

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC THƯƠNG MẠI

NGUYỄN PHƯƠNG NGÀ

QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ
ĐỐI VỚI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG KHU VỰC PHÍA BẮC

LUẬN ÁN TIẾN SĨ KINH TẾ

Hà Nội, Năm 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC THƯƠNG MẠI

NGUYỄN PHƯƠNG NGÀ

QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ
ĐỐI VỚI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG KHU VỰC PHÍA BẮC

Chuyên ngành : Quản lý kinh tế
Mã số : 931.01.10

LUẬN ÁN TIẾN SĨ KINH TẾ

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS, TS. ĐINH VĂN SƠN
2. TS. VŨ XUÂN DŨNG

Hà Nội, năm 2025

LỜI CAM ĐOAN

Nghiên cứu sinh xin cam đoan Luận án “Quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc” là công trình nghiên cứu độc lập trên cơ sở các thông tin, dữ liệu, kết quả do nghiên cứu sinh tự tìm hiểu, phân tích, thực hiện. Các nội dung tham khảo đã được trích dẫn đầy đủ, đúng quy định. Kết quả nghiên cứu của tôi được thực hiện trung thực, khách quan và chưa từng được trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác.

Tác giả

Nguyễn Phương Nga

LỜI CẢM ƠN

Đầu tiên, tôi xin được gửi lời cảm ơn sâu sắc và chân thành nhất đến thầy GS. TS Đinh Văn Sơn và thầy TS Vũ Xuân Dũng đã tận tình, truyền tải kiến thức cùng kinh nghiệm quý báu cho tôi trong suốt quá trình thực hiện Luận án này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Giám hiệu Trường Đại học Thương mại, các thầy cô ở Viện Đào tạo Sau Đại học, Khoa Kinh tế, Bộ môn Tài chính công và các thầy cô đã giảng dạy và hướng dẫn và tạo điều kiện, động viên, góp ý chuyên môn cho nghiên cứu sinh trong quá trình nghiên cứu và học tập.

Tôi xin chân thành cảm ơn các thầy cô trong Hội đồng đánh giá Luận án đã dành thời gian quý báu, đưa ra những nhận xét, góp ý chuyên môn xác đáng và xây dựng, giúp tôi hoàn thiện Luận án một cách khoa học và thực tiễn hơn.

Tôi xin gửi lời cảm ơn Kiểm toán nhà nước, Bộ Y tế, Bộ Tài chính, từng cán bộ và nhân viên y tế, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân tại các bệnh viện đã dành thời gian, cung cấp thông tin và tạo điều kiện thuận lợi nhất cho quá trình thu thập số liệu của tôi.

Và tôi cũng xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã tạo điều kiện, động viên, hỗ trợ nghiên cứu sinh trong suốt hành trình dài và đầy thử thách này.

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
MỤC LỤC.....	iii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	vi
DANH MỤC BẢNG, HÌNH, HỘP	vii
MỞ ĐẦU.....	1
1. Tính cấp thiết của đề tài Luận án	1
2. Mục tiêu và nhiệm vụ nghiên cứu	2
3. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu	2
4. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của đề tài Luận án	4
5. Kết cấu của Luận án.....	5
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ Ở CÁC BỆNH VIỆN CÔNG.....	6
1.1. Tình hình nghiên cứu về tài chính y tế và quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công.....	6
1.1.1. Các nghiên cứu về tự chủ tài chính đối với bệnh viện công	6
1.1.2. Các nghiên cứu về nội dung quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công.....	18
1.1.3. Các nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công.....	26
1.2. Khoảng trống nghiên cứu và hướng nghiên cứu của Luận án.....	29
1.2.1. Khoảng trống nghiên cứu.....	29
1.2.2. Hướng nghiên cứu của Luận án.....	31
CHƯƠNG 2 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	32
2.1. Phương pháp tổng quan tài liệu	32
2.2. Phương pháp thống kê mô tả	32
2.3. Phương pháp phỏng vấn chuyên sâu.....	33
2.4. Phương pháp phân tích định lượng.....	34
2.5. Các phương pháp nghiên cứu khác	36
2.6. Khung nghiên cứu thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc	37
CHƯƠNG 3 CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ KINH NGHIỆM THỰC TIỄN QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ Ở CÁC BỆNH VIỆN CÔNG	39
3.1. Khái quát về bệnh viện công và tài chính y tế	39
3.1.1. Khái quát về bệnh viện công.....	39

3.1.2 Khái quát về tài chính y tế.....	41
3.2. Quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công.....	44
3.2.1. Khái niệm và mục đích của quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công.....	44
3.2.2. Nội dung quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công.....	50
3.2.3. Phương pháp quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công....	64
3.2.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công.....	72
3.3. Kinh nghiệm quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công ở một số quốc gia và bài học cho Việt Nam.....	75
3.3.1. Kinh nghiệm ở một số quốc gia.....	75
3.3.2. Bài học quản lý nhà nước về tài chính y tế cho Việt Nam.....	84
CHƯƠNG 4 THỰC TRẠNG QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ ĐỐI VỚI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG KHU VỰC PHÍA BẮC	89
4.1. Thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc.....	89
4.1.1. Chính sách quản lý nhà nước về tài chính y tế.....	89
4.1.2. Quản lý phân bổ tài chính y tế của các bệnh viện công khu vực phía Bắc ..	101
4.1.3. Quản lý chi tiêu tài chính y tế của các bệnh viện công khu vực phía Bắc	105
4.1.4. Kiểm tra, giám sát về tài chính y tế của các bệnh viện công khu vực phía Bắc	112
4.1.5. Kết quả khảo sát một số yếu tố liên quan tới hiệu quả quản lý tài chính y tế ở các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc.....	120
4.2. Đánh giá chung thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc	125
4.2.1. Những kết quả đạt được	125
4.2.2. Những hạn chế	130
4.2.3. Nguyên nhân dẫn đến các hạn chế	135
CHƯƠNG 5 MỘT SỐ GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ NHẪM TĂNG CƯỜNG QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ Ở CÁC BỆNH VIỆN CÔNG KHU VỰC PHÍA BẮC.....	137
5.1. Bối cảnh trong nước và quốc tế liên quan đến quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công ở Việt Nam	137
5.2. Định hướng và quan điểm tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công.....	139
5.2.1. Định hướng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công.....	139

5.2.2. Quan điểm tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công.....	140
5.3. Một số giải pháp tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công.....	141
5.3.1. Hoàn thiện hệ thống chính sách và pháp luật về tài chính y tế	141
5.3.2. Quản lý huy động, phân bổ tài chính y tế.....	145
5.3.3. Tăng cường hiệu quả kiểm tra, giám sát tài chính y tế.....	150
5.3.4. Hoàn thiện bộ máy quản lý nhà nước về tài chính y tế ở các bệnh viện công khu vực phía Bắc.....	153
5.3.5. Các giải pháp khác:.....	153
KẾT LUẬN	157
1. Đóng góp của Luận án.....	157
2. Hạn chế của Luận án.....	158
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ CÓ NỘI DUNG LIÊN QUAN TRỰC TIẾP ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BVC	Bệnh viện công
BYT	Bộ Y tế
CSHT	Cơ sở hạ tầng
ĐVSN	Đơn vị sự nghiệp
DVYT	Dịch vụ y tế
HTCS	Hệ thống chính sách
HTYT	Hệ thống y tế
KCB	Khám chữa bệnh
NCS	Nghiên cứu sinh
NSNN	Ngân sách nhà nước
PPNC	Phương pháp nghiên cứu
QLNN	Quản lý nhà nước
TCTC	Tự chủ tài chính
TCYT	Tài chính y tế
TW	Trung ương
USAID	Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC BẢNG, HÌNH, HỘP

DANH MỤC BẢNG

Bảng 4.1: Dự toán và phân bổ ngân sách của Bộ Y tế đối với bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc giai đoạn 2018-2024	102
Bảng 4.2: Ngân sách nhà nước cấp cho bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc thuộc Bộ Y tế giai đoạn 2016-2023	106
Bảng 4.3: Quyết toán của Bộ Y tế đối với chi ngân sách nhà nước tại các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc năm 2020 - 2022.....	107
Bảng 4.4: Thu sự nghiệp bình quân của bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc.....	110
Bảng 4.5: Kết luận của Kiểm toán nhà nước về chênh lệch thu – chi tài chính tại một số bệnh viện công tuyến Trung ương thuộc Bộ Y tế khu vực phía Bắc năm 2018	115
Bảng 4.6: Kiến nghị xử lý tài chính của Kiểm toán nhà nước đối với một số bệnh viện công tuyến Trung ương thuộc Bộ Y tế khu vực phía Bắc được thụ hưởng dự án công	116
Bảng 4.7: Tổng hợp kiến nghị thu hồi và giảm chi ngân sách nhà nước năm 2023 tại một số bệnh viện công tuyến Trung ương thuộc Bộ Y tế	118
Bảng 4.8: Hệ số Cronbach Alpha và hệ số tái của các biến nhân tố.....	122
Bảng 4.9: Kiểm định KMO và Barlett's	123
Bảng 4.10: Hệ số ANOVA.....	123
Bảng 4.11: Kết quả ước lượng mô hình các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả của một số bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc	124

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1: Khung nghiên cứu của Luận án	38
Hình 3.1: Mô hình quản lý tài chính y tế đối với bệnh viện công	49
Hình 4.1: Biến động thu chi tài chính của các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía bắc thuộc Bộ Y tế giai đoạn 2016-2020.....	110

DANH MỤC HỘP

Hộp 3.1: Tóm tắt các chính sách cải cách chính đối với tài chính bệnh viện công ở Trung Quốc giai đoạn 2009- 2018	77
Hộp 4.1: Đánh giá về hệ thống chính sách tự chủ tài chính y tế dưới góc nhìn của các nhà quản lý BVC tuyến TW khu vực phía Bắc.....	91
Hộp 4.2: Mức độ phù hợp của hệ thống chính sách tài chính y tế ở Việt Nam.....	99
Hộp 4.3: Đánh giá mức đầu tư Ngân sách nhà nước cho bệnh viện công	104
Hộp 4.4: Thách thức trong quản lý tài chính y tế ở các BVC tuyến TW.....	111
Hộp 4.5: Đánh giá về công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát tài chính y tế ở các bệnh viện công tuyến Trung ương	119

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của đề tài Luận án

Y tế là một lĩnh vực đặc thù, gắn liền với đời sống của người dân ở mọi miền của đất nước. Chức năng cốt lõi của ngành y tế là bảo vệ và chăm lo sức khỏe cộng đồng, đảm bảo chất lượng sống của con người. Ở Việt Nam, bệnh viện công (BVC) do nhà nước quản lý và đóng vai trò chủ chốt trong hệ thống y tế (HTYT). Các BVC có nhiệm vụ là nòng cốt, giữ vai trò trung tâm để đảm bảo cung cấp dịch vụ y tế (DVYT) một cách bền vững, đồng thời, thông qua các hoạt động chính của bệnh viện như khám chữa bệnh (KCB), các BVC còn có nhiệm vụ đảm bảo thực hiện tốt việc cung ứng dịch vụ công trong lĩnh vực bảo vệ sức khỏe cho người dân.

Hiện tại, Việt Nam đã triển khai nhiều chính sách mang tính đổi mới trong công tác quản lý tài chính y tế (TCYT) tại các BVC. Các biện pháp này bao gồm việc tăng cường cơ chế tự chủ tài chính (TCTC) và khuyến khích đẩy mạnh xã hội hóa DVYT tại các BVC. Việc trao quyền tự chủ cho các BVC được mong đợi sẽ góp phần sử dụng hiệu quả hơn các nguồn lực hiện có, nâng cao chất lượng DVYT và giảm bớt gánh nặng cho ngân sách nhà nước (NSNN). Sau một giai đoạn triển khai, chính sách này đã ghi nhận một số tín hiệu tích cực ban đầu, tạo điều kiện cho các bệnh viện mở rộng phạm vi cung cấp dịch vụ khám và điều trị cho nhiều tầng lớp dân cư khác nhau. Đồng thời, các chính sách y tế cũng khuyến khích nâng cao chất lượng của đội ngũ y bác sỹ và từng bước đáp ứng tốt hơn nhu cầu và mong đợi của người dân.

Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả tích cực đã đạt được, công tác quản lý tài chính vẫn còn tồn tại nhiều bất cập. Đặc biệt, cơ chế tự chủ theo hướng tự chủ toàn diện vẫn bộc lộ nhiều hạn chế, dẫn đến tình trạng mất cân đối thu chi và buộc phải dùng thí điểm tự chủ toàn diện. Thêm vào đó, vẫn còn xảy ra các sai phạm trong công tác đấu thầu và sự xuất hiện của tiêu cực hay lợi ích nhóm. Các bệnh viện tuyến Trung ương với nguồn thu từ dịch vụ cao hơn đáng kể đã tạo ra sự chênh lệch về năng lực tài chính và chất lượng dịch vụ giữa các bệnh viện công ở các tuyến khác nhau (Trung ương, tỉnh, huyện). Nhìn chung, hiệu quả của quản lý nhà nước (QLNN) còn chưa cao, nhiều BVC chậm thích nghi với các cơ chế đổi mới, gây ra những sai phạm đáng tiếc, làm suy giảm hiệu quả của ngành y tế nói chung và dịch vụ KCB nói riêng. Đồng thời, điều này cũng ảnh hưởng đến vai trò QLNN đối với các BVC.

Vì vậy, trong bối cảnh hiện nay, việc cải thiện, điều chỉnh cơ chế quản lý TCYT của các BVC đã trở thành nhiệm vụ cấp thiết để đáp ứng với yêu cầu của thực tiễn và nâng cao hiệu quả hoạt động của hệ thống DVYT công lập. Việc thiếu vắng các luận cứ khoa học về công tác QLNN trong lĩnh vực TCYT đặt ra yêu cầu phải thực hiện các nghiên cứu mới để làm cơ sở lý luận khi xây dựng các chiến lược cũng như việc triển khai các kế hoạch hành động để cải cách hệ thống DVYT công và đẩy nhanh quá trình thực hiện TCTC ở các BVC.

2. Mục tiêu và nhiệm vụ nghiên cứu

2.1. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu nghiên cứu của đề tài là phân tích thực trạng của hoạt động quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, từ đó đề xuất một số giải pháp hoàn thiện quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc trực thuộc Bộ Y tế ở Việt Nam trong giai đoạn 2025-2030.

2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Thứ nhất: Hệ thống hóa và làm rõ các cơ sở lý luận về tài chính y tế và quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công.

Thứ hai: Xác định khung nghiên cứu quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế.

Thứ ba: Phân tích thực trạng và đánh giá tác động của các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả của hoạt động quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc trực thuộc Bộ Y tế.

Thứ tư: Đưa ra các thành tựu, hạn chế, nguyên nhân đối với hoạt động quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế; đề xuất một số giải pháp hoàn thiện khung pháp lý quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế đến năm 2030.

3. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

Các vấn đề lý luận và thực tiễn quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công.

3.2. Phạm vi nghiên cứu:

+ Phạm vi về nội dung: quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công là một vấn đề phức tạp và rộng lớn, với điều kiện nghiên cứu cụ thể, Luận án chỉ giới hạn ở các vấn đề về khái niệm, nội dung quản lý và yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về tài chính đối với các bệnh viện công. Cụ thể tập trung vào 03 mảng nội dung: (i) chính sách tài chính y tế đối với bệnh viện công; (ii) phân bổ ngân sách nhà nước cho các bệnh viện công; (iii) kiểm tra, giám sát tài chính đối với các bệnh viện công và các yếu tố ảnh hưởng tới quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công. Mục tiêu quản lý nhà nước về tài chính y tế trong nghiên cứu này được xác định là việc xây dựng hệ thống chính sách tài chính y tế, phân bổ nguồn lực ngân sách cho các bệnh viện công và giám sát, kiểm tra việc thực hiện chi tiêu ngân sách ở các bệnh viện công tuyến Trung ương.

+ Phạm vi về không gian: Các bệnh viện công ở Việt Nam nói chung và khu vực phía Bắc nói riêng bao gồm 2 tuyến: Các bệnh viện công tuyến địa phương và các bệnh viện công tuyến Trung ương. Các bệnh viện công tuyến địa phương một mặt chịu sự quản lý Nhà nước cấp Trung ương, mặt khác, do phân cấp quản lý, các bệnh viện này còn chịu sự quản lý nhà nước của các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương. Các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương căn cứ vào điều kiện và tình hình phát triển kinh tế, điều kiện tự nhiên, xã hội, những thuận lợi và khó khăn của địa phương...có những quy định riêng để quản lý có hiệu quả và phát huy tính tự chủ của các bệnh viện.

Các bệnh viện công tuyến Trung ương (trừ một số bệnh viện công đặc thù như 05 bệnh viện công trực thuộc Bộ Quốc phòng) đều chịu sự quản lý trực tiếp của Bộ Y tế. Do vậy, để đảm bảo tính tập trung, đại diện và đề xuất những giải pháp, kiến nghị có giá trị thực tiễn cho quản lý nhà nước đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc nói riêng, cả nước nói chung, Luận án tập trung và giới hạn phạm vi nghiên cứu tại các bệnh viện công tuyến Trung ương trực thuộc Bộ Y tế khu vực phía Bắc.

+ Phạm vi về thời gian: Các số liệu và thông tin liên quan đến quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc trực thuộc Bộ Y tế giai đoạn 2018 - 2024.

4. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của đề tài Luận án

4.1. Ý nghĩa khoa học

Thứ nhất, từ việc tổng quan kết quả nghiên cứu của các công trình nghiên cứu có liên quan và các lý thuyết về quản lý nhà nước, quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công, Luận án đã hệ thống hóa theo mục tiêu và làm rõ các vấn đề lý thuyết về tài chính y tế, xác định được nội hàm của quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công với 03 nội dung chủ yếu gồm: Xây dựng chính sách tài chính y tế đối với bệnh viện công; Phân bổ ngân sách nhà nước cho các bệnh viện công; Kiểm tra, giám sát tài chính đối với các bệnh viện công.

Thứ hai, thông qua việc xây dựng và triển khai mô hình nghiên cứu cụ thể, Luận án đã thành công trong việc nhận diện một số yếu tố chính và sự ảnh hưởng của các yếu tố này tới hiệu quả của công tác quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc.

4.2. Ý nghĩa thực tiễn

Thứ nhất, bằng việc phân tích dữ liệu, thông tin thu thập được, Luận án đã làm rõ thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế ở các bệnh viện công khu vực phía Bắc được thực hiện đối với cả 3 nội dung chính của quản lý nhà nước về tài chính y tế, đó là: chính sách tài chính y tế, phân bổ tài chính từ ngân sách nhà nước; và cuối cùng là thực hiện kiểm tra, giám sát tài chính y tế. Những kết quả này giúp cung cấp cách nhìn sâu hơn về thực trạng và những vấn đề đặt ra trong quản lý nhà nước về tài chính y tế hiện nay ở các bệnh viện công. Đặc biệt, nghiên cứu đã phản ánh thực trạng triển khai cơ chế tự chủ tài chính tại các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, chỉ ra những điểm mạnh, hạn chế và bài học rút ra từ quá trình thực hiện thí điểm tự chủ tài chính.

Thứ hai, từ những cơ sở trên, Luận án đã đưa ra những đề xuất và giải pháp chính sách nhằm hoàn thiện và tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế trong các bệnh viện công nói chung và bệnh viện công khu vực phía Bắc nói riêng trong giai đoạn tới. Trong đó, đề xuất về 03 Nhóm giải pháp chính tập trung vào: hoàn thiện hệ thống chính sách và khuôn khổ pháp luật về tài chính y tế; nâng cao hiệu quả việc huy động và phân bổ nguồn lực tài chính y tế; tăng cường hiệu quả của hoạt động kiểm tra, giám sát tài chính y tế. Các Nhóm giải pháp này được kỳ vọng sẽ cung cấp những gợi ý tham khảo có giá trị cho các cơ quan quản lý nhà nước có

liên quan và các bệnh viện công. Ngoài ra, Luận án cũng kiến nghị đẩy mạnh quyền tự chủ tại các bệnh viện công và một số giải pháp đối với bộ máy quản lý nhà nước về tài chính y tế ở các bệnh viện công. Đồng thời, đưa ra đề xuất khác như việc ứng dụng công nghệ thông tin và số hóa trong quản lý tài chính y tế, khuyến khích phát triển hợp tác công - tư trong lĩnh vực y tế và thúc đẩy xã hội hóa y tế theo hướng đảm bảo cân bằng giữa lợi ích và việc chia sẻ rủi ro... giúp tối ưu hóa việc sử dụng các nguồn lực tài chính hiện có trong các bệnh viện công, góp phần vào sự phát triển bền vững của toàn bộ hệ thống y tế công lập.

5. Kết cấu của Luận án

Ngoài phần mở đầu, kết luận và phụ lục, Luận án được kết cấu thành 5 chương như sau:

Chương 1: Tổng quan các nghiên cứu quản lý nhà nước về tài chính y tế ở các bệnh viện công

Chương 2: Phương pháp nghiên cứu

Chương 3: Cơ sở lý luận và kinh nghiệm thực tiễn quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công

Chương 4: Thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc

Chương 5: Một số giải pháp và kiến nghị nhằm tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế ở các bệnh viện công khu vực phía Bắc.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ Ở CÁC BỆNH VIỆN CÔNG

1.1. Tình hình nghiên cứu về tài chính y tế và quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

1.1.1. Các nghiên cứu về tự chủ tài chính đối với bệnh viện công

Kể từ đầu những năm 1980, các BVC trên toàn thế giới đã chịu sự quản lý và giám sát chặt chẽ từ chính phủ do tính chất phức tạp trong bộ máy hành chính, gánh nặng tài chính mà các bệnh viện này đặt lên NSNN và những thách thức trong việc đảm bảo hoạt động hiệu quả và hiệu lực dưới sự kiểm soát tập trung của chính phủ. Một chính sách được nhiều quốc gia ưu tiên áp dụng là tăng cường trao quyền tự chủ cho các BVC trong quản lý và vận hành hoạt động của mình. Kết quả là, ở nhiều nước phát triển (như Đan Mạch, Pháp, Singapore) và ở nhiều nước đang phát triển (như Ghana, Indonesia, Kenya), các sáng kiến “tự chủ bệnh viện” đã được đề xuất như một phần không thể thiếu của quá trình cải cách ngành y tế (Ramesh Govindaraj và Mukesh Chawla, 1996).

Việc thực hiện TCTC của các BVC là một phần của việc phân quyền và trách nhiệm từ các bộ ban ngành cấp Trung ương hoặc từ cơ quan hành chính nhà nước cấp khu vực hoặc địa phương cho một BVC (Sjors Overman, 2015). Lĩnh vực y tế là một trong những lĩnh vực công, các đơn vị tham gia vào lĩnh vực này nếu do nhà nước thành lập thì được gọi là đơn vị sự nghiệp (ĐVSN) công lập. Các bệnh viện do đó cũng là các ĐVSN công lập trong lĩnh vực y tế. Tài chính trong các BVC cũng tuân theo các chính sách tài chính của ĐVSN công.

**** Sự cần thiết của tự chủ tài chính ở các bệnh viện công***

Nghiên cứu về TCTC của các bệnh viện của nhiều học giả cho thấy, cơ chế TCTC không chỉ hỗ trợ nâng cao hiệu quả về mặt tài chính cho các bệnh viện mà còn có khả năng cải thiện chất lượng của các DVYT được cung cấp thông qua việc tối ưu hóa các quyết định liên quan đến công tác quản lý (Edwine Barasa và cộng sự, 2022; John Maiba và cộng sự, 2024; Ana Rusmardiana và cộng sự, 2021).

Động lực chính thúc đẩy các quốc gia thực hiện TCTC ở các BVC là nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động của bệnh viện và hiệu quả quản lý của các chính phủ (Rob Laking, 2005). Các BVC khi thực hiện TCTC được kỳ vọng sẽ đạt được hiệu quả và cấu trúc như các tổ chức tư nhân trong khi vẫn đảm bảo duy trì và thực hiện các mục tiêu xã hội trong việc chăm sóc sức khỏe do nhà nước vẫn duy trì quyền sở hữu với các bệnh viện này (A. Preker và A. Harding, 2003). Tuy nhiên, ở một số quốc gia đang phát triển,

động lực của tự chủ bệnh viện đôi khi lại không xuất phát từ mục tiêu xã hội mà nhằm tạo ra các khu vực sinh lời vì những lý do nhất định (Colin Talbot và cộng sự, 2004). Đường như việc thực hiện TCTC ở các BVC ở các nước đang phát triển như Trung Quốc, Ấn Độ, Indonesia, Việt Nam, Ghana và Kenya được thúc đẩy bởi mong muốn tận dụng nguồn thu và giảm áp lực cho ngân sách cho chính phủ (Mukesh Chawla và Ramesh Govindaraj, 1998; Colin Talbot và cộng sự, 2004). Mặt khác, ở nhiều nước đang phát triển, việc TCTC ở các BVC lại là điều kiện để nhận được viện trợ từ các tổ chức quốc tế (Ramesh Govindaraj và Mukesh Chawla, 1996; Rob Laking, 2005).

Sự công kênh và thiếu linh hoạt trong công tác QLNN được đánh giá là một rào cản đáng kể. Rào cản này khiến các bệnh viện gặp khó khăn trong nỗ lực thực hiện những cải cách cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động của đơn vị. Tình trạng này kéo theo nhiều hệ lụy tiêu cực khác nhau, bao gồm việc sử dụng nguồn lực vượt quá mức cần thiết, sự gia tăng của tham nhũng, tạo ra sự bất mãn ở cả phía người bệnh lẫn đội ngũ nhân viên y tế. Đồng thời, điều này cũng ảnh hưởng xấu đến khả năng bảo đảm chất lượng của các DVYT được cung cấp. Tất cả những yếu tố này cộng lại làm suy giảm hiệu quả hoạt động chung của các BVC (H. Fu và cộng sự, 2017; A. Harding và A. S. Preker, 2000; World Health Organization, 2015). Trước bối cảnh đó, hệ thống các BVC trên toàn cầu đang có xu hướng chuyển mình, phá bỏ cấu trúc quan liêu đã tồn tại từ lâu và thiết lập nên các mô hình quản trị mới, phù hợp hơn (F. Sarto và G. Veronesi, 2016). Từ sự chuyển dịch này, giải pháp "tự chủ hóa" đã được đề xuất như một biện pháp hữu hiệu để cải thiện đáng kể hiệu quả hoạt động của các bệnh viện (R. Castano và A. Mills, 2013). Một số nhà nghiên cứu thậm chí còn nhấn mạnh rằng việc trao quyền tự chủ cho các bệnh viện là yếu tố mang tính quyết định trong việc nâng cao và cải thiện kết quả hoạt động của các đơn vị này (Richard B. Saltman và cộng sự, 2011).

TCTC ở các bệnh viện được thực hiện nhằm thay đổi mối quan hệ giữa chính phủ và các BVC (K. Ramesh và cộng sự, 2015). Điều này đòi hỏi sự chuyển đổi từ QLNN tập trung sang cách thức quản lý độc lập của các tổ chức cung cấp DVYT trong khi nhà nước vẫn duy trì quyền sở hữu và giám sát đối với các BVC (J.D. London, 2013). Theo A. Harding và A. S. Preker (2000), quyền tự chủ của bệnh viện là sự trao quyền quyết định từ chính phủ cho đội ngũ quản lý bệnh viện. Kiểm soát dư thừa và áp lực thị trường thúc đẩy các bệnh viện cung cấp nhiều dịch vụ hơn và cải thiện hơn, nhưng điều này chỉ đạt được khi chính phủ duy trì trách nhiệm giải trình. Ngoài ra, cần phát triển các chiến lược để củng cố chức năng xã hội của bệnh viện.

Khi được đưa vào thực thi, những cải cách này tạo điều kiện để các nhà quản lý thực hiện quyền "tự quản lý" (A. Harding và cộng sự, 2002). Các cải cách hướng tới tự chủ bệnh viện tìm cách nâng cao hiệu quả hoạt động. Việc này

được thực hiện bằng cách tác động lên ba yếu tố có mối liên hệ chặt chẽ với nhau: mục tiêu của tổ chức, cấu trúc giám sát hoạt động và mức độ tiếp xúc với thị trường (Richard B. Saltman và cộng sự, 2011).

** Tự chủ tài chính tại các bệnh viện công ở các nước phát triển*

Nghiên cứu về quyền TCTC tại các BVC ở các nước phát triển cho thấy sự quan tâm mạnh mẽ đến việc cải thiện hiệu quả và năng suất của bệnh viện thông qua việc tăng cường độc lập tài chính. Xu hướng này đặc biệt rõ nét ở các quốc gia như Vương quốc Anh, Đan Mạch, Pháp và Úc, nơi các BVC được trao quyền tự chủ ở các mức độ khác nhau (Adam Wagstaff và Sarah Bales, 2012).

Nghiên cứu các mô hình TCTC tại Anh, Pháp và Hà Lan, báo cáo của Ngân hàng Thế giới (World Bank) chỉ ra rằng TCTC cải thiện hiệu quả và chất lượng, nhưng yêu cầu khung pháp lý và giám sát chặt chẽ để tránh rủi ro (World Bank, 2018).

Là một phần trong chiến lược tổng thể của Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID) hướng tới mục tiêu thực hiện các nghiên cứu chuyên sâu về những vấn đề có tầm quan trọng đặc biệt đối với các nhà hoạch định chính sách tại các quốc gia đang phát triển, dự án Dữ liệu để ra quyết định tại Đại học Harvard được ủy quyền bởi Dự án Phân tích Nguồn nhân lực và Sức khỏe cho Châu Phi của Cục Châu Phi để thực hiện năm nghiên cứu điển hình về quyền tự chủ của bệnh viện. Các nghiên cứu này được thực hiện ở Ghana, Kenya và Zimbabwe trong vùng cận Sahara của Châu Phi và ở Ấn Độ và Indonesia bên ngoài Châu Phi (Ramesh Govindaraj và Mukesh Chawla, 1996). Các nghiên cứu có hai mục tiêu chính: a) cung cấp mô tả và phân tích kinh nghiệm của các bệnh viện khu vực công có quyền tự chủ bệnh viện ở mỗi quốc gia này; b) rút kinh nghiệm của các nước này để tìm ra các bài học rộng hơn về việc duy trì tự chủ bệnh viện.

Xem xét quá trình cải cách toàn diện hệ thống tài chính của các BVC tại Nhật Bản, nghiên cứu “*Achieving Universal Health Coverage by Focusing on Primary Care in Japan: Lessons for Low- and MiddleIncome Countries*” (Thực hiện Bao phủ Y tế Toàn dân thông qua Tăng cường Chăm sóc Sức khỏe Ban đầu tại Nhật Bản: Bài học cho các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình) của Naoki Ikegami (2016) nhận thấy mục tiêu của cải cách là nhằm “*tăng cường tính tự chủ và trách nhiệm của các BVC*”. Sau khi thực hiện phân tích các yếu tố đã quyết định đến sự thành công của quá trình cải cách công tác quản lý tài chính trong hệ thống các BVC tại Nhật Bản, tác giả đã trình bày những bài học kinh nghiệm có giá trị dành cho các quốc gia có mức thu nhập trung bình và thấp.

** Tự chủ tài chính tại các bệnh viện công ở các nước đang phát triển*

Nghiên cứu về TCTC tại các BVC ở các nước đang phát triển, M. Abdullah và Jane Shaw (2007) đã khảo sát những xu hướng gần đây về quyền tự chủ của BVC như

một phần không thể thiếu trong cải cách hệ thống BVC. Các tác giả xem xét tài liệu đã được công bố về chủ đề này trên phạm vi nhiều quốc gia đang phát triển và khám phá các quan điểm, lập luận và lý do khác nhau cho quyền tự chủ của bệnh viện được phát triển trong hai thập kỷ qua. Các tác giả nhận thấy, một số quốc gia đã đạt được cải thiện đáng kể trong hiệu suất hoạt động và khả năng tự quản lý tài chính, tuy nhiên, các yếu tố như năng lực quản lý kém, thiếu hệ thống giám sát hiệu quả và bất bình đẳng trong việc cung cấp DVYT đã cản trở thành công. Dựa trên những bài học kinh nghiệm từ các nghiên cứu đã có, các tác giả đã đề xuất bộ hướng dẫn đóng vai trò khung tham chiếu để đánh giá các biện pháp tự chủ hiện tại và xây dựng các sáng kiến tự chủ y tế ở Pakistan trong tương lai.

Tại Indonesia, các vấn đề tài chính đã làm giảm khả năng của chính phủ Trung ương trong việc tài trợ cho sự phát triển của bệnh viện. Trên thực tế, chính phủ đang dần tránh xa mô hình phúc lợi xã hội, trong đó nhà nước nên tài trợ tất cả các dịch vụ công cộng từ thuế và doanh nghiệp nhà nước. Các bệnh viện ngày càng bị chuyển giao sang một hệ thống dịch vụ dựa trên nguyên tắc hàng hóa tư nhân. Kết quả là, bên cạnh việc thực hiện chức năng nhân đạo - xã hội, DVYT đã phát triển thành một ngành công nghiệp vận hành theo các nguyên tắc kinh tế, trong đó tính cạnh tranh là một đặc điểm nổi bật. Nhận thức đúng đắn rằng bệnh viện đang hoạt động như một chủ thể trong ngành công nghiệp y tế là nền tảng quan trọng để thúc đẩy việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Thiếu đi nhận thức này, các bệnh viện tại Indonesia sẽ gặp khó khăn trong việc cạnh tranh với các cơ sở y tế ở các quốc gia khác, nơi DVYT được cung cấp đầy đủ và chất lượng cao hơn. Thực tế cho thấy, đã có nhiều người Indonesia đã đi tìm kiếm điều trị y tế ở nước ngoài. Hiện tượng này có thể được gọi là giai đoạn đầu tiên của toàn cầu hóa. Trong khi đó, giai đoạn thứ hai của toàn cầu hóa là sự hoạt động của các bệnh viện nước ngoài tại Indonesia hoặc đầu tư nước ngoài vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe (Ana Rusmardiana và cộng sự, 2021).

Sau nhiều thập kỷ thay đổi trong cơ cấu chăm sóc sức khỏe và phương thức tài trợ, Trung Quốc gần đây đã thực hiện các cải cách thí điểm đối với quản trị các BVC, chủ yếu bằng cách tăng cường quyền tự chủ của các BVC và xác định lại vai trò của các cơ quan y tế. Trong nghiên cứu “*Public hospital autonomy in China in an international context*” (Tự chủ bệnh viện công tại Trung Quốc trong bối cảnh quốc tế), Pauline Allen và cộng sự (2014) đã phân tích sự phát triển lịch sử và thực trạng của quản trị BVC ở Trung Quốc, tập trung vào các mô hình quản trị đang được thử nghiệm ở các thành phố thí điểm trên khắp Trung Quốc. Dựa trên kinh nghiệm cải cách quản trị BVC ở nhiều quốc gia khác để xem xét bản chất của các chương trình thí điểm của Trung Quốc, các tác giả nhận thấy sự khác biệt chính ở Trung Quốc là các BVC trong các chương trình thí điểm không nhận đủ tài trợ từ chính phủ và có thể phân phối lợi nhuận cho nhân viên. Điều này tạo ra động cơ

tính phí bệnh nhân cho việc điều trị quá mức. Tình trạng này đã làm suy yếu định hướng dịch vụ công trong các BVC của Trung Quốc. Các tác giả kết luận rằng các cải cách thí điểm về quản trị sẽ không đủ để khắc phục tất cả các vấn đề mà các bệnh viện này đang phải đối mặt, mặc dù đây là một bước đi đúng hướng.

Có thể xác định hai mô hình tổ chức riêng biệt trong TCTC ở các BVC: mô hình tự chủ doanh nghiệp và mô hình tự chủ quốc doanh. Bốn trong số năm quốc gia được nghiên cứu ủng hộ mô hình doanh nghiệp trong khi chỉ có Ấn Độ sử dụng mô hình tự chủ quốc doanh (Sai Ma và Neeraj Sood, 2008; S. Sharma và D. R. Hotchkiss, 2001). Mô hình được Chính phủ bang Andhra Pradesh sử dụng để trao quyền tự chủ dựa trên việc thành lập một tổ chức tự chủ cấp địa phương duy nhất, khác với việc trao quyền tự chủ cho từng bệnh viện. Andhra Pradesh Vaidya Vidhana Parishad (APVVP) được thành lập như một tổ chức bán chính phủ với mục tiêu rõ ràng là quản lý tất cả các bệnh viện địa phương ở bang Andhra Pradesh của Ấn Độ. Đến năm 1993, APVVP có 162 bệnh viện và 9646 giường bệnh. Sở Y tế được giao quản lý các bệnh viện. Không có quyền tự chủ được trao đến cấp bệnh viện thấp hơn. (i) Mô hình này có nhiều ưu điểm. Đầu tiên, Chính phủ chỉ phải đối phó với một tổ chức thay vì nhiều bệnh viện tự chủ khác nhau. Thứ hai, việc giám sát và điều tiết một tổ chức đơn giản hơn thay vì nhiều đơn vị nhỏ hơn. Thứ ba, một tổ chức tự quản chỉ yêu cầu một đội ngũ quản lý giỏi trái ngược với yêu cầu lớn hơn nhiều về nhân lực được đào tạo cho nhiều đơn vị tự quản. (ii) Đồng thời cũng tồn tại nhiều nhược điểm. Một là, các bệnh viện tiếp tục không tự chủ và do đó lợi ích từ tự chủ không được thực hiện đầy đủ. Hai là, quyền tự chủ hiệu quả luôn có nguy cơ không được đảm bảo đầy đủ đơn giản vì Chính phủ dễ dàng thực hiện quyền kiểm soát đối với một tổ chức duy nhất. Ba là, sự lãnh đạo kém hiệu quả của một tổ chức lớn có thể gây ra những hậu quả bất lợi lớn hơn và sẽ ảnh hưởng đến tất cả các bệnh viện, trái ngược với sự lãnh đạo kém hiệu quả ở một số bệnh viện nhỏ.

Quyền tự chủ bệnh viện, tại đa số các quốc gia được khảo sát, đồng nghĩa với việc các đơn vị này được hưởng một mức độ TCTC nhất định. Trong tất cả các trường hợp được nghiên cứu, đã có sự thay đổi trong cách phân bổ ngân sách. Cụ thể là chuyển từ hình thức tài trợ chi tiết theo từng danh mục sang hình thức cấp trợ cấp chung. Tuy nhiên, mức độ kiểm soát của chính phủ đối với các danh mục chi tiêu này có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia. Mức kiểm soát này dao động từ thấp ở Ấn Độ và Indonesia cho đến mức đáng kể ở Zimbabwe và Ghana (Fitri Handayani và cộng sự, 2019). Do đó, các bệnh viện tự chủ có thể xây dựng ngân sách nội bộ của riêng mình mà không cần quan tâm đến việc chính quyền hoặc Kho bạc kiểm soát phân bổ cho các hạng mục cụ thể. Tất cả các bệnh viện chuyển từ tài khoản Kho bạc sang ngân hàng thương mại và không còn bắt buộc phải tuân theo hệ

thống kê toán của chính phủ. Ban giám đốc bệnh viện trong mọi trường hợp đều được khuyến khích huy động thêm nguồn lực, mặc dù có nhiều hạn chế trong việc tăng thu thông qua thu phí. Tại Indonesia, nơi mà các nhà quản lý bệnh viện được phép ấn định mức phí cho tất cả các khoản phí ngoại trừ phí cho giường dành riêng cho người nghèo, các quyết định về phí sử dụng vẫn do Chính phủ đưa ra. Tuy nhiên, trong mọi trường hợp, các bệnh viện được phép giữ lại tiền thu phí của họ và tại Indonesia, các bệnh viện thuộc hệ thống Swadana được phép sử dụng các khoản thu phí để khuyến khích tiền lương, vận hành (thuốc, phụ tùng thay thế), thuê nhân viên hợp đồng, dịch vụ ăn uống và giặt là, mặc dù vẫn tiếp tục có một số kiểm soát tập trung đối với việc lập kế hoạch/quy trình lập ngân sách đối với doanh thu thu phí (World Health Organization, 2015; Bossert T và cộng sự, 1997).

Bắt đầu từ năm 2008, Trung Quốc đã triển khai một chương trình cải cách sâu rộng. Chương trình này nhằm mục đích gia tăng mức độ tự chủ cho các bệnh viện công trên cả nước. Nỗ lực này được thực hiện thông qua việc phối hợp đồng thời giữa cải cách trong hệ thống BHYT và điều chỉnh hệ thống cung cấp các DVYT. Mục tiêu chính được đặt ra cho cuộc cải cách này là nhằm củng cố vững chắc HTYT quốc gia, duy trì sự ổn định cho xã hội và bảo đảm rằng mọi người dân đều có khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí phải chăng vào thời điểm năm 2020. Đến năm 2012, chính phủ Trung Quốc đã mở rộng một cách đáng kể các chương trình BHYT được trợ cấp. Sự mở rộng này đã giúp đạt được tỷ lệ bao phủ BHYT xấp xỉ 95% tổng dân số, nhờ đó đáp ứng được nhu cầu tiếp cận các DVYT thiết yếu của người dân.

Tuy nhiên, tiến trình cải cách này đã vấp phải không ít thách thức đáng kể. Thứ nhất, sự phản kháng từ các bệnh viện có xu hướng ưu tiên mục tiêu lợi nhuận đã tạo ra rào cản lớn cho quá trình cải cách, buộc chính phủ phải linh hoạt điều chỉnh và tái áp dụng một số cơ chế thị trường để thích ứng. Minh chứng là đến năm 2015, tỷ lệ sở hữu bệnh viện tư nhân đã tăng vọt, chiếm khoảng 20% tổng số bệnh viện trên toàn quốc, con số này gấp đôi so với giai đoạn trước cải cách. Thứ hai, tình trạng phân bổ nguồn lực y tế không đồng đều giữa các vùng thành thị phát triển và những khu vực nông thôn còn nhiều khó khăn đã làm trầm trọng thêm sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Thứ ba, HTYT nước này phải đối mặt với vấn đề thiếu hụt nhân lực y tế trầm trọng, đặc biệt là đội ngũ có trình độ chuyên môn cao và phẩm chất đạo đức đáng tin cậy. Một bộ phận y bác sĩ có xu hướng đặt nặng lợi ích tài chính cá nhân hơn lợi ích của người bệnh dẫn đến tình trạng này đã và đang gây ra những hệ lụy không mong muốn cho ngành y tế. Các chuyên gia trong lĩnh vực này cũng đã lên tiếng cảnh báo và cho rằng việc phụ thuộc quá mức vào các cơ chế thị trường trong công tác tài trợ, cung ứng các DVYT có thể tiềm ẩn nhiều rủi ro khó lường. Sự chênh lệch về thông tin giữa người

bệnh và nhà cung cấp dịch vụ khiến bệnh nhân khó đưa ra lựa chọn phù hợp, trong khi các bác sĩ lại có thể tận dụng sự chênh lệch này để trục lợi. Điều này không chỉ gây tổn hại trực tiếp đến người bệnh mà còn làm phát sinh tâm lý bất mãn, suy giảm lòng tin của công chúng vào HTYT và tiềm ẩn nguy cơ dẫn đến bất ổn xã hội.

Trong tiến trình đổi mới HTYT, các nhà phân tích nhận định rằng việc cải cách BHYT nhìn chung dễ thực hiện hơn so với cải cách hệ thống cung ứng DVYT. Đặc biệt, việc tập trung nâng cao hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu được xem là yếu tố then chốt, mang tính quyết định đến sự thành công chung của toàn bộ công cuộc cải cách y tế (David Blumenthal và William Hsiao, 2015; Peter Smith, 2009; W. Yip và cộng sự, 2019).

** Tự chủ tài chính tại các bệnh viện công ở Việt Nam*

Tại Việt Nam, vào năm 2008, Bộ Y tế (BYT) đã ban hành Đề án quan trọng về “*Đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính đối với các DVSNN y tế công lập*” (BYT, 2008). Đề án này tập trung vào việc phân tích bức tranh tổng thể của HTYT cùng với thực trạng của các cơ chế tài chính và cách thức vận hành tại các cơ sở y tế thuộc khối công lập. Thông qua Đề án, việc phân bổ các nguồn lực TCYT từ NSNN, cùng với các chính sách liên quan đến tiền lương, thu nhập, viện phí và BHYT, cũng như những tồn tại và hạn chế cụ thể của từng chính sách này, đã được đánh giá một cách chi tiết. Đặc biệt, Đề án đã tiến hành phân tích chuyên sâu về thực tế triển khai Nghị định 43/2006/NĐ-CP, một văn bản quy định về việc thực hiện cơ chế TCTC. Qua phân tích này, Đề án đã làm rõ những kết quả đã đạt được và những khó khăn, vướng mắc vẫn còn tồn tại trong quá trình hoạt động tại các đơn vị sự nghiệp y tế.

Dựa trên những quan điểm và mục tiêu cải cách đã đề ra, Đề án đã đề xuất nhiều nội dung đổi mới then chốt, bao gồm việc điều chỉnh cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính, các chính sách về tiền lương, viện phí và phương thức quản lý ngân sách dành cho ngành y tế. Đáng chú ý, Đề án nhấn mạnh sự cần thiết phải đổi mới cách thức phân bổ và sử dụng ngân sách dựa trên kết quả công việc đạt được, nhằm mục đích nâng cao hiệu quả chi tiêu. Đồng thời, Đề án cũng đưa ra khuyến nghị về việc áp dụng một cơ chế quản lý y tế ở cấp địa phương theo hướng tập trung. Cơ chế này sẽ được thực hiện thông qua Sở Y tế, với kỳ vọng mang lại sự cải thiện rõ rệt về chất lượng các DVYT và nâng cao hiệu quả tài chính của hệ thống. Bên cạnh đó, Đề án còn phác thảo các lộ trình chi tiết, được phân chia theo từng giai đoạn triển khai cụ thể cho những thay đổi được đề xuất. Kèm theo đó là việc xác định một cách rõ ràng trách nhiệm của các cơ quan quản lý ở tất cả các cấp, từ Trung ương xuống đến địa phương.

Đề án năm 2008, được thực hiện dưới hình thức một công trình khảo sát và đánh giá thực tiễn chuyên sâu, đã đóng vai trò là một nguồn tư liệu có giá trị to lớn, giúp tác giả nhận diện một cách chính xác những điểm mạnh đã đạt được trong việc

triển khai cơ chế TCTC, cũng như những hạn chế vẫn còn tồn tại trong quá trình này tại các BVC. Từ nền tảng phân tích đó, các giải pháp và đề xuất được xây dựng trong Luận án này đảm bảo tính phù hợp cao, bám sát định hướng phát triển chung của ngành y tế, với mục tiêu cuối cùng là thúc đẩy sự phát triển một cách bền vững của hệ thống các BVC tại Việt Nam.

Trong một nghiên cứu tập trung vào quyền tự chủ TCYT tại các BVC của Việt Nam, Vo Thi Minh Hai và Karl Löfgren (2018) đã tiến hành khảo sát về quyền TCTC được giao cho các BVC Việt Nam kể từ năm 2002. Nghiên cứu này phân tích sự tương tác phức tạp giữa các văn bản chính sách chính thức và thực tiễn triển khai trên thực tế. Các tác giả đưa ra lập luận rằng quá trình tự chủ hóa này, được thúc đẩy bởi các cuộc cải cách kinh tế và chịu ảnh hưởng từ áp lực quốc tế, đã dẫn đến việc chuyển dịch gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe từ nhà nước sang khu vực xã hội. Điều này đã thúc đẩy các bệnh viện có những hành vi hướng tới việc tối đa hóa doanh thu của mình. Sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính, trong đó bao gồm việc phân tích chuyên sâu các tài liệu pháp lý và tiến hành các cuộc phỏng vấn, nghiên cứu đã xem xét một cách kỹ lưỡng tác động của các chính sách này. Họ đánh giá ảnh hưởng của chính sách đến hiệu quả hoạt động chung của bệnh viện và chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp. Kết quả thu được từ phân tích đã chỉ ra một số hậu quả tiêu cực phát sinh. Chẳng hạn như xu hướng cung cấp quá mức các DVYT không thực sự cần thiết cho người bệnh, và tình trạng thu các khoản thanh toán mang tính không chính thức.

Cùng chỉ ra những thách thức nảy sinh từ quá trình xã hội hóa DVYT, nghiên cứu của Le Thanh Forsberg (2013) đã đề xuất các điều chỉnh trong cách thức tài trợ cho ngành y tế và cơ cấu các thể chế quản lý việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Mục đích của các đề xuất này là nhằm giảm nhẹ gánh nặng tài chính trực tiếp đối với người dân và hướng tới việc tăng cường khả năng tiếp cận các DVYT. Đồng thời, các đề xuất này cũng nhằm cải thiện cả chất lượng lẫn hiệu quả tổng thể của các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tác giả nhấn mạnh rằng những thay đổi này có mối liên hệ chặt chẽ với việc xác định lại vai trò của nhà nước và mối quan hệ của nhà nước với các dịch vụ phúc lợi xã hội cũng như các thiết chế thị trường. Những thay đổi mang tính cấu trúc như vậy có thể đòi hỏi một sự xem xét lại sâu sắc cả về mặt chính trị và kinh tế ở cấp Trung ương đối với vị trí của lĩnh vực chăm sóc sức khỏe trong quá trình phát triển quốc gia. Theo đó, chăm sóc sức khỏe có thể được nhìn nhận như một khoản đầu tư mang tính phúc lợi nhằm thúc đẩy tăng trưởng, thay vì chỉ đơn thuần là một gánh nặng về mặt kinh tế.

Để có cái nhìn sâu sắc hơn về khía cạnh tài chính của các ĐVSN công lập, Luận án tiến sĩ của Phạm Chí Thanh (2011) mang tên *“Đổi mới chính sách tài chính đối với khu vực sự nghiệp công ở Việt Nam”* đã tiếp cận vấn đề này thông qua việc phân tích

mối quan hệ tương tác giữa các ĐVSN công và các bên liên quan trong quá trình hình thành và sử dụng các nguồn quỹ tài chính tại các đơn vị này. Luận án của Phạm Chí Thanh có nhận định rằng các ĐVSN công cần phải được vận hành dựa trên các nguyên tắc cơ bản của thị trường. Điều này bao gồm yêu cầu về việc thực hiện hạch toán đầy đủ và minh bạch mọi chi phí hoạt động, đồng thời xác định giá của các dịch vụ cung cấp dựa trên một cơ chế cạnh tranh lành mạnh. Từ đó, Luận án kết luận rằng cần thiết phải có những cải thiện căn bản đối với cơ chế quản lý hiện hành và tăng cường vai trò điều tiết, định hướng của nhà nước đối với các hoạt động trong khu vực sự nghiệp công.

Nghiên cứu này đã tiến hành đánh giá một cách hệ thống và chi tiết toàn bộ hệ thống văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến tài chính áp dụng cho khu vực sự nghiệp công tại Việt Nam qua nhiều giai đoạn lịch sử, bắt đầu từ năm 1994 cho đến thời điểm nghiên cứu. Các nội dung trọng tâm được rà soát bao gồm: nguyên tắc phân cấp NSNN, phương thức quản lý vốn và tài sản công, các chính sách về phí và lệ phí, cơ chế tín dụng, hệ thống chuẩn mực kế toán áp dụng và các quy định về thuế. Dựa trên nền tảng phân tích chuyên sâu này, Luận án đã chỉ ra rõ những kết quả tích cực đã đạt được trong việc quản lý tài chính khu vực sự nghiệp công. Tuy nhiên, bên cạnh đó, Luận án cũng thẳng thắn chỉ ra những hạn chế, tồn tại đáng chú ý, ví dụ như việc chưa áp dụng một cách đầy đủ và triệt để các nguyên tắc thị trường trong hoạt động hạch toán chi phí, hoặc sự thiếu vắng một cơ chế cạnh tranh thực sự minh bạch và hiệu quả trong khu vực này.

Nhằm đưa ra giải pháp khắc phục những bất cập đã được chỉ ra, nghiên cứu đã đề xuất một loạt các phương hướng mới mang tính đột phá. Đề xuất đầu tiên là chính sách quản lý phí và lệ phí hiện hành cần được chuyển đổi về bản chất thành một chính sách quản lý giá dịch vụ một cách toàn diện hơn. Mục đích là để đảm bảo rằng các ĐVSN công thực hiện đầy đủ việc hạch toán tất cả các chi phí liên quan đến hoạt động vận hành của mình. Thứ hai, tác giả đề xuất rằng các hoạt động sự nghiệp do khối công lập cung cấp nên được xem xét áp dụng chế độ thuế. Tuy nhiên, mức thuế áp dụng nên là mức ưu đãi (khoảng 0% hoặc 5%), tùy thuộc vào đặc thù của từng lĩnh vực cụ thể, điều kiện địa bàn hoạt động và giai đoạn phát triển tương ứng. Thứ ba, cơ chế hiện tại trong việc phân bổ NSNN cần phải được cải tiến theo hướng coi trọng và dựa nhiều hơn vào kết quả đầu ra mà các đơn vị đạt được trong thực tế. Cuối cùng, Luận án nhấn mạnh sự cần thiết phải thiết lập một hệ thống kiểm tra, giám sát đồng bộ và hiệu quả. Hệ thống này cần bao gồm cả cơ chế tự kiểm tra, đánh giá nội bộ trong chính các ĐVSN công, kết hợp với việc đánh giá và kiểm tra từ các cơ quan, tổ chức độc lập bên ngoài.

Ngoài các đề xuất chung, Luận án cũng đưa ra các giải pháp cụ thể cho hai lĩnh vực trọng điểm là giáo dục đào tạo và y tế, nhằm nâng cao hiệu quả quản lý tài chính trong từng ngành nghề.

Trong nghiên cứu “*Vietnam's health care system: A macroeconomic perspective*” (Hệ thống y tế Việt Nam: Góc nhìn kinh tế vĩ mô), Susan Adams (2005) nhận thấy chỉ số sức khỏe của Việt Nam tốt hơn so với kỳ vọng đối với một quốc gia ở mức độ phát triển hiện tại và tiếp tục được cải thiện với tốc độ ngang bằng hoặc vượt trội so với hầu hết các nước láng giềng. Tuy nhiên, trong bối cảnh hiện tại, Việt Nam đang đồng thời triển khai chiến lược tăng trưởng kinh tế kết hợp với mục tiêu giảm nghèo bền vững. Song song với đó, hệ thống chăm sóc sức khỏe của quốc gia cũng đang trải qua một giai đoạn chuyển đổi mạnh mẽ. Trước thời kỳ Đổi mới, hệ thống này hoàn toàn do chính phủ Trung ương kiểm soát. Theo thời gian, các công cụ chính sách mới đã được phát triển, bao gồm phí dịch vụ, BHYT và quỹ chăm sóc sức khỏe cho người nghèo. Tất cả các công cụ này đều tập trung vào việc tài trợ cho y tế, nhưng vẫn chưa thể hợp nhất thành một hệ thống tài trợ y tế thống nhất.

Việc đưa ra một hệ thống phí dịch vụ toàn diện vào năm 1995 đã cung cấp cho các cơ sở y tế công cộng ở Việt Nam, đặc biệt là các bệnh viện, một nguồn thu ngày càng tăng. Đến năm 1998, doanh thu từ phí dịch vụ chiếm 30% tổng doanh thu của BVC. Sử dụng dữ liệu dựa trên cơ sở y tế trong giai đoạn 1996-1998, Ardeshir Sepehri và cộng sự (2005) so sánh và đối chiếu mức độ ảnh hưởng của cường độ điều trị theo hai nguồn doanh thu của bệnh viện từ bệnh nhân, đó là hệ thống phí dịch vụ và hệ thống thanh toán của bên thứ ba dựa trên phí dịch vụ. Kết quả cho thấy sự tăng trưởng doanh thu từ bệnh nhân có liên quan đến sự gia tăng mạnh mẽ về cường độ điều trị. Sự gia tăng cường độ điều trị này rõ rệt hơn trong trường hợp khám nội trú. Sự gia tăng cường độ chăm sóc bệnh viện đối với cả người tham gia BHYT và người không có bảo hiểm có thể được xem là một nỗ lực của các nhà cung cấp dịch vụ nhằm tăng doanh thu từ phí BHYT và phí dịch vụ trong bối cảnh nguồn lực công cộng được phân bổ cho bệnh viện đang giảm và lương bổng thấp.

Trong Luận án tiến sĩ năm 2016, Trần Thế Cương đã tập trung nghiên cứu vào chủ đề mở rộng cơ chế TCTC dành cho các BVC tại Việt Nam, với sự nhấn mạnh đặc biệt vào địa bàn thành phố Hà Nội. Ông đã thực hiện các cuộc khảo sát và phân tích một cách kỹ lưỡng, từ đó đưa ra những nhận định sâu sắc về thực trạng vận hành của cơ chế TCTC. Tác giả đã đánh giá toàn diện, bao gồm cả những thành tựu đáng ghi nhận đã đạt được cũng như những hạn chế và khó khăn vẫn còn tồn tại. Trần Thế Cương cũng đã chỉ ra một cách rõ ràng những nguyên nhân cốt lõi dẫn đến các thách thức trong quá trình triển khai và mở rộng cơ chế TCTC tại các BVC trên địa bàn thủ đô. Dựa trên những phân tích này, ông đã đề xuất một loạt các giải pháp cụ thể nhằm thúc đẩy việc thực hiện TCTC một cách hiệu quả hơn trong thời gian tới. Các kiến nghị chính bao gồm: tăng cường trao

quyền tự chủ một cách đầy đủ, toàn diện hơn cho các BVC không chỉ về TCTC mà còn cả về tổ chức bộ máy và quản lý nhân sự; thay đổi căn bản phương thức cấp kinh phí, chuyển từ việc hỗ trợ trực tiếp cho đơn vị sang hình thức hỗ trợ trực tiếp cho người sử dụng DVYT; khuyến khích mạnh mẽ và đẩy nhanh quá trình xã hội hóa để huy động đa dạng các nguồn lực tài chính khác nhau; đồng thời, cần thiết lập một mối liên hệ chặt chẽ giữa quyền tự chủ được giao cho các BVC với trách nhiệm giải trình rõ ràng và trách nhiệm về hiệu quả hoạt động tổng thể của bệnh viện.

Dựa trên kết quả phân tích chi tiết của mình, Trần Thế Cường đã đưa ra đề xuất về năm nhóm giải pháp chính yếu. Các giải pháp này được nhằm mục đích nâng cao hiệu quả và tính khả thi trong quá trình triển khai cơ chế TCTC tại các BVC trong giai đoạn sắp tới. Các nhóm giải pháp này được phân loại như sau: (1) Hoàn thiện khuôn khổ chính sách: Nhóm giải pháp này tập trung vào việc xây dựng và điều chỉnh lại toàn bộ hệ thống văn bản quy phạm pháp luật theo hướng ngày càng minh bạch, đồng bộ và tạo lập một nền tảng pháp lý vững chắc, thuận lợi cho các BVC trong quá trình thực hiện cơ chế TCTC. (2) Cải cách cơ chế tài chính: Nhóm giải pháp này đề xuất đổi mới các phương thức quản lý và sử dụng nguồn lực tài chính tại bệnh viện nhằm tăng cường tính chủ động và linh hoạt. Việc trao quyền tự chủ cần dựa trên điều kiện thực tế và năng lực quản lý cụ thể của từng đơn vị, đồng thời phải nhấn mạnh trách nhiệm TCTC của bệnh viện. (3) Tăng cường QLNN và phân cấp: Nhóm giải pháp này có mục tiêu là nâng cao vai trò của công tác QLNN trong lĩnh vực TCYT. Điều này sẽ được thực hiện thông qua việc đẩy mạnh việc phân cấp quyền quản lý xuống các cấp phù hợp hơn. Cần có sự phân định một cách rõ ràng, rành mạch giữa chức năng QLNN về tài chính ở tầm vĩ mô và hoạt động quản trị tài chính diễn ra nội bộ tại các bệnh viện khi các đơn vị này được trao quyền tự chủ rộng hơn. (4) Hoàn thiện các chính sách hỗ trợ đồng bộ: Nhóm giải pháp này tập trung vào việc cải thiện và nâng cao hiệu quả của các chính sách hỗ trợ hiện đang có hiệu lực. Mục đích là nhằm tạo ra những điều kiện thuận lợi tối đa cho quá trình tự chủ của các bệnh viện. Các chính sách được đề cập trong nhóm này bao gồm việc điều chỉnh chính sách giá DVYT (tức là viện phí) để đảm bảo tính phù hợp, thực hiện cải cách chính sách về tiền lương và nâng cao hiệu quả hoạt động của chính sách BHYT. (5) Tổ chức thực thi và giám sát: Nhóm giải pháp này nhấn mạnh sự cần thiết phải đảm bảo việc tổ chức triển khai các chính sách mở rộng TCTC một cách hiệu quả trên thực tế. Mục tiêu là để các bệnh viện có thể từng bước đạt được khả năng tự cân đối bền vững giữa nguồn thu và chi. Đồng thời, cần xây dựng các quy chế chi tiêu nội bộ một cách chi tiết, rõ ràng và thực hiện công tác kiểm tra, giám sát tài chính nội bộ một cách nghiêm ngặt, công khai và minh bạch.

Trong một nghiên cứu khác được thực hiện vào năm 2015 với đề tài về khả năng chuyển đổi các cơ sở y tế công lập sang mô hình doanh nghiệp, Lê Mai Liên (2015) đã tiến hành nghiên cứu dưới sự chủ trì của Viện Chiến lược và Chính sách Tài chính (Bộ Tài chính). Mục tiêu trọng tâm của nghiên cứu này là tìm hiểu sâu về những kinh nghiệm quốc tế trong việc chuyển đổi BVC sang hoạt động theo mô hình doanh nghiệp, từ đó phân tích, đánh giá khả năng áp dụng thành công mô hình này tại bối cảnh Việt Nam. Tác giả đã tập trung vào việc đánh giá chi tiết thực trạng hoạt động và cơ chế tài chính đang áp dụng tại các BVC trong nước. Dựa trên những đánh giá này, Lê Mai Liên đã đưa ra những hàm ý chính sách quan trọng liên quan đến việc hình thành và triển khai mô hình doanh nghiệp đối với BVC tại Việt Nam. Theo phân tích của Lê Mai Liên, việc chuyển đổi BVC sang hoạt động theo mô hình doanh nghiệp được kỳ vọng sẽ mang lại nhiều lợi ích. Mục đích chính là nhằm thu hút thêm các nguồn lực đầu tư từ bên ngoài, nâng cao hiệu quả tổng thể trong việc sử dụng các nguồn lực tài nguyên hiện có, hiện đại hóa mô hình quản trị của bệnh viện theo hướng tiên tiến hơn và cuối cùng là tăng cường năng lực cạnh tranh trong việc cung cấp các DVYT chất lượng cao. Đề tài nghiên cứu này cũng đã tham khảo và phân tích kinh nghiệm từ các quốc gia đi trước trong lĩnh vực này như Singapore, Lebanon và New Zealand nhằm rút ra những bài học kinh nghiệm phù hợp, có thể áp dụng cho Việt Nam.

Ngoài ra, nghiên cứu còn đi sâu phân tích các cơ chế, chính sách hiện hành và tình hình hoạt động thực tế của các BVC trong nước. Đặc biệt, nghiên cứu chú trọng làm rõ những nội dung liên quan đến Nghị định 85/2012/NĐ-CP. Dựa trên cơ sở phân tích toàn diện này, tác giả đã đề xuất khả năng xem xét chuyển đổi các BVC sang hoạt động dưới mô hình doanh nghiệp. Tuy nhiên, một điểm cần lưu ý là nghiên cứu này chưa làm rõ và chi tiết hóa các điều kiện cụ thể nào là cần thiết để có thể triển khai thành công những đề xuất đã đưa ra trên thực tế. Dù còn hạn chế về việc phân tích tính khả thi, nghiên cứu đã đóng góp nhiều ý tưởng quan trọng, mở ra hướng đi mới và cung cấp cơ sở để tiếp tục tìm kiếm giải pháp phù hợp trong việc đổi mới mô hình quản lý BVC tại Việt Nam.

Theo Vo Thi Minh Hai và Karl Löfgren (2018), việc tự chủ hóa các BVC ở Việt Nam củng cố sự chuyển dịch ngày càng tăng chi phí chăm sóc sức khỏe từ nhà nước sang xã hội cùng với sự chuyển đổi từ dịch vụ chăm sóc sức khỏe phổ cập và miễn phí sang mô hình kết hợp giữa trợ cấp nhà nước và phí dịch vụ. Được sử dụng như một công cụ chiến lược, quyền tự chủ của bệnh viện được củng cố trong việc cung cấp dịch vụ, huy động vốn và phân bổ lợi nhuận ròng, đồng thời quyền tự chủ ở các khía cạnh khác tăng dần. Do đó, việc tự chủ hóa BVC ở Việt Nam đã dẫn đến nhiều hoạt động tối đa hóa

doanh thu, bao gồm việc cung cấp các dịch vụ theo yêu cầu của bệnh nhân, sử dụng quá mức thiết bị chẩn đoán công nghệ cao, kê đơn thuốc không phù hợp, tăng thời gian nằm viện của bệnh nhân và nhận các khoản thanh toán không chính thức.

1.1.2. Các nghiên cứu về nội dung quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

** Về huy động, phân bổ và sử dụng nguồn lực tài chính*

Theo nhiều cách, có thể lập luận rằng các BVC (ít nhất là trên lý thuyết) được nhà nước giao trách nhiệm tìm cách tối đa hóa hàm phúc lợi, tức là họ tìm cách làm cho những người nghèo nhất trong xã hội trở nên tốt hơn, ngay cả khi điều này làm giảm lợi ích của các nhóm dân cư khác ở mức độ nhất định. Tất nhiên, mục tiêu phúc lợi đặt ra đối với các BVC không biện minh cho việc họ không sử dụng các nguồn lực của mình một cách hiệu quả nhất có thể. Chi phí không hiệu quả làm ảnh hưởng trực tiếp đến nghĩa vụ của họ đối với người nghèo và người yếu thế. Nhưng đồng thời, các yêu cầu về hiệu quả tài chính không được phép thay thế nghĩa vụ chính của các BVC. Do đó, trong khi các BVC cam kết thực hiện các mục tiêu công bằng và dịch vụ công, thì thước đo được sử dụng để đánh giá hiệu quả hoạt động và đo lường thành công ở các BVC cần phải được thiết kế phù hợp bên cạnh mục tiêu điều hành hoạt động hiệu quả. Một điều thực sự chưa rõ ràng là các tiêu chuẩn hoạt động của bệnh viện được sử dụng hiện nay, hầu hết là các thước đo hiệu quả tài chính, tạo thành các thước đo phù hợp (hoặc, ít nhất, đầy đủ) (John Hills, 2001; R. Titmuss, 1974). Xét cho cùng đây là chính sách thực thi đầy đủ nhất chính sách của chính phủ hay là chính sách trao quyền cho người dùng và liên quan đến họ trong việc quản lý.

Mối quan tâm tương tự về huy động nguồn lực và hiệu quả đã thúc đẩy quyền tự chủ của bệnh viện ở Kenya. Trong một nghiên cứu về quyền tự chủ của bệnh viện ở Kenya, David Collins và cộng sự (2014) cho rằng các BVC ở Kenya tiêu thụ một phần lớn các nguồn lực khan hiếm của ngành y tế và không phải lúc nào cũng sử dụng nguồn lực này một cách hiệu quả. Hơn nữa, Bệnh viện Quốc gia Kenyatta đã gặp vấn đề trong một số năm với tình trạng quá tải, chất lượng chăm sóc và thiếu hụt trang thiết bị, vật tư và đội ngũ nhân viên không được đào tạo bài bản. Nguyên nhân chủ yếu là do: yếu kém về quản lý, cả về cơ cấu và biên chế; sự vắng mặt của các hệ thống và kiểm soát tốt; và thực tế là việc ra quyết định được tập trung vào Bộ Y tế. Đối mặt với những khó khăn trong việc tài trợ cho các DVYT, Chính phủ Kenya đã trao quyền tự chủ lớn hơn cho Bệnh viện Quốc gia Kenya vào năm 1987 để tạo điều kiện cải thiện quản lý.

Trong một nghiên cứu tập trung vào vấn đề công bằng trong việc phân bổ chi tiêu cho y tế công tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, Laura Anselmi và cộng sự (2014) đã chỉ ra rằng phương thức phân bổ nguồn lực đóng vai trò quan

trọng trong việc thúc đẩy sự công bằng giữa các khu vực địa lý khác nhau. Nghiên cứu cũng nhận thấy rằng nhóm người nghèo có xu hướng nhận được lợi ích lớn hơn từ việc chi tiêu cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu so với chi tiêu cho bệnh viện. Tuy nhiên, các tác giả cũng lưu ý rằng việc thiếu “thông tin về sự phân bổ” cụ thể về lợi ích mà người dân nhận được từ việc sử dụng dịch vụ trong các nghiên cứu hiện có đã gây ra những hạn chế đáng kể, cản trở việc phân tích chính sách sâu hơn.

Đối với các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, khả năng tiếp cận các DVYT và những rào cản về mặt tài chính vẫn là những thách thức lớn nhất trên con đường hướng tới mục tiêu BHYT toàn dân hay bao phủ y tế toàn dân. Chính phủ ở các nước này phải đối mặt với nhiệm vụ không hề dễ dàng là đảm bảo mọi công dân đều có thể tiếp cận được các DVYT cần thiết. Để đạt được mục tiêu đầy tham vọng này, sau khi đã huy động và tập hợp thành công nguồn lực tài chính từ nhiều kênh khác nhau, bao gồm cả nguồn trong nước và quốc tế, các nhà hoạch định chính sách cần đưa ra những quyết định mang tính chiến lược về cách thức sử dụng các nguồn lực này một cách hiệu quả và công bằng. Một trong những phương thức phổ biến là thông qua việc mua sắm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (WHO, 2002). Cách thức cụ thể để triển khai và hiện thực hóa mục tiêu này có thể khác nhau tùy thuộc vào điều kiện, hoàn cảnh và những ưu tiên riêng của từng quốc gia. Tuy nhiên, mục tiêu chung cốt lõi vẫn là làm sao để điều phối nguồn lực tài chính sẵn có một cách hợp lý nhất, phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe tương đối của mỗi cá nhân trong xã hội (Joseph Kutzin, 2013).

Phân bổ nguồn lực được coi là một phần của chức năng tập hợp (Joseph Kutzin, 2001; Richard D Smith và Kara Hanson, 2012), là một phần của chức năng mua sắm (Elias Mossialos và cộng sự, 2002) hoặc được định nghĩa là mua sắm ở cấp trung gian (Josep Figueras và cộng sự, 2005). Trong thực tế, phân bổ nguồn lực bao gồm chức năng huy động nguồn lực và chức năng mua sắm dịch vụ, vì chính phủ thường phải đưa ra các quyết định về nơi phân bổ nguồn lực tài chính của mình trước khi quyết định cách sử dụng chúng thông qua các cơ chế mua sắm khác nhau. Việc phân bổ nguồn lực giữa các đơn vị ở dưới cấp quốc gia là rất quan trọng để khắc phục sự bất bình đẳng về sức mua của các tổ chức chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ cho các nhóm dân cư khác nhau. Nói cách khác, chính phủ quyết định cách phân bổ nguồn lực giữa các địa phương khác nhau và giữa các cấp chăm sóc khác nhau (cấp sơ cấp, cấp trung cấp và cấp cao). Việc phân bổ giữa các khu vực địa lý và dịch vụ có thể diễn ra đồng thời hoặc tuần tự, tùy thuộc vào cơ cấu hành chính của chính phủ và mức độ phân quyền (Andrew Green, 2007; Elias Mossialos và cộng sự, 2002).

Công bằng trong phân bổ nguồn lực đòi hỏi rằng những cá nhân có nhu cầu như nhau phải được tiếp cận với cùng một nguồn lực (công bằng ngang) và những cá nhân có nhu cầu lớn hơn phải được tiếp cận với nhiều nguồn lực hơn (công bằng dọc). Công

bằng giữa các khu vực địa lý có thể được đánh giá bằng cách xem xét liệu sự khác biệt về nguồn lực dành cho các cơ quan y tế có phản ánh sự khác biệt về nhu cầu hoặc rủi ro của dân số hay không, như được mô tả bởi các chỉ số sức khỏe hoặc kinh tế - xã hội (Richard D Smith và Kara Hanson, 2012). Có thể kể đến một số nghiên cứu như nghiên cứu công bằng trong phân bổ nguồn lực địa lý ở một số quốc gia Đông và Nam Phi (Di McIntyre và cộng sự, 2007) và nghiên cứu so sánh về tỷ lệ chi tiêu cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe công cộng ở các nước châu Á (Owen O'Donnell và cộng sự, 2007).

Đã có nhiều nghiên cứu tìm thấy bằng chứng việc các BVC đang hoạt động kém hiệu quả, cả về hiệu quả phân bổ và hiệu quả kỹ thuật. Hiệu quả kỹ thuật đề cập đến tình trạng các bệnh viện tạo ra sản lượng tối đa có thể một cách bền vững về mặt công nghệ từ một tập hợp các yếu tố đầu vào nhất định. Mặt khác, hiệu quả phân bổ đề cập đến tình huống trong đó bệnh viện sử dụng các đầu vào sẵn có theo cách tốt nhất có thể để không có thêm đầu ra hoặc tăng phúc lợi. Người ta thường cho rằng sự tham gia của Chính phủ trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là yếu tố góp phần chính dẫn đến sự kém hiệu quả được quan sát thấy ở các BVC (World Bank, 2018).

W. Tang và cộng sự (2018) nhận thấy chi tiêu công cho thuốc men ở các BVC của Trung Quốc đã được kiểm soát chặt chẽ kể từ khi cải cách y tế quốc gia năm 2009. Tuy nhiên, tốc độ tăng trưởng chi tiêu dược phẩm tổng thể (TPE) và tổng chi tiêu y tế liên tục vượt xa tốc độ tăng trưởng sản phẩm quốc nội (GDP). Chiếm tỷ lệ 2,4% GDP, TPE hiện vượt quá hầu hết các nước thu nhập cao. Các động cơ nhằm trục lợi của người cung cấp và người tiêu dùng trong HTYT Trung Quốc vẫn chưa được thay đổi căn bản. Cơ chế định giá và thanh toán không thúc đẩy việc sử dụng thuốc hiệu quả về chi phí. Kiểm soát giá cả không phù hợp và các động cơ tài chính lệch lạc là những nguyên nhân gốc rễ chưa được giải quyết dẫn đến việc ưu tiên các nhãn hiệu thuốc gốc đối với một số bệnh lớn và thiếu hụt thuốc có chi phí và mức tiêu thụ thấp. Thêm vào đó, việc tiếp cận thuốc thiết yếu đắt tiền vẫn chưa được giải quyết một cách có hệ thống.

Có thể thấy, những vấn đề phức tạp và phụ thuộc lẫn nhau tương tác với nhau dẫn đến những vấn đề hệ thống đáng kể ở Trung Quốc, tạo ra những thách thức kép mà cả các nước đang phát triển và các nước phát triển đều đang phải đối mặt. (J. Sun và cộng sự, 2018).

Các cải cách cấu trúc trong quản trị bệnh viện và việc thực hiện tự chủ bệnh viện lần đầu tiên được đưa ra ở các nước phát triển như Pháp, Hà Lan, Ý, New Zealand, Anh và Hoa Kỳ và đã được bắt đầu ở các BVC của các nước đang phát triển như Ghana, Ấn Độ, Indonesia, Uganda, Zambia và Kenya kể từ năm 1980 (Shahbaz Ahmad và Aamir Saeed, 2013; H. Fu và cộng sự, 2017; Pauline Allen và cộng sự, 2014). Các cải cách hướng tới tự chủ bệnh viện đã được Ngân hàng Thế

giới khuyến khích áp dụng ở phần lớn các quốc gia đang phát triển. Mặc dù vậy, việc triển khai thành công những cải cách này ở các nước đã phát triển không bảo đảm rằng những cải cách đó sẽ đạt được sự thành công tương tự tại các quốc gia đang phát triển. Nguyên nhân của sự khác biệt này nằm ở sự khác biệt về điều kiện kinh tế và đặc thù của từng HTYT (A. Maharani và G. Tampubolon, 2017).

Các quốc gia đã sử dụng nhiều phương pháp khác nhau để thực hiện các cải cách tự chủ bệnh viện, mỗi phương pháp đều đạt được kết quả khác nhau (J.D. London, 2013). Mặc dù có rất nhiều bằng chứng liên quan đến các cải cách tự chủ bệnh viện, nhưng chỉ có một số ít nghiên cứu đã xem xét kết quả, thách thức và các khía cạnh khác của việc thực hiện cải cách tự chủ ở các nước đang phát triển.

