

THỰC TRẠNG NGUỒN THU BẢO HIỂM Y TẾ Ở MỘT BỆNH VIỆN TUYỂN TRUNG ƯƠNG

VŨ XUÂN PHÚ và cs.
Bệnh viện Phổi Trung ương.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí (BVUB) là bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y tế, có nhiệm vụ chính là khám chữa bệnh (KCB) cho nhân dân 6 tỉnh thuộc khu vực Đông Bắc Bộ. Bệnh viện (BV) là đơn vị sự nghiệp y tế có thu, thực hiện tự chủ một phần về tài chính theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ từ năm 2007. Hiện nay nguồn viện trợ của Chính phủ Thụy Điển cho BV hầu như không còn, kinh phí hoạt động thường xuyên của BV dựa vào 3 nguồn chính: Ngân sách nhà nước (NSNN) cấp theo định mức giường bệnh, thu một phần viện phí (TMPVP) được để lại và Bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả.

NSNN cấp cho BV có xu hướng ngày một giảm, BV đang nỗ lực huy động từ các nguồn khác, trong đó có BHYT để tạo nguồn lực tài chính ổn định duy trì hoạt động thường xuyên và đầu tư phát triển. Thu BHYT đã tăng theo các năm: năm 2008 đạt 28,3 tỷ đồng, năm 2009 bằng 150% và năm 2010 bằng 66% năm 2008. Tuy nhiên hiện nay BV vẫn chưa hoạt động hết công suất giường bệnh, số lượng người bệnh có thẻ BHYT chuyển tuyến đến KCB vẫn chưa nhiều. BV đang nỗ lực nâng cao chất lượng điều trị, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh có thẻ BHYT,...vì vậy, đánh giá: “**Thực trạng nguồn thu Bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển, Uông Bí, năm 2008 - 2010**”, nhằm mục tiêu:

Mô tả thực trạng nguồn thu BHYT; Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến nguồn thu BHYT và Đề xuất một số khuyến nghị nhằm tăng nguồn thu BHYT cho Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

PHƯƠNG PHÁP THU THẬP THÔNG TIN

Thu thập số liệu thứ cấp: Báo cáo kết quả hoạt động của Bệnh viện, Báo cáo thu, chi tài chính các khoa, Báo cáo tổng hợp thu, chi của Bệnh viện các năm 2008, 2009, 2010.

Thu thập số liệu định tính: Phỏng vấn sâu: các cán bộ quản lý (lãnh đạo Bệnh viện, Tài chính Kế toán, bác sĩ khoa điều trị kiêm khám bệnh tại phòng khám, cán bộ BHXH tỉnh Quảng Ninh phụ trách thường trực BHYT tại Bệnh viện). Một số người bệnh tại phòng khám và nằm điều trị tại khoa lâm sàng.

Xử lý thông tin: Chọn lọc thông tin chính từ các báo cáo, xử lý số liệu thứ cấp bằng phương pháp thống kê thông thường. Phân tích những yếu tố ảnh hưởng qua thu thập số liệu thứ cấp và nội dung các cuộc phỏng vấn.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Chức năng, nhiệm vụ, nhân lực và cơ cấu giường bệnh

Bảng 1: Số giường bệnh và nhân lực trong 3 năm 2008 - 2010

Năm	GB kế hoạch	GB thực hiện	Tỷ lệ (%) GB đạt so với KH	TS nhân lực thực tế	So sánh với TT08
1	2	3	$4=3/2*100$	5	6
2008	520	581	112	637	- 176
2009	600	624	104	632	- 242
2010	700	618	88	681	- 184

Cũng như tình hình nhân lực của các bệnh viện khác, nhân lực của Bệnh viện vẫn còn rất thiếu, đến năm 2010 Bệnh viện đã thiếu 184 người.

