

BỘ Y TẾ VIỆT NAM

NHÓM ĐỐI TÁC Y TẾ

BÁO CÁO CHUNG
TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2008
Tài chính Y tế ở Việt Nam

Hà Nội, Tháng 11 - 2008

Ban biên tập

TS. Nguyễn Quốc Triệu
TS. Dương Huy Liệu
TS. Nguyễn Hoàng Long
PGS. TS. Phạm Trọng Thanh
ThS. Sarah Bales
ThS. Dương Đức Thiện

Các chuyên gia tư vấn

PGS. TS. Lê Quang Cường
ThS. Nguyễn Kim Phương
ThS. Nguyễn Khánh Phương
PGS. TS. Phạm Trí Dũng
TS. Trần Văn Tiến
ThS. Nguyễn Đình Cường
ThS. Đào Thanh Huyền
ThS. Đào Thanh Hồng
ThS. Dương Huy Lương
ThS. Trần Thị Mai Oanh
ThS. Hoàng Thị Phương
TS. Khương Anh Tuấn
ThS. Vũ Văn Chính
ThS. Đặng Bội Hương
TS. Nguyễn Văn Chính

Lời cảm ơn

“Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008” là kết quả của sự hợp tác giữa Bộ Y tế Việt Nam và Nhóm đối tác y tế. Chúng tôi hy vọng báo cáo lần thứ hai này sẽ đóng góp hiệu quả cho việc lập kế hoạch hằng năm của Bộ Y tế và tăng cường hiệu quả hợp tác giữa ngành y tế và các đối tác quốc tế.

Chúng tôi đánh giá cao sự hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật của các thành viên Nhóm đối tác y tế, bao gồm đại diện các tổ chức quốc tế và các đại sứ quán một số nước tại Việt Nam, như Tổ chức Y tế Thế giới, Unicef, UNFPA, ADB, Ủy ban Châu Âu, AusAID, Sida, Đại sứ quán Vương quốc Hà Lan, Đại sứ quán Luxembourg...

Tổ thư ký của Báo cáo tổng quan, do TS. Nguyễn Hoàng Long, Phó Vụ trưởng Vụ Kế hoạch-Tài Chính, Bộ Y tế, làm Tổ trưởng, các điều phối viên gồm ThS. Sarah Bales, PGS. TS. Phạm Trọng Thanh, ThS. Dương Đức Thiện, CN Dương Thu Hằng, CN Ngô Mạnh Vũ và các cán bộ Đơn vị Chính sách, Vụ Kế hoạch – Tài chính, đã thúc đẩy tiến độ của quá trình xây dựng báo cáo, tổ chức các hội thảo để thu thập ý kiến đóng góp và biên tập báo cáo cuối cùng. Chúng tôi đánh giá cao và cảm ơn sự đóng góp của các chuyên gia trong nước đã tham gia dự thảo các chương của báo cáo.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những ý kiến đóng góp quan trọng của các cán bộ thuộc Bộ Y tế, các Bộ, ngành, đơn vị liên quan, các địa phương, các thành viên Nhóm đối tác y tế và các bên liên quan trong quá trình tiến hành báo cáo tổng quan này.

Ban Biên tập

Mục lục

Lời cảm ơn	3
Giới thiệu	9
Khởi xướng và mục đích của JAHR.....	9
Nội dung và cấu trúc của JAHR 2008.....	9
Tổ chức thực hiện.....	10
Phương pháp tiếp cận.....	10
Chương I. Cập nhật thực trạng ngành y tế	13
1. Sự phát triển và thay đổi chính của ngành y tế trong năm 2007-2008.....	13
2. Những khó khăn, thách thức.....	15
3. Phương hướng phát triển hệ thống y tế Việt Nam trong những năm tới.....	17
Chương II. Tổng quan tài chính y tế Việt Nam	20
1. Những khái niệm và đặc điểm cơ bản của hệ thống tài chính y tế.....	20
1.1. Mục tiêu và chức năng của hệ thống tài chính y tế.....	20
1.2. Cơ chế tài chính y tế.....	21
1.3. Tính công bằng của hệ thống tài chính y tế.....	21
1.4. Tổng chi y tế quốc gia, chi công và chi tư cho y tế.....	22
2. Hệ thống tài chính y tế Việt Nam.....	23
2.1. Luồng tài chính và cơ chế tài chính y tế.....	23
2.2. Mức chi y tế.....	24
2.3. Cơ cấu chi y tế.....	25
2.4. So sánh quốc tế.....	26
3. Dự báo tài chính y tế Việt Nam đến năm 2010.....	27
3.1. Mục tiêu chiến lược phát triển tài chính y tế Việt Nam.....	27
3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tài chính y tế của Việt Nam.....	27
3.3. Dự báo xu hướng tài chính y tế đến năm 2010.....	29
Chương III. Ngân sách nhà nước cho y tế	31
1. Tổng quan các chính sách liên quan đến NSNN cho y tế.....	31
1.1. Ưu tiên đầu tư NSNN cho y tế.....	31
1.2. Ưu tiên phân bổ ngân sách cho vùng khó khăn, y tế cơ sở và y tế dự phòng.....	32
1.3. Ưu tiên NSNN để hỗ trợ cho các đối tượng chính sách xã hội.....	32
1.4. Nâng cao hiệu quả sử dụng NSNN.....	33
2. Thực trạng NSNN cấp cho y tế.....	33
2.1. Những kết quả đạt được.....	33
2.2. Những vấn đề bất cập.....	36
2.3. Những vấn đề ưu tiên.....	40
Chương IV. Bảo hiểm y tế	41
1. Một số khái niệm.....	41
2. Tổng quan về chính sách BHYT.....	41
2.1. Diện bao phủ BHYT.....	41
2.2. Về mức đóng.....	42
2.3. Về quyền lợi.....	43
2.4. Về phương thức chi trả.....	44
2.5. Chính sách BHYT thương mại.....	44
2.6. Về khả năng bao phủ BHYT toàn dân vào năm 2014 - 2015.....	45
3. Kết quả thực hiện chính sách BHYT.....	46
3.1. Diện bao phủ.....	46
3.2. Về mức phí BHYT.....	48

3.3. Về cơ chế quản lý quỹ, chia sẻ rủi ro	49
3.4. Về cung ứng dịch vụ cho người bệnh BHYT.....	49
3.5. Về phương thức chi trả	49
4. Những vấn đề chủ yếu và đề xuất các ưu tiên.....	50
4.1. Những vấn đề bất cập của BHYT.....	50
4.2. Những vấn đề ưu tiên.....	51
Chương V. Viện trợ nước ngoài cho y tế.....	52
1. Một số khái niệm về viện trợ nước ngoài.....	52
2. Tổng quan chính sách thu hút và sử dụng viện trợ nước ngoài.....	53
2.1. Môi trường pháp lý và chính sách.....	53
2.2. Tuyên bố Paris và Cam kết Hà Nội về hiệu quả viện trợ	53
2.3. Công cụ quản lý nhà nước đối với nguồn viện trợ nước ngoài.....	54
3. Thực trạng về viện trợ quốc tế cho y tế Việt Nam.....	54
4. Những khó khăn, thách thức trong quản lý, sử dụng viện trợ nước ngoài cho y tế.....	58
4.1. Khung chính sách và thể chế.....	58
4.2. Điều phối	58
4.3. Các thủ tục hành chính.....	59
4.4. Năng lực thực hiện	59
4.5. Định mức chi	59
4.6. Công tác theo dõi và đánh giá.....	60
4.7. Dự báo thách thức trong tiến trình trở thành nước có thu nhập trung bình.....	60
5. Chuyển đổi mô hình viện trợ	61
5.1. Hỗ trợ dự án.....	61
5.2. Phương thức hỗ trợ theo chương trình	61
5.3. Lựa chọn phương thức hỗ trợ.....	64
6. Những vấn đề ưu tiên	64
Chương VI. Chi tiêu cho y tế trực tiếp từ tiền túi	65
1. Một số khái niệm.....	65
2. Tổng quan các chính sách liên quan đến chi trực tiếp từ tiền túi cho y tế... 65	
3. Tình hình chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình.....	66
3.1. Tỷ lệ chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình	66
3.2. Cơ cấu chi phí y tế từ tiền túi của hộ gia đình.....	67
3.3. Tác động của chi phí y tế từ tiền túi đối với hộ gia đình.....	67
3.4. Các yếu tố có ảnh hưởng đến chi từ tiền túi cho y tế	68
4. Những vấn đề ưu tiên	70
Chương VII. Huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế.....	71
1. Khái niệm “xã hội hoá”	71
2. Tổng quan chính sách xã hội hoá trong lĩnh vực y tế.....	71
3. Thực trạng huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế	72
3.1. Huy động nguồn lực tài chính ở các cơ sở y tế công lập.....	73
3.2. Tình hình phát triển y tế tư nhân.....	76
3.3. Khó khăn, thách thức trong huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế	77
3.4. Những vấn đề ưu tiên.....	78
Chương VIII. Thực hiện cơ chế tự chủ tài chính trong các đơn vị sự nghiệp của ngành y tế.....	79
1. Quan niệm về tự chủ tài chính.....	79
2. Tổng quan các chính sách về tự chủ tài chính.....	79

3. Tình hình thực hiện chính sách tự chủ tài chính.....	81
3.1. Quá trình chỉ đạo thực hiện.....	81
3.2. Một số kết quả bước đầu.....	82
3.3. Những khó khăn thách thức.....	85
4. Những vấn đề ưu tiên.....	86
Chương IX. Phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện.....	87
1. Tổng quan chính sách về phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện.....	87
2. Các nguồn và phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện hiện nay.....	88
3. Một số bất cập trong chi trả dịch vụ bệnh viện.....	90
3.1. Cơ cấu nguồn thu của bệnh viện diễn biến chưa phù hợp.....	90
3.2. Mức phí dịch vụ không còn hợp lý.....	90
3.3. Khung phí dịch vụ thiếu yếu tố khuyến khích phù hợp cho phân tuyến kỹ thuật.....	90
3.4. Phương thức phân bổ NSNN theo đầu vào có nhiều hạn chế.....	90
3.5. Thu phí theo dịch vụ.....	91
4. Những vấn đề ưu tiên.....	92
Chương X. Hỗ trợ tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội trong chăm sóc sức khỏe.....	94
1. Định hướng chuyển đổi từ cấp tài chính cho bên cung ứng dịch vụ sang cấp cho người sử dụng.....	94
2. Tình hình thực hiện một số chính sách trợ cấp cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội.....	95
2.1. Chính sách khám, chữa bệnh cho người nghèo.....	95
2.2. Chính sách khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi.....	98
2.3. Chính sách khám chữa bệnh cho người cao tuổi.....	99
2.4. Một số chính sách hỗ trợ khác.....	100
3. Những vấn đề ưu tiên.....	100
Chương XI. Kết luận.....	102
Chương XII. Các khuyến nghị.....	107
1. Ngân sách nhà nước cho y tế.....	107
2. Bảo hiểm y tế.....	108
3. Viện trợ nước ngoài.....	109
4. Giảm chi tiêu trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình cho y tế.....	110
5. Huy động các nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế.....	110
6. Về thực hiện tự chủ tài chính.....	111
7. Về phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện.....	111
8. Hỗ trợ tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội.....	111
Phụ lục 1: Các khuyến nghị JAHR 2007 và kết quả thực hiện.....	113
Phụ lục 2: Tóm tắt các vấn đề ưu tiên và giải pháp.....	121
Phụ lục 3: Các chỉ số theo dõi.....	132
Tài liệu tham khảo.....	138

Danh mục bảng

Bảng 1: Ngân sách nhà nước cấp cho y tế, 2002-2006 (triệu đồng)	33
Bảng 2: So sánh một số chỉ số tài chính y tế của Việt Nam với một số nước, 2005	37
Bảng 3: Số người tham gia BHYT cả nước, 2005- 2007	46
Bảng 4: Mức đóng BHYT bình quân năm 2006 theo các nhóm đối tượng (đồng).....	48
Bảng 5: Tỷ lệ viện trợ so với nguồn NSNN thuần chi cho y tế và tổng chi y tế, 2000-2007	55
Bảng 6: Viện trợ cho phòng chống HIV/AIDS, 2007-2008.....	57
Bảng 7: Chi cho y tế từ tiền túi hộ gia đình, 2000-2006 (tỷ đồng)	66
Bảng 8: Tỷ lệ % hộ gia đình phải chi tiêu quá mức cho KCB (1995~2000)	68
Bảng 9: Định mức phân bổ chi sự nghiệp y tế theo Quyết định số 139/2003/QĐ-TTg và Quyết định số 151/2006/QĐ-TTg	87
Bảng 10: Các nhóm đối tượng đã có chính sách trợ cấp và dự tính NSNN trợ cấp mua thẻ BHYT cho các đối tượng này, 2008.....	95
Bảng 11: Số lượng đối tượng và tỷ lệ so với dân số (cả BHYT và thực thanh thực chi), 2003-2006.....	96
Bảng 12: Số lần KCB/đối tượng trong năm 2004 và 2006	97
Bảng 13: Tỷ lệ người cao tuổi (90 tuổi trở lên) có BHYT, 2004 và 2006	99

Danh mục hình

Hình 1: Khung hệ thống y tế của Tổ chức Y tế thế giới	12
Hình 2: Luồng tài chính y tế ở Việt Nam	24
Hình 3: Xu hướng tài chính y tế Việt Nam, 1999 - 2005	25
Hình 4: Cơ cấu chi y tế ở Việt Nam, 2005	25
Hình 5: Chi tiêu y tế của các quốc gia trên thế giới, 2005	26
Hình 6: Cơ cấu chi y tế các nước trên thế giới, 2005.....	27
Hình 7: Dự báo xu hướng cơ cấu tài chính y tế Việt Nam, 2002–2010.....	30
Hình 8: NSNN cấp cho y tế tính theo giá trị hiện hành và giá so sánh, 2002-2006	34
Hình 9: NSNN cấp cho y tế so với tổng chi y tế và tổng chi NSNN, 2002-2006 (%).....	36
Hình 10: Số lượng người tự đóng góp phí BHYT so với số lượng người được nhà nước dùng ngân sách hỗ trợ phí BHYT, 2005-2007	47
Hình 11: Tỷ trọng đóng góp vào tổng nguồn thu phí BHYT năm 2006, tính theo nguồn gốc tiền đóng.....	47
Hình 12: Tổng nguồn viện hỗ trợ quốc tế, 2000-2006.....	54
Hình 13: Một số nhà tài trợ theo vốn cam kết, 2002-2007	55
Hình 14: Cơ cấu vốn cam kết viện trợ y tế, 1997-2007.....	56
Hình 15: Các lĩnh vực hỗ trợ giai đoạn 2001-2008.....	57
Hình 16: Các kênh cung cấp tài chính và các phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện.....	88
Hình 17: Cơ cấu tài chính bệnh viện, 2000~2005	89

Các chữ viết tắt

ADB	Asian Development Bank (Ngân hàng phát triển Châu Á)
ARV	Anti-retroviral therapy (Điều trị kháng vi-rút)
AusAID	Australian Agency For International Development (Cơ quan phát triển quốc tế Australia)
BHXH	Bảo hiểm xã hội
BHYT	Bảo hiểm y tế
BQLDA	Ban quản lý dự án
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSYT	Cơ sở y tế
DAD	Development Assistance Data (Số liệu về hỗ trợ phát triển)
DRG	Diagnostic-related group (Nhóm chẩn đoán)
EC	European Community, European Commission (Cộng đồng Châu Âu)
EU	European Union (Liên minh Châu Âu)
GDP	Gross Domestic Product (Tổng sản phẩm quốc nội)
HĐND	Hội đồng nhân dân
HIV/AIDS	Human immuno-deficiency Virus/Acquired Immuno-deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch ở người)
HPG	Health Partnership Group (Nhóm đối tác y tế)
IMF	International Monetary Fund (Quỹ Tiền tệ Quốc tế)
INGO	International Non-governmental Organization (Tổ chức phi chính phủ quốc tế)
JAHR	Joint Annual Health Review (Báo cáo chung tổng quan ngành y tế hàng năm)
JBIC	Japan Bank for International Cooperation (Ngân hàng Hợp tác Quốc tế Nhật Bản)
KCB	Khám, chữa bệnh
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Ngân hàng tái thiết Đức)
MRI	Magnetic resonance imaging (Chụp cộng hưởng từ)
MTEF	Medium Term Expenditure Framework (Khung chi tiêu trung hạn)
NGO	Non-governmental organization (Tổ chức phi chính phủ)
NSNN	Ngân sách nhà nước
ODA	Official Development Assistance (Hỗ trợ phát triển chính thức)
PEPFAR	US President's Emergency Plan for Aids Relief (Chương trình cứu trợ khẩn cấp về phòng chống HIV/AIDS của Tổng thống Hoa Kỳ)
TCYTTG	Tổ chức y tế thế giới
TYT	Trạm y tế
UBND	Ủy ban nhân dân
Unicef	United Nations Children's Fund (Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc)
USAID	United States Agency For International Development
VSATTP	Vệ sinh an toàn thực phẩm
WB	World Bank (Ngân hàng Thế giới)
XHH	Xã hội hóa
YTDP	Y tế dự phòng

Giới thiệu

Khởi xướng và mục đích của JAHR

Năm 2007, “Nhóm đối tác y tế” (HPG - Health Partnership Group), gồm Bộ Y tế và các tổ chức quốc tế và nước ngoài có hỗ trợ cho y tế Việt Nam, đã thoả thuận hàng năm sẽ tiến hành xây dựng một Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế (JAHR - Joint Annual Health Review).

Mục đích chung của báo cáo JAHR là đánh giá thực trạng và xác định các vấn đề ưu tiên của ngành y tế, nhằm hỗ trợ cho việc lập kế hoạch hàng năm của Bộ Y tế, đồng thời làm cơ sở cho việc lựa chọn các vấn đề trọng tâm trong hợp tác và đối thoại giữa ngành y tế Việt Nam và các đối tác nước ngoài.

Thực hiện sự thoả thuận trên, trong năm 2007, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2007 (JAHR 2007) đã được hoàn thành. Báo cáo JAHR 2007 đã đề cập tương đối toàn diện các lĩnh vực chủ yếu của hệ thống y tế Việt Nam, gồm: 1) Tình trạng sức khỏe và các yếu tố tác động đến sức khỏe; 2) Tổ chức và quản lý hệ thống y tế; 3) Nhân lực y tế; 4) Tài chính y tế; 5) Cung ứng dịch vụ y tế. Trên cơ sở đánh giá thực trạng và các vấn đề bất cập của ngành y tế về 5 lĩnh vực trên, báo cáo đã khuyến nghị các giải pháp cho những vấn đề cần ưu tiên giải quyết trong năm 2008 và những năm sau.

Nội dung và cấu trúc của JAHR 2008

Thông qua các cuộc thảo luận, Nhóm đối tác y tế đã nhất trí chọn chủ đề cho JAHR 2008 là: **“Tài chính y tế ở Việt Nam”**, trong đó đi sâu phân tích các nội dung liên quan đến tài chính cho y tế - một vấn đề quan trọng và có ý nghĩa then chốt để giải quyết nhiều vấn đề khác của hệ thống y tế Việt Nam.

Phần mở đầu của Báo cáo JAHR 2008 sẽ cập nhật tổng quát thực trạng ngành y tế Việt Nam trong năm 2008 và các nhiệm vụ chung của ngành y tế trong năm 2009.

Tiếp theo là các nội dung trọng tâm của báo cáo năm 2008, gồm: tổng quan hệ thống tài chính y tế Việt Nam; thực trạng và các vấn đề đặt ra trong việc huy động tài chính từ các nguồn: NSNN, BHYT, viện trợ nước ngoài, chi trả từ tiền túi của hộ gia đình, các nguồn lực của xã hội; một số vấn đề liên quan đến cơ chế quản lý sử dụng tài chính cho y tế, như: tự chủ tài chính, phương thức thanh toán dịch vụ bệnh viện, trợ cấp tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội trong CSSK.

Phần cuối của báo cáo là kết luận, tổng hợp các nhận định chính về thực trạng tài chính y tế ở Việt Nam, những vấn đề đang đặt ra, và khuyến nghị, trong đó đề xuất các giải pháp cho những vấn đề ưu tiên của kế hoạch 2009 và những năm tiếp theo. Đây là nội dung nhằm hỗ trợ cho việc lập kế hoạch hàng năm của Bộ Y tế, đồng thời làm cơ sở cho việc đối thoại và hợp tác giữa ngành y tế Việt Nam và các đối tác nước ngoài về các vấn đề liên quan đến tài chính y tế. Mặt khác, các khuyến nghị sẽ được gửi đến các cơ quan hoạch định chính sách của Đảng, Quốc hội, Chính phủ và các bộ, ngành liên quan để xem xét giải quyết, nhất là những vấn đề liên quan đến đổi mới chính sách ở tầm vĩ mô.

Ngoài ra, trong phần phụ lục còn có các bảng tổng quan các tiến bộ trong việc thực hiện các khuyến nghị về giải pháp cho các vấn đề ưu tiên được xác định năm

2007, tóm tắt các vấn đề ưu tiên và giải pháp và một bảng trình bày số liệu về các chỉ số theo dõi tiến bộ về các lĩnh vực y tế.

Tổ chức thực hiện

Cũng như năm 2007, báo cáo JAHR 2008 được xây dựng dưới sự phối hợp chỉ đạo của Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế. Cơ cấu tổ chức để điều hành quá trình xây dựng báo cáo gồm có:

Nhóm công tác, bao gồm một số thành viên của HPG, có nhiệm vụ hướng dẫn và giám sát quá trình triển khai xây dựng báo cáo, bảo đảm nguồn lực cho các hoạt động liên quan.

Tổ thư ký, gồm đại diện Bộ Y tế, một điều phối viên quốc tế, một điều phối viên trong nước và các cán bộ hỗ trợ, có nhiệm vụ giải quyết những vấn đề hàng ngày về quản lý và hành chính, tổ chức hội thảo, tổng hợp các ý kiến đóng góp, bảo đảm cho quá trình viết báo cáo có sự tham gia của nhiều bên; biên tập, chỉnh sửa, hoàn thiện báo cáo.

Nhóm chuyên gia tư vấn, gồm các chuyên gia trong nước và quốc tế có kiến thức, kinh nghiệm liên quan đến tài chính y tế, có nhiệm vụ dự thảo các chương của báo cáo, thu thập ý kiến của các bên liên quan và hoàn thiện các chương phù hợp với các góp ý và nhận xét chung.

Phương pháp tiếp cận

Việc xây dựng báo cáo được tiến hành chủ yếu dựa vào quá trình phân tích, xác định các vấn đề chính, các ưu tiên và giải pháp có sự tham gia của nhiều bên. Vì vậy, các phương pháp chính được sử dụng gồm:

- Tổng hợp các tài liệu có sẵn, gồm các văn bản chính sách, pháp luật và các tài liệu nghiên cứu, khảo sát...
- Dựa vào kiến thức và kinh nghiệm của các chuyên gia trong nước và chuyên gia tư vấn quốc tế có kiến thức và kinh nghiệm làm việc về y tế tại Việt Nam.
- Thu thập ý kiến chính thức và không chính thức của các bên liên quan.
- Hội thảo về từng chương với đại biểu các bộ, ngành liên quan, các cán bộ quản lý ở Bộ Y tế và các sở y tế, các chuyên gia quốc tế và trong nước.
- Hội thảo tổng kết, nhằm trao đổi sâu hơn về một số vấn đề cần thiết và những kết luận và khuyến nghị chung.

Phương pháp tiếp cận để phân tích và đánh giá thực trạng cũng như đề xuất các ưu tiên và giải pháp trong báo cáo này thể hiện ở một số yêu cầu chung, như: (1) phải căn cứ vào bối cảnh kinh tế-xã hội và thực trạng hệ thống y tế Việt Nam; (2) dựa trên các quan niệm và tiêu chí công bằng, hiệu quả của hệ thống y tế nói chung và hệ thống tài chính y tế nói riêng; (3) tham khảo kinh nghiệm thành công và chưa thành công của các nước, nhất là các nước có điều kiện tương tự Việt Nam. Nhiều vấn đề được bàn luận trong báo cáo đã dựa trên một số quan niệm về “công bằng sức khỏe”; về “các mục tiêu cơ bản của hệ thống y tế” và “các tiêu chí của hệ thống tài chính y tế công bằng, hiệu quả” được trình bày tóm tắt dưới đây.

Công bằng về sức khỏe

Công bằng về sức khỏe được định nghĩa là “không có sự chênh lệch về sức khỏe một cách hệ thống giữa các nhóm xã hội có hoàn cảnh thuận lợi so với nhóm có hoàn cảnh thiệt thòi” [1]. Sự thuận lợi trong xã hội có thể được tạo nên bởi của cải, quyền lực hoặc địa vị xã hội. Những yếu tố này, đặc biệt là của cải, thu nhập, là cơ sở tạo nên các nhóm xã hội khác nhau.

Trước hết, đây là khái niệm mang tính giá trị và nguyên tắc, thể hiện lý tưởng, niềm tin của một xã hội về vấn đề sức khỏe, mong muốn tất cả mọi người đều có được các cơ hội như nhau khi cần, để phục hồi và nâng cao sức khỏe.

Thứ hai, khái niệm công bằng này, từ góc độ sức khỏe và hệ thống y tế, khác với khái niệm công bằng từ góc độ kinh tế và hệ thống thị trường. Trong hệ thống thị trường và xét từ góc độ kinh tế, điều hiển nhiên là khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ hàng hóa được hưởng thường tương xứng với khả năng chi trả. Nhưng trong vấn đề sức khỏe, một xã hội theo đuổi công bằng sức khỏe tin rằng, khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ y tế¹ (về chuyên môn) không nên phụ thuộc vào khả năng chi trả.

Thứ ba, khái niệm này cũng chỉ ra phương pháp đo lường tính công bằng về sức khỏe – đó là so sánh một cách hệ thống tình trạng sức khỏe của các nhóm dân cư khác nhau trong xã hội. Các nhóm dân cư này có thể phân chia theo thu nhập, theo giới tính, theo địa bàn cư trú. Khoảng cách chênh lệch sức khỏe giữa các nhóm xảy ra liên tục trong nhiều năm là biểu hiện của bất công bằng trong sức khỏe.

Cuối cùng, tình trạng sức khỏe của các nhóm dân cư không chỉ phụ thuộc vào hệ thống y tế, mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác liên quan chặt chẽ đến sức khỏe như dinh dưỡng, nước sạch, chất lượng môi trường, điều kiện sống và làm việc.

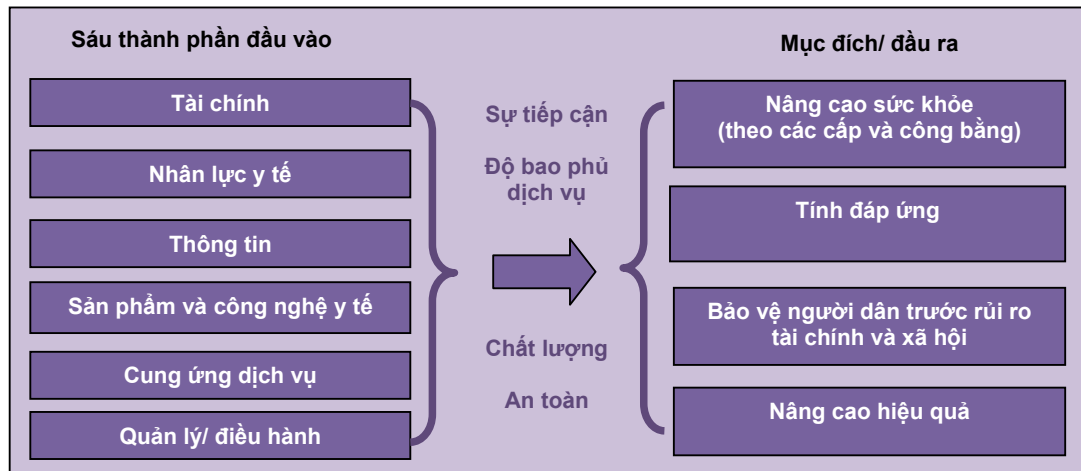
Các mục tiêu cơ bản của hệ thống y tế

Một hệ thống y tế công bằng, hiệu quả và phát triển không thể thiếu được chính sách tài chính y tế công bằng, hiệu quả. Theo Tổ chức Y tế thế giới [2], hệ thống y tế có 4 mục tiêu cơ bản (Hình 1), đó là:

- Nâng cao sức khỏe người dân.
- Nâng cao tính đáp ứng (Responsiveness) [3], tức là khả năng hệ thống đáp ứng các nhu cầu ngoài sức khỏe của bệnh nhân, ví dụ đáp ứng các mong đợi về thái độ ứng xử của nhân viên y tế, cách họ được tiếp đón và điều trị, về bảo mật thông tin sức khỏe, về vệ sinh, môi trường bệnh viện, ...
- Bảo vệ người dân trước các rủi ro về tài chính (người dân không phải trả các chi phí lớn làm ảnh hưởng đến tình trạng kinh tế của hộ gia đình).
- Nâng cao hiệu quả của toàn hệ thống (giảm các lãng phí về hành chính và chuyên môn, đạt các kết quả sức khỏe mong đợi với chi phí tài chính thấp nhất).

¹ Chất lượng dịch vụ y tế bao gồm 2 thành phần: chất lượng về chuyên môn (clinical quality) và chất lượng về dịch vụ (service quality). Ở đây nhấn mạnh về chất lượng chuyên môn.

Hình 1: Khung hệ thống y tế của Tổ chức Y tế thế giới



Nguồn: WHO [2]

Hệ thống tài chính y tế rõ ràng có tác động đến hầu hết các mục tiêu của hệ thống y tế, quyết định ai tiếp cận được dịch vụ; chất lượng của dịch vụ; bao nhiêu người có thể bị rơi vào đói nghèo vì chi phí y tế; và liệu có thể kiểm soát chi phí y tế được hay không.

Các tiêu chí của hệ thống tài chính y tế công bằng, hiệu quả

Những phân tích trên cho thấy, các tiêu chí cơ bản cũng là mục tiêu của các chính sách tài chính y tế mà Việt Nam cần hướng tới là:

- 1) Bảo đảm mức chi tiêu cho y tế bình quân trên một người dân ở mức thích hợp, thông qua việc huy động hợp lý các nguồn lực của xã hội;
- 2) Bảo đảm cho các nguồn tài chính công chiếm tỷ trọng lớn hơn các nguồn tài chính tư trong tổng chi tiêu y tế quốc gia;
- 3) Giảm tỷ lệ hộ gia đình rơi vào tình trạng nghèo đói do chi tiêu y tế;
- 4) Nâng cao hiệu quả phân bổ và sử dụng tài chính y tế, nâng cao hiệu suất (giảm chi phí) và chất lượng dịch vụ.

Chương I. Cập nhật thực trạng ngành y tế

1. Sự phát triển và thay đổi chính của ngành y tế trong năm 2007-2008

Tổ chức hệ thống y tế. Năm 2007 Chính phủ ban hành Nghị định 188/2007/NĐ-CP quy định lại chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế. Nội bật trong Nghị định này là chuyển giao trách nhiệm về Dân số-Kế hoạch hóa gia đình và một số nhiệm vụ bảo hiểm y tế cho Bộ Y tế, chi tiết hóa các quy định về quản lý dược, vệ sinh an toàn thực phẩm, đào tạo và quản lý nhân lực y tế. Đối với tuyến huyện, Nghị định 13/2008/NĐ-CP và 14/2008/NĐ-CP của Chính phủ và Thông tư 03/2008/TTLT-BYT-BNV đã tạo điều kiện linh hoạt hơn về tổ chức KCB và y tế dự phòng ở tuyến huyện, quy định rõ trách nhiệm quản lý y tế tuyến xã.

Mạng lưới y tế cơ sở phát triển rộng khắp với 100% các xã, phường đã có cán bộ y tế hoạt động, 65,1% số xã có bác sỹ (giảm 4% so với năm 2005); 93,3% số xã có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi; 86,8% số thôn bản có cán bộ y tế hoạt động (giảm gần 6% so với năm 2004), gần 55% số xã đã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã [4] (tăng gấp đôi so với năm 2005). Mạng lưới y tế đã triển khai tốt các Chương trình mục tiêu quốc gia, tạo điều kiện để người dân tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản có chất lượng, đặc biệt là người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số. Phần lớn số xã, phường (ước tính 65%) đã thực hiện KCB ban đầu cho người có thể BHYT. Tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ được cán bộ y tế chăm sóc đạt 97%, phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván (từ hai mũi trở lên) đạt 92,6%, tỷ suất chết mẹ giảm còn 75/100.000 trẻ đẻ sống, tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận các biện pháp tránh thai đạt 78%, tỷ lệ tăng dân số năm 2007 đạt 1,21% (giảm 2% so với năm 2006) và có khả năng giảm không đáng kể trong năm 2008. Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 950/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010, Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg về trái phiếu chính phủ đầu tư cho y tế (bệnh viện huyện và khu vực).

Công tác y tế dự phòng được đẩy mạnh. Các cơ sở y tế đã tập trung giám sát dịch bệnh, dự trữ thuốc, vật tư, hóa chất để phòng chống dịch bệnh, phát hiện sớm và điều trị kịp thời, kết quả đã không để các dịch lớn xảy ra, hạn chế bùng phát dịch cúm A H5N1 ở người; hạn chế dịch tiêu chảy cấp. Chính phủ đã ban hành Nghị định số 79/2008/NĐ-CP quy định hệ thống tổ chức quản lý, thanh tra và kiểm nghiệm về vệ sinh an toàn thực phẩm giúp tăng cường các biện pháp kiểm soát chất lượng thực phẩm theo các quy định mới. Các chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống bệnh lao, phong, sốt rét, sốt xuất huyết... tiếp tục được triển khai có hiệu quả. Các hoạt động phòng chống HIV/AIDS được triển khai rộng rãi, người bệnh được tạo điều kiện ngày càng thuận lợi hơn trong việc điều trị bằng các thuốc ARV; chương trình điều trị nghiện thay thế bằng methadon bắt đầu được ứng dụng.

Công tác khám chữa bệnh. Ngành y tế đã thực hiện nhiều giải pháp để nâng cao chất lượng KCB, chống quá tải thông qua nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị để rút ngắn thời gian điều trị, tăng giường bệnh, đầu tư xây dựng mới, nâng cấp cơ sở, tăng cường chỉ đạo tuyến và hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới.

Hệ thống các bệnh viện công lập được củng cố và phát triển, bước đầu khắc phục được tình trạng xuống cấp, thiếu hụt giường bệnh. Thiết bị chẩn đoán và điều trị cơ bản được bổ sung cho bệnh viện huyện và một số thiết bị hiện đại, chuyên sâu

được trang bị cho bệnh viện tỉnh, trung ương. Cùng với việc triển khai công tác chỉ đạo tuyến, chuyển giao kỹ thuật đã giúp cho nhiều bệnh viện tuyến dưới nâng cao năng lực chuyên môn, chất lượng chẩn đoán và điều trị. Tại các bệnh viện tuyến trên, nhiều kỹ thuật cao và phức tạp đã được thực hiện thành công góp phần chữa trị và cứu sống được nhiều bệnh hiểm nghèo. Bên cạnh các giải pháp tạo thuận lợi phát triển hệ thống KCB, Bộ Y tế đang tiến hành dự thảo luật Khám, chữa bệnh để trình Quốc hội, nhằm hoàn thiện bộ khung pháp luật cho lĩnh vực này trong thời gian tới (chung cho cả hai khu vực công lập và ngoài công lập).

Hệ thống y tế tư nhân được quan tâm thúc đẩy phát triển. Đến nay, cả nước có 74 bệnh viện ngoài công lập với 5.600 giường bệnh (chiếm khoảng trên 3% tổng số giường bệnh cả nước), trên 30.000 phòng khám tư, trên 21.600 quây thuốc, 450 cơ sở sản xuất thuốc y học cổ truyền. Ngoài ra, còn có 22 bệnh viện tư đã được cấp phép đang tiến hành xây dựng. Tuy nhiên, quy mô các cơ sở y tế ngoài công lập nhìn chung còn nhỏ. Để thúc đẩy phát triển y tế ngoài công lập, Chính phủ đã chỉ đạo các địa phương ưu tiên quỹ đất phát triển các cơ sở y tế tư nhân, quy định các ưu đãi về thuế, tín dụng đầu tư, tạo sự bình đẳng giữa khu vực công lập và ngoài công lập trong việc khen thưởng, đào tạo nguồn nhân lực y tế.

Để đáp ứng **nhu cầu nhân lực** ngày càng tăng của các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập, mặc dù đầu tư cho các cơ sở đào tạo còn hạn chế, Chính phủ đã chỉ đạo tập trung củng cố, nâng cấp hệ thống các trường công lập, nâng cao chất lượng dạy và học, ban hành tiêu chuẩn các trường trung học và cao đẳng y tế, mở thêm các mã ngành mới, tăng chỉ tiêu tuyển sinh hàng năm, đồng thời khuyến khích các cơ sở đào tạo ngoài công lập phát triển. Ngoài đào tạo chính quy, Chính phủ đã phê duyệt Đề án đào tạo theo địa chỉ khoảng 600 bác sĩ cho các tỉnh Tây nguyên; đề án đào tạo nhân lực y tế theo chế độ cử tuyển nhằm đáp ứng nhu cầu cán bộ y tế cho các vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh miền Bắc, miền Trung, đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên (dự kiến đến 2018 đào tạo khoảng 11.760 cán bộ y tế); đồng thời mở rộng và phát triển các loại hình cử tuyển đào tạo ngoài chỉ tiêu NSNN thông qua sự đóng góp của người đi học và địa phương cử đi. Công tác đào tạo chuyên sâu đã được quan tâm, hàng ngàn cán bộ y tế đã được cử đi học tập, chuyển giao công nghệ, tiếp cận với các kỹ thuật y tế mới, nâng cao trình độ quản lý.

Với mục đích hỗ trợ nhân lực cho tuyến dưới, giúp cán bộ y tế tuyến cơ sở có điều kiện nâng cao trình độ chuyên môn, Bộ Y tế đã có Quyết định 1816/QĐ-BYT về việc phê duyệt đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng KCB”. Theo đề án này, cán bộ của các bệnh viện tuyến dưới sẽ nhận được hỗ trợ về nhân lực cũng như chuyên môn kỹ thuật có thời hạn của các bệnh viện tuyến trên. Đây cũng là tiền đề để tiến tới ban hành quy định về “Trách nhiệm, nghĩa vụ xã hội của các bác sĩ”. Dự kiến quy định các bác sĩ trong cuộc đời hành nghề của mình, sau khi ra trường sẽ phải công tác tại tuyến cơ sở một thời gian nhất định. Điều này không những sẽ đảm bảo độ bao phủ của bác sĩ tại tuyến cơ sở một cách bền vững mà còn tạo sự bình đẳng về khả năng thăng tiến cho mọi bác sĩ.

Về đầu tư và tài chính y tế. Trong những năm gần đây, nhà nước đã tăng NSNN cho y tế thông qua việc dành ngân sách cho CSSK người có công, người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, nhân dân ở vùng kinh tế – xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn. Nhà nước tiếp tục cho phép phát hành trái phiếu Chính phủ để đầu tư, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện, đa khoa khu vực liên huyện (Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg). Quốc hội đã ban hành Nghị quyết số 18/2008/NQ-QH12 về “Đẩy

manh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hoá để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khoẻ nhân dân”. Nghị quyết đã chỉ rõ "Tăng tỷ lệ chi ngân sách hằng năm cho sự nghiệp y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của NSNN. Dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng." Cùng với việc đầu tư từ NSNN, trong những năm gần đây, chủ trương huy động các nguồn lực của nhân dân và các thành phần kinh tế cho công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân theo phương châm xã hội hoá được đẩy mạnh tại kỳ họp thứ 3, Quốc hội khóa XII (2008) [5, 6].

Bảo hiểm y tế tiếp tục được mở rộng. Tính đến cuối năm 2007, cả nước có 36,5 triệu người tham gia BHYT (khoảng 42% dân số) [7]. Nguồn thu từ BHYT có tỷ trọng ngày càng lớn trong các nguồn tài chính cho y tế. Nhiều cơ sở y tế ngoài công lập có đủ điều kiện theo quy định đã tham gia KCB cho người có thẻ BHYT; 70% số trạm y tế xã, phường đã thực hiện KCB BHYT. Mới đây, Chính phủ đã điều chỉnh mức trợ cấp đóng BHYT đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội hằng tháng bằng 3% mức lương tối thiểu hiện hành, trong đó ngân sách nhà nước trợ cấp tối thiểu 50% mức đóng BHYT cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo.² Chính sách này đã góp phần tạo điều kiện cho một số đối tượng khó khăn tiếp cận hệ thống KCB bảo hiểm được thuận lợi hơn [8, 9].

2. Những khó khăn, thách thức

Mặc dù đạt được nhiều thành tựu quan trọng, nhưng hệ thống y tế Việt Nam đang đứng trước nhiều khó khăn và thách thức, trong đó trung tâm là làm thế nào để xây dựng được một hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển trong nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Những khó khăn, thách thức chủ yếu mà ngành y tế đang phải đối mặt đó là:

Sự khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa các vùng, miền trong nước và giữa các nhóm thu nhập trong thời gian qua có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, dưới 5 tuổi, tỷ suất chết mẹ còn cao ở các vùng nghèo, miền núi, vùng sâu, vùng xa.

Sự thay đổi mô hình bệnh tật theo hướng gia tăng các bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích, trong khi tỷ lệ mắc một số bệnh truyền nhiễm vẫn còn cao. Thêm vào đó, đã xuất hiện một số bệnh dịch mới khó tiên lượng như SARS, cúm A (H5N1)... Sức khỏe môi trường, đặc biệt vấn đề rác thải y tế và an toàn vệ sinh thực phẩm cũng là những thách thức lớn đối với ngành y tế trong thời gian tới.

Về quản lý, điều hành, trong cơ chế thị trường, một số chính sách về y tế không còn phù hợp nhưng chậm được sửa đổi hoặc chưa được bổ sung. Mô hình tổ chức y tế địa phương chưa hoàn toàn ổn định, do nhiều địa phương chưa triển khai Nghị định 13 và 14 và Thông tư 03, 05. Việc tổ chức thực hiện các chính sách, chiến lược và kế hoạch y tế còn nhiều bất cập. Hệ thống thông tin quản lý y tế còn thiếu đồng bộ, trùng chéo. Hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ vẫn trong giai đoạn khởi đầu. Việc thanh tra chất lượng dịch vụ ở cả khu vực nhà nước và tư nhân còn yếu. Vai trò của các Hội nghề nghiệp trong quản lý chất lượng hành nghề y được chưa được phát huy đầy đủ. Các biện pháp quản lý giá thuốc tiếp tục được sửa đổi, củng cố để

² Theo Quyết định số 117/2008/QĐ-TTg, ngày 27/08/2008, về điều chỉnh mức đóng BHYT đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội, người thuộc hộ gia đình cận nghèo có mức thu nhập bình quân đầu người tối đa bằng 130% mức thu nhập bình quân đầu người của hộ gia đình nghèo theo quy định của pháp luật.

khắc phục tình trạng tăng giá thuốc, tuy nhiên trước mắt cũng còn nhiều khó khăn do nằm trong bối cảnh chung của lạm phát toàn cầu.

Về nguồn nhân lực, hiện tại thiếu trầm trọng cán bộ y tế ở vùng sâu, vùng xa và vùng khó khăn. Cán bộ y tế dự phòng, dược sỹ đại học, kỹ thuật viên y đại học, điều dưỡng đại học còn thiếu nhiều so với nhu cầu. Đầu tư cho đào tạo và phát triển nhân lực chưa đáp ứng được những đặc thù của ngành y tế. Chính sách đãi ngộ cán bộ y tế còn bất cập. Hiện tượng chuyển dịch cán bộ từ khu vực nhà nước sang tư nhân, từ tuyến dưới lên tuyến trên đang xảy ra ngày càng phổ biến. Chương trình đào tạo cũng chưa được cập nhật, phương pháp đào tạo chưa được đổi mới đồng bộ. Một điểm cần lưu ý là tình trạng thiếu cán bộ y tế ở tuyến cơ sở không những do hạn chế về số lượng mà còn do chất lượng yếu nên một số đối tượng (bác sỹ chuyên tu, y tá trung học đào tạo tại một số tỉnh miền núi) sau khi ra trường vẫn không tìm được việc làm mặc dù tại địa phương vẫn có nhu cầu về nhân lực.

Về tài chính y tế, tỷ trọng các nguồn tài chính công (gồm NSNN, viện trợ và BHYT xã hội) trong tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội còn thấp. Chi trực tiếp (tiền túi của người dân) cho y tế còn rất cao đã tác động bất lợi tới sự công bằng trong CSSK nhân dân. BHYT có diện bao phủ tương đối hẹp, chưa bền vững, phí bảo hiểm hiện ở mức thấp so với chi phí cho dịch vụ y tế. Tuy vậy, ngay cả với mức phí thấp thì cũng đã gây khó khăn đáng kể cho việc đóng góp của người dân. Tỷ lệ bao phủ BHYT trong đối tượng người hưởng lương thường xuyên còn thấp (50%). Số tiền nhà nước mua BHYT chiếm tới 64,5% nguồn thu phí BHYT (bao gồm mua BHYT cho người nghèo, cho các đối tượng ưu đãi xã hội, cho người hưởng lương từ NSNN). Chính sách bảo hiểm y tế tự nguyện được sửa đổi để mở rộng khả năng tham gia của nhân dân, tăng quyền lợi của người có BHYT tự nguyện, nhưng lại làm nặng thêm việc cân đối quỹ BHYT do lựa chọn bất lợi trong số người tham gia. Việc phân bổ ngân sách dựa trên số giường kế hoạch mà không vào kết quả hoạt động của cơ sở cũng gây những trở ngại cho hoạt động của bệnh viện. Chi cho đầu tư phát triển còn thấp, dẫn đến nhiều cơ sở y tế nhà nước đang trong tình trạng xuống cấp. Chính sách viện phí chưa được điều chỉnh, chưa được tính đúng, tính đủ với các chi phí cho dịch vụ nên không khuyến khích việc sử dụng hiệu quả nguồn tài chính. Phương thức thanh toán “phí theo dịch vụ” có khả năng dẫn đến lạm dụng dịch vụ y tế. Tình trạng thiếu một cơ chế quản lý giá thuốc hợp lý và thiếu một quy trình khoa học hơn trong việc lựa chọn danh mục thuốc thanh toán bảo hiểm (danh mục thuốc chủ yếu) đang là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến bội chi của quỹ bảo hiểm.

Trong lĩnh vực cung cấp dịch vụ y tế, khó khăn lớn là tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương. Tình hình này do nhiều nguyên nhân: chất lượng dịch vụ y tế tuyến dưới còn hạn chế, nhu cầu CSSK và tâm lý của người dân muốn sử dụng dịch vụ chất lượng cao, điều kiện đi lại thuận tiện, mức viện phí ít khác biệt giữa các tuyến... Ngoài ra còn có nguyên nhân liên quan đến cơ chế tài chính: với cơ chế tự chủ tài chính, các bệnh viện tuyến trên thường tìm cách thu hút bệnh nhân, kể cả các bệnh nhân mắc các bệnh nhẹ. Việc triển khai tự chủ tài chính ở một số bệnh viện công lập, nhất là ở tuyến huyện, đang vấp phải những khó khăn do năng lực quản lý còn hạn chế, cơ sở vật chất, trang thiết bị lạc hậu. Thêm vào đó, mô hình phối hợp công, tư trong huy động các nguồn lực của xã hội tại các bệnh viện công lập chưa được quy định và hướng dẫn đầy đủ, càng làm tăng nguy cơ lạm dụng thuốc và sử dụng trang thiết bị kỹ thuật cao để tăng nguồn thu, tăng thêm gánh nặng chi phí trực tiếp của người bệnh. Khu vực y tế tư nhân chủ yếu phát triển ở những địa bàn khá giả và cung cấp dịch vụ ngoại trú hoặc dịch vụ và thủ thuật giá cao. Công tác kiểm tra, thanh tra và giám sát hoạt động của khu vực y tế tư nhân còn nhiều hạn chế. Tổ chức

hệ thống y tế dự phòng, năng lực chuyên môn của cán bộ và trang thiết bị cho các hoạt động dự phòng còn nhiều bất cập, nhất là ở tuyến cơ sở. Khả năng cung ứng dịch vụ y tế và chất lượng hoạt động của trạm y tế xã, đặc biệt các xã vùng sâu vùng xa còn nhiều hạn chế, cần được cải thiện. Tiếp tục củng cố và phát triển mạng lưới nhân viên y tế thôn bản, tăng cường “kết hợp quân dân y” là việc làm rất quan trọng giúp triển khai công tác CSSKBD cho nhân dân ở vùng sâu vùng xa và các khu vực đặc biệt khó khăn.

3. Phương hướng phát triển hệ thống y tế Việt Nam trong những năm tới

Căn cứ vào chủ trương của Đảng và Chính phủ, trong những năm tới, ngành y tế Việt Nam sẽ tiếp tục được phát triển theo một số chủ trương như sau:

- Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, nhằm tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.
- Tăng đầu tư của Nhà nước đi đôi với xã hội hóa các hoạt động CSSK; thực hiện tốt việc trợ giúp cho các đối tượng chính sách và người nghèo trong chăm sóc và nâng cao sức khỏe.
- Đổi mới và hoàn thiện chính sách tài chính y tế theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công (bao gồm NSNN, BHYT), giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh.
- Nâng cao năng lực và tăng cường cán bộ cho y tế cơ sở.
- Nâng cao hiệu lực quản lý nhà nước nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động của ngành y tế theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

Theo phương hướng trên, năm 2009 ngành y tế cần tiếp tục chỉ đạo thực hiện các nhiệm vụ trọng tâm sau [10]:

(1) *Tổ chức triển khai thực hiện tốt* Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ Chính trị, Nghị quyết 18/2008/QH12 của Quốc hội. Tiếp tục xây dựng và hoàn thiện các đề án Luật: Phòng chống tác hại thuốc lá; Luật Vệ sinh an toàn thực phẩm; Luật Khám bệnh, chữa bệnh và các văn bản dưới Luật nhằm phát triển hệ thống y tế và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, tăng cường CSSK cho người nghèo, nhân dân vùng khó khăn, trong đó có việc đề xuất tăng mức chi KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi, tăng cường công tác tuyên truyền, vận động và hỗ trợ người cận nghèo mua BHYT, tăng cường đào tạo nguồn nhân lực, nâng cao ý thức và trách nhiệm của cán bộ y tế, đẩy mạnh xã hội hóa nhằm huy động các nguồn lực cho y tế.

(2) *Về công tác y tế dự phòng và vệ sinh an toàn thực phẩm*: Tăng cường hệ thống thông tin báo cáo, xây dựng hệ thống cảnh báo dịch sớm và đáp ứng nhanh; giám sát, phát hiện và xử lý sớm ổ dịch, hạn chế thấp nhất tỷ lệ tử vong, không để dịch lớn xảy ra. Triển khai thực hiện tốt các chương trình mục tiêu, khắc phục những khó khăn của chương trình tiêm chủng mở rộng và tăng cường các hoạt động về dinh dưỡng. Tuyên truyền vận động nhân dân hiểu và chủ động thực hiện các biện pháp tự phòng chống bệnh dịch, triển khai xây dựng phong trào “làng văn hóa sức khỏe”, phong trào vệ sinh nông thôn với 3 công trình: nước sạch, nhà tắm, nhà tiêu hợp vệ sinh để hạn chế, tiến tới xóa bỏ những tác hại đối với sức khỏe nhân dân do tập quán,

lối sống không lành mạnh, không hợp vệ sinh, hoặc do môi trường bị ô nhiễm, nhằm thực hiện mục tiêu giảm tỷ lệ mắc và chết của các bệnh truyền nhiễm gây dịch.

(3) *Về công tác KCB và phục hồi chức năng*: Tiếp tục đẩy mạnh việc thực hiện Chỉ thị số 06/2007/CT-BYT của Bộ Y tế về việc nâng cao chất lượng KCB, trong đó đặc biệt lưu ý hạn chế hiện tượng lạm dụng thuốc, xét nghiệm cận lâm sàng, dịch vụ kỹ thuật cao gây tốn kém không cần thiết cho người bệnh, thực hiện tốt công tác giáo dục nâng cao y đức. Tăng cường công tác đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ, chuyển giao kỹ thuật, công nghệ cho tuyến dưới nhằm sử dụng có hiệu quả cơ sở hạ tầng, trang thiết bị của các cơ sở y tế, đặc biệt là các bệnh viện tuyến cơ sở đã và đang được đầu tư trong thời gian qua để giải quyết về cơ bản tình trạng quá tải, nằm ghép ở các bệnh viện trung ương và các thành phố lớn. Huy động các nguồn vốn đầu tư, tận dụng cơ sở vật chất hiện có để tăng số giường bệnh; xây dựng thêm các bệnh viện mới; phát triển các bệnh viện tư nhân.

Phát triển y học cổ truyền cả trong hệ thống công lập và ngoài công lập trên cơ sở thực hiện tốt Quyết định số 222/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ và Chỉ thị số 24 của Ban Bí thư Trung ương Đảng.

(4) *Về công tác tổ chức và phát triển nguồn nhân lực*: Tiếp tục hoàn thiện hệ thống các cơ sở y tế từ trung ương đến địa phương theo Nghị định 188/2007/NĐ-CP; Nghị định 13; 14/2008/NĐ-CP về tổ chức cơ quan chuyên môn ở địa phương; Nghị định 79/2008/NĐ-CP về hệ thống tổ chức quản lý, thanh tra và kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm, công tác quản lý vắc-xin, sinh phẩm y tế, phòng chống tai nạn thương tích. Tăng cường đầu tư nâng cấp các cơ sở đào tạo nhân lực y tế; tăng chỉ tiêu tuyển sinh tối thiểu 30% so với 2008, đẩy mạnh đào tạo cử tuyển, theo địa chỉ, mở rộng các hình thức đào tạo nhằm đảm bảo nhân lực, số lượng, cơ cấu lao động cho các cơ sở y tế trong thời gian tới. Tiếp tục thực hiện Đề án 1816 của Bộ Y tế về việc luân phiên cán bộ y tế cho tuyến dưới.

Đẩy mạnh nghiên cứu khoa học và ứng dụng các kết quả nghiên cứu vào công tác KCB, y tế dự phòng, sản xuất thuốc, vắc-xin, sinh phẩm, đào tạo, quản lý nhà nước, hoạch định chính sách...

(5) *Về công tác dân số-kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản*: Tiếp tục củng cố, ổn định tổ chức bộ máy ở tuyến tỉnh, tuyến huyện. Tăng cường công tác truyền thông giáo dục và thực hiện đồng bộ các giải pháp để kiểm soát tốc độ tăng dân số, nâng cao chất lượng việc thử nghiệm, nhân rộng các mô hình, giải pháp can thiệp về kỹ thuật, kinh tế xã hội, để phấn đấu đạt chỉ tiêu về giảm tỷ lệ sinh, giảm tỷ số giới tính khi sinh và nâng cao chất lượng dân số.

(6) *Về công tác Dược*: Đảm bảo đủ thuốc thiết yếu phục vụ công tác điều trị, triển khai các biện pháp hữu hiệu để bình ổn giá thuốc. Tăng cường kiểm tra, giám sát để đảm bảo chất lượng thuốc. Đẩy mạnh triển khai các giải pháp để sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, từng bước giảm việc lạm dụng thuốc trong điều trị ở các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân. Xây dựng Quy hoạch phát triển công nghiệp dược, phát triển dược liệu và thuốc đông y. Chỉ đạo các địa phương, đơn vị thực hiện tốt việc đấu thầu mua thuốc theo quy định, hướng tới đấu thầu tập trung góp phần bình ổn giá thuốc.

(7) *Triển khai thực hiện Đề án “Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính trong đó có tiền lương và giá cả dịch vụ y tế đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập”*, đẩy mạnh việc thực hiện tự chủ toàn diện theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ. Ban hành thông tư hướng dẫn cụ thể Nghị định 69/2008/NĐ-CP về liên doanh, liên kết trong khu vực bệnh viện công lập, đặc biệt phân định rõ cơ chế tài

chính công-tư trong lĩnh vực này. Tập trung đầu tư, nâng cấp các bệnh viện huyện, đa khoa khu vực liên huyện theo Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg của Thủ tướng; xây dựng, trình Thủ tướng phê duyệt Đề án đầu tư nâng cấp các bệnh viện đa khoa tỉnh miền núi, khó khăn; các trạm y tế xã; các bệnh viện lao, tâm thần, nhi, ung bướu bằng nguồn trái phiếu Chính phủ để thực hiện ngay từ năm 2009; bước đầu xây dựng các trung tâm kiểm nghiệm khu vực đủ năng lực và điều kiện hoạt động theo Quyết định số 154/2006/QĐ-TTg của Thủ tướng và Nghị định 79/2008/NĐ-CP của Chính phủ; tăng cường đầu tư, nâng cấp, củng cố hoàn thiện hệ thống y tế dự phòng và các trung tâm phòng chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, các trung tâm y tế dự phòng huyện...

(8) *Tiếp tục mở rộng hợp tác quốc tế* song phương, đa phương, các tổ chức chính phủ, phi chính phủ, các tổ chức ngân hàng, tài chính nhằm tăng cường thu hút nguồn lực đầu tư, tiếp cận công nghệ mới, tiên tiến của thế giới, góp phần đẩy nhanh quá trình hội nhập trong lĩnh vực y dược. Tổ chức triển khai có hiệu quả dự án ODA, dự án NGO.

(9) *Về công tác quản lý nhà nước, thanh tra*: tập trung vào việc đẩy mạnh cải cách hành chính, phát huy dân chủ cơ sở, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý các đơn vị sự nghiệp. Tăng cường công tác thanh tra y tế, nâng cao hiệu lực, hiệu quả công tác quản lý nhà nước.

Trên đây là đánh giá tóm tắt về những tiến bộ, thay đổi của ngành y tế trong thời gian gần đây và phương hướng phát triển ngành y tế trong thời gian tới. Những đánh giá này cho thấy nhiều vấn đề bức xúc của ngành y tế hiện nay có liên quan nhiều đến chính sách và cơ chế tài chính y tế. Việt Nam đang có định hướng áp dụng mô hình tài chính y tế có sự chia sẻ và bao cấp chéo giữa người có nguy cơ cao và người có nguy cơ thấp, người giàu và người nghèo, dựa vào việc tăng tỷ trọng các nguồn tài chính công trong tổng chi tiêu y tế, phân bổ và sử dụng có hiệu quả các nguồn lực và thực hiện trách nhiệm giải trình và tính minh bạch trong cơ chế tài chính. Việc thực hiện định hướng này trên thực tế còn rất nhiều khó khăn, đòi hỏi cần được giải quyết từng bước thông qua việc đổi mới các chính sách tài chính y tế một cách tích cực và phù hợp. Do vậy, Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế đã nhất trí chọn vấn đề tài chính y tế làm chủ đề chính của Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2008.

Chương II. Tổng quan tài chính y tế Việt Nam

Chương này mô tả một cách khái quát hệ thống tài chính y tế Việt Nam, các nguồn tài chính đang được huy động cho y tế, các cơ chế tài chính đang được áp dụng và mức chi y tế. Một số khái niệm cơ bản trong tài chính y tế được dùng trong báo cáo này cũng được giới thiệu. Chương này cũng đề cập một số so sánh quốc tế và một số dự báo về tài chính y tế Việt Nam đến năm 2010.

1. Những khái niệm và đặc điểm cơ bản của hệ thống tài chính y tế

1.1. Mục tiêu và chức năng của hệ thống tài chính y tế

Hệ thống tài chính y tế là một bộ phận quan trọng của hệ thống y tế, có 4 mục tiêu chính:

- Huy động đủ nguồn lực tài chính cho công tác CSSK.
- Quản lý và phân bổ nguồn lực theo hướng công bằng, với hiệu suất cao (hiệu suất phân bổ).
- Khuyến khích nâng cao chất lượng và hiệu suất trong cung ứng dịch vụ (hiệu suất kỹ thuật).
- Bảo vệ người dân trước các rủi ro tài chính gây nên bởi chi phí y tế.

