

ĐẦU TƯ CÔNG TRONG Y TẾ: THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

Ngô Minh Tuấn*, Bé Thu Trang**

Tóm tắt:

Y tế là một loại hình dịch vụ công mà Nhà nước có vai trò chính trong việc đảm bảo quyền lợi về chăm sóc sức khỏe cho người dân. Chính vì vậy, từ trước tới nay Đảng và Nhà nước ta luôn chủ trương tăng cường đầu tư cho y tế, đảm bảo hệ thống y tế chăm sóc sức khỏe công bằng, bình đẳng cho mọi người dân. Thực tiễn cho thấy trong vài thập niên gần đây, hệ thống y tế Việt Nam đã được củng cố, mở rộng và phát triển nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Mặc dù vậy, hiện nay mức đầu tư công cho y tế vẫn còn thấp và chi tiêu tiền túi của người dân cho y tế còn cao, chưa đáp ứng được yêu cầu của một nền y tế công bằng và hiệu quả cho toàn xã hội. Bài viết này tập trung phân tích thực trạng đầu tư công cho y tế của Việt Nam thời gian qua và đề xuất một số định hướng tái cơ cấu đầu tư công cho y tế nhằm đảm bảo mọi người dân đều tiếp cận được dịch vụ y tế công bằng trong thời gian tới.

Từ khóa: Y tế, đầu tư công, công bằng, hiệu quả.

1. Thực trạng chi tiêu và đầu tư công cho y tế

1.1. Thực trạng chi tiêu chung cho y tế

Nhìn chung, chi cho y tế, trong đó có chi đầu tư cho y tế của Việt Nam có xu hướng tăng trong những năm gần đây, từ 5,5% GDP năm 2008 tăng lên 6,5% GDP năm 2014, bình quân chi tiêu y tế ở mức khoảng 6% GDP/năm (Hình 1). Tuy nhiên, xét về tương quan giữa các nước, Việt Nam có tỷ lệ chi tiêu y tế cao nhất so với GDP trong khu vực Đông Nam Á, vượt qua cả các nước phát triển cao hơn Việt Nam như Singapore, Malaysia (BGD Asia,

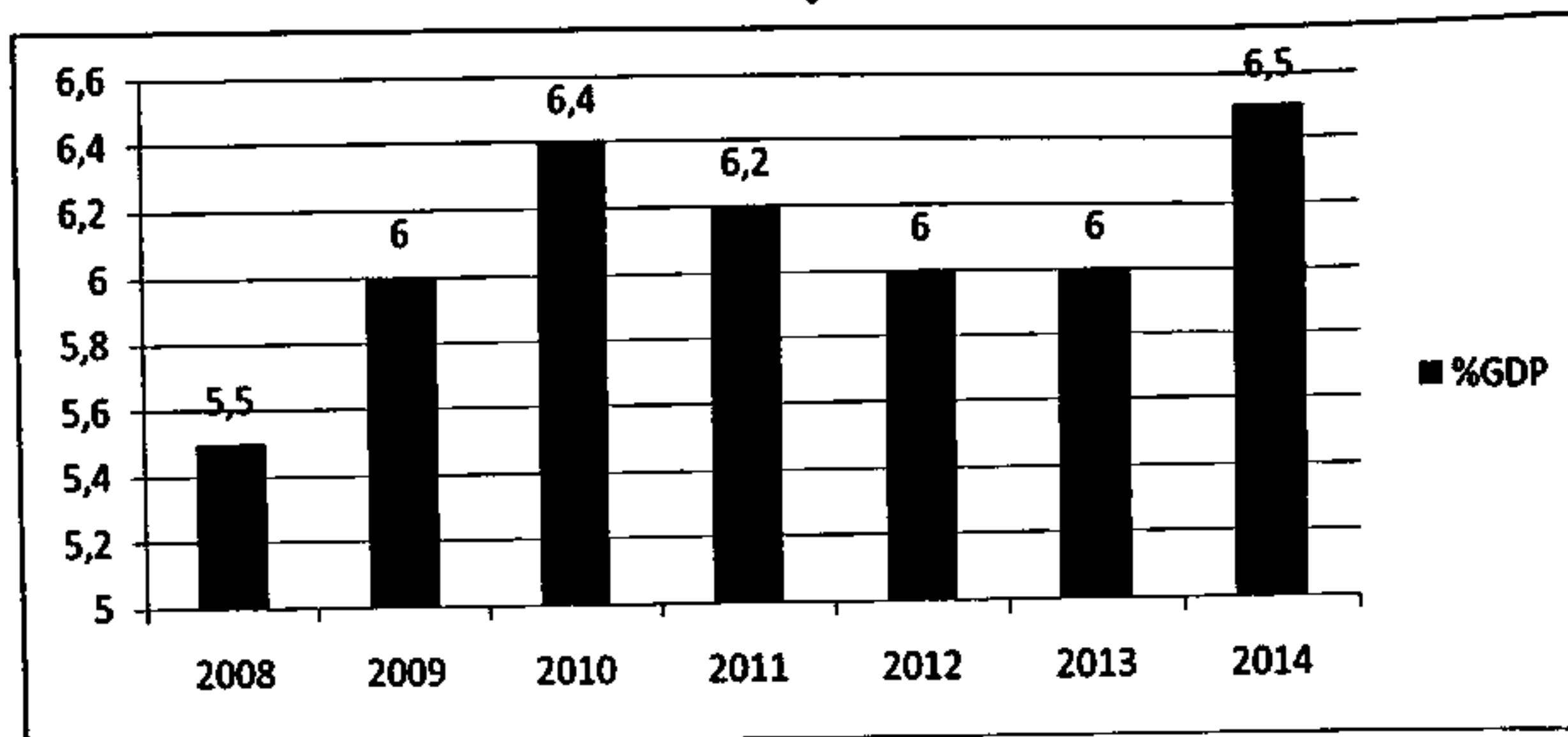
2015). Mặc dù Việt Nam có mức chi tiêu cho y tế đứng đầu khu vực nhưng mức chi tiêu y tế bình quân đầu người còn thấp hơn nhiều các nước trong khu vực và chỉ cao hơn Campuchia, Lào và Myanmar.

Về chi tiêu chung cho y tế, giai đoạn 2009-2013 có sự thay đổi về chi tiêu công và tư cho y tế nhưng mức chi công luôn thấp hơn so với chi tiêu tư nhân cho y tế, dẫn đến tình trạng mất công bằng trong khám chữa bệnh cho người dân (tỷ lệ chi tiêu công <50% trong tổng chi cho y tế). Tuy nhiên, đến năm 2014, chi tiêu công cho y tế đã có sự tăng trưởng đột biến, chiếm khoảng 53% trong tổng chi tiêu cho y tế, cao hơn chi tiêu tư nhân (Hình 2) mặc dù tỷ lệ này vẫn thấp so với chuẩn chung của thế giới.