Theo Điều lệ tổ chức và hoạt động, BVUB có nhiệm vụ KCB và CSSK cho nhân dân, đặc biệt là nhân dân 6 tỉnh vùng Đông Bắc, song theo số liệu KCB trong 3 năm có thể thấy hầu như chỉ có người bệnh BHYT thuộc tỉnh Quảng Ninh đến KCB. Điều này rất cần được phân tích, có thể thấy được lý do ban đầu là do hiện nay các BV tuyển tỉnh đã phát triển mạnh các dịch vụ kỹ thuật, nâng cao chất lượng chuyên môn nên đã điều trị được các bệnh mà trước đây đã chuyển lên BVUB. Cũng do bệnh viện tuyển tỉnh đã phát triển được các kỹ thuật nên các Sở Y tế các tỉnh vùng Đông Bắc không có chủ trương cho người bệnh (NB) BHYT chuyển tuyến đến BVUB. “*Nguyên nhân là do các bệnh viện tuyển tỉnh phát triển rất mạnh về chuyên môn và kỹ thuật, ví dụ: BV Bãi Cháy, BV Cẩm phá, BV tỉnh Quảng Ninh; nguyên nhân nữa là do các Sở Y tế các tỉnh quy định tất cả các người bệnh thuộc khu vực Miền Đông Quảng Ninh không thuộc tuyến chuyển BVUB*” [CB04]. Bên cạnh đó giao thông thuận tiện, chính sách BHYT thay đổi cho phép người bệnh vượt tuyến vẫn được thanh toán 30%, nên có những trường hợp người bệnh tự đến các bệnh viện tuyển Trung ương tại Hà Nội để điều trị. “*Nếu bệnh nặng vẫn thích lên Hà Nội hơn, được thanh toán 30% cũng tốt rồi*” [BN01].

Bệnh viện đã triển khai hệ thống công nghệ thông tin trong công tác quản lý, góp phần quản lý tốt kê đơn thuốc, quản lý tốt thông tin, hồ sơ bệnh án... Đây là một ưu điểm lớn trong quản lý bệnh viện. Tuy nhiên module của phần mềm áp dụng tại Phòng TCKT chưa phân tích được số liệu theo biểu mẫu của BHXH nên nhân viên kế toán viện phí phải nhập lại vào một phần mềm khác để tính toán, làm tốn thời gian và nhân lực, có thể dẫn đến sai sót trong quá trình nhập số liệu.

Hiện nay nhiều bệnh viện tuyển tỉnh, huyện không tuyển được bác sĩ. BVUB cũng bắt đầu xuất hiện tình trạng này. Các BV khác của tỉnh Quảng Ninh đang phát triển mạnh và có chính sách thu hút nhân tài, như cấp đất, tiền hỗ trợ ban đầu, lương,... “*Bệnh viện chưa có kinh phí để thu hút nhân tài; 3 năm gần đây số lượng bác sĩ nộp hồ sơ khi tuyển dụng thấp hơn nhu cầu BV cần tuyển dụng*” [CB02].

Các chỉ tiêu chuyên môn chính trong 3 năm hầu hết đều tăng, ngày điều trị bình quân đều giảm qua 3 năm, số người bệnh điều trị nội trú, người bệnh ngoại trú tăng rất cao (bằng 226,5% so với năm gốc). Công suất sử dụng giường, tổng số chụp X-quang và nội soi giảm ít.

Bệnh viện đã chú trọng áp dụng kỹ thuật mới và công nghệ cao trong KCB. Tuy nhiên do ngân sách có hạn nên không đủ kinh phí đầu tư TTBYT hiện đại. Vì vậy BV chưa thực hiện một số kỹ thuật. *"Một số kỹ thuật cao phải gửi đi điều trị vì không đủ kinh phí đầu tư, vd: chụp mạch vành, thông vành, đặt stent"*. [CB02].

