

TỔNG QUAN VỀ CÁC PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ CHO CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ TẠI VIỆT NAM

NGUYỄN THỊ THÚY ANGA, BÙI THỊ MỸ ANH

TÓM TẮT

Phương thức chi trả chi phí khám chữa bệnh là công cụ hữu hiệu để tăng cường hiệu quả và chất lượng dịch vụ Y tế và lựa chọn Phương thức chi trả phù hợp là giải pháp quan trọng để thay đổi hành vi của bên cung ứng dịch vụ y tế. Hiện nay, hai phương thức chi trả đang được áp dụng phổ biến ở Việt nam là phương thức chi trả theo phí dịch vụ và định suất. Tổng quan tài liệu cho thấy một số tác động tích cực của phương thức thanh toán theo định suất và theo ca bệnh đến việc tăng tính chủ động của cơ sở cung cấp dịch vụ, kiểm soát chi phí và khuyến khích tăng cường hiệu quả của hai phương thức này so với phương thức chi trả theo phí dịch vụ. Tuy nhiên, hiện tượng âm quỹ xảy ra ở hầu hết các bệnh viện (BV) nhận quỹ định suất và vẫn còn tồn tại những bất cập liên quan đến thiết kế phương thức và cơ chế thanh toán phương thức chi trả theo định suất trong thực tiễn.

Từ khóa: Phương thức chi trả dịch vụ khám chữa bệnh, Bảo hiểm y tế

SUMMARY

Payment mechanism in healthcare facilities is one of the tools to improve the effectiveness and quality of

healthcare services. Carrying out the suitable payment mechanism is very important and necessary, because it will contribute to change behaviors of the healthcare providers. At the present, two payment mechanisms are popular in Vietnam, are Fee-for-services (FFS) and Capitation. This study shows the positive impacts of Capitation and Case-base in the activeness of healthcare facilities, healthcare cost controlling, compared to FFS. However, the deficit funding occurred in most hospitals where used Capitation. Therefore, it remains the challenges related to payment mechanism design and implementation of Capitation in practice.

Keywords: Payment mechanism, provider payment, Health insurance

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, Phương thức chi trả chi phí KCB BHYT đã được thay đổi qua 3 lần ban hành điều lệ BHYT. Từ năm 1993 - 1994 thanh toán theo ngày điều trị bình quân (daily rate); Từ năm 1996 - 1997 thanh toán theo phí dịch vụ (Fee For Service) và dẫn đến tình trạng có 20/65 tỉnh, thành, ngành quỹ BHYT bị bội

chi cuối năm 1997; Năm 2005, Thông tư liên Bộ Y tế - Tài chính cho phép thực hiện thí điểm Phương thức chi trả theo định suất (Capitation). Năm 2008, Luật BHYT mở rộng hơn nữa Phương thức chi trả giữa BHYT và cơ sở KCB là ngoài 2 Phương thức chi trả theo phí dịch vụ, thanh toán theo định suất thì có thể áp dụng thí điểm Phương thức chi trả theo ca bệnh (Case base).

Hiện đã có một số nghiên cứu về từng phương thức chi trả nhưng chưa có nghiên cứu tổng quan về tác động của các phương thức chi trả BHYT đang thực hiện tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi thực hiện viết tổng quan tài liệu nhằm *mô tả thực trạng và tác động của các phương thức chi trả đến chi phí, chất lượng và hiệu quả trong việc cung cấp các dịch vụ y tế.*

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các tài liệu và nghiên cứu sẵn có trên thế giới và Việt Nam về phương thức chi trả chi phí khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế.

2. Phương pháp nghiên cứu

Tổng quan tài liệu sẵn có và kết hợp với phỏng vấn sâu chuyên gia.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Phương thức chi trả theo định suất

Tính đến năm 2011, tổng số cơ sở KCB theo định suất là 786/1951 (đạt 40,2%), trong đó có 175 cơ sở nhận định suất ngoại trú và 611 cơ sở nhận định suất nội, ngoại trú. Trong đó chủ yếu là cơ sở KCB tuyến huyện (90%).

