

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO      BỘ Y TẾ**  
**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**  
-----\*-----

**ĐẶNG THÀNH NAM**

**THỰC TRẠNG VÀ CHI PHÍ ĐẦY ĐỦ DỊCH VỤ KHÁM, CHỮA  
BỆNH TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ, HUYỆN MINH HÓA, TỈNH QUẢNG  
BÌNH, NĂM 2018**

**Chuyên ngành: Y tế công cộng**  
**Mã số: 9 72 07 01**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**HÀ NỘI – 2022**

Công trình được hoàn thành tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Thị Thùy Dương
2. TS. Thẩm Chí Dũng

Phản biện 1: **GS.TS. Đào Văn Dũng**

– Trường Đại học Thăng Long

Phản biện 2: **PGS.TS. Phạm Huy Tuấn Kiệt**

– Trường Đại học Y Hà Nội

Phản biện 3: **PGS.TS. Nguyễn Quốc Tiến**

– Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, vào hồi ... giờ ... , ngày ... tháng ... năm 2022

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự tăng cường đầu tư của chính phủ, hệ thống y tế cơ sở (YTCS) đã đạt được nhiều thành tựu, tuy nhiên YTCS vẫn tồn tại không ít hạn chế. Các bất cập của hệ thống tài chính y tế hiện hành là một trong những nguyên nhân hàng đầu hạn chế hiệu quả hoạt động của tuyến YTCS. Định mức phân bổ ngân sách, chi thường xuyên chưa phù hợp. Đầu tư TTB, kỹ thuật hiện đại chưa tính toán khả năng sử dụng và chi phí hiệu quả. Hệ thống phương thức chi trả (PTCT) không khuyến khích cải thiện hiệu quả hoạt động.

Hiện nay, nghiên cứu phân tích chi phí là công cụ hữu hiệu cung cấp các giải pháp hỗ trợ nhà quản lý cải thiện hệ thống tài chính tại cơ sở y tế (CSYT). Phân tích chi phí giúp xác định nguồn lực thực tế đảm bảo cung cấp dịch vụ y tế chất lượng. Chi phí đơn vị còn giúp các nhà quản lý đánh giá chi phí hiệu quả các dịch vụ y tế, hỗ trợ xây dựng giá dịch vụ y tế. Phân tích chi phí là công cụ giúp xây dựng hệ thống PTCT (ví dụ tính suất phí cơ bản (SPCB) của PTCT theo định suất). Tại Việt Nam, nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị chiếm một tỷ lệ khá thấp. Hơn nữa, các nghiên cứu phân tích chi phí được thực hiện tại tuyến xã cũng rất ít. Ngoài ra, chưa có nghiên cứu nào thực hiện tính toán SPCB phục vụ cho xây dựng PTCT theo định suất

Nhằm cung cấp các bằng chứng khoa học cho các nhà quản lý lập kế hoạch phân bổ nguồn lực, nâng cao hiệu quả quản lý và đổi mới hệ thống PTCT hiện nay tại YTCS, nghiên cứu này đã được thực hiện với 3 mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình năm 2016 - 2018.*
2. *Phân tích chi phí đầy đủ của dịch vụ khám, chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình, năm 2018.*
3. *Xác định suất phí cơ bản dựa trên kết quả phân tích chi phí làm cơ sở đề xuất phương thức chi trả theo định suất phù hợp cho tuyến y tế cơ sở.*

## NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

- Luận án cung cấp các bằng chứng khoa học về kết quả chi phí đầy đủ các dịch vụ KCB và ứng dụng của phân tích chi phí trong quản lý tài chính tại CSYT tuyến YTCS.
- Kết quả nghiên cứu cho thấy các CSYT gặp nhiều rủi ro tài chính khi chi phí đang cao hơn phí dịch vụ và sự bất hợp lý trong phân bổ nguồn lực đang là nguyên nhân gây gia tăng chi phí KCB
- Luận án là công trình đầu tiên sử dụng kết quả nghiên cứu phân tích chi phí để tính toán suất phí cơ bản và đề xuất phương thức chi trả theo định suất cho tuyến y tế cơ sở
- Kết quả nghiên cứu giải thích sự khác biệt trong suất phí cơ bản giữa các CSYT và đưa ra các khuyến nghị trong xây dựng hệ số điều chỉnh theo tần suất và chi phí trung bình trên đầu thẻ khi áp dụng định suất tại tuyến YTCS

## KẾT CẤU LUẬN ÁN

Luận án gồm 131 trang (không kể tài liệu tham khảo và phụ lục), nội dung luận án bao gồm: Mở đầu: 2 trang, Chương 1: 25 trang, Chương 2: 25 trang, Chương 3: 45 trang, Chương 4: 22 trang, Kết luận: 3 trang, Kiến nghị: 1 trang. Trong luận án có 36 bảng, 9 biểu đồ, hình vẽ và 117 tài liệu tham khảo ( 66 tiếng Việt và 51 tiếng Anh)

### Chương 1. TỔNG QUAN

#### 1.1. Phương pháp tính toán chi phí dịch vụ y tế

##### 1.1.1. Tính toán từ dưới lên

Phương pháp từ dưới lên xác định tất cả các cấu phần chi phí, định giá từng cấu phần này đến từng đơn vị dịch vụ. Phương pháp này cho kết quả ước tính chi phí có tính chính xác cao nhưng tốn kém thời gian và chi phí để thực hiện

##### 1.1.2. Tính toán từ trên xuống

Phương pháp từ trên xuống xác định tất cả các cấu phần chi phí và định giá từng cấu phần này cho giá trị trung bình của một lần cung ứng dịch vụ. Phương pháp này cho kết quả kém chính xác hơn nhưng dễ thực hiện hơn phương pháp từ dưới lên.

#### 1.2. Ứng dụng phân tích chi phí tại tuyến y tế cơ sở

##### 1.2.1. Phân tích chi phí đơn vị tại các cơ sở y tế

Trên thế giới hiện nay, nghiên cứu phân tích chi phí với kết quả là chi phí đơn vị là một công cụ hữu hiệu cung cấp các bằng chứng khoa học cho các nhà quản lý với những quyết sách nhằm đảm bảo hiệu quả cung ứng dịch vụ tại tuyến CSSKBĐ. Chi phí đơn vị sẽ cung cấp các thông tin đầy đủ về nguồn lực cần sử dụng để cung ứng dịch vụ và phân bổ hợp lý. Ngoài ra, chi phí đơn vị còn giúp xác định chi phí thực tế và các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí, qua đó hỗ trợ xây dựng giá dịch vụ và đảm bảo hiệu quả kinh tế trong hoạt động tại các CSYT. Đối với các dịch vụ y tế, phân tích chi phí đơn vị sẽ cho phép so sánh chéo hiệu quả kinh tế và hoạt động cung ứng các dịch vụ này, từ đó xác định được các dịch vụ đang hoạt động hiệu quả tại CSYT. Điều này giúp đảm bảo sự cân bằng trong đầu tư hoạt động dự phòng và khám, chữa thông qua việc cân đối nguồn lực dựa trên các kết quả rút ra từ chi phí đơn vị.

##### 1.2.2. Ứng dụng phân tích chi phí trong xây dựng hệ thống phương thức chi trả theo định suất

Trong PTCT theo định suất, việc xác định định mức thanh toán hay quỹ định suất dựa trên bốn yếu tố chính đó là: Chính sách của chính phủ, nguồn lực sẵn có, phân tích chi phí và việc đàm phán với các CSYT. Mặc dù phân tích chi phí chỉ là một yếu tố để xác định định mức thanh toán, việc tính toán chi phí đơn vị sẽ xác định được giá trị cơ bản ban đầu của định mức thanh toán hay còn gọi là suất phí cơ bản nhằm đảm bảo chi trả đầy đủ cho các CSYT. Ngoài ra, thông tin từ phân tích chi phí sẽ giúp nhà quản lý tạo cơ chế khuyến khích hiệu quả và hạn chế tối đa thâm hụt quỹ cho bên thanh toán (BHYT, NSNN...) cũng như cung cấp thông tin cho việc đàm phán giữa bên mua và bên cung ứng dịch vụ y tế. Vì thế ngoài việc xác định suất phí cơ bản, phân tích chi phí còn là cơ sở để xác định mức độ tác động của các yếu tố còn lại lên định mức thanh toán và đưa ra kết luận về giá trị chính xác cuối cùng của định mức thanh toán.

Hiện nay, việc ứng dụng phân tích chi phí trong việc tính toán suất phí cơ bản đã được áp dụng tại hệ thống PTCT theo định suất tại tuyến CSSKBĐ của nhiều nước trên

thế giới. Tất cả các nước đều sử dụng phân tích chi phí nhằm xác định tổng chi phí của các dịch vụ trong phạm vi định suất với hai phương pháp được áp dụng chủ yếu là phương pháp tính toán từ trên xuống và từ dưới lên. Ngoài ra, một số các nước cũng lựa chọn áp dụng đồng thời cả hai phương pháp.

## **Chương 2 – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Tại Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa:
  - + Trang thiết bị, cơ sở vật chất, nhân lực
  - + Danh mục thuốc sử dụng, dịch vụ kỹ thuật cung ứng
  - + Dịch vụ KCB tại Bệnh viện
  - + Cơ chế tài chính, chi phí các dịch vụ KCB
- Tại Trạm Y tế xã
  - + Trang thiết bị, cơ sở vật chất, nhân lực
  - + Danh mục thuốc sử dụng, dịch vụ kỹ thuật cung ứng
  - + Dịch vụ KCB tại TYTX
  - + Cơ chế tài chính, chi phí các dịch vụ KCB

### **2.2. Địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại tất cả các TYTX của huyện Minh Hóa bao gồm: Quy Đạt, Trọng Hóa, Hóa Thanh, Hóa Phúc, Dân Hóa, Hóa Tiến, Hồng Hóa, Hóa Hợp, Hóa Sơn, Xuân Hóa, Yên Hóa, Quy Hóa, Minh Hóa, Tân Hóa, Trung Hóa, Thượng Hóa và Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.