Qua quan sát, tìm hiểu quy trình và phỏng vấn người bệnh BHYT, chúng tôi thấy quy trình KCB BHYT khoa học và rất thuận tiện. Hầu hết nhân viên đều có thái độ niềm nở, nhiệt tình, chu đáo. Trong quá trình KCB, người bệnh được tôn trọng và đối xử bình đẳng, được hưởng các đầy đủ các dịch vụ y tế thiết yếu, cơ bản theo quy định của Luật BHYT. Số liệu phân tích ban đầu cho thấy không có sự khác biệt nhiều trong chi phí điều trị giữa NB BHYT và không BHYT. Tuy nhiên NB BHYT vẫn chưa được hưởng một số dịch vụ y tế kỹ thuật cao, nên vẫn gây bức xúc cho NB và gây khó khăn cho BV. Nguyên nhân này đến từ nhiều phía. *"BYT chưa về danh mục BHYT như VTTH, VT thay thế sử dụng cho các kỹ thuật cao, chưa ban hành sửa đổi các danh mục kỹ thuật. Danh mục giữa Bộ Y tế ban hành không thống nhất với bên BHYT. Một số kỹ thuật thực hiện chưa có bảng giá mà khi làm bảng giá nhanh cũng phải vài tháng, thủ tục làm giá chậm dẫn đến BHYT không thanh toán. Nhiều kỹ thuật xử trí trên NB nhưng chỉ được thanh toán 1 lần, vd: trường hợp phẫu thuật trên một người bệnh vừa cắt gan, vừa cắt dạ dày thì chỉ được thanh toán 1 kỹ thuật"*. [CB02].

Hiện nay do giá TMPVP rất thấp và lạc hậu, nhiều dịch vụ có mức thu không đủ bù đắp chi phí. Vì vậy để tồn tại rất nhiều bệnh viện phải vượt rào thu thêm phần chênh lệch giá đối với NB BHYT và không BHYT. Song BVUB vẫn áp dụng đúng giá TMPVP do BYT phê duyệt. *"Hầu như đã là NB BHYT thì BHYT chi trả hết"*. [CB04].

"Người bệnh có BHYT và không có BHYT đều được khám chung tại phòng khám, gọi khám theo số thứ tự và được hưởng các dịch vụ và thuốc thiết yếu để điều trị bệnh; không có sự phân biệt đối xử giữa người bệnh BHYT và VP" [CB 02, 05]. Người bệnh được phỏng vấn đều có các ý kiến hài lòng về quy trình khám bệnh và thái độ của nhân viên y tế. *"Quy trình KCB thuận lợi, thời gian chờ đợi không lâu. Các bác sỹ và nhân viên y tế hướng dẫn đầy đủ, tận tâm, thái độ niềm nở, nhẹ nhàng"*. [BNNT01].

2. Thực trạng về nguồn thu BHYT của Bệnh viện năm 2008 - 2010

2.1. Các nguồn thu phục vụ hoạt động thường xuyên của Bệnh viện

- NSNN cấp cho hoạt động thường xuyên: được cấp theo dự toán ngân sách hàng năm, mức cấp được tính theo định mức giường bệnh, hạng bệnh viện.

- Thu một phần viện phí (TMPVP): TMPVP là một phần chi phí cho việc KCB, Một phần VP chỉ tính tiền thuốc, dịch truyền, máu, hóa chất xét nghiệm, phim X-quang, vật tư tiêu hao thiết yếu và dịch vụ KCB, không tính khấu hao tài sản cố định, chi phí thường xuyên, chi phí hành chính, đào tạo nghiên cứu khoa học, đầu tư xây dựng cơ sở vật chất và TTB lớn.

Đối với người bệnh ngoại trú biểu giá TMPVP được tính theo lần khám bệnh và các dịch vụ kỹ thuật mà người bệnh trực tiếp sử dụng.

Đối với người bệnh nội trú, biểu giá TMPVP được

tính theo ngày giường nội trú của từng chuyên khoa theo phân hạng BV và các khoản chi phí thực tế sử dụng trực tiếp cho người bệnh bao gồm thuốc, máu, dịch truyền, xét nghiệm, phim X-quang và thuốc cản quang.

- Thu khác: từ các dịch vụ nhà thuốc, nhà ăn, nhà xe, dịch vụ tạp hóa, tiền điện, nước, tiền vệ sinh của người nhà bệnh nhân, thu phí đào tạo.