Để đạt được các mục tiêu trên, hệ thống tài chính y tế phải thực hiện 3 chức năng cơ bản sau đây:

- *Huy động các nguồn tài chính* thông qua hệ thống thu thuế của nhà nước, hệ thống thu phí bảo hiểm, và các cơ chế khác, như thu thuế hoặc phí đánh vào việc sử dụng thuốc lá, rượu, phương tiện giao thông, v.v., để có nguồn tài chính đủ lớn và được huy động một cách công bằng cho chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
- *Tích lũy/tập trung thành quỹ/quản lý quỹ* tài chính (quản lý tốt, tránh thất thoát, tạo được tiếng nói với bên nhà cung ứng, đảm bảo đủ tài chính cho các ưu tiên sức khỏe của xã hội và chia sẻ rủi ro giữa các thành viên trong cộng đồng).
- *Chi trả/ mua dịch vụ hoặc phân bổ* cho đơn vị cung ứng (nhằm tạo nên giá trị sức khỏe cao nhất, thỏa mãn nhu cầu sức khỏe của người dân với chi phí thấp nhất, giúp người dân, đặc biệt là người nghèo tránh các rủi ro về tài chính; phương thức chi trả phải tạo ra các khuyến khích tài chính phù hợp, nhằm nâng cao chất lượng và hiệu suất cung ứng dịch vụ).

Trong các chức năng nêu ở trên, chức năng tập trung quỹ là chức năng quan trọng để đảm bảo mục tiêu *chia sẻ rủi ro* và bảo vệ tài chính hộ gia đình. Để thực hiện được chức năng này, người lao động, doanh nghiệp, hộ gia đình phải có những khoản đóng góp trước (trả trước), khi chưa bị đau ốm, chưa sử dụng dịch vụ. Các đóng góp từ hộ gia đình, doanh nghiệp, ví dụ thông qua hệ thống thu thuế (sau đó một phần thuế thu được sẽ được phân bổ cho y tế), hoặc thu phí BHYT xã hội (chỉ chi cho mục tiêu y tế), đều là các khoản *trả trước* (pre-payment). Việc trả trước sẽ tạo điều kiện để một đơn vị tài chính trung gian đứng ra thu phí, *tích lũy* (accumulation) và *tập trung quỹ* (pooling). Khi đơn vị quản lý quỹ đứng ra thanh toán cho đơn vị cung ứng dịch vụ,

cũng có nghĩa là chi phí tài chính của một người được trả bởi quỹ chung do nhiều người đóng góp. Điều đó cũng có nghĩa rủi ro được chia sẻ (risk sharing). Mức độ chi trả trước, khả năng tập trung quỹ là hai yếu tố cơ bản đảm bảo sự chia sẻ rủi ro và bảo vệ người dân trước các rủi ro tài chính.

Ngược lại, khi bị đau ốm, bệnh nhân tự trả toàn bộ chi phí KCB, cũng có nghĩa là không hề có tập trung quỹ, cũng không có chia sẻ rủi ro. Khi đơn vị giữ quỹ thanh toán (mua) dịch vụ một cách chiến lược, đại diện cho nhóm dân số khá lớn, cũng có nghĩa đơn vị giữ quỹ có một quyền lực nhất định để thương lượng với bên cung ứng dịch vụ, về số lượng, chất lượng, và giá cả dịch vụ. Điều này sẽ không làm được nếu từng hộ gia đình đứng ra tự thanh toán cho mình.

Phương pháp thực hiện 3 chức năng trên của hệ thống tài chính y tế tác động sâu sắc đến hệ thống y tế, bởi hệ thống tài chính y tế sẽ quyết định ai tiếp cận được dịch vụ, chất lượng dịch vụ được cung ứng thế nào, bao nhiêu người có thể bị rơi vào đói nghèo vì chi phí y tế, và liệu chính phủ có thể kiểm soát được chi phí y tế hay không.

1.2. Cơ chế tài chính y tế

Cách thức một quốc gia thực hiện 3 chức năng trên sẽ tạo nên các cơ chế tài chính y tế khác nhau. Các cơ chế tài chính y tế phổ biến trên thế giới gồm có:

- Tài chính cho y tế từ nguồn thu thuế của nhà nước – NSNN cấp trực tiếp cho hệ thống cung ứng dịch vụ.
- Tài chính cho y tế qua hệ thống BHYT xã hội (bắt buộc) – người lao động và chủ sử dụng lao động đóng góp (bắt buộc) trên cơ sở thu nhập của người lao động. BHYT cũng có thể mở rộng cho các nhóm dân số khác trong xã hội như người nghèo, người hưởng bảo trợ xã hội, trẻ em... với sự trợ cấp phí bảo hiểm của nhà nước hoặc các đóng góp khác.
- Tài chính cho y tế thông qua BHYT tư nhân – đây là một dạng BHYT tự nguyện, vì lợi nhuận, do tư nhân điều hành. Tuy nhiên, khác với BHYT xã hội, mức đóng góp BHYT tư nhân dựa trên cơ sở mức độ rủi ro sức khỏe của mỗi cá nhân (ví dụ, người già, người có bệnh mãn tính sẽ phải trả phí bảo hiểm cao hơn, hoặc chi phí cho những bệnh biết trước không được thanh toán, hoặc có thể bị từ chối tham gia).
- Tài chính y tế cộng đồng/BHYT cộng đồng – thường bao phủ một cộng đồng nhỏ, quy mô nhỏ, do người dân tự nguyện tham gia, với mức đóng góp và gói quyền lợi dựa vào sự đồng thuận trong cộng đồng. Những mô hình này phần lớn do cộng đồng tự quản lý. Vì quy mô nhỏ nên mức độ tập trung quỹ và chia sẻ rủi ro bị hạn chế.
- Tài chính cho y tế thông qua chi trả trực tiếp (từ tiền túi) của hộ gia đình cho đơn vị cung ứng dịch vụ, khi hộ gia đình sử dụng hoặc mua hàng hóa, dịch vụ y tế.
- Tài chính cho y tế từ nguồn nước ngoài (vay và viện trợ do nhà nước điều phối). Những nước nghèo có thể phụ thuộc nhiều vào cơ chế này. Nguồn tài chính này thường được cấp trực tiếp cho đơn vị cung ứng để thực hiện các chương trình y tế ưu tiên.

1.3. Tính công bằng của hệ thống tài chính y tế

Cách thức một quốc gia thực hiện 3 chức năng của tài chính y tế cũng tác động đến tính công bằng của hệ thống y tế nói chung (xem thêm khái niệm công bằng sức khỏe trong phần giới thiệu). Trong tài chính y tế, vấn đề công bằng thường được cân nhắc từ hai góc độ: công bằng trong đóng góp về tài chính và công bằng trong hưởng thụ từ các dịch vụ y tế.

Về mặt nguyên tắc, công bằng trong đóng góp tài chính nghĩa là đóng góp theo khả năng chi trả. Những người có thu nhập cao thì đóng góp cao và thu nhập thấp thì đóng góp ít. Như vậy, đóng góp cho hệ thống y tế thông qua nộp thuế thu nhập là một hình thức đóng góp mang tính công bằng. Đóng góp phí BHYT xã hội, theo tỷ lệ phần trăm nhất định của thu nhập của người lao động, cũng được coi là công bằng. Những người thu nhập thấp hoặc không có thu nhập, về danh nghĩa không phải đóng, hoặc được NSNN bao cấp. Trong khi đó, công bằng trong hưởng thụ dịch vụ nghĩa là người hưởng thụ được hưởng dịch vụ y tế theo nhu cầu trong khám, chữa bệnh của mình. Việc hưởng thụ không liên quan đến mức độ đóng góp. Việc hưởng thụ ở đây bao gồm khả năng tiếp cận dịch vụ và chất lượng dịch vụ (chất lượng chuyên môn)³ được hưởng. Đó chính là sự khác biệt của khái niệm công bằng từ góc độ sức khỏe và y tế so với khái niệm công bằng trong kinh tế và cơ chế thị trường.

Trong các cơ chế tài chính nêu ở trên, hai cơ chế tài chính cho y tế từ nguồn thuế của nhà nước và BHYT xã hội sẽ công bằng hơn nhiều so với cơ chế chi trực tiếp của hộ gia đình. Hai cơ chế tài chính đầu dựa vào các khoản chi trả trước, có tích lũy và tập trung quỹ (pooling), tách bạch giữa mức độ đóng góp và mức độ hưởng thụ, do đó có chia sẻ rủi ro. Trong khi đó, với cơ chế hộ gia đình chi trả trực tiếp (ví dụ trả viện phí trực tiếp) thì không có tập trung quỹ và không chia sẻ rủi ro. Theo cơ chế này, nếu không có sự hỗ trợ của Nhà nước thì những người không có khả năng chi trả sẽ không thể tiếp cận được dịch vụ, hoặc nhận dịch vụ với chất lượng thấp, hoặc trở nên hộ nghèo vì chi phí ốm đau. BHYT tư nhân và BHYT cộng đồng cũng có sự tập trung quỹ và chia sẻ rủi ro, song mức độ hạn chế hơn, bởi những hộ gia đình nguy cơ cao hoặc không có khả năng đóng góp có thể bị loại trừ.

1.4. Tổng chi y tế quốc gia, chi công và chi tư cho y tế

Tổng chi y tế quốc gia

Tổng chi y tế quốc gia thể hiện tổng chi của toàn xã hội cho y tế, được tạo nên bởi hai nhóm chi tiêu chính là chi công và chi tư cho y tế.

$$\text{Tổng chi y tế quốc gia} = \text{Chi công cho y tế} + \text{Chi tư cho y tế}$$

Nói theo cách đơn giản, khi một dịch vụ được chi trả từ nguồn thu thuế của nhà nước, hay từ quỹ BHYT xã hội, hay từ nguồn vốn ODA (do nhà nước điều phối), thì khoản chi đó được gọi là chi công.

$$\text{Chi công} = \text{chi NSNN cho y tế (không tính chi NSNN cấp qua BHYT)}^4 + \text{chi quỹ BHYT xã hội} + \text{chi nguồn ODA}$$

³ Chất lượng dịch vụ y tế bao gồm 2 thành phần: chất lượng về chuyên môn (clinical quality) và chất lượng về dịch vụ (service quality). Ở đây muốn nhấn mạnh về chất lượng chuyên môn.

⁴ Không tính NSNN cấp qua BHYT bởi khoản này đã được tính vào chi từ BHYT rồi – tránh tính 2 lần.

Còn các khoản chi do cá nhân, hộ gia đình trả trực tiếp cho nhà cung ứng dịch vụ khi ốm đau và sử dụng dịch vụ, khi mua thuốc và các vật tư thiết bị liên quan đến sức khỏe, là *chi tư*. Với khái niệm như vậy, viện phí và các khoản đồng chi trả (khi KCB BHYT) do bệnh nhân trả trực tiếp từ tiền túi, dù được thu ở bệnh viện công hay bệnh viện tư, đều là chi tư. Ngoài ra, chi tư còn bao gồm các khoản chi khác do doanh nghiệp, các tổ chức xã hội, từ thiện chi trả, nhưng quy mô thường nhỏ. Chi từ BHYT tư nhân vì lợi nhuận cũng được tính là chi tư.

Chi tư = chi trực tiếp của hộ gia đình + chi bởi tổ chức từ thiện, doanh nghiệp (không tính đóng góp của doanh nghiệp cho BHYT xã hội⁵) + chi BHYT tư nhân

Khái niệm về chi công và chi tư giúp trả lời câu hỏi: “Ai là người trả tiền cho dịch vụ y tế”, chứ không liên quan đến “ai là người cung ứng dịch vụ y tế”. Trên thực tế, chi công thường được dùng chủ yếu để trả cho đơn vị cung ứng công, nhưng cũng có thể được trả tại đơn vị cung ứng tư (BHYT xã hội thanh toán cho bệnh viện tư). Tương tự, chi tư có thể được trả tại đơn vị cung ứng công (viện phí thu tại bệnh viện công) hoặc đơn vị cung ứng tư. Trên thế giới, hầu hết các quốc gia đều có một hệ thống cung ứng dịch vụ công tư hỗn hợp, đồng thời quốc gia nào cũng có một hệ thống tài chính y tế dựa vào chi công và chi tư. Tuy nhiên, về mặt chiến lược, để đạt được mục đích công bằng trong CSSK, các nước thường có xu hướng nâng tỷ trọng chi công cao, giảm tỷ lệ người dân phải tự chi trả cho y tế bằng tiền túi. Chi công thường công bằng hơn (trong đóng góp), mang tính chia sẻ hơn (trong hưởng thụ). Chi tư, đặc biệt là chi từ tiền túi của hộ gia đình khi ốm đau, được coi là rất mất công bằng, là lý do đẩy người dân vào hoàn cảnh kinh tế khó khăn và dẫn đến đói nghèo.

2. Hệ thống tài chính y tế Việt Nam

2.1. Luồng tài chính và cơ chế tài chính y tế

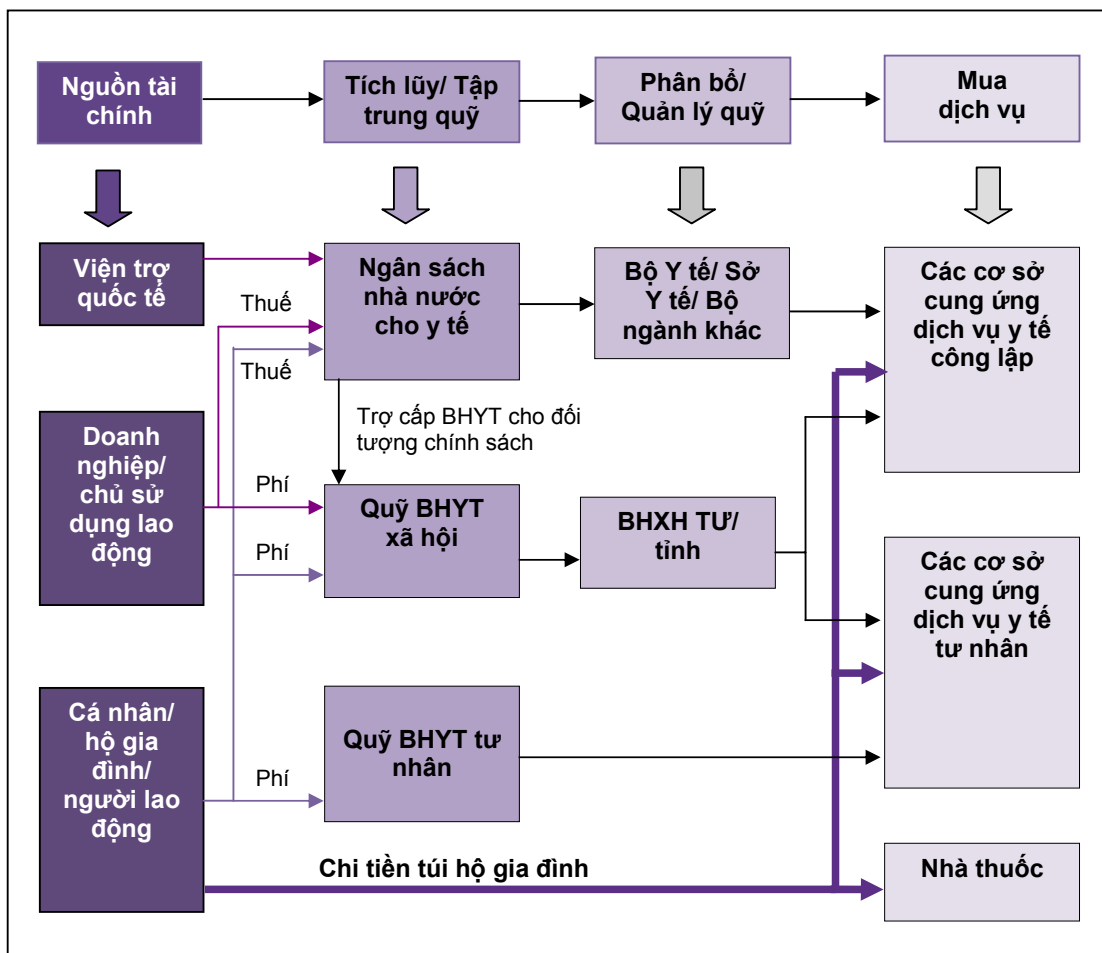
Các luồng tài chính y tế chính của Việt Nam được mô tả ở Hình 2, trong đó chỉ ra luồng tài chính chuyên từ người đóng góp (người dân, doanh nghiệp), đến đơn vị thu phí/tập trung quỹ, rồi đến đơn vị quản lý quỹ và cuối cùng đến đơn vị cung ứng dịch vụ. Có 2 luồng tài chính công lớn để cung cấp tài chính cho y tế ở Việt Nam, đó là luồng từ ngân sách của nhà nước cấp trực tiếp cho đơn vị cung ứng dịch vụ, thông qua Bộ Y tế và Sở y tế/ Sở tài chính, và luồng từ quỹ BHYT xã hội. Mấy năm gần đây, với mục tiêu CSSK cho người nghèo, hàng năm Chính phủ đã phân bổ NSNN để mua thẻ BHYT cho người nghèo và một số đối tượng chính sách. Bên cạnh hai luồng tài chính công này, còn một luồng tài chính khá lớn nữa, đó là người dân chi trả trực tiếp cho nhà cung ứng dịch vụ hoặc mua thuốc điều trị khi ốm đau. Kênh tài chính này được thể hiện bằng đường đậm, chỉ luồng tiền từ hộ gia đình trực tiếp đến nhà cung ứng dịch vụ (Hình 2). Tài chính y tế ở Việt Nam hiện tại phụ thuộc khá nhiều vào các khoản chi trả trực tiếp này. Các kênh tài chính khác (chi ODA, BHYT tư nhân, chi tư khác) đều ở quy mô nhỏ trong tổng chi y tế.

Trong những năm gần đây, Chính phủ chủ trương xã hội hóa các hoạt động y tế nhằm huy động các nguồn lực của xã hội (trong đó có nguồn lực tài chính) khi mà đầu tư công cho y tế chưa đủ đáp ứng nhu cầu. Với chính sách này, đầu tư tư nhân cho y tế đang tăng lên. Tuy nhiên, vì là đầu tư tư nhân, nên các khoản đầu tư này có sức

⁵ Không tính đóng góp của doanh nghiệp cho BHYT vì khoản này đã được tính vào chi từ BHYT rồi – tránh tính 2 lần.

ép là phải mang lại lợi nhuận. Việc này dẫn đến những tác động cả tích cực và tiêu cực trong hệ thống y tế mà Chính phủ đang yêu cầu phải đánh giá đầy đủ hơn để có những chính sách thích hợp [11]. Trong khi thực hiện chủ trương xã hội hóa y tế, Chính phủ vẫn khẳng định sẽ tiếp tục tăng ngân sách cho y tế nhằm mục tiêu công bằng và hiệu quả của ngành y tế.

Hình 2: Luồng tài chính y tế ở Việt Nam

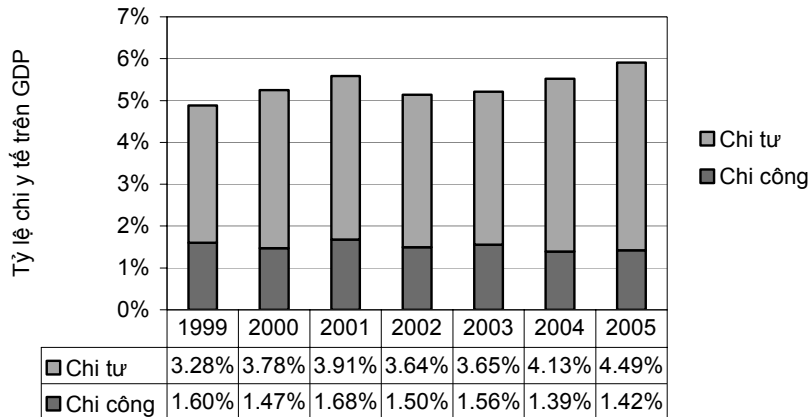


2.2. Mức chi y tế

Tổng thể chi cho y tế ở Việt Nam khoảng 5-6 % GDP và có xu hướng tăng dần trong những năm qua, từ khoảng 4,9% GDP năm 1999, lên 5,9% GDP năm 2005 (Hình 3). Trên thế giới, các nước có thu nhập thấp và trung bình cũng chi cho y tế trong khoảng từ 5 đến 6% GDP. Như vậy, tổng chi y tế của Việt Nam không phải thấp. Tuy nhiên, chi công⁶ chỉ chiếm khoảng gần 30% tổng chi y tế. Tỷ trọng chi công như vậy được coi là rất thấp so với các nước có thu nhập thấp và trung bình trên thế giới.

⁶ Chi công ở đây bao gồm chi NSNN cấp trực tiếp (không tính ngân sách cấp qua BHYT), chi từ quỹ BHYT (bao gồm cả nguồn bao cấp từ ngân sách) và chi nguồn ODA.

Hình 3: Xu hướng tài chính y tế Việt Nam, 1999 - 2005

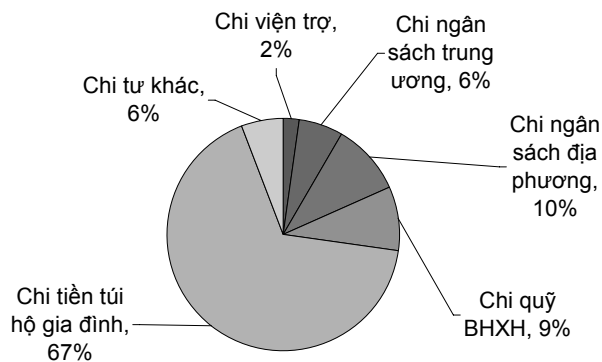


Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia, Bộ Y tế, 2008 [12].

2.3. Cơ cấu chi y tế

Hình 4 trình bày cơ cấu chi y tế của Việt Nam theo nguồn và các cơ chế tài chính năm 2005 (năm có số liệu đầy đủ gần nhất). Số liệu cho thấy tài chính y tế Việt Nam dựa chủ yếu vào các chi trả trực tiếp của hộ gia đình (chiếm tới 67% tổng chi y tế), trong khi chi từ các nguồn tài chính công chiếm 27% (gồm ngân sách trung ương 6%, ngân sách địa phương 10%, chi ODA chiếm khoảng 2%, và BHXH, bao gồm chủ yếu chi từ quỹ BHYT, chiếm gần 9%). Năm 2006, với việc thực hiện Nghị định 63 về BHYT, trong đó quyền lợi BHYT được mở rộng và số người tham gia tăng lên (người nghèo, tự nguyện), ước tính chi từ quỹ BHYT và BHXH chiếm xấp xỉ 13% tổng chi y tế [12]. Thực tế, tỷ lệ này vẫn còn thấp để BHYT trở thành một đại lý đủ mạnh, có thể mua dịch vụ y tế theo một chiến lược hợp lý cho hơn 30 triệu người hiện có thể BHYT.

Hình 4: Cơ cấu chi y tế ở Việt Nam, 2005



Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia, Bộ Y tế, 2008 [12].

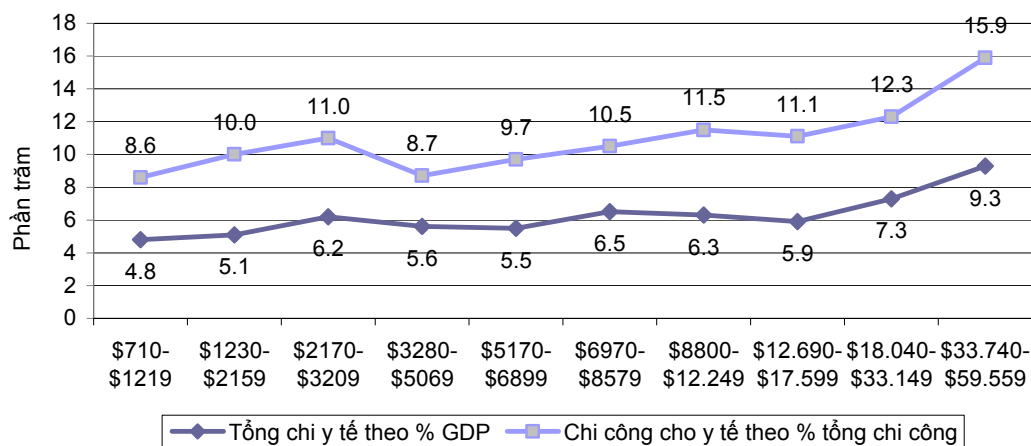
Việc theo dõi và dự đoán cơ cấu chi y tế theo thời gian có thể giúp phân tích quá trình biến đổi của các nguồn vốn, các cơ chế tài chính, và tác động của các chính sách y tế, đặc biệt là các chính sách tài chính y tế. Các nhà hoạch định chính sách có

thể theo dõi cơ cấu chi y tế để đối thoại hoặc có những kiến nghị về chính sách tài chính y tế với chính phủ và các ngành liên quan.

2.4. So sánh quốc tế

Trên thế giới, khi các quốc gia giàu lên, GDP bình quân đầu người tăng, thì chính phủ cũng tăng chi cho y tế (Hình 5). Các nước thu nhập trung bình đến thu nhập cao (nhóm 5 đến 10), chi công cho y tế thường chiếm 10 – 15% tổng chi của nhà nước. Hiện tại, Việt Nam thuộc nhóm 4 theo GDP bình quân đầu người (PPP \$ 3.300), tuy nhiên chi công cho y tế chỉ chiếm khoảng 5% tổng chi của nhà nước, trong khi tỷ lệ này ở các nước trong cùng nhóm thu nhập là 9%. Theo dự đoán Việt Nam sẽ gia nhập các nước có mức thu nhập trung bình (nhóm 5) vào năm 2010. Đây là một lý do để tin rằng tỷ trọng chi tiêu công cho y tế của Việt Nam cần phải tăng cao hơn nữa để đạt mức trung bình so với các nước có cùng mức thu nhập.

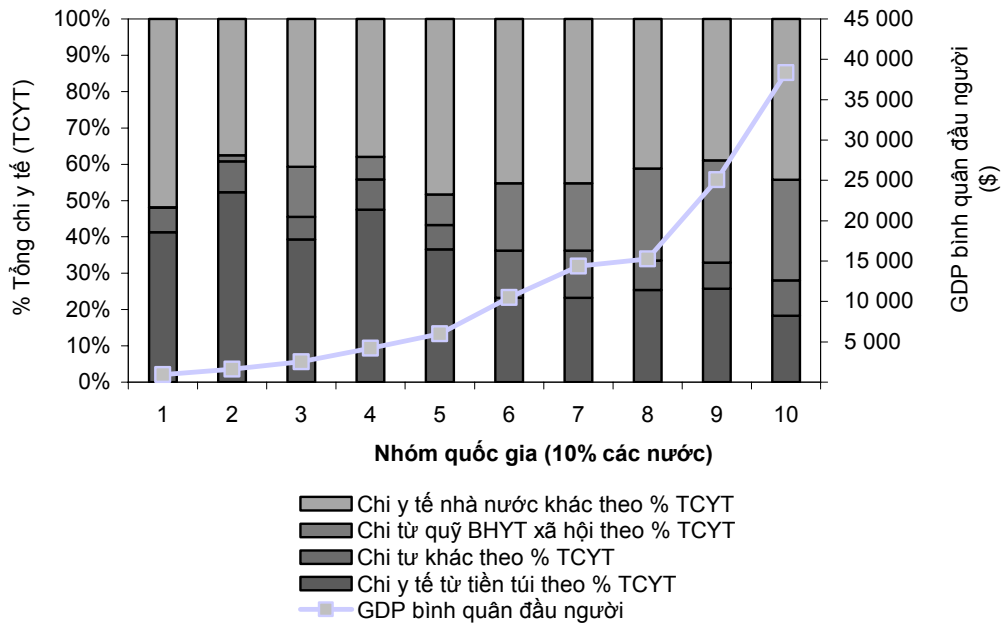
Hình 5: Chi tiêu y tế của các quốc gia trên thế giới, 2005



Nguồn: WHO Statistical Information System (WHOSIS), 2008 [13]

Hình 6 chỉ ra cơ cấu chi y tế các nước trên thế giới, theo tổng sản phẩm quốc nội bình quân đầu người, tính bằng đồng đô-la quốc tế, năm 2005. Một nhận xét chung là khi các nước có thu nhập cao lên, tỷ trọng chi công trong tổng chi y tế cũng tăng lên, bằng cách chi trực tiếp từ NSNN giữ nguyên tỷ trọng, nhưng chi qua BHYT tăng lên, thay thế dần chi trực tiếp từ hộ gia đình. Ở nhóm 4 về thu nhập (trong đó có Việt Nam), chi công chiếm khoảng 45% tổng chi y tế trong khi chi tư (phần lớn là chi trực tiếp của hộ gia đình) chiếm 55%. Ở Việt Nam, theo số liệu năm 2005 (Hình 4), tỷ lệ này khoảng 27% chi công và 73% chi tư (gồm chi tiền túi và chi tư khác). Tỷ lệ chi tư như thế này là khá cao so với các nước cùng nhóm thu nhập. Tương tự như đã bình luận ở mục 2.2 trên, Việt Nam, với tốc độ tăng trưởng kinh tế hiện tại, có thể cải thiện tình hình tài chính y tế trong những năm sắp tới.

Hình 6: Cơ cấu chi y tế các nước trên thế giới, 2005



Nguồn: WHO Statistical Information System (WHOSIS), 2008 [13].

3. Dự báo tài chính y tế Việt Nam đến năm 2010

3.1. Mục tiêu chiến lược phát triển tài chính y tế Việt Nam

Nhiều năm qua Đảng và Chính phủ Việt Nam đã định hướng phát triển hệ thống y tế công bằng và hiệu quả. Năm 2005, Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị nêu rõ mục tiêu chiến lược về tài chính y tế của Việt Nam, đó là "Đổi mới và hoàn thiện chính sách tài chính y tế theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công (gồm NSNN, BHYT), giảm dần hình thức thanh toán trực tiếp từ người bệnh". Trong kỳ họp tháng 5/2008, Quốc hội đã ra Nghị quyết số 18 khẳng định "Tăng tỷ lệ chi ngân sách hằng năm cho sự nghiệp y tế".

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu tài chính y tế của Việt Nam

Các yếu tố khách quan

Năm 2006 đến 2007 Việt Nam có mức tăng trưởng kinh tế cao (8,2 và 8,5%), đầu tư và chi tiêu công của nhà nước tăng cao trong nhiều lĩnh vực, trong đó có y tế. Tuy nhiên, năm 2008 lại chứng kiến sự suy giảm tốc độ tăng trưởng của nền kinh tế, trong đó chi tiêu công được thắt chặt trong một nỗ lực chung nhằm kiềm chế lạm phát. Dự đoán mức tăng trưởng kinh tế năm 2008 là dưới 7%. Năm 2009, dự đoán mức độ lạm phát sẽ tiếp tục giảm, tuy nhiên nền kinh tế chưa thể phục hồi ngay, do vậy mức tăng trưởng kinh tế khó có thể vượt quá 7%. Năm 2010 nền kinh tế sẽ phát triển ổn định, với mức tăng trưởng khá cao, và Việt Nam sẽ có cơ hội đầu tư cho y tế và các lĩnh vực an sinh xã hội nhiều hơn.

Cùng với tăng trưởng kinh tế, thu nhập và cuộc sống người dân cũng được nâng cao. Trong khi khả năng chi trả của người dân tăng cao thì nhu cầu về cải thiện cuộc sống và cải thiện sức khỏe cũng tăng lên. Hệ thống cung ứng dịch vụ y tế, đặc

biệt là hệ thống y tế tư nhân, sẽ phát triển mạnh mẽ cả về số lượng và chất lượng. Nhiều công nghệ mới, hiện đại cũng sẽ được ứng dụng trong KCB. Đây sẽ là yếu tố làm tăng tổng chi của quốc gia cho y tế.

Mô hình bệnh tật của người Việt Nam đang thay đổi với xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh mãn tính không lây hoặc liên quan đến lối sống, như tim mạch, tiểu đường, ung thư, HIV, tâm thần, chấn thương tai nạn... Chi phí cho các nhóm bệnh này sẽ là gánh nặng tăng thêm, trong khi vẫn đang còn phải đối phó và kiểm soát nhóm các bệnh truyền nhiễm và các loại dịch bệnh mới.

Các yếu tố chính sách (chủ quan)

Trong những năm gần đây, Đảng và Chính phủ đã ban hành nhiều chủ trương, chính sách lớn về phát triển hệ thống y tế nói chung và chính sách tài chính y tế nói riêng. Các chính sách gần đây và trong tương lai gần có thể tác động đến tình hình tài chính y tế gồm có:

Các chính sách về phân bổ NSNN:

- Phát hành trái phiếu Chính phủ để đầu tư, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện, đa khoa khu vực liên huyện (Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg), trạm y tế xã (Quyết định số 950/2007/QĐ-TTg), bệnh viện lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn. Dự báo sẽ giải ngân 3.750 tỷ năm 2008, và 9.750 tỷ trong các năm 2009 – 2011). Như vậy, chi từ ngân sách trực tiếp cho y tế sẽ tăng lên (đặc biệt chi cho đầu tư).
- Nghị quyết của Quốc hội số 18/2008/NQ-QH12 năm 2008 về tăng tỷ lệ chi ngân sách hằng năm cho sự nghiệp y tế, tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của NSNN. Nếu các địa phương cam kết thực hiện đúng Nghị quyết này thì chi cho y tế từ ngân sách trung ương và ngân sách địa phương sẽ tăng lên.

Các chính sách về BHYT:

- Thực hiện tăng mức trợ cấp phí BHYT đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội bằng 3% mức tiền lương tối thiểu hiện hành [8], theo dự kiến mức lương tối thiểu sẽ tăng lên trong thời gian tới. Như vậy nguồn tài chính y tế qua cơ chế BHYT sẽ tăng lên.
- Thực hiện trợ cấp tối thiểu 50% mệnh giá thẻ BHYT cho người cận nghèo và nếu người cận nghèo tham gia BHYT thì nguồn thu và chi qua cơ chế BHYT sẽ tăng lên.
- Luật BHYT được Quốc hội thông qua cuối năm 2008, diện bao phủ BHYT được mở rộng, trước hết là khối trẻ em dưới 6 tuổi, khối người cận nghèo, sau đó đến khối học sinh, sinh viên, và thân nhân của người lao động thuộc khu vực chính quy. Như vậy, sẽ có tăng thu/chi qua cơ chế BHYT.
- Thực hiện Luật BHYT mới được thông qua, sự tuân thủ trong khối doanh nghiệp, đặc biệt là doanh nghiệp tư nhân có thể tăng lên, mức phí cũng có thể tăng lên đến tối đa 6% tiền lương, tiền công, từ đó lượng tham gia và đóng góp từ khu vực chính quy tăng lên - tăng thu/ chi qua cơ chế BHYT.

- Khung viện phí, nếu được điều chỉnh (theo hướng đủ bồi hoàn chi phí), và nếu BHXH giữ nguyên phương thức thanh toán “phí theo dịch vụ” hiện nay thì chi qua quỹ BHYT sẽ tăng lên.

Các chính sách về đổi mới quản lý và tài chính bệnh viện:

- Đẩy mạnh huy động các nguồn lực “xã hội hoá” thông qua liên doanh, liên kết, huy động nguồn đầu tư tư nhân cho y tế thì nguồn thu của các cơ sở KCB tăng lên, có thể dẫn tới việc chi trả trực tiếp từ hộ gia đình cho y tế sẽ tăng lên.
- Thực hiện bệnh viện tự chủ tài chính có thể khuyến khích các bệnh viện kích cầu, tăng nguồn thu ngoài ngân sách, cũng có nghĩa chi trả trực tiếp từ hộ gia đình cho y tế sẽ tăng lên.
- Hiện đại hóa, đổi mới công nghệ KCB cũng là một yếu tố làm cho chi phí dịch vụ y tế nói chung tăng lên.
- Hệ thống y tế tư nhân được khuyến khích phát triển tăng tiếp cận các dịch vụ y tế và cũng gia tăng chi phí y tế nói chung, đặc biệt là chi trả trực tiếp từ hộ gia đình.

3.3. Dự báo xu hướng tài chính y tế đến năm 2010

Hình 7 đưa ra xu hướng tài chính y tế giai đoạn 2002-2010 với những dự đoán khá lạc quan, thể hiện sự biến đổi cơ bản từ giai đoạn 2002-2005 đến giai đoạn 2006-2010. Trong mô hình này, số liệu từ 2002-2005 là số đã quyết toán, lấy từ Tài khoản y tế quốc gia, số liệu 2006-2007 là số ước tính, số liệu 2008-2010 là số dự báo.

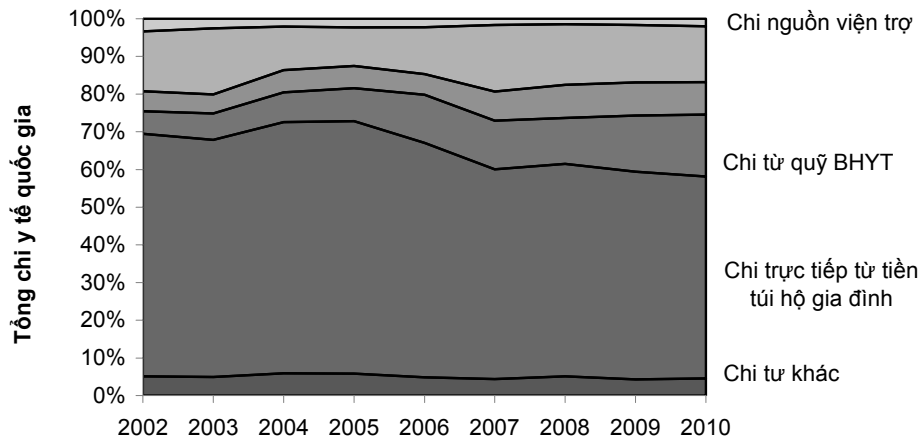
Dự báo này dựa vào những giả định sau. Từ nay đến năm 2010:

- Kinh tế Việt Nam vượt qua suy giảm của năm 2008, phát triển và tăng trưởng ổn định trong các năm tiếp theo.
- Ngân sách địa phương cho y tế tăng đáng kể (đặc biệt là đầu tư xây dựng cơ bản để nâng cấp y tế tuyến huyện, xã, và các vùng khó khăn từ nguồn trái phiếu chính phủ), chiếm 15% tổng chi y tế (2005 chiếm 10%).
- Ngân sách trung ương tiếp tục duy trì mức độ tăng, dự kiến chiếm 8,5% tổng chi y tế (2005 là 6%).
- Nguồn quỹ BHYT tăng nhanh qua các năm, với sự gia tăng chi phí cho các nhóm được nhà nước bao cấp và sự tham gia của nhóm cận nghèo. Sự tham gia của khối lao động chính quy cũng tăng lên. Chi qua BHYT chiếm 16,5% tổng chi y tế (từ 9% năm 2005). Nếu Chính phủ mở rộng BHYT cho thân nhân người lao động vào năm 2010, chi từ BHYT trong tương lai có thể tăng nhiều hơn.
- Tốc độ tăng chi của các cơ chế tài chính công cho y tế nhanh hơn tốc độ tăng từ chi trả trực tiếp của người bệnh, dẫn đến chi trả trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình giảm xuống còn 53,5% (từ 67% năm 2005).
- Chính phủ có chính sách kiểm soát tốt giả cả dịch vụ y tế và giá thuốc, ở cả hai khu vực KCB công và tư.

Kết quả ở Hình 7 chỉ ra rằng, trong một bối cảnh lạc quan, trong khi nhu cầu tuyệt đối tăng lên (tổng chi y tế quốc gia tăng lên), tỷ trọng chi công trong tổng chi y tế cũng tăng lên. Và nếu Việt Nam duy trì được xu hướng này, dự báo đến 2015, chi

công cho y tế sẽ chiếm trên 50% và sẽ thực sự là nguồn tài chính chủ đạo trong hệ thống tài chính y tế, nhằm thực hiện mục tiêu công bằng trong CSSK.

Hình 7: Dự báo xu hướng cơ cấu tài chính y tế Việt Nam, 2002–2010



Các giả định nêu trên rất có thể trở thành hiện thực nếu được hỗ trợ bằng các chính sách và giải pháp tài chính cụ thể và quyết tâm thực hiện của trung ương và chính quyền các địa phương. Trong một bối cảnh khác, khi các điều kiện trên không đạt được như mong muốn, hoặc nền kinh tế Việt Nam tiếp tục có những khó khăn, việc tăng nhanh chi công cho y tế khó đạt được, tình hình tài chính y tế cho đến năm 2010 dự báo sẽ không khác nhiều so với giai đoạn 2002 – 2005.

Chương III. Ngân sách nhà nước cho y tế

Cũng như nhiều nước có thu nhập thấp và trung bình trên thế giới, hệ thống tài chính y tế Việt Nam là một hệ thống hỗn hợp, trong đó nguồn từ NSNN có vai trò rất quan trọng để thực hiện các chức năng của nhà nước trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng và đảm bảo công bằng trong CSSK. Như đã đề cập ở chương II, NSNN cấp trực tiếp cho ngành y tế là một thành phần của chi công cho y tế. Các thành phần khác - chi từ Quỹ BHYT và viện trợ nước ngoài - sẽ được bàn ở chương khác của báo cáo. Chương này sẽ phân tích hiện trạng NSNN cấp cho y tế, việc phân bổ và sử dụng NSNN cho y tế hiện nay, những kết quả đạt được và các vấn đề bất cập, từ đó kiến nghị các giải pháp trong kế hoạch tài chính ngắn hạn và trung hạn nhằm tăng mức chi NSNN cho y tế và tăng hiệu quả sử dụng nguồn tài chính này.

1. Tổng quan các chính sách liên quan đến NSNN cho y tế

1.1. Ưu tiên đầu tư NSNN cho y tế

Trong quá trình đổi mới hệ thống y tế Việt Nam từ năm 1989 đến nay, đã có nhiều chính sách nhằm huy động các nguồn tài chính khác nhau cho y tế, như chính sách viện phí, BHYT, xã hội hóa y tế, tự chủ tài chính... Tuy nhiên, Đảng và Nhà nước vẫn giữ quan điểm nhất quán ưu tiên đầu tư NSNN cho y tế.

Nghị quyết Đại hội Đảng các khóa VII, VIII, IX và mới đây nhất là Nghị quyết Đại hội X, 2006 đã chỉ rõ “Tăng đầu tư của Nhà nước và tạo sự chuyển biến mạnh mẽ trong việc nâng cấp mạng lưới y tế cơ sở và hệ thống y tế, có chính sách trợ giúp các đối tượng chính sách, người nghèo, người có thu nhập thấp được tiếp cận dịch vụ y tế; phát triển hệ thống y tế dự phòng, trang bị kiến thức và kỹ năng để mỗi người dân có khả năng chủ động phòng bệnh và rèn luyện sức khỏe”. Nghị quyết số 46-NQ/TW, ngày 23/2/2005, của Bộ Chính trị đã nêu rõ “Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Đầu tư cho lĩnh vực này là đầu tư phát triển, thể hiện bản chất tốt đẹp của chế độ”. Chiến lược chăm sóc và bảo vệ nhân dân giai đoạn 2001 - 2010 xác định: Đầu tư nhà nước cho y tế vẫn phải giữ vai trò chủ đạo trong các nguồn thu cho y tế. Phân đầu tăng mức chi thường xuyên cho y tế trong tổng chi NSNN. Ưu tiên đầu tư cho vùng nghèo, vùng núi, vùng sâu, vùng xa về hoạt động y tế dự phòng, y học cổ truyền, CSSK ban đầu tại y tế cơ sở, KCB cho người nghèo và các đối tượng chính sách, bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em. Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP về đẩy mạnh xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao cũng khẳng định: “Nhà nước tiếp tục tăng đầu tư cho y tế, trong đó bảo đảm ngân sách cho y tế công cộng.”

Mới đây nhất, Quốc hội thông qua Nghị quyết số 18/2008/QH12, ngày 3/6/2008, về đẩy mạnh thực hiện chính sách pháp luật xã hội hóa để nâng cao chất lượng CSSK nhân dân, trong đó đã quyết định “Tăng tỷ lệ chi ngân sách hàng năm cho sự nghiệp y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách nhà nước...”.

1.2. Ưu tiên phân bổ ngân sách cho vùng khó khăn, y tế cơ sở và y tế dự phòng

Các văn bản của Đảng và Chính phủ cũng nêu rõ ưu tiên trong phân bổ NSNN cho y tế cho các vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, lĩnh vực y tế dự phòng và CSSK ban đầu tại tuyến y tế cơ sở. Nghị quyết 18/QH12 nêu rõ “Dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng”. Định mức phân bổ ngân sách sự nghiệp y tế theo Quyết định số 151/2006/QĐ-TTg ngày 29/6/2006 của Thủ tướng Chính phủ cũng thể hiện rõ chủ trương ưu tiên vùng sâu, vùng xa với định mức phân bổ đối với miền núi, vùng đồng bào dân tộc ở đồng bằng, vùng sâu bằng 1,7 lần đô thị; vùng cao, hải đảo bằng 2,4 lần đô thị. Việc duy trì nguồn NSNN để thực hiện các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia từ năm 1996 đến nay cho thấy rõ sự quan tâm của Đảng và nhà nước đối với lĩnh vực y tế công cộng và y tế dự phòng. Mạng lưới y tế cơ sở cũng được chú trọng đầu tư. Năm 2005, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 225/2006/QĐ-TTg về nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và khu vực với tổng số vốn đầu tư cho giai đoạn 2005-2008 là 8.350 tỷ và Quyết định số 950/2007/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010 với tổng kinh phí dự toán khoảng 500 tỷ đồng từ nguồn trái phiếu chính phủ. Trong năm 2008, Thủ tướng cũng đã ban hành các Quyết định số 24, 25, 26, 27 về một số cơ chế, chính sách hỗ trợ phát triển kinh tế-xã hội đối với các tỉnh vùng Bắc Trung bộ, Duyên hải Trung bộ, vùng Tây Nguyên vùng Đồng bằng sông Cửu Long, các tỉnh vùng trung du và miền núi Bắc bộ đến năm 2010, trong đó quy định nhân viên y tế thôn bản ở các vùng này được hưởng mức phụ cấp bằng 50% lương tối thiểu. Những chính sách này đã thể hiện quyết tâm của Nhà nước trong ưu tiên phân bổ ngân sách cho vùng khó khăn, y tế cơ sở và y tế dự phòng.

1.3. Ưu tiên NSNN để hỗ trợ cho các đối tượng chính sách xã hội

Với định hướng chuyển việc cấp trực tiếp cho các cơ sở y tế sang trợ cấp cho phía cầu, Chính phủ đã ban hành một số chính sách quan trọng. Năm 2002, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định 139/2002/QĐ-TTg về thành lập Quỹ KCB người nghèo tại các tỉnh từ nguồn NSNN, tạo bước ngoặt lớn trong việc trợ cấp cho người nghèo với diện thụ hưởng ngày càng rộng và mức độ thụ hưởng ngày càng cao. Theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP của Chính phủ, các đối tượng hưởng lợi từ Quỹ 139 đã được cấp thẻ BHYT, nâng tổng số người nghèo có thẻ BHYT lên trên 15 triệu người, chiếm 43,4% tổng số người có thẻ BHYT. Đầu năm 2008, Thủ tướng Chính phủ đã ra Quyết định số 289/QĐ-TTg ngày 18/3/2008 điều chỉnh mức trợ cấp mua BHYT cho người nghèo từ 80.000 đồng/người/năm lên 130.000 đồng/người/năm và trợ cấp 50% mệnh giá thẻ BHYT đối với thành viên thuộc hộ cận nghèo tham gia BHYT tự nguyện. Tiếp theo, mệnh giá BHYT của các đối tượng chính sách được nâng lên bằng 3% mức lương tối thiểu chung theo Quyết định số 117/2008/QĐ-TTg, ngày 27/8/2008 của Thủ tướng Chính phủ (với lương tối thiểu hiện nay là 540.000đ/tháng, mức trợ cấp được nâng lên thành 194.000 đồng/người/ năm). Đây là một chính sách thể hiện sự quan tâm của Chính phủ đối với việc đảm bảo công bằng trong CSSK.

Theo Nghị định số 36/2005/NĐ-CP của Chính phủ, trẻ em dưới 6 tuổi được KCB không phải trả tiền tại các cơ sở y tế công lập. Hiện tại việc KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi được thực hiện thông qua việc cấp phát thẻ KCB miễn phí và thanh toán theo thực tế cho các cơ sở y tế nhà nước.

Nghị quyết 18/2008/QH12 của Quốc hội một lần nữa khẳng định “Quan tâm dành ngân sách cho chăm sóc sức khỏe người có công, người nghèo, nông dân, đồng

bào dân tộc thiểu số, nhân dân ở vùng kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn...”.

1.4. Nâng cao hiệu quả sử dụng NSNN

Một số chủ trương đã được ban hành nhằm tăng cường tính hiệu quả trong sử dụng NSNN, trong đó nổi bật là việc xây dựng kế hoạch chi tiêu trung hạn và chính sách tự chủ theo Nghị định 10 và Nghị định 43. Thực hiện xây dựng kế hoạch chi tiêu trung hạn được xem là một bước thay đổi quan trọng trong quá trình lập kế hoạch ngân sách, giúp tăng cường tính hiệu quả trong phân bổ và sử dụng NSNN cho y tế theo các mục tiêu xác định, dựa trên thông tin chính xác, nhất quán và minh bạch. Việc xây dựng kế hoạch chi tiêu trung hạn sẽ giúp cho phân bổ nguồn lực hiệu quả hơn theo các ưu tiên và mục tiêu của ngành y tế nói riêng và mục tiêu phát triển kinh tế xã hội nói chung của cả nước. Việc giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp trong ngành y tế, chủ yếu các bệnh viện, được thực hiện từ năm 2002 theo Nghị định 10/2002/NĐ-CP, sau đó được điều chỉnh theo Nghị định số 43/2006/NĐ-CP. Đây được coi là một bước chuyển biến ban đầu trong việc phân cấp quyền và trách nhiệm của đơn vị trong sử dụng NSNN, tăng cường công tác quản lý tài chính chặt chẽ và hiệu quả.

2. Thực trạng NSNN cấp cho y tế

2.1. Những kết quả đạt được

NSNN cấp cho y tế có xu hướng tăng

Trong những năm gần đây, NSNN cấp cho y tế về số tuyệt đối đã có những tiến bộ rõ rệt, đáp ứng tốt hơn nhu cầu kinh phí cho KCB người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, thực hiện Chương trình mục tiêu y tế quốc gia, phòng chống dịch bệnh, nâng cấp y tế tuyến huyện...

Bảng 1 cho thấy tổng mức NSNN cấp cho y tế đều gia tăng hằng năm với tỷ lệ tăng trung bình hằng năm trong giai đoạn 2002-2006 là 22%. Năm 2006 đạt mức tăng cao nhất lên tới 50%, cao gấp 2 lần so với mức cấp của năm 2002. Sự gia tăng này có thể được giải thích một phần bởi mức gia tăng trong định mức kinh phí trợ cấp cho người nghèo theo Quyết định số 139/2002/TTg của Thủ tướng Chính phủ và sự thay đổi phương thức sử dụng toàn bộ nguồn kinh phí này để mua BHYT cho người nghèo theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP. Mặt khác, tỷ lệ giải ngân kinh phí cấp KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi năm 2006 tăng đáng kể so với năm 2005. Kinh phí sự nghiệp y tế cấp cho các tuyến y tế tăng rõ rệt trong năm 2006.

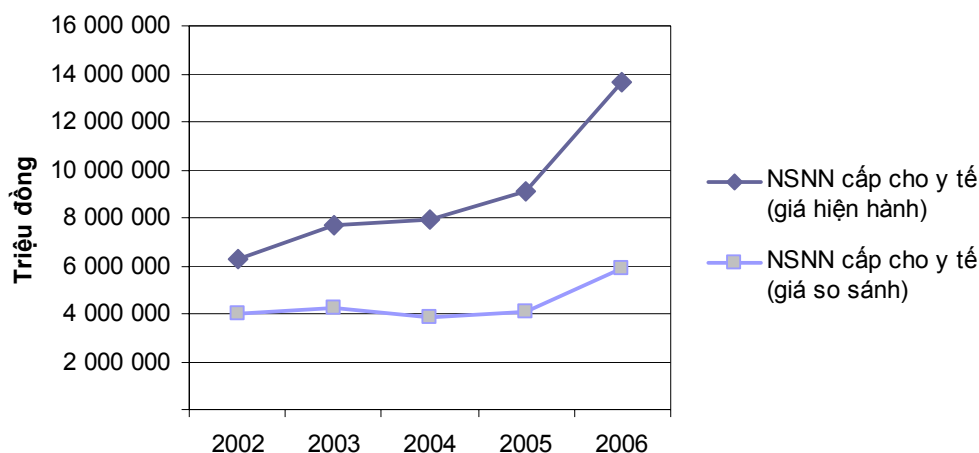
Bảng 1: Ngân sách nhà nước cấp cho y tế, 2002-2006 (triệu đồng)

Năm	NSNN cấp cho CSYT các tuyến	NSNN cấp thông qua BHXH	Tổng NSNN cấp cho y tế
2002	5.840.730	451.111	6.291.841
2003	7.201.414	514.223	7.715.637
2004	6.930.263	1.026.827	7.957.090
2005	7.968.197	1.112.889	9.081.086
2006	11.233.000	2.391.074	13.624.074

Nguồn: Bộ Y tế, Tài khoản y tế quốc gia 2000-2006 [12] và tính toán dựa theo số liệu thu chi của BHXH Việt Nam 2006 [14]

Hình 8 cho thấy, trong giai đoạn 2002-2006, NSNN cấp cho y tế tính theo giá trị hiện hành đều tăng qua các năm với các tỷ lệ khác nhau, nhưng nếu tính theo giá trị so sánh thì mức cấp kinh phí năm 2004 giảm đi so với năm 2003 (Hình 8). Mặt khác, giá trị so sánh thấp hơn rất nhiều so với giá trị hiện hành, điều đó có nghĩa là yếu tố lạm phát nói chung và lạm phát trong ngành y tế nói riêng ảnh hưởng rất rõ rệt đến kinh phí cấp cho ngành y tế.

Hình 8: NSNN cấp cho y tế tính theo giá trị hiện hành và giá so sánh, 2002-2006



Chú thích: NSNN gồm các khoản cấp trực tiếp cho cơ sở y tế và khoản NSNN đóng BHXH
 Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia, 2002-2006 [12]

Trong thời gian qua, việc vận động tăng NSNN cho y tế đã được thực hiện với nhiều hình thức, cấp độ, như qua các phương tiện thông tin đại chúng, chuyển tải thông tin trực tiếp đến các nhà hoạch định chính sách tại Quốc hội, Chính phủ. Kết quả của quá trình vận động tích cực này là tại kỳ họp thứ 3, Quốc hội khoá XII đã thông qua Nghị quyết về đẩy mạnh thực hiện xã hội hoá nâng cao chất lượng CSSK nhân dân, trong đó nêu rõ: “Tăng tỷ lệ chi ngân sách hằng năm cho sự nghiệp y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách nhà nước.”

Tăng cường phân cấp quản lý NSNN cho y tế

NSNN cấp cho cho y tế được phân bổ theo ngân sách trung ương và ngân sách địa phương. Phân tích cơ cấu chi tiêu NSNN theo tuyến cho thấy mức độ phân cấp về tài chính y tế khá cao. Theo số liệu của Tài khoản y tế quốc gia năm 2005, tỷ lệ NSNN cấp cho y tế tại tuyến trung ương là 36,8%, tuyến tỉnh là 44,7%, tuyến huyện là 16,2% và tuyến xã là 2,3%. Điều này phù hợp với việc thực hiện quản lý tài chính theo Luật NSNN.

NSNN đóng vai trò rất quan trọng đối với lĩnh vực đầu tư phát triển của ngành y tế. Trong tổng chi tiêu y tế, tỷ lệ chi cho đầu tư phát triển chỉ chiếm 8,7%. Tuy nhiên, 70% kinh phí này là từ nguồn NSNN cho y tế. Tỷ lệ chi từ NSNN cho đầu tư phát triển toàn ngành y tế là 37%, trong đó hầu hết tập trung tại tuyến trung ương và tuyến tỉnh với tỷ trọng tương ứng là 46% và 51% [12]. Như vậy, mạng lưới y tế cơ sở gần như không có kinh phí cho đầu tư phát triển từ nguồn ngân sách cho sự nghiệp y tế hằng năm. Đây chính là nguyên nhân dẫn đến tình trạng nghèo nàn, lạc hậu về cơ

sở vật chất và trang thiết bị của y tế tuyến huyện và xã. Vấn đề này đã được Chính phủ nhìn nhận và giải quyết bằng việc ban hành hai quyết định về đầu tư cơ sở vật chất cho tuyến huyện và tuyến xã, gồm Quyết định số 225/2005/QĐ-TTg về nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và khu vực với tổng số vốn đầu tư cho giai đoạn 2005-2008 là 8.350 tỷ và Quyết định số 950/2005/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010 nhằm thực hiện trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia.

Nâng cao hiệu quả sử dụng NSNN chi cho y tế

Đối với NSNN chi cho sự nghiệp y tế

Tính hiệu quả về phân bổ ngân sách phụ thuộc rất nhiều vào quá trình lập kế hoạch ngân sách và phân bổ ngân sách. Gần đây, trong khuôn khổ Dự án Đổi mới quản lý tài chính công, Bộ Y tế đã tiến hành xây dựng kế hoạch chi tiêu trung hạn giai đoạn 2006-2008. Theo Bộ Tài chính, đây được coi là một thành phần mới trong quá trình xây dựng kế hoạch NSNN. Hiện nay, việc lập kế hoạch và phân bổ NSNN cho y tế đang thực hiện theo Luật Ngân sách Nhà nước, thể hiện rõ rệt tính phân cấp. Ngân sách y tế cho địa phương được phân bổ cho các địa phương căn cứ theo dân số và có điều chỉnh theo vùng miền theo Quyết định 151/2006/QĐ-TTg. Về đến các địa phương, các định mức phân bổ cụ thể như phân bổ cho phòng bệnh, điều trị, phân bổ cho từng loại hình bệnh viện, từng đơn vị y tế dự phòng, do UBND tỉnh, thành phố căn cứ vào định mức phân bổ do Chính phủ quy định, khả năng tài chính và điều kiện của địa phương để trình Hội đồng Nhân dân quyết định. Như vậy, về tổng thể kinh phí y tế cấp cho các địa phương theo đầu dân đã dựa trên nhu cầu chăm sóc sức khỏe nói chung của người dân và có áp dụng hệ số điều chỉnh vùng miền để đảm bảo công bằng giữa các vùng miền.

Việc giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập theo Nghị định 10/2002/NĐ-CP và tiếp theo là Nghị định 43/2006/NĐ-CP đã tạo sự thay đổi quan trọng về cơ chế quản lý tài chính đối với nhiều đơn vị, trong đó có các bệnh viện nhà nước. Chính sách này cho phép các bệnh viện được tự chủ, đặc biệt về tài chính và tổ chức nhân lực trong bệnh viện, nhằm quản lý thống nhất nguồn thu, chi, tạo điều kiện cho các đơn vị sự nghiệp tăng thu để trang trải kinh phí hoạt động. Mặt tích cực của chính sách này là đã tạo ra các động lực kinh tế mạnh mẽ hơn cho đội ngũ cán bộ, nhân viên và củng cố thẩm quyền của các nhà quản lý trong các cơ sở y tế, thúc đẩy nâng cao tính hiệu quả về kỹ thuật trong việc cung cấp các dịch vụ y tế. Trong bối cảnh đó, việc chuyển hướng cấp ngân sách từ các đơn vị cung ứng dịch vụ sang cho người sử dụng dịch vụ y tế thông qua việc trợ cấp mua thẻ BHYT được xem là một phương thức hữu hiệu để đảm bảo tính công bằng và hiệu quả trong sử dụng NSNN cho y tế.

Hiện nay, phần lớn NSNN cấp cho y tế vẫn được dùng để chi trả lương, phụ cấp và đóng góp BHXH cho nhân viên y tế, với tỷ trọng gần 60% tổng NSNN chi thường xuyên. Theo chỉ tiêu đánh giá hệ thống y tế do tổ chức USAID đề xuất, tỷ trọng chi cho lương nhân viên thấp hơn 60% được coi là phù hợp.

