa khoa tỉnh và thành phố chiếm tỷ lệ lớn.

5.2.2. Người có thẻ BHYT tự chọn nơi đăng ký KCB, không có sự điều tiết của cơ quan BHXH dẫn đến tình trạng mất cân đối về đối tượng đăng ký giữa các cơ sở.

5.2.3. Năng lực cung ứng dịch vụ y tế của tuyến y tế cơ sở, y tế cơ quan không cao. Tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển tuyến quá lớn (hơn 40%).

5.2.4. Phương thức xác định quỹ KCB không thống nhất trong cùng một địa phương. Hiện tồn tại cùng lúc 3 phương thức.

5.2.5. Tỷ lệ trích quỹ ngoại trú có sự khác nhau giữa các cơ sở KCB trong một tỉnh và giữa các địa phương.

5.2.6. Tồn tại cùng lúc nhiều phương thức chi trả.

5.2.7. Có sự ảnh hưởng của phương thức thanh toán đến chi phí KCB ngoại trú của người tham gia BHYT.

5.2.8. Các bệnh nhân là đối tượng hưu trí mất sức có tỷ lệ khám bệnh và sử dụng quỹ lớn nhất trong số các đối tượng tham gia BHYT.

5.2.9. Không có sự chia sẻ chi phí của các bệnh nhân thận nhân tạo, ung thư, ghép phủ tạng...giữa các cơ sở khám chữa bệnh.

5.2.10. Chi phí của các bệnh nhân thận nhân tạo, ung thư, bệnh nhân sử dụng thuốc chống thải ghép sau ghép phủ tạng chiếm một tỷ lệ lớn so với tổng quỹ KCB.

5.2.11. Phương thức cùng chi trả không làm giảm tỷ lệ bệnh nhân đi khám chữa bệnh cũng như chi phí một lần khám bệnh.

CHƯƠNG III

ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ CHẾ ĐỘ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ BHYT

1. Quan điểm hiện nay về các phương thức chi trả chi phí KCB ngoại trú

Nếu thực hiện chi trả theo *phí dịch vụ không giới hạn trần*: Quyền lợi bệnh nhân sẽ rất được đảm bảo. Khó có thể áp dụng phương thức này vì: nguy cơ bội chi quỹ cao do không quản lý được số lượng thuốc và dịch vụ y tế; khả năng lạm dụng BHYT cao. Không dễ cao được trách nhiệm cá nhân của các thầy thuốc và người bệnh. Chi phí hành chính sẽ cao.

Phương thức khoán quỹ theo định suất (capitation) có khá nhiều ưu điểm cho tất cả các bên: cơ quan quản lý quỹ, cơ sở khám chữa bệnh và người tham gia. Đối với cơ quan BHXH, phương thức này sẽ giúp đạt được 2 mục tiêu chính là: an toàn quỹ BHYT và giảm chi phí hành chính cho việc thanh toán.

Hạn chế: Phương thức này đòi hỏi đội ngũ cán bộ quản lý quỹ phải có trình độ cao. đồng thời phải có một hệ thống giám định có chất lượng. Bệnh nhân sẽ rất khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế cao cấp, ít được sử dụng thuốc chất lượng cao và

có ít cơ hội được chuyển tuyến. Khoản định suất cũng không thể thực hiện được tại các cơ sở KCB chuyên khoa hoặc các cơ sở không có dịch vụ nội trú.

Phương thức chi trả theo phí dịch vụ có giới hạn trần được xem như là một phương thức có nhiều ưu điểm. Trước hết, nó có thể thực hiện được tại tất cả các cơ sở KCB. Cơ quan BHXH cũng có thể kiểm soát được chi phí ngoại trú bằng “trần”. Bệnh nhân cũng được hưởng nhiều quyền lợi hơn. Tuy nhiên, khó khăn khi thực hiện phương thức này đối với cơ quan quản lý quỹ là bài toán xác định mức trần và giải quyết đối với các trường hợp bị bệnh mãn tính điều trị ngoại trú.

Một phương thức cũng được đề cập đến hiện nay là cơ quan BHXH sẽ *chi trả trực tiếp* các chi phí cho người tham gia BHYT căn cứ các hoá đơn chứng từ của bệnh nhân đã KCB tại bệnh viện. Phương thức này sẽ không khả thi bởi rất nhiều lý do, trong đó những lý do chính là: Cơ quan BHXH không thể đủ nhân lực để thực hiện giám định và chi trả trực tiếp cho một số lượng rất lớn bệnh nhân đi KCB ngoại trú như hiện nay; Khó có thể kiểm soát được lạm dụng và gia tăng chi phí y tế; Gây phiền hà cho người tham gia BHYT.

2. Những bài học rút ra từ thực tiễn

Khi mới triển khai thực hiện BHYT, đa số các nước đã áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ với hậu quả là luôn bội chi quỹ. Cải cách BHYT mà các nước này tiến hành đó là thay đổi phương thức thanh toán theo phí dịch vụ sang thanh toán theo khoán định suất và thanh toán theo phí dịch vụ có giới hạn trần, quy định tuyến KCB ngoại trú.