Bảng 2: Số thu chính trong năm 2008, 2009, 2010

Đơn vị tính: triệu đồng

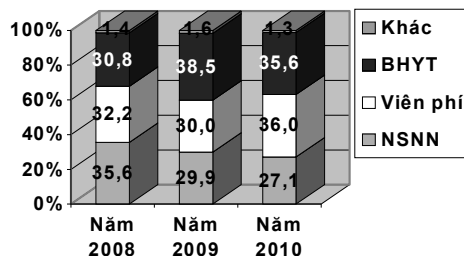
TT	Nội dung	Năm 2008	Năm 2009	Tỷ lệ (%)	Năm 2010	Tỷ lệ (%)
A	B	1	2	3=2/1*100	4	5=4/1*100
1	NSNN	32.731	33.108	101,2	35.872	109,6
2	Viện phí và BHYT	58.000	75.792	130,7	94.865	163,6
2a	- Viện phí	29.679	33.207	111,9	47.741	160,9
2b	- BHYT	28.321	42.585	150,4	47.124	166,4
3	Thu khác	1.303	1.727	132,5	1.728	132,7
	Cộng	92.034	110.627	120,2	132.465	143,9

Trong 3 năm gần đây thu theo nguồn của BV có xu hướng tăng liên tục, đặc biệt là nguồn BHYT và VP, Năm 2010 thu BHYT đạt 47,1 tỷ đồng, bằng 166% năm 2008; Thu VP đạt 47,7 tỷ đồng, bằng 161% năm 2008.

Theo một nghiên cứu trình bày tại Hội nghị khoa học Kinh tế Y tế lần thứ nhất tổ chức tại Hà Nội (7-8/12/2010), NSNN cấp cho các BV tuyến trung ương và địa phương đều có xu hướng giảm. Cụ thể là, NSNN cấp cho BV ở tuyến trung ương giảm dần từ 58,26% năm 2000 xuống còn 45,95% năm 2005, 41,31% năm 2006, 32,35% năm 2007. Số liệu từ một nghiên cứu tại một số bệnh viện tự chủ cho thấy năm 2010, tỷ lệ ngân sách cấp cho bệnh viện tuyến trung ương chiếm khoảng 28%.

2.2. Phân tích cơ cấu nguồn thu

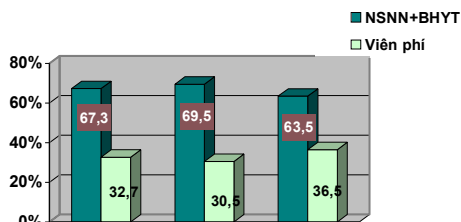
Cơ cấu nguồn thu cũng có sự thay đổi qua các năm. Nguồn NSNN tăng về số tuyệt đối theo từng năm, năm 2010 bằng 35,9 tỷ, tăng 10% so với năm gốc (2008) song tỷ trọng nguồn NSNN trong tổng nguồn thu có xu hướng giảm nhanh. Cơ cấu nguồn viện phí có xu hướng tăng, năm 2008 chiếm 32% đến năm 2010 chiếm 36%. Nguồn BHYT tăng không ổn định.



Biểu đồ 1: Chi tiết cơ cấu nguồn thu của Bệnh viện năm 2008 - 2010

So sánh nguồn thu BHYT với nguồn TMPVP năm 2010 với năm 2008 cho thấy tỷ trọng và tốc độ tăng 2 nguồn thu tương đương nhau (bằng 160% so với kỳ gốc). Tuy nhiên trong 3 năm tốc độ tăng thu nguồn VP tương đối đều và ổn định thì tốc độ tăng BHYT không ổn định, tăng mạnh năm 2009 (50,4%), năm 2010 chỉ tăng

11% so với năm 2009. Bệnh viện cần có những phân tích thêm về nguyên nhân của tình trạng này.



Biểu đồ 2: Cơ cấu nguồn thu NSNN+BHYT và viện phí năm 2008 – 2010

Biểu đồ 2 cho thấy nếu coi BHYT như một nguồn thu từ NSNN thì tỷ trọng viện phí người bệnh chi trả trực tiếp tại BV năm 2008 là 32,7%. Đây là một tỷ lệ tương đối tốt bởi nó bảo đảm tính công bằng trong chi trả KCB trong tương lai, nguồn NSNN có xu hướng giảm vì vậy BV nên tiếp tục phấn đấu tăng tỷ trọng nguồn thu BHYT. Tăng thu BHYT, tiến tới xóa bỏ thu viện phí trực tiếp thì nguồn thu của BV mới bền vững, mới bảo đảm được công bằng trong khám chữa bệnh.