Đối với NSNN chi thực hiện các Chương trình mục tiêu

Ngoài chi cho sự nghiệp y tế, NSNN cũng được cấp theo các mục tiêu hoặc nhiệm vụ chi, như chương trình KCB cho người nghèo, KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi, Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS... Ở một mức độ nhất định, việc sử dụng NSNN trợ cấp cho người sử dụng như mua thẻ BHYT cho người nghèo hoặc cấp NSNN để thực hiện các mục tiêu

nhất định trong Chương trình mục tiêu y tế quốc gia cho thấy tính ưu việt về hiệu quả sử dụng nguồn tài chính từ NSNN. Theo hình thức này, việc cấp NSNN dựa theo các kết quả đầu ra, như số người được hưởng lợi (người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi), hoặc các chỉ tiêu cần đạt được, như mức giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong... (đối với các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia). Mặt khác, các chương trình trợ cấp này đều mang tính hướng công bằng rất cao với các nhóm đối tượng đích là nhóm dễ bị tổn thương trong thụ hưởng dịch vụ y tế như người nghèo, trẻ em, người dân vùng sâu, vùng xa, vùng núi.

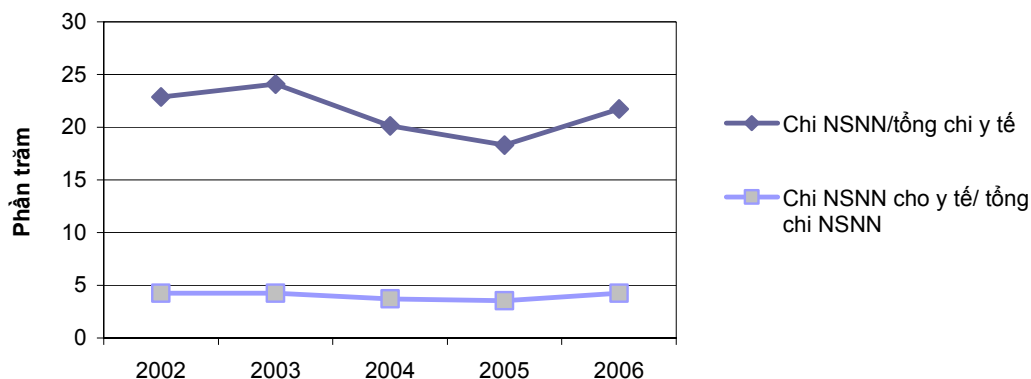
2.2. Những vấn đề bất cập

Mức cấp NSNN cho y tế tăng, nhưng chưa đáp ứng nhu cầu thực tế

Mặc dù NSNN cấp cho y tế tăng về số tuyệt đối nhưng các chỉ số so sánh tương đối lại chưa cho thấy rõ sự ưu tiên dành cho lĩnh vực này trong phân bổ NSNN nói chung cũng như chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu thực tế.

So với tổng thu nhập quốc nội (GDP), năm 2006 NSNN chi cho y tế mới đạt mức 1,4% [12]. Theo số liệu tài khoản y tế quốc gia, trong giai đoạn 2002-2006, tỷ lệ chi NSNN cho y tế trên tổng chi NSNN chưa vượt qua ngưỡng 5%. Theo ước tính chưa chính thức của Bộ Tài chính, tỷ lệ này đã được cải thiện trong 2 năm gần đây, chiếm 7,1% tổng chi nhà nước trong năm 2007. Trong khi đó, theo Tổ chức Y tế thế giới, để đảm bảo được các dịch vụ y tế thiết yếu cho người dân tại các nước đang phát triển, chi từ NSNN cho y tế phải đạt tỷ lệ ít nhất 10% tổng chi NSNN [15]. So với tổng chi y tế toàn xã hội, NSNN cho y tế chỉ chiếm tỷ lệ 21,7% (2006). Trong suốt giai đoạn 5 năm 2002-2006, tỷ trọng NSNN cho y tế so với tổng chi y tế chưa khi nào đạt mức 25% (Hình 9). Theo Tổ chức Y tế thế giới, để đảm bảo tính công bằng trong tài chính y tế, nguồn tài chính công cho y tế (trong đó chủ yếu là NSNN) phải đạt tỷ lệ ít nhất là 50% [15].

Hình 9: NSNN cấp cho y tế so với tổng chi y tế và tổng chi NSNN, 2002-2006 (%)



Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia, 2002-2006 [12]

Bảng 2 cung cấp số liệu so sánh về một số chỉ số liên quan đến NSNN cho y tế của Việt Nam so với một số nước trong khu vực châu Á theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới năm 2008. NSNN cho y tế ở đây bao gồm toàn bộ phần đóng góp từ BHXH cho y tế. Kết quả này cho thấy Việt Nam có tổng mức chi cho y tế của toàn xã hội ở mức khá cao so với mức độ phát triển của nền kinh tế quốc gia. Tuy nhiên, phần đóng

góp từ NSNN cho y tế so với tổng chi y tế và so với tổng chi NSNN nói chung lại ở mức thấp so với các nước khác (Bảng 2).

Bảng 2: So sánh một số chỉ số tài chính y tế của Việt Nam với một số nước, 2005

Tên nước	Tổng chi y tế / GDP (%)	Chi công cho y tế/ tổng chi y tế (%)	Chi công cho y tế/tổng chi công (%)
Trung Quốc	4,7	38,8	10,0
Ma-lai-xi-a	4,2	44,8	7,0
In-đô-nê-xi-a	2,1	46,6	5,1
Phi-líp-pin	3,2	36,6	5,5
Xinh-ga-po	3,5	31,9	5,6
Hàn Quốc	5,9	53,0	10,9
Việt Nam	6,0	27,0	5,2

Nguồn: WHO Statistical Information System (WHOSIS), 2008 [13] và Tài khoản y tế Quốc gia 2000-2006 [12]

Cơ cấu chi NSNN chưa tập trung cao cho những lĩnh vực ưu tiên

Mặc dù đã được quan tâm và tăng cường đầu tư hơn, nhưng NSNN cho y tế hiện nay tại Việt Nam vẫn thấp so với mức bình quân chung của các nước có cùng mức thu nhập, cũng như so với nhu cầu về tài chính để thực hiện các chức năng cơ bản của y tế công cộng.

Phân tích cơ cấu chi NSNN theo lĩnh vực hoạt động, theo tuyến, theo vùng địa lý cho thấy NSNN, nhất là tại các địa phương, chưa hoàn toàn được tập trung cho các lĩnh vực ưu tiên, gắn liền với các chức năng của nhà nước trong y tế như dự phòng, y tế cơ sở, hỗ trợ vùng nghèo.

Theo Luật Ngân sách, Bộ Y tế chỉ quản lý và điều hành ngân sách của các đơn vị trực thuộc và phân ngân sách trung ương hỗ trợ có mục tiêu cho các địa phương. Tại các địa phương, việc phân bổ ngân sách và quản lý tài chính do HĐND và UBND các cấp quyết định. Với cơ chế quản lý và phân bổ ngân sách theo Luật Ngân sách, ngành y tế khó điều hành hoạt động một cách có hiệu quả, vì nhiệm vụ giao cho đơn vị không gắn liền với ngân sách và cấp phát tài chính, đặc biệt là công tác phòng chống dịch bệnh. Số liệu một số tỉnh cho thấy, tỷ lệ chi ngân sách cho y tế rất khác nhau giữa các địa phương, chiếm từ 5 đến 8% tổng chi NSNN. Mức chi tùy thuộc vào khả năng thu và sự quan tâm của chính quyền địa phương đối với y tế. Khi phân bổ ngân sách các địa phương đều phải tập trung cho các ưu tiên về cơ sở hạ tầng, phát triển kinh tế, giáo dục, môi trường... nên một số địa phương khó dành ưu tiên tăng ngân sách cho y tế.

Phân tích theo lĩnh vực hoạt động của ngành y tế cho thấy tỷ lệ chi cho y tế dự phòng từ nguồn NSNN đạt 27,7% (năm 2005). Tuy nhiên, có sự khác nhau về cơ cấu chi cho KCB và y tế dự phòng giữa tuyến trung ương và địa phương. Tại trung ương, tỷ lệ ngân sách chi cho y tế dự phòng đạt 38,5%. Trong khi đó, tỷ lệ NSNN ở các địa phương chi cho y tế dự phòng chỉ chiếm 21% trong tổng chi NSNN cho y tế [12]. Các hoạt động dự phòng được thực hiện chủ yếu tại tuyến cơ sở và tuyến tỉnh trong khi việc phân bổ ngân sách phòng chống dịch được hạch toán vào tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh theo Chương trình mục tiêu y tế quốc gia, dẫn đến không đủ ngân sách cho hoạt động thường xuyên của y tế dự phòng tại cơ sở. Như vậy, tỷ lệ chi cho y tế dự phòng từ NSNN cho y tế nói chung, đặc biệt trong phần ngân sách y tế tại các địa

phương, còn thấp hơn nhiều so với định mức 30% đã được đề ra trong Nghị quyết số 18 của Quốc hội. Việc đẩy mạnh phân cấp quản lý tài chính sẽ có nguy cơ làm gia tăng xu hướng ít ưu tiên cho YTDP nếu không được điều chỉnh kịp thời. Tình trạng phân lớn kinh phí y tế được phân bổ cho lĩnh vực KCB là một vấn đề chung đối với các nước đang phát triển, khi nguồn tài chính y tế chưa đáp ứng được nhu cầu CSSK nhân dân. Trong khi đó, các đánh giá kinh tế y tế đã chứng minh chi phí – hiệu quả đầu tư cho các can thiệp dự phòng thường cao hơn nhiều so với can thiệp cho điều trị. Do đó, tỷ lệ phân bổ giữa khu vực dự phòng và điều trị cần được cân đối để đảm bảo thực hiện các mục tiêu của y tế công cộng.

Tỷ lệ NSNN chi cho y tế tuyến huyện và xã chiếm tỷ trọng rất thấp, chỉ chiếm 18,5% tổng chi NSNN cho y tế. Trong khi đó, NSNN là nguồn kinh phí chủ yếu đảm bảo hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở. Với cách thức phân bổ này, nhiều địa phương không đảm bảo ngân sách hoạt động cho y tế cơ sở, tiền phụ cấp cho y tế thôn bản không đảm bảo, không đủ ngân sách chi thường xuyên của trạm y tế xã theo quy định. Điều này dẫn đến tình trạng các cơ sở y tế tuyến huyện xã thường hoạt động trong điều kiện thiếu thốn về cơ sở vật chất, khó khăn về nhân lực, chế độ thù lao quá thấp, chi thường xuyên thấp, dẫn đến yếu kém về chất lượng chuyên môn.

Chi NSNN cho y tế theo vùng có sự khác biệt rõ rệt

Phân tích chi NSNN cho y tế theo vùng cho thấy vẫn có sự khác biệt khá rõ về mức chi NSNN cho y tế bình quân đầu người giữa các vùng và địa phương. Theo số liệu Tài khoản y tế quốc gia năm 2005, vùng Đồng bằng sông Hồng và vùng Đông Nam bộ có mức chi này cao nhất với con số tương ứng là 211.000 đồng/người và 196.000 đồng/người. Trong khi đó, vùng Đồng bằng sông Cửu Long có mức chi NSNN cho y tế bình quân đầu người ở mức thấp nhất, chỉ đạt 45.000 đồng/người, tức là chỉ bằng một phần tư so với nơi cao nhất. Mức chi NSNN bình quân đầu người tại Tây Nguyên cũng khá thấp, đạt 62.000 đồng/người, chỉ đứng trên vùng Đồng bằng sông Cửu Long. Điều này cho thấy mặc dù trong phân bổ ngân sách đã áp dụng hệ số điều chỉnh, ưu tiên cho vùng miền núi, vùng sâu vùng xa nhưng trên thực tế người dân tại các vùng này vẫn hưởng thụ sự hỗ trợ từ NSNN ít hơn nhiều so với các vùng có điều kiện kinh tế xã hội thuận lợi hơn.

Báo cáo chi tiêu công ngành y tế năm 2004 cũng đã chỉ ra sự chênh lệch lớn trong mức chi ngân sách cho y tế giữa các vùng và các tỉnh. Hơn nữa, trong nội bộ tỉnh cũng có dấu hiệu cho thấy chi NSNN rất chênh lệch giữa các huyện và xã [16]. Cho đến nay, Bộ Y Tế chưa có một tiêu chí thống nhất nào quy định cách phân bổ ngân sách trong nội bộ tỉnh. Trên thực tế, nhiều tỉnh vẫn dựa vào phương pháp phân bổ theo đầu dân, giường bệnh, hoặc theo số biên chế cán bộ y tế. Luật Ngân sách năm 2002 đã tạo ra thẩm quyền rất rộng cho các tỉnh trong việc phân bổ ngân sách cho các cấp dưới, vì vậy nếu không có các tiêu chí phân bổ hợp lý, điều đó có thể còn làm tăng thêm sự khác biệt trong cách phân bổ ngân sách giữa các tỉnh.

Cơ chế quản lý và sử dụng NSNN cho y tế chậm đổi mới

NSNN cấp cho y tế hiện tại vẫn được sử dụng theo hai phương thức chủ yếu: cấp ngân sách cho các cơ sở KCB theo định mức (chủ yếu dựa trên giường bệnh) và chi trả dịch vụ y tế thông qua phương thức phí theo dịch vụ. Cả hai phương thức này đều không khuyến khích việc tăng tính hiệu quả kỹ thuật trong sử dụng nguồn NSNN cho y tế. Việc cấp ngân sách vẫn dựa theo các chỉ tiêu mang tính kế hoạch, hành chính, như số giường bệnh, số biên chế, mà chưa dựa vào thực tế và kết quả hoạt động của các đơn vị. Việc chi trả dịch vụ y tế thông qua phương thức phí theo dịch vụ tạo

điều kiện cho xu hướng lạm dụng xét nghiệm, thuốc từ phía cơ sở cung ứng dịch vụ, gây ảnh hưởng trực tiếp đến tính hiệu quả trong cung ứng dịch vụ y tế.

Việc phân bổ NSNN cho y tế địa phương đang cho thấy có một số vấn đề nổi lên. *Thứ nhất*, ngân sách y tế cho các địa phương đã được Quốc hội thông qua, nhưng phân bổ cụ thể ở từng địa phương nhìn chung chưa đảm bảo được tổng mức đã được thông qua cho y tế địa phương. Mặc dù định mức phân bổ theo đầu dân còn thấp, chưa đáp ứng nhu cầu, nhưng một số địa phương còn không đảm bảo được định mức chi này. *Thứ hai*, việc phân bổ kinh phí tại các địa phương thường chú trọng cho khối điều trị, tỷ lệ cho dự phòng thường thấp, nhiều địa phương chỉ dành 12-13% tổng chi sự nghiệp y tế cho phòng bệnh. Ngoài ra, định mức phân bổ cho các bệnh viện cũng vẫn dựa vào số giường bệnh kế hoạch theo từng loại bệnh viện mà không dựa vào số lượng, chất lượng dịch vụ và các kết quả phản ánh hoạt động của bệnh viện. Kinh phí cho các đơn vị dự phòng được phân bổ theo mức chi quản lý hành chính, chưa có chỉ tiêu yêu cầu về số lượng các hoạt động YTDP cần thực hiện. Như vậy, trong bối cảnh thực hiện phân cấp tài chính như hiện nay, vấn đề điều tiết từ Ngân sách trung ương cũng như vai trò theo dõi, giám sát của Bộ Y tế để đảm bảo việc thực hiện các mục tiêu của ngành cũng như các chức năng quản lý của nhà nước trong y tế cần được đặc biệt chú trọng.

Việc thực hiện tự chủ tại các đơn vị sự nghiệp có thu trong ngành y tế những năm gần đây là một biện pháp quan trọng trong quá trình phân cấp quản lý nói chung và phân cấp về quản lý tài chính y tế nói riêng. Vấn đề này sẽ được phân tích chi tiết ở phần sau của báo cáo này.

Một phần lớn NSNN cho y tế được dùng để chi trả lương cho nhân viên y tế. Tuy nhiên, chế độ thù lao và phụ cấp cho cán bộ y tế vẫn thực hiện theo quy định chung, trong đó chưa đề cao việc chi trả tiền công theo kết quả công việc, chưa tạo sự khuyến khích để nâng cao hiệu quả làm việc của nhân viên y tế, cả ở khu vực quản lý, KCB, và y tế dự phòng. Mặt khác, chế độ tiền công và phụ cấp cho cán bộ y tế chưa thể hiện tính ưu đãi đối với một nghề mang tính đặc thù là nghề y - như Nghị quyết 46 đã chỉ rõ.

Nguồn kinh phí cho các chương trình trợ cấp từ NSNN thường thấp hơn nhu cầu thực tế. Đối với chương trình mua thẻ BHYT cho người nghèo, mặc dù định mức cấp để mua thẻ BHYT được tăng lên qua các năm, đạt mức 130.000 đồng/thẻ đầu năm 2008, nhưng vẫn thấp hơn mức chi phí bình quân đầu thẻ BHYT năm 2006 là 166.000 đồng/thẻ. Từ 1/10/2008, mức trợ cấp được tăng lên tương đương 3% mức lương tối thiểu chung, sẽ có tác dụng tích cực để khắc phục tình hình trên. Việc thực hiện KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi vẫn thực hiện qua hình thức thực thanh, thực chi mà chưa chuyển qua hình thức mua thẻ BHYT. Thực tế cho thấy, tương tự như giai đoạn đầu thực hiện Quyết định 139, thực hiện theo thực thanh thực chi dẫn tới tình trạng tỷ lệ giải ngân thấp (56% năm 2005) và tính phức tạp trong thủ tục hành chính cũng như phân bổ và quản lý ngân sách.

Đối với các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia, mặc dù NSNN cấp có xu hướng tăng, song vẫn còn thấp so với nhu cầu. Kinh phí đầu tư cho Chương trình Tiêm chủng mở rộng hằng năm mới chỉ đáp ứng được khoảng 60% nhu cầu. Kinh phí đầu tư cho chương trình phòng chống suy dinh dưỡng vào năm 2005 cũng mới chỉ đạt ở mức bình quân 0,45 USD/trẻ/năm, trong khi phần lớn các nước trong khu vực (Thái Lan, Phi-líp-pin...) đã đạt ở mức 10 USD/trẻ/năm ngay từ thập kỷ 60 hoặc 70 [17]. Dự án nâng cấp bệnh viện huyện theo Quyết định 225/2005 cũng gặp phải vấn đề thiếu

kinh phí và tình trạng giải ngân chậm, kém hiệu quả. Sau 3 năm triển khai thực hiện (2006-2008), tổng số vốn đầu tư mới được 2.000 tỷ, đạt 24% nhu cầu vốn.

Việc xác định ưu tiên và ra quyết định về phân bổ NSNN cho các Chương trình mục tiêu chưa được hỗ trợ bằng các thông tin dựa trên bằng chứng, như phân tích chi phí - hiệu quả. Việc theo dõi, đánh giá hiệu quả triển khai các chương trình trợ cấp từ NSNN chưa được tiến hành một cách hệ thống và thường xuyên. Bên cạnh đó, kết quả đánh giá của một số chương trình thường chỉ được công bố ở phạm vi hẹp, mang tính nội bộ của chương trình. Các đánh giá dựa trên cơ sở khoa học là yếu tố quan trọng để nâng cao hiệu quả triển khai các chương trình, đồng thời cung cấp thông tin cho việc điều chỉnh, xây dựng chính sách nói chung và đặc biệt là chính sách liên quan đến phân bổ và sử dụng NSNN hiệu quả và hợp lý hơn.

Số liệu về tài chính y tế chưa đồng bộ, nhất quán

Việc tập hợp và phân tích số liệu chi NSNN cho y tế đã cho thấy sự khác nhau về số liệu này từ nguồn của Bộ Tài chính, Bộ Y tế (Tài khoản y tế quốc gia). Theo Bộ Tài chính, chi NSNN cho y tế (bao gồm chi cho sự nghiệp y tế chưa tính số thu từ BHYT) năm 2006 là 18.585 tỷ đồng, chiếm tỷ trọng 5,8% so với tổng chi NSNN. Trong khi đó, theo số liệu tài khoản y tế quốc gia, tổng chi NSNN nếu chỉ tính phần chi cho sự nghiệp y tế năm 2006 chỉ là 11.233 tỷ đồng, chiếm tỷ lệ 3,5% tổng chi NSNN. Việc thống nhất khái niệm, cách tính và số liệu để có các chỉ số chính xác về NSNN là rất cần thiết, giúp cho công tác dự toán và phân bổ NSNN có hiệu quả, đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân.

2.3. Những vấn đề ưu tiên

Kết quả phân tích thực trạng nói trên cho thấy còn nhiều vấn đề bất cập liên quan đến cấp NSNN cho y tế, cả về khoảng cách so với nhu cầu cũng như những hạn chế trong sử dụng và quản lý nguồn kinh phí được cấp. Trong những vấn đề bất cập đã nêu, có thể xác định một số vấn đề nổi lên cần ưu tiên giải quyết trong thời gian tới, đó là:

- 1) NSNN cấp cho y tế chưa đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân.
- 2) Hiệu quả sử dụng NSNN còn hạn chế.
- 3) Vốn đầu tư xây dựng cơ bản, mua trang thiết bị, đào tạo và ngân sách chi thường xuyên chưa đáp ứng nhu cầu về dịch vụ có chất lượng ở vùng nghèo.
- 4) Chế độ đãi ngộ đối với cán bộ, nhân viên y tế còn chưa hợp lý, nhất là ở tuyến cơ sở, chưa tạo động lực để thu hút họ về làm việc ở tuyến cơ sở, đặc biệt vùng sâu, vùng xa, vùng nghèo.
- 5) Nguồn lực dành cho y tế dự phòng chưa đáp ứng nhu cầu.

Chương IV. Bảo hiểm y tế

Ngoài NSNN, BHYT xã hội là nguồn tài chính y tế rất quan trọng ở Việt Nam, góp phần thực hiện mục tiêu công bằng trong CSSK. Diện bao phủ BHYT ngày càng được mở rộng, với mục tiêu là BHYT toàn dân. Chương này sẽ tập trung phân tích các vấn đề của BHYT và trả lời câu hỏi “Việt Nam đang ở đâu trong chặng đường dẫn đến BHYT toàn dân? Những kết quả đã đạt được và những vấn đề khó khăn, thách thức cần quan tâm giải quyết?” Từ đó, đề xuất các giải pháp cho những vấn đề cấp bách ưu tiên của BHYT trong năm 2009 và những năm tiếp theo.

1. Một số khái niệm

BHYT xã hội là chương trình BHYT trong đó mức phí bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động, trong khi quyền lợi KCB được hưởng không theo mức đóng góp mà theo nhu cầu khám, chữa bệnh. Quỹ BHYT xã hội được hình thành từ nguồn đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và Chính phủ. Chương trình BHYT xã hội được thực hiện bắt buộc theo luật định, nên còn gọi là BHYT bắt buộc. Nguồn tài chính từ quỹ BHYT xã hội được coi là nguồn tài chính công, có vai trò đặc biệt quan trọng để bảo đảm công bằng trong đóng góp tài chính y tế thông qua cơ chế chia sẻ rủi ro.

BHYT toàn dân là chương trình BHYT xã hội bao phủ được toàn bộ dân số. Trong một số trường hợp, có thể công bố đạt được mục tiêu bao phủ toàn dân khi tỷ lệ bao phủ dưới 100%, nhưng với điều kiện những người chưa có BHYT phải được bảo vệ trước rủi ro bệnh tật bằng những cơ chế tài chính y tế an toàn khác.

BHYT thương mại, BHYT tư nhân là chương trình kinh doanh BHYT vì lợi nhuận; mức phí BHYT được xác định theo xác suất rủi ro mắc bệnh của người hoặc nhóm người tham gia BHYT. Khác với BHYT xã hội, quyền lợi của người tham gia BHYT thương mại tùy thuộc vào mức phí BHYT đã đóng. Nhà nước thường không tổ chức kinh doanh loại hình BHYT thương mại mà để cho tư nhân kinh doanh, nên còn gọi là BHYT tư nhân. BHYT thương mại là hình thức BHYT tự nguyện, nên ở một số nước, BHYT thương mại còn được gọi là BHYT tự nguyện.

BHYT tự nguyện trong báo cáo này là chương trình BHYT được thực hiện ở Việt Nam đến khi Luật BHYT có hiệu lực năm 2009, phi lợi nhuận với phí bảo hiểm đồng mức cho từng nhóm đối tượng ở từng khu vực, do BHXH Việt Nam thực hiện. Chương trình BHYT này thực hiện theo nguyên tắc tự nguyện và hoàn toàn khác với khái niệm BHYT tự nguyện - thương mại ở nước ngoài.

2. Tổng quan về chính sách BHYT

2.1. Diện bao phủ BHYT

Điều lệ BHYT đầu tiên, ban hành theo Nghị định số 299/HĐBT của Hội đồng Bộ trưởng ngày 15/08/1992, áp dụng trong giai đoạn 1992 – 1998, quy định người làm công ăn lương từ NSNN, trong các doanh nghiệp nhà nước, người nghỉ hưu, nghỉ mất sức lao động, người lao động Việt Nam trong các tổ chức quốc tế tại Việt Nam và lao động trong các doanh nghiệp ngoài nhà nước có từ 10 lao động trở lên tham gia BHYT bắt buộc.

Từ năm 1998, Nghị định số 58/1998/NĐ-CP và các thông tư hướng dẫn đã bổ sung một số đối tượng mới tham gia BHYT bắt buộc. Từ 1/7/2005, Nghị định số 63/2005/NĐ-CP có hiệu lực thi hành, mở rộng phạm vi áp dụng đối với một số đối tượng tuy đã tham gia BHYT bắt buộc theo một số văn bản quy phạm pháp luật nhưng chưa có trong Điều lệ BHYT ban hành theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP. Ngoài ra, Nghị định 63 bổ sung một số đối tượng mới tham gia BHYT bắt buộc, như người lao động trong các doanh nghiệp ngoài nhà nước có dưới 10 lao động; người lao động trong mọi tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp; người thuộc hộ nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số.

Một thay đổi chính sách quan trọng được quy định trong Nghị định 63 là người lao động trong các doanh nghiệp ngoài nhà nước có từ 1 lao động trở lên đều được tham gia BHYT bắt buộc, thay cho quy định 10 lao động trước đây và nhóm người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số với sự hỗ trợ của NSNN.

Sự thay đổi chính sách đáng chú ý nhất về đối tượng tham gia BHYT tự nguyện được ban hành gần đây là hủy bỏ điều kiện về tỷ lệ tham gia tối thiểu trong cộng đồng. Theo Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLB-BYT-BTC, ngày 30/3/2007, thì một trong những điều kiện cần để có thể tham gia chương trình BHYT tự nguyện theo hộ gia đình hoặc chương trình BHYT tự nguyện cho học sinh, sinh viên là số hộ đăng ký tham gia BHYT tự nguyện trong xã hoặc số học sinh, sinh viên trong trường phải đạt tối thiểu 10% tổng số hộ hoặc học sinh trong xã hoặc trường đó nhằm hạn chế sự lựa chọn bất lợi. Ngày 10/12/2007 liên bộ Y tế, Tài chính đã ban hành Thông tư số 14/2007/TTLB-BYT-BTC, hủy bỏ điều kiện tham gia tối thiểu nói trên: “Bỏ điều kiện 100% thành viên trong hộ gia đình, 10% số hộ gia đình trong phạm vi địa bàn xã và 10% số học sinh, sinh viên trong danh sách học sinh, sinh viên của nhà trường tham gia.”

Ngoài các chương trình BHYT tự nguyện cho hộ gia đình, cho học sinh, sinh viên, Chính phủ đã có văn bản hướng dẫn thực hiện chương trình BHYT cho hộ cận nghèo, với hỗ trợ của NSNN tối thiểu bằng 50% mức đóng BHYT [18].

2.2. Về mức đóng

Trong nhiều năm qua, mức đóng BHYT bắt buộc ở khu vực người lao động hưởng lương duy trì ở mức 3% tiền lương cấp bậc chức vụ, hệ số chênh lệch bảo lưu và các khoản phụ cấp chức vụ, khu vực, đất đỏ, thâm niên theo quy định của Nhà nước. Đối với những người không hưởng lương thì phí BHYT hoặc bằng 3% mức lương tối thiểu (đối với người không có sinh hoạt phí) hoặc bằng 3% sinh hoạt phí đối với người hưởng sinh hoạt phí.

Đối với người nghèo, mức phí BHYT (do NSNN bao cấp) đã tăng từ mức 50.000 đồng/người/năm lên 80.000 đồng và từ đầu năm 2008 là 130.000 đồng, cuối năm 2008 là bằng 3% mức lương tối thiểu chung (194.000 đồng). Mức đóng này dự kiến cũng sẽ được áp dụng trong năm 2008 cho người thuộc hộ cận nghèo tham gia BHYT, với hỗ trợ 50% mức phí từ NSNN.

Mức phí BHYT tự nguyện, thực hiện từ cuối năm 2005 theo Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC được quy định theo nhóm đối tượng tham gia và khu vực thành thị, nông thôn, ở mức từ 30.000 đồng đến 50.000 đồng đối với học sinh, sinh viên và từ 70.000 đến 160.000 đồng cho các nhóm đối tượng khác. Mức phí này đã được điều chỉnh tăng vào cuối năm 2007 theo Thông tư số 14/2007, theo đó “Mức đóng đối với cá nhân tham gia BHYT tự nguyện: khu vực thành thị là 320.000 đồng/người/năm; khu vực nông thôn là 240.000 đồng/người/năm. Mức đóng đối với

học sinh, sinh viên đang theo học tại các trường tham gia BHYT tự nguyện: khu vực thành thị là 120.000 đồng/người/năm; khu vực nông thôn là 100.000 đồng/người/năm”.

2.3. Về quyền lợi

Từ năm 2005, quyền lợi của người tham gia BHYT được điều chỉnh theo Điều lệ BHYT mới, ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP. Những thay đổi về quyền lợi đáng chú ý là:

- Không thực hiện cùng chi trả 20% chi phí KCB đối với tất cả người tham gia BHYT.
- Đối với dịch vụ y tế kỹ thuật cao, chi phí lớn, người bệnh BHYT (trừ các đối tượng ưu tiên) chỉ được BHYT thanh toán một phần chi phí và tự trả toàn bộ chi phí KCB còn lại.⁷
- Chi phí điều trị chấn thương do tai nạn giao thông được BHYT chi trả.

Ngoài ra, một số đối tượng tham gia BHYT được thanh toán chi phí vận chuyển trong trường hợp chuyển tuyến.

Đối với BHYT tự nguyện, trong giai đoạn từ năm 2003 đến năm 2005, người tham gia BHYT tự nguyện cùng chi trả 20% chi phí KCB, nhưng số tiền cùng chi trả không quá 1,5 triệu đồng/năm và không cùng chi trả khi chi phí KCB dưới 20.000 đồng/lượt KCB. Tuy vậy, các chi phí lớn chỉ được thanh toán khi đã tham gia đủ 24 tháng và đều có hạn mức thanh toán tối đa (như phẫu thuật tim hở BHYT thanh toán không quá 10 triệu đồng/năm, chạy thận nhân tạo - không quá 12 triệu đồng/năm).

Năm 2005, quy định về quyền lợi BHYT tự nguyện được điều chỉnh (Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC), theo đó, quyền lợi của người tham gia BHYT tự nguyện về cơ bản là tương tự như người tham gia BHYT bắt buộc. Riêng đối với dịch vụ kỹ thuật cao có mức phí từ 7.000.000 đồng trở lên thì được thanh toán 60% chi phí, nhưng không quá 20.000.000 đồng cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó, phần còn lại do người bệnh tự thanh toán cho cơ sở KCB.

Từ tháng 4/2007, theo Thông tư số 06/2007/TTLT-BYT-BTC hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện, người tham gia BHYT tự nguyện thực hiện cùng chi trả 20% chi phí điều trị (miễn cùng trả khi chi phí KCB ngoại trú dưới 100.000 đồng). Người có thể tự nguyện đã tham gia BHYT đủ 36 tháng được cơ quan BHXH thanh toán 50% chi phí cho một số loại thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục; ngoài ra, đối với trường hợp sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao có chi phí lớn (do BHYT quy định), tổng số tiền được quỹ BHYT thanh toán không vượt quá 20 triệu đồng.

Những quy định về cùng chi trả theo các nhóm đối tượng, không theo mức độ bệnh tật, tiếp tục tạo nên sự không công bằng giữa các nhóm đối tượng tham gia BHYT.

⁷ Người tham gia BHYT chi trả toàn bộ phần chi phí còn lại, bất kể số tiền tự trả đó lớn tới mức nào.

2.4. Về phương thức chi trả

Trong nhiều năm qua, phương thức chi trả chi phí KCB BHYT đã được thay đổi qua 3 lần ban hành Điều lệ BHYT. Mặc dù vậy, phương thức chi trả là phí theo dịch vụ, vốn là một phương thức chi trả có nhiều bất lợi trong tài chính y tế, vẫn đang được sử dụng rộng rãi trong toàn bộ hệ thống cung ứng dịch vụ cho bệnh nhân BHYT. Nghị định 63/2005/NĐ-CP của Chính phủ quy định các phương thức chi trả bao gồm chi trả theo phương thức phí theo dịch vụ, theo định suất, theo nhóm chẩn đoán hoặc các phương thức thanh toán khác. Thông tư liên tịch số 21(2005), ngày 27/7/2005, của liên bộ hướng dẫn chi tiết hai phương thức thanh toán giữa quỹ BHYT và cơ sở y tế là phí theo dịch vụ có trần đối với các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn và chi trả theo định suất. Cơ sở KCB lựa chọn phương thức thanh toán phù hợp để ký hợp đồng với cơ quan BHXH. Đối với BHYT tự nguyện, Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 24/8/2005 cũng quy định “cơ sở KCB lựa chọn hình thức thanh toán phí theo dịch vụ hoặc thanh toán theo định suất theo hướng dẫn tại Thông tư số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 của liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT bắt buộc”.

2.5. Chính sách BHYT thương mại

Luật kinh doanh bảo hiểm năm 2000 quy định bảo hiểm sức khỏe là một trong các loại hình kinh doanh bảo hiểm phi nhân thọ. Tới năm 2007, Chính phủ ban hành Nghị định số 45/2007, lần đầu tiên hướng dẫn thi hành luật này sau 7 năm Luật kinh doanh bảo hiểm có hiệu lực thi hành, nhưng Nghị định này không đề cập tới vấn đề kinh doanh Bảo hiểm sức khỏe.

Theo số liệu không chính thức, năm 2006 đã có 37 công ty kinh doanh bảo hiểm đăng ký hoạt động tại Việt Nam với tổng doanh thu chiếm 1,8% GDP [19]. Số hợp đồng mua bảo hiểm có nội dung về CSSK của các công ty bảo hiểm nước ngoài đã vượt qua con số 2 triệu hợp đồng. Các công ty kinh doanh bảo hiểm trong nước như Bảo Việt, Bảo Minh, Pjico thực hiện một số chương trình BHYT thương mại, tập trung vào nhóm đối tượng là học sinh, sinh viên, với hàng triệu học sinh tham gia trong cả nước. Công ty Bảo Việt công bố đạt được 70% thị phần thị trường BHYT cho học sinh sinh viên, với hơn 8 triệu học sinh tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe toàn diện của Bảo Việt. Có những tỉnh có tới 75% học sinh mua bảo hiểm toàn diện của Bảo Việt (ví dụ tỉnh Bình Thuận, năm học 2006-2007). Tuy vậy, cho đến nay, chưa có một nghiên cứu chính thức nào đánh giá về mức độ bao phủ, gói quyền lợi, số tiền bồi hoàn của các chương trình BHYT thương mại tại Việt Nam. Vì vậy, không có số liệu tin cậy đánh giá mức độ đóng góp nguồn tài chính của BHYT thương mại trong tổng chi tiêu cho y tế của toàn xã hội.

Quản lý nhà nước đối với hoạt động của BHYT thương mại còn rất hạn chế, do các văn bản quy phạm pháp luật điều chỉnh việc kinh doanh bảo hiểm sức khỏe thương mại còn rất sơ sài (chỉ quy định một dòng trong Luật kinh doanh Bảo hiểm năm 2000, không có văn bản hướng dẫn quản lý các chương trình kinh doanh BHYT thương mại).

Như vậy, mặc dù bảo hiểm sức khỏe thương mại là một trong những loại hình kinh doanh bảo hiểm có đông khách hàng nhất tại Việt Nam, cho tới nay, ngoài các văn bản áp dụng chung cho các loại hình kinh doanh bảo hiểm nhân thọ và phi nhân thọ khác, vẫn còn thiếu những văn bản hướng dẫn cần thiết đối với loại hình kinh doanh bảo hiểm sức khỏe.

2.6. Về khả năng bao phủ BHYT toàn dân vào năm 2014 - 2015

Ba yếu tố bối cảnh có ý nghĩa quyết định đối với lộ trình thực hiện BHYT toàn dân ở nước ta bao gồm:

- Một là cấu trúc lao động của xã hội Việt Nam ở thời điểm dự kiến thực hiện bao phủ toàn dân (dự kiến vào năm 2014).
- Hai là mức độ tăng trưởng của NSNN sau 5 năm nữa (2013-2014).
- Ba là sự phát triển của hệ thống cung ứng dịch vụ từ nay tới 2014: phát triển theo xu hướng cung ứng dịch vụ công phi lợi nhuận hay theo chiều hướng kinh doanh vì lợi nhuận?

Dự báo về ba yếu tố trên đòi hỏi phải thực hiện một nghiên cứu nằm ngoài tầm của báo cáo đánh giá này, nhưng có thể phân tích sơ bộ như sau:

- *Về cấu trúc lao động của Việt Nam vào năm 2014:* Theo các mục tiêu đến năm 2010, lao động trong khu vực nông nghiệp sẽ chiếm dưới 50% lao động xã hội và đến năm 2020 còn khoảng 30% [20], khi Việt Nam cơ bản trở thành một nước công nghiệp, thì vào năm 2014 tỷ lệ lao động nông nghiệp sẽ còn khoảng 40-42% lao động xã hội.⁸ Số lao động tự do ở nông thôn cùng tỷ lệ lao động tự do ở vùng đô thị còn lớn vào thời điểm 2014-2015 sẽ là yếu tố bất lợi cho việc đảm bảo sự tuân thủ chương trình BHYT.
- *Về khả năng của NSNN:* GDP của Việt Nam vào năm 2010 theo kế hoạch sẽ đạt 1.000 USD và vào năm 2014 có thể sẽ đạt mức 1.500 USD/người (theo thời giá hiện nay). Nếu chi phí y tế ở Việt Nam duy trì ở mức 5% GDP thì vào năm 2014 tổng chi tiêu y tế bình quân đầu người sẽ khoảng 75 USD (năm 2006, tổng chi tiêu y tế bình quân đầu người đã là 45 USD, theo tài khoản y tế quốc gia). Với tỷ lệ 40% dân số không có khả năng đóng góp phí BHYT (tỷ lệ này của nhiều nước Đông Âu thời điểm 2002 là khoảng 50%), thì sẽ cần khoảng 2,8 tỷ USD⁹ để đảm bảo CSSK cho họ. Như vậy, để thực hiện mục tiêu bao phủ toàn dân, cần có sự cam kết đủ mạnh của Nhà nước và nguồn ngân sách từ thuế đủ lớn để đảm bảo nguồn tài chính CSSK cho nhóm dân cư không có khả năng đóng góp.
- *Xu hướng phát triển của hệ thống cung ứng dịch vụ công.* Cho tới nay, chưa có gì đảm bảo xu hướng cung ứng dịch vụ vì lợi nhuận (chính thức hoặc không chính thức) tại một số bệnh viện công sẽ không mở rộng thêm. Hình thức đầu tư từ nguồn tư nhân vào các bệnh viện công trong quá trình tự chủ bệnh viện công đang tiếp tục phát triển, tạo ra hoạt động kinh doanh vì lợi nhuận trong khu vực này. BHYT có nguy cơ dễ bị tổn thương hơn và trở nên kém bền vững khi BHYT phải mua dịch vụ y tế từ các nhà kinh doanh dịch vụ y tế vì lợi nhuận.

Dự báo sơ bộ về 3 yếu tố bối cảnh nói trên cho thấy cần có những biện pháp tích cực để triển khai bao phủ BHYT cho lao động khu vực nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp (dự kiến vào năm 2014 theo Luật BHYT). Đồng thời, ngay từ bây giờ cần có các chính sách phù hợp để phát triển hệ thống cung ứng dịch

⁸ Để đưa tỷ lệ lao động nông nghiệp từ khoảng 50% năm 2010 xuống 30% năm 2020 (khi Việt Nam trở thành nước công nghiệp), mỗi năm phải giảm bình quân 2%. Như vậy, tại thời điểm 2014, tỷ lệ lao động nông nghiệp ước tính còn 50% - (2% x 4) = 42% lao động xã hội.

⁹ 75 USD x (40% x 93,5 triệu dân) = 2,8 tỷ USD

vụ “thân thiện” với chính sách BHYT và đúng định hướng công bằng, hiệu quả. Cuối cùng, cần một sự thống nhất và quyết tâm chính trị cao để đảm bảo nguồn ngân sách từ thuế đủ trang trải chi phí y tế cho những người dân chưa có khả năng đóng phí BHYT khi thực hiện BHYT toàn dân.

3. Kết quả thực hiện chính sách BHYT

3.1. Diện bao phủ

Năm 2007, ước có 36,5 triệu người tham gia BHYT, chiếm khoảng 42% dân số. Người nghèo chiếm tới trên 41% số người tham gia BHYT, BHYT tự nguyện chiếm 25,7%. Số người tham gia BHYT đã tăng nhanh từ năm 2005, chủ yếu nhờ chính sách Nhà nước mua thẻ BHYT cho người nghèo (Bảng 3).

Bảng 3: Số người tham gia BHYT cả nước, 2005- 2007

		2005		2006		2007 (ước)	
		Số người	%	Số người	%	Số người	%
Bắt buộc	Không nghèo	9.154.308	39,8	10.568.123	28,6	11.606.569	31,8
	Người nghèo	4.726.324	20,5	15.178.025	41,3	15.498.284	42,5
Tự nguyện		9.133.134	39,7	11.120.275	30,1	9.379.349	25,7
Tổng cộng		23.013.766	100	36.866.423	100	36.484.742	100

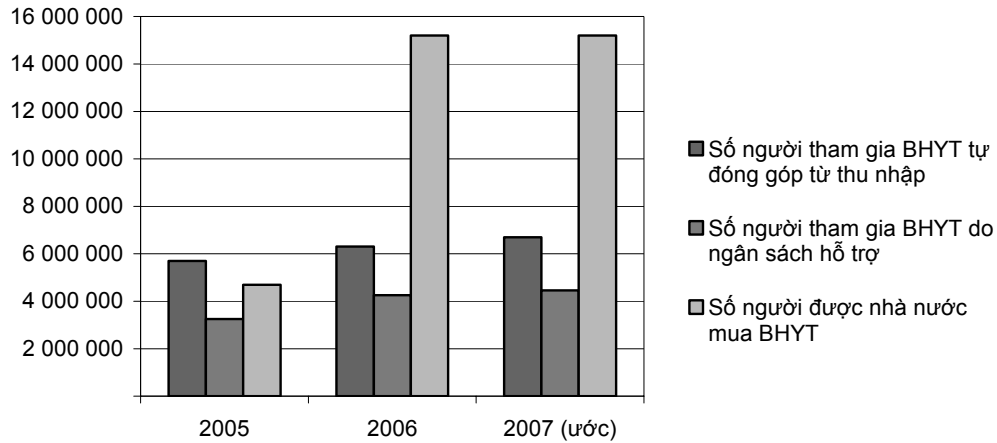
Nguồn: BHXH Việt Nam

Theo Điều lệ BHYT hiện hành, toàn bộ người lao động hưởng lương, tức lao động khu vực chính quy (ước khoảng 12 triệu người, theo số liệu của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội) thuộc đối tượng tham gia BHYT bắt buộc. Trong thực tế, mới có khoảng 50% số đối tượng lao động làm công ăn lương có BHYT (Số liệu thống kê cho thấy số lao động chính quy tham gia BHYT bắt buộc, tính tới thời điểm 31/12/2006 là 6,288 triệu người). Mức độ tuân thủ BHYT trong khu vực doanh nghiệp ngoài nhà nước thấp hơn khu vực nhà nước. Đối với các hội nghề nghiệp, hộ sản xuất kinh doanh cá thể, cả nước năm 2006 chỉ có 5.320 người tham gia BHYT bắt buộc.¹⁰

Phân tích sự phân bố các nhóm đối tượng tham gia BHYT có đóng góp từ lương, nhóm tham gia BHYT nhưng được nhà nước dùng ngân sách từ thuế hỗ trợ gián tiếp và nhóm đối tượng được nhà nước dùng ngân sách mua cấp toàn bộ mức phí BHYT cho thấy nhóm tự đóng BHYT từ thu nhập chiếm tỷ trọng rất nhỏ. Như vậy, trong khu vực BHYT bắt buộc, Nhà nước đang là người đóng phí BHYT lớn nhất và đóng phí cho đa số người tham gia BHYT, chưa kể tới nhóm trẻ em dưới 6 tuổi (Hình 10).

¹⁰ Tính toán từ số liệu báo cáo quyết toán 2006 của BHXH Việt Nam. Người tự đóng phí là người làm công ăn lương (trên 6 triệu người năm 2006), nhóm được NSNN hỗ trợ gián tiếp là nhóm ưu đãi xã hội (cựu chiến binh, người có công, nhiễm chất độc hóa học, người cao tuổi v.v.) có trên 4 triệu người và nhóm được nhà nước đóng phí trực tiếp là người nghèo (khoảng 15 triệu).

Hình 10: Số lượng người tự đóng góp phí BHYT so với số lượng người được nhà nước dùng ngân sách hỗ trợ phí BHYT, 2005-2007

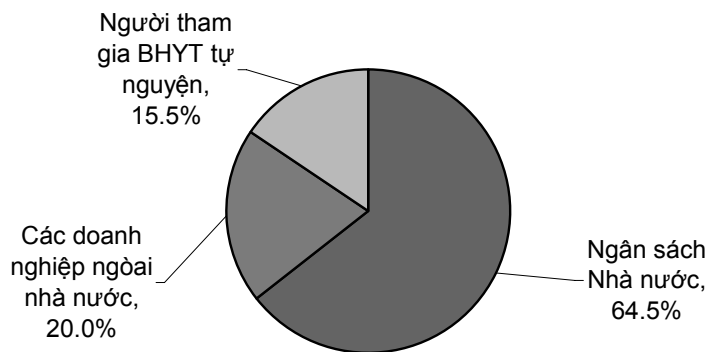


Nguồn: BHXH Việt Nam

Phân tích tỷ trọng các nguồn tiền đóng góp vào quỹ BHYT bắt buộc và tự nguyện cho thấy rõ hơn đặc điểm “Nhà nước là người đóng tiền BHYT lớn nhất” (Hình 11).

Năm 2006, trong tổng số tiền thu đóng BHYT trên 4.800 tỷ đồng thì số tiền có nguồn gốc từ NSNN (trong đó có tiền mua BHYT cho người nghèo, cho các đối tượng ưu đãi xã hội, cho người hưởng lương từ NSNN) chiếm 64,5%, nguồn thu phí BHYT từ các doanh nghiệp ngoài nhà nước chiếm 20% và từ người tham gia BHYT tự nguyện chiếm 15,5% (trong khi về số lượng người tham gia thì nhóm này đạt tỷ trọng 25,7%).

Hình 11: Tỷ trọng đóng góp vào tổng nguồn thu phí BHYT năm 2006, tính theo nguồn gốc tiền đóng



Nguồn: Tính từ số liệu báo cáo quyết toán 2006 của BHXH Việt Nam [21]

Diện bao phủ của chương trình BHYT tự nguyện chiếm tỷ lệ nhỏ trên dân số, không có xu hướng tăng lên trong thời gian gần đây và bao gồm chủ yếu là học sinh sinh viên (trên 8 triệu học sinh trong năm 2006). Số còn lại là trên 1 triệu người tham gia chương trình BHYT theo hộ gia đình, gần 1,5 triệu người tham gia chương trình

BHYT của các hội đoàn thể và gần 0,5 triệu người tham gia chương trình BHYT tự nguyện cho thân nhân người lao động hưởng lương. Chương trình BHYT tự nguyện cho hội viên các hội, đoàn thể và cho thân nhân người lao động hưởng lương đã dừng thực hiện trong năm 2008.

3.2. Về mức phí BHYT

Năm 2006, mức phí bình quân của khu vực BHYT bắt buộc cao nhất thuộc nhóm lao động trong các doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài và công chức, viên chức nhà nước, cán bộ Đảng và các đoàn thể hưởng lương từ NSNN (mức phí bình quân khu vực doanh nghiệp đầu tư nước ngoài là 442.000 đồng/người/năm, khu vực hành chính sự nghiệp là 438.000 đồng/người/năm). Doanh nghiệp ngoài quốc doanh, hội nghề nghiệp, hộ sản xuất cá thể và hợp tác xã có mức đóng thấp hơn rõ rệt (bình quân, doanh nghiệp ngoài quốc doanh có mức đóng bằng 61% mức đóng của doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài).

Mức đóng thấp của trên 15 triệu người nghèo đã tạo nên mức đóng bình quân của khu vực BHYT bắt buộc là 170.000 đồng/năm. Mức đóng bình quân của khu vực tự nguyện năm 2006 là 67.000 đồng; tính chung, mức đóng bình quân của cả khu vực tự nguyện và bắt buộc năm 2006 là 137.000 đồng/người/năm (khoảng 8,5 USD/người/năm, (Bảng 4).

Bảng 4: Mức đóng BHYT bình quân năm 2006 theo các nhóm đối tượng (đồng)

Đối tượng	Mức phí bình quân Năm 2006	Đối tượng	Mức phí bình quân Năm 2006
BHYT bắt buộc		Bảo trợ xã hội	96.174
Doanh nghiệp nhà nước	387.673	Cán bộ xã, phường già yếu nghỉ việc hưởng trợ cấp hằng tháng	111.035
Doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài	442.306	Cựu chiến binh	77.306
Doanh nghiệp ngoài quốc doanh	272.512	Hưu trí	330.904
Khối hành chính sự nghiệp, Đảng, đoàn thể	438.482	Người cao tuổi	56.943
Cán bộ xã, phường	297.080	Người nghèo	49.527 ¹¹
Hợp tác xã	197.323		
Hội Nông dân, hộ sản xuất cá thể, hợp tác xã	186.561	BHYT tự nguyện	
Đại biểu HĐND	135.074	Hộ gia đình	117.400
Thân nhân sỹ quan	94.846	Học sinh, sinh viên	47.523
Nạn nhân chất độc	119.694	Hội đoàn thể	116.284
Người có công	129.270	Thân nhân người lao động	127.895

Nguồn: Tính theo báo cáo quyết toán năm 2006 của BHXH Việt Nam [21].

¹¹ Mức phí BHYT cho người nghèo được NSNN cấp trong năm 2006 theo quy định là 60.000 đồng/người/năm. Tuy nhiên, số liệu báo cáo của các tỉnh cho thấy mức đóng của một số tỉnh thấp hơn.

3.3. Về cơ chế quản lý quỹ, chia sẻ rủi ro

Mục tiêu góp quỹ chia sẻ rủi ro của BHYT bị tác động bởi cơ chế quản lý quỹ BHYT trong những năm gần đây. Người có BHYT tại một số tỉnh nghèo, các tỉnh miền núi thường ít sử dụng dịch vụ y tế (do nhiều yếu tố, trong đó có sự sẵn có và năng lực của hệ thống cung ứng dịch vụ, yếu tố địa lý/giao thông, văn hóa và đặc biệt là khả năng tài chính của người nghèo đối với các khoản chi phí ngoài BHYT). Như vậy, mong muốn tăng cường sự hỗ trợ của người có thu nhập cao cho người thu nhập thấp trong tài chính y tế thông qua cơ chế góp quỹ không những không thực hiện được, mà còn dẫn tới hiện tượng nguồn quỹ BHYT của vùng nghèo bao cấp ngược cho khu vực thành phố lớn, tỉnh giàu.

Ngoài ra, tình trạng lựa chọn bất lợi phổ biến trong các chương trình BHYT tự nguyện, đặc biệt sau khi loại bỏ điều kiện tỷ lệ người tham gia tối thiểu, khiến cho nguyên tắc người khỏe cùng đóng góp vào quỹ hỗ trợ cho người ốm để chia sẻ rủi ro không thực hiện được, hơn nữa còn tạo ra sự mất cân đối quỹ trầm trọng.¹²

3.4. Về cung ứng dịch vụ cho người bệnh BHYT

Hệ thống cung ứng dịch vụ y tế đã có những cố gắng lớn tạo thuận lợi cho người tham gia BHYT được KCB. Các thủ tục hành chính tiếp tục được cải cách, đa số trạm y tế xã đã tiếp nhận KCB thông thường cho người tham gia BHYT. Danh mục thuốc BHYT mở rộng và được cập nhật thường xuyên hơn, nhiều dịch vụ, kỹ thuật KCB mới được cung cấp cho người có BHYT. Tuy vậy, hệ thống cung ứng dịch vụ vẫn có nhiều khó khăn, ảnh hưởng bất lợi tới quyền lợi của người bệnh BHYT. Đó là tình trạng quá tải không chỉ xảy ra ở bệnh viện tuyến trên, mà còn ở ngay trạm y tế xã của khu vực đồng bằng có tỷ lệ bao phủ BHYT cao, là sự thiếu hụt về nhân lực y tế (số lượng cán bộ và năng lực chuyên môn của cán bộ y tế) và trang thiết bị kỹ thuật ở tuyến y tế cơ sở; nguồn tài chính hạn hẹp của các bệnh viện. Ngoài ra, phương thức chi trả của BHYT (trình bày dưới đây) làm cho các cơ sở y tế tuyến dưới hạn chế chuyển người bệnh lên tuyến trên.

3.5. Về phương thức chi trả

Cơ quan BHXH ký hợp đồng với các cơ sở KCB và chi trả chi phí KCB bằng phương thức phí theo dịch vụ, với khung giá các dịch vụ được Nhà nước quy định và được chính quyền các tỉnh, thành phố quy định giá cụ thể cho từng loại dịch vụ. Người bệnh (trừ nhóm có ưu tiên) cùng chi trả không có trần giới hạn cho một số dịch vụ y tế kỹ thuật cao. Riêng người tham gia BHYT tự nguyện cùng chi trả 20% chi phí chữa bệnh trực tiếp cho các cơ sở y tế.

Đối với hệ thống y tế công, quỹ BHYT chi trả thông qua phương thức phí theo dịch vụ có trần ở tuyến dưới, tại các cơ sở tổ chức KCB ban đầu. Đối với các bệnh viện tuyến trên (bệnh viện tỉnh và trung ương), quỹ BHYT chi trả theo phương thức phí theo dịch vụ không có trần giới hạn. Hầu hết các cơ sở y tế đang thực hiện chính sách tự chủ theo Nghị định 43, với sự khuyến khích tăng các nguồn thu, trong đó có nguồn thu từ quỹ BHYT. Vì vậy, các bệnh viện tuyến trên có thể tận dụng lợi thế tăng nguồn thu theo phương thức phí theo dịch vụ không trần. Hệ quả là chi phí ở tuyến trên tăng rất nhanh, trong khi y tế tuyến cơ sở phải giới hạn quyền lợi BHYT để cân đối chi phí theo trần thanh toán.

¹² Chỉ riêng năm 2006, quỹ BHYT tự nguyện bội chi khoảng 1000 tỷ đồng, năm 2007 bội chi 1450 tỷ đồng.

Với phương thức thanh toán phí theo dịch vụ hiện hành, nguồn tài chính của quỹ BHYT không được sử dụng có hiệu quả, không tránh được sự lạm dụng quỹ từ phía người cung ứng dịch vụ cũng như từ phía người sử dụng dịch vụ. Khả năng giám sát việc sử dụng quỹ rất hạn chế, do thiếu cơ chế quản lý (các bệnh viện không sử dụng hướng dẫn điều trị chuẩn, danh mục thuốc chi trả quá rộng) và do hạn chế về năng lực của cơ quan BHXH.

4. Những vấn đề chủ yếu và đề xuất các ưu tiên

4.1. Những vấn đề bất cập của BHYT

Từ hiện trạng thực hiện chính sách BHYT nêu trên, có thể rút ra 8 vấn đề chủ yếu có tác động bất lợi tới tính bền vững của BHYT tại Việt Nam, đặc biệt là việc thực hiện mục tiêu bao phủ toàn dân vào năm 2014.

1) *Diện bao phủ và mức độ tuân thủ thấp trong khối lao động chính quy (có hưởng lương)*. Thiếu những quy định pháp luật nhằm đảm bảo sự tuân thủ đóng phí BHYT. Người lao động hiện tham gia theo cá nhân thay vì tham gia theo hộ gia đình.

2) *Nhu cầu KCB của người tham gia BHYT chưa được đáp ứng tốt, hệ thống cung ứng dịch vụ y tế còn nhiều hạn chế*. Tình trạng quá tải không chỉ xảy ra ở các bệnh viện tuyến trên, mà còn cả ở tuyến y tế cơ sở. Chất lượng dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT ở miền núi, vùng sâu, vùng xa có sự khác biệt nhiều so với các khu vực khác.

3) *Người bệnh có BHYT vẫn phải tự chi trả nhiều khoản tiền khi KCB*. Chi phí KCB phi chính thức của người bệnh BHYT tác động bất lợi lên tiếp cận dịch vụ y tế của nhóm người có thu nhập thấp và làm giảm niềm tin của không ít người có BHYT.

4) *Lựa chọn bất lợi*: là vấn đề lớn của chương trình BHYT tự nguyện. Thiết kế các chương trình tự nguyện thiếu giải pháp khống chế sự lựa chọn bất lợi; giải pháp kỹ thuật duy nhất là chỉ bán thẻ BHYT tự nguyện khi số hộ gia đình hoặc số học sinh đăng ký tham gia vượt quá tỷ lệ 10% số hộ gia đình trong xã hoặc số học sinh trong trường cũng đã bị gỡ bỏ.

5) *Bội chi quỹ BHYT*: Lựa chọn bất lợi, mức phí thấp đối với nhóm hưởng trợ cấp xã hội, phương thức chi trả phí theo dịch vụ được áp dụng phổ biến trong bối cảnh thực hiện cơ chế tự chủ về tài chính, là những nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tình trạng bội chi quỹ BHYT lớn trong năm 2006 (trên 1.200 tỷ đồng trong năm 2006, tương đương với 75 triệu USD) và ước mức độ bội chi cao hơn nữa trong các năm 2007, 2008.

6) *Tính chuyên nghiệp của tổ chức thực hiện BHYT còn hạn chế*: Công tác quản lý bệnh nhân BHYT, quản lý chi phí KCB còn lỏng lẻo. Quỹ BHYT, quỹ hưu trí và một số quỹ BHXH khác được quản lý trong một tổ chức chung (BHXH Việt Nam), làm mất đi tính chuyên nghiệp, khả năng điều hành và tác nghiệp cần có trong công tác quản lý một quỹ rất đặc thù.

7) *Thiếu cơ chế an sinh sức khỏe cho người chưa có BHYT*: Khoảng 50% dân số chưa có BHYT đang phải tự chi trả chi phí KCB từ tiền túi. Khả năng họ bị rơi vào bẫy nghèo khi phải đối mặt với chi phí y tế lớn (catastrophic expenditure – chi phí thảm họa) là rất lớn. Mặc dù vậy, chưa có giải pháp chính sách nào bảo vệ nhóm dân cư không BHYT này.

8) *Việc thực hiện mục tiêu bao phủ BHYT toàn dân vào năm 2014 sẽ phải vượt qua nhiều khó khăn*. Trước hết đó là khó khăn trong thực hiện BHYT cho người lao

động tự do trong nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp còn chiếm một tỷ lệ rất lớn trong dân số ở thời điểm năm 2014. Thân nhân phụ thuộc của người lao động được đưa vào diện bao phủ của BHYT từ năm 2014 (theo Luật BHYT), và việc quy định người lao động phải tự đóng phí bảo hiểm cho thân nhân có thể sẽ là một rào cản lớn đối với chiến lược mở rộng diện bao phủ theo hướng bền vững.

4.2. Những vấn đề ưu tiên

Từ tám vấn đề chủ yếu của BHYT nêu trên, ba vấn đề cần ưu tiên giải quyết trong năm 2009 và những năm tiếp theo là:

- 1) Tiếp tục điều chỉnh chính sách để mở rộng diện bao phủ BHYT một cách bền vững.
- 2) Khắc phục tình trạng mất cân đối quỹ.
- 3) Nâng cao năng lực của hệ thống BHYT.

