

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC:

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG
THỨC CHI TRẢ CHẾ ĐỘ KHÁM CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ**

CHỦ BIÊN CHUYÊN ĐỀ: BS. NGUYỄN NGỌC THANH

HÀ NỘI – 2003

5173
6/4/05

NHÂN XÉT CHUYÊN ĐỀ KHOA HỌC

"THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ CHẾ ĐỘ KCB BHYT TẠI QUẢNG NINH"

Chủ biên chuyên đề: Bác sỹ Nguyễn Ngọc Thanh
Người nhận xét: TS. Mai Thị Cẩm Tú

Đặc trưng cơ bản của việc tổ chức thực hiện chế độ KCB BHYT là sự tham gia của bộ ba: người tham gia BHYT, tổ chức quản lý quỹ KCB (cơ quan BHYT thực hiện thanh toán chi phí KCB) và cơ sở KCB (cơ quan cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế). Người tham gia BHYT được cung cấp các dịch vụ y tế theo chế độ BHYT khi ốm đau phải KCB ngoại trú và điều trị nội trú. Chi phí KCB phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng bệnh lý, chất lượng các dịch vụ y tế được thầy thuốc chỉ định và giá của nó. Vì vậy, việc phải lựa chọn một phương thức thanh toán, chi trả chế độ hợp lý, gắn bó quyền lợi, trách nhiệm của các bên tham gia, hạn chế sự lạm dụng, chỉ định chi tiêu không hợp lý luôn là nhiệm vụ quan trọng của các nhà làm chính sách và thực thi chính sách, chế độ KCB BHYT.

Hiện nay, trên thế giới không có phương thức chi trả BHYT nào là hoàn hảo. Việc lựa chọn phương thức chi trả phụ thuộc vào hoàn cảnh mỗi nước. Phương thức thanh toán hiện nay đang thực hiện ở Việt Nam là phương thức thanh toán theo phí dịch vụ: thanh toán một phần viện phí theo khung giá viện phí ban hành kèm theo Thông tư số 14/ TTLB, ngày 30/09/1995 của của liên Bộ Y tế - Tài chính - Lao động Thương binh và xã hội - Ban vật giá Chính phủ. Một phần viện phí là một phần trong tổng chi phí cho việc KCB. Theo kinh nghiệm của các nước phát triển, muốn thực hiện tốt BHYT toàn dân cần loại loại bỏ phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Vì vậy, việc xem xét, đánh giá "Thực trạng và giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT tại Quảng Ninh" là cần thiết, có ý nghĩa thực tiễn trong tổ chức thực hiện và hoàn thiện quy định về phương thức thanh toán chế độ KCB BHYT trong hệ thống các chế độ BHXH ở Việt Nam.

1- Về nội dung và những đóng góp của chuyên đề:

H 1 Thg
Ngoài phần Mở đầu và Kết luận, chuyên đề gồm 3 chương, được trình bày trong 38 trang. Những nội dung cơ bản và đóng góp của chuyên đề có thể tóm tắt như sau:

Chương 1: Cơ sở pháp lý để thực hiện chi trả chế độ KCB BHYT: chuyên đề nêu tổng quan về phương thức chi trả chế độ KCB BHYT và nội dung cơ bản của các phương thức chi trả chế độ KCB BHYT được áp dụng ở Việt Nam.

Chương 2: Thực trạng chi trả chế độ KCB BHYT ở Quảng Ninh trong 10 năm qua: chủ biên chuyên đề đã nêu một số đặc điểm kinh tế xã hội tỉnh Quảng

Ninh và một số nét đặc thù của hệ thống y tế, mạng lưới y tế, cơ sở KCB và tổ chức thực hiện chế độ BHYT (BHYT tỉnh Quảng Ninh và BHYT ngành than) có liên quan trực tiếp đến việc tổ chức thực hiện chế độ KCB BHYT trên địa bàn tỉnh Quảng Ninh.

Về tình hình thực hiện chính sách BHYT tại Quảng Ninh, Chủ biên chuyên đề đã nêu số liệu tổ chức thực hiện chế độ BHYT trong 10 năm qua ở Quảng Ninh. Số đối tượng tham gia BHYT năm 1993 là 93.783 đối tượng đã tăng lên 226.759 vào năm 2002; Số thu BHYT từ 2,656 tỷ đồng tăng tương ứng 22,273 tỷ đồng; Số chi BHYT từ 1,370 tỷ tăng lên 18,020 tỷ đồng. Ngoài ra, chủ biên chuyên đề cũng đưa ra một số số liệu thống kê: về tần suất KCB, về chi phí thực tế KCB ngoại trú, KCB nội trú theo nhóm đối tượng; chi phí KCB theo tuyến kỹ thuật; chi phí bình quân theo 1 lần KCB ngoại trú, 1 đợt điều trị nội trú tại các cơ sở KCB thuộc địa bàn tỉnh Quảng Ninh và chi phí tại các cơ sở tuyến trên đối với bệnh nhân là đối tượng tham gia BHYT trên địa bàn tỉnh.

Chuyên đề cũng đưa ra số liệu chi tiết về chi phí KCB của đối tượng bắt buộc tại huyện Vân Đồn - là huyện đảo thuộc tỉnh Quảng Ninh có đặc thù hoạt động KCB BHYT tại TTYT huyện là tương đối toàn diện và độc lập, đối tượng tham gia BHYT bắt buộc tương đối ổn định trong nhiều năm. Quỹ KCB BHYT đã được sử dụng hết, trong đó chi tại TTYT huyện chiếm ~70% và chi ở tuyến trên ~ 32% - 35%.

Chương 3: Giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT.

Nêu quan niệm về phương thức chi trả chế độ KCB BHYT chủ biên chuyên đề đã nêu 4 nguyên tắc lựa chọn phương thức chi trả: đảm bảo quyền lợi của người tham gia; thuận tiện cho tất cả các bên tham gia BHYT; về lâu dài cân đối được thu chi quỹ BHYT; công tác quản lý, chỉ đạo phải tập trung, thống nhất và đảm bảo chấp hành đúng những quy định về chế độ tài chính - kế toán hiện hành.

Về các giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT, chủ biên chuyên đề đề xuất 3 phương án: thanh toán theo phương thức khoán quỹ KCB theo định suất; áp dụng khoán chi phí KCB theo định suất của BHYT Thái Lan; thanh toán chi phí KCB BHYT theo nhóm chẩn đoán.

2- Về bố cục: Chuyên đề gồm 3 chương là tương đối hợp lý.

Chuyên đề đã nêu và giải quyết một vấn đề phức tạp mang tính thực tiễn. Từ sự phân tích lý giải thực trạng, chuyên đề đã đề xuất một số giải pháp và kiến nghị nhằm hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT.

3 - Một số hạn chế: Bàn về phương thức chi trả chế độ KCB BHYT chính là nói về nội dung, cơ sở tính toán chi phí để thanh toán, hoàn trả chi phí dịch vụ đã cung cấp cho người bệnh BHYT của cơ sở y tế. Nêu về nội dung cơ bản của các phương thức chi trả chế độ KCB BHYT được áp dụng ở nước ta, chủ biên chuyên đề lại nêu hình thức chi trả: trực tiếp giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB

hoặc trực tiếp thanh toán lại cho người bệnh có thẻ BHYT. Về bản chất đây là hai vấn đề không cùng nội dung.

Chuyên đề đã nêu 4 nguyên tắc để lựa chọn phương thức thanh toán phù hợp và có hiệu quả. Tuy nhiên, nếu tác giả đi sâu phân tích chi phí KCB BHYT căn cứ vào các nguyên tắc đã nêu thì các phương án được đề xuất sẽ có giá trị khoa học và có tính thuyết phục cao hơn.

Hình thức trình bày và số liệu tính toán trong bảng số 1 và bảng số 2 (trang 19 - 21) cần phải được chỉnh, sửa.

4- Kết luận: Tuy còn có một số hạn chế, song nhìn chung các tác giả đã có nhiều cố gắng nghiên cứu, hệ thống, tổng hợp, đánh giá và đề ra các giải pháp có ý nghĩa. Các tác giả đã thực hiện được mục tiêu nghiên cứu của mình. Nội dung nghiên cứu đáp ứng yêu cầu của chuyên đề NCKH cấp Bộ, đề nghị Hội đồng nghiệm thu kết quả nghiên cứu.

Đánh giá: Chuyên đề đạt loại Khá.

Hà Nội, ngày 08 tháng 04 năm 2004
Người nhận xét



TS. Mai Thị Cẩm Tú

BẢN NHẬN XÉT

CHUYÊN ĐỀ KHOA HỌC:

**“THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIÊN PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ
CHẾ ĐỘ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ”**

Của BS Nguyễn Ngọc Thanh và CS (BHXH Quảng Ninh)

Người nhận xét 2 : Phan Duy Tập

1. TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI:

Để cân đối quỹ và bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm người ta đã có nhiều phương pháp để chi trả cho các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế. Phương thức chi trả đã được thực hiện ngay khi thành lập ngành bảo hiểm. Tuy theo giai đoạn và các cơ sở y tế khác nhau người ta có các phương thức chi trả khác nhau. Ở nước ta khi quỹ bảo hiểm còn do từng địa phương quản lý đã có nhiều tình mất cân đối quỹ, ảnh hưởng tới quyền lợi của người tham gia bảo hiểm. Và hiện nay chúng ta vẫn đang thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ; hay thực thanh thực chi có trần. Có thể nói đó là phương thức thanh toán thô sơ nhất của ngành bảo hiểm. Ngay vấn đề trần thanh toán hiện nay cũng là vấn đề còn cần phải tranh cãi. Vì trần thanh toán được rất nhiều cơ sở y tế và ngay cả nhân viên bảo hiểm y tế hiểu sai, ảnh hưởng rất lớn tới quyền lợi của người tham gia bảo hiểm. Đã đến lúc chúng ta cần có một phương thức thanh toán phù hợp để bảo đảm được quyền lợi người tham gia và cân đối được quỹ. Gần đây nghị định 10/2002/NĐ CP về vấn đề giao quyền tự chủ cho các cơ sở y tế công, lại một lần nữa các cơ sở y tế nhà nước lại nói đến vấn đề thu đúng thu đủ. Đó là vấn đề BHXH cần lưu ý tới cân đối quỹ trong một tương lai rất gần. Nên vấn đề tác giả đặt ra trong chuyên đề này là cần thiết.

2. BỐ CỤC CỦA CHUYÊN ĐỀ:

Chuyên đề gồm 40 trang, theo mục lục chuyên đề được bố cục gồm đầy đủ các chương, mục cần thiết. Trong đó có 3 chương cơ bản của đề tài, gồm: 1. Cơ sở lý luận 2. Thực trạng chi trả 3. Giải pháp hoàn thiện Các chương tác giả đã nêu ra cho thấy sự liên quan chặt chẽ giữa các phần trong bố cục. Chương này làm tiền đề cho chương khác.

3. THÀNH CÔNG CỦA CHUYÊN ĐỀ:

Vì theo bố cục và nội dung của chuyên đề như đã nói ở trên, tác giả đã bám sát nội dung nên đã nêu được tính cấp thiết của đề tài không những tại địa phương mà còn của toàn ngành BHXH. Và vấn đề tìm kiếm một phương thức chi trả KCB thay thế cho cách đang tiến hành hiện nay là cần thiết.

Các số liệu và bảng biểu tác giả đưa ra khá phong phú, minh họa cho nội dung của đề tài.

Ngoài các vấn đề phân tích có tính lý thuyết, tác giả đã đề cập rất cụ thể tình hình thực tế về thanh toán của BHXH cho cơ sở khám chữa bệnh tại Quảng Ninh (cũng như của toàn ngành). Tác giả đã nêu rõ được ưu nhược điểm của các cơ chế thanh toán thực tại.

Vấn đề đề xuất giải pháp của tác giả là có cơ sở và sát thực và có thể thực thi ở Quảng Ninh cũng như ở Việt Nam nói chung.

4. NHỮNG THIẾU SÓT CỦA CHUYÊN ĐỀ:

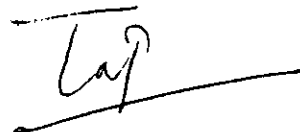
Trong phần đối tượng nghiên cứu tác giả có viết “đối tượng và phạm vi nghiên cứu là các cơ sở y tế ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT trong tỉnh, trong đó trung tâm y tế huyện Vân Đồn được chọn làm điểm nghiên cứu”. Nhưng theo chúng tôi tác giả đã lấy số liệu nghiên cứu chủ yếu là của tỉnh và số liệu của Vân Đồn chỉ là những số liệu tham khảo bổ sung, ít có ý nghĩa. Ngay cả trong chương 3 (giải pháp hoàn thiện) và phần kết luận tác giả cũng không hề nhắc tới Vân Đồn.

Ngoài ra đề tài còn phải sửa một số chỗ về câu cú và lỗi chính tả.