Bảng 3: Cơ cấu người bệnh BHYT

Các chỉ tiêu	Năm 2009	Tỷ lệ (%)	Năm 2010	Tỷ lệ (%)
1 Không BHYT	17.670		16.453	
2 Có BHYT	18.577	100,0	18.749	100,0
Trong đó				
BN Ngoại tỉnh	885	4,8	1.057	5,6
BN nội tỉnh	17.692	95,2	17.692	94,4
Tổng cộng	36.247		35.202	

Trong năm 2009, 2010 tỷ lệ người bệnh BHYT nội trú đã đạt trên 50% trên tổng số người bệnh điều trị nội trú, tuy nhiên người bệnh BHYT chủ yếu vẫn thuộc địa bàn tỉnh Quảng Ninh, Số lượng người bệnh đến từ các tỉnh vùng Đông Bắc còn rất ít.

Bảng 5: Cơ cấu thu BHYT và viện phí tại một số khoa, năm 2010

Đơn vị tính: 1.000 đồng (trừ mục 1,2)

TT	Khoa	Sản (D2)	Ngoại chấn thương (D15)	Nội Hô hấp (D17)	Truyền Nhiễm (H1)	Hồi sức Cấp cứu (F4)
	Giường thực kê	49	69	59	43	14
	Số NB điều trị	3.780	2.511	2.347	2.022	1.008
	TS ngày giường	14.335	17.743	18.852	13.083	4.146
	Ngày giường TB	3,8	7,1	8,0	6,5	4,1
	Công suất sử dụng (%)	80,2	70,5	87,5	83,4	81,1
3.	Tổng thu VP+BHYT	7.536.653	7.949.338	13.871.988	2.698.323	5.581.408
	Trong đó:					
	A-Thu giường bệnh	216.812	279.004	219.127	118.975	96.769
	Tỷ lệ (%)	2,9	3,5	1,6	4,4	1,7
	B-Thu thuốc	1.017.087	1.616.044	3.887.265	842.647	2.268.829
	Tỷ lệ (%)	13,5	20,3	28,0	31,2	40,6
4.	VP/GB/năm	153.809	115.208	235.118	62.752	398.672
5.	Chi phí bình quân 1đợt ĐT/NB	1.994	3.166	5.909	1.334	5.537
6.	Chi phí thuốc 1 đợt ĐT/NB	269	644	1.656	417	2.251

Không có sự khác biệt quá nhiều về công suất sử dụng giường giữa các khoa. Tuy nhiên có sự khác biệt ngày điều trị bình quân trên 1 người bệnh, ngày điều trị bình quân của khoa Sản thấp nhất (3,8) và ngày điều trị bình quân của khoa Nội Hô hấp là cao nhất (8,0).

Bảng 4: Cơ cấu thu BHYT và VP của BV năm 2010 theo hoạt động (dịch vụ)

Đơn vị tính: triệu đồng

TT	Nội dung	BHYT		Viện phí		Tổng năm 2010	
		Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%
1	Khám bệnh	100	0,2	351	0,9	452	0,5
2	Giường bệnh	1.474	2,7	847	2,1	2.322	2,4
3	Thuốc	14.749	27,3	10.084	26,6	24.833	26,2
4	Vật tư y tế	2.500	4,6	1.863	4,6	4.364	4,6
5	Các loại xét nghiệm	14.581	27,0	9.402	23,0	23.983	25,3
6	Chẩn đoán hình ảnh	5.567	10,3	4.706	11,5	10.274	10,8
7	Thăm dò chức năng	2.049	3,8	2.505	6,1	4.555	4,8
8	Thu khác	12.896	24,0	10.382	25,2	23.278	24,4
	Tổng cộng	53.921	100,0	40.943	100,0	94.865	100,0

Bảng 4 cho thấy không có sự khác biệt nhiều trong cơ cấu 2 nguồn thu VP và BHYT. Tỷ trọng thuốc, hóa chất, dịch chiếm 26,2% trong tổng thu BHYT và viện phí. Tỷ trọng thuốc và dịch thấp so với mặt bằng chung như vậy là rất tốt.

Chính phủ đang quyết tâm phấn đấu đến 2014 thực hiện bao phủ BHYT toàn dân thì ngay từ bây giờ BV cần nghiên cứu và có chính sách để thu hút người NB BHYT đến KCB.

