

Khảo sát Thông tin cơ bản về Gói dịch vụ Y tế cơ bản và Cơ chế chi trả tại Việt Nam

Báo cáo Kết thúc

Tháng 2 năm 2017

**Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản
(JICA)**

KRI International Corp

HM
JR
17-049

**Khảo sát Thông tin cơ bản
về Gói dịch vụ Y tế cơ bản
và Cơ chế chi trả tại Việt Nam**

Báo cáo Kết thúc

Tháng 2 năm 2017

**Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản
(JICA)**

KRI International Corp

Tỷ giá

1 đô la Mỹ = 115,144 Yên Nhật

1 đồng = 0.005185 Yên Nhật

(Tỷ giá của JICA tháng 2 năm 2017)

Báo cáo này được soạn thảo dựa trên thông tin thu thập được tại Việt Nam, Thái Lan và Nhật Bản từ tháng 11 năm 2015 tới tháng 2 năm 2016. Khuyến nghị do Đoàn khảo sát đề xuất và không đại diện cho chiến lược hợp tác phát triển của JICA đối với một lĩnh vực hoặc quốc gia cụ thể.

Khảo sát Thông tin cơ bản về Gói dịch vụ y tế cơ bản và Cơ chế chi trả tại Việt Nam

Báo cáo Kết thúc Khảo sát

Mục lục

Bảng chú giải thuật ngữ

Tóm tắt việc triển khai

Chương 1	Sơ lược và Tiến độ của Khảo sát.....	1-1
1.1	Hoàn cảnh.....	1-1
1.2	Mục tiêu.....	1-1
1.3	Kế hoạch.....	1-2
1.4	Phương pháp.....	1-3
Chương 2	Tổng quan về Bao phủ Y tế Toàn dân tại Việt Nam.....	2-1
2.1	Tình hình kinh tế xã hội.....	2-1
2.2	Tài chính Y tế.....	2-5
2.3	Bao phủ dân số.....	2-13
2.4	Bao phủ dịch vụ.....	2-17
2.5	Tình hình của các cơ sở cung cấp dịch vụ.....	2-20
Chương 3	Tổng quan Hệ thống bảo hiểm y tế tại Việt Nam.....	3-1
3.1	Lịch sử và Phát triển.....	3-1
3.2	Văn bản Pháp quy, Lộ trình và Kế hoạch thực hiện Bảo hiểm y tế.....	3-1
3.3	Xây dựng Chiến lược và Kế hoạch liên quan tới lĩnh vực Bảo hiểm Xã hội.....	3-2
3.4	Các cơ quan liên quan.....	3-19
Chương 4	Triển khai Hệ thống bảo hiểm y tế.....	4-1
4.1	Cung cấp dịch vụ.....	4-1
4.2	Phương thức chi trả.....	4-5
4.3	Đồng chi trả.....	4-10
4.4	Bao phủ và thúc đẩy tham gia bảo hiểm.....	4-12
4.5	Thu phí bảo hiểm.....	4-13
4.6	Thanh quyết toán, Giám định và Dòng thanh toán bảo hiểm y tế cho các CSYT.....	4-14
Chương 5	Hệ thống Công nghệ thông tin Bảo hiểm y tế.....	5-1
5.1	Các tiêu chuẩn kỹ thuật để khai thác Hệ thống công nghệ thông tin cho Bảo hiểm Y tế.....	5-1
5.2	Tầm nhìn và kế hoạch tương lai đối với việc phát triển Hệ thống công nghệ thông tin.....	5-3
5.3	Công nghệ thông tin trong các bệnh viện.....	5-4

5.4	Công nghệ thông tin tại cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và Bảo hiểm Xã hội các tỉnh.....	5-9
5.5	Những công ty công nghệ thông tin chủ yếu ở Việt Nam.....	5-10
Chương 6	Quản lý thông tin liên quan tới Hệ thống bảo hiểm y tế.....	6-1
6.1	Những chính sách liên quan về Quản lý Thông tin Y tế.....	6-1
6.2	Nguồn nhân lực.....	6-4
6.3	Các nguồn số liệu của Hệ thống Thông tin Y tế.....	6-4
6.4	Dòng thông tin.....	6-7
6.5	Cơ sở hạ tầng.....	6-8
6.6	Quản lý thông tin đối với thanh quyết toán bảo hiểm y tế và quản lý bệnh viện.....	6-9
Chương 7	Những hoạt động liên quan của các Đối tác Phát triển chính.....	7-1
7.1	Nhóm Kỹ thuật về Tài chính Y tế.....	7-1
7.2	Các hoạt động tài trợ liên quan trong lĩnh vực Bao phủ y tế toàn dân và tài chính y tế.....	7-1
7.3	Các Viện nghiên cứu liên quan của Việt Nam.....	7-5
Chương 8	Kinh nghiệm ở các quốc gia khác.....	8-1
8.1	Nhật Bản.....	8-1
8.2	Các nước liên quan tới Hệ thống bảo hiểm y tế.....	8-7
Chương 9	Kết luận của Khảo sát.....	9-1
9.1	Thách thức của Hệ thống bảo hiểm y tế hướng tới Bao phủ Y tế toàn dân ở Việt Nam.....	9-1
9.2	Dự thảo khuyến nghị.....	9-12
Chương 10	Khuyến nghị về Hợp tác trong tương lai.....	10-1
10.1	Hợp tác kỹ thuật.....	10-1
10.2	Xây dựng Vốn vay theo chương trình (DPL).....	10-8

Phụ lục

- Phụ lục 1: Hành trình và ảnh Khảo sát thực địa
- Phụ lục 2: Chương trình và Biên bản Hội thảo lần thứ nhất
- Phụ lục 3: Chương trình, các học viên và ảnh Tham quan tại Nhật Bản
- Phụ lục 4: Tổng kết sửa đổi Luật Bảo hiểm Y tế

Danh mục Hình ảnh và bảng biểu

Hình 1-1	Dòng công việc	1-10
Hình 1-2	Kế hoạch Công việc.....	1-11
Hình 2-1	Tháp dân số Việt Nam từ 2000 tới 2034.....	2-2
Hình 2-2	Dân số ở độ tuổi lao động (≥ 15) theo Tình trạng việc làm	2-4
Hình 2-3	Ví dụ Thu và Chi của một Bệnh viện tỉnh	2-9
Hình 2-4	Nguồn Quỹ Bảo hiểm Y tế (2010).....	2-10
Hình 2-5	Số lượng thành viên, Thu và Chi Quỹ Bảo hiểm Y tế năm 2013.....	2-11
Hình 2-6	Chi phí y tế trên đầu người theo nhóm tuổi (2004-2012)	2-12
Hình 2-7	Chi phí OOP và bao phủ bảo hiểm y tế ở Việt Nam (1995-2013)	2-12
Hình 2-8	Cơ cấu chi phí y tế.....	2-13
Hình 2-9	Tỷ lệ bao phủ Bảo hiểm y tế theo nhóm người tham gia BH (2010).....	2-16
Hình 2-10	Tỷ lệ tử vong chuẩn theo lứa tuổi phân theo nguyên nhân gây bệnh năm 2012 (trên 100 000 dân).....	2-17
Hình 2-11	Thói quen tìm kiếm chăm sóc y tế trong 12 tháng qua.....	2-18
Hình 2-12	Sử dụng dịch vụ y tế trong 12 tháng qua theo nhóm thu nhập	2-19
Hình 2-13	Sử dụng các Dịch vụ Y tế trong 12 tháng qua theo Nhóm tuổi	2-19
Hình 2-14	Hệ thống chuyên tuyến ở Việt Nam.....	2-21
Hình 3-1	Các văn bản pháp quy liên quan, Lộ trình và Kế hoạch thực hiện BHYT	3-2
Hình 3-2	Sơ đồ tổ chức của Bộ Y tế và Sở Y tế.....	3-20
Hình 3-3	Organizational Sơ đồ Tổ chức của Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và Bảo hiểm Xã hội ở địa phương.....	3-22
Hình 3-4	Lỗi vào của BHXH tỉnh.....	3-23
Hình 3-5	Nơi Tiếp đón của Bảo hiểm Xã hội Tỉnh.....	3-23
Hình 4-1	Mẫu phiếu Thanh quyết toán Bảo hiểm Y tế cho Bệnh nhân Ngoại trú (C79a-HD).....	4-15
Hình 4-2	Mẫu phiếu Thanh quyết toán Bảo hiểm Y tế cho Bệnh nhân Nội trú (C80a-HD).....	4-15
Hình 4-3	Phòng Giám định Bảo hiểm y tế tại Cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh.....	4-17
Hình 4-4	Dòng Ngân sách của Quỹ Bảo hiểm y tế.....	4-18
Hình 5-1	Ba loại Thông tin đối với việc Phát triển Hệ thống Công nghệ Thông tin	5-1
Hình 5-2	Tỷ lệ áp dụng Hệ thống Thông tin Bệnh viện theo tuyến bệnh viện	5-5
Hình 6-1	Dòng thông tin.....	6-7
Hình 6-2	Dòng số liệu thanh quyết toán bảo hiểm y tế.....	6-9
Hình 6-3	Biểu mẫu thanh quyết toán bảo hiểm y tế đến tháng 12 năm 2015	6-10
Hình 8-1	Hình ảnh Hệ thống bảo hiểm y tế của Nhật Bản	8-1
Hình 8-2	So sánh chi phí Y tế giữa dân số trẻ và những người già ở giai đoạn cuối đời	

	(năm 2009).....	8-2
Hình 8-3	Hình ảnh của phương thức DPC hiện tại	8-5
Hình 9-1	Thách thức của Hệ thống bảo hiểm y tế	9-4
Hình 9-2	Kết hợp hiện thời của Nguồn tài chính và Gói Quyền lợi	9-5
Hình 9-3	Già hóa và tăng trưởng kinh tế	9-6
Hình 9-4	Tuổi càng cao, càng nhiều gánh nặng lên thế hệ trẻ	9-6
Hình 9-5	Mức độ và các bước Thành thực Công nghệ thông tin	9-9
Hình 9-6	Cơ chế quản lý hiện thời.....	9-9
Hình 9-7	Chương trình bảo hiểm y tế hiện thời	9-10
Hình 9-8	Kết hợp các phương thức chi trả hiện nay	9-12
Hình 9-9	Lộ trình đề xuất về Xây dựng Hệ thống bảo hiểm y tế trong tương lai	9-15
Hình 9-10	Lựa chọn tương lai đối với tài chính y tế bền vững.....	9-17
Hình 9-11	Lựa chọn 1 của Chương trình Bảo hiểm y tế trong tương lai	9-18
Hình 9-12	Lựa chọn 2 của chương trình bảo hiểm y tế tương lai	9-19
Hình 9-13	Cơ chế quản lý đề xuất	9-21
Hình 9-14	Lựa chọn 1 kết hợp phương thức chi trả.....	9-22
Hình 9-15	Lựa chọn 2 kết hợp phương thức chi trả.....	9-23
Hình 9-16	Lựa chọn 3 kết hợp phương thức chi trả.....	9-24
Hình 9-17	Lựa chọn 1 của Khuyến nghị về Gói DVYTCB/ Gói Quyền lợi.....	9-25
Hình 9-18	Lựa chọn 2 của Khuyến nghị về Gói DVYTCB / Gói Quyền lợi.....	9-26
Hình 9-19	Dòng chu trình xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản/ Gói quyền lợi/ Rà soát.....	9-27
Hình 9-20	Phạm vi triển khai hệ thống công nghệ thông tin hiện nay và có thể thực hiện được	9-28
Hình 9-21	Sơ đồ khái quát Quản lý thông tin và thanh quyết toán bảo hiểm y tế của Bệnh viện.....	9-29
Hình 9-22	Giai đoạn xây dựng hệ thống công nghệ thông tin	9-30
Hình 10-1	Đề xuất các cấu phần hợp tác kỹ thuật của JICA	10-2
Hình 10-2	Mục tiêu của mỗi cấu phần.....	10-2
Bảng 1-1	Mục tiêu của Khảo sát	1-2
Bảng 1-2	Chương trình tham quan dự kiến tại Nhật Bản.....	1-8
Bảng 2-1	Những thách thức về Bao phủ Y tế toàn dân tại Việt Nam	2-1
Bảng 2-2	Tổng số dân và tỷ lệ tăng dân số tại Việt Nam và các tỉnh được chọn trong 5 năm qua (2010 – 2014).....	2-1
Bảng 2-3	Tỷ lệ di dân tại các tỉnh được chọn.....	2-2
Bảng 2-4	Dự đoán Tỷ lệ Tăng Dân số theo Nhóm tuổi tại Việt Nam.....	2-3
Bảng 2-5	Dự đoán Tỷ lệ Già hóa dân số tại các tỉnh được chọn	2-3
Bảng 2-6	Tỷ lệ nghèo tại các tỉnh được chọn.....	2-4
Bảng 2-7	Phân bố dân số ở độ tuổi lao động từ 15 tuổi và lớn hơn theo các nhóm	

	ngành chính (2014).....	2-4
Bảng 2-8	Xu hướng tỷ lệ tăng GDP	2-5
Bảng 2-9	Tổng hợp Xu hướng Phát triển đối với Tài chính Y tế	2-6
Bảng 2-10	Summary of Health Financing Strategy of Việt Nam (2016-2025)	2-6
Bảng 2-11	Ngân sách dự kiến cho Kế hoạch Năm năm Ngành Y tế giai đoạn 2016-2020.....	2-7
Bảng 2-12	Xu hướng Tổng chi y tế.....	2-8
Bảng 2-13	Thành phần của chi phí y tế quốc gia	2-8
Bảng 2-14	Thu và Chi Quỹ Bảo hiểm Y tế (2001-2013, và dự tính trong năm 2016)	2-10
Bảng 2-15	Hộ gia đình với Chi phí y tế thảm họa và sự bần cùng hóa (%).....	2-13
Bảng 2-16	Xu hướng Bao phủ Bảo hiểm Y tế.....	2-13
Bảng 2-17	Thực trạng bao phủ ở các Nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế (2010).....	2-14
Bảng 2-18	Bao phủ Bảo hiểm Y tế trong năm 2014.....	2-15
Bảng 2-19	Số người chưa được bảo hiểm theo nhóm người tham gia BH chủ yếu (2010)	2-16
Bảng 2-20	Nguyên nhân Mắc bệnh và Tử vong chính trong năm 2013 (trên 100.000 dân)	2-18
Bảng 2-21	Số lượng khám bệnh, chữa bệnh trong một năm	2-20
Bảng 2-22	Số lượng nguồn nhân lực y tế (2010-2014)	2-21
Bảng 2-23	Phân bố nguồn nhân lực y tế tại tuyến xã.....	2-22
Bảng 3-1	Quá trình Phát triển Hệ thống Bảo hiểm Y tế.....	3-1
Bảng 3-2	Tổng hợp Chiến lược Phát triển Kinh tế - Xã hội 2011-2020.....	3-3
Bảng 3-3	Tổng hợp Kế hoạch Năm năm Phát triển Ngành Y tế giai đoạn 2016-2020	3-4
Bảng 3-4	Những thành tựu và thách thức trong Kế hoạch Phát triển Ngành Y tế giai đoạn 2011-2015 và những nhiệm vụ chủ yếu giai đoạn 2016-2020	3-6
Bảng 3-5	Các Văn bản Quy phạm Pháp luật về Bảo hiểm y tế.....	3-10
Bảng 3-6	Sơ lược Lộ trình hướng tới Bảo hiểm Y tế toàn dân giai đoạn 2012-2015 tới năm 2020 (Lộ trình BHYT toàn dân)	3-12
Bảng 3-7	Những nhiệm vụ chính về lộ trình xây dựng và triển khai Gói DVYT cơ bản.....	3-13
Bảng 3-8	Cơ cấu thực hiện Lộ trình Gói dịch vụ y tế cơ bản.....	3-14
Bảng 3-9	Nội dung của số liệu đã thu thập	3-15
Bảng 3-10	Kế hoạch triển khai Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân của Bộ Y Tế.....	3-18
Bảng 3-11	Kế hoạch triển khai Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.....	3-18
Bảng 3-12	Vai trò và nhiệm vụ của những cơ quan liên quan.....	3-19
Bảng 3-13	Cơ cấu Tổ chức của Cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh	3-23
Bảng 4-1	Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam- các cơ sở y tế ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (2014)	4-1
Bảng 4-2	Phân loại các dịch vụ y tế do bảo hiểm chi trả	4-2
Bảng 4-3	Phân tuyến kỹ thuật tại mỗi tuyến bệnh viện (trích dẫn)	4-2
Bảng 4-4	Các Yếu tố tính toán giá dịch vụ y tế và kế hoạch điều chỉnh giá dịch vụ	4-4

Bảng 4-5	Thuận lợi và khó khăn của phương thức Định suất, Phí dịch vụ và Thanh toán theo trường hợp bệnh.....	4-5
Bảng 4-6	Số bệnh viện và giường bệnh áp dụng phương thức DPC ở Nhật Bản	4-7
Bảng 4-7	Tỷ lệ đồng chi trả.....	4-11
Bảng 4-8	Mục tiêu Bao phủ tỷ lệ bảo hiểm y tế tại các tỉnh được chọn hướng tới 2020 (%)	4-12
Bảng 4-9	Tổng tiền phạt trong trường hợp nộp chậm	4-13
Bảng 5-1	Danh mục Mã dùng chung.....	5-1
Bảng 5-2	Tâm nhìn đối với việc Xây dựng Hệ thống Công nghệ Thông tin	5-3
Bảng 5-3	Kế hoạch tương lai về Hệ thống bảo hiểm y tế.....	5-4
Bảng 5-4	Thực trạng Phát triển Hệ thống Công nghệ thông tin trong các Bệnh viện.....	5-4
Bảng 5-5	Những dự án chính về Hệ thống Thông tin Bệnh viện (HIS).....	5-7
Bảng 5-6	Chi phí cho Phần mềm của Hệ thống Thông tin Bệnh viện ở các bệnh viện.....	5-8
Bảng 5-7	Nhân viên Công nghệ thông tin tại các Bệnh viện Địa phương	5-8
Bảng 5-8	Danh mục các Phần mềm được sử dụng tại cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh.....	5-9
Bảng 6-1	Tầm nhìn, Mục tiêu tổng thể và Mục tiêu cụ thể tới năm 2030.....	6-1
Bảng 6-2	Các Văn bản pháp quy liên quan tới Hệ thống Thông tin Y tế	6-2
Bảng 6-3	Các chỉ số Y tế Quốc gia.....	6-3
Bảng 6-4	Số lượng Chỉ số theo tuyến Cơ sở Y tế.....	6-4
Bảng 6-5	Sổ ghi chép và Biểu mẫu báo cáo tại các Cơ sở Y tế.....	6-6
Bảng 6-6	Form 1 : Biểu mẫu 1 : Thông tin Y tế cơ bản đối với bảo hiểm y tế (trích lược)	6-11
Bảng 6-7	Form2 : Thông tin đặc tính thuốc bảo hiểm y tế chi trả (trích lược).....	6-11
Bảng 7-1	Viện trợ cho Bao phủ y tế toàn dân và tài chính y tế của các cơ quan tài trợ chủ yếu ở Việt Nam	7-2
Bảng 7-2	Các hoạt động nghiên cứu liên quan của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.....	7-6
Bảng 7-3	Ví dụ về các Hoạt động nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế về Hệ thống Chi trả.....	7-6
Bảng 8-1	Tỷ lệ tăng chi phí y tế	8-2
Bảng 8-2	So sánh Phương thức Phí Dịch vụ và Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh	8-6
Bảng 8-3	Sơ lược về Hệ thống bảo hiểm y tế ở các nước thành viên ASEAN	8-7
Bảng 8-4	Chi tiết đơn giá Định suất.....	8-8
Bảng 8-5	Sửa đổi Đơn giá định suất.....	8-9
Bảng 8-6	Tổng quan of Bảo hiểm y tế tại các nước được chọn và các chỉ số chính	8-13
Bảng 9-1	So sánh Chương trình Bảo hiểm Y tế cho người cao tuổi.....	9-18
Bảng 9-2	Sơ lược hai lựa chọn đối với người lao động thuộc khu vực không chính thức	9-20
Bảng 9-3	Các tuyến y tế dự phòng	9-25
Bảng 9-4	Đề xuất cơ cấu của Gói DVYTCB / Gói Quyền lợi do Quỹ Bảo hiểm Y tế.....	9-26

Bảng 9-5	Chức năng của các Cơ quan Thông tin Truyền thông và Cục Công nghệ Thông tin để Quản lý Công nghệ Thông tin	9-30
Bảng 10-1	Đề xuất các cấu phần cho Hợp tác Kỹ thuật của JICA	10-1
Bảng 10-2	Điều kiện tiên quyết của Hợp tác kỹ thuật JICA	10-3
Bảng 10-3	Cấu phần 1-1: Cải thiện Chất lượng số liệu ở cấp thực hiện	10-4
Bảng 10-4	Cấu phần1-2: Phát triển năng lực Lòng ghép số liệu.....	10-4
Bảng 10-5	Cấu phần2: Phát triển năng lực của hội đồng để quản lý Gói Dịch vụ Y tế cơ bản Cơ chế chi trả	10-5
Bảng 10-6	Cấu phần 3-1: Cải thiện liên tục Gói Dịch vụ Y tế cơ bản	10-6
Bảng 10-8	Xây dựng Các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn.....	10-6
Bảng 10-9	Ví dụ về đào tạo tương lai tại Nhật Bản	10-7
Bảng 10-10	Đề xuất Dự thảo Ma trận Chính sách	10-9

Chú giải thuật ngữ

Từ viết tắt/ Thuật ngữ	Mô tả
ADB	Ngân hàng phát triển Châu Á
ASEAN	Hiệp hội các Quốc gia Đông Nam Á
BHSP	Gói Dịch vụ Y tế cơ bản do Bảo hiểm Y tế chi trả
Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản	Lộ trình xây dựng và triển khai Gói Dịch vụ y tế cơ bản do Bảo hiểm Y tế chi trả tại Việt Nam
Gói Quyền lợi	Mô tả các dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả
CHS	Trạm y tế xã
CIO	Nhà Quản trị Thông tin
CPI	Chỉ số giá tiêu dùng
CSMBS	Chương trình Lợi ích dịch vụ y tế của công chức
Định suất	Một phương thức thanh toán cho cơ sở y tế trên một đầu bệnh nhân đăng ký khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, không phải là trên cơ sở theo dịch vụ
Yêu cầu thanh quyết toán bảo hiểm y tế	Hóa đơn của các dịch vụ y tế đã sử dụng do các cơ sở y tế lập và gửi tới cơ quan Bảo hiểm
Chia sẻ kinh phí	Sự chia sẻ những chi phí mà người bệnh phải trả bằng tiền túi của mình ngoài phần được bảo hiểm chi trả. Thuật ngữ này bao gồm các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm, đồng chi trả và các khoản tương tự, nhưng không bao gồm phí bảo hiểm, bản quyết toán đối với các cơ sở y tế ngoài mạng lưới hoặc chi phí của các dịch vụ không trong phạm vi chi trả.
DF/R	Dự thảo Báo cáo Kết thúc Khảo sát
DHIS	Phần mềm Thông tin Y tế tuyến huyện
DHS	Khảo sát Y tế và Nhân khẩu học
DOH	Sở/ Phòng Y tế (tuyến tỉnh và tuyến huyện)
DOHA	Phòng Chỉ đạo tuyến
DPC	Phương thức thanh toán Kết hợp Quy trình Chẩn đoán
DPF	Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế
DRG	Phương thức thanh toán theo Nhóm Chẩn đoán liên quan
DSS	Bảo hiểm Xã hội guyện
EMR	Bệnh án điện tử
EU	Cộng đồng Châu Âu
EUR	Đồng Euro
F/R	Báo cáo kết thúc Khảo sát
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
GGE	Tổng chi tiêu chính phủ
GGHE	Tổng chi tiêu chính phủ cho sức khỏe
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Germany)
GSO	Tổng cục Thống kê
HDI	Chỉ số phát triển con người
HEMA	Dự án Hỗ trợ Chăm sóc Sức khỏe cho người nghèo các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên (EU)
HFG	Dự án Tài chính và Quản trị Y tế
HID	Vụ Bảo hiểm Y tế, Bộ Y tế
HIS	Hệ thống Thông tin Bệnh viện
HL7	Bệnh viện tuyến 7
HMIS	Hệ thống thông tin Quản lý Y tế
HMU	Trường Đại học Y Hà Nội
HPG	Nhóm Đối tác Y tế
HRH	Nguồn nhân lực cho y tế
HSPI	Viện Chiến lược và Chính sách y tế
IC/R	Báo cáo khởi đầu
ICD-10	Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10

Từ viết tắt/ Thuật ngữ	Mô tả
ICD-9-CM	Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 9, Lâm sàng sửa đổi
ICHI	Phân loại Quốc tế các Can thiệp Y tế
ICT	Công nghệ Thông tin và Truyền thông
ID	Định danh
ILO	Tổ chức Lao động Quốc tế
IPPM	Viện Chính sách và Quản lý Công
ISSA	Hiệp hội Bảo hiểm Xã hội Quốc tế
IT	Công nghệ thông tin
IT/R	Báo cáo giữa kỳ
JAHR	Báo cáo chung tổng quan ngành y tế hàng năm
JICA	Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản
JKN	Bảo hiểm Y tế Quốc gia của In đô nê xia
KENPOREN	Liên đoàn Quốc gia về Bảo hiểm Y tế Xã hội
KKR	Liên hiệp các hội hỗ trợ viên chức quốc gia of Nhật Bản
KOICA	Cơ quan Hợp tác Quốc tế Hàn Quốc
KPI	Những chỉ số thực hiện chủ yếu
KRI	Liên danh Quốc tế KRI
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LIS	Hệ thống Thông tin Xét nghiệm
LuxDev	Cơ quan Phát triển Luxemburg
MCH	Sức khỏe bà mẹ và trẻ em
MHWL	Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật bản
BTC	Bộ Tài chính
BYT	Bộ Y tế Việt Nam
MOLISA	Bộ Lao động Thương binh và Xã hội Việt Nam
MOPH	Bộ Y tế Thái Lan
MPI	Bộ Kế hoạch và Đầu tư
MSA	Cục Quản lý Khám bệnh chữa bệnh
M&E	Giám sát và Đánh giá
NCD	Các bệnh không lây nhiễm
NACHIP	Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế
NEU	Trường Đại học Kinh tế Quốc dân
NGO	Tổ chức Phi Chính phủ
NHA	Tài khoản Y tế Quốc gia
NHS	Cơ quan Y tế Quốc gia
NHSO	Cơ quan Bảo hiểm Y tế Quốc gia
NI	Bảo hiểm quốc gia: Chương trình bảo hiểm y tế dành cho khu vực không chính thức tại Nhật Bản
NIHE	Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương
OOP	Chỉ tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình : Bất kỳ chi phí trực tiếp do hộ gia đình chi trả bao gồm tiền bồi dưỡng và hiện vật cho nhân viên y tế và các nhà cung cấp dược phẩm, thiết bị điều trị, hàng hóa và dịch vụ khác nhằm góp phần hồi phục và nâng cao tình trạng sức khỏe của các cá nhân hoặc nhóm dân cư. Đó là một phần của chi phí y tế cá nhân.
P/R	Báo cáo tiền độ
PC	Ủy ban Nhân dân
PHC	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
PPP	Hợp tác Công – tư
PSS	Bảo hiểm Xã hội tỉnh
PhilHealth	Tổng công ty Bảo hiểm Y tế Philipin
Phí bảo hiểm	Tổng tiền phải trả cho bảo hiểm y tế. Người sử dụng lao động thường chi trả theo tháng, quý hoặc hàng năm.
Giám định	Giám định bảo hiểm y tế để kiểm tra yêu cầu thanh toán giá dịch vụ y tế đã sử dụng từ các cơ sở y tế gửi tới cơ quan bảo hiểm.

Từ viết tắt/ Thuật ngữ	Mô tả
SEDS	Chiến lược Phát triển Kinh tế - Xã hội
SHI	Bảo hiểm Y tế Xã hội
SHS	Hút thuốc thụ động
SME	Doanh nghiệp vừa và nhỏ
SMS	Hệ thống Quản lý Bảo hiểm Xã hội
SS	Bảo hiểm Xã hội
SSO	Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Thái Lan
SSS	Dịch vụ Bảo hiểm xã hội: một chương trình bảo hiểm y tế cho khu vực chính thức ở Thái Lan
Cơ quan BHXH	Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (BHXHVN), Bảo hiểm Xã hội tỉnh (PSS) và Bảo hiểm Xã hội Quận/ huyện (DSS)
Khảo sát	Khảo sát Hệ thống Bảo hiểm Y tế ở Việt Nam
Đoàn Khảo sát	Đoàn Khảo sát do Liên danh Quốc tế KRI để triển khai Khảo sát về Hệ thống Bảo hiểm Y tế ở Việt Nam
TOR	Bản Tham chiếu
TWG	Nhóm kỹ thuật
Tổng chi phí y tế	Tổng chi phí y tế cá nhân và công cộng. Nó bao gồm việc cung cấp các dịch vụ y tế (dự phòng và điều trị), các hoạt động kế hoạch hóa gia đình, dinh dưỡng và sơ cấp cứu định rõ cho y tế nhưng không bao gồm việc cung cấp nước và vệ sinh
UC	Bao phủ toàn dân: chương trình bảo hiểm y tế cho lĩnh vực không chính thức ở Thái Lan
UHC	Bao phủ Y tế Toàn dân
Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân	Lộ trình hướng tới Bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012 và 2020
UHS	Hệ thống Bảo hiểm Toàn dân, Thái Lan
UK	Vương quốc Anh
UNFPA	Quỹ Dân số Liên hợp Quốc
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp Quốc
USA	Hợp chủng quốc Hoa Kỳ
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ
USD	Đồng Đô la Mỹ
VAAC	Cục Phòng chống AIDS
VASS	Viện Khoa học Xã hội Việt Nam
VGCL	Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam
VHW	Nhân viên y tế thôn bản
VND	Đồng Việt Nam
VNPT	Tập đoàn Bưu điện và Viễn thông Việt Nam
BHXHVN	Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam
WB	Ngân hàng Thế giới
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
WTO	Tổ chức Thương mại Thế giới

Tổng kết sơ lược việc triển khai khảo sát

Báo cáo này cung cấp thông tin cơ bản và phân tích tình hình về bao phủ y tế toàn dân (UHC) tại Việt Nam chú trọng vào hệ thống bảo hiểm y tế. Khảo sát Thông tin cơ bản về Gói dịch vụ y tế cơ bản và Phương thức chi trả được tiến hành từ tháng 11 năm 2015 tới tháng 2 năm 2017 thông qua việc nghiên cứu tài liệu, phỏng vấn các đối tượng chủ chốt, thảo luận với các cơ quan liên quan và quan sát tại thực địa. Khảo sát bao phủ thực trạng gồm: tổng quan về bao phủ y tế toàn dân tại Việt Nam, tổng quan về hệ thống bảo hiểm y tế và vận hành hệ thống, hệ thống công nghệ thông tin đối với bảo hiểm y tế, hệ thống quản lý thông tin y tế có liên quan tới bảo hiểm y tế và sự hợp tác với bên ngoài. Ngoài ra, hệ thống bảo hiểm y tế tại Nhật Bản và một số nước cũng được tổng hợp để cung cấp thông tin tham khảo đối với việc xây dựng hoặc cải thiện hệ thống bảo hiểm y tế trong tương lai. Trên cơ sở phân tích tình hình nói trên và thông tin tham khảo, kết luận và khuyến nghị đã được đề xuất.

Phân tích tình hình (Từ Chương 2 tới Chương 7 và Phần 9.1)

Mặc dù tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế trên 80% và chi phí chăm sóc y tế từ tiền túi người bệnh (OOP) chiếm khoảng 40% tổng chi phí. Về việc bao phủ bảo hiểm y tế, để đạt được mục tiêu 90%, Chính phủ Việt Nam đã có những hành động để thúc đẩy người dân tham gia bảo hiểm y tế: như tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình, bao cấp đối với nhóm dân số dễ bị tổn thương (người nghèo, cận nghèo v.v). Để phân bổ thêm ngân sách đối với việc bao cấp đó, việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế chi trả đã được tăng lên để chi trả các hạng mục của dịch vụ y tế cao hơn và ngân sách phân bổ cho bệnh viện sẽ giảm. Đồng thời, để đảm bảo tính bền vững của quỹ bảo hiểm y tế, việc rà soát lại gói quyền lợi dựa trên bằng chứng đã được thảo luận và việc xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản (BHSP) đã được triển khai theo lộ trình. Ngoài ra, một số dự án thí điểm về phương thức chi trả đã và đang được triển khai để thực hiện phương thức chi trả linh hoạt hơn tạo ra sự bền vững của quỹ bảo hiểm y tế.

Về mặt chính sách và quản lý, Khảo sát cũng tập trung vào những thách thức về việc điều phối bên trong Bộ Y tế và với các cơ quan liên quan như Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, sự phù hợp của các văn bản pháp quy cũng như quan điểm chiến lược tổng thể dài hạn về hệ thống bảo hiểm y tế và chính sách y tế liên quan, đặc biệt là tài chính y tế. Ngoài ra, chi phí của quỹ bảo hiểm y tế đã tăng do tăng giá viện phí. Việc mở rộng bao phủ bảo hiểm y tế, vấn đề giá hóa dân số và thay đổi gánh nặng bệnh tật cũng có những tác động nhất định đối với quỹ bảo hiểm y tế trong tương lai gần.

Từ quan điểm của người sử dụng, tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế chưa được cao do một số lý do: ví dụ, người có thể bảo hiểm y tế có thể sẽ phải theo nhiều quy trình hơn trong bệnh viện; quỹ bảo hiểm chi trả ít hơn hoặc không chi trả ở các bệnh viện tuyến cuối. Nó cũng có liên quan tới thói quen tìm kiếm dịch vụ chăm sóc của người dân vì họ có xu hướng đi thẳng tới các bệnh viện tuyến trên và người giàu thích tới khám chữa bệnh ở các bệnh viện tư và ở đó thì không sử dụng được bảo hiểm y tế công. Ngoài ra, giá thuốc nhìn chung cao hơn mức trung bình của Quốc tế. Những yếu tố đó có thể ảnh hưởng tới chi phí OOP cao.

Chính phủ Việt Nam đã và đang thực hiện nhiều biện pháp khác nhau đối với những thách thức nói trên ngoài việc xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản và phương thức chi trả. Để làm cho hệ thống bảo hiểm y tế minh bạch dựa trên bằng chứng, Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế (NACHIP) đã được thành lập.

Hội đồng có sự tham gia của tất cả các vụ cục trong Bộ Y tế, Cơ quan Bảo hiểm Xã hội, các cơ sở y tế, người sử dụng dịch vụ và các viện nghiên cứu. Hội đồng sẽ tư vấn về chính sách bảo hiểm y tế, đặc biệt là danh mục thuốc, dịch vụ y tế và vật tư do quỹ bảo hiểm y tế chi trả và giá cả cũng như sự cân bằng của quỹ bảo hiểm y tế. Công nghệ thông tin cũng đã được sử dụng để tăng hiệu quả của việc giám định yêu cầu thanh quyết toán bảo hiểm y tế để tối đa hóa chi phí của quỹ bảo hiểm y tế.

Kinh nghiệm của Nhật Bản và những nước khác (Chương 8)

Để xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế tại Việt Nam, kinh nghiệm và những bài học rút ra ở những nước khác có thể có giá trị. Tại Nhật Bản, cơ chế quản lý dựa vào bằng chứng đã được triển khai để rà soát việc thay đổi phí dịch vụ y tế cho phù hợp với chính sách y tế một cách thường xuyên. Về phương thức chi trả, Nhật bản áp dụng chi trả theo trường hợp cùng với phương thức DPC, tương tự như phương thức thanh toán theo nhóm trường hợp bệnh. Thái Lan cũng đạt được và đang duy trì bảo hiểm y tế toàn dân. Nước này cũng mở rộng bao phủ đối với khu vực không chính thức đi đôi với việc xem xét thận trọng tình hình kinh tế xã hội của người nông dân, đối tượng chính của khu vực không chính thức.

Khuyến nghị về Lộ trình Xây dựng Hệ thống Bảo hiểm y tế trong tương lai (Phần 9.2)

Xem xét phân tích tình hình được thực hiện ở các chương trước, Đoàn Khảo sát đề xuất lộ trình xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế trong tương lai tới năm 2020 và đưa ra các khuyến nghị về các lựa chọn để đảm bảo việc bảo vệ tài chính và tính bền vững của quỹ bảo hiểm y tế đối với các yếu tố sau:

- Tài chính y tế;
- Chương trình bảo hiểm y tế;
- Cơ chế quản lý hệ thống bảo hiểm y tế, đặc biệt gói quyền lợi và phương thức chi trả;
- Phương thức chi trả;
- Gói quyền lợi và gói Dịch vụ y tế cơ bản;
- Quản lý thông tin để quản lý hệ thống bảo hiểm y tế dựa trên bằng chứng; và
- Hệ thống thông tin để củng cố hiệu quả công việc liên quan tới bảo hiểm y tế.

Khuyến nghị về Hợp tác trong tương lai (Chương 10)

Đối với hợp tác kỹ thuật của Nhật Bản trong tương lai, cùng với sự phù hợp giữa những khuyến nghị nói trên và nguồn lực liên quan tại Nhật Bản, các cấu phần sau đã được đề xuất:

- 1 Cải thiện việc nhập số liệu và năng lực quản lý của nhân viên kế toán, nhân viên chịu trách nhiệm thanh quyết toán bảo hiểm và nhân viên lâm sàng
- 2 Phát triển năng lực của hội đồng/ tiểu ban để quản lý gói quyền lợi, điều chỉnh giá viện phí và phương thức chi trả.
- 3 Rà soát liên tục Gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả
- 4 Xây dựng các hướng dẫn thực hành lâm sàng do bảo hiểm y tế chi trả
- 5 Xây dựng phương thức chi trả theo nhóm chẩn đoán (DRGs)

Chương 1 Sơ lược và Tiến độ của Khảo sát

1.1 Hoàn cảnh

Để đạt được Bao phủ Y tế Toàn dân (UHC) với việc tăng tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế, Lộ trình của Việt Nam hướng tới Bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2011-2015 và 2020¹ (Lộ trình Bảo hiểm y tế toàn dân) được ban hành vào tháng 3 năm 2012. Lộ trình này nhằm đạt trên 80%² tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế và giảm tỷ lệ chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình xuống dưới 40% trong tổng chi phí y tế vào năm 2020. Theo Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân, những mục tiêu này cần đạt được thông qua việc cải thiện các dịch vụ của Gói quyền lợi, sự hài lòng của người bệnh, khả năng chi trả, giám định chi trả và hoàn trả viện phí cũng như sự ổn định của quỹ bảo hiểm y tế.

Để đạt được Lộ trình nói trên, Bộ Y tế Việt Nam (BYT) đã sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế năm 2014³ và phê duyệt Lộ trình Xây dựng và Thực hiện Gói Dịch vụ Y tế cơ bản do Bảo hiểm Y tế⁴ chi trả tại Việt Nam (Lộ trình Gói Dịch vụ y tế cơ bản).

Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản là một trong những biện pháp được thực hiện để đạt được những mục tiêu nói trên của Chính phủ Việt Nam. Việc này nhằm xây dựng gói quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp, Gói DVYTCB. Bộ Y tế chủ trương xây dựng Gói DVYTCB được áp dụng trên toàn quốc từ tháng 1 năm 2018 như đã nêu trong Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi (tháng 6 năm 2014).

Đồng thời, các phương thức chi trả cũng được xem xét lại để điều tiết các chi phí bảo hiểm y tế do Quỹ Bảo hiểm y tế có thể bị thâm hụt sau năm 2020 với các phương thức chi trả hiện thời.

Để khởi động các hoạt động liên quan tới dự án thí điểm, Chính phủ Việt Nam yêu cầu Chính phủ Nhật Bản hỗ trợ nhằm tăng cường quản lý cơ chế chi trả và Gói Dịch vụ y tế cơ bản. Để thu thập thông tin mới nhất phục vụ cho thiết kế dự án hợp tác kỹ thuật trong tương lai. Sau đó, Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản (JICA) đồng ý triển khai Khảo sát cơ bản về Gói Dịch vụ y tế cơ bản và Cơ chế chi trả tại Việt Nam (Khảo sát).

1.2 Mục tiêu

Mục đích của Khảo sát nhằm thu thập số liệu và thông tin cần thiết cho JICA để cung cấp những chi tiết về nhu cầu hợp tác kỹ thuật sử dụng hiệu quả những nguồn lực liên quan tại Nhật Bản. Do đó, Khảo sát nhằm đạt được ba mục tiêu nêu ở Bảng 1-1 có sự phối hợp chặt chẽ với các bên liên quan của Việt Nam.

¹ 538/QĐ-TTg

² Mục tiêu tăng tới 90% vào tháng 6 năm 2016.

³ 46/2014/QH13

⁴ Theo phỏng vấn và thảo luận trong Khảo sát, Gói DVYTCB được bảo hiểm y tế chi trả được hiểu là gói quyền lợi bảo hiểm y tế được sửa đổi để chi trả các dịch vụ “cơ bản”. Tuy nhiên, định nghĩa cụ thể chưa được thống nhất giữa các bên.

Bảng 1-1 Mục tiêu của Khảo sát

1. Phân loại các điều kiện tiên quyết của dự án hợp tác kỹ thuật

Đánh giá nhu cầu cho hợp tác kỹ thuật về dự thảo Gói Dịch vụ y tế cơ bản và hoàn chỉnh gói dịch vụ để áp dụng trên toàn quốc. Nghiên cứu về nguồn lực hợp tác tại Nhật Bản và các nước thành viên ASEAN khác.

2. Đưa ra khuyến nghị nhằm tăng cường dự thảo Gói dịch vụ y tế cơ bản và triển khai dự án thí điểm

Trước tiên, thu thập thông tin về thực trạng của lập dự thảo Gói Dịch vụ y tế cơ bản, khái niệm và kế hoạch thực hiện dự án thí điểm, tính sẵn có của số liệu cần thiết cho việc phân tích số liệu và năng lực ở các tỉnh điểm. Sau đó, đưa ra khuyến nghị để tập hợp các đối tượng cần đào tạo dựa trên phân tích thực trạng nói trên. Ngoài ra, lập dự thảo lộ trình hướng tới việc phát triển trên toàn quốc.

3. Đưa ra khuyến nghị về xây dựng chính sách của Bộ Y tế

Phân tích thực trạng chính sách và thực hiện các chính sách về bảo hiểm y tế và nguồn nhân lực y tế để đạt được bao phủ y tế toàn dân và xác định những thách thức cũng như các vấn đề ưu tiên. Ngoài ra, xác định các nguồn lực hợp tác tại Nhật Bản góp phần giải quyết những vấn đề đó và sau đó, xây dựng dự thảo ma trận chính sách trung hạn (từ ba tới năm năm) dựa vào những phân tích đã nêu trên.

1.3 Kế hoạch

Khảo sát được triển khai từ ngày 20 tháng 11 năm 2015 và kết thúc vào giữa tháng 3 năm 2017, là thời điểm nộp báo cáo kết thúc khảo sát.

Hình 1-1 trình bày lưu đồ công việc của Khảo sát. Dòng công việc được chỉnh sửa trong báo cáo tiến độ (P/R) nộp vào tháng 1 năm 2016 theo những thay đổi của các điều kiện tiên quyết:

- Về việc xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản, những kết quả phân tích thống kê ban đầu về việc sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và dịch vụ tại các tỉnh điểm đã được trình bày vào cuối tháng 11 năm 2016. Mặc dù các lựa chọn dự thảo của Gói Dịch vụ Y tế cơ bản cũng được trình bày, định nghĩa và tiêu chí để chọn các quyền lựa chọn đường như chưa được thống nhất giữa các cơ quan liên quan.
- Thông qua các cuộc phỏng vấn và cuộc họp với các bên liên quan của Bộ Y tế, có thể thấy rằng sự hiểu biết chung về mục tiêu, khái niệm và nội dung của Gói Dịch vụ Y tế cơ bản chưa được hình thành cũng như chưa được thảo luận kỹ càng. Trên cơ sở hướng dẫn của Thủ tướng vào tháng 6 năm 2016, Gói Dịch vụ y tế cơ bản đã được ban hành vào tháng 1 năm 2017 thay vì ban hành vào năm 2018. Do đó, thông tư về Gói Dịch vụ Y tế cơ bản sẽ được xây dựng mà không có các hoạt động triển khai thí điểm. Ngoài ra, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế cũng tham gia vào việc xây dựng Gói Dịch vụ Y tế cơ bản mặc dù Vụ Kế hoạch tài chính là đầu mối cho hoạt động này.
- Mặc dù Hội đồng Gói Dịch vụ Y tế cơ bản đã được thành lập vào tháng 12 năm 2015, Hội đồng Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế được quyết định thành lập vào tháng 3 năm 2016 bao gồm nhiệm vụ xây dựng Gói DVYTCB. Tháng 8 năm 2016, quyết định sửa đổi về việc thành lập Hội đồng Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế (NACHIP)⁵ được ban hành với danh sách các thành viên hội đồng mới và 5 tiểu ban. Dự thảo quy chế làm việc cũng được xây dựng. Tuy nhiên, Bản Tham chiếu (TOR) của các tiểu ban vẫn đang trong quá trình dự thảo.

⁵ Phần dịch tên Hội đồng sang tiếng Anh được thay đổi theo thảo luận với Vụ Bảo hiểm y tế

1.4 Phương pháp

Khảo sát thực hiện bởi Nhóm Tư vấn ký hợp đồng với JICA (dưới đây gọi tắt là Đoàn Khảo sát). Nghiên cứu văn bản tài liệu tại Việt Nam và Nhật Bản đã được thực hiện để thu thập các báo cáo, số liệu thống kê, văn bản pháp quy và các tài liệu liên quan khác. Các cuộc phỏng vấn mở và bán cấu trúc đã được tiến hành trong khi khảo sát tại thực địa. Bộ câu hỏi khảo sát được kèm theo Báo cáo Khởi đầu (IC/R). Việc tham quan trực tiếp các cơ sở y tế và cơ quan bảo hiểm cũng được triển khai tại các tỉnh được chọn.

Tại tuyến trung ương, Đoàn Khảo sát đã có những cuộc họp với Bộ Y Tế, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, các nhà tài trợ và khu vực tư nhân có liên quan. Đối với tuyến dưới, bốn tỉnh là Hòa Bình, Giai Lai, Bình Định và Đồng Tháp đã được lựa chọn thông qua thảo luận với Bộ Y tế. Những tỉnh đó được chọn từ sáu khu vực thu thập số liệu cho việc xây dựng Gói Dịch vụ Y tế cơ bản⁶ để tìm hiểu thực trạng liên quan tới hoạt động của hệ thống bảo hiểm y tế tại địa phương. Cũng theo Bộ Y tế, bốn tỉnh này được chọn để thu thập số liệu vì đại diện cho mỗi vùng miền ở khía cạnh các chỉ số kinh tế xã hội⁷. Tại bốn tỉnh đó, Đoàn Khảo sát đã tới thăm và làm việc với Sở Y tế (SYT), Bảo hiểm Xã hội tỉnh, các bệnh viện tỉnh, huyện và trạm y tế xã.

Đoàn Khảo sát đã tiến hành khảo sát tại thực địa ở Việt Nam như sau:

- Khảo sát thực địa lần 1: từ ngày 25 tháng 11 đến 28 tháng 12 năm 2015
- Khảo sát thực địa lần 2: từ ngày 31 tháng 1 đến ngày 3 tháng 2 năm 2016
- Khảo sát thực địa lần 3: từ ngày 16 tháng 2 đến ngày 25 tháng 3 năm 2016
- Khảo sát thực địa lần 4: từ ngày 29 tháng 5 tới 10 tháng 6 năm 2016
- Khảo sát thực địa lần 5: không liên tục từ ngày 29 tháng 8 năm 2016 tới 21 tháng 2 năm 2017

Lịch trình Khảo sát được trình bày ở Phụ lục 1.

Do có một số thay đổi trong phần điều kiện trước Khảo sát (Phần 1.3), một số hạng mục công việc đã được xem xét lại và sửa đổi thông qua thảo luận với các bên liên quan tại Nhật Bản và Việt Nam. Do đó, chu trình công việc cũng như kế hoạch cũng được sửa đổi cho phù hợp. Phiên bản cuối cùng được trình bày ở Hình 1-1 và Hình 1-2. Các phần tiếp theo mô tả quá trình chi tiết và phương pháp của mỗi hạng mục công việc.

1.4.1 Công tác chuẩn bị

Đoàn Khảo sát tổ chức các thông tin sẵn có tại Nhật Bản thông qua JICA, internet và các khảo sát liên quan trước đó. Sau đó, kế hoạch khảo sát thực địa được xây dựng và Đoàn đã nộp Báo cáo Khởi đầu cho JICA.

1.4.2 Mục tiêu 1: Phân loại những điều kiện tiên quyết của Dự án hợp tác kỹ thuật

1-1 Phân tích tình hình, xác định những thách thức, đánh giá nhu cầu đối với hợp tác kỹ thuật và khuyến nghị nguồn lực phù hợp của Nhật Bản về dự thảo Gói Dịch vụ y tế cơ bản đối với các vùng thí điểm

Đoàn khảo sát đã phân tích tình hình liên quan tới việc dự thảo Gói dịch vụ y tế cơ bản ở các vùng thí điểm. Chi tiết được mô tả ở Phần 3.3.5(2). Khuyến nghị về nguồn lực phù hợp với hợp tác kỹ thuật của JICA được mô tả ở Chương 10.

⁶ Hòa Bình, Bình Định, Giai Lai, Đồng Tháp và Hồ Chí Minh

⁷ Chẳng hạn như tỷ lệ nghèo, tỷ lệ già hóa, GDP trên đầu người v.v.

1-2 Phân tích tình hình, xác định những thách thức, đánh giá nhu cầu đối với hợp tác kỹ thuật và khuyến nghị về nguồn lực phù hợp của Nhật Bản về xây dựng và triển khai Gói Dịch vụ y tế cơ bản trên toàn quốc

Mặc dù dự thảo các lựa chọn chưa được trình bày trong quá trình khảo sát, Đoàn Khảo sát đã phân tích thực trạng xung quanh phù hợp với việc xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản cũng như phân tích những thách thức, nhu cầu hợp tác kỹ thuật (Chương 3 đến Chương 7 và Phần 9.1). Đồng thời, những kinh nghiệm có liên quan ở Nhật Bản và một số nước khác đối với những thách thức và nhu cầu đó cũng được phân loại và mô tả ở Chương 8.

1-3 Thu thập thông tin và lập bản đồ các nhà tài trợ/ viện nghiên cứu trong lĩnh vực bảo hiểm.

Thông qua các cuộc phỏng vấn và tìm kiếm tài liệu, Đoàn Khảo sát đã thu thập thông tin liên quan về các hoạt động tài trợ trong lĩnh vực bảo hiểm y tế. Kết quả cập nhật được tổng kết ở Chương 7.

1-4 Tìm ra ranh giới công việc và phương pháp trong trường hợp phối hợp với Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB)

Đoàn khảo sát trao đổi thông tin với ADV về sự hợp tác trong tương lai về bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, cuộc thảo luận chưa được thực hiện về sự phối hợp hay điều phối cụ thể. Do sự thay đổi tình hình về Gói dịch vụ y tế cơ bản và hội đồng, Đoàn khảo sát thể đưa ra khuyến nghị cụ thể về sự phối hợp với ADB trong tương lai.

1-5 Đề xuất chương trình đào tạo ngoài nước (tại Nhật Bản và một nước ASEAN khác) cũng bao gồm trong Nghiên cứu Xây dựng Kế hoạch Tổng thể

Đoàn Khảo sát đã tới làm việc tại các cơ quan liên quan ở Thái Lan để thảo luận về hợp tác trong tương lai cho Việt Nam trong lĩnh vực bảo hiểm y tế. Chương trình đào tạo ở nước ngoài được đề xuất cũng nằm trong dự án hợp tác tương lai được mô tả ở Chương 10.

1-6 Thu thập thông tin và lập bản đồ các cơ quan liên quan trong lĩnh vực bảo hiểm y tế

Đoàn Khảo sát đã phân loại các hạng mục công việc và thông tin cần thiết để triển khai hệ thống bảo hiểm y tế dựa trên bằng chứng và thu thập thông tin về từng bộ/ cơ quan/ vụ cục phụ trách mỗi hạng mục. Kết quả được mô tả ở Phần 3.4.4. Sau đó, Đoàn Khảo sát có khuyến nghị để có sự tham gia của tất cả các cơ quan đó vào vận hành hệ thống bảo hiểm y tế.

1.4.3 Mục tiêu 2: đưa ra khuyến nghị nhằm tăng cường dự thảo Gói Dịch vụ Y tế cơ bản và triển khai dự án thí điểm

2-1 Khuyến nghị về xây dựng Gói Dịch vụ Y tế cơ bản, lập kế hoạch dự án thí điểm và các yếu tố khác dựa vào mục 1-1 và 1-2

Dựa vào phân tích tình hình và kết quả thảo luận với các bên liên quan, Đoàn khảo sát đưa ra khuyến nghị kỹ thuật về xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản như trình bày ở Phần 9.2.5.

2-2 Phân tích tình hình và khuyến nghị về việc xây dựng và sửa đổi hệ thống chi trả giá dịch vụ y tế (cơ chế chi trả) và xây dựng thể chế

Trên cơ sở phân tích tình hình ở mục 1-2 nói trên và qua thảo luận với các bên liên quan tại Việt Nam và Nhật Bản, Đoàn Khảo sát đưa ra khuyến nghị về những chọn lựa của Chương trình Bảo hiểm Y tế, tài chính y tế, Phương thức chi trả và Gói Dịch vụ y tế cơ bản được mô tả ở Chương 9.

2-3 Khuyến nghị đối với khái niệm và triển khai dự án thí điểm hiện thời

Liên quan tới mục 1-2, Đoàn Khảo sát đưa ra khuyến nghị về thời gian và khái niệm của dự án thí điểm. Tuy nhiên, do định nghĩa và khái niệm của Gói Dịch vụ y tế cơ bản và phương pháp xây dựng thay đổi ở giai đoạn sau của Khảo sát, khuyến nghị về Gói Dịch vụ y tế và gói quyền lợi được đưa ra như mô tả ở Phần 9.2.5.

2-4 Khuyến nghị về chương trình đào tạo về cơ chế chi trả và Gói dịch vụ y tế cơ bản để triển khai dự án thí điểm.

Do dự án thí điểm không được thiết kế do sự thay đổi tình hình về dự thảo Gói dịch vụ y tế cơ bản và không đưa ra được khuyến nghị về chương trình đào tạo.

2-5 Dự thảo lộ trình hướng tới việc xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản trên toàn quốc

Liên quan mục 1-2 và 2-3, Đoàn khảo sát đã đề xuất lộ trình hướng tới Bao phủ Y tế toàn dân thay cho xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản trên toàn quốc được trình bày ở Chương 9.

2-6 Tư vấn về Hội Đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế (NACHIP)

Đoàn Khảo sát cung cấp những tư vấn về mặt kỹ thuật đối với việc xây dựng quy chế làm việc của Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế và phạm vi công việc của năm tiểu ban. Đoàn cũng phối hợp chặt chẽ với Vụ Bảo hiểm y tế để rà soát dự thảo quy chế làm việc và phân loại những hạng mục công việc đối với các tiểu ban dựa trên đầu ra của Mục 1-6 nói trên.

1.4.4 Mục tiêu 3: đưa ra khuyến nghị về xây dựng chính sách của Bộ Y tế

3-1 Phân tích tình hình và khuyến nghị đối với các hành động chính sách về phát triển năng lực nguồn nhân lực cho bảo hiểm y tế và bao phủ y tế toàn dân

Đoàn khảo sát nỗ lực thu thập nhiều thông tin về hệ thống hệ thống bảo hiểm y tế và bao phủ y tế toàn dân, không chỉ giới hạn ở nguồn nhân lực. Đoàn Khảo sát thấy rằng Gói dịch vụ y tế cơ bản không phải chỉ là một con đường để cải thiện hệ thống bảo hiểm y tế và góp phần vào bao phủ bảo y tế toàn dân. Ngoài ra, một cuộc khảo sát bổ sung cũng được tiến hành để nghiên cứu tình hình mới nhất sau khi có quy định thông tuyến bảo hiểm y tế tuyến huyện và giá viện phí mới. Kết quả khảo sát được mô tả ở Chương 2 đến Chương 6.

Dựa vào phân tích tình hình, Đoàn khảo sát đề xuất lộ trình hướng tới tăng cường hệ thống bảo hiểm y tế cùng với những hành động cần được thực hiện (Chương 9). Sau đó, dự thảo các hành động chính sách cũng được đưa ra.

3-2 Đề xuất ma trận chính sách hoặc lộ trình trung hạn/ dài hạn về bao phủ y tế toàn dân hoặc tăng cường hệ thống bảo hiểm y tế

Dự thảo các hành động chính sách được biên soạn trong dự thảo ma trận chính sách trình bày ở Chương 10.

3-3 Khuyến nghị đối với việc xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế ở Việt Nam, so với trường hợp của Nhật Bản, các nước ASEAN và những nước phát triển

Đoàn khảo sát đã tổng kết quá trình xây dựng và sửa đổi gói quyền lợi và phí dịch vụ y tế ở Nhật Bản, Thái Lan, Philippines, Vương quốc Anh, Đức và Mỹ (Chương 10). Dựa vào đó, khuyến nghị đối với việc xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế, hợp tác kỹ thuật trong tương lai được mô tả ở Chương 9 và Chương 10.

3-4 Khuyến nghị về sự phù hợp giữa hành động chính sách và nguồn lực hợp tác ở Nhật Bản

Liên quan về vấn đề nói trên, Đoàn khảo sát đã phân tích các nguồn lực hợp tác Nhật Bản phù hợp để đáp ứng nhu cầu hỗ trợ kỹ thuật của Việt Nam được trình bày ở Chương 10.

1.4.5 Hội thảo tại Việt Nam

Hội thảo lần thứ nhất được tổ chức vào ngày 1 tháng 3 năm 2016 với sự tham gia của các đại biểu từ Bộ Y tế, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, đại diện của các tỉnh, các viện nghiên cứu và nhà tài trợ liên quan. Trong Hội thảo, Đoàn Khảo sát đã báo cáo những phát hiện ban đầu của Khảo sát. Sơ lược về Cơ chế Quản lý thay đổi giá viện phí và việc thực hiện chính sách tại Nhật Bản cũng được trình bày để đáp ứng nhu cầu của các bên liên quan ở Việt Nam. Trong phần thảo luận, sự phối hợp liên ngành được nhận thấy là một trong những yếu tố quan trọng để xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế và đạt được bao phủ y tế toàn dân. Chương trình, biên bản và danh sách đại biểu của hội thảo được trình bày ở Phụ lục 2.

Hội thảo lần thứ hai bị hủy theo như kết quả thảo luận giữa Đoàn khảo sát và Vụ Kế hoạch Tài chính – Bộ Y tế. Thay vào đó, Đoàn khảo sát trình bày sơ lược những kết quả khảo sát và khuyến nghị đối với những đơn vị liên quan chủ yếu.

1.4.6 Tham quan tại Nước thứ ba

Trong số các quốc gia thành viên ASEAN, Thái Lan, Philippine và In đô nê xia đã xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế. Tổng quan được trình bày ở Chương 8. Trong ba nước đó, Đoàn Khảo sát đề xuất đi tham quan Thái Lan vì những lý do sau:

- Thái Lan đã tích lũy được nhiều kinh nghiệm và bài học rút ra trong quá trình xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế để bao phủ gần 100% dân số thông qua sự thành công của việc Bao phủ toàn dân (bao phủ toàn dân, bảo hiểm y tế dành cho lĩnh vực không chính thức) và triển khai Dịch vụ Bảo hiểm Xã hội (SSS, bảo hiểm y tế cho lĩnh vực chính thức) do Cơ quan Bảo hiểm Xã hội (SSO) thực hiện. Việt Nam có thể xem xét phương pháp phân tích chi phí của bao phủ toàn dân, cơ chế chi trả trong đó có định suất, phí dịch vụ và phương thức chi trả hỗn hợp, phân bổ ngân sách, trách nhiệm và trình về khái niệm chi phí ÔP trong bao phủ toàn dân và dịch vụ bảo hiểm xã hội cũng như xây dựng hệ thống cung cấp dịch vụ y tế phù hợp. Điều quan trọng là để tìm hiểu các cơ quan khác nhau triển khai mỗi chương trình bao phủ toàn dân cho lĩnh vực không chính thức chưa có giấy phép và dịch vụ bảo hiểm xã hội cho lĩnh vực chuyên môn chính thức.

Tuy nhiên, sau khi thảo luận với Bộ Y tế và JICA, chuyến tham quan nước thứ ba bị hủy vì những lý do sau:

- Hầu hết cán bộ chủ chốt đã được học tập kinh nghiệm của Thái Lan; và
- Mặc dầu Thái Lan có cơ chế chi trả tương tự với tầm nhìn tương lai của Việt Nam và có thể cung cấp thông tin hữu ích để xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế, phía Việt Nam lại muốn tập trung vào cơ chế quản lý chi trả và phí dịch vụ y tế của Nhật Bản

Đoàn Khảo sát và Bộ Y tế cũng thảo luận về khả năng đi thăm hai nước Philippine and In đô nê xia như sau:

- Tại Philippine, chính sách Philhealthcung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế tập trung bao gồm cả lĩnh vực không chính thức. Hệ thống đánh giá chất lượng bệnh viện có thể được tham khảo để cải thiện năng lực cung cấp

dịch vụ y tế. Tuy nhiên, tình hình có khác; khối tư nhân chiếm phần lớn trong các cơ sở y tế và chi phí OOP vẫn còn cao mặc dù tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế cũng đã cao.

- Tại In đô nê xia, toàn bộ chương trình bảo hiểm y tế được lồng ghép với Bảo hiểm Y tế Quốc gia (JKN). Mặc dù hệ thống tương tự với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam nhưng nó vẫn đang ở giai đoạn ban đầu và dường như có nhiều thách thức cũng như sai sót.

1.4.7 Tham quan tại Nhật Bản

(1) Tham quan về Hệ thống Bảo hiểm y tế tại Nhật Bản

Đoàn Tham quan đã thảo luận với các cơ quan liên quan tại Việt Nam và Nhật Bản về chương trình phù hợp có thể đáp ứng mong muốn nói trên về chuyến Tham quan tại Nhật Bản. Mục tiêu của chuyến tham quan là để học hỏi kinh nghiệm của chính phủ Nhật Bản và các địa phương trong việc xây dựng mạng lưới dịch vụ y tế địa phương và duy trì bao phủ y tế toàn dân tại vùng núi và vùng làm nông nghiệp. Chi tiết sẽ được xác định theo sự quan tâm và khả năng của các thành viên của đoàn. Trong đợt khảo sát thực địa lần thứ nhất, các bên liên quan của Việt Nam dường như quan tâm tới những điểm sau:

- Hệ thống và cơ chế thu thập và phân tích số liệu để cung cấp bằng chứng cho giám định chi phí y tế;
- Cơ chế phối hợp đạt đồng thuận về giám định phí y tế giữa các bên liên quan từ các cơ quan khác nhau;
- Hệ thống và cơ chế đảm bảo sự minh bạch của yêu cầu thanh toán bảo hiểm và chi trả cho cơ sở y tế; và
- Hệ thống kiểm soát dịch vụ khám chữa bệnh của các cơ sở y tế.;

Trong chuyến khảo sát thực địa lần hai, Đoàn khảo sát trình bày dự thảo chương trình Tham quan tại Nhật Bản với Bộ Y tế. Theo thỏa thuận với Bộ Y tế trong cuộc khảo sát thực địa lần hai, chuyến Tham quan tại Nhật Bản được tổ chức trong 10 ngày từ ngày 15 đến 24 tháng 5 năm 2016 tại Tokyo và tỉnh Nagano. Chương trình chính thức của chuyến tham quan được trình bày ở Bảng 1-2. Các đại biểu từ Bộ Y tế, cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Bộ Tài chính, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Sở Y tế Hà Nội, Sở Y tế tỉnh Hòa Bình và Gia Lai. Danh sách đại biểu được đề cập ở Phụ lục 3.

Như đã nêu trước đó, các học viên từ Việt Nam có nguyện vọng được học về hệ thống bảo hiểm y tế công của Nhật Bản. Nội dung chương trình được thiết kế để đáp ứng nguyện vọng đó. Chi tiết của mỗi phần được trình bày ở Phụ lục 3.

- (1) Tìm hiểu về lịch sử phát triển của hệ thống bảo hiểm y tế công ở Nhật Bản
- (2) Mối quan hệ giữa Chính sách bảo hiểm và Chính sách y tế
- (3) Đặc điểm hệ thống bảo hiểm y tế hiện tại ở Nhật Bản
- (4) Các biện pháp đối với việc già hóa dân số
- (5) Các biện pháp giảm chi phí y tế công
- (6) Vai trò và trách nhiệm của Hội đồng Y tế Bảo hiểm Xã hội Trung ương
- (7) Những đáp ứng về quản lý đối với gian lận trong khám chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế
- (8) Hoạt động của cơ quan bảo hiểm đối với việc điều tiết chi phí y tế
- (9) Phân tích số liệu của các cơ quan bảo hiểm và tăng cường chức năng của cơ quan bảo hiểm
- (10) Thực trạng và thách thức của việc thanh quyết toán bảo hiểm sử dụng hệ thống công nghệ thông tin.

- (11) Thu thập và phân tích số liệu đối với việc sửa đổi giá dịch vụ y tế sử dụng bởi Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi
- (12) Tình hình chăm sóc y tế dự phòng tại vùng nông thôn
- (13) Tình hình chăm sóc y tế dự phòng của cơ sở y tế
- (14) Ví dụ hoạt động đẩy nâng cao sức khỏe của chính quyền địa phương
- (15) Ví dụ về cơ chế cung cấp dịch vụ y tế ở vùng nông thôn

Bảng 1-2 Chương trình tham quan dự kiến tại Nhật Bản

Ngày	Thời gian	Hoạt động	Địa điểm
15/5 (CN)	15 :05	Tới Sân bay Quốc tế Haneda (VN384)	Tokyo
	17:30 - 18:30	Định hướng	
16/ 5 (T2)	9:30 - 10:00	Chào Xã giao tại trụ sở JICA	Tokyo
	10:10 - 12:10	Thuyết trình của Gs. Yoshinori Hiroi từ Đại học Kyoto	
	13:30 - 16:00	Thuyết trình của Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi	
17/5 (T3)	10:00 - 11:30	Thuyết trình của Cơ quan Giám định và Thanh toán Bảo hiểm Y tế	Tokyo
	13:30 - 16:00	Thuyết trình của Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi	
18 /5 (T4)	10:00 - 12:00	Thuyết trình của Hiệp hội Bảo hiểm Y tế Nhật Bản	Tokyo
	13:30 - 15:30	Thuyết trình của Liên đoàn Quốc gia các Hiệp hội Bảo hiểm Y tế	
19 /5 (T5)	9:00 - 11:30	Di chuyển tới thành phố Saku, tỉnh Nagano <Tàu cao tốc>	T/p Saku, Nagano
	13:30 - 16 :00	Thuyết trình của cán bộ Văn phòng Thành phố Saku	
	18 :00 – 21 :00	Ăn tối	
20 /5 (T6)	9:00 - 11:00	Thăm Bệnh viện Trung ương Saku thành lập bởi Liên đoàn Hợp tác xã Nông nghiệp tỉnh Nagano dành cho Y tế và Phúc lợi	T/p Saku, Nagano
	13:00 – 14:50	Thuyết trình của cán bộ Văn phòng Thị trấn Sakuho	
	15:30 - 17:00	Thăm Phòng khám Làng Kitaiki	
21/5 (T7)	10:00 – 12:00	Di chuyển về Tokyo <Tàu cao tốc>	Tokyo
22 /5 (CN)		Chuẩn bị bài trình bày nhóm	Tokyo
23/5 (T2)	9:30 – 12:30	Thuyết trình của Gs. Kenji Shimazaki, Đại học Quốc gia về Nghiên cứu Chính sách	Tokyo
	13:30 – 16:30	Tổng kết Hội thảo	
24/5 (T3)	16:35	Khởi hành về Hà Nội từ Sân bay Quốc tế Haneda (VN385)	

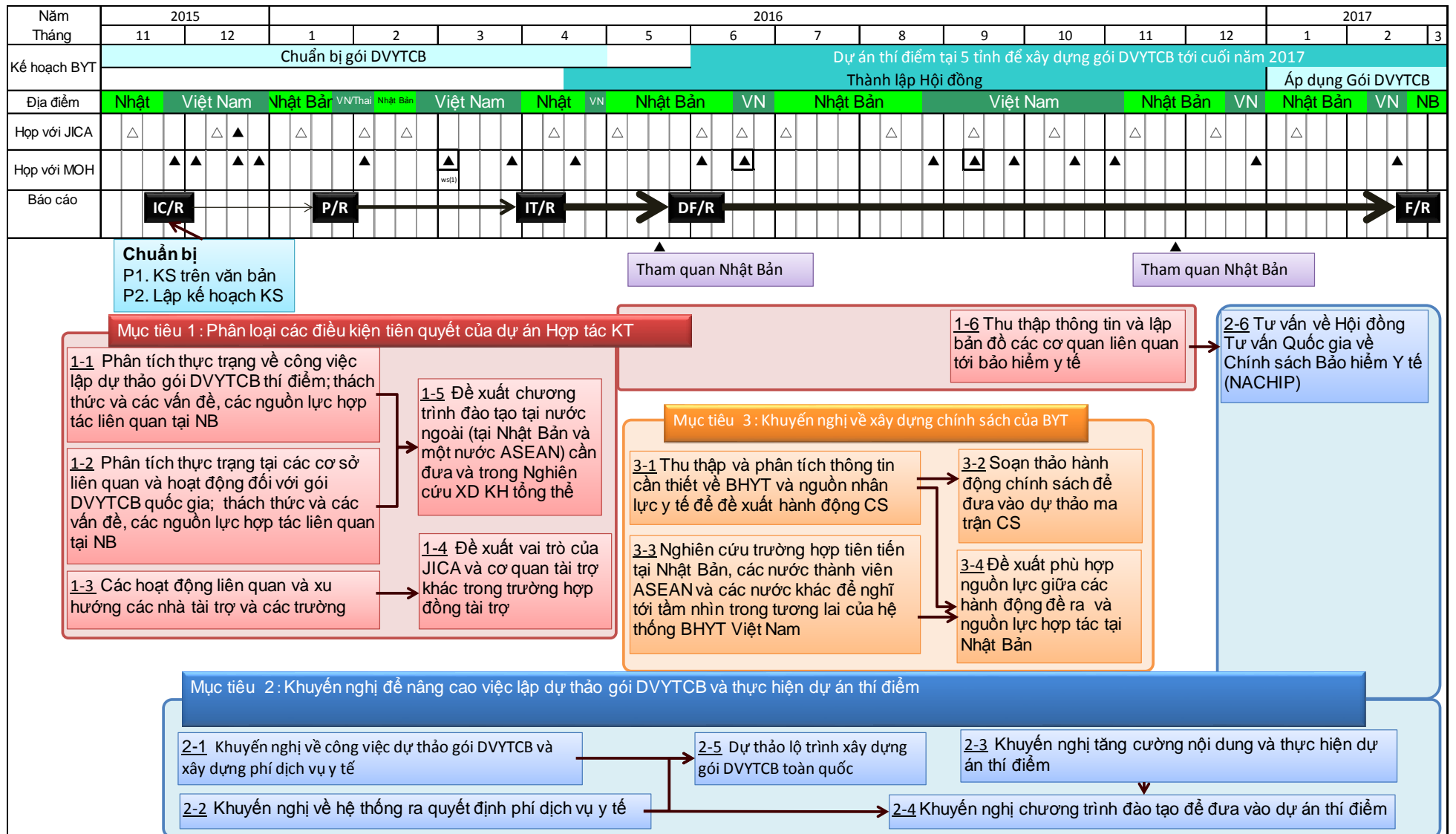
Tại thời điểm Định hướng vào ngày 15 tháng 5 năm 2015, tất cả các học viên được chia thành bốn nhóm và mỗi nhóm được thông báo trình bày tổng kết đợt tham quan vào ngày 23 tháng 5 năm 2016. Dựa vào đó, trong phần cuối cùng của chương trình, mỗi nhóm sẽ có bài trình bày của mình. Mục đích của bài trình bày là để phân loại những gì đã học được trong chương trình và những gì có thể là những biện pháp thực thi đối với những thách thức chủ yếu đối với Hệ thống bảo hiểm y tế tại Việt Nam. Chi tiết các bài trình bày được thể hiện ở Phụ lục 3.

Ngoài ra, các đại biểu cũng phải nộp ‘Báo cáo Đào tạo tại Nhật Bản’ cho người giám sát trực tiếp của mình để chia sẻ thông tin và kinh nghiệm cũng như sử dụng những thông tin đó tại nơi làm việc của mình.

Tại buổi cuối cùng của chuyến tham quan, ông Đặng Hồng Nam, Phó Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Y tế, Bộ Y tế đã kết luận rằng chuyến tham quan đã thành công và các học viên đã thu được nhiều thông tin góp phần vào cung cấp dịch vụ y tế hiệu quả cũng như sử dụng các ý tưởng của bảo hiểm y tế công của Nhật Bản hướng tới bao phủ y tế toàn dân ở Việt Nam.

(2) Tham quan về Công nghệ thông tin trong giám định thanh quyết toán bảo hiểm y tế

Để đáp ứng yêu cầu từ cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Đoàn Khảo sát hỗ trợ một đoàn tham quan tại Nhật Bản vào tháng 11 năm 2016 bao gồm đại diện của Ban Kinh tế Trung ương, Ban Tổ chức Trung ương và Cơ quan Bảo hiểm Xã hội. Trong tâm chính của đoàn là công nghệ thông tin trong giám định và thanh quyết toán bảo hiểm y tế nhằm áp dụng kinh nghiệm và công nghệ của Nhật Bản vào việc cải thiện giám định thanh quyết toán bảo hiểm y tế nhờ công nghệ thông tin. Hành trình và thành viên được đề cập ở Phụ lục 3.



Ghi chú: WS=Hội thảo, IC/R=Báo cáo khởi đầu, P/R=Báo cáo tiến độ, IT/R=Báo cáo giữa kỳ, DF/R=Dự thảo báo cáo kết thúc, F/R=Báo cáo kết thúc

Hình 1-1 Dòng công việc

Khảo sát Thông tin Cỡ bản về Gói Dịch vụ Y tế cỡ bản và Cỡ chế chi trả tại Việt Nam
Dự thảo Báo cáo Kết thúc Khảo sát

Hạng mục công việc	Năm/Tháng		2015												2016												2017		
	11	12	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		1	2	3
	Chuẩn bị tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần thứ nhất	Chuẩn bị tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần thứ hai	Chuẩn bị tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần ba (1)	Chuẩn bị tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần tư (2)	Báo cáo và tham quan tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần năm (3)	Báo cáo tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần sáu (4)	Báo cáo và tham quan tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần bảy (5)	Báo cáo tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần tám (6)	Báo cáo và tham quan tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần chín (7)	Báo cáo và tham quan tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần mười (8)	Báo cáo tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần mười một (9)	Báo cáo và tham quan tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần mười hai (10)	Báo cáo tại Nhật Bản	Công việc tại thực địa lần mười ba (11)	Báo cáo tại Nhật Bản		
Thảo luận với JICA	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
Thảo luận với các cơ quan liên quan của Việt Nam		▲																											
Viết và nộp báo cáo																													
R1. Báo cáo khởi đầu (LR)		☆																											
R2. Báo cáo tiến độ (PR)																													
R3. Báo cáo giữa kỳ (IPR)																													
R4. Dự thảo báo cáo kết thúc / Báo cáo kết thúc (DF/R⇒F/R)																											☆		
Công việc chuẩn bị																													
P1. Khảo sát trên văn bản																													
P2. Phân loại các đầu mục khảo sát																													
Mục tiêu 1: Phân loại các điểm kiến nghị quyết của dự án hợp tác kỹ thuật																													
1-1. Phân tích tình hình, xác định thách thức, đánh giá nhu cầu hợp tác kỹ thuật và khuyến nghị về sự phù hợp các nguồn lực của Nhật Bản trong việc lập dự thảo Gói DVYTCB cho các lĩnh vực thí điểm																													
1-2. Phân tích thực trạng, xác định những thách thức, đánh giá nhu cầu HTKT và khuyến nghị các nguồn lực phù hợp của Nhật Bản về xây dựng và thực hiện Gói DVYTCB																													
1-3. Thu thập thông tin và lập bản đồ các nhà tài trợ viện nghiên cứu về lĩnh vực BHYT																													
1-4. Đề xuất vai trò của JICA và cơ quan tài trợ khác trong trường hợp đồng tài trợ																													
1-5. Khuyến nghị về chương trình tham quan tại Nhật Bản và Thái Lan về việc xây dựng Gói DVYTCB và cải thiện hệ thống thanh toán phí dịch vụ y tế.																													
1-6. Thu thập thông tin và lập bản đồ các cơ quan liên quan tới lĩnh vực bảo hiểm y tế																													
Mục tiêu 2: Khuyến nghị nâng cao việc lập dự thảo gói DVYTCB và thực hiện dự án thí điểm																													
2-1. Khuyến nghị về kỹ thuật đối với việc lập dự thảo Gói DVYTCB và tăng cường nội dung của cơ chế chi trả																													
2-2. Phân tích tình hình và khuyến nghị về xây dựng và sửa đổi cơ chế chi trả và thiết lập thể chế																													
2-3. Khuyến nghị đối với thực trạng và nội dung tương lai cũng như thực hiện dự án thí điểm																													
2-4. Khuyến nghị đối với chương trình đào tạo tạo ra hệ thống thanh toán và triển khai dự án thí điểm Gói DVYTCB																													
2-5. Lập dự thảo kỹ trình hướng tới việc xây dựng Gói DVYTCB trên toàn quốc																													
2-6. Tư vấn về Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế (NACHIP)																													
Mục tiêu 3: Khuyến nghị xây dựng chính sách của BHYT																													
3-1. Phân tích tình hình của hệ thống bảo hiểm y tế và Khuyến nghị đối với tăng cường năng lực nâng cao quản lý hệ thống bảo hiểm y tế																													
3-2. Dự thảo ma trận chính sách bao gồm các hành động chính sách đã được hoàn chỉnh																													
3-3. Khuyến nghị đối với xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế tại Việt Nam, so sánh với trường hợp của Nhật Bản, các nước ASEAN và các nước phát triển																													
3-4. Khuyến nghị về sự phù hợp giữa hành động chính sách và nguồn lực hợp tác tại Nhật Bản																													
Hội thảo tại Việt Nam																													
S1. Thảo luận về kế hoạch, chương trình và thành phần tham gia																													
S2. Xếp xếp địa điểm																													
S3. Chuẩn bị tài liệu hội thảo																													
S4. Xếp xếp mời đại biểu																													
S5. Tổ chức hội thảo và chuẩn bị biên bản																													
Tham quan tại nước thứ ba																													
Tham quan tại Nhật Bản																													
J1. Thảo luận về kế hoạch, chương trình và thành phần tham gia																													
J2. Thảo luận với tổ chức tiếp nhận tại Nhật Bản																													
J3. Hỗ trợ chọn đại biểu																													
J4. Xếp xếp đi lại cho đại biểu																													
J5. Xếp xếp hành cần tại Nhật Bản																													
J6. Tổ chức tham quan và chuẩn bị báo cáo																													

Biểu tượng: □ LV tại Nhật ▲ LV tại thực địa △ Hợp (NB) ▲ Hợp (Việt Nam) ☆ Nộp dự thảo BC ★ Nộp báo Chi chú: *Thời gian tổ chức hội thảo, tham quan ở nước thứ ba và Nhật Bản sẽ được lên kế hoạch theo như thảo luận với các tổ chức liên quan.

Hình 1-2 Kế hoạch Công việc

Nguồn: Đoàn Khảo sát

Chương 2 Tổng quan về Bao phủ Y tế Toàn dân tại Việt Nam

Để đạt được Bao phủ Y tế Toàn dân (UHC), cần phải xem xét ba chiều sau; (1) tăng tỷ lệ bao phủ; (2) mở rộng bao phủ dịch vụ y tế và đảm bảo công bằng, và (3) giảm chia sẻ chi phí và phí dịch vụ. Tại Việt Nam, trọng tâm là làm thế nào để tăng độ bao phủ, trong khi đó hai chiều kia, đặc biệt là công bằng và bảo đảm tài chính chưa được chú trọng. Mặc dù Việt Nam đã có nhiều tiến bộ hướng tới thúc đẩy bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân trong 20 năm qua, vẫn còn những thách thức ở cả hai phía cung và cầu của ngành y tế (Bảng 2-1).

Bảng 2-1 Những thách thức về Bao phủ Y tế toàn dân tại Việt Nam

Phía cung	Phía cầu
<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ chi tiêu y tế từ tiền túi hộ gia đình cao (42,25% của tổng chi phí y tế, năm 2013) - Khu vực không chính thức, những người khó để xác định và được bảo hiểm y tế chi trả chiếm 80% dân số - Ít sử dụng dịch vụ được bảo hiểm (60 đến 65%, năm 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chất lượng dịch vụ y tế công thấp - Hệ thống chuyển tuyến chưa hoạt động tốt - Gói dịch vụ y tế quá rộng - Cơ chế chi trả tạo thành vệt cung - Số cơ sở y tế đăng ký KCB bảo hiểm y tế hạn chế (48.7%)

Tham khảo: [Bs. Phạm Lương Sơn, 2015], [Bộ Y tế, 2014] Bộ Y tế-Dự án HFG, 2016

Chương này nêu tổng quan về Bao phủ Y tế toàn dân tại Việt Nam từ ba chiều nói trên có xem xét về tình hình kinh tế xã hội.

2.1 Tình hình kinh tế xã hội

2.1.1 Nhân khẩu học

Theo thống kê năm 2014, tổng số dân của Việt Nam khoảng 90,7 triệu người và tăng 1,08% so với năm trước đó. Bảng 2-2 trình bày tổng số dân và tỷ lệ tăng dân số tại Việt Nam và các tỉnh được chọn⁸ trong 5 năm qua.

Bảng 2-2 Tổng số dân và tỷ lệ tăng dân số tại Việt Nam và các tỉnh được chọn trong 5 năm qua (2010 – 2014)

(Đơn vị: 1000)

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)
Cả nước	86.947,4	1,07	87.860,4	1,05	88.809,3	1,08	89.759,5	1,07	90.728,9	1,08
Hà Nội	6.633,6	2,50	6.761,3	1,93	6.865,2	1,54	6.977,0	1,63	7.095,9	1,70
Hà Nam	786,3	0,02	786,9	0,07	792,2	0,68	796,0	0,48	799,4	0,43
Hòa Bình	791,6	0,67	799,0	0,93	805,2	0,77	810,3	0,64	817,4	0,86
Nghệ An	2.934,1	0,67	2.955,9	0,75	2.983,3	0,92	3.011,3	0,94	3.037,4	0,87
Bình Định	1.492,0	0,31	1.498,2	0,42	1.502,4	0,28	1.509,3	0,46	1.514,5	0,34
Khánh Hòa	1.164,3	0,53	1.171,4	0,61	1.180,1	0,75	1.188,4	0,70	1.196,9	0,71
Gia Lai	1.301,6	1,61	1.321,7	1,55	1.340,5	1,42	1.359,1	1,39	1.377,8	1,37
Thành phố Hồ Chí Minh	7.346,6	2,09	7.498,4	2,07	7.660,3	2,16	7.820,0	2,08	7.981,9	2,07
Đồng Tháp	1.669,6	0,18	1.671,7	0,12	1.675,0	0,20	1.678,4	0,20	1.681,3	0,17

Tham khảo: [Tổng cục Thống kê, 2014]

Tỷ lệ tăng trưởng dân số tại các thành phố lớn như Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh cao hơn các tỉnh khác, và tình hình này có thể được tạo ra một phần từ tỷ lệ di dân nêu trong Bảng 2-3.

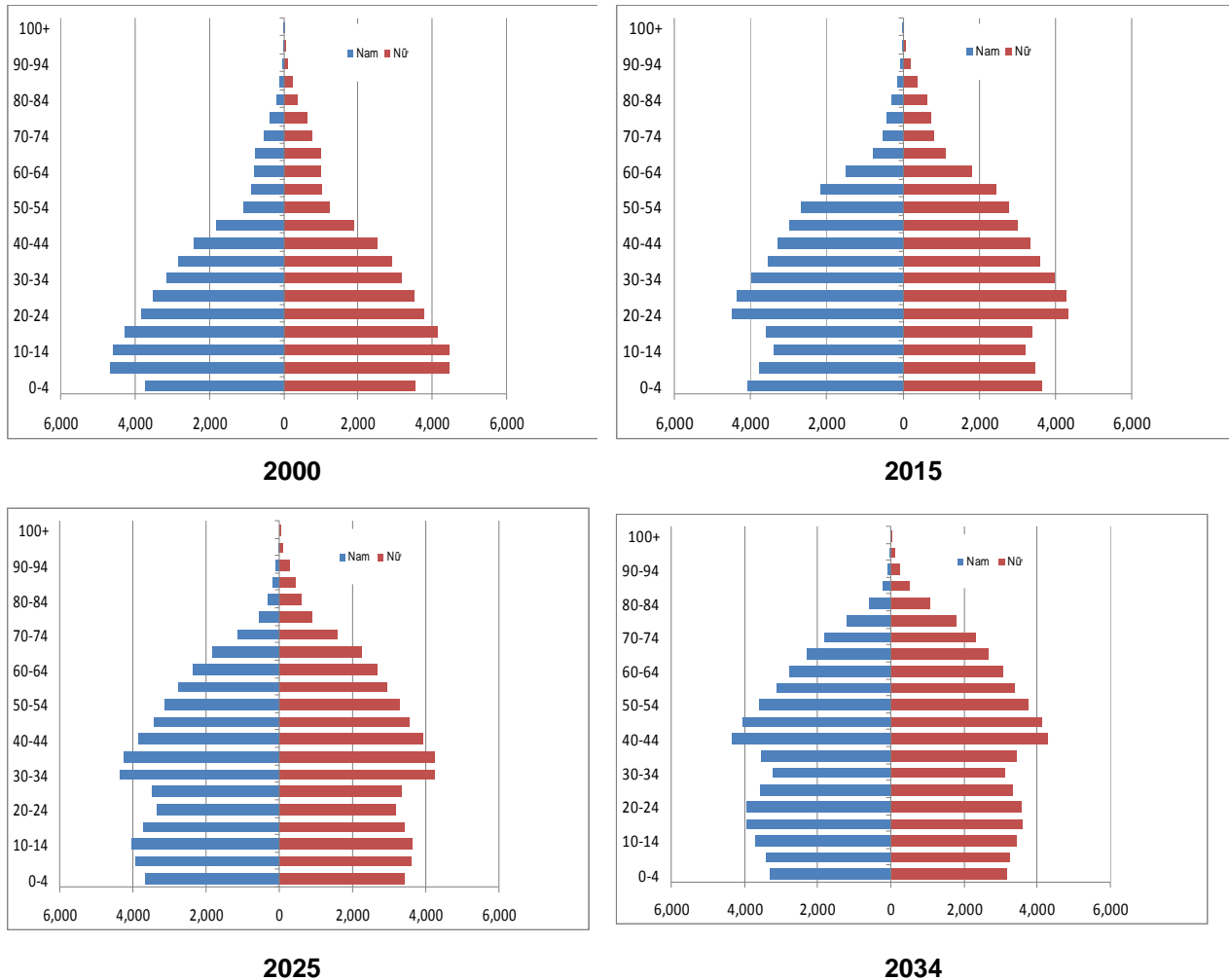
⁸ Các tỉnh được chọn trình bày trong báo cáo thống kê trong chương này là mục tiêu trong các dự án Xây dựng Gói DVYTCB giai đoạn 1 và 2 do LuxDev và USAID hỗ trợ. Chi tiết được mô tả ở Phần 3.2.2 (2).

Bảng 2-3 Tỷ lệ di dân tại các tỉnh được chọn

					(Đơn vị: %)
Hà Nội	5,9	4,7	2,7	0,3	-0,4
Hà Nam	-4,6	-4,0	-4,2	-0,1	-2,0
Hòa Bình	-2,0	-2,2	-3,7	-8,1	-5,0
Nghệ An	-7,6	-7,0	-9,6	-5,7	9,3
Bình Định	-3,9	-3,4	-7,1	-3,8	-3,9
Khánh Hòa	-8,3	-3,4	-2,3	-1,2	-3,8
Gia Lai	-2,2	-1,9	-0,4	-0,1	-1,8
Thành phố Hồ Chí Minh	18,3	11,5	7,6	6,2	5,5
Đông Tháp	-6,7	-5,4	-6,3	-5,7	-6,4

Tham khảo: [Tổng cục Thống kê, 2014]

Tháp dân số của Việt Nam từ năm 2000 tới năm 2034 được thể hiện ở Hình 2-1. Do có thể thấy từ hình dạng của tháp, rõ ràng là Việt Nam sẽ phải đối mặt với mối quan tâm lớn về vấn đề già hóa dân số.



(Đơn vị: nghìn)

Tham khảo: [Liên hợp quốc Phòng Kinh tế và các vấn đề Xã hội, 2015]

Hình 2-1 Tháp dân số Việt Nam từ 2000 tới 2034

Ngoài ra, Bảng 2-4 và Bảng 2-5 cho thấy toàn cảnh của vấn đề già hóa dân số nhanh ở Việt Nam. Tỷ lệ tăng dân số thấp hơn xét về tổng thể; tuy nhiên số dân ở độ tuổi trên 65 có thể tăng gấp đôi cho tới năm 2034, mặc dù dân số trẻ (0-14 tuổi) và độ tuổi lao động về mặt kinh tế (15-64 tuổi) lại giảm đi.

Bảng 2-4 Dự đoán Tỷ lệ Tăng Dân số theo Nhóm tuổi tại Việt Nam

	2019		2024		2029		2034	
	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)	Dân số (nghìn)	Tỷ lệ tăng(%)
Tổng số	95.354	5,18	99.466	4,31	102.678	3,23	105.092	2,35
0-14 tuổi	22.035	3,80	22.171	0,62	21.236	-4,22	20.008	-5,78
15-64 tuổi	66.712	4,58	68.673	2,94	70.291	2,36	71.524	1,75
65+ tuổi	6.606	17,19	8.622	30,52	11.150	29,32	13.560	21,61

Tham khảo [Tổng cục Thống kê, 2011]

Bảng 2-5 Dự đoán Tỷ lệ Già hóa dân số tại các tỉnh được chọn

(Đơn vị tính %)

	2019	2024	2029	2034
Cả nước	6,93	8,67	10,86	12,90
Hà Nội	7,67	9,52	11,74	12,75
Hà Nam	9,51	11,76	14,83	16,65
Hòa Bình	6,29	8,46	11,34	13,79
Nghệ An	7,73	9,17	11,25	12,88
Bình Định	8,03	9,07	10,46	13,04
Khánh Hòa	6,44	7,91	9,99	12,68
Gia Lai	4,30	5,41	6,96	8,49
Thành phố Hồ Chí Minh	5,55	7,52	9,81	12,23
Đồng Tháp	7,38	9,13	11,30	14,12

Tham khảo [Tổng cục Thống kê, 2011]

2.1.2 Hộ nghèo

Ủy ban Nhân dân xã và huyện triển khai khảo sát thực tế để xác định các hộ nghèo và cận nghèo theo hướng dẫn của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội. Tỷ lệ nghèo được tính theo thu nhập trung bình hàng tháng trên đầu người của hộ gia đình.

Xếp hạng nghèo của Chính phủ giai đoạn 2011-2015 được cập nhật theo Chỉ số Giá tiêu dùng (CPI) như sau [Thủ tướng Chính phủ, 2011]:

- Hộ nghèo ở vùng nông thôn: thu nhập trung bình: 400.000 VND/ người/ tháng.
- Hộ nghèo ở thành thị: thu nhập trung bình: 500.000 VND/người/ tháng.
- Hộ cận nghèo ở vùng nông thôn: thu nhập trung bình từ 401.000 đến 520.000 VND/ người/ tháng
- Hộ cận nghèo ở thành thị: thu nhập trung bình từ 501.000 đến 650.000 VND/ người/ tháng.

Bảng 2-6 thể hiện tỷ lệ nghèo tại các tỉnh được chọn, cho thấy rằng, tỷ lệ nghèo có giảm, nhưng vẫn có khoảng cách lớn giữa các tỉnh.

Bảng 2-6 Tỷ lệ nghèo tại các tỉnh được chọn

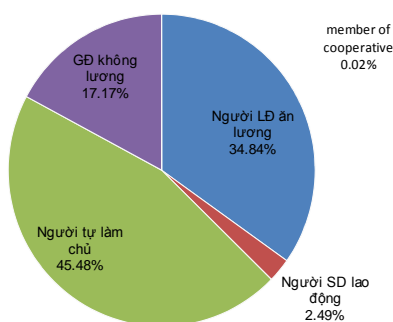
(Đơn vị tính: %)

Cả nước	14,20	12,60	11,10	9,80	8,40
Hà Nội	5,30	4,30	3,60	2,90	2,30
Hà Nam	12,00	10,50	9,10	7,90	6,60
Hòa Bình	30,80	27,70	24,50	21,80	18,30
Nghệ An	24,80	22,50	19,80	17,40	14,40
Bình Định	16,00	15,20	13,60	12,50	10,70
Khánh Hòa	9,50	8,80	8,00	7,30	6,20
Gia Lai	25,90	24,50	22,40	20,80	18,10
Thành phố Hồ Chí Minh	0,30	0,10	0,05	0,02	0,01
Đồng Tháp	14,40	12,90	11,60	10,20	8,60

Tham khảo: [Tổng cục Thống kê năm 2015]

2.1.3 Dân số trong độ tuổi lao động

Tại Việt Nam, 68% tổng dân số đều ở bất kỳ loại hình công việc nào đó. Tám mươi sáu phần trăm (86%) làm việc ở khu vực tư nhân góp phần 44% tổng sản phẩm quốc nội (GDP) [Tổng cục Thống kê năm 2015]. Về tình trạng việc làm, như đã nêu ở Hình 2-2, khoảng 60% dân số trong độ tuổi lao động thuộc là những lao động thuộc lĩnh vực không chính thức.



Tham khảo: [Tổng cục Thống kê năm 2015]

Hình 2-2 Dân số ở độ tuổi lao động (≥ 15) theo Tình trạng việc làm

Bảng 2-7 thể hiện tỷ lệ người lao động theo các ngành.

Bảng 2-7 Phân bố dân số ở độ tuổi lao động từ 15 tuổi và lớn hơn theo các nhóm ngành chính (2014)

	Cả nước (%)
Nông, lâm và ngư nghiệp	46,3
Sản xuất	14,4
Bán buôn, bán lẻ, sửa chữa ô tô, xe máy	12,4
Xây dựng	6,0
Khách sạn và nhà hàng	4,4
Giáo dục và đào tạo	3,5
Vận tải và kho bãi	2,9

Tham khảo: [Bộ KHĐT & Tổng cục Thống kê, 2015]

Ở Việt Nam, sản xuất nông nghiệp là lĩnh vực lớn nhất chiếm gần nửa dân số lao động. Sản xuất, lĩnh vực lớn thứ hai chỉ bằng một phần ba của sản xuất nông nghiệp. Số lượng nông dân đông như vậy được coi là lực lượng chủ yếu của lĩnh vực không chính thức ở Việt Nam.

2.1.4 Tình hình kinh tế

Sau khi thực hiện chính sách Đổi Mới vào cuối những năm 1980, khi Việt Nam chuyển từ nền kinh tế bao cấp tập trung sang nền kinh tế thị trường, kinh tế đã hồi phục thành công và tỷ lệ tăng Tổng Sản phẩm Quốc nội (GDP) đã đạt 9% trong năm 1995-1996. Mặc dù khủng hoảng kinh tế của Asian đã có những tác động tiêu cực, việc dòng đầu tư trực tiếp nước ngoài vào sản xuất tăng đã thúc đẩy xuất khẩu của Việt Nam và do vậy tỷ lệ tăng GDP là 7,2% từ năm 2000 đến 2010. Việt Nam đã trở thành thành viên chính thức của Tổ chức Thương mại Thế giới (WTO) vào năm 2007, và GDP trên đầu người đã vượt 1.000 Đô la Mỹ vào năm 2008. Gần đây, việc nhập khẩu tăng với nhịp điệu nhanh hơn xuất khẩu phản ánh nhu cầu nội địa mạnh mẽ đối với vốn và hàng tiêu dùng. Tăng trưởng GDP được dự báo lên tới 6,5% vào năm 2015 dù có mối lo ngại về việc vượt trần nợ công, trong khi lạm phát vẫn ở mức tương đối thấp (Bảng 2-8).

Bảng 2-8 Xu hướng tỷ lệ tăng GDP

(Đơn vị tính: %)

2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
6,7	7,5	7,1	5,6	5,4	6,4	6,2	5,2	5,4	5,9

Tham khảo: [Quỹ Tiền tệ Quốc tế, 2015]

2.2 Tài chính Y tế

2.2.1 Chính sách liên quan

Trong Tài khoản Y tế Quốc gia (NHA) năm 2012, việc phân tích tình hình và những khuyến nghị được đưa ra đối với việc phát triển tài chính y tế như tóm tắt ở Bảng 2-9. Điều đó thể hiện định hướng tìm kiếm các biện pháp để tăng chi phí y tế của chính phủ. Về kế hoạch dài hạn, Bộ Y Tế đang phối hợp để xây dựng dự thảo chiến lược tài chính y tế. Tầm nhìn xa như vậy là cần thiết để thiết lập định hướng và mục tiêu tổng thể rõ ràng của việc xây dựng hệ thống BHYT.