Tác động phương thức chi trả theo định suất

1.1. Kiểm soát chi phí KCB

Có sự gia tăng chi phí bình quân một đợt khám chữa bệnh nội trú và chi phí bình quân đầu thẻ khi áp dụng thanh toán theo định suất so với khi thanh toán theo phí dịch vụ. Tuy nhiên, sự gia tăng này có thể là do lạm phát, tăng cường trang thiết bị y tế vì cũng có sự gia tăng tương tự đối với nhóm chứng là bệnh nhân không có thẻ BHYT [5], [9].

Điều này được làm rõ trong nghiên cứu của của tác giả Trần Quang Thông tại 4 BV huyện theo hai khu vực đồng bằng và miền núi của tỉnh Thanh Hóa năm 2009 là mặc dù có sự gia tăng nhưng ở cả khu vực đồng bằng cũng như miền núi. Tỷ lệ gia tăng chi phí trung bình/lượt khám chữa bệnh và tổng chi phí tại các tuyến ở BV thí điểm khoán quỹ định suất (tăng 0,4% - 12,9% và tăng -1,5% -24,3%) ít hơn so với BV thanh toán theo phí dịch vụ (tăng 30,2% - 35,0% và tăng 39,1% - 45,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Tỷ lệ gia tăng chi phí KCB ở BV khoán quỹ định suất ít hơn BV thanh toán theo phí dịch vụ có thể là do tiết giảm chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh không cần thiết và có kiểm soát việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

1.2. Cân đối thu chi quỹ thanh toán theo định suất BHYT

Theo báo cáo của cơ quan BHXH [2] đánh giá về kết quả thực hiện thanh toán theo định suất trong hai năm 2010 và 2011 cho thấy một số cơ sở KCB bội chi và một số khác dư quỹ (xem bảng 2).

Bảng 2: Số cơ sở KCB bội chi và dư quỹ KCB BHYT khi thanh toán theo định suất

Năm	Bội chi		Dư quỹ		Cân đối
	Số lượng CSKCB	Số tiền	Số lượng CSKCB	Số tiền	
2010	94	294	118	233	3
2011	272	864	418	622	-

Theo báo cáo của cơ quan BHXH Việt Nam cho thấy cho thấy hầu hết các cơ sở bội chi thuộc vùng đồng bằng, thành thị còn các cơ sở KCB vùng miền núi thường có kết dư quỹ định suất nhiều, thậm chí ngay từ đầu năm nhận quỹ đã xác định được dư hàng tỷ đồng [2]. Một trong những lý do dư quỹ khu vực miền núi là suất phí được tính cao hơn so với nhu cầu chi phí y tế thực tế, dịch vụ y tế được cung cấp hạn chế, sự tiếp cận DVYT người dân khó khăn, chi phí cho y tế thấp. Nguyên nhân của tình trạng bội chi được xác định là: Mức chi phí năm trước (cân cứ để xác định suất phí) chưa được tính đầy đủ và nếu năm sau cơ sở KCB triển khai dịch vụ hoặc kỹ thuật mới thì sẽ dẫn đến bội chi; Hệ số gia tăng chi phí ($K=1.1$) có thể là thấp so với thực tế; Việc áp dụng cùng một suất phí chung cho tất cả các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh mà không tính đến đặc thù số thẻ đăng ký, cơ cấu thẻ, khả năng đáp ứng của cơ sở KCB... dẫn đến không công bằng. Ngoài ra, việc không thể kiểm soát được chi phí của bệnh nhân chuyển tuyến trừ ngược vào quỹ định suất là lý do chính dẫn đến tình trạng bội chi quỹ.

1.3. Chất lượng khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT

Các kết quả nghiên cứu về tác động đến chất lượng thông qua việc so sánh sự tuân thủ điều trị, kết quả điều trị, ngày điều trị trung bình của một số nhóm bệnh và sự hài lòng của người bệnh khi áp dụng phương thức chi trả theo định suất so với phương thức theo phí dịch vụ thì chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [8], [13]. Tuy nhiên, vẫn xảy ra tình trạng phải tự thanh toán tiền thuốc và một số loại vật tư tiêu hao, xét nghiệm tại một số BV [8]. Do vậy, cũng cần nghiên cứu thêm về vấn đề này vì hiện nay cơ quan BHXH cũng chưa có hệ thống chỉ số đánh giá và giám sát chất lượng khi áp dụng chi trả theo định suất.