5. KẾT LUẬN:

Tuy chuyên đề còn có một số thiếu sót nhỏ song đã đề cập, phân tích và đưa ra giải pháp cho một vấn đề cấp thiết của BHXH hiện nay là phương thức chi trả, Và đề tài đã tỏ ra thành công trong mục tiêu nghiên cứu của mình

Hà Nội 25/5/ 2004



Phan Duy Tập

MUC LUC

	Trang
TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
ĐỐI TƯỢNG, PHẠM VI VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	4
NỘI DUNG NGHIÊN CỨU	4
Chương 1: Cơ sở pháp lý để thực hiện chi trả chế độ KCB BHYT	4
Chương 2: Thực trạng chi trả chế độ KCB BHYT tại Quảng Ninh	18
Chương 3: Giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB tại Quảng Ninh	34
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	38

THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN PHƯƠNG THỨC CHI TRÁCHỆ ĐỘ KCB BHYT TẠI QUẢNG NINH

*Chủ biên: Bác sỹ Nguyễn Ngọc Thanh
 Bảo hiểm xã hội Tỉnh Quảng ninh*

.....

I - TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI :

Điều 39 - Hiến pháp nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992 quy định: "... Thực hiện Bảo hiểm Y tế tạo điều kiện để mọi người dân được chăm sóc sức khoẻ ...". Theo đó, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã ban hành Điều lệ BHYT kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992. Sau 5 năm thực hiện, đến ngày 13/8/1998 Chính phủ đã có Nghị định số 58/1998/NĐ - CP bổ xung, sửa đổi Điều lệ BHYT. Tại điều 1 - Điều lệ BHYT đã khẳng định: "BHYT là một chính sách xã hội do Nhà nước tổ chức thực hiện, nhằm huy động sự đóng góp của người sử dụng lao động, người lao động, các tổ chức và cá nhân để thanh toán chi phí KCB theo quy định của Điều lệ này cho người có thẻ BHYT ".

Trong 10 năm qua, chính sách BHYT của Đảng và Nhà nước đã và đang từng bước đi vào cuộc sống, được đông đảo nhân dân đón nhận như một nhu cầu thiết yếu trong đời sống hàng ngày. Đến nay cả nước có khoảng 20% dân số được BHYT; quỹ BHYT được hình thành độc lập với ngân sách Nhà nước và được Nhà nước bảo trợ đã và đang góp phần đáng kể vào sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ nhân dân nói chung và công tác KCB nói riêng.

Tại Quảng Ninh, từ đầu năm 1993 mới chính thức bắt đầu thực hiện chính sách BHYT. Đến nay toàn tỉnh có hơn 30 vạn người được BHYT, chiếm

khoảng 30% dân số trong tỉnh. Với số thu BHYT trên 20 tỷ đồng/năm, quỹ BHYT đã chi trả chế độ KCB cho hàng trăm nghìn lần người có thẻ BHYT; trong đó có hàng nghìn người bị bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo đã được cứu chữa với chi phí hàng trăm triệu đồng/năm. Quỹ BHYT thực sự đã trở thành người đỡ đầu về tài chính cho các đối tượng chính sách, người có công với cách mạng, người nghèo, CBCNV nghỉ hưu, mất sức lao động v.v...

Những kết quả mà chính sách BHYT đem lại cho người lao động đã chứng minh tính ưu việt (xã hội, nhân đạo và nhân văn) của nó, đồng thời khẳng định chính sách BHYT của Đảng và Nhà nước đề ra là hoàn toàn đúng đắn.

Bên cạnh những kết quả to lớn đã đạt được, chế độ, chính sách BHYT cũng còn những điểm tồn tại và bất cập cần được nghiên cứu bổ xung, sửa đổi để ngày càng hoàn thiện hơn.

Về phương thức chi trả chế độ KCB BHYT: đây là vấn đề hết sức nhạy cảm, có liên quan trực tiếp đến quyền lợi của người tham gia BHYT đồng thời cũng ảnh hưởng đến mối quan hệ ba bên: người bệnh BHYT, cơ sở KCB và cơ quan BHXH. Chính vì thế mà trong hơn 10 năm tổ chức thực hiện chính sách BHYT đã nhiều lần phải thay đổi phương thức thanh toán chi phí KCB: thanh toán theo đơn vị điều trị bình quân, thanh toán theo chi phí thực tế, thanh toán theo phí dịch vụ nhưng có giới hạn mức trần ...

Nhìn chung các phương thức thanh toán chế độ KCB BHYT đã và đang áp dụng đều là phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Phương thức này đã được áp dụng sớm (từ thế kỷ 20 trở về trước) ở nhiều nước: Cộng hoà liên bang Đức - nước ban hành luật BHYT đầu tiên trên thế giới (năm 1883), Nhật bản và Hàn Quốc là hai bản sao trung thực mô hình BHYT của Đức, Cộng hoà Pháp cũng đã duy trì phương thức thanh toán theo phí dịch vụ trong nhiều thập kỷ. Đặc điểm của phương thức chi trả theo phí dịch vụ là luôn luôn tuân thủ nguyên tắc của thị trường tự do: người mua trả tiền cho mỗi dịch vụ được cung cấp với giá theo quy luật cung cầu của thị trường. Song ở nước ta, trong giai

đoạn chuyển đổi từ nền kinh tế kế hoạch tập trung sang nền kinh tế thị trường có định hướng xã hội chủ nghĩa, thì thị trường dịch vụ y tế không phải là thị trường tự do hoàn chỉnh vì có sự điều tiết của Nhà nước bằng khung giá viện phí và danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KCB, đây chính là cơ sở pháp lý để quỹ BHYT thanh toán chi phí KCB với cơ sở y tế. Tuy nhiên, do tính đặc thù của thị trường dịch vụ y tế: người mua (bệnh nhân) không có quyền lựa chọn và quyết định mua loại hàng hoá, dịch vụ gì, chỉ có người bán (thầy thuốc) mới có đủ kiến thức và thẩm quyền quyết định cho người mua (bệnh nhân) phải mua loại dịch vụ nào, thuốc gì và số lượng bao nhiêu..., hệ quả tất yếu sẽ dẫn đến khả năng chi trả của người bệnh và quỹ BHYT không thể đáp ứng được. Thực tế đã chứng minh: cuối năm 1997, quỹ BHYT của 20 tỉnh, thành phố trong cả nước không đủ khả năng chi trả; mặt khác quyền lợi của người tham gia BHYT không được đảm bảo đầy đủ (người bệnh BHYT phải trả tiền vật tư tiêu hao, thủ thuật, phẫu thuật, mua thêm thuốc ngoài...), những bất đồng giữa cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan BHYT (nay là Bảo Hiểm Xã Hội) trong công tác giám định và thanh quyết toán chi phí KCB cũng thường xuyên xảy ra. Đây chính là tính cấp thiết của chuyên đề nghiên cứu *Thực trạng và giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Quảng Ninh.*

II - MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU :

1. Đánh giá thực trạng tình hình chi trả chế độ KCB BHYT tại Quảng Ninh trong 10 năm qua, rút ra những ưu điểm để tiếp tục phát huy và những nhược điểm, tồn tại cần khắc phục.

2. Đề xuất các giải pháp nhằm góp phần hoàn thiện phương thức chi trả chế độ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Quảng Ninh, nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ KCB BHYT, đảm bảo quyền lợi của đối tượng, cân đối thu chi quỹ KCB BHYT đồng thời tiếp tục cải thiện mối quan hệ và sự hợp tác giữa Bảo

hiểm xã hội và cơ sở khám chữa bệnh trong việc tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế trên địa bàn Quảng Ninh.

III - ĐỐI TƯỢNG, PHẠM VI VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu là các cơ sở y tế ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT trong tỉnh, trong đó Trung tâm y tế huyện Vân đồn được chọn làm điểm nghiên cứu .

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Khảo cứu tình hình chi trả chi phí KCB BHYT qua hồ sơ bệnh án và những tài liệu liên quan đến thanh quyết toán chi phí KCB giữa Bảo hiểm y tế (nay là Bảo hiểm xã hội) với cơ sở KCB trong 10 năm (1993 - 2003).

- Khảo sát tình hình cung cấp dịch vụ y tế và việc thanh toán chi phí KCB với Trung tâm y tế huyện Vân Đồn 5 năm (1999 - 2003).

- Tổng hợp, phân tích số liệu thống kê, rút ra những nhận xét và kết luận về thực trạng chi trả chế độ KCB BHYT tại Quảng Ninh trong 10 năm qua, trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp nhằm hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT tại Quảng Ninh.

IV - NỘI DUNG NGHIÊN CỨU:

Chương 1: Cơ sở pháp lý để thực hiện chi trả chế độ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tổng quan về phương thức chi trả chế độ KCB BHYT:

Có nhiều phương pháp khác nhau để trả cho nhà cung cấp dịch vụ y tế và mỗi phương pháp lại có một tác động khác nhau tới:

- Chất lượng của dịch vụ y tế
- Hạn chế chi phí
- Quản lý

Các phí tổn cho chăm sóc y tế phụ thuộc vào hai yếu tố: chất lượng của dịch vụ và các sản phẩm y tế được thầy thuốc kê đơn hoặc sử dụng và giá của nó. Mặt khác hệ thống chi trả phải cho phép các nhà cung cấp dịch vụ có một khoản thu nhập hợp lý để thúc đẩy họ tạo ra những dịch vụ có chất lượng tốt, ngăn họ chuyển tới nơi có thu nhập cao hơn, và để ngăn chặn các hiện tượng tiêu cực” nhận tiền đút lót”v.v..nhưng đồng thời cũng phải hạn chế các lãng phí và các chi tiêu không cần thiết.

Có nhiều phương thức chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ được xác định là tốt với những ưu nhược điểm khác nhau, dưới đây xin mô tả tóm tắt các phương thức đó:

Trả theo phí dịch vụ

Trong cơ chế trả theo phí dịch vụ nhà cung cấp dịch vụ được trả theo từng mục (ví dụ từng loại thuốc) hoặc từng loại dịch vụ được cung cấp (ví dụ X quang hay các khám nghiệm khác). Nếu hệ thống chi trả theo phí dịch vụ không được kiểm soát thì nhà cung cấp dịch vụ sẽ có động cơ:

- Bất đối tượng phải chi trả càng nhiều càng tốt, không kể đó là cá nhân, công ty tư nhân hay tổ chức Bảo Hiểm Y Tế Xã Hội;
- Càng tạo ra càng nhiều khoản chi trả càng tốt vì có như vậy mới tăng thu nhập.

Ở một số nước để kiểm soát các mục đã cung cấp người ta có một trần thanh toán cho toàn bộ phí phải trả, trần này được thoả thuận với tất cả các nhà cung cấp dịch vụ, từng bệnh nhân và từng chuyên ngành v.v..

Chi trả theo trường hợp

Chi trả theo trường hợp thường được phối hợp với chẩn đoán như là một chi phí cơ bản cho từng trường hợp(thí dụ trong trường hợp chăm sóc đặc biệt).

Người ta tính chi phí phục vụ cho điều trị bệnh nhân với những chẩn đoán nhất định và nhà cung cấp dịch vụ nhận được chi trả tính theo tổng số chẩn đoán và các dịch vụ điều trị gắn với từng nhóm chẩn đoán đó. Cách chi trả này thường được áp dụng trong các chăm sóc đặc biệt và điều trị nội trú. Và nhiều trường hợp được sử dụng phối hợp với các phương thức thanh toán khác. Trên thế giới có nhiều người đã biết tới việc thanh toán theo trường hợp, nhất là thanh toán theo nhóm chẩn đoán. Ở nước Mỹ, phương thức thanh toán này đã được áp dụng từ năm 1984, đến nay hệ thống này đã định ra khoảng hơn 470 nhóm chẩn đoán.

Vấn đề khó khăn của chi trả theo trường hợp là việc xác định đâu là “trường hợp”

Thanh toán theo mức cơ bản

Phương thức này được sử dụng để chi trả cho các khoản chi phí đã được dự thảo, hoặc là để thanh toán cho các thầy thuốc tư hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ. Khoản thanh toán được xác định bởi tổ chức cung cấp tài chính với các đặc điểm chi tiết của các trang thiết bị sẽ được phục vụ. Đối với các chuyên khoa khác nhau và các cơ sở y tế khác nhau cần có các quy định chi tiết khác nhau. Từng thầy thuốc hoặc cơ sở y tế đòi hỏi phải có những trang thiết bị thích hợp và phải tính tới các khoản mua sắm đó.

Thanh toán theo mức cơ bản thường được sử dụng cùng các cơ chế chi trả khác và thường được dùng để hỗ trợ cho chi phí thiết lập ban đầu cho các cơ sở mới hoặc cơ sở có thay đổi máy móc, trang thiết bị. Cách thanh toán này

được áp dụng khi xây dựng cơ sở tuyến một, tuyến hai hoặc tuyến ba, cho các cá nhân cung cấp dịch vụ hay là cơ sở y tế.

Mức thanh toán theo ngày giường

Mức thanh toán theo ngày (còn được coi là " phí ngày giường" hoặc " thù lao theo ngày") được sử dụng để trả cho bệnh viện đặc biệt là bệnh nhân nội trú. Phương pháp này thường được sử dụng đối với các cơ sở y tế chăm sóc bệnh nhân lâu dài, do chi phí hàng ngày dựa trên cơ sở tính toàn bộ chi phí của cơ sở y tế trong năm, chia cho số ngày giường bệnh nhân sử dụng. Tỷ lệ này có thể tăng hoặc giảm so với chi phí thực trong năm mà cơ quan bảo hiểm phải trả.

Cách chi trả tính theo ngày có thể kết hợp với các phương thức thanh toán khác, thí dụ có thể phối hợp với thanh toán theo dịch vụ hay thanh toán theo trường hợp.

