

7c 75 75

VAI TRÒ CỦA NHÀ NƯỚC TRONG ĐẦU TƯ PHÁT TRIỂN HỆ THỐNG Y TẾ

Ngô Minh Tuấn*

Tóm tắt

Trên thế giới, mọi Nhà nước đều hướng vào mục tiêu phát triển kinh tế-xã hội và có trách nhiệm bảo đảm cung ứng hàng hóa, dịch vụ công phục vụ cho người dân qua đó nâng cao đời sống của nhân dân. Tuy nhiên, xu hướng chủ yếu trên thế giới hiện nay là Nhà nước chỉ đảm nhiệm những loại hình hàng hóa, dịch vụ công và dự án nào mà xã hội không thể làm, hoặc không muốn làm. Trong điều kiện hiện nay, ở các nước đang phát triển nguồn lực còn hạn chế, Nhà nước đang có xu hướng đẩy mạnh việc thu hút các nguồn lực ngoài nhà nước đầu tư cho cơ sở hạ tầng dịch vụ xã hội, trong đó có y tế để phục vụ cộng đồng. Về phần mình, Nhà nước chỉ tập trung đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng dịch vụ xã hội ở những dự án hay ở những nơi mà khu vực ngoài nhà nước không tham gia đầu tư. Bài viết này tập trung phân tích vai trò của Nhà nước trong đầu tư phát triển hệ thống y tế và trình bày kinh nghiệm quốc tế trong việc đầu tư phát triển hệ thống y tế.

Từ khóa: Vai trò của nhà nước, y tế, đầu tư.

1. Lý luận về vai trò của Nhà nước trong phát triển hệ thống y tế

Mọi Nhà nước, không phụ thuộc vào chế độ chính trị - xã hội đều có trách nhiệm bảo đảm cung ứng dịch vụ công, trong đó có dịch vụ y tế là một loại hàng hóa đặc biệt, cho người dân. Hiện tại, trên thế giới, nhiều nước không những đặt trọng tâm vào việc cung ứng mà còn chú trọng việc nâng cao chất lượng dịch vụ công, đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của người dân¹. Do các đặc tính “không loại trừ” (non-exclusibility) và “không cạnh tranh” (non-rivalry) mà các hàng hóa, dịch vụ công thường được coi là một trong các “thất bại của thị trường”, và do đó, việc cung ứng các loại

dịch vụ này phải được Nhà nước đứng ra đảm bảo.

Trong số các hàng hóa công này, có loại tuy giữ vai trò tối quan trọng đối với đời sống xã hội, song các công ty hoặc doanh nghiệp tư nhân vẫn không muốn đứng ra cung ứng. Lý do là các loại hàng hóa, dịch vụ này thường không mang lại lợi nhuận đủ lớn cho họ, hoặc vì họ không có đủ quyền lực và/ hay vốn liếng để thực hiện việc cung ứng. Loại hàng hóa này thường được gọi với tên chung là các *hàng hóa công thuần túy* (Ví dụ: dịch vụ bảo đảm an ninh, an toàn xã hội, cứu hỏa, phòng dịch bệnh, v.v.). Bên cạnh đó, còn có loại hàng hóa công *không thuần túy*, mà tư nhân có thể tham gia cung cấp, nhưng việc cung cấp hoặc không đầy đủ, hoặc có thể làm phát sinh mối đe dọa về bất bình đẳng xã hội,

* Ngô Minh Tuấn, Thạc sỹ, Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương.

¹ Chu Văn Thành (2007).

tăng độc quyền, tăng giá, làm ảnh hưởng đến lợi ích của người tiêu dùng.

Đối với lĩnh vực y tế, trước hết cần xác định rõ hoạt động khám chữa bệnh là dịch vụ công thuần túy, không vì mục tiêu lợi nhuận. Đầu tư cho sức khỏe là đầu tư phát triển, thể hiện bản chất tốt đẹp của xã hội và Nhà nước chịu trách nhiệm đảm bảo việc cung ứng nhằm đáp ứng các nhu cầu và lợi ích cơ bản, thiết yếu của đông đảo người dân. Tuy nhiên, việc Nhà nước chịu trách nhiệm đối với việc cung ứng dịch vụ y tế không có nghĩa là Nhà nước phải là chủ thể trực tiếp cung ứng. Nhà nước có thể trực tiếp cung ứng thông qua các đơn vị sự nghiệp công lập, cũng có thể gián tiếp thông qua việc đặt hàng, ký hợp đồng đấu thầu, giao khoán cho các chủ thể tư nhân cung ứng dưới sự đảm bảo tài chính và các tiêu chuẩn chất lượng, số lượng do Nhà nước xác lập. Ngoài ra, cũng phải phân biệt bản chất của dịch vụ y tế ở những vấn đề sau đây:

- *Thứ nhất*, không phải tất cả hoạt động trong lĩnh vực y tế đều là không vì mục tiêu lợi nhuận. Những hoạt động mang tính chất vụ lợi, vì lợi nhuận thì là dịch vụ tư, ví dụ như hoạt động sản xuất thuốc, y tế... Cho nên, chỉ những hoạt động cung ứng dịch vụ không vì mục tiêu lợi nhuận, do Nhà nước đứng ra chịu trách nhiệm đảm bảo cung ứng mới là dịch vụ công dù thông qua chủ thể cung ứng trực tiếp là các tổ chức công lập hay tư nhân. Ngoài ra, vai trò của Nhà nước được thể hiện đảm bảo tiếp cận dịch vụ y tế ở mọi nơi đều công bằng và chất lượng như nhau. Thực hiện nhiệm vụ này, trong nguồn lực nhà nước còn hạn hẹp, Nhà nước chỉ đầu tư và đứng ra bảo đảm và cung ứng dịch vụ y tế ở những nơi vùng sâu, vùng xa nơi mà khu vực tư nhân không thể tham gia, trong khi đó ở những nơi thành phố nơi khu vực tư nhân phát triển thì Nhà nước có thể đặt hàng, ủy quyền cho khu vực ngoài công lập cung ứng dịch vụ.