Ngoài ra, các nghiên cứu đều chỉ ra rằng phương thức chi trả theo định suất khuyến khích BV nâng cao năng lực chuyên môn và tăng đầu tư trang thiết bị nhằm thu hút bệnh nhân đến khám chữa bệnh và giảm tỷ lệ chuyển tuyến. Tại một số BV huyện, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật tại chỗ, không phải chuyển tuyến tăng rõ rệt như kết quả nghiên cứu tại TTYT Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa từ 72,6% lên 83,7% đối với chuyên khoa sản, ngoại và liên chuyên khoa [2].

1.4. Chỉ định bệnh nhân điều trị nội trú và ngoại trú

Kết quả nghiên cứu tại TTYT huyện Vạn Ninh cho thấy tỷ lệ bệnh nhân BHYT được chỉ định nội trú trong giai đoạn thanh toán theo phí dịch vụ gấp 7 lần so với giai đoạn thanh toán theo định suất [10] và tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Quang Thông

tại BV huyện Vĩnh Bảo, Hải Phòng là tỷ lệ chỉ định vào viện khi thanh toán theo phí dịch vụ gấp 1,08 lần định suất [9]. Kết quả này cho thấy thanh toán theo định suất khiến cơ sở KCB phải tính đến hiệu quả trong điều trị. Tác giả Phạm Mạnh Hùng và cộng sự cũng nhận định rằng việc chuyển từ điều trị nội trú sang điều trị ngoại trú là rất tích cực cả về khía cạnh kinh tế và tài chính. Trên thực tế, phương pháp này đã tạo điều kiện cho nhiều nước phát triển giảm được 25 – 30% số giường bệnh trong vòng 10 – 15 năm qua [9].

1.5. Ngày điều trị nội trú trung bình

Kết quả nghiên cứu tại một số BV huyện tỉnh Hải Dương cho thấy ngày điều trị nội trú trung bình theo định suất thấp hơn ngày điều trị trung bình theo phí dịch vụ có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, kết quả này trái với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Hùng Sơn [8] là ngày điều trị nội trú trung bình theo chuẩn đoán tăng trong giai đoạn thanh toán theo định suất so với giai đoạn thanh toán theo dịch vụ đối với cả 3 bệnh viêm phế quản, viêm dạ dày và viêm ruột thừa tại BV thành phố Buôn Ma Thuột. Do vậy, vấn đề này cũng cần được nghiên cứu sâu hơn.

1.6. Tỷ lệ chuyển tuyến

Kết quả của các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ chuyển tuyến giảm khi áp dụng phương thức chi trả theo định suất so với thanh toán theo phí dịch vụ [5], [7], [9] do các cơ sở KCB đều tăng cường kiểm soát chặt chẽ khâu chuyển viện khi áp dụng thanh toán theo định suất vì nếu chuyển tuyến càng nhiều thì chi phí càng lớn. Mặc dù tỷ lệ chuyển tuyến giảm nhưng chi phí đa tuyến của các bệnh nhân chuyển đến điều trị tại các cơ sở khác, phần lớn là tuyến trên như tuyến tỉnh và tuyến trung ương rất lớn vì các cơ sở tuyến trên đang áp dụng phương thức chi trả theo phí dịch vụ. Hầu hết các BV thực hiện chi trả theo định suất thì chi phí chuyển tuyến đều chiếm trên 50% [25]. Theo thống kê của BV huyện Tứ Kỳ, mặc dù tỷ lệ chuyển tuyến thấp (cao nhất là 4%) nhưng chi phí KCB của bệnh nhân chuyển tuyến lại chiếm đến 56% tổng chi phí KCB là do có sự chênh lệch rất lớn trong chi phí điều trị giữa các tuyến. Ví dụ, chi phí bình quân cho viêm ruột thừa tuyến huyện là 1.000.000 đ/ca; tỉnh là 1.400.000 đ/ca; tuyến TW: 3.600.000 đ/ca [8]. Đây cũng là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng bội chi tại nhiều cơ sở KCB thanh toán theo định suất. Điều này cũng gây bức xúc đối với nhiều BV và không khuyến khích được các cơ sở nhận thanh toán theo định suất.