Chương V. Viện trợ nước ngoài cho y tế

Trong những năm qua, viện trợ nước ngoài về tài chính và kỹ thuật đã có những đóng góp quan trọng vào các thành quả của ngành y tế Việt Nam. Dự kiến đến năm 2010, Việt Nam sẽ gia nhập nhóm có mức thu nhập trung bình. Viện trợ nước ngoài sẽ thay đổi như thế nào? Ngành y tế cần có những giải pháp gì nhằm thu hút và tăng cường hiệu quả sử dụng nguồn viện trợ? Chương này sẽ phân tích thực trạng sử dụng nguồn viện trợ nước ngoài cho Việt Nam, dự báo các vấn đề và thử thách trong giai đoạn tiếp theo, và đưa ra các khuyến nghị đối với ngành y tế trong kế hoạch ngắn hạn và trung hạn để tăng cường hiệu quả sử dụng nguồn viện trợ nước ngoài.

1. Một số khái niệm về viện trợ nước ngoài

Viện trợ nước ngoài bao gồm hỗ trợ phát triển chính thức (ODA) và hỗ trợ của các tổ chức phi chính phủ nước ngoài (INGO) [22]. Theo Nghị định số 131/2006/NĐ-CP ngày 09/11/2006 của Chính phủ, hình thức cung cấp ODA bao gồm:

- *ODA không hoàn lại*: là hình thức cung cấp ODA không phải hoàn trả lại cho nhà tài trợ.
- *ODA vay ưu đãi* (hay còn gọi là tín dụng ưu đãi): là khoản vay với các điều kiện ưu đãi về lãi suất, thời gian ân hạn và thời gian trả nợ, bảo đảm “yếu tố không hoàn lại” (còn gọi là “thành tố hỗ trợ”) đạt ít nhất 35% đối với các khoản vay có ràng buộc và 25% đối với các khoản vay không ràng buộc.
- *ODA vay hỗn hợp*: là các khoản viện trợ không hoàn lại hoặc các khoản vay ưu đãi được cung cấp đồng thời với các khoản tín dụng thương mại, nhưng tính chung lại có “yếu tố không hoàn lại” đạt ít nhất 35% đối với các khoản vay có ràng buộc và 25% đối với các khoản vay không ràng buộc.

Các phương thức hỗ trợ ODA bao gồm: a) Hỗ trợ dự án; b) Hỗ trợ chương trình; c) Hỗ trợ ngành; và d) Hỗ trợ ngân sách.

- *Hỗ trợ dự án*: "Dự án" là một tập hợp các hoạt động có liên quan đến nhau nhằm đạt được một hoặc một số mục tiêu xác định, được thực hiện trên địa bàn cụ thể, trong khoảng thời gian xác định, dựa trên những nguồn lực xác định. Dự án bao gồm dự án đầu tư và dự án hỗ trợ kỹ thuật.
- *Hỗ trợ theo chương trình và hỗ trợ ngành*: là phương thức cung cấp ODA, theo đó các nhà tài trợ dựa vào chương trình phát triển của một ngành, một lĩnh vực để hỗ trợ một cách đồng bộ, bảo đảm sự phát triển bền vững và có hiệu quả của ngành và lĩnh vực đó.
- *Hỗ trợ ngân sách*: là phương thức cung cấp ODA theo đó các khoản hỗ trợ ODA không gắn với một hay một số dự án cụ thể mà được chuyển trực tiếp vào ngân sách của Chính phủ, được quản lý và sử dụng theo các quy định và thủ tục ngân sách của Việt Nam.

2. Tổng quan chính sách thu hút và sử dụng viện trợ nước ngoài

2.1. Môi trường pháp lý và chính sách

Chính phủ Việt Nam, qua nhiều thời kỳ, đã có chiến lược và chính sách nhằm tăng cường hiệu quả của việc sử dụng nguồn hỗ trợ quốc tế. Những điểm mốc quan trọng là:

- Năm 1994: Chính phủ ban hành Nghị định 20/CP, văn bản pháp lý đầu tiên cho hoạt động thu hút, quản lý và sử dụng nguồn vốn viện trợ.
- Năm 1997 và 2001: Chính phủ ban hành Nghị định 87/CP và Nghị định 17/2001/NĐ-CP bổ sung, sửa đổi và hoàn thiện khung pháp lý nhằm tăng cường tính công khai, minh bạch, tinh thần làm chủ, quan hệ đối tác và hài hoà thủ tục.
- Năm 2006: Nghị định 131/2006/NĐ-CP và một loạt các văn bản pháp lý về sử dụng nguồn vốn ODA ra đời và đi vào cuộc sống, đánh dấu sự nỗ lực của Chính phủ Việt Nam trong việc nâng cao hiệu quả và hài hoà thủ tục viện trợ. Những thể chế này được hoàn thiện trên nguyên tắc đảm bảo tính đồng bộ các văn bản pháp quy, phân cấp mạnh mẽ trong thực hiện, đồng thời tăng cường trách nhiệm, công khai minh bạch và hài hoà các quy trình, thủ tục. Hướng dẫn thực hiện Nghị định 131 đối với ngành y tế, Bộ Y tế ra Quyết định số 11/2008/QĐ-BYT ban hành Quy định Quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức (ODA) của ngành y tế.

Các chính sách và môi trường pháp lý tốt đã giúp cho Việt Nam, trong đó có ngành y tế, thu hút được nguồn vốn hỗ trợ quốc tế tăng lên và giữ một tỷ trọng nhất định trong ngân sách đầu tư. Bên cạnh đó, trong tiến trình hội nhập sâu hơn vào cộng đồng quốc tế, Việt Nam đã có những hành động cụ thể cam kết tăng cường hiệu quả viện trợ.

2.2. Tuyên bố Paris và Cam kết Hà Nội về hiệu quả viện trợ

Tuyên bố Paris ra đời với cam kết của hơn 100 nhà tài trợ và các nước tiếp nhận viện trợ thông qua tại Diễn đàn cấp cao về hiệu quả viện trợ tổ chức tại Paris vào tháng 3-2005. Việt Nam là nước đầu tiên đã “cụ thể hoá” hay theo cách gọi khác là “địa phương hoá” các cam kết trong Tuyên bố Paris thành Cam kết Hà Nội dựa trên các điều kiện của mình. Tuyên bố Paris và Cam kết Hà Nội về hiệu quả viện trợ được xây dựng dựa trên 5 nội dung trụ cột: 1) Tinh thần làm chủ, 2) Sự tuân thủ hệ thống quốc gia, 3) Hài hoà và tinh giản, 4) Quản lý dựa vào kết quả, và 5) Chia sẻ trách nhiệm. Cam kết về hiệu quả viện trợ đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt và giao cho Bộ Kế hoạch và Đầu tư tổ chức thực hiện. Đây cũng là cơ sở để Việt Nam, cùng với sự hợp tác của các nhà tài trợ, cam kết và xây dựng lộ trình thực hiện Tuyên bố Paris về hiệu quả viện trợ và được cộng đồng các nhà tài trợ quốc tế đánh giá cao trong thời gian qua.

Việc thực hiện Cam kết Hà Nội chưa đồng bộ giữa các bộ, ngành [23]. Công tác triển khai tại Bộ Y tế thông qua các hoạt động của Nhóm đối tác về hiệu quả viện trợ và phổ biến nghị định mới về quản lý ODA cũng khá chậm. Tuy nhiên, tháng 8 năm 2008, Bộ Y tế đã soạn thảo và trình bày các nội dung thực hiện Cam kết Hà Nội trong ngành y tế nhằm tăng cường hiệu quả sử dụng nguồn viện trợ và giảm khoảng cách giữa xây dựng và thực hiện các chính sách. Công tác điều phối đang dần dần

được cải thiện trong đó các trao đổi giữa Bộ Y tế với các đối tác phát triển cởi mở và hiệu quả hơn.

2.3. Công cụ quản lý nhà nước đối với nguồn viện trợ nước ngoài

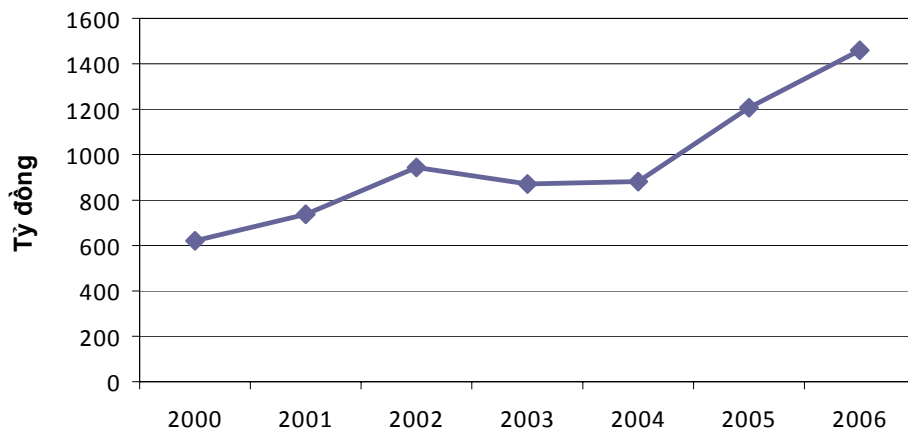
Bên cạnh các chính sách tạo môi trường pháp lý, các công cụ quản lý nhà nước cũng không ngừng được hoàn thiện trên nguyên tắc vốn viện trợ là nguồn NSNN (Luật Ngân sách). Theo đó, việc quản lý và sử dụng nguồn vốn này phải nằm trong khuôn khổ chung của hệ thống pháp luật Việt Nam. Các công cụ quản lý được thể hiện như sau:

- Ngành y tế đã đẩy mạnh quản lý nhà nước đối với nguồn vốn ODA thông qua việc làm rõ các chức năng, nhiệm vụ của chủ dự án và lồng ghép chức năng của hệ thống quản lý nhà nước (Quyết định số 11/2008/QĐ-BYT).
- Phân cấp - công cụ nhằm nâng cao trách nhiệm của đơn vị tiếp nhận, quản lý và sử dụng ODA. Việc phân cấp quản lý được Bộ Y tế thực hiện triệt để ở các cấp từ trung ương đến địa phương, trong đó xác định rõ quyền hạn và trách nhiệm của từng đơn vị tham gia. Theo Nghị định 131/2006/NĐ-CP, Bộ Y tế tổ chức thẩm định các dự án của các đơn vị, dự án thuộc Bộ Y tế, UBND tỉnh phê duyệt các dự án của tỉnh. Như vậy, cần củng cố công tác tổ chức thẩm định dự án tại Bộ Y tế, phát triển và củng cố năng lực của các đơn vị và địa phương được phân cấp.

3. Thực trạng về viện trợ quốc tế cho y tế Việt Nam

Trong khoảng 10 năm gần đây, viện trợ từ nước ngoài không ngừng tăng lên (Hình 12), ước tính chiếm khoảng 8-10% so với NSNN thuần cho y tế (Bảng 5).

Hình 12: Tổng nguồn viện hỗ trợ quốc tế, 2000-2006



Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia 2000-2006 [12]

Bảng 5: Tỷ lệ viện trợ so với nguồn NSNN thuần chi cho y tế và tổng chi y tế, 2000-2007

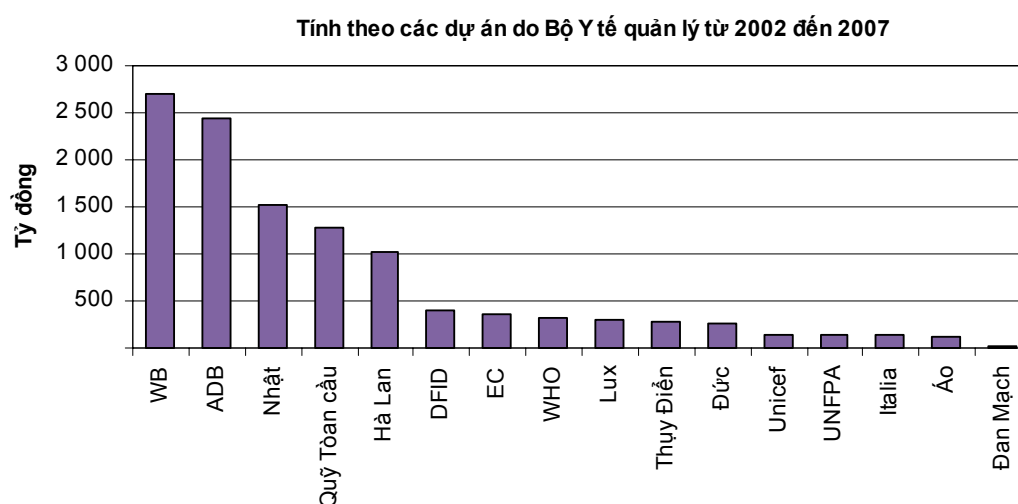
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% viện trợ so với chi NSNN thuần cho y tế	10,4	10,0	13,4	9,9	9,6	11,2	8,0	7,4
% viện trợ so với tổng chi y tế	2,7	2,7	3,4	2,7	2,2	2,4	2,3	2,1

Chú thích: Trong TKYTQG, NSNN "thuần" cho y tế bao gồm NSNN thu từ thuế, sử dụng để cấp cho chi thường xuyên, đầu tư phát triển, mua BHYT cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội. Thu từ BHYT, viện phí và viện trợ không được tính trong NSNN thuần.

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia 2000-2006 [12] Số liệu ước tính của Vụ KH-TC, Bộ Y tế [24]

Theo số liệu từ các dự án do Bộ Y tế quản lý, các nhà tài trợ dẫn đầu trong lĩnh vực hỗ trợ y tế là Ngân hàng Thế giới (WB), Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB), Nhật Bản, Quỹ Toàn cầu, Hà Lan, EC, Đức...(Hình 13).

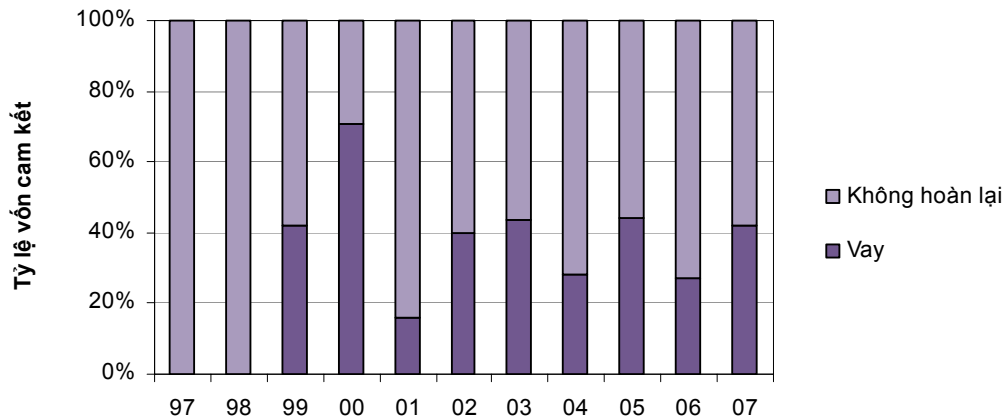
Hình 13: Một số nhà tài trợ theo vốn cam kết, 2002-2007



Nguồn: Báo cáo quản lý ODA, Vụ Kế hoạch - Tài chính, Bộ Y tế. [25]

Từ năm 1996, Bộ Y tế đã tiến hành dự án vốn vay đầu tiên với WB với tổng số vốn cam kết khoảng 123,7 triệu USD. Hỗ trợ dưới hình thức vốn vay bắt đầu tăng lên, cho đến nay, giữ mức khoảng 40% (Hình 14). Hiện nay, các dự án lớn đang thực hiện bằng nguồn vốn vay chủ yếu của Ngân hàng Thế giới (WB) và Ngân hàng Phát triển Châu Á (ADB). Bộ Y tế có xu hướng tăng nguồn đầu tư cho nâng cấp cơ sở vật chất, cung cấp trang thiết bị từ các nguồn vay này.

Hình 14: Cơ cấu vốn cam kết viện trợ y tế, 1997-2007



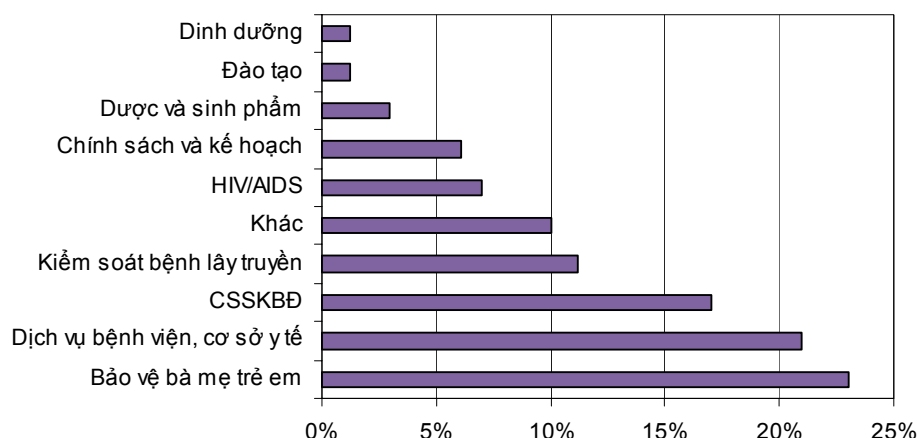
Nguồn: Cơ sở dữ liệu DAD, Bộ Kế hoạch và Đầu tư [26]

Từ sau năm 2000, Việt Nam tiếp nhận hỗ trợ của các tổ chức hợp tác toàn cầu và tổ chức nhân đạo cá nhân với mục tiêu kiểm soát những dịch bệnh toàn cầu như HIV/AIDS, lao, sốt rét, chương trình tiêm chủng mở rộng...

Trong năm 2007, Bộ Y tế đã tiếp nhận và phê duyệt thêm 18 dự án mới với tổng kinh phí 106 triệu USD. Như vậy, tính đến năm 2007 Bộ Y tế đang quản lý 61 dự án ODA với tổng kinh phí 10.313 tỷ đồng với tỷ lệ giải ngân trung bình trên tổng vốn cam kết là 40%. Thực tế giải ngân trong năm 2007 là 53% so với kế hoạch năm [24]. Trong 6 tháng đầu năm 2008 đã thực hiện giải ngân được gần 40 triệu USD, cao hơn cùng kỳ năm 2007. Bộ Y tế đang tập trung chỉ đạo đẩy nhanh tiến độ thực hiện một số dự án ODA trọng điểm như Trung tâm truyền máu khu vực, Dự án Chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên, Đồng bằng Sông Cửu Long, hỗ trợ y tế các tỉnh miền núi phía Bắc....

Các dự án bao phủ nhiều lĩnh vực y tế và đã góp phần cải thiện cơ sở vật chất, kỹ thuật và nâng chất lượng dịch vụ y tế ở các tuyến, đóng góp vào thành tựu chung của ngành y tế trong CSSK nhân dân [27]. Các lĩnh vực được quan tâm nhiều trong những năm qua là CSSK bà mẹ và trẻ em, dịch vụ bệnh viện, CSSKBĐ, kiểm soát bệnh lây nhiễm... (Hình 15). Trong thời gian gần đây, nhiều dự án cũng đã quan tâm đến công tác đào tạo và phát triển nguồn nhân lực y tế.

Hình 15: Các lĩnh vực hỗ trợ giai đoạn 2001-2008



Nguồn: Tổng hợp các Báo cáo Vụ KHTC Bộ Y tế; Bảng thống kê các Chương trình dự án triển khai trong ngành y tế 2001-2005; số liệu của các nhà tài trợ năm 2006-2008.

Hỗ trợ quốc tế cho chương trình phòng chống HIV/AIDS là đáng kể, chiếm 65% tổng ngân sách chi cho HIV/AIDS. Trong khi nguồn NSNN không đáp ứng đủ nhu cầu của chương trình, chỉ chiếm khoảng 35% (Bảng 6). Quỹ Toàn cầu về phòng chống sốt rét, lao và HIV/AIDS đã cam kết viện trợ 28 triệu USD cho Việt Nam từ năm 2008-2012, Chương trình PEPFAR đã cam kết hỗ trợ cho Việt Nam 59 triệu USD (trong đó cơ quan của Chính phủ Việt Nam quản lý 24,5% tổng số kinh phí) trong kế hoạch ngân sách 2007-2008 [28].

Bảng 6: Viện trợ cho phòng chống HIV/AIDS, 2007-2008

Ngân sách	2007	2008
NSNN	35%	25%
Hỗ trợ nước ngoài	65%	75%
Tổng (USD)	32,000,000	35,000,000

Chú thích: Chỉ tính nguồn viện trợ do Bộ Y tế quản lý

Nguồn: Báo cáo năm của Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam [29]

Bên cạnh nguồn viện trợ ODA, viện trợ của các tổ chức phi chính phủ quốc tế (INGO) đã có từ những năm chiến tranh với mục đích nhân đạo dưới hình thức dự án, viện trợ đơn lẻ hoặc khẩn cấp. Số lượng, nguồn vốn viện trợ INGO và mức độ bao phủ tăng qua các thời kỳ. Theo số liệu của VUFO-NGO [30], năm 2007 có đến 600 INGO tham gia và bao phủ 63 tỉnh, thành phố trên rất nhiều lĩnh vực (trong đó có y tế) với tổng số nguồn viện trợ ước tính trong năm 2008 là 25 triệu USD (không có số liệu riêng cho lĩnh vực y tế). Viện trợ INGO có ưu điểm là hỗ trợ trực tiếp, linh hoạt và kịp thời, tuy nhiên, còn có hạn chế về tài chính và cách thức tổ chức [27]. Ngoài ra, do có nhiều tổ chức khác nhau và thiếu thông tin, nên các hoạt động tài trợ thường phân tán, không tập trung cao vào các mục tiêu phát triển của ngành y tế [31].

Tóm lại, hỗ trợ quốc tế cho y tế tăng lên từng năm và giữ tỷ trọng nhất định trong ngân sách chi cho y tế. Gần đây, xu hướng sử dụng vốn vay tăng lên cho đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị. Một xu thế hỗ trợ mới của các tổ chức toàn cầu trong phòng chống dịch bệnh thế kỷ tăng lên mạnh mẽ. Tuy nhiên, tỷ lệ giải ngân còn thấp và hiệu quả sử dụng nguồn vốn cũng còn nhiều vấn đề phải cải thiện.

4. Những khó khăn, thách thức trong quản lý, sử dụng viện trợ nước ngoài cho y tế

4.1. Khung chính sách và thể chế

Bộ Y tế đã xây dựng các chính sách phát triển của ngành, bao gồm Chiến lược Quốc gia Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân đến năm 2010 và Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế. Việc thực thi các chính sách và kế hoạch này được xác định thông qua các mục tiêu cụ thể và các hoạt động của các Vụ, Cục với nguồn ngân sách chính phủ và nhà tài trợ được xác định. Tuy nhiên, các chính sách và kế hoạch này cần được sửa đổi phù hợp hơn với giai đoạn sau năm 2010 và kết nối với các mục tiêu cụ thể của các tiêu lĩnh vực (ví dụ Chiến lược Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Chiến lược Sức khỏe vị thành niên, Chiến lược HIV/AIDS...), đảm bảo lồng ghép chức năng của hệ thống y tế (bao gồm hệ thống thông tin, giám sát và đánh giá, quản lý và phát triển nguồn nhân lực...). Điều quan trọng là các chính sách mới cần được phát triển gắn với Kế hoạch chi tiêu trung hạn (MTEF) theo chỉ đạo của Chính phủ. Chiến lược cần được xây dựng và thực hiện dựa trên các ưu tiên đã xác định trong các báo cáo JAHR thông qua các thảo luận với các bên liên quan và cộng đồng nhà tài trợ. Vụ Kế hoạch - Tài chính và Vụ Hợp tác Quốc tế, Bộ Y tế đóng vai trò quan trọng trong điều phối hoạt động của Nhóm đối tác y tế, nhằm thảo luận các nội dung liên quan đến xác định ưu tiên và định hướng phát triển các chiến lược ngành.

4.2. Điều phối

Công tác điều phối là mối quan tâm của cả Bộ Y tế cũng như các nhà tài trợ qua nhiều phạm vi: trong ngành y tế, giữa Bộ Y tế với các nhà tài trợ và giữa các nhà tài trợ với nhau.

Một số Vụ, Cục trong Bộ Y tế đang trở nên quá tải dự án; một số khác lại không có dự án, hoặc ít dự án. Nhiều dự án có chung lĩnh vực, thậm chí cùng mục tiêu, nhưng triển khai tương đối độc lập với nhau. Điều này cho thấy cần có cơ chế tăng cường điều phối để sử dụng tối đa các nguồn lực và lồng ghép công tác quản lý nhà nước theo chức năng.

Tổ chức và hoạt động của một số BQLDA còn có những hạn chế về năng lực quản lý. Nhân lực của các BQLDA một phần từ nguồn cán bộ kiêm nhiệm, chưa dành nhiều thời gian cho công việc quản lý dự án, một phần từ nguồn thuê tuyển ngắn hạn, trách nhiệm công việc chưa cao và năng lực còn hạn chế. Bên cạnh đó là các khoản chi phí cho văn phòng của các BQLDA và những khó khăn trong quan hệ công tác giữa BQLDA với Vụ, Cục chức năng. Những vấn đề trên đặt ra yêu cầu phải có những đổi mới trong công tác quản lý dự án và những phương thức hỗ trợ mới để nâng cao hiệu quả viện trợ.

Dù có chiến lược và kế hoạch thực hiện rõ ràng, ngành y tế vẫn phần nào bị phụ thuộc vào kế hoạch và mục tiêu của nhà tài trợ trong việc đàm phán xây dựng chương trình/dự án cụ thể.

Hoạt động điều phối và cam kết trong cộng đồng các nhà tài trợ với các mục tiêu phát triển của ngành cũng chưa được quan tâm đầy đủ. Mục tiêu riêng lẻ của một số nhà tài trợ được ưu tiên trong xây dựng và thực hiện các dự án riêng rẽ. Các nhà tài trợ cũng bị ràng buộc bởi các quy định pháp luật của quốc gia mình trong việc cung cấp viện trợ để xem xét việc ký các cam kết chung.

Nhóm Đối tác y tế (HPG), được thành lập và hoạt động với vai trò chủ tọa của Bộ Y tế, mới chỉ dừng ở mức trao đổi thông tin hơn là điều phối hoạt động tài trợ, hỗ trợ Bộ Y tế phát huy quyền tự chủ trong xây dựng chiến lược và kế hoạch sử dụng nguồn hỗ trợ nước ngoài [32]. Về việc điều phối vốn viện trợ, Thủ tướng đã ra quyết định ban hành hướng dẫn chung lập Báo cáo nghiên cứu khả thi dự án sử dụng vốn hỗ trợ phát triển chính thức của Nhóm 5 ngân hàng [33]. Hiện nay các ngân hàng phát triển đã xây dựng một khung theo dõi đánh giá chung (WB, ADB, JBIC, KfW, Cơ quan phát triển Pháp), trong đó có các chỉ số chung. Bên cạnh đó, các chỉ số và hoạt động được thảo luận và thống nhất trong báo cáo JAHR hằng năm cũng là những bước cải thiện lớn trong việc đưa ra tiếng nói chung trong phát triển chiến lược ngành.

4.3. Các thủ tục hành chính

Thủ tục hành chính liên quan đến quản lý viện trợ đã được cải thiện hướng đến hài hòa. Tuy nhiên đến nay vẫn còn thiếu thống nhất giữa các thủ tục của Chính phủ và các quy định của các nhà tài trợ. Mặt khác, cơ chế và chính sách quản lý nhà nước về ODA vẫn còn nhiều điểm chưa đồng bộ, chưa rõ ràng. Quy trình thẩm định phê duyệt kế hoạch, phê duyệt các bước liên quan đến mua sắm, đấu thầu còn kéo dài. Ngoài năng lực quản lý dự án, đây là những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ giải ngân thấp, trung bình 50-60%.

4.4. Năng lực thực hiện

Năng lực quản lý các nguồn viện trợ của Bộ Y tế trong những năm qua đã được cải thiện rõ rệt. Đội ngũ cán bộ quản lý Dự án đã được đào tạo và có nhiều kinh nghiệm trong quá trình thực hiện Dự án. Tuy nhiên, đối với các đơn vị mới tham gia quản lý hoặc phải quản lý nhiều dự án thì vẫn có khó khăn trong năng lực thực hiện Dự án. Ngoài ra, sự phân cấp mạnh mẽ trong quản lý dự án cũng đang là một thách thức đối với cơ quan thực hiện, đặc biệt các địa phương, khi năng lực tổ chức và cá nhân chưa đủ đảm bảo tiến độ và chất lượng thực hiện dự án. Hiện nay, năng lực quản lý và thực hiện của một số BQLDA trung ương và BQLDA tỉnh) còn yếu một phần do thiếu sự theo dõi giám sát của các Vụ, Cục chức năng, chưa có những cơ chế động viên khuyến khích cán bộ tại các Vụ, Cục tham gia giám sát chất lượng và hiệu quả dự án. Một số dự án có tình trạng “khoán trắng” cho BQLDA. Việc tuyển dụng các cán bộ có trình độ và kinh nghiệm cho quản lý các Dự án cũng gặp khó khăn, đặc biệt là ở các địa phương.

4.5. Định mức chi

Trong hỗ trợ ngân sách, định mức chi tiêu của Chính phủ sẽ được áp dụng, thường là thấp hơn so với định mức của nhà tài trợ. Mỗi quan tâm của Chính phủ cũng như các nhà tài trợ là chế độ lương và phụ cấp cho các cán bộ, nhân viên làm việc trong các dự án theo phương thức hỗ trợ chương trình, ngân sách. Việc chuyển đổi ban đầu sẽ ít khuyến khích cán bộ tham gia cũng như khó khăn trong việc tìm kiếm, thuê tuyển những cán bộ có trình độ và kinh nghiệm. Định mức chi tiêu của các dự án do EU và các cơ quan Liên hợp quốc tài trợ hiện nay không động viên khuyến khích cán bộ làm việc tích cực. EU và Liên hợp quốc đang tiến hành điều tra thị

trường lao động để Chính phủ và nhà tài trợ có thể xây dựng định mức phù hợp với thị trường hơn. Các yếu tố khuyến khích là vấn đề chủ chốt trong phương thức hỗ trợ theo chương trình, không chỉ định mức chi, cần xem xét cả lương, điều kiện làm việc, và những yếu tố khuyến khích khác để thực hiện tốt công tác quản lý và thực hiện các nguồn tài trợ nước ngoài.

4.6. Công tác theo dõi và đánh giá

Công tác giám sát và đánh giá được thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Kế hoạch và Đầu tư nhằm theo dõi chặt chẽ các dự án, giải quyết kịp thời các vấn đề khó khăn gây chậm trễ trong quá trình thực hiện. Định hướng theo dõi và đánh giá chương trình/dự án ODA thời kỳ 2006-2010 được ban hành với mục tiêu xây dựng và vận hành một hệ thống theo dõi và giám sát ở 3 cấp: chủ chương trình/dự án, cơ quan chủ quản và cơ quan quản lý nhà nước cấp quốc gia [34]. Hệ thống thông tin quản lý dự án được Bộ Kế hoạch và Đầu tư chủ trì cho tất cả các dự án ODA qua trang mạng DAD (Development Assistance Data) [26].

Mặc dù đã có những hướng dẫn, nhưng công tác theo dõi, giám sát và đánh giá dự án/chương trình còn nhiều hạn chế. Hoạt động này mới chỉ dừng lại ở việc quản lý đầu vào và quy trình thông qua nhiều khâu kiểm soát và thủ tục hành chính. Các hoạt động giám sát và đánh giá chủ yếu ở cấp dự án/chương trình. Bộ Y tế cũng đã cùng với nhà tài trợ thực hiện một số đánh giá cấp ngành, xây dựng các chỉ số kết quả (báo cáo JAHR). Tuy nhiên hoạt động giám sát chưa mang tính tổng thể nhằm theo dõi việc thực hiện các kế hoạch chiến lược của ngành với sự đóng góp của nguồn viện trợ.

4.7. Dự báo thách thức trong tiến trình trở thành nước có thu nhập trung bình

Theo ước tính, từ năm 2010 khi Việt Nam sẽ đạt GDP bình quân đầu người trên 1.000 USD/năm. Theo đó, nguồn viện trợ và vốn vay ODA với ưu đãi dành cho Việt Nam sẽ giảm dần, thay vào đó vốn vay ODA với các điều kiện kém ưu đãi hơn [35]. Đối với ngành y tế, cho đến thời điểm hiện tại, chưa có một nhà tài trợ nào đưa ra chiến lược hay cam kết cụ thể cho y tế Việt Nam những năm sau 2010. Trong khi đó, đã có những nhà tài trợ truyền thống đang rút khỏi lĩnh vực y tế. Dự báo chung là hỗ trợ quốc tế cho y tế sẽ thay đổi về cơ cấu, hình thức và nội dung, với các phương thức tiếp cận mới nhằm tăng cường hiệu quả viện trợ.

Tổng nợ quy đổi của Việt Nam hiện nay là 37% GDP [36], nằm trong khoảng an toàn (40% GDP là mức an toàn theo khuyến cáo của IMF). Nhưng điều này cũng cho thấy khả năng vay nợ của Việt Nam không còn nhiều. Do vậy, việc tìm nguồn trả nợ và vấn đề nâng cao hiệu quả đang được Chính phủ hết sức quan tâm. Việt Nam được đánh giá là nước không phụ thuộc nguồn hỗ trợ quốc tế. Tuy nhiên, hiện nay nhu cầu duy trì nguồn vốn này là rõ ràng. Đối với ngành y tế, việc đột ngột thiếu nguồn hỗ trợ này có thể sẽ tăng gánh nặng tài chính, nhất là ngân sách các địa phương (đặc biệt là các vùng khó khăn) và một số chương trình lớn; ví dụ, Chương trình phòng chống HIV/AIDS. Tương tự, kinh phí đầu tư cơ sở vật chất cho hệ y tế dự phòng phụ thuộc nhiều vào nguồn vốn viện trợ. Hơn nữa, các hỗ trợ này có vai trò quan trọng trong chuyển giao kỹ thuật tiên tiến và là những “bà đỡ” cho phát triển các chiến lược phù hợp của ngành.

Như vậy, trong giai đoạn chuyển tiếp thành nước có thu nhập trung bình, ngành y tế Việt Nam sẽ phải đối mặt với những vấn đề chính liên quan đến nguồn vốn hỗ trợ quốc tế sau đây:

- Xu hướng cắt giảm nguồn viện trợ và thay đổi cơ cấu.
- Khó khăn trong thu hút và tìm nguồn trong nước dần dần thay thế các nguồn viện trợ quốc tế.
- Áp lực trong việc áp dụng các mô hình hỗ trợ mới với mục tiêu tăng cường hiệu quả viện trợ.
- Khó khăn trong cải thiện đáng kể hiệu quả sử dụng và tỷ lệ giải ngân.

5. Chuyển đổi mô hình viện trợ

Theo quy định tại Nghị định 131, hiện có 4 mô hình viện trợ: Dự án, hỗ trợ chương trình, hỗ trợ ngành, hỗ trợ ngân sách. Mô hình phổ biến nhất hiện nay vẫn là hỗ trợ dạng Dự án. Một số nhà tài trợ đang thí điểm việc áp dụng phương thức mới cho thấy còn nhiều khó khăn, đòi hỏi điều kiện áp dụng phải được chuẩn bị tốt. Việc áp dụng mô hình viện trợ mới còn phụ thuộc những yếu tố liên quan đến chính sách và chiến lược của nhà tài trợ, trong đó một số nhà tài trợ vẫn áp dụng mô hình dự án, một số nhà tài trợ khác lại có chính sách áp dụng mô hình hỗ trợ theo chương trình hoặc hỗ trợ ngân sách. Sau đây là một số nhận định và các bài học thông qua các mô hình viện trợ áp dụng trong thời gian qua.

5.1. Hỗ trợ dự án

Hỗ trợ dự án là phương thức cung cấp viện trợ phổ biến hiện nay ở Việt Nam, trong đó có ngành y tế. Phương thức hỗ trợ dự án luôn được coi là cần thiết để giảm rủi ro trong sử dụng tài chính và để đảm bảo đạt được các mục tiêu phát triển của cả nhà tài trợ và Bộ Y tế. Ranh giới trách nhiệm rõ ràng trong cơ cấu quản lý dự án được xem là một lợi thế cho cả Chính phủ và các nhà tài trợ. Nhờ áp dụng lâu dài phương thức quản trị dự án viện trợ nước ngoài mà nâng cao được năng lực trong quản lý dự án cho đội ngũ cán bộ trong nước. Các quy định hiện nay của Chính phủ về quản lý các dự án ODA đã rất đầy đủ, rõ ràng và cụ thể.

Tuy nhiên, có một số hạn chế đối với các dự án độc lập trong ngành y tế. Việc triển khai một số lượng lớn các dự án với những hệ thống báo cáo và kế toán khác nhau là một gánh nặng và đòi hỏi chi phí hoạt động lớn. Vai trò làm chủ của đối tác trong nước bị hạn chế do mức độ kiểm soát cao của phía nhà tài trợ trong quá trình thiết kế và triển khai dự án. Đôi khi có tình trạng trùng chéo giữa các dự án khác nhau. Cơ cấu quản lý và giải ngân dự án biệt lập (thông qua các BQLDA) làm giảm khả năng cải thiện công tác kế hoạch, quản lý, giám sát và cơ chế cấp ngân sách của nhà nước. Các biện pháp khuyến khích như phụ cấp lương, đào tạo, tuy đã được thực hiện, nhưng chưa đồng viên được cán bộ nhà nước thực hiện tốt quản lý dự án [23, 31].

5.2. Phương thức hỗ trợ theo chương trình

Việc chuyển hướng sang phương thức hỗ trợ theo chương trình trong ngành y tế cũng được khuyến khích khi một số nhà tài trợ (EC, ABD, Lux Development, Hà Lan, Thụy Điển...) rất quan tâm và sẵn sàng áp dụng phương thức hỗ trợ theo chương trình trong chiến lược phát triển của mình. Ngoài ra, các nhà tài trợ này còn chịu ảnh hưởng từ chiến lược quốc gia và áp lực của cơ quan chủ quản (chẳng hạn đối với EC, một phần nguồn vốn quốc gia phải được hỗ trợ thông qua phương thức hỗ trợ theo chương trình). Một số nhà tài trợ chính này đang xây dựng một “chương trình phát

triển ngành” với cùng mục tiêu như “phát triển ngành y tế”, làm cơ sở để điều phối và cân đối nguồn tài trợ.

Nền tảng cho việc triển khai phương thức hỗ trợ chương trình là vai trò làm chủ, lãnh đạo của Chính phủ và sự hợp tác của các nhà tài trợ. Điều này được thể hiện bằng các khung chính sách đã thống nhất dựa trên các ưu tiên chung và các định mức chi tiêu chương trình cũng như cơ chế triển khai hài hoà [31]. Đối với ngành y tế, việc xây dựng kế hoạch tổng thể phát triển ngành, chiến lược y tế quốc gia và các chức năng quản lý tài chính rõ ràng là điều kiện để áp dụng phương thức hỗ trợ chương trình. Để tăng cường điều phối và đối thoại, Nhóm đối tác y tế (HPG) đã được thành lập và trở thành diễn đàn chính trong đối thoại và trao đổi thông tin về chính sách trong ngành y tế. Nhóm đối tác y tế đã thống nhất với Bộ Y tế thực hiện các báo cáo JAHR, được coi là tiếng nói chung của các bên đối tác trong ngành về các vấn đề ưu tiên và giải pháp. Bước tiếp theo sẽ là đưa các ưu tiên và giải pháp này vào quy trình xây dựng kế hoạch và ngân sách ngành. EC đã chủ động xây dựng một phương thức hỗ trợ chương trình ở tuyến tỉnh và đã xúc tiến đối thoại bằng việc xây dựng một chiến lược phát triển ngành, cơ cấu ngân sách và kế hoạch nâng cao năng lực.

Hỗ trợ Chương trình phòng chống lao quốc gia

Các Chương trình mục tiêu quốc gia được coi là một kênh nhận nguồn vốn tài trợ từ các nhà tài trợ [31]. Hỗ trợ cho Chương trình chống lao quốc gia hơn 10 năm qua, với 2 nhà tài trợ chính là Hà Lan và Quỹ Toàn cầu¹³. Trong khi Chính phủ tập trung ngân sách để hỗ trợ “phần cứng” như mua sắm thuốc và trang thiết bị, các nhà tài trợ hỗ trợ “phần mềm”, bao gồm nâng cao năng lực và xây dựng các sáng kiến mới như hợp tác công - tư. Trong tổng ngân sách 48 triệu USD, Quỹ Toàn cầu đóng góp 36%, Hà Lan 26% và Chính phủ đóng góp phần lớn nhất (gần 40%).

Việc tài trợ được thực hiện qua hệ thống nhà nước và các nhà tài trợ tuân theo Chương trình mục tiêu quốc gia trong việc thực hiện các hoạt động. Một thuận lợi trong việc tuân thủ này là có hệ thống triển khai mạnh từ tuyến trung ương đến các tuyến tỉnh, huyện và xã.¹⁴ Các vấn đề chính nảy sinh trong quá trình thực hiện bao gồm:

- Không có quy chế chính thức áp dụng cho nhà tài trợ trong sử dụng vốn tài trợ. Nhà tài trợ được yêu cầu áp dụng các định mức khác nhau của Chính phủ đồng thời phải nộp báo cáo bổ sung đối với vốn tài trợ của chính mình. Thủ tục phê duyệt vẫn đi sau quy trình phê duyệt dự án.¹⁵

¹³ Đây là một ví dụ của việc hỗ trợ theo chương trình, việc tài trợ dựa vào chương trình mục tiêu quốc gia của Chính phủ. Trong một số tài liệu (Bộ kế hoạch - đầu tư) gọi việc hỗ trợ này là hỗ trợ ngân sách theo mục tiêu. Tuy nhiên, việc hỗ trợ có thực sự là “hỗ trợ ngân sách” thì cần phải xem xét. Trên thực tế, việc hỗ trợ cho chương trình chống lao vẫn thực hiện theo kiểu dự án, với ban quản lý riêng, mặc dầu các nhà tài trợ (ví dụ: Hà Lan) quyết tâm chuyển hướng sang hỗ trợ ngân sách và hoàn toàn tuân thủ vào hệ thống của Chính phủ.

¹⁴ Ở tuyến trung ương, Bệnh viện Lao và Bệnh phổi TW quản lý Chương trình chống Lao quốc gia. Tại tuyến tỉnh, các bệnh viện/trung tâm Lao và bệnh phổi tỉnh là các đối tác chính trong việc cung cấp dịch vụ, giám sát hoạt động của tuyến dưới, xây dựng chuẩn mục tiêu và hệ thống chuyển tuyến. Tại tuyến huyện, nhóm PC Lao được đặt tại Bệnh viện huyện hoặc Trung tâm Y tế dự phòng Huyện điều trị các bệnh nhân lao. Các bệnh nhân lao được theo dõi và nhận thuốc tại trạm y tế xã.

¹⁵ Khi nhà tài trợ Hà Lan thể hiện mong muốn hỗ trợ ngân sách, nhiều vướng mắc và sự thiếu hướng dẫn chi tiết đã được bộc lộ.

- Cán bộ của Chương trình quốc gia thích áp dụng các định mức chi tiêu của các nhà tài trợ hơn vì có các khoản khuyến khích trong triển khai.
- Phải báo cáo bổ sung cho từng nhà tài trợ, theo yêu cầu không phải của nhà tài trợ mà của nhà nước. Việc này tạo thêm gánh nặng cho các cán bộ nhà nước.
- Tác động lên bộ máy nhà nước chỉ giới hạn trong khuôn khổ chương trình phòng chống lao.

Hỗ trợ Chương trình chống lao quốc gia tương tự với phương thức áp dụng trong kế hoạch hành động của Chương trình Giáo dục cho mọi người, sử dụng Chương trình mục tiêu quốc gia trong ngành Giáo dục. Không giống như Chương trình chống lao quốc gia, hỗ trợ ngân sách theo mục tiêu trong ngành giáo dục hoàn toàn tuân theo hệ thống nhà nước. Không có các yêu cầu riêng về báo cáo, kiểm toán hoặc giám sát. Các vấn đề nảy sinh trong việc tuân thủ này là các nhà tài trợ không hài lòng với việc báo cáo và việc chậm trễ trong giải ngân do có sự bất đồng đó [23].

Hỗ trợ theo chương trình cho y tế tuyến tỉnh

Trong hai năm qua, EC đã tiến hành một số nghiên cứu trên ba tỉnh (Bắc Giang, Bắc Ninh và Hà Nam) để đánh giá các điều kiện triển khai thí điểm chương trình hỗ trợ y tế tuyến tỉnh. Các nghiên cứu này cho thấy để triển khai phương thức hỗ trợ theo chương trình ở tuyến tỉnh còn một số khó khăn như sau:

- Quá trình lập kế hoạch vẫn tập trung nhiều vào các chỉ tiêu đầu vào (ví dụ như số giường bệnh). Ngân sách hằng năm tăng dần nhưng không dựa trên cơ sở các ưu tiên ngành. Cần phải thay đổi phương pháp lập kế hoạch chuyển từ dựa trên các yếu tố đầu vào sang các kết quả đầu ra.
- Ở tuyến tỉnh, tuy ngành y tế có kế hoạch 5 năm với các mục tiêu và chỉ tiêu phải thực hiện, nhưng việc xây dựng kế hoạch hằng năm không hoàn toàn gắn liền với kế hoạch 5 năm.
- Sự phối kết hợp giữa các sở ngành (Sở Y tế, Sở Tài chính, Sở Kế hoạch và Đầu tư,...) còn hạn chế, làm chậm quá trình đàm phán hỗ trợ ngân sách cho các mục tiêu y tế ưu tiên.

EC đang lập kế hoạch hỗ trợ cho các tỉnh thí điểm xây dựng chiến lược ngành phù hợp với chiến lược quốc gia và gắn với kế hoạch chỉ tiêu trung hạn của tỉnh. Cần có những tổng kết và bài học kinh nghiệm trong thực hiện phương thức hỗ trợ theo chương trình.

Thống nhất quan điểm trong triển khai phương thức hỗ trợ theo chương trình

Còn thiếu sự thống nhất quan điểm trong cơ chế tài chính và quy trình phê duyệt phương thức cho việc áp dụng phương thức hỗ trợ theo chương trình. Nghị định 131 đã hướng dẫn triển khai các phương thức hỗ trợ, tuy nhiên chưa quy định cụ thể cơ chế tài chính và thủ tục phê duyệt vốn tài trợ. Một số bài học kinh nghiệm từ các bộ ngành khác về thực hiện phương thức hỗ trợ theo chương trình cần được phổ biến rộng rãi, ví dụ, Chương trình Phát triển tín dụng cho Giáo dục đại học của WB do Bộ Giáo dục và Đào tạo thực hiện, Chương trình Nâng cao năng lực toàn diện trong quản trị ODA (CCBP) của Bộ Kế hoạch và Đầu tư.

5.3. Lựa chọn phương thức hỗ trợ

Cũng như các ngành khác, ngành y tế chưa có quy chế chính thức để lựa chọn phương thức hỗ trợ. Hiện nay đã có sự trao đổi giữa Bộ Y tế và nhà tài trợ, Nhóm đối tác y tế về các phương thức hỗ trợ cho ngành y tế trong những năm tới. Vụ Kế hoạch - Tài chính là đơn vị chính tham gia thảo luận với các nhà tài trợ về phương thức và nội dung dự án/chương trình viện trợ cho ngành y tế. Quan điểm của Bộ Y tế và các nhà tài trợ là có cơ chế linh hoạt trong việc lựa chọn phương thức hỗ trợ nhằm đáp ứng được yêu cầu quản lý của Chính phủ, chủ trương của Nhà tài trợ, đồng thời sử dụng hiệu quả nguồn viện trợ đáp ứng được mục tiêu đề ra.

6. Những vấn đề ưu tiên

Những phân tích trên cho thấy ngành y tế Việt Nam đang đứng trước nhiều khó khăn, thách thức trong việc thu hút và sử dụng hiệu quả viện trợ nước ngoài, trong đó nổi lên một số vấn đề cần được coi là ưu tiên, đó là:

- 1) Thiếu khung chính sách có thể liên kết các lĩnh vực và các vấn đề khác nhau của ngành, ví dụ kiểm tra, giám sát, nhân sự, đồng thời liên kết vai trò và chức năng của Bộ Y tế và hệ thống y tế với các chủ thể khác như y tế tư nhân, các hội nghề nghiệp, và các Bộ ngành liên quan. Khung chỉ tiêu trung hạn ngành y tế vẫn còn ở giai đoạn thử nghiệm, chưa thực sự là một tài liệu chính thức để các nhà tài trợ có thể tuân thủ.
- 2) Công tác điều phối cần được thúc đẩy hơn nhằm tăng cường hiệu quả viện trợ, tránh trùng lặp và phân tán.
- 3) Thiếu nhất quán và chưa đồng bộ về các thủ tục, hướng dẫn và quy định giữa Chính phủ và nhà tài trợ.
- 4) Thiếu điều kiện thực hiện các mô hình viện trợ mới, và thiếu bằng chứng về mức độ hiệu quả của các mô hình viện trợ mới để có cơ sở đối thoại giữa Bộ Y tế và các nhà tài trợ và giữa các nhà tài trợ.

Chương VI. Chi tiêu cho y tế trực tiếp từ tiền túi

Chi tiêu trực tiếp cho y tế từ tiền túi của người dân là một chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ công bằng của hệ thống y tế. Tại Việt Nam tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi trong tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội ước tính từ 60 đến 70%, một tỷ lệ rất cao. Chương này phân tích thực trạng và xu hướng chi tiêu cho y tế từ tiền túi của hộ gia đình trong thời gian tới, trên cơ sở đó khuyến nghị các giải pháp nhằm giảm dần nguồn chi tiêu cho y tế có tính không công bằng này.

1. Một số khái niệm

Chi tiêu cho y tế của hộ gia đình là tổng số tiền của hộ gia đình phải chi cho tất cả các khoản có liên quan đến y tế, bao gồm phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và khám, chữa bệnh. Chi của hộ gia đình có thể là các khoản chi trả trước khi bị ốm (ví dụ: mua BHYT) hoặc chi trực tiếp từ tiền túi khi sử dụng dịch vụ (ví dụ: trả viện phí từ tiền túi).

Chi tiêu trực tiếp từ tiền túi cho y tế là khoản tiền hộ gia đình phải trả trực tiếp cho dịch vụ y tế khi sử dụng dịch vụ, chủ yếu là chi mua thuốc, chi trả viện phí, phí xét nghiệm, chẩn đoán cận lâm sàng và các chi phí gián tiếp khác liên quan đến khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân (trong đó có việc tự mua thuốc). Các khoản chi trực tiếp này thường tạo gánh nặng chi phí cho người bệnh, là một trong các nguyên nhân gây nghèo đói, bất công bằng trong CSSK. Để thực hiện mục tiêu công bằng trong CSSK, cần tăng chi NSNN cho y tế, tăng các hình thức chi trả trước (BHYT) và giảm tối thiểu các khoản chi trả trực tiếp từ tiền túi của người dân.

Chi tiêu thâm hụt cho y tế là chi tiêu y tế trực tiếp của hộ gia đình (thường tính trong 1 năm) vượt quá khả năng chi trả của hộ gia đình đó ở một mức quy ước nào đó (ví dụ chi cho y tế chiếm $\geq 40\%$ chi tiêu ngoài lương thực - thực phẩm của hộ gia đình). Khả năng chi trả của hộ gia đình là phần thu nhập còn lại của hộ gia đình sau khi đã chi cho lương thực thực phẩm.

2. Tổng quan các chính sách liên quan đến chi trực tiếp từ tiền túi cho y tế

Trước “Đổi mới”, Nhà nước cung cấp các dịch vụ y tế miễn phí cho toàn dân. Vì vậy chi tiêu từ tiền túi cho y tế là không đáng kể.

Năm 1989, Chính phủ ban hành Quyết định 45-HĐBT về việc thu một phần viện phí, sau đó được bổ sung và sửa đổi bằng Nghị định 95-CP năm 1994 và Nghị định 33-CP năm 1995. Các chính sách này đã có những tác động tích cực như tăng nguồn thu cho các bệnh viện, ngân sách của bệnh viện, nhưng cũng đã buộc người dân phải chi trả một phần chi phí dịch vụ, tăng chi trả trực tiếp từ tiền túi của người dân cho các dịch vụ y tế.

Từ năm 2002 đến nay, việc thực hiện tự chủ tài chính trong các bệnh viện công theo Nghị định 10-CP năm 2002 và Nghị định 43-CP năm 2006, chủ trương xã hội hóa, huy động các nguồn tài chính ngoài ngân sách, nhiều bệnh viện có xu hướng đa dạng hóa các loại hình dịch vụ y tế, tạo điều kiện cho người bệnh có nhiều cơ hội được CSSK tốt hơn. Mặt khác người dân cũng phải chi trả tiền túi nhiều hơn cho các chi phí y tế.

Bên cạnh chính sách thu một phần viện phí, Chính phủ cũng ban hành các chính sách hỗ trợ chi phí y tế cho người nghèo và các đối tượng dễ bị tổn thương trong đó có Quyết định 139/2002/QĐ-TTg về KCB cho người nghèo và Nghị định 36/2005/NĐ-CP về miễn phí KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi. Chính phủ cũng có chính sách trợ cấp chi phí y tế cho các đối tượng xã hội khác như người cao tuổi từ 85 tuổi trở lên, người tàn tật, người già cô đơn... Những chính sách này đã góp phần rất lớn làm giảm chi phí y tế từ tiền túi của người dân.

Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị, ngày 23/2/2005, đã nêu định hướng quan trọng để bảo đảm công bằng trong CSSK nhân dân, đó là “Đổi mới và hoàn thiện chính sách tài chính y tế theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công (bao gồm ngân sách nhà nước, BHYT), giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh.”

3. Tình hình chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình

3.1. Tỷ lệ chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình

Chi tiêu y tế từ tiền túi hộ gia đình chiếm tỷ lệ lớn trong tổng chi y tế. Theo số liệu của Tài khoản y tế quốc gia 2004-2006 [12], Bộ Y tế, thì tỷ lệ này là 63,9%, 64,5% và 60,8% cho các năm 2004, 2005, 2006 (Bảng 7). Theo báo cáo về công tác xã hội hóa y tế trước Quốc hội tháng 5 năm 2008 của Bộ Y tế thì Nhà nước hiện nay mới chỉ bảo đảm khoảng 30%, nhân dân chi trả 60%, chủ yếu cho viện phí và tự mua thuốc điều trị, còn 10% được huy động từ các nguồn cơ quan, doanh nghiệp,... Theo đánh giá của Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi này là rất cao, gây mất công bằng trong CSSK.

Theo tính toán của WB, tổng chi cho y tế của toàn xã hội năm 2005 ở Việt Nam chiếm khoảng 5% GDP, trong đó nguồn tài chính huy động từ tiền túi của hộ gia đình chiếm tới khoảng 70% tổng chi y tế của xã hội và thậm chí còn cao hơn, lên tới 73% năm 2004 [37].

Bảng 7: Chi cho y tế từ tiền túi hộ gia đình, 2000-2006 (tỷ đồng)

Năm	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tổng số chi cho y tế	23.289	26.869	27.508	32.017	39.511	49.577	62.685
Số chi từ hộ gia đình	14.611	15.689	15.576	17.645	25.251	31.988	38.107
Tỷ lệ %	62,74	58,40	56,62	55,11	63,91	64,52	60,79

Nguồn: Tài khoản y tế Quốc gia, Bộ Y tế, 2008 [12]

Theo số liệu của Tài khoản Y tế Quốc gia 2001-2006 thì tỷ lệ chi tiêu cho y tế của hộ gia đình so với tổng chi y tế của toàn xã hội đang có xu hướng giảm, mặc dù sự thay đổi này là tương đối nhỏ và dao động qua các năm. Nếu như năm 2000 tỷ lệ này chiếm 62,7% thì trong các năm 2001, 2002 và 2003 tỷ lệ này lần lượt giảm xuống là 58,4%; 56,6% và 55,1%, tuy nhiên trong năm 2004, 2005 lại tăng lên 63,9% và 64,5% và năm 2006 là 60,8%. Mặc dù tỷ lệ chi tiêu cho y tế của hộ gia đình dao động qua các năm nhưng các số liệu trên phản ánh một thực tế chung là tỷ trọng các nguồn tài chính công nhìn chung còn thấp, chiếm khoảng 23,4 đến 31,8% tổng chi của toàn xã hội cho y tế.

3.2. Cơ cấu chi phí y tế từ tiền túi của hộ gia đình

Năm 2006, ước tính bình quân đầu người, chi tiêu y tế trực tiếp từ túi hộ gia đình là 452.000 đồng (27 USD) [12]. Các tài liệu đều thống nhất quan điểm chung là chi tiêu y tế từ tiền túi hộ gia đình tại Việt Nam chiếm tỷ lệ lớn trong tổng chi y tế. Theo Điều tra Y tế Quốc gia 2002 thì có đến 70% các khoản chi từ tiền túi dùng để chi trả KCB nội trú và ngoại trú (công lập và tư nhân), 30% còn lại sử dụng để tự mua thuốc, vật tư y tế về chữa bệnh [38]. Với bệnh nhân nội trú, phần nộp viện phí trong bệnh viện chỉ chiếm 60%, còn lại 40% là các chi gián tiếp (như ăn, ở, đi lại, quà biếu cho nhân viên y tế) và chi phí mua thuốc, dịch vụ y tế thêm ở ngoài cơ sở điều trị. Càng lên tuyến trên thì tỷ lệ chi các khoản gián tiếp càng cao hơn [38]. Khác với điều trị nội trú, gần 84% chi phí điều trị ngoại trú của hộ gia đình là chi cho thuốc và dịch vụ y tế; chi phí gián tiếp chỉ chiếm 16%.

3.3. Tác động của chi phí y tế từ tiền túi đối với hộ gia đình

Chi cho y tế, nhất là chi từ tiền túi, thường khác với chi cho dịch vụ và hàng hóa tiêu dùng khác, vì đó là khoản chi không mong muốn và là một phản ứng đối với một sự kiện bất hạnh do sức khỏe, đôi khi bất ngờ, không dự đoán trước được, có tác động hoàn toàn tiêu cực tới phúc lợi của hộ gia đình, làm giảm nguồn lực có thể sử dụng để mua hàng hóa và dịch vụ khác. Chi phí y tế từ tiền túi đối với hộ gia đình có thể gây ra sự mất công bằng trong CSSK trên các mặt sau đây.

Việc chi trả viện phí trực tiếp có thể làm hạn chế việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ không chỉ đối với hộ nghèo mà ngay cả hộ không nghèo. Nhìn chung, tỷ lệ chi cho KCB nội trú từ tiền túi của hộ gia đình khá cao. Nhóm giàu chi nhiều hơn, có nghĩa là sử dụng dịch vụ nhiều hơn, so với nhóm nghèo khoảng 2,5 lần. Kết quả phân tích Điều tra Y tế Quốc gia 2002 phát hiện rằng, nếu người nghèo phải nằm viện mà không được Nhà nước hỗ trợ thì trung bình mỗi đợt ốm phải chi một số tiền tương đương 17 tháng chi tiêu phi lương thực, thực phẩm của hộ gia đình [39]. Trong trường hợp người nghèo có thẻ BHYT thì các khoản chi phí y tế giảm đi đáng kể, tuy nhiên phải trả thêm các khoản khác do không được BHYT thanh toán như tiền thuốc, vật tư tiêu hao, dịch truyền... thì chi phí cho y tế vẫn là những gánh nặng không nhỏ đối với người dân. Vì vậy, khi bị đau ốm, nếu phải dựa vào chi trực tiếp từ tiền túi, thì sẽ có hộ gia đình không sử dụng dịch vụ y tế vì không có điều kiện chi trả. Trong trường hợp phải sử dụng dịch vụ thì nhiều gia đình phải bán nhà cửa, phương tiện sản xuất, để trang trải chi phí bệnh viện, từ đó sẽ dẫn đến nghèo đói.

Đối với KCB ngoại trú, dù chi phí một lần không cao, nhưng tích lũy nhiều lần trong năm gây gánh nặng không kém gì điều trị nội trú. Bệnh nhân được BHYT trả, hoặc được miễn giảm chi phí, trả một mức có thể chấp nhận được, tức là từ 7% đến 25% của chi tiêu phi lương thực thực phẩm một người một tháng của hộ. Tuy nhiên, trong trường hợp người nghèo khi đi KCB không có thẻ BHYT và phải trả bằng tiền túi thì khoản này chiếm đến 75% chi tiêu phi lương thực thực phẩm trong một tháng bình quân một người trong hộ. Đây vẫn là gánh nặng lớn đối với hộ gia đình nghèo, đặc biệt trong trường hợp có bệnh mạn tính phải điều trị kéo dài và sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú nhiều lần [40].