- *Thứ hai*, bản thân dịch vụ công cũng được chia làm hai loại, đó là dịch vụ công thuần túy và dịch vụ công không thuần túy. Trong khi dịch vụ công thuần túy mang hai đặc trưng cơ bản là không cạnh tranh và không loại trừ trong tiêu dùng, thì dịch vụ công không thuần túy có thể cạnh tranh và có thể loại trừ trong tiêu dùng tùy thuộc vào số lượng người tiêu dùng. Kết quả là, dịch vụ công thuần túy được cung cấp cho tất cả mọi người, không phân biệt địa vị, thu nhập, màu da... trong xã hội và mọi người đều thu được lợi ích là như nhau. Ngược lại, dịch vụ công không thuần túy không cung cấp cho tất cả mọi người và lợi ích cá nhân được hưởng sẽ giảm dần khi số lượng người mong muốn được sử dụng tăng lên.

Trong lĩnh vực y tế, các dịch vụ y tế cơ bản như chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, phòng dịch bệnh, phòng và chữa một một bệnh xã hội... đều thuộc nhóm dịch vụ công thuần túy. Các loại dịch vụ y tế khác ngoài dịch vụ y tế cơ bản thuộc nhóm dịch vụ công không thuần túy. Hay nói cách khác các dịch vụ công thuần túy như phòng, chống dịch bệnh, kiểm soát lây nhiễm... được Nhà nước cung cấp miễn phí cho mọi thành viên trong xã hội. Đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản, Nhà nước cung cấp thuốc cơ bản, bảo hiểm y tế cho mọi người dân hay cung cấp các phiếu khám bệnh miễn phí cho người nghèo, người yếu thế... Đối với các nhu cầu không được đáp ứng thông qua khối khám chữa bệnh cơ bản (dịch vụ công không thuần túy), mặc dù trong giai đoạn hiện nay, có thể do người dân phải chịu trách nhiệm, nhưng để giảm rủi ro cá nhân, Nhà nước khuyến khích bảo hiểm y tế thương mại và tăng cường sự bảo vệ lẫn nhau giữa các thành viên trong xã hội. Điều cần lưu ý việc phân chia các nhóm dịch vụ công thuần túy và không thuần túy có thể thay đổi tùy theo vào điều kiện phát triển kinh tế của mỗi đất nước.

Việc phân loại trên đây có ý nghĩa quan trọng trong việc hoạch định chính sách đối với lĩnh vực dịch vụ sự nghiệp y tế. Thông thường, đối với dịch vụ cơ bản, trách nhiệm đảm bảo cung ứng hoàn toàn thuộc về Nhà nước, trước hết là kinh phí và nguyên tắc cao nhất chính là đảm bảo tính công bằng trong tiếp cận, sử dụng dịch vụ của tất cả người dân.

Đối với hàng hóa công không thuần túy như làm đẹp, sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng cao v.v. Nhà nước vẫn có trách nhiệm đảm bảo cung ứng, nhưng thực hiện trách nhiệm này thông qua tạo lập một sân chơi, hay hình thành thị trường dịch vụ để mọi thành phần kinh tế có thể tham gia và cạnh tranh lành mạnh trên thị trường. Vấn đề then chốt là cách thức thực hiện trách nhiệm của Nhà nước sao cho dịch vụ cung ứng ra thị trường đáp ứng tốt nhất nhu cầu của người dân về số lượng và chất lượng và dựa trên nguyên tắc các bên đều có lợi hay nguyên tắc "win-win", tức là cả người sử dụng, người cung ứng và Nhà nước đều có lợi. Rõ ràng, một đất nước mà đa số công dân có sức khỏe tốt sẽ có lợi cho quá trình phát triển theo hướng thịnh vượng của đất nước đó.

- Thứ ba, dịch vụ y tế là loại hàng hóa mà người sử dụng (người bệnh) thường không thể hoàn toàn tự mình chủ động lựa chọn loại dịch vụ theo ý muốn mà phụ thuộc rất nhiều vào bên cung ứng (các cơ sở y tế). Cụ thể, khi người sử dụng có nhu cầu khám chữa bệnh, việc điều trị bằng phương pháp nào, thời gian bao lâu hoàn toàn do thầy thuốc quyết định. Như vậy, người bệnh chỉ có thể lựa chọn nơi điều trị, ở một chừng mực nào đó, người chữa cho mình chứ không tự chủ lựa chọn được phương pháp điều trị. Mặt khác, do dịch vụ y tế là loại hàng hóa gắn liền với tính mạng con người nên mặc dù không có tiền nhưng vẫn phải khám chữa bệnh (mua dịch vụ). Đặc điểm này, không giống các loại hàng

hóa khác, đối với các loại hàng hóa không phải dịch vụ chữa bệnh, người mua có thể có nhiều giải pháp lựa chọn, thậm chí tạm thời không mua nếu chưa có khả năng tài chính.

Tóm lại, do tính chất đặc biệt của dịch vụ y tế, Nhà nước đóng vai trò quan trọng trong việc cung ứng và quản lý thị trường dịch vụ y tế. Nhà nước cần giữ vai trò cung ứng đối với các dịch vụ y tế thuần túy và dịch vụ dành cho các đối tượng cần ưu tiên, còn lại để cho khu vực ngoài nhà nước cung ứng các dịch vụ y tế còn lại. Đồng thời với sự tạo điều kiện thuận lợi phát triển các loại hình dịch vụ y tế và người cung ứng, vai trò quản lý Nhà nước là rất cần thiết trong việc kiểm soát giá cả, chất lượng dịch vụ. Trong thời gian gần đây, đã có sự đồng thuận lớn rằng việc đảm bảo để các dịch vụ công được cung cấp đến mọi người dân vẫn luôn là trách nhiệm không thể thay thế của Nhà nước. Song điều này không có nghĩa là Nhà nước nhất thiết phải trực tiếp thực hiện việc cung ứng tất cả các dịch vụ này. Đối với một số loại hình dịch vụ công không đặc biệt gắn chặt với quyền lực công, Nhà nước có thể chuyển giao cho khu vực tư nhân thực hiện. Tư tưởng chủ đạo hiện nay là: Nhà nước chỉ cung ứng những dịch vụ công nào mà xã hội không thể làm, không muốn làm, hoặc làm được nhưng với hiệu quả xã hội thấp hơn so với yêu cầu. Đối với các dịch vụ công có thể được cung cấp bởi các chủ thể xã hội khác (các tổ chức xã hội, tổ chức kinh tế tư nhân), Nhà nước thực hiện việc chuyển giao, khuyến khích, hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi để họ thực hiện, trong khi vẫn duy trì vai trò điều tiết và kiểm tra chặt chẽ, nhằm khắc phục các "khuyết điểm của thị trường". Hơn nữa, dù dịch vụ công được cung ứng dưới hình thức nào thì Nhà nước vẫn là người chịu trách nhiệm cuối cùng trước xã hội về kết quả (outcome) của các dịch vụ được cung ứng. Vì vậy, khác với các dịch vụ thương mại do tư nhân độc lập cung ứng và thu lợi nhuận, việc

QUẢN LÝ KINH TẾ

cung ứng các dịch vụ công chịu ảnh hưởng quan trọng của Nhà nước từ việc sản xuất, phân phối, đến các chi phí sản xuất và giá cả.