Bảng 2-9 Tổng hợp Xu hướng Phát triển đối với Tài chính Y tế

Định hướng chung	Các giải pháp cơ bản
1. Cải cách quản lý cơ sở y tế công <ul style="list-style-type: none"> Thúc đẩy sự hợp tác giữa công và tư hoặc các hình thức đầu tư tư nhân khác để giảm gánh nặng cho các cơ sở y tế công lập và cung cấp các lựa chọn đa dạng cho người dân. 	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ ngân sách không do chính phủ cấp tăng từ viện phí và quỹ bảo hiểm y tế là để chi cho 40% của tổng chi phí y tế công. Ngân sách cho nghiên cứu và phát triển cần được tăng thêm. Các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cơ bản được nâng cấp và đạt tiêu chuẩn quốc gia. Quản lý tài chính tự chủ được áp dụng ở các bệnh viện trung ương và bệnh viện tỉnh. Lộ trình đang được xây dựng. Khuyến khích các bệnh viện tìm kiếm nguồn thu nhập thay thế. Khuyến khích các cá nhân và tổ chức đầu tư vào dịch vụ y tế để giảm gánh nặng cho các bệnh viện công.
2. Cải cách chính sách viện phí <ul style="list-style-type: none"> Xem xét tất cả chi phí thực tế của dịch vụ y tế để tăng tiền lương cho nhân viên y tế và hỗ trợ những người bị tổn thương. 	<ul style="list-style-type: none"> Tăng nguồn lực tài chính cho điều trị, thu nhập của bảo hiểm y tế cần tăng thêm qua việc tăng tỷ lệ bao phủ trong đó có sự tham gia bảo hiểm của hộ gia đình. Giảm gánh nặng cho các bệnh viện trung ương, sửa đổi hệ thống viện phí để thúc đẩy người dân tới khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tuyến dưới.
3. Cải thiện chất lượng các dịch vụ bảo hiểm y tế. <ul style="list-style-type: none"> Rà soát cơ chế thanh toán, xem xét để vận động ngân sách nhà nước, các nguồn lực từ cộng đồng và hỗ trợ bên ngoài để tăng cường hỗ trợ những người bị tổn thương. 	<ul style="list-style-type: none"> Thực hiện cơ chế kiểm soát ngân sách hợp lý để giảm khoảng cách tài chính giữa các cơ sở y tế.
4. Xây dựng chiến lược dài hạn và kế hoạch ngắn hạn.	<ul style="list-style-type: none"> Xây dựng cơ chế ngân sách dựa vào chiến lược dài hạn và kế hoạch ngắn hạn.

Tham khảo: [Bộ Y Tế & Tổ chức Y tế Thế giới, 2013]

Bộ Y tế đang trong quá trình xây dựng chiến lược tài chính giai đoạn 2016-2025. Dự thảo Chiến lược đã được chuẩn bị có sự phối hợp với Bộ Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới và Bảng 2-10 tổng hợp tầm nhìn, các mục tiêu chiến lược cần đạt được vào năm 2035. Chiến lược sẽ được soạn thảo chi tiết dựa trên đầu vào và ý kiến từ các cơ quan liên quan cũng như các đối tác phát triển và sẽ được hoàn thành vào cuối năm 2016.

Bảng 2-10 Tổng hợp Chiến lược Tài chính Y tế của Việt Nam (2016-2025)

Tầm nhìn	Xây dựng hệ thống tài chính y tế bền vững, công bằng và hiệu quả hướng tới bao phủ chăm sóc y tế cho mọi người dân để người dân có cơ hội tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng khi cần mà không phải trả chi phí cao khám chữa bệnh hoặc trở thành người nghèo do các chi phí chăm sóc y tế gây ra.
Các mục tiêu chiến lược	<ul style="list-style-type: none"> Tăng Bao phủ Bảo hiểm Y tế mang tính bền vững, hướng tới bảo hiểm y tế toàn dân. Đảm bảo tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng mang tính hiệu quả và công bằng, đặc biệt là dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tăng cường bảo vệ tài chính cho người dân.
Mục tiêu	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt 85-90% Có chính sách và cơ chế chi trả cho hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc biệt là phòng chống các bệnh không lây nhiễm tại tuyến cơ sở. Tỷ lệ chi phí y tế công trong tổng sản phẩm quốc nội: >4.5% tổng sản phẩm quốc nội Tỷ lệ chi phí từ tiền túi người bệnh: < 30% tổng chi phí y tế Tỷ lệ hộ gia đình phải trả chi phí y tế thảm họa: < 2%

*Các mục tiêu hiện vẫn đang được thảo luận để có thể khả thi hơn.

Tham khảo: [Bộ Y tế, Tổ chức Y tế Thế giới, 2016]

2.2.2 Ngân sách ngành y tế

Ngân sách nhà nước tăng gần 30% trong năm 2010 và năm 2011; tuy nhiên, trong năm 2012 nó chỉ tăng có 2% và 12% vào năm 2013. Chi phí cho các dịch vụ kinh tế xã hội tăng lên 29% trong năm 2012 và 15% vào năm 2013. Tỷ lệ ngân sách của ngành y tế trong tổng ngân sách nhà nước tăng từ 3,45% năm 2009 lên 5,85% trong năm 2013 [Tổng cục Thống kê, 2015]. Theo Kế hoạch Bảo vệ Chăm sóc và Nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2016-2020 (Kế hoạch năm ngành y tế 2016-2020) xem Phần 3.3.2), cần phải có 742.320 tỷ đồng ngân sách nhà nước cho 5 năm⁹. Trung bình, ngân sách hàng năm khoảng 148.464 tỷ đồng, billion xấp xỉ 1,2 lần tổng chi phí y tế trong năm 2013.

Tuy nhiên, Kế hoạch Năm năm ngành Y tế giai đoạn 2016-2020 cần 1.371.853 tỷ Đồng (Bảng 2-11). Theo kế hoạch, Chính phủ Việt Nam đang xem xét để huy động các nguồn tài chính mới như thuế thuốc lá và rượu, đầu tư bên ngoài và các nguồn tài chính khác. Việc tự chủ tài chính của các bệnh viện cũng được thúc đẩy để tiết kiệm chi ngân sách nhà nước. Để tăng cường tự chủ tài chính, thanh toán từ bảo hiểm y tế cũng tăng lên qua việc bao gồm những mục chi thường xuyên cho phí dịch vụ y tế (xem Phần 4.1.3). Như nêu ở Bảng 2-11, mục 1, 2 và 3 dường như được chi trả bởi ngân sách nhà nước và mục 4 là các nguồn tài chính khác. Thanh toán từ quỹ bảo hiểm y tế chiếm 73% của mục 4 khoảng 91.092 tỷ đồng một năm. Đồng thời, Bảng 2-14 cho thấy, thu nhập hàng năm của quỹ bảo hiểm y tế trong năm 2016 dự tính khoảng 66.228 tỷ đồng.

Bảng 2-11 Ngân sách dự kiến cho Kế hoạch Năm năm Ngành Y tế giai đoạn 2016-2020

Hạng mục	Tổng tiền dự kiến
1 Đầu tư và phát triển	176.148
1-1 Tuyển xã	17.688
1-2 Tuyển huyện	9.130
1-3 Tuyển tỉnh	66.000
1-4 Tuyển trung ương	60.374
1-5 Các viện trung ương/ bệnh viện tuyển cuối	22.956
2 Chi phí y tế sự nghiệp	550.314
2-1 Ngân sách trung ương	178.939
a) Chi thường xuyên	98.687
b) Chi của các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế và dân số	19.392
c) Cấp bổ sung cho các địa phương	60.860
2-2 Cân bằng ngân sách địa phương	432.234
3 Chi phí y tế trong an ninh, quốc phòng và cải cách tiền lương	19.750
4 Chi từ các nguồn thu khác	625.641
4-1 Phí dịch vụ trực tiếp	164.402
4-2 Thanh toán từ quỹ bảo hiểm	455.462
4-3 Thu sự nghiệp khác	5.777
Tổng số	1.371.853

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2016]

2.2.3 Tổng chi phí y tế

Tổng chi phí y tế đã tăng đáng kể trong 20 năm qua. Trong thời kỳ lạm phát, chi phí y tế trên một đầu người đã tăng từ 14 Đô la Mỹ lên tới 111 Đô la Mỹ vào năm 2013, tăng gần gấp 8 lần trong 18 năm (Bảng 2-12). Tuy

⁹ Đối với kế hoạch năm năm trước đó 2011-2015, tổng chi là 357.971 tỷ đồng.

nhiên, tổng chi phí y tế là một phần của GDP không tăng từ 5% đến 6% như bảng bên dưới thể hiện và chi tiêu y tế của chính phủ được cho là thấp hơn so với dự kiến. Đặc biệt, phần ngân sách của Bộ Y tế trong tổng chi phí y tế khá thấp, chỉ khoảng 2%, trong khi đó phần của quỹ từ Bảo hiểm Xã hội Việt Nam tăng từ 2.4% trong năm 1995 lên tới 15.5% trong năm 2013.

Bảng 2-12 Xu hướng Tổng chi y tế

	1995	2000	2005	2010	2013
Tổng chi phí y tế theo % của GDP	5%	5%	5%	6%	6%
Tổng chi phí y tế trên đầu người (USD)	14	20	36	83	111
Chi phí từ tiền túi hộ GĐ trên đầu người (USD)	9	13	25	37	55
Tổng chi tiêu chính phủ cho sức khỏe(GGHE) theo tỷ lệ % của Tổng chi tiêu chính phủ (GGE)	7%	7%	5%	10%	9%

Tham khảo: [Tổ chức Y tế Thế giới, 2015]

Điều quan trọng cần lưu ý rằng chi phí y tế từ tiền túi hộ gia đình (OOP) vẫn chiếm khoảng gần 50% trong năm 2013¹⁰, mặc dù chi phí này cũng giảm dần, tuy nhiên vẫn còn rất cao so với mức khuyến nghị của Quốc tế là dưới 30% của tổng chi phí y tế (Bảng 2-13).

Bảng 2-13 Thành phần của chi phí y tế quốc gia

(Đơn vị tính Triệu đồng)

	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Chi phí y tế công	4.023.607	7.215.164	12.974.880	63.892.567	77.975.714	82.501.680	89.365.355
	(34,5%)	(30,9%)	(26,4%)	(46,5%)	(45,2%)	(42,5%)	(41,8%)
- Bộ Y Tế	544.300	880.375	1.295.041	2.949.212	3.095.718	4.078.371	4.417.668
	(4,6%)	(3,7%)	(2,6%)	(2,1%)	(1,7%)	(2,1%)	(2,0%)
- Chi phí bảo hiểm xã hội	283.000	1.418.010	4.340.499	23.579.170	30.894.605	30.550.663	33.092.306
	(2,4%)	(6,1%)	(8,8%)	(17,1%)	(17,9%)	(15,7%)	(15,5%)
- Các chi phí khác	2.783.410	4.319.090	6.022.651	33.221.102	39.437.621	43.143.948	47.161.603
Chi phí y tế tư nhân	7.636.133	16.097.199	36.167.870	73.363.620	94.422.273	111.332.731	123.987.817
	(65,5%)	(69,1%)	(73,6%)	(53,4%)	(54,7%)	(57,4%)	(58,1%)
- Tổ chức Phi Chính phủ	18.969	31.861	103.233	233.378	620.824	653.107	727.345
- OOP	7.463.789	15.392.472	33.239.505	61.541.169	78.570.549	94.656.716	105.416.255
	(64,0%)	(66,0%)	(67,6%)	(44,8%)	(45,5%)	(48,8%)	(49,4%)
- Các chi phí khác	153.375	672.866	2.825.132	11.589.073	15.230.900	16.022.908	17.844.217
Tổng chi phí y tế	11.659.740	23.312.363	49.142.750	137.256.187	172.397.987	193.834.411	213.353.172

Tham khảo: [Tổ chức Y tế Thế giới, 2015]

2.2.4 Thu và Chi của các cơ sở y tế

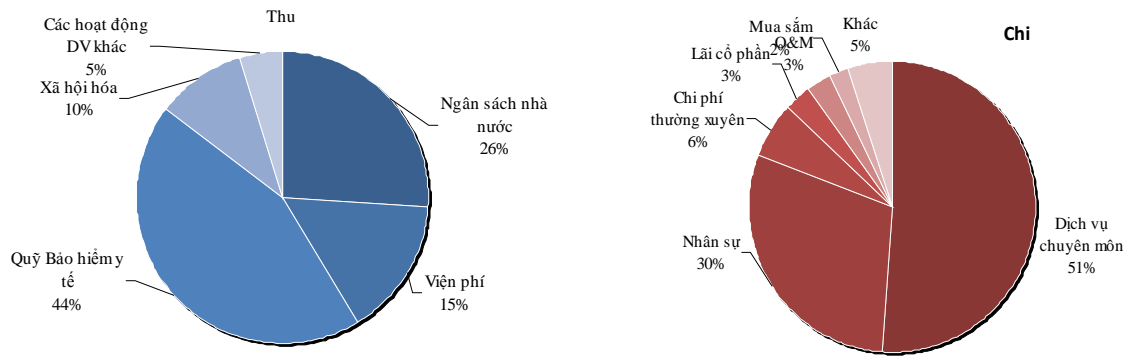
Theo nghị định tự chủ tài chính của các cơ sở y tế¹¹, tỷ lệ ngân sách nhà nước trong tổng thu giảm đi. Theo Khảo sát, ngân sách nhà nước chỉ chiếm khoảng dưới 10% ở các bệnh viện trung ương, 20% ở các bệnh viện tỉnh và 30% đến 50% ở bệnh viện huyện. Do đó, mỗi cơ sở y tế phải nỗ lực hết sức mình để có thêm nguồn tài chính như dịch trông xe, căng tin, ki-ốt v.v. Hình thức “Xã hội hóa” đã được thực hiện ở một số bệnh viện. Đường như có sự đồng đầu tư của xã hội để mua trang thiết bị hoặc cải thiện các loại hình dịch vụ khác. Các

¹⁰ Theo Vụ Kế hoạch Tài chính Bộ Y tế, dự kiến khoảng 38% trong Tài khoản Y tế Quốc gia năm 2013 được xuất bản vào năm 2016.

¹¹ Nghị định về Cơ chế Hoạt động và Cơ chế Tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và Giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập (85/2012ND-CP ngày 15 tháng 10 năm 2012)

nhà đầu tư có thể thu được tiền lãi từ lợi nhuận của việc vận hành máy móc cụ thể. Mặc dù hình thức này có thể hiệu quả để có thể đạt được mức độ đầu tư nhất định, nhưng nó cũng có thể tạo ra việc sử dụng các dịch vụ tràn lan có sử dụng những trang thiết bị xã hội hóa đó.

Hình 2-3 cho thấy ví dụ về mức thu và chi của một bệnh viện tỉnh. Thu từ quỹ bảo hiểm y tế chiếm 44% trong tổng thu nhập của bệnh viện.



Tham khảo: Bệnh viện ĐK tỉnh Bình Định

Hình 2-3 Ví dụ Thu và Chi của một Bệnh viện tỉnh

Khi điều chỉnh giá dịch vụ y tế bao gồm các chi phí cần thiết khác (bây cấu phần, xem ở Phần 4.1.3), việc phân bổ ngân sách nhà nước sẽ giảm từ từ giảm dần.

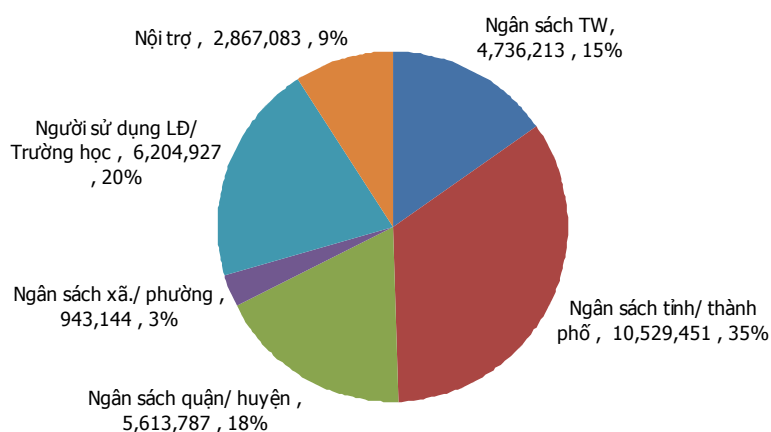
Những vấn đề chính được nêu qua phỏng vấn ở các bệnh viện nêu như sau:

- Các bệnh viện có thể chọn hệ thống thanh toán. Trong số 31 bệnh viện tại tuyến tỉnh và tuyến huyện tại tỉnh Gia Lai, 16 bệnh viện sử dụng hệ thống thanh toán theo giá dịch vụ, 15 bệnh viện còn lại sử dụng thanh toán theo định suất..
- Trạm y tế xã không có bác sỹ sẽ không được thanh toán bảo hiểm y tế khi chỉ có điều dưỡng thực hiện các thủ thuật khám bệnh, chữa bệnh phải do bác sỹ làm (ví dụ: khâu vết thương).
- Thặng dư quỹ bảo hiểm do ít sử dụng dịch vụ y tế vì chất lượng thấp ở một tỉnh sẽ được sử dụng để chi trả cho các tỉnh khác sử dụng nhiều dịch vụ.

2.2.5 Quỹ Bảo hiểm Y tế

Luật Bảo hiểm Y tế thông qua năm 2009 cung cấp cơ sở pháp lý về việc đánh dấu ngân sách nhà nước để bao cấp bảo hiểm y tế đối với các nhóm đối tượng rộng lớn..

Hình 2-4 thể hiện nguồn tài chính của quỹ bảo hiểm y tế cho tới năm 2010. Nguồn lực công cấu thành 70% của tổng Quỹ Bảo hiểm y tế do trên 70% những người tham gia bảo hiểm có tiền phí bảo hiểm của mình trên nền hỗ trợ công.



Nguồn: [Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới, 2013]

Tổng: 30.894.605 triệu đồng

Hình 2-4 Nguồn Quỹ Bảo hiểm Y tế (2010)

Như đã nêu ở Bảng 2-14, Quỹ Bảo hiểm Y tế đã bội chi vào năm 2007 và năm 2009. Dự kiến quỹ sẽ bị bội chi trong năm 2016. Điều này có thể là do việc tăng trung bình giá viện phí tới 30% (xem Phần 4.1.3).

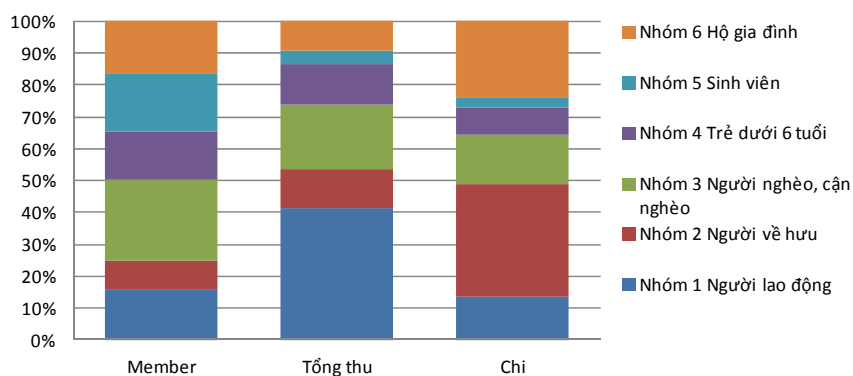
Bảng 2-14 Thu và Chi Quỹ Bảo hiểm Y tế (2001-2013, và dự tính trong năm 2016)

(Đơn vị: triệu VND)

Năm	Thu	Chi
2001	1.151.000	1.063.000
2003	2.027.000	1.524.000
2005	2.973.614	2.774.833
2007	6.284.000	8.124.000
2009	13.037.000	15.482.000
2011	29.266.623	25.330.650
2013	44.131.798	37.774.720
Dự kiến năm 2016	66.228.000	72.700.000

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2014] và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam

Hình 2-5 cho thấy số người tham gia, tổng thu và chi của quỹ bảo hiểm y tế. Thu trung bình trên một người lao động là cao nhất vì phí bảo hiểm được tính dựa theo lương của họ. Về các nhóm từ thứ hai cho tới thứ sáu, việc xem xét số tiền đóng phí được tính dựa vào mức lương tối thiểu, mức thu trung bình trên một người tham gia bảo hiểm tương tự như nhau mặc dù có 4 loại mức lương tối thiểu được áp dụng theo đặc điểm của mỗi tỉnh. Cũng có thể là có khả năng miễn giảm hoặc chưa thu được hết phí bảo hiểm. Chi phí cho một người tham gia bảo hiểm trong số những người về hưu là cao nhất vì chủ yếu là người cao tuổi.



	Ng tham gia (triệu)	Tổng thu (Tỷ đồng)	Chi (Tỷ đồng)	Tổng thu trên 1 ng tham gia	Tổng chi trên 1 ng tham gia
Nhóm 1 Người lao động	9.92	18,201.67	5,075.63	1,834,846	511,656
Nhóm 2 Người về hưu	5.31	5,451.36	13,316.10	1,026,621	2,507,740
Nhóm 3 Người nghèo, cận nghèo	15.86	8,880.33	5,886.96	559,920	371,183
Nhóm 4 Trẻ dưới 6 tuổi	9.28	5,591.68	3,290.75	602,552	354,607
Nhóm 5 Sinh viên	11.3	1,890.59	1,206.16	167,309	106,740
Nhóm 6 Hộ gia đình	10.09	4,116.17	8,999.12	407,945	891,885
Tổng số	61.76	44,131.80	37,774.72	714,569	611,637

Tham khảo: [Bộ Y tế năm 2014]

Hình 2-5 Số lượng thành viên, Thu và Chi Quỹ Bảo hiểm Y tế năm 2013

Về tổng thu, theo ước tính sơ bộ của đoàn Khảo sát là khoảng 61.643 tỷ Đồng. Con số này được tính theo Luật Bảo hiểm Y tế (năm 2008), lương bình quân (Nhóm 1) và lương tối thiểu¹² (Nhóm 2 tới Nhóm 6) phải bằng nhau theo luật. Cũng có thể là có khả năng miễn giảm hoặc chưa thu được hết phí bảo hiểm. Chi phí cho một người tham gia bảo hiểm trong số những người về hưu là cao nhất vì chủ yếu là người cao tuổi.

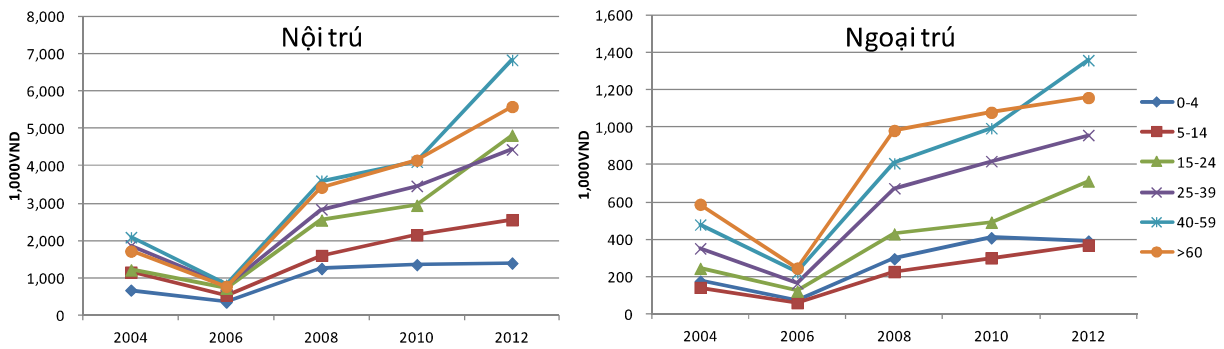
Chia sẻ nguy cơ trong hệ thống bảo hiểm y tế vẫn còn đứt đoạn cao và việc phân bổ lại được thực hiện còn ít trong số các quỹ bảo hiểm này thông qua dự trữ ở trung ương. Việc tái phân bổ này thường có xu hướng thoái lui ví dụ từ vùng nghèo sang vùng giàu. Khi Quỹ Bảo hiểm y tế của một tỉnh còn ngân sách, 80% của thặng dư quỹ cần phải được chuyển về quỹ dự trữ và 20% còn lại sẽ được phân bổ để mua trang thiết bị y tế, phương tiện vận chuyển tại tuyến huyện hoặc hỗ trợ cho Quỹ Hỗ trợ Người nghèo cho tới 31 tháng 12 năm 2020. Từ ngày 1 tháng 1 năm 2021, toàn bộ kết dư quỹ sẽ được chuyển về quỹ dự trữ trung ương để điều phối chung.

2.2.6 Chi phí Y tế Hộ gia đình

(1) Chi phí y tế trên đầu người theo nhóm tuổi

Chi phí y tế trên đầu người theo nhóm tuổi không quá cao (Hình 2-6) do trẻ em dưới sáu tuổi không phải thanh toán đồng chi trả bảo hiểm y tế. Mặc dù tỷ lệ chi trả cho đối tượng hưu trí thấp (5%), nhưng chi phí y tế trên đầu người đối với những người trên 60 tuổi vẫn còn cao. Do người cao tuổi nhận lương hưu chỉ 20% trong số những người đủ tiêu chuẩn và 20% được khám chữa bệnh miễn phí hoặc trợ cấp cho người cao tuổi (≥ 80) [JICA, 2014], hầu hết họ có thể thuộc nhóm khác đồng chi trả cao hơn hoặc không tham gia bảo hiểm.

¹² [Tổng cục Thống kê, 2015]



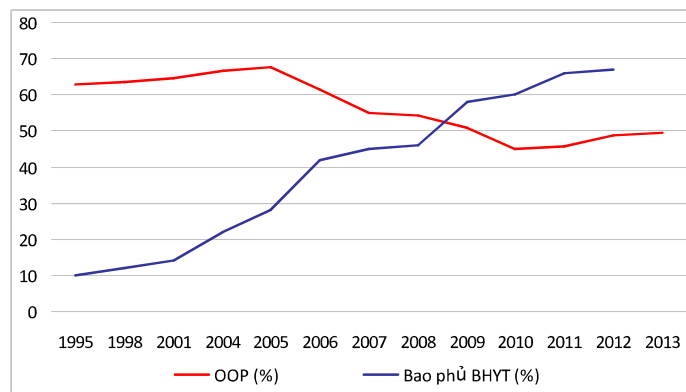
Tham khảo: [Tổng cục Thống kê 2013]

Hình 2-6 Chi phí y tế trên đầu người theo nhóm tuổi (2004-2012)

(2) Chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình

Cho tới cuối những năm 1980, Việt Nam có hệ thống y tế kiểu xã hội chủ nghĩa cung cấp dịch vụ cho toàn dân miễn phí. Sau khi Chính sách Đổi Mới bắt đầu, giá dịch vụ y tế chính thức được bắt đầu áp dụng tại các cơ sở y tế công và thị trường được phẩm được giải phóng. Kết quả là chi tiêu y tế trực tiếp từ hộ gia đình (OOP) đã lên tới trên 70% vào đầu những năm 1990. Sau nhiều chương trình bảo hiểm tự nguyện, năm 1992, chính phủ bắt đầu chương trình bảo hiểm bắt buộc trên toàn quốc đối với cán bộ công chức, công nhân ở lĩnh vực chính thức, cán bộ hưu trí v.v. Năm 2002, quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo được hình thành để cung cấp chi phí dịch vụ y tế, dẫn tới chương trình bảo hiểm bắt buộc cho người nghèo.

Thời gian đó, tỷ lệ bao phủ cho người tham gia bảo hiểm đạt được 70%, trong khi chi phí OOP không giảm mạnh mà vẫn ở khoảng 50% (Hình 2-7).



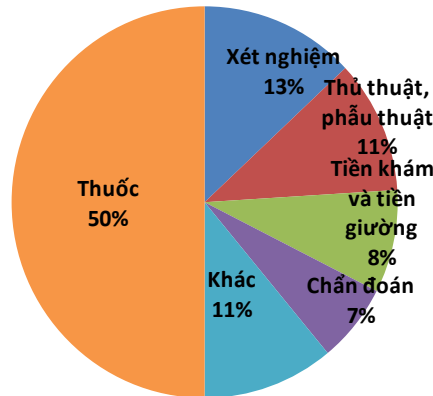
Tham khảo: [Tổ chức Y tế Thế giới năm 2015] [JICA năm 2014]

Hình 2-7 Chi phí OOP và bao phủ bảo hiểm y tế ở Việt Nam (1995-2013)

Việc chia sẻ nhiều chi phí OOP trong khi có tới 30% tổng dân số không có bất kỳ hình thức bảo vệ tài chính nào như bảo hiểm y tế, có nghĩa là nhiều gia đình đặc biệt là người cận nghèo có thể gặp khó khăn khi họ bị ốm. Các hộ gia đình có thể không lựa chọn các dịch vụ y tế để tránh chi phí.

Một lý do nữa tại sao người được bảo hiểm lại phải trả chi phí tiền túi là chi tiền để mua thuốc từ các cửa hàng thuốc, chi cho cơ sở y tế tư nhân và đồng chi trả tại các cơ sở y tế công lập. (Hình 2-8). Từ khi thanh toán của Cơ quan BHXHVN không bao phủ toàn bộ gói quyền lợi do bảo hiểm y tế chi trả, các bệnh viện phải hồi phục chi phí của mình bằng cách thu thêm phí từ người bệnh.

Trong các chi phí OOP của năm 2009, 44% đã được chi cho tiền viện phí tại các cơ sở y tế công lập, 22% chi trả cho các cơ sở y tế tư nhân và 35% chi cho việc tự mua thuốc. [Ngân hàng Thế giới, 2014]



Tham khảo: [Bs. Phạm Lương Sơn, 2015]

Hình 2-8 Cơ cấu chi phí y tế

(3) Chi phí y tế thảm họa

Trong số chi phí y tế hộ gia đình, 74% dành cho điều trị và 17% dành cho tự mua thuốc uống. Như đã nêu ở Bảng 2-15, hộ gia đình có chi phí y tế thảm họa khoảng 4% tới 5% thậm chí sau khi Luật Bảo hiểm Y tế được ban hành vào năm 2019. Từ năm 1998, khoảng 2% đến 3% hộ gia đình trở nên nghèo khó do các Chi phí Y tế

Bảng 2-15 Hộ gia đình với Chi phí y tế thảm họa và sự bần cùng hóa (%)

	1992	1998	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Hộ gia đình có chi phí y tế thảm họa	8,2	5,8	4,7	5,7	5,1	5,5	3,9	4,2
Hộ gia đình bần cùng hóa	5,3	3,3	3,4	4,1	3,1	3,5	2,5	2,5

Lưu ý: Chi phí Y tế thảm họa xảy ra khi tổng chi phí y tế từ tiền túi hộ gia đình dành cho chi trả y tế tương đương hoặc trên 40% khả năng chi trả của hộ gia đình.

Bần cùng hóa: Một hộ gia đình không nghèo bị bần cùng hóa do chi trả chi phí y tế khi hộ đó trở nên nghèo khó sau khi thanh toán các dịch vụ y tế.

Nguồn: [Hoàng Văn Minh và cộng sự năm 2015]

2.3 Bao phủ dân số

Việt Nam tăng bao phủ Bảo hiểm Y tế tới 72.5 % (Vụ Bảo hiểm Y tế, Bộ Y tế) của tổng số dân vào năm 2015 và dự kiến bao phủ khoảng 80% tới năm 2020.

Như trình bày trong Bảng 2-16, tỷ lệ bao phủ chung đã tăng dần kể từ những năm 1990. Tuy nhiên, nhìn gần hơn vào xu hướng cho thấy số thành viên tự chi trả phí bảo hiểm cho mình không tăng so với 10 triệu người tham gia bảo hiểm bắt buộc được chính phủ hoặc người sử dụng lao động hỗ trợ. Để đạt được bảo hiểm y tế toàn dân, chương trình bảo hiểm y tế của Việt Nam cần vươn tới lĩnh vực tự nguyện.

Bảng 2-16 Xu hướng Bao phủ Bảo hiểm Y tế

(Đơn vị tính 1000)

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011
Bắt buộc	6.069	6.469	6.977	11.990	25.746	29.059	41.168	42.139	47.808
Tự nguyện	3.823	3.930	6.048	6.400	11.120	10.690	8.901	10.268	10.268
Tổng số người tham gia BH	9.892	10.399	13.025	18.390	36.866	39.749	50.069	52.407	58.484

Tham khảo: [Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới năm 2013]

Bảng 2-17 trình bày chi tiết thực trạng bao phủ bảo hiểm bởi các nhóm tham gia bảo hiểm khác nhau. Tỷ lệ bao phủ thấp dường như xuất hiện cả ở hai nhóm thu nhập thấp và thu nhập cao. Trước kia là những người nhận trợ cấp thất nghiệp, cận nghèo và nông dân; trong khi đó về sau này là những người lao động làm việc tự do và người lao động trong khối tư nhân. Mặc dù bắt buộc, người lao động ở khu vực tư nhân có tỷ lệ đóng bảo hiểm thấp. Điều đó phản ánh việc tuân thủ kém của các doanh nghiệp nhỏ đang chiếm khoảng 95% tổng số các công ty của Việt Nam¹³.

Bảng 2-17 Thực trạng bao phủ ở các Nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế (2010)

Nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm	Tổng dân số (1,000)	Người đã tham gia BH (1,000)	Tỷ lệ bao phủ (%)
Mức đóng góp 4.5% tiền lương	15.238	9.506	62,4
Cán bộ công chức	3.142	3.142	100,0
Người lao động trong khối tư nhân	11.911	6.361	53,4
Sinh viên nước ngoài thuộc chương trình học bổng của chính phủ	3	3	100,0
Cán bộ xã (bầu cử)	182	0	0
Mức đóng góp của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam	2.305	2.174	94,3
Hưu trí	920	920	100,0
Người nhận trợ cấp bảo hiểm xã hội	1.305	1.254	96,1
Người nhận trợ cấp thất nghiệp	80	0	0
Mức đóng góp của Chính phủ (hỗ trợ hoàn toàn)	30.561	24.675	80,7
Cán bộ xã	41	40	97,6
Người có công	1.791	1.791	100,0
Cựu chiến binh	374	350	93,6
Người có công với Cách Mạng	322	0	0
Đại biểu Quốc hội và Hội đồng Nhân dân	123	119	96,7
Người nhận trợ cấp bảo vệ xã hội	843	384	45,5
Người nghèo và dân tộc thiểu số	13.945	13.511	96,9
Người phụ thuộc của người có công	869	0	0
Người phụ thuộc của sỹ quan Bộ Quốc phòng và Bộ Công an	1.281	297	23,2
Trẻ dưới 6 tuổi	10.103	8.183	81,0
Mức đóng góp của chính phủ (hỗ trợ một phần)	19.879	10.499	52,8
Cận nghèo	6.081	692	11,4
Sinh viên	13.798	9.807	71,1
Đóng góp cá nhân	18.552	3.917	21,1
Người phụ thuộc của những người làm công và công chức	6.820	0	0
Nông dân, thành viên hợp tác xã và doanh nghiệp hộ gia đình	11.732	3.917	33,4
Tổng	86.866	50.771	58,5

Tham khảo: [Trần Văn Tiến, Hoàng Thị Phương và cs, năm 2011]

Mỗi lĩnh vực có thể với tới đều tham gia đóng bảo hiểm vì Chính phủ Việt Nam đã hỗ trợ đầy đủ để đóng phí cho những nhóm khó khăn về mặt xã hội. Mục tiêu bao phủ 80% trong năm 2020 có vẻ khó đạt được vì không đủ khả năng để tăng độ bao phủ.

Bảng 2-18 trình bày số liệu mới nhất (năm 2014) theo phỏng vấn. Mặc dù số liệu chính xác chưa thu được, mức độ bao phủ ở các đối tượng cận nghèo, những người làm nông nghiệp, lâm nghiệp và ngư nghiệp còn rất

¹³ Doanh nghiệp siêu nhỏ là doanh nghiệp có dưới 10 lao động, trong ngành nông nghiệp, sản xuất và xây dựng được xác định là có vốn từ 200 triệu đồng và số lao động từ 10 tới 200 người. Doanh nghiệp nhỏ trong lĩnh vực bán buôn, bán lẻ và dịch vụ được xác định có mức vốn là 100 triệu đồng và số lao động từ 10 tới 50 người (JICA, (2012) “Dự án JICA Tăng cường hỗ trợ đối với các Doanh nghiệp vừa và nhỏ tại Việt Nam”, số liệu gốc từ “Sách Trắng về các doanh nghiệp vừa và nhỏ của Việt Nam năm 2011.”).

thấp. Người lao động ở khu vực tư nhân cũng tham gia bảo hiểm dưới 50%. Chương trình bảo hiểm tự nguyện đã thay đổi sang bảo hiểm bắt buộc theo hộ gia đình theo luật Bảo hiểm y tế sửa đổi.

Bảng 2-18 Bao phủ Bảo hiểm Y tế trong năm 2014

Chương trình	%	Chương trình	%
Cán bộ công chức	100	Nông, lâm, ngư nghiệp	Rất thấp
Người nghèo	100	Người lao động trong khối tư nhân	48
Trẻ dưới 6 tuổi	100	Sinh viên	94
Cận nghèo	Rất thấp	Tự nguyện	34

Nguồn: Bảo hiểm Xã hội Việt Nam

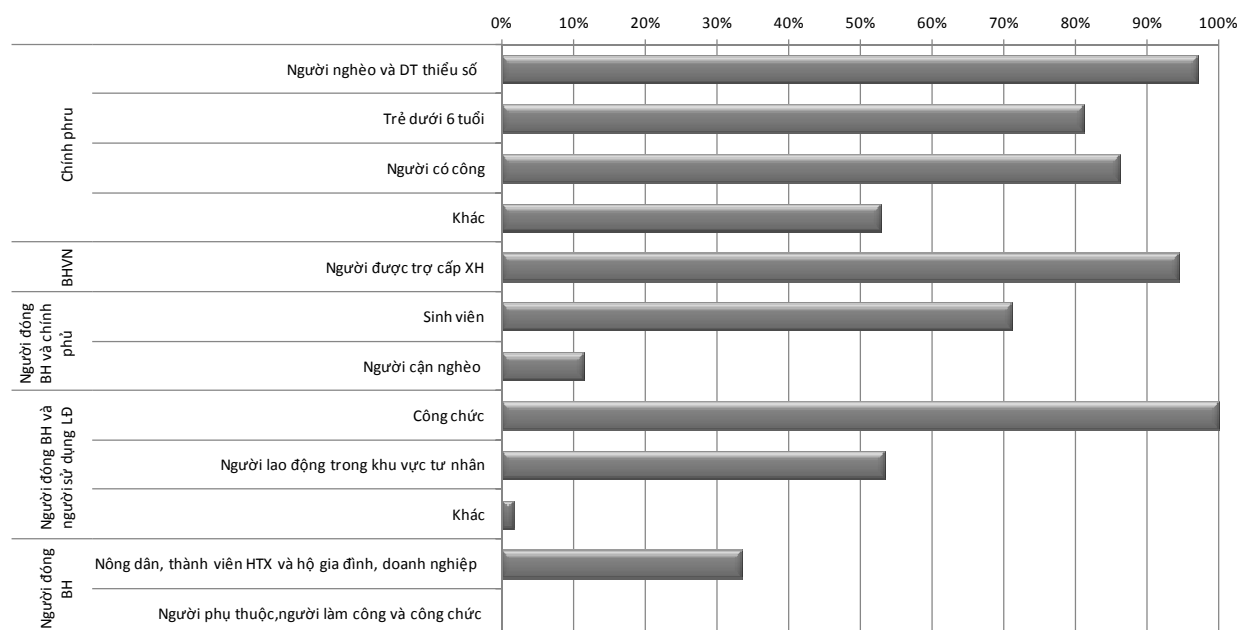
Theo Bảo hiểm XHVN, tỷ lệ tham gia bảo hiểm của thành viên các hộ gia đình khoảng 28% và vẫn còn rất thấp trong năm 2015. Về những người lao động trong lĩnh vực nông, lâm, ngư nghiệp, tỷ lệ này chỉ có 4 tới 5%. Đặc biệt là những người sống ở vùng sâu vùng xa và hải đảo không sẵn lòng tham gia bảo hiểm y tế.

Theo phỏng vấn, lý do chính hộ cận nghèo không đóng bảo hiểm y tế là do khó khăn về tài chính, trong khi đó người giàu là do uy tín thấp của dịch vụ y tế công và họ thích dịch vụ y tế tư nhân hơn.

Ở hầu hết các nước theo đuổi bao phủ chăm sóc y tế toàn dân, việc tiếp cận khu vực không chính thức vẫn còn là thách thức. Vấn đề chủ yếu trong việc cung cấp bảo hiểm y tế đối với lĩnh vực không chính thức bao gồm cả tỷ lệ tham gia bảo hiểm thấp, khó khăn trong việc thu phí và lựa chọn không có lợi.

Việt Nam cũng phải đối mặt với vấn đề “phần giữa còn thiếu” khi có sự tham gia bảo hiểm cao ở các nhóm thu nhập thấp và thu nhập cao vì thế những người không thuộc hộ nghèo ở lĩnh vực không chính thức bị bỏ lại phía sau. Nhìn chung, lĩnh vực không chính thức được coi là những người lao động “không được trả lương” và họ không có mối quan hệ giữa người lao động và người sử dụng lao động như người lao động làm việc không cố định làm theo thời vụ hoặc công nhật hoặc làm việc tự do [Ngân hàng Thế giới 2014].

Hình 2-9 thể hiện tỷ lệ bao phủ ở các nhóm tham gia bảo hiểm khác nhau. Rõ ràng là tỷ lệ bao phủ của nhóm tham gia bảo hiểm, những người không được có sự bao cấp của Chính phủ hỗ trợ còn thấp. Tỷ lệ bao phủ của lĩnh vực không chính thức bao gồm nông dân, người làm việc tự do và người cận nghèo cũng còn khá thấp trong khoảng 10% đến 30%.



Tham khảo: [Trần Văn Tiến, Hoàng Thị Phương và cs, năm 2011]

Hình 2-9 Tỷ lệ bao phủ Bảo hiểm y tế theo nhóm người tham gia BH (2010)

Nhìn vào số lượng thực tế của dân số không được bảo hiểm bao phủ theo các nhóm, số dân lớn nhất chưa được bảo hiểm là những người làm việc tự do trong đó có nông dân (Bảng 2-19). Tổng số nông dân chưa tham gia bảo hiểm và người làm việc tự do lên tới 7,8 triệu người. Bảng dưới đây cho thấy 6,8 triệu người phụ thuộc của người lao động được trả lương và cán bộ công chức, 5,5 triệu lao động trong khối tư nhân và 5,4 triệu người cận nghèo chưa được tham gia bảo hiểm.

Bảng 2-19 Số người chưa được bảo hiểm theo nhóm người tham gia BH chủ yếu (2010)

	Nhóm đối tượng	Dân số chưa tham gia bảo hiểm (1000)
1	Nông dân, người làm việc tự do	7.860
2	Người phụ thuộc vào người lao động và công chức được trả lương	6.820
3	Người lao động trong khối tư nhân	5.598
4	Người cận nghèo	5.412
5	Sinh viên	4.001
6	Trẻ em dưới 6 tuổi	1.919

Ghi chú: được tính toán từ số liệu trong Bảng "Tình hình bao phủ ở các nhóm tham gia bảo hiểm (2010)"

Tham khảo: [Trần Văn Tiến, Hoàng Thị Phương và cs, năm 2011]

Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi năm 2014 đã bãi bỏ chương trình bảo hiểm tự nguyện và chuyển sang bảo hiểm bắt buộc. Tuy nhiên, việc tăng tỷ lệ bao phủ thông qua mở rộng sự hỗ trợ của Chính phủ đối với lĩnh vực không chính thức chắc chắn xảy ra sẽ tạo ra chặng thẳng về nguồn lực tài chính công. Để đạt được bảo hiểm y tế toàn dân bền vững, cần đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế công và tăng cường sự hiểu biết của người dân về lợi ích của bảo hiểm y tế đối với tương lai của mình để thuyết phục những người chưa tham gia bảo hiểm gia nhập chương trình bảo hiểm y tế công.

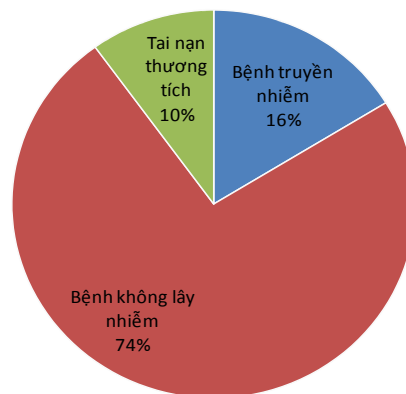
2.4 Bao phủ dịch vụ

2.4.1 Nhu cầu về dịch vụ y tế

(1) Cơ cấu bệnh tật

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm (NCD) vẫn cao theo như minh họa ở Hình 2-10. Mặc dù các phỏng vấn trong Khảo sát, mọi người thường đề cập rằng người bệnh tới khám chữa bệnh là do các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là tăng huyết áp đã tăng trong những năm gần đây.

Tỷ lệ nhập viện do bệnh không lây nhiễm đã tăng từ 42% trong năm 1976 lên tới 71% trong năm 2010. Đối với hút thuốc lá, 40% nam giới hút thuốc. Việc với nhiễm đối với Hút thuốc thụ động (SHS) cũng khá cao, 55% người lớn bị hút thuốc thụ động tại nơi làm việc và 67% bị hút thuốc thụ động tại nhà. Tỷ lệ tiêu thụ rượu cũng tăng nhanh chóng từ 6,6 lits trong năm 2010 lên tới 7,2 lít trong năm 2012 [HealthBridge, 2015].



Tham khảo: [Tổ chức Y tế Thế giới]

Hình 2-10 Tỷ lệ tử vong chuẩn theo lứa tuổi phân theo nguyên nhân gây bệnh năm 2012 (trên 100 000 dân)

Theo Bộ Y tế, mặc dù các bệnh do virus và bệnh đường hô hấp, tiêu hóa là chủ yếu, nhưng tăng huyết áp đứng cao thứ hai trong số tỷ lệ mắc bệnh. Tai nạn thương tích cũng tạo ra gánh nặng cho người dân do nó cũng là những nguyên nhân tử vong hàng đầu và các bệnh cột sống có thể liên quan tới tai nạn thương tích. Xuất huyết não và nhồi máu cơ tim liên quan tới lối sống và cần chi phí cao để chăm sóc cấp cứu, hồi phục và phục hồi chức năng (Bảng 2-20).

**Bảng 2-20 Nguyên nhân Mắc bệnh và Tử vong chính trong năm 2013
 (trên 100.000 dân)**

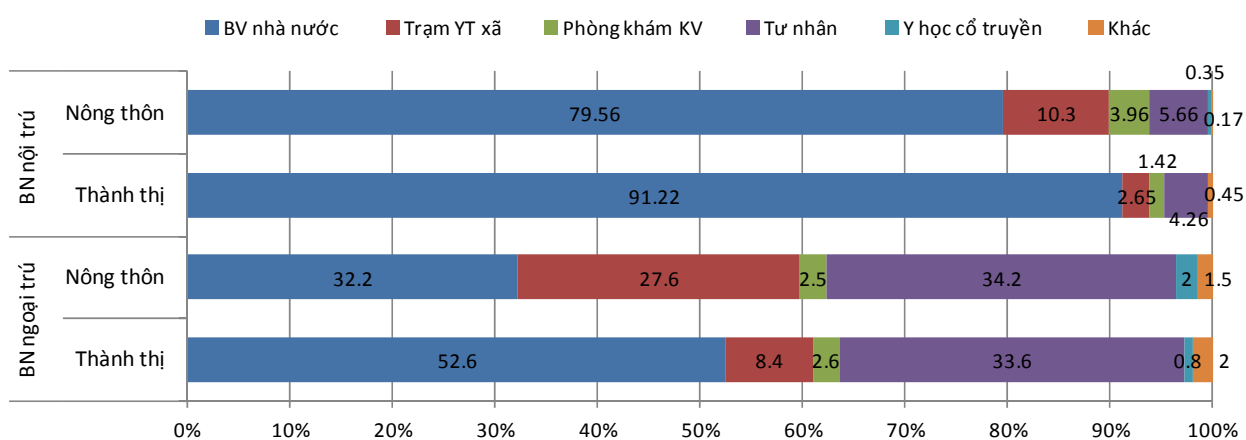
Tỷ lệ mắc		Tỷ lệ tử vong	
Viêm phổi	470.0	Tổn thương nội sọ	1.63
Viêm họng cấp, viêm amidan cấp	396.7	Viêm phổi	1.28
Tăng huyết áp tiên phát	359.3	Các rối loạn hô hấp bắt nguồn từ giai đoạn chu sinh	1.15
Các tổn thương xác định, không xác định và ở những phần cơ thể khác nhau	357.0	Xuất huyết nội sọ	0.82
Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp	289.2	Nhồi máu cơ tim cấp	0.78
Tiêu chấu và viêm đường tiêu hóa do nhiễm khuẩn	243.3	Các tổn thương xác định, không xác định và ở những phần cơ thể khác nhau	0.66
Viêm dạ dày tá tràng	211.6	HIV/AIDS	0.64
Các bệnh do virus	182.9	Nhiễm trùng máu	0.56
Sốt virus và sốt xuất huyết	170.5	Các bệnh đường hô hấp khác	0.55
Các bệnh của cột sống	168.8	Suy tim	0.51

Tham khảo: [Bộ Y tế năm 2014]

2.4.2 Sử dụng dịch vụ y tế

(1) Thói quen tìm kiếm chăm sóc y tế

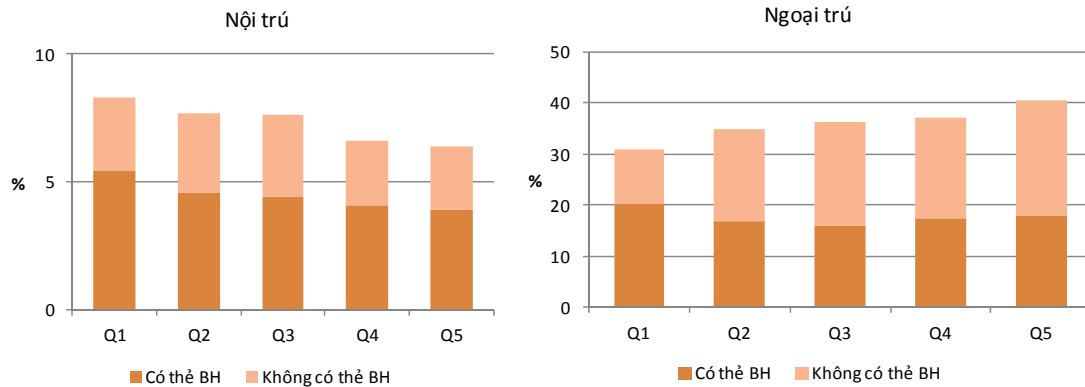
Nhìn chung, nhiều người sử tới các cơ sở y tế tư nhân để khám bệnh cả ở khu vực thành thị và nông thôn như nêu ở Hình 2-11. For inpatient services, most people seek care from government health facilities. Đối với điều trị nội trú, hầu hết người dân tới các cơ sở y tế công lập.



Tham khảo: [Tổng cục Thống kê năm 2013]

Hình 2-11 Thói quen tìm kiếm chăm sóc y tế trong 12 tháng qua

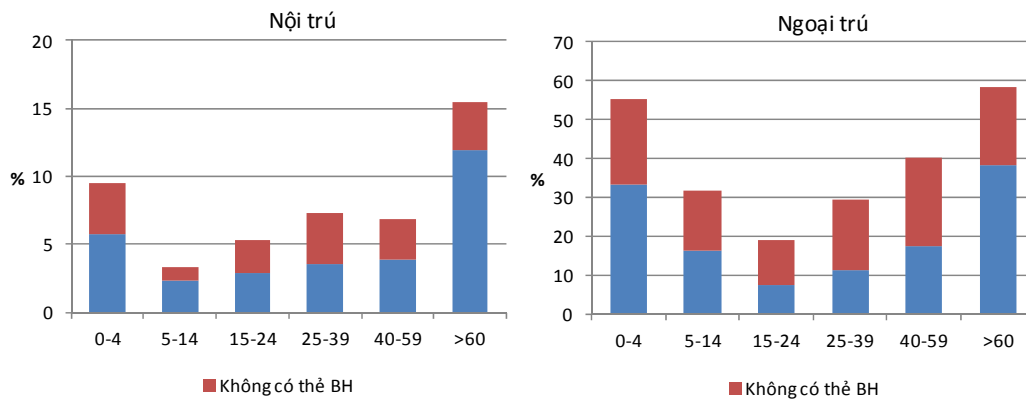
Trung bình, những người tham gia bảo hiểm y tế tới khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế khoảng 2,08 lần một năm [Bộ Y tế, 2014]. Hình 2-12 thể hiện việc sử dụng dịch vụ y tế theo nhóm thu nhập. Những người khá giả tới khám ngoại trú nhiều hơn và ít điều trị nội trú hơn những người nghèo. Về việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, khoảng 60% đến 65% các nhóm sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám ngoại trú. Tuy nhiên, khoảng dưới 40% sử dụng thẻ cho điều trị nội trú ngoại trừ nhóm có thu nhập thấp nhất [Tổng cục Thống kê năm 2013]. Do người tham gia bảo hiểm phải tới các cơ sở y tế theo quy định ở trong thẻ bảo hiểm nếu không họ phải trả tất cả các chi phí y tế cho tới cuối năm 2015. Do đó, những bệnh nhân nặng có thể tới khám chữa bệnh trực tiếp tại các bệnh viện trung ương hoặc bệnh viện chuyên khoa mà không theo quy trình chuyển tuyến, do đó, họ không sử dụng tới thẻ bảo hiểm y tế.



Tham khảo: [Tổng cục Thống kê năm 2013]

Hình 2-12 Sử dụng dịch vụ y tế trong 12 tháng qua theo nhóm thu nhập

Như thể hiện ở Hình 2-13, trẻ dưới 5 tuổi và người trên 60 tuổi sử dụng các dịch vụ y tế thường xuyên hơn. Do trẻ em dưới năm tuổi cần được chăm sóc Sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Trẻ cũng có nguy cơ gặp phải các vấn đề sức khỏe cao hơn như bệnh truyền nhiễm, viêm phổi và tiêu chảy. Người già thường có một hoặc nhiều bệnh mạn tính hặc bất kỳ vấn đề sức khỏe nào khác.



Tham khảo: [Tổng cục Thống kê 2013]

Hình 2-13 Sử dụng các Dịch vụ Y tế trong 12 tháng qua theo Nhóm tuổi

(2) Sử dụng Bảo hiểm Y tế

Theo Luật Bảo hiểm Y tế, người bệnh hoàn toàn được hưởng các dịch vụ y tế tại bất kỳ cơ sở y tế nào không hạn chế về phạm vi địa lý – hành chính hoặc tuyến chuyên môn của cơ sở đó¹⁴. Điều này cho phép việc vượt tuyến ở các cơ sở y tế tuyến dưới và người bệnh tự đi trực tiếp đến các cơ sở tuyến cao hơn và đặc biệt các cơ sở y tế tuyến trung ương, điều này tạo ra việc sử dụng dịch vụ còn thấp ở các bệnh viện huyện và quá tải tại các bệnh viện trung ương. Bảng 2-21 cho thấy tần suất khám bệnh, chữa bệnh ở những người tham gia bảo hiểm chỉ khoảng hai lần một năm và con số này không tăng trong những năm qua.

¹⁴ Mặc dù Luật không cấp tới các cơ sở y tế, nhưng lại không đảm bảo việc áp dụng bảo hiểm y tế.

Bảng 2-21 Số lượng khám bệnh, chữa bệnh trong một năm

	Số lượng khám (triệu)	Tần suất (số lượng/ thè)
2010	102	1,95
2011	114	2,01
2012	121	2,07
2013	129	2,1
2014	135	2,2

Tham khảo: [Bs. Phạm Lương Sơn, 2015]

Lý do chính được xác định về Bao phủ dịch vụ là:

- Năng lực của các cơ sở y tế tuyến dưới còn thấp (đặc biệt là bệnh viện huyện) trong việc cung cấp dịch vụ và khả năng thu hút người bệnh còn thấp (bệnh viện huyện chỉ thực hiện được 70% tổng số dịch vụ kỹ thuật theo phân tuyến);
- Cơ chế tài chính và phương pháp chi trả không khuyến khích các bệnh viện tuyến dưới cung cấp dịch vụ chất lượng tốt hơn do giá dịch vụ rẻ hơn ảnh hưởng tiêu cực tới chất lượng dịch vụ.
Ngoài ra, Gói quyền lợi không thu hút người bệnh tới khám bệnh, chữa bệnh tại các bệnh viện tuyến dưới.
- Các bệnh viện công tự chủ tài chính. Do vậy, họ cố gắng thu hút và giữ người bệnh. Các bệnh viện tuyến trên có khả năng thu hút người bệnh hơn và;
- Hệ thống chuyển tuyến còn yếu kém. Nhiều người thích vượt tuyến y tế cơ sở do chất lượng dịch vụ kém và thích đi tới các bệnh viện có dịch vụ với chi phí cao hơn.

2.5 Tình hình của các cơ sở cung cấp dịch vụ

2.5.1 Cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế

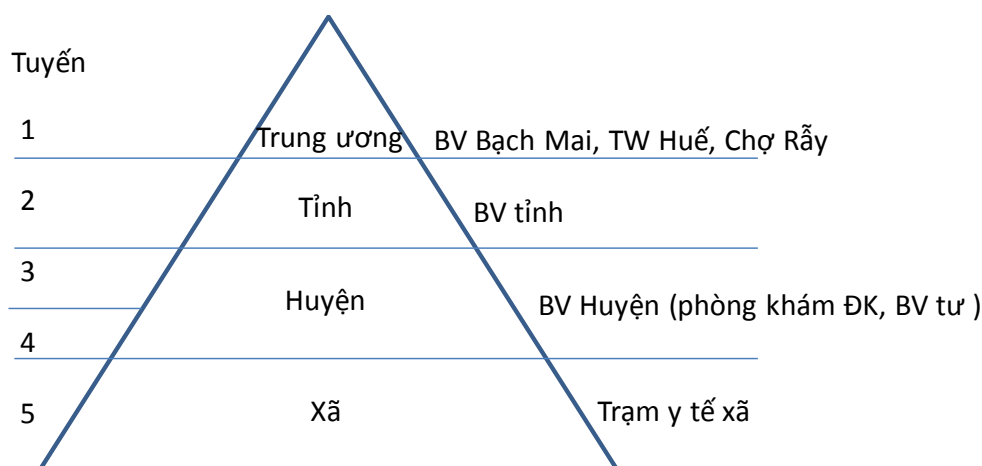
Chức năng và dịch vụ của cơ sở y tế tại mỗi tuyến được xác định¹⁵ và mỗi cơ sở cần hoàn thành các yêu cầu từ các góc độ khác nhau trong đó có vị trí, chức năng, hoạt động, mức độ đào tạo nguồn nhân lực, trang thiết bị v.v. Trạm y tế xã chủ yếu cung cấp khám chữa bệnh ban đầu trong đó có hoạt động phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và khám bệnh đơn giản. Các cơ sở y tế tuyến trên có chức năng bệnh viện và có ba bệnh viện đa khoa tuyến trung ương¹⁶ là những bệnh viện tuyến cuối ở mỗi khu vực.

Điểm tiếp nhận bệnh nhân là trạm y tế xã và sau đó bệnh nhân sẽ được tuyến lên tuyến huyện, tỉnh và tuyến trung ương (Hình 2-14). Tuy nhiên, như đã đề cập ở trên, người dân mong muốn được hưởng chất lượng dịch vụ y tế tốt hơn và họ muốn tới khám chữa bệnh trực tiếp ở tuyến trên, điều đó dẫn đến việc đông bệnh nhân tập trung tại các bệnh viện tuyến cuối..

¹⁵ 23/2005 / TT-BYT 2005/10/8, Hướng dẫn phân loại các cơ sở dịch vụ y tế

33 /2015/TT-BYT 2015/10/27, Hướng dẫn chức năng và nhiệm vụ của Trạm y tế xã

¹⁶ Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội (ở miền Bắc), Bệnh viện Trung ương Huế (ở miền Trung) và Bệnh viện Chợ Rẫy (ở miền Nam)



Tham khảo: [JICA, 2014]

Hình 2-14 Hệ thống chuyển tuyến ở Việt Nam

Để giảm quá tải bệnh viện đặc biệt tại năm chuyên khoa (ung bướu, ngoại/ chấn thương, tim mạch, sản và nhi) tại các bệnh viện tuyến cuối ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, Bộ Y Tế đã phê duyệt dự án bệnh viện vệ tinh¹⁷ và thiết lập mạng lưới 50 bệnh viện vệ tinh kết nối với 14 bệnh viện hạt nhân và tăng 7.150 giường bệnh. Tỉnh Gia Lai cũng có kế hoạch xây dựng các bệnh viện vệ tinh trong đó có chuyên khoa ung bướu và tim mạch cho tới năm 2020.

Các bệnh viện đoàn Đoàn Khảo sát đã tới phòng vấn đều gặp phải những khó khăn trong việc cải thiện hạ tầng và trang thiết bị bệnh viện. Vấn đề chính bao gồm cơ sở vật chất không đầy đủ không đáp ứng được yêu cầu khám chữa bệnh và thiếu kinh phí mua và bảo dưỡng thiết bị.

2.5.2 Nguồn nhân lực y tế

Đã thực hiện đầu tư đáng kể nguồn nhân lực y tế cho khu vực công của Việt Nam để đảm bảo số lượng và tăng cường năng lực để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng đối với dịch vụ y tế có chất lượng. Như đã trình bày ở Bảng 2-22, số lượng nguồn nhân lực y tế nhìn chung có tăng trong những năm qua.

Bảng 2-22 Số lượng nguồn nhân lực y tế (2010-2014)

(Đơn vị: nghìn)

	2010	2011	2012	2013	2014 (ước tính)
Bác sỹ	61,4	62,8	65,1	68,6	71,8
% so với năm trước	101,0%	102,3%	103,7%	105,4%	104,7%
Y sỹ	52,2	54,2	54,6	57,1	58,3
% so với năm trước	100,8%	103,8%	100,7%	104,6%	102,1%
Điều dưỡng	82,3	88,1	92,2	98,3	102,0
% so với năm trước	115,1%	107,0%	104,7%	106,6%	103,8%
Nữ hộ sinh	26,8	27,9	28,0	29,0	29,1
% so với năm trước	107,2%	104,1%	100,4%	103,6%	100,3%
Dược sỹ đại học	5,6	5,8	10,3	8,4	9,3
% so với năm trước	98,2%	103,6%	177,6%	81,6%	110,7%

Nguồn: [GSO, 2015]

17 Quyết định 774/QĐ-BYT năm 2013

Số lượng nguồn nhân lực đã tăng đặc biệt tại tuyến cơ sở. Tới năm 2013, chỉ có 76,9% các trạm y tế xã có bác sỹ và 97,3% trạm y tế xã có y sỹ sản nhi ở Việt Nam¹⁸. Theo Bảng 2-23 cho thấy, mặc dù khoảng cách trong việc phân bổ nguồn nhân lực tại tuyến xã giữa các vùng miền đã nhỏ lại, vẫn còn có những vùng mà tỉ lệ phân bổ bác sỹ vẫn thấp hơn nhiều so với mức trung bình của quốc gia. .

Bảng 2-23 Phân bổ nguồn nhân lực y tế tại tuyến xã

	Khu vực	2010	2011	2012	2013	2015 ¹⁾
Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sỹ (%)	Toàn quốc	70,0	71,9	73,5	76,9	80,0
	Đồng bằng sông Hồng	75,7	77,5	78,7	82,5	
	Vùng núi, trung du phía Bắc	61,9	63,5	66,4	67,3	
	Duyên hải Bắc và Nam trung bộ	66,2	66,0	68,8	69,0	
	Tây nguyên	57,8	66,5	69,7	75,7	
	Đông Nam bộ	80,5	85,0	83,4	69,0	
	Đồng bằng sông Cửu long	80,7	82,2	87,2	75,7	
Tỷ lệ trạm y tế xã có y sỹ sản nhi hoặc hộ sinh viên (%)	Toàn quốc	95,6	95,3	96,4	97,3	>95
	Đồng bằng sông Hồng	92,5	95,3	92,2	93,3	
	Vùng núi, trung du phía Bắc	95,3	89,7	95,1	91,3	
	Duyên hải Bắc và Nam trung bộ	96,6	90,5	94,5	96,1	
	Tây nguyên	96,7	99,2	97,0	99,6	
	Đông Nam bộ	97,5	100,0	99,1	99,2	
	Đồng bằng sông Cửu long	97,3	99,1	96,7	100,0	

Remark: 1) Bảng thể hiện các mục tiêu đặt ra trong Kế hoạch 5 năm Phát triển Ngành Y tế giai đoạn 2011-2015
 Nguồn: [Bộ Y tế và Dự án HPG, 2015]

Để tăng cường năng lực nguồn nhân lực y tế, các bệnh viện tuyến trên triển khai hoạt động hỗ trợ chuyên môn cho tuyến dưới thông qua hoạt động Chỉ đạo tuyến. Để giảm khoảng cách về chất lượng nguồn nhân lực, Bộ Y Tế có chính sách nữa là các bác sỹ ở bệnh viện tuyến trên luân phiên chuyên giao kỹ thuật y học cho bác sỹ ở tuyến dưới và giúp các bệnh viện tuyến dưới cung cấp các dịch vụ được giao¹⁹.

Theo các cuộc phỏng vấn, năng lực các bệnh viện huyện đã được củng cố thông qua những chính sách y tế nói trên cần phải được tăng cường hơn nữa²⁰. Đặc biệt, nhu cầu cấp bách đáp ứng với các bệnh mạn tính. Theo Báo cáo chung tổng quan ngành y tế hàng năm (JAHR) 2014, các vấn đề ưu tiên trong việc tăng cường đáp ứng đối với việc phòng chống các bệnh không lây nhiễm từ góc độ quản lý nguồn nhân lực, bao gồm triển khai nguồn nhân lực phòng chống các bệnh không lây nhiễm chú trọng đặc biệt vào tuyến cơ sở, tăng cường các khóa đào tạo có thể kết hợp với hỗ trợ, giám sát sau đào tạo, tổ chức hỗ trợ phát triển nghề nghiệp đối với nguồn nhân lực trong lĩnh vực này một cách trực tiếp tại nơi công tác và tăng mức tiền lương để khuyến khích cán bộ làm việc tại tuyến cơ sở [Bộ Y tế và Dự án HPG năm 2015]. Tại tỉnh Gia Lai, bệnh viện tỉnh triển khai đánh giá nhu cầu đào tạo đối với các bệnh viện huyện và tổ chức đào tạo lại cho các bác sỹ tại Bệnh viện tỉnh Gia Lai. Để đối phó với bệnh truyền nhiễm và tim mạch tại các bệnh viện huyện, chương trình đào tạo đã được sửa đổi và xem xét các lĩnh vực ưu tiên đó.

¹⁸ Báo cáo Y tế Chung thường niên 2014

¹⁹ Quyết định 1816/2008/QĐ-BYT

²⁰ Kết quả từ các cuộc phỏng vấn với các bệnh viện tỉnh và cơ quan địa phương

2.5.3 Cung cấp thuốc

Như đề cập ở Phần 4.1.4, hệ thống mua bán thuốc thay đổi và phòng Dược của Sở Y tế chịu trách nhiệm mua thuốc cho các bệnh viện trong tỉnh. Quy trình của hệ thống đấu thầu mới là 1) các bệnh viện huyện nộp danh sách các thuốc thiết yếu lên Sở Y tế, 2) Sở Y tế thông báo chính thức và mời thầu 3) quyết định giá thuốc và 4) mỗi bệnh viện ký hợp đồng với công ty dược phẩm. Hệ thống mới này đã góp phần giảm giá thuốc, được các bệnh viện ở hai tỉnh tán thành.

Mặt khác, thách thức vẫn tồn tại trong việc mua thuốc. Tại tỉnh Hòa Bình, trạm y tế xã thiếu những thuốc cần thiết cần được cung cấp qua tuyến huyện. Đặc biệt, họ không nhận đủ số lượng thuốc cho trẻ em và sử dụng thuốc của người lớn thay thế bằng cách giảm liều dùng của thuốc.

Chương 3 Tổng quan Hệ thống bảo hiểm y tế tại Việt Nam

3.1 Lịch sử và Phát triển

Bảng 3-1 cho thấy Quá trình phát triển của Hệ thống Bảo hiểm Y tế của Việt Nam. Bảo hiểm Y tế lần đầu tiên được áp dụng tại Việt Nam trong thời kỳ cải cách kinh tế vào cuối những năm 1980 cho tới đầu những năm 1990 được gọi là thời kỳ Đổi Mới. Sau đó, chính phủ ban hành nghị định đầu tiên về Bảo hiểm Y tế vào năm 1992, và tất cả các tỉnh triển khai chương trình Bảo hiểm Y tế dưới sự giám sát của cơ quan y tế tỉnh.

Năm 1998, Chính phủ thống nhất các quỹ bảo hiểm y tế tỉnh vào một Quỹ Quốc gia và quỹ này cũng mở rộng độ bao phủ. Trong năm 2005, người nghèo được bảo hiểm y tế chi trả thông qua việc phân bổ ngân sách của chính phủ dành cho việc đóng phí bảo hiểm cho họ.

Năm 2008, Luật Bảo hiểm Y tế được thông qua và có hiệu lực vào ngày 1 tháng 10 năm 2009. Đây là lần đầu tiên Chương trình bảo hiểm y tế, do các nghị định cấp bộ quản lý đã đạt được vị trí về mặt pháp lý. Với mục tiêu đạt được bảo hiểm y tế toàn dân, Chính phủ đã sửa đổi và bổ sung một số điều trong Luật Bảo hiểm Y tế trong năm 2014.

Bảng 3-1 Quá trình Phát triển Hệ thống Bảo hiểm Y tế

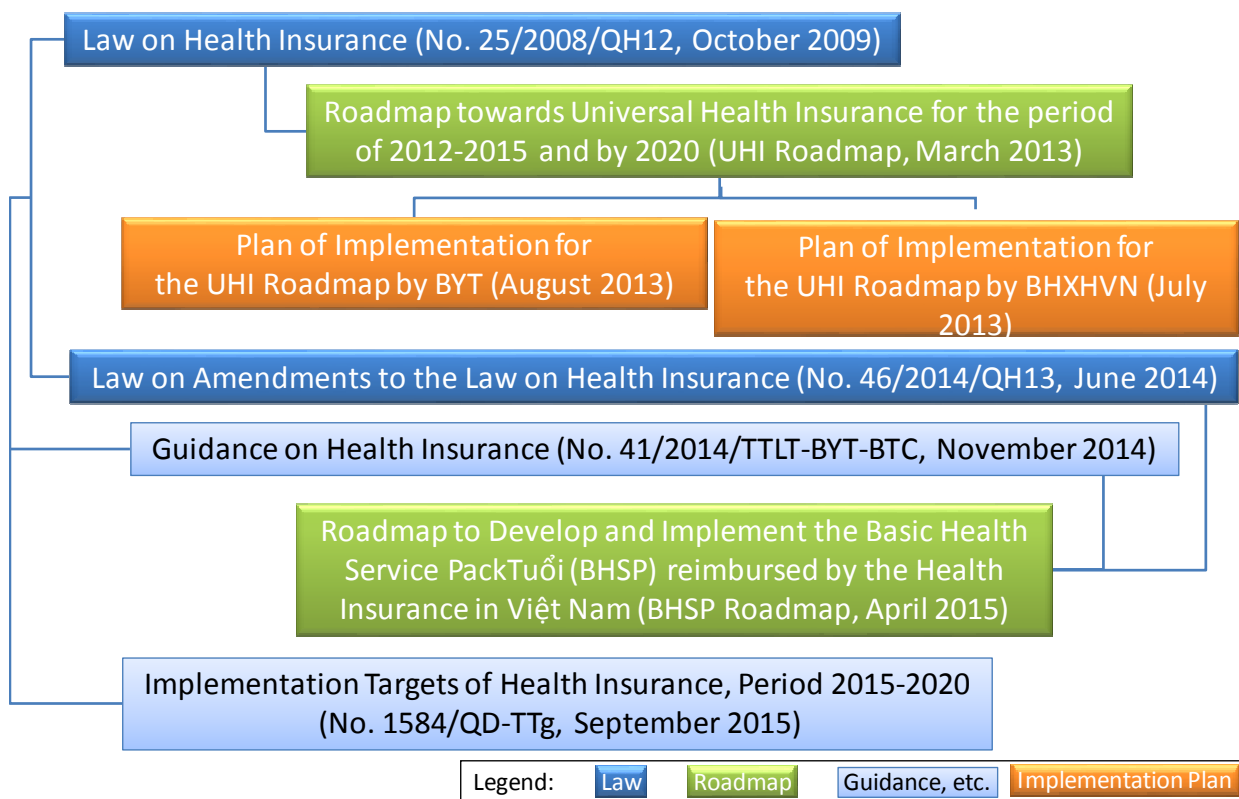
Year	Policy concept	Summary of Major Policies
1986	Cơ chế tài chính mới cho y tế	Cải cách kinh tế theo Chính sách Đổi Mới - Áp dụng Chương trình bảo hiểm y tế - Giải phóng thị trường dược phẩm và khám chữa bệnh - Áp dụng giá dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế công lập
1992		Thiết lập chương trình bảo hiểm y tế bắt buộc - Nhóm bảo hiểm bắt buộc bao gồm: cán bộ công chức, người lao động tại các công ty có mười hoặc trên mười lao động, cán bộ hưu trí, người nhận trợ cấp xã hội, người lao động tại các công ty nước ngoài
1998	Thống nhất hệ thống bảo hiểm y tế/ Quỹ Bảo hiểm y tế	- Lồng ghép Quỹ Bảo hiểm y tế của mỗi tỉnh vào một quỹ chung toàn quốc - Mở rộng bao phủ bảo hiểm
2005	Bảo hiểm Y tế bắt buộc và tự nguyện	- Bảo hiểm cho người nghèo được Chính phủ hỗ trợ - Luật Giáo dục, Y tế và Bảo vệ Trẻ em cũng tạo ra việc tiếp cận khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi.
2009	Bảo hiểm Y tế toàn dân	- Tính pháp lý của Chương trình bảo hiểm y tế được quản lý bởi các nghị định cấp Bộ (Luật Bảo hiểm Y tế). - Đảm bảo độ bao phủ đối với người nghèo, người già và trẻ em dưới 6 tuổi được chính phủ hỗ trợ toàn bộ - Chính phủ hỗ trợ một phần cho người cận nghèo và sinh viên
2014	Bảo hiểm Y tế toàn dân bắt buộc	- Bắt buộc tham gia Chương trình bảo hiểm y tế - Tham gia theo hộ gia đình - Mở rộng cấp độ lợi ích của dịch vụ - Xây dựng Gói Dịch vụ y tế cơ bản - Điều chỉnh giá dịch vụ y tế

Tham khảo: [JICA, 2014] [Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, 2015]

3.2 Văn bản Pháp quy, Lộ trình và Kế hoạch thực hiện Bảo hiểm y tế

Các văn bản pháp quy liên quan, lộ trình và kế hoạch thực hiện được tóm tắt ở Hình 3-1. Theo Luật Bảo hiểm Y tế năm 2008, Lộ trình hướng tới BHYT toàn dân giai đoạn 2012-2015 và tới năm 2020 (Lộ trình BHYT toàn dân) được ban hành. Sau đó, Bộ Y tế và BHXH Việt Nam đã xây dựng kế hoạch thực hiện. Sau khi sửa đổi

năm 2014, Hướng dẫn bảo hiểm Y tế và thực hiện mục tiêu cũng đã được ban hành. Lộ trình Gói Dịch vụ y tế cơ bản cũng được phê duyệt để xây dựng Gói Dịch vụ y tế cơ bản tới năm 2018.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 3-1 Các văn bản pháp quy liên quan, Lộ trình và Kế hoạch thực hiện BHYT

3.3 Xây dựng Chiến lược và Kế hoạch liên quan tới lĩnh vực Bảo hiểm Xã hội

3.3.1 Chiến lược Phát triển Kinh tế - Xã hội (SEDS) 2011-2020

Chính phủ Việt Nam đã ban hành Chiến lược Phát triển Kinh tế - Xã hội (SEDS) giai đoạn 2011-2020, chiến lược phát triển kinh tế xã hội mười năm. Bảng 3-2 tổng hợp các mục tiêu và chiến lược liên quan tới Bảo hiểm Xã hội.

Bảng 3-2 Tổng hợp Chiến lược Phát triển Kinh tế - Xã hội 2011-2020

Quan điểm	Phát triển nhanh chóng và bền vững song song với việc tái cấu trúc chính sách và kinh tế, phát triển nguồn nhân lực, tăng cường khoa học công nghệ và thiết lập nền kinh tế độc lập và tự chủ.	
Mục tiêu (2020)	Kinh tế	Tổng sản phẩm quốc nội (GDP) – tỷ lệ tăng trưởng hàng năm bình quân: 7%-8% GDP trên một đầu người – từ 3.000 đến 3.200 đô la Mỹ.
	Văn hóa – Xã hội	Chỉ số phát triển con người (HDI) – nhóm trung-cao Tỷ lệ tăng dân số – 1.1%; Tuổi thọ trung bình – 75 tuổi; Số lượng bác sỹ trên 10.000 dân – 9; Số giường bệnh trên 10.000 – 26. Bảo hiểm y tế toàn dân, đảm bảo an ninh xã hội và dịch vụ y tế công. Tỷ lệ nghèo – giảm 2% đến 3% một năm; Thu nhập quốc gia – 3.5 lần so với 2010; Giảm khoảng cách thu nhập.
	Môi trường	Tỷ lệ rác thải y tế được xử lý theo quy định - 100%
Chiến lược	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoàn thiện nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa và kinh tế vĩ mô bền vững. 2. Hiện đại hóa công nghiệp. 3. Phát triển nông nghiệp hiện đại và bền vững. 4. Phát triển ngành công nghiệp dịch vụ. 5. Phát triển hạ tầng. 6. Xây dựng các thành phố, làng xóm mới theo sự phát triển khu vực bền vững (đa dạng hóa và phát triển hệ thống bảo hiểm xã hội, khuyến khích, tạo điều kiện để người lao động tham gia bảo hiểm xã hội). 7. Cải thiện mức thu nhập và tăng mức tăng trưởng ở tầng lớp trung lưu. 8. Phát triển dịch vụ y tế và cải thiện chăm sóc y tế (củng cố mạng lưới y tế ở mỗi tuyến; chuẩn hóa các dịch vụ; cải thiện chính sách, văn bản pháp luật về bảo hiểm y tế và chăm sóc y tế hướng tới bảo hiểm toàn dân; đảm bảo an toàn cho người nghèo, trẻ em và người cao tuổi; cải thiện chất lượng nguồn nhân lực cho y tế, đảm bảo có bác sỹ ở các bản làng, cải thiện y học dự phòng). 9. Cải thiện và phát triển hệ thống giáo dục và đào tạo. 10. Phát triển nhanh chóng khoa học công nghệ góp phần vào phát triển kinh tế. 11. Bảo vệ môi trường và ứng phó với biến đổi khí hậu. 12. Đảm bảo trật tự chính trị xã hội và nâng cao vị thế trên trường Quốc tế. 	

Nguồn: [JICA, 2014] [Công thông tin Chính phủ Việt Nam]

3.3.2 Quyết định của Thủ tướng Chính phủ về việc Thành lập và Phát triển mạng lưới cơ sở y tế trong Tình hình mới

Ngày 5 tháng 12 năm 2016, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ về việc Thành lập và Phát triển Mạng lưới cơ sở y tế trong Tình hình mới (2348/QĐ-TTg) được ban hành. Quyết định hướng dẫn tăng cường các dịch vụ y tế do trạm y tế và các trung tâm y tế tuyến huyện cung cấp tại tuyến cơ sở. Quyết định nhằm thiết lập mô hình các cơ sở y tế thống nhất, tăng cường năng lực hoạt động, áp dụng công nghệ thông tin và nguồn nhân lực tại tuyến cơ sở để đáp ứng yêu cầu của Chính phủ và nhu cầu sức khỏe của người dân tới năm 2020. Quyết định cũng chỉ đạo xây dựng hệ thống chăm sóc y tế toàn diện liên tục từ dự phòng, điều trị và phục hồi chức năng qua việc cử cán bộ y tế về những vùng kinh tế xã hội khó khăn, giáo dục sức khỏe cũng như tăng cường chăm sóc người cao tuổi, kiểm soát bệnh mạn tính và bác sỹ gia đình.

Về khía cạnh tài chính, quyết định đề cập tới việc tăng cường cơ chế tài chính y tế cho các dịch vụ y tế tuyến cơ sở với những biện pháp sau:

- Mở rộng bao phủ bảo hiểm y tế thông qua hỗ trợ đóng phí cho những nhóm có tỷ lệ bao phủ thấp như lĩnh vực nông, lâm, ngư nghiệp.
- Sửa đổi danh mục thuốc và dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở do bảo hiểm y tế chi trả;
- Xây dựng chuẩn các dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả được cung cấp bởi bác sỹ gia đình;
- Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản cho các cơ sở y tế tuyến đầu;

- Cập nhật giá cho dịch vụ dự phòng do ngân sách nhà nước chi trả; và
- Xây dựng chính sách khuyến khích sự hợp tác với các cơ sở y tế tư nhân.

3.3.3 Kế hoạch 5 năm phát triển ngành Y tế giai đoạn 2016-2020

Trong kế hoạch 5 năm lần trước từ năm 2011 tới năm 2015, tình hình sức khỏe của nhân dân đã được cải thiện thông qua việc triển khai bảy hoạt động chủ yếu. Dựa vào đánh giá những thành tựu và thách thức trong kế hoạch trước, Bộ Y tế xây dựng Kế hoạch Bảo vệ, Chăm sóc và Nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2016-2020 (Kế hoạch Năm năm Ngành Y tế giai đoạn 2016-2020). Bảng 3-3 tổng hợp các mục tiêu và mục tiêu cụ thể của Kế hoạch Năm năm Ngành Y tế giai đoạn 2016-2020.

Kế hoạch mới nhất thể hiện 16 mục tiêu trong Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội (SEDP) 2016-2020 và 43 chỉ tiêu. Kế hoạch trước đó chủ yếu bao gồm các chỉ số kết quả. Về tài chính y tế, cũng có phần bao phủ bảo hiểm y tế để đạt được mục tiêu 84,3% tới năm 2020. Kế hoạch gần đây bao gồm đầu vào (4), đầu ra (23) và tác động (16) chỉ số. 16 trong các chỉ số này là bệnh không lây nhiễm. Chi phí OOP cũng là một trong các chỉ số đầu vào để đạt mức 40% tới năm 2020. Điều đó cho thấy những chính sách gần đây nhất có thể đáp ứng với sự thay đổi nhu cầu y tế do sự dịch chuyển của mô hình bệnh tật.

Bảng 3-3 Tổng hợp Kế hoạch Năm năm Phát triển Ngành Y tế giai đoạn 2016-2020

Mục tiêu tổng thể	<ul style="list-style-type: none"> - Giảm tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do bệnh tật và dịch bệnh góp phần vào việc tăng tuổi thọ và tình hình sức khỏe nhân dân. - Cải thiện năng lực, hiệu quả và tính bền vững của hệ thống y tế để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân trong điều kiện công nghiệp hóa và hiện đại hóa.
Mục tiêu cụ thể	<ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân, đảm bảo mọi công dân đều được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản có chất lượng cao. - Cải thiện chất lượng và hiệu quả mạng lưới y tế cơ sở, đảm bảo sự phối hợp, liên kết và lồng ghép các hoạt động dự phòng, phục hồi chức năng, chăm sóc sức khỏe ban đầu, và khám chữa bệnh. - Duy trì tỷ lệ sinh thấp hợp lý qua việc giảm thiểu những khuyết tật và bệnh bẩm sinh, cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, tăng tiếp cận của người dân đối với hoạt động sức khỏe sinh sản. - Đảm bảo cân bằng trong việc phân bổ và tổ chức các chương trình đào tạo cho nhân viên y tế ở các vùng, miền. - Tăng tỷ lệ chi phí y tế công hướng tới bảo hiểm toàn dân quan việc cải thiện hiệu quả của việc phân bổ và sử dụng ngân sách. - Đảm bảo cung cấp đầy đủ thuốc, vắc xin, chế phẩm máu và trang thiết bị y tế để đáp ứng nhu cầu dự phòng và chăm sóc bệnh tật. - Cải thiện năng lực của các chính sách quản lý và thực hiện, thúc đẩy cải cách hành chính đáp ứng nhu cầu phát triển của ngành y tế.

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2016]

Bảng 3-4 tổng hợp những thành tựu và thách thức thông qua đánh giá kế hoạch trước đó và những nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu cần được thực hiện trong Kế hoạch Năm năm Ngành Y tế giai đoạn 2016-2020. Từ so sánh này, chính phủ xác định ưu tiên những vấn đề sau:

- Giảm quá tải ở các bệnh viện trung ương, chuyên khoa và một số bệnh viện tỉnh; Cải thiện chất lượng dịch vụ;
- Tăng cường năng lực cung cấp dịch vụ ở tuyến dưới (xã và huyện);
- Tối đa hóa hệ thống chuyển tuyến;
- Tăng cường phối hợp liên ngành/ liên chuyên khoa;

- Tối đa hóa chi phí y tế;
- Tăng cường ra quyết định dựa và bằng chứng; và
- Huy động nguồn lực tài chính ngoài ngân sách của chính phủ.

Bảng 3-4 Những thành tựu và thách thức trong Kế hoạch Phát triển Ngành Y tế giai đoạn 2011-2015 và những nhiệm vụ chủ yếu giai đoạn 2016-2020

Phân loại	Thành tựu và Thách thức giai đoạn 2011-2015	Nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu giai đoạn 2016-2020*
Hoạt động điều trị và phục hồi chức năng	<p>Thành tựu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhiệm vụ chủ yếu số 1: Giảm quá tải bệnh viện. <ul style="list-style-type: none"> - Nâng cấp các bệnh viện (610 trong tổng số 766 bệnh viện tỉnh và bệnh viện huyện) - Xây bệnh viện mới (5 bệnh viện trung ương) - Tăng cường mạng lưới bệnh viện vệ tinh (15 bệnh viện hạt nhân với 60 bệnh viện vệ tinh ở 41 tỉnh) • Khoa/ Đơn vị Y học cổ truyền được thành lập ở 90% các bệnh viện và 74,3% trạm y tế xã. • Tới năm, 171 bệnh viện tư (11 trong tổng số các bệnh viện, chiếm 4,8% tổng số giường bệnh) và trên 30.000 phòng khám tư nhân được hoạt động; • Quản lý Chất lượng bệnh viện <ul style="list-style-type: none"> - 55,4% bệnh viện có đơn vị quản lý chất lượng. - Xây dựng hệ thống phản hồi người bệnh. <p>Thách thức</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kết hợp y tế dự phòng và điều trị cũng như giữa y học hiện đại và y học cổ truyền. • Mô hình chăm sóc người cao tuổi. 	<p>Giảm quá tải các bệnh viện và cải thiện chất lượng</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tăng số bệnh viện và giường bệnh ➢ Mở rộng mạng lưới bệnh viện vệ tinh ➢ Chuyển giao kỹ thuật từ tuyến trên xuống tuyến dưới (CĐT) ➢ Áp dụng hệ thống quản lý chất lượng ở các tuyến ➢ Cải cách thủ tục hành chính ➢ Kết hợp giữa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và kỹ thuật cao/ y học hiện đại và y học cổ truyền. ➢ Xây dựng chức năng gác cổng cho những cơ sở y tế ở tuyến dưới ➢ Mạng lưới chuyển tuyến tối ưu với quy trình đơn giản
Y học dự phòng	<p>Thành tựu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhiệm vụ chủ yếu số 4: Củng cố chăm sóc sức khỏe ở tuyến cơ sở và chăm sóc ban đầu. • Nhiệm vụ chủ yếu số 7: Cải thiện thông tin và giáo dục sức khỏe hiệu quả. • Tăng cường năng lực phòng chống dịch. • Duy trì bao phủ Chương trình Tiêm chủng mở rộng >90%. • Tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc các bệnh có thể phòng ngừa được giảm (sốt xuất huyết, Chân tay miệng, cúm H5N1). • Thực hiện sàng lọc các bệnh không lây nhiễm đối với bệnh tăng huyết áp, tiểu đường, béo phì, COPD, và hen. • Chương trình y tế học đường được triển khai có sự phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo • Quản lý môi trường được triển khai ở các cơ sở y tế • Người nhiễm HIV được điều trị thuốc ARV tăng từ 57,7% (2011) tới 67,6% (2015). • Thanh tra an toàn vệ sinh thực phẩm <p>Thách thức</p>	<p>Xây dựng mạng lưới ở tuyến cơ sở để chú trọng vào y tế dự phòng và nâng cao sức khỏe</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Đầu tư cơ sở vật chất ➢ Tái cơ cấu tổ chức ➢ Đổi mới cơ chế tài chính thông qua việc áp dụng giá dịch vụ phù hợp ➢ Xây dựng phương thức chi trả phù hợp cho bác sỹ gia đình/ chăm sóc dựa vào cộng đồng ➢ Tăng cường dịch vụ sức khỏe cộng đồng ➢ Tiêm chủng mở rộng ➢ Quản lý rác thải ➢ An toàn thực phẩm

Phân loại	Thành tựu và Thách thức giai đoạn 2011-2015	Nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu giai đoạn 2016-2020*
	<ul style="list-style-type: none"> Các bệnh gây dịch mới nổi HIV và lao đặc biệt ở miền núi phía Bắc và vùng sâu vùng xa Giám sát bệnh dịch và khai báo từ bệnh viện Hệ thống dịch vụ y tế đáp ứng nhu cầu phát hiện và điều trị bệnh không lây nhiễm. Các dự án liên quan tới bệnh không lây nhiễm bị chùng chểo chưa được lồng ghép, phù hợp và liên tục. Nhà xí kém vệ sinh ở 18 tỉnh Ngộ độc thực phẩm Truyền thông giáo dục sức khỏe chưa phù hợp và chưa linh hoạt 	
Sức khỏe sinh sản	<p>Thành tựu</p> <ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ tăng dân số duy trì ở mức 1,05% hàng năm. Sàng lọc trước và sau sinh được mở rộng từ 11 tỉnh tới 63 tỉnh thành. Phát triển mô hình tư vấn và khám sức khỏe trước hôn nhân. <p>Thách thức</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước sinh có chất lượng Chưa đáp ứng nhu cầu chăm sóc SKSS 	<p>Tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, dân số và kế hoạch hóa gia đình</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Khuyến khích bác sỹ sản khoa làm việc ở vùng sâu vùng xa. ➢ Tăng cường kiểm thảo tử vong mẹ và sơ sinh ➢ Củng cố can thiệp liên ngành về vệ sinh và dinh dưỡng ➢ Tập trung vào những nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản chưa được đáp ứng.
Nguồn nhân lực y tế	<p>Thành tựu</p> <ul style="list-style-type: none"> Nhiệm vụ chủ yếu số 5: Tăng cường phát triển nguồn nhân lực y tế <ul style="list-style-type: none"> Theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2011, 92% nguồn nhân lực y tế trực thuộc Bộ Y tế, 67% trực thuộc các bộ khác và 89% do Sở y tế cấp giấy chứng nhận hành nghề. Xây dựng được Chuẩn năng lực cho điều dưỡng (2012), nữ hộ sinh (2014), bác sỹ đa khoa (2015) Xây dựng Quy tắc ứng xử cho nhân viên y tế. Các hoạt động cải tiến thái độ phục vụ được triển khai. Nhiệm vụ chủ yếu số 6: Triển khai dự án thí điểm cung cấp dịch vụ y tế theo yêu cầu. <p>Thách thức</p> <ul style="list-style-type: none"> Phân bố nguồn nhân lực chưa phù hợp Năng lực quản lý Hành vi chưa thích hợp do lương/ phụ cấp chưa phù hợp 	<p>Xây dựng lực lượng, khoa học và công nghệ y tế</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Đào tạo theo tiêu chuẩn khu vực và quốc tế ➢ Chuẩn năng lực ➢ Phân bổ nguồn nhân lực y tế phù hợp ➢ Phát triển bác sỹ gia đình từ lực lượng bác sỹ đa khoa ➢ Phát triển năng lực quản lý ➢ Áp dụng chứng chỉ hành nghề <p>Thực hiện tốt quy tắc ứng xử và cải thiện đạo đức nghề nghiệp</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Mở rộng mô hình phục vụ người bệnh của TP Hồ Chí Minh ➢ Đổi mới hành vi và thái độ phục vụ
Tài chính y tế	<p>Thành tựu</p> <ul style="list-style-type: none"> Nhiệm vụ chủ yếu số 2: Thực hiện đổi mới cơ chế tài chính của các đơn vị y tế sự nghiệp. <ul style="list-style-type: none"> Nguồn tài chính được huy động thông qua xã hội hóa, liên doanh và phối hợp công tư. Thực hiện điều chỉnh giá dịch vụ y tế mới. 	<p>Cải cách tài chính y tế và triển khai lộ trình Bao phủ Y tế Toàn dân</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Chiến lược tài chính y tế năm 2016 ➢ Chi phí công trong tổng chi phí y tế: ít nhất đạt 60% tới năm 2020 ➢ Huy động đầu tư bên ngoài, nguồn tài chính mới (thuế rượu và thuốc lá), vốn vay, phối hợp công tư v.v. ➢ Nhận thức quyền lợi Bảo hiểm y tế và mua, hỗ trợ cho các đối tượng

Phân loại	Thành tựu và Thách thức giai đoạn 2011-2015	Nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu giai đoạn 2016-2020*
	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng cường tự chủ tài chính và theo đó, ngân sách nhà nước được cấp thêm để bù đắp tiền phí bảo hiểm cho người nghèo. - Triển khai nguồn tài chính mới (thuế thuốc lá, năm 2013, đạt 400 tới 500 tỷ Đồng/năm) • Nhiệm vụ chủ yếu số 3: Triển khai Lộ trình Bảo hiểm y tế toàn dân được triển khai <ul style="list-style-type: none"> - 39 tỉnh đóng một phần phí bảo hiểm cho người cận nghèo. • Dự án thí điểm phương thức định suất và DRG đang được triển khai • Đang xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản. <p><u>Thách thức</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chi phí OOP cao 	<p>bị tổn thương.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Bao phủ bảo hiểm y tế: đạt 84,3% cho tới năm 2020 ➢ Ưu tiên đầu tư cho các bệnh viện ở vùng khó khăn và đầu tư cho y tế dự phòng ➢ Từng bước áp dụng việc phân bổ ngân sách dựa và kết quả đầu và và năng lực thực hiện. ➢ Điều chỉnh giá dịch vụ y tế bao gồm các chi phí thường xuyên. => <p>Thanh toán từ Quỹ Bảo hiểm Y tế sẽ chi cho chi phí thường xuyên =></p> <p>Tăng cường tự chủ tài chính.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Áp dụng mô hình quản trị kinh doanh cho quản lý bệnh viện. ➢ Thuộc dựa vào bằng chứng, cung cấp thuốc, lựa chọn dịch vụ, công nghệ y tế và đánh giá nhu cầu. <p>=>Gói Quyền lợi y tế cơ bản* tới năm 2018 và gói PHC</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Triển khai thí điểm phương thức định suất và DRG ➢ Thay đổi phương thức vốn ODA từ dự án vốn vay sang chương trình hỗ trợ ngân sách. ➢ Đảm bảo nguồn lực tài chính để tăng lương cho nhân lực y tế.
Sản xuất được	<p><u>Thành tựu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Đề án “Người Việt ưu tiên dùng thuốc sản xuất trong nước” <ul style="list-style-type: none"> - Nhiều bệnh viện sử dụng thuốc sản xuất trong nước giúp làm giảm chi phí cho người bệnh. • Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam đang nâng cao vai trò của mình trong việc kiểm soát giá thuốc và chi phí do Quỹ Bảo hiểm Y tế chi trả. • 10 trong 11 loại vắc xin cho chương trình TCMR đã được sản xuất tại Việt Nam. <p><u>Thách thức</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhìn chung, hầu hết người dân và thậm chí cả nhân viên y tế thích được kê đơn và sử dụng thuốc nhập khẩu trong chăm sóc và điều trị bệnh. • Không có cơ quan nào được ủy thác cho việc kiểm soát giá thuốc 	<p>Đổi mới cơ cấu tổ chức của bộ máy quản lý đảm bảo an toàn thực phẩm, thuốc, vắc xin, chế phẩm sinh học và trang thiết bị y tế</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Đổi mới cơ chế kiểm soát sna toàn thực phẩm và chất lượng thuốc ➢ Tăng cường sản xuất trang thiết bị trong nước, đáp ứng ít nhất 60% nhu cầu và thuốc đáp ứng ít nhất 80% nhu cầu sử dụng. ➢ Rà soát quy chế phân cấp mua sắm thuốc
Trang thiết bị & cơ ở vật chất	<p><u>Thành tựu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Các bệnh viện mới, bệnh viện được nâng cấp, xây dựng bệnh viện vệ tinh • Đội bảo dưỡng trang thiết bị y tế <p><u>Thách thức</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sự sẵn có ở tuyến cơ sở • Cơ chế duy tu, bảo dưỡng 	

Phân loại	Thành tựu và Thách thức giai đoạn 2011-2015	Nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu giai đoạn 2016-2020*
Quản trị	<p>Thành tựu</p> <ul style="list-style-type: none"> Ban hành các luật liên quan <ul style="list-style-type: none"> Mô hình BS gia đình được xây dựng và áp dụng ở 240 phòng khám. Kiểm soát thuốc lá (2012), bảo hiểm y tế (2014), v.v Điều chỉnh cơ cấu tổ chức đáp ứng nhu cầu thực tế <p>Thách thức</p> <ul style="list-style-type: none"> Chính sách y tế chưa được ban hành kịp thời, vẫn còn chông chéo và chưa phù hợp. . Hạn chế trong sự phối hợp giữa các cơ quan liên quan. Chưa đủ thông tin và bằng chứng tin cậy cho việc xây dựng chính sách. 	<p>Để cải cách, củng cố và hoàn thiện hệ thống y tế từ trung ương tới địa phương; để cải thiện hiệu quả quản lý nhà nước đối với ngành y tế và tăng cường hợp tác quốc tế</p> <ul style="list-style-type: none"> Trung tâm Y tế huyện thực hiện chức năng kép về dự phòng và điều trị. Chức năng của cơ sở dự phòng tuyến tỉnh được chuyển sang các bệnh viện tỉnh. Sáp nhập chức năng xét nghiệm Ra quyết định dựa vào bằng chứng để tăng cường năng lực tuyên truyền vận động Cải cách thủ tục hành chính bằng công nghệ thông tin phục vụ quản lý, cung cấp dịch vụ và thanh toán bảo hiểm y tế Hợp tác với các nước láng giềng
Hệ thống thông tin y tế	<p>Thành tựu</p> <ul style="list-style-type: none"> Triển khai Kế hoạch Chiến lược phát triển hệ thống thông tin y tế giai đoạn 2014-2020 tầm nhìn đến 2030 Phần mềm quản lý công văn giấy tờ và quản trị dựa vào trang web được cài đặt cho Bộ Y tế và các Sở Y tế tỉnh/ thành phố. Dự án thí điểm thẻ bảo hiểm y tế điện tử <p>Thách thức</p> <ul style="list-style-type: none"> Cơ chế phổ biến thông tin chưa rõ ràng và không có đầu mối phù hợp. Bệnh án giữa các đơn vị trong bệnh viện chưa kết nối được với nhau. Chất lượng số liệu (thời gian và sự đầy đủ) được quan tâm. Chưa có sự tham gia của khối tư nhân. Báo cáo định kỳ chưa chính xác và chưa có số liệu cần thiết. 	<p>Xây dựng hệ thống thông tin y tế, nâng cao và tăng cường hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe</p> <ul style="list-style-type: none"> Tăng cường năng lực quản lý thông tin để cung cấp bằng chứng chính sách phù hợp cho việc ra quyết định.