Thanh toán khuyến khích (thưởng)

Thanh toán khuyến khích là cách thanh toán cho thầy thuốc hay cơ sở y tế đã đáp ứng được hoặc các mục tiêu đã định trước, thường là liên quan với việc thực hiện các chính sách y tế quốc gia như tiêm chủng, hoặc chương trình sàng lọc phòng bệnh. Thường phương thức này được sử dụng như là một phương thức bổ sung cho các phương thức khác; cách thức này không bao giờ được áp dụng đơn độc.

Thanh toán khuyến khích rất thích hợp với chăm sóc tuyến đầu nhưng không thích hợp lắm với tuyến hai hoặc tuyến ba, mặc dù đôi khi các mục tiêu như làm giảm đơn thuốc có thể là lý do để đề nghị khen thưởng ở tuyến hai. Chi cho khen thưởng cũng được dùng để khuyến khích các nhà cung cấp dịch vụ tới những miền hẻo lánh, khi mà ở nhiều nước khó tìm được cơ sở y tế ở

nông thôn. Nên đôi khi chi cho khuyến khích được dùng để làm cho những vùng xa xôi trở lên hấp dẫn hơn.

Khoán định xuất

Thanh toán theo định xuất là khoản chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ cung cấp dịch vụ trong một giai đoạn cố định thường là một năm, bất kể quy định loại dịch vụ lâm sàng nào. Phí theo khoán định xuất là phí theo mức cơ bản hoặc là mức bổ sung - tùy thuộc vào các yếu tố như tuổi, giới, các bệnh mạn tính đang thịnh hành, vùng tiến hành bảo hiểm.

Khoán định xuất dựa trên cơ sở chia sẻ nguy cơ đối với nhà cung cấp dịch vụ: phí này quan tâm tới một số người tham gia bảo hiểm có thể không sử dụng dịch vụ trong khi nhiều người khác lại có thể sử dụng nhiều hơn "mức sử dụng trung bình" được quy định. Do đó nhà cung cấp dịch vụ có thể thu được lợi nhuận từ người này nhưng lại bị thua lỗ ở những người khác. Phí định xuất được trả cho nhà cung cấp dịch vụ cá nhân hoặc cho các cơ sở cung cấp dịch vụ có người tham gia bảo hiểm đăng ký. Người tham gia bảo hiểm được quyền lựa chọn trong số những nhà cung cấp dịch vụ đã được thẩm định và đề xuất.

Trong hợp đồng khoán định xuất, các nhà cung cấp dịch vụ phải đáp ứng được tất cả các nhu cầu lâm sàng cần thiết của bệnh nhân trong thời hạn quy định. Trừ những hoàn cảnh đặc biệt (có thể áp dụng cơ chế thanh toán đặc biệt, hoặc thanh toán khuyến khích) khi nhà cung cấp dịch vụ có nguy cơ bệnh nhân có thể sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế nhiều hơn là mức phí khoán định xuất cho phép. Trường hợp này có thể dẫn tới làm giảm chất lượng dịch vụ, hoặc có thể từ chối không cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Để bảo đảm các tiêu chuẩn được duy trì ở mức độ phù hợp, việc ký kết hợp đồng giữa nhà cung cấp dịch vụ và quỹ Bảo Hiểm Y Tế Xã Hội cần có quy định về bảo đảm chất lượng và thẩm quyền.

Kinh phí chi trả theo khoán định xuất cần phải đủ để có sức hấp dẫn một số nhà cung cấp dịch vụ cần thiết trong một địa phương, và cũng là số lượng chấp nhận được trong sức ép về tài chính của nguồn thu từ đóng góp. Khi xác định mức chi trả theo định xuất tổ chức Bảo Hiểm Xã Hội phải dựa vào kinh nghiệm của cơ quan chiến lược Bộ Y Tế về chính sách ngăn chặn tăng giá dịch vụ y tế và sự cân bằng cần thiết để thu hút các nhà cung cấp dịch vụ y tế.

Khoán định xuất thích hợp với cả chăm sóc y tế tuyến một và tuyến hai. Trong một số trường hợp phí định xuất chi trả cho một nhà cung cấp dịch vụ có trách nhiệm bảo đảm toàn bộ dịch vụ chăm sóc y tế đối với từng cá nhân - cung cấp dịch vụ tuyến một, tuyến hai hoặc ba. Có thể có một hệ thống "khoán định xuất kép" là hệ thống vừa có phí định xuất chi trả cho một nhà cung cấp dịch vụ tuyến một vừa có một tỷ lệ khoán định xuất tách riêng để chi trả cho nhà cung cấp dịch vụ ở tuyến hai.

Quyền của người tham gia bảo hiểm được thay đổi nhà cung cấp dịch vụ (nếu họ không đáp ứng thoả mãn các chuẩn mực của các dịch vụ hoặc chăm sóc y tế), sẽ tạo ra động cơ để các nhà cung cấp dịch vụ bảo đảm được chất lượng của dịch vụ. Thường người ta phải quy định một giới hạn tối đa và tối thiểu số người đăng ký khám chữa bệnh tại một nhà cung cấp dịch vụ. Điều đó có ý nghĩa đảm bảo cho nhà cung cấp dịch vụ (với mong muốn thu nhập đạt mức tối đa) không nhận một số lượng bệnh nhân vượt quá khả năng của họ, mặt khác việc quy định hỗn hợp về giới, lứa tuổi và ca bệnh để làm cho nguồn thu nhập từ phí khoán định suất làm cho nhà cung cấp dịch vụ có thể tồn tại được.

Thái lan là nước đang thực hiện khoán chi phí KCB theo định xuất, số tiền khoán cho cơ sở KCB được tính theo công thức:

*Số tiền khoán cho cơ sở KCB /năm (t) = Mức chi phí KCB bình quân / 1
thẻ /năm(m) x tổng số thẻ BHYT đăng ký KCB tại cơ sở trong năm (n)*

Trong đó:

- *Mức chi phí KCB bình quân/ thẻ/ năm = (Chi phí KCB ngoại trú bình quân/ thẻ/ năm + Chi phí KCB nội trú bình quân/ thẻ/ năm).*

+ *Chi phí KCB ngoại trú bình quân/ thẻ/ năm = Chi phí ngoại trú bình quân/ lần/ năm x Số lần KCB ngoại trú bình quân/ thẻ/ năm .*

+ *Chi phí điều trị nội trú bình quân / thẻ/ năm = Chi phí KCB nội trú bình quân/ ngày điều trị x với số ngày điều trị nội trú bình quân / thẻ/ năm.*

Mức khoán chi phí KCB cho cơ sở y tế được Bảo hiểm Y tế Thái Lan thường xuyên điều chỉnh cho phù hợp với thực tế theo tần suất KCB ngoại trú gia tăng hàng năm và theo số ngày điều trị bình quân / thẻ / năm.

Trả theo lương

Trong hệ thống thanh toán này (thường được sử dụng trong hệ thống cấp phát trực tiếp) nhà cung cấp dịch vụ được chi trả - thường là theo tháng - theo quy định không kể đến số bệnh nhân được điều trị là bao nhiêu. Loại hình thanh toán này *thường được sử dụng khi quỹ Bảo hiểm Y tế xã hội có cơ sở y tế riêng để cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm và có nhân viên được chỉ định để làm việc này.* Trong trường hợp này nhà cung cấp dịch vụ gồm toàn bộ hệ thống chăm sóc y tế - từ thầy thuốc, y tá, nhân viên phòng thí nghiệm, nhân viên phục vụ tới các nhân viên khác. Quỹ Bảo Hiểm Y Tế Xã Hội với việc dùng lương như là một cơ chế chi trả cũng xem xét tới mức chi phí. Đó là: tuyển biên chế, quản lý và chi trả lương, mua sắm, bảo dưỡng, khấu hao trang thiết bị, mua sắm, xây dựng hoặc thuê và duy trì cơ sở.

Phương thức trả lương thích hợp cho các cá nhân ở tuyến một, tuyến hai và tuyến ba. Tuy nhiên ở những nơi áp dụng phương thức trả này, lương của nhân viên thường thấp hơn khi họ làm việc cho các nhà cung cấp dịch vụ độc lập. Những nước sử dụng cơ chế chi trả theo lương, ít có tác dụng động viên nhân viên làm việc tốt. Điều nguy hiểm hơn là khi lương không có tính cạnh

tranh, những người cung cấp dịch vụ - đặc biệt là thầy thuốc, và đôi khi cả y tá - sẽ thiết lập một hệ thống phí dịch vụ không chính thức (“phí tiêu cực - chi trả dưới gầm bàn”). Phí tiêu cực sẽ cản trở tiếp cận dịch vụ y tế đối với bất cứ người nào không có đủ khả năng để chi loại phí này.

Trả theo ngân sách

Cách chi trả này nhằm bao toàn bộ chi phí các dịch vụ được cung cấp trong một thời hạn nhất định, thường là một năm. Trong trường hợp này “chi phí” bao gồm xét nghiệm, điều trị, thuốc và các vấn đề y học khác. Ngân sách dựa trên các thông tin trước đó về giá chi phí, về quy định thống nhất giữa nhà cung cấp dịch vụ và người tiêu thụ dịch vụ chăm sóc y tế (thường là tổ chức bảo hiểm).

Người ta xác định các chi phí trước đó theo:

- Chi phí thực tế của mỗi đơn vị hoặc chi phí theo giá chi phí trung bình của các đơn vị tương đương nhau (thí dụ về số giường bệnh),
- Ở tuyến nào (hai hay ba)
- Chuyên khoa nào

Nhằm mục đích ngăn chặn giá, hệ thống ngân sách nên tìm hãm về lý thuyết một tỷ lệ trượt giá tương đương với các hệ thống chi trả khác. Khoản ngân sách được thông qua theo thoả thuận giữa nhà cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ là nhằm tạo ra sự cân bằng giữa thực chi của nhà cung cấp dịch vụ (như lương và các tiền chi phí khác) và kết quả mong muốn, số bệnh nhân được điều trị và số ca bệnh nói chung. (Một số ít ca bệnh có biến chứng phức tạp thường nhà cung cấp dịch vụ phải tốn kém nhiều hơn đa số các ca bệnh thông thường).

Trong hệ thống chi trả theo ngân sách, nhà cung cấp dịch vụ có động cơ khuyến khích để ngăn chặn giá càng nhiều càng tốt để có thể tồn tại được

trong khoản ngân sách cho phép. Tuy nhiên điều đó có thể đưa tới giảm chất lượng dịch vụ. Thực vậy, trong một số trường hợp bệnh viện không tiếp nhận bệnh nhân khi ngân sách theo thoả thuận đã hết. Trong trường hợp đó có xu hướng là bằng cách này hay cách khác “tìm ngân sách bổ sung từ đâu đó” và mục tiêu thực là để làm tăng ngân sách. Do đó một điều cốt yếu là ở những nơi chấp nhận cơ chế chi trả theo ngân sách phải có một thẩm định chính thức và phải có một chương trình đảm bảo chất lượng trong hợp đồng giữa nhà cung cấp dịch vụ và cơ quan Bảo Hiểm Y Hế Xã Hội.

Phương thức chi trả đặc biệt

Phương thức chi trả đặc biệt là một phương thức chi trả bổ sung cho các phương thức chi trả thông thường cho nhà cung cấp dịch vụ. Phương thức này do cơ quan Bảo Hiểm Y Tế Xã Hội đề xuất để các nhà cung cấp dịch vụ có đủ kinh phí trang trải cho những trường hợp điều trị đặc biệt không do nhà cung cấp dịch vụ cố ý tạo ra. Cách chi trả này thường dùng khi đang thực thi phương thức chi trả theo ngày giường hoặc chi trả theo khoán định xuất.

Thí dụ khi bệnh nhân yêu cầu một liệu pháp hoá trị liệu, ngoại khoa chuyên sâu, hoặc chạy thận nhân tạo, thì nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu một cơ chế chi trả đặc biệt từ quỹ Bảo Hiểm Y Tế Xã Hội, trên cơ sở danh mục các phương pháp điều trị đã được đề xuất. Người ta có thể chi cho trường hợp đặc biệt dựa trên (tính hào phóng) của chi theo định xuất hay tỷ lệ chi phí theo ngày giường. Một số nước có danh mục các phương thức điều trị rộng hẹp khác nhau, tùy đó mà các chi phí đặc biệt có thể yêu cầu.

2/ Những nội dung cơ bản của các phương thức chi trả chế độ KCB BHYT và cơ sở pháp lý để thực hiện ở nước ta :

2.1- Cơ sở pháp lý để thực hiện chi trả chế độ KCB BHYT là hệ thống các văn bản pháp quy:

- Điều lệ BHYT được ban hành kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng(nay là Chính phủ);

- Điều lệ BHYT được ban hành kèm theo Nghị định số 58/1998/NĐ - CP ngày 13/8/1998 của Chính phủ;

- Nghị định số 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ về thu một phần viện phí;

- Các thông tư của liên tịch của Bộ Y Tế - Bộ Tài Chính - Bộ Lao động Thương binh Xã hội - Ban Vật giá Chính phủ hướng dẫn thực hiện thu một phần viện phí ; các thông tư liên tịch của Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn quản lý tài chính quỹ BHYT; thông tư của Bộ Y Tế hướng dẫn tổ chức khám chữa bệnh, sử dụng quỹ và thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế;

- Các văn bản quy phạm pháp luật khác của Bộ Y Tế, Bảo hiểm Y tế Việt nam (cũ), Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Ủy ban nhân dân tỉnh Quảng Ninh chỉ đạo việc tổ chức thực hiện chế độ KCB BHYT .