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

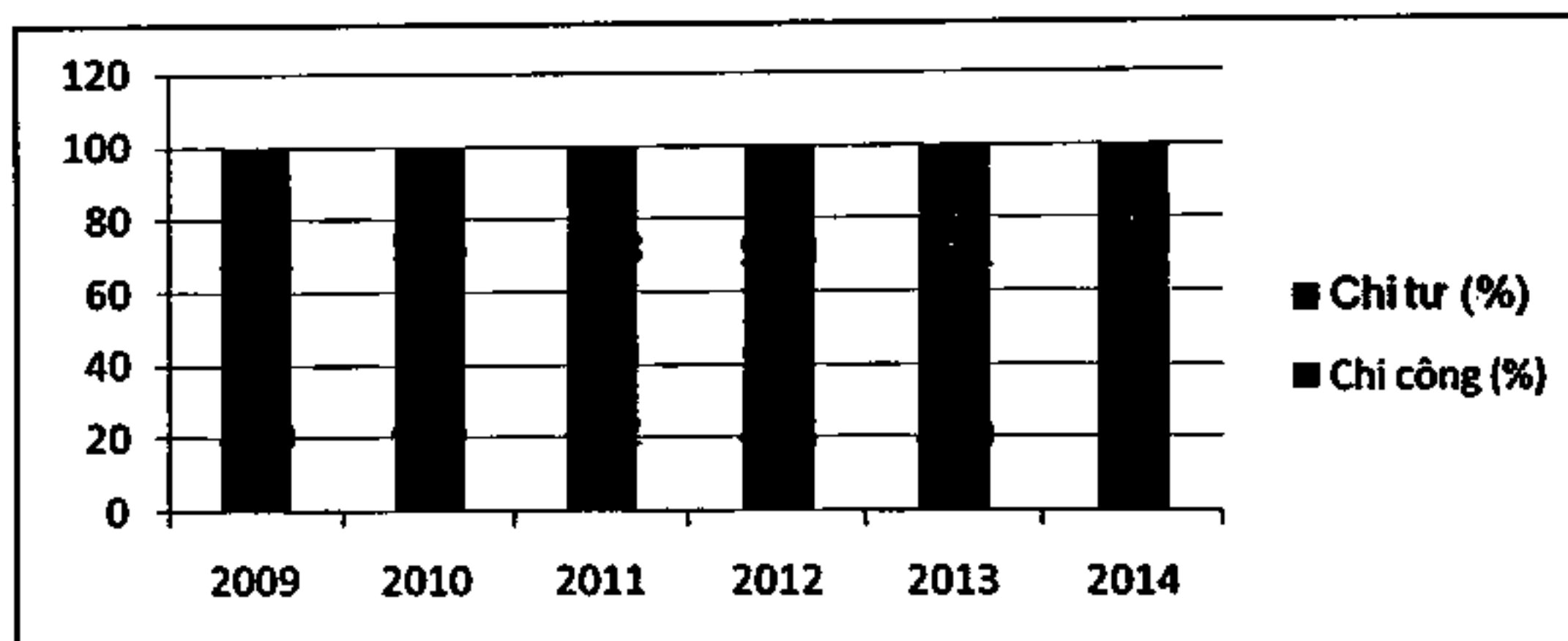
** Bé Thu Trang, Thạc sỹ, Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương.

Hình 1. Chỉ tiêu y tế so với GDP



Nguồn: WHO và Gaskill và Nguyễn Lương Hiền, 2015.

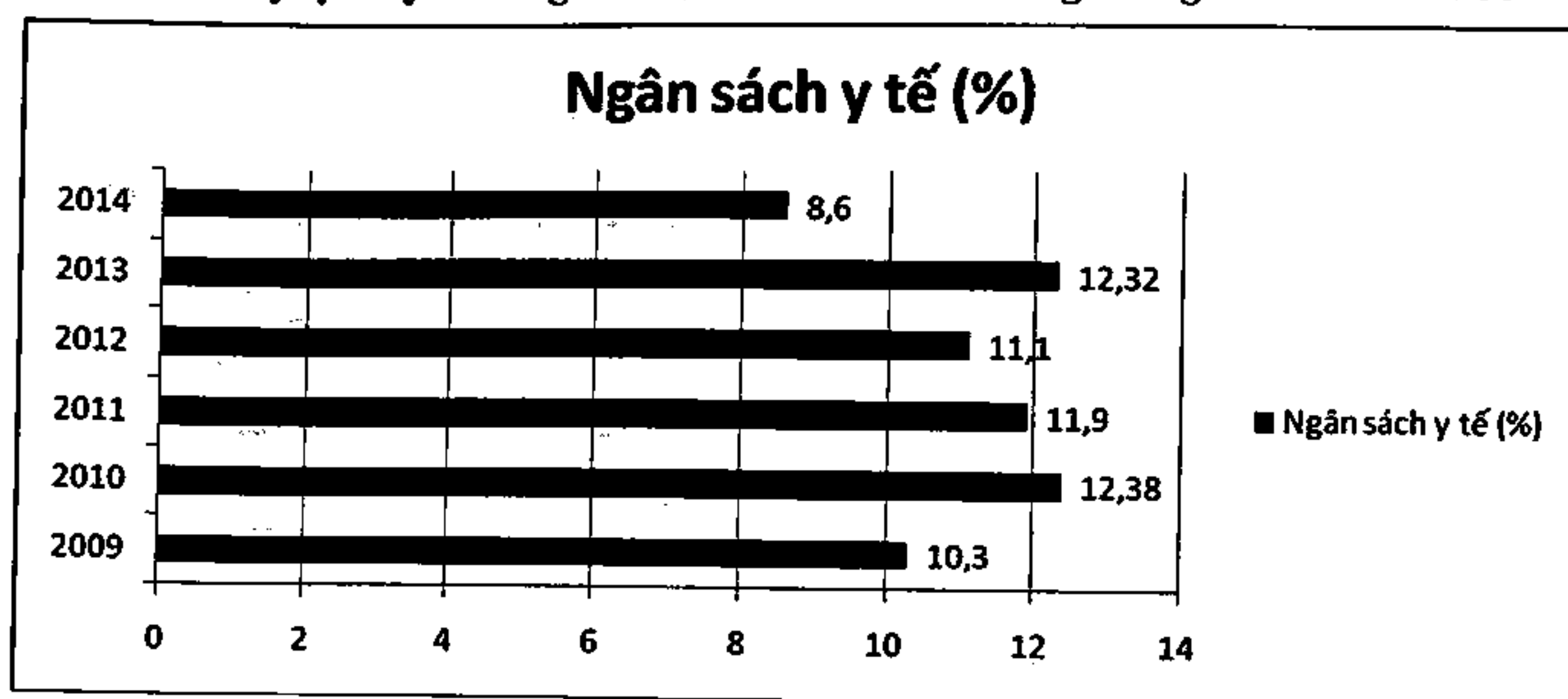
Hình 2. Chi công và tư cho y tế giai đoạn 2009-2014



Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm.