Trong những năm gần đây, dựa trên mục tiêu phát triển bền vững, các nước đang phát triển đã đặc biệt chú trọng đến việc đạt được các mục tiêu BHYT Toàn dân (World Health Organization, 2015). Do đó, cần phải xem xét bất kỳ cải cách HTYT nào trong bối cảnh đạt được mục tiêu BHYT Toàn dân (A. M. Fox và M. R. Reich, 2015).

Kết quả từ các nghiên cứu chỉ ra rằng các quốc gia đang phát triển đã tiến hành những điều chỉnh quan trọng đối với HTYT của họ ở hai mảng chính trước khi bắt tay vào thực hiện các cải cách tự chủ bệnh viện. Lĩnh vực đầu tiên là việc đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân. Tại các nước như Colombia và Việt Nam, một loạt các biện pháp đã được áp dụng. Các biện pháp này bao gồm việc củng cố hệ thống BHYT quốc gia, xây dựng các gói BHYT cơ bản phù hợp, đẩy mạnh mục tiêu BHYT toàn dân và thiết lập các quỹ công nhằm hỗ trợ các nhóm dân cư nghèo và dễ bị tổn thương. Bên cạnh đó, các nước đang phát triển cũng đã triển khai các biện pháp cần thiết để đảm bảo quá trình thực hiện các cải cách tự chủ bệnh viện diễn ra thuận lợi. Các biện pháp này bao gồm việc ban hành các quy tắc và quy định mang tính pháp lý phù hợp, xây dựng các chính sách đi kèm, ví dụ như chính sách thu phí dịch vụ tại các bệnh viện (USAID, 2015; Adam Wagstaff và Sarah Bales, 2012). Đồng thời, các quốc gia này cũng chú trọng đến việc tách bạch rõ ràng quyền sở hữu của nhà nước đối với bệnh viện khỏi hoạt động sản xuất kinh doanh thực tế của đơn vị và phân tách rạch ròi giữa doanh thu có được từ việc bán thuốc với tổng doanh thu chung của bệnh viện. Thêm nữa, hầu hết các quốc gia đều đã tiến hành các nghiên cứu thí điểm trước khi thực hiện các cải cách tự chủ bệnh viện (Shahbaz Ahmad và Aamir Saeed, 2013; Florence Eid, 2001; W. Jack, 2003; A. Maharani và G. Tampubolon, 2017; Pauline Allen và cộng sự, 2014).

Các nghiên cứu đã đề cập đến sự hợp tác giữa các bên liên quan khác nhau, vai trò hướng dẫn của Ngân hàng Thế giới và việc ủy quyền thực hiện tự chủ bệnh viện cho một tổ chức cụ thể ở cấp Trung ương như những yếu tố thúc đẩy quá trình chuyển đổi sang mô hình bệnh viện tự chủ (K. Hanson và cộng sự, 2002; Hawkins L. và cộng sự, 2009; Ahmad S và Saeed A., 2013; Bossert T và cộng sự, 1997).

Một số quốc gia áp dụng phương pháp trợ cấp giá chéo từ các dịch vụ cao cấp và chi phí lớn bù đắp các dịch vụ cơ bản và từ các bệnh viện ở khu vực thu nhập cao hỗ trợ các bệnh viện ở khu vực thu nhập thấp (P. Allen và cộng sự, 2014; W. De Geyndt, 2017; W. Jack, 2003; M. Jafari và cộng sự, 2011; B. McPake và cộng sự, 2003; Bossert T và cộng sự, 1997). Ngoài ra, vì các cải cách tự chủ bệnh viện có thể dẫn đến đe dọa việc cung cấp DVYT cơ bản (Shahbaz Ahmad và Aamir Saeed, 2013; D. Collins và cộng sự, 1999), một số quốc gia đã buộc các bệnh viện của mình phải cung cấp các gói DVYT cơ bản, nhưng các gói này chưa được xây dựng một cách bài bản (K. Hanson và cộng sự, 2002; M. Jafari và cộng sự, 2011).

Các quốc gia đang phát triển phải đối mặt với nhiều thách thức trong quá trình triển khai các cải cách nhằm tăng cường tự chủ cho bệnh viện. Các thách thức này có thể được phân loại thành hai nhóm chính:

(1) *Năng lực còn hạn chế của đội ngũ quản lý và nhân viên tại các bệnh viện* trong việc thực hiện các thay đổi liên quan đến tự chủ (D. Collins và cộng sự, 1999; L. Doshmangir và cộng sự, 2016; J.D. London, 2013; A. Maharani và cộng sự, 2015; A. Maharani và G. Tampubolon, 2017; N. Markazi-Moghaddam và cộng sự, 2014; Z. McNatt và cộng sự, 2014; S. Sharma và D. R. Hotchkiss, 2001). Điều này được thể hiện qua việc các nhà quản lý và nhân viên bệnh viện còn thiếu khả năng điều chỉnh linh hoạt mức phí DVYT, năng lực yếu kém trong công tác quản lý nguồn lực con người và tài chính, cùng với tình trạng thiếu hụt các kỹ năng cần thiết ở đội ngũ nhân viên. Hơn thế nữa, một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra sự thiếu hụt đáng kể trong việc tham gia và phối hợp giữa các bên liên quan chủ chốt trong quá trình cải cách (L. Doshmangir và cộng sự, 2016).

(2) *Cơ chế chính sách liên quan đến TCTC tại các BVC vẫn chưa đạt được sự hoàn thiện cần thiết.* Nhiều công trình nghiên cứu đã chỉ ra rằng các quốc gia đang phát triển còn thiếu vắng các hướng dẫn chi tiết, quy tắc rõ ràng và quy định pháp lý cần thiết để làm nền tảng cho việc thực hiện các cải cách tự chủ bệnh viện (M. Abdullah và Jane Shaw, 2007; D. Collins và cộng sự, 1999; Nilgün Sarp và cộng sự, 2002; A. Sepehri, 2014). Thêm vào đó, sự thiếu vắng các quy định cụ thể về trách nhiệm giải trình có thể dẫn đến tình trạng thiếu tính cạnh tranh lành mạnh giữa các nhà cung cấp dịch vụ (L. Doshmangir và cộng sự, 2016; Luo Jiaxiang và cộng sự, 2024). Điều này tiềm ẩn nguy cơ dẫn đến tình trạng độc quyền trong cung cấp dịch vụ và tạo ra môi trường cạnh tranh thiếu công bằng.

Choon Loo (2018) nghiên cứu xác định vai trò quan trọng của các BVC tại Singapore. Khu vực công của Singapore có 8 bệnh viện và 8 trung tâm chuyên khoa với tổng số 10.400 giường bệnh, 3.300 bác sĩ chuyên khoa, 5.100 bác sĩ đa khoa và 3 trường Y khoa, ưu tiên của các BVC là cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho 5,5

triệu dân Singapore. Tuy nhiên, trong lĩnh vực phục vụ người bệnh nước ngoài tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc tại Singapore, cần sự hợp tác của các BVC với các tổ chức y tế khu vực tư nhân, do bệnh nhân nước ngoài thường cần mức độ đáp ứng cao hơn nhiều mà khu vực công có thể không thể đáp ứng.

Bùi Sỹ Lợi (2019), trong bài nghiên cứu “*Cơ chế TCTC tại các ĐVSN công lập ngành y tế thực trạng và hướng hoàn thiện*”, đã cho thấy hiệu quả sử dụng nguồn nhân lực, phát huy được tính chủ động trong việc huy động vốn từ các nguồn ngoài ngân sách ở các BVC thông qua việc đổi mới tổ chức, sắp xếp lại bộ máy và tinh giảm biên chế. Bệnh viện tự xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ, sử dụng có hiệu quả, tiết kiệm các nguồn kinh phí để có chênh lệch thu chi, tăng thu nhập cho đội ngũ nhân viên, mua sắm trang thiết bị, nâng cấp cơ sở. Việc điều chỉnh giá dịch vụ khám, chữa bệnh, đặc biệt là tính lương vào giá cũng góp phần tăng số đơn vị tự bảo đảm chi thường xuyên, giảm số lượng người làm việc tại các bệnh viện hưởng lương từ ngân sách. Tác giả cũng đã chỉ ra các vấn đề tiêu cực phát sinh do áp lực của việc TCTC ở các BVC, đó là việc các bệnh viện tìm cách trục lợi quỹ BHYT, kéo dài thời gian điều trị nội trú nhiều hơn mức cần thiết và các tiêu cực khác như chỉ định xét nghiệm hoặc dùng thuốc quá mức nhằm tăng thu cho bệnh viện. Dựa trên các kết quả thu được từ nghiên cứu, tác giả đã đưa ra đề xuất về sự cần thiết phải tiếp tục cải thiện các cơ chế và chính sách liên quan đến TCYT. Việc cải thiện này đặc biệt chú trọng vào lĩnh vực tự chủ tại các BVC. Mục đích là nhằm hạn chế những ảnh hưởng không mong muốn phát sinh từ nền kinh tế thị trường trong quá trình triển khai cơ chế TCTC trong lĩnh vực dịch vụ công mang tính đặc thù này.

** Về phân phối kết quả tài chính*

Tô Hải Hà (2014), trong Luận văn thạc sĩ của mình về “QLNN đối với HTYT cơ sở ở Việt Nam giai đoạn hiện nay” đã trình bày rõ ràng thực trạng công tác QLNN tại tuyến y tế cơ sở trên nhiều phương diện. Các khía cạnh được đề cập bao gồm: quy hoạch phát triển, chính sách QLNN, cơ cấu tổ chức bộ máy, quá trình phát triển nguồn nhân lực, tình hình cơ sở vật chất và hoạt động kiểm tra. Qua quá trình phân tích chuyên sâu, tác giả đã chỉ ra bốn yếu tố cốt lõi đang tạo ra những thách thức đáng kể cho công tác QLNN trong lĩnh vực TCYT. Các yếu tố này bao gồm: (i) Sự thiếu tính bền vững trong các mô hình tổ chức và cơ chế vận hành quản lý hiện hành; (ii) Cơ cấu nhân lực còn nhiều bất cập và tình trạng thiếu hụt nghiêm trọng nguồn nhân lực có trình độ chuyên môn và kỹ năng cao: Tình trạng cơ cấu nhân lực hiện tại vẫn còn nhiều điểm chưa phù hợp. Song song với đó là sự thiếu hụt ở mức độ nghiêm trọng đối với nguồn nhân lực sở hữu trình độ chuyên môn và kỹ năng ở mức cao. (iii) Hoạt động đầu tư hiện tại vẫn đang đối mặt với nhiều khó khăn còn tồn đọng. Nguyên nhân chính của những khó khăn này là do nguồn vốn được cấp chưa đáp ứng đủ nhu cầu thực tế. Bên cạnh đó, các thủ tục liên quan đến

đầu tư vẫn còn phức tạp, rườm rà và chậm được đổi mới so với yêu cầu của thực tiễn; và (iv) Hệ thống công tác thanh tra, kiểm tra còn thiếu sự đồng bộ và nhất quán trên phạm vi toàn quốc. Để góp phần củng cố và nâng cao hiệu quả hoạt động của mạng lưới y tế tại cấp cơ sở, tác giả đã đưa ra một loạt các giải pháp mang tính xây dựng, trong đó đặc biệt nhấn mạnh sự cần thiết của việc đổi mới trong lĩnh vực TCYT. Các biện pháp cụ thể được đề xuất bao gồm: tăng cường mức đầu tư công từ NSNN cho ngành y tế; thực hiện một cách hiệu quả lộ trình đã đề ra để tiến tới mục tiêu bao phủ BHYT toàn dân; xây dựng và áp dụng một chính sách giá DVYT dựa trên nguyên tắc tính đúng, tính đủ tất cả các chi phí trực tiếp phát sinh liên quan đến quá trình chăm sóc và điều trị người bệnh; tăng cường tỷ lệ chi thường xuyên hàng năm từ NSNN dành cho lĩnh vực y tế; điều chỉnh các chính sách liên quan nhằm hạn chế tối đa những tác động tiêu cực tiềm ẩn có thể nảy sinh từ chủ trương xã hội hóa; và tiến hành đổi mới cơ chế quản lý tài chính đang áp dụng tại các ĐVSN y tế công lập.

Phạm Thị Thanh Hương (2017), trong Luận án tiến sĩ tại Học viện Tài chính về đổi mới cơ chế quản lý tài chính các BVC ở Việt Nam, đã tiến hành nghiên cứu sâu sắc các vấn đề thuộc cơ sở lý luận liên quan đến việc đổi mới cơ chế quản lý tài chính đối với các BVC. Nghiên cứu đã tập trung phân tích chi tiết thực trạng của cơ chế quản lý tài chính hiện hành đang được áp dụng cho các BVC. Mục tiêu của việc phân tích này là nhằm xác định rõ ràng những kết quả tích cực đã đạt được, đồng thời làm sáng tỏ những bất cập, hạn chế còn tồn tại và những vướng mắc đang gặp phải trong cơ chế. Thông tin phục vụ cho quá trình phân tích được thu thập thông qua việc tổng hợp các tài liệu thứ cấp sẵn có và tiến hành khảo sát thực tế tại các BVC trực thuộc sự quản lý của Bộ Y tế. Dựa trên nền tảng vững chắc từ việc kết hợp cơ sở lý luận, đánh giá chi tiết thực trạng hiện tại, cùng với việc xác định rõ các mục tiêu và quan điểm đổi mới, Luận án đã đề xuất một hệ thống bao gồm sáu (06) nhóm giải pháp được xây dựng một cách đồng bộ và có tính liên kết cao. Các giải pháp này được định hướng nhằm mục tiêu cải cách và hoàn thiện toàn diện cơ chế quản lý tài chính tại các BVC của Việt Nam trong giai đoạn kéo dài từ năm 2016 đến năm 2020. Các nhóm giải pháp tiêu biểu được đề xuất bao gồm: đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho lĩnh vực y tế theo hướng hỗ trợ trực tiếp cho đối tượng thụ hưởng dịch vụ hoặc thông qua hình thức đặt hàng dịch vụ của Nhà nước; hoàn thiện các quy trình thanh toán BHYT hiện hành; xây dựng một khung giá DVYT đảm bảo tính minh bạch và thiết lập cơ chế thanh toán trực tiếp thuận lợi từ người bệnh; đẩy mạnh và tăng tốc việc triển khai cơ chế TCTC; thiết lập một cơ chế kiểm tra, giám sát hoạt động tài chính một cách hiệu quả; cùng với việc đề xuất các giải pháp bổ trợ khác nhằm hỗ trợ quá trình này. Đây được xem là những điểm mới và đóng góp riêng biệt của Luận án này. Tính khả thi trong ứng dụng thực tiễn của các giải pháp do Phạm

Thị Thanh Hương đề xuất được đánh giá rất cao. Lý do là bởi các giải pháp này cho thấy sự phù hợp với bối cảnh hiện tại và thực trạng hoạt động của hệ thống các BVC đang diễn ra tại Việt Nam.

Lê Thị Ngọc (2018), trong khuôn khổ Luận án tiến sĩ của mình, đã tập trung vào việc hoàn thiện công tác quản lý tài chính tại các ĐVSN y tế công lập trên địa bàn huyện Yên Châu, tỉnh Sơn La. Nghiên cứu của bà làm nổi bật những thành tựu đã đạt được trong công tác quản lý tài chính tại các đơn vị này. Đồng thời, tác giả cũng chỉ ra một cách rõ ràng những hạn chế và tồn tại vẫn còn vướng mắc, cùng với việc phân tích các nguyên nhân căn bản dẫn đến những vấn đề đó.

Đáng chú ý, các tồn tại được chỉ ra bao gồm: Hoạt động lập kế hoạch tài chính của các đơn vị vẫn chưa phản ánh sát thực tế diễn ra trong quá trình hoạt động của họ; Công tác quản lý nguồn thu vẫn còn biểu hiện sự phụ thuộc đáng kể vào nguồn NSNN; Các khoản chi tiêu tại đơn vị chưa được thực hiện một cách đầy đủ và nghiêm túc theo đúng các quy định và chế độ hiện hành; Hoạt động kiểm tra và giám sát tài chính diễn ra nội bộ còn mang tính hình thức, chưa đảm bảo được sự kiểm soát chặt chẽ và sâu sát cần thiết theo yêu cầu.

Nhằm đưa ra các giải pháp có hiệu quả để khắc phục những hạn chế đã được chỉ ra, tác giả Lê Thị Ngọc đã đề xuất một số kiến nghị mang tính xây dựng và có tính khả thi cao. Các đề xuất cụ thể bao gồm: Xây dựng một khung định mức chuẩn rõ ràng. Khung này sẽ làm cơ sở để các ĐVSN y tế công lập xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ phù hợp với điều kiện và đặc thù riêng của từng đơn vị; Đảm bảo cung cấp một nguồn vốn đầu tư thích đáng từ NSNN cho các ĐVSN. Việc này cần được thực hiện ngay cả trong bối cảnh Nhà nước đang đẩy mạnh việc giao quyền tự chủ cho các đơn vị; Ban hành các chế độ chính sách và các văn bản hướng dẫn chi tiết liên quan đến việc giao quyền tự chủ. Điều này nhằm tạo điều kiện thuận lợi để các đơn vị sự nghiệp y tế có thể thực hiện một cách đồng bộ, thống nhất và đạt hiệu quả cao trên thực tế.

** Về giám sát kết quả tài chính*

Theo phân tích được trình bày bởi Nguyễn Thị Phương Hoa và Nguyễn Thị Lệ Huyền (2019) tại Hội thảo “Cơ chế tự chủ tại các BVC và các vấn đề đặt ra cho công tác kiểm toán”, việc triển khai cơ chế TCTC trong các đơn vị y tế công lập không chỉ mang lại những lợi ích tích cực. Hơn thế nữa, cơ chế này còn tiềm ẩn nhiều rủi ro khác nhau cần được chú trọng và quan tâm đúng mức. Những nguy cơ tiềm ẩn đi kèm với quá trình tự chủ bao gồm: tình trạng lạm dụng các DVYT nhằm mục đích tối đa hóa doanh thu cho đơn vị; khả năng chất lượng dịch vụ khám và điều trị bệnh không đạt được mức độ như mong đợi; nguy cơ xảy ra thất thoát, lãng phí nguồn NSNN và việc sử dụng các nguồn vốn vay thiếu hiệu quả; việc áp dụng

mức phí dịch vụ cao đối với các dịch vụ không thuộc danh mục KCB cốt lõi; xu hướng các BVC vận hành theo những cơ chế tài chính gắn gũi với mô hình doanh nghiệp; cơ chế chi tiêu nội bộ của đơn vị có thể thiếu tính hợp lý, không đảm bảo nguyên tắc phát triển bền vững; cùng với những rủi ro liên quan đến việc xây dựng và duy trì một cơ cấu tổ chức, bộ máy nhân sự hợp lý, tinh gọn và đáp ứng hiệu quả các yêu cầu chuyên môn đặt ra.

Để kiểm soát và giảm thiểu các rủi ro tiềm tàng này, các tác giả khuyến nghị rằng Nhà nước cần không ngừng hoàn thiện hệ thống các cơ chế, chính sách quản lý hiện hành. Cụ thể hơn, điều này đòi hỏi việc xây dựng và ban hành các quy định rõ ràng về tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ, các quy trình chuyên môn trong điều trị, các hướng dẫn cụ thể về việc huy động vốn và định hướng về ứng dụng công nghệ y tế... Song song với đó, cần tăng cường mạnh mẽ và thực hiện chặt chẽ hơn công tác thanh tra, kiểm toán đối với toàn bộ hoạt động tài chính diễn ra tại các đơn vị công lập.

1.1.3. Các nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

**** Các yếu tố từ môi trường vĩ mô***

Trong bối cảnh hoạt động của các BVC, các chính sách ở cấp độ vĩ mô có sự tác động trực tiếp và ảnh hưởng đáng kể đến công tác quản lý TCYT của các đơn vị này. Những chính sách mang tầm vĩ mô này đóng vai trò như những công cụ kiểm soát và điều phối của bộ máy nhà nước, được sử dụng để điều hành và đảm bảo hiệu quả vận hành chung của toàn bộ hệ thống BVC.

Các yếu tố vĩ mô chính được xác định là có sức chi phối mạnh mẽ đến công tác QLNN về TCYT tại các BVC được chia thành hai khía cạnh chính. Khía cạnh đầu tiên là (1) Nhóm các cơ chế và chính sách được Nhà nước ban hành, có liên quan trực tiếp đến việc nới lỏng và mở rộng quyền TCTC cho các BVC. Điển hình trong nhóm này là các chính sách về tài chính công áp dụng cho lĩnh vực y tế, các quy định về lương bổng và thu nhập cho người lao động trong ngành, chính sách quản lý giá đối với các DVYT và chính sách BHYT. Các chính sách này có vai trò định hình một cách mạnh mẽ cả hoạt động tài chính lẫn kết quả vận hành tổng thể của các BVC, đặc biệt là đối với các bệnh viện tuyến Trung ương (Douglas A. Singh Leiyu Shi, 2013). (2) Hệ thống các quy định pháp luật liên quan đến hoạt động quản trị tài chính tại các BVC. Hệ thống này đóng vai trò là nền tảng pháp lý để mở rộng phạm vi quản trị tài chính cho các BVC. Theo đó, mức độ hoàn chỉnh và tính khả thi của hệ thống pháp luật càng cao thì hiệu quả thực thi quyền quản trị tài chính được trao cho BVC càng được nâng cao (Phạm Thị Thanh Hương, 2017).

Chính sách tự chủ bệnh viện được ban hành, điều chỉnh theo sự phát triển của thời đại, theo xu hướng hội nhập cũng ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động

quản lý tài chính của bệnh viện. Theo đó, các bệnh viện sẽ chủ động tìm thêm nguồn thu để đảm bảo các hoạt động chi thường xuyên; các bệnh viện cũng sẽ chủ động trong các hạng mục chi, đầu tư. Nhà nước thay vì trực tiếp tính toán hạng mục thu chi của từng bệnh viện, sẽ chỉ tiến hành đầu tư tài chính khi cần thiết, còn lại sẽ sử dụng các công cụ chính sách vĩ mô để kiểm soát, điều tiết hoạt động tài chính của bệnh viện mà vẫn đảm bảo mục tiêu phi lợi nhuận trong hoạt động của các BVC (Đỗ Mai Hoa và cộng sự, 2012).

Yếu tố con người cũng đóng vai trò quan trọng trong quản lý tài chính y tế. Cụ thể, đội ngũ nhân lực tham gia vào quá trình hoạch định chính sách hoặc phân bổ kế hoạch ngân sách trong ngành y tế có tác động đáng kể đến cách thức Bộ Y tế quản lý tài chính đối với các bệnh viện tuyến Trung ương trực thuộc. Bên cạnh đó, các công chức làm việc tại các cơ quan Kiểm toán nhà nước, Thanh tra Chính phủ hay bộ phận Thanh tra chuyên ngành của Bộ Y tế cũng là những cá nhân có ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả hoạt động quản lý tài chính tại các BVC (Sai Ma và Neeraj Sood, 2008).

Ngoài các yếu tố thuộc về chính sách từ phía nhà nước, các khía cạnh khác của môi trường vĩ mô cũng tạo ra những tác động nhất định đến hoạt động QLNN về TCYT đối với các BVC. Những yếu tố này bao gồm: quy mô dân số tại địa phương, trình độ phát triển kinh tế vùng, đặc điểm văn hóa - xã hội đặc thù và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng dân cư trong khu vực.

Các yếu tố vĩ mô chủ chốt được xem là những biến số nằm ngoài tầm kiểm soát mà các bệnh viện buộc phải theo dõi chặt chẽ và có phương án ứng phó phù hợp. Chẳng hạn, các DVYT với chi phí phải chăng (liên quan đến yếu tố kinh tế) thực tế có khả năng tác động và làm thay đổi thái độ cũng như hành vi của người dân (liên quan đến khía cạnh văn hóa xã hội) (Ramesh Govindaraj và Mukesh Chawla, 1996).

Thị trường DVYT được nhìn nhận là một phân khúc thị trường mang tính đặc thù. Cấu trúc của thị trường này bao gồm các thành phần cốt lõi: bên mua (là những người sử dụng/tiếp cận DVYT) và bên bán (bao gồm các nhà cung cấp DVYT). Các yếu tố chi phối khác trong thị trường này là quan hệ cung - cầu, mức độ cạnh tranh giữa các đơn vị cung cấp và giá cả của DVYT. Giá DVYT trên thị trường này được xác định một phần bởi tương quan giữa cung và cầu. Tuy nhiên, mức giá này đồng thời phải đảm bảo đủ để trang trải các chi phí vận hành và duy trì hoạt động liên tục của các cơ sở y tế. Với sự phát triển không ngừng của thị trường DVYT, khu vực y tế tư nhân đang ngày càng được khuyến khích tham gia và phát triển song hành cùng khu vực công trong việc cung ứng dịch vụ. Mặc dù hỗ trợ khu vực công trong công tác điều trị và chăm sóc người bệnh, khu vực y tế tư nhân có khả năng thu hút lượng lớn bệnh nhân hơn, đặc biệt là nhóm khách hàng có khả năng chi trả cao, nếu các BVC tuyến

Trung ương không chủ động cải thiện chất lượng chuyên môn cũng như nâng cao trải nghiệm dịch vụ cho người bệnh (Lihong Du, 2020).

Theo L. L. Zhou và cộng sự (2020), tốc độ tăng nhanh của giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện đang là một thách thức đáng kể mà các quốc gia đang phát triển phải đối mặt. Nếu không thể kiểm soát được đà tăng trưởng của chi phí dành cho y tế, các quốc gia này có nguy cơ đối diện với tình trạng nghèo đói cùng cực. Trước bối cảnh này, các tác giả đã tiến hành xem xét mối quan hệ giữa chi phí y tế phát sinh tại các BVC và các chỉ số kinh tế vĩ mô của một số nền kinh tế mới nổi. Sử dụng bộ dữ liệu từ Chỉ số phát triển thế giới do Ngân hàng Thế giới cung cấp, bao gồm thông tin từ 21 quốc gia mới nổi trong giai đoạn từ năm 2000 đến nay, các tác giả đã áp dụng phương pháp ước lượng Moment tổng quát (GMM) và tiến hành thử nghiệm quan hệ nhân quả bằng theo phương pháp Dumitrescu-Hurlin cho phân tích của mình. Những phát hiện chính từ nghiên cứu này đã làm rõ rằng thuế và tỷ lệ tham gia của lực lượng lao động có xu hướng làm tăng chi phí y tế công cộng. Ngược lại, lạm phát lại cho thấy một mối quan hệ tỷ lệ nghịch, làm giảm chi phí này. Nghiên cứu cũng chỉ ra một mối liên hệ có hình dạng chữ U giữa mức chi tiêu dành cho y tế công cộng và tốc độ tăng trưởng kinh tế. Đáng chú ý, thuật ngữ tương tác được đưa vào phân tích, kết hợp giữa yếu tố nghiên cứu, phát triển và tỷ lệ tử vong do các bệnh không lây nhiễm, đã cho thấy một mối quan hệ ngày càng gia tăng. Nghiên cứu chứng minh rằng, trong số cả ba mô hình ước tính, doanh thu từ thuế, sự tham gia của lực lượng lao động và GDP bình quân đầu người có tác động tích cực đến chi phí y tế công cộng. Dựa trên những phát hiện này, nghiên cứu khuyến nghị các chính phủ nên bắt tay vào các chính sách cải thiện tăng trưởng kinh tế và doanh thu thuế cũng như ổn định lạm phát. Những chính sách chiến lược này có thể thúc đẩy chi tiêu y tế công vì có mối liên hệ chặt chẽ với các chỉ số kinh tế vĩ mô.

** Các yếu tố từ đặc điểm của các bệnh viện công*

Yếu tố chiến lược phát triển: chiến lược phát triển đóng vai trò then chốt đối với các BVC. Một chiến lược phù hợp được xem như "kim chỉ nam", dẫn dắt bệnh viện phát triển theo đúng quỹ đạo mong muốn. Tuy nhiên, chiến lược phát triển có sự biến đổi tùy thuộc vào từng bệnh viện và từng giai đoạn, điều này tác động trực tiếp đến phương thức huy động, quản lý và sử dụng các nguồn lực tài chính. Do đó, các BVC cần áp dụng các phương thức quản lý tài chính linh hoạt để tương thích với từng giai đoạn cụ thể. Để đảm bảo công tác quản trị tài chính đáp ứng tốt yêu cầu, việc xây dựng chiến lược, kế hoạch và mục tiêu phát triển cho BVC cần phải bám sát thực tiễn (Mark McCarthy, 2010).

Yếu tố khả năng quản trị: Một yếu tố nội tại quan trọng khác là khả năng và trình độ quản trị của chính BVC. Các bệnh viện này thuộc sở hữu nhà nước, với hệ

thống quản lý chuyên môn được tổ chức thống nhất từ cấp Trung ương đến địa phương theo từng tuyến. Mục đích của việc mở rộng quản lý tài chính là hỗ trợ các BVC thích ứng với cơ chế thị trường, tiến tới áp dụng mô hình quản trị tương tự các doanh nghiệp. Mặc dù không vì mục tiêu lợi nhuận, nhưng với vai trò là các ĐVSN có quyền tự chủ, họ cần chủ động nắm bắt nhu cầu KCB nhằm gia tăng quy mô và nâng cao chất lượng DVYT, đồng thời tích cực khai thác các nguồn thu từ hoạt động chuyên môn. Như vậy, năng lực và trình độ quản trị của bệnh viện rõ ràng là một nhân tố bên trong có ảnh hưởng trực tiếp đến mức độ và hiệu quả của việc mở rộng hoạt động tài chính đối với đơn vị công lập (Teramoto Minoru và cộng sự, 2019).

Nghiên cứu của Cuong Pham và Sen Vu công bố năm 2019 đã đi sâu tìm hiểu các nhân tố chi phối hiệu quả của mạng lưới BVC ở khu vực Tây Bắc Việt Nam. Dữ liệu cho công trình này được thu thập thông qua việc gửi các bảng câu hỏi khảo sát tới 426 cá nhân đang công tác tại 42 BVC nằm trong phạm vi khảo sát. Để định lượng mức độ tác động của các yếu tố ở cả cấp độ vi mô và vĩ mô lên hiệu quả hoạt động của các đơn vị y tế công lập, nhóm tác giả đã áp dụng kỹ thuật hồi quy tương quan. Đối với việc chỉ xem xét ảnh hưởng của các khía cạnh tài chính và phi tài chính, phương pháp Balanced Scorecard (phương pháp quản trị theo thẻ điểm cân bằng) đã được sử dụng để phân tích. Phân tích dữ liệu thực tế cho thấy rằng các chỉ số tài chính là thành phần có sức ảnh hưởng lớn nhất đến hiệu quả hoạt động chung của bệnh viện. Mức độ tác động sau đó giảm dần lần lượt theo các khía cạnh sau: người bệnh/khách hàng, mục tiêu/sứ mệnh của đơn vị, các quy trình vận hành nội bộ và cuối cùng là công tác bồi dưỡng, nâng cao năng lực cho đội ngũ nhân sự chuyên môn kỹ thuật. Dựa trên những kết quả nổi bật này, Cuong Pham và Sen Vu đã đưa ra một số đề xuất mang tính chủ chốt. Các đề xuất này nhằm mục đích góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động cho các BVC trên phạm vi toàn quốc tại Việt Nam.

1.2. Khoảng trống nghiên cứu và hướng nghiên cứu của Luận án

1.2.1. Khoảng trống nghiên cứu

Thông qua quá trình nghiên cứu và tổng hợp một cách có hệ thống các tài liệu khoa học đã được công bố cả trong nước và quốc tế, NCS đã tiếp thu và kế thừa một số luận điểm quan trọng sau:

Thứ nhất, việc triển khai TCTC tại các BVC có thể nâng cao hiệu quả hoạt động chung và cải thiện chất lượng DVYT được cung cấp. Tuy nhiên, để thực sự đạt được những mục tiêu này, cần thiết phải xây dựng và vận hành một cơ chế giám sát tài chính chặt chẽ, minh bạch và hiệu quả. Nếu thiếu đi sự kiểm soát hợp lý, tình trạng lạm dụng các DVYT có thể xảy ra, dẫn đến việc gia tăng các chi phí không cần thiết và gây ra những tác động tiêu cực đến khả năng tiếp cận DVYT của người dân.

Thứ hai, nguyên tắc công bằng trong việc phân bổ cũng như sử dụng các nguồn lực tài chính là một yếu tố mang tính quyết định trong công tác QLNN về TCYT. Các chính sách tài chính, hệ thống BHYT và các cơ chế thanh toán cho DVYT cần phải được thiết kế theo hướng đảm bảo rằng mọi người dân, đặc biệt là các nhóm đối tượng yếu thế trong xã hội, đều có thể tiếp cận được các DVYT có chất lượng mà không phải đối mặt với những rào cản quá lớn về mặt chi phí. Việc kiên trì duy trì và thực hiện nguyên tắc công bằng này sẽ đóng góp quan trọng vào việc duy trì sự hoạt động bền vững của HTYT công lập và khả năng đáp ứng toàn diện nhu cầu chăm sóc sức khỏe của toàn dân.

Thứ ba, các yếu tố có tác động đến công tác quản lý TCYT rất đa dạng, bao gồm cả các yếu tố thuộc cấp độ vĩ mô như các chính sách về tài chính công, mức độ phát triển kinh tế - xã hội chung của quốc gia, cũng như cơ cấu và hiệu quả hoạt động của hệ thống BHYT. Bên cạnh những yếu tố vĩ mô này, còn có các yếu tố mang tính nội tại của chính đơn vị y tế. Đó là năng lực quản trị của bệnh viện và mô hình tổ chức tài chính đang được áp dụng tại các BVC. Do đó, để tăng cường hiệu quả QLNN về TCYT, cần tập trung vào việc điều chỉnh và tác động lên các yếu tố này một cách phù hợp. Mục tiêu là đảm bảo sự hài hòa, cân bằng giữa tính tự chủ được trao cho các bệnh viện với vai trò điều tiết, định hướng của bộ máy nhà nước. Điều này nhằm mục đích cuối cùng là tối ưu hóa việc sử dụng các nguồn lực sẵn có và nâng cao hiệu quả tổng thể của toàn HTYT.

Mặc dù đã có nhiều công trình nghiên cứu được thực hiện cả trong nước và trên phạm vi quốc tế, đề cập đến nhiều khía cạnh khác nhau của công tác quản lý TCYT, nhưng vẫn còn tồn tại một số lĩnh vực kiến thức khoa học chưa được nghiên cứu và khai thác một cách sâu sắc. Đáng chú ý trong số những lĩnh vực chưa được nghiên cứu kỹ lưỡng này, vấn đề làm rõ những yếu tố nào đang thực sự gây ảnh hưởng đến công tác QLNN về TCYT đối với các BVC vẫn được xem là một lĩnh vực tương đối mới mẻ. Cho đến nay, vấn đề này vẫn chưa được phân tích một cách đầy đủ và chi tiết, các nghiên cứu trong nước mà NCS tham khảo có xu hướng tập trung phân tích một số khía cạnh riêng lẻ của quản lý TCYT. Điển hình như các nghiên cứu tập trung vào cơ chế quản lý tài chính cụ thể, phân tích một chính sách riêng biệt nào đó, hoặc khảo sát thực trạng hoạt động tài chính tại một số cơ sở y tế nhất định. Trong khi đó, các công trình nghiên cứu được thực hiện trên phạm vi quốc tế chủ yếu định hướng rộng hơn, thường hướng tới việc phân tích cấu trúc tổng thể của HTYT, chia sẻ kinh nghiệm cải cách từ các quốc gia khác nhau và đưa ra những định hướng phát triển mang tính vĩ mô cho ngành y tế ở nhiều nước. Đối với riêng các BVC, các nghiên cứu quốc tế thường nhấn mạnh tầm quan trọng của những cải cách trong hoạt động quản lý nội bộ, đề cao việc áp dụng các nguyên tắc quản trị công hiệu năng, đòi hỏi sự minh bạch và tính chuyên nghiệp cao hơn trong cả quản lý tài chính và chuyên

môn. Các BVC được định hướng để hoạt động gần với mô hình cung cấp dịch vụ trên cơ sở thị trường, nhưng vẫn phải đảm bảo tuân thủ các tiêu chí về công khai thông tin và trách nhiệm giải trình trước công chúng. Một số nghiên cứu cũng đã đề cập đến các yếu tố có ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với BVC, nhưng phần lớn vẫn tập trung vào các khía cạnh cải cách tài chính hoặc quản lý chung.

Thêm vào đó, tính đến thời điểm hiện tại, vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào được thực hiện tại Việt Nam đánh giá chuyên sâu tác động của các yếu tố thuộc về thể chế (các yếu tố vĩ mô, khung khổ pháp lý, quy định) tới hoạt động QLNN về TCYT ở các BVC. Các nghiên cứu trước đây về quản lý TCYT thường chỉ dừng lại ở mức độ báo cáo, chủ yếu sử dụng các số liệu thống kê mô tả đơn thuần mà chưa sử dụng các phương pháp nghiên cứu sâu hơn để phân tích. Cùng với việc sử dụng phương pháp phân tích định lượng, NCS đã kết hợp thực hiện phỏng vấn sâu với các nhà quản lý đang trực tiếp làm công tác quản lý TCYT ở cả cấp Trung ương (Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Kiểm toán nhà nước) và các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc. Các kết quả thu thập được từ phương pháp phỏng vấn sâu này được kỳ vọng sẽ mang đến những góc nhìn đa chiều và phong phú hơn. Những góc nhìn này sẽ tập trung vào việc đánh giá hiệu quả hoạt động, cũng như làm rõ những khó khăn và vướng mắc vẫn còn tồn tại trong công tác QLNN về TCYT đang diễn ra tại các BVC tuyến Trung ương thuộc khu vực phía Bắc. Đặc biệt, cũng chưa có công trình nghiên cứu nào phân tích một cách toàn diện cả ba yếu tố cấu thành của QLNN về tài chính công áp dụng cho BV, bao gồm: quá trình ban hành chính sách; hoạt động huy động và phân bổ nguồn vốn; và cuối cùng là công tác giám sát, đánh giá hiệu quả sử dụng nguồn vốn. Luận án đặt mục tiêu sẽ phân tích cả ba yếu tố trên.

1.2.2. Hướng nghiên cứu của Luận án

Từ khoảng trống nghiên cứu, Luận án lựa chọn vấn đề nghiên cứu là thực trạng QLNN về TCYT đối với các BVC khu vực phía Bắc ở cả 3 nội dung: chính sách TCYT; phân bổ ngân sách cho các BVC; kiểm tra giám sát TCYT. Đồng thời, Luận án sẽ phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới QLNN về TCYT đối với các BVC trong bối cảnh của Việt Nam. Luận án tập trung trả lời các câu hỏi nghiên cứu sau:

1. Quản lý nhà nước về tài chính y tế là gì? Hoạt động quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công gồm những nội dung gì?
2. Các yếu tố cơ bản nào ảnh hưởng đến hiệu quả quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công?
3. Thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công ở Việt Nam hiện nay như thế nào?
4. Giải pháp nào để hoàn thiện và tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công ở Việt Nam?

CHƯƠNG 2

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Luận án sử dụng cách tiếp cận kết hợp nhiều PPNC khác nhau nhằm thực hiện đề tài nghiên cứu. Cách tiếp cận này bao gồm cả PPNC định tính và PPNC định lượng. Cụ thể, PPNC định tính được sử dụng với mục đích xây dựng và làm rõ các khái niệm cơ bản, cũng như các vấn đề mang tính lý thuyết có liên quan đến TCYT và công tác QLNN về TCYT khi áp dụng cho các BVC. Quá trình thực hiện PPNC định tính chủ yếu dựa trên việc sử dụng các kỹ thuật như tổng quan tài liệu và thống kê mô tả. Trong khi đó, PPNC định lượng được triển khai với vai trò phân tích mức độ ảnh hưởng của các yếu tố khác nhau gây tác động đến công tác QLNN về TCYT đối với các BVC. Chi tiết cụ thể về cách thức áp dụng PPNC định lượng sẽ được trình bày một cách đầy đủ ở phần tiếp theo của Luận án.

2.1. Phương pháp tổng quan tài liệu

Một kỹ thuật nghiên cứu quan trọng là PPNC tổng quan tài liệu. Kỹ thuật này hỗ trợ việc tổng hợp và phân tích các nghiên cứu đã được thực hiện trước đó có liên quan tới một chủ đề nhất định. Đối với nghiên cứu về QLNN đối với TCYT tại các BVC, phương pháp tổng quan tài liệu sẽ đóng vai trò then chốt trong việc thiết lập nền tảng lý thuyết cho công trình này.

PPNC tổng quan tài liệu được áp dụng trong việc tiến hành tổng quan các nghiên cứu đã có và trong việc xây dựng cơ sở lý luận về cả TCYT lẫn QLNN về TCYT liên quan đến các BVC. Các tài liệu được đưa vào tổng quan được thu thập từ nhiều nguồn dữ liệu khác nhau, bao gồm các thư viện, các viện nghiên cứu, các tạp chí khoa học cả quốc tế và trong nước; cùng với dữ liệu từ các tổ chức nghiên cứu, các trường đại học, các tổ chức quốc tế và các nguồn tương tự.

2.2. Phương pháp thống kê mô tả

PPNC thống kê mô tả đã được áp dụng để làm rõ các đặc điểm mang tính cấu trúc của tập dữ liệu đã thu thập được. Phương pháp này hỗ trợ việc theo dõi các xu hướng biến động của dữ liệu và thực hiện việc đối chiếu chúng với các cơ sở so sánh phù hợp. Mục đích chính là nhằm nhận diện rõ ràng và đánh giá một cách chính xác thực trạng hiện tại của công tác QLNN về TCYT đối với các BVC nằm trong phạm vi nghiên cứu của Luận án này.

Dữ liệu và các thông tin cần thiết phục vụ cho quá trình phân tích đã được thu thập từ nhiều nguồn mang tính chính thống và có độ tin cậy ở mức cao. Các nguồn thu thập dữ liệu này bao gồm: các ấn phẩm niên giám thống kê đã được công bố một cách chính thức; các số liệu lấy từ các báo cáo chính thức của Bộ Y tế; dữ liệu được thu thập

trực tiếp từ các BVC đang hoạt động tại khu vực phía Bắc; các bản báo cáo kiểm toán do KTNN thực hiện; cùng với một số nguồn dữ liệu bổ sung khác khi thấy cần thiết.

Các kỹ thuật phân tích thuộc lĩnh vực thống kê mô tả đã được áp dụng một cách chủ yếu trong quá trình phân tích và đánh giá các nội dung mang tính trọng tâm của nghiên cứu. Những nội dung này liên quan đến cơ chế phân bổ ngân sách, cũng như cách thức thực hiện công tác kiểm tra và giám sát TCYT đối với các bệnh viện nằm trong khu vực phía Bắc. Các kỹ thuật cơ bản đã được sử dụng bao gồm: việc tính toán giá trị trung bình cho từng nhóm dữ liệu được xác định cụ thể; xây dựng các bảng chéo (cross-tabulation) để phân tích mối liên hệ tồn tại giữa các biến số; và sử dụng các hình thức trực quan hóa dữ liệu như đồ thị và biểu đồ để biểu diễn kết quả phân tích một cách rõ ràng.

2.3. Phương pháp phỏng vấn chuyên sâu

Nhận thức được tầm quan trọng của việc thu thập thông tin chính xác và chuyên sâu, thông tin cần được lấy từ những người trực tiếp tham gia công tác quản lý trong bối cảnh QLNN về TCYT, đặc biệt tại các BVC. Chính vì lẽ đó, Luận án đã ưu tiên sử dụng phương pháp phỏng vấn sâu. Mục đích chính của việc áp dụng phương pháp này là nhằm khai thác những hiểu biết chuyên môn, kinh nghiệm thực tiễn và quan điểm đa chiều từ các nhà quản lý TCYT. Qua việc này, nghiên cứu hướng tới việc xây dựng một cái nhìn toàn diện và sâu sắc về những thách thức đang tồn tại, cũng như các cơ hội tiềm năng trong công tác quản lý tài chính tại các BVC tuyến Trung ương thuộc khu vực phía Bắc.

Phỏng vấn sâu được xem là một công cụ nghiên cứu định tính có hiệu quả đặc biệt và có khả năng hỗ trợ nhà nghiên cứu thu thập thông tin một cách chi tiết và rất phong phú từ những người tham gia. Trong lĩnh vực QLNN về TCYT, đây là một phương pháp lý tưởng vì cho phép các nhà quản lý, những người sở hữu kinh nghiệm dày dặn, chia sẻ những góc nhìn sâu sắc về các chính sách đang được áp dụng hiện hành, quy trình triển khai trên thực tế và các bài học từ thực tiễn ứng dụng. Không chỉ dừng lại ở việc thu thập dữ liệu một chiều, phỏng vấn sâu còn khuyến khích sự tương tác, trao đổi thông tin và thảo luận chuyên sâu giữa người phỏng vấn và người được phỏng vấn. Từ đó, phương pháp này giúp làm sáng tỏ những vấn đề vốn dĩ phức tạp và chỉ có thể được thấu hiểu một cách trọn vẹn thông qua lăng kính của chính trải nghiệm thực tế của những người trong cuộc.

Các đối tượng cụ thể đã được lựa chọn để tham gia phỏng vấn sâu bao gồm các nhà quản lý và các chuyên gia giàu kinh nghiệm làm việc trong lĩnh vực TCYT. Nhóm này bao gồm các cán bộ lãnh đạo và chuyên viên đến từ các cơ quan như Bộ Y tế, Bộ Tài chính và Kiểm toán nhà nước. Đồng thời, danh sách cũng có sự góp mặt của các lãnh đạo và cán bộ trực tiếp phụ trách công tác tài chính tại một số

BVC thuộc tuyến Trung ương khu vực phía Bắc. Trong quá trình nghiên cứu, tổng cộng 20 phiếu phỏng vấn đã được thực hiện, trong đó có 10 phiếu thu thập từ các cán bộ lãnh đạo, phụ trách tài chính tại 05 bệnh viện tuyến Trung ương khu vực phía Bắc (gồm: Bệnh viện K, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Phổi Trung ương, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên); 10 phiếu thu thập từ các cơ quan quản lý gồm 4 phiếu từ Bộ Y tế, 2 phiếu từ Bộ Tài chính và 4 phiếu từ Kiểm toán nhà nước.

Bộ câu hỏi được sử dụng trong quá trình phỏng vấn sâu được thiết kế một cách linh hoạt, tập trung vào việc khai thác các khía cạnh mang tính trọng tâm của QLNN về TCYT. Các vấn đề chính đã được tìm hiểu bao gồm: hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật đang điều chỉnh các hoạt động liên quan đến TCYT, quy trình hiện hành trong việc phân bổ nguồn lực tài chính, công tác kiểm tra và giám sát tài chính đang được triển khai, cũng như những khó khăn và vướng mắc thực tế đang cần được giải quyết tại các đơn vị.

Việc áp dụng phương pháp phỏng vấn sâu được xem là một đóng góp đáng kể trong nghiên cứu về QLNN đối với TCYT tại các BVC. Thông qua việc khai thác một cách sâu sắc những thông tin có giá trị từ góc nhìn của các nhà quản lý trực tiếp, nghiên cứu không chỉ đạt được thành công trong việc cung cấp một bức tranh rõ nét về thực trạng tài chính đang diễn ra. Hơn thế nữa, phương pháp này còn hỗ trợ một cách đặc lực trong việc nhận diện chính xác những vấn đề còn tồn tại cần được cải thiện và từ đó đề xuất được những giải pháp có tính khả thi trên thực tế. Những phân tích được tiến hành dựa trên nguồn dữ liệu định tính đã thu thập được này có tiềm năng góp phần nâng cao một cách đáng kể hiệu quả của công tác QLNN về tài chính trong toàn bộ hệ thống HTYT công lập. Do đó, các kết quả nghiên cứu thu được từ các buổi phỏng vấn sâu có khả năng đóng góp mang ý nghĩa thực tiễn. Sự đóng góp này hướng tới quá trình xây dựng và cải cách các chính sách TCYT ở cấp độ quốc gia. Mục tiêu cuối cùng của quá trình này là hướng tới việc nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe phục vụ cộng đồng.

2.4. Phương pháp phân tích định lượng

Trong khuôn khổ Luận án, PPNC phân tích định lượng được triển khai nhằm thực hiện việc đo lường và đánh giá mức độ ảnh hưởng của một số yếu tố được xác định tác động đến QLNN trong lĩnh vực TCYT đối với các BVC thuộc khu vực phía Bắc. Mức độ ảnh hưởng này được ghi nhận thông qua mức độ hài lòng của các đối tượng khảo sát đối với chất lượng DVYT được cung cấp tại các BVC.

Dữ liệu và thông tin cần thiết cho quá trình phân tích định lượng bao gồm phản hồi thu thập được từ cả người bệnh và đội ngũ cán bộ y tế đang làm việc tại các bệnh viện về các hoạt động khám và chữa bệnh. Nguồn dữ liệu này, đề cập đến dữ liệu sơ cấp, được xây dựng dựa trên thông tin thu thập từ cuộc điều tra do chính NCS trực tiếp thực hiện. Bên cạnh nguồn dữ liệu sơ cấp này, Luận án còn sử dụng các dữ

liệu ở cấp độ vĩ mô. Các dữ liệu vĩ mô này bao gồm chỉ số thu nhập bình quân đầu người được ghi nhận tại các khu vực có sự hiện diện của BVC, cùng với thông tin phản ánh sự khác biệt đặc trưng giữa các vùng miền địa lý. Sự khác biệt mang tính vùng miền này được biểu diễn thông qua việc sử dụng các biến giả (dummy variables). Cụ thể, biến giả được sử dụng để đại diện cho khu vực Đồng bằng sông Hồng và khu vực Trung du miền núi phía Bắc. Việc phân tích tác động của các chính sách liên quan cũng sẽ được tích hợp vào mô hình nghiên cứu. Sự tích hợp này được thực hiện thông qua việc sử dụng các biến giả trong các phương trình hồi quy với mục đích là nhằm đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố khác nhau đến công tác QLNN trong lĩnh vực TCYT đối với các BVC đang hoạt động tại khu vực phía Bắc.

Để thực hiện việc chuẩn bị cho quá trình phân tích dữ liệu này, NCS đã tiến hành các bước cụ thể bao gồm: Xác lập một cách cụ thể mô hình nghiên cứu sẽ được sử dụng cho quá trình phân tích; Thiết kế các phiếu khảo sát chi tiết và phù hợp với mục tiêu nghiên cứu (có thể tham khảo chi tiết tại Phụ lục 03, Phụ lục 04 và Phụ lục 05 của Luận án); Xác định rõ quy mô cần thiết và đặc điểm của mẫu khảo sát mà NCS cần thu thập; Và cuối cùng là trực tiếp tiến hành công tác thu thập dữ liệu thực tế thông qua việc thực hiện khảo sát đã thiết kế. Đối tượng tham gia khảo sát bao gồm: (1) Cán bộ đang công tác tại các BVC, là những người có sự tiếp xúc thường xuyên và trực tiếp với bệnh nhân, do đó am hiểu rõ về chất lượng DVYT. Nhóm này bao gồm các lãnh đạo khoa/phòng, các bác sỹ, điều dưỡng viên và các kỹ thuật viên; và (2) Người bệnh, bao gồm cả những bệnh nhân điều trị nội trú và ngoại trú đang thăm khám hoặc điều trị tại 07 BVC thuộc khu vực phía Bắc. Các bệnh viện này bao gồm Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện K, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên, Bệnh viện Phổi, Bệnh viện E và Bệnh viện Nội tiết. Phiếu khảo sát đã được phân phát tới các đối tượng khảo sát theo hai hình thức chính là phát phiếu trực tiếp bằng bản giấy và gửi phiếu khảo sát trực tuyến thông qua Google Form. Mẫu khảo sát cụ thể đã được lựa chọn theo phương pháp lấy mẫu kết hợp giữa ngẫu nhiên và thuận tiện.

Sử dụng bộ dữ liệu thu thập được từ 02 bộ phiếu câu hỏi dành cho người bệnh và đội ngũ cán bộ, bác sỹ tại các Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện K, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên, Bệnh viện Phổi, Bệnh viện E và Bệnh viện Nội tiết, NCS đã thực hiện phân tích theo các bước sau: Bước đầu tiên, thực hiện kiểm định độ tin cậy của các thang đo được sử dụng trong phiếu khảo sát. Luận án chấp nhận các biến quan sát có hệ số Cronbach's Alpha lớn hơn 0,6 và tiến hành loại bỏ những biến quan sát có hệ số tương quan nhỏ hơn 0,3. Các biến quan sát đã được xác định đảm bảo độ tin cậy sẽ được chuyển sang giai đoạn phân tích nhân tố khám phá (EFA). Mục đích của phân tích EFA là để trích xuất ra các biến quan sát có sự hội tụ với nhau và tách biệt rõ ràng khỏi các nhóm khác, dựa trên các tiêu chí:

hệ số tải nhân tố (factor loading) lớn hơn 0,3; giá trị KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) nằm trong khoảng lớn hơn 0,5 và nhỏ hơn 1,0; đồng thời kiểm định Bartlett phải có giá trị Sig (mức ý nghĩa) nhỏ hơn 0,05 và tỷ lệ phương sai trích xuất (variance extracted) phải lớn hơn 50%. Ngoài các phân tích trên, Luận án còn tiến hành phân tích hồi quy. Phân tích hồi quy được sử dụng để đánh giá cụ thể mức độ tác động của các yếu tố độc lập lên biến phụ thuộc, là biến phản ánh hiệu quả hoạt động của bệnh viện. Phân tích hồi quy này cũng giúp xác định rõ yếu tố độc lập nào có tác động mạnh mẽ nhất (tích cực hoặc tiêu cực) đến biến phụ thuộc được nghiên cứu.

$$Y_i = \alpha + \beta X_i + \lambda Z_i + \varepsilon$$

Biến phụ thuộc (Y_i) được sử dụng để phản ánh hiệu quả TCYT tại các BVC, bao gồm hai thành phần chính. Thành phần thứ nhất là mức độ hài lòng của người bệnh đối với chất lượng dịch vụ do bệnh viện cung cấp. Thành phần thứ hai là sự đánh giá của đội ngũ y, bác sỹ và cán bộ về chất lượng cả dịch vụ y tế lẫn máy móc, trang thiết bị của bệnh viện. Các biến kiểm soát bao gồm:

- Biến kiểm soát từ đánh giá của người bệnh (X_i): tuổi, giới tính, năng lực tài chính, các đánh giá về chất lượng liên quan đến KCB, đánh giá về cơ sở vật chất của bệnh viện...

- Biến kiểm soát từ đánh giá của cán bộ, bác sỹ bệnh viện (Z_i) bao gồm: tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, số năm công tác, vị trí làm việc, đánh giá về giá DVYT, đánh giá về mức độ hiện đại của trang thiết bị, đánh giá tính kịp thời giải ngân vốn NSNN của bệnh viện.

2.5. Một số phương pháp nghiên cứu khác

Phương pháp nghiên cứu bàn giấy, còn được gọi là nghiên cứu thư viện, là một kỹ thuật nghiên cứu phổ biến được áp dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực khoa học khác nhau. Kỹ thuật này chủ yếu dựa vào việc thu thập, phân tích và tổng hợp thông tin từ các nguồn tài liệu đã có sẵn từ trước. Các nguồn tài liệu này bao gồm sách, các bài báo khoa học đã xuất bản, các bản báo cáo kết quả nghiên cứu và các dạng dữ liệu thứ cấp khác.

Mục tiêu chính của việc thực hiện nghiên cứu bàn giấy là nhằm đạt được sự hiểu rõ và đánh giá tình hình hiện tại liên quan đến một chủ đề nghiên cứu cụ thể. Từ kết quả này, nghiên cứu giúp nhận diện được những khoảng trống kiến thức vẫn còn tồn tại và cần được khám phá thêm. Đồng thời, PPNC này giúp đưa ra các kết luận mang tính chất ban đầu và cung cấp định hướng cho các nghiên cứu sẽ được thực hiện tiếp theo.

Trong Luận án này, PPNC bàn giấy đã được sử dụng để khảo cứu các tài liệu và báo cáo đã có liên quan đến lĩnh vực QLNN về TCYT. Việc áp dụng phương pháp này đã giúp NCS có được một cái nhìn tổng quan và bao quát về khung lý

thuyết liên quan. Bên cạnh đó, PPNC giúp NCS hiểu rõ hơn về các vấn đề đang diễn ra liên quan đến TCYT tại các BVC thuộc tuyến Trung ương. Dựa trên nền tảng thông tin ban đầu thu thập được từ nghiên cứu bàn giấy, NCS tiến hành xác định khung nghiên cứu chi tiết hơn. Sau đó, NCS thu thập các dữ liệu thực tế mang tính chuyên sâu từ các nguồn dữ liệu sơ cấp khác mà nghiên cứu bàn giấy chưa cung cấp đầy đủ.

Bên cạnh đó, Luận án cũng áp dụng phương pháp nghiên cứu lịch sử thông qua việc xem xét các dữ liệu đã có trong quá khứ liên quan đến công tác quản lý TCYT tại các BVC. Đồng thời, phương pháp quy nạp cũng được sử dụng như một công cụ để rút ra các kết luận cuối cùng sau khi đã hoàn tất việc phân tích các vấn đề có liên quan đã được thu thập.

2.6. Khung nghiên cứu thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc

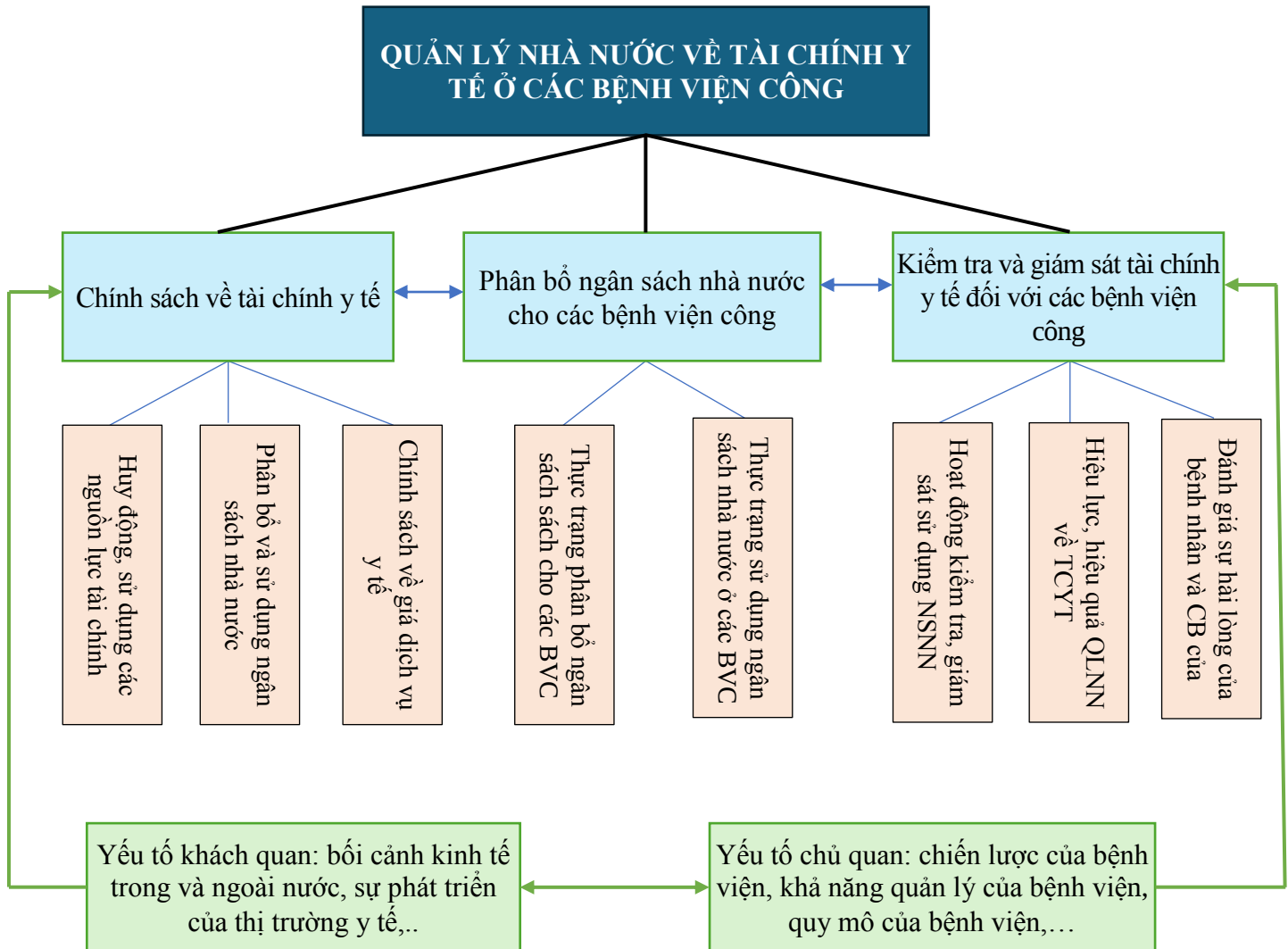
Khung nghiên cứu đóng vai trò như một yếu tố cấu thành thiết yếu trong công tác nghiên cứu khoa học và được thiết kế dựa trên quá trình tổng hợp các tài liệu mang tính lý thuyết, thực tiễn, đồng thời kết hợp các PPNC định tính và định lượng. Khung nghiên cứu có chức năng làm rõ phạm vi giới hạn, nội dung chuyên sâu, trình tự thực hiện và cách thức đánh giá kết quả của nghiên cứu. Trên cơ sở cấu trúc này, khung nghiên cứu định hướng cho các hoạt động thu thập thông tin và xử lý dữ liệu. Khung nghiên cứu cụ thể của Luận án này đã được xây dựng dựa trên việc tổng quan các tài liệu nghiên cứu có liên quan mật thiết đến mục tiêu, đối tượng và phạm vi nghiên cứu đã đặt ra, cũng như dựa trên nền tảng lý thuyết về QLNN đối với TCYT áp dụng cho các BVC. Nội dung chính được xác định trong khung nghiên cứu của Luận án bao gồm ba phần trọng tâm sau:

Một là, về chính sách TCYT hiện hành tại Việt Nam: Khía cạnh này được đánh giá thông qua việc xem xét các chính sách tài chính công liên quan đến lĩnh vực y tế, bao gồm các quy định về huy động tài chính, cơ chế phân bổ và sử dụng NSNN. Đồng thời, nội dung đánh giá chính sách cũng bao gồm việc đánh giá về giá các DVYT và chính sách BHYT.

Hai là, về hoạt động phân bổ NSNN dành cho các BVC tại khu vực phía Bắc trong giai đoạn từ năm 2018 đến năm 2024. Nội dung này bao gồm việc phân tích quy mô của nguồn ngân sách đã được cấp phát và các khoản chi tiêu cụ thể từ nguồn ngân sách được cấp này tại các BVC.

Ba là, về hoạt động kiểm tra và giám sát TCYT đang diễn ra tại các BVC thuộc khu vực phía Bắc. Nội dung này được phân tích ở nhiều khía cạnh khác nhau, bao gồm các hoạt động kiểm tra và giám sát việc sử dụng NSNN cùng các nguồn lực tài chính khác do các cơ quan chức năng có thẩm quyền thực hiện. Hiệu quả

công tác quản lý trong lĩnh vực TCYT được đánh giá dựa trên mức độ hoàn thành các nhiệm vụ và mục tiêu đã được đề ra cho các đơn vị liên quan. Việc đánh giá này còn bao gồm việc xem xét mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với chất lượng dịch vụ tại bệnh viện và việc đánh giá về môi trường làm việc từ góc nhìn của đội ngũ bác sỹ, cán bộ, nhân viên đang công tác tại bệnh viện.



Hình 2.1: Khung nghiên cứu của Luận án

Khung nghiên cứu này được xây dựng như là một công cụ định hướng, giúp đảm bảo việc triển khai các PPNC định tính và định lượng theo mục tiêu, đối tượng và phạm vi nghiên cứu. Đồng thời cung cấp cơ sở khoa học và thực tiễn cho việc đánh giá toàn diện thực trạng QLNN về TCYT đối với các BVC khu vực phía Bắc.

CHƯƠNG 3

CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ KINH NGHIỆM THỰC TIỄN QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ Ở CÁC BỆNH VIỆN CÔNG

3.1. Khái quát về bệnh viện công và tài chính y tế

3.1.1. Khái quát về bệnh viện công

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã định nghĩa: *“Bệnh viện là một bộ phận không thể tách rời của một tổ chức xã hội và y tế, chức năng của nó là chăm sóc sức khỏe cho toàn dân, cả phòng bệnh và chữa bệnh, dịch vụ ngoại trú của bệnh viện phải vươn tới cả gia đình và môi trường cư trú. Bệnh viện còn là trung tâm đào tạo cán bộ y tế và nghiên cứu sinh - xã hội học”*.

Trước đây, do điều kiện kinh tế - xã hội của nước ta chưa phát triển, bệnh viện thường được hiểu với ý nghĩa hạn chế, chủ yếu như một tổ chức phục vụ việc chăm sóc và hỗ trợ người nghèo, được gọi bằng các tên như: nhà thương, nhà tế bần... Tuy nhiên, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của đất nước, bệnh viện ngày nay đã có những thay đổi lớn cả về vai trò và chức năng. Theo quan niệm hiện đại, *“bệnh viện là một cơ sở y tế bao gồm giường bệnh, đội ngũ cán bộ, công chức, viên chức có trình độ chuyên môn kỹ thuật và năng lực quản lý, có trang thiết bị và cơ sở hạ tầng để phục vụ người bệnh. Bệnh viện là nơi diễn ra các hoạt động nhằm cung ứng lực lượng lao động có thể lực tốt cho xã hội, bảo đảm tính công bằng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho nhân dân”*.

Hệ thống bệnh viện tồn tại dưới nhiều hình thức sở hữu khác nhau trong khuôn khổ của đề tài nghiên cứu chỉ giới hạn ở BVC. Theo Giáo trình Nguyên lý quản lý bệnh viện, *“bệnh viện công là những bệnh viện do Nhà nước sở hữu, quản lý và kiểm soát. Bệnh viện công là bệnh viện thuộc quyền sở hữu của nhà nước để phục vụ cho lợi ích cộng đồng là chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, nguồn kinh phí hoạt động do nhà nước cấp theo kế hoạch hàng năm và được phép thu một phần viện phí theo quy định của nhà nước”* (Đại học Y tế công cộng, 2018).

Các BVC sở hữu một số đặc điểm cốt lõi. Thứ nhất, bản chất hoạt động của những đơn vị này là phi lợi nhuận, với mục tiêu chính là cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, đặc biệt ưu tiên các nhóm dân cư có thu nhập thấp. Thứ hai, nguồn tài chính chính đảm bảo sự vận hành của các BVC đến từ NSNN và các quỹ BHYT công cộng. Những yếu tố này giữ vai trò then chốt trong việc duy trì sự ổn định và đảm bảo tính bền vững của HTYT trên bình diện quốc gia. Thứ ba, các BVC chịu sự quản lý và giám sát nghiêm ngặt từ toàn bộ hệ thống các cơ quan QLNN ở mọi cấp, từ Trung ương đến địa phương. Công tác này nhằm mục đích kiểm soát chất lượng DVYT, quản lý chi phí một cách hiệu quả và đảm bảo tính minh bạch trong mọi khía cạnh hoạt động. Thứ tư, các đơn vị này thực hiện một vai trò không thể thiếu trong việc đảm bảo sự công bằng trong việc tiếp cận các DVYT cho người dân. BVC đặt ưu tiên

vào việc cung cấp cả DVYT cơ bản lẫn các DVYT chuyên sâu cho mọi bộ phận dân cư, với sự quan tâm đặc biệt dành cho các nhóm dễ bị tổn thương trong xã hội. Cuối cùng, bên cạnh nhiệm vụ chính là cung cấp dịch vụ khám và chữa bệnh, các BVC còn đảm nhận các vai trò quan trọng khác như đào tạo, phát triển đội ngũ nhân lực cho ngành y tế và thúc đẩy các hoạt động nghiên cứu khoa học. Những đóng góp này giúp nâng cao năng lực chuyên môn chung cho toàn ngành.

Tuy nhiên, chính đặc thù hoạt động phụ thuộc ở mức độ lớn vào nguồn NSNN đã tạo ra không ít thách thức và khó khăn cho nhiều BVC. Những trở ngại này bao gồm: tình trạng hạn chế về nguồn lực tài chính sẵn có; hệ thống cơ sở hạ tầng (CSHT) và trang thiết bị chưa theo kịp tốc độ gia tăng của nhu cầu thực tế; và năng lực quản lý, trong một số trường hợp, vẫn chưa đạt được mức độ tối ưu cần thiết. Tất cả các yếu tố này đều có khả năng gây tác động tiêu cực đến chất lượng các DVYT được các đơn vị này cung cấp.

Về phương diện chức năng, các BVC đảm nhiệm một loạt vai trò đa dạng và thiết yếu trong HTYT. Trước hết, BVC thực hiện chức năng chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người dân, bao gồm các hoạt động từ khám, chẩn đoán, điều trị cấp cứu, cho đến chăm sóc bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Song hành với đó, BVC còn đóng góp tích cực vào các hoạt động y tế công cộng, như phòng chống và kiểm soát dịch bệnh, triển khai các chiến dịch tiêm chủng, đẩy mạnh tuyên truyền giáo dục về sức khỏe và các biện pháp bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng. Thêm vào đó, BVC là những cơ sở quan trọng trong việc đào tạo nguồn nhân lực cho ngành y tế, thường xuyên liên kết với các trường đại học và viện nghiên cứu để bồi dưỡng, phát triển năng lực cho đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ và các chuyên gia y tế khác. Cuối cùng, chức năng nghiên cứu khoa học cũng là một phần không thể thiếu, giúp BVC thử nghiệm và áp dụng các phương pháp điều trị mới, phát triển công nghệ y tế tiên tiến, qua đó nâng cao chất lượng dịch vụ KCB nói chung.

Việc phân loại các BVC có thể được thực hiện dựa trên nhiều tiêu chí khác nhau. Hai cách phân loại điển hình thường được áp dụng là dựa trên cấp quản lý hành chính và dựa trên mức độ TCTC của đơn vị.

- **Phân loại theo cấp quản lý:** Theo tiêu chí về cấp quản lý, hệ thống BVC có thể được chia thành hai nhóm chính:

+ *BVC tuyến Trung ương:* Đây là các bệnh viện trực thuộc sự quản lý của Bộ Y tế. Các đơn vị này giữ vai trò là tuyến chuyên môn cao nhất, thường có cơ sở vật chất hiện đại và đội ngũ chuyên gia y tế hàng đầu, đảm nhiệm việc tiếp nhận và xử lý các trường hợp bệnh lý phức tạp trên phạm vi toàn quốc.

+ *BVC tuyến địa phương:* Nhóm này bao gồm cả các bệnh viện ở cấp tỉnh và cấp huyện. BVC tuyến tỉnh chịu sự quản lý của Sở Y tế tỉnh và phục vụ nhu cầu KCB trong

phạm vi địa bàn tỉnh đó. Trong khi đó, bệnh viện tuyến huyện có chức năng chính là cung cấp các DVYT cơ bản cho người dân trong các huyện, thị xã cụ thể.

- **Phân loại theo mức độ TCTC:** Dựa trên mức độ TCTC, BVC được phân loại thành ba nhóm chính:

+ *BVC tự chủ hoàn toàn:* Các bệnh viện này tự chịu trách nhiệm toàn bộ đối với chi phí vận hành và phát triển, nguồn tài chính chủ yếu đến từ doanh thu DVYT và các hoạt động xã hội hóa.

+ *BVC tự chủ một phần:* Nhóm này nhận được một phần hỗ trợ kinh phí từ NSNN, đồng thời bổ sung nguồn tài chính thông qua các hoạt động tự chủ.

+ *BVC phụ thuộc hoàn toàn vào NSNN:* Toàn bộ kinh phí phục vụ hoạt động thường xuyên của các bệnh viện này được cấp phát trực tiếp từ ngân sách chính phủ.

3.1.2 Khái quát về tài chính y tế

3.1.2.1. Khái niệm về tài chính y tế

Ở cấp độ khái quát, tài chính là một phạm trù kinh tế phản ánh các quan hệ phân phối của cải xã hội được biểu hiện dưới hình thức giá trị. Những quan hệ này nảy sinh trong quá trình các chủ thể trong nền kinh tế thực hiện việc hình thành, tạo lập và phân phối các quỹ tiền tệ nhằm đạt được các mục tiêu riêng trong những điều kiện nhất định. Khái niệm tài chính là một phạm trù kinh tế phổ quát, hiện diện trong mọi lĩnh vực hoạt động của đời sống xã hội.

Trong phạm vi hệ thống chăm sóc sức khỏe, TCYT đóng vai trò đặc biệt quan trọng, bao gồm toàn bộ chu trình từ việc thu hút đến phân phối các nguồn lực tài chính cần thiết. Mục đích là nhằm đảm bảo việc cung cấp các DVYT diễn ra hiệu quả cho cả cá nhân riêng lẻ và toàn thể cộng đồng. Phương thức mà các nguồn lực tài chính được huy động và sử dụng trong mỗi quốc gia có tác động một cách trực tiếp và sâu sắc. Tác động này thể hiện qua dạng thức của các DVYT được cung cấp, khả năng người dân có thể tiếp cận những dịch vụ đó, cũng như năng lực chi trả của họ khi thụ hưởng dịch vụ. Chính vì lý do đó, TCYT được coi là một yếu tố quyết định then chốt đến mức độ thành công trong việc thực hiện mục tiêu bao phủ sức khỏe toàn dân.

Trong Luận án, NCS sử dụng khái niệm “*Tài chính y tế đối với các bệnh viện công bao gồm toàn bộ các quan hệ tài chính trong quá trình tạo lập, phân phối và sử dụng các nguồn tài chính, các quỹ tiền tệ của bệnh viện công*”. Các khía cạnh chính trong quản lý tài chính tại BVC bao gồm:

Hoạt động quản lý tài chính tại các BVC bắt đầu với quá trình *tạo lập các nguồn tài chính* cần thiết để duy trì hoạt động và hoàn thành các mục tiêu, nhiệm vụ được giao. Các nguồn tài chính chủ yếu của BVC bao gồm: kinh phí được cấp phát từ NSNN; các khoản thu phát sinh từ hoạt động sự nghiệp chuyên môn; doanh thu

từ viện phí (bao gồm thu trực tiếp từ người bệnh và khoản thanh toán từ quỹ BHYT); các nguồn viện trợ và khoản thu bất thường khác; nguồn vốn từ các hoạt động liên doanh, liên kết; cùng các nguồn vốn huy động khác (như vay...).

Sau khi được tạo lập, các nguồn tài chính tại BVC sẽ được phân phối và sử dụng cho nhiều mục đích chi khác nhau. Các hình thức chi tiêu phổ biến bao gồm: Chi trả lương, phụ cấp và các chế độ cho đội ngũ cán bộ, nhân viên y tế; chi phí vận hành thường xuyên và mua sắm vật tư y tế, hóa chất; chi đầu tư cho việc nâng cấp CSHT và trang thiết bị; chi cho các hoạt động nghiên cứu khoa học, đào tạo chuyên môn và chỉ đạo tuyến dưới; chi cho các hoạt động hợp tác quốc tế và liên kết y tế; góp vốn vào các hoạt động liên doanh, liên kết theo đúng quy định pháp luật; và các khoản chi khác phát sinh.

Vào cuối mỗi kỳ hoạt động, BVC thực hiện quy trình xác định và xử lý kết quả tài chính. Quá trình này bao gồm: Xác định chênh lệch giữa tổng nguồn thu và tổng chi phí đã phát sinh (thặng dư hoặc thâm hụt tài chính). Tiến hành trích lập và sử dụng các loại quỹ theo quy định, điển hình như: quỹ dự phòng tài chính, quỹ đầu tư phát triển sự nghiệp đơn vị, quỹ khen thưởng cho cán bộ nhân viên, quỹ phúc lợi xã hội, ...

3.1.2.2. Phân biệt tài chính y tế của bệnh viện công và bệnh viện tư nhân

Tồn tại một sự khác biệt đáng kể trong cấu trúc hệ thống TCYT khi so sánh giữa các BVC và các bệnh viện tư nhân. Sự khác biệt rõ rệt này chủ yếu bắt nguồn từ sự khác nhau trong mô hình sở hữu của từng loại hình, mục tiêu hoạt động đặc thù mà mỗi nhóm bệnh viện theo đuổi, cùng với các cơ chế riêng biệt được áp dụng trong việc huy động và phân bổ các nguồn lực tài chính cần thiết.