Lưu ý: *Trong kế hoạch 2016-2020, thuật ngữ Gói dịch vụ y tế cơ bản không được nhắc đến cả ở bản tiếng Anh và tiếng Việt. Theo Bộ Y tế, thuật ngữ được thay đổi để tránh hiểu nhầm.

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2016]

3.3.4 Văn bản Pháp quy

Như mô tả ở phần trước, Chính phủ Việt Nam đã ban hành và thực hiện nhiều nghị định và luật bảo hiểm y tế từ cuối những năm 1980. Văn bản pháp quy liên quan tới BHYT được mô tả trong Bảng 3-5.

Bảng 3-5 Các Văn bản Quy phạm Pháp luật về Bảo hiểm y tế

Số lượng	Nội dung
Thông tư số liên tịch Số. 4/2012/TTLT-BYT-BTC (Tháng 2 năm 2012)	Ban hành mức giá dịch vụ tối đa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước Thông tư số quy định mức giá tối đa đối với 447 dịch vụ khám chữa bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước.
Thông tư số Số 27/2013/TT-BYT (Tháng 9 năm 2013)	Ban hành Danh mục vật tư y tế thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế Thông tư số quy định danh mục vật tư y tế do Bảo hiểm Y tế chi trả, bao gồm các loại vật tư tiêu hao thay thế thông thường, vật tư y tế thay thế nhân tạo và các thiết bị dụng cụ chuyên môn.
Thông tư số Số 43/2013/TT-BYT (Tháng 12 năm 2013)	Danh mục dịch vụ y tế và khám chữa bệnh do Do Bảo hiểm Y tế chi trả Thông tư số quy định danh mục kỹ thuật, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt đối với hệ thống cơ sở khám chữa bệnh.
Luật số 46/2014/QH13 (Tháng 6 năm 2014)	Những sửa đổi đối với Luật Bảo hiểm Y tế (Chi tiết sửa đổi mô tả trong Phụ lục 2.) Sửa đổi và bổ sung Luật Bảo hiểm Y tế số 25/2008/QH12. Những điểm chính sửa đổi trong Luật là: <ul style="list-style-type: none"> - Bảo hiểm Y tế là chương trình bắt buộc được nhà nước thực hiện. - Các thành viên hộ gia đình có tên trong hộ khẩu hoặc sổ tạm trú để được tham gia bảo hiểm. Mức đóng phí được giảm dần, 100% cho người đầu tiên (6% lương tối thiểu), 70% cho thành viên thứ hai, 60% cho thành viên thứ ba và 50% cho thành viên thứ 4. - Mức đóng bảo hiểm sẽ tăng từ 4,5% tới 6,0%. - Mức độ hưởng lợi sẽ mở rộng. <ul style="list-style-type: none"> • Từ 95% tới 100% đối với Hộ nghèo và các nhóm khác ở vùng kinh tế khó khăn và hải đảo. • Từ 80% tới 95% đối với thân nhân người có công với cách mạng và cựu chiến binh. - Từ ngày 1 tháng 1 năm 2016, mở thông tuyến khám chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa tuyến xã và huyện trong cùng tỉnh. - Mở thông tuyến khám chữa bệnh BHYT đến tuyến tỉnh và tuyến trung ương trong phạm vi cả nước. đối với người thuộc hộ gia đình nghèo và người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại các xã đảo, huyện đảo.(→ thêm phần bồi đắp vào mới đúng) - Gói Dịch vụ y tế cơ bản do Quỹ Bảo hiểm y tế chi trả được ban hành vào năm 2018.
Thông tư số liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC (Tháng 11 năm 2014)	Hướng dẫn về Bảo hiểm Y tế Thông tư số được Bộ Y Tế và Bộ Tài chính (BTC) ban hành hướng dẫn việc thực hiện Luật số 46/2014/QH13. Thông tư số hướng dẫn về <ul style="list-style-type: none"> - Nhóm người đóng bảo hiểm (năm nhóm) - Xác định số tiền đóng và đóng phí bảo hiểm y tế - Vấn đề thẻ bảo hiểm y tế và đơn vị/ người lập danh sách người tham gia bảo hiểm. - Cung cấp, tiếp cận và giám định thanh toán các dịch vụ y tế do Bảo hiểm y tế chi trả - Phương thức thanh toán (Định suất, theo giá dịch vụ, trên một lần khám) - Thanh toán trực tiếp chi phí khám chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm và người tham gia bảo hiểm y tế (các chứng từ cần thiết, thanh toán trực tiếp) - Quản lý và sử dụng Quỹ Bảo hiểm y tế

Số lượng	Nội dung
Thông tư số số 50/2014/TT-BYT (Tháng 12 năm 2014)	Phân loại Phẫu thuật, thủ thuật và định mức nhân lực trong từng ca phẫu thuật thủ thuật Thông tư số quy định mức độ thủ thuật và số lượng nhân lực cho mỗi ca phẫu thuật, thủ thuật.
Quyết định số 1584/QĐ-TTg (Tháng 9 năm 2015)	Giao chỉ tiêu thực hiện bảo hiểm y tế giai đoạn 2015-2020 Quyết định giao chỉ tiêu bao phủ Bảo hiểm y tế giai đoạn 2015-2020 đối với Ủy ban Nhân dân các tỉnh và thành phố.
Thông tư số liên tịch số 37/2015/TTLT-BYT-BCT (Tháng 10 năm 2015)	Thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc Thông tư số quy định việc thống nhất giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc. Đối với các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh không do quỹ bảo hiểm y tế chi trả, giá sẽ theo quy định của Luật về Giá, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và những văn bản hướng dẫn hiện hành.
Quyết định số 4389/QĐ-BYT (tháng 8 năm 2016)	Thành lập Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế Quyết định hướng dẫn thành lập Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế (NACHIP) và năm tiêu ban: thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật, tài chính và điều chỉnh giá dịch vụ y tế.
Thông tư số 35/2016/TT-BYT (Tháng 1 năm 2017)	Tỷ lệ và Điều kiện thanh toán phí dịch vụ y tế do Quỹ Bảo hiểm y tế chi trả Thông tư quy định điều kiện thanh toán đối với những dịch vụ kỹ thuật cao và chi phí cao như (trong tổng số 124 dịch vụ được liệt kê, 15 dịch vụ chủ yếu là chụp CT scanner có tỷ lệ hạn chế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả). Ngoài ra, 16 dịch vụ, chủ yếu là định tuýp gen dự kiến sẽ không được quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

Tham khảo: [Quốc Hội, năm 2014] [Bộ Y tế năm 2013] [Bộ Y tế và Bộ Tài Chính năm 2014] [Bộ Y tế và Bộ Tài Chính năm 2012] [Bộ Y tế năm 2013] [Thủ tướng Chính phủ năm 2015] [Bộ Y tế, tháng 8 năm 2016] [Bộ Y tế, tháng 9 năm 2016]

3.3.5 Lộ trình

(1) Thực hiện lộ trình hướng tới Bảo hiểm Y tế toàn dân giai đoạn 2012-2015 và tới năm 2020 (Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân)

Tháng 3 năm 2013, Chính phủ Việt Nam ban hành Quyết định số 538/QĐ-TTg phê duyệt thực hiện Lộ trình hướng tới Bảo hiểm Y tế toàn dân giai đoạn 2012 và 2020 (Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân). Lộ trình mô tả Mục tiêu chương trình, các giải pháp để đạt được mục tiêu và giao nhiệm vụ cho mỗi Bộ ngành liên quan tới Chương trình bảo hiểm y tế. Bảng 3-6 tổng kết các hoạt động đối với mục tiêu cần thực hiện trong giai đoạn 2012-2015 cho tới năm 2020.

Hầu hết các hoạt động đã được triển khai như sửa đổi luật Bảo hiểm Y tế; tăng tỷ lệ bao phủ theo hộ gia đình và chia sẻ danh sách người dân. Đồng thời, một số hoạt động vẫn đang triển khai như cải thiện thủ tục hành chính bằng công nghệ thông tin; nâng cao chất lượng dịch vụ tại tuyến ban đầu, thay đổi Phương thức chi trả; và tăng khả năng giám định thanh toán bảo hiểm.

Tháng sáu năm 2016, Thủ tướng Chính phủ chỉ đạo đề ra mục tiêu quốc gia bao phủ bảo hiểm y tế ở mức 90% tới năm 2020.

Bảng 3-6 Sơ lược Lộ trình hướng tới Bảo hiểm Y tế toàn dân giai đoạn 2012-2015 tới năm 2020 (Lộ trình BHYT toàn dân)

	Target	Hoạt động
2011-2015	- Bao phủ: >70%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dự thảo sửa đổi Luật Bảo hiểm Y tế tới năm 2014 2. Sự tham gia của chính quyền địa phương 3. Mở rộng sự bao phủ <ul style="list-style-type: none"> · Tăng cường kiểm soát sự tham gia của các công ty tư nhân và thanh toán phí bảo hiểm · Tăng bao cấp phí bảo hiểm cho sinh viên và người cận nghèo. · Áp dụng việc tham gia bảo hiểm hộ gia đình · Chia sẻ danh sách đối tượng được hỗ trợ giữa các cơ quan liên quan 4. Cải thiện chất lượng bảo hiểm chi trả cho các dịch vụ khám chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh <ul style="list-style-type: none"> · Cải thiện quy trình thanh quyết toán, áp dụng công nghệ thông tin, rà soát gói dịch vụ y tế, nghiên cứu kiểm soát giá thuốc, chuyên gia kỹ thuật cho các bệnh viện tuyến dưới v.v. · Cử bác sỹ về làm việc tại trạm y tế xã để cung cấp dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế chi trả, thiết kế hệ thống đãi ngộ nhằm đảm bảo nguồn nhân lực chất lượng tại các cơ sở y tế tuyến dưới. · Tăng cường sự tham gia của các cơ sở y tế tư nhân 5. Thúc đẩy y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu 6. Tăng cường nhận thức về Luật Bảo hiểm Y tế 7. Cải thiện cơ chế tài chính và hệ thống thanh toán <ul style="list-style-type: none"> · Chuyển đổi từ phương thức thanh toán theo giá dịch vụ sang định suất hoặc thanh toán hỗn hợp theo trường hợp. · Thực hiện đãi ngộ với những người hưởng lợi không sử dụng các dịch vụ y tế do bảo hiểm chi trả. · Nghiên cứu về lợi ích của Bảo hiểm Y tế phù hợp với số tiền đóng phí bảo hiểm 8. Tăng cường kiểm tra giám sát 9. Tăng cường năng lực quản lý các cơ quan của Chính phủ 10. Duy trì Quỹ Bảo hiểm y tế 11. Ứng dụng CNTT <ul style="list-style-type: none"> · Nghiên cứu hệ thống thẻ thông minh dành cho thẻ Thẻ bảo hiểm y tế từ năm 2013 12. Nghiên cứu và Hợp tác Quốc tế
2016-2020	- Bao phủ: >80% - OOP: <40% - dịch vụ y tế	Xây dựng mạng lưới khám chữa bệnh bao gồm những dịch vụ y tế chuyên sâu (theo mục “4. Cải thiện chất lượng dịch vụ y tế do bảo hiểm chi trả và sự hài lòng của người bệnh”)

Nguồn: [JICA năm 2014]

(2) Lộ trình xây dựng và thực hiện Gói Dịch vụ y tế cơ bản (Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản)

Tháng 4 năm 2015, Bộ Y Tế đã ban hành Lộ trình xây dựng và triển khai Gói Dịch vụ y tế cơ bản do Bảo hiểm Y tế chi trả tại Việt Nam (Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản), thể hiện quy trình thực hiện cho giai đoạn từ năm 2014 và 2017. Nhằm phổ biến Gói Dịch vụ y tế cơ bản tới năm 2018, từ tháng 10 năm 2014, nhiều nhiệm vụ đã được thực hiện. Giai đoạn 1 kéo dài tới tháng 5 năm 2015 và giai đoạn 2 được triển khai từ tháng 5 năm 2015.

Bảng 3-7 Những nhiệm vụ chính về lộ trình xây dựng và triển khai Gói DVYT cơ bản

Khung thời gian		Nhiệm vụ	Mức độ thực hiện
Giai đoạn I	2014 Nov-Dec	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Thành lập Ban Chỉ đạo ở tuyến trung ương và tuyến tỉnh, Ban xây dựng Gói Dịch vụ y tế cơ bản và Nhóm Kỹ thuật <input checked="" type="checkbox"/> Xác định Điều khoản Tham chiếu cho hội đồng xây dựng Gói Dịch vụ y tế cơ bản do bảo hiểm y tế chi trả <input checked="" type="checkbox"/> Hoàn chỉnh Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản <input checked="" type="checkbox"/> Điều tra các dịch vụ y tế hiện có <input checked="" type="checkbox"/> Phân tích chi phí và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh dựa trên phân tích thống kê bảo hiểm 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Điều khoản tham chiếu cho Hội đồng Gói Dịch vụ y tế cơ bản <input checked="" type="checkbox"/> Phê duyệt Lộ trình Gói dịch vụ y tế cơ bản <input checked="" type="checkbox"/> Báo cáo về sự sẵn có của các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh <input checked="" type="checkbox"/> Dự thảo phân tích thống kê bảo hiểm về các dịch vụ và chi phí ưu tiên
	2015 T1-T4	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Xác định mục tiêu chính sách <input checked="" type="checkbox"/> Thành lập Hội đồng Gói dịch vụ y tế cơ bản <input checked="" type="checkbox"/> Thiết kế và triển khai chiến lược truyền thông cho giai đoạn 2 <input checked="" type="checkbox"/> Thực hiện phân tích chi phí số liệu về bảo hiểm y tế dựa trên cơ sở dữ liệu của Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam - Xác định các ý kiến đối với dịch vụ khám chữa bệnh ưu tiên - Thiết kế lựa Gói Dịch vụ y tế cơ bản và tài chính - Lập dự thảo đề cương nghiên cứu thí điểm, thực hiện và kế hoạch đánh giá giám sát - Thu thập ý kiến để triển khai thí điểm trên giấy tờ - Triển khai nghiên cứu thử nghiệm Gói Dịch vụ y tế cơ bản trong 12 tháng - Kiểm tra khả năng bao phủ dịch vụ y tế dự phòng trong Gói Dịch vụ y tế cơ bản 	<ul style="list-style-type: none"> - Chính sách và mục tiêu thống nhất và phù hợp <input checked="" type="checkbox"/> Quyết định thành lập Hội đồng Gói dịch vụ y tế cơ bản <input checked="" type="checkbox"/> Chiến lược truyền thông chi tiết - Các phân tích được đồng thuận bởi Hội đồng Gói Dịch vụ y tế cơ bản do bảo hiểm y tế chi trả trên văn bản - Đề cương nghiên cứu thử nghiệm - Xây dựng sổ tay - Xây dựng kế hoạch nghiên cứu thử nghiệm - Kế hoạch Đánh giá và Giám sát nghiên cứu thử nghiệm - Báo cáo nghiên cứu thử nghiệm
Giai đoạn II	2016 T1-T12	<ul style="list-style-type: none"> - Triển khai chiến lược truyền thông giai đoạn ba - Tiến hành đánh giá tác động của nghiên cứu thử nghiệm - Xây dựng và triển khai sổ tay cập nhật Gói Dịch vụ y tế cơ bản - Dự thảo Thông tư số về Gói Dịch vụ y tế cơ bản - Xây dựng chiến lược thực hiện để mở rộng gói dịch vụ thực hiện tại các tỉnh điểm. - Ban hành Thông tư số về cập nhật Gói Dịch vụ y tế cơ bản 	<ul style="list-style-type: none"> - Kế hoạch triển khai và kết quả của chiến lược truyền thông - Đánh giá tác động của nghiên cứu thử nghiệm - Cập nhật sổ tay thực hiện - Dự thảo Thông tư số - Ban hành Thông tư số về Gói Dịch vụ y tế cơ bản
Giai đoạn III	2016 T1-T12	<ul style="list-style-type: none"> - Triển khai chiến lược truyền thông giai đoạn ba - Tiến hành đánh giá tác động của nghiên cứu thử nghiệm - Xây dựng và triển khai sổ tay cập nhật Gói Dịch vụ y tế cơ bản - Dự thảo Thông tư số về Gói Dịch vụ y tế cơ bản - Xây dựng chiến lược thực hiện để mở rộng gói dịch vụ thực hiện tại các tỉnh điểm. - Ban hành Thông tư số về cập nhật Gói Dịch vụ y tế cơ bản 	<ul style="list-style-type: none"> - Kế hoạch triển khai và kết quả của chiến lược truyền thông - Đánh giá tác động của nghiên cứu thử nghiệm - Cập nhật sổ tay thực hiện - Dự thảo Thông tư số - Ban hành Thông tư số về Gói Dịch vụ y tế cơ bản

Ghi chú: = Đoàn khảo sát quan sát thấy có triển khai tới tháng 6 năm 2016

Tham khảo: [Bộ Y tế năm 2015] và Đoàn Khảo sát

1) Cơ cấu thực hiện

Vụ Kế hoạch Tài chính điều phối các hoạt động. Bảng 3-7 tổng kết chức năng của các cơ quan liên quan và tổ chức chủ yếu để triển khai Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản.

Theo Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản, một hội đồng về Gói dịch vụ y tế cơ bản đã được thành lập. Tuy nhiên, Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế (NACHIP) đã được quyết định thành lập theo Quyết định số 900/QĐ-Bộ Y tế (tháng 3 năm 2016) và Quyết định số 4389/QĐ-Bộ Y tế (bản sửa đổi, tháng 8 năm 2016). Hội đồng do Thứ trưởng Bộ Y tế chủ trì và Vụ Bảo hiểm y tế là thư ký của Hội đồng. Nhiệm vụ chính của Hội đồng gồm có việc xây dựng danh mục kỹ thuật, dịch vụ, thuốc và vật tư y tế do Quỹ Bảo hiểm Y tế chi trả, xây dựng phí dịch vụ y tế, xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản v.v. Hội đồng có 5 tiểu ban về Thuốc, Vật tư y tế, Dịch vụ kỹ thuật, Giá dịch vụ y tế và Phát triển và quản lý đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

Bảng 3-8 Cơ cấu thực hiện Lộ trình Gói dịch vụ y tế cơ bản

	Cơ quan/ tổ chức	Chức năng chính
Bộ Y Tế	- Vụ Kế hoạch Tài chính	Điều phối các hoạt động
	- Vụ Bảo hiểm Y tế	Cung cấp đầu vào về chuyên môn và tư vấn
	- Cục Quản lý và Kiểm soát AIDS	
	- Cục Quản lý Khám chữa bệnh	
	- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế	
Bảo hiểm Xã hội Việt Nam		Phối hợp thu thập số liệu
Các tỉnh điểm*	- Sở Y tế (SYT) - Các cơ sở y tế - Bảo hiểm Xã hội tỉnh (SS)	
Các nhà tài trợ	- Cơ quan Phát triển Luxembour (LuxDev)	Thu thập số liệu, phân tích và các đầu vào chuyên môn cho Giai đoạn 1.
	- Dự án HFG)/USAID	Thu thập số liệu, phân tích và các đầu vào chuyên môn cho Giai đoạn 2.

Ghi chú: Giai đoạn 1 – Hà Nam, Nghệ An, Khánh Hòa, Gia Lai, và Thừa Thiên – Huế (chỉ các bệnh viện trung ương)

Giai đoạn 2: - Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh (chỉ các bệnh viện trung ương), Hòa Bình, Nghệ An, Bình Định, Đồng Tháp

Tham khảo: Phỏng vấn

2) Tiến độ

Trong giai đoạn 1, số liệu về thông tin cơ bản của các cơ sở y tế bao gồm tình hình tài chính và tần suất sử dụng dịch vụ được thu thập và phân tích.

Trong Giai đoạn 2, các số liệu chi tiết hơn về khám chữa bệnh khoảng 500.000 samples have been collected from all levels of local health facilities. mẫu đã được thu thập từ tất cả các cơ sở y tế địa phương. Nói chung, việc thu thập số liệu còn chậm so với kế hoạch do sự phối hợp chưa tốt giữa các bên liên quan đặc biệt là giữa trung ương và địa phương cũng như giữa Bộ Y Tế và Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. Theo Dự án HFG, việc thu thập số liệu nhìn chung chậm hơn so với kế hoạch đặc biệt tại các trạm y tế xã do họ vào số liệu bằng tay..

Ngoài ra, do thiếu sự chính xác của số liệu, dự án HFG đang kiểm định số liệu qua kiểm tra logic và so sánh giữa số liệu thanh quyết toán bảo hiểm và số liệu của bệnh viện. Nhóm Khảo sát cũng làm việc với Sở Y tế, các cơ sở y tế và cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXHVN, BHXH tỉnh và BHXH huyện) để cải thiện chất lượng số liệu. Kết quả ban đầu của phân tích chi phí được công bố vào cuối tháng 4 năm 2016. Tuy nhiên, như đã nói ở phần sau, phân tích chi phí dựa trên các dịch vụ y tế hạn chế và những lựa chọn dịch vụ y tế ưu tiên cho Gói dịch vụ y tế cơ bản chưa được hoàn thành.

Tháng 8 năm 2016, tiến độ của việc xây dựng Gói Dịch vụ y tế cơ bản đã được báo cáo ở Hội thảo. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã trình bày định nghĩa và khái niệm của Gói Dịch vụ y tế cơ bản nhưng dường như khó để đạt được sự đồng thuận về định nghĩa này. Tháng 11 năm 2016, phần còn lại của phân tích tình hình được trình bày với một số lựa chọn được đề xuất về gói dịch vụ đối với một số dịch vụ y tế được chọn. Nhìn chung, dường như đã đạt được đồng thuận để đặt ra các tiêu chí nhất định và điều kiện chi trả đối với các dịch vụ kỹ thuật cao và chi phí lớn. Tháng 10 năm 2016, dự thảo thứ hai của thông tư về Gói Dịch vụ Y tế cơ bản được xây dựng trên cơ sở thảo luận và những đầu vào từ các bên liên quan. Trong tháng 1 năm 2017, dự thảo đã được xây dựng và thảo luận dường như vẫn được các các cơ quan liên quan tiếp tục.

3) Sơ lược về các số liệu đã thu thập

Tháng 2 2016, một phần số liệu đã được cung cấp cho Đoàn Khảo sát. Đó là số liệu cho một số cơ sở y tế tại hai tỉnh. Trong kế hoạch ban đầu, số liệu được thu thập từ sáu tỉnh cho 3 năm từ năm 2012 đến năm 2014. Tuy nhiên, tới tháng 2 năm 2016, khó có thể có được một bộ số liệu hoàn chỉnh ở tất cả các tỉnh trong tất cả các năm. Bảng 3-9 thể hiện nội dung số liệu thu thập được từ các khu vực đích.

Bảng 3-9 Nội dung của số liệu đã thu thập

Loại số liệu	Nội dung	
Nhân khẩu học	Dân số theo nhóm tuổi, giới tính, năm	
Thành viên tham gia bảo hiểm y tế	Danh sách thành viên (ân danh)	
Bệnh nhân nội trú và ngoại trú	Tên cơ sở y tế	
	Đặc điểm chung	- Năm sinh - Giới tính - Số duy nhất
	Bảo hiểm y tế	- Số lượng - Ngày hết hạn - Cơ sở đăng ký khám chữa bệnh ban đầu
	Chuyển tuyến	- Quy trình chính thức - Cơ sở gốc
	Sử dụng dịch vụ	- Ngày khám/ nhập viện - Ngày ra viện - Ngày nằm viện - Chẩn đoán theo mã ICD – 10 - Khoa phòng
	Các dịch vụ đã cung cấp và giá	- Tên loại điều trị/ thuốc - Đơn giá - Tổng số tiền - Số tiền phải trả bởi - Quỹ bảo hiểm y tế - Nguồn tài chính khác - Đồng chi trả/OOP

Nguồn: Dự án HFG-USAID

Từ số liệu trên, những thông tin sau có thể thu được qua phân tích thống kê đơn giản:

- Tổng chi phí và thủ thuật (khám bệnh, chữa bệnh và kê đơn) đối với một chẩn đoán; nếu người bệnh tiếp tục được điều trị tại một cơ sở y tế cho đến khi khỏi bệnh. Tuy nhiên, tình trạng người bệnh không bao gồm trong đó và cũng không thể xác định được liệu người bệnh đã hồi phục, kết thúc điều trị hoặc chuyển tới cơ sở y tế khác hay chưa.
- Các bệnh thông thường ở những người bệnh theo nhóm tuổi, đối tượng tham gia bảo hiểm và tuyến cơ sở y tế, tuy nhiên những người không tới khám chữa bệnh tại cơ sở y tế lại không được xem xét.
- Điều trị thông thường đối với bệnh phổ biến, tuy nhiên chưa đánh giá được sự phù hợp và tính hiệu quả.

4) Nhận thức của các bên liên quan về Gói Dịch vụ y tế cơ bản

Theo Vụ Kế hoạch Tài chính - Bộ Y Tế, do Gói Dịch vụ y tế cơ bản là khái niệm hoàn toàn mới đối với Việt Nam, do vậy khó để đạt được hiểu biết và khái niệm chung về Gói Dịch vụ y tế cơ bản và việc xây dựng gói dịch vụ này. Đoàn Khảo sát thấy rằng mức độ và nội dung hiểu rất khác nhau giữa các bên liên quan như các cơ quan ở trung ương, các nhà tài trợ, các cơ quan ở địa phương và các cơ sở y tế. Qua nhiều cuộc thảo luận,

các bên liên quan đã gợi ý sự đồng thuận và giải thích như sau. Mặc dầu những đồng thuận và giải thích đó chưa được phù hợp và rõ ràng, có thể hiểu rằng Gói dịch vụ y tế cơ bản là một dạng của Gói quyền lợi bảo hiểm y tế.

- Gói dịch vụ y tế cơ bản là để phân loại và lồng ghép vào những thông tư hiện hành về danh mục dịch vụ, thuốc và vật tư y tế cũng như giá dịch vụ do bảo hiểm y tế chi trả. Cho tới nay, chưa có dịch vụ nào được đưa ra khỏi gói quyền lợi.
- Gói dịch vụ y tế cơ bản là một gói chẩn đoán, điều trị cơ bản và thuốc cho các bệnh thông thường do bảo hiểm y tế chi trả. Do đó, các hạng mục chưa được xác định không phải là “cơ bản” sẽ không nằm trong Gói dịch vụ y tế cơ bản.

Tại tuyến tính, những mong đợi và sự quan tâm về Gói dịch vụ y tế cơ bản khác nhau ở mỗi địa phương và Đoàn khảo sát ghi lại những vấn đề sau tại hai tỉnh.

- Gói dịch vụ y tế cơ bản sẽ được xây dựng dựa trên nhu cầu của người bệnh, sẽ đảm bảo công bằng trong y tế và giảm khoảng cách giữa các vùng.
- Gói dịch vụ y tế cơ bản sẽ bao gồm cả hoạt động dự phòng như tiêm chủng. Chi phí cho công tác dự phòng có thể được thanh toán từ Quỹ Bảo hiểm Y tế, điều đó có thể làm giảm chi tiêu y tế của Chính phủ.
- Chính sách của Chính phủ về Gói dịch vụ y tế cơ bản chưa rõ ràng, do vậy tầm nhìn về Gói dịch vụ y tế cơ bản cũng chưa rõ ở tỉnh.
- Nếu khám chữa bệnh kỹ thuật cao không bao gồm trong Gói dịch vụ y tế cơ bản, bảo hiểm y tế sẽ không chi trả và điều đó sẽ làm cho chi phí chăm sóc y tế từ tiền túi của người bệnh tăng.
- Gói dịch vụ y tế cơ bản sẽ giảm chi phí OOP cho người dân trong việc sử dụng dịch vụ y tế.

5) Kết quả phân tích chi phí

Hội thảo về phân tích chi phí đối với Gói dịch vụ y tế cơ bản mà Dự án HFG đang triển khai được tổ chức vào ngày 21 và 22 tháng 4 năm 2016. Bộ Y tế, các cơ quan liên quan của Việt Nam và các đối tác phát triển đã tham gia hội thảo. Phân tích chi phí được thực hiện để phân tích việc sử dụng và giá của các dịch vụ y tế hiện hành cũng như để xác định các dịch vụ y tế ưu tiên cần đưa vào Gói dịch vụ y tế cơ bản.

Tại buổi hội thảo, những kết quả ban đầu của phân tích chi phí đã được báo cáo. Đối với việc sử dụng dịch vụ, phân tích được thực hiện sử dụng trường hợp mô để làm ví dụ. Tuy nhiên, những lựa chọn về các dịch vụ y tế ưu tiên cho Gói dịch vụ y tế cơ bản lại chưa được trình bày. Liên quan tới phân tích chi phí, báo cáo cũng bao gồm tần suất khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh, các chi phí điều trị ngoại trú, nội trú theo các tỉnh, cơ sở y tế và nhóm bệnh theo Phân loại Bệnh tật Quốc tế ICD. Nhưng báo cáo cũng không đề cập liệu các phát hiện này sẽ góp phần xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản cũng như đề xuất các lựa chọn dịch vụ y tế ưu tiên sẽ được thực hiện ở báo cáo kết thúc như thế nào. Kết quả cuối cùng được trình bày vào tháng 11 năm 2016 cũng tập trung vào phần C mặc dù nhiều phân tích thống kê toàn diện đã được cung cấp.

6) Khái niệm Gói Dịch vụ Y tế cơ bản

Theo thảo luận mới nhất với các cơ quan liên quan tới tháng 1 năm 2017, Gói Dịch vụ y tế cơ bản được xác định là các dịch vụ y tế dành cho chăm sóc y tế ban đầu bao gồm các dịch vụ điều trị và dự phòng do các trung tâm y tế huyện, các trạm y tế xã và bác sỹ gia đình cung cấp. Các dịch vụ y tế khác và thuốc do bảo hiểm y tế chi trả được gọi là “gói quyền lợi của bảo hiểm y tế”.

Sau đó, Gói Dịch vụ y tế cơ bản được xây dựng theo những khái niệm sau:

- Đảm bảo công bằng trong cung cấp dịch vụ y tế hướng tới bao phủ y tế toàn dân và sự tiếp cận của người dân;
- Đảm bảo năng lực cung cấp gói dịch vụ y tế cơ bản của các cơ sở y tế ban đầu;
- Phù hợp với khả năng của quỹ bảo hiểm y tế và nguồn nhân sách nhà nước;
- Đảm bảo sự minh bạch và tính giải trình; và Cập nhật thường xuyên hàng năm và hai lần một năm hoặc đột xuất khi cần

Gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến tỉnh và trung ương đang được rà soát để áp dụng điều kiện thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế đối với các thuốc và dịch vụ y tế cao/ chi phí lớn theo Thông tư 35 (tham khảo Phần 3.3.4).

3.3.6 Kế hoạch thực hiện

Bộ Y Tế và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam lần lượt ban hành kế hoạch triển khai thực hiện Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân được tổng hợp ở Bảng 3-6. Mỗi kế hoạch mô tả hoạt động triển khai chương trình, ngân sách và trách nhiệm của các đơn vị liên quan của tổ chức.

Bảng 3-10 tổng hợp những nội dung chính kế hoạch triển khai do Bộ Y Tế ban hành năm 2013²¹.

²¹ 605/KH-BYT

Bảng 3-10 Kế hoạch triển khai Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân của Bộ Y Tế

I. Mục tiêu
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tăng tỷ lệ bao phủ của Bảo hiểm Y tế 2. Cải thiện chất lượng khám chữa bệnh do bảo hiểm y tế chi trả 3. Đổi mới cơ chế tài chính
II. Hoạt động triển khai chương trình giai đoạn 2012-2015
<ol style="list-style-type: none"> 1. Xây dựng và hoàn thành các văn bản pháp quy về Bảo hiểm Y tế 2. Tăng cường vai trò các cơ quan liên quan nhằm tăng tỷ lệ bao phủ Bảo hiểm Y tế 3. Thực hiện các giải pháp cải thiện chất lượng khám chữa bệnh 4. Đẩy mạnh y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu 5. Thực hiện các giải pháp đổi mới cơ chế tài chính 6. Tuyên truyền và phát các văn bản pháp lý và chính sách Bảo hiểm y tế 7. Kiểm tra giám sát việc thực hiện các chính sách và Luật Bảo hiểm y tế 8. Kiểm tra giám sát và đánh giá việc thực hiện chương trình hướng tới Bảo hiểm y tế toàn dân
III. Ngân sách thực hiện
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ngân sách nhà nước 2. Hỗ trợ tài chính của các tổ chức quốc tế
IV. Trách nhiệm
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vụ Bảo hiểm Y tế – tư vấn cho Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ Y tế hướng dẫn các địa phương về việc thành lập Ban Chỉ đạo trung ương 2. Vụ Kế hoạch Tài chính (Vụ Kế HOẠCH TÀI CHÍNH) – phân bổ ngân sách thực hiện kế hoạch 3. Các Vụ/ Cục, cơ quan, Thanh tra và Văn phòng – lập kế hoạch và điều phối thực hiện chương trình theo chức năng và nhiệm vụ được giao 4. Sở Y tế các tỉnh và thành phố - tư vấn cho Ủy ban Nhân dân tỉnh/ thành phố xây dựng chương trình và kế hoạch

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2013]

Những nội dung chính của kế hoạch thực hiện do Bảo hiểm Xã hội Việt Nam²² trong năm 2013 được tóm tắt ở Bảng 3-11.

Bảng 3-11 Kế hoạch triển khai Lộ trình Bảo hiểm Y tế toàn dân của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam

I. Mục tiêu thực hiện
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tăng tỷ lệ bao phủ của Bảo hiểm Y tế 2. Cải thiện chất lượng khám chữa bệnh do Bảo hiểm Y tế chi trả 3. Đảm bảo cân bằng quỹ Bảo hiểm y tế
II. Các giải pháp thực hiện
<ol style="list-style-type: none"> 1. Xây dựng và cải thiện chính sách Bảo hiểm Y tế 2. Tăng tỷ lệ bao phủ 3. Tăng cường tuyên truyền về các văn bản pháp chế về Bảo hiểm Y tế 4. Cân bằng và duy trì Quỹ Bảo hiểm y tế
III. Tổ chức thực hiện
<ol style="list-style-type: none"> 1. Thành lập Ban Điều hành tại Bảo hiểm Xã hội Việt Nam 2. Thành lập Ban Điều hành địa phương
IV. Phân công nhiệm vụ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ban Đối ngoại – tuyên truyền chính sách bảo hiểm y tế và các văn bản Pháp chế về Bảo hiểm Y tế tới tất cả các nhóm mục tiêu trên toàn quốc 2. Ban Thu – xây dựng kế hoạch mở rộng bao phủ bảo hiểm trong 2015 và 2020 3. Ban cấp Số Thẻ – đổi mới thẻ bảo hiểm y tế hướng tới hệ thống bảo hiểm y tế điện tử 4. Vụ Bảo hiểm Y tế Thực hiện chính sách – phối hợp với các cơ quan liên quan sửa đổi Luật Bảo hiểm Y tế và các văn bản liên quan. 5. Ban Dược và Vật tư y tế xây dựng và sửa đổi văn bản pháp quy trong lĩnh vực y dược 6. Ban Thanh tra – phối hợp với các bộ ngành liên quan kiểm tra việc thực hiện chính sách bảo hiểm y tế 7. Trung tâm Thông tin – đầu tư thành lập Trung tâm Dữ liệu Ngành, xây dựng phần mềm và cải thiện cơ sở hạ tầng như máy chủ và các máy trạm.

Nguồn: [Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, 2013]

²² 2961/KH-BHXH

3.4 Các cơ quan liên quan

Về cơ bản, Bộ Y tế xây dựng các chính sách, quy định và hướng dẫn liên quan tới hệ thống bảo hiểm y tế và việc triển khai thực hiện các văn bản đó do Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam thực hiện. Bảng 3-12 tóm lược và trò và nhiệm vụ của những cơ quan liên quan.

Bảng 3-12 Vai trò và nhiệm vụ của những cơ quan liên quan

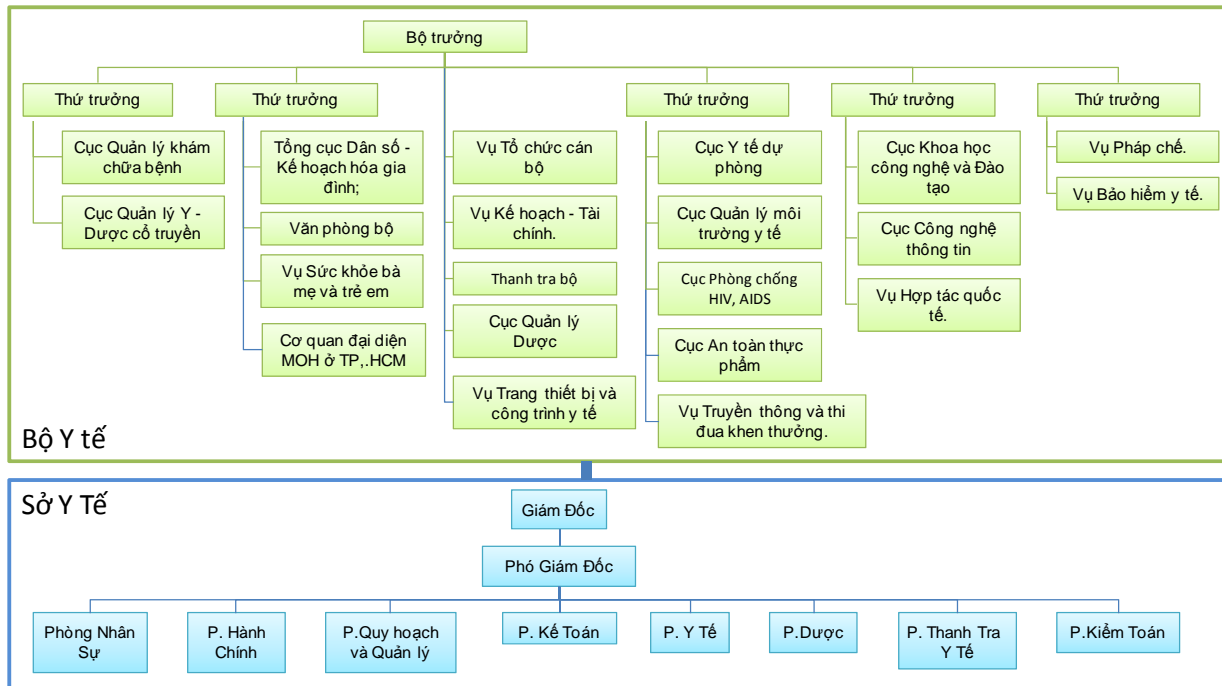
Cơ quan	Khu vực trách nhiệm của Hệ thống Bảo hiểm y tế
Bộ Y tế	Ban hành các quy định về quy trình kỹ thuật và hướng dẫn khám, chữa bệnh và chuyển tuyến, ngoài việc ban hành các chính sách và luật, tổ chức hệ thống cung cấp dịch vụ.
Vụ Kế hoạch Tài chính	<ul style="list-style-type: none"> - Quản lý phương thức chi trả - Xây dựng và điều chỉnh phí dịch vụ y tế - Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản.
Vụ Bảo hiểm Y tế	<ul style="list-style-type: none"> - Xây dựng và điều chỉnh các văn bản pháp lý - Xây dựng chiến lược và kế hoạch phát triển - Tăng sự bảo phủ bảo hiểm y tế - Giám sát quỹ bảo hiểm y tế
Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh	<ul style="list-style-type: none"> - Xây dựng và sửa danh mục dịch vụ kỹ thuật do bảo hiểm y tế chi trả
Bảo hiểm Xã hội VN	<ul style="list-style-type: none"> - Triển khai Luật và các văn bản pháp quy - Quản lý quỹ bảo hiểm y tế

Tham khảo: [Quốc hội, 2014], [Chính phủ, 2008], phỏng vấn

3.4.1 Bộ Y tế

Về hệ thống bảo hiểm y tế, Bộ Y Tế có vai trò và trách nhiệm; 1) xây dựng và ban hành chính sách và các văn bản pháp quy về Bảo hiểm Y tế, 2) xây dựng và ban hành danh mục thuốc, vật tư y tế, khám chữa bệnh do Bảo hiểm Y tế chi trả, 3) áp dụng các biện pháp để đảm bảo cân bằng Quỹ Bảo hiểm y tế, và 4) hướng dẫn các cơ sở y tế, các cơ quan và cá nhân thực hiện các quy định của Luật Bảo hiểm Y tế.

Hình 3-2 mô tả cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế.



Nguồn: [JICA, 2014]

Hình 3-2 Sơ đồ tổ chức của Bộ Y tế và Sở Y tế

(1) Vụ Kế hoạch Tài chính

Vụ Kế hoạch Tài chính có 72 cán bộ viên chức và bảy phòng trực thuộc; 1) Phòng Tổng hợp và Chính sách, 2) Phòng Tài chính sự nghiệp, 3) Phòng Đầu tư, 4) Phòng Viện trợ, 5) Phòng Quản lý phương thức chi trả, 6) Phòng Y tế Quốc phòng, và 7) Phòng Thống kê y tế. Vụ Kế hoạch Tài chính chịu trách nhiệm về tài chính y tế như quản lý chi tiêu y tế, lập ngân sách của Bộ Y tế và các cơ quan trực thuộc Bộ, xây dựng và thực hiện kế hoạch quản lý y tế. Về hệ thống bảo hiểm y tế, Vụ Kế hoạch Tài chính chịu trách nhiệm quản lý phương thức chi trả, xây dựng và điều chỉnh giá dịch vụ y tế phối hợp với Bộ Tài chính và xây dựng Gói DVYTCB.

Về hoạt động xây dựng gói DVYTCB, Vụ Kế hoạch Tài chính cũng được giao nhiệm vụ 1) hướng dẫn các bên liên quan về các bước và quy trình xây dựng Gói DVYTCB, 2) phân tích các văn bản pháp quy về cơ chế tài chính, chính sách và giá dịch vụ y tế 3) tư vấn về hoạt động và lập kế hoạch ngân sách.

1) Phòng Quản lý phương thức chi trả

Phòng Quản lý phương thức chi trả có bảy cán bộ. Nhiệm vụ chính của phòng là xây dựng và điều chỉnh văn bản pháp quy hướng dẫn các phương thức chi trả; nghiên cứu và điều chỉnh giá dịch vụ y tế; giám sát, quản lý và đánh giá việc thực hiện kế hoạch chi trả đối với các cơ quan trực thuộc Bộ Y tế; và xây dựng kế hoạch áp dụng công nghệ mới để quản lý hệ thống chi trả.

2) Phòng Thống kê Y tế

The Phòng Thống kê Y tế có bảy cán bộ. Phòng chịu trách nhiệm tổng hợp thông tin được quy định trong Thông tư số 27/2014/TT-BYT, 28/2014/TT-BYT và 29/2014/TT-BYT (Phần 6.1). Nhiệm vụ chính của phòng là xây dựng kế hoạch hàng năm và kế hoạch năm năm về thống kê y tế; xây dựng và quản lý cơ sở dữ

liệu để thu thập và phân tích số liệu; xuất bản niên giám thống kê; hướng dẫn và giám sát các cơ quan trực thuộc Bộ Y tế triển khai thống kê y tế; và đánh giá hoạt động thống kê y tế của Bộ Y tế. Theo Quyết định 1168/QĐ-BYT quy định vai trò và nhiệm vụ của Vụ Kế hoạch tài chính, phân tích số liệu cho thống kê y tế cũng là nhiệm vụ của phòng, tuy nhiên hiện nay phòng chỉ thu thập số liệu mà phân tích được số liệu.

(2) Vụ Bảo hiểm Y tế

Vụ Bảo hiểm Y tế có 22 cán bộ công chức. Vụ là đơn vị tổ chức triển khai chương trình hướng tới bảo hiểm toàn dân. Trách nhiệm của Vụ Bảo hiểm bao gồm xây dựng và điều chỉnh các văn bản pháp quy về bảo hiểm y tế, xây dựng chiến lược, kế hoạch phát triển dài hạn cho Bao phủ y tế toàn dân; hướng dẫn các Sở Y tế khuyến khích người dân tham gia bảo hiểm y tế và nâng cao chất lượng dịch vụ; và đảm bảo cân bằng quỹ bảo hiểm y tế. Để thực hiện được những nhiệm vụ đó, Vụ đã phối hợp với Vụ Kế hoạch Tài chính và Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam về vấn đề tài chính và ngân sách bảo hiểm y tế cũng như phối hợp với các cơ quan khác để xây dựng danh mục thiết bị y tế, thuốc và kỹ thuật dịch vụ do bảo hiểm y tế chi trả.

Đối với việc xây dựng Gói DVYTCB, vụ chịu trách nhiệm: 1) hướng dẫn các bước, quy trình và phân tích chính sách Bảo hiểm Y tế, và 2) tư vấn xây dựng, sửa đổi và bổ sung danh mục thuốc, ca ta lô vật tư y tế, và danh mục các dịch vụ y tế do Bảo hiểm y tế chi trả

(3) Cục Quản lý Khám chữa bệnh

Cục Quản lý Khám bệnh, Chữa bệnh thực hiện chức năng xây dựng và triển khai các chính sách trong lĩnh vực khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, hiến mô tạng, giám định sức khỏe và pháp y v.v. Về hệ thống bảo hiểm y tế, Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh tham gia vào xây dựng và đánh giá các tiêu chí phân loại cơ sở y tế, hướng dẫn thực hiện các chính sách bảo hiểm y tế, giá dịch vụ y tế và khám chữa bệnh. Cục cũng tiên phong trong việc xây dựng các danh mục kỹ thuật do bảo hiểm y tế chi trả (Thông tư số 43/2013/TT-BYT và Thông tư số 50/2014/TT-BYT) phối hợp với đại diện các bệnh viện.

(4) Cục Công nghệ Thông tin

Cục Công nghệ Thông tin là đơn vị hàng đầu trong việc xây dựng và áp dụng công nghệ thông tin cho hệ thống y tế. Cục tham gia vào các hoạt động như lập kế hoạch, xây dựng chính sách và ứng dụng công nghệ thông tin. Về việc ứng dụng công nghệ thông tin đối với Bảo hiểm Y tế, Vụ Bảo hiểm Y tế phụ trách.

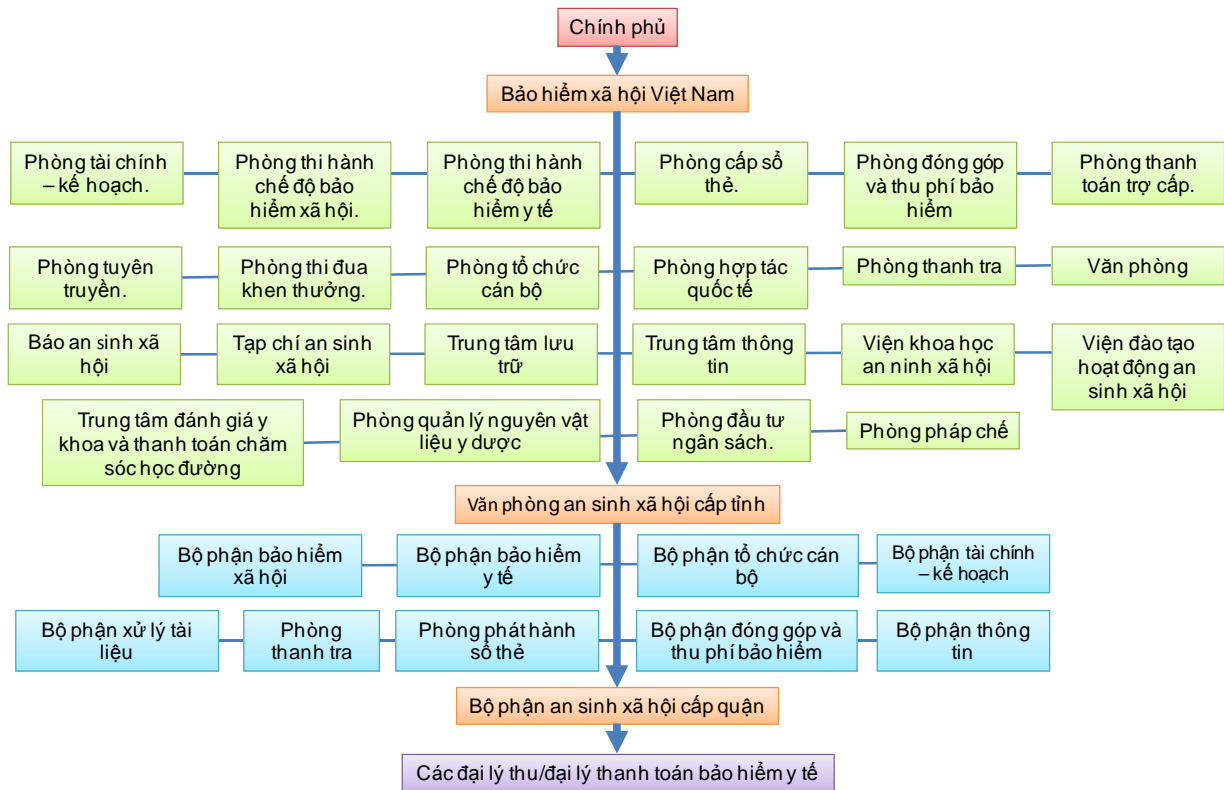
Cục Công nghệ Thông tin có sáu phòng và hai trung tâm trực thuộc. Cục có tất cả ba cán bộ lãnh đạo và 63 cán bộ công chức. Vai trò và chức năng của Cục Công nghệ Thông tin được mô tả ở Quyết định số 4048/QĐ-BYT (2012/10/22).

3.4.2 Bộ Tài chính

At the Bộ Tài chính, Vụ Tài chính Hành chính - Sự nghiệp phụ trách vấn đề bảo hiểm y tế. Chức năng của Vụ là xây dựng và điều chỉnh các văn bản pháp quy về quản lý tài chính của quỹ bảo hiểm xã hội, quỹ bảo hiểm y tế và các quỹ khác liên quan tới tài chính hành chính sự nghiệp.

3.4.3 Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam

Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam triển khai các Luật và quy định liên quan cũng như quản lý quỹ bảo hiểm y tế. Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam trình chiến lược phát triển và kế hoạch thực hiện lên Thủ tướng, báo cáo về việc thực hiện chính sách lên Bộ Y tế và báo cáo về quản lý quỹ bảo hiểm y tế lên Bộ Tài chính [Chính Phủ, 2008]. Cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam được trình bày trong Hình 3-3. Năm 1995, bảo hiểm dài hạn (hưu trí v.v) do Bộ Lao động Thương binh và Xã hội thực hiện và bảo hiểm ngắn hạn (bảo hiểm đền bù cho người lao động, thai sản v.v) do Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam thực hiện được lồng ghép và chuyển giao cho Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. Sau đó, Bảo hiểm Y tế trực thuộc Bảo hiểm Y tế Việt Nam được sáp nhập với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam vào năm 2002 và bảo hiểm thất nghiệp được triển khai năm 2009.



Tham khảo: [JICA, 2014]

Hình 3-3 Organizational Sơ đồ Tổ chức của Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và Bảo hiểm Xã hội ở địa phương

Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam quản lý phí bảo hiểm thu được tại tuyến trung ương. Bảo hiểm xã hội tại mỗi tỉnh đề xuất xin ngân sách trong trường hợp bị thiếu và cần bù đắp để cân bằng ngân sách.

Cơ quan Bảo hiểm xã hội ở tuyến tỉnh/ thành phố quản lý việc công khai bảo hiểm, thu phí, phát hành thẻ và quản lý quỹ. Cơ quan này cũng thực hiện toàn bộ chương trình bảo hiểm xã hội bao gồm bảo hiểm y tế, hưu trí và bảo hiểm thất nghiệp. Cơ quan Bảo hiểm cũng ký hợp đồng bảo hiểm y tế với các cơ sở y tế tuyến huyện và tỉnh. Tổ chức của cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh đồng nhất với nhau. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam có các chi nhánh ở tỉnh và huyện [JICA, 2014].

(1) Cơ quan Bảo hiểm tỉnh

Bệnh viện tỉnh và bệnh viện tư đều dưới sự kiểm soát của bảo hiểm xã hội tỉnh (Hình 3-4 and Hình 3-5), trong khi đó, bệnh viện huyện và trạm y tế xã do bảo hiểm xã hội huyện giám sát (DSS).

Bảng 3-13 Cơ cấu Tổ chức của Cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh

STT.	Tên phòng	Số nhân viên tới ngày 30 tháng 11 năm 2015	Số nhân viên chính thức	Số nhân viên hợp đồng
1	Ban Giám đốc	4	4	
2	Phát hành Thẻ bảo hiểm y tế	7	7	
3	Bảo hiểm xã hội	12	12	
4	Công nghệ thông tin	5	4	1
5	Giám định	12	10	2
6	Kế hoạch và Tài chính	8	6	2
7	Quản lý tín dụng và thanh toán	4	2	2
8	Thanh tra	7	7	
9	Thu	9	8	1
10	Đón tiếp	8	7	1
11	Nhân sự	4	4	
12	Văn phòng	15	11	4

Nguồn: Cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh Gia Lai



Hình 3-4 Lối vào của BHXH tỉnh



Hình 3-5 Nơi Tiếp đón của Bảo hiểm Xã hội Tỉnh

Khi cơ quan bảo hiểm ký hợp đồng với cơ sở y tế, chất lượng khám chữa bệnh sẽ theo Thông tư số liên tịch giữa Bộ Y Tế và Bộ Tài chính [Bộ Y Tế và Bộ Tài chính năm 2014]²³. Ở những bệnh viện cỡ lớn hoặc trung, yêu cầu thanh quyết toán được giám định bởi nhân viên giám định bảo hiểm y tế đóng tại bệnh viện hoặc luân phiên nhau làm việc ở một số bệnh viện.

3.4.4 Hội đồng Cố vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế

Như đề cập ở Phần 3.3.5, Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế (NACHIP) được thành lập theo Quyết định số 900/QĐ-BYT (tháng 3 năm 2016) và Quyết định số 4389/QĐ-BYT (bản sửa đổi, tháng 8 năm 2016). Hội đồng nhằm tư vấn cho Bộ trưởng Bộ Y tế trong việc xây dựng và đưa ra các quyết định liên quan tới bảo hiểm y tế và các chính sách tài chính y tế.

²³ Điều 7

(1) Thành phần

Hội đồng Tư vấn Quốc gia bao gồm Trưởng ban, phó trưởng ban và các thành viên. Thành viên được lựa chọn từ Bộ Y tế, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, các cơ sở y tế, các viện Nghiên cứu và đại diện từ các công ty dược phẩm và khách hàng. Tuy nhiên, các thành phần của Hội đồng Tư vấn Quốc gia chủ yếu được chọn từ các cơ quan của chính phủ, cần thảo luận thêm về thành phần cân bằng đa chiều hơn của Hội đồng Tư vấn quốc gia sau khi Hội đồng đã đi vào thực hiện.

(2) Cơ chế làm việc

Mục đích của Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế là tư vấn cho Bộ trưởng Bộ Y tế, do đó, Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế cần làm việc theo các nội dung cụ thể về bảo hiểm y tế qua việc thu thập thông tin y tế và số liệu thống kê. Ngoài ra, mỗi thành viên của Hội đồng cũng được kỳ vọng có chuyên môn cụ thể và có những hoạt động chuyên môn để ổn định hệ thống bảo hiểm y tế.

Hội đồng sẽ được tổ chức định kỳ nhưng các vấn đề về mặt chuyên môn hay kỹ thuật cần phải thảo luận liên tục bởi một nhóm người, những vấn đề đó sẽ được bàn thảo ở các Tiểu ban được thành lập bên dưới Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế.

(3) Các tiểu ban

Có 5 tiểu ban được thành lập. 5 tiểu ban chịu trách nhiệm về những cấu phần chủ yếu của hệ thống bảo hiểm y tế và đó là:

- a. Tiểu ban về Danh mục thuốc
- b. Tiểu ban về Thiết bị và vật tư y tế
- c. Tiểu ban về Danh mục Dịch vụ kỹ thuật
- d. Tiểu ban về Giá dịch vụ y tế và các biện pháp đảm bảo cân bằng quỹ bảo hiểm y tế.
- e. Tiểu ban về phát triển đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

Chủ tịch mỗi tiểu ban được chọn từ các vụ/ cục của Bộ Y tế và cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam vì đó là những cơ quan chủ chốt về quy định bảo hiểm y tế và triển khai hệ thống, Các tiểu ban được tổ chức một năm một lần để các thành viên thảo luận. Kết quả thảo luận của mỗi tiểu ban sẽ được thể hiện trên văn bản vào báo cáo Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế trước khi tư vấn cho Bộ trưởng Bộ Y tế.

(4) Hỗ trợ Kỹ thuật do Đoàn Khảo sát thực hiện

Đoàn Khảo sát cung cấp thông tin về kinh nghiệm của Nhật Bản có thể hữu ích cho việc thành lập Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế. Tuy nhiên, do kinh nghiệm và hệ thống của Nhật Bản có thể không áp dụng được ở Việt Nam, Đoàn Đánh giá đưa ra những thách thức chính thông qua phỏng vấn người được chỉ định là trưởng mỗi tiểu ban. Đoàn Khảo sát cung cấp các dự thảo quy chế của các Tiểu ban và dự thảo sẽ được thảo luận sớm với Vụ Bảo hiểm y tế.

3.4.5 Các cơ quan liên qua

Ngoài những cơ quan về chính sách và thực hiện nói trên, các cơ quan liên quan ở các ngành khác như vấn đề xã hội, cơ quan sử dụng lao động và tài chính cũng được xem xét và liên quan vào việc triển khai hệ thống bảo hiểm y tế. Bảng 3-14 trình bày sơ đồ của những cơ quan liên quan tới việc triển khai hệ thống bảo hiểm y tế tại Việt Nam.

Tuy nhiên, việc lập bản đồ này được dựa vào trường hợp của Nhật Bản. Do đó, việc lập bản đồ cần được sửa đổi theo tình hình kinh tế, xã hội của Việt Nam.

Bảng 3-14 Lập bản đồ các cơ quan liên quan tới hệ thống bảo hiểm y tế

		Bộ/Đơn vị chịu trách nhiệm	
Y tế			
• Dân số và nhân khẩu học		BYT	Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa Gia đình
• Y tế công cộng	- Tăng cường sức khỏe	BYT	Phòng Sức khỏe, Cục Y tế Dự phòng
	- Phòng chống các bệnh truyền nhiễm	BYT	Cục Y tế Dự phòng
	- Phòng chống bệnh không lây nhiễm	BYT	Cục Quản lý Khám chữa bệnh
	- Quản lý nguy cơ sức khỏe	BYT	
	- Sức khỏe Môi trường	BYT	Cục Quản lý Môi trường Y tế
	- Nước sạch	BYT	Cục Quản lý Môi trường Y tế
	- Mô hình bệnh tật	BYT	Cục Y tế Dự phòng
• Cung cấp dịch vụ y tế	- Hệ thống chuyên tuyến	BYT	Cục Quản lý Khám chữa bệnh
	- Đảm bảo chất lượng	BYT	Cục Quản lý Khám chữa bệnh
• Thuốc và vật tư y tế	- Hiệu quả	BYT	Cục Quản lý Dược
	- An toàn thuốc	BYT	Cục Quản lý Dược
	- Truyền máu	BYT	Cục Quản lý Khám chữa bệnh
	- Kiểm soát thuốc	BYT	Cục Quản lý Dược
	- An toàn hóa chất	BYT	Cục Quản lý Môi trường Y tế
• Cấp giấy phép (bệnh viện/ nhà thuốc)	- Cấp phép cho bệnh viện	BYT/ SYT	Cục Quản lý Khám chữa bệnh
	- Cấp phép cho nhà thuốc	SYT	
• Hành vi và sự hài lòng của người bệnh		BYT	Cục Quản lý Khám chữa bệnh
• An toàn thực phẩm		BYT	Cục An toàn vệ sinh thực phẩm
• Bảo hiểm y tế	- Chính sách và chiến lược	BYT	Vụ Bảo hiểm Y tế, Vụ Kế hoạch Tài chính
	- Gói quyền lợi	BYT	Vụ Kế hoạch Tài chính
	- Danh mục thuốc do bảo hiểm y tế chi trả	BYT	Vụ Bảo hiểm Y tế, Vụ Kế hoạch Tài chính
	- Điều chỉnh giá dịch vụ y tế	BYT	Vụ Kế hoạch Tài chính
	- Giá thuốc	BYT	Vụ Bảo hiểm Y tế, Vụ Kế hoạch Tài chính Cục Quản lý Dược
	- Phương thức chi trả	BYT	Vụ Kế hoạch Tài chính
• Sức khỏe môi trường		BYT	SYT
Chăm sóc trẻ em			
• Chăm sóc trẻ em và hỗ trợ cha mẹ		Bộ LĐTBXH	
Phúc lợi xã hội			
• Phúc lợi cho người tàn tật (bao gồm dịch vụ phúc lợi)		Bộ LĐTBXH	
• Mạng lưới an toàn xã hội (Gia đình nghèo, Dân tộc thiểu số, Vùng sâu vùng xa)		Bộ LĐTBXH	
• Phúc lợi đối với người cao tuổi		Bộ LĐTBXH	
• Chăm sóc người cao tuổi	- Bảo vệ tài chính	Bộ LĐTBXH	
	- Tăng cường sức khỏe	BYT	Bệnh viện Lão khoa

		Bộ/ Đơn vị chịu trách nhiệm	
Việc làm và lao động			
• Việc làm cho những người bị tổn thương		Bộ LĐTBXH	
• Tình trạng việc làm	- Lương trung bình	Bộ LĐTBXH	
• Bảo vệ lao động	- Đền bù cho tai nạn lao động	Bộ LĐTBXH	Cục Quản lý Môi trường Y tế
	- Môi trường làm việc	BYT	
	- Sức khỏe nghề nghiệp		
	- Lương tối thiểu	Bộ LĐTBXH	
	- Người lao động khu vực không chính thức	Bộ LĐTBXH	
• Đào tạo hướng nghiệp, Công bằng trong việc làm, Mối quan hệ quản lý lao động, Chính sách vĩ chiến lược lao động		Bộ LĐTBXH	
Hệ thống lương hưu			
• Hệ thống lương hưu bền vững		Bộ LĐTBXH	
Tài chính			
• Chính sách tổng thể về y tế		BYT	
• Chiến lược tài chính y tế		BYT	Vụ Kế hoạch Tài chính
• Chi phí y tế	- Chi phí y tế theo nhóm tuổi	BYT?	Vụ Kế hoạch Tài chính
• Quỹ bảo hiểm y tế		BHXH	
• Tổng chi phí y tế	- Chi tiêu chính phủ	Bộ KHĐT	Vụ Kế hoạch Tài chính (Phòng Thống kê)
	- OOP	BYT, Tổng cục Thống kê	
• Vấn đề thống kê phân tích		BYT	

Chương 4 Triển khai Hệ thống bảo hiểm y tế

4.1 Cung cấp dịch vụ

4.1.1 Các cơ sở y tế áp dụng

Các dịch vụ khám chữa bệnh do Bảo hiểm Y tế chi trả được cung cấp tại các cơ sở y tế ký hợp đồng với cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. Để ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm, mỗi cơ sở y tế phải đáp ứng các yêu cầu²⁴ (ví dụ số lượng nhân viên, trang thiết bị).

Tính đến năm 2014, tổng số cơ sở y tế ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế là 2.111 (Bảng 4-1).

Theo Bộ Y tế, năm 2013, tổng số cơ sở y tế là 2.647 [Bộ Y tế, 2014]. Do các trạm y tế xã không có tư cách pháp nhân nên thường sẽ trực thuộc bệnh viện huyện. Tổng số, 79,8% các bệnh viện đã ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trong năm 2014. Nếu giả định rằng định nghĩa các bệnh viện công và tư giống nhau tại Bộ Y tế và Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, thì 95% các cơ sở y tế công và 48,7% các bệnh viện không thuộc khối công lập đang ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế với Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam..

Bảng 4-1 Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam- các cơ sở y tế ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (2014)

Tổng số cơ sở y tế ký hợp đồng bảo hiểm		2.111
Loại cơ sở y tế	Công	1.687
	Tư	424

Nguồn: [Bs. Phạm Lương Sơn, 2015]

Người tham gia bảo hiểm có thể đăng ký khám chữa bệnh tại bệnh viện huyện hoặc trạm y tế xã gần nơi cư trú. Tên của cơ sở khám chữa bệnh được đăng ký sẽ ghi ở Thẻ bảo hiểm y tế. Trước tiên, người được bảo hiểm sẽ tới các cơ sở khám chữa bệnh họ đăng ký và khi cần thiết, họ sẽ được chuyển tới các bệnh viện tuyến cao hơn để điều trị chuyên khoa [Chính phủ, 2009]. Tuy nhiên, trên thực tế các cơ sở y tế ở tuyến dưới không thực hiện đúng chức năng là người gác cổng để hạn chế các trường hợp vượt tuyến do năng lực cung cấp dịch vụ tại đây còn hạn chế và người dân mong muốn được hưởng dịch vụ khám chữa bệnh ở tuyến cao hơn [Bộ Y Tế & HPG, 2013].

Trong Luật bảo hiểm y tế sửa đổi (2014), người tham gia bảo hiểm có thể tới khám chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở y tế nào ở tuyến huyện và tuyến xã từ tháng 1 năm 2016 [Quốc hội, 2014], và tới các bệnh viện tỉnh trong phạm vi toàn quốc từ ngày 1 tháng 1 năm 2021.

4.1.2 Dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế chi trả

Bộ Y tế xây dựng danh mục kỹ thuật khám chữa bệnh do Bảo hiểm Y tế chi trả. Thông tư số 43/2013/TT-BYT liệt kê các danh mục kỹ thuật (tổng số có 28 chuyên khoa) và 17.216 kỹ thuật (Bảng 4-2).

²⁴ Đoàn khảo sát không thu thập được thông tin chi tiết về yêu cầu.

Không có tiêu chí và định nghĩa rõ ràng đối với việc lựa chọn các dịch vụ trong gói quyền lợi được hưởng và số lượng các kỹ thuật dịch vụ được bảo hiểm đang được mở rộng không hạn chế. Một số các dịch vụ bị trùng lặp trong khi các dịch vụ khác không được sử dụng.

Bảng 4-2 Phân loại các dịch vụ y tế do bảo hiểm chi trả

Chuyên khoa	Các kỹ thuật	Chuyên khoa	Các kỹ thuật
1	Hồi sức, cấp cứu và chống độc	15	Tai mũi họng
2	Nội khoa	16	Răng hàm mặt
3	Nhi khoa	17	Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng
4	Lao (Ngoại khoa)	18	Chẩn đoán hình ảnh
5	Da liễu	19	Y học hạt nhân
6	Sức khỏe tâm thần	20	Nội soi chẩn đoán, can thiệp
7	Nội tiết	21	Thăm dò chức năng
8	Y học cổ truyền	22	Huyết học truyền máu
9	Gây mê	23	Hóa sinh
10	Ngoại khoa	24	Vi sinh, ký sinh trùng
11	Bóng	25	Giải phẫu bệnh, tế bào học
12	Ung thư	26	Vi phẫu
13	Sản	27	Phẫu thuật nội soi
14	Mắt	28	Tạo hình – Thẩm mỹ

Nguồn: [Bộ Y Tế]

Thông tư số 43 quy định phân tuyến kỹ thuật thực hiện tại 4 tuyến (trung ương, tỉnh, huyện, trạm y tế xã) (Bảng 4-3).

Bảng 4-3 Phân tuyến kỹ thuật tại mỗi tuyến bệnh viện (trích dẫn)

Viết tắt: A=tuyến trung ương, B= tuyến tỉnh, C=tuyến huyện, D=tuyến xã

STT	DANH MỤC KỸ THUẬT	PHÂN TUYẾN KỸ THUẬT			
		3			
1	2	A	B	C	D
	A. TUẦN HOÀN				
1	Theo dõi huyết áp liên tục không xâm nhập tại giường ≤ 8 giờ	x	x	x	
2	Ghi điện tim cấp cứu tại giường	x	x	x	
3	Theo dõi điện tim cấp cứu tại giường liên tục ≤ 8 giờ	x	x	x	
4	Ghi điện tim qua chuyên đạo thực quản	x	x		
5	Làm test phục hồi máu mao mạch	x	x	x	x
6	Đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên	x	x	x	x
7	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm 01 nòng	x	x	x	
8	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm nhiều nòng	x	x	x	
9	Đặt catheter động mạch	x	x		
10	Chăm sóc catheter tĩnh mạch	x	x	x	
11	Chăm sóc catheter động mạch	x	x		
12	Đặt đường truyền vào xương (qua đường xương)	x	x	x	
13	Đặt đường truyền vào thể hang	x	x		
14	Đặt catheter động mạch phổi	x	x		
15	Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm	x	x	x	
16	Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm liên tục ≤ 8 giờ	x	x		
17	Đo áp lực động mạch xâm nhập liên tục ≤ 8 giờ	x	x		
18	Siêu âm tim cấp cứu tại giường	x	x	x	
19	Siêu âm Doppler mạch cấp cứu tại giường	x	x	x	
20	Siêu âm dẫn đường đặt catheter tĩnh mạch cấp cứu	x	x	x	

... còn tiếp...

Tham khảo: [BYT, 2013]

Ngoài những dịch vụ kỹ thuật nêu trong Thông tư số 43/2013/TT-BYT, Thông tư số 50/2014/TT-BYT quy định yêu cầu về tuyến dịch vụ kỹ thuật cho mỗi loại dịch vụ để xác định mức phí cho bác sỹ²⁵. Thông tư số 50/2014/TT-BYT cũng thêm một số dịch vụ kỹ thuật mới chưa có trong Thông tư số 43/2013/TT-BYT.

Tại những tỉnh Đoàn Khảo sát đã tới làm việc, Bệnh viện tỉnh Gia Lai có thể thực hiện được hầu hết các yêu cầu về kỹ thuật cần thiết theo Thông tư số 43, trong khi bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình chỉ đạt 64% yêu cầu²⁶. Tại tuyến huyện, có khoản cách giữa quy định và việc cung cấp dịch vụ trên thực tế²⁷. Theo các cơ quan của địa phương, lý do của chất lượng dịch vụ thấp là do thiếu nhân lực (ví dụ bác sỹ nhi) và trang thiết bị y tế (như thiết bị cấp cứu) khiến cho người bệnh phải tìm kiếm dịch vụ y tế tốt hơn ở tuyến trên. Hiện tại khó có thể dự đoán được nhưng sau ngày 1 tháng 1 năm 2016 có thể sẽ có cạnh tranh giữa các cơ sở y tế khi người bệnh có thể đến khám chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở y tế tuyến huyện nào trong tỉnh, và khi đó người bệnh sẽ chỉ đến các bệnh viện có uy tín.

4.1.3 Giá dịch vụ y tế

Thông tư số liên tịch Bộ Y Tế - Bộ Tài chính (04/2012/TTLT-BYT-BTC 29/02/2012) ban hành mức tối đa khung giá một số dịch vụ y tế do bảo hiểm chi trả. Ủy ban Nhân dân tỉnh quy định mức giá cụ thể đối với các cơ sở y tế do địa phương quản lý [Bộ Y Tế, 2015]. Vì vậy, mỗi tỉnh có mức giá khác nhau cho cùng một dịch vụ. Nhìn chung, giá dịch vụ y tế do Sở Y tế tính toán dựa vào ước tính từ các bệnh viện chủ yếu tại tuyến tỉnh, sau đó sẽ được trình lên Ủy ban Nhân dân tỉnh và Hội đồng Nhân dân để phê duyệt. Theo phỏng vấn với Ủy ban Nhân dân tỉnh Bình Định, giá dịch vụ y tế được quyết định qua việc xem xét các điều kiện kinh tế xã hội, sự cân bằng của quỹ bảo hiểm y tế và điều kiện kinh tế của hộ gia đình.

Như đã nói ở trên, giá dịch vụ y tế khác nhau tại mỗi tỉnh nhưng biểu giá viện phí mới được áp dụng từ ngày 1 tháng 3 năm 2016 song song với Thông tư số liên Bộ Tài chính – Y tế số Thông tư số 37/2015/TTLT-BYT-BTC, và giá dịch vụ không thay đổi được sử dụng theo tuyến bệnh viện. Do có sự thay đổi giá viện phí, giá của khoảng 1.900 dịch vụ kỹ thuật do bảo hiểm y tế chi trả đã tăng lên. Nhưng giá mới chỉ áp dụng với những người có bảo hiểm còn những người không có bảo hiểm cũng không bị ảnh hưởng do giá viện phí tăng để giảm bớt gánh nặng tài chính. Theo phỏng vấn các cơ quan ở địa phương²⁸, có thể kỳ vọng rằng giá dịch vụ kỹ thuật tăng sẽ cải thiện nguồn thu của bệnh viện, sử dụng cho việc cải thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuê nhân viên y tế có trình độ. Mặt khác, việc tách biệt giá cho đối tượng tham gia và không tham gia bảo hiểm sẽ mang lại gánh nặng kép trong việc thu viện phí tại các bệnh viện. Chưa có kế hoạch cụ thể khi nào giá dịch vụ cao hơn sẽ được áp dụng đối với những người không tham gia bảo hiểm y tế.

Theo phỏng vấn tiến hành tại tỉnh Bình Định và Hòa Bình vào tháng 6 năm 2016, tổng tiền thanh toán bảo hiểm y tế của quý 1 năm 2016 có tăng so với cùng kỳ năm ngoái. Có hai lý do chính đó là do việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế tăng theo Thông tư 37, và do tăng số lượng người đến khám bệnh, chữa bệnh do thông tuyến

²⁵ Các bác sỹ thực hiện kỹ thuật cao được trả phụ cấp thực hiện kỹ thuật cao hơn

²⁶ Kết quả khảo sát bệnh viện tỉnh Gia Lai và Hòa Bình

²⁷ Ví dụ, Trung tâm Y tế huyện Đắc Đoa tại tỉnh Gia Lai đáp ứng tới 60% trong khi bệnh viện huyện Tân Lạc đạt tới 80% danh mục kỹ thuật theo Sở Y tế và các bệnh viện.

²⁸ Người được phỏng vấn gồm Sở Y tế, Cơ quan BHXH tỉnh/ huyện và các cơ sở y tế ở các tuyến

khám chữa bệnh bảo hiểm ở tuyến huyện có hiệu lực từ tháng 1 năm 2016. Thanh toán tiền khám chữa bệnh cũng bị chậm trễ tại hai tỉnh do việc thực hiện điều chỉnh giá dịch vụ y tế mới. Điều đó là do trên thực tế việc giám định thanh toán bảo hiểm y tế cần nhiều thời gian hơn trước khi thực hiện điều chỉnh giá dịch vụ y tế và có hai mức giá dành cho người tham gia và không tham gia bảo hiểm..

Ngoài ra, do các thuật ngữ và nhóm các dịch vụ kỹ thuật khác với Thông tư số 43 and 50, Bộ Y tế và các bệnh viện phải lập danh mục để thống nhất giữa giá ở Thông tư số 37 và tên dịch vụ kỹ thuật ở Thông tư số 43 and 50. Khi các dịch vụ kỹ thuật không tìm thấy trong Thông tư số 37, các bệnh viện có thể áp dụng giá cho các dịch vụ kỹ thuật tương ứng theo thỏa thuận với cơ quan quản lý (Bộ Y tế/ Sở Y tế) và các cơ quan bảo hiểm (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam/ Bảo hiểm Xã hội tỉnh/ Bảo hiểm Xã hội huyện).

Trong Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi, Bộ Y Tế và Bộ Tài chính đã chuẩn bị sửa giá dịch vụ do số lượng cấu phần giá tăng, đó là cơ sở để tính toán giá cho mỗi dịch vụ. Trước khi sửa đổi, giá dịch vụ y tế được tính theo 3 cấu phần bao gồm 1) chi phí thuốc men, vật tư y tế, 2) chi phí điện nước và 3) chi phí bảo dưỡng trang thiết bị. Sau khi sửa đổi, một cấu phần nữa được thêm vào và giá dịch vụ y tế phải được tính đủ tổng số 7 cấu phần. Bảng 4-4 thể hiện 7 cấu phần và kế hoạch điều chỉnh giá dịch vụ y tế dựa trên mỗi cấu phần.

Bảng 4-4 Các Yếu tố tính toán giá dịch vụ y tế và kế hoạch điều chỉnh giá dịch vụ

No.	Yếu tố tính toán giá DVYT	Kế hoạch điều chỉnh
1	Chi phí thuốc, vật tư y tế trực tiếp dùng trong khám chữa bệnh, số ngày nằm viện và dịch vụ kỹ thuật	2012-2014
2	Chi phí điện, nước, rác thải theo giá hiện thời	2012-2014
3	Chi phí bảo dưỡng, mua sắm tài sản, dụng cụ, máy móc theo giá hiện thời	2012-2014
4	Chi phí cho tiền lương, phụ cấp đặc thù; chi phí thuê ngoài, chi phí cụ thể không vượt quá 50% của các chi phí dịch vụ	Tới năm 2015
5	Chi phí sửa chữa tài sản cố định	Tới năm 2018
6	Chi phí đào tạo, nghiên cứu khoa học, ứng dụng kỹ thuật mới; chi phí gián tiếp	Tới năm 2018
7	Chi phí khấu hao tài sản cố định	Tới năm 2020

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2015]

Ở một số tỉnh, Quỹ Bảo hiểm Y tế đã bị bội chi vào quý đầu năm 2016. Có thể thấy sự cân bằng của Quỹ Bảo hiểm Y tế sẽ còn xấu đi khi thông tuyến bảo hiểm y tế ở tuyến tỉnh có hiệu lực và giá dịch vụ y tế lại tăng tiếp. Theo Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, họ đã có kế hoạch để giữ cân bằng cho Quỹ Bảo hiểm Y tế quan việc kiểm soát giá thuốc và áp dụng thanh quyết toán bảo hiểm điện tử, điều đó sẽ dễ dàng hơn để giám sát phí dịch vụ y tế.

4.1.4 Thuộc do bảo hiểm y tế chi trả

Thuộc do bảo hiểm y tế chi trả được Bộ Y tế quy định trong Thông tư số 40/2014/TT-BYT. Thông tư bao gồm danh mục trên 1.000 loại thuốc và thành phần. Giá những những thuốc trong danh mục này được đấu thầu ở mỗi cơ sở y tế. Theo đó, giá thuốc khác nhau tại mỗi cơ sở y tế và dao động thường xuyên tùy thuộc vào đấu thầu. Trong Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi đã nêu rằng giá thuốc sẽ phải thống nhất ở tuyến tỉnh.

Tại Việt Nam, giá thuốc cao hơn nhiều so với giá tham khảo của Quốc tế. Giá thuốc chiếm phần lớn trong tổng

chi phí tế²⁹ và chiếm khoảng 70% tiền thanh toán từ bảo hiểm [Bộ Y Tế & Dự án HPG, 2013]. Theo điều tra giá thuốc năm 2010, giá thuốc phát minh ở Việt Nam cao gấp 12,1 lần so với giá tham khảo trên thế giới, trong khi đó, cao hơn 1,4 lần so với giá thuốc generic [Bộ Y Tế & Dự án HPG, 2013]. Như đã trình bày ở trên, giá thuốc cao hơn là do thực tế là giá thuốc tăng do đấu thầu tại mỗi bệnh viện mà không có cơ chế kiểm soát tập trung [JICA, 2014] Theo khảo sát của Tổ chức Y tế Thế giới, trong khu vực công, các loại giá thuốc generic và thuốc phát minh cao hơn giá tham khảo Quốc tế lần lượt từ 1,9 tới 3,7 lần và từ 5,3 tới 20,5 lần [Tổ chức Y tế Thế giới, 2011]. Như đã đề cập ở trên, điều đó là do thực tế chi phí cho thuốc tăng là do các bệnh viện tự đấu thầu không có cơ chế kiểm soát tập trung [JICA, 2014]. Theo một phỏng vấn với Bộ Y Tế, dự kiến sẽ có tập trung hóa mua sắm thuốc³⁰ qua việc thành lập đơn vị mua sắm tập trung để kiểm soát chi phí dành cho thuốc [OECD, WHO, 2014].

4.2 Phương thức chi trả

4.2.1 Đặc điểm của mỗi phương thức chi trả

Thuận lợi và khó khăn của mỗi mô hình được tổng hợp ở Bảng 4-5.

Bảng 4-5 Thuận lợi và khó khăn của phương thức Định suất, Phí dịch vụ và Thanh toán theo trường hợp bệnh

Phương thức	Thuận lợi	Khó khăn
Định suất	<ul style="list-style-type: none"> - Xu hướng chú trọng vào chăm sóc dự phòng - Thu nhập của bác sỹ/ cơ sở y tế cố định. - Cung cấp điều trị chuẩn - Dễ dàng bao phủ dân số đích. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tránh điều trị đắt tiền. - Những cơ sở y tế nhỏ có nguy cơ thay đổi bất thường - Tuyển điều trị có thể dưới mức độ mong muốn của người bệnh. - Danh sách dài chờ nhập viện và phẫu thuật.
Theo giá dịch vụ	<ul style="list-style-type: none"> - Cung cấp chăm sóc y tế cần thiết. - Mỗi hoạt động khám chữa bệnh có thể liên kết với phối thanh quyết toán bảo hiểm (từng phối một) - Dễ dàng hiểu mối quan hệ giữa khám chữa bệnh và chi phí cho người bệnh. - Bác sỹ có thể cung cấp những phương pháp điều trị cần thiết do hệ thống này đảm bảo hoàn trả những chi phí điều trị đó. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khám bệnh và các dịch vụ có xu hướng được cung cấp quá mức. - Thời gian nằm viện có xu hướng bị kéo dài. - Gian lận trong thanh quyết toán bảo hiểm có thể xảy ra. - Kỹ thuật không phản ánh trên tổng số tiền thanh toán (bác sỹ giỏi điều trị hợp lý sẽ rút ngắn thời gian điều trị hay nằm viện)
Thanh toán theo trường hợp bệnh	<ul style="list-style-type: none"> - <Người bệnh> - Rút ngắn thời gian điều trị và tổng số tiền đồng chi trả được giảm đi - Có thể tránh được việc lạm dụng khám chữa bệnh. - <Cơ sở y tế> - Thông tin viện phí được chuẩn hóa. - Nếu chất lượng điều trị được cải thiện, có thể tạo ra được nhiều lợi nhuận hơn so với phương thức tính theo giá dịch vụ. Bằng cách đó, cơ sở y tế có thể áp dụng quy trình lâm sàng chuẩn và đảm bảo chất lượng chăm sóc cho từng trường hợp. - <Chính phủ> - Có thể kiểm soát được chi phí y tế. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chất lượng điều trị có thể bị giảm. - Sự thận trọng của bác sỹ bị hạn chế và việc thực hiện có thể bị giảm. - Hạn chế việc bác sỹ tự làm theo ý mình do đó khả năng thực hiện công việc có thể sẽ bị giảm.

Nguồn: Đoàn Khảo sát

²⁹ Chi phí dành cho thuốc, một phần chiếm tổng chi phí y tế thay đổi khác nhau trên toàn quốc. Ví dụ, trong năm 2010, trên 40% tổng chi phí y tế đã được chi cho thuốc (bao gồm thuốc, hóa chất và các sản phẩm thảo dược dùng cho y tế) tại Thái Lan (50,5%), Ấn độ (45,6%), Trung Quốc (44,2%), Bangladesh (44,1%), Việt Nam (43,2%) và Myanmar (41,4%), trong khi chi phí này lại dưới 15% tại Fiji (13,9%) và Malaysia (12,7%), [OECD, WHO, 2014]

³⁰ Theo Bộ Y tế, số lượng thuốc mục tiêu vẫn còn rất hạn chế.

(1) Phương thức định suất

Định suất là việc thực hiện thanh toán cho các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế như bác sỹ hoặc các bệnh viện. Phương thức này trả cho bác sỹ hoặc bệnh viện một số tiền cố định cho mỗi người đăng ký khám chữa bệnh tại cơ sở đó dựa vào đơn vị hành chính (như dân số trong phạm vi bao phủ của cơ sở), giai đoạn thời gian. Những cơ sở cung cấp dịch vụ y tế này được ký hợp đồng với các cơ quan công lập như Bộ Y tế. Tổng số tiền thanh toán dựa trên việc sử dụng dịch vụ y tế trung bình của những người tham gia bảo hiểm. Do đó, trong phương thức định suất, các bác sỹ không muốn thực hiện điều trị trong đó có những điều trị cần thiết vì sẽ không được thanh toán gì hơn ngoài số tiền cố định đối với những chăm sóc y tế cần thiết hoặc bổ sung.

(2) Phương thức Phí Dịch vụ

Phương thức chi trả theo phí dịch vụ là một trong những mô hình chi trả phí dịch vụ y tế. Trong phạm vi mô hình này, các dịch vụ y tế sẽ không bị bó buộc và được thanh toán riêng rẽ. Mô hình này có xu hướng mang lại sự khích lệ cho bác sỹ trong việc điều trị cho người bệnh vì thanh toán theo tỷ lệ số lượng hơn là chất lượng chăm sóc. Khi người bệnh được bảo hiểm y tế chi trả, thậm chí phải trả thêm mức đồng chi trả, thì họ cũng được khuyến khích chấp nhận bất kỳ dịch vụ khám chữa bệnh nào có thể tốt hơn nữa. Trong hệ thống y tế của Nhật bản, phương thức chi trả theo phí dịch vụ được kết hợp với cơ chế định giá trên toàn quốc để kiểm soát chi phí.

Đối với bảo hiểm y tế, những thanh toán được thực hiện có hiệu lực trở về trước, sau khi thực hiện khám chữa bệnh. Điều này tạo ra sự xung đột tài chính tiềm năng về lợi ích với người bệnh khi khối lượng điều trị quá lớn. Cũng cần phải nhấn mạnh rằng khi yêu cầu thanh quyết toán bảo hiểm được cơ quan bảo hiểm chi trả theo phương thức phí dịch vụ, người bệnh không có sự khuyến khích xem xét chi phí điều trị. Một số bằng chứng cho thấy các bác sỹ điều trị được thanh toán theo phương thức phí dịch vụ có xu hướng thực hiện nhiều thủ thuật cho người bệnh hơn là những bác sỹ được thanh toán theo phương thức định suất [Gosden T, et al., 2000], [Jeffery Kluger, 2009].

(3) Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh

Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh là hệ thống mà viện phí được xác định theo bệnh của từng bệnh nhân (Phương thức thanh toán theo Nhóm Chẩn đoán liên quans: DRGs). Hệ thống chi trả này được kỳ vọng sẽ thể hiện một cách tiếp cận khác mang lại những lợi ích cho hệ thống bảo hiểm y tế để trở nên bền vững về tài chính.

Thứ nhất là vì lợi ích của người bệnh, có thể giảm những chăm sóc (lạm dụng điều trị) không cần thiết. Firstly, as the benefit to the patient, reduction of unnecessary health care (excessive medical treatment) is expected. Trong mô hình này, viện phí được xác định dựa trên kết quả chẩn đoán từ lần điều trị đầu tiên. Do đó kết quả mỗi chi phí điều trị sẽ được giảm từ một khoản cố định. Do đó, bác sỹ/ cơ sở y tế có thời gian điều trị hồi phục ngắn nhất có thể tạo ra nhiều lợi nhuận hơn. Vì vậy, có thể tránh được những điều trị không cần thiết kéo dài thời gian hồi phục.

Thứ hai, vì lợi ích của bác sỹ/ cơ sở y tế, nhìn chung điều trị cấp cứu được coi là tạo ra những thất thoát do ràng buộc về chi phí và cũng có thể tạo ra lợi nhuận vì do phí dịch vụ y tế và quy trình khám chữa bệnh đã được chuẩn hóa đối với những trường hợp đó.

Thứ ba, vì lợi ích của chính phủ, các dịch vụ y tế được chuẩn hóa và có thể kỳ vọng là các chi phí y tế có thể được kiểm soát.

Hiện nay, phương thức DRG được sử dụng ở Hàn Quốc, Phần Lan (một phần), Đức, Hà Lan (dành cho điều trị nội trú), Vương quốc Anh (dành cho điều trị nội trú), Pháp (điều trị nội trú), Thụy điển (nội trú) và chương trình Medicare của Hoa Kỳ

DRG là một hệ thống mà người bệnh được phân loại theo nhóm bệnh và kế hợp với Hệ thống Thanh toán Sau (PPS), DRG có thể được áp dụng trên cơ sở các quy trình chuyên môn. Do đó, trong hệ thống này mô hình bệnh tật được chú trọng nhiều hơn tình trạng của người bệnh. Người bệnh được phân theo các mặt bệnh đã có và các chi phí được tính toán dựa trên các mặt bệnh có trong danh mục.

Mặt khác, một hệ thống đã được chỉnh sửa gọi là Phương thức thanh toán Kết hợp Quy trình Chẩn đoán (DPC) đã được áp dụng. DPC là phương pháp tính các chi phí điều trị nội trú, được phân loại theo điều trị và bệnh tật dựa vào bảng phân loại. Phương pháp này để tính toán sự kết hợp của phần cố định do Chính Phủ xác định và phần tính theo phí dịch vụ. Số bệnh viện áp dụng phương thức DPC được thể hiện ở Bảng 4-6.

Bảng 4-6 Số bệnh viện và giường bệnh áp dụng phương thức DPC ở Nhật Bản

Năm	Số bệnh viện		Số giường bệnh	
	DPC	DPC (chuẩn bị)	DPC	DPC (chuẩn bị)
2003	82	-	66.497	-
2004	144	-	89.330	-
2006	359	371	175.395	144.057
2008	713	843	286.088	19.2242
2009	1.278	331	430.224	57.965
2010	1.388	266	455.148	41.407
2011	1.447	201	468.362	27.751
2012	1.505	246	479.539	34.502

Tham khảo: Sơ lược về sửa đổi viện phí, Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản ngày 23 tháng 4 năm 2013

4.2.2 Thực trạng ở Việt Nam

Theo Luật Bảo hiểm y tế (năm 2008) và Luật sửa đổi (năm 2014), Việt Nam có ba cơ chế chi trả là: phí dịch vụ, định suất và Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh.

(1) Phương thức Phí dịch vụ

Phí dịch vụ là hệ thống chi trả chiếm ưu thế từ năm 1995. Cơ quan Bảo hiểm Xã hội định mức trần thanh toán cho bệnh viện bao gồm các chi phí nhưng bệnh viện cũng có động cơ chi vượt trần. Theo Khảo sát, khi quy định thông tuyến bảo hiểm y tế tại các bệnh viện huyện trong tỉnh có hiệu lực vào tháng 1 năm 2016, một số bệnh viện huyện và trạm y tế xã đã thay đổi phương thức thanh toán từ định suất sang phí dịch vụ. Vì người dân có thể đến bất cứ bệnh viện huyện nào gần nơi họ sống, do đó khó để xác định được số dân thực tế thuộc diện bao phủ của mỗi bệnh viện huyện.

Thanh toán các dịch vụ y tế được thực hiện thông qua hệ thống thanh toán theo giá dịch vụ. Theo phỏng vấn, không thể điều tiết được các cơ sở y tế để tránh lạm dụng khám chữa bệnh, vì ngân sách cho giai đoạn tới được xác định theo thực chi. Ngoài ra, chưa có hình thức xử phạt nào đối với việc lạm dụng điều trị/ hoặc động viên đối với những cơ sở thực hiện các dịch vụ hiệu quả. Kết quả là, Quỹ bảo hiểm y tế sẽ bị thâm hụt từ năm 2020 nếu Việt Nam tiếp tục áp dụng thanh toán theo giá dịch vụ..

Về vấn đề chi phí từ tiền túi của người bệnh, bệnh nhân phải trả thêm cho các dịch vụ bổ sung mà quỹ bảo hiểm y tế không thanh toán. Những chi phí bổ sung như vậy nhìn chung cũng được phân bổ để bổ sung các chi phí vận hành và khuyến khích cho nhân viên.

Do đó, với sự hỗ trợ của các đối tác phát triển, Bộ Y Tế đang nỗ lực xây dựng cơ chế chi trả bao gồm cả định suất và thanh toán hỗn hợp. Ngoài ra, kế hoạch điều chỉnh viện phí cũng được kỳ vọng để kiểm soát những hành vi đó vì hầu hết giá dịch vụ y tế đã tăng tới 30% và cơ sở y tế có thể có đủ thu nhập để trang trải những chi phí cần thiết.

(2) Phương thức Định suất

Phương pháp thanh toán định suất cũng được áp dụng đối với khám chữa bệnh ban đầu tại một số tỉnh vào năm 2004. Năm 2011, định suất cũng được áp dụng tại bệnh viện tuyến huyện. Tỷ lệ định suất do các nhóm đối tượng bảo hiểm y tế xác định hơn là những nguy cơ hoặc chi phí khám chữa bệnh thực sự, hậu quả là bệnh viện nhận được ít ngân sách hơn cho các nhóm nghèo hơn. Mặc dù một số thí điểm đã lên kế hoạch, nhưng những hoạt động đó chưa hoàn thành thành công do sự điều phối chưa tốt trong việc thu thập số liệu giữa BHYT và BHXH.

Theo quan sát của Đoàn Khảo sát, thanh toán định suất có thể được áp dụng đối với một số thay đổi tương tự như phương pháp thanh toán theo giá dịch vụ hoặc thanh toán dựa vào kết quả. Ví dụ tổng tiền cần phải trả cho Trạm y tế xã được tính theo mức cố định (5.000 đồng một lần khám chữa bệnh và 310.000 cho một ca đẻ thường) và số lượng bệnh nhân thực tế từ năm 2011. Trước đó, số tiền được tính theo tỷ lệ định suất và số dân trong diện bao phủ.

Bộ Y tế đang triển khai xây dựng mô hình định suất sửa đổi phối hợp với Cộng đồng Châu Âu. Trong mô hình sửa đổi, tỷ lệ định suất sẽ được tính toán theo lứa tuổi và một số chỉ tiêu kinh tế xã hội như giá tiêu dùng. Định suất sẽ được áp dụng tại trạm y tế xã và khoa Khám bệnh của bệnh viện huyện.

1) Thí điểm phương thức Định suất

Cho tới nay, Chính phủ đã áp dụng thí điểm phương thức định suất ba lần. Phương pháp này đã đáp ứng được với điểm yếu của cơ chế chi trả theo phí dịch vụ, và mục tiêu của việc áp dụng định suất là thiết lập việc kiểm soát chi phí hiệu quả chú trọng vào chăm sóc y tế chất lượng cao với giá thành thấp hơn.

Thí điểm định suất lần đầu tại Việt Nam 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 trạm y tế xã.

Thí điểm định suất lần hai được hỗ trợ bởi Cộng đồng Châu Âu thông qua Dự án Hỗ trợ Chăm sóc sức khỏe cho người nghèo tại miền núi phía Bắc và Tây Nguyên (HEMA), một dự án tài chính y tế nhằm vào những cộng đồng và người thiếu số nghèo nhất. Tới năm 2013 mô hình định suất được áp dụng ở các tỉnh của Việt Nam. Thông qua triển khai thí điểm này, những vấn đề được phát hiện như sau:

- Mô hình Định suất áp dụng ở Việt Nam khác với việc phương thức áp dụng thông thường ở các nước khác;
- Định suất được áp dụng cả ở bệnh nhân nội trú và ngoại trú (thường chỉ áp dụng định suất cho ngoại trú);
- Việc tính toán dựa trên những chỉ tiêu từ trước đó và không phản ánh được nhu cầu của người bệnh; và
- Thiếu gói dịch vụ được xác định.