### **2.3. Thời gian nghiên cứu**

- 01/01/2018-01/06/2019: Điều tra, thu thập số liệu, xử lý và phân tích kết quả đầu ra mục tiêu 1
- 01/06/2019-01/06/2020: Điều tra, thu thập số liệu, xử lý và phân tích kết quả đầu ra mục tiêu 2
- 01/06/2020-31/12/2021: Tiến hành tính toán các kết quả đầu ra của mục tiêu 3 và hoàn thành luận án

### **2.4. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.4.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Đối với mục tiêu 1, nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thu thập số liệu hồi cứu từ các hồ sơ, báo cáo có sẵn và biểu mẫu tại các cơ sở y tế được lựa chọn vào nghiên cứu.

- Đối với mục tiêu 2 và mục tiêu 3, nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích chi phí cho các dịch vụ y tế cung ứng trong cơ sở y tế được lựa chọn. Quan điểm nghiên cứu từ phía đơn vị cung cấp dịch vụ y tế.

#### **2.4.2. Cơ mẫu và chọn mẫu**

Chọn mẫu toàn bộ 16 TYTX và BVĐK thuộc huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.

#### **2.4.3. Phương pháp thu thập số liệu**

Nghiên cứu viên tiến hành xây dựng biểu mẫu để thu thập số liệu về

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, thuốc và danh mục kỹ thuật.

- Chi phí nguồn lực đầu vào bao gồm: Nhân lực; Khấu hao nhà cửa; Khấu hao trang thiết bị; Chi phí quản lý, vận hành ( điện nước, văn phòng phẩm, duy tu bảo dưỡng ...)

- Số liệu liên quan đến thẻ đăng ký KCBBD và chi phí KCB BHYT ngoại trú

Nghiên cứu viên thu thập các thông tin liên quan đến Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH; Xét nghiệm; CDHA qua biểu 19,20,21 và các dịch vụ KCB BHYT theo phí dịch vụ qua biểu 79, 80 báo cáo lên BHXH tỉnh

#### **2.4.4. Các biến số/chỉ số trong nghiên cứu**

##### Đối với mục tiêu 1

- Tình trạng hoạt động các khoa phòng tại các CSYT: Số lượng các khoa, phòng và tỷ lệ % các khoa phòng có thời gian sử dụng dưới 10 năm và trên 10 năm tại các CSYT thời điểm năm 2018

- Hiện trạng TTB tại các CSYT: Số lượng TTB và tỷ lệ % TTB có thời gian sử dụng dưới 5 năm và trên 5 năm tại các CSYT thời điểm năm 2018

- Thực trạng nhân lực: Số lượng và tỷ lệ % nhân lực theo chức danh chuyên môn thời điểm năm 2018

- Thực trạng cung ứng thuốc, DVKT: Số lượng thuốc và tỷ lệ % thuốc có sẵn theo danh mục thuốc thiết yếu của BHYT; Số lượng DVKT cung ứng và tỷ lệ % DVKT cung ứng tại các CSYT theo phân tuyến kỹ thuật của BHYT

- Thực trạng cung ứng các dịch vụ KCB: Thống kê 10 bệnh theo ICD-10 có số lượt điều trị nhiều nhất tại toàn huyện từ 2016 – 2018; Số lượt, tổng chi phí và chi phí trung bình một lượt điều trị ngoại trú và nội trú tại các CSYT từ 2016 – 2018; Số lượt, tổng chi phí và chi phí trung bình một lượt cung ứng các dịch vụ Khám bệnh; Giường bệnh; Phẫu thuật – thủ thuật; Xét nghiệm; Chẩn đoán hình ảnh tại các CSYT từ 2016-2018.

##### Đối với mục tiêu 2

- Thông tin các khoản chi dành cho KCB tại các CSYT: Chi lương; Chi thuốc, máu, dịch truyền, VTTH; Chi VTTH xét nghiệm, CDHA; Chi khấu hao nhà cửa; Chi khấu hao TTB y tế và TTB khác; Chi văn phòng phẩm, thông tin, nhiên liệu; Chi vận hành; Chi duy tu, bảo dưỡng; Chi đào tạo, nghiên cứu khoa học; Chi thường xuyên khác

- Chi phí đầy đủ các dịch vụ KCB tại các CSYT: Chi phí trung bình một lượt điều trị ngoại trú và nội trú; Cơ cấu chi phí trung bình một lượt điều trị ngoại trú và nội trú; Chi phí trung bình một lượt khám bệnh; ngày giường; phẫu thuật – thủ thuật; xét nghiệm; chẩn đoán hình ảnh; Cơ cấu chi phí trung bình một lượt khám bệnh; ngày giường; phẫu thuật – thủ thuật; xét nghiệm; chẩn đoán hình ảnh.

##### Đối với mục tiêu 3

- Thông tin về thẻ đăng ký KCBBD tại các CSYT: Số thẻ đăng ký KCBBD; Cơ cấu thẻ đăng ký KCBBD theo nhóm tuổi; Chi phí KCB BHYT ngoại trú trung bình trên đầu thẻ đăng ký KCBBD theo nhóm tuổi; Tần suất KCB BHYT ngoại trú một thẻ đăng ký KCBBD; Tỷ lệ % chi phí KCB BHYT ngoại trú đa tuyến đến.

- Xác định suất phí cơ bản và quỹ định suất: Suất phí cơ bản từng CSYT, Suất phí cơ bản toàn huyện, suất phí cơ bản tuyến xã, Quỹ định suất từng CSYT

## 2.5. Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch lỗi, loại bỏ những phiếu không phù hợp, mã hóa và nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2010. Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm Microsoft Excel 2010 và SPSS 20.0.

Các phương pháp phân tích thống kê mô tả được áp dụng để mô tả đặc điểm các đối tượng nghiên cứu. Các phương pháp phân tích thống kê mô tả được sử dụng để mô tả đặc điểm các đối tượng nghiên cứu. Các thông số mô tả gồm tần suất, giá trị phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn... Sử dụng kiểm định Mann-Whitney test để so sánh các giá trị trung bình, Pearson test để đo lường mối tương quan giữa các biến định lượng. Phương pháp tính toán từ trên xuống và từ dưới lên được thực hiện theo tài liệu hướng dẫn của Joint Learning Network (2014) và kỹ thuật phân bổ từng bước được thực hiện theo phương pháp của tác giả Conteh (2004)

## 2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y học

- Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của các đơn vị quản lý có liên quan. Số liệu thu được chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu, không dùng vào mục đích khác.

- Nghiên cứu phải được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (Hội đồng số IORG 0008555) phê duyệt theo Quyết định số: IRB-VN01057/IORG 0008555 ngày 22 tháng 11 năm 2018.

## Chương 3 – KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng hoạt động và cung ứng dịch vụ KCB tuyến y tế cơ sở.

#### 3.1.1. Thực trạng tổ chức, nguồn lực của tuyến y tế cơ sở

**Bảng 3.1. Tình trạng hoạt động các khoa phòng tại các Trạm Y tế xã, huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018**

STT	Khoa/Phòng	Thời gian sử dụng < 10 năm		Thời gian sử dụng >=10 năm		Không có	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
1	Phòng khám tổng quát	9	56,2	7	43,8	0	0,0
2	Phòng Y dược cổ truyền	9	56,2	7	43,8	0	0,0
3	Quầy dược, kho	9	56,2	7	43,8	0	0,0
4	Phòng xét nghiệm, CĐHA	8	50,0	6	37,5	2	12,5
5	Phòng Tiệt trùng	0	0,0	0	0,0	16	100,0
6	Phòng sơ cứu, cấp cứu	8	50,0	7	43,8	1	6,2
7	Phòng lưu người bệnh, sản phụ	9	56,2	7	43,8	0	0,0
8	Phòng đẽ/ KHHGD	9	56,2	7	43,8	0	0,0
9	Phòng tiêm (kết hợp tiêm vắc xin)	8	50,0	7	43,8	1	6,2
10	Phòng khám phụ khoa	7	43,8	3	18,8	6	37,4

STT	Khoa/Phòng	Thời gian sử dụng < 10 năm		Thời gian sử dụng ≥10 năm		Không có	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
11	Phòng hành chính	9	56,3	7	43,8	0	0,0
12	Phòng trực	9	56,3	5	31,2	2	12,5
13	Phòng trưởng trạm	6	37,5	2	12,5	8	50,0

Bảng 3.1 cho thấy số lượng các TYTX có các phòng, ban với số năm sử dụng trên 10 năm vẫn còn chiếm khá cao đặc biệt là các phòng với chức năng KCB như phòng khám, phòng sơ cứu, cấp cứu, phòng đẻ ... chiếm tỷ lệ 43,8% các TYTX. Một số phòng chức năng KCB vẫn còn thiếu tại các TYTX như phòng tiết trùng (100% không có), phòng khám phụ khoa (37,5% không có) ... Một số phòng hành chính như phòng trực (12,5% không có), phòng dành cho trưởng trạm (50% không có) cũng không có tại một số TYTX.