Về khía cạnh nguồn tài chính, các BVC hoạt động chủ yếu dựa vào các nguồn lực công. Những nguồn này bao gồm NSNN, các khoản đóng góp vào quỹ BHYT xã hội và nguồn thu từ viện phí được quy định bởi nhà nước. Ngược lại, các bệnh viện tư nhân huy động vốn từ nhiều nguồn khác nhau như các nhà đầu tư cá nhân hoặc doanh nghiệp, các quỹ BHYT tư nhân và các khoản chi trả trực tiếp từ phía người bệnh khi sử dụng dịch vụ. Chính từ sự khác biệt nền tảng về nguồn tài chính này mà dẫn đến những chênh lệch rất rõ ràng trong cách thức quản lý tài chính, phương pháp định giá cho các DVYT được cung cấp, cũng như mức độ TCTC được áp dụng giữa hai loại hình bệnh viện này.

Sự phân hóa rõ rệt trong cơ chế tài chính giữa hệ thống các BVC và các bệnh viện tư nhân gây ra tác động trực tiếp đến khả năng người dân có thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Một mặt, hệ thống các BVC được thiết kế với mục tiêu cốt lõi là đảm bảo sự công bằng trong việc tiếp cận y tế cho mọi người dân. Tuy nhiên, khả năng này thường bị giới hạn đáng kể bởi nguồn lực tài chính sẵn có từ

NSNN. Mặt khác, các bệnh viện tư nhân có năng lực cung cấp các DVYT với chất lượng chuyên môn cao hơn, nhưng điều này lại đi kèm với mức chi phí đáng kể mà người sử dụng dịch vụ phải bỏ ra. Chính sự đối lập và khác biệt căn bản này đã tạo nên sự chênh lệch rõ rệt trong việc lựa chọn và khả năng tiếp cận các DVYT giữa các tầng lớp dân cư khác nhau trong xã hội, tùy thuộc vào điều kiện kinh tế của họ.

3.1.2.3. *Đặc điểm tài chính y tế trong bệnh viện công*

TCYT của BVC có một số đặc điểm chính như sau:

- *Chịu sự quản lý chặt chẽ của Nhà nước:* Tài chính của BVC chịu sự quản lý và điều tiết chặt chẽ từ phía Nhà nước. Hệ thống pháp luật đóng vai trò công cụ giúp duy trì tính minh bạch, đảm bảo kỷ luật tài chính trong thu - chi và ngăn ngừa thất thoát ngân sách công.

- *Cơ chế tài chính tổng hợp:* Hệ thống tài chính tại các BVC mang tính chất kết hợp, bao gồm nguồn NSNN cấp và các nguồn thu được tạo ra ngoài khuôn khổ ngân sách. Mặc dù các BVC có khả năng tạo ra nguồn thu từ nhiều kênh khác nhau như BHYT, thu viện phí từ người bệnh và các hoạt động xã hội hóa, nguồn NSNN vẫn duy trì một vai trò quan trọng, đảm bảo sự ổn định cho hoạt động của đơn vị. Cơ chế pha trộn này cho phép các BVC đồng thời thực hiện nhiệm vụ cung cấp các DVYT mang tính công ích cho xã hội và có khả năng huy động thêm các nguồn lực tài chính bổ sung nhằm nâng cao chất lượng hoạt động khám và điều trị.

- *Hệ thống giám sát nghiêm ngặt:* Công tác giám sát tài chính tại các BVC được thực hiện rất chặt chẽ. Toàn bộ hoạt động tài chính của các đơn vị này chịu sự kiểm tra và giám sát định kỳ, thường xuyên từ các cơ quan chức năng có thẩm quyền như Kiểm toán nhà nước, Thanh tra Bộ Y tế, cùng với các cơ quan tài chính tại cấp địa phương. Việc kiểm soát này nhằm mục đích đảm bảo tính minh bạch trong quản lý tài chính, tăng cường trách nhiệm giải trình của các đơn vị và thúc đẩy việc sử dụng nguồn ngân sách được giao một cách hiệu quả.

- *Áp dụng tự chủ trong khuôn khổ điều tiết:* Mặc dù các BVC được áp dụng cơ chế TCTC với các mức độ khác nhau tùy theo phân loại đơn vị, họ vẫn chịu sự điều tiết mạnh mẽ từ phía Nhà nước. Các đơn vị này bắt buộc phải tuân thủ các quy định đã ban hành, bao gồm khung giá trần cho các DVYT, các định mức chi tiêu chuẩn mực và các quy định chi tiết liên quan đến công tác quản lý tài sản công.

- *Kết nối chặt chẽ với chất lượng và công bằng:* Cơ chế TCYT tại các BVC có sự gắn kết mật thiết với mục tiêu nâng cao chất lượng DVYT và đảm bảo tính công bằng trong việc tiếp cận y tế cho mọi người dân. Bên cạnh việc đáp ứng các nhu cầu KCB thông thường, Nhà nước sử dụng các công cụ tài chính để định hướng hoạt động của các BVC nhằm phục vụ lợi ích chung của cộng đồng. Điều này đặc biệt quan trọng trong các tình huống khẩn cấp như khi có dịch bệnh bùng phát trên diện rộng hay xảy ra các thảm họa thiên tai.

3.2. Quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

3.2.1. Khái niệm và mục đích của quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

3.2.1.1. Khái niệm và mục đích

Quản lý nhà nước là một dạng quản lý xã hội đặc biệt, xuất hiện và tồn tại cùng với sự xuất hiện của nhà nước. Quản lý nhà nước là hoạt động thực thi quyền lực nhà nước, được thực hiện bởi cơ quan nhà nước để duy trì, xác lập trật tự xã hội ổn định từ đó phát triển xã hội theo mục tiêu đã đề ra.

Theo Giáo trình Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh (2022) thì *“QLNN là hoạt động tổ chức, chỉ đạo và điều hành của các cơ quan nhà nước dựa trên pháp luật nhằm thực hiện các chức năng quản lý xã hội trên các lĩnh vực như kinh tế, văn hóa, giáo dục, an ninh quốc phòng”*.

Theo tác giả Nguyễn Đăng Thành, *“QLNN là việc thực hiện quyền lực công thông qua hệ thống các cơ quan hành chính nhà nước nhằm điều chỉnh hành vi xã hội, bảo đảm sự phát triển bền vững trên tất cả các lĩnh vực”* (Nguyễn Đăng Thành, 2021).

Còn theo định nghĩa của Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế (OECD) thì *“QLNN bao gồm các quy trình và thể chế mà qua đó các quyết định công được đưa ra và thực thi, bảo đảm trách nhiệm giải trình, tính minh bạch và sự tham gia của các bên liên quan”*. (OECD, 2020).

Có thể thấy, QLNN là quản lý toàn bộ các hoạt động xã hội dựa trên quyền lực của nhà nước nhằm điều chỉnh các mối quan hệ trong xã hội. Các cơ quan trong bộ máy nhà nước thực hiện QLNN nhằm thực hiện chức năng đối ngoại và được đảm bảo bằng quyền lực cưỡng chế của Nhà nước.

Theo nghĩa khái quát, *“QLNN là hoạt động duy trì sự vận hành dưới một thực thể thống nhất cho tất cả các hoạt động của bộ máy nhà nước về toàn bộ ba quyền: lập pháp, hành pháp và tư pháp”* (Nguyễn Hương, 2023).

Xét trên phương diện cụ thể và theo nghĩa hẹp, QLNN được định nghĩa là tổng hợp các hoạt động chỉ đạo về mặt pháp lý, điều hành bộ máy và thực thi quản lý hành chính. Các hoạt động này do các cơ quan thuộc hệ thống hành pháp đảm nhiệm, có sự vận dụng quyền lực cưỡng chế vốn có của nhà nước.

QLNN về TCYT là việc chính phủ đảm bảo quản lý và sắp xếp nguồn lực tài chính để hỗ trợ các hoạt động y tế trong quốc gia. Điều này bao gồm việc phân bổ ngân sách, thu thuế, quản lý các quỹ y tế và đưa ra các chính sách về chi tiêu và đầu tư vào lĩnh vực y tế. Mục tiêu của QLNN về TCYT thường là cải thiện sức khỏe cộng đồng, đảm bảo tiếp cận DVYT cho mọi người và tăng cường hiệu quả và công bằng trong HTYT.

Theo định nghĩa của WHO, “QLNN về TCYT là hoạt động do các cơ quan chính phủ thực hiện nhằm tổ chức, điều hành, và giám sát các nguồn lực tài chính trong lĩnh vực y tế để đảm bảo cung cấp DVYT công bằng, hiệu quả, và bền vững” (WHO, 2017).

Theo giáo trình Tổ chức và quản lý y tế, “quản lý TCYT là việc quản lý toàn bộ các nguồn vốn (vốn do chính phủ cấp, vốn việc trợ, vốn vay và các nguồn vốn khác), tài sản, vật tư của đơn vị để phục vụ công tác phòng bệnh, KCB, chăm sóc y tế ban đầu và tuyên truyền, huấn luyện” (BYT, 2011).

Nghị định 43/2006/NĐ-CP ngày 26/5/2006 định nghĩa: “Quản lý tài chính bệnh viện theo nghĩa rộng là sự tác động liên tục có hướng đích, có tổ chức của các nhà quản lý bệnh viện lên đối tượng và quá trình hoạt động tài chính của bệnh viện nhằm xác định nguồn thu và các khoản chi, tiến hành thu chi theo đúng pháp luật, đúng các nguyên tắc của Nhà nước về tài chính, đảm bảo kinh phí cho mọi hoạt động của bệnh viện” (Chính phủ, 2016).

Luận án sử dụng khái niệm “Quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công là các biện pháp mà chủ thể quản lý sử dụng thông qua ban hành chính sách, xây dựng kế hoạch, triển khai và điều chỉnh các phương án nhằm đạt được mục tiêu về tài chính y tế đối với các bệnh viện công trong nền kinh tế thị trường”.

Trong khái niệm QLNN về TCYT đối với các BVC nổi lên 3 nội dung chính cần phải làm rõ, đó là (i) chủ thể của quản lý, (ii) đối tượng của quản lý và (iii) mục tiêu của quản lý.

- *Chủ thể QLNN về TCYT đối với BVC:*

Trong công tác QLNN liên quan đến TCYT tại các BVC, các chủ thể giữ vai trò chủ chốt là các cơ quan được giao thẩm quyền để xây dựng, ban hành, tổ chức thực hiện và giám sát các chính sách tương ứng.

+ *Bộ Y tế:* Là cơ quan quản lý chuyên ngành ở cấp Trung ương, Bộ Y tế chịu trách nhiệm ban hành các quy định và hướng dẫn chính thức liên quan đến TCYT trong lĩnh vực BVC. Điều này bao gồm việc xây dựng cơ chế định giá cho các dịch vụ khám và chữa bệnh, xác định các định mức chi phí tiêu chuẩn và thiết lập quy trình quản lý tài chính nội bộ tại các bệnh viện. Bộ Y tế cũng tiến hành phối hợp chặt chẽ với các đơn vị hữu quan để giám sát và điều chỉnh chính sách TCYT nhằm đảm bảo sự phù hợp với diễn biến thực tế.

+ *Bộ Tài chính:* Cơ quan này có trách nhiệm quản lý nguồn NSNN được cấp phát cho các BVC. Đồng thời, Bộ Tài chính thực hiện kiểm soát nghiêm ngặt việc sử dụng nguồn ngân sách này cũng như các nguồn tài chính công khác. Bộ Tài chính ban hành các quy định về công tác kế toán và kiểm toán tài chính được áp

dụng trong ngành y tế, với mục tiêu đảm bảo tính minh bạch và nâng cao hiệu quả sử dụng các nguồn lực tài chính công.

+ *Bảo hiểm xã hội Việt Nam*: Cơ quan này có nhiệm vụ chính là thu, quản lý và chi trả từ quỹ BHYT. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam thực hiện giám sát chặt chẽ việc sử dụng quỹ BHYT tại các BVC, đảm bảo rằng nguồn tài chính này được phân bổ một cách công bằng, hợp lý và tuân thủ đúng các quy định hiện hành.

+ *Các cơ quan thanh tra, kiểm tra, kiểm toán*: Nhóm cơ quan này bao gồm Kiểm toán nhà nước và các cơ quan thanh tra, giám sát khác được trao thẩm quyền theo quy định của pháp luật. Chức năng chính của nhóm cơ quan này là thực hiện kiểm tra, giám sát việc chấp hành các chính sách và quy định pháp luật liên quan đến TCYT. Họ có trách nhiệm phát hiện và xử lý kịp thời các sai phạm xảy ra trong công tác quản lý tài chính tại các BVC, qua đó góp phần đảm bảo tính minh bạch và công khai trong toàn bộ hoạt động TCYT.

- *Đối tượng QLNN về TCYT đối với BVC*:

Đối tượng chịu sự quản lý của nhà nước về TCYT đối với các BVC là toàn bộ các nguồn tài chính và tài sản có liên quan đến hoạt động của các đơn vị này. Cụ thể, đối tượng quản lý bao gồm:

+ *NSNN cấp cho BVC*: Bao gồm các khoản chi thường xuyên và chi đầu tư. Đây là nguồn tài chính nền tảng, chịu sự quản lý và phân bổ theo quy định của Bộ Tài chính và Bộ Y tế.

+ *Nguồn thu từ BHYT*: Đại diện cho khoản thanh toán từ quỹ BHYT cho các dịch vụ KCB được cung cấp cho người có thẻ BHYT. Việc sử dụng nguồn quỹ này chịu sự giám sát của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam để đảm bảo minh bạch và tuân thủ quy định.

+ *Viện phí và các khoản thu từ DVYT khác*: Bao gồm thu trực tiếp từ người bệnh không có BHYT và các dịch vụ theo yêu cầu. Quy trình thu và sử dụng nguồn này phải tuân thủ các quy định của Bộ Y tế và chịu sự giám sát của các cơ quan quản lý có thẩm quyền.

+ *Các khoản viện trợ, tài trợ*: Gồm nguồn hỗ trợ từ các tổ chức trong nước, quốc tế và các chương trình hợp tác y tế. Việc tiếp nhận và sử dụng các khoản này cần thực hiện nghiêm ngặt theo quy định về tài chính công và chịu sự kiểm tra của các cơ quan QLNN.

+ *Thu nhập từ hoạt động hợp tác, liên doanh*: Nguồn thu này phát sinh từ các hình thức hợp tác được thiết lập nhằm mục đích huy động bổ sung nguồn lực tài chính cho bệnh viện. Việc quản lý nguồn thu từ các hoạt động này bắt buộc phải tuân thủ chặt chẽ các quy định do Nhà nước ban hành. Điều này nhằm đảm bảo tính minh bạch, công khai trong quản lý và ngăn ngừa hiệu quả nguy cơ thất thoát tài sản công.

+ Hệ thống CSHT và thiết bị y tế: Đây là những tài sản công có giá trị quan trọng, thường nhận được đầu tư từ nguồn NSNN hoặc các nguồn tài chính khác. Công tác quản lý cũng như việc sử dụng các tài sản này yêu cầu sự tuân thủ nghiêm ngặt các quy định hiện hành liên quan đến quản lý tài sản công được áp dụng trong lĩnh vực y tế.

- Mục tiêu QLNN về TCYT đối với BVC

Mục tiêu chính của công tác QLNN về TCYT đối với các BVC thường tập trung vào việc duy trì kỷ luật ngân sách, tối ưu hóa hiệu quả phân bổ nguồn lực và nâng cao năng lực hoạt động tổng thể của các bệnh viện. Cụ thể hơn, các mục tiêu trọng tâm bao gồm:

+ *Bảo đảm khai thác hiệu quả, tối ưu hóa phân bổ và sử dụng các nguồn lực tài chính:* Mục tiêu này hướng đến việc phân bổ và sử dụng các nguồn lực tài chính một cách hợp lý và minh bạch. Việc này nhằm ngăn chặn tình trạng thất thoát và lãng phí, từ đó trực tiếp góp phần cải thiện hiệu quả hoạt động chung của các BVC.

+ *Củng cố minh bạch và trách nhiệm giải trình:* Xây dựng một cơ chế TCYT đảm bảo tính công khai và rõ ràng. Cơ chế này phải tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về kế toán, kiểm toán và báo cáo tài chính, tạo điều kiện thuận lợi cho việc giám sát và kiểm tra của các cơ quan quản lý.

+ *Bảo đảm công bằng trong tiếp cận DVYT:* Quản lý TCYT theo cách giúp giảm nhẹ gánh nặng tài chính cho người bệnh, đặc biệt là các nhóm dân cư dễ bị tổn thương trong xã hội. Đồng thời, cần đảm bảo mọi người dân đều có cơ hội tiếp cận các DVYT đạt tiêu chuẩn chất lượng.

+ *Đẩy mạnh cơ chế TCTC cho các BVC:* QLNN thiết lập nền tảng pháp lý cần thiết để các BVC tăng cường quyền TCTC của mình. Điều này khuyến khích các đơn vị này huy động thêm nguồn lực tài chính ngoài NSNN như sự tham gia của khu vực tư nhân và xã hội hóa y tế, song vẫn phải duy trì trách nhiệm cung cấp các DVYT mang tính công ích.

+ *Kiểm soát hợp lý chi phí và giá DVYT:* Nhà nước thực hiện kiểm soát chặt chẽ khung giá DVYT, đảm bảo mức giá phù hợp với khả năng chi trả của phần lớn người dân và điều kiện kinh tế - xã hội. Đồng thời, ngăn chặn tình trạng thu phí quá mức hoặc chi tiêu không cần thiết tại các đơn vị y tế.

+ *Hỗ trợ phát triển CSHT y tế, nâng cao chất lượng và hiệu quả DVYT:* Công tác quản lý TCYT cần định hướng đầu tư phát triển CSHT, hiện đại hóa các BVC. Mục tiêu là nâng cao chất lượng DVYT và hiệu quả dịch vụ KCB thông qua huy động và sử dụng hiệu quả các nguồn tài chính.

+ *Đảm bảo tính bền vững dài hạn của hệ thống TCYT:* Chính sách TCYT cần đảm bảo sự ổn định lâu dài, cân đối giữa thu và chi. Cần có các cơ chế dự phòng tài chính sẵn sàng ứng phó hiệu quả với các tình huống khẩn cấp như dịch bệnh hay thiên tai.

Những mục tiêu này không chỉ đem lại lợi ích cho các cơ quan quản lý và đối tác cung cấp dịch vụ, mà còn mang lại lợi ích cho những người thụ hưởng các DVYT. Mục tiêu quản lý TCYT giúp các nhà quản lý xác định rõ các kết quả cần đạt được và khung thời gian thực hiện, đồng thời tạo điều kiện để các bên chịu sự quản lý, như các cơ sở y tế và cộng đồng, nhận thức được liệu các dịch vụ mà họ cung cấp hoặc nhận có đáp ứng được yêu cầu của cơ quan quản lý hay không.

3.2.1.2. Tổ chức bộ máy quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

Bộ máy QLNN về TCYT là một hệ thống tổ chức bao gồm nhiều cơ quan, nhiều bộ phận có những chức năng quyền hạn khác nhau nhằm đảm bảo tổ chức và quản lý thực hiện và kiểm soát có hiệu quả các lĩnh vực TCYT. Bộ máy QLNN về TCYT là một bộ phận hợp thành của bộ máy nhà nước tổng thể. Cơ cấu này thực hiện chức năng QLNN trong lĩnh vực TCYT, hoạt động và chi phối từ cấp Trung ương đến các cấp địa phương.

Mục đích cốt lõi của việc thiết lập bộ máy QLNN về TCYT là nhằm điều tiết các hoạt động tài chính diễn ra trong ngành y tế. Sự điều tiết này hướng tới mục tiêu hỗ trợ phát triển một nền y tế hiện đại, đồng thời phải hài hòa với tiến trình phát triển kinh tế - xã hội chung của đất nước. Điều này cũng hướng tới việc đảm bảo một cách vững chắc các vấn đề liên quan đến an sinh xã hội, cùng với các quyền lợi thiết yếu dành cho người dân. Trong bối cảnh lĩnh vực này, vai trò mà QLNN nắm giữ là đặc biệt quan trọng. Vai trò đó là thúc đẩy ngành y tế tiến bộ, phát triển một cách đồng bộ với sự phát triển chung của xã hội, hướng tới bảo đảm rằng mọi công dân đều có thể tiếp cận và thụ hưởng những dịch vụ KCB với chất lượng tốt nhất có thể.

Về cấu trúc tổ chức, bộ máy QLNN về TCYT đối với các BVC trên phạm vi toàn cầu thường được tổ chức theo nhiều cấp độ khác nhau. Mỗi cấp độ này đảm nhận những vai trò cụ thể trong việc giám sát, quản lý, phân bổ nguồn lực tài chính và đảm bảo hiệu quả của hoạt động cung cấp DVYT. Hình 3.1 cung cấp mô tả chi tiết hơn về mô hình tổ chức bộ máy quản lý TCYT áp dụng cho các BVC:

- Chính phủ Trung ương: Ở cấp độ quốc gia, Chính phủ Trung ương (thường thông qua Bộ Y tế hoặc cơ quan tương đương) giữ vai trò then chốt trong việc xác lập chính sách y tế quốc gia và các quy hoạch tổng thể. Cơ quan này là nơi ra quyết định về tổng nguồn lực tài chính dành cho lĩnh vực y tế và cách thức phân bổ tới các cấp quản lý địa phương.

- Cơ quan Quản lý y tế cấp địa phương: Tại các cấp địa phương (như tỉnh, thành phố, hoặc huyện), các cơ quan quản lý y tế trực thuộc thường được giao nhiệm vụ cụ thể hóa và tổ chức triển khai các chính sách y tế của chính phủ Trung

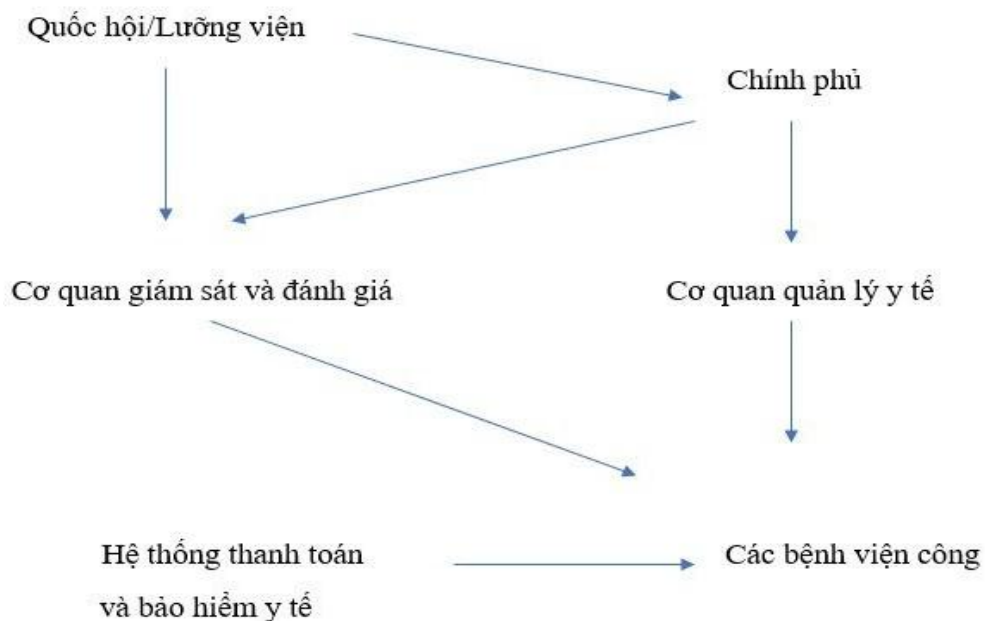
ương. Họ chịu trách nhiệm trực tiếp trong việc quản lý và phân phối nguồn lực tài chính cho các BVC nằm trong phạm vi quản lý của mình.

- BVC: Bản thân các BVC là những đơn vị tuyến cơ sở, trực tiếp cung cấp các DVYT (bao gồm cả cấp cứu và chăm sóc dài hạn) cho cộng đồng. Thông thường, các bệnh viện này thuộc sở hữu và chịu sự quản lý của chính phủ. Nguồn tài chính để vận hành và duy trì hoạt động của họ thường đến từ ngân sách y tế quốc gia hoặc địa phương, được cấp phát theo các quy định cụ thể.

- Hệ thống thanh toán và bảo hiểm y tế (BHYT): Hệ thống thanh toán chi phí y tế và BHYT đóng vai trò quan trọng trong cơ chế tài chính. Hệ thống này được thiết kế để hỗ trợ người bệnh chi trả chi phí DVYT và cung cấp nguồn tài chính ổn định cho các BVC. BHYT, đặc biệt là các hình thức công cộng, có thể góp phần đáng kể vào việc đảm bảo người dân được tiếp cận DVYT chất lượng cao.

- Cơ quan giám sát và đánh giá: Các tổ chức hoặc cơ quan độc lập thường được thiết lập với nhiệm vụ giám sát và đánh giá các khía cạnh kinh tế y tế, cùng với hiệu suất hoạt động của các BVC. Vai trò của họ là đảm bảo các đơn vị này tuân thủ các tiêu chuẩn về chất lượng dịch vụ và an toàn cho người bệnh.

- Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Ở phạm vi toàn cầu, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đóng vai trò là cơ quan quốc tế giám sát, tư vấn và hỗ trợ các quốc gia thành viên trong nỗ lực cải thiện HTYT của mình. Hoạt động hỗ trợ của WHO bao gồm cả việc vận động và hỗ trợ nguồn lực tài chính. Đồng thời, WHO cung cấp các hướng dẫn chuyên môn và chia sẻ thông tin về các xu hướng, tiêu chuẩn quốc tế trong lĩnh vực y tế.



Hình 3.1: Mô hình quản lý tài chính y tế đối với bệnh viện công

Nguồn: Mai Ngọc Anh (2012)

3.2.2. Nội dung quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

Ở góc độ quản lý vĩ mô, nội dung QLNN về TCYT đối với các BVC gồm việc xây dựng và triển khai thực hiện hệ thống chính sách TCYT.

3.2.2.1. Xây dựng chính sách tài chính y tế

Một trong những khía cạnh cơ bản và trọng yếu của công tác QLNN trong lĩnh vực TCYT là việc xây dựng và ban hành các chính sách TCYT.

Theo cách hiểu phổ quát, chính sách được định nghĩa là một tập hợp các quyết định và hành động do một chủ thể có thẩm quyền đưa ra nhằm giải quyết những vấn đề mang tính lặp lại trong đời sống xã hội. Các chính sách này thường được cụ thể hóa thông qua các văn bản pháp lý do nhà nước ban hành, có thể biểu hiện dưới dạng chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án, hoặc các văn bản quy phạm pháp luật như nghị định, nghị quyết, thông tư, quy định và quy chế. Theo một cách tiếp cận đơn giản hơn, chính sách có thể được hiểu là những quyết định của nhà nước về việc tiến hành hoặc không tiến hành một hành động cụ thể nào đó. Về bản chất, chính sách là sự tổng hòa của các quan điểm chỉ đạo, nguyên tắc, công cụ thực thi và giải pháp mà nhà nước sử dụng để điều chỉnh, quản lý các đối tượng cùng các lĩnh vực thuộc phạm vi thẩm quyền của mình. Thông qua hoạt động ban hành các chính sách, Nhà nước hướng tới việc đạt được những mục tiêu đã được xác định từ trước. Việc này nhằm đảm bảo sự phù hợp với các định hướng phát triển chung đã đề ra cho toàn quốc gia.

Đối với chính sách TCYT, đây là một công cụ đặc thù do Nhà nước xây dựng và ban hành. Chính sách này có chức năng cung cấp các chỉ dẫn cụ thể, xác định phương pháp, thủ tục thực hiện, thiết lập các quy định pháp lý, cung cấp biểu mẫu mẫu và xác định các công việc hành chính cần thiết. Việc thiết lập tất cả những yếu tố này nhằm mục đích hỗ trợ và thúc đẩy các hoạt động. Những hoạt động này hướng tới việc đạt được các mục tiêu đã được đề ra liên quan đến việc huy động và sử dụng một cách hiệu quả các nguồn lực tài chính dành cho ngành y tế. Mục tiêu cuối cùng được hướng tới là nhằm đảm bảo sự phát triển bền vững cho sự nghiệp y tế của quốc gia. Sự phát triển này không chỉ cần phù hợp với bối cảnh kinh tế - xã hội cụ thể tại từng giai đoạn mà còn phải đảm bảo tính nhất quán với chiến lược tổng thể đã được đề ra về chăm sóc sức khỏe toàn dân. Đồng thời, các chính sách này cũng phải phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, áp dụng cho cả giai đoạn hiện tại và trong tương lai.

Theo Đỗ Mai Hoa và cộng sự (2012), “*chính sách tài chính y tế đối với các bệnh viện công tác động đến các cơ quan, tổ chức, và việc phân bổ kinh phí đối với các bệnh viện công*”. Chính sách TCYT không chỉ phản ánh chiến lược phát triển y tế của quốc gia mà còn là công cụ để điều tiết việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đảm bảo quyền lợi cho người dân và nâng cao hiệu quả hoạt động của các BVC.

Chính sách TCYT đối với các BVC là biểu hiện của “*chiến lược chính trị quốc gia trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe*”. Đây là những quyết định của các cơ quan có thẩm quyền liên quan đến việc tổ chức và cung cấp các DVYT như phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng tại các BVC. Để xây dựng và triển khai chính sách TCYT cho các BVC, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa HTYT và các ngành, cấp, các tổ chức cộng đồng cũng như sự hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế.

- *Các mục tiêu cốt lõi của chính sách TCYT*

Việc xây dựng Chính sách TCYT nhằm đạt được nhiều mục tiêu mang tính then chốt trong công tác quản lý và phát triển của ngành y tế. Các mục tiêu này có thể được khái quát thông qua các khía cạnh chính sau đây:

+ *Lập quy hoạch và kế hoạch TCYT*: Khía cạnh này nhằm mục đích định hướng cho sự phát triển về mặt tài chính của ngành y tế. Điều này bao gồm việc xây dựng dự toán ngân sách dành cho y tế và thực hiện việc phân bổ nguồn lực tài chính một cách hợp lý cho các BVC. Quá trình phân bổ này thường được căn cứ vào quy mô của đơn vị, các nhiệm vụ cụ thể được giao và hiệu quả hoạt động thực tế đã đạt được của từng đơn vị. Việc này nhằm đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về công bằng, minh bạch và cung cấp nguồn lực ổn định cho các hoạt động KCB.

+ *Xây dựng chính sách thu - chi trong lĩnh vực y tế*: Ban hành các quy định về giá các loại DVYT, thiết lập cơ chế thu viện phí từ người bệnh và xây dựng các chính sách miễn, giảm viện phí dành cho các nhóm đối tượng ưu tiên, người nghèo và các nhóm yếu thế khác. Cùng với đó, thiết lập một cơ chế quản lý chi tiêu tài chính nhằm mục đích tối ưu hóa việc sử dụng nguồn ngân sách, đảm bảo rằng nguồn tài chính được sử dụng đúng mục đích đã định, tránh tình trạng lãng phí và thất thoát.

+ *Đẩy mạnh chính sách đầu tư và xã hội hóa y tế*: Khuyến khích cả đầu tư từ NSNN và thu hút nguồn lực tài chính từ khu vực tư nhân để nâng cấp CSHT và trang thiết bị y tế. Nhà nước đưa ra các chính sách ưu đãi nhằm thúc đẩy phát triển mô hình hợp tác công tư (PPP) trong lĩnh vực y tế, qua đó góp phần nâng cao chất lượng của các dịch vụ công.

+ *Hoàn thiện chính sách BHYT*: Việc đổi mới các phương thức thanh toán áp dụng cho BHYT được thực hiện nhằm đạt được một số mục tiêu. Cụ thể là nâng cao hiệu quả trong công tác chi trả. Song song với đó là giảm bớt một cách đáng kể gánh nặng tài chính trực tiếp đặt lên vai người bệnh. Đồng thời, việc này cũng góp phần mở rộng khả năng tiếp cận các DVYT cho toàn thể người dân. Mục tiêu là mở rộng phạm vi bao phủ của BHYT, giảm thiểu tỷ lệ chi tiền túi trực tiếp của người dân từ đó góp phần hạn chế tình trạng các hộ gia đình rơi vào cảnh nghèo đói do chi phí y tế quá cao.

+ *Phát triển cơ chế tài chính riêng cho BVC*: Khía cạnh này tập trung vào việc tăng cường quyền TCTC dành cho các BVC. Việc thực hiện điều này nhằm tạo

ra những điều kiện thuận lợi. Từ đó, các đơn vị này có thể nâng cao năng lực quản lý tài chính của mình và trở nên chủ động hơn trong việc thực hiện các hoạt động liên quan đến tài chính. Điều này giúp các bệnh viện khai thác hiệu quả hơn nguồn thu từ việc cung cấp dịch vụ, đồng thời vẫn phải đảm bảo thực hiện tốt các nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng theo định hướng đã được Nhà nước đề ra.

Chính sách TCYT mang tính linh hoạt và thích ứng, biến đổi tùy theo từng giai đoạn phát triển của xã hội. Khi các chính sách đang có hiệu lực không còn cho thấy sự phù hợp với bối cảnh hiện tại, Nhà nước sẽ tiến hành ban hành các chính sách mới. Việc ban hành này nhằm mục đích thay thế hoặc bổ sung cho những chính sách cũ. Mục đích của việc này là nhằm kịp thời đáp ứng các mục tiêu quốc gia đã được xác lập cho ngành y tế. Trong bối cảnh chung này, nguồn NSNN được phân bổ cho lĩnh vực y tế luôn nhận được sự ưu tiên cao. Mục tiêu cốt lõi của sự ưu tiên này là nhằm bảo đảm sức khỏe cho toàn bộ người dân và tạo điều kiện thuận lợi để mọi người dân có thể tiếp cận các DVYT thiết yếu. Cần thiết phải tiếp tục gia tăng tỷ lệ chi NSNN hàng năm dành cho ngành y tế, đồng thời đảm bảo rằng tốc độ tăng trưởng của khoản chi này phải nhanh hơn so với tốc độ tăng chung của tổng chi NSNN.

Ngoài những mục tiêu và định hướng đã nêu, chính sách TCYT còn cần chú trọng vào việc đổi mới phương thức đầu tư vốn từ NSNN. Việc đổi mới này nhằm mục đích nâng cao khả năng cạnh tranh giữa các đơn vị sự nghiệp công lập và khu vực y tế tư nhân. Việc ban hành các quy định liên quan đến cơ chế đặt hàng, mua sắm DVYT và giao nhiệm vụ cụ thể cho các BVC cần được thực hiện một cách công khai và minh bạch. Điều này đồng thời phải đảm bảo việc sử dụng hiệu quả các nguồn lực xã hội đã được đầu tư vào lĩnh vực y tế. Đặc biệt, chính sách TCYT cần tiếp tục thúc đẩy những thay đổi trong phương thức thanh toán BHYT và khuyến khích mạnh mẽ sự đầu tư từ khu vực tư nhân. Những nỗ lực này sẽ góp phần quan trọng vào việc đảm bảo sự phát triển một cách bền vững cho toàn bộ HTYT công.

- Xây dựng chính sách quản lý tài chính gắn với mục tiêu phát triển bền vững hướng đến công bằng y tế

Việc xây dựng một HTYT hoạt động công bằng và bền vững là một trong những trọng tâm chiến lược, không chỉ của Chương trình Phát triển Bền vững 2030 toàn cầu của Liên Hợp Quốc mà còn của riêng Chiến lược phát triển ngành y tế Việt Nam đến năm 2030, tầm nhìn 2045. Việt Nam đã đề ra một mục tiêu cụ thể, đó là xây dựng một hệ thống y tế hiện đại. Hệ thống này cần đảm bảo tính công bằng và hiệu quả trong hoạt động. Mục tiêu cũng hướng tới việc đạt được sự bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Đồng thời, nó nhằm giảm thiểu một cách đáng kể tình trạng bất bình đẳng trong lĩnh vực y tế giữa các nhóm dân cư có sự khác biệt. Các Mục tiêu phát triển bền vững của Liên Hợp Quốc đặc biệt nhấn mạnh khía cạnh này. Mục tiêu số 3 (SDG 3) tập trung vào việc "đảm bảo cuộc sống khỏe mạnh và nâng

cao phúc lợi cho mọi người ở mọi lứa tuổi". Trong khi đó, Mục tiêu số 10 (SDG 10) đặt trọng tâm vào "giảm bất bình đẳng trong và giữa các quốc gia", trong đó bao gồm việc thúc đẩy tiếp cận công bằng đến các DVYT cho tất cả mọi người, đặc biệt là những nhóm dễ bị tổn thương trong xã hội (Liên Hợp quốc, 2015). Cả hai mục tiêu này cùng làm nổi bật tầm quan trọng của bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, khẳng định rằng mọi người đều phải có quyền tiếp cận các DVYT thiết yếu mà không gặp phải những rào cản hay khó khăn về tài chính (WHO, 2023).

Để hỗ trợ và thúc đẩy phát triển bền vững trong lĩnh vực y tế, công tác quản lý tài chính cần tuân thủ các nguyên tắc cốt lõi về tính công bằng, hiệu quả và minh bạch trong việc phân bổ cũng như sử dụng các nguồn lực. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2023), một hệ thống TCYT được xem là công bằng khi đảm bảo rằng mọi cá nhân, không kể trình độ thu nhập hay khu vực sinh sống, đều có cơ hội tiếp cận các DVYT thiết yếu mà không gặp phải rào cản tài chính trực tiếp. Nguyên tắc này đòi hỏi Nhà nước phải thực hiện các cơ chế TCYT có tính tái phân phối mạnh mẽ, nhằm hỗ trợ tài chính trực tiếp cho các nhóm dân số dễ bị tổn thương như người nghèo, người cao tuổi và những người sống ở các khu vực có điều kiện kinh tế khó khăn. Song song với đó, việc phân bổ ngân sách dành cho y tế cần được dựa trên nhu cầu y tế thực tế của từng vùng miền địa lý, thay vì chỉ phụ thuộc vào khả năng tài chính hiện có của địa phương đó. Cách tiếp cận này góp phần quan trọng vào việc giảm thiểu tình trạng chênh lệch về chất lượng DVYT và khả năng tiếp cận giữa các khu vực khác nhau trong cả nước (World Bank, 2022).

Để tiến tới sự bền vững lâu dài, hệ thống TCYT cần tập trung vào việc tối đa hóa hiệu quả sử dụng các nguồn lực tài chính hiện có. Một phương hướng chiến lược quan trọng là ưu tiên đầu tư vào các loại DVYT có chi phí tương đối thấp nhưng lại mang lại lợi ích sức khỏe cộng đồng cao, đặc biệt là y tế dự phòng và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Theo một báo cáo của UNDP năm 2021, các quốc gia dành sự chú trọng vào chi tiêu cho công tác phòng ngừa dịch bệnh, thay vì chỉ tập trung vào việc điều trị khi bệnh đã phát sinh, thường đạt được hiệu quả tài chính vượt trội và giảm đáng kể áp lực lên HTYT công. Bên cạnh định hướng đầu tư, việc tăng cường công tác giám sát và đánh giá hiệu quả của các khoản chi tiêu y tế là hết sức cần thiết. Việc này cần được thực hiện thông qua các cuộc kiểm toán độc lập và đảm bảo tính minh bạch trong quản lý ngân sách. Những biện pháp này giúp giảm thiểu tình trạng lãng phí nguồn lực và nâng cao chất lượng DVYT. Đây được xem là nền tảng vững chắc không chỉ giúp hệ thống TCYT duy trì sự ổn định mà còn có khả năng thích ứng linh hoạt với các biến động kinh tế - xã hội có thể xảy ra trong dài hạn (WHO, 2022).

Công tác quản lý TCYT được nhìn nhận là một trong những yếu tố then chốt để thành công trong việc hiện thực hóa Mục tiêu Phát triển Bền vững số 3 (SDG 3)

của Liên Hợp Quốc, vốn tập trung vào việc bảo đảm sức khỏe và nâng cao phúc lợi cho mọi người. Đồng thời, công tác này cũng góp phần quan trọng vào việc đạt được Mục tiêu số 10 (SDG 10) về giảm bất bình đẳng. Theo quan điểm được nêu trong báo cáo của WHO năm 2023, một HTYT được coi là thực sự bền vững cần phải sở hữu một cơ chế tài chính phù hợp. Cơ chế này phải có khả năng đảm bảo việc tiếp cận DVYT cho tất cả mọi người dân, đặc biệt là những nhóm có mức thu nhập thấp hoặc đang sinh sống tại các khu vực còn nhiều khó khăn. Trong bối cảnh hiện tại, việc tăng cường chi tiêu công từ nguồn NSNN dành cho ngành y tế được xem là một chiến lược có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Chiến lược này giúp đảm bảo rằng các BVC có đủ nguồn lực cần thiết để cung cấp các loại DVYT với chi phí thấp hoặc thậm chí là miễn phí cho người dân. Đồng thời, việc hỗ trợ tài chính cho y tế tại cấp cơ sở được xem là một giải pháp then chốt để cải thiện khả năng tiếp cận DVYT ở các vùng còn gặp khó khăn. Biện pháp này cũng giúp giảm thiểu tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến trên và góp phần nâng cao chất lượng của hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu (Liên Hợp quốc, 2015).

Ngoài các cơ chế liên quan đến việc phân bổ và sử dụng nguồn lực tài chính, việc xây dựng các biện pháp bảo vệ người dân trước gánh nặng tài chính phát sinh do chi phí y tế là một yêu cầu không thể thiếu để đảm bảo tính công bằng trong lĩnh vực y tế. Theo thông tin từ Ngân hàng Thế giới năm 2023, nhiều quốc gia đã đạt được thành công trong việc áp dụng các chính sách nhằm hỗ trợ chi trả chi phí y tế cho các nhóm dân cư yếu thế. Điều này được thực hiện thông qua các chương trình trợ cấp y tế hoặc các mô hình thanh toán dựa trên kết quả điều trị (pay-for-performance). Những biện pháp hỗ trợ này đã giúp cải thiện đáng kể khả năng người dân tiếp cận các DVYT mà không phải đối mặt với áp lực tài chính quá lớn, vượt quá khả năng chi trả của họ. Thêm vào đó, việc ứng dụng công nghệ số trong công tác quản lý TCYT ngày càng đóng vai trò quan trọng. Công nghệ số góp phần nâng cao tính minh bạch trong quản lý, giảm thiểu tình trạng thất thoát nguồn lực tài chính và tối ưu hóa việc sử dụng các nguồn lực hiện có. Để thành công trong việc hiện thực hóa SDG 3 và SDG 10 trong lĩnh vực y tế, các quốc gia cần kiên định thực hiện cải cách chính sách TCYT theo hướng bền vững. Việc này đòi hỏi sự kết hợp một cách đồng bộ giữa việc tăng cường đầu tư công, tối ưu hóa quá trình phân bổ nguồn lực tài chính và nâng cao hiệu quả của công tác giám sát tài chính. Mục tiêu cuối cùng là nhằm xây dựng một HTYT đảm bảo tính công bằng, hoạt động hiệu quả và có khả năng chống chịu tốt trước những biến động trong dài hạn (UNDP, 2021).

3.2.2.2. *Quản lý huy động, phân bổ ngân sách và nguồn lực tài chính*

Quá trình quản lý huy động nguồn lực tài chính trong hệ thống BVC được tiếp cận từ hai khía cạnh chính.

Thứ nhất là hoạt động huy động nguồn lực tài chính được thực hiện dựa trên cơ chế TCTC đã được giao cho các đơn vị. Các BVC đã được phân cấp quyền TCTC có khả năng chủ động tạo ra nguồn lực tài chính thông qua nhiều hình thức khác nhau. Những hình thức này bao gồm: các hoạt động xã hội hóa y tế; tham gia vào các dự án PPP; khai thác các DVYT được cung cấp theo nhu cầu của người dân; và các hình thức liên doanh, liên kết hợp pháp khác được phép. Quyền tự chủ trong việc huy động tài chính mang lại sự linh hoạt đáng kể cho các bệnh viện trong việc nhanh chóng đáp ứng các nhu cầu phát sinh trong thực tế hoạt động. Điều này giúp các đơn vị y tế công lập khai thác hiệu quả tối đa các nguồn lực sẵn có từ nội tại, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi để thu hút thêm các nguồn lực bổ sung từ các thành phần kinh tế và các tổ chức bên ngoài hệ thống công lập.

Thứ hai là vai trò quản lý của Nhà nước trong việc huy động và phân bổ các nguồn lực đối với phần hoạt động của các đơn vị chưa đạt mức độ tự chủ hoàn toàn. Đối với những bệnh viện hoặc những hoạt động cụ thể vẫn còn phụ thuộc vào nguồn NSNN, QLNN giữ vai trò chủ đạo trong toàn bộ quy trình huy động và phân bổ nguồn vốn. Quy trình này bao gồm việc lập dự toán ngân sách chi tiết, tiến hành phân bổ nguồn vốn đã được dự toán, thực hiện giám sát chặt chẽ quá trình sử dụng nguồn vốn đó và tiến hành điều chỉnh khi thấy cần thiết. Công tác quản lý này được thực hiện nhằm đảm bảo đạt được các mục tiêu quan trọng sau đây:

- Đầu tư nguồn NSNN một cách phù hợp và nhất quán với các định hướng phát triển y tế quốc gia đã được xác định và đề ra.

- Thực hiện phân bổ nguồn lực tài chính một cách công bằng và minh bạch. Việc phân bổ này cần dựa trên nhu cầu thực tế cụ thể của từng bệnh viện và từng địa phương, thay vì dựa vào khả năng tài chính sẵn có của địa phương đó.

- Tăng cường mức độ hỗ trợ tài chính dành cho các bệnh viện ở tuyến dưới, các BVC đang hoạt động ở vùng sâu, vùng xa và các khu vực còn gặp nhiều khó khăn về kinh tế. Mục tiêu là nhằm thúc đẩy sự công bằng trong việc tiếp cận các DVYT cho người dân ở những khu vực này.

- Phối hợp một cách chặt chẽ với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam trong công tác quản lý và sử dụng nguồn quỹ BHYT một cách hiệu quả. Việc này nhằm đảm bảo khả năng chi trả chi phí KCB cho những người dân tham gia BHYT, đặc biệt chú trọng đến các nhóm đối tượng yếu thế.

- Thực hiện giám sát chặt chẽ việc quản lý giá các DVYT, mức độ khai thác các nguồn lực tài chính của các đơn vị và đánh giá hiệu quả sử dụng các nguồn lực đó. Mục đích là để đảm bảo rằng mức giá và việc sử dụng nguồn lực không vượt quá khung phí DVYT đã được Nhà nước quy định và ban hành.

** Lập kế hoạch và phân bổ nguồn lực tài chính y tế*

Kế hoạch tài chính đóng vai trò là cơ sở nền tảng cho việc quản lý và phân bổ các nguồn lực TCYT một cách hiệu quả. Đối với các BVC, kế hoạch tài chính có

thể được hiểu theo nhiều cách khác nhau, bao gồm: (i) Là tập hợp các phương thức hành động được thiết lập nhằm hiện thực hóa các mục tiêu đã được xác định trước. (ii) Là một bản trình bày chi tiết, cụ thể về các hoạt động cần triển khai, nguồn lực tài chính cần thiết và các mốc thời gian dự kiến để đạt được các mục tiêu đề ra. (iii) Thể hiện sự phối hợp chặt chẽ giữa các mục tiêu phát triển, các biện pháp chiến lược và các công cụ thực hiện nhằm đáp ứng yêu cầu tiến bộ của hệ thống BVC. (iv) Là một cách tiếp cận có tính hệ thống, mang tính chiến lược, nhằm hướng tới việc đạt được các mục tiêu dài hạn thông qua việc khai thác và sử dụng tối ưu các nguồn lực hiện có cùng các nguồn lực bổ sung được dự kiến trong tương lai.

Mặc dù có nhiều cách diễn đạt khác nhau, kế hoạch tài chính trong lĩnh vực y tế công thường tập trung vào ba yếu tố chính: xác định mục tiêu, đề ra các giải pháp thực hiện và tối ưu hóa nguồn lực sẵn có. Kế hoạch này được xây dựng và triển khai trên hai cơ chế huy động chính: thuộc ngân sách và không thuộc ngân sách.

** Huy động và phân bổ nguồn ngân sách cho BVC*

Quy trình lập kế hoạch tài chính được áp dụng cho các BVC bao gồm việc xác định rõ ràng các mục tiêu chi tiết cần đạt được và lựa chọn các phương thức thực hiện thích hợp để hiện thực hóa những mục tiêu đó. Hoạt động này dựa trên những định hướng đã được các nhà quản lý trong ngành y tế đề xuất. Khi xây dựng kế hoạch tài chính hoặc ngân sách y tế, cần xem xét một cách cẩn trọng các yêu cầu tài chính ở cả ba mốc thời gian: dài hạn, trung hạn và ngắn hạn. Đồng thời, kế hoạch được xây dựng phải đảm bảo việc phân bổ nguồn lực tài chính diễn ra một cách hiệu quả. Mục đích là nhằm thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe mà các BVC có trách nhiệm đảm nhận, đồng thời đáp ứng nhu cầu của cộng đồng một cách tối ưu nhất có thể.

Quy trình xây dựng và phân bổ dự toán ngân sách y tế áp dụng cho các BVC diễn ra theo một chuỗi các bước có tính hệ thống, có thể mô tả chi tiết như sau:

Bước đầu tiên: Hướng dẫn lập dự toán và kiểm tra dự toán hàng năm. Quy trình lập và thông báo dự toán tài chính được thiết lập với các quy định cụ thể. Thủ tướng Chính phủ ban hành các chỉ đạo chung liên quan đến kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội và dự toán NSNN cho năm tiếp theo. Tiếp theo, Bộ Tài chính phát hành thông tư hướng dẫn chi tiết về quy trình lập dự toán ngân sách. Đồng thời, các bộ, cơ quan ngang bộ và cơ quan Trung ương thông báo số kiểm tra (các chỉ tiêu ngân sách ban đầu) của dự toán NSNN tới các đơn vị trực thuộc của mình.

Bước thứ hai: Lập, xét duyệt và tổng hợp dự toán NSNN. Chính phủ có trách nhiệm tổng hợp và trình các báo cáo dự toán ngân sách theo quy định lên Quốc hội để xét duyệt. Quốc hội là cơ quan có thẩm quyền quyết định thông qua dự toán ngân sách tổng thể và phương án phân bổ ngân sách Trung ương cho năm kế hoạch. Riêng trong lĩnh vực y tế, Bộ Y tế sẽ thực hiện phân bổ và quyết định mức ngân

sách cụ thể cho các BVC tại các địa phương, nhằm đảm bảo đáp ứng các mục tiêu đã được đề ra cho ngành.

Bước thứ ba: Thảo luận, quyết định và phân bổ ngân sách hàng năm. Các cơ quan thuộc Chính phủ cùng với các đơn vị địa phương tổ chức các phiên thảo luận chi tiết với các cơ quan trực thuộc để hoàn thiện dự toán cuối cùng. Quá trình thảo luận này do cơ quan tài chính ở các cấp chủ trì, đảm bảo sự phối hợp và thống nhất. Sau khi quá trình hoàn tất, Quốc hội sẽ đưa ra quyết định cuối cùng và giao dự toán NSNN cùng phương án phân bổ ngân sách. Thủ tướng Chính phủ sau đó thực hiện phân bổ dự toán thu, chi ngân sách cụ thể cho từng bộ, cơ quan và chính quyền địa phương được giao nhiệm vụ. Các cơ quan và chính quyền địa phương này tiếp tục hoàn thành việc phân bổ chi tiết dự toán ngân sách xuống các đơn vị trực thuộc và các cấp chính quyền địa phương cấp dưới.

** Cơ chế phân bổ ngân sách nhà nước cho bệnh viện công*

NSNN được phân bổ cho các BVC thường được phân chia theo hai nhóm chi tiêu chính: kinh phí hoạt động thường xuyên và kinh phí đầu tư phát triển.

Kinh phí hoạt động thường xuyên: Khoản chi này bao gồm các chi phí cần thiết để duy trì sự vận hành hàng ngày của bệnh viện. Các ví dụ điển hình là chi trả lương và phụ cấp cho đội ngũ nhân viên y tế, mua sắm thuốc và vật tư tiêu hao, cùng với chi phí bảo trì CSHT. Việc phân bổ nguồn kinh phí này thường dựa trên các tiêu chí như quy mô giường bệnh được giao, tổng số lượt KCB thực tế và các tiêu chí đánh giá chất lượng DVYT. Mức độ TCTC của từng BVC, theo quy định tại Nghị định số 60/2021/NĐ-CP, có tác động trực tiếp đến tỷ lệ nguồn kinh phí hoạt động thường xuyên mà bệnh viện nhận được từ NSNN.

Kinh phí đầu tư phát triển: Nhóm kinh phí này được sử dụng cho các mục đích đầu tư có tầm nhìn dài hạn. Bao gồm việc nâng cấp và hiện đại hóa CSHT, mua sắm các loại trang thiết bị y tế hiện đại, mở rộng quy mô bệnh viện và nâng cao chất lượng chuyên môn kỹ thuật của đội ngũ y bác sĩ. Việc phân bổ kinh phí đầu tư phát triển được thực hiện dựa trên các kế hoạch được xây dựng cho giai đoạn trung hạn và dài hạn bởi Bộ Y tế, nhằm đảm bảo sự phù hợp với định hướng phát triển chung của ngành y tế do Chính phủ đề ra. Các bệnh viện ở tuyến Trung ương và tuyến tỉnh, vốn đóng vai trò chủ đạo trong việc điều trị các ca bệnh nặng và chuyên sâu, thường nhận được sự ưu tiên đầu tư vào các thiết bị công nghệ cao. Ngược lại, nguồn lực dành cho các bệnh viện tuyến huyện và xã được tập trung vào việc nâng cấp CSHT cơ bản và tăng cường cả về số lượng lẫn trình độ của đội ngũ nhân lực y tế.

Bên cạnh việc phân bổ ngân sách theo các nhóm chi cụ thể, NSNN còn có những khoản hỗ trợ tài chính đặc biệt dành cho các bệnh viện đang hoạt động tại các vùng sâu, vùng xa và những khu vực khác còn nhiều khó khăn. Mục tiêu chính của việc hỗ trợ này là nhằm đảm bảo sự công bằng trong cơ hội tiếp cận DVYT cho người dân sinh

sống tại các khu vực này. Ví dụ, Quyết định 1049/QĐ-TTg ngày 26/6/2014 đã quy định danh mục các huyện thuộc khu vực khó khăn sẽ được hỗ trợ 100% kinh phí hoạt động thường xuyên từ ngân sách Trung ương. Điều này giúp các bệnh viện tại các huyện đó có đủ điều kiện cần thiết để cung cấp dịch vụ KCB cho người dân.

Vai trò của Quỹ BHYT: Quỹ BHYT đang đóng một vai trò ngày càng quan trọng và không thể thiếu trong cơ cấu TCYT quốc gia. Quỹ này không chỉ giúp giảm đáng kể gánh nặng tài chính cho NSNN mà còn là một cơ chế hỗ trợ hiệu quả, tạo điều kiện thuận lợi giúp người dân có thể tiếp cận các DVYT với mức chi phí hợp lý hơn. Việc quản lý và sử dụng nguồn quỹ BHYT được thực hiện tuân thủ theo các quy định đã được ban hành trong Luật BHYT. Luật này quy định rõ ràng trách nhiệm của các BVC trong việc phối hợp chặt chẽ với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam để kiểm soát chi phí KCB, thực hiện quy trình giám định hồ sơ và thanh toán viện phí theo các cơ chế thanh toán đã được quy định, ví dụ như theo định suất hoặc theo nhóm chẩn đoán liên quan (DRG). Để đảm bảo rằng việc sử dụng nguồn quỹ BHYT đạt được hiệu quả cao nhất, tránh tình trạng lạm dụng hoặc thất thoát, các bệnh viện cần tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về danh mục thuốc, vật tư y tế và các dịch vụ kỹ thuật được quỹ BHYT chấp nhận chi trả.

Tuy nhiên, trong khuôn khổ phạm vi giới hạn của đề tài nghiên cứu này, tác giả sẽ không đi sâu vào việc tổng hợp một cách chi tiết thực trạng quản lý và vận hành quỹ BHYT trên thực tế. Nội dung của Luận án chỉ tập trung vào việc đề cập đến các quy định pháp lý có liên quan đến quỹ BHYT và phân tích vai trò của quỹ này trong cơ cấu tài chính tổng thể của các BVC.

** Quyết toán NSNN cho BVC*

“Quyết toán NSNN là khâu cuối cùng trong một chu trình ngân sách nhằm tổng kết, đánh giá việc thực hiện ngân sách cũng như các chính sách ngân sách của năm ngân sách đã qua” (Lê Đình Thăng, 2009). Công tác quyết toán NSNN giữ vai trò then chốt trong toàn bộ quy trình quản lý tài chính công. Đây là nhiệm vụ có sự tham gia của nhiều cấp độ cơ quan và tổ chức khác nhau, từ các đơn vị trực tiếp sử dụng ngân sách, các cấp quản lý ngân sách, cơ quan giám sát và kiểm tra, cho đến cơ quan quyền lực nhà nước tối cao như Quốc hội hoặc Nghị viện. Hệ thống pháp luật của đa số các quốc gia trên thế giới, bao gồm cả Việt Nam, đều nhấn mạnh tầm quan trọng đặc biệt của công tác quyết toán NSNN. Tại nhiều quốc gia, việc quyết toán ngân sách được quy định phải thông qua quy trình xem xét và phê chuẩn của Quốc hội hoặc Nghị viện, điều này càng khẳng định tính cấp thiết và ý nghĩa to lớn của hoạt động quyết toán đối với sự ổn định và minh bạch của nền tài chính quốc gia.

Đối với các BVC, quyết toán ngân sách không chỉ đóng vai trò là công cụ để đánh giá kết quả thực hiện dự toán đã được giao, mà còn là cơ sở để tổng hợp và báo

cáo một cách có hệ thống các khoản chi tiêu từ NSNN. Công tác quyết toán là một nhiệm vụ bắt buộc đối với các BVC. Nhiệm vụ này giúp làm minh bạch tình hình sử dụng các nguồn NSNN được phân bổ và thông qua đó, góp phần tăng cường trách nhiệm giải trình trong hoạt động quản lý tài chính công tại đơn vị. Hơn nữa, quá trình quyết toán đóng vai trò là một bước then chốt trong toàn bộ chu trình ngân sách vì không chỉ hỗ trợ việc đánh giá hiệu quả chi tiêu ngân sách đã thực hiện, mà còn góp phần vào việc hoàn thiện các quy trình quản lý NSNN trong tương lai.

Việc quyết toán tài chính tại các BVC được phân chia theo hai khía cạnh chính, tương ứng với nguồn gốc của nguồn lực tài chính: nguồn thuộc NSNN cấp và nguồn không thuộc NSNN cấp.

- Về quyết toán đối với nguồn NSNN cấp

Mục tiêu của công tác quyết toán NSNN khi áp dụng cho các BVC là nhằm mục đích đánh giá hiệu quả tổng thể trong việc sử dụng các nguồn NSNN đã được phân bổ. Đồng thời, nó cũng nhằm đảm bảo tính minh bạch và độ chính xác ở mức cao trong toàn bộ quy trình quản lý tài chính công. Kết quả của quá trình quyết toán là cơ sở quan trọng để các cơ quan chức năng tiến hành phân tích sâu sắc, đánh giá đúng thực trạng tài chính và tình hình ngân sách quốc gia. Từ nền tảng đó, nhà nước có thể xây dựng các giải pháp và chính sách tài khóa phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả quản lý và sử dụng nguồn lực tài chính công trong giai đoạn tiếp theo.

Quyết toán ngân sách y tế dành cho các BVC thực chất là quá trình tổng hợp, đối chiếu và đánh giá chi tiết tình hình thu chi NSNN đã thực hiện trong suốt một năm tài chính. Đây là bước hoàn thiện cuối cùng trong chu trình quản lý ngân sách, có nhiệm vụ chính là xác nhận và đối chiếu kết quả thực hiện dự toán thu chi ngân sách đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt từ đầu kỳ. Qua đó, công tác quyết toán đảm bảo tính trách nhiệm giải trình và sự công khai, minh bạch trong hoạt động tài chính công của bệnh viện.

Để một quyết toán ngân sách y tế đối với các BVC đạt được yêu cầu và giải quyết hiệu quả các vấn đề đặt ra, cần tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc cốt lõi sau:

+ Nguyên tắc đầy đủ: Mọi hoạt động thu và chi ngân sách phát sinh đều phải được ghi nhận đầy đủ, hạch toán chính xác và tổng hợp vào báo cáo quyết toán NSNN. Bên cạnh việc thể hiện các khoản thu chi đã được cân đối, báo cáo quyết toán còn cần bao gồm các khoản mục có liên quan trực tiếp đến NSNN. Những khoản mục này có thể là quỹ dự trữ tài chính, quỹ bảo hiểm xã hội, quỹ hỗ trợ phát triển và quỹ hỗ trợ xuất khẩu. Hơn nữa, báo cáo quyết toán cũng phải trình bày một cách rõ ràng các khoản thuế đã được miễn hoặc giảm. Đồng thời, báo cáo cần thể hiện cả các khoản thu mà đơn vị được phép giữ lại để sử dụng và chi tiêu theo quy định. Phần lớn các quốc gia đều ban hành quy định chi tiết về nội

dung của báo cáo quyết toán NSNN và các tài liệu đi kèm để đảm bảo tính minh bạch và đầy đủ tối đa của quá trình quyết toán.

+ Nguyên tắc đồng bộ và thống nhất: Quyết toán TCYT đối với các BVC cần được thực hiện một cách đồng bộ và thống nhất xuyên suốt từ cấp cơ sở (bệnh viện) đến các cơ quan quản lý ngân sách cấp trên. Sự thống nhất này thể hiện trong toàn bộ quy trình từ hạch toán kế toán, lập báo cáo quyết toán, cho đến công tác tổng hợp, thẩm định và kiểm toán quyết toán NSNN. Để thực hiện thành công nguyên tắc này, điều kiện tiên quyết là phải xây dựng một hệ thống thông tin ngân sách tích hợp và thống nhất. Thông tin kế toán cần có sự kết nối chặt chẽ, từ các đơn vị trực tiếp sử dụng ngân sách đến hệ thống quản lý quỹ ngân sách và cơ quan kế toán ở các cấp ngân sách khác nhau. Đồng thời, sự thống nhất cũng cần được thể hiện rõ ràng trong toàn bộ quy trình quyết toán tại các BVC, bao gồm từ khâu hạch toán kế toán ban đầu, lập báo cáo quyết toán, xét duyệt, thẩm định, kiểm toán cho đến khâu cuối cùng là phê chuẩn quyết toán NSNN.

+ Nguyên tắc cân đối: Các khoản thu chi ngân sách cần phải đảm bảo sự cân đối hợp lý. Trong trường hợp xảy ra bội chi, phải có phương án cụ thể để bù đắp và tuân thủ đầy đủ các quy định về vay mượn và trả nợ công. Nguyên tắc cân đối không chỉ quan trọng trong quá trình quyết toán NSNN mà còn cần được quán triệt và thực hiện liên tục xuyên suốt toàn bộ chu trình ngân sách từ khâu lập dự toán đến thực hiện và quyết toán.

- Về quyết toán đối với nguồn tài chính không do NSNN cấp

Đối với các nguồn tài chính không do NSNN cấp, các BVC hoạt động theo cơ chế tự chủ có trách nhiệm lập báo cáo quyết toán đảm bảo tính đầy đủ và minh bạch. Các nguồn thu này bao gồm doanh thu từ hoạt động xã hội hóa, hợp tác công tư, dịch vụ KCB theo yêu cầu và các nguồn tài trợ, viện trợ. Các nguồn thu ngoài ngân sách này phải chịu sự kiểm toán và giám sát chặt chẽ để đảm bảo tuân thủ quy định pháp luật, ngăn ngừa thất thoát hoặc lạm dụng tài chính. Quyết toán đối với các nguồn tài chính không thuộc ngân sách cần làm rõ các nội dung sau: (i) Xác minh chi tiết và đầy đủ các nguồn thu từ hợp tác công tư và các hoạt động xã hội hóa. (ii) Báo cáo chi tiết về chi tiêu và sử dụng các nguồn viện trợ, tài trợ, đảm bảo tuân thủ đúng các điều khoản và mục đích tài trợ đã cam kết. (iii) Đánh giá hiệu quả sử dụng các nguồn tài chính tự chủ để làm cơ sở điều chỉnh và tối ưu hóa quy trình huy động và sử dụng nguồn lực trong tương lai.

Ngay từ giai đoạn lập dự toán y tế cho các BVC, cần phải đảm bảo sự cân đối dự kiến giữa thu và chi. Trong suốt quá trình thực hiện ngân sách, việc duy trì sự cân đối thu chi cần được theo dõi và điều chỉnh thường xuyên bằng các biện pháp quản lý hiệu quả. Khi thực hiện quyết toán ngân sách y tế tại các BVC, cũng

cần làm rõ những yếu tố đã giúp duy trì sự cân đối này trong suốt kỳ báo cáo, đồng thời rút ra các bài học kinh nghiệm quý báu trong việc điều hành ngân sách và cân đối tài chính cho các kỳ tiếp theo.

Cân đối trong quyết toán TCYT đối với các BVC còn thể hiện ở sự cân đối tổng thể trong nền kinh tế quốc dân. Công tác quyết toán giúp đánh giá liệu các khoản thu đã huy động vào ngân sách y tế của các BVC có đủ để đáp ứng các khoản chi tiêu đã phát sinh hay không. Qua quyết toán ngân sách y tế, có thể đánh giá tình trạng lạm thu (thu quá mức cần thiết) hoặc tình trạng mất cân đối nghiêm trọng với các khoản chi. Khi quán triệt nguyên tắc cân đối trong quyết toán ngân sách y tế, cần chú ý đến mức độ huy động tổng sản phẩm quốc nội (GDP) vào NSNN. Trường hợp tỷ lệ huy động quá cao có thể dẫn đến hạn chế đầu tư, giảm mức tiết kiệm của khu vực doanh nghiệp và khu vực tư nhân, từ đó ảnh hưởng tiêu cực đến tăng trưởng của nền kinh tế. Ngoài ra, sự cân đối quyết toán còn phản ánh được sự cân đối trong cơ cấu thu, chi; thể hiện mức huy động của từng khoản thu và mức chi của từng lĩnh vực. Trường hợp có sự mất cân đối giữa thu, chi hoặc giữa các lĩnh vực, quyết toán giúp xác định rõ nguyên nhân gốc rễ.

Để thực hiện quyết toán ngân sách y tế đối với các BVC dựa trên số liệu thực thu, thực chi phát sinh, một nguyên tắc quan trọng được đặt ra là báo cáo quyết toán phải được lập và tổng hợp từ cấp cơ sở (tức là từ chính các bệnh viện). Bộ Tài chính sau đó có trách nhiệm tổng hợp báo cáo quyết toán ngân sách của chính quyền Trung ương và địa phương để hình thành báo cáo quyết toán ngân sách y tế đối với các BVC cấp quốc gia. Nguyên tắc hạn định (nguyên tắc dựa trên thực tế) được hiểu là chỉ những khoản thực tế đã thu và thực tế đã chi mới được đưa vào báo cáo quyết toán ngân sách y tế đối với các BVC.

3.2.2.3. Kiểm tra giám sát tài chính y tế đối với bệnh viện công

Công tác kiểm tra và giám sát TCYT được thực hiện tại các BVC nhằm hướng tới đạt được một số mục tiêu chiến lược quan trọng:

(1) *Củng cố nhận thức và nâng cao sự tuân thủ*: Tăng cường hiểu biết và đảm bảo sự chấp hành nghiêm túc các quy định pháp luật liên quan đến TCYT cho đội ngũ cán bộ QLNN tài chính và viên chức làm việc tại các cơ sở y tế công. (2) *Phát hiện và hoàn thiện khung pháp lý*: Kịp thời nhận diện những khía cạnh chưa hoàn thiện hoặc thiếu sót trong hệ thống văn bản quy phạm pháp luật hiện hành. Từ đó, các biện pháp sửa đổi và bổ sung phù hợp sẽ được đề xuất. Mục đích là nhằm hoàn thiện khung pháp lý đang áp dụng cho lĩnh vực TCYT. Song song với đó, việc này cũng cho phép phát hiện sớm các hành vi vi phạm pháp luật có thể xảy ra trong quá trình thực thi. Từ đó, có thể kịp thời đưa ra các biện pháp điều chỉnh và khắc phục cần thiết, nhằm ngăn chặn tình trạng sai phạm lan rộng. (3) *Xử lý vi phạm*

và *củng cố kỷ cương*: Kịp thời phát hiện các hành vi vi phạm pháp luật và áp dụng các biện pháp xử lý một cách nghiêm minh, dứt điểm. Song song với đó, ghi nhận và biểu dương kịp thời những cá nhân hoặc đơn vị có thành tích tốt trong việc chấp hành các quy định. Việc này góp phần củng cố kỷ cương, phép tắc pháp lý trong công tác TCYT tại các BVC. (4) *Đề xuất điều chỉnh chính sách*: Việc đưa ra các khuyến nghị và đề xuất một cách kịp thời cần được thực hiện. Những đề xuất này liên quan đến việc điều chỉnh hoặc cập nhật các chính sách TCYT hiện đang được áp dụng. Mục tiêu của việc này là nhằm không ngừng nâng cao hiệu lực và cải thiện hiệu quả của công tác QLNN. Sự nâng cao này áp dụng cho lĩnh vực y tế nói chung và đặc biệt là đối với các BVC nói riêng.

Nội dung của công tác giám sát và kiểm tra tài chính tại các BVC bao gồm một chuỗi các hoạt động được thực hiện liên tục và có hệ thống. Các hoạt động này bao gồm theo dõi, thanh tra, kiểm tra và kiểm toán tài chính. Mục tiêu bao trùm của chuỗi hoạt động này là đảm bảo việc tuân thủ nghiêm ngặt và thực thi đúng đắn các quy định pháp luật về tài chính. Đồng thời, kịp thời phát hiện, chấn chỉnh và khắc phục các vi phạm liên quan, từ đó ngăn ngừa các hành vi sai phạm có thể xảy ra trong lĩnh vực TCYT tại các cơ sở công lập.

Trong chuỗi các hoạt động liên quan, công tác theo dõi và giám sát một chương trình được hiểu là quá trình thu thập dữ liệu diễn ra một cách định kỳ. Mục đích của việc này là nhằm đo lường tiến độ thực hiện đã đạt được. Đồng thời, nó giúp nhận diện những thay đổi có thể phát sinh trong suốt quá trình triển khai chương trình đó. Đối với các BVC nói riêng, hoạt động giám sát này tập trung vào việc đảm bảo rằng nguồn kinh phí đã được phân bổ được sử dụng một cách hiệu quả và đúng với mục đích đã được phê duyệt. Việc sử dụng này phải luôn nằm trong giới hạn của các quy định cho phép. Hoạt động giám sát đôi khi còn được coi như một hình thức đánh giá sơ bộ, bởi nó tập trung vào quá trình thực hiện và đặt ra các câu hỏi cốt lõi như: Việc triển khai hoạt động TCYT tại các BVC đang đạt được mức độ hiệu quả như thế nào? Có tồn tại sự khác biệt đáng kể nào trong cách thức thực hiện giữa các bệnh viện khác nhau không? Hoạt động đang triển khai có thực sự mang lại lợi ích cho đúng đối tượng mục tiêu cần hướng đến hay không? Tổng chi phí phát sinh cho hoạt động này là bao nhiêu? Tiến độ hoàn thành các công việc có được đảm bảo theo đúng kế hoạch đã đề ra hay không?

Trong phạm vi công tác QLNN, các hoạt động thanh tra và kiểm tra đóng vai trò là những công cụ cực kỳ hữu hiệu, được sử dụng nhằm mục đích phòng ngừa các hành vi sai phạm ngay từ ban đầu. Bên cạnh đó, các hoạt động này giúp kịp thời phát hiện, ngăn chặn và xử lý một cách dứt điểm các hành vi vi phạm pháp luật xảy ra trong quá trình thực thi. Nhìn chung, hoạt động thanh tra và kiểm tra đóng góp một phần quan trọng vào công tác phòng, chống tham nhũng trong bộ máy nhà

nước. Đồng thời, hoạt động này giúp bảo đảm sự liên chính, tuân thủ đúng các quy định của đội ngũ cán bộ, công chức QLNN và những người trực tiếp thực thi nhiệm vụ trong lĩnh vực quản lý TCYT đối với các BVC.

Công tác kiểm toán nắm giữ một vai trò đặc biệt quan trọng và có tính chất không thể thiếu trong lĩnh vực TCYT, đặc biệt là đối với các BVC. Đây được định nghĩa là một hoạt động kiểm tra được thực hiện một cách độc lập, đặc biệt là vai trò của Kiểm toán nhà nước không chịu sự chi phối từ các đơn vị được kiểm tra cũng như các cơ quan liên quan khác. Mục đích là nhằm xác minh tính chính xác, trung thực và hợp lý của các tài liệu, số liệu kế toán được ghi chép, cũng như tính khách quan của các báo cáo tài chính do các BVC lập và công bố. Mục tiêu cuối cùng là đảm bảo rằng việc lập và trình bày các tài liệu, báo cáo này tuân thủ đầy đủ các chuẩn mực kế toán hiện hành và các quy định pháp luật có liên quan.

Mục đích chính yếu của hoạt động kiểm toán TCYT được thực hiện tại các BVC là nhằm mục đích gia tăng mức độ tin cậy của những người sử dụng thông tin. Những người sử dụng này bao gồm các cơ quan quản lý, nhà đầu tư và công chúng. Sự tin cậy này áp dụng đối với các báo cáo tài chính và các thông tin tài chính khác do chính các BVC công bố. Để có thể đạt được mục đích quan trọng này, kiểm toán viên nhà nước có trách nhiệm đưa ra ý kiến chuyên môn của mình. Ý kiến này thể hiện nhận định của họ về việc: liệu các báo cáo tài chính và thông tin tài chính được lập và trình bày có đảm bảo tính trung thực và hợp lý trên tất cả các khía cạnh trọng yếu hay không. Đồng thời, ý kiến cũng đánh giá xem việc lập và trình bày đó có phù hợp với khuôn khổ quy định hiện hành về lập và trình bày báo cáo tài chính đang được áp dụng hay không.

Khi thực hiện kiểm toán TCYT tại các BVC, các mục tiêu chung mà kiểm toán viên nhà nước cần đạt được là:

- + Mục tiêu là đạt được một sự đảm bảo ở mức độ hợp lý rằng các báo cáo tài chính và thông tin tài chính đi kèm của đơn vị, khi xét trên các khía cạnh mang tính trọng yếu, sẽ không còn chứa đựng những sai sót trọng yếu. Những sai sót trọng yếu này có khả năng phát sinh từ các hành vi gian lận có chủ đích hoặc do các nhầm lẫn không cố ý.

- + Xác định rõ ràng liệu các báo cáo tài chính có được lập và trình bày một cách phù hợp, tuân thủ đúng với khuôn khổ quy định hiện hành về lập và trình bày báo cáo tài chính đang được áp dụng cho các đơn vị y tế công lập hay không.

- + Xây dựng và phát hành báo cáo kiểm toán một cách đầy đủ, chính xác. Đồng thời, công bố kết quả của cuộc kiểm toán một cách minh bạch, phù hợp với tất cả các phát hiện đã thu thập được trong quá trình kiểm toán.

3.2.3. Phương pháp quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

Theo nghĩa hẹp, phương pháp quản lý được hiểu là tổng thể những cách thức tác động có định hướng của chủ thể quản lý lên đối tượng quản lý và khách thể quản lý nhằm đạt được các mục tiêu đề ra. Khi mở rộng phạm vi, theo nghĩa rộng hơn, phương pháp quản lý còn bao gồm cả cách thức hoạt động nội tại của bản thân chủ thể quản lý, cũng như cách thức giải quyết các vấn đề cụ thể phát sinh trong quá trình vận hành quản lý.

Trong khuôn khổ Luận án, NCS sử dụng khái niệm: Phương pháp QLNN về TCYT đối với BVC là tập hợp các cách thức đa dạng mà Nhà nước lựa chọn áp dụng để tổ chức, điều chỉnh và kiểm soát các hoạt động tài chính trong lĩnh vực y tế công lập. Mục tiêu cốt lõi là đảm bảo việc huy động, phân bổ và sử dụng các nguồn lực tài chính diễn ra một cách hiệu quả, bền vững và phù hợp với các mục tiêu phát triển tổng thể của HTYT quốc gia đã đề ra.

Phương pháp quản lý này không chỉ giới hạn ở việc quản lý dòng chảy tài chính trong ngành y tế. Nó còn có vai trò điều chỉnh các mối quan hệ tương tác phức tạp giữa các cơ quan QLNN, hệ thống BVC, quỹ BHYT và các nguồn tài chính huy động từ xã hội hóa. Việc điều chỉnh các mối quan hệ này nhằm mục đích đảm bảo khả năng cung ứng các DVYT đạt chất lượng cao, được tiếp cận một cách công bằng cho mọi người dân và đáp ứng hiệu quả nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng đa dạng của cộng đồng.

Dựa trên nền tảng hệ thống các phương pháp QLNN thường được áp dụng trong lĩnh vực kinh tế, có thể xác định ba nhóm phương pháp chính. Những nhóm phương pháp này được áp dụng trong công tác quản lý TCYT đối với các BVC. Các nhóm phương pháp này bao gồm: Phương pháp Hành chính (Administrative Method); Phương pháp Kinh tế (Economic Method); Phương pháp Giáo dục và Tâm lý (Educational and Psychological Method).

**** Phương pháp hành chính***

Phương pháp hành chính trong quản lý TCYT đối với BVC là cách thức Nhà nước sử dụng quyền lực hành chính để tác động trực tiếp đến các hoạt động tài chính của BVC thông qua hệ thống văn bản pháp luật, quy định, mệnh lệnh hành chính mang tính bắt buộc. Phương pháp này đóng vai trò thiết yếu trong việc đảm bảo sự chặt chẽ, kỷ luật và tuân thủ pháp luật trong quản lý TCYT. Việc áp dụng phương pháp này giúp hạn chế đáng kể rủi ro thất thoát ngân sách và bảo đảm rằng nguồn lực tài chính công được sử dụng một cách đúng mục đích, minh bạch và hiệu quả. Nhà nước thực thi phương pháp hành chính thông qua việc ban hành hệ thống các quy định pháp lý mang tính ràng buộc, áp dụng quy trình giám sát nghiêm ngặt và tiến hành các hoạt động kiểm tra, thanh tra tài chính một cách thường xuyên nhằm kiểm soát toàn bộ hoạt động thu - chi tại các BVC.

Một trong những nội dung cốt lõi của phương pháp hành chính là việc xây dựng và ban hành một hệ thống văn bản quy phạm pháp luật đầy đủ và đồng bộ về TCYT. Hệ thống này nhằm bảo đảm mọi hoạt động tài chính của BVC đều được thực hiện trong khuôn khổ pháp luật đã định. Nhà nước sử dụng các văn bản luật như Luật NSNN để quy định rõ nguồn thu, nguyên tắc phân bổ và sử dụng ngân sách cho các BVC; Luật Khám bệnh, chữa bệnh để thiết lập các tiêu chuẩn tài chính liên quan đến hoạt động cung cấp dịch vụ KCB, bao gồm cả quy định về giá DVYT và cơ chế miễn giảm viện phí cho các nhóm đối tượng chính sách. Luật BHYT xác định quyền lợi của người bệnh tham gia bảo hiểm, mức đóng phí và phương thức thanh toán chi phí KCB bằng BHYT. Bên cạnh đó, các nghị định và thông tư hướng dẫn chi tiết về cơ chế tài chính áp dụng cho BVC cũng đóng vai trò quan trọng trong việc quy định cụ thể mức giá DVYT, quy trình thanh toán BHYT, định mức chi tiêu tài chính và việc thực hiện cơ chế TCTC. Đặc biệt, cơ chế TCTC là một nội dung trọng tâm của phương pháp hành chính, được quy định chi tiết về cách thức phân bổ ngân sách, cơ chế thu - chi nội bộ, cũng như quyền hạn và nghĩa vụ tài chính của BVC theo từng mức độ tự chủ khác nhau. Điều này bảo đảm bệnh viện có thể vận hành hiệu quả, không lạm dụng hoặc gây thất thoát nguồn lực công nhưng vẫn duy trì được nhiệm vụ cung cấp DVYT mang tính công ích cho cộng đồng.

Quản lý và kiểm soát giá DVYT là một nội dung trọng tâm khác của phương pháp hành chính, nhằm bảo đảm tính công bằng và khả năng tiếp cận DVYT cho mọi đối tượng trong xã hội. Khác với bệnh viện tư nhân có quyền tự quyết định giá dịch vụ, BVC phải tuân thủ nghiêm ngặt khung giá do Nhà nước ban hành. Quy định này nhằm bảo đảm chi phí KCB là hợp lý và không trở thành gánh nặng tài chính quá lớn cho người dân. Bộ Y tế và Bộ Tài chính cùng ban hành mức giá DVYT thông qua các thông tư, nghị định liên tịch, trong đó quy định rõ định mức chi phí cho từng loại dịch vụ cụ thể, bao gồm chi phí thuốc, vật tư, công khám và công điều trị. Cơ chế này cũng bao gồm các chính sách miễn giảm toàn bộ hoặc một phần viện phí cho nhóm đối tượng chính sách, người nghèo, người có công với cách mạng và trẻ em dưới 6 tuổi, nhằm bảo đảm mọi công dân đều có quyền tiếp cận các DVYT cơ bản cần thiết. Bên cạnh đó, Nhà nước thiết lập cơ chế giám sát giá DVYT nhằm kiểm soát chặt chẽ việc BVC thu phí cao hơn mức quy định hoặc lạm dụng dịch vụ để trục lợi từ nguồn BHYT. Việc kiểm soát giá DVYT bằng phương pháp hành chính giúp duy trì sự ổn định của hệ thống TCYT công, hạn chế tình trạng lạm thu hoặc phân biệt đối xử trong cung cấp DVYT.

Phương pháp hành chính trong quản lý TCYT bao gồm hoạt động giám sát, thanh tra và xử lý nghiêm các hành vi vi phạm tài chính. Các hoạt động này nhằm kiểm soát chặt chẽ hoạt động thu - chi và quản lý ngân sách trong các BVC. Nhà nước thực hiện giám sát tài chính thông qua các cuộc kiểm tra định kỳ và kiểm tra

đột xuất do các cơ quan có thẩm quyền như Bộ Y tế, Bộ Tài chính và Kiểm toán nhà nước tiến hành. Các cuộc kiểm tra này nhằm đánh giá việc tuân thủ các quy định về tài chính, quyết toán ngân sách, sử dụng quỹ BHYT và quản lý nguồn viện trợ. Các sai phạm như lạm thu viện phí, kê khai sai hoặc không chi phí KCB, sử dụng quỹ BHYT sai mục đích hoặc các hành vi trục lợi từ nguồn tài chính công đều bị phát hiện và xử lý nghiêm theo quy định pháp luật hiện hành. Các hình thức xử phạt có thể từ cảnh cáo, phạt hành chính cho đến đình chỉ hoạt động hoặc truy cứu trách nhiệm hình sự tùy theo mức độ và tính chất của vi phạm. Ngoài ra, các BVC có nghĩa vụ công khai báo cáo tài chính, quyết toán ngân sách và danh mục thu - chi trên các kênh thông tin chính thức của ngành y tế và cơ quan quản lý tài chính. Yêu cầu công khai này nhằm tăng cường tính minh bạch và trách nhiệm giải trình trong quản lý TCYT. Việc thực hiện thanh tra, kiểm tra thường xuyên giúp hạn chế tình trạng tham nhũng, thất thoát ngân sách và sử dụng tài chính sai mục đích trong hệ thống BVC, từ đó nâng cao hiệu quả quản lý TCYT.

Tóm lại, phương pháp hành chính đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong việc điều tiết, kiểm soát và nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực TCYT tại các BVC. Thông qua hệ thống văn bản pháp luật chặt chẽ, cơ chế quản lý giá DVYT và các hoạt động giám sát, thanh tra tài chính, Nhà nước bảo đảm rằng các BVC hoạt động minh bạch, tuân thủ pháp luật, không để xảy ra tình trạng thất thoát ngân sách, đồng thời bảo vệ quyền lợi tài chính của người dân khi tiếp cận các DVYT công ích. Việc thực hiện phương pháp hành chính một cách nghiêm minh, chặt chẽ và đồng bộ là điều kiện tiên quyết để hệ thống TCYT vận hành một cách bền vững, đảm bảo cung ứng DVYT công bằng và hiệu quả trong dài hạn.

** Phương pháp kinh tế*

Trong công tác QLNN đối với TCYT tại các BVC, phương pháp kinh tế đại diện cho cách thức Nhà nước tác động một cách gián tiếp lên các hoạt động tài chính của các cơ sở y tế này. Việc tác động được thực hiện thông qua việc sử dụng các cơ chế tài chính và chính sách kinh tế phù hợp. Khác với phương pháp hành chính vốn tập trung vào các quy định có tính bắt buộc, phương pháp kinh tế chú trọng vào việc tận dụng các công cụ tài chính, các cơ chế khuyến khích và các đòn bẩy kinh tế khác nhau. Mục đích là nhằm điều chỉnh hành vi tài chính của các BVC theo hướng đạt được hiệu quả hoạt động tối ưu. Phương pháp kinh tế có ý nghĩa quan trọng đặc biệt trong bối cảnh các BVC ngày càng được trao quyền TCTC mạnh mẽ hơn. Việc này giúp giảm dần sự phụ thuộc truyền thống vào nguồn NSNN, đồng thời thúc đẩy và nâng cao tính chủ động, sáng tạo của các đơn vị trong công tác quản lý TCYT.

Một trong những nội dung quan trọng bậc nhất của phương pháp kinh tế là việc thiết lập và áp dụng cơ chế TCTC cùng với các nguyên tắc hạch toán kinh tế vào

hoạt động của các BVC. Theo các quy định được nêu tại Nghị định số 60/2021/NĐ-CP, các BVC được phân loại theo các mức độ TCTC khác nhau. Hệ thống phân loại này bao gồm các bệnh viện tự chủ hoàn toàn (tự đảm bảo cả chi thường xuyên và chi đầu tư), các BV tự chủ một phần (chỉ tự đảm bảo được chi thường xuyên hoặc chi đầu tư) và các BV vẫn còn phụ thuộc vào NSNN (được Nhà nước đảm bảo toàn bộ cả chi thường xuyên và chi đầu tư). Các BVC đạt mức tự chủ hoàn toàn có quyền đưa ra quyết định đối với hầu hết các hoạt động liên quan đến thu nhập, chi tiêu và đầu tư phát triển của đơn vị. Tuy nhiên, họ phải có trách nhiệm đảm bảo cân đối tài chính và chịu trách nhiệm hoàn toàn về kết quả và hiệu quả hoạt động của mình. Trong khi đó, các BVC tự chủ một phần thể hiện sự chủ động nhất định trong việc khai thác các DVYT và quản lý tài chính, nhưng vẫn tiếp tục nhận được một phần hỗ trợ tài chính từ nguồn NSNN. Đối với các bệnh viện vẫn phụ thuộc hoàn toàn vào NSNN, hoạt động của họ chủ yếu dựa vào nguồn cấp phát từ Nhà nước và chịu sự kiểm soát tài chính rất chặt chẽ từ các cơ quan quản lý cấp trên. Cơ chế phân loại và trao quyền tự chủ này đóng vai trò tạo ra một động lực mạnh mẽ cho các BVC, thúc đẩy việc nỗ lực không ngừng để nâng cao chất lượng DVYT.

Bên cạnh việc triển khai cơ chế tự chủ, Nhà nước còn tích cực khuyến khích các BVC mở rộng và đa dạng hóa các hình thức huy động nguồn lực tài chính từ các nguồn ngoài NSNN. Việc này nhằm mục đích chính là giảm bớt gánh nặng tài chính đang đè lên NSNN. Cơ chế tài chính được thiết kế để khuyến khích đầu tư và đẩy mạnh xã hội hóa y tế được thực hiện thông qua nhiều phương thức khác nhau. Các phương thức này bao gồm: mô hình hợp tác PPP, các hoạt động xã hội hóa y tế và các hình thức liên doanh, liên kết với các tổ chức y tế khác cả trong và ngoài nước. Các BVC được tạo điều kiện thuận lợi để hợp tác với các doanh nghiệp hoặc đối tác tư nhân trong nhiều lĩnh vực, ví dụ như đầu tư xây dựng CSHT, mua sắm các loại trang thiết bị y tế hiện đại, hoặc triển khai các DVYT chất lượng cao theo nhu cầu. Đồng thời, Nhà nước cung cấp các chính sách ưu đãi về thuế, đất đai, tín dụng, cùng với việc đơn giản hóa các thủ tục hành chính. Những biện pháp này nhằm tạo ra một môi trường thuận lợi và hấp dẫn cho các nhà đầu tư. Tuy nhiên, để ngăn chặn tình trạng thương mại hóa DVYT diễn ra quá mức, tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng tiêu cực đến tính công bằng và quyền lợi của người bệnh, Nhà nước cần thiết lập một cơ chế giám sát chặt chẽ. Cơ chế này phải đảm bảo rằng các hoạt động xã hội hóa y tế không làm ảnh hưởng xấu đến quyền lợi của bệnh nhân và không gây ra sự chênh lệch quá lớn về chất lượng dịch vụ giữa các BVC khác nhau.

Ngoài các khía cạnh trên, phương pháp kinh tế trong quản lý TCYT còn được thể hiện rõ nét qua cơ chế định giá DVYT. Cơ chế này được xây dựng dựa trên các nguyên tắc kinh tế cơ bản. Mục đích là nhằm đảm bảo sự cân bằng giữa tính bền vững tài chính của bản thân các BVC và khả năng người dân có thể tiếp cận các

DVYT cần thiết. Hiện nay, quy trình xây dựng giá DVYT dựa trên nguyên tắc tính đúng, tính đủ các chi phí cấu thành, nhưng vẫn phải đảm bảo rằng mức giá cuối cùng không tạo ra gánh nặng tài chính quá lớn cho đại bộ phận người dân. Bộ Y tế và Bộ Tài chính cùng phối hợp ban hành khung giá DVYT. Khung giá này được xây dựng dựa trên chi phí vận hành thực tế được ghi nhận tại các bệnh viện. Trong khung giá này, giá của các DVYT cơ bản được áp dụng theo mức giá quy định chung của Nhà nước, trong khi các dịch vụ y tế chất lượng cao hơn có thể được áp dụng một cơ chế giá linh hoạt hơn, phù hợp với quy luật của thị trường. Bên cạnh cơ chế giá, hệ thống BHYT đóng vai trò ngày càng quan trọng trong việc hỗ trợ tài chính cho người bệnh, đặc biệt là các đối tượng chính sách, người nghèo, người cao tuổi. BHYT giúp giảm bớt đáng kể gánh nặng chi phí KCB cho họ. Việc áp dụng phương pháp kinh tế vào quản lý giá DVYT không chỉ giúp các BVC có nguồn thu tốt hơn để có thể tái đầu tư nâng cao chất lượng dịch vụ mà còn tạo ra một động lực nội tại để các đơn vị tối ưu hóa hiệu quả chi phí hoạt động và giảm thiểu tình trạng lạm thu hoặc thu vượt mức quy định.

Phương pháp kinh tế còn bao gồm việc áp dụng các công cụ tài chính khác nhau nhằm khuyến khích và nâng cao hiệu suất hoạt động của các BVC. Một số cơ chế đang được triển khai bao gồm cơ chế thưởng tài chính. Theo cơ chế này, các bệnh viện đạt được kết quả hoạt động tốt và thể hiện hiệu quả tài chính cao sẽ được hưởng các ưu đãi, ví dụ như ưu tiên trong phân bổ ngân sách, có thêm cơ hội đầu tư phát triển và được phép mở rộng các loại hình dịch vụ. Ngược lại, các bệnh viện có tình hình tài chính yếu kém hoặc sử dụng NSNN thiếu hiệu quả có thể đối mặt với việc bị cắt giảm nguồn tài trợ hoặc điều chỉnh lại cơ chế TCTC đang áp dụng. Ngoài ra, Nhà nước cũng khuyến khích áp dụng cơ chế đấu thầu các DVYT. Theo cơ chế này, một số dịch vụ nhất định không nhất thiết phải do các BVC trực tiếp cung cấp mà có thể được đưa ra đấu thầu để thu hút các nhà cung cấp dịch vụ có năng lực tốt hơn từ khu vực y tế tư nhân tham gia. Việc sử dụng các công cụ tài chính này giúp các BVC nâng cao hiệu quả hoạt động tổng thể, giảm bớt sự phụ thuộc vào nguồn NSNN và hạn chế tình trạng lãng phí nguồn lực. Điều này từ đó trực tiếp góp phần cải thiện chất lượng các DVYT được cung cấp cho người dân.

Có thể thấy, phương pháp kinh tế hỗ trợ công tác quản lý TCYT theo hướng khuyến khích mạnh mẽ tính chủ động và sự sáng tạo của các BVC. Phương pháp này giúp tối ưu hóa việc huy động các nguồn thu, kiểm soát chặt chẽ chi tiêu và nâng cao hiệu suất hoạt động chung của đơn vị. Việc áp dụng các cơ chế tài chính linh hoạt không chỉ mang lại lợi ích là giảm bớt gánh nặng tài chính cho NSNN. Hơn thế nữa, nó còn tạo ra một động lực nội tại mạnh mẽ, thúc đẩy các BVC phát triển theo hướng bền vững. Thông qua các cơ chế này, họ vừa có khả năng thực hiện tốt các nhiệm vụ y tế công cộng đã được giao, vừa có thể nâng cao chất lượng DVYT theo các nguyên

tắc vận hành của cơ chế thị trường. Tuy nhiên, để ngăn chặn nguy cơ phương pháp kinh tế dẫn đến tình trạng thương mại hóa DVYT một cách thái quá. Tình trạng này có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến tính công bằng và quyền lợi chính đáng của người bệnh. Do đó, cần thiết phải có sự kết hợp một cách hài hòa và chặt chẽ giữa phương pháp kinh tế với các phương pháp khác trong công tác quản lý TCYT.

** Phương pháp giáo dục và tâm lý*

Phương pháp giáo dục và tâm lý trong công tác quản lý TCYT đối với các BVC là cách thức mà Nhà nước lựa chọn để tác động một cách gián tiếp lên nhận thức, cách suy nghĩ và hành vi của những đối tượng làm công tác quản lý. Mục tiêu là nhằm nâng cao tinh thần tự giác, ý thức trách nhiệm và sự nghiêm túc trong việc chấp hành các quy định về TCYT. Nếu phương pháp hành chính mang tính chất bắt buộc, phương pháp kinh tế tạo ra những động lực thông qua cơ chế tài chính, thì phương pháp giáo dục và tâm lý lại tập trung vào việc bồi dưỡng một tư duy quản lý tài chính có tầm nhìn bền vững, nâng cao chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp và xây dựng ý thức sử dụng các nguồn lực y tế một cách hiệu quả. Điều này mang ý nghĩa đặc biệt quan trọng, nhất là trong bối cảnh công tác quản lý TCYT đang ngày càng trở nên phức tạp hơn. Bối cảnh này đòi hỏi đội ngũ quản lý tại các BVC không chỉ cần có năng lực chuyên môn vững vàng mà còn cần sở hữu một tư duy minh bạch, có trách nhiệm cao và khả năng sáng tạo trong công việc.

Phương pháp giáo dục và tâm lý khi áp dụng trong quản lý TCYT đối với các BVC tập trung vào việc tác động trực tiếp lên yếu tố con người. Phương pháp này chú trọng vào việc xây dựng nhận thức đúng đắn, hình thành thái độ tích cực và xây dựng một văn hóa làm việc chuyên nghiệp, hướng tới đạt được hiệu quả quản lý tài chính một cách bền vững. Một trong những nội dung quan trọng được tập trung nhấn mạnh của phương pháp này là nâng cao nhận thức về tầm quan trọng mang tính chiến lược của công tác quản lý TCYT đối với sự phát triển không chỉ của riêng từng BVC mà còn của toàn bộ HTYT quốc gia.

Nhà nước cần dành sự chú trọng đặc biệt vào việc tổ chức các chương trình đào tạo và bồi dưỡng chuyên sâu cho đội ngũ cán bộ đang đảm nhận công tác quản lý tài chính tại các BVC. Các chương trình đào tạo này không chỉ đơn thuần là trang bị các kiến thức nền tảng về chính sách TCYT, cơ chế quản lý NSNN, chính sách BHYT và các phương thức hiệu quả để huy động nguồn lực tài chính. Mà còn cần tập trung vào việc nâng cao các kỹ năng mang tính thiết yếu trong thực tiễn công việc, ví dụ như kỹ năng lập kế hoạch tài chính, kiểm soát chặt chẽ ngân sách chi tiêu và đánh giá hiệu quả sử dụng các nguồn lực đã được phân bổ. Việc bồi dưỡng này giúp cán bộ tài chính tại các bệnh viện có khả năng vận dụng một cách linh hoạt và sáng tạo các công cụ tài chính sẵn có nhằm mục đích tối ưu hóa các khoản chi

tiêu và nâng cao hiệu quả hoạt động tổng thể của đơn vị. Bên cạnh việc nâng cao năng lực chuyên môn, việc bồi dưỡng về chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp trong công tác quản lý TCYT là một yếu tố cực kỳ quan trọng. Nó góp phần tăng cường tính minh bạch và sự liêm chính trong hoạt động tài chính, đồng thời hạn chế đáng kể tình trạng lạm dụng ngân sách hoặc thất thoát các nguồn tài chính công. Song song với đó, Nhà nước nên có những chính sách khuyến khích cán bộ TCYT phát triển tư duy đổi mới, thúc đẩy sự sáng tạo trong công tác quản lý. Điều này bao gồm việc khuyến khích ứng dụng công nghệ tài chính (Fintech), đẩy mạnh số hóa các quy trình quản lý tài chính trong bệnh viện và tích cực tìm kiếm các mô hình tài chính hoạt động bền vững, phù hợp với bối cảnh và điều kiện mới.

Phương pháp giáo dục và tâm lý còn đóng vai trò là nền tảng căn bản trong việc kiến tạo và duy trì một văn hóa tài chính minh bạch, công khai trong môi trường làm việc tại các BVC. Một hệ thống tài chính được vận hành với mức độ minh bạch cao mang lại nhiều lợi ích. Nó không chỉ giúp củng cố niềm tin của người dân đối với HTYT công lập nói chung, mà còn trực tiếp góp phần giúp các bệnh viện sử dụng nguồn NSNN và các nguồn lực khác một cách hiệu quả hơn đáng kể. Để hình thành và duy trì văn hóa minh bạch này, các BVC cần thực hiện công tác công khai một cách đầy đủ và chi tiết về tất cả các nguồn thu và các khoản chi tiêu của đơn vị mình. Việc công khai này cần bao gồm nguồn NSNN đã được cấp, các khoản thu nhận từ BHYT, nguồn thu trực tiếp từ viện phí do người bệnh chi trả, cùng với các khoản thu từ các nguồn tài trợ, hoạt động xã hội hóa hoặc các nguồn khác được cho phép. Việc công khai tài chính giúp giảm thiểu tối đa nguy cơ xảy ra tình trạng thất thoát tài chính và đồng thời tăng cường hiệu quả giám sát từ tất cả các bên có liên quan. Ngoài ra, cần thiết phải thiết lập và duy trì hoạt động của một cơ chế kiểm toán nội bộ. Cơ chế này cần được thực hiện một cách thường xuyên và tuân thủ quy trình có hệ thống. Mục đích là nhằm giám sát một cách chặt chẽ các hoạt động thu - chi. Từ đó, có thể kịp thời phát hiện sớm các sai phạm tiềm ẩn và điều chỉnh ngay lập tức các sai sót trong công tác quản lý tài chính. Trách nhiệm giải trình cũng là một khía cạnh quan trọng cần được chú trọng nhấn mạnh và đưa vào nội dung các chương trình đào tạo dành cho đội ngũ quản lý và nhân viên. Việc này nhằm đảm bảo rằng mọi quyết định liên quan đến tài chính được đưa ra đều có căn cứ rõ ràng, được ghi chép đầy đủ và tuân thủ đúng các quy định của pháp luật hiện hành. Bên cạnh đó, việc tạo ra một môi trường làm việc khuyến khích sự đổi mới trong công tác quản lý tài chính, thúc đẩy các sáng kiến về việc huy động thêm nguồn lực tài chính, tích cực tìm cách cắt giảm các chi phí không cần thiết và tối ưu hóa các quy trình tài chính đang áp dụng trong bệnh viện sẽ giúp nâng cao đáng kể hiệu quả sử dụng nguồn NSNN và các nguồn lực khác.

Phương pháp giáo dục và tâm lý có khả năng tác động mạnh mẽ và sâu sắc đến tư duy, thái độ làm việc và động lực của đội ngũ cán bộ tài chính đang công tác trong các BVC. Việc xây dựng một hệ thống truyền thông nội bộ hoạt động hiệu quả trong từng bệnh viện có thể giúp phổ biến rộng rãi các nguyên tắc cơ bản của quản lý tài chính minh bạch, chia sẻ những kinh nghiệm thực tiễn quý báu hay các điển hình tốt đã thành công và khuyến khích tinh thần hợp tác, phối hợp giữa các phòng ban, bộ phận khác nhau trong đơn vị. Bên cạnh đó, Nhà nước cần xây dựng và áp dụng một cơ chế đánh giá hiệu quả hoạt động tài chính một cách công bằng và khách quan. Cơ chế này nên bao gồm cả chính sách khen thưởng, ghi nhận kịp thời và xứng đáng đối với các cá nhân và tập thể có thành tích xuất sắc trong công tác quản lý tài chính của bệnh viện. Cơ chế đánh giá và khen thưởng này sẽ tạo ra động lực làm việc tích cực và nâng cao ý thức trách nhiệm của đội ngũ cán bộ tài chính. Do áp lực từ yêu cầu phải đảm bảo cân đối ngân sách, kiểm soát chi tiêu chặt chẽ và tuân thủ các quy định pháp luật ngày càng cao, cán bộ tài chính tại các BVC cũng cần nhận được sự hỗ trợ cần thiết. Sự hỗ trợ này có thể thông qua việc tổ chức các chương trình đào tạo kỹ năng quản lý căng thẳng và xây dựng một môi trường làm việc tích cực, thân thiện, giúp giảm bớt đáng kể áp lực trong công tác quản lý tài chính. Ngoài ra, việc tổ chức các diễn đàn trao đổi chuyên môn định kỳ giữa các BVC sẽ tạo ra cơ hội quý báu để các cán bộ làm công tác TCYT có thể học hỏi kinh nghiệm lẫn nhau, chia sẻ những bài học thực tiễn và cập nhật các xu hướng, kiến thức mới nhất trong lĩnh vực quản lý tài chính bệnh viện.

Tóm lại, phương pháp giáo dục và tâm lý đóng vai trò then chốt trong việc xây dựng một đội ngũ cán bộ làm công tác TCYT có năng lực chuyên môn cao, tinh thần trách nhiệm rõ ràng và cam kết thực hiện công tác quản lý tài chính một cách minh bạch tại các BVC. Việc bồi dưỡng về chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp, nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của tài chính, tạo động lực làm việc tích cực và xây dựng một văn hóa tài chính minh bạch sẽ giúp hệ thống các BVC vận hành một cách hiệu quả hơn. Thông qua việc sử dụng nguồn NSNN và các nguồn lực tài chính khác một cách tối ưu, họ sẽ trực tiếp góp phần nâng cao chất lượng các DVYT được cung cấp cho người dân. Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả tối ưu và toàn diện nhất trong lĩnh vực này, phương pháp giáo dục và tâm lý cần được kết hợp một cách chặt chẽ, hài hòa và đồng bộ với cả phương pháp hành chính và phương pháp kinh tế. Sự kết hợp này cần được áp dụng trong toàn bộ công tác quản lý TCYT. Chính sự kết hợp này sẽ tạo nên một hệ thống quản lý TCYT có tính đồng bộ cao, hoạt động hiệu quả và có khả năng phát triển một cách bền vững trong tương lai. Hệ thống này vừa đảm bảo tính TCTC cần thiết cho các BVC, vừa giữ vững và phát huy vai trò điều tiết quan trọng của Nhà nước vì mục tiêu chăm sóc sức khỏe chung của cộng đồng.

3.2.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công

3.2.4.1. Những yếu tố từ môi trường vĩ mô

Hệ thống pháp luật

Từ việc nghiên cứu các cơ sở lý thuyết và tổng quan các nghiên cứu đã được công bố, có thể khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa hệ thống pháp luật và quản trị tài chính áp dụng cho các BVC. Hệ thống pháp luật đóng vai trò là nền tảng pháp lý thiết yếu để mở rộng phạm vi và tăng cường hiệu quả của công tác quản trị tài chính tại các BVC. Theo nhiều nghiên cứu, mức độ hoàn chỉnh và tính khả thi của hệ thống pháp luật tỷ lệ thuận với hiệu lực thực thi quyền quản trị tài chính của BVC (Đỗ Mai Hoa và cộng sự, 2012; Phạm Thị Thanh Hương, 2017; Douglas A. Singh Leiyu Shi, 2013). Tại Việt Nam, Luật Khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội thông qua vào năm 2009 đã có ảnh hưởng quan trọng trong đời sống xã hội và lĩnh vực y tế. Nhằm đáp ứng kịp thời yêu cầu phát triển kinh tế - xã hội trong giai đoạn mới, đặc biệt với mục tiêu đẩy mạnh xã hội hóa DVYT và tăng cường quyền tự chủ cho BVC, Luật Khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) đã được Quốc hội khóa XV thông qua tại kỳ họp bất thường lần thứ 2 và chính thức có hiệu lực thi hành từ ngày 1 tháng 1 năm 2024.

Trước những yêu cầu khách quan và cấp thiết nhằm hoàn thiện thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, chính sách của Nhà nước về TCYT áp dụng cho các BVC đã trải qua nhiều đợt đổi mới quan trọng. Trọng tâm của nhiều chính sách đổi mới này tập trung vào việc quy định và thúc đẩy cơ chế TCTC đối với các BVC. Có thể kể đến các văn bản pháp lý quan trọng như Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2006 (quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm của đơn vị sự nghiệp công lập), Nghị định số 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 (quy định cơ chế TCTC của đơn vị sự nghiệp công lập), hay Nghị quyết số 33/NQ-CP ngày 19/5/2019 (về thí điểm tự chủ tại 04 bệnh viện thuộc Bộ Y tế). Các chính sách này về cơ bản đã mang lại nhiều kết quả tích cực trong việc tăng quyền tự chủ cho bệnh viện. Tuy nhiên, thực tiễn triển khai cho thấy vẫn còn tồn tại những hạn chế và vướng mắc nhất định, ảnh hưởng đến hiệu quả QLNN về TCYT đối với các BVC. Điều này đặt ra yêu cầu cần có những điều chỉnh chính sách liên tục để phù hợp với tình hình thực tiễn luôn biến động của Việt Nam. Chính sách tự chủ bệnh viện, được điều chỉnh theo sự phát triển của thời đại và xu hướng hội nhập quốc tế, có ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động quản lý tài chính của các bệnh viện. Theo đó, các bệnh viện ngày càng chủ động hơn trong việc tìm kiếm và đa dạng hóa các nguồn thu (đặc biệt là để đảm bảo các hoạt động chi thường xuyên). Đồng thời, họ cũng chủ động hơn trong việc quyết định các hạng mục chi tiêu và đầu tư cần thiết cho sự phát triển của đơn vị.

Trong bối cảnh này, vai trò của Nhà nước cũng có sự chuyển đổi. Thay vì trực tiếp tính toán và kiểm soát chi tiết từng hạng mục thu chi của mỗi bệnh viện, Nhà nước sẽ chỉ tiến hành đầu tư tài chính trực tiếp khi xét thấy thực sự cần thiết. Phần còn lại, Nhà nước sẽ sử dụng các công cụ chính sách vĩ mô để kiểm soát, điều tiết hoạt động tài chính chung của bệnh viện. Mục tiêu cuối cùng vẫn là đảm bảo hiệu quả tài chính đồng thời giữ vững mục tiêu hoạt động phi lợi nhuận của các BVC vì sức khỏe cộng đồng.

Sự phát triển của thị trường DVYT

DVYT là một loại hàng hoá đặc biệt vì người mua dịch vụ hầu hết đều không có quyền chủ động lựa chọn theo ý muốn mà phụ thuộc chủ yếu vào bên cung cấp dịch vụ. Các nghiên cứu đã có đã chỉ ra rằng, do đặc thù của DVYT là một loại hàng hoá gắn với sức khoẻ và tính mạng của con người nên người sử dụng vẫn phải mua dù không có điều kiện kinh tế, do đó trong lĩnh vực này không áp dụng được cơ chế thị trường như các loại hàng hoá thông thường khác. DVYT là một dịch vụ có điều kiện, trong thị trường DVYT không có sự tự do hoàn hảo do bất đối xứng thông tin giữa bên cung cấp dịch vụ và bên sử dụng dịch vụ. Trên thực tế, người bệnh hầu như có rất ít hiểu biết về bệnh tật và các chỉ định của thầy thuốc, do đó họ gần như hoàn toàn phải dựa vào các quyết định của bác sỹ để lựa chọn DVYT. Vì vậy, nếu thị trường y tế không được kiểm soát tốt sẽ dẫn tới tình trạng lạm dụng dịch vụ từ phía cung ứng, đẩy giá DVYT tăng cao. Sự can thiệp của nhà nước về giá DVYT cũng như việc cung cấp các DVYT công là cần thiết để đảm bảo sự công bằng của thị trường y tế.

Các yếu tố vĩ mô khác

Các yếu tố bắt nguồn từ môi trường vĩ mô đóng vai trò quan trọng và tạo ra tác động đáng kể đến công tác QLNN về TCYT khi áp dụng cho các BVC tại các quốc gia khác nhau.

Đại dịch Covid-19: Đại dịch Covid-19 đã gây ra những tác động sâu rộng và lan tỏa trên mọi lĩnh vực của đời sống kinh tế - xã hội. Riêng trong lĩnh vực y tế, dịch bệnh này đã đặt ra vô vàn thách thức đối với các cơ sở y tế, đặc biệt là hệ thống BVC. Với vai trò là tuyến đầu trong công tác phòng, chống dịch, BVC đã phải tăng cường một cách mạnh mẽ các nguồn lực (bao gồm nhân lực, vật tư, trang thiết bị y tế) cũng như triển khai gấp rút các chiến dịch tiêm chủng và phòng chống dịch bệnh quy mô lớn.

Đặc điểm vùng miền: Đặc điểm kinh tế - xã hội riêng biệt của từng vùng miền đã tạo ra sự khác biệt rõ rệt về khả năng tiếp cận các loại hình DVYT của người dân. Thực tế cho thấy, cư dân sinh sống tại các khu vực thành thị thường có nhiều cơ hội tiếp cận với đa dạng các loại hình DVYT hơn. Sự đa dạng này bao

gồm cả các đơn vị công lập và tư nhân. Khả năng tiếp cận này cao hơn đáng kể so với những người dân sống ở khu vực nông thôn. Đặc biệt, ở những vùng kém phát triển, hạ tầng giao thông còn hạn chế, việc tiếp cận DVYT càng gặp nhiều khó khăn và còn rất hạn chế. Thêm nữa, các bệnh viện lớn (bao gồm cả BVC và bệnh viện tư) thường tập trung ở những địa bàn đông dân cư, có điều kiện đi lại thuận lợi và mức sống cao hơn so với vùng nông thôn hay miền núi. Vì lẽ đó, công tác QLNN về TCYT đối với các BVC cần phải xem xét và có sự điều chỉnh phù hợp với sự khác biệt về địa bàn hoạt động của từng BVC do nhà nước quản lý.

3.2.4.2. Các yếu tố thuộc về các bệnh viện công

Ngoài các yếu tố xuất phát từ môi trường vĩ mô, bản thân những đặc điểm nội tại của các BVC cũng tạo ra tác động một cách trực tiếp và đáng kể. Tác động này ảnh hưởng đến công tác QLNN về TCYT được áp dụng đối với chính các đơn vị này.

Mô hình quản trị và năng lực cán bộ quản lý: Các BVC tại Việt Nam đều thuộc sở hữu nhà nước và được tổ chức quản lý theo một hệ thống thống nhất từ Trung ương đến địa phương, phân chia theo các tuyến chuyên môn khác nhau. Việc áp dụng các mô hình quản trị tài chính tương tự mô hình doanh nghiệp vào hoạt động của BVC giúp các đơn vị này thích ứng dần với cơ chế thị trường. Mặc dù mục tiêu hoạt động chính không vì lợi nhuận, với vai trò là các đơn vị sự nghiệp công lập tự chủ về tài chính ở các mức độ, bệnh viện vẫn phải nỗ lực đáp ứng nhu cầu KCB để gia tăng số lượng và nâng cao chất lượng DVYT. Đồng thời, họ phải chủ động tìm kiếm các nguồn thu bổ sung từ các hoạt động sự nghiệp được phép theo quy định. Do đó, trình độ chuyên môn và năng lực quản lý tài chính của đội ngũ cán bộ tại bệnh viện đóng vai trò quan trọng trong việc mở rộng và thực hiện hiệu quả các hoạt động tài chính của BVC.

Chiến lược phát triển của bệnh viện: Một chiến lược phát triển rõ ràng và hiệu quả được xem như "kim chỉ nam", giúp BVC đi đúng hướng trên con đường phát triển dài hạn. Tuy nhiên, chiến lược phát triển của mỗi BVC và ở từng giai đoạn cụ thể sẽ có những đặc thù riêng biệt. Những chiến lược này có ảnh hưởng trực tiếp đến cách thức mà bệnh viện lựa chọn để huy động, quản lý và sử dụng các nguồn lực tài chính sẵn có. Vì vậy, trong mỗi giai đoạn, các BVC cần xây dựng và áp dụng phương pháp quản lý tài chính phù hợp, đồng bộ với chiến lược phát triển của mình. Để đảm bảo hiệu quả trong công tác quản trị tài chính, việc có chiến lược, kế hoạch và mục tiêu phát triển cụ thể, đáp ứng đúng yêu cầu và thực tế của từng giai đoạn là điều cần thiết.

Quy mô hoạt động của bệnh viện: Quy mô hoạt động của BVC cũng là một yếu tố nội tại quan trọng có tác động đến quản lý tài chính. Ví dụ điển hình tại miền Bắc Việt Nam, các BVC bao gồm cả tuyến Trung ương và tuyến địa phương có quy mô rất đa dạng (từ nhỏ đến lớn, bao gồm cả bệnh viện đa khoa và chuyên khoa). Quy mô này

có mối liên hệ trực tiếp đến lượng vốn NSNN được cấp phát cho bệnh viện. Thêm vào đó, quy mô của bệnh viện cũng tỷ lệ thuận với tổng chi phí hoạt động của đơn vị.

Mức độ TCTC: Mức độ TCTC đã được phân cấp cho BVC là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp và rõ rệt nhất đến cách thức QLNN về TCYT đối với bệnh viện đó. Công tác QLNN trong trường hợp cụ thể này thường gắn liền với một số hoạt động chính. Đó là việc cấp phát ngân sách, giám sát quá trình sử dụng các nguồn lực và tiến hành đánh giá hiệu quả của các nguồn vốn nhà nước được sử dụng tại các bệnh viện. Với các bệnh viện được phân cấp mức độ TCTC càng lớn, nguồn vốn từ NSNN thường chiếm tỷ lệ càng nhỏ hơn trong tổng nguồn vốn huy động và sử dụng của bệnh viện và ngược lại.

3.3. Kinh nghiệm quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công ở một số quốc gia và bài học cho Việt Nam

3.3.1. Kinh nghiệm ở một số quốc gia

Trung Quốc là một đất nước cũng có nền kinh tế chuyển đổi giống Việt Nam và đang trong quá trình cải cách HTYT mạnh mẽ, các nghiên cứu từ Trung Quốc có thể cung cấp góc nhìn về việc triển khai chính sách quản lý TCYT từ một nước có xuất phát điểm kinh tế giống Việt Nam. Trong khi đó, các nghiên cứu từ Singapore, một nước trong khu vực ASEAN, có thể rút ra được các bài học về mô hình kết hợp giữa nhà nước và tư nhân trong việc nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe người dân. Hoa Kỳ, Canada và Úc là các nước phát triển với HTYT phức tạp. Nghiên cứu kinh nghiệm QLNN về TCYT ở các nước này có thể rút ra các bài học về đổi mới và chiến lược hợp tác hiệu quả giữa nhà nước và tư nhân trong lĩnh vực y tế công.

3.3.1.1. Kinh nghiệm của Trung Quốc

Trước đây, các BVC tại Trung Quốc chủ yếu nhận được nguồn lực TCYT từ ba kênh chính: phí dịch vụ y tế, doanh thu bán thuốc và khoản phân bổ từ NSNN. Kể từ năm 2009, Chính phủ Trung Quốc đã khởi xướng một cuộc cải cách lớn nhằm tăng cường quyền tự chủ cho các bệnh viện. Họ đã trao quyền tự chủ trong cả quản trị và quản lý BVC thông qua những cải cách toàn diện trong cả hệ thống BHYT và hệ thống cung ứng DVYT. Mục tiêu của những cải cách này là nhằm củng cố HTYT quốc gia, đảm bảo sự ổn định xã hội và thực hiện cam kết cung cấp DVYT cơ bản với chi phí hợp lý cho toàn bộ người dân Trung Quốc vào năm 2020.

Tuy nhiên, đến năm 2015, những thay đổi này cũng bộc lộ những hệ quả phức tạp. Thời điểm đó, các nhà đầu tư tư nhân đã sở hữu tới 20% tổng số bệnh viện tại Trung Quốc, tăng gấp đôi so với trước. Điều này đã dẫn đến tình trạng mất công bằng trong tiếp cận y tế giữa các vùng nông thôn còn nghèo và các khu vực thành thị giàu có hơn. Một thách thức khác là sự thiếu hụt đội ngũ lao động trong lĩnh vực y tế vừa chuyên nghiệp, chất lượng cao lại đáng tin cậy. Mặt trái của việc

áp dụng cơ chế kinh tế thị trường là một bộ phận bác sĩ có xu hướng đặt "lợi ích kinh tế" của bản thân lên trên lợi ích của người bệnh. Điều này cho thấy, khi hoạt động khám và chữa bệnh được vận hành theo cơ chế thị trường, bệnh nhân sẽ dễ rơi vào tình trạng bị tổn thương, dễ phát sinh cảm giác oán giận và ngờ vực. Điều này tiềm ẩn nguy cơ gây mất ổn định xã hội. Bên cạnh đó, kinh nghiệm thực tế cho thấy việc đổi mới BHYT có vẻ dễ thực hiện hơn so với việc cải cách hệ thống cung ứng DVYT. Và trong khuôn khổ đổi mới hệ thống cung ứng DVYT, việc làm thế nào để nâng cao hiệu quả của hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu được coi là yếu tố mang tính "quyết định cho sự thành công".

Gần đây hơn, vào năm 2013, Trung Quốc đã phát triển một mô hình cải cách hệ thống mang tên mô hình Sanming. Mô hình này được thiết kế nhằm giải quyết các vấn đề về thiếu hiệu quả và tình trạng lãng phí nguồn lực đang tồn tại tại các BVC. Mô hình Sanming thực hiện việc này bằng cách đồng thời tái cấu trúc cơ cấu quản trị của BV, thay đổi hệ thống thanh toán áp dụng cho bệnh viện và điều chỉnh lại các cơ chế khuyến khích, tạo động lực cho đội ngũ bác sĩ.

Để đánh giá hiệu quả thực tế của mô hình Sanming, H. Fu và cộng sự (2017) đã sử dụng phương pháp chênh lệch kép (Difference-in-Differences - DID) và phân tích dữ liệu thu thập ở cấp độ bệnh viện từ 187 BVC thuộc tỉnh Phúc Kiến. Các tác giả nhận thấy rằng việc áp dụng mô hình này đã giúp giảm thiểu đáng kể chi phí y tế mà không gây ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng lâm sàng và hiệu quả của hoạt động KCB. Cụ thể, cuộc cải cách hệ thống đã làm giảm chi phí chăm sóc y tế trung bình trên mỗi lượt khám ngoại trú và trên mỗi lần nhập viện lần lượt là 6,1%. Đáng chú ý, kết quả này phần lớn đạt được thông qua việc giảm chi phí thuốc: chi phí thuốc trên mỗi lượt khám ngoại trú giảm khoảng 29% và trên mỗi lần nhập viện giảm khoảng 53%. Những kết quả phân tích này cho thấy mô hình Sanming đã đạt được thành công, ít nhất là trong ngắn hạn, trong việc cải thiện hiệu quả hoạt động của các BVC. Từ những phát hiện này, các tác giả gợi ý rằng một sự chuyển đổi mang tính hệ thống như mô hình Sanming đối với các BVC - trong đó cơ cấu quản trị, hệ thống thanh toán và phương pháp bồi thường cho bác sĩ được điều chỉnh một cách đồng bộ và phù hợp - là yếu tố vô cùng quan trọng để nâng cao hiệu quả hoạt động của toàn bộ lĩnh vực y tế.

Ở Trung Quốc, theo D. Zhu và cộng sự (2019), tại các BVC tuyến cuối, cải cách giá cả đã dẫn đến giảm đáng kể số lượt khám bệnh ngoại trú đồng thời làm tăng ngay lập tức chi phí trung bình trên mỗi bệnh nhân ngoại trú. Để giảm sự phụ thuộc mạnh mẽ của các BVC vào doanh thu bán thuốc và việc sử dụng công nghệ tiên tiến, cũng như để kiềm chế chi phí y tế ngày càng tăng, Bắc Kinh đã thực hiện hai đợt cải cách BVC toàn diện vào năm 2017 và 2019. Đợt cải cách đầu tiên tập trung vào việc tách doanh thu bán thuốc khỏi doanh thu của bệnh viện (cải cách 1)

và đợt thứ hai mở rộng bao gồm cả việc không đánh thêm phí vào vật tư y tế và điều chỉnh giá DVYT (cải cách 2). Để ước tính tác động của hai đợt cải cách này đến cơ cấu doanh thu của các BVC, L. Gao và cộng sự (2021) đã sử dụng dữ liệu quan sát về doanh thu y tế từ năm 2016 đến năm 2019, bao gồm 354 cơ sở y tế. Kết quả cho thấy các cải cách đã thay đổi cơ cấu doanh thu của các BVC. Tỷ lệ doanh thu bán thuốc trong tổng doanh thu bệnh viện giảm từ 43,96% năm 2016 (trước cải cách) xuống còn 34,08% năm 2019 (sau cải cách); tỷ lệ vật tư y tế giảm 0,73% sau cải cách 2; và tỷ lệ phí dịch vụ khám bệnh tăng từ 15,16% năm 2016 lên 24,51% năm 2019. Xu hướng tương tự cũng được thấy trong cơ cấu doanh thu bệnh viện từ cả dịch vụ nội trú và dịch vụ ngoại trú, cấp cứu. Do đó, các cải cách của Bắc Kinh đã thành công trong việc kiểm chế chi phí y tế tăng cao và tối ưu hóa cơ cấu doanh thu của bệnh viện. Những cải cách này có thể làm tài liệu tham khảo cho các cải cách BVC tiếp theo ở Trung Quốc và các quốc gia khác có hệ thống tương tự.

Chính phủ đã đưa ra các chính sách nhằm tăng cường phân bổ ngân sách BV, điều chỉnh giá dược phẩm và DVYT, cải cách phương thức thanh toán, củng cố quy hoạch và quản trị, thiết lập lại hệ thống chuyển tuyến và tăng vai trò của khu vực tư nhân. Chính phủ coi cải cách tài chính BVC là đòn bẩy quan trọng để sửa đổi việc cung cấp dịch vụ bệnh viện và hướng dẫn phân phối các nguồn lực y tế.

Hộp 3.1: Tóm tắt các chính sách cải cách chính đối với tài chính bệnh viện công ở Trung Quốc giai đoạn 2009- 2018

- 2009: Ủy ban Trung ương Đảng Cộng sản Trung Quốc và Quốc vụ viện: Lập phí dịch vụ dược phẩm; điều chỉnh biểu phí; tăng phân bổ ngân sách của chính phủ.
- 2009: Hội đồng Nhà nước Để xác định các ưu tiên cải cách ngắn hạn (2009-11): Để từng bước loại bỏ nhãn hiệu thuốc khỏi nguồn tài chính của bệnh viện; ấn định phí dịch vụ dược và đưa vào phúc lợi BHYT xã hội; để tăng giá dịch vụ; cung cấp phân bổ ngân sách để trợ cấp cho các BVC về CSHT, trang thiết bị chính, phát triển kỹ thuật, lương hưu cho người về hưu và một loạt các hoạt động y tế công cộng
- 2011: Ủy ban Cải cách và Phát triển Quốc gia, Bộ Y tế: Triển khai thí điểm thanh toán dựa trên bệnh tật cho các bệnh thông thường với các lộ trình lâm sàng được chuẩn hóa và lợi ích điều trị rõ ràng
- 2012: Hội đồng Nhà nước: Để triển khai thanh toán dựa trên bệnh tật kết hợp với lộ trình lâm sàng
- 2012: Bộ Y tế: Chuyển phương án y tế hợp tác nông thôn mới từ thu phí dịch vụ sang thanh toán hỗn hợp
- 2012: Các Bộ: Nhân lực, An sinh xã hội, Tài chính, Y tế: Thực hiện kiểm soát ngân sách toàn cầu cho các chương trình BHYT xã hội, với việc chia sẻ thặng dư hoặc thâm hụt được đề xuất.
- 2015: Văn phòng Đại hội đồng Nhà nước: Tiến hành cải cách toàn diện BVC ở khoảng

2000 quận, bao gồm cả hệ thống thanh toán, giảm việc sử dụng phí dịch vụ

- 2015: *Văn phòng Đại hội đồng Nhà nước*: Tiến hành cải cách toàn diện BVC ở khoảng 200 thành phố thí điểm, bao gồm cả hệ thống thanh toán, giảm việc sử dụng phí dịch vụ

- 2015: *Văn phòng Đại hội đồng Nhà nước*: Thực hiện hệ thống chăm sóc sức khỏe theo từng cấp độ và sử dụng cơ cấu thanh toán để khuyến khích các bệnh viện chuyển bệnh nhân có chẩn đoán xác định và tình trạng ổn định đến các cơ sở chăm sóc ban đầu

- 2017: *Văn phòng Đại hội đồng Nhà nước*

Để triển khai thanh toán hỗn hợp: Chăm sóc bệnh nhân nội trú: sử dụng thanh toán chủ yếu dựa trên bệnh tật và nhóm liên quan đến chẩn đoán (DRG), trong khi các trường hợp nhập viện dài hạn và mãn tính có thể được thanh toán trong ngày; Chăm sóc cấp cứu: khám phá hình thức thanh toán dựa trên định suất cho cả bệnh viện và dịch vụ chăm sóc chính do các cơ sở chăm sóc ban đầu nắm giữ; Phí dịch vụ cho các trường hợp không phù hợp với hình thức thanh toán theo gói; Thêm một hệ thống điểm vào kiểm soát ngân sách toàn cầu hiện tại và bắt đầu thay đổi đơn vị kiểm soát ngân sách toàn cầu từ các cơ sở đến tất cả các cơ sở trong một khu vực

- 2017: *Bộ Tài chính, Nguồn nhân lực và An sinh xã hội, Ủy ban Cải cách và Phát triển Quốc gia, Y tế và Kế hoạch hóa Gia đình, Cơ quan QLNN về Y học Cổ truyền Trung Quốc và Văn phòng Ủy ban Nhà nước về Cải cách Các ngành Công cộng*

Để xóa biệt dược thuốc (ngoại trừ các loại thuốc thảo dược truyền thống của Trung Quốc) trong tất cả các BVC

- 2018: *Ủy ban Trung ương Đảng Cộng sản Trung Quốc*

Thành lập Cơ quan Quản lý An ninh Chăm sóc Sức khỏe Quốc gia (NHSA), kết hợp trách nhiệm đối với các chương trình BHYT cơ bản đô thị trước đây thuộc Bộ Nhân lực và An sinh Xã hội, trách nhiệm đối với các chương trình y tế hợp tác mới trước đây thuộc Ủy ban Kế hoạch hóa Gia đình và Y tế Quốc gia, trách nhiệm quản lý giá dược phẩm và DVYT của Ủy ban Cải cách và Phát triển Quốc gia và trách nhiệm hỗ trợ y tế của Bộ Dân sự trong chính quyền mới này

- 2018: *Cơ quan Quản lý An ninh Chăm sóc Sức khỏe Quốc gia - NHSA*

Triển khai thí điểm quốc gia về thanh toán dựa trên DRG (sử dụng thanh toán chủ yếu dựa trên bệnh tật và nhóm liên quan đến chẩn đoán)

Nguồn: Jin Xu và cộng sự (2019)

Cải cách tài chính tập trung vào bốn lĩnh vực liên quan đến nhau: xóa bỏ biệt dược thuốc, tăng phân bổ ngân sách, điều chỉnh biểu phí và cải cách phương thức thanh toán.

Mặc dù các cải cách tài chính đã được thực hiện, chất lượng và hiệu quả của các dịch vụ bệnh viện vẫn chưa đạt đến mức tối ưu mong muốn. Đặc biệt tại Trung Quốc, chất lượng dịch vụ chăm sóc tại các bệnh viện vẫn còn tồn tại những khác biệt đáng kể giữa các khu vực hoặc đơn vị khác nhau.

Một số vấn đề cũng vẫn còn với hệ thống tài chính. Phân bổ ngân sách gắn liền với đầu tư vốn và khả năng tài khóa của địa phương hơn là nhu cầu của cơ sở vật chất

hoặc dân số. Ngoài ra, những thay đổi đối với phương thức thanh toán đã không hoàn toàn thành công. Các bệnh viện đã bồi thường thiệt hại về thu nhập từ việc đánh giá thuốc bằng cách sử dụng thêm các xét nghiệm chẩn đoán, khả năng dẫn đến chẩn đoán quá mức. Mặc dù các biện pháp kiểm soát ngân sách đã làm giảm tốc độ tăng chi tiêu cho bảo hiểm, các bệnh viện dường như đã chuyển chi phí sang bệnh nhân, dẫn đến chi tiền túi tăng lên. Một động thái mạnh mẽ hơn hướng tới việc thanh toán dựa trên bệnh tật được cho là có tiềm năng cải thiện chất lượng chăm sóc y tế và đồng thời hạn chế chi phí. Điều này có thể đạt được thông qua việc khuyến khích áp dụng tiêu chuẩn hóa lâm sàng trong quy trình điều trị. Tuy nhiên, trên thực tế, phạm vi bao phủ còn hạn chế của các lộ trình lâm sàng tiêu chuẩn đã làm hạn chế đáng kể khả năng áp dụng và hiệu quả hoạt động của hệ thống này. Bên cạnh đó, các phương thức thanh toán khác, chẳng hạn như việc sử dụng các nhóm liên quan đến chẩn đoán (như DRG), vẫn chưa được mở rộng triển khai một cách rộng rãi. Các rào cản kỹ thuật đã ngăn cản việc sử dụng mua hàng theo giá trị. Hệ thống thông tin rời rạc và thiếu đánh giá chặt chẽ đã làm suy yếu cơ sở bằng chứng để tài trợ cho các bệnh viện. Thanh toán gộp giữa các cơ sở và việc phân bổ lại thặng dư hoặc thâm hụt trong các cơ sở đòi hỏi phải đo lường hiệu quả hoạt động của các cơ sở, vốn cũng đang thiếu. Ngoài ra, các cải cách vẫn chưa giải quyết được hai thách thức cơ bản. Một là sự bất hòa giữa các cơ quan giám sát bệnh viện và chi trả cho các dịch vụ của họ (sử dụng ngân sách tài khóa hoặc quỹ bảo hiểm). Một thí điểm về cải cách tài chính toàn diện ở Bắc Kinh đã cho thấy vai trò quan trọng của cơ cấu lãnh đạo trong việc hỗ trợ thiết kế và thực hiện. Thách thức khác là các nhà quản lý bệnh viện thiếu quyền tự chủ để thực hiện các thay đổi nội bộ (ví dụ, tuyển dụng/sa thải và tiền lương) và thiết lập chuẩn mực chuyên môn. Xét cho cùng, tất cả các phương thức thanh toán đều có sai sót. Cải cách tài chính được coi là phương tiện tốt hơn để xây dựng các thể chế giúp bệnh viện và bác sĩ trở thành đơn vị cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân.

3.3.1.2. *Kinh nghiệm của Singapore*

Kể từ khi độc lập năm 1965, sự phát triển hệ thống chăm sóc sức khỏe của Singapore dựa trên việc nhấn mạnh trách nhiệm cá nhân về sức khỏe và sự can thiệp tích cực của chính phủ để đảm bảo khả năng tiếp cận và chi trả thông qua các khoản trợ cấp có mục tiêu và giám chi phí không cần thiết. Singapore đang đạt được kết quả sức khỏe tốt, với tổng chi tiêu y tế chiếm 4,47% GDP năm 2016 (Chorh Chuan Tan và cộng sự, 2021). Ở Singapore, người dân sống lâu hơn ở Hoa Kỳ và nhiều quốc gia phát triển khác. Đàn ông và phụ nữ ở Singapore không chỉ có tuổi thọ cao hơn mà còn có thể kỳ vọng cuộc sống của mình sẽ khỏe mạnh hơn.

Tuy nhiên, hệ thống chăm sóc sức khỏe đang phải đối mặt với áp lực ngày càng tăng, bao gồm thiếu giường bệnh viện cấp cứu và dịch vụ chăm sóc trung và dài hạn,... do sự gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm và già hóa dân số

nhANH chóng. Để giải quyết những thách thức này, Bộ Y tế Singapore đã thực hiện một loạt các cải cách toàn diện năm 2012 trong Kế hoạch tổng thể Chăm sóc Sức khỏe 2020. Những cải cách này đã tăng đáng kể năng lực giường BVC và dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn trong cộng đồng, mở rộng trợ cấp cho chăm sóc ban đầu và chăm sóc dài hạn, và đưa ra một loạt các cải cách tài chính ở các bệnh viện.

Kinh nghiệm của Singapore trong việc cải cách quản lý TCYT cho các BVC cho thấy sự cân bằng giữa hiệu quả, công bằng và bền vững. Các yếu tố chính bao gồm:

- *Các chương trình BHYT toàn dân:*

+ MediShield Life (từ năm 2015): Một chương trình bảo hiểm toàn dân bảo vệ người dân khỏi chi phí bệnh viện cao. Điều này phản ánh cam kết của xã hội đối với sự toàn diện và chăm sóc.

+ CareShield Life (từ năm 2020): Một chương trình bảo hiểm khuyết tật dài hạn đảm bảo tất cả công dân đều được tham gia, yêu cầu đóng góp sớm để quản lý hiệu quả chi phí dài hạn.

- *Hợp tác công tư:* Hệ thống của Singapore tích hợp các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe công và tư. Các phòng khám đa khoa công cộng tập trung vào quản lý bệnh mãn tính và cấp tính, cung cấp trợ cấp cho các công dân đủ điều kiện. Trong khi đó, các bác sĩ đa khoa (GP) tư nhân được khuyến khích thông qua Chương trình Hỗ trợ Y tế Cộng đồng (CHAS) để cung cấp dịch vụ chăm sóc dễ tiếp cận và giá cả phải chăng.

- *Tập trung vào chăm sóc phòng ngừa và quản lý bệnh mãn tính:* Các chương trình như Chương trình Quản lý Bệnh Mãn tính (CDMP) cho phép bệnh nhân sử dụng tài khoản MediSave để điều trị bệnh mãn tính, cải thiện khả năng tiếp cận và khả năng chi trả. Các sáng kiến sàng lọc nâng cao như "Sàng lọc vì cuộc sống" khuyến khích phát hiện sớm và quản lý các bệnh mãn tính.

- *Các chương trình trợ cấp chuyên biệt:* Gói hỗ trợ cho thế hệ Tiên phong và Merdeka: Cung cấp các phúc lợi trọn đời cho người cao tuổi, giải quyết các vấn đề tài chính liên quan đến chi phí chăm sóc sức khỏe và cải thiện khả năng tiếp cận DVYT.

- *Mở rộng CSHT:* Chính phủ đã tăng số lượng phòng khám đa khoa và thành lập Mạng lưới Chăm sóc Sức khỏe Cấp sơ cấp (PCN), tăng cường năng lực quản lý các bệnh mãn tính phức tạp với các mô hình chăm sóc dựa trên nhóm.

Cải cách của Singapore thể hiện sự chuyển dịch từ trách nhiệm cá nhân sang trách nhiệm chung trong tài trợ chăm sóc sức khỏe, đảm bảo tính toàn diện trong khi vẫn duy trì sự năng động kinh tế (Hwee Khoo và cộng sự, 2014; M. K. Lim, 2004; Kelvin B. Tan và Chien Earn Lee, 2019).

Khung tài chính chăm sóc sức khỏe của Singapore bao gồm các khoản trợ cấp của chính phủ cho các DVYT được cung cấp tại các tổ chức chăm sóc sức khỏe công cộng và các phòng khám bác sĩ đa khoa tư nhân chọn lọc, tài khoản tiết kiệm

bắt buộc (Medisave), chương trình BHYT thảm họa (MediShield) và chương trình hỗ trợ tài chính phù hợp với khả năng tài chính (Medifund). Cùng nhau, các nội dung tạo thành một khái niệm được gọi là khuôn khổ “trợ cấp + 3M” (Bai Yu và cộng sự, 2011; Chorh Chuan Tan và cộng sự, 2021).

Tại Singapore, đã áp dụng cải cách bệnh viện thông qua sử dụng đơn vị quản lý tư nhân. Như vậy, Bộ Y tế và BHYT sẽ thông qua một đơn vị quản lý tư nhân để quản trị bệnh viện. Vào đầu thập niên 80 thế kỷ XX, Singapore thành lập một cơ quan Y tế tư nhân Singapore nhằm quản lý tất cả các BVC. Tuy nhiên do hoạt động không hiệu quả của cơ quan này dẫn đến việc gia tăng sự kiểm soát của nhà nước và các cơ chế quản trị. Vì vậy, đến thập niên 90, chính quyền Singapore đã cơ cấu lại, phân chia thành 2 cơ quan Y tế tư nhân khác nhau và chịu sự quản lý của Bộ Y tế thông qua một công ty cổ phần. Sự sắp xếp mới này được đánh giá là tương đối thành công, đã cải thiện HTYT của Singapore về sau này.

Có thể thấy rằng, mô hình “Quản trị công mới” với một hội đồng Cơ quan Y tế quản lý chung nhiều bệnh viện có thể thành công hoặc thất bại tùy vào các điều kiện khác nhau. Trong khi đó, mô hình quản lý bệnh viện theo hình thức tư nhân chỉ đạt được thành công khi có một môi trường thể chế chặt chẽ, năng lực quản trị của cơ quan quản lý và hợp đồng chặt chẽ giữa địa phương và đơn vị cung ứng dịch vụ.

3.3.1.3. Kinh nghiệm của Hoa Kỳ

Hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Hoa Kỳ là một sự kết hợp của các thành phần thuộc cả sở hữu công và sở hữu tư nhân. Chính sự kết hợp này đã tạo nên một cấu trúc và các mô hình hoạt động mang tính đa dạng cao. Mục đích là nhằm đáp ứng những nhu cầu khác nhau đang tồn tại trong cộng đồng. Các BVC ở Hoa Kỳ chủ yếu được quản lý bởi chính quyền ở cấp địa phương hoặc cấp tiểu bang và nhận nguồn tài trợ từ NSNN. Công tác quản lý TCYT tại các BVC này chịu ảnh hưởng mạnh mẽ từ các hệ thống bảo hiểm y tế, bao gồm Medicare, Medicaid và các loại hình BHYT tư nhân khác (USAID, 2021).

Theo báo cáo “*Overview of international experience with hospital reform and hospital autonomy 1980-2009*” (Tổng quan kinh nghiệm quốc tế về cải cách bệnh viện và cơ chế tự chủ bệnh viện giai đoạn 1980–2009) của Ngân hàng thế giới, quản lý tài chính tại các BVC ở Hoa Kỳ gặp nhiều thách thức, đặc biệt liên quan đến hai chương trình BHYT lớn là Medicare và Medicaid. Hai chương trình này cung cấp nguồn tài trợ chính nhưng đồng thời cũng gây áp lực tài chính đáng kể. Các cuộc kiểm toán gần đây đã phát hiện tình trạng chi trả vượt mức định mức cho phép, dẫn đến việc chính phủ phải bổ sung ngân sách để bù đắp chi phí khám và chữa bệnh. Điều này làm gia tăng gánh nặng tài chính công, nhất là trong bối cảnh các cơ quan quản lý chưa thực hiện hiệu quả các cơ chế giám sát nhằm phát hiện và khắc phục triệt để các vấn đề bất cập. Hậu quả là tình trạng thất thoát tài

chính tiếp diễn qua nhiều năm, làm giảm hiệu quả sử dụng NSNN trong lĩnh vực y tế công cộng (World Bank, 2011).

Một số chiến lược chủ chốt đã chứng minh hiệu quả trong việc quản lý tài chính BVC như:

Mô hình BHYT công: Một đặc điểm quan trọng của HTYT Hoa Kỳ là sự phổ biến của các chương trình BHYT, bao gồm các lựa chọn từ các quỹ công cũng như BHYT tư nhân. Medicare và Medicaid là hai chương trình BHYT chính của chính phủ Mỹ giúp chi trả chi phí cho người già, người nghèo và các nhóm yếu thế khác. Các BVC nhận khoản thanh toán từ các chương trình này, nhưng mức thanh toán thường thấp hơn so với chi phí thực tế. Điều này dẫn đến một phần chi phí được bù đắp bằng các nguồn khác, chẳng hạn như bảo hiểm tư nhân hoặc các khoản thu từ bệnh nhân trực tiếp.

Mô hình thanh toán theo gói (Bundled Payments): Các BVC ở Mỹ đã áp dụng mô hình bundled payments, trong đó các bệnh viện nhận một khoản thanh toán cố định cho một gói DVYT (chẳng hạn như phẫu thuật) thay vì thanh toán theo từng dịch vụ riêng biệt. Mô hình này khuyến khích các bệnh viện giảm thiểu chi phí và tăng cường hiệu quả trong việc cung cấp DVYT.

TCTC kết hợp với sự giám sát: Nhiều BVC ở Hoa Kỳ được trao quyền tự chủ hoạt động trong khuôn khổ trách nhiệm giải trình nghiêm ngặt. Điều này có nghĩa là các BV có nhiều quyền kiểm soát hơn đối với ngân sách và việc ra quyết định của mình nhưng phải chịu trách nhiệm thông qua các cuộc kiểm toán và đánh giá hiệu quả thường xuyên. Mô hình quản lý bán tự chủ này có thể giúp cải thiện hiệu quả và khả năng đáp ứng nhu cầu của các BVC ở Việt Nam, đảm bảo rằng các BV có thể thích ứng với nhu cầu địa phương trong khi vẫn đáp ứng các mục tiêu y tế quốc gia. (USAID, 2021).

Tối ưu hóa chi phí và cải tiến quy trình: Các BVC ở Mỹ thường xuyên cải tiến quy trình và áp dụng công nghệ mới để giảm thiểu lãng phí và tối ưu hóa chi phí. Điều này bao gồm việc áp dụng hệ thống quản lý dữ liệu bệnh nhân điện tử (EMR), sử dụng robot trong phẫu thuật và tối ưu hóa quy trình làm việc giữa các phòng ban.

Khuyến khích các quan hệ đối tác công-tư (PPP): Tại Hoa Kỳ, một số BVC đã tham gia vào các hợp tác PPP. Việc này được thực hiện nhằm mục đích cải thiện CSHT hiện có và cung cấp các DVYT một cách hiệu quả hơn. Những quan hệ đối tác như vậy giúp các BVC thu hút nguồn vốn đầu tư từ khu vực tư nhân. Điều đáng chú ý là việc này được thực hiện mà không làm giảm khả năng người dân tiếp cận các DVYT công.

3.3.1.4. Kinh nghiệm của Canada

Ở Canada, HTYT hoạt động dưới mô hình công lập và được quản lý theo các tỉnh bang và lãnh thổ. BVC thuộc sở hữu và quản lý của các chính quyền địa phương,

sử dụng ngân sách y tế của từ nguồn tài chính của tỉnh và lãnh thổ. Điều này tạo ra một cơ sở cho sự đa dạng trong việc cung cấp DVYT cho người dân Canada và các biện pháp và quy trình quản lý tài chính tại mỗi tỉnh bang và lãnh thổ sẽ được điều chỉnh dựa trên nhu cầu cụ thể và tình hình y tế địa phương. Các tỉnh bang và lãnh thổ cũng thường xuyên đối mặt với thách thức của việc duy trì và nâng cấp CSHT y tế, đào tạo nhân sự y tế và duy trì mức thu nhập hấp dẫn để giữ chân các nhân viên y tế. Vì vậy, sự hợp tác giữa các cấp chính quyền địa phương đóng một vai trò quan trọng. Sự hợp tác này cho phép họ chia sẻ kinh nghiệm quý báu về các quy trình thanh toán, định mức chi phí y tế và công tác quản lý nhân lực. Mục đích cuối cùng là nhằm duy trì tính minh bạch và hiệu quả trong công tác quản lý TCYT diễn ra tại Canada.

Canada duy trì một HTYT công chủ yếu được tài trợ bởi các khoản thuế thu nhập và tiêu dùng do chính phủ liên bang và các tỉnh thu và quản lý. Cấu trúc quản lý TCYT tập trung vào sự phối hợp giữa các cấp quản lý và chú trọng giảm thiểu gánh nặng chi phí cho người dân. Các DVYT cơ bản được tài trợ thông qua hệ thống BHYT công, với các khoản chi phí lớn hơn dành cho thuốc men và dịch vụ nha khoa được chia sẻ thông qua bảo hiểm tư nhân hoặc thanh toán trực tiếp từ người dân (Yanick Labrie, 2021).

Hệ thống TCYT tại Canada cũng cho thấy một sự cân bằng giữa khu vực công và khu vực tư nhân. Theo đó, các khoản chi phí không nằm trong phạm vi ngân sách y tế công sẽ được bù đắp bởi bảo hiểm tư nhân hoặc các hình thức đồng chi trả từ người bệnh. Sự tham gia của khu vực tư nhân vào lĩnh vực này chủ yếu được thể hiện thông qua việc cung cấp bảo hiểm nha khoa và bảo hiểm thuốc men. Điều này góp phần giảm bớt áp lực tài chính cho ngân sách công, đồng thời vẫn đảm bảo được mức độ tiếp cận công bằng đối với các dịch vụ y tế thiết yếu (G. P. Marchildon và cộng sự, 2020).

Ngoài ra, Canada sử dụng mô hình tài trợ theo đầu dân (Population-Based Funding - PBF), trong đó ngân sách y tế được phân bổ dựa trên quy mô dân số và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của từng khu vực. Điều này giúp điều chỉnh ngân sách linh hoạt theo sự thay đổi của nhân khẩu học và các yếu tố y tế đặc thù của từng địa phương (Health Canada, 2022).

Một số nghiên cứu cho thấy mô hình tài trợ này giúp tối ưu hóa phân bổ nguồn lực, tăng cường tính minh bạch và giảm thất thoát tài chính. Tuy nhiên, thách thức đặt ra là làm sao để duy trì tính công bằng giữa các vùng có mật độ dân số khác nhau và đảm bảo đủ nguồn lực cho các khu vực có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cao (Canadian Institute for Health Information - CIHI, 2023).

3.3.1.5. Kinh nghiệm của Úc

HTYT của Úc đặc trưng bởi sự kết hợp giữa y tế công và tư, nơi có cơ quan BHYT Úc (Medicare) chịu trách nhiệm cung cấp BHYT cho người dân và BVC được

tài trợ bởi ngân sách y tế quốc gia. Mục tiêu chính của quản lý TCYT ở Úc là đảm bảo cung cấp DVYT chất lượng và bền vững cho mọi thành viên trong cộng đồng.

Mặc dù có sự khác biệt về cấp độ và quy mô giữa các cơ sở y tế tại Úc, từ các bệnh viện ở khu vực đô thị lớn đến các trung tâm y tế phục vụ cộng đồng ở cấp địa phương, nguyên tắc cơ bản trong công tác quản lý tài chính của họ vẫn được duy trì nhất quán. Hệ thống BHYT tại Úc đóng vai trò quan trọng trong việc giảm bớt áp lực tài chính trực tiếp cho người dân khi tiếp cận dịch vụ y tế. Song song đó, ngân sách y tế quốc gia đảm bảo rằng các BVC có đủ nguồn lực cần thiết để cung cấp các DVYT đạt tiêu chuẩn chất lượng. Các công cụ quản lý tài chính, như quy trình thanh toán viện phí, các định mức chi phí y tế được quy định và quy trình mua sắm trang thiết bị, giữ vai trò thiết yếu trong việc duy trì sự minh bạch và đảm bảo hiệu quả trong công tác quản lý TCYT trên khắp nước Úc. Những kinh nghiệm tích lũy từ mô hình quản lý này đã giúp Úc duy trì một HTYT vững mạnh và có khả năng phản ứng nhanh chóng đối với nhu cầu chăm sóc sức khỏe đa dạng của cộng đồng.

Một trong những khía cạnh đáng chú ý của hệ thống TCYT ở Úc là việc áp dụng mô hình tài trợ dựa trên hoạt động (Activity-Based Funding - ABF). Theo mô hình này, nguồn ngân sách được phân bổ cho các bệnh viện được xác định dựa trên số lượng và loại hình DVYT thực tế mà họ đã cung cấp cho người bệnh. Cách tiếp cận này mang lại nhiều lợi ích, giúp tăng cường đáng kể hiệu suất hoạt động của các bệnh viện, đảm bảo tính minh bạch trong việc sử dụng ngân sách và góp phần tối ưu hóa việc phân bổ các nguồn lực y tế trên toàn hệ thống (Independent Hospital Pricing Authority - IHPA, 2023).

Mô hình ABF đã được áp dụng rộng rãi tại Úc từ năm 2012 và đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện hiệu quả tài chính của HTYT. Bằng cách sử dụng "Giá quốc gia hiệu quả" (National Efficient Price - NEP), chính phủ có thể kiểm soát chi phí DVYT, đồng thời đảm bảo chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2023).

Mục tiêu QLNN về TCYT đối với các BVC tuyến Trung ương không chỉ là những kết quả đo đếm được mà bao gồm cả các mục tiêu không định lượng được và khi đạt được các mục tiêu đó, hoạt động QLNN về TCYT sẽ không chỉ mang lại lợi ích cho nhà quản lý hay đối tác cung cấp mà còn cho cả các đối tượng thụ hưởng của hoạt động quản lý.

3.3.2. Bài học quản lý nhà nước về tài chính y tế cho Việt Nam

Việc tiến hành nghiên cứu về công tác QLNN liên quan đến TCYT tại các BVC được xem là cần thiết, cả trên phương diện lý luận lẫn thực tiễn. Trong bối cảnh HTYT đang không ngừng trải qua những biến đổi lớn, khả năng đổi mới và thích ứng một cách linh hoạt với sự thay đổi đóng vai trò then chốt. Điều này giúp duy trì và nâng cao hiệu quả

hoạt động của hệ thống. Những kinh nghiệm thực tiễn đã được tích lũy trong công tác QLNN về tài chính đối với các BVC tại một số quốc gia khác trên thế giới, bao gồm Trung Quốc, Singapore, Hoa Kỳ, Canada và Úc, mang lại nhiều bài học giá trị. Những bài học này có thể được nghiên cứu và áp dụng cho Việt Nam để nâng cao hiệu quả quản lý.

Thứ nhất, đẩy mạnh cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm về tài chính

Kinh nghiệm quốc tế cho thấy, việc triển khai cơ chế tự chủ tại các BVC đã mang lại nhiều kết quả tích cực. Tại Trung Quốc, việc BVC thực hiện tự chủ một phần hoặc hoàn toàn đã giúp giảm bớt áp lực NSNN và tạo thêm nguồn lực để đầu tư cải thiện CSHT y tế. Tại Singapore, việc áp dụng các biện pháp kiểm soát tài chính chặt chẽ, đặc biệt trong quản lý chi phí và giá dịch vụ, đã góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động của BVC trong quá trình TCTC. Trong khi đó, tại các quốc gia như Úc, Canada và Mỹ, các BVC đã thành công trong việc cung cấp dịch vụ chất lượng cao cho nhóm bệnh nhân có khả năng tự chi trả, đồng thời vẫn bảo đảm nguyên tắc công bằng trong tiếp cận DVYT cơ bản cho cộng đồng. Tuy nhiên, kinh nghiệm quốc tế cũng cảnh báo rằng TCTC không phải là giải pháp hoàn hảo nếu thiếu cơ chế giám sát và điều tiết phù hợp từ phía nhà nước.