Kết quả triển khai thực hiện định suất tại Việt Nam bước đầu đã có một số kết quả tích cực như tăng tính chủ động của các cơ sở KCB, hạn chế mức gia tăng chi phí và khuyến khích tăng cường hiệu quả so với phương thức chi trả theo phí dịch vụ nhưng chi phí BV vẫn ngày càng gia tăng dẫn đến hiện tượng âm ỹ xảy ra ở hầu hết các BV.

Phương thức chi trả theo ca bệnh/chi trả trọn gói

Tại Việt Nam, phương thức chi trả theo trường hợp bệnh được thực hiện thí điểm từ năm 2009 tại 2 BV của Hà Nội là Thanh Nhàn và Ba Vì với 4 hợp bệnh

Viêm Phế quản-phổi trẻ em, Viêm phế quản - phổi người lớn, Viêm ruột thừa và Đẻ thường.

Tác động của phương thức

Kiểm soát chi phí

Chi phí bình quân một đợt điều trị: Theo kết quả nghiên cứu đánh giá của tác giả Lê Văn Phúc cho thấy mặc dù chưa điều chỉnh theo các yếu tố lạm phát, *chi phí bình quân một đợt điều trị theo một trường hợp bệnh giảm* trong nhóm bệnh nhân có tham gia chi trả trọn gói (giảm 10% với đẻ thường, 6% với viêm ruột thừa cấp và 10% cho một trường hợp viêm phổi ở người lớn trong giai đoạn từ tháng 12 năm 2009 đến tháng 6 năm 2011). Với nhóm theo phí dịch vụ thì mức chi phí theo xu hướng ngược lại: tăng 1%, 12%, 15% lần lượt cho đẻ thường, viêm ruột thừa cấp, viêm phổi ở người lớn [6].

Chi phí trung bình cho thuốc điều trị: Kết quả nghiên cứu tại 2 BV thí điểm cho thấy chi phí về thuốc đều tăng ở cả nhóm chi trả trọn gói và nhóm theo phí dịch vụ. Tuy nhiên, mức tăng thấp hơn được nhận thấy ở nhóm thực hiện chi trả trọn gói và mức tăng ở BV Thanh Nhàn cao hơn tại BV Ba Vì [6]. Điều này cho thấy phương thức chi trả trọn gói khuyến khích sử dụng thuốc hợp lý, tiết kiệm hơn so với phương thức thanh toán theo phí dịch vụ.

Chi phí trung bình cho xét nghiệm: Chi phí trung bình cho xét nghiệm theo trường hợp bệnh có xu hướng giảm với tất cả bốn nhóm bệnh trong chương trình thí điểm. Điều này có nghĩa là đã có sự quản lý tốt hơn đối với các chỉ định xét nghiệm [6].

Ngày điều trị trung bình theo trường hợp bệnh

Kết quả nghiên cứu tại 2 BV Thanh Nhàn và Ba Vì cho thấy thời gian điều trị trung bình khi áp dụng thanh toán theo trường hợp bệnh đã giảm khoảng 7% với đẻ thường, 11% với viêm ruột thừa cấp và 17% với viêm phổi người lớn trong thời gian từ tháng 12/2009 tới tháng 6/2011. Trong cùng khoảng thời gian này, với những trường hợp bệnh tương ứng thanh toán theo phí dịch vụ đã tăng lên tương ứng là 12%, 22% và 4% [6]. Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy hơn 90% các cán bộ làm công tác quản lý của các BV tin rằng phương thức chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh có thể giúp hạn chế chi phí và giúp tiết kiệm được một khoản đáng kể từ việc sử dụng hợp lý thuốc, các xét nghiệm và ngày điều trị [6].