Hình 3 cho thấy chi NSNN cho y tế so với tổng chi NSNN cũng có sự tăng giảm liên tục trong những năm gần đây. Năm 2009, tỷ lệ chi tiêu y tế so với tổng chi tiêu NSNN là 10,3%, năm 2010 tăng lên mức 12,38%, nhưng

sau đó giảm trong 2 năm liên tiếp, và tăng lên mức 12,32% vào năm 2013. Tuy nhiên, tỷ lệ này giảm còn 8,6% trong năm 2014 (JAHR, 2014).

Hình 3. Tỷ lệ chi y tế từ ngân sách nhà nước so với tổng chi ngân sách nhà nước

Nguồn: Niên giám thống kê y tế các năm.

1.2. Thực trạng đầu tư công cho y tế phân theo nguồn vốn

Từ trái phiếu Chính phủ

Trong giai đoạn 2008–2012, tổng số vốn TPCP đã bố trí là 23.200 tỷ đồng. Nguồn vốn này được phân bổ cho dự án nâng cấp bệnh viện huyện theo Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg là 12.548 tỷ đồng, và dự án nâng cấp bệnh viện tỉnh và Trung ương theo Quyết định số 930/QĐ-TTg năm 2009 là 10.652 tỷ đồng. Bước sang giai đoạn 2014–2016, mặc dù nguồn vốn đầu tư từ ngân sách tiếp tục khó khăn, nhưng Chính phủ vẫn ưu tiên bố trí vốn TPCP cho ngành y tế là 17.058 tỷ đồng, cùng với 20.000 tỷ đồng để đầu tư cho các bệnh viện trung ương và tuyến cuối trong giai đoạn 2014–2017 (JAHR, 2014). Vốn TPCP được tập trung cho các dự án theo đúng Nghị quyết của Quốc hội, chỉ đạo của Thủ tướng, ưu tiên cho các dự án hoàn thành, đưa vào sử dụng năm 2014 và 2015 (Bộ Y tế, 2015).

Tuy nhiên, tỷ lệ cấp vốn TPCP cho y tế thấp hơn nhiều so với kế hoạch và mức vốn TPCP bố trí có xu hướng ngày càng thấp. Năm 2011 thấp hơn năm 2010 là 1.600 tỷ đồng, nếu

tính cả 480 tỷ đồng mới bổ sung thì thấp hơn 1.120 tỷ đồng. Vốn TPCP cho giai đoạn 2008 – 2011 là 18.830 tỷ đồng, bằng 40,4% so với kế hoạch đề ra (JAHR, 2013). Ngoài ra, tỷ lệ giải ngân của TPCP cấp cho ngành y tế là khá thấp. Tính đến 30/9/2014, Bộ Y tế là một trong số các Bộ ngành có tỷ lệ giải ngân phần vốn TPCP và bố trí vốn đối ứng cho các dự án ODA thấp nhất. Ở phần vốn TPCP cho các dự án trong nước, hai Bộ đạt tỷ lệ giải ngân dưới 50% là Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (43%) và Bộ Y tế (34,5%) (Hàng Hà, 2014).

Đầu tư từ nguồn vốn ODA

Lĩnh vực y tế là một trong những lĩnh vực được Chính phủ ưu tiên sử dụng vốn ODA để phát triển cơ sở hạ tầng y tế. Tính trong cả giai đoạn 2010–2014, tổng vốn ODA và vốn vay ưu đãi ký kết theo các điều ước quốc tế đạt trên 27,1 tỷ USD, trong đó lĩnh vực y tế - xã hội chiếm khoảng 1,23 tỷ USD (chiếm tỷ lệ 4,54% trong tổng nguồn vốn ODA cả nước). Lĩnh vực đầu tư từ nguồn vốn ODA tập trung hỗ trợ y tế theo vùng miền, mua sắm trang thiết bị y tế, thuốc men, đào tạo và cho công tác phòng chống HIV/AIDS. Ngoài ra, ngành

y tế còn nhận hỗ trợ từ 106 dự án do các tổ chức phi chính phủ tài trợ với tổng số vốn là 256 triệu USD (UNDP, 2014). Nhìn chung, số lượng dự án và nguồn vốn ODA có xu hướng giảm dần trong các năm gần đây. Ví dụ, năm 2012 tổng số dự án ODA Bộ y tế quản lý là 52 dự án; năm 2013 là 41 dự án; và năm 2014, ngành y tế thực hiện 35 chương trình và các dự án ODA (19 dự án viện trợ không hoàn lại, 16 dự án vốn vay) (Báo cáo Bộ Y tế năm 2014 và 2015). Mặc dù nguồn vốn ODA có xu hướng giảm, nhưng tiến độ thực hiện các dự án ODA đều chậm và tỷ lệ giải ngân rất thấp, mới đạt 65% năm 2011 và ước đạt 51% năm 2012 (JAHR, 2013).

1.3. Về phân bổ vốn đầu tư công cho các địa phương/linh vực

Theo định hướng đầu tư của Nhà nước, NSNN được ưu tiên phân bổ cho vùng sâu, vùng xa với định mức cao hơn 1,7 - 2,4 lần vùng đô thị (JAHR, 2013). Hai khu vực nghèo nhất nước là khu vực miền núi phía Bắc và Tây Nguyên có mức chi ngân sách y tế bình quân đầu người cao nhất cả nước (Bảng 1) vì được nhận ưu tiên nhất, trong khi đó các vùng

có điều kiện phát triển kinh tế hơn như đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ có mức chi ngân sách thấp hơn mức trung bình của cả nước. Việc ưu tiên này nhằm tạo điều kiện cho người dân vùng sâu vùng xa và đồng bào dân tộc thiểu số có cơ hội tiếp cận y tế thuận lợi hơn. Tuy nhiên, sự phân bổ ngân sách này vẫn tồn tại sự chênh lệch giữa các vùng miền. Đó là việc chi ngân sách đầu người ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long ở mức thấp thứ hai so với cả nước mặc dù vùng này có nhiều người dân tộc và có trình độ văn hóa thấp.

Sự chênh lệch về việc phân bổ ngân sách giữa Trung ương và các địa phương còn thể hiện ở việc danh mục phân bổ đầu tư từ nguồn ODA, TPCP, và NSNN còn chưa hợp lý và chưa phù hợp với các ưu tiên của Chính phủ về y tế dự phòng, y tế địa phương và hỗ trợ cho các vùng khó khăn. Thực tế, hiện nay, tình hình thực hiện phân bổ ngân sách y tế chưa tương xứng với chủ trương dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng, thậm chí có nhiều địa phương có mức chi NSNN cho y tế thấp và chưa đạt yêu cầu đề ra.