Đối với Việt Nam, để cơ chế TCTC tại BVC thực sự phát huy hiệu quả, cần có lộ trình thực hiện cẩn trọng, phù hợp với điều kiện thực tế. Trước hết, cần đảm bảo quyền tiếp cận DVYT một cách công bằng giữa các nhóm dân cư, tránh tình trạng thương mại hóa y tế quá mức, đồng thời không bóp nghẹt khả năng tài chính cần thiết cho hoạt động của BVC. Việc kiểm soát giá viện phí và DVYT cần được thực hiện một cách linh hoạt, theo hướng vừa bảo vệ người bệnh, vừa tạo dư địa tài chính để bệnh viện có thể duy trì và phát triển dịch vụ. Điều này có thể được thực hiện thông qua cơ chế điều chỉnh khung giá DVYT một cách định kỳ, kết hợp với các gói hỗ trợ tài chính từ NSNN đối với nhóm bệnh viện chưa có đủ năng lực tự chủ hoàn toàn. Bên cạnh đó, cần xây dựng cơ chế giám sát tài chính minh bạch để đánh giá hiệu quả hoạt động của bệnh viện tự chủ, nhưng cơ chế này không được gây cản trở quá mức quyền tự quyết của bệnh viện trong việc tối ưu hóa nguồn lực. Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ quan QLNN, cơ quan BHYT và chính quyền địa phương nhằm đảm bảo cân đối nguồn thu - chi tổng thể, tránh tình trạng bệnh viện rơi vào khó khăn tài chính do giá dịch vụ bị áp trần quá thấp, trong khi nguồn hỗ trợ từ nhà nước chưa đủ bù đắp chi phí thực tế.

Thứ hai, tăng cường huy động nguồn lực tài chính từ xã hội hóa và hợp tác công tư

Kinh nghiệm từ Trung Quốc cho thấy, cơ cấu cung cấp DVYT tại quốc gia này đang có sự dịch chuyển mạnh mẽ theo hướng xã hội hóa. Việc này bao gồm

việc thu hút đáng kể nguồn đầu tư từ khu vực tư nhân vào các loại hình dịch vụ mà trước đây vốn chỉ do Nhà nước độc quyền cung cấp. Song song đó, các quốc gia phát triển như Hoa Kỳ thường sử dụng hình thức hợp tác PPP. PPP là công cụ hữu hiệu để thu hút nguồn vốn đầu tư vào việc phát triển và nâng cấp CSHT cho các BVC của họ. Các quốc gia này đã cho phép các bệnh viện thu phí DVYT cơ bản ở mức tương đối thấp, đồng thời áp dụng mức phí cao hơn đối với các DVYT bổ sung hoặc tùy chọn theo yêu cầu của người bệnh. Các dịch vụ này bao gồm vận chuyển (không phải cấp cứu), chi phí lựa chọn bác sĩ theo yêu cầu, hay phí sử dụng phòng bệnh theo yêu cầu cụ thể. Đối với Canada, quốc gia này ưu tiên sử dụng nguồn thu từ thuế để tài trợ cho việc cung cấp các DVYT cơ bản. Cách tiếp cận này nhằm mục đích đảm bảo khả năng tiếp cận phổ cập và công bằng cho mọi công dân. Singapore là quốc gia đặc biệt chú trọng đến tính công bằng trong việc cung cấp các DVYT. Chính phủ Singapore đảm bảo rằng tất cả công dân đều có thể tiếp cận các DVYT đạt tiêu chuẩn chất lượng cao, với sự quan tâm đặc biệt dành cho những người có mức thu nhập thấp hoặc đang sinh sống tại các khu vực còn khó khăn. Các chương trình bảo vệ y tế được triển khai tại Singapore không chỉ tập trung vào việc cung cấp các dịch vụ y tế ở mức cơ bản, mà còn có vai trò quan trọng trong việc giúp bảo vệ người dân khỏi gánh nặng tài chính khổng lồ. Gánh nặng này thường phát sinh khi họ cần điều trị dài hạn hoặc mắc phải các bệnh hiểm nghèo cần chi phí lớn.

Đối với Việt Nam, việc đẩy mạnh xã hội hóa y tế và thu hút đầu tư tư nhân vào BVC là một giải pháp quan trọng nhằm tăng cường nguồn lực tài chính cho hệ thống. Tuy nhiên, cần có cơ chế kiểm soát chặt chẽ để tránh tình trạng lạm dụng xã hội hóa, dẫn đến việc bệnh viện ưu tiên các dịch vụ có lợi nhuận cao mà bỏ quên các DVYT thiết yếu mang tính công ích. Bên cạnh đó, việc triển khai các mô hình PPP cần được thực hiện theo hướng đảm bảo hài hòa lợi ích giữa Nhà nước, bệnh viện và nhà đầu tư, đồng thời duy trì trách nhiệm phục vụ cộng đồng của BVC. Việt Nam cần học hỏi kinh nghiệm từ Canada và Singapore để chú trọng đến việc đảm bảo công bằng trong tiếp cận DVYT, đặc biệt đối với các nhóm dân cư nghèo, yếu thế. Chính sách bảo vệ y tế cần được thiết kế để giúp người dân dễ dàng tiếp cận các DVYT cơ bản và chăm sóc sức khỏe lâu dài mà không phải lo ngại về gánh nặng tài chính.

Thứ ba, thiết lập cơ chế kiểm tra giám sát và quản lý rủi ro tài chính

Bài học từ Trung Quốc và Singapore cho thấy sự cần thiết của cơ chế kiểm soát để hạn chế việc bệnh viện tự chủ chạy theo lợi nhuận đơn thuần và gây thiếu công bằng trong cung cấp dịch vụ. Cả hai quốc gia này đều xác định rõ BVC là đơn vị hoạt động phi lợi nhuận, phục vụ mục tiêu phúc lợi xã hội và y tế công. Vì vậy, họ đã thiết lập các cơ chế giám sát như cho phép thành lập hội đồng quản trị độc lập

(tại Singapore) hoặc các đơn vị trực thuộc bệnh viện (tại Trung Quốc) thực hiện chức năng giám sát toàn bộ hoạt động của bệnh viện. Đồng thời, họ đầu tư xây dựng hệ thống thông tin, dữ liệu và có cơ chế kiểm soát dữ liệu để giám sát kết quả hoạt động của bệnh viện một cách hiệu quả.

Đối với Việt Nam, nên tập trung hoàn thiện hệ thống kiểm toán nội bộ và yêu cầu báo cáo tài chính định kỳ một cách nghiêm túc. Điều này giúp các cơ quan quản lý có cơ sở dữ liệu và thông tin cần thiết để theo dõi và đánh giá việc sử dụng ngân sách và các nguồn thu khác của bệnh viện. Bên cạnh đó, việc ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác giám sát TCYT cũng là một giải pháp quan trọng cần được đẩy mạnh.

Thứ tư, tăng cường vai trò của BHYT

Việc khuyến khích sự tham gia của các hình thức bảo hiểm tư nhân có thể được nhìn nhận như một giải pháp bổ sung hữu ích. Giải pháp này nhằm mục đích giảm thiểu áp lực đang đặt lên HTYT công, đồng thời góp phần đảm bảo tính bền vững về mặt tài chính cho toàn bộ ngành. Đặc biệt, kinh nghiệm thu được từ Singapore đã chỉ ra rằng việc triển khai các chương trình BHYT mang tính phổ cập, kết hợp với các chương trình hỗ trợ tài chính được thiết kế đặc thù cho các nhóm đối tượng như người nghèo và người cao tuổi, có khả năng đóng góp đáng kể vào việc giảm bớt gánh nặng tài chính cho các BVC. Điều này đồng thời giúp đảm bảo rằng mọi người dân, không phân biệt mức thu nhập của họ, đều có cơ hội tiếp cận các DVYT cần thiết.

Đối với Việt Nam, cần tiếp tục tăng cường vai trò của BHYT trong việc hỗ trợ tài chính cho BVC và người dân. Đẩy mạnh BHYT toàn dân, kết hợp với các gói hỗ trợ phù hợp cho các nhóm yếu thế (người nghèo, người cao tuổi), sẽ là yếu tố then chốt để giảm gánh nặng chi phí KCB cho cả bệnh viện và người bệnh, đồng thời đảm bảo tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ.

Thứ năm, nâng cao hiệu quả quản lý ngân sách và phân bổ TCYT

Kinh nghiệm từ các quốc gia có HTYT phát triển cho thấy, việc phân bổ ngân sách y tế cần đảm bảo các nguyên tắc hiệu quả, minh bạch và công bằng. Tại Canada, ngân sách y tế chủ yếu được phân bổ dựa trên mô hình tài trợ theo đầu dân (population-based funding), tức là nguồn lực được điều chỉnh dựa trên quy mô dân số và nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc thù của từng khu vực địa lý. Trong khi đó, Úc áp dụng hệ thống tài trợ dựa trên hoạt động (Activity-Based Funding - ABF), trong đó ngân sách bệnh viện được phân bổ căn cứ vào số lượng và loại hình DVYT thực tế mà bệnh viện cung cấp. Mô hình này giúp tăng cường hiệu suất hoạt động và

giảm thiểu tình trạng thất thoát tài chính. Tại Trung Quốc, cải cách TCYT tập trung vào việc tách bạch nguồn NSNN cấp cho BVC khỏi nguồn thu từ DVYT nhằm tránh tình trạng lạm thu. Đồng thời, chính phủ Trung Quốc cũng áp dụng cơ chế tài trợ hỗn hợp, trong đó NSNN vẫn đóng vai trò chủ đạo nhưng được bổ sung bởi các nguồn thu từ BHYT, xã hội hóa và hợp tác công- tư.

Đối với Việt Nam, việc nâng cao hiệu quả công tác quản lý ngân sách y tế cần được chú trọng vào các khía cạnh trọng tâm sau: (i) *Cải tiến cơ chế phân bổ*: Điều chỉnh cơ chế phân bổ ngân sách theo hướng linh hoạt hơn. Việc này nhằm đảm bảo sự phù hợp với nhu cầu thực tế và đặc thù riêng của từng tuyến bệnh viện. (ii) *Tăng cường minh bạch tài chính*: Mục tiêu là nâng cao tính minh bạch trong hoạt động quản lý tài chính của các BVC. Điều này có thể đạt được thông qua việc áp dụng một cách rộng rãi hoạt động kiểm toán độc lập. Đồng thời, cần đẩy mạnh việc ứng dụng công nghệ thông tin vào các quy trình quản lý hiện hành. (iii) *Đảm bảo cân đối nguồn lực*: Thiết lập sự cân đối hợp lý trong phân bổ nguồn lực tài chính giữa các bệnh viện tuyến Trung ương, bệnh viện tuyến tỉnh và các cơ sở y tế ở tuyến dưới. Việc này nhằm mục đích giảm tải áp lực cho các bệnh viện lớn ở khu vực trung tâm và đồng thời góp phần nâng cao chất lượng y tế tại các địa phương.

Ngoài ra, cần thiết phải cân nhắc đến khả năng áp dụng các mô hình tài trợ dựa trên hoạt động (Activity-Based Funding - ABF). Việc áp dụng mô hình này có tiềm năng tạo ra một động lực mạnh mẽ. Động lực này khuyến khích các bệnh viện không ngừng nâng cao hiệu suất hoạt động của mình. Đồng thời, nó cũng có thể giúp giảm bớt sự phụ thuộc của các bệnh viện vào nguồn NSNN đối với các khoản chi mang tính thường xuyên. Tuy nhiên, cần đặc biệt lưu ý rằng quá trình chuyển đổi sang các mô hình tài trợ mới như ABF đòi hỏi phải có một lộ trình triển khai thật rõ ràng và phù hợp với bối cảnh thực tế. Việc triển khai này cần được thực hiện một cách hết sức cẩn trọng. Mục đích là để tránh gây ra những xáo trộn không cần thiết và hạn chế tối đa những ảnh hưởng tiêu cực có thể xảy ra đối với sự ổn định của HTYT.

Có thể thấy, các bài học kinh nghiệm quốc tế và việc áp dụng tại Việt Nam cho thấy sự cần thiết phải kết hợp linh hoạt giữa các công cụ QLNN về TCYT. Việc này giúp kiểm soát hiệu quả quá trình huy động và sử dụng nguồn lực tài chính trong BVC, đảm bảo sự công bằng, hiệu quả và bền vững trong cung cấp DVYT cho cộng đồng. Nâng cao chất lượng quản lý TCYT thông qua việc áp dụng những bài học này sẽ góp phần quan trọng đáp ứng tốt hơn yêu cầu phát triển của HTYT công lập trong bối cảnh kinh tế - xã hội luôn biến động.

CHƯƠNG 4

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ ĐỐI VỚI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG KHU VỰC PHÍA BẮC

4.1. Thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc

4.1.1. Chính sách quản lý nhà nước về tài chính y tế

4.1.1.1. Tổng quan hệ thống chính sách tài chính y tế

Trong lĩnh vực QLNN về TCYT đối với các BVC, công cụ pháp luật và chính sách đóng vai trò chủ yếu, tạo ra khuôn khổ và định hướng cho mọi hoạt động tài chính. Hiện tại, hệ thống pháp lý liên quan đến y tế tại Việt Nam bao gồm khoảng 1.137 văn bản quy phạm pháp luật, cả trực tiếp và gián tiếp, điều chỉnh một cách toàn diện các hoạt động trong lĩnh vực này. Ngành y tế đã xây dựng thành công một hệ thống pháp lý có tính đầy đủ ở mức độ khá. Hệ thống này có chức năng điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh. Các quy định trong hệ thống pháp lý này bao gồm các vấn đề liên quan đến cơ chế TCTC, phí dịch vụ, các khoản thu chi tài chính và các vấn đề tài chính khác có liên quan đến hoạt động trong các BVC.

Chính sách trọng tâm: tự chủ tài chính ở bệnh viện công

Chính sách TCTC đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong việc tăng cường quyền chủ động, nâng cao hiệu quả quản lý tài chính và đảm bảo khả năng cung cấp DVYT chất lượng cao tại các BVC. Chính sách TCTC đã được cụ thể hóa và phát triển theo thời gian thông qua một chuỗi các văn bản pháp luật quan trọng:

- Nghị định số 43/2006/NĐ-CP (năm 2006): Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25 tháng 4 năm 2006 của Chính phủ là văn bản pháp lý đầu tiên tạo cơ sở trao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập nói chung và BVC nói riêng trong việc huy động vốn nhằm phát triển hoạt động. Tuy nhiên, phạm vi quyền tự chủ được quy định trong Nghị định này còn hạn chế và thiếu các hướng dẫn cụ thể về hạch toán độc lập, định giá dịch vụ, cũng như cơ chế phân bổ nguồn thu chi, gây khó khăn cho việc triển khai.

- Nghị định số 85/2012/NĐ-CP (năm 2012): Nghị định số 85/2012/NĐ-CP về “cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập”, do Chính phủ ban hành năm 2012, đã kế thừa và mở rộng đáng kể quyền TCTC của các BVC. Nghị định này cho phép các đơn vị không chỉ huy động vốn mà còn được tham gia góp vốn, thực

hiện liên doanh, liên kết với các đối tác khác. Việc mở rộng quyền tự chủ này giúp các BVC có thêm nguồn lực để phát triển cơ sở vật chất, nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng tốt hơn nhu cầu y tế của xã hội. Tuy nhiên, thực tế triển khai cho thấy giá dịch vụ liên doanh, liên kết chưa có sự đồng nhất giữa các bệnh viện, dẫn đến chi phí sử dụng dịch vụ cao, gây thiệt thòi cho người bệnh. Bên cạnh đó, các bệnh viện còn gặp khó khăn trong việc ban hành giá dịch vụ do thiếu một cơ chế định giá minh bạch và thống nhất.

- Nghị định số 16/2015/NĐ-CP (năm 2015): Để khắc phục một phần những bất cập trên, Nghị định số 16/2015/NĐ-CP ngày 14 tháng 2 năm 2015 của Chính phủ về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập đã được ban hành. Nghị định này đưa ra một lộ trình quan trọng nhằm xác định giá dịch vụ sự nghiệp công sử dụng NSNN trong giai đoạn 2016-2020. Theo đó, các bệnh viện tự đảm bảo kinh phí chi thường xuyên và chi đầu tư được yêu cầu lập kế hoạch đầu tư dựa trên nhu cầu thực tế và trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt. Tuy nhiên, Nghị định này vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể, chi tiết về các khoản thu chi nội bộ, cơ chế trích lập và sử dụng quỹ để duy trì hoạt động bền vững của bệnh viện. Điều này dẫn đến khó khăn trong việc triển khai thực tế, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến Trung ương.

- Nghị định số 60/2021/NĐ-CP (năm 2021): Năm 2021, Nghị định số 60/2021/NĐ-CP về cơ chế TCTC của đơn vị sự nghiệp công lập được ban hành, đánh dấu một bước hoàn thiện quan trọng. Nghị định này đã củng cố và hoàn thiện các quy định liên quan đến cơ chế TCTC cho các đơn vị sự nghiệp công lập, bao gồm cả BVC. Nội dung Nghị định đề cập chi tiết đến việc quản lý chi đầu tư, chi thường xuyên, quyền tự chủ trong việc xác định các khoản thu và mức thu, cơ chế trích lập và sử dụng các quỹ, cũng như khả năng huy động vốn và thực hiện liên doanh, liên kết. Đặc biệt, Nghị định 60/2021/NĐ-CP nhấn mạnh về cơ chế TCTC của các đơn vị sự nghiệp công lập tự chủ một phần, đồng thời vẫn duy trì sự hỗ trợ cần thiết từ NSNN cho một số hoạt động đặc thù.

- Luật Khám bệnh, Chữa bệnh 2023 (có hiệu lực từ 01/01/2024): Luật Khám bệnh, Chữa bệnh 2023, chính thức có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2024, tiếp tục cụ thể hóa cơ chế TCTC cho BVC. Theo quy định tại Điều 107 và 108 của Luật, BVC được quyền tự quyết về tổ chức bộ máy, nhân sự, quản lý tài chính và sử dụng tài sản công. Đồng thời, bệnh viện có thể tự xác định mức thu DVYT, nhưng phải bảo đảm không vượt quá khung giá tối đa do Bộ Y tế quy định. Mặc dù đẩy mạnh tự chủ, Nhà nước vẫn duy trì vai trò hỗ trợ tài chính khi cần thiết, đảm bảo sự ổn định và phát triển bền vững của HTYT công lập vì sức khỏe nhân dân.

Thực hiện thí điểm tự chủ toàn diện

Trước khi Nghị định số 60/2021/NĐ-CP được ban hành để hoàn thiện cơ chế TCTC một cách rộng rãi, Chính phủ đã có một bước tiến quan trọng trong việc thí

điểm tự chủ toàn diện. Thông qua Nghị quyết số 33/NQ-CP năm 2019, Chính phủ đã cho phép thử nghiệm cơ chế tự chủ toàn diện tại 4 BV lớn trực thuộc Bộ Y tế: BV Bạch Mai, BV K, BV Việt Đức và BV Chợ Rẫy. Nội dung của Nghị quyết này đổi mới cơ chế hoạt động của các đơn vị theo hướng tự chủ toàn diện (đặc trưng là đơn vị sự nghiệp có nguồn thu tự đảm bảo cả chi đầu tư và chi thường xuyên), vận dụng mô hình quản lý tương tự doanh nghiệp. Các nội dung tự chủ chính bao gồm: tự chủ về thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, tự chủ về tổ chức bộ máy và nhân sự (cho phép thành lập Hội đồng quản lý...) và tự chủ về đầu tư, mua sắm, cũng như quản lý tài sản công. Nghị quyết 33/NQ-CP được kỳ vọng sẽ góp phần hoàn thiện cơ chế tự chủ toàn diện cho các BVC, đặc biệt là các bệnh viện tuyến cuối, giúp “cởi trói” cho các đơn vị này khi không còn phụ thuộc vào nguồn NSNN và được quyền tự quyết về nhân lực, giá dịch vụ, cùng nhiều cơ chế khác.

“Mặc dù được kỳ vọng cao, nhưng sau hơn 2 năm triển khai đề án thí điểm BV tự chủ toàn diện, chỉ có 2 trong số 4 bệnh viện thực hiện thí điểm và cả 2 bệnh viện là BV K và BV Bạch Mai đều xin chuyển đổi mô hình tự chủ này trở về mô hình ĐVSN công tự đảm bảo chi thường xuyên (Bệnh Viện K, 2020; Bệnh viện Bạch Mai, 2019). Một trong những lý do là do nguồn thu giảm trong khi các khoản chi lớn...” (Chi tiết tại Phụ lục 02).

Hộp 4.1: Đánh giá về hệ thống chính sách tự chủ tài chính y tế dưới góc nhìn của các nhà quản lý BVC tuyến TW khu vực phía Bắc

Theo đánh giá của lãnh đạo và cán bộ phụ trách tài chính của các BVC tuyến Trung ương, cơ chế TCTC đã có tác động đa chiều đến các BVC, mang lại cả những tiến bộ tích cực và những thách thức đáng kể.

Cơ chế TCTC mang lại cho các BVC sự linh hoạt hơn đáng kể trong việc quản lý tài chính và triển khai các hoạt động chuyên môn. Điều này giúp giảm bớt sự phụ thuộc vào các khoản trợ cấp từ ngân sách nhà nước, đồng thời góp phần nâng cao chất lượng và đa dạng hóa các DVYT được cung cấp. Tự chủ cũng tạo điều kiện để các bệnh viện cải thiện thu nhập cho đội ngũ nhân viên của mình và gia tăng quyền chủ động trong việc sử dụng các nguồn lực tài chính. Điều này từ đó khuyến khích các bệnh viện tối ưu hóa việc sử dụng nguồn lực và nâng cao chất lượng dịch vụ. Một số ý kiến cho rằng, việc áp dụng TCTC giúp các BVC có khả năng thu hút được nguồn nhân lực chất lượng cao và gia tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân. Cơ chế này cũng hỗ trợ các bệnh viện trong việc nâng cấp CSHT và trang thiết bị y tế, tạo tiền đề thuận lợi cho việc phát triển các kỹ thuật y tế mới, tiên tiến hơn. TCTC còn được xem là một yếu tố giúp giảm bớt gánh nặng tài chính cho NSNN và có tiềm năng nâng cao hiệu quả chi tiêu công trong lĩnh vực y tế, đặc biệt trong việc hỗ trợ BHYT và tăng cường y tế dự phòng.

Mặc dù mang lại những lợi ích rõ ràng, quá trình thực hiện TCTC trên thực tế vẫn còn gặp phải nhiều trở ngại đáng kể. Ngay cả khi đã được công nhận là có quyền tự chủ, nhiều bệnh viện vẫn phải đối mặt với những hạn chế nhất định. Ví dụ như giới hạn về tỷ lệ quỹ mà họ có thể phân bổ cho các mục đích khác nhau, hoặc giới hạn về mức tăng lương (thường chỉ được phép tăng gấp đôi mức lương cơ bản theo quy định). Những hạn chế này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng giữ chân những nhân lực tài năng. Một số ý kiến bày tỏ quan ngại rằng TCTC tạo ra một áp lực tài chính rất lớn, đặc biệt đối với các bệnh viện ở tuyến dưới, nơi có số lượng bệnh nhân đến khám ít và nguồn doanh thu thu được thấp. Cũng tồn tại những lo ngại về khả năng xảy ra tình trạng thương mại hóa DVYT một cách thái quá, điều này có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng tiếp cận dịch vụ của những người nghèo. Thêm vào đó, dù đã được trao quyền TCTC, tình trạng đầu tư từ phía nhà nước vào việc mua sắm thiết bị còn chậm trễ và quy trình giải ngân vốn đầu tư công còn phức tạp, rườm rà vẫn tiếp diễn. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng các bệnh viện nâng cấp cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế, cản trở sự phát triển của họ.

Nguồn: Tổng hợp kết quả phỏng vấn sâu cán bộ quản lý của các BVC tuyến TW khu vực phía Bắc

Có thể thấy rằng, chính sách xã hội hóa và cơ chế TCTC trong bệnh viện mang lại nhiều lợi ích, nhưng cũng đã làm phát sinh một số vấn đề đáng lo ngại. Chế độ TCTC được áp dụng có thể khiến một bộ phận BVC lạm dụng các kỹ thuật cận lâm sàng và giữ bệnh nhân nằm viện lâu hơn mức cần thiết. Thực trạng này góp phần gây ra tình trạng quá tải cho các bệnh viện ở tuyến trên. Việc liên doanh, liên kết với các đối tác bên ngoài trong quá trình sử dụng trang thiết bị y tế cũng đặt ra những thách thức đáng kể. Đặc biệt là vấn đề liên quan đến quyền sở hữu có sự tham gia của nhiều thành phần khác nhau ngay trong nội bộ bệnh viện. Cùng với đó, việc đảm bảo tính minh bạch của nguồn tài chính công trong các hoạt động này cũng gặp nhiều khó khăn.

Tự chủ trong quản lý nhân lực cũng có tác động không nhỏ đến sự cân đối về số lượng và cơ cấu giữa các vị trí như bác sĩ, điều dưỡng viên và kỹ thuật viên. Một số bệnh viện có xu hướng ưu tiên tuyển dụng bác sĩ nhưng lại thiếu hụt đáng kể số lượng điều dưỡng viên. Tình trạng mất cân đối này làm suy giảm chất lượng của công tác chăm sóc bệnh nhân một cách toàn diện. Hơn nữa, hoạt động xã hội hóa y tế hiện nay lại có xu hướng tập trung chủ yếu vào lĩnh vực KCB, với mục tiêu chính là lợi nhuận. Trong khi đó, lĩnh vực y tế dự phòng, một mảng quan trọng của y tế công cộng, lại chưa nhận được sự quan tâm và đầu tư tương xứng từ nguồn xã hội hóa.

Một vấn đề đáng quan ngại khác cũng được ghi nhận là trong lĩnh vực y tế công, các tiêu cực xã hội có vẻ nảy sinh nhiều hơn so với khu vực y tế tư nhân. Những tiêu cực này bao gồm các vấn đề về thái độ phục vụ người bệnh, những vi phạm liên quan đến y đức, các vấn đề trong công tác xây dựng cơ bản và những tiêu cực xảy ra trong quá trình đấu thầu thuốc...

** Chính sách đầu tư ngân sách và quản lý tài sản công*

Việc đầu tư nguồn NSNN cho các BVC, đặc biệt là các bệnh viện tuyến Trung ương, tuân thủ theo các văn bản pháp luật chung quy định về quản lý, sử dụng tài sản công. Cụ thể, việc này được điều chỉnh bởi Luật Quản lý, sử dụng tài sản công số 15/2017/QH14 (năm 2017), Nghị định số 151/2017/NĐ-CP quy định chi tiết một số điều của Luật và Nghị định số: 114/2024/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 151/2017/NĐ-CP và các thông tư hướng dẫn (Thông tư số 144/2017/TT-BTC ngày 29/12/2017 và Thông tư số 11/2025/TT-BTC ngày 19/3/2025). Bên cạnh đó, các quy trình đầu tư xây dựng cơ bản và mua sắm trang thiết bị y tế tại BVC còn chịu sự điều chỉnh chặt chẽ bởi Luật Đấu thầu số 22/2023/QH15 (năm 2023) và các văn bản hướng dẫn thi hành liên quan (Nghị định 24/2024/NĐ-CP). Các văn bản pháp lý này quy định rõ ràng về việc lập kế hoạch, phân bổ và giám sát quá trình sử dụng ngân sách, nhằm đảm bảo tính minh bạch và hợp lý trong sử dụng nguồn vốn NSNN. Tuy nhiên, thực tiễn triển khai còn đối mặt với một số hạn chế do quy trình phê duyệt đầu tư còn phức tạp, đòi hỏi nhiều thời gian và công sức từ các đơn vị, trong khi chưa có hướng dẫn riêng biệt nào được ban hành đặc thù cho các bệnh viện đã được giao cơ chế TCTC.

Công tác quản lý tài sản công đang được sử dụng tại các bệnh viện, bao gồm nhà, đất và trang thiết bị y tế, được thực hiện theo các văn bản trên về quản lý tài sản công và quy định khác như Thông tư số 23/2016/TT-BTC (năm 2016) hướng dẫn quản lý, sử dụng tài sản nhà nước tại đơn vị sự nghiệp công lập. Bộ Y tế đóng vai trò quan trọng trong việc hướng dẫn, giám sát và thực hiện phân cấp quản lý tài sản công tại các bệnh viện trực thuộc. Đáng chú ý, đối với các bệnh viện đã được giao quyền tự chủ, việc sử dụng vốn từ quỹ phát triển sự nghiệp hoặc vốn vay không phải từ NSNN để đầu tư vẫn phải tuân thủ đầy đủ quy trình đầu tư và báo cáo theo các quy định hiện hành. Dù đã có sự phân cấp một phần nhằm tăng cường hiệu quả quản lý, nhưng thực tế triển khai còn nhiều khó khăn, đặc biệt là trong các dự án liên quan đến mua sắm trang thiết bị y tế, đầu tư cơ sở vật chất và quản lý tài sản đa sở hữu trong các dự án liên doanh, liên kết.

Bên cạnh việc quản lý tài sản cố định hiện hữu, công tác quản lý đầu tư xây dựng cơ bản và mua sắm trang thiết bị y tế mới tại các BVC, đặc biệt là các bệnh

viện tuyến Trung ương, cũng là một nội dung trọng tâm trong chính sách quản lý tài sản công. Công tác QLNN về đầu tư xây dựng cơ bản; đấu thầu, mua sắm và quản lý sử dụng trang thiết bị y tế được giao nhiệm vụ cụ thể cho các Vụ, Cục, Phòng, Ban chuyên môn thực hiện theo các quy trình đã định. Tuy nhiên, đến thời điểm hiện tại, công tác này vẫn chủ yếu được thực hiện trên cơ sở các văn bản quy phạm pháp luật chung về đầu tư xây dựng cơ bản do Chính phủ và các bộ, ngành chức năng ban hành mà chưa có văn bản nào được cụ thể hóa riêng biệt cho đối tượng là các BVC đã được giao quyền tự chủ. Các đơn vị được giao tự chủ, khi đầu tư xây dựng cơ sở vật chất bằng nguồn Quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp, vốn vay, không phải vốn NSNN, vẫn phải thực hiện đầy đủ các thủ tục đầu tư trình cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Đối với các đơn vị được giao tự chủ, khi đầu tư xây dựng cơ sở vật chất bằng nguồn Quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp hoặc vốn vay (không phải vốn NSNN), việc thực hiện đầy đủ các thủ tục đầu tư đòi hỏi nhiều thời gian, công sức. Các thủ tục này bao gồm lập, thẩm định và phê duyệt báo cáo đề xuất chủ trương đầu tư; báo cáo nghiên cứu tiền khả thi; báo cáo nghiên cứu khả thi; phê duyệt chủ trương đầu tư; quyết định đầu tư; thẩm định nguồn vốn và khả năng cân đối vốn; cũng như bố trí vốn. Để phù hợp hơn với cơ chế tự chủ đã được trao, đáp ứng và khắc phục một phần các hạn chế, tồn tại trong quy trình, Bộ Y tế đã thực hiện phân cấp một phần đối với công tác này.

** Chính sách quản lý giá, phí dịch vụ y tế*

Quản lý giá và phí DVYT là một nội dung cốt yếu trong chính sách TCYT, nhằm đảm bảo tính minh bạch, hợp lý và công bằng trong việc cung ứng các DVYT công. Tại Bộ Y tế, Cục Quản lý KCB được giao nhiệm vụ là đầu mối chủ trì thành lập các hội đồng chuyên môn để xây dựng danh mục dịch vụ kỹ thuật và quy trình kỹ thuật. Cơ quan này phối hợp với Vụ Kế hoạch Tài chính và các chuyên gia đầu ngành trong ngành để xây dựng định mức kinh tế kỹ thuật, làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ y tế. Tuy nhiên, công tác xây dựng và cập nhật các định mức, danh mục này hiện còn chậm, chưa đầy đủ và tồn tại nhiều bất cập. Nguyên nhân chính là do quy trình xây dựng danh mục kỹ thuật còn chưa đồng bộ, độc lập với việc xây dựng giá DVYT và liên quan đến việc quy tụ nhiều bác sĩ, chuyên gia đầu ngành từ khắp cả nước, khiến việc chỉnh sửa, rút ngắn thời gian xây dựng theo đúng tinh thần chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ tại Nghị quyết số 30/2023/NQ-CP còn gặp nhiều khó khăn.

Cụ thể hơn về sự thiếu đồng bộ và bất cập này: Trong tổng số hơn 18.239 danh mục dịch vụ kỹ thuật hiện có, chỉ có khoảng 9.166 danh mục DVYT đã được

xây dựng giá (Trong đó, 8.538 dịch vụ được phiên tương đương theo giá của 1.901 dịch vụ được Bộ Y tế ban hành tại Thông tư số 15/2018/TT-BYT). Đặc biệt, trong số các dịch vụ đã có giá, chỉ có khoảng 947 dịch vụ được xây dựng dựa trên cơ sở các định mức kinh tế kỹ thuật đã được ban hành. Bên cạnh đó, còn tồn tại hơn 4.000 danh mục dịch vụ kỹ thuật chưa được xây dựng giá và trên 11.000 dịch vụ không có quy trình kỹ thuật được ban hành. Sự chậm trễ và thiếu đầy đủ này, cùng với tình trạng danh mục dịch vụ chậm cập nhật, thiếu tính liên kết, phân nhóm tương đương chưa hợp lý và giá dịch vụ (dù cùng mức giá) nhưng khác nhau về yêu cầu thuốc, vật tư, hóa chất, nhân lực, thời gian, điều kiện thanh toán đã gây ra nhiều vướng mắc và sai sót trong quá trình thực hiện tại các bệnh viện. Điều này dẫn đến việc Bảo hiểm Xã hội đôi khi từ chối thanh toán chi phí cho bệnh viện.

Nhằm giải quyết các bất cập trên, tại Nghị quyết số 30/2023/NQ-CP được ban hành vào ngày 3 tháng 3 năm 2023, Thủ tướng Chính phủ đã giao nhiệm vụ cho Bộ Y tế chủ trì. Bộ Y tế được yêu cầu phối hợp chặt chẽ với Bộ Tài chính để khẩn trương tiến hành rà soát, sửa đổi, bổ sung và hoàn thiện các quy định có liên quan đến định mức kinh tế - kỹ thuật trong lĩnh vực y tế. Mục tiêu chính của việc hoàn thiện các định mức này là nhằm nâng cao hiệu quả công tác kiểm soát chất lượng đối với các DVYT được cung cấp. Trong khuôn khổ Nghị quyết này, có quy định nhấn mạnh rõ ràng về sự cần thiết phải ban hành các định mức mang tính bắt buộc phải tuân thủ. Điều này nhằm mục đích bảo đảm quyền lợi chính đáng của những người tham gia BHYT cũng như quyền lợi của chính các cơ sở KCB. Đồng thời, việc áp dụng các định mức bắt buộc này còn giúp tránh gây ra tình trạng thất thoát và lãng phí nguồn quỹ BHYT.

Để tiếp tục hoàn thiện cơ chế quản lý giá DVYT, Bộ Y tế đã ban hành hai văn bản quan trọng: (1) Thông tư số 13/2023/TT-BYT quy định về khung giá dịch vụ KCB theo yêu cầu tại các cơ sở y tế công lập. Thông tư này áp dụng cho các cơ sở công lập khi cung cấp các dịch vụ ngoài phạm vi BHYT chi trả. Điểm đáng chú ý là Thông tư này đưa ra một cơ chế xác định giá linh hoạt hơn, căn cứ vào chất lượng phục vụ và điều kiện cơ sở vật chất thực tế của đơn vị; (2) Thông tư số 21/2023/TT-BYT quy định khung giá DVYT thông thường tại BVC. Văn bản này áp dụng cho cả các dịch vụ thuộc và không thuộc phạm vi thanh toán của BHYT, với mục đích đảm bảo tính thống nhất và minh bạch trong toàn HTYT công; (3) Thông tư số 22/2023/TT-BYT cập nhật quy định cụ thể bảng giá cho danh mục dịch vụ kỹ thuật. Tuy nhiên, kể từ năm 2025, các nội dung quy định trong các Thông tư nêu trên đã được tích hợp và thay thế hoàn toàn bởi Thông tư số 21/2024/TT-BYT, nhằm thống nhất phương pháp tiếp cận, đảm bảo tính khoa học, minh bạch và phù

hợp với yêu cầu đổi mới cơ chế tài chính trong ngành y tế. Cụ thể, quy định này nguyên tắc, căn cứ định giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh; quy định điều kiện và hướng dẫn việc lựa chọn áp dụng phương pháp định giá khám bệnh chữa bệnh theo 2 phương pháp là phương pháp so sánh và phương pháp chi phí; cho phép đơn vị lập phương án giá được lựa chọn 1 trong 2 phương pháp định giá. Trường hợp áp dụng được cả hai phương pháp định giá cùng lúc thì được ưu tiên lựa chọn phương pháp so sánh.

** Chính sách quản lý về hoạt động xã hội hóa, liên doanh, liên kết*

Chính sách xã hội hóa y tế nhằm huy động các nguồn lực ngoài NSNN để nâng cao chất lượng dịch vụ KCB và cải thiện cơ sở vật chất tại các BVC. Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản nhằm tăng cường giám sát và điều chỉnh hoạt động xã hội hóa, cũng như các dịch vụ KCB theo yêu cầu tại các BVC. Theo đó, Bộ Y tế yêu cầu các đơn vị và địa phương thực hiện tự kiểm tra, rà soát các hợp đồng liên doanh, liên kết lắp đặt trang thiết bị đang triển khai. Nếu phát hiện bất cập hoặc vấn đề chưa phù hợp, các đơn vị phải điều chỉnh, phối hợp với đối tác để sửa đổi hợp đồng sao cho phù hợp với tình hình thực tế và hướng dẫn tại Thông tư số 15/2007/TT-BYT ngày 12/12/2007 hướng dẫn thực hiện xã hội hóa trong các cơ sở y tế công lập.

Kể từ ngày 01/01/2018, các hoạt động liên doanh, liên kết được thực hiện tại các ĐVSN công lập đã tuân thủ theo quy định của Luật Quản lý, sử dụng tài sản công, cụ thể là Luật số 15/2017/QH14 ngày 21/6/2017. Mặc dù Bộ Y tế đã dự thảo thông tư hướng dẫn chi tiết cho lĩnh vực này, việc thống nhất với các bộ, ngành có liên quan vẫn chưa hoàn tất. Tình trạng này đã dẫn đến việc một số đơn vị chưa thực hiện báo cáo kịp thời về các khoản thu chi phát sinh từ các đề án liên doanh, liên kết. Bộ Y tế cũng chưa thực hiện việc đôn đốc một cách đầy đủ để tổng hợp toàn diện kết quả hoạt động thu chi từ các đề án này. Điều này đã gây khó khăn trong việc báo cáo thông tin đến Thủ tướng Chính phủ theo đúng quy định hiện hành.

Thực tế triển khai các chính sách xã hội hóa y tế tại các BVC cho thấy hiệu quả đạt được vẫn chưa tương xứng với kỳ vọng. Việc hai đơn vị là BV K và BV Bạch Mai đã xin chuyển đổi từ mô hình tự chủ toàn diện sang mô hình ĐVSN công tự đảm bảo chi thường xuyên đã minh chứng rằng các BVC tuyến Trung ương vẫn còn cần nhận được sự hỗ trợ tài chính từ NSNN để có thể duy trì hoạt động ổn định. Một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng này là chi phí cần đầu tư vào trang thiết bị y tế và CSHT tại các bệnh viện là rất lớn. Trong khi đó, mức giá các DVYT vẫn còn thấp, dẫn đến tình trạng nguồn thu không đủ để bù đắp cho các khoản chi.

** Chính sách bảo hiểm y tế*

BHYT được nhìn nhận là một trong những công cụ tài chính cốt lõi. Nó đóng vai trò bảo đảm quyền lợi được chăm sóc sức khỏe cho người dân, giúp giảm thiểu đáng kể gánh nặng về chi phí y tế trực tiếp đè nặng lên các hộ gia đình. Đồng thời, BHYT còn đóng góp vào việc thúc đẩy sự phát triển một cách bền vững cho HTYT công lập.

Hệ thống pháp lý quy định hoạt động của BHYT tại Việt Nam đã trải qua quá trình xây dựng và ngày càng được hoàn thiện qua nhiều giai đoạn. Các văn bản quy phạm pháp luật quan trọng đã được ban hành, tạo thành nền tảng vững chắc cho hoạt động của BHYT. Việc áp dụng chính sách BHYT tại các BVC đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ tài chính cho người bệnh và giúp giảm bớt một cách đáng kể áp lực chi phí phát sinh từ quá trình điều trị bệnh. Đồng thời, các chính sách này góp phần thúc đẩy sự bình đẳng và công bằng hơn trong việc người dân tiếp cận các DVYT có chất lượng. Các quy định hiện hành liên quan đến BHYT có chức năng đảm bảo quyền lợi được chi trả một cách đầy đủ cho những người tham gia bảo hiểm. Những quyền lợi này bao gồm cả chi phí cho hoạt động KCB ngoại trú, điều trị nội trú và sử dụng các DVYT có kỹ thuật cao. Thực tiễn triển khai chính sách BHYT cho thấy, BHYT đã thực sự trở thành một nguồn hỗ trợ tài chính quan trọng. Nó đã giúp nhiều BVC nâng cao được năng lực tài chính của mình, cải thiện cơ sở vật chất và trang thiết bị và từ đó nâng cao chất lượng các DVYT được cung cấp. Tỷ lệ bao phủ BHYT trên toàn dân đã có sự gia tăng đáng kể trong những năm gần đây. Đặc biệt là ở các khu vực còn gặp nhiều khó khăn, vùng sâu, vùng xa. Sự gia tăng này có được là nhờ vào sự hỗ trợ kịp thời từ NSNN trong việc mua thẻ BHYT cho các nhóm đối tượng yếu thế. Những nhóm này bao gồm các hộ nghèo, hộ cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và người cao tuổi.

Tuy nhiên, bên cạnh những thành tựu đã đạt được, quá trình triển khai chính sách BHYT trên thực tế vẫn còn bộc lộ một số bất cập cần được quan tâm và khắc phục. Một số BVC vẫn còn gặp khó khăn trong việc quản lý và giám sát chặt chẽ chi phí KCB BHYT phát sinh. Tình trạng này tiềm ẩn nguy cơ dẫn đến việc lạm dụng các DVYT hoặc làm cho quy trình thanh toán chưa đạt được mức độ minh bạch hoàn toàn cần thiết. Ngoài ra, mức giá cho các DVYT được thanh toán bởi BHYT theo quy định hiện hành, trong một số trường hợp, chưa phản ánh đúng với chi phí thực tế mà các bệnh viện tuyến Trung ương phải bỏ ra để vận hành và cung cấp dịch vụ. Điều này đã gây ra những khó khăn nhất định trong việc cân đối tài chính cho các đơn vị y tế quan trọng này.

4.1.1.2. Đánh giá tổng quát về thực trạng chính sách quản lý nhà nước về tài chính y tế

HTCS TCYT tại Việt Nam đã được thiết lập dựa trên một nền tảng pháp lý tương đối hoàn chỉnh. Nền tảng này bao gồm nhiều lĩnh vực cốt lõi. Cụ thể là cơ chế TCTC, việc quản lý giá và phí DVYT, các hoạt động xã hội hóa trong ngành y tế, chính sách BHYT và công tác quản lý đầu tư từ nguồn NSNN. Các văn bản quy phạm pháp luật quan trọng, như Nghị định số 43/2006/NĐ-CP, Nghị định số 85/2012/NĐ-CP, Nghị định số 16/2015/NĐ-CP và đặc biệt là Nghị định số 60/2021/NĐ-CP, đã tạo dựng một lộ trình rõ ràng, góp phần thúc đẩy mạnh mẽ quyền TCTC cho các BVC. Việc phân cấp quyền tự chủ này đã giúp các BVC tăng cường tính linh hoạt trong việc sử dụng các nguồn lực tài chính, từ đó đóng góp vào việc cải thiện chất lượng DVYT cung cấp cho người dân.

Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả tích cực đã đạt được, thực tiễn triển khai HTCS TCYT trong khuôn khổ các BVC vẫn bộc lộ nhiều bất cập và hạn chế cần được giải quyết kịp thời. Một số vấn đề nổi bật bao gồm:

- *Khung pháp lý chưa đồng bộ và thiếu chi tiết*: Tình trạng thiếu sự nhất quán giữa các văn bản quy phạm pháp luật vẫn còn tồn tại. Đồng thời, thiếu các hướng dẫn cụ thể, chi tiết cho từng khía cạnh của công tác quản lý tài chính tại BVC, đặc biệt là liên quan đến quản lý nguồn thu, cơ chế định giá dịch vụ và quy trình sử dụng các quỹ tài chính nội bộ.

- *Vướng mắc trong quản lý giá DVYT*: Việc định giá DVYT chưa được xây dựng đầy đủ dựa trên cơ sở các định mức kinh tế kỹ thuật. Bên cạnh đó, quá trình cập nhật giá còn chậm trễ, chưa theo kịp với biến động của chi phí thực tế. Điều này tạo ra sự khác biệt đáng kể giữa mức giá dịch vụ đã ban hành và chi phí vận hành thực tế, đặc biệt là tại các bệnh viện tuyến Trung ương. Sự thiếu đồng bộ giữa danh mục kỹ thuật y tế và mức giá dịch vụ tương ứng, cùng với việc chậm cập nhật các danh mục này, gây ra nhiều khó khăn trong quá trình thanh toán BHYT. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi của người bệnh và tình hình tài chính của các BV.

- *Hạn chế của xã hội hóa y tế*: Mặc dù chính sách xã hội hóa đã thành công trong việc huy động được nguồn lực đáng kể từ bên ngoài để nâng cấp chất lượng CSHT và trang thiết bị, nhưng vẫn tồn tại nhiều hạn chế trong việc quản lý tài sản có nhiều chủ sở hữu và đảm bảo tính minh bạch trong các dự án liên doanh, liên kết. Đáng chú ý, nguồn lực từ xã hội hóa có xu hướng tập trung vào các bệnh viện tuyến cuối, trong khi các bệnh viện tuyến dưới và khu vực y tế dự phòng chưa nhận được sự hỗ trợ tương xứng.

- *Bất cập trong chính sách BHYT*: Chính sách BHYT đã đóng góp đáng kể vào việc giảm gánh nặng chi phí KCB cho người dân và tăng cường bình đẳng trong tiếp

cận DVYT. Tuy nhiên, mức giá BHYT được ban hành chưa thực sự phù hợp với chi phí hoạt động thực tế của các bệnh viện, gây khó khăn cho một số đơn vị trong việc cân đối tài chính. Công tác giám sát và quản lý chi phí KCB BHYT vẫn còn hạn chế, có thể dẫn đến lạm dụng dịch vụ hoặc thiếu minh bạch trong thanh toán.

- *Khó khăn trong đầu tư NSNN và quản lý tài sản công*: Trong lĩnh vực đầu tư NSNN và quản lý tài sản công, các quy định pháp luật hiện hành đã quy định rõ ràng quy trình đầu tư và mua sắm trang thiết bị y tế. Tuy nhiên, thực tế triển khai còn nhiều vướng mắc do quy trình phê duyệt đầu tư phức tạp và thiếu hướng dẫn cụ thể cho các bệnh viện TCTC. Các đơn vị tự chủ vẫn phải tuân thủ đầy đủ quy trình lập và thẩm định dự án, ngay cả khi sử dụng nguồn vốn ngoài NSNN. Điều này làm chậm tiến độ nâng cấp CSHT và trang thiết bị y tế.

Nhìn chung, HTCS TCYT tại Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu tích cực, tạo nền tảng pháp lý để thúc đẩy TCTC và nâng cao chất lượng DVYT. Tuy nhiên, sự thiếu đồng bộ giữa các văn bản, chậm trễ cập nhật hướng dẫn và khó khăn trong triển khai đã làm giảm hiệu quả tổng thể. Để nâng cao hiệu quả quản lý TCYT sắp tới, cần tập trung vào việc hoàn thiện hệ thống pháp luật một cách đồng bộ. Đồng thời, đẩy nhanh xây dựng và cập nhật danh mục kỹ thuật và giá DVYT, tăng cường minh bạch, hiệu quả xã hội hóa và tối ưu hóa chính sách BHYT để phù hợp hơn với chi phí hoạt động thực tế của bệnh viện.

Hộp 4.2: Mức độ phù hợp của hệ thống chính sách tài chính y tế ở Việt Nam

Việc đánh giá mức độ phù hợp và hiệu quả của các chính sách TCYT đang được áp dụng cho BVC tại Việt Nam là một vấn đề nhận được nhiều ý kiến đa dạng từ các chuyên gia thuộc các cơ quan QLNN có liên quan.

Quan điểm từ Bộ Y tế: Một số chuyên gia thuộc Bộ Y tế cho rằng các chính sách tài chính hiện hành vẫn chưa thực sự phù hợp với những yêu cầu thực tiễn của ngành. Cụ thể, theo đánh giá của một bộ phận ý kiến, cơ chế TCTC chưa đảm bảo được sự công bằng trong việc tiếp cận và cung cấp DVYT, đặc biệt khi xem xét sự khác biệt giữa các bệnh viện hoạt động ở các khu vực có điều kiện kinh tế - xã hội khác nhau. Thêm vào đó, cơ chế kiểm soát giá thuốc và trang thiết bị y tế hiện nay được cho là chưa đủ mạnh và hiệu quả để bảo đảm công bằng trong tiếp cận và sử dụng giữa các bệnh viện và các vùng miền. Quá trình phân bổ vốn NSNN cho các BVC tuyến Trung ương cũng được nhận định là còn hạn chế, cần cải tiến để nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực. Nhìn chung, một số chuyên gia Bộ Y tế cho rằng các chính sách này chưa mang lại hiệu quả tối ưu và chưa đảm bảo tính công bằng đồng đều giữa các bệnh viện tại các vùng miền.

Quan điểm từ Bộ Tài chính: Ngược lại với những đánh giá trên, một chuyên gia từ Bộ Tài chính cho rằng các chính sách TCYT hiện tại là phù hợp với bối cảnh phát triển của HTYT. Chuyên gia này lập luận rằng sự phù hợp này thể hiện qua việc các BVC đang tích cực triển khai cơ chế TCTC. Ông cũng viện dẫn Điều 118 của Luật Khám bệnh, Chữa bệnh (năm 2023) là cơ sở pháp lý cao nhất tạo hành lang vững chắc cho cơ chế tự chủ này. Tuy nhiên, chuyên gia Bộ Tài chính cũng thừa nhận thẳng thắn rằng việc quản lý tài chính tại các cơ sở y tế vẫn phải tuân thủ đồng thời các quy định của cả Luật NSNN và Luật Đầu tư Công. Điều này dẫn đến sự chồng chéo và phức tạp trong nhiều quy trình, thủ tục hành chính liên quan. Sự phức tạp này được xem là yếu tố hạn chế đáng kể mức độ tự chủ thực tế của BV trong quản lý và sử dụng nguồn lực tài chính, nhất là đối với các nguồn thu do BV giữ lại và tạo ra.

Quan điểm từ Kiểm toán nhà nước: Đại diện Kiểm toán nhà nước đưa ra một góc nhìn khác. Chuyên gia từ cơ quan này cho rằng HTCS TCYT đã được xây dựng, sửa đổi, bổ sung liên tục và đã trở nên tương đối hoàn chỉnh, toàn diện và phù hợp hơn với thực tiễn. Những nỗ lực này đã tích cực tăng cường TCTC và thúc đẩy quản lý tài chính hiệu quả hơn trong các BVC. Tuy nhiên, chuyên gia Kiểm toán nhà nước cũng thừa nhận rằng bên cạnh thành tựu, vẫn còn tồn tại một số bất cập và vấn đề chưa được giải quyết triệt để. Những vấn đề này bao gồm:

- Việc xây dựng "định mức kinh tế - kỹ thuật" cho dịch vụ công sử dụng NSNN còn chậm và chưa đầy đủ.
- Cần hoàn thiện hướng dẫn cụ thể để tăng cường TCTC và thu hút đầu tư xã hội vào y tế.
- Giá DVYT chưa phản ánh đầy đủ chi phí thực tế hoạt động của BV, đặc biệt là chi phí đầu tư CSHT và công nghệ mới.
- Quy trình phê duyệt điều chỉnh giá hoặc chính sách tài chính liên quan phức tạp, chậm chạp, cản trở bệnh viện thích ứng kịp thời với biến động thị trường và nhu cầu bệnh nhân.
- Phân bổ ngân sách còn không đồng đều, thường ưu tiên bệnh viện tuyến Trung ương hơn bệnh viện ở vùng sâu, vùng xa.
- Mức đãi ngộ nhân viên y tế còn chưa thỏa đáng.
- Thiếu cơ chế giám sát hiệu quả trong quản lý tài chính BVC.

Nguồn: Tổng hợp kết quả phỏng vấn sâu chuyên gia của Bộ Y tế, Bộ Tài chính và Kiểm toán nhà nước

Có thể thấy, mặc dù đã có những nỗ lực xây dựng chính sách tài chính phù hợp cho các BVC, vẫn còn nhiều mối quan ngại đáng kể về tính công bằng, hiệu quả, khả năng đảm bảo chi phí và các thủ tục hành chính phức tạp. Việc thực hiện cơ chế TCTC là một yếu tố quan trọng, nhưng tác động của cơ chế này đối với công bằng và những ràng buộc pháp lý còn tồn tại vẫn là điểm vướng mắc cần khắc phục.

4.1.2. Quản lý phân bổ tài chính y tế của các bệnh viện công khu vực phía Bắc

Dựa trên các hướng dẫn về lập dự toán ngân sách do Bộ Tài chính ban hành, hàng năm Bộ Y tế có trách nhiệm thông báo tới các đơn vị trực thuộc (bao gồm các bệnh viện) để rà soát và xây dựng kế hoạch tài chính cho giai đoạn tiếp theo. Kế hoạch này thường bao gồm hạng mục đầu tư trung hạn và kế hoạch chi tiết cho 3 năm liền kề và các đơn vị phải hoàn thành việc gửi kế hoạch này về Bộ Y tế trước ngày 15 tháng 5 hàng năm. Các BVC trực thuộc Bộ Y tế, đặc biệt là các bệnh viện khu vực phía Bắc, thực hiện xây dựng dự toán ngân sách cho năm tài chính tiếp theo dựa trên các quy định và hướng dẫn được nhận, chức năng nhiệm vụ cụ thể được giao, thực trạng hoạt động hiện tại của bệnh viện và kết quả thực hiện kế hoạch tài chính của năm trước.

Trên cơ sở tổng hợp các kế hoạch dự toán được gửi từ tất cả các đơn vị trực thuộc, Bộ Y tế tiến hành xây dựng kế hoạch tổng thể của ngành y tế. Kế hoạch này sau đó được trình lên Chính phủ trước ngày 20 tháng 9 hàng năm để xem xét và đưa vào dự toán NSNN chung của cả nước.

Sau khi dự toán NSNN được Quốc hội xem xét và thông qua, Bộ Y tế sẽ tiến hành phân bổ ngân sách đã được duyệt đối với các đơn vị trực thuộc của mình. Việc phân bổ này bao gồm cả các bệnh viện tuyến Trung ương trên phạm vi cả nước nói chung, cũng như các bệnh viện tuyến Trung ương khu vực phía Bắc nói riêng.

Theo các báo cáo công khai dự toán NSNN hàng năm của Bộ Y tế dành cho các đơn vị trực thuộc (bao gồm cả các bệnh viện tuyến Trung ương khu vực phía Bắc), bản dự toán và phân bổ ngân sách đối với các bệnh viện này thường được trình bày theo 3 hạng mục chính: (i) Thu chi ngân sách liên quan đến phí, lệ phí theo quy định. (ii) Tổng hợp dự kiến thu, chi từ các hoạt động sự nghiệp và hoạt động sản xuất kinh doanh dịch vụ. (iii) Dự toán chi từ nguồn NSNN cấp.

Trong quy trình này, Bộ Y tế tạo điều kiện để các bệnh viện trực thuộc có sự chủ động trong việc xác định và dự kiến các khoản thu chi từ hoạt động sự nghiệp

và sản xuất kinh doanh của mình. Các bệnh viện sau đó đề xuất các con số này để Bộ tổng hợp vào báo cáo tổng thể chung của toàn ngành y tế trình cấp trên.

Bảng 4.1: Dự toán và phân bổ ngân sách của Bộ Y tế đối với bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc giai đoạn 2018-2024

Đơn vị tính: nghìn tỷ VNĐ

Nội dung	Tổng các BVC tuyến TW miền Bắc				BV Hữu nghị Việt Đức				BV Bạch Mai				BV Đa khoa Trung ương Thái Nguyên			
	2018	2020	2022	2024	2018	2020	2022	2024	2018	2020	2022	2024	2018	2020	2022	2024
(i) Thu, chi ngân sách về phí, lệ phí	19,1	24,7	20,3	33,9	3,0	3,1	2,6	5,1	5,3	5,2	3,4	6,5	0,5	0,7	0,9	1,1
(ii) Tổng hợp dự kiến thu, chi hoạt động sự nghiệp và sản xuất kinh doanh dịch vụ	20,2	24,7	20,3	33,9	3,0	3,1	2,6	5,1	5,3	5,2	3,5	6,5	0,55	0,7	0,9	1,1
Thu, chi từ nguồn thu dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh	14,3	17,4	13,0	21	2,2	2,3	1,7	3,4	3,0	4,3	2,5	4,9	0,43	0,5	0,7	0,8
Thu, chi từ nguồn thu DVYT dự phòng, kiểm nghiệm, mỹ phẩm, giám định pháp y, giám định y khoa	0,08	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thu, chi từ nguồn thu học phí	0,05	0,03	0,02	0,03	0	0	0,001	0	0	0	0,02	0,03	0	0	0	0
Thu, chi từ nguồn thu hoạt động sản xuất, kinh doanh dịch vụ	5,6	4,5	3,9	6,7	0,8	0,8	0,6	1,15	2,3	0,7	0,4	0,25	0,08	0,09	0,1	0,26
Thu, chi từ nguồn thu khác	0,02	2,7	3,4	6,2	0,04	0,03	0,3	0,6	0,22	0,1	0,6	1,3	0,04	0,04	0,05	0,05
(iii) Dự toán chi NSNN:	1,26	1,78	1,383	0,37	0,025	0,026	0,033	0,002	0,07	0,117	0,022	0,02	0,04	0,05	0,07	0,002
Chi Sự nghiệp Giáo dục - Đào tạo và dạy nghề	0,04	0,003	0,013	0,007	0	0	0,013	0	0,006	0,003	0	0,007	0	0	0	0
Chi Sự nghiệp Y tế	1,12	1,8	1,37	0,36	0,025	0,006	0,02	0,002	0,06	0,1	0,02	0,01	0,04	0,05	0,07	0,002
Khác	0,1	0,007	0	0,003	0	0,02	0	0	0,004	0,014	0,002	0,003	0	0	0	0

Nguồn: Bộ Y tế 2018, 2020, 2022, 2024

Dựa trên tổng hợp dự kiến thu, chi hoạt động sự nghiệp và sản xuất kinh doanh dịch vụ từ đề xuất của các bệnh viện tuyến Trung ương trong báo cáo chung của ngành y tế, giai đoạn 2018-2024 cho thấy nhiều xu hướng đáng chú ý. Ngoại trừ Bệnh viện Bạch Mai, hầu hết các BVC khu vực phía Bắc trực thuộc Bộ Y tế đều có

xu hướng gia tăng mức chỉ tiêu chủ động thu và chi được giao trong năm 2024 so với năm 2018. Trong đó, nguồn thu từ dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đã trở thành nguồn thu chính đối với các bệnh viện tuyến Trung ương, chiếm tỷ trọng ngày càng lớn trong cơ cấu tài chính của các BVC. Nguồn thu này đặc biệt tăng mạnh vào năm 2024 sau khi trải qua sự suy giảm vào năm 2022 do tác động tiêu cực của đại dịch COVID-19. Báo cáo dự toán và phân bổ ngân sách của Bộ Y tế giai đoạn 2018-2024 cũng chỉ ra rằng, các bệnh viện như Việt Đức, Bạch Mai và Đa khoa Thái Nguyên được phân bổ các khoản thu, chi từ hoạt động sản xuất, kinh doanh dịch vụ ở mức cao và tương đối ổn định trong giai đoạn 2018-2020, chỉ tăng nhẹ. Tuy nhiên, đến năm 2022, một số BV bắt đầu chứng kiến sự sụt giảm của nguồn thu từ loại hình dịch vụ này trước khi phục hồi mạnh mẽ vào năm 2024. Đáng chú ý là hạng mục thu, chi từ hoạt động sản xuất, kinh doanh dịch vụ này lại có sự biến động ngược chiều so với xu hướng chung khi Bộ Y tế tiến hành giao chỉ tiêu cho riêng Bệnh viện Bạch Mai.

Dự toán chi NSNN được phân bổ cho các BVC trực thuộc Bộ Y tế cho thấy có dấu hiệu giảm trong giai đoạn 2022. Tuy nhiên, đến năm 2024, khoản chi này lại tăng vọt trở lại. Sự tăng mạnh này được giải thích là do Nhà nước cần tăng cường hỗ trợ HTYT công lập sau một giai đoạn thực hiện cơ chế tự chủ gặp nhiều thách thức, đặc biệt trong bối cảnh đại dịch.

Đối với chi NSNN dành cho hoạt động đào tạo ngành y, trong giai đoạn 2018-2020, ngoại trừ BV Bạch Mai, các bệnh viện như Việt Đức và Đa khoa Thái Nguyên đều hầu như không nhận được khoản chi này, phản ánh một xu hướng giảm dần sự phụ thuộc vào NSNN cho hoạt động đào tạo. Tuy nhiên, giai đoạn 2022-2024, do những khó khăn phát sinh trong quá trình triển khai cơ chế tự chủ, việc hỗ trợ từ NSNN đã tăng trở lại, đặc biệt đối với các BV tuyến đầu, đóng vai trò quan trọng trong phòng chống dịch bệnh và chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Hàng năm, Bộ Y tế vẫn tiếp tục bố trí kinh phí đối với BV Bạch Mai để thực hiện một số hạng mục thuộc hoạt động của Chương trình mục tiêu Y tế Dân số. Trong khi đó, các BV còn lại thường chỉ được Bộ Y tế phân bổ ngân sách theo một số hạng mục thuộc hợp phần chi thường xuyên cho sự nghiệp y tế.

Bên cạnh hạng mục được dự toán về chi thường xuyên, Bộ Y tế cũng tổng hợp nhu cầu kinh phí chi đầu tư phát triển đối với các BVC tuyến Trung ương. Hạng mục chi này bao gồm chi dự án cải tạo nâng cấp BV K cơ sở I, II; Dự án xây dựng Trung tâm khám bệnh và điều trị trong ngày của BV Bạch Mai; Dự án đầu thầu mua sắm trang thiết bị y tế cho toà nhà trung tâm Ung bướu và tim mạch trẻ em – BV Bạch Mai dự án BV Bạch Mai cơ sở 2, BV Hữu Nghị Việt Đức cơ sở 2

theo hình thức hợp đồng thiết kế, xây dựng, áp dụng đơn giá tổng hợp; Dự án cải tạo BV Nhi Trung ương giai đoạn II, Dự án xây dựng BV Nhi Trung ương cơ sở 2 và Dự án Xây dựng BV phụ sản Trung ương cơ sở 2; Dự án xây dựng Trung tâm Ung bướu BV E, Dự án Khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú BV E; Dự án Cải tạo BV phụ sản Trung ương cơ sở 1; ...

Hộp 4.3: Đánh giá mức đầu tư Ngân sách nhà nước cho bệnh viện công

Theo nhận định từ các nhà quản lý, mức đầu tư từ NSNN dành cho các BVC ở thời điểm hiện tại chưa đáp ứng đủ nhu cầu thực tế của các bệnh viện này. Mặc dù một số bệnh viện nhận được sự quan tâm đầu tư ở mức độ cao hơn, nhìn chung, tốc độ tăng trưởng đầu tư không theo kịp với nhu cầu ngày càng lớn, vốn gia tăng nhanh chóng do số lượng bệnh nhân tăng cao.

Hơn nữa, sự thiếu hụt trong hoạt động đầu tư này còn khiến việc mua sắm trang thiết bị y tế diễn ra chậm trễ và bị giới hạn đáng kể so với nhu cầu thực tế cần có. Các bệnh viện ở tuyến dưới (tuyến cơ sở) chịu ảnh hưởng nặng nề nhất từ tình trạng hạn chế đầu tư này, đặc biệt là về mặt CSHT và trang thiết bị. Hệ quả trực tiếp là tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến trên, bởi người bệnh thường có xu hướng tìm đến những cơ sở y tế có điều kiện tốt hơn. Sự phân bổ nguồn lực đầu tư không đồng đều này đã góp phần làm gia tăng sự chênh lệch trong khả năng tiếp cận và chất lượng DVYT giữa các khu vực khác nhau.

Việc thiếu hụt vốn đầu tư khiến các BVC gặp trở ngại trong quá trình triển khai cơ chế TCTC. Nguyên nhân là do họ không có đủ nguồn lực tài chính để tiến hành nâng cấp cơ sở vật chất và mở rộng các loại hình dịch vụ theo nhu cầu. Điều này làm suy giảm khả năng của các BV trong việc giảm sự phụ thuộc vào nguồn thu từ người bệnh, tạo áp lực tài chính lên cả chính các BV và người dân khi tiếp cận dịch vụ.

Tình trạng thiếu hụt đầu tư hiện tại có tác động trực tiếp đến một số vấn đề khác, bao gồm: Gặp khó khăn trong việc thực hiện cơ chế TCTC một cách hiệu quả; Không đảm bảo được khả năng tiếp cận DVYT một cách công bằng cho mọi người dân; Các bệnh viện đối mặt với thách thức trong việc hiện đại hóa, cải thiện chất lượng dịch vụ và giảm bớt gánh nặng chi phí cho người bệnh.

Nguồn: Tổng hợp kết quả phỏng vấn sâu nhà quản lý ở các BVC tuyến TW khu vực phía Bắc

Như vậy, việc gia tăng phân bổ nguồn vốn đầu tư công cho lĩnh vực y tế được nhận thấy không chỉ giúp giải quyết những vấn đề cấp bách ở hiện tại mà còn

mang lại ý nghĩa quan trọng và lâu dài. Ý nghĩa này đặc biệt thể hiện rõ rệt đối với hiệu quả hoạt động của các BVC và đảm bảo tính công bằng trong toàn bộ HTYT.

4.1.3. Quản lý chi tiêu tài chính y tế của các bệnh viện công khu vực phía Bắc

Giai đoạn từ năm 2016 đến năm 2024 nhìn chung chứng kiến sự giảm sút về đầu tư NSNN đối với hệ thống BVC nói chung, bao gồm cả các bệnh viện tuyến Trung ương đặt tại khu vực phía Bắc. Tuy nhiên, một điểm đáng chú ý là đến năm 2023, nguồn NSNN được cấp cho BVC đã tăng lên mức cao nhất trong toàn bộ giai đoạn này, đạt 2.016 tỷ đồng. Sự tăng vọt này phản ánh xu hướng hỗ trợ tài chính quay trở lại từ phía Nhà nước, sau khi quá trình triển khai cơ chế TCTC tại các BV gặp phải nhiều thách thức. Mặc dù vậy, các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc trong giai đoạn này cũng đã nhận được thêm nguồn tài chính từ các khoản viện trợ, theo báo cáo của Kiểm toán nhà nước.

Các BVC nói chung, đặc biệt là các BVC tuyến Trung ương ở khu vực phía Bắc, không chỉ chứng kiến sự cắt giảm về chi thường xuyên từ nguồn NSNN. Nguồn NSNN cấp cho chi đầu tư nhằm phát triển hạ tầng cơ sở và nâng cấp trang thiết bị tại các BVC, bao gồm cả các bệnh viện tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, cũng đã bị cắt giảm trong giai đoạn từ năm 2018 đến năm 2020. Tuy nhiên, từ năm 2022 đến năm 2023, nguồn NSNN dành cho chi đầu tư này đã tăng trở lại, với mức tăng đáng kể so với năm 2020.

Trên tổng số gần 40 BVC tuyến Trung ương trên phạm vi cả nước (phần lớn tập trung tại Hà Nội và các tỉnh thành phía Bắc), chỉ có một số ít (chỉ 5 bệnh viện tuyến Trung ương) được hưởng các dự án đầu tư phát triển cụ thể trong giai đoạn này. Các bệnh viện này bao gồm BV Bạch Mai, BV Phụ sản Trung ương, BV E, BV Nhi Trung ương, BV Phổi Trung ương (ngoài ra còn có BV Tuệ Tĩnh trực thuộc Bộ Y tế). Tổng số tiền được quyết toán cho các dự án này vào năm 2020 là khoảng 3000 tỷ đồng. Số giá trị hợp đồng còn lại chưa được quyết toán chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ, chưa đến 3% so với tổng giá trị đầu tư phát triển ban đầu. Đến năm 2023, tổng giá trị quyết toán các dự án đầu tư đã giảm mạnh, đạt 782 tỷ đồng. Điều này cho thấy sự sụt giảm trong việc quyết toán các dự án đầu tư đối với các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc trong năm đó.

Mặc dù trong giai đoạn này, Nhà nước đã ban hành chính sách khuyến khích TCTC bệnh viện, đa dạng hóa nguồn thu và cắt giảm chi thường xuyên từ NSNN cho BVC nói chung và tuyến Trung ương nói riêng, NSNN vẫn tiếp tục cấp kinh phí cho một số hạng mục cụ thể. Nguồn kinh phí này bao gồm chi NSNN về sự nghiệp giáo dục, đào tạo dạy nghề liên quan đến y tế và một phần chi thường xuyên sự nghiệp y tế. Mặc dù

không phải toàn bộ các BVC tuyến Trung ương đều nhận được đầy đủ các khoản này, nhưng đối với các BV có chức năng đảm nhận y tế dự phòng, hay thụ hưởng các chương trình, dự án của Bộ Y tế, thì vẫn tiếp tục nhận được kinh phí từ NSNN.

Bảng 4.2: Ngân sách nhà nước cấp cho bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc thuộc Bộ Y tế giai đoạn 2016-2023

Đơn vị tính: Tỷ VNĐ

Nội dung	2016	2018	2020	2022	2023
NSNN cấp	1775	1918	1718	1831	2016
+ NSNN giao	1350	1210	1.374	1506	1401
+ Phí, lệ phí để lại	2	1			0,1
+ Viện trợ	422	707	344	325	615
+ Vay nợ	-	-	-		
Giá trị nghiệm thu quyết toán qua các dự án			3067		782
Xây dựng, cải tạo, mở rộng BV Phụ sản Trung ương			92		
Cải tạo, mở rộng và nâng cấp BV nhi Trung ương - Giai đoạn II			1338		
Xây dựng Khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú BV E			329		
Xây dựng Trung tâm Ung bướu - BV E			490		
Xây dựng BV Tuệ Tĩnh quy mô 100 giường điều trị nội trú thuộc Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam			117		
Xây dựng Trung tâm Khám bệnh và điều trị trong ngày (Chủ đầu tư BV Bạch Mai)			346		
Nâng cấp, cải tạo BV Phổi Trung ương			351		
Dự án Cải tạo, nâng cấp BV K cơ sở I, II					521
Dự án Xây dựng Trung tâm Khám bệnh và điều trị trong ngày BV Hữu Nghị Việt Đức					261

Nguồn: Kiểm toán nhà nước 2020, 2024

Các BVC, sử dụng nguồn ngân sách đã được Bộ Y tế phân bổ, đã triển khai các hoạt động cần thiết để giải ngân toàn bộ số tiền được cấp. Theo báo cáo quyết toán tài chính của Bộ Y tế đối với các BVC ở khu vực phía Bắc chịu sự quản lý trực tiếp (được ghi nhận trong các báo cáo năm 2020 và 2024 - Lưu ý: thông tin năm 2024 thường là báo cáo về giai đoạn trước đó), nhìn chung có sự trùng khớp giữa số liệu báo cáo quyết toán do bệnh viện lập và số liệu quyết toán được cơ quan nhà nước có thẩm quyền phê duyệt về mặt tổng thể.

Tuy nhiên, trong chi tiết, số liệu quyết toán cho thấy kinh phí dành cho sự nghiệp đào tạo được cấp từ Bộ Y tế đã xảy ra tình trạng được cấp thừa hoặc cấp thiếu tại một số đơn vị cụ thể, cho thấy sự chưa hoàn toàn chính xác trong khâu dự

toán hoặc phân bổ ban đầu. Số liệu quyết toán cũng một lần nữa khẳng định rằng Bộ Y tế vẫn ưu tiên phân bổ ngân sách cho BV Bạch Mai để triển khai các hoạt động liên quan đến sự nghiệp y tế, dân số và gia đình, với mức cao hơn đáng kể so với các bệnh viện tuyến Trung ương khác thuộc khu vực phía Bắc. BV Bạch Mai cũng là một trong số ít đơn vị được Bộ Y tế thực hiện quyết toán chi ngân sách không thường xuyên cho các hoạt động đảm bảo xã hội liên quan đến ngành y.

Từ khi thực hiện Nghị định số 43/2006/NĐ-CP và sau đó là Nghị định số 85/2012/NĐ-CP, nguồn NSNN được cấp cho các BVC tuyến Trung ương nói chung, cũng như các BV tuyến Trung ương khu vực phía Bắc trực thuộc Bộ Y tế, đã có xu hướng giảm dần qua các năm. Số tiền NSNN cấp cho các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc đã giảm xuống còn 493 tỷ đồng, sau đó con số này tiếp tục giảm và đạt 335 tỷ đồng vào năm 2019. Trong năm 2020, có một sự tăng nhẹ trong nguồn ngân sách được cấp, chủ yếu do được bổ sung kinh phí để phục vụ công tác phòng chống đại dịch COVID-19. Tuy nhiên, đến năm 2023, tổng nguồn NSNN cấp cho hệ thống BVC đã tăng trở lại đáng kể. Sự gia tăng này phản ánh sự điều chỉnh trong chính sách TCYT của Nhà nước nhằm tăng cường hỗ trợ hệ thống BVC sau giai đoạn thực hiện cơ chế tự chủ gặp nhiều khó khăn.

Bảng 4.3: Quyết toán của Bộ Y tế đối với chi ngân sách nhà nước tại các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc năm 2020 - 2022

Đơn vị tính: Tỷ đồng

Nội dung	Tổng các BVC tuyến TW tại miền Bắc		BV Hữu nghị Việt Đức		BV Bạch Mai		BV Đa khoa Trung ương Thái Nguyên	
	2020	2022	2020	2022	2020	2022	2020	2022
Quyết toán chi NSNN	1263	1446	29,8	21,1	64,3	52,8	36,4	40,9
Nguồn NSNN	1263	1446	29,8	21,1	64,3	52,8	36,4	40,9
Chi quản lý hành chính	0	0	0	0	0	0	0	0
Chi Sự nghiệp khoa học và công nghệ	3,8	3	0	0	0,6	0,52	0	0
Chi sự nghiệp giáo dục, đào tạo, dạy nghề	4,3	55,9	0	3,6	4,2	52,3	0	0
Chi sự nghiệp y tế, dân số và gia đình	1254	1386,4	29,8	17,5	59,5	0	36,4	40,9
Chi bảo đảm xã hội	0,3	0,9	0	0	0,1	0	0	0
Chi sự nghiệp bảo vệ môi trường	0	0	0	0	0	0	0	0

Nguồn: Bộ Y tế 2020, 2024

Trong giai đoạn khi nguồn cấp phát từ NSNN đối với các BVC khu vực phía Bắc trực thuộc Bộ Y tế có xu hướng giảm, thì ngược lại, nguồn thu từ viện phí được để lại tại bệnh viện cũng như thu từ các hoạt động dịch vụ sản xuất kinh doanh của BV lại có sự gia tăng qua các năm. Sự gia tăng nguồn thu này đã tạo điều kiện thuận lợi để các BVC ở khu vực này tăng cường chi trả thù lao, nâng cao đời sống cho người lao động, cũng như đầu tư vào việc tăng cường chuyên môn, nâng cao năng lực cho đội ngũ nhân viên của mình. Mặc dù có sự gia tăng đáng kể về nguồn thu và điều này dẫn đến sự gia tăng về mua sắm, sửa chữa trong hạng mục chi thường xuyên của bệnh viện, tuy nhiên, khi so sánh, số tiền chi cho mua sắm, sửa chữa này chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ so với tổng chi cho chuyên môn nghiệp vụ tại các bệnh viện được kiểm toán.

Trong quá trình thực hiện kiểm toán NSNN được cấp cho các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, các báo cáo kiểm toán của Kiểm toán nhà nước đã chỉ ra một số vấn đề còn tồn tại trong công tác quyết toán tài chính của các đơn vị này. Những vấn đề này bao gồm sự chậm trễ đáng kể trong việc lập và gửi báo cáo tài chính, các sai sót trong công tác hạch toán kế toán, cũng như những tồn tại liên quan đến việc ghi thu, ghi chi không đúng quy định đối với các khoản kinh phí viện trợ và nguồn thu sự nghiệp khác của bệnh viện.

Theo Báo cáo Kiểm toán nhà nước năm 2024 về quản lý tài chính công tại các BVC, cuộc kiểm toán được thực hiện tại Bộ Y tế và 06 bệnh viện trọng điểm (BV Bệnh Nhiệt đới Trung ương, BV Hữu nghị Việt Đức, BV Nhi Trung ương, BV E, BV K, BV Phụ sản Trung ương) đã phát hiện một số tồn tại và sai phạm trong nhiều khía cạnh của công tác quản lý tài chính. Các tồn tại, sai phạm này bao gồm quản lý tài chính nói chung, việc sử dụng ngân sách và tài sản công, quy trình đấu thầu thuốc và vật tư y tế, cũng như việc thực hiện cơ chế TCTC tại các đơn vị được kiểm toán.