Thực tế tại Việt Nam cho thấy, dù có tăng tỷ lệ quỹ ngoại trú lên bao nhiêu thì vẫn cứ thiếu bởi không có sự giới hạn về quyền lợi của bệnh nhân bên cạnh một mức tham gia bảo BHYT rất thấp. Tuy vậy, Việt Nam áp dụng phương thức chi trả theo phí dịch vụ có trần đã đạt được những thành công nhất định. Những cải tiến hợp lý chắc chắn sẽ giúp cho việc áp dụng phương thức này hiệu quả hơn trong chi trả chi phí khám chữa bệnh ngoại trú cho người có thẻ BHYT.

3. Đề xuất các giải pháp cụ thể nhằm hoàn thiện phương thức chi trả

3.1. Cải tiến phương thức thanh toán theo phí dịch vụ có giới hạn trần đang thực hiện.

3.1.1. Tổ chức đăng ký khám chữa bệnh ban đầu

Giảm bớt số lượng đăng ký KCB ban đầu tại các bệnh viện đa khoa tuyến Trung ương và tuyến tỉnh, không thực hiện đăng ký khám chữa bệnh ban đầu với các bệnh viện chuyên khoa. Cơ quan BHXH chủ động điều tiết việc đăng ký KCB ban đầu tại các cơ sở y tế nhằm cân đối giữa các đối tượng tham gia.

3.1.2. Xác định quỹ khám chữa bệnh ngoại trú

Thống nhất một phương thức xác định quỹ KCB ngoại trú. Xác định theo mức đóng trung bình của mọi người tham gia BHYT.

3.1.3. Quỹ khám chữa bệnh ngoại trú và phương thức thanh toán .

Quỹ KCB chỉ nên chia làm 2 phần: 50% dành cho KCB ngoại trú và 50% dành cho điều trị nội trú. Bỏ quỹ 5% dành cho CSSKBD.

PHƯƠNG ÁN 1.

- Các cơ sở KCB tuyến huyện sẽ được nhận từ 35 đến 40% quỹ KCB. Từ 10% đến 15% quỹ cơ quan BHXH tỉnh giữ lại để chi cho các trường hợp được chuyển tuyến. TTYT huyện chủ động điều tiết kinh phí xuống các trạm y tế xã từ quỹ ngoại trú của trung tâm.
- Các cơ sở tuyến tỉnh, Trung ương được nhận 40 – 45% quỹ KCB, 5 -10% quỹ của số thẻ còn lại (đăng ký tại tuyến tỉnh và Trung ương), cơ quan BHXH tỉnh giữ lại để chi cho các trường hợp được chuyển điều trị giữa các bệnh viện tuyến tỉnh đến bệnh viện Trung ương và giữa các bệnh viện TW.
- Thực hiện khoán chi phí đối với bệnh nhân điều trị tuyến 2. Mức khoán tùy theo từng địa phương và từng loại bệnh viện (chuyên khoa, đa khoa). Nguyên tắc khoán dựa trên số bệnh nhân trung bình được chuyển đến điều trị ngoại trú, chi phí trung bình một lần khám tại bệnh viện đó qua các năm. Đồng thời, cơ quan BHXH tỉnh phải căn cứ vào số kinh phí đã giữ lại (15-20%) để tính toán mức khoán hợp lý.

- Chi phí của các bệnh nhân suy thận mãn phải chạy thận nhân tạo, ung thư điều trị ngoại trú, sử dụng thuốc chống thải ghép cũng được thanh toán từ quỹ mà cơ quan BHXH đã giữ lại.
- Vẫn áp dụng việc thanh toán bù trừ giữa các quý trong năm và xem xét điều tiết giữa quỹ nội trú và ngoại trú.
- Thực hiện cùng chi trả với tất cả các đối tượng. Tuy nhiên, có thể xem xét mức bắt đầu phải cùng chi trả 20% khi chi phí khám chữa bệnh từ 20.000 đồng trở lên. Tỷ lệ cùng chi trả sẽ tăng lên 30% khi chi phí từ 100.000đ trở lên.
- Có hình thức khen thưởng với các đơn vị sử dụng quỹ hiệu quả (không bị bội chi quỹ, quyền lợi bệnh nhân được đảm bảo, tỷ lệ chuyển viện thấp...)

Ưu điểm

- Với phương thức này, các cơ sở khám chữa bệnh sẽ chủ động hơn trong việc sử dụng quỹ được nhận (cho dù thấp hơn mức cũ) do không phải trả chi phí của các bệnh nhân chuyển tuyến.
- Tạo sự công bằng trong thanh toán chi phí của các bệnh nhân mãn tính (tất cả các thành viên tham gia bảo hiểm phải cùng chia sẻ rủi ro)
- Thực hiện thanh toán cho các bệnh nhân đa tuyến thuận tiện.
- Tăng trách nhiệm quản lý chi phí KCB ngoại trú của các cơ sở KCB tuyến trên đối với những bệnh nhân chuyển đến.
- Bệnh nhân sẽ thuận lợi hơn khi cần phải chuyển tuyến do cơ sở tuyến dưới không phải chi trả cho tuyến trên các chi phí của bệnh nhân được chuyển.
- Giới hạn mức phải cùng chi trả và lũy tiến mức cùng chi trả sẽ khuyến khích các bệnh nhân KCB tại các cơ sở KCB tuyến dưới, kiểm chế gia tăng chi phí y tế.

