



# THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ VÀ MỘT SỐ KHUYẾN NGHỊ

LÊ VĂN DUNG

*Qua các thời kỳ phát triển, chính sách bảo hiểm y tế Việt Nam, đã không ngừng đổi mới và ngày càng được hoàn thiện, tạo điều kiện thuận lợi, phục vụ tốt hơn cho người tham gia hiểm y tế. Những thay đổi này là minh chứng cho nỗ lực không ngừng của Bộ Y tế và cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Tuy nhiên, chính sách bảo hiểm y tế vẫn cần tiếp tục nghiên cứu để hoàn thiện hơn, phù hợp với thực tiễn hiện nay. Bài viết phân tích thực trạng trong thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám chữa bệnh hiện nay và đề xuất một số khuyến nghị.*

*Từ khoá: Bảo hiểm xã hội, Bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí, khám chữa bệnh*

## HEALTH INSURANCE PREMIUM PAYMENT AND SOME RECOMMENDATIONS

Le Van Dzung

*Through the development periods, Vietnam health insurance policy has been constantly innovated and increasingly improved, creating favorable conditions and better service for people participating in health insurance. These changes are evidences to the continuous efforts of the Ministry of Health and the Vietnam Social Insurance Agency. However, the health insurance policy still needs to continue to research to be more complete, in line with current practice. This article analyzes the current situation in the payment of health insurance costs at current medical facilities and proposes some recommendations.*

*Keywords: Social insurance, health insurance, cost payment, medical examination and treatment*

Ngày nhận bài: 1/3/2021

Ngày hoàn thiện biên tập: 8/3/2021

Ngày duyệt đăng: 12/3/2021

## Đặt vấn đề

Bảo hiểm y tế (BHYT) là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện. Cơ quan BHYT là nơi kết nối giữa người tham gia BHYT và cơ sở khám chữa bệnh (KCB). Số người tham gia BHYT tăng nhanh, quyền lợi hưởng BHYT

của người tham gia ngày càng được mở rộng. Người tham gia BHYT được hưởng chế độ BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT, được cơ sở KCB trực tiếp chi trả thông qua hợp đồng thanh toán chi phí KCB BHYT với cơ quan bảo hiểm xã hội (BHXH). Trong thời gian qua, chính sách BHYT Việt Nam đã thường xuyên được rà soát, đổi mới và ngày càng hoàn thiện hơn, tạo điều kiện thuận lợi, phục vụ tốt hơn cho người tham gia BHYT. Tuy nhiên, hiện nay, vẫn còn những tồn tại, hạn chế không nhỏ trong công tác kiểm soát, thanh toán chi phí KCB BHYT tại các cơ sở KCB. Vì vậy, cần tiếp tục nghiên cứu đổi mới để hoàn thiện cơ chế chính sách BHYT và nâng cao hiệu quả, thuận lợi trong việc thanh toán chi phí KCB BHYT hiện nay.

## Những kết quả đã đạt được

- Người dân tham gia BHYT ngày càng tăng: Việt Nam thực hiện chính sách BHYT từ năm 1992. Luật BHYT đã được Quốc hội khóa 12 thông qua năm 2008. Trong hơn 10 năm thực hiện Luật BHYT, tỷ lệ người dân tham gia BHYT tăng nhanh, từ 45% (năm 2009) lên 89,6% (năm 2019) và năm 2020 đã hơn 90%. Như vậy, chỉ còn dưới 10% dân số chưa tham gia BHYT và phấn đấu tới năm 2025, có trên 95% dân số có BHYT theo mục tiêu đặt ra tại Nghị quyết số 20-NQ/TW. Đây là điều kiện thuận lợi để BHYT thực hiện tốt nguyên tắc chia sẻ và hạn chế nguy cơ vượt Quỹ BHYT.

- Quyền lợi của người tham gia BHYT ngày càng mở rộng: Quyền lợi của người tham gia BHYT có các mức hưởng khác nhau theo các nhóm đối tượng: Người

nghèo, đối tượng ưu đãi xã hội, trẻ em được hưởng 100%; người cận nghèo, người nghỉ hưu hưởng mức 95%, người lao động hưởng 80%. Đối với quyền lợi BHYT (thuốc, vật tư y tế, kỹ thuật y tế...) được xác định trên cơ sở mức đáp ứng nhu cầu KCB của người tham gia BHYT.

Từ ngày 01/01/2021, quy định về thông tuyến BHYT nội trú tuyến tỉnh đối với người có thẻ BHYT bắt đầu có hiệu lực. Theo đó, quỹ BHYT sẽ chi trả chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng cho người tham gia BHYT khi KCB, điều trị không đúng tuyến tại các cơ sở KCB tuyến tỉnh; người bệnh không có giấy chuyển viện vẫn được KCB, hưởng quyền lợi tại các bệnh viện tuyến tỉnh trên toàn quốc. Những trường hợp người bệnh ở địa phương này phải đi cấp cứu ở địa phương khác cũng được Quỹ BHYT chi trả với mức hưởng theo quy định.

- *Bệnh viện không còn bị động với quỹ KCB BHYT theo đa tuyến:* Từ năm 2018, thực hiện chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ, Cơ quan BHXH đã giao dự toán chi khám chữa bệnh BHYT cho tất cả các bệnh viện có hợp đồng KCB BHYT. Cơ quan BHXH căn cứ vào chi phí của các cơ sở y tế được quyết toán năm trước để giao dự toán chi phí KCB BHYT cho năm kế tiếp và căn cứ trên tình hình thực tế, năng lực KCB, số lượng dịch vụ, số thẻ BHYT.

Phương thức giao dự toán chi KCB BHYT thay thế cho giao quỹ KCB BHYT đã khắc phục được những khó khăn của các bệnh viện khi chuyển bệnh nhân đến cơ sở tuyến KCB khác, nhưng lại bị trừ mức trần thanh toán BHYT của đơn vị mình. Bệnh viện đã không còn bị động với quỹ KCB BHYT, các cơ sở KCB cân đối được nguồn kinh phí về BHYT, từ đó lập dự toán thu-chi của đơn vị sát hơn. Đối với cơ quan BHXH tính toán được nguồn thu, chi phí KCB BHYT trong năm có kế hoạch tốt hơn.

### **Hạn chế và nguyên nhân**

Mặc dù đã có sự chuyển biến tích cực, nhưng trong thực tế triển khai chính sách BHYT còn tồn tại một số vấn đề cần sớm có giải pháp khắc phục như:

*Thứ nhất,* phương thức giao dự toán chi phí KCB BHYT chưa thực sự tạo chủ động cho các cơ sở KCB vì phụ thuộc vào tổng mức thanh toán: Phương thức giao dự toán chi KCB BHYT thay thế cho giao quỹ KCB BHYT mới chỉ khắc phục được hạn chế về việc thanh toán đa tuyến giữa các bệnh viện, còn về bản chất các cơ sở KCB vẫn chưa được tự chủ trong sử dụng dự toán BHYT được giao. Đây là khó khăn thách thức không nhỏ, nguy cơ vượt dự toán luôn

xảy ra đối với các bệnh viện. Trong một số trường hợp, quyền lợi của người bệnh bị ảnh hưởng, do các cơ sở KCB căn cứ theo số dự toán giao và hạn chế việc chỉ định các kỹ thuật cao hay hạn chế thuốc điều trị cho người bệnh.

*Thứ hai,* phương pháp xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT còn thiếu cơ sở khoa học và chưa phù hợp với thực tế: Hiện nay, khi được giao dự toán chi phí KCB BHYT, nhiều bệnh viện đã chủ động được một phần sử dụng dự toán. Tuy nhiên, các bệnh viện không thể chủ động được việc xác định tổng mức thanh toán, vì việc xác định tổng mức thanh toán hiện nay phụ thuộc rất nhiều yếu tố. Trong đó, có một số yếu tố các bệnh viện không thể lường hết được như: số lượng lượt người có thẻ BHYT đến khám và điều trị; cơ cấu bệnh tật điều trị trong năm sẽ như thế nào... Những số liệu này chỉ có thể tổng hợp được khi kết thúc năm...

Mặt khác, tính thực tiễn và khoa học của công tác xác định tổng mức thanh toán cũng chưa phù hợp để làm cơ sở chấp nhận hay từ chối thanh toán chi phí KCB BHYT cho các bệnh viện. Điều này gây nhiều khó khăn cho các bệnh viện, dẫn tới các đơn vị không tự chủ được nguồn thu, việc giao dự toán không còn giá trị. Khi số chi phí KCB BHYT của bệnh viện không được chấp nhận thanh toán, đồng nghĩa với việc bệnh viện đã mất đi một số tiền lớn mà không thể lý giải; trường hợp được chấp nhận thanh toán vẫn chưa được thanh toán kịp thời.

*Thứ ba,* công thức xác định tổng mức thanh toán BHYT cũng còn hạn chế so với thực tiễn triển khai. Công thức tính như sau:

$$\text{Năm hiện tại} = \text{Năm trước liền kề} + \text{Cn (chi phí phát sinh tăng, giảm năm hiện tại)}$$

(i) Xác định tổng mức thanh toán của năm trước (Năm trước liền kề): Hàng năm, khi xác định tổng mức thanh toán năm hiện tại, đã căn cứ vào tổng mức thanh toán của năm trước liền kề. Trong một số trường hợp, khi chi phí KCB vượt tổng mức của năm trước chưa được chấp nhận thanh toán, số tiền đó đã bị trừ vào tổng mức thanh toán của năm trước khi xác định tổng mức thanh toán của năm hiện tại; Vì vậy, tổng mức thanh toán của năm hiện tại đang xác định bị giảm so với số thực tế. Việc này thực chất đã làm tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT của bệnh viện giảm 2 lần. Như vậy, cách xác định này là chưa phù hợp.

(ii) Xác định chi phí phát sinh tăng hoặc giảm (Cn):

- Đối với công thức tính C7: Năm 2019, chi phí phát sinh tăng hoặc giảm của bệnh hoặc nhóm bệnh



bằng (=) Tổng số lượt KCB của cơ sở KCB năm 2019  
 (x) [[số lượt KCB BHYT của bệnh, hoặc nhóm bệnh năm 2019 (: T. số lượt KCB của cơ sở KCB năm 2019] trừ (-) [số lượt KCB BHYT của bệnh, hoặc nhóm bệnh năm 2018 (: T. số lượt KCB của cơ sở KCB năm 2018)]  
 (x) (CPBQ/1 lượt KCB BHYT quỹ BHYT của nhóm bệnh năm 2018 – CPBQ/1 lượt KCB BHYT quỹ BHYT chung năm 2018).

Cách xác định theo công thức trên chưa phản ánh đúng thực tế. Đối với những bệnh nhân nặng có thời gian điều trị kéo dài và chi phí điều trị lớn, nhưng tỷ trọng của nhóm bệnh này nhỏ hơn tỷ trọng của năm trước. Khi áp dụng vào công thức tính C7 thì hiệu của 2 tỷ trọng này luôn là “số âm”, trong khi chi phí bình quân chung của nhóm bệnh nặng luôn cao hơn chi phí bình quân chung của bệnh viện, nên hiệu số này luôn là “số dương”. Do đó, kết quả tính C7 luôn là “số âm”, vì vậy, tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT năm hiện tại bị giảm so với thực tế là không đúng.

Đối với các nhóm bệnh năm 2019 có, mà năm 2018 không có thì theo nguyên lý chi phí KCB thanh toán sẽ phát sinh tăng (C7 phải là “số dương”), tuy nhiên, khi xác định theo công thức tính thì C7 kết quả âm, là không phù hợp. Bộ Y tế hướng dẫn đưa C7 = 0 vẫn chưa phản ánh đúng số thực tế, bởi vì thực tế C7 phải là một số “dương” lớn hơn số không “0”.

- Đối với công thức tính C8 là chi phí phát sinh do thay đổi đối tượng, số lượt KCB:  $C8 = \text{Chi phí trung bình năm trước} \times (\text{số lượt KCB năm sau} - \text{số lượt KCB năm trước})$ . Do số lượt bệnh nhân đến KCB có thể tăng hoặc giảm đột biến, nên áp dụng cách tính C8 cũng chưa phù hợp với nhiều bệnh viện. Khi số lượng KCB năm sau đối với các bệnh nặng có thời gian điều trị kéo dài và chi phí điều trị cao, số lượng tăng hơn năm trước, tuy nhiên chỉ được nhân với chi phí bình quân của năm trước (thấp hơn), như vậy là chưa phù hợp.

*Thứ tư, trách nhiệm và quyền lợi các bên trong thanh toán chi phí KCB BHYT:* Theo Luật BHYT, hàng năm, cơ quan BHXH thực hiện ký hợp đồng với các cơ sở KCB để thực hiện thanh toán chi phí KCB BHYT cho các cơ sở KCB. Thực chất, đây là mối quan hệ hợp tác. Trong đó, các bệnh viện đang thực hiện chi hộ trước cho cơ quan BHYT chi phí KCB BHYT cho người tham gia BHYT và cơ quan BHYT thanh toán sau cho các bệnh viện. Tuy nhiên, mối quan hệ này hiện nay chưa thực sự là quan hệ theo hợp đồng đối tác, do chính sách thanh toán chi phí BHYT với các bệnh viện còn bất cập, dẫn đến chi phí KCB BHYT của các bệnh viện đã thực hiện chi trả cho người tham gia BHYT đã

thực hiện nhưng chậm được thanh toán.