Rõ ràng là, đã có sự thay đổi căn bản trong tư duy và thực hành vai trò của Nhà nước đối với việc bảo đảm để các dịch vụ công được cung cấp có hiệu quả đến doanh nghiệp và người dân.

2. Các yêu cầu đặt ra đối với Nhà nước trong đầu tư phát triển hệ thống y tế

Theo khung quản trị hệ thống y tế (Bộ Y tế, 2011), đầu tư y tế là một bộ phận quan trọng của hệ thống y tế, nó đảm nhiệm 4 mục tiêu chính:

- Huy động đủ nguồn lực đầu tư cho công tác chăm sóc sức khỏe, bao gồm các khoản đầu tư xây dựng bệnh viện các tuyến, mua sắm trang thiết bị y tế;

- Quản lý và phân bổ nguồn lực theo hướng công bằng, với hiệu suất cao;

- Khuyến khích nâng cao chất lượng và hiệu suất trong cung ứng dịch vụ;

- Bảo vệ người dân trước các rủi ro tài chính gây nên bởi chi phí y tế thông qua hỗ trợ người dân mua bảo hiểm y tế (BHYT).

Trong 4 mục tiêu chính trên, nhiệm vụ huy động đủ các nguồn lực đầu tư cho hệ thống y tế rõ ràng là một nhiệm vụ quan trọng của Nhà nước nhằm đảm bảo công bằng trong tiếp cận dịch vụ với mọi người dân. Để thực hiện được chức năng này, Nhà nước phải huy động nguồn lực của mình để đầu tư hệ thống y tế thông qua hệ thống thu thuế của nhà nước, hệ thống thu phí bảo hiểm, và các cơ chế khác, để có nguồn lực đầu tư đủ lớn và được huy động một cách công bằng cho chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Do nguồn lực của Nhà nước có hạn, nên trách nhiệm của Nhà nước là tạo

môi trường kinh doanh thuận lợi, khuyến khích các thành phần kinh tế ngoài nhà nước cùng tham gia đầu tư, chia sẻ trách nhiệm này. Về phần mình các nhà đầu tư trong và ngoài nước tham gia đầu tư trong y tế ngoài mục đích kinh doanh, sinh lời họ cũng muốn tham gia đầu tư để thể hiện trách nhiệm xã hội của mình. Thậm chí các cá nhân (người sử dụng dịch vụ) không có đủ nguồn lực họ cũng có thể tham gia đầu tư bằng các khoản đóng góp trước (đóng phí BHYT cho các Quỹ), một mặt nhằm phòng tránh các rủi ro tài chính khi ốm đau, mặt khác Quỹ BHYT có thể sử dụng các khoản tiền nhàn rỗi (chưa sử dụng) để đầu tư phát triển hệ thống y tế.

Việc huy động các nguồn lực giữa Nhà nước, nhà đầu tư, và cả các cá nhân sử dụng dịch vụ tác động sâu sắc đến hệ thống y tế, bởi các nguồn lực đầu tư 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 cung ứng đầy đủ và công bằng dịch vụ y tế hay không. Ngoài ra, việc phân bổ nguồn lực đầu tư cũng tác động đến tính công bằng của hệ thống y tế nói chung (xem thêm khái niệm công bằng sức khỏe)². Trong 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 tế³.

² 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 (Bộ Y tế, 2008).

³ 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

Trên thế giới thực tiễn có ba giải pháp chính để cung cấp nguồn lực đầu tư cho y tế: (i) ngân sách nhà nước (NSNN); (ii) đầu tư tư nhân; và (iii) các mô hình chi trả trước hay còn gọi là bảo hiểm y tế và chi trả từ các cá nhân. Nguồn đầu tư từ NSNN có được do nguồn thu thuế của nhà nước bao gồm thuế trực tiếp và gián tiếp. Các nghiên cứu chỉ ra rằng đối với các nước nghèo nguồn thuế thu được thấp (Bộ Y tế, 2011) thì đầu tư cho y tế phụ thuộc vào tổng nguồn thu của nhà nước và mối ưu tiên tương quan dành cho ngành y tế so với các ngành khác. Các nguồn đầu tư từ tư nhân phụ thuộc vào môi trường kinh doanh do Nhà nước tạo ra và khả năng chi trả của người dân (khả năng thu hồi vốn) và thường nguồn vốn phân bổ không đồng đều (thường nhăm vào các đối tượng có mức sống trung bình khá trở lên và thường ở các thành phố lớn). Đối với các nguồn vốn đầu tư từ các Quỹ BHYT và từ người sử dụng dịch vụ, tuy cũng là một nguồn thu quan trọng của các cơ sở y tế, nhưng phụ thuộc vào rất nhiều vào việc xác định phí dịch vụ. Ở các nước đang phát triển, thông thường phí dịch vụ y tế thường được Nhà nước bao cấp một phần (không tính chi phí khấu hao tài sản cố định, tiền lương bác sỹ...) dẫn đến các cơ sở y tế phụ thuộc nhiều vào nguồn thu này sẽ không có các khoản tiết kiệm để tái đầu tư cơ sở hạ tầng y tế. Do vậy, phần lớn các khoản đầu tư hạ tầng cho hệ thống y tế vẫn phải phụ thuộc chính vào nguồn vốn nhà nước.

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) 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.

Tuy nhiên, hiện nay ở Việt Nam, trong bối cảnh nền kinh tế đang gặp nhiều khó khăn, ngân sách vẫn phải tập trung cho đầu tư phát triển, xây dựng kết cấu hạ tầng, dẫn đến nguồn lực đầu tư vào các ngành trực tiếp phục vụ phát triển con người như giáo dục, y tế giảm sút. Trong khi đó, nguồn vốn ODA và nguồn vốn vay ưu đãi nước ngoài có xu hướng giảm do Việt Nam đã bước vào nhóm nước có thu nhập trung bình. Đây là những thách thức lớn đối với mục tiêu tăng đầu tư công cho y tế hướng tới một thống y tế công bằng, hiệu quả và bền vững ở Việt Nam.

Các yếu tố trên ít nhiều ảnh hưởng tới việc đáp ứng được ngân sách của nhà nước cho y tế. Số liệu minh chứng cho thấy tốc độ tăng chi ngân sách cho y tế ở Việt Nam trong 3 năm gần đây giảm rõ rệt. Cụ thể, năm 2012, tốc độ này giảm mạnh so với năm 2011 và tiếp tục giảm trong năm 2013. Năm 2012, tốc độ chi thường xuyên cho y tế chỉ hơn mức tăng chi NSNN 1%, thậm chí năm 2013 tốc độ tăng còn thấp hơn tốc độ tăng chi NSNN nói chung, không đạt chỉ tiêu như Nghị quyết 18 của Quốc hội (Bộ Y tế, 2015). Do đó vốn đầu tư công giai đoạn tới sẽ chỉ tập trung cho xây dựng hệ thống kết cấu hạ tầng, những công trình quan trọng thiết yếu phục vụ nhiệm vụ tái cơ cấu nền kinh tế và đời sống của người dân (Quyết định 339/2013/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ).

Trước bối cảnh này, vai trò vốn đầu tư của Nhà nước cần phải thay đổi, thay vì NSNN đầu tư cho y tế mang tính chủ đạo sang vai trò “kích thích” hay “huy động” các nguồn vốn đầu tư ngoài nhà nước tham gia đầu tư cho y tế như kinh nghiệm của một số nước trong việc huy động nguồn vốn đầu tư tư nhân tham gia đầu tư cho y tế dưới hình thức đối tác công - tư (PPP) hay tập trung nguồn lực đầu tư của Nhà nước vào một số lĩnh vực nhất định như phần sau.

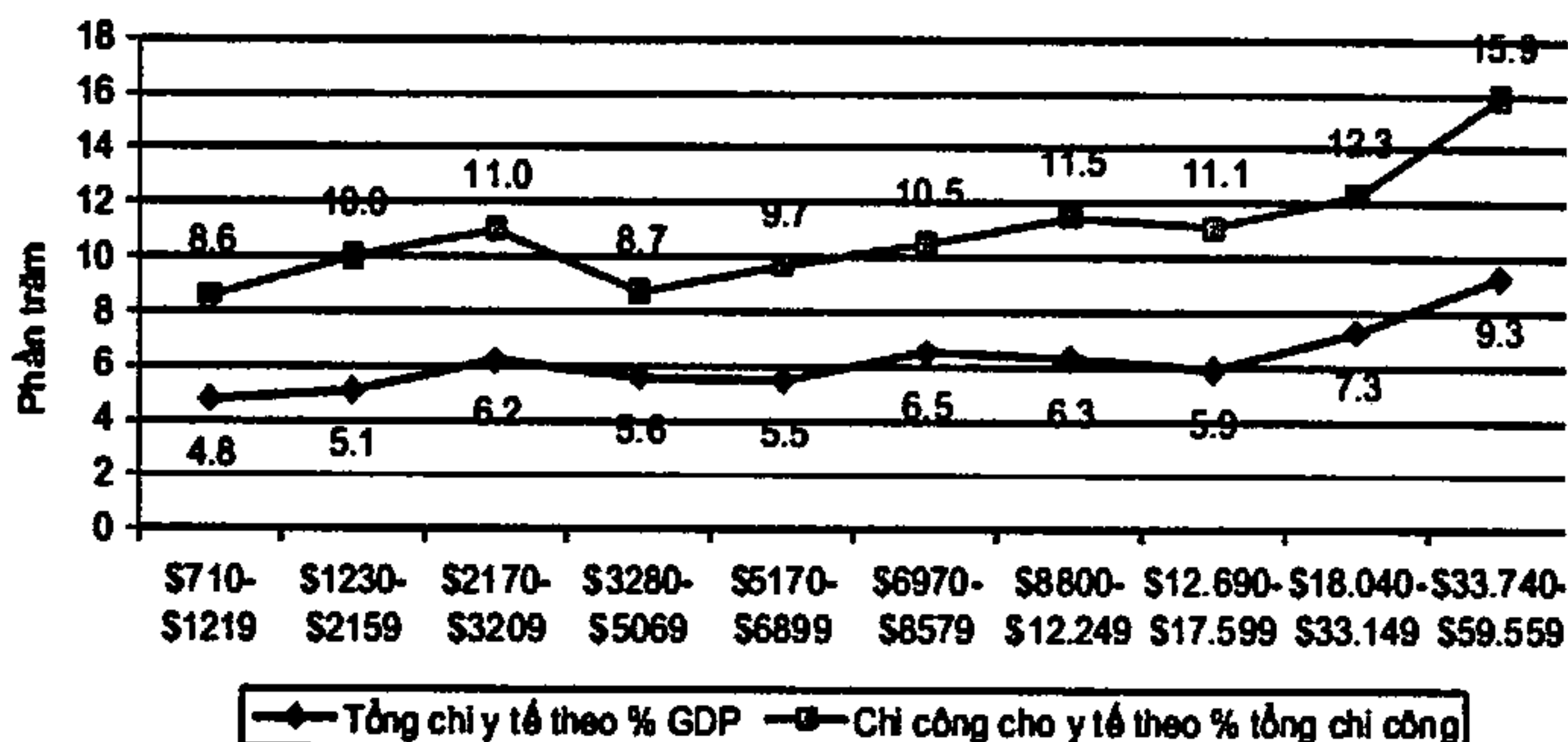
3. Tổng quan một số mô hình đổi mới đầu tư cho y tế trên thế giới

Phân bổ ngân sách đầu tư cho y tế

Trên thế giới, khi các quốc gia giàu lên, GDP bình quân đầu người tăng, thì chính phủ cũng tăng chi/đầu tư cho y tế (Hình 1). 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. Năm 2011, 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% (Bộ Y tế, 2011). Do vậy, trong thời gian tới tỷ trọng đầu tư 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 1. Chi tiêu y tế của các quốc gia trên thế giới, 2005