Trên cơ sở những phát hiện đó, Bộ Y tế quyết định triển khai thí điểm lần thứ ba tại bốn tỉnh từ năm 2014 với mô hình định suất đã được sửa đổi theo Thông tư số 41/2014/TTLT-BYT-BTC, hướng dẫn thực hiện Luật Bảo hiểm y tế. Tại tỉnh Bắc Ninh và Ninh Bình, phương thức định suất được áp dụng cho bệnh nhân ngoại trú trong khi đó tỉnh Thừa Thiên Huế và Khánh Hòa áp dụng định suất cho cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Trong phạm vi mô hình thử nghiệm thứ ba, những vấn đề sau vẫn còn tồn tại:

- Hầu hết các cơ sở y tế đều hết quỹ định suất và bị bội chi do đó việc cung cấp dịch vụ y tế sẽ khó khăn.
- Hệ thống quản lý số liệu bị đứt đoạn và việc báo cáo tài chính bị chậm trễ.
- Chậm trễ trong việc tính quỹ và hoàn trả viện phí.

Năm 2015 EU triển khai đánh giá mô hình định suất thứ và kết luận rằng mô hình này không có khả năng ngăn chặn chi phí đáng kể và khó để giữ được cân bằng ngân sách. Dựa trên những khuyến nghị của EU, Bộ Y tế hiện đang xem xét liệu có nên áp dụng mô hình định suất mới tương tự với tiêu chuẩn quốc tế hay không.

(3) Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh

Kế hoạch năm năm phát triển ngành y tế giai đoạn (2011-2015) cũng đề cập tới khả năng chi trả chi phí y tế bằng Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh thông qua Phương thức thanh toán theo Nhóm Chẩn đoán liên quan (DRG). Chính phủ Việt Nam đang hướng tới Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh sau năm 2020. Mặc dù Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh được kỳ vọng là giảm chi phí bảo hiểm y tế nhưng chưa có những bằng chứng cụ thể.

1) Thí điểm phương thức DRG

Mô hình DRG (Vie-DRG grouper) được xây dựng theo mô hình DRG của Thái Lan. Theo như triển khai thí điểm tại một bệnh viện huyện vào năm 2012, có thể xác định được 84% trong tổng số các trường hợp vào 89 nhóm liên quan tới chẩn đoán. Tuy nhiên, tính sẵn có và chất lượng của số liệu cũng như năng lực của các cán bộ liên quan trong bệnh viện lại là thách thức để áp dụng được mô hình này [Phạm Lê Tuấn, và cộng sự năm 2015].

Trong năm 2015, một dự án thí điểm cũng được Bộ Y tế triển khai tại tỉnh Ninh Bình. Viện triển khai thí điểm là để thu thập số liệu cần thiết cho phương thức DRG có sự phối hợp của Sở Y tế, Phòng Y tế, Bảo hiểm Xã hội tỉnh và các bệnh viện tỉnh, huyện, trạm y tế xã. Dự án thí điểm sẽ được triển khai tới năm 2019 chú trọng vào năm tỉnh. Bốn tỉnh nữa sẽ tham gia vào năm 2017. Từ năm đầu tiên triển khai thực hiện đã có khuyến nghị rằng chất lượng số liệu cần cải thiện và tất cả mọi số liệu cần sẵn có ở mỗi cơ sở y tế để xây dựng phương thức DRG phù hợp và xây dựng giá.

Ngân hàng Phát triển Châu Á đã và đang hỗ trợ dự án thí điểm khác phối hợp với Trường Đại học Y Hà Nội từ năm 2010 tới năm 2015. Dự án này có sự tham gia của 34 cơ sở y tế tại bảy tỉnh (hai bệnh viện tuyến trung ương, 13 tuyến tỉnh và 20 tuyến huyện). Trong Dự án này, DRG đã được hình thành theo các quy trình lâm sàng chuẩn để đảm bảo chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh. Hiện nay, đã có 26 nhóm chẩn đoán liên quan được hình thành. Quy trình lâm sàng chuẩn cũng được xây dựng có sự phối hợp của các bác sỹ từ 20 bệnh viện. Phải mất một năm để ra được bản cuối cùng hoàn chỉnh. Báo cáo sẽ được xuất bản vào tháng 6 năm 2016. Mặc dù việc triển khai Hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) và hệ thống thông tin kế toán nhưng sự sẵn có và chất lượng của số liệu là những thách thức chủ yếu đối với việc thu thập và xử lý số liệu.

4.3 Đồng chi trả

Bảng 4-7 cho thấy tỷ lệ đồng chi trả đối với mỗi nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm. Sau khi sửa Luật bảo hiểm y tế, tỷ lệ đồng chi trả cho người cận nghèo giảm từ 20% xuống 5% và người nghèo không phải đồng chi trả nữa và được khám chữa bệnh miễn phí hoàn toàn.

Bảng 4-7 Tỷ lệ đồng chi trả

Nguồn phí BH	Nhóm	Tỷ lệ đồng chi trả
Người sử dụng lao động và người lao động đóng	- Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên. - Người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương - Người quản lý điều hành - Cán bộ công chức viên chức	20%
	- Người hoạt động không chuyên trách ở xã phường, thị trấn	
Tổ chức Bảo hiểm xã hội đóng	- Người hưởng lương và trợ cấp hàng tháng (hưu trí và mất sức lao động)	5%
	- Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp (tai nạn, bệnh cần chữa trị dài ngày, người từ đủ 80 tuổi trở lên)	
	- Cán bộ xã phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng	
	- Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp	
Ngân sách nhà nước đóng	- Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sỹ quân đội đang tại ngũ; sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và sỹ quan, hạ sỹ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, hạ sỹ quan, chiến sỹ phục vụ có thời hạn trong công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân; học viên cơ yếu được hưởng chế độ, chính sách theo chế độ, chính sách đối với học viên ở các trường quân đội, công an their relatives	Miễn giảm đồng chi trả và được hưởng dịch vụ khám chữa bệnh miễn phí
	- Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách nhà nước	
	- Người có công với cách mạng, cựu chiến binh và thân nhân	
	- Relatives người có công với cách mạng và cựu chiến binh	5%
	- Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách nhà nước	
	- Đại biểu Quốc hội hoặc Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm	20%
	- Trẻ em dưới 6 tuổi (trước tuổi đi học)	Miễn giảm đồng chi trả và được hưởng dịch vụ khám chữa bệnh miễn phí
	- Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng	
	- Người thuộc hộ nghèo, người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn và hải đảo	
	- Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật	20%
Học bổng	- Sinh viên nước ngoài được cấp học bổng từ ngân sách của nhà nước	20%
Ngân sách nhà nước và tổ chức BH hỗ trợ	- Hộ cận nghèo	5%
	- Sinh viên	20%
Hộ gia đình	- Các hộ gia đình	20%
	- Các thành viên trong hộ gia đình	

Tham khảo: [Quốc hội, 2014]

Khi người tham gia bảo hiểm tới khám chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh không thuộc phạm vi đăng ký khám chữa bệnh bảo hiểm ban đầu và không có giấy chuyển viện, họ phải thanh toán 30% chi phí khám chữa bệnh tại các bệnh viện huyện, 40% chi phí điều trị nội trú tại các bệnh viện tỉnh, và 60% chi phí điều trị nội trú tại các bệnh viện tuyến trung ương. Theo Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi, tổng chi phí khám chữa bệnh do quỹ bảo hiểm y tế chi trả từ ngày 1 tháng 1 năm 2016. Tổng chi phí điều trị nội trú sẽ do quỹ bảo hiểm y tế chi trả từ ngày 1 tháng 1 năm 2021 tại tất cả các bệnh viện ở Việt Nam.

4.4 Bao phủ và thúc đẩy tham gia bảo hiểm

Chương trình bảo hiểm y tế đã được triển khai từ bắt đầu có Luật Bảo hiểm Y tế năm 2008 vào ngày 1 tháng 7 năm 2009. Luật bao phủ không những người lao động ở khu vực công và tư mà những lao động ở khu vực không chính thức như nông dân, trẻ em và người già. Mặc dù Bảo hiểm Xã hội Việt Nam đang thúc đẩy bảo hiểm y tế toàn dân, tỷ lệ tham gia đóng bảo hiểm ở mức khoảng 70% và 81,7% tới cuối năm 2016. Luật cũng đảm bảo rằng trẻ em dưới 6 tuổi, người già và người nghèo được hỗ trợ toàn bộ và người cận nghèo, sinh viên được hỗ trợ một phần. Từ ngày 1 tháng 1 năm 2015, tất cả người dân được coi là đã được bảo hiểm y tế bao phủ trên cơ sở đơn vị hộ gia đình.

Chính phủ Việt Nam đặt mục tiêu bao phủ đối với các tỉnh và toàn quốc. Mục tiêu được thể hiện ở Bảng 4-8 hướng tới năm 2020.

Bảng 4-8 Mục tiêu Bao phủ tỷ lệ bảo hiểm y tế tại các tỉnh được chọn hướng tới 2020 (%)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hà Nội	77,2	79,7	81,6	82,9	83,6	85,0
Thành phố Hồ Chí Minh	71,8	76,4	79,1	81,3	82,9	83,6
Hòa Bình	94,3	94,7	97,3	97,9	98,7	99,0
Nghệ An	76,5	78,0	79,0	79,9	80,2	80,7
Gia Lai	75,0	75,8	79,7	83,3	86,1	90,1
Khánh Hòa	70,0	71,8	75,2	77,8	79,4	80,8
Cả nước	75,4	78,0	79,8	81,4	82,5	84,3

Tham khảo: [Thủ tướng Chính phủ năm 2015]

Nhóm cận nghèo và nông dân chưa được tham gia bảo hiểm sẽ tự đóng phí bảo hiểm và không được chi trả các chi phí như tiền vận chuyển, đặc biệt ở vùng xa và do không có thu nhập thường xuyên nên họ gặp khó khăn trong việc đóng phí bảo hiểm. Mặt khác, những người giàu làm việc tự do thì thích tham gia bảo hiểm tư và các bệnh viện tư hơn.

Uy tín của các cơ sở y tế công lập, đặc biệt là tại tuyến huyện có thể là một yếu tố quan trọng khác để tăng tỷ lệ bao phủ bảo hiểm. Người dân cũng có xu hướng đến trực tiếp các bệnh viện tuyến trên để khám chữa bệnh mặc dù họ phải chi thêm các chi phí y tế trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình.

Tại các tuyến tỉnh, huyện và xã, các kênh truyền thông khác nhau được sử dụng để khuyến khích người dân sử dụng các dịch vụ y tế đã được bảo hiểm. Ví dụ, hai tỉnh đã có những nỗ lực như sau:

- Hoạt động tuyên truyền được thực hiện phối hợp với ngành giáo dục để thúc đẩy sinh viên tham gia bảo hiểm y tế (Sở Y tế)
- Để đảm bảo cho người dân tộc thiểu số tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh, các nguồn lực ở địa phương được sử dụng như hội bảo trợ xã hội, hội nông dân (Sở Y tế)
- Vai trò của cộng tác viên rất quan trọng. Họ là những nhân viên y tế thôn bản, nói chung tiếng nói với người dân tộc thiểu số và giao tiếp dễ dàng với họ. (Trung tâm Y tế huyện)

4.5 Thu phí bảo hiểm

Luật quy định tỷ lệ đóng bảo hiểm là 6.0%³¹ đối với người lao động ở lĩnh vực chính thức và được chia sẻ giữa người sử dụng lao động (2/3=4,0%) và người lao động (1/3=2,0%). Mặt khác, người lao động ở lĩnh vực không chính thức bao gồm cả người cận nghèo³² cũng phải nộp phí bảo hiểm tương đương 6,0% mức lương tối thiểu hàng tháng³³.

Bộ Y tế cũng triển khai ứng dụng toàn diện trên cơ sở đơn vị hộ gia đình được cho là để bao phủ số lượng lớn hơn những người lao động ở khu vực không chính thức và gia đình của họ. Tuy nhiên, theo cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh và huyện, vẫn còn nhiều trường hợp lựa chọn theo hướng ngược lại do thiếu hiểu biết về “bảo hiểm”.

Cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh và huyện là các tổ chức chi nhánh của cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. Mặc dù chức năng của các cơ quan này là cơ quan thu phí bảo hiểm nhưng các đại lý do Ủy ban nhân dân xã chỉ định hoặc nhân viên bưu cục lại chịu trách nhiệm thu phí trực tiếp. Các cơ quan này không có trách nhiệm tới từng hộ gia đình và yêu cầu đóng phí bảo hiểm. Các hộ gia đình ở lĩnh vực không chính thức có thể chọn kỳ hạn thanh toán 3 tháng, sáu tháng hoặc một năm một lần. Tuy nhiên, việc gia hạn kỳ đóng kế tiếp bảo hiểm y tế chưa được các hộ gia đình thực hiện tốt do các cơ quan Bảo hiểm Y tế tỉnh/ huyện chưa tích cực thúc đẩy việc tiếp tục đóng phí bảo hiểm do đó các hộ gia đình không ưu tiên cho bảo hiểm y tế vì họ không đủ khả năng đóng phí tiếp.

Người thu phí bảo hiểm do Ủy ban nhân dân xã chỉ định có chức năng là đại lý thu phí bảo hiểm qua danh sách các hộ gia đình cùng với mức phí được Ủy ban Nhân dân Xã cung cấp. Danh sách hộ gia đình cùng với mức phí bảo hiểm được tạo ra từ thông tin đăng ký “Hộ khẩu” có ghi tên, tuổi, tình trạng hôn nhân và những lần chuyển hộ khẩu.

Theo Nghị định của Chính phủ 92/2011/ND-CP quy định về xử phạt hành chính trong lĩnh vực Bảo hiểm Y tế (2011), khi bất kỳ công ty/ doanh nghiệp nào không đóng bảo hiểm cho người lao động, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam báo cáo tới Bộ Lao động Thương binh và Xã hội để thực hiện các hành động pháp lý nếu cần. Theo nghị định, các công ty sẽ phải nộp phạt mức như nêu trong Bảng 4-9.

Bảng 4-9 Tổng tiền phạt trong trường hợp nộp chậm

Số người lao động	Số tiền phạt (VND)
1-10	500.000 – 1.000.000
11-50	1.000.000 – 5.000.000
51-100	5.000.000 – 10.000.000

Tham khảo: [Chính Phủ, 2011]

Theo phỏng vấn với Sở Y tế và Bảo hiểm Xã hội tỉnh, việc đẩy mạnh tham gia đóng phí bảo hiểm y tế rất quan trọng đối với việc mở rộng bảo phủ bảo hiểm hướng tới bảo hiểm y tế toàn dân. Bảo hiểm Xã hội tỉnh và Sở Y

³¹ Trước khi sửa Luật Bảo hiểm y tế, tỷ lệ này là 4,5%. Tỷ lệ mới được áp dụng từ tháng 1 năm 2016.

³² Người ở dưới ngưỡng nghèo không phải đóng phí bảo hiểm nhưng họ có quyền được hưởng bảo hiểm y tế do chính phủ chi trả.

³³ Tiền lương tối thiểu khác nhau giữa các tỉnh [JETRO, 2014].

tế là những cơ quan chịu trách nhiệm thực thi. Bảo hiểm Xã hội tỉnh cũng tăng cường nhận thức thông qua đối tượng cộng đồng dựa vào các đoàn thể như Hội Nông dân, Hội Phụ Nữ và Hợp tác xã và Bảo hiểm Xã hội huyện cũng trực tiếp vận động cộng đồng để có các đại lý bảo hiểm ở tại cộng đồng. Mặc dù hai đơn vị này đã chuẩn bị nhiều tài liệu tuyên truyền về bảo hiểm y tế nhưng họ hiếm khi sử dụng để tăng cường việc mở rộng bao phủ bảo hiểm. Quảng cáo trên ti vi cũng được phát nhưng nội dung cần được cải thiện để lôi cuốn sự tham gia của những đối tượng thuộc khu vực không chính thức.

Ví dụ, các công ty bảo hiểm tư nhân thường sử dụng đại lý bảo hiểm tại cộng đồng. Đại lý bảo hiểm y tế cũng là nghề kinh doanh phụ do đó đại lý bảo hiểm phải đẩy mạnh việc đóng phí qua việc thuyết phục đồng nghiệp hoặc hàng xóm tham gia bảo hiểm y tế. Công ty bảo hiểm trả hoa hồng trên một tỷ lệ phần trăm phí thu nhất định. Làm như vậy, đại lý sẽ có thêm động lực để mở rộng tỷ lệ bao phủ bảo hiểm.

4.6 Thanh quyết toán, Giám định và Dòng thanh toán bảo hiểm y tế cho các CSYT

Hàng năm, các cơ sở y tế đều phải ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan Bảo hiểm Xã hội³⁴. Ban đầu, bảo hiểm ứng trước cho các cơ sở y tế 80% số tiền tương ứng với chi phí khám chữa bệnh do bảo hiểm y tế chi trả của tháng trước. Sau đó, các cơ sở y tế gửi báo cáo thanh quyết toán các dịch vụ y tế do Bảo hiểm y tế chi trả tới cơ quan Bảo hiểm theo quý. Cơ quan bảo hiểm kiểm tra báo cáo và thanh toán số còn lại sau khi đã ứng cho bệnh viện. Đồng thời, cơ quan Bảo hiểm cũng ứng trước 80% chi phí cho các cơ sở y tế trong quý tới.

4.6.1 Yêu cầu thanh toán bảo hiểm từ các cơ sở y tế

Mỗi cơ sở y tế nộp Yêu cầu thanh quyết toán Bảo hiểm Y tế tới cơ quan Bảo hiểm dựa vào bảng kê chi phí khám chữa bệnh và thuốc do bảo hiểm chi trả sử dụng Mẫu phiếu 79 và 80 do Bảo hiểm xã hội ban hành để lập yêu cầu thanh quyết toán bảo hiểm (Hình 4-1 and Hình 4-2). Bảng kê thanh toán được phòng Tài chính Kế toán chuẩn bị³⁵. Nếu hệ thống thông tin bệnh viện được áp dụng, có thể tự động tạo ra được các biểu mẫu. Nếu không có hệ thống máy tính thì có thể sử dụng phần mềm cơ quan BHXH cung cấp để tạo ra biểu mẫu. Ở các cơ sở y tế tuyến dưới, đặc biệt là trạm y tế xã, các phôi bảo hiểm được làm bằng tay.

Bệnh viện nộp số liệu thanh quyết toán bảo hiểm cho cơ quan BHXH ở dạng file Excel qua email. Mặc dù định dạng biểu mẫu đã được cơ quan BHXH đề ra nhưng đôi khi các bệnh viện lại sử dụng những biểu mẫu cũ để nộp cho cơ quan BHXH. Điều đó cũng gây quá tải công việc cho nhân viên bảo hiểm để chuyển định dạng biểu mẫu. Ngoài ra, theo quan sát của Đoàn khảo sát, phần mềm hiện có của cơ quan BHXH chưa thân thiện với người sử dụng và hoạt động chưa tốt.

³⁴ Cơ sở y tế tuyến tỉnh và tuyến dưới ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan BHXH tỉnh.

³⁵ Tại các tỉnh đã tới làm việc trong chuyến khảo sát lần thứ nhất, có một số nhân viên (3 tới 7 người) tham gia vào hoạt động thanh quyết toán ở các bệnh viện tỉnh và huyện.

Hình 4-1 Mẫu phiếu Thanh quyết toán Bảo hiểm Y tế cho Bệnh nhân Ngoại trú (C79a-HD)

Hình 4-2 Mẫu phiếu Thanh quyết toán Bảo hiểm Y tế cho Bệnh nhân Nội trú (C80a-HD)

Tuy nhiên, biểu mẫu hiện tại chỉ yêu cầu ghi tổng số tiền thanh toán mà không mô tả chi tiết các dịch vụ y tế. Do đó biểu mẫu mới được Bộ Y Tế ban hành sử dụng³⁶ từ năm 2016 như sau:

- Biểu mẫu 1 : Bản kê tổng điều trị bảo hiểm chi trả
- Biểu mẫu 2 : Bản kê chi tiết các sản phẩm y tế do bảo hiểm y tế chi trả
- Biểu mẫu 3 : Bản kê chi tiết các thực hành y tế và vật tư y tế do bảo hiểm y tế chi trả
- Mẫu số 4 : Bản kê kết quả cận lâm sàng
- Mẫu số 5 : Bản kê theo dõi lâm sàng

Các biểu mẫu 1-3 được sử dụng từ tháng 1 năm 2016 và biểu mẫu 4-5 được sử dụng từ cuối năm 2016. Các định dạng chi tiết của biểu mẫu số 1 và 2 được trình bày ở Chương 6.

4.6.2 Giám định thanh toán bảo hiểm y tế

Ở những bệnh viện cỡ trung bình hoặc bệnh viện lớn, giám định thanh toán sẽ do nhân viên của cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam đóng tại bệnh viện hoặc luân phiên ở một số bệnh viện phụ trách³⁷. Họ phối hợp chặt chẽ với phòng Tài chính Kế toán của bệnh viện.

Các phiếu thanh toán bảo hiểm chỉ được giám định một phần. Tỷ lệ giám định và cách thức lấy mẫu cũng khác nhau ở từng cơ quan Bảo hiểm hoặc bệnh viện. Theo Đoàn Khảo sát quan sát, từ 20-40% phiếu thanh toán được chọn ngẫu nhiên hoặc một số phiếu thanh toán đắt tiền được chọn để kiểm tra chi tiết.

Nhân viên bảo hiểm giám định dữ liệu yêu cầu thanh toán về 3 vấn đề: 1) số liệu đã được nhập chính xác chưa; 2) dịch vụ y tế hoặc thuốc đã sử dụng có chắc chắn được bảo hiểm chi trả không; và 3) tỷ lệ đồng thanh toán áp dụng chính xác chưa. Ví dụ:

³⁶ 9324/BYT-BH

³⁷ Trong trường hợp BHXH tỉnh Gia Lai, 6 nhân viên phụ trách giám định tại 4 bệnh viện.

- Điều kiện thanh toán (kiểm tra tổng số tiền yêu cầu thanh toán);
- Thực hiện các dịch vụ (kiểm tra đối với việc thực hiện khám chữa bệnh của bác sỹ do cơ quan Bảo hiểm thực hiện); và
- Tổng kết thanh toán (kiểm tra tổng số tiền thanh toán).

Nhân viên của cơ quan Bảo hiểm cũng rà soát liệu tổng số tiền yêu cầu thanh toán có vượt mức giá do chính quyền Tỉnh quy định hay không.

Sau khi phát hiện những dịch vụ không phù hợp, nhân viên bảo hiểm yêu cầu bác sỹ của bệnh viện xem xét và thẩm định lại. Trong trường hợp đó là dịch vụ không phù hợp, yêu cầu thanh toán đó sẽ bị xuất toán. Tỷ lệ xuất toán (tỷ lệ từ chối thanh toán sau khi kiểm tra) dao động từ 1.4 tới 1.5%. Ví dụ, tại Gia Lai, tỷ lệ xuất toán khoảng 5 tỷ Đồng trong tổng số yêu cầu thanh quyết toán là 360 tỷ Đồng).

(1) Những khó khăn trong Giám định thanh toán bảo hiểm

Từ Tháng 1 năm 2016, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam đã ban hành quyết định mới, quy định tiêu chí kiểm tra và rà soát yêu cầu thanh quyết toán bảo hiểm bao gồm những điểm sau:

- Tên nhóm chẩn đoán
- Chữ ký của người bệnh
- Sự phù hợp giữa số liệu thống kê trong bệnh viện và số liệu yêu cầu thanh toán ở Biểu mẫu số 2
- Sự phù hợp giữa dịch vụ khám chữa bệnh được ghi trong phôi bảo hiểm và thực hành trên thực tế.

Tuy nhiên, những tiêu chí đó dường như không đủ cụ thể để phát hiện gian lận và lạm dụng các dịch vụ y tế đi đối với tiêu chuẩn nhất định. Do đó, chất lượng của giám định thanh toán bảo hiểm y tế tùy thuộc vào năng lực và nhận thức của mỗi giám định viên.

Ngoài ra, việc giám định chưa được thực hiện toàn diện trên những yêu cầu thanh toán nhiều lần. Ví dụ, trong trường hợp cùng một người nhận một số lượng lớn thuốc từ nhiều cơ sở y tế khác nhau, sau đó bán lại, cần phải giám định các yêu cầu thanh toán bảo hiểm phù hợp tập trung vào tên một người cụ thể và rà soát thông tin từ phiếu yêu cầu thanh toán nhiều lần trong một thời gian nhất định.

Giám định thanh toán từ góc độ phù hợp của quy trình lâm sàng cũng khó triển khai thực hiện vì cần phải có chuyên môn về y và về mặt tài chính cũng khó để thuê nhân viên y tế để thực hiện giám định thanh toán. Theo Cơ quan Bảo hiểm, hiện có khoảng một trăm tiêu chí giám định thực hành lâm sàng được xây dựng vào năm 2015. Ví dụ, “Đàn ông không thể mang thai được (kiểm tra chéo giới tính).”, “Yêu cầu thanh toán không được chấp nhận khi một người được thực hiện quá nhiều thực hành y tế đối với cùng một bệnh trong cùng một ngày (kiểm tra với các bệnh án khác của người bệnh)”. “Tỷ lệ đồng chi trả theo quy định (kiểm tra nhóm đối tượng)”. Hình 4-3 cho thấy hình ảnh của Phòng Giám định Bảo hiểm y tế tại Cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh.



Hình 4-3 Phòng Giám định Bảo hiểm y tế tại Cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh

(2) Xác định gian lận hoặc yêu cầu thanh toán chưa chính xác

Cơ quan Bảo hiểm Xã hội chưa có cách để kiểm tra liệu thực hành y tế liên quan có được thực hiện thực tế trên người bệnh hay không. Thông tin được so sánh với những gì mô tả trong bệnh án. Tuy nhiên, nếu bệnh án bị làm sai lệch, không cho lựa chọn nào nhưng vẫn phải duyệt yêu cầu thanh toán.

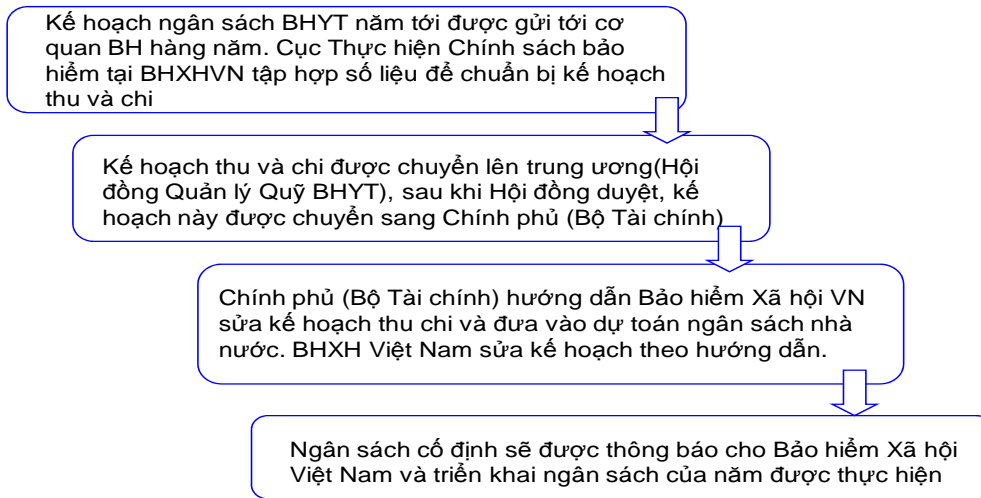
Bảo hiểm Xã hội Việt Nam có thông tin của các cơ quan bảo hiểm (tên, địa chỉ v.v) và qua việc sử dụng thông tin này, có thể thông báo cho người đóng phí bảo hiểm lý do hoặc tình hình khám bệnh, việc sử dụng bảo hiểm y tế và những dịch vụ y tế được cung cấp để họ xác nhận; Tuy nhiên, các hoạt động đó chưa được thực hiện trên thực tế.

Thông tin yêu cầu thanh toán từ Cơ sở y tế có thể được nhân viên của phòng Tài chính kế toán hoặc điều dưỡng phụ trách làm yêu cầu thanh toán bảo hiểm thực hiện. Những người đã tham gia tập huấn về làm yêu cầu thanh toán bảo hiểm chịu trách nhiệm nhập thông tin yêu cầu thanh toán một cách phù hợp.

Mặc dù Bộ Y tế hoặc Sở Y tế chịu trách nhiệm giám sát các cơ sở y tế có thể thực hiện biện pháp để chấm dứt hợp đồng với những cơ sở y tế được bảo hiểm chi trả khi đã xảy ra việc yêu cầu thanh toán.

4.6.3 Dự toán ngân sách và thanh toán cho các cơ sở y tế

Dòng ngân sách của Quỹ Bảo hiểm y tế được trình bày ở Hình 4-4. Về cơ bản, phí dịch vụ y tế sẽ được trả trong phạm vi ngân sách được ấn định theo chi phí thực tế của kỳ trước. Khi chi phí đội lên, cơ sở y tế phải báo cáo trình bày chi tiết lý do với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. Nếu không có thặng dư, 80% kinh phí sẽ được phân bổ để bảo tồn quỹ và 20% được dành để đầu tư mở rộng dịch vụ tại tuyến tỉnh [Quốc hội, 2014].

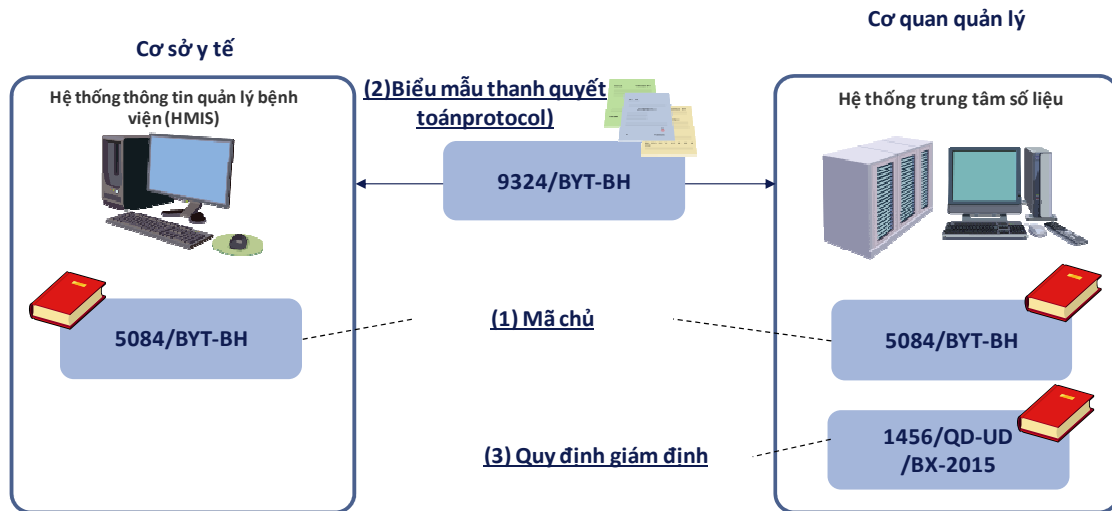


Hình 4-4 Dòng Ngân sách của Quỹ Bảo hiểm y tế

Chương 5 Hệ thống Công nghệ thông tin Bảo hiểm y tế

5.1 Các tiêu chuẩn kỹ thuật để khai thác Hệ thống công nghệ thông tin cho Bảo hiểm Y tế

Ba loại thông tin, bảng mã chủ, biểu mẫu thanh quyết toán bảo hiểm và quy tắc giám định thanh toán bảo hiểm phải được chuẩn bị kỹ lưỡng để xây dựng Hệ thống công nghệ thông tin góp phần quản lý hiệu quả hệ thống bảo hiểm y tế (Hình 5-1).



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 5-1 Ba loại Thông tin đối với việc Phát triển Hệ thống Công nghệ Thông tin

5.1.1 Mã dùng chung

Mã dùng chung là những mã chung được sử dụng ở các cơ sở y tế tại thời điểm chăm sóc, thanh quyết toán và giám định đối với việc nhập số liệu chăm sóc y tế, thuốc men và những chi phí đó. Về nguyên tắc cơ bản, các số liệu phải được nhập sử dụng một mã duy nhất và được tổ chức một cách hệ thống.

Trong khi Quyết định của Bộ Y tế³⁸ xác định 8 loại mã dùng chung như liệt kê ở Bảng 5-1, nội dung thứ 6 (Danh mục bệnh theo Phân loại Bệnh tật Quốc tế phiên bản lần thứ 10 (ICD-10)) vẫn chưa được xuất bản sau khi đã ban hành quyết định.

Bảng 5-1 Danh mục Mã dùng chung

STT	Tên mã dùng chung	# mục	Đơn vị phụ trách
1	Danh mục dịch vụ kỹ thuật	18.139	Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh
2	Danh mục thuốc	20.256	Cục Quản lý Dược
3	Danh mục vật tư tiêu hao	603	Vụ Trang thiết bị và công trình y tế
4	Danh mục thuốc y học cổ truyền	Chưa có	Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền
5	Danh mục bệnh y học cổ truyền	412	Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền
6	Danh mục bệnh theo Phân loại Bệnh tật Quốc tế ICD-10	Chưa có	Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh
7	Danh mục máu và các chế phẩm của máu	45	Cục Quản lý Khám bệnh
8	Danh mục cơ sở y tế	13,572	Cục Quản lý Khám bệnh

Nguồn [Bộ Y tế, 2015]

³⁸ 5084/BYT-BH ngày 30 tháng 11 năm 2015

Những danh mục này phải được xác định cẩn thận để tránh trùng lặp và trái ngược nhau. Cũng cần đánh giá kỹ lưỡng sự phù hợp hoặc tính khả thi của việc thực hành khám chữa bệnh thực tế theo tiêu chuẩn quốc tế như ICD-10 và ICD-9-CM. Sau một thời gian thực hiện nhất định Mã dùng chung cần được rà soát từ những khía cạnh nói trên để giảm quá tải công việc không cần thiết cho các nhân viên liên quan. Thuật ngữ kỹ thuật chung cũng cần phải được xây dựng song song với tiêu chuẩn Quốc tế như ICD hoặc Phân loại Quốc tế về các Can thiệp y tế (ICHI) đối với các bệnh và dịch vụ y tế. Ngoài ra, mã dùng chung của các vật tư y tế và chăm sóc điều dưỡng cũng cần được xây dựng.

Ngoài ra, mã chủ đường như chưa được liên kết một cách hợp lý với các Thông tư số liên quan như giá dịch vụ y tế mới nhất³⁹. Hơn nữa, số liệu được phát hành trong các biểu mẫu có vẻ như khó đáp ứng theo yêu cầu thực tế tại mỗi cơ sở y tế. Theo phỏng vấn, điều đó đã tạo ra khối lượng công việc lớn cho các cán bộ hành chính và công nghệ thông tin để điều chỉnh hoạt động của mình cũng như những nhầm lẫn trong các dịch vụ cho người bệnh.

5.1.2 Biểu mẫu thanh quyết toán (giao thức)

Cơ sở y tế chuẩn bị số liệu thanh quyết toán bảo hiểm y tế và nộp cho cơ quan quản lý (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam). Biểu mẫu chứa thông tin chi tiết về người bệnh, khám chữa bệnh và thuốc đã kê đơn cùng với chi phí cho các mục đó cũng như số tiền do bảo hiểm y tế chi trả.

Thông tư số 9324/BYT-BH đã quy định các biểu mẫu thanh quyết toán bảo hiểm mới, Mẫu số 1 tới Mẫu số 5. Tuy nhiên, một số bệnh viện đặc biệt là những nơi không đủ tiền đầu tư phát triển Hệ thống công nghệ thông tin gặp khó khăn trong việc thích nghi với việc thay đổi biểu mẫu ngay lập tức. Do vậy, có thể sẽ phải mất thêm nhiều năm để đưa những biểu mẫu mới này vào sử dụng trên toàn quốc.

Ngoài ra, những biểu mẫu sau đây cũng phải được xây dựng trong tương lai để thu thập những thông tin cần thiết cho việc phát triển hệ thống công nghệ thông tin, tăng hiệu quả của quản lý bệnh viện: giao thức số liệu khám lâm sàng, giao thức số liệu kê đơn; Giao thức số liệu bức xạ; giao thức số liệu kiểm tra vệ sinh; giao thức số liệu thông tin tin bệnh; giao thức số liệu nội soi; giao thức số liệu tiêm; giao thức số liệu tế bào và giải phẫu bệnh; giao thức số liệu xạ trị.

5.1.3 Quy định giám định thanh toán bảo hiểm y tế

Quy định giám định thanh quyết toán bảo hiểm y tế đóng vai trò là tiêu chí để đánh giá sự phù hợp của các phoi bảo hiểm do cơ sở khám chữa bệnh chuyển cho cơ quan bảo hiểm. Những quy tắc đó phải bao gồm những khía cạnh khác nhau như loại đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, tình trạng bảo hiểm y tế, sự chính xác về mặt tính toán, sự phù hợp về mặt dịch tễ học và lâm sàng.

Bảo hiểm Xã hội Việt Nam đã phát hành Quy định giám định bảo hiểm năm 2015⁴⁰. Tuy nhiên, hướng dẫn thực hiện chưa được cung cấp để hướng dẫn xác định các phoi bảo hiểm cần phải xuất toán. Theo Bảo hiểm

³⁹ 37/2015/TTLT-BYT-BTC ngày 29 tháng 10 năm 2015

⁴⁰ 1456/QĐ-UD/BX-2015

Xã hội Việt Nam, mặc dù khoảng hơn 100 mục kiểm tra được xác định vào năm 2015 nhưng những hạng mục đó vẫn chưa được công bố.

5.2 Tầm nhìn và kế hoạch tương lai đối với việc phát triển Hệ thống công nghệ thông tin

Chính phủ Việt Nam đã thể hiện định hướng hiện đại hóa hệ thống bảo hiểm y tế như đã thể hiện trong Bảng 5-2.

Bảng 5-2 Tầm nhìn đối với việc Xây dựng Hệ thống Công nghệ Thông tin

Tầm nhìn	Những nét chính
Chính phủ điện tử	Như quy định trong Nghị quyết số 36a (Tháng 10 năm 2015), Chính phủ đang thúc đẩy công chính phủ điện tử để cải thiện hiệu quả công việc, sự phối hợp giữa các cơ quan liên quan và chất lượng dịch vụ cho người dân.
Vị tính hóa bảo hiểm y tế giai đoạn 2016-2020	Đề đảm bảo khả năng môi trường xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế (ví dụ quản lý khám chữa bệnh, thanh toán bảo hiểm y tế) minh bạch hơn, Quyết định số 102/TB-VPCP (tháng 3 năm 2015) chỉ rõ nhiệm vụ của các cơ quan liên quan. Quyết định cũng yêu cầu Bộ Y tế phối hợp với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và các công ty Công nghệ thông tin xây dựng và cung cấp phần mềm để thống nhất số liệu đầu ra từ các cơ sở y tế.
Phát triển Hệ thống công nghệ thông tin	Chương trình Quốc gia áp dụng Hệ thống công nghệ thông tin vào hoạt động của các cơ quan nhà nước giai đoạn 2016-2020, bao gồm lĩnh vực bảo hiểm y tế được phê duyệt bởi Quyết định số 1819/QĐ-TTg tháng 10 năm 2015. Theo Cục Công nghệ Thông tin, Bộ Y tế, cục đã và đang xây dựng Kế hoạch Phát triển Hệ thống công nghệ thông tin cho bảo hiểm y tế từ năm 2016 tới năm 2020 trên cơ sở quyết định này.
Thuê dịch vụ công nghệ thông tin	Quyết định số 80/2014/QĐ-TTg tháng 12 năm 2014 của Thủ tướng Chính phủ quy định các quy tắc về việc thuê dịch vụ công nghệ thông tin của các tổ chức chính phủ để giảm thiểu đầu tư từ ngân sách quốc gia.
Kết nối giữa Hệ thống thông tin bệnh viện và hệ thống bảo hiểm y tế	Nghị quyết số 18 quy định việc kết nối giữa Hệ thống thông tin bệnh viện và hệ thống bảo hiểm y tế sẽ phải đạt được vào năm 2018. Theo Nghị quyết này, Bộ Y tế xuất bản các tài liệu liên quan đến việc sử dụng Hệ thống công nghệ thông tin dành cho hệ thống bảo hiểm y tế vào năm 2016 và những năm tiếp theo.
Những dự án công nghệ thông tin chủ yếu của Bộ Y tế trong năm 2016	Quyết định số 5614/QĐ-BYT phê duyệt kế hoạch xây dựng và áp dụng công nghệ thông tin của Bộ Y tế trong năm 2016. Quyết định cũng thể hiện các mục tiêu của việc triển khai xây dựng Hệ thống công nghệ thông tin deployment như <ul style="list-style-type: none"> - Cơ sở dữ liệu phải phù hợp với 8 danh mục chủ của Bộ Y tế (5084/QĐ-BYT). - Hệ thống thông tin bệnh viện phải được triển khai ở 100% các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế⁴¹. Ở không 30% các bệnh viện này, hệ thống thông tin xét nghiệm sẽ được lồng ghép vào hệ thống thông tin bệnh viện. Do một phần của nhiều lựa chọn về ngân sách đối với việc thúc đẩy Hệ thống công nghệ thông tin, cần có sự hợp tác Công - tư (PPP) để xây dựng các hệ thống.

Nguồn: Đoàn Khảo sát

Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và Bộ Y tế đã và đang thực hiện kế hoạch tương lai về giám định và thanh quyết toán bảo hiểm y tế (Bảng 5-3). Mỗi dự án có những mục tiêu khá cụ thể và phạm vi hạn chế nhằm đáp ứng một mục đích cụ thể.

⁴¹ Các Bệnh viện trực thuộc Bộ bao gồm các BV trung ương và bệnh viện chuyên khoa dưới sự chỉ đạo trực tiếp của Bộ Y tế

Bảng 5-3 Kế hoạch tương lai về Hệ thống bảo hiểm y tế

Mục tiêu	Mô tả dự án	Các đơn vị liên quan
Cải thiện quy trình kinh doanh	Cải thiện quy trình kinh doanh về Bảo hiểm Xã hội tại Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, các hoạt động nhằm tăng cường sự sáng tạo liên quan tới việc phát triển Hệ thống công nghệ thông tin dành cho quy trình kinh doanh và phát triển nguồn nhân lực cũng bao gồm trong dự án này.	Bảo hiểm Xã hội Việt Nam
Quản lý Bệnh viện và triển khai Hệ thống thông tin	Áp dụng mô hình mới để chuyển số liệu thanh quyết toán từ các cơ sở y tế tới trung tâm quản lý dữ liệu. Các giải pháp hệ thống thông tin bệnh viện của các công ty công nghệ thông tin khác nhau có thể được sử dụng để gửi số liệu thanh quyết toán bảo hiểm y tế tới Bảo hiểm Xã hội Việt Nam tại Bộ Y tế - định rõ biểu mẫu số liệu.	Bộ Y tế Bảo hiểm Xã hội Việt Nam
Xây dựng hệ thống số nhận dạng cá nhân Quốc gia	Dự án nhằm xây dựng cơ sở dữ liệu số nhận dạng cá nhân quốc gia dành cho Bảo hiểm Xã hội and hệ thống bảo hiểm y tế. Sử dụng cho số liệu đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình, số liệu thô của 95 triệu hộ gia đình được nhập vào cơ sở dữ liệu.	Bảo hiểm Xã hội Việt Nam

Nguồn: Đoàn Khảo sát

5.3 Công nghệ thông tin trong các bệnh viện

Ứng dụng công nghệ thông tin trong bệnh viện dường như vẫn ở giai đoạn sớm. Bộ Y tế cố gắng lồng ghép và xây dựng hệ thống công nghệ thông tin trong bệnh viện. Các bệnh viện và cơ quan quản lý ở địa phương và trung ương đã thực hiện nhiều biện pháp để xây dựng hệ thống công nghệ thông tin nhằm cải thiện hiệu quả quản lý và cung cấp dịch vụ. Thực trạng và thách thức trong việc xây dựng hệ thống công nghệ thông tin trong bệnh viện được tổng kết ở Bảng 5-4.

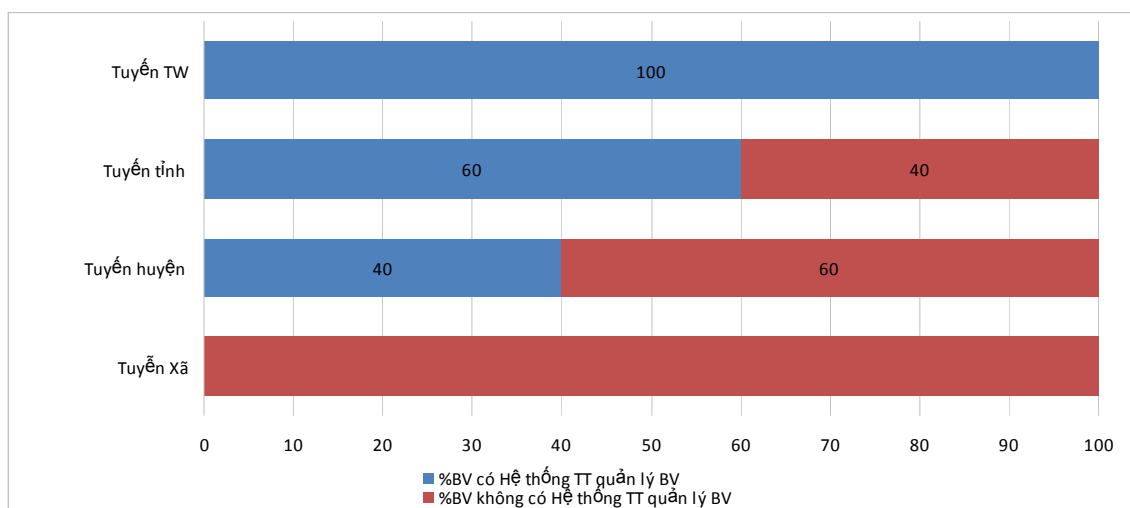
Bảng 5-4 Thực trạng Phát triển Hệ thống Công nghệ thông tin trong các Bệnh viện

Phân cứng và cơ sở hạ tầng	<ul style="list-style-type: none"> Xét về tổng thể, phân cứng máy tính đã được lắp đặt ở hầu hết các cơ sở y tế từ tuyến trung ương đến tuyến huyện. Tuy nhiên, Bộ Y tế chưa quy định đặc tính kỹ thuật chuẩn của phân cứng và Cơ sở hạ tầng thông tin đối với các cơ sở y tế nhà nước. Việc kết nối Internet nhìn chung không ổn định đặc biệt ở vùng nông thôn và chưa có tại các vùng sâu vùng xa. Hầu hết các bệnh viện ở địa phương sử dụng máy tính để bàn đáng ra cần phải thay thế vài năm trước. Tỷ lệ người bệnh cho một máy tính khoảng 100 người ở các bệnh viện trung ương và tỷ lệ này cao hơn ở các bệnh viện tỉnh và huyện.
Phần mềm	- Có một số chương trình phần mềm được xây dựng và sử dụng cho mục đích quản lý ở các bệnh viện, bệnh phòng, các khoa và các viện. Tuy nhiên, một gói thống nhất và toàn diện của phần mềm chuyên nghiệp chưa được xây dựng.
Phát triển nguồn nhân lực	Mặc dù cán bộ công nghệ thông tin trong bệnh viện có nền tảng đào tạo liên quan đến công nghệ thông tin nhưng số lượng cán bộ vẫn chưa đủ. Cơ hội đào tạo lại và đào tạo ở nước ngoài về công nghệ thông tin cho quản lý bệnh viện cũng được tạo ra. Tuy nhiên, chất lượng và số lượng nguồn nhân lực đó vẫn chưa đủ.

Tham khảo: Đoàn Khảo sát

5.3.1 Ứng dụng hệ thống thông tin bệnh viện (HIS)

Theo Bộ Y tế, các bệnh viện trung ương đã có hệ thống thông tin bệnh viện, trong khi tỷ lệ giữa các bệnh viện tỉnh và huyện chỉ từ 60% và 40%, tỷ lệ này còn thấp hơn nữa ở các trạm y tế xã (Hình 5-2).



Nguồn: Bộ Y tế

Hình 5-2 Tỷ lệ áp dụng Hệ thống Thông tin Bệnh viện theo tuyến bệnh viện

5.3.2 Hệ thống Thông tin Bệnh viện

Hệ thống thông tin bệnh viện là hệ thống máy tính thiết yếu có thể quản lý mọi thông tin cho phép cơ sở y tế thực hiện nhiệm vụ của mình một cách hiệu quả. Hệ thống thông tin bệnh viện hiện đại có nhiều ứng dụng đáp ứng nhu cầu của nhiều khoa phòng trong bệnh viện. Hệ thống được lồng ghép để trao đổi giữa các khoa phòng bao gồm cả những vấn đề về lâm sàng, dược, điều dưỡng, xét nghiệm và kế toán. Hệ thống thông tin bệnh viện có thể cung cấp đánh giá nhanh cho thông tin tin cậy của người bệnh bao gồm đặc điểm chung, tiền sử bệnh tật, tình hình và tiến triển điều trị. Hệ thống thông tin bệnh viện có chất lượng có thể góp phần cho dịch vụ có chất lượng và quản lý tài chính hiệu quả qua việc nâng cao việc lồng ghép thông tin, giảm những sai sót do sao chép và trung lập khi nhập số liệu cũng như tạo thuận lợi cho việc báo cáo. Cần xem xét kỹ lưỡng nhu cầu, thói quen chung của người bệnh và nhân viên cũng như sự bền vững về tài chính.

Theo Bộ Y tế, tiêu chí đối với Phần mềm hệ thống thông tin bệnh viện và nội dung của một số phần mềm máy tính trong quản lý bệnh viện được quy định trong Thông tư số⁴². Mỗi nhà cung cấp công nghệ thông tin đều đấu thầu hoặc ký hợp đồng với bệnh viện để áp dụng phần mềm hệ thống thông tin bệnh viện theo tiêu chí Thông tư số nói trên đã đề ra.

Các chuẩn chức năng của Hệ thống thông tin bệnh viện được nêu trong Quyết định số 5573/QĐ-BYT (ngày 29 tháng 12 năm 2006). Các bệnh viện công trên cả nước phải xây dựng hoặc mua phần mềm hệ thống thông tin bệnh viện theo các tiêu chí đó. Năm chức năng bao gồm trong Hệ thống thông tin bệnh viện được tóm tắt dưới đây:

- Quản lý phòng khám (tiếp đón, quản lý phòng khám, điều trị bệnh nhân ngoại trú)
- Quản lý điều trị nội trú (thông tin người bệnh, quản lý bệnh, giường bệnh, báo cáo thống kê)
- Quản lý khối cận lâm sàng
- Quản lý dược (thông tin thuốc, kiểm kê)

⁴² 5573/QĐ-BYT (2006/12/29)

- Quản lý viện phí và bảo hiểm (dịch vụ y tế, công khai chi phí, in hóa đơn, báo cáo tài chính)

5.3.3 Tiến độ và Kế hoạch tương lai Xây dựng hệ thống thông tin bệnh viện

Trong giai đoạn 2000 và 2010, việc áp dụng hệ thống thông tin bệnh viện ở Việt Nam chủ yếu ở mức độ ban hành hướng dẫn và thử nghiệm Phần mềm hệ thống thông tin bệnh viện. Đối với giai đoạn năm năm tới (2016 – 2020), Bộ Y tế dự kiến cung cấp sự trao đổi dữ liệu đồng bộ giữa các bệnh viện để xây dựng hệ thống thông tin bệnh viện khả thi.

Sau một thập kỷ xây dựng hệ thống thông tin bệnh viện không có kết cấu, không có cơ sở dữ liệu tập trung được kết nối giữa các bệnh viện cùng với hệ thống thông tin bệnh viện được xây dựng. Do đó, số liệu đứt đoạn đã được thu thập từ các bệnh viện và chưa được tích hợp và phân tích.

Trong giai đoạn từ 2016 đến 2020, Bộ Y tế tập trung vào xây dựng Hồ sơ bệnh án điện tử của người bệnh ở các bệnh viện. Để đạt được mục tiêu 100% bệnh viện áp dụng hệ thống công nghệ thông tin, Bộ Y tế đã khởi xướng dự án về Bệnh án điện tử và hệ thống quản lý chăm sóc y tế.

Mục tiêu chính của dự án này là để tăng sự trao đổi bệnh án giữa các bệnh viện và Bộ Y tế thông qua giao thức Tiêu chuẩn HL7⁴³; xây dựng giao thức hồ sơ bệnh án; xây dựng Hồ sơ bệnh án điện tử tại các bệnh viện, trao đổi, hồ sơ và thông tin an ninh, v.v.

5.3.4 Những dự án chủ yếu về Hệ thống Thông tin Bệnh viện

Bảng 5-5 tổng kết những dự án chủ yếu liên quan tới xây dựng công nghệ thông tin do Bộ Y tế thực hiện.

⁴³ Chuẩn trao đổi thông tin y tế và đảm bảo tính đại diện như thông nhất định dạng

Bảng 5-5 Những dự án chính về Hệ thống Thông tin Bệnh viện (HIS)

Tên dự án	Mô tả dự án	Thời gian thực hiện	Nhà cung cấp CNTT
Dự án thí điểm xây dựng bệnh án điện tử	Dự án thí điểm xây dựng hệ thống bệnh án điện tử ở 6 bệnh viện và Bộ Y tế để chuyển dữ liệu từ một bệnh viện tới bệnh viện khác và tới cơ quan quản lý	Thí điểm hoàn thành năm 2015 và áp dụng từ năm 2016	DTT-Hanel FPT Soft VNPT
Dự án thí điểm Thẻ Bảo hiểm y tế điện tử	Dự án triển khai thí điểm thẻ bảo hiểm y tế điện tử tại hai bệnh viện để tăng cường trao đổi thông tin giữa các bệnh viện.	Đang triển khai	Viettel
Dự án thí điểm giám định bảo hiểm y tế	Dự án tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong lĩnh vực bảo hiểm y tế trong ba giai đoạn sau - Giai đoạn 1: Điều tra - Giai đoạn 2: Thí điểm tại một số cơ sở y tế ở 6 tỉnh - Giai đoạn 3: Thí điểm tại tất cả các cơ sở y tế ở 6 tỉnh. Nhà cung cấp sẽ tiến hành lập cơ sở dữ liệu và hệ thống giám định bảo hiểm sau đó triển khai thí điểm ở 6 tỉnh từ 2014 tới 2017.	Giai đoạn 1: 10/2014 – 01/2015: Giai đoạn 2: 07/2015 – 12/2015: Giai đoạn 3: 01/2016 – 12/2017:	Viettel
Đồng bộ hóa Hệ thống công nghệ thông tin của Bộ Y tế để hỗ trợ Mục đích quản lý	Một dự án đồng bộ hóa cơ sở dữ liệu y tế và ứng dụng phần mềm bao gồm tìm kiếm, phân tích, đánh giá cơ sở dữ liệu y tế với Bộ Y tế. Hệ thống cơ sở dữ liệu sẽ hỗ trợ quản lý của Bộ Y tế trong việc ra quyết định kịp thời.	2016 - 2017	-
Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý các cơ sở y tế	Xây dựng Hệ thống công nghệ thông tin để quản lý việc vận hành ccs cơ sở y tế tại tuyến huyện và xã để hỗ trợ công tác báo cáo	2016 - 2018	-
Thư viện điện tử của ngành y tế	Xây dựng cơ sở dữ liệu của thư viện tài liệu điện tử để kết nối các thư viện điện tử ở các cơ sở y tế trong ngành y tế	2017 - 2019	-

Nguồn: Đoàn Khảo sát

5.3.5 Các bệnh viện trung ương

Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng công nghệ thông tin trong hoạt động từ năm 1990. Hệ thống thông tin bệnh viện tại Bệnh viện Bạch Mai rất phức tạp và không đồng bộ tại các khoa phòng. Về việc áp dụng hệ thống thông tin bệnh viện, Bệnh viện Bạch Mai sử dụng phương pháp tiếp cận duy nhất. Vì mỗi khoa phòng có thể quyết định đầu tư ở một mức độ nhất định, nên hệ thống thông tin bệnh viện khác nhau ở các khoa phòng. Hiện nay, có tất cả 17 phần mềm hệ thống thông tin bệnh viện, cung cấp bởi năm đến sáu công ty Công nghệ thông tin. Tuy nhiên, những hệ thống thông tin bệnh viện này hoạt động độc lập và khó để đồng bộ hóa và chuyển số liệu cho nhau. Tình hình đó có thể tạo ra những thách thức:

- Mỗi khoa phòng không có động lực phối hợp với nhau để lồng ghép hoặc kết nối dòng công việc
- Chưa có sự chỉ đạo từ góc độ quản lý bệnh viện để tuân thủ.
- Năng lực của cán bộ Công nghệ thông tin nhìn chung còn hạn chế.

Tập đoàn FPT là một trong những công ty công nghệ thông tin chủ yếu cài đặt hệ thống thông tin bệnh viện cho Bệnh viện Bạch Mai. Hiện nay, FPT đang cung cấp dịch vụ hệ thống thông tin bệnh viện cho khoa khám bệnh. Trong tương lai, có thể sẽ mở rộng tới các viện, khoa phòng.

Bệnh viện Chợ Rẫy đã áp dụng hệ thống thông tin bệnh viện do FPT cung cấp từ năm 2013. Công ty này được chọn qua đấu thầu công khai.

Bệnh viện điện tử FPT bao gồm 41 module. Trong số đó, một số module chủ yếu đã được triển khai như quản lý dược, đăng ký bệnh nhân, nhập viện cấp cứu, sàng lọc sức khỏe, quản lý bệnh án, kế toán, quản lý kiểm kê và quản lý tài sản. Hệ thống thông tin bệnh viện đã được sử dụng ở bốn khoa khám bệnh và 34 khoa điều trị nội trú.

5.3.6 Các bệnh viện địa phương

Tại các tỉnh Đoàn Khảo sát đã tới thăm, hệ thống quản lý thông tin bệnh viện được áp dụng cả ở tuyến tỉnh và huyện. Theo phỏng vấn, mỗi bệnh viện sử dụng các hệ thống công nghệ thông tin quản lý bệnh viện khác nhau do các công ty CNTT xây dựng. Các bệnh viện có đủ khả năng tài chính để mua và thực hiện phần mềm. Bảng 5-6 thể hiện tên phần mềm và các chi phí liên quan do bệnh viện chi trả.

Bảng 5-6 Chi phí cho Phần mềm của Hệ thống Thông tin Bệnh viện ở các bệnh viện

		Name of Phần mềm (Provider)	Initial Cost (Investor)	Recurrent Cost Per Month
Gia Lai	Tỉnh	VIMES (Công ty VIMES)	3 tỷ VND (132,000 USD) (Bệnh viện tỉnh)	16.7 triệu VND (735 USD)
	Huyện	VIMES (Công ty VIMES)	- (Bệnh viện huyện)	6.7 triệu VND (295 USD)
Hòa Bình	Tỉnh	Smart IT Solution (Công ty Smart IT Solution)	- (Chi trả chi phí hiện tại)	70 triệu VND (3,080 USD)
	Huyện	- (Minh Lo)	35 triệu VND (1,540 USD) (Bệnh viện huyện)	0.58 triệu VND (25.5 USD)

Nguồn: Sở Y tế Gia Lai và Hòa Bình

Mặc dù hầu hết các bệnh viện đã áp dụng hệ thống quản lý bệnh viện và hầu hết hệ thống đều có chức năng tạo ra các biểu mẫu yêu cầu thanh toán tiêu chuẩn theo quy định của cơ quan bảo hiểm, tuy nhiên số liệu yêu cầu thanh toán phí bảo hiểm gửi tới cơ quan Bảo hiểm đều theo cách cũ (qua email). Đó là do bệnh viện không có đủ cơ sở hạ tầng để bảo vệ số liệu khỏi bị đăng nhập không cho phép và mạng đủ ổn định để gửi số liệu tới cơ quan Bảo hiểm.

Về nhân viên CNTT tại các bệnh viện, số lượng nhân viên và đào tạo có liên quan còn thiếu. Bảng 5-7 cho thấy số lượng nhân viên phòng CNTT so với số lượng toàn bộ nhân viên trong bệnh viện. Điều này cho thấy chỉ có khoảng 1% nhân viên được giao nhiệm vụ về CNTT. Điều này cho thấy chỉ có khoảng 1% trong số toàn bộ nhân viên được làm việc ở phòng Công nghệ thông tin. Tỷ lệ này tương tự ở Nhật Bản và có nghĩa rằng chất lượng có thể sẽ không có vấn đề gì. Tuy nhiên, ở hầu hết các bệnh viện Đoàn Khảo sát đã tới, nhân viên Công nghệ thông tin cũng làm việc ở những vị trí công việc khác như ở khoa Dược.

Bảng 5-7 Nhân viên Công nghệ thông tin tại các Bệnh viện Địa phương

		Số nhân viên bệnh viện	Số nhân viên CNTT
Gia Lai	Tỉnh	930	8
	Huyện	74	1
Hòa Bình	Tỉnh	627	9
	Huyện	99	1

Nguồn: Các bệnh viện tỉnh và huyện ở Gia Lai và Hòa Bình

Về cơ bản, nhân viên CNTT tại bệnh viện phải tham gia vào hai nhiệm vụ. Đầu tiên học quản lý và duy trì hệ

thông tin (phần cứng và phần mềm) trong bệnh viện. Hai là họ quản lý số liệu lâm sàng. Tuy nhiên, nhân viên CNTT tại các bệnh viện này chưa có đủ năng lực để quản lý số liệu lâm sàng phù hợp. Họ cũng không được đào tạo đầy đủ về quản lý số liệu lâm sàng và phân tích số liệu.

5.4 Công nghệ thông tin tại cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và Bảo hiểm Xã hội các tỉnh

Ngoài Bảo hiểm Y tế, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam cũng chịu trách nhiệm thực hiện bảo hiểm xã hội ở phạm vi rộng như hưu trí và bảo hiểm tai nạn công nghiệp. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam đã áp dụng hệ thống CNTT hỗ trợ những hoạt động này. Cơ quan Bảo hiểm cũng có cục phụ trách áp dụng và bảo dưỡng mạng và hệ thống công nghệ thông tin. Hiện nay, cán bộ bảo hiểm Xã hội Việt Nam có thể sử dụng Hệ thống công nghệ thông tin trong phạm vi hạn chế như mục đích tổng hợp số liệu. Điều đó là do việc nhập số liệu chủ yếu thực hiện bằng file mềm và trên giấy tờ.

Hệ thống CNTT độc lập với nhau theo mỗi đơn vị và đã gây ra việc không có sự kết nối giữa các hệ thống. Các cán bộ của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam sử dụng một số loại phần mềm triển khai bảo hiểm y tế, lương hưu và bảo hiểm xã hội.

Bảng 5-8 thể hiện các loại phần mềm được sử dụng ở cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh Gia Lai.

Hệ thống quản lý bệnh viện là phần mềm chính để thực hiện việc tổng hợp và giám định số liệu thanh quyết toán bảo hiểm:

- Chức năng nhập số liệu yêu cầu thanh toán bảo hiểm từ các cơ sở y tế.
- Chức năng kiểm tra xem những thông tin cần thiết cho yêu cầu thanh quyết toán đã được nhập trong số liệu chưa (ví dụ một thông báo lỗi hiển thị khi thông tin cần thiết không được nhập vào bao gồm số thẻ bảo hiểm y tế và tên người tham gia bảo hiểm).
- Chức năng kiểm tra xem có sự phù hợp giữa thông tin trong số liệu hay không (ví dụ một thông báo lỗi hiển thị khi một số thẻ bảo hiểm y tế lại có nhiều tên khác nhau).
- Chức năng báo cáo để thông báo kết quả giám định cho các cơ sở y tế.
- Chức năng báo cáo cho cơ quan bảo hiểm cấp trên.

Bảng 5-8 Danh mục các Phần mềm được sử dụng tại cơ quan Bảo hiểm Xã hội tỉnh

Tên phần mềm	Mục đích	Nơi xây dựng	Số nhân viên sử dụng phần mềm
SMS (Hệ thống Quản lý BHXH)	Quản lý thu bảo hiểm xã hội	Công ty FBsoft	91
Xét duyệt	Xác định và duyệt tổng tiền của quyền lợi hưu trí	Cục CNTT Bảo hiểm Xã hội Việt Nam	29
ODTS	Kiểm tra và duyệt thanh toán đối với tai nạn lao động và thai sản		29
In Số thẻ 1.0	Số chứng nhận thẻ bảo hiểm y tế		24
Viện phí 3.0	Quản lý viện phí		29
HMS	Kiểm tra và tổng hợp yêu cầu thanh toán Bảo hiểm Y tế		29
Quản lý chi	Quản lý chi phí		29

Nguồn: BHXH tỉnh Gia Lai

5.5 Những công ty công nghệ thông tin chủ yếu ở Việt Nam

Có ba công ty Công nghệ Thông tin lớn nhất tại Việt Nam là VNPT, FPT và Viettel, là những công ty có thể xây dựng và duy trì hệ thống CNTT dành cho bảo hiểm y tế trên phạm vi toàn quốc. Thực tế, một số công ty đã làm việc với Bộ Y Tế, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và các bệnh viện để xây dựng hệ thống CNTT dành cho bảo hiểm y tế và hệ thống quản lý TT bệnh viện.

(1) VNPT

VNPT (Tập đoàn Bưu chính Viễn thông Việt Nam) là một công ty của nhà nước⁴⁴. VNPT có khoảng 90.000 lao động, trong đó 5.000 người phụ trách các dự án CNTT có liên quan (500 người trong số họ là kỹ sư CNTT). Tổng doanh thu năm 2014 là 101.000 tỷ Đồng.

VNPT có kinh nghiệm trong lĩnh vực dịch vụ xã hội như y tế, giáo dục, bảo hiểm, bảo hiểm xã hội. Mặc dù VNPT có một số kinh nghiệm xây dựng hệ thống CNTT cho các Bộ nhưng các hệ thống đó chủ yếu là ở một tuyến cụ thể, chỉ tuyến trung ương hoặc địa phương và cũng chưa thông các truyền với nhau để quản lý. VNPT có lợi thế lớn là có thể cung cấp các sản phẩm và dịch vụ nhanh chóng trên toàn quốc vì họ có chi nhánh tại 63 tỉnh thành và có liên hệ chặt chẽ với các địa phương.

VNPT hiện đang triển khai dự án phối hợp với Bộ Y tế để đưa Hệ thống thông tin quản lý bệnh viện ở 400 bệnh viện⁴⁵ trên toàn quốc.

VNPT có đủ năng lực để xây dựng các giải pháp cải thiện quản lý bệnh viện. Tuy nhiên, tập đoàn này hơi yếu trong việc xây dựng hệ thống quản lý lồng ghép có thể kết nối các tuyến với nhau cho mục đích quản lý.

(2) FPT

FPT là một công ty tư nhân được thành lập năm 1988. Công ty này có khoảng 25.000 nhân viên trong đó có 8.500 kỹ sư công nghệ thông tin hoặc chuyên gia công nghệ. Doanh thu năm 2014 là 37.500 tỷ Đồng.

FPT đang triển khai hai dự án thí điểm về quản lý Bảo hiểm y tế.

- Từ tháng 12 năm 2013 tới tháng 12 năm 2015, FPT đã tiến hành dự án thí điểm ở 6 bệnh viện với Cục Công nghệ Thông tin Bộ Y Tế. Trong dự án này, FPT xây dựng phần mềm và lắp đặt ở các bệnh viện điểm.
- Từ tháng 4 tới tháng 7 năm 2015, FPT đã triển khai dự án thí điểm áp dụng hệ thống giám định thanh toán tự động cho Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (tuyến tỉnh và tuyến huyện) tại ba tỉnh. Mục tiêu của dự án này là tự động giám định dữ liệu yêu cầu thanh toán từ bệnh viện từ góc độ “giá trị tính toán” và “đánh giá ủa bác sỹ”. Sau dự án thí điểm, Bộ Y Tế quyết định yêu cầu các bệnh viện công thu thập số liệu viện phí⁴⁶ ở biểu mẫu mới xây dựng⁴⁷, và nộp cho Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. FPT xây dựng phần mềm thu thập dữ liệu cho các bệnh viện và có thể tải về từ website..

⁴⁴ Tập đoàn được thành lập theo Quyết định số 249/TTG ngày 29 tháng 4 năm 1995 của Thủ tướng Chính phủ

⁴⁵ Chi tiết không được trình bày cụ thể cho đoàn Khảo sát .

⁴⁶ 8623/BYT-BH ngày 9/11/2015

⁴⁷ 9324/BYT-BH

FPT hiểu rõ quy trình yêu cầu thanh toán, giám định và thanh toán chi tiết Bảo hiểm Y tế. Vì vậy, FPT có đủ năng lực để xây dựng phần mềm liên quan. Tuy nhiên, do mạng nội bộ bệnh viện hoặc Bảo hiểm Xã hội Việt Nam ở mỗi tuyến trên toàn quốc.

(3) VIETTEL

Tập đoàn Viettel là một trong những doanh nghiệp nhà nước được thành lập từ năm 1989. Viettel có khoảng 30.000 cán bộ và doanh thu năm 2012 là 140.000 tỷ đồng. Cổ phần của công ty này do Bộ Quốc phòng sở hữu theo Quyết định 2097/2009/QĐ-TTg.

- Từ năm 2014, Viettel đã và đang tiến hành Dự án Thí điểm Thanh quyết toán bảo hiểm y tế. Dự án nhằm tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong lĩnh vực bảo hiểm y tế.
- Viettel đã và đang triển khai Dự án Thẻ Bảo hiểm y tế điện tử. Dự án nhằm thực hiện thí điểm thẻ bảo hiểm y tế điện tử ở hai bệnh viện để nâng cao việc trao đổi thông tin bệnh nhân giữa các bệnh viện.

Viettel có thuận lợi lớn về năng lực tài chính để đầu tư cho Hệ thống công nghệ thông tin. Tập đoàn này cũng có mạng lưới và cơ sở vật chất rộng khắp trên cả nước vì là một công ty viễn thông quân đội. Tuy nhiên, Viettel chưa có đủ kinh nghiệm về lĩnh vực Bảo hiểm Xã hội, bảo hiểm y tế và quản lý bệnh viện.

Chương 6 Quản lý thông tin liên quan tới Hệ thống bảo hiểm y tế

Để quản lý Gói Dịch vụ, viện phí and cơ chế chi trả dựa trên bằng chứng, nhu cầu thông tin ở phạm vi rộng cần được thu thập và phân tích thường xuyên. Nó có thể là thông tin y tế về lâm sàng và y tế công cộng như cơ cấu bệnh tật, Cung cấp và sử dụng dịch vụ, Nguồn nhân lực cho y tế, cơ sở vật chất, cũng như trang thiết bị. Ngoài ra các thông tin nhân khẩu học, hộ gia đình và kinh tế địa phương, thói quen tìm kiếm chăm sóc y tế, tài chính bệnh viện và giá thuốc cũng quan trọng để duy trì hệ thống bảo hiểm y tế phù hợp. Do đó, phần này mô tả sự sẵn có của các thông tin liên quan.

6.1 Những chính sách liên quan về Quản lý Thông tin Y tế

Những chính sách hiện tại liên quan tới hệ thống thông tin y tế chưa quy định các chức năng nhiệm vụ chi tiết thu thập, xử lý và chia sẻ thông tin giữa các hệ thống thông tin nhánh của ngành y tế. Việc thu thập thông tin còn bị trùng lặp, và ngoài ra, cơ quan liên quan, như Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, Bộ Tài chính (BTC), Bộ Kế hoạch và Đầu tư (MPI) và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam vẫn chưa thiết lập được cơ chế phối hợp thu thập và chia sẻ thông tin.

6.1.1 Kế hoạch phát triển

Như được mô tả ở Bảng 6-1,

Bảng 6-1 Tầm nhìn, Mục tiêu tổng thể và Mục tiêu cụ thể tới năm 2030

Tầm nhìn giai đoạn 2030	Hệ thống thông tin y tế đạt tiêu chuẩn Quốc tế và nhu cầu thông tin của chính phủ, các tổ chức và cá nhân trong và ngoài nước.
Mục tiêu tổng thể	<ul style="list-style-type: none"> - Tới năm 2020, hệ thống thông tin bệnh viện được cải thiện ở tất cả các tuyến từ trung ương tới xã, hoạt động hiệu quả, kịp thời và thông tin chính xác. Việc quản lý và quản trị hoạt động khám chữa bệnh tại các tuyến và ở các ngành góp phần nâng cao sức khỏe nhân dân. - Tới năm 2030, hệ thống thông tin y tế tại Việt Nam trở thành hệ thống đồng bộ, thống nhất với công nghệ thông tin và đạt được mức độ cáo trong khu vực.
Mục tiêu cụ thể	<p><Sự lãnh đạo và quản trị></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tăng cường năng lực quản trị ngành y tế thông qua lồng ghép thông tin. - Tăng cường năng lực quản trị ngành y tế thông qua chuẩn hóa thông tin. - Tăng cường the quản trị qua cải thiện giám sát tử vong và phân tích nguyên nhân tử vong. <p><Nguồn nhân lực, Tài chính và Y tés></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tăng cường lực lượng lao động y tế trong công tác thống kê thông qua cải thiện cơ sở dữ liệu kiểm kê và đào tạo. - Cải thiện các chính sách, nguồn lực và các hoạt động thông qua vi tính hóa số liệu tài chính bao gồm bảo hiểm y tế. - Cải thiện việc lập kế hoạch nguồn lực thông qua hệ thống máy tính cập nhật trong đơn vị thuốc và sản phẩm vắc xin. <p><Các đơn vị cung cấp dịch vụ></p> <ul style="list-style-type: none"> - Phát triển và triển khai hệ thống y tế vi tính hóa từ tuyến cơ sở, cải thiện chất lượng và lồng ghép thông tin. - Mở rộng bao phủ của các hoạt động giám sát có sự tham gia của khu vực y tế tư nhân bao gồm các bệnh không lây nhiễm và tàn tật. - Chuẩn hóa các biểu mẫu ghi chép trong bệnh viện, thuật ngữ y học và quy trình kỹ thuật. Cải thiện chất lượng dịch vụ và quản lý bệnh viện. - Cải thiện việc truy cập thông tin của người bệnh về sức khỏe của chính họ qua cải thiện an ninh và đảm bảo sự riêng tư của bệnh án cho người bệnh.

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2014]

Bộ Y tế thể hiện Tầm nhìn, mục tiêu tổng thể và mục tiêu cụ thể tới năm 2030 trong Kế hoạch Tổng thể phát triển đối với hệ thống thông tin bệnh viện giai đoạn 2014-2020 và tầm nhìn tới 2030.

6.1.2 Văn bản pháp quy liên quan

Để tăng cường quản lý thông tin y tế, Chính phủ Việt Nam đã ban hành nhiều chính sách liên quan tới hệ thống thông tin thống kê y tế (Bảng 6-2).

Bảng 6-2 Các Văn bản pháp quy liên quan tới Hệ thống Thông tin Y tế

Thông tư số 06/2014/TT-BYT (Tháng 2 năm 2014)	Danh mục các chỉ số y tế chủ chốt Thông tư cung cấp danh mục 88 chỉ số y tế chủ yếu về Tài chính y tế, lược lượng y tế, cơ sở vật chất y tế, dịch vụ y tế và tình trạng sức khỏe v.v.
Thông tư số 32/2014/TT-BYT (Tháng 6 năm 2014)	Ban hành danh mục các chỉ số Thống kê về Y tế cơ bản áp dụng cho tuyến Tỉnh, huyện và xã Trên cơ sở Thông tư số 06/2014/TT-BYT, thông tư này quy định chỉ số thống kê nào được áp dụng ở mỗi tuyến
Thông tư số 27/2014/TT-BYT (Tháng 8 năm 2014)	Quy định hệ thống biểu mẫu thống kê y tế dành cho cơ sở y tế tại Tỉnh, Huyện và Xã Thông tư quy định hệ thống biểu mẫu thống kê y tế dành cho cơ sở y tế tại Tỉnh, Huyện và Xã. Các biểu mẫu quy định gồm có 1) phiếu quản lý dành cho cơ sở y tế xã phường, 2) biểu mẫu báo cáo thống kê dành cho cơ sở y tế xã phường trực thuộc quận huyện, 3) biểu mẫu báo cáo thống kê dành cho cơ sở y tế tại huyện, thị trấn và thị xã trực thuộc tỉnh, and 4) biểu mẫu báo cáo dành cho cơ sở y tế tại các tỉnh thành trực thuộc trung ương
Thông tư số 28/2014/TT-BYT (Tháng 8 năm 2014)	Quy định nội dung Hệ thống chỉ số thống kê y tế Thông tư số quy định nội dung các chỉ số thống kê y tế. Ngoài 88 chỉ số chủ yếu quy định trong Thông tư 06/2014/TT-BYT, thông tư này cũng định rõ mục đích, nội dung, gọi ý/ bàn luận và những thống số liên quan cho mỗi chỉ số.
Thông tư số 29/2014/TT-BYT (Tháng 8 năm 2014)	Xác định Biểu mẫu và quy định về Báo cáo thống kê y tế dành cho Cơ sở Khám chữa bệnh tư nhân Thông tư quy định các biểu mẫu và hệ thống báo cáo dành cho cơ sở y tế tư nhân. Biểu mẫu bao gồm 1) sổ ghi chép, 2) biểu mẫu báo cáo thống kê dành cho cơ sở y tế tư nhân, 3) biểu mẫu báo cáo thống kê dành cho cơ sở y tế tư nhân có giường bệnh, và 4) biểu mẫu báo cáo hoạt động lâm sàng dành cho cơ sở y tế tư nhân.
Luật số 89/2015/QH13 (Tháng 11 năm 2015)	Luật Thống kê Luật hướng dẫn hoạt động thống kê, sử dụng thông tin thống kê nhà nước, quyền, nghĩa vụ và trách nhiệm của các cơ quan, tổ chức và cá nhân trong công tác thống kê, sử dụng thống kê; các cơ quan thống kê của nhà nước, sử dụng thông tin thống kê bên ngoài thống kê nhà nước.

Nguồn:[Quốc Hội năm 2015] [Bộ Y tế năm 2014] [Bộ Y tế năm 2014] [Bộ Y tế năm 2014] [Bộ Y tế năm 2014]

6.1.3 Các chỉ số Y tế quốc gia

Thông tư số 06/2014/TT-BYT và 28/2014/TT-Bộ Y tế cung cấp 88 Các chỉ số Y tế Quốc gia với nguồn số liệu cần thu thập, thời gian báo cáo và cơ quan chịu trách nhiệm thu thập thông tin. Các chỉ số Y tế Quốc gia được liệt kê trong Bảng 6-3.

Bảng 6-3 Các chỉ số Y tế Quốc gia

Phân loại	Chỉ số
01. Tài chính cho chăm sóc y tế	<ul style="list-style-type: none"> Chi tiêu cho y tế theo % GDP Tổng số % chi phí y tế của Chính phủ Tổng % chi phí y tế từ tiền túi hộ gia đình Tổng chi phí của Chính phủ Chi phí y tế trên đầu người
02. Lực lượng lao động y tế	<ul style="list-style-type: none"> Mật độ nhân lực y tế Tỷ lệ tốt nghiệp từ các trường y
03. Cơ sở y tế	<ul style="list-style-type: none"> Mật độ cơ sở y tế Mật độ giường bệnh Mật độ nhà thuốc Trạm y tế xã có bác sỹ Trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc y sỹ Các thôn bản có nhân viên y tế thôn bản Các thôn bản có cô đỡ thôn bản được đào tạo Trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia
04. Hệ thống thu thập thông tin	<ul style="list-style-type: none"> Chỉ số thực hiện hệ thống thông tin y tế
05. Quản lý	<ul style="list-style-type: none"> Chỉ số chính sách theo quy định
06. Sử dụng dịch vụ y tế	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ khám ngoại trú Ngày điều trị trung bình Tỷ lệ điều trị nội trú Bao phủ bảo hiểm y tế Tỷ lệ sử dụng giường bệnh
07. Chất lượng và an toàn của DVYT	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ hài lòng người bệnh Tỷ lệ tuân thủ chất lượng bệnh phẩm Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ
08. Bao phủ và tác động của can thiệp	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ bao phủ chăm sóc chu sinh Bao phủ phòng uốn ván trong chăm sóc chu sinh Tỷ lệ tiêm vắc xin đầy đủ Tỷ lệ người tham gia đỡ đẻ có kỹ năng Bao phủ chăm sóc sau sinh Tỷ lệ sàng lọc ung thư cổ tử cung Tỷ lệ sàng lọc ung thư vú Tỷ lệ điều trị ARV chu sinh Tỷ lệ xử lý bạo hành gia đình 10 nguyên nhân mắc bệnh hàng đầu ở bệnh viện 10 nguyên nhân tử vong hàng đầu ở BV Tỷ lệ điều trị viêm phổi bằng kháng sinh Tỷ lệ điều trị y học cổ truyền Tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm gây dịch Tỷ lệ tử vong do bệnh truyền nhiễm gây dịch Tỷ lệ điều trị lao thành công
09. Hành vi và các yếu tố nguy cơ	<ul style="list-style-type: none"> Tỷ lệ hút thuốc Tỷ lệ suy dinh dưỡng Sử dụng nhà vệ sinh Tỷ lệ nhẹ cân lúc sinh Tỷ lệ béo phì Sử dụng nước sạch Tỷ lệ giới tính khi sinh Tỷ lệ tránh thai Nhu cầu chưa đạt được về kế hoạch hóa gia đình Xử lý rác thải tại cơ sở y tế Tiêu thụ năng lượng < 1,800 Kcal trên đầu người Kiến thức đúng về phòng chống HIV
10. Tình trạng sức khỏe	<ul style="list-style-type: none"> Tuổi thọ trung bình Tỷ suất sinh vị thành niên Tỷ suất tử vong trẻ em Tỷ lệ mắc mới bệnh phong Tỷ suất tử vong do sốt rét Tỷ lệ mắc lao AFB+ 10 nguyên nhân tử vong hàng đầu ở cộng đồng Tỷ lệ tử vong do mắc các bệnh phòng được bằng vắc xin Tỷ lệ mắc HIV ở độ tuổi 15-49 Tỷ suất sinh thô Tỷ lệ tử vong mẹ Tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi Tỷ lệ hiện mắc bệnh phong Tỷ lệ mắc mới lao các loại Tỷ lệ tử vong do lao HIV Tỷ lệ mắc mới các bệnh phòng được bằng vắc xin Tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS Tổng tỷ suất sinh Tỷ suất tử vong sơ sinh Tỷ lệ mắc mới sốt xuất huyết Tỷ lệ mắc mới sốt rét Tỷ lệ mắc mới lao AFB+
11. Các bệnh không lây nhiễm và thương tích	<ul style="list-style-type: none"> Tai nạn ngộ độc thức ăn Tỷ lệ tử vong do ngộ độc thức ăn cấp Tỷ lệ điều trị tâm thần phân liệt Tỷ lệ điều trị động kinh Tỷ lệ điều trị tăng huyết áp Tỷ lệ điều trị tiểu đường Tỷ lệ điều trị tai nạn thương tích Tỷ lệ điều trị ngộ độc thức ăn cấp Tỷ lệ điều trị bệnh nghề nghiệp Tỷ lệ điều trị trầm cảm Tỷ lệ điều trị ung thư Tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích

Nguồn: [Bộ Y tế, 2014] [Bộ Y tế, 2014]

Bên cạnh đó, Thông tư số 32/2014/TT-BYT cũng giao các chỉ số đó cho các cơ sở y tế tuyển tỉnh, huyện và xã phường phù hợp với mỗi tuyển. số lượng các chỉ số được giao là 70 cho tuyển tỉnh, 60 cho tuyển huyện và 45 cho tuyển xã (Bảng 6-4). Ngoại trừ ba chỉ số về các bệnh không lây nhiễm (NCDs), thông tin sẽ được thu thập và báo cáo hàng năm.

Bảng 6-4 Số lượng Chỉ số theo tuyển Cơ sở Y tế

	Loại chỉ số (Tổng số chỉ số cho mỗi loại)	Số lượng chỉ số		
		Tuyển tỉnh	Tuyển huyện	Tuyển xã
Chỉ số đầu vào	1. Tài chính y tế	2	1	1
	2. Lực lượng lao động y tế	2	1	1
	3. Cơ sở Y tế	8	8	2
	4. Hệ thống thu thập thông tin	0	0	0
	5. Quản lý	0	0	0
Chỉ số đầu ra	6. Sử dụng dịch vụ y tế	5	4	1
	7. Chất lượng và an toàn Dịch vụ y tế	0	0	0
Chỉ số kết quả	8. Bao phủ và tác động của can thiệp	13	13	11
	9. Thói quen và yếu tố nguy cơ	7	5	3
Chỉ số tác động	10. Tình trạng sức khỏe	22	20	19
	11. Các bệnh không lây nhiễm và thương tích	11	8	7
Tổng		70	60	45

Nguồn: [Bộ Y tế năm 2014] [Bộ Y tế năm 2014] [Bộ Y tế năm 2014]

Đối với các chỉ số số 04 về hệ thống thu thập thông tin, số 05 về quản lý, số 07 về Chất lượng và an toàn Dịch vụ y tế, và một số ở các loại chỉ số khác, các cơ quan trung ương sẽ chịu trách nhiệm cung cấp số liệu.

6.2 Nguồn nhân lực

Về Nguồn nhân lực cho hệ thống thông tin y tế, các khía cạnh của vấn đề về chất lượng nhân viên và kỹ năng thống kê của họ.

Như đã đề cập ở trên, Phòng Thống kê chịu trách nhiệm cao nhất về hoạt động thống kê y tế. Mặc dù phòng được giao thực hiện nhiệm vụ (Phần 3.4.1 b(1) 2)), chỉ có năm cán bộ toàn nhiệm và hai nhân viên bán thời gian. Không ai trong số những cán bộ này có nền tảng đào tạo về thống kê, và họ không có đủ kỹ năng chuyên môn để phân tích và sử dụng số liệu. Tại tuyển tỉnh, quận/ huyện, số lượng nhân viên phụ trách thống kê chỉ có một hoặc hai người và họ thường bị giao làm những công việc khác cùng lúc.

6.3 Các nguồn số liệu của Hệ thống Thông tin Y tế

Các nguồn số liệu của hệ thống thông tin y tế, những thống kê mang tính sống còn, điều tra dân số, giám sát dịch bệnh và báo cáo thường quy sẽ được xem xét.

Sự chính xác của số liệu đã được coi là vấn đề quan trọng cần được tập trung và Bộ Y tế đã và đang cố gắng cải thiện.

Cho tới năm 2014, Nguồn số liệu từ Hệ thống Báo cáo thường quy đã được thu thập từ các cơ sở y tế công. Số liệu của cơ sở y tế tư nhân chưa có sẵn và vì vậy, thống kê tình hình sức khỏe và dịch vụ y tế chưa phản ánh

được tình hình thực tế. Để tập trung vào vấn đề này, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 29/2014/TT-BYT quy định biểu mẫu báo cáo cho các cơ sở y tế tư nhân.

Về số liệu tử vong, số này cũng chưa phản ánh được thực tế. Trong trường hợp tử vong tại nhà, khó để xác định nguyên nhân tử vong. Mặc dù Bộ Y tế đã thành lập hệ thống thu thập số liệu tử vong từ nhân viên y tế thông báo, biểu mẫu báo cáo không yêu cầu báo cáo nguyên nhân tử vong tại cộng đồng.

Quản lý số liệu cần có 5 bước; 1) thu thập và lưu trữ số liệu, 2) biên soạn và tập hợp, 3) quản lý chất lượng, 4) phân tích, và 5) báo cáo và phản hồi. Hiện nay, hệ thống quản lý thông tin y tế chưa được quản lý tốt do không có cơ chế giám sát và quy định chuẩn hóa chất lượng số liệu.

6.3.1 Những thống kê mang tính sống còn và Điều tra dân số

(1) Hệ thống đăng ký hộ khẩu

Hệ thống đăng ký hộ khẩu thường trú thuộc trách nhiệm của ngành công an. Mỗi hộ gia đình đều có sổ hộ khẩu ghi rõ họ tên, ngày tháng năm sinh, nghề nghiệp, nơi làm việc và tất cả các thành viên trong gia đình. Bộ Công An cũng chịu trách nhiệm đăng ký tạm trú tạm vắng.

Đăng ký khai sinh, khai tử, kết hôn và ly hôn thuộc trách nhiệm của Phòng Tư pháp trực thuộc Ủy ban Nhân dân Xã phường.

(2) Tổng điều tra dân số và nhà ở

Tại Việt Nam, tổng điều tra được Tổng cục Thống kê thực hiện 10 năm một lần từ năm 1979. Cuộc tổng điều tra gần đây nhất được thực hiện vào năm 2019 với sự phối hợp của Quỹ Dân số Liên hợp Quốc (UNFPA). Đối với tổng điều tra dân số và nhà ở, số liệu được thu thập thông qua khảo sát toàn bộ và khảo sát mẫu. Bộ câu hỏi cho khảo sát toàn bộ trên diện rộng bao gồm số liệu về nhân khẩu học như thông tin cá nhân, trình độ học vấn, dân tộc, tôn giáo và số liệu về nhà ở. Ngoài câu hỏi khảo sát, khảo sát mẫu hỏi thông tin chi tiết hơn như tình trạng tàn tật, tình trạng hôn nhân, hoạt động kinh tế, tiền sử sinh đẻ, tử vong và cơ sở vật chất của ngôi nhà [GSO/UNFPA, 2009].

(3) Khảo sát y tế và nhân khẩu học

Tổng cục Thống kê cũng tiến hành Khảo sát Y tế và Nhân khẩu học (DHS), khảo sát ngày được thực hiện vào những năm 1988, 1997 và 2002 tại Việt Nam. Cuộc Khảo sát Y tế và Nhân khẩu học lần thứ ba trong năm 2002 được tài trợ bởi Ủy ban Dân số Gia đình và Trẻ em cũng như được hỗ trợ về mặt kỹ thuật từ tổ chức ORC Macro. Thông tin về tình trạng nhân khẩu học, kế hoạch hóa gia đình, tỷ lệ tử vong trẻ em và nữ nhi, tỷ lệ tử vong mẹ, sức khỏe bà mẹ và HIV/AIDS được thu thập thông qua khảo sát mẫu [Tổng cục Thống kê năm 2002]

6.3.2 Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

The Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (NIHE) và các Viện Dịch tễ khu vực chịu trách nhiệm chỉ đạo Hệ thống Giám sát Bệnh truyền nhiễm. Thông tin về tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do các bệnh truyền nhiễm được thu

thập từ tuyến xã phường và báo cáo lên Trung tâm Y tế dự phòng tại tuyến quận/ huyện. Số liệu tập hợp tại tuyến quận/ huyện được báo cáo lên Trung tâm Y tế Dự phòng, và sau đó tới Viện Vệ sinh Dịch tễ khu vực và Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương [Bộ Y tế năm 2006]. Theo Kế hoạch Tổng thể phát triển Hệ thống Thông tin Y tế giai đoạn 2014-2020 và tầm nhìn 2030, hệ thống giám sát này được triển khai tốt. Số liệu về bệnh dịch đã được cập nhật và báo cáo kịp thời [Bộ Y tế năm 2014].

6.3.3 Hệ thống báo cáo thường quy

Hệ thống báo cáo của Hệ thống thông tin quản lý y tế (HMIS) được thiết lập và Thông tư số 27/2014/TT-BYT quy định đăng ký và biểu mẫu báo cáo có thể áp dụng tại mỗi tuyến cơ sở y tế. Biểu mẫu và nội dung được ghi lại và tổng kết trong Bảng 6-5.

Bảng 6-5 Sổ ghi chép và Biểu mẫu báo cáo tại các Cơ sở Y tế

Tuyến	Biểu mẫu	Tổng hợp nội dung
Xã/ Phường	12 số đăng ký (A1/YTCS - A12/YTCS)	Ghi chép sức khỏe/ tiêm phòng cho trẻ em/ tiêm chủng viêm màng não, tả và thương hàn/ uốn ván cho phụ nữ/ chăm sóc trước sinh/ kế hoạch hóa gia đình/ nạo phá thai/ sốt rét/ tâm thần/ lao/ HIV/ giáo dục sức khỏe/ các bệnh không lây nhiễm.
	10 Biểu mẫu (1/BCX - 10/BCX)	Dân số/ Chi phí Y tế/ lực lượng lao động y tế/ Sức khỏe bà mẹ và trẻ em/ tiêm chủng mở rộng/ tai nạn thương tích/ bệnh truyền nhiễm/ bệnh xã hội/ tử vong trong cộng đồng.
Quận/ huyện	16 Biểu mẫu (1/BCH - 16/BCH)	Dân số/ Chi phí Y tế/ cơ sở vật chất/ tình hình y tế tại xã phường/ nhân viên y tế tại quận/ huyện/ chăm sóc bà mẹ/ tỷ lệ mắc bệnh và tử vong mẹ/ kế hoạch hóa gia đình/ sức khỏe trẻ em/ tiêm chủng cho trẻ em/ tỷ lệ mắc bệnh và tử vong trẻ em/ Công tác dự phòng/ bệnh xã hội/ tai nạn thương tích/ bệnh truyền nhiễm/ tỷ lệ mắc bệnh và tử vong tại bệnh viện/ tử vong tại cộng đồng
Tỉnh	18 Biểu mẫu (1/BCT - 18/BCT)	dân số/ Chi phí Y tế/ cơ sở vật chất/ tình hình sức khỏe tại xã/ chăm sóc bà mẹ/ tỷ lệ mắc bệnh và tử vong mẹ/ kế hoạch hóa gia đình/ sức khỏe trẻ em/ tiêm chủng cho trẻ em/ tỷ lệ mắc bệnh và tử vong trẻ em/ Công tác dự phòng/ bệnh xã hội/ tai nạn thương tích/ bệnh truyền nhiễm/ tỷ lệ mắc bệnh và tử vong tại bệnh viện/ tử vong tại cộng đồng/ bảo hiểm y tế/ khả năng phát triển nguồn nhân lực

Nguồn: [Bộ Y Tế năm 2014]

Đầu mối của hệ thống thông tin là Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế, chịu trách nhiệm hướng dẫn và giám sát thực hiện các biểu mẫu ghi chép, thu thập số liệu và báo cáo. Chi tiết của hệ thống báo cáo được mô tả ở Phần 6.4.

6.3.4 Quản lý thông tin kiểm soát chất lượng tại các bệnh viện

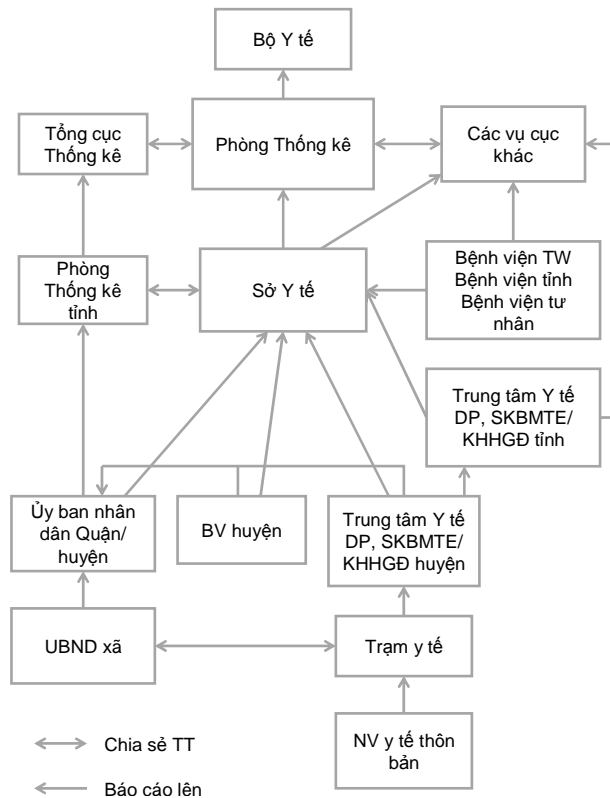
Ngoài hệ thống báo cáo quy định bởi Thông tư số 27/2014/TT-BYT, Cục Quản lý Khám chữa bệnh (MSA) cũng thu thập số liệu từ các bệnh viện. Cơ sở dữ liệu bao gồm các thông tin như nguồn nhân lực với trình độ và nền tảng giáo dục, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, thuốc, tài chính, số lượng người bệnh, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, bệnh truyền nhiễm, và tai nạn thương tích. Số liệu từ các bệnh viện huyện và tỉnh được Sở Y tế tổng hợp, và sau đó được báo cáo Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh thường xuyên. Mặc dù số liệu thô được lưu ở Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn được cung cấp cho Vụ Kế hoạch Tài chính, Vụ Tổ chức Cán bộ, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Cục Khoa học Công nghệ và Hội Kinh tế Y tế.

Thông tin của cơ sở y tế được thu thập trên giấy tờ. Theo Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Cục đã bắt đầu triển khai thu thập thông tin qua trang web kết nối Bộ Y tế và mỗi bệnh viện sử dụng phần mềm Thông tin Y tế tuyến huyện (DHIS). Thông tin thu thập qua gồm những thông tin sau:

- Thông tin cơ bản
- Chỉ số đánh giá thực hiện công việc (KPI)
- Danh mục dịch vụ kỹ thuật
- Nguồn nhân lực (trình độ, nền tảng giáo dục, lịch sử công việc, giấy phép v.v)
- Trang thiết bị y tế
- Tình hình tài chính
- Thuốc (đơn giá, kiểm kê, số lượng mua hàng năm v.v)
- Tình hình bệnh tật (phân loại theo mã ICD-10, các bệnh phải khai báo, tai nạn thương tích)
- Hoạt động kiểm soát chất lượng (tự đánh giá, đánh giá bởi Sở Y tế, báo cáo chính thức)
- Sự hài lòng của người bệnh (kiểm soát sự phàn nàn)
- Danh mục giá dịch vụ (từ năm 2016)

6.4 Dòng thông tin

Dòng số liệu của hệ thống thông tin bệnh viện và hầu hết các chương trình y tế quốc gia đi theo chiều dọc từ xã lên huyện, tỉnh và trung ương. Hình 6-1 thể hiện luồng thông tin của hệ thống thông tin bệnh viện.



Nguồn: Phòng Thống kê Y tế, BHYT

Hình 6-1 Dòng thông tin

(1) Tuyển xã phường

Tại tuyến xã phường, nhân viên y tế thôn bản⁴⁸ được giao nhiệm vụ thu thập thông tin về sinh, tử, tai nạn, thương tích, các dịch bệnh xảy ra tại thôn bản. Những thông tin đó được ghi lại trong biểu mẫu quy định ở Thông tư số 27/2014/TT-BYT và báo cáo cho trạm y tế xã. Trạm y tế xã tổng hợp thông tin từ nhân viên y tế thôn bản cùng với ghi chép về dịch vụ y tế tại trạm y tế xã và nộp cho cơ quan chức năng tuyến quận/ huyện.

(2) Tuyển quận/ huyện

Tại tuyến quận/ huyện, trung tâm y tế dự phòng hoặc trung tâm y tế chịu trách nhiệm thu thập và tổng hợp số liệu về hoạt động của trạm y tế xã trong toàn huyện. Trung tâm cũng kết hợp số liệu do các trạm y tế nộp lên và trình Ủy ban Nhân dân huyện và Sở Y tế. Trong trường hợp bệnh viện huyện do trung tâm y tế huyện quản lý, số liệu của hoạt động y tế tại bệnh viện huyện cần phải được tổng hợp bởi trung tâm y tế huyện.

(3) Tuyển tỉnh

Sở Y tế chịu trách nhiệm thu thập và tổng hợp số liệu về hoạt động y tế trong toàn tỉnh. Số liệu bao gồm báo cáo từ cơ sở y tế tại tuyến tỉnh, trung tâm y tế dự phòng hoặc các trung tâm y tế, và các bệnh viện huyện. Báo cáo tổng hợp bởi Sở Y tế sẽ nộp lên Phòng Thống kê tỉnh và Phòng Thống kê, Bộ Y tế.

(4) Tuyển trung ương

Tại tuyến trung ương, Phòng Thống kê, Vụ Kế hoạch Tài chính chịu trách nhiệm thu thập và tổng hợp số liệu về hoạt động y tế từ cơ sở y tế tại 64 tỉnh. Sau khi tổng hợp số liệu, phòng biên tập kết quả vào báo cáo như Niên giám Thống kê Y tế và trình lên các cơ quan của Chính phủ.

6.5 Cơ sở hạ tầng

Tỷ lệ sử dụng Hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) dự kiến khoảng 100% ở bệnh viện tuyến trung ương, 60% ở tuyến tỉnh và 40% ở tuyến quận/ huyện (Phần 5.3.1).

Ở nhiều tỉnh, các bệnh viện đều đã được trang bị máy tính, tuy nhiên, cấu hình của máy tính quá cũ và không đáp ứng được yêu cầu của phần mềm quản lý số liệu. Tại tuyến quận/ huyện, một số trung tâm y tế/các bệnh viện có số lượng máy tính hạn chế, vì vậy nhân viên phụ trách thống kê phải dùng chung máy tính với các phòng khác.

Tại tỉnh Bình Định và Đồng Tháp, máy tính và phần mềm cho hệ thống thông tin bệnh viện được trang bị tại tất cả trạm y tế xã. Tuy nhiên, theo Bộ Y tế, số lượng của trạm y tế xã có máy tính, phần mềm và truy cập internet còn rất hạn chế. Chỉ những trạm y tế xã ở một số tỉnh được hỗ trợ bởi các cơ quan viện trợ và công ty Công nghệ thông tin, số trạm y tế xã còn lại, việc quản lý số liệu vẫn còn nghèo nàn.

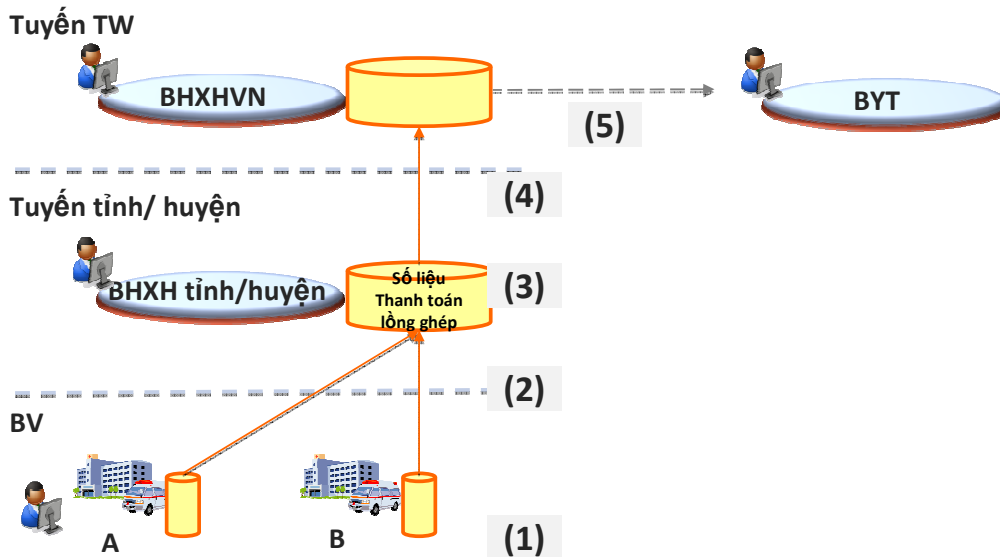
⁴⁸ Nhân viên y tế thôn bản được giao nhiệm vụ giám sát thôn bản trong phạm vi trạm y tế xã được trung tâm y tế huyện trả phụ cấp.

6.6 Quản lý thông tin đối với thanh quyết toán bảo hiểm y tế và quản lý bệnh viện

6.6.1 Dòng thông tin thanh quyết toán bảo hiểm

Số liệu thanh quyết toán được chuyển từ tuyến quận/ huyện, qua tuyến tỉnh tới văn phòng Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. Quy trình được thể hiện ở Hình 6-1 và tổng hợp như sau;

- (1) Bệnh viện lập phối thanh quyết toán bảo hiểm hàng ngày theo biểu mẫu⁴⁹ do Bộ Y tế quy định.
- (2) Bệnh viện gửi số liệu thanh quyết toán bảo hiểm lên Bảo hiểm Xã hội huyện/ Bảo hiểm Xã hội tỉnh vào ngày 25 hàng tháng⁵⁰ trong biểu mẫu CSV qua email.
- (3) Mất khoảng một hoặc hai tuần cho tới khi Bảo hiểm xã hội huyện/ tỉnh hoàn thành giám định thanh toán.
- (4) Sau khi Bảo hiểm Xã hội tỉnh biên tập số liệu thanh quyết toán, số liệu sẽ được gửi lên Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.
- (5) Bộ Y tế nhận số liệu tổng hợp từ Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.



Tham khảo: Phòng vấn

Hình 6-2 Dòng số liệu thanh quyết toán bảo hiểm y tế

Tuy nhiên, số liệu chưa được chia sẻ hiệu quả với Bộ Y tế. Bệnh viện và thông tin quản lý bệnh viện chưa được công bố. Do đó, số liệu chưa được tổng hợp tại Tuyến trung ương.

6.6.2 Nội dung thông tin thanh quyết toán

(1) Biểu mẫu tới tháng 12 năm 2015

Thông tin thanh quyết toán cần được nộp từ cơ sở y tế tới Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, chủ yếu chứa những thông tin cơ bản của người bệnh, chi tiết bệnh và tổng số tiền bảo hiểm chi trả. Thông tin của chi tiết hồ sơ

⁴⁹ 9324/BYT-BH

⁵⁰ Trường hợp của Đồng Tháp

bệnh án được tổng hợp theo loại như khám chữa bệnh, thuốc và vật tư tiêu hao v.v. Do đó, các hoạt động khám chữa bệnh chi tiết cung cấp cho người bệnh và chi phí phải được cung cấp cho bảo hiểm Xã hội Việt Nam.

Form: C79a - HD
 (Issued following circular No. 178/2012/TT-BTC
 date 23/10/2012 of Ministry of Finance)

Name of health examination & treatment facility:.....
 Code number

**LIST OF PATIENT (OUT-PATIENT) WHO RECEIVED HEALTH EXAMINATION & TREATMENT BY PUBLIC HEALTH INSURANCE
 REQUEST FOR PAYMENT**
 Month Quarter term..... year
 (to be sent enclosed with data file of every month)

Unit: VND

Ordinal number	Full name		Date of birth		Health insurance card number	Code of facility registered as first health examination & treatment hospital	Code of disease	Date of examination & treatment	TOTAL MEDICAL FEE (PUBLIC HEALTH INSURANCE PATIENT)												The patient co-payment	Medical fee request for payment			
			Male	Female					Total	Test	Image diagnosis	Transfusion fluids	blood	operation	Consumable medicine	Replaced medicinal material	High technology services	Cancer drug anti-rejection drug	Examination fee	Transportation fee		Grand total	The medical fee out of capitation fund		
																								1	2
A	B	C	D	E	G	H	I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
A PATIENT IN PROVINCE (REGISTERED FIRST HEALTH EXAMINATION & TREATMENT IN FACILITY)																									
1																									
2																									
...																									
B PATIENT IN PROVINCE																									
1																									
2																									
...																									
C PATIENT FROM OTHER PROVINCE																									
1																									
2																									
...																									
Total A+B+C							x	x																	

Request payment amount (in word):

Person in charge
(signature, name)

Chief administration
(signature, name)

Chief Accountant
(signature, name)

Date
 Director
(signature, name, stamp)

Nguồn: Circular No. 178/2012/TT-BTC date 23/10/2012 Ministry of Finance

Hình 6-3 Biểu mẫu thanh quyết toán bảo hiểm y tế đến tháng 12 năm 2015

(2) Biểu mẫu sử dụng từ tháng 1 năm 2016

Theo Thông tư của Bộ Y tế ban hành, các cơ sở y tế được yêu cầu sử dụng Biểu mẫu (Bảng 6-7) để xuất hóa đơn tháng 1 năm 2016. Biểu mẫu mới bao gồm những thông tin chi tiết về điều trị và thông tin y tế chưa có trước đó. .

Bảng 6-6 Form1 : Biểu mẫu1 : Thông tin Y tế cơ bản đối với bảo hiểm y tế (trích lược)

STT	Hạng mục	Loại số liệu	#số	Đầu vào	Giải trình
1	Mã số người bệnh	Chữ	15		Do cơ sở y tế quản lý
2	Tên người bệnh	Chữ	255	✓	Tên người bệnh
3	Ngày sinh	Chữ	8	✓	YYYYMMDD
4	Giới	Số	1	✓	Male = 1, Female = 2
5	Địa chỉ	Chữ	255	✓	Nêu trong thẻ bảo hiểm
6	Mã thẻ bảo hiểm y tế	Số	15	✓	Bảo hiểm Xã hội phát hành
7	Mã bệnh viện đăng ký khám chữa bệnh ban đầu	Chữ	5	✓	Nêu trong thẻ bảo hiểm
8	Thời hạn giá trị (Từ)	Chữ	8	✓	YYYYMMDD
9	Thời hạn giá trị (đến)	Chữ	8	✓	YYYYMMDD
10	Mã tổn thương/ bệnh	Chữ	5	✓	Mã tổn thương/ bệnh trong ICD-10
11	Tên tổn thương/ bệnh	Chữ	255		Nếu không có mã tổn thương/ bệnh trong ICD-10
12	Ngày ra/ vào viện				
13	Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm	Số	3	✓	Áp dụng theo nhóm thẻ
14	Tổng chi phí khám chữa bệnh	Số	15	✓	Tổng chi phí khám chữa bệnh
15	Thanh toán của người bệnh	Số	15	✓	Tổng thanh toán do người bệnh chi trả
16	Bao phủ bảo hiểm y tế	Số	15	✓	Tổng tiền do bảo hiểm chi trả
17	Mã cơ sở y tế	Chữ	5	✓	Mã cơ sở y tế người bệnh đang khám và điều trị (do Bảo hiểm Xã hội phát hành)
18	Mã điều trị theo chuẩn quốc tế	Chữ	5		Mã phẫu thuật, điều trị dựa vào ICD 9 CM tập .3 sử dụng sau khi Bộ Y tế ban hành)

Nguồn: 9324/BYT-BH

Bảng 6-7 Form2 : Thông tin đặc tính thuốc bảo hiểm y tế chi trả (trích lược)

STT	Hạng mục	Loại số liệu	#số	Đầu vào	Giải trình
1	Mã thuốc	TXT	15	✓	Định rõ trong mã chủ
2	Tên thuốc	TXT	255	✓	Định rõ trong mã chủ
3	Đơn vị tài khoản	TXT	50	✓	Định rõ trong mã chủ
4	Số lượng	Numeral	5	✓	Số lượng kê đơn thực tế
5	Đơn giá	Numeral	15	✓	Đơn giá bảo hiểm y tế chi trả
6	Tỷ lệ bảo hiểm chi trả	Numeral	3		Tỷ lệ bảo hiểm chi trả cho thuốc
7	Tổng số tiền thanh toán	Numeral	15		Số lượng x đơn giá x tỷ lệ bảo hiểm chi trả
8	Mã khoa	TXT	3		Khoa khám và điều trị
9	Mã bác sỹ	TXT	8		Bác sỹ điều trị
10	Mã tổn thương/ bệnh	TXT	5		Mã tổn thương/ bệnh chính

Nguồn: 9324/BYT-BH

Chương 7 Những hoạt động liên quan của các Đối tác Phát triển chính

Cải thiện hệ thống an ninh y tế trong đó có bảo hiểm y tế là yếu tố chủ chốt để đạt được bảo hiểm y tế toàn dân và nhà tài trợ trong lĩnh vực y tế của Việt Nam đã và đang hỗ trợ trong lĩnh vực Tài chính y tế.

7.1 Nhóm Kỹ thuật về Tài chính Y tế

Nhóm Kỹ thuật về Tài chính Y tế được tái tổ chức⁵¹ để góp phần thực hiện thành công cải cách tài chính y tế ở Việt Nam. Nhóm Kỹ thuật Tài chính Y tế là một trong những tiểu ban thuộc Nhóm Đối tác Y tế (HPG) và nhóm này được kỳ vọng sẽ hỗ trợ Bộ Y tế thực hiện chức năng một cách đầy đủ với khả năng tài chính và lập kế hoạch tốt hơn.

Thời hạn nguồn lực và phạm vi công việc đang được thảo luận qua các cuộc họp chuẩn bị và họp Nhóm Kỹ thuật lần thứ nhất (ngày 15 tháng 3 năm 2016) giữa Bộ Y tế, các cơ quan của Việt Nam và các đối tác phát triển. Cuộc họp Nhóm Kỹ thuật sẽ được tổ chức hàng quý và họp đột xuất không chính thức sẽ được tổ chức khi cần.

Mục tiêu cụ thể của hoạt động nhóm Kỹ thuật về Tài chính Y tế như sau:

- 1) Điều phối và hỗ trợ hiệu quả trong việc xây dựng chiến lược Tài chính Y tế 5 năm và 10 năm.
- 2) Hỗ trợ Bộ Y tế kết nối các nhà tài trợ và hỗ trợ kỹ thuật trong việc đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính y tế đặc biệt là Phương thức chi trả.
- 3) Chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm về kế hoạch và tài chính y tế
- 4) Triển khai công việc kỹ thuật trong lĩnh vực tài chính và kế hoạch để hỗ trợ Bộ Y tế trong việc hình thành các chiến lược, chính sách và kế hoạch.
- 5) Hỗ trợ Bộ Y tế triển khai các phương pháp thí điểm rộng hơn về cải cách tài chính y tế tại cấp ngành.

Các thành viên nhóm Kỹ thuật (dự kiến)

- Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch Tài chính, Vụ Bảo hiểm y tế, Vụ Hợp tác Quốc tế và các vụ cục liên quan)
- Viện Chiến lược và Chính sách y tế
- Các Bộ chủ quản: Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch Đầu tư, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam.
- Các đối tác Phát triển: WHO, EU, USAID, WB, ADB, JICA, v.v.
- Các cơ quan, tổ chức, hội, cá nhân chuyên gia có liên quan, v.v.

7.2 Các hoạt động tài trợ liên quan trong lĩnh vực Bao phủ y tế toàn dân và tài chính y tế

Trong lĩnh vực hệ thống bảo hiểm y tế, Ngân hàng Thế giới đã triển khai đánh giá hệ thống bảo hiểm y tế xã hội hiện thời và xác định những vấn đề cần cải thiện trong báo cáo. USAID hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng lộ trình Gói DVYTCB. Cơ quan Hợp tác Luxemburg (LuxDev) và USAID đã tiến hành khảo sát tại các tỉnh được chọn.

⁵¹ Nhóm Kỹ thuật đã được thành lập trước kia nhưng chưa hoạt động tích cực cho tới gần đây.

Bảng 7-1 thể hiện sự hợp tác của những cơ quan tài trợ chủ yếu trong lĩnh vực bao phủ y tế toàn dân và tài chính y tế.

Bảng 7-1 Viện trợ cho Bao phủ y tế toàn dân và tài chính y tế của các cơ quan tài trợ chủ yếu ở Việt Nam

Nhà tài trợ	Dự án/ Lĩnh vực ưu tiên	Hỗ trợ	Đối tác
USAID	Dự án Tài chính và Quản trị y tế (HFG)	<ul style="list-style-type: none"> - HFG hỗ trợ tăng cường hệ thống y tế, đặc biệt chú trọng vào tăng cường năng lực tài chính y tế. Mục đích chính của Dự án HFG là đảm bảo tính bền vững của các dịch vụ HIV/AIDS thông quan bảo hiểm y tế xã hội (SHI). - HFG đã tiến hành “<i>Hỗ trợ kỹ thuật để Cập nhật Gói DVYTCB do Bảo hiểm Xã hội Việt Nam chi trả</i>”, được hỗ trợ tài chính bởi Kế hoạch Hỗ trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống HIV/ AIDS (PEPFAR). Phân tích bảo hiểm y tế được tiến hành trên 17.000 dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế chi trả tại 6 tỉnh (Hà Nội, Gia Lai, Hòa Bình, Bình Định, Đồng Tháp, Thành phố Hồ Chí Minh), và các số liệu liên quan được thu thập tại các bệnh viện tỉnh, Bệnh viện huyện và trạm y tế xã. Kết quả khảo sát sẽ hoàn thành vào tháng 1 năm 2016. (Khảo sát được triển khai bởi Abt Associates, một tổ chức Phi chính phủ có trụ sở tại Mỹ). 	VAAC Bảo hiểm Xã hội Việt Nam
Ngân hàng Thế giới	Hệ thống y tế	Chú trọng vào hỗ trợ chính sách tài chính y tế, cải thiện dịch vụ y tế và sửa đổi Luật bảo hiểm y tế.	Bộ Y Tế
	“Hướng tới Bao phủ of Bảo hiểm Y tế toàn dân tại Việt Nam”(2014)	Theo đề nghị của Chính phủ Việt Nam, Ngân hàng Thế giới đã đánh giá hiện trạng hệ thống tài chính y tế và bảo hiểm y tế, phối hợp với WHO, UNICEF và Quỹ Rockefeller. Kế hoạch về lộ trình và cải cách hướng tới bao phủ y tế toàn dân đã được trình bày trong báo cáo.	Bộ Y Tế Bảo hiểm Xã hội Việt Nam
	Dự án hỗ trợ Y tế khu vực phía Bắc (2010-2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Dự án vốn vay tăng cường dịch vụ y tế tại tuyến huyện và cải thiện tiếp cận dịch vụ đối với những người khó khăn về kinh tế. - Dự án có 4 cấu phần 1) hỗ trợ bảo hiểm y tế cho đối tượng là người cận nghèo (11.60 triệu USD), 2) Tăng cường dịch vụ y tế tại tuyến huyện (29.37 triệu USD), 3) phát triển nguồn nhân lực y tế (12.49 triệu USD), 4) Quản lý dự án và giám sát đánh giá (4.51 triệu USD). Dự án góp phần mang lại bao phủ bảo hiểm y tế cho người cận nghèo lên tới 90% cho tới ngày 31 tháng 12 năm 2014, trong đó, dự án đã cung cấp hỗ trợ tài chính trực tiếp cho 70% trong khu vực. - Trong phạm vi cấu phần thứ hai của dự án, thí điểm về Tài chính dựa trên Kết quả đã được triển khai tại Nghệ An nhằm cải thiện hoạt động của bệnh viện và các trung tâm y tế dự phòng. 	Bộ Y Tế
	Dự án Y tế Khu vực Mê Kông (2006-2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Dự án vốn vay tăng cường dịch vụ y tế tại tuyến huyện và tăng cường khả năng tiếp cận đối với những người có hoàn cảnh kinh tế khó khăn - Dự án bao gồm 5 cấu phần; 1) hỗ trợ người nghèo và người cận nghèo (10 triệu USD), 2) cải thiện chất lượng chăm sóc và năng lực dịch vụ y tế (44.8 triệu USD), 3) cải thiện hệ thống y tế dự phòng (7.8 triệu USD), 4) cải thiện năng lực nguồn nhân lực y tế (11.2 triệu USD), 5) quản lý dự án, giám sát và đánh giá (4.2 triệu USD). - Bao phủ Bảo hiểm Y tế cho người cận nghèo trong khu vực mục tiêu tăng từ 7,2% (2008) lên tới 42.1% (2011) là kết quả của việc tăng hỗ trợ đối với người nghèo tới 70%. 	Bộ Y Tế

Nhà tài trợ	Dự án/ Lĩnh vực ưu tiên	Hỗ trợ	Đối tác
	Dự án Hỗ trợ các tỉnh miền núi phía Bắc (2008-2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Một Dự án vốn vay nhằm tăng cường sử dụng dịch vụ y tế đặc biệt ở những người nghèo, người dân tộc thiểu số ở các tỉnh miền núi phía Bắc thông qua 1) tăng cường các bệnh viện huyện (42,9 triệu USD 42.9) và 2) giảm những khó khăn tài chính để tiếp cận các dịch vụ y tế (10 triệu USD). - Tỷ lệ sử dụng ở bệnh nhân nội trú ở các bệnh viện huyện ở những người hưởng lợi tăng từ 0.03% (số liệu nền năm 2009) lên 0.096% (2015), mục tiêu khi kết thúc nói trên là 0.033% (tăng 10%). 	Bộ Y Tế MARD
ADB	Chương trình Phát triển Nguồn nhân lực y tế (2010-2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Dự án vốn vay tăng cường năng lực nguồn nhân lực (76.3 triệu USD) có ba cấu phần; 1) cải thiện lập kế hoạch và quản lý nguồn nhân lực (17,09 triệu US D), 2) tăng cường chất lượng đào tạo nguồn nhân lực (53triệu USD), 3) cải thiện cung cấp dịch vụ y tế (6.25 triệu USD). - Về cấu phần thứ 3) Dự án xây dựng chuẩn và chi cho các quy trình lâm sàng và xây dựng hướng dẫn về thanh toán cho các cơ sở y tế theo trường hợp liên quan. 24 trong tổng số 30 hoạt động đã hoàn thành tính đến cuối năm 2015. - Hoạt động cũng bao gồm các nghiên cứu chi phí, diễn tập hệ thống thanh toán theo trường hợp bệnh đối với 26 nhóm bệnh thường gặp tại tuyến huyện và tuyến tỉnh. Thử nghiệm được tiến hành đối với các nhóm liên quan tới chẩn đoán cũng nằm trong chương trình này. 	ADB
WHO	Hệ thống y tế	<ul style="list-style-type: none"> - Trong khuôn khổ Nhóm Đối tác Y tế, Tổ chức Y tế Thế giới dẫn đầu đối thoại chính sách và điều phối các nhà tài trợ về chính sách y tế chủ yếu tại Việt Nam bao gồm bao phủ y tế toàn dân và nhóm kỹ thuật. Nó góp phần vào tài chính y tế và cung cấp dịch vụ ở vùng sâu vùng xa và cũng hỗ trợ sửa Luật Bảo hiểm Y tế và Luật Dược. - Về công bằng y tế, WHO hỗ trợ thành lập hệ thống cung cấp dịch vụ y tế. Hoạt động bao gồm truyền thông/ mở rộng hoạt động thúc đẩy tham gia bảo hiểm y tế, tư vấn về gói quyền lợi, phát triển năng lực nguồn nhân lực và cải thiện tiếp cận với thuốc (thành lập hệ thống quản lý thuốc trung ương). - WHO hỗ trợ xây dựng Chiến lược Tài chính Y tế (2016-2026). 	Bộ Y Tế
Cơ quan Hợp tác Luxemburg Agency (LuxDev)	Hỗ trợ chính sách y tế cho người nghèo ở Cao Bằng và Bắc Kạn (2009-2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Dự án tập trung vào cải thiện tiếp cận dịch vụ y tế ban đầu có chất lượng (6.899.100 EUR). Dự án cũng hỗ trợ cải thiện thu và sử dụng số liệu tài chính, củng cố khung thể chế đối với các cơ chế tài chính thay thế, cải thiện hệ thống tài chính của lĩnh vực y tế và tăng bao phủ bảo hiểm đối với những người nghèo nhất trong khu vực điếm. - Là một phần của dự án nói trên, nghiên cứu về Gói DVYTCB đã được tiến hành ở Cao Bằng và Bắc Kạn. Dự vào nội dung bao gồm 1) công bằng, 2) quản trị tốt và 3) quyền của người bệnh, nghiên cứu cũng cố gắng xác định bên cầu và những dịch vụ nào cần được đảm bảo. 	Ủy ban Nhân dân tỉnh Cao Bằng và Bắc Kạn, Bộ Y Tế
	Nghiên cứu Gói DVYTCB tại 5 tỉnh và các tỉnh được chọn (2014-2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Sau khi triển khai tại hai tỉnh Cao Bằng và Bắc Kạn, LuxDev tiến hành nghiên cứu Gói DVYTCB tại 5 tỉnh (Hà Nội, Hà Nam, Nghệ An, Khánh Hòa, Gia Lai). - Mục tiêu khảo sát nhằm 1) cung cấp danh mục tất cả hoạt động điều trị và dịch vụ để điền vào danh sách các hoạt động điều trị sử dụng thường xuyên nhất, 2) để xác định các hoạt động dự phòng để điền vào danh mục dự phòng quốc gia sử dụng thường xuyên nhất, 3) khuyến nghị về Gói DVYTCB đối với hệ điều trị và dự phòng và 4) gợi ý các chi phí liên quan của các cơ sở y tế liên quan tới các dịch vụ đang cung cấp. 	Bộ Y Tế

Nhà tài trợ	Dự án/ Lĩnh vực ưu tiên	Hỗ trợ	Đối tác
Quỹ Rockefeller	Bảo hiểm y tế toàn dân	Quỹ xây dựng Mạng Đào tạo Chung tại 22 nước tập trung vào Châu Á và Châu Phi để chia sẻ kinh nghiệm về bao phủ Y tế toàn dân. Tại Việt Nam, Quỹ hỗ trợ cải cách hệ thống thanh toán và phân tích chi phí dịch vụ y tế. Mạng Đào tạo chung hỗ trợ các hoạt động nghiên cứu về hệ thống chi trả tại Việt Nam, phối hợp với Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Trường Đại học Y Hà Nội (xem chi tiết Phần 7.3)	BYT
Cộng đồng Châu Âu	Chương trình hỗ trợ chính sách Ngành Y tế Cộng đồng Châu Âu-Việt Nam - 1&2	<ul style="list-style-type: none"> - Mục tiêu của chương trình HSPSP-1 (2011-2015, 39,250,000 EUR) là góp phần cải thiện tình trạng y tế cho người nghèo và người khó khăn đặc biệt thông qua hệ thống y tế hiệu quả hơn qua hỗ trợ thực hiện kế hoạch 5 năm (2011-2015) của Chính phủ Việt Nam. - HSPSP-2 (2015-2019, 100,000,000 EUR) góp phần xây dựng và thực hiện chính sách y tế và lập kế hoạch 5 năm mới (2016-2020). Chương trình đặc biệt chú trọng vào 1) tiến trình hướng tới bao phủ y tế toàn dân và 2) cải thiện chất lượng dịch vụ ở tuyến dưới (Huyện và xã), qua đó góp phần giảm quá tải bệnh viện. - Chương trình đặc biệt chú trọng và công bằng ở 10 tỉnh⁵², được coi là nghèo nhất. - Để chuẩn bị cho chương trình này, các chỉ số thực hiện đã được lựa chọn.⁵³ 	Bộ Y Tế, Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch Đầu tư, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, 10 Tỉnh
	Thí điểm phương thức Định suất và đánh giá	<ul style="list-style-type: none"> - Định suất được triển khai thí điểm thông qua hỗ trợ song phương của EU, “Dự án Hỗ trợ Chăm sóc Y tế cho Người nghèo miền núi phía Bắc và Tây Nguyên” (2006-2012) (HEMA) và “Dự án Hỗ trợ Năng lực Ngành Y tế” (2012-2014) (HSCSP). - Triển khai thí điểm được bắt đầu ở trạm y tế xã tại Gia Lai, Kon Tum, sau đó được mở rộng tới các trạm y tế xã tại ba tỉnh khác (Bắc Ninh, Bắc Giang and Hà Nam). - Kết quả triển khai mô hình định suất thể hiện một số điểm cần cải thiện hơn nữa⁵⁴ và Bộ Y tế đã quyết định thực hiện mô hình định suất sửa đổi song song với Quyết định số 5380/QĐ-BYT tại 4 tỉnh (Bắc Ninh, Ninh Bình, TT-Huế và Khánh Hòa) vào năm 2014. Việc triển khai thí điểm mô hình định suất đã sửa đổi nhằm tạo ra các bằng chứng khoa học đối với việc sửa đổi phương thức thanh toán định suất qua Thông tư số 09/2009. - Theo yêu cầu của Bộ Y tế, EU đã tiến hành đánh giá mô hình định suất đã sửa đổi từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2015. Trên cơ sở các vấn đề được xác định và những điểm tồn tại của mô hình định suất đã sửa đổi, EU đề xuất xây dựng một mô hình định suất mới dựa vào nhóm tuổi và tính toán hệ số điều chỉnh dựa vào mô hình sử dụng của các nhóm đã được chọn. Tới tháng 3 năm 2016, mô hình này đang chờ phê duyệt của Bộ Y tế. 	
	EU-WHO đối tác Bao phủ y tế toàn dân *	Trong năm 2012, Cộng đồng Châu Âu đã chọn Việt Nam là một trong 7 nước ưu tiên cho đối thoại chính sách trong việc xem xét những hỗ trợ EU đã thực hiện cho ngành y tế. Điều đó góp phần nâng cao đối thoại chính sách về tài chính y tế và chiến lược cung cấp dịch vụ ở vùng sâu vùng xa.	Bộ Y Tế

⁵² Các tỉnh Lai Châu, Sơn La, Điện Biên, Kon Tum, Gia Lai, Hà Giang, Lào Cai, Cao Bằng, Yên Bái and Dak Nông

⁵³ Chỉ số thực hiện: 1) bao phủ bảo hiểm y tế của người cận nghèo, 2) tiến độ cải cách hệ thống thanh toán bảo hiểm y tế, 3) sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở ở 10 tỉnh nghèo, 4) tỷ lệ các trạm y tế xã có bác sỹ, 5a) Số lượng cơ sở thôn bản người dân tộc thiểu số được đào tạo, 5b) % ca sinh có sự tham gia của nhân viên y tế được đào tạo, 6) Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh, 7) áp dụng hệ thống phản hồi của người bệnh và 8) tỷ số giới tính khi sinh

⁵⁴ Ví dụ, việc ứng dụng cho cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú, tính toán tổng quỹ định suất trên cơ sở những chi phí trước đó và thiếu gói dịch vụ được xác định chi trả theo định suất.

Nhà tài trợ	Dự án/ Lĩnh vực ưu tiên	Hỗ trợ	Đối tác
UNICEF	“Bảo hiểm xã hội là phương tiện đạt được bao phủ toàn dân và kết quả y tế công bằng hơn” (2011)	UNICEF phối hợp với Bộ Y tế triển khai khảo sát về hệ thống bảo hiểm y tế. Báo cáo mô tả tác động lên phía cầu, đặc biệt là những người có khó khăn về mặt xã hội (trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo, người cận nghèo, và người dân tộc thiểu số) cũng như những thách thức trong việc tăng độ bao phủ.	Bộ Y Tế
KOICA	Dự án Y tế Q (2012-2018)	Việt Nam là nước hàng đầu nhận viện trợ từ KOICA, và lĩnh vực y tế rất được tổ chức này chú trọng. Dự án hỗ trợ tăng cường nguồn nhân lực tại bệnh viện Đa khoa trung ương Quảng Nam (47 triệu USD).	Bộ Y Tế
	Chương trình Đào tạo Bảo hiểm Xã hội cho các cán bộ chuyên môn về bảo hiểm xã hội	Tháng 4 năm 2015, chương trình đào tạo 2 tuần về triển khai chương trình bảo hiểm xã hội (bao gồm cả CNTT) được tổ chức tại Hàn Quốc cho 15 cán bộ viên chức từ Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và Bộ Lao động Thương binh Xã hội.	Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Bộ Lao động Thương binh Xã hội
KfW/GIZ	Tăng cường hệ thống y tế tuyến tỉnh (2009-2015)	Dự án nhằm cải thiện tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng tại 29 bệnh viện ở 5 tỉnh. KfW cũng cung cấp trang thiết bị cho các bệnh viện (12.5 triệu EUR).	Bộ Y Tế

Lưu ý * EU-WHO đối tác Bảo hiểm y tế toàn dân là một phần của Đối tác EU/Luxembourg-WHO Bảo hiểm y tế toàn dân có 19 nước tham gia trong đó có Việt Nam

Nguồn: [JICA, 2014], [USAID, 2015], [Aparnaa Somanathan, Ajay Tvaon, và cs., 2014], [Tổ chức Y tế Thế giới, 2015], [ADB, 2015], [Văn phòng KV Hà Nội LuxDev, 2015], [TS. BS. Hà Đức Anh, 2011], [EU], [LuxDev, 2015], [JICA, 2012], [Mạng lưới Đào tạo chung], [Doosan Heavy Industries & Construction, 2012], [GIZ]

7.3 Các Viện nghiên cứu liên quan của Việt Nam

(1) Viện Chiến lược và Chính sách y tế (HSPI)

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế là một viện nghiên cứu trực thuộc Bộ Y tế⁵⁵, có chức năng thực hiện các hoạt động nghiên cứu để cung cấp bằng chứng khoa học, tư vấn cho Bộ Y tế để xây dựng, sửa đổi chiến lược, chính sách y tế, đào tạo và hợp tác với các đối tác Quốc tế trong lĩnh vực chính sách y tế và hệ thống y tế. Bảng 7-2 nêu những ví dụ về hoạt động nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế liên quan tới Gói dịch vụ y tế cơ bản và cung cấp dịch vụ y tế.

⁵⁵ Viện CLCSYT được thành lập theo Quyết định số 230/1998/QĐ – TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 30/11/1998.

Bảng 7-2 Các hoạt động nghiên cứu liên quan của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Loại nghiên cứu	Hoạt động
Gói DVYTCB	<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá tác động của Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi - Thực hiện khảo sát về cải thiện bao phủ Bảo hiểm Y tế ở vùng nông thôn và tư vấn về thanh toán định suất, giám sát và đánh giá v.v - Liên quan tới Gói DVYTCB, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã đi đầu trong việc xây dựng khái niệm/ định nghĩa, phạm vi và kế hoạch công việc.
Cung cấp dịch vụ y tế	<ul style="list-style-type: none"> - Thiết lập nhóm công tác liên quan tới Bảo hiểm y tế toàn dân, chủ yếu tập trung vào các dịch vụ y tế cung cấp ở tuyến ban đầu. - Hoạt động nghiên cứu phối hợp chặt chẽ với các tổ chức Quốc tế (Ví dụ. WHO, Ngân hàng Thế giới) - Khảo sát về dịch vụ y tế cung cấp tại các cơ sở y tế tư nhân - Triển khai khảo sát can thiệp tập trung vào “công bằng trong y tế” (chương trình ba năm do Quỹ Rockefeller hỗ trợ). Công bằng được đánh giá về mặt tiếp cận, hỗ trợ tài chính, các chỉ số y tế chủ yếu, chất lượng chăm sóc, sự hài lòng của người bệnh và cung cấp dịch vụ.

Nguồn: Viện Chiến lược CSYT

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế cũng tham gia vào các hoạt động nghiên cứu chú trọng đặc biệt vào hệ thống chi trả tại Việt Nam. Viện đóng vai trò chủ yếu trong việc phân tích các thực hành trên thực tế và thách thức của mỗi hệ thống chi trả và gắn với bao phủ y tế toàn dân (Bảng 7-3).

Bảng 7-3 Ví dụ về các Hoạt động nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế về Hệ thống Chi trả

1) Đánh giá hệ thống chi trả cho các cơ sở y tế tại Việt Nam ⁵⁶	Nghiên cứu được thực hiện để đánh giá thiết kế và triển khai thực tế của hệ thống định suất và phí dịch vụ tại Việt Nam sử dụng Hướng dẫn Đánh giá và Chẩn đoán Chi trả ⁵⁷ . Kết quả cho thấy rằng không có sự khác biệt lớn trong thực hành giữa hai hệ thống và không hệ thống nào trong số đó được đánh giá tích cực trong việc tạo tác động tới hệ thống y tế mặc dù có khoảng cách trong nhận thức giữa người ra chính sách, người mua và người cung cấp dịch vụ. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng cần có chọn lọc cơ bản để làm cho hệ thống định suất của Việt Nam phù hợp hơn với Quốc tế và đem lại lợi ích.
2) Định giá khám tại trạm y tế xã đối với việc cải cách chi trả ở Việt Nam ⁵⁸	Phân tích này được tiến hành để ước tính đơn vị giá chăm sóc ban đầu tại trạm y tế xã tại những địa điểm được chọn trong nước. Kết quả cho thấy có sự dao động lớn trong đơn giá khi đi khám bệnh tại trạm y tế xã ở các vùng địa lý khác nhau cũng như mức giá tối đa mà các trạm y tế xã có thể thu của người bệnh tới khám. Nghiên cứu cũng cho thấy tầm quan trọng của việc xây dựng và điều chỉnh mức thanh toán khi mở rộng phương thức định suất để bao gồm cả trạm y tế xã.

Nguồn: [Nguyễn Kim Phương và cs năm 2015], [Hoàng Văn Minh và cs năm 2014]

Đối với việc thành lập Hội đồng Tư vấn Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm Y tế bao gồm nhiệm vụ xây dựng Gói Dịch vụ Y tế cơ bản, Viện Chiến lược và Chính sách y tế cũng hỗ trợ xây dựng cơ chế làm việc của Hội đồng được triển khai dưới sự lãnh đạo của Bộ Y tế. Viện Chiến lược và Chính sách y tế cũng là thành viên của cả 5 tiểu ban của Hội đồng Quốc gia và Viện này được kỳ vọng sẽ có những hoạt động kỹ thuật đối với việc thảo luận cũng như hoạt động của mỗi tiểu ban.

⁵⁶ Được tài trợ bởi Chương trình Đối tác NHTG- Nhật Bản cho BH y tế toàn dân và Quỹ Rockefeller.

⁵⁷ Được xây dựng bởi Mạng lưới Học tập chung cho Bảo Hiểm Y Tế toàn dân cùng với NH Thế giới, WHO và các đối tác.

⁵⁸ Được phối hợp với trường ĐH Y Hà Nội và tài trợ bởi Mạng lưới học tập trung cho bảo hiểm y tế và quỹ Rockefeller.

(2) Khoa Kinh tế Y tế Đại học Y Hà Nội

Trường Đại học Y Hà Nội (HMU) được thành lập từ năm 1902 và là trường đại học đầu tiên của Đông dương. Đại học Y Hà Nội đang đi đầu trong đào tạo nguồn nhân lực y tế và nghiên cứu khoa học. and in scientific research. Là trường đại học y có nhiều chuyên ngành, trường đã phối hợp với các tổ chức quốc tế, các tổ chức phi chính phủ, các viện hàn lâm và những lĩnh vực hoạt động chính bao gồm trao đổi giảng viên và sinh viên, nghiên cứu chung, các chương trình và dự án quốc tế và trong nước.

Khoa Kinh tế Y tế đã phối hợp với ADB triển khai thí điểm phương thức DRG tại 34 bệnh viện trên toàn quốc. Khoa cũng hỗ trợ kỹ thuật về chuyên ngành kinh tế y tế cũng như góp phần phân tích hiệu quả của phương thức DRG thông qua phối hợp chặt chẽ với các cơ quan của chính phủ, các viện và những người liên quan trong đó có bác sĩ.

Theo phỏng vấn với Khoa Kinh tế Y tế, những bài học rút ra từ triển khai thí điểm DRG pilot gồm có nhu cầu tăng cường năng lực Nguồn nhân lực triển khai DRG, làm việc với đối tác lâu năm rất hiểu tình hình Việt Nam và bệnh án điện tử, hệ thống kế toán đảm bảo sự chính xác của mã hóa và tính toán.

Bên cạnh DRG, khoa cũng quan tâm tới việc hỗ trợ liên tục tài chính y tế thông qua định giá trong đánh giá kinh tế.

(3) Viện Quản lý và Chính sách công Đại học Kinh tế Quốc dân

Trường Đại học Kinh tế quốc dân hoạt động như 1) đơn vị đào tạo kinh tế và kinh doanh, 2) trung tâm nghiên cứu kinh tế và 3) trung tâm tư vấn và chuyển giao công nghệ kinh tế và quản trị kinh doanh.

(4) Hội Kinh tế Y tế Việt Nam

Hội Kinh tế Y tế Việt Nam⁵⁹ là một tổ chức phi lợi nhuận và thành viên bao gồm những cơ quan liên quan từ Bộ Y tế, các bệnh viện và viện hàn lâm. Theo phỏng vấn với hội, hội độc lập về mặt tài chính nhưng các hoạt động có thể cần Bộ Y tế phê duyệt. Hội hỗ trợ các thành viên trao đổi thông tin và kinh nghiệm, cải thiện kỹ năng cá nhân, tư vấn trong lĩnh vực kinh tế y tế.

Hội Kinh tế Y tế Việt Nam cung cấp đầu vào về kỹ thuật đối với triển khai thí điểm DRG do ADB hỗ trợ phối hợp với Khoa Kinh tế Y tế, Trường Đại học Y Hà Nội. Hội cũng chỉ ra rằng không có sự khác biệt trong viện phí giữa hai phương thức DRG do tính toán giá dịch vụ y tế khác nhau giữa hai hệ thống⁶⁰. Hội cũng chú trọng và tầm quan trọng của phân tích sâu đơn giá giữa hai hệ thống.

⁵⁹ Hội Kinh tế Y tế Việt Nam được thành lập năm 2008 theo Quyết định 1182/QĐ-BNV.

⁶⁰ Trong hệ thống phí dịch vụ hiện tại, tính toán giá viện phí bao gồm một số yếu tố, khi tính trong DRG bao gồm các yếu tố liên quan như chi phí hao mòn tài sản cố định

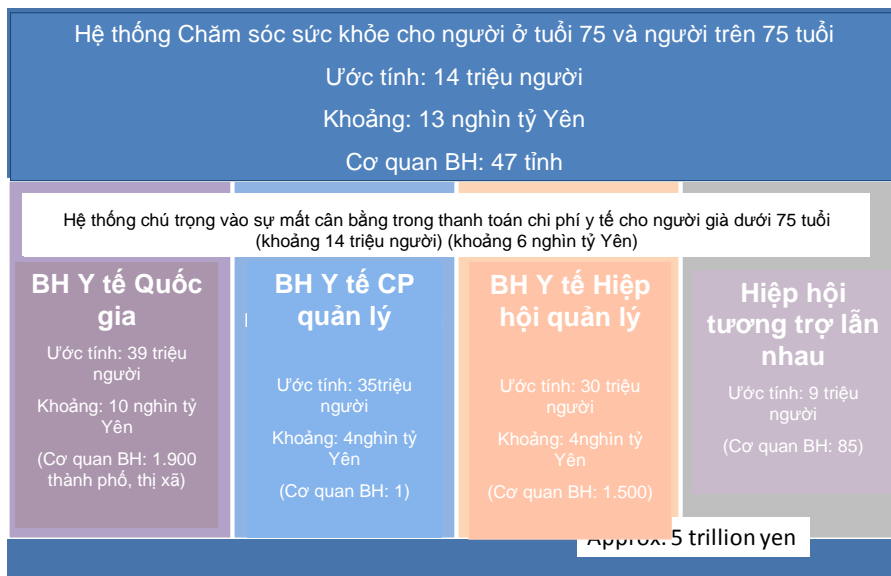
Chương 8 Kinh nghiệm ở các quốc gia khác

8.1 Nhật Bản

Để bảo vệ hệ thống bảo hiểm y tế toàn dân, cho phép bất cứ người dân nào cũng được khám chữa bệnh ở bất cứ đâu trên đất nước Nhật Bản, Chính phủ Nhật Bản đã áp dụng nhiều biện pháp và chính sách khác nhau. Gần đây, chi phí trong hệ thống bảo hiểm y tế là một trong những vấn đề quan trọng và Chính phủ Nhật Bản cũng phải có những biện pháp đáp ứng.

8.1.1 Sơ lược về Hệ thống bảo hiểm y tế của Nhật Bản

Tất cả mọi người dân đều phải tham gia một trong những hệ thống bảo hiểm y tế tại Nhật Bản. Bất cứ ai cũng đều có bảo hiểm y tế. Có nhiều loại bảo hiểm y tế áp dụng đối với những nhóm đối tượng khác nhau. Đầu tiên, hệ thống bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động đóng do Hiệp hội Bảo hiểm Y tế quản lý, cũng bao gồm cả những người lao động của các doanh nghiệp. Và thứ hai là, Hiệp hội Bảo hiểm Y tế Nhật Bản do Bảo hiểm Y tế quản lý, bao phủ tất cả những người lao động của doanh nghiệp vừa và nhỏ. Thứ ba, Bảo hiểm Y tế Quốc gia là hệ thống bảo hiểm được thực hiện bởi nhiều cơ quan v.v và dành cho những người không thuộc diện bao phủ của kế hoạch bảo hiểm khác. Ngoài ra, những người ở độ tuổi 75 và cao hơn cần phải đóng phí cho hệ thống chăm sóc y tế giai đoạn cuối đời dành cho người già. Hình ảnh Hệ thống bảo hiểm y tế của Nhật Bản được thể hiện ở Hình 8-1.



Tham khảo: Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản

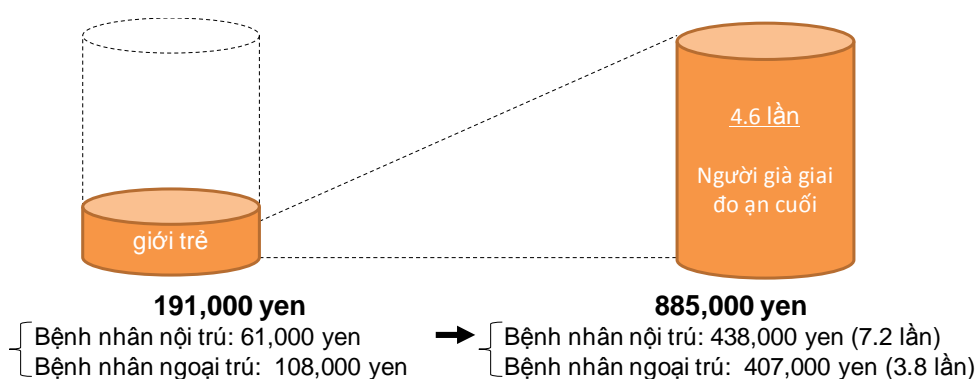
Hình 8-1 Hình ảnh Hệ thống bảo hiểm y tế của Nhật Bản

Như mô tả ở trên, tất cả mọi người đều được sử dụng một loại hình trong hệ thống bảo hiểm công và do đó mọi người dân đều có thể được khám chữa bệnh với chi phí thấp bằng cách chi trả bảo phí bảo hiểm y tế và đồng chi trả (10% to 30% chi phí khám chữa bệnh) cho các cơ sở y tế. Ngoài ra, ‘tiếp cận tự do’ được coi là đặc điểm đặc trưng của hệ thống bảo hiểm y tế của Nhật Bản, điều đó có nghĩa là bất kỳ người dân nào cũng có thể được khám chữa bệnh tại bất kể cơ sở y tế nào trên toàn quốc (kể cả bệnh viện công và tư).

Sức khỏe và đời sống của người dân được bảo vệ bởi hệ thống bảo hiểm y tế toàn dân và người dân được hưởng dịch vụ y tế chất lượng cao mà không bị bất cứ gánh nặng nào về thu nhập cũng như công việc họ làm.

8.1.2 Chi phí y tế tăng và các biện pháp đối phó

Do việc tăng chi phí y tế quốc gia, việc quản lý tài chính trở nên nặng nề trong những năm gần đây và do đó thực hiện các biện pháp để đối phó với tình hình trở thành một thách thức cấp thiết đối với hệ thống bảo hiểm y tế của Nhật Bản. Việc tăng chi phí y tế (Bảng 8-1) chủ yếu gây ra bởi việc tăng chi phí cho người già trên 65 tuổi. Chi phí khám chữa bệnh theo nhóm tuổi cho thấy chi phí khám chữa bệnh tăng ở những người có tuổi cao gấp 5 lần so với người trẻ (Hình 8-2).



Tham khảo: Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản

Hình 8-2 So sánh chi phí Y tế giữa dân số trẻ và những người già ở giai đoạn cuối đời (năm 2009)

Bảng 8-1 Tỷ lệ tăng chi phí y tế

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2013	2014
Chi phí khám chữa bệnh quốc gia	6,1	4,5	4,5	▲1,8	3,2	3,9	1,6	2,2	1,8
Chi phí khám chữa bệnh cho người cao tuổi	12,7	6,6	9,3	▲5,1	0,6	5,5	-	-	-
Tỷ lệ tăng GDP	6,33	5,57	1,94	2,26	1,30	4,71	1,74	1,59	▲0,1

Nguồn: Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản, và [Quỹ Tiền tệ Quốc tế, 2015]

Do nhóm người cao tuổi còn tăng trong tương lai, tình hình này sẽ còn khó khăn hơn nữa. Các biện pháp đối phó với thách thức ảnh hưởng tới tài chính bảo hiểm y tế, Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản cố gắng bình ổn tổng thu phí bảo hiểm theo khu vực và mở rộng đơn vị tài chính bảo hiểm y tế quốc gia từ cấp thành phố tới cấp tỉnh, tư vấn cho từng bệnh nhân sử dụng các điểm phí y tế trong đánh giá liệu thuốc generic có rẻ hơn không và hướng dẫn các cơ sở y tế chuyển đổi các giường bệnh có ngày nằm viện trung bình quá dài theo chuẩn Quốc tế sang chăm sóc tại nhà.

8.1.3 Các biện pháp đối với Hội chứng Chuyển hóa thông qua Khám sức khỏe định kỳ/ Hướng dẫn Chăm sóc sức khỏe

Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản xem xét các biện pháp dự phòng giá trị để thử nghiệm với mục đích giảm chi phí y tế. Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe/ khám sức khỏe cụ thể (còn gọi là “khám sức khỏe hội chứng chuyển hóa”) tập trung vào việc tích lũy chất béo ở phủ tạng (hội chứng chuyển hóa) được bắt đầu từ năm 2008. Khám sức khỏe cụ thể được thực hiện đối với những người không đáp ứng tiêu chuẩn và quan tâm tới vị

trí vùng bụng, huyết áp và mỡ máu. Bạn có thể nghe thấy điều này thông qua quảng cáo, trong đó mọi người lo lắng về mỡ ở vòng eo của họ.

So sánh chi phí y tế của người có nguy cơ hội chứng chuyển hóa cao và những người không bị hội chứng này cho thấy rằng sau này những người không bị hội chứng chuyển hóa sẽ tiêu tốn ít hơn khoảng 90.000 Yên so với những người bị mắc hội chứng này. Ngoài ra khoảng 30% những người được hướng dẫn chăm sóc sức khỏe cụ thể không bị nguy cơ hội chứng chuyển hóa trong những năm tiếp theo. Như mô tả ở trên, việc thúc đẩy các biện pháp giảm các bệnh liên quan tới lối sống có thể phòng tránh ban đầu đối với những bệnh nguy hiểm và do đó sẽ làm giảm chi phí y tế.

8.1.4 Cơ chế ra quyết định về giá dịch vụ y tế

Quản lý bảo hiểm y tế ở Nhật Bản được kiểm soát qua việc sửa đổi hệ thống bảo hiểm y tế và sửa Luật Y tế. Việc bù đắp đó cho cơ sở y tế/ bác sỹ đối với việc điều trị được gọi là ‘chi phí khám chữa bệnh’. Điểm cho mỗi hoạt động điều trị được xác định dựa vào điểm thống nhất (1 điểm = 10 Yên).

Chi phí khám chữa bệnh này được phân làm ba loại như khám chữa bệnh, nha khoa và thuốc và do đó các điểm này được cung cấp để tính chi phí khám chữa bệnh. Ngoài ra, các thuốc điều trị theo bảo hiểm y tế công cũng như giá thuốc tiêu chuẩn cũng được quy định.

Để ổn định tình hình tài chính của hệ thống bảo hiểm y tế công, việc điều chỉnh chi phí khám chữa bệnh được thực hiện hai năm một lần. Trước tiên, tỷ lệ điều chỉnh (tăng hay giảm) được xác định và sau đó bảng giá dịch vụ khám chữa bệnh được sửa đổi theo sự cân bằng tài chính của hệ thống. Cần lưu ý rằng, tỷ lệ sửa đổi được thực hiện qua thương lượng giữa Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi với Bộ Tài chính cùng với Văn phòng Thủ tướng.

Nội dung chi tiết được trình bày ở phần Đính kèm 2-2 và 2-1 tới Phụ lục 2.

8.1.5 Áp dụng phương thức thanh toán Kết hợp Quy trình chẩn đoán DPC

DPC viết tắt của Phương thức thanh toán Kết hợp Quy trình Chẩn đoán, là các yếu tố kết hợp phân loại chẩn đoán kiểu Nhật Bản như tên bệnh chính, điều trị và biến chứng v.v. DPC là đánh giá hoàn chỉnh trong thời gian nằm viện giai đoạn cấp tính sử dụng phân loại này. Do đó, tên chính thức của phương thức là "Phương thức thanh toán theo Nhóm Chẩn đoán liên quan qua đánh giá tổng thể".

(1) Hoàn cảnh

Đồng thời, việc chăm sóc người bệnh cấp tính áp dụng phương thức ‘Phí dịch vụ’ tích lũy mỗi lần điều trị để tính toán chi phí khám chữa bệnh. Tuy nhiên do ngân sách tài chính y tế eo hẹp và các tai nạn y tế, một phương thức thanh toán theo trường hợp đã được nghiên cứu để chi trả cho nhiều can thiệp y tế. Từ khi đánh giá toàn diện được thực hiện ở các giường bệnh đã thanh toán, phương thức DPC thực hiện đối với phân điều trị ở giai đoạn cấp tính được coi là phần cốt lõi của điều trị nội trú.

Ở thời điểm đó, các phương thức phí dịch vụ và thanh toán theo trường hợp bệnh lần lượt được xem xét như sau:

- Phương thức Phí dịch vụ
 - Khả năng mở rộng về số lượng
 - Chăm sóc quá mức
- Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh
 - Khả năng nguy cơ chăm sóc y tế quá ít
 - Chẩn đoán sơ sài

Tại Nhật Bản, phương thức DPC đã được thực hiện ở những bệnh viện điều trị hiện đại như các bệnh viện đại học từ tháng 4 năm 2003, và trong năm 2004, 62 bệnh viện trên toàn quốc đã áp dụng phương thức DPC trên cơ sở thử nghiệm với phạm vi mở rộng dần. Tới năm 2014, đã có 7.493 bệnh viện áp dụng phương thức DPC.

(2) DPC giống như phân loại nhóm chẩn đoán

Bản thân phương thức DPC là tên của một phương pháp phân loại, và phân loại nhóm chẩn đoán là một phương pháp phân tích được sử dụng thường xuyên ở các nước phát triển. Nói cách khác, DPC là một mô hình các nhóm chẩn đoán liên quan được xây dựng ở Nhật Bản. Phân loại nhóm chẩn đoán là một kỹ thuật để phân loại bệnh nhân bằng cách phân theo ngoại khoa, biến chứng và điều trị cho mỗi loại bệnh. Nói cách khác, đó là nhóm phân loại với các bệnh tương tự.

Phương thức DPC cố gắng trực quan hóa chất lượng chăm sóc y tế nhưng người ta cho rằng DPC là ngôn ngữ chung để đo lường chất lượng chăm sóc y tế còn gọi là “thước đo” chăm sóc y tế. Phương thức DPC phổ biến trên toàn quốc và việc sử dụng phương thức này có thể đánh giá chất lượng chăm sóc y tế. Ngoài ra, do thời gian nằm viện trung bình của mỗi nhóm chẩn đoán đều được công khai, mỗi bệnh viện có thể kiểm tra hoạt động điều trị của mình bằng cách so sánh những trường hợp tương tự ở các bệnh viện khác. Nếu thời gian nằm viện dài hơn, bệnh viện đó cần xem xét cải thiện chính sách điều trị của mình và chỉnh sửa hệ thống chăm sóc y tế. Bằng cách này, phương thức DPC mang lại cơ hội để phân tích số liệu, đánh giá chất lượng chăm sóc của bệnh viện mình so với các bệnh viện khác. Vì lý do đó, phương thức DPC góp phần vào việc tạo ra sự cung cấp chăm sóc y tế tốt hơn.

(3) Phương thức DPC giống như một đánh giá toàn diện

Phương thức DPC khác với phương thức phí dịch vụ hiện nay để tính phí cho mỗi hoạt động điều trị. Phương thức DPC là cơ chế mà thanh toán theo trường hợp bệnh được trả dựa trên một khoản cố định trên một ngày. Chi phí của xác xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, thuốc và điều trị là toàn diện, do đó số lần của mỗi chẩn đoán hình ảnh hoặc tiêm truyền trong thời gian nằm viện không cần phải xem xét, có nghĩa là được thanh toán cùng một số tiền giống nhau. Sự khác biệt với phương thức DRG-PPS được áp dụng ở Mỹ là phương thức DRG-PPS giống như một đánh giá toàn diện cho một lần nhập viện trong khi phương thức DPC không phải là đánh giá toàn diện đầy đủ nhưng được áp dụng trên cơ sở theo ngày với khối lượng phí dịch vụ.

Các bệnh nhân được phân thành 1.440 loại bệnh, chủ yếu các bệnh nhân nội trú được áp dụng phương thức DPC trừ những người tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện, người bệnh theo chương trình thử nghiệm lâm sàng và người bệnh với phương thức DPC ứng dụng không tồn tại.

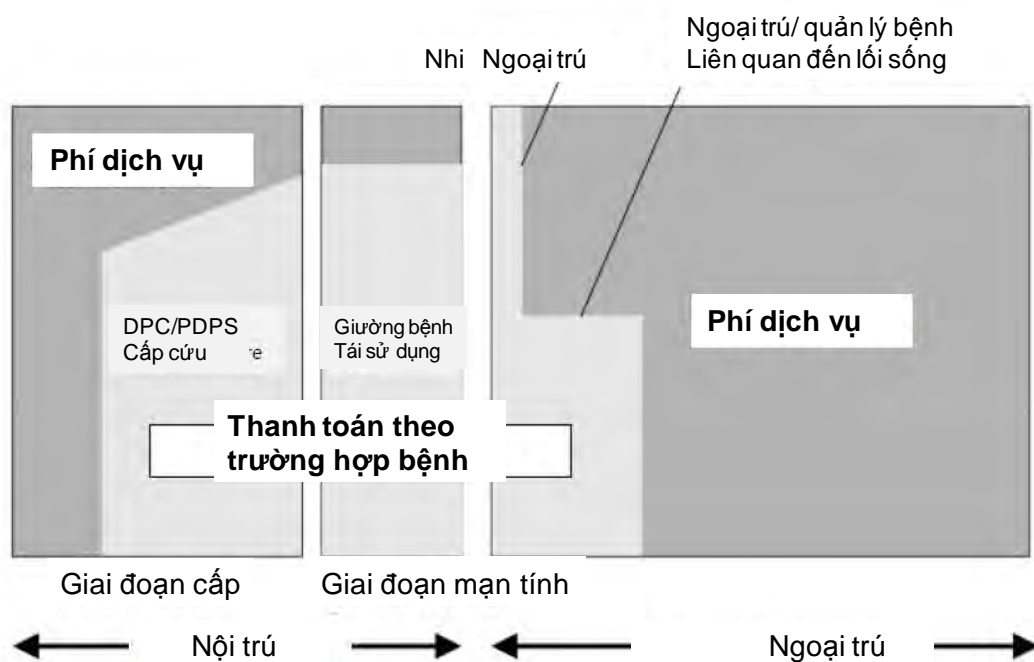
Số tiền viện phí thực tế được cấu trúc thành hai bậc qua sự kết hợp ba điều kiện sau cùng với phần phí dịch vụ phẫu thuật và gây mê.

- (1) Điểm một ngày của mỗi phân nhóm chẩn đoán.
- (2) Hệ số của các cơ sở y tế.
- (3) Số ngày nằm viện.

Do đó, chi phí được tính như sau:

- Viện phí = đánh giá toàn diện (điểm \times hệ số của cơ sở y tế \times số ngày nằm viện trên phân loại nhóm chẩn đoán) + khối lượng đánh giá (Phí dịch vụ)

Trong phương thức DPC, thu nhập vượt thời gian nằm viện trung bình sẽ giảm dần. Điều này khác so với hệ thống DRG-PPS của Mỹ quyết định chi trả số tiền trong một đơn vị bệnh viện. Tuy nhiên, DPC là một hệ thống có thuận lợi qua việc giảm thời gian nằm viện do các chi phí nội trú trong thời gian dài hơn được giảm đi (Hình 8-3).



Nguồn: [Masami Sakoi, 2014]

Hình 8-3 Hình ảnh của phương thức DPC hiện tại

(4) Mục tiêu của phương thức DPC

Có thể thấy rằng việc giảm chi phí y tế sẽ tác động tới chất lượng chăm sóc, DPC cố gắng giải quyết vấn đề này và là đó chính là mục tiêu của việc áp dụng hệ thống này.

DPC làm cho minh bạch của việc khám chữa bệnh và hiệu quả kinh tế với khái niệm và thực hiện ở các cơ sở y tế. Điều này có thể góp phần cho việc điều trị dựa vào bằng chứng và thúc đẩy việc chuẩn hóa. Mặt khác, nó cũng chỉ ra rằng có thể sẽ xảy ra quá ít chăm sóc y tế. Tuy nhiên, khối lượng của nguồn lực chăm sóc y tế giảm đi ở các nước phương Tây, nhưng chất lượng chăm sóc lại không hề giảm sút. Ngoài ra, một nghiên cứu tương tự ở Nhật Bản về phương thức DPC xuất bản năm 2005, không thấy việc giảm chất lượng chăm sóc y tế và tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong tăng.

(5) Tương lai của phương thức DPC

Có việc thúc đẩy và nâng cao các quy trình chuyên môn như là một kế hoạch y học chuẩn. Quy trình chuyên môn rất quan trọng như một công cụ để chuẩn hóa và đảm bảo chất lượng chăm sóc.

Trong khi Phí dịch vụ có sự liên kết giữa thu và chi. Do đó, có nhu cầu đối với việc phân tích quản lý như là công cụ quản lý chi phí. Phương thức DPC có thể tạo ra sự khác biệt. Nói cách khác, thuốc, tiêm và khám sẽ là chi phí trong phương thức DPC. Cũng có một đặc điểm tăng cường thông tin chăm sóc y tế (Bảng 8-2).

- (a) Có sự rà soát về thuốc. Trong phương thức Phí dịch vụ, thuốc được thanh toán dựa vào giá cố định nhưng trong đánh giá toàn diện, bệnh viện cần xem xét sử dụng các thuốc rẻ tiền như thuốc generic.
- (b) Có sự rà soát lại việc quản lý dinh dưỡng. Dinh dưỡng trong ruột có thể nâng cao sự hồi phục của người bệnh, giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện. Có nhiều lợi ích giảm chi phí.
- (c) Thuốc tiêm và khám bệnh có thể là chi phí của DPC
- (d) Có sự chuyển đổi sang việc khám trước phẫu thuật trước khi nhập viện. Trong phẫu thuật nguy cơ thấp, các thăm khám cần thực hiện khi ngoại trú.

Bảng 8-2 So sánh Phương thức Phí Dịch vụ và Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh

Phương thức chi trả	Thuận lợi chủ yếu	Bất lợi chủ yếu	Biện pháp
Phí dịch vụ	<ul style="list-style-type: none"> - Khuyến khích tăng cung cấp dịch vụ - Tăng hiệu quả qua việc đặt ngưỡng ngân sách cao hơn 	<ul style="list-style-type: none"> - Cơ quan bảo hiểm không thể trông đợi vào số chi - Tăng chi phí tổng - Phí quản lý cao (sửa giá định kỳ và bao phủ bắt buộc là cần thiết để kiểm soát giá) 	Dựa vào ngân sách cố định ngoài phẫu thuật, chi phí bị cấm.
Thanh toán theo từng trường hợp bệnh	<ul style="list-style-type: none"> - Khuyến khích hoạt động hiệu quả 	<ul style="list-style-type: none"> - Cơ quan bảo hiểm không thể dự đoán được số chi - Chi phí quản lý cao (nhưng thấp hơn tổng Phí dịch vụ) - Thanh toán theo trường hợp bệnh khó áp dụng cho bệnh nhân ngoại trú 	Xác định các trường hợp hỗn hợp chi tiết và kiểm soát chi phí Kết hợp nhiều Phương thức chi trả

Nguồn: [Hisao Endo, 2005]

8.2 Các nước liên quan tới Hệ thống bảo hiểm y tế

8.2.1 Các nước thành viên ASEAN

Như nêu ở Bảng 8-3, trong số các nước thành viên ASEAN, Thái Lan, Philippine và In đô nê xia đã xây dựng được hệ thống bảo hiểm y tế. Thái Lan đã hoàn thành bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân qua việc áp dụng thuế cấp vốn cho bảo hiểm y tế với khái niệm định suất, trong khi đó, In đô nê xia cố gắng mở rộng qua việc sử dụng Bảo hiểm Y tế Xã hội. Tuy nhiên, In đô nê xia đã quyết định cung cấp bảo hiểm y tế miễn phí cho người nghèo. In đô nê xia đang phải đối mặt với khả năng tiếp cận với khám chữa bệnh có chất lượng đặc biệt tại vùng nông thôn. Tỷ lệ bao phủ dần dần mở rộng nhưng vẫn có tỷ lệ ít dân số được bao phủ, đặc biệt ở vùng nông thôn. Việc bao phủ được dần dần mở rộng nhưng vẫn còn tỷ lệ ít dân số chưa được tham gia bảo hiểm.

Trong phần này, kinh nghiệm của Thái Lan được mô tả như một tham khảo hữu ích đối với Việt Nam.

Bảng 8-3 Sơ lược về Hệ thống bảo hiểm y tế ở các nước thành viên ASEAN

Biểu tượng: a) chương trình b) đóng phí, c) số người tham gia

Quốc gia	Thái Lan	Philippine	In đô nê xia	Việt Nam
Dân số	65.5 triệu	94 triệu	250 triệu	90 triệu
Dịch vụ công	- Chương trình Bảo hiểm Y tế ch công chức (CSMBS) - Không đóng phí bảo hiểm - 5.9triệu	- Chương trình PhilHealth – cho người lao động - Đóng phí - 5.94triệu	- Bảo hiểm y tế Quốc gia (JKN) - Đóng phí - (Chính phủ đóng phí cho người nghèo) - 152triệu	- Bảo hiểm y tế (Bắt buộc)
Lĩnh vực chính thức	- Dịch vụ Bảo hiểm Xã hội (SSS) - Đóng phí - 9triệu	- Chương trình PhilHealth - Đóng phí ▪ 17.79triệu	*Được áp dụng trên toàn quốc từ ngày 1 Tháng 1 2019.	a)Bảo hiểm y tế (bắt buộc)
Lĩnh vực không chính thức	- Hệ thống bảo hiểm toàn dân (UHS) - Không đóng phí bảo hiểm ▪ 47triệu 6) DV BHXH tự nguyện 7) Đóng phí s ▪ 1.65triệu	- Chương trình PhilHealth – cho người nghèo - Không đóng phí bảo hiểm ▪ 38.94triệu		a)Bảo hiểm y tế (tự nguyện)
Bao phủ	Gần 100%	82%		127 triệu người được bao phủ (2015): khoảng 50%
Hệ thống cung cấp dịch vụ	Công	Tư	Công	41.9% (2013)
Hỗ trợ của Chính phủ	80,1% (2013)	31,6% (2013)	39% (2013)	7,1% (2014) ⁶¹
Phần trong GDP	6.5% (2014)	4.7% (2014)	2.8% (2014)	142 USD (2014)
Chi phí y tế trên đầu người	360 USD (2014)	135 USD (2014)	99 USD (2014)	2.0 (2010)
Số giường bệnh trên 1.000 dân	2,1 (2010)	1,0 (2011)	0,9 (2012)	90 triệu

Nguồn: [JICA, 2012], [Cơ quan Bảo hiểm Xã hội, Mỹ, 2012], [BJPS Ketenagakerjaan, 2015], [Ngân hàng Thế giới, 2016], [WHO]

⁶¹ Phần của tổng chi phí y tế

(1) Thái Lan

Từ năm 2001, chương trình bảo hiểm toàn dân đã mang lại những lợi ích y tế xấp xỉ ba tháng cho các công dân của Thái Lan thực hiện bởi Văn phòng An ninh Y tế Quốc gia. Chương trình được cấp ngân sách bởi Văn phòng Bảo hiểm Y tế Quốc gia dưới sự giám sát của Bộ Y tế Công cộng. Các bệnh viện chủ yếu từ khối bệnh viện công và được chi trả cho bệnh nhân ngoại trú và Công tác dự phòng theo định suất trả trước trong khi đó phương thức thanh toán theo Nhóm Chẩn đoán liên quan (DRG) được dựa vào hệ thống thanh toán trước để bù đắp cho chi phí chăm sóc nội trú [Krit Pongpirul, và cộng sự 2011].

1) Gói Quyền lợi

Không có gói dịch vụ nhưng danh sách âm tính lại được sử dụng. Danh sách âm tính được xây dựng chứa các dịch vụ y tế ở phạm vi rộng được coi là những điều trị không cần thiết. Số lượng những điều trị trong danh sách âm đã giảm dần theo nhu cầu sức khỏe thực tế và khả năng tài chính của Dịch vụ Y tế Quốc gia.

2) Định suất và hệ thống 30 Baht

As for the informal sector workers such as farmers, there is a similarity between Việt Nam and Thailand. Informal sector workers and their families are disadvantaged in terms of the level of income and access to public service such as medical care and education.

Do thu nhập của những người lao động của khu vực không chính thức theo mùa vụ hoặc không thường xuyên, do đó Chính phủ Thái Lan đã quyết định cơ chế thanh toán theo điểm cho Hệ thống Y tế Quốc gia khi những người đó sử dụng dịch vụ y tế tại cơ sở y tế được chỉ định vào năm 2002, được gọi là hệ thống 30 Baht. Hệ thống thông tin bệnh viện đã thành công ở góc độ mở rộng sự bao phủ của hệ thống bảo hiểm y tế và sự tiếp cận các cơ sở y tế của những người còn khó khăn chưa được hưởng toàn bộ những lợi ích đó. Chính phủ Thái Lan đã đạt được Bao phủ y tế toàn dân trong giai đoạn này.

Sau đó, Chính phủ áp dụng cơ chế định suất cho chương trình này từ khi họ hiểu rằng việc nắm được mức thu nhập của đối tượng này rất khó khăn và hầu như không thể được để có được thông tin. Trên cơ sở số liệu thống kê của Khảo sát Y tế Quốc gia được tiến hành thường xuyên, xác xuất của tần xuất tai nạn bảo hiểm và chi phí dự kiến được phân tích và sử dụng để tính toán giá đơn vị định suất.

3) Đơn giá định suất

Ở giai đoạn đầu của Hệ thống Y tế Quốc gia được gọi là hệ thống 30 Baht đơn giá định suất được ước tính và mô tả trong Bảng 8-4. Số tiền này được sửa đổi hàng năm theo số liệu thực tế được nộp lên cho Tổ chức Bảo hiểm Y tế Quốc gia và Bộ Y tế bởi mỗi cơ sở y tế được chỉ định.

Tổng số:		1202.4 Baht	
Ngoại trú	574.0 Baht	Xe cứu thương	-
Nội trú	303.0 Baht	Thay thế vốn	-
Dự phòng	175.0 Baht	Vùng sâu vùng xa	-
Tai nạn và cấp cứu	25.0 Baht		

Tham khảo : [Báo cáo thường niên Tổ chức bảo hiểm y tế Quốc gia, 2014]

Đơn giá định suất được ấn định là 1.202 Bhat cho năm đầu tiên nhưng việc triển khai trên thực tế lại cao hơn con số dự kiến này. Do đó, NHSO phải sửa đổi đơn giá hàng năm và thể hiện như trong Bảng 8-5.

Bảng 8-5 Sửa đổi Đơn giá định suất

Year	Tỷ lệ định suất (Bhat)
2002	1202.4
2003	1202.4
2004	1308.5
2005	1396.3
2006	1718.0
2007	1983.4
2008	2194.3
2009	2298.0
2010	2497.2
2011	2693.5
2012	2909.1
2013	2921.6
2014	3028

Tham khảo: [SIRO, tháng 5 năm 2012], [NHSO, 2014], NHSO

Do quyết định chính trị, mức đồng chi trả của hệ thống 30 Bath được bãi bỏ từ năm 2006, và người lao động, gia đình họ và các thành viên trong gia đình được Dịch vụ Y tế Quốc gia chi trả miễn phí.

4) Mô hình DRG

Mô hình DRG của Thái Lan đã được xây dựng chính thức 5 lần và áp dụng đối với điều trị bệnh nhân nội trú cấp tính từ năm 1999 [Phạm Lê Tuấn và cộng sự năm 2015]. Việc xây dựng phương thức DRG được bắt đầu bằng nghiên cứu tiến hành năm 1993 về dịch vụ cấp cứu. Nó được bắt đầu với 100 nhóm chẩn đoán liên quan và mở rộng tới 1.200 vào năm 2002, 1.920 vào năm 2007 để chi trả cho tất cả các bệnh viện bởi Tổ chức Bảo hiểm Y tế Quốc gia. Phương thức này ban đầu được xây dựng theo các mô hình của Mỹ và Úc điều chỉnh theo hoàn cảnh của Thái Lan. Để kiểm soát DRG, các bác sỹ cần xem xét kỹ lưỡng thông tin lâm sàng liên quan để chuẩn bị tổng kết ra viện, sau đó sẽ được sử dụng bởi những người tạo mã được công nhận để tạo ra các mã quy trình và chẩn đoán phù hợp được nộp lên để hoàn trả tiền bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, nó cũng thể hiện khó khăn trong hoàn cảnh hạn chế nguồn lực ngay cả ở Thái Lan [Krit Pongpirul và cộng sự 2011].

5) Gợi ý cho Việt Nam

Có nhiều gợi ý cho Bộ Y tế Việt Nam đang cố gắng mở rộng bao phủ bảo hiểm y tế. Về việc nắm bắt mức độ thu nhập của những người lao động thuộc khu vực không chính thức, xem xét hiệu quả chi phí và rào cản về hành chính, phương pháp thu phí bảo hiểm cần được nghiên cứu kỹ càng. Có thể có một số lựa chọn như đồng chi trả khi sử dụng (giống hệ thống 30 Bhat ở Thái Lan), phí phần trăm đơn thuần (vẫn đang còn những thách thức về Thu phí Bảo hiểm) và nguồn thu từ thuế.

Về việc mở rộng bao phủ hiệu quả và nhanh chóng, hệ thống Bảo hiểm Y tế Xã hội hiện nay có vẻ không phù hợp do hệ thống quản lý phức tạp như thu thập đủ bộ số liệu, giám định thanh quyết toán, thu phí và lưu giữ hồ sơ v.v.

Điểm quan trọng nữa là Tổ chức Bảo hiểm Y tế Quốc gia chú trọng vào chất lượng của các bệnh viện và phòng khám công nơi những người thuộc khu vực không chính thức thường tới khám chữa bệnh. Bằng cách đó, họ có thể tạo được sự tin tưởng của người dân. Trong trường hợp quá tải người bệnh, Tổ chức Bảo hiểm Y tế Quốc gia bảo đảm phân bổ ngân sách cần thiết từ các các bệnh viện công hoặc phòng khám xung quanh.

Về DRG, do hoàn cảnh kinh tế xã hội và văn hóa của Thái Lan tương đồng với Việt Nam, Mô hình DRG của Thái Lan có thể áp dụng cho Việt Nam. Đặc biệt, mô hình đang được xây dựng dựa trên mô hình của Thái như đề cập tại Phần 4.2.1(3). Tuy nhiên, sự sẵn có và chính xác của số liệu sẽ là thách thức lớn.

(2) Philippines

Hệ thống bảo hiểm y tế tại Philipin được hình thành qua việc lồng ghép phần bảo hiểm y tế (Medicaid) của Hệ thống Bảo hiểm Xã hội và (SSS) và GSIS vào năm 1995. Hệ thống được triển khai bởi Tập đoàn Bảo hiểm Y tế Philipin (PHIC): PhilHealth) dưới sự giám sát của Chính phủ. Nguồn tài chính được lấy từ phí bảo hiểm y tế do người lao động và người sử dụng lao động chi trả bên cạnh nguồn bao cấp của Chính phủ (Bộ Y tế và Chính quyền địa phương). Mặc dù những người nghèo được hỗ trợ bởi các loại thuế, hệ thống bảo hiểm y tế áp dụng hệ thống bảo hiểm xã hội. Although the poor are supported by taxes, health insurance system introduces the social insurance system.

Về mặt luật pháp, mọi công dân đều phải tham gia hệ thống bảo hiểm. Người được bảo hiểm chủ yếu là người lao động ở khu vực tư nhân và khu vực công cũng như những người tự làm chủ. Ngoài ra, có một “chương trình dành cho người nghèo (Chương trình Tài trợ) dành cho những người được công nhận là đối tượng “nghèo” PhilHealth, tiền phí bảo hiểm được hỗ trợ bởi Chính quyền Trung ương và địa phương (được chia sẻ đồng đều).

Những đối tượng bảo hiểm được áp dụng là những subscriber, người thuộc chương trình nghèo và những người không phải đóng phí bảo hiểm (người về hưu và người đã hoàn thành việc đóng phí bảo hiểm) cũng như những người phụ thuộc của các đối tượng đó. Tỷ lệ bao phủ của năm 2010 là 94% (PHIC 2012).

Phí bảo hiểm được ấn định ở mức 2,5% và được chia đều giữa người lao động và người sử dụng lao động (mỗi bên 1,25%). Tổng tiền phí bảo hiểm được xác định dựa vào tiền lương hàng tháng.

Về cơ bản, chi phí điều trị nội trú (tiền phòng, tiền ăn, tiền thuốc, tiền khám v.v) và chi phí điều trị ngoại trú (tiền thuốc, tiền khám, chi phí y tế, chi phí dự phòng và các chi phí vận chuyển và cấp cứu) được hệ thống bảo hiểm chi trả. Từ năm 2006, chăm sóc sơ sinh, ngoại trú đối với các bệnh nhân sốt rét và HIV được đưa thêm vào chương trình chăm sóc y tế của PhilHealth.

Quyền lợi được cung cấp ở dạng in kind, chi phí y tế được PhilHealth hoàn lại dựa vào tuyến của cơ sở y tế/bác sỹ. Tổng chi phí y tế được hoàn trả được cố định theo mỗi loại điều trị, và trong trường hợp điều trị vượt mức số tiền đã ấn định, bệnh nhân phải chi trả tiền đồng chi phí đó (số tiền vượt mức). [MHLW, 2012]

8.2.2 Các nước khác

Những nét chính của hệ thống bảo hiểm y tế ở một số nước được trình bày tại Bảng 8-6. Trong số đó, sơ lược về hệ thống của Vương quốc Anh, Đức và Mỹ được mô tả ở phần này.

(1) Vương quốc Anh

Vương quốc Anh là nước đã áp dụng định suất. Báo cáo Beveridge Report năm 1942 [William Beveridge, 1942] nhấn mạnh rằng mọi người dân đều có quyền được khám chữa bệnh có chất lượng được khái quát hóa là ‘Từ Cái nôi tới Nấm mồ’. Hệ thống được gọi là Dịch vụ Y tế Quốc gia (NHS) là hệ thống y tế với mô hình định suất dựa vào thuế. Hệ thống được áp dụng vào năm 1948 và hiện đã và đang cung cấp dịch vụ cho mọi người dân. NHS được tạo ra với ý tưởng rằng chăm sóc y tế tốt cần được cung cấp cho tất cả mọi người không màng tới sự giàu sang. Hệ thống có ba nguyên tắc cơ bản:

- (1) Đáp ứng nhu cầu của mọi người.
- (2) Miễn phí tại thời điểm sinh đẻ.
- (3) Dựa vào nhu cầu lâm sàng chứ không phải khả năng chi trả.

Dựa trên những nguyên tắc đó, Chính phủ Anh áp dụng hệ thống chi định bác sỹ gia đình đối với người dân theo địa chỉ với khái niệm định suất.

(2) Đức

Đức đã áp dụng Bảo hiểm Y tế Xã hội trên cơ sở nhóm hoặc cộng đồng nghề nghiệp. Hệ thống của Đức được thiết kế ban đầu trong thời kỳ Bismarck vào năm 1883. Tới năm 2013, 83% dân số được bao phủ bởi Bảo hiểm Y tế Xã hội ngoài những công chức và những người làm việc tự do. Công chức và người tự làm chủ có thể tham gia Bảo hiểm Y tế Xã hội tự nguyện. Tuy nhiên, những người tham gia bảo hiểm tự do bắt buộc phải mua bảo hiểm y tế tư nhân theo luật định. Trong hoàn cảnh đó, 100% người dân được chi trả bởi một Chương trình Bảo hiểm Y tế.

Bảo hiểm Y tế Xã hội ban đầu được áp dụng với các công nhân hoặc công chức chính phủ có thu nhập thấp nhưng dần dần đã được mở rộng và bao phủ phần lớn dân số. Hệ thống thường được phân cấp với các bác sỹ tự thực hiện chăm sóc di động và hầu hết các bệnh viện tổ chức điều trị nội trú. Hiện nay, khoảng 92% of the dân số được bao phủ bởi bảo hiểm y tế bắt buộc cung cấp mức độ bao phủ được chuẩn hóa thông qua 1.100 quỹ bảo hiểm y tế công hoặc tư. Bảo hiểm y tế được hình thành góp phần chia sẻ công bằng giữa người sử dụng lao động và người lao động và chính phủ bao cấp. Những người tự làm chủ và người lao động có thu nhập cao thường chọn đóng thuế và không chọn những gói chuẩn của bảo hiểm công, và họ mua bảo hiểm tư nhân thay thế. Về khía cạnh lịch sử, mức độ hoàn trả bảo hiểm cho các dịch vụ cụ thể được xác định thông qua thương lượng giữa hiệp hội các bác sỹ khu vực và quỹ y tế.

Hệ thống bảo hiểm y tế ở Đức là một hệ thống duy nhất mà bảo hiểm tư nhân cung cấp các sản phẩm bảo hiểm thay thế cho những người không muốn sử dụng chương trình bảo hiểm y tế công (Quỹ Bảo hiểm Y tế). Ngoài ra, do đặc biệt đặc biệt của hệ thống của Đức, có sự cạnh tranh gay gắt giữa các quỹ bảo hiểm y tế công cũng

như giữa chương trình bảo hiểm y tế công và tư. Hệ thống được xây dựng trên cơ sở định hướng cạnh tranh. Mặt khác bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp dịch vụ y tế tốt hơn để đáp ứng nhu cầu của người tham gia bảo hiểm.

(3) Mỹ

Tại Mỹ, hầu hết mọi người ký hợp đồng với các công ty bảo hiểm y tế tư nhân để được bảo hiểm y tế chi trả. Tiền phí bảo hiểm của những người lao động ở công ty tư nhân được người sử dụng lao động chi trả⁶². Vì phí của sản phẩm bảo hiểm tư nhân cực kỳ đắt, người thu nhập thấp khó có thể trả phí bảo hiểm cho các công ty bảo hiểm tư nhân do đó họ có xu hướng không được bảo hiểm y tế chi trả.

Người cao tuổi được chi trả theo chương trình 'Medicare' chủ yếu được cấp vốn từ thuế nhưng phí bảo hiểm chi trả cho một số phần. Trong chương trình Under Medicare, 46 triệu người được bao phủ. Ngoài ra còn có bảo hiểm y tế cho người khuyết tật được gọi là Medicaid.

Chức năng bảo hiểm y tế của mỹ dựa trên những sáng kiến của khối tư nhân. Tuy nhiên, tiền phí bảo hiểm và chi phí y tế có xu hướng tăng thể hiện trong tỷ lệ với GDP. Đặc biệt, việc tham gia bảo hiểm tư nhân không bắt buộc đối với mọi người, những người có thu nhập thấp không thể mua được các sản phẩm bảo hiểm do không đủ khả năng chi trả. Do đó, có nhiều trường hợp người bệnh tránh đến khám tại các cơ sở y tế cho đến khi họ cần phải vận chuyển cấp cứu.

⁶² Về cơ bản, gần 100% được người sử dụng lao động chi trả nhưng tùy thuộc vào công ty và loại hợp đồng

Bảng 8-6 Tổng quan of Bảo hiểm y tế tại các nước được chọn và các chỉ số chính

	Anh	Đức	Mỹ	Pháp	Nhật Bản
Loại chương trình bảo hiểm	Tax based Dịch vụ Y tế Quốc gia	Bảo hiểm Xã hội	Bảo hiểm Xã hội/Medicare/Medicaid dựa vào thuế	Bảo hiểm Xã hội	Bảo hiểm Xã hội
Tỷ lệ đồng chi trả	Không Đồng chi trả cố định dành cho thuốc (bệnh nhân ngoại trú)	Bệnh nhân ngoại trú: Không Bệnh nhân nội trú: 10 EUR một đêm Thuốc: 10% (Tối đa: 10 EUR, Tối thiểu: 5 euro)	Bệnh nhân nội trú (mandatory) (Phần A) <60 days: \$1,184 60-90 days: \$296/day 90-150 days: \$592/days >150 days-: all by patient Bệnh nhân ngoại trú (tự nguyện) (Phần B): 147USD/năm+20% chi phí y tế	Bệnh nhân ngoại trú: 30% Bệnh nhân nội trú: 20% Thuốc: 35% Tất cả đồng chi trả dựa vào việc hoàn trả	< 6 tuổi: 20% Tuổi 6-69: 30% Tuổi 70-74: 20% > Tuổi 75: 10%
Nguồn tài chính	General Tax	15.5% lương (người lao động: 8.2%, người sử dụng lao động 5.3.1%)	Phần A 2.9% thu nhập (chia đều giữa người lao động và người sử dụng lao động) Phần B 104.9USD/tháng	13,85% lương (người lao động: 0,75%, người sử dụng lao động 13,1%)	10% lương (Hiệp hội bảo hiểm y tế chính phủ quản lý) Chia sẻ đều giữa người lao động và người sử dụng lao động
Chính phủ bao cấp		1,15 tỷ EUR (2013)	Phần A: 100% Phần B: 75%	Bù cho thâm hụt	16,4% tổng gói lợi ích đã trả
Phần trăm của GDP	8,5%	11,0%	16,4%	10,9%	10,2%
Chi phí y tế trên đầu người (USD)*	3.235	4.819	8.713	4.124	3.713
Số giường trên 1000 dân *	2,8	8,3	2,9	6,3	13,3
Số bác sỹ trên 1000 dân*	2,8	4,1	2,6	3,3	2,3
Số điều dưỡng trên 1000 dân*	8,2	13,0	11,1	9,4	10,5
Ngày nằm viện trung bình trong bệnh viện (ngày, các nguyên nhân)*	7,0	9,1	4,8	5,6	17,2
Số khám (bệnh nhân ngoại trú một năm)*	5,0 (2009)	9,9	4,0 (2010)	6,4	12,9 (2012)

Lưu ý: *số liệu năm 2013

Tham khảo: [OECD], Bộ Y tế LD và PL, 2014]

Chương 9 Kết luận của Khảo sát

Chương này mô tả những thách thức đã được xác định trên cơ sở thông tin được biên soạn ở Chương 2 tới Chương 7. Sau đó, dự thảo khuyến nghị được trình bày để cải thiện hơn nữa hệ thống bảo hiểm y tế để góp phần bao phủ Y tế Toàn dân (UHC) ở Việt Nam.

9.1 Thách thức của Hệ thống bảo hiểm y tế hướng tới Bao phủ Y tế toàn dân ở Việt Nam

9.1.1 Chi phí OOP cao mặc dù bao phủ dân số mở rộng và Bao phủ dịch vụ phạm vi rộng

Mục tiêu của bao phủ y tế toàn dân là đảm bảo cho mọi người có thể nhận được các dịch vụ y tế họ cần mà không gặp phải vấn đề khó khăn về tài chính khi thanh toán [WHO]. Tại Việt Nam, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế trên 70% và chủ yếu là cho các hoạt động điều trị do Bộ Y tế phê duyệt được bảo hiểm y tế chi trả; tuy nhiên chi phí OOP vẫn còn cao trong tổng số các chi phí y tế (49,4% năm 2013), và 4,2% của hộ gia đình có các chi phí y tế thảm họa (2012).

Mặc dù hầu hết các dịch vụ về cơ bản là được chi trả bởi bảo hiểm y tế, phạm vi của gói quyền lợi gần đây được xác định qua các văn bản chính thức riêng lẻ do danh mục dịch vụ, thuốc, vật tư y tế và giá dịch vụ được xây dựng riêng và các văn bản đó không phù hợp với nhau. Theo phỏng vấn, các danh mục có thể được hiểu khác nhau tùy thuộc và các cơ sở cung cấp dịch vụ. Do đó, những cách hiểu khác nhau xảy ra trong khi triển khai trên thực tế và người bệnh không biết họ sẽ phải trả bao nhiêu tiền cho tới khi nhận được hóa đơn từ bệnh viện.

Điều đó cho thấy rằng bảo hiểm y tế chưa được hoạt động tốt để bảo vệ người dân khỏi những khó khăn về tài chính. Từ thực tế nêu ở Chương 2 tới Chương 6, những vấn đề sau có thể là nguyên nhân kèm theo của những thách thức trên:

- Bao phủ bảo hiểm y tế ở những người lao động khu vực tư nhân (48%), lao động ở khu vực không chính thức, người cận nghèo⁶³ và nhóm tự nguyện (34%) là rất thấp (2014).
- Việc sử dụng bảo hiểm y tế cũng thấp (60 đến 70%), đặc biệt ở điều trị nội trú (>40%);
- Người bệnh cũng phải trả thêm cho các dịch vụ bổ sung và nâng cao; và
- Bệnh nhân phải mua thuốc không cần kê đơn và giá những thuốc đó còn cao.

(1) Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế thấp ở một số nhóm

Mặc dù Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi quy định mọi người dân đều phải mua bảo hiểm y tế công, theo phỏng vấn, lý do không tham gia bảo hiểm như sau:

- Họ có thể ưu tiên các chi phí khác cho cuộc sống hàng ngày và giáo dục hơn là bảo hiểm y tế trong phạm vi thu nhập hộ gia đình hạn chế;
- Họ nghĩ rằng mình sẽ không bị ốm; và
- Những người có điều kiện tích sử dụng bảo hiểm tư ở các bệnh viện tư hơn.

⁶³ Như nêu ở Phần 2.3, BHXHVN không cung cấp số liệu chính xác về tỷ lệ bao phủ ở khu vực không chính thức và người cận nghèo.

Điều đó có thể gợi ý rằng hệ thống bảo hiểm y tế hiện nay và các dịch vụ y tế công do bảo hiểm y tế chi trả không thu hút được những đối tượng đó. Vì các nhóm nói trên phải trả toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm, họ không nghĩ rằng bảo hiểm y tế công là việc đóng phí có giá trị

Tỷ lệ bao phủ nhóm tự nguyện⁶⁴ được kỳ vọng sẽ tăng do Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi áp dụng việc tham gia bảo hiểm theo hộ gia đình. Hơn nữa, Chính phủ cần tiếp tục nỗ lực để chuyển khích người gian tham gia bảo hiểm y tế.

(2) Tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế thấp

Mặc dù bảo hiểm y tế bao phủ phạm vi rộng các dịch vụ kỹ thuật và tỷ lệ đồng chi trả thấp (0 đến 20%), như đã nêu ở Phần 2.4.2, 33 tới 34% đến khám bệnh tại các cơ sở y tế tư nhân. Mặc dù nhiều người bệnh tới sử dụng dịch vụ y tế công, có dưới 40% sử dụng bảo hiểm y tế cho điều trị nội trú có chi phí nhiều tiền hơn chi phí khám chữa bệnh ngoại trú (Hình 2-6). Theo phỏng vấn, điều đó có thể từ những lý do sau:

- Mất thời gian chờ đợi đón tiếp và thanh toán cho người có thẻ bảo hiểm y tế.
- Do cơ sở đăng ký khám chữa bệnh ban đầu không đủ tin cậy hoặc thủ tục chuyển tuyến mất nhiều thời gian, họ có xu hướng đi thẳng tới các bệnh viện tuyến cao hơn mặc dù họ phải trả nhiều hơn hoặc toàn bộ chi phí OOP⁶⁵.

Do tỷ lệ đồng chi trả ở các cơ sở không đăng ký khám chữa bệnh mà không phải làm thủ tục chuyển tuyến chính thức giảm đi⁶⁶ (Phần 4.3), có thể trông đợi rằng nhiều người có thể sử dụng thẻ bảo hiểm y tế hơn và chi phí OOP cho đồng chi trả có thể giảm xuống.

(3) Cân bằng thu

Như đã nêu ở Phần 2.2.5 (2), do viện phí không chi trả đủ các chi phí của cơ sở y tế và cũng có tổng giá trần do quỹ bảo hiểm y tế chi trả. Mặc dù có thể thanh toán nếu cơ sở y tế có giải trình hợp lý, điều đó cần phải có thời gian và lượng công việc nhất định. Do đó, các cơ sở y tế vẫn muốn người bệnh thanh toán trực tiếp để bù đắp những chi phí đó, thường thì người bệnh nghe theo tư vấn và chi thêm chi phí OOP.

Khi Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi được triển khai đầy đủ và giá dịch vụ y tế bao gồm thêm các chi phí dịch vụ y tế, việc cân bằng thu sẽ bị cấm. Trong tương lai, nó có thể hiệu quả để giảm chi phí. Có thể nó sẽ hiệu quả để giảm OOP. Khi Luật Bảo hiểm y tế được thực hiện đầy đủ, phí dịch vụ y tế được sửa đổi để bao gồm thêm nhiều chi phí cho dịch vụ y tế, cân bằng thu sẽ bị cấm nhưng thay vào đó nó có thể sẽ hiệu quả để giảm chi phí OOP trong tương lai.

⁶⁴ Trong phạm vi Luật Bảo hiểm y tế năm, nhóm tự nguyện bao gồm những người làm ở lĩnh vực nông nghiệp, ngư nghiệp và lâm nghiệp, người cận nghèo và vợ hoặc chồng của những người lao động được trả lương, công chức và doanh nghiệp hộ gia đình. Tuy nhiên ở đây có nhóm thứ hai (xem Bảng 2-17).

⁶⁵ Trước sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế, tỷ lệ đồng chi trả tại các cơ sở y tế không đăng ký theo thẻ bảo hiểm là 70% và 100% tại các bệnh viện trung ương.

⁶⁶ Sau khi sửa đổi, tỷ lệ này là 60% tại bệnh viện trung ương và 40% tại bệnh viện tỉnh, 30% tại các bệnh viện huyện. Sau khi thông tuyến bệnh viện huyện có hiệu lực, cùng một giá được áp dụng cho các nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm.

(4) Giá thuốc

Như đã nói ở Phần 4.1.4, giá thuốc cao hơn nhiều so với giá tham khảo quốc tế do hệ thống đấu thầu đứt đoạn. Mặc dù bảo hiểm y tế chi trả trên 1.000 loại thuốc, bệnh nhân phải mua thêm thuốc không cần kê đơn do không còn thuốc ở cơ sở y tế. Theo phỏng vấn, người bệnh có thể được hoàn lại tiền đối với các chi phí về thuốc như vậy, tuy nhiên điều đó không được thực hiện trong thực tế.

9.1.2 Xây dựng các khối của Hệ thống bảo hiểm y tế

(1) Khái niệm

Những thách thức nói trên liên quan tới hệ thống bảo hiểm như nêu ở Hình 9-1. Hệ thống bảo hiểm y tế cần được xây dựng dựa trên chính sách và tài chính y tế ổn định và rõ ràng. Ngoài ra, việc quản lý thông tin quan trọng để vận hành hệ thống dựa vào bằng chứng do bằng chứng cần thiết để đáp ứng nhu cầu của người dân, tính khả thi của biện pháp được đề xuất và kế hoạch trong tương lai. Dựa vào những cơ sở đó, hệ thống Công nghệ thông tin hiệu quả được thiết lập. Với hệ thống công nghệ thông tin đó, các công việc liên quan tới bảo hiểm y tế như yêu cầu thanh toán bảo hiểm, giám định có thể được sắp xếp hợp lý. Dịch vụ y tế và các dịch vụ cho người bệnh cũng được cung cấp hiệu quả hơn.

Ba yếu tố quan trọng của hệ thống bảo hiểm y tế đó là Phương thức chi trả, điều chỉnh giá dịch vụ y tế và gói quyền lợi, có thể được quản lý dựa vào hệ thống quản lý đa ngành bởi chính sách rõ ràng và triển khai ổn định ở cơ sở.

Với việc xem xét những khái niệm trên đối với các khối của hệ thống bảo hiểm y tế, các phần sau đây mô tả thực trạng và thách thức của từng khối.



Tham khảo: Phòng vắn

Hình 9-1 Thách thức của Hệ thống bảo hiểm y tế

(2) Chính sách

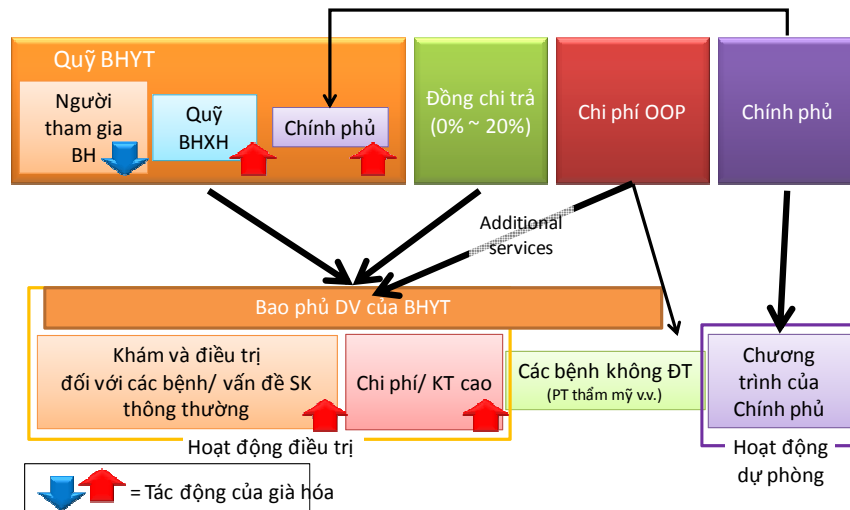
Nhiều văn bản pháp quy về bảo hiểm y tế đã được ban hành như trình bày chủ yếu ở Phần 3.3 và Chương 5. Tuy nhiên, thường phải mất thời gian để hiểu và triển khai trên thực tế ở cấp thực hiện. Thường thì, một kế hoạch hành động cụ thể hoặc hướng dẫn thực hiện không được chuẩn bị tốt theo chính sách hoặc kế hoạch phát triển. Chiến lược dài hạn dường như chưa được xem xét tốt trong kế hoạch trung hạn liên quan. Ví dụ, Lộ trình Gói Dịch vụ Y tế cơ bản (2015) hoặc rà soát gói dịch vụ không được đề cập trong Lộ trình Bảo hiểm y tế toàn dân (2013) và Kế hoạch Năm năm ngành Y tế giai đoạn 2016-2020 không sử dụng thuật ngữ “Gói DVYTTCB”. Tuy nhiên, nó được xác định trong Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi (2014). Một số vấn đề chưa phản ánh tình hình thực tế hoặc phù hợp với các chính sách hoặc văn bản pháp quy. Ví dụ, Thông tư 37 (phí dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế chi trả) bao gồm một số dịch vụ không có trong Thông tư 43 (danh mục dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế chi trả) và tên cũng như định nghĩa dịch vụ y tế khác với Thông tư 43. Tất cả những danh mục đó cũng không theo tiêu chuẩn Quốc tế như Phân loại Bệnh tật Quốc tế.

Hệ thống văn bản pháp quy không hiệu quả và không phù hợp có thể gây ra nhầm lẫn trong thực hiện và diễn giải khác nhau ở cấp thực hiện..

(3) Tài chính Y tế

1) Nguồn tài chính y tế

Hình 9-2 cho thấy sự kết hợp hiện thời của các nguồn Tài chính Y tế and Gói quyền lợi. Hiện nay, bảo hiểm y tế chi trả phạm vi rộng các dịch vụ y tế kể cả các dịch vụ kỹ thuật cao (Phần 0). Các chi phí Bảo hiểm y tế, Đồng chi trả và OOP chủ yếu để chi trả các chi phí khám chữa bệnh. Ngân sách nhà nước chủ yếu chi cho các dịch vụ y tế công và dự phòng đi đôi với mỗi chương trình như phòng chống bệnh truyền nhiễm và Sức khỏe bà mẹ và trẻ em.



Tham khảo: Phòng vãn

Hình 9-2 Kết hợp hiện thời của Nguồn tài chính và Gói Quyền lợi

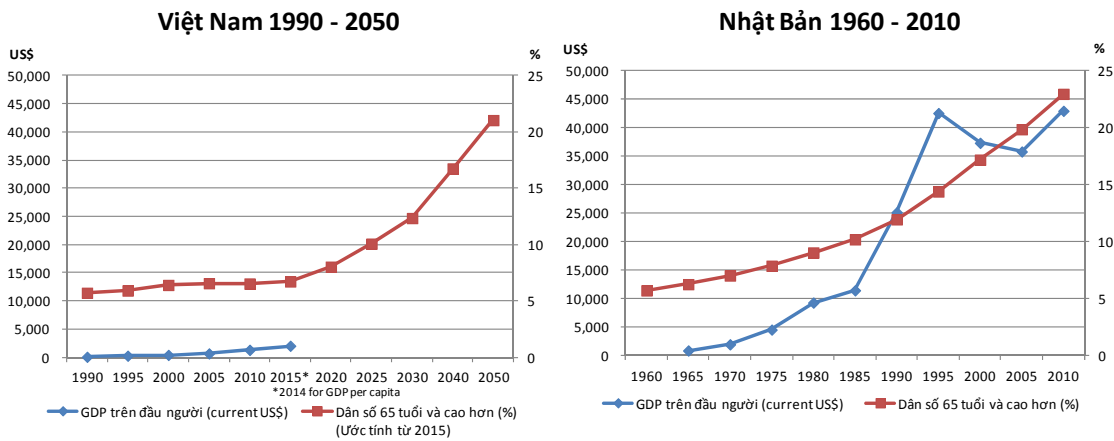
Theo kết quả từ Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, các chi phí của quỹ bảo hiểm y tế sẽ tăng do giá viện phí đang được điều chỉnh (Phần 2.2.3) , và tỷ lệ đồng chi trả đối với các cơ sở y tế không đăng ký khám chữa bệnh ban đầu giảm xuống (Phần 4.3).. Thói quen hiện tại của Cơ sở y tế cũng có liên quan tới việc tăng chi phí vì ngân sách của cơ sở đó hoặc trần thanh toán được ấn định trên cơ sở các chi phí của thời gian trước đó.

Vấn đề già hóa cũng là một trong những yếu tố quan trọng đối với chi phí y tế và sự bền vững của quỹ Bảo hiểm y tế. Khi nào phí bảo hiểm còn được tính toán dựa vào lương, tổng thu từ người cao tuổi sẽ ít đi. Do đó, khi dân số già đi, tổng thu bảo hiểm có thể sẽ giảm. Chi phí từ Quỹ Bảo hiểm Xã hội và ngân sách nhà nước có thể tăng để trang trải số bị giảm đi đó. Như nêu ở Hình 2-5, những người về hưu chi tốn gấp 5 lần so với những người trong độ tuổi làm việc. Trên cơ sở kinh nghiệm của Nhật Bản được mô tả ở Chương 8, Chi phí Y tế cho người cao tuổi sẽ nhanh chóng tăng cao trong tương lai gần.

Ngoài ra, việc dịch chuyển cơ cấu bệnh tật từ bệnh truyền nhiễm sang bệnh không lây nhiễm cũng ảnh hưởng tới chi phí y tế, do các bệnh không lây nhiễm nhìn chung là mạn tính và cần thời gian điều trị hoặc phục hồi chức năng lâu dài. Thương tích và tiến bộ của y học cấp cứu cũng sẽ là một yếu tố nữa vì nhiều người bị tai nạn thương tích được cứu sống hơn và trong số họ sẽ có một số người cần phục hồi chức năng suốt đời.

2) Tác động của già hóa dân số

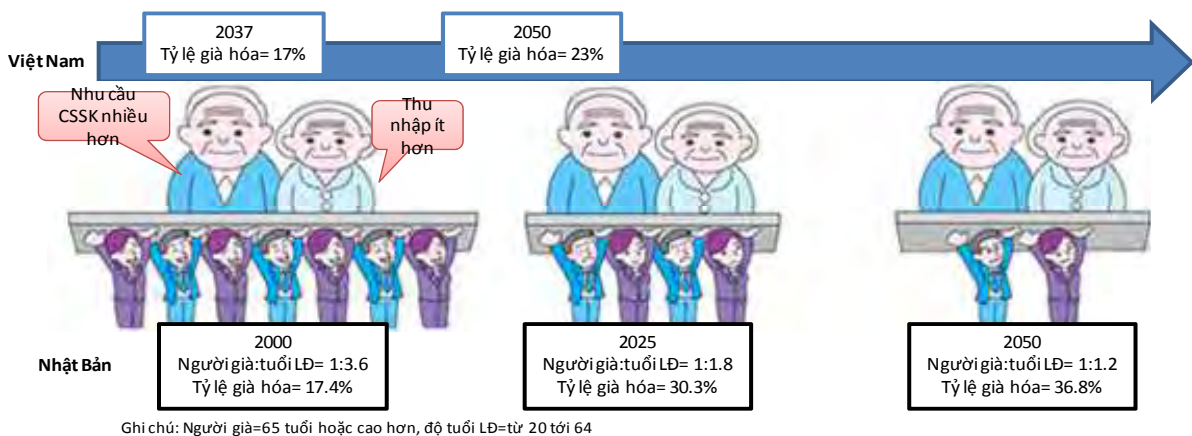
Như nêu ở Hình 9-3, tỷ lệ già hóa và GDP trên một đầu người năm 2015 của Việt Nam tương tự như ở Nhật Bản năm 1970. Do Nhật Bản đã có tăng trưởng kinh tế nhanh chóng sau đó, phúc lợi xã hội cho người già cũng phát triển và được triển khai. Mặc dù Việt Nam có nhiều thời gian hơn để trở thành một xã hội già hóa (tỷ lệ già hóa >14%), già hóa có thể tiến triển nhanh chóng hơn Nhật Bản và tốc độ tăng trưởng kinh tế của VN. Do đó, cần xem xét liệu việc già hóa sẽ để ở trong một chương trình bảo hiểm hay không. Nếu người già được chi trả trong cùng một chương trình bảo hiểm, quỹ bảo hiểm y tế có thể vỡ nếu không tăng tỷ lệ/ tiền phí đáng kể. Mặt khác, quỹ bảo hiểm y tế cần được quản lý trong một cơ quan để đảm bảo hiệu quả và bền vững.



Tham khảo: [Ngân hàng Thế giới]

Hình 9-3 Già hóa và tăng trưởng kinh tế

Theo kinh nghiệm của Nhật Bản, việc già hóa dân số có thể ảnh hưởng tới việc giảm thu phí bảo hiểm do thu nhập của người cao tuổi nhìn chung thấp hơn so với dân số trong độ tuổi lao động. Kết quả như thể hiện ở (Hình 9-4).



Tham khảo: [JICA, 2014], [Văn phòng Nội các, Nhật Bản], [Arubino]

Hình 9-4 Tuổi càng cao, càng nhiều gánh nặng lên thế hệ trẻ

Do đó, Chương trình Bảo hiểm Y tế cho người cao tuổi cần được xem xét để tránh vỡ quỹ bảo hiểm y tế và bảo vệ người cao tuổi trong chiến lược tài chính y tế dài hạn.

(4) Cung cấp dịch vụ y tế

Mặc dù bảo hiểm y tế chi trả hầu hết các dịch vụ do Bộ Y tế phê duyệt, các cơ sở y tế không thể cung cấp hết các dịch vụ như mong muốn do thiếu nguồn nhân lực và trang thiết bị y tế. Về chất lượng nguồn nhân lực y tế, 97,3% trạm y tế xã có y sĩ hoặc hộ sinh viên, và 76,9% có bác sĩ (Phần 2.5.2). Về chất lượng, nguồn nhân lực y tế cần tăng cường năng lực để đáp ứng sự thay đổi nhu cầu y tế do tăng các bệnh không lây nhiễm và già hóa. Ngoài ra, để thu hút người dân, năng lực và chất lượng của các dịch vụ y tế và dịch vụ người bệnh phải được cải thiện.

(5) Quản lý thông tin

Trước tiên, chất lượng số liệu cần được cải thiện. Hầu hết các dự án thí điểm đều gặp phải khó khăn về sự có sẵn của các số liệu cần thiết và sự chính xác của chúng (Phần 4.2.2 (3)). Điều này là do nhận thức về tầm quan trọng của quản lý số liệu ở các tuyến cơ sở y tế và quản lý còn thấp. Thông tin y tế được xử lý số lượng nhân viên hạn chế và hầu hết trong số họ đều đảm nhiệm thêm một vị trí công tác khác. Số liệu dường như được nhập không chính xác ở cấp thực hiện. Do đó, khó để xác định sau khi số liệu đã được tổng hợp. Cải thiện chất lượng số liệu, cần có sự nỗ lực rất lớn từ tuyến cơ sở và vì thế các nhà quản lý và hoạch định chính sách cũng cần hiểu tầm quan trọng của chất lượng số liệu như bằng chứng cho việc ra chính sách.

(6) Hệ thống công nghệ thông tin

Dữ liệu yêu cầu thanh toán, đặc biệt tình hình tài chính và thông tin quản lý y tế thường quy từ cơ sở y tế rất hữu ích để xem xét đối với gói quyền lợi bảo hiểm, phí dịch vụ y tế và các điều kiện khác của hệ thống bảo hiểm y tế.

Ở hầu hết các cơ sở y tế tuyến trung ương, tuyến tỉnh và tuyến huyện, phần mềm và phần cứng đều đã được lắp đặt để quản lý thông tin. Mặt khác, những phần mềm và cơ sở hạ tầng lại bị đứt đoạn, không kết nối được với nhau và không thể đáp ứng được những yêu cầu gần đây nhất của các cơ sở y tế. Ngoài ra, hệ thống công nghệ thông tin không đồng bộ giữa các bệnh viện và các đơn vị quản lý của Bộ Y tế và Cơ quan Bảo hiểm Xã hội (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Bảo hiểm Xã hội tỉnh và Bảo hiểm Xã hội huyện). Nhìn chung, mỗi bệnh viện đều có Hệ thống thông tin bệnh viện khác nhau và mỗi đơn vị quản lý đều không sử dụng Hệ thống công nghệ thông tin phù hợp với hoạt động của mình. Qua Khảo sát, những thách thức dưới đây đã được xác định:

- Thông tin được chuẩn hóa chưa đầy đủ cần cho việc vận hành trong hệ thống bảo hiểm y tế:
 - Bảng mã chủ chưa được biên soạn theo tiêu chuẩn Quốc tế. Nhiều danh mục dịch vụ kỹ thuật chưa nhất quán được cung cấp bởi các vụ cục khác nhau của Bộ Y tế
 - Cần phải có sự hiểu biết và sử dụng đúng các biểu mẫu thanh quyết toán bảo hiểm y tế tại các cơ sở càng sớm càng tốt để cải thiện chất lượng số liệu.
 - Cần xây dựng những quy định cụ thể hơn để rà soát các phôi bảo hiểm và điều chỉnh thói quen của người cung cấp dịch vụ.

- Sự đứt đoạn của số liệu:
 - Số liệu thanh quyết toán bảo hiểm được gửi từ bệnh viện tới Bảo hiểm Xã hội Việt Nam theo thời hạn quy định (tháng hoặc quý). Tuy nhiên, số liệu không được chia sẻ kịp thời với Bộ Y tế.
 - Bộ Y tế thu thập số liệu từ các bệnh viện (trên giấy tờ và số liệu điện tử) theo thời hạn thường quy (theo năm, quý, tháng v.v.). Tuy nhiên, những hồ sơ đó không được hợp nhất. Mặc dù việc này được thực hiện một cách không chính thức khi cần thiết và hoàn toàn phụ thuộc vào năng lực cũng như sự sẵn sàng của người chịu trách nhiệm.
 - Phân tích và sử dụng số liệu chưa được thực hiện một cách hệ thống. Mặc dù số liệu người bệnh từ các bệnh viện trung ương và một số bệnh viện tỉnh được nộp ở biểu mẫu dạng đọc được bằng máy tính nhưng chưa có biên tập số liệu do định dạng số liệu không tương thích.
- Hệ thống trao đổi số liệu chưa phù hợp:
 - Việc trao đổi thông tin giữa các cơ quan và cơ sở y tế theo chiều dọc (từ trung ương xuống xã) và theo chiều ngang (trong một tổ chức/ bệnh viện) dường như được thực hiện chủ yếu theo cách thủ công qua email hoặc bản cứng.
- Kỹ năng và kiến thức về công nghệ thông tin còn thiếu:
 - Hầu hết nhân viên trong bệnh viện có kỹ năng và kiến thức cũng như kinh nghiệm hạn chế trong việc sử dụng máy tính và Hệ thống công nghệ thông tin cũng tạm phù hợp để đáp ứng yêu cầu phát triển công nghệ thông tin trong bệnh viện mặc dù các bệnh viện cũng đã đặt ra những tiêu chí nhất định khi tuyển dụng cán bộ công nghệ thông tin.
- Chất lượng và số lượng chuyên gia chưa đủ:
 - Mặc dù một số cơ quan và bệnh viện đều đã có chuyên gia về máy tính, nhưng lại không có cơ chế hoặc đãi ngộ nào để khuyến khích họ phát triển hoặc cải thiện năng lực.
 - Phần lớn những chuyên gia này nắm giữ các vị trí công việc khác như ở khoa Dược.
- Nhận thức về tầm quan trọng của Công nghệ thông tin còn chưa đầy đủ:
 - Nhiều cán bộ quản lý bệnh viện và các cơ quan vẫn nhận thức chưa đầy đủ về tầm quan trọng của phát triển công nghệ thông tin, và do đó họ không đầu tư phù hợp để đáp ứng nhu cầu và giải quyết các vấn đề/ yêu cầu vận hành hệ thống.

Các bước xây dựng hệ thống công nghệ thông tin được nêu ở Hình 9-5, Việt Nam dường như mới đang ở Bước 1 tới Bước 2.

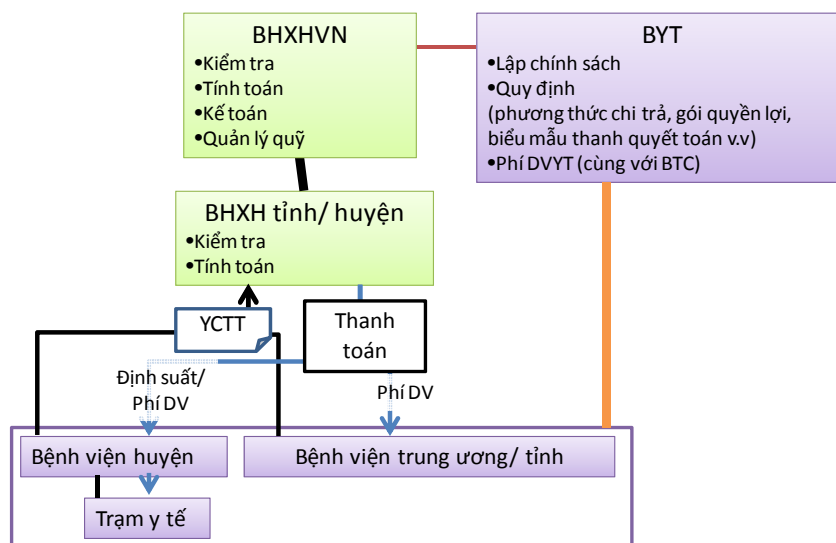
	BƯỚC1 Trực quan hóa/Số hóa	BƯỚC2 Chia sẻ số liệu/Đáp ứng yêu cầu hoạt động	BƯỚC3 Thành thạo CNTT/Quản lý nhiều mức quản trị
CNTT cho XX (Mục tiêu)	<ul style="list-style-type: none"> Số hóa Tính minh bạch Nguyên vẹn số liệu (đảm bảo) 	<ul style="list-style-type: none"> Chia sẻ thông tin Giám sát Kết nối mạng 	<ul style="list-style-type: none"> Tập trung hóa (Quản lý dữ liệu ở nhiều mức quản trị) Hỗ trợ xây dựng chính sách Tái ứng dụng quy trình KD
Hoạt động	<ul style="list-style-type: none"> Số hóa tài liệu thông tin trên giấy tờ Thu thập số liệu Cơ bản và áp dụng phương pháp để bảo đảm tính nguyên vẹn của số liệu Mua gói giải pháp từ các công ty CNTT và cài đặt 	<ul style="list-style-type: none"> Lập kế hoạch tổng thể về CNTT Chuẩn hóa biểu mẫu số liệu Chia sẻ dữ liệu với các phòng khác Thu thập số liệu lồng ghép Xây dựng hệ thống CNTT lồng ghép ở các phòng liên quan 	<ul style="list-style-type: none"> Chuẩn hóa hoạt động Chia sẻ số liệu với nhiều mức quản trị Xây dựng hệ thống lồng ghép ở nhiều mức quản trị Phân tích số liệu
Đặc điểm của hệ thống CNTT và chi phí liên quan	<ul style="list-style-type: none"> Có thể chỉ quản lý biểu mẫu cố định trong thao tác đơn giản Lượng số liệu hạn chế Chi mất chi phí ban đầu (chi phí bảo dưỡng ít) 	<ul style="list-style-type: none"> Có thể quản lý biểu mẫu cố định trong thao tác phức tạp Lượng dữ liệu lớn Hỗ trợ giám sát thực hiện Xem xét chi phí bảo dưỡng 	<ul style="list-style-type: none"> Có thể quản lý mọi khía cạnh của số liệu trong thao tác phức tạp Lượng dữ liệu lớn xử lý số liệu nhanh Xem xét chi phí bảo dưỡng
Nguồn nhân lực/Quản lý Dự án	<ul style="list-style-type: none"> Thuê chuyên gia CNTT Các hoạt động độc lập (không cần quản lý dự án) Phương pháp đào tạo hạn chế 	<ul style="list-style-type: none"> Nhân sự CNTT có tổ chức tại đơn vị của khách hàng Quản lý dự án lồng ghép dựa vào kế hoạch tổng thể 	<ul style="list-style-type: none"> CIO tại đơn vị của khách hàng Quản lý Dự án cấp độ cao(CMMI cấp độ4-5) Chương trình đào tạo có hệ thống

Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-5 Mức độ và các bước Thành thực Công nghệ thông tin

(7) Thực hiện và quản lý việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế, cơ chế chi trả và Gói quyền lợi

Hình 9-6 thể hiện Cơ chế Quản lý hiện thời của hệ thống bảo hiểm y tế. Bộ Y tế chịu trách nhiệm về các chính sách và quy chế. BHXH Việt Nam triển khai và quỹ bảo hiểm y tế. Số liệu thanh quyết toán được gửi trực tiếp tới các Cơ quan Bảo hiểm Xã hội. Mặc dù BHXH Việt Nam có chia sẻ số liệu với Bộ Y tế nhưng đôi khi khó để có được số liệu cần thiết để phân tích tình hình và nghiên cứu thí điểm.



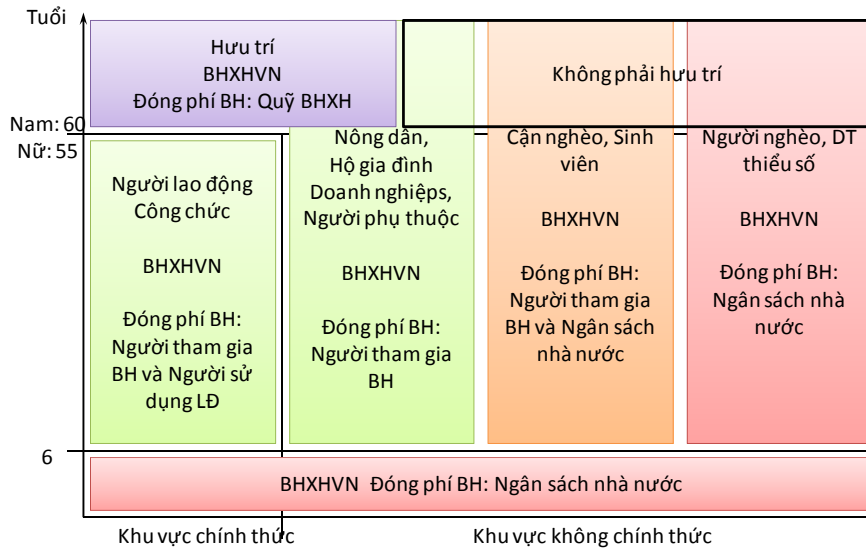
Tham khảo: Phongr vấn

Hình 9-6 Cơ chế quản lý hiện thời

(8) Bao phủ dân số và sử dụng bảo hiểm y tế

1) Chương trình bảo hiểm y tế

Chương trình Bảo hiểm Y tế hiện nay tại Việt Nam được trình bày ở hình Hình 9-7. Trong phạm vi Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, mọi người dân đều phải tham gia Chương trình Bảo hiểm Y tế bắt buộc và riêng lẻ. Chương trình đơn giản có vẻ dễ hơn khi quản lý người tham gia bảo hiểm cũng như định mức và thu phí bảo hiểm. Tuy nhiên, tỷ lệ bao phủ ở khu vực không chính thức còn thấp và già hóa dân số sẽ là thách thức trong tương lai.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-7 Chương trình bảo hiểm y tế hiện thời

Người lao động ở khu vực tư nhân và khu vực không chính thức, người thoát nghèo và dân tộc thiểu số có tỷ lệ tham gia bảo hiểm thấp hơn các nhóm khác và việc lựa chọn ngược có thể xảy ra. Họ không bao giờ tham gia bảo hiểm y tế cho đến khi họ bị đau ốm. Điều này gây ra việc tăng chi phí từ quỹ bảo hiểm y tế mặc dù tổng tiền phí bảo hiểm không được thu đủ.

Đối tượng hưu trí chiếm 22% dân số⁶⁷. Trong số những người không phải hưu trí ở độ tuổi 60 và cao hơn, 19% được nhận bất kỳ một loại hình hỗ trợ xã hội như trợ cấp và khám chữa bệnh cho người cao tuổi (trên 80 tuổi) [JICA, 2014]. Do đó, khoảng 60% người già không được Bảo hiểm Xã hội hỗ trợ nếu họ không có nguồn thu nhập thường xuyên. Họ cũng có nguy cơ cao về gánh nặng bệnh tật.

2) Tỷ lệ bao phủ và phí bảo hiểm của khu vực không chính thức

Để tăng tỷ lệ bao phủ ở khu vực không chính thức, dịch vụ bảo hiểm y tế service và dịch vụ y tế địa phương phải thu hút hơn và tạo lòng tin ở người dân. Bệnh viện có thể thực hiện một số biện pháp cải thiện sự thuận tiện cho người dân trong việc tiếp đón và các thủ tục kế toán cũng như chất lượng dịch vụ. Người dân cũng nên hiểu nguy cơ tài chính gây ra do chi trả các chi phí khám chữa bệnh.

⁶⁷ Nam giới: 60 tuổi và cao hơn và nữ giới: 55 tuổi và cao hơn: độ tuổi sẽ được tăng dần từng bước cho tới 63 tuổi ở nam giới và 60 tuổi ở nữ giới từ năm 2016.

Về vấn đề định mức phí bảo hiểm, mặc dù một số người ở khu vực không chính thức ở trong số những người khỏe mạnh, họ chỉ trả có 6% mức lương tối thiểu. Nếu mức phí bảo hiểm có thể định được theo khả năng tài chính của họ, quỹ bảo hiểm y tế sẽ có thêm nguồn thu. Do đó, phương pháp hiệu quả để ấn định mức phí bảo hiểm hoặc khả năng tài chính của người lao động thuộc khu vực không chính thức cần được xây dựng. Trên thực tế, Chính phủ Việt Nam đã và đang xem xét hệ thống mã số cá nhân để quản lý việc thu thuế hiệu quả hơn. Nếu hệ thống đó được xây dựng, mức phí bảo hiểm cũng có thể được ấn định hiệu quả dựa vào thu nhập của mỗi người tham gia BH.

(9) Thanh quyết toán và Giám định bảo hiểm y tế

Như trình bày ở Phần 4.6, thanh quyết toán bảo hiểm và giám định được thực hiện bằng tay hoặc bằng hệ thống Công nghệ thông tin đứt đoạn. Do đó, không thể xác định được đầy đủ các sai sót và gian lận cũng như việc lạm dụng dịch vụ kỹ thuật không thể tìm ra được. BHXH Việt Nam cũng không thể rà soát việc áp dụng dịch vụ y tế. Do đó, không thể kiểm soát được việc lạm dụng các dịch vụ. Ngoài ra, hệ thống hiện tại không thể xác định được việc lạm dụng các dịch vụ y tế như việc mua sắm của bác sỹ và dùng một thẻ đi khám nhiều nơi. Nó có thể tạo ra gánh nặng cho quỹ bảo hiểm y tế trong tương lai khi mở rộng thông tuyến bảo hiểm y tế.

Chính phủ Việt Nam quan tâm rằng chi phí quỹ bảo hiểm y tế có thể tăng qua việc tiếp tục áp dụng phương thức phí dịch vụ vì hệ thống hiện thời không thể quy định những hành vi đó của nhà cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ.

(10) Gói Quyền lợi

Như đã nêu ở Hình 9-2 Gói quyền lợi hiện nay bao gồm một phạm vi rộng các dịch vụ y tế bao gồm các dịch vụ giá cao. Tuy nhiên, dường như nó không góp phần giảm chi phí OOP và có thể gây ra sự thiếu hụt nghiêm trọng của quỹ bảo hiểm y tế. Mặc dù bảo hiểm y tế bao phủ các dịch vụ ở phạm vi rộng, tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế vẫn còn thấp, đặc biệt ở trong điều trị bệnh nhân nội trú cần nhiều chi phí hơn. Có dưới 50% như đã đề cập ở Phần 2.4.2. Ngoài ra, các chi phí bổ sung cho các dịch vụ bảo hiểm không chi trả hoặc các dụng cụ cũng khá phổ biến và bệnh nhân cũng không rõ liệu họ có thực sự cần những thứ đó hay không. Do đó, Chính phủ Việt Nam đã xây dựng Gói DVYTCB như đã nêu ở Phần 3.3.4 (2).

(11) Điều chỉnh giá dịch vụ y tế

Như mô tả ở Phần 4.1.3, giá dịch vụ y tế được ấn định trên cơ sở dự toán được lập bởi một số bệnh viện. tuy nhiên, nó liên quan tới việc không phản ánh được chi phí thực tế một cách hợp lý và có thể tạo ra cân bằng thu như đã nêu ở Phần 2.2.5 (2). Phí dịch vụ y tế được sửa đổi từ tháng 3 năm 2016 để chi trả nhiều chi phí của cơ sở y tế hơn và lồng ghép giá cho mỗi mức độ dịch vụ. Tuy nhiên, giá mới chỉ được áp dụng ở bệnh nhân nội trú có bảo hiểm y tế và giá cũ trước kia được áp dụng cho cả người có và không có bảo hiểm y tế. Do đó, cơ sở y tế phải áp dụng bảng giá kép này. Theo Bộ Y tế, khi nào giá sẽ được lồng ghép hiện vẫn chưa rõ.

(12) Phương thức chi trả

Hiện nay, các bệnh viện tỉnh và trung ương đang áp dụng phí dịch vụ. Các bệnh viện huyện có thể chọn định suất hoặc phí dịch vụ. Theo Bảo hiểm Y tế, khoảng 60% các bệnh viện huyện áp dụng phí dịch vụ (Hình 9-8). Do cơ chế giá dịch vụ hiện nay chưa có chức năng để quy định thói quen của cơ sở y tế và người bệnh, việc lạm dụng dịch vụ vẫn tồn tại và bệnh nhân thường phải thanh toán thêm (Phần 4.2.2)



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-8 Kết hợp các phương thức chi trả hiện nay

Theo Khảo sát, sau khi thông tuyến bảo hiểm y tế tại tuyến quận/ huyện⁶⁸ có hiệu lực vào tháng 1 năm 2016, một số bệnh viện huyện và trạm y tế xã đã thay đổi phương thức từ định suất sang giá dịch vụ. Do người dân tự do đến khám chữa bệnh tại bệnh viện huyện trong phạm vi tỉnh mình, các bệnh viện có nhiều bệnh nhân hơn số người đăng ký khám chữa bệnh có thể khung chi trả được các chi phí theo phương thức định suất.

Về phương thức định suất đối với trạm y tế xã, theo như Đoàn Khảo sát quan sát được, hệ thống hiện tại khác với hiểu biết chung về “định suất” (Phần 4.2.2 (2)). Phương thức thanh toán Định suất cần phải được cải tiến theo phạm vi dịch vụ và độ bao phủ dân số. Tuy nhiên, phương thức này được thực hiện dựa vào số lượng bệnh nhân thực tế và tỷ lệ đơn vị cố định. Nếu các chi phí khác như lương, vận hành và bảo dưỡng cũng như thuốc và các vật tư tiêu hao khác được cung cấp đầy đủ, trạm y tế xã có thể sử dụng phương thức định suất để cải thiện dịch vụ của mình trong tương lai. Nếu không thì sẽ không thể cung cấp được dịch vụ do thiếu thuốc, và vật tư y tế, hoặc hỏng trang thiết bị.

9.2 Dự thảo khuyến nghị

Xem xét phân tích tình hình ở chương trước và Khuyến nghị được mô tả ở phần trên trong chương này, Đoàn Khảo Sát đã lập dự thảo các lựa chọn để đảm bảo bảo hộ tài chính và sự bền vững của quỹ bảo hiểm cho các yếu tố sau:

- Tài chính y tế;

⁶⁸ Người dân có thể sử dụng thẻ bảo hiểm y tế ở bất kỳ trạm y tế xã, bệnh viện huyện trong một tỉnh

- Chương trình bảo hiểm y tế;
- Cơ chế quản lý của hệ thống bảo hiểm y tế, đặc biệt Gói Quyền lợi và cơ chế chi trả;
- Phương thức chi trả;
- Gói Quyền lợi và Gói DVYT/CB;
- Quản lý thông tin và quản lý hệ thống bảo hiểm y tế dựa vào bằng chứng; và
- Hệ thống công nghệ thông tin để tăng cường tính hiệu quả của công việc liên quan tới bảo hiểm y tế.

Sau đó, Đoàn Khảo sát xác định các hành động cần thiết và ưu tiên được nêu trong dự thảo lộ trình đề xuất cho hệ thống bảo hiểm y tế trong tương lai được trình bày ở hình Hình 9-9.

Trong số các hoạt động nêu trong lộ trình, những vấn đề sau cần được ưu tiên để chuẩn bị các điều kiện tiên quyết cho các hành động tương lai:

- 3.1 Thành lập Hội đồng quản lý điều chỉnh viện phí và Phương thức chi trả
Do hội đồng sẽ tham gia vào việc xây dựng Gói Dịch vụ y tế cơ bản và rà soát liên tục gói quyền lợi/ Gói dịch vụ y tế cơ bản. Mặc dù Hội đồng tư vấn quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế đã được thành lập, chức năng hoạt động cụ thể và nhiệm vụ của hội đồng vẫn đang được các cơ quan thảo luận. Việc cho rằng phạm vi của Gói dịch vụ y tế cơ bản sẽ được xác định rõ ràng và gói quyền lợi khác đang được rà soát, việc phát triển năng lực của Hội đồng Quốc gia cần được triển khai càng sớm càng tốt.
- 4.2 Xây dựng tiêu chí dịch vụ y tế kỹ thuật cao/ đắt tiền
Rà soát gói quyền lợi một cách phù hợp, dịch vụ y tế kỹ thuật cao/ đắt tiền to do bảo hiểm y tế chi trả cần xác định các tiêu chí hợp lý và rõ ràng với người dân và cơ sở y tế.
- 4.3 Xây dựng Gói Dịch vụ Y tế cơ bản và rà soát liên tục gói quyền lợi do quỹ bảo hiểm y tế chi trả
Để tăng tính minh bạch và trách nhiệm giải trình cũng như thúc đẩy việc đạt được đồng thuận giữa các bên liên quan, gói quyền lợi và gói Dịch vụ y tế cơ bản cần được xây dựng và rà soát dựa vào bằng chứng tin cậy được thu thập và phân tích thường xuyên.
- 4.4 Xây dựng các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn do bảo hiểm y tế chi trả
Hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn sẽ hiệu quả để kiểm soát thực hành lâm sàng cũng như tránh lạm dụng các dịch vụ y tế cũng như cải thiện tính hiệu quả của giám định bảo hiểm.
- 6.2 Xác định sự kết hợp khả thi nhất của phương thức chi trả ở tất cả các tuyến; và
- 6.3 Xây dựng mô hình DRG
- Dựa vào việc xem xét kỹ càng kết quả thử nghiệm phương thức định suất và DRG, phương pháp chi trả khả thi nhất cho mỗi tuyến cần được xem xét. Do phương thức DRG có thể là một trong những giải pháp để kiểm soát chất lượng và phạm vi dịch vụ do bảo hiểm y tế chi trả, mô hình cần được xây dựng dựa trên số liệu chính xác..
- 8.1 Cải thiện việc nhập số liệu, năng lực quản lý về kế toán, thanh quyết toán bảo hiểm và nhân viên lâm sàng.

Vấn đề này ảnh hưởng tới nhiều hoạt động như thí điểm Gói Dịch vụ Y tế cơ bản, xây dựng DRG, xây dựng năng lực của hội đồng, rà soát chỉnh sửa viện phí, cải thiện năng lực thanh quyết toán và giám định Bảo hiểm y tế v.v. điều kiện tiên quyết cho phát triển Hệ thống công nghệ thông tin cũng rất quan trọng.

Phần dưới đây mô tả những lựa chọn đề xuất như đã nêu trên.

Phân loại	Hành động	Key player	Năm (dự kiến)					
			2016	2017	2018	2019	2020	2025
1 Chính sách	1.1 Xây dựng chiến lược tài chính y tế (dài hạn)	BYT-VKHTC	■					
	1.2 Xây dựng kế hoạch trung hạn và kế hoạch hành động về Tài chính y tế	BYT-VKHTC	■					
	1.3 Rà soát luật BHYT theo thực tế	BYT-PTK			■	■		
	1.4 Mô phỏng tài chính của chi phí y tế và quỹ bảo hiểm y tế	BYT-VKHTC/PTK		■				
2 Tài chính	2.1 Đảm bảo tổng thu thuế thuốc lá và rượu đảm bảo tài chính cho những người dễ bị tổn thương	BYT-BTC	■					
	2.2 Tăng tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế (80% hoặc hơn)	BYT-BHXHVN		■	■	■		
	2.3 Đảm bảo thu phí bảo hiểm từ tất cả đối tượng tham gia BH (80% hoặc hơn)	BHXHVN	■	■	■	■		
3 Quản lý gói dịch vụ, điều chỉnh viện phí và phương thức chi trả	3.1 Thành lập Hội đồng điều chỉnh giá DVYT và phương thức chi trả	BYT	■					
	3.2 Phát triển năng lực của Hội đồng và các tiểu ban	BYT	■	■				
	3.3 Xác định số liệu cần thiết để quản lý gói dịch vụ, điều chỉnh giá DVYT và phương thức chi trả	Hội đồng	■					
4 Gói Dịch vụ	4.1 Lồng ghép và cập nhật danh mục KCB cung cấp tại mỗi tuyến CSYT	BYT-CKCB	■					
	4.2 Xây dựng tiêu chí cho DVYT kỹ thuật cao/ chi phí đắt	Hội đồng	■					
	4.3 Xây dựng Gói DVYTCB được chi trả bởi quỹ BH Y Tế	Hội đồng	■	■	■	■		(continuous review)
	4.4 Xây dựng kỹ thuật lâm sàng tiêu chuẩn thuộc bảo hiểm y tế	Hội đồng	■	■	■	■		
	4.5 Thuốc và vật dụng y tế được chi trả với số tiền tiêu chuẩn thuộc bảo hiểm y tế cơ bản	Hội đồng					■	
5 Điều chỉnh giá viện phí	5.1 Sửa đổi giá dịch vụ để thêm hai danh mục (hoặc hơn) như cơ sở sửa định giá	Hội đồng		■				
	5.2 Điều chỉnh giá phí y tế và lồng ghép vào Gói dịch vụ YTCB	Hội đồng			■	■		
6 Phương thức chi trả	6.1 Sửa mô hình định suất ở tuyến cơ sở	BYT-VKHTC	■					
	6.2 Xác định cách thức khâ thi nhất của BH Y Tế theo định suất và theo dịch vụ tại mọi cấp	BYT-VKHTC	■					
	6.3 Xây dựng DRGs	BYT-VKHTC					■	
	6.4 Áp dụng DRGs tại các BV trung ương và BV tỉnh	BYT-VKHTC						■
	6.5 Nghiên cứu khâ thi về DRGs cho tuyến huyện	BYT-VKHTC						■
7 Thanh quyết toán BH và giám định thanh toán	7.1 Cải thiện năng lực thanh quyết toán của BV	Các BV		■	■	■		
	7.2 Cải thiện năng lực và hiệu quả của giám định thanh toán BH của BHXHVN/ tỉnh/ huyện	BHXHVN				■	■	
	7.3 Cải thiện vai trò giám định	BHXHVN	■	■		■	■	
8 Quản lý thông tin	8.1 Cải thiện nhập số liệu và năng lực kế toán, thanh quyết toán và nhân viên lâm sàng	Các BV	■	■	■	■		
	8.2 Lồng ghép HTTTBV trong BV	Các BV		■	■	■		
	8.3 Xây dựng hệ thống quản lý số liệu trong Bộ Y tế và giữa các CSYT D39:D77	BYT			■	■		
	8.4 Tăng cường năng lực phân tích thống kê của nhân viên QLTT và tiểu ban D33:D80	BYT		■	■	■		
	8.5 Xây dựng tiêu chuẩn QLTT cho Bảo hiểm y tế (mã chủ, định dạng, quy định giám định)	BYT, BHXHVN	■	■	■	■		
	8.6 Tăng cường quản trị công nghệ thông tin	BYT, BHXHVN		■	■	■		
9 Xây dựng HTCNTT	9.1 Định nghĩa yêu cầu mỗi hệ thống cho việc quản lý điều hành bảo hiểm y tế	BYT, BHXHVN		■	■	■		
	9.2 Phát triển hệ thống Công nghệ thông tin và lắp đặt	BYT, BHXHVN			■	■		
	9.3 Mở rộng và thúc đẩy hệ thống công nghệ thông tin đáp ứng các yêu cầu	BYT, BHXHVN					■	
10 Cung cấp DVYT	10.1 Tăng cường năng lực chuyển tuyến	BYT	■	■	■	■		
	10.2 Xây dựng chức năng người gác cổng ở tuyến CS	BYT		■	■	■		
	10.3 Tăng cường y tế dự phòng trong bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là sàng lọc, phát hiện sớm và điều trị sớm	BYT		■	■	■		
	10.4 Xây dựng cơ cấu kiểm soát giá thuốc	BYT				■	■	

Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-9 Lộ trình đề xuất về Xây dựng Hệ thống bảo hiểm y tế trong tương lai

9.2.1 Tài chính y tế

Để duy trì một quỹ bảo hiểm y tế khỏe mạnh, Chính phủ cần thực hiện các biện pháp để kiểm soát tổng chi phí y tế. Có thể sẽ hiệu quả để giảm chi phí OOP. Đồng thời, huy động nguồn tài chính cần được xem xét để chi trả chi phí y tế tăng lên do tăng dân số, thay đổi nhân khẩu, dịch chuyển cơ cấu bệnh tật.

Mô phỏng tài chính cũng có thể mang lại bằng chứng hiệu quả để xem xét sự khả thi của mỗi lựa chọn và đặt ra kế hoạch thực tế. Tuy nhiên, số liệu cần thiết như tình hình tài chính của quỹ bảo hiểm y tế và cơ sở y tế, dịch vụ khám chữa bệnh thực tế cũng như chi phí y tế hộ gia đình chi tiết lại không thu được qua khảo sát..

(1) Kiểm soát tổng chi phí y tế

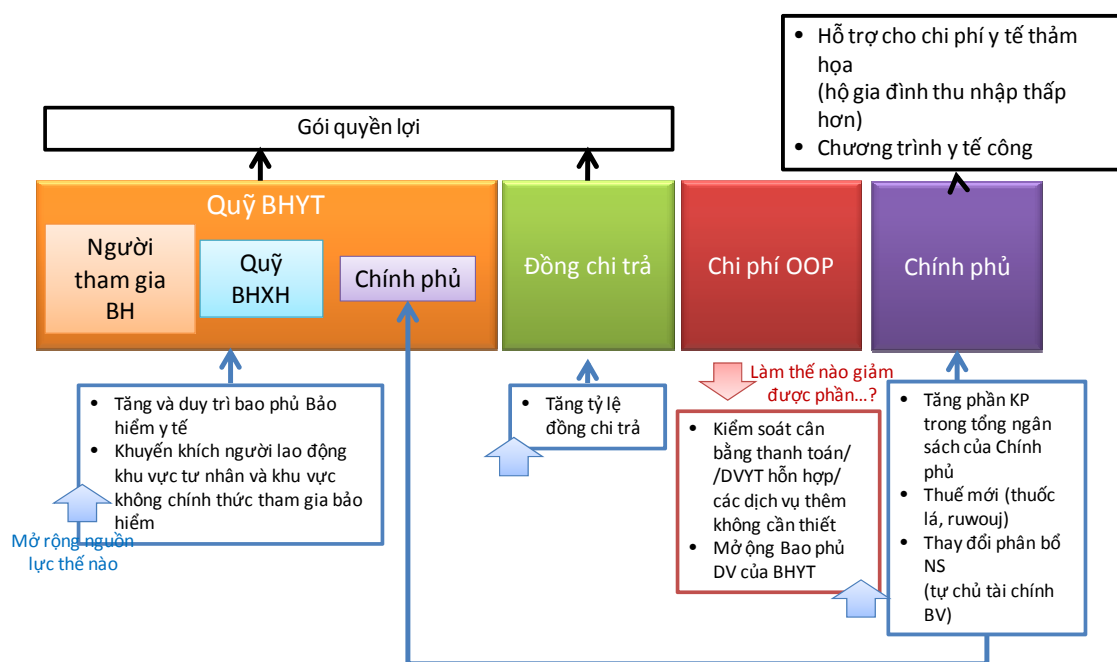
Theo Khảo sát, chi phí không cần thiết có thể gây ra bởi việc giám định thanh toán không đầy đủ hoặc lạm dụng dịch vụ kỹ thuật. Ngoài ra, việc tổ chức tốt hơn hệ thống mua bán có thể góp phần tiết kiệm chi phí vì dường như hệ thống còn bị đứt đoạn và giá có thể được giảm hơn nếu đặt hàng số lượng lớn. Ngoài ra, cần xem xét tác động lâu dài của các bệnh không lây nhiễm.

Trên cơ sở kinh nghiệm tại Nhật Bản và những nước khác, các vấn đề sau cần được lưu ý:

- Loại bỏ những chi phí không cần thiết
 - Kiểm soát việc lạm dụng dịch vụ của cơ sở y tế
 - Quy trình lâm sàng chuẩn
 - Quy định hoặc cấm thanh toán cân bằng
 - Tăng cường năng lực thanh quyết toán bảo hiểm của cơ sở y tế
- Cải thiện hiệu quả trong quy trình
 - Cải cách hệ thống mua sắm/ định giá thuốc và vật tư tiêu hao
 - Đấu thầu trung tâm
 - Danh mục giá chuẩn
- Kiểm soát chi phí y tế lâu dài
 - Tăng cường kiểm soát bệnh không lây nhiễm (chẩn đoán và điều trị sớm)

(2) Cải thiện tính bền vững của các nguồn tài chính

Hình 9-10 thể hiện một số lựa chọn khuyến nghị để đảm bảo sự bền vững của các nguồn Tài chính Y tế. Để tăng thu quỹ bảo hiểm y tế, tỷ lệ bao phủ cao cần được duy trì để khuyến khích đóng phí bảo hiểm của người lao động thuộc khu vực không chính thức và tư nhân, những người có khả năng chi trả tiền phí bảo hiểm.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-10 Lựa chọn tương lai đối với tài chính y tế bền vững

Người tham gia bảo hiểm có thể phản đối hoặc dừng đóng bảo hiểm khi tỷ lệ đồng chi trả tăng cao. Nó sẽ gây ra việc tăng chi phí OOP expenses. Mặc dù việc mở rộng Gói quyền lợi có thể hiệu quả để giảm chi phí OOP, quỹ bảo hiểm y tế có thể đối mặt với khó khăn về tài chính.

Ngân sách nhà nước cần mở rộng để hỗ trợ tài chính cho những đối tượng bị tổn thương và duy trì chương trình y tế công. Theo dự thảo của Chiến lược Tài chính y tế, việc huy động nguồn tài chính mới như thuế thuốc và và rượu cần được xem xét. Khi tự chủ tài chính của các bệnh viện tăng, sự bao cấp của chính phủ cho tuyến trung ương, tuyến tỉnh và một số các bệnh viện huyện có thể giảm. Sau đó, ngân sách tiết kiệm được có thể phân bổ cho việc đảm bảo tài chính đối với những người có thu nhập thấp hơn.

9.2.2 Chương trình bảo hiểm y tế

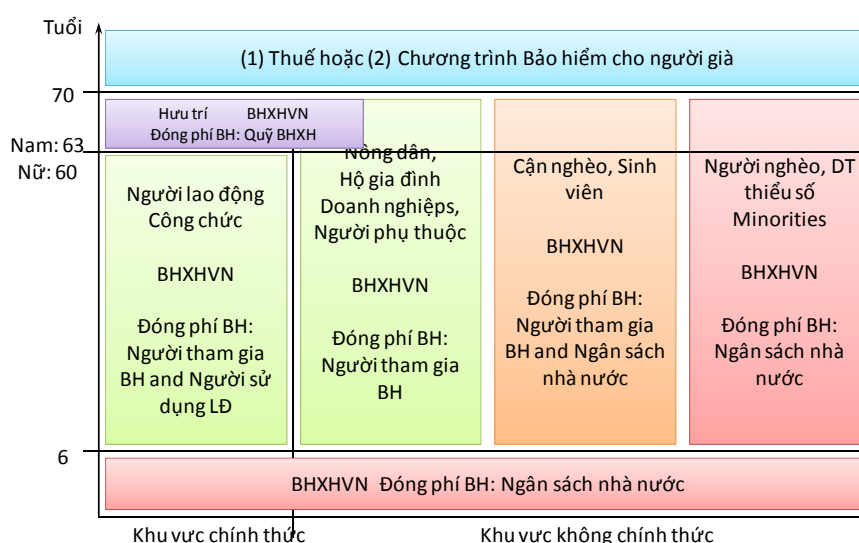
Chương trình bảo hiểm đơn lẻ có thể quản lý dễ dàng hơn là chương trình tách biệt. Nếu chương trình bảo hiểm hiện tại được tiếp tục duy trì, Chính phủ cần nỗ lực để tăng mức độ bao phủ ở Người lao động ở khu vực tư nhân và khu vực không chính thức để đảm bảo nguồn thu từ phí bảo hiểm y tế. Đồng thời, Tỷ lệ đóng phí và tỷ lệ đồng chi trả cần phải tăng lên để trang trải Tổng chi phí y tế ngày càng tăng theo tuổi tác và chuyển đổi cơ cấu bệnh tật.

Mặt khác, chương trình riêng biệt cho nhóm nguy cơ cao như người cao tuổi, người nghèo có thể được xem xét đến đảm bảo sự công bằng giữa các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, nếu không một tỷ lệ lớn quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải chi cho nhóm nguy cơ cao mặc dù các đối tượng khác đóng góp phần lớn cho quỹ. Như thể hiện ở Hình 2-5, thậm chí trong năm 2013, các chi phí của quỹ bảo hiểm y tế cho đối tượng hưu trí đã gấp 5 lần tổng số người lao động đóng góp tới 40% tổng thu quỹ. Khi vấn đề già hóa tiến triển, xu hướng đó sẽ rõ ràng hơn. Do đó, trên cơ sở kinh nghiệm của Nhật bản, chương trình riêng được đề xuất để xem xét các biện pháp trong tương lai ở phần này.

(1) Lựa chọn 1: Chương trình riêng cho người cao tuổi

Xem xét tình hình nói trên, đặc biệt là khả năng khủng hoảng tài chính do già hóa gây ra, lựa chọn đầu tiên của Chương trình Bảo hiểm Y tế được trình bày ở Hình 9-11.

Trong lựa chọn này, người cao tuổi trên 70 tuổi được tách riêng. Có hai lựa chọn chi trả bảo chi phí y tế (1) hệ thống dựa vào thuế hoặc (2) Chương trình Bảo hiểm Y tế độc lập giống như Nhật Bản. Tuy nhiên, như đã trình bày ở trên, cần xem xét thận trọng khả năng tách quỹ bảo hiểm y tế cho người cao tuổi. Nguồn lực tài chính bổ sung cho cả hai chương trình cần phải có do người cao tuổi không thể chi trả được mức phí lớn. Ngân sách nhà nước có thể sẽ là nguồn chủ yếu và đóng góp từ chương trình bảo hiểm y tế cho thể hệ trẻ như Nhật Bản có thể được xem xét. Gói quyền lợi khác cần được xây dựng để đáp ứng nhu cầu chung. Về mặt kiểm soát chi phí, Gói này chỉ nên bao gồm các dịch vụ cơ bản, tuy nhiên có thể sẽ có tác động tới việc bảo hộ tài chính.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-11 Lựa chọn 1 của Chương trình Bảo hiểm y tế trong tương lai

Do chi phí y tế cho người cao tuổi chủ yếu tăng do gánh nặng nhiều bệnh truyền nhiễm. Tại Nhật Bản, 50% chi phí y tế quốc gia dành cho những người trên 70 tuổi. Do Việt Nam cũng sẽ trở thành một xã hội già hóa (tỷ lệ già >14%) trong hai thập kỷ nữa, việc hỗ trợ cho người cao tuổi cần được cân nhắc kỹ lưỡng. Cả hai lựa chọn sẽ cần một mức ngân sách của chính phủ nhất định.

Bảng 9-1 so sánh hai lựa chọn trên.

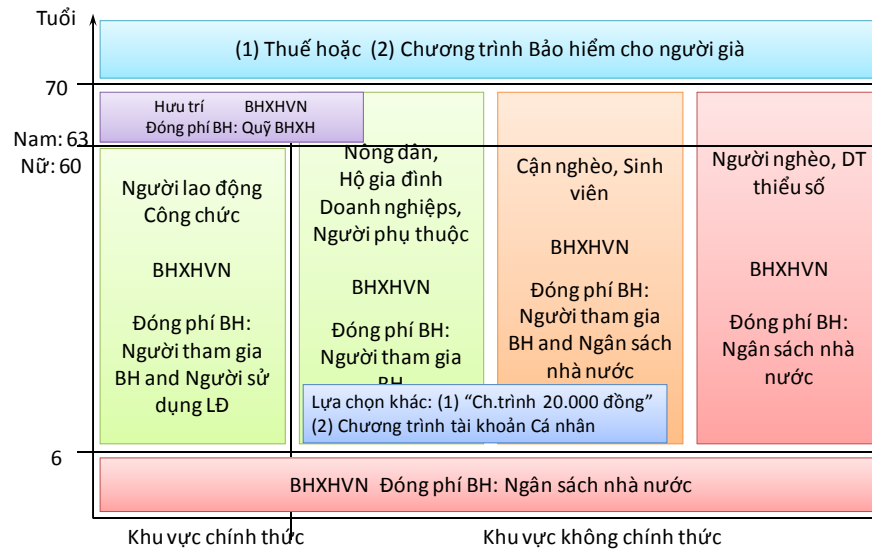
Bảng 9-1 So sánh Chương trình Bảo hiểm Y tế cho người cao tuổi

	(1) Hệ thống dựa vào thuế	(2) Chương trình riêng
Nguồn tài chính	- Ngân sách nhà nước	- Ngân sách nhà nước - Phí bảo hiểm - Quỹ Bảo hiểm Xã hội
Thuận lợi	- người cao tuổi không cần trả thêm phí.	- Gánh nặng tài chính của Ngân sách nhà nước giảm.
Nguy cơ	- Chính phủ cần huy động nguồn thu thuế bổ sung - Việc chăm sóc không cần thiết có thể tăng - Việc lạm dụng dịch vụ có thể tăng - Chi phí y tế cho người cao tuổi có thể tăng.	- Chính phủ cần huy động nguồn thu thuế bổ sung - Lựa chọn ngược có thể xảy ra. - Hầu hết người cao tuổi không có thu nhập ổn định

Nguồn: Đoàn Khảo sát

(2) Lựa chọn 2: Lựa chọn để thu hút những người ở Khu vực không chính thức

Lựa chọn thứ hai của Chương trình Bảo hiểm Y tế được trình bày ở Hình 9-12. Hai lựa chọn được trình bày để khuyến khích những người ở khu vực không chính thức tham gia bảo hiểm y tế. Do họ có xu hướng ưu tiên cho sinh hoạt hơn là chi phí bảo hiểm y tế, họ có thể không sẵn lòng tham gia bảo hiểm cho tới khi họ bị ốm.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-12 Lựa chọn 2 của chương trình bảo hiểm y tế tương lai

Để khuyến khích họ tham gia bảo hiểm y tế, có thể sẽ hiệu quả để giảm gánh nặng tài chính chi trả cho phí bảo hiểm hoặc để dành đóng phí chăm sóc y tế cho chính họ. Bảng 9-2 tổng kết hai lựa chọn. Chương trình 20.000 đồng có thể được xây dựng như ở Thái Lan (Chương 8). Và chương trình tài khoản cá nhân được đề xuất dựa trên kinh nghiệm của Trung Quốc. Chương trình 20.000 đồng cũng tương tự như hệ thống dựa vào thuế, tuy nhiên phí đăng ký được mong đợi là sẽ kiểm soát được việc đi khám chữa bệnh không cần thiết. Tài khoản cá nhân có thể rõ ràng cho mọi người vì họ có thể chi những gì họ tiết kiệm được trong tài khoản bảo hiểm cá nhân.

Tuy nhiên, Khi những chương trình này được áp dụng, việc quản lý người tham gia bảo hiểm sẽ trở nên phức tạp và gánh nặng công việc cho quản lý bệnh viện cơ quan Bảo hiểm Xã hội sẽ tăng lên. Ngoài ra, cũng cần huy động thêm nguồn tài chính bổ sung.

Bảng 9-2 Sơ lược hai lựa chọn đối với người lao động thuộc khu vực không chính thức

	(1) Chương trình 20.000 đồng	(2) Tài khoản Cá nhân
Những nét chính	<ul style="list-style-type: none"> - Bán hệ thống dựa vào thuế - Người tham gia bảo hiểm không cần đóng phí. - Người đó trả tiền đăng ký (VND20.000) cho mỗi lần tới khám tại cơ sở y tế. - Cơ sở y tế yêu cầu Chính phủ thanh toán viện phí. - Nguồn: chương trình 30Bhat ở Thái Lan, Malaysia, Brunei 	<ul style="list-style-type: none"> - Người tham gia BH mở Tài khoản Cá nhân tại cơ quan Bảo hiểm Xã hội (hoặc ngân hàng được chỉ định) - Người đó tự tiết kiệm tiền phí bảo hiểm - Viện phí được trừ từ tài khoản cá nhân. - Tài khoản được thanh toán hàng năm. - Số dư có thể tiết kiệm trong tài khoản để cho tương lai hoặc trả cho người tham gia BH - Người đóng phí sẽ thanh toán bội chi. Nếu số bội chi vượt quá ngưỡng tối đa thì một tỷ lệ nhất định sẽ Chính phủ hoặc quỹ Bảo hiểm Xã hội được bao cấp. - Nguồn: Trung Quốc
Nguồn tài chính	<ul style="list-style-type: none"> - Ngân sách nhà nước - Phí đăng ký cho mỗi lần tới khám. 	<ul style="list-style-type: none"> - Phí bảo hiểm - Đồng chi trả (để thanh toán phần bội chi) - Ngân sách nhà nước hoặc Quỹ Bảo hiểm Xã hội
Thuận lợi	<ul style="list-style-type: none"> - Người tham gia bảo hiểm không có thu nhập thường xuyên có thể được bảo vệ khỏi gánh nặng tài chính. 	<ul style="list-style-type: none"> - Người tham gia bảo hiểm có thể biết rõ dòng tiền phí bảo hiểm và chi phí y tế của họ.
Risk	<ul style="list-style-type: none"> - Chính phủ cần huy động nguồn thu thuế bổ sung. - Lạm dụng dịch vụ có thể tăng. - Chi phí y tế cho loại hình này có thể tăng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thói quen khám chữa bệnh có thể bị hạn chế một cách không cần thiết để tiết kiệm tiền. - Quản lý tài khoản có thể tăng gánh nặng cho Cơ quan Bảo hiểm Xã hội

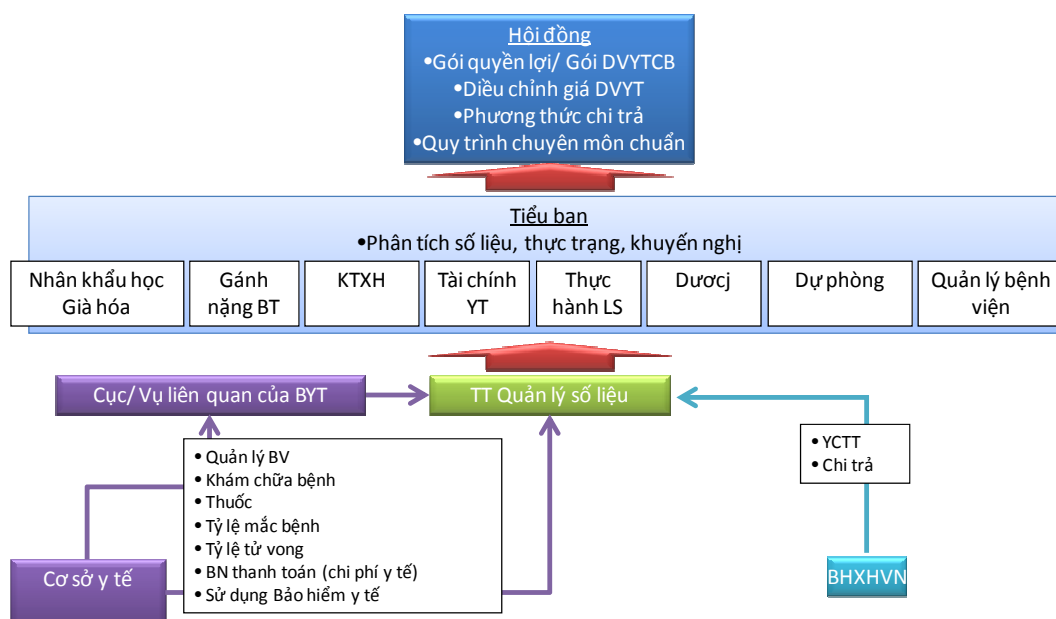
Lưu ý: * 20.000 đồng (0,89 Đô la) được gợi ý tham khảo chương trình 30 Baht (0,84USD).
 Nguồn: Đoàn Khảo sát

9.2.3 Quản lý cơ chế bảo hiểm

Hình 9-13 đề xuất Cơ chế quản lý. Do tỷ lệ sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khoảng 70-80%, số liệu về dịch vụ y tế và thuốc cần được thu thập trực tiếp từ Cơ sở y tế để nắm được bức tranh toàn cảnh. Hệ thống thu thập số liệu hiện thời được duy trì bởi Cục Quản lý Khám chữa bệnh và Vụ Kế hoạch Tài chính có thể được sử dụng. Số liệu được tổng hợp tại trung tâm quản lý dữ liệu và chuyển tới các tiểu ban liên quan.

Tiểu ban phân tích số liệu và đưa ra khuyến nghị về thay đổi viện phí, Gói Dịch vụ Y tế cơ bản hoặc Gói Dịch vụ cũng như Quy trình lâm sàng chuẩn. Sau đó, hội đồng biên soạn những khuyến nghị đó để đưa ra quyết định cuối cùng. Vì những số liệu đó liên quan tới tài chính và hệ thống bảo hiểm y tế và các cuộc thảo luận cũng như quyết định cần được thực hiện một cách khách quan dựa trên bằng chứng, hội đồng cần có sự tham gia không những của Bộ Y tế mà còn Bộ Tài chính, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, các cơ sở y tế và cơ sở hàn lâm. Để có thảo luận tích cực, các thành viên hội đồng cần xem xét sự cân bằng của mỗi bên và không quá 20 người. Các bên liên qua gồm Bộ Y tế, BHXH Việt Nam, bệnh viện các tuyến, các viện hàn lâm như Viện Chiến lược và Chính sách y tế, các trường Đại học, đại diện bệnh nhân v.v.

Lý tưởng là hội đồng cần được thiết lập không nằm trong bộ nào cả mặc dù ban thư ký do Bộ Y tế đảm trách vì hệ thống bảo hiểm y tế liên quan tới nhiều ngành khác nhau, chính sách y tế, tài chính y tế, cung cấp dịch vụ y tế, nguồn nhân lực y tế, phúc lợi xã hội, kinh tế, dân số, quản lý thuốc v.v



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-13 Cơ chế quản lý đề xuất

9.2.4 Cơ chế chi trả

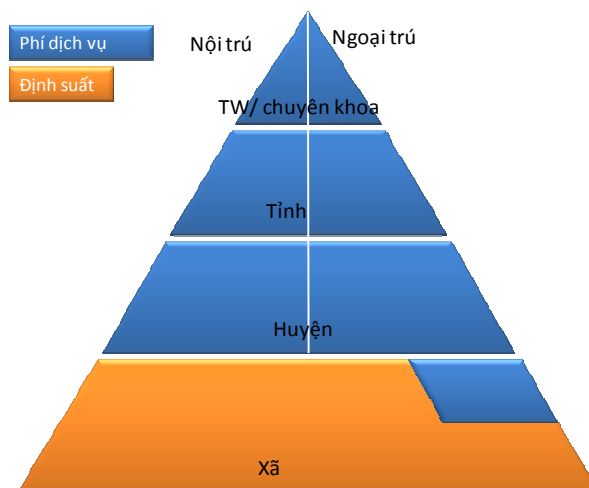
Bộ Y tế mong muốn áp dụng Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh cùng với DRG và đã triển khai thí điểm. Có thể kỳ vọng để giảm chi phí từ quỹ bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, bài học rút ra từ triển khai thí điểm cho thấy sự sẵn có và tính chính xác của số liệu là rất quan trọng để xây dựng và quản lý phương thức DRG một cách hiệu quả. Như đã nói ở Chương 5 và 6, tầm quan trọng của quản lý số liệu dường như chưa được nhận thức đúng đắn từ tuyến cơ sở cho tới Tuyến trung ương. Do đó, có thể phải cần thêm thời gian cũng như nỗ lực để cải thiện việc quản lý số liệu một cách hiệu quả để xây dựng phương thức DRG. Do đó bên cạnh các biện pháp, Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh có thể được xem xét để giảm hoặc tối đa hóa chi phí của quỹ bảo hiểm y tế như đã nêu ở phần 9.2.1(1), ba lược chọn dưới đây được khuyến nghị để cải tiến từng bước phương thức chi trả.

(1) Lựa chọn 1: Kết hợp phí dịch vụ và định suất

Hình 9-14 thể hiện kết hợp lựa chọn đầu tiên của Phương thức chi trả. Do thông tuyến trong phạm vi một tỉnh, bệnh viện huyện cần đảm bảo đủ thu nhập để cung cấp dịch vụ theo nhu cầu thực tế.

Nếu cơ sở y tế ban đầu có chức năng gác công phù hợp, về cơ bản tuyến xã phường có thể áp dụng phương thức định suất. Vì trạm y tế xã phường cung cấp dịch vụ y tế công nói chung, sơ cứu, kế hoạch hóa gia đình và đẻ thường. Tuy nhiên, trạm y tế xã ở vùng sâu vùng xa cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản có thể áp dụng phương thức giá dịch vụ về cần đảm bảo đủ thu nhập để cung cấp nhiều dịch vụ y tế hơn những trạm y tế xã khác. Hoặc tỷ lệ định suất cho những khu vực đó cần xem xét tăng cao hơn. Ngoài ra, ngân sách và vật tư y tế đầy đủ phải được cung cấp cho trạm y tế xã để duy trì chất lượng dịch vụ. Tuy nhiên, quỹ bảo hiểm y tế cần trả theo tỷ lệ định suất phù hợp và dân số thuộc diện bao phủ.

Mặt khác, khuyến khích trạm y tế xã, cải thiện chất lượng dịch vụ, kết hợp Ngân sách nhà nước và thanh toán dựa vào kết quả⁶⁹ (theo số lượng bệnh nhân và tỷ lệ đơn vị cố định) cũng có thể được đề xuất. Tuy nhiên, việc cung cấp đủ thuốc và vật tư, đầu tư, quản lý và điều hành cần phải được Chính Phủ đảm bảo.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-14 Lựa chọn 1 kết hợp phương thức chi trả

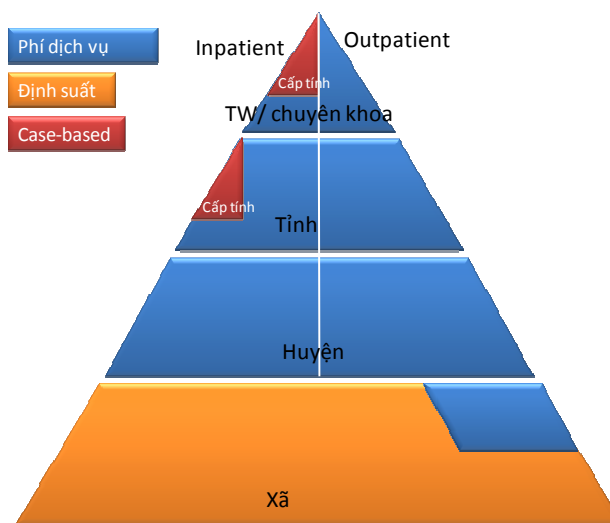
Trong lựa chọn này, cần xem xét kỹ càng việc lạm dụng dịch vụ. Những lựa chọn sau có thể được gợi ý:

- Thay đổi hệ thống dự toán ngân sách
Do ngân sách được xác định dựa vào những chi phí trước đó, Cơ sở y tế càng chi nhiều càng có thêm nhiều ngân sách. Ví dụ, ngân sách được ấn định dựa vào dự toán ngân sách chi tiết không quan tâm tới chi phí trước đó.
- Quy trình lâm sàng chuẩn
Quy trình lâm sàng chuẩn có thể hiệu quả để quy định đối với các nhân viên. Cơ quan Bảo hiểm y tế có thể sử dụng để giám định thanh toán. Tuy nhiên, cần phải mất thời gian để xây dựng các quy trình y khoa, đào tạo nhân viên và sửa đổi thường xuyên. Ngoài ra cũng cần đưa vào hoạt động đào tạo trước khi thực hiện dịch vụ.
- Phạt đối với cơ sở lạm dụng thường xuyên
Ví dụ, một cơ sở y tế cố ý lặp lại việc lạm dụng điều trị, cơ quan Bảo hiểm y tế có thể chấm dứt hợp đồng. Vì thu nhập từ bảo hiểm y tế trở nên quan trọng hơn, điều này có thể sẽ hiệu quả trong tương lai. Tuy nhiên, Bệnh viện chấm dứt hợp đồng bảo hiểm có thể yêu cầu chi trả phí OOP cao hơn. Ngoài ra, việc xác định lạm dụng điều trị một cách cố ý cũng rất khó khăn.
- Khuyến khích cải thiện chất lượng dịch vụ
Khuyến khích như hoàn thành thanh toán cho các cơ sở y tế khi hiệu quả dịch vụ được cải thiện và tiết kiệm chi phí. Tuy nhiên, cần có thêm nguồn nhân lực và chi phí để đánh giá việc cải thiện cũng như tiết kiệm chi phí hợp lý.

⁶⁹ Theo quan sát của Đoàn Khảo sát, phương pháp này được gọi là “định suất”. Nó được áp dụng cho các trạm y tế xã để trang trải chi phí dịch vụ công (điện, nước)

(2) Lựa chọn 2: Áp dụng Phương thức Thanh toán theo trường hợp bệnh

Hình 9-15 thể hiện sự lựa chọn kết hợp Phương thức chi trả. Ngoài Lựa chọn 1, Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh cũng được áp dụng ở bệnh nhân nội trú patient đối với các bệnh cấp tính.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-15 Lựa chọn 2 kết hợp phương thức chi trả

Các bệnh cấp tính dễ dàng hơn để xác định gói quyền lợi khám chữa bệnh phù hợp hơn là các bệnh mạn tính. Phương thức này được kỳ vọng nâng cao lợi ích tài chính thông qua việc cải thiện hiệu quả Cung cấp Dịch vụ, như tăng cường trao đổi giữa các khoa phòng để chia sẻ thông tin người bệnh và do đó, thời gian nằm viện của người bệnh giảm bớt. Khi những điều kiện tiên quyết đó được hoàn thành, có thể áp dụng phương thức này đối với bệnh nhân nội trú.

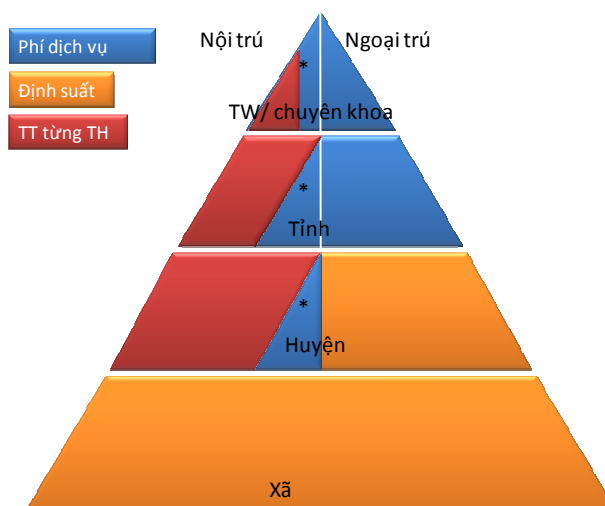
- Thu thập và quản lý số liệu rõ ràng để tạo nhóm chẩn đoán liên quan
- Năng lực quản lý và cam kết của bệnh viện để tăng hiệu quả trong việc Cung cấp Dịch vụ

Cần bắt đầu phương thức thanh toán này với các bệnh hạn chế trong bệnh viện đi đôi với khả năng quản lý số liệu hiệu quả và hệ thống quản lý bệnh viện. Nếu không hoàn thiện được các điều kiện tiên quyết có thể mở rộng sang các bệnh cấp tính khác ở bệnh nhân nội trú.

(3) Lựa chọn 3: Kết hợp ba phương pháp

Trong lựa chọn 3 (Hình 9-16), định suất được triển khai ở bệnh nhân ngoại trú của bệnh viện huyện và Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh được áp dụng cho khu vực nội trú ở tất cả các bệnh viện công lập trừ ccs kỹ thuật cao.

Phải xác định rõ số dân thuộc diện bao phủ của các bệnh viện huyện và trạm y tế xã và do đó, chức năng gác cổng của các cơ sở đó cũng được nâng cao. Cải thiện hệ thống chuyển tuyến và quy định thói quen tìm kiếm chăm sóc y tế của người bệnh. Nếu không, một số cơ sở y tế không đủ bền vững về mặt tài chính như những cơ sở nhận thêm nhiều bệnh nhân ngoài phạm vi bao phủ của mình.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-16 Lựa chọn 3 kết hợp phương thức chi trả

Tại tuyến quận/ huyện, quản lý bệnh nhân và quy trình kế toán có thể sẽ phức tạp hơn vì có ba loại phương thức chi trả ở trong một Bệnh viện. Đặc biệt ở những bệnh viện huyện cỡ nhỏ, quây kế toán không tách biệt bệnh nhân nội trú và bệnh nhân ngoại trú. Phòng kế toán sẽ không đủ nhân viên để thực hiện ba phương thức thanh toán khác nhau. Do đó, khó có thể áp dụng lựa chọn này nếu không xây dựng tốt Hệ thống công nghệ thông tin cũng như đủ số lượng và chất lượng nguồn nhân lực cho kế toán, thanh quyết toán và quản lý bệnh nhân.

9.2.5 Gói Quyền lợi

Trong phỏng vấn về Gói quyền lợi, những điểm sau cần được xem xét thận trọng cũng như thảo luận cụ thể giữa các bên liên quan.

- Trách nhiệm giải trình của cơ sở y tế và người tham gia bảo hiểm.
 Khi Gói quyền lợi hiện nay muốn được giảm kích cỡ từ bao phủ rộng như hiện tại xuống các hoạt động cho các bệnh phù hợp, cần thực hiện với các tiêu chí rõ ràng và hợp lý đối với các cơ sở y tế vì họ sợ mất quyền lợi
- Dịch vụ y tế kỹ thuật cao, giá cao
 Các tiêu chí sau cần được thiết lập để xác định phạm vi bao phủ bảo hiểm y tế:
 - Các “dịch vụ y tế giá cao” và “dịch vụ y tế kỹ thuật cao” là gì?
 - Những dịch vụ đó có thực sự cần thiết và phù hợp để góp phần cứu sống hoặc kéo dài tuổi thọ của người bệnh không?
- Bảo vệ tài chính
 Bảo vệ tài chính đối với các chi phí y tế thảm họa cần được xem xét.
 Cả ngân sách nhà nước ở trung ương và đại phương cần được phân bổ để bao cấp cho những dịch vụ y tế giá cao cần thiết.
- Công tác dự phòng
 Bảng 9-3 tổng kết các cấp độ y tế dự phòng. Các cấp độ đó (từ không tới tuyến ban đầu) dành cho phần đông dân số phải được các chương trình của Chính phủ bao phủ vì khó để xác định chi phí cho từng cá

nhân. Các bệnh viện tuyến hai và ba có thể được bảo hiểm y tế chi trả. Những hoạt động đó sẽ hiệu quả để tránh việc tăng các chi phí điều trị.

▪ Sự phù hợp

Các dịch vụ mô tả trong gói quyền lợi cần tuân thủ tiêu chuẩn Quốc tế như ICD-9-CM để đảm bảo có sự hiểu biết chung giữa các bên liên quan bao gồm Bộ Y tế, BHXH, các cơ sở y tế v.v

Bảng 9-3 Các tuyến y tế dự phòng

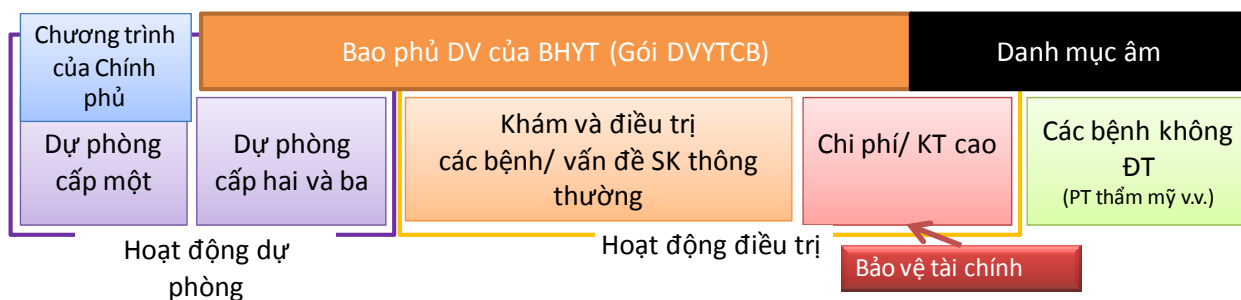
Cấp độ	Targets	Concept and Nội dung	Players
0. Dự phòng cấp không	Số đông dân số	Tuyên truyền ở cấp chính sách - Áp dụng thuế/ luật mới để kiểm soát các yếu tố nguy cơ như thuốc lá, rượu, các thực phẩm nguy cơ cao v.v. - Xây dựng chiến lược dài hạn, kế hoạch tổng thể trung hạn và kế hoạch hành động ngắn hạn.	- Các cơ quan liên quan của Chính phủ đặc biệt là lãnh đạo
1. Dự phòng cấp 1	Số đông dân số	Tăng cường sức khỏe thay đổi hành vi - Quan hệ công chúng và giáo dục SK về các yếu tố nguy cơ của bệnh lây nhiễm, thương tích và tai nạn giao thông. - Thúc đẩy lối sống lành mạnh (hoạt động thể lực và ăn uống lành mạnh cũng như môi trường trong sạch. - Tiêm chủng	- Bộ Y tế - Cộng đồng - Cơ sở y tế
2. Dự phòng cấp 2	Cá nhân	Phát hiện và điều trị sớm, - Sàng lọc các bệnh không lây nhiễm. - Theo dõi và giáo dục SK cho người bệnh có nguy cơ cao - Điều trị cho người bệnh ở giai đoạn sớm.	- Bộ Y tế - Cơ sở y tế
3. Dự phòng cấp 3	Cá nhân	Phục hồi chức năng - Hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn và lối sống hàng ngày, Cải thiện chất lượng CS - Phục hồi chức năng để tránh bệnh nặng thêm và tăng sự tự chủ trong cuộc sống.	- Bộ Y tế - Cơ sở y tế - xã

Nguồn: Đoàn Khảo sát

(1) Lựa chọn 1: Danh mục âm

Bảng 9-3, Danh mục âm có thể dễ hiểu hơn đối với các nhà cung cấp dịch vụ, nhà quản lý, người tham gia BH, bệnh nhân. Danh mục âm bao gồm cả hoạt động không điều trị và có một số dịch vụ kỹ thuật cao cũng như chi phí cao đối với các bệnh ít gặp. Danh mục cần phải rà soát thường xuyên và có thể sẽ giảm đi khi xem xét nhu cầu của người dân cũng như năng lực của Cơ sở y tế và quỹ bảo hiểm y tế.

Trong lựa chọn này, Công tác dự phòng dành cho số đông dân cư (dự phòng cấp 1) do Ngân sách nhà nước chi trả khi nó bao gồm trong các chương trình y tế của Chính phủ. Tuy nhiên, những cá nhân đó (dự phòng cấp 2 và 3) cần được xem xét đưa vào.



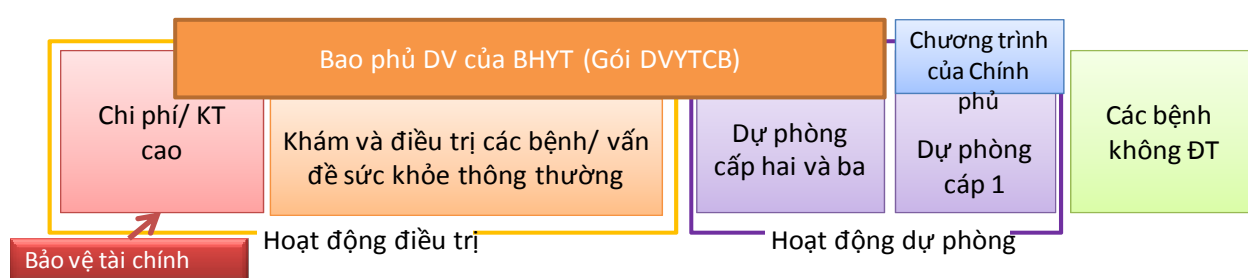
Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-17 Lựa chọn 1 của Khuyến nghị về Gói DVYTCB/ Gói Quyền lợi

(2) Lựa chọn 2: Dịch vụ phù hợp cho nhu cầu chung

Hình 9-18 thể hiện lựa chọn thứ hai. “Phù howjpp nhất” không thể xác định được bởi các bác sỹ chuyên khoa ở mỗi khoa phòng. “Bệnh thông thường” có thể được xác định theo nguyên nhân chính tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Đặc biệt, nhu cầu của các đối tượng dễ bị tổn thương (trẻ em/người cao tuổi, v.v.) cần được xem xét đặc biệt. Công tác dự phòng và dịch vụ chi phí cao được xem xét giống như Lựa chọn 1.

Trong lựa chọn này, cần có nhiều nỗ lực của các bên trong giai đoạn đầu. Số liệu tin cậy phải được thu thập để đảm bảo tính đại diện của nhu cầu sức khỏe của người dân và năng lực của cơ quan cung cấp dịch vụ trên toàn quốc. Tuy nhiên, một khi cơ chế thu thập số liệu được xây dựng, bao phủ Dịch vụ hoặc Gói DVYTCB có thể thường xuyên được sửa đổi theo nhu cầu của người dân, năng lực của CSYT và ưu tiên thực hiện chính sách y tế.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-18 Lựa chọn 2 của Khuyến nghị về Gói DVYTCB / Gói Quyền lợi

(3) Đề xuất cơ cấu của Gói DVYTCB

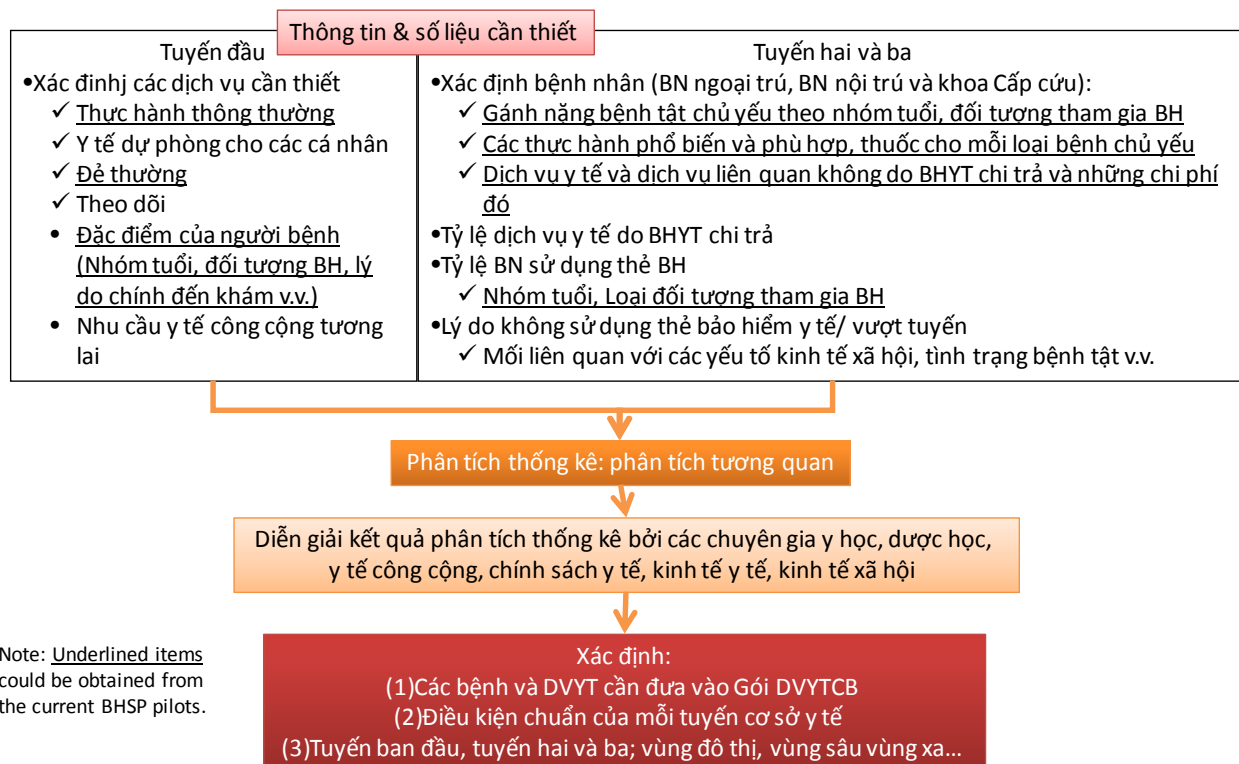
Theo khái niệm nói trên, cơ cấu của Gói Dịch vụ Y tế cơ bản do bảo hiểm y tế chi trả có thể đề xuất như ở Bảng 9-4. When phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh được áp dụng, hầu hết khám chữa bệnh và thuốc có thể bao gồm trong DGR, và các dịch vụ kỹ thuật cao do quỹ bảo hiểm y tế và được thanh toán theo giá dịch vụ nêu ở Phần 2.1 và 3.1. Có thể bao gồm cả việc thay đổi viện phí khi mã dịch vụ được xây dựng.

Bảng 9-4 Đề xuất cơ cấu của Gói DVYTCB / Gói Quyền lợi do Quỹ Bảo hiểm Y tế

	Chương	Nội dung
DVYTCB	Chương 1. Tuyến ban đầu	- Dịch vụ cơ bản được chi trả theo phương thức định suất <ul style="list-style-type: none"> • Sơ cứu • Phòng chống bệnh không lây nhiễm (dự phòng cấp 2 và 3 ở cộng đồng) • Đề thường/ (cấp cứu và vùng sâu vùng xa) • Thực hành thông thường và chuyển tuyến (người gác cổng)
	Chương 2. Tuyến hai <ul style="list-style-type: none"> - 2.1 Bệnh nhân nội trú - 2.2 Bệnh nhân ngoại trú - 2.3 Khoa Cấp cứu 	- Khám chữa bệnh và thuốc phù hợp với các bệnh thông thường <ul style="list-style-type: none"> • Phương thức DRG có thể bao gồm thanh toán theo trường hợp bệnh nếu được áp dụng.
Gói Quyền lợi	Chương 3. Tuyến ba và các bệnh viện CK <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 Bệnh nhân nội trú - 3.2 Bệnh nhân ngoại trú - 3.3 Khoa Cấp cứu 	- Khám chữa bệnh và thuốc phù hợp với các bệnh thông thường <ul style="list-style-type: none"> • Phương thức DRG có thể bao gồm thanh toán theo trường hợp bệnh nếu được áp dụng.
	Chương 4. Điều kiện để cung cấp Gói Dịch vụ Y tế cơ bản	- Nhân viên (y tế, công nghệ thông tin, thanh quyết toán BH v.v.) <ul style="list-style-type: none"> • Trang thiết bị

Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-19 thể hiện chu trình xây dựng Gói Dịch vụ Y tế cơ bản cùng với việc sử dụng tối đa các số liệu và thông tin có sẵn.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

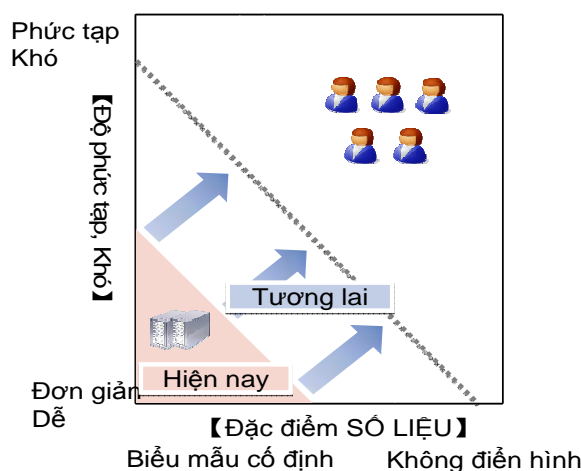
Hình 9-19 Dòng chu trình xây dựng Gói dịch vụ y tế cơ bản/ Gói quyền lợi/ Rà soát

9.2.6 Quản lý thông tin

Trên cơ sở cải thiện nhận thức và năng lực quản lý số liệu nói trên, hệ thống thông tin đứt đoạn cần phải được lồng ghép. Ngoài ra những tiêu chuẩn liên quan như mã chủ và biểu mẫu cũng cần phải xây dựng. Sau đó, số liệu cần thiết phục vụ quản lý hoặc hệ thống bảo hiểm y tế sẽ được thu thập và phân tích một cách hiệu quả. Các quy định liên quan cũng cần được xây dựng như bảo mật thông tin, tài liệu điện tử, cải thiện hiệu quả kinh doanh và bảo vệ an ninh.

(1) Xây dựng tiêu chuẩn Quản lý thông tin cho Bảo hiểm y tế

Trên cơ sở năng lực quản lý thông tin nói trên, Hệ thống công nghệ thông tin có thể được áp dụng một cách hiệu quả. Theo Khảo sát, Hệ thống công nghệ thông tin đang dùng vẫn hoạt động đơn giản với các biểu mẫu cố định hoạt động phức tạp được kết nối giữa các đơn vị và cấp quản lý được thực hiện theo cách thủ công. (Hình 9-20). Để quản lý số liệu phức tạp, việc chuẩn hóa thông tin (mã chủ, biểu mẫu, quy tắc) là cần thiết.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-20 Phạm vi triển khai hệ thống công nghệ thông tin hiện nay và có thể thực hiện được

Mặc dù Bộ Y tế đã ban hành quyết định về mã chủ⁷⁰ vào tháng 11 năm 2015, nội dung vẫn chưa được xác định đầy đủ. Dường như cần phải rà soát để tuân theo các tiêu chuẩn Quốc tế như ICD-10 và ICD-9-CM để loại bỏ sự trùng lặp.

Về biểu mẫu thanh toán được sửa đổi⁷¹, giao diện trao đổi số liệu cần được xây dựng, ví dụ, để kết nối các hệ thống trong bệnh viện với nhau, cần có nhiều giao diện như trao đổi số liệu kê đơn, trao đổi số liệu chẩn đoán hình ảnh, v.v.

Biểu mẫu thanh quyết toán BH đã sửa đổi⁷² cần được áp dụng trong hoạt động thực tế ở tất cả các cơ sở y tế công càng sớm càng tốt. Đồng thời, với quy định giám định⁷³ hiện đang được Bảo hiểm Xã hội Việt Nam rà soát. Ngoài những tiêu chí hiện có, những quan điểm y học cũng cần đưa vào để xác định gian lận hoặc lạm dụng khám chữa bệnh. Cũng do áp dụng từng bước quy định thông tuyến, số liệu thanh quyết toán bảo hiểm y tế cho một thời gian nhất định (ba tháng) cần được chuyển tới các cơ quan Bảo hiểm Xã hội (BHXH tỉnh/ huyện) để xác định đơn thuốc không hợp lý hoặc thói quen khám chữa bệnh. Những quan điểm đó đã được đưa vào vài năm trước đây tại Nhật Bản và dường như phát huy hiệu quả trong việc kiểm soát thói quen của cả cơ sở y tế và người bệnh. Việc phòng tránh cho quá liều thuốc và nguy cơ do cho nhiều loại thuốc cũng rất hiệu quả..

Những cơ chế trên cần phải trung hòa và có sự tham gia không những của Bộ Y tế và BHXH Việt Nam mà còn các chuyên gia hàn lâm và công ty CNTT. Ví dụ Tại Nhật Bản, một tổ chức độc lập chịu trách nhiệm về việc chuẩn hóa thông tin.

(2) Phát triển năng lực về quản lý thông tin

Để đảm bảo sự chính xác của số liệu thông tin y tế, Đặc biệt là số liệu thanh quyết toán BH, kiến thức về lĩnh vực y tế và CNTT rất quan trọng. Như thể hiện ở Hình 9-21, người phụ trách quản lý thông tin cần biết sơ lược từ điều trị tới nhận thanh toán từ quỹ bảo hiểm y tế và dòng số liệu. Nhân viên cũng chịu trách nhiệm về biên tập thông tin quản lý Bệnh viện và báo cáo lên các cơ quan thường xuyên (Bộ Y tế, Sở Y tế). Những người khác

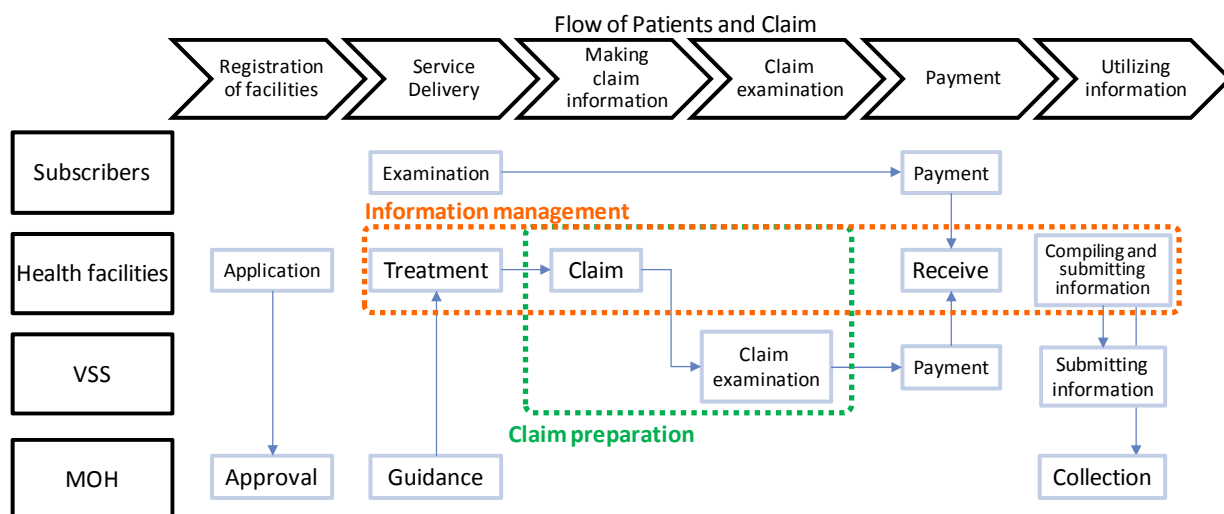
⁷⁰ 5084/BYT-BH

⁷¹ 9324/BYT-BH

⁷² 9324/BYT-BH

⁷³ 1456/QĐ-UD/BX-2015

cần chú trọng và chuẩn bị thanh quyết toán bảo hiểm chính xác và phản hồi với các giám định do Cơ quan Bảo hiểm Xã hội thực hiện.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-21 Sơ đồ khái quát Quản lý thông tin và thanh quyết toán bảo hiểm y tế của Bệnh viện

Theo Khảo sát, phòng Kế toán chịu trách nhiệm đó. Do đó, chức năng của phòng có thể được mở rộng và tăng cường những năng lực liên quan. Đồng thời, Phòng Kế hoạch Tổng hợp cần tăng cường năng lực quản lý thông tin để xử lý thông tin quản lý bệnh viện liên quan.

Để đảm bảo tính bền vững và cải thiện liên tục ở mỗi cơ sở y tế, cần xây dựng hệ thống công nhận chất lượng cho vấn đề quản lý thông tin trong tương lai. Về số liệu thanh quyết toán bảo hiểm, Tại Nhật Bản, nhân viên quản lý thông tin y tế và một nhân viên xuất hóa đơn cho người bệnh/ thanh quyết toán bảo hiểm có giấy phép cấp bởi một tổ chức độc lập. Và cơ sở y tế với số lượng nhất định nhân sự được cấp phép có thể được ưu tiên thanh toán từ quỹ bảo hiểm y tế vì họ nỗ lực cải thiện sự chính xác của số liệu.

(3) Tăng cường quản trị công nghệ thông tin

Để nâng cao việc quản trị công nghệ thông tin, năng lực các cơ quan ở tuyến trung ương và địa phương, Bộ Y tế, Sở Y tế và BHXH Việt Nam/ tỉnh/ huyện phải được phát triển để quy định vấn đề quản lý thông tin bằng công nghệ thông tin hiệu quả và đảm bảo an ninh. Đặc biệt, Cục Công nghệ Thông tin Bộ Y tế và BHXH Việt Nam có vai trò trong việc xây dựng môi trường thực hiện thúc đẩy hiện đại hóa và đáp ứng yêu cầu lắp đặt của Hệ thống công nghệ thông tin để thực hiện các vấn đề liên quan tới hệ thống bảo hiểm y tế.

Ở mức độ vận hành địa phương (Sở Y tế, BHXH tỉnh/ huyện và), nhân sự để giám sát toàn bộ hệ thống quản lý thông tin phải được chỉ định là Giám đốc công nghệ thông tin. Có thể chỉ định phòng KHTH phối hợp chặt chẽ với Cục Công nghệ Thông tin. Bảng 9-5 tổng hợp các chức năng mong đợi của các Cơ quan Thông tin Truyền thông và Cục Công nghệ Thông tin để Quản lý Công nghệ Thông tin trong quản lý thông tin địa phương và cơ sở y tế..

Bảng 9-5 Chức năng của các Cơ quan Thông tin Truyền thông và Cục Công nghệ Thông tin để Quản lý Công nghệ Thông tin

	Giám đốc công nghệ thông tin	Cục Công nghệ Thông tin
Nhiệm vụ	Quản trị công nghệ thông tin	Quản lý hoạt động công nghệ thông tin
Chức năng mong muốn	<ul style="list-style-type: none"> - Kết hợp mục tiêu và kế hoạch kinh doanh vào mục tiêu và chiến lược phát triển công nghệ thông tin - Ưu tiên dự án công nghệ thông tin theo kết quả và nguồn lực mong đợi (quản lý hồ sơ công nghệ thông tin) - Phân bổ nguồn lực cần thiết cho phát triển công nghệ thông tin - Quản lý nguy cơ - Giám sát và đánh giá sự phát triển của công nghệ thông tin 	<ul style="list-style-type: none"> - Xây dựng chiến lược và kế hoạch công nghệ thông tin theo chiến lược tổ chức - Quản lý nguồn nhân lực - Quản lý vận hành; - Quản lý sự cố; quản lý vấn đề - Quy trình báo cáo, tiến độ và kết quả của nhóm quản lý

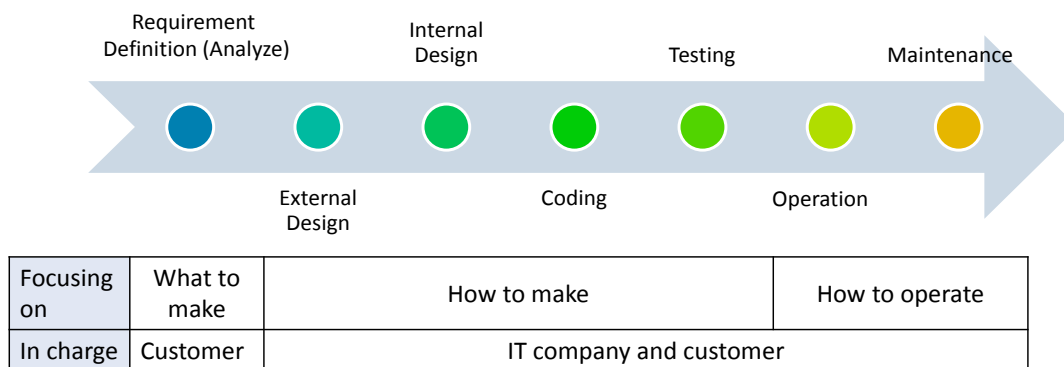
Nguồn: Đoàn Khảo sát

9.2.7 Hệ thống công nghệ thông tin

Do kinh doanh bảo hiểm y tế được cấu thành bởi nhiều yếu tố khác nhau và đa dạng (nhiều bên tham gia, nhiều thông tin, các hạng mục quản lý phức tạp), cán bộ quản lý của Bộ Y tế và BHXH Việt Nam cần hiểu một cách tổng thể, nội dung mỗi nhiệm vụ, luồng công việc và mối quan hệ của các nhiệm vụ đó và những vấn đề nảy sinh trong công việc trước khi giao phó cho các công ty công nghệ thông tin. Đoàn Khảo sát quan sát thấy rằng một số dự án thí điểm không thành công vì bản tham chiếu công nghệ thông tin được phát triển bởi các công ty và các nhà quản lý không hiểu được tổng thể các công việc liên quan.

(1) Định nghĩa yêu cầu bởi khách hàng/ người sử dụng hệ thống

Định nghĩa yêu cầu là một trong những giai đoạn của quá trình xây dựng hệ thống công nghệ thông tin như thể hiện ở Hình 9-22.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 9-22 Giai đoạn xây dựng hệ thống công nghệ thông tin

Để bắt đầu lắp đặt công nghệ thông tin ở các cơ sở y tế, sự hỗ trợ tài chính từ Ngân sách nhà nước cần phải được xem xét để mua phần cứng và phần mềm, Đặc biệt cho giai đoạn đầu. Ngoài ra, việc khuyến khích đối với các cơ sở y tế đã phát triển hệ thống công nghệ thông tin có thể hiệu quả để thúc đẩy các cơ sở và nhà quản lý ở địa phương. Ví dụ, ưu tiên thanh toán trước theo mức độ phát triển của Hệ thống công nghệ thông tin.

(2) Mở rộng hệ thống công nghệ thông tin

Để bắt đầu lắp đặt công nghệ thông tin ở các cơ sở y tế, sự hỗ trợ tài chính từ Ngân sách nhà nước cần phải được xem xét để mua phần cứng và phần mềm, Đặc biệt cho giai đoạn đầu. Ngoài ra, việc khuyến khích đối với các cơ sở y tế đã phát triển hệ thống công nghệ thông tin có thể hiệu quả để thúc đẩy các cơ sở và nhà quản lý ở địa phương. Ví dụ, ưu tiên thanh toán trước theo mức độ phát triển của Hệ thống công nghệ thông tin Y tế could be topped up in accordance with the level of IT system development.

Chương 10 Khuyến nghị về Hợp tác trong tương lai

Trong các hành động ưu tiên ở Chương 9, Đoàn khảo sát gợi ý 5 cấu phần thể hiện ở Bảng 10-1 đối với hợp tác kỹ thuật của JICA trong 5 năm tới. Những nội dung đó được xem xét dựa vào phân tích tình hình ở Chương 2 đến Chương 7 và thông tin về nguồn lực hợp tác kỹ thuật ở Nhật Bản và những nước khác mô tả ở Chương 8. Đồng thời, sự hỗ trợ ngân sách được xem xét trong Kế hoạch Năm năm ngành Y tế giai đoạn 2016-2020 (Bảng 3-4), một khoản vốn vay theo chương trình cũng được đề xuất ở chương này.

Bảng 10-1 Đề xuất các cấu phần cho Hợp tác Kỹ thuật của JICA

Cấu phần	*	Đề xuất nguồn lực sẵn có
1 Cải thiện việc nhập số liệu và năng lực quản lý cho nhân viên kế toán, thanh quyết toán bảo hiểm và lâm sàng.	8.1	Kinh nghiệm tích lũy của JICA về quản lý thông tin y tế Kinh nghiệm và nguồn lực của Dự án Tăng cường Dịch vụ Y tế các tỉnh phía Bắc (JICA)
2 Phát triển năng lực của hội đồng/ tiểu ban để quản lý gói quyền lợi, điều chỉnh giá dịch vụ y tế và phương thức chi trả	3.1	Kinh nghiệm trong việc thành lập Hội đồng Y tế Bảo hiểm Xã hội Trung ương (CSIMC) của Nhật Bản và điều khoản tham chiếu, chức năng và triển khai thực tế của hội đồng.
3 Rà soát liên tục Gói Dịch vụ y tế cơ bản do bảo hiểm y tế chi trả	4.3	Vai trò, chức năng và nhiệm vụ của Hội đồng CSIMC, nhóm kỹ thuật và các cơ quan liên quan để sửa đổi Gói Quyền lợi và điều chỉnh giá dịch vụ y tế Phương pháp và quy trình thu thập phân tích số liệu cần thiết.
4 Xây dựng hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn do bảo hiểm y tế chi trả	4.4	Kinh nghiệm trong xây dựng và sửa các hướng dẫn lâm sàng chuẩn bởi các hội hàn lâm
5 Xây dựng phương thức DRG	6.3	Dự án Đối tác Y tế toàn cầu và Bao phủ Y tế Toàn dân (JICA)

Lưu ý: *=Số lượng trong lộ trình đề xuất (Hình 9-9)

Nguồn: Đoàn Khảo sát

10.1 Hợp tác kỹ thuật

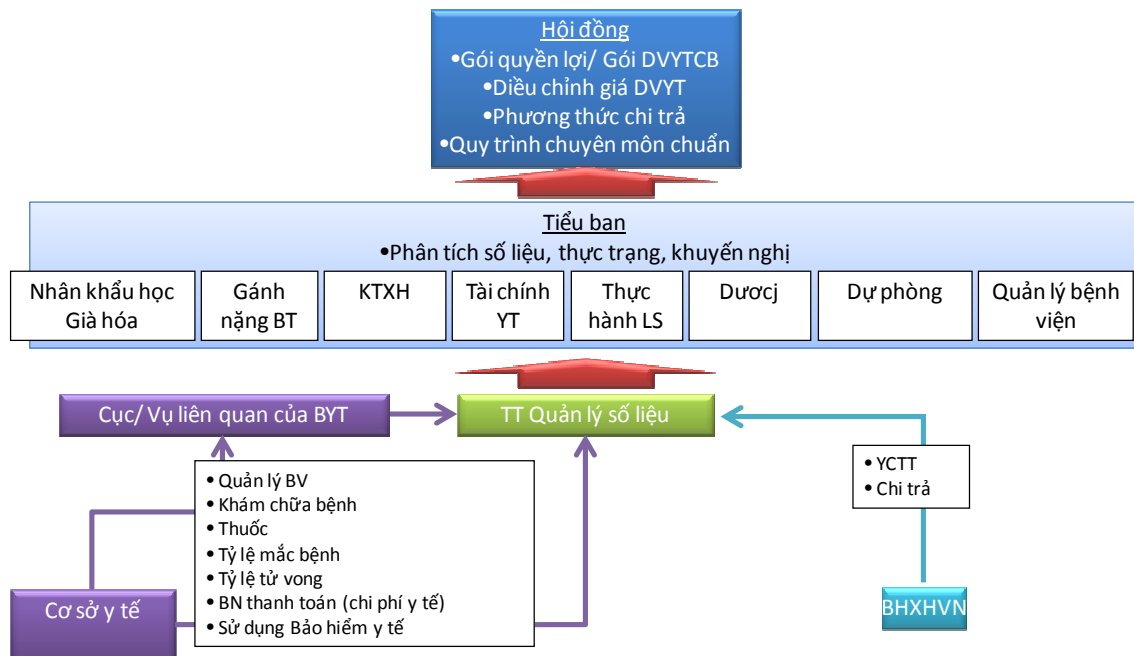
Như đã đề cập ở trên, năm cấu phần được đề xuất cho Hợp tác kỹ thuật. Khi dự thảo Gói DVYTCB được trình bày, dự án có thể triển khai một chu trình thử nghiệm rà soát dựa vào bằng chứng và thảo luận về hướng dẫn chính sách để tối đa hóa Gói DVYTCB/ Gói Quyền lợi. Về việc rà soát dựa vào bằng chứng, việc quản lý chi trả và thu thập số liệu cần thực hiện một cách phù hợp. Do đó, dự án cần bao gồm ba yếu tố: Gói DVYTCB/ Gói Quyền lợi, chi trả và quản lý dựa vào bằng chứng. Như đã nêu ở Hình 10-1, cấu phần 3 sẽ hỗ trợ xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản để ban hành vào tháng 1 năm 2018 và cấu phần 4, 5 góp phần cải thiện cơ chế chi trả. Cấu phần 2 có thể hỗ trợ tăng cường quản lý dựa vào bằng chứng của Gói dịch vụ y tế cơ bản hoặc Gói quyền lợi và phương thức chi trả. Cấu phần 5 sẽ hỗ trợ tăng cường năng lực quản lý thông tin là yếu tố cơ bản và cần thiết cho quản lý dựa vào bằng chứng. Do đó, những cấu phần đó phải phù hợp



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 10-1 Đề xuất các cấu phần hợp tác kỹ thuật của JICA

Hình 10-2 thể hiện mục tiêu của mỗi cấu phần. Cấu phần 2 tới 5 cần làm việc với hội đồng và các nhóm kỹ thuật. Cấu phần 1 là dành cho cấp thực hiện để cải tiến chất lượng số liệu.



Nguồn: Đoàn Khảo sát

Hình 10-2 Mục tiêu của mỗi cấu phần

10.1.1 Điều kiện tiên quyết cho Dự án hợp tác kỹ thuật

Tuy nhiên, trong khi khảo sát thì chưa có quyết định rõ ràng đối với việc thành lập hội đồng. Giữa các bên liên quan cũng chưa có sự thống nhất về khái niệm của Gói DVYTCB/ Gói Quyền lợi. Do đó, những điều kiện tiên quyết sau (Bảng 10-2) cần được hoàn thành để thiết kế dự án hợp tác kỹ thuật nói trên, vì các cấu phần đề xuất sẽ liên quan tới hội đồng và Gói DVYTCB/ Gói Quyền lợi. Thậm chí, cấu phần 1 (quản lý thông tin), số liệu cần thiết để quản lý gói dịch vụ y tế cơ bản và phương pháp chi trả cần được Hội đồng xác định.

Ngoài ra, do Gói DVYTCB/ Gói Quyền lợi liên quan tới nhiều yếu tố khác nhau như dịch vụ y tế, thuốc, giá dịch vụ cũng như tình trạng tài chính của các bệnh viện và Quỹ Bảo hiểm Y tế, sự phối hợp liên ngành cần được đảm bảo. Đoàn khảo sát nhận thấy rằng sự phối hợp giữa Bộ Y tế và Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam chưa được tốt. Và như nêu trong Kế hoạch Năm năm ngành y tế 2016-2020, các thông tư liên quan chưa phù hợp và

liên quan với nhau. Điều đó có nghĩa là các khoa phòng liên quan của Bộ Y tế chưa có sự phối hợp với nhau và sự lãnh đạo còn lỏng lẻo nên chưa dẫn dắt được các bên liên quan đi đúng một định hướng cải tiến liên tục thống bảo hiểm y tế để đáp ứng như cầu của nhân dân.

Bảng 10-2 Điều kiện tiên quyết của Hợp tác kỹ thuật JICA

- Thành lập một tổ chức cải thiện liên tục gói quyền lợi hoặc gói Dịch vụ y tế cơ bản
 - Mặc dù quyết định về Hội đồng Quốc gia về Chính sách Bảo hiểm y tế được ban hành, nhiệm vụ cụ thể, vai trò, trách nhiệm, quyền hạn và sự nhận thức chính thức vẫn chưa được xác định. Để xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản hoặc sửa đổi gói quyền lợi và duy trì liên tục, một tổ chức tham gia vào cải thiện liên tục gói quyền lợi sẽ rất quan trọng. Do đó, sự đồng thuận rõ ràng cần phải được thông báo bằng văn bản như thông tư.
 - Nếu một tiểu ban thực hiện nhiệm vụ này, điều khoản tham chiếu bao gồm danh sách các cục/ vụ liên quan và thành viên nhóm kỹ thuật cần được chuẩn bị để bắt đầu công việc thực tế.
- Gói Dịch vụ y tế cơ bản
 - Ban hành thông tư về định nghĩa cụ thể và mục đích của gói dịch vụ y tế cơ bản và chỉ đạo/ chiến lược rà soát liên tục gói quyền lợi/ gói Dịch vụ y tế cơ bản
- Phối hợp liên ngành
 - Đảm bảo sự tham gia tích cực hoặc phối hợp của cơ quan BHXHVN và Bộ tài chính.
 - Đảm bảo sự cam kết mạnh mẽ của các vụ/ cục của Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch Tài chính, Vụ Bảo hiểm Y tế, và Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh) và các tổ chức ở các tỉnh điểm (Ủy ban Nhân dân, Sở Y tế, Bảo hiểm Xã hội tỉnh và cơ sở y tế)

Nguồn: Đoàn Khảo sát

10.1.2 Sơ lược về các cấu phần dự kiến

(1) Cấu phần1: Quản lý thông tin

Cấu phần 1 về quản lý thông tin có hai cấu phần phụ. Cấu phần phụ đầu tiên nhằm cải thiện chất lượng số liệu được nhập trong hoạt động hàng ngày (Bảng 10-3). Mặc dù sự chính xác và thời gian nộp số liệu là cần thiết để ra quyết định dựa vào bằng chứng nhưng việc này vẫn chưa được các bên liên quan nhận thức đầy đủ. Thông qua cấu phần1-1, đầu tiên, có thể kỳ vọng hiểu được tầm quan trọng của việc quản lý số liệu và điều này sẽ được mở rộng ra tới các nhân viên ở cấp thực hiện.

Bảng 10-3 Cấu phần 1-1: Cải thiện Chất lượng số liệu ở cấp thực hiện

Hạng mục	Nội dung		
Hoàn cảnh	<ul style="list-style-type: none"> Nhìn chung, tầm quan trọng của sự chính xác số liệu và quản lý số liệu chưa được nhận thức đầy đủ từ tuyến trung ương tới cơ sở. Các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế chưa nhập chính xác các số liệu khám chữa bệnh, kê đơn và yêu cầu thanh quyết toán bảo hiểm y tế Chính sách và các quy định chưa được xây dựng dựa vào bằng chứng phù hợp 		
Mục tiêu	<ul style="list-style-type: none"> Đảm bảo sự chính xác của số liệu ở các cơ sở y tế Tăng cường năng lực nhân viên phụ trách nhập và quản lý số liệu Xây dựng chuẩn quốc gia về Hệ thống Thông tin Bệnh viện (HIS) 		
Các bên liên quan	<ul style="list-style-type: none"> Bộ Y tế (Vụ KHTC (Phòng Thống kê), Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh, Cục Công nghệ Thông tin) Các bệnh viện (Phòng Kế hoạch Tổng hợp, điều dưỡng và nhân viên nhập liệu trong công việc hàng ngày) 		
Hoạt động		Bộ Y tế	Bệnh viện
	Hỗ trợ xây dựng lộ trình và kế hoạch hành động để cải thiện chất lượng số liệu ở các cơ sở y tế	<input type="radio"/>	
	Hỗ trợ xây dựng các tiêu chí nguồn nhân lực quản lý số liệu	<input type="radio"/>	
	Hỗ trợ xây dựng chương trình và tài liệu đào tạo về sự chính xác của số liệu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hỗ trợ tổ chức đào tạo (Phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Tài chính Kế toán v.v)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tham gia nghiên cứu về tình hình Hệ thống Thông tin bệnh viện và xác định các tiêu chuẩn cần thiết	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nguồn: Đoàn Khảo sát

Cấu phần phụ thứ hai nhằm hỗ trợ việc xây dựng hệ thống quản lý số liệu lồng ghép. Như đã nêu ở Hình 10-2, số liệu khác nhau liên quan tới dịch vụ y tế, thanh toán, tình trạng y tế và quản lý bệnh viện được thu thập và lồng ghép để cung cấp bằng chứng cho việc ra quyết định về hệ thống bảo hiểm y tế. Trong cấu phần 1-2 (Bảng 10-4), khung lồng ghép số liệu sẽ được thảo luận và lập sơ lược thông qua sự phối hợp với các bên liên quan. Qua quá trình này, trách nhiệm, sự lãnh đạo và cơ cấu thực hiện rõ ràng sẽ được xác định.

Bảng 10-4 Cấu phần 1-2: Phát triển năng lực Lồng ghép số liệu

Hạng mục	Nội dung
Hoàn cảnh	<ul style="list-style-type: none"> Số liệu cần thiết để quản lý hệ thống bảo hiểm y tế bị đứt đoạn giữa các vụ/ cục của Bộ Y tế, cơ sở y tế và cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam/ Bảo hiểm Xã hội tỉnh. Gói Quyền lợi và cơ chế chi trả chưa được quản lý dựa vào các bằng chứng chính sách phù hợp.
Mục tiêu	<ul style="list-style-type: none"> Xây dựng hệ thống thu thập, quản lý và tổng hợp số liệu để chuẩn bị các bằng chứng chính sách phù hợp cho hội đồng/tiểu ban Tăng cường nhận thức và năng lực của các Cán bộ bộ y tế về quản lý số liệu cho bằng chứng chính sách Xây dựng tiêu chuẩn quốc gia của hệ thống quản lý số liệu, v.v., hệ thống thông tin quản lý y tế (HMIS), etcv.v.
Các bên liên quan	<ul style="list-style-type: none"> Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch Tài chính (Phòng Thống kê), Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh, , Cục Công nghệ Thông tin) Cơ quan Bảo hiểm Y tế (Cục Chính sách Bảo hiểm y tế)
Hoạt động	<ul style="list-style-type: none"> Hỗ trợ xây dựng lộ trình và kế hoạch hành động để thiết lập trung tâm quản lý số liệu Hỗ trợ xây dựng hệ thống thu thập số liệu thường quy và giao thức để cung cấp cho các nhóm kỹ thuật trực thuộc các hội đồng/tiểu ban Hỗ trợ xây dựng chương trình và tài liệu đào tạo về quản lý số liệu Hỗ trợ tổ chức đào tạo cho nhân viên trung tâm quản lý số liệu và nhân viên liên quan của Bộ Y tế Tìm kiếm sự phối hợp với Hệ thống thông tin y tế số do Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh quản lý Hỗ trợ xây dựng tiêu chuẩn quốc gia cho hệ thống quản lý số liệu (máy tính, phần mềm v.v) Tham gia nghiên cứu về thực trạng hệ thống quản lý số liệu, và xác định chức năng và tiêu chuẩn cần thiết

Nguồn: Đoàn Khảo sát

(2) Cấu phần 2: Phát triển năng lực của hội đồng

Thông qua Cấu phần 2 (Bảng 10-5), hội đồng để quản lý hệ thống bảo hiểm y tế bao gồm gói quyền lợi và phương thức chi trả, Hội đồng tư vấn quốc gia, cần phải được tăng cường năng lực cùng với các tiểu ban. Đồng thời, các vụ cục liên quan của Bộ y tế sẽ tăng cường năng lực cần thiết để cung cấp thông tin cho hội đồng. Hội đồng sẽ phát triển năng lực để đạt đồng thuận của các cơ quan khác nhau và đưa ra quyết định liên quan dựa vào các bằng chứng. mong various stakeholders and advocate relevant decisions based on evidences.

Cơ chế nói trên có thể mang tính chất mới đối với Việt Nam để điều phối các cơ quan liên quan khác nhau có mục đích và lợi ích khác nhau, ban thư ký cần phải có vai trò trung gian. Ban thư ký cũng điều phối và soạn thảo các bằng chứng khác nhau cần thiết để quản lý hệ thống bảo hiểm y tế. Điều này có thể tạo ra gánh nặng công việc nhất định. Xem xét những vấn đề nói trên, năng lực của người đứng đầu và thành viên hội đồng cần được thảo luận kỹ càng.

Bảng 10-5 Cấu phần2: Phát triển năng lực của hội đồng để quản lý Gói Dịch vụ Y tế cơ bản Cơ chế chi trả

Hạng mục	Nội dung
Hoàn cảnh	- Gói quyền lợi bảo hiểm y tế và Phương thức chi trả chưa được quản lý một cách hiệu quả.
Mục tiêu	- Xây dựng phối hợp liên ngành và cơ chế phối hợp để quản lý hệ thống bảo hiểm y tế - Tăng cường cơ chế nói trên
Các bên liên quan	- Bộ Y tế (Vụ Tài chính Kế toán, Vụ Bảo hiểm Y tế, Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh, Cục Quản lý Dược, Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế, Cục Y tế dự phòng v.v) - BHXHVN (Cục Chính sách Bảo hiểm y tế) - Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch Đầu tư (MPI) - Các cơ quan nghiên cứu
Hoạt động	a) Hỗ trợ lập dự thảo Bản Tham chiếu (TOR) của hội đồng và nhóm kỹ thuật, bao gồm các thành viên, sứ mệnh, mục tiêu, chức năng, hoạt động v.v b) Hỗ trợ đạt đồng thuận giữa các các bên liên quan như các vụ/ cục của Bộ Y tế, cơ quan Bảo hiểm Xã hội, cơ sở y tế, các cơ sở nghiên cứu v.v c) Xác định vai trò và chức năng của ban thư ký và xây dựng năng lực của người đứng đầu và thành viên được chỉ định vào ban thư ký d) Hỗ trợ xác định các số liệu thường quy để rà soát gói Dịch vụ y tế cơ bản e) Thiết kế khảo sát để thu thập và phân tích số liệu nói trên có sự phối hợp với các cơ quan nghiên cứu. f) Hỗ trợ tăng cường năng lực của nhóm công tác và phân tích, diễn giải số liệu cũng như phân tích thực trạng g) Hỗ trợ phát triển năng lực của hội đồng để đưa ra khuyến nghị cho những người ra quyết định

Nguồn: Đoàn Khảo sát

(3) Cấu phần 3: Cải tiến liên tục Gói Dịch vụ Y tế cơ bản

Cấu phần 3 là để cải thiện liên tục gói Dịch vụ y tế cơ bản.

Như nêu ở Bảng 10-6, nhóm kỹ thuật sẽ được hình thành để xây dựng dự thảo Gói Dịch vụ Y tế cơ bản tham khảo các số liệu sẵn có. Phương pháp được mô tả ở Phần 9.2.5 có thể được tham khảo. Do có thể có khó khăn trong việc triển khai trên dự thảo, một vài cuộc họp tư vấn sẽ được tổ chức để lấy ý kiến của các cơ quan liên quan như bệnh viện, người bệnh, chính quyền địa phương v.v.

Bảng 10-6 Cấu phần 3-1: Cải thiện liên tục Gói Dịch vụ Y tế cơ bản

Hạng mục	Nội dung
Hoàn cảnh	<ul style="list-style-type: none"> - Gói Quyền lợi phạm vi rộng hiện nay có thể sẽ ảnh hưởng tới tính bền vững của quỹ bảo hiểm y tế - Danh mục các dịch vụ hiện có do bảo hiểm y tế chi trả (Thông tư 43 và 37) chưa được đồng bộ.
Mục tiêu	<ul style="list-style-type: none"> - Xây dựng danh mục dịch vụ rõ ràng do bảo hiểm y tế chi trả
Các bên liên quan (Thành viên nhóm KT)	<ul style="list-style-type: none"> - Bộ Y tế (Vụ Tài chính Kế toán, Vụ Bảo hiểm Y tế, Cục Quản lý Khám bệnh, chữa bệnh) lãnh đạo bệnh viện, cán bộ hàn lâm, Viện Chiến lược và Chính sách y tế (HSPI), Cơ quan Bảo hiểm Y tế, v.v.
Hoạt động	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo điều kiện thuận lợi để hình thành nhóm kỹ thuật - Tổ chức đào tạo về hệ thống bảo hiểm y tế và Gói Quyền lợi phù hợp - Tạo thuận lợi cho nhóm kỹ thuật thảo luận về nội dung của Gói quyền lợi bảo hiểm y tế tham khảo số liệu của Dự án HFG - Hỗ trợ nhóm kỹ thuật lập dự thảo Gói quyền lợi bảo hiểm y tế - Lồng ghép danh mục hiện thời - Phù hợp với tiêu chuẩn Quốc tế như ICD9-CM, ICHI, v.v. - Hỗ trợ nhóm kỹ thuật tư vấn với Các bên liên quan về dự thảo - Hỗ trợ nhóm kỹ thuật hoàn thiện dự thảo trình lên Bộ trưởng

Nguồn: Đoàn Khảo sát

(4) Cấu phần 4: Xây dựng các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn

Các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn do bảo hiểm y tế chi trả có thể hiệu quả để cải thiện chất lượng dịch vụ y tế, kiểm soát cung cấp quá mức dịch vụ, và nâng cao giám định thanh quyết toán bảo hiểm y tế từ quan điểm y tế. Trong cấu phần 4 (Bảng 10-7), các hướng dẫn đối với những bệnh chủ yếu cần phải được xây dựng. Vấn đề đó có thể sẽ được phản ánh tới đào tạo trước dịch vụ để mở rộng sự hiểu biết đúng giữa các cơ sở y tế.

Bảng 10-7 Xây dựng Các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn

Hạng mục	Nội dung
Hoàn cảnh	<ul style="list-style-type: none"> - Cung cấp quá mức dịch vụ khám chữa bệnh có thể gây ra những chi phí không cần thiết của Quỹ Bảo hiểm Y tế và gánh nặng tài chính của người bệnh . - Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam/ Bảo hiểm Xã hội tỉnh không thể kiểm soát được việc cung cấp quá mức dịch vụ vì không thể xác định được các dịch vụ không cần thiết.
Mục tiêu	<ul style="list-style-type: none"> - Xây dựng các hướng dẫn lâm sàng chuẩn do Quỹ Bảo hiểm Y tế chi trả - Cải thiện tính hiệu quả và hiệu dụng của giám định thanh quyết toán bảo hiểm y tế - Kiểm soát cung cấp quá mức dịch vụ để giảm gánh nặng cho người bệnh và Quỹ Bảo hiểm Y tế
Các bên liên quan (Thành viên nhóm KT)	<ul style="list-style-type: none"> - Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Vụ Kế hoạch Tài chính, Vụ Bảo hiểm Y tế), lãnh đạo các bệnh viện, cán bộ nghiên cứu, Viện Chiến lược và Chính sách y tế (HSPI), Cơ quan Bảo hiểm.
Hoạt động	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo điều kiện hình thành nhóm kỹ thuật - Tổ chức đào tạo về Các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn - Xác định các bệnh/ triệu chứng để xây dựng các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn - Hỗ trợ xây dựng các hướng dẫn - Hỗ trợ thử nghiệm ở một số bệnh viện điểm để xác định hiệu quả của các dịch vụ người bệnh, giám định bảo hiểm, tổng chi phí, chi phí ÔOP và thanh toán từ Quỹ Bảo hiểm Y tế

Nguồn: Đoàn Khảo sát

(5) Cấu phần 5: Xây dựng phương thức DRG

Về vấn đề hỗ trợ kỹ thuật đối với việc xây dựng phương thức chi trả DRG, Bộ Y tế đã và đang phối hợp với Chính phủ Thái thông qua tham gia đào tạo, hỗ trợ kỹ thuật cho dự án thí điểm. Đồng thời, Nhật Bản không có nguồn lực kỹ thuật phù hợp về xây dựng phương thức DRG. Đoàn khảo sát gợi ý tìm kiếm cơ hội để Hợp tác kỹ thuật thông qua dự án khác của JICA đang được triển khai với Chính phủ Thái Lan.

10.1.3 Đào tạo tại Nhật Bản và nước thứ ba

(1) Đào tạo tại Nhật Bản

Trong thời gian Tham quan tại Nhật Bản là một hoạt động của ‘Khảo sát Gói dịch vụ y tế cơ bản và Cơ chế chi trả tại Việt Nam’, Đoàn khảo sát đã xác định được một số nhu cầu đào tạo cho tương lai. Chuyến tham quan tại Nhật Bản được tổ chức từ ngày 15 tới 24 tháng 5 năm 2016 (tham khảo nội dung ở Chương X). 14 đại biểu từ Bộ Y tế, Sở Y tế của hai tỉnh và các tổ chức liên quan như Bộ Tài chính và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. Các đại biểu ở chức vụ là phó vụ trưởng cho tới các chuyên viên. Do đó, mức độ hiểu biết về hệ thống bảo hiểm có khác nhau. Do đào tạo tại Nhật Bản được thiết kế để bao trùm các nội dung như tổng quan hệ thống bảo hiểm xã hội trong đó có bảo hiểm y tế với các bên liên quan như Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản, một số cơ quan bảo hiểm như Hội Bảo hiểm Y tế Nhật Bản (kyokai kenpo), Liên hiệp Quốc gia các Hội Bảo hiểm Y tế, Cơ quan Thanh toán và giám định bảo hiểm y tế. Các đại biểu cũng tới thăm các cơ quan địa phương ở thành phố Saku, tỉnh Nagano, bệnh viện trung ương Saku và phòng khám Kitaaiiki.

Các đại biểu hiểu rằng không chỉ hệ thống bảo hiểm y tế được xây dựng một cách phù hợp mà còn cần có cơ chế dịch vụ y tế hợp lý đảm bảo chất lượng chăm sóc và dễ tiếp cận cho mọi người.

Vì lý do đó, nhóm nghiên cứu đề xuất chương trình đào tạo như sau để tăng cường hệ thống bảo hiểm y tế của Việt Nam.

Bảng 10-8 Ví dụ về đào tạo tương lai tại Nhật Bản

Tên chương trình	Nội dung	Đối tượng	Thời gian
Tăng cường năng lực hoạch định chính sách	1. Đặt khái niệm 2. Vai trò của công chức 3. Hình thành chính sách 4. Thu thập thông tin v.v	Cán bộ cấp vụ/ cục trưởng (BYT, BTC)	2 tuần
Vai trò của Hội đồng Y tế Bảo hiểm Xã hội Trung ương	1. Chức năng của Ban thư ký 2. Tầm quan trọng của số liệu thống kê và phân tích hợp lý 3. Kế hoạch đạt được đồng thuận	Cán bộ cấp trung (BYT)	1 tuần
Mở rộng bao phủ	1. Nắm được thực trạng của Việt Nam 2. Áp dụng 3. Phối hợp của các cơ sở giáo dục v.v	Cán bộ cấp trung (BHXHVN)	1 tuần
Thu phí bảo hiểm	1. Thu phí bảo hiểm 2. Phân tích tổ chức hiện có và khả năng phối hợp 3. Đào tạo cho nhân viên y tế cộng đồng v.v	Cán bộ cấp trung (BHXHVN, BHXH tỉnh, Sở Y tế)	1 tuần
Khái niệm của phương thức DPC	1. Khái niệm của phương thức DPC 2. Hình thành DPC 3. Triển khai thí điểm với các trường y 4. Sửa đổi nội dung thông qua thông tin cung cấp bởi các cơ sở y tế thí điểm.	Cán bộ cấp trung (BYT, đại học Y)	2 tuần

Nguồn: Đoàn Khảo sát

(2) Đào tạo ở nước thứ ba

Cung cấp tình hình ở các nước ASEAN (Thái Lan, Indonesia, Philippines, Cam pu chia, Lào và Malaysia) được xem xét, Thái Lan chỉ là nước có thể coi là tham khảo đối với hệ thống bảo hiểm y tế của Việt Nam về mức độ bao phủ (bao phủ y tế toàn dân), hệ thống chi trả (Định suất, Phí dịch vụ, DRG), phương pháp bao phủ cho lĩnh vực không chính thức và chức năng của các cơ sở cung cấp dịch vụ cũng như sắp xếp kinh phí. Ngoài ra, chi phí cho người cao tuổi sẽ là một thách thức trong tương lai đối với hệ thống bảo hiểm y tế ở Việt Nam. Một dự án

của JICA là Dự án LTOP (Dự án Phát triển dịch vụ chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi và những người bị tổn thương) cũng rất có giá trị khi đi thăm để hiểu được nội dung và hoạt động của dự án.

Vì lý do đó, chương trình đào tạo ở nước thứ ba cũng được khuyến nghị thực hiện ở Thái Lan với những nội dung sau:

- Mở rộng bao phủ cho khu vực không chính thức (phân bổ ngân sách, sự tham gia của chính quyền địa phương và các nhà cung cấp dịch vụ, xác định gói dịch vụ y tế và danh mục âm)
- Chuẩn bị đối với già hóa và xã hội cao tuổi cũng như kiểm tra khả năng dịch vụ chăm sóc đối với người cao tuổi trong phạm vi bảo hiểm và sự cần thiết của hệ thống tách biệt cho người cao tuổi.
- Thu thập số liệu để thiết kế chính sách và chức năng của các cơ quan nghiên cứu.
- Thu phí bảo hiểm (hành động và thách thức bởi Cơ quan Bảo hiểm Xã hội)
- Phương pháp kiểm soát chất lượng chăm sóc y tế
- Xây dựng phương thức DRG (cần thiết để kiểm tra liệu có áp dụng được ở Việt Nam hay không)
- Tham gia đào tạo với CAP-UHC tại Thái Lan

Đào tạo có thể được tổ chức với Cục Bảo hiểm Y tế Quốc gia, Cơ quan Bảo hiểm Xã hội và Bộ Y tế Thái Lan.

10.2 Xây dựng Vốn vay theo chương trình (DPL)

Để đáp ứng với Kế hoạch Năm năm ngành Y tế giai đoạn 2016-2020 đề cập tới việc chuyển đổi từ dự án vốn vay sang vốn vay hỗ trợ ngân sách, vốn vay theo chương trình có thể được đề xuất. JICA đã triển khai ở Kenya để tăng cường hệ thống bảo hiểm y tế, đặc biệt là để hỗ trợ cho người nghèo. Mặc dù phạm vi của chương trình chưa thể xác định được, vốn vay theo chương trình có thể nỗ lực để phát triển hơn nữa hệ thống bảo hiểm y tế và đạt được Bao phủ Y tế Toàn dân (UHC).

DPL được giải ngân theo kết quả của các hành động chính sách được xác định trong ma trận chính sách. Dự thảo ma trận chính sách được gợi ý như ở Bảng 10-9 dựa vào kết quả khảo sát và những tiêu chí sau:

- Các hành động cần thiết hoặc quan trọng để;
 - Vẽ nên bức tranh tổng thể của hệ thống bảo hiểm y tế giống như một phần của chiến lược tài chính y tế quốc gia;
 - Đảm bảo nguồn lực tài chính để đạt được bao phủ y tế toàn dân;
 - Trình bày Gói quyền lợi đơn giản, rõ ràng và điều chỉnh giá dịch vụ y tế đối với các bên liên quan;
 - Kiểm soát việc sử dụng quá mức những dịch vụ y tế giá cao không cần thiết;
 - Ra quyết định dựa vào các bằng chứng tin cậy; và
 - Giảm quá tải ở các bệnh viện trung ương/ tỉnh.
- Tiến độ của các hành động sẽ được giám sát và kiểm soát bởi BHYT.
- Các hành động liên quan tới các bên liên quan quan trọng tới bảo hiểm y tế như BTC và BHXHVN.

Bảng 10-9 Đề xuất Dự thảo Ma trận Chính sách

Phân loại	Tác động mong muốn	Gói thứ nhất (tháng 9 năm 2017)	Gói thứ hai (tháng 9 năm 2019)	Chỉ số giám sát			Trách nhiệm
				Ranh giới	Mục tiêu	Nguồn xác minh	
Chính sách	Xây dựng Bức tranh toàn cảnh của tài chính y tế trong đó có hệ thống bảo hiểm y tế	Xây dựng chiến lược tài chính y tế		Dự thảo	T12, 2016	Chiến lược được phê duyệt	BYT-Vụ KHTC, BTC
		Xây dựng Kế hoạch trung hạn và kế hoạch hành động về tài chính y tế		Chưa có	T9 2017	Kế hoạch được phê duyệt	BYT-Vụ KHTC
			Mô phỏng tài chính của chi tiêu y tế và Quỹ Bảo hiểm Y tế được báo cáo cho các bên liên quan	Chưa có	T9 2019	Báo cáo về diễn tập mô phỏng tài chính được phê duyệt	BYT-Vụ KHTC, BHXHVN
Tài chính	Đảm bảo nguồn tài chính cho bao phủ y tế toàn dân .	Đảm bảo nguồn thu thuế mới từ thuốc lá và rượu được phân bổ để bảo vệ tài chính cho đối tượng bị tổn thương		Chưa có	T9 2017	Báo cáo tài chính của BYT	BYT-Vụ KHTC BTC
Quản lý Gói quyền lợi, điều chỉnh giá dịch vụ y tế và Phương thức chi trả	Gói Quyền lợi của bảo hiểm y tế được tối đa hóa.	Hội đồng/ /tiểu ban bắt đầu hoạt động xây dựng và quản lý Gói Quyền lợi và điều chỉnh giá dịch vụ y tế.		Quyết định thành lập	T11. 2016	Biên bản họp	Bộ Y tế-Vụ BHYT
		Thành lậpNhóm kỹ thuật để xây dựng/ rà soát Gói quyền lợi/ Gói DVYTCB.		Chưa có	T12. 2016	Điều khoản tham chiếu và kế hoạch làm việc được phê duyệt và biên bản họp	BYT- Vụ BHYT
	Áp dụng phương thức chi trả phù hợp.	Lồng ghép và phân tích đầu ra và bài học thu được của triển khai thí điểm Phương thức chi trả (định suất và DRG).		Chưa có	T9. 2019	Danh mục số liệu cần thiết	BYT- Vụ BHYT
	Ra quyết định dựa trên bằng chứng về Gói quyền lợi/Gói DVYTCB và điều chỉnh giá dịch vụ y tế.		Hội đồng/tiểu ban hoặc nhóm kỹ thuật xác định số liệu cần thiết để quản lý Gói quyền lợi và điều chỉnh giá dịch vụ y tế.	Thí điểm dứt đoạn	T9. 2017	Báo cáo phân tích	BYT-Vụ KHTC
Gói Quyền lợi và điều chỉnh giá dịch vụ y tế	Xây dựng Gói quyền lợi toàn diện của bảo hiểm y tế.	Danh mục khám chữa bệnh, thuốc, vật tư y tế được cung cấp cho mỗi tuyến cơ sở y tế được lồng ghép vào trong một gói quyền lợi.		Danh mục dứt đoạn	T9. 2017	Danh mục lồng ghép dịch vụ y tế, thuốc, vật tư y tế (gói quyền lợi)	BYT-Cục QLKCB BYT-Vụ KHTC

Phân loại	Tác động mong muốn	Gói thứ nhất (tháng 9 năm 2017)	Gói thứ hai (tháng 9 năm 2019)	Chỉ số giám sát			Trách nhiệm
				Ranh giới	Mục tiêu	Nguồn xác minh	
Kiểm soát việc sử dụng quá mức dịch vụ giá cao			Điều chỉnh giá dịch vụ y tế được lồng ghép vào Gói quyền lợi hoặc Gói DVYTCB		T9. 2019	Gói quyền lợi cùng với điều chỉnh giá dịch vụ y tế	BYT-Vụ KHTC
			Xây dựng dự thảo thông tư về Gói DVYTCB hoặc Gói quyền lợi sửa đổi do Quỹ Bảo hiểm Y tế chi trả	Chưa có	T9. 2019	Dự thảo thông tư về gói DVYTCB hoặc Gói Quyền lợi sửa đổi	BYT-Vụ KHTC
	Kiểm soát việc sử dụng quá mức dịch vụ giá cao	Văn bản pháp quy về tiêu chí dịch vụ y tế giá cao/ kỹ thuật cao được bảo hiểm y tế chi trả được xây dựng		Chưa có	T9. 2017	Tiêu chí các dịch vụ giá cao/ kỹ thuật cao do bảo hiểm y tế chi trả	Bộ Y tế- Vụ KHTC
			Văn bản pháp quy về xây dựng các hướng dẫn thực hành lâm sàng chuẩn đối với các bệnh do bảo hiểm y tế chi trả được xây dựng	Chưa có	T9. 2019	Hướng dẫn đối với các bệnh chủ yếu	BYT-Cục QLKCB
Quản lý thông tin	Tiêu chuẩn cần thiết được xây dựng để áp dụng công nghệ thông tin đối với thanh quyết toán và giám định bảo hiểm y tế.	Các tiêu chuẩn quản lý thông tin đối với bảo hiểm y tế: mã dùng chung và biểu mẫu thanh quyết toán được cải thiện.		Mã và các biểu mẫu hiện có	T12. 2017	Mã dùng chung được sửa đổi và biểu mẫu thanh quyết toán	BYT-Vụ BHYT
			Tiêu chuẩn quản lý thông tin bảo hiểm y tế: quy định giám định thanh toán bảo hiểm y tế được xây dựng	Các quy định hiện hành	T9. 2019	Quy định giám định thanh toán bảo hiểm y tế được sửa đổi	BYT-Vụ BHYT BHXHVN
	Số liệu chính xác được nộp lên kịp thời.	Xây dựng hướng dẫn nhập số liệu chính xác kịp thời cho nhân viên kế toán, thanh toán bảo hiểm y tế và lâm sàng.		Chưa có	T12. 2017	Hướng dẫn	BYT-Vụ BHYT
	Các bên liên quan sử dụng số liệu và xây dựng kế hoạch hành động.		Cơ chế lồng ghép số liệu cần thiết đối với việc quản lý hệ thống bảo hiểm y tế được xây dựng	Chưa có	T9. 2019	Văn bản pháp quy về thành lập trung tâm quản lý số liệu bảo hiểm y tế	BYT-Vụ BHYT BHXHVN
Cung cấp dịch vụ	Tăng cường hệ thống chuyên tuyến	Tài liệu pháp quy về chức năng gác công của trạm y tế xã hoặc bác sỹ gia đình được xây dựng.		Chưa có	T9. 2017	Thông tư về chức năng gác công được phê duyệt	BYT

Tài liệu tham khảo

- ADB. 2015.** Viet Nam: Health Human Resources Sector Development Program. [Online] 2015. Available at:
<http://www.adb.org/projects/40354-013/main>.
- Aparnaa Somanathan, Ajay Tandon, et al. 2014.** *Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam*. Washington DC : World Bank, 2014.
- Arubino.** Hajimete Kojin Nenkin (Japanese). [Online] <http://www.paci-nenkin.com/>.
- BJPS Ketenagakerjaan. 2015.** BJPS Ketenagakerjaan. [Online] 2015. [Cited: 11 20, 2015.]
<http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/?lang=ENG>.
- Cabinet Office, Japan.** Annual Report on the Aging Society: 2015 (Summary). *Cabinet Office*. [Online]
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html.
- Doosan Heavy Industries & Construction. 2012.** Doosan - Chung-Ang University Hospital Spreads ‘Medical Care’ in Vietnam. [Online] 2012.
http://www.doosanheavy.com/en/media/news_view.do?pressSeq=20120806143008793306&parSrchTxt.
- Dr. Pham Luong Son. 2015.** *Health Insurance Policy in Viet Nam*. s.l. : BHXH, 2015.
- DucAnh Ha MD, MSc, D.Ph. 2011.** *Social Insurance as a means to achieving universal coverage and more equitable health outcome*. Hanoi : UNICEF, 2011.
- EU.** EU – Vietnam Health Sector Policy Support Programme (HSPSP-1). *EU*. [Online]
https://ec.europa.eu/europeaid/projects/eu-vietnam-health-sector-policy-support-programme-hspsp-1_en.
- General Statistics Office. 2014.** *Statistical Yearbook of Vietnam*. s.l. : Hanoi, 2014.
- GIZ.** Strengthening Provincial Health Systems. *GIZ*. [Online] <https://www.giz.de/en/worldwide/18592.html>.
- Gosden T, et al. 2000.** *Capitation, salary, fee-for services and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians*. s.l. : National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, 2000.
- Government. 2009.** *62/2009/ND-CP Decree on implementing the Law on Health Insurance*. Hanoi : the Government of Viet Nam, 2009.
- Government. 2011.** *92/2011/ND-CP2011, the Decree on Defining on Administrative Sanctions in the Field of Health Insurance*. Hanoi : Chính phủ Việt Nam, 2011.
- GSO. 2013.** *Household and Living Standard Survey 2012*. Hanoi : General Statistics Office, 2013.
- . **2011.** *Population Projection for Vietnam 2009-2049*. Hanoi : GSO, 2011.
- . **2015.** *Statistical Yearbook 2014*. Hanoi : General Statistics Office, Viet Nam, 2015.
- . **2002.** *Vietnam Demographic and Health Survey 2002*. Hanoi : s.n., 2002.
- GSO/UNFPA. 2009.** *Implementation and Preliminary Result*. Hanoi : s.n., 2009.
- H.Van Minh et al. 2014.** *Global Public Health*. 2014.
- HealthBridge. 2015.** Launch of Vietnam National NCD Alliance. *HealthBridge*. [Online] 8 26, 2015. [Cited: 3 20, 2016.] http://healthbridge.ca/images/uploads/library/OpeningNCDAllianceVietnam_260815.pdf.
- ICT News. 2013.** Recommend spending 2% of the annual budget for IT. *ICT News*. [Online] 8 13, 2013.
<http://ictnews.vn/cntt/de-xuat-chi-2-ngan-sach-hang-nam-cho-cntt-111419.ict>.
- IMF. 2015.** World Economic Outlook Databases. [Online] International Monetary Fund, 10 2015.

- <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=28>.
- Jeffery Kluger. 2009.** *A Healthier Way to Pay Doctors*. s.l. : TIME 174 (16): 36–40, 2009.
- JETRO. 2014.** Comparison of Minimum Wage. *Japan External Trade Organization*. [Online] 5 20, 2014.
https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/country/vn/invest_05/pdfs/vietnam_saiteichingin.pdf.
- JICA. 2012.** *Basic Study on Social Security Sector in Asia – country report on Viet Nam*. Tokyo : JICA, 2012.
- . **2012.** *Basic Study on Social Security Sector in Asia – country report on Viet Nam*. Tokyo : JICA, 2012.
- . **2014.** *Final Report of Data Collection Survey on Social Security Sector in Viet Nam*. Tokyo, Japan: JICA, 2014.
- Joint Learning Network.** Joint Learning Network. [Online]
<http://www.jointlearningnetwork.org/countries/vietnam>.
- Krit Pongpirul, et al. 2011.** *DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand*. s.l. : BMC Health Services Research 2011, 2011.
- LuxDev Regional Office of Hanoi. 2015.** Supporting Policy on Health Care for the Poor in the Provinces of Cao Bang and Bac Kan. *LuxDev*. [Online] 2015. <http://han.luxdev.lu/en/activity/project/VIE/027>.
- LuxDev. 2015.** *Total health services toward BHSP to be paid by health insurance, pilot study in 5 selected provinces in Vietnam, final report*. Hanoi : LuxDev, 2015.
- MHLW. 2014.** *Material on Medical Insurance for Selected Countries 2014*. Tokyo : Ministry of Health Labour and Welfare, Japan, 2014.
- BYT & HPG. 2013.** *Joint Annual Health Review (JAHR)2013*. Hanoi : Ministry of Health and Health Partnership Group, 2013.
- BYT & WHO. 2013.** *National Health Account 2011, data*. 2013.
- . **2013.** *National Health Account 2012*. Hanoi : Department of Finance and Planning , Ministry of Health Viet Nam and WHO, 2013.
- BYT. 2013.** *43/2013/TT-BYT List of medical services and examinations to be covered by health insurance*. Hanoi : Ministry of Health, Viet Nam, 2013.
- . **2015.** 5084/QĐ-BYT_The decision on the issuance of the common shares portfolio in the medical application of medical and health insurance payments. *Ministry of Health*. [Online] 11 30, 2015.
http://BYT.gov.vn/legaldoc/pages/Directdocument_V2.aspx?ItemID=647.
- BYT and HPG. 2015.** *Joint Annual Review 2014*. s.l. : Ministry of Health and Health Partnership Group, 2015.
- BYT and BTC. 2012.** Inter-Ministerial Circular No. 4/2012/TTLT-BYT-BTC Promulgating the Maximum Price Level of the Medical Examination and Treatment Services in State Medical Examination and Treatment Facilities. Hanoi : BYT and BTC, 2012.
- . **2014.** Joint Circular No. 41/2014/TTLT-BYT-BTC Guidance on Health Insurance. Hanoi : BYT and BTC, 2014.
- BYT. 2014.** *Circular No. 06/2014/TT-BYT*. Hanoi : s.n., 2014.
- . **2013.** Circular No. 27/2013/TT-BYT Promulgating the List of Medical Equipment and Supplies of which Incurred Costs shall be Covered by the Health Insurance Fund. Hanoi : BYT, 2013.
- . **2014.** *Circular No. 27/2014/TT-BYT*. Hanoi : s.n., 2014.
- . **2014.** *Circular No. 28/2014/TT-BYT*. Hanoi : s.n., 2014.

- , **2014.** *Circular No. 29/2014/TT-BYT.* Hanoi : s.n., 2014.
- , **2014.** *Circular No. 32/2014/TT-BYT.* Hanoi : s.n., 2014.
- , **2013.** *Circular No. 43/2013/TT-BYT List of Medical Services and Examinations to be Covered by Health Insurance.* Hanoi : BYT, 2013.
- , **2015.** *Current situation of Price list development and implementation on medical services and its roadmap in Vietnam.* Hanoi : Ministry of Health, Viet Nam, 2015.
- , **2016.** *Five-Year Health Sector Development Plan 2016-2020.* Hanoi : s.n., 2016.
- , **2014.** *Health Statistics Yearbook 2013.* Hanoi : Ministry of Health, Viet Nam, 2014.
- , **2014.** *Master Development Plan for HIS for 2014-2020 and 2030.* Hanoi : s.n., 2014.
- , **2013.** No. 605/KH-BYT. Hanoi, Vietnam : BYT, 2013.
- , **2015.** Roadmap to Develop and implement the basic health service package paid by health insurance in Vietnam. Hanoi : BYT, 2015.
- , **2006.** *Việt Nam Health Information System Review and Assessment.* Hanoi : s.n., 2006.
- BYT, WHO. 2016.** *Health Financing Strategy of Vietnam 2016-2020 (draft).* Hanoi : Ministry of Health, 2016.
- MOLISA. 2009.** *Statistical data of employment and unemployment in Vietnam, MOLISA, Vietnam, 2009.*
Hanoi : Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, 2009.
- MPI & GSO. 2015.** *Report on Labour Force Survey 2014.* Hanoi : Ministry of Planning and Investment and General Statistics Office, 2015.
- N.K. Phuong et al. 2015.** *Global Public Health.* 2015.
- National Assembly. 2015.** 89/2015/QH13. Hanoi : s.n., 2015.
- , **2014.** No. 46/2014/QH13 *Amendments to the law on health insurance.* Hanoi : The National Assembly of Việt Nam, 2014.
- NHSO. 2014.** *Annual Report 2013.* Bangkok : National Health Security Office, Thailand, 2014.
- OECD.** OECD Health Statistics 2015. *OECD.* [Online]
<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-data.htm>.
- OECD, WHO. 2014.** Health at a Glance: Asia/Pacific 2014, Measuring Progress towards UHC. *OECD iLibrary.* [Online] 11 27, 2014.
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114231ec037.pdf?expires=1459930586&id=id&accname=guest&checksum=55F181AA30AE836621F68DB298DDDD93>.
- Pham Le Tuan, et al. 2015.** *Adopting Thai Phuong Disease related diagnosis group for Vietnam Universal Health Coverage: A Case of Ba Vi District Hospital.* s.l. : Siriraj Med J, Volume 67, Number 5, 2015.
- Prime Minister. 2015.** 1584/QĐ-TTg, *Indicator of Health Insurance Implementation from 2015 to 2020.*
Hanoi : Chính phủ Việt Nam, 2015.
- , **2015.** Decision No. 1584/QĐ-TTg Assign Implementation Targets of Health Insurance Period 2015-2020.
Hanoi : s.n., 2015.
- SIRO. May 2012.** *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Thách thức: An independent Assessment of the first 10 years (2001-2010).* Bangkok : Social Insurance Research Office, Thailand, May 2012.
- Social Security Administration, USA. 2012.** *Social Security Programs throughout the World, Asia and the*

- Pacific 2012*. USA : Social Security Administration, 2012.
- The National Assembly. 2014.** Law No. 46/2014/QH13 Amendments to the Law on Health Insurance. Hanoi : The National Assembly, 2014.
- The Prime Minister. 2011.** *09/2011/QĐ-TTg SETTING NORMS ON POOR HOUSEHOLDS AND HOUSEHOLDS IN DANGER OF FALLING INTO POVERTY FOR THE 2011-2015 PERIOD*. Hanoi : Government of Việt Nam, 2011.
- Tran Van Tien, Hoang Thi Phuong, et al. 2011.** *A Health Financing Review of Vietnam with a Focus on Social Health Insurance*. Hanoi : WHO, 2011.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2015.** Data Query. *World Population Prospects, the 2015 Revision*. [Online] United Nations, 12 24, 2015. [Cited: 12 24, 2015.]
<http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>.
- USAID. 2015.** HFG at Work in Viet Nam. *USAID*. [Online] 2015.
<https://www.hfgproject.org/where-we-work/asia/vietnam/>.
- Van Minh Hoang, et al. 2015.** *Patterns of Health Equity and Financial Protection in Việt Nam 1992-2012*. Soeul : Journal of Korean Medical Society Vol.30, 2015. Vol. 30.
- Vietnam Government Portal.** Government Portal. *Government Portal*. [Online] [Cited: 3 20, 2016.]
- BHXHVN. 2015.** Health Insurance Policy in Vietnam. *Health Insurance Policy in Vietnam*. Hanoi, Vietnam : s.n., 2015.
- . **2013.** Plan No. 2961/KH-BHXH. Hanoi : BHXHVN, 2013.
- WHO. 2015.** Call for Proposals: EU/Luxembourg-WHO Bao phủ Y tế Toàn dân Partnership. *WHO*. [Online] 2015. <http://www.who.int/nationalpolicies/eu-lux-who-call/en/>.
- . **2015.** Global Health Expenditure Database. [Online] 2015. [Cited: 11 20, 2015.]
<http://apps.who.int/nha/database>.
- . Global Health Observatory (GHO) data. *World Health Organization*. [Online] [Cited: 3 20, 2016.]
<http://www.who.int/gho/database/en/>.
- . **2011.** *Medicines prices, availability and affordability, World Medicine Situation 2011*. Geneva : World Health Organization, 2011.
- . Universal Health Coverage. *World Health Orgaznization*. [Online]
http://www.who.int/universal_health_coverage/en/.
- William Beveridge. 1942.** *The 1942 Report on Social Insurance and Allied Services*. 1942.
- World Bank.** International Comparison Program Data Portal. *The World Bank*. [Online] [Cited: 3 20, 2016.]
<http://icp.worldbank.org/icp/GlobalResult.aspx>.
- . **2014.** *Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam*. Wasington DC : The Workd Bank, 2014.
- . **2014.** *Uiversal Health coverage for Inclusive and Sustainable*. s.l. : The World Bank, 2014.

Phụ lục

- Phụ lục 1: Lịch trình và ảnh của Khảo sát thực địa
Phụ lục 2: Chương trình và Biên bản Hội thảo lần thứ nhất
Phụ lục 3: Chương trình, đại biểu và ảnh chuyến tham quan tại Nhật Bản
Phụ lục 4: Tổng kết sửa đổi Luật Bảo hiểm Y tế

Phụ lục 1: Hành trình và ảnh Khảo sát thực địa

Itinerary of Field Survey (1) First Field Survey

Date			Itinerary
Nov	25	Wed	Arrived in Hanoi (Nagai, Nishimagi)
			Ministry of Health (MOH) – Department of Planning and Finance (DPF): Dr. Tham Chi Dung
	26	Thu	JICA Viet Nam Office, Ms. Sadamoto, Ms. Hoa
			Arrived in Hanoi (Arima), Nippon Koei Viet Nam
	27	Fri	NTT Data Vietnam
	28	Sat	Reporting
	29	Sun	Arrived in Hanoi (Sasada, Sato), Team Meeting
30	Mon	USAID-Health Finance and Governance Project (HFG) (Abt Associates) Diu Nguyen, MPH, Communication and M&E Program Officer, Health Finance & Governance Project	
Dec	01	Tue	Pre-meeting for the workshop on social insurance database, the World Bank
			MOH - Department of Health Insurance (DHI): Dr. Tong Thi Song Huong – Director
	02	Wed	Team meeting
	03	Thu	LuxDev (the Luxembourg Agency for Development Cooperation)
			Mr. Raja Chowdhry, Senior Technical Advisor and Ms. Yen Pham
	04	Fri	Hanoi Economic University (IPPM): Prof. Giang Thanh Long
			DPF, Dr. Dung
			LuxDev: PIC for performance based financing
			Health Strategy Policy Institute (HSPi): Dr. Oanh- Director
	05	Sat	Reporting
	06	Sun	Team Meeting
	07	Mon	WHO, Dr. Ngyen Kim Phuong, National Professional Officer, Health Financing
	08	Tue	Leave for Japan (Nagai)
			MOH – Administration of Health Information Technology Mr. Pham Xuan Viet, PhD – Deputy Director
	09	Wed	Vietnam Social Security (VSS) –Department of International Cooperation
			-Board of health insurance policies -Department of collection -IT Center -Multi-line payment center north
			VNPT Mr. Nguyen Quoc Cuong, Director, Information Technology and Value Added Services Department
	10	Thu	Vietnam Academy of Social Sciences (VASS) Dr Tran Thi Minh Thi, Deputy Director, Research Institute for Family and Gender
	11	Fri	FPT Information System: Ms. Mai Do Thi Ngoc, Director of Business Assurance Center
			The World Bank: Ms. Nga Nguyet Nguyen
	12	Sat	Reporting
13	Sun	Leave for Gia Lai (Sasada, Sato, Arima)	
		Arrive in Hanoi (Nagai)	
14	Mon	Reporting	
15	Tue	Reporting	
16	Wed	Hoa Binh (Nagai,	
17	Thu	Onishi, Nishimagi)	
18	Fri	The World Bank: Dr. Dao Lan Huong	
19	Sat	Reporting	
20	Sun	Reporting	
21	Mon	DPF, Dr. Dung	

Date			Itinerary
			JICA Viet Nam Office
22	Tue		WHO: Dr. Socorro Escalante / Ms. Nguen Thi Kim Phuong Preparation Meeting for NHC Workshop
23	Wed		Reporting
24	Thu		Leave for Japan (Sasada) BAOVIET INSURANCE CORPORATION Mr. Do Hoang Phuong, Health and PA Division
25	Fri		Preparation Meeting on National Council for Health Insurance Policy, MOH
26	Sat		Leave for Japan (Sato, Arima and Nishimagi)
27	Sun		Reporting
28	Mon		Leave for Japan (Nagai, Onishi)

(2) Second Field Survey

Date			Itinerary	
Jan	30	Sat	Arrive in Hanoi (Onishi, Uehara)	
	31	Sun	Team Meeting	
Feb	01	Mon	JICA Viet Nam: Ms. Sadamoto, Ms. Hoa	
	02	Tue	DPF, Dr. Dung HFG, Mr. Nazzareno Todini, Chief of Party, Health Finance & Governance Project	
	03	Wed	HSPI: Dr. Oanh- Director Leave for Bangkok, Thailand (Onishi)	
	04	Thu	National Health Security Office, Thailand	
	05	Fri	Social Security Office, Thailand	
	06	Sat	Leave for Tokyo (Onishi) Move to another JICA project from Feb 7 (Uehara)	
	16	Tue	Arrive in Hanoi (Arima)	
	17	Wed	Arrivel in Hanoi (Onishi, Nishimagi)	
	18	Thu	DPF, Dr. Dung	
	19	Fri	MOH-Department of International Cooperation: Mr. Do Dang An	
	20	Sat	Reporting	
	21	Sun	Arrive in Hanoi (Nagai, Sato)	
	22	Mon	Arrive in Hanoi (Uehara) JICA Viet Nam Office	
	23	Tue	Hanoi Medical University-Department of Health Economics: Dr. Pham Huy Tuan Kiet DPF	
	24	Wed	Reporting	
	25	Thu	DPF, Dr. Dung	
	26	Fri	Health Finance Technical Group Meeting, MOH	
	27	Sat	Reporting	
	28	Sun	Reporting	
	29	Mon	DPF, Health Statistics Division, Ms. Hang JICA Viet Nam	
Mar	1	Tue	The First Workshop Arrive in Hanoi (Sasada)	
	2	Wed	Leave for Japan (Arima) Leave for Binh Dinh province (Nagai, Sato, Nishimagi) Leave for Japan (Uehara) Vietnam Health Economics Association HSPI -Capitation Pilot	
	3	Thu	Leave for Japan (Onishi) EU-Health Facility Program (HF)	Binh Dinh (Nagai, Sato, Nishimagi)
	4	Fri	Reporting	
	5	Sat	Team Meeting	

Date			Itinerary
			Arrive in Hanoi (Arima)
6	Sun		Leave for Japan (Sasada)
			Arrive in Hanoi (Onishi)
7	Mon		VSS: Department of Health Insurance Policy Implementation/ Department of International Cooperation
			VSS: IT Center
8	Tue		WHO
			Leave for Dong Thap Province (Onishi, Arima, Nishimagi)
9	Wed		Leave for Japan (Nagai)
			Dong Thap (Onishi, Arima, Nishimagi)
10	Thu		
11	Fri		
12	Sat		Arrive in Hanoi (Onishi, Arima, Nishimagi)
13	Sun		Leave for Japan (Onishi)
14	Mon		Arrive in Hanoi (Nagai)
			Meeting “Survey and development of statistic and automatic review system for the pilot project of DRG payment method by Ministry of Economy, Trade and Industry (METI)”
15	Tue		Consultation Workshop on Health Financing TWG (Nagai, Sato)
16	Wed		Reporting
17	Thu		MOH-Medical Service Administration (MSA), Dr. Son
18	Fri		DHI, Ms. Nu Anh
19	Sat		Reporting
20	Sun		Reporting
21	Mon		Reporting
22	Tue		DPF: Dr. Cong, Dr. Anh, Dr. Dung
			JICA Viet Nam Office
23	Wed		Leave for Japan (Nagai, Sato)
24	Thu		Reporting
25	Fri		Leave for Japan (Nishimagi)
26	Sat		Reporting
27	Sun		Reporting
28	Mon		Arrive in Hanoi (Onishi)
29	Tue		Leave for Binh Dinh (Onishi, Arima)
30	Wed		Binh Dinh: PSS, DSS, Hospitals
31	Thu		Binh Dinh: PSS, DSS, Hospitals
Apr	1	Fri	Leave for Japan (Onishi, Arima)

(3) Third Field Survey

Date			Itinerary
Apr	19	Tue	Arrive in Hanoi (Arima)
	20	Wed	Arrive in Hanoi (Nagai, Sato)
	21	Thu	BHSP Workshop
	22	Fri	BHSP Workshop
			DPF
	23	Sat	Arrive in Hanoi (Onishi, Nishimagi)
	24	Sun	Team Meeting
	25	Mon	Reporting
	26	Tue	Leave for Tokyo (Nagai, Sato, Arima)
	27	Wed	Leave for Tokyo (Nishimagi)
	28	Thu	Reporting
	29	Fri	Hanoi Economic University (IPPM): Prof. Giang Thanh Long
	30	Sat	Leave for Tokyo (Onishi)

(4) Fourth Field Survey

Date			Itinerary
May	29	Sun	Arrive in Hanoi (Onishi, Sato, Nishimagi)
	30	Mon	Binh Dinh (Onishi, Sato, Nishimagi)
	31	Tue	
Jun	1	Wed	Arrive in Hanoi (Nagai)
	2	Thu	Arrive in Hanoi (Arima)
	3	Fri	NTT Data Vietnam
	4	Sat	Team Meeting
	5	Sun	Reporting
	6	Mon	VSS
	7	Tue	DPF
			Bach Mai Hospital
			Meeting with Vice- Minister
	8	Wed	JICA Vietnam Office
	9	Thu	Reporting
10	Fri	Leave for Tokyo (Nagai, Onishi, Sato, Arima, Nishimagi)	

(5) Fifth Field Survey

Date			Itinerary
Aug	29	Mon	Arrive in Hanoi (Nagai, Onishi, Sato), JICA Viet Nam
	30	Tue	WHO
	31	Wed	Workshop on National Council for Health Insurance Policy, MOH
Sep	1	Thu	HSPI
	2	Fri	DPF, DHI
	3	Sat	Leave for Tokyo (Nagai)
	4	Sun	Reporting
	5	Mon	DPF, DHI
	6	Tue	DHI
	7	Wed	DPF, DHI
	8	Thu	DPF, DHI
	9	Fri	DHI (Director)
	10	Sat	Leave for Tokyo (Sato)
	11	Sun	Reporting
	12	Mon	Reporting
	13	Tue	DHI
	14	Wed	DHI
	15	Thu	DHI
	16	Fri	Workshop on Capitaion (DPF & EU)
	17	Sat	Reporting
	18	Sun	Reporting
	19	Mon	Reporting
20	Tue	EU EPOS Project, DPF	
21	Wed	DHI	
22	Thu	DHI, Leave for Tokyo (Onishi)	
Oct	17	Mon	Arrive at Hanoi (Onishi)
	18	Tue	Arrive at Hanoi (Sato)
	19	Wed	DPF
	20	Thu	DHI, JICA Viet Nam Office
	21	Fri	DPF, DHI
	22	Sat	Leave for Tokyo (Sato)
	23	Sun	Reporgting
24	Mon	DPF, DHI	

Date			Itinerary
	25	Tue	DPF, DHI
	26	Wed	DPF, DHI
	27	Thu	DPF, DHI
	28	Fri	DPF, DHI
	29	Sat	Leave for Tokyo (Onishi)
	30	Sun	
	31	Mon	Arrive at Hanoi (Nagai), JICA Viet Nam
Nov.	1	Tue	Workshop on Preliminary Results of Actuarial Analysis for BHSP, MOH-HFG
	2	Wed	VSS
	3	Thu	Leave for Tokyo
Dec.	21	Wed	Arrive at Hanoi (Onishi)
	22	Thu	DPF
	23	Fri	DPF, DHI
	24	Sat	Reporting
	25	Sun	Reporting
	26	Mon	DHI
	27	Tue	JICA Senior Advisor for MOH, Leave for Tokyo (Onishi)
Feb.	6	Mon	Arrive in Hanoi (Onishi)
	7	Tue	DPF
	8	Wed	Informal Donor Meeting
	9	Thu	DHI, WHO
	10	Fri	EU, World Bank
	11	Sat	Reporting
	12	Sun	Reporting
	13	Mon	HSPI
	14	Tue	EU-HF, DHI, DPF
	15	Wed	VSS
	16	Thu	Arrive in Hanoi (Nagai), DHI and VSS, Health Insurance Policy Implementation Dept.
	17	Fri	Leave for Tokyo (Onishi)
	18	Sat	Reporting
	19	Sun	Reporting
	20	Mon	HSPI
	21	Tue	Leave for Tokyo (Nagai)

Photos of Field Survey



Interview with DOH in Hoa Binh



Interview with Provincial Hospital in Hoa Binh



Provincial Hospital in Gia Lai



Preparation Meeting on National Council for Health Insurance Policy, MOH



Interview with National Health Security Office in Thailand



Interview with Social Security Office in Thailand



Workshop1 in Hanoi in March 1, 2016
 – Opening Speech by MOH



Workshop 1 in Hanoi on 1 March, 2016
 – Presentation by JICA Survey Team



Interview with Provincial People's Committee
 in Binh Dinh



District Hospital in Binh Dinh



Interview with DOH in Dong Thap



Interview with Provincial Hospital in Dong Thap



Interview with Provincial Hospital,
Binh Dinh Province



An Nhon District Social Security,
Binh Dinh Province



Interview with Bach Mai Hospital



Meeting with DPF, MOH



Meeting with Vice-Minister, MOH



Meeting with Vice-Minister, MOH

Phụ lục 2: Chương trình và Biên bản Hội thảo lần thứ nhất

Date: 8:30-13:30, March 1st, 2016
Venue: Pullman Hotel, Hanoi
Chaired by: Dr. Pham Le Tuan, Vice Minister, MOH
Mr. Nguyen Minh Thao, Deputy General Director, VSS
Mr. Chikahiro Masuda, Senior Representative, JICA Vietnam

Objectives:

1. To present preliminary results and findings of the Survey
2. To provide outlines of Japanese medical insurance and medical fee payment system, and the function of Central Social Insurance Medical Council which could be useful for Viet Nam to consider the National Council for Health Insurance Policy

1. Opening Remarks

1) Dr. Pham Le Tuan, Vice Minister, MOH

The Resolution No.68/2013/QH13 and Law No/46/2014/QH13 of the National Assembly, specified requirements to increase the coverage of health insurance, to take measures to ensure the quality of medical services, to ensure the sustainability of health insurance fund and to reduce out-of pocket payments. In accordance with them, MOH and stakeholders are to develop and issue a circular on basic health service package (BHSP) covered by the health insurance by 2018. MOH has been implementing activities for developing BHSP in close collaboration with relevant stakeholders such as Luxembourg Agency for Development Cooperation and HFG-USAID. As for payment mechanism, we have promoted activities to strengthen data collection, which is necessary for establishing BHSP and proper payment mechanism. MOH has worked closely with VSS and stakeholders, and tried different payment methods such as capitation and DRG. We are pleased to work with JICA for developing BHSP and provider payment method for achieving UHC in Vietnam.

2) Mr. Nguyen Minh Thao, Deputy General Director, VSS

Development of BHSP is in accordance with social policies to be implemented by 2020, which articulated in Resolution No.15-NQ-TW. The amendment of the Health Insurance Law also articulated the development of BHSP. In developing BHSP, the following points need to be considered; 1) scope of BHSP (e.g who is covered? which services? How much is covered? What are the “basic services”?), 2) the service providing capacity of health facilities, 3) distribution of budget to each level, 4) provider payment mechanism, 5) examination of high-frequency technical service.

3) Mr. Chikahiro Masuda, Senior Representative, JICA Vietnam

I would like to express our sincere thanks to Dr. Pham Le Tuan, Vice Minister, MOH and Mr. Nguyen Minh Thao, Deputy General Director, VSS and stakeholders attending this workshop. JICA has been providing comprehensive support to health system in Vietnam over 20 years particularly to three top referral hospitals. We are currently extending our further cooperation to provincial hospitals. Health financing is a new area for JICA cooperation and we started the basic information survey. The purpose of the survey is to collect a wide range of information of the current situation regarding BHSP and provider payment mechanism. We

will analyze and utilize the collected information for our future cooperation of strengthening and management of BHSP and provider payment mechanism. In this workshop, our consulting team will share the preliminary findings with recommendation and Dr. Tanimura from Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) will introduce the Japanese medical insurance system and function of Central Social Medical Insurance Council. Needless to say, Japanese system is different from yours, but experience of Japan for more than 50 years of UHC and lessons learned will be useful for health care system in Vietnam. Let me take this opportunity to express our sincere gratitude to Vice Minister Dr. Pham Le Tuan, colleagues of MOH especially DPF and all participants for your kind support for the survey team.

2. Presentation

- 1) Outline of the Survey and Preliminary Findings, by Ms. Keiko Nagai, Leader of JICA Survey Team
- 2) Japanese Medical Insurance and Medical Fee Payment System, and the Function of Central Social Insurance Medical Council, by Mr. Hironari Onishi, JICA Survey Team
- 3) Basic Concept of Medical Fee Schedule and its Policy Use, by Dr. Tadayuki Tanimura, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan

3. Discussion

➤ HFG – USAID

- Balance of Health Insurance Fund (2016 estimates): Need to clarify “expenditure will be higher than revenue”.

⇒Please give source of reference. (VSS)

⇒Survey team used the information from web site of VSS. (Ms. Nagai)

- OOP: Better to check the latest National Health Account to get the latest figure.

⇒OOP is gradually decreasing from 48% to 43% (2014)(VSS).

➤ VSS

- Medical fee schedule in Japan: Want to know there is any difference in medical fee between the elderly population and other groups.

⇒There is no difference. But copayment rate is different according to each category.

Copayment for people under 6 depends on each local government. Some local government pay for copayment amount for children and their medical fee is free of charge.

➤ World Bank

- OOP: According to MOH in Joint Annual Health Review, OOP is in the declining trend and has gone back up towards 50%. It is not productive to discuss on this particular issue as it is an estimated figure. In fact, patients often need to pay drag cost which is not covered by public health insurance.

- Need to redefine BHSP, which can contribute to improving UHC in Vietnam. BHSP needs to be elaborated for example based on policy priority and can be developed to improve the balance of Health Insurance Fund. It also needs more clarity in terms of the benefit of the health insurance that people have more confidence about what health services are paid for by analyzing additional costs (e.g. copayment rate is not only thing people has to spend).

- Need to be sure that services of BHSP are in line with the health needs of grass-roots level and change of disease trend. HSPI is going to take this angle in their recommendation for BHSP, which is very much in line with MOH strategy.
 - List of health services (currently 17,000 different services) needs to be simplified by ensuring they are according to ICD or procedure classification system. It needs to avoid duplication and make it understandable to providers what is included and not included.
 - Challenge of UHC in Vietnam based on MOH priority: it is better to take account of the existing research and recommendation (e.g. HSPI, HFG's work). Those will direct the technical assistance of JICA.
- HSPI
- The survey team takes comprehensive approach on BHSP. As MOH is responsible for developing BHSP by 2018, and we need to have specific assessment from Japanese side on service provider and clarify what is necessary or unnecessary in BHSP based on the Japanese experiences.
 - Regarding medical fee, we would like to learn about the system in Japan in order to control the cost effectively. We cannot change from fee-for-service to capitation, DRG immediately. We would like to have recommendation to identify reasonable and acceptable payment system for health providers based on Japanese experiences. We also would like to know how to utilize data of VSS.
- EU
- “Paradigm shift” will be required for health financing system in Vietnam. Currently, primarily focus is on treatment. But, it needs more focus on prevention and promotion in order to reduce morbidity. Most of leading causes for morbidity and mortality in Vietnam (e.g. communicable diseases, respiratory diseases, digestive diseases) are preventable. Financial resource can be saved for treatment if fund is allocated to prevention. Therefore, BHSP should include prevention activities.
 - It also needs to think about increasing contribution rate and increasing collection in informal sector. In another emerging countries which GDP is same as Vietnam, the average contribution rate is around 10%. About 40 – 45% of companies which belong to informal sector usually doesn't pay contribution.
 - In general, in developing BHSP, it needs 1) to focus on prevention and promotion, 2) to develop standards to focus on quality and accreditation in health care services, 3) to strengthen ICT for administration and management, 4) to consider provider payment mechanism. All these issues are supposed to be looked together in terms of provider payment mechanism by taking account of compatibility of each method.
- DPF-MOH
- DPF has provided valuable information for the survey team since the survey started. We are focusing on BHSP, which could be part of the process toward UHC, and improvement of provider payment mechanism. We would like to confirm the direction of JICA's cooperation (UHC or BHSP?).
 - As for BHSP, I suggest that JICA use the data LuxDev and HFG have already collected in order to avoid duplication.

- Other countries establish BHSP from the criteria including access, infrastructure, quality of service, efficiency, affordability. In developing BHSP in Vietnam, we would like to have JICA's opinion whether the criteria can be applied to Vietnam.
- Detailed explanations on provider payment mechanism in Vietnam will be required and we would like to know how JICA will support the provider payment mechanism. For IT system, we have already foundation that Viettel and FPT supported, and we need software supporting payment operation. It is expected that JICA will support IT system to improve provider payment mechanism and avoid overlap with other support.
- DOHI-MOH
 - In order to understand the high OOP, more detailed research will be required (e.g. how much OOP costs are borne by insured people).
 - We would like to have further information about the role and function of Central Social Insurance Medical Council of Japan. How the council formulate consensus on medical fee schedule which is uniform in whole country. And I would like to know the intervention procedure to each stakeholder.
 - Want to clarify how "free-access" functions in Japan. Patients can go/be transferred to any hospitals?
- Luxembourg Agency for Development Cooperation
 - Appreciate JICA for organizing meeting and sharing the results of the survey. This is learning survey for the team and it showed JICA would like to join the support BHSP development.
 - The comments from World Bank reminded me of the observation in its report in 2014("Moving toward Universal Coverage of Social Insurance in Vietnam"). We have to move away from learning process. All the data and documents concerning 17,000 services should be sent to JICA and lots of resources including discussions and consultations among MOH, international organization and other relevant agencies would provide more insights.
- VSS
 - Controlling drug costs is very important issue in Vietnam. We would like to know the policy incentive to encourage generic drug in Japan.
⇒Dr. Tanimura from MHLW explained about Diagnostic Procedure Combination (DPC) system in Japan, which is similar to the DRG and linked with a reimbursement system for acute care hospitals. DPC has indicators (e.g. diseases, treatment) for basic fees and additional points are also calculated which depend on how hospital contributes to local health care services. Additional points include several indicators to rate hospital's initiative for local health care and use rate of generic drugs is incorporated into indicators. Hospitals with high use rate of generic drugs can receive additional points on DPC prices, which become new incentive for hospitals.

7. Closing Remarks

- Mr. Masuda, JICA

We were pleased to see many people gathered here today and to have active discussion, comments and recommendations, which are very useful for considering our further cooperation.

I found three points to be highlighted in this workshop; 1) BHSP should be considered under overall umbrella of health system, especially health financing strategy. BHSP is not single solution to solve all

problems in health system, 2) there are many actors in health financing in Vietnam including MOH and its relevant departments, VSS, MOF, hospitals, relevant organizations and partners. Full cooperation among stakeholders is important. Sharing of accurate data is also indispensable, 3) we need consensus on what is BHSP. It is right time to establish appropriate system for the health insurance considering emerging issues such as the change of demography.

Hope today's workshop is valuable to everyone and I am very happy to continuously discuss on establishment of BHSP. Thank you very much.

➤ Dr.Tuan, MOH

We would like to express our sincere appreciation to JICA and the survey team for sharing the preliminary findings and recommendation. We also thank all the participants for comments and discussions, which would be valuable inputs for developing BHSP.

BHSP should be in line with UHC. We need to consider how BHSP can contribute to achieving UHC and how to solve the weak points the survey team pointed out. Inter-sectoral coordination and support from donors are very important for UHC in Vietnam. Clear concept for BHSP is also required. We need to minimize 17,000 technical service lists in accordance with ICD9-CM.

MOH need to finalize BHSP by the end of 2017, and we would like to take account of relevant Japanese policy and system, which can be applied to Vietnam.

Again, we would like to express our gratitude to all of you.

End

Attendance List

No.	Full name	Organization
1	Pham Le Tuan	MOH
2	Nguyen Minh Thao	VSS
3	Le Thanh Cong	DPF - MOH
4	Duong Duc Thien	DPF - MOH
5	Cao Ngoc Anh	DPF - MOH
6	Tham Thi Dung	DPF - MOH
7	Dang Trung Ha	DPF - MOH
8	Nguyen Nam Khanh	DPF - MOH
9	Le Nguyen Bang	IT Dept. MOH
10	Nguyen Duc Thang	MSA
11	Luong Bao Khanh	MSA
12	Tran Thi Dieu Trinh	IT Dept. MOH
13	Nguyen Nhien	MOH Office
14	Nguyen Sao Mai	MOH Office
15	Luu Thi Lien	Hanoi DOH
16	Vu Thi Sinh	Finance Dept. Hanoi DOH
17	Nguyen Thi Thu Hien	Hoa Binh DOH
18	Le Van Kham	VSS
19	Vu Ha Thu	VSS
20	Nguyen Thi Hai Nhu	VSS
21	Dang thi Hue	VSS
22	Doan Tuong Van	IC Dept. VSS
23	Nguyen Phuc Khoat	PSS Vietnam
24	Le Cong Minh Duc	PSS Vietnam
25	Nguyen Thi Hong Van	PSS Vietnam
26	Ngo Thu Ha	PSS Vietnam
27	Pham Minh Thanh	Social Science Dept. - PSS VN
28	Tran Thi Hong Van	HN VSS
29	Nguyen Ngoc Son	Hoa Binh VSS
30	Doan Duc Thang	Hoa Binh VSS
31	Nguyen Khanh Phuong	HSPI
32	Hoang Thu Thuy	HSPI - MOH
33	Vu Duc Long	VAAC
34	Do Thi Nhan	VAAC
35	Duong Thuy Anh	VAAC
36	Dejan Ostojic	EU Health Facility
37	Nguyen Thuy Huong	EU Health Facility
38	Kari Hurt	WB

No.	Full name	Organization
39	Dam Duy Lam	HFG pjt
40	Naz Todini	HFG pjt
41	Raja Chowdhry	LuxDev
42	Dinh Thanh Hang	ADB Consultant
43	Pham Thi Yen	VIE/27 pjt
44	Yoko Tsuruya	Embassy of Japan
45	Doi Masahiko	NCGHM
46	Tadayuki Tanimura	MHLW Japan
47	Chikahiro Masuda	JICA Viet Nam
48	Hirotsun Aiga	JICA HQ
49	Emiko Nishikawa	JICA HQ
50	Nguyen Hai Van	NTT Data
51	Dao Thanh Hai	Economy Times
52	Do Kha Thoa	Vietnam Communist Party Newspaper
53	Nguyen Mai Hoan	People TV
54	Nguyen Ngoc Tuan	People TV
55	Phan Thanh Quy	People Newspaper
56	Luong Ngoc Thao	VSS newspaper
57	Kieu Mai Phuong	
58	Duong Duc Thien	

Khảo sát về Gói Dịch vụ Y tế Cơ bản và Cơ chế Chi trả tại Việt Nam

Sơ lược về Khảo sát và những Phát hiện ban đầu

Ngày 01 tháng ba năm 2016, Hà Nội, Việt Nam

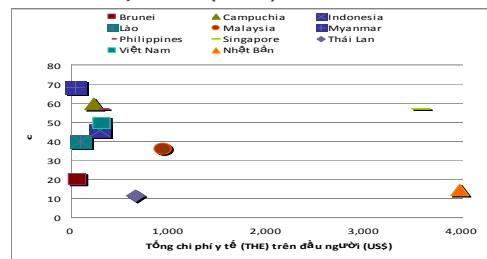
Cơ quan Hợp tác Quốc tế Nhật Bản (JICA)
Liên danh Quốc tế KRI

Nội dung

1. Hoàn cảnh
2. Mục tiêu
3. Phương pháp
4. Những phát hiện ban đầu
5. Khuyến nghị ban đầu
6. Con đường phía trước

1. Hoàn cảnh của Khảo sát

Tổng chi phí Y tế (THE) và Chi phí từ tiền túi người bệnh (OOP) tại các nước Thành viên ASEAN và Nhật Bản (2013)

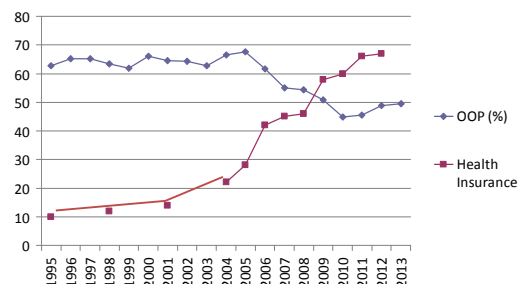


Nguồn: [Ngân hàng Thế giới, 2015]

Bảo hiểm Y tế tại các nước ASEAN

Quốc gia	Việt Nam	Thái Lan	Philippines	Indonesia
Dân số	87 triệu	65,5 triệu	94 triệu	250 triệu
Dịch vụ công	•Bảo hiểm xã hội •Đóng phí bảo hiểm +2,3 triệu	a)Chương trình gói lợi ích dịch vụ y tế công chức (CSMBS) b)Không đóng phí bảo hiểm c)5,9 triệu	a)Chương trình PhilHealth dành cho người lao động b)Đóng phí bảo hiểm c)5,94 triệu	a) 250 triệu Bảo hiểm y tế quốc gia (JKK) b)Đóng phí bảo hiểm (Chính phủ đóng phí bảo hiểm cho người nghèo) c) 152 triệu * được áp dụng cho cả nước từ ngày 1 tháng 1 năm 2019
Lĩnh vực chính thức	a)Bảo hiểm xã hội b)Đóng phí bảo hiểm +6,6 triệu	•Dịch vụ bảo hiểm xã hội •Đóng phí bảo hiểm +9 triệu	•Chương trình PhilHealth dành cho người lao động •Đóng phí bảo hiểm +17,79 triệu	
Lĩnh vực không chính thức	a)Bảo hiểm xã hội b)Đóng phí bảo hiểm +46 triệu	•Bảo hiểm toàn dân (UC) •Không đóng phí bảo hiểm +47 triệu a)Bảo hiểm xã hội tự nguyện b)Đóng phí bảo hiểm c)1,65 triệu	a)Chương trình PhilHealth – dành cho người nghèo b)Không đóng phí bảo hiểm c)38,94 triệu	
Tỷ lệ bao phủ	63,71%	Gần 100%	82%	không có
Hệ thống cung cấp dịch vụ	Công	Công	Tư	Công

Bao phủ Bảo hiểm Y tế Cao và Chi phí từ tiền túi của người bệnh (OOP) cao



Sources: [WHO, 2015] and [JICA, 2014]

The insured includes subscribers and non-subscribers

Đoàn Khảo sát của JICA 01/03/2016

Những thách thức đối với BHYT toàn dân ở Việt Nam

Phía Cầu	Phía Cung
<ul style="list-style-type: none"> Chi phí từ tiền túi người bệnh cao (OOP) Lĩnh vực không chính thức, khó xác định được đối tượng và được bảo hiểm y tế bao phủ, chiếm khoảng 80% dân số Những người tham gia bảo hiểm ít sử dụng dịch vụ 	<ul style="list-style-type: none"> Chất lượng các dịch vụ y tế công còn thấp Hệ thống chuyên tuyến hoạt động chưa tốt Gói dịch vụ quá rộng Cơ chế chi trả tạo ra việc vượt cung Số lượng các cơ sở y tế đăng ký với cơ quan bảo hiểm còn hạn chế

Đoàn Khảo sát của JICA 01/03/2016

2. Mục đích của Khảo sát

Đoàn Khảo sát của JICA 01/03/2016

Mục đích (Đã được sửa đổi)

- Phân loại những điều kiện tiên quyết của dự án hợp tác kỹ thuật**
 - Tìm hiểu nhu cầu hợp tác kỹ thuật trong việc xây dựng và quản lý Gói DVYT cơ bản và các yếu tố khác đối với Bảo phủ BHYT toàn dân tại Việt Nam.
 - Nghiên cứu những nguồn lực hợp tác ở Nhật Bản và các nước thành viên ASEAN.
- Đưa ra khuyến nghị nhằm tăng cường việc xây dựng Gói DVYT cơ bản, lập kế hoạch dự án thí điểm và cơ chế quản lý cần thiết khác đối với hệ thống bảo hiểm y tế**
 - Thu thập thông tin về tình hình mới nhất của dự thảo Gói DVYT cơ bản, khái niệm, kế hoạch triển khai thí điểm, sự sẵn có của số liệu cần thiết cho việc phân tích số liệu và các yếu tố liên quan tới việc quản lý gói dịch vụ y tế cơ bản và phí dịch vụ y tế.
 - Đưa ra khuyến nghị dựa vào phân tích tình hình nói trên.
- Đưa ra khuyến nghị về việc xây dựng chính sách của Bộ Y tế**
 - Phân tích thực trạng của chính sách và việc thực hiện chính sách về bảo hiểm y tế, bảo hiểm y tế toàn dân, sau đó xác định những thách thức và các vấn đề ưu tiên.
 - Xác định những nguồn lực hợp tác tại Nhật Bản có thể đóng góp cho những vấn đề đó.
 - Đề xuất Ma trận chính sách trung hạn/ dài hạn hoặc lộ trình dựa vào những phân tích nói trên.

Đoàn Khảo sát của JICA 01/03/2016

Mốc triển khai

- Báo cáo Khởi đầu: Tháng 12 năm 2015**
 - Sơ lược và Phương pháp
 - Kế hoạch Khảo sát
- Báo cáo Tiên độ: Tháng 1 năm 2016**
 - Những phát hiện ban đầu
- Báo cáo giữa kỳ: Tháng 3 năm 2016**
 - Phân tích thực trạng
 - Dự thảo khuyến nghị
- Báo cáo Kết thúc: Tháng 7 năm 2016**
 - Tất cả kết quả khảo sát
 - Khuyến nghị

Đoàn Khảo sát của JICA 01/03/2016

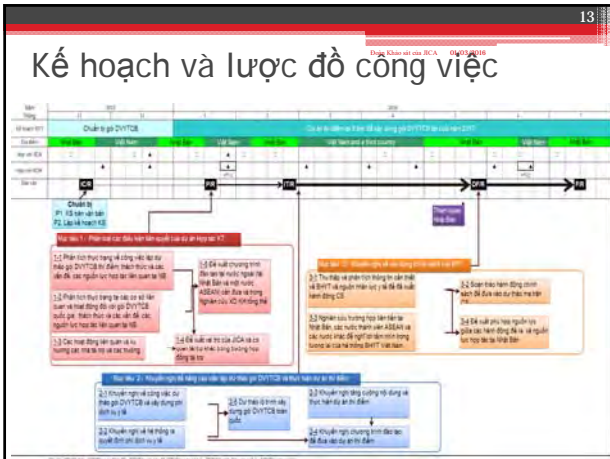
3. Phương pháp Khảo sát

Đoàn Khảo sát của JICA 01/03/2016

Thời gian và Thành phần Đoàn KS

- Thời gian:** Tháng 11 năm 2015 tới tháng 7 năm 2016
- Báo cáo**
 - T1/ 2016: BC Tiên độ
 - T3/ 2016: BC Giữa kỳ
 - T6/ 2016: BC Kết thúc
 - T7/ 2016: Hoàn thành
- Hội thảo**
 - T3/ 2016
 - T5/ 2016
- Tham quan**
 - T5/ 2016 (Nhật Bản)
- Đoàn KS:**

Họ tên	Nhiệm vụ/ Chuyên môn
Keiko Nagai, Thạc sỹ	Trưởng đoàn/Dịch tế học, Chính sách Y tế
Shiho Sasada, Thạc sỹ YTCC	Tai chính Y tế/ Kinh tế Y tế
Hironari Onishi, Thạc sỹ	BHYT toàn dân/ Bảo hiểm xã hội
Junko Sato, Thạc sỹ YTCC	BHYT toàn dân/ Chính sách Y tế
Izuru Arima	Thông tin Y tế/ Thông tin cho BHXH
Shino Nishimagi, Thạc sỹ	Chính sách Y tế/ Nghiên cứu Xã hội
Ai Uehara, Thạc sỹ	Hội thảo và Đào tạo/ Nghiên cứu Xã hội



- 14
- Định Khảo sát của BCA - 08/03/2016
- ## Phương pháp
- **Nghiên cứu tài liệu**
 - Báo cáo, số liệu thống kê, văn bản pháp quy, báo cáo nghiên cứu, v.v.
 - **Phòng vấn**
 - **Hà Nội:** các Bộ, cơ quan của Chính phủ, các nhà tài trợ, Tổ chức Phi Chính phủ, Khối tư nhân
 - **Tỉnh/ huyện:** các cơ quan chính quyền địa phương, bệnh viện, trạm y tế xã
 - **Quan sát trực tiếp**
 - Cơ sở Y tế, Bảo hiểm Xã hội

15

Định Khảo sát của BCA - 08/03/2016

4. Những phát hiện ban đầu

16

Định Khảo sát của BCA - 08/03/2016

Khái quát hóa BHYT toàn dân

1. **Bao phủ dân số** ("bề ngang")
1. **Bao phủ tài chính** ("chiều cao")
2. **Bao phủ dịch vụ** ("độ sâu")
- + **Chất lượng**
- + **Công bằng**

Tham khảo: Bài trình bày của Ajay Tandon and Christoph Kurowski, tháng 2/ 2016

Nền tảng của BHYT toàn dân

- Đồng thuận của các bên: y tế, tài chính, phúc lợi/Bệnh viện, CQ bảo hiểm, Người đóng phí / ...
- Chiến lược tài chính Y tế
- Chiến lược phát triển nguồn nhân lực y tế
- Hệ thống cung cấp DV ổn định

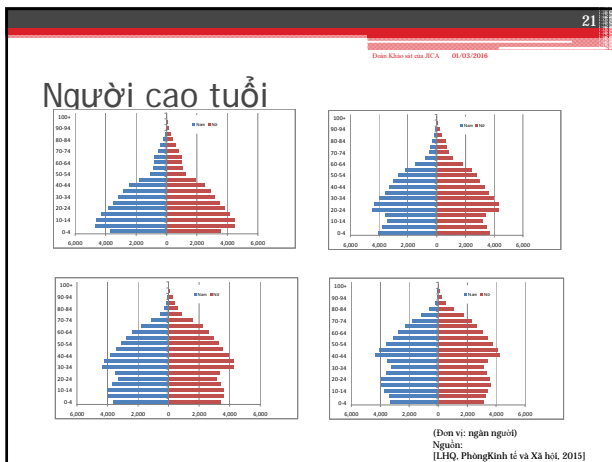
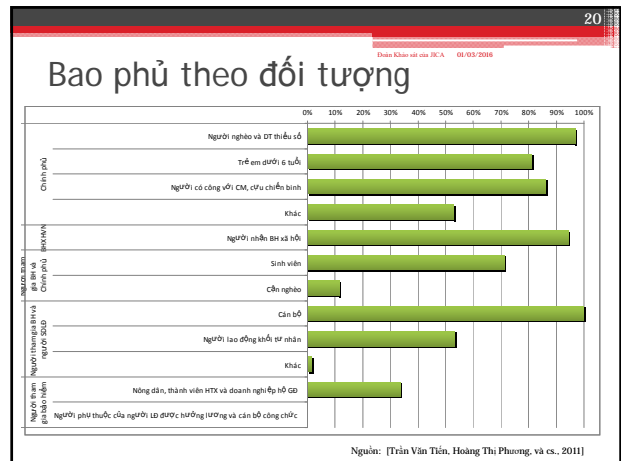
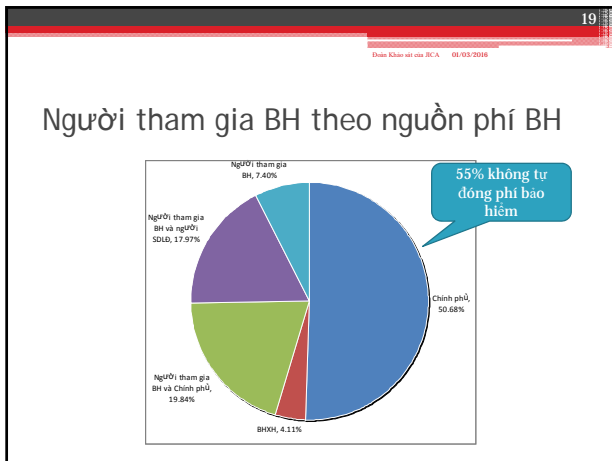
17

Định Khảo sát của BCA - 08/03/2016

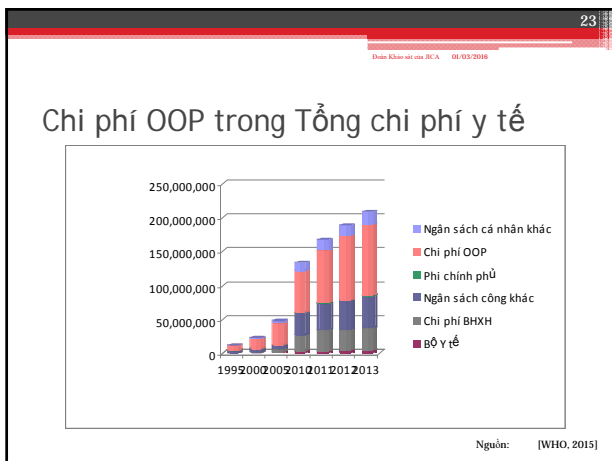
Khôi lập phương BHYT toàn dân ở Việt Nam

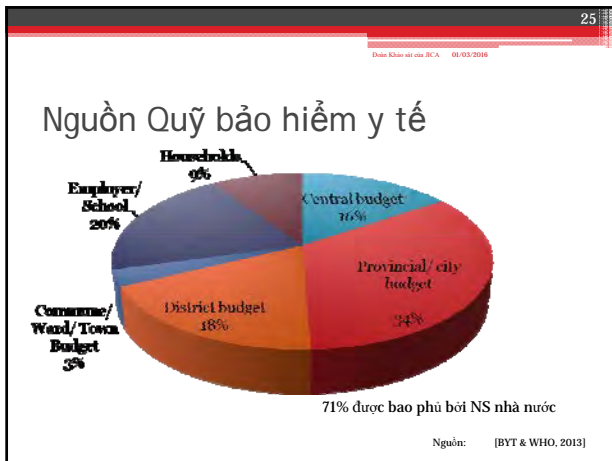
- Chỉ phí OOP cao
- Sử dụng BHYT ít (KV thành thị)
- Tỷ lệ đồng chi trả thấp
- Thuế tác
 - Tăng các bệnh không lây nhiễm
 - Tăng chi phí y tế
 - Tăng gánh nặng tài chính quỹ BHYT/ NS nhà nước
- Giảm dịch vụ y tế do BHYT chi trả
- Phía cung:
 - ✓ Nguồn nhân lực
 - ✓ Trang thiết bị
 - ✓ Thuốc
- Phía cầu:
 - ✓ Tiếp cận ở vùng sâu
- Bao phủ BHYT tổng: >70%
- Lĩnh vực không chính thức, DN vừa và nhỏ (tham gia đóng BHYT, chi phí bảo hiểm)

- 18
- Định Khảo sát của BCA - 08/03/2016
- ## 4-1. Dân số
- **Bao phủ khác nhau giữa các đối tượng.**
 - **Khu vực không chính thức**
 - Người lao động ở khối tư nhân
 - Người phụ thuộc ⇒ Hộ gia đình tham gia BH
 - Nông dân
 - Cận nghèo
 - **Tuổi tác**
 - Gánh nặng nhiều bệnh không lây nhiễm ⇒ tăng chi phí y tế
 - Giảm thu nhập ⇒ Giảm tổng thu phí BH



- 22
- Định Khảo sát của ICA - 01/03/2008
- ### 4-2. Tài chính
- Tăng tổng chi phí y tế
⇒ Tăng chi phí OOP
 - Chi phí thuốc
 - Hệ thống mua bán
 - Không có sẵn ở cơ sở y tế
 - Nguồn Quỹ BHYT
 - 70% là từ chính phủ.
 - Cân bằng Quỹ BHYT
 - Tăng phí y tế
 - Tăng mức độ sử dụng..?





26

Đánh Khảo sát của ICA 01/03/2016

Cân bằng Ngân sách Bảo hiểm Y tế (dự kiến 2016)

Tổng thu		Tổng chi	
Bảo hiểm XH	158.443 tỷ	BHXH chi từ quỹ BHXH	110.121 tỷ
Bảo hiểm Y tế	66.288 tỷ	Khám chữa bệnh BHYT	72.700 tỷ
BH thất nghiệp	10.363 tỷ	Chương trình BH thất nghiệp	7.371 tỷ
Lợi nhuận từ đầu tư tài chính	34.200 tỷ	Chi phí hành chính	9.855 tỷ
TỔNG	269.294 tỷ	TỔNG	200.047 tỷ

- 27
- Đánh Khảo sát của ICA 01/03/2016
- ### 4-3. Dịch vụ
- Bên Cung**
 - Dịch vụ chi phí cao (huyết học, phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ, v.v)
 - Thiếu nguồn nhân lực và trang thiết bị để cung cấp các dịch vụ do BHYT chi trả
 - Khám chữa bệnh vượt mức
 - Bên Cầu**
 - Khó khăn trong việc tiếp cận (vùng sâu vùng xa)
 - Mức độ sử dụng BHYT ít (khu vực thành thị)
 - Tác động của việc bỏ một số dịch vụ y tế do bảo hiểm YT chi trả..?

- 28
- Đánh Khảo sát của ICA 01/03/2016
- ### Gói DVYT Cơ bản
- Lộ trình Gói DVYT cơ bản (tháng 4 năm 2015)
 - Gói DVYT cơ bản là tập hợp các DVYT ưu tiên (Thông tư 43) và Gói DVYTCB này nhằm lập danh sách các DVYT được cung cấp cho bất cứ công dân Việt Nam nào tham gia Bảo hiểm Xã hội, miễn phí cho người bệnh (không phải đóng chi trả).
 - Theo Khảo sát...
 - "Các dịch vụ y tế cơ bản/ tối thiểu cho các loại bệnh chính sẽ được thanh toán bởi Quỹ BHYT"
 - "Gói DVYT cơ bản sẽ là giải pháp mạnh mẽ đối với các thách thức trong hệ thống BHYT".

29

Đánh Khảo sát của ICA 01/03/2016

Các cơ sở y tế ký hợp đồng với BHXH (2014)

Loại CSYT		Tổng số (2013) ^{a)}	Ký hợp đồng (2014) ^{b)}	
Loại CSYT	Công lập	*1	1,687	n.a.
	Phi Công lập	*1	424	n.a.
Tuyển CSYT	Trung ương	46	52	*2
	Tỉnh	447	619	*2
	Huyện	1,214	1,173	96.6% ³⁾
	Xã	11,033	267	2.4% ³⁾
	(Tư nhân)	155	*1	*2
		13,680	2,111	15.4%

Nguồn: a) Niên giám Thống kê Y tế 2013, b) [Bk. Phạm Lương Sơn, 2015]

*1: Định nghĩa của (nguồn) "phi công lập" và nguồn "tư nhân" dường như khác nhau.
 *2: Đối với CSYT đã ký hợp đồng có thể bao gồm cả những CSYT tư nhân, tỷ lệ không thể tính được.
 *3: Tỷ lệ dựa vào giá định là các CSYT đều là cơ sở công.

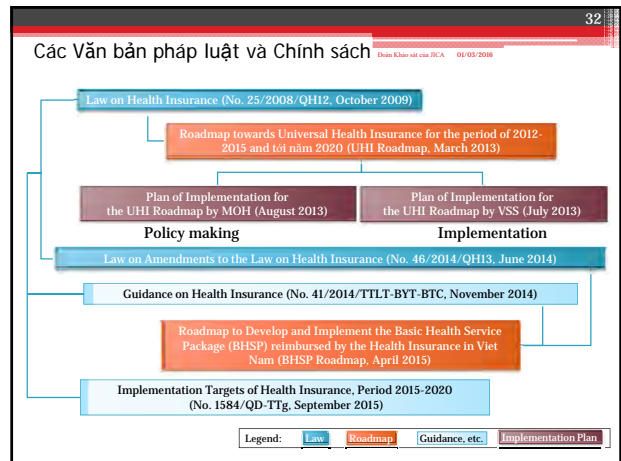
- 30
- Đánh Khảo sát của ICA 01/03/2016
- ### 4-4. Thể chế
- Chính sách**
 - Các mục tiêu chính sách đứt đoạn
 - Thiếu bằng chứng cho việc ra chính sách
 - Thực hiện**
 - Chậm trễ để hiểu và thực hiện trên thực tế
 - Chưa hiệu quả trong công việc hàng ngày
 - Phối hợp liên ngành**
 - BHYT toàn dân cần có sự tiếp cận đa ngành.

31

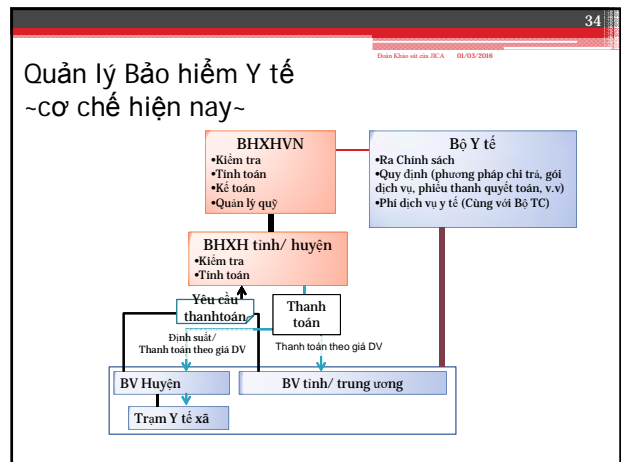
Đoàn Khoa sát của BCA 01/03/2016

Lịch sử Hệ thống BHYT

Year	Policy concept	
1986	New financing mechanisms for health care	Economic reform led by the Doi Moi policy <ul style="list-style-type: none"> • Introduction of health insurance scheme • Liberalization of healthcare and pharmaceutical markets • Introduction of user fees in public health facilities
1992		Decree No. 299/1992/HĐBT Establishment of compulsory health insurance scheme <ul style="list-style-type: none"> • Compulsory group includes: civil servants, employees in companies with ten or more employees, pensioners, social assistance recipients, employees in foreign companies
1998	Unified health insurance system/health insurance fund	Decree No. 58/1998/ND-CP <ul style="list-style-type: none"> • Coverage of the poor supported by the government • Expansion of the insurance coverage
2005	Compulsory and voluntary health insurance	Decree No. 63/2005/ND-CP <ul style="list-style-type: none"> • Integration of each provincial health insurance fund into a single national fund
2009	Universal health insurance	Law on Education, Healthcare, and Protection of Children also provides free access to medical treatment for children under six years old Law on Health Insurance (No. 25/2008/QH12) <ul style="list-style-type: none"> • Legislation of health insurance scheme which had been administered by ministerial decrees • Ensuring the coverage of the poor, the elderly, and children under six years old by full government support • Provision of partial government support to the near poor and students
2014	Compulsory universal health insurance	Law on Amendments to the Law on Health Insurance (No. 46/2014/QH13) <ul style="list-style-type: none"> • Compulsory participation in health insurance scheme • Participation by household • Expansion of benefit levels • Development of Basic Health Service Package



- 33
- Đoàn Khoa sát của BCA 01/03/2016
- ## Các mục tiêu chính sách liên quan
- Lộ trình hướng tới BHYT toàn dân giai đoạn 2012-2015 tới năm 2020 (2013)
 - Tỷ lệ bao phủ BHYT: 80% tới năm 2020
 - Tỷ lệ chi phí từ tiền túi người bệnh trên tổng chi phí y tế: 40% tới năm 2020
 - Cải thiện các DVYT được BH chi trả
 - Những sửa đổi trong Luật BHYT (2014)
 - Ban hành “Gói DVYT cơ bản” do quỹ BHYT chi trả: tới năm 2018



35

Đoàn Khoa sát của BCA 01/03/2016

- Số liệu được xử lý bằng tay.
- Mỗi BV sử dụng một phần mềm riêng.
- Mỗi công việc sử dụng một phần mềm không có sự liên kết.

Không kiểm tra đầy đủ được gian lận, lỗi hoặc lãng phí..?

36

Đoàn Khoa sát của BCA 01/03/2016

5. Những khuyến nghị ban đầu

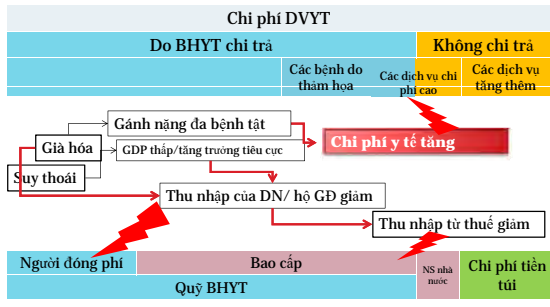
Hướng tới BHYT toàn dân... (1)

- 1. Dân số
 - Tăng sự tham gia của LV không chính thức
 - Tăng cường nhận thức về lợi ích và sự cung cấp trong tương lai
 - Tạo sự thu hút của BHYT (sự minh bạch, hiệu quả v.v)
- 2. Tài chính
 - Chiến lược giảm chi phí OOP
 - Giá thuốc..?
 - Chi phí bị che giấu
 - Bảo đảm tài chính trong trường hợp thảm họa
 - Đảm bảo việc thu phí
 - Chiến lược đối với "quỹ bảo hiểm y tế khỏe mạnh"
 - Phương thức chi trả
 - Kế hoạch viện phí
 - Đồng chi trả

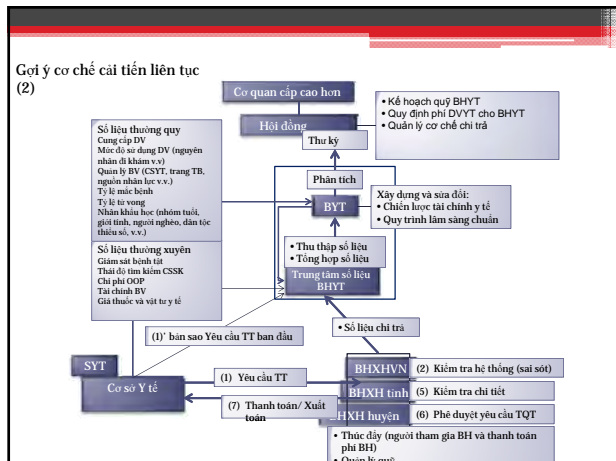
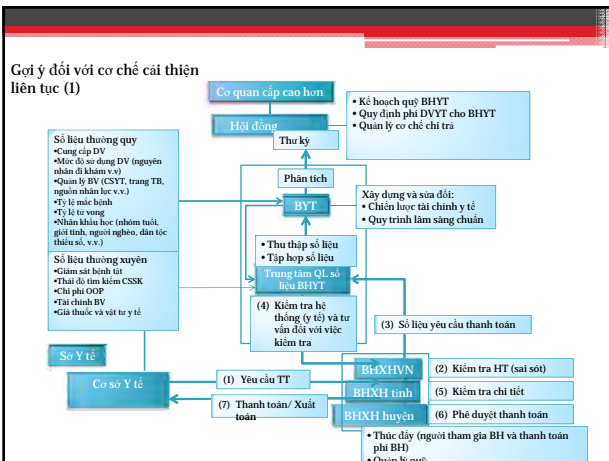
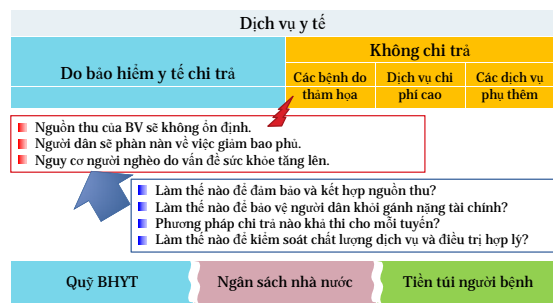
Hướng tới BHYT toàn dân... (2)

- 3. Dịch vụ
 - Gói dịch vụ BHYT
 - Tiêu chí rõ ràng và hợp lý
 - Hệ thống cung cấp dịch vụ chất lượng và ổn định
 - Tiêu chuẩn CSYT (ví dụ công nhân chất lượng)
 - Quy trình lâm sàng chuẩn
 - Phát triển nguồn nhân lực
- 4. Quản lý
 - Anh hưởng bảo đảm các mục tiêu chính sách đa ngành
 - Chiến lược tài chính y tế, v.v
 - Điều phối liên ngành (tài chính – chính sách/ ưu tiên y tế - tình hình kinh tế tài chính)
 - Băng chứng
 - Sự chính xác của số liệu
 - Quản lý số liệu hiệu quả
 - Cơ chế cải thiện liên tục dựa trên bằng chứng
 - Sửa đổi linh hoạt đáp ứng với thay đổi KTXH

Đối với Tài chính Y tế...



Đối với tài chính y tế ...



6. Con đường phía trước của KS

Đầu ra cuối cùng của Khảo sát

- **Khuyến nghị đối với Dự án Hợp tác Kỹ thuật của JICA**
 - Nội dung
 - Cấu phần
 - Thời gian
 - Các bên liên quan
 - Mục tiêu
 - Nguồn lực
 - ...

Những thách thức trong khảo sát

- **Số liệu mới nhất về BHYT**
 - Bao phủ bởi đối tượng tham gia BH
 - Cơ cấu thu chi của quỹ BHYT
 - Tỷ lệ mức độ sử dụng BHYT theo nhóm tuổi, đối tượng, khu vực v.v.
 - Tổng phí BH trung bình theo đối tượng tham gia BH
 - Kế hoạch phí dịch vụ y tế của mỗi tỉnh
 - Số liệu thông kê phương pháp chi trả
 - Số liệu thông kê cơ sở y tế ký hợp đồng
- **Tình hình tài chính của CSYT**
 - Cơ cấu thu chi
 - Khó khăn trong quản lý tài chính
- **Vai trò, cơ cấu và mối quan hệ với các bên liên quan**
 - Các cục/ vụ của BHYT/ BHXHVN
 - Các bộ liên quan (Tài chính, KHĐT v.v)

Đối với khuyến nghị về Hợp tác của JICA trong tương lai ...

- **Sự hiểu biết chung về phạm vi Gói DVYT cơ bản**
 - Từ “Cơ bản” nghĩa là gì trong bối cảnh này?
 - Những dịch vụ nào sẽ không bao gồm từ gói dịch vụ hiện nay (Thông tư 43)?
 - **Kết quả mong đợi là gì?**
 - Bảo hiểm Y tế toàn dân
 - Bền vững về tài chính của Quỹ BHYT
 - ...

Thank you!!

Xin Cảm ơn!!



VIETNAM

Lịch sử phát triển Bảo hiểm Y tế Nhật Bản và chức năng của Hội đồng Y tế Bảo hiểm Xã hội Trung ương

Tháng 12, 2015

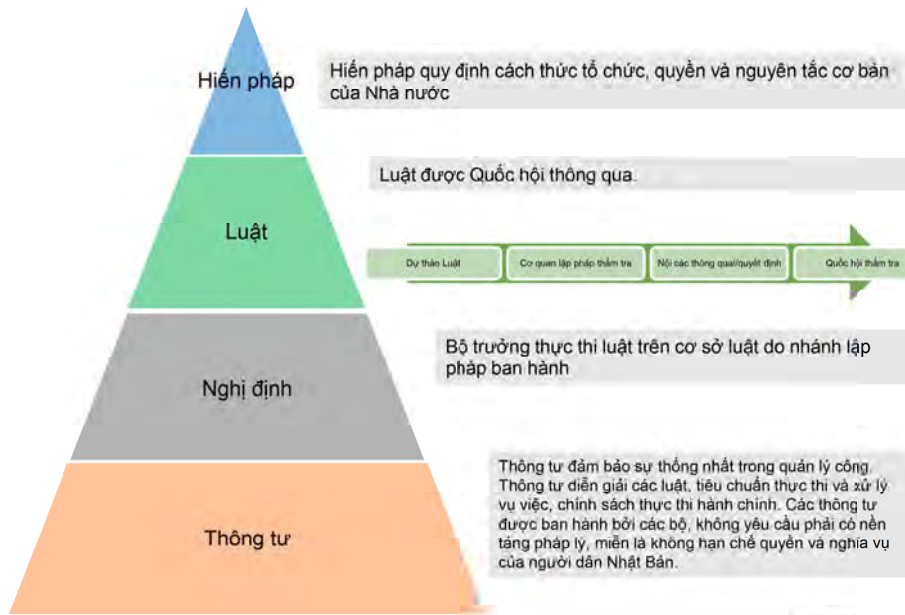


Nội dung

- 1 **Cấu trúc lập pháp của Nhật Bản**
- 2 Tổng quan chương trình Bảo hiểm Xã hội
- 3 Cấu trúc hệ thống Bảo hiểm Y tế Nhật Bản
- 4 Cơ chế Bảo hiểm Y tế
- 5 Hội đồng Bảo hiểm Y tế Xã hội Trung ương và Hệ thống giá dịch vụ y tế



1. Cấu trúc lập pháp



VIETNAM | 2

Chương trình Bảo hiểm Xã hội ở Nhật Bản

Chương trình Bảo hiểm Xã hội ở Nhật Bản bao gồm 4 loại hình và Bảo hiểm chăm sóc y tế dài hạn

Loại hình

Bảo hiểm Hưu trí

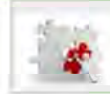
Bảo hiểm y tế

Bảo hiểm thất nghiệp

Bảo hiểm tai nạn lao động

Tổng quan mỗi loại hình

✓ Tất cả công dân từ 20 tới 60 tuổi phải tham gia hưu trí quốc gia.
Tuổi hưu trí: 65
BH hưu trí thương tật và tử tuất (vợ/chồng) được cung cấp nếu thỏa mãn một số điều kiện



✓ Mọi công dân đều phải tham gia.
Quyền lợi khác tiền mặt là chính yếu, trong một số trường hợp, quyền lợi có thể là tiền mặt



✓ Theo nguyên lý, khi người lao động mất việc, quyền lợi được chi trả vào các khóa đào tạo. Trong trường hợp bị sa thải hoặc phá sản, Quyền lợi chi trả tối đa cho 330 ngày.



✓ Mọi nơi làm việc đều phải tham gia.
Quyền lợi được chi trả cho người lao động khi có chấn thương lao động. (Quyền lợi có thể dưới dạng tiền mặt)



VIETNAM | 3

Chính sách cơ bản của hệ thống Bảo hiểm Y tế và Hệ thống giá dịch vụ y tế (Quyết định Chính phủ ngày 28 tháng 3, 2003) liên quan tới

[Chính sách cơ bản]

Dựa trên tỷ lệ sinh thấp, thay đổi trong cơ cấu bệnh tật và sự tiến bộ của công nghệ y tế, đồng thời đảm bảo các tiêu chuẩn chăm sóc y tế cần thiết và thích hợp, đứng trên quan điểm của bệnh nhân, điều chỉnh giá dịch vụ y tế sẽ được xem xét.

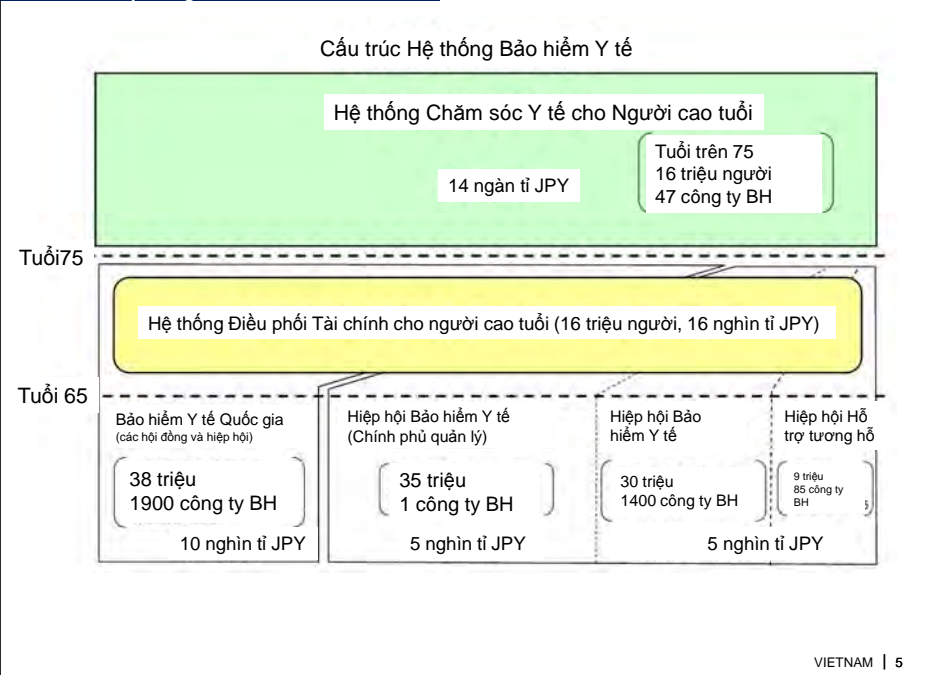
Hệ thống cần đảm bảo dễ hiểu và làm rõ các tiêu chuẩn và các phương pháp đo lường liên quan đến việc đánh giá hệ thống giá dịch vụ y tế

[Định hướng cơ bản]

Quá trình điều chỉnh sẽ cân nhắc các yếu tố sau đây:

- ① Đánh giá hợp lý của công nghệ trong y tế (xác định yếu tố chi phí Bác sĩ)
- ② Đánh giá chung phản ánh chi phí và chức năng của cơ sở y tế tương ứng (yếu tố chi phí bệnh viện)
- ③ Tập trung trên quan điểm bệnh nhân

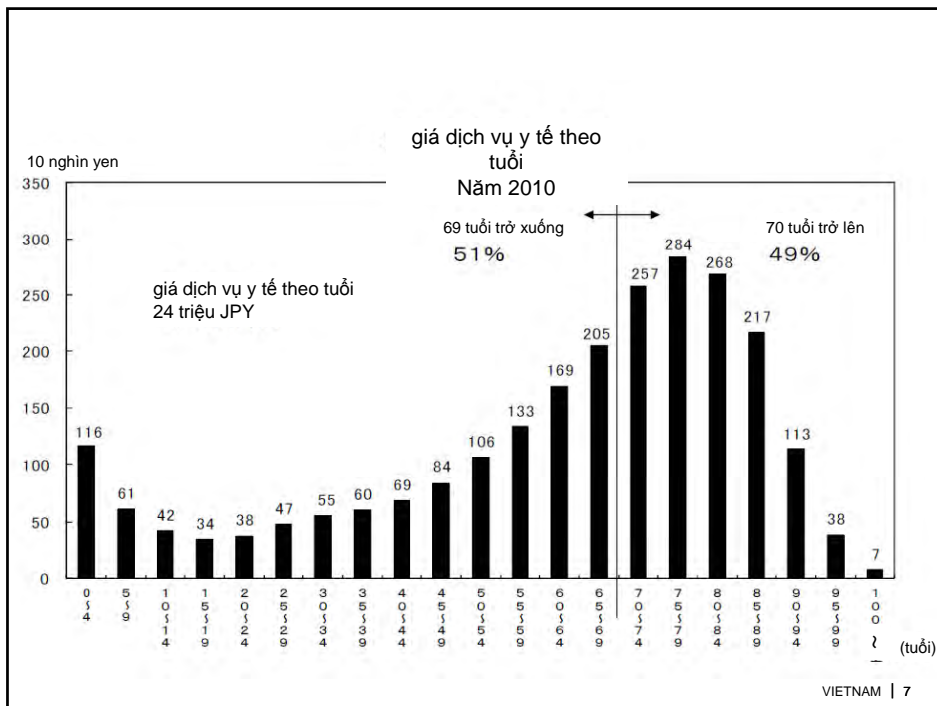
3. Cấu trúc hệ thống Bảo hiểm Y tế



So sánh các Chương trình Bảo hiểm Y tế tương ứng

	Bảo hiểm Y tế Quốc gia	Bảo hiểm Y tế do Chính phủ quản lý	Hiệp hội Bảo hiểm Y tế	Hiệp hội Tương trợ lẫn nhau	Bảo hiểm y tế cho người cao tuổi 75 tuổi và cao hơn
Số đơn vị bảo hiểm (Tới T3/2013)	1.717	1	1.431	85	47
Số người tham gia BH (Tới T3/2013)	35 triệu	35 triệu	30 triệu	9 triệu	15 triệu
Tuổi trung bình(2013)	50,4	36,4	34,3	33,3	82,0
Tỷ lệ tuổi 65-74	32,5%	5,0%	2,6%	1,4%	2,6%
Tổng chi phí BH trên 1 người tham gia BH (2013)	316.000 Yên	161.000 Yên	144.000 Yên	148.000 Yên	919.000 Yên
Thu nhập trung bình trên 1 người được BH	830.000 Yên	1.370.000 Yên	2.000.000 Yên	2.300.000 Yên	800.000 Yên
Tổng phí BH trung bình trên 1 người được BH	83.000 Yên	105.000 Yên	106.000 Yên	126.000 Yên	67.000 Yên
Tỷ lệ phí bảo hiểm	9,9%	7,6%	5,3%	5,5%	8,4%
Bao cấp bởi Chính phủ	50% tổng chi phí	16,4% tổng chi phí	không có (nhưng hỗ trợ người trên 75 tuổi)	không có	50% tổng chi phí
Tổng tiền Chính phủ bao cấp	3,500 tỷ Yên	1240 tỷ Yên	27 tỷ Yên	không có	6,823 tỷ Yên

VIETNAM | 6



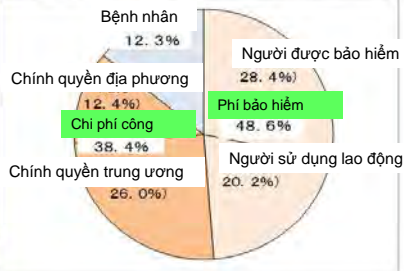
Tầm quan trọng của hệ thống Bảo hiểm Y tế Nhật Bản

- Với quan điểm Bảo hiểm Sức khỏe Toàn diện cho tất cả mọi người, Nhật Bản đã đạt được mức tuổi thọ bình quân cao nhất và mức chăm sóc y tế cao nhất.
- Đương đầu với tỷ lệ sinh thấp và biến động môi trường kinh tế-xã hội, Chính phủ tiếp tục duy trì hệ thống Bảo hiểm Y tế công.

Đặc điểm của Bảo hiểm Sức khỏe Toàn diện Nhật Bản

1. Mọi công dân được bảo hiểm dưới Bảo hiểm Y tế công
2. Tự do lựa chọn cơ sở y tế (tự do tiếp cận)
3. Phí thấp nhưng chất lượng dịch vụ y tế cao
4. SHI là khái niệm căn bản, nhưng trợ cấp ngân sách được sử dụng để duy trì Bảo hiểm sức khỏe toàn diện

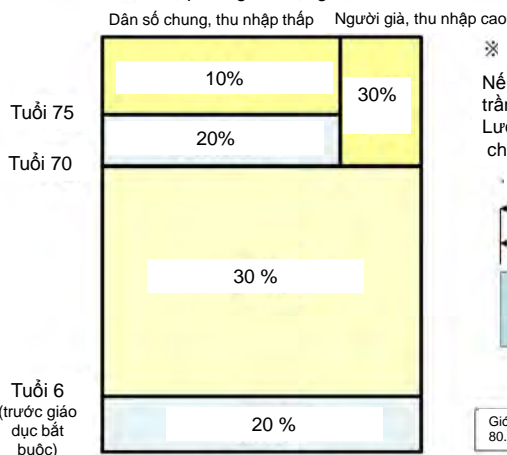
Cấu trúc gánh nặng giá dịch vụ y tế quốc gia (2011)



4. Cơ chế của hệ thống Bảo hiểm Y tế

Gánh nặng giá dịch vụ y tế bởi bệnh nhân

Tỉ lệ phần gánh nặng bệnh nhân



※ Chương trình chăm sóc y tế chi phí cao
 Nếu giá dịch vụ y tế (bởi cá nhân) vượt quá trần,
 Lượng vượt quá trần sẽ được chi trả bởi chương trình này

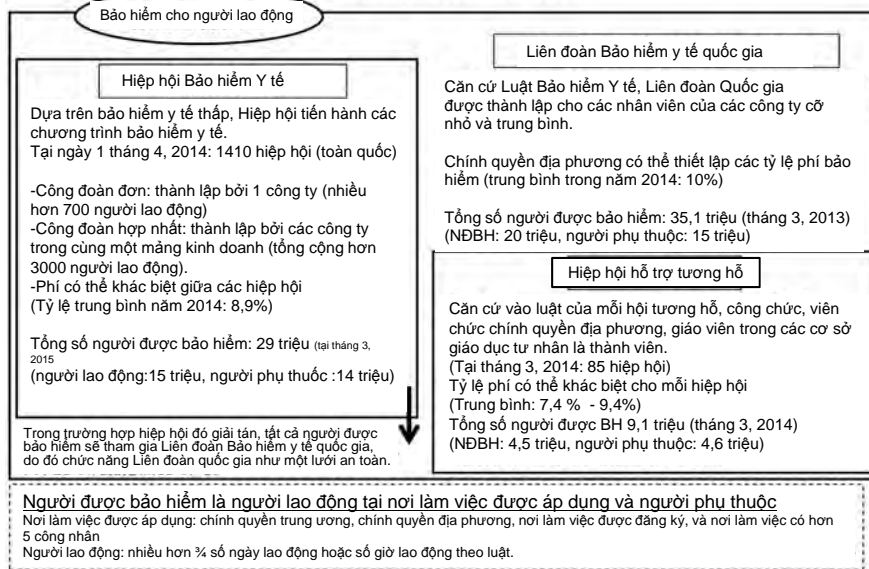
VD. 30% phải chi trả bởi Người được bảo hiểm



Giới hạn gánh nặng cho cá nhân:
 $80.100 \text{ JPY} + (1 \text{ triệu} - 267.000 \text{ JPY}) \times 1\% = 87.430 \text{ JPY}$

4. Cơ chế của hệ thống Bảo hiểm Y tế

Tổng quan về bảo hiểm cho người lao động



Hệ thống chi trả giá dịch vụ y tế

(1) Cơ chế chi trả giá dịch vụ y tế

- Chi trả giá dịch vụ y tế là phần trả bởi các công ty bảo hiểm cho các dịch vụ y tế của các cơ sở y tế và nhà thuốc
- Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi quyết định dựa trên thảo luận với Hội đồng Phí Bảo hiểm Y tế Xã hội Trung ương.

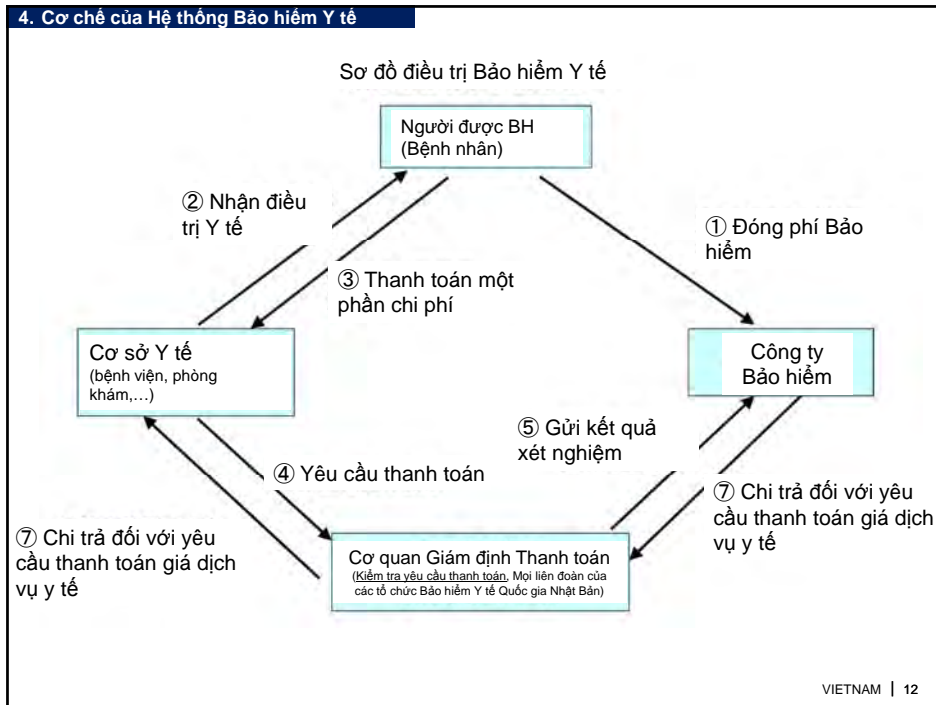
(2) Nội dung của giá dịch vụ y tế

giá dịch vụ y tế { Đánh giá về công nghệ và dịch vụ y tế

{ Đánh giá về giá cả hàng hóa (Giá thuốc cố định bằng giá thuốc chuẩn)

- Bảng điểm xác định từng dịch vụ y tế theo điểm (1 điểm = 10 yen)
- Có ba loại bảng cho điều trị y tế, điều trị nha khoa, và các loại thuốc.

4. Cơ chế của Hệ thống Bảo hiểm Y tế



4. Cơ chế của hệ thống Bảo hiểm Y tế

Hiện trạng Cơ chế của Nhật Bản

- ① Bệnh nhân có thể khám chữa bệnh ở bất kỳ cơ sở y tế nào và chất lượng bác sỹ và dịch vụ y tế đều được đảm bảo
- ② Có 177,769 cơ sở y tế (Bệnh viện: 8540, Phòng khám răng: 68,701, Phòng khám: 100,528) (tính đến năm 2013)
- ③ Có 303,268 bác sỹ, 102,552 nha sỹ và 280, 052 dược sỹ. (tính đến năm 2012)

Hầu hết những hoạt động điều trị chăm sóc y tế do các bệnh viện và phòng khám tư thực hiện do Chính phủ cho rằng việc tiếp cận chăm sóc y tế là thiết yếu đối với người dân và đó là trách nhiệm của Chính phủ.

Các cơ sở y tế công có năng lực hạn chế trong việc cung cấp các dịch vụ do năng lực về cơ sở hạ tầng và nguồn nhân lực.

Cơ quan Giám định và Hoàn trả Bảo hiểm Y tế là gì?

Cơ quan Giám định và Hoàn trả Bảo hiểm Y tế (HICRRS) được thành lập dựa vào Luật Giám định và Hoàn trả Bảo hiểm Y tế (tháng 7 năm 1948) và cơ quan này là một đơn vị tư nhân. Đơn vị này hoạt động phi lợi nhuận và không có Vốn và Tài sản. Kế hoạch kinh doanh và ngân sách của đơn vị này cần phải được phê duyệt của Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi Nhật Bản.

Sứ mệnh

Chúng tôi hỗ trợ Hệ thống bảo hiểm y tế với tư cách là tổ chức chuyên môn về thanh toán viện phí thông qua 'giám định phù hợp' và 'Chi trả nhanh'.

5 Cam kết của HICRRS

1. Cung cấp dịch vụ chất lượng thông qua công nghệ thông tin
2. Là một đơn vị tư nhân, chúng tôi hoạt động hiệu quả với nhận thức về chi phí.
3. Thống nhất các dịch vụ cung cấp trên toàn quốc
4. Thông qua việc tuân thủ pháp luật, chúng tôi cung cấp hoạt động công bằng.
5. Chúng tôi tăng cường công bố thông tin và đảm bảo trách nhiệm giải trình.

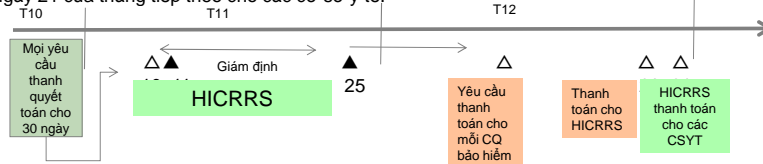
Tổng quan hệ thống giá dịch vụ y tế



Hệ thống xử lý vi tính hóa hóa đơn là hệ thống mà tất cả các cơ sở y tế và các cơ sở y tế và cửa hàng dược có thể nộp yêu cầu thanh toán phí bảo hiểm bằng hóa đơn điện tử hoặc phương tiện điện tử. Cơ quan giám định sẽ kiểm tra và giám định nội dung cũng như sự phù hợp sau đó chuyển lên cơ quan bảo hiểm. Hệ thống nhằm thiết lập quá trình thanh quyết toán nhanh chóng và giảm thiểu khối lượng yêu cầu thanh toán thông qua hệ thống thống nhất giữa các cơ sở y tế, các nhà thuốc, cơ quan giám định và cơ quan bảo hiểm.

Lợi ích của hệ thống xử lý vi tính hóa hóa đơn

- ① Cơ quan bảo hiểm tập trung vào thu phí và chi trả cho các cơ sở y tế.
- ② Cơ quan bảo hiểm có thể giảm chi phí đối với giám định thông qua việc thuê bên ngoài và những công ty được thuê có thể xử lý khối lượng lớn dữ liệu (giám định 100%).
- ③ Hệ thống có thể tự động xuất toán các hóa đơn không chính xác (yêu cầu thanh toán) và các chi nhánh của HICRRS sẽ giám định những hóa đơn không chính xác đó (hầu hết do bác sỹ thực hiện).
- ④ Cơ quan giám định thanh toán có chức năng như người gác cổng để kiểm soát những gian lận qua việc sử dụng công nghệ thông tin. Hầu hết các yêu cầu thanh toán được kiểm tra trên cơ sở điện tử. Và chi phí quản lý cũng giảm xuống.
- ⑤ Cơ quan giám định thanh toán tách biệt với cơ quan bảo hiểm để tránh gian lận.
- ⑥ Cơ quan bảo hiểm có thể tăng thặng dư qua việc đáp ứng chi phí xử lý do cơ quan giám định chi trả.
- ⑥ Thời hạn thanh toán cố định. Dịch vụ giám định thanh toán và hoàn trả (79 triệu yêu cầu thanh toán một tháng), tất cả các hiệp hội của các tổ chức Bảo hiểm Y tế Quốc gia)
(Yêu cầu thanh quyết toán bảo hiểm từ ngày 1 tới ngày 30 mỗi tháng) nộp cho (HICRRS) trước ngày mùng 10 tháng tới, HICRRS giám định từ ngày 11 tới ngày 25 của tháng tiếp theo và yêu cầu cơ quan bảo hiểm thanh toán trước ngày 10 của tháng tiếp theo và cơ quan bảo hiểm sẽ thanh toán trước ngày 20 của tháng tiếp theo cho HICRRS và HICRRS sẽ thanh toán vào ngày 21 của tháng tiếp theo cho các cơ sở y tế.



Giám định

Giám định có nghĩa là việc khám chữa bệnh tương ứng do các cơ sở y tế thực hiện được tuân thủ theo các quy tắc và quy chế, các công văn của bộ liên quan).

Những đầu mục sau cần được giám định:

- (1) Xác nhận những nội dung cụ thể
Xác nhận bổ sót sai sót và số lượng bảo hiểm
- (2) Xác nhận can thiệp y tế
Tên loại can thiệp, vị trí can thiệp, số lượng các lần can thiệp, sự thích hợp, yêu cầu tính toán v.v.
- (3) Xác nhận các loại thuốc
Xác nhận tên thuốc, giá cả, sự thích nghi, việc sử dụng, liều, sự thích hợp v.v.
- (4) Xác nhận các vật tư y tế
Xác nhận tên vật tư y tế, giá thành, việc sử dụng, liều và sự thích hợp v.v.

Giám định (2)

Việc xác định giám định được thực hiện bởi Hội đồng Giám định được thành lập tại mỗi chi nhánh của HICRRS tại 47 tỉnh. Hội đồng Giám định bao gồm một nhóm chuyên môn có bác sỹ, nha sỹ và dược sỹ cùng với đại diện của các hội bảo hiểm y tế, cơ sở y tế và các chuyên gia hàn lâm. Số lượng đại diện mỗi nhóm giống nhau và cơ cấu ba bên được đảm bảo công bằng.

Bắt kỳ những hóa đơn đắt tiền nào (trên 400,000 điểm =JPY4,000,000) sẽ được kiểm tra bởi Hội đồng Giám định Đặc biệt.

Tổng số Giám định viên tại Nhật bản: 4,700

- Số lượng các cơ sở y tế sử dụng hóa đơn điện tử: 220,000 cơ sở
 - Số lượng xử lý hóa đơn trên 1 giám định viên của HICRRS: 18,000/năm
 - Giám định Chuẩn bởi Hội đồng Giám định: 7 ngày/ tháng
 - Tổng giá trị (xuất toán): 55 tỷ Yên / năm
- Tỷ lệ xuất toán: 0.259%

Mẫu hóa đơn điện tử

電子レセプト

IR.1.13.1.9999905..サンプル医療病院+42205.0.02-9999-9999.....
 RE.12.1112.42204.サンプル 1 2 2.3590725.....999.sample-ika-012.....9.....1
 HD.6182019.1234567.12.2.1728.....
 SY.8842082.4220402.1.....1.....
 SY.4660008.4220405.1.....1.....
 SI.11.1.111000110.....
 SI.1.1.111000770..750.1.....
 SI.12.1.112011310..70.1.....
 IY.21.1.620002023.6.....
 IY.1.620004432.3.7.5.....
 IY.21.1.610443074.2.62.5.....
 SI.21.1.120000710..9.1.....
 SI.25.1.120001210..42.1.....
 SI.60.1.160000210..110.1.....
 CO..1.810000001..測定日 02日.....
 CO..1.810000001..(実時間02時).....
 SI.60.1.160170170..40.1.....
 SI.60.1.160062110..144.1.....
 SI.60.1.160168450..150.1.....
 SI.60.1.120002910..68.1.....

(診書) 紙レセプト

5. Hội đồng Bảo hiểm y tế xã hội Trung ương

[Trách nhiệm]

- Hội đồng Bảo hiểm y tế xã hội Trung Ương ("CSIMC" hay "Hội đồng") có quyền hạn để thực hiện các cuộc thảo luận và tham mưu dựa trên yêu cầu của Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc Lợi để đưa ra đề xuất, cũng như gửi kiến nghị lên Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi đối với việc sửa đổi vấn đề về Giá dịch vụ y tế và các vấn đề liên quan khác.

[Cấu trúc ba bên]

- Hội đồng tuân thủ cấu trúc được gọi là "cấu trúc ba bên", trong đó các thành viên bên chi trả và các thành viên bên cơ sở y tế có cuộc thảo luận như hai bên của một hợp đồng bảo hiểm, và các thành viên bên lợi ích cộng đồng giữ vai trò là điều phối viên giữa hai bên. Nhiệm kỳ của mỗi thành viên là 2 năm (tối đa 3 nhiệm kỳ liên tục 2 năm, tức là 6 năm).
- (1) Các thành viên bên thanh toán (đại diện của các công ty bảo hiểm và được bảo hiểm): 7
- (2) Các thành viên cơ sở y tế (đại diện của các bác sĩ, nha sĩ và dược sĩ) : 7
- (3) Đại diện các lợi ích cộng đồng: 6 (tùy thuộc vào sự chấp thuận của Diet)
- Một chủ tịch sẽ được bầu bởi các thành viên trong số các đại diện của bên lợi ích cộng đồng.
- Thành viên đại diện cho lợi ích cộng đồng của Hội đồng sẽ thảo luận về lịch trình và chương trình nghị sự của cuộc họp và các vấn đề khác liên quan đến việc quản lý của Hội đồng, các thành viên bên thanh toán và các thành viên bên cơ sở y tế sẽ tôn trọng kết quả của cuộc thảo luận này.

[Thảo luận về các vấn đề chuyên môn]

- Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc Lợi có thể chỉ định lên đến 10 thành viên chuyên gia (theo chỉ định của Chính phủ) bất cứ khi nào BT thấy cần thiết để thảo luận về các vấn đề chuyên môn.

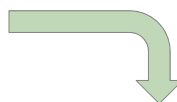
Lịch sử của CSIMC

○ Hệ thống bảo hiểm y tế của Nhật Bản được thành lập vào năm 1927 và Giá dịch vụ y tế đã được cố định bởi Chính phủ từ đó đến nay.

Tuy nhiên, khi Luật Bảo hiểm y tế ra đời, các Giá dịch vụ y tế đã được xác định theo thỏa thuận giữa các công ty bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ.

○ Năm 1943, hệ thống đã được thay đổi, Viện Y tế Nhật Bản, Liên đoàn các Hiệp hội Bảo hiểm y tế và Hiệp hội bảo hiểm y tế quốc gia thảo luận về các khoản chi phí và Bộ trưởng Y tế và Phúc lợi phê duyệt các chi phí, và năm 1944 hệ thống một lần nữa chuyển thành 'Hội đồng xây dựng Giá dịch vụ y tế Bảo hiểm Xã hội' bằng cách bổ sung thêm các chuyên gia hàn lâm.

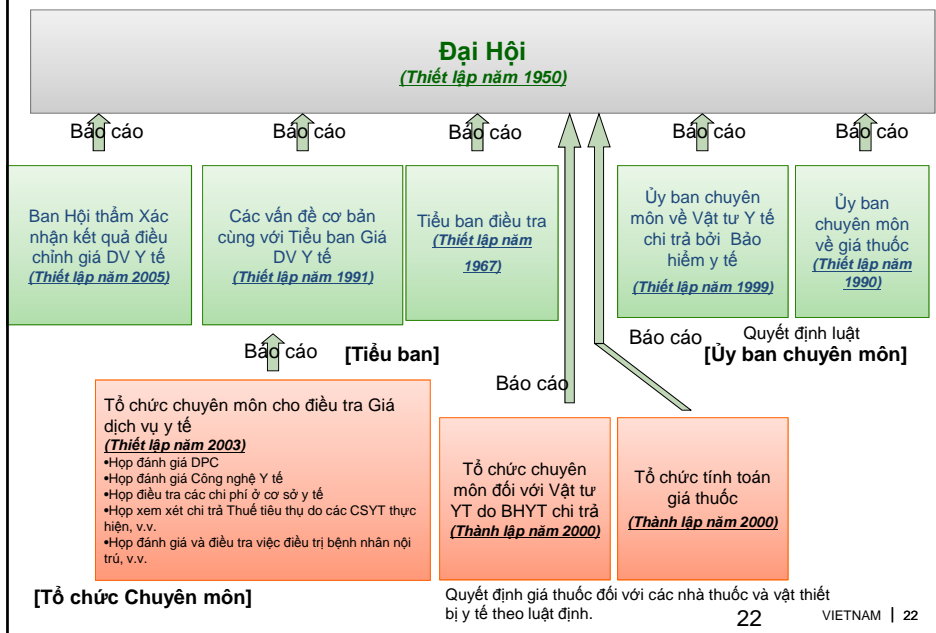
○ Và tiếp đó, vào năm 1950 Hội đồng Giá dịch vụ y tế bảo hiểm xã hội Trung Ương đã được thành lập dựa trên sự sát nhập của 'Hội đồng Chăm sóc y tế bảo hiểm Xã hội' là một là một cơ quan tư vấn và giám sát trong điều trị bảo hiểm y tế và 'Hội đồng xây dựng Giá dịch vụ y tế Bảo hiểm Xã hội'.



Mặc dù CSIMC được thành lập, do không có quy tắc tính toán rõ ràng, thực tế sửa đổi chính sách được quyết định bởi các đại diện của các nhóm lợi ích công như Hiệp hội Y tế Nhật Bản.

Vi lý do này, tỷ lệ sửa đổi đã được quyết định bởi các cuộc thảo luận giữa các nghị sĩ kết hợp với nhóm Y tế và Phúc lợi trong một thời gian.

Các tổ chức chi nhánh của Hội đồng Y tế Bảo hiểm Xã hội Trung ương



Khảo sát/ Điều tra góp phần Điều chỉnh Giá Dịch vụ y tế

Thực thể Kiểm soát/ thực hiện	Mô tả Khảo sát/ điều tra	Sơ lược
Cục Thông tin Thống kê	Khảo sát về Hoạt động khám chữa bệnh trong Bảo hiểm y tế công	Khảo sát về thời gian, điểm v.v. của hoạt động khám chữa bệnh
Đơn vị Kinh tế Y tế, Phòng Bảo hiểm/ Sở Y tế Lao động và Phúc lợi tính	Báo cáo về những thông báo tiêu chuẩn cơ sở y tế	Tình trạng thông báo các tiêu chuẩn cơ sở y tế đối với các mục giá DVYT
Ban Thẩm định kết quả điều chỉnh giá dịch vụ y tế, CSIMC/ Đơn vị Kinh tế Y tế, Phòng Bảo hiểm	Điều tra bởi Ban thẩm định	Điều tra các mục đã được CSIMC quyết định tại thời điểm điều chỉnh giá dịch vụ y tế
CSIMC/ Đơn vị Kinh tế Y tế, Phòng Bảo hiểm	Khảo sát về điều kiện kinh tế trong Chăm sóc y tế (Khảo sát về các CSYT)	Khảo sát về các cơ sở y tế đã được quản lý thế nào trên thực tế
Đơn vị Kinh tế Y tế, Phòng Bảo hiểm	Số liệu DPC (kết hợp quy trình chẩn đoán)	Số liệu thực hành khám chữa bệnh khi DPC được sử dụng
Đơn vị Phúc lợi, Phòng Bảo hiểm	Cơ sở dữ liệu quốc gia	Tất cả dữ liệu về hoạt động khám chữa bệnh trên hóa đơn điện tử
Đơn vị Kinh tế Y tế, Phòng Bảo hiểm	Khảo sát về giá thuốc và vật tư y tế phổ biến	Giá thực tế các cơ sở khám chữa bệnh mua thuốc và vật tư y tế
Đơn vị Nghiên cứu thống kê BH, Phòng Bảo hiểm	Khảo sát về xu hướng các chi phí y tế	Toàn bộ các chi phí khám chữa bệnh được tính toán từ hóa đơn

Khảo sát về hoạt động khám chữa bệnh trong Bảo hiểm Y tế Công

1. Mục đích khảo sát

Mục đích của khảo sát là để có được các nguyên liệu nền tảng cần thiết cho việc quản lý bảo hiểm y tế qua việc xác định **chi tiết các hoạt động khám chữa bệnh, tình trạng thương tích và bệnh tật**, chi tiết của việc phân phối thuốc, và thực trạng sử dụng thuốc, tất cả những người hưởng lợi trong phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế quốc gia.

2. Đối tượng khảo sát

Khảo sát về yêu cầu thanh toán bảo hiểm y tế đối với các chi phí khám chữa bệnh/ nha khoa và việc phân phối các chi phí trong hệ thống bảo hiểm do các cơ sở y tế và nhà thuốc được bảo hiểm y tế thanh toán trên toàn quốc nộp về bởi chi nhánh tại tỉnh của Cơ quan Giám định và Hoàn trả Bảo hiểm Y tế khám, phòng khám răng và các nhà thuốc được bảo hiểm y tế chi trả, đối tượng của khảo sát là tất cả các yêu cầu thanh toán bảo hiểm y tế đối với chi phí khám chữa bệnh/ nha khoa và phân phối các chi phí được lưu trữ trong Cơ sở dữ liệu quốc gia (NDB) (Cơ sở Dữ liệu Quốc gia về Thông tin Yêu cầu thanh toán bảo hiểm và Khám bệnh). Đối với các phòng khám răng, mục tiêu của khảo sát là các yêu cầu thanh toán bảo hiểm về chi phí nha khoa (bao gồm những dữ liệu lưu trữ trong NDB) được kết xuất có sử dụng việc lấy mẫu ngẫu nhiên phân tầng 2 giai đoạn cùng với các cơ sở y tế được bảo hiểm chi trả là đơn vị được lấy mẫu ban đầu trong toàn bộ các cơ sở y tế và yêu cầu thanh toán bảo hiểm chi phí nha khoa là đơn vị lấy mẫu thứ yếu).

3. Các mục khảo sát

Yêu cầu thanh toán bảo hiểm chi phí y tế/ nha khoa: Tuổi, tên bệnh, số ngày thực tế khám chữa bệnh, điểm và thời điểm của hoạt động khám chữa bệnh, việc sử dụng thuốc (tên và liều thuốc, v.v.), v.v.

Yêu cầu thanh toán bảo hiểm y tế đối với việc phân phối chi phí: Tuổi, số lượng đơn thuốc được chấp thuận, điểm và thời điểm theo hoạt động phân phối và việc sử dụng thuốc (tên và liều thuốc, v.v.), v.v.

4. Giai đoạn khảo sát: đánh giá vào tháng 6 hàng năm.

5. Phương pháp khảo sát

Thực hiện bởi chi nhánh tại tỉnh của Cơ quan Giám định và Hoàn trả Bảo hiểm Y tế và Liên đoàn các Tổ chức Bảo hiểm Y tế Quốc gia bằng cách kết xuất yêu cầu thanh toán bảo hiểm y tế của các cơ sở y tế được BHYT chi trả sử dụng tỷ lệ lấy mẫu được mô tả riêng biệt, và gửi bản sao của yêu cầu thanh toán tới Bộ Y tế Lao động và Phúc lợi.

Yêu cầu thanh toán chi phí y tế/ nha sĩ được lập bảng và phân phối chi phí từ NDB.

Tình trạng Thông báo Các Tiêu chuẩn Cơ sở Y tế

- Việc tổng kết tiếp theo tình trạng thông báo do các cơ sở y tế cần phải thực hiện để thông báo các tiêu chuẩn của cơ sở y tế đó nhằm tính toán giá dịch vụ y tế tới ngày 1 tháng 7 hàng năm.
- Bộ phận Kinh tế Y tế của các cơ sở y tế soạn thảo số liệu và nộp Sở Y tế Lao động và Phúc lợi của tỉnh.

Ví dụ: Tình trạng thông báo các chi phí cơ bản đối với điều trị nội trú

	Tổng hợp các tiêu chuẩn của cơ sở y tế	Số CSYT nộp thông báo (Cột trên: Số CSYT/ Cột giữa: Số bệnh phòng/ Cột dưới: Số giường)		
		2007	2008	2009
Giá cơ bản đối với điều trị nội trú tại khoa phòng chung	• Phân công điều dưỡng trên thực tế và tỷ lệ nhân viên điều dưỡng trên người bệnh tại khoa phòng được chi theo tỷ lệ từ 7:1 tới 15:1, tùy thuộc số ngày nằm viện trung bình	5,534 16,038 715,413	5,437 15,207 700,358	5,425 14,989 690,884
Giá cơ bản đối với điều trị nội trú tại khoa phòng chăm sóc dài hạn	• Được chia tùy thuộc vào việc chăm sóc y tế hoặc loại khác trong các khoa phòng điều trị dài hạn	3,708 5,749 209,968	3,650 4,992 211,592	3,560 4,933 212,638
Giá cơ bản đối với điều trị nội trú tại khoa Lao	• Phân công điều dưỡng trên thực tế và tỷ lệ nhân viên điều dưỡng trên người bệnh tại khoa lao được chi theo tỷ lệ từ 7:1 tới 20:1, tùy thuộc số ngày nằm viện trung bình	236 265 9,220	225 240 8,177	205 232 7,850
Giá cơ bản đối với điều trị nội trú tại khoa Tâm thần	• Phân công điều dưỡng trên thực tế và tỷ lệ nhân viên điều dưỡng trên người bệnh tại khoa lao được chi theo tỷ lệ từ 10:1 tới 20:1, tùy thuộc số ngày nằm viện trung bình	1,381 3,600 197,812	1,335 3,362 188,796	1,344 3,289 184,873

Quy trình điều chỉnh giá dịch vụ y tế

Điều chỉnh giá dịch vụ y tế dựa trên các hướng dẫn sau:

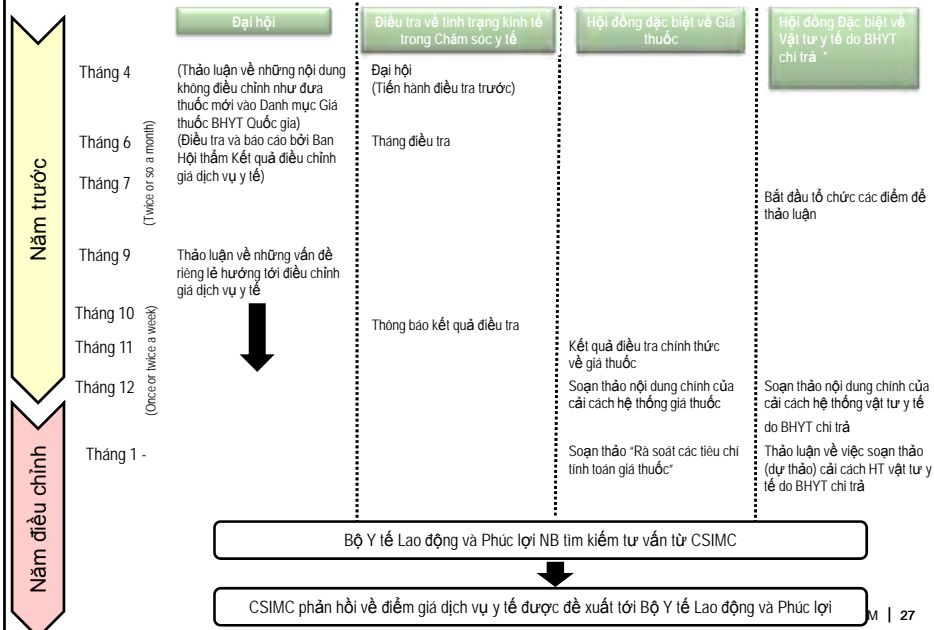
1. Thông qua quá trình xây dựng ngân sách, tỷ lệ điều chỉnh cần chấp thuận của Chính phủ là điều kiện tiên quyết,
2. Dựa trên "Hướng dẫn cơ bản" xây dựng bởi Nhóm Bảo hiểm Y tế và Nhóm Sức khỏe thuộc Hội đồng Hệ thống An sinh Xã hội
3. Hội đồng Bảo hiểm Y tế Xã hội Trung ương kiểm tra sự sắp xếp các điểm thanh toán giá dịch vụ y tế cụ thể

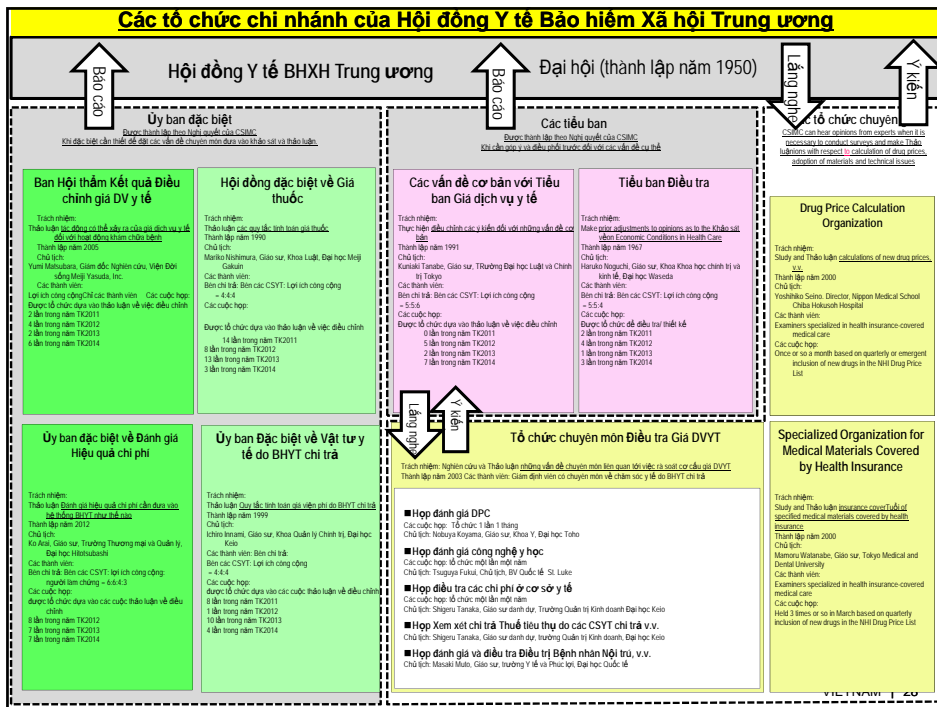


Thành viên của Hội đồng Bảo hiểm Y tế Xã hội Trung ương

- ① 7 thành viên từ các bên thanh toán (đại diện của các Công ty bảo hiểm và Người được bảo hiểm)
- ② 7 thành viên từ các tổ chức y tế (đại diện của các bác sĩ, nha sĩ và dược sĩ)
- ③ 7 thành viên từ công chúng (cần Quốc hội phê chuẩn)

Kế hoạch chủ yếu Điều chỉnh giá dịch vụ y tế





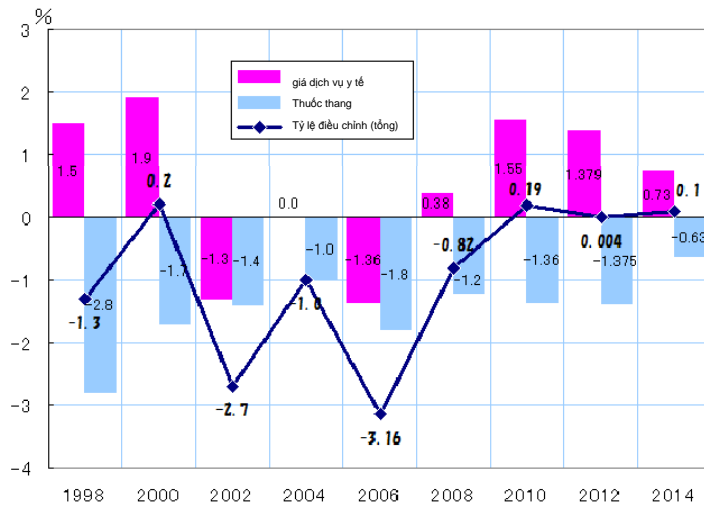
- Hội đồng, Nhóm tư vấn và Nhóm nghiên cứu (Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi)**
- ◆ **Hội đồng An sinh Xã hội**
 - Phân nhóm Y tế
 - Phân nhóm Thống kê
 - Phân nhóm Chăm sóc Y tế dài hạn
 - Nhóm Phúc lợi
 - Nhóm Hỗ trợ Xã Hội
 - Nhóm Dân số
 - Nhóm Bảo hiểm Sức khỏe
 - Phân nhóm Bảo hiểm Sức khỏe (Mass Tuổi, chăm cứu, ..vv)
 - Nhóm sự vụ trẻ em (nhiều phân nhóm)
 - Nhóm Y tế
 - Nhóm Định phí Hưu trí
 - Nhóm Hưu trí (nhiều phân nhóm)
 - Nhóm Hưu trí doanh nghiệp
 - Nhóm làm việc về lao động ngắn hạn
 - Nhóm về Người khuyết tật
 - Nhóm Chăm sóc Y tế dài hạn
 - Nhóm làm việc về Tỷ lệ sinh thấp (nhiều nhóm)
 - Nhóm làm việc về người cao tuổi trên 75
 - và hơn thế

Phân tích yếu tố tăng giá dịch vụ y tế (ví dụ rất tóm tắt)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tăng tỷ lệ giá dịch vụ y tế ^①	2,0%	3,4%	3,9%	3,1%	1,6%	2,2%	1,8%
điều chỉnh giá dịch vụ y tế ^②	-0,82%		0,19%		0,004%		0,10%
Tỷ lệ tăng dân số ^③	-0,1%	-0,1%	0%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%
Ảnh hưởng yếu tố già hóa ^④	1,3%	1,4%	1,6%	1,2%	1,4%	1,3%	1,2%
Yếu tố khác (① - ② - ③ - ④) - Công nghệ y học tốt hơn. - Gánh nặng cho bệnh nhân	1,5%	2,2%	2,1%	2,1%	0,4%	1,1%	0,6%

MHLW phân tích rằng xấp xỉ 1,6% của tăng giá dịch vụ y tế các yếu tố liên quan tới già hóa.

Thay đổi của Tỷ lệ giá dịch vụ y tế



Nguồn: Báo Sankei và Mainichi

Xin cảm ơn!

KHÁI NIỆM CƠ BẢN CỦA KẾ HOẠCH PHÍ DỊCH VỤ Y TẾ VÀ CHÍNH SÁCH SỬ DỤNG KẾ HOẠCH NÀY

TADAYUKI TANIMURA, CỤC CHÍNH SÁCH Y TẾ, BỘ Y TẾ LAO ĐỘNG VÀ PHÚC LỢI NHẬT BẢN



KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TRONG BẢO HIỂM Y TẾ CÔNG

- Việc bao phủ và giá dịch vụ khám chữa bệnh được Bộ Y tế Nhật Bản xác định dựa vào báo cáo của Hội đồng Bảo hiểm Y tế Xã hội Quốc gia (CSMIC)
 - **Bao phủ dịch vụ** bởi bảo hiểm **cần được cân nhắc thận trọng và phải theo chiều hướng lạc quan** vì nguồn tài chính duy trì hệ thống bảo hiểm y tế công qua việc sử dụng ngân sách nhà nước và phí bảo hiểm.
 - **Tính hiệu dụng và an toàn** của các dịch vụ khám chữa bệnh được cung cấp **cần được đảm bảo** vì các dịch vụ này có thể ảnh hưởng trực tiếp tới sự sống của người bệnh. Tuy nhiên, có những hạn chế đối với người bệnh để đánh giá dịch vụ y tế nào họ được sử dụng do những dịch vụ đó chứa những dịch vụ mang tính rất chuyên sâu.
 - Hội đồng Bảo hiểm Y tế Xã hội Quốc gia là nơi xem xét việc bao phủ và giá dịch vụ.



ĐẶC ĐIỂM VÀ CHỨC NĂNG CỦA KẾ HOẠCH PHÍ DỊCH VỤ Y TẾ

- **ĐẶC ĐIỂM**
 - Xác định mức độ bao phủ (nội dung) dịch vụ do bảo hiểm chi trả
 - Xác định giá dịch vụ khám chữa bệnh
- **CHỨC NĂNG**
 - Nguồn thu cho các phòng khám, bệnh viện
 - Khuyến khích đối với việc sử dụng của nhân viên y tế

Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản



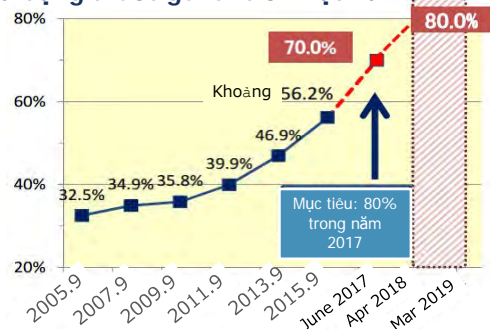
VÍ DỤ KHUYẾN KHÍCH 1 : THỨC ĐẨY VIỆC SỬ DỤNG THUỐC GENERIC

- Tỷ lệ sử dụng thuốc generic thấp ở Nhật Bản
- Mục tiêu : 80% thị phần tới năm 202
- KHUYẾN KHÍCH đối với các bệnh viện và nhà thuốc kê đơn thuốc generic, với các chính sách hỗ trợ khác
 - KHUYẾN KHÍCH cho bệnh viện theo tỷ lệ sử dụng thuốc generic
 - KHUYẾN KHÍCH cho các nhà thuốc đạt được tỷ lệ theo mục tiêu nhất định

Tỷ lệ sử dụng thuốc generic (2013.10-2014.9)

Nhật	Mỹ	Đức	Anh	Ý	Pháp	Tây Ban Nha
49%	92%	83%	73%	57%	64%	65%

Tỷ lệ sử dụng thuốc generic ở Nhật Bản

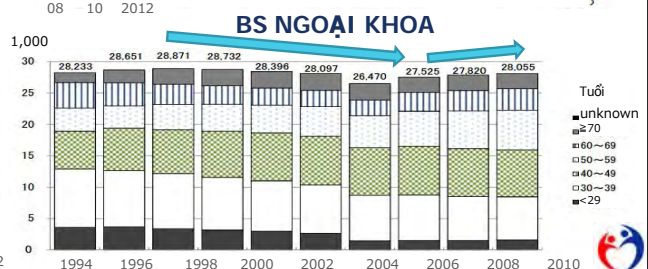
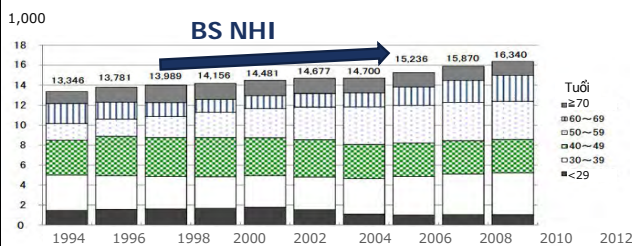
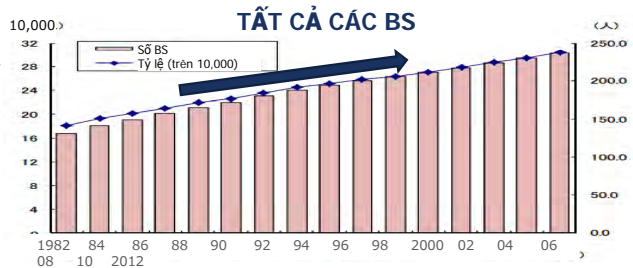


Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản



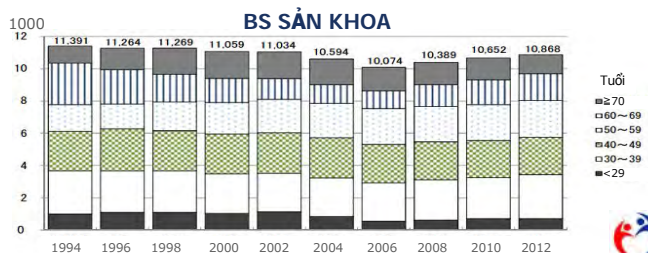
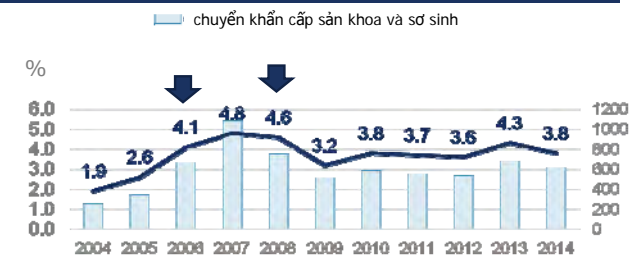
VÍ DỤ KHUYẾN KHÍCH 2 : ĐÁP ỨNG VỚI VIỆC GIẢM BS NGOẠI KHOA

- Xuất hiện xu hướng giảm số lượng bác sỹ ngoại khoa mặc dù xu hướng của các bác sỹ chuyên khoa khác tăng.
 - Nhật Bản không hạn chế việc lựa chọn các chuyên khoa lâm sàng.
 - Bác sỹ ngoại khoa là một trong những chuyên khoa mệt mỏi nhất.
- Tăng tiền phẫu thuật, đặc biệt tăng 30-50% đối với những phẫu thuật phức tạp



VÍ DỤ KHUYẾN KHÍCH 3 : TĂNG CƯỜNG NĂNG LỰC CHĂM SÓC CHU SINH

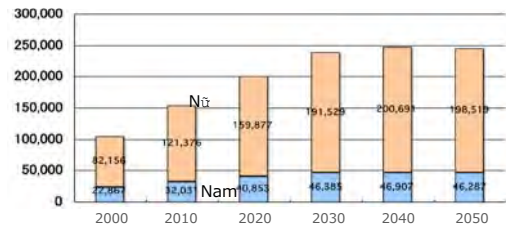
- Trường hợp tăng yêu cầu vận chuyển cấp cứu chu sinh/ sản khoa được coi là vấn đề xã hội trong những năm 2006-2007. Chủ yếu là do các trường hợp đó vượt quá năng lực của kỹ thuật viên hay bác sỹ.
- Những hình thức khuyến khích sau đã được hình thành:
 - Khuyến khích chăm sóc những trường hợp thai nghén nguy cơ cao trong năm 2006
 - Khuyến khích tiếp nhận các trường hợp cấp cứu chu sinh trong năm 2008
 - Tăng phí dịch vụ y tế đối với Đơn vị Chăm sóc Tích cực Sơ sinh (NICU) trong năm 2008
- Quy định vận chuyển cấp cứu ở tuyến tỉnh được xây dựng vào khoảng năm 2010



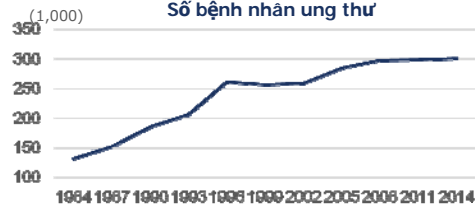
VÍ DỤ KHUYẾN KHÍCH 4 : CÙNG CỐ HỆ THỐNG CHUYỂN TUYẾN

- Người bệnh có xu hướng tập trung tại các bệnh viện lớn/ ở tuyến cuối/ tiên tiến do người bệnh có quyền tới bất kỳ bệnh viện nào hoặc do chức năng chăm sóc giai đoạn cấp tính của bệnh viện. Phân biệt về mặt chức năng, đặc biệt là chuyển tuyến ngược (ra viện suôn sẻ) được thúc đẩy để sử dụng các bệnh viện một cách hiệu quả.
- Việc khuyến khích và không khuyến khích với mục đích là:
 - Khuyến khích đối với các quy trình lâm sàng sau (bản đồ quá trình) như gãy cổ xương đùi, đột quỵ hoặc điều trị ung thư.
 - Khuyến khích đối với tỷ lệ chuyển viện từ tuyến trên xuống tuyến dưới cao tại các địa phương – các bệnh viện được chỉ định.
 - Khuyến khích điều phối các bệnh viện để xuất viện
 - Phụ phí đối với những bệnh viện lớn không chuyển tuyến v.v.

Số BN gãy cổ xương đùi dự kiến



Số bệnh nhân ung thư



Date	Time	Activities
		<ul style="list-style-type: none"> • Situation of medical insurance system • Outlin and role of Health Insurance Society • Finacial condition and problems of Health Insurance Society • Activities of Health Insurance Society
2016/5/19	9 :30-11 :30	Transfer (Tokyo – Sakudaira)
	13 :30-16 :00	<p><u>Lecture by Saku City</u></p> <p>1. Activities of health care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction of Saku city • Health life expectancy in Saku city • Development of health activities • Challenges and activities on promotion of admission to health insurance and imposition <p>2. National health insurance service in Saku City</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financial condition
2016/5/20	9 :30-11 :30	<p><u>Lecture by Saku Central Hospital</u></p> <p>1. Lecture by Dr. Izawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intoroduction of Saku Central Hospital • History of health care in Saku area <p>2. Lecture about medical IT system in Saku Central Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • How to claim for medical fee
	13 :00-14 :50	<p><u>Lecture by Sakuho Town</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intoroduction of Sakuho Town • History and outline of health activities for decreasing medical care expenditure
	15 :30-17 :00	<p><u>Lecture and Site Visit to Kitaaiki Village Clinic</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Health care activities and management by Dr. Matsushashi • Condition of Kitaaiki Village
2016/5/21	10 :00-12 :00	Transfer (Sakudaira – Tokyo)
2016/5/22	-	Preparation of groupe presertation
2016/5/23	9 :30-12 :30	<p><u>Lecture by Prof. Shimazaki from National Graduate Institute for Porlicy Studies</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Characteristic of public health insurance for the whole nation and the way to achive UHC • Explanation of essence and process of public health insurance for the whole nation in Japan • Political implication of public health insurance for the whole nation in Japan
	13 :30-16 :30	<p><u>Wrap up session of training</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentations
2016/5/24	-	Departure for Hanoi

3-2: The List of Participants of Study Tour in Japan

No.	Name	Title
1	Mr. CAO Ngoc Anh	Head of Provider payment method management Division, DPF, MoH
2	Mr. THAM Chi Dung	Deputy head of Provider payment method management Division, DPF, MoH
3	Ms. PHAM Thi Minh Nga	Deputy head of State financing, DPF, MoH
4	Mr. DANG Trung Ha	Officer, Provider payment method management Division, DPF, MoH
5	Ms. NGUYEN Sao Mai	Officer, Provider payment method management Division, DPF, MoH
6	Mr. DANG Hong Nam	Deputy head of Health insurance Department, MoH
7	Mr. LUONG Bao Khanh	Administration of Medical Service Management, MoH
8	Ms. PHAM Hong Thuy	Vietnam Administration of HIV/AIDS Control, MoH
9	Ms. NGUYEN Thi Thanh Ha	Department of Health insurance policy, Vietnam Social Security
10	Ms. NGUYEN Thi Huong	Vice Head, Department of Price Management, Ministry of Finance
11	Ms. HOANG Thu Thuy	Deputy head of Public health Department, Health Strategy and Policy Institute
12	Ms. LUU Thi Lien	Deputy manager of Department of Health in Hanoi
13	Ms. NGUYEN Thi Thu Ha	Deputy head of Finance and Accounting Unit, Department of Health in Hoa Binh province
14	Mr. DINH Ha Nam	Deputy manager of Department of Health in Gia Lai province

3-3: Template of Report on Training in Japan

(Tokyo and Saku, 15-24 May 2016)

Name:

Organization:

Position:

Email (in block letter)

1. Training Schedule

2. List of Persons met

3. Information you obtained from each organization

(1) Ministry of Health, Labour and Welfare

(2) National Federation of Health Insurance Societies

(3) Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

(4) Japan Health Insurance Association

(5) Saku City

(6) Sakuho Town

(7) Saku Central Hospital

(8) Kitaaiki Village Clinic

(9) Professor Yoshinori Hiroi, Kyoto University

(10) Professor Kenji Shimazaki, GRIPS

4. Your objectives before the participating of the training

5. How much have you achieved your objectives through the training program?

6. What have you studied from the Medical Insurance System in Japan?

7. Are there any points which may be introduced to the Health Insurance System in Viet Nam?

8. Are there any points which will not be introduced to the Health Insurance System in Viet Nam?

9. Overall evaluation of the training program

10. Additional questions or requests if any (to be answered)

3-4: Photos of Study Tour in Japan



Orientation on May 15



Courtesy Call on JICA on May 16



Lecture by Prof Hiroi on May 16



Lecture by Dr. Tanimura from Ministry of Health, Labour and Welfare on May 16



Lecture by Review System of Medical Fee Claims in Japanese Health Insurance on May 17



Lecture by Review System of Medical Fee Claims in Japanese Health Insurance on May 17



Lecture by Japan Health Insurance Association Head Office on May 18



Lecture by National Federation of Health Insurance Societies on May 18



Lecture by Saku City on May 19



Lecture by Dr. Izawa from Saku Central Hospital on May 20



Visit the reception of Saku Central Hospital on May 20



Lecture by Sakuho Town on May 20



Visit Kitaaiki village clinic on May 20



Lecture by Prof. Shimazaki from National Graduate Institute for Policy Studies on May 23



Presentation in Lap Up Session on May 23



Lap Up Session on May 23

3-5: Itinerary and Participants of Study Tour in Japan on Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

Date	Itinerary
Tue, 22 Nov.	Arrive in Tokyo
	JICA Headquarters
	Ministry of Health, Labour and Welfare <ul style="list-style-type: none"> • Overview of medical security system and insured medical services in Japan • Overview of medical fee claim, examination and payment flow, and prevention and measurements against illegal and improper claims • Overview of revising of medical fee schedule • Overview, roles and responsibility of the Central Social and Medical Insurance Committee
Wed, 23 Nov.	Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services (HICRRS), Headquarters <ul style="list-style-type: none"> • Overview and mission of HICRRS • Overview of claim examination and IT • Measurements for illegal and improper claims
	HICRRS, Tokyo Brunch <ul style="list-style-type: none"> • Examples of claim examination
Thu, 24 Nov.	All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations (NHIO) <ul style="list-style-type: none"> • Overview and mission of NIHO • Overview of claim examination and IT • Measurements for illegal and improper claims
Fri, 25 Nov.	IT company
Sat, 26 Nov.	Reporting
Sun, 27 Nov.	Leave for Hanoi

No	Name	Position	Organization
1	Mr. Pham Luong Son	Deputy Director General	Vietnam Social Security (VSS)
2	Mr. Le Hong Huyen	Director of Social Department	Central Economics Commission
3	Mr. Đặng Nguyen Binh	Deputy Director of Department IV	Central Organization Commission
4	Mr. Trần Đức Long	Director	Inspection and Auditing Department, VSS
5	Mr. Do Van Khoan	Director	Northern Center for Medical Review and Tertiary Care Payment, VSS
6	Mr. Nguyễn Kim Chiến	Staff	Information Technology Center, VSS
7	Mr. Le Xuan Ky	Deputy Director	Organization and Personnel Department, VSS
8	Mr. Duong Tuan Duc	Deputy Director	Health Insurance Implementation Department
9	Ms. Dang Thi Thanh Ha	Deputy Director	Ninh Binh Social Security Office
10	Trần Thị Thu Trà	Deputy Director	International Cooperation Department, VSS
10	Mr. Lê Nguyên Bồng	Deputy Director	Information Technology Center, VSS
12	Ms. Nguyen Thi Thu Trang	Staff	Project Management and General Affairs Division, International Cooperation Department, VSS

Phụ lục 4: Tổng kết sửa đổi Luật Bảo hiểm Y tế

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
1	Governing Scope and Subjects of Application	-
2	Interpretation of Terms	<ul style="list-style-type: none"> • Health Insurance is a compulsory scheme implemented by the State for non-profit purposes. • All household members included in the family registers or temporary residence book shall be insured. • “Basic health service package (BHSP) covered by health insurance fund” is added.
3	Health Insurance Principles	<ul style="list-style-type: none"> • It is clearly specified that the basis of premium are monthly salaries, retirement pensions, allowance, or base salaries. • The benefit levels depend on groups of the insured and the period of premium payment, in addition to seriousness of sickness.
4	State Policies on Health Insurance	-
5	State Management Agencies in charge of Health Insurance	-
6	The Ministry of Health’s Responsibilities for Health Insurance	<ul style="list-style-type: none"> • MOH shall promulgate regulations on technical procedures and guidance of medical examination, treatment and referral, in addition to formulating policies and laws, organizing service providing systems. • Also, MOH shall promulgate BHSP covered by health insurance fund.
7	The Finance Ministry’s Responsibilities for Health Insurance	<p>Responsibilities of MOLISA, MOET, MOND and MOPS are added to instruct and determination and administration of the insured.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MOLISA (Ministry of Labor, War Invalids and Social Affairs) shall take care of the following insured groups; persons with meritorious services and war veterans and their family as well as their relatives, children under 6, pensioners of social protection pensions, and the poor and groups in socio-economic difficulties. • MOET (Ministry of Education and Training) shall take care of students and foreign student granted by the Vietnam Government. Also, MOET shall provide primary health care in the school in cooperation with MOH. • Ministry of National Defense (MOND) and Ministry of Public Security (MOPS) shall take care of commissioned officers, soldiers, police officers, police students, public security officers, as well as their relatives. Also, those shall cooperate for contracting between the medical facilities under those jurisdiction and VSS.
8	Responsibilities of People’s Committees at All Levels for Health Insurance	<ul style="list-style-type: none"> • The People’s Committee from central to provincial levels shall be responsible for instructing of the local SS and administration on the use of annual surplus of the health insurance fund. • The People’s Committee of communes, wards and towns shall prepare the list of target groups except the employees, persons with meritorious services and war veterans, and students. Also, it shall request health insurance card and birth certificate for the children under 6.

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
9	Health Insurance Institutions	-
10	Audit of the Health Insurance Fund	-
11	Prohibited Acts	-
12	The Insured	See the table below.
13	Health Insurance Premium Rates and Responsibilities to Pay Health Insurance Premium	See the table below.
14	Salaries, Remuneration, Allowances Serving as a Basis for Health Insurance Premium Payment	The monthly salary as a basis of the premium amount shall not exceed 20 times of the minimum wage.
15	Method of Payment of Health Insurance Premium	See the table below.
16	Health Insurance Card	<p>The effective dates are clearly determined.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upon the first payment • New card: upon the expiry of the pervious health insurance • When the premium was not paid for more than 3 months in a year, 30 days after resume the payment. • When a preschool child become 6 before his/her school year, it is effective until 30 September in such year. • The health insurance organization shall provide the sample of health insurance card after reaching consensus of MOH.
17	Grant of Health Insurance Cards	<ul style="list-style-type: none"> • Responsibility to identify people to be insured is clearly mentioned. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Employees – employers ➤ Students and foreign students granted by the State – Education/Training institutions under MOE. ➤ Officers under MOND/MOPS – MOND/ MOPS ➤ The others – the People’s committee at commune level • The health insurance organizations shall issue the cards within 10 working days after receipt of the completed applications.
18	Re-grant of Health Insurance Cards	<ul style="list-style-type: none"> • The insured shall be eligible during the re-issuance process. • The fees for the re-issuance shall be prescribed by MOF (Ministry of Finance), not MOH. • The fees shall not be required when the re-issuance is caused by failure of the social insurance organizations.
19	Exchange of Health Insurance Cards	-

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
20	Revocation, Seizure of Health Insurance Cards	<ul style="list-style-type: none"> • Concurrent issuance shall also be revoked.
21	Scope of Health insurance Benefits	<ul style="list-style-type: none"> • Medical examinations for early detection of some diseases were annulled. • The Minister of Health shall be responsible for providing list of medical services, drugs and supplies to be covered by health insurance, and scope of benefits.
22	Levels of Health Insurance Benefits	<ul style="list-style-type: none"> • Benefit levels are concretely determined. See the table below for the level for each group. • 100% shall be covered in CHS within the prescribed amount by the Government.6 times of minimum wage at the registered hospital. • 100% shall be covered for the insured who had paid premium at least 5 years and spend more than • The benefit levels in non-registered health facilities without official procedures are as follows: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Central hospital: 40% of inpatient treatment costs ➤ Provincial hospital: 60% of inpatient treatment costs until 31 Dec. 2020; 100% from 01 Jan. 2021. ➤ District hospital: 70% of examination and treatment costs until 31 Dec. 2015; 100% from 01 Jan. 2016. • District and commune levels are free-access within the province from 01 Jan. 2016. • Provincial level is free-access within the nation from 01 Jan. 2021.
23	Cases not eligible for Health Insurance Benefits	Suicide, poisoning, visual disturbance of children, and are covered by health insurance.
24	Health insurance-covered Medical Care Providers	Private providers could be covered medical facilities when those contract with the health insurance organizations.
25	Contracts on Health Insurance-covered Medical Care	<ul style="list-style-type: none"> • Concrete criteria are set to be a covered medical facility. • MOH shall cooperate with MOF to provide a sample contract.
26	Registration for Health Insurance-covered Medical Care services	-
27	Treatment-line Transfer	-
28	Procedures for Health Insurance-covered Medical Care	-
29	Health Insurance Assessment	-
30	Methods of Payment of Costs of Insured Medical Care	Explanation of capitation is modified.

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
31	Payment of Costs of Health Insurance-covered Medical Care	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions for direct reimbursement for the insured are modified. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Use a non-covered medical facility ➤ The process is failed to the regulation. ➤ Other special cases prescribed by MOH • MOH and MOH shall regulate unified medical service fees covered by health insurance for each level.
32	Advancement, Payment, Settlement of Costs of Health Insurance-covered Medical Care	<ul style="list-style-type: none"> • The health insurance organization shall make advance payment of 80% of the settled amount of the previous quarter within 5 working days from the receipt of the financial statement. • The initial advance payment shall be made 80% of estimated amount by the health insurance organization. • When the quarterly claim amount exceeds the budget, the medical facility shall send a report to VSS. • Health facilities shall submit monthly claim by 15 of next month, quarterly financial statement by 15 of the first month of next quarter. • The health insurance organizations shall notify the verification result within 30 days from the receipt of the quarterly financial statement, and make payment within 10 days from the notification. • Annual accounting report and handling of surplus shall be made by 10 Jan. every year. • The direct payment to the insurer shall be made within 40 days from the receipt of the request.
33	Sources for Setting Up the Health Insurance Fund	-
34	Management of the Health Insurance Fund	Management mechanism is not clearly mentioned. The Vietnam Social Insurance Management Board shall administer the health insurance fund.
35	Use of the Health Insurance Fund	<ul style="list-style-type: none"> • Allocation and use of the health insurance fund are defined with figures. <ul style="list-style-type: none"> ➤ 90% of premium – medical examination and treatment ➤ 10% of premium – administration cost and reserve fund (at least 0.05%) • Contingency shall be allocated according to the decision of the board. • Surplus at provincial level until 31 Dec. 2020 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 80% shall be allocated to reserve fund. It shall be allocated within 12 months from the VSS’s auditing of the financial statement. ➤ 20% shall be allocated according to priority: to expand services for the poor and socially vulnerable such as improvement of district hospitals. ➤ The allocation of the above 20% shall be made upon approval of VSS within a month from the auditing. • From 01 Jan. 2021, the 20% shall be allocated to the reserve fund. • The annual deficit shall be made up by the reserve fund of VSS.

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
36	Rights of the Insured	The insurers can choose any health insurance organizations to pay premium and any covered medical providers.
37	Responsibilities of the Insured	-
38	Rights of Organizations and Individuals Paying Health Insurance Premiums	-
39	Responsibilities of Organizations and Individuals Paying Health Insurance Premiums	-
40	Rights of Health Insurance Institutions	-
41	Responsibilities of Health Insurance Institutions	More concretely defined such as promotion of subscription and premium payment, management of the insured, and store and manage the data (i.e., use of IT, development of database).
42	Rights of Health Insurance-covered Medical Care Providers	More concretely defined such as providing medical record to the health insurance organizations, maintain validity and accuracy of the data, and providing medical certificate to the insured.
43	Responsibilities of Health Insurance-covered Medical Care Providers	-
44	Rights of Organizations Representing Employees and Those Representing Employers	-
45	Duties of Organizations Representing Employees and Those Representing Employers	More concretely defined responsibilities of the representatives of employers and employees to supervise the implementation of the law.
46	Health Insurance Inspectorate	-
47	Complaint, Denunciation on Health Insurance	-
48	Health Insurance Disputes	-
49	Handling of Violations	More concretely defined “violation” and the case of employers who fail to their duties is added The unpaid premiums and the interests shall be paid in twice of the amount. When it is still not paid, the State Treasuries shall deduct from its deposit account.

Ar.	25/2008/QH12	Points of Amendment in 46/2014/QH13
50	Transitional Provisions	-
51	Effect	-
52	Implementation Detailing and Guidance	-

Article 12 (Eligibility), Article 13 (Premium Rate), Article 15 (Premium Payment), Article 22 (Level of Benefit)

Source of Premium	Sub-Group ¹	Resp.	Premium		Benefit Level
			Rate ²	Method	
Employers and employees	<ul style="list-style-type: none"> • Employees indefinite or at least 3-month full-time contracts • Salaried business • Managers • Officials and civil servants 		6% of monthly salary (4% - employers, 2% - employees)	Monthly	80%
	<ul style="list-style-type: none"> • Part-time officers in communes, wards and towns 		6% of minimum wage (4% communes/wards/towns, 2% - the officers)	Monthly	80%
Social insurance organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Pensioners (retirement and disability) 		6% of the allowance	-	95%
	<ul style="list-style-type: none"> • Pensioners (worker's compensation, long-term treatment, old-age (≥ 80)) 		6% of minimum wage	-	95%
	<ul style="list-style-type: none"> • Social security recipients 		6% of minimum wage	-	95%
	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployment insurance recipients 		6% of minimum wage	-	95%
State budget	<ul style="list-style-type: none"> • Commissioned officers, solders, police officers, public security officers, those students, and their relatives 	MOND /MOPS	6% of monthly salary	Quarterly	100% + health insurance fund (and state budget) for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> • State pension recipients 	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> • Persons meritorious services and war veterans, and families 	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> • Relatives of persons meritorious services and war veterans 	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	95%
	<ul style="list-style-type: none"> • Incumbent deputies of National Assembly or People's Councils at all levels 		6% of minimum wage	Quarterly	80%
	<ul style="list-style-type: none"> • Children under 6 (pre-school) 	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	<ul style="list-style-type: none"> • Social protection pension recipients 	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items

Source of Premium	Sub-Group ¹	Resp.	Premium		Benefit Level
			Rate ²	Method	
	• Poor household and other groups in socio-economic difficulties, islands	MOLISA	6% of minimum wage	Quarterly	100% + health insurance fund for non-covered services/items
	• Legal organ donors		6% of minimum wage	Quarterly	80%
Scholarship provider	• Foreign students granted by the state budget	MOET	6% of minimum wage	Quarterly	80%
State budget and the insurers	• Near-poor household		6% of minimum wage (partially paid by the state budget)	Quarterly (state budget)	95%
	• Students	MOET			80%
Head of household	• Other household		6% of minimum wage	Agriculture, forestry, fishery and self-enterprises – quarterly or bi-annually	80%
	• Other household members		1 - 6% of minimum wage 2 - 4.2% (70%) 3 - 3.6% (60%) 4 - 3% (50%) 5 and more - 2.4% (40%)		80%

Note:

1. When the individual is concurrently eligible more than one group, the earlier clause shall be applied. For example, a 4-year-old child living with his/her parents working in agriculture sector and not the poor, he/she are eligible as “children under 6”.
2. When an employee works for more than one employer, higher salary shall be a basis of the premium amount.