2.2- Hai hình thức chi trả chế độ KCB BHYT đã và đang áp dụng ở Việt nam là:

2.2.1- Thanh toán chi phí KCB giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB:

+ Khám chữa bệnh ngoại trú:

- Thanh toán theo giá một lần KCB ngoại trú bình quân (theo Thông tư số 16/BYT - TT ngày 15/12/1992 của Bộ Y tế).

- Khoán quỹ KCB ngoại trú bằng 13,5% tổng số thu BHYT của số thẻ đăng ký KCB ban đầu tại phòng khám (Theo Thông tư số 09/BYT - TT ngày 17/6/1993 của Bộ Y Tế).

- Thanh toán theo giá dịch vụ do Nhà nước quy định nhưng không vượt quá tỷ lệ dành cho KCB ngoại trú từ 13,5% đến 25% tổng số tiền thu BHYT của số thẻ đăng ký KCB ban đầu tại phòng khám (Theo Thông tư số 16/BYT - TT ngày 26/8/1994 của Bộ Y Tế).

- Thanh toán chi phí KCB ngoại trú với cơ sở KCB ban đầu không vượt quá một tỷ lệ ấn định bằng 45% của quỹ KCB tính trên tổng số tiền thu BHYT của những người có thẻ BHYT đăng ký khám tại cơ sở y tế (Theo Thông tư số 17/1998/BYT - TT ngày 19/12/1998 của Bộ Y Tế).

+ Khám chữa bệnh nội trú:

- Thanh toán chi phí KCB nội trú theo giá một đơn vị điều trị nội trú bình quân (Theo Thông tư số 16/BYT - TT ngày 15/12/1992 của Bộ Y Tế).

- Thanh toán chi phí điều trị nội trú theo giá quy định thu một phần viện phí (Theo Thông tư số 16/BYT - TT ngày 26/8/1994 của Bộ Y Tế).

- Thanh toán chi phí điều trị nội trú theo giá viện phí hiện hành, nhưng tổng quyết toán của từng khoa không vượt quá trần thanh toán chi phí điều trị nội trú tính cho từng khoa, phòng trong bệnh viện (Theo Thông tư số 17/1998/BYT - TT ngày 19/12/1998 của Bộ Y Tế).

2.2.2- Thanh toán chi phí KCB BHYT giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội với người có thẻ BHYT:

Phương thức thanh toán trực tiếp được áp dụng trong các trường hợp sau: người có thẻ BHYT đã thực hiện cùng chi trả vượt 6 tháng lương tối thiểu do Nhà nước công bố hoặc KCB theo yêu cầu riêng.

Mức chi trả chi phí KCB theo yêu cầu riêng được Bộ Y tế quy định và điều chỉnh trong từng thời kỳ .

2.3- Giới thiệu một số phương thức thanh toán chi phí KCB giữa cơ quan BHXH với cơ sở KCB:

2.3.1. Thanh toán chi phí KCB nội trú theo giá một đơn vị điều trị bình quân:

Đây là phương thức đầu tiên được áp dụng ở nước ta khi chúng ta mới bắt đầu triển khai thực hiện chế độ KCB BHYT (giai đoạn 1993-1996). Khi thanh

quyết toán chi phí KCB với các cơ sở khám chữa bệnh, cơ quan Bảo Hiểm Y Tế căn cứ vào hai tiêu thức:

- Giá một đơn vị điều trị bình quân được xác định bằng tổng chi phí khám chữa bệnh thực tế trong năm chia cho tổng số ngày điều trị thực tế trong năm.

- Số ngày điều trị trung bình phụ thuộc vào tuyến chuyên môn kỹ thuật (xếp hạng bệnh viện) và loại khoa, phòng trong bệnh viện; ví dụ: số ngày điều trị trung bình đối với bệnh nhân nội khoa ở Bệnh viện tuyến Trung ương khoảng 20 ngày, trong khi đó ở bệnh viện tuyến huyện khoảng 08 ngày.

Thực hiện phương thức thanh toán chi phí KCB theo giá một đơn vị điều trị bình quân có một số ưu điểm là: công tác quản lý đơn giản, hạn chế được sự gia tăng cung cấp các dịch vụ y tế, chi phí hành chính thấp nhưng vì đơn giá được xây dựng thường thấp hơn chi phí thực tế trong kỳ quyết toán nên nhiều bệnh viện tìm cách đối phó (như thu nhận nhiều bệnh nhân nhẹ vào viện, hạn chế cung cấp các dịch vụ và thuốc cho người bệnh, chuyển bệnh nhân lên tuyến trên...). Nếu chúng ta xây dựng được đơn giá bình quân một ngày điều trị và xác định được số ngày điều trị trung bình của từng bệnh viện phù hợp theo tuyến chuyên môn, kỹ thuật thì có thể áp dụng được phương thức này.

2.3.2. Thanh toán chi phí KCB theo phí dịch vụ:

Đây là hình thức thanh toán thực chi theo giá của mỗi loại dịch vụ và giá mỗi loại thuốc mà cơ sở KCB đã cung cấp cho người bệnh. Các bệnh viện phải có biểu giá dịch vụ được cấp có thẩm quyền phê duyệt và giá từng loại thuốc (theo hoá đơn mua thuốc của các Công ty Dược phẩm) để làm cơ sở cho cơ quan BHYT giám định trước khi thanh quyết toán.

Cơ sở KCB phải công khai biểu giá các dịch vụ để người bệnh biết và lựa chọn trước khi sử dụng, đồng thời họ tự kiểm tra khi thanh toán viện phí.

Ở nước ta, Bộ Tài chính, Bộ Y tế, Bộ Lao động thương binh xã hội, Ban Vật giá Chính phủ có thẩm quyền xây dựng, phê duyệt giá thu viện phí. Giá thu viện phí cần được điều chỉnh phù hợp với tốc độ tăng trưởng của nền kinh tế quốc dân và những biến động của giá cả thị trường.

Phương thức thanh toán chi phí KCB thực thanh theo phí dịch vụ được áp dụng ở Việt Nam trong giai đoạn 1996 - 1997. Bảo Hiểm Y Tế thanh toán chi phí KCB với các bệnh viện theo khung giá thu một phần viện phí được ban hành kèm theo thông tư số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của liên Bộ Y tế - Tài chính - Lao động thương binh xã hội - Ban Vật giá Chính phủ. Ưu điểm của phương thức này là quyền lợi của người bệnh bảo hiểm y tế không bị hạn chế; các cơ sở KCB đều tăng cường đầu tư, phát triển chuyên môn, kỹ thuật, nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ để thu hút nhiều bệnh nhân đến khám chữa bệnh. Nhưng phương thức này có nhược điểm là: các bệnh viện đều gia tăng cung cấp dịch vụ, chỉ định dùng thuốc đắt tiền, thu nhận nhiều bệnh nhân nhẹ vào điều trị nội trú, kéo dài ngày nằm viện của bệnh nhân... do vậy chi phí KCB BHYT ngày càng tăng lên, hậu quả là cuối năm 1997, quỹ BHYT của 20 tỉnh, thành phố bị mất khả năng chi trả, Chính phủ đã phải điều chỉnh hình thức thu viện phí để giảm bớt khó khăn cho những người bị bệnh nặng có chi phí cao và đảm bảo khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế; việc thanh toán chi phí KCB theo phí dịch vụ còn đòi hỏi phải đầu tư nhân lực và thời gian cho công tác giám định, tổng hợp, đối chiếu, thanh - quyết toán chi phí khám chữa bệnh giữa Bảo Hiểm Xã Hội với cơ sở khám chữa bệnh.

Khi thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, một số nước đã áp dụng cùng chi trả đối với người có thể bảo hiểm y tế. Nước ta bắt đầu áp dụng phương thức cùng chi trả từ ngày 01/01/1999, khi thực hiện Nghị định số 58/1998/NĐ - CP, nhằm giảm bớt một phần gánh nặng cho quỹ bảo hiểm y tế, đồng thời tạo cho người có thể bảo hiểm y tế có ý thức lựa chọn, sử dụng các dịch vụ y tế và thuốc thiết yếu, tự kiểm tra được chi phí khám chữa bệnh của bản thân.

2.3.3. Thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo chẩn đoán:

Để thanh toán chi phí KCB với các cơ sở y tế, cơ quan BHXH dựa vào hai yếu tố: *một là* kết quả chẩn đoán xác định khi bệnh nhân ra viện(phù hợp với diễn biến lâm sàng, xét nghiệm, X quang, thăm dò chức năng...) để phân nhóm chẩn đoán theo bảng phân loại Quốc tế bệnh tật do tổ chức Y tế Thế giới ban hành hoặc theo bảng phân loại bệnh do các chuyên gia y tế xây dựng và được Bộ Y Tế ban hành; *hai là* giá của mỗi nhóm chẩn đoán do Bộ Y tế xây dựng và thống nhất với các cơ quan quản lý Nhà nước ban hành. Ở Việt Nam, phương pháp này mới bắt đầu được áp dụng thí điểm tại một số bệnh viện ở Hà Nội với một số nhóm bệnh đơn giản, chưa có điều kiện để triển khai rộng rãi.

Phương thức chi trả theo nhóm chẩn đoán có một số ưu điểm: chất lượng điều trị được đảm bảo, giảm được chi phí không thật cần thiết, cơ quan BHXH dễ quản lý chi phí điều trị. Nhưng phương thức này cũng gặp những khó khăn trong việc xác định đâu là “trường hợp” và mức chi phí bình quân cho mỗi trường hợp trong nhóm chẩn đoán là bao nhiêu trong khi các bệnh viện đưa ra yêu cầu được thanh toán cao hơn mức chi phí trung bình của nhóm chẩn đoán, hoặc giảm cung cấp các dịch vụ cho người bệnh, lựa chọn bệnh nhân nhẹ để điều trị, chuyển bệnh nhân chưa nặng lên tuyến trên v.v..Tuy nhiên, kinh nghiệm của một số nước cho thấy: có thể giải quyết vấn đề này bằng nhiều cách như quy định cụ thể, chi tiết, giới hạn các khoản mục được BHXH thanh toán, đồng thời tăng cường giám định, kiểm soát chặt chẽ chi phí KCB,...

2.3.4. Thanh toán chi phí KCB theo khoán định suất (Capitation):

Thanh toán theo định suất (Capitation) là phương thức mà BHXH trả trước cho cơ sở KCB một khoản tiền nhất định, căn cứ vào số thẻ đăng ký KCB tại đơn vị. Đây là một trong những phương thức thanh toán chi phí KCB đang được nhiều nước trên thế giới áp dụng như Đức, Hàn quốc, Pháp, Đan

mạch, Vương quốc Anh, Thái lan...Ưu điểm lớn nhất của phương thức này là thực hiện xã hội hoá y tế: các cơ sở y tế được nhận quỹ KCB theo định xuất sẽ thường xuyên chăm sóc sức khoẻ, khám chữa bệnh cho đối tượng, từ đó hình thành mối quan hệ với đối tượng, nắm chắc tiền sử bệnh tật và sử lý kịp thời ngay từ khi bệnh mới phát sinh.

Ở Việt nam, năm 2002 bắt đầu thí điểm khoán chi KCB theo định xuất tại Trung tâm y tế huyện Vĩnh Tường - tỉnh Vĩnh Phúc. Những kết quả bước đầu thực hiện khoán chi phí KCB theo định xuất cho thấy: quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế ngày càng được đảm bảo, chi phí KCB được sử dụng hợp lý hơn, quỹ KCB luôn được đảm bảo, cơ sở KCB chủ động trong việc sử dụng, điều tiết quỹ được khoán, mối quan hệ giữa cơ sở KCB với người bệnh BHYT và cơ quan BHXH được cải thiện tốt hơn.

Chương 2: Thực trạng chi trả chế độ KCB BHYT tại Quảng Ninh trong thời gian qua

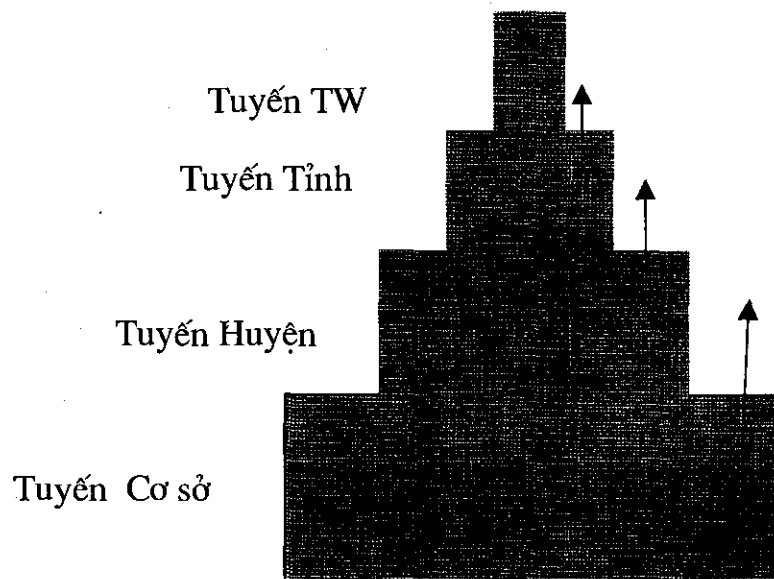
1. Đặc điểm kinh tế xã hội tỉnh Quảng Ninh:

Quảng Ninh có 10 huyện, 3 thị xã và thành phố Hạ long, với diện tích hơn 6.100 km² và dân số trên 1 triệu người, gồm nhiều dân tộc được phân bố không đều suốt chiều dài gần 300 km từ Đông Triều đến Móng Cái. Quảng Ninh là tỉnh biên giới, miền núi, hải đảo nằm ở phía Đông bắc của Tổ quốc; có vị trí địa lý kinh tế thuận lợi, tài nguyên, khoáng sản phong phú; có hành lang biển Đông dài hơn 250 km từ điểm tiếp giáp với Thành phố Hải Phòng đến Mũi Ngọc - Móng cái; có đường biên giới với nước Cộng hoà nhân dân Trung hoa dài 132,8 km và là tỉnh tiếp giáp với 4 tỉnh bạn (Hải Phòng, Hải Dương, Bắc Giang, Lạng Sơn). Quảng Ninh có mạng lưới giao thông đường thuỷ, đường bộ, đường sắt thuận tiện cho việc giao lưu kinh tế trong nước và quốc tế; có Vịnh Hạ long là di sản thiên nhiên của Thế giới, điểm đến của khách thăm quan, du lịch trong và ngoài nước.