**Bảng 3.2. Tình trạng hoạt động của các khoa/phòng tại Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa, Quảng Bình 2018.**

STT	Khoa/Phòng	Thời gian sử dụng < 10 năm		Thời gian sử dụng ≥10 năm	
		Số lượng	%	Số lượng	%
1	Khu lâm sàng (1)	2	25,0	6	75,0
2	Khu cận lâm sàng (2)	0	0,0	3	100,0
3	Bộ phận quản lý, vận hành (3)	8	100,0	0	0,0

*Ghi chú: (1) khoa nhi, khoa y học cổ truyền, khoa hồi sức cấp cứu – chống độc, khoa ngoại tổng hợp, khoa phụ sản, khoa khám bệnh, liên chuyên khoa, khoa nội; (2) khoa dược, khoa xét nghiệm - CDHA, khoa kiểm soát nhiễm khuẩn; (3) ban giám đốc, phòng tổ chức, phòng kế hoạch tổng hợp, phòng điều dưỡng, phòng tài chính kế toán, phòng hành chính, phòng chỉ đạo tuyến, phòng vật tư*

Bảng 3.2 cho thấy khu vực cận lâm sàng có số lượng phòng, ban với năm sử dụng trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (100,0 %). Tiếp theo là khu lâm sàng có tới 6 phòng ban với số năm sử dụng trên 10 năm chiếm tỷ lệ 75,0%. Khối quản lý, hành chính có 100% các phòng ban đều có thời gian sử dụng dưới 10 năm



**Bảng 3.3. Cơ cấu nhân lực của tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018**

ST T	Nhân lực	Bệnh viện huyện		Trạm Y tế xã	
		Số lượng	%	Số lượng	%
1	Bác sĩ	30	21,6	19	17,8
2	Y sĩ	17	12,2	23	21,5
3	Hộ sinh	10	7,2	19	17,8
4	Điều dưỡng	43	31	30	28,0
5	Dược sĩ, dược tá	7	5,0	16	14,9
6	Khác	32	23,0	0	0,0
<b>Tổng cộng</b>		139	100,0	107	100,0

Bảng 3.3 cho thấy cơ cấu nhân lực tại tuyến huyện và tuyến xã tại Minh Hóa, Quảng Bình, 2018 khá đồng đều. Tại tuyến huyện, tổng số lượng biên chế năm 2018 là 139 bao gồm cả nhân viên y tế và nhân lực khác. Điều dưỡng đang chiếm số lượng cao nhất với tỷ lệ 31%, bác sĩ chiếm khoảng 21,6% còn lại biên chế không phải nhân viên y tế chiếm 23,0%. Nhân lực ngành dược chiếm tỷ lệ thấp nhất với chỉ 5%. Đối với tuyến xã, điều dưỡng và y sĩ chiếm tỷ lệ cao nhất với lần lượt là 28,0% và 21,5%. Tỷ lệ bác sĩ, hộ sinh và dược sĩ khá tương đương nhau với lần lượt là 17,8%; 17,8% và 14,9%.

**Bảng 3.4. Hiện trạng các trang thiết bị, dụng cụ tại Trạm Y tế xã, huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018**

STT	Gói trang thiết bị, dụng cụ	Thời gian sử dụng < 5 năm		Thời gian sử dụng >=5 năm		Không có	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
1	Khám bệnh, chữa bệnh	54	42,2	20	15,6	54	42,2
2	Sơ cứu, cấp cứu	48	37,5	24	18,8	56	43,7
3	Tiêm, tiêm thủ thuật và tiêm chủng mở rộng	113	64,9	13	7,5	48	27,6
4	Y dược cổ truyền	1	2,1	9	18,8	38	79,1
5	Sản, kế hoạch hóa gia đình	69	35,9	48	25,0	75	39,1
6	Xét nghiệm	0	0,0	0	0,0	16	100,0
7	Tiệt trùng	13	39,4	3	9,1	17	51,5
8	Khu vực lưu người bệnh	16	100,0	0	0,0	0	0,0
9	Khám phụ khoa	1	6,2	0	0,0	15	93,8
10	Thiết bị khác	124	43,1	33	11,5	131	45,6

*Ghi chú: Danh mục trang thiết bị thống kê theo Thông tư số 28/2020/TTQBYT ban hành 31/12/2020 của Bộ Y tế Quy định danh mục trang thiết bị tối thiểu của trạm y tế tuyến xã*

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ các TYTX có sổ trang thiết bị không nằm trong danh mục theo thông tư 28/2020/TT-BYT là khá cao. Trên 40% các TYTX đều thiếu TTB dùng cho hoạt động KCB, trong đó mục xét nghiệm (100% TYTX không có), khám phụ khoa (93,8% TYTX không có), y dược cổ truyền cổ truyền (79,1 % TYTX không có), Tiệt trùng (51,5% TYTX không có) là những mục có tỷ lệ % TYTX không có cao nhất. Đối với các TTB khác dùng cho việc quản lý, vận hành tỷ lệ các TYTX không có theo quy định cũng chiếm khá cao (45,6 % các TYTX không có). Đa số các TTB hiện có tại các TYTX đều thời gian sử dụng dưới 5 năm.

**Bảng 3.5. Hiện trạng trang thiết bị tại Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.**

STT	Khoa, phòng	Thời gian sử dụng <5 năm		Thời gian sử dụng >5 năm		Không có	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
<b>Khoa lâm sàng</b>							
1	Khoa khám bệnh	14	33,3	0	0,0	28	66,7
2	Khoa hồi sức cấp cứu	43	51,8	0	0,0	40	48,2
3	Khoa nội	19	20,0	0	0,0	76	80,0
4	Khoa nhi	32	45,7	0	0,0	38	54,3
5	Khoa ngoại tổng hợp – phòng mổ	45	61,6	0	0,0	28	38,4
6	Khoa sản phụ	52	55,2	0	0,0	43	44,8
7	Liên chuyên khoa	105	40,4	0	0,0	155	59,6
<b>Khoa cận lâm sàng</b>							
8	Khoa xét nghiệm (Huyết học – hoá sinh – vi sinh)	210	67,3	0	0,0	102	32,7
9	Khoa CĐHA	7	20,6	0	0,0	27	79,4
10	Khoa chống nhiễm khuẩn	19	82,6	0	0,0	4	17,4
<b>Khối quản lý, vận hành</b>							
11	Khoa dược	13	32,5	0	0,0	27	67,5
12	Khoa dinh dưỡng	11	68,8	0	0,0	5	31,2
13	Phòng kế hoạch tổng hợp + Vật tư thiết bị y tế	23	71,9	0	0,0	9	28,1
14	Phòng y tá	5	100,0	0	0,0	0	0,0
15	Phòng tổ chức cán bộ - hành chính quản trị	17	44,7	0	0,0	21	55,3

STT	Khoa, phòng	Thời gian sử dụng <5 năm		Thời gian sử dụng >5 năm		Không có	
		Số lượt g	%	Số lượt g	%	Số lượt g	%
16	Phòng kế toán tài chính	9	0,0	0	0,0	0	0,0

*Ghi chú: Danh mục trang thiết bị thống kê theo Quyết định số 437/QĐ-BYT ban hành 20/02/2002 của Bộ Y tế Quyết định về việc ban hành danh mục trang thiết bị y tế BVĐK tuyến tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã và túi y tế thôn bản.*

Bảng 3.5 cho thấy hiện trạng các TTB tại các khoa phòng tại BVĐK huyện Minh Hóa khá tốt khi tất cả các TTB tại các khoa phòng đều có số năm sử dụng dưới 5 năm. Tuy nhiên hầu hết các khoa, phòng đều không đầy đủ trang thiết bị theo quy định. Các khoa có số TTB còn thiếu nhiều nhất bao gồm khoa nội, khoa CDHA, khoa dược có số TTB còn thiếu cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 80%, 79,4%, 67,5%.

### **3.1.2. Thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh của tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình 2016-2018.**

#### **3.1.2.3. Thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phí dịch vụ**

#### **Bảng 3.8. Thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phí dịch vụ tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2016 – 2018.**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VND)*

Dịch vụ		2016		2017		2018	
		TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện
<b>Khám bệnh</b>	Tổng chi phí	295	305	872	775	849	812
	Số lượt	15.873	29.388	30.087	22.119	32.260	25.151
	Chi phí trung bình/lượt	0,02	0,01	0,03	0,04	0,03	0,03
<b>Giường bệnh</b>	Tổng chi phí	26	3.026	33	9.699	17	7.845
	Số lượt	644	47.962	619	49.976	294	46.970
	Chi phí trung bình/lượt	0,04	0,06	0,05	0,19	0,06	0,17
<b>Xét nghiệm</b>	Tổng chi phí	0	2.582	0	3.904	0	4.164
	Số lượt	0	93.971	0	136.836	0	146.251
	Chi phí trung bình/lượt	0	0,03	0	0,03	0	0,03
<b>Chẩn đoán</b>	Tổng chi phí	0	1.390	0	2.041	0	2.009
	Số lượt	0	32.619	0	35.712	0	37.862

Dịch vụ		2016		2017		2018	
		TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện
<b>hình ảnh</b>	Chi phí trung bình/lượt	0	0,04	0	0,06	0	0,05
<b>Phẫu thuật, thủ thuật</b>	Tổng chi phí	60	2.423	126	4.878	104	3.923
	Số lượt	165	25.015	339	22.837	349	20.167
	Chi phí trung bình/lượt	0,36	0,10	0,37	0,21	0,32	0,19

Bảng 3.8 cho thấy xu hướng gia tăng ở cả ba chỉ số tổng chi phí, số lượt và chi phí trung bình/ lượt ở hầu hết các dịch vụ của cả hai tuyến. Tuyến xã có dịch vụ khám bệnh là dịch vụ có tổng chi phí cao nhất và có sự thay đổi rõ rệt nhất. Dịch vụ giường bệnh và dịch vụ phẫu thuật thủ thuật có tổng chi phí thấp và đồng thời không có sự thay đổi nhiều. Tại tuyến huyện, chi phí dịch vụ giường bệnh có tổng chi phí cao nhất và khám bệnh có tổng chi phí thấp nhất, hai dịch vụ này có tốc độ gia tăng hơn gấp 2 lần từ 2016-2018. Các dịch vụ xét nghiệm, CDHA và phẫu thuật thủ thuật có tổng chi phí và tốc độ gia tăng tương đương nhau. Đối với số lượt cung ứng dịch vụ khám bệnh vẫn là dịch vụ được cung ứng nhiều nhất tại tuyến xã, thậm chí còn cao hơn cả tuyến huyện trong hai năm 2017 và 2018. Tốc độ gia tăng số lượt cung ứng dịch vụ khám bệnh, phẫu thuật, thủ thuật cũng khá rõ rệt khi tăng xấp xỉ 2 lần từ 2016-2018. Ngược lại, số lượt cung ứng dịch vụ giường bệnh lại giảm khá rõ rệt từ 644 lượt xuống 294 lượt trong giai đoạn 2016-2018. Tại tuyến huyện, xu hướng gia tăng vẫn cho thấy ở hầu hết các dịch vụ. Dịch vụ xét nghiệm có số lượt cung ứng nhiều nhất và cũng là dịch vụ có số lượt gia tăng nhiều nhất từ 93.971 lượt lên 146.251 lượt từ 2016-2018. Chỉ duy nhất phẫu thuật, thủ thuật có số lượt giảm từ 25.015 lượt xuống còn 20.167 lượt từ 2016-2018.