Hiện nay, cơ quan BHXH đang áp dụng phương thức thanh quyết toán chi phí KCB BHYT cho các bệnh viện theo phương thức kết hợp 3 chỉ số, đó là: Giao dự toán chi phí BHYT cho các cơ sở KCB BHYT, kết hợp phương thức thẩm định chi phí thanh toán BHYT theo chuyên đề hàng quý và cuối năm thực hiện việc quyết toán theo cách xác định tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT cho từng bệnh viện. Phương thức thanh toán này đang làm cho các cơ sở KCB gặp rất nhiều khó khăn, vướng mắc tồn tại trong thanh toán chi phí KCB BHYT từ năm 2018 đến nay vẫn chưa được giải quyết.

### Một số khuyến nghị

Đổi mới phương thức thu phí và chi trả chi phí KCB: Hiện nay, mức đóng BHYT còn thấp và nhiều năm chưa thay đổi, trong khi quyền lợi KCB BHYT đã điều chỉnh khá rộng với danh mục thuốc, kỹ thuật không có giới hạn cụ thể và về giá dịch vụ tế tăng, nhu cầu KCB ngày càng cao, do tình trạng già hóa dân số; do thay đổi mô hình bệnh tật, gia tăng các bệnh mạn tính... Tất cả nguyên nhân trên đã tác động và làm mất cân đối thu - chi Quỹ BHYT.

Để đảm bảo cân đối Quỹ BHYT, phục vụ tốt nhu cầu KCB ngày càng cao của người dân, cần có sự điều chỉnh mức đóng BHYT phù hợp, linh hoạt hơn. Kết hợp mức đóng bắt buộc với mức đóng tự nguyện để đảm bảo tốt tính chất chia sẻ rủi ro giữa các đối tượng tham gia có nguy cơ và nhu cầu khác nhau về chăm sóc sức khỏe nói chung, cũng như KCB nói riêng. Chia sẻ về tài chính giữa những người có điều kiện kinh tế khá giả với người khó khăn; chia sẻ giữa các khu vực kinh tế-xã hội khác nhau. Bên cạnh đó, quy định các nguyên tắc điều chỉnh phạm vi quyền lợi BHYT phù hợp; nguyên tắc trong mua sắm, sử dụng thuốc; vật tư y tế do quỹ BHYT chi trả.

Luật BHYT đã quy định 3 phương thức thanh toán, tuy nhiên, thực tế hiện đang thanh toán theo giá dịch vụ là chủ yếu. Phương thức này cùng với quyền lợi của người tham gia BHYT ngày càng rộng đã làm cho việc kiểm soát chi phí rất khó khăn và nguy cơ mất cân đối thu-chi quỹ BHYT. Phương thức thanh toán theo định suất cũng không còn phù hợp, do quy định thông tuyến KCB đã được thực thi.

Từ thực tiễn này, tác giả đề xuất thực hiện mô hình kết hợp vừa thanh toán theo giá dịch vụ và định suất chi trả cho người tham gia BHYT dựa trên mức đóng BHYT và nhóm bệnh tật. Thực hiện cơ chế cho chính cá nhân người tham gia BHYT sẽ là người giám sát

và kiểm soát việc cung cấp dịch vụ và chi phí khám chữa bệnh của các cơ sở y tế. Đồng thời, khuyến khích người tham gia BHYT sử dụng tiết kiệm chi phí KCB BHYT cho chính bản thân mình.

Đối với tiền đóng BHYT theo năm sẽ có thêm cơ chế chi trả tính theo mức đóng và số tiền đã sử dụng trong các kỳ để chi trả và xác định mức tối đa được chi trả cho người tham gia BHYT.

Đối với những trường hợp đặc biệt, BHXH cần có quỹ xã hội để hỗ trợ cho các ca bệnh là đối tượng nghèo phải chi phí KCB lớn.

Đối với đối tượng có thu nhập cao, cần có cơ chế khuyến khích tham gia mức đóng BHYT hàng năm cao hơn và được chi trả theo gói chi phí KCB BHYT cao hơn.

Nâng cao tính chủ động trong quản lý sử dụng dự toán chi phí KCB BHYT: Hiện nay, cơ quan BHXH áp dụng phương thức giao dự toán chi KCB BHYT trong năm cho các cơ sở Y tế. Phương thức này phát huy hiệu quả, tháo gỡ những khó khăn vướng mắc trong thanh toán chi phí KCB giữa cơ sở KCB và cơ quan BHXH. Tuy nhiên, việc giao dự toán chưa mang lại hiệu quả như kỳ vọng, khi cuối năm cơ quan BHXH dựa vào số liệu xác định tổng mức thanh toán BHYT để chấp nhận hay không chấp nhận thanh toán chi phí KCB BHYT cho các bệnh viện.

Thực tế thời gian qua cho thấy, chi phí KCB BHYT tại các cơ sở KCB đã thanh toán cho bệnh nhân có thể BHYT trong quyền hạn của người bệnh được hưởng. Vì vậy, nên xem xét đổi mới phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT đối với các cơ sở KCB theo hướng: Bỏ phương thức xác định tổng mức thanh toán; Tiếp tục thực hiện phương thức giao dự toán chi phí KCB BHYT như hiện nay; Thực hiện cơ chế trao quyền tự chủ quản lý và sử dụng dự toán được giao cho các cơ sở KCB...

Đẩy nhanh áp dụng bệnh án điện tử, chia sẻ kết quả KCB tại các bệnh viện: Bệnh án điện tử có nhiều lợi ích thiết thực, tạo ra điều kiện cho việc ghi chép hồ sơ của các y, bác sỹ, minh bạch đối với người bệnh và tạo nhiều thuận lợi cho công việc kê đơn, cấp phát thuốc, công tác thống kê, tìm kiếm bệnh án nhanh chóng và dễ dàng hơn... Điều này giúp các bác sỹ hạn chế việc chỉ định các xét nghiệm không cần thiết, tiết kiệm được chi phí KCB BHYT, từ đó giảm bớt nguy cơ mất cân đối quỹ BHYT.

Nâng cao trách nhiệm và quyền lợi của các bên trong quan hệ hợp tác: Theo Luật BHYT, hàng năm, cơ quan BHXH thực hiện ký hợp đồng với các cơ sở KCB để thực hiện thanh toán chi phí KCB BHYT

cho các cơ sở KCB bệnh. Đây là mối quan hệ hợp tác cần được tôn trọng và thực hiện các điều khoản bình đẳng, có trách nhiệm và chế tài xử lý vi phạm.

Đối với cơ quan BHXH có trách nhiệm đã thẩm định và chấp nhận thanh toán kịp thời các khoản chi phí KCB BHYT cho các bệnh viện đã thực hiện thanh toán đúng chế độ BHYT cho bệnh nhân. Cơ quan BHXH cần xây dựng cơ chế thẩm định chi phí KCB BHYT trước khi bệnh nhân ra viện và người bệnh nhân có trách nhiệm chi trả các khoản chi phí ngoài phạm vi BHYT cho các bệnh viện. Bên cạnh đó, cần có cơ chế đơn vị thứ 3 giám sát độc lập đảm bảo quyền lợi cho các bệnh nhân, phần thiệt chính là các bệnh viện.

Các bệnh viện cần nâng cao trách nhiệm và nghĩa vụ của cán bộ, nhân viên, trong đó các trưởng khoa giữ vai trò quyết định, nhất là xây dựng phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật vừa khoa học, vừa tiết kiệm chi phí và đảm bảo hiệu quả điều trị; Cùng với đó, tăng cường tự kiểm tra, rà soát dữ liệu KCB BHYT trước khi chuyển dữ liệu lên Cổng thông tin BHXH thẩm định, đảm bảo dữ liệu chính xác và là nguồn dữ liệu quan trọng cung cấp thông tin thường xuyên cho công tác quản lý KCB BHYT của bệnh viện. Tăng cường giám sát tuân thủ phác đồ điều trị ở tất cả các khoa lâm sàng, giám sát thời gian thực kê đơn hợp lý. Bên cạnh đó, đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý KCB BHYT; nghiên cứu triển khai ứng dụng máy lọc trong hệ thống nhắc theo thời gian thực và hoạt động tự kiểm tra và tự rà soát dữ liệu trước khi chuyển dữ liệu lên cổng giám định của BHXH.

#### Tài liệu tham khảo:

1. Quốc hội, Luật Bảo hiểm y tế (2014);
2. Chính phủ (2018), Nghị định số 146/2018/NĐ-CP về việc quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;
3. Chính phủ (2012), Nghị định số 85/2012/NĐ-CP về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp công lập và giá dịch vụ khám chữa bệnh của các cơ sở khám chữa bệnh công lập;
4. Chính phủ (2015), Nghị định số 16/2015/NĐ-CP quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công;
5. Căn cứ văn bản 2093/BHXH-CSYT ngày 26/6/2020 của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2019;
6. Các website: baochinhpvu.vn, medinet.gov.vn...

#### Thông tin tác giả:

TS. Lê Văn Dũng, Phó giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương  
Email: levandunghmu@gmail.com