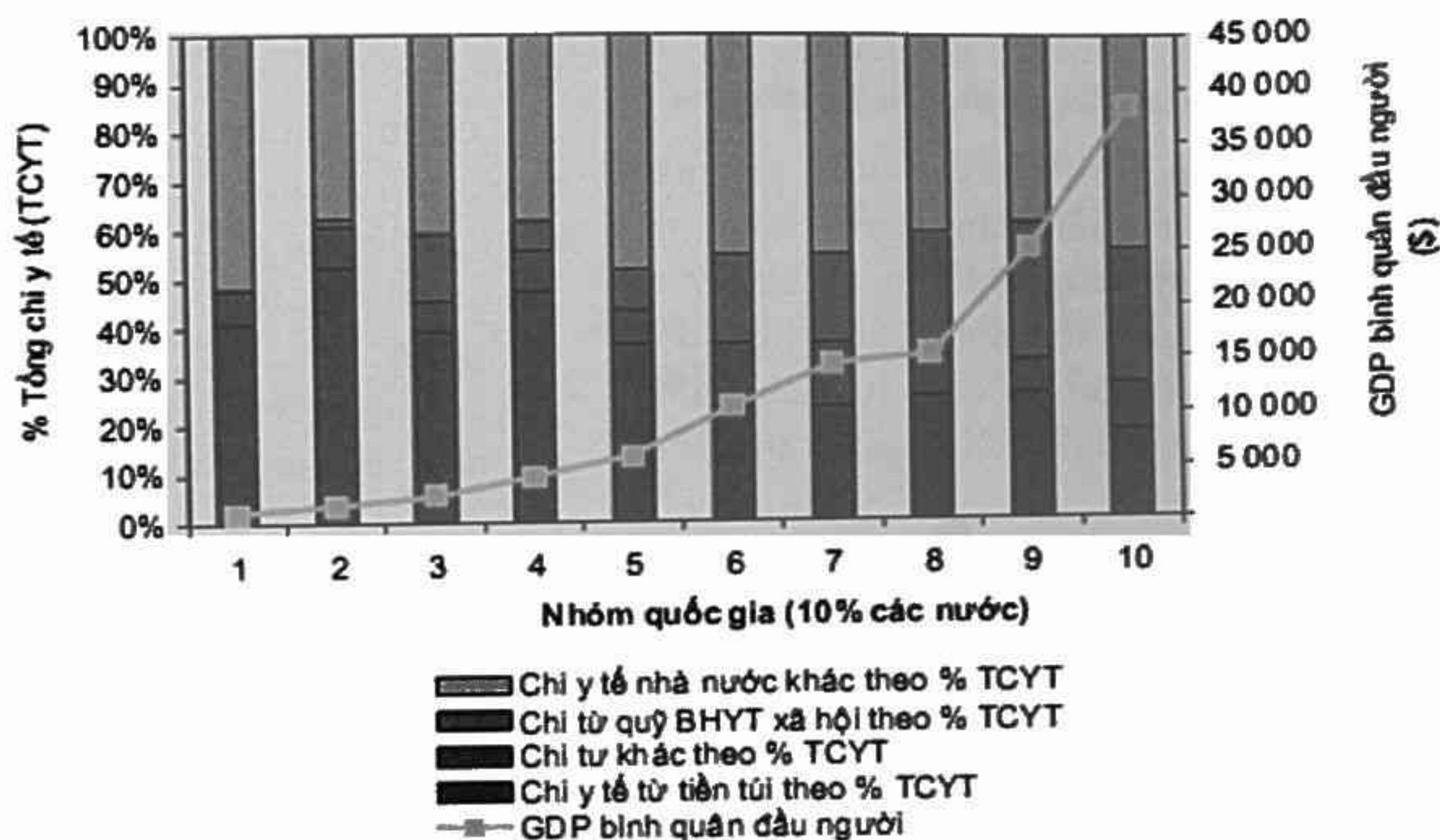


Nguồn: WHO Statistical Information System (WHOSIS), 2008 [13].

Hình 2 chỉ ra cơ cấu chi y tế các nước trên thế giới, theo tổng sản phẩm quốc nội bình quân đầu người, tính bằng US\$, năm 2005. Một nhận xét 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.

Hình 2. Cơ cấu chi y tế các nước trên thế giới, 2005



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

Theo một nghiên cứu của Deloitte (2014), cơ sở hạ tầng y tế của Ấn Độ vẫn còn kém phát triển so với các nước, cụ thể tỷ lệ giữa giường bệnh trên bệnh nhân thấp: 1 giường bệnh/350 bệnh nhân (Mỹ); 1 giường bệnh/85 bệnh nhân (Nhật Bản) trong khi đó tỷ lệ này ở Ấn Độ là 1 giường bệnh/1050 bệnh nhân. Để nhằm cải thiện cơ sở hạ tầng y tế, Chính phủ Ấn Độ đang lên kế hoạch tăng đầu tư công cho y tế từ 1,04 %GDP (tổng sản phẩm nội địa) lên 2,5 % vào năm 2020, với 70 phần trăm này được dành riêng cho chăm sóc sức khỏe ban đầu. Mục tiêu này đã được thiết lập trong dự thảo cải tổ chính sách y tế quốc gia mà trọng tâm là đầu tư tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe cộng đồng trên cả nước.

Dự thảo chính sách lần đầu tiên được đưa ra thảo luận công khai trong tháng 12 năm 2014 và đã được sửa đổi đáng kể đưa ra mục tiêu cụ thể tập trung vào việc tăng chi tiêu Chính phủ cho các dịch vụ y tế công cộng. Ngân sách sẽ được phân bổ ít nhất 70% sẽ được chi cho đầu tư chăm sóc sức khỏe ban

đầu, 20% sẽ được chi cho chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện cơ sở và 10% chi cho hệ thống y tế Trung ương. Trong tổng số kinh phí cần thiết, Chính phủ Trung ương sẽ cung cấp 40%, số còn lại sẽ được tài trợ qua các Quỹ y tế và chính quyền địa phương. Các Quỹ này được sử dụng đặc biệt cho các khoản đầu tư y tế công cộng có nguồn thu một phần bằng cách áp đặt thuế bổ sung đối với thuốc lá, rượu, các sản phẩm được coi là không tốt cho sức khỏe con người.

Một lộ trình rất chi tiết cho việc thực hiện các chính sách này được phân chia theo giai đoạn. Trọng tâm sẽ là đầu tư để xây dựng cơ sở y tế công cộng trong đô thị và nông thôn Ấn Độ. Để đáp ứng những khoảng trống ở những nơi mà cơ sở hạ tầng y tế công cộng chưa thể đầu tư ngay, Chính phủ sẽ mua dịch vụ cụ thể từ các cơ sở y tế tư nhân hoạt động theo cơ chế không vì lợi nhuận theo các quy định pháp luật. Việc mua sắm các dịch vụ

từ khu vực tư nhân sẽ được thực hiện bởi chính quyền tự trị⁴.

Liên minh châu Âu (EU)⁵ vừa thông qua một chương trình đầu tư xã hội là nguồn cho tăng trưởng với mục tiêu tăng trưởng bền vững và toàn diện. Trong đó, EU cũng thông qua Chương trình Y tế đổi mới và sáng tạo là một phần của chương trình trên trong giai đoạn 2014-2020. Chương trình nhằm mục tiêu tăng cường sự liên kết giữa tăng trưởng kinh tế và dân số khỏe mạnh với bốn mục tiêu cụ thể như sau:

- Đóng góp cho hệ thống y tế sáng tạo và bền vững;
- Tăng cường tiếp cận với chăm sóc sức khỏe tốt hơn và an toàn hơn cho tất cả các công dân EU;
- Tăng cường sức khỏe và ngăn ngừa bệnh tật bằng cách giải quyết các yếu tố nguy cơ của hầu hết các bệnh;
- Bảo vệ con người khỏi các mối đe dọa bệnh tật qua biên giới.

Chính sách y tế mới này có gắn kết các quỹ đầu tư của EU như là những công cụ mạnh mẽ để giúp các nước thành viên đầu tư vào hệ thống y tế bền vững nhằm nâng cao sức khỏe của người dân đối với việc làm và giảm sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận các dịch vụ về y tế. Trong giai đoạn 2007-2013, các nước thành viên được phân bổ trên năm tỉ euro vào cơ sở hạ tầng y tế. Trong giai đoạn tiếp theo (2014-2020), EU và Quỹ cơ cấu đồng tài trợ để đầu tư vào lĩnh vực y tế cho các nước thành viên theo một chiến lược đầu tư như sau:

- Đầu tư vào cơ sở hạ tầng y tế nhằm thúc đẩy chuyển đổi hệ thống y tế, đặc biệt là thúc đẩy quá trình chuyển đổi từ mô hình bệnh viện trung tâm sang mô hình chăm sóc dựa vào cộng đồng và dịch vụ tổng hợp (y tế tuyến dưới);

- Cải thiện tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế với mục tiêu bền vững và chất lượng cao, đặc biệt với mục đích làm giảm sự bất bình đẳng về y tế giữa các vùng miền và cho các nhóm/cộng đồng yếu thế nhằm tiếp cận tốt hơn các dịch vụ chăm sóc sức khỏe;

- Hỗ trợ thích ứng, và đào tạo kỹ năng cho các nhân viên y tế.

Huy động vốn đầu tư ngoài nhà nước tham gia đầu tư y tế dưới hình thức PPP.

Theo một báo cáo⁶, gần đây Chính phủ Canada tích cực huy động nguồn vốn đầu tư ngoài nhà nước tham gia đầu tư y tế dưới dạng PPP bởi vì theo đánh giá của Chính phủ đầu tư dưới hình thức PPP trong y tế đạt hiệu quả cao hơn đầu tư công truyền thống. Tính đến tháng 3 năm 2014, trong tổng số 254 dự án đầu tư theo PPP được triển khai ở Canada thì có đến 85 dự án trong lĩnh vực y tế. Trong số đó, có 45 dự án đã hoàn thành và đi vào hoạt động. Riêng nửa cuối năm 2013, đầu năm 2014, có 7 dự án kết cấu hạ tầng và dịch vụ y tế mới đầu tư theo hình thức PPP được xúc tiến ở các bang British Columbia, Saskatchewan và Québec.

Tại Canada, bang Ontario dẫn đầu về số dự án PPP trong tất cả các lĩnh vực cũng như trong lĩnh vực y tế, với 52 dự án kết cấu hạ tầng và dịch vụ y tế trong tổng số 104 dự án PPP. Đứng thứ 2 là bang British Columbia với tổng số 41 dự án PPP, trong đó có 16 dự án trong lĩnh vực y tế. Tính theo giá trị các dự án

⁴ http://www.business-standard.com/article/economy-policy/government-to-hike-health-care-investment-to-2-5-of-gdp-by-2020-115081900035_1.html

⁵ Investing in Health (EU, 2013), Truy cập tại địa chỉ: http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf

⁶ <http://muasamcong.vn/danh-muc-tin/detail/canada-dau-tu-theo-hinh-thuc-ppp-trong-y-te-dat-hieu-qua-cao-hon-dau-tu-cong-truyen-thong>

PPP trong lĩnh vực y tế, bang Ontario đã thu hút nguồn vốn ngoài nhà nước với tổng giá trị 11.417,4 triệu đôla Canada (CAD). Bang Québec mặc dù có số dự án PPP trong lĩnh vực y tế ít hơn bang British Columbia, song tổng giá trị các dự án đạt 4.233,1 triệu CAD, so với 2.302,2 triệu CAD của bang British Columbia.

Từ năm 2000 đến năm 2013, trong số các dự án PPP y tế tại Canada, có 41 dự án được thực hiện theo dạng thức hợp đồng DBFM (Thiết kế - Xây dựng - Tài trợ - Bảo trì) và DBFMO (Thiết kế - Xây dựng - Tài trợ - Bảo trì - Vận hành), chiếm 48% tổng số dự án PPP trong lĩnh vực y tế. Các dạng thức này đều là những biến thể của dạng thức hợp đồng BOT và đều nhấn mạnh vai trò tài trợ và phân bổ nguồn lực của các bên, trong đó có các định chế tài chính, nhờ đó, việc huy động vốn được đa dạng và linh hoạt hơn. Chính phủ Canada cho phép các nhà thầu tư nhân huy động nguồn vốn bằng nhiều hình thức như nguồn tài trợ từ các ngân hàng thương mại, phát hành trái phiếu, cổ phiếu để chi trả cho một phần chi phí trả trước trong quá trình thiết kế xây dựng kết cấu hạ tầng, đồng thời đảm bảo cân bằng tài chính cho dự án.

Mặc dù mới thực hiện các dự án PPP trong lĩnh vực y tế trong hơn 13 năm (so với thời gian 25 năm khi bắt đầu áp dụng mô hình PPP vào phát triển kết cấu hạ tầng), song Canada đã thu được những kết quả đáng khích lệ. Tính riêng 10 năm từ năm 2003 đến năm 2012, Canada đã xây dựng, mở rộng thêm được 85 bệnh viện/cơ sở y tế, tăng thêm được 4.790 giường bệnh điều trị thường xuyên, 1.500 giường bệnh nội trú điều trị dài hạn, mở rộng diện tích khu nội trú thêm 1.16 triệu m²; mở rộng, nâng cao năng lực khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe và đáp ứng được nhu cầu ngày càng tăng của dân chúng.

Bên cạnh những mặt tích cực như mở rộng cơ sở hạ tầng y tế do các dự án PPP mang

lại, các dự án này cũng có nhiều đóng góp trong phát triển kinh tế - xã hội. Từ năm 2003 đến năm 2012, các dự án PPP trong lĩnh vực y tế cũng đóng góp đáng kể vào GDP của Canada. Tổng GDP được tạo ra bởi các dự án PPP trong lĩnh vực y tế là 22,04 tỷ CAD. Bên cạnh đó, các dự án PPP cũng tạo ra nguồn thu thuế thu nhập đáng kể cho Chính phủ. Tổng số thuế thu nhập tính trên thu nhập chịu thuế phát sinh từ các dự án PPP là 7,51 tỷ CAD, trong đó thuế thu nhập cá nhân lên tới 3,92 tỷ CAD.

Vào những năm 90, Chính phủ Úc khi đó cũng muốn thúc đẩy sự tham gia mạnh mẽ hơn của khu vực tư nhân vào mở rộng các dịch vụ y tế để đáp ứng nhu cầu y tế ngày càng tăng của người dân (Mai Thị Thu và các cộng sự, 2013). Vào năm 1996, chính quyền bang Tây Úc (Western Australia) đã hợp tác với Mayne Health trong một Hợp đồng hợp tác đầu tư công - tư (Public-Private Investment Partnerships - PPIP) để thiết kế, xây dựng, vận hành và cung cấp các dịch vụ chữa bệnh và các dịch vụ khác tại Joondalup Health Campus tại thành phố Perth. Dự án PPIP bao gồm nâng cấp cơ sở hạ tầng và cung cấp các dịch vụ chữa bệnh trong vòng 20 năm, và là một dự án PPP trong lĩnh vực y tế đi theo mô hình BOOT (xây dựng, vận hành, sở hữu và chuyển giao) trong những năm 90 ở Úc. Dự án Joondalup PPIP rất thành công vì nhiều đối tác của chính phủ muốn tham gia để mở rộng mô hình. Vào thời điểm đó, PPIP chưa được coi là mô hình cấp tiến trong lĩnh vực y tế, bởi vì các bệnh viện tư nhân mới được đánh giá cao tại Úc. Hình thức hợp tác công tư bắt đầu phổ biến tại Australia vào đầu những năm 90.

Tại thời điểm hợp đồng được ký kết, chi phí vốn của khu vực tư nhân chiếm khoảng 40% chi phí do chính phủ đặt ra. Bệnh viện Joondalup theo hình thức hợp tác PPP được mở cửa vào năm 1998 với 365 giường bệnh (hiện tại đã tăng lên 379 giường), trong đó gần

60% là giường bệnh công và có thể được chính phủ bồi hoàn. Đối tác tư nhân chịu trách nhiệm thiết kế, xây dựng và vận hành bệnh viện, giám sát đội ngũ nhân viên y tế và quản lý bệnh viện. Đối với các dịch vụ này, chính phủ trả cho đối tác tư nhân một khoản tiền định kỳ trong vòng 20 năm để trang trải chi phí vốn và mua sắm cơ bản cho bệnh viện. Đối tác tư nhân cũng chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ chữa bệnh như dịch vụ nội trú, chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc sức khỏe tinh thần và các dịch vụ ngoài điều trị khác. Theo quy tắc về tiếp cận bình đẳng, đối tác tư nhân cần cung cấp dịch vụ cho tất cả người dân tại Joondalup.

Trong giai đoạn nhượng quyền, xét về cơ bản, bệnh viện sẽ thuộc sở hữu của nhà vận hành tư nhân, nhưng sở hữu đất nơi mà bệnh viện được xây dựng lại thuộc về Chính phủ. Vào thời điểm kết thúc hợp đồng 20 năm, các tài sản thuộc sở hữu công sẽ chuyển sang thuộc sở hữu hoàn toàn của Chính phủ. Các tài sản thuộc sở hữu tư nhân (trung tâm y tế và các phòng bệnh dành cho bệnh nhân của khu vực tư nhân) sẽ chuyển giao cho Chính phủ sau 40 năm. Theo hợp đồng, mỗi năm Chính phủ có thể quyết định khối lượng dịch vụ cần mua từ đối tác tư nhân với mức đơn giá nhất định. Theo đó, Chính phủ trả một khoản tiền cố định hàng năm cho khối lượng dịch vụ được mua. Ngoài định mức này, nếu Chính phủ mua thêm dịch vụ thì có thể trả cho đối tác tư nhân mức giá thấp hơn (và cần thương thảo với đối tác tư nhân). Theo ước tính của Chính phủ tại thời điểm ký hợp đồng, các dịch vụ chiếm khoảng gần 90% tổng chi phí của hợp đồng.

Hợp đồng yêu cầu đối tác tư nhân đáp ứng những tiêu chuẩn chất lượng nhất định, dựa trên Luật về Bệnh viện và Các dịch vụ y tế năm 1927 và Các Mục tiêu Quốc gia như Các mục tiêu về Y tế Điều trị đối với bang Tây Úc năm 1994. Ngoài ra, Hội đồng về Các tiêu

chuẩn Y tế của Australia sẽ kiểm định và cấp phép để đảm bảo bệnh viện tôn trọng các quy trình về chất lượng. Nếu đối tác tư nhân không đáp ứng các tiêu chuẩn chất lượng đã quy định, Chính phủ có thể giảm giá dịch vụ. Hợp đồng sẽ bị hủy khi và chỉ khi khu vực tư nhân không được Hội đồng cấp phép. Về chia sẻ rủi ro, đối tác tư nhân có trách nhiệm giám sát đội ngũ nhân viên y tế gánh vác những rủi ro gắn liền với các dịch vụ chữa bệnh. Chính phủ đảm bảo mua một khối lượng dịch vụ tối thiểu, tuy nhiên nếu số lượng bệnh nhân sử dụng các dịch vụ thấp có thể làm giảm lợi ích cho cả đối tác tư nhân và chính phủ.

Những ưu đãi mà Nhà nước dành cho chủ đầu tư và điều kiện thực hiện đối tác tư nhân được vận hành dự án trong vòng 20 năm. Chính phủ cũng trả cho đối tác tư nhân một khoản tiền định kỳ hàng năm trong vòng 20 năm để trang trải chi phí vốn và mua sắm cơ bản cho bệnh viện. Chính phủ cũng cam kết mua một khối lượng dịch vụ tối thiểu với một mức giá cố định. Ngoài khối lượng dịch vụ định mức trên, khối lượng dịch vụ mà chính phủ mua thêm có thể được trả ở mức giá thấp hơn. Thành công của dự án nằm ở chỗ khu vực công có sự hợp tác chặt chẽ với khu vực tư nhân và chính phủ quyết định tiếp tục mở rộng hình thức hợp tác này trong thời gian tới.

4. Kết luận

Lý thuyết và thực tiễn của một số nước trên thế giới cho thấy vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế là rất quan trọng mặc dù mức độ can thiệp vào thị trường có sự khác nhau. Điều đáng chú ý là cùng với sự phát triển kinh tế thì đầu tư của Nhà nước cho lĩnh vực y tế không ngừng tăng lên, thể hiện trách nhiệm của Nhà nước trong việc phục vụ cho cuộc sống vật chất và tinh thần của người dân ngày càng tốt hơn. Tuy nhiên, thay vì đầu tư dân trải cho các cơ sở y tế khám chữa bệnh công, các nước tập trung đầu tư vào: (i) lĩnh

vực y tế dự phòng như mô hình ở Mỹ, nơi khu vực tư nhân không tham gia; (ii) chuyển từ hỗ trợ ngân sách sang trực tiếp cho người sử dụng dịch vụ, qua đó gián tiếp đầu tư vào hệ thống cơ sở hạ tầng y tế bởi vì phần lớn các nước giá dịch vụ y tế được tính đúng và đủ (đã bao gồm các chi phí trực tiếp và phần lợi nhuận để tái đầu tư cho cơ sở y tế); và (iii) khuyến khích hợp tác với khu vực tư nhân tham gia đầu tư vào lĩnh vực y tế nhằm đảm bảo công bằng cho mọi người dân trong việc tiếp cận dịch vụ y tế.

Ở Việt Nam, cho đến nay, nhiều vướng mắc và thách thức đặt ra cho đầu tư phát triển dịch vụ y tế vẫn chưa được giải quyết, từ đó dẫn đến khó khăn trong việc đổi mới. Một trong những vướng mắc lớn nhất là việc xác định các đặc trưng cơ bản của dịch vụ y tế trong bối cảnh kinh tế chính trị của nước ta hiện nay. Điều này dẫn đến trong xã hội có nhiều quan điểm không thống nhất về dịch vụ y tế như là một loại dịch vụ công, do Nhà nước bao cấp toàn bộ, bao cấp một phần hay dịch vụ y tế là một loại hàng hóa đặc biệt, cần có những cơ chế đặc thù hay dịch vụ y tế cũng tương tự như các loại hàng hóa khác? Sự không thống nhất trong quan điểm này sẽ dẫn đến nhiều điều không rõ ràng khác như Nhà nước nên đầu tư vào lĩnh vực nào trong lĩnh vực y tế; giá viện phí hiện nay mang nặng tính bao cấp nhưng lại không xác định rõ được cơ quan nào sẽ “bao cấp” cho phần đó; các đơn vị y tế cần được ngân sách Nhà nước đầu tư trang thiết bị và đảm bảo kinh phí chi thường xuyên hay phải tự “xoay xở”... Chính sự vướng mắc trên đã làm ảnh hưởng đến việc huy động các nguồn lực đầu tư cho hệ thống y tế Việt Nam.

Việt Nam với thu nhập còn thấp, khả năng chi trả dịch vụ y tế của người dân đương nhiên cũng chưa cao, do vậy đầu tư cho y tế phải hướng tới mục tiêu công bằng và an sinh

xã hội. Bên cạnh đó cơ chế đầu tư cho y tế phải tạo điều kiện khơi dậy và huy động mọi nguồn lực cho y tế, cả cơ sở vật chất cũng như con người, làm cho xã hội quan tâm hơn đầu tư cho y tế và chăm lo rèn luyện sức khỏe; đồng thời tạo điều kiện cho các đơn vị y tế phát huy đầy đủ nội lực; phát huy tính sáng tạo của con người và sử dụng nguồn lực có hiệu quả nhất. Vì vậy cần phải đổi mới vai trò của Nhà nước trong đầu tư phát triển hệ thống y tế là một trong những yêu cầu cần thiết hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2015) “Tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016-2020”.
- Bộ Y tế và nhóm Đối tác y tế, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế hàng năm (JAHR)*, Báo cáo từ năm 2008 – 2014.
- Chu Văn Thành (2007), *Dịch vụ công: Đổi mới quản lý và tổ chức cung ứng ở Việt Nam hiện nay*, Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
- Mai Thị Thu và các cộng sự (2013), “Phương thức đối tác công tư (PPP): Kinh nghiệm quốc tế và khuôn khổ thể chế tại Việt Nam”, Nhà xuất bản tri thức. Hà Nội.
- Tổ chức y tế thế giới (WHO, 2008), *Statistical Information System (WHOSIS)*.
- Tổ chức y tế thế giới (WHO, 2009), *Health financing strategy for Asian Pacific Region in 2010-2015*, Báo cáo nghiên cứu của Tổ chức y tế thế giới.