Chi phí trực tiếp từ tiền túi cho y tế cao là một trong các nguyên nhân gây đói nghèo. Đối với người nghèo, người có thu nhập trung bình, thậm chí cả người có thu nhập khá chỉ cần một lần phải nằm viện cũng có thể chi cho y tế cao và điều này dễ dẫn đến cảnh nợ nần túng thiếu và đói nghèo. Một nghiên cứu năm 2003 tính ra tỷ lệ

hộ bị ảnh hưởng bởi chi tiêu thảm họa ở Việt Nam là 10,45% - cao nhất trong số 59 nước được nghiên cứu [41]. Dù tỷ lệ chi tiêu thảm họa có giảm đi rõ ràng từ năm 1992 đến 2006, tỷ lệ này vẫn ở mức cao so với các nước khác [42] (Bảng 8).

Bảng 8: Tỷ lệ % hộ gia đình phải chi tiêu quá mức cho KCB (1995~2000)

Nước	Tỷ lệ (%) hộ gia đình	Năm
Việt Nam	10,45	1997
Campuchia	5,02	1999
Ukraine	3,87	1996
Korea	1,73	1999
Bangladesh	1,21	1995/96
Thailand	0,80	1998
Philippines	0,78	1997
Slovenia	0,06	1997
UK	0,04	1999/2000

Nguồn: K. Xu et al [41].

Nhìn chung, chi phí cho các đợt điều trị nội trú thực sự là gánh nặng đối với người dân. Khảo sát chi phí y tế tại 30 bệnh viện cho thấy, nếu so với mức chi tiêu phi lương thực thực phẩm trung bình trong 1 tháng trên toàn quốc, thì chi phí một đợt điều trị nội trú của bệnh viêm phổi cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi gấp khoảng 6,5 lần, viêm ruột thừa gấp khoảng 11 lần và nếu bị tai biến mạch máu não thì gấp khoảng 22 lần, nói cách khác là gần bằng với chi tiêu ngoài lương thực- thực phẩm của một người trong thời gian hai năm [43].

Cách có tiền để chi trả cho dịch vụ y tế của nhiều hộ gia đình là vay mượn hoặc bán tài sản. Theo Điều tra Y tế Quốc gia 2002 thì có khoảng 1/3 tổng số bệnh nhân nội trú phải vay mượn tiền để chi trả chi phí KCB, trong đó khoảng 10% phải bán tài sản và 3,3% vừa phải vay mượn vừa phải bán tài sản. Những người nghèo phải vay mượn tiền để chi trả cho điều trị nội trú cao hơn nhiều so với những người thuộc nhóm có thu nhập trung bình và cao. Có đến gần 2/3 tổng số người nghèo phải vay mượn và bán tài sản để chi cho y tế. Những người có thu nhập trung bình nhưng không có BHYT cũng phải vay mượn và bán tài sản với tỷ lệ khá cao. Như vậy có thể thấy một thực tế là gánh nặng chi phí y tế khá lớn không chỉ đối với hộ nghèo mà cả các đối tượng có thu nhập trung bình.

Những tác động tiêu cực của chi phí y tế từ tiền túi của hộ gia đình nêu trên dẫn đến sự hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của một bộ phận nhân dân và là một trong những nguyên nhân chính làm tăng khoảng cách giữa các nhóm dân cư về tình trạng sức khỏe.

3.4. Các yếu tố có ảnh hưởng đến chi từ tiền túi cho y tế

Như đã trình bày trên, việc chi trả trực tiếp cho y tế khá cao và có thể còn tăng cao hơn. Để giảm được chi trả trực tiếp cho y tế từ tiền túi cần phân tích những yếu tố chính tác động đến hiện tượng này. Việc chi tiêu cho y tế từ tiền túi của người dân bị tác động bởi nhiều yếu tố, trong đó có thể chia thành các yếu tố chính sách, yếu tố cơ sở y tế và yếu tố của hộ gia đình.

Yếu tố chính sách

Có nhiều chính sách có khả năng làm giảm chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi. Tăng chi tiêu NSNN cho y tế có thể giảm chi tiêu của các kênh cung cấp tài chính khác, trong đó có chi từ tiền túi. Các chính sách và giải pháp quản lý để tăng hiệu quả chi phí, chống lạm dụng dịch vụ y tế, sử dụng dịch vụ phù hợp với tuyến chuyên môn cũng làm giảm chi tiêu trực tiếp từ tiền túi.

Hiện nay nguồn kinh phí Nhà nước cấp cho các cơ sở y tế tăng chậm, trong khi chi tiêu của hộ gia đình và xã hội cho y tế ngày càng tăng nhanh, dẫn đến tỷ trọng của NSNN trong các nguồn tài chính bệnh viện có xu hướng giảm dần. Thống kê của Bộ Y tế cho thấy tỷ trọng viện phí trong các nguồn tài chính của bệnh viện đang có xu hướng gia tăng trong giai đoạn 2001-2005 [44]. Tỷ trọng này trong 5 năm lần lượt là 27,1%; 27,9%; 34,5%; 33,9% và 33,5%. Nguồn NSNN tuy vẫn chiếm gần 50% tổng số chi của lĩnh vực KCB (bình quân 5 năm 2001-2005 chiếm 47,3%), nhưng đang có xu hướng giảm từ 55,2% năm 2001 xuống còn 42,6% năm 2005. Như vậy, nguồn thu từ viện phí đang trở thành nguồn thu chính của các cơ sở KCB. Mặc dù có những nỗ lực để tăng nguồn tài chính công cho y tế (NSNN, viện trợ và BHYT), nhưng tỷ lệ chi tiêu cho y tế từ tiền túi hộ gia đình trên tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội vẫn đang ở mức cao, ảnh hưởng bất lợi tới mục tiêu công bằng trong CSSK.

Yếu tố cung ứng dịch vụ y tế

Cung ứng dịch vụ y tế có tác động trực tiếp đến người bệnh. Nếu trình độ cán bộ y tế tăng lên, trang thiết bị, cơ sở vật chất được nâng cấp, chất lượng thuốc và các kỹ thuật chẩn đoán được đảm bảo, sẽ góp phần nâng cao chất lượng điều trị, giảm chi phí y tế do rút ngắn thời gian khám, chữa bệnh. Các giải pháp quản lý và cơ chế tài chính phù hợp nhằm khuyến khích việc sử dụng dịch vụ y tế hợp lý cũng sẽ làm giảm các chi tiêu y tế.

Bên cạnh đó, một số yếu tố trong nhóm này có thể làm tăng chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình như hiện tượng lạm dụng xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của một số thầy thuốc, đặc biệt là trong cơ chế thị trường, cơ chế tự chủ tài chính và xã hội hóa việc đặt máy móc xét nghiệm.

Yếu tố hộ gia đình

Xét về phía người dân, nếu các yếu tố thuộc nhóm quản lý nhà nước và cung ứng dịch vụ y tế là bị động, thì người dân hoàn toàn có thể chủ động giảm chi tiêu y tế trực tiếp bằng việc chủ động phòng bệnh, CSSK, đi khám sớm khi có vấn đề sức khỏe, hạn chế tự điều trị và tự tìm hiểu rõ hơn về cách các bệnh được chẩn đoán và điều trị để có thể lựa chọn các dịch vụ y tế phù hợp. Một điều rất quan trọng là người dân cần nâng cao nhận thức về BHYT và tích cực tham gia, giảm nguy cơ cho cộng đồng và bản thân mình phải chi trả nhiều từ tiền túi khi đi KCB.

4. Những vấn đề ưu tiên

Những phân tích trên cho thấy chi tiêu từ tiền túi của hộ gia đình ở Việt Nam đang chiếm tỷ trọng khá cao trong tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội, có thể dẫn đến sự mất công bằng trong CSSK. Tình hình này bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân liên quan những bất cập về chính sách tài chính y tế, trong đó nổi lên một số vấn đề cần được coi là ưu tiên, đó là:

- 1) Chi tiêu từ tiền túi của hộ gia đình tăng cao do xu hướng gia tăng thu phí trực tiếp tại các bệnh viện công.
- 2) Hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ y tế của người dân chưa hiệu quả.
- 3) Cơ chế an sinh xã hội về y tế chưa đáp ứng nhu cầu.

Chương VII. Huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế

Xã hội hóa là một chủ trương lớn của Đảng và Nhà nước nhằm huy động nguồn lực và tiềm năng của toàn xã hội, phục vụ cho công tác bảo vệ và CSSK nhân dân. Xã hội hóa gồm nhiều nội dung, tuy nhiên, chương này sẽ phân tích và đánh giá thực trạng, những mặt tích cực và tiêu cực của việc thực hiện chính sách huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế. Trên cơ sở đó, khuyến nghị các biện pháp nâng cao hiệu quả và tính công bằng trong việc huy động các nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế. Một số vấn đề liên quan đến khái niệm/ quan niệm về “xã hội hoá” cũng được phân tích để làm cơ sở chung cho việc đánh giá các chính sách liên quan.

1. Khái niệm “xã hội hoá”

Trong hơn 10 năm gần đây, “xã hội hoá” đã trở thành một định hướng lớn, một giải pháp quan trọng đặc biệt trong việc đổi mới các lĩnh vực y tế, giáo dục, văn hoá ở Việt Nam. Theo Nghị định số 73/1999/NĐ-CP ngày 19/8/1999 của Chính phủ, “Xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá, thể thao là vận động và tổ chức sự tham gia rộng rãi của nhân dân, của toàn xã hội vào sự phát triển các sự nghiệp đó nhằm từng bước nâng cao mức hưởng thụ về giáo dục, y tế, văn hoá, thể thao trong sự phát triển về vật chất và tinh thần của nhân dân”.

Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP ngày 18/4/2005 của Chính phủ đã nêu rõ việc thực hiện xã hội hoá nhằm hai mục tiêu lớn: thứ nhất là phát huy tiềm năng trí tuệ và vật chất trong nhân dân, huy động toàn xã hội chăm lo sự nghiệp giáo dục, y tế, văn hoá, thể dục thể thao; thứ hai là tạo điều kiện để toàn xã hội, đặc biệt là các đối tượng chính sách, người nghèo được thụ hưởng thành quả giáo dục, y tế, văn hoá, thể dục thể thao ở mức độ ngày càng cao.

Như vậy, các nội dung chính của chủ trương xã hội hoá là huy động các tiềm năng về nhân lực, vật lực, tài lực của toàn xã hội, trên cơ sở đổi mới cơ chế quản lý, đa dạng hoá các hình thức hoạt động và các nguồn đầu tư nhằm tạo điều kiện để toàn xã hội được thụ hưởng thành quả ở mức độ ngày càng cao.

2. Tổng quan chính sách xã hội hoá trong lĩnh vực y tế

Năm 1996, Đại hội VIII của Đảng khẳng định: “Các vấn đề chính sách xã hội đều giải quyết theo tinh thần xã hội hoá. Nhà nước giữ vai trò nòng cốt đồng thời động viên mọi người dân, các doanh nghiệp, các tổ chức trong xã hội, các cá nhân và tổ chức nước ngoài cùng tham gia giải quyết những vấn đề xã hội” [45]. Mặc dù đây là lần đầu tiên thuật ngữ “xã hội hoá” được ghi trong văn kiện của Đảng, nhưng ngay từ năm 1986, Đại hội VI của Đảng đã nêu phương châm “Nhà nước và nhân dân cùng làm” và khẳng định vấn đề chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ là trách nhiệm và lợi ích thiết thân của mỗi công dân. Tiếp theo là các chủ trương “Phát triển các hoạt động y tế bằng khả năng của Nhà nước và của nhân dân” (1991) [46]; “đa dạng hoá các hình thức tổ chức CSSK, trong đó y tế nhà nước là chủ đạo” (1993) [20].

Để chỉ đạo thực hiện chủ trương xã hội hoá, Chính phủ đã ban hành nhiều văn bản quan trọng [47-51]. Theo Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP, xã hội hóa trong lĩnh vực y tế bao gồm những nội dung chủ yếu như sau:

1) *Nhà nước tiếp tục tăng đầu tư cho y tế*, trong đó bảo đảm ngân sách cho y tế công cộng, CSSK cơ bản cho các đối tượng chính sách, người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi. Ưu tiên đầu tư cho hệ thống y tế dự phòng, y tế cơ sở, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, các bệnh viện nhi, khoa nhi, các chuyên khoa ít có khả năng thu hút đầu tư. Triển khai đề án đào tạo bác sĩ, dược sĩ đại học cho vùng núi phía Bắc, miền Trung, Tây Nguyên và đồng bằng sông Cửu Long. Ưu tiên đầu tư phát triển nguồn nguyên liệu dược và sản xuất thuốc trong nước.

2) *Tăng cường các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân*. Vận động mọi người tham gia chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ cho bản thân, gia đình và cộng đồng. Khuyến khích các cá nhân, tổ chức trong nước và nước ngoài hoạt động từ thiện, cung cấp, hỗ trợ các thiết bị y tế và hỗ trợ KCB.

3) *Đẩy nhanh tiến độ phát triển và nâng cao chất lượng BHYT*; củng cố và mở rộng BHYT theo hướng đa dạng hoá các loại hình BHYT đáp ứng nhu cầu của nhân dân; phát triển mạnh BHYT cộng đồng dựa chủ yếu vào sự đóng góp của người tham gia bảo hiểm, có sự trợ giúp của Nhà nước và các nguồn tài trợ khác; khuyến khích các loại hình BHYT tự nguyện.¹⁶ Mở rộng diện các cơ sở y tế đăng ký KCB theo BHYT. Từng bước thực hiện người đóng BHYT tự lựa chọn cơ sở KCB phù hợp. Nhà nước quy định chế độ thanh toán BHYT, đồng thời có chính sách ưu đãi đối với các đối tượng chính sách, trẻ em dưới 6 tuổi, trợ giúp người nghèo, đồng bào dân tộc ít người, vùng khó khăn.

4) *Đổi mới chế độ viện phí* trên cơ sở từng bước tính đúng, tính đủ các chi phí trực tiếp phục vụ bệnh nhân. Từng bước chuyển đổi việc cấp kinh phí hoạt động thường xuyên cho các cơ sở KCB sang cấp trực tiếp cho đối tượng thụ hưởng dịch vụ y tế do Nhà nước cung cấp thông qua hình thức BHYT.

5) *Khuyến khích mở bệnh viện, phòng khám tư nhân, bác sĩ gia đình*.

6) *Huy động sự đóng góp của cộng đồng xã hội* để phát triển các hoạt động sản xuất, từng bước giảm dần bao cấp từ NSNN (Nghị định 43/2006/NĐ-CP).

Những nội dung nêu trên cho thấy, xã hội hoá trong lĩnh vực y tế là chủ trương về sự chuyển đổi cơ chế quản lý có nội dung đa dạng và phức tạp. Tuy nhiên, chương này của báo cáo chỉ giới hạn trong việc phân tích vấn đề huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế - một vấn đề quan trọng và nhạy cảm của chủ trương xã hội hoá cần được định hướng đúng để có thể đáp ứng được mục tiêu công bằng và hiệu quả về tài chính y tế.

3. Thực trạng huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế

Thực tiễn xã hội hoá trong lĩnh vực y tế những năm qua cho thấy việc huy động các nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế được thực hiện thông qua nhiều hình thức, như:

- Chính sách thu một phần viện phí (từ năm 1989).
- Chính sách về BHYT (từ năm 1992).
- Huy động nguồn lực để đầu tư phát triển các cơ sở y tế công lập.
- Phát triển khu vực y tế tư nhân.

¹⁶ Chính sách phát triển BHYT tự nguyện đến nay đã có thay đổi

Việc đánh giá, phân tích về chính sách thu một phần viện phí và chính sách BHYT đã được đề cập ở các chương trước. Chương này sẽ đi sâu phân tích, đánh giá việc thực hiện hai hình thức còn lại của việc huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế: huy động vốn đầu tư phát triển tại các cơ sở y tế công lập và sự phát triển khu vực y tế tư nhân.

3.1. Huy động nguồn lực tài chính ở các cơ sở y tế công lập

Để thực hiện chủ trương xã hội hóa, Đề án “Phát triển xã hội hóa bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân” được Bộ Y tế phê duyệt ngày 21/6/2005 đã đưa ra các giải pháp, trong đó có nhóm giải pháp về “Huy động nguồn lực để đầu tư phát triển hệ thống y tế công lập”. Nội dung cụ thể được đề cập trong giải pháp này là: “Khuyến khích các cơ sở KCB, điều dưỡng và phục hồi chức năng huy động các nguồn vốn ngoài NSNN, hợp tác và liên kết với các doanh nghiệp, cá nhân để đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng, nâng cấp trang thiết bị và cung cấp các dịch vụ y tế phù hợp với quy hoạch đã được phê duyệt.” [52]

Việc huy động các nguồn lực để đầu tư phát triển các cơ sở y tế công lập hiện đang được thực hiện dưới hai hình thức chủ yếu:

- Liên doanh, liên kết để đầu tư trang thiết bị y tế.
- Phát triển các dịch vụ khám, chữa bệnh theo yêu cầu.

Liên doanh, liên kết đầu tư thiết bị y tế tại các bệnh viện công

Thực tế cho thấy các hoạt động liên doanh, liên kết tại bệnh viện công đã mang lại nhiều kết quả tích cực, đáp ứng nhu cầu cấp thiết về đổi mới trang bị kỹ thuật y tế, đặc biệt những trang thiết bị kỹ thuật cao, phục vụ kịp thời nhu cầu KCB của nhân dân trong hoàn cảnh kinh phí Nhà nước chưa cung cấp đủ để mua sắm các trang thiết bị này. Kết quả từ một nghiên cứu cho thấy tại hầu hết các bệnh viện, số các trang thiết bị có giá trị trên 10 triệu đồng được đầu tư nhiều hơn một cách đáng kể so với trước khi bệnh viện thực hiện tự chủ. Tuy nhiên, mức độ và hình thức đầu tư rất khác nhau giữa các bệnh viện. Các bệnh viện có mức tự chủ cao thường dựa vào liên doanh, liên kết qua hình thức cho nhà đầu tư đặt máy, thiết bị để cùng khai thác, hoặc hình thức hợp đồng BOT¹⁷ (Build Operate Transfer) để phát triển trang thiết bị, kỹ thuật mới [53].

Cho đến nay, theo báo cáo của Chính phủ [6], các bệnh viện công đã huy động được khoảng 3.000 tỷ đồng để triển khai các kỹ thuật cao, trong đó các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế trên 500 tỷ đồng, các đơn vị thuộc TP Hồ Chí Minh huy động và vay quỹ kích cầu¹⁸ gần 1.000 tỷ đồng; các đơn vị thuộc Hà Nội huy động được trên 100 tỷ đồng, Quảng Ninh gần 50 tỷ đồng...

Tuy nhiên, điều đáng lo ngại là phần lớn nguồn đầu tư này là đầu tư tư nhân, được sử dụng để mua sắm trang thiết bị với mục đích thu lợi nhuận, dẫn đến những hậu quả không mong muốn, như việc lạm dụng dịch vụ, làm tăng chi phí cho người bệnh. Việc tiếp cận và sử dụng vốn vay phi lợi nhuận từ ngân hàng đầu tư phát triển và các tổ chức cho vay phi lợi nhuận khác để bổ sung cho sự thiếu hụt về tài chính còn rất hạn chế.

¹⁷ Nhà đầu tư xây dựng, kinh doanh công trình trong một thời hạn nhất định; hết thời hạn, nhà đầu tư chuyển giao không bồi hoàn công trình đó cho cơ sở của Nhà nước.

¹⁸ Được hiểu là hình thức vay vốn được NSNN bù lãi vay (chủ đầu tư chỉ trả vốn gốc).

Mặt khác, câu hỏi được đặt ra ở đây là các trang thiết bị kỹ thuật đắt tiền được mua sắm theo tiêu chí nào, được sử dụng như thế nào, cho ai, có hiệu quả hay không...?¹⁹ Đây là một vấn đề cần phải được đánh giá sâu thêm để có thể ban hành những quy định nhằm triển khai hiệu quả xã hội hóa lĩnh vực y tế nhưng vẫn đảm bảo được tính công bằng trong CSSK cho người dân.

Với mức đầu tư NSNN cho các bệnh viện công lập còn thấp [54], kết hợp với việc đẩy mạnh liên doanh, liên kết tại bệnh viện công từ các nguồn vốn tư nhân có thể sẽ dẫn đến tình trạng tỷ lệ chi phí y tế do người dân tự chi trả sẽ ngày càng tăng cao nếu không có cơ chế kiểm soát chặt chẽ việc chi định và sử dụng trang thiết bị kỹ thuật cao. Kết quả từ báo cáo kiểm tra 731 bệnh viện năm 2007 của Vụ Điều trị, Bộ Y tế cho thấy nguồn thu chủ yếu của bệnh viện là từ viện phí, chiếm 59,4% các nguồn thu và tăng 26,5% so với năm 2006 [55]. Tỷ lệ chi phí y tế do người dân tự chi trả cao sẽ dẫn đến tình trạng hạn chế khả năng tiếp cận của người nghèo và người cận nghèo trong KCB.

Mặt khác, một nghiên cứu đánh giá về tình hình trang thiết bị y tế tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh cho thấy tỷ lệ trang thiết bị y tế không được sử dụng hết công suất còn khá cao ở một số bệnh viện đa khoa tỉnh nghiên cứu (khoảng 20%) [56]. Điều này cho thấy hiệu quả đầu tư từ nguồn vốn xã hội hoá chưa cao, đầu tư máy móc, thiết bị chưa được điều phối, đôi khi quá với nhu cầu cần thiết, không đồng bộ với đào tạo con người sử dụng máy và đội ngũ KCB (do đó càng phải lạm dụng xét nghiệm để bù lại).

Bên cạnh đó, việc liên doanh, liên kết đầu tư thiết bị y tế tại các bệnh viện công trong điều kiện thiếu quy định của Bộ Y tế về tiêu chuẩn kỹ thuật xét nghiệm như hiện nay có thể dẫn đến tình trạng lạm dụng xét nghiệm ở nhiều cơ sở y tế với mục tiêu thu hồi vốn, tạo ra gánh nặng chi phí cho người dân trong KCB. Tình hình này cho thấy cần thiết phải xây dựng và thực hiện cơ chế kiểm soát chặt chẽ việc chi định và sử dụng trang thiết bị kỹ thuật cao nhằm đảm bảo chất lượng KCB đi đôi với hiệu quả về kinh tế và công bằng trong CSSK nhân dân.

Việc triển khai liên doanh, liên kết chỉ thuận lợi với bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, bởi vì đây là bệnh viện tuyến cuối và có nhiều bệnh nhân. Đối với y tế tuyến huyện và các đơn vị y tế dự phòng, triển khai xã hội hoá theo hướng thu hút đầu tư tư nhân và liên doanh, liên kết đang gặp nhiều khó khăn.²⁰

Một vấn đề cần quan tâm là các văn bản hướng dẫn về đổi mới cơ chế hoạt động của cơ sở y tế công lập cũng như tổ chức KCB theo yêu cầu và liên doanh, liên kết ở bệnh viện công chưa đầy đủ. Báo cáo của một số cơ sở y tế cho thấy việc thiếu văn bản hướng dẫn cụ thể đã làm cho nhiều bệnh viện công lúng túng khi triển khai liên doanh, liên kết sử dụng thiết bị y tế. Một trong những lúng túng mà các bệnh viện gặp phải là về quyền tự chủ tài chính cũng như cho phép liên doanh, liên kết sử dụng

¹⁹ Theo số liệu thống kê của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định, số tiền thu được từ nguồn dịch vụ kỹ thuật cao năm 2007 là 15,8 tỷ đồng, trong đó: 50,2% từ nguồn BHYT (gồm cả BHYT người nghèo), 46,5% từ nguồn viện phí, 3,2% từ nguồn KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi. Cơ cấu chi từ nguồn thu này như sau: chi cho vật tư, hóa chất, văn phòng phẩm; điện nước; nhân công; quản lý; bảo dưỡng và khấu hao tài sản cố định chiếm 45,7%. Còn lại lợi nhuận trước thuế chiếm 54,3%. Chi đóng thuế thu nhập doanh nghiệp từ lợi nhuận trước thuế là 28%. Tổng số lợi nhuận sau thuế là: 6,2 tỷ đồng (39%), trong đó 40% trích nộp bổ sung kinh phí cho bệnh viện đa khoa tỉnh và 60% sử dụng chi cho các thành viên góp vốn.

²⁰ Một số bệnh viện huyện liên kết đặt máy xét nghiệm, song chỉ sau 1-2 tháng đã phải chấm dứt vì tỷ lệ sử dụng thấp, lỗ vốn nên nhà đầu tư rút lui.

thiết bị y tế như thế nào (về chủng loại cũng như về tỷ lệ chia lợi nhuận). Hầu hết các địa phương đều có vướng mắc trong quá trình thực hiện tự chủ do thiếu hướng dẫn cụ thể về việc xác định giá đất trong liên doanh, liên kết. Bên liên doanh chỉ đặt máy, nhưng đất đai, nhà cửa là của nhà nước. Cơ sở để tính toán, phân chia lợi nhuận còn nhiều vướng mắc, vì đây là vấn đề quá mới mẻ [53].

Báo cáo của Ủy ban Thường vụ Quốc hội [5] đã nhận xét: thực tế hoạt động ở các bệnh viện công đang rất cần những quy định pháp lý về sử dụng nhà, đất của các bệnh viện công để liên doanh, liên kết, hoặc để xây dựng các khu điều trị theo yêu cầu, để tránh sự lẫn lộn tài sản công và tư.

Nhiều ý kiến cho rằng, các bệnh viện công cần được nhà nước đầu tư đồng bộ và hiện đại hơn dựa vào NSNN và các nguồn vốn hợp pháp khác. Bên cạnh đó, có chính sách khuyến khích mạnh mẽ phát triển bệnh viện tư, khắc phục tình trạng lẫn lộn công - tư. Đây thực sự là vấn đề cần được tiếp tục đánh giá một cách sâu sắc và toàn diện hơn.

Phát triển các “dịch vụ theo yêu cầu” trong bệnh viện công

Sự thay đổi về đầu tư của các bệnh viện được thể hiện rõ nét ở các bệnh viện lớn. Các bệnh viện có kế hoạch xây mới, mở rộng, chủ yếu tập trung theo hướng phát triển khu “dịch vụ theo yêu cầu”. Lĩnh vực được đầu tư nhiều nhất là các máy móc chẩn đoán hình ảnh như máy chụp cắt lớp, siêu âm màu, X quang kỹ thuật số, nội soi..., chủ yếu để phục vụ cho khu vực dịch vụ theo yêu cầu trong bệnh viện.

Khi thực hiện cơ chế tự chủ, phần lớn các bệnh viện đều quan tâm đến phát triển dịch vụ theo yêu cầu và coi đây là nguồn tăng thu chủ yếu. Một số bệnh viện có khu dịch vụ theo yêu cầu riêng biệt hoặc lồng ghép cung ứng dịch vụ theo yêu cầu vào các dịch vụ KCB thông thường.

Hình thức dịch vụ theo yêu cầu phát triển chủ yếu tại các bệnh viện lớn, như bệnh viện tỉnh hoặc tại một số bệnh viện quận, huyện nơi đông dân cư và có mức sống khá. Các hình thức dịch vụ theo yêu cầu cũng khác nhau giữa các bệnh viện, như “buồng bệnh theo yêu cầu”, “phẫu thuật theo yêu cầu” hoặc “khám bệnh ngoài giờ”... Về giá thu phí dịch vụ theo yêu cầu, kết quả nghiên cứu khảo sát tại 14 bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện cho thấy tại các bệnh viện tồn tại hai loại bảng giá: giá dịch vụ thông thường và giá dịch vụ theo yêu cầu. Mức giá dịch vụ theo yêu cầu có sự dao động lớn giữa các bệnh viện.²¹ Điều này cho thấy hình thức dịch vụ theo yêu cầu tại các bệnh viện công là rất đa dạng và chưa có quy định cụ thể để việc thực hiện được thống nhất.

Hiện nay vẫn chưa có sự phân biệt rõ ràng giữa tài sản công với tài sản tư tại các cơ sở dịch vụ theo yêu cầu. Cơ sở vật chất như nhà cửa và một số trang thiết bị, giường, tủ vẫn là của bệnh viện. Những hình ảnh bệnh nhân ở khu KCB theo yêu cầu với đầy đủ tiện nghi, rộng rãi xen lẫn với cảnh bệnh nhân nằm chen chúc 2-3 người/giường trong cùng một bệnh viện công ở một số nơi đã tạo ra những phản ứng trong xã hội liên quan đến công bằng trong CSSK. Vì vậy, ở một số địa phương, chưa có sự đồng thuận cao trong việc triển khai KCB theo yêu cầu và liên doanh, liên kết trong bệnh viện công.

²¹ Giường dịch vụ tại Bệnh viện Từ Dũ có mức giá từ 300.000đ-500.000đ/ngày; Tiền Giang: 30.000đ-80.000đ/ngày; bệnh viện huyện Cai Lậy: 50.000-100.000đ/ngày.

Tóm lại, việc huy động các nguồn tài chính “xã hội hoá” để đầu tư phát triển các cơ sở y tế công lập thông qua liên doanh, liên kết nâng cấp trang thiết bị y tế và phát triển các dịch vụ theo yêu cầu tại các bệnh viện công đã đem lại một số kết quả, song cũng đặt ra nhiều vấn đề đáng lo ngại về tính công bằng và hiệu quả. Gần đây Thủ tướng Chính phủ đã yêu cầu các bộ ngành liên quan tổng kết, đánh giá tình hình thực hiện xã hội hóa trong thời gian vừa qua và xây dựng “Đề án xã hội hóa một số loại hình dịch vụ công cộng và tiếp tục đổi mới cơ chế hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công” để trình cơ quan lãnh đạo của Đảng và Chính phủ xem xét vào cuối năm [11].

3.2. Tình hình phát triển y tế tư nhân

Khuyến khích phát triển cơ sở y, dược tư nhân được quy định cụ thể trong Pháp lệnh và Nghị quyết của Quốc hội [57, 58]. Các quy định pháp lý đã tạo điều kiện thuận lợi để hình thành hơn 70 bệnh viện tư nhân, gần 30.000 phòng khám y tế tư nhân; 21.600 quầy thuốc tư nhân và đại lý dược, 450 cơ sở sản xuất thuốc y học cổ truyền với trên 2.000 chế phẩm đông nam dược... Hoạt động y tế tư nhân đã chia sẻ một lượng lớn bệnh nhân trong khám bệnh ngoại trú với cơ sở y tế nhà nước, đã tạo thuận lợi hơn cho nhân dân trong KCB. Một số bệnh viện tư nhân đã phát triển kỹ thuật y tế hiện đại, tạo điều kiện cho bệnh nhân chữa trị bệnh ở trong nước, giảm bớt tốn kém so với việc ra nước ngoài KCB.

Tuy nhiên, số lượng và chất lượng y tế tư nhân chưa tương xứng với tiềm năng. Phần lớn cơ sở y tế tư nhân chỉ triển khai các dịch vụ dễ làm, các loại xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh dễ thu hồi vốn. Đa số bệnh viện tư quy mô nhỏ, chủ yếu tập trung ở các đô thị lớn, tỷ lệ sử dụng giường bệnh thấp.²² Theo báo cáo kiểm tra 731 bệnh viện năm 2007 của Vụ Điều trị - Bộ Y tế, công suất sử dụng giường bệnh tại các bệnh viện tư nhân chỉ đạt 67,8% năm 2006 và 74,7% năm 2007; trong khi đó công suất sử dụng giường bệnh chung ở bệnh viện công các tuyến là 118,1% năm 2006 và 122,4% năm 2007 [55]. Số lượt người bệnh nội trú được điều trị tại các bệnh viện tư nhân chiếm một tỷ lệ tương đối thấp so với các bệnh viện công ở các tuyến (1,9% năm 2006 và 2,2% năm 2007).

Thông tin từ một số cơ sở y tế tư nhân cho thấy, các quy định của pháp luật về điều kiện thành lập và hoạt động của cơ sở y tế tư nhân được đánh giá là phù hợp. Những khó khăn hiện nay chủ yếu liên quan đến mức thuế cao²³, không có mặt bằng thuận lợi để xây dựng bệnh viện tư, hoặc những khó khăn liên quan đến các thủ tục hành chính trong xây dựng bệnh viện tư.

Sự thiếu hụt nhân lực y tế hiện nay ở cả bệnh viện công và bệnh viện tư nhân là khó khăn rất lớn để thực hiện chính sách XHH công tác y tế. Mặc dù nhu cầu nhân lực phục vụ cơ sở y tế tư nhân đã tăng ngay sau khi Pháp lệnh hành nghề y, dược tư nhân được ban hành năm 1994, song việc dự báo nhu cầu, tạo điều kiện và khuyến khích công tác đào tạo nhân lực y tế để đáp ứng nhân lực cho các cơ sở y tế tư nhân còn hạn chế. Đến nay, nguồn nhân lực cho y tế tư nhân vẫn chủ yếu được cung cấp bằng nguồn nhân lực sẵn có từ các cơ sở y tế công lập. Gần 60% bác sĩ ở cơ sở y tế tư là những người đang làm việc ở bệnh viện công. Tại một số bệnh viện công ở tuyến

²² Tại Hà Nội có 9 bệnh viện tư, chủ yếu 20-60 giường, tỷ lệ sử dụng giường bệnh rất thấp; Các lựa chọn chính sách đổi mới hệ thống y tế Việt Nam 2007; Báo cáo Y tế Việt Nam 2006; JAHR 2007

²³ Một số bệnh viện tư thành lập theo quy định Luật doanh nghiệp phải chịu mức thuế 28%

trung ương và thành phố lớn, mỗi ngày 1 bác sĩ khám 60 đến 80 bệnh nhân, do đó không bảo đảm chất lượng khám bệnh.

Quản lý nhà nước đối với khu vực y tế tư nhân còn hạn chế. Các cơ sở y tế tư nhân nói chung chưa được đưa vào tổ chức thích hợp để tạo thuận lợi cho việc quản lý về chuyên môn. Việc thu thập thông tin về khu vực y tế tư nhân, quản lý và giám sát chất lượng dịch vụ của y tế tư nhân cũng đang có nhiều khó khăn.

3.3. Khó khăn, thách thức trong huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế

Từ những phân tích trên, có thể nêu ra một số khó khăn, thách thức trong việc huy động nguồn vốn của xã hội cho y tế công lập bao gồm:

- 1) Nhận thức về xã hội hoá trong lĩnh vực y tế nói chung và huy động nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế nói riêng còn chưa thống nhất. Chủ trương XHH bao hàm nhiều nội dung khác nhau, từ vận động nhân dân giữ gìn sức khoẻ, phát triển BHYT, đến hoạt động dịch vụ theo yêu cầu, liên doanh, liên kết, thực hiện tự chủ bệnh viện, phát triển y tế tư nhân, thu viện phí... Trong khi có khó khăn về tài chính, việc huy động các nguồn tài chính từ phía xã hội là cần thiết, song nhiều nơi chỉ quan tâm đến việc huy động vốn có tạo ra lợi nhuận nhằm tăng thu nhập, chưa phân biệt nguồn tài chính nào là công bằng, hay không công bằng.
- 2) Hệ thống y tế chưa huy động được nhiều nguồn tài chính của xã hội từ các tổ chức cho vay mang tính “phi lợi nhuận”, mà chủ yếu là huy động các nguồn đầu tư tư nhân vì lợi nhuận có thể mang lại những hậu quả không mong muốn.
- 3) Cơ chế liên doanh, liên kết trong phát triển bệnh viện công và tổ chức KCB theo yêu cầu chưa đủ rõ ràng. Thiếu một hệ thống tập hợp thông tin tương đối đầy đủ và chính xác về các nguồn đầu tư tư nhân cho y tế, các hình thức liên doanh, liên kết giữa các bệnh viện công với các nhà đầu tư tư nhân, các hoạt động dịch vụ theo yêu cầu ở các bệnh viện công.
- 4) Hiện tượng lạm dụng dịch vụ và kỹ thuật y tế trong các cơ sở y tế (cả công và tư) chưa được kiểm soát và hạn chế. Hiện tượng này có thể bắt nguồn từ động cơ “tận thu” của các bệnh viện và cơ sở dịch vụ y tế khi tiến hành liên doanh, liên kết và đầu tư trang thiết bị y tế, hoặc huy động vốn vay “vì lợi nhuận”.
- 5) Sự phát triển của khu vực y tế tư nhân còn nhiều hạn chế, do thiếu chính sách ưu đãi về thuế và mặt bằng xây dựng.
- 6) Việc huy động nguồn lực tài chính của xã hội để đầu tư phát triển ở các bệnh viện công có thể có những tác động xã hội không mong muốn, cần được đánh giá đầy đủ hơn nhằm góp phần hoàn thiện chính sách, đó là:

Đối với người sử dụng dịch vụ y tế: Hoạt động đầu tư từ nguồn vốn tư nhân, hoạt động cung ứng dịch vụ theo yêu cầu chủ yếu nhằm cung ứng dịch vụ y tế cho người có khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, có thu nhập cao. Tại địa phương có điều kiện kinh tế xã hội khá, việc triển khai huy động các nguồn lực tài chính có thuận lợi. Tuy nhiên ở hầu hết các vùng khó khăn, nhất là miền núi, vùng sâu, vùng xa, việc huy động các nguồn tài chính của xã hội hầu như không thực hiện được.

Đối với bệnh viện và cán bộ nhân viên bệnh viện: Việc huy động nguồn lực của xã hội để phát triển các dịch vụ theo yêu cầu và nâng cấp trang thiết bị y tế, gắn liền với việc thu hồi vốn và lợi nhuận của tư nhân (trong đó người góp vốn là cán bộ

của bệnh viện), đã góp phần giải quyết tình trạng thiếu vốn và tăng thu nhập cho cán bộ nhân viên y tế ở các bệnh viện lớn. Tuy nhiên, chính điều này cũng có thể tạo ra sự cách biệt về thu nhập của cán bộ y tế giữa các tuyến y tế, các chuyên khoa và giữa các địa phương,²⁴ sự chuyển dịch cán bộ y tế giỏi từ miền núi về miền xuôi, từ nông thôn về thành thị, từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ y tế dự phòng sang điều trị, đã ảnh hưởng không tốt đến hệ thống y tế, đặc biệt là y tế công. Mặt khác, việc cho phép cơ sở y tế lấy nguồn thu từ các dịch vụ y tế để bù vào nguồn tăng lương cho cán bộ y tế có thể dẫn đến tình trạng lạm dụng kỹ thuật trong chẩn đoán và điều trị để “tận thu”, tạo gánh nặng về tài chính cho người bệnh và cả quỹ BHYT.²⁵

Đối với hệ thống y tế: Việc phát triển các dịch vụ theo yêu cầu và liên doanh, liên kết với tư nhân để nâng cấp trang thiết bị y tế ở các bệnh viện công có thể dẫn đến tình trạng “lẫn lộn công tư” trong sử dụng nhân lực cũng như cơ sở vật chất, từ đó làm suy yếu các bệnh viện công lập, gây sự chia tách giữa các tuyến y tế, phá vỡ tính thống nhất của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế. Xu hướng này đương nhiên sẽ thúc đẩy hình thức “phí theo dịch vụ” và chi trả trực tiếp từ tiền túi của người bệnh – nhân tố chính làm tăng thêm tình trạng mất công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế.

3.4. Những vấn đề ưu tiên

Trong số những vấn đề bất cập nêu trên, có thể xác định những vấn đề bức xúc nhất cần được ưu tiên giải quyết, đó là:

- 1) Hệ thống y tế chưa huy động được nhiều nguồn tài chính của xã hội mang tính “phi lợi nhuận”, mà chủ yếu là huy động các nguồn đầu tư tư nhân vì lợi nhuận có thể mang lại những hậu quả không mong muốn.
- 2) Tình trạng thiếu cơ chế và các quy định để kiểm soát việc liên doanh, liên kết trong đầu tư phát triển bệnh viện công; kiểm soát và khắc phục hiện tượng lạm dụng dịch vụ và kỹ thuật y tế trong các cơ sở y tế (cả công và tư).
- 3) Sự phát triển của khu vực y tế tư nhân còn nhiều hạn chế. Việc quản lý và giám sát chất lượng dịch vụ của y tế tư nhân cũng đang có nhiều khó khăn và yếu kém.
- 4) Tác động nhiều mặt của một số hình thức huy động nguồn lực của xã hội để đầu tư phát triển các bệnh viện công lập, như liên doanh, liên kết nâng cấp trang thiết bị y tế, phát triển dịch vụ theo yêu cầu, chưa được đánh giá đầy đủ, nhằm góp phần hoàn thiện chính sách phù hợp.

²⁴ Hiện nay khoa nhi ở các bệnh viện khó khăn, nguyên nhân một phần là do cơ chế tự chủ kinh phí ở BV, do chính sách KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi; bất cập về đào tạo bác sĩ.

²⁵ Có Trung tâm y tế dự phòng cấp huyện qua 1 năm thực hiện XHH thu 100 triệu, chi 40 triệu bù tiền lương, 10 triệu thuế. Do quá chú trọng XHH, tiết kiệm nguồn chi nên cán bộ YTDP đã hạn chế đi giám sát dịch bệnh ở cơ sở, bởi vì khoán công tác phí 150 ngàn/tháng.

Chương VIII. Thực hiện cơ chế tự chủ tài chính trong các đơn vị sự nghiệp của ngành y tế

Một trong những chủ trương của Đảng và Nhà nước nhằm đổi mới cơ chế quản lý phù hợp với bối cảnh phát triển nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đó là từng bước cải cách phương thức tài chính công theo hướng phát huy tính tự chủ và hiệu quả sử dụng NSNN, phát huy mọi khả năng của các đơn vị sự nghiệp công lập trong việc cung cấp dịch vụ công với chất lượng cao. Chủ trương này được thể hiện trong Nghị định 10/2002/NĐ-CP và Nghị định số 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ về việc giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm trong thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy biên chế và tài chính trong các đơn vị sự nghiệp nói chung và các đơn vị sự nghiệp y tế nói riêng.

Chương này sẽ tổng quan quá trình thực hiện tự chủ tài chính của ngành y tế Việt Nam hiện nay, đặc biệt tại các cơ sở KCB, xác định các vấn đề ưu tiên nhằm đề xuất các giải pháp tăng cường hiệu quả sử dụng nguồn lực và hạn chế các ảnh hưởng bất lợi trong quá trình thực hiện chủ trương đổi mới quan trọng này trong năm 2009 và những năm tiếp theo.

1. Quan niệm về tự chủ tài chính

Quá trình "tự chủ", trong đó có tự chủ về tài chính, được thực hiện ở nhiều nước trên thế giới cùng với xu hướng đổi mới quản lý khu vực công diễn ra vào đầu những năm 80 của thế kỷ trước. Khái niệm về vấn đề này ngày càng được xác định rõ hơn, tuy nhiên vẫn chưa có sự thống nhất. Theo WB, tự chủ hóa và doanh nghiệp hóa là những cải cách đem lại cho các cơ quan cung ứng dịch vụ công có quyền tự chủ nhiều hơn và dựa vào những khuyến khích của thị trường hoặc "tương tự thị trường" để thúc đẩy việc cải thiện kết quả hoạt động của mình. Cả tự chủ hóa và doanh nghiệp hóa đều làm thay đổi quyền ra quyết định, quy ước phân bổ phần kết dư và mức độ chịu ảnh hưởng của thị trường. Những cải cách này cũng tạo nên các quy tắc trách nhiệm gián tiếp, cho phép nhà quản lý ngày càng có nhiều tự do trong hoạt động điều hành hằng ngày. Trách nhiệm liên quan tới các dịch vụ bị thua lỗ và các chức năng xã hội khác cũng được làm rõ hơn, và thường có nguồn vốn để đảm bảo cung ứng dịch vụ liên tục [59].

Ở Việt Nam, khái niệm về tự chủ trong ngành y tế cũng chưa được định nghĩa rõ ràng, tuy nhiên, đến nay quá trình tự chủ đang được thực hiện theo hướng dẫn chung của Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ, quy định về quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế, tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp công lập. Vấn đề tự chủ tài chính được quy định khá cụ thể và được phân làm 3 loại hình đơn vị: 1/ Đơn vị tự đảm bảo chi phí hoạt động (tự đảm bảo hoàn toàn chi phí hoạt động); 2/ Đơn vị tự đảm bảo một phần chi phí hoạt động thường xuyên (phần còn lại do nhà nước cấp); 3/ Đơn vị sự nghiệp do NSNN đảm bảo toàn bộ chi phí hoạt động (nguồn thu đáp ứng dưới 10% tổng số chi).

2. Tổng quan các chính sách về tự chủ tài chính

Cùng với chủ trương chuyển đổi nền kinh tế kế hoạch hoá tập trung sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, từ năm 1989 đến nay, hệ thống tài chính y tế nước ta đã có những thay đổi đáng kể thông qua một loạt chính sách nhằm

huy động nhiều nguồn lực khác nhau cho y tế. Thực hiện chủ trương tăng cường phân cấp quản lý, trong đó có việc phân cấp cho các đơn vị sự nghiệp có thu, ngày 16/01/2002, Chính phủ đã ban hành Nghị định 10/2002/NĐ-CP. Nghị định này đã cho phép các đơn vị sự nghiệp chủ động về mặt tài chính và tổ chức nhân lực, nhằm quản lý thống nhất nguồn thu, khuyến khích tăng thu, tiết kiệm chi, đảm bảo trang trải kinh phí hoạt động, thực hiện tinh giản biên chế và tăng thu nhập cho người lao động trên cơ sở hoàn thành tốt các nhiệm vụ được giao và thực hiện đầy đủ nghĩa vụ với NSNN. Để hướng dẫn thực hiện Nghị định 10, ngày 21/3/2002, Bộ Tài chính đã ban hành Thông tư số 25/2002/TT-BTC, quy định chi tiết chế độ tài chính áp dụng chung cho các đơn vị sự nghiệp có thu. Riêng đối với ngành y tế, tháng 2 năm 2004, Bộ Y tế, Bộ Tài chính và Bộ Nội vụ đã ban hành Thông tư liên tịch số 13/2004/TTLT-BYT-BTC-BNV, hướng dẫn chi tiết thực hiện cơ chế tự chủ về tài chính, lao động và tiền lương cho các đơn vị sự nghiệp y tế có thu hoạt động trong lĩnh vực y tế công lập như các bệnh viện, viện có giường bệnh, các trung tâm, các cơ sở đào tạo, viện nghiên cứu, cơ sở YTDP [60].

Đối với các cơ quan quản lý nhà nước và tổ chức khoa học và công nghệ, Chính phủ ban hành Nghị định 130/2005/NĐ-CP, quy định chế độ tự chủ, tự chịu trách nhiệm về sử dụng biên chế và kinh phí quản lý hành chính đối với cơ quan quản lý nhà nước và Nghị định số 115/2005/NĐ-CP, cho phép các tổ chức khoa học và công nghệ được phép chuyển đổi tổ chức và hoạt động theo một trong hai hình thức là: tổ chức khoa học và công nghệ tự trang trải kinh phí, hoặc doanh nghiệp khoa học và công nghệ. Cho đến nay, hầu hết các cơ quan quản lý nhà nước thực hiện tự chủ theo Nghị định 130/2005/NĐ-CP, trong khi đó chưa có tổ chức khoa học công nghệ nào triển khai thực hiện tự chủ tài chính theo 115/2005/NĐ-CP.

Trong quá trình thực hiện, Nghị định 10 đã bộc lộ một số bất cập, do các đơn vị mới chỉ được giao quyền tự chủ về mặt tài chính, chưa được giao quyền tự chủ về mặt biên chế, lao động và tổ chức bộ máy. Để khắc phục hạn chế của Nghị định 10, ngày 25/04/2006, Chính phủ đã ban hành Nghị định 43/2006/NĐ-CP, trong đó mở rộng phạm vi giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với tất cả các đơn vị sự nghiệp công lập. Tiếp đó, Bộ Tài chính đã ban hành Thông tư số 71/2006/TT-BTC hướng dẫn thực hiện Nghị định 43. Bộ Y tế và Bộ Nội vụ đã ban hành Thông tư liên tịch số 02/2008/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định 43/2006/NĐ-CP đối với đơn vị sự nghiệp công lập trong lĩnh vực y tế. Theo tinh thần của Nghị định 43 và các Thông tư hướng dẫn, các đơn vị được quyền tiếp nhận, bổ nhiệm ngạch, chuyển ngạch, nâng bậc lương đối với viên chức tương đương ngạch bác sỹ chính trở xuống; được quyền quyết định thành lập hoặc giải thể, tổ chức lại các khoa, phòng và tổ chức trực thuộc khác trên cơ sở quy hoạch hoặc phương án đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

Đối với tự chủ về tài chính thì các đơn vị sự nghiệp công lập hoàn toàn được chủ động về nguồn thu chi tài chính, được khuyến khích chuyển sang loại hình doanh nghiệp hoặc loại hình ngoài công lập. Cho phép các đơn vị được tự chủ trong việc trích lập các quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp, quỹ phúc lợi, quỹ khen thưởng, quỹ dự phòng ổn định thu nhập và chi trả thu nhập tăng thêm cho người lao động... Đồng thời được phép sử dụng tài sản để liên doanh, liên kết hoặc góp vốn liên doanh với các tổ chức cá nhân trong và ngoài nước đầu tư xây dựng, mua sắm máy móc thiết bị phục vụ hoạt động dịch vụ phù hợp với chức năng nhiệm vụ của đơn vị theo quy định của pháp luật. Như vậy, Nghị định 43/2006/NĐ-CP đã tạo hành lang pháp lý rộng rãi cho

các đơn vị sự nghiệp có thu phát huy tối đa quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm để phát triển đơn vị, tăng thu nhập cho cán bộ.

Chủ trương “Chuyển các cơ sở công lập đang hoạt động theo cơ chế sự nghiệp mang nặng tính hành chính bao cấp sang cơ chế tự chủ cung ứng dịch vụ công ích không bao cấp tràn lan và không nhằm lợi nhuận (gọi tắt là cơ chế cung ứng dịch vụ)” cũng được xác định tại Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP, ngày 18/4/2005, của Chính phủ. Thông tư số 15/2007/TT-BYT, ngày 12/12/2007, của Bộ Y tế đã hướng dẫn thực hiện quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về sử dụng tài sản để liên doanh, liên kết hoặc góp vốn liên doanh để mua sắm trang thiết bị phục vụ hoạt động dịch vụ của các cơ sở y tế công lập.

Việc phân cấp quản lý và trao quyền tự chủ tài chính cho các đơn vị cung ứng dịch vụ y tế được dự đoán sẽ là đòn bẩy nhằm tăng cường hiệu suất hoạt động, tiết kiệm chi phí, tăng nguồn thu từ các hoạt động dịch vụ cho các cơ sở y tế đồng thời tăng tính sẵn có của dịch vụ y tế để đáp ứng nhu cầu KCB của nhân dân. Song, nếu việc giao quyền tự chủ không kèm theo các điều kiện nâng cao năng lực quản lý, tăng cường trách nhiệm giải trình, tính minh bạch và vai trò theo dõi, giám sát thích hợp thì sẽ dẫn đến nguy cơ tăng rào cản đối với người nghèo và người cận nghèo trong tiếp cận dịch vụ y tế. Kinh nghiệm về phân cấp y tế tại một số nước châu Á như Trung Quốc, Indonesia, Philippin cho thấy hệ thống y tế có thể phải chịu những hậu quả khá nghiêm trọng từ việc tự chủ hóa thiếu tính trách nhiệm, trong điều kiện năng lực quản lý và hệ thống giám sát điều hành chưa đáp ứng yêu cầu thực tế. Do đó cần nhìn nhận một cách đúng mức hơn về sự cân đối giữa nỗ lực gia tăng nguồn thu và các mục tiêu xã hội trong CSSK.

3. Tình hình thực hiện chính sách tự chủ tài chính

3.1. Quá trình chỉ đạo thực hiện

Vai trò chỉ đạo của các cơ quan liên quan

Để chỉ đạo thực hiện chính sách tự chủ tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế, Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Tài chính, Bộ Nội vụ ban hành các thông tư, quyết định hướng dẫn các đơn vị thực hiện chính sách này, thẩm định các phương án và phê duyệt quy chế chi tiêu nội bộ của các đơn vị trực thuộc Bộ. Sở Y tế ở các tỉnh/thành phố giữ vai trò chủ chốt trong việc chọn lựa giao chỉ tiêu cho các đơn vị, cũng như hướng dẫn, đôn đốc và giám sát quá trình thực hiện chính sách này ở địa phương. Sở Y tế cũng chịu trách nhiệm thẩm định phương án và xét duyệt quy chế chi tiêu nội bộ của đơn vị, còn Sở Tài chính đóng vai trò tư vấn và góp ý kiến. Riêng dự toán ngân sách của ngành y tế phải do HĐND và UBND tỉnh/thành phố phê duyệt. Công tác tập huấn và phổ biến chính sách này cũng được các địa phương quan tâm. Tuy nhiên, trên thực tế, việc phổ biến các văn bản này còn có nhiều hạn chế, vì vậy nhận thức về tự chủ tài chính của công chức, viên chức ở hầu hết các đơn vị sự nghiệp y tế còn chưa đầy đủ và thấu đáo [53].

Bộ Y tế và Sở Y tế các tỉnh/thành phố đóng vai trò chủ chốt trong việc kiểm tra, theo dõi, giám sát các hoạt động, từ tiến độ triển khai cho đến quá trình thực hiện các nội dung tự chủ trong các đơn vị trực thuộc. Cơ quan BHXH với vai trò quản lý quỹ, chi trả các dịch vụ y tế cũng tham gia tích cực trong việc kiểm tra, giám sát đơn vị cung ứng dịch vụ cả về chuyên môn và tài chính thông qua hoạt động giám định. Các cơ quan ban ngành khác có liên quan ở địa phương cũng tiến hành thanh tra, kiểm tra, giám sát theo định kỳ hằng năm, nhưng chủ yếu về quản lý tài chính của các đơn

vị. Tuy nhiên, trên thực tế hiệu quả của công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát còn rất hạn chế do thiếu nhân lực, vật lực và cơ chế giám sát.

Việc triển khai chính sách tự chủ tài chính trong ngành y tế có hai giai đoạn:

Giai đoạn thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 10/2002/NĐ-CP (từ 2002 đến 2006) được triển khai khá dè dặt. Theo báo cáo của Bộ Y tế, tính đến hết tháng 12 năm 2005, ngành y tế có 676 đơn vị được giao quyền tự chủ một phần kinh phí, trong đó có 10 đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, 24 đơn vị thuộc bộ, ngành trung ương và 623 đơn vị thuộc địa phương quản lý. Trong số đó, có 18 tỉnh triển khai tại hơn 50% số cơ sở y tế, 14 tỉnh triển khai dưới 50%, có tỉnh chỉ triển khai thí điểm một vài cơ sở ở tuyến tỉnh và có 6 tỉnh chưa triển khai, gồm Quảng Ngãi, Bình Định, Đắc Nông, Bắc Kạn, Cao Bằng và Đồng Tháp [61]. Nhìn chung, tiến độ thực hiện Nghị định 10 trong ngành y tế chậm hơn so với các ngành khác và được triển khai thí điểm tại các đơn vị y tế ở các thành phố lớn, nơi đông dân cư, có mức sống cao và điều kiện cơ sở vật chất tương đối tốt.

Giai đoạn thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP (từ 2006 đến nay) được triển khai khá rộng rãi và gần như bắt buộc đối với tất cả các đơn vị sự nghiệp trong ngành y tế. Theo ước tính của Bộ Y tế, đến nay có gần 100% các cơ sở y tế từ tuyến huyện trở lên đã thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 43 [62]. Một số đơn vị y tế tuyến huyện chưa triển khai tự chủ tài chính do hạn chế về nguồn thu và chưa có đủ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực, cũng đang xúc tiến xây dựng phương án trình cấp có thẩm quyền để thực hiện tự chủ tài chính.

Mức độ tự chủ tài chính của các đơn vị

Nhìn chung, mức độ tự chủ tài chính của các đơn vị sự nghiệp y tế thể hiện rất khác nhau giữa các loại hình đơn vị, giữa các các tuyến và các khu vực khác nhau. Các đơn vị ở những thành phố lớn, khu vực đông dân cư với mức sống cao thì mức độ tự chủ mạnh hơn. Mức độ tự chủ hoàn toàn phụ thuộc vào khả năng tài chính cũng như các điều kiện cơ sở vật chất sẵn có của các đơn vị. Đồng thời, còn phụ thuộc rất nhiều vào năng lực lãnh đạo, chỉ đạo của người đứng đầu đơn vị. Nơi nào giám đốc năng động, chủ động thì nơi đó có mức độ tự chủ mạnh hơn và ngược lại. Kết quả khảo sát cho thấy, các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh/thành phố có mức tự chủ mạnh hơn rất nhiều so với các bệnh viện tuyến huyện. Sự khác biệt không chỉ thể hiện giữa các bệnh viện tự chủ toàn phần với các đơn vị tự chủ một phần hay giữa các đơn vị thực hiện trước hay là sau, mà còn thấy ở ngay chính các đơn vị có cùng mức tự chủ hoặc có cùng thời gian thực hiện tự chủ. Hơn nữa, sự khác biệt càng thấy rõ hơn ở chính các nội dung mà các đơn vị được phép tự chủ theo quy định như: tự chủ về tài chính, đầu tư trang thiết bị, phát triển dịch vụ theo yêu cầu, huy động, góp vốn liên doanh, liên kết...[53]. Tuy nhiên, việc đánh giá mức độ tự chủ của các đơn vị hiện nay mới chỉ dựa vào kết quả định tính mà chưa có tiêu chí cụ thể, rõ ràng để đánh giá.

3.2. Một số kết quả bước đầu

Việc triển khai chính sách tự chủ tài chính trong ngành y tế trong thời gian qua đã thu được kết quả bước đầu đáng ghi nhận, thể hiện ở các mặt chủ yếu sau đây:

1) *Quyền lực và trách nhiệm của lãnh đạo cơ quan được tăng lên rõ rệt.* Hầu hết các ý kiến đều nhận định rằng khi thực hiện tự chủ, lãnh đạo cơ quan đã năng động hơn, dám nghĩ, dám làm, dám chịu trách nhiệm đối với các hoạt động của đơn vị với động cơ tăng nguồn thu tài chính và tăng thu nhập cho cán bộ, nhân viên.

2) *Có sự thay đổi về bố trí sắp xếp bộ máy cũng như sử dụng hiệu quả hơn nguồn nhân lực hiện có.* Các đơn vị đã chú ý tổ chức lại theo hướng tinh gọn, hiệu quả, nâng cao chất lượng tuyển chọn nhân sự và chất lượng bổ nhiệm cán bộ lãnh đạo, nhất là cán bộ có khả năng quản lý đơn vị. Đồng thời, việc cử cán bộ đi học nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ và ứng dụng các kỹ thuật mới được chú trọng. Công tác đào tạo về năng lực quản lý bắt đầu được quan tâm hơn. Tuy nhiên, việc tự chủ trong quản lý, sử dụng nguồn nhân lực mới chỉ hạn chế trong việc sắp xếp lại cán bộ trong đơn vị, chứ chưa được chủ động trong tuyển dụng và sa thải cán bộ, do bị ràng buộc bởi nhiều các văn bản pháp luật khác đang tồn tại song hành, chưa được điều chỉnh kịp thời. Mặt khác, ở các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa hầu như không có khả năng, hoặc gặp nhiều khó khăn trong quản lý sử dụng nhân lực, do sự thiếu hụt trầm trọng về nhân lực chuyên môn ở các khu vực này.