Quảng Ninh là một đỉnh của tam giác kinh tế: Hà nội - Hải phòng - Quảng Ninh, có thế mạnh về công nghiệp khai thác than, kinh tế du lịch, cảng biển, đóng tàu. Ngoài ra còn có một số ngành kinh tế khác cũng đang phát triển như: nuôi trồng thủy hải sản, sản xuất vật liệu xây dựng (gốm sứ, xi măng, khai thác đá)... Giá trị sản xuất hàng năm tăng từ 16- 17%, trong đó sản lượng than sạch ước sản xuất và tiêu thụ trên 17 triệu tấn, kinh tế du lịch đã trở thành ngành kinh tế mũi nhọn đóng góp 43,4% tổng thu nhập của tỉnh; thu ngân sách hàng năm đều tăng, riêng năm 2003 đạt 3083 tỷ đồng; thu nhập quốc dân giữ được nhịp độ tăng cao và tương đối ổn định, giai đoạn 1995-2000 bình quân 9,6%, riêng năm 2003 đạt trên 12%. Trong những năm gần đây, nhờ kinh tế phát triển nên đời sống của nhân dân trong tỉnh được nâng lên. Song bên cạnh đó cũng phát sinh những vấn đề bức xúc: đó là sự phân hoá giàu - nghèo trong dân cư giữa các vùng, miền; môi trường sống bị ô nhiễm; tệ nạn xã hội nhiều (đặc biệt là nghiện hút, tiêm chích ma tuý đứng đầu bảng); mô hình bệnh tật trong nhân dân thay đổi (tính đến tháng 11/2003, toàn tỉnh có 7658 người nhiễm HIV/ AIDS, đứng đầu về tỷ lệ, đứng thứ 3 về số lượng, trong đó nam chiếm 90,85% (6957 người), nữ chiếm 9,15% (701 người), độ tuổi từ 20-29 tuổi chiếm 67,35% (nam 4601 người = 60,68%, nữ 511 người = 6,67%), các bệnh nội tiết, tim mạch, ung thư được phát hiện ngày càng nhiều... Đây là những vấn đề thách thức đối với ngành y tế Quảng Ninh, cũng đồng thời là trách nhiệm của cơ quan Bảo hiểm xã hội Quảng Ninh và các cấp, các ngành trong tỉnh đối với sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân Quảng Ninh.

Từ những đặc điểm về địa lý, kinh tế, xã hội của tỉnh, nên mô hình tổ chức y tế ở Quảng Ninh cũng mang những đặc thù riêng: hệ thống y tế địa phương bao gồm 2 bệnh viện đa khoa loại hai, 4 bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, 12 bệnh viện tuyến huyện (bệnh viện loại ba), 183 trạm y tế xã phường và mạng lưới y tế công nghiệp (chủ yếu là ngành than) với hơn 100 trạm y tế cơ sở và hai bệnh viện loại ba; ngoài ra Quảng Ninh còn có một đơn vị điều trị quân y và bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển - Uông Bí là bệnh viện đa khoa Trung ương khu vực (bệnh viện loại một) đóng trên địa bàn thị xã Uông bí có nhiệm vụ phục vụ nhân dân trong tỉnh Quảng Ninh và một số huyện lân cận thuộc các tỉnh Hải Dương, Bắc Giang. Riêng thành phố Hạ Long và thị xã Uông Bí không có bệnh viện tuyến huyện (bệnh viện loại ba) nên các phòng khám khu vực, các trạm y tế cơ sở (xã, phường, cơ quan, xí nghiệp) trên địa bàn đều chuyển bệnh nhân lên Bệnh viện Đa khoa tỉnh và bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển - Uông Bí. Đây là một trong các nguyên nhân dẫn đến chi phí KCB BHYT tăng cao.

SƠ ĐỒ BẬC THANG ĐIỀU TRỊ



Cũng từ đặc điểm về kinh tế, xã hội và đặc thù của hệ thống tổ chức y tế Quảng Ninh, nên trong 10 năm qua, tại Quảng Ninh cùng song song tồn tại hai cơ quan BHYT, đó là BHYT địa phương và BHYT ngành than đều hoạt động độc lập. Tuy không khác nhau về mục tiêu phục vụ nhưng lại có những điểm chưa đồng nhất trong các hoạt động nghiệp vụ, đặc biệt là công tác quản lý đối tượng, giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT ở cùng một bệnh viện.

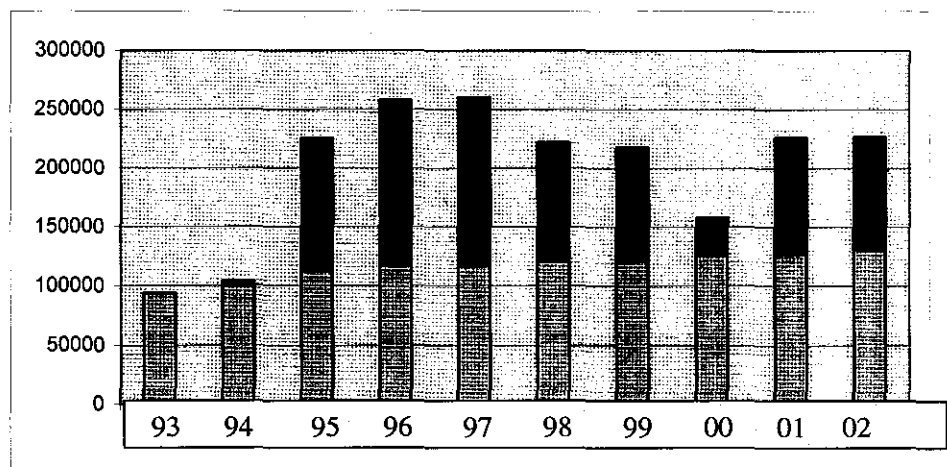
2. Tình hình thực hiện chính sách BHYT tại Quảng Ninh

Tình hình thực hiện chính sách BHYT tại Quảng Ninh trong hơn mười năm qua đã ghi nhận những tiến bộ rõ rệt: số thẻ BHYT được phát hành năm sau cao hơn năm trước, tỷ lệ tăng bình quân từ 3- 5%. Các đối tượng tham gia BHYT được mở rộng: ngoài cán bộ, công chức, người lao động trong các doanh nghiệp, người nghỉ hưu, nghỉ mất sức lao động, người có công với cách mạng...còn có các đối tượng khác như đại biểu Hội đồng nhân dân, cán bộ xã, phường, thân nhân của sỹ quan quân đội nhân dân Việt Nam, học sinh, sinh viên, cán bộ y tế và giáo viên ngoài công lập, người bị nhiễm chất độc màu da cam,..đều được BHYT.

SƠ ĐỒ PHÁT HÀNH THẺ BHYT

BH BB	BH TN
93793	
99907	4265
112497	112912
117394	140354
116838	143583
120344	101608
120588	97365
125173	32430
126480	100000
130267	96492

Se ri 1: BHYT BB
Se ri 2: BHYT TN



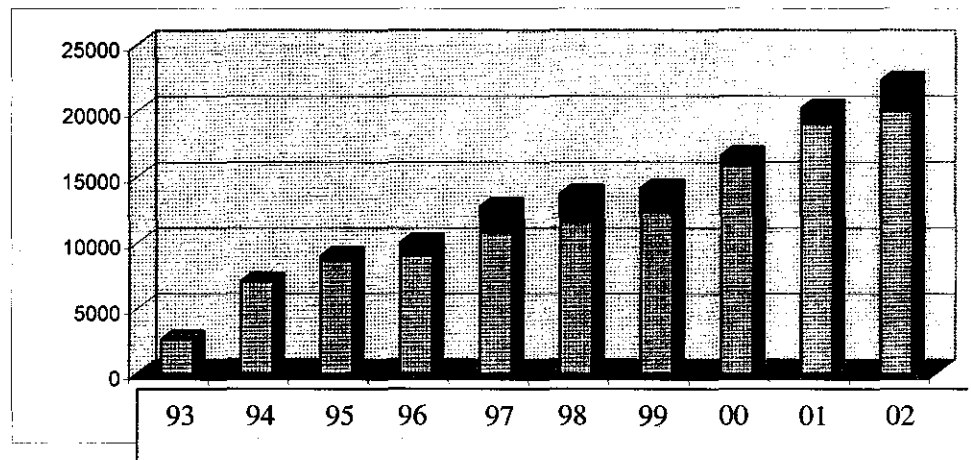
Theo đó số thu BHYT cũng tăng nhanh: năm 1993 mới thu được 2,656 tỷ đồng, đến năm 2002 thu được 22,2723 tỷ đồng, đây là nguồn tài chính đáng kể để phục vụ chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh cho cán bộ, công nhân và nhân dân trong tỉnh

THU BẢO HIỂM Y TẾ

(Triệu đồng)

BH BB	BH TN
2656	
7044	15
8659	347
9018	1002
10735	2002
11543	2158
12315	1823
15809	796
19009	1189
19970	2303

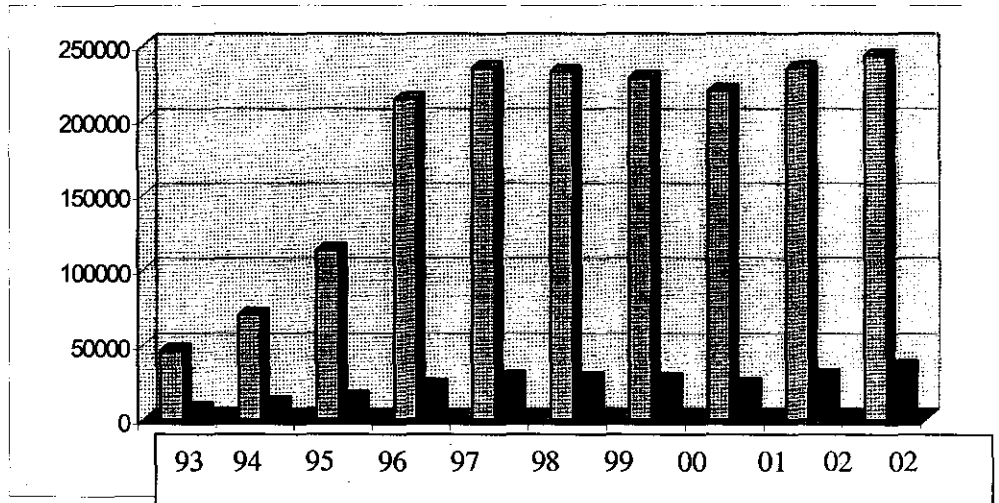
Seri 1: BHYT BB
Seri 2: BHYT TN



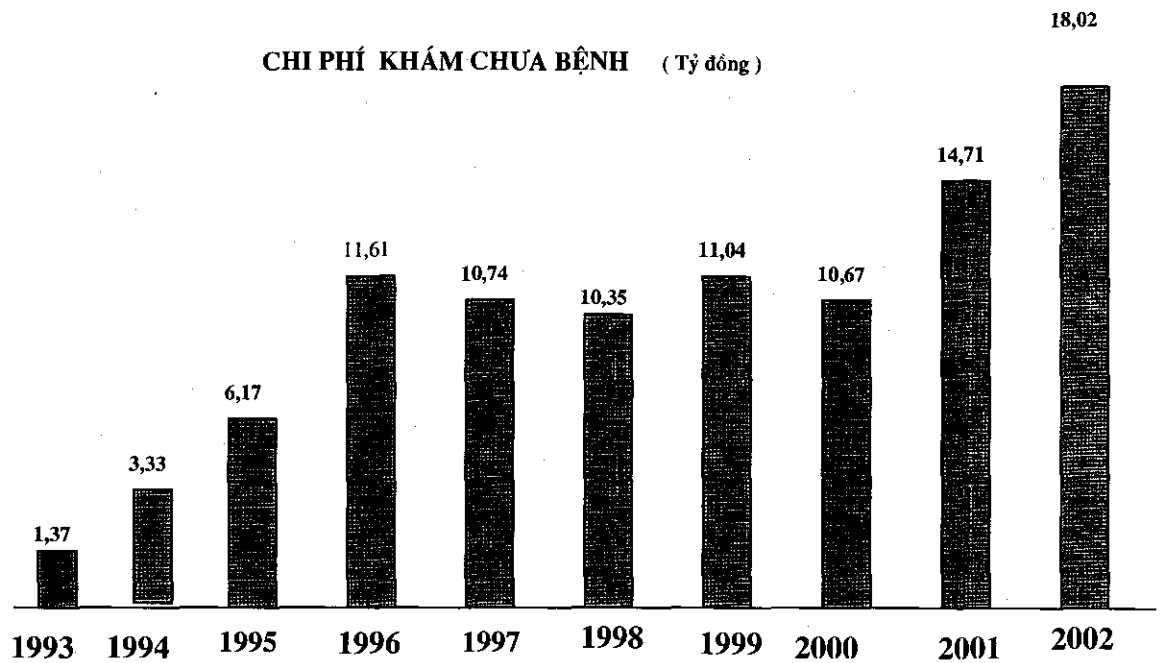
**Tình hình khám chữa bệnh BHYT
trong 10 năm**