Bảng 1: Chi NSNN cho y tế bình quân đầu người năm 2012 - 2013

Đơn vị: Nghìn đồng

Khu vực	2012	2013
Trung du và miền núi phía Bắc	751	559,9
Đồng bằng sông Hồng	420	358,2
Bắc Trung Bộ và Duyên hải	475	367,0
Tây Nguyên	572	478,5
Đông Nam Bộ	368	295,2
Đồng bằng sông Cửu Long	406	263,4
Toàn quốc	474	364,0

Nguồn: JAHR, 2013 và Niên giám thống kê y tế năm 2013.

Trong
nhiều khó khăn
cho đầu tư
tăng, dẫn đến
trực tiếp phục
giảm sút. Tuy
gian qua đã đạt
thể như sau:

- Thứ nhất, hướng đầu tư còn
qua, tỷ lệ chi tiêu
sự giảm mạnh và
cho thấy công bằng
đã được cải thiện đa

- Thứ hai, cơ
phần nào được cam
tuyến trung ương
mới, mở rộng, cải
địa nhiều thiết bị y
bệnh như người với
NSNN. Tài ra các
đã cải thiện cơ sở
và đáp ứng nhu cầu
người dân (Hàng Hi

- Thứ ba, đã
tế đã có bước đột
việc đầu tư cơ
chuyên khoa, bên
được đầu tư và
bệnh viện vệ
các bệnh viện
hạng mục cơ
dụng.

2. Đánh giá chung

2.1. Một số kết quả đạt được

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 y tế giảm sút. Tuy nhiên, đầu tư công cho y tế thời gian qua đã đạt một số thành tựu đáng kể, cụ thể như sau:

- Thứ nhất, nhờ có chủ trương định hướng đầu tư công cho y tế trong thời gian vừa qua, tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi người dân đã có sự giảm mạnh và hiện nay là 47%. Điều này cho thấy công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế đã được cải thiện đáng kể trong thời gian qua.

- Thứ hai, cơ sở vật chất ngành y tế đã phần nào được cải thiện do các bệnh viện tuyến trung ương tới tuyến huyện được xây mới, mở rộng, cải tạo khang trang hơn và lắp đặt nhiều thiết bị y tế hiện đại phục vụ người bệnh nhờ nguồn vốn đầu tư từ TPCP, ODA và NSNN. Tất cả các công trình được thực hiện đã cải thiện cơ sở vật chất của các bệnh viện và đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân (Hàng Hà, 2014).

- Thứ ba, đầu tư từ NSNN cho ngành y tế đã có bước đột phá, thực hiện nghiêm túc việc đầu tư có trọng tâm. Các bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh đã được đầu tư và tại hầu hết các tỉnh hệ thống bệnh viện vệ tinh được hình thành. Hầu hết các bệnh viện Trung ương đều có công trình, hạng mục công trình hoàn thành đưa vào sử dụng.

2.2. Một số vấn đề còn tồn tại

2.2.1. Đầu tư công cho dịch vụ y tế còn thấp

Tỷ lệ chi đầu tư công cho y tế hiện nay vẫn còn thấp và chưa đáp ứng nhu cầu và tốc độ phát triển dân số (Bộ Y tế, 2011). Điều này

được phản ánh qua tỷ lệ chi tiêu công cho y tế của Việt Nam ở mức 53% (năm 2014), mặc dù đã tăng đáng kể so với các năm trước nhưng tỷ lệ này vẫn còn thấp và còn rất xa so với mức chuẩn của thế giới và chưa đáp ứng được nhu cầu phát triển của ngành y tế.

Do nguồn chi cho đầu tư xây dựng cơ bản của ngành y tế còn thấp nên hiệu quả đầu tư không cao. Điều này thể hiện ở việc NSNN chưa có nguồn vốn đầu tư cho Trạm y tế xã và Y tế dự phòng huyện dẫn đến năng lực mạng lưới cho y tế cơ sở còn hạn chế, hiện tượng vượt tuyến diễn ra khá phổ biến, gây quá tải ở các bệnh viện tuyến trên. Đến nay, tỷ lệ giường bệnh đạt 24,67 giường bệnh/1 vạn dân (Niêm giám thống kê y tế, 2013), trong khi đó, theo khuyến nghị của các tổ chức quốc tế thì chỉ tiêu này cần đạt là 39 giường bệnh/1 vạn dân. Phần lớn các bệnh viện đều có công suất sử dụng giường bệnh cao do chưa được mở rộng, trong khi dân số và nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng (Hong Hải, 2014 và Phúc Mai, 2015).

2.2.2. Cơ cấu đầu tư còn chưa hợp lý

- Thứ nhất, cơ cấu đầu tư giữa chi đầu tư và chi thường xuyên, giữa y tế điều trị và y tế dự phòng, cơ cấu đầu tư giữa các tuyến điều trị, giữa các vùng, miền...chưa đảm bảo được các mục tiêu của đầu tư công cho dịch vụ y tế là đảm bảo chăm sóc sức khỏe toàn dân, công bằng xã hội.

Hiện nay, tỷ lệ vốn đầu tư xây dựng cơ bản cho ngành y tế còn thấp so với tổng chi cho ngành y tế, chỉ chiếm khoảng trên 10% trong tổng chi, còn lại chủ yếu chi thường xuyên (Bảng 2). Ngoài ra, vốn đầu tư phát triển được Chính phủ cân đối hàng năm cho toàn ngành y tế chỉ chiếm khoảng 5-6% GDP. Đây là một con số thấp và chênh lệch so với nhu cầu xây dựng cơ sở vật chất của ngành y tế trong việc đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh

và tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương, và sự xuống cấp và thiếu hụt cơ sở vật chất ở các bệnh viện huyện và các trạm y tế xã. Do vậy hệ thống y tế nước ta vẫn chưa phát triển đồng bộ, còn nhiều bất

cập ở các cơ sở y tế địa phương, chưa phát triển được các trung tâm y tế chuyên sâu, các trung tâm y tế vùng, và làm giảm khả năng cung cấp dịch vụ chất lượng cao.

Bảng 2: Tỷ lệ chi đầu tư phát triển cho y tế qua các năm

Năm	Số tiền (tỷ đồng)		Tỷ lệ so với tổng chi y tế (%)
	Vốn trong nước	Vốn ngoài nước	
2011	10,546	130	13,35
2012	11,852.5	130	11,95
2013	12,699	140	10,65

Nguồn: Niên giám thống kê Y tế năm 2013.