3) *Nguồn thu tài chính của các đơn vị tăng đáng kể.* Theo báo cáo của các đơn vị, nguồn thu tài chính của hầu hết các đơn vị sự nghiệp y tế đều tăng lên đáng kể sau khi thực hiện tự chủ tài chính, đặc biệt đối với hệ điều trị (bệnh viện). Bên cạnh các nguồn thu từ NSNN, BHYT và nguồn thu từ viện phí theo quy định, các đơn vị còn chủ động trong việc xây dựng giá thu của các dịch vụ phụ trợ nhằm tạo thêm nguồn thu để bổ sung kinh phí hoạt động thường xuyên. Kết quả từ một nghiên cứu cho thấy hầu hết các bệnh viện sau khi tự chủ đều có tốc độ tăng thu cao hơn so với trước khi tự chủ (8/12 bệnh viện). Tuy nhiên, các bệnh viện có mức tự chủ cao thì mức độ tăng thu mạnh hơn, các bệnh viện huyện thì xu hướng này không rõ rệt (50% tăng và 50% giảm) [53]. Cơ cấu của các nguồn thu cũng có sự thay đổi và khác nhau giữa các bệnh viện. Nguồn thu từ viện phí, BHYT và thu từ các dịch vụ theo yêu cầu có xu hướng tăng mạnh ở các bệnh viện trung ương và các bệnh viện tỉnh/thành phố, trong khi đó nguồn thu từ NSNN có xu hướng giảm dần và chỉ chiếm khoảng một phần năm tổng thu tài chính của bệnh viện. Tuy nhiên, đối với tuyến huyện thì NSNN vẫn chiếm tỷ lệ cao (50%), nguồn thu từ BHYT tăng lên, nguồn thu từ viện phí lại có xu hướng giảm và thu từ dịch vụ theo yêu cầu còn hạn chế. Các nguồn thu tăng lên ở hầu hết các bệnh viện có sự đóng góp không nhỏ của nguồn thu từ các dịch vụ xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Đây cũng là một vấn đề cần phải xem xét trong bối cảnh tối đa hóa nguồn thu của các bệnh viện. Để tối đa hóa nguồn thu thì việc chỉ định thừa hay lạm dụng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và lạm dụng thuốc là điều khó tránh khỏi. Tuy nhiên, hiện nay còn thiếu những đánh giá dựa trên bằng chứng về mức độ lạm dụng cũng như các phân tích, đánh giá về chi phí - hiệu quả của nguồn lực đầu tư cho y tế.

4) *Các đơn vị chủ động hơn trong việc sử dụng các nguồn tài chính.* Do được giao quyền chủ động trong việc sử dụng ngân sách chi thường xuyên được cấp ổn định trong 3 năm và các nguồn thu, nên các đơn vị đã chủ động điều tiết các khoản chi hợp lý và hiệu quả hơn. Các đơn vị đã tăng cường tiết kiệm chi bằng cách cắt giảm những khoản chi tiêu không hợp lý, khoán chi đến tận các khoa phòng (như chi phí điện thoại, điện nước, hội họp, công tác phí...). Do tiết kiệm chi nên tỷ trọng chi cho hành chính phí có xu hướng giảm (ví dụ ở Bệnh viện Phụ sản sau tự chủ giảm xuống còn 13,8%, Bệnh viện Từ Dũ 51% trước tự chủ xuống còn 38% sau tự chủ). Chi mua sắm, sửa chữa có xu hướng tăng lên ở hầu hết các đơn vị (Bệnh viện Phụ sản tăng 117,8%, Bệnh viện đa khoa Quảng Ninh tăng 14%). Cơ cấu chi cho con người và phần lương tăng thêm có xu hướng tăng lên ở các đơn vị có nguồn thu lớn, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương hoặc ở các thành phố lớn trong khi đó các đơn vị tuyến huyện và hệ dự phòng thì khoản chi này tuy có tăng nhưng không đáng kể [63, 64].

5) *Việc huy động vốn để đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất và trang thiết bị của các đơn vị được tăng cường.* Tính đến nay, các bệnh viện công đã huy động được khoảng 3.000 tỷ đồng để triển khai các kỹ thuật cao.[6]. Do huy động được các nguồn đầu tư, các đơn vị đã chủ động mở rộng, xây thêm các khoa phòng và mua sắm các trang thiết bị đắt tiền như CT-scanner, MRI và các máy móc chẩn đoán hình ảnh khác để phục vụ cho khu vực KCB theo yêu cầu. Các đơn vị ở trung ương, tỉnh/thành phố lớn có xu hướng đầu tư mạnh mẽ hơn các bệnh viện ở tuyến huyện và ở các vùng miền núi, vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa. Mặc dù việc sử dụng nguồn kinh phí trích từ nguồn thu của bệnh viện để đầu tư trang thiết bị vẫn phải xin phép và được sự phê duyệt của cấp trên, nhưng hiện nay đã xuất hiện nguy cơ các bệnh viện chỉ tập trung đầu tư cho những dịch vụ, kỹ thuật KCB sinh lợi cao, mà bỏ qua những dịch vụ kém sinh lợi hơn, có thể ảnh hưởng tới quyền lợi của người bệnh. Như vậy, cùng với chủ trương xã hội hóa và tự chủ hóa trong thời gian qua, các đơn vị đã thu hút được một lượng vốn tương đối lớn nhằm đổi mới trang thiết bị và cơ sở vật chất trong điều kiện nguồn NSNN cấp còn hạn chế. Tuy nhiên, hiện nay chưa có các quy định, hướng dẫn cụ thể việc quản lý, giám sát các hoạt động đầu tư của tư nhân trong các cơ sở y tế công lập, dẫn đến những lo ngại liên quan đến vấn đề công bằng và chất lượng dịch vụ CSSK, bởi vì các khoản đầu tư này chắc chắn sẽ nhằm mục tiêu được thu hồi với lợi nhuận cao lấy từ các nguồn chi trả trực tiếp của người bệnh [65].

6) *Quyền lợi của các cán bộ công nhân viên được cải thiện.* Từ khi thực hiện tự chủ tài chính, thu nhập của các cán bộ công nhân viên được cải thiện rõ rệt. Cơ chế trả lương và thu nhập tăng thêm đã chú ý đến hiệu suất công việc và trình độ năng lực cán bộ. Thực tế cho thấy mức thu nhập tăng thêm rất khác nhau giữa các đơn vị, hệ số lương tăng thêm ở các khu vực trung ương, thành phố thường cao hơn nhiều so với các đơn vị thuộc khu vực nông thôn, vùng núi, vùng sâu, vùng xa. Ví dụ, ở các bệnh viện có nguồn thu lớn như Từ Dũ, Chợ Rẫy, Bạch Mai, Bệnh viện Mắt trung ương, hệ số lương tăng thêm khoảng từ 1,5-2,5 lần lương cơ bản, trong khi còn nhiều bệnh viện rất khó khăn trong việc tạo nguồn thu, do điều kiện về cơ sở vật chất, nhân lực, vị trí địa lý... Hơn nữa với mức thu viện phí và BHYT như hiện nay, họ đã rất khó khăn trong vấn đề trang trải chi tiêu cho các hoạt động của đơn vị và dành một khoản tiền chi lương tăng thêm không đáng kể cho cán bộ. Theo báo cáo của Sở Y tế tỉnh Hà Tây, tỉnh này có 21 đơn vị thực hiện tự chủ một phần từ năm 2007, sau 1 năm thực hiện hệ số lương tăng thêm cho cán bộ dao động trong khoảng 0,01-0,2 ở 19 bệnh viện, chỉ có bệnh viện Đa khoa Hà Tây và bệnh viện Ba Vì có hệ số thu nhập tăng thêm khoảng 0,46 và 0,55 [66]. Trái lại, có những bệnh viện có thể đảm bảo mức lương khoảng 4-5 lần lương cơ bản, trong khi đó, Nghị định 43 chỉ khống chế hệ số tối đa không quá 3 lần quỹ lương cấp bậc, chức vụ trong năm do nhà nước quy định. Đây cũng là điểm bất cập cần phải xem xét. Với tình trạng chênh lệch về thu nhập và điều kiện làm việc như hiện nay có thể dẫn đến hiện tượng di chuyển bác sĩ giỏi từ nông thôn ra thành thị, từ miền núi xuống miền xuôi hoặc từ khu vực nhà nước sang khu vực tư nhân ngày càng tăng.

7) *Tăng tính cạnh tranh giữa các cơ sở cung ứng dịch vụ.* Việc thực hiện tự chủ tài chính đã làm tăng tính cạnh tranh giữa các cơ sở y tế công, kể cả khu vực y tế tư nhân, về chất lượng, giá cả và phong cách phục vụ người bệnh. Các bệnh viện phải phấn đấu tăng hiệu quả hoạt động và tìm cách thu hút thêm bệnh nhân, đặc biệt là các đối tượng có khả năng chi trả cao. Tự chủ hoá cũng thúc đẩy việc đổi mới tư duy quản lý tài chính, phương thức hoạt động cũng như văn hóa ứng xử với người bệnh, tạo sự hài lòng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Tuy nhiên, điều này cũng gây nguy cơ mất tính toàn diện và tính hệ thống trong cung ứng dịch vụ, như phá vỡ phân tuyến

kỹ thuật, thoát ly khỏi sự quản lý của Nhà nước, nếu không có những giải pháp cần thiết.

3.3. Những khó khăn thách thức

Cho đến nay, chưa có những nghiên cứu đánh giá đầy đủ về việc thực hiện tự chủ tài chính và tác động của chính sách này đối với hệ thống y tế. Song, kết quả khảo sát và nghiên cứu ban đầu về thực hiện tự chủ tài chính ở các bệnh viện đã chỉ ra những hạn chế và tác động không mong muốn có thể xảy ra khi thực hiện chính sách này.

Thứ nhất: Việc triển khai tự chủ được áp dụng đồng thời và không tính đến sự phù hợp với khả năng, năng lực thực hiện của các đơn vị cũng như điều kiện thực tế của từng địa phương trong khi lại thiếu các hướng dẫn và các quy định cụ thể về triển khai thực hiện, giám sát và kiểm tra cũng như chính sách hỗ trợ cần thiết. Điều này gây rất nhiều khó khăn cho các bệnh viện và ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn và đời sống của cán bộ y tế ở phần lớn các bệnh viện tuyến huyện thuộc vùng nông thôn, vùng miền núi khó khăn.

Thứ hai: Chính sách tự chủ tài chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế được tiến hành trong điều kiện “*hệ thống chính sách chưa đồng bộ*”: các văn bản pháp luật liên quan còn chồng chéo, bất cập, gây hạn chế rất nhiều đến tiến trình tự chủ về tài chính. Bản thân các quy định của Nghị định 43 cũng như các Thông tư hướng dẫn chưa phù hợp với đặc thù của ngành y tế và những tác động tiềm tàng tới công bằng y tế [67] (sức khỏe là hàng hóa đặc biệt; vấn đề về thông tin; sự co giãn của nhu cầu; tính nhạy cảm của chăm sóc y tế và rất khó để xác định chi phí - hiệu quả...). Cụ thể, đó là chính sách thu hồi một phần viện phí và chi trả theo BHYT hiện quá thấp, không còn phù hợp, chưa bù đắp được các chi phí KCB; chính sách chế độ tiền lương chung theo Nghị định 03/2003/NĐ-CP đã không tính đến tính đặc thù của ngành y tế; cơ chế chuyển tuyến và phân tuyến kỹ thuật không phù hợp; quy định mức lương; quy định trích lập các quỹ; các quy định về quản lý sử dụng nhân lực đã làm cho các đơn vị rất khó khăn trong thực hiện tự chủ.

Thứ ba: Xu hướng tăng cường đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, mở rộng dịch vụ “theo yêu cầu” để tăng thu, dẫn đến nguy cơ chạy theo lợi nhuận và “thương mại hóa hệ thống y tế”, trong khi thiếu các cơ chế và giải pháp phù hợp trong việc giám sát, kiểm tra, dẫn tới một số nguy cơ như:

- Sử dụng nguồn kinh phí không phải để phục vụ mục tiêu phát triển y tế công cộng mà nhằm đáp ứng nhu cầu của các khách hàng có khả năng chi trả. Cơ chế này sẽ dẫn đến tình trạng các bệnh viện đẩy những ca bệnh khó chữa mà tạo ít thu nhập lên tuyến trên, giữ lại những ca dễ chữa, dễ thu phí. Công tác chỉ đạo, hỗ trợ tuyến ít được quan tâm gây phá vỡ hệ thống phân tuyến điều trị, gây quá tải tuyến trên, suy yếu hệ thống y tế cơ sở.
- Ảnh hưởng bất lợi về công bằng trong CSSK. Bệnh nhân sẽ là đối tượng để tăng thu; lạm dụng xét nghiệm, các dịch vụ kỹ thuật đắt tiền... phân biệt đối xử đối với nhóm bệnh nhân không nộp phí trực tiếp dẫn đến hạn chế sự tiếp cận dịch vụ y tế của người dân, đặc biệt là người nghèo, người cận nghèo, người không có thẻ BHYT và nhóm xã hội yếu thế.
- Sự chênh lệch rất lớn về thu nhập và điều kiện làm việc giữa các bệnh viện tuyến trung ương, ở các thành phố lớn với các bệnh viện ở tỉnh nghèo, vùng sâu, vùng xa, các bệnh viện huyện, các đơn vị y tế dự phòng, dẫn đến sự

chuyển dịch cán bộ từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ nông thôn ra thành thị làm cho sự thiếu hụt cán bộ y tế ở tuyến cơ sở ngày càng trầm trọng hơn.

- Sự chia cắt hệ thống y tế thành các đơn vị độc lập thiếu điều phối, không hợp tác dẫn đến nguy cơ mất tính toàn diện và tính hệ thống trong cung ứng dịch vụ như phá vỡ phân tuyến kỹ thuật, thoát ly khỏi sự quản lý của Nhà nước.

Thứ tư: Năng lực của các lãnh đạo bệnh viện còn chưa đáp ứng: thiếu nhận thức về tự chủ, thiếu kiến thức, kỹ năng về quản lý kinh tế y tế, tài chính y tế, quản trị bệnh viện, trong khi hệ thống thông tin, giám sát còn yếu kém, dẫn đến việc triển khai thực hiện ở phần lớn các đơn vị còn nhiều lúng túng. Tính công khai, minh bạch và trách nhiệm giải trình trong thực hiện tự chủ cũng chưa cao dẫn đến nguy cơ thất thoát, lãng phí và thiếu hiệu quả trong sử dụng nguồn lực của bệnh viện.

4. Những vấn đề ưu tiên

Từ những phân tích trên cho thấy, để thúc đẩy việc triển khai cơ chế tự chủ, tăng cường hiệu quả hoạt động của các cơ sở, đồng thời hạn chế được những tác động không mong muốn, đặc biệt là những tác động tiêu cực đối với việc thực hiện công bằng trong CSSK, cần phải giải quyết hàng loạt vấn đề, trong đó một số vấn đề cần được coi là ưu tiên, đó là:

- 1) Việc thực hiện cơ chế tự chủ còn nhiều khó khăn do thiếu các văn bản hướng dẫn thực hiện và các chính sách liên quan khác chưa đồng bộ (ví dụ về chính sách viện phí)...
- 2) Cơ chế giám sát quá trình thực hiện tự chủ còn chưa đầy đủ, đồng bộ và hiệu quả để hạn chế ảnh hưởng tiêu cực của quá trình thực hiện tự chủ
- 3) Năng lực quản lý kinh tế y tế, tài chính y tế, quản trị bệnh viện, tính công khai, minh bạch và trách nhiệm giải trình của các lãnh đạo bệnh viện còn chưa đáp ứng được yêu cầu trong cơ chế mới.
- 4) Tác động tích cực và tiêu cực của cơ chế tự chủ đối với hệ thống y tế, trong đó có người dân, đặc biệt là người sử dụng dịch vụ y tế chưa được đánh giá đầy đủ, làm cơ sở cho việc điều chỉnh các chính sách liên quan.

Chương IX. Phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện

Phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện có ảnh hưởng rất quan trọng tới cung ứng và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh. Chương này trình bày tổng quan các kênh cung cấp tài chính và các phương thức áp dụng trong hoàn trả chi phí dịch vụ bệnh viện, những phân tích cơ bản về những phương thức chi trả, một số kết quả đạt được và đặc biệt là những hạn chế cần được giải quyết liên quan tới phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện ở Việt Nam, từ đó đưa ra những khuyến nghị chuyển đổi sang phương thức thanh toán phù hợp hơn.

1. Tổng quan chính sách về phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện

Tài chính dịch vụ bệnh viện chịu ảnh hưởng trực tiếp từ các chính sách về phân bổ NSNN, thu một phần viện phí, tự chủ của các cơ sở sự nghiệp có thu và BHYT.

Phân bổ NSNN cho bệnh viện ở nước ta chủ yếu theo phương thức truyền thống - Phương thức phân bổ ngân sách định hướng chi phí đầu vào. Theo phương thức này, ngân sách các bệnh viện được phân bổ dựa trên các yêu cầu nguồn lực cần thiết cho việc vận hành một cơ sở (số giường bệnh, số biên chế, trang thiết bị và chi tiêu thường xuyên khác).

Trước khi có Luật ngân sách sửa đổi 2002, NSNN được phân bổ cho các bệnh viện theo những định mức chung theo khu vực kinh tế – xã hội. Từ khi có Luật ngân sách sửa đổi (nhất là từ khi thực hiện tăng cường tự chủ và trách nhiệm tài chính cho các cấp địa phương), mức ngân sách cho bệnh viện tuyến tỉnh và huyện chủ yếu do chính quyền địa phương quyết định trên cơ sở mức độ ưu tiên cho công tác KCB và khả năng tài chính địa phương.

Có thể thấy có sự gia tăng rõ rệt trong định mức chi thường xuyên cho y tế ở năm 2006 (định mức theo Quyết định 151) so với năm 2003 (định mức theo Quyết định 139) (Bảng 9). Tuy nhiên cần nói rõ rằng các định mức ngân sách y tế ban hành theo các Quyết định 139 (2003) và 151 (2006) chỉ mang tính chất khuyến cáo. Thêm nữa định mức này gồm cả chi KCB và chi y tế dự phòng. Trên thực tế, mức ngân sách dành cho hoạt động bệnh viện thuộc các địa phương rất khác nhau. Theo thống kê 2005 của Vụ Kế hoạch - Tài chính, Bộ Y tế, hầu hết các bệnh viện nhận được ngân sách phân bổ trong khoảng 14 đến 24 triệu đồng/GB/năm. Chỉ có một số ngoại lệ với định mức phân bổ cao hơn ở các thành phố lớn như TP Hồ Chí Minh và Hà Nội.

Bảng 9: Định mức phân bổ chi sự nghiệp y tế theo Quyết định số 139/2003/QĐ-TTg và Quyết định số 151/2006/QĐ-TTg

Vùng	Định mức theo 139/2003/QĐ-TTg (đồng/người dân/năm)	Định mức theo 151/2006/QĐ-TTg (đồng/người dân/năm)	Tỷ lệ gia tăng (lần)
Đô thị	32.180	58.680	1,8
Đồng bằng	35.400	79.280	2,2
Miền núi, vùng đồng bào dân tộc, vùng sâu	44.780	101.100	2,3
Núi cao-hải đảo	48.050	140.700	2,9

Hiện chưa có một hệ thống dữ liệu chính thức và phương thức phân bổ ngân sách chính thống cho các bệnh viện. Điều này giải thích sự khác biệt về mức ngân sách cho hoạt động của các bệnh viện và mức độ phụ thuộc của các bệnh viện vào NSNN địa phương.

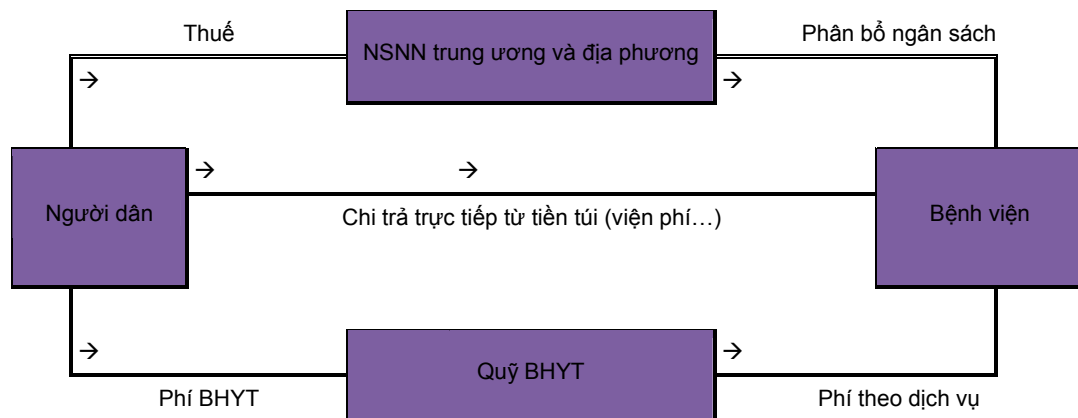
Các bệnh viện công đã qua một thời gian dài được trang trải gần như hoàn toàn bằng NSNN cho tới cuối những năm 1980, khi các bệnh viện được phép thu một phần viện phí. Nguồn thu từ viện phí đã ngày càng chiếm phần quan trọng trong tổng nguồn thu của các bệnh viện. Tuy nhiên, mức viện phí cho các dịch vụ cơ bản được xây dựng từ năm 1995 theo Thông tư 14/1995/TTLB-BYT-BTC-BLĐTBXH và chưa có những điều chỉnh cần thiết.

Từ năm 2002, một số bệnh viện đã bắt đầu thực hiện cơ chế tự chủ tài chính theo Nghị định 10/2002/NĐ-CP và từ năm 2007 hầu hết các cơ sở dịch vụ y tế đã đăng ký chuyển sang hình thức hoạt động tự chủ theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP. Khoản thu một phần viện phí được để lại toàn bộ cho cơ sở KCB sử dụng để phục vụ công tác KCB. Đơn vị được chủ động sử dụng nguồn tài chính này theo quy định tại Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2006 của Chính phủ. Từ năm 2006 cơ chế “khoán ngân sách 3 năm” mang yếu tố khuyến khích hiệu quả đã dần dần được áp dụng ở các bệnh viện công.

2. Các nguồn và phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện hiện nay

Các cơ sở bệnh viện đang được hoàn phí từ các kênh chi trả khác nhau, theo các phương thức chi trả khác nhau. Tuy nhiên, chưa có nhiều công trình nghiên cứu và đánh giá có hệ thống về các phương thức chi trả tại Việt Nam. Hình 16 mô tả các kênh chi trả và các phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện. Dịch vụ bệnh viện hiện đang được hoàn trả từ hai nguồn tập trung (NSNN cấp và quỹ BHYT) và phần còn lại từ nguồn chi trả trực tiếp từ tiền túi của người sử dụng dịch vụ. Kênh thứ 3, chi trả trực tiếp từ người sử dụng dịch vụ, đang ngày càng được các bệnh viện tăng cường huy động nhiều hơn.

Hình 16: Các kênh cung cấp tài chính và các phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện



NSNN (chủ yếu là ngân sách từ thuế) chiếm 35% tổng chi cho dịch vụ nội trú tại bệnh viện [12] và con số này là 42% [64] nếu tính cả phần chi cho dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện. Nguồn ngân sách này được dùng để hoàn trả một phần chi phí bệnh viện (chủ yếu chi phí lao động và một phần chi phí vận hành) thông qua phương

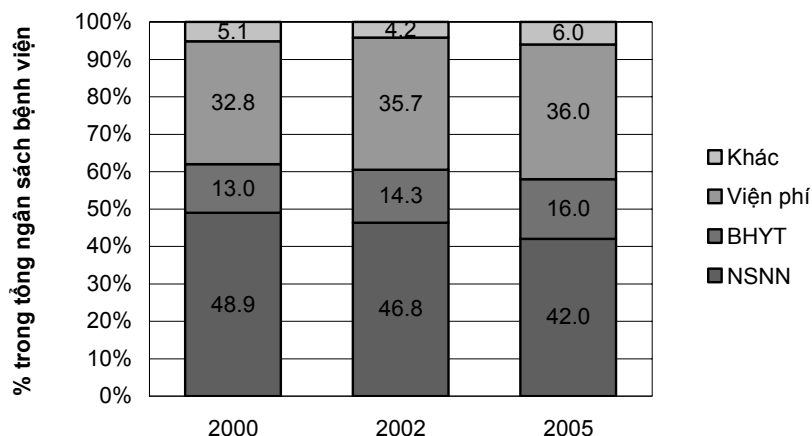
thức phân bổ ngân sách. Trước 2007, ngân sách chủ yếu được phân bổ hằng năm cho các bệnh viện theo số giường bệnh, số biên chế... Từ 2007, phương thức phân bổ ngân sách đã có những chuyển đổi theo hướng “cấp ngân sách ở mức ổn định theo giai đoạn 3 năm”. Đây cũng có thể được coi như một bước chuyển theo hướng khoán ngân sách, giảm bớt những quy định liên quan tới các định mức tài chính khá cứng nhắc đối với các cơ sở bệnh viện.

Ngân sách BHYT trong nguồn thu bệnh viện đã gia tăng đáng kể, từ 13% năm 2003 đến 16% năm 2005. Tuy nhiên, độ bao phủ của BHYT nói chung là khoảng 40% dân số, nhưng độ bao phủ về tài chính (trong tài chính bệnh viện) mới chỉ ở mức khoảng 16%. Điều này phản ánh những hạn chế còn trong mức đóng bảo hiểm và gói ích cho người tham gia BHYT.

Từ nguồn ngân sách BHYT, một phần chi phí bệnh viện (chủ yếu cho thuốc, dịch truyền và vật tư tiêu hao) được hoàn trả thông qua phương thức phí theo dịch vụ theo cùng một khung phí quy định trong chính sách thu một phần viện phí. Do những áp lực liên quan đến thiếu hụt ngân sách, việc chi trả cho các bệnh viện ở tuyến địa phương (bệnh viện tỉnh và huyện) được áp một mức trần (mức tổng chi trên cơ sở số thành viên quỹ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện đó). Đây là phương thức khoán tổng ngân sách, là một phương thức chi trả được nhiều nước áp dụng. Tuy nhiên, trong thời gian qua mức trần tổng chi trả này không áp dụng đối với các bệnh viện tuyến trên, đặc biệt là bệnh viện trung ương dẫn tới xu hướng các bệnh viện tuyến trên tận dụng thu từ quỹ BHYT, sử dụng phần lớn nguồn kinh phí của các bệnh viện có đăng ký KCB ban đầu.

Kênh chi trả trực tiếp từ người sử dụng dịch vụ, cũng thông qua phương thức phí theo dịch vụ, đang chiếm một tỷ lệ tương đối cao trong tổng thu của các bệnh viện, và đang có sự gia tăng (từ 32,8% năm 2002 lên 36% năm 2005) (Hình 17). Trong thời gian tới, sự gia tăng này có thể lớn hơn khi các bệnh viện được khuyến khích tăng các nguồn thu để tự chủ về tài chính.

Hình 17: Cơ cấu tài chính bệnh viện, 2000~2005



Nguồn: Kiểm tra bệnh viện 2000 [68], 2003 [63] và Liệu DH và cộng sự, 2006 [69].

3. Một số bất cập trong chi trả dịch vụ bệnh viện

3.1. Cơ cấu nguồn thu của bệnh viện diễn biến chưa phù hợp

Cơ cấu nguồn ngân sách bệnh viện ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ nguồn thu từ phí dịch vụ (gồm cả BHYT và viện phí trực tiếp) trong tổng thu của bệnh viện có xu hướng tăng dần. Điều này phản ánh các chính sách nhằm giảm phụ thuộc về tài chính từ nguồn NSNN (đặc biệt là từ thuế), tăng cường tự chủ tài chính của các bệnh viện thông qua các nguồn thu ngoài NSNN.

Chi trả trực tiếp từ người sử dụng dịch vụ là nguyên nhân gây ra gánh nặng chi phí dịch vụ KCB cho hộ gia đình, nhất là khi bệnh viện được khuyến khích tăng nguồn thu để tự chủ về tài chính trong điều kiện thiếu cơ chế kiểm soát chi phí và chất lượng dịch vụ. Nhiều hộ gia đình phải đối mặt với chi tiêu quá mức cho CSSK. Đây là chỉ báo về những tác động tiêu cực của phương thức chi trả trực tiếp đối với công bằng trong CSSK nhân dân.

3.2. Mức phí dịch vụ không còn hợp lý

Mức phí dịch vụ theo quy định [70, 71] chỉ thu một phần trong tổng chi phí, chủ yếu chi phí thuốc, vật tư và các dịch vụ xét nghiệm. Ngân sách cấp trực tiếp cho các bệnh viện chỉ bù đắp một phần của chi phí vận hành, chi phí lao động và chi khấu hao trang thiết bị và nhà cửa. Vì vậy, phần thu từ một phần viện phí và NSNN cấp chưa bù đắp đủ chi phí để đảm bảo hoạt động và nâng cao chất lượng dịch vụ. Do thu một phần nên nhà nước đã bao cấp đều cho cả người có thu nhập cao và người có thu nhập thấp, từ đó dẫn đến tình trạng “bao cấp ngược” - người có thu nhập cao sử dụng nhiều dịch vụ hơn nên lại được nhà nước hỗ trợ nhiều hơn.

3.3. Khung phí dịch vụ thiếu yếu tố khuyến khích phù hợp cho phân tuyến kỹ thuật

Khung phí dịch vụ đã và đang được thiết lập theo hướng mức phí cao hơn ở tuyến trên cho cùng một dịch vụ (kể cả những dịch vụ hoàn toàn có thể được cung cấp phù hợp cả về chuyên môn và tính kinh tế ở tuyến dưới). Cơ sở cho khung mức phí này là để khuyến khích người bệnh đi KCB tại y tế cơ sở, nơi có phí dịch vụ thấp hơn, góp phần giảm quá tải cho tuyến trên.

Tuy nhiên từ góc độ yếu tố khuyến khích trong hệ thống cung ứng, khi cơ sở ở tuyến dưới hưởng mức hoàn trả chi phí thấp hơn tuyến trên cho cùng một dịch vụ đáng ra được cung cấp hợp lý ở tuyến dưới, thì năng suất và chất lượng dịch vụ của cơ sở y tế tuyến dưới đã không được khuyến khích hợp lý. Từ phương diện chính sách, nếu mục tiêu chiến lược là động viên sự phát triển của các bệnh viện ở tuyến cơ sở, các bệnh viện tuyến cơ sở cần có được ưu tiên đúng mức thông qua những yếu tố khuyến khích tài chính. Kinh nghiệm của Trung Quốc cho thấy, năng lực hệ thống bệnh viện và cơ sở dịch vụ tuyến dưới đã bị suy giảm nghiêm trọng bởi chính sách tài chính dịch vụ không hợp lý.

3.4. Phương thức phân bổ NSNN theo đầu vào có nhiều hạn chế

Đa số các bệnh viện công vẫn đang được phân bổ ngân sách trên cơ sở những mục ngân sách theo yêu cầu nguồn lực đầu vào (số giường bệnh, số cán bộ...) [72]. Về cơ bản, ngân sách theo định hướng đầu vào nhằm mục tiêu kiểm soát chi tiêu mà không gắn ngân sách với chất lượng, hiệu quả công việc và kết quả đầu ra. Việc “hoàn

thành kế hoạch” luôn đi kèm với việc “giải ngân” phần ngân sách đã được phân bổ mà không có những yếu tố khuyến khích sử dụng nguồn lực một cách hiệu quả.

Trên thực tế, số lượng giường bệnh nội trú chưa phải là chỉ số hợp lý về nhu cầu nguồn lực, vì nó không phản ánh thực tế năng suất và hiệu quả hoạt động của các bệnh viện. Các bệnh viện công có thể cố gắng để có được lượng ngân sách phân bổ lớn hơn thông qua tăng số giường bệnh, khuyến khích thu dung bệnh nhân không hợp lý, tăng bệnh nhân nội trú, kéo dài thời gian điều trị để có tỷ lệ sử dụng giường cao hơn... Đây có thể là một trong số những nguyên nhân các bệnh viện tuyến trên liên tục trong tình trạng quá tải với công suất sử dụng giường tới 130%-150%.

3.5. Thu phí theo dịch vụ

Thu phí theo dịch vụ là phương thức thanh toán chính ở các bệnh viện Việt Nam hiện nay dành cho nguồn BHYT và viện phí trực tiếp. Khung phí được cơ quan quản lý nhà nước xác định, trên cơ sở đó các cơ quan quản lý bệnh viện (các địa phương) xác định mức thu cụ thể cho từng dịch vụ phù hợp với bệnh viện và khả năng chi trả của nhân dân địa phương.

Phí theo dịch vụ cũng có những ưu điểm thúc đẩy năng suất cung cấp dịch vụ bệnh viện và qua đó thúc đẩy công suất hoạt động của cả hệ thống y tế. Tuy nhiên, những yếu tố khuyến khích cung cấp quá mức dịch vụ không phù hợp và làm gia tăng chi phí là những hạn chế rất lớn.

Bằng chứng ở nhiều nước cho thấy phương thức phí theo dịch vụ đã khuyến khích việc cung cấp dịch vụ quá mức cần thiết (lạm dụng dịch vụ) vì động cơ lợi nhuận. Việc lạm dụng dịch vụ có thể là do yêu cầu của người sử dụng dịch vụ (chủ yếu là những người khá giả, sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, dịch vụ theo yêu cầu), hoặc do người cung cấp dịch vụ chỉ định lạm dụng. Vấn đề lạm dụng dịch vụ do người cung cấp thường trầm trọng hơn, nhất khi phí dịch vụ được chi trả bởi bên thứ ba (hay cơ quan BHYT). Mặt khác, dịch vụ y tế là một loại dịch vụ đặc biệt, người sử dụng dịch vụ thường không đủ hiểu biết để xác định mình cần dịch vụ nào là phù hợp. Các chỉ định sử dụng dịch vụ (nhất là xét nghiệm chẩn đoán) chủ yếu phụ thuộc vào người cung cấp dịch vụ.

Trong cơ chế tự chủ tài chính, cơ chế xã hội hóa (đặt máy xét nghiệm) thì xu hướng lạm dụng dịch vụ có thể gia tăng do các bệnh viện muốn tăng nguồn thu. Tình hình lạm dụng dịch vụ này xảy ra khá phổ biến, cả ở các cơ sở y tế công và y tế tư nhân.

Một hạn chế khác liên quan tới phí trực tiếp theo dịch vụ là sự cung cấp quá mức cần thiết hay lạm dụng dịch vụ KCB. Sự lạm dụng chủ yếu nhằm vào những dịch vụ có mức phí cao hơn so với chi phí hoặc những dịch vụ mà mức phí chưa được xác lập chính thức, nhất là dịch vụ ứng dụng kỹ thuật cao. Việc sử dụng và cung cấp dịch vụ quá mức cần thiết có thể làm hài lòng những người sử dụng cho rằng dịch vụ đắt hơn và nhiều hơn đồng nghĩa với chất lượng tốt hơn (trong đó có thái độ phục vụ). Thực ra, đây là tình trạng lãng phí nguồn lực và đôi khi những dịch vụ không cần thiết còn gây những biến chứng, tác dụng phụ ảnh hưởng xấu về sức khỏe và tăng chi phí cho người sử dụng dịch vụ.

Việc tính phí theo dịch vụ cũng có thể dẫn đến tình trạng các bệnh viện tăng thu hút bệnh nhân, kể cả các bệnh nhân mắc bệnh nhẹ (có thể điều trị ở tuyến dưới), kéo dài thời gian điều trị... để tận dụng nguồn thu. Đây cũng là một trong các nguyên nhân quan trọng gây tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trên.

Như vậy, cơ chế chi trả theo phí dịch vụ đã hạn chế hiệu quả hoạt động của hệ thống y tế. Vì tình trạng quá tải, các bệnh viện tuyến trên đã phải dùng nhiều nguồn lực để khám, chữa các bệnh nhẹ, có thể được điều trị ở tuyến dưới (ví dụ: đờ ỉ thường, viêm phổi trẻ em...), hạn chế các nguồn lực để dành cho các bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo, nghiên cứu, phát triển y học... Trái lại, nhiều bệnh viện tuyến huyện hoạt động dưới tải cũng gây lãng phí nguồn lực đầu tư vào hệ thống này.

Với người sử dụng dịch vụ, chi phí cho KCB sẽ tăng cao do phải sử dụng nhiều xét nghiệm chẩn đoán, sử dụng thuốc đắt tiền, kết hợp thuốc không hợp lý, thời gian nằm viện kéo dài...

Vì vậy, việc chuyển đổi cơ chế chi trả phí theo dịch vụ sang những phương thức chi trả mới (chi trả trọn gói theo bệnh, theo nhóm bệnh – DRG) là rất cần thiết để tăng cường hiệu quả hoạt động của hệ thống cung ứng dịch vụ và giảm thiểu gánh nặng tài chính y tế cho người dân.

4. Những vấn đề ưu tiên

Trên quan điểm chính sách, sức ép về nguồn lực để đáp ứng các nhu cầu ngày càng cao về số lượng và chất lượng dịch vụ CSSK là vấn đề của hầu hết các quốc gia. Khi yêu cầu về nguồn lực cho bệnh viện ngày càng gia tăng và chi phí cung cấp dịch vụ ngày càng lớn thì việc thúc đẩy hiệu quả sử dụng nguồn lực sẵn có ở mức cao nhất là rất quan trọng đối với sự phát triển và thành công của cả hệ thống. Đổi mới hoạt động bệnh viện ở Việt Nam theo định hướng tự chủ theo Nghị định 43 (2006) là nhằm khuyến khích các bệnh viện chủ động hơn trong huy động và sử dụng nguồn lực, giảm sức ép về NSNN cho các bệnh viện. Các mục tiêu trên đều đặt ra yêu cầu chuyển đổi từ cơ chế ngân sách nguồn lực đầu vào hiện tại sang một cơ chế ngân sách mới để nguồn lực cho bệnh viện được sử dụng với hiệu quả cao hơn.

Những bài học rút ra từ đổi mới các khu vực dịch vụ công khác như dịch vụ điện và nước sạch cũng cho thấy giảm thiểu lãng phí nguồn lực hiện có chính là chiến lược khả thi nhất và hiệu quả nhất cho sự phát triển bền vững của hệ thống cung ứng dịch vụ.

Bộ Y tế đã có những nỗ lực hướng tới đổi mới phương thức phân bổ tài chính cho các bệnh viện một cách hiệu quả hơn. Với NSNN, trong Đề án đổi mới hoạt động và tài chính y tế trình Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế đã đề xuất từng bước nghiên cứu để phân bổ ngân sách cho các bệnh viện công dựa trên kết quả hoạt động (số lượng và chất lượng dịch vụ) thay vì phân bổ theo giường bệnh như hiện nay. Với sự hỗ trợ của các nhà tài trợ, một số nghiên cứu cũng đang được tiến hành để chuyển đổi phương thức thu phí theo dịch vụ sang thu phí trọn gói theo ca bệnh, và tương lai là thu theo nhóm chẩn đoán (DRG). Dự kiến phương thức thu trọn gói theo ca bệnh sẽ được triển khai thí điểm với một số loại bệnh trong thời gian sắp tới, và sẽ dần được mở rộng nếu thu được kết quả tốt.

Từ những phân tích nêu trên, có thể xác định những vấn đề bức xúc nhất cần ưu tiên giải quyết để xây dựng và thực hiện một phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện hợp lý, đó là:

- 1) Cách tính viện phí hiện nay chưa hợp lý, chưa bao gồm đầy đủ các chi phí của dịch vụ được cung cấp.
- 2) Phương thức chi trả phí theo dịch vụ không có yếu tố khuyến khích hiệu quả sử dụng nguồn lực.
- 3) Thiếu một cơ chế chung đủ mạnh để giám sát và quản lý chất lượng dịch vụ, đặc biệt khi thay đổi phương thức chi trả theo hướng động viên tiết kiệm chi phí, để hạn chế tình trạng cung cấp thiếu dịch vụ.

Chương X. Hỗ trợ tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội trong chăm sóc sức khỏe

Chuyển hướng từ cấp tài chính cho cơ sở cung ứng dịch vụ y tế sang cấp cho người sử dụng dịch vụ là một nội dung quan trọng của chính sách đổi mới cơ chế tài chính y tế nói riêng và đổi mới hệ thống y tế nói chung theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển. Thực hiện phương hướng đó, trong những năm qua, nhiều chính sách đã được ban hành để trợ cấp tài chính trong KCB cho các nhóm đối tượng khác nhau như người nghèo, người cao tuổi từ 85 tuổi trở lên, trẻ em dưới 6 tuổi... Chương này sẽ phân tích các định hướng chính sách và thực trạng trợ cấp tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội,²⁶ nhằm đưa ra các kiến nghị để nâng cao hiệu quả trợ cấp và tăng cường thực hiện định hướng cấp tài chính cho các đối tượng chính sách trong CSSK.

1. Định hướng chuyển đổi từ cấp tài chính cho bên cung ứng dịch vụ sang cấp cho người sử dụng

Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP, ngày 18/4/2005 của Chính phủ về đẩy mạnh xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao đã khẳng định sự cần thiết phải “từng bước chuyển đổi việc cấp kinh phí hoạt động thường xuyên cho các cơ sở KCB sang cấp trực tiếp cho đối tượng thụ hưởng dịch vụ y tế do Nhà nước cung cấp thông qua hình thức BHYT.” Chính sách này đã thể hiện một chuyển biến cơ bản trong mô hình cung cấp tài chính cho KCB tại nước ta.

Thứ nhất, chính sách này sẽ giúp cho những nhóm dân cư có thu nhập thấp hạn chế được rủi ro về tài chính khi phải chi tiêu cho y tế. Từ năm 1989, cùng với việc thực hiện chính sách thu một phần viện phí, vấn đề miễn, giảm viện phí cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội đã được đặt ra [73, 74]. Trong thời gian gần đây, các chính sách trợ cấp này đã được bổ sung, hoàn thiện và mở rộng, bao trùm nhiều nhóm đối tượng như người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người từ 85 tuổi trở lên, người cận nghèo, người có công, người tàn tật, trẻ mồ côi...

Thứ hai, việc trợ cấp của nhà nước cho các đối tượng chính sách trong KCB chủ yếu được thực hiện thông qua trợ cấp mua BHYT, do đó đã góp phần đáng kể vào việc mở rộng diện bao phủ BHYT trong một số năm gần đây. Ngoài ra, tại một số vùng, người nghèo được trợ cấp tiền đi lại, tiền ăn trong thời gian nội trú tại bệnh viện.

Thứ ba, chính sách này đã góp phần giúp các cơ sở y tế giảm gánh nặng tài chính khi cung cấp dịch vụ không được hoàn trả chi phí, giảm phiền hà trong các thủ tục miễn giảm viện phí, và minh bạch hóa cơ chế tài chính giữa cơ sở cung cấp dịch vụ, người bệnh và cơ quan BHYT.

Tuy nhiên, việc thực hiện chuyển đổi từ cấp kinh phí cho cơ sở cung cấp dịch vụ sang cấp cho người sử dụng dịch vụ thuộc diện nhà nước trợ giúp cần phải có những điều kiện nhất định:

²⁶ Các đối tượng chính sách xã hội được đề cập trong báo cáo này bao gồm người nghèo (gồm các nhóm quy định trong QĐ 139), người trên 85 tuổi, trẻ em dưới 6 tuổi, người có công, người cận nghèo.

Trước hết, là cơ sở y tế phải có đủ năng lực và diện bao phủ của BHYT phải tương đối rộng. Khi thực hiện chủ trương này cần tính đến đặc điểm của từng vùng, từng cơ sở. Nếu cơ sở y tế ở các vùng nghèo, vùng sâu, vùng xa bị giảm kinh phí do NSNN cấp khi chưa đủ khả năng tạo ra nguồn thu, thì cơ sở y tế sẽ gặp khó khăn trong duy trì hoạt động.

Thứ hai, là nhà nước phải dành đủ nguồn lực để trợ giúp cho các nhóm đối tượng chính sách xã hội được trợ giúp. Diện bao phủ của các chính sách trợ cấp tài chính cho KCB hiện nay là khoảng 27 triệu người, nếu tính số người cận nghèo dự kiến được trợ cấp 50% mệnh giá BHYT thì số người được nhận trợ cấp lên tới 41 triệu người và để trợ cấp toàn bộ số lượng đối tượng trên nhà nước phải chi khoảng 6,6 nghìn tỷ đồng một năm (Bảng 10).

Bảng 10: Các nhóm đối tượng đã có chính sách trợ cấp và dự tính NSNN trợ cấp mua thẻ BHYT cho các đối tượng này, 2008

Các nhóm đã có chính sách trợ cấp	Hình thức chi trả hiện nay	Số đối tượng (triệu người)	Mệnh giá thẻ hiện nay (đồng)	Mức đóng góp của đối tượng (đồng)	Mức trợ cấp từ NSNN (đồng)	Tổng trợ cấp từ NSNN (tỷ đồng)	Tổng chi mua BHYT (tỷ đồng)
Đang thực hiện							
Người nghèo là đối tượng của QĐ 139	BHYT	17,0	194.000	0	194.000	3.298,0	3.298,0
Trẻ em dưới 6 tuổi	TTTC(†)	8,5	194.000	0	194.000	1.649,0	1.649,0
Người cao tuổi từ 85 tuổi trở lên	BHYT và TTTC	0,4	194.000	0	194.000	77,6	77,6
Người có công	BHYT	1,1	194.000	0	194.000	213,4	213,4
Tổng		27,0				5238	5238
Dự tính							
Người cận nghèo (nhà nước trợ cấp 50% mệnh giá BHYT)	BHYT	14,0(*)	194.000	97.000 (50%)	97.000 (50%)	1.358,0	2.716,0
Tổng cộng		41,0				6.596,0	7.954,0

†- TTTC= Thực thanh thực chi

* Tính theo Khảo sát sống 2006, trong 14 triệu người cận nghèo có khoảng 7 triệu người đã có thẻ BHYT gồm khoảng 2 triệu người có thẻ BHYT người nghèo, 2,4 triệu có thẻ BHYT bắt buộc và 2,5 triệu có thẻ BHYT tự nguyện các loại. Do vậy số 14 triệu người cận nghèo dự kiến tham gia chương trình BHYT chỉ là ước lượng để dự trù mức trợ cấp tối đa từ NSNN. [75]

Nguồn: Tổng hợp từ các chính sách và báo cáo, 2006- 2008 [76-78]

2. Tình hình thực hiện một số chính sách trợ cấp cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội

2.1. Chính sách khám, chữa bệnh cho người nghèo

Kết quả thực hiện

Ngày 15/10/2002, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg về việc KCB cho người nghèo, quy định phạm vi bao phủ của đối tượng gồm toàn bộ người nghèo có mức sống dưới chuẩn nghèo, đồng bào thiểu số tại các tỉnh miền núi khó khăn theo Quyết định số 168/2001/QĐ-TTg, Quyết định số

186/2001/QĐ-TTg, và đồng bào sống tại các xã đặc biệt khó khăn theo Quyết định số 135/1998/QĐ-TTg, với nguồn ngân sách trợ cấp cho KCB được cấp ổn định từ NSNN. UBND cấp tỉnh thành lập Quỹ KCB cho người nghèo được dùng để mua thẻ BHYT cho người nghèo hoặc thực thanh thực chi cho KCB của các đối tượng thụ hưởng. Quỹ còn được phép chi để trợ cấp một phần viện phí cho các trường hợp gặp khó khăn đột xuất do mắc các bệnh nặng, chi phí cao khi điều trị ở bệnh viện Nhà nước.

Nghị định 63/2005/NĐ-CP về điều lệ BHYT cho phép toàn bộ đối tượng nghèo được Nhà nước mua thẻ BHYT (bắt buộc) và được chi trả cho chi phí đi lại khi chuyển tuyến. Trong những năm gần đây, một số người nghèo đã nhận được trợ cấp về ăn, ở, đi lại trong thời gian điều trị nội trú thông qua các dự án viện trợ.²⁷

Từ khi Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg được ban hành đến nay, phân bổ NSNN cho Quỹ KCB cho người nghèo đã liên tục tăng do quy định mệnh giá thẻ BHYT tăng và số lượng đối tượng tăng. Khởi đầu với mệnh giá là 50.000 đồng/người/năm (năm 2002) tăng lên 60.000 đồng (2005), 80.000 đồng (2007) [79]. Đầu năm 2008 thì mệnh giá đã được quy định ở mức 130.000 đồng và hiện nay đã được nâng lên tương đương 3% mức lương tối thiểu chung,²⁸ (khoảng 194.000 đồng/người năm). Chuẩn hộ nghèo mới cũng được ban hành [80] làm tăng số lượng người thụ hưởng Quỹ từ trên 13 triệu người năm 2002 lên trên 17 triệu người năm 2006.

Khi mới ban hành, chính sách này cho phép các địa phương thực hiện hai hình thức thanh toán: mua thẻ BHYT cho người nghèo hoặc thực thanh thực chi. Vì vậy, số lượng đối tượng được cấp thẻ BHYT cho người nghèo năm 2003 chỉ đạt khoảng 3,7 triệu người. Tuy nhiên, sau đó Chính phủ đã quyết định chuyển toàn bộ số đối tượng sang tham gia BHYT bắt buộc [81] nên tới năm 2006, tổng số đối tượng có thẻ BHYT đã lên tới gần 15,2 triệu người (Bảng 11).

Bảng 11: Số lượng đối tượng và tỷ lệ so với dân số (cả BHYT và thực thanh thực chi), 2003-2006

Năm	2003	2004	2005	2006
Số đối tượng thụ hưởng và tỷ lệ so với dân số cả nước	14.367.167 17,5%	13.831.330 16,8%	14.341.851 17,3%	17.012.385 20,1%
Số đối tượng có thẻ BHYT (người)	3,7 triệu	3,9 triệu	4,8 triệu	15,2 triệu
NSNN phân bổ cho quỹ (đồng)	522 tỷ	717 tỷ	784 tỷ	1020 tỷ

Nguồn: BHXH [77, 82] và báo cáo thực hiện 139/2002/QĐ-TTg của địa phương gửi Bộ Y tế [77].

Ngày 25/1/2008, Thủ tướng Chính phủ ban hành Chỉ thị số 04/2008/CT-TTg về việc tăng cường chỉ đạo thực hiện các chương trình giảm nghèo, trong đó quy định Bộ Y tế chủ trì, sửa đổi cơ chế, chính sách KCB cho người nghèo theo hướng tăng thời hạn sử dụng thẻ BHYT với thời hạn từ 02 năm trở lên và tạo điều kiện cho họ

²⁷ Dự án Y tế Tây Nguyên (HICH) với vốn vay của ADB và hỗ trợ của Chính phủ Thụy Điển.

²⁸ QĐ 117/2008/QĐ-TTg ngày 27/8/2008 quy định mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo, người cận nghèo, người già trên 85 tuổi là 3% của mức lương tối thiểu (tương đương 194.000 đồng/người/năm)

mới thoát nghèo trong thời hạn 02 năm đầu tiếp tục được hưởng chế độ ưu đãi về y tế. Chính sách mới này một lần nữa sẽ làm tăng thêm lượng đối tượng bao phủ của Quỹ và do vậy Nhà nước tiếp tục tăng ngân sách để hỗ trợ cho người nghèo và các đối tượng chính sách.

Về việc sử dụng dịch vụ của các đối tượng thụ hưởng, số liệu tổng hợp của 33 tỉnh, thành phố cho thấy từ năm 2004 đến 2006 đã có sự gia tăng trong sử dụng dịch vụ nội trú và ngoại trú bình quân một đối tượng trong một năm (Bảng 12). Tuy nhiên, mức sử dụng này vẫn còn rất thấp so với mức chung của toàn quốc.

Bảng 12: Số lần KCB/đối tượng trong năm 2004 và 2006

Năm	Số lượt ngoại trú BQ một người		Số lượt nội trú BQ một người	
	Đối tượng của QĐ 139 (cả bệnh viện và TYT)	Chung toàn quốc (chỉ tại bệnh viện)	Đối tượng của QĐ 139 (cả bệnh viện và TYT)	Chung toàn quốc (chỉ tại bệnh viện)
2004	0,76	0,68	0,06	0,09
2006	0,88	0,84	0,07	0,086

Nguồn: Số liệu KCB cho người nghèo do các sở y tế báo cáo Bộ Y tế về thực hiện 139/2002/QĐ-TTg (33 tỉnh) [77], Số liệu chung toàn quốc do Vụ Kế hoạch-Tài chính, Bộ Y tế cấp

Ngoài việc hỗ trợ cho người nghèo trên toàn quốc theo quy định của BHYT như trên, với sự hỗ trợ của các nhà tài trợ (ví dụ: Sida Thụy Điển), một số địa phương (các tỉnh Tây Nguyên) còn hỗ trợ người nghèo chi phí đi lại từ nhà đến bệnh viện, hỗ trợ tiền ăn trong thời gian điều trị nội trú, hỗ trợ các chi phí cao (vượt trần chi trả của BHYT)...

Đối với các vùng xa xôi, hẻo lánh, người dân không thể đến KCB tại các cơ sở y tế, ngành y tế các địa phương đã tổ chức các đợt KCB lưu động tại cộng đồng, giúp phát hiện, chẩn đoán và điều trị nhiều bệnh ngay tại cộng đồng.

Ngoài các đối tượng người nghèo, gần đây Chính phủ đã mở rộng hỗ trợ các đối tượng cận nghèo. Ngày 27/8/2008, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 117/2008/QĐ-TTg, theo đó quy định Nhà nước sẽ hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng BHYT cho người cận nghèo (thu nhập bình quân đầu người tối đa bằng 130% chuẩn nghèo). Tổng mức đóng BHYT cho người cận nghèo tương đương 3% mức lương tối thiểu chung. Ngày 24/09/2008, Liên bộ Y tế-Tài chính đã ban hành Thông tư liên tịch số 10/2008/TTLT-BYT-BTC hướng dẫn thực hiện BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo.

Một số khó khăn, bất cập

Tại một số địa phương việc xác định đối tượng thụ hưởng, in và phát thẻ còn chậm và nhiều sai sót, như sai tên đối tượng, chậm in ấn và cấp thẻ cho các đối tượng đã được xác định [83], hoặc có trường hợp trường thôn bỏ quên không phát thẻ cho dân [84]. Tình hình khá phổ biến là cấp phát thẻ chậm trễ, do thẻ bị ghi sai quá nhiều, thường phải mất vài tháng để gửi đi chỉnh sửa thông tin trên thẻ [77].

Một số cơ sở y tế chưa đáp ứng được nhu cầu CSSK của nhân dân, trong đó có người nghèo, nhất là ở vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn. Nhiều TYT xã chưa được phép cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân có thẻ BHYT, chất lượng dịch vụ còn thấp do khó khăn về cơ sở vật chất, trang thiết bị, cán bộ và thiếu chi phí thường xuyên.

Nhận thức của một số người nghèo còn hạn chế nên không biết được đầy đủ quyền lợi và trách nhiệm của mình, không biết cách sử dụng thẻ BHYT trong KCB, trong khi đó, công tác tuyên truyền vẫn còn hạn chế.

Với nguồn ngân sách có hạn, Nhà nước mới chỉ hỗ trợ được các chi phí trực tiếp (thuốc, máu, dịch truyền, vật tư tiêu hao...). Các chi phí gián tiếp (chiếm 40-50% tổng chi phí khi đi KCB) vẫn chưa được hỗ trợ (trừ một số tỉnh có dự án viện trợ).

Công tác theo dõi, giám sát, đánh giá hiệu quả và tác động của chính sách cũng cần được tăng cường thêm.

2.2. Chính sách khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi

Kết quả thực hiện

Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em năm 1991 quy định trẻ em dưới 6 tuổi được CSSKBĐ, được KCB không phải trả tiền tại các cơ sở y tế của Nhà nước. Tiếp theo, chính sách này đã được cụ thể hóa trong Nghị định số 95/CP ngày 27/8/1994 về việc thu một phần viện phí, Thông tư 14/TTLB ngày 30/9/1995 của Liên bộ Y tế – Tài chính – Lao động thương binh xã hội – Ban Vật giá chính phủ, Công văn số 306/YT-KHTC ngày 14/01/2005 của Bộ Y tế. Chính sách KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi được thực hiện rộng rãi từ sau khi Chính phủ ban hành Nghị định 36/2005/NĐ-CP ngày 17/03/2005 quy định chi tiết về việc thi hành Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em và các văn bản hướng dẫn của Bộ Tài chính và Bộ Y tế.

Trong những năm qua, định mức phân bổ cho quỹ KCB cho trẻ em đã tăng dần: năm 2005 là 75.000 đồng/trẻ, năm 2007 là 108.000 đồng/trẻ, đầu năm 2008 là 130.000 đồng/trẻ. Chính sách KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi đã giúp cho hàng chục triệu trẻ em được KCB miễn phí, nhiều trường hợp bệnh nặng, hiểm nghèo chi phí lên đến 40-50 triệu đồng [6].

Bất cập

Sau khi chính sách KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi được công bố rộng rãi vào năm 2005, tại nhiều bệnh viện tỉnh đã xuất hiện hiện tượng quá tải lượng bệnh nhi [76]. Hiện tượng này xuất phát từ hai nguyên nhân, đó là y tế tuyến cơ sở không có đủ trang bị kỹ thuật nên người dân dồn đến các bệnh viện tuyến trên, và có hiện tượng lạm dụng thẻ KCB.

Việc miễn phí mới chỉ dừng lại ở khám và điều trị thông thường, chưa có hướng dẫn đối với một số trường hợp như các can thiệp dự phòng, các phẫu thuật tốn kém cần được trợ cấp như các dị tật bẩm sinh.

Hiện nay kinh phí hỗ trợ KCB cho trẻ em <6 tuổi chủ yếu được sử dụng theo phương thức thực thanh thực chi, chưa được dùng để mua thẻ BHYT để tăng cường hiệu quả quản lý và tăng diện bao phủ của BHYT, đồng thời đảm bảo quyền lợi của trẻ em thụ hưởng. Cơ chế phân bổ kinh phí theo địa phương gây những vướng mắc cho trong thanh toán chi phí KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi khi chuyển tuyến.

Công tác phổ biến, tuyên truyền chính sách còn hạn chế. Một số cán bộ y tế không biết các quy định về cơ chế thanh toán, loại thuốc được phép kê, nên đã ảnh hưởng tới chất lượng điều trị. Ngoài ra, các thủ tục thanh toán còn mang nặng tính hành chính cũng làm tăng khối lượng công việc cho thầy thuốc.

2.3. Chính sách khám chữa bệnh cho người cao tuổi

Kết quả thực hiện

Pháp lệnh Người cao tuổi, ban hành ngày 28/4/2000, nêu rõ người cao tuổi được ưu tiên khi KCB tại các cơ sở y tế và cho phép lập Quỹ chăm sóc người cao tuổi. Năm 2002, theo Nghị định số 30/2002/NĐ-CP, người cao tuổi trên 100 tuổi được cấp BHYT miễn phí. Năm 2003, Nghị định số 120/2003/NĐ-CP, ngày 20/10/2003, quy định tuổi của người cao tuổi được cấp thẻ BHYT miễn phí là từ 90 trở lên. Đến 13/04/2007, Nghị định số 67/2007/NĐ-CP đã quy định mức tuổi của người cao tuổi được trợ cấp là từ 85 tuổi trở lên. Với quy định này, số lượng người cao tuổi thuộc diện được trợ cấp sẽ vào khoảng trên 400.000 người.²⁹

Để cụ thể hoá việc triển khai Pháp lệnh Người cao tuổi, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 02/2004/TT-BYT ngày 20/1/2004 hướng dẫn thực hiện công tác CSSK cho người cao tuổi, quy định người cao tuổi sẽ được quản lý sức khỏe và CSSKBĐ ngay tại tuyến xã và được ưu tiên trong KCB tại tuyến trên.

Từ năm 2004 đến 2006, số lượng người cao tuổi trên 90 tuổi đã tăng từ 175.000 lên tới 189.000 người, song tỷ lệ người cao tuổi có thẻ BHYT (mọi hình thức) đã tăng từ 27,3% năm 2004 lên 63% năm 2006 (Bảng 13). Điều này cho thấy việc thực hiện chính sách chăm sóc người cao tuổi tại các địa phương đã có những tiến bộ đáng ghi nhận.

Bảng 13: Tỷ lệ người cao tuổi (90 tuổi trở lên) có BHYT, 2004 và 2006

	BHYT bắt buộc (hưu tri)	BHYT người nghèo	BHYT đối tượng chính sách	BHYT tự nguyện	Có BHYT	Không có BHYT	Tổng
Năm 2004	1,3%	7,6%	14,3%	4,0%	27,3%	72,7%	100%
Năm 2006	33,2%		22,5	7,3%	63%	37,1%	100%
Số người cao tuổi của mỗi nhóm (năm 2006)	62.804		42.515	13.822	119.141	70.250	189.391

Nguồn: Khảo sát mức sống dân cư năm 2004, năm 2006 [78, 85]

Bất cập

Nhiều người cao tuổi ít sử dụng thẻ KCB: Kết quả một nghiên cứu tại 3 tỉnh cho thấy tình trạng người cao tuổi tự đánh giá sức khỏe kém tăng lên rõ rệt theo tuổi [86]. Mặc dù vậy, nhiều người cao tuổi đã không sử dụng thẻ KCB. Nghiên cứu trên cho biết nguyên nhân chính người cao tuổi không đi KCB (mặc dù có thẻ BHYT) là khả năng đi lại hạn chế, kể cả đến trạm y tế xã (chỉ có 36% các người từ 85 tuổi trở lên có khả năng đi lại trong thôn xóm). Ngoài ra cũng có tình trạng người cao tuổi không đến bệnh viện được vì không có tiền chi cho việc đi lại và không muốn làm phiền con cái.

²⁹ Theo Khảo sát mức sống năm 2006, tổng số người trên 85 tuổi là khoảng 470.000 người, tuy nhiên chính sách trên không hỗ trợ người cao tuổi có lương hưu hoặc trợ cấp bảo hiểm xã hội nên ước tính số người cao tuổi trên 85 tuổi thuộc diện được hỗ trợ theo QĐ 117/2008/QĐ-TTg là khoảng 400.000 người.

Việc thực hiện Pháp lệnh Người cao tuổi và trợ cấp thẻ KCB cho người cao tuổi không đồng đều ở các tỉnh. Nhiều địa phương triển khai còn chậm, gây nhiều thiệt thòi cho người cao tuổi.³⁰

CSSK người cao tuổi có những đặc thù riêng so với các nhóm dân cư khác, do vậy việc trợ cấp người cao tuổi trong tiếp cận dịch vụ KCB cần được quan tâm hơn để mang lại lợi ích thiết thực cho nhóm đối tượng này. Trong những năm tới, khi nguồn NSNN cho y tế dồi dào hơn, cần hạ mức tuổi được trợ cấp để tăng độ bao phủ của trợ cấp cho người cao tuổi, nghiên cứu áp dụng hình thức tổ chức KCB lưu động tại cộng đồng, tạo thuận lợi cho người cao tuổi tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế.

2.4. Một số chính sách hỗ trợ khác

Ngoài các nhóm đối tượng nêu trên, hằng năm Nhà nước đã đảm bảo ngân sách để mua thẻ BHYT cho khoảng 1,1 triệu người có công với cách mạng theo Pháp lệnh người có công. Chi phí KCB của đối tượng này do Quỹ BHYT chi trả.

Ngay từ khi chính sách thu một phần viện phí ra đời, các đối tượng như người tàn tật, trẻ mồ côi, người vô gia cư, bệnh nhân bị bệnh về thần kinh, bệnh động kinh và bệnh phong... cũng được miễn phí KCB. Cho đến nay, việc trợ cấp những nhóm đối tượng này trong KCB (trừ những nhóm sau này đã có chính sách riêng) vẫn được tiếp tục với nguồn kinh phí chủ yếu từ NSNN.

Ngoài các chính sách trợ cấp cho KCB, Đảng và Chính phủ đã ban hành nhiều chính sách để nâng cao năng lực tuyến y tế cơ sở, tạo thuận tiện cho việc tiếp cận của các đối tượng nêu trên như Chỉ thị 06-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng, ngày 22/01/2002, về củng cố mạng lưới y tế cơ sở; Quyết định số 370/2002/QĐ-BYT, ngày 07/02/2002, của Bộ Y tế về việc ban hành "Chuẩn Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001–2010"; Nghị quyết 46 năm 2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới; Chương trình hành động thực hiện Nghị quyết 46 của Chính phủ cũng đề ra nhiệm vụ củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở về cơ sở vật chất, trang thiết bị và cán bộ...

3. Những vấn đề ưu tiên

- 1) Việc triển khai các chính sách trên thực tế còn nhiều khó khăn. Như đã nêu ở phần trên, việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ của các đối tượng của Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg còn nhiều bất cập, như việc xác định đối tượng chậm, sai sót trong in thẻ, phát thẻ, nhiều người có thẻ nhưng không biết cách sử dụng thẻ... Việc hỗ trợ CSSK cho trẻ em dưới 6 tuổi vẫn áp dụng phương thức thực thanh thực chi.

Một số cơ chế tài chính y tế cũng ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ cho đối tượng có thẻ BHYT như chính sách viện phí, mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo, người cao tuổi, phân bổ cho chi thường xuyên của TYT, bệnh viện tự chủ... Đối với người cận nghèo, các phân tích cho thấy chính sách BHYT tự nguyện cho đến nay là chưa phù hợp. Ngoài ra, việc giám sát việc thực hiện các chính sách trợ cấp người nghèo và các đối tượng chính sách còn hạn chế.

³⁰ Nguyên nhân chủ yếu là do sự phối hợp liên ngành chưa được chặt chẽ ở tuyến cơ sở. Trên văn bản, Sở Lao động Thương binh Xã hội là cơ quan quản lý nhà nước về lĩnh vực người cao tuổi nhưng cơ quan này lại không có mạng lưới ở tuyến cơ sở, do đó có khó khăn trong việc tổng hợp thống kê số lượng người cao tuổi.

- 2) Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng của các đối tượng chính sách xã hội còn khó khăn. Chất lượng dịch vụ y tế tuyến cơ sở còn hạn chế khiến người dân chưa thực sự tin tưởng, gây tình trạng vượt tuyến điều trị, quá tải ở các bệnh viện tuyến trên.

Chương XI. Kết luận

1. Tài chính cho Y tế Việt Nam gồm các nguồn chính sau đây: NSNN (kể cả viện trợ), BHYT, người dân tự chi trả, và các nguồn xã hội hóa khác. Với mục tiêu xây dựng một hệ thống y tế công bằng, hiệu quả, phát triển, Việt Nam coi NSNN và BHYT là 2 nguồn tài chính quan trọng nhất cho công tác CSSK nhân dân. Tổng chi tiêu cho y tế theo đầu dân của Việt Nam là khoảng 45 USD/người/năm, ở mức trung bình so với các nước trong khu vực. Cơ cấu tài chính y tế ở Việt Nam trong những năm qua đang có những biến động theo hướng tích cực với sự gia tăng tỷ lệ chi tiêu công, tăng chi NSNN cho y tế, tăng diện bao phủ BHYT, chi tiêu tư giảm dần... Tuy nhiên, trong tổng chi tiêu y tế thì tỷ lệ chi tiêu tư (người dân tự chi trả) chiếm đến gần 70%, một tỷ lệ khá cao so với các nước trên thế giới, ảnh hưởng không nhỏ tới mục tiêu công bằng của y tế Việt Nam.
2. Để phấn đấu cho mục tiêu công bằng trong CSSK, trong những năm gần đây, Chính phủ đã tăng **ngân sách nhà nước cho y tế** một cách đáng kể. Tỷ lệ tăng NSNN cho y tế hằng năm trung bình là 22%/năm trong giai đoạn 2002-2006. Ngoài việc tăng chi thường xuyên, Chính phủ đã ban hành nhiều quyết định để tăng đầu tư cho y tế, trong đó có đầu tư cho các bệnh viện tuyến huyện, bệnh viện khu vực, các TYT xã, trung tâm y tế dự phòng tuyến huyện... Ngoài NSNN qua thuế, Chính phủ cũng đã phát hành trái phiếu Chính phủ để tăng đầu tư cho y tế. Điều này thể hiện sự quan tâm lớn của Chính phủ đối với CSSK nhân dân, và kết quả là đã tạo ra được mức tăng cao trong đầu tư cho y tế. Về cơ bản, NSNN dành cho y tế đã được ưu tiên đầu tư cho người nghèo, vùng nghèo, các vùng khó khăn... Một phần bao cấp của Nhà nước cho y tế đang được chuyển sang hỗ trợ trực tiếp cho đối tượng thụ hưởng thông qua Quỹ KCB cho người nghèo, hỗ trợ mua thẻ BHYT cho người cận nghèo, KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, hỗ trợ CSSK cho các đối tượng chính sách và đồng bào dân tộc thiểu số để tăng hiệu quả hỗ trợ của Nhà nước đến tận đối tượng thụ hưởng. Chính phủ cũng đã rất quan tâm đầu tư củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, phát triển công tác CSSKBĐ, triển khai các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia, mang dịch vụ y tế có chất lượng đến gần dân.

Tuy nhiên, đầu tư NSNN cho y tế cũng vẫn còn một số bất cập. Mặc dù NSNN cho y tế tăng về số tuyệt đối, nhưng tỷ lệ chi NSNN cho y tế trong GDP và trong tổng chi NSNN tăng không nhiều. Tỷ lệ chi NSNN cho y tế trên tổng chi NSNN ước tính năm 2007 chiếm khoảng 7,1%,³¹ còn thấp so với mức cần phấn đấu là 10%. Mức chi NSNN cho y tế theo đầu dân ở mức thấp so với nhiều nước trong khu vực. Tỷ lệ chi tiêu công trong tổng chi tiêu cho y tế đã được cải thiện, nhưng vẫn còn ở mức thấp (30%). Một số địa phương chưa đảm bảo được tổng mức ngân sách y tế cho địa phương như đã được Quốc hội thông qua. Tỷ lệ chi cho y tế dự phòng từ nguồn NSNN đạt 27,7% (năm 2005), nhưng phần lớn là ở cấp trung ương (38,5%), ở các địa phương chỉ chiếm 21%, còn gần 80% ngân sách được chi cho hoạt động KCB. Phương thức phân bổ NSNN cho KCB và cho YTDP hiện có nhiều bất cập, chủ yếu dựa theo chỉ tiêu đầu vào (số giường bệnh, số cán bộ y tế), chưa dựa theo kết quả hoạt động.

³¹ Theo số liệu ước tính chưa chính thức của Bộ Tài chính

3. **BHYT** là một trong các nguồn tài chính y tế quan trọng nhất ở Việt Nam. Mục tiêu của Việt Nam là phấn đấu tiến tới BHYT toàn dân. Diện bao phủ của BHYT xã hội trong những năm qua ngày càng được mở rộng. Số người tham gia BHYT tăng nhanh từ năm 2005, chủ yếu nhờ chính sách Nhà nước mua thẻ BHYT cho người nghèo. Năm 2007, ước có 36,5 triệu người tham gia BHYT, chiếm khoảng 42% dân số, trong đó BHYT người nghèo chiếm 42,5% và BHYT tự nguyện chiếm 25,7%. Gói dịch vụ BHYT thanh toán đã được mở rộng và được cập nhật thường xuyên. Nhiều dịch vụ, kỹ thuật KCB mới được cung cấp cho người có BHYT. Tổ chức hệ thống BHYT cũng đang dần được củng cố hoàn thiện. Quốc hội đã thông qua Luật BHYT vào tháng 11 năm 2008, làm cơ sở để phát triển BHYT toàn dân ở Việt Nam.

Tuy vậy, để tiến tới BHYT toàn dân, BHYT vẫn còn nhiều vấn đề tồn tại, thách thức cần giải quyết. Tỷ lệ bao phủ BHYT vẫn còn thấp và tính bền vững chưa cao, đặc biệt là đối với nông dân và nhóm người thu nhập thấp. Mức đóng BHYT vẫn còn thấp so với mức chi phí cho dịch vụ y tế, khiến gói dịch vụ cho các đối tượng có BHYT vẫn còn hạn chế. Phương thức chi trả phí theo dịch vụ được áp dụng phổ biến có tác động bất lợi đối với tiếp cận dịch vụ y tế của nhóm người có thu nhập thấp. Lựa chọn bất lợi đang là vấn đề lớn của chương trình BHYT tự nguyện. Tình trạng bội chi quỹ BHYT lớn. Hệ thống tổ chức BHYT còn thiếu tính chuyên nghiệp...

4. Trong khoảng 10 năm gần đây, **viện trợ nước ngoài** cho ngành y tế không ngừng tăng lên, chiếm tỷ lệ khoảng 8% NSNN cho y tế. Trong đó, tỷ lệ vay vốn có xu hướng tăng dần, đến nay chiếm khoảng 40% tổng số vốn viện trợ nước ngoài cho ngành y tế. Năm 2007, Bộ Y tế quản lý 61 dự án viện trợ ODA với tổng kinh phí 10.313 tỷ đồng. Năm 2007, có rất nhiều tổ chức phi chính phủ quốc tế (INGO) tham gia hỗ trợ ngành y tế trên rất nhiều lĩnh vực khác nhau. Nguồn vốn viện trợ nước ngoài đã góp phần quan trọng đối với hoạt động của ngành y tế, góp phần nâng cấp cơ sở vật chất, cung cấp trang thiết bị y tế, đào tạo cán bộ và phát triển nguồn nhân lực, nâng cao năng lực quản lý, hợp tác kỹ thuật trong phòng chống dịch bệnh và CSSK nhân dân nói chung.

Bộ Y tế và các đối tác phát triển ngành y tế cũng đã rất chủ động và tích cực tìm kiếm các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả viện trợ, trong đó có việc triển khai các nội dung của Tuyên bố Paris và Cam kết Hà Nội về hiệu quả viện trợ. Bộ Y tế và các đối tác phát triển đang xây dựng một thỏa thuận chung nhằm tăng cường hiệu quả viện trợ trong ngành y tế. Đối thoại chính sách giữa Bộ Y tế và các nhà tài trợ tiếp tục được duy trì và cải thiện qua nhiều kênh, như: Hội thảo định kỳ với các nhà tài trợ (HPG), tiến hành đánh giá chung hàng năm (JAHR), nghiên cứu thực trạng viện trợ ngành y tế và khả năng áp dụng hỗ trợ theo ngành (SWAp)...

Bên cạnh những kết quả khả quan, vấn đề quản lý viện trợ vẫn còn một số khó khăn. Các nhà tài trợ còn chưa rõ ràng về chiến lược phát triển ngành y tế của Việt Nam. Việc điều phối các nguồn viện trợ với NSNN và giữa các nhà tài trợ cũng cần được cải thiện thêm. Việc chuyển đổi để áp dụng các phương thức viện trợ mới (hỗ trợ chương trình, hỗ trợ ngành, hỗ trợ ngân sách) còn nhiều vướng mắc, chưa có hướng dẫn rõ ràng. Nhiều quy định về quản lý viện trợ còn khác nhau giữa Chính phủ và các nhà tài trợ. Tổ chức và hoạt động của một số BQLDA còn có những hạn chế. Tỷ lệ giải ngân các dự án viện trợ còn thấp...

5. **Chi tiêu từ tiền túi** của người dân cho CSSK ở Việt Nam chiếm khoảng 60-70% tổng chi tiêu cho y tế của toàn xã hội. Đây là một tỷ lệ còn rất cao, và cần phải được giảm dần (TCYTTG kiến nghị tỷ lệ này phải dưới 50%). Phần lớn các khoản chi phí từ tiền túi là dùng để tự mua thuốc điều trị, KCB ở các cơ sở y tế tư nhân và các chi phí khi đi KCB ở các cơ sở y tế công. Đối với điều trị nội trú, phần nộp viện phí chỉ chiếm 60%, còn lại là chi gián tiếp (ăn ở, đi lại và các chi phí khác) chiếm 40%. Càng lên tuyến trên, tỷ lệ chi gián tiếp càng cao. Với điều trị ngoại trú, gần 84% chi phí là chi cho thuốc và dịch vụ y tế, chi phí gián tiếp chỉ chiếm 16%. Như vậy, điều trị ngoại trú và điều trị ở các cơ sở y tế tuyến dưới sẽ góp phần giảm các chi phí gián tiếp trong khám, chữa bệnh.

Điều đáng quan tâm là nhiều yếu tố làm tăng tỷ trọng chi phí y tế từ tiền túi HGD vẫn đang tồn tại, ví dụ: việc người dân tự mua thuốc không theo đơn, tự điều trị vẫn còn rất phổ biến; tình trạng vượt tuyến điều trị không cần thiết là rất phổ biến; phương thức chi trả viện phí theo phí dịch vụ; giá viện phí chưa được tính sát với thực tế; diện bao phủ BHYT chưa được mở rộng; tình trạng “tận thu” dẫn đến lạm dụng dịch vụ và kỹ thuật khi thực hiện tự chủ ở bệnh viện và xã hội hóa nguồn tài chính đầu tư cho các bệnh viện.

6. **Huy động các nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế** theo chủ trương xã hội hoá là định hướng lớn để đổi mới lĩnh vực y tế. Thực hiện chủ trương này, các cơ sở y tế công lập đã huy động thêm được khá nhiều nguồn tài chính để đầu tư, phát triển thông qua các hình thức liên doanh, liên kết đầu tư trang thiết bị y tế, phát triển các “dịch vụ theo yêu cầu”, phòng khám theo yêu cầu... Nhờ đó, trang thiết bị và kỹ thuật của các bệnh viện công lập được mở rộng, chất lượng dịch vụ KCB được nâng cao, tăng thu nhập cho cán bộ nhân viên y tế. Tuy nhiên, các hình thức này chủ yếu được triển khai ở khu vực đô thị, nơi có điều kiện kinh tế khá, có xu hướng vì lợi nhuận. Tình trạng chỉ định sử dụng các dịch vụ đầu tư bằng nguồn xã hội hóa cũng cần được xem xét và quản lý chặt chẽ hơn, đảm bảo tính công bằng trong CSSK nhân dân.

Nhờ chủ trương xã hội hóa, y tế tư nhân cũng được phát triển nhanh. Đến nay, cả nước đã có trên 70 bệnh viện, khoảng 30.000 phòng khám; 21.600 quầy thuốc và đại lý dược, 450 cơ sở sản xuất thuốc y học cổ truyền. Tuy nhiên, phần lớn cơ sở y tế tư nhân có quy mô nhỏ, phân tán, chủ yếu tập trung ở các đô thị lớn, chỉ triển khai các dịch vụ dễ làm, các loại xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh để thu hồi vốn. Những khó khăn trong phát triển y tế tư nhân hiện nay chủ yếu liên quan đến mức thuế cao, thiếu mặt bằng thuận lợi để xây dựng, sự thiếu hụt nhân lực y tế. Việc thu thập thông tin, cũng như quản lý và giám sát chất lượng dịch vụ của y tế tư nhân cũng đang có nhiều yếu kém.

7. **Về tự chủ tài chính cho các cơ sở y tế công lập**, các đơn vị sự nghiệp trong ngành y tế đã thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ và đã thu được nhiều kết quả đáng ghi nhận. Quyền lực và trách nhiệm của lãnh đạo cơ quan được tăng lên rõ rệt. Nguồn thu tài chính của các đơn vị tăng đáng kể, góp phần giải quyết những khó khăn do nguồn đầu tư của nhà nước còn hạn hẹp. Chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị được cải thiện đáng kể. Thu nhập của cán bộ y tế được tăng thêm...

Tuy vậy, việc triển khai cơ chế tự chủ cũng còn nhiều vướng mắc. Một số cơ chế, chính sách liên quan vẫn chưa đồng bộ để khuyến khích cơ chế tự chủ. Chính sách viện phí đã lạc hậu và bộc lộ nhiều bất cập nhưng chưa được sửa đổi. Năng lực quản lý kinh tế, quản trị bệnh viện của các lãnh đạo bệnh viện còn hạn chế;

tính công khai, minh bạch và trách nhiệm giải trình chưa cao. Phương thức chi trả viện phí theo phí dịch vụ có thể gây xu hướng lạm dụng kỹ thuật và dịch vụ để “tận thu”, tạo gánh nặng về tài chính cho người bệnh và lãng phí trong sử dụng nguồn lực. Nếu không quản lý tốt, có thể dẫn đến tình trạng “lấn lộn công tư” trong sử dụng nhân lực cũng như cơ sở vật chất ở các cơ sở KCB theo yêu cầu...

Ngoài ra, các đánh giá, nhận định về cơ chế tự chủ hiện nay chủ yếu mới đánh giá ở phạm vi đơn vị, bệnh viện cụ thể (quản lý, nguồn thu của bệnh viện, thu nhập của cán bộ y tế...), chưa có những đánh giá về tác động của cơ chế này đối với toàn bộ hệ thống y tế, đối với cộng đồng dân cư và người sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt là người nghèo.

- 8. Về phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện**, hiện nay việc thu phí dịch vụ bệnh viện ở Việt Nam chủ yếu vẫn dùng phương thức “Phí theo dịch vụ”. Đây là phương thức được áp dụng kể từ khi có chính sách viện phí (1994), thu theo từng dịch vụ cụ thể mà người bệnh sử dụng. Các bệnh nhân trả viện phí trực tiếp và qua BHYT đều chi trả dựa theo phương thức này.

Trong những năm gần đây, với nhiều đổi mới về chính sách y tế (xã hội hóa, tự chủ tài chính...), phương thức thu phí theo dịch vụ hiện đang bộc lộ nhiều bất cập. Dịch vụ KCB là một loại dịch vụ đặc biệt với đặc điểm là tính bắt buộc cao (ôm thì phải khám chữa bệnh) và người sử dụng không có đủ kiến thức, thông tin để quyết định mình cần sử dụng loại dịch vụ gì là phù hợp nhất. Vì vậy, tình trạng lạm dụng dịch vụ khám chữa bệnh (xét nghiệm chẩn đoán, thuốc điều trị, thời gian điều trị...) xảy ra khá phổ biến cả ở các cơ sở y tế công lập và tư nhân. Một trong những nguyên nhân chính gây tình trạng lạm dụng dịch vụ này là do phương thức chi trả phí theo dịch vụ. Người bệnh càng sử dụng nhiều dịch vụ thì người cung cấp càng có nhiều nguồn thu. Nhiều bệnh viện tuyển trên sẵn sàng nhận cả các bệnh nhân mắc bệnh nhẹ để điều trị, tăng nguồn thu cho bệnh viện, gây quá tải ở các bệnh viện tuyển trên...

Việt Nam đang tìm hiểu khả năng chuyển đổi phương thức thu phí theo dịch vụ sang hình thức thu trọn gói theo bệnh, và tương lai là theo nhóm chẩn đoán (DRG). Hiện nay, được sự hỗ trợ của một số nhà tài trợ, Bộ Y tế đang nghiên cứu thí điểm phương thức thu trọn gói đối với một số bệnh thông thường (đẻ thường, mổ đẻ, viêm ruột thừa, viêm phổi...), trước hết tiến hành ở một số bệnh viện. Sau thí điểm, Bộ Y tế sẽ xem xét để mở rộng các bệnh và các bệnh viện áp dụng phương thức mới này. Với phương thức thu trọn gói, tình trạng lạm dụng dịch vụ sẽ được cải thiện đáng kể, do các bệnh viện phải điều trị hiệu quả và tiết kiệm để giảm chi phí, nhưng vẫn phải đảm bảo chất lượng dịch vụ.

- 9. Hỗ trợ tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội trong CSSK.** Trong bối cảnh đổi mới, phát triển ngành y tế trong nền kinh tế thị trường định hướng XHCN, nhiều chính sách tài chính y tế có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận của người nghèo và các đối tượng thu nhập thấp. Để đảm bảo công bằng trong CSSK nhân dân, Chính phủ đã rất quan tâm hỗ trợ tài chính để đảm bảo người nghèo, người thu nhập thấp và các đối tượng thiệt thòi vẫn tiếp cận được các dịch vụ y tế. Đối với người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số, Chính phủ tiếp tục tăng đầu tư NSNN để mua thẻ BHYT cho người nghèo (theo Quyết định 139/2002/QĐ-TTg). Năm 2007, mệnh giá thẻ là 80.000 đồng, năm 2008 tăng lên 130.000 đồng, và nay đã tăng lên đạt mức 3% mức lương tối thiểu (tương đương 194.000 đồng/người/năm). Số lượng đối tượng thụ hưởng cũng tăng cao do Chính phủ điều chỉnh chuẩn nghèo (chiếm khoảng 20% dân số).

Ngoài người nghèo, Thủ tướng Chính phủ cũng mới quyết định hỗ trợ người cận nghèo 50% mệnh giá BHYT ở mức 3% lương tối thiểu. Chính sách KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi cũng tiếp tục được quan tâm triển khai. Những năm gần đây, định mức phân bổ cho quỹ KCB cho trẻ em đã tăng dần, từ 75.000 đồng/trẻ (2005), lên 108.000 đồng/trẻ (2007) và 130.000 đồng/trẻ (2008). Ngoài ra, người cao tuổi, người tàn tật, trẻ mồ côi, người vô gia cư, người mắc bệnh tâm thần, động kinh, bệnh phong, bệnh lao... cũng được Nhà nước KCB miễn phí.

Một số khó khăn trong quá trình hỗ trợ người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội là: Việc xác định đối tượng còn có sai sót, chậm trễ; dịch vụ y tế ở một số địa phương (đặc biệt là miền núi, vùng sâu, vùng xa) còn hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu CSSK của nhân dân; các hỗ trợ của Chính phủ hiện nay chủ yếu là hỗ trợ các chi phí trực tiếp cho KCB, các chi phí gián tiếp (khá cao) thì chưa được hỗ trợ nhiều; việc theo dõi, giám sát, đánh giá tác động của các chính sách này cũng cần được cải thiện thêm.

Chương XII. Các khuyến nghị

Dưới đây là các khuyến nghị của JAHR 2008, nhằm hỗ trợ cho việc lập kế hoạch năm 2009 và một số năm tiếp theo của Bộ Y tế, đồng thời là cơ sở để lựa chọn các trọng tâm hợp tác và đối thoại giữa ngành y tế Việt Nam và các đối tác nước ngoài. Nội dung chính của các khuyến nghị gồm các nhóm giải pháp chủ yếu để giải quyết những vấn đề ưu tiên về tài chính y tế trong một số năm tới.

1. Ngân sách nhà nước cho y tế

Tăng NSNN cho y tế để đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân

1. Nhà nước cần tiếp tục tăng chi NSNN cho y tế. Tỷ lệ tăng chi cho y tế cao hơn so với mức tăng chi ngân sách bình quân; phần đầu chi thường xuyên cho y tế đạt 10% tổng chi NSNN hằng năm. Cần xây dựng định mức chi tiêu tối thiểu cho một số lĩnh vực cơ bản trong ngành y tế. Thiết lập cơ chế theo dõi, giám sát để đảm bảo chủ trương tăng cho ngân sách cho y tế được thực hiện cả ở tuyến trung ương và địa phương.
2. Tiếp tục ưu tiên các nguồn vốn viện trợ (ODA, NGO), phát hành trái phiếu chính phủ, vay vốn ngân hàng và huy động các nguồn vốn hợp pháp khác để tạo bước đột phá về đầu tư, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế các tuyến.

Đổi mới trong phân bổ, quản lý và sử dụng NSNN cho y tế

3. Đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế theo hướng ưu tiên cho người nghèo, vùng nghèo, vùng khó khăn, y tế cơ sở, y tế dự phòng. Ưu tiên NSNN để thực hiện các chính sách y tế cơ bản, đặc biệt là các chính sách hỗ trợ người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội khác.
4. Từng bước đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho các cơ sở KCB dựa theo các chỉ tiêu đầu vào như hiện nay (số giường bệnh, số biên chế) sang các phương thức phân bổ ngân sách dựa theo nhiệm vụ được giao, khối lượng và chất lượng công việc, kèm theo với cơ chế giám sát, đánh giá mức độ hoàn thành các chỉ tiêu được giao.
5. Đổi mới cơ chế cấp ngân sách cho các hoạt động y tế dự phòng, dựa vào nhiệm vụ được giao và kết quả hoàn thành công việc. Xây dựng lộ trình và cơ chế giám sát để tăng đầu tư cho YTDP để đến 2010 đạt tối thiểu 30% tổng chi NSNN cho y tế, đặc biệt là ở các địa phương.
6. Củng cố hệ thống báo cáo về chi tiêu NSNN cho y tế để có thông tin chính xác cho việc lập kế hoạch tài chính y tế. Thiết lập hệ thống báo cáo theo ngành dọc về chi tiêu NSNN cho y tế. Nghiên cứu phương án áp dụng Khung chi tiêu trung hạn cho ngành y tế. Tiến hành nghiên cứu về hiệu quả sử dụng nguồn vốn NSNN, đặc biệt là cho một số lĩnh vực trọng tâm của ngành y tế.
7. Xây dựng và thực hiện chính sách đãi ngộ hợp lý để khuyến khích cán bộ y tế đến làm việc tại tuyến cơ sở và vùng khó khăn.

2. Bảo hiểm y tế

Điều chỉnh chính sách để mở rộng diện bao phủ BHYT một cách bền vững

8. Để có thể bao phủ toàn bộ khu vực lao động chính quy, cần đảm bảo sự tuân thủ đóng BHYT bằng những quy định pháp lý, như giao trách nhiệm rõ ràng về quyền giám sát, kiểm tra và xử phạt các đối tượng không tham gia BHYT.
9. Chính sách BHYT cần được sửa đổi theo hướng thực hiện BHYT cho thân nhân người lao động theo Luật BHYT. Qua đó, tăng số người tham gia BHYT và huy động được sự đóng phí BHYT từ người lao động và chủ sử dụng lao động (chứ không sử dụng NSNN để mua BHYT cho những người là thân nhân phụ thuộc của người lao động hưởng lương).
10. Nhằm đảm bảo sự bền vững và khả năng cân đối quỹ BHYT, cần xem xét điều chỉnh các chương trình BHYT, cho đúng với các nguyên lý cơ bản của BHYT là sự chia sẻ rủi ro về tài chính khi bị đau ốm của cộng đồng người tham gia BHYT; phân biệt rõ ràng chính sách BHYT với chính sách bảo trợ xã hội. Có chính sách quản lý các chương trình BHYT thương mại tự nguyện vì lợi nhuận thông qua việc sửa đổi, bổ sung Nghị định hướng dẫn thực hiện Luật Kinh doanh Bảo hiểm 2000, trong đó quy định cơ chế giám sát, quản lý việc triển khai các chương trình BHYT thương mại.

Các giải pháp khắc phục tình trạng mất cân đối quỹ BHYT

11. Cần nghiên cứu, rà soát kỹ các dịch vụ y tế, thuốc, vật tư tiêu hao trong danh mục được BHYT chi trả; xây dựng gói dịch vụ CSSK cơ bản trên nguyên tắc chi phí – hiệu quả, phù hợp với khả năng cân đối của Quỹ BHYT, trên cơ sở đó xây dựng mệnh giá thẻ BHYT.
12. BHYT từng bước áp dụng phương thức chi trả trọn gói theo bệnh, theo nhóm chẩn đoán, thay thế cho phương thức “phí theo dịch vụ”. Khắc phục tình trạng chi trả không hạn chế ở các cơ sở KCB tuyến trên và trù tiền BHYT của tuyến dưới thông qua việc sửa đổi quy định về thanh toán đa tuyến trong Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC.
13. Khống chế tình trạng lựa chọn bất lợi của BHYT bằng các giải pháp kỹ thuật phù hợp. Cơ quan BHXH cần làm tốt công tác truyền thông, nâng cao nhận thức đúng của người dân về BHYT, giảm thiểu tình trạng lựa chọn ngược khi tham gia BHYT.
14. Sửa đổi, bổ sung Nghị định hướng dẫn Luật Kinh doanh bảo hiểm, tạo cơ sở pháp lý đầy đủ để thực hiện các chương trình BHYT thương mại tự nguyện trên nguyên tắc BHYT thương mại không thay thế BHYT xã hội và đối tượng tham gia BHYT xã hội, chỉ được tham gia BHYT thương mại sau khi đã đóng phí BHYT xã hội.

Nâng cao năng lực quản lý của hệ thống BHYT

15. Cần có sự lãnh đạo, chỉ đạo quyết liệt và thống nhất của các cấp ủy đảng, chính quyền, coi phát triển BHYT là một trong các nhiệm vụ chính trị của địa phương, được đưa vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội và phát triển công tác CSSK nhân dân tại địa phương. Cần có sự tham gia phối hợp chặt chẽ giữa các ban, ngành liên quan (Kế hoạch-Đầu tư, Tài chính, Lao động,

Thương binh và Xã hội) cùng sự hỗ trợ của các đoàn thể, xã hội trong phát triển BHYT.

16. Hệ thống BHYT phải được tổ chức một cách chuyên nghiệp, không kiêm nhiệm công tác quản lý các quỹ khác như quỹ hưu trí và quỹ thất nghiệp... Hệ thống BHYT thống nhất theo mô hình đơn quỹ, nhưng cần tăng cường phân cấp cho các cơ quan BHYT cấp tỉnh, tạo quỹ dự phòng quốc gia ở trung ương, tránh tình trạng các tỉnh nghèo bao cấp ngược cho các tỉnh giàu, nhưng vẫn đảm bảo khả năng chia sẻ thông qua quỹ dự phòng quốc gia.
17. Cần thành lập các cơ quan chuyên môn phục vụ công tác BHYT, như các hội đồng tư vấn về gói quyền lợi BHYT, danh mục thuốc BHYT... Các cán bộ của hệ thống BHYT cần được đào tạo cơ bản về quản lý BHYT, phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của vị trí công tác. Hoạt động quản lý BHYT cần được tin học hoá đồng bộ, có sự lồng ghép giữa các chương trình quản lý bệnh nhân của bệnh viện và chương trình quản lý chi phí KCB của BHYT, từng bước hiện đại hóa hệ thống quản lý BHYT.

3. Viện trợ nước ngoài

18. Mặc dù GDP/đầu dân của Việt Nam đang được cải thiện, nhưng vẫn còn ở mức thấp. Nhu cầu đầu tư cho y tế vẫn rất cao. Đề nghị các Nhà tài trợ tiếp tục quan tâm, ưu tiên hỗ trợ cho y tế Việt Nam trong những năm tiếp theo.
19. Bộ Y tế xây dựng một kế hoạch phát triển ngành y tế nhất quán, nêu rõ các chiến lược và các nội dung ưu tiên phát triển ngành y tế trong thời gian tới, đặc biệt là trong kế hoạch 5 năm (2011-2015). Kế hoạch cần nêu tổng thể nhu cầu đầu tư cho ngành, nguồn vốn NSNN, nguồn vốn viện trợ, các nguồn vốn XHH và mức độ thiếu hụt ngân sách, làm cơ sở để huy động viện trợ và các nguồn vốn bổ sung khác và điều phối hiệu quả các nguồn tài chính cho y tế. Các nhà tài trợ tập trung hỗ trợ dựa vào chiến lược, kế hoạch và các ưu tiên của Y tế Việt Nam.
20. Cải thiện hệ thống thông tin về viện trợ y tế để đảm bảo các thông tin đầy đủ, chính xác, được cập nhật hơn, góp phần vào việc lập kế hoạch y tế ở trung ương và các địa phương.
21. Bộ Y tế và các bên đối tác phát triển phối hợp để triển khai các nội dung của “Cam kết Hà Nội” và Chương trình hành động Accra (AAA) về tăng cường hiệu quả viện trợ; cùng xây dựng thỏa thuận chung để tăng cường hiệu quả viện trợ trong ngành y tế.
22. Bộ Y tế và các đối tác phát triển tiếp tục thực hiện Đánh giá chung ngành y tế hằng năm (JAHR). Các nhà tài trợ cam kết tiếp tục hỗ trợ kinh phí cho JAHR với sự điều phối của Vụ Kế hoạch - Tài chính, Bộ Y tế.
23. Tăng cường hoạt động của Nhóm đối tác y tế (HPG) một cách hiệu quả thông qua đổi mới cơ chế làm việc, sửa đổi điều khoản tham chiếu của Nhóm đối tác và tăng cường hơn nữa sự tham gia của các bên liên quan (các Vụ/Cục/Tổng cục, đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, các Bộ, ngành liên quan, các đối tượng thụ hưởng chính sách...). Củng cố Tổ thư ký và các Nhóm công tác với vai trò, nhiệm vụ và cơ chế hoạt động cụ thể.
24. Tìm hiểu kỹ thêm về ưu điểm, nhược điểm, các điều kiện cần có để thực hiện các phương thức viện trợ mới (hỗ trợ ngành, hỗ trợ chương trình, hỗ

trợ ngân sách), trên cơ sở đó xác định điều kiện cụ thể, các lĩnh vực của ngành y tế và các bước chuẩn bị cần thiết để có thể áp dụng các phương thức mới.

4. Giảm chi tiêu trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình cho y tế

25. Phát triển các hình thức chi trả trước cho tất cả các loại đối tượng, đặc biệt là hình thức BHYT. Nhà nước tiếp tục phân bổ đủ kinh phí để hỗ trợ BHYT cho người nghèo, cận nghèo và các đối tượng chính sách xã hội khác. Cần tăng mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo và cận nghèo cho phù hợp với chi phí dịch vụ đang gia tăng. Điều chỉnh mức thanh toán BHYT theo hướng chi trả nhiều hơn cho người nghèo và cận nghèo. Các địa phương cần quan tâm huy động nguồn lực để hỗ trợ cho người nghèo, cận nghèo các khoản chi phí ngoài y tế (như đi lại, ăn uống...).
26. Xây dựng tiêu chuẩn chuyên môn chỉ định các dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là các xét nghiệm đắt tiền, các xét nghiệm liên quan đến trang thiết bị liên doanh, liên kết...; chuẩn hóa trang thiết bị xét nghiệm, bảo đảm các kết quả xét nghiệm có thể sử dụng liên thông giữa các cơ sở y tế.
27. Đổi mới công tác quản lý bệnh viện, nâng cao chất lượng và hiệu quả phục vụ người bệnh; thúc đẩy việc sử dụng xét nghiệm, thuốc vật tư y tế tiêu hao một cách hợp lý, hạn chế tiêu cực và các chi phí không chính thức.
28. Khuyến khích việc sử dụng dịch vụ phù hợp theo tuyến chuyên môn, kỹ thuật, sử dụng dịch vụ y tế tuyến dưới một cách hợp lý để giảm các chi phí liên quan đến KCB, đặc biệt là các chi phí gián tiếp. Hạn chế tình trạng tự điều trị, tự mua thuốc, bán thuốc không theo đơn.

5. Huy động các nguồn lực tài chính của xã hội cho y tế

29. Bộ Y tế phối hợp với các bộ, ngành và các địa phương tiếp tục huy động và sử dụng hiệu quả vốn đầu tư phát triển các cơ sở y tế công từ nguồn vay vốn Ngân hàng Phát triển, trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn huy động hợp pháp khác để đầu tư phát triển các cơ sở y tế, đặc biệt là cơ sở y tế tuyến cơ sở, tuyến huyện và tuyến tỉnh.
30. Xây dựng cơ chế tài chính minh bạch, quy định chi tiết về các tài sản công (ví dụ: đất đai, cơ sở hạ tầng, nhân lực, thương hiệu...) được sử dụng trong liên doanh, liên kết và huy động nguồn vốn ngoài ngân sách cho y tế. Đồng thời, cần có cơ chế kiểm soát việc chỉ định và sử dụng dịch vụ y tế liên doanh, liên kết nhằm đảm bảo chất lượng KCB đi đôi với hiệu quả về kinh tế cũng như đảm bảo tính công bằng trong CSSK.
31. Trong thời gian tới, cần thúc đẩy phát triển hệ thống y tế tư nhân (đặc biệt là các bệnh viện tư, bệnh viện đầu tư nước ngoài...) là trọng tâm của chính sách huy động nguồn lực xã hội cho y tế, thay cho việc huy động đầu tư tư nhân cho các dịch vụ theo yêu cầu, dịch vụ bán công, dịch vụ liên doanh, liên kết trong các bệnh viện công lập.
32. Tiến hành nghiên cứu đánh giá về các nguồn đầu tư ngoài ngân sách cho y tế, các hình thức liên doanh, liên kết với các nhà đầu tư tư nhân, các hoạt động dịch vụ theo yêu cầu ở các bệnh viện công, dự báo tác động của tình

hình tư nhân hoá một phần các bệnh viện công và đưa ra các đề xuất giải pháp để kiểm soát tình hình này.

6. Về thực hiện tự chủ tài chính

33. Bổ sung và hoàn thiện các chính sách liên quan tới tự chủ tài chính: (i) Sớm điều chỉnh chính sách viện phí; (ii) thực hiện tốt các chính sách hỗ trợ người nghèo, người cận nghèo và các đối tượng chính sách xã hội; (iii) điều chỉnh một số quy định về trích nộp quỹ phát triển sự nghiệp, hệ số lương tăng thêm, quy định về liên doanh, liên kết, nộp thuế doanh nghiệp...
34. Tăng cường tính công khai, minh bạch, trách nhiệm giải trình về tài chính của đơn vị; phát huy tính dân chủ trong cơ quan trong việc giám sát các hoạt động đơn vị; tổ chức đào tạo nâng cao năng lực quản lý bệnh viện, đặc biệt là quản lý trong cơ chế bệnh viện tự chủ.
35. Tăng cường vai trò giám sát, kiểm tra của các cơ quan quản lý đối với các đơn vị thực hiện tự chủ tài chính nhằm ngăn chặn xu hướng chạy theo lợi nhuận. Tăng cường giám sát việc thực hiện các nhiệm vụ cơ bản của bệnh viện công lập tuyến trên, trước hết là công tác chỉ đạo tuyến, công tác luân chuyển cán bộ hỗ trợ tuyến dưới.
36. Thực hiện các nghiên cứu, đánh giá về tác động (tích cực và tiêu cực) của quá trình thực hiện tự chủ tài chính của các bệnh viện công lập đối với hệ thống y tế, người sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt là người nghèo, cận nghèo.

7. Về phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện

37. Đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho các bệnh viện dựa theo giường bệnh và biên chế sang phương thức dựa trên cơ sở nhiệm vụ được giao, khối lượng và chất lượng công việc, kèm theo cơ chế kiểm tra, giám sát việc thực hiện nhiệm vụ.
38. Từng bước xây dựng quy trình chuyên môn chuẩn cho các bệnh thông thường, làm cơ sở để chuẩn hóa công tác KCB, hạn chế việc lạm dụng dịch vụ y tế ở cả các cơ sở y tế và triển khai thí điểm chuyển đổi phương thức thu “phí theo dịch vụ” sang trả trọn gói theo “ca bệnh” hoặc theo “nhóm chẩn đoán”. Trước hết cần tiến hành thí điểm đối với một số bệnh thông thường, có tiêu chuẩn chẩn đoán và quy trình điều trị rõ ràng.

8. Hỗ trợ tài chính cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội

39. Chính phủ tiếp tục ưu tiên NSNN để triển khai tốt hơn nữa các chính sách hỗ trợ cho người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội, đảm bảo công bằng về CSSK trong điều kiện kinh tế thị trường, tăng cường nguồn đầu tư xã hội hóa và trong cơ chế tự chủ tài chính của các đơn vị. Giải quyết các bất cập trong quản lý và triển khai Quỹ KCB cho người nghèo. Hỗ trợ KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi bằng hình thức mua thẻ BHYT. Triển khai tốt chính sách hỗ trợ tối thiểu 50% mệnh giá BHYT cho người cận nghèo. Tăng cường công tác truyền thông, giáo dục về quyền và nghĩa vụ của người nghèo trong sử dụng dịch vụ y tế.
40. Các địa phương quan tâm huy động nguồn kinh phí để hỗ trợ các chi phí gián tiếp (ăn, ở, đi lại...) để giảm khó khăn về tài chính cho người nghèo khi

đi KCB. Các Nhà tài trợ quan tâm hỗ trợ việc xây dựng và triển khai các chính sách hỗ trợ người nghèo trong CSSK của Việt Nam.

41. Bộ Y tế cần có đầu mối (đặt tại Vụ Kế hoạch – Tài chính) để thường xuyên theo dõi, giám sát, tổng hợp báo cáo các hoạt động hỗ trợ cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội.

Phụ lục 1: Các khuyến nghị JAHR 2007 và kết quả thực hiện

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
1. Tổ chức và quản lý hệ thống y tế		
Bổ sung, hoàn thiện các chính sách y tế cơ bản	<ul style="list-style-type: none"> Dự thảo Luật Khám bệnh, Chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế và một số văn bản quy phạm pháp luật khác được trình Chính phủ và Quốc hội xem xét và lấy ý kiến của nhân dân. 	<ul style="list-style-type: none"> Bộ Y tế đang đánh giá thực hiện Luật CSSK nhân dân để làm cơ sở cho việc xây dựng Luật Khám bệnh, Chữa bệnh. Luật BHYT đã được Quốc hội khóa XII thông qua tại kỳ họp thứ 4 năm 2008, bắt đầu có hiệu lực từ 1/7/2009. Nghị quyết Quốc hội số 11/2007/NQ-QH12 ngày 21/11/2007 về chương trình xây dựng luật, pháp lệnh của Quốc hội nhiệm kỳ Khóa XII (2007-2011) và năm 2008 thông qua chương trình xây dựng luật trong đó gồm Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Dân số, và Luật An toàn thực phẩm; trong danh mục chuẩn bị có Luật người tàn tật, Luật phòng chống tác hại thuốc lá
Tiếp tục đổi mới và nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước của Bộ Y tế, xác định vai trò và chức năng của Bộ Y tế trong hệ thống y tế phân cấp và nâng cao năng lực phân tích chính sách.	<ul style="list-style-type: none"> Thực hiện nghiên cứu phân tích chức năng, nhiệm vụ quản lý điều hành nhà nước của Bộ Y tế, phù hợp với yêu cầu đổi mới quản lý nhà nước và cải cách hành chính, phân cấp quản lý và hội nhập quốc tế trong lĩnh vực y tế. Dự thảo kế hoạch, giải pháp 	<ul style="list-style-type: none"> Nghị định 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế. Quyết định của Bộ Y tế số 19/2008/QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2008 ban hành quy chế làm việc của Bộ Y tế. Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 16/2008/QĐ-BYT 22/4/2008 quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Quản lý khám, chữa bệnh. Hiện nay, Bộ Y tế đang tiếp tục rà soát để ban hành chức năng, nhiệm vụ của các đơn vị khác của cơ quan bộ và trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt 77 đơn vị trực thuộc Bộ.
	<ul style="list-style-type: none"> Dự thảo các văn bản để thể chế hóa những điều chỉnh được đề xuất 	<ul style="list-style-type: none"> 5 đơn vị của Bộ Y tế đã đạt tiêu chuẩn VN ISO 9001: 2000 (Văn phòng Bộ, Vụ Tổ chức cán bộ; Cục Quản lý Dược, Cục VSATTP, Cục phòng, chống HIV/AIDS) và hiện đang áp dụng 70 quy trình làm việc.

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
Hệ thống thông tin quản lý y tế	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Xây dựng và thực hiện kế hoạch phát triển Hệ thống thông tin y tế cho năm 2008-2010. ▪ Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện và quản lý bệnh nhân được cải tiến và có thể liên kết với nhau, có sự điều hành chung của Bộ Y tế. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Đã có dự thảo Kế hoạch phát triển hệ thống quản lý thông tin y tế. Đang phát triển hệ thống và phần mềm quản lý thông tin bệnh viện gồm quản lý hồ sơ bệnh án-giai đoạn hai. ▪ Cục Quản lý KCB đang xây dựng đề án y học từ xa (telemedicine), tiến tới xây dựng đề án ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện. ▪ Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 43/2008/QĐ-TTg ngày 24/03/2008 phê duyệt kế hoạch ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước năm 2008, trong đó hỗ trợ xây dựng hệ thống thông tin quản lý y tế dự phòng
Quản lý hành nghề y được công lập và tư nhân	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thiết lập cơ chế và các điều kiện cấp giấy phép hành nghề y gắn liền với giám sát chất lượng. ▪ Hệ thống quản lý chất lượng được thành lập để giám sát chất lượng dịch vụ đối với cả khu vực y tế công và tư. ▪ Thành lập Hội đồng Y khoa. ▪ Thu hút các cơ sở y tế tư nhân tham gia các tổ chức xã hội nghề nghiệp y tế ở các địa phương. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Việc thành lập Hội đồng Y khoa đang được đề xuất trong Dự Luật Khám bệnh, Chữa bệnh. Các điều kiện để đăng ký hành nghề cho các cán bộ y tế sẽ được chi tiết hóa trong luật và nghị định hướng dẫn. ▪ Dự Luật Khám bệnh, Chữa bệnh khi được ban hành chính thức sẽ tạo cơ sở pháp lý để xây dựng các quy định nhằm bảo đảm và nâng cao chất lượng, trong đó có các quy định về cấp chứng chỉ hành nghề.
Củng cố tổ chức y tế cấp huyện và xã	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chiến lược tăng cường cơ chế phối hợp giữa Phòng y tế, Trung tâm y tế dự phòng và bệnh viện huyện trong việc quản lý và chỉ đạo các mạng lưới dự phòng và điều trị ở tuyến xã 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chính phủ đã ban hành Nghị định số 14/2008/NĐ-CP thay thế cho NĐ 172. ▪ Thông tư Liên tịch của Bộ Y tế- Bộ Nội vụ số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25 tháng 04 năm 2008 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế, Phòng y tế thuộc Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, cấp huyện

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
Cải thiện điều phối viện trợ/ hiệu quả viện trợ và hợp tác	<ul style="list-style-type: none"> Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2007 và 2008 cùng được thực hiện và có tác dụng hỗ trợ tăng cường kết quả hoạt động của các nhà tài trợ (về điều phối, nhất quán, phương thức viện trợ,...) 	<ul style="list-style-type: none"> Các nhà tài trợ đã có sự phối hợp chặt chẽ hơn với nhau và với Bộ Y tế trong viện trợ. Các nhà tài trợ đề nghị Bộ Y tế giữ vai trò điều phối viện trợ cho y tế Các nhà tài trợ đang xây dựng cam kết về thực hiện Tuyên bố Hà Nội trong ngành y tế, dự kiến sẽ hoàn thành trong tháng 12/2008.
2. Nhân lực y tế		
Chiến lược và kế hoạch phát triển nhân lực y tế	<ul style="list-style-type: none"> Báo cáo hiện trạng nhân lực y tế Kế hoạch chiến lược được phê duyệt 	<ul style="list-style-type: none"> Vụ Khoa học đào tạo của Bộ Y tế đang xây dựng Quy hoạch mạng lưới đào tạo và phát triển nhân lực y tế Bộ Y tế (Vụ Khoa học-Đào tạo) đang chuẩn bị Dự án "Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế" với các mục tiêu liên quan đến phát triển nguồn nhân lực.
Tăng cường cán bộ y tế cho cơ sở, nhất là ở vùng sâu, vùng xa	<ul style="list-style-type: none"> Văn kiện chính sách đổi mới chế độ đãi ngộ, bao gồm lương, phụ cấp và các chế độ khác như nhà ở, đi lại và đào tạo tiếp tục đối với cán bộ y tế làm việc ở vùng sâu, vùng xa 	<ul style="list-style-type: none"> Thủ tướng đã phê duyệt "Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển" ngày 14/11/2007. Thông tư của Bộ Y tế số 06/2008/TT-BYT ngày 26 tháng 5 năm 2008 Hướng dẫn tuyển sinh đào tạo liên thông trình độ đại học, cao đẳng y, dược
Hoàn thiện các quy chế liên quan đến điều kiện làm việc	<ul style="list-style-type: none"> Văn bản chính sách đề cập đến nghĩa vụ của cán bộ làm việc trong cơ sở 2-3 năm trước khi được hành nghề tư nhân hoặc được đi học nâng cao được phê duyệt 	<ul style="list-style-type: none"> Vụ Kế hoạch-Tài chính đã xây dựng dự thảo đề án đổi mới cơ chế tài chính, tiền lương trong ngành y tế, trong đó đề cập đến nghĩa vụ của bác sĩ. Vụ Tổ chức cán bộ đang xây dựng dự thảo Đề án Nghĩa vụ của cán bộ y tế
Cơ chế tài chính	<ul style="list-style-type: none"> Các kế hoạch, văn bản chính sách đề tăng ngân sách đào tạo, đa dạng hóa các loại hình đào tạo để tăng cường nguồn thu của trường được phê duyệt Các nhà tài trợ hỗ trợ các cơ sở đào tạo nâng cao cơ sở vật chất của các trường 	<ul style="list-style-type: none"> Nghị quyết số 18/2008/NQ-QH12 về công tác xã hội hóa trong ngành y tế được ban hành, trong đó nêu rõ tốc độ tăng ngân sách cho y tế sẽ tăng nhanh hơn tốc độ tăng ngân sách nhà nước Lãnh đạo Bộ Y tế đang trực tiếp chỉ đạo Vụ Khoa học Đào tạo xây dựng Dự án "Chương trình phát triển nguồn nhân lực y tế", trong đó dự kiến đầu tư cơ sở vật chất các trường đào tạo cán bộ y tế

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
Đảm bảo chất lượng	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ban hành Luật Khám bệnh, Chữa bệnh có quy định về vấn đề cấp và cấp lại chứng chỉ hành nghề theo chuẩn chung để đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế ▪ Lộ trình kiểm định chất lượng đào tạo của Bộ GD-ĐT được triển khai và nâng sách được cung cấp 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vai trò, chức năng của Hội đồng y khoa (theo Dự Luật Khám bệnh, Chữa bệnh) đang được nghiên cứu, xem xét, dự kiến Hội đồng có trách nhiệm về cấp chứng chỉ cho các cơ sở đào tạo y tế
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Số lượng trường đại học triển khai chương trình kiểm định chất lượng đào tạo được tăng lên 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quy trình về đào tạo lại được phê duyệt ▪ Kế hoạch triển khai đào tạo lại được phê duyệt và thực hiện 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư số 07/2008/TT-BYT Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế ngày 28 tháng 5 năm 2008
Đào tạo chuyên sâu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Xác định nhu cầu, cơ sở đào tạo và nguồn lực để xây dựng kế hoạch đào tạo chuyên sâu ▪ Hỗ trợ ngành y tế nâng cao năng lực cán bộ về ứng dụng khoa học công nghệ y tế cao ▪ Xây dựng chương trình và mở các khóa đào tạo về quản lý nhà nước về y tế các cấp và quản lý bệnh viện 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 1816/2008/QĐ-BYT về cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng KCB đã được ▪ Một số trường đại học đang mở chương trình đào tạo quản lý bệnh viện hệ đại học (Đại học Y tế công cộng, Đại học Thăng Long...)
3. Tài chính y tế		
Huy động nguồn tài chính y tế	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tăng tỷ lệ chi tiêu cho y tế từ NSNN trên tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội ▪ Giảm tỷ lệ chi tiêu y tế tiền túi của hộ gia đình trên tổng chi tiêu y tế của toàn xã hội ▪ Tăng tỷ lệ bao phủ BHYT trên tổng dân số, và đặc biệt đối với BHYT bắt buộc trong khu vực lao động chính quy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nghị quyết số 18/2008/NQ-QH12 của Quốc hội được ban hành yêu cầu bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của NSNN ▪ Bộ Y tế đã ban hành văn bản yêu cầu Sở Y tế bổ sung 2-3 cán bộ chuyên trách quản lý nhà nước về BHYT. ▪ Luật BHYT đã được Quốc hội thông qua.

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
	<ul style="list-style-type: none"> Nghiên cứu, thí điểm có đánh giá phương thức hỗ trợ theo chương trình 	<ul style="list-style-type: none"> Một số nhà tài trợ đang làm việc với Bộ Y tế và các Bộ khác để tạo điều kiện thực hiện hỗ trợ theo chương trình hoặc ngân sách trong lĩnh vực y tế tại Việt Nam
Chia sẻ nguồn tài chính y tế	<ul style="list-style-type: none"> Tăng khả năng bảo vệ tài chính cho hộ gia đình trước các khoản chi trả lớn cho khám chữa bệnh, đặc biệt đối với hộ nghèo, cận nghèo. Sửa đổi Dự Luật BHYT cho phù hợp với nhu cầu hỗ trợ người nghèo và cận nghèo 	<ul style="list-style-type: none"> Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 289/QĐ-TTg ngày 18 tháng 03 năm 2008 về ban hành một số Chính sách hỗ trợ đồng bào dân tộc thiểu số, hộ thuộc diện chính sách, hộ nghèo, hộ cận nghèo và ngư dân quy định hỗ trợ 50% mệnh giá thẻ BHYT đối với thành viên thuộc hộ cận nghèo tham gia BHYT tự nguyện bắt đầu từ năm 2008. Quyết định 117/2008/QĐ-TTg và Thông tư 10/2008/TTLT-BYT-BTC ngày 24/09/2008 hướng dẫn thực hiện BHYT đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo được ban hành Luật BHYT đã được Quốc hội thông qua.
Quản lý và sử dụng các nguồn tài chính y tế	<ul style="list-style-type: none"> Nghiên cứu, triển khai phương thức chi trả và cấp ngân sách mới cho các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế Sửa lại viện phí trên cơ sở tính chi phí dịch vụ bệnh viện đầy đủ Quản lý giá thuốc hiệu quả và sử dụng thuốc an toàn, hợp lý 	<ul style="list-style-type: none"> Dự thảo Nghị định của Chính phủ về chính sách viện phí (Bao gồm cả nội dung của Quyết định sửa đổi, bổ sung Quyết định 139/2002/QĐ-TTg về KCB cho người nghèo). Hiện đang thí điểm phương thức chi trả mới tại một số bệnh viện (dự án do AusAID tài trợ) Các biện pháp quản lý giá thuốc và quản lý sử dụng thuốc an toàn, hợp lý tiếp tục được triển khai, và điều chỉnh cho phù hợp
4. Cung ứng dịch vụ y tế		
Y tế dự phòng	<ul style="list-style-type: none"> Xây dựng chính sách khuyến khích cán bộ y tế dự phòng công tác tại các địa bàn khó khăn Đầu tư trang thiết bị cho công tác y tế dự phòng tại tuyến cơ sở. Tổ chức đào tạo và đào tạo lại đội ngũ cán bộ y tế dự phòng 	<ul style="list-style-type: none"> Đề án "Đổi mới cơ chế tài chính, tiền lương trong ngành y tế" đề cập đến các chính sách tiền lương và chi thường xuyên cho hệ y tế dự phòng Quyết định số 1402//2007/QĐ-TTg phê duyệt Đề án Hỗ trợ phát triển Trung tâm Y tế dự phòng tuyến huyện giai đoạn 2007-2010, bao gồm đầu tư cơ sở hạ tầng và đào tạo cán bộ, ưu tiên vùng khó khăn.

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chú trọng và phát động phong trào xã hội hóa trong CSSK: Huy động sự tham gia của chính quyền các cấp và cộng đồng trong thực hiện các hoạt động CSSK; huy động thêm các nguồn lực từ địa phương và các tổ chức 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quốc hội ban hành Nghị quyết số 18 về XHH.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Xây dựng chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm, trước mắt tập trung vào hai bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường ▪ Đẩy mạnh hoạt động giáo dục truyền thông, nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi của cộng đồng 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 77/2002/QĐ-TTg ngày 17 tháng 6 năm 2002 về việc phê duyệt Chương trình phòng chống một số bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2002-2010. Bộ Y tế đang thực hiện Dự án phòng chống bệnh không lây nhiễm. Chương trình mục tiêu về phòng chống ung thư được Chính phủ duyệt. ▪ Đang thực hiện một số hoạt động thí điểm về phòng chống bệnh tăng huyết áp và bệnh đái tháo đường ▪ Quyết định 16/2007/QĐ-BYT về việc phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010. ▪ Quyết định 3526/2004/QĐ-BYT Về việc phê duyệt Chương trình hành động Truyền thông giáo dục sức khỏe đến năm 2010
Y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thống nhất lại quy định trách nhiệm và quyền hạn KCB tại tuyến xã, tạo chỗ dựa về cơ sở pháp lý cho nhân viên y tế trong KCB (cần quy định rõ đối với TYT có và không có bác sĩ) ▪ Xây dựng cơ chế phối hợp thực hiện giữa Bệnh viện huyện, Phòng y tế và Trung tâm y tế dự phòng huyện trong công tác kiểm tra giám sát, hỗ trợ hoạt động chuyên môn cho tuyến xã. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nghị định 14/2008/NĐ-CP và Thông tư 03/2008/TTLT-BYT-BNV đã được ban hành ▪ Mô hình quản lý tuyến huyện đang thay đổi theo Nghị định 14 và Thông tư 03 ▪ Quyết định 1816 quy định rõ trách nhiệm của cán bộ tuyến trên luân phiên đến tuyến dưới hỗ trợ chuyên môn và KCB.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tăng đầu tư trang thiết bị cho các TYT, ưu tiên vùng xa và TYT chưa đạt chuẩn, đặc biệt trang thiết bị trong thực hiện các hoạt động y tế dự phòng. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quyết định 950/2007/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Phối hợp với các cơ sở y tế tuyến trên trong việc tiếp tục điều trị ngoại trú cho các bệnh nhân sau khi ra viện ▪ Tăng cường đầu tư và thực hiện có hiệu quả đề án 225: nâng cấp các bệnh viện tuyến huyện” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Đã được thí điểm tại một số tỉnh cho một số bệnh lựa chọn (đái tháo đường, lao) ▪ Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg ngày 02/4/2008 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2008-2010.
Khám chữa bệnh	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nâng cao năng lực quản lý cho các nhà quản lý y tế và quản lý bệnh viện. Tiếp tục thực hiện tự chủ bệnh viện theo Nghị định 43 ▪ Tăng cường khả năng tiếp cận của người nghèo, người dân tộc thiểu số và đối tượng dễ bị tổn thương khác tới các dịch vụ y tế có chất lượng 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bộ Y tế đã tổ chức một số khóa tập huấn cho lãnh đạo các bệnh viện trung ương và tuyển tỉnh về tăng cường năng lực quản lý trong năm 2008. ▪ Một số trường đại học bắt đầu tổ chức đào tạo (bậc đại học và sau đại học) về quản lý bệnh viện ▪ Thông tư liên tịch của Bộ Tài chính- Bộ Thông tin và truyền thông số 43/2008/TTLT-BTC-BTTTT ngày 26 tháng 5 năm 2008 hướng dẫn việc quản lý và sử dụng kinh phí chi ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước ▪ Quyết định 950//2007/QĐ-TTg của Thủ tướng về đầu tư xây dựng trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010 ▪ Quyết định 289/2008/QĐ-TTg về ban hành một số chính sách hỗ trợ đồng bào dân tộc thiểu số, hộ thuộc diện chính sách, hộ nghèo, hộ cận nghèo và ngư dân ▪ Quyết định số 117/2008/QĐ-TTg về điều chỉnh mức đóng BHYT đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội ▪ Dự án “Hỗ trợ y tế các tỉnh miền núi phía bắc” (NUP) và Dự án chăm sóc y tế cho người nghèo vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên” (HEMA) đã được phê duyệt và bắt đầu triển khai. Bộ Y tế đang tiếp tục đàm phán với WB và ADB về một số dự án hỗ trợ y tế cho các vùng khác.

Khuyến nghị của JAHR 2007		
Vấn đề chính	Kết quả cần đạt được	Kết quả thực hiện cho đến cuối năm 2008
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Xây dựng và củng cố hệ thống xử lý chất thải y tế ▪ Điều chỉnh các danh mục kỹ thuật thực hiện theo tuyến để phù hợp với sự phát triển của ngành trong thực tế và phù hợp với nhu cầu xã hội ▪ Thực hiện giá các dịch vụ khuyến khích sử dụng dịch vụ ở tuyến dưới ▪ Nâng cao chất lượng, giảm thời gian điều trị nội trú 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quyết định của Bộ Trưởng Bộ Y tế số 43/2007/QĐ-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2007 về việc ban hành quy chế quản lý chất thải y tế (thay thế quy chế đã ban hành từ năm 1999) ▪ Công văn số 5069/VPCP-VX về việc thực hiện Quy chế quản lý chất thải y tế ▪ Bộ trưởng đã yêu cầu Cục Quản lý khám, chữa bệnh về việc xây dựng lại danh mục kỹ thuật y tế theo phân tuyến điều trị. ▪ Đề án “Đổi mới cơ chế tài chính, tiền lương trong ngành y tế” có đề xuất một số chính sách liên quan ▪ Bộ trưởng đã ban hành chỉ thị CT 06/2007 về việc nâng cao chất lượng KCB, từng bước khắc phục quá tải.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nghiên cứu, xây dựng và thí điểm thực hiện điều trị theo quy trình chuyên môn (care pathway) cho một số nhóm bệnh cơ bản 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dự án thí điểm do AusAID tài trợ đang thí điểm áp dụng quy trình chuyên môn cho 4 bệnh tại 4 bệnh viện
Tăng cường quản lý giá thuốc	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chấn chỉnh công tác cung ứng, quản lý sử dụng thuốc trong bệnh viện ▪ Xây dựng kế hoạch tăng cường hoạt động tuyên truyền hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn hợp lý cho cả người cung ứng và người sử dụng thuốc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quyết định của Bộ Y tế số 24/2008/QĐ-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2008 ban hành quy định về tổ chức và hoạt động của nhà thuốc bệnh viện. ▪ Chương trình TV O2 đã đề cập nhiều nội dung về hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn hợp lý

Phụ lục 2: Tóm tắt các vấn đề ưu tiên và giải pháp

Ngân sách nhà nước		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
NSNN cấp cho y tế chưa đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tỷ lệ tăng chi cho y tế cao hơn so với mức tăng chi ngân sách bình quân. ▪ Đề xuất, vận động cho chỉ tiêu chi NSNN đạt 10% tổng chi NSNN ▪ Xây dựng chỉ tiêu về tỷ trọng NSNN đầu tư cho y tế đối với một số lĩnh vực cơ bản ▪ Thiết lập cơ chế theo dõi và giám sát việc thực hiện chủ trương “tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của NSNN” được thực hiện cả ở tuyến trung ương và các địa phương. ▪ Tiếp tục ưu tiên các nguồn vốn viện trợ (ODA, NGO), phát hành trái phiếu chính phủ, vay vốn ngân hàng và huy động các nguồn vốn hợp pháp khác để tạo bước đột phá về đầu tư, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế các tuyến ▪ Đổi mới cơ chế cấp ngân sách cho các hoạt động y tế dự phòng, dựa vào nhiệm vụ được giao và kết quả hoàn thành công việc. ▪ Xây dựng lộ trình và cơ chế giám sát để tăng đầu tư cho YTDP để đến 2010 đạt tối thiểu 30% tổng chi NSNN cho y tế, đặc biệt là ở các địa phương. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tỷ lệ tăng NSNN cho y tế cao hơn tỷ lệ lạm phát ▪ Tỷ lệ tăng NSNN cấp cho y tế cao hơn tỷ lệ tăng chi bình quân ▪ Chỉ tiêu định mức được thiết lập cùng với cơ chế theo dõi, giám sát việc thực hiện ▪ Cơ chế theo dõi và giám sát việc phân bổ NSNN cho y tế được thiết lập. ▪ Tỷ lệ vốn đầu tư cho y tế từ các nguồn ODA, NGO, trái phiếu, vay vốn ngân hàng được tăng lên. ▪ Cơ chế cấp ngân sách cho hoạt động y tế dự phòng được cải thiện ▪ NSNN chi cho y tế dự phòng/tổng chi NSNN cho y tế ít nhất đạt 30%.
Tính hiệu quả trong sử dụng NSNN còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiếp tục đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế theo hướng ưu tiên cho người nghèo, vùng nghèo, vùng khó khăn, y tế cơ sở, y tế dự phòng. ▪ Ưu tiên NSNN để thực hiện các chính sách y tế cơ bản, đặc biệt là các chính sách hỗ trợ người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội khác. ▪ Tiến tới cơ chế phân bổ và quản lý ngân sách dựa theo nhiệm vụ được giao, khối lượng và chất lượng công việc, kèm theo với cơ chế giám sát, đánh giá mức độ hoàn thành các chỉ tiêu được giao. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tỷ lệ NSNN được phân bổ cho các cơ sở y tế vùng nghèo, vùng khó khăn, y tế cơ sở, y tế dự phòng được tăng lên ▪ Tỷ lệ NSNN được phân bổ để thực hiện các chính sách hỗ trợ CSSK cho người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, đối tượng khác được tăng lên ▪ Quy định về phân bổ ngân sách dựa vào nhiệm vụ và chi phí dịch vụ được ban hành

Ngân sách nhà nước		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Củng cố hệ thống báo cáo về chi tiêu NSNN cho y tế để có thông tin chính xác cho việc lập kế hoạch tài chính y tế ▪ Nghiên cứu phương án áp dụng khung chi tiêu trung hạn ▪ Tiến hành một số nghiên cứu về hiệu quả sử dụng nguồn vốn NSNN, đặc biệt cho một số lĩnh vực trọng tâm của ngành y tế 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quy định về việc thực hiện báo cáo về chi tiêu NSNN cho y tế tại các cơ sở y tế được ban hành ▪ Chương trình nghiên cứu về hiệu quả sử dụng NSNN cho một số lĩnh vực trọng tâm được xây dựng và triển khai
<p>Chế độ đãi ngộ đối với cán bộ, nhân viên y tế còn chưa hợp lý, nhất là ở tuyến cơ sở, chưa tạo động lực để thu hút họ về làm việc ở tuyến cơ sở, đặc biệt vùng sâu, vùng xa, vùng nghèo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bổ sung và hoàn thiện chế độ đãi ngộ phù hợp để khuyến khích cán bộ y tế đến công tác tại y tế cơ sở, tại các khu vực miền núi, vùng khó khăn. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cán bộ y tế ở vùng cần thu hút có đãi ngộ cao hơn hiện nay ▪ Chế độ đãi ngộ cho cán bộ nhân viên y tế dựa trên năng lực chuyên môn và kết quả làm việc được xây dựng.

Bảo hiểm y tế		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
Khó khăn trong việc thực hiện mục tiêu bao phủ toàn dân	<ul style="list-style-type: none"> Để có thể bao phủ toàn bộ khu vực lao động chính quy, cần đảm bảo sự tuân thủ đóng BHYT bằng những quy định pháp lý giao cơ quan BHYT quyền giám sát, kiểm tra và xử phạt các đối tượng không tham gia BHYT. 	<ul style="list-style-type: none"> Luật BHYT được Quốc hội thông qua Quyền giám sát, cơ chế xử phạt trong lĩnh vực BHYT được làm rõ trong các văn bản pháp quy Tỷ lệ tuân thủ tham gia BHYT khu vực lao động hưởng lương đạt tối thiểu 80% trong năm 2010;
Mất khả năng cân đối quỹ BHYT	<ul style="list-style-type: none"> Cần có nghiên cứu, rà soát kỹ các dịch vụ y tế, thuốc, vật tư tiêu hao đưa vào danh mục được BHYT chi trả, xây dựng gói quyền lợi trên nguyên tắc dựa vào chi phí – hiệu quả, phù hợp với mức đóng và khả năng cân đối của Quỹ BHYT, trên cơ sở đó xây dựng mệnh giá thẻ BHYT đủ cân đối chi phí KCB của gói dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản. BHYT từng bước áp dụng phương thức chi trả trọn gói theo bệnh, theo nhóm chẩn đoán, thay thế cho phương thức “phí theo dịch vụ”. Khắc phục tình trạng chi trả không hạn chế ở các cơ sở KCB tuyến trên và trừ tiền BHYT của tuyến dưới thông qua việc sửa đổi quy định về thanh toán đa tuyến trong Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC. 	<ul style="list-style-type: none"> Danh mục thuốc, dịch vụ, vật tư BHYT thanh toán được Bộ Y tế nghiên cứu và, xây dựng lại. Mệnh giá BHYT được điều chỉnh cho phù hợp với giá thành cung cấp dịch vụ Các nghiên cứu thí điểm thực hiện thanh toán theo bệnh, theo nhóm chẩn đoán được tiến hành.
	<ul style="list-style-type: none"> Khống chế tình trạng lựa chọn bất lợi của BHYT bằng các giải pháp kỹ thuật phù hợp. Cơ quan BHXH cần làm tốt công tác truyền thông, nâng cao nhận thức đúng của người dân về BHYT, giảm thiểu tình trạng lựa chọn ngược khi tham gia BHYT. Sửa đổi, bổ sung Nghị định hướng dẫn Luật Kinh doanh bảo hiểm, tạo cơ sở pháp lý đầy đủ để thực hiện các chương trình BHYT thương mại tự nguyện trên nguyên tắc BHYT thương mại không thay thế BHYT xã hội và đối tượng tham gia BHYT xã hội, chỉ được tham gia BHYT thương mại sau khi đã đóng phí BHYT xã hội. 	<ul style="list-style-type: none"> Tình trạng “lựa chọn bất lợi” giảm đi Nghị định hướng dẫn thực hiện Luật Kinh doanh Bảo hiểm 2000 được sửa đổi.

Bảo hiểm y tế		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
Tổ chức quản lý và năng lực của hệ thống BHYT chưa đáp ứng nhu cầu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cần có sự lãnh đạo, chỉ đạo quyết liệt và thống nhất của các cấp ủy đảng, chính quyền, coi phát triển BHYT là một trong các nhiệm vụ chính trị của địa phương, được đưa vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội và phát triển công tác CSSK nhân dân tại địa phương. Cần có sự tham gia phối hợp chặt chẽ giữa các ban, ngành liên quan (Kế hoạch-Đầu tư, Tài chính, Lao động, Thương binh và Xã hội) cùng sự hỗ trợ của các đoàn thể, xã hội trong phát triển BHYT. ▪ Hệ thống BHYT phải được tổ chức một cách chuyên nghiệp, không kiêm nhiệm công tác quản lý như các quỹ khác. ▪ Hệ thống BHYT thống nhất theo mô hình đơn quỹ, nhưng cần tăng cường phân cấp cho các cơ quan BHYT cấp tỉnh, tạo quỹ dự phòng quốc gia ở trung ương. ▪ Cần thành lập các cơ quan chuyên môn phục vụ công tác BHYT. ▪ Các cán bộ của hệ thống BHYT cần được đào tạo cơ bản về quản lý BHYT, phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của vị trí công tác. ▪ Hoạt động quản lý BHYT cần được tin học hoá đồng bộ, có sự lồng ghép giữa các chương trình quản lý bệnh nhân của bệnh viện và chương trình quản lý chi phí KCB của BHYT. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Văn bản chỉ đạo của Chính phủ, Thủ tướng yêu cầu các địa phương phải coi phát triển BHYT là một trong các nhiệm vụ chính trị quan trọng. ▪ Nghị định hướng dẫn về tổ chức BHYT theo hướng chuyên nghiệp hóa được ban hành ▪ Các quy định về mô hình đơn quỹ quản lý tập trung, thống nhất và có phân cấp trong hệ thống BHYT, quỹ dự phòng được ban hành ▪ Một số cơ quan chuyên môn phục vụ công tác BHYT được thành lập ▪ Số cán bộ của hệ thống BHYT đã được đào tạo chuyên môn về quản lý BHYT. ▪ Tỷ lệ bệnh viện thực hiện quản lý BHYT bằng máy vi tính tăng lên. ▪ Quy chế phối hợp hoạt động giữa ngành y tế và BHXH VN được ban hành.

Viện trợ nước ngoài		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
Thiếu khung điều phối và quản lý viện trợ phù hợp với kế hoạch tổng thể của ngành	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bộ Y tế xây dựng một kế hoạch phát triển ngành y tế nhất quán, nêu rõ các chiến lược và các nội dung ưu tiên phát triển ngành y tế trong thời gian tới, đặc biệt là trong kế hoạch 5 năm (2011-2015). Kế hoạch cần nêu tổng thể nhu cầu đầu tư cho ngành, nguồn vốn NSNN, nguồn vốn viện trợ, các nguồn vốn XHH và mức độ thiếu hụt ngân sách, làm cơ sở để huy động viện trợ và các nguồn vốn bổ sung khác và điều phối hiệu quả các nguồn tài chính cho y tế. ▪ Bộ Y tế và các bên đối tác phát triển phối hợp để triển khai các nội dung của “Cam kết Hà Nội” và Chương trình hành động Accra (AAA) về tăng cường hiệu quả viện trợ; cùng xây dựng thỏa thuận chung để tăng hiệu quả viện trợ trong ngành y tế. ▪ Bộ Y tế và các đối tác phát triển tiếp tục thực hiện Đánh giá chung ngành y tế hằng năm (JAHR). Các nhà tài trợ cam kết tiếp tục hỗ trợ kinh phí cho JAHR với sự điều phối của Vụ Kế hoạch - Tài chính, Bộ Y tế. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kế hoạch sử dụng viện trợ cho ngành y tế trong ngắn hạn (2009-2010) và kế hoạch giai đoạn 2011-2015, phù hợp với kế hoạch tổng thể ngành giai đoạn 2011-2015 ▪ Văn bản thoả thuận giữa Chính phủ và các nhà tài trợ để triển khai Cam kết Hà Nội trong ngành y tế được hoàn thành. ▪ JAHR được thực hiện hằng năm
Điều phối và quản lý viện trợ còn chưa đáp ứng được yêu cầu, dẫn đến trùng lặp, phân tán và hiệu quả viện trợ chưa cao	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tăng cường hoạt động của Nhóm đối tác y tế (HPG) một cách hiệu quả thông qua đổi mới cơ chế làm việc, sửa đổi điều khoản tham chiếu của HPG và tăng cường hơn nữa sự tham gia của các bên liên quan (các Vụ/Cục/Tổng cục, đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, các Bộ, ngành liên quan, các đối tượng thụ hưởng chính sách...). Củng cố Tổ thư ký và các Nhóm công tác với vai trò, nhiệm vụ và cơ chế hoạt động cụ thể. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Điều khoản tham chiếu của nhóm HPG được chỉnh sửa, trong đó nêu rõ chức năng và nhiệm vụ của ban thư ký và các nhóm hành động ▪ Chương trình làm việc của HPG 2008-2010 bao gồm các ưu tiên được xác định trong JAHR
Thiếu điều kiện thực hiện các mô hình viện trợ mới, và thiếu bằng chứng về mức độ hiệu quả của các mô hình viện trợ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tìm hiểu kỹ thêm về ưu điểm, nhược điểm, các điều kiện cần có để thực hiện các phương thức viện trợ mới (hỗ trợ ngành, hỗ trợ chương trình, hỗ trợ ngân sách), trên cơ sở đó xác định điều kiện cụ thể, các lĩnh vực của ngành y tế và các bước chuẩn bị cần thiết để có thể áp dụng các phương thức mới. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nghiên cứu về phương thức viện trợ được tiến hành, đưa ra các khuyến nghị cụ thể về các bước cần chuẩn bị để áp dụng phương thức mới.

Viện trợ nước ngoài		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
Còn thiếu nhất quán và chưa đồng bộ giữa các thủ tục, hướng dẫn và quy định giữa Chính phủ và nhà tài trợ; năng lực tiếp nhận viện trợ còn hạn chế	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cải thiện hệ thống thông tin về viện trợ y tế để đảm bảo các thông tin đầy đủ, chính xác, được cập nhật và dễ dàng tiếp cận, góp phần vào việc lập kế hoạch y tế ở trung ương và các địa phương. ▪ Phối hợp với Bộ Kế hoạch - Đầu tư, Bộ Tài chính thực hiện đơn giản hóa các thủ tục hành chính và quy trình quản lý dự án, đặc biệt là các thủ tục phê duyệt và điều chỉnh kế hoạch; thống nhất định mức chi tiêu với các nhà tài trợ cho phù hợp hơn. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Các văn bản hướng dẫn của Bộ Kế hoạch-Đầu tư và Bộ Tài chính về đơn giản hoá thủ tục quản lý dự án được ban hành ▪ Khung theo dõi thực hiện và kết quả cùng với các chỉ số và công cụ thu thập dữ liệu được xây dựng và áp dụng ▪ Trang Web của Bộ Y tế về viện trợ nước ngoài cho y tế được xây dựng và cập nhật thường xuyên ▪ Định mức chi tiêu phù hợp được thống nhất

Chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
Chi phí hộ gia đình phải chi cho y tế quá cao	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Xây dựng tiêu chuẩn chuyên môn chỉ định các dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là các xét nghiệm đắt tiền, các xét nghiệm liên quan đến trang thiết bị liên doanh, liên kết...; chuẩn hóa trang thiết bị xét nghiệm, bảo đảm các kết quả xét nghiệm có thể sử dụng liên thông giữa các cơ sở y tế. ▪ Đổi mới công tác quản lý bệnh viện, nâng cao chất lượng và hiệu quả phục vụ người bệnh; thúc đẩy việc sử dụng xét nghiệm, thuốc vật tư y tế tiêu hao một cách hợp lý, hạn chế tiêu cực và các chi phí không chính thức. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Số quy trình chuyên môn chuẩn được xây dựng ▪ Tiêu chuẩn chuyên môn về chỉ định dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh được ban hành. ▪ Hệ thống chuẩn hoá trang thiết bị xét nghiệm được áp dụng. ▪ Danh mục thuốc chủ yếu được rà soát
Hành vi kiểm và sử dụng dịch vụ y tế của người dân chưa hiệu quả	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Khuyến khích việc sử dụng dịch vụ phù hợp theo tuyến chuyên môn, kỹ thuật, sử dụng dịch vụ y tế tuyến dưới một cách hợp lý để giảm các chi phí liên quan đến KCB, đặc biệt là các chi phí gián tiếp. ▪ Hạn chế tình trạng tự điều trị, tự mua thuốc, bán thuốc không theo đơn. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tỷ lệ bệnh nhân KCB đúng tuyến tăng lên ▪ Quy chế bán thuốc theo đơn được thực hiện chặt chẽ hơn. ▪ Tình trạng tự điều trị giảm
Cơ chế an sinh xã hội về y tế chưa đáp ứng nhu cầu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Phát triển các hình thức chi trả trước cho tất cả các loại đối tượng, đặc biệt là hình thức BHYT. ▪ Nhà nước tiếp tục phân bổ đủ kinh phí để hỗ trợ BHYT cho người nghèo, cận nghèo và các đối tượng chính sách xã hội khác. ▪ Cần tăng mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo và cận nghèo cho phù hợp với chi phí dịch vụ đang gia tăng. ▪ Điều chỉnh mức thanh toán BHYT theo hướng chi trả nhiều hơn cho người nghèo và cận nghèo. Các địa phương cần quan tâm huy động nguồn lực để hỗ trợ cho người nghèo, cận nghèo các khoản chi phí ngoài y tế (như đi lại, ăn uống...). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mức độ bao phủ BHYT tăng lên ▪ NSNN đảm bảo cấp đủ mua BHYT cho 100% người nghèo và hỗ trợ đủ 50% kinh phí BHYT cho người cận nghèo. ▪ Mệnh giá thẻ BHYT cho người nghèo và cận nghèo tăng lên. ▪ Phạm vi và trần thanh toán cho BHYT người nghèo được điều chỉnh hợp lý hơn. ▪ Kinh phí nhà nước và các tổ chức hỗ trợ các chi phí gián tiếp cho người nghèo, cận nghèo tăng lên

Huy động các nguồn lực của xã hội cho y tế		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
Hệ thống y tế chưa huy động được nhiều nguồn lực xã hội mang tính “phi lợi nhuận”	<ul style="list-style-type: none"> Bộ Y tế phối hợp với các bộ, ngành và các địa phương tiếp tục huy động và sử dụng hiệu quả vốn đầu tư phát triển các cơ sở y tế công từ nguồn vay vốn Ngân hàng Phát triển, trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn huy động hợp pháp khác để đầu tư phát triển các cơ sở y tế, đặc biệt là cơ sở y tế tuyến cơ sở, tuyến huyện và tuyến tỉnh. 	<ul style="list-style-type: none"> Cơ cấu vốn trong Dự án đầu tư tuyến huyện, xã, YTDP và một số bệnh viện chuyên khoa có tỷ lệ cao từ nguồn vốn vay Ngân hàng Phát triển và trái phiếu
Cơ chế liên doanh, liên kết trong phát triển bệnh viện công chưa đủ rõ ràng	<ul style="list-style-type: none"> Xây dựng cơ chế tài chính minh bạch, quy định chi tiết về các tài sản công (ví dụ: đất đai, cơ sở hạ tầng, nhân lực, thương hiệu...) được sử dụng trong liên doanh, liên kết và huy động nguồn vốn ngoài ngân sách cho y tế. Đồng thời, cần có cơ chế kiểm soát việc chỉ định và sử dụng dịch vụ y tế liên doanh, liên kết nhằm đảm bảo chất lượng KCB đi đôi với hiệu quả về kinh tế cũng như đảm bảo tính công bằng trong CSSK. 	<ul style="list-style-type: none"> Thông tư 15/2007/TT-BYT về liên doanh, liên kết được bổ sung, sửa đổi Quy chế kiểm soát việc sử dụng trang thiết bị kỹ thuật cao được xây dựng.
Còn nhiều tác động của việc huy động nguồn tài chính “xã hội hóa” cho y tế chưa được hiểu rõ, gây khó khăn trong xây dựng chính sách phù hợp	<ul style="list-style-type: none"> Tiến hành nghiên cứu đánh giá về các nguồn đầu tư ngoài ngân sách cho y tế, các hình thức liên doanh, liên kết với các nhà đầu tư tư nhân, các hoạt động dịch vụ theo yêu cầu ở các bệnh viện công, dự báo tác động của tình hình tư nhân hoá một phần các bệnh viện công và đưa ra các đề xuất giải pháp để kiểm soát tình hình này. 	<ul style="list-style-type: none"> Báo cáo đánh giá và dự báo tác động của tình hình tư nhân hóa một phần các bệnh viện công
Khu vực y tế tư nhân phát triển chậm và phân tán; chưa được kiểm soát về an toàn, chất lượng; chưa có hệ thống báo cáo số liệu để theo dõi, đánh giá	<ul style="list-style-type: none"> Trong thời gian tới, cần thúc đẩy phát triển hệ thống y tế tư nhân (đặc biệt là các bệnh viện tư, bệnh viện đầu tư nước ngoài...) là trọng tâm của chính sách huy động nguồn lực xã hội cho y tế, thay cho việc huy động đầu tư tư nhân cho các dịch vụ theo yêu cầu, dịch vụ bán công, dịch vụ liên doanh, liên kết trong các bệnh viện công lập. Xây dựng các quy định bắt buộc cơ sở y tế tư nhân phải báo cáo về công việc chuyên môn y tế bảo đảm an toàn, chất lượng 	<ul style="list-style-type: none"> Quy chế cấp phép và quy chế hoạt động cho các CSYT tư nhân được sửa đổi và ban hành. Số cơ sở y tế tư nhân, đặc biệt là bệnh viện tư nhân tăng lên Hệ thống thông tin quản lý các CSYT tư nhân được xây dựng và thể chế hóa.

Thực hiện cơ chế tự chủ tài chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
<p>Quá trình tự chủ diễn ra thiếu nhất quán do thiếu các quy định cụ thể và các văn bản hướng dẫn thực hiện</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bổ sung và hoàn thiện các chính sách liên quan tới tự chủ tài chính: (i) Sớm điều chỉnh chính sách viện phí; (ii) thực hiện tốt các chính sách hỗ trợ người nghèo, người cận nghèo và các đối tượng chính sách xã hội; (iii) điều chỉnh một số quy định về trích nộp quỹ phát triển sự nghiệp, hệ số lương tăng thêm, quy định về liên doanh, liên kết, nộp thuế doanh nghiệp... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Các văn bản sửa đổi quy định về giá viện phí, BHYT, quản lý và sử dụng nhân lực trong các cơ sở y tế công lập. ▪ Các văn bản bổ sung cho Nghị định 43 về quy định trích nộp quỹ phát triển sự nghiệp; hệ số lương tăng thêm; quy định về liên doanh, liên kết... ▪ Các văn bản mới hướng dẫn triển khai thực hiện tự chủ tài chính ▪ Hướng dẫn triển khai tự chủ cho các loại đơn vị khác nhau.
<p>Cơ chế giám sát quá trình thực hiện tự chủ để hạn chế ảnh hưởng tiêu cực của tự chủ còn chưa đầy đủ, đồng bộ và hiệu quả</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tăng cường tính công khai, minh bạch, trách nhiệm giải trình về tài chính của đơn vị; phát huy tính dân chủ trong cơ quan trong việc giám sát các hoạt động đơn vị; tổ chức đào tạo nâng cao năng lực quản lý bệnh viện, đặc biệt là quản lý trong cơ chế bệnh viện tự chủ. ▪ Tăng cường vai trò giám sát, kiểm tra của các cơ quan quản lý đối với các đơn vị thực hiện tự chủ tài chính nhằm ngăn chặn xu hướng chạy theo lợi nhuận. Tăng cường giám sát việc thực hiện các nhiệm vụ cơ bản của bệnh viện công lập tuyến trên, trước hết là công tác chỉ đạo tuyến, công tác luân chuyển cán bộ hỗ trợ tuyến dưới. ▪ Thực hiện các nghiên cứu, đánh giá về tác động (tích cực và tiêu cực) của quá trình thực hiện tự chủ tài chính của các bệnh viện công lập đối với hệ thống y tế, người sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt là người nghèo, cận nghèo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bộ chỉ số giám sát chuyên môn, tài chính chuẩn ▪ Các biên bản giám sát, thanh tra, kiểm tra của BHYT và các bên có liên quan ▪ Các kế hoạch và báo cáo kết quả thực hiện giám sát việc thực hiện tự chủ quản lý cơ sở y tế, báo cáo giám sát việc thực hiện chỉ đạo tuyến cho các đơn vị tuyến trên. ▪ Báo cáo đánh giá định kỳ về tác động của tự chủ trong các đơn vị của ngành y tế

Phương thức chi trả dịch vụ bệnh viện		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
Cách tính viện phí hiện nay chưa hợp lý, chưa bao gồm đầy đủ các chi phí của dịch vụ được cung cấp	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chỉ đạo và hướng dẫn triển khai hạch toán chi phí bệnh viện một cách hệ thống ▪ Xây dựng khung phí hợp lý, minh bạch cho dịch vụ, kỹ thuật y tế 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bộ Y tế có văn bản chỉ đạo việc xây dựng cơ sở dữ liệu và đổi mới phương thức thanh toán dịch vụ bệnh viện ▪ Một hệ thống dữ liệu về chi phí và mức phí (giá dịch vụ) được xây dựng và liên tục được cập nhật
Các phương thức chi trả bệnh viện không có yếu tố khuyến khích hiệu quả sử dụng nguồn lực	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho các bệnh viện dựa theo giường bệnh và biên chế sang phương thức dựa trên cơ sở nhiệm vụ được giao, khối lượng và chất lượng công việc, kèm theo cơ chế kiểm tra, giám sát việc thực hiện nhiệm vụ. ▪ Triển khai thí điểm chuyển đổi phương thức thu “phí theo dịch vụ” sang trả trọn gói theo “ca bệnh” hoặc theo “nhóm chẩn đoán”. Trước hết cần tiến hành thí điểm đối với một số bệnh thông thường, có tiêu chuẩn chẩn đoán và quy trình điều trị rõ ràng. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Phương thức mới để phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế được dần dần đưa vào sử dụng. ▪ Phương thức chi trả trọn gói được áp dụng với một số nhóm chẩn đoán cơ bản, và dần được nhân rộng cho cả những trường hợp bệnh khám điều trị ngoại trú
Thiếu một cơ chế chung đủ mạnh cho giám sát và quản lý chất lượng dịch vụ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Từng bước xây dựng quy trình chuyên môn chuẩn cho các bệnh thông thường, làm cơ sở để chuẩn hóa công tác KCB, hạn chế việc lạm dụng dịch vụ y tế ở cả các cơ sở y tế. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quy trình chuyên môn được áp dụng cho các nhóm bệnh nội trú có tần suất cao nhất, sau đó nhân rộng cho nhiều nhóm chẩn đoán, bao gồm cả những trường hợp điều trị ngoại trú

Trợ cấp tài chính cho các đối tượng chính sách xã hội		
Các vấn đề ưu tiên	Các giải pháp/hoạt động	Kết quả cần đạt được
<p>Chính sách trợ cấp tài chính y tế cho các đối tượng chính sách xã hội (người nghèo, cận nghèo, người cao tuổi, trẻ em) còn nhiều bất cập</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chính phủ tiếp tục ưu tiên NSNN để triển khai tốt hơn nữa các chính sách hỗ trợ cho người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội, đảm bảo công bằng trong CSSK trong điều kiện kinh tế thị trường, tăng cường nguồn đầu tư xã hội hóa và trong cơ chế tự chủ tài chính của các đơn vị. ▪ Hỗ trợ KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi bằng hình thức mua thẻ BHYT. ▪ Triển khai tốt chính sách hỗ trợ tối thiểu 50% mệnh giá BHYT cho người cận nghèo. ▪ Tăng cường công tác truyền thông, giáo dục về quyền và nghĩa vụ của người nghèo trong sử dụng dịch vụ y tế. ▪ Bộ Y tế cần có đầu mối (đặt tại Vụ Kế hoạch – Tài chính) để thường xuyên theo dõi, giám sát, tổng hợp báo cáo các hoạt động hỗ trợ cho người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tỷ lệ bao phủ BHYT thực tế của người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người từ 85 tuổi trở lên và các đối tượng chính sách khác được theo dõi, giám sát ▪ Mức trợ cấp BHYT người nghèo được nâng lên 3% lương tối thiểu. ▪ Hình thức hỗ trợ tài chính cho trẻ em dưới 6 tuổi chuyển sang theo BHYT ▪ Chính sách hỗ trợ người cận nghèo được triển khai, thực hiện và giám sát. ▪ Có đơn vị được giao trách nhiệm theo dõi, giám sát, tổng hợp báo cáo hoạt động hỗ trợ người nghèo và các đối tượng chính sách khác
<p>Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng của các đối tượng chính sách xã hội còn khó khăn</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Các địa phương quan tâm huy động nguồn kinh phí để hỗ trợ các chi phí gián tiếp (ăn, ở, đi lại...) để giảm khó khăn về tài chính cho người nghèo khi đi KCB. ▪ Các Nhà tài trợ quan tâm hỗ trợ việc xây dựng và triển khai các chính sách hỗ trợ người nghèo trong CSSK của Việt Nam. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Số tỉnh báo cáo huy động tiền và thực hiện hỗ trợ thêm tiền ăn, ở, đi lại cho người nghèo tăng lên ▪ Số tiền viện trợ nhằm hỗ trợ người nghèo được theo dõi và giám sát tăng lên qua thời gian.

Phụ lục 3: Các chỉ số theo dõi

Các chỉ số được đề xuất		2002	2003	2004	2005	2006	2007	Nguồn thông tin
Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe								
1	Chết trẻ em dưới 1 tuổi/1000 trẻ em đẻ ra sống	26	21,0	18,1	17,8	16,0	16,0	Điều tra biến động dân số và kế hoạch hoá gia đình hằng năm (Tổng cục Thống kê)
	Chết trẻ em dưới 5 tuổi/1000 trẻ em đẻ ra sống	35	32,8	28,5	27,5	26,0	25,9	Niên giám thống kê y tế
2	Tỷ lệ tử vong mẹ (trên 100.000 trẻ em đẻ ra sống)	91	85	85	80	75	75	Niên giám thống kê y tế
3	Tỷ lệ trẻ sơ sinh thiếu cân (%)	7	6,5	5,8	5,1	5,3	5,3	Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ suy dinh dưỡng (cân nặng theo tuổi) của trẻ em <5 tuổi (%)	30,1	28,4	26,6	25,2	23,4	21,2	Điều tra hằng năm của Viện dinh dưỡng
	Tỷ lệ suy dinh dưỡng (chiều cao theo tuổi) của trẻ em <5 tuổi (%)	33,0	32,0	30,7	29,6	31,9	33,9	Điều tra hằng năm của Viện dinh dưỡng
	Tỷ lệ suy dinh dưỡng nữ giới < 5 tuổi (cân nặng theo tuổi) (%)			26,5	25,4			Viện dinh dưỡng
4	Số phụ nữ có thai được phát hiện nhiễm HIV	-	-	-	-	-	479	Cục HIV/AIDS
	Số người hiện mắc HIV/AIDS	54.311	68.630	81.982	94.040	104.763	121.734	Cục HIV/AIDS
	Số phụ nữ hiện mắc HIV	-	-	-	4029	5440	6030	Cục HIV/AIDS
	Tỷ lệ nhiễm HIV trên 100.000 dân	74,6	94,1	110,2	125,3	138,5	143,0	Niên giám thống kê y tế

Các chỉ số được đề xuất		2002	2003	2004	2005	2006	2007	Nguồn thông tin
	Tỷ lệ mới phát hiện HIV trên 100.000 dân	19,8	21,0	17,3	16,5	14,8	27,0	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ mới chết do AIDS trên 100.000 dân	1,7	2,1	2,3	2,0	2,1	4,0	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
5	Tỷ lệ bệnh nhân lao các thể được phát hiện trên 100.000 dân	120,3	114,5	120,9	115,5	116,8	115,5	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ lao phổi AFB+ (mới mắc) trên 100.000 dân	71,2	69,3	71,2	66,9	67,0	63,9	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
6	Tỷ lệ mắc sốt rét trên 100.000 dân	232,7	203,5	156,8	119,4	108,9	83,3	Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ chết do sốt rét trên 100.000 dân	0,06	0,06	0,03	0,02	0,05	0,02	Niên giám thống kê y tế
7	Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết trên 100.000 dân	39,8	61,5	95,9	68,8	81,4	118,79	Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ chết do sốt xuất huyết trên 100.000 dân	0,06	0,09	0,14	0,00	0,06	0,10	Niên giám thống kê y tế
8	Số vụ ngộ độc thực phẩm được báo cáo cho Cục VSATTP	218	238	145	144	165	248	Cục Vệ sinh an toàn thực phẩm
	Số người chết do ngộ độc thực phẩm được báo cáo cho Cục VSATTP	71	37	41	53	57	55	Cục Vệ sinh an toàn thực phẩm
9	Tỷ lệ chết do tai nạn giao thông trên 100.000 dân	-	-	-	19,9	21,2	21,7	Cục Y tế dự phòng và Môi trường
	Tỷ lệ chết nam do tai nạn giao thông trên 100.000 dân	-	-	-	30,8	32,8	35,7	Cục Y tế dự phòng và Môi trường
	Tỷ lệ chết nữ do tai nạn giao thông trên 100.000 dân	-	-	-	8,6	9,0	8,7	Cục Y tế dự phòng và Môi trường

Các chỉ số được đề xuất		2002	2003	2004	2005	2006	2007	Nguồn thông tin
	Tỷ lệ bị thương do tai nạn giao thông đường bộ (trên 100.000 dân)	37,4	25,8	18,5	14,1	13,2	12,1	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
10	Tỷ lệ mắc ung thư theo số liệu bệnh viện (cộng các u ác lại với nhau) trên 100.000 dân	58,3	64,1	62,9	138,3	124,6	120,4	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
Tổ chức và quản lý hệ thống y tế								
11	Tỷ lệ các cơ sở y tế công được giao tự chủ theo ND 43 và 10 (%)	-	-	-	46,2	-	88,0	Vụ Kế hoạch-Tài chính - Bộ Y tế
	Tỷ lệ các cơ sở y tế công tuyến trung ương được giao tự chủ theo ND 43 và 10 (%)	-	-	-	41,4	-	100,0	Vụ Kế hoạch- Tài chính - Bộ Y tế
	Tỷ lệ các cơ sở y tế công tuyến địa phương được giao tự chủ theo ND 43 và 10 (%)	-	-	-	46,4	-	87,5	Vụ Kế hoạch-Tài chính - Bộ Y tế
12	Tỷ lệ bệnh viện sử dụng phần mềm quản lý bệnh viện (số liệu ước tính)	-	-	-	-	-	52,7	Cục Khám chữa bệnh
13	Số cơ sở y tế tư nhân có giấy phép hành nghề							Chưa có số liệu
Nguồn nhân lực								
14	Tỷ lệ bác sĩ trên 10.000 dân (bao gồm cả trung ương, địa phương và các ngành khác)	5,65	5,88	5,88	6,03	6,23	6,77	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ % bác sĩ là nữ trên tổng số bác sĩ (cả trung ương, địa phương và các ngành khác)	-	-	-	34,2	33,9	32,9	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ dược sĩ trên 10.000 dân (bao gồm cả trung ương, địa phương và các ngành khác)	0,76	0,77	0,78	1,28	1,27	1,48	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ % dược sĩ là nữ trên tổng số dược sĩ (cả trung ương, địa phương và các ngành khác)	-	-	-	59	59,2	51,1	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế

Các chỉ số được đề xuất		2002	2003	2004	2005	2006	2007	Nguồn thông tin
15	Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ (%)	61,5	65,4	67,8	69,4	65,1	67,38	Niên giám thống kê y tế
16	Tỷ lệ cán bộ y tế có trình độ đại học trở lên trên 10 000 dân (bao gồm trung ương, địa phương, các ngành khác)	7,3	7,7	7,7	8,5	8,8	-	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ % cán bộ y tế tuyến huyện có trình độ đại học ở Vùng Tây Bắc (đại diện vùng khó khăn)	22,8	19,8	16,5	15,4	15,6	18,1	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
	Tỷ lệ % cán bộ y tế tuyến huyện có trình độ đại học ở Vùng Đông Nam Bộ (đại diện vùng thuận lợi)	30,5	29,4	30,0	30,6	29,6	27,9	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
17	Tỷ số cán bộ y tế/dân ở khu vực khó khăn theo giới, loại cán bộ và khu vực (thành thị/nông thôn), tỉnh							Chưa có số liệu
Tài chính y tế								
18	Tổng chi tiêu cho y tế trong % của tổng sản phẩm quốc nội	5,13	5,22	5,52	5,91	6,44	-	Tài khoản y tế Quốc gia 2000-2006
19	Chi tiêu của NSNN cho y tế trong % tổng chi tiêu cho y tế	25,6	27,25	23,14	21,74	28,77	-	Tài khoản y tế Quốc gia 2000-2006
20	NSNN gộp chi cho y tế (NSNN thuần, viện phí và dịch vụ khác do các CSYT nhà nước thu, BHYT, viện trợ/vay)/Tổng chi NSNN	7,71	7,66	7,85	8,59	9,77	-	Tài khoản Y tế Quốc gia 2000-2006
	NSNN thuần chi cho y tế (NSNN cấp trực tiếp không bao gồm viện phí, dịch vụ khác do các CSYT nhà nước thu)/Tổng chi NSNN	4,8	4,8	4,3	4,2	5,7	-	Tài khoản Y tế Quốc gia 2000-2006
	Chi tiêu công cho y tế (NSNN thuần, BHYT, viện trợ/vay)/Tổng chi NSNN [theo TCYTGT]	5,4	5,3	4,6	4,6	6,2	-	Tài khoản Y tế Quốc gia 2000-2006
21	Tỷ lệ bao phủ BHYT trong % tổng dân số	16,5	20,3	21,1	28,1	43,8	42,0	Niên giám thống kê y tế

Các chỉ số được đề xuất		2002	2003	2004	2005	2006	2007	Nguồn thông tin
22	Tỷ lệ bao phủ của BHYT người nghèo trong % tổng dân số	-	-	-	4,9	15,3	15,5	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
23	Tỷ lệ bao phủ của BHYT cho đối tượng cận nghèo trong % của tổng người cận nghèo (chưa có số liệu)	-	-	-	-	-	-	Chưa có số liệu
24	Tỷ lệ chi phòng bệnh/Tổng tài chính chi y tế	15,4	15,0	14,0	13,8	-	-	Tài khoản y tế Quốc gia 2000-2006
	Tỷ lệ chi phòng bệnh của y tế công/Tổng chi y tế công	31,0	29,8	30,8	27,7	-	-	Tài khoản y tế Quốc gia 2000-2006
Cung ứng dịch vụ y tế								
25	Số lượt bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện trên 1000 dân/năm	67,2	68,8	68,4	73,8	84,3	126,6	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
26	Số lượt bệnh nhân nội trú tại bệnh viện trên 1000 dân/năm	86,2	88,4	91,1	88,9	86,7	109,1	Tính theo số liệu Niên giám thống kê y tế
27	Công suất sử dụng giường bệnh (%)	95,8	92,1	91,8	89,7	103,1	116,1	Niên giám thống kê y tế
	Công suất sử dụng giường bệnh tuyến trung ương (%)	102,2	99,22	105,2	109,4	132,2	134,2	Niên giám thống kê y tế
	Công suất sử dụng giường bệnh tuyến địa phương (tỉnh, huyện) (%)	95	76,5	89,5	86,7	99,13	117,9	Niên giám thống kê y tế
28	Số ngày điều trị trung bình một bệnh nhân nội trú	6,7	6,7	6,5	6,6	7,8	7,2	Niên giám thống kê y tế
	Số ngày điều trị trung bình một bệnh nhân nội trú (tuyến trung ương)	10,4	10,0	10,5	10,6	11,6	11,0	Tính toán theo số liệu niên giám thống kê
	Số ngày điều trị trung bình một bệnh nhân nội trú (tuyến địa phương)	6,2	6,2	6,0	6,1	7,3	6,9	Tính toán theo số liệu niên giám thống kê

Các chỉ số được đề xuất		2002	2003	2004	2005	2006	2007	Nguồn thông tin
29	Tỷ lệ % cơ sở xử lý chất thải rắn y tế nguy hại (số liệu ước tính)	-	-	-	-	30	-	Cục Khám chữa bệnh
	Tỷ lệ bệnh viện đáp ứng được ưu cầu xử lý và tiêu hủy chất thải rắn y tế nguy hại	-	-	-	-	73,3	-	Cục Khám chữa bệnh
30	Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai từ 3 lần trở lên (%)	78,1	83,0	87,9	84,3	84,5	86,2	Báo cáo tổng kết năm (2002-2004) - Vụ Sức khỏe sinh sản - Bộ Y tế; Niên giám thống kê y tế (2005 - 2006)
	Tỷ lệ phụ nữ có thai đẻ tại cơ sở y tế	76	80	89	84,6	90,6	-	Báo cáo tổng kết năm (2002-2004) - Vụ Sức khỏe sinh sản - Bộ Y tế; Niên giám thống kê y tế (2005 - 2006)
	Tỷ lệ phụ nữ đẻ do cán bộ y tế đỡ	86	95	94,7	93,4	92,7	94,3	Báo cáo tổng kết năm (2002-2004) - Vụ Sức khỏe sinh sản - Bộ Y tế; Niên giám thống kê y tế (2005 - 2006)
31	Tỷ lệ % trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ	89,7	97,1	96,5	96,5	95,7	81,8	Niên giám thống kê y tế
32	Tỷ lệ % TYT xã đạt chuẩn quốc gia về y tế	-	-	-	-	38,5	50,5	Niên giám thống kê y tế

Tài liệu tham khảo

1. Braveman P, Gruskin S. Defining Equity in Health. J Epidemiol Community Health. 2003;57:254 - 8.
2. WHO. Strategic Plan for Strengthening Health Systems in the WHO Western Pacific Region. March. Manila; 2008.
3. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva; 2000.
4. Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 370/2002/QĐ-BYT ngày 07/02/2002 về việc ban hành "Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010" 2002.
5. Báo cáo của Ủy ban Thường vụ Quốc hội số 118/BC-UBTVQH12 ngày 13/5/2008 về "Kết quả giám sát thực hiện chính sách pháp luật về xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân". 2008.
6. Báo cáo của Chính phủ số 65/BC-CP ngày 05/05/2008 về "Tình hình thực hiện chính sách, pháp luật về công tác xã hội hoá chăm sóc sức khỏe nhân dân" (Báo cáo do Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Quốc Triệu thừa ủy quyền của Thủ tướng Chính phủ trình bày tại kỳ họp thứ 3, Quốc hội khóa XII) 2008.
7. Vụ Kế hoạch-Tài chính (Bộ Y tế). Niên giám thống kê y tế 2007. Hà Nội; 2008.
8. Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 117/2008/QĐ-TTg, ngày 27/8/2008, về điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội 2008.
9. Nghị định của Chính phủ số 105/2008/NĐ-CP, ngày 16/9/2008, Quy định mức trợ cấp, phụ cấp ưu đãi đối với người có công với cách mạng. 2008.
10. Bộ Y tế. Báo cáo của Lãnh đạo Bộ Y tế trong buổi làm việc với Phó thủ tướng Nguyễn Thiện Nhân, ngày 9/09/2008 tại Bộ Y tế.; 2008.
11. Thông báo của Văn phòng Chính phủ số 246/TB-VPCP ngày 08/09/2008, về kết luận của Phó Thủ tướng Nguyễn Sinh Hùng về Đề án Xã hội hóa một số loại hình dịch vụ công cộng và tiếp tục đổi mới cơ chế hoạt động của đơn vị sự nghiệp công. 2008.
12. Bộ Y tế. Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt Nam thời kỳ 2000-2006. Hà Nội: NXB Thống kê; 2008.
13. WHO. Statistical Information System (WHOSIS) (<http://www.who.int/whosis/en/>). 2008.
14. BHXH Việt Nam. Số liệu ước tính từ thu chi BHXH 2007; 2007.
15. WHO. Strategy on Health care financing for the countries of the Western Pacific and South – East Asia Regions (2006 – 2010). Manila; 2005.
16. Ngân hàng Thế giới. Việt Nam Quản lý chi tiêu công để tăng trưởng và giảm nghèo- Đánh giá tổng hợp chi tiêu công đấu thầu mua sắm công và trách nhiệm tài chính 2004, Tập 2: Các vấn đề chuyên ngành. Hà Nội: NXB Tài Chính; 2004.
17. Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Đánh giá triển khai thực hiện Chương trình mục tiêu y tế quốc gia giai đoạn 2001-2005 và định hướng đến 2010 và tầm nhìn 2020; 2008.
18. Thông tư liên tịch của Bộ Y tế- Bộ Tài chính số 10/2008/TTLT-BYT-BTC ngày 24/09/2008 hướng dẫn thực hiện BHYT cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo.; 2008.
19. Uyên VN. Bảo hiểm y tế thương mại, bài trình bày tại hội thảo BHYT ngày 9/5/2007. 2007.
20. Đảng Cộng sản Việt Nam. Văn kiện Hội nghị lần thứ bảy Ban Chấp hành Trung ương khoá X, tr. 126, 128. Hà Nội: NXB Chính trị quốc gia; 2008.
21. BHXH Việt Nam. Số liệu báo cáo quyết toán 2006 của BHXH Việt Nam; 2006.
22. Nghị định của Chính phủ số 131/2006/NĐ-CP ngày 09/11/2006 ban hành quy chế quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức. 2006.

23. Bộ Kế hoạch và Đầu tư. Các phương thức cung cấp nguồn vốn ODA và tăng cường hiệu quả viện trợ, Các sáng kiến đã, đang và sẽ triển khai tại Việt Nam theo Phương thức Hỗ trợ Chương trình và Hỗ trợ Ngân sách, Việt Nam, tháng 9; 2007.
24. Vụ Kế hoạch-Tài chính (Bộ Y tế). Số liệu ước tính về tổng số viện trợ trong lĩnh vực y tế năm 2007. 2008.
25. Vụ Kế hoạch-Tài chính (Bộ Y tế). Báo cáo quản lý ODA.
26. Bộ Kế hoạch và Đầu tư. Cơ sở dữ liệu DAD (Development Assistance Data), <http://dad.mpi.gov.vn/dad/>. 2008.
27. Bộ Y tế. Một số bài học kinh nghiệm qua triển khai các dự án tài trợ liên quan đến chăm sóc sức khỏe ban đầu; 2005.
28. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. Số liệu 2007-2008 về viện trợ từ PEPFAR; 2008.
29. Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam. Báo cáo năm 2007-2008 2008.
30. NGO Resource Center. NGO Resource Center Annual Report 2007 tại http://www.ngocentre.org.vn/files/docs/NGO_RC_Annual_report_2007_final.pdf 2007.
31. Bijlmakers L, và cộng sự. Khả năng áp dụng mô hình viện trợ theo ngành/chương trình trong ngành y tế ở Việt Nam; 2006.
32. Tổ chức Y tế Thế giới. Đánh giá nhanh hệ thống y tế Việt Nam; 2006.
33. Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 48/2008/QĐ-TTg ngày 03/04/2008 ban hành hướng dẫn chung lập báo cáo nghiên cứu khả thi dự án sử dụng vốn hỗ trợ phát triển chính thức của nhóm 5 ngân hàng (Ngân hàng phát triển Châu Á, Cơ quan phát triển Pháp, Ngân hàng hợp tác quốc tế Nhật bản, Ngân hàng tái thiết Đức, Ngân hàng Thế giới.). 2008.
34. Quyết định của Bộ Kế hoạch và Đầu tư số 1248/2007/QĐ-BKH ngày 30/10/2007 ban hành Khung theo dõi và đánh giá các chương trình, dự án ODA thời kỳ 2006-2010.; 2007.
35. Hội LQ. Định hướng sử dụng ODA; 2007.
36. Bộ Kế hoạch và Đầu tư. Số liệu về tổng nợ quy đổi của Việt Nam hiện nay 2007.
37. World Bank. Health Financing and Delivery in Vietnam: The Short- and Medium-Term Policy Agenda; 2008.
38. Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê. Báo cáo kết quả Điều tra Y tế Quốc gia 2001-2002. Hà Nội: NXB Y học; 2003.
39. Bộ Y tế. Báo cáo Y tế Việt Nam 2006: Công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới. Hà Nội: NXB Y học; 2007.
40. Liệu DH, Ân NQ, Long NH, và cộng sự. Tài chính y tế từ góc độ hộ gia đình và người sử dụng dịch vụ y tế. Hà Nội: NXB Y học; 2006.
41. Ke Xu, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet. 2003;362(9378):111-7.
42. Wagstaff A. Measuring Financial Protection in Health. World Bank Policy Research Working Paper 4554, March. 2008.
43. Liệu DH, Long NH, Bales S, và cộng sự. Nghiên cứu chi phí điều trị một số nhóm bệnh tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh. Hà Nội: NXB Y học; 2005.
44. Vụ Kế hoạch-Tài chính (Bộ Y tế). Cơ cấu chi ngân sách khám chữa bệnh tại các bệnh viện công ở nước ta hiện nay: Thực trạng, thách thức và giải pháp; 2007.
45. Đảng Cộng sản Việt Nam. Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VIII, tr. 114. Hà Nội: NXB. Chính trị quốc gia; 1996.
46. Đảng Cộng sản Việt Nam. Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VII. Hà Nội: Nhà xuất bản Sự thật; 1991.
47. Nghị quyết của Chính phủ số 90/CP, ngày 21/08/1997 về phương hướng và chủ trương xã hội hóa các hoạt động giáo dục, y tế, văn hóa, thể dục thể thao. 1997.

48. Nghị định của Chính phủ số 73/1999/NĐ-CP ngày 19/08/1999 về chính sách khuyến khích xã hội hóa với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hóa, thể dục thể thao. 1999.
49. Nghị quyết của Chính phủ số 05/2005/NQ-CP, ngày 18/04/2005, “Về đẩy mạnh xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao”. 2005.
50. Nghị định của Chính phủ số 10/2002/NĐ-CP ngày 16/01/2002 về chế độ tài chính áp dụng cho đơn vị sự nghiệp có thu. 2002.
51. Nghị định của Chính phủ số 43/2006/NĐ-CP, ngày 25/04/2006, về việc quy định quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập. 2006.
52. Quyết định của Bộ Y tế số 2194/QĐ-BYT ngày 21/6/2005 về phê duyệt đề án phát triển xã hội hóa bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. 2005.
53. Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Đánh giá tác động của việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện đối với cung ứng và chi trả dịch vụ y tế. 2008.
54. Vụ Điều trị (Bộ Y tế). Báo cáo kiểm tra bệnh viện. 2007.
55. Vụ Điều trị (Bộ Y tế). Báo cáo tổng kết công tác khám chữa bệnh năm 2007 và định hướng kế hoạch hoạt động năm 2008. 2008.
56. Chương trình hợp tác y tế Việt Nam-Thụy Điển, Đại học Y Hà Nội. Đánh giá đầu tư công nghệ bệnh viện: kiểm kê và đánh giá thực trạng đầu tư trang thiết bị chẩn đoán tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh. Hà Nội; 2006.
57. Pháp lệnh của Ủy ban thường vụ Quốc hội Số 07/2003/PL-UBTVQH11 ngày 25/02/2003 về hành nghề y, dược tự nhân. 2003.
58. Nghị quyết của Quốc hội khoá XII, kỳ họp thứ 3, số 18/2008/NQ-QH12 ngày 03/06/2008 về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hoá để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân. 2008.
59. Preker AS, Harding A. Innovations in Health Service Delivery: The corporatization of public hospitals. Washington, D.C.: World Bank; 2003.
60. Thông tư liên tịch của Bộ Tài chính- Bộ Y tế- Bộ Nội vụ số 13/2004/TTLT-BTC-BYT-BNV, ngày 27-2-2004, Hướng dẫn chế độ quản lý tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp có thu hoạt động trong lĩnh vực y tế công lập. 2004.
61. Vụ Kế hoạch-Tài chính (Bộ Y tế). Báo cáo ảnh hưởng của Nghị định số 10/2002/NĐ-CP ngày 16/01/2002 của Chính phủ về chế độ tài chính áp dụng cho các đơn vị sự nghiệp có thu đến lĩnh vực tài chính y tế và điều kiện thực hiện, tháng 5. 2005.
62. Vụ Kế hoạch-Tài chính (Bộ Y tế). Số liệu về thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP về tự chủ tài chính; 2008.
63. Vụ Điều trị (Bộ Y tế). Số liệu điều tra kiểm tra bệnh viện năm 2003. 2004.
64. Vụ Điều trị (Bộ Y tế). Số liệu điều tra kiểm tra bệnh viện năm 2005; 2006.
65. Bộ Y tế. Nghiên cứu hệ thống bệnh viện. Nhóm sáng kiến chung về y tế (JHPI); 2007.
66. Sở Y tế tỉnh Hà Tây. Báo cáo tình hình thực hiện Nghị định 43 Tỉnh Hà Tây; 2007.
67. Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2007. Hà Nội; 2008.
68. Vụ Điều trị (Bộ Y tế). Số liệu điều tra kiểm tra bệnh viện năm 2000. 2001.
69. Liệu DH, và cộng sự. Ngân sách chi thường xuyên Bệnh viện đa khoa tỉnh và Bệnh viện huyện, tháng 12: Đơn vị Chính sách- Chương trình Hợp tác Y tế Việt Nam- Thụy Điển; 2006.
70. Thông tư Liên bộ Y tế-Tài chính-Lao động TBXH-Ban vật giá Chính phủ số 14/TTLB ngày 30/09/1995 Hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí. 1995.
71. Thông tư liên tịch của Bộ Y tế-Bộ Tài chính-Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTB&XH ngày 26/01/2006 bổ sung Thông tư liên bộ số 14/TTLB ngày 30/09/1995 của Liên bộ Y tế- Bộ Tài chính- Lao

- động Thương binh và Xã hội- Ban Vật giá Chính phủ hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí. 2006.
72. Brumby J, Robinson M. Does Performance Budgeting Work? An Analytical Review of the Empirical Literature, IMF Working Paper, WP/05/210 (November): IMF; 2005.
 73. Quyết định của Hội đồng Bộ trưởng số 45-HĐBT ngày 24/04/1989 về việc thu một phần viện phí. 1989.
 74. Nghị định của Chính phủ số 95-CP ngày 27/08/1994 về việc thu một phần viện phí. 1994.
 75. Bộ Tài Chính. Báo cáo trình bày của Bộ Tài chính. Tham luận về Chính sách tài chính hướng tới mục tiêu chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân: Tài liệu hội thảo tài chính y tế do Ban Khoa giáo Trung ương tổ chức 29/09/2006; 2006.
 76. Cương ĐV, Vân PH, và Cộng sự. Báo cáo công tác quản lý các hoạt động KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi tại ba tỉnh Ninh Bình, Đà Nẵng, Tiền Giang. Trình bày tại Hội thảo quản lý các dịch vụ y tế công tư trong KCB cho trẻ em. Đà Nẵng 1/6/2006. 2006.
 77. Hương ĐB, và cộng sự. Kết quả từ một điều tra tuyến tính về thực hiện Quyết định 139 về khám chữa bệnh cho người nghèo. Đơn vị Chính sách cho Bộ Y tế; 2006.
 78. Tổng cục Thống kê. Khảo sát mức sống dân cư 2006 (cơ sở dữ liệu). 2007.
 79. Công văn của Bộ Tài chính số 9090/BTC-HCSN ngày 10/7/2007 về mệnh giá thẻ BHYT đối với người nghèo. 2007.
 80. Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 170/2005/QĐ-TTg ngày 08/07/2005 về việc ban hành chuẩn nghèo áp dụng cho giai đoạn 2006-2010. 2005.
 81. Nghị định của Chính phủ số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/05/2005 Ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế. 2005.
 82. BHXH Việt Nam. Số liệu của BHXH về BHYT. 2007.
 83. Vụ Kế hoạch-Tài chính (Bộ Y tế). Đánh giá tác động của việc thực hiện Quyết định 139 về khám, chữa bệnh cho người nghèo: Báo cáo tổng hợp: Chương trình hợp tác y tế Việt Nam-Thụy Điển; 2008.
 84. Viện Chiến lược và Chính sách y tế. Đánh giá tác động quỹ khám chữa bệnh 139 lên các hộ gia đình nghèo tại Bắc Giang và Hải Dương. Hà Nội; 2005.
 85. Tổng cục Thống kê. Khảo sát mức sống dân cư 2004 (cơ sở dữ liệu). 2005.
 86. Lương DH, và cộng sự. Đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Chương trình Hợp tác Y tế Việt Nam-Thụy Điển. 2006.