SỐ LẦN NGƯỜI KCB

Ng. Tru	Noi tru
46332	7274
70080	11083
112707	14514
214026	22852
234946	28156
232721	27246
228470	26998
219662	23316
234712	29280
243323	35409



CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH (Tỷ đồng)



BẢNG 1: CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH TRONG 10 NĂM

Niên độ	KCB ngoại trú					KCB nội trú					BQ 1 đợt
	Số thẻ BHYT	Số lần KCB	Tần Suất	Chi phí thực tế KCB ngoại trú	BQ 1 đơn	Số BN	Tần Suất	Ngày điều trị	Chi phí thực tế KCB nội trú	BQ 1 ngày	
1993	93,793	45,762	0,49	331,685,463	7,254	7,252	0,08		991,475,200		136,777
1994	99,907	75,273	0,76	946,478,577	12,574	11,090	0,11		2,799,007,306		252,390
1995	112,497	108,783	0,97	2,668,762,731	24,533	13,666	0,12		5,126,320,774		375,115
1996	117,394	175,391	1,49	4,395,022,657	25,058	17,340	0,15		5,484,408,377		316,287
1997	116,838	193,848	1,66	3,299,868,307	17,023	20,343	0,15		5,044,941,653		247,994
1998	117,992	216,395	1,80	4,049,062,073	18,711	20,338	0,17		5,089,973,661		250,270
1999	120,588	217,075	1,80	4,337,451,000	19,981	20,637	0,17	248,039	5,177,694,000	20,874	250,894
2000	125,173	215,108	1,72	4,625,266,000	21,502	21,038	0,16	241,005	5,580,622,000	23,156	265,264
2001	128,680	232,894	1,80	5,583,534,000	23,975	23,503	0,18	268,478	7,238,499,000	28,195	307,982
2002	133,881	247,365	1,85	7,191,701,000	29,073	27,200	0,20	305,097	8,933,532,000	31,382	328,439
2003	139,874	274,178	1,96	8,649,703,515	31,548	28,992	0,20	301,584	11,506,692,240	38,154	397,582

BẢNG 2: KCB NỘI TRÚ THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG TRONG 5 NĂM

	Chỉ tiêu	1999			2000			2001			2002			2003		
		Số thẻ B.quân	Bệnh nhân	Tân Suất	Số thẻ B.quân	Bệnh nhân	Tân Suất	Số thẻ B.quân	Bệnh nhân	Tân Suất	Số thẻ B.quân	Bệnh nhân	Tân Suất	Số thẻ B.quân	Bệnh nhân	Tân Suất
A	Bắt buộc	120,588	20,637	0,1711	125,173	21,038	0,168	128,684	23,503	0,1826	139,874	27,200	0,2006	139,874	28,992	0,206
1	HCSN	24,752	4,802	0,194	25,153	4,434	0,1763	26,116	4,270	0,1635	27,001	5,016	0,1858	30,354	5,050	0,166
2	DN NN	28,377	3,382	0,1192	30,738	3,332	0,1084	30,226	3,717	0,123	32,407	4,238	0,1308	28,470	4,652	0,163
3	DN NQD	39	31		572	24	0,0422	1,902	142	0,0447	2,963	303	0,1023	519	475	
4	LD NN	1,403	105	0,0784	1,869	164	0,0877	1,919	271	0,1412	1,814	284	0,1566	3,303	397	0,12
5	hưu trí	55,602	11,151	0,2006	56,040	11,615	0,2073	56,651	13,320	0,2348	57,509	15,269	0,2655	58,140	16,366	0,281
6	Người có công	8,606	1,111	0,1291	8,410	1,377	0,1637	8,179	1,605	0,1962	8,188	1,837	0,2244	8,175	1,654	0,202
7	Cán bộ xã	731	11	0,0151	1,140	72	0,0632	1,817	131	0,0721	2,071	138	0,0666	2,838	352	0,124
8	Hội đồng ND	1,078	44	0,0408	1,251	20	0,0160	1,313	45	0,0343	1,292	64	0,0495	1,165	46	0,039
9	Chất độc HH							561	20	0,0357	634	51	0,0804	929	0	
B	Tự nguyện	78,464	6,361	0,081	62,857	2,278	0,0362	71,290	5,777	0,081	109,005	8,209	0,0735		7,127	
*	Tổng cộng	199,052	26,998	0,1356	188,030	23,316	0,124	199,974	29,280	0,1464	242,884	35,409	0,1457		36,132	

CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH THEO TUYẾN KỸ THUẬT (1.000Đ)

S	Năm	Năm 1999		Năm 2000		Năm 2001		Năm 2002		Năm 2003	
TT	tuyến	Số tiền chi	Tỷ lệ	Số tiền chi	Tỷ lệ	Số tiền chi	Tỷ lệ	Số tiền chi	Tỷ lệ	Số tiền chi	Tỷ lệ
A	Ngoại trú	4,496,713		4,702,479		5,652,747		7,256,146		7,810,912	100
1	TW	807,129	17,95	938,593	19,96	1,161,524	20,55	2,437,136	33,59	504,583	5,78
2	Tỉnh	602,649	13,40	697,128	14,82	864,741	15,30	1,240,488	17,10	1,220,860	13,99
3	Huyện	3,086,935	68,65	3,066,758	65,22	3,599,885	63,68	3,578,522	49,31	6,055,625	69,38
4	Xã,phường					26,597	0,47			29,844	0,34
B	Nội trú	6,356,782		5,973,748		8,528,752		10,764,353		11,221,210	100
1	TW	2,658,105	41,82	2,511,824	42,05	3,579,120	40,76	4,503,600	41,84	3,798,601	33,83
2	Tỉnh	1,630,227	25,65	1,700,700	28,47	2,425,891	28,44	2,812,884	26,13	3,587,905	31,98
3	Huyện	2,068,450	32,53	1,761,224	29,48	2,523,741	29,59	3,447,869	32,03	3,834,704	34,18
4	Xã,phường										
C	Tổng cộng	10,853,495	0	10,676,227	0	14,181,499	0	18,020,499	0	19,032,122	

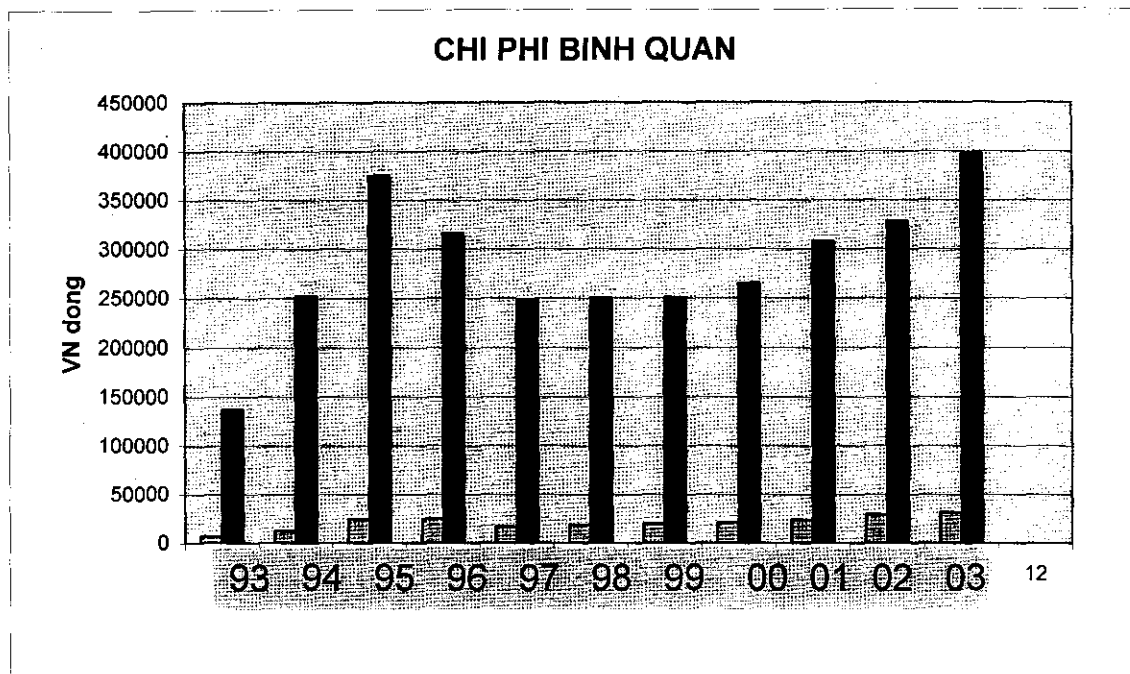
Qua biểu đồ và 3 bảng thống kê ta thấy:

- Số lần người tham gia BHYT được KCB và chi phí KCB BHYT ngày càng tăng. Nếu so sánh năm 2002 với năm 1993 - năm đầu thực hiện BHYT tại Quảng Ninh thì số lần KCB BHYT tăng gấp 5 lần và chi phí KCB BHYT tăng gấp ≈ 10 lần.

- Tần xuất KCB của đối tượng bắt buộc tăng nhanh: KCB ngoại trú từ 0,49 lần/thẻ (năm 1993) lên 1,85 lần/thẻ/năm 2002; KCB nội trú từ 0,08 lần/thẻ/năm 1993 lên 0,203 lần/thẻ/năm 2002.

Điều đó chứng tỏ nhu cầu KCB và chi phí KCB của đối tượng tham gia BHYT không ngừng gia tăng, do mấy nguyên nhân chính sau đây: quỹ BHYT mở rộng thanh toán nhiều dịch vụ kỹ thuật cao cho đối tượng, các cơ sở y tế ngày càng cung cấp nhiều dịch vụ kỹ thuật hơn, các đối tượng ngày càng hiểu biết đầy đủ hơn về quyền lợi được hưởng khi tham gia BHYT nên đi KCB nhiều hơn.

- Chi phí bình quân cho 1 lần KCB nội, ngoại trú đều tăng nhanh: KCB ngoại trú từ 7.254 đồng/lần/năm 1993 lên 29.073 đồng/ lần/năm 2002; một đợt điều trị nội trú từ 136.777 đồng/đợt /năm 1993 lên 328.439 đồng/ đợt/năm 2002 (xem biểu đồ).



Ngoại trú □ Nội trú ■

Bảng 4 : Chi phí bình quân 1 lần KCB ngoại trú tại cơ sở

(1999 - 2003)

	Tên cơ sở KCB	1999	2000	2001	2002	2003
I	Tuyến TW:					
	BV VN T - UB	69.079	88.287	96.164	101.879	105.606
II	Tuyến tỉnh:					
	BV Đa khoa tỉnh	20.190	29.511	34.538	42.706	43.073
	BV Đkhoa KV Cẩm phả	25.379	22.919	29.463	29.305	43.277
	BV Lao và bệnh phổi	44.417	42.558	64.162	86.342	171.099
III	Tuyến huyện:					
	BV Bãi cháy	21.262	20.942	27.657	51.754	62.168
	TTYT Thị xã Cẩm phả	17.251	18.926	19.039	19.685	21.623
	TTYT huyện Đông triều	17.187	20.502	22.955	27.810	35.778
	TTYT huyện Yên Hưng	14.996	19.585	18.264	19.562	23.078
	TTYT huyện Hoàn Bô	25.052	29.988	35.942	31.882	51.865
	TTYT huyện Vân Đồn	12.894	20.435	22.000	22.577	29.084
	TTYT huyện Tiên Yên	15.687	17.292	32.615	18.422	19.867

TTYT huyện Đầm Hà	13.948	12.021	13.576	22.018	23.134
TTYT huyện Hải Hà	17.575	17.963	17.794	23.592	29.699
TTYT Thị xã Móng Cái	28.758	31.105	23.799	34.141	43.372
TTYT huyện Bình Liêu	19.972	19.649	32.343	16.275	20.606
TTYT huyện Ba chẽ	11.976	13.900	13.281	20.543	28.409
TTYT huyện Cô tô	25.662	24.992	24.481	19.500	29.134
TTYT than Mạo Khê	14.198	23.339	18.222	32.400	38.526
TTYT than Vàng Danh	13.223	15.130	16.976	18.150	19.082
Đội điều trị 47	20.936	21.700	29.488	32.697	31.021
TTYT T phố Hạ long	14.702	14.865	15.928	16.871	21.712
TTYT thị xã Uông Bí	17.251	13.590	16.730	18.020	19.290
Phòng khám BVSK tỉnh	18.176	21.314	24.605	32.400	41.135

Chi phí bình quân 1 lần KCB ngoại trú ở các cơ sở KCB năm sau cao hơn năm trước. Tuy nhiên nó bị phụ thuộc rất nhiều vào sự điều tiết của người quản lý cơ sở KCB và chỉ định của các thầy thuốc(nơi nào đối tượng đi KCB nhiều, có nhiều người mắc bệnh mãn tính thì giá trị đơn thuốc bình quân thấp và ngược lại, ngoài ra chi phí của những bệnh nhân chuyển lên tuyến trên (khám xác định) khá cao cũng ảnh hưởng lớn đến chi phí KCB ngoại trú ở tuyến dưới.