BVUB có 22 khoa lâm sàng, để tìm hiểu thực trạng nguồn thu VP và BHYT ở các khoa điều trị trong năm 2010. Do không có sự khác biệt trong cơ cấu chi phí giữa BHYT và không có BHYT. Nên chúng tôi phân tích chi phí chung theo khoa và chọn 5 khoa đại diện theo nguyên tắc: (1) Đại diện theo các chuyên ngành: nội, sản, ngoại, HSCC, truyền nhiễm. (2) Có nhiều giường bệnh.

Tương ứng thu VP bình quân trên 1GB/năm ở các khoa cũng có sự khác biệt, cao nhất là khoa HSCC 400 triệu/GB, thấp nhất là khoa Truyền nhiễm 63 triệu.

Viện phí bình quân cho một đợt điều trị, cao nhất là ở khoa nội Hô hấp 6 triệu/1đợt/NB, thấp nhất là khoa

Truyền nhiễm 1,3 triệu/1đợt/NB.

Chi phí thuốc 1 đợt điều trị trên NB cao nhất ở khoa HSCC hơn 2,2 triệu, thấp nhất ở khoa Sản là hơn 200.000 đồng. Những sự khác biệt này tương đối phù hợp với tính chất đặc thù của từng chuyên khoa. Chi phí thuốc trong nguồn thu BHYT là 27%, tỷ lệ này hầu như không khác biệt với nguồn thu VP (26,6%), So sánh với tỷ lệ 60% chi cho thuốc tại các bệnh viện ở Việt Nam hiện nay thì đây là một thành tích của BV.

Một trong những nhược điểm khi KCB BHYT là cơ sở KCB và NB có xu hướng sử dụng nhiều hơn các dịch vụ y tế cũng như các loại thuốc đắt tiền không cần thiết do có bên thứ 3 (Quý BHYT) trả tiền. Tỷ lệ chi phí thuốc thấp chứng tỏ, BV đã không lạm dụng thuốc trong quá trình điều trị cho NB. Mối quan hệ tay ba trong thị trường BHYT dẫn đến việc người tham gia BHYT không phải trực tiếp trả tiền hoặc chi phí bỏ ra ít hơn lợi ích thu được do CSSK. Điều này khiến người tham gia có tâm lý sử dụng dịch vụ nhiều hơn nhu cầu.

Chi phí sử dụng thuốc thấp sẽ góp phần giảm chi phí trong điều trị, tiết kiệm quỹ của BHXH, đồng thời góp phần tiết kiệm chi phí xã hội, nhà nước không phải bỏ nhiều ngoại tệ để nhập thuốc, NB cũng không sử dụng nhiều thuốc không cần thiết, BV cũng không bị vượt trần thanh toán, giảm khả năng thất thu do NB không đủ khả năng thanh toán hoặc không thanh toán do tiền thuốc nhiều. Bởi vẫn còn hiện tượng NB trốn viện không nộp viện phí. *"Một số người bệnh vào cấp cứu, được BV xử trí xong rồi bỏ về, vd: như bệnh hen phế quản; hoặc người bệnh vào điều trị không có tiền thanh toán; thất thoát từ những trường hợp này hầu như Bệnh viện phải tự chịu, trừ trường hợp người bệnh tử vong được thành phố hỗ trợ cho Bệnh viện 1,5 triệu/người bệnh"* [CB02].

Ngoài việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả, BV đã thực hiện tốt quản lý chất lượng, tiết kiệm chi phí thông qua việc hoàn chỉnh phác đồ điều trị cho 171 bệnh và 53 quy trình chăm sóc. Vì vậy chất lượng KCB ngày một nâng cao (tỷ lệ người bệnh khỏi, đỡ ra viện đạt 96%), trong khi chi phí điều trị thấp hơn so với các BV trong khu vực. Năm 2010 là 1.890.000 đồng. Cơ cấu thu tại một số khoa đại diện trong BV cho thấy bình quân thu VP/ giường bệnh/1 năm của các khoa có sự khác biệt, bên cạnh nguyên nhân do đặc thù chuyên khoa thì cũng cần xét đến yếu tố công suất sử dụng giường bệnh và ngày giường bình quân. Đây là một mâu thuẫn cần giải quyết hài hòa làm sao tăng được công suất sử dụng giường trong khi lại phải phấn đấu giảm ngày giường bình quân.