### 3.2. Chi phí đầy đủ của dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở của huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.

#### 3.2.2. Ước tính chi phí đầy đủ theo dịch vụ điều trị ngoại trú và nội trú

**Bảng 3.10. Chi phí đầy đủ trung bình một lượt điều trị ngoại trú và nội trú tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018**

Đơn vị tính: Triệu đồng

STT	Cơ sở y tế	Ngoại trú			Nội trú		
		Tổng chi phí	Số lượt	Chi phí đơn vị	Tổng chi phí	Số lượt	Chi phí đơn vị
1	BVĐK huyện Minh Hóa	14.703	20.084	0,732	23.611	7.885	2,994
2	Tuyến xã	10.611	32.260	0,329	136	106	1,282
2.1	TYTX Quy Đạt	603	3.017	0,200	4	-	-

STT	Cơ sở y tế	Ngoại trú			Nội trú		
		Tổng chi phí	Số lượt	Chi phí đơn vị	Tổng chi phí	Số lượt	Chi phí đơn vị
2.2	TYTX Trọng Hóa	847	1.677	0,505	19	13	1,426
2.3	TYTX Hóa Thanh	593	1.171	0,506	0	2	0,019
2.4	TYTX Hóa Phúc	295	654	0,451	-	0	-
2.5	TYTX Dân Hóa	806	2.041	0,395	28	23	1,228
2.6	TYTX Hóa Tiến	480	1.229	0,391	-	0	-
2.7	TYTX Hồng Hóa	733	2.294	0,320	8	7	1,187
2.8	TYTX Hóa Hợp	654	2.307	0,283	3	1	3,267
2.9	TYTX Hóa Sơn	604	1.950	0,310	11	30	0,369
2.10	TYTX Xuân Hóa	653	1.818	0,359	4	1	4,011
2.11	TYTX Yên Hóa	760	3.430	0,222	-	-	-
2.12	TYTX Quy Hóa	475	1.390	0,342	9	4	2,250
2.13	TYTX Minh Hóa	696	2.594	0,268	9	10	0,890
2.14	TYTX Tân Hóa	670	2.609	0,257	17	8	2,110
2.15	TYTX Trung Hóa	734	1.721	0,426	-	-	-
2.16	TYTX Thượng Hóa	1.007	2.358	0,427	23	7	3,318

Bảng 3.10 cho thấy đang có sự chênh lệch khá rõ rệt chi phí đơn vị giữa hai tuyến ở cả hạng mục điều trị ngoại trú và nội trú. Chi phí đơn vị một lượt điều trị ngoại trú tại tuyến huyện (732.000 VNĐ một lượt) đang cao hơn gấp hai lần so với tuyến xã (329.000 VNĐ một lượt). Và sự so sánh trên có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  sử dụng Mann Whitney test. Trong khi đó, chi phí trung bình một lượt điều trị nội trú tại tuyến huyện (2,9 triệu VNĐ) cao hơn hẳn tuyến xã (1,282 triệu VNĐ). Kết quả so sánh giữa tuyến huyện và tuyến xã với dịch vụ nội trú không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  sử dụng Mann Whitney test. Đối với dịch vụ ngoại trú, TYTX Hóa Thanh, Trọng Hóa và Hóa Phúc đang có chi phí đơn vị cao nhất trong khi đó các TYTX Quy Đạt, Yên Hóa và Tân Hóa đang có chi phí đơn vị thấp nhất. Đối với dịch vụ nội trú, TYTX Hóa Hợp, Xuân Hóa và Quy Hóa đang có chi phí đơn vị cao nhất, trong khi đó nhiều TYTX khác không thực hiện dịch vụ điều trị nội trú

**Bảng 3.11. Cơ cấu chi phí đầy đủ trung bình một lượt điều trị ngoại trú và nội trú tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.**

*Đơn vị tính: Nghìn đồng (VND)*

Thành phần	Bệnh viện huyện				Trạm Y tế xã			
	Điều trị ngoại trú		Điều trị nội trú		Điều trị ngoại trú		Điều trị nội trú	
	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%
Nhân công	290	39,6	1.766	59	201	61,5	816	63,7
Khấu hao nhà cửa	18	2,4	96	3,2	13	4	94	7,4
Khấu hao trang thiết bị	35	4,8	231	7,7	16	4,8	199	15,5
VTTH xét nghiệm, CDHA	175	23,9	337	11,3	-	-	-	-
Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	179	24,4	359	12	72	21,9	76	5,9
Quản lý, Vận hành	36	4,9	205	6,8	25	7,7	97	7,5
<b>Tổng cộng</b>	<b>732</b>	<b>100,0</b>	<b>2.994</b>	<b>100,0</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>	<b>1.282</b>	<b>100,0</b>

Bảng 3.11 cho thấy cơ cấu chi phí dịch vụ điều trị ngoại trú và nội trú khá tương đương nhau. Tại BV huyện, nhân công là cấu phần chiếm tỷ trọng cao nhất tại cả dịch vụ điều trị ngoại trú (39,6%) và nội trú (59%). Chi phí thuốc, máu, dịch truyền, VTTH và VTTH xét nghiệm CDHA lần lượt chiếm tỷ trọng cao thứ hai và thứ ba đối với dịch vụ ngoại trú (lần lượt là 24,4% và 23,9%) và dịch vụ nội trú (lần lượt là 12% và 11,3%). Các cấu phần còn lại đều có tỷ lệ tương đương nhau đối với cả dịch vụ ngoại trú và nội trú với tỷ trọng thấp nhất thuộc về khấu hao nhà cửa. Tại các TYTX, nhân công vẫn đang là cấu phần có tỷ trọng cao nhất đối với cả điều trị ngoại trú (61,5%) và nội trú (63,7%). Cấu phần có tỷ trọng cao thứ hai đối với điều trị ngoại trú là thuốc, máu, dịch truyền, VTTH với 21,9%. Trong khi đó, cấu phần có tỷ trọng cao thứ hai đối với dịch vụ nội trú là khấu hao TTB (15,5%). Khấu hao nhà cửa có tỷ trọng thấp nhất đối với điều trị ngoại trú (4%) trong khi đó thuốc, máu, dịch truyền, VTTH có tỷ trọng thấp nhất đối với điều trị nội trú (5,9%). Quản lý, vận hành có tỷ trọng tương đương nhau đối với cả điều trị ngoại trú (7,7%) và điều trị nội trú (7,5%).

**Bảng 3.12. So sánh chi phí đầy đủ trung bình một lượt điều trị ngoại trú và nội trú và phí dịch vụ tại tuyến y tế cơ sở Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VND)*

Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1)/(2)	P (Mann-Whitney test)	Phân tích chi phí (3) (bỏ khấu hao)	Tỷ lệ % (1)/(3)	P (Mann-Whitney test)
Bệnh viện huyện	Điều trị ngoại trú	0,433	0,732	59,2	P<0,001	0,679	63,8	P<0,001
	Điều trị nội trú	2,116	2,994	70,7	P<0,001	2,667	79,3	P<0,001
Trạm Y tế xã	Điều trị ngoại trú	0,099	0,329	30,1	P<0,001	0,300	33,0	P<0,001
	Điều trị nội trú	0,711	1,282	55,5	P<0,001	0,989	71,9	P<0,001

Bảng 3.12 cho thấy chi phí đầy đủ trung bình một dịch vụ luôn cao hơn so với chi phí theo phí dịch vụ. Đối với BVĐK huyện, chi phí trung bình một lượt điều trị theo phí dịch vụ cho dịch vụ ngoại trú và nội trú lần lượt chiếm tỷ lệ 59,2% và 70,7% chi phí đầy đủ theo phân tích chi phí. Đối với TYTX, chi phí theo phí dịch vụ cho dịch vụ ngoại trú và nội trú lần lượt chiếm tỷ lệ 59,2% và 70,7% chi phí đầy đủ theo phân tích chi phí. Sau khi loại bỏ khấu hao tài sản, sự chênh lệch có giảm đi nhưng không đáng kể và chi phí đầy đủ vẫn cao hơn so với phí dịch vụ. Các sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  bằng kiểm định Mann-Whitney test

### 3.2.3. Ước tính chi phí đầy đủ theo dịch vụ KCB BHYT bằng phương thức phí dịch vụ

**Bảng 3.13. Chi phí đầy đủ của từng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018**

Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)

STT	Cơ sở y tế	Khám bệnh	Giường bệnh	Phẫu thuật thủ thuật	Xét nghiệm	Chẩn đoán hình ảnh
1	BVĐK huyện Minh Hóa	0,287	0,301	0,374	0,040	0,094
2	Toàn tuyến xã	0,319	0,776	0,592	-	-
2.1	TYTX Quy Đạt	0,179	-	-	-	-
2.2	TYTX Trọng Hóa	0,461	0,653	0,778	-	-
2.3	TYTX Hóa Thanh	0,428	3,086	0,672	-	-
2.4	TYTX Hóa Phúc	0,679	-	-	-	-
2.5	TYTX Dân Hóa	0,364	0,680	0,461	-	-
2.6	TYTX Hóa Tiến	0,342	-	-	-	-

STT	Cơ sở y tế	Khám bệnh	Giường bệnh	Phẫu thuật thủ thuật	Xét nghiệm	Chẩn đoán hình ảnh
2.7	TYTX Hồng Hóa	0,289	0,686	0,385	-	-
2.8	TYTX Hóa Hợp	0,252	1,466	0,370	-	-
2.9	TYTX Hóa Sơn	0,281	0,190	0,240	-	-
2.10	TYTX Xuân Hóa	0,325	2,330	0,505	-	-
2.11	TYTX Yên Hóa	0,203	-	1,204	-	-
2.12	TYTX Quy Hóa	0,447	1,006	1,443	-	-
2.13	TYTX Minh Hóa	0,247	0,461	0,663	-	-
2.14	TYTX Tân Hóa	0,236	0,803	1,782	-	-
2.15	TYTX Trung Hóa	0,581	-	1,677	-	-
2.16	TYTX Thượng Hóa	0,393	1,997	0,480	-	-

Bảng 3.13 cho thấy sự chênh lệch giữa chi phí các dịch vụ KCB BHYT theo phân tích chi phí giữa các tuyến. Dịch vụ khám bệnh tại tuyến huyện và tuyến xã khá tương đồng nhau. Trong khi đó, chi phí đơn vị dịch vụ giường bệnh và PTTT tại tuyến xã luôn cao hơn BVĐK huyện. Tuy nhiên, sự khác biệt ở dịch vụ giường bệnh và PTTT giữa hai tuyến không có ý nghĩa thống kê khi  $p > 0.05$  với kiểm định Mann-Whitney test. Tại BVĐK huyện, PTTT và giường bệnh là hai dịch vụ có chi phí đơn vị cao nhất lần lượt là 374.000 VNĐ và 301.000 VNĐ. Tại tuyến xã, dịch vụ giường bệnh đang có chi phí đơn vị cao nhất là 776.095 VNĐ. Hóa Thanh, Xuân Hóa và Thượng Hóa đang là các TYTX có chi phí đơn vị dịch vụ giường bệnh cao nhất với lần lượt là 3.086.415 VNĐ; 2.330.113 VNĐ; 1.996.548 VNĐ. Dịch vụ PTTT có chi phí đơn vị cao thứ 2 tại tuyến xã với 592.251 VNĐ. Các xã có chi phí đơn vị cao nhất là Trung Hóa, Tân Hóa và Quy Hóa với lần lượt là 1.676.727 VNĐ; 1.782.480 VNĐ; 1.442.6. Tất cả các xã đều có dịch vụ khám bệnh và chi phí đơn vị là 319.665 VNĐ

**Bảng 3.14. Cơ cấu chi phí đầy đủ các dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.**

*Đơn vị tính: Nghìn đồng (VNĐ)*

Thành phần	Khám bệnh		Giường bệnh		Phẫu thuật, thủ thuật		Xét nghiệm		CDHA	
	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%
Nhân công	125	43,5	196	65,2	268	71,6	9	23	18	18,7
Khấu hao nhà cửa	11	3,9	11	3,5	13	3,6	0	0,4	1	1,2
Khấu hao trang thiết bị	7	2,6	25	8,3	18	4,7	2	4,5	15	15,8



Thành phần	Khám bệnh		Giường bệnh		Phẫu thuật, thủ thuật		Xét nghiệm		CDHA	
	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%
Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	138	47,8	43	14,3	48	12,8	-	-	-	-
VTTH xét nghiệm, CDHA	-	-	-	-	-	-	28	70	53	56,9
Vận hành	6	2,1	26	8,7	27	7,3	1	2,1	7	7,4
<b>Tổng cộng</b>	<b>287</b>	<b>100,0</b>	<b>301</b>	<b>100,0</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Bảng 3.14 cho thấy nhân công là cấu phần chiếm tỷ trọng cao nhất trong khám bệnh, giường bệnh và phẫu thuật, thủ thuật. Cấu phần này chiếm tới 71,6 % chi phí trung bình một lượt cung ứng dịch vụ phẫu thuật, thủ thuật. Chi phí liên quan đến thuốc, máu, dịch truyền, VTTH là chi phí cao thứ hai trong cơ cấu chi phí trung bình dịch vụ khám bệnh, giường bệnh và phẫu thuật, thủ thuật với tỷ lệ lần lượt là 47,8%; 14,3% và 12,8%. Chi duy nhất các dịch vụ như xét nghiệm, CDHA chi phí VTTH xét nghiệm, CDHA chiếm tỷ trọng cao nhất trong cơ cấu chi phí với lần lượt là 70,0% và 56,9%.

**Bảng 3.15. Cơ cấu chi phí đầy đủ các dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các Trạm Y tế xã, huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018**

*Đơn vị tính: Nghìn đồng (VNĐ)*

Thành phần	Khám bệnh		Giường bệnh		Phẫu thuật, thủ thuật	
	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%
Nhân công	201	62,8	238	30,7	213	36
Khấu hao nhà cửa	9	2,6	339	43,7	183	30,7
Khấu hao trang thiết bị	14	4,5	107	13,8	111	18,8
Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	71	22,2	63	8,1	60	10,2
VTTH xét nghiệm, CDHA	-	-	-	-	-	-
Vận hành	25	7,9	29	3,7	25	4,3
<b>Tổng cộng</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>	<b>776</b>	<b>100</b>	<b>592</b>	<b>100,0</b>

Bảng 3.15 cho thấy nhân công là mục chi phí chiếm tỷ trọng cao nhất đối với dịch vụ khám bệnh và phẫu thuật, thủ thuật với lần lượt là 62,8% và 36,0%. Ngoài ra, giường bệnh và phẫu thuật, thủ thuật cũng có chi phí khấu hao khá cao, đặc biệt là khấu hao nhà cửa chiếm lần lượt 43,7% đối với giường bệnh và 30,7% đối với phẫu thuật, thủ thuật. Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH là hạng mục chi phí cao thứ hai đối với dịch vụ khám bệnh chiếm khoảng 22,2% trên tổng chi phí.

**Bảng 3.16. So sánh chi phí đầy đủ trung bình một lượt cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế và phí dịch vụ tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)*

Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1) / (2)	P (Mann-Whitney test)	Phân tích chi phí (bỏ khấu hao) (3)	Tỷ lệ % (1) / (3)	P (Mann-Whitney test)
BVĐK huyện	Khám bệnh	32.286	149.913	21,5	P<0,001	131.211	24,6	P<0,001
	Giường bệnh	167.020	258.314	64,7	P<0,001	222.789	75,0	P<0,001
	Phẫu thuật thủ thuật	194.518	325.856	59,7	P<0,001	294.842	66,0	P<0,001
	Xét nghiệm	28.470	39.965	71,2	P<0,001	38.007	74,9	P<0,001
	CDHA	53.074	93.689	56,6	P<0,001	77.677	68,3	P<0,001
TYTX	Khám bệnh	26.315	248.647	10,6	P<0,001	225.852	11,7	P<0,001
	Giường bệnh	57.296	713.381	8,0	P<0,001	267.242	21,4	P<0,001
	Phẫu thuật thủ thuật	317.753	532.094	59,7	P<0,001	238.664	133,1	P<0,001

*Ghi chú: Chi phí đầy đủ đã loại bỏ cấu phần thuốc, máu, dịch truyền, vật tư tiêu hao*

Bảng 3.16 cho thấy khám bệnh là dịch vụ có sự chênh lệch cao nhất tại BVĐK huyện khi chi phí trung bình theo phí dịch vụ chỉ chiếm 21,5% chi phí đầy đủ. Tại các dịch vụ còn lại, sự chênh lệch là khá tương đương. Khi so sánh chi phí sau khi đã bỏ đi chi phí khấu hao, sự chênh lệch đã giảm đi tuy nhiên chi phí đầy đủ vẫn cao hơn phí dịch vụ ở tất cả các dịch vụ. Tại các TYTX, sự chênh lệch giữa chi phí đầy đủ và phí dịch vụ khá cao. Chi phí trung bình theo phí dịch vụ chỉ chiếm lần lượt 8,0% và 10,6% chi phí đầy đủ đối với dịch vụ giường bệnh và khám bệnh. Dịch vụ phẫu thuật thủ thuật lại có mức chênh lệch không nhiều khi phí dịch vụ chiếm 59,7% chi phí đầy đủ. Điều đặc biệt khi bỏ đi chi phí khấu hao, sự chênh lệch giữa chi phí trung bình theo chi phí đầy đủ và phí dịch vụ tại dịch vụ khám bệnh và phẫu thuật thủ thuật thay đổi khá nhiều, đặc biệt là phẫu thuật thủ thuật thậm chí có mức chi phí trung bình theo phí dịch vụ

cao hơn chi phí đầy đủ. Các sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  bằng kiểm định Mann-Whitney test khi so sánh chi phí trung bình một lần cung ứng dịch vụ theo phân tích chi phí và chi phí cung ứng dịch vụ theo phí dịch vụ.

### 3.3. Xác định suất phí cơ bản dựa trên phân tích chi phí nhằm đề xuất phương thức chi trả phù hợp cho tuyến y tế cơ sở

#### 3.3.2. Suất phí cơ bản tính toán bằng phân tích chi phí tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình

**Bảng 3.18. Suất phí cơ bản các cơ sở y tế tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)*

Cơ sở y tế	Số thẻ đăng ký KCBBD	Tổng chi phí ngoại trú theo phân tích chi phí	Suất phí cơ bản
BVĐK huyện Minh Hóa	6.461	14.703	2,275
TYTX Quy Đạt	4.437	603	0,136
TYTX Trọng Hóa	4.021	847	0,211
TYTX Hóa Thanh	1.394	593	0,425
TYTX Hóa Phúc	603	295	0,490
TYTX Dân Hóa	3.864	806	0,208
TYTX Hóa Tiến	2.710	480	0,177
TYTX Hồng Hóa	3.573	733	0,205
TYTX Hóa Hợp	3.502	654	0,187
TYTX Hóa Sơn	1.731	604	0,349
TYTX Xuân Hóa	2.759	653	0,236
TYTX Yên Hóa	3.781	760	0,201
TYTX Quy Hóa	953	475	0,498
TYTX Minh Hóa	3.780	696	0,184
TYTX Tân Hóa	3.062	670	0,219
TYTX Trung Hóa	5.544	734	0,132
TYTX Thượng Hóa	3.291	1.007	0,306
Tất cả các TYTX	49.005	14.703	0,216
Toàn huyện	55.466	603	0,456

Bảng 3.18 cho thấy sự khác nhau ở SPCB giữa các CSYT, đặc biệt là tuyến huyện và tuyến xã. BVĐK huyện Minh Hóa là CSYT có số thẻ đăng ký KCBBD nhiều nhất đồng thời và cũng là nơi có SPCB cao nhất lên tới 2.275.577 VNĐ. BVĐK huyện Minh Hóa đồng thời cũng là CSYT có tổng chi phí KCB ngoại trú cao nhất. Đối với tuyến xã, các TYTX có suất phí cơ bản cao nhất là TYTX Quy Hóa (498.363 VNĐ); TYTX Hóa Phúc (489.684 VNĐ); TYTX Hóa Thanh (425.374 VNĐ). Đồng thời, các TYTX có SPCB thấp nhất là những CSYT có số lượng thẻ đăng ký KCBBD cao nhất như TYTX Quy Đạt (135.969 VNĐ); TYTX Trọng Hóa (210.761 VNĐ); TYTX Trung Hóa (132.382 VNĐ). SPCB của BVĐK huyện đang cao hơn rất nhiều so với SPCB của từng TYTX (216.536 VNĐ) và của toàn huyện (456.385 VNĐ). Tất cả các TYTX

đều có SPCB thấp hơn so với SPCB toàn huyện. Tuy nhiên, SPCB từng TYTX lại cho thấy sự chênh lệch khác nhau khi so sánh với SPCB của tất cả các TYTX.

### 3.3.3. Quỹ định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình.

**Bảng 3.20. Quỹ định suất năm 2019 và tổng chi phí ngoại trú theo phân tích chi phí năm 2018 tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình.**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)*

	<b>Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí (1)</b>	<b>Quỹ ĐS phân tích chi phí (2)</b>	<b>Tỷ lệ (%) [(2) – (1)]*100%/(1)]</b>
BVĐK huyện Minh Hóa	14.703	2.949	-79,9%
TYTX Quy Đạt	603	2.025	235,7%
TYTX Trọng Hóa	847	1.835	116,5%
TYTX Hóa Thanh	593	636	7,3%
TYTX Hóa Phúc	295	275	-6,8%
TYTX Dân Hóa	806	1.763	118,9%
TYTX Hóa Tiến	480	1.237	157,7%
TYTX Hồng Hóa	733	1.631	122,4%
TYTX Hóa Hợp	654	1.598	144,5%
TYTX Hóa Sơn	604	790	30,7%
TYTX Xuân Hóa	653	1.259	93,0%
TYTX Yên Hóa	760	1.726	127,0%
TYTX Quy Hóa	475	435	-8,4%
TYTX Minh Hóa	696	1.725	147,7%
TYTX Tân Hóa	670	1.397	108,4%
TYTX Trung Hóa	734	2.530	244,7%
TYTX Thượng Hóa	1.007	1.502	49,1%

Bảng 3.20 cho thấy quỹ định suất ước tính theo phân tích chi phí năm 2019 đều chênh lệch so với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú theo phân tích chi phí năm 2018 tại tất cả các CSYT huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình. Sự chênh lệch cao nhất tại tuyến huyện khi BVĐK huyện có quỹ định suất giảm tới 79,9% khi so sánh với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú. Tại tuyến xã, chỉ có 2 TYTX có quỹ định suất giảm so với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú là TYTX Hóa Phúc và TYTX Quy Hóa với tỷ lệ chênh lệch lần lượt là -6,8% và -8,4%. Các TYTX còn lại đều có quỹ định suất ước tính cao hơn so với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú đặc biệt là TYTX Quy Đạt (tăng 235,7%), TYTX Trung Hóa (tăng 244,7%), TYTX Hóa Tiến (tăng 157,7%).

**Bảng 3.21. Quỹ định suất năm 2019 và tổng chi phí ngoại trú theo phân tích chi phí năm 2018 tại tuyến xã, huyện Minh Hóa, Quảng Bình**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VND)*

Cơ sở y tế	Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí (1)	Quỹ ĐS phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1)]/(1)
TYTX Quy Đạt	603.296.527	960.769.627	59,3%
TYTX Trọng Hóa	847.471.800	870.690.708	2,7%
TYTX Hóa Thanh	592.970.842	301.850.994	-49,1%
TYTX Hóa Phúc	295.279.527	130.571.126	-55,8%
TYTX Dân Hóa	805.611.761	836.694.577	3,9%
TYTX Hóa Tiến	480.002.916	586.812.191	22,3%
TYTX Hồng Hóa	733.066.229	773.682.641	5,5%
TYTX Hóa Hợp	653.742.428	758.308.595	16,0%
TYTX Hóa Sơn	604.239.801	374.823.580	-38,0%
TYTX Xuân Hóa	652.569.469	597.422.448	-8,5%
TYTX Yên Hóa	760.106.169	818.722.101	7,7%
TYTX Quy Hóa	474.939.532	206.358.678	-56,6%
TYTX Minh Hóa	696.393.418	818.505.565	17,5%
TYTX Tân Hóa	670.497.085	663.032.815	-1,1%
TYTX Trung Hóa	733.926.910	1.200.474.828	63,6%
TYTX Thượng Hóa	1.007.225.594	712.619.527	-29,2%

Bảng 3.21 cho thấy sau khi tách tuyến huyện khỏi tuyến xã khi phân bổ quỹ định suất, sự chênh lệch giữa quỹ định suất và tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú theo phân tích chi phí có sự khác biệt giữa các TYTX. TYTX Trung Hóa, TYTX Quy Đạt đang là các địa phương nhận được quỹ định suất nhiều nhất so với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú với tỷ lệ gia tăng lần lượt là 63,6%; 59,3%. Các TYTX Hóa Phúc, TYTX Hóa Thanh, TYTX Quy Hóa đang là các địa phương nhận được quỹ định suất cắt giảm nhiều nhất so với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú với tỷ lệ giảm lần lượt là -55,8%; -49,1% và -56,6%.

### 3.3.4. Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình.

**Bảng 3.24. Quỹ định suất năm 2019 bao gồm hệ số điều chỉnh và tổng chi phí ngoại trú năm 2018 theo phân tích chi phí**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VND)*

Cơ sở y tế	Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí (1)	Quỹ ĐS phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1)]/(1)
BVĐK Minh Hóa	14.703	9.713	-33,9%
TYTX Quy Đạt	603	975	61,7%
TYTX Trọng Hóa	847	987	16,5%
TYTX Hóa Thanh	593	811	36,8%

Cơ sở y tế	Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí (1)	Quỹ ĐS phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1)]/(1)
TYTX Hóa Phúc	295	316	7,1%
TYTX Dân Hóa	806	1.109	37,7%
TYTX Hóa Tiến	480	566	18,0%
TYTX Hồng Hóa	733	1.078	47,0%
TYTX Hóa Hợp	654	1.116	70,7%
TYTX Hóa Sơn	604	879	45,5%
TYTX Xuân Hóa	653	1.175	80,1%
TYTX Yên Hóa	760	1.254	65,0%
TYTX Quy Hóa	475	778	63,8%
TYTX Minh Hóa	696	943	35,4%
TYTX Tân Hóa	670	1.156	72,4%
TYTX Trung Hóa	734	1.316	79,3%
TYTX Thượng Hóa	1.007	1.140	13,2%

Kết quả từ bảng 3.24 cho thấy sự chênh lệch diễn ra không đồng đều giữa quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh và tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí. Tuy nhiên sự chênh lệch tại tuyến huyện của quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh đã giảm đi rất nhiều so với kết quả quỹ định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh. Quỹ định suất tại BVĐK huyện chỉ còn giảm -33,9% khi so với tổng chi KCB ngoại trú. Tại tuyến xã, các TYTX có sự chênh lệch giữa quỹ định suất và tổng chi KCB ngoại trú nhiều nhất là TYTX Quy Đạt, TYTX Tân Hóa, TYTX Trung Hóa. Các TYTX có sự chênh lệch giữa quỹ định suất và tổng chi KCB ngoại trú ít nhất là TYTX Trọng Hóa, TYTX Thượng Hóa, TYTX Hóa Phúc.

**Bảng 3.27. Quỹ định suất năm 2019 bao gồm hệ số điều chỉnh và tổng chi phí ngoại trú năm 2018 theo phân tích chi phí tại tuyến xã**

*Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)*

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ định suất (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1)]/(1)
TYTX Quy Đạt	603	663	10,0%
TYTX Trọng Hóa	847	671	-20,8%
TYTX Hóa Thanh	593	552	-7,0%
TYTX Hóa Phúc	295	215	-27,1%
TYTX Dân Hóa	806	755	-6,3%
TYTX Hóa Tiến	480	385	-19,8%
TYTX Hồng Hóa	733	733	0,0%
TYTX Hóa Hợp	654	759	16,1%
TYTX Hóa Sơn	604	598	-1,0%
TYTX Xuân Hóa	653	799	22,5%
TYTX Yên Hóa	760	853	12,3%
TYTX Quy Hóa	475	529	11,4%

	<b>Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)</b>	<b>Quỹ định suất (2)</b>	<b>Tỷ lệ (%) [(2) – (1)]/(1)]</b>
TYTX Minh Hóa	696	641	-7,9%
TYTX Tân Hóa	670	786	17,2%
TYTX Trung Hóa	734	895	22,0%
TYTX Thượng Hóa	1.007	776	-23,0%

Bảng 3.27 cho thấy sau khi tách tuyến huyện khỏi tuyến xã khi phân bổ quỹ định suất, sự chênh lệch giữa quỹ định suất và tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú theo phân tích chi phí đang không đồng đều giữa các TYTX. TYTX Xuân Hóa, Trung Hóa, Hóa Hợp đang là các địa phương nhận được quỹ định suất nhiều nhất so với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú với tỷ lệ gia tăng lần lượt là 22,5%; 21,9%; 16,1% . Các TYTX Hóa Phúc, Thượng Hóa, Trọng Hóa đang là các địa phương nhận được quỹ định suất cắt giảm nhiều nhất so với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú với tỷ lệ giảm lần lượt là -27,1%; -23% và -20,8%.

## **Chương 4 – BÀN LUẬN**

### **4.1. Về thực trạng hoạt động và cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình năm 2016 – 2018.**

Kết quả nghiên cứu đang cho thấy thực trạng hoạt động và cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình năm 2016-2018 vẫn còn một số mặt hạn chế và có những nét tương đồng đối với kết quả về thực trạng y tế cơ sở của nhiều nghiên cứu trước đó. Đối với các yếu tố đầu vào phục vụ cho hoạt động của các CSYT, tình trạng CSVC tại bệnh viện huyện và các TYTX vẫn còn hạn chế khi tỷ lệ khoa phòng có số năm sử dụng trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao. Ngoài ra, tình trạng thiếu TTB so với quy định của BHYT vẫn diễn ra ở phần lớn các TYTX tại Minh Hóa. Cơ cấu nhận lực tại tuyến huyện và tuyến xã tại Minh Hóa khá đồng đều. Tỷ lệ bác sĩ toàn huyện vẫn đang ở mức thấp so với mặt bằng chung cả nước mặc dù tỷ lệ bác sĩ tại tuyến xã lại cao hơn trung bình chung cả nước. Ngoài ra, cả bệnh viện huyện và các TYTX tại Minh Hóa đều không đáp ứng đầy đủ dịch vụ kỹ thuật theo danh mục của Bộ Y tế. Với tình trạng gia tăng ở nhu cầu và chi phí KCB của người dân, mô hình bệnh tật đang chuyển dịch sang nhóm các bệnh KLN, những hạn chế của các yếu tố đầu vào sẽ là thách thức đáng kể cho hệ thống YTCS trong việc đảm bảo chất lượng hoạt động và cung ứng dịch vụ KCB tại Minh Hóa.

### **4.2. Phân tích chi phí đầy đủ của dịch vụ khám, chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình, năm 2018.**

Đối với dịch vụ điều trị ngoại trú và nội trú, kết quả nghiên cứu cho thấy tuyến huyện đang có chi phí đầy đủ trung bình trên một lượt cao hơn tuyến xã đối với cả dịch vụ ngoại trú và nội trú. Đối với các dịch vụ KCB BHYT theo phương thức phí dịch vụ, nghiên cứu cho thấy sự chênh lệch trong chi phí đầy đủ giữa các tuyến khi tuyến xã đang có chi phí trung bình các dịch vụ cao hơn so với tuyến huyện. Nguyên nhân hàng đầu cho các sự chênh lệch trên được coi là cơ chế tài chính chưa hợp lý, chưa tạo động lực khuyến khích cải thiện chất lượng dịch vụ tại các TYTX. Tuyến xã vẫn phải gánh các khoản chi phí cố định như lương, khấu hao nhà cửa, khấu hao trang thiết bị cho dù

các khoản thu từ KCB BHYT còn ít và điều này gây ra tình trạng lãng phí nguồn lực phục vụ cho công tác KCB đặc biệt là khi ngân sách nhà nước vẫn là nguồn tài chính chủ yếu cho các TYTX hiện nay. Về cơ cấu chi phí đầy đủ, chi cho lương NVYT tại các TYTX ở mức cao và chiếm tỷ trọng lớn trong cơ cấu chi phí đang khiến cho chi phí dịch vụ y tế tại đây bị đẩy lên cao hơn nhiều so với trung bình chung và chi phí thực tế. Dịch vụ giường bệnh và phẫu thuật, thủ thuật là các dịch vụ có số lượt cung ứng không nhiều, tuy nhiên chi phí khấu hao tài sản cố định và TTB dành cho hai dịch vụ này lại đang chiếm tỷ trọng cao tại tuyến xã. Điều này cho thấy các khoản đầu tư về cơ sở vật chất, TTB phục vụ cho công tác KCB đang chưa thực sự hiệu quả. Về kết quả so sánh giữa chi phí đầy đủ trung bình một dịch vụ theo phân tích chi phí và phí dịch vụ, nghiên cứu cho thấy tất cả các dịch vụ khám, chữa bệnh đều có chi phí đầy đủ cao hơn so với chi phí theo phí dịch vụ. Việc chi phí đầy đủ cao hơn so với phí dịch vụ phản ánh thực trạng cơ chế tài chính cho các dịch vụ y tế được cung ứng đang chưa hợp lý, gây rủi ro tài chính cho các CSYT khi họ phải đối mặt với việc mất cân đối thu chi hiện hữu trong các dịch vụ cung ứng.

### **4.3. Xác định suất phí cơ bản dựa trên kết quả phân tích chi phí**

Kết quả nghiên cứu đang cho thấy sự chênh lệch giữa SPCB của từng CSYT. BVĐK huyện đang là nơi có giá trị SPCB cao hơn nhiều so với SPCB của từng TYTX và SPCB toàn huyện. SPCB của tất cả các TYTX đều thấp hơn so với SPCB toàn huyện ngoại trừ TYTX Quy Hóa, TYTX Hóa Phúc. SPCB phản ánh đầy đủ nguồn lực tiêu hao để duy trì hoạt động KCB BHYT ngoại trú cho thẻ đăng ký KCBBĐ tại CSYT. Nguyên nhân đầu tiên giải thích cho sự chênh lệch giữa SPCB của từng CSYT với SPCB toàn huyện đó là sự khác biệt về số thẻ đăng ký KCBBĐ của từng CSYT. Ngoài ra, SPCB được tính dựa trên phương pháp phân tích chi phí với đầy đủ các cấu phần và chi phí khối quản lý, hành chính được phân bổ từng bước xuống các các khoa phòng lâm sàng và cận lâm sàng. Vì thế, các yếu tố đầu vào, đặc điểm thẻ đăng ký KCBBĐ và quy mô hoạt động khác nhau ảnh hưởng đến sự chênh lệch SPCB giữa các CSYT.

Kết quả nghiên cứu cho thấy quỹ định suất BVĐK huyện đang có sự chênh lệch cao nhất khi thấp hơn 79,9% so với chi phí KCB BHYT ngoại trú theo phân tích chi phí. Tất cả các TYTX được thanh toán theo định suất nhiều hơn so với chi phí KCB BHYT ngoại trú của năm 2018 ngoại trừ TYTX Quy Hóa, Hóa Phúc. Tuy nhiên, các kết quả chênh lệch giữa quỹ định suất tại tuyến huyện bao gồm hệ số điều chỉnh và tổng chi KCB ngoại trú năm 2018 đã thay đổi đáng kể khi quỹ định suất chỉ còn giảm 33,9% so với tổng chi KCB ngoại trú. Các TYTX đều nhận được quỹ định suất cao hơn so với tổng chi KCB ngoại trú và sự chênh lệch thấp hơn mô hình định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh. Việc xác định nguyên nhân dẫn đến việc chênh lệch SPCB so với SPCB toàn huyện tại các CSYT được coi là yếu tố quan trọng cho việc xây dựng hệ số điều chỉnh trong hệ thống định suất. Các hệ số điều chỉnh nhằm phản ánh sự biến thiên về nguồn lực tiêu hao trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe đối với các đối tượng và ở từng đơn vị cung ứng dịch vụ khác nhau. Đối với tuyến CSSKBĐ, các yếu tố tác động chính đến biến thiên chi phí đối với các nhóm đối tượng thường là độ tuổi, giới tính. Người già và người lớn thường là các đối tượng chi phí KCB trung bình cao hơn các nhóm đối tượng còn lại. Trong khi đó, phụ nữ thường có tần suất KCB nhiều



hơn so với đàn ông. Khi xét trên khía cạnh đặc thù của từng CSYT, tần suất KCB BHYT ngoại trú của các thẻ đăng ký KCBBĐ tại BVĐK huyện Minh Hóa (3.11 lần) đang cao hơn nhiều so với các TYTX (0.66 lần) và trung bình chung toàn huyện (0.94 lần). Ngoài ra, đa số chi phí KCB BHYT ngoại trú tại BVĐK huyện lại từ KCB đa tuyến đến (chiếm gần 70% chi phí KCB BHYT ngoại trú) trong khi đó chi phí đa tuyến đến tại các TYTX chỉ khoảng 30%. Đây là những lí do khiến cho SPCB tại BVĐK huyện đang cao hơn nhiều so với SPCB toàn huyện. Và với những nguyên nhân kể trên, nghiên cứu này đã xây dựng hệ thống hệ số điều chỉnh dựa trên sự khác biệt chi phí KCB ngoại trú giữa các nhóm tuổi và tần suất KCB ngoại trú khác nhau giữa các CSYT. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy sự thay đổi đáng kể khi sự chênh lệch của quỹ định suất và tổng chi KCB ngoại trú tại tuyến huyện chỉ còn -36,1%. Sự chênh lệch tại các TYTX cũng đã thấp hơn so với kết quả của mô hình định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh. Các TYTX với thẻ đăng ký KCBBĐ ở nhóm tuổi với chi phí KCB trên đầu thẻ cao hơn, có tần suất KCB nhiều hơn là những TYTX sẽ nhận được kết dư quỹ định suất so với tổng chi ngoại trú thấp hơn đối với các TYTX còn lại.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Thực trạng hoạt động, cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình.**

- Thực trạng cơ sở vật chất tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa vẫn còn hạn chế. Đối với BVĐK huyện, hầu hết các khoa phòng khối lâm sàng và cận lâm sàng đều đã có số năm sử dụng trên 10 năm. Đối với các TYTX, Trên 40% các TYTX đều có các phòng, ban có thời gian sử dụng trên 10 năm. Đặc biệt, một số các TYTX vẫn còn thiếu các phòng chức năng cơ bản.

- Tình trạng thiếu TTB vẫn còn diễn ra phổ biến ở cả tuyến huyện và tuyến xã. Các khoa có số lượng TTB còn thiếu nhiều nhất tại BVĐK huyện là khoa nội (80%), khoa chẩn đoán hình ảnh (79,4%), khoa dược (67,5%). Tại tuyến xã, trên 40% các TYTX đều thiếu TTB trong đó mục xét nghiệm (100% TYTX không có), khám phụ khoa (93,8% TYTX không có), y dược cổ truyền (79,1% TYTX không có), tiết trùng (51,5% TYTX không có) và TTB quản lý, vận hành (45,6%) là các hạng mục thiếu TTB nhiều nhất.

- Nhân lực huyện Minh Hóa khá đồng đều giữa các tuyến, bác sĩ và điều dưỡng là những nhân lực có tỷ trọng cao nhất trong cơ cấu. Tất cả các TYTX đều có bác sĩ và trung bình khoảng 7 NVYT cho một TYTX.

- Các CSYT tuyến YTCS huyện Minh Hóa vẫn chưa đáp ứng được đầy đủ các DVKT theo phân tuyến kĩ thuật của BHYT. Hầu hết các DVKT theo chuyên khoa chỉ đáp ứng dưới 50% theo danh mục của BHYT. Phần lớn các chuyên khoa tại tuyến xã cung ứng trên 40% các DVKT theo phân tuyến kĩ thuật của BHYT, tuy nhiên có đến 8/22 chuyên khoa theo phân tuyến kĩ thuật không có trong danh mục dịch vụ cung ứng tại các TYTX.

- Các bệnh về hô hấp vẫn luôn là các bệnh có số lượt điều trị chiếm đa số tại Minh Hóa. Tuy nhiên, xu hướng của mô hình bệnh tật đang có xu hướng chuyển dịch trong giai đoạn 2016-2018 khi các BKLN như tăng huyết áp, rối loạn chức năng tiền đình, suy nhược thần kinh đang có xu hướng gia tăng rõ rệt.

- Xu hướng gia tăng chi phí và số lượt cung ứng các dịch vụ KCB đang diễn ra nhanh chóng qua các năm tại cả tuyến huyện và tuyến xã.

## **2. Phân tích chi phí đầy đủ của dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình.**

- Đối với dịch vụ điều trị ngoại trú và nội trú, chi phí trung bình một lượt điều trị ngoại trú và nội trú tại tuyến huyện lần lượt là 732.000 VNĐ và 2,9 triệu VNĐ. Tương tự, chi phí trung bình một lượt điều trị ngoại trú, nội trú tại tuyến xã lần lượt là 329.000 VNĐ và 1,3 triệu VNĐ (2,9 triệu VNĐ). Đối với các dịch vụ KCB BHYT, chi phí đơn vị dịch vụ khám bệnh, giường bệnh, phẫu thuật – thủ thuật, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh tại BV huyện lần lượt là 287.000 VNĐ, 301.000 VNĐ, 374.000 VNĐ, 40.000 VNĐ và 94.000 VNĐ. Chi phí đơn vị dịch vụ khám bệnh, giường bệnh, phẫu thuật thủ thuật tại các trạm y tế xã lần lượt là 320.000 VNĐ, 776.000 VNĐ, 592.000 VNĐ.

- Về cơ cấu chi phí đầy đủ, kết quả nghiên cứu cho thấy chi phí nhân lực luôn chiếm tỷ trọng cao nhất trong điều trị ngoại trú và nội trú cũng như trong hầu hết các dịch vụ KCB BHYT theo phương thức phí dịch vụ ngoại trừ dịch vụ xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tại BVĐK huyện có VTTX xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh chiếm tỷ trọng cao nhất.

- Về kết quả so sánh giữa chi phí đầy đủ trung bình một dịch vụ theo phân tích chi phí và phí dịch vụ, nghiên cứu cho thấy tất cả các dịch vụ KCB đều có chi phí đầy đủ cao hơn so với chi phí theo phí dịch vụ. Tại tuyến huyện, mức chênh lệch này là không nhiều nhưng lại khá cao tại tuyến xã.

- Việc tính toán SPCB bằng phương pháp phân tích chi phí là cần thiết giúp phản ánh chính xác nhất mức độ tiêu hao nguồn lực mà các cơ sở y tế sử dụng nhằm cung ứng dịch vụ hiệu quả. Qua đó có thể xác định được định mức thanh toán định suất công bằng, phù hợp cho các cơ sở y tế tuyến YTCS

## **3. Xác định suất phí cơ bản dựa trên kết quả phân tích chi phí**

- Kết quả nghiên cứu đều cho thấy sự chênh lệch giữa SPCB tại các CSYT đặc biệt là giữa tuyến huyện và tuyến xã. BVĐK huyện đang là nơi có giá trị SPCB là 2.275.577 VNĐ cao hơn nhiều so với SPCB của từng TYTX và SPCB toàn huyện (456.385 VNĐ). SPCB của tất cả các TYTX đều thấp hơn so với SPCB toàn huyện ngoại trừ TYTX Quy Hóa (498.363 VNĐ), TYTX Hóa Phúc (489.684 VNĐ). SPCB từng TYTX lại cho thấy sự chênh lệch khác nhau khi so sánh với SPCB của tất cả các TYTX (216.536 VNĐ) khi bóc tách tuyến huyện ra khỏi tuyến xã trong phân bổ định suất.

- Kết quả nghiên cứu cho thấy quỹ định suất BVĐK huyện năm 2019 khi chưa bao gồm các hệ số điều chỉnh đang có sự chênh lệch cao nhất khi giảm tới 79.9% so với tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí năm 2018. Hầu hết các TYTX được thanh toán theo định suất nhiều hơn so với chi phí KCB ngoại trú của năm 2018 ngoại trừ TYTX Quy Hóa. Tuy nhiên, sự chênh lệch quỹ định suất sau khi bao gồm các hệ số điều chỉnh đề xuất trong nghiên cứu và tổng chi KCB ngoại trú đã thay đổi đáng kể so với mô hình chưa bao gồm hệ số điều chỉnh. Quỹ định suất tại BVĐK huyện giảm 33,9% so với tổng chi KCB ngoại trú. Ngoài ra, tất cả các TYTX đều có kết dư quỹ định suất năm 2019 so với tổng chi KCB ngoại trú năm 2018.

- Sự khác biệt về kết quả quỹ định suất trong hai mô hình có hệ số điều chỉnh và không có hệ số điều chỉnh cho thấy các yếu tố đặc thù tại từng cơ sở y tế tuyến YTCS như cơ cấu thẻ đăng ký KCBĐ, tần suất KCB ... có các tác động rõ rệt lên SPCB và việc phân bổ quỹ định suất. Việc xác định các yếu tố và tính toán các hệ số điều chỉnh nhằm phản ánh biến thiên SPCB của các cơ sở y tế với SPCB chung để tính định suất là điều cần thiết và phù hợp trong bối cảnh hiện nay.

### **KIẾN NGHỊ**

1. Các CSYT và cơ quan quản lý cần có các giải pháp huy động nguồn lực nhằm tăng cường đầu tư nâng cấp CSVC tại khu vực lâm sàng và cận lâm sàng tại BV huyện và bổ sung các phòng chức năng còn thiếu tại các TYTX; Bổ sung TTB còn thiếu tại các CSYT; Củng cố và bổ sung thêm các danh mục dịch vụ kỹ thuật và nguồn lực cần thiết đi kèm cũng như thuốc thiết yếu, nhân lực tại các CSYT; Tăng cường đào tạo cán bộ y tế tuyến xã về siêu âm, xét nghiệm.

2. Cơ quan quản lý và CSYT cần có các giải pháp mạnh mẽ về cơ chế tài chính nhằm giải quyết những hạn chế còn tồn tại về thực trạng gây ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động của các CSYT. Các TYTX với số lượt cung ứng ít trong khi vẫn phải gánh các khoản chi cố định như nhân công, khấu hao tài sản đòi hỏi cơ quan quản lý cần có các bước rà soát trong phân bổ nguồn lực như phân bổ lại TTB, đầu tư CSVC theo nhu cầu và nguồn lực thực tế nhằm tránh lãng phí. Ngoài ra, Bộ Y tế cũng cần đẩy mạnh hơn nữa lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế giúp các CSYT tránh khỏi các rủi ro về tài chính.

3. Kiến nghị áp dụng và tiến hành phân tích chi phí hàng năm trên quy mô toàn quốc để tính toán SPCB để xây dựng hệ thống PTCT theo định suất cho tuyến YTCS nhằm phản ánh chính xác, đầy đủ hơn nguồn lực tiêu hao cần thiết để cung ứng dịch vụ tại các cơ sở y tế so với việc sử dụng dữ liệu tính toán theo phí dịch vụ như hiện nay.

4. Nếu thực hiện hòa chung quỹ định suất giữa tuyến huyện và tuyến xã, việc thực hiện sẽ cần phải có lộ trình do đang tồn tại sự khác biệt lớn về cơ cấu thẻ, SPCB, tần suất KCB của 2 tuyến này. Nếu phân bổ tách riêng giữa hai tuyến, các TTYT huyện là cơ quan quản lý trực tiếp sẽ chịu trách nhiệm quản lý và phân bổ quỹ đến các TYTX theo nguyên tắc định suất nhằm đạt được cân bằng trong thặng dư cân đối tài chính và chất lượng cung ứng dịch vụ. Mô hình định suất cần phải tích hợp hệ thống các hệ số điều chỉnh theo chi phí, tần suất, nhóm đối tượng tham gia KCB và xác định dịch vụ nằm trong phạm vi định suất hợp lý. Các hệ số liên tục hàng năm hoặc 6 tháng 1 lần phải được tính toán, điều chỉnh nhằm cân bằng những biến thiên gây ra do sự khác nhau trong tần suất và chi phí KCB trung bình của mỗi cơ sở y tế và các nhóm đối tượng tham gia KCB.