Bảng 4 b : Tỷ lệ Chi khám xác định ở tuyến trên(%)

	Tên cơ sở KCB	2000	2001	2002	2003
1	BV Đa khoa tỉnh	6,22	7,91	17,22	12,00
2	BV Bãi cháy	14,9	12,64	20,07	9,00
3	TTYT Đông triều	30,95	31,00	28,75	13,00
4	TTYT Yên hưng	20,36	21,96	24,09	13,00
5	TTYT Hoàn bộ	19,56	23,39	17,952	11,00
6	TTYT Cẩm phả	5,43	12,68	20,98	13,00
7	TTYT Vân đồn	1,3	6,31	30,07	36,00
8	TTYT Tiên yên	20,6	6,07	9,72	26,00
9	TTYT Đầm hà	15,88	12,15	10,4	6,00
10	TTYT Hải hà	11,9	6,29	30,88	8,00

11	TTYT Móng cái	7,16	15,33	9,16	4,00
12	TTYT Bình Liêu	3,47	1,03	0,95	2,00
13	TTYT Ba chẽ	7,55	5,83	10,43	5,00
14	TTYT Kô tô	2,1	1,82	8,03	14,00
15	TTYT than V danh	12,25	18,92	29,6	21,00
16	Đội ĐTrị 47	7,2	3,4	14,46	13,00
17	TTYT Hạ long	20,63	25,9	31,8	23,00
18	TTYT Uông bí	29,5	23,78	29,93	20,00
19	PK BVSĐ Cán bộ	27,16	23,08	54,31	21,00

Tỷ lệ kinh phí chi trả khám xác định (thanh toán đa tuyến) của các cơ sở khám chữa bệnh ban đầu có bệnh nhân điều trị ung thư, chạy thận nhân tạo,..và những cơ sở y tế ở gần bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển - Uông Bí và bệnh viện Đa khoa tỉnh khá cao, ảnh hưởng trực tiếp đến chi phí cho các đối tượng KCB ngoại trú tại cơ sở (đặc biệt trong những giai đoạn đang có những bệnh nhân chạy thận nhân tạo, truyền hoá chất chữa yng thư,..)

Bảng 5: Chi phí bình quân 1 đợt điều trị nội trú tại các bệnh viện (1999 - 2003)

Đơn vị :VN đồng

	Tên cơ sở KCB	1999	2000	2001	2002	2003
I	Tuyến TW (BV loại 1):					
	BV V N - TĐ - UBí	476.858	511.742	564.013	652.847	823.207
II	Tuyến tỉnh (BV loại 2):					
	BV Đa khoa tỉnh	252.155	294.661	311.449	344.483	357.803
	BV Đa khoa KV Cẩm phá	190.478	185.155	220.338	271.034	312.187
	BV Y H cổ truyền tỉnh	403.487	360.171	393.990	436.578	510.642
	BV Lao và bệnh phổi	468.458	485.845	484.214	568.973	730.580
III	Tuyến huyện (BV loại 3)					
	BV Bãi cháy	141.358	151.028	178.352	196.144	270.594
	TTYT Thị xã Cẩm phá	199.854	205.255	208.358	207.975	237.519
	TTYT huyện Đông triều	114.530	141.904	170.552	188.013	239.871
	TTYT huyện Yên hưng	115.046	140.049	141.749	143.556	200.035

	TTYT huyện Hoàn bồ	95.791	102.605	110.463	140.727	194.129
	TTYT huyện Vân đồn	103.885	98.353	124.301	143.162	199.549
	TTYT huyện Tiên yên	139.592	147.453	144.617	144.444	169.851
	TTYT huyện Đầm hà	112.381	110.694	115.450	131.260	149.415
	TTYT huyện Hải hà	134.939	131.722	127.558	113.148	127.425
	TTYT Thị xã Móng cái	124.190	121.890	126.750	126.259	157.467
	TTYT huyện Bình liêu	76.002	86.935	70.032	82.767	158.345
	TTYT huyện Ba chẽ	65.778	65.071	67.376	76.807	104.432
	TTYT huyện Cò tô	136.185	75.551	77.980	74.073	116.390
	TTYT than Mạo Khê	190.281	189.146	197.495	217.903	218.601
	TTYT than Vàng danh	185.308	166.687	180.694	195.140	206.767
	Đội điều trị 47	120.826	89.385	132.982	140.297	151.849

Chi phí bình quân một đợt điều trị nội trú tại các tuyến chuyên môn kỹ thuật đều tăng và có xu hướng hình thành mặt bằng chi phí chung theo tuyến kỹ thuật có đặc điểm kinh tế, xã hội, địa lý giống nhau. Tuy nhiên, trên thực tế chi phí bình quân 1 đợt điều trị nội trú chưa được phản ánh đầy đủ vì vật tư tiêu hao, phẫu thuật, thủ thuật và nhiều dịch vụ kỹ thuật khác chưa thuộc trách nhiệm thanh toán của quỹ BHYT; hiện tượng các bệnh viện trực tiếp thu tiền của bệnh nhân BHYT khá phổ biến (điều đó nói lên quyền lợi của người tham gia BHYT chưa được đảm bảo đầy đủ.)

Bảng 6: Chi phí KCB của đối tượng bắt buộc tại H.Vân đồn

		1999	2000	2001	2002	2003
A	Ngoại trú					
	Số lần KCB ngoại trú	5996	6740	7121	8069	8529
	Tần suất KB	1,92	1,98	2,14	2,38	2,35
	Tỷ lệ gia tăng		3,12	8,08	11,58	-1,26
	Chi phí thực tế	92903100	124754000	158009340	152517930	248056097
	B quân 1 lần KB	15 494	19 282	22 189	18902	29084

	<i>Tỷ lệ gia tăng</i>		24,48	15,07	-18,48	53,87
	<i>BHXXH</i>	83738490	114326150	143507840	137736	212554155
	<i>T.toan</i>					
	<i>Tỷ lệ gia tăng</i>		36,53	25,52	-4,03	54,32
B	<i>Nội trú</i>					
	<i>Số B/n ra viện</i>	500	379	435	502	637
	<i>Tần suất</i>	0,195	0,116	0,131	0,148	0,176
	<i>Tỷ lệ gia tăng</i>		-27,05	12,93	12,97	18,8
	<i>Chi phí thực tế</i>	59.995.282	42.272.222	62.968.500	78.374.604	140198913
	<i>BQ 1 đợt ĐT</i>	119990	111536	144755	156.125	220091
	<i>Tỷ lệ gia tăng</i>	11,95	7,05	29,78	7,85	40,97
	<i>Số tiền BHXXH</i>	43136754	37910469	56222100	69614024	126077195
	<i>Tỷ lệ gia tăng</i>	4,88	11,93	48,0	23,82	83,9

Vân đồn là huyện đảo, đường giao thông đi lại khó khăn, kinh tế chậm phát triển, đời sống của nhân dân còn nhiều khó khăn, hoạt động của TTYT huyện Vân đồn tương đối toàn diện và độc lập; số đối tượng tham gia BHYT bắt buộc tương đối ổn định trong nhiều năm.

Cũng như các địa phương khác trong tỉnh, chi phí KCB của đối tượng BHYT bắt buộc tại TTYT Vân đồn, đặc biệt là chi phí điều trị nội trú tăng dần. Theo đó, số tiền mà BHYT thành toán với TTYT huyện Vân đồn tăng nhanh: Năm 2002 so với năm 1998, số tiền chi trả chế độ KCB cho đối tượng BHYT bắt buộc điều trị ngoại trú bằng 164,48% và điều trị nội trú bằng 169,26%

Tổng chi phí KCB của đối tượng BHYT bắt buộc cư trú tại Huyện Vân đồn trong 2 năm 2001 - 2002 như sau:

	<u>Năm 2001</u>	<u>Năm 2002</u>
A. Chi tại chỗ:	- Ngoại trú: 160.466.000 đ	152.517.802 đ
	- Nội trú 62.966.500 đ	77.594.316 đ
B. Đa tuyến :	- Ngoại trú: 11.478.301 đ	57.162.342 đ

- Nội trú: 110.999.500 đ 79.066.943 đ

C. Thanh toán trực tiếp: 418.600 đ 6.126.400 đ

Cộng chung:	345.910.301 đ	422.142.949 đ
Tỷ lệ sử dụng quỹ KCB	91,15%	90,84%
Trong đó đa tuyến:	122.478.801 đ	136.228.742 đ
Tỷ lệ:	35,4%	32,27%

Như vậy, đối tượng BHYT bắt buộc ở huyện Vân đồn đã sử dụng gần hết quỹ KCB của mình (trong đó chi tại TTYT Vân đồn chiếm gần 70% và chi khám xác định ở tuyến trên từ 32 - 35%). Đây là vấn đề đáng lưu ý khi xây dựng phương thức chi trả chế độ KCB BHYT sao cho phù hợp với thực tiễn vừa đảm bảo cân đối chung vừa giải quyết được tính đặc thu theo vùng, miền.

Bảng 7: Số tiền cùng chi trả của người bệnh BHYT

	1999	2000	2001	2002	2003
A. Ngoại trú:					
Tổng số lần người KB	228.470	219.662	234.712	248.323	274.178
Trong đó: Lần người cùng chi trả	140.515	78.739	90.995	91.591	104.381
Tỷ lệ %	61,5	38,84	38,77	36,88	38,07
Tổng chi phí KCB ngoại trú (1000 đồng)	4.496.731	4.702.479	5.652.747	7.256.146	8.748.907
Trong đó: Bệnh nhân cùng chi trả (1000 đồng)	358.452	375.084	455.624	574.459	582.207
Tỷ lệ %	7,97	7,97	8,06	7,92	6,67
B. Nội trú:					
Tổng số lần bệnh nhân ra viện	26.998	23.316	29.280	35.409	28.997
Trong đó: Bệnh nhân cùng chi trả	13.418	8.046	8.596	10.043	10.907
Tỷ lệ %	49,7	34,5	29,36	28,36	37,61
Tổng chi phí điều trị nội trú	6356.782	5.973.748	8.528.725	10764.379	1150669

(1000 đồng)					
Trong đó: Bệnh nhân cùng chi trả(1000đ)	438.358.	409.432.	474.957	608.308	679 326,6
Tỷ lệ %	6,89	6,85	5,53	5,65	5,9

Số lần người bệnh BHYT cùng chi trả so với tổng số lần người được KCB BHYT chiếm khoảng từ 30% đến 40% nhưng số tiền cùng chi trả chỉ chiếm từ 6% đến 8% tổng chi phí KCB BHYT. Tỷ lệ cùng chi trả thấp vì quá nửa số đối tượng là người nghỉ hưu trí, mất sức lao động, người có công với cách mạng, đối tượng bảo trợ xã hội không thuộc diện cùng chi trả nhưng lại là những người thường xuyên đi khám chữa bệnh và có chi phí khám chữa bệnh cao hơn (xem bảng 2)

Chương 3: Giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT

1. Quan niệm về vấn đề xây dựng phương thức chi trả chế độ KCB BHYT:

Một phương thức chi trả chế độ KCB BHYT được chấp nhận phải đáp ứng được những nguyên tắc cơ bản sau:

- Đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT;
- Thuận tiện cho tất cả các bên tham gia BHYT;
- Về lâu dài phải cân đối được thu - chi quỹ BHYT;
- Công tác quản lý, chỉ đạo cần tập trung, thống nhất và đảm bảo chấp hành đúng những quy định về chế độ tài chính - kế toán hiện hành.

Hiện nay, Chính phủ đã có chủ trương khoán biên chế, quỹ lương trong các đơn vị sự nghiệp. Ngành Y tế đang thực hiện thí điểm khoán chi theo Nghị định số 10/2002/NĐ-CP. Hoạt động BHYT luôn gắn liền với sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ nhân dân nói chung và công tác khám chữa bệnh

nói riêng; bởi vậy, việc xây dựng phương thức chi trả chế độ KCB BHYT cũng phải phù hợp với xu hướng chung, cần có định mức phù hợp với tuyến chuyên môn, kỹ thuật và những đặc điểm về địa dư, kinh tế, xã hội của từng địa phương. Từ nhận thức trên, chúng tôi đề xuất một số giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT như sau:

2. Các giải pháp hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT:

Phương án 1: Khoán định xuất.

**** Cơ sở khoa học của phương thức khoán định xuất là:***

- Số thẻ BHYT đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở y tế được xác định chính xác trong từng kỳ thanh- quyết toán (quý, năm).

- Tần suất khám chữa bệnh nội / ngoại trú phản ánh trung thực nhu cầu khám chữa bệnh của đối tượng tham gia BHYT trên địa bàn trong năm (có thể tính bình quân trong 3 năm liền kề).

- Mức chi phí bình quân 1 lần khám chữa bệnh ngoại trú / một đợt điều trị nội trú tại cơ sở KCB được xác định bằng chi phí thực tế trong năm chia cho số lần người khám chữa bệnh trong năm (Nên áp dụng mức chi phí bình quân chung của tuyến kỹ thuật có cùng đặc điểm) .

- Chi phí vật tư tiêu hao cần có định mức khoán cho từng nhóm bệnh.

- Hệ số điều chỉnh được tính theo tỷ lệ gia tăng chi phí khám chữa bệnh bình quân trong 3 năm liền kề hoặc tính theo hệ số trượt giá chung của thị trường

- Chi phí khám chữa bệnh của những bệnh nhân chuyển lên tuyến trên hoặc khám chữa bệnh ở các tỉnh bạn và thanh toán trực tiếp được BHXH thống kê đầy đủ và thông báo với cơ sở khám chữa bệnh ban đầu trong kỳ quyết toán để có cơ sở xác định tỷ lệ kinh phí dành cho thanh toán khám chữa bệnh đa tuyến.

* Công thức tổng quát: $t = n \times f \times m \times k$

Trong đó: t : Quỹ KCB khoán cho cơ sở y tế / Số tiền BHYT thanh toán.

n : Số thẻ đăng ký

f : Tần suất KCB

\bar{m} : Chi phí bình quân 1 lần KCB ngoại trú / 1 đợt điều trị nội

trú

k : Hệ số điều chỉnh.

2.1.1- Khoán định xuất theo mức chi phí bình quân cùng tuyến kỹ thuật:

- Quỹ KCB ngoại trú (t) = Tần suất KCB (f) x Tổng số thẻ đăng ký KCB tại đơn vị (n) x Chi phí bình quân 1 lần KCB ngoại trú cùng tuyến (m) x hệ số điều chỉnh (k).

- Quỹ KCB nội trú (t) = Tần suất KCB nội trú (f) x Số thẻ đăng ký KCB tại đơn vị (n) x Chi phí bình quân 1 đợt điều trị nội trú cùng tuyến (m) x Hệ số điều chỉnh (k).

2.1.2- Khoán định xuất theo mức chi phí bình quân tại cơ sở KCB:

- Quỹ KCB ngoại trú (t) = Tần suất KCB (f) x Tổng số thẻ đăng ký KCB tại đơn vị (n) x Chi phí bình quân 1 lần KCB ngoại trú tại cơ sở (m) x hệ số điều chỉnh (k).

- Quỹ KCB nội trú (t) = Tần suất KCB nội trú (f) x Số thẻ đăng ký KCB tại đơn vị (n) x Chi phí bình quân 1 đợt điều trị nội trú tại cơ sở (m) x Hệ số điều chỉnh (k).

Phương án 2: Thanh toán chi phí KCB BHYT theo nhóm chẩn đoán.

Để thanh toán chi phí KCB theo nhóm chẩn đoán cần dựa vào 2 yếu tố: chẩn đoán xác định khi bệnh nhân ra viện để phân nhóm chẩn đoán và đơn giá thanh toán theo nhóm chẩn đoán. Tổng số tiền BHYT thanh toán = Tổng chi phí KCB của các nhóm chẩn đoán.

$$\text{Công thức tổng quát : } t = (\epsilon n_1 \cdot \bar{m}_1) + (\epsilon n_2 \cdot \bar{m}_2) + (\epsilon n_x \cdot \bar{m}_x) + \dots$$

Trong đó:

t: Tổng số tiền BHXH thanh toán.

$n_{1,2,3}$: Là số lần bệnh nhân ra viện hoặc khám xác định của từng nhóm chẩn đoán.

$\bar{m}_{1,2,3..}$: Là chi phí bình quân cho một bệnh nhân trong nhóm chẩn đoán.

Muốn áp dụng phương thức này chúng ta cần xây dựng bảng tiêu chuẩn chẩn đoán để phân nhóm bệnh theo bảng phân loại Quốc tế bệnh tật của tổ chức y tế Thế giới (OMS) ban hành hoặc bảng phân loại bệnh tật do các chuyên gia y tế Việt nam xây dựng và được Bộ Y Tế ban hành, đồng thời cần khảo sát mức chi phí bình quân cho một bệnh nhân trong nhóm chẩn đoán

Trước mắt, nên áp dụng thí điểm phương thức chi trả theo nhóm chẩn đoán tại các bệnh viện TW và các bệnh viện đa khoa Tỉnh, Thành phố - nơi tiếp nhận bệnh nhân do tuyến dưới chuyển lên khám xác định và điều trị nội trú .

KẾT LUẬN & KIẾN NGHỊ

Từ thực tiễn qua 10 năm thanh toán chế độ KCB BHYT giữa cơ quan BHXH (trước đây là BHYT) với cơ sở khám chữa bệnh, chúng tôi nhận thấy:

1. Các phương thức chi trả chế độ KCB BHYT đã và đang áp dụng đều là hình thức thanh toán theo phí dịch vụ nên phụ thuộc rất nhiều vào người cung cấp dịch vụ. Nhu cầu khám chữa bệnh của các đối tượng ngày càng cao. Các dịch vụ kỹ thuật y tế ngày càng phát triển, giá thu viện phí sẽ tăng lên, giá thuốc tăng; mặt khác, BHXH tiếp tục mở rộng quyền lợi cho đối tượng (thanh toán tiền vật tư tiêu hao và nhiều dịch vụ kỹ thuật cao) nên chi phí KCB tiếp tục tăng lên, khả năng chi trả của quỹ BHYT và người bệnh sẽ gặp khó khăn hơn.

2. Thanh toán chi phí KCB ngoại trú theo phương thức ấn định một tỷ lệ không vượt quá 45% quỹ KCB của số đối tượng đăng ký KCB ban đầu tại các phòng khám, có một số ưu điểm so với các phương thức khác là: các cơ sở KCB biết trước nguồn kinh phí được phép sử dụng nên chủ động điều chỉnh chi phí KCB cho hợp lý, không để vượt quỹ; quỹ KCB-BHYT luôn đảm bảo cân đối; quy trình giám định và công tác thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh ít phức tạp hơn. Nhược điểm của phương thức này là quyền lợi của người bệnh BHYT bị hạn chế khi mà tần suất KCB của các đối tượng tăng lên, chi phí KCB ngoại trú ở tuyến trên cao, đặc biệt đối với các cơ sở có bệnh nhân ung thư, chạy thận nhân tạo..

3. Thanh toán chi phí điều trị nội trú theo giá viện phí hiện hành nhưng tổng quyết toán của từng khoa, phòng không vượt trần thanh toán tính cho từng khoa, phòng trong bệnh viện có một số ưu điểm là: trần thanh toán được tính theo khoa phòng nên sát với bệnh lý hơn, mức độ an toàn của quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cao hơn, các cơ sở khám chữa đều tăng cường đầu tư trang thiết bị kỹ thuật và phấn đấu nâng cao chất lượng KCB, tinh thần thái độ phục vụ để thu hút nhiều bệnh nhân hơn. Tuy nhiên phương thức này cũng có nhược điểm là: các cơ sở KCB không được chủ động về tài chính, sợ vượt trần nên hạn chế quyền lợi của người bệnh, cho bệnh nhân ra viện sớm sau đó lại nhập viện (tách 2 hồ sơ để thanh toán) hoặc khi nhận thấy chi phí cho một bệnh nhân BHYT đã vượt mức chi phí bình quân thì gợi ý cho bệnh nhân tự

tức một số khoản; kỹ thuật giám định phức tạp và công tác tổng hợp, thanh - quyết toán chi phí KCB giữa cơ sở KCB với BHXH tốn nhiều thời gian, nhân lực hơn; những tranh chấp về quyền lợi giữa các bên tham gia BHYT thường xuyên xảy ra nhưng hậu quả đều rơi vào người bệnh BHYT gánh chịu (Nếu quỹ BHYT không thanh toán thì Bệnh viện yêu cầu bệnh nhân tự túc nhưng sau đó vẫn tính chi phí bình quân thực tế để nâng mức trần thanh toán cho năm sau).

Khi các hoạt động BHYT bắt đầu thì các phương thức chi trả chế độ KCB BHYT cũng được hình thành. Trong quá trình thực hiện chế độ KCB BHYT, các phương thức chi trả chế độ KCB BHYT luôn được điều chỉnh hoặc thay đổi cho phù hợp với thực tiễn. Mỗi phương thức đều có những ưu điểm và nhược điểm nhất định. Với phương thức chi trả chế độ KCB BHYT theo phí dịch vụ mà nhiều nước trên thế giới đã áp dụng và nước ta cũng đã áp dụng từ năm 1995 đến nay không còn phù hợp. Chính vì vậy nên nhiều nước đang tìm kiếm những phương thức chi trả mới như: thanh toán theo chẩn đoán, chi trả theo ngân sách, khoán định suất v.v. Việt Nam tuy chưa có kinh nghiệm về tổ chức thực hiện chế độ BHYT nhưng chúng ta đã rút kinh nghiệm của các nước đi trước, áp dụng vào điều kiện thực tế Việt nam trong giai đoạn đầu triển khai thực hiện chế độ BHYT nên đã đạt có kết quả nhất định. Tuy nhiên các phương thức chi trả chế độ KCB đã áp dụng đến nay không còn phù hợp.

Kiến nghị:

1- Để khắc phục những bất hợp lý trên, chúng tôi đề nghị chọn phương thức khoán định suất theo mức chi phí bình quân cùng tuyến kỹ thuật, với công thức tổng quát :

$$t = f . n . \bar{m} . k$$

Trong đó:

t: Quỹ KCB khoán cho cơ sở y tế

f: Tần suất khám bệnh ngoại trú hoặc điều trị nội trú/thẻ/năm tại cơ sở KCB ban đầu.

n: Số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở y tế.

\bar{m} : Chi phí bình quân 1 lần khám bệnh ngoại trú hoặc một đợt điều trị nội trú cùng tuyến kỹ thuật.

k: Hệ số điều chỉnh = Tỷ lệ gia tăng chi phí KCB bình quân trong 3 năm liền kề hoặc tính theo tỷ lệ trượt giá trên thị trường.

Phương thức này có tính khả thi cao vì trong cơ chế khoán, các yếu tố: số thẻ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại cơ sở KCB, tần suất KCB, mức chi phí bình quân theo tuyến chuyên môn kỹ thuật đều là những số liệu thực tế đã được kiểm định; mức chi phí bình quân theo tuyến kỹ thuật là thể hiện tính công bằng với các đối tượng KCB tại các cơ sở KCB cùng tuyến kỹ thuật; ngoài ra còn tính đến yếu tố gia tăng chi phí KCB bình quân hàng năm. Nếu thực hiện phương án này, chi phí hành chính sẽ giảm, công tác thanh quyết toán chi phí KCB sẽ ít phức tạp hơn, mối quan hệ giữa cơ sở KCB với cơ quan BHXH và người bệnh sẽ được cải thiện tốt hơn.

Phạm vi áp dụng của phương thức này là các trung tâm Y tế huyện, thị xã, thành phố và các cơ sở y tế tương đương có quản lý thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu. Thời gian khoán chi phí theo định xuất từ 1 đến 2 năm.

2- Một số vấn đề cần được tháo gỡ :

- Việc thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho những bệnh nhân không có đăng ký KCB ban đầu (thanh toán đa tuyến) do BHXH tỉnh, thành phố đảm nhận. Mức thanh toán với cơ sở KCB bằng mức chi phí bình quân 1 lần KCB cùng tuyến nhân (x) số người không đăng ký KCB ban đầu được khám chữa bệnh nhân (x) hệ số điều chỉnh. BHXH Tỉnh, Thành phố căn cứ vào tỷ lệ bệnh nhân và chi phí của những bệnh nhân khám chữa bệnh ngoài nơi đăng ký

KCB ban đầu trong những năm qua, để xác định tỷ lệ kinh phí dành cho thanh toán KCB đa tuyến. Không khấu trừ quỹ KCB của các cơ sở có quản lý thẻ đăng ký KCB ban đầu (vì có quá nhiều thủ tục phiền hà trong khâu theo dõi, tổng hợp, thanh quyết toán).

- Việc thực hiện cùng chi trả chỉ áp dụng với các đối tượng đương chức và khi chi phí KCB vượt mức chi phí KCB bình quân của tuyến KCB ban đầu. Tỷ lệ cùng chi trả nên tính trên hiệu số giữa chi phí thực tế và chi phí bình quân của tuyến huyện hoặc tương đương.

Chính sách BHYT đã được triển khai thực hiện hơn 10 năm bước đầu khẳng định cơ chế tài chính trong công cuộc đổi mới sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân. Để tiến tới BHYT toàn dân, cần nghiên cứu hoàn thiện cơ chế tài chính BHYT, trong đó phương thức thanh toán chế độ KCB đang là vấn đề bức xúc và nhạy cảm đối với hoạt động BHYT hiện nay. Trong phạm vi chuyên đề này, chúng tôi xin trình bày một số giải pháp nhằm góp phần hoàn thiện phương thức chi trả chế độ KCB BHYT, đảm bảo công bằng, hiệu quả trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân Quảng Ninh .

Nguyễn Ngọc Thanh

Và cộng tác viên

BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH QUẢNG NINH