Nhược điểm:

- Khó khăn trong việc xác định chính xác tỷ lệ cho các tuyến, tỷ lệ giữ lại tại cơ quan BHXH để thanh toán đa tuyến và một số bệnh mãn tính.
- Khó xác định mức khoán chi đối với các bệnh nhân tuyến chuyển tuyến.
- Các cơ sở KCB sẽ lạm dụng việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên, đặc biệt là các bệnh nhân mãn tính.

- Cần có một hành lang pháp lý cho việc thực hiện.

PHƯƠNG ÁN 2.

- Các đơn vị sẽ nhận 40% kinh phí khám chữa bệnh. Cơ quan BHXH tỉnh giữ lại 10% để chi cho các bệnh nhân thận nhân tạo, ung thư, sử dụng thuốc chống thải ghép và một số bệnh nội tiết như tiểu đường, Basedow.
- Khống chế mức chi với bệnh nhân tuyến 2 (như phương án 1)
- Thực hiện thanh toán đa tuyến nội bộ như hiện nay
- Cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh thực hiện như phương án 1

Ưu điểm:

- Tạo được sự công bằng giữa các cơ sở KCB trong chi trả chi phí của các bệnh nhân mắc bệnh mãn tính.

Các cơ sở tuyến dưới có thể dự báo được mức chi ở tuyến trên.

Nhược điểm:

- Đối với các thành phố lớn tỷ lệ quỹ mà cơ quan BHXH giữ lại sẽ khó có thể đủ chi cho các bệnh nói trên do số lượng bệnh nhân được sử dụng các dịch vụ như chạy thận nhân tạo, ghép phủ tạng cao hơn nhiều so với các địa phương khác.
- Các cơ sở vẫn phải thực hiện thanh toán đa tuyến nội bộ như hiện nay.
- Chưa giải quyết được sự mất cân đối về tỷ lệ sử dụng quỹ giữa tuyến chuyên môn cao và thấp.

3.1.4. Đối tượng áp dụng

Phương thức này có thể áp dụng với tất cả các cơ sở KCB trong cả nước.

3. 2. Thanh toán theo khoán định suất.

Một số đề xuất bổ sung sau:

- Chỉ áp dụng phương pháp khoán quỹ với các cơ sở KCB có đủ năng lực cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT (bệnh viện đa khoa tuyến huyện trở lên).
- Tính toán để đưa ra mức khoán hợp lý.
- Cần có bản hợp đồng chi tiết về việc sử dụng quỹ, trong đó điều khoản về quyền lợi người bệnh cần được bàn bạc và quy định cụ thể.

- Có quy định về thanh toán bổ sung đối với các trường hợp bệnh nhân mắc bệnh nặng, chi phí lớn (quy định mức cụ thể)
- Vẫn tiếp tục áp dụng phương thức chi trả theo phí dịch vụ có trần đối với các cơ sở có và không có thẻ đăng ký khám ban đầu.

4. Kiến nghị.

4.1. Đối với các cơ quan quản lý Nhà nước (Chính phủ, các Bộ)

- Tiếp tục mở rộng mạng lưới chăm sóc sức khỏe cho người dân. Nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ y tế đối với tuyến y tế cơ sở.
- Tăng mức đóng BHYT phù hợp với sự phát triển chung của xã hội.
- Giao quyền tự chủ cho BHXH Việt Nam trong việc phân bổ quỹ KCB (nội trú, ngoại trú) cũng như lựa chọn phương thức chi trả phù hợp.
- Quy định mức khoán chi phí vật tư y tế tiêu hao trong lần khám bệnh, xét nghiệm và thủ thuật.
- Quy định lại mức cùng chi trả và đối tượng cùng chi trả theo hướng đã đề xuất tại phần trên.
- Quy định lại phần trích thưởng 30% từ viện phí thu được. Các bệnh viện chỉ được trích thưởng từ tiền khám bệnh, thủ thuật, xét nghiệm cận lâm sàng.

4.2. Đối với các cơ sở KCB

- Đảm bảo tối đa quyền lợi của người tham gia BHYT trong khả năng kinh phí có được từ quỹ BHYT. Chỉ định đúng thuốc, đúng bệnh, chống cào bằng và lãng phí.
- Tiếp tục cải cách các thủ tục hành chính nhằm thuận lợi hơn nữa cho người có BHYT khi đến khám chữa bệnh.

4.3. Đối với BHXH Việt Nam

- Cần tiếp tục có những nghiên cứu nhằm đánh giá toàn diện về công tác khám chữa bệnh hiện nay (cả nội trú và ngoại trú).
- Thí điểm triển khai các phương thức chi trả khác nhau nhằm tìm ra những phương pháp tối ưu, phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội của Việt Nam.
- Sớm triển khai thống nhất quản lý công tác KCB bằng hệ thống tin học.