Tình trạng nợ đọng và từ chối thanh toán BHYT tiếp tục là vấn đề đáng lưu ý, đến 31/12/2022, BV K có tổng nợ BHYT lũy kế chưa được thanh toán là 542,1 tỷ đồng, trong đó có 62 tỷ đồng tồn đọng từ năm 2016. BV E chưa quyết toán 232,8 tỷ đồng, trong khi số tiền Bảo hiểm xã hội từ chối thanh toán là 5,8 tỷ đồng. Một số BV gặp khó khăn trong việc hạch toán viện trợ và quỹ tài trợ như Quỹ TH True Milk tại BV Phụ sản Trung ương với số tiền 1,08 tỷ đồng chưa được ghi nhận.

Về công tác quản lý tài sản công, một số bệnh viện chưa hoàn tất thủ tục về việc sử dụng đất. BV E chưa được cấp giấy chứng nhận quyền sử dụng đất tại cơ sở ở ngõ 81 phố Trần Cung (1.269m²), BV Phụ sản Trung ương chưa có phương án xử lý khu

tập thể 28 Hội Vũ, với diện tích thực tế sử dụng lớn hơn diện tích cho thuê. Một số bệnh viện vẫn sử dụng tài sản cố định đã khấu hao hết nhưng chưa có kế hoạch thanh lý, như BV E đang sử dụng 05/06 xe ô tô đã hết khấu hao.

Trong đấu thầu thuốc và vật tư y tế, việc chỉ có một nhà thầu tham gia ở một số danh mục có thể ảnh hưởng đến tính cạnh tranh. Ví dụ như trường hợp bệnh viện có 143 mặt hàng thuốc biệt dược gốc trúng thầu với giá bằng giá kế hoạch (mỗi danh mục có 01 nhà thầu tham dự); có bệnh viện sử dụng thuốc Zentel 200mg (Albendazole) có thặng số 9,9%, vượt quy định 4,9%; hoặc trường hợp bệnh viện có gói thầu số 9 về hóa chất, vật tư tiêu hao với giá trúng thầu bằng 94% giá kế hoạch, nhưng 967/996 danh mục chỉ có một nhà thầu tham gia.

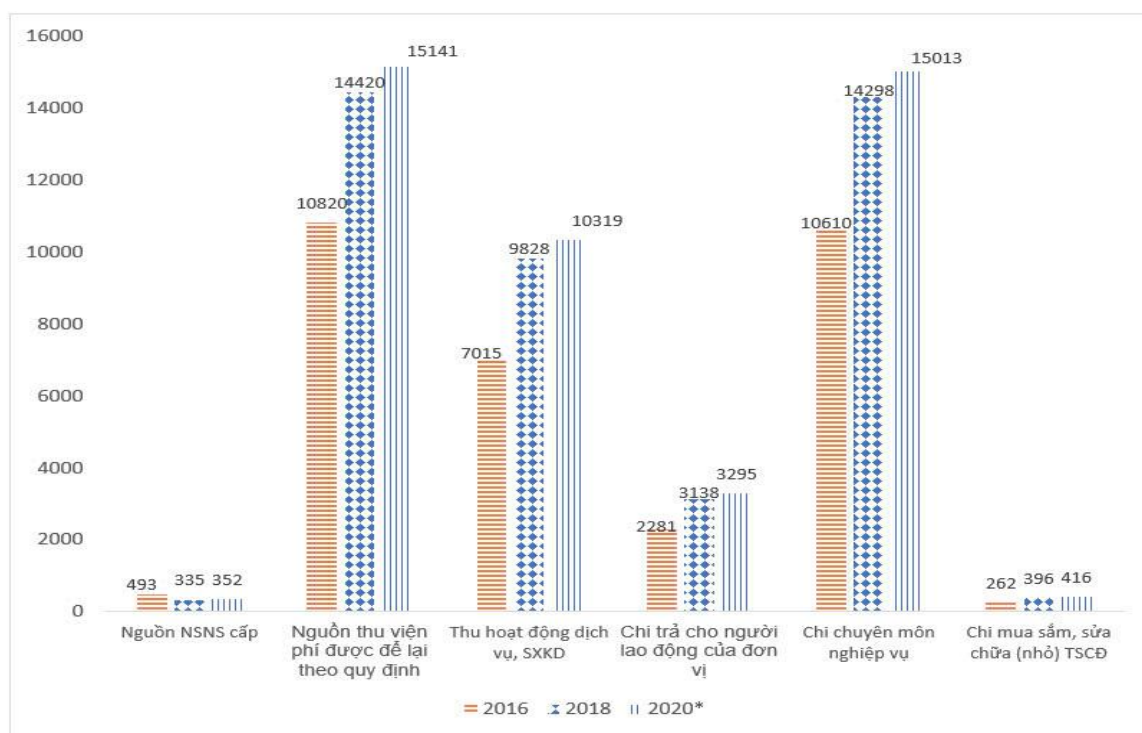
Về quản lý giá, một số BV chưa có định mức kỹ thuật theo Thông tư 13/2023/TT-BYT, chỉ ban hành bảng giá tạm thời, vẫn còn BV chưa hoàn thành 50% định mức kinh tế kỹ thuật cho các dịch vụ KCB.

Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý tài chính còn hạn chế, gây khó khăn trong kiểm soát tài chính như tình trạng BV chưa liên thông phần mềm kế toán và viện phí, có BV chưa tích hợp bệnh án điện tử với hệ thống tài chính kế toán, làm chậm quá trình kiểm toán nội bộ.

Thực trạng thu sự nghiệp của các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc

Cùng với quá trình giao quyền tự chủ đối với hệ thống BVC, nguồn thu sự nghiệp của các BVC khu vực phía bắc trực thuộc Bộ Y tế đã thể hiện những chuyển biến tích cực trong giai đoạn 2016-2020.

Theo báo cáo kiểm toán chuyên đề của Kiểm toán nhà nước đến năm 2020 (sau đó, do ưu tiên ngành Y tế chống dịch, cuộc kiểm toán không tiếp tục nên số liệu chưa được cập nhật), tổng nguồn thu sự nghiệp của toàn bộ hệ thống BVC khu vực phía bắc trực thuộc Bộ Y tế năm 2016 là khoảng hơn 14 nghìn tỷ VNĐ, con số này đã đạt trên 20 nghìn tỷ vào năm 2020. Nguồn thu này chủ yếu đến từ các hoạt động liên quan đến KCB; số tiền thu từ các hoạt động dịch vụ khác dù có tăng nhưng chỉ chiếm chưa tới 10% tổng số thu từ nguồn thu sự nghiệp của các BVC khu vực phía bắc trực thuộc Bộ Y tế giai đoạn vừa qua. Đặc biệt tỷ trọng nguồn thu từ tài trợ hay huy động khác còn rất hạn chế, chỉ chiếm chưa đến 1% trong tổng nguồn thu sự nghiệp giai đoạn vừa qua của giai đoạn này.



Hình 4.1: Biến động thu chi tài chính của các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía bắc thuộc Bộ Y tế giai đoạn 2016-2020

Nguồn: Kiểm toán nhà nước, 2020

Bảng 4.4: Thu sự nghiệp bình quân của bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc

Đơn vị tính: tỷ VNĐ

TT	Nguồn thu	2016	2018	2020
1	Nguồn NSNN cấp	493	335,5	352
2	Nguồn thu viện phí được để lại theo quy định	10820	14420	15141
3	Thu hoạt động dịch vụ, SXKD	7015	9828	10319
3.1	Dịch vụ KCB, liên doanh liên kết	5916	8239	86501
3.2	Dịch vụ khác	1099	1589	1668
3.3	Tỷ trọng thu HĐ DV/ tổng nguồn thu	7,8%	8,0%	8,0%
4	Thu khác (tài trợ, huy động khác)	117	155	163
4.1	Tỷ trọng nguồn khác/ tổng nguồn thu	0,8%	0,8%	0,8%

Nguồn: Kiểm toán nhà nước 2020

Khi xét tình huống cụ thể nguồn thu sự nghiệp tại một số BVC khu vực phía bắc trực thuộc Bộ Y tế, báo cáo từ Kiểm toán nhà nước cho hay, tại các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, nguồn thu KCB từ BHYT luôn chiếm tỷ trọng cao nhất

ở tất cả các BVC nói chung, cũng như tình huống điển hình tại BV Hữu nghị Việt Đức, BV Bạch Mai hay BV K.

Bên cạnh sự gia tăng nguồn thu từ BHYT, thì nguồn thu viện phí không sử dụng thẻ BHYT cũng tăng lên trong giai đoạn 2016-2020 tại các BVC tuyến Trung ương cũng như tình huống điển hình tại BV Hữu nghị Việt Đức, BV Bạch Mai hay BV Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Nguồn thu viện phí không đến từ thanh toán BHYT có xu hướng cao hơn thu từ thanh toán BHYT khi gộp tổng thu từ (i) viện phí không có thẻ BHYT với thu từ (ii) dịch vụ KCB theo yêu cầu tại BV Hữu nghị Việt Đức nơi đang đẩy mạnh quá trình xã hội hoá bệnh viện; tuy nhiên tại hai bệnh viện được giao thí điểm thực hiện tự chủ là BV Bạch Mai và BV Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, thì sự biến động nguồn thu ngoài BHYT vẫn chưa minh chứng là nguồn thu chiến tỷ trọng lớn nhất trong thu sự nghiệp của những BV này.

Hộp 4.4: Thách thức trong quản lý tài chính y tế ở các BVC tuyến TW

Theo nhận định từ phía các nhà quản lý công tác tài chính tại các BVC tuyến Trung ương thuộc khu vực phía Bắc, mức đầu tư ngân sách hiện hành được cấp chưa đủ để đáp ứng nhu cầu thực tế của các bệnh viện. Điều này tạo ra những khó khăn đáng kể trong việc nâng cấp CSHT và mua sắm các trang thiết bị y tế cần thiết cho hoạt động chuyên môn. Mặc dù có thể có một số BV nhận được mức đầu tư cao hơn so với mặt bằng chung, nhìn chung, vẫn tồn tại tình trạng mất cân đối rõ rệt trong việc phân bổ nguồn lực giữa các đơn vị.

Việc giải ngân vốn đầu tư công thường xuyên diễn ra chậm trễ, cùng với những vướng mắc về thủ tục hành chính. Tình trạng này ảnh hưởng tiêu cực đến tiến độ triển khai của các dự án quan trọng. Đặc biệt, thực trạng "rót vốn" vào cuối năm khiến các bệnh viện phải thực hiện chi tiêu một cách gấp rút, điều này có thể làm giảm chất lượng và hiệu quả sử dụng nguồn vốn đầu tư.

Quy trình dự toán ngân sách của các đơn vị bệnh viện thường được xây dựng dựa trên việc phân tích số liệu thống kê từ các năm trước đó. Cách tiếp cận này dẫn đến việc thiếu đi tính linh hoạt cần thiết. Điều này hạn chế khả năng của BV trong việc thích ứng một cách kịp thời với những nhu cầu thực tế phát sinh trong quá trình hoạt động của mình. Bên cạnh đó, quy trình đấu thầu thuốc và trang thiết bị y tế được đánh giá là còn rườm rà và thiếu tính minh bạch. Điều này không chỉ hạn chế sự tham gia của các nhà thầu tiềm năng mà còn tiềm ẩn nguy cơ gây ra tình trạng thiếu hụt thuốc men tại các cơ sở y tế.

Mức độ tự chủ chưa thực sự đầy đủ, do giá DVYT (đặc biệt với BHYT) bị kiểm soát chặt chẽ và bệnh viện bị giới hạn trong việc tăng lương hoặc chi tiêu.

Điều này làm hạn chế khả năng tăng nguồn thu và thu hút nhân lực chất lượng cao. Thêm nữa, Giá dịch vụ BHYT thấp, danh mục thuốc hạn chế, mức giá trần và thanh toán chậm gây áp lực tài chính cho bệnh viện. Điều này khiến bệnh viện có nguy cơ không được thanh toán đủ chi phí thực tế, dẫn đến thua lỗ.

Khó khăn trong quản lý thu - chi do nguồn thu chủ yếu từ BHYT, nhưng do giá dịch vụ bị kiểm soát nên bệnh viện khó đảm bảo đủ nguồn lực để tái đầu tư. Trong khi đó, chi phí vận hành cao, phần lớn dành cho lương và duy trì cơ bản, khiến quỹ cải tiến dịch vụ, đào tạo và nghiên cứu bị hạn chế.

Cơ chế "xin - cấp" trong quản lý tài chính khiến việc phân bổ ngân sách thiếu khoa học, thiếu minh bạch. Quy trình thanh quyết toán chậm, thủ tục rườm rà, nhân sự tài chính bị quá tải.

Nguồn: Tổng hợp từ kết quả phỏng vấn sâu nhà quản lý của các BVC tuyến TW khu vực phía Bắc

4.1.4. Kiểm tra, giám sát về tài chính y tế của các bệnh viện công khu vực phía Bắc

Việc thực hiện kiểm tra công tác thực thi pháp luật trong lĩnh vực y tế được nhìn nhận là một biện pháp có tính chất quan trọng. Mục đích là nhằm đảm bảo rằng các quy định pháp luật được tuân thủ và áp dụng một cách chính xác theo đúng tinh thần văn bản. Đồng thời, việc này cũng giúp phòng ngừa từ sớm và kịp thời khắc phục những sai phạm tiềm tàng có thể xảy ra trong quá trình thực thi. Hoạt động kiểm tra này không chỉ dừng lại ở việc nhắc nhở và nâng cao ý thức chấp hành pháp luật cho đội ngũ cán bộ y tế. Nó còn hướng tới mục tiêu phát hiện ra những lỗ hổng hoặc bất cập vẫn còn tồn tại trong hệ thống các văn bản pháp luật hiện hành. Từ kết quả này, các đề xuất phù hợp sẽ được đưa ra để sửa đổi hoặc bổ sung, qua đó góp phần hoàn thiện khung pháp lý của ngành. Công tác kiểm tra cũng bao gồm cả việc nhận diện và tiến hành chấn chỉnh những điểm còn chưa đúng, chưa thống nhất trong quá trình áp dụng pháp luật trên thực tế. Các biện pháp xử lý nghiêm minh sẽ được áp dụng khi cần thiết. Song song với đó, hoạt động kiểm tra cũng nhằm mục đích ghi nhận, khen thưởng và khích lệ kịp thời đối với những cá nhân hoặc tổ chức đã thực hiện tốt các quy định.

Kết quả kiểm toán TCYT tại các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc sử dụng nguồn tiền NSNN từ Bộ Y tế cho thấy hầu hết các bệnh viện đều có chênh lệch thu chi, một số bệnh viện phải nộp NSNN. Kiểm toán nhà nước cũng đã kiến nghị xử lý tài chính đối với một số BVC.

Theo báo cáo kết quả kiểm toán tài chính tại các BVC thuộc Bộ Y tế năm 2019 do Kiểm toán nhà nước thực hiện năm 2020 cho thấy:

Thứ nhất, công tác lập, thẩm định, phê duyệt chủ trương đầu tư, phê duyệt dự án của Bộ Y tế còn chậm và kéo dài.

Một số dự án giai đoạn lập, thẩm định, phê duyệt dự án đầu tư chậm, như: 02 dự án Xây dựng BV Nhi Trung ương cơ sở 2 (XDBV Nhi TW CS2) và dự án Xây dựng BV Phụ sản Trung ương cơ sở 2 (XDBV Phụ sản TW CS2) kéo dài 30 tháng.

Công tác lập thẩm định, phê duyệt thiết kế kỹ thuật, thiết kế bản vẽ thi công một số dự án kéo dài, như dự án: Cải tạo, nâng cấp BV K cơ sở I, II kéo dài 24 tháng; BV Lão khoa Trung ương cơ sở 2 kéo dài 43 tháng.

Thời gian thẩm định dự án XDBV Nhi TW CS2 và dự án XDBV Phụ sản TW CS2 kéo dài 60 ngày, chậm 20 ngày so với thời gian quy định (tối đa 40 ngày) tại Điều 59 Luật Xây dựng.

Biên bản họp thẩm định danh mục mua trang thiết bị (TTB) y tế không ghi tên cụ thể các chuyên gia thuộc thành phần dự họp, các chuyên gia không ký tên trực tiếp vào biên bản họp mà chỉ lập và ký trên 01 bản tách riêng khỏi biên bản. Biên bản họp không ghi cụ thể ý kiến phát biểu của các chuyên gia trong cuộc họp mà chỉ tổng hợp nội dung góp ý.

Thứ hai, công tác quyết toán vốn đầu tư nguồn NSNN, quyết toán dự án hoàn thành, nợ đọng xây dựng cơ bản của Bộ Y tế lập không đầy đủ và chưa chính xác.

- Báo cáo quyết toán vốn đầu tư nguồn NSNN niên độ ngân sách năm 2019 Bộ Y tế lập chưa chính xác, lũy kế số vốn tạm ứng theo chế độ chưa thu hồi và số vốn được phép kéo dài năm 2018 chưa khớp đúng với số đầu năm 2019; Bộ Y tế tổng hợp gửi báo cáo Bộ Tài chính ngày 25/8/2020, chậm 25 ngày theo quy định tại khoản 1 Điều 8 Thông tư số 85/2017/TT-BTC (trước ngày 01/8); nhiều Chủ đầu tư lập và gửi báo cáo quyết toán niên độ chậm, số liệu không chính xác, phải điều chỉnh nhiều lần.

Báo cáo quyết toán dự án hoàn thành năm 2019 Bộ Y tế lập gửi Bộ Tài chính cho thấy: Báo cáo không đầy đủ các dự án hoàn thành chưa lập hồ sơ trình quyết toán, qua kiểm toán phát hiện thêm 14 dự án chưa nộp hồ sơ quyết toán, đặc biệt có 07 dự án hoàn thành từ năm 2010 trở về trước đã được KTNN thống kê và kiến nghị tại Báo cáo kiểm toán Bộ Y tế năm 2015, nhưng đến nay vẫn chưa được thực hiện.

Theo báo cáo năm 2019 Bộ Y tế không có nợ đọng xây dựng cơ bản, nhưng thực tế vẫn còn 9.716 triệu đồng nợ đọng từ báo cáo năm 2017 chưa được bố trí vốn trả nợ, nợ của các dự án phê duyệt quyết toán năm 2019 là 5.591 triệu đồng, qua kiểm toán chi tiết một số dự án còn nợ khối lượng nghiệm thu hoàn thành tổng cộng số tiền 99.995,2 triệu đồng (Dự án khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú BV E 29.252 triệu đồng (trong đó nợ chưa bố trí vốn 6.490 triệu đồng); dự án xây dựng Trung tâm khám bệnh và điều trị trong ngày (BV Bạch Mai), nợ 54.337,8 triệu đồng; BV Tuệ Tĩnh

13.467,5 triệu đồng; Viện Vệ sinh dịch tễ TW-GĐ2 nợ 2.937,9 triệu đồng (chưa có vốn), trong đó có 9.427,9 triệu đồng chưa có vốn để trả nợ.

- Đến thời điểm kiểm toán (tháng 11/2020), Bộ Y tế vẫn chưa thực hiện các giải pháp trong Báo cáo giám sát năm 2019; một số Chủ đầu tư lập báo cáo giám sát và đánh giá đầu tư còn chậm so với quy định (trước ngày 10 tháng 02 năm sau) (BV Tai mũi họng Trung ương (21/02/2020), BV Bạch Mai (21/02/2020), Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định (28/02/2020), nội dung báo cáo còn chung chung (Trường Cao đẳng Dược TW Hải Dương, trường Đại học Y Dược Hải Phòng, BV Hữu nghị Việt Đức).

Thứ ba, tại các dự án kiểm toán chi tiết còn nhiều sai sót và không phù hợp về khối lượng xây lắp.

Công tác thiết kế các dự án còn sai sót, không phù hợp, dự toán các gói thầu xây lắp còn nhiều khối lượng thừa thiếu, dẫn đến trong quá trình thực hiện phải điều chỉnh, bổ sung một số nội dung (dự án khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú BV E); dự án Xây dựng, cải tạo, mở rộng BV Phụ sản Trung ương trong quá trình thi công còn phải thay đổi thiết kế cho phù hợp thực tế.

Dự toán phần điều chỉnh, bổ sung phát sinh một số dự án lập chậm, lập sau khi đã thực hiện (Dự án khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú BV E; DA XD Trung tâm khám bệnh và điều trị trong ngày (BV Bạch Mai), DA Trung tâm Ung bướu BV E; dự án BV Tuệ Tĩnh; dự án Viện Vệ sinh dịch tễ TW-gđ2).

Dự án Cải tạo, mở rộng và nâng cấp BV Nhi Trung ương - Giai đoạn II (CT,MR&NC BV Nhi TW-GĐII) có một số sai sót sau: (1) Gói thầu Tổng thầu Thiết kế, Cung cấp thiết bị, vật tư và Xây lắp Nhà hợp khối 15 tầng: Hồ sơ thiết kế bản vẽ thi công một số bản vẽ chi tiết thể hiện chưa đầy đủ một số chi tiết kích thước như: Chi tiết lan can inox, đồ ngang của cấu tạo cửa đi, cửa sổ, vách kính; (2) Dự toán một số hạng mục gói thầu EPC.2011 chưa có đầy đủ chi tiết mà chỉ có khái toán (tuy nhiên sau này giá trị gói thầu ký hợp đồng đã được xác định trên cơ sở bản vẽ kỹ thuật và dự toán chi tiết được thẩm tra, thẩm định và phê duyệt của cơ quan có thẩm quyền); (3) Tại gói thầu hạ tầng ngoài nhà phần việc hệ thống điện đã thực hiện hoàn thiện và đưa vào sử dụng trên công trường (có biên bản xác minh khối lượng hoàn thành, có biên bản nghiệm thu chất lượng...), tuy nhiên phần phát sinh do điều chỉnh thiết kế đã được nhà thầu thực hiện và nghiệm thu chất lượng, đưa vào sử dụng nhưng không đủ điều kiện thanh toán giá trị hoàn thành vì chưa ký được phụ lục hợp đồng; (4) Việc đưa dự án BV vào sử dụng khi chưa có nghiệm thu phòng cháy chữa cháy và nghiệm thu hoàn thành Dự án là chưa đúng quy định.

Đối với Dự án CT, MR&NC BV Nhi TW-GĐII: Trong tổng giá trị kiểm toán xác nhận 1.329,4 triệu đồng đã bao gồm cả giá trị Thanh tra Chính phủ đã kiểm tra là

403.172,6 triệu đồng (Nội dung thanh tra về đơn giá, định mức hồ sơ thanh toán; không kiểm tra khối lượng) và TTCP đang kiến nghị giảm trừ thanh toán 11.071,511 triệu đồng; đơn vị đang giữ lại số tiền chưa thanh toán, giá trị nghiệm thu quyết toán đang lập chưa thực hiện giảm trừ theo kiến nghị của TTCP do còn có ý kiến chưa thống nhất. Số liệu giảm trừ của KTNN chưa bao gồm giá trị kết luận giảm trừ của TTCP 11.071,511 triệu đồng. KTNN chỉ kiểm toán và xác nhận nội dung khối lượng liên quan giá trị 403.172,6 triệu đồng.

Bảng 4.5: Kết luận của Kiểm toán nhà nước về chênh lệch thu - chi tài chính tại một số bệnh viện công tuyến Trung ương thuộc Bộ Y tế khu vực phía bắc năm 2018

Đơn vị tính: tỷ đồng

Đơn vị	Chênh lệch thu lớn hơn chi	Phải nộp NSNN	Phải nộp cấp trên	Bổ sung nguồn kinh phí	Trích lập các quỹ	Chênh lệch thu-chi chưa phân phối chuyển năm sau
BV Hữu nghị Việt Đức	763,2	17,7			745,5	-
BV Bạch Mai	943,1	50,6			892,5	-
BV K	671,5	12,9			578,6	80
BV Đa khoa Trung ương Thái Nguyên	59,1	2,4			54,1	2,6
BV Nhi Trung ương	507,6	8,6			499	-
BV Phụ sản Trung ương	376,5	12,6			363,9	0
BV E	82,7	0,2	-	-	82,5	-
BV Phổi Trung ương	63,5				63,5	-

Nguồn: Kiểm toán nhà nước 2019

Tiến độ thực hiện của một số dự án không đảm bảo theo quyết định phê duyệt ban đầu (Dự án xây dựng Trung tâm khám bệnh và điều trị trong ngày (BV Bạch Mai): Quyết định phê duyệt thời gian thực hiện đến 2020, nhưng đến nay các thiết bị y tế vẫn chưa được thực hiện; Dự án xây dựng, Nghiên cứu cơ quan Bộ Y tế chậm 01 năm so với quyết định phê duyệt ban đầu; dự án Xây dựng, cải tạo, mở rộng BV Phụ sản Trung ương: Quyết định số 3389/QĐ-BYT ban đầu là 2009-2012 nhưng đến thời điểm kiểm toán 11/2020 dự án chưa hoàn thành. Dự án BV Nhi Trung ương Quyết định phê duyệt hoàn thành năm 2012 nhưng 2015 mới hoàn thành).

Tiến độ thi công của một số gói thầu không đảm bảo theo quy định của Hợp đồng, phải gia hạn thời gian thực hiện (Gói thầu XL01 - Dự án khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú BV E, chậm 379 ngày, phải gia hạn 02 lần; gói thầu xây lắp chính - Dự án xây dựng Trung tâm khám bệnh và điều trị trong ngày (BV Bạch Mai), chậm 390 ngày; gói thầu xây lắp BV Tuệ Tĩnh chậm 90 ngày; gói thầu xây dựng Dự án Viện Vệ sinh dịch tễ TW-gđ2; các gói thầu TBDA-01, TBDA-02 (dự án Trung tâm Ung bướu - BV E) đều chậm 180 ngày; DA CT, MR và NC BV Nhi Trung ương - Giai đoạn II, gói thầu xây lắp chính phê duyệt hoàn thành năm 2013, nhưng đến 2015 mới xong).

Hồ sơ quản lý chất lượng chưa được lập kịp thời, đầy đủ, đúng quy định: Dự án Khoa khám bệnh và Điều trị ngoại trú BV E, hồ sơ chất lượng thiếu nghiệm thu đợt 10 (hạng mục nội thất văn phòng giá trị 1.772 triệu đồng; hạng mục mái sảnh bổ sung và chống cháy lan giá trị 443,6 triệu đồng...), đồng thời hạng mục công chính thuộc gói thầu XL01 tạm dừng chưa thi công; việc viết nhật ký thi công tại Dự án BV Nhi TW còn chưa đầy đủ thông tin;

Gói thầu xây lắp chính dự án TTKB&ĐT trong ngày BV Bạch Mai quá trình thực hiện do công tác thiết kế còn hạn chế, chủ đầu tư có nhiều thay đổi, dẫn tới giá trị quyết toán gói thầu vượt giá gói thầu được duyệt 8.796,4 triệu đồng, Chủ đầu tư trình Bộ Y tế ngày 11/8/2020, đến nay vẫn chưa được phê duyệt.

Công tác nghiệm thu, thanh toán của các dự án còn sai sót; nghiệm thu, thanh toán khi chưa đủ thủ tục.

Bảng 4.6: Kiến nghị xử lý tài chính của Kiểm toán nhà nước đối với một số bệnh viện công tuyến Trung ương thuộc Bộ Y tế khu vực phía bắc được thụ hưởng dự án công

Đơn vị tính: tỷ đồng

TT	Tên dự án	Chủ đầu tư	Giá trị giải ngân đến 30/8/2020	Kiến nghị xử lý tài chính				Xử lý khác
				Thu hồi nộp NSNN	Giảm cấp phát, thanh toán	Giảm giá hợp đồng còn lại	Thu hồi và nộp khác	
A	B	C	8	9	10	11	12	13
I	Giá trị nghiệm thu quyết toán		2.669	0,2	9,6	0	0,2	46
1	Xây dựng, cải tạo, mở rộng BV Phụ sản Trung ương	BV Phụ sản Trung ương	84,6	0	1,9	0	0	0
2	Cải tạo, mở rộng và nâng cấp BV nhi Trung ương - Giai đoạn II	BV nhi Trung ương	1.229	0,8	3,7	0	0	0
3	Xây dựng Khoa khám bệnh và điều trị ngoại trú BV E	BV E	235	0,1	0,5	0	0	10
4	Xây dựng Trung tâm Ung bướu - BV E	BV E	391	0	0,5	0	0	0
5	Xây dựng BV Tuệ Tĩnh quy mô	Học viện Y-	106	0,02	0,4	0	0	0,6

TT	Tên dự án	Chủ đầu tư	Giá trị giải ngân đến 30/8/2020	Kiến nghị xử lý tài chính				Xử lý khác
				Thu hồi nợ NSNN	Giảm cấp phát, thanh toán	Giảm giá hợp đồng còn lại	Thu hồi và nợ khác	
A	B	C	8	9	10	11	12	13
	100 giường điều trị nội trú thuộc Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam	Dược học cổ truyền Việt Nam						
6	Xây dựng Trung tâm Khám bệnh và điều trị trong ngày (Chủ đầu tư BV Bạch Mai)	BV Bạch Mai	289		2		0,1	36
7	Nâng cấp, cải tạo BV Phổi Trung ương	BV Phổi Trung ương	332	0	0,6	0	0	0
II	Giá trị hợp đồng còn lại (phần chưa có nghiệm thu QT)		0	0	0	2	0	0,5
1	Cải tạo, mở rộng và nâng cấp BV nhi Trung ương - Giai đoạn II	BV nhi Trung ương	0	0	0	0	0	0
2	Xây dựng Trung tâm Ung bướu - BV E	BV E	0	0	0	1,3	0	0
3	Xây dựng Trung tâm Khám bệnh và điều trị trong ngày (Chủ đầu tư BV Bạch Mai)	BV Bạch Mai	0	0	0	0,9	0	0,5
4	Nâng cấp, cải tạo BV Phổi Trung ương	BV Phổi Trung ương	0	0	0	0	0	0

Nguồn: Kiểm toán nhà nước 2019

- Công tác chuẩn bị và trình phê duyệt hồ sơ quyết toán đối với các dự án đã hoàn thành vẫn còn chậm trễ ở một số dự án. Việc chậm trễ này không tuân thủ đúng quy định tại Điều 22 của Thông tư số 09/2016/TT-BTC ngày 18/01/2016 của Bộ Tài chính, văn bản quy định về quyết toán dự án hoàn thành sử dụng nguồn vốn nhà nước (nay thay thế bởi Thông tư 96/2021/TT-BTC ngày 11/11/2021 của Bộ Tài chính).

Kết quả kiểm toán TCYT được thực hiện tại các BVC tuyến Trung ương thuộc khu vực phía Bắc, sử dụng nguồn ngân sách từ Bộ Y tế, cho thấy hầu hết các BV đều có sự chênh lệch giữa nguồn thu và chi. Một số bệnh viện đã được kiến nghị phải nộp lại NSNN các khoản chi không đúng quy định. KTNN cũng đã chính thức đưa ra kiến nghị về việc xử lý tài chính đối với một số BVC trực thuộc Bộ Y tế trong khu vực này.

Theo Báo cáo kiểm toán được công bố vào năm 2024, Bộ Y tế đã chưa hoàn thành việc lập báo cáo quyết toán ngân sách năm 2023 tại thời điểm kiểm toán được tiến hành. Điều này dẫn đến việc tổng hợp số liệu tài chính chỉ dựa trên mức ước tính từ các đơn vị trực thuộc, mà chưa có xác nhận chính thức từ cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng này gây khó khăn cho công tác lập kế hoạch ngân sách cho các

năm tiếp theo, đồng thời ảnh hưởng đến tính minh bạch trong việc phân bổ và sử dụng các nguồn lực tài chính trong toàn bộ hệ thống các BVC.

Một số phát hiện đáng chú ý được ghi nhận từ đợt kiểm toán năm 2024 bao gồm: (1) Một số dự án trọng điểm của BV vẫn chưa hoàn thành đúng tiến độ đã đề ra, ví dụ như dự án BV Lão khoa Trung ương cơ sở 2 và dự án BV K cơ sở 3, mặc dù đã được phê duyệt từ nhiều năm trước. Tình trạng sử dụng ngân sách không đúng với mục đích được phê duyệt vẫn tiếp diễn. Điển hình là một số bệnh viện đã sử dụng ngân sách đầu tư cho các hoạt động không thuộc phạm vi đã được phê duyệt. (2) Một số bệnh viện vẫn chưa xây dựng hoặc triển khai các phương án hiệu quả để tối ưu hóa việc sử dụng tài sản công. Điều này dẫn đến tình trạng tài sản bị bỏ trống hoặc không được sử dụng một cách hiệu quả. Nguồn thu phát sinh từ quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp tại một số bệnh viện lớn cũng chưa được công khai minh bạch hoàn toàn theo quy định. (3) Vẫn còn tồn tại những hạn chế và bất cập trong công tác đấu thầu và mua sắm trang thiết bị y tế. Có những sai sót được phát hiện trong công tác hạch toán kế toán và quyết toán ngân sách. Các sai phạm về mặt tài chính đã được ghi nhận tại một số bệnh viện lớn và KTNN đã chính thức kiến nghị các đơn vị này phải nộp lại NSNN các khoản chi không đúng quy định.

Bảng 4.7: Tổng hợp kiến nghị thu hồi và giảm chi ngân sách nhà nước năm 2023 tại một số bệnh viện công tuyến Trung ương trực thuộc Bộ Y tế

Đơn vị tính: nghìn đồng

TT	Chỉ tiêu Đơn vị	Tổng số	Thu hồi, nộp ngân sách các khoản chi thường xuyên sai quy định	Giảm dự toán, giảm thanh toán XDCB năm sau	Xử lý tài chính khác
1	BV Nhi Trung ương	88.405			88.405
2	BV E	298.418			298.418
3	BV K	145.219	145.219		
4	BV Hữu nghị Việt Đức	46.781	46.781		
5	BV Phụ Sản Trung ương	-			
6	BV Bệnh Nhiệt đới Trung ương	-			
7	Dự án Cải tạo, nâng cấp BV K cơ sở I, II	1.564.362		1.564.362	
8	Dự án Xây dựng Trung tâm Khám bệnh và điều trị trong ngày BV Hữu Nghị Việt Đức	917.857		917.857	

Nguồn: Kiểm toán nhà nước (2024)

Hộp 4.5: Đánh giá về công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát tài chính y tế ở các bệnh viện công tuyến Trung ương

Theo nhận định của các chuyên gia từ Kiểm toán nhà nước, việc thiết lập công tác thanh tra tài chính trong lĩnh vực y tế là cần thiết và hợp lý. Mục đích chính của công tác này là nhằm giám sát chặt chẽ việc sử dụng NSNN và các nguồn tài chính khác, đồng thời góp phần ngăn ngừa các sai phạm và tình trạng lãng phí nguồn lực công. Tuy nhiên, họ cũng chỉ ra rằng một số quy định và quy trình thanh tra hiện hành có thể chưa hoàn toàn phản ánh đúng với thực tế hoạt động phức tạp và đặc thù của các bệnh viện và chưa theo kịp sự phát triển của ngành y tế, dẫn đến việc áp dụng trở nên cứng nhắc và thiếu linh hoạt.

Các chuyên gia đánh giá quá trình thanh tra hiện tại được thực hiện khá chi tiết và nghiêm ngặt, đảm bảo kiểm tra toàn diện các khía cạnh tài chính của đơn vị được thanh tra. Mặc dù vậy, sự nghiêm ngặt này đôi khi dẫn đến việc quá chú trọng vào kiểm tra thủ tục hành chính và hồ sơ giấy tờ, có nguy cơ làm lu mờ mục tiêu quan trọng hơn là đánh giá hiệu quả thực tế trong việc sử dụng nguồn lực và chất lượng DVYT được cung cấp.

Về hiệu quả tổng thể của công tác thanh tra, mặc dù mục tiêu chính là đảm bảo nguồn lực được sử dụng đúng mục đích và đạt hiệu quả cao, nhưng hiệu quả thực tế của công tác này chưa được đánh giá là tối ưu. Nhiều kiến nghị được đưa ra sau các cuộc thanh tra không được các đơn vị thực hiện đầy đủ hoặc chỉ mang tính hình thức đối phó. Ngoài ra, sự phối hợp thiếu đồng bộ giữa các cơ quan liên quan cũng được xem là yếu tố làm giảm tác động và hiệu quả của công tác thanh tra nói chung.

Bên cạnh những hạn chế về quy trình và hiệu quả trực tiếp, các chuyên gia Kiểm toán Nhà nước còn chỉ ra những vấn đề mang tính hệ thống ảnh hưởng đến công tác thanh tra TCYT. Những vấn đề này bao gồm: Hệ thống pháp lý về TCYT còn chồng chéo và phức tạp, gây khó khăn cho thanh tra viên trong quá trình áp dụng và đánh giá; Thiếu minh bạch và trách nhiệm giải trình trong chính quá trình thanh tra, khiến việc giám sát từ cộng đồng và các bên liên quan khác gặp trở ngại; Ứng dụng công nghệ thông tin còn hạn chế; nhiều quy trình thanh tra vẫn thực hiện thủ công, gây lãng phí thời gian và nhân lực. Hệ thống quản lý dữ liệu tập trung chưa được phát triển đầy đủ để hỗ trợ hiệu quả cho việc phân tích và đánh giá; Chất lượng chuyên môn của đội ngũ thanh tra không đồng đều; một số thanh tra viên chưa được đào tạo chuyên sâu về đặc thù TCYT và cập nhật các quy định mới nhất; Thiếu sự phối hợp hiệu quả giữa các cơ quan có liên quan, dẫn đến tình trạng chồng chéo trong công tác thanh tra và cản trở việc chia sẻ thông tin một cách kịp thời.

Nguồn: Kết quả phỏng vấn sâu cán bộ Kiểm toán nhà nước

Công tác thanh tra và kiểm tra TCYT tại các BVC đóng một vai trò cực kỳ quan trọng. Hoạt động này góp phần bảo đảm trách nhiệm giải trình rõ ràng về việc sử dụng các nguồn lực công và chủ động phòng ngừa các sai phạm cũng như tình trạng lãng phí có thể xảy ra. Tuy nhiên, để hoạt động thanh tra, kiểm tra thực sự phát huy tối đa tiềm năng và tạo ra tác động hiệu quả nhất, cần tiếp tục cải thiện ở nhiều khía cạnh. Như điều các hoạt động này xây dựng phù hợp với thực tiễn, tăng cường hiệu quả trong quá trình thực hiện và đảm bảo kết quả giám sát mang lại giá trị thiết thực. Điều này có thể đạt được thông qua việc cải cách các quy định liên quan, đẩy mạnh việc ứng dụng công nghệ thông tin vào công tác này, nâng cao năng lực chuyên môn cho đội ngũ nhân sự thực hiện và tăng cường sự phối hợp một cách đồng bộ và hiệu quả giữa các cơ quan chức năng có thẩm quyền. Việc tập trung nguồn lực và nỗ lực vào các lĩnh vực cốt lõi sẽ giúp hệ thống thanh tra, kiểm tra tài chính thực sự đóng góp vào việc cải thiện hiệu quả hoạt động chung và thúc đẩy sự công bằng trong toàn bộ ngành y tế. Các lĩnh vực cốt lõi này bao gồm: quản lý ngân sách bệnh viện một cách hiệu quả, tăng cường đáng kể tính minh bạch trong tất cả các hoạt động tài chính, kiểm soát chặt chẽ quy trình mua sắm trang thiết bị và vật tư và đặc biệt là đánh giá được tác động trực tiếp của các khoản chi tiêu lên chất lượng các DVYT được cung cấp cho người bệnh.

4.1.5. Kết quả khảo sát một số yếu tố liên quan tới hiệu quả quản lý tài chính y tế ở các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc

4.1.5.1. Mô tả biến số và số liệu điều tra

Các hoạt động của bệnh viện hiện nay thường được đánh giá dựa trên những tiêu chuẩn chất lượng do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thiết lập. Những tiêu chuẩn này bao gồm không chỉ các DVYT thực tế được cung cấp, mà còn cả việc cải thiện và đáp ứng những mong đợi về sức khỏe của bệnh nhân. Điều này cũng bao gồm việc bảo đảm sự công bằng trong công tác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mọi đối tượng (không phân biệt phương thức thanh toán sử dụng) và những đóng góp chung mà bệnh viện tạo ra cho xã hội. Theo Selina Ionete-Toplicianu và cộng sự (2015), hoạt động của một bệnh viện là sự phản ánh chất lượng của các hoạt động y tế được thực hiện tại đó, cùng với khả năng quản lý các nguồn lực sẵn có một cách hiệu quả. Mục đích là nhằm giúp người dân đạt được tình trạng sức khỏe phù hợp với mong muốn và đồng thời bảo đảm sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ

Các nguồn lực TCYT sẵn có tại các bệnh viện được phân bổ chủ yếu cho hai mảng hoạt động chính: thứ nhất là các hoạt động KCB hàng ngày và thứ hai là việc đầu tư vào các loại trang thiết bị y tế hiện đại. Mục tiêu cuối cùng và xuyên suốt của việc sử dụng nguồn lực này là nhằm không ngừng nâng cao chất lượng của các

DVYT được cung cấp. Thêm vào đó, BVC là đơn vị hoạt động không vì mục tiêu lợi nhuận. Vì vậy, hiệu quả QLNN về TCYT đối với các BVC thường được xem xét và đánh giá dưới góc độ hiệu quả xã hội.

Để đánh giá hiệu quả QLNN về TCYT của BVC ở khu vực phía Bắc trong nghiên cứu này (Luận án), chỉ tiêu mức độ hài lòng của người bệnh về DVYT được sử dụng như một biến đại diện (proxy). Theo phương pháp tiếp cận của Cuong Pham và Sen Vu (2019), Luận án sử dụng thang đo Cronbach Alpha dựa trên số liệu khảo sát người bệnh và các cán bộ, bác sỹ làm việc tại các BVC khu vực phía Bắc. Các BV được lựa chọn khảo sát bao gồm BV Bạch Mai, BV K, BV Việt Đức, BV Đa khoa Thái Nguyên, BV Phổi Trung ương và BV Nội tiết Trung ương. Mục đích là để lựa chọn các biến số đại diện đáng tin cậy cho các yếu tố được giả định có ảnh hưởng tới mức độ hài lòng của người sử dụng DVYT.

Nghiên cứu sinh (NCS) sử dụng phần mềm thống kê STATA 18 để xử lý và phân tích số liệu thu thập được theo các bước sau:

- Bước 1: Kiểm định độ tin cậy của thang đo: Đầu tiên, thực hiện kiểm định độ tin cậy của thang đo bằng Cronbach's Alpha. Luận án chấp nhận các hệ số quan sát có Cronbach's Alpha lớn hơn 0,6. Các biến quan sát có hệ số tương quan tổng biến (Item-Total Correlation) nhỏ hơn 0,3 sẽ bị loại bỏ.

- Bước 2: Phân tích Nhân tố Khám phá (EFA): Các biến quan sát đã được xác nhận độ tin cậy sau Bước 1 sẽ được chuyển sang phân tích nhân tố khám phá (EFA). Mục đích là để trích xuất các biến quan sát hội tụ (đo lường cùng một khái niệm) và tách biệt (đo lường các khái niệm khác nhau) dựa trên hệ số tải nhân tố (Factor Loading) lớn hơn 0,3. Để đảm bảo sự phù hợp của dữ liệu cho EFA, nghiên cứu yêu cầu giá trị KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) lớn hơn 0,5 và nhỏ hơn 1,0. Đồng thời, kiểm định Bartlett phải có Giá trị Sig (mức ý nghĩa) nhỏ hơn 0,05. Tỷ lệ phương sai được trích xuất (Total Variance Explained) cũng phải lớn hơn 50%.

- Bước 3: Phân tích Hồi quy: Sau khi xác định được các yếu tố (các nhân tố được trích xuất từ EFA), Luận án thực hiện phân tích hồi quy. Mục đích là để đánh giá mức độ tác động của các yếu tố độc lập này lên biến phụ thuộc (đại diện cho mức độ hài lòng của người bệnh, liên quan đến hiệu quả QLNN về TCYT). Phân tích hồi quy còn giúp xác định yếu tố nào có tác động tích cực mạnh mẽ nhất hoặc tiêu cực nhất đến biến phụ thuộc.

$$Y_i = \alpha + \beta X_i + \lambda Z_i + \varepsilon$$

Biến phụ thuộc (Y_i) đại diện cho hiệu quả TCYT ở các BVC là mức độ hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ của BV và đánh giá của y, bác sỹ, cán bộ về chất lượng dịch vụ và máy móc của BV. Các biến kiểm soát bao gồm:

- Biến kiểm soát từ đánh giá của người bệnh (X_i): tuổi, giới tính, năng lực tài chính, các đánh giá về chất lượng liên quan đến KCB, đánh giá về cơ sở vật chất của bệnh viện...

- Biến kiểm soát từ đánh giá của cán bộ, bác sỹ BV (Z_i) bao gồm: tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, số năm công tác, vị trí làm việc, đánh giá về giá DVYT, đánh giá về mức độ hiện đại của trang thiết bị, đánh giá tính kịp thời giải ngân vốn NSNN của BV.

4.1.5.2. Kết quả phân tích kinh tế lượng

Theo bảng 4.8, hệ số tải của các biến số đáp ứng tiêu chuẩn lớn hơn 0,5 (từ 0,61 đến 0,95). Hệ số Cronbach alpha để kiểm định độ tin cậy của thang đo cũng đáp ứng tiêu chuẩn của nghiên cứu (từ 0,61 đến 0,72). Như vậy, 4 nhân tố đảm bảo điều kiện hồi quy mô hình nghiên cứu nhằm đánh giá tác động của các yếu tố đến QLNN về TCYT, thông qua biến phụ thuộc là hiệu quả hoạt động của các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc.

Bảng 4.8: Hệ số Cronbach Alpha và hệ số tải của các biến nhân tố

Biến số	Hệ số tải			Cronbach Alpha	Số lượng biến số	Nhân tố
	1	2	3			
tb1	0.7004			0.6060292	5	Mức độ hiện đại của TTB (TB)
tb2	0.7737					
tb3	0.8749					
tb4	0.8463					
tb5	0.8251					
qt1		0.6939		0.6157052	4	Quản trị tài chính (QT)
qt2		0.6063				
qt3		0.6113				
qt4		0.63				
kh1			0.7569	0.6780283	4	Hài lòng về csvc (KH)
kh2			0.9106			
kh3			0.9522			
kh4			0.933			
bh1			0.834	0.7215321	2	Tài chính (TC)
bh2			0.88			

Nguồn: Tính toán từ số liệu khảo sát của Luận án

Theo bảng 4.9, KMO = 0.925 thì việc áp dụng phân tích nhân tố trong trường hợp này là phù hợp.

Bảng 4.9: Kiểm định KMO và Barlett's

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.925
Bartlett test of sphericity	Chi-square	2380.297
	Degrees of freedom	105
	p-value	0.000

Nguồn: Tính toán từ số liệu khảo sát của Luận án

Kiểm định Bartlett cho thấy p-value ở mức ý nghĩa 1%, như vậy giả thiết H_0 : Các biến không có tương quan với nhau bị bác bỏ. Các biến có sự tương quan chặt với nhau và do đó sử dụng phương pháp phân tích nhân tố là phù hợp.

Giá trị tổng phương sai trích (TVE) là 0,65 cho thấy, 65% sự biến thiên của dữ liệu được giải thích bằng 4 nhân tố trên. Mô hình hồi quy phân tích các yếu tố tác động đến hiệu quả của các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc được cụ thể như sau:

$$Y_i = \alpha + \beta TB_i + \lambda QT_i + \varepsilon$$

$$M_i = \alpha + \beta DV_i + \lambda TC_i + \varepsilon$$

- Biến phụ thuộc 1 (Y): hiệu quả thông qua đánh giá của CB, bác sỹ BV về việc đáp ứng nhu bệnh nhân, mô hình này có 2 biến nhân tố độc lập là Sự hiện đại của Trang thiết bị (TB) và Quản trị tài chính (QT)

- Biến phụ thuộc 2 (M): Sự hài lòng của người bệnh. Biến độc lập là DV (cảm nhận về cơ sở vật chất của BV) và mức độ chi trả khi có BHYT và bảo hiểm sức khỏe khác (TC).

Bảng 4.10: Hệ số ANOVA

Model	Sum of squares	Df	MS	F	Sig.
Regression	88.451	51	1.734	3.36	0.0000
Residual	85.254	165	.5167		
Total	173.705	216			

Kết quả ước lượng hệ số ANOVA của mô hình cho thấy, kiểm định $F = 3,36$ với mức ý nghĩa 1%. Như vậy biến phụ thuộc và biến độc lập có mối quan hệ tuyến tính.

Kết quả thu được từ việc ước lượng mô hình hồi quy chỉ ra rằng, các biến độc lập được đưa vào mô hình đã giải thích được một tỷ lệ đáng kể sự biến thiên của biến phụ thuộc. Tỷ lệ này tương ứng là 64% và 54% (số liệu chi tiết có thể tham khảo tại Bảng 4.11).

Dựa trên dữ liệu đã thu thập được từ cuộc điều tra khảo sát cán bộ công tác tại 7 BVC tuyến Trung ương thuộc khu vực phía Bắc, các hệ số ước lượng của mô hình đã cho thấy rằng: Mức độ hiện đại của trang thiết bị KCB, cùng với việc cấp vốn từ nguồn NSNN và công tác quản lý TCYT đang diễn ra tại các BV, đều có tác động một cách tích cực đến hiệu quả hoạt động của bệnh viện. Hiệu quả hoạt động này được đo lường cụ thể thông qua mức độ hài lòng của người bệnh. Các hệ số ước lượng tương ứng là 0,34 và 0,31, cả hai đều đạt ý nghĩa thống kê ở mức 1%. Như vậy, có thể đánh giá rằng công tác QLNN về TCYT hiện đang đi đúng hướng và mang lại tác động tích cực trong việc nâng cao chất lượng KCB tại các BVC.

Bảng 4.11: Kết quả ước lượng mô hình một số yếu tố liên quan tới hiệu quả của một số bệnh viện công tuyến TW khu vực phía Bắc

Biến số	Đáp ứng nhu cầu của người bệnh	Mức độ hài lòng của người bệnh
Trang thiết bị KCB	0.344** (0.055)	
Quản trị tài chính trong BV	0.311** (0.053)	
Cơ sở vật chất của BV		0.626** (0.051)
Mức độ chi trả của bảo hiểm		0.084* (0.042)
Hằng số	1.459** (0.112)	1.349** (0.208)
Số quan sát	217	162
R-squared	0.642	0.535
Mức ý nghĩa: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, + $p < 0.1$		

Nguồn: Tính toán từ số liệu điều tra của Luận án

Dưới góc độ đánh giá trực tiếp từ người bệnh và người nhà bệnh nhân, chất lượng cơ sở vật chất của BV, bao gồm sự tiện nghi của các khu vực như phòng chờ, phòng khám và phòng nội trú, cùng với sự thuận lợi, dễ dàng trong quy trình chi trả chi phí KCB thông qua việc sử dụng thẻ BHYT và các loại bảo hiểm sức khỏe khác, đều được ghi nhận là có tác động tích cực đáng kể tới mức độ hài lòng chung của

người bệnh đối với BV. Như vậy, từ quan điểm này, có thể suy luận rằng việc nguồn TCYT tại BV được quản lý và sử dụng một cách đúng đắn, hiệu quả sẽ góp phần không nhỏ vào việc cải thiện và nâng cao toàn diện chất lượng DVYT được cung cấp. Chất lượng DVYT được cải thiện này, đến lượt nó, sẽ trực tiếp phản ánh và nâng cao hiệu quả hoạt động chung của các BVC tại khu vực phía Bắc.

4.2. Đánh giá chung thực trạng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công khu vực phía Bắc

4.2.1. Những kết quả đạt được

** Về chính sách*

Việt Nam đã xây dựng được một hệ thống văn bản pháp luật và chính sách liên quan đến y tế mang tính tương đối toàn diện. Hệ thống này tạo ra khuôn khổ để điều chỉnh các hoạt động diễn ra trong ngành y tế nói chung và đặc biệt là công tác QLNN về TCYT. Đáng chú ý, các chính sách được ban hành liên quan đến cơ chế TCTC tại các BVC đã đóng góp một cách tích cực vào việc giúp các bệnh viện huy động các nguồn lực tài chính một cách hiệu quả hơn. Các nguồn lực tài chính này sau đó được sử dụng để đầu tư vào CSHT, nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ cán bộ y tế và mở rộng khả năng cung cấp cả dịch vụ KCB và các DVYT liên quan khác.

Về khía cạnh cơ chế tài chính, HTCS đã mang đến mức độ chủ động cao hơn cho các BVC. Đây là cơ sở thuận lợi để các BVC có thể thu hút thêm nguồn vốn đầu tư nhằm phát triển CSHT. Việc thu hút vốn được thực hiện thông qua nhiều hình thức khác nhau, bao gồm góp vốn, huy động vốn từ các nguồn khác và liên doanh, liên kết dưới hình thức xã hội hoá DVYT. Các chính sách TCTC, bao gồm các khía cạnh như chi đầu tư, chi thường xuyên, quyền tự chủ trong việc xác định các khoản thu và mức thu, cơ chế trích lập các loại quỹ, hoạt động huy động vốn và liên doanh đã được ban hành chính thức. Những chính sách này đã cung cấp một cơ sở pháp lý vững chắc, tạo điều kiện để các bệnh viện có thể phát huy tối đa quyền tự chủ của mình trong khuôn khổ pháp luật cho phép.

Ảnh hưởng đến CSHT, chất lượng DVYT và năng lực chuyên môn: Nhờ có các chính sách được triển khai, nhiều bệnh viện đã sử dụng hiệu quả quyền TCTC được giao. Điều này đã tạo điều kiện thuận lợi để phát triển CSHT theo hướng hiện đại và nâng cao đáng kể chất lượng các DVYT được cung cấp. Ví dụ điển hình, BV Việt Đức đã đầu tư vào các trang thiết bị y tế rất tiên tiến, hỗ trợ thực hiện thành công nhiều kỹ thuật phẫu thuật phức tạp và hiện đại mà trước đây khó thực hiện. BV K cũng đã mở rộng năng lực của mình trong công tác chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Việc này đạt được thông qua việc nâng cấp CSHT chuyên khoa và tăng cường đào tạo chuyên môn sâu cho đội ngũ y bác sĩ của đơn vị. Những thành tựu đáng chú ý này cho thấy sự chuyển biến tích cực và rõ rệt trong khả năng cung cấp các DVYT chất lượng cao tại các bệnh viện tuyến Trung ương.

Song song với việc mở rộng quyền TCTC cho các BVC, các chính sách QLNN liên quan đến TCYT cũng đã được tiến hành rà soát, sửa đổi và bổ sung. Mục tiêu của những điều chỉnh chính sách này là nhằm kiểm soát chất lượng DVYT một cách hiệu quả hơn, bảo đảm quyền lợi chính đáng của người bệnh khi sử dụng dịch vụ và tránh gây ra tình trạng thất thoát, lãng phí nguồn quỹ BHYT. Việc triển khai cơ chế TCTC đã đóng góp một phần quan trọng vào công cuộc hiện đại hóa CSHT và trang thiết bị y tế trên phạm vi rộng khắp. Và do đó, nhiều BVC đã đạt được trình độ kỹ thuật ngang tầm với các quốc gia phát triển trong khu vực và quốc tế. Các bệnh viện tuyến Trung ương, điển hình như BV Bạch Mai và BV Đa khoa Thái Nguyên đã thành công trong việc cải thiện chất lượng KCB. Bên cạnh đó, những nỗ lực này còn góp phần giảm thiểu tình trạng quá tải một cách hiệu quả cho các bệnh viện tuyến trên.

Cải thiện quy trình đấu thầu và quản lý trang thiết bị: Liên quan đến công tác đấu thầu, hoạt động mua sắm và quy trình quản lý sử dụng trang thiết bị y tế áp dụng cho các BVC, hiện tại các hoạt động này vẫn tuân thủ các quy định chung của Nhà nước dành cho các đơn vị sự nghiệp công lập. Hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật có liên quan, bao gồm Luật Đấu thầu số 22/2023/QH15 và các văn bản hướng dẫn thi hành liên quan (như Nghị định 24/2024/NĐ-CP), cùng với các thông tư hướng dẫn khác, đã đóng góp vào việc làm cho quy trình đấu thầu và mua sắm trang thiết bị tại các BVC trở nên minh bạch và chặt chẽ hơn đáng kể. Những quy định này đóng một vai trò quan trọng là nhằm bảo đảm việc sử dụng nguồn NSNN được thực hiện một cách hiệu quả, đồng thời góp phần nâng cao chất lượng của các DVYT đang được cung cấp tại các BVC.

Tái cơ cấu tổ chức và huy động vốn xã hội hóa: Có thể khẳng định rằng, việc triển khai cơ chế TCTC đã mang lại những chuyển biến tích cực và sâu sắc cho các BVC. Cơ chế này đã góp phần cải thiện đáng kể cả quy mô hoạt động lẫn chất lượng của các DVYT được cung cấp. Nhiều bệnh viện đã có sự nâng cấp đáng kể về CSHT theo hướng hiện đại hóa. Bên cạnh đó, họ cũng đã đầu tư vào các trang thiết bị y tế tiên tiến, giúp chất lượng dịch vụ KCB được cải thiện một cách rõ rệt. Đồng thời, các thủ tục hành chính có liên quan đến tài chính cũng đã được tinh giản hơn so với trước đây.

Cụ thể, các dự án nâng cấp và hiện đại hóa trang thiết bị y tế được thực hiện tại các bệnh viện tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, ví dụ như BV Việt Đức hay BV Bạch Mai, đã góp phần quan trọng vào việc nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe tổng thể. Những dự án này đã giúp rút ngắn đáng kể thời gian chờ đợi của bệnh nhân và mở rộng quy mô tiếp nhận KCB. Một số cơ sở y tế đã đạt được trình độ kỹ thuật chuyên môn ngang tầm với các quốc gia có nền y tế phát triển trong khu vực Đông Nam Á và Châu Á. Điều này đã giúp họ cứu chữa thành công nhiều ca bệnh hiểm nghèo mà trước đây khó có thể xử lý. Những thành tựu

này đã đáp ứng nhu cầu ngày càng cao về chăm sóc sức khỏe của người dân và góp phần bảo đảm an sinh - xã hội.

Ngoài ra, cơ chế TCTC đã tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh viện thực hiện việc tái cơ cấu tổ chức của mình. Các đơn vị này đã có thể vận hành theo hướng phù hợp hơn với cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Nhờ có sự tự chủ này, các bệnh viện đã phát huy được tính chủ động và khả năng sáng tạo trong việc huy động nguồn vốn xã hội hóa. Nguồn vốn này được sử dụng để đầu tư xây dựng CSHT, mua sắm các trang thiết bị y tế hiện đại hoặc hợp tác để triển khai. Đồng thời, cơ chế TCTC cũng khuyến khích các bệnh viện sử dụng các nguồn lực tài chính sẵn có một cách hiệu quả nhất, tiết kiệm chi phí hoạt động và cải thiện thu nhập cho đội ngũ nhân viên y tế. Cơ chế này còn bao gồm việc trích lập các quỹ cần thiết để đảm bảo sự phát triển bền vững trong dài hạn. Các bệnh viện như BV K hay BV Bạch Mai đã tận dụng tốt cơ chế xã hội hóa và triển khai thành công các dịch vụ mới, mở rộng phạm vi phục vụ người bệnh và thu hút được nhiều nhân tài trong lĩnh vực y tế về làm việc tại đơn vị.

Lợi ích xã hội và tài khóa mở rộng: Nhìn từ góc độ xã hội, cơ chế TCTC mang lại nhiều lợi ích. Nó không chỉ góp phần nâng cao mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với các DVYT đang được cung cấp. Cơ chế này còn đóng góp một phần quan trọng trong việc giảm bớt tình trạng quá tải và áp lực cho các bệnh viện tuyến trên. Thực tế cho thấy, nhiều bệnh viện tuyến dưới đã có những cải thiện đáng kể trong chất lượng dịch vụ KCB ban đầu. Điều này giúp rút ngắn đáng kể thời gian chờ đợi của người bệnh khi đến khám và điều trị. Họ cũng tăng cường công tác chăm sóc sau điều trị, từ đó góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống chung cho người dân. Đối với NSNN, cơ chế này có tác động tích cực, giúp giảm bớt áp lực chi ngân sách trực tiếp cho các BVC. Trong khi đó, Nhà nước vẫn đảm bảo duy trì hiệu quả sử dụng ngân sách thông qua việc hỗ trợ các chương trình BHYT và tăng cường đầu tư vào lĩnh vực y tế dự phòng cũng như các cơ sở y tế tại địa phương. Bên cạnh đó, việc hỗ trợ tài chính cho BHYT và các chính sách khuyến khích mua sắm trang thiết bị y tế hiện đại cũng góp phần cải thiện đáng kể năng lực cung ứng dịch vụ của toàn HTYT. Điều này giúp bảo đảm quyền lợi của người dân trong việc tiếp cận các DVYT đạt tiêu chuẩn chất lượng cao.

** Về quản lý phân bổ tài chính y tế*

Chuyển dịch nguồn thu chủ đạo: Trong giai đoạn từ năm 2018 đến năm 2024, công tác quản lý phân bổ TCYT tại các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc đã có những chuyển biến rõ rệt, thể hiện qua xu hướng tăng mức được giao về thu và chi kinh phí hoạt động của các bệnh viện này. Đặc biệt, nguồn thu từ dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đã trở thành nguồn thu chính, dần thay thế sự phụ thuộc truyền thống vào NSNN. Đáng chú ý, trong khi các bệnh viện có quy mô lớn như

BV Việt Đức và BV Đa khoa Thái Nguyên được phân bổ các khoản thu, chi từ hoạt động sản xuất kinh doanh dịch vụ ở mức rất cao, thì đối với BV Bạch Mai, hạng mục này lại do trực tiếp Bộ Y tế giao chi tiêu.

Xu hướng và vai trò của chi NSNN: Dự toán chi NSNN dành cho các BVC tuyến Trung ương có dấu hiệu giảm trong giai đoạn nghiên cứu. Điều này phản ánh mức độ TCTC ngày càng được nâng cao của các bệnh viện. Tuy nhiên, nguồn NSNN vẫn được phân bổ cho các dự án và hoạt động quan trọng. Các khoản chi này tập trung vào việc đảm bảo duy trì chất lượng DVYT tại các bệnh viện tuyến Trung ương thông qua cải tạo CSHT, nâng cấp trang thiết bị y tế và hỗ trợ các chương trình nghiên cứu y học mũi nhọn.

Sự chủ động trong quản lý và sử dụng nguồn thu ngoài NSNN: Ngoài nguồn vốn từ NSNN, các BV cũng đã thể hiện sự chủ động hơn trong việc đề xuất các kế hoạch và sử dụng các nguồn vốn khác một cách hiệu quả. Họ đang tăng cường khai thác hiệu quả các nguồn thu phát sinh từ việc thanh toán theo chế độ BHYT và từ phần viện phí mà BV được giữ lại theo quy định. Những khoản thu này không chỉ trực tiếp đóng góp vào việc nâng cao chất lượng các DVYT được cung cấp cho người bệnh mà còn hỗ trợ các bệnh viện trong việc gia tăng việc trích lập quỹ đầu tư phát triển, cải thiện CSHT và trang thiết bị y tế và đầu tư cho công tác đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ nhân lực có trình độ chuyên môn cao.

Tính minh bạch trong phân bổ: Hệ thống phân bổ TCYT cũng được tổ chức ngày càng minh bạch hơn, với các quy trình lập kế hoạch, xét duyệt và giám sát được thực hiện chặt chẽ. Điều này góp phần giảm thiểu tình trạng lãng phí nguồn lực và đảm bảo tính hiệu quả trong sử dụng NSNN và các nguồn tài chính khác của bệnh viện.

** Về quản lý sử dụng nguồn lực tài chính và kết quả tài chính y tế*

Trong giai đoạn kéo dài từ năm 2018 đến hết năm 2024, nguồn vốn đầu tư từ ngân sách nhà nước được cấp cho các BVC trên phạm vi toàn quốc nói chung và đặc biệt là dành cho các bệnh viện tuyến Trung ương nằm tại khu vực phía Bắc, đã ghi nhận một xu hướng sụt giảm. Tuy nhiên, sự thiếu hụt trong nguồn vốn này đã được bù đắp một cách đáng kể nhờ vào các khoản viện trợ tài chính nhận được, các nguồn vốn vay được huy động và các nguồn thu hợp pháp khác mà các bệnh viện đã tạo ra.

Nguồn thu phát sinh từ các hoạt động sản xuất kinh doanh và nguồn thu từ phần viện phí được phép giữ lại tại các bệnh viện đã có sự tăng trưởng đều đặn qua các năm trong giai đoạn được nghiên cứu. Sự gia tăng này trong nguồn thu đã tạo điều kiện thuận lợi cho các BVC có thể nâng cao mức sống và thu nhập cho đội ngũ cán bộ và người lao động của đơn vị. Đồng thời, nó cũng hỗ trợ các bệnh viện trong việc đầu tư cho công tác phát triển nguồn nhân lực có trình độ chuyên môn cao.

Cả nguồn thu đến từ việc thanh toán BHYT và nguồn thu từ viện phí của những bệnh nhân không sử dụng thẻ BHYT đều cho thấy sự tăng lên trong giai đoạn nghiên

cứu. Sự tăng trưởng đáng kể về thu nhập này đã giúp các BVC tuyến Trung ương ở khu vực phía Bắc tăng cường việc trích lập các quỹ của bệnh viện (trong đó đặc biệt chú trọng đến quỹ đầu tư phát triển). Nhờ đó, các đơn vị này có khả năng tăng cường các hoạt động xã hội cũng như đẩy mạnh đầu tư vào việc phát triển CSHT và trang thiết bị y tế.

** Về kiểm tra, giám sát về TCYT*

Hiện tại, nhà nước thực hiện kiểm tra, giám sát hoạt động tài chính của các BV thông qua các cơ quan chuyên trách. Công tác thanh tra và kiểm tra TCYT được thực hiện tại các BVC đóng một vai trò cực kỳ quan trọng. Hoạt động này góp phần bảo đảm rõ ràng trách nhiệm giải trình liên quan đến việc sử dụng các nguồn lực công. Đồng thời, nó cũng chủ động ngăn ngừa các sai phạm và tình trạng lãng phí nguồn lực. Cụ thể, Bộ Y tế thực hiện việc kiểm tra theo định kỳ (thường là mỗi năm một lần) hoặc tiến hành kiểm tra đột xuất khi có sự vụ phát sinh. Bên cạnh đó, còn có sự tham gia của các cơ quan mang tính liên ngành như KTNN và Thanh tra Chính phủ trong công tác kiểm tra, thanh tra. Hoạt động này thường được thực hiện trên cơ sở phối hợp giữa các bên. Nhờ có công tác kiểm tra và giám sát này, các sai phạm đã được phát hiện và xử lý một cách kịp thời. Điều này góp phần tăng cường hiệu quả trong việc sử dụng ngân sách nhà nước và nâng cao hiệu quả công tác QLNN về TCYT.

Song song với hoạt động kiểm tra được thực hiện từ bên ngoài, các bệnh viện cũng thể hiện sự chủ động trong việc triển khai công tác giám sát nội bộ của riêng mình. Hoạt động giám sát bên trong này được tiến hành dựa trên các quy trình kiểm tra và báo cáo tài chính được thực hiện một cách định kỳ. Bên cạnh đó, nó còn dựa vào các cơ chế kiểm soát nội bộ đã được thiết lập một cách rõ ràng tại đơn vị. Giám sát nội bộ đóng vai trò quan trọng, giúp cho việc phát hiện sớm những bất cập còn tồn tại trong công tác quản lý tài chính của bệnh viện. Đồng thời, hoạt động này cung cấp sự hỗ trợ đắc lực cho quá trình cải tiến và hoàn thiện các quy trình liên quan đến việc sử dụng các nguồn lực tài chính. Hơn nữa, hoạt động giám sát nội bộ còn góp phần nâng cao trách nhiệm giải trình của từng phòng ban, từng bộ phận cụ thể trong bệnh viện. Nó còn tạo ra một nền tảng vững chắc để các BV có thể cải thiện hiệu quả hoạt động tài chính của mình. Từ đó, đảm bảo việc sử dụng các nguồn lực tài chính được thực hiện một cách hợp lý và thúc đẩy sự phát triển bền vững của đơn vị trong dài hạn.

** Về một số yếu tố tác động tới QLNN về TCYT*

Nghiên cứu chỉ ra rằng môi trường kinh tế vĩ mô có tác động có ý nghĩa thống kê tới công tác QLNN về TCYT. Theo đó, khi kinh tế tăng trưởng tốt, mức sống người dân được cải thiện (thể hiện qua GRDP/người tăng, tỷ lệ hộ nghèo giảm), thì nhu cầu sử dụng vốn ngân sách của các BVC có xu hướng giảm. Lý giải

cho điều này là khi thu nhập tăng, người dân sẵn sàng chi trả nhiều hơn cho các DVYT theo giá thị trường, từ đó khả năng TCTC của các BV cũng được nâng cao. Quy mô phân bổ vốn NSNN cho bệnh viện được xác định phụ thuộc vào số lượng vốn NSNN đã được cấp ở kỳ trước và lượng vốn NSNN mà BV dự kiến chi tiêu trong kỳ tiếp theo. Điều này được xem là phù hợp với bối cảnh thực tế, cho thấy việc cấp NSNN được xem xét dựa trên nhu cầu thực tế và khả năng tiếp nhận, sử dụng vốn của bệnh viện. Việc quản lý và sử dụng các nguồn lực TCYT một cách hiệu quả và hợp lý, đặc biệt là thông qua việc nâng cấp trang thiết bị KCB và cải thiện CSHT của bệnh viện, đã nhận được sự đánh giá cao từ nhiều bên liên quan, bao gồm cả cán bộ, bác sĩ làm việc tại BV, cũng như bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Vai trò của QLNN đối với TCYT tại các BVC được thể hiện rõ qua nhiều yếu tố. Những yếu tố này bao gồm tính kịp thời trong quá trình giải ngân nguồn tài chính NSNN dành cho các hạng mục đầu tư của BV. Bên cạnh đó là sự rõ ràng và đầy đủ của các hướng dẫn từ Bộ Tài chính liên quan đến khung giá DVYT. Ngoài ra, mức độ răn đe hiệu quả của các chế tài được áp dụng khi phát hiện các sai phạm trong công tác quản lý tài chính tại các BVC ở khu vực phía Bắc cũng thể hiện vai trò này.

4.2.2. Những hạn chế

** Về chính sách*

Bên cạnh một số kết quả đã đạt được trong việc đổi mới chính sách TCYT đối với BVC, công tác QLNN trong lĩnh vực này vẫn còn tồn tại những hạn chế và bất cập cần được nhìn nhận và giải quyết. Những tồn tại này đang ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động và sự phát triển bền vững của hệ thống BVC.

Hành lang pháp lý quy định về cơ chế tự chủ trong lĩnh vực y tế, đặc biệt là đối với BVC, hiện vẫn chưa thực sự hoàn thiện. Cụ thể, vẫn còn thiếu các quy định chi tiết và rõ ràng về các hình thức hợp tác PPP, liên doanh, liên kết, cũng như quy trình sử dụng hiệu quả các thiết bị y tế kỹ thuật cao tại các BVC. Điều này đang gây khó khăn trong việc thu hút các nguồn lực đầu tư từ bên ngoài khu vực công, làm chậm quá trình hiện đại hóa CSHT và trang thiết bị y tế cần thiết.

Tác động tiêu cực của xã hội hóa và tự chủ đến hoạt động BV: Các chính sách xã hội hóa và cơ chế tự chủ BV, dù thúc đẩy huy động nguồn lực, cũng đã dẫn đến một số hệ quả không mong muốn. Một số BVC, vì mục đích tăng nguồn thu, có xu hướng giữ bệnh nhân nằm viện lâu hơn mức cần thiết. Thực trạng này góp phần làm gia tăng tình trạng quá tải tại chính các cơ sở y tế này. Vấn đề liên quan đến các hoạt động liên doanh, liên kết và việc quản lý tài sản có nhiều chủ sở hữu trong nội bộ BV vẫn chưa được quy định rõ ràng. Điều này dẫn đến khó khăn trong việc xác định quyền và nghĩa vụ của các bên liên quan, đồng thời làm giảm tính minh bạch trong công tác quản lý và hoạt động chung của BV.

Mất cân đối cơ cấu nhân lực: Các chính sách tự chủ cũng đã gây ra những tác động đáng kể đến cơ cấu nhân lực trong BV, dẫn đến tình trạng mất cân đối đáng chú ý. Cụ thể, một số BV có xu hướng ưu tiên tuyển dụng vị trí bác sĩ nhưng lại ít tuyển dụng điều dưỡng viên. Sự mất cân đối này đang tạo ra áp lực lớn lên đội ngũ điều dưỡng viên hiện tại. Nó ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng chăm sóc bệnh nhân một cách toàn diện và có thể gây ảnh hưởng lâu dài đến hiệu quả hoạt động chung của bệnh viện.

Bất cập trong quản lý giá DVYT: Hiện nay, Bộ Y tế vẫn chưa ban hành được một danh mục kỹ thuật y tế đã được rút gọn và chuẩn hóa. Tình trạng này dẫn đến việc thiếu cơ sở khoa học và pháp lý đầy đủ cần thiết để xây dựng các quy trình kỹ thuật chuẩn mực, cũng như xác định các định mức kinh tế kỹ thuật phù hợp. Hậu quả là gây khó khăn trong việc xác định giá DVYT một cách phù hợp với quy định pháp luật. Điều này làm gia tăng tình trạng không đồng nhất trong việc áp dụng giá dịch vụ giữa các BV khác nhau. Đồng thời, nó ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi chính đáng của người dân khi họ tiếp cận và sử dụng các dịch vụ KCB.

Vướng mắc trong quy trình đấu thầu: Thêm vào đó, việc chưa có quy định cụ thể về đấu thầu riêng biệt dành cho ngành y tế, đặc biệt là tại các BVC tuyến Trung ương, cũng được xem là một hạn chế lớn. Tình trạng thiếu quy định đặc thù này khiến cho quy trình đấu thầu trở nên kéo dài hơn bình thường. Điều này làm gián đoạn hoạt động vận hành thông thường của BV và ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng đáp ứng kịp thời nhu cầu KCB của người dân. Tình trạng chậm trễ trong đấu thầu không chỉ làm tăng chi phí vận hành cho các BV mà còn gây ra sự chậm trễ trong việc cung cấp thuốc men và trang thiết bị y tế cần thiết cho công tác điều trị cho người bệnh.

Tổng kết lại, các chính sách QLNN trong lĩnh vực TCYT tại các BVC phần lớn đã tập trung vào việc hoàn thiện cơ chế TCTC. Tuy nhiên, quá trình triển khai trong thực tế vẫn chưa đạt được kết quả như kỳ vọng ban đầu, dẫn đến việc còn tồn tại nhiều hạn chế và bất cập trong thực tiễn hoạt động của các BV.

** Về quản lý phân bổ TCYT*

Công tác quản lý phân bổ TCYT tại các BVC vẫn còn bộc lộ một số hạn chế đáng chú ý. Những hạn chế này gây ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu quả hoạt động cũng như khả năng phát triển của các đơn vị y tế công lập này.

Vướng mắc trong quy trình xin cấp vốn đầu tư dài hạn: Việc phân bổ tài chính hiện nay vẫn chủ yếu dựa trên các báo cáo kế hoạch được xây dựng theo từng năm và các kế hoạch trung hạn do các BV tự lập. Điều này gây ra những vướng mắc đáng kể khi các BV có nhu cầu đầu tư vào các dự án mang tính dài hạn, đặc biệt là những dự án có quy mô lớn, đòi hỏi nguồn vốn đầu tư đáng kể. Quy trình xét duyệt hồ sơ xin cấp vốn cho những dự án này đôi khi kéo dài một cách không cần thiết. Tình trạng này dẫn đến sự chậm trễ trong việc triển khai các dự án trọng điểm. Những dự án này thường

nhằm mục đích cải tạo CSHT đã xuống cấp hoặc mua sắm các trang thiết bị y tế hiện đại, vốn rất cần thiết cho hoạt động chuyên môn của BV.

