

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Tác động của chính sách “thông tuyến” huyện trong khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

Nguyễn Thị Thúy Nga^{1*}, Nguyễn Lan Hương², Nguyễn Kim Liên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Luật Bảo hiểm Y tế mở rộng quyền lựa chọn nơi khám chữa bệnh cho người tham gia Bảo hiểm Y tế (BHYT) qua chính sách “thông tuyến” huyện từ ngày 1/1/2016. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu mô tả tác động của chính sách “thông tuyến” theo quy định của Luật BHYT đến sử dụng quỹ khám chữa bệnh (KCB) BHYT.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích số liệu sẵn có từ các báo cáo và dữ liệu khám, chữa bệnh BHYT từ Hệ thống thông tin giám định BHYT do cơ quan BHXH quản lý từ năm 2014 đến 2021.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy chính sách “thông tuyến” huyện có những tác động: 1) Tăng số lượt và chi phí KCB BHYT tại tuyến huyện, và giảm tuyến xã; 2) Cơ sở Y tế tư nhân xin xuống hạng III đồng thời có các hình thức khuyến mại để thu hút người bệnh đến KCB thông tuyến, tăng nguồn thu); một số người bệnh đi khám chữa bệnh nhiều lần; 3) Thiết kế thanh toán theo định suất đã phải điều chỉnh để phù hợp với quy định “thông tuyến” là giao nguồn kinh phí cố định theo số lượt KCB tại cơ sở Y tế.

Kết luận: Chính sách “Thông tuyến” huyện tạo thuận lợi hơn cho người dân trong tiếp cận dịch vụ y tế, nhưng có thể ảnh hưởng đến hiệu quả sử dụng quỹ KCB BHYT.

Từ khóa: Chuyển tuyến, thông tuyến, Bảo hiểm Y tế.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Điểm c, Khoản 3, Điều 22 Luật Sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế, người có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) tự đi khám bệnh, chữa bệnh (KCB) không đúng tuyến tại bệnh viện tuyến huyện được quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí theo mức hưởng (1). Theo quy định này, từ ngày 01/01/2016 người tham gia BHYT tự đi KCB không đúng tuyến tại các Bệnh viện tuyến huyện (bao gồm cả khám ngoại trú và điều trị nội trú) sẽ được quỹ BHYT thanh toán chi phí trong phạm vi và mức hưởng quy định trên thẻ BHYT. Quy định này được gọi tắt là “Thông tuyến”. Mục tiêu của chính sách “Thông tuyến” huyện

nhằm mở rộng lựa chọn nơi khám chữa bệnh ban đầu của người tham gia BHYT.

Trên thế giới, chính sách chuyển tuyến là công cụ cơ bản để đảm bảo hiệu quả của hệ thống cung ứng dịch vụ, với chi phí phải chăng, trong phạm vi chi trả được của ngân sách công cũng như của xã hội. Nguyên tắc cơ bản để đạt được điều này là khi người dân có nhu cầu sử dụng dịch vụ, hệ thống cần sắp xếp tổ chức làm sao để luôn sẵn sàng cung ứng đúng dịch vụ, vào đúng thời điểm, và đúng địa điểm cần cung ứng, gần nhất có thể với người cần sử dụng dịch vụ với chi phí thấp nhất có thể. Những yếu tố này giúp đạt được sự công bằng hơn trong tiếp cận



Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thị Thúy Nga

Email: ntm@huph.edu.vn

¹Trường Đại học Y tế công cộng

²Bảo hiểm xã hội Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/10/2022

Ngày phản biện: 28/9/2023

Ngày đăng bài: 29/12/2023

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0706SKPT22-108>

dịch vụ cũng như hiệu quả trong sử dụng nguồn lực hữu hạn của chính phủ và của xã hội (2).

Chính sách chuyển tuyến ảnh hưởng bởi mô hình quản lý tài chính của các bệnh viện (công và tư) và phương thức chi trả mà ngân sách nhà nước, BHYT, hay bệnh nhân trả cho cơ sở Y tế (CSYT). Điều này dẫn đến các quốc gia có các chính sách về chuyển tuyến rất khác nhau, có quốc gia áp dụng qui định cứng, bắt buộc về khám chữa bệnh đúng tuyến (như tại Anh và Thái Lan), nhưng cũng có quốc gia áp dụng qui định mềm, không bắt buộc (Như Trung Quốc, Đức và Nhật bản). Với các quốc gia quy định mềm, các nhà hoạch định chính sách sử dụng các công cụ tài chính để khuyến khích hành vi của bên cung ứng theo hướng tuân thủ nguyên tắc tuyến khám chữa bệnh (3).

Từ khi ban hành cho đến nay chưa có bằng chứng tác động của chính sách “Thông tuyến” huyện đến sử dụng quỹ KCB BHYT. Do vậy, cơ quan BHXH Việt Nam đã thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả tác động của chính sách “thông tuyến” huyện theo quy định của Luật BHYT đến sử dụng quỹ KCB BHYT. Từ đó đưa ra đề xuất điều chỉnh chính sách “Thông tuyến” huyện nhằm đảm bảo hiệu quả trong sử dụng quỹ KCB BHYT.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Các báo cáo và dữ liệu khám, chữa bệnh BHYT từ Hệ thống thông tin giám định BHYT do cơ quan BHXH quản lý từ năm 2014 đến 2021.

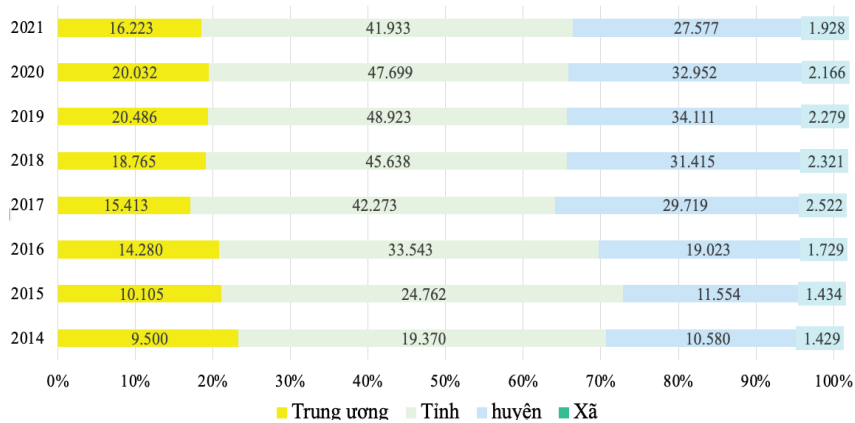
Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng toàn bộ số liệu sẵn có từ các báo cáo từ cơ quan BHXH Việt Nam. Những báo cáo này do phòng thực hiện chính sách BHYT cung cấp dựa trên phân tích từ dữ liệu khám, chữa bệnh BHYT từ Hệ thống thông tin giám định BHYT, năm 2014-2021).

Phân tích dữ liệu: Nghiên cứu phân tích số liệu tìm hiểu tác động của chính sách được đánh giá qua so sánh số lượt số lượt và chi phí KCB BHYT nội, ngoại trú theo các tuyến trước và sau khi thực hiện chính sách “Thông tuyến” huyện. Nhóm nghiên cứu trao đổi trực tiếp với đại diện Bộ Y tế (Vụ Bảo hiểm Y tế và Vụ Kế hoạch - Tài chính) cũng như đại diện cơ quan BHXH về tác động của chính sách “Thông tuyến” huyện đến cung ứng dịch vụ y tế và thực thi các chính sách BHYT.

KẾT QUẢ

Kết quả nghiên cứu cho thấy chính sách “Thông tuyến” huyện có những tác động sau:

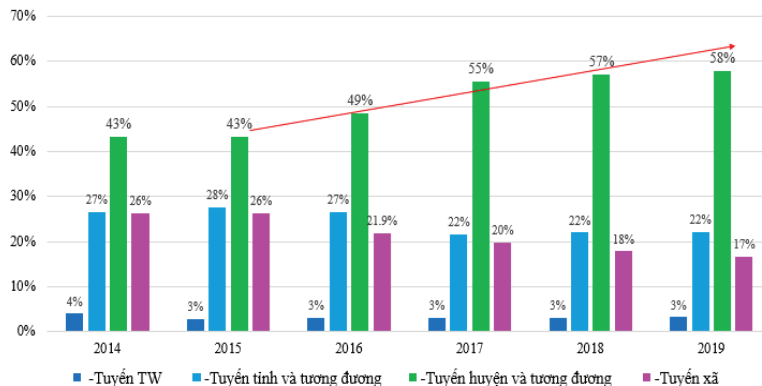
Tăng số lượt và chi phí KCB tại tuyến huyện và giảm tuyến xã và tuyến tỉnh, 2014-2019



Hình 1. Tác động của “Thông tuyển huyện” đến số lượt KCB các tuyến, 2014 - 2019

Hình 1 cho thấy từ khi thực hiện chính sách thông tuyển huyện năm 2016, số lượt KCB tuyến huyện có xu hướng tăng nhanh: số lượt tại tuyến huyện là 56,4 triệu lượt (43% tổng lượt KCB) năm 2015, tăng lên 106,9 triệu

lượt (chiếm 58% trong tổng lượt KCB) năm 2019. Trong khi số lượt KCB tuyến xã có xu hướng giảm từ 34,2 triệu lượt (26% tổng lượt KCB) trong năm 2015 xuống còn 30,7 triệu lượt (17% tổng lượt) trong năm 2019.



Hình 2. Chi phí KCB BHYT theo tuyến 2014 – 2021 (Đơn vị: Tỷ đồng)

Tương tự với xu hướng về số lượt KCB, hình 2 cho thấy chi KCB tuyến huyện tăng từ 11,5 nghìn tỷ đồng (năm 2015) lên 34,1 nghìn tỷ đồng (năm 2019). Chi phí của các tuyến tỉnh, tuyến trung ương cũng có xu hướng tăng, năm 2015 chi tại tuyến trung ương là 10,1 nghìn tỷ đồng, tuyến tỉnh là 24,7 nghìn tỷ đồng thì đến năm 2019 chi tại tuyến trung ương tăng lên 20,4 nghìn tỷ đồng (tăng 203% so với năm 2015), tuyến tỉnh 48,9 nghìn tỷ đồng (tăng 198% so với 2015).

Trong khi đó, chi phí tại tuyến xã sau khi tăng trong 2 2016 & 2017, bắt đầu giảm từ 2,5 nghìn tỷ đồng (2017) xuống 2,2 nghìn tỷ đồng (2019).

Tác động đến thiết kế phương thức thanh toán theo định suất

Về tác động của của chính sách “Thông tuyển huyện” đến xây dựng phương thức thanh toán theo định suất, đại diện Vụ Kế hoạch – Tài chính, Bộ Y tế cho biết: “Do quy định

về “Thông tuyến” huyện tại Luật BHYT nên thiết kế quỹ định suất theo Thông tư 04 phải điều chỉnh so với thông lệ quốc tế là không giao quỹ theo số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở mà tính toán trên cơ sở số lượt đến KCB năm trước tại các cơ sở KCB (bao gồm cả số lượt người bệnh đa tuyến đến)” (Nam, Đại diện Bộ Y tế).

Tác động đến cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT

Báo cáo của cơ quan BHXH Việt Nam cho thấy Trước khi thực hiện KCB theo quy định tại Khoản 3, 4 và 5 Điều 22 Luật BHYT, đa số các bệnh viện tư nhân được xếp tương đương hạng 2, xếp tuyến tỉnh. Tuy nhiên, sau khi thực hiện việc KCB theo quy định tại Khoản 3, 4 và 5 Điều 22 Luật BHYT, hầu hết các bệnh viện tư nhân được xếp tương đương bệnh viện hạng 3, xếp tuyến huyện để được thông tuyến huyện và thu hút nhiều người có thẻ BHYT đến KCB (3).

Trong giai đoạn đầu mới áp dụng chính sách thông tuyến huyện, cơ quan BHXH đã phát hiện tình trạng cạnh tranh không lành mạnh để thu dụng người có BHYT đến khám không đúng quy định: như tặng quà khuyến mại, tặng tiền vé xe ô tô đưa đón đến khám, chữa bệnh, chỉ định tăng số lượng xét nghiệm cận lâm sàng, chụp X quang nhất là các dịch vụ kỹ thuật cao, có chi phí lớn, những loại thuốc đắt tiền... (xảy ra tại Cà Mau, Nghệ An, Thanh Hóa, Bắc Giang...). Một số cơ sở KCB tuyến huyện có mức chi bình quân cho một lần KCB của người có thẻ BHYT đăng ký nơi khác đến cao gấp 1,5 đến 2 lần chi bình quân một lần KCB của thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB đó (3).

Ngoài ra, thống kê trên phần mềm giám định ngay trong năm 2016 là năm đầu áp dụng đã phát hiện các trường hợp sử dụng thẻ BHYT khám nhiều nơi trong cùng ngày, nhiều lần trong tháng tại các cơ sở khám chữa bệnh trong và ngoài tỉnh: có 100 trường hợp khám

trên 50 lần, chủ yếu tại các bệnh viện tuyến huyện và trạm y tế xã (3).

Khác biệt trong tỷ lệ tiếp cận chính sách “Thông tuyến” giữa miền núi và thành phố

Kết quả phân tích số liệu tại 2 tỉnh miền núi phía Bắc là Bắc Cạn và Sơn La cho thấy tỷ lệ người dân đi KCB theo chế độ thông tuyến này khá thấp (Năm 2021, cả tỉnh Bắc Cạn có 4%, Sơn La có 9% tổng số lượt ngoại trú KCB theo chế độ thông tuyến trong tổng số các lượt đa tuyến đến KCB tại cơ sở). Tuy nhiên, tại các thành phố lớn, tỷ lệ này cao hơn nhiều (Hà Nội là 28%, Hồ Chí Minh 33%, Bình Dương 59%). Trên cùng một địa bàn tỉnh Bình Dương thì tỷ lệ người dân đi KCB thông tuyến tại các cơ sở tư nhân trong tổng lượt khám rất cao, có cơ sở KCB đến 90% người đến KCB là theo chế độ thông tuyến trong khi đó tỷ lệ KCB thông tuyến tại các cơ sở công lập thì thấp hơn. Như vậy, tỷ lệ người dân đi khám chữa bệnh thông tuyến BHYT có sự chênh lệch lớn giữa tỉnh miền núi và thành phố lớn.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tác động của chính sách “thông tuyến” huyện đến:

Tăng số lượt và chi phí khám chữa bệnh tại tuyến huyện và giảm tuyến xã và tuyến tỉnh

Nếu so với tốc độ tăng đối tượng tham gia BHYT thì tốc độ tăng lượt KCB tại tuyến huyện vẫn thấy sự gia tăng đột biến so với các tuyến khác. So cả giai đoạn 2019 với 2015, nếu thẻ BHYT tăng 23% thì lượt KCB tại tuyến huyện tăng 90%, tuyến tỉnh tăng 14%, tuyến xã giảm 10% Như vậy loại trừ yếu tố tốc độ tăng thẻ BHYT thì lượt KCB tuyến huyện vẫn tăng cao hơn 67% so với tốc độ tăng thẻ BHYT. Sự gia tăng số lượt KCB tuyến huyện này có thể là do tác động của chính sách “Thông tuyến Huyện”.

Năm 2015 chi tại tuyến huyện chiếm 24% tổng chi KCB BHYT, thì năm 2019 chiếm 32% tổng chi KCB BHYT. Việc gia tăng chi phí KCB BHYT giai đoạn 2016-2017 bị tác động lớn của việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế. Xét theo tốc độ gia tăng thì cơ cấu chi của tuyến huyện trong tổng chi giữa năm 2019 với năm 2015 thì tốc độ tăng chi của tuyến huyện cao hơn tuyến trung ương, tuyến tỉnh (Tuyến huyện tăng 295%, tuyến trung ương, tỉnh tăng tương ứng là 203%, 198% từ 2019 so 2015). Hơn nữa, năm 2018 nhà nước điều chỉnh giảm giá tiền khám, giường bệnh và một số dịch vụ có tần suất cung ứng cao (Ví dụ một số DV YHCT). Đồng thời hệ thống thông tin giám định BHYT bắt đầu triển khai cuối năm 2017. Tuy nhiên, chi phí KCB BHYT tuyến huyện vẫn tiếp tục gia tăng từ năm 2018-2019. Do vậy, sự gia tăng chi phí KCB tuyến huyện có thể là do tác động của chính sách “Thông tuyến” huyện.

Kết quả của nghiên cứu này tương tự kết quả đưa ra tại báo cáo đánh giá thực hiện Luật BHYT năm 2019 về việc giảm số lượt và chi phí KCB BHYT tại trạm Y tế (TYT) xã sau khi thực hiện chính sách “Thông tuyến” huyện (4). Báo cáo của BHXH Việt nam cũng nêu nguyên nhân giảm số lượt KCB BHYT tại TYT là do hiện nay điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, năng lực của nhân viên y tế tại các TYT xã nói chung còn chưa đáp ứng được nhu cầu KCB của người dân, nhiều TYT xã không có Bác sĩ, vì vậy người có thể BHYT ít đến TYT để KCB mà đến thẳng các Phòng khám đa khoa, bệnh viện tuyến huyện để KCB, đặc biệt là đến các phòng khám đa khoa tư nhân, bệnh viện tư nhân (do được KCB thông tuyến) (3). Việc khám chữa bệnh không theo tuyến dẫn đến sự gia tăng chi phí y tế không cần thiết, cho cả bệnh nhân và Quỹ BHYT. Ví dụ, những bệnh nhân mắc bệnh mãn tính thể ổn định, người cao tuổi với những vấn đề sức khỏe thông thường, không

cần thiết phải đến bệnh viện mà có thể được chăm sóc tốt bởi một bác sĩ đa khoa tuyến ban đầu. Hơn thế, việc quá tải tuyến trên và dưới tải tuyến dưới trong thời gian dài có thể dẫn đến những hệ lụy về chất lượng dịch vụ toàn hệ thống: bệnh viện không thể đảm bảo chất lượng khi tiếp nhận quá nhiều bệnh nhân trong khi số lượng nhân viên chỉ nhất định và khuôn viên cơ sở hạ tầng hạn chế; trong khi đó cơ sở y tế tuyến ban đầu sẽ bị hao mòn chuyên môn khi số bệnh nhân thăm khám ngày một ít (2).

Ảnh hưởng đến thực hiện phương thức thanh toán theo định suất

Ngày 1/12/2021, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư 22/2021/TT-BYT quy định về ngưng hiệu lực Thông tư 04/2021/TT-BYT hướng dẫn thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất. Một trong những lý do Thông tư này phải tạm dừng là do thiết kế phương thức thanh toán định suất không theo thông lệ quốc tế (quỹ định suất chi cho số người đăng ký KCB ban đầu tại đơn vị đó) (2). Điều này có nghĩa là cơ sở KCB nào thu hút được nhiều người bệnh trái tuyến thì được giao quỹ nhiều hơn, dẫn đến không khuyến khích các cơ sở KCB này hướng dẫn người bệnh về nơi đăng KCB ban đầu.

Hơn nữa, người có thể BHYT được tự do lựa chọn cơ sở Y tế tuyến huyện để đến KCB, dẫn đến tình trạng các cơ sở KCB ban đầu khó quản lý được số lượng bệnh nhân đi KCB tại cơ sở khác (trước đây quản lý bằng giấy chuyển viện). Việc này ảnh hưởng đến việc giao quỹ định suất theo đầu thẻ đăng ký KCB ban cho các cơ sở KCB vì các cơ sở KCB không muốn nhận quỹ định suất.

Do vậy, chính sách “thông tuyến” huyện làm cho việc xây dựng phương pháp thanh toán theo định suất trở nên khó khăn hơn; khó quản lý chăm sóc người bệnh ban đầu để thực hiện mục tiêu phát triển nâng cao chăm sóc sức khỏe ban đầu; khó đảm bảo tính hiệu quả của

hệ thống cung ứng dịch vụ “*cung ứng đúng dịch vụ, vào đúng thời điểm, và đúng địa điểm cần cung ứng, gần nhất có thể với người cần sử dụng dịch vụ với chi phí thấp nhất có thể*”. Với những phân tích nêu trên, nếu tiếp tục thực hiện chính sách thông tuyến thì phương thức thanh toán theo định suất để áp dụng cho người bệnh KCB ngoại trú sẽ khó có thể tiếp tục triển khai trong tương lai.

Ngoài những tác động nêu trên, chính sách “Thông tuyến” huyện dẫn đến thay đổi hành vi trong cung cấp và sử dụng dịch vụ Y tế từ một số cơ sở Y tế tư nhân cũng như từ phía người bệnh BHYT, gây tăng chi phí KCB BHYT không cần thiết.

Về khía cạnh tiếp cận công bằng, chính sách “thông tuyến” huyện tăng tiếp cận cho người có thẻ BHYT, nhưng chủ yếu ở các thành phố lớn. Tỷ lệ tiếp cận thông tuyến rất thấp đối với một số tỉnh miền núi do điều kiện giao thông và kinh tế khó khăn.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu này mới đưa ra một số xu hướng ban đầu, chưa phân tích được tác động của chính sách thông tuyến huyện đến “công bằng” trong tiếp cận chính sách; Đồng thời, nghiên cứu mới dựa trên nguồn số liệu sẵn có, chưa thực hiện phương pháp định tính để phân tích sâu về những ảnh hưởng của chính sách “thông tuyến” huyện.

KẾT LUẬN

Chính sách “Thông tuyến” huyện tạo thuận lợi cho người có thẻ BHYT trong việc tiếp cận dịch vụ y tế. Tuy nhiên, có thể ảnh hưởng đến hiệu quả sử dụng quỹ KCB BHYT và mục tiêu tăng cường quản lý và chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến y tế cơ sở.

Căn cứ vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị điều chỉnh chính sách “thông tuyến” huyện như sau: Người bệnh đăng ký và khám chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở y tế tuyến huyện (trừ trường hợp cấp cứu); người bệnh tự chọn đi KCB trái tuyến: quỹ BHYT chỉ chi trả với tỷ lệ thấp. Khi cần thiết người bệnh sẽ được chuyển lên cơ sở y tế tuyến tỉnh hoặc tuyến chuyên khoa theo nhu cầu điều trị. Bộ Y tế nên có quy định, cơ chế khuyến khích chuyển tuyến 2 chiều (hết giai đoạn cấp, chuyển về tuyến dưới). Để tăng cường chất lượng dịch vụ Y tế tại TYT, các Bệnh viện huyện cần tổ chức KCB ngoại trú và cấp thuốc tại Trạm y tế, từng bước nâng cao chất lượng, năng lực cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến xã; Không phân biệt danh mục thuốc tại trạm và cơ sở y tế tuyến huyện. Bác sỹ của Trạm y tế là nhân viên của Bệnh viện được đào tạo thường xuyên, được ăn lương theo cơ chế của bệnh viện, được trao đổi chuyên môn trong Hệ thống.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Dự án phát triển hệ thống Y tế bền vững (LHSS VN); Tổ chức Y tế thế giới và cơ quan BHHX Việt Nam đã hỗ trợ thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi 2014 số 46/2014/QH13 [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Luat-Bao-hiem-y-te-sua-doi-2014-238506.aspx>
2. WHO. Tổng quan kinh nghiệm quốc tế về chuyển tuyến khám chữa bệnh. 2022.
3. 20191113_CSYT_4246_CV gui BYT_BC KCB BHYT_thong tuyen copy.pdf.
4. Bộ Y tế. Báo cáo đánh giá thực hiện Luật BHYT và đề xuất sửa đổi, bổ sung. 2019.

Impacts of the district “bypass” policy on health insurance examination

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Nguyễn Lan Hương², Nguyễn Thị Kim Liên²

¹Hanoi University of Public Health

²Vietnam Social Security

The Law on Health Insurance expands the right to choose a place of medical examination and treatment for participants of Health Insurance (HI) through the policy of bypassing the district from January 1, 2016. The study was carried out with the objective of describing the impact of the policy of “bypass” under the provisions of the Law on Health Insurance on the use of the health insurance fund. The study analyzed available data from the claim review information system managed by the social insurance agency from 2014 to 2021. The research results show that the policy of “bypass” at the district level has the following impacts: 1) Increased the number and cost of health care services at the district level, while decreased at the commune level; 2) Private health facilities degraded to class III and at the same time have other forms of promotion to attract patients and increase revenue); some patients went for medical examination and treatment many times; 3) The design of capitation payment had to be adjusted to be consistent with the regulation of “Bypass” which is the allocation of fixed funds according to the number of visits at the health facility. The district’s “Bypass” policy makes it easier for people to access health services but may affect the efficiency of using the health insurance fund.

Keywords: *By-pass, referral system, Health Insurance.*