Chất lượng

Thực hành lâm sàng tốt hơn: Phương thức chi trả theo ca bệnh tại hai BV Thanh Nhàn và Ba Vì đã tác động đến chất lượng dịch vụ. Việc thực hiện Quy trình chuyên môn đã thúc đẩy sự thay đổi theo hướng tích cực. 87% cán bộ làm công tác quản lý được phỏng vấn thừa nhận những thay đổi tích cực khi sử dụng các quy trình chuyên môn trong phương thức chi trả mới có thể giúp cải thiện chất lượng dịch vụ [6]. Quy trình chuyên môn đã giúp cho nhân viên y tế sử dụng các thông tin chuyên môn lâm sàng để hỗ trợ các quyết định cho nhập viện, phương án điều trị (các can thiệp chuyên môn/ thuốc) và thực hành các hướng dẫn chuyên môn điều trị với bệnh nhân nội trú. Nội dung quy trình chuyên môn quy định rõ các công việc cụ thể,

người chịu trách nhiệm thực hiện và thời gian thực hiện [6].

Sự hài lòng của người bệnh: Kết quả nghiên cứu đánh giá cũng cho thấy các bệnh nhân tham gia dự án thí điểm ở các BV đều có mức độ hài lòng khá cao. Các bệnh nhân đánh giá rất tích cực về chất lượng phục vụ, kể cả việc thăm khám và tư vấn chuyên môn hằng ngày của các bác sỹ và các dịch vụ chăm sóc/ điều dưỡng của các y tế. 82% bệnh nhân tham gia thí điểm hài lòng với dịch vụ và đây rõ ràng là một chỉ báo tốt cho phương thức chi trả trọn gói. Các bệnh nhân có bảo hiểm y tế cho biết các thủ tục hành chính và thanh quyết toán thuận tiện hơn rất nhiều [7].

Tác động của chi trả trọn gói đến khối lượng công việc hành chính

Kết quả đánh giá cho thấy do giai đoạn thí điểm, cùng với việc phải ghi chép vào bệnh án, các nhân viên y tế vẫn phải ghi chép vào Quy trình chuyên môn nên điều này đã ít nhiều tăng khối lượng công việc hành chính. Vì vậy chỉ có 2/3 số cán bộ làm công tác quản lý BV đánh giá là phương thức này làm giảm khối lượng công việc hành chính trong khi trong khi 1/3 còn lại cho rằng công việc hành chính còn tăng hơn. Tuy nhiên, việc giảm những thủ tục hành chính không cần thiết cho bệnh nhân hơn 90% các cán bộ làm công tác quản lý ghi nhận và đây là một kết quả ấn tượng khi phương châm lấy phục vụ bệnh nhân làm trung tâm đang trở thành phương châm mà các BV cần thực hiện [7].

Nhìn chung, ưu điểm vượt trội của phương thức chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh là khuyến khích các BV không ngừng gia tăng hiệu quả tổ chức hoạt động, kiện toàn hơn công tác quản lý, hạn chế chi phí và minh bạch hơn với các kiểm định nội bộ và kiểm định độc lập. Tuy nhiên, công tác theo dõi giám sát cần liên tục được thực hiện tốt để hạn chế những kết quả không mong muốn, ví dụ tình trạng tăng nhập viện không hợp lý với cả những trường hợp có thể điều trị ngoại trú, và/ hoặc việc cắt xén thuốc, các xét nghiệm, nhân viên ở mức thái quá làm ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ người bệnh.

Phương thức chi trả theo phí dịch vụ (Fee for service - FFS)

Phương thức này được áp dụng đối với các cơ sở KCB không có thể đăng ký KCB ban đầu chủ yếu là tuyến tỉnh, tuyến trung ương và các BV chuyên khoa.

Tác động của phương thức

Phương thức chi trả theo phí dịch vụ áp dụng trong bối cảnh thực hiện chính sách tự chủ BV càng làm tăng nguy cơ gia tăng chi phí không cần thiết [11]. Chính sách tự chủ BV cho phép cơ sở KCB được trích lại một phần doanh thu để tái đầu tư và tăng thu nhập cho cán bộ nên sẽ khuyến khích tăng cung cấp dịch vụ y tế. Đặc biệt, việc thực hiện xã hội hóa dưới hình thức liên doanh với tư nhân đặt máy hoặc cổ phần hóa cũng thúc đẩy thêm việc gia tăng chi phí không cần thiết do lạm dụng. Theo báo cáo của phòng nghiệp vụ giám định BHYT Việt Nam năm 2011 đã phát hiện được nhiều sai phạm và lạm dụng trong quá trình cung cấp dịch vụ KCB cho người có thẻ BHYT khi áp dụng phương thức theo phí dịch vụ. Cụ thể tại Bệnh viện Đa

khoa (BVĐK) tỉnh Ninh Bình, Khoa Truyền nhiễm có 73,5% các trường hợp được chỉ định làm phản ứng Gross - Maclagan, 100% các kết quả trong giới hạn bình thường, Khoa Nội tiết có 99% bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm HbsAg nhanh, Khoa Nội Tim mạch có 79% bệnh nhân được chỉ định siêu âm doppler màu tim/mạch máu. BVĐK Hợp lực - tỉnh Thanh Hóa năm 2010 có 100% bệnh nhân nội trú được chỉ định siêu âm bụng tổng quát...; tại BVĐK thị xã Hồng Lĩnh có tỷ lệ Điện tim là 31,6 % (Tỷ lệ chung toàn quốc là 7%), Đo Lưu huyết não là 29,6% (Tỷ lệ chung toàn quốc là 3%).

Những phân tích trên cho thấy, phương thức chi trả theo phí dịch vụ đang áp dụng tại Việt Nam hiện nay là nguyên nhân chính gây ra việc gia tăng chi phí và tình trạng không cân đối được quỹ KCB BHYT. Và nguy cơ tăng chi phí này có xu hướng sẽ gia tăng trong bối cảnh thực hiện tự chủ BV, thực hiện xã hội hóa và áp dụng khung giá viện phí mới và điều này sẽ ảnh hưởng đến tính bền vững của BHYT.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phương thức chi trả theo định suất hiện đang áp dụng cần được đánh giá và điều chỉnh cho phù hợp hơn. Cụ thể cần xây dựng cách tính suất phí cơ bản cho khoa học và phù hợp với thực tế; hệ số điều chỉnh cần tính đến đặc thù theo mức độ rủi ro về tuổi, giới của nhóm đối tượng; tuyển chuyên môn kỹ thuật và yếu tố vùng miền,... Ngoài ra cũng cần đưa ra những chỉ số cũng như biện pháp giám sát việc đảm bảo chất lượng KCB.

Phương thức thanh toán theo ca bệnh/ nhóm chẩn đoán cần tiếp tục triển khai nhân rộng. Phương thức chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh nên được thiết kế giai đoạn đầu theo cách tiếp cận đơn giản hóa các công đoạn hành chính hành chính thay vì một hệ thống phức tạp.

Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ cần thu hẹp lại chỉ nên áp dụng đối với các trường hợp chuyên khoa đặc biệt. Đồng thời dần chuyển sang phương thức thanh toán theo định suất và ca bệnh. Việc chuyển đổi phương thức cũng cần kèm theo những khuyến khích đối với bên cung ứng dịch vụ, đặc biệt trong giai đoạn đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2012), "Báo cáo đánh giá tình hình thực hiện phương thức thanh toán chi phí Khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế theo định suất 2010-2011".
2. Lê Văn Chính, Lê Văn Phúc (2011), "Đánh giá kết quả thí điểm chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh".
3. Nguyễn Thị Thúy Nga, cộng sự (2010), "Phương thức thanh toán theo định suất tại bệnh viện tuyến huyện: Hiệu quả và khả thi".
4. Trần Quang Thông (2006), "Nghiên cứu ảnh hưởng của khoán quỹ theo định suất đến chi phí và chất lượng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Vĩnh Bảo - Hải Phòng".
5. Trần Văn Minh, cộng sự (2011), "Đánh giá hiệu quả phương thức thanh toán chi phí Khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế theo định suất tại Trung tâm y tế Vạn Ninh, 2011".