Bất cập về kinh phí đào tạo và nghiên cứu: Việc phân bổ kinh phí dành cho hoạt động đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ nhân lực y tế cũng đang gặp phải những bất cập. Nhiều BVC gặp phải tình trạng khoản kinh phí này bị cắt giảm hoặc thậm chí không nhận được. Điều này gây khó khăn đáng kể trong việc nâng cao chất lượng và cập nhật kiến thức chuyên môn cho đội ngũ cán bộ, nhân viên y tế. Ngược lại, lại có tình trạng một số ít BV được cấp kinh phí đào tạo vượt quá nhu cầu thực tế của họ. Bên cạnh đó, nguồn kinh phí được phân bổ cho các dự án liên quan đến nghiên cứu khoa học và phát triển kỹ thuật chuyên sâu tại các BVC thường rất hạn chế. Điều này gây cản trở đáng kể cho các BV trong việc thực hiện các chương trình nghiên cứu y tế mang tính dài hạn. Những chương trình nghiên cứu này vốn được xem là nền tảng quan trọng để nâng cao chất lượng các DVYT và phát triển các kỹ thuật y học tiên tiến, phục vụ người bệnh tốt hơn.

Thiếu linh hoạt trong phân bổ giữa các năm tài chính: Một vấn đề nổi bật khác là hệ thống phân bổ nguồn lực tài chính còn thiếu sự linh hoạt cần thiết để điều chỉnh giữa các năm tài chính. Khi nhu cầu chi tiêu của BV tăng lên một cách đột xuất và cấp thiết do những biến động không lường trước như dịch bệnh bùng phát hoặc các nhu cầu khẩn cấp khác, hệ thống phân bổ hiện tại gặp khó khăn trong việc đáp ứng kịp thời. Điều này gây áp lực lớn lên khả năng cân đối và duy trì ổn định tài chính của các BV trong những thời điểm then chốt.

** Về quản lý sử dụng nguồn lực tài chính và kết quả TCYT*

Công tác quyết toán tài chính tại một số BV vẫn còn tồn tại những bất cập, thể hiện qua tình trạng quyết toán các khoản chi với hồ sơ chưa hoàn chỉnh hoặc thiếu các thủ tục cần thiết theo quy định. Bên cạnh đó, quy trình tổ chức đấu thầu và mua sắm tại một số đơn vị chưa đảm bảo đầy đủ tính minh bạch, còn tồn tại những thiếu sót trong hồ sơ dự thầu và các chứng từ liên quan.

Công tác hạch toán tài khoản tại một số BV chưa phản ánh đúng với nội dung và tính chất thực tế phát sinh của các giao dịch tài chính. Nhiều hoạt động tài chính chưa được ghi nhận một cách đầy đủ và kịp thời vào hệ thống kế toán. Tình trạng này dẫn đến việc một số khoản thu, các khoản công nợ phải thu và phải trả chưa được phản ánh chính xác, trung thực trong báo cáo tài chính. Đặc biệt, việc ghi nhận và báo cáo số liệu về các nguồn kinh phí khác (ngoài NSNN) còn chưa đầy đủ, trong đó có những trường hợp chưa thực hiện đúng thủ tục ghi thu, ghi chi đối với các nguồn viện trợ nhận được.

Việc phân bổ nguồn lực tài chính nội bộ giữa các phòng ban chuyên môn và các hạng mục chi tiêu khác nhau trong BV chưa đạt được hiệu quả tối ưu. Một số BV vẫn còn xu hướng ưu tiên phân bổ ngân sách cho những hạng mục được cho là

không cấp thiết hoặc ít quan trọng hơn. Trong khi đó, những nhu cầu quan trọng và thiết yếu như đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân lực, nâng cấp trang thiết bị y tế đã xuống cấp hoặc lạc hậu, hoặc cải thiện điều kiện làm việc cho cán bộ, nhân viên y tế lại chưa được đầu tư một cách đúng mức và kịp thời. Điều này trực tiếp dẫn đến sự mất cân đối trong việc sử dụng nguồn lực tài chính và ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng DVYT được cung cấp cho người bệnh.

** Về kiểm tra, giám sát về TCYT*

Hạn chế trong quy trình và phương thức kiểm tra: Công tác kiểm tra TCYT được thực hiện tại các BVC thường chỉ diễn ra định kỳ, mỗi năm một lần, hoặc khi có sự cố phát sinh đòi hỏi kiểm tra đột xuất. Tần suất và phương thức này khiến hoạt động kiểm tra chưa thực sự có tính hệ thống và thiếu bài bản, không đủ sâu sắc để thực hiện đánh giá một cách toàn diện tình hình tài chính của các đơn vị. Mục đích của các đợt kiểm tra cũng chưa được xác định rõ ràng theo các chuyên đề cụ thể. Điều này làm giảm hiệu quả tập trung của hoạt động kiểm tra. Quy trình tiến hành kiểm tra cũng chưa được thiết lập một cách minh bạch và thống nhất giữa các cấp. Việc chỉ đạo kiểm tra tại các đơn vị cấp cơ sở chủ yếu dựa vào các thông báo truyền miệng, nhắc nhở trong các cuộc họp, hoặc trong các đợt công tác. Chưa có các văn bản hướng dẫn chi tiết và cụ thể được ban hành để thực hiện việc này. Tất cả những hạn chế này dẫn đến việc kiểm tra sự tuân thủ pháp luật trong lĩnh vực y tế nói chung và TCYT nói riêng, vẫn còn mang nặng tính hình thức. Do đó, hiệu quả đạt được trong việc phát hiện và ngăn chặn sai phạm vẫn chưa như mong đợi.

Vấn đề về hệ thống pháp lý, minh bạch và công nghệ: Hệ thống pháp lý liên quan đến TCYT tại Việt Nam hiện nay vẫn còn tồn tại tình trạng chông chéo và phức tạp. Điều này gây ra những khó khăn đáng kể trong quá trình thực hiện hoạt động thanh tra, kiểm tra tại các BVC. Tình trạng thiếu nhất quán trong hệ thống các quy định pháp luật hiện hành đã tạo ra gánh nặng tuân thủ gia tăng cho các BV. Bên cạnh đó, điều này cũng làm giảm hiệu quả của công tác thanh tra. Nguyên nhân chính là do chưa có sự phân định một cách rõ ràng về phạm vi, chức năng và thẩm quyền cụ thể giữa các cơ quan có liên quan cùng tham gia vào hoạt động thanh tra. Song song với đó, tính minh bạch và trách nhiệm giải trình trong hoạt động thanh tra TCYT vẫn chưa được đảm bảo một cách đầy đủ theo yêu cầu. Việc công khai các thông tin có liên quan đến hoạt động thanh tra còn nhiều hạn chế. Điều này gây ra những khó khăn đáng kể cho quá trình giám sát được thực hiện bởi các bên liên quan, đặc biệt là từ phía cộng đồng và các tổ chức mang tính độc lập. Tình trạng thiếu minh bạch này tiềm ẩn nguy cơ các sai phạm trong quản lý tài chính có thể không được phát hiện một cách kịp thời. Từ đó, làm suy giảm niềm tin của công chúng đối với toàn bộ hệ thống quản lý TCYT.

Mặc dù công nghệ thông tin đóng một vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả của công tác quản lý và giám sát TCYT, việc ứng dụng công nghệ vào công tác

thanh tra tài chính tại các BVC vẫn còn tồn tại nhiều hạn chế. Nhiều quy trình kiểm tra và đánh giá tài chính vẫn đang được thực hiện dựa trên các phương pháp thủ công truyền thống. Điều này không chỉ làm gia tăng khối lượng công việc hành chính tại các BV, mà còn gây lãng phí cả về thời gian và nguồn lực tài chính. Hơn nữa, việc thiếu một hệ thống quản lý dữ liệu có tính tập trung và đồng bộ trên phạm vi toàn hệ thống đang tạo ra nhiều khó khăn trong việc thu thập, phân tích và đánh giá thông tin tài chính một cách hiệu quả. Tình trạng này làm suy giảm khả năng phát hiện các sai sót và những điểm bất thường trong công tác quản lý ngân sách của BV.

Chất lượng nhân sự và phối hợp liên ngành: Chất lượng chuyên môn của đội ngũ cán bộ làm công tác thanh tra TCYT hiện nay vẫn còn tồn tại sự thiếu đồng đều. Trong đó, một bộ phận các thanh tra viên vẫn chưa được đào tạo một cách chuyên sâu về những đặc thù riêng của lĩnh vực TCYT. Bên cạnh đó, họ cũng chưa được cập nhật một cách đầy đủ về các quy định pháp lý mới nhất có liên quan đến lĩnh vực này. Tình trạng thiếu hụt kiến thức và kỹ năng này gây ảnh hưởng một cách trực tiếp đến khả năng đánh giá một cách chính xác tình hình tài chính thực tế đang diễn ra tại các BV. Đồng thời, nó làm giảm đi tính hiệu quả và tính khách quan của kết quả thu được sau khi các cuộc thanh tra được hoàn thành. Ngoài ra, sự phối hợp giữa các cơ quan có chức năng thanh tra, kiểm tra TCYT còn thiếu hiệu quả và tính đồng bộ. Việc chưa có một cơ chế phối hợp chặt chẽ, hiệu quả đã dẫn đến tình trạng chồng chéo trong các hoạt động thanh tra được thực hiện. Điều này vừa gây lãng phí nguồn lực của Nhà nước, vừa làm gia tăng áp lực về thủ tục hành chính đối với các BV. Hơn nữa, việc chia sẻ thông tin và dữ liệu giữa các cơ quan liên quan vẫn chưa được thực hiện một cách kịp thời và hiệu quả. Tình trạng này làm giảm khả năng tổng hợp, phân tích và sử dụng dữ liệu một cách hiệu quả để hỗ trợ tốt hơn cho công tác QLNN về TCYT.

** Về một số yếu tố tác động tới QLNN về TCYT*

Các chính sách liên quan đến xã hội hóa DVYT vẫn chưa được xây dựng một cách đầy đủ, dẫn đến những khó khăn nhất định trong công tác QLNN về TCYT tại các BVC. Tình trạng này phát sinh chủ yếu do sự không đồng nhất giữa thực tiễn và các quy định chính sách hiện hành. Thêm vào đó, mong muốn của người bệnh là được tiếp cận các DVYT có chất lượng tốt với mức giá hợp lý. Tuy nhiên, chi phí đầu tư cho CSHT của các BV thường rất lớn. Điều này khiến các BVC gặp khó khăn trong việc đạt được sự tự chủ tài chính mong muốn, đặc biệt trong bối cảnh nguồn kinh phí được cấp từ NSNN cho các BV đang có xu hướng giảm dần.

Hiệu quả của công tác QLNN về TCYT cũng chịu ảnh hưởng từ môi trường kinh tế vĩ mô. Do đó, nó cũng chịu tác động từ các biến động kinh tế diễn ra cả ở trong nước và trên thị trường quốc tế. Trong khi lĩnh vực y tế mang tính đặc thù và cần nhận được sự hỗ trợ mạnh mẽ từ Nhà nước, những tác động từ kinh tế vĩ mô lại có xu hướng làm cho nguồn ngân sách được phân bổ cho y tế trở nên không ổn định. Đại dịch Covid-19 là một

ví dụ điển hình minh họa rõ điều này. Trong thời gian xảy ra đại dịch, các BVC tuyến đầu đã phải đối mặt với áp lực rất lớn trong việc tăng cường nguồn lực cần thiết, bổ sung vật tư y tế và triển khai các chiến dịch tiêm chủng trên diện rộng. Sự kiện này cho thấy rõ mức độ phụ thuộc của TCYT vào các yếu tố kinh tế vĩ mô, cùng với khả năng ứng phó với những cú sốc bên ngoài vẫn còn nhiều hạn chế.

Thêm một thách thức nữa là khi mức sống của người dân ngày càng được nâng cao, yêu cầu về chất lượng KCB cũng tăng lên tương ứng. Điều này đòi hỏi các BV phải tăng cường đầu tư vào cả trang thiết bị, máy móc hiện đại và nâng cao chất lượng đội ngũ nhân lực. Tuy nhiên, tính kịp thời trong quá trình giải ngân nguồn tài chính từ NSNN dành cho các BVC vẫn chưa được đảm bảo, gây ảnh hưởng đến khả năng đáp ứng nhu cầu đầu tư này.

4.2.3. Nguyên nhân dẫn đến các hạn chế

Các hạn chế và bất cập đã nêu trong công tác QLNN về TCYT đối với BVC có nguồn gốc từ nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm cả yếu tố vĩ mô, thể chế, năng lực và thực tiễn hoạt động.

1) *Khó khăn thực hiện tự chủ ở khu vực đặc thù*: Một trong những nguyên nhân chính là sự khó khăn trong việc thực hiện hiệu quả cơ chế TCTC tại một số khu vực cụ thể, đặc biệt là các BV đặt tại vùng núi và các tỉnh có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn. Tại những khu vực này, mức sống của người dân còn thấp và khả năng tiếp cận DVYT bị hạn chế, dẫn đến việc huy động nguồn thu (chủ yếu từ viện phí và BHYT) gặp nhiều trở ngại. Nguồn thu thấp thường không đủ để BV cân đối chi phí vận hành hàng ngày và đầu tư cơ sở vật chất cần thiết. Hơn nữa, các BV tại đây thường gặp khó khăn trong việc xây dựng và triển khai các dự án đầu tư dài hạn do hệ thống phân bổ NSNN thiếu tính linh hoạt, không đáp ứng kịp thời với nhu cầu thực tế. Điều này làm giảm hiệu quả của cơ chế tự chủ và khiến nhiều BV vẫn phải phụ thuộc nặng nề vào nguồn NSNN.

2) *Sự không phù hợp của một số quy định*: Nguyên nhân thứ hai đến từ việc một số quy định hiện hành chưa thực sự phù hợp với mô hình TCTC đầy đủ mà các BVC đang hướng tới. Nhiều BV dù đã được giao quyền tự chủ nhưng vẫn chưa thực sự đạt được quyền tự chủ toàn diện do còn vướng mắc bởi các quy định liên quan đến cơ cấu tổ chức, quản lý nhân sự và biên chế. Bên cạnh đó, việc cấp dự toán cho chi phí khám, chữa bệnh BHYT chưa phù hợp với nhu cầu và đặc thù hoạt động của một số bệnh viện. Giá DVYT được ban hành cũng chưa phản ánh đầy đủ các chi phí thực tế phát sinh tại bệnh viện. Ngoài ra, các văn bản quy định về định mức kinh tế kỹ thuật và khung giá DVYT vẫn chưa được ban hành một cách đồng bộ và kịp thời, khiến các bệnh viện gặp khó khăn trong việc xác định chính xác doanh thu dự kiến và lập kế hoạch chi phí hoạt động. Điều này dẫn đến khó khăn trong việc cân đối thu chi, đặc biệt tại những bệnh viện có nguồn thu thấp.

3) *Hạn chế về năng lực quản lý và tài chính*: Trình độ quản lý, điều hành và năng lực tài chính của đội ngũ lãnh đạo tại một số bệnh viện vẫn chưa đáp ứng được đầy đủ các yêu cầu khi chuyển đổi sang mô hình tự chủ. Nhiều bệnh viện thiếu đội ngũ chuyên gia tài chính đủ năng lực hoặc cán bộ có kinh nghiệm trong xây dựng kế hoạch tài chính và quản lý hiệu quả các nguồn lực. Điều này trực tiếp dẫn đến việc sử dụng tài chính không hiệu quả và lãng phí nguồn lực. Thêm vào đó, việc hạch toán kế toán và quyết toán tài chính tại một số bệnh viện còn tồn tại nhiều sai sót, chưa phản ánh đầy đủ thực trạng tài chính. Tình trạng này gây khó khăn cho công tác kiểm toán nội bộ và độc lập, cũng như công tác quản lý tổng thể của cơ quan chủ quản.

4) *Thiếu hụt lực lượng thanh tra, kiểm tra và giám định BHYT*: Nguyên nhân thứ tư liên quan đến sự thiếu hụt về số lượng và chất lượng của lực lượng thực hiện công tác thanh tra, kiểm tra và giám định BHYT. Việc chưa xây dựng được cơ chế giám sát chặt chẽ về thu nhập thực tế của bệnh viện và các giới hạn kiểm tra cụ thể đã gây ra thiếu minh bạch trong thực hiện cơ chế tự chủ. Điều này có thể dẫn đến tình trạng đầu tư vượt quá nhu cầu thực tế của bệnh viện hoặc không tương xứng với năng lực chuyên môn của nhân sự, tiềm ẩn nguy cơ lãng phí tài nguyên. Đặc biệt, sự phối hợp giữa các cơ quan thanh tra, kiểm toán và các đơn vị quản lý y tế còn chưa đồng bộ và hiệu quả. Điều này dẫn đến tình trạng kiểm tra, thanh tra bị trùng lặp ở một số nơi nhưng lại có thể bỏ sót các sai phạm tài chính nghiêm trọng ở những nơi khác.

5) *Mất cân đối cung cấp dịch vụ và khoảng cách thu nhập*: Nguyên nhân thứ năm là sự mất cân đối trong cung cấp dịch vụ và khoảng cách thu nhập ngày càng gia tăng giữa các tuyến KCB. Việc khuyến khích và mở rộng cung cấp dịch vụ theo yêu cầu, mặc dù các cơ sở y tế tuyến dưới hoàn toàn có khả năng đáp ứng tốt một số dịch vụ, lại làm gia tăng tình trạng quá tải tại các BVC tuyến Trung ương do tâm lý người dân muốn lên tuyến trên. Đồng thời, điều này khiến khoảng cách về thu nhập và điều kiện làm việc giữa các tuyến trở nên rõ rệt hơn, ảnh hưởng đến sự phân bổ nhân lực y tế giữa các tuyến.

6) *Tình trạng lạm dụng DVYT*: Cuối cùng, tình trạng lạm dụng các dịch vụ cận lâm sàng, kỹ thuật cao, kéo dài thời gian điều trị không cần thiết, hoặc kê đơn thuốc biệt dược, thực phẩm chức năng không thực sự cần thiết với mục đích tăng thu nhập cho bệnh viện đã gây ảnh hưởng tiêu cực nghiêm trọng đến quyền lợi của người bệnh và tính công bằng trong y tế. Điều này không chỉ làm tăng chi phí điều trị không cần thiết cho người bệnh và quỹ BHYT mà còn gây mất cân đối nghiêm trọng cho Quỹ BHYT. Việc thiếu quy định rõ ràng và cơ chế kiểm soát hiệu quả về thanh toán BHYT đối với các dịch vụ kỹ thuật cao đặc thù cũng khiến quyền lợi của người bệnh không được đảm bảo đầy đủ và tạo áp lực lớn lên quỹ bảo hiểm.

CHƯƠNG 5

MỘT SỐ GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ

NHẪM TĂNG CƯỜNG QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ Ở CÁC BỆNH VIỆN CÔNG KHU VỰC PHÍA BẮC

5.1. Bối cảnh trong nước và quốc tế liên quan đến quản lý nhà nước về tài chính y tế ở các bệnh viện công ở Việt Nam

Trong bối cảnh ngành y tế Việt Nam đang chuyển đổi mạnh mẽ theo định hướng của nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, lĩnh vực QLNN về TCYT áp dụng cho các BVC cũng chứng kiến nhiều sự đổi mới. Nhiều chính sách mới đã được ban hành, trong đó, chính sách tự chủ và xã hội hóa y tế dành cho các BVC về cơ bản đã mang lại những kết quả tích cực ban đầu. Những kết quả này từng bước đáp ứng được mong muốn và kỳ vọng của người bệnh và nhân dân về chất lượng các DVYT. Tuy nhiên, song hành với những thành tựu đã đạt được, công tác QLNN về TCYT đối với các BVC vẫn còn không ít tồn tại, hạn chế, vướng mắc và bất cập chưa được giải quyết triệt để. Những tồn tại này đã tạo điều kiện cho sự xuất hiện của các hiện tượng tiêu cực và lợi ích nhóm, gây ảnh hưởng không nhỏ đến tính công bằng và hiệu quả vận hành của toàn hệ thống. Bộ máy quản lý nhà nước về TCYT gặp một số vấn đề, khó khăn, nhiều cán Bộ Y tế trong đó có cả những cán bộ lãnh đạo bị kỷ luật, bị bắt để điều tra nghi vấn xung quanh việc mua sắm trang thiết bị và xã hội hóa tại bệnh viện. Những khó khăn, bất cập đã bộc lộ ra những nguyên nhân, lý do liên quan đến những thực trạng của quản lý nhà nước về TCYT ở các bệnh viện công.

Mặc dù hệ thống pháp lý liên quan đến lĩnh vực y tế đã được xây dựng và ban hành hàng nghìn văn bản quy phạm pháp luật, tạo ra một lượng lớn các quy định điều chỉnh các hoạt động trong ngành, vẫn còn tồn tại những khoảng trống pháp lý đáng kể trong quy định về xã hội hóa y tế và cơ chế TCTC tại các BVC. Dù Nhà nước là cơ quan tổ chức và chịu trách nhiệm cao nhất trong việc giải quyết cao nhất các vấn đề thuộc ngành y tế, nhưng theo mô hình tổ chức hiện tại, việc phân công trách nhiệm giữa các cơ quan liên quan vẫn chưa thực sự rõ ràng và đạt hiệu quả tối ưu. Thêm vào đó, mặc dù thanh tra, kiểm tra là một chức năng quan trọng của QLNN, công tác này vẫn còn nhiều hạn chế, chủ yếu mang tính hình thức và chưa đảm bảo được sự nghiêm minh cần thiết trong việc thực thi pháp luật về y tế.

Trong bối cảnh công cuộc chuyển đổi số đang được đẩy mạnh trên phạm vi toàn quốc, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2491/QĐ-BYT ngày 13/6/2023 phê duyệt nhiệm vụ trọng tâm về chuyển đổi số của Bộ Y tế giai đoạn 2023 – 2025, định hướng đến năm 2030, đặt ra những nhiệm vụ trọng tâm nhằm thúc đẩy mạnh mẽ việc ứng dụng công nghệ thông tin vào công tác quản lý TCYT. Việc triển khai

bệnh án điện tử, áp dụng phương thức thanh toán viện phí không dùng tiền mặt và số hóa dữ liệu tài chính tại các BVC không chỉ giúp nâng cao hiệu quả quản lý mà còn tạo ra sự minh bạch hơn trong các hoạt động tài chính. Tuy nhiên, việc thực hiện các giải pháp chuyển đổi số này vẫn còn gặp nhiều thách thức. Để đảm bảo đạt được hiệu quả thực sự, đòi hỏi phải có sự đồng bộ toàn diện giữa hệ thống pháp lý, CSHT kỹ thuật công nghệ và năng lực quản lý của đội ngũ cán bộ y tế.

Về định hướng chiến lược dài hạn cho sự phát triển của ngành y tế, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 89/QĐ-TTg ngày 23 tháng 01 năm 2024 phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045. Chiến lược này đặt ra mục tiêu đầy tham vọng: đến năm 2045, Việt Nam sẽ sở hữu một HTYT hiện đại, hội nhập sâu rộng với quốc tế, nâng cao chất lượng DVYT đạt trình độ ngang tầm với các quốc gia tiên tiến trong khu vực. HTYT này sẽ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao và đa dạng của nhân dân, đồng thời đạt mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Bên cạnh đó, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 201/QĐ-TTg ngày 27 tháng 02 năm 2024 phê duyệt quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021 – 2030, tầm nhìn đến năm 2050, trong đó quy định việc lập kế hoạch chi tiết triển khai các nhiệm vụ trọng tâm trong công tác phát triển y tế cho từng giai đoạn. Kế hoạch này tập trung vào việc hoàn thiện các cơ chế TCYT, nâng cao tính minh bạch trong công tác quản lý tài chính của các BVC, cũng như đẩy mạnh mô hình hợp tác PPP để huy động thêm nguồn lực cho HTYT. Một trong những nội dung quan trọng của kế hoạch là đổi mới cơ chế phân bổ ngân sách cho các BVC theo hướng hiệu quả hơn. Việc phân bổ sẽ dựa trên nhu cầu thực tế và chất lượng DVYT mà các bệnh viện cung cấp. Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 1704/QĐ-TTg ngày 31 tháng 12 năm 2024 phê duyệt phương án sắp xếp, tổ chức lại các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế đến năm 2025, giai đoạn 2026 - 2030. Mục tiêu của việc sắp xếp, tổ chức lại này là nhằm tối ưu hóa việc sử dụng các nguồn lực hiện có, nâng cao hiệu quả công tác quản lý và đảm bảo sự phù hợp với quy hoạch tổng thể mạng lưới y tế quốc gia. Quyết định này cũng đặt nền tảng quan trọng cho việc mở rộng mô hình quản lý BV theo hướng TCTC, kết hợp với việc thiết lập một cơ chế giám sát chặt chẽ, nhằm mục đích nâng cao tính minh bạch và hiệu quả sử dụng NSNN, đồng thời đẩy mạnh hơn nữa hợp tác công - tư trong lĩnh vực y tế.

Chính vì những lý do và bối cảnh trên, yêu cầu cấp thiết đặt ra trong giai đoạn hiện nay là công tác QLNN về TCYT cũng cần được xem xét và có những điều chỉnh phù hợp với tình hình mới, cần xác định một cách rõ ràng các định hướng và những giải pháp cần thiết để đáp ứng sát nhất với tình hình thực tế đang diễn ra trong ngành. Mục tiêu cuối cùng là hướng tới việc hoàn thiện công tác

QLNN về TCYT khi áp dụng cho các BVC, từ đó, góp phần quan trọng vào việc nâng cao hiệu quả hoạt động chung của toàn ngành y tế.

Mục tiêu của công tác QLNN về TCYT đối với các BVC tuyến Trung ương được xác định bao gồm cả những mục tiêu có thể đo lường được bằng số liệu cụ thể (mang tính định lượng) và những mục tiêu liên quan đến chất lượng dịch vụ, sự hài lòng của người bệnh (mang tính định tính). Việc đạt được những mục tiêu này không chỉ mang lại lợi ích cho các nhà QLNN và các đối tác cung cấp dịch vụ có liên quan trong hệ thống, mà quan trọng hơn cả là mang lại lợi ích một cách trực tiếp cho các đối tượng hưởng lợi cuối cùng, đó là người bệnh và toàn thể nhân dân sử dụng dịch vụ y tế. Những mục tiêu này thường được cụ thể hóa rõ ràng thông qua các chỉ tiêu mang tính định lượng, giúp các nhà quản lý có thể xác định một cách chính xác thời điểm và kết quả cần đạt được là gì. Đồng thời, các đối tượng chịu sự quản lý, bao gồm các đơn vị cung cấp DVYT (như các bệnh viện) và những người dân là người sử dụng dịch vụ, sẽ có căn cứ để biết được liệu các hoạt động và dịch vụ mà họ đang cung cấp hoặc nhận được có đáp ứng đúng các yêu cầu và tiêu chuẩn mà nhà quản lý đã đề ra hay không.

5.2. Định hướng và quan điểm tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công

5.2.1. Định hướng quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công

Việc thực hiện cơ chế TCTC đối với các đơn vị sự nghiệp công lập, trong đó bao gồm cả các bệnh viện, là một xu thế khách quan và tất yếu trong quá trình phát triển kinh tế - xã hội của đất nước. Chủ trương này đã được Đảng và Nhà nước cụ thể hóa thông qua việc ban hành nhiều chính sách và văn bản chỉ đạo trong thời gian qua. Khi cơ chế tự chủ được triển khai một cách minh bạch, rõ ràng và hiệu quả trên thực tế, điều này không chỉ góp phần nâng cao chất lượng DVYT trực tiếp cho người dân mà còn tạo điều kiện thuận lợi để các BVC chủ động huy động thêm nguồn lực tài chính để đầu tư phát triển hạ tầng, mở rộng quy mô hoạt động và quan trọng là giảm dần sự phụ thuộc vào nguồn NSNN.

Trong thời gian tới, định hướng QLNN về TCYT đối với các BVC sẽ tập trung vào việc đạt được các mục tiêu chính sau đây:

- *Hoàn thiện thể chế chính sách và pháp luật*: Trước hết, cần tiếp tục hoàn thiện HTCS và pháp luật liên quan đến QLNN đối với các BVC, đặc biệt là chính sách TCTC. Mục tiêu là nhằm tạo lập một hành lang pháp lý đầy đủ, đồng bộ và rõ ràng, góp phần nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động tổng thể của các BVC.

- *Đổi mới cơ chế chi trả*: Cùng với đó, QLNN về TCYT sẽ định hướng tới việc thay đổi căn bản cơ chế chi trả chi phí KCB. Thay vì NSNN chi trả các hoạt động thường xuyên của bệnh viện, NSNN có thể sử dụng để tăng cường hỗ trợ người dân

tham gia BHYT một cách bền vững hơn. Từ đó, hướng tới doanh thu từ chi phí KCB (bao gồm nguồn do BHYT chi trả) sẽ bù đắp chi phí thường xuyên của bệnh viện, tạo điều kiện hiện thực hóa chủ trương miễn viện phí toàn dân theo chỉ đạo của Đảng và Nhà nước theo lộ trình đến năm 2035.

- *Tăng cường ứng dụng công nghệ số:* Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ số vào quản lý TCYT là một mục tiêu trọng tâm khác nhằm nâng cao hiệu quả và minh bạch. Việc ứng dụng công nghệ thông tin, đặc biệt trong các hoạt động như kế toán, thanh toán, kiểm tra và giám sát tài chính sẽ hạn chế tối đa tình trạng thất thoát nguồn lực và nâng cao tính minh bạch trong hoạt động tài chính của bệnh viện. Theo tinh thần tại Quyết định số 2491/QĐ-BYT ngày 13/6/2023, các BVC sẽ phải từng bước triển khai hệ thống quản lý tài chính điện tử, tích hợp với hệ thống giám định BHYT và kết nối liên thông dữ liệu KCB để tạo ra một bức tranh tài chính toàn diện và minh bạch.

- *Nâng cao năng lực quản lý tài chính tại bệnh viện:* Cần tập trung nâng cao năng lực quản lý tài chính ngay tại các bệnh viện. Điều này bao gồm việc chuẩn hóa các quy trình liên quan đến đấu thầu, mua sắm trang thiết bị y tế và sử dụng các nguồn tài chính công một cách hiệu quả, nhằm hạn chế tối đa tình trạng thất thoát, lãng phí và nâng cao hiệu quả đầu tư công trong lĩnh vực y tế.

- *Cải cách toàn diện và giám sát:* Cuối cùng, cần tiếp tục thực hiện cải cách và đổi mới một cách triệt để công tác QLNN về TCYT tại các BVC, đặc biệt là các bệnh viện tuyến Trung ương. Việc nâng cao khả năng quản lý và điều hành của đội ngũ lãnh đạo các BV phải được thực hiện song hành với việc nâng cao chất lượng chuyên môn của các bác sỹ, y tá và các nhân viên khác của bệnh viện, đặc biệt là trong môi trường tự chủ đòi hỏi sự năng động và hiệu quả. Cùng với đó, cần đẩy mạnh việc thực hiện thực chất quyền tự chủ của bệnh viện trên tất cả các phương diện (chuyên môn, tổ chức bộ máy, nhân sự và tài chính), gắn liền quyền tự chủ này với trách nhiệm giải trình rõ ràng, công khai, minh bạch và mục tiêu không thương mại hóa hoạt động y tế. Đồng thời, cần phát huy mạnh mẽ vai trò giám sát của cộng đồng và các bên liên quan khác trong việc tổ chức và thực hiện các hoạt động tại bệnh viện.

5.2.2. Quan điểm tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công

Công tác QLNN về TCYT đối với các BVC trực thuộc Bộ Y tế luôn được coi là một nội dung quan trọng và nhận được sự quan tâm sâu sắc từ Đảng, Nhà nước và Chính phủ, nhằm mang lại nhiều lợi ích thiết thực và bảo đảm tính bền vững dài lâu cho toàn bộ HTYT quốc gia. Để không ngừng nâng cao hiệu quả trong công tác quản lý lĩnh vực này, cần tập trung vào các yêu cầu và khuyến nghị chính sau đây:

Thứ nhất, việc kế thừa, phát huy và tiếp tục phát triển những thành tựu, ưu điểm đã đạt được trong công tác QLNN về TCYT là vô cùng cần thiết, là nền tảng vững chắc để tăng cường hiệu quả quản lý trong lĩnh vực này trong bối cảnh mới.

Thứ hai, hoàn thiện hệ thống pháp luật đóng vai trò là yếu tố quan trọng hàng đầu trong việc nâng cao hiệu quả QLNN về TCYT. Cần sớm đưa Luật Khám bệnh, Chữa bệnh (sửa đổi), mới được Quốc hội thông qua, đi vào thực tiễn một cách hiệu quả. Điều này nhằm mục đích bảo đảm sự minh bạch, công khai và nâng cao hiệu quả trong QLNN về TCYT. Luật mới cũng sẽ góp phần hình thành một hành lang pháp lý vững chắc cho quá trình chuyển đổi số trong TCYT, từ đó bảo đảm công tác kiểm soát tài chính được thực hiện một cách chặt chẽ và hiệu quả hơn.

Thứ ba, cần tăng cường năng lực và hiệu quả hoạt động của bộ máy QLNN về TCYT. Trong đó, cần đặc biệt phát huy vai trò của KTNV và ứng dụng mạnh mẽ công nghệ số vào công tác quản lý và giám sát. Theo tinh thần chỉ đạo tại Quyết định số 201/QĐ-TTg, một trong những yêu cầu trọng tâm là cần siết chặt công tác kiểm tra, giám sát hoạt động tài chính của các BVC. Việc này nhằm hạn chế tối đa các sai phạm có thể xảy ra và giảm thiểu tình trạng thất thoát NSNN.

Thứ tư, công tác QLNN về TCYT không chỉ có những ưu điểm mà còn đối mặt với không ít khó khăn, vướng mắc và các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực. Do đó, việc tập trung nguồn lực và nỗ lực để giải quyết những khó khăn này, tháo gỡ những vướng mắc còn tồn tại và kiểm soát các yếu tố ảnh hưởng đến QLNN về TCYT là rất cần thiết. Điều này nhằm mục tiêu đạt được hiệu quả quản lý cao nhất trong lĩnh vực này.

Thứ năm, đổi mới căn bản hơn vấn đề tự chủ tài chính theo hướng áp dụng cơ chế quản trị trong các đơn vị sự nghiệp công lập, phù hợp với xu thế phát triển chung của thế giới.

Cuối cùng, cần phấn đấu đạt được và hoàn thiện các mục tiêu QLNN về TCYT. Việc này không chỉ nhằm đáp ứng yêu cầu chung của lĩnh vực QLNN, mà quan trọng hơn là góp phần đạt được mục tiêu cao cả của ngành y, đó là sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân.

5.3. Một số giải pháp tăng cường quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công

5.3.1. Hoàn thiện hệ thống chính sách và pháp luật về tài chính y tế

*** Tăng cường cải cách tổ chức bộ máy đáp ứng nhiệm vụ trong tình hình mới**

Để khắc phục những hạn chế và bất cập còn tồn tại, nâng cao hiệu quả QLNN về TCYT đối với các BVC, cần triển khai đồng bộ nhiều giải pháp mang tính chiến lược.

- *Tái cơ cấu và tinh gọn bộ máy tổ chức của Bộ Y tế*: Cần tiến hành rà soát, đánh giá và tổng kết toàn diện việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế, đặc biệt là các bộ phận chuyên trách liên quan đến TCYT, trong nhiệm kỳ Chính phủ khóa XIV. Kết quả rà soát này sẽ làm cơ sở cho việc tổ chức xây dựng dự thảo Nghị định mới của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế, thay thế Nghị định số 75/2017/NĐ-

CP ban hành ngày 20 tháng 6 năm 2017. Việc rà soát và xây dựng Nghị định mới cần tuân thủ nguyên tắc bảo đảm hệ thống cơ cấu tổ chức trong nội bộ Bộ Y tế được sắp xếp và kiện toàn theo hướng tinh gọn, giảm đầu mối trực tiếp, qua đó bảo đảm hiệu lực, hiệu quả cao hơn trong QLNN đối với các lĩnh vực được Chính phủ giao.

- *Đơn giản hóa và thống nhất hệ thống pháp luật chung:* Hiện nay, hệ thống pháp luật điều chỉnh lĩnh vực y tế nói chung và TCYT nói riêng vẫn còn tồn tại tình trạng chồng chéo, phức tạp và thiếu đồng bộ. Một giải pháp quan trọng để khắc phục là rà soát, loại bỏ các quy định đã lỗi thời, không còn phù hợp hoặc dư thừa. Đồng thời, cần khẩn trương ban hành các văn bản hướng dẫn thực hiện một cách cụ thể, rõ ràng, dễ hiểu nhằm giúp các bệnh viện và đơn vị y tế dễ dàng tuân thủ. Việc này bao gồm bảo đảm tính nhất quán giữa các văn bản pháp luật ở các cấp khác nhau và giữa các ngành liên quan. Các nghị định, thông tư hướng dẫn cần được đồng bộ hóa để tránh những xung đột hoặc khoảng trống pháp lý gây khó khăn trong quá trình thực thi. Bên cạnh đó, cần điều chỉnh và bổ sung các quy định liên quan đến đấu thầu, định giá và quản lý toàn bộ chuỗi cung ứng thuốc, nhằm kiểm soát giá cả một cách hiệu quả và bảo đảm chất lượng thuốc cung cấp cho người bệnh. Việc tăng cường công tác giám sát đối với cả thuốc nhập khẩu và thuốc sản xuất trong nước cũng là một nội dung quan trọng để bảo đảm tính minh bạch và hiệu quả trong hoạt động phân phối thuốc.

- *Giải quyết sự chồng chéo từ nhiều văn bản luật:* Chính sách TCYT hiện đang chịu sự điều chỉnh của rất nhiều văn bản pháp luật khác nhau (như Luật NSNN, Luật Đầu tư công, Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Dược, Nghị định về Trang thiết bị y tế, ...), dẫn đến tình trạng chồng chéo và thiếu nhất quán trong quá trình thực thi tại các bệnh viện. Để khắc phục triệt để vấn đề này, cần triển khai các giải pháp cụ thể sau:

+ Tiến hành rà soát, đối chiếu một cách chi tiết các quy định hiện hành từ các văn bản luật khác nhau nhằm phát hiện và loại bỏ những điều khoản mâu thuẫn hoặc không rõ ràng, đặc biệt là những quy định liên quan đến cơ chế tài chính của BVC, cơ chế TCTC, mua sắm công và quản lý hiệu quả quỹ BHYT.

+ Xây dựng và vận hành hiệu quả cơ chế phối hợp liên ngành giữa các cơ quan QLNN chủ chốt, bao gồm Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và các đơn vị thực hiện chức năng kiểm toán, thanh tra. Mục tiêu là nhằm thống nhất quy trình thực hiện, tránh tình trạng mỗi cơ quan áp dụng một cách hiểu hoặc diễn giải khác nhau đối với cùng một quy định, gây khó khăn cho đơn vị thực thi.

+ Ban hành các văn bản hướng dẫn cụ thể, chi tiết và có tính hệ thống về quy trình TCYT. Điều này giúp các bệnh viện và các đơn vị liên quan có thể thực hiện một cách thống nhất trên toàn quốc, tránh tình trạng chậm trễ hoặc sai sót do thiếu sự đồng bộ trong áp dụng chính sách.

+ Chuẩn hóa và chi tiết hóa nội dung các văn bản hướng dẫn. Các quy định cần phải cụ thể, rõ ràng và dễ hiểu, tránh sử dụng các thuật ngữ mang tính chung chung hoặc có thể diễn giải theo nhiều nghĩa khác nhau nhằm loại bỏ sự diễn giải khác nhau giữa các cơ quan và cá nhân thực thi.

+ Công khai các văn bản hướng dẫn thực hiện dưới dạng tài liệu dễ tiếp cận. Có thể xây dựng các cẩm nang hướng dẫn chi tiết, tài liệu trực tuyến dễ dàng tìm kiếm, hoặc tổ chức các buổi tập huấn chuyên sâu để bảo đảm các đơn vị y tế có thể hiểu và áp dụng đúng quy định.

- *Thiết lập cơ chế phản hồi và cập nhật liên tục*: Cần thiết lập một cơ chế phản hồi thông tin và cập nhật chính sách một cách liên tục, kịp thời. Cơ chế này cho phép các cơ sở y tế và các bên liên quan khác phản ánh những khó khăn, vướng mắc phát sinh trong quá trình thực thi để các cơ quan quản lý có thể điều chỉnh chính sách một cách phù hợp và kịp thời. Có thể thành lập các kênh tư vấn trực tiếp hoặc các diễn đàn trao đổi chuyên môn để giải đáp kịp thời các thắc mắc về chính sách TCYT.

*** Hoàn thiện chính sách tự chủ trong lĩnh vực y tế**

Để củng cố nền tảng pháp lý cho quản lý TCYT BVC, cần tập trung vào các giải pháp cụ thể và chi tiết hơn trong các lĩnh vực sau:

- *Xây dựng quy định chi tiết về xã hội hóa và đầu tư*: Cần xây dựng các quy định một cách cụ thể và thống nhất nhằm điều chỉnh hiệu quả việc huy động nguồn lực xã hội hóa, các hình thức đầu tư theo mô hình hợp tác PPP, các liên doanh, liên kết, cũng như quy trình quản lý và sử dụng thiết bị y tế kỹ thuật cao tại các BVC. Những quy định này cần đi kèm với các văn bản hướng dẫn chi tiết về phân chia quyền lợi và trách nhiệm một cách rõ ràng giữa các bên tham gia, qua đó đảm bảo tính minh bạch cao và giảm thiểu tối đa rủi ro pháp lý cho cả bệnh viện và đối tác.

- *Hoàn thiện cơ chế định giá DVYT và danh mục kỹ thuật*: Khẩn trương ban hành danh mục kỹ thuật y tế rút gọn và chuẩn hóa. Việc này nhằm tạo cơ sở khoa học và pháp lý vững chắc cho việc xây dựng các quy trình kỹ thuật, định mức kinh tế kỹ thuật cần thiết và xác định giá DVYT một cách phù hợp với thực tế. Xác định giá dịch vụ phù hợp này không chỉ giúp BV có cơ sở định giá mà còn trực tiếp đảm bảo quyền lợi chính đáng của người dân khi sử dụng dịch vụ KCB. Danh mục kỹ thuật và DVYT cần được rà soát và cập nhật thường xuyên dựa trên sự biến động của chi phí thực tế, tình hình kinh tế vĩ mô và sự thay đổi trong cung cầu DVYT để duy trì tính phù hợp.

- *Tăng cường quy định đấu thầu đặc thù cho ngành y tế*: Tăng cường xây dựng và hoàn thiện các quy định đặc thù cho ngành y tế trong công tác đấu thầu mua sắm. Điều này bao gồm việc đưa ra hướng dẫn rõ ràng để xử lý các trường hợp mua sắm thuốc, vật tư và thiết bị y tế có tính đặc thù chuyên môn cao hoặc thuộc diện phân phối độc quyền. Bên cạnh đó, cần ban hành hướng dẫn về quy trình đấu thầu rút gọn hoặc

cho phép chỉ định thầu trong những trường hợp cấp bách để đảm bảo nguồn cung cấp thuốc và vật tư y tế được kịp thời, không làm gián đoạn hoạt động KCB.

- *Đẩy mạnh tự chủ toàn diện trong khung pháp lý*: Mặc dù TCTC đã được xác định là một mục tiêu quan trọng, nhưng khung pháp lý hiện hành cần được phát triển một cách toàn diện và đồng bộ hơn để các BVC có thể thực sự vận hành theo mô hình tự chủ trên thực tế. Điều này bao gồm việc giải quyết những ràng buộc và vướng mắc còn tồn tại liên quan đến cơ cấu tổ chức nội bộ, quản lý nhân sự và quản lý doanh thu. Khung pháp lý cũng cần làm rõ các quy định liên quan đến việc quản lý và sử dụng phần lợi nhuận (thặng dư thu chi) được bệnh viện giữ lại để tái đầu tư và phát triển.

*** *Phân cấp thẩm quyền trong quản lý tài chính và mua sắm***

Bộ Y tế cần tăng cường việc phân cấp thẩm quyền cho các đơn vị trực thuộc trong việc quyết định mua sắm và phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu đối với các gói thầu mua sắm thuốc, vật tư, hàng hóa và dịch vụ phục vụ cho các hoạt động thường xuyên của các đơn vị hành chính sự nghiệp thuộc Bộ Y tế, cũng như các gói thầu mua sắm tài sản cố định cho các đơn vị này. Đồng thời, cần xây dựng một cơ chế giám sát chặt chẽ đối với các quyết định mua sắm được phân cấp, đặc biệt là đối với các gói thầu có giá trị lớn hoặc mang tính đặc thù cao, nhằm đảm bảo tính minh bạch, công khai và sử dụng hiệu quả nguồn lực tài chính công.

*** *Xây dựng quy định tài chính riêng biệt cho ngành y tế***

Ngành y tế có những đặc thù riêng biệt so với các lĩnh vực kinh tế - xã hội khác, do đó, việc áp dụng các quy định tài chính chung có thể không hoàn toàn phù hợp và hiệu quả. Cần có những quy định tài chính riêng biệt, được thiết kế phù hợp với thực tế hoạt động của ngành y tế để đảm bảo hiệu quả quản lý cao nhất. Cụ thể, cần tập trung vào các khía cạnh sau:

- *Cơ chế định giá DVYT*: Xây dựng một hệ thống định giá DVYT một cách khoa học và minh bạch dựa trên chi phí thực tế. Chi phí này cần bao gồm cả chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp (ví dụ: chi phí hạ tầng, trang thiết bị, đào tạo nhân lực, nghiên cứu khoa học). Giá dịch vụ phải phản ánh đúng giá trị thực của dịch vụ được cung cấp và tránh tình trạng định giá quá thấp, có thể dẫn đến thiếu hụt tài chính và ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ về lâu dài.

- *Quy định về TCTC trong BVC*: Cần có hướng dẫn cụ thể, rõ ràng và chi tiết hơn về phạm vi TCTC của BVC. Hướng dẫn này cần làm rõ các điều kiện được phép sử dụng nguồn thu ngoài NSNN, cũng như thiết lập một cơ chế giám sát hiệu quả để đảm bảo việc quản lý và sử dụng tài chính được thực hiện một cách minh bạch và đúng quy định.

- *Quy trình mua sắm và đấu thầu trong y tế*: Thiết lập một quy trình mua sắm và đấu thầu riêng biệt, được thiết kế phù hợp với nhu cầu và đặc thù riêng của ngành y tế. Việc này nhằm tránh việc áp dụng chung các quy trình đấu thầu của các ngành khác, có

thể dẫn đến những bất cập, chậm trễ trong công tác mua sắm trang thiết bị y tế, thuốc men và vật tư y tế cần thiết.

- *Cơ chế sử dụng quỹ BHYT*: Xây dựng các quy định chi tiết và chặt chẽ hơn để đảm bảo quỹ BHYT được quản lý và sử dụng một cách hiệu quả và đúng mục đích. Quy định cần làm rõ các trường hợp được chi trả, cơ chế kiểm soát, nhằm tránh tình trạng lạm dụng quỹ hoặc từ chối chi trả một cách không hợp lý đối với quyền lợi chính đáng của người bệnh.

5.3.2. Quản lý huy động, phân bổ tài chính y tế

*** Nâng cao tự chủ tài chính trong BVC**

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng, việc triển khai cơ chế TCTC tại một số bệnh viện đang gặp phải những khó khăn nhất định trong việc huy động các nguồn thu. Nguyên nhân chính được xác định cho tình trạng này là do mức sống của người dân tại các khu vực đó còn ở mức thấp, cùng với khả năng tiếp cận các DVYT còn tồn tại nhiều hạn chế. Do đó, để nâng cao hiệu quả hoạt động tổng thể của HTYT công lập, việc thực hiện các cải cách cơ chế tài chính đối với BV là rất cần thiết. Những cải cách này bao gồm việc thúc đẩy tự chủ tài chính ở mức cao hơn, định giá DVYT một cách hợp lý, đổi mới các phương thức thanh toán hiện hành và áp dụng mức giá dịch vụ có tính linh hoạt hơn. Những điều chỉnh mang tính chiến lược này được kỳ vọng không chỉ giúp các BV cải thiện đáng kể nguồn thu tài chính mà còn góp phần nâng cao chất lượng DVYT tổng thể, đảm bảo tiếp cận công bằng đối với mọi người dân và tối ưu hóa việc sử dụng nguồn lực tài chính trong toàn ngành y tế.

- *Điều chỉnh cơ chế thí điểm TCTC*: Về việc thực hiện thí điểm cơ chế tự chủ, Bộ Y tế đã trình Thủ tướng Chính phủ cho phép không tiếp tục thực hiện thí điểm tự chủ theo Nghị quyết số 33/NQ-CP đối với BV Hữu nghị Việt Đức và BV Chợ Rẫy. Việc thí điểm cũng đã dừng lại tại các BV Bạch Mai và BV K. Trong bối cảnh này, Bộ Y tế cần tiếp tục đôn đốc và hướng dẫn các đơn vị sự nghiệp trực thuộc xây dựng lại Quy chế tổ chức và hoạt động của đơn vị mình, đặc biệt chú trọng đến các đơn vị đã có Quy chế ban hành cách đây hơn 5 năm. Mục tiêu là để xác định lại rõ ràng chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của từng đơn vị sao cho phù hợp với tình hình và yêu cầu mới. Bộ cũng cần tổ chức thẩm định và trình lãnh đạo Bộ ban hành quyết định xếp hạng đối với 5 BV và viện nghiên cứu, đồng thời, thẩm định và gửi hồ sơ đề nghị Bộ Nội vụ xem xét xếp hạng đặc biệt đối với 4 bệnh viện có vai trò đặc thù. Cần cho phép các bệnh viện đã tự chủ có thể lựa chọn mô hình tự chủ linh hoạt, phù hợp với điều kiện thực tế và năng lực của từng đơn vị, bao gồm cả các hình thức tự chủ từng phần hoặc toàn diện. Ngoài ra, cần xây dựng một cơ chế khuyến khích rõ ràng để các BVC tập trung đầu tư nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, thay vì chỉ chạy theo các hoạt động tạo lợi nhuận ngắn hạn.

- *Trao quyền tự chủ cao hơn đi đôi với giám sát chặt chẽ:* Việc tăng cường quyền TCTC cho BVC là yếu tố quan trọng giúp các đơn vị này chủ động hơn trong việc quản lý và sử dụng hiệu quả các nguồn lực, từ đó nâng cao hiệu quả hoạt động tổng thể. Tuy nhiên, để đảm bảo tính minh bạch và tránh tình trạng lạm dụng quyền tự chủ, cần có một cơ chế giám sát chặt chẽ đi kèm. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, một trong những hạn chế của QLNN về TCYT là do một số quy định chính sách chưa thực sự phù hợp với mô hình tự chủ, khiến việc giao quyền tự chủ cho các BV chưa phát huy hết hiệu quả do còn vướng mắc nhiều quy định về cơ cấu tổ chức và nhân sự.

- *Mở rộng phạm vi TCTC trên thực tế:* Để trao quyền tự chủ cao hơn cho BV, cần mở rộng phạm vi TCTC trên thực tế. Cụ thể, cần trao quyền cho BV chủ động quyết định việc sử dụng các nguồn thu hợp pháp (bao gồm nguồn NSNN được giao, thu từ DVYT, thu viện phí và các nguồn tài trợ, viện trợ hợp pháp khác). Đồng thời, cho phép BV chủ động hơn trong việc mua sắm trang thiết bị, cải thiện CSHT phục vụ KCB và quyết định mức trả lương, thưởng cho nhân viên dựa trên hiệu quả công việc. Bên cạnh đó, cần đơn giản hóa quy trình phê duyệt chi tiêu để giảm bớt các thủ tục hành chính rườm rà, tạo điều kiện cho BV sử dụng nguồn lực kịp thời, hiệu quả.

- *Cân bằng tự chủ và trách nhiệm xã hội:* Mặc dù tăng cường TCTC là cần thiết, BVC vẫn cần bảo đảm cung cấp DVYT một cách công bằng và không chạy theo lợi nhuận mà bỏ qua hoặc ảnh hưởng tiêu cực đến quyền lợi của bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn. Để làm được điều này, cần xây dựng các cơ chế trợ giá hoặc thành lập các quỹ hỗ trợ bệnh nhân có thu nhập thấp. Việc này nhằm bảo đảm mọi người dân, bất kể hoàn cảnh kinh tế, đều có thể tiếp cận các DVYT công bằng và chất lượng.

*** *Đổi mới cơ chế chi trả chi phí khám chữa bệnh:***

Nhằm hiện thực hóa chủ trương miễn viện phí toàn dân theo lộ trình đến năm 2035, thay vì ngân sách nhà nước tiếp tục chi thường xuyên cho các bệnh viện, có thể xem xét điều chỉnh theo hướng chuyển ngân sách sang hỗ trợ trực tiếp người dân thông qua tăng cường tỷ lệ bao phủ và mức hỗ trợ tham gia BHYT. Khi đó, doanh thu từ nguồn BHYT sẽ dần thay thế vai trò chi thường xuyên từ ngân sách nhà nước, đảm bảo tính bền vững và công bằng. Giải pháp này có thể được cụ thể hóa bằng việc xây dựng cơ chế tài chính định hướng kết quả, đồng thời tích hợp các tiêu chí tiếp cận dịch vụ cơ bản vào quy trình phân bổ ngân sách cho các địa phương.

*** *Cải cách định giá DVYT, phản ánh đầy đủ chi phí (trang thiết bị, nhân công, chi phí vận hành)***

Hiện nay, giá DVYT chưa phản ánh đúng chi phí thực tế, dẫn đến tình trạng bệnh viện gặp khó khăn trong cân đối tài chính. Do đó, cần có một cơ chế định giá hợp lý hơn:

- Tính đúng, tính đủ chi phí DVYT: Định giá phải bao gồm tất cả các yếu tố: chi phí vật tư, thuốc, trang thiết bị, nhân công, bảo trì, chi phí vận hành và đầu tư tái

tạo. Xây dựng bộ tiêu chí định giá dựa trên thực tế hoạt động tại BV, tránh tình trạng định giá thấp gây thua lỗ hoặc định giá cao tạo gánh nặng cho bệnh nhân.

- Định giá theo phân loại bệnh viện và khu vực: Các bệnh viện tuyến Trung ương, địa phương và vùng sâu vùng xa có chi phí vận hành khác nhau, do đó cần áp dụng mức giá phù hợp cho từng nhóm. Điều chỉnh giá theo mức độ phức tạp của DVYT, ví dụ giá phẫu thuật công nghệ cao sẽ khác với giá KCB thông thường.

- Cơ chế điều chỉnh giá linh hoạt: Xây dựng khung giá DVYT có thể điều chỉnh định kỳ, tránh tình trạng giá cố định quá lâu dẫn đến mất cân đối tài chính. Áp dụng công nghệ để phân tích dữ liệu chi phí thực tế và đề xuất điều chỉnh giá kịp thời.

**** Chuyển sang mô hình thanh toán dựa trên kết quả đầu ra thay vì cấp ngân sách trực tiếp***

Hiện nay, NSNN thường cấp trực tiếp cho bệnh viện theo kế hoạch hoạt động, dẫn đến tình trạng sử dụng kém hiệu quả. Để cải thiện, cần chuyển sang mô hình tài chính dựa trên kết quả đầu ra:

- Áp dụng cơ chế thanh toán theo kết quả điều trị: Thay vì cấp ngân sách cố định, bệnh viện sẽ được thanh toán dựa trên số lượng và chất lượng dịch vụ đã cung cấp. Các chỉ số đánh giá kết quả có thể bao gồm: tỷ lệ hồi phục của bệnh nhân, số ngày điều trị trung bình, mức độ hài lòng của người bệnh.

- Thực hiện mô hình thanh toán theo nhóm bệnh (DRG - Diagnosis-Related Group): Đây là mô hình phổ biến trên thế giới, trong đó BV được chi trả theo từng nhóm bệnh nhất định thay vì từng dịch vụ riêng lẻ. Cơ chế này giúp kiểm soát chi phí tốt hơn, tránh tình trạng lạm dụng chỉ định dịch vụ không cần thiết.

- Tăng cường giám sát và đánh giá: Xây dựng hệ thống theo dõi chất lượng điều trị để đảm bảo bệnh viện không cắt giảm chi phí quá mức ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ. Tạo động lực tài chính cho bệnh viện khi đạt được hiệu quả điều trị cao, giúp nâng cao chất lượng KCB.

**** Cho phép giá linh hoạt hơn đối với bệnh nhân không sử dụng BHYT để tăng nguồn thu***

Bên cạnh các DVYT do BHYT chi trả, bệnh viện có thể mở rộng dịch vụ thu phí dành cho bệnh nhân không có BHYT hoặc muốn sử dụng dịch vụ cao cấp hơn:

- Xây dựng khung giá dịch vụ ngoài BHYT hợp lý: Cần có cơ chế cho phép BV xác định giá dịch vụ ngoài danh mục BHYT dựa trên chi phí thực tế và cung cầu thị trường. Đảm bảo mức giá hợp lý, không quá cao gây khó khăn cho bệnh nhân nhưng đủ để bù đắp chi phí vận hành.

- Phát triển mô hình DVYT cao cấp: Cho phép bệnh viện cung cấp các gói DVYT chất lượng cao với phòng bệnh tốt hơn, bác sĩ chuyên gia, thời gian chờ

khám ngắn hơn... Hình thành mô hình "BVC - dịch vụ tư nhân" để tăng nguồn thu và giảm áp lực tài chính cho hệ thống công lập.

- Giám sát và đảm bảo công bằng: Mặc dù khuyến khích phát triển dịch vụ thu phí, bệnh viện cần đảm bảo rằng bệnh nhân có BHYT vẫn được phục vụ đầy đủ và công bằng. Tránh tình trạng phân biệt đối xử giữa bệnh nhân BHYT và bệnh nhân tự chi trả.

*** *Tăng hiệu quả quản lý phân bổ và đổi mới cơ chế phân bổ ngân sách y tế***

- Xây dựng dự toán:

Cần phải yêu cầu các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế tự nộp kế hoạch đầu tư công đúng thời điểm để xây dựng kế hoạch tài chính năm chi tiết, không có bổ sung điều chỉnh. Làm được điều này sẽ giải quyết được bài toán dự toán được xây dựng không sát với tình hình phân bổ thực tế.

Đảm bảo các bệnh viện có đội ngũ chuyên trách lập kế hoạch tài chính được đào tạo bài bản để tăng độ chính xác và tính khả thi trong việc xây dựng dự toán. Bộ Y tế cần phối hợp với Bộ Tài chính để hướng dẫn chi tiết các tiêu chí xây dựng kế hoạch ngân sách gắn liền với nhu cầu thực tế, đặc biệt tại các bệnh viện ở khu vực khó khăn.

- Phân bổ, giao và thực hiện dự toán:

(1) Bộ Y tế không giao tự chủ theo giai đoạn 03 năm mà giao tự chủ từng năm cho các đơn vị nhưng không xác định tỷ lệ tự chủ đạt được của năm trước liền kề làm căn cứ giao kinh phí là không đúng quy định tại Nghị định số 43/2006/NĐ-CP.

(2) Tách biệt giữa giao kinh phí công tác phòng chống dịch, nhiệm vụ đặc thù, hoạt động chuyên môn (mang tính chất kinh phí không tự chủ) với kinh phí hoạt động thường xuyên tại các đơn vị chưa tự chủ, vẫn dựa vào ngân sách.

(3) Chỉ giao kinh phí mua sắm, sửa chữa tài sản khi có dự án được duyệt theo quy định.

(4) Xây dựng cơ chế linh hoạt trong phân bổ nguồn lực để đáp ứng kịp thời các nhu cầu cấp bách như dịch bệnh, thiên tai, hoặc các biến động đột xuất khác. Bộ Y tế cần bổ sung quỹ dự phòng tài chính để hỗ trợ nhanh chóng cho các BV gặp khó khăn trong vận hành.

(5) Tăng cường minh bạch và công bằng trong phân bổ ngân sách, đặc biệt cần có cơ chế ưu tiên rõ ràng cho các BV tuyến dưới, khu vực khó khăn, nhằm giảm bất bình đẳng trong HTYT.

(6) Tăng cường cơ chế đánh giá hiệu quả sử dụng ngân sách thông qua các chỉ số như tỷ lệ giải ngân, mức độ cải thiện chất lượng DVYT và hiệu quả đầu tư cơ sở vật chất, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng, hiệu quả điều trị. Việc này cần được thực hiện định kỳ và công khai để đảm bảo trách nhiệm giải trình từ các BV.

*** *Nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực TCYT***

- *Về định giá dịch vụ KCB:* Các cơ quan quản lý cần sớm ban hành giá thanh toán viện phí theo hướng tính đúng, tính đủ toàn bộ 7/7 yếu tố cấu thành giá. Bộ Y tế cần khẩn trương ban hành khung giá KCB theo yêu cầu để các BVC có căn cứ pháp lý rõ ràng để thực hiện, từ đó có cơ sở xây dựng chế độ đãi ngộ nhân viên phù hợp. Bên cạnh đó, cần xây dựng một cơ chế linh hoạt cho phép cập nhật định kỳ giá KCB dựa trên những biến động của chi phí thực tế. Chi phí thực tế này bao gồm chi phí nhân công, chi phí vật tư và chi phí quản lý. Việc cập nhật định kỳ giá dịch vụ giúp đảm bảo giá phản ánh sát với chi phí phát sinh, đồng thời tránh gây áp lực tài chính không cần thiết lên Quỹ BHYT.

- *Về quy định trích khấu hao tài sản:* Cần sửa đổi quy định về việc trích khấu hao tài sản đối với cả các đơn vị sự nghiệp công lập do Nhà nước đảm bảo chi thường xuyên theo quy định của Nghị định số 60/2021/NĐ-CP. Sự sửa đổi này cần theo hướng phù hợp, đồng bộ với tinh thần của Luật Quản lý, sử dụng tài sản công. Việc trích lập quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp đối với các đơn vị sự nghiệp công lập do NSNN đảm bảo toàn bộ kinh phí hoạt động thường xuyên sẽ thực hiện đồng bộ với các đơn vị tương tự trên tất cả các lĩnh vực. Điều này liên quan đến việc trích khấu hao tài sản tham gia vào hoạt động kinh doanh, cho thuê và bổ sung vào quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp của đơn vị theo quy định tại khoản 4 Điều 15 của Thông tư số 23/2023/TT-BTC ngày 25/4/2023 về “*hướng dẫn chế độ quản lý, tính hao mòn, khấu hao tài sản cố định tại cơ quan, tổ chức, đơn vị và tài sản cố định do nhà nước giao cho doanh nghiệp quản lý không tính thành phần vốn nhà nước tại doanh nghiệp*”. Ngoài ra, cần bổ sung các quy định riêng, rõ ràng và minh bạch về cách thức xác định mức trích khấu hao đối với các trang thiết bị y tế kỹ thuật cao và các tài sản dùng chung. Việc này nhằm tránh tình trạng chồng chéo hoặc thiếu minh bạch trong quá trình thực hiện, đảm bảo tính chính xác trong hạch toán tài sản ở các BVC.

- *Về việc trích lập dự phòng rủi ro tài chính:*

Theo “*Thông tư 48/2019/TT-BTC về hướng dẫn việc trích lập và xử lý các khoản dự phòng giảm giá hàng tồn kho, tổn thất các khoản đầu tư, nợ phải thu khó đòi và bảo hành sản phẩm, hàng hóa, dịch vụ, công trình xây dựng tại doanh nghiệp*” thì đối tượng áp dụng là các “doanh nghiệp được thành lập, hoạt động sản xuất, kinh doanh theo quy định của pháp luật Việt Nam”. Ngày 24/12/2022, Bộ Tài chính đã ban hành thông tư số 24/2022/TT-BTC về việc “sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 48/2019/TT-BTC ngày 08/8/2019 hướng dẫn việc trích lập và xử lý các khoản dự phòng giảm giá hàng tồn kho, tổn thất các khoản đầu tư, nợ phải thu khó đòi và bảo hành sản phẩm, hàng hóa, dịch vụ, công trình xây dựng tại doanh nghiệp” tuy nhiên đối tượng áp dụng không thay đổi so với thông tư 48/2019/TT-BTC. Vì vậy, cần sửa

đổi thông tư 48/2019 theo hướng bổ sung đối tượng áp dụng bao gồm cả đơn vị sự nghiệp công lập cho phù hợp với thực tiễn và quy định tại Nghị định số 60/2021/NĐ-CP. Đồng thời, sửa đổi quy định về chế độ hạch toán kế toán, hướng dẫn cụ thể việc trích lập và hoàn nhập các khoản dự phòng tài chính đối với hoạt động này của đơn vị sự nghiệp công lập.

Đề xuất xây dựng quỹ dự phòng khẩn cấp tại các bệnh viện tuyến Trung ương để kịp thời ứng phó với các tình huống khẩn cấp như dịch bệnh, thiên tai, hoặc biến động thị trường cung ứng thuốc và thiết bị y tế.

- Về đấu thầu mua sắm thuốc:

Trước đây, các BVC gặp rất nhiều khó khăn trong việc xây dựng giá dự toán do quy định giá dự toán chỉ tính được khi lập kế hoạch đấu thầu. Ngày 17/5/2024, thông tư số 07/2024/TT-BYT của Bộ Y tế được ban hành “quy định về đấu thầu thuốc tại cơ sở y tế công lập” đã tháo gỡ rất nhiều vướng mắc trong hoạt động đấu thầu thuốc và vật tư y tế ở các BVC. Tuy nhiên, để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, cần giao Bộ Y tế phối hợp với Bảo hiểm xã hội Việt Nam là đơn vị chịu trách nhiệm thực hiện việc đấu thầu thuốc và trang thiết bị y tế ở cấp độ quốc gia để dùng chung cho các BVC trên toàn quốc. Khi đó, các bệnh viện sẽ tập trung vào công tác chuyên môn và giảm tải các thủ tục đấu thầu phức tạp như tình trạng hiện tại.

Bộ Y tế cần quy định rõ thứ tự ưu tiên trong việc sử dụng thông tin về giá để xây dựng giá kế hoạch, đồng thời đưa ra hướng dẫn chi tiết hơn về việc xác định tính năng kỹ thuật của thiết bị y tế, tránh so sánh không hợp lý giữa các loại máy móc có chức năng khác nhau.

5.3.3. Tăng cường hiệu quả kiểm tra, giám sát tài chính y tế

Kết quả phân tích thực trạng QLNN về TCYT ở các BVC tuyến Trung ương giai đoạn 2018-2023 đã chỉ ra rằng, lực lượng thực hiện công tác thanh tra, kiểm tra và giám sát TCYT còn thiếu và chưa xây dựng được cơ chế giám sát đủ chặt chẽ. Tình trạng này có thể là nguyên nhân dẫn đến nhiều vụ việc trục lợi BHYT và một số sai phạm tài chính khác, vì vậy, để đảm bảo hiệu quả QLNN về TCYT trong thời gian tới, việc tăng cường cơ chế giám sát kiểm soát rủi ro là hết sức cần thiết.

Việc xây dựng cơ chế giám sát trong lĩnh vực này cần tập trung vào các nội dung trọng yếu sau: Trước hết là xây dựng một hệ thống báo cáo tài chính có tính minh bạch và được công khai định kỳ. Hệ thống này cần cung cấp thông tin chi tiết về tình hình thu chi, hoạt động đầu tư và hiệu quả trong việc sử dụng nguồn NSNN tại các bệnh viện; Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong giám sát tài chính, đặc biệt tự động hóa các quy trình kiểm tra chi tiêu để có thể phát hiện kịp thời các bất thường; Tăng cường hoạt động kiểm toán độc lập và các đợt thanh tra định kỳ,

có trọng tâm, nhằm đánh giá mức độ tuân thủ pháp luật và hiệu quả của các bệnh viện trong việc quản lý, sử dụng nguồn lực tài chính.

Dựa trên kết quả kiểm tra, thanh tra và giám sát trong giai đoạn vừa qua, cần có những chỉ đạo cụ thể và nghiêm túc đối với các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế:

- Nghiêm túc chấn chỉnh, rút kinh nghiệm trong việc ban hành, áp dụng mức thu phí DVYT chưa tuân thủ theo các văn bản hướng dẫn của Bộ Y tế. Đồng thời, thực hiện quản lý, sử dụng các loại test, vật tư, sinh phẩm y tế tuân thủ theo đúng các quy định hiện hành, bảo đảm theo dõi chặt chẽ việc tiếp nhận, xuất dùng theo đúng các nguồn (mua sắm, phân bổ, viện trợ tài trợ) làm cơ sở chính xác cho việc quyết toán chi phí xét nghiệm với NSNN. Chấm dứt việc thu dịch vụ xét nghiệm sai đối tượng, áp dụng giá dịch vụ xét nghiệm cao hơn quy định, hoặc thu dịch vụ xét nghiệm bao gồm cả chi phí test, vật tư, sinh phẩm y tế được tài trợ, viện trợ hoặc do Bộ Y tế phân bổ. Nghiêm túc thực hiện việc xây dựng giá dịch vụ xét nghiệm theo các quy định hiện hành làm cơ sở thu của người sử dụng dịch vụ, cũng như thanh quyết toán với cơ quan Bảo hiểm Xã hội và NSNN theo đúng tinh thần Thông tư số 02/2022/TT-BYT ngày 18 tháng 02 năm 2022 của Bộ Y tế.

- Chỉ đạo các đơn vị thực hiện thanh toán, quyết toán kinh phí hỗ trợ phòng, chống dịch bệnh bảo đảm đúng quy định hiện hành. Chấn chỉnh việc chi phụ cấp năm 2020 cho viên chức, người lao động không phù hợp với tinh thần Nghị quyết số 37/NQ-CP ngày 29 tháng 3 năm 2020 của Chính phủ.

- Rút kinh nghiệm sâu sắc trong việc hướng dẫn các đơn vị trực thuộc thực hiện thanh quyết toán kinh phí với NSNN (ví dụ: phụ cấp chống dịch, công tác phí) cho các đoàn đi hỗ trợ, tăng cường tại địa phương chưa phù hợp với quy định tại khoản 7 Điều 4 Nghị quyết số 16/NQ-CP ngày 08 tháng 02 năm 2021, khoản 2 Điều 3 và khoản 4 Điều 2 Nghị quyết số 145/NQ-CP ngày 19 tháng 11 năm 2021 của Chính phủ.

- Khi đề nghị quyết toán kinh phí NSNN hoặc hoàn chi NSNN, các đơn vị cần rà soát kỹ lưỡng các khoản chi phí, bảo đảm tính đúng, tính đủ và phù hợp với thực tế. Tránh tình trạng quyết toán không đúng với thực tế phát sinh; không đúng nhiệm vụ được giao của đơn vị; hoặc không đúng chế độ quy định (điển hình như tại BV K; BV E ...). Đồng thời, cần tăng cường phối hợp giữa Bộ Y tế và Bộ Tài chính trong việc hướng dẫn rõ ràng, cụ thể về thủ tục quyết toán kinh phí, nhằm hạn chế tối đa việc chậm trễ hoặc sai sót trong thực hiện.

- Chỉ đạo các đơn vị trực thuộc phối hợp chặt chẽ với các cơ sở y tế địa phương thực hiện rà soát, báo cáo chi tiết tình hình quản lý, sử dụng và hiện trạng của các trang thiết bị y tế đã được Bộ Y tế cấp phát. Trên cơ sở báo cáo đó, cần đề xuất nhu cầu sử dụng thực tế. Đồng thời, chỉ đạo các đơn vị được giao quản lý, bảo

quản các trang thiết bị, vật tư y tế để xác định rõ các đơn vị đã được phân bổ nhưng chưa tiếp nhận thiết bị và các hàng hóa còn tồn kho dài ngày. Trên cơ sở đó, tổng hợp, xây dựng và có phương án điều chuyển các trang thiết bị y tế đã cấp phát và các thiết bị, vật tư còn tồn kho dài ngày cho các đơn vị có nhu cầu và đủ năng lực. Việc điều chuyển này cần bảo đảm phù hợp, đúng định mức, mục đích, hiệu quả và tránh lãng phí nguồn lực công.

- Chỉ đạo các đơn vị trực thuộc rà soát lại toàn bộ hồ sơ bàn giao, tiếp nhận, điều chuyển, cho mượn các trang thiết bị y tế. Đồng thời, thực hiện hạch toán, theo dõi, quản lý đối với các thiết bị, vật tư nhận phân bổ, tài trợ theo đúng chế độ quy định hiện hành.

- Xây dựng một hệ thống cơ sở dữ liệu thống nhất về tài sản, thiết bị y tế tại tất cả các đơn vị y tế công lập. Hệ thống này cần được tích hợp vào hệ thống quản lý tài sản quốc gia. Dữ liệu trong hệ thống cần được số hóa và cập nhật thường xuyên để phục vụ hiệu quả công tác kiểm tra, giám sát và hỗ trợ việc ra quyết định nhanh chóng, chính xác.

- Đối với tài sản nhận từ nguồn phân bổ Bộ Y tế hoặc tài trợ từ các tổ chức, cá nhân, Bộ Y tế cần chỉ đạo các đơn vị rà soát hồ sơ, tài liệu liên quan làm cơ sở hoàn thiện các thủ tục theo dõi, quản lý tài sản và xác lập quyền sở hữu toàn dân theo quy định của Luật Kế toán, Luật Quản lý, sử dụng tài sản công và Nghị quyết số 86/NQ-CP ngày 06 tháng 8 năm 2021 của Chính phủ. Đồng thời, phối hợp chặt chẽ với Bộ Tài chính để xem xét, hướng dẫn các đơn vị thực hiện theo dõi, quản lý và xác lập quyền sở hữu toàn dân đối với các trường hợp các trang thiết bị y tế không xác định được đơn vị tài trợ hoặc đơn vị tài trợ không thể cung cấp bổ sung hồ sơ, tài liệu.

- Cần tăng cường công tác đào tạo và phát triển nguồn nhân lực cho công tác kiểm tra, giám sát TCYT, đặc biệt là đội ngũ thanh tra chuyên trách. Cần tổ chức các khóa tập huấn thường xuyên, cập nhật kiến thức về luật pháp, kế toán và kiểm toán để nâng cao năng lực chuyên môn và tính chuyên nghiệp của đội ngũ này.

- Tăng cường tổ chức các đợt kiểm tra, thanh tra theo chuyên đề, tập trung vào những lĩnh vực tiềm ẩn nguy cơ sai phạm cao như công tác đấu thầu, quản lý tài sản và sử dụng kinh phí BHYT. Các đợt kiểm tra cần có mục tiêu rõ ràng, kế hoạch chi tiết và có thể kết hợp với đánh giá độc lập từ các tổ chức thanh kiểm tra thuê ngoài để đảm bảo tính khách quan và hiệu quả cao nhất.

- Bộ Tài chính cần tiếp tục hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật về kế toán và kiểm toán. Hệ thống này cần phù hợp với thông lệ quốc tế và điều kiện thực tế của Việt Nam làm cơ sở cho việc lập và trình bày báo cáo tài chính tại các đơn vị cũng như việc thực hiện kiểm toán. Cùng với đó là rà soát, sửa đổi, bổ sung các chế tài xử lý mạnh hơn đối với các vi phạm của cả đơn vị kiểm toán cũng như đơn vị được kiểm toán. Bên

cạnh đó, sẽ tăng cường hơn nữa công tác giám sát, kiểm tra, thanh tra đối với đơn vị được kiểm toán cũng như đơn vị cung cấp dịch vụ kiểm toán.

- Kiểm toán nhà nước cần tiếp tục phối hợp chặt chẽ với các cơ quan thanh tra, kiểm tra khác nhằm hạn chế tối đa sự chồng chéo, trùng lặp trong hoạt động thanh tra, kiểm toán. Điều này giúp giảm sự phiền hà đối với các đơn vị được thanh tra, kiểm toán. Đồng thời, cần tăng cường các cuộc kiểm toán chuyên đề về việc huy động, sử dụng và quản lý các nguồn lực trong lĩnh vực TCYT. Các cuộc kiểm toán này góp phần phát hiện những bất cập và đề xuất các cải cách chính sách phù hợp.

5.3.4. Hoàn thiện bộ máy quản lý nhà nước về tài chính y tế ở các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc

Để tăng cường hiệu quả QLNN về TCYT đối với các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, cùng với các giải pháp chung đã được đề xuất, có thể thực hiện một số giải pháp đặc thù cho các bệnh viện này.

* *Quy định TCTC chuyên biệt:* Cần xây dựng những quy định cụ thể và chi tiết hơn về cơ chế TCTC áp dụng riêng cho các bệnh viện tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, đặc biệt là các bệnh viện chuyên khoa đầu ngành. Các quy định này cần tính đến các yếu tố chi phí đặc thù như chi phí đào tạo nhân lực chất lượng cao, chi phí nghiên cứu khoa học chuyên sâu, chi phí chuyển giao kỹ thuật mới và cả cơ chế ưu đãi tài chính để duy trì và phát triển đội ngũ y, bác sỹ, chuyên gia trình độ cao.

* *Đẩy nhanh thí điểm các gói dịch vụ theo yêu cầu:* cần đẩy nhanh quá trình thí điểm cho phép các bệnh viện tuyến Trung ương tại Hà Nội như BV Bạch Mai, BV Việt Đức, BV K và BV Nhi Trung ương được chủ động hơn trong việc xây dựng và triển khai các gói dịch vụ khám, chữa bệnh theo yêu cầu. Việc này nhằm đáp ứng nhu cầu đa dạng của các bệnh nhân có điều kiện kinh tế, từ đó góp phần tạo nguồn thu bổ sung quan trọng vào nguồn lực đầu tư và phát triển của bệnh viện.

* *Điều chỉnh phân bổ ngân sách dựa trên đặc thù:* Thứ ba, việc phân bổ NSNN cho các bệnh viện tuyến Trung ương khu vực phía Bắc cần được căn cứ vào quy mô hoạt động của bệnh viện, đặc thù vùng miền nơi bệnh viện đặt trụ sở và khả năng huy động vốn từ các nguồn khác của chính bệnh viện đó. Có thể xem xét điều chỉnh giảm bớt nguồn ngân sách dành cho các bệnh viện ở khu vực có mức sống cao và khả năng TCTC tốt để tăng cường đầu tư cho các bệnh viện ở vùng có điều kiện kinh tế khó khăn hơn.

5.3.5. Các giải pháp khác

Bên cạnh những giải pháp đã được đề xuất, cần thực hiện đồng bộ các giải pháp về quy hoạch chiến lược, huy động hiệu quả nguồn lực từ khu vực tư nhân, cải cách quản lý hành chính nội bộ, tăng cường ứng dụng công nghệ, siết chặt giám sát

tài chính và nâng cao tính tự chủ chung của HTYT. Đây là những bước đi cần thiết và mang tính chiến lược để tối ưu hóa hiệu quả TCYT tại Việt Nam trong dài hạn.

- *Xây dựng quy hoạch tổng thể HTYT quốc gia*: Việc xây dựng một quy hoạch tổng thể và chi tiết cho HTYT quốc gia là giải pháp nền tảng. Quy hoạch này sẽ đảm bảo việc phân tầng hệ thống BV một cách hợp lý, tránh tình trạng tập trung quá mức người bệnh và nguồn lực vào các BV tuyến trên. Đồng thời, nâng cao hiệu quả phân bổ nguồn lực tài chính, tránh đầu tư dàn trải và kém hiệu quả. Cụ thể, quy hoạch cần phân định rõ ràng vai trò, chức năng của từng tuyến BV (Trung ương và địa phương) và các cơ sở y tế địa phương. Cần tập trung nguồn lực đầu tư cho tuyến cuối và các BV chuyên sâu, hạn chế đầu tư tràn lan vào các cơ sở không có nhu cầu thực tế. Đồng bộ hóa CSHT y tế, đảm bảo sự liên kết chặt chẽ giữa các tuyến, nâng cao năng lực y tế cơ sở để giảm áp lực cho BV Trung ương. Ứng dụng công nghệ thông tin và sử dụng Dữ liệu lớn (Big Data) để phân tích nhu cầu KCB, hỗ trợ xây dựng quy hoạch một cách khoa học và hợp lý.

- *Phát triển hệ thống BHYT tư nhân*: Phát triển một hệ thống BHYT tư nhân là giải pháp quan trọng để đa dạng hóa nguồn tài chính cho HTYT và giảm tải áp lực lên NSNN. Hệ thống này cũng góp phần đáp ứng nhu cầu KCB chất lượng cao ngày càng tăng của người dân. Các giải pháp bao gồm tạo lập một hành lang pháp lý thuận lợi với các quy định rõ ràng để khuyến khích phát triển BHYT tư nhân. Khuyến khích doanh nghiệp tham gia bằng cách hỗ trợ chính sách thuế cho các công ty bảo hiểm cung cấp sản phẩm BHYT. Tích hợp với BHYT công bằng cách cho phép người dân lựa chọn sử dụng kết hợp bảo hiểm công và tư để tối ưu hóa chi phí và chất lượng dịch vụ.

- *Thúc đẩy hợp tác công - tư (PPP) trong lĩnh vực y tế*: Mục tiêu là thúc đẩy sự hợp tác PPP trong lĩnh vực y tế. Việc này nhằm mục đích huy động nguồn vốn đầu tư từ khu vực tư nhân để cải thiện cơ sở vật chất và nâng cao chất lượng DVYT công lập. Điều đặc biệt quan trọng trong quá trình này là phải đảm bảo rằng chất lượng DVYT không bị ảnh hưởng một cách tiêu cực bởi các lợi ích thương mại đơn thuần. Các nội dung chính cần tập trung để đạt được điều này bao gồm: xây dựng các chính sách PPP có tính rõ ràng và minh bạch, đồng thời quy định một cách chi tiết trách nhiệm và quyền lợi của khu vực tư nhân khi họ tham gia đầu tư vào lĩnh vực y tế. Cần có cơ chế giám sát chất lượng dịch vụ hiệu quả, thành lập các hội đồng đánh giá độc lập để đảm bảo các hợp tác PPP vẫn đáp ứng các tiêu chuẩn y tế công. Đồng thời, thử nghiệm các mô hình hợp tác mới, như thuê cơ sở tư nhân cung cấp dịch vụ KCB cho bệnh nhân có BHYT công.

- *Sắp xếp và tinh gọn bộ máy hành chính BVC*: Việc tiến hành sắp xếp và tinh gọn bộ máy hành chính hiện có trong các BVC được coi là một nhiệm vụ cần

thiết. Mục tiêu của việc hợp lý hóa cơ cấu hành chính là nhằm xây dựng một hệ thống QLNN trong BVC có tính hiệu quả cao hơn và tạo ra tác động lớn hơn trong thực tiễn hoạt động. Những mục tiêu cụ thể bao gồm: giảm thiểu quy mô bộ máy còn chồng chéo, tối ưu hóa công tác quản lý BV, cải thiện hiệu quả vận hành tổng thể của đơn vị và cắt giảm các chi phí liên quan đến hành chính. Để đạt được những mục tiêu này, một số giải pháp được đề xuất. Đó là: tích hợp các bộ phận có chức năng hoạt động tương đồng lại với nhau để giảm bớt số lượng các phòng ban không thực sự cần thiết; đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin để số hóa các quy trình hành chính và giảm thiểu việc sử dụng giấy tờ thủ công; và tăng cường tính tự chủ cho BV, cho phép họ có sự chủ động hơn trong việc tuyển dụng và tổ chức nhân sự một cách linh hoạt, phù hợp sát với nhu cầu hoạt động thực tế của đơn vị.

- *Tăng cường ứng dụng công nghệ và số hóa trong quản lý y tế:* Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin và số hóa trong quản lý y tế là giải pháp then chốt. Mục tiêu là nâng cao hiệu quả quản lý và giám sát TCYT, đồng thời cải thiện chất lượng KCB thông qua việc ứng dụng công nghệ. Các nội dung chính bao gồm xây dựng hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR) để giúp bệnh nhân tiếp cận DVYT nhanh chóng và giảm thiểu việc trùng lặp các xét nghiệm không cần thiết. Phát triển hệ thống BHYT điện tử để đơn giản hóa quy trình thanh toán bảo hiểm và chống gian lận. Ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) trong phân tích dữ liệu tài chính để phát hiện các bất thường trong chi tiêu BV, từ đó ngăn chặn thất thoát.

- *Xác định rõ vai trò của khu vực công và tư trong y tế:* Cần xác định rõ ràng vai trò, phạm vi hoạt động của khu vực công và khu vực tư trong HTYT. Mục tiêu là tạo ra một hệ sinh thái y tế hài hòa, tránh xung đột lợi ích giữa hai khu vực và nâng cao hiệu quả hoạt động tổng thể của cả hai hệ thống. Các giải pháp bao gồm quy định rõ phạm vi hoạt động của BVC, tập trung vào cung cấp các DVYT cơ bản, cấp cứu và các lĩnh vực mang tính xã hội. Tạo điều kiện thuận lợi cho y tế tư nhân phát triển, cho phép các BV tư nhân tham gia vào KCB BHYT, nhưng cần đảm bảo mức giá hợp lý. Tăng cường phối hợp giữa hai hệ thống bằng cách xây dựng cơ chế chuyển tuyến linh hoạt giữa BVC và tư.

- *Thúc đẩy xã hội hóa y tế theo hướng cân bằng lợi ích và chia sẻ rủi ro:* Thúc đẩy xã hội hóa y tế cần theo hướng đảm bảo cân bằng lợi ích và chia sẻ rủi ro giữa các bên. Mục tiêu là huy động hiệu quả vốn từ cộng đồng và doanh nghiệp để phát triển y tế, đồng thời đảm bảo sự công bằng trong tiếp cận DVYT cho mọi người dân. Các giải pháp bao gồm xây dựng quỹ hỗ trợ y tế cộng đồng, huy động tài trợ từ doanh nghiệp, tổ chức phi chính phủ để hỗ trợ người nghèo hoặc các đối tượng khó khăn khác. Cần công khai, minh bạch các khoản đầu tư xã hội hóa để tránh thất thoát và lạm dụng tài chính.

- *Áp dụng cơ chế khen thưởng và kỷ luật hợp lý*: Áp dụng một cơ chế khen thưởng và kỷ luật hợp lý là cần thiết để thúc đẩy hiệu quả hoạt động và ngăn chặn tiêu cực. Mục tiêu là khuyến khích cán bộ y tế nâng cao hiệu suất làm việc và chất lượng dịch vụ, đồng thời ngăn chặn tham nhũng, lãng phí và lạm dụng tài chính trong BV. Các nội dung chính bao gồm xây dựng một hệ thống đánh giá hiệu suất công việc rõ ràng dựa trên chất lượng điều trị và mức độ hài lòng của bệnh nhân. Thưởng cho các đơn vị, cá nhân hoạt động hiệu quả và có nhiều sáng kiến cải tiến. Xử lý nghiêm minh và kịp thời các hành vi gian lận tài chính hoặc vi phạm quy định, có cơ chế kỷ luật rõ ràng đối với cán bộ vi phạm.

- *Tăng cường vai trò giám sát của cơ quan chức năng*: Tăng cường vai trò của các cơ quan chức năng trong giám sát TCYT là giải pháp quan trọng. Mục tiêu là kiểm soát chặt chẽ các hoạt động tài chính trong BVC và ngăn chặn tham nhũng, lãng phí. Các giải pháp bao gồm phối hợp với lực lượng cảnh sát kinh tế trong điều tra các sai phạm tài chính có dấu hiệu hình sự. Tăng cường hoạt động kiểm toán độc lập đối với các BVC để đánh giá tính tuân thủ và hiệu quả tài chính.

- *Thúc đẩy sản xuất dược phẩm và trang thiết bị y tế trong nước*: Thúc đẩy phát triển sản xuất trong nước đối với dược phẩm và trang thiết bị y tế là giải pháp chiến lược. Mục tiêu là giảm sự phụ thuộc vào nhập khẩu, ổn định giá cả thị trường và nâng cao năng lực tự chủ của ngành y tế Việt Nam. Các giải pháp bao gồm hỗ trợ chuyển giao công nghệ sản xuất thuốc và khuyến khích đầu tư vào công nghiệp dược phẩm và trang thiết bị y tế trong nước.

- *Xây dựng cơ sở dữ liệu y tế quốc gia*: Xây dựng một cơ sở dữ liệu y tế quốc gia là cần thiết để hiện đại hóa công tác quản lý thông tin y tế. Mục tiêu là cải thiện quản lý thông tin y tế tổng thể và hỗ trợ hiệu quả quá trình ra quyết định trong quản lý TCYT. Các nội dung chính bao gồm tích hợp dữ liệu từ các nguồn khác nhau như BV, cơ quan bảo hiểm, nhà thuốc, ... Ứng dụng công nghệ trí tuệ nhân tạo (AI) để phân tích dữ liệu TCYT nhằm phát hiện xu hướng, rủi ro và hỗ trợ ra quyết định tốt hơn.

KẾT LUẬN

1. Đóng góp của Luận án

Luận án đã có đóng góp vào việc bổ sung khung lý thuyết về QLNN về TCYT ở các BVC. Bằng việc sử dụng kết hợp cả phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng, Luận án đã tiến hành đánh giá một cách toàn diện thực trạng và hiệu quả QLNN về TCYT đối với các BVC khu vực phía Bắc. Qua đó, Luận án đã thành công trong việc trả lời được các câu hỏi nghiên cứu đã đề ra.

- Kết quả nghiên cứu của Luận án đã chỉ ra những thành tựu đáng kể đạt được về mặt chính sách trong hoạt động QLNN về TCYT, đặc biệt là những chính sách hướng tới mục tiêu TCTC ở các BVC. Đồng thời, những thành tựu từ việc triển khai thí điểm thực hiện tự chủ tại một số BVC cũng cho thấy rõ ràng rằng, xu hướng xã hội hoá DVYT là một xu hướng tất yếu và không thể đảo ngược. Điều này càng khẳng định vai trò đặc biệt quan trọng của việc tiếp tục hoàn thiện khung pháp lý và các chính sách hỗ trợ đồng bộ để đảm bảo quá trình TCTC tại các bệnh viện diễn ra một cách hiệu quả và bền vững, đồng thời giảm thiểu các rủi ro tiềm ẩn phát sinh từ cơ chế TCTC.

- Trên cơ sở phân tích sâu sắc và đánh giá chi tiết thực trạng chính sách QLNN về TCYT, cùng với thực trạng quản lý phân bổ, sử dụng và giám sát TCYT ở các BVC khu vực phía Bắc trong giai đoạn 2018-2024, Luận án đã chỉ ra một cách rõ ràng những hạn chế, tồn tại và nguyên nhân căn bản của những hạn chế đó trong công tác QLNN về TCYT ở các bệnh viện. Đồng thời, trên cơ sở thu thập và tổng hợp ý kiến từ các nhà quản lý ở cả cấp Trung ương (bao gồm Bộ Tài chính, Bộ Y tế, Kiểm toán nhà nước) và các nhà quản lý tại các BVC, Luận án đã chỉ ra những kết quả đạt được cũng như các hạn chế, tồn tại của hoạt động QLNN về TCYT ở các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc từ nhiều góc độ.

- Thêm nữa, từ việc xây dựng và phân tích mô hình kinh tế lượng, Luận án đã đánh giá định lượng tác động của một số yếu tố khác nhau đến hiệu quả quản lý y tế đối với các BVC ở khu vực phía Bắc Việt Nam. Theo đó, kết quả mô hình cho thấy cả môi trường kinh tế vĩ mô và đặc điểm riêng của từng bệnh viện đều có tác động có ý nghĩa thống kê tới hiệu quả quản lý tài chính của BVC.

- Từ tổng quan kinh nghiệm quốc tế trong quản lý TCYT và kết quả phân tích thực trạng QLNN về TCYT ở các BVC khu vực phía Bắc, Luận án đã đề xuất một số kiến nghị và giải pháp chính sách mang tính khả thi. Những kiến nghị và giải pháp này được đưa ra nhằm mục tiêu đẩy mạnh TCTC và nâng cao hiệu quả QLNN về TCYT đối với các BVC nói chung và khu vực phía Bắc nói riêng. Các kiến nghị và giải pháp này đặc biệt nhấn mạnh việc tăng cường tính minh bạch, nâng cao hiệu quả phân bổ nguồn lực và hoàn thiện cơ chế kiểm tra giám sát tài chính, đặc biệt

trong bối cảnh yêu cầu hiện đại hóa DVYT và nâng cao chất lượng KCB để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của nhân dân.

2. Hạn chế của Luận án

Mặc dù đã đạt được nhiều kết quả quan trọng, Luận án vẫn còn một số hạn chế nhất định cần được ghi nhận cho các nghiên cứu tiếp theo:

- Do hạn chế về mặt số liệu thu thập được, Luận án chưa thể sử dụng lượng hóa và mô hình hóa các chỉ số để đánh giá định lượng một cách toàn diện hiệu quả chính sách quản lý TCYT ở Việt Nam.
- Luận án chưa luận giải được một cách chi tiết và sâu sắc các yếu tố chính từ môi trường vĩ mô, cụ thể là yếu tố từ phía nhà quản lý, đã tác động như thế nào đến hoạt động QLNN về TCYT đối với các BVC tuyến Trung ương khu vực phía Bắc.
- Một điểm cần tiếp tục nghiên cứu sâu hơn trong các nghiên cứu tiếp theo là nguồn tài chính từ BHYT. Đây là một trong những kênh tài chính đặc biệt quan trọng, có ảnh hưởng lớn đến hoạt động và tính bền vững của các BVC.
- Luận án cũng chưa lượng hóa và mô hình hóa được một cách chi tiết thực trạng QLNN về TCYT đối với các BVC khu vực phía Bắc. Các phân tích về thực trạng trong Luận án mới chỉ dừng lại ở số liệu thống kê mô tả cũng như các nhận định mang tính chất định tính dựa trên khảo sát ý kiến chuyên gia.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ CÓ NỘI
DUNG LIÊN QUAN TRỰC TIẾP ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Phương Nga (2022), *The Results of Medical Examination and Treatment Under The Impact of The Medical Equipment System at Central Public Hospitals in Vietnam*, Journal of Contemporary Issues in Business and Government Vol. 28, No. 04, 2022;
2. Nguyễn Phương Nga (2024), *Một số giải pháp tăng cường hoạt động quản lý nhà nước về tài chính đối với các bệnh viện công ở Việt Nam*, Tạp chí Nghiên cứu Tài chính Kế toán, Kỳ 2 số 268 tháng 7/2024;
3. Nguyễn Phương Nga (2024), *Factors Influencing State Management of Healthcare Financing in Northern Vietnam's Public Hospitals*, Techno Review Journal of Technology and Management, Vol.4, No.4;
4. Nguyễn Phương Nga, Phạm Hương Thảo, Nguyễn Hoài Nam (2024), *The Effect of Financial Autonomy on Medical Treatment in Central Public Hospitals in Vietnam*, Journal of Organizational Behavior Research, Vol. 9, Issue. 2, 2024;
5. Nguyễn Phương Nga (2025), *Hiện trạng chất lượng trang thiết bị y tế của hệ thống bệnh viện công ở Việt Nam dưới góc nhìn của người bệnh và cán bộ bệnh viện*, Tạp chí Kinh tế và Dự báo, Số đặc biệt tháng 01/2025.
6. Nguyễn Phương Nga (2025), *Kinh nghiệm quốc tế về tự chủ tài chính tại các bệnh viện công và hàm ý chính sách cho Việt Nam*, Tạp chí Kinh tế và Dự báo, Số 04 tháng 02/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Mai Ngọc Anh, 2012, *Những vấn đề cơ bản trong quản lý y tế, giáo dục và an sinh xã hội*, Hà Nội. NXB Đại học Kinh tế Quốc dân.
2. Bệnh viện Bạch Mai, 2019, *Đề án thí điểm đổi mới cơ chế hoạt động theo hướng tự chủ toàn diện tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2019-2021*.
3. Bệnh Viện K, 2020, *Đề án thí điểm đổi mới cơ chế hoạt động theo hướng tự chủ toàn diện tại Bệnh viện K giai đoạn 2020-2022*.
4. Bộ Y tế, 2008, *Đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính đối với đơn vị sự nghiệp y tế công lập*, Đề án Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế, 2011, *Tổ chức và quản lý y tế*, Nhà xuất bản Y học.
6. Dương Đăng Chinh, Phạm Văn Khoan, 2009, *Giáo trình quản lý nhà nước tài chính công*, NXB Tài chính
7. Trần Thế Cương, 2016, *Mở rộng tự chủ tài chính đối với Bệnh viện công ở Việt Nam*, Luận án tiến sỹ, Đại học Kinh tế quốc dân.
8. Trương Việt Dũng, 2007, *Tổ Chức Và Quản Lý Y Tế*, NXB Y Học.
9. Đại học Y tế công cộng, 2018, *Giáo trình Nguyên lý quản lý bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học.
10. Phạm Thị Hồng Điệp, 2024, *Giáo trình quản lý nhà nước về kinh tế*, NXB Đại học quốc gia Hà Nội
11. Tô Hải Hà, 2014, *Quản lý nhà nước với hệ thống y tế cơ sở ở Việt Nam giai đoạn hiện nay*, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Thương mại.
12. Đỗ Mai Hoa và cộng sự, 2012, *Quản lý y tế*, Tài liệu dạy học cho cao học Y tế công cộng, NXB Lao động xã hội.
13. Nguyễn Thị Phương Hoa và Nguyễn Thị Lệ Huyền, 2019, *Cơ chế tự chủ tại các Bệnh viện công và các vấn đề đặt ra cho công tác kiểm toán*, Hội thảo “Cơ chế tự chủ đối với các Bệnh viện công - Vấn đề đặt ra và vai trò của Kiểm toán nhà nước” ngày 18/01/2019
14. Nguyễn Văn Hiệu, Trần Thị Vân Anh, 2020, *Giáo trình tài chính công*, NXB Đại học quốc gia Hà Nội
15. Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh, 2022, *Giáo trình Quản lý nhà nước*, NXB Chính trị Quốc gia.
16. Nguyễn Hương, 2023, *Quản lý nhà nước là gì? 5 nội dung quản lý nhà nước*, <https://luatvietnam.vn/linh-vuc-khac/quan-ly-nha-nuoc-la-gi-883-94555-article.html#:~:text=Theo%20nghĩa%20khái%20quát%2C%20quản,hành%20pháp%20và%20tư%20pháp>.

17. Phạm Thị Thanh Hương, 2017, *Đổi mới cơ chế quản lý tài chính các bệnh viện công ở Việt Nam*, Luận án tiến sĩ, Học Viện Tài Chính.
18. Lê Mai Liên, 2015, *Khả năng chuyển đổi cơ sở y tế công lập sang mô hình doanh nghiệp*, Đề tài nghiên cứu của Viện Chiến lược và chính sách tài chính, Bộ Tài chính.
19. Bùi Sỹ Lợi, 2019, *Cơ chế tự chủ tài chính tại các đơn vị sự nghiệp công lập ngành y tế thực trạng và hướng hoàn thiện*, Hội thảo: “Cơ chế tự chủ đối với các Bệnh viện công - Vấn đề đặt ra và vai trò của Kiểm toán nhà nước” ngày 18/01/2019,
20. Teramoto Minoru; Nguyễn Thị Minh Châu; Nguyễn Thị Cúc Trâm and Lê Thị Mỹ, 2019, *Độ bao phủ và mức độ sử dụng bảo hiểm y tế ở Việt Nam*, Viện nghiên cứu kinh tế châu Á,
21. Lê Thị Ngọc, 2018, *Hoàn thiện quản lý tài chính tại cơ sở y tế công lập trên địa bàn huyện Yên Châu, tỉnh Sơn La*, Luận án Tiến sĩ, Đại học Thương mại.
22. Phạm Chí Thanh, 2011, *Đổi mới chính sách tài chính đối với khu vực sự nghiệp công ở Việt Nam*, Luận án tiến sĩ, Đại học Kinh tế quốc dân.
23. Nguyễn Đăng Thành, 2021, *Quản lý nhà nước: Lý luận và thực tiễn*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
24. Lê Đình Thăng, 2009, *Bàn về khái niệm quyết toán ngân sách nhà nước*, https://www.sav.gov.vn/SMPT_Publishing_UC/TinTuc/PrintTL.aspx?idb=2&ItemID=1764&l=/noidung/tintuc/Lists/Nghiencuutraodoi.
25. Nguyễn Văn Tuấn, 2015, *Hệ thống pháp luật và quản lý kinh tế*, Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia.
26. Tạp chí Xây dựng Đảng, 2024, *Cả nước chung tay vì mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân*. Truy cập từ <https://www.xaydungdang.org.vn/bao-hiem-xa-hoi/ca-nuoc-chung-tay-vi-muc-tieu-bao-hiem-y-te-toan-dan-21142>

Tiếng Anh

27. Abdullah, M., & Shaw, J. (2007). A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 22, 45-62. <https://doi.org/10.1002/hpm.855>
28. Adams, S. (2005). Vietnam's health care system: A macroeconomic perspective.
29. Ahmad, S., & Saeed, A. (2013). Evaluating the nature and extent of autonomy in public teaching hospitals: A case study of Jinnah Hospital Lahore. *Public Policy and Administration Research*, 3(2).

30. Allen, P., Cao, Q., & Wang, H. (2014). Public hospital autonomy in China in an international context. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29. <https://doi.org/10.1002/hpm.2200>
31. Anselmi, L., Lagarde, M., & Hanson, K. (2014). Equity in the allocation of public sector financial resources in low- and middle-income countries: A systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 30(4), 528-45. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu034>
32. Australian Government Department of Health and Aged Care. (2023). *Health funding models in Australia*. Truy cập từ: <https://www.health.gov.au/>
33. Barasa, E., Lizah, N., Musiega, A., Kairu, A., Orangi, S., & Tsofa, B. (2022). The autonomy of public health facilities in decentralised contexts: Insights from applying a complexity lens in Kenya. *BMJ Global Health*, 7, e010260. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010260>
34. Blumenthal, D., & Hsiao, W. (2015). Lessons from the East — China's rapidly evolving health care system. *New England Journal of Medicine*, 372(14), 1281-1285. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1410425>
35. Bossert, T., Kosen, S., Harsono, B., & Gani, A. (1997). *Hospital autonomy in Indonesia*. Boston, MA: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
36. Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2023). *Population-based funding models for health care*. Truy cập từ: <https://www.cihi.ca/en/population-based-funding>
37. Castano, R., & Mills, A. (2013). The consequences of hospital autonomization in Colombia: A transaction cost economics analysis. *Health Policy Plan*, 28(2), 157-164. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs032>
38. Chawla, M., & Govindaraj, R. (1998). *Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy: Methodological guidelines*.
39. Chen, Y., & Xiong, K. (2017). Public hospital reform in China: Review and outlook. Truy cập từ: <https://www.researchgate.net/>.
40. Collins, D., Njeru, G., Meme, J., & Newbrander, W. (1999). Hospital autonomy: The experience of Kenyatta National Hospital. *International Journal of Health Planning and Management*, 14(2), 129-153. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1751\(199904/06\)14:2<129::aid-hpm541>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1751(199904/06)14:2<129::aid-hpm541>3.0.co;2-r)
41. De Geyndt, W. (2017). Does autonomy for public hospitals in developing countries increase performance? Evidence-based case studies. *Social Science & Medicine*, 179, 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.038>

42. Doshmangir, L., Rashidian, A., Jafari, M., Ravaghi, H., & Takian, A. (2016). Fail to prepare and you can prepare to fail: The experience of financing path changes in teaching hospitals in Iran. *BMC Health Services Research*, 16, 138. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1405-7>
43. Du, L. (2020). State-building and the establishment of the modern healthcare system in China. *Journal of Modern Chinese History*, 14(2), 187-204. <https://doi.org/10.1080/17535654.2020.1847470>
44. Eid, F. (2001). Hospital governance and incentive design: The case of corporatized public hospitals in Lebanon. *Policy Research Working Paper Series 2727*. The World Bank.
45. Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. McGraw-Hill Education (UK).
46. Forsberg, Le. T. (2013). The political economy of healthcare commercialization in Vietnam. *GEG Working Paper, No. 2013/74*, University of Oxford, Global Economic Governance Programme (GEG), Oxford.
47. Fox, A. M., & Reich, M. R. (2015). The politics of universal health coverage in low- and middle-income countries: A framework for evaluation and action. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(5), 1023-1060. <https://doi.org/10.1215/03616878-3161198>
48. Fu, H., Li, L., Li, M., Yang, C., & Hsiao, W. (2017). An evaluation of systemic reforms of public hospitals: The Sanming model in China. *Health Policy and Planning*, 32(8), 1135-1145. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx058>
49. Gao, L., Shi, L., Meng, Q., Kong, X., Guo, M., & Lu, F. (2021). Effect of healthcare system reforms on public hospitals' revenue structures: Evidence from Beijing, China. *Social Science & Medicine*, 283, 114210. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114210>
50. Govindaraj, R., & Chawla, M. (1996). *Recent experiences with hospital autonomy in developing countries: What can we learn?* Data for Decision Making Project. Department of Population and International Health: Harvard School of Public Health.
51. Green, A. (2007). *An introduction to health planning for developing health systems*. Oxford University Press.
52. Handayani, F., Basri, H., & Fahlevi, H. (2019). Does increasing public hospital financial autonomy improve performance? A study of Indonesian public hospitals. *Management and Economic Review*, 4, 1-13. <https://doi.org/10.24818/mer/2019.06-01>

53. Hanson, K., Atuyambe, L., Kamwanga, J., McPake, B., Mungule, O., & Ssengooba, F. (2002). Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: Reflections and opportunities for autonomy. *Health Policy*, 61(1), 73-94. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(01\)00212-3](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00212-3)
54. Harding, A., Jakab, M., Preker, A., & Hawkins, L. (2002). *The introduction of market force in public hospitals sector: From new public sector management to organizational reform*. World Bank
55. Harding, A., & Preker, A. S. (2000). *Understanding organizational reforms*. Washington, DC: The World Bank.
56. Hawkins, L., Srisasalux, J. O., & Sornprasop, S. (2009). *Devolution of health centers and hospital autonomy in Thailand: A rapid assessment*. Washington, DC: The World Bank.
57. Health Canada. (2022). *Funding and the health care system*. Truy cập từ: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system.html>
58. Hills, J. (2001). Welfare state and welfare society. In P. Alcock, H. Glennerster, & A. Oakley (Eds.), *Welfare and wellbeing: Richard Titmuss's contribution to social policy*. Policy Press.
59. Ikegami, Naoki (2016). Achieving universal health coverage by focusing on primary care in Japan: Lessons for low- and middle-income countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(5), 291-293. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.22>
60. Independent Hospital Pricing Authority (IHPA). (2023). *Activity-based funding and the national efficient price*. Truy cập từ: <https://www.ihacpa.gov.au/>
61. Ionete-Toplicianu, Toplicianu Selina, Valerică. Toplicianu & Brezeanu Elena. (2015). Performance in the public health system – Is only a purely medical issue? *Procedia Economics and Finance*, 20. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00089-1](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00089-1)
62. Jack, W. (2003). Contracting for health services: An evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health Policy and Planning*, 18(2), 195-204. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg024>
63. Jafari, M., Rashidian, A., Abolhasani, F., Mohammad, K., Yazdani, S., Parkerton, P., Yunesian, M., Akbari, F., & Arab, M. (2011). Space or no space for managing public hospitals; A qualitative study of hospital autonomy in Iran. *International Journal of Health Planning and Management*, 26(3), e121-37. <https://doi.org/10.1002/hpm.1050>

64. Jiaxiang, L., Puteh, F., & Othman, S. (2024). Public healthcare system in China: Issues, challenges and survival strategies. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 9, 213-219. <https://doi.org/10.21834/e-bpj.v9iSI22.5848>
65. Khoo, H., Lim, Y. W., & Vrijhoef, H. (2014). Primary healthcare system and practice characteristics in Singapore. *Asia Pacific Family Medicine*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12930-014-0008-x>
66. Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204.
67. Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602-611.
68. Labrie Yanick (2021). *Rethinking long-term care in Canada: Lessons on public-private collaboration from four countries with universal health care*. Fraser Institute. <https://www.fraserinstitute.org/studies/rethinking-long-term-care-canada-lessons-public-private-collaboration-four-countries>
69. Laking, Rob (2005). Agencies: Their benefits and risks. *OECD Journal on Budgeting*, 4, 19-19. <https://doi.org/10.1787/budget-v4-art19-en>
70. Lim, M. K. (2004). Shifting the burden of health care finance: A case study of public-private partnership in Singapore. *Health Policy*, 69(1), 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.12.009>
71. London, J. D. (2013). The promises and perils of hospital autonomy: Reform by decree in Viet Nam. *Social Science & Medicine*, 96, 232-240. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.009>
72. Loo, Choon (2018). Internationalising Singapore medicine. *Singapore Medical Journal*, 59, 5-8. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018004>
73. Ma, Sai, & Sood, Neeraj (2008). *A brief history of the health systems in China and India: A comparison of the health systems in China and India*. RAND Corporation.
74. Maharani, A., Femina, D., & Tampubolon, G. (2015). Decentralization in Indonesia: Lessons from cost recovery rate of district hospitals. *Health Policy and Planning*, 30(6), 718-727. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu049>
75. Maharani, A., & Tampubolon, G. (2017). The double-edged sword of corporatisation in the hospital sector: Evidence from Indonesia. *Health Economics, Policy and Law*, 12(1), 61-80. <https://doi.org/10.1017/s174413311600027x>

76. Maiba, John, Singh, Neha, Cassidy, Rachel, Mtei, Gemini, Borghi, Josephine, Kapologwe, Ntuli, & Binyaruka, Peter (2024). Assessment of strategic healthcare purchasing and financial autonomy in Tanzania: The case of results-based financing and health basket fund. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1260236>
77. Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(3), 1-194.
78. Markazi-Moghaddam, N., Aryankhesal, A., & Arab, M. (2014). The first stages of liberalization of public hospitals in Iran: Establishment of autonomous hospitals and the barriers. *Iran Journal of Public Health*, 43(12), 1640-1650.
79. McCarthy, Mark (2010). Public health research – multidisciplinary, high-benefit, undervalued. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 23(1), 69-77. <https://doi.org/10.1080/13511610.2010.483798>
80. McIntyre, Di, Chitah, Bona, Mabandi, Lovemore, Masiye, Felix, Mbeeli, Thomas, & Shamu, Shepherd (2007). *EQUINET Discussion Paper 52*.
81. McNatt, Z., Thompson, J. W., Mengistu, A., Tatek, D., Linnander, E., Ageze, L., Lawson, R., Berhanu, N., & Bradley, E. H. (2014). Implementation of hospital governing boards: Views from the field. *BMC Health Services Research*, 14, 178. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-178>
82. McPake, B., Yepes, F. J., Lake, S., & Sanchez, L. H. (2003). Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy and Planning*, 18(2), 182-194. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg023>
83. Mossialos, Elias, Dixon, Anna, Figueras, Josep, Kutzin, Joe, & World Health Organization (2002). *Funding health care: Options for Europe*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
84. O'Donnell, Owen, Van Doorslaer, Eddy, Rannan-Eliya, Ravi P., Somanathan, Aparnaa, Adhikari, Shiva Raj, Harbianto, Deni, Garg, Charu C., Hanvoravongchai, Piya, Huq, Mohammed N., & Karan, Anup (2007). The incidence of public spending on healthcare: Comparative evidence from Asia. *The World Bank Economic Review*, 21(1), 93-123.
85. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). *Public governance reviews*.
86. Overman, Sjors (2015). Great expectations of public service delegation: A systematic review. *Public Management Review*, 18, 1-25. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1103891>

87. Pham, Cuong, & Vu, Sen (2019). Factors influencing performance of public hospitals: The case of Vietnam. *Management Science Letters*, 9, 1231-1242. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2019.4.018>
88. Preker, A., & Harding, A. (2003). A conceptual framework for the organisational reforms of hospitals. In *Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals*. Washington, D.C: World Bank.
89. Ramesh, K., Ratana, S., & Babar, S. (2015). Effectiveness of intensive healthcare waste management training model among health professionals at teaching hospitals of Pakistan: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0758-7>
90. Rusmardiana, A., Ritonga, M., Putri, R., Puspita, L., & Fitri, N. (2021). *Autonomy Policy in Hospital Management*. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(11), 1941-1949
91. Saltman, Richard B., Durán, Antonio, & Dubois, Hans Francois Wouter (2011). *Governing public hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*.
92. Sarp, Nilgün, Ezel, Afsun, & Akbulut, Yasemin (2002). An example of health sector reforms in Turkey: Hospital decentralization (health enterprises). *Journal of Ankara Medical School*. https://doi.org/10.1501/Jms_0000000004
93. Sarto, F., & Veronesi, G. (2016). Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research*, 16(Suppl 2), 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1395-5>
94. Sepehri, A. (2014). Does autonomization of public hospitals and exposure to market pressure complement or debilitate social health insurance systems? Evidence from a low-income country. *International Journal of Health Services*, 44(1), 73-92. <https://doi.org/10.2190/HS.44.1.e>
95. Sepehri, Ardeshir, Chernomas, Robert, & Akram-Lodhi, A. (2005). Penalizing patients and rewarding providers: User charges and health utilization in Vietnam. *Health Policy and Planning*, 20, 90-91. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi011>
96. Sharma, S., & Hotchkiss, D. R. (2001). Developing financial autonomy in public hospitals in India: Rajasthan's model. *Health Policy*, 55(1), 1-18. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(00\)00106-8](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(00)00106-8)
97. Singh, Douglas A., & Shi, Leiyu (2013). *Delivering health care in America: A system approach*. United States of America: Michael Brown.

98. Smith, Peter (2009). *Market mechanisms and the use of health care resources*. In *Achieving Better Value for Money in Health Care* (pp. 53-77). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264074231-5-en>
99. Smith, Richard D., & Hanson, Kara (2012). *Health systems in low-and middle-income countries: An economic and policy perspective*. Oxford University Press.
100. Sun, J., Hu, C. J., Stuntz, M., Hogerzeil, H., & Liu, Y. (2018). A review of promoting access to medicines in China - Problems and recommendations. *BMC Health Services Research*, 18(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2875-6>
101. Talbot, Colin, Pollitt, Christopher, Caulfield, Janice, & Smullen, Amanda (2004). *Agencies: How governments do things through semi-autonomous organizations*.
102. Tan, Chorh Chuan, Lam, Carolyn S. P., Matchar, David B., Zee, Yoong Kang, & Wong, John E. L. (2021). Singapore's health-care system: Key features, challenges, and shifts. *The Lancet*, 398(10305), 1091-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00252-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00252-X)
103. Tan, Kelvin B., & Lee, Chien Earn (2019). Integration of primary care with hospital services for sustainable universal health coverage in Singapore. *Health Systems & Reform*, 5(1), 18-23. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1543830>
104. Tang, W., Xie, J., Lu, Y., Liu, Q., Malone, D., & Ma, A. (2018). Effects on the medical revenue of comprehensive pricing reform in Chinese urban public hospitals after removing drug markups: Case of Nanjing. *Journal of Medical Economics*, 21(4), 326-39. <https://doi.org/10.1080/13696998.2017.1405817>
105. Titmuss, R. (1974). *Social policy: An introduction*. London: Allen & Unwin.
106. United Nations Development Programme (UNDP). (2021). *Health equity and financial sustainability in public health systems*.
107. United Nations. (2015). *Sustainable Development Goals*. Truy cập từ: <https://sdgs.un.org/goals>
108. United States Agency for International Development (USAID). (2015). *Hospital management reform in Afghanistan: Developing autonomous hospital management systems at 16 national institutions*. Washington, DC.
109. United States Agency for International Development (USAID). (2021). *Creating budgetary space for health in Vietnam by reforming expenditure planning and pro-health taxation: A synthesis report*. The Local Health System Sustainability Project (LHSS) under the USAID Integrated Health Systems IDIQ. October 2022. Rockville, MD: Abt Associates.

110. Vo, Thi Minh. H., & Löfgren, K. (2018). An institutional analysis of the fiscal autonomy of public hospitals in Vietnam. *Asia & the Pacific Policy Studies*, 6. <https://doi.org/10.1002/app5.268>
111. World Bank. (2011). *Lessons for hospital autonomy implementation in Vietnam from international experience: Overview of international experience with hospital reform and hospital autonomy 1980-2009*.
112. World Bank. (2018). *Hospital autonomy in developed countries: Lessons for developing economies*. World Bank Policy Research Papers.
113. Wagstaff, A., & Bales, S. (2012). *The impacts of public hospital autonomization: Evidence from a quasi-natural experiment*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-6137>
114. World Bank. (2011). *Lessons for hospital autonomy implementation in Vietnam from international experience: Overview of international experience with hospital reform and hospital autonomy 1980-2009*.
115. World Bank. (2018). *Hospital autonomy in developed countries: Lessons for developing economies*. World Bank Policy Research Papers.
116. World Bank. (2022). *Global health financing report*. Truy cập từ: <https://www.worldbank.org/en/topic/health>
117. World Health Organization (2015a). *Health in 2015: From MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals*. Geneva, Switzerland: WHO.
118. World Health Organization (2015b). *Public hospital governance in Asia and the Pacific*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.
119. World Health Organization (WHO). (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
120. World Health Organization (WHO). (2017). *Developing a national health financing strategy: A reference guide*. ISBN 978-92-4-151210-7.
121. World Health Organization (WHO). (2022). *Transparency in health financing: A key to achieving SDGs*.
122. World Health Organization (WHO). (2023). *Health systems financing: The path to universal coverage*. Truy cập từ: <https://www.who.int>
123. World Health Organization (WHO). (2023). *Universal health coverage and financial protection*. Truy cập từ: <https://www.who.int>
124. Xu, Jin, Jian, Weiyan, Zhu, Kun, Kwon, Soonman, & Fang, Hai (2019). Reforming public hospital financing in China: Progress and challenges. *BMJ*, 365, l4015. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4015>

125. Yip, W., Fu, H., Chen, A. T., Zhai, T., Jian, W., Xu, R., Pan, J., Hu, M., Zhou, Z., & Chen, Q., et al. (2019). 10 years of health-care reform in China: Progress and gaps in Universal Health Coverage. *The Lancet*, 394(10204), 1192-1204. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32136-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32136-1)
126. Yu, B., Chaoran, S., Xiaoteng, L., & Feifei, L. (2011). Healthcare system in Singapore. *Actu4625 Topics: Health Insurance*.
127. Zhou, L. L., Ampon-Wireko, S., Brobbey, E. W., Dauda, L., Owusu-Marfo, J., & Tetgoum, A. D. K. (2020). The role of macroeconomic indicators on healthcare cost. *Healthcare (Basel)*, 8(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare8020123>
128. Zhu, D., Shi, X., Nicholas, S., Bai, Q., & He, P. (2019). Impact of China's healthcare price reforms on traditional Chinese medicine public hospitals in Beijing: An interrupted time-series study. *BMJ Open*, 9(8), e029646. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029646>

PHỤ LỤC

**PHỤ LỤC 1: TỔNG QUAN VỀ CÁC BỆNH VIỆN CÔNG KHU VỰC
PHÍA BẮC**

Giới thiệu chung về các bệnh viện công khu vực phía Bắc

Bệnh viện công tuyến Trung ương trực thuộc Bộ Y tế đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y tế quốc gia, là cơ sở y tế hàng đầu, nơi được Nhà nước ưu tiên đầu tư về cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế hiện đại. Đồng thời, các bệnh viện này cũng đóng góp chính trong nghiên cứu khoa học và phát triển ngành y, cũng như thực hiện nhiệm vụ chỉ đạo tuyến. Với đội ngũ y bác sĩ trình độ cao và giàu kinh nghiệm, các bệnh viện này có khả năng điều trị các bệnh lý phức tạp và nguy hiểm nhất trên toàn quốc.

Đến thời điểm hiện tại, trên toàn lãnh thổ Việt Nam có 34 bệnh viện công tuyến Trung ương thuộc sự quản lý của Bộ Y tế, riêng khu vực phía Bắc có 23 bệnh viện công tuyến Trung ương trực thuộc Bộ Y tế. Các bệnh viện này được đặt tại nhiều tỉnh thành khác nhau như Vĩnh Phúc (Bệnh viện 74 Trung ương), Thái Nguyên (Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên) hay Thanh Hoá (Bệnh viện 71 Trung ương) và Hà Nội. Có thể thấy, trong 23 bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế ở khu vực phía Bắc chỉ có 3 bệnh viện đặt ở các tỉnh, thành ngoài thủ đô, 20 bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế còn lại đặt trụ sở tại Hà Nội, với 2 bệnh viện đang xây dựng cơ sở 2 ở Hà Nam.

Danh sách các bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế

Miền Bắc	Miền Trung	Miền Nam
Bệnh viện Bạch Mai	Bệnh viện C Đà Nẵng	Bệnh viện Chợ Rẫy
Bệnh viện Châm cứu Trung ương		Bệnh viện Đa khoa TW Cần Thơ
Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương	Bệnh viện Trung ương Huế	Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW TP. Hồ Chí Minh
Bệnh viện Phục hồi chức năng Trung ương	Bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam	Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2
Bệnh viện E		Bệnh viện Thống Nhất
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô	Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quỳnh Lập	
Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên		
Bệnh viện K	Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương	
Bệnh viện Phổi Trung ương		

Miền Bắc	Miền Trung	Miền Nam
Bệnh viện 74 Trung ương	Quy Hòa	
Bệnh viện Mắt Trung ương	Bệnh viện Việt Nam - Cuba Đồng Hới	
Bệnh viện Nhi Trung ương		
Bệnh viện Nội tiết		
Bệnh Viện Phụ Sản TW		
Bệnh viện Tai Mũi Họng TW		
Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW		
Bệnh viện Tâm thần TW		
Viện Huyết học truyền máu TW		
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức		
Bệnh viện 71 Trung ương		
Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương		
Bệnh viện Lão khoa Trung ương		
Bệnh viện Da liễu Trung ương		
Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí <i>(đã chuyển về UBND tỉnh Quảng Ninh quản lý từ 1/2021)</i>		

Nguồn: Bộ Y tế, 2024

Ở khu vực phía Bắc, có 7 bệnh viện tuyến Trung ương là những bệnh viện hạng đặc biệt và hạng 1 với số giường bệnh và tổng số cán bộ viên chức tương đối cao so với các bệnh viện công khác.

Thông tin khái quát của các bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế

Tên bệnh viện	Chuyên khoa	Hạng bệnh viện	Số giường bệnh	Tổng cán bộ viên chức
Bệnh viện Bạch Mai	Đa khoa	Đặc biệt	3600	4028
Bệnh viện Việt Đức	Ngoại khoa	Đặc biệt	1500	2600
Bệnh viện K Trung ương	Ung bướu	Hạng 1	2400	1818
Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên	Đa khoa	Đặc biệt	1300	1362
Bệnh viện Nội tiết Trung ương	Chuyên khoa	Hạng 1	1126	1195
Bệnh viện Phổi Trung ương	Chuyên khoa	Hạng 1	800	1000
Bệnh viện E	Đa khoa	Hạng 1	1000	1319

Nguồn: Tổng hợp từ số liệu báo cáo của các bệnh viện năm 2024

Chức năng, nhiệm vụ của các bệnh viện công

Các bệnh viện công ở Việt Nam nói chung và các bệnh viện công khu vực phía Bắc nói riêng đều có các chức năng chính như sau:

- Khám và chữa bệnh: tiếp nhận mọi người bệnh đến cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh nội trú và ngoại trú theo các chế độ chính sách Nhà nước quy định.
- Đào tạo và chỉ đạo tuyến: Bệnh viện đóng vai trò là cơ sở thực hành cho việc đào tạo đội ngũ cán bộ y tế. Hệ thống bệnh viện được tổ chức theo các tuyến kỹ thuật, trong đó bệnh viện tuyến trên có nhiệm vụ hướng dẫn và hỗ trợ kỹ thuật cho bệnh viện tuyến dưới.
- Nghiên cứu khoa học: Là nơi thực hiện các nghiên cứu khoa học, ứng dụng các tiến bộ khoa học và kỹ thuật vào công tác khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe bệnh nhân.
- Hợp tác quốc tế: Tạo dựng và phát triển mối quan hệ hợp tác với các tổ chức y tế quốc tế, trao đổi kinh nghiệm, chuyên gia về lĩnh vực khám chữa bệnh, nghiên cứu khoa học và đào tạo cán bộ.
- Phòng chống dịch bệnh, thiên tai và thảm họa: Tăng cường phối hợp với các cơ sở y tế trong khu vực để phát hiện, ngăn ngừa và ứng phó với dịch bệnh, thiên tai và thảm họa.

- Quản lý bệnh viện: Thực hiện nghiêm chỉnh các quy định của Nhà nước về quản lý bệnh viện, gồm cả thu, chi ngân sách của bệnh viện, từng bước tổ chức thực hiện việc hạch toán chi phí về khám bệnh, chữa bệnh trong bệnh viện.

Cấu trúc quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với bệnh viện công khu vực phía Bắc

Cấu trúc quản lý nhà nước về tài chính y tế đối với các bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế là mô hình quản lý dọc từ trên xuống dưới, cấp dưới phục tùng cấp trên tuân theo nguyên tắc tập thể lãnh đạo, các nhân sự quản lý.

- *Quốc hội*: giữ chức năng lập pháp (kể cả lập hiến), Quốc hội còn có những quyền hành quan trọng khác liên quan đến quản lý đất nước, bao gồm cả chức năng quyết định kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 5 năm và hàng năm; quyết định chính sách tài chính, tiền tệ quốc gia, dự toán NSNN và phân bổ ngân sách Trung ương, phê chuẩn quyết toán NSNN. Việc phân bổ NSNN cho các bệnh viện công tuyến Trung ương được Bộ Y tế trình chính phủ để chính phủ xin ý kiến Quốc hội trước khi giao ngân sách tài chính cho ngành y tế. Nếu ngành y tế có ý định hình thành các công trình đầu tư trọng điểm quốc gia thì công trình đó phải được chính phủ trình Quốc hội để phê duyệt. Việc giám sát thực hiện các hoạt động của ngành y tế cũng là một trong những chức năng của Quốc hội. Quốc hội giám sát hoạt động tài chính của các bệnh viện công thông qua cơ quan kiểm toán nhà nước.

- *Chính phủ*: Có trách nhiệm ban hành các chủ trương, chính sách, cơ chế và giám sát tài chính giữa nhà cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ thông qua ngân sách quốc gia và các quy định liên quan đến quản lý tài chính trong hệ thống y tế. Chính phủ cũng có thể điều chỉnh các cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế khi cần thiết. Đối với các bệnh viện công trực thuộc Bộ Y tế, Chính phủ thực hiện giám sát tài chính thông qua Thanh tra Chính phủ, cơ quan này kiểm tra, giám sát hoạt động tài chính của các bệnh viện công theo kế hoạch định kỳ hoặc đột xuất.

- *Bộ Y tế*: Bộ trưởng Bộ Y tế là người đứng đầu bộ, có trách nhiệm chỉ đạo và hướng dẫn các bệnh viện công trong việc sử dụng tài chính, thu chi theo đúng quy định của pháp luật. Vụ Kế hoạch - Tài chính thuộc Bộ Y tế có nhiệm vụ tham mưu cho Bộ trưởng trong việc xây dựng và điều hành chính sách tài chính y tế, phân bổ ngân sách cho các bệnh viện công tuyến Trung ương. Thanh tra Bộ Y tế là cơ quan thuộc Bộ Y tế, giúp Bộ trưởng Bộ Y tế thực hiện công tác quản lý nhà nước trong lĩnh vực thanh tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo, phòng chống tham nhũng và giám sát các hoạt động thu chi tài chính, mua sắm trang thiết bị, đấu thầu vật tư và các khoản thu chi ngoài ngân

sách. Thanh tra Bộ Y tế hoạt động dưới sự chỉ đạo của Bộ trưởng Bộ Y tế và nhận hướng dẫn về nghiệp vụ từ Thanh tra Chính phủ.

- *Bộ Tài chính*: Bộ Tài chính đóng vai trò quan trọng trong việc hướng dẫn cơ chế tài chính, phối hợp với Bộ Y tế để phân bổ ngân sách cho các bệnh viện công tuyến Trung ương. Bộ cũng chịu trách nhiệm kiểm tra, giám sát việc thực hiện cơ chế tự chủ tài chính trong hệ thống bệnh viện công. Ngoài ra, Bộ Tài chính ban hành các thông tư hướng dẫn về cơ chế giá dịch vụ y tế, chính sách bảo hiểm y tế và quản lý viện phí.

- *Bảo hiểm Xã hội Việt Nam*: Đây là đơn vị chịu trách nhiệm quản lý quỹ bảo hiểm y tế, thực hiện ký kết hợp đồng với các bệnh viện công tuyến Trung ương để thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo chính sách bảo hiểm y tế. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam cũng có nhiệm vụ kiểm soát chi phí khám chữa bệnh, tránh tình trạng trục lợi bảo hiểm y tế, đồng thời hỗ trợ bệnh viện trong việc giải quyết các vướng mắc về thanh toán bảo hiểm.

- *Kiểm toán nhà nước* được giao chức năng tổ chức thực hiện kế hoạch kiểm toán hằng năm và thực hiện nhiệm vụ kiểm toán theo yêu cầu của Quốc hội, Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Chủ tịch nước, Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ. Trong lĩnh vực y tế, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán tài chính Bộ Y tế, cũng như kiểm toán hoạt động của các bệnh viện công tuyến Trung ương theo kế hoạch kiểm toán tập trung vào tính minh bạch trong thu chi từ tất cả các nguồn trong bệnh viện. Trước mỗi đợt kiểm toán chính thức, Kiểm toán nhà nước yêu cầu đơn vị được kiểm toán cung cấp đầy đủ, chính xác, kịp thời thông tin, tài liệu phục vụ cho việc kiểm toán trong mọi lĩnh vực tài chính của bệnh viện như thu chi trong khám chữa bệnh, giá cả thuốc men đầu thầu thuốc, viện phí, mua sắm trang thiết bị vật tư, máy móc, xây dựng cơ bản, các dịch vụ có thu chi trong bệnh viện, xã hội hóa, nguồn viện trợ, các quỹ và hoạt động các quỹ trong bệnh viện có phù hợp hay không... Trong quá trình thực hiện nhiệm vụ tại Bộ Y tế cũng như các đơn vị được kiểm toán, Kiểm toán nhà nước thực hiện việc kiểm tra, đối chiếu các nội dung liên quan trực tiếp đến nội dung, phạm vi kiểm toán của đơn vị được kiểm toán tại các cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan đến hoạt động kiểm toán. Kết thúc kiểm toán, các đơn vị được kiểm toán phải có trách nhiệm thực hiện kết luận, kiến nghị kiểm toán của Kiểm toán nhà nước đối với sai phạm trong báo cáo tài chính và sai phạm trong việc chấp hành pháp luật; kiến nghị thực hiện biện pháp khắc phục yếu kém trong hoạt động của đơn vị do Kiểm toán nhà nước phát hiện.

PHỤ LỤC 2: KINH NGHIỆM TỪ THÍ ĐIỂM TỰ CHỦ TOÀN DIỆN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI VÀ BỆNH VIỆN K

Chính phủ đã ban hành Nghị quyết 33/NQ-CP ngày 19/5/2019, thí điểm thực hiện cơ chế tự chủ toàn diện tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện K. Theo đề án, hai bệnh viện này sẽ vận hành theo mô hình đơn vị có nguồn thu sự nghiệp tự đảm bảo chi đầu tư và chi thường xuyên, hoạt động theo hướng mô hình doanh nghiệp, không còn nhận hỗ trợ tài chính từ ngân sách nhà nước.

Tuy nhiên, thực tế triển khai đã bộc lộ nhiều bất cập:

- Sụt giảm doanh thu và thu nhập nhân viên: Bệnh viện Bạch Mai ghi nhận mức giảm doanh thu khoảng 2.000 tỷ đồng trong năm 2020, tương đương giảm 30% so với năm 2019. Thu nhập của y, bác sĩ, nhân viên bệnh viện cũng giảm tối thiểu 30%, gây ảnh hưởng lớn đến đời sống cán bộ nhân viên.

Bệnh viện K cũng đối diện tình trạng tương tự. Thu từ dịch vụ khám chữa bệnh năm 2022 giảm 14% so với năm 2020, trong khi tổng chi năm 2022 lại tăng 8%.

- Tình trạng nhân viên y tế nghỉ việc: Trong giai đoạn 2020 - 2021, Bệnh viện Bạch Mai có 221 cán bộ xin nghỉ việc, trong đó có 48 người có trình độ đại học trở lên, bao gồm tiến sĩ, phó giáo sư, trưởng khoa. Nguyên nhân chủ yếu là thu nhập giảm, thiếu trang thiết bị làm việc, áp lực công việc cao.

- Bất cập trong khung giá dịch vụ: Một trong những nguyên nhân khiến hai bệnh viện gặp khó khăn khi tự chủ là do không được quyền quyết định giá dịch vụ khám chữa bệnh theo yêu cầu, mà phải tuân thủ khung giá do Bộ Y tế ban hành. Tuy nhiên, thời điểm triển khai, Bộ Y tế chưa ban hành khung giá dịch vụ khám chữa bệnh theo yêu cầu, dẫn đến tình trạng bệnh viện không có cơ sở pháp lý để tăng giá, ảnh hưởng đến nguồn thu.

Sau hơn hai năm thực hiện thí điểm, do gặp quá nhiều khó khăn về tài chính và vận hành, cả Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện K đều đề nghị chấm dứt thí điểm tự chủ toàn diện vào năm 2022. Cả hai bệnh viện quay lại mô hình tự chủ chi thường xuyên theo Nghị định 60/2021/NĐ-CP, đồng thời giải thể Hội đồng quản lý bệnh viện

** Định hướng hoàn thiện cơ chế tự chủ tài chính bệnh viện*

Nhìn vào thực tế triển khai tự chủ tại các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, có thể thấy rằng cơ chế này cần tiếp tục được hoàn thiện để đảm bảo tính khả thi và bền vững. Một số định hướng chính sách quan trọng bao gồm:

- Tiếp tục duy trì hỗ trợ tài chính từ ngân sách nhà nước:

Thực tế cho thấy, việc tự chủ không đồng nghĩa với việc cắt giảm hoàn toàn sự hỗ trợ từ nhà nước. Cần có cơ chế điều chỉnh linh hoạt để đảm bảo những bệnh viện thực hiện nhiệm vụ y tế công cộng vẫn nhận được nguồn lực phù hợp.

- Nâng cao năng lực quản trị tài chính bệnh viện: Cần có chính sách hướng dẫn cụ thể hơn về quản lý tài chính trong bệnh viện tự chủ, đặc biệt là các quy định về giá dịch vụ y tế, đấu thầu, mua sắm trang thiết bị, nhằm tránh những sai phạm trong điều hành tài chính bệnh viện.

- Xây dựng cơ chế định giá dịch vụ y tế linh hoạt hơn: Việc để các bệnh viện tự chủ nhưng vẫn phải phụ thuộc vào khung giá cứng nhắc do Bộ Y tế ban hành sẽ gây khó khăn lớn cho các đơn vị. Cần có chính sách mở rộng quyền tự chủ về giá dịch vụ y tế theo nguyên tắc tính đúng, tính đủ để đảm bảo tính bền vững của tài chính bệnh viện.

Như vậy, cơ chế tự chủ tài chính bệnh viện tại Việt Nam, đặc biệt tại các bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc, vẫn đang trong quá trình hoàn thiện. Những kinh nghiệm từ thí điểm tự chủ toàn diện tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện K đã cho thấy rằng, để đảm bảo tính khả thi và hiệu quả của mô hình tự chủ, cần có những điều chỉnh linh hoạt trong chính sách tài chính y tế, đảm bảo hài hòa giữa tự chủ tài chính và trách nhiệm cung cấp dịch vụ y tế công cộng.

PHỤ LỤC 3: THIẾT KẾ THU THẬP SỐ LIỆU

Thu thập số liệu thứ cấp

Số liệu thứ cấp được tổng hợp từ các báo cáo của Bộ Y tế, Kiểm toán nhà nước, báo cáo của các bệnh viện công khu vực phía Bắc và các nguồn dữ liệu chính thống khác. Ngoài ra, các chỉ tiêu về kinh tế vĩ mô được nghiên cứu sinh tổng hợp từ niên giám thống kê, các nghị quyết của Chính phủ và Quốc hội,...

Tính toán quy mô mẫu điều tra khảo sát

Mẫu nghiên cứu (điều tra sơ cấp) vô cùng quan trọng vì nó quyết định chất lượng của nghiên cứu. Để xác định số lượng mẫu nghiên cứu, nghiên cứu sinh sử dụng công thức Slovin 1960 (trích dẫn trong Trần Thị Kim Thu, 2011) như sau:

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

Trong đó: n: quy mô mẫu nghiên cứu

N: quy mô tổng thể chung

e: tỷ lệ sai số mong muốn (cho phép)

Năm 2022, tại 7 bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc trực thuộc Bộ Y tế được lựa chọn nghiên cứu có khoảng 6000 cán bộ, bác sĩ, nên N=6000. Tại thời điểm tiến hành điều tra qua phiếu đối với bệnh nhân, theo báo cáo từ bệnh viện có khoảng 7000 bệnh nhân nội trú

Với tỷ lệ sai số mong muốn là 8%, nên $e = 0.08$

Thay vào công thức trên ta có n lần lượt là 153 và 152.

Khi thu thập dữ liệu, số phiếu điều tra do đó không ít hơn 155 thì độ tin cậy của dữ liệu điều tra là chấp nhận được. Dựa vào cách tính trên, nghiên cứu tiến hành thu thập dữ liệu thông qua 217 phiếu M1 (điều tra cán bộ cơ hữu của 7 bệnh viện) cùng 162 phiếu M2 (điều tra bệnh nhân) tại 7 bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc như bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Việt Đức, bệnh viện K, Bệnh viện Thái Nguyên và một số bệnh viện khác.

Đối với phiếu M1, để có được những thông tin hữu ích phục vụ mục tiêu nghiên cứu, nhóm đối tượng được điều tra do đó bao gồm cả bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên; những đối tượng này được phân tổ theo trình độ, độ tuổi và vị trí công tác.

Các câu hỏi sẽ được thiết kế dựa trên kết hợp mô hình IPA với các thang đo khoảng để nhóm đối tượng điều tra sẽ tích vào ô thích hợp; bên cạnh đó câu hỏi điều tra còn được thiết kế theo các biến định danh thứ bậc (thang đo danh nghĩa) để người được điều tra sẽ lựa chọn ô phù hợp. Ngoài ra phiếu điều tra còn thiết kế câu hỏi mở theo thang đo tỉ lệ để đối tượng điều tra tự điều số liệu phù hợp.

Vì chủ đề nghiên cứu là quản lý nhà nước đối với tài chính bệnh viện, nên với nhóm đối tượng là đội ngũ nhân viên y tế, trong bối cảnh thực hiện nghị định 60/2021/NĐCP sẽ được hỏi để đưa ra các mức đánh giá dựa trên thang đo likert về mức giá dịch vụ khám chữa bệnh do bệnh viện cung cấp; mối quan hệ giữa mức giá cung ứng với chất lượng cơ sở vật chất mà bệnh viện hiện cung cấp cho người bệnh; rồi sự biến đổi thu nhập của đội ngũ nhân viên ngành y. Bộ câu hỏi cũng đem đến cơ hội để đội ngũ nhân viên ngành y đưa ra các nhận xét về chính sách, quy định cũng như các hướng dẫn mà Bộ Tài chính, Bộ Y tế đã ban hành nhằm tạo tiện lợi cho việc triển khai các hoạt động của bệnh viện theo phương thức tự đảm bảo chi thường xuyên.

Phương pháp điều tra thu thập dữ liệu là phương pháp điều tra thuận tiện, tức là việc điều tra thu thập dữ liệu kết hợp cả gửi phiếu hỏi trực tiếp đến tay người được điều tra, cũng như phỏng vấn qua bảng hỏi trực tuyến với công cụ google doc. Đối tượng được hỏi là nhờ sự giới thiệu của người thân, bạn bè và việc phỏng vấn sẽ không dừng lại khi số phiếu M1 và M2 chưa đạt tới mức tối thiểu là 153.

Trong bối cảnh thực hiện xã hội hoá y tế, thúc đẩy tự chủ bệnh viện, bộ phiếu điều tra cũng hướng đến xu hướng, cách thức mà bệnh viện thúc đẩy xã hội hoá, đổi mới trang thiết bị y tế để nâng cao chất lượng khám chữa và điều trị bệnh.

PHỤ LỤC 4. BẢNG HỎI PHỎNG VẤN XIN Ý KIẾN (Phiếu M1)

Kính gửi bác sĩ, điều dưỡng đang làm việc tại các bệnh viện tuyến Trung ương

Tôi tên Nguyễn Phương Nga – đang công tác tại Kiểm toán nhà nước, đồng thời cũng là Nghiên cứu sinh (NCS) của Bộ môn Tài chính công, Đại học Thương Mại. Hiện nay tôi đang thực hiện nghiên cứu phục vụ cho Luận án tiến sĩ liên quan đến chủ đề quản lý nhà nước đối với tài chính bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc. Để có thêm những thông tin hữu ích phục vụ kết quả nghiên cứu, tôi xin phép được xin ý kiến của đội ngũ cán bộ cơ hữu đang công tác tại các bệnh viện công trực thuộc Bộ y tế. Kính mong Quý vị hỗ trợ trả lời bảng hỏi dưới đây. Tôi xin cam đoan mọi ý kiến đều được bảo mật và mã hoá, chỉ sử dụng dữ liệu khảo sát vào quá trình nghiên cứu và không sử dụng vào mục đích khác.

Xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ của Quý vị!

Tên bệnh viện: ☐ Bạch Mai ☐ Việt Đức ☐ K ☐ Thái Nguyên ☐ Khác

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Tuổi: ☐ Dưới 35 ☐ 35 – 45 ☐ 45-60 ☐ >60

Chức vụ: ☐ Lãnh đạo bệnh viện
☐ Trưởng/phó trưởng khoa, trung tâm trực thuộc bệnh viện
☐ Không giữ chức vụ quản lý (Bác sĩ/Điều dưỡng/kỹ thuật viên)
☐ Đối tượng thuộc diện ký hợp đồng lao động thường niên

Ông/ bà là bác sĩ làm việc ☐ Lâm sàng khoa nội ☐ Trình độ: ☐ Bác sĩ
☐ Lâm sàng khoa ngoại ☐ Bác sĩ chuyên khoa I
☐ Xét nghiệm cận lâm sàng ☐ BS chuyên khoa II
☐ Chẩn đoán hình ảnh ☐ ThS.BS
☐ Cận lâm sàng nội soi ☐ TS.BS
☐ Khu vực điều trị theo yêu cầu ☐ PGS.BS
☐ GS.BS

Ông/ bà là điều dưỡng làm việc ☐ Lâm sàng khoa nội ☐ Trình độ: ☐ Thạc sĩ
☐ Lâm sàng khoa ngoại ☐ Cử nhân
☐ Xét nghiệm cận lâm sàng ☐ Cao đẳng
☐ Chẩn đoán hình ảnh ☐ Trung cấp
☐ Cận lâm sàng nội soi
☐ Khu vực điều trị theo yêu cầu

Ông/ bà là kỹ thuật viên làm việc

- ☐ Lâm sàng khoa nội
☐ Lâm sàng khoa ngoại
☐ Xét nghiệm cận lâm sàng
☐ Chẩn đoán hình ảnh
☐ Cận lâm sàng nội soi
☐ Khu vực điều trị theo yêu cầu

Trình độ:

- ☐ Th.S/CKI
☐ Cử nhân
☐ Cao đẳng
☐ Trung cấp

Ông/bà đã được đào tạo chuyên môn ở nước ngoài:

- ☐ Bậc sau đại học
☐ Bậc đại học
☐ Chưa từng được đào tạo

Các khoá đào tạo ngắn hạn

Bệnh viện của ông/bà được tự chủ tài chính theo:

- ☐ Nhóm 1: Tự bảo đảm chi thường xuyên và chi đầu tư
☐ Nhóm 2: Tự bảo đảm chi thường xuyên
☐ Nhóm 3: Tự bảo đảm một phần chi thường xuyên
☐ Nhóm 4: Do nhà nước bảo đảm chi thường xuyên

Ông/bà biết đến tình trạng tự chủ bệnh viện thông qua:

- ☐ Đọc trực tiếp văn bản pháp quy liên quan
☐ Nghe tuyên truyền qua các thông tin đại chúng
☐ Nghe qua bạn bè đồng nghiệp
☐ Nghe lãnh đạo đơn vị phổ biến
☐ Tất cả các ý trên
☐ Qua nhiều kênh nhưng chưa đọc trực tiếp văn bản pháp quy liên quan

Ông/bà hãy cho ý kiến đối với các vấn đề sau thông qua tích vào ô thích hợp (trong đó 1 là mức đánh giá thấp nhất còn 5 là mức đánh giá cao nhất)

	1	2	3	4	5
Giá dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện của ông/bà hiện nay là hợp lý					
Thu nhập từ bệnh viện đã tạo điều kiện cho ông/bà trở thành thành viên nhóm có thu nhập khá trong xã hội (có nhà riêng, có xe hơi)					
Tiền thưởng cuối năm từ bệnh viện đem đến cho ông/bà ấn tượng vượt trội cả vật chất lẫn tinh thần nhiều hơn so với tiền thưởng các dịp lễ khác trong năm					
Mức độ hiện đại của trang thiết bị ông/bà đang sử dụng trong chăm sóc điều trị tại bệnh viện					

	1	2	3	4	5
Mức độ hiện đại của trang thiết bị mà ông/bà đang sử dụng trong khám/chữa, chăm sóc điều trị tại bệnh viện					
Chất lượng các trang thiết bị mà ông/bà đang sử dụng trong điều trị, chăm sóc phục hồi tại bệnh viện					
Chất lượng cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ khám bệnh, chẩn đoán bệnh tại bệnh viện					
Chất lượng cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ phẫu thuật, hồi sức, cấp cứu tại bệnh viện					
Mức độ quá tải về giường bệnh tại đơn vị của ông/bà khi bệnh nhân khi điều trị nội trú					
Mức độ đáp ứng nhu cầu giường bệnh tự nguyện của bệnh nhân khi điều trị nội trú					
Tình trạng những người bệnh nhân tại đơn vị của ông/bà					
Đầu tư xây dựng các dự án đầu tư phát triển hạ tầng, trang thiết bị y tế từ NSNN vào các bệnh viện tuyến Trung ương chưa thật sự được quan tâm					
Năng lực của đội ngũ làm công tác xây dựng và phân bổ dự toán NSNN đối với các bệnh viện công					
Tính kịp thời trong quá trình thực hiện giải ngân tài chính NSNN cho các hạng mục của bệnh viện công theo tiến độ					
Hướng dẫn rõ ràng, đầy đủ của Bộ Tài chính về khung giá dịch vụ y tế					
Mức độ rủi ro của các chế tài khi phát hiện sai phạm trong quản lý tài chính ở các bệnh viện chưa thoả đáng					

Ông/bà hãy trả lời câu hỏi sau bằng cách điền số thích hợp vào các câu hỏi sau đây:

Bình quân mỗi tuần ông/bà phải trực đêm

Thời gian làm việc thực bình quân tuần của ông/bà là: giờ

Tỷ lệ tái khám của bệnh nhân trên tổng số bệnh nhân tại đơn vị của ông/bà %

Thời gian điều trị bình quân đối với một bệnh nhân nội trú tại đơn vị ông/bà ngày

Thời gian trung bình sử dụng một thiết bị thăm khám, điều trị bệnh mà ông/bà sử dụng là năm bao nhiêu

Theo ông/bà một máy điều trị cho người bệnh nên được thay mới sau năm

Ông/bà hãy trả lời câu hỏi sau bằng cách tích vào ô thích hợp với các câu hỏi sau đây

Ông/bà cho biết, ông/bà đang đứng ở nhóm thu nhập nào trong xã hội

☐ Nhóm giàu ☐ Nhóm khá ☐ Nhóm trung bình

Ông/bà cho biết mức độ quá tải trong thực hiện công việc

☐ Không quá tải ☐ Vừa phải ☐ Hơi quá tải ☐ Rất quá tải

Theo ông/bà việc thay mới trang thiết bị điều trị nên sử dụng nguồn ngân sách hay nguồn xã hội hoá của bệnh viện

☐ Nguồn ngân sách ☐ Nguồn xã hội hoá

Ông/bà đã từng rơi vào tình trạng thiếu trang thiết bị trong chăm sóc, điều trị đối với bệnh nhân

☐ Đã ☐ Chưa

Ông/bà có được góp vốn cho nâng cấp trang thiết bị hay mở rộng quy mô hoạt động của bệnh viện mà ông bà đang là cán bộ cơ hữu

☐ Có ☐ Không

Bệnh viện có thuê chuyên gia đến thực hiện nhiệm vụ cùng với đội ngũ cán bộ cơ hữu của bệnh viện

☐ Có ☐ Không

Ông/bà cùng các chuyên gia, nhà khoa học đến từ bên ngoài tham gia vào các hoạt động chăm sóc, điều trị bệnh nhân nội, ngoại trú tại bệnh viện

☐ Đã ☐ Chưa

Vẫn còn tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế không cần thiết tại đơn vị của ông/bà

☐ Có ☐ Không

Cần đẩy mạnh xã hội hoá y tế (liên kết, vay vốn, liên doanh) để nâng cao chất lượng, số lượng trang thiết bị phục vụ qua trình điều trị bệnh nhân

☐ Đồng ý ☐ Không đồng ý

PHỤ LỤC 5. BẢNG HỎI PHÒNG VẤN XIN Ý KIẾN (Phiếu M2)

Kính gửi Quý ông/bà đang điều trị tại các bệnh viện tuyến Trung ương

Tôi tên Nguyễn Phương Nga – đang công tác tại Kiểm toán nhà nước, đồng thời cũng là Nghiên cứu sinh (NCS) của Bộ môn Tài chính công, Đại học Thương Mại. Hiện nay tôi đang thực hiện nghiên cứu phục vụ cho Luận án tiến sĩ liên quan đến chủ đề quản lý nhà nước đối với tài chính bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc. Để có thêm những thông tin hữu ích phục vụ kết quả nghiên cứu, tôi xin phép được xin ý kiến của những bệnh nhân đang điều trị tại các bệnh viện công trực thuộc Bộ y tế khu vực phía Bắc. Kính mong Quý vị hỗ trợ trả lời bảng hỏi dưới đây. Tôi xin cam đoan mọi ý kiến đều được bảo mật và mã hoá, chỉ sử dụng dữ liệu khảo sát vào quá trình nghiên cứu và không sử dụng vào mục đích khác.

Xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ của Quý vị!

Tên bệnh viện: ☐ Bạch Mai ☐ Việt Đức ☐ K ☐ Thái Nguyên ☐ Khác

Giới tính	☐ Nam	☐ Nữ
Tuổi:	☐ Dưới 18	☐ 18 – 35 ☐ 36-60 ☐ >60
Bệnh nhân	☐ Nội trú ☐ Nhập trực tiếp	☐ Ngoại trú ☐ Chuyển tuyến
Buồng điều trị	☐ Tự nguyện	☐ Không tự nguyện
Gia đình thuộc diện	☐ Giàu	☐ Khá ☐ Trung bình ☐ Nghèo
Hiện tại	☐ Đang đi làm	☐ Đã nghỉ hưu
Sử dụng thẻ BHYT (bắt buộc/tự nguyện) khi điều trị bệnh	☐ Có	☐ Không
Sở hữu các thẻ bảo hiểm sức khoẻ khác	☐ Có	☐ Không
Cảm ơn riêng bác sĩ/điều dưỡng trong quá trình điều trị nội trú	☐ Có	☐ Không
Tự trang bị thêm kiến thức liên quan đến bệnh tật của mình	☐ Có	☐ Không
Tìm hiểu thêm về công dụng các thuốc được bác sĩ kê	☐ Có	☐ Không
Sử dụng không hết thuốc theo đơn kê của bác sĩ	☐ Có	☐ Không
Đề nghị được điều trị bởi bác sĩ tốt nhất, phác đồ tốt nhất	☐ Có	☐ Không
Quý vị đã đi khám tại các bệnh viện ngoài công lập	☐ Đã	☐ Chưa
Quý vị đã điều trị nội trú ở các bệnh viện ngoài công lập	☐ Đã	☐ Chưa
Quý vị đang điều trị nội trú theo dạng bệnh nhân	☐ Đúng tuyến.	☐ Tráituyến
Quý vị có phải chia sẻ giường nằm với bệnh nhân khác	☐ Có	☐ Không
Quý vị có phải chia sẻ giường nằm với người nhà	☐ Có	☐ Không

Lý do Quý vị lựa chọn bệnh viện công để điều trị nội trú là do

- ☐ Năng lực chi trả tài chính của gia đình trong quá trình điều trị
- ☐ Sự tín nhiệm về chuyên môn đối với đội ngũ nhân viên y tế
- ☐ Khả năng chi trả tài chính và chuyên môn

Ông/bà hãy cho ý kiến đối với các vấn đề sau thông qua tích vào ô thích hợp (trong đó 1 là mức đánh giá thấp nhất còn 5 là mức đánh giá cao nhất)

	1	2	3	4	5
Chỗ ngồi chờ khám được bố trí hợp lý, không để tình trạng bệnh nhân phải đứng chờ đến lượt để được thăm khám					
Có được bác sĩ thông báo phác đồ điều trị					
Có biết được thời gian điều trị nội trú mỗi khi nhập viện					
Gánh nặng tài chính của gia đình khi không có bảo hiểm y tế (với những đối tượng không có thẻ BHYT, hoặc khám trái tuyến)					
Gánh nặng tài chính của gia đình khi có bảo hiểm y tế (đối với những đối tượng khám đúng tuyến)					
Gánh nặng tài chính của gia đình khi sở hữu thêm các thẻ bảo hiểm sức khoẻ khác					
Cảm nhận về trình độ chuyên môn của đội ngũ bác sĩ đang điều trị trực tiếp cho bản thân người bệnh					
Cảm nhận về trình độ chuyên môn của đội ngũ điều dưