

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**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2022

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**

Ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9 72 07 01

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

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

HÀ NỘI – 2022

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ một công trình nào khác

Tác giả luận án

Đặng Thành Nam

LỜI CẢM ƠN

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đối với hai thầy hướng dẫn là PGS.TS. Nguyễn Thị Thùy Dương và TS. Thẩm Chí Dũng đã hết lòng, tận tình hướng dẫn và động viên tôi trong suốt quá trình học tập và viết luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn lãnh đạo Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; các cán bộ của các khoa, phòng; các cán bộ Phòng Đào tạo Sau Đại học thuộc Khoa Đào tạo và Quản lý khoa học đã luôn quan tâm, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại Cơ sở Đào tạo của Viện.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo Sở Y tế, Bảo hiểm xã hội tỉnh Quảng Bình đã tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất cho tôi trong quá trình triển khai nghiên cứu. Tôi cũng đặc biệt xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Ban giám đốc, cán bộ, nhân viên tại Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa, Trung tâm Y tế huyện Minh Hóa và toàn bộ 16 Trạm Y tế xã thuộc huyện Minh Hóa đã nhiệt tình giúp đỡ, tích cực hỗ trợ và cung cấp các thông tin cần thiết để thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn lãnh đạo Bộ Y tế, Vụ Kế hoạch Tài chính đã tạo điều kiện để tôi tham gia vào đề án đổi mới phương thức chi trả của Bộ, hỗ trợ các thủ tục hành chính và quản lý nhà nước trong suốt quá trình nghiên cứu và hoàn thành công trình này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu nặng đối với bố, mẹ tôi đã sinh thành, nuôi dạy, yêu thương và là điểm tựa giúp tôi vượt qua mọi khó khăn trong cuộc sống.

Cuối cùng, tôi xin dành những lời cảm ơn sâu sắc tới vợ và con tôi là nguồn động lực và chỗ dựa tinh thần giúp tôi vượt qua mọi khó khăn trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2022

Tác giả luận án

Đặng Thành Nam

MỤC LỤC

Trang phụ bìa	i
Lời cam đoan	ii
Lời cảm ơn	iii
Mục lục.....	iv
Danh mục các bảng	xii
Danh mục các hình vẽ, đồ thị.....	xvi
MỞ ĐẦU	1
Chương 1 - TỔNG QUAN.....	4
1.1. Các khái niệm.....	4
1.2. Thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở	7
1.2.1. Vị trí của y tế cơ sở trong hệ thống y tế.....	7
1.2.2. Chức năng, nhiệm vụ	7
1.2.3. Cơ cấu tổ chức	8
1.2.4. Các yếu tố đầu vào cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở.....	9
1.3. Phân tích chi phí nhằm đổi mới và tăng cường hiệu quả cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở.....	13
1.3.1. Phương pháp tính toán chi phí dịch vụ y tế	13
1.3.2. Ứng dụng phân tích chi phí đơn vị tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu	15
1.4. Phân tích chi phí nhằm xây dựng hệ thống phương thức chi trả theo định suất tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu	21

1.4.1. Các phương thức chi trả và xu hướng đổi mới phương thức chi trả theo định suất tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu	21
1.4.2. Ứng dụng phân tích chi phí trong xây dựng hệ thống phương thức chi trả theo định suất	23
1.4.3. Định hướng mô hình phương thức chi trả theo định suất sửa đổi tại Việt Nam	26
Chương 2-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	30
2.1. Khung lý thuyết nghiên cứu.....	30
2.2. 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.	31
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	31
2.2.2. Địa điểm.....	31
2.2.3. Thời gian	31
2.2.4. Thiết kế nghiên cứu.....	31
2.2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	32
2.2.6. Các biến số/ chỉ số nghiên cứu	32
2.2.7. Phương pháp thu thập số liệu.....	32
2.2.8. Quản lý và phân tích số liệu.....	33
2.3. Mục tiêu 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.	33
2.3.1. Quan điểm nghiên cứu phân tích chi phí	33
2.3.2. Đối tượng nghiên cứu	33
2.3.3. Địa điểm.....	33

2.3.4. Thời gian	34
2.3.5. Thiết kế nghiên cứu.....	34
2.3.6. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu	48
2.3.7. Phương pháp thu thập số liệu.....	48
2.3.8. Quản lý và phân tích số liệu.....	49
2.4. Mục tiêu 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. 49	
2.4.1. Đối tượng nghiên cứu	49
2.4.2. Địa điểm nghiên cứu	49
2.4.3. Thời gian nghiên cứu	50
2.4.4. Thiết kế nghiên cứu.....	50
2.4.5. Chọn mẫu và cỡ mẫu	50
2.4.6. Phương pháp xác định quỹ định suất.....	50
2.4.7. Phương pháp xác định hệ số điều chỉnh	51
2.4.8. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu	52
2.4.9. Phương pháp thu thập số liệu.....	52
2.4.10. Quản lý và phân tích số liệu.....	53
2.5. Tổ chức nghiên cứu.....	53
2.5.1. Tổ chức thực hiện.....	53
2.5.2. Lực lượng tham gia nghiên cứu	53
2.6. Phương pháp hạn chế sai số	54

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y học	54
Chương 3-KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	55
3.1. Thực trạng hoạt động và cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tuyến y tế cơ sở. 55	
3.1.1. Thực trạng tổ chức, nguồn lực của tuyến y tế cơ sở	55
3.1.2. Thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh của tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình 2018.	62
3.2. Phân tích chi phí đầy đủ của dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở của huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.....	71
3.2.1. Cơ cấu các khoản chi dành cho hoạt động khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hoá, Quảng Bình	71
3.2.2. Ước tính chi phí đầy đủ theo dịch vụ điều trị ngoại trú và nội trú	73
3.2.3. Ước tính chi phí đầy đủ theo dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế bằng phương thức phí dịch vụ.....	78
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	85
3.3.1. Thông tin về thẻ đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu của tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình	85
3.3.2. Suất phí cơ bản dựa trên phân tích chi phí tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình	88
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.....	91
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	94

3.3.5. Kết quả kiểm định mối tương quan giữa các giá trị quỹ định suất dự báo năm 2019 và tổng chi khám, chữa bệnh ngoại trú năm 2018	100
Chương 4-BÀN LUẬN.....	102
4.1. 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.	102
4.1.1. Về cơ sở vật chất, trang thiết bị	102
4.1.2. Về nhân lực	103
4.1.3. Về cung ứng dịch vụ kỹ thuật.	103
4.1.4. Về cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh theo bệnh.....	104
4.1.5. Về cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh theo dịch vụ.....	106
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	107
4.2.1. Ước tính chi phí đầy đủ.....	107
4.2.2. Cơ cấu chi phí đầy đủ.....	109
4.2.3. So sánh chi phí đầy đủ và phí dịch vụ	109
4.2.4. So sánh với các nghiên cứu khác	111
4.3. Xác định suất phí cơ bản dựa trên kết quả phân tích chi phí	113
4.3.1. Kết quả về suất phí cơ bản	113
4.3.2. So sánh quỹ định suất ước tính năm 2019 và tổng chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú năm 2018 theo phân tích chi phí ...	115
4.3.3. So sánh kết quả với các nghiên cứu khác	117
4.4. Hạn chế của nghiên cứu	124
KẾT LUẬN	127

KIẾN NGHỊ	131
CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	133
TÀI LIỆU THAM KHẢO	134
Phụ lục 1	148
Phụ lục 2	152
Phụ lục 3	153
Phụ lục 4	192
Phụ lục 5	196
Phụ lục 6	199
BẢNG KÊ CHI THƯỜNG XUYÊN TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018.....	214
BẢNG KÊ MÃ KHOA TẠI CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA.....	217
BẢNG THU THẬP LƯƠNG VÀ THỜI GIAN LÀM VIỆC CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018	218
BẢNG KÊ THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ VẬT CHẤT TẠI BỆNH VIỆN HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018	219
BẢNG KÊ THÔNG TIN TRANG THIẾT BỊ Y TẾ TẠI CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018	220
BẢNG KÊ THÔNG TIN TRANG THIẾT BỊ KHÁC TẠI CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018	221

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT, KÍ HIỆU

Bảo hiểm xã hội	BHXH
Bảo hiểm y tế	BHYT
Bệnh viện	BV
Bệnh viện đa khoa	BVĐK
Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân	BPCSSKTD
Bệnh không lây nhiễm	BKLN
Bộ Y tế	BYT
Chăm sóc sức khỏe	CSSK
Chăm sóc sức khỏe ban đầu	CSSKBĐ
Chăm sóc sức khỏe sinh sản	CSSKSS
Chẩn đoán hình ảnh	CĐHA
Cơ sở vật chất	CSVC
Cơ sở y tế	CSYT
Dịch vụ y tế	DVYT
Khám, chữa bệnh	KCB
Ngân sách nhà nước	NSNN
Nhân viên y tế	NVYT
Phương thức chi trả	PTCT
Phẫu thuật, thủ thuật	PTTT
Trạm Y tế xã	TYTX
Trang thiết bị	TTB
Trung tâm y tế	TTYT
Tổ chức Y tế Thế giới	TCYTTG
Y học gia đình	YHGĐ
Y tế dự phòng	YTDP

Y tế cơ sở	YTCS
Vật tư tiêu hao	VTTH
Viện Chiến lược và Chính sách y tế	VCLCSYT
Suất phí cơ bản	SPCB

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1. Các nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu trên thế giới, 2013-2017.	16
Bảng 1.2. Các kết quả nghiên cứu của phân tích chi phí tại tuyến y tế cơ sở (USD)	17
Bảng 1.3. Các nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị tại tuyến y tế cơ sở ở Việt Nam	19
Bảng 1.4. Kết quả nghiên cứu phân tích chi phí tại tuyến y tế cơ sở tại Việt Nam	20
Bảng 2.1. Các cấu phần chi phí và phương pháp thu thập.....	35
Bảng 2.2. Chi phí và các trung tâm chi phí tại Trạm Y tế Xã	38
Bảng 2.3. Các yếu tố phân bổ cho các hạng mục chi phí khi phân bổ vào các Trung tâm chi phí	40
Bảng 2.4. Các yếu tố phân bổ áp dụng cho các hạng mục chi phí khi phân bổ xuống các dịch vụ KCB tại TYTX.....	42
Bảng 2.5. Chi phí và các trung tâm chi phí tại Bệnh viện Đa khoa Huyện....	43
Bảng 2.6. Các yếu tố phân bổ áp dụng với các hạng mục chi phí khi phân bổ cho các khoa phòng tại các Trung tâm chi phí.....	44
Bảng 2.7. Các yếu tố phân bổ của từng hạng mục chi phí tại các khoa, phòng khi phân bổ từng bước tại bệnh viện huyện	46
Bảng 2.8. Các yếu tố phân bổ khi phân bổ chi phí xuống các dịch vụ đầu ra tại bệnh viện huyện	47
Bảng 3.1. Tình trạng hoạt động các khoa phòng tại các Trạm Y tế xã, huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.....	55
Bảng 3.2. Tình trạng hoạt động của các khoa/phòng tại Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa, Quảng Bình 2018.	57

Bảng 3.3. Cơ cấu nhân lực của tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018	57
Bảng 3.4. Hiện trạng các trang thiết bị, dụng cụ tại Trạm Y tế xã, huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.....	58
Bảng 3.5. Hiện trạng trang thiết bị tại Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.	60
Bảng 3.6. Thực trạng cung ứng dịch vụ kỹ thuật tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.....	62
Bảng 3.7. Danh mục 10 bệnh được điều trị nhiều nhất tại tuyến y tế cơ sở của huyện Minh Hóa, giai đoạn 2016-2018	65
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	68
Bảng 3.9. Các khoản chi dành cho hoạt động khám, chữa bệnh của các cơ sở y tế huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.	71
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.....	73
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.	75
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.	77
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.....	78
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	80
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	81

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	82
Bảng 3.17. Các chỉ số về chi phí điều trị ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình, 2018.....	86
Bảng 3.18. Suất phí cơ bản của các cơ sở y tế tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.....	88
Bảng 3.19. Kết quả kiểm định mối tương quan giữa SPCB và các yếu tố tác động lên SPCB để xây dựng hệ số điều chỉnh	89
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.....	91
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	92
Bảng 3.22. Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi khi phân bổ chung cả hai tuyến huyện và xã.....	94
Bảng 3.23. Hệ số giao quỹ theo tần suất khi phân bổ chung cả hai tuyến huyện và xã	95
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.....	96
Bảng 3.25. Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi tại tuyến xã	97
Bảng 3.26. Hệ số giao quỹ theo tần suất cho tuyến xã	98
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	99
Bảng 3.28. Mối tương quan giữa quỹ định suất 2019 và tổng chi khám chữa bệnh ngoại trú 208 khi hòa chung quỹ định suất tuyến huyện và tuyến xã ..	100
Bảng 3.29. Mối tương quan giữa quỹ định suất 2019 và tổng chi khám chữa bệnh ngoại trú 208 khi tách riêng quỹ định suất tuyến huyện và tuyến xã...	101

Bảng 4.1. So sánh suất phí cơ bản và quỹ định suất với các chỉ số chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước tại tuyến huyện của các nghiên cứu	119
Bảng 4.2. So sánh suất phí cơ bản và quỹ định suất với các chỉ số chi phí KCB BHYT tương đương năm trước tại tuyến xã trong các nghiên cứu.	122

DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, ĐỒ THỊ

Hình 1.1. Các yếu tố xác định định mức thanh toán trong hệ thống phương thức chi trả [91]	24
Hình 2.1. Khung lý thuyết nghiên cứu.....	30
Hình 2.2. Các bước trong thiết kế nghiên cứu để ước tính chi phí đầy đủ các dịch vụ khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế.....	35
Hình 2.3. Phân bổ chi phí qua các Trung tâm chi phí tại Trạm Y tế Xã	41
Hình 2.4. Phương pháp phân bổ chi phí từng bước	46
Hình 2.5. Tính toán quỹ định [67],[91].....	51
Hình 2.6. Phương pháp tính suất phí của mỗi PTCT	51
Biểu đồ 3.1. Tỷ trọng cơ cấu thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu theo nhóm tuổi tại tuyến y tế cơ sở Minh Hóa, Quảng Bình, 2018	85
Biểu đồ 3.2. Chi phí điều trị ngoại trú trung bình trên đầu thẻ bảo hiểm y tế theo nhóm tuổi tại Minh Hóa, Quảng Bình, 2018	86

MỞ ĐẦU

Y tế cơ sở (YTCS) của Việt Nam bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, thị trấn, quận, huyện, thị xã là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo. Với sự đầu tư của chính phủ, hệ thống YTCS thời gian qua đã từng bước phát triển và đạt được nhiều thành tựu, tuy nhiên YTCS vẫn tồn tại không ít hạn chế trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), khám và chữa các bệnh thông thường ngay tại cộng đồng.

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 [27]. Định mức phân bổ ngân sách, định mức chi thường xuyên chưa phù hợp với thực tế [48]. Nhiều Trạm Y tế Xã được đầu tư các trang thiết bị (TTB), kỹ thuật hiện đại nhưng chưa theo dõi, đánh giá các điều kiện, khả năng sử dụng và tính chi phí hiệu quả của các trang thiết bị đó [45]. Phương thức chi trả (PTCT) hiện nay chưa khuyến khích cải thiện hiệu quả hoạt động làm hạn chế chất lượng dịch vụ tại tuyến YTCS [27].

Nghiên cứu phân tích chi phí được coi là công cụ hữu hiệu cung cấp các giải pháp hỗ trợ các nhà quản lý cải thiện hệ thống tài chính tại cơ sở y tế. Với quan điểm nghiên cứu là từ các nhà cung cấp dịch vụ, phân tích chi phí đơn vị cho phép cung cấp các bằng chứng để xác định nguồn lực thực tế cần thiết nhằm đảm bảo cung cấp một dịch vụ y tế (DVYT) đầy đủ, chất lượng [95]. Ngoài ra, chi phí đơn vị còn giúp các nhà quản lý đánh giá chi phí hiệu quả hoạt động các dịch vụ y tế, và là công cụ hữu ích để xây dựng giá dịch vụ y tế phù hợp với thực tiễn [75]. Phân tích chi phí cũng đóng vai trò quan trọng trong đổi mới hệ

thống PTCT khi là công cụ giúp xác định giá trị cơ bản của định mức thanh toán như suất phí cơ bản của PTCT theo định suất [67].

Trên thế giới, nghiên cứu phân tích chi phí rất đa dạng và ứng dụng cho nhiều mục đích khác nhau. Các mục tiêu đầu ra của nghiên cứu bao gồm: chi phí đơn vị, chi phí bệnh tật, chi phí một chương trình can thiệp chăm sóc sức khỏe (CSSK). Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu đều tập trung phân tích chi phí bệnh tật, các chương trình chăm sóc sức khỏe, và nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị chỉ chiếm một tỷ lệ khá thấp [111]. 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 suất phí cơ bản phục vụ cho xây dựng phương thức chi trả theo định suất.

Huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình là địa phương có tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế (BHYT) ở mức cao (99,7%) từ năm 2017 [31]. Đây là điều kiện thuận lợi để thu thập số liệu về chi phí khám, chữa bệnh (KCB) trực tiếp từ Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam, đồng thời kết quả về chi phí KCB BHYT có thể đại diện cho hoạt động KCB chung tại cơ sở y tế. Ngoài ra, Quảng Bình được Bộ Y tế lựa chọn là tỉnh thí điểm đổi mới PTCT, vì vậy kết quả phân tích chi phí tại tất cả CSYT của một huyện đảm bảo cho việc xây dựng cơ chế tài chính phù hợp, từ đó khuyến nghị xây dựng hệ thống PTCT tại tuyến YTCS cho cả nước.

Việc đổi mới hệ thống tài chính tại tuyến YTCS đang là một nhu cầu cấp thiết hiện nay, do đó nghiên cứu “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” đã được thực hiện nhằm cung cấp các bằng chứng khoa học cho các nhà quản lý, hoạch định chính sách, lập kế hoạch phân bổ nguồn lực hợp lý, nâng cao hiệu quả quản lý và đổi mới hệ thống PTCT hiện nay cho tuyến YTCS tại Việt Nam.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu “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” được thực hiện với ba mục tiêu cụ thể:

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 phân tích chi phí nhằm đề xuất phương thức chi trả theo định suất phù hợp cho tuyến y tế cơ sở.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Các khái niệm

Tuyến Y tế cơ sở: Mạng lưới YTCS (bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp nhất, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xoá đói giảm nghèo [2].

Chi phí dịch vụ y tế: Chi phí dịch vụ KCB trong lĩnh vực y tế là giá trị của tất cả các nguồn lực được sử dụng để tạo ra một hoặc nhiều dịch vụ KCB [46]. Có nhiều hướng đánh giá khác nhau về chi phí, đối với người cung cấp DVYT, chi phí là tất cả các khoản người sử dụng dịch vụ cần phải chi trả trên cơ sở đã tính đúng, tính đủ các quá trình chuyển giao dịch vụ. Đối với người bệnh, chi phí là khoản tiền mất đi để thụ hưởng dịch vụ, bao gồm thêm các chi phí cần phải bỏ trong thời gian dưỡng bệnh và tổn thất do nghỉ ốm [46]

Chi phí đầy đủ: Chi phí đầy đủ được xác định là chi phí đầy đủ các cấu phần chi phí có thể có nhằm cấu thành lên chi phí cần thiết để cung ứng dịch vụ. Chi phí đầy đủ DVYT sẽ bao gồm 7 cấu phần theo Nghị định số : 85/2012/NĐ-CP ngày 15 tháng 10 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ bao gồm: Lương, thưởng, phụ cấp, các khoản đóng góp nghĩa vụ khác (bảo hiểm...) cho các NVYT; Chi phí nghiên cứu học và đào tạo; Thuốc, máu, dịch truyền, phim, vật tư tiêu hao (VTTH); Tiền điện, nước, nhiên liệu, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường; Chi phí hành chính, quản lý; Chi phí sửa chữa, duy tu trang thiết bị, máy móc; Khấu hao nhà cửa, trang thiết bị [55]

Chi phí đơn vị: là giá trị của tất cả nguồn lực cần thiết để sản xuất một dịch vụ, chỉ cho mức độ hoạt động mà dịch vụ đó tạo ra [95].

Trung tâm chi phí: Đây là một khái niệm trong nghiên cứu phân tích chi phí được định nghĩa là tập hợp của các chi phí cần thiết cho hoạt động của cơ sở y tế. Việc xác định trung tâm chi phí phụ thuộc vào cơ cấu tổ chức của đơn vị và đầu ra của phương pháp tính toán chi phí. Thông thường, các trung tâm chi phí được chia làm ba loại: Trung tâm chi phí trực tiếp đại diện cho điểm ra cuối cùng của chuỗi cung ứng DVYT, thường bao gồm các khoa lâm sàng. Trung tâm chi phí trung gian bao gồm các bộ phận hỗ trợ cho các bộ phận trong trung tâm chi phí trực tiếp, thường là các khoa cận lâm sàng, dược ... Trung tâm chi phí gián tiếp bao gồm các bộ phận không liên quan trực tiếp đến việc cung ứng các DVYT, thường là các phòng ban ở bộ phận quản lý như ban giám đốc, phòng hành chính, phòng tài chính, phòng tổ chức ... [75]

Bảo hiểm y tế: là cơ chế chia sẻ rủi ro về tài chính khi KCB cho người có thẻ BHYT [114]. Hiện nay, hình thức BHYT được chia làm hai loại là BHYT xã hội và BHYT thương mại/ tư nhân. BHYT xã hội là chương trình BHYT mang tính bắt buộc, trong đó mức phí bảo hiểm được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động trong khi quyền lợi được hưởng theo nhu cầu KCB. Quỹ BHYT xã hội được hình thành từ nguồn đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và một phần hỗ trợ từ ngân sách nhà nước[49].

KCB BHYT đa tuyến đến: là các dịch vụ KCB BHYT cung ứng tại các cơ sở y tế được thanh toán bởi người tham gia sở hữu các thẻ BHYT không đăng ký KCBBD tại các cơ sở y tế đó.

Nhóm tuổi: Các đối tượng có thẻ BHYT được nhóm thành các nhóm tuổi bao gồm 6 nhóm tuổi: Nhóm 1: Từ 0 tuổi đến 6 tuổi; Nhóm 2: Từ trên 6 tuổi đến 18 tuổi; Nhóm 3: Từ trên 18 tuổi đến 25 tuổi; Nhóm 4: Từ trên 25 đến 50 tuổi; Nhóm 5: Từ trên 50 đến 60 tuổi; Nhóm 6: Trên 60 tuổi [54].

Số thẻ BHYT đăng ký KCBĐ: là số lượng các thẻ người tham gia BHYT đăng ký KCB tại các cơ sở KCB BHYT ban đầu theo quy định của Bộ Y tế [14].

Phương thức chi trả chi phí dịch vụ y tế: Là cách thức bên mua DVYT (quỹ BHYT, chính phủ ...) phân bổ nguồn tài chính cho bên cung ứng dịch vụ (các cơ sở y tế công lập, tư nhân ...) để cung ứng các DVYT xác định [115].

Quỹ định suất: là số tiền được xác định trước, giao cho cơ sở y tế dựa trên số thẻ BHYT đăng ký KCB tại cơ sở đó để chi trả cho toàn bộ các dịch vụ trong phạm vi thỏa thuận trong một khoảng thời gian xác định [88].

Phí dịch vụ: Là số tiền chi trả theo thực tế sử dụng dịch vụ cho người bệnh dựa trên giá của các dịch vụ được thỏa thuận [32]. Tại Việt Nam, các dịch vụ KCB thanh toán theo phí dịch vụ bao gồm: Khám bệnh; Giường bệnh; Phẫu thuật thủ thuật; Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH ...; Xét nghiệm; CDHA [54].

Định mức thanh toán: là khoản kinh phí mà bên mua DVYT (quỹ BHYT, chính phủ ...) chi trả cho các đơn vị cung ứng DVYT trong phạm vi các DVYT xác định hoặc gói dịch vụ y tế xác định [67]. Đối với PTCT theo định suất, định mức thanh toán chính là quỹ định suất giao cho các cơ sở y tế. Đối với PTCT theo phí dịch vụ, định mức thanh toán là phí dịch vụ của các dịch vụ KCB cung ứng tại các cơ sở y tế.

Suất phí cơ bản: Đối với PTCT theo định suất, SPCB tại các cơ sở y tế là chi phí trung bình KCB các dịch vụ trong phạm vi định suất trên một thẻ đăng ký KCBĐ [67]. SPCB được coi là giá trị cơ bản ban đầu của định mức thanh toán trước khi được điều chỉnh bởi các hệ số điều chỉnh để xác định giá trị chính xác nhất [67]. *SPCB toàn huyện* được xác định là tổng chi phí KCB các dịch vụ trong phạm vi định suất của BVĐK huyện và các TYTX chia cho tổng số thẻ đăng ký KCBĐ toàn huyện. *SPCB tuyến xã* được xác định bằng tổng chi

phí KCB các dịch vụ trong phạm vi định suất các TYTX chia cho tổng số thẻ đăng ký KCBBD của tất cả các TYTX.

Hệ số điều chỉnh: là một hệ số áp dụng để điều chỉnh chính SPCB trong tính quỹ định suất và DRGs nhằm phản ánh sự biến thiên về chi phí cung ứng dịch vụ đối với các nhóm đối tượng khác nhau ví dụ nhóm tuổi, công việc, giới tính ... [91].

1.2. Thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở

1.2.1. Vị trí của y tế cơ sở trong hệ thống y tế

Mạng lưới tổ chức y tế tại Việt Nam hiện nay được phân thành hai khu vực là khu vực y tế phổ cập và khu vực y tế chuyên sâu. Khu vực y tế phổ cập bao gồm mạng lưới y tế cơ sở (y tế quận/ huyện/ thành phố thuộc tỉnh/ thị xã; y tế xã/ phường và y tế thôn bản) đảm bảo đáp ứng mọi nhu cầu CSSK cho nhân dân hàng ngày bao gồm CSSKBD, sử dụng kỹ thuật thông thường, phổ biến. Khu vực y tế chuyên sâu bao gồm tuyến y tế trung ương và tuyến tỉnh có nhiệm vụ sử dụng các kỹ thuật cao mũi nhọn, tập trung vào các hoạt động nghiên cứu khoa học, chỉ đạo khoa học kỹ thuật và hỗ trợ cho tuyến trước. Ngoài ra, còn có hệ thống tổ chức y tế của các lực lượng vũ trang và các ngành như y tế như ngành năng lượng, giao thông vận tải, bưu điện [7].

1.2.2. Chức năng, nhiệm vụ

Hiện nay, tuyến YTCS bao gồm các bệnh viện đa khoa (BVĐK) tuyến huyện/ quận và các TYTX/ phường. Chức năng, nhiệm vụ của các BVĐK hạng III được quy định tại Mục 4, Phần I - Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định 1895/1997/QĐ-BYT[6].

Hệ thống các TYTX có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ CSSKBD cho nhân dân và có 9 nhiệm vụ được quy định tại Nghị định số 117/2014/NĐ-CP của Chính phủ và Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của TYTX[52], [13].

1.2.3. Cơ cấu tổ chức

Cơ cấu tổ chức các đơn vị y tế tuyến huyện và TYTX đã nhiều sự thay đổi qua các thời kỳ. Bắt đầu từ Nghị định số 172/2004/NĐ-CP ngày 29/09/2004 của Thủ tướng Chính phủ và Thông tư liên tịch số 11/2005/TTLT-BYT-BNV ngày 12/04/2005 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ, mô hình tổ chức y tế tuyến huyện gồm 3 đơn vị: BVDDK huyện, TTYT huyện thuộc SYT và Phòng Y tế huyện thuộc UBND huyện [50], [23]

Đến năm 2008, Nghị định số 14/2008/NĐ-CP ngày 4/2/2008 và Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV được ban hành quy định Phòng Y tế là cơ quan tham mưu cho UBND huyện về quản lý nhà nước cho lĩnh vực y tế tại địa phương. UBND tỉnh chủ động lựa chọn phương án cho mô hình TTYT huyện tùy thuộc vào tình hình tại địa phương. Nơi chưa đủ điều kiện thành lập BV thì TTYT sẽ thực hiện cả hai chức năng dự phòng và KCB, nơi đủ điều kiện thành lập BV thì TTYT chỉ thực hiện chức năng y tế dự phòng (YTDP). Các TYTX trực thuộc quản lý của TTYT huyện [24], [51]

Đến năm 2015, Thông tư liên tịch số 51/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 11/12/2015 và Thông tư số 37/2016/TT-BYT ngày 25/10/2016 ban hành đã có những quy định cụ thể kiện toàn hơn mô hình tổ chức TTYT huyện. Theo đó, TTYT huyện được tổ chức thống nhất trên địa bàn cấp huyện, thực hiện chức năng YTDP và KCB. TTYT trực tiếp quản lý các phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh khu vực (nếu có) và TYT xã, phường, thị trấn. BVĐK chỉ được thành lập khi có nhu cầu và đáp ứng tiêu chuẩn bệnh viện hạng II trở lên [25], [15].

Đến năm 2017, Nghị quyết số 19/NQ/TW ngày 25/10/2017 và sau đó là Quyết định số 1624/QĐ-BYT ngày 6/3/2018 về chương trình hành động thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 được ban hành đã nêu rõ: “Thực hiện thống nhất mô hình mỗi cấp huyện chỉ có một trung tâm y tế đa

chức năng (trừ các huyện có BV đạt hạng II trở lên), bao gồm y tế dự phòng, dân số, khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và các DVYT khác, trực tiếp quản lý trạm y tế xã và phòng khám đa khoa khu vực (nếu có)” [1], [17]. Các TYTX được quản lý và chỉ đạo toàn diện bởi TTYT huyện theo Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 và Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 [52], [13] .

1.2.4. Các yếu tố đầu vào cung ứng dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở

1.2.4.1. Về nhân lực

Với sự quan tâm, chú trọng đầu tư trong việc nâng cao chất lượng tuyến YTCS, qua thời gian các chỉ số về nhân lực tại YTCS đã có sự cải thiện đáng kể. Số liệu từ Niên giám thống kê y tế giai đoạn 2000-2010 cho thấy nhân lực tuyến YTCS đã tăng 44%. Giai đoạn 2010-2017, nhân lực YTCS tiếp tục tăng thêm 26,3%, trong đó ở tuyến huyện là 31% và tuyến xã là 8%. Cùng với sự gia tăng về số lượng, chất lượng cán bộ tại YTCS cũng đã ngày càng được cải thiện, tỷ lệ bác sĩ gia tăng từ 17% năm 2000 lên 19% năm 2010 và đạt 29% năm 2017 [8], [16].

Trong một thập kỉ vừa qua, mặc dù thực trạng nhân lực tại tuyến YTCS đã được củng cố và tăng cường, tuy nhiên kết quả các nghiên cứu vẫn cho thấy nhân lực tại đây vẫn còn thiếu về số lượng, chất lượng và phân bố chưa đồng đều giữa các vùng miền. Nghiên cứu của Lê Đình Phan (2015) cũng chỉ ra rằng chỉ có 79,6% số TYTX trong nghiên cứu có bác sĩ và bác sĩ chỉ chiếm tỷ lệ 13% trong tổng số NVYT [40]. Đặc biệt, số lượng cán bộ trình độ cao còn phân bố chưa hợp lý: số lượng cán bộ y tế khu vực công có trình độ đại học và sau đại học tập trung chủ yếu ở tuyến cuối (54% ở trung ương và 41% ở tuyến tỉnh), trong khi những cán bộ trình độ sơ cấp, trung cấp tập trung nhiều nhất ở tuyến xã [20]. Về năng lực, cán bộ tại tuyến YTCS bao gồm các bác sĩ, y sĩ có chất lượng chuyên môn còn nhiều mặt hạn chế. Tác giả Vũ Mạnh Dương (2016)

nhận xét tỷ lệ các bác sĩ, y sĩ có kiến thức khám, điều trị cho các bệnh thông thường chỉ ở mức đạt, cụ thể kiến thức về hô hấp cấp cho trẻ em (65,8% bác sĩ và 56,7% y sĩ), tiêu chảy ở trẻ em (44,7% bác sĩ và 58,2% y sĩ), đặc biệt thấp đối với kiến thức chăm sóc thai nghén (7,6% bác sĩ và 0,5% y sĩ) và tăng huyết áp (2,5% bác sĩ, 1,4% y sĩ) [66]

Có nhiều nguyên nhân liên quan đến những bất cập về nhân lực tại tuyến YTCS hiện nay. Cụ thể, tình trạng khó thu hút và duy trì nguồn nhân lực tại tuyến YTCS là vấn đề phổ biến. Nghiên cứu về tình hình biến động nhân lực tại tuyến YTCS cho thấy số lượng CBYT chuyển đi hoặc nghỉ việc trong vòng 5 năm gần đây ở tuyến huyện chiếm khoảng 50% so với số tuyển dụng mới ở cả hai khối điều trị và dự phòng, trong khi tại tuyến xã là 30% [60]. Thu nhập thấp và chế độ đãi ngộ không thỏa đáng là một trong những nguyên nhân hàng đầu [93],[42], [43],[60]. Hơn nữa, bác sĩ làm việc tại tuyến xã thường ít có cơ hội để học hỏi, đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn, nâng cao trình độ so với tuyến trên [10]. Ngoài ra, điều kiện làm việc về CSVC, TTB để đáp ứng về thực hành, chuyên môn và cơ hội để phát triển nghề nghiệp rất hạn chế dẫn tới CBYT không muốn hoặc không tiếp tục gắn bó tại tuyến YTCS. Bên cạnh, khối lượng công việc lớn, áp lực từ phía người dân, và các chương trình y tế cũng như môi trường làm việc không đảm bảo an toàn nghề nghiệp có tác động làm tăng tỷ lệ bỏ việc, chuyển việc của các cán bộ YTCS [93], [58].

1.2.4.2. Về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế

Phần lớn các TYTX đều được trang bị tốt về cơ sở hạ tầng, có đủ các phòng chức năng cơ bản, tuy nhiên vẫn còn nhiều bất cập về chất lượng CSVC. Tỷ lệ số xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã tăng từ 40,0% (2013) lên đến 76,2% (2016). Tính đến năm 2016, có tới 99,4% số xã trong cả nước có TYTX [11],[20]. Theo kết quả khảo sát của BYT (2014), tất cả các xã đều đã được trang bị TTB, CSVC cơ bản. Hầu hết TYTX có được ít nhất 50% CSVC cơ

bản, thấp nhất là tại các TYTX miền núi (32,3%) [26]. Nghiên cứu tại Hòa Bình (2015) cho thấy CSVC của TYTX là khá tốt: Trung bình mỗi trạm có 4,2 phòng làm việc và 87,7% trạm có vườn thuốc nam; số giường trung bình đạt theo quy định [41]. Tuy nhiên, mạng lưới YTCS hiện nay phải đối mặt với tình trạng CSVC xuống cấp, nhất là các TYTX. Cả nước có 11.100 xã thì có 3.200 TYTX cần được xây mới và 3.597 TYTX cần được nâng cấp, sửa chữa [5].

Đối với TTB, tình trạng thiếu TTB y tế so với quy định phổ biến ở nhiều TYTX. Báo cáo của BYT (2015) cho thấy 100% TYTX đều ghi nhận thiếu các TTB y tế cơ bản. Các xã có > 50% TTB y tế cơ bản đạt trên 70% (cao nhất là tại các xã miền núi với 83,9%) [27]. Nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh (2015) về tính sẵn có của TTB thiết yếu tại tuyến YTCS cho thấy chỉ có 5,1% BV huyện và 17,1% TYTX có đủ tất cả các TTB thiết yếu được khảo sát. Tỷ lệ thiết bị không hoạt động ở TYTX là 6,5% và ở BV huyện là 5,2% [45]. Ngoài ra, báo cáo của BYT (2018) cũng cho thấy bên cạnh các danh mục TTB còn thiếu theo quy định, nhiều TTB tại TYTX đã cũ, hư hỏng không sử dụng được [64].

1.2.4.3. Về thuốc thiết yếu

Phần lớn thuốc trong danh mục các nhóm thuốc theo yêu cầu của BYT đều có ở các TYTX. Hầu hết TYTX có trên 50% các nhóm thuốc thiết yếu trong tủ thuốc, tuy vậy tỷ lệ các TYTX đáp ứng từ 90% đến 100% theo yêu cầu của BYT thì rất thấp [59]. Các kết quả nghiên cứu cho thấy các nhóm thuốc thiết yếu thường không có tại các TYTX bao gồm: nhóm thuốc chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS), điều trị BKLN, chống dị ứng/quá mẫn, nhóm thuốc hooc môn, thuốc chống rối loạn tâm thần, thuốc giải độc, thuốc dùng chẩn đoán, huyết thanh/globulin miễn dịch [12], [60], [27]. Đặc biệt, danh mục số lượng thuốc BHYT ở TYTX là khá ít, số lượng trung bình mỗi xã chỉ đạt 30% thuốc sẵn có tại TYTX theo Thông tư 39/2017/TT-BYT về gói dịch vụ y tế cơ bản [64]. Tình trạng thiếu thuốc thiết yếu gây ảnh hưởng đến chất lượng cung ứng

DVYT tại TYTX, phổ biến nhất ở các TYTX khu vực miền núi, nơi khó tiếp cận với DVYT [60]. Nghiên cứu về KCB BHYT tại tuyến xã cho thấy có 68% người bệnh trong số người bệnh được cấp phát thuốc BHYT tại TYTX phải mua thuốc thêm ở ngoài cơ sở y tế. Lý do mà người dân không sử dụng thẻ BHYT để KCBBD tại TYTX là do TYTX đang thiếu TTB, thiếu thuốc hoặc hết thuốc, chiếm 83,3% [56]. Báo cáo tổng kết của BHYT (2014) cho thấy lý do người dân không đến KCB tại TYTX chủ yếu là do thiếu thuốc hoặc không có đủ TTB [26].

1.2.4.4. Về tài chính

Trong 10 năm qua, Việt Nam đã triển khai nhiều giải pháp để đổi mới cơ chế tài chính y tế. Quốc hội đã thông qua Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25 tháng 10 năm 2017 ưu tiên bố trí ngân sách, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi ngân sách nhà nước [1]. Tập trung ngân sách nhà nước cho y tế dự phòng, y tế cơ sở, BV ở vùng khó khăn, biên giới, hải đảo, các lĩnh vực phong, lao, tâm thần...; dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho công tác y tế dự phòng. Luật BHYT cũng đã triển khai tốt các giải pháp hỗ trợ cho nhóm đối tượng dễ bị tổn thương, như mua thẻ BHYT cho người nghèo, TE<6 tuổi, người cao tuổi; hỗ trợ người cận nghèo 70% mệnh giá thẻ BHYT; hỗ trợ tiền ăn, tiền đi lại, hỗ trợ đồng chi trả BHYT cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số, hỗ trợ các trường hợp mắc ung thư, mô tim, chạy thận nhân tạo và các trường hợp bệnh nặng khác có gặp khó khăn về kinh tế. Do đó, người nghèo ở Việt Nam có khả năng tiếp cận các DVYT, kể cả các dịch vụ kỹ thuật cao; góp phần đảm bảo công bằng trong CSSK nhân dân [49].

Ngành y tế cũng đã triển khai nhiều giải pháp để nâng cao hiệu quả hoạt động của các cơ sở y tế, trong đó có việc triển khai cơ chế tự chủ về tài chính, nhân lực và tự chủ sắp xếp tổ chức thực hiện tốt các nhiệm vụ được giao; Đổi mới chính sách viện phí theo hướng từng bước tính đúng, tính đủ các cấu phần

chi phí. Chính sách xã hội hóa cũng đã góp phần huy động thêm nguồn lực ngoài NSNN đầu tư cho các cơ sở y tế, nâng cao chất lượng dịch vụ. Ngoài ra, ngành y tế cũng đang đẩy mạnh việc đổi mới hệ thống PTCT bằng việc ban hành Quyết định số 5380/QĐ-BYT (2013) về việc triển khai thí điểm sửa đổi PTCT chi phí KCB BHYT theo định suất và Quyết định số 488/QĐ-BYT (2015) về việc triển khai thí điểm PTCT chi phí KCB theo nhóm chẩn đoán liên quan (DRG) [27].

Mức chi y tế dự phòng so với tổng chi sự nghiệp y tế tăng từ 10,8% năm 2015 lên 11,2% năm 2016 và giảm xuống 9,9% năm 2017 và chưa đáp ứng Nghị quyết số 20-NQ/TW là dành 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng [17]. Tỷ lệ chi cho y tế xã vẫn còn thấp và chỉ tăng nhẹ so với tổng chi y tế từ 4,8% năm 2015 lên 5,1% năm 2017 [22]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra rằng định mức được phân bổ về cơ bản mới đáp ứng các khoản chi cho con người (lương, phụ cấp, các khoản đóng góp) và chi hành chính như tiền điện, nước, công tác phí... chưa đủ để đảm bảo hiệu quả hoạt động cho tuyến xã [40],[66]. Hiện nay, cơ chế chưa có hoặc bố trí được rất ít kinh phí để CBYT dự phòng, TYTX đi kiểm tra, giám sát, thực hiện các hoạt động dự phòng; các hoạt động này chủ yếu sử dụng từ kinh phí của Chương trình mục tiêu y tế - dân số, nếu ngân sách chương trình bố trí thấp thì hoạt động y tế dự phòng rất khó khăn, riêng kinh phí phòng chống dịch hầu hết các tỉnh báo cáo khi có nguy cơ xảy ra dịch bệnh sẽ được cấp riêng để thực hiện...[64],[10].

1.3. Phân tích chi phí nhằm đổi mới và tăng cường hiệu quả cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở.

1.3.1. Phương pháp tính toán chi phí dịch vụ y tế

Ngày nay, đánh giá kinh tế y tế ngày càng được ứng dụng để hỗ trợ đưa ra các quyết định trong quản lý tài chính tại cơ sở y tế và đặc biệt hữu ích trong việc quản lý nguồn lực, thanh toán bảo hiểm và định giá của các DVYT [74].

Sự khác biệt trong kết quả của các nghiên cứu đánh giá kinh tế y tế khác nhau sẽ không ảnh hưởng đến việc đưa ra quyết định của nhà quản lý nếu nó phản ánh đầy đủ các yếu tố tác động như sự khác biệt về mô hình hoạt động của BV, lạm phát, sự chênh lệch về giá tương đối và tuyệt đối giữa các quốc gia ... [94],[92]. Tuy nhiên, thực tế cho thấy một trong những nguyên nhân tạo ra sự khác biệt kết quả đánh giá kinh tế y tế là do việc ứng dụng các phương pháp tính toán chi phí khác nhau trong các nghiên cứu này [70].

Trong đánh giá chi phí các DVYT, chi phí được phân tích dựa trên số lượng nguồn lực và giá trị nguồn lực được sử dụng để tạo ra dịch vụ [108]. Nguồn lực bao gồm các cấu phần chi phí trực tiếp như nhân lực, VTTH, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh (CDHA) ... và các cấu phần chi phí gián tiếp như quản lý, hành chính, khấu hao ... Sự khác biệt trong cách xác định nguồn lực chính là các yếu tố cấu thành nên hai phương pháp tính toán chi phí DVYT bao gồm: Tính toán chi phí từ dưới lên và tính toán chi phí từ trên xuống. Phương pháp tính toán từ dưới lên sẽ xác định nguồn lực ở mức độ chi tiết trong khi phương pháp tính toán từ trên xuống sẽ tiếp cận ở mức độ khái quát hơn và việc áp dụng phương pháp tính toán nào phụ thuộc vào câu hỏi về mức độ chi tiết về nguồn lực mà nghiên cứu yêu cầu.

a. Phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên

Phương pháp tính toán chi phí từ dưới lên tiếp cận chi phí từ dưới lên bằng cách xác định tất cả các cấu phần chi phí, định giá từng cấu phần này đến từng người bệnh hoặc đơn vị dịch vụ và cho ra kết quả ước tính chi phí có tính chính xác cao nhất [100], [103]. Phương pháp này cho phép xác định các chi phí trực tiếp được sử dụng cho một người bệnh và đánh giá sâu sắc hơn về nhóm người bệnh chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí. Phương pháp này cũng cho phép thực hiện các phân tích thống kê để phát hiện ra sự khác biệt về chi phí giữa các người bệnh trong từng cấu phần chi phí và các tổ hợp cấu phần chi phí khác

nhau. Tuy nhiên, tính khả thi là thách thức lớn nhất trong việc thực hiện phân tích chi phí từ dưới lên, vì phương pháp này tốn thời gian và chi phí để thực hiện, đặc biệt khi hệ thống thông tin BV không đầy đủ. Thay vì áp dụng phân tích chi phí từ dưới lên đối với tất cả các cấu phần chi phí, nhiều nghiên cứu lựa chọn giải pháp áp dụng phương pháp này cho những cấu phần chi phí có tác động lớn đến tổng chi phí [99]. Ngoài ra, một số nghiên cứu cũng lựa chọn áp dụng cả phương pháp từ trên xuống và từ dưới lên nhằm hạn chế những nhược điểm của cả hai phương pháp [77],[102].

b. Phương pháp tính toán chi phí từ trên xuống

Phương pháp tính toán chi phí 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 người bệnh hoặc một lần cung ứng dịch vụ bằng cách phân bổ từ tổng chi phí ví dụ như tổng chi phí nhân lực một năm. Phương pháp này mang tính khả thi cao hơn và được ứng dụng phổ biến hơn nhưng nó lại không xác định được chi phí của từng trường hợp người bệnh hoặc dịch vụ cụ thể. Vì vậy, phân tích thống kê chi phí nhằm đánh giá sự khác biệt trong chi phí cung ứng của mỗi người bệnh hoặc dịch vụ khác nhau không thực hiện được đối với phân tích chi phí từ trên xuống [83],[84].

1.3.2. Ứng dụng phân tích chi phí đơn vị tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu

Trên thế giới, nghiên cứu phân tích chi phí dựa trên kết quả chi phí đơn vị hiện nay là một công cụ hữu ích cung cấp các bằng chứng khoa học cho các nhà quản lý để ra những quyết sách nhằm đảm bảo hiệu quả cung ứng dịch vụ tại tuyến CSSKBD. 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 [95]. 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 cơ sở y tế [116]. Đối với các DVYT, 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 cơ sở y tế [116]. Điều này giúp đảm bảo sự cân bằng trong đầu tư hoạt động dự phòng và KCB thông qua việc cân đối nguồn lực dựa trên các kết quả rút ra từ chi phí đơn vị [78]. Trên thực tế, việc áp dụng phân tích chi phí đơn vị đang gặp nhiều khó khăn khi áp dụng tại các nước thu nhập thấp và trung bình do những hạn về cơ sở dữ liệu. Các số liệu định lượng liên quan đến số lượt thăm khám và các dịch vụ cung ứng khó xác định hoặc không đáng tin cậy. Ngoài ra, tình trạng thiếu nhân lực được đào tạo để thực hiện phân tích chi phí cũng là một thách thức tại các quốc gia này [69].

Dưới đây là tổng hợp một số các nghiên cứu phân tích chi phí đã được áp dụng tại hệ thống CSSKBĐ ở một số nước thu nhập thấp và trung bình được trình bày tại Bảng 1.1

Bảng 1.1. Các nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu trên thế giới, 2013-2017.

STT	Tác giả	Quốc gia	Năm nghiên cứu	Cỡ mẫu	Phương pháp nghiên cứu	Cơ cấu chi phí
1	Dalaba M.	Ghana	2017	9 Cơ sở CSSKBĐ	Từ trên xuống	Đầy đủ cấu phần
2	Prinja S.	India	2013	14 Cơ sở CSSKBĐ	Từ dưới lên	Đầy đủ cấu phần

STT	Tác giả	Quốc gia	Năm nghiên cứu	Cỡ mẫu	Phương pháp nghiên cứu	Cơ cấu chi phí
3	Zeng W.	Bangladesh	2015	18 Cơ sở CSSKBĐ	Từ trên xuống và từ dưới lên	Đầy đủ cấu phần
4	Agarwal A.	Ethiopia	2016	25 BV và 47 cơ sở CSSKBĐ	Từ trên xuống	Đầy đủ cấu phần

Các nghiên cứu đều tập trung xác định chi phí đơn vị các dịch vụ khám bệnh và dịch vụ dự phòng. Ngoài ra, chi phí đơn vị của các gói dịch vụ kỹ thuật cụ thể cũng được ước tính bao gồm như: dịch vụ khám thai, chăm sóc sau sinh, kiểm soát tiêu chảy, nhiễm trùng hô hấp trẻ em, tiêm chủng ... Đa số các nghiên cứu đều áp dụng tính toán từ trên xuống hoặc kết hợp cả hai. Kết quả của các nghiên cứu phân tích chi phí được tổng hợp trong Bảng 1.2. [98],[76],[117],[68]

Bảng 1.2. Các kết quả nghiên cứu của phân tích chi phí tại tuyến y tế cơ sở (USD)

Chi phí đơn vị	Dalaba 2017	Prinja 2013	Zeng 2015	Agarwal 2016
Lượt khám bệnh	5,16-8,79	2,01		17-29
Chi phí đầu người	3,51-5.14	2,47		
Ngày giường nội trú		9,99		
Khám thai		9,8	7,03	27-76

Chi phí đơn vị	Dalaba 2017	Prinja 2013	Zeng 2015	Agarwal 2016
Chăm sóc sau sinh		10,71	4,57	8-20
Đẻ		29,51		76-111
Tiêm chủng		1,19	29,45-114,83	10-22

Các kết quả nghiên cứu cho thấy sự chênh lệch về chi phí thể hiện ở tất cả các nghiên cứu. Các kết quả về chi phí đơn vị trên lượt khám bệnh cao nhất tại nghiên cứu của Argawal tại Ethiopia (2016) với từ 17-29 USD (382.959-653.283 VNĐ). Nghiên cứu của của Prinja tại Ấn Độ (2013) cho thấy các kết quả chi phí đơn vị của lượt khám bệnh thấp nhất với 2,01 USD (45.279 VNĐ). Về các dịch vụ kỹ thuật, sự chênh lệch về kết quả diễn ra tại tất cả các nghiên cứu. Các dịch vụ về CSSKSS cao nhất tại Ethiopia của Argawal (2016) với 27-76 USD (608.229 – 1.712.052 VNĐ) và thấp nhất tại Bangladesh của Zeng (2015) với 4,57 USD (102.948 VNĐ). Dịch vụ tiêm chủng là dịch vụ của chi phí thấp nhất tại nghiên cứu của Prinja (2013) với 1,19 USD (26.807 VNĐ) và có sự chênh lệch rất lớn so với các nghiên cứu khác với 29,45 -114,83 USD (663.420 – 2.586.775 VNĐ) của Zeng (2015) và 10-22 USD (225.270 – 495.594 VNĐ) của Argawal (2016). Như vậy, nghiên cứu phân tích chi phí thường đưa ra các kết quả khác nhau đối với cùng một kết quả đầu ra. Nguyên nhân chủ yếu đến từ sự khác biệt trong bối cảnh nghiên cứu, cỡ mẫu, năm nghiên cứu liên quan đến lạm phát và tỷ giá, và đặc biệt là phương pháp nghiên cứu [98],[76],[117],[68].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu phân tích chi phí đã được áp dụng ngày càng rộng rãi trên tất cả các tuyến CSSK tại Việt Nam. Theo một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Võ Quang Trung (2016) với đối tượng là các nghiên cứu phân tích chi phí tại Việt Nam đã được đăng tải trên nguồn cơ sở dữ liệu

PubMed giai đoạn 2003-2016, các nghiên cứu phần lớn tập trung ở tuyến tỉnh và trung ương với khoảng 47%, chỉ khoảng 6,7% các nghiên cứu thực hiện tại tuyến huyện. Tỷ lệ các nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị cũng khá khiêm tốn với chỉ 10% trong tổng số các nghiên cứu trong tổng quan hệ thống. Ngoài ra, số lượng các nghiên cứu phân tích chi phí áp dụng tại tuyến xã vẫn còn rất ít [111].

Tổng hợp một số nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị đã được thực hiện tại các BV tuyến huyện và TYTX của Việt Nam trình bày tại Bảng 1.3.

Bảng 0.1. Các nghiên cứu phân tích chi phí đơn vị tại tuyến y tế cơ sở ở Việt Nam

STT	Tác giả	Năm nghiên cứu	Cỡ mẫu	Phương pháp tính toán chi phí	Cơ cấu chi phí
1	Nguyễn Khắc Lập	2017	1 BV huyện	Từ trên xuống	Đầy đủ cấu phần
2	Đỗ Trà My	2017	33 BV huyện	Từ trên xuống	Đầy đủ cấu phần
3	Lê Chí Khải	2012	6 TYTX	Từ trên xuống	Đầy đủ cấu phần
4	Hoàng Văn Minh	2014	76 TYTX	Từ trên xuống	Chưa bao gồm khấu hao tài sản
5	Viện Chiến lược và Chính sách y tế	2017	24 TYTX	Từ trên xuống	Đầy đủ cấu phần

Cả hai nghiên cứu tại tuyến huyện đều áp dụng phương pháp phân tích chi phí từ trên xuống. Đối với tuyến xã, kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược

và Chính sách y tế (2017) và Lê Chí Khải (2012) bao gồm đầy đủ khấu hao tài sản, trong khi nghiên cứu của Hoàng Văn Minh (2014) chưa bao gồm các chi phí khấu hao tài sản và trang thiết bị [37], [39], [86], [33], [44], [62].

Bảng 0.2. Kết quả nghiên cứu phân tích chi phí tại tuyến y tế cơ sở tại Việt Nam

Đơn vị tính: Nghìn đồng

Chi phí đơn vị	Bệnh viện huyện		Trạm Y tế xã		
	Nguyễn Khắc Lập (2017)	Đỗ Trà My (2017)	Hoàng Văn Minh (2011)	Lê Chí Khải (2012)	Viện chiến lược và chính sách y tế (2017)
Lượt khám bệnh ngoại trú	105	73 -113	45	147	104
Ngày giường nội trú	189	233 -282			
Chi phí phẫu thuật, thủ thuật					
Chi phí xét nghiệm, CDHA					

Các kết quả nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy sự khác biệt khi các yếu tố như quy mô của các cơ sở y tế tham gia nghiên cứu, năm nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu ... có ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả ước tính chi phí đơn vị [37], [39], [86], [33], [44], [62]. Tại tuyến huyện, chi phí đơn vị một lượt khám bệnh ngoại trú trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Lập (2017) là thấp nhất với chỉ 105.000 VNĐ, trong khi đó chi phí trung bình một lượt khám bệnh ngoại trú trong nghiên cứu của Đỗ Trà My (2017) giao động từ 73.000 VNĐ đến 113.000 VNĐ. Tại tuyến xã, chi phí đơn vị một lượt khám bệnh ngoại trú trung

bình của một TYTX trong nghiên cứu của Hoàng Văn Minh (2011) là thấp nhất với 44.593 VNĐ một lượt. Chi phí đơn vị có xu hướng tăng dần với các nghiên cứu được thực hiện ở các năm sau đó ở cả hai tuyến.

1.4. Phân tích chi phí nhằm xây dựng hệ thống phương thức chi trả theo định suất tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu

1.4.1. Các phương thức chi trả và xu hướng đổi mới phương thức chi trả theo định suất tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu

Hiện nay, có ba PTCT phổ biến được áp dụng tại tuyến CSSKBD bao gồm: Mục lục ngân sách, phí dịch vụ và định suất [91]. Mỗi phương pháp đều có cơ chế khuyến khích riêng và được lựa chọn áp dụng linh hoạt tại mỗi quốc gia. PTCT theo phí dịch vụ khuyến khích các đơn vị cung ứng quá mức cần thiết các dịch vụ từ đó giảm chi phí đơn vị cho một dịch vụ. PTCT theo định suất khuyến khích các cơ sở y tế gia tăng số người đăng ký KCB từ đó giảm thiểu chi phí đơn vị trên một người bệnh. Ngoài ra, định suất còn khuyến khích cơ sở y tế tiết kiệm các chi phí đầu vào như nhân lực, các dịch vụ cận lâm sàng ... Điều này sẽ giúp giảm thiểu chi phí không cần thiết, tăng hiệu quả và hiệu suất, tuy nhiên phương thức này cũng tạo nên rủi ro khi dịch vụ bị cắt giảm, làm giảm chất lượng dịch vụ. PTCT theo mục lục ngân sách không có ý nghĩa nhiều trong việc tạo cơ chế khuyến khích hiệu quả và gây rủi ro khi cơ sở y tế có thể cắt giảm dịch vụ [90]. PTCT theo nhóm chẩn đoán liên quan (DRGs) rất hiếm khi được áp dụng tại tuyến CSSKBD, vì nó không phù hợp với một số các dịch vụ được cung ứng tại tuyến này và đòi hỏi thiết kế phức tạp, hệ thống công nghệ thông tin hiện đại, thông suốt. Vì vậy, áp dụng DRG cho YTCS sẽ tạo gánh nặng cho tuyến y tế và đơn vị quản lý [91].

Mặc dù mỗi một PTCT lại có những ưu điểm và nhược điểm riêng, xu hướng thay đổi sang PTCT theo định suất tại tuyến YTCS đã được lựa chọn tại nhiều quốc gia trên thế giới như một chiến lược quan trọng nhằm tăng cường

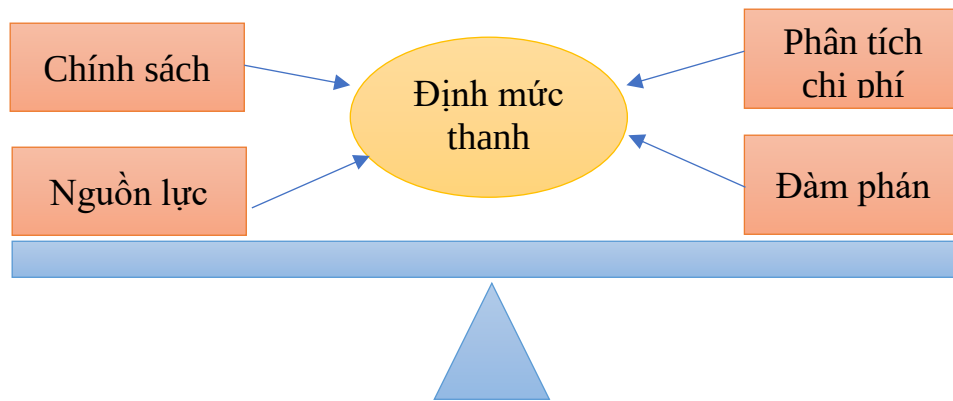
hệ thống y tế [91]. PTCT theo định suất mang những đặc tính nổi bật khiến nó thực sự phù hợp khi áp dụng cho tuyến CSSKBĐ. Phương pháp này được xây dựng không dựa trên các chi phí đầu vào và số lượng dịch vụ cung ứng, điều này giúp cho các cơ sở y tế tại tuyến CSSKBĐ có các giải pháp linh hoạt và trách nhiệm hơn trong việc sử dụng nguồn lực để cải thiện chất lượng dịch vụ đáp ứng nhu cầu của người dân. PTCT theo định suất tác động lên nhiều mặt của hệ thống CSSKBĐ, giúp cải thiện sự công bằng trong tiếp cận dịch vụ của người dân, việc phân bổ nguồn lực cũng minh bạch hơn và chú trọng hơn công tác y tế dự phòng, quản lý, nâng cao CSSK. PTCT này cũng là công cụ đặc lực giúp tăng cường quyền tự chủ, nâng cao trách nhiệm của các cơ sở y tế công lập và thúc đẩy sự tham gia của y tế tư nhân thông qua việc tăng cường sự minh bạch, tính cạnh tranh giữa các cơ sở y tế [89]

Việc đổi mới hệ thống PTCT sang PTCT theo định suất tại tuyến YTCS thường gắn liền với nhu cầu giải quyết các bất cập phát sinh gây ảnh hưởng đến hoạt động chung của hệ thống y tế, điều này đòi hỏi những can thiệp nhằm thay đổi hệ thống tài chính và cung ứng dịch vụ. Năm 2002, New Zealand đã phải đưa ra giải pháp đổi mới hệ thống CSSKBĐ thông qua việc tích hợp các tổ chức phi lợi nhuận hoạt động trong tuyến CSSKBĐ được chi trả theo định suất nhằm khắc phục những bất cập từ phương thức phí dịch vụ gây ra mất cân bằng trong CSSK giữa các tầng lớp xã hội và sắc tộc khác nhau [96],[85],[91]. Tại Costa Rica những thập niên 90, hệ thống y tế thực sự phải đối mặt với nhiều thách thức khi chất lượng DVYT ngày càng sụt giảm nghiêm trọng, quá tải BV gia tăng, các cơ sở y tế đều thiếu động lực phát triển ... Chính phủ đã đưa ra nhiều giải pháp đổi mới hệ thống CSSKBĐ nhằm giải quyết các bất cập của hệ thống y tế trong đó có việc thành lập các phòng khám công thực hiện chia trả theo định suất [73],[80],[91].

Áp dụng định suất tại tuyến YTCS cũng khá đa dạng tại mỗi quốc gia. Phiên bản cơ bản nhất của định suất đó là chỉ bao gồm SPCB và tất cả các cơ sở y tế đều được thanh toán theo một SPCB chung. Theo thời gian, mô hình định suất phát triển hơn và tích hợp thêm các hệ số điều chỉnh nhằm mô tả rõ hơn sự biến thiên của chi phí cung ứng DVYT đối với các nhóm đối tượng khác nhau (tuổi, giới tính ...), các vùng địa lý khác nhau, các yếu tố chính sách... [107], [67]. Ngoài ra, PTCT theo định suất còn có thể được kết hợp với các PTCT khác, mặc dù việc kết hợp này có thể gây ra sự thay đổi trong cơ chế khuyến khích các cơ sở y tế. Ví dụ, Estonia lựa chọn kết hợp giữa định suất và phí dịch vụ cho các dịch vụ phẫu thuật, thủ thuật [89]. Uzbekistan, Kyrgyz Republic và Tajikistan lựa chọn kết hợp giữa định suất và mục lục ngân sách với các câu phân chi phí trong tính toán suất phí trong định suất khác nhau [91].

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

Trong hệ thống PTCT theo định suất, việc xác định định mức thanh toán hay quỹ định suất đóng vai trò quan trọng với mục đích nhằm đảm bảo chi trả cho các cơ sở y tế cung ứng dịch vụ với chất lượng cao nhất, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả hoạt động. Định mức thanh toán đại diện cho khoản tiền mà bên mua dịch vụ thanh toán cho các cơ sở y tế và được xác định 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 cơ sở y tế [67].



Hình 0.1. Các yếu tố xác định định mức thanh toán trong hệ thống phương thức chi trả [91]

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 SPCB nhằm đảm bảo chi trả đầy đủ cho các cơ sở y tế. 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 DVYT [67]. Vì thế ngoài việc xác định SPCB, 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 SPCB 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.

a. Tính toán từ dưới lên

Phương pháp tính toán từ dưới lên đã được áp dụng thành công đối với hệ thống PTCT theo định suất cho CSSKBD tại nhiều nước trên thế giới. Phương pháp này không phù hợp với các nước hạn chế trong cơ sở dữ liệu để cung cấp giá trị chính xác của chi phí và khó khăn trong việc xác định giá trị nguồn lực cấu phần lên chi phí khi áp dụng phương pháp từ dưới lên. Bước đầu tiên, các nhà quản lý tại Mỹ đã ước tính và tổng hợp chi phí của tất cả các đầu vào cần thiết cho cung ứng các dịch vụ CSSKBD trong năm liền kề trước đó (hoặc nhiều năm trước đó) của từng dịch vụ. Giá trị của chi phí có thể dựa trên chi tiêu thực tế của năm trước hoặc ước tính từ các giá trị lịch sử về chi tiêu và sử dụng trong quá khứ. Phương pháp tiếp cận này giả định cơ cấu chi phí của các dịch vụ CSSKBD trong quá khứ phản ánh đầy đủ chi phí thực tế trong sản xuất dịch vụ và cơ cấu chi phí không thay đổi [112]. Tuy nhiên, do các dịch vụ CSSKBD thường xuyên trong tình trạng thiếu kinh phí, phương pháp tiếp cận từ dưới lên có thể không phản ánh chính xác nguồn lực ước tính cung ứng tất cả các dịch vụ CSSKBD. Tại Vương quốc Anh, các nhà quản lý đã sử dụng phương pháp tính toán chi phí phức tạp hơn với các hệ số điều chỉnh, đòi hỏi nguồn thông tin chuyên sâu để tính toán nguồn kinh phí phân bổ cho CSSKBD thông qua dựa trên các xu hướng chi tiêu để mô phỏng và dự đoán sự thay đổi trong cơ cấu chi phí của các dịch vụ CSSKBD. Các yếu tố tác động lên chi phí ở người bệnh bao gồm độ tuổi, giới tính, tình trạng kinh tế, mức độ bệnh tật được tích hợp trong hệ số điều chỉnh [97]. Phương pháp tính toán từ dưới lên cũng được áp dụng tại một số nước đang phát triển như Kenya, Kyrzastan, Kazashtan, Brazil, Argentina [104], [112],[91].

b. Tính toán chi phí từ trên xuống

Phương pháp tính toán từ trên xuống sẽ phân bổ tổng kinh phí đến từng đơn vị dịch vụ để xác định chi phí đơn vị. Tại Úc và Bỉ, chi phí được tổng hợp đến các trung tâm chi phí, sau đó xác định số lượt cung ứng dịch vụ tại các

trung tâm chi phí để phân bổ chi phí đến từng đơn vị dịch vụ [71]. Tỷ lệ phân bổ cũng có thể được điều chỉnh theo thời gian dựa theo định hướng chính sách của chính phủ hoặc khi tuyển CSSKBD mở rộng phạm vi dịch vụ, triển khai thêm các chương trình dự phòng như tiêm chủng, CSSKSS, phòng bệnh truyền nhiễm ... [101]. Một số các nước đang phát triển lựa chọn phân bổ từ trên xuống khác như Colombia, Costa Rica, Peru [105]

c. Kết hợp cả phương pháp từ trên xuống và từ dưới lên

Một số nước như Niu-Di-Lân, Cộng hoà Séc, đã lựa chọn áp dụng đồng thời cả hai phương pháp từ trên xuống và từ dưới lên trong việc xác định tổng chi phí dành cho CSSKBD [91]. Phương pháp tiếp cận từ dưới lên sẽ được sử dụng đầu tiên để xác định chi phí đơn vị tối thiểu để cung ứng các dịch vụ CSSKBD. Mức tối thiểu này có thể được nâng lên thông qua việc gia tăng tỷ lệ phân bổ nguồn ngân sách nhà nước cho tuyển CSSKBD (phân bổ từ trên xuống). Các nước khi áp dụng phân tích chi phí tại tuyển CSSKBD đều phải xây dựng các thuật toán hoặc xác định các yếu tố phân bổ để xác định.

1.4.3. Định hướng mô hình phương thức chi trả theo định suất sửa đổi tại Việt Nam

Tại Việt Nam, Chính phủ cho tới nay đã ba lần áp dụng thí điểm phương thức chi trả theo định suất. Lần đầu được hỗ trợ bởi Cơ quan Phát triển Bỉ tại tỉnh Hòa Bình trong khuôn khổ những cải cách trọng điểm trong Dự án Y tế Cộng đồng (2005-2010) tại một số TYTX. Lần hai được hỗ trợ bởi Cộng đồng Châu Âu thông qua dự án “Hỗ trợ CSSK cho người nghèo các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên” (HEMA). Một số kết quả đạt được cho thấy, tỷ lệ thực hiện chi trả theo định suất là 42% trên tổng số các đơn vị ký hợp đồng KCB BHYT ở thời điểm năm 2012. Mặc dù đã đạt được một số kết quả tích cực, theo đánh giá của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2010) cho thấy PTCT theo định suất áp dụng tại Việt Nam đang còn nhiều điểm bất cập về cả

thiết kế cũng như triển khai thực hiện và tác động [47], [36]. Trên thế giới, nguyên tắc của thiết kế PTCT theo định suất chủ yếu sử dụng cho điều trị ngoại trú và CSSKBĐ. Trong khi, thiết kế định suất tại Việt Nam bao gồm cả cho điều trị nội trú và điều này sẽ làm nảy sinh nhiều hệ quả bất cập... Ngoài ra, quỹ định suất giao cho BV bao gồm cả chi phí KCB đa tuyến. Do đó, BV chịu rủi ro bội chi quỹ định suất rất lớn do tình trạng người bệnh tự đi KCB vượt tuyến với tỷ lệ tương đối cao, có địa phương lên tới 75%, và mức chi phí KCB tại các tuyến trên cao gấp nhiều lần so với tuyến dưới. Ngoài ra, những vấn đề liên quan đến phạm vi áp dụng, cách xác định phạm vi chi trả, cách tính quỹ định suất, việc xác định hệ số điều chỉnh cũng được đặt ra.

Để giải quyết các vấn đề vướng mắc trong quá trình triển khai thực hiện định suất, BHYT đã phê duyệt Đề án thí điểm lần 3 sửa đổi PTCT chi phí KCB BHYT theo định suất tại Quyết định số 5380/QĐ-BYT ngày 30/12/2013. Đề án thực hiện trong 2 năm 2014 và 2015 theo 2 phương án: mô hình định suất theo phương án 1 sẽ bao gồm dịch vụ KCB ngoại trú tại chỗ của các đơn vị tuyến huyện trở xuống tại 2 tỉnh Bắc Ninh và Ninh Bình. Mô hình định suất theo phương án 2 sẽ bao gồm dịch vụ KCB nội trú và ngoại trú tại chỗ của các đơn vị từ tuyến huyện trở xuống của 2 tỉnh Khánh Hòa và Huế. Theo kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2014) cho thấy PTCT theo định suất thí điểm lần 3 vẫn còn tồn tại nhiều bất cập: Tỷ lệ các cơ sở y tế bị bội chi vẫn khá cao; Hệ thống quản lý số liệu bị đứt đoạn và báo cáo tài chính bị chậm trễ; Chậm trễ trong việc tính quỹ và hoàn trả viện phí [61].

Để giải quyết các các vấn đề bất cập khi thực hiện chi trả theo định suất, BHYT hiện đang xây dựng mô hình sửa đổi dựa trên bằng chứng khoa học và thực tiễn trong nước và kinh nghiệm quốc tế. Việc xác định các dịch vụ nằm trong phạm vi thanh toán định suất tại tuyến YTCS khá đa dạng và được thực hiện dựa theo đặc điểm khác nhau của các hệ thống y tế ở mỗi quốc gia. Tại

Việt Nam, tuyến YTCS là nơi thực hiện CSSKBD bao gồm các cơ sở y tế từ tuyến huyện trở xuống. Phạm vi định suất sửa đổi theo định hướng BHYT áp dụng là toàn bộ chi phí KCB ngoại trú trong phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.

Tính toán SPCB chính là việc xác định giá trị của tất cả các nguồn lực cần thiết để cho các cơ sở y tế cung ứng các dịch vụ nằm trong phạm vi định suất đạt hiệu quả và đảm bảo chất lượng dịch vụ [91]. SPCB theo kinh nghiệm quốc tế thường được xác định bằng việc phân tích chi phí với hai phương pháp phổ biến nhất là phân tích chi phí từ trên xuống và từ dưới lên [67]. Hiện nay, PTCT theo định suất thí điểm tại Việt Nam đã xác định SPCB dựa trên cơ sở chi phí KCB BHYT theo phí dịch vụ. Giá DVYT mới chỉ bao gồm tiền nhân công và các chi phí trực tiếp, vì thế việc xác định SPCB theo dữ liệu từ phí dịch vụ chưa phản ánh hết đầy đủ giá trị của tất cả nguồn lực cần thiết để cơ sở y tế cung ứng dịch vụ. Điều này có thể dẫn đến thâm hụt nguồn thu cho các cơ sở y tế nếu áp dụng định suất và không khuyến khích cơ sở y tế tự chủ hay tăng cường chất lượng dịch vụ để thu hút người bệnh.

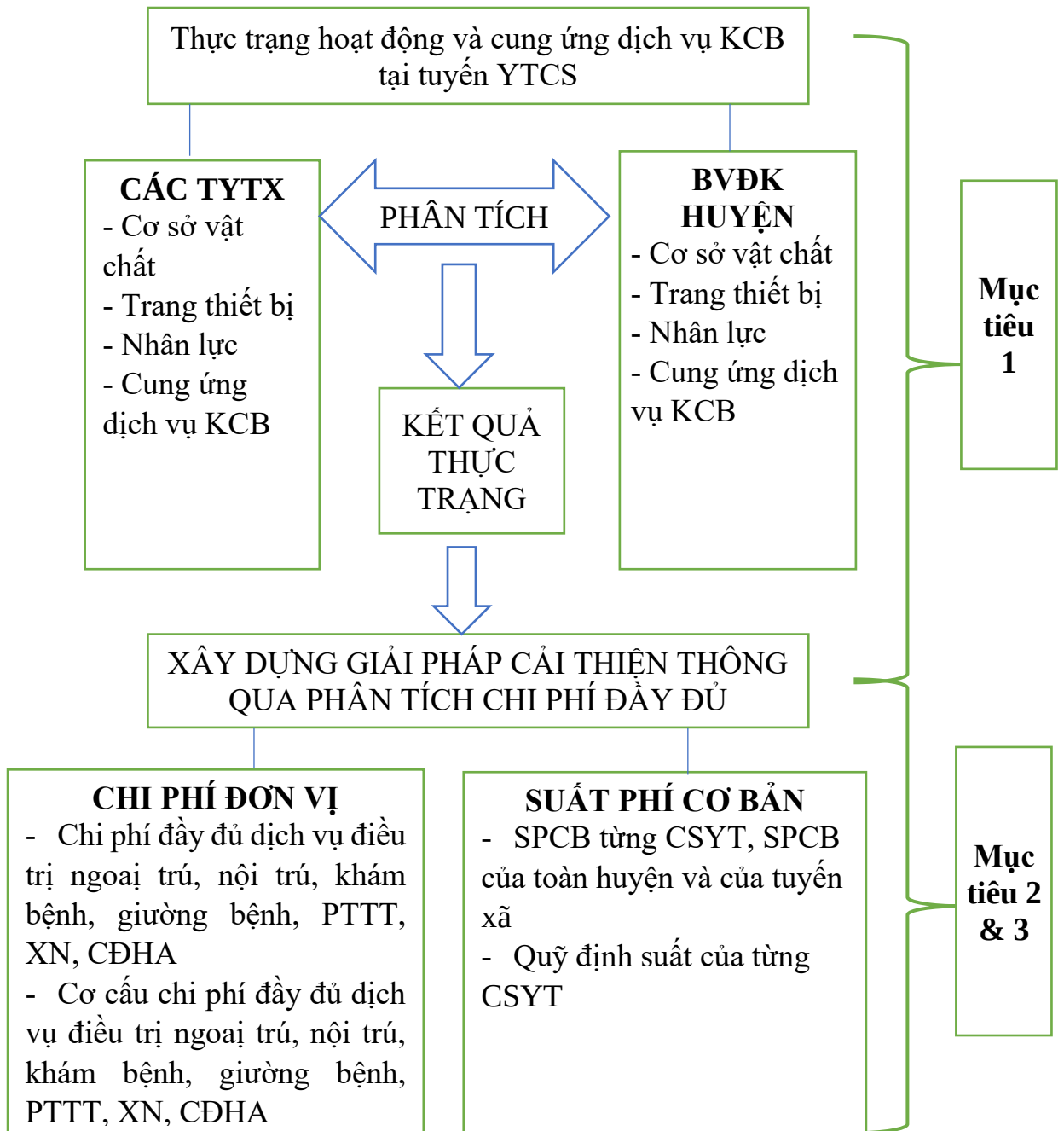
PTCT theo định suất cũng sử dụng hệ thống hệ số điều chỉnh tính toán tác động đến sự biến động chi phí đối với mỗi nhóm đối tượng và cơ sở y tế khác nhau. Các hệ số điều chỉnh của các mô hình định suất thí điểm hiện nay của BHYT được sử dụng nhằm đảm bảo tổng quỹ định suất của các cơ sở y tế không vượt tổng mức thanh toán chi phí KCB BHYT theo luật BHYT và tính toán theo phí dịch vụ. Ngoài ra, hệ số điều chỉnh đang thí điểm còn giới hạn giá trị quỹ định suất tại các cơ sở y tế không được vượt quá hoặc thấp hơn tổng chi KCB theo phí dịch vụ năm trước liền kề. Điều này cho thấy định suất tại Việt Nam vẫn phụ thuộc quá nhiều vào phí dịch vụ. Đây sẽ là dấu hỏi cho tính hiệu quả của việc đổi mới PTCT theo định suất với mục tiêu nhằm khắc phục những bất cập do phí dịch vụ gây ra cho hệ thống y tế hiện nay.

Chính sách thông tuyến cho phép người dân được quyền lựa chọn KCB tại cơ sở y tế mà họ đăng ký KCBĐ hoặc khám ở cơ sở y tế khác trong cùng một địa bàn huyện. Vì thế, ngoài số lượt KCB và chi phí phát sinh từ những thẻ đăng ký KCBĐ, việc xây dựng mô hình định suất sẽ đòi hỏi cần thu thập thêm thông tin về số lượt và chi phí phát sinh từ những thẻ đến từ nơi khác nhằm phản ánh nguồn lực thực tế đã được sử dụng cũng như năng lực cung ứng dịch vụ của các cơ sở y tế.

Chương 2

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Khung lý thuyết nghiên cứu



Hình 2.1. Khung lý thuyết nghiên cứu

2.2. 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.

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa:

- + Trang thiết bị, CSVC, nhân lực
- + Dịch vụ kỹ thuật cung ứng
- + Các dịch vụ KCB tại Bệnh viện

- Trạm Y tế xã:

- + Trang thiết bị, CSVC, nhân lực
- + Dịch vụ kỹ thuật cung ứng
- + Các dịch vụ KCB tại TYTX

2.2.2. Địa điểm

Nghiên cứu được tiến hành tại tất cả các TYTX của huyện Minh Hóa và BVĐK huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.

Huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình bao gồm 16 TYTX như sau: 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.

2.2.3. Thời gian

Nghiên cứu của mục tiêu 1 được thực hiện trong 2 năm (2018-2019), trong đó nghiên cứu viên tiến hành điều tra, thu thập số liệu trong năm 2018, sau đó tiến hành xử lý dữ liệu, phân tích các kết quả đầu ra trong năm 2019.

2.2.4. Thiết kế nghiên cứu

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 tại các cơ sở y tế được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

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

2.2.6. Các biến số/ chỉ số nghiên cứu

Nghiên cứu của mục tiêu 1 được tiến hành thông qua việc tính toán các biến số/ chỉ số sau:

- Tình trạng hoạt động các khoa phòng tại các cơ sở y tế: 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 cơ sở y tế thời điểm năm 2018.

- Hiện trạng TTB tại các cơ sở y tế: Số lượng TTB và tỷ lệ % TTB có thời gian sử dụng dưới 5 năm và trên 5 năm tại các cơ sở y tế 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 DVKT: Số lượng DVKT cung ứng và tỷ lệ % DVKT cung ứng tại các cơ sở y tế 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 cung ứng các dịch vụ Khám bệnh; Giường bệnh; Phẫu thuật – thủ thuật; Xét nghiệm; Chẩn đoán hình ảnh tại các cơ sở y tế từ 2016-2018.

2.2.7. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu viên tiến hành xây dựng biểu mẫu và sử dụng các biểu mẫu có sẵn để thu thập số liệu về CSVC, trang thiết bị, nhân lực, thuốc và danh mục kỹ thuật. Sau đó, nghiên cứu viên tiến hành thu thập và phân tích thông tin từ nguồn cơ sở dữ liệu thứ cấp bao gồm sổ sách, báo cáo tài chính, báo cáo hoạt động hàng năm, báo cáo liên quan đến hoạt động KCB BHYT của BVĐK và các TYTX thuộc huyện Minh Hoá, tỉnh Quảng Bình.

2.2.8. 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 (2021). Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm Microsoft Excel (2021) 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 thông số mô tả biến định lượng gồm có giá trị trung bình, tỷ lệ %...

2.3. Mục tiêu 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.

2.3.1. Quan điểm nghiên cứu phân tích chi phí

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định nhu cầu nguồn lực thực tế cần thiết cho các dịch vụ KCB tại tuyến YTCS, vì thế quan điểm chi phí là từ phía cung cấp dịch vụ. Do đó, nghiên cứu không bao gồm chi phí của xã hội là các chi phí cơ hội của người bệnh trong lúc KCB, các chi phí ăn ở, đi lại và các chi phí không chính thức phát sinh trong quá trình KCB.

2.3.2. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa:
 - + Cơ chế tài chính
 - + Chi phí các dịch vụ KCB
- Trạm Y tế
 - + Cơ chế tài chính
 - + Chi phí các dịch vụ KCB

2.3.3. Địa điểm

Các dịch vụ KCB tại tuyến YTCS ở Việt Nam cung ứng tại BVĐK huyện và các TYTX, vì vậy nghiên cứu đã lựa chọn phân tích chi phí tại các cơ sở KCB BHYT trong một huyện. Huyện Minh Hóa là một huyện nghèo tiêu biểu tại Việt

Nam với nhiều địa phương thuộc vùng kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn. Kết quả nghiên cứu đã cung cấp một bức tranh toàn cảnh và phản ánh những bất cập mà một huyện nghèo tại Việt Nam có thể gặp phải trong việc xây dựng cơ chế tài chính. Huyện Minh Hóa là địa phương có tỷ lệ bao phủ BHYT rất cao với khoảng gần 100% năm 2018. Hoạt động KCB đều được chi trả bởi BHYT là lợi thế rất lớn trong việc thu thập số liệu về chi phí KCB khi số liệu có thể được trích xuất trực tiếp từ BHXH Việt Nam.

Nghiên cứu mục tiêu 2 được tiến hành tại tất cả các TYTX của huyện Minh Hóa và BVĐK huyện Minh Hoá, tỉnh Quảng Bình.

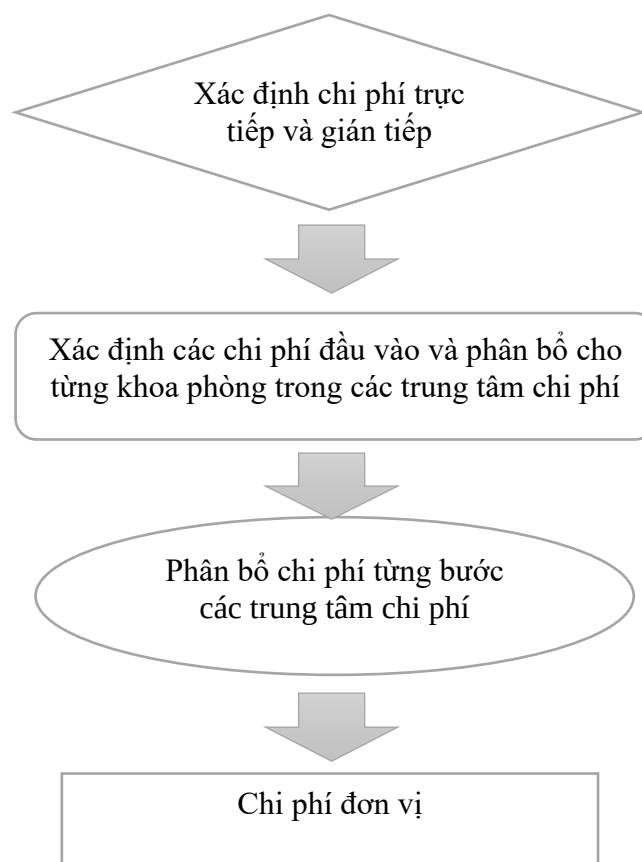
2.3.4. Thời gian

Nghiên cứu của mục tiêu 2 được thực hiện trong 3 năm (2019-2020), trong năm 2019 nghiên cứu viên đã tiến hành điều tra, thu thập số liệu hồi cứu của toàn bộ hoạt động tài chính của các cơ sở y tế từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2018 và tiến hành làm sạch, quản lý và phân tích số liệu trong năm 2020 .

2.3.5. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế phân tích chi phí cho các DVYT cung ứng trong cơ sở y tế được lựa chọn. Nghiên cứu sẽ hồi cứu toàn bộ số liệu đã được thực hiện và quyết toán trong năm 2018 (từ ngày 01/01/2018-31/12/2018) của các TYTX và BVĐK huyện. Số liệu này phải sẵn có và tiếp cận được tại các TYTX và BVĐK huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.

Phương pháp phân tích chi phí được sử dụng trong đó xác định chi phí trực tiếp và gián tiếp của các DVYT đã sử dụng đồng thời 2 kỹ thuật phân tích chi phí, bao gồm phân tích chi phí từ trên xuống và phân tích chi phí từ dưới lên [67]. Phương pháp phân tích từ trên xuống sẽ sử dụng kỹ thuật phân bổ chi phí từng bước để phân bổ các đơn vị chi phí tại các Trung tâm chi phí sau đó xác định được chi phí đầy đủ của các DVYT [75].



Hình 2.2. Các bước trong thiết kế nghiên cứu để ước tính chi phí đầy đủ các dịch vụ khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế.

2.3.5.1. Xác định các loại chi phí và các cấu phần chi phí

Bảng 2.1. Các cấu phần chi phí và phương pháp thu thập

Loại chi phí	Chi phí	Cách tính chi phí	Phương pháp thu thập
Chi phí trực tiếp	Chi phí thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	Viện phí bao gồm chi phí thuốc, máu, dịch truyền và VTTH phục vụ cho người bệnh do cơ sở y tế cung cấp để điều trị người bệnh. Ngoài ra	Biểu mẫu báo cáo KCB BHYT

Loại chi phí	Chi phí	Cách tính chi phí	Phương pháp thu thập
		VTTH cũng bao gồm VTTH dành cho TTB xét nghiệm và CDHA	
	Chi phí nhân công	Tất cả các khoản thu nhập bao gồm: lương, tiền đóng bảo hiểm xã hội, phụ cấp làm ngoài giờ, phụ cấp nghề nghiệp, tiền thưởng và các khoản chi khác cho NVYT	Sổ sách kế toán
	Chi phí vận hành	Chi phí về điện, nước, nhiên liệu, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường...	Sổ sách kế toán
	Chi phí khấu hao tài sản cố định	- Khấu hao nhà cửa tính trên cơ sở giá trị nhà khi mới xây hoặc ở thời điểm định giá mới nhất với thời gian khấu hao là 25 năm. Chi phí khấu hao được tính đều cho mỗi năm với tỷ lệ 1/25. - Khấu hao TTB được tính toán dựa trên giá trị ở thời điểm mua hoặc	Báo cáo tài sản cố định

Loại chi phí	Chi phí	Cách tính chi phí	Phương pháp thu thập
		thời điểm định giá mới nhất. Tính toán khấu hao cho tất cả TTB đang sử dụng. Thời gian khấu hao là 10 năm. Chi phí khấu hao được tính đều cho mỗi năm với tỷ lệ 1/10.	
	Chi phí duy tu, bảo dưỡng	Chi phí duy tu, bảo dưỡng, sửa chữa tài sản cố định, mua sắm thay thế công cụ, dụng cụ trực tiếp sử dụng để thực hiện dịch vụ kỹ thuật	Sổ sách tài chính, kế toán
Chi phí gián tiếp	Chi phí của bộ phận gián tiếp	Lương lao động bộ phận gián tiếp, và các chi phí hợp pháp khác để đảm bảo vận hành bình thường của cơ sở y tế	Sổ sách tài chính, kế toán
	Đào tạo, nghiên cứu khoa học	Chi phí đào tạo, nghiên cứu khoa học để ứng dụng các kỹ thuật mới	Báo cáo tài sản cố định

Tài sản cố định của các cơ sở y tế được trích khấu hao theo phương pháp khấu hao đường thẳng như sau [4]:

- Xác định mức trích khấu hao trung bình hàng năm cho tài sản cố định theo công thức dưới đây:

Mức trích khấu hao trung bình hàng năm tài sản cố định

$$= \frac{\text{Nguyên giá của tài sản cố định}}{\text{Thời gian trích khấu hao}}$$

- Mức trích khấu hao trung bình hàng tháng bằng số khấu hao phải trích cả năm chia cho 12 tháng.

Giá trị của tài sản cũng được điều chỉnh lạm phát theo công thức sau [109]:

$$\text{Giá điều chỉnh về năm 2018} = \text{Giá thời điểm mua sắm} \times \frac{\text{CPI năm 2018}}{\text{CPI năm mua sắm}}$$

2.3.5.2. Phương pháp tính toán và phân bổ chi phí

Tại các Trạm Y tế Xã

a. Xác định chi phí đầu vào của từng Trung tâm chi phí

Phân bổ chi phí được thực hiện qua các trung tâm chi phí là các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật tại TYTX:

- Trung tâm chi phí KCB bao gồm các chi phí liên quan đến hoạt động KCB tại TYTX

- Trung tâm chi phí y tế dự phòng (YTDP) bao gồm các chi phí liên quan đến các hoạt động khác ngoài KCB tại các TYTX được quy định tại Thông tư số 33/2015/TT-BYT của Bộ Y tế.

- Trung tâm chi phí quản lý bao gồm các chi phí liên quan đến công tác quản lý và vận hành tại TYTX.

Bảng 2.2. Chi phí và các trung tâm chi phí tại Trạm Y tế Xã

Loại chi phí	Khám, chữa bệnh	Y tế dự phòng	Quản lý
Chi phí trực tiếp	Nhân công, Thuốc, máu, dịch truyền; VTTH;	Nhân công, Thuốc, máu, dịch truyền; VTTH;	Vận hành; VTTH;

	Vận hành; Khấu hao; Duy tu, bảo dưỡng	Vận hành; Khấu hao; Duy tu, bảo dưỡng	Khấu hao; Duy tu, bảo dưỡng
Chi phí gián tiếp	Đào tạo, nghiên cứu khoa học	Đào tạo, nghiên cứu khoa học	Chi phí của bộ phận gián tiếp; Đào tạo, nghiên cứu khoa học

b. Các bước thực hiện phân bổ chi phí

+ Phân bổ các chi phí trực tiếp và gián tiếp

Chi phí vốn (tài sản, nhà cửa, CSVN, máy móc trang thiết bị) được xác định, liệt kê, tổng hợp, xác định giá và phân bổ từ trên xuống cho các Trung tâm chi phí bằng cách trực tiếp (cho phần dùng riêng) hoặc gián tiếp (cho phần dùng chung). Tùy theo khoản chi và tình hình thực tế của TYTX cũng như tính chất của từng Trung tâm chi phí để quyết định các yếu tố phân bổ cho phù hợp. Nhà cửa sẽ được phân bổ dựa theo diện tích các khoa, phòng, các tài sản, TTB được phân bổ theo số lượng các tài sản và TTB tại mỗi khoa phòng và nhân công phân bổ dựa theo báo cáo nhân lực tại mỗi khoa phòng

Chi phí thường xuyên (điện nước, vật tư, nhiên liệu, thông tin liên lạc, duy tu bảo dưỡng, sửa chữa nhỏ, hội nghị, tập huấn, đào tạo...) được phân bổ từ trên xuống cho từng Trung tâm chi phí dựa trên nhiều yếu tố phân bổ như thời gian làm việc, số lượng máy móc, trang thiết bị... Nhân công sẽ được phân bổ theo định mức đã giao cho từng Trung tâm chi phí. Nhân lực tham gia nhiều nhiệm vụ khác nhau sẽ được phân bổ theo thời gian thực tế đóng góp cho từng Trung tâm chi phí.

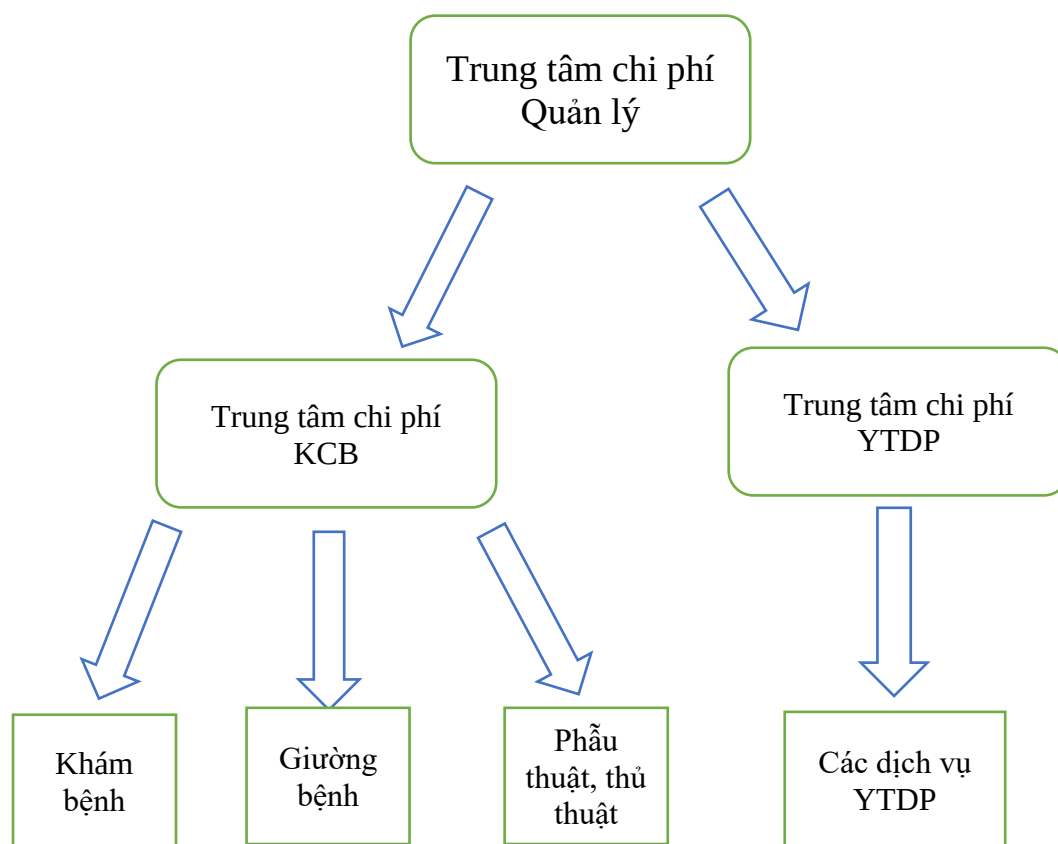
Các chi phí trực tiếp cho điều trị của người bệnh như thuốc, dịch chuyên, vật tư tiêu hao, xét nghiệm và CĐHA được phân bổ từ dưới lên bằng cách thu thập từ biểu mẫu thanh toán KCB BHYT của người bệnh.

Bảng 2.3. Các yếu tố phân bổ cho các hạng mục chi phí khi phân bổ vào các Trung tâm chi phí

Yếu tố	Yếu tố phân bổ	
	Trực tiếp	Gián tiếp
Nhà cửa	Diện tích	Thời gian làm việc
Tài sản, TTB	Thực tế sử dụng	
Nhân công		Thời gian làm việc
Điện		Thời gian làm việc + Thiết bị
Nước		Thời gian làm việc
VPP, thông tin, nhiên liệu		Thời gian làm việc
Duy tu, bảo dưỡng		Thiết bị
Hội nghị, tập huấn		Thời gian làm việc
Đào tạo, nghiên cứu khoa học		Số lượng cán bộ
Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	Thực tế sử dụng	

+ Phân bổ chi phí qua các trung tâm chi phí

Các hạng mục chi phí tại Trung tâm chi phí quản lý sẽ được phân bổ cho Trung tâm chi phí KCB và YTDP theo tỷ trọng chi phí tương ứng với các yếu tố phân bổ của từng hạng mục chi phí trong mỗi Trung tâm chi phí. Đối với tuyến xã, yếu tố phân bổ của các trung tâm chi phí chính là tỷ trọng thời gian làm việc của nhân viên y tế (NVYT) đối với hai mảng dịch vụ KCB và YTDP. Với từng khoản chi cụ thể, Trung tâm chi phí nào chiếm tỷ trọng càng cao sẽ được phân bổ càng nhiều.



Hình 2.3. Phân bổ chi phí qua các Trung tâm chi phí tại Trạm Y tế Xã

Các hạng mục chi phí của Trung tâm chi phí KCB sẽ được tổng hợp và phân bổ từ trên xuống cho các dịch vụ KCB là sản phẩm đầu ra của trung tâm chi phí KCB và xác định được chi phí đầy đủ các dịch vụ KCB tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình năm 2018. Các yếu tố phân bổ được sử dụng là giá dịch vụ, thời gian thực hiện, số lượt cung ứng, số lượng và giá trị TTB sử dụng... Tùy theo tính chất của mỗi khoản chi để xác định các yếu tố phân bổ cho phù hợp. Các chi phí trực tiếp cho điều trị của người bệnh như thuốc, dịch chuyển, xét nghiệm, vật tư tiêu hao được phân bổ từ dưới lên dựa vào số liệu thu thập từ biểu mẫu thanh toán KCB BHYT của người bệnh.

Bảng 2.4. Các yếu tố phân bổ áp dụng cho các hạng mục chi phí khi phân bổ xuống các dịch vụ KCB tại TYTX

STT	Hạng mục chi phí	Yếu tố phân bổ
1	Nhà cửa	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
2	Tài sản, TTB	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
3	Nhân công	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng + giá dịch vụ
4	Điện	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
5	Nước	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
6	VPP, thông tin, nhiên liệu	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
7	Duy tu, bảo dưỡng	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
8	Hội nghị, tập huấn	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
9	Đào tạo, nghiên cứu	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
10	Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng

Tại Bệnh viện Đa khoa Huyện

a. Xác định chi phí đầu vào của Bệnh viện Đa khoa Huyện

Phân bổ chi phí được thực hiện qua các trung tâm chi phí dựa theo chức năng, vị trí của các phòng, ban tại BVĐK Huyện và sản phẩm đầu ra là chi phí đơn vị của nghiên cứu.

- Trung tâm chi phí trực tiếp bao gồm các chi phí liên quan đến hoạt động của các khoa phòng tham gia trực tiếp và gián tiếp vào cung ứng DVYT, bao gồm các khoa lâm sàng, cận lâm sàng.

- Trung tâm chi phí trung gian bao gồm các chi phí liên quan đến hoạt động các khoa phòng trung gian trong cung ứng bao gồm: Khoa dinh dưỡng, khoa kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa dược, khoa cận lâm sàng.

- Trung tâm chi phí hỗ trợ bao gồm các chi phí liên quan đến hoạt động của bộ phận quản lý, hành chính, các phòng chỉ đạo chuyên môn và các phòng chức năng.

Bảng 2.5. Chi phí và các trung tâm chi phí tại Bệnh viện Đa khoa Huyện

Loại chi phí	Trung tâm hỗ trợ	Trung tâm trung gian	Trung tâm trực tiếp
Chi phí trực tiếp	VTTH; Vận hành; Khấu hao; Duy tu, bảo dưỡng	Nhân công; VTTH; Vận hành; Khấu hao; Duy tu, bảo dưỡng	Nhân công, Thuốc, máu dịch truyền, VTTH; Vận hành; Khấu hao; Duy tu, bảo dưỡng
Chi phí gián tiếp	Chi phí của bộ phận gián tiếp; Đào tạo, nghiên cứu khoa học	Đào tạo, nghiên cứu khoa học	Đào tạo, nghiên cứu khoa học

b. Các bước thực hiện phân bổ chi phí

+ Phân bổ các chi phí trực tiếp và gián tiếp

Chi phí vốn (tài sản, nhà cửa, CSVC, máy móc trang thiết bị) được xác

định, liệt kê, tổng hợp, xác định giá và phân bổ từ trên xuống cho các Trung tâm chi phí bằng cách trực tiếp (cho phần dùng riêng) hoặc gián tiếp (cho phần dùng chung). Nhà cửa sẽ được phân bổ dựa theo diện tích các khoa, phòng, các tài sản, TTB được phân bổ theo số lượng các tài sản và TTB tại mỗi khoa phòng và nhân công phân bổ dựa theo báo cáo nhân lực tại mỗi khoa phòng.

Các khoản chi thường xuyên (điện nước, vật tư, nhiên liệu, thông tin liên lạc, duy tu bảo dưỡng, sửa chữa nhỏ, hội nghị, tập huấn,...) cho từng khoa phòng trên cơ sở các yếu tố phân bổ (số lượng cán bộ, máy móc trang thiết bị, ngày giường,...).

Các chi phí trực tiếp cho điều trị của người bệnh như thuốc, dịch chuyển, xét nghiệm, VTTH, xét nghiệm và CDHA được phân bổ từ dưới lên bằng cách thu thập từ biểu mẫu báo cáo KCB BHYT sẵn có tại cơ sở y tế.

Bảng 2.6. Các yếu tố phân bổ áp dụng với các hạng mục chi phí khi phân bổ cho các khoa phòng tại các Trung tâm chi phí

Yếu tố	Yếu tố phân bổ	
	Trực tiếp	Gián tiếp
Nhà cửa	Diện tích	
Tài sản, TTB	Thực tế sử dụng	
Nhân công	Thực tế sử dụng	
Điện		Cán bộ + Ngày giường + Thiết bị
Nước		Cán bộ + Ngày giường
VPP, thông tin, nhiên liệu		Cán bộ + Ngày giường
Duy tu, bảo dưỡng		Thiết bị

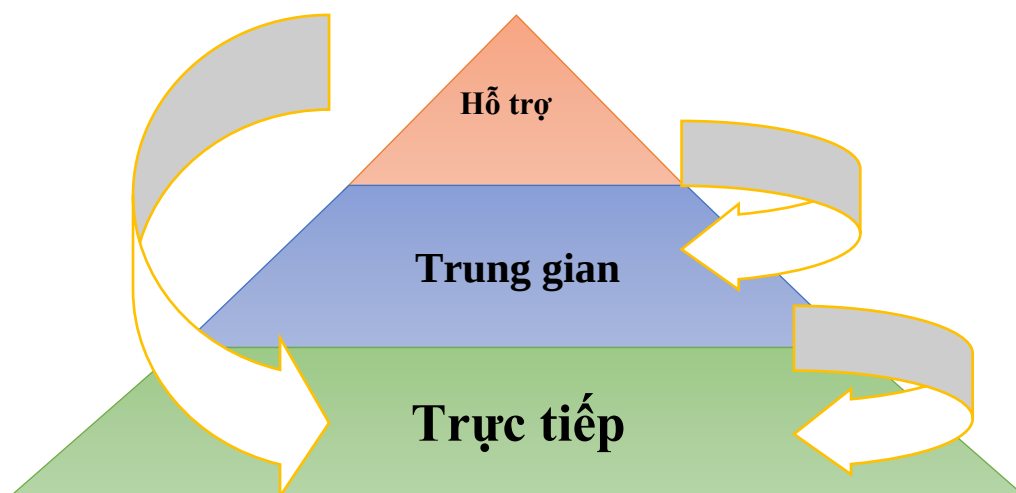
Yếu tố	Yếu tố phân bổ	
	Trực tiếp	Gián tiếp
Hội nghị, tập huấn		Số lượng cán bộ
Đào tạo, nghiên cứu khoa học		Số lượng cán bộ
Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	Thực tế sử dụng	

Các khoản chi thường xuyên (điện nước, vật tư, nhiên liệu, thông tin liên lạc, duy tu bảo dưỡng, sửa chữa nhỏ, hội nghị, tập huấn,...) cho từng khoa phòng trên cơ sở các yếu tố phân bổ (số lượng cán bộ, máy móc trang thiết bị, ngày giường,...).

Các chi phí trực tiếp cho điều trị của người bệnh như thuốc, dịch chuyên, xét nghiệm, vật tư tiêu hao, xét nghiệm và CDHA được phân bổ từ dưới lên bằng cách thu thập từ biểu mẫu báo cáo KCB BHYT sẵn có tại BV.

+ *Phân bổ chi phí qua các Trung tâm chi phí*

Tại BVĐK huyện, các hạng mục chi phí tại từng khoa, phòng trong Trung tâm chi phí hỗ trợ sẽ được phân bổ lại cho từng khoa, phòng trong các Trung tâm chi phí còn lại. Các hạng mục chi phí của từng khoa, phòng trong Trung tâm chi phí trung gian sau đó được tổng hợp và tiếp tục phân bổ cho các khoa, phòng trong Trung tâm chi phí trực tiếp.



Hình 2.4. Phương pháp phân bổ chi phí từng bước

Yếu tố phân bổ các hạng mục chi phí trong các khoa phòng tại mỗi Trung tâm chi phí được xác định dựa theo đặc tính của mỗi khoa, phòng và được mô tả tại Bảng 2.7.

Bảng 2.7. Các yếu tố phân bổ của từng hạng mục chi phí tại các khoa, phòng khi phân bổ từng bước tại bệnh viện huyện

STT	Khoa, phòng	Yếu tố phân bổ
1	Ban GD, Tổ chức hành chính, Kế hoạch tổng hợp	Cán bộ + Ngày giường + Số lượt KCB
2	Phòng Tài chính kế toán	Chi phí các khoa phòng
3	Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	Cán bộ + Ngày giường + Số lượt KCB
3	Khoa Điều dưỡng	Cán bộ + Ngày giường + Số lượt KCB
4	Khoa Dược	Chi phí thuốc
5	Khoa Xét nghiệm, CDHA	Chi phí xét nghiệm, CDHA

Các hạng mục chi phí của các khoa, phòng trong trung tâm chi phí trực tiếp sẽ được tổng hợp và phân bổ lại từ trên xuống cho từng loại dịch vụ KCB là đầu ra tương ứng mỗi khoa KCB. Các khoa lâm sàng bao gồm: khoa nội tổng hợp, khoa nhi, khoa y học cổ truyền, khoa hồi sức tích cực, khoa ngoại, khoa sản và liên chuyên khoa có sản phẩm đầu ra là dịch vụ ngày giường và phẫu thuật thủ thuật. Khoa Khám bệnh có duy nhất sản phẩm đầu ra là khám bệnh. Yếu tố phân bổ từ trên xuống được xác định dựa theo đặc tính của mỗi hạng mục chi phí. Các chi phí trực tiếp cho điều trị người bệnh như thuốc, dịch chuyển, xét nghiệm, vật tư tiêu hao, xét nghiệm và CDHA được phân bổ từ dưới lên dựa vào tiền xét nghiệm, thuốc và vật tư tiêu hao.

Bảng 2.8. Các yếu tố phân bổ khi phân bổ chi phí xuống các dịch vụ đầu ra tại bệnh viện huyện

STT	Hạng mục chi phí	Yếu tố phân bổ
1	Nhà cửa	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
2	Tài sản, TTB	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
3	Nhân công	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng + giá dịch vụ
4	Điện	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
5	Nước	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
6	VPP, thông tin, nhiên liệu	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
7	Duy tu, bảo dưỡng	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
8	Hội nghị, tập huấn	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng
9	Đào tạo, nghiên cứu	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng

STT	Hạng mục chi phí	Yếu tố phân bổ
10	Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH	Thời gian thực hiện + Số lượt cung ứng

2.3.6. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

Nghiên cứu của mục tiêu 2 được tiến hành thông qua việc tính toán các biến số/ chỉ số sau:

- Thông tin các khoản chi dành cho KCB tại các cơ sở y tế: 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 cơ sở y tế: 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.

2.3.7. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu viên tiến hành xây dựng các biểu mẫu để thu thập các số liệu về 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 ...). Các chi phí trực tiếp như: Thuốc, máu, dịch truyền, VTTH; Xét nghiệm; CDHA được thu thập trực tiếp từ biểu 19, 20, 21 tại cơ sở y tế báo cáo lên BHXH tỉnh. Các thông tin liên quan đến dịch vụ KCB bao gồm: Dịch vụ điều trị ngoại trú; Dịch vụ điều trị nội trú; Dịch vụ khám bệnh; Dịch vụ giường

bệnh; dịch vụ xét nghiệm; dịch vụ CDHA; dịch vụ phẫu thuật thủ thuật được thu thập từ biểu 79, 80 tại cơ sở y tế báo cáo lên BHXH tỉnh.

2.3.8. 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 (2021). Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm Microsoft Excel (2021) và SPSS v.20.0.

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 chi phí trung bình. Phương pháp tính toán từ trên xuống và từ dưới lên được thực hiện theo tài liệu hướng dẫn của Joint Learning Network (2014) [67] và kỹ thuật phân bổ từng bước được thực hiện theo phương pháp của tác giả Conteh (2004) [75].

2.4. Mục tiêu 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.

2.4.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh viện Đa khoa huyện Minh Hóa:
- + Dịch vụ KCB ngoại trú
- + Thẻ đăng ký KCBBĐ
- Trạm Y tế
- + Dịch vụ KCB ngoại trú
- + Thẻ đăng ký KCBBĐ

2.4.2. Địa điểm nghiên cứu

Huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình là một trong số ít các địa phương nằm trong danh sách thí điểm đổi mới hệ thống PTCT theo định suất nên kết quả

phân tích chi phí tại huyện Minh Hóa cung cấp dữ liệu khoa học cần thiết cho việc xây dựng cơ chế tài chính, hỗ trợ xây dựng hệ thống PTCT tại tuyến YTCS.

Nghiên cứu được tiến hành tại tất cả các TYTX và BVĐK của huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.

2.4.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu sẽ được tiến hành trong năm 2020. Sau khi thu thập được kết quả phân tích chi phí ở mục tiêu 2, nghiên cứu sẽ tiến hành điều tra thu thập số liệu để tính toán ra SPCB, quỹ định suất tại cơ sở y tế ước tính cho năm 2019 dựa trên kết quả nghiên cứu phân tích chi phí của năm 2018 ở mục tiêu 2.

2.4.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, trong đó sử dụng thu thập số liệu hồi cứu trong điều tra số liệu về KCB BHYT tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa năm 2018. Phương pháp phân tích chi phí đầy đủ được áp dụng để tính toán SPCB.

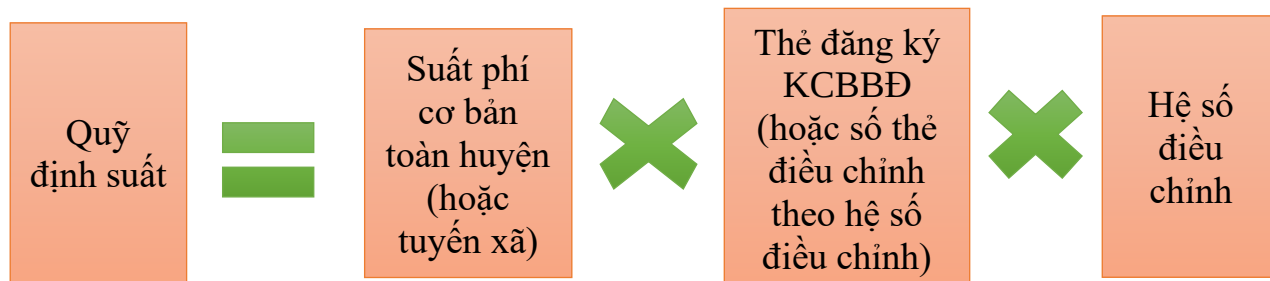
2.4.5. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ số liệu tại tất cả các TYTX thuộc huyện Minh Hóa và BVĐK huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình.

2.4.6. Phương pháp xác định quỹ định suất

Hệ thống PTCT theo định suất đòi hỏi có ba cấu phần cơ bản bao gồm: danh sách các dịch vụ trong phạm vi định suất, SPCB và cuối cùng là cơ chế xác định số lượng đăng ký KCB tại các cơ sở y tế [67],[91]. Ngoài ra, nhiều hệ thống PTCT theo định suất tích hợp thêm các hệ số điều chỉnh và hệ thống này

yêu cầu phải xác định được chính xác các yếu tố gây biến thiên SPCB cũng như thu thập thông tin chuyên sâu hơn tại mỗi cơ sở y tế.



Hình 2.5. Tính toán quỹ định [67],[91]

Đối với PTCT theo định suất, các dịch vụ KCB BHYT ngoại trú được xác định nằm trong phạm vi định suất và các thẻ BHYT đăng ký KCBBD sẽ là đối tượng để tính SPCB. SPCB của huyện Minh Hóa chính là chi phí KCB ngoại trú trung bình một đầu thẻ BHYT đăng ký KCBBD của toàn huyện.



Hình 2.6. Phương pháp tính suất phí của mỗi PTCT

2.4.7. Phương pháp xác định hệ số điều chỉnh

Nguyên tắc xây dựng các hệ số điều chỉnh trong nghiên cứu này dựa trên tài liệu hướng dẫn của Langenbrunner (2009) đã được tổng hợp và áp dụng tại tuyến YTCS tại nhiều quốc gia đang phát triển như Kazakhstan, Uzbekistan, Ghana, Czech, Costa Rica, Estonia ... và một số các nước phát triển như Anh, Úc, New Zealand[67],[91].

Nguyên tắc xây dựng hệ số điều chỉnh trong nghiên cứu này cũng đang được Bộ Y tế nghiên cứu và thí điểm trong thời gian qua.

Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi sẽ phản ánh sự biến thiên chi phí trên đầu thẻ của từng nhóm tuổi khác nhau và được tính bằng công thức sau:

Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi

$$= \frac{\text{Chi phí trung bình trên đầu thẻ từng nhóm tuổi}}{\text{Chi phí trung bình trên đầu thẻ của tất cả nhóm tuổi}}$$

Sau khi xác định được hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi, nghiên cứu sẽ xác định các số thẻ điều chỉnh theo hệ số điều chỉnh tại mỗi cơ sở y tế

Số thẻ điều chỉnh tại cơ sở y tế = $\sum_i^n$ Số thẻ nhóm tuổi i tại CSYT $\times$ hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi i tại cơ sở y tế

Hệ số điều chỉnh quỹ định suất theo tần suất sẽ phản ánh sự biến thiên chi phí trung bình trên một đầu thẻ của mỗi CSYT với tần suất trên đầu thẻ khác nhau và được tính bằng công thức sau:

Hệ số điều chỉnh quỹ ĐS theo tần suất

$$= \frac{\text{Số khám trung bình trên một đầu thẻ của mỗi CSYT}}{\text{Số khám trung bình trên đầu thẻ của tất cả CSYT}}$$

2.4.8. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

Nghiên cứu của mục tiêu 3 được tiến hành thông qua việc tính toán các biến số/ chỉ số sau:

- Thông tin về thẻ đăng ký KCBBD tại các cơ sở y tế: 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 SPCB và quỹ định suất: SPCB từng cơ sở y tế, SPCB toàn huyện, SPCB tuyến xã, Quỹ định suất từng cơ sở y tế

2.4.9. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu viên thiết kế các biểu mẫu để thu thập các số liệu liên quan đến thẻ đăng ký KCBBD và chi phí KCB BHYT ngoại trú tại cơ sở y tế tuyến YTCS huyện Minh Hóa, Quảng Bình và sau đó thu thập tại BHXH Việt Nam.

Chi phí KCB ngoại trú, suất phí, quỹ định suất được tính toán dựa trên kết quả phân tích chi phí ở mục tiêu 2.

2.4.10. Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, nhập vào máy tính, mã hóa, quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel (2021). Xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm Microsoft Excel (2021) và SPSS v.20.0. 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 biến định lượng gồm có giá trị trung bình, tỷ lệ % ... Kiểm định Mann Whitney test để so sánh các giá trị trung bình. Kiểm định Pearson sẽ được sử dụng để đo lường mức độ tương quan giữa các yếu tố tác động lên SPCB và SPCB cũng như các quỹ định suất dự báo năm 2019 và tổng chi KCB BHYT ngoại trú năm 2018.

2.5. Tổ chức nghiên cứu

2.5.1. Tổ chức thực hiện

- Xây dựng và hoàn thiện bộ công cụ nghiên cứu
- Làm việc tại Sở Y tế và BHXH Việt Nam về nội dung nghiên cứu và lập danh sách các đầu mối cần liên hệ tại các phòng ban ở BHXH Việt Nam, BVĐK huyện và TTYT huyện Minh Hoá, Quảng Bình.
- Liên hệ các đầu mối và tổ chức điều tra để thu thập số liệu tại BHXH Việt Nam, BVĐK huyện và TTYT huyện.
- Trực tiếp xuống các TYTX để rà soát số liệu và thu thập thêm các số liệu khác còn thiếu tại TTYT huyện và BVĐK huyện.

2.5.2. Lực lượng tham gia nghiên cứu

- Tại BHXH Việt Nam: các cán bộ đầu mối cung cấp số liệu tại Trung tâm Công nghệ thông tin, Trung tâm Giám định BHYT và thanh toán đa tuyến; Ban Thực hiện chính sách BHYT.

- Tại BVĐK huyện Minh Hoá: Ban lãnh đạo, cán bộ đầu mối cung cấp số liệu tại Phòng Tổ chức Hành chính, Phòng Tài chính, Phòng Công nghệ thông tin.

- Tại TTYT huyện Minh Hoá: Ban lãnh đạo, cán bộ đầu mối cung cấp số liệu tại Phòng Tổ chức Hành chính, Phòng Tài chính, Phòng Công nghệ thông tin.

- Tại các TYTX: NVYT là cán bộ đầu mối cung cấp số liệu.

2.6. Phương pháp hạn chế sai số

- Xây dựng bộ công cụ thật rõ ràng, dễ hiểu và trao đổi kỹ với các cán bộ tại các cơ sở y tế thực hiện việc điền thông tin vào bộ công cụ.

- Các số liệu thu thập từ biểu mẫu thiết kế và sổ sách, thống kê có sẵn được kiểm chứng trên thực tế hoặc đối chiếu trên các hệ thống sổ sách để xác định độ tin cậy.

- Đối chiếu ngẫu nhiên các biểu mẫu KCB BHYT với các hồ sơ bệnh án.

- Không đưa vào xử lý các số liệu không đủ độ tin cậy.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y học

Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của các đơn vị quản lý. Số liệu thu được chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu, không dùng vào mục đích khác. Nghiên cứu đã 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 khám, chữa bệnh 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 TYTX	Tỷ lệ %	Số lượng TYTX	Tỷ lệ %	Số lượng TYTX	Tỷ lệ %
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, CDHA	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 đẻ/ KHHGĐ	9	56,2	7	43,8	0	0,0

STT	Khoa/Phòng	Thời gian sử dụng < 10 năm		Thời gian sử dụng >=10 năm		Không có	
		Số lượng TYTX	Tỷ lệ %	Số lượng TYTX	Tỷ lệ %	Số lượng TYTX	Tỷ lệ %
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
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	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
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

STT	Nhân lực	Bệnh viện huyện		Trạm Y tế xã	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Bác sĩ	30	21,6	19	17,8
2	Y sĩ	17	12,2	23	21,5

STT	Nhân lực	Bệnh viện huyện		Trạm Y tế xã	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
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
Tổng cộng		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 NVYT 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 NVYT 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	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
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

STT	Gói trang thiết bị, dụng cụ	Thời gian sử dụng < 5 năm		Thời gian sử dụng ≥ 5 năm		Không có	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
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/TT0BYT 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 số 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	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Khoa lâm sàng							
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
Khoa cận lâm sàng							
8	Khoa xét nghiệm (Huyết học – hoá sinh – vi sinh)	210	67,3	0	0,0	102	32,7
9	Khoa CDHA	7	20,6	0	0,0	27	79,4
10	Khoa chống nhiễm khuẩn	19	82,6	0	0,0	4	17,4

STT	Khoa, phòng	Thời gian sử dụng <5 năm		Thời gian sử dụng >5 năm		Không có	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Khối quản lý, vận hành							
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
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 80,0%; 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 2018.

3.1.2.1. Cung ứng dịch vụ kỹ thuật

Bảng 3.6. Thực trạng cung ứng dịch vụ kỹ thuật tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018

ST T	Tên nhóm DVKT	Bệnh viện huyện			Trạm Y tế xã		
		Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)	Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)
1	Hồi sức cấp cứu và chống độc	55	242	22,7	24	55	43,6
2	Nội khoa	34	112	30,4	8	29	27,6
3	Nhi khoa	263	1300	20,2	210	468	44,9
4	Lao	4	4	100,0	0	0	0,0
5	Da liễu	3	19	15,8	0	2	0,0
6	Tâm thần	1	18	5,6	5	12	41,7
7	Nội tiết	2	19	10,5	4	7	57,1
8	Y học cổ truyền	60	401	15,0	106	191	55,5
9	Gây mê hồi sức	1	928	0,1	0	3	0,0
10	Ngoại khoa	121	121	100,0	1	10	10,0
11	Bỏng	11	69	15,9	6	10	60,0
12	Ung bướu	28	37	75,7	0	0	0,0
13	Phụ sản	76	105	72,4	17	24	70,8
14	Mắt	29	92	31,5	5	19	26,3

ST T	Tên nhóm DVKT	Bệnh viện huyện			Trạm Y tế xã		
		Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)	Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)
15	Tai-Mũi- Họng	43	125	34,4	11	17	64,7
16	Răng-Hàm-Mặt	36	79	45,6	5	56	8,9
17	Phục hồi chức năng	35	209	16,7	32	110	29,1
18	Điện quang	103	103	100,0	0	35	0,0
19	Y học hạt nhân	0	0	0,0	0	0	0,0
20	Nội soi chẩn đoán, can thiệp	3	9	33,3	0	0	0,0
21	Thăm dò chức năng	2	34	5,9	0	7	0,0
22	Huyết học – Truyền máu	14	85	16,5	0	11	0,0
23	Hóa sinh	37	75	49,3	1	11	9,1
24	Vi sinh	29	135	21,5	0	56	0,0
25	Giải phẫu bệnh và tế bào bệnh học	0	17	0,0	0	5	0,0
26	Vi phẫu	0	0	0,0	0	0	0,0
27	Phẫu thuật nội soi	5	9	55,6	0	0	0,0
28	Tạo hình – thẩm mỹ	2	167	1,2	0	9	0,0

Ghi chú: Danh mục thống kê dựa trên danh mục dịch vụ kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật trong thông tư số 43/2013/ TT0BYT ngày 11/12/2013 và thông tư 21/2017/TT0BYT ngày 15/10/2017.

Bảng 3.6 cho thấy các cơ sở y tế tuyến YTCS huyện Minh Hóa, Quảng Bình vẫn chưa đáp ứng được hầu hết các DVKT theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế. Tại tuyến huyện, tỷ lệ cung ứng DVKT theo phân tuyến kỹ thuật khá thấp khi hầu hết các nhóm DVKT theo chuyên khoa chỉ đáp ứng dưới 50% theo danh mục của Bộ Y tế. Một số chuyên khoa có tỷ lệ thấp nhất như Tâm thần (5,6%); Gây mê hồi sức (0,1%); Thăm dò chức năng (5,9%); Tạo hình thẩm mỹ (1,2%) và một số chuyên khoa không cung ứng dịch vụ kỹ thuật như Giải phẫu bệnh và tế bào bệnh học; Y học hạt nhân. Hầu hết các chuyên khoa đang thực hiện tại tuyến xã đều có tỷ lệ cung ứng DVYT theo phân tuyến kỹ thuật đạt trên 40%, cao nhất là các chuyên khoa như: hiện đang có tỷ lệ cung ứng DVKT theo phân tuyến kỹ thuật cao hơn Phụ sản (70,8%); Tai Mũi Họng (64,7%); Bỏng (60,0%). Tuy nhiên, có đến 8/22 (tỷ lệ 36,3%) chuyên khoa trong danh mục của BHYT không cung ứng tại tuyến xã.

3.1.2.2. *Cung ứng dịch vụ KCB theo bệnh*

Bảng 3.7. Danh mục 10 bệnh được điều trị nhiều nhất tại tuyến y tế cơ sở của huyện Minh Hóa, giai đoạn 2016-2018

STT	2016				2017				2018			
	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %
1	J02	Viêm họng cấp	5428	16,1	J02	Viêm họng cấp	10257	17,2	J02	Viêm họng cấp	9307	14,6
2	J03	Viêm amidan cấp	2085	6,2	J03	Viêm amidan cấp	4236	7,1	H81	Rối loạn chức năng tiền đình	4027	6,3
3	K29	Viêm dạ dày, tá tràng	1438	4,3	J20	Viêm phế quản	2348	3,9	J03	Viêm amidan cấp	3327	5,2
4	J20	Viêm phế quản	1371	4,1	H81	Rối loạn chức năng tiền đình	2317	3,9	J20	Viêm phế quản	2116	3,3

STT	2016				2017				2018			
	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %
5	H81	Rối loạn chức năng tiền đình	1069	3,2	J11	Cúm, virus không định danh	1988	3,3	I10	Tăng huyết áp vô căn	1942	3,0
6	J11	Cúm, virus không định danh	1014	3,0	K29	Viêm dạ dày, tá tràng	1678	2,8	J11	Cúm, virus không được định danh	1763	2,8
7	K30	Khó tiêu chức năng	911	2,7	K52.3	Viêm đại tràng không xác định	1604	2,7	F48.0	Bệnh suy nhược thần kinh	1660	2,6
8	G46	Hội chứng mạch máu não trong bệnh mạch não	745	2,2	I10	Tăng huyết áp vô căn	1392	2,3	K52.3	Viêm đại tràng không xác định	1654	2,6

STT	2016				2017				2018			
	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	Tỷ lệ %
9	R51	Đau đầu	678	2,0	K30	Khó tiêu chức năng	1259	2,1	K29	Viêm dạ dày và tá tràng	1473	2,3
10	A06.2	Viêm đại tràng do amip	660	2,0	R51	Đau đầu	1237	2,1	J00	Viêm mũi họng cấp	1404	2,2

Ghi chú: Mã bệnh được thông kê theo danh mục ICD-10 của Bộ Y tế

Bảng 3.7 cho thấy mặc dù không có sự thay đổi nhiều về danh sách 10 bệnh được điều trị nhiều nhất tại tuyến YTCS của huyện Minh Hóa, nhưng thứ tự các bệnh đã có sự biến đổi khá rõ rệt qua các năm. Các mã giữ nguyên thứ bậc từ 2016-2018 bao gồm viêm họng cấp (J02) là mã bệnh luôn đứng đầu danh sách về số lượt cung ứng mặc dù có giảm về tỷ trọng từ 16,1% năm 2016 xuống 14,6% năm 2018, viêm phế quản (J20) đứng thứ 4 và giảm từ 4,1% năm 2016 xuống 3,3% năm 2018, cúm, virus không định danh (J11) đứng thứ 6 và giảm từ 3,0% xuống 2,8%. Các mã bệnh có sự sụt giảm trong tỷ trọng và thứ bậc trong danh sách bao gồm viêm amidan cấp (J03) từ 6,2% năm 2016 xuống 5,2% năm 2018, viêm dạ dày, phế quản (K29) từ 4,3% năm 2016 xuống còn 2,3% năm 2018. Rối loạn chức năng tiền đình (H81) cho thấy việc gia tăng tỷ trọng và thứ bậc khi tăng từ bậc 5 với 3,2% năm 2016 lên bậc 3 với 6,3% năm 2018. Các mã bệnh tăng huyết áp vô căn (I10), bệnh suy nhược thần kinh (F48.0), viêm đại tràng không xác định (K52.3), viêm mũi họng cấp (J00) đều là các mã bệnh không nằm trong danh sách 10 bệnh năm 2016 nhưng có sự gia tăng rõ ràng về số lượt cung ứng và thứ bậc qua các năm để nằm trong danh sách 10 bệnh của cả năm 2017 và 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 (VNĐ)

Dịch vụ		2016		2017		2018	
		TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện
Khám bệnh	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
Giường bệnh	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
Xét nghiệm	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
Chẩn đoán	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
hình ảnh	Chi phí trung bình/lượt	0	0,04	0	0,06	0	0,05
Phẫu thuật, thủ thuật	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 xấp xỉ 2 lần từ 2016-2018. Ngược lại, số lượt cung ứng dịch vụ giường bệnh lại giảm khá từ 644 lượt xuống 294 lượt trong giai đoạn 2016-2018. Tại tuyến huyện, xu hướng gia tăng vẫn ghi nhận 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. Đối với chi phí trung bình một lượt cung ứng, sự gia tăng cũng diễn ra ở hầu hết các dịch vụ KCB BHYT theo phí dịch vụ tại tuyến huyện và tuyến xã. Đối với BVĐK huyện, tất cả các dịch vụ đều gia tăng, tuy nhiên sự gia tăng không đồng đều. Chi phí trung bình một lượt phẫu thuật, thủ thuật và ngày giường là hai dịch vụ có tốc độ gia tăng nhanh nhất mặc dù giảm nhẹ trong giai đoạn từ 2017-2018. Các dịch vụ còn lại bao gồm khám bệnh, xét nghiệm, CDHA đều gia tăng không đáng kể. Đối với các TYTX, chỉ duy nhất dịch vụ phẫu thuật, thủ thuật có chi phí trung bình giảm còn lại dịch vụ khám bệnh và ngày giường đều gia tăng trong giai đoạn từ 2016-2018.

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

3.2.1. Cơ cấu các khoản chi dành cho hoạt động khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hoá, Quảng Bình

Bảng 3.9. Các khoản chi dành cho hoạt động khám, chữa bệnh của các cơ sở y tế huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.

Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)

Khoản chi	BVĐK huyện		TYTX		Tổng	
	Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %
Chi lương	19.741	52,4	6.617	61,6	26.359	53,7
Chi thuốc, máu, VTTH	6.419	17,0	2.330	21,7	8.749	17,8
VTTH xét nghiệm, CDHA	6.173	16,4	-	-	6.173	12,6
Chi khấu hao nhà cửa	1.115	3,0	434	4,0	1.548	3,2

Khoản chi	BVĐK huyện		TYTX		Tổng	
	Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %
Chi khấu hao TTB y tế	2.301	6,1	370	3,4	2.671	5,4
Chi khấu hao TTB khác	232	0,6	165	1,5	397	0,8
Chi văn phòng phẩm, thông tin, nhiên liệu	1.066	1,7	563	5,2	1.629	3,3
Chi vận hành (điện, nước ...)	219	0,6	60	0,6	279	0,6
Chi sửa chữa, mua sắm tài sản	996	2,1	119	1,1	1.115	2,3
Chi đào tạo và NCKH	30	0,1	-	0,0	30	0,1
Chi thường xuyên khác	21	0,1	88	0,8	110	0,2
Tổng chi	38.313	100,0	10.747	100,0	49.061	100,0

Ghi chú: Danh mục các khoản chi chỉ bao gồm chi cho hoạt động KCB tại các cơ sở y tế và không bao gồm chi cho hoạt động y tế dự phòng tại các Trạm Y tế Xã. BVĐK – Bệnh viện đa khoa, TYTX- Trạm Y tế xã

Bảng 3.9 cho thấy cơ cấu chi cho hoạt động KCB tại cả BV huyện và các TYTX đang cho thấy sự tương đồng nhau khi chi lương cho cán bộ y tế đang là nguồn chi chủ yếu và chiếm tỷ lệ lớn nhất. Chi lương tại BV huyện Minh Hóa năm 2018 là 19,7 tỷ đồng, chiếm 52,4% trên tổng chi. Chi lương tại tất cả các TYTX thậm chí còn cao hơn và chiếm khoảng 61,6% tổng chi. Tiếp theo là các chi phí biến đổi liên quan đến thuốc, máu, VTTH và các VTTH xét nghiệm và CDHA chiếm lần lượt 17,0% và 16,4% tại các BV huyện. Chi thuốc, máu, dịch truyền, VTTH cũng là khoản chi cao thứ hai tại các TYTX. Các chi phí dành cho xét nghiệm và CDHA không được tính tại các TYTX do các dịch vụ này không được cung ứng tại tuyến xã. Các chi phí còn lại như chi phí khấu

hao, chi vận hành, sửa chữa, chi đào tạo và NCKH ... đều có tỷ trọng ở mức thấp và đồng đều giữa các tuyến huyện và tuyến xã.

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 (VNĐ)

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	Toàn tuyến xã	10.611	32.260	0,329	136	106	1,282
2.1	TYTX Quy Đạt	603	3.017	0,200	4	-	-
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

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
2.8	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 so sánh hai giá trị trung bình. 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. Các TYTX cũng có chi phí đơn vị không đồng đều. 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 vì thế không giá trị chi phí đơn vị dịch vụ nội trú. Một số các TYTX thực hiện dịch vụ nội trú nhưng chi phí đơn vị khá thấp là TYTX Hóa Sơn, Hóa Thanh, Minh Hóa.

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 (VNĐ)

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	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %
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

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	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %
Quản lý, Vận hành	36	4,9	205	6,8	25	7,7	97	7,5
Tổng cộng	732	100,0	2.994	100,0	329	100,0	1.282	100,0

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 (VNĐ)

Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1)/(2)	Giá trị P (Mann Whitney y test)	Phân tích chi phí (3) (bỏ khấu hao)	Tỷ lệ % (1)/(3)	Giá trị P (Mann Whitney y 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 $p < 0,05$ bằng kiểm định Mann-Whitney đơn mẫu 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.

3.2.3. Ước tính chi phí đầy đủ theo dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế 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)

ST T	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	-	-

ST T	Cơ sở y tế	Khám bệnh	Giường bệnh	Phẫu thuật thủ thuật	Xét nghiệm	Chẩn đoán hình ảnh
2.6	TYTX Hóa Tiến	0,342	-	-	-	-
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	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %
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
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

Thành phần	Khám bệnh		Giường bệnh		Phẫu thuật, thủ thuật		Xét nghiệm		CDHA	
	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	Tỷ lệ %
Tổng cộng	287	100,0	301	100,0	374	100,0	40	100,0	94	100,0

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%. Chỉ 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	Tỷ lệ %	Chi phí	% Tỷ lệ	Chi phí	Tỷ lệ %
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

Thành phần	Khám bệnh		Giường bệnh		Phẫu thuật, thủ thuật	
	Chi phí	Tỷ lệ %	Chi phí	% Tỷ lệ	Chi phí	Tỷ lệ %
VTTH xét nghiệm, CDHA	-	-	-	-	-	-
Vận hành	25	7,9	29	3,7	25	4,3
Tổng cộng	320	100,0	776	100	592	100,0

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)

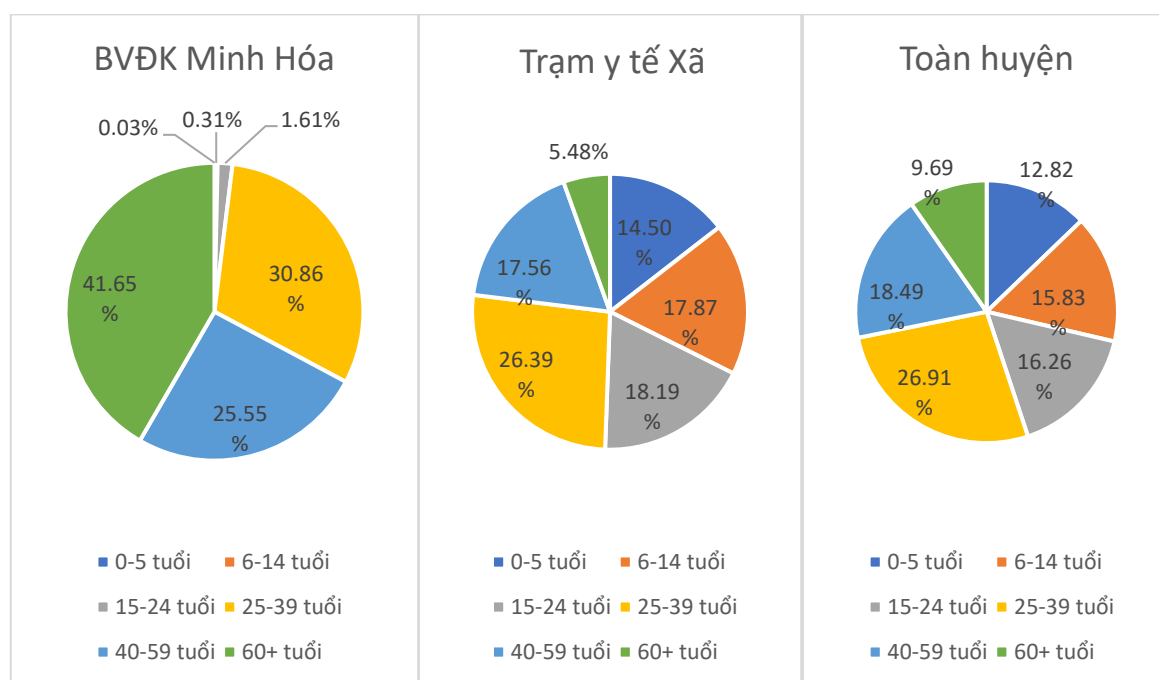
Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1) / (2)	Giá trị p(Mann-Whitney test)	Phân tích chi phí (bỏ khấu hao) (3)	Tỷ lệ % (1) / (3)	Giá trị p (Mann-Whitney test)
BVĐ K huyện	Khám bệnh	0,032	0,150	21,5	P<0,001	0,131	24,6	P<0,001
	Giường bệnh	0,167	0,258	64,7	P<0,001	0,222	75,0	P<0,001
	Phẫu thuật thủ thuật	0,194	0,326	59,7	P<0,001	0,295	66,0	P<0,001
	Xét nghiệm	0,028	0,039	71,2	P<0,001	0,038	74,9	P<0,001
	CDHA	0,053	0,093	56,6	P<0,001	0,077	68,3	P<0,001
TYTX	Khám bệnh	0,026	0,249	10,6	P<0,001	0,225	11,7	P<0,001
	Giường bệnh	0,057	0,713	8,0	P<0,001	0,267	21,4	P<0,001
	Phẫu thuật thủ thuật	0,318	0,532	59,7	P<0,001	0,238	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.

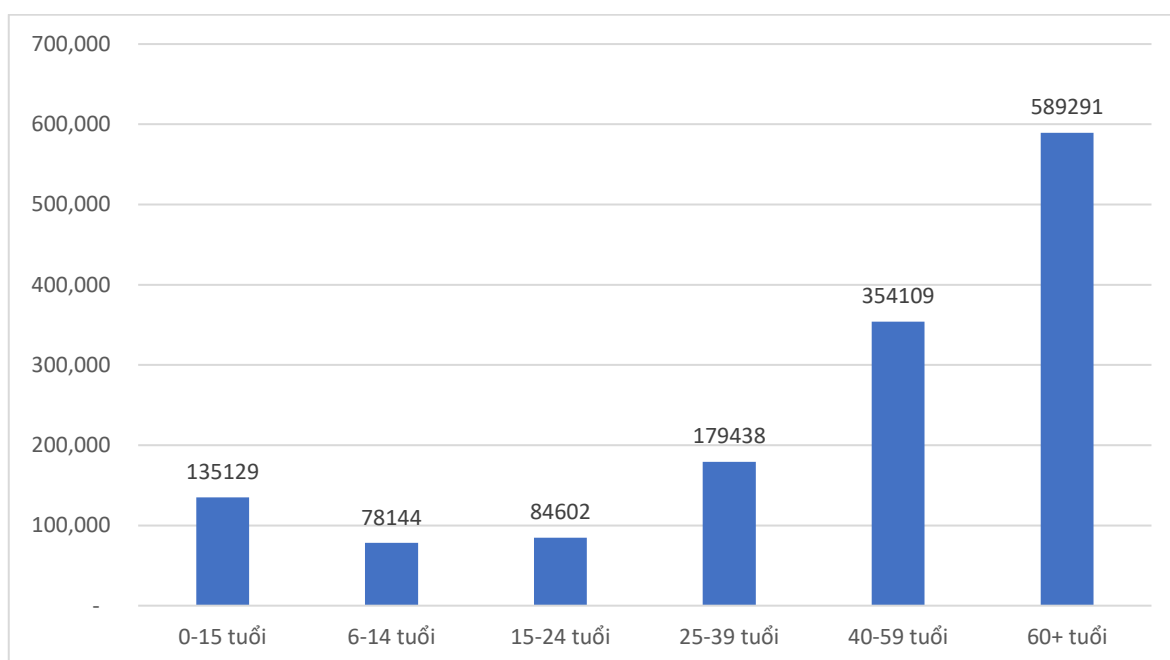
3.3. Xác định suất phí cơ bản dựa trên phân tích chi phí nhằm đề xuất phương thức chi trả phù hợp cho tuyến y tế cơ sở

3.3.1. Thông tin về thể đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu của tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình



Biểu đồ 3.1. Tỷ trọng cơ cấu thể bảo hiểm y tế đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu theo nhóm tuổi tại tuyến y tế cơ sở Minh Hóa, Quảng Bình, 2018

Biểu đồ 3.1 cho thấy các thể đăng ký KCBBD tại BVĐK huyện Minh Hóa chỉ có khoảng 2% số thể là người dưới 24 tuổi còn lại đa số các thể trong nhóm tuổi từ 25 tuổi trở lên, trong đó trên 60 tuổi chiếm tới 41.65% số thể. Ngược lại, các TYTX lại chủ yếu là trẻ em và người lớn, người già trên 60 tuổi chỉ chiếm khoảng 5,48%.



Biểu đồ 3.2. Chi phí điều trị ngoại trú trung bình trên đầu thẻ bảo hiểm y tế theo nhóm tuổi tại Minh Hóa, Quảng Bình, 2018

Biểu đồ 3.2 cho thấy chi phí KCB BHYT ngoại trú trung bình trên đầu thẻ hiện đang cao nhất đối với những người cao tuổi (trên 60 tuổi) với 589.291 VNĐ trên một thẻ. Đứng thứ hai là nhóm đối tượng từ 40-59 tuổi với 354.109 VNĐ trên một thẻ. Hai nhóm tuổi 6-14 tuổi và 15-24 tuổi đang là các nhóm có chi phí trung bình thấp nhất với lần lượt là 78.144 VNĐ và 84.602 VNĐ.

Bảng 3.17. Các chỉ số về chi phí điều trị ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình, 2018

Đơn vị tính: Đồng (VNĐ)

Chỉ số	Bệnh viện huyện	Trạm Y tế xã	Toàn huyện
Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú	8.696.712.486	3.191.315.736	11.888.028.222
Số lượt KCB BHYT ngoại trú	20.084	32.260	52.344
Số thẻ đăng ký KCBBD	6.461	49.005	55.466

Chỉ số	Bệnh viện huyện	Trạm Y tế xã	Toàn huyện
Tần suất KCB BHYT ngoại trú một thẻ đăng ký KCBBD	3,11	0,66	0,94
Chi phí KCB BHYT ngoại trú trung bình một thẻ đăng ký KCBBD	1.346.032	65.124	214.334
Tỷ lệ % chi phí KCB BHYT ngoại trú đúng tuyến	30,4%	72,5%	41,7%

Bảng 3.17 cho thấy tuyến xã đang là nơi thực hiện các dịch vụ KCB ngoại trú tại tuyến YTCS nhiều hơn với 32.226 lượt trong khi tuyến huyện là 20.084 lượt. Trong khi đó tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú tại BVĐK huyện là 8,7 tỷ đồng, cao hơn gấp đôi so với tuyến xã là 3,2 tỷ đồng trong năm 2018. Các thẻ đăng ký KCBBD chủ yếu đăng ký tại các cơ sở y tế tuyến xã với 49.005 thẻ trong khi con số này chỉ 6.461 thẻ tại BVĐK huyện. Các thẻ đăng ký KCBBD tại BVĐK huyện có mức chi phí trung bình khá cao với khoảng 1,3 triệu đồng cho một thẻ trong khi các TYTX chỉ khoảng 65 nghìn đồng một thẻ và con số này là khoảng 214 nghìn đồng một thẻ cho toàn huyện. Các thẻ đăng ký KCBBD tại BVĐK huyện cũng có tần suất KCB khá cao với khoảng 3,11 lần trên một đầu thẻ trong khi con số này chỉ vào khoảng 0,66 và 0,94 lần lượt tại TYTX và trung bình chung toàn huyện. Ngoài ra, phần lớn chi phí KCB ngoại trú tại BVĐK huyện Minh Hóa lại đến từ KCB đa tuyến đến (chiếm khoảng 70% tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú). Ngược lại, phần lớn chi phí KCB BHYT ngoại trú tại các TYTX đều đến từ các thẻ đăng ký KCBBD (chiếm khoảng 70% tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú).

3.3.2. Suất phí cơ bản dựa trên phân tích chi phí tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình

Bảng 3.18. Suất phí cơ bản của các cơ sở y tế tại 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

Cơ sở y tế	Số thẻ đăng ký KCBBD	Tổng chi phí ngoại trú theo phân tích chi phí	Suất phí cơ bản
Tuyến xã	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 cơ sở y tế, đặc biệt là tuyến huyện và tuyến xã. BVĐK huyện Minh Hóa là cơ sở y tế có SPCB cao nhất lên tới 2.275.577 VNĐ. BVĐK huyện Minh Hóa đồng thời cũng là cơ sở y tế có tổng chi phí KCB ngoại trú cao nhất. Đối với tuyến xã, các TYTX có SPCB 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 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 tuyến xã (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 tuyến xã. Các kết quả so sánh giữa các giá trị SPCB đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ sử dụng kiểm định Mann-Whitney test.

Bảng 3.19. Kết quả kiểm định mối tương quan giữa SPCB và các yếu tố tác động lên SPCB để xây dựng hệ số điều chỉnh

	Tương quan Pearson	
	Hệ số Rho	Giá trị p
SPCB	1	-
Số thẻ đăng ký KCBBD	0,35	0,1679
Số thẻ Nhóm tuổi 1	-0,6779	0,0028

	Tương quan Pearson	
	Hệ số Rho	Giá trị p
Số thẻ Nhóm tuổi 2	-0,6479	0,0049
Số thẻ Nhóm tuổi 3	-0,5156	0,0341
Số thẻ Nhóm tuổi 4	0,4575	0,0648
Số thẻ Nhóm tuổi 5	0,5917	0,0123
Số thẻ Nhóm tuổi 6	0,9443	0,0000
Số lượt KCB ngoại trú	0,9501	0,0000
Tần suất KCB	0,9467	0,0000

Ghi chú: Nhóm 1: Từ 0 tuổi đến 6 tuổi; Nhóm 2: Từ trên 6 tuổi đến 18 tuổi; Nhóm 3: Từ trên 18 tuổi đến 25 tuổi; Nhóm 4: Từ trên 25 đến 50 tuổi; Nhóm 5: Từ trên 50 đến 60 tuổi; Nhóm 6: Trên 60 tuổi

Kết quả kiểm định thống kê cũng đang cho thấy sự tương đồng qua các số liệu thu thập được về mối tương quan giữa các yếu tố bao gồm nhóm tuổi, tần suất, số lượt KCB ngoại trú lên SPCB. Số lượt KCB ngoại trú và tần suất đang có mối tương quan thuận chiều cao nhất đối với SPCB, cả hai đều có nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đối với nhóm tuổi, các nhóm tuổi có chi phí trung bình trên đầu thẻ cao nhất như nhóm tuổi trên 60; Từ 50-60 tuổi; Từ 25-50 tuổi đều có tương quan thuận chiều với SPCB và kết quả kiểm định có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngược lại các nhóm tuổi có chi phí trung bình trên đầu thẻ thấp như nhóm từ 0-6 tuổi; Từ 6-18 tuổi; Từ 18-25 tuổi đều tương quan nghịch với SPCB, với chỉ duy nhất nhóm từ 25-50 tuổi kết quả không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,06$. Kết quả kiểm định với số thẻ đăng ký KCBBD cũng không có ý nghĩa thống kê.

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

3.3.3.1. Quỹ định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ chung giữa hai tuyến huyện và xã

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)

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ định suất (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))*100%/(1)]
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%

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ định suất (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))*100%/(1)]
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 cơ sở y tế 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 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%), Trung Hóa (tăng 244,7%), Hóa Tiến (tăng 157,7%).

3.3.3.2. Quỹ định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ tách riêng hai tuyến huyện và xã

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 (VNĐ)

Cơ sở y tế	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ định suất (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))/(1)]
TYTX Quy Đạt	603	961	59,3%
TYTX Trọng Hóa	847	871	2,7%
TYTX Hóa Thanh	593	302	-49,1%

Cơ sở y tế	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ định suất (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))/(1)]
TYTX Hóa Phúc	295	131	-55,8%
TYTX Dân Hóa	806	837	3,9%
TYTX Hóa Tiến	480	587	22,3%
TYTX Hồng Hóa	733	774	5,5%
TYTX Hóa Hợp	654	758	16,0%
TYTX Hóa Sơn	604	375	-38,0%
TYTX Xuân Hóa	653	597	-8,5%
TYTX Yên Hóa	760	819	7,7%
TYTX Quy Hóa	475	206	-56,6%
TYTX Minh Hóa	696	819	17,5%
TYTX Tân Hóa	670	663	-1,1%
TYTX Trung Hóa	734	1.200	63,6%
TYTX Thượng Hóa	1.007	713	-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 đang không đồng đều giữa các TYTX. TYTX Trung Hóa, 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, Hóa Thanh, 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

3.3.4.1. Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ chung giữa hai tuyến huyện và xã

Bảng 3.22. Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi khi phân bổ chung cả hai tuyến huyện và xã

Đơn vị tính: Đồng (VNĐ)

Mã nhóm tuổi	Số thẻ tính đăng ký KCBBD	Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí	Chi phí trung bình	Hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi
0 – 5	7.110	2.045.820.194	287.738	0,63
6 – 14	8.779	1.460.793.626	166.396	0,36
15 – 24	9.020	1.624.923.328	180.156	0,39
25 – 39	14.925	5.702.668.165	382.100	0,84
40 – 59	10.255	7.732.519.198	754.033	1,65
60+	5.378	6.747.115.797	1.254.577	2,75
Tổng cộng	55.466	25.313.840.307	456.385	

Bảng 3.22 cho thấy hệ số điều chỉnh đang phản ánh rõ sự biến thiên chi phí giữa các nhóm tuổi khác nhau trong cơ cấu thẻ đăng ký KCBBD tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa, Quảng Bình năm 2018. Nhóm tuổi trên 40 đang có giá trị hệ số điều chỉnh cao nhất. Ngược lại, nhóm tuổi từ 6 – 14 tuổi và nhóm tuổi từ 15-24 tuổi đang có giá trị thấp nhất.

Bảng 3.23. Hệ số giao quỹ theo tần suất khi phân bổ chung cả hai tuyến huyện và xã

Cơ sở	Số thẻ điều chỉnh	Số lượt KCB ngoại trú	Số khám trung bình	Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất
Bệnh viện Minh Hóa	11.846	20.084	1,70	1,80
TYT TT Quy Đạt	4.130	2.017	0,49	0,52
TYTX Dân Hóa	3.173	2.041	0,64	0,68
TYTX Trọng Hóa	3.239	1.677	0,52	0,55
TYTX Hóa Phúc	533	654	1,23	1,30
TYTX Hồng Hóa	3.145	2.294	0,73	0,77
TYTX Hóa Thanh	1.230	1.171	0,95	1,01
TYTX Hóa Tiến	2.374	2.229	0,94	1,00
TYTX Hóa Hợp	3.244	2.307	0,71	0,75
TYTX Xuân Hóa	2.550	1.818	0,71	0,75
TYTX Yên Hóa	3.466	2.430	0,70	0,74
TYTX Minh Hóa	3.504	2.594	0,74	0,78
TYTX Tân Hóa	2.756	1.609	0,58	0,61
TYTX Hóa Sơn	1.565	1.950	1,25	1,32
TYTX Quy Hóa	872	2.390	2,74	2,90
TYTX Trung Hóa	4.974	2.721	0,55	0,58
TYTX Thượng Hóa	2.865	2.358	0,82	0,87

Bảng 3.23 cho thấy hệ số điều chỉnh theo tần suất đang phản ánh sự chênh lệch lượt khám trung bình trên đầu thẻ giữa các cơ sở y tế khác nhau tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình năm 2018. Vì vậy, TYTX Quy Hóa, Hóa Sơn và BVĐK huyện Minh Hóa đang có hệ số điều chỉnh theo tần suất lớn nhất. Ngược lại, các TYTX Quy Đạt, Dân Hóa, Trọng Hóa đang là các TYTX có hệ số điều chỉnh thấp nhất.

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 (VNĐ)

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ định suất (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%
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, Tân Hóa, Trung Hóa với lần lượt là 61,7%; 72,4%; 79,3%. Các TYTX có sự chênh lệch giữa quỹ định suất và tổng chi KCB ngoại trú ít nhất là TYTX Trọng Hóa, Thượng Hóa, Hóa Phúc với lần lượt là 16,5%; 13,2%; 7,1%.

3.3.4.2. Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ tách hai tuyến huyện và xã

Bảng 3.25. Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi tại tuyến xã

Đơn vị tính: Đồng (VNĐ)

Mã nhóm tuổi	Số thẻ tính đăng ký KCBBD	Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí	Chi phí trung bình	Hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi
0 – 5	7.108	1.307.003.722	183.878	0,85
6 – 14	8.759	978.857.948	111.755	0,52
15 – 24	8.916	993.747.700	111.457	0,51
25 – 39	12.931	2.564.374.313	198.312	0,92
40 – 59	8.604	2.656.377.815	308.738	1,43
60+	2.687	2.110.978.509	785.550	3,63
Tổng cộng	49.005	10.611.340.008	216.535	

Bảng 3.25. cho thấy hệ số điều chỉnh đã phản ánh rõ sự biến thiên chi phí giữa các nhóm tuổi khác nhau trong cơ cấu thẻ đăng ký KCBBD tại tuyến xã huyện Minh Hóa, Quảng Bình năm 2018. Nhóm tuổi trên 40 đang có giá trị

hệ số điều chỉnh cao nhất. Ngược lại, nhóm tuổi từ 6 – 14 tuổi và nhóm tuổi từ 15-24 tuổi đang có giá trị thấp nhất.

Bảng 3.26. Hệ số giao quỹ theo tần suất cho tuyến xã

Cơ sở	Số thẻ điều chỉnh	Số lượt KCB ngoại trú	Số khám trung bình	Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất
TYT TT Quy Đạt	4.602	2.017	0,44	0,67
TYTX Dân Hóa	3.625	2.041	0,56	0,86
TYTX Trọng Hóa	3.720	1.677	0,45	0,68
TYTX Hóa Phúc	601	654	1,09	1,65
TYTX Hồng Hóa	3.489	2.294	0,66	1,00
TYTX Hóa Thanh	1.392	1.171	0,84	1,28
TYTX Hóa Tiến	2.639	2.229	0,84	1,28
TYTX Hóa Hợp	3.625	2.307	0,64	0,97
TYTX Xuân Hóa	2.850	1.818	0,64	0,97
TYTX Yên Hóa	3.843	2.430	0,63	0,96
TYTX Minh Hóa	3.950	2.594	0,66	1,00
TYTX Tân Hóa	3.137	1.609	0,51	0,78
TYTX Hóa Sơn	1.778	1.950	1,10	1,67
TYTX Quy Hóa	980	2.390	2,44	3,70
TYTX Trung Hóa	5.549	2.721	0,49	0,74
TYTX Thượng Hóa	3.224	2.358	0,73	1,11

Bảng 3.26 cho thấy hệ số điều chỉnh theo tần suất đang phản ánh sự chênh lệch lượt khám trung bình trên đầu thẻ giữa các cơ sở y tế khác nhau tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình năm 2018. Chính vì thế, TYTX Quy Hóa, Hóa Sơn và Hóa Phúc đang có hệ số điều chỉnh theo tần suất lớn nhất. Ngược lại, các TYTX Quy Đạt, Trung Hóa, Trọng Hóa đang là các TYTX có hệ số điều chỉnh thấp nhất.

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 (VND)

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ định suất (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))*100%/(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%
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%.

3.3.5. Kết quả kiểm định mối tương quan giữa các giá trị quỹ định suất dự báo năm 2019 và tổng chi khám, chữa bệnh ngoại trú năm 2018

Bảng 3.28. Mối tương quan giữa quỹ định suất 2019 và tổng chi khám chữa bệnh ngoại trú 208 khi hòa chung quỹ định suất tuyến huyện và tuyến xã

	Tổng chi KCB ngoại trú		Quỹ định suất chưa hệ số điều chỉnh		Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh	
	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p
Tổng chi KCB ngoại trú	1	-	-	-	-	-
Quỹ định suất chưa hệ số điều chỉnh	0,5652	0,0181	1	-	-	-
Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh	0,9962	0,0000	0,6093	0,0094	1	-

Kết quả kiểm định mối tương quan Pearson giữa các giá trị quỹ định suất năm 2019 và tổng chi phí KCB ngoại trú năm 2018 đều cho mối tương quan thuận chiều với giá trị $p < 0,05$. Mối tương quan mạnh nhất là quỹ định suất 2019

bao gồm hệ số điều chỉnh với tổng chi KCB ngoại trú năm 2018 với giá trị p rất nhỏ và hệ số Rho gần bằng 1.

Bảng 3.29. Mối tương quan giữa quỹ định suất 2019 và tổng chi khám chữa bệnh ngoại trú 208 khi tách riêng quỹ định suất tuyến huyện và tuyến xã

	Tổng chi KCB ngoại trú		Quỹ định suất chưa hệ số điều chỉnh		Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh	
	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p
Tổng chi KCB ngoại trú	1	-	-	-	-	-
Quỹ định suất 2019 chưa hệ số điều chỉnh	0,6545	0,0059	1	-	-	-
Quỹ định suất 2019 bao gồm hệ số điều chỉnh	0,7812	0,0004	0,7351	0,0012	1	-

Kết quả kiểm định mối tương quan Pearson giữa các giá trị quỹ định suất năm 2019 và tổng chi phí KCB ngoại trú năm 2018 đều cho mối tương quan thuận chiều với giá trị $p < 0,05$. Mối tương quan mạnh nhất là quỹ định suất 2019 bao gồm hệ số điều chỉnh với tổng chi KCB ngoại trú năm 2018 với giá trị p rất nhỏ và hệ số Rho bằng 0,7812.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. 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.

4.1.1. Về cơ sở vật chất, trang thiết bị

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng CSVC tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa đang tương đồng với hầu hết các kết quả nghiên cứu về YTCS trước đó khi tình trạng thiếu hụt, xuống cấp vẫn còn diễn ra phổ biến ở cả hai tuyến [11], [20], [26]. Tình trạng thiếu hụt và xuống cấp của CSVC là những thách thức không nhỏ đối với các cơ sở y tế tại đây đặc biệt là tuyến xã. Thực trạng không tốt của CSVC không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cung ứng dịch vụ KCB mà còn là nguyên nhân trực tiếp tác động đến việc lựa chọn thăm khám tại cơ sở y tế của người dân cũng như duy trì và thu hút nguồn nhân lực.

Tình trạng thiếu TTB theo quy định vẫn còn diễn ra phổ biến ở tuyến YTCS trên cả nước. Báo cáo năm 2014 của BHYT cho thấy không có TYTX nào có đầy đủ TTB y tế cơ bản. Các xã miền núi có tỷ lệ đầy đủ TTB y tế cơ bản cao hơn thành thị [28]. Nghiên cứu của Nguyễn Nhật Linh năm 2015 cũng chỉ ra rằng chỉ có 5,1% BV huyện và 17,1% TYTX có đủ tất cả các TTB thiết yếu được khảo sát [45]. Ngoài ra, báo cáo tổng hợp năm 2018 của BHYT cũng cho thấy bên cạnh các danh mục TTB còn thiếu theo quy định, nhiều TTB hiện tại đang được sử dụng tại các TYTX cũng đã cũ, hỏng không sử dụng được [66]. Như vậy, kết quả về thực trạng TTB tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa khá tương đồng so với các nghiên cứu về YTCS khác gần đây. Các hạn chế về TTB không chỉ gây khó khăn trong việc đảm bảo chất lượng hoạt động KCB tại tuyến CSSKBĐ mà còn là nguyên nhân khiến cho người dân không lựa chọn tuyến YTCS để khám bệnh, đặc biệt là tuyến xã.

4.1.2. Về nhân lực

Kết quả nghiên cứu cho thấy cơ cấu nhân lực tại tuyến huyện và tuyến xã của huyện Minh Hóa khá đồng đều giữa các tuyến. Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng luôn chiếm tỷ lệ cao nhất đối với tuyến huyện và tuyến xã. Tất cả các TYTX đều có bác sĩ làm việc tại trạm. Mặc dù là một huyện miền núi nghèo tại địa bàn tỉnh, Minh Hóa đã thực hiện tốt các chính sách nhằm hỗ trợ cho NVYT làm việc tại đây. Hầu hết NVYT công tác tại đây đều hưởng các chế độ, chính sách đãi ngộ cao về lương thưởng và phụ cấp. Đây là yếu tố quan trọng giúp góp phần giữ chân và thu hút NVYT làm việc tại Minh Hóa khi mà điều kiện làm việc tại đây vẫn còn nhiều hạn chế.

Khi so sánh với các nghiên cứu cũng như các báo cáo, tỷ lệ bác sĩ tại tuyến YTCS ở Minh Hóa năm 2018 hiện nay là khoảng 20% vẫn đang ở mức thấp hơn so với mức trung bình của cả nước tại YTCS (29%), tuy vậy tỷ lệ bác sĩ tại tuyến xã lại cao hơn mặt bằng chung của cả nước (13%) [21]. Tuy nhiên, các kết quả về cơ cấu nhân lực vẫn chưa đủ để đánh giá về nguồn nhân lực tại Minh Hóa. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng năng lực chuyên môn của các bác sĩ tại tuyến YTCS hiện nay ở mức hạn chế [40], [20], [106]. Ngoài ra, các NVYT tại đây cũng không có nhiều cơ hội được đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn [9]. Bên cạnh, môi trường làm việc không đảm bảo an toàn nghề nghiệp, áp lực từ phía người dân ... cũng ảnh hưởng đến việc thu hút và duy trì nguồn nhân lực tại tuyến YTCS [93], [58]. Ngoài ra, tình trạng chưa có chứng chỉ hành nghề của NVYT tại tuyến YTCS cũng là một trong những cản trở cho việc thực hiện hiệu quả hoạt động tại các TYTX [43].

4.1.3. Về cung ứng dịch vụ kỹ thuật.

Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng cung ứng dịch vụ kỹ thuật tại tuyến YTCS huyện Minh Hóa năm 2018 vẫn còn nhiều hạn chế. Tại tuyến huyện, hầu hết các nhóm chuyên khoa đều có tỷ lệ số dịch vụ cung ứng theo phân tuyến kỹ

thuật dưới 50%. Tại tuyến xã, số các DVKT được cung ứng tại các nhóm chuyên khoa phần lớn đều đạt trên 40%. Tuy nhiên, có đến 8/22 (tỷ lệ 36,3%) chuyên khoa trong danh mục DVKT theo phân tuyến kỹ thuật của BHYT không cung ứng tại tuyến xã, huyện Minh Hóa.

Với sự quan tâm đầu tư, ưu tiên của các cấp ban ngành, hoạt động CSSKBD thời gian qua đã có nhiều nét chuyển biến tích cực. Năm 2016, số lượt KCB BHYT tại tuyến YTCS chiếm tới 68,6% tổng số lượt và số lượt KCB tại tuyến YTCS cũng gia tăng mạnh mẽ qua các năm. Tuy nhiên, theo báo cáo năm 2017 của BHYT năng lực cung ứng DVYT tại tuyến YTCS đặc biệt là tuyến xã còn nhiều mặt hạn chế. Các TYTX mới chỉ thực hiện được khoảng 60%-70% so với phân tuyến kỹ thuật của BHYT [11],[16]. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ cung ứng DVYT theo phân tuyến kỹ thuật tại Minh Hóa. Đặc biệt, báo cáo cũng chỉ ra rằng nguyên nhân chủ yếu dẫn đến hạn chế trong cung ứng dịch vụ chính là do thiếu cán bộ hoặc cán bộ chưa được đào tạo, không có trang thiết bị, thiết bị cũ/ hỏng. Mặc dù, cơ cấu nhân lực tại Minh Hóa đang ở mức tốt khi tỷ trọng bác sĩ chiếm tỷ lệ cao tuy nhiên để đánh giá chất lượng nguồn nhân lực vẫn cần phải có thêm các đánh giá chuyên sâu hơn về chuyên môn của NVYT tại đây. Ngoài ra, các bất cập về CSVC, TTB tại BV huyện và các TYTX sẽ là những thách thức đối với Minh Hóa trong thời gian tới. Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng thiếu TTB vẫn còn diễn ra phổ biến ở cả tuyến huyện và tuyến xã. Nhiều TYTX vẫn chưa có đầy đủ các tiện nghi cơ bản. Hạn chế về CSVC và TTB tác động trực tiếp đến năng lực cung ứng dịch vụ tại tuyến YTCS.

4.1.4. Về cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh theo bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng cung ứng dịch vụ KCB theo bệnh không có sự thay đổi nhiều trong danh sách 10 bệnh được điều trị nhiều nhất tại tuyến YTCS từ 2016-2018. Tuy nhiên, thứ tự các bệnh đã có sự biến đổi rõ rệt qua các năm. Nhóm các BKLN đã có sự gia tăng nhanh chóng trong số lượt

và chiếm tỷ trọng cao trong danh sách. Nhiều BKLN như tăng huyết áp, suy nhược thần kinh, rối loạn chức năng tiền đình đều cho thấy sự gia tăng đáng kể về số lượt, nhiều bệnh trước đó không nằm trong danh sách 10 bệnh năm 2016 nhưng đã có các bước tiến rõ rệt để nằm trong danh sách năm 2017 và 2018. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chưa thực sự phản ánh khách quan xu hướng thay đổi của mô hình bệnh tật khi chỉ được tiến hành thực hiện trong vòng ba năm 2016-2018 do những hạn chế về số liệu. Mặc dù vậy, nghiên cứu vẫn đưa ra các kết quả và bàn luận để có sự nhìn nhận về xu hướng gia tăng BKLN đang diễn ra tại cộng đồng.

Trong những năm gần đây, BKLN đang tiếp tục gia tăng tại nước ta. Tỷ lệ tử vong do BKLN tăng từ 69% (2013) lên 77% (2016) và hiện nay BKLN đã chiếm hơn 70% tỷ lệ mắc và hơn 80% các trường hợp tử vong tại Việt Nam [30]. Có tới 43% số ca tử vong do bệnh KLN xảy ra trước 70 tuổi. Hàng năm có 75.000 trường hợp tử vong do ung thư, đồng thời phát hiện khoảng 125.000 trường hợp ung thư mới. Tỷ lệ dân số mắc bệnh cao huyết áp là 25%, bệnh tiểu đường (ở nhóm tuổi 20-79) là 5,8%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong cộng đồng từ 15 tuổi trở lên là 2,2% [35]. Trong tài khoản y tế quốc gia 2013-2015, các BKLN chiếm 20% chi y tế thường xuyên năm 2013, 54% năm 2014 và 53% năm 2015, với tổng số kinh phí chi cho các bệnh không lây năm 2014 và 2015 cao gấp gần 3 lần mức chi năm 2013. Diễn biến phức tạp cùng tốc độ gia tăng nhanh chóng của nhóm các BKLN tại Minh Hóa sẽ tạo rủi ro kéo theo sự gia tăng đáng kể chi phí KCB khi chi phí cho nhóm BKLN thường cao gấp nhiều so với nhóm các bệnh lây nhiễm do yêu cầu kỹ thuật cao, thuốc đặc trị, thời gian điều trị kéo dài và dễ gây biến chứng, đồng thời kéo theo chi phí các khoản đầu tư về trang thiết bị y tế, tuyển chọn và đào tạo thêm nhân lực. Với việc gia tăng số lượng các BKLN trong cơ cấu bệnh tật, tuyến YTCS tại Minh

Hóa cũng đang phải đối mặt thách thức khi vẫn còn thiếu nhiều các TTB thiết yếu gây rào cản trong đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân.

4.1.5. Về cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh theo dịch vụ

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự gia tăng rõ rệt ở số lượt và chi phí dịch vụ KCB tại cả tuyến huyện và tuyến xã ở Minh Hóa từ 2016-2018. Tại Việt Nam, kiểm soát gia tăng chi phí đang dần trở thành vấn đề cấp thiết của toàn hệ thống y tế. Tổng chi y tế đã tăng nhẹ qua các năm từ 211.966 tỷ đồng (2013) lên đến 250.190 tỷ đồng (2015). Trong năm 2013, tổng chi y tế chiếm 6% GDP cả nước, năm 2014 tăng nhẹ lên 6,1% và năm 2015 giảm nhẹ còn 5,97% [19]. Điều này thể hiện sự gia tăng đầu tư cho y tế, tuy nhiên mức tăng tổng chi toàn xã hội cho y tế ở mức cao cũng là điều quan ngại, nếu đây là sự gia tăng chi phí cho những dịch vụ không hợp lý. Điều này đòi hỏi cần phải có các giải pháp nhằm kiểm soát chi phí các DVYT có hiệu quả hơn [81]. Trên thực tế có một số yếu tố tác động đến chi phí dịch vụ KCB đáng chú ý như quy mô sử dụng dịch vụ KCB của người dân, mức độ sử dụng thuốc, trang thiết bị và công nghệ y tế, giá DVYT và chi phí bình quân điều trị ngoại trú và nội trú. Trong giai đoạn từ năm 2011 đến năm 2015 tại Việt Nam, số lượt KCB tăng từ 196 triệu lượt KCB (2011) lên 213 triệu lượt (2015). Số lượt khám bình quân một người cũng tăng lên từ 2,24 lượt (2011) lên 2,33 lượt (2015) [38]. Tại huyện Minh Hóa, số lượt khám bình quân một người cũng tăng khá nhanh từ 0,62 lượt (2016) lên tới 1,19 lượt (2018). Quy mô sử dụng dịch vụ KCB gia tăng đi kèm với nhu cầu KCB ngày càng nhiều hơn là nguyên nhân gây gia tăng chi phí tại tuyến CSSKBD. Đi cùng với sự phát triển về kinh tế, các khoản đầu tư dành cho trang thiết bị y tế, thiết bị xét nghiệm, chẩn đoán có xu hướng tăng theo rõ rệt. Tại Minh Hóa, tổng chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh tăng gấp hai lần từ năm 2016 đến năm 2018 và chi phí khấu hao TTB, vật tư y tế tiêu hao chiếm tỷ trọng cao (khoảng 20%) trong cơ cấu tổng chi cả huyện năm 2018. Ngoài ra, chi phí dành

cho thuốc chiếm tỷ trọng khá cao trong cơ cấu chi phí tại Minh Hóa với khoảng 20% trên tổng chi phí cả huyện và tăng khoảng gấp hai lần từ năm 2016-2018. Sự phát triển của công nghệ và kinh tế - xã hội đi kèm với sự gia tăng trong giá thành TTB y tế và thuốc. Điều này tác động đến chi phí y tế khi chi phí thuốc và xét nghiệm CDHA chiếm tỷ trọng cao trong cơ cấu chi phí cung ứng DVYT tại cơ sở y tế. Ngoài ra, các bất cập liên quan đến mô hình tổ chức hệ thống y tế và sự phối hợp lồng ghép giữa các cơ sở y tế cũng đang là nguyên nhân gây gia tăng chi phí tại Việt Nam hiện nay. Tình trạng vượt tuyến diễn ra phổ biến, nhiều người sử dụng dịch vụ KCB tuyến cao hơn, thậm chí ở cả tuyến trung ương, để tìm kiếm dịch vụ KCB thông thường, thuộc phạm vi CSSKBD. BVĐK huyện Minh Hóa đang có tỷ lệ chi phí KCB đa tuyến lên đến 70% tổng chi phí KCB BHYT. Thực trạng này đã gây ra sự lãng phí nguồn lực đáng kể và gây gia tăng chi phí cho cơ sở y tế. Ngoài ra, thông tin về tình trạng sức khỏe và quá trình điều trị của người bệnh chưa có tính liên tục khi chuyển từ cơ sở này sang cơ sở khác. Người bệnh sẽ phải thực hiện lại quá trình điều trị gây lãng phí không chỉ đối với người bệnh mà còn đối với cả các cơ sở y tế. Tại Minh Hóa, các cơ sở y tế được thành lập theo đơn vị hành chính và xã nào cũng có TYTX. Rõ ràng ở các vùng có giao thông thuận lợi, việc các TYTX quá gần BVĐK huyện sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến hoạt động của các TYTX khi người dân có xu hướng đến BVĐK huyện để điều trị thậm chí cả những bệnh thông thường, thuộc phạm vi điều trị tại các TYTX.

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

4.2.1. Ước tính chi phí đầy đủ

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. Nếu việc chênh lệch trong chi phí trung

bình điều trị nội trú giữa các tuyến là hợp lý khi tuyến xã không phải là nơi tập trung cung ứng các dịch vụ nội trú theo phân tuyến BHYT, thì sự chênh lệch trong chi phí trung bình điều trị ngoại trú đang phản ánh sự khác biệt trong cơ cấu, tổ chức, quy mô hoạt động và đặc điểm người bệnh tham gia KCB giữa các tuyến. So với tuyến xã, BVĐK huyện với chức năng và nhiệm vụ là cơ sở y tế tuyến trên và thực hiện nhiều hơn các dịch vụ kỹ thuật cao theo phân tuyến kỹ thuật của BHYT. Vì vậy, tuyến huyện đòi hỏi những yêu cầu cao hơn về cơ cấu, tổ chức cũng như quy mô hoạt động. Đây là những yếu tố tác động trực tiếp đến chi phí cố định tại tuyến huyện với nhu cầu đầu tư về CSVC, trang thiết bị cao hơn nhiều so với tuyến xã. Ngoài ra, tỷ lệ người bệnh KCB tại BVĐK huyện Minh Hóa thuộc nhóm tuổi từ 29 tuổi trở lên cao hơn so với TYTX. Đây là nhóm tuổi có chi phí KCB trung bình cao hơn so với nhóm tuổi dưới 15 tuổi. Sự khác biệt trong nhân khẩu học của người bệnh tham gia KCB giữa các tuyến ảnh hưởng trực tiếp đến chi phí biến đổi và từ đó gây gia tăng chi phí tại tuyến huyện.

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. Mặc dù các TYTX là nơi có số thẻ đăng ký KCB ban đầu chiếm đa số nhưng số lượt KCB tại đây không nhiều, người dân vẫn còn vượt tuyến lên BV huyện. Nguyên nhân hàng đầu 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 [86]. Điều này khiến cho chất lượng KCB tại tuyến xã vẫn còn chưa đủ sức thu hút người bệnh. Với số lượt cung ứng dịch vụ không nhiều, các TYTX đang cho thấy hoạt động KCB tại đây diễn ra chưa thực sự hiệu quả. 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. Số lượt cung ứng dịch vụ ít trong khi vẫn phải gánh các khoản chi phí cố định cao chính là nguyên nhân khiến chi phí trung bình các dịch vụ tại tuyến xã khá cao và chênh lệch so với tuyến huyện.

4.2.2. Cơ cấu chi phí đầy đủ

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. Huyện Minh Hóa là huyện miền núi tại Quảng Bình đại diện cho một huyện nghèo tại Việt Nam. Các NVYT tại hầu hết các TYTX tại đây đều được nhận thêm trợ cấp dành cho NVYT công tác tại vùng kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn. 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 DVYT tại đây bị đẩy lên cao hơn nhiều so với trung bình chung và chi phí thực tế. Ngoài ra, dịch vụ giường bệnh và phẫu thuật, thủ thuật là các dịch vụ thứ yếu tại các TYTX thường có số lượt cung ứng không nhiều trong cả năm. 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 CSVC, TTB phục vụ cho công tác KCB đang chưa thực sự hiệu quả vì không đạt được doanh thu kì vọng do số lượt cung ứng ít, chưa đáp ứng quy luật cung cầu.

4.2.3. So sánh chi phí đầy đủ và phí dịch vụ

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 ngay cả khi đã bỏ đi khấu hao tài sản. Tại tuyến huyện, mức chênh lệch này là không nhiều nhưng lại rất cao tại tuyến xã. Chi phí đầy đủ các dịch vụ KCB BHYT thực hiện cho việc so

sánh đều đã bóc tách khoản chi phí liên quan đến thuốc, máu, dịch truyền, VTTT do phí dịch vụ tách riêng khoản chi trên thành một dịch vụ thu phí riêng biệt. Ngoài ra, phí dịch vụ tại thời điểm nghiên cứu vẫn chưa bao gồm chi phí khấu hao tài sản vì thế các so sánh sẽ tiến hành thêm với chi phí đầy đủ bỏ đi các cấu phần khấu hao nhà cửa và TTB. Việc chi phí đầy đủ cao hơn so với phí dịch vụ phản ánh thực trạng cơ chế tài chính cho các DVYT được cung ứng đang chưa hợp lý, gây rủi ro tài chính cho các cơ sở y tế khi họ phải đối mặt với việc mất cân đối thu chi hiện hữu trong các dịch vụ cung ứng. Việc nguồn lực phân bổ bất hợp lý cho tuyến xã tại Minh Hóa là nguyên nhân gây gia tăng chi phí KCB và khiến cho chi phí đầy đủ cao hơn so với phí dịch vụ. Nhiều TYTX với số lượt cung ứng dịch vụ KCB ít ỏi nhưng đang phải gánh chi cho lương và các khoản đầu tư cho CSVC, TTB. Hầu hết các TYTX tại Minh Hóa đều thuộc khu vực III là vùng kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn [53], phụ cấp cho cán bộ lên tới 70-100% lương khiến cho lương nhân công tại đây đang ở mức cao và chiếm tỷ trọng lớn trong cơ cấu chi phí trong khi đó số lượt khám bệnh ở các TYTX vẫn còn ít, chưa đáp ứng yêu cầu. Số lượt cung ứng dịch vụ KCB ít cũng phản ánh doanh thu KCB tại các TYTX không đạt kì vọng, chất lượng dịch vụ KCB tại tuyến xã vẫn chưa thực sự thu hút người bệnh vì thế các khoản đầu tư về CSVC, TTB không thu được lợi nhuận. Một nguyên nhân khác cho sự chênh lệch giữa chi phí đầy đủ và phí dịch vụ là sự khác biệt giữa phương pháp tính toán của hai hạng mục chi phí này. Chi phí đầy đủ tính toán với đầy đủ các cấu phần chi phí theo quy định trong khi đó phí dịch vụ hiện nay mới chỉ tính lương và các chi phí trực tiếp. Ngoài ra, nghiên cứu này sử dụng phương pháp phân bổ từng bước với chi phí từ các phòng, ban hỗ trợ (Ban giám đốc, tài chính, hành chính ...) sẽ được phân bổ xuống các khoa cận lâm sàng và lâm sàng [75].

Sự chênh lệch khi so sánh chi phí đầy đủ và phí dịch vụ ngay cả khi xét trên cùng một cơ cấu chi phí như nhau (bỏ đi chi phí khấu hao tài sản) cho thấy sự cần thiết của việc tính toán SPCB bằng phương pháp phân tích chi phí nhằm phản ánh chính xác nhất mức độ tiêu hao nguồn lực mà các cơ sở y tế sử dụng nhằm cung ứng dịch vụ. 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.

4.2.4. So sánh với các nghiên cứu khác

Khi so sánh kết quả với các nghiên cứu phân tích chi phí trước đây tại tuyến huyện, nghiên cứu này cho thấy sự khác biệt. Tại BV huyện Minh Hóa, chi phí trung bình cho một lần cung ứng dịch vụ khám bệnh là 131.211 VNĐ với chi phí bỏ khấu hao và 149.913 VNĐ với toàn bộ chi phí, cả hai chi phí này đều cao hơn so với kết quả của Đỗ Trà My năm 2017 (73.000-113.000 VNĐ), Nguyễn Khắc Lập năm 2017 (105.286 VNĐ) [33], [44].

Quy mô kinh tế (economics of scale) của BV là yếu tố chủ yếu quyết định chi phí BV. Các yếu tố kinh tế về quy mô và phạm vi phụ thuộc vào hạng mục BV trong đó bao gồm số giường bệnh và sản lượng đầu ra [113]. BV huyện Minh Hóa có số giường kế hoạch cao hơn so với Bệnh viện Đa khoa thị xã Phúc Yên nhưng số lượng người bệnh lại khá thấp. Số lượt khám bệnh ngoại trú tại Minh Hóa chỉ 25.151 lượt so với 41.998 lượt tại Phúc Yên. Chi phí cố định lớn và năng suất chưa cao dẫn đến lợi tức đầu tư giảm khiến chi phí đơn vị tại BV huyện Minh Hóa cao hơn. Ngoài ra, chi phí của BV huyện Minh Hóa chênh lệch với kết quả của các nghiên cứu khác còn vì các lí do như ảnh hưởng của lạm phát, sự khác biệt về bối cảnh kinh tế giữa các khu vực, phạm vi nghiên cứu, chất lượng nguồn nhân lực, chất lượng dịch vụ v.v.

Khi so sánh kết quả về cơ cấu chi phí, nghiên cứu này tương đồng với nhiều nghiên cứu về phân tích chi phí tại tuyến huyện được thực hiện trước đó khi chi phí nhân sự luôn là chi phí quan trọng nhất trong tổng chi tại BV. BV

huyện Minh Hóa trong nghiên cứu này có chi nhân sự chiếm 52 % tổng chi, BV Thị xã Phúc Yên của Nguyễn Khắc Lập (2017) có chi nhân sự chiếm 46,2 % tổng chi. Cơ cấu chi phí đối với từng dịch vụ KCB cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó khi nhân sự là cấu phần chiếm tỷ trọng cao nhất. Đối với BV Minh Hoá trong nghiên cứu này dịch vụ khám bệnh, giường bệnh và phẫu thuật thủ thuật có tỷ trọng nhân công chiếm lần lượt 43,5%; 65,2% và 71,6%. BV Thị xã Phúc Yên trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Lập (2017) có tỷ trọng nhân sự chiếm khoảng 63% trong cơ cấu chi phí đơn vị các dịch vụ, các BV trong nghiên cứu của Đỗ Trà My (2017) có tỷ trọng nhân lực chiếm từ 41,6% đến 54,9% trong cơ cấu chi phí đơn vị các dịch vụ.

Đối với tuyến xã, kết quả phân tích chi phí của nghiên cứu này lần lượt là 248.647 VNĐ và 225.852 VNĐ với chi phí đầy đủ và chi phí đầy đủ bỏ khấu hao trên một lượt khám ngoại trú tại TYTX. Kết quả trên cao hơn so với nghiên cứu của VCLCSYT năm 2017 với 103.566 VNĐ với chi phí đầy đủ và 93.922 VNĐ với chi phí đầy đủ bỏ khấu hao, cao hơn nghiên cứu của Hoàng Văn Minh năm 2011 với 44.593 VNĐ với chi phí bỏ khấu hao và cao hơn nghiên cứu của Lê Chí Khải năm 2012 với 147.200 [86],[62]. Nguyên nhân của sự chênh lệch chi phí tại các nghiên cứu chủ yếu do chi phí nhân công cao tác động tích cực đến tổng chi phí tại Minh Hóa do chi phí nhân sự tại hầu hết các TYTX đều thuộc khu vực kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn nên NVYT nhận phụ cấp cao và chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí TYTX (tại Minh Hóa là 69,2% so với 54,8% trong nghiên cứu của Hoàng Văn Minh năm 2014 và 49% trong nghiên cứu của VCLCSYT năm 2017). Số lượng dịch vụ thấp với trung bình 2.119 lượt người bệnh ngoại trú trên một TYTX so với trung bình 6.010 lượt của Hoàng Văn Minh năm 2014, 3.012 lượt của VCLCSYT năm 2017, 3.587 lượt của Lê Chí Khải năm 2012 và chi phí cố định lớn là nguyên nhân chính khiến chi phí dịch vụ tại Minh Hóa cao hơn so với các TYTX trong các nghiên cứu

khác. Ngoài ra, còn có một số yếu tố khác tác động đến sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu như: ảnh hưởng của lạm phát gây chênh lệch giá trị chi phí trong các năm nghiên cứu, sự khác biệt của phương pháp phân tích chi phí do nghiên cứu này bao gồm nhiều thành phần chi phí hơn so với các nghiên cứu khác đồng thời áp dụng phân bổ chi phí khối quản lý xuống khối KCB, chất lượng dữ liệu sẵn có khác nhau đối với mỗi nghiên cứu, v.v.

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

4.3.1. Kết quả về suất phí cơ bản

Kết quả nghiên cứu đang cho thấy sự chênh lệch giữa SPCB của từng cơ sở y tế. 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. Ngoài ra, nghiên cứu cũng giả định việc phân bổ quỹ định suất sẽ bóc tách tuyến huyện ra khỏi tuyến xã và tính toán SPCB của tất cả các TYTX. Kết quả cho thấy SPCB của từng TYTX chênh lệch không đồng đều khi so sánh với SPCB của tuyến xã. Các kết quả chênh lệch giữa tuyến huyện và tuyến xã đối với SPCB đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ sử dụng kiểm định Mann-Whitney test

SPCB phản ánh đầy đủ nguồn lực tiêu hao để duy trì hoạt động KCB BHYT ngoại trú cho thẻ đăng ký KCBĐD tại cơ sở y tế. Nguyên nhân đầu tiên giải thích cho sự chênh lệch giữa SPCB của từng cơ sở y tế với SPCB toàn huyện đó là sự khác biệt về số thẻ đăng ký KCBĐD của từng cơ sở y tế. Số thẻ đăng ký KCBĐD phản ánh nhu cầu thực tế tại địa phương cũng như là đầu ra để thực hiện thanh toán trong hệ thống định suất [91]. Do đó, số thẻ đăng ký khác nhau sẽ tác động trực tiếp đến định mức thanh toán định suất của các cơ sở y tế. Hiện số thẻ đăng ký KCBĐD đang không đồng đều giữa các cơ sở y tế. Số thẻ đang tập trung rất nhiều tại tuyến huyện, trong khi đó các TYTX như Hóa Phúc, Hóa Thanh ... có số lượng thẻ đăng ký và số lượt KCB tại trạm quá

ít. 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 KCBBD và quy mô hoạt động khác nhau ảnh hưởng đến sự chênh lệch SPCB giữa các cơ sở y tế. BVĐK huyện là cơ sở y tế tuyến trên đòi hỏi đầu tư nhiều hơn về nhân lực, CSVC, TTB cũng như có quy mô hoạt động lớn hơn so với tuyến xã. Nhu cầu KCB tại BVĐK cũng nhiều hơn khi số thẻ đăng ký KCBBD tại tuyến huyện cao hơn nhiều so với các TYTX và tình trạng vượt tuyến cũng diễn ra phổ biến. Người bệnh khám ngoại trú tại BVĐK huyện chủ yếu là người cao tuổi và đây cũng là các đối tượng có chi phí khám ngoại trú trung bình cao hơn so với các đối tượng còn lại. Đối với tuyến xã, các TYTX có tổng chi phí khám ngoại trú cao chủ yếu đến từ các địa phương có mật độ dân số đông và thuộc diện vùng kinh tế- xã hội đặc biệt khó khăn và có dân tộc thiểu số tập trung ở các xã biên giới như Thượng Hóa, Trọng Hóa, Dân Hóa ... Theo quy định của chính phủ Việt Nam, cán bộ y tế công tác tại các TYTX thuộc vùng kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, vùng biên giới, hải đảo sẽ được hưởng phụ cấp lên tới 70% lương cơ bản [82]. Chính điều này khiến cho chi phí đầy đủ tại nhiều TYTX thuộc Minh Hóa cao hơn so với các TYTX khác. Ngoài ra, các đặc điểm về vị trí địa lý cũng quyết định đến nhu cầu KCB ngoại trú của người dân tại TYTX. Các TYTX tại biên giới, diện tích lớn và có dân số đông và cách xa BVĐK huyện sẽ có số lượt KCB ngoại trú nhiều hơn và tổng chi phí KCB ngoại trú cao hơn. Các xã có diện tích nhỏ, dân cư thưa thớt và gần BVĐK huyện như TYTX Trọng Hóa, TYTX Quy Hóa hoặc gần huyện khác như TYTX Hóa Phúc, người dân có xu hướng vượt tuyến hoặc sang địa phương khác KCB. Vì vậy, các địa phương này thường có số lượt và tổng chi phí KCB ngoại trú thấp hơn so với các địa phương khác.

4.3.2. So sánh quỹ định suất ước tính năm 2019 và tổng chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú năm 2018 theo phân tích chi phí

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. Các kết quả trên đồng nghĩa với việc BVĐK huyện sẽ phải giảm chi phí cho năm 2019 và phần cắt giảm đó sẽ được phân bổ cho các TYTX để nhận được phần kết dư quỹ định suất năm 2019 so với tổng chi phí năm 2018. Khi tách riêng tuyến xã và tuyến huyện, quỹ định suất dự kiến năm 2019 của các TYTX chênh lệch không đồng đều khi so sánh với tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú theo phân tích chi phí năm 2018. 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.

Nguyên nhân lí giải cho sự chênh lệch quỹ định suất với chi phí KCB BHYT ngoại trú tại các cơ sở y tế chính là sự chênh lệch giữa SPCB từng cơ sở y tế và SPCB toàn huyện. Về mặt nguyên tắc khi phân bổ quỹ theo định suất, tất cả các cơ sở y tế chỉ được chi trả theo mức chi phí KCB trung bình trên một đầu thẻ của toàn huyện hay còn gọi là SPCB. Vì thế, các cơ sở y tế có mức chi phí cao hơn SPCB như BVĐK huyện Minh Hóa, TYTX Quy Hóa sẽ phải cắt giảm chi phí và chỉ nhận được định mức thanh toán thấp hơn so với chi phí hiện tại. Kết quả cho thấy hầu hết các TYTX đều đang có suất phí thấp hơn nhiều so với SPCB và các khoản chi phí cắt giảm từ các cơ sở y tế có suất phí cao hơn SPCB sẽ luân chuyển bù đắp cho các cơ sở y tế có suất phí thấp hơn nhằm đảm bảo tất cả các cơ sở y tế đều được chi trả ở mức SPCB. Việc xác định

nguyên nhân dẫn đến việc chênh lệch SPCB so với SPCB toàn huyện tại các cơ sở y tế 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 CSSK đối với các đối tượng và ở từng đơn vị cung ứng dịch vụ khác nhau [79]. 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 [110]. 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 [72]. Trong năm 2018, các thẻ đăng ký KCBĐ tại BVĐK huyện Minh Hóa chỉ có khoảng 2% số thẻ là người dưới 24 tuổi còn lại đa số các thẻ trong nhóm tuổi từ 25 tuổi trở lên, trong đó trên 60 tuổi chiếm tới 41.65% số thẻ. Ngược lại, các TYTX lại chủ yếu là trẻ em và người lớn, người già chỉ chiếm khoảng 5,48%. Ngoài ra, số lượt khám là phụ nữ tại BVĐK huyện cũng chiếm nhiều hơn (chiếm 60%) trong khi tại TYTX tỷ lệ phụ nữ khám tương đương nam giới. Vì thế, nhóm tuổi, giới tính là một trong những yếu tố tác động đến sự chênh lệch chi phí trên đầu thẻ so với SPCB toàn huyện tại các cơ sở y tế. Khi xét trên khía cạnh đặc thù của từng cơ sở y tế, tần suất KCB BHYT ngoại trú của các thẻ đăng ký KCBĐ 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. Các kết quả kiểm định tương quan Pearson test đều cho thấy các mối tương quan thuận chiều giữa tần suất và số lượt KCB đối với SPCB. Ngoài ra, số lượng thẻ đăng ký KCBĐ đối với các nhóm tuổi khác nhau tại mỗi cơ sở y tế cũng có các mối tương quan khác nhau đối với SPCB

của mỗi cơ sở y tế. Dựa vào những nguyên nhân nêu trên, nghiên cứu này đã xây dựng hệ thống hệ số điều chỉnh dựa trên sự khác biệt chi phí KCB ngoại trú trên đầu thẻ giữa các nhóm tuổi và tần suất KCB ngoại trú khác nhau giữa các cơ sở y tế. Đối với phương án hòa chung quỹ định suất giữa tuyến huyện và tuyến xã, kết quả 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 -33,9%. Sự chênh lệch tại các TYTX cũng đã thấp hơn so với kết quả của mô hình định suất không bao gồm hệ số điều chỉnh. Đối với phương án phân bổ tách riêng giữa tuyến huyện giữa tuyến xã, sự chênh lệch quỹ định suất năm 2019 và tổng chi KCB ngoại trú tại từng TYTX cũng không giống so với phương án hòa chung quỹ. Như vậy, các kết quả khác biệt trên đang cho thấy các đặc thù tác động lên suất phí cơ bản của các cơ sở y tế như cơ cấu thẻ đăng ký KCBBD, tần suất KCB ảnh hưởng rõ rệt đến việc phân bổ quỹ định suất tại tuyến y tế cơ sở. Ngoài ra, các kết quả kiểm định Pearson cũng đang cho thấy mối tương quan thuận chiều mạnh mẽ hơn của quỹ định suất năm 2019 bao gồm hệ số điều chỉnh và tổng chi phí KCB ngoại trú năm 2018 khi so với quỹ định suất chưa có hệ số điều chỉnh. Kết quả này phản ánh ở cả hai trường hợp tách riêng và hòa chung quỹ định suất giữa tuyến huyện và tuyến xã. Như vậy, các kết quả trên đều cho thấy việc tính toán quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh là cần thiết và phù hợp nhằm phản ánh chính xác nhất định mức thanh toán và các yếu tố tác động lên biến thiên SPCB tại các cơ sở y tế.

4.3.3. So sánh kết quả với các nghiên cứu khác

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về PTCT theo định suất chủ yếu nhằm đánh giá can thiệp sau khi áp dụng thí điểm định suất tại một số địa phương. Tuy nhiên, chi phí tại nhiều nghiên cứu được sử dụng dữ liệu từ hệ thống báo cáo KCB BHYT của phí dịch vụ để tính SPCB. Vì vậy, SPCB tại các nghiên cứu trước đó chưa thể bao hàm hết giá trị nguồn lực tại cơ sở y tế khi phí dịch vụ

vẫn chưa tích hợp đầy đủ các cấu phần. Ngoài ra, phương pháp xác định quỹ định suất cũng khác nhau đối với mỗi nghiên cứu.

Đối với tuyến huyện, nghiên cứu này cho kết quả quỹ định suất tại BV huyện Minh Hóa là 2,9 tỷ đồng thấp hơn BV huyện Mường Lát (4,3 tỷ đồng), BV huyện Hà Trung (12,4 tỷ đồng) trong nghiên cứu của Trần Quang Thông (2009) [57]. Nghiên cứu của Bùi Huy Tùng (2014) cũng cho kết quả cao hơn với quỹ định suất tại hai BV thí điểm là Diên Khánh và Khánh Vĩnh lần lượt là 17,7 tỷ đồng và 8,2 tỷ đồng [29]. Nguyên nhân chủ yếu cho sự chênh lệch quỹ định suất giữa các cơ sở y tế trong các nghiên cứu đó chính là khác biệt phương pháp tính SPCB và quỹ định suất cũng như quy mô, đặc thù của các cơ sở y tế. SPCB được tính toán trong cả hai nghiên cứu trên đều dựa trên báo cáo thanh toán KCB BHYT theo phí dịch vụ tại các cơ sở y tế. Ngoài ra, phạm vi định suất trong cả hai nghiên cứu đều áp dụng cho cả ngoại trú và nội trú. Hệ thống định suất bao gồm các hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi trong việc xác định quỹ định suất. Quỹ định suất sẽ phân bổ cho BV huyện là cơ quan đại diện và sau đó BV huyện sẽ phân bổ lại cho các TYTX theo tiêu chí riêng tại mỗi địa phương và không theo tiêu chí định suất. Nghiên cứu của Bùi Huy Tùng (2014) về phạm vi định suất thí điểm chỉ bao gồm KCB tại chỗ, trong khi SPCB tại nghiên cứu này được tính toán dựa theo phân tích chi phí và quỹ định suất bao gồm các dịch vụ KCB ngoại trú cả tại chỗ và đa tuyến theo quy định mới nhất của BHYT. Hệ thống định suất trong nghiên cứu này cũng chưa bao gồm hệ số điều chỉnh.

Bảng 4.1. So sánh suất phí cơ bản và quỹ định suất với các chỉ số chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước tại tuyến huyện của các nghiên cứu

Đơn vị tính: Nghìn đồng (VNĐ)

Chỉ số	Hà Trung	Mường Lát	Diên Khánh	Khánh Vĩnh	Minh Hóa
Số thẻ đăng ký KCBBD	37.390	29.565	72.284	32.376	6.461
Chi phí KCB BHYT trong phạm vi định suất /thẻ năm trước (1)	205	147	249	240	2.276
Suất phí cơ bản (không hệ số điều chỉnh) (2)	208	208	198	198	456
Gia tăng [(2) so với (1)]	1,60%	29,40%	-25,80%	-21,20%	-79,9%
Tổng chi phí KCB BHYT trong phạm vi định suất năm trước (3)	7.665.000	3.268.000	36.590.000	12.810.000	14.702.500
Quỹ định suất (4)	12.438.000	4.346.000	17.740.000	8.190.000	2.948.702
Gia tăng [(4) so với (3)]	61,0%	34,0%	-51,5%	-36,1%	-79,9%

Kết quả từ bảng 4.1 cho thấy sự khác nhau trong cách tính suất phí và quỹ định suất đã đem đến các kết quả khác nhau tại các nghiên cứu. Với việc quỹ định suất tại tuyến huyện gộp chung với tuyến xã, chi phí trung bình/ thẻ năm trước tại BV huyện trong nghiên cứu của Bùi Huy Tùng và Trần Quang Thông thấp hơn nhiều so với nghiên cứu này. Nguyên nhân là do số thẻ đăng ký KCBBD tại BV Minh Hóa chỉ là 6.461 thẻ năm 2018 trong khi đó các BV còn lại đều bao gồm cả các thẻ đăng ký KCBBD của tuyến xã nên cao hơn rất nhiều như Diên Khánh có số thẻ đăng ký KCBBD lên tới 72.284 thẻ. Trong khi đó, tổng chi phí KCB tại tuyến xã không đáng kể và chiếm tỷ trọng thấp trong tổng chi phí toàn huyện. Theo nguyên tắc chung, quỹ định suất được xây dựng dựa trên SPCB và số thẻ BHYT đăng ký KCBBD tại từng cơ sở. Do không có hệ số điều chỉnh trong nghiên cứu này, sự chênh lệch giữa SPCB và chi phí KCB trong phạm vi định suất/ thẻ BHYT năm trước sẽ tương đương với sự chênh lệch giữa quỹ định suất và tổng chi phí KCB BHYT trong phạm vi định suất năm trước (sự chênh lệch đều vào khoảng 80,6% tại BVĐK huyện Minh Hóa). Tuy nhiên, dưới sự tác động của hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi cũng như phạm vi dịch vụ khác nhau trong mô hình định suất của hai nghiên cứu, các BV tại Thanh Hóa và Khánh Hòa đều cho thấy sự chênh lệch không tương đương nhau giữa hai so sánh về quỹ định suất và SPCB với các chỉ số về chi phí KCB BHYT mặc dù kết quả cả hai so sánh đều đồng thuận với nhau về chiều thay đổi. Điều này cho thấy, việc áp dụng hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi và phạm vi dịch vụ khác nhau sẽ có tác động đến việc giao quỹ định suất và nó sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến lợi ích và động cơ khuyến khích các cơ sở y tế. Với sự khác biệt rõ nét trong cơ cấu các thẻ đăng ký KCBBD theo nhóm tuổi tại các cơ sở y tế tuyến huyện và tuyến xã tại Minh Hóa, việc áp dụng các hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi là cần thiết trong việc xây dựng hệ thống PTCT theo định suất

cho tuyến YTCS tại đây. Ngoài sự khác biệt trong nhóm tuổi của người đăng ký KCBBD, khác biệt trong tỷ trọng chi phí KCB đa tuyến trong tổng chi phí cũng là nguyên nhân khiến cho chi phí trung bình trên đầu thẻ tại BV huyện Minh Hóa cao hơn rất nhiều so với SPCB (chi phí KCB đa tuyến chiếm đến 70% chi phí tại BV huyện Minh Hóa). Chính vì thế việc tính toán các tác động do chi phí đa tuyến tạo ra khi áp dụng định suất sẽ giúp các cơ sở y tế nắm được nguồn lực thực tế của mình cần để cung ứng dịch vụ cho các thẻ đăng ký KCBBD.

Đối với tuyến xã, giải pháp phân bổ quỹ định suất từ tuyến huyện xuống tuyến xã khi áp dụng định suất vẫn đang là vấn đề cần sự giải đáp đối với các nhà quản lý. Nghiên cứu của Lê Chí Khải (2012) tiến hành áp dụng phương thức chi trả theo định suất tại 3 TYTX Ngọc Tụ, Đăk Rơ Nga và Đăk Trăm của huyện Đăk Tô tỉnh Kon Tum. Kết quả cho thấy quỹ định suất tại ba TYTX Ngọc Tụ, Đăk Rơ Nga, Đăk Trăm lần lượt là 151,7 triệu đồng, 134,8 triệu đồng, 200,9 triệu đồng. Kết quả trên đều thấp hơn so với quỹ định suất tại các TYTX huyện Minh Hóa. Nguyên nhân của sự khác biệt trên chủ yếu đến từ sự khác biệt trong mô hình định suất cũng như đặc thù, quy mô của các cơ sở y tế trong mỗi nghiên cứu. Phương pháp tính toán SPCB tại nghiên cứu của Lê Chí Khải (2012) dựa trên số chi KCB BHYT của phí dịch vụ, còn nghiên cứu này áp dụng phân tích chi phí để tính SPCB. Ngoài ra, quỹ định suất trong nghiên cứu của Lê Chí Khải có thêm một câu phân giúp điều tiết quỹ định suất dựa trên tần suất KCB trên đầu thẻ [39].

Bảng 4.2. So sánh suất phí cơ bản và quỹ định suất với các chỉ số chi phí KCB BHYT tương đương năm trước tại tuyến xã trong các nghiên cứu.

Đơn vị tính: Nghìn đồng (VNĐ)

Thông tin	Lê Chí Khải (2012)	Nghiên cứu này (2018)
Số thẻ đăng ký KCBBD	9.331	49.005
Chi phí KCB BHYT trong phạm vi định suất /thẻ năm trước (1)	50.700	216.536
SPCB (không hệ số điều chỉnh) (2)	38.200	456.385
Gia tăng [(2) so với (1)]	-24,65%	110,8%
Tổng chi phí KCB BHYT trong phạm vi định suất năm trước (3)	461.228.000	10.611.340.000
Tổng quỹ định suất (4)	487.566.044	22.365.137.997
Gia tăng [(4) so với (3)]	5,71%	110,8%

Kết quả từ bảng 4.2 cho thấy sự khác biệt trong kết quả của nghiên cứu này với nghiên cứu của Lê Chí Khải (2012). Khi không có hệ số điều chỉnh sự chênh lệch giữa chi phí KCB trung bình đầu thẻ năm trước và SPCB sẽ phải bằng chênh lệch giữa tổng quỹ định suất và tổng chi phí KCB trong phạm vi định suất năm trước [67],[91]. Nghiên cứu của Lê Chí Khải cho thấy hai sự chênh lệch đó không chỉ không bằng nhau và còn đối nghịch nhau trong chiều thay đổi. Như vậy, ngoài sự khác biệt trong việc tính toán SPCB và chi phí KCB tại tuyến xã giữa hai nghiên cứu, việc điều tiết quỹ định suất theo tần suất KCB trên đầu thẻ đăng ký của Lê Chí Khải đã tác động rõ rệt đến việc phân bổ quỹ định suất đến các TYTX. Tuyến xã trong nghiên cứu của Lê Chí Khải đang có chi phí trung bình trên đầu thẻ cao hơn SPCB và theo nguyên tắc định suất

tuyến xã tại đây sẽ phải cắt giảm chi phí để đạt được SPCB. Tuy nhiên, cả ba TYTX đều có quỹ định suất sau điều tiết lớn hơn so với chi phí KCB năm trước giao quỹ. Các TYTX đều có tần suất KCB từ 1,3 đến 1,6 lần trên một thẻ đăng ký KCB ban đầu do đó khiến cho chi phí KCB tại đây cao hơn so với nguồn lực thực tế theo chỉ tiêu về tần suất KCB chỉ là 1,0. Quỹ điều tiết – khen thưởng trong mô hình của Lê Chí Khải sẽ điều tiết và bù đắp cho các TYTX có tần suất KCB lớn hơn 1,0 và ngược lại. Việc tính toán các tác động liên quan đến tần suất KCB là điều cần thiết trong việc phân bổ quỹ định suất khi tần suất KCB cao là nguyên nhân trực tiếp gây gia tăng chi phí tại các cơ sở y tế. Trên một địa bàn huyện, các TYTX thường có sự khác biệt trong nhân khẩu học, dân số, diện tích, điều kiện kinh tế-xã hội ... và điều này tạo ra sự biến thiên trong tần suất KCB của các thẻ đăng ký KCBĐ của các TYTX khác nhau. Vì vậy, việc không tính toán các tác động của tần suất KCB sẽ gây thiệt thòi cho những cơ sở y tế khi phân kinh phí có thể bị thiếu hụt do tần suất KCB nhiều. Trong nghiên cứu này, việc hòa chung quỹ định suất giữa tuyến huyện và tuyến xã đã khiến cho tuyến huyện phải cắt giảm chi phí rõ rệt do chi phí trung bình trên đầu thẻ cao hơn rất nhiều so với SPCB. Bên cạnh những lí do đã phân tích nêu trên như nhóm người cao tuổi chiếm đa số trong cơ cấu thẻ đăng ký KCBĐ tại tuyến huyện, chi phí cố định và chi phí biến đổi cao hơn nhiều tuyến xã, đa số dịch vụ cung ứng đều đến từ KCB đa tuyến ..., một trong những nguyên nhân gây gia tăng chi phí tại BV huyện đó là tần suất KCB của thẻ đăng ký KCBĐ tại đây lên tới 3.11 lần trong khi tại tuyến xã trung bình một TYTX chỉ 0.66 lần. Vì vậy, việc hòa chung quỹ định suất giữa tuyến huyện và tuyến xã đòi hỏi tính toán đầy đủ những đặc thù của cơ sở y tế có thể là yếu tố gây biến thiên chi phí trung bình trên đầu thẻ. Xây dựng hệ thống hệ số điều chỉnh sẽ góp phần giải quyết vấn đề này và được áp dụng phổ biến trong mô hình định suất trên nhiều nước hiện nay.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Thu thập số liệu tại các cơ sở y tế đầy đủ, chính xác là khó khăn lớn nhất đối với nghiên cứu này. Các số liệu tài chính mang tính nhạy cảm và việc thu thập thông tin tại các cơ sở y tế là thách thức đối với các nghiên cứu kinh tế y tế. Việc đảm bảo tính chính xác tuyệt đối của số liệu gần như không khả thi và nghiên cứu chỉ có thể hạn chế tối đa những sai số bằng cách trực tiếp rà soát sổ sách, báo cáo cũng như trao đổi lại với cán bộ cung cấp thông tin khi phát hiện những bất thường nhằm kiểm định tính chính xác của số liệu.

Các sổ sách, giấy tờ liên quan đến các TYTX còn chưa đầy đủ và lưu trữ không thống nhất khi nhiều sổ sách, giấy tờ về tuyến xã cũng được lưu trữ cả tại phòng y tế huyện, TTYT huyện và BVĐK huyện cũng gây khó khăn cho nghiên cứu viên trong quá trình tìm kiếm thông tin cần thu thập.

Việc thiếu cơ chế phối hợp trong thu thập số liệu giữa cơ quan BHXH Việt Nam và các cơ quan ngành y tế cũng là thách thức không nhỏ trong quá trình hoàn thành nghiên cứu này.

Nhằm đảm bảo tính khả thi, bất kì nghiên cứu phân tích chi phí nào cũng cần phải có những giả định hoặc những phương pháp đơn giản hóa trong nghiên cứu. Với tỷ lệ bao phủ BHYT lên tới 99,7% năm 2018, nghiên cứu giả định các kết quả đến từ KCB BHYT ngoại suy ra kết quả KCB toàn huyện khi KCB không thanh toán BHYT chiếm tỷ trọng rất nhỏ và việc thu thập dữ liệu về KCB không qua BHYT còn nhiều hạn chế đặc biệt là đối với tuyến xã. Nghiên cứu phân tích chi phí cũng giả định về các yếu tố phân bổ chi phí, mặc dù nghiên cứu này đều dựa trên việc tham khảo đến từ các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Hiện nay chưa có một quy chuẩn cụ thể nào về các yếu tố phân bổ chi phí và các yếu tố này chủ yếu dựa trên quan điểm nghiên cứu. Các giả định trong yếu tố phân bổ có thể dẫn đến các kết quả nghiên cứu khác nhau khi các nghiên cứu phân tích chi phí với các quan điểm khác nhau về yếu tố phân bổ. Ngoài ra, việc bóc

tách chi phí của khối YTDP trong phân tích chi phí tuyến xã vẫn chỉ mang tính tương đối. Nghiên cứu này sử dụng thời gian làm việc của các cán bộ, NVYT công tác tại TYTX dành cho các nhiệm vụ là một phần trong các yếu tố phân bổ. Thông tin về thời gian làm việc được thu thập thông qua biểu mẫu và tất cả chỉ là các ý kiến chủ quan của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu cũng giả định về thời gian khấu hao tài sản và chi phí VTTH xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh tương đương với tiền thanh toán chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh. Đây đều là các giả định dựa trên các quan điểm từ nhiều nghiên cứu, tài liệu hướng dẫn trước đây [34],[87],[37], [67], [86].

Phương pháp nghiên cứu cũng còn một số hạn chế nhất định. Cụ thể việc lựa chọn Minh Hóa là địa điểm nghiên cứu không mang tính đại diện cho tuyến YTCS của cả nước. Tuy nhiên, mục tiêu của nghiên cứu là nhấn mạnh ứng dụng của phân tích chi phí như một nghiên cứu độc lập, chuyên sâu với vai trò nêu bật các vấn đề mà các cơ sở y tế tại tuyến YTCS đang gặp. Nghiên cứu chỉ phân tích các chi phí liên quan đến các dịch vụ KCB và không bao gồm các khoản chi phí liên quan đến YTDP. Do đó, kết quả nghiên cứu không phản ánh hoạt động chung của các TYTX, vốn nhấn mạnh việc cung cấp các dịch vụ YTDP là một chức năng chính và tiêu tốn phần lớn các nguồn lực.

Nghiên cứu chỉ đưa ra một số các đề xuất trong xây dựng mô hình định suất tại tuyến YTCS dựa trên việc áp dụng phân tích chi phí trong tính toán SPCB và quỹ định suất dựa trên số thẻ đăng ký KCBBD và SPCB. Các đề xuất này vẫn cần phải có các nghiên cứu chuyên biệt, chuyên sâu hơn nhằm đánh giá hiệu quả trong việc sử dụng mô hình như các nghiên cứu của Bùi Huy Tùng, Trần Quang Thông hay Lê Chí Khải [57],[29],[39]. Tuy nhiên, mục tiêu của nghiên cứu là nhấn mạnh ứng dụng của phân tích chi phí trong việc xây dựng hệ thống PTCT tại tuyến YTCS. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp bổ sung những hạn chế trong việc xây dựng mô hình PTCT đang tiến hành hiện nay và khi các

kết quả về chi phí trong các mô hình định suất đã thí điểm đều sử dụng báo cáo thanh toán chi phí KCB BHYT theo phí dịch vụ. Cho đến nay, phân tích chi phí đã được áp dụng trên phần lớn hệ thống PTCT tại các nước trên thế giới và nằm trong nhiều tài liệu hướng dẫn phổ biến [91],[67].

KẾT LUẬN

1. Thực trạng hoạt động, cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở

- Thực trạng về CSVC 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.

- Thực 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 cơ sở y tế tuyến YTCS huyện Minh Hóa vẫn chưa đáp ứng được đầy đủ các DVKT theo phân tuyến kỹ 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 kỹ thuật của BHYT, tuy nhiên có đến 8/22 chuyên khoa theo phân tuyến kỹ 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

- 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 1.300.000 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 VTTH 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 ngay cả khi bỏ đi cấu phần liên quan đến khấu hao tài sản. 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. 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 cơ sở y tế 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.

Quỹ định suất BVĐK huyện năm 2019:

- Khi chưa bao gồm các hệ số điều chỉnh, BVĐK huyện đang có sự chênh lệch nhiều 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. Trong trường hợp phân bổ quỹ tách riêng tuyến huyện và tuyến xã, TYTX Trung Hóa, Quy Đạt đang là các địa phương nhận được quỹ định suất năm 2019 nhiều nhất so với tổng chi KCB ngoại trú năm 2018. Ngược lại, TYTX Hóa Phúc, Hóa Thanh, Quy Hóa đang là các địa phương nhận được quỹ định suất cắt giảm nhiều nhất so với tổng chi KCB ngoại trú.

- Khi bao gồm các hệ số điều chỉnh đề xuất trong nghiên cứu, 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. Khi tách phân bổ tách riêng giữa tuyến huyện và tuyến xã, 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 ngoại trú. Ngược lại, 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 ngoại trú.

- 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 KCBBD, 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 cơ sở y tế 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 cơ sở y tế; 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 cơ sở y tế; Tăng cường đào tạo cán bộ y tế tuyến xã về siêu âm, xét nghiệm.

2. Cơ quan quản lý và cơ sở y tế 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 cơ sở y tế. 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 DVYT giúp các cơ sở y tế tránh các rủi ro về thu chi 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 cân 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.

CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Đặng Thành Nam, Nguyễn Thị Thùy Dương, Phan Lê Thu Hằng, Thẩm Chí Dũng, (2022), “Ước tính chi phí đơn vị dịch vụ khám, chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở tại Việt Nam,” *Tạp chí Y học dự phòng*.

2. Dang Thanh Nam, Nguyen Thi Thuy Duong, Phan Le Thu Hang, Tham Chi Dung, (2020), “Current situation and capacity to deliver healthcare services at grassroots level in Minh Hoa district, Quang Binh province,” *Vietnam Journal of Preventive Medicine*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- 1 Ban Chấp Hành Trung Ương (2017) *Nghị quyết số 19/NQ/TW ngày 25/10/2017 về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập.*
- 2 Ban Chấp Hành Trung Ương Đảng (2001) *Chỉ thị số 06-CT/TW ban hành ngày 22/01/2022 của Ban Bí thư về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở .*
- 3 Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII (2017) *Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.*
- 4 Bộ Tài chính (2013) *Thông tư số 45/2013/TT-BTC ngày 25 tháng 4 năm 2013 hướng dẫn chế độ quản lý, sử dụng và trích khấu hao tài sản cố định.*
- 5 Bộ Tài chính (2017) “Tăng nguồn lực đầu tư-Phát huy vai trò YTCS”, *Tạp chí Tài chính .*
- 6 Bộ Y tế (1997) *Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 về việc ban hành quy chế bệnh viện.*
- 7 Bộ Y tế (2006) *Đại cương về hệ thống y tế và tổ chức mạng lưới y tế việt nam.* Available at: <https://healthvietnam.vn/thu-vien/tai-lieu-tieng-viet/to-chuc-quan-ly-y-te/dai-cuong-ve-he-thong-y-te-va-to-chuc-mang-luoi-y-te-viet-nam> (Accessed: 26 October 2021).
- 8 Bộ Y tế (2010) *Niên Giám Thống Kê Y Tế Năm 2010.* Hà Nội.
- 9 Bộ Y tế (2011) *Báo cáo kết quả nghiên cứu đánh giá vai trò và những yếu tố tác động đến hiệu quả hoạt động của bác sỹ ở tuyến xã.*

- 10 Bộ Y Tế (2011) *Nghiên cứu đánh giá thực hiện hoạt động cung cấp dịch vụ y tế tại Trạm Y tế xã*.
- 11 Bộ Y tế (2013) *Niên Giám Thống Kê Y Tế Năm 2013*. Hà Nội.
- 12 Bộ Y tế (2014) *Báo cáo mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế và CSSKBD ở Việt Nam*.
- 13 Bộ Y tế (2015) *Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn*.
- 14 Bộ Y tế (2015) *Thông tư số 40/2015/TT-BYT ban hành ngày 16/11/2015 quy định đăng ký KCB BHYT ban đầu và chuyển tuyến KCB BHYT*.
- 15 Bộ Y tế (2016) *Thông tư số 37/2016/TT-BYT ngày 25/10/2016 Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc trung ương*.
- 16 Bộ Y Tế (2017), *Niên Giám Thống Kê Y Tế Năm 2015*.
- 17 Bộ Y tế (2018), *Niên Giám Thống Kê Y Tế năm 2017*.
- 18 Bộ Y tế (2018) *Quyết định số 1624/QĐ-BYT ngày 6/3/2018 Ban hành chương trình hành động của Bộ Y tế thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*.
- 19 Bộ Y tế (2018) *Tài khoản y tế quốc gia và tài khoản y tế 5 tỉnh thí điểm bao gồm tài khoản HIV/AIDS năm 2014-2015*. Hà Nội: Nhà xuất bản y học Hà Nội.
- 20 Bộ y tế (2019) *Niên Giám Thống Kê Y Tế Năm 2016*.
- 21 Bộ Y tế (2020) *Niên Giám Thống Kê Y Tế Năm 2018*.
- 22 Bộ Y tế (2020) *Tài khoản Y tế Quốc gia năm 2017*.

- 23 Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2005) *Thông tư liên tịch số 11/2005/TTLT-BYT-BNV ngày 12/04/2005 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan chuyên môn giúp UBND quản lý nhà nước về y tế ở địa phương.*
- 24 Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2008) *Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ban hành ngày 25/04/2008 Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của sở y tế, phòng y tế thuộc ủy ban nhân dân cấp tỉnh, cấp huyện.*
- 25 Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2015) *Thông tư liên tịch số 51/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 11/12/2015 Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của sở y tế thuộc ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và phòng y tế thuộc ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh.*
- 26 Bộ Y tế - Dự án tăng cường năng lực hệ thống y tế cơ sở một số tỉnh trọng điểm. (2014) *Báo cáo nghiên cứu: Thực trạng cung ứng dịch vụ của TYTX ở một số vùng/miền và yếu tố ảnh hưởng.* Hà Nội.
- 27 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2016) *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015, Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ CSSK toàn dân,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 28 Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2017) *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016: Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội..
- 29 Bùi Huy Tùng (2014) *Đánh giá kết quả thí điểm sửa đổi phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất tại Khánh Hòa năm 2014.* Luận án Tiến sĩ, Đại Học Y Tế Công Cộng.
- 30 Bùi Thị Minh Thái (2020) *Thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế của thành phố*

Hà Nội và hiệu quả một số giải pháp can thiệp, 2016-2019. Luận án Tiến sĩ, Viện Vệ Sinh Dịch Tễ Trung Ương.

- 31 Công Thông Tin Điện Tử Quảng Bình (2017) “Huyện Minh Hóa: Độ bao phủ bảo hiểm y tế đạt trên 99,7%”. Available at: <https://www.quangbinh.gov.vn/3cms/huyen-minh-hoa-do-bao-phu-bao-hiem-y-te-dat-tren-99-7-.htm> (Accessed: 27 September 2021).
- 32 Đàm Việt Cường and cộng sự (2008) “Tổng quan các phương thức thanh toán KCB BHYT và kinh nghiệm các nước”, *Tạp chí Chính sách Y tế*
- 33 Đỗ Trà My (2017) “Xác định chi phí dịch vụ y tế tại các bệnh viện huyện thuộc 4 tỉnh Việt Nam”, *Tạp chí Chính sách Y tế*, 20.
- 34 Dương Huy Liệu, Nguyễn Hoàng Long and Sarah Bales (2005) *Nghiên cứu chi phí điều trị một số nhóm bệnh tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh. Báo cáo đề tài nghiên cứu, Hà Nội.*
- 35 Dương Thị Hồng Hạnh (2016) “Bệnh không lây nhiễm: Gánh nặng, yếu tố nguy cơ và chiến lược phòng chống”, *Tạp chí Y học Dự phòng*.
- 36 Hoàng Thị Phượng và cộng sự (2010) “Đánh giá việc thực hiện thí điểm phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm Y tế theo định suất tại một số tỉnh ở Việt Nam”, *Tạp chí Chính sách Y tế*.
- 37 Hoàng Văn Minh and Nguyễn Thị Mai An (2013) “Phân tích chi phí điều trị một số bệnh thường gặp tại bệnh viện Thanh Oai, Hà Nội”, *Tạp chí y học thực hành*.
- 38 Hội Khoa Học Kinh tế Y Tế Việt Nam (2011) *Chi phí và chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh. Báo cáo chính sách.*
- 39 Lê Chí Khải (2014) *Thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất tại một số trạm y tế xã thuộc huyện đăk tô tỉnh Kon Tum, Luận án Tiến sĩ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.*

- 40 Lê Đình Phan (2015) *Thực trạng và hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tại tỉnh Hòa Bình*, Luận án Tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
- 41 Lê Đình Phan, Nguyễn Tuấn Hưng and Đào Văn Dũng (2016) “Thực trạng và khả năng đáp ứng của trạm y tế xã tại 3 huyện, thành phố tỉnh Hòa Bình, 2015”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 34(09-10/2016), pp. 63–70.
- 42 Lê Thanh Nhuận và Lê Cự Linh (2009) “Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở”, *Tạp chí Y tế công cộng*, 13, pp. 51–56.
- 43 Nguyễn Bình Phương (2010) *Thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng về công việc của bác sĩ hiện công tác tại các trạm y tế tỉnh Bình Dương 2010*. Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng.
- 44 Nguyễn Khắc Lập (2017) *Thực trạng thu chi tài chính và chi phí đầy đủ một số dịch vụ khám bệnh chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa thị xã Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc*, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng.
- 45 Nguyễn Nhật Linh, Nguyễn Minh Tuấn và Nguyễn Thanh Hương (2015) “Tính sẵn có của trang thiết bị y tế thiết yếu và mức độ cung cấp nhóm dịch vụ y tế ở tuyến y tế cơ sở tại Việt Nam”, *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, 02(01-2018).
- 46 Nguyễn Thị Kim Chúc (2007) *Kinh tế y tế và bảo hiểm y tế*. Báo cáo, Nhà xuất bản y học Hà Nội.
- 47 Nguyễn Thu Trang (2014) “Thay đổi phương thức thanh toán BHYT theo định suất: Có giải quyết được bất cập?”, *Hà Nội Mới*
- 48 Phạm Lê Tuấn (2017) “Triển khai đồng bộ các giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, đáp ứng yêu cầu thực hiện BHYT toàn dân”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, 29/6/2017.

- 49 Quốc hội nước Việt Nam (2014) *Luật số 46/2014/QH13 ban hành ngày 13 tháng 06 năm 2014 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế*, 2014.
- 50 Thủ Tướng Chính Phủ (2004) *Nghị định số 172/2004/NĐ-CP ngày 29/09/2004 quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc UBND huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh* .
- 51 Thủ Tướng Chính Phủ (2008) *Nghị định số 14/2008/NĐ-CP ban hành ngày 04/02/2008 Quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh*.
- 52 Thủ tướng Chính phủ (2014) *Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 quy định về y tế xã, phường, thị trấn*.
- 53 Thủ Tướng Chính Phủ (2017) *Quyết định số 582/QĐ-TTg ngày 28 tháng 4 năm 2017: Phê duyệt danh sách thôn đặc biệt khó khăn, xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016 - 2020*.
- 54 Thủ Tướng Chính Phủ (2018) *Nghị định 146/2018/NĐ-CP ban hành ngày 17/10/2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế*.
- 55 Thủ Tướng Chính Phủ (2012) *Nghị định 85/2012/NĐ-CP ban hành ngày 15 tháng 10 năm 2012 quy định về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám, chữa bệnh của các cơ sở khám, chữa bệnh công lập*, 2012.
- 56 Tổng cục Thống kê (2011) *Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010*. Hà Nội: Nhà Xuất bản Thống Kê.
- 57 Trần Quang Thông (2012) *Nghiên cứu ảnh hưởng của phương thức khoán quỹ định suất đến chi phí và một số chỉ số khám chữa bệnh bảo*

hiểm y tế thuộc bốn bệnh viện huyện - tỉnh Thanh Hóa, Luận án Tiến sĩ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

- 58 Trần Thị Minh Tâm (2013) *Thực trạng quản lý, ảnh hưởng của chất thải y tế đối với môi trường trong các bệnh viện huyện tỉnh Hải Dương*, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.
- 59 Trần Thị Thoa (2012) *Nghiên cứu thực trạng và tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng thuốc, thuốc thiết yếu tại tuyến xã*. Luận án Tiến sĩ, Đại học Dược Hà Nội..
- 60 Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012) *Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thu hút và duy trì cán bộ tuyến y tế cơ sở ở 4 tỉnh miền núi*. Báo cáo đề tài nghiên cứu, Hà Nội.
- 61 Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2014) *Nghiên cứu thực trạng cung ứng và chi trả dịch vụ khám chữa bệnh BHYT trước khi triển khai Đề án thí điểm sửa đổi phương thức thanh toán theo định suất*, Báo cáo đề tài nghiên cứu, Hà Nội.
- 62 Viện chiến lược và Chính sách y tế (2019) *Nghiên cứu xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân dựa trên bảo hiểm y tế tại Việt Nam*, Báo cáo đề tài nghiên cứu, Hà Nội
- 63 Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Bộ Y tế (2012) *Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế các vùng miền*, Báo cáo đề tài nghiên cứu, Hà Nội
- 64 Vụ Kế Hoạch - Tài Chính (2018) *Báo cáo tổng hợp: Đợt giám sát triển khai mô hình 26 xã điểm*. Hà Nội.
- 65 Vụ Kế Hoạch - Tài Chính and Bộ Y tế (2018) *Báo cáo: Tài chính cho hoạt động y tế cơ sở, y tế dự phòng và nguồn tài chính thực hiện thông*

tư 39/2017/TT-BYT của Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở. Hà Nội.

- 66 Vũ Mạnh Dương (2016) *Đánh giá mô hình đội lưu động cụm xã nhằm cải thiện hoạt động khám, chữa bệnh của trạm y tế tại 3 huyện của tỉnh Ninh Bình.* Luận án Tiến sĩ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Tiếng Anh

- 67 Acheampong, O.B. *et al.* (2014) “Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions”, *Joint Learning Network for Universal Health Coverage*, p. 93. Available at:
<https://doi.org/http://www.jointlearningnetwork.org/resources/costing-manual-tool-kit>.
- 68 Agarwal, A. *et al.* (2020) “Recurrent costs in primary health care in Ethiopia: facility and disease specific unit costs and their components in government primary hospitals and health centers.”, *BMC health services research*, 20(1), p. 389. Available at:
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05218-1>.
- 69 Alkire, B.C., Vincent, J.R. and Meara, J.G. (2015) “Benefit-cost analysis for selected surgical interventions in low-and middle-income countries”, *Essential Surgery. Disease Control Priorities. 3rd edn.* Washington DC: World Bank, pp. 361–377.
- 70 Attema, A.E., Brouwer, W.B.F. and Claxton, K. (2018) “Discounting in economic evaluations”, *Pharmacoeconomics*, 36(7), pp. 745–758.
- 71 Boachie, M.K. (2014) “Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature”, *Journal of Behavioural Economics Finance Entrepreneurship Accounting and Transport*, 2(2), pp. 41–46.
Available at: <https://doi.org/10.12691/jbe-2-2-2>.

- 72 Cashin, C.E., Borowitz, M. and Zuess, O. (2002) “The gender gap in primary health care resource utilization in Central Asia.”, *Health policy and planning*, 17(3), pp. 264–272. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/17.3.264>.
- 73 Clark, M.A. (2002) “Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System”, pp. 1–23.
- 74 Cohen, D. and Flood, C. (2022) “Health economics”, in *Health Studies*. Springer, pp. 269–294.
- 75 Conteh, L. and Walker, D. (2004) “Cost and unit cost calculations using step-down accounting”, *Health Policy and Planning*, 19(2). Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czh015>.
- 76 Dalaba, M.A., Welaga, P. and Matsubara, C. (2017) “Cost of delivering health care services at primary health facilities in Ghana”, *BMC Health Services Research*, 17(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2676-3>.
- 77 Dianingati, R.S. and Riewpaiboon, A. (2021) “Unit cost analysis of medical service in asia: A systematic review”, *Pharmaceutical Sciences Asia*, 48(2), pp. 185–193.
- 78 Fautrel, B. *et al.* (2020) “Cost assessment of health interventions and diseases”, *RMD Open*, 6(3). Available at: <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001287>.
- 79 Fowles, J.B. *et al.* (2016) “Taking health status into account when setting capitation rates: a comparison of risk-adjustment methods.”, *JAMA*, 276(16), pp. 1316–1321.
- 80 Gauri, V., Cercone, J. and Briceño, R. (2004) “Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health

- cooperatives in Costa Rica.”, *Health policy and planning*, 19(5), pp. 292–301. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czh034>.
- 81 Ginsburg, P.B. (2011) “Reforming Provider Payment — The Price Side of the Equation”, *New England Journal of Medicine*, 365(14), pp. 1268–1270. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1107019>.
 - 82 Government of Vietnam (2009) *Decree No. 64/2009/ND-CP*.
 - 83 Hafidz, F., Ensor, T. and Tubeuf, S. (2018) “Assessing health facility performance in Indonesia using the Pabón-Lasso model and unit cost analysis of health services”, *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), pp. e541–e556. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hpm.2497>.
 - 84 Haqim, R.M. and Pribadi, F. (2019) “Unit Cost Analysis of Section Caesarean with Activity Based Costing in Yogyakarta Hospital”, *Jurnal Medicoeticolegal Manajemen Rumah Sakit*, 8(1).
 - 85 Hefford, M., Crampton, P. and Foley, J. (2005) “Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment.”, *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 72(1), pp. 9–23. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.06.005>.
 - 86 Hoang, V.M. *et al.* (2015) “Costing of commune health station visits for provider payment reform in Vietnam”, *Global Public Health* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.944929>.
 - 87 Hoang, V.M. *et al* (2009) “Costing of clinical services in rural district hospitals in northern Vietnam”, *International Journal of Health Planning and Management*, 27, pp. 34–49. Available at: <https://doi.org/10.1002/hpm>.

- 88 Iversen, T. and Lurås, H. (2012) “Capitation and incentives in primary care”, in *The Elgar Companion To Health Economics*. Available at: <https://doi.org/10.4337/9781849802673.00039>.
- 89 Jakab, M. *et al.* (2002) *The introduction of market forces in the public hospital sector, Health, Nutrition a Polulation Discussion Paper*. World Bank, Washington. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13703?locale-attribute=en>.
- 90 Kazungu, J.S. *et al.* (2018) “What characteristics of provider payment mechanisms influence health care providers” behaviour? A literature review”, *The International journal of health planning and management*, 33(4), pp. e892–e905.
- 91 Langenbrunner, J.C., Cashin, C. and O”Dougherty, S. (2009) *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*,.
- 92 Leidner, A. *et al.* (2019) “Guidance for health economics studies presented to the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2019 update”, *Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention*
- 93 Mark Vujicic *et al.* (2010) *Attracting doctors and medical students to rural Vietnam - insight from a Discrete Choice Experiment*, World Bank.
- 94 Martin, E. *et al.* (2020) “The role of health economics”, in *Health Promotion in the 21st Century: New approaches to achieving health for all*. Routledge Oxford.
- 95 Mayer, S. *et al.* (2020) “Are Unit Costs the Same? A Case Study Comparing Different Valuation Methods for Unit Cost Calculation of

- General Practitioner Consultations”, *Value in Health*, 23(9), pp. 1142–1148. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.06.001>.
- 96 Ministry of Health of New Zealand (2001) *The Primary Health Care Strategy*. Wellington.
 - 97 National Health Service (2002a) (2002) *Primary Care Trusts: Financial Framework*.
 - 98 Prinja, S. *et al.* (2016) “Cost of Delivering Health Care Services in Public Sector Primary and Community Health Centres in North India.”, *PloS one*, 11(8), p. e0160986. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160986>.
 - 99 Prinja, S. *et al.* (2020) “Establishing reference costs for the health benefit packages under universal health coverage in India: cost of health services in India (CHSI) protocol”, *BMJ open*, 10(7), p. e035170.
 - 100 Raghfar, H. *et al.* (2018) “The economic burden of coronary heart disease in Iran: a bottom-up approach in 2014”, *J Ardabil Univ Med Sci*, 18(3), pp. 341–356.
 - 101 Rice, N. and Smith, P.C. (2001) “Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report”, *The Milbank Quarterly*, 79(1), pp. 81–113. Available at: <http://www.jstor.org/stable/3350582>.
 - 102 Smith, S. *et al.* (2021) “Unit costs for non-acute care in Ireland 2016–2019”, *HRB open research*, 4, p. 39. Available at: <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13256.1>.
 - 103 Špacírová, Z. *et al.* (2020) “A general framework for classifying costing methods for economic evaluation of health care”, *The European Journal of Health Economics*, 21(4), pp. 529–542.

- 104 Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) (2016) *A Playbook for Capitation: Lessons Learned from Health Insurance Companies in Kenya*.
- 105 Telyukov, A. (2001) *Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America*.
- 106 Tham, D.C. *et al.* (2019) “Evaluate the performance of basic health services package at grassroots level in 6 provinces, city in Vietnam after one-year implementation”, *Vietnam Journal of Preventive Medicine* [Preprint].
- 107 The Health System Assessment Approach (2012) “The Health System Assessment Approach: A How to Manual”.
- 108 Torbica, A., Tarricone, R. and Drummond, M. (2018) “Does the approach to economic evaluation in health care depend on culture, values, and institutional context?”, *The European Journal of Health Economics*. Springer, pp. 769–774.
- 109 Turner, H.C. *et al.* (2019) “Adjusting for Inflation and Currency Changes Within Health Economic Studies”, *Value in Health*, 22(9), pp. 1026–1032. Available at:
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.03.021>.
- 110 Vargas, V. and Wasem, J. (2006) “Risk adjustment and primary health care in Chile.”, *Croatian medical journal*, 47(3), pp. 459–468.
- 111 Vo, T.Q. *et al.* (2016) “Healthcare costing studies in developing countries: A systematic review in Vietnam”, *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 39(2), pp. 295–299.
- 112 Waters, H.R. and Hussey, P. (2004) “Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences”, *Health Policy*,

- 70(2), pp. 175–184. Available at:
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.04.012>.
- 113 Weaver, M. and Deolalikar, A. (2004) “Economies of scale and scope in Vietnamese hospitals.”, *Social science & medicine* (1982), 59(1), pp. 199–208. Available at:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.014>.
- 114 WHO (2004) “Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period”. Geneva: World Health Organization (FER/EIP discussion paper ; no.2). Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69018>.
- 115 WHO (2010) *Health Financing Strategy for the Asia Pacific Region (2010-2015)*.
- 116 Younis, M.Z. *et al.* (2013) “Estimating the unit costs of public hospitals and primary healthcare centers”, *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(4), pp. 320–332.
- 117 Zeng, W. *et al.* (2017) “Costing essential services package provided by a non-governmental organization network in Bangladesh”, *Health Policy and Planning*, 32(10), pp. 1375–1385. Available at:
<https://doi.org/10.1093/heapol/czx105>.

Phụ lục 1

MỘT SỐ THÔNG TIN VỀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Minh Hóa là một huyện miền núi vùng cao nằm về phía Tây Bắc tỉnh Minh Hoá là huyện miền núi vùng cao nằm về phía Tây Bắc tỉnh Quảng Bình, với địa hình đồi núi bao quanh. Phía Tây giáp nước Cộng hoà Dân chủ nhân dân Lào với 89 km đường biên giới, phía Bắc giáp huyện Tuyên Hoá, phía Nam và Đông Nam giáp huyện Bố Trạch. Trong năm 2018, toàn huyện có 15 xã và 1 thị trấn với diện tích tự nhiên là 1.413 km². Dân số trên 55 nghìn người, trong đó, dân số ở độ tuổi lao động trên 27 nghìn người. Minh Hoá có dân tộc Kinh chiếm đa số và các dân tộc ít người Bru – Vân Kiều, Chứt với 6.500 người, tập trung ở các xã biên giới (Dân Hoá, Trọng Hoá, Thượng Hoá và Hoá Sơn). Huyện Minh Hóa có tỷ lệ tham gia BHYT khá cao đạt tỷ lệ bao phủ trên 100% dân số năm 2018.

Bảng 1. Thông tin chung về tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, năm 2018

Tên xã	Số thẻ BHYT	Diện tích (km²)	Dân số (người)
Minh Hóa	10.241	34,1	3.375
Thị trấn Quy Đạt	4.437	7,9	7.608
Trọng Hóa	4.021	190,5	4.445
Hóa Thanh	1.394	31,1	1.574
Hóa Phúc	603	30,3	786
Dân Hóa	3.864	176,9	4.042
Hóa Tiến	2.710	26,3	2.951
Hồng Hóa	3.573	71,6	3.565
Hóa Hợp	3.502	51,9	3.560

Hóa Sơn	1.731	174,9	2.240
Xuân Hóa	2.759	40,4	2.830
Yên Hóa	3.781	31,9	4.233
Quy Hóa	953	7,3	1.329
Tân Hóa	3.062	71,8	3.220
Trung Hóa	5.544	94,5	5.632
Thượng Hóa	3.291	354,7	4.013

Bảng 1 cho thấy huyện Minh Hóa có tỷ lệ bao phủ BHYT rất cao khi số lượng thẻ đăng ký KCB BHYT đang cao hơn dân số, tuy nhiên sự phân bổ số lượng thẻ đăng ký KCBBD không đồng đều giữa các địa phương. Xã Minh Hóa với việc có cả BVĐK huyện và TYTX trên địa bàn nên là địa phương có số thẻ đăng ký BHYT nhiều nhất với 10.241 thẻ. Một số các xã khác tương tự đang có tỷ lệ bao phủ BHYT cao như Hồng Hóa, Hóa Hợp, Trung Hóa. Thị trấn Quy Đạt là địa phương có tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế thấp nhất. Một số xã khác có số thẻ BHYT thấp hơn so với dân số như xã Hóa Phúc, Tân Hóa, Quy Hóa. Đây đều là các địa phương có dân số và diện tích thấp so với mặt bằng chung toàn huyện.

Bảng 2. Danh sách xã thuộc huyện Minh Hóa tỉnh Quảng Bình phân loại dựa trên khu vực theo Quyết định số 582/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ

Tên xã	Thuộc khu vực	Số thôn ĐBKK
Minh Hóa	III	9
Thị trấn Quy Đạt	II	2
Trọng Hóa	III	18
Hóa Thanh	III	4

Hóa Phúc	III	2
Dân Hóa	III	13
Hóa Tiến	III	8
Hồng Hóa	III	10
Hóa Hợp	III	6
Hóa Sơn	III	5
Xuân Hóa	III	8
Yên Hóa	III	7
Quy Hóa	II	1
Tân Hóa	III	7
Trung Hóa	III	7
Thượng Hóa	III	9

Về kinh tế xã hội, huyện Minh Hóa vẫn đang là một huyện khó khăn thuộc tỉnh Quảng Bình nói chung và cả nước nói riêng. Theo quyết định số 582/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ phê duyệt danh sách thôn đặc biệt khó khăn, xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016-2020, huyện Minh Hóa có tới 14/16 xã thuộc khu vực III tức vùng kinh tế xã hội đặc biệt, chỉ có thị trấn Quy Đạt và xã Quy Hóa thuộc khu vực II tức vùng kinh tế xã hội còn khó khăn.

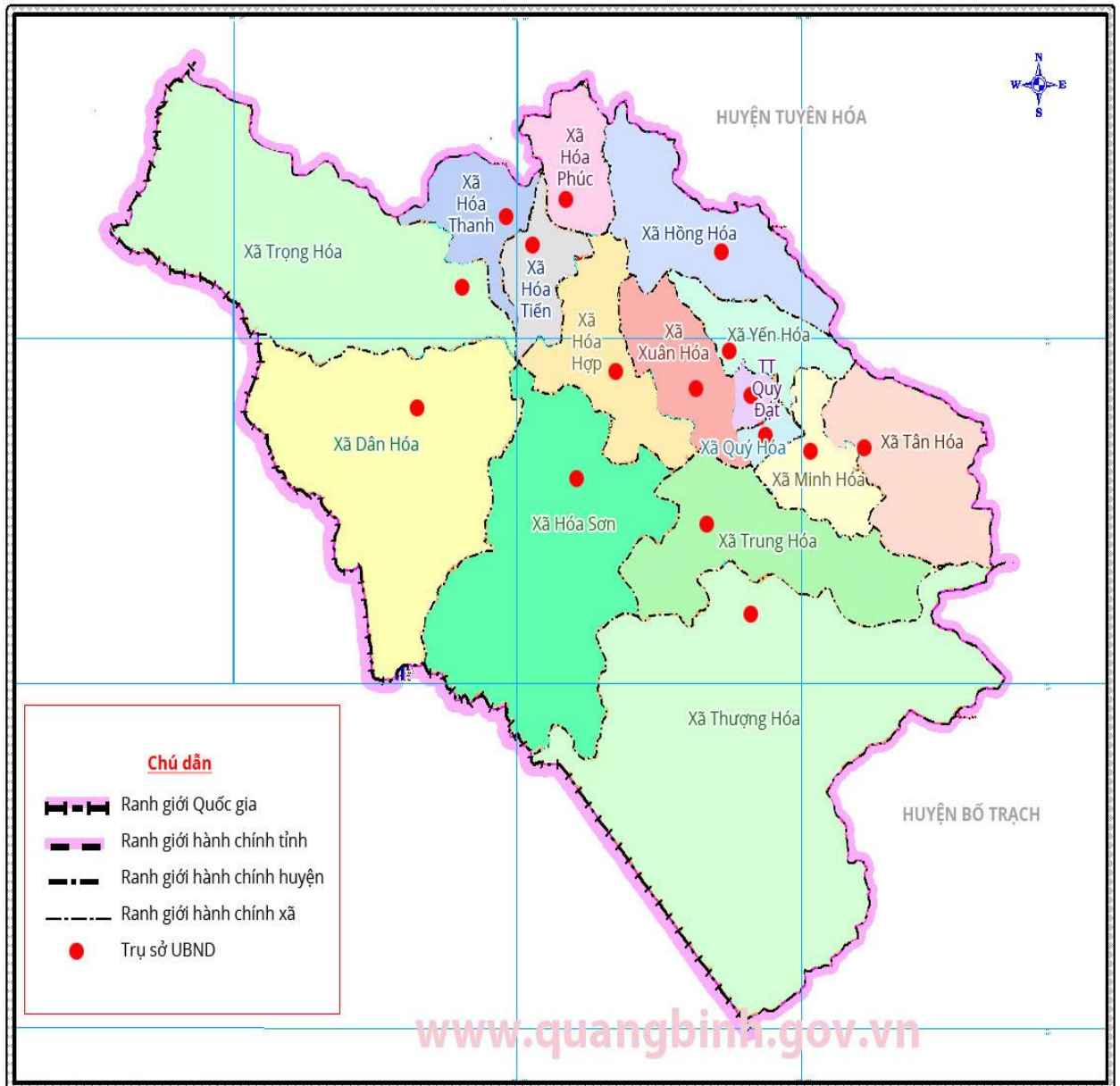
Huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình là một trong các địa phương được lựa chọn để thực hiện thí điểm thanh toán chi phí KCB bảo hiểm y tế theo định suất sửa đổi tại Quảng Bình năm 2018 theo Quyết định số 1701/ QĐ- BYT. Đây đồng thời cũng là đề án cung cấp số liệu thực hiện nghiên cứu này. Các dịch vụ KCB tại tuyến YTCS ở Việt Nam cung ứng tại BVĐK huyện và các TYTX, vì vậy nghiên cứu đã lựa chọn phân tích chi phí tại các cơ sở KCB BHYT trong một huyện. Huyện Minh Hóa là một huyện nghèo tiêu biểu tại Việt Nam bao

gồm đầy đủ các địa phương thuộc vùng kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn và không thuộc diện nêu trên. Kết quả nghiên cứu đã cung cấp một bức tranh toàn cảnh và phản ánh những bất cập mà một huyện nghèo tại Việt Nam có thể gặp phải trong việc xây dựng cơ chế tài chính. Huyện Minh Hóa là địa phương có tỷ lệ bao phủ BHYT rất cao với trên 99,7% năm 2017. Việc hầu hết công tác KCB tại đây đều được chi trả bởi BHYT là lợi thế rất lớn trong việc thu thập số liệu về chi phí KCB khi số liệu có thể được trích xuất trực tiếp từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Đặc biệt, tỉnh Quảng Bình là một trong số ít các địa phương nằm trong danh sách thí điểm đổi mới hệ thống PTCT nên kết quả phân tích chi phí tại huyện Minh Hóa cung cấp dữ liệu khoa học cần thiết cho việc xây dựng cơ chế tài chính, hỗ trợ xây dựng hệ thống PTCT tại tuyến YTCS.

Phụ lục 2

BẢN ĐỒ HUYỆN MINH HÓA, TỈNH QUẢNG BÌNH

BẢN ĐỒ HÀNH CHÍNH HUYỆN MINH HÓA - TỈNH QUẢNG BÌNH



Phụ lục 3
CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng hoạt động và cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh tuyến y tế cơ sở.

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

**Bảng 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 TYTX	%	Số lượng TYTX	%	Số lượng TYTX	%
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, CDHA	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 đẻ/ KHHGĐ	9	56,2	7	43,8	0	0,0

STT	Khoa/Phòng	Thời gian sử dụng < 10 năm		Thời gian sử dụng >=10 năm		Không có	
		Số lượng TYTX	%	Số lượng TYTX	%	Số lượng TYTX	%
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
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 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 phân 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

đường, phòng tài chính kế toán, phòng hành chính, phòng chỉ đạo tuyến, phòng vật tư

Bảng 3. Cơ cấu nhân lực của tuyến y tế cơ sở tại huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018

STT	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
Tổng cộng		139	100,0	107	100,0

Bảng 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

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	%
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/TT0BYT 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 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	%
Khoa lâm sàng							
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
Khoa cận lâm sàng							
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
Khối quản lý, vận hành							
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

STT	Khoa, phòng	Thời gian sử dụng <5 năm		Thời gian sử dụng >5 năm		Không có	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
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
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.

1.2. Thực trạng cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh của tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình 2018.

1.2.1. Thuốc thiết yếu.

Bảng 6. Tỷ lệ thuốc thiết yếu có sẵn tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.

STT	Tên nhóm thuốc	Số lượng có sẵn	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ có sẵn (%)
1	Thuốc gây mê, tê	8	13	61,5

STT	Tên nhóm thuốc	Số lượng có sẵn	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ có sẵn (%)
2	Thuốc giảm đau và chăm sóc giảm nhẹ	14	20	70,0
3	Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	9	9	100,0
4	Thuốc giải độc	5	16	31,3
5	Thuốc chống co giật, động kinh	7	7	100,0
6	Thuốc kháng sinh chống nhiễm khuẩn	105	107	98,1
7	Thuốc điều trị đau nửa đầu	3	4	75,0
8	Thuốc chống ung thư và tác động vào hệ thống	20	32	62,5
9	Thuốc chống Parkinson	1	2	50,0
10	Thuốc tác dụng đối với máu	9	12	75,0
11	Chế phẩm máu-dung dịch cao phân tử	5	8	62,5
12	Thuốc tim mạch	34	35	97,1
13	Thuốc ngoài da	9	23	39,1
14	Thuốc dùng chẩn đoán	4	8	50,0
15	Thuốc tẩy trùng và khử trùng	5	5	100,0

STT	Tên nhóm thuốc	Số lượng có sẵn	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ có sẵn (%)
16	Thuốc lợi tiểu	4	4	100,0
17	Thuốc đường tiêu hóa	13	24	54,2
18	Hormon, nội tiết tố, thuốc tránh thụ thai	20	33	60,6
16	Sinh phẩm miễn dịch	30	32	93,8
20	Thuốc giãn cơ và tăng trở lực cơ	4	6	66,7
21	Thuốc dùng cho mắt, tai, mũi, họng	10	22	45,5
22	Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ	5	8	62,5
23	Dung dịch thẩm phân màng bụng	2	2	100,0
24	Thuốc chống rối loạn tâm thần	8	14	57,1
25	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	6	10	60,0
26	Dung dịch điều chỉnh nước điện giải và cân bằng	10	10	100,0
27	Vitamin và các chất vô cơ	9	9	100,0
28	Nhóm thuốc chuyên biệt chăm sóc cho trẻ sơ sinh thiếu tháng	2	3	66,7

STT	Tên nhóm thuốc	Số lượng có sẵn	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ có sẵn (%)
29	Thuốc điều trị bệnh gút và các bệnh xương khớp	4	4	100,0
30	Thuốc khác	10	32	31,3

Ghi chú: Danh mục so sánh trên dựa theo danh mục thuốc thiết yếu trong thông tư 19/2018/TT0BYT ban hành ngày 30 tháng 8 năm 2018 của Bộ Y tế

1.2.2. Cung ứng dịch vụ kỹ thuật

Bảng 7. Thực trạng cung ứng dịch vụ kỹ thuật tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018

ST T	Tên nhóm DVKT	Bệnh viện huyện			Trạm Y tế xã		
		Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)	Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)
1	Hồi sức cấp cứu và chống độc	55	242	22,7	24	55	43,6
2	Nội khoa	34	112	30,4	8	29	27,6
3	Nhi khoa	263	1300	20,2	210	468	44,9
4	Lao	4	4	100,0	0	0	0,0
5	Da liễu	3	19	15,8	0	2	0,0
6	Tâm thần	1	18	5,6	5	12	41,7
7	Nội tiết	2	19	10,5	4	7	57,1
8	Y học cổ truyền	60	401	15,0	106	191	55,5

ST T	Tên nhóm DVKT	Bệnh viện huyện			Trạm Y tế xã		
		Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)	Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)
9	Gây mê hồi sức	1	928	0,1	0	3	0,0
10	Ngoại khoa	121	121	100,0	1	10	10,0
11	Bỏng	11	69	15,9	6	10	60,0
12	Ung bướu	28	37	75,7	0	0	0,0
13	Phụ sản	76	105	72,4	17	24	70,8
14	Mắt	29	92	31,5	5	19	26,3
15	Tai mũi họng	43	125	34,4	11	17	64,7
16	Răng hàm mặt	36	79	45,6	5	56	8,9
17	Phục hồi chức năng	35	209	16,7	32	110	29,1
18	Điện quang	103	103	100,0	0	35	0,0
19	Y học hạt nhân	0	0	0,0	0	0	0,0
20	Nội soi chẩn đoán, can thiệp	3	9	33,3	0	0	0,0
21	Thăm dò chức năng	2	34	5,9	0	7	0,0
22	Huyết học – Truyền máu	14	85	16,5	0	11	0,0
23	Hóa Sinh	37	75	49,3	1	11	9,1
24	Vi sinh	29	135	21,5	0	56	0,0

ST T	Tên nhóm DVKT	Bệnh viện huyện			Trạm Y tế xã		
		Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)	Số lượng cung ứng	Số lượng theo quy định	Tỷ lệ cung ứng (%)
25	Giải phẫu bệnh và tế bào bệnh học	0	17	0,0	0	5	0,0
26	Vi phẫu	0	0	0,0	0	0	0,0
27	Phẫu thuật nội soi	5	9	55,6	0	0	0,0
28	Tạo hình – thẩm mỹ	2	167	1,2	0	9	0,0

Ghi chú: Danh mục thống kê dựa trên danh mục dịch vụ kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật trong thông tư số 43/2013/ TT0BYT ngày 11/12/2013 và thông tư 21/2017/TT0BYT ngày 15/10/2017.

1.2.3. Cung ứng dịch vụ KCB theo bệnh

Bảng 8. Danh mục 10 bệnh được điều trị nhiều nhất tại tuyến y tế cơ sở của huyện Minh Hóa, giai đoạn 2016-2018

STT	2016				2017				2018			
	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%
1	J02	Viêm họng cấp	5428	16,1	J02	Viêm họng cấp	10257	17,2	J02	Viêm họng cấp	9307	14,6
2	J03	Viêm amidan cấp	2085	6,2	J03	Viêm amidan cấp	4236	7,1	H81	Rối loạn chức năng tiền đình	4027	6,3
3	K29	Viêm dạ dày, tá tràng	1438	4,3	J20	Viêm phế quản	2348	3,9	J03	Viêm amidan cấp	3327	5,2
4	J20	Viêm phế quản	1371	4,1	H81	Rối loạn chức năng tiền đình	2317	3,9	J20	Viêm phế quản	2116	3,3

STT	2016				2017				2018			
	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%
5	H81	Rối loạn chức năng tiền đình	1069	3,2	J11	Cúm, virus không định danh	1988	3,3	I10	Tăng huyết áp vô căn	1942	3,0
6	J11	Cúm, virus không định danh	1014	3,0	K29	Viêm dạ dày, tá tràng	1678	2,8	J11	Cúm, virus không được định danh	1763	2,8
7	K30	Khó tiêu chức năng	911	2,7	K52.3	Viêm đại tràng không xác định	1604	2,7	F48.0	Bệnh suy nhược thần kinh	1660	2,6
8	G46	Hội chứng mạch máu não trong bệnh mạch não	745	2,2	I10	Tăng huyết áp vô căn	1392	2,3	K52.3	Viêm đại tràng không xác định	1654	2,6

STT	2016				2017				2018			
	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%	Mã ICD10	Tên bệnh	Số lượt	%
9	R51	Đau đầu	678	2,0	K30	Khó tiêu chức năng	1259	2,1	K29	Viêm dạ dày và tá tràng	1473	2,3
10	A06.2	Viêm đại tràng do amip	660	2,0	R51	Đau đầu	1237	2,1	J00	Viêm mũi họng cấp	1404	2,2

Ghi chú: Mã bệnh được thống kê theo danh mục ICD-10 của Bộ Y tế

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

Bảng 9. 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 (VNĐ)

Dịch vụ		2016		2017		2018	
		TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện
Khám bệnh	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
Giường bệnh	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
Xét nghiệm	Tổng chi phí	0	2.582	0	3.904	0	4.164
	Số lượt	0	93.971	0	136.836	0	146.251

Dịch vụ		2016		2017		2018	
		TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện
	Chi phí trung bình/lượt	0	0,03	0	0,03	0	0,03
Chẩn đoán hình ảnh	Tổng chi phí	0	1.390	0	2.041	0	2.009
	Số lượt	0	32.619	0	35.712	0	37.862
	Chi phí trung bình/lượt	0	0,04	0	0,06	0	0,05
Phẫu thuật, thủ thuật	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 10. Thực trạng cung ứng dịch vụ điều trị ngoại trú và nội trú tại
tuyên y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2016 – 2018.**

Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)

Dịch vụ		2016		2017		2018	
		TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện
	Tổng chi phí	977	3.759	2.490	6.791	3.191	8.697

Dịch vụ		2016		2017		2018	
		TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện	TYTX	BVĐK huyện
Điều trị ngoại trú	Số lượt	15.873	11.092	30.087	17.423	32.260	20.084
	Chi phí trung bình/lượt	0,06	0,34	0,08	0,39	0,10	0,43
Điều trị nội trú	Tổng chi phí	9	7.493	123	19.085	75	16.682
	Số lượt	196	3.838	200	7.794	106	7.885
	Chi phí trung bình/lượt	0,05	1,95	0,62	2,45	0,71	2,12

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

2.1. Cơ cấu các khoản chi dành cho hoạt động khám, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, Quảng Bình

Bảng 11. Các khoản chi dành cho hoạt động khám, chữa bệnh của các cơ sở y tế huyện Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.

Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)

Khoản chi	BVĐK huyện		TYTX		Tổng	
	Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%
Chi lương	19.741	52,4	6.617	61,6	26.359	53,7
Chi thuốc, máu, VTTH	6.419	17,0	2.330	21,7	8.749	17,8
VTTH xét nghiệm, CDHA	6.173	16,4	-	-	6.173	12,6

Khoản chi	BVĐK huyện		TYTX		Tổng	
	Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%
Chi khấu hao nhà cửa	1.115	3,0	434	4,0	1.548	3,2
Chi khấu hao TTB y tế	2.301	6,1	370	3,4	2.671	5,4
Chi khấu hao TTB khác	232	0,6	165	1,5	397	0,8
Chi văn phòng phẩm, thông tin, nhiên liệu	1.066	1,7	563	5,2	1.629	3,3
Chi vận hành (điện, nước ...)	219	0,6	60	0,6	279	0,6
Chi sửa chữa, mua sắm tài sản	996	2,1	119	1,1	1.115	2,3
Chi đào tạo và NCKH	30	0,1	-	0,0	30	0,1
Chi thường xuyên khác	21	0,1	88	0,8	110	0,2
Tổng chi	38.313	100,0	10.747	100,0	49.061	100,0

Ghi chú: Danh mục các khoản chi chỉ bao gồm chi cho hoạt động KCB tại các cơ sở y tế và không bao gồm chi cho hoạt động y tế dự phòng tại các Trạm Y tế Xã. BVĐK – Bệnh viện đa khoa, TYTX- Trạm Y tế xã

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

Bảng 12. 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 (VNĐ)

ST T	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

ST T	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	Toàn tuyến xã	10.611	32.260	0,329	136	106	1,282
3	TYTX Quy Đạt	603	3.017	0,200	4	-	-
4	TYTX Trọng Hóa	847	1.677	0,505	19	13	1,426
5	TYTX Hóa Thanh	593	1.171	0,506	0	2	0,019
6	TYTX Hóa Phúc	295	654	0,451	-	0	-
7	TYTX Dân Hóa	806	2.041	0,395	28	23	1,228
8	TYTX Hóa Tiến	480	1.229	0,391	-	0	-
9	TYTX Hồng Hóa	733	2.294	0,320	8	7	1,187
10	TYTX Hóa Hợp	654	2.307	0,283	3	1	3,267
11	TYTX Hóa Sơn	604	1.950	0,310	11	30	0,369
12	TYTX Xuân Hóa	653	1.818	0,359	4	1	4,011
13	TYTX Yên Hóa	760	3.430	0,222	-	-	-
14	TYTX Quy Hóa	475	1.390	0,342	9	4	2,250
15	TYTX Minh Hóa	696	2.594	0,268	9	10	0,890
16	TYTX Tân Hóa	670	2.609	0,257	17	8	2,110

ST T	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
17	TYTX Trung Hóa	734	1.721	0,426	-	-	-
18	TYTX Thượng Hóa	1.007	2.358	0,427	23	7	3,318

Bảng 13. 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 (VNĐ)

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

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	%
Quản lý, Vận hành	36	4,9	205	6,8	25	7,7	97	7,5
Tổng cộng	732	100,0	2.994	100,0	329	100,0	1.282	100,0

Bảng 14. 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: Nghìn đồng (VNĐ)

Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1)/(2)	P (one-simple T test)	Phân tích chi phí (3) (bỏ khấu hao)	Tỷ lệ % (1)/(3)	P (one-simple T test)
Bệnh viện huyện	Điều trị ngoại trú	433	732	59,2	P=0,00	679	63,8	P=0,00
	Điều trị nội trú	2.116	2.994	70,7	P=0,00	2.667	79,3	P=0,00
Trạm Y tế xã	Điều trị ngoại trú	99	329	30,1	P=0,00	300	33,0	P=0,00

Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1)/(2)	P (one-simple T test)	Phân tích chi phí (3) (bỏ khấu hao)	Tỷ lệ % (1)/(3)	P (one-simple T test)
	Điều trị nội trú	711	1.282	55,5	P=0,00	989	71,9	P=0,00

2.3. Ước tính chi phí đầy đủ theo dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế bằng phương thức phí dịch vụ

Bảng 15. 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: Đồng (VNĐ)

	Khám bệnh	Giường bệnh	Phẫu thuật thủ thuật	Xét nghiệm	Chẩn đoán hình ảnh
BVĐK huyện Minh Hóa	287.000	301.000	374.000	40.000	94.000
Chi phí đơn vị tuyến xã	319.665	776.095	592.251	-	-
TYTX Quy Đạt	179.571	-	-	-	-
TYTX Trọng Hóa	460.978	652.672	778.384	-	-
TYTX Hóa Thanh	428.455	3.086.415	672.509	-	-
TYTX Hóa Phúc	679.149	-	-	-	-
TYTX Dân Hóa	364.121	680.419	461.613	-	-

	Khám bệnh	Giường bệnh	Phẫu thuật thủ thuật	Xét nghiệm	Chẩn đoán hình ảnh
TYTX Hóa Tiến	342.378	-	-	-	-
TYTX Hồng Hóa	289.479	686.200	384.626	-	-
TYTX Hóa Hợp	252.075	1.466.845	370.690	-	-
TYTX Hóa Sơn	280.942	189.991	240.522	-	-
TYTX Xuân Hóa	324.635	2.330.113	505.063	-	-
TYTX Yên Hóa	203.000	-	1.203.752	-	-
TYTX Quy Hóa	446.708	1.005.893	1.442.602	-	-
TYTX Minh Hóa	247.021	461.394	662.919	-	-
TYTX Tân Hóa	235.865	802.944	1.782.480	-	-
TYTX Trung Hóa	581.374	-	1.676.727	-	-
TYTX Thượng Hóa	393.238	1.996.548	480.053	-	-

Bảng 16. 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
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
Tổng cộng	287	100,0	301	100,0	374	100,0	40	100,0	94	100,0

Bảng 17. 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

Thành phần	Khám bệnh		Giường bệnh		Phẫu thuật, thủ thuật	
	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%
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
Tổng cộng	320	100,0	776	100	592	100,0

Bảng 18. 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: Đồng (VNĐ)

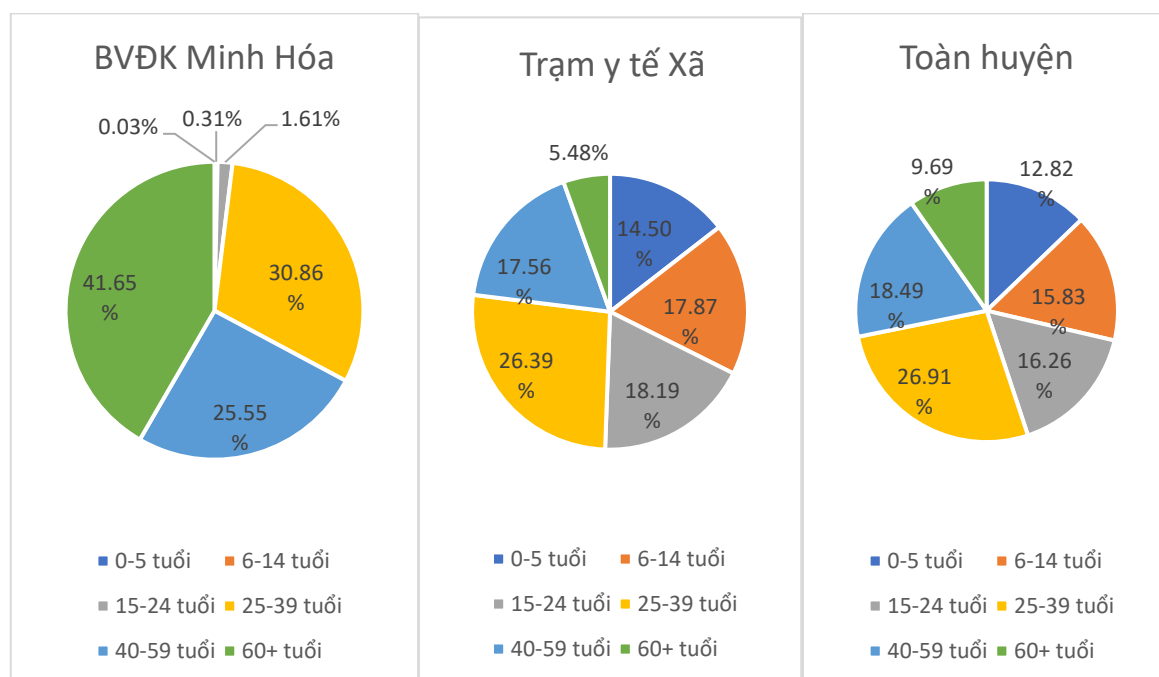
Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1) / (2)	P (one simple T test)	Phân tích chi phí (bỏ khấu hao) (3)	Tỷ lệ % (1) / (3)	P (one simple T test)
	Khám bệnh	32.286	149.913	21,5	P=0,00	131.211	24,6	P=0,00

Cơ sở y tế	Dịch vụ	Phí dịch vụ (1)	Phân tích chi phí (2)	Tỷ lệ % (1) / (2)	P (one simple T test)	Phân tích chi phí (bỏ khấu hao) (3)	Tỷ lệ % (1) / (3)	P (one simple T test)
BVD K huyện	Giường bệnh	167.020	258.314	64,7	P=0,00	222.789	75,0	P=0,0 0
	Phẫu thuật thủ thuật	194.518	325.856	59,7	P=0,00	294.842	66,0	P=0,0 0
	Xét nghiệm	28.470	39.965	71,2	P=0,00	38.007	74,9	P=0,0 0
	CDHA	53.074	93.689	56,6	P=0,00	77.677	68,3	P=0,0 0
TYTX	Khám bệnh	26.315	248.647	10,6	P=0,00	225.852	11,7	P=0,0 0
	Giường bệnh	57.296	713.381	8,0	P=0,00	267.242	21,4	P=0,0 0
	Phẫu thuật thủ thuật	317.753	532.094	59,7	P=0,00	238.664	133,1	P=0,0 0

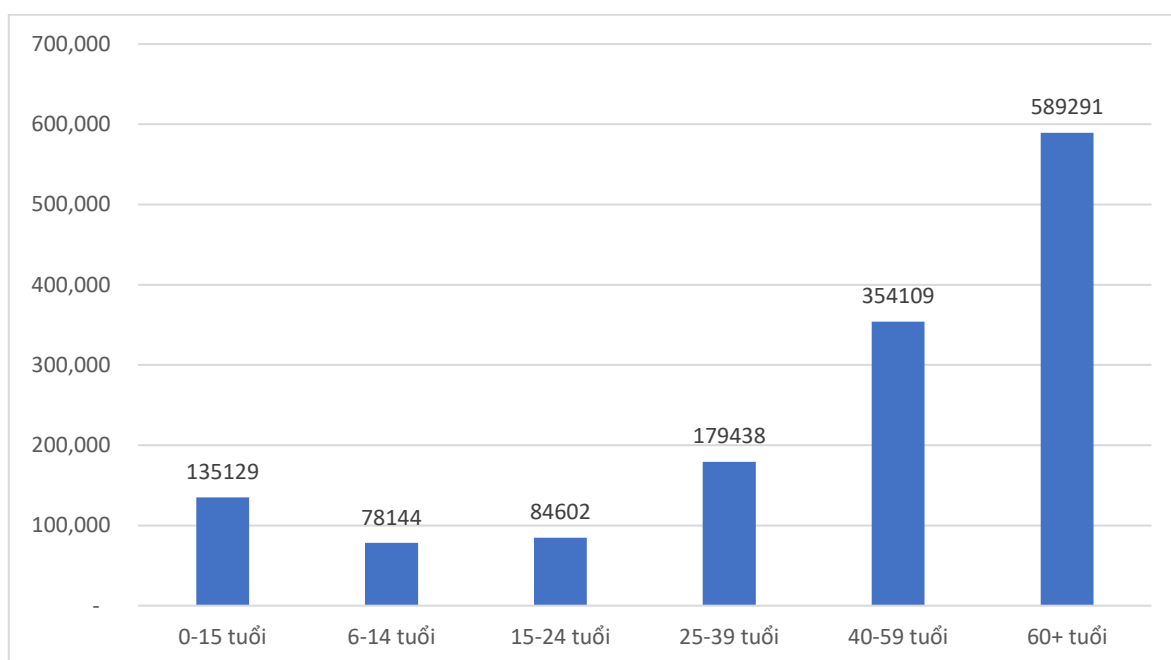
Ghi chú: Chi phí đầy đủ đã loại bỏ cấu phần thuốc, máu, dịch truyền, vật tư tiêu hao

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

3.1. Thông tin về thẻ đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu của tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình



Biểu đồ 1. Tỷ trọng cơ cấu thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu theo nhóm tuổi tại tuyến y tế cơ sở Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.



Biểu đồ 2. Chi phí điều trị ngoại trú trung bình trên đầu thẻ bảo hiểm y tế theo nhóm tuổi tại Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.

Bảng 19. Các chỉ số về chi phí điều trị ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình, 2018

Chỉ số	Bệnh viện huyện	Trạm Y tế xã	Toàn huyện
Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú	8.696.712.486	3.191.315.736	11.888.028.222
Số lượt KCB BHYT ngoại trú	20.084	32.260	52.344
Số thẻ đăng ký KCBBD	6.461	49.005	55.466
Tần suất KCB BHYT ngoại trú một thẻ đăng ký KCBBD	3.11	0.66	0.94
Chi phí KCB BHYT ngoại trú trung bình một thẻ đăng ký KCBBD	1.346.032	65.124	214.334

Chỉ số	Bệnh viện huyện	Trạm Y tế xã	Toàn huyện
Tỷ lệ % chi phí KCB BHYT ngoại trú đúng tuyến	30,4%	72.5%	41.7%

**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 20. Suất phí cơ bản của các cơ sở y tế tại tuyến y tế cơ sở huyện
Minh Hóa, Quảng Bình, 2018.**

Đơn vị tính: Đồng (VNĐ)

Cơ sở y tế	Số thẻ đăng ký KCBBD	Tổng chi phí ngoại trú theo phân tích chi phí	SPCB
BVĐK huyện Minh Hóa	6.461	14.702.500.307	2.275.577
TYTX Quy Đạt	4.437	603.296.527	135.969
TYTX Trọng Hóa	4.021	847.471.800	210.761
TYTX Hóa Thanh	1.394	592.970.842	425.374
TYTX Hóa Phúc	603	295.279.527	489.684
TYTX Dân Hóa	3.864	805.611.761	208.492
TYTX Hóa Tiến	2.710	480.002.916	177.123
TYTX Hồng Hóa	3.573	733.066.229	205.168
TYTX Hóa Hợp	3.502	653.742.428	186.677
TYTX Hóa Sơn	1.731	604.239.801	349.070
TYTX Xuân Hóa	2.759	652.569.469	236.524
TYTX Yên Hóa	3.781	760.106.169	201.033
TYTX Quy Hóa	953	474.939.532	498.363

Cơ sở y tế	Số thẻ đăng ký KCBBĐ	Tổng chi phí ngoại trú theo phân tích chi phí	SPCB
TYTX Minh Hóa	3.780	696.393.418	184.231
TYTX Tân Hóa	3.062	670.497.085	218.974
TYTX Trung Hóa	5.544	733.926.910	132.382
TYTX Thượng Hóa	3.291	1.007.225.594	306.055
Tất cả các TYTX	49.005	10.611.340.000	216.536
Toàn huyện	55.466	25.313.840.307	456.385

Bảng 21. Kết quả kiểm định mối tương quan giữa SPCB và các yếu tố tác động lên SPCB để xây dựng hệ số điều chỉnh

	Pearson correlation	
	Hệ số Rho	P value
SPCB	1	-
Số thẻ đăng ký KCBBĐ	0,35	0,1679
Số thẻ Nhóm tuổi 1	-0,6779	0,0028
Số thẻ Nhóm tuổi 2	-0,6479	0,0049
Số thẻ Nhóm tuổi 3	-0,5156	0,0341
Số thẻ Nhóm tuổi 4	0,4575	0,0648
Số thẻ Nhóm tuổi 5	0,5917	0,0123
Số thẻ Nhóm tuổi 6	0,9443	0,0000
Số lượt KCB ngoại trú	0,9501	0,0000
Tần suất	0,9467	0,0000

Ghi chú: Nhóm 1: Từ 0 tuổi đến 6 tuổi; Nhóm 2: Từ trên 6 tuổi đến 18 tuổi; Nhóm 3: Từ trên 18 tuổi đến 25 tuổi; Nhóm 4: Từ trên 25 đến 50 tuổi; Nhóm 5: Từ trên 50 đến 60 tuổi; Nhóm 6: Trên 60 tuổi

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.

3.3.1. Quỹ định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ chung giữa hai tuyến huyện và xã

Bảng 22. 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)

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ DS (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))/(1)]
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%

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ ĐS (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))/(1)]
TYTX Trung Hóa	734	2.530	244,7%
TYTX Thượng Hóa	1.007	1.502	49,1%

3.3.2. *Quỹ định suất chưa bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ tách riêng hai tuyến huyện và xã*

Bảng 23. So sánh quỹ định suất năm 2019 với 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 (VNĐ)

Cơ sở y tế	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ ĐS (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))/(1)]
TYTX Quy Đạt	603	961	59,3%
TYTX Trọng Hóa	847	871	2,7%
TYTX Hóa Thanh	593	302	-49,1%
TYTX Hóa Phúc	295	131	-55,8%
TYTX Dân Hóa	806	837	3,9%
TYTX Hóa Tiến	480	587	22,3%
TYTX Hồng Hóa	733	774	5,5%
TYTX Hóa Hợp	654	758	16,0%
TYTX Hóa Sơn	604	375	-38,0%
TYTX Xuân Hóa	653	597	-8,5%
TYTX Yên Hóa	760	819	7,7%

Cơ sở y tế	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ ĐS (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))/(1)]
TYTX Quy Hóa	475	206	-56,6%
TYTX Minh Hóa	696	819	17,5%
TYTX Tân Hóa	670	663	-1,1%
TYTX Trung Hóa	734	1.200	63,6%
TYTX Thượng Hóa	1.007	713	-29,2%

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.

3.4.1. Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ chung giữa hai tuyến huyện và xã

Bảng 24. Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi

Mã nhóm tuổi	Số thẻ đăng ký KCBĐ	Tổng chi phí KCB ngoại trú	Chi phí trung bình	Hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi
0 – 5	7.110	2.045.820.194	287.738	0,63
6 – 14	8.779	1.460.793.626	166.396	0,36
15 – 24	9.020	1.624.923.328	180.156	0,39
25 – 39	14.925	5.702.668.165	382.100	0,84
40 – 59	10.255	7.732.519.198	754.033	1,65
60+	5.378	6.747.115.797	1.254.577	2,75

Tổng cộng	55.466	25.313.840.307	456.385	
-----------	--------	----------------	---------	--

Bảng 25. Hệ số giao quỹ theo tần suất

Cơ sở	Số thẻ điều chỉnh	Số lượt KCB ngoại trú	Số khám trung bình	Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất
Bệnh viện Minh Hóa	11.845	20.084	1,70	1,80
TYT TT Quy Đạt	4.130	2.017	0,49	0,52
TYTX Dân Hóa	3.173	2.041	0,64	0,68
TYTX Trọng Hóa	3.239	1.677	0,52	0,55
TYTX Hóa Phúc	533	654	1,23	1,30
TYTX Hồng Hóa	3.145	2.294	0,73	0,77
TYTX Hóa Thanh	1.230	1.171	0,95	1,01
TYTX Hóa Tiến	2.374	2.229	0,94	0,99
TYTX Hóa Hợp	3.244	2.307	0,71	0,75
TYTX Xuân Hóa	2.550	1.818	0,71	0,76
TYTX Yên Hóa	3.466	2.430	0,70	0,74
TYTX Minh Hóa	3.504	2.594	0,74	0,78
TYTX Tân Hóa	2.756	1.609	0,58	0,62
TYTX Hóa sơn	1.565	1.950	1,25	1,32
TYTX Quy Hóa	872	2.390	2,74	2,91
TYTX Trung Hóa	4.974	2.721	0,55	0,58
TYTX Thượng Hóa	2.865	2.358	0,82	0,87

Bảng 26. So sánh quỹ định suất năm 2019 bao gồm hệ số điều chỉnh với tổng chi phí ngoại trú năm 2018 theo phân tích chi phí

Đơn vị tính: Triệu đồng (VNĐ)

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ ĐS (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%
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%

3.4.2. *Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh từng cơ sở y tế khi phân bổ tách hai tuyến huyện và xã*

Bảng 27. Hệ số điều chỉnh thẻ theo nhóm tuổi

Mã nhóm tuổi	Số thẻ tính đăng ký KCBBĐ	Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí	Chi phí trung bình	Hệ số điều chỉnh theo nhóm tuổi
0 – 5	7.108	1.307.003.722	183.878	0,85
6 – 14	8.759	978.857.948	111.755	0,52
15 – 24	8.916	993.747.700	111.457	0,51
25 – 39	12.931	2.564.374.313	198.312	0,92
40 – 59	8.604	2.656.377.815	308.738	1,43
60+	2.687	2.110.978.509	785.550	3,63
Tổng cộng	49.005	10.611.340.008	216.535	

Bảng 28. Hệ số giao quỹ theo tần suất cho tuyến xã

Cơ sở	Số thẻ điều chỉnh	Số lượt KCB ngoại trú	Số khám trung bình	Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất
TYT TT Quy Đạt	4.602	2.017	0,44	0,67
TYTX Dân Hóa	3.625	2.041	0,56	0,86
TYTX Trọng Hóa	3.720	1.677	0,45	0,68
TYTX Hóa Phúc	601	654	1,09	1,65
TYTX Hồng Hóa	3.489	2.294	0,66	1,00
TYTX Hóa Thanh	1.392	1.171	0,84	1,28
TYTX Hóa Tiến	2.639	2.229	0,84	1,28
TYTX Hóa Hợp	3.625	2.307	0,64	0,97
TYTX Xuân Hóa	2.850	1.818	0,64	0,97
TYTX Yên Hóa	3.843	2.430	0,63	0,96
TYTX Minh Hóa	3.950	2.594	0,66	1,00
TYTX Tân Hóa	3.137	1.609	0,51	0,78
TYTX Hóa sơn	1.778	1.950	1,10	1,67

Cơ sở	Số thẻ điều chỉnh	Số lượt KCB ngoại trú	Số khám trung bình	Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất
TYTX Quy Hóa	980	2.390	2,44	3,70
TYTX Trung Hóa	5.549	2.721	0,49	0,74
TYTX Thượng Hóa	3.224	2.358	0,73	1,11

Bảng 29. 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 DS (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%
TYTX Minh Hóa	696	641	-7,9%
TYTX Tân Hóa	670	786	17,2%
TYTX Trung Hóa	734	895	22,0%

	Tổng chi phí KCB ngoại trú (1)	Quỹ ĐS (2)	Tỷ lệ (%) [(2) – (1))/(1)]
TYTX Thượng Hóa	1.007	776	-23,0%

3.5. Kết quả kiểm định mối tương quan giữa các giá trị quỹ định suất dự báo năm 2019 và tổng chi khám, chữa bệnh ngoại trú năm 2018

Bảng 30. Mối tương quan giữa quỹ định suất 2019 và tổng chi khám chữa bệnh ngoại trú 208 khi hòa chung quỹ định suất tuyến huyện và tuyến xã

	Tổng chi KCB ngoại trú		Quỹ định suất chưa hệ số điều chỉnh		Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh	
	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p
Tổng chi KCB ngoại trú	1	-	-	-	-	-
Quỹ định suất chưa hệ số điều chỉnh	0,5652	0,0181	1	-	-	-
Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh	0,9962	0,0000	0,6093	0,0094	1	-

Bảng 31. Mối tương quan giữa quỹ định suất 2019 và tổng chi khám chữa bệnh ngoại trú 208 khi tách riêng quỹ định suất tuyến huyện và tuyến xã

	Tổng chi KCB ngoại trú	Quỹ định suất chưa hệ số điều chỉnh	Quỹ định suất bao gồm hệ số điều chỉnh
--	-----------------------------------	--	---

	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p	Hệ số Rho	Giá trị p
Tổng chi KCB ngoại trú	1	-	-	-	-	-
Quỹ định suất 2019 chưa hệ số điều chỉnh	0,6545	0,0059	1	-	-	-
Quỹ định suất 2019 bao gồm hệ số điều chỉnh	0,7812	0,0004	0,7351	0,0012	1	-

Trạm y tế xã Hóa Phúc	Nhóm 2	103	0,36	37
Trạm y tế xã Hóa Phúc	Nhóm 3	104	0,39	41
Trạm y tế xã Hóa Phúc	Nhóm 4	163	0,84	136
Trạm y tế xã Hóa Phúc	Nhóm 5	101	1,65	167
Trạm y tế xã Hóa Phúc	Nhóm 6	32	2,75	88
Trạm y tế xã Hồng Hóa	Nhóm 1	484	0,63	305
Trạm y tế xã Hồng Hóa	Nhóm 2	622	0,36	227
Trạm y tế xã Hồng Hóa	Nhóm 3	644	0,39	254
Trạm y tế xã Hồng Hóa	Nhóm 4	1.010	0,84	846
Trạm y tế xã Hồng Hóa	Nhóm 5	658	1,65	1.087
Trạm y tế xã Hồng Hóa	Nhóm 6	155	2,75	426
Trạm y tế xã Hóa Thanh	Nhóm 1	199	0,63	125
Trạm y tế xã Hóa Thanh	Nhóm 2	274	0,36	100
Trạm y tế xã Hóa Thanh	Nhóm 3	223	0,39	88
Trạm y tế xã Hóa Thanh	Nhóm 4	397	0,84	332
Trạm y tế xã Hóa Thanh	Nhóm 5	222	1,65	367
Trạm y tế xã Hóa Thanh	Nhóm 6	79	2,75	217
Trạm y tế xã Hóa Tiến	Nhóm 1	410	0,63	259
Trạm y tế xã Hóa Tiến	Nhóm 2	489	0,36	178
Trạm y tế xã Hóa Tiến	Nhóm 3	428	0,39	169
Trạm y tế xã Hóa Tiến	Nhóm 4	784	0,84	656
Trạm y tế xã Hóa Tiến	Nhóm 5	487	1,65	804
Trạm y tế xã Hóa Tiến	Nhóm 6	112	2,75	308
Trạm y tế xã Hóa Hợp	Nhóm 1	492	0,63	310
Trạm y tế xã Hóa Hợp	Nhóm 2	603	0,36	220
Trạm y tế xã Hóa Hợp	Nhóm 3	551	0,39	218
Trạm y tế xã Hóa Hợp	Nhóm 4	987	0,84	826
Trạm y tế xã Hóa Hợp	Nhóm 5	658	1,65	1.087
Trạm y tế xã Hóa Hợp	Nhóm 6	212	2,75	584
Trạm y tế xã Xuân Hóa	Nhóm 1	423	0,63	267
Trạm y tế xã Xuân Hóa	Nhóm 2	444	0,36	162
Trạm y tế xã Xuân Hóa	Nhóm 3	429	0,39	169

Trạm y tế xã Xuân Hóa	Nhóm 4	788	0,84	660
Trạm y tế xã Xuân Hóa	Nhóm 5	512	1,65	846
Trạm y tế xã Xuân Hóa	Nhóm 6	162	2,75	446
Trạm y tế xã Yên Hóa	Nhóm 1	568	0,63	358
Trạm y tế xã Yên Hóa	Nhóm 2	662	0,36	241
Trạm y tế xã Yên Hóa	Nhóm 3	553	0,39	218
Trạm y tế xã Yên Hóa	Nhóm 4	1.063	0,84	890
Trạm y tế xã Yên Hóa	Nhóm 5	741	1,65	1.224
Trạm y tế xã Yên Hóa	Nhóm 6	194	2,75	533
Trạm y tế xã Minh Hóa	Nhóm 1	564	0,63	355
Trạm y tế xã Minh Hóa	Nhóm 2	636	0,36	232
Trạm y tế xã Minh Hóa	Nhóm 3	610	0,39	241
Trạm y tế xã Minh Hóa	Nhóm 4	1.049	0,84	878
Trạm y tế xã Minh Hóa	Nhóm 5	668	1,65	1.104
Trạm y tế xã Minh Hóa	Nhóm 6	252	2,75	693
Trạm y tế xã Tân Hóa	Nhóm 1	453	0,63	286
Trạm y tế xã Tân Hóa	Nhóm 2	567	0,36	207
Trạm y tế xã Tân Hóa	Nhóm 3	543	0,39	214
Trạm y tế xã Tân Hóa	Nhóm 4	798	0,84	668
Trạm y tế xã Tân Hóa	Nhóm 5	496	1,65	819
Trạm y tế xã Tân Hóa	Nhóm 6	204	2,75	562
Trạm y tế xã Hóa Sơn	Nhóm 1	247	0,63	156
Trạm y tế xã Hóa Sơn	Nhóm 2	302	0,36	110
Trạm y tế xã Hóa Sơn	Nhóm 3	324	0,39	128
Trạm y tế xã Hóa Sơn	Nhóm 4	460	0,84	385
Trạm y tế xã Hóa Sơn	Nhóm 5	283	1,65	468
Trạm y tế xã Hóa Sơn	Nhóm 6	116	2,75	319
Trạm y tế xã Quy Hóa	Nhóm 1	153	0,63	96
Trạm y tế xã Quy Hóa	Nhóm 2	179	0,36	65
Trạm y tế xã Quy Hóa	Nhóm 3	148	0,39	58
Trạm y tế xã Quy Hóa	Nhóm 4	238	0,84	199
Trạm y tế xã Quy Hóa	Nhóm 5	176	1,65	291

Trạm y tế xã Quy Hóa	Nhóm 6	59	2,75	161
Trạm y tế Xã Trung Hóa	Nhóm 1	709	0,63	447
Trạm y tế Xã Trung Hóa	Nhóm 2	965	0,36	352
Trạm y tế Xã Trung Hóa	Nhóm 3	977	0,39	386
Trạm y tế Xã Trung Hóa	Nhóm 4	1.606	0,84	1.344
Trạm y tế Xã Trung Hóa	Nhóm 5	996	1,65	1.646
Trạm y tế Xã Trung Hóa	Nhóm 6	291	2,75	800
Trạm y tế xã Thượng Hóa	Nhóm 1	471	0,63	297
Trạm y tế xã Thượng Hóa	Nhóm 2	566	0,36	206
Trạm y tế xã Thượng Hóa	Nhóm 3	691	0,39	273
Trạm y tế xã Thượng Hóa	Nhóm 4	833	0,84	697
Trạm y tế xã Thượng Hóa	Nhóm 5	561	1,65	927
Trạm y tế xã Thượng Hóa	Nhóm 6	169	2,75	465

Phụ lục 5

MỘT SỐ NỘI DUNG CHÍNH TRONG PHƯƠNG PHÁP TÍNH QUỸ ĐỊNH SUẤT

1. Đối tượng áp dụng

Chỉ áp dụng cho KCB BHYT ngoại trú:

- Cho các thẻ đăng ký KCBBD tại cơ sở y tế khám và điều trị
- Bao gồm các dịch vụ đa tuyến

2. Phạm vi bao phủ

- Toàn bộ các cơ sở y tế có thẻ đăng ký KCB BHYT tại huyện Minh Hóa
- Tuyến xã được giao định suất chung với tuyến huyện

3. Nguyên tắc tính toán và các yếu tố xác định quỹ định suất

a. Suất phí cơ bản

Theo nguyên tắc chung, cơ quan quản lý sẽ sử dụng SPCB của toàn quốc làm cơ sở cho việc tính toán quỹ định suất cho từng tỉnh và cho từng cơ sở y tế. Trong nghiên cứu này, giả định toàn huyện đã có một khoản quỹ chung và việc phân bổ khoản quỹ này xuống các cơ sở y tế sẽ dựa theo nguyên tắc định suất.

Mỗi một cơ sở y tế sẽ có một SPCB riêng tương ứng với chi phí KCB ngoại trú trung bình trên một thẻ đăng ký KCBBD. Chi phí KCB ngoại trú để tính toán SPCB của từng cơ sở y tế được tính toán từ kết quả nghiên cứu phân tích chi phí. SPCB của từng cơ sở y tế có vai trò đối chiếu sự chênh lệch chi phí trung bình đầu thẻ giữa các cơ sở y tế và so sánh với SPCB toàn huyện. Việc xác định SPCB sẽ dựa trên tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú trên toàn huyện được tính toán dựa trên kết quả của nghiên cứu phân tích chi phí.

$SPCB \text{ toàn huyện bằng } (=) \text{ Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú toàn huyện chia cho tổng số thẻ đăng ký KCBBD toàn huyện}$

b. Quỹ định suất

Quỹ định suất KCB BHYT ngoại trú (gọi chung là Quỹ Định Suất) cho toàn huyện là quỹ giao cho hoạt động khám bệnh ngoại trú của các cơ sở y tế thực hiện định suất trên toàn huyện (quỹ này sẽ do bệnh viện huyện nắm giữ và sau đó phân bổ cho từng TYTX); Quỹ này là chi phí KCB BHYT ngoại trú của sổ thẻ đăng ký KCB ban đầu (KCBBD) tại cơ sở y tế, không bao gồm chi phí ngoài định suất được quy định.

Quỹ định suất cho tuyến xã nằm trong phạm vi quỹ KCB BHYT ngoại trú cho của tất cả các TYTX được tính từ Quỹ định suất của cơ sở tuyến trên có ký hợp đồng với BHXH tỉnh bao gồm cả quỹ định suất cho tuyến xã.

Quỹ định suất của cơ sở y tế bằng (=) số thẻ đăng ký KCBBD (hoặc thẻ điều chỉnh theo hệ số điều chỉnh) của cơ sở y tế nhân (x) với SPCB toàn huyện nhân (x) với hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất của cơ sở

Quỹ định suất KCB BHYT ngoại trú cho từng xã và quỹ định suất KCB BHYT ngoại trú cho bệnh viện huyện được phân bổ trong phạm vi quỹ định suất toàn huyện.

- Quỹ định suất cho tuyến xã (=) Quỹ định suất toàn huyện trừ (-) Quỹ định suất của BVĐK huyện
- Quỹ định suất của cơ sở y tế bằng (=) số thẻ đăng ký KCBBD của cơ sở y tế nhân (x) với SPCB toàn huyện nhân (x) với hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất của cơ sở

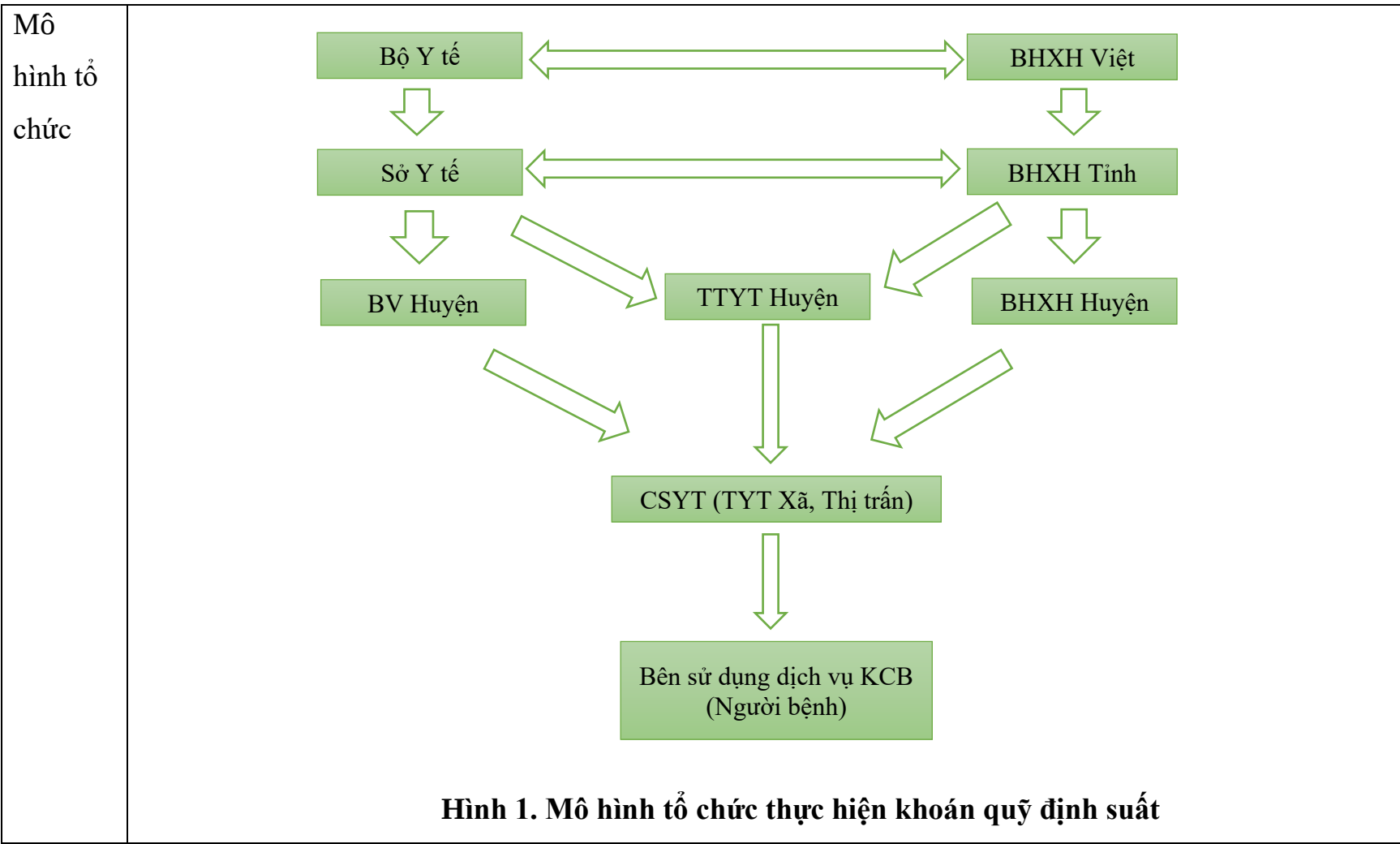
PHỤ LỤC 6

ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH THANH TOÁN CHI PHÍ THEO ĐỊNH SUẤT TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

Bảng 1. Mô hình đề xuất phương thức chi trả chi phí theo định suất tại tuyến y tế cơ sở

Nội dung mô hình	Đề xuất	Nhận xét/Khuyến nghị
Mục tiêu Chính sách	- Nhằm hỗ trợ việc đạt được các mục tiêu chính sách y tế của BHYT liên quan đến tăng cường tuyến CSSKBĐ, cải thiện chất lượng, hiệu quả và công bằng. - Nghiên cứu gợi ý áp dụng mô hình định suất để chi trả cho dịch vụ ngoại trú ở tuyến CSSKBĐ. Thực hành này – dựa trên kinh nghiệm quốc tế - đã	Mô hình định suất đề xuất phải không gây ra bội chi và không khuyến khích cơ sở y tế chuyển bệnh nhân lên bệnh viện tuyến trên khi dịch vụ đó có thể cung cấp tại tuyến CSSKBĐ, khuyến khích cải thiện, nâng cao chất lượng dịch vụ.

	cho thấy kết quả tốt trong việc kiểm soát chi phí và tăng cường CSSKBD.	
Định nghĩa định suất	Cơ sở cung ứng DVYT được thanh toán trước một khoản tiền cố định để cung cấp một gói dịch vụ đã được xác định trước (gói định suất) cho mỗi cá nhân đăng ký (người có thẻ BHYT) trong một khoảng thời gian cố định (hàng quý hoặc hàng năm)	
Loại mô hình định suất	Mô hình định suất có hệ số giúp điều chỉnh theo các nhóm tuổi khác nhau, theo tần suất tại các cơ sở y tế khác nhau cho phép sự hòa quỹ và chia sẻ rủi ro	Quỹ được cộng dồn tại tuyến tỉnh và phân bổ cho các cơ sở y tế dựa trên số người có thẻ BHYT. Trong tương lai, việc hòa quỹ có thể được xem xét ở tuyến trung ương để cho phép bao cấp chéo cho các tỉnh nghèo hơn hoặc các tỉnh có nhu cầu lớn hơn.



Tổ chức triển khai	1. Bộ Y tế sẽ thực hiện những nhiệm vụ sau – Tính toán quỹ giao định suất toàn quốc dựa trên dữ liệu được cung cấp bởi BHXH Việt Nam và tính toán SPCB toàn quốc. – Tính toán hệ số K tỉnh và phân bổ quỹ định suất cho từng tỉnh – Chỉ đạo các Sở Y tế thực hiện 2. BHXH Việt Nam sẽ thực hiện những nhiệm vụ sau – Từ ngày 1 đến ngày 10 tháng 1 của năm giao quỹ cung cấp dữ liệu chi tiết thẻ BHYT, số lượt và chi phí KCB BHYT ngoại trú (bao gồm cả chi phí đa tuyến đi, đa tuyến đến, ngoài định suất và đồng chi trả) của từng cơ sở y tế trên toàn quốc năm trước liền kề cho Bộ Y tế để tính toán quỹ định suất – Chỉ đạo Bảo hiểm Xã hội các tỉnh cung cấp dữ liệu và phối hợp với Sở Y tế tính toán quỹ định suất giao cho tuyến huyện và giải quyết các vướng mắc phát sinh trong quá trình thực hiện. – Giám sát việc thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có thẻ BHYT. – Chỉ đạo, hướng dẫn BHXH tỉnh giám định chi phí KCB BHYT theo định suất. 3. SYT các tỉnh sẽ thực hiện những nhiệm vụ sau – Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm Xã hội tỉnh tính toán, giao quỹ cho các cơ sở y tế.
---------------------------	---

	– Chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm Xã hội cấp tỉnh phổ biến, chỉ đạo cơ sở y tế tổ chức thực hiện. – Chỉ đạo, hướng dẫn các BV Huyện và TTYT Huyện tổ chức thực hiện 4. BHXH tỉnh sẽ thực hiện các nhiệm vụ sau: – Chỉ đạo BHXH các huyện cung cấp dữ liệu, phối hợp với SYT tính toán quỹ định suất giao cho các TTYT huyện – Giám sát việc thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất – Chỉ đạo, hướng dẫn BHXH các huyện giám định chi phí KCB BHYT theo định suất. 5. BV huyện sẽ thực hiện các nhiệm vụ sau – Thực hiện công tác quản lý nhà nước (nhân sự, CSVC, tài chính..) đối với các cơ sở y tế tuyến dưới (trạm y tế) nhằm đảm bảo thực hiện việc thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất. – Phối hợp với các TTYT huyện chỉ đạo hướng dẫn các TYT tổ chức thực hiện việc thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất. – Năm giữ quỹ định suất KCB BHYT ngoại trú toàn huyện, phân bổ quỹ định suất cho từng TYTX 6. TTYT Huyện sẽ thực hiện các nhiệm vụ sau
--	---

	– Thực hiện các hoạt động chuyên môn theo phân công, phân cấp của SYT nhằm triển khai thực hiện việc thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất. – Chỉ đạo, hướng dẫn các TYT tổ chức thực hiện việc thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất. – Thực hiện ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại TTYT cũng như các đơn vị thuộc TTYT. 7. Các cơ sở y tế (TYT xã, thị trấn) sẽ thực hiện những nhiệm vụ sau: – Thực hiện các hoạt động chuyên môn theo phân công, phân cấp của TTYT huyện nhằm triển khai thực hiện việc thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất. – Cung cấp chứng từ liên quan và phối hợp với BHXH huyện thực hiện việc giám định chi phí KCB BHYT theo định suất.	
Phương pháp luận và các yếu tố của mô hình	I. Quỹ định suất - Quỹ định suất KCB BHYT ngoại trú (gọi chung là Quỹ Định Suất) cho toàn huyện là quỹ giao cho hoạt động khám bệnh ngoại trú của các cơ sở y tế thực hiện định suất trên toàn huyện (quỹ này sẽ do bệnh viện huyện nắm	Quỹ định suất toàn huyện = Quỹ định suất BVĐK huyện + Quỹ định suất tuyến xã Giả sử nếu phân bổ định suất riêng giữa tuyến huyện và tuyến xã, quỹ định suất tuyến xã = Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú toàn huyện – Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú tại BVĐK huyện

	giữ và sau đó phân bổ cho từng TYTX); Quỹ này là chi phí KCB BHYT ngoại trú của sổ thẻ đăng ký KCB ban đầu (KCBBD) tại cơ sở y tế, không bao gồm chi phí ngoài định suất được quy định. - Quỹ định suất cho tuyến xã nằm trong phạm vi quỹ KCB BHYT ngoại trú cho của tất cả các TYTX được tính từ Quỹ định suất của cơ sở tuyến trên có ký hợp đồng với BHXH tỉnh bao gồm cả quỹ định suất cho tuyến xã. - Quỹ định suất KCB BHYT ngoại trú cho từng xã và quỹ định suất KCB BHYT ngoại trú cho bệnh viện huyện được phân bổ trong phạm vi quỹ định suất toàn huyện.	
--	--	--

II. Xác định số thẻ điều chỉnh - Bước 1: Thống kê số thẻ đăng ký KCBBD theo từng nhóm tuổi tính toán đủ một năm của năm trước liền kề tại từng cơ sở y tế; - Bước 2: Xác định hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí dựa theo số thẻ đăng ký KCBBD theo từng nhóm tuổi và tỷ chi phí KCB BHYT ngoại trú trung bình trên thẻ của năm trước liền kề (như trên) - Bước 3: Số thẻ điều chỉnh của một cơ sở y tế bằng tổng số thẻ đăng ký KCBBD theo từng nhóm tuổi nhân với hệ số điều chỉnh thẻ theo tần suất và hệ số điều chỉnh thẻ	1. Tính toán hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí Dưới đây là phương pháp tính toán hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí dựa trên nhóm tuổi của từng cơ sở y tế. Việc tính toán hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí sẽ giúp quỹ định suất chia sẻ rủi ro giữa các cơ sở y tế do chi phí KCB khác nhau giữa các nhóm tuổi tác động đến sự biến thiên chi phí KCB. Phương pháp tính toán hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí này dựa theo nguyên tắc tính toán hệ số điều chỉnh trong một số các mô hình định suất thí điểm và nghiên cứu trước đó Bảng 2. Tính toán hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí <table><tr><th>Mã nhóm tuổi</th><th>Số thẻ đăng ký KCBBD</th><th>Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú</th><th>Chi phí trung bình</th><th>Hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí</th></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Mã nhóm tuổi	Số thẻ đăng ký KCBBD	Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú	Chi phí trung bình	Hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí	1	2	3	4	5
Mã nhóm tuổi	Số thẻ đăng ký KCBBD	Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú	Chi phí trung bình	Hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí							
1	2	3	4	5							

	theo chi phí với trọng số tương ứng. Tổng số thẻ điều chỉnh tuyến huyện bằng tổng toàn bộ số thẻ điều chỉnh của các cơ sở nhận định suất.	0 – 5				
		6 – 14				
		15 – 24				
		25 – 39				
		40 – 59				
		60+				
		Tổng cộng (TC)				
		Trong đó: Cột 1: Nhóm tuổi Cột 2: Số thẻ đăng ký ban đầu tại cơ sở phân theo nhóm tuổi. Cột 3: Tổng chi phí KCB ngoại trú theo phân tích chi phí Cột 4: Chi phí trung bình theo nhóm tuổi. Ô tổng cộng cột 4 (TC4) bằng (=) [tổng cộng chi phí trung bình 6 nhóm thẻ chia (:) cho 6];				

Cột 5: Hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí bằng (=) chi phí trung bình theo nhóm tuổi chia (:) cho TC4.

2. Xác định số thẻ điều chỉnh

Số thẻ điều chỉnh được tính bằng tổng số thẻ đăng ký KCBBD theo từng nhóm tuổi nhân với hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí tương ứng với nhóm tuổi đó

Bảng 3. Tính toán số thẻ điều chỉnh của từng cơ sở y tế theo nhóm tuổi

Nhóm thẻ	Số thẻ KCBBD	Hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí	Số thẻ điều chỉnh
1	2	3	4
0 – 5			
6 – 14			
15 – 24			
25 – 39			
40 – 59			

		60+			
		Tổng cộng (TC)			
Trong đó:					
Cột 1: Nhóm tuổi					
Cột 2: Số thẻ đăng ký ban đầu tại cơ sở phân theo nhóm tuổi.					
Cột 3: Hệ số điều chỉnh theo chi phí của từng nhóm tuổi					
Cột 4: Số thẻ điều chỉnh bằng (=) số thẻ KCBBĐ theo từng nhóm tuổi (cột 2) nhân (x) hệ số điều chỉnh thẻ theo chi phí nhóm tuổi đó (cột 3)					

	III. Suất phí cơ bản - Theo nguyên tắc chung, cơ quan quản lý sẽ sử dụng SPCB của toàn quốc làm cơ sở cho việc tính toán quỹ định suất cho từng tỉnh và cho từng cơ sở y tế. - Trong nghiên cứu này, giả định toàn huyện đã có một khoản quỹ chung và việc phân bổ khoản quỹ này xuống các cơ sở y tế sẽ dựa theo nguyên tắc định suất. Việc xác định SPCB sẽ dựa trên tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú trên toàn huyện được tính toán dựa trên kết quả của nghiên cứu phân tích chi phí	Suất phí cơ bản toàn huyện bằng = Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú toàn huyện chia cho tổng số thẻ đăng ký KCBBD toàn huyện Suất phí cơ bản tuyến xã = Tổng chi phí KCB BHYT ngoại trú tuyến xã chia cho tổng số thẻ đăng ký KCBBD tuyến xã Suất phí cơ bản từng cơ sở y tế = Tổng chi phí KCB BHYT từng cơ sở y tế chia cho số thẻ đăng ký KCBBD từng cơ sở y tế
	VI. Quỹ định suất của từng cơ sở y tế	1. Tính hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất Dưới đây là phương pháp tính toán hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất dựa trên nhóm tuổi của từng CSYT. Việc tính

	Quỹ định suất của từng cơ sở y tế bao gồm BVĐK huyện và các TYTX sẽ được tính dựa trên SPCB, số thẻ điều chỉnh và hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất.	toán hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất sẽ giúp quỹ định suất chia sẻ rủi ro giữa các cơ sở y tế do tần suất KCB khác nhau giữa các cơ sở y tế tác động đến sự biến thiên chi phí KCB. Bảng 4. Tính toán hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất của từng cơ sở y tế <table><tr><th>Cơ sở</th><th>Số thẻ điều chỉnh</th><th>Số lượt KCB ngoại trú</th><th>Số Lượt KCB trung bình</th><th>Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất</th></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>BVĐK huyện</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TYTX A</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TYTX B</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TYTX C</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TYTX D</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TYTX E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TYTX F</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Cơ sở	Số thẻ điều chỉnh	Số lượt KCB ngoại trú	Số Lượt KCB trung bình	Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất	1	2	3	4	5	BVĐK huyện					TYTX A					TYTX B					TYTX C					TYTX D					TYTX E					TYTX F				
Cơ sở	Số thẻ điều chỉnh	Số lượt KCB ngoại trú	Số Lượt KCB trung bình	Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất																																											
1	2	3	4	5																																											
BVĐK huyện																																															
TYTX A																																															
TYTX B																																															
TYTX C																																															
TYTX D																																															
TYTX E																																															
TYTX F																																															

		tách tuyến huyện và tuyến xã) x Hệ số điều chỉnh quỹ theo tần suất của cơ sở
Đối tượng áp dụng	Chỉ áp dụng cho KCB BHYT ngoại trú: - Cho các thẻ đăng ký KCBBD tại cơ sở y tế khám và điều trị - Bao gồm các dịch vụ đa tuyến	
Phạm vi bao phủ	- Toàn bộ các cơ sở y tế có thẻ đăng ký KCB BHYT tại huyện Minh Hóa	
Cơ sở y tế áp dụng	Tất cả các TYTX và BVĐK huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình	

BẢNG KÊ CHI THƯỜNG XUYÊN TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018

- Tên cơ sở y tế:
- Họ tên người cung cấp thông tin:
- Vị trí công tác:
- Số điện thoại: Email

Mã loại	Loại	Khoản chi	Tổng chi	Chi từ ngân sách thường xuyên	Chi từ viện phí	Chi từ bảo hiểm y tế
1	Chi phí con người	Lương				
1	Chi phí con người	Phụ cấp				
1	Chi phí con người	Tiền thưởng				
1	Chi phí con người	Thưởng trực tiếp cho cá nhân				
1	Chi phí con người	Các khoản đóng góp				

1	Chi phí con người	Thu nhập khác (ABC...)				
1	Chi phí con người	Chi phúc lợi khác				
1	Chi phí con người	Công tác phí				
2	Chi phí khám và điều trị bệnh nhân	Chi phí mua Thuốc				
2	Chi phí khám và điều trị bệnh nhân	Chi phí mua vật tư tiêu hao dùng cho điều trị bệnh nhân				
2	Chi phí khám và điều trị bệnh nhân	Chi phí mua hóa chất				
2	Chi phí khám và điều trị bệnh nhân	Chi phí mua phim chụp XQ				
2	Chi phí khám và điều trị bệnh nhân	Chi phí mua các vật dụng, vật tư sử dụng cho bệnh nhân (không bao gồm tài sản, trang thiết bị)				
3	Chi phí khám và điều trị bệnh nhân	Chi phí dùng cho điều trị bệnh nhân khác				
3	Chi phí vận hành	Điện				
3	Chi phí vận hành	Nước				
3	Chi phí vận hành	Xăng xe				
3	Chi phí vận hành	Vật tư văn phòng				

3	Chi phí vận hành	Thông tin liên lạc				
3	Chi phí vận hành	Chi phí Thuê mướn, môi trường				
4	Chi phí vận hành	Chi phí vận hành khác				
4	Chi phí sửa chữa	Sửa chữa nhỏ				
4	Chi phí sửa chữa	Các khoản chi khác				
4	Chi phí sửa chữa	Chi mua , đầu tư tài sản phục vụ chuyên môn				
5	Chi phí đào tạo, nghiên cứu khoa học	Tập huấn, đào tạo				
5	Chi phí đào tạo, nghiên cứu khoa học	Nghiên cứu				
6	Chi phí khác (không có trong các nội dung phía trên)					

BẢNG KÊ MÃ KHOA TẠI CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA

- Tên cơ sở y tế:
- Họ tên người cung cấp thông tin:
- Vị trí công tác:
- Số điện thoại: Email

[illegible]

BẢNG THU THẬP LƯƠNG VÀ THỜI GIAN LÀM VIỆC CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018

- Tên cơ sở y tế:
- Họ tên người cung cấp thông tin:
- Vị trí công tác:
- Số điện thoại: Email

[illegible]

BẢNG KÊ THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ VẬT CHẤT TẠI BỆNH VIỆN HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018

- Tên cơ sở y tế:
- Họ tên người cung cấp thông tin:
- Vị trí công tác:
- Số điện thoại: Email

[illegible]

BẢNG KÊ THÔNG TIN TRANG THIẾT BỊ Y TẾ TẠI CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018

- Tên cơ sở y tế:
- Họ tên người cung cấp thông tin:
- Vị trí công tác:
- Số điện thoại: Email

[illegible]

BẢNG KÊ THÔNG TIN TRANG THIẾT BỊ KHÁC TẠI CƠ SỞ Y TẾ HUYỆN MINH HÓA NĂM 2018

- Tên cơ sở y tế:
- Họ tên người cung cấp thông tin:
- Vị trí công tác:
- Số điện thoại: Email

[illegible]