Trong điều kiện giá TMPVP thấp, khó khăn về kinh phí song BV luôn đảm bảo đủ vật tư hóa chất, thuốc thiết yếu để phục vụ và chăm sóc NB BHYT, không để NB phải tự lo thuốc và dụng cụ y tế. Vì vậy tỷ lệ hài lòng của NB rất cao (86-90%).

KẾT LUẬN

Nguồn thu BHYT có xu hướng tăng và sẽ chiếm tỷ trọng ngày càng lớn. Năm 2010 thu BHYT đạt 47 tỷ đồng và bằng nguồn thu viện phí.

Nguồn thu BHYT chưa tương xứng do người bệnh BHYT chuyển tuyến đến BV còn hạn chế và phần lớn

thuộc tỉnh Quảng Ninh. Nguyên nhân chính là do các BV tuyến dưới đã phát triển kỹ thuật; BV thiếu nguồn tài chính và nhân lực để phát triển chuyên môn đặc biệt là các kỹ thuật cao.

Quý BHYT được bảo toàn do BV tiết kiệm chi phí. Cơ cấu nguồn thu BHYT và VP không có sự khác biệt lớn. Bình quân chi phí điều trị của BV thấp. Chi phí thuốc trong điều trị thấp (dưới 30%).

Người bệnh BHYT hài lòng khi KCB tại BV do đã được hưởng tương đối đầy đủ quyền lợi, thủ tục hành chính và quy trình KCB thuận tiện, được tôn trọng, không bị phân biệt đối xử.

Một số nhận xét về ảnh hưởng đến nguồn thu BHYT tại Bệnh viện: (1) Bộ Y tế chưa thống nhất về danh mục BHYT như vật tư tiêu hao, vật tư thay thế sử dụng cho các kỹ thuật cao. Danh mục giữa Bộ Y tế ban hành không thống nhất với cơ quan BHXH. (2) Một số kỹ thuật chưa có giá, thủ tục xây dựng và ban hành giá thu rất chậm dẫn đến BHYT không thanh toán. (3) Một số quy định phân thẻ và quy định phân vùng chuyển tuyến điều trị của các Sở Y tế. (4) Một số kỹ thuật cao phải gửi đi điều trị vì không đủ kinh phí đầu tư. (5) Không có kinh phí để thu hút nhân tài, đội ngũ bác sĩ tuyến dụng không đủ. (6) Người bệnh trốn viện không thanh toán và không đủ khả năng thanh toán.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, đề xuất một số khuyến nghị với Bệnh viện như: đẩy mạnh xã hội hóa để đầu tư thêm trang thiết bị, có chính sách tuyển dụng, đào tạo, đãi ngộ cán bộ y tế đặc biệt là đội ngũ bác sĩ để phát triển các kỹ thuật mới nhằm nâng cao chất lượng điều trị, đáp ứng sự hài lòng của NB BHYT. Trở thành địa chỉ tin cậy của người bệnh nói chung và người bệnh BHYT nói riêng.

- Sớm được sửa đổi, bổ sung các danh mục kỹ thuật, khung giá thu viện phí.
- Nâng cao số lượng thẻ đăng ký ban đầu để nâng cao công suất sử dụng giường bệnh.
- Tăng cường kế hoạch Marketing y tế, phát triển mũi nhọn y tế chuyên sâu.
- Đẩy mạnh xã hội hóa, liên doanh, liên kết để đầu tư trang thiết bị hiện đại phục vụ cho chẩn đoán và điều trị.
- Hoàn thiện chính sách đào tạo, tuyển dụng và thu hút nhân tài, cán bộ có chất lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Ưông Bí Quảng Ninh (2010), *Báo cáo kết quả hoạt động Bệnh viện năm 2010*, Quảng Ninh.
2. Chính phủ (2006), Nghị định số 43/2006/NĐ-CP Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập, chủ biên.
3. Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam (2011), *Tài chính bệnh viện ở Việt Nam và một số định hướng đổi mới*.
4. Vũ Xuân Phú (2008), *Kinh tế y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.