- Thứ hai, hiện tại, tỷ lệ phân bổ 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng vẫn chưa đạt được yêu cầu đề ra. Điều này, dẫn đến mô hình y tế của nước ta vẫn chỉ tập trung vào khâu chữa bệnh, mà không tập trung vào công tác phòng chữa bệnh như các nước trên thế giới. Nguyên nhân một phần là do sức ép và nhu cầu khám chữa bệnh nên hầu hết các địa phương phải phân bổ ngân sách khám, chữa bệnh lên tới 70% tổng nguồn NSNN cấp, vì thế ngân sách cho phòng bệnh bị thu hẹp lại, nhiều hoạt động y tế dự phòng do thiếu kinh phí nên triển khai khó khăn (Nguyễn Minh Phương, 2012). Ngoài ra, việc giao quyền tự chủ cho các đơn vị dự phòng có nhiều vấn đề bất hợp lý và chưa thực sự mang lại hiệu quả. Các đơn vị thuộc khối y tế dự phòng có những nét đặc thù riêng như các hoạt động mang tính chất phục vụ cộng đồng và phòng, chống bệnh dịch là chủ yếu, trong khi đó nguồn thu trực tiếp từ người dân do dịch vụ y tế dự phòng mang lại là tương đối hạn hẹp.

2.2.3. Đầu tư công cho y tế còn dàn trải và thiếu đồng bộ

Đầu tư công hiện nay thực hiện khá dàn trải và theo địa giới hành chính, mà không gắn

chặt với cụm dân cư và không dựa trên khảo sát hay đánh giá về hiệu quả xã hội và kinh tế. Đầu tư dàn trải khiến cho hệ thống các cơ sở y tế chưa kết nối được với việc phát triển cơ sở hạ tầng chung của cả nước, chưa phát triển thêm các bệnh viện ở các khu vực ngoài đô thị để giảm tải bệnh nhân tại khu vực nội thành. Trên thực tế, hiện tượng quá tải ở các bệnh viện công chỉ là cục bộ và chỉ diễn ra ở tuyến tỉnh và tuyến trung ương, trong khi còn rất nhiều bệnh viện công cũng hoạt động chưa được 50% công suất (Nguyễn Hoài Nam, 2015).

2.2.4. Chênh lệch về phân bổ ngân sách y tế giữa các đối tượng và các vùng miền

Thời gian qua, Nhà nước đã ưu tiên đầu tư cho các bệnh viện huyện, một số bệnh viện tỉnh, trung ương, mà ít dành nguồn lực cho đầu tư y tế cơ sở. Nguồn lực thường được dồn cho bệnh viện tuyến cuối để giải quyết tình trạng quá tải. Trong khi đó, hệ thống y tế cơ sở, nhất là tuyến xã là nơi tiếp nhận người bệnh đầu tiên, rất thiếu thốn về nhân lực, trang thiết bị, thuốc thiết yếu, đặc biệt ở các tỉnh nghèo, khó khăn thì lại chưa được quan tâm và đầu tư thỏa đáng.

ĐẦU TƯ
đều trên
phối NSP
công lập
dựa trên
giường bệnh
tính chất b
suất hoạt đ
giường bệnh
dịch vụ. Vì v
việc tăng số g
chuyên môn
lượng khám ch
cơ sở vật chất
số bệnh viện.
tuyến dưới thấp
người dân và kh
dịch vụ bệnh viện

Theo các
tuyến cao nhất
nhất và bệnh viện
kinh phí hơn. Tr
được tiếp cận v
tuyến trên thấp
giảm. Theo một n
đây, chỉ có 23%
vụ nội trú tại bệnh
nghèo sử dụng ca
tại các bệnh viện
đó, có tới 51% ng
ở tuyến tỉnh trở l
về tỷ lệ sử dụng
nghèo thấp hơn
4,5 lần. Do v
trợ nhiều hơn
hơn.

Có
giường bệnh
vùng, miền

<http://ejournal.vnu.edu.vn/v278-tap-c-mat-dan-c>

Việc phân bổ nguồn lực không đồng đều trên xuất phát một phần từ cơ chế phân phối NSNN cấp cho các bệnh viện, cơ sở y tế công lập chủ yếu dựa theo tiêu chí đầu vào, dựa trên xếp hạng bệnh viện và quy mô giường bệnh. Đây là hình thức phân bổ mang tính chất bình quân mà không dựa vào công suất hoạt động của bệnh viện như tần suất giường bệnh hay tỷ lệ người bệnh sử dụng dịch vụ. Vì vậy, nhiều bệnh viện chú trọng vào việc tăng số giường bệnh mà không phát triển chuyên môn. Việc này tạo ra nghịch lý về chất lượng khám chữa bệnh chưa tương xứng với cơ sở vật chất và số lượng giường bệnh ở một số bệnh viện. Chất lượng đầu tư bệnh viện tuyến dưới thấp làm giảm sức hút đối với người dân và không khuyến khích họ sử dụng dịch vụ bệnh viện ở tuyến cơ sở.

Theo cách thức phân bổ này bệnh viện tuyến cao nhất sẽ nhận được nhiều kinh phí nhất và bệnh viện tuyến thấp hơn nhận được ít kinh phí hơn. Trong khi đó, tỷ lệ người nghèo được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế tuyến trên thấp hơn rất nhiều so với người giàu. Theo một nghiên cứu được thực hiện gần đây, chỉ có 23% số người nghèo sử dụng dịch vụ nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh; 3,9% người nghèo sử dụng các dịch vụ y tế chất lượng cao tại các bệnh viện lớn ở trung ương trong khi đó, có tới 51% người giàu sử dụng dịch vụ này ở tuyến tỉnh trở lên. Hiện nay, sự chênh lệch về tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế giữa nhóm người nghèo thấp hơn nhóm người giàu từ 2,5 đến 4,5 lần¹. Do vậy NSNN vô hình chung đã hỗ trợ nhiều hơn cho các đối tượng thu nhập cao hơn.

Cơ chế phân bổ NSNN và phân bổ giường bệnh như trên chưa cân đối giữa các vùng, miền và các tuyến cơ sở. Tình trạng cơ

sở vật chất y tế tuyến dưới xuống cấp, trang thiết bị y tế thiếu, lạc hậu, không đồng bộ tồn tại trong thời gian dài, gây ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế. Hiện vẫn còn khoảng 30 bệnh viện tuyến huyện, chủ yếu các huyện miền núi, huyện khó khăn cần được đầu tư nâng cấp. Trạm y tế xã phường cũng có sự xuống cấp trầm trọng. Theo thống kê của Bộ Y tế, hiện cả nước có trên 11.000 Trạm y tế xã phường, trong đó, hơn 40% không đạt chỉ tiêu về trạm y tế quốc gia giai đoạn 2011-2020, chủ yếu do cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và nguồn nhân lực chưa đáp ứng nhu cầu. Ở vùng Tây Nguyên và Trung du miền núi phía Bắc, hơn 70% trạm y tế xã không đạt chuẩn trạm y tế quốc gia. Như vậy, số trạm y tế chưa đạt tiêu chuẩn lại phần lớn nằm ở vùng khó khăn, vùng sâu vùng xa, là những nơi người dân chủ yếu sử dụng dịch vụ tại trạm y tế. Do đó đã hạn chế các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu, dẫn đến hiện tượng vượt tuyến chữa bệnh khá phổ biến mặc dù chỉ mắc các bệnh lý đơn giản².

2.2.5. Quá trình chuyển dịch tái cơ cấu đầu tư công cho y tế còn chậm

Thời gian qua, quy mô đầu tư công đã được cắt giảm tương đối rõ nét nhưng việc tái cơ cấu đầu tư công theo ngành lại chưa có sự chuyển dịch đáng kể. Nếu phân loại đầu tư công theo nhóm ngành: (i) cung cấp dịch vụ công (bao gồm QLNN, ANQP, giáo dục đào tạo, y tế, KH-CN); (ii) cơ sở hạ tầng (CSHT) công (điện nước, vận tải kho bãi, thông tin truyền thông); (iii) trực tiếp sản xuất kinh doanh (nông lâm ngư nghiệp, công nghiệp, xây dựng); và (iv) phần còn lại, thì có thể nhận thấy chuyển dịch cơ cấu đầu tư công giai đoạn 2000-2012 có xu hướng ưu tiên đầu tư công cho hai nhóm ngành CSHT công và trực tiếp sản xuất kinh doanh với tỷ trọng 30-40%,

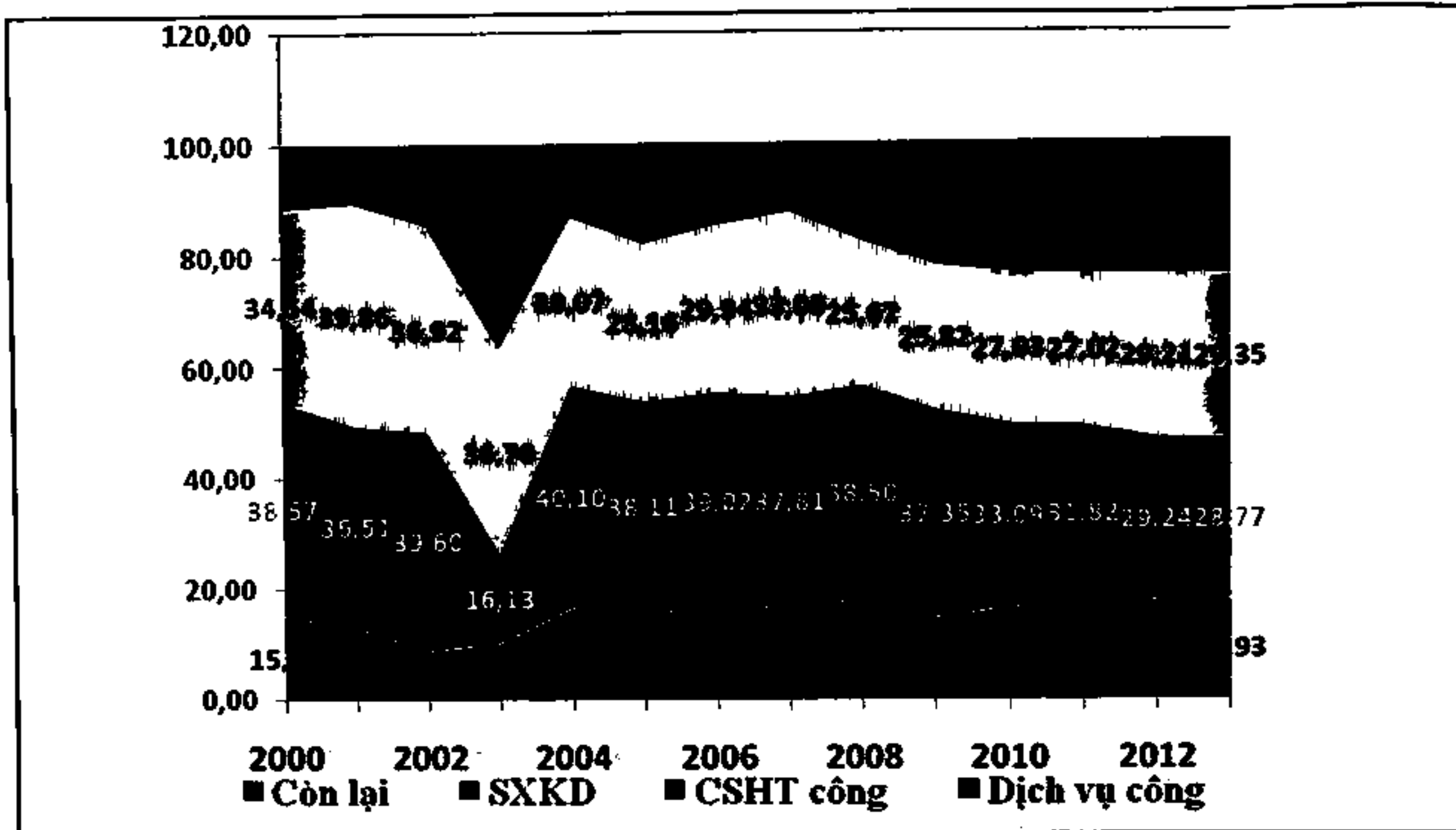
¹<http://giamngheobenvung.hoabinh.gov.vn/index.php/y-t/278-tiap-can-dach-va-y-ta-chat-l-ang-cao-ng-ai-nghao-mat-dan-c-hai>

²Theo bản tin của Đài tiếng nói Việt Nam và Tạ Nguyên, 2015.

trong khi nhóm ngành cung cấp dịch vụ công, trong đó có lĩnh vực y tế chỉ chiếm tỷ trọng 15-18% (Hình 4). Điều này chứng tỏ, tái cơ cấu đầu tư công cho lĩnh vực dịch vụ công nói

chung và lĩnh vực y tế nói riêng chưa có dấu hiệu chuyển biến tích cực (Vũ Đình Ánh, 2015).

Hình 4. Cơ cấu đầu tư công theo nhóm ngành giai đoạn 2000-2013



Nguồn: Vũ Đình Ánh (2015).

Nguyên nhân của việc tái cơ cấu nhóm ngành dịch vụ công còn chậm xuất phát từ việc chậm thay đổi về vai trò của Nhà nước trong việc thực hiện chủ trương phát triển kinh tế - xã hội cũng như thực hiện các nhiệm vụ chuyển dịch cơ cấu kinh tế, chiến lược phát triển con người và tháo gỡ những nút thắt về cơ sở hạ tầng. Nhà nước vẫn quá chú trọng vào việc đầu tư vào cơ sở hạ tầng và sản xuất kinh doanh, trong khi lại “bỏ quên” nhiệm vụ cung ứng dịch vụ công và định hướng tái cơ cấu cho các lĩnh vực xã hội, đảm bảo công bằng trong chính sách an sinh xã hội cho người dân. Muốn thực hiện tái cơ cấu thành công, Nhà nước nên tái xác định vai trò của mình trong nền kinh tế và phân định rõ ràng các lĩnh vực cần tài trợ, đầu tư phát triển.

Cụ thể trong lĩnh vực y tế, Việt Nam vẫn lúng túng trong việc xác định vai trò của Nhà nước đối với dịch vụ y tế dẫn đến không xác định được lĩnh vực ưu tiên trong đầu tư trong điều kiện ngân sách còn hạn hẹp không đáp ứng đủ nhu cầu. Điều này thể hiện ở những điểm chính sau đây:

- Thứ nhất, nguồn lực nhà nước hiện nay đầu tư quá nhiều vào dịch vụ tuyến cuối và đầu tư dàn trải vào các bệnh viện thay vì chi trả cho dịch vụ y tế thiết yếu và dịch vụ cơ bản, trực tiếp đến đối tượng chính sách và đối tượng yếu thế trong xã hội như: y tế dự phòng, khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở và đầu tư vào một số bệnh viện ngành quan trọng.

- Thứ hai, Nhà nước chưa phân định rõ ràng giữa việc xác định dịch vụ y tế là một dịch vụ đặc biệt cần vai trò của nhà nước hay

là một ngành trong bối cảnh

- Thứ quan điểm về nhà nước là người tài trợ phân bổ nguồn lực mới đầu tư từng từng và cả

Đánh giá

Đảng và Nhà nước cho đầu tư công hàng loạt các chi cơ sở hạ tầng cho các bệnh viện các và cam kết đánh n Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn thấp và chi cho y tế còn cao. y tế công bằng và Thêm vào đó, cơ chưa thực sự học thường xuyên, tra phát triển qua thập còn thấp (danh mục y tế), phân bổ tập Trước thực trạng nhiều bất cập, đơn quá và tái cơ cấu giai đoạn tới.

3. Một số giải pháp cho y tế trong g

Hiện nay đang gặp nhiê tập trung ch cấu hạ tầng ngành trực như giáo vón ODA có xu hướ nhóm nu

là một ngành dịch vụ kinh doanh đơn thuần trong bối cảnh nền kinh tế thị trường.

- *Thứ ba*, Nhà nước còn lúng túng về quan điểm định hướng trong xác định vai trò nhà nước là chủ thể cung cấp dịch vụ, hay là người tài trợ cho lĩnh vực này. Từ đó, việc phân bổ nguồn lực đầu tư cho y tế, cũng như đổi mới đầu tư ở các cơ sở y tế công còn nhiều lúng túng và bất cập như đã đề cập ở trên.

Đánh giá chung, Trong thời gian qua, Đảng và Nhà nước đã dành sự quan tâm lớn cho đầu tư công cho dịch vụ y tế, thể hiện qua hàng loạt các chính sách liên quan đến đầu tư cơ sở hạ tầng cho y tế, như các đề án xây dựng các bệnh viện các tuyến và giảm tải bệnh viện, và cam kết dành ít nhất 10% NSNN cho y tế. Tuy nhiên, hiện nay mức đầu tư công cho y tế vẫn còn thấp và chi tiêu tiền túi của người dân cho y tế còn cao, chưa đáp ứng được một nền y tế công bằng và hiệu quả cho toàn xã hội. Thêm vào đó, cơ cấu chi đầu tư ngân sách chưa thực sự hợp lý, dành phần nhiều chi thường xuyên, trong khi phần chi cho đầu tư phát triển quá thấp; chi cho công tác dự phòng còn thấp (dưới mức đề ra 30% so với tổng chi y tế), phần lớn tập trung cho khám chữa bệnh. Trước thực trạng đầu tư công cho y tế còn nhiều bất cập, đòi hỏi cần phải nâng cao hiệu quả và tái cơ cấu đầu tư công cho y tế trong giai đoạn tới.

3. Một số giải pháp tái cơ cấu đầu tư công cho y tế trong giai đoạn tới

Hiện nay, 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. Hơn nữa, 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. Trước bối

cảnh này, đòi hỏi phải có sự thay đổi vai trò của Nhà nước trong đầu tư cho vực y tế, tạo tiền đề cho tái cơ cấu đầu tư công y tế diễn ra nhanh và hiệu quả hơn. Trước mắt, một số giải pháp đề ra như sau:

- *Thứ nhất*, về đổi mới vai trò của Nhà nước trong đầu tư y tế. Nhà nước phải đổi mới vai trò từ người quản trị xã hội sang vai trò vừa quản trị vừa phục vụ xã hội. Đối với dịch vụ y tế, Nhà nước phải thực hiện tốt hai chức năng, đó là chức năng quản lý nhà nước và chức năng cung ứng dịch vụ y tế. Giải pháp quản lý hàng đầu của Nhà nước là phải xây dựng được phương hướng phát triển thị trường dịch vụ y tế trong một lộ trình thời gian, bao gồm phương hướng phát triển hệ thống y tế công lập và ngoài công lập, quy hoạch phát triển các vùng miền theo hướng Nhà nước đầu tư tập trung phát triển hệ thống y tế ở nơi vùng sâu, vùng xa, còn ở những nơi có trình độ phát triển thì để khu vực tư nhân đảm nhiệm. Việc xây dựng định hướng, quy hoạch phải dựa trên cơ sở điều tra, nghiên cứu, nắm chắc nhu cầu sử dụng dịch vụ nhằm đảm bảo cung ứng đầy đủ số lượng và chất lượng dịch vụ theo yêu cầu của xã hội.

Bên cạnh nguồn vốn đầu tư từ NSNN, Nhà nước tiếp tục đẩy mạnh chính sách xã hội hóa trong y tế. Việc huy động các nguồn vốn tư nhân vào trong y tế không làm giảm nhẹ trách nhiệm của Nhà nước trong quản lý và đầu tư nguồn tài chính vào lĩnh vực y tế. Xã hội hóa dịch vụ y tế là nhằm huy động tiềm năng, trí tuệ, vật chất của nhân dân để cùng Nhà nước phát triển sự nghiệp y tế, chứ không phải giảm bớt hay từ bỏ trách nhiệm của Nhà nước đối với việc chăm lo sức khỏe nhân dân.

- *Thứ hai*, về định hướng về tái cơ cấu đầu tư công trong y tế. Hiện nay, hệ thống y tế Việt Nam đang phải đối mặt với những vấn đề cấp bách, đó là tình trạng quá tải, chất lượng dịch vụ chưa đáp ứng được yêu cầu, vẫn còn

tình trạng bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế. Do vậy, cần thiết phải tiến hành nhiều giải pháp đồng bộ để giải quyết những vấn đề trên, trong đó có phần định hướng đầu tư công trong y tế, nhất là trong bối cảnh NSNN còn hạn chế như sau:

+ Tiếp tục đầu tư tăng cường phát triển mạng lưới y tế cơ sở, giúp người nghèo, phụ nữ, trẻ em được chăm sóc sức khỏe ngay tại cộng đồng, đồng thời có chính sách thỏa đáng đãi ngộ cán bộ y tế cơ sở, nhằm mục tiêu làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tăng cường hỗ trợ ngân sách cho y tế cấp xã và huyện, giảm gánh nặng chi phí y tế cho người nghèo, những người yếu thế, đồng thời lập các quỹ trợ giúp y tế cơ sở.

- Đối với cơ sở y tế tuyến Trung ương và tỉnh, đầu tư của Nhà nước cần có trọng tâm, trọng điểm, không dàn trải, phần còn lại Nhà nước có chính sách cổ phần hóa một số cơ sở y tế hoặc chuyển thành cơ sở y tế ngoài công lập.

- Mặc dù nguồn vốn đầu tư từ NSNN chỉ chiếm tỷ trọng nhỏ trong tổng vốn đầu tư của Nhà nước và chiếm tỷ trọng nhỏ hơn trong tổng vốn đầu tư toàn xã hội, nhưng có vai trò "vốn môi", kích thích, tạo "cú hích" để thúc đẩy và thu hút các nguồn vốn thuộc các thành phần kinh tế khác. Trong tái cơ cấu nguồn vốn cho đầu tư công, thì vốn NSNN sẽ được tập trung cho các công trình dự án không có khả năng thu hồi vốn (các cơ sở y tế vùng sâu, vùng xa), trong khi đó các dự án/ cơ sở y tế có khả năng thu hồi vốn thì có thể sử dụng nguồn vốn xã hội hóa.

- Thứ ba, về huy động nguồn vốn ngoài nhà nước đầu tư vào y tế. Trong giai đoạn tới cần đẩy nhanh tiến trình hoàn thiện hệ thống cơ chế, chính sách điều chỉnh, hướng dẫn, khuyến khích các doanh nghiệp, các tầng lớp dân cư đầu tư phát triển vào lĩnh vực y tế, thúc

đẩy các thành phần kinh tế sử dụng có hiệu quả vốn đầu tư. Tiếp tục cải cách hệ thống thuế, tín dụng, viện phí, đất đai v.v... nhằm tạo môi trường cạnh tranh lành mạnh, thống nhất về cơ chế, chính sách ưu đãi xã hội hóa, tạo thêm nhiều cơ hội đầu tư, kinh doanh cho các nhà đầu tư thuộc các thành phần kinh tế. Thực hiện công khai hóa các danh mục công trình, dự án cổ phần hóa hay hình thức hợp tác công tư (PPP), quy trình và cơ chế khuyến khích đầu tư của Nhà nước để định hướng cho các nhà đầu tư trong và ngoài nước lựa chọn, làm cơ sở cho việc huy động các nguồn vốn.

Hợp tác công - tư có vị trí quan trọng trong cơ chế huy động tài chính từ đất để đầu tư cho cơ sở hạ tầng y tế. Trên thực tế, tài chính liên quan đến đất đai có thể được coi là cơ hội lớn nhất để thực hiện PPP trong lĩnh vực đầu tư vào cơ sở hạ tầng xã hội. Trong lịch sử, hình thức nhà nước giao đất để khuyến khích các doanh nghiệp tư nhân đầu tư hạ tầng đã được thực hiện từ rất lâu. Gần đây hình thức này mới triển khai trong lĩnh vực y tế với trường hợp điển hình là đầu tư đất lấy hạ tầng của trường đại học y công cộng³.

Ngoài hình thức đầu tư phát triển hạ tầng, các hình thức PPP trong y tế khác cũng cần phải khuyến khích phát triển, đó là: (i) Hợp đồng kinh tế; (ii) cho tư nhân thuê lại các cơ sở y tế công lập; (iii) khuyến khích tư nhân bỏ vốn xây dựng bệnh viện và cho Nhà nước thuê bệnh viện đã xây; và (iv) tư nhân hóa, Nhà nước có thể bán bệnh viện cho tư nhân với điều kiện tư nhân phải phục vụ bệnh nhân theo hợp đồng ký với Nhà nước. Do mỗi hình thức PPP có những đặc điểm và yêu cầu khác nhau, nên Nhà nước cần phải hoàn thiện khung pháp lý đối với các loại hình PPP để có cơ sở triển khai trong thực tiễn./.

³ <http://baodautu.vn/van-phu-invest-dau-tu-xay-dung-truong-dai-hoc-y-te-cong-cong-d30442.html>

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BGD Asia (2015), “Growing healthcare spending in Southeast Asia brings opportunity”, truy cập ngày 20/10/2015 từ: <http://www.bdg-asia.com/southeast-asias-growing-healthcare-market/>
- Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2015), “Báo cáo quốc gia Kết quả 15 năm thực hiện các mục tiêu thiên niên kỷ của Việt Nam”.
- Bộ Y tế (2015) “Niên giám thống kê y tế năm 2013”, Nhà xuất bản y học. Hà Nội
- 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.
- Hằng Hà (2015), “760 dự án y tế được sử dụng vốn trái phiếu chính phủ”, truy cập ngày 20/8/2015, từ: <http://enternews.vn/760-du-an-y-te-duoc-su-dung-von-trai-phieu-chinh-phu.html>
- Hồng Hải (2014), “Xây mới 89 trạm y tế cho xã khó khăn miền núi từ tiền “thường” 400 tỷ của quốc tế” truy cập ngày 20/10/2015 từ: <http://dantri.com.vn/suc-khoe/xay-moi-89-tram-y-te-cho-xa-kho-khan-mien-nui-tu-tien-thuong-400-ty-cua-quoc-te-1415871351.htm>
- Nguyễn Hoài Nam (2015), “Ngành y đang lãng phí”, truy cập ngày 20/8 từ: <http://nld.com.vn/thoi-su-trong-nuoc/nganh-y-dang-lang-phi-20150818232546242.htm>
- Nguyễn Minh Phương (2012), “Đẩy mạnh xã hội hóa giáo dục, y tế ở Việt Nam”, Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
- Phúc Mai (2015) “Lộ trình đầu tư cho hệ thống y tế theo quy định đến năm 2020”, <http://infonet.vn/lo-trinh-dau-tu-cho-he-thong-y-te-theo-quy-dinh-den-nam-2020-post177935.info>
- 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.
- Tú Anh (2015), “Tiền túi người bệnh chi cho y tế lên tới gần 50%”, truy cập ngày 20/8/2015 từ: <http://dantri.com.vn/suc-khoe/tien-tui-nguoi-benh-chi-cho-y-te-len-toi-gan-50-1438140046.htm>
- Vũ Đình Ánh (2015), “Thay đổi vai trò của Nhà nước trong nền kinh tế và tác động tới tái cấu trúc đầu tư công”, Bài trình bày tại Hội thảo “Tái cơ cấu đầu tư công gắn với chuyển đổi mô hình tăng trưởng theo hướng kinh tế xanh”, tháng 11/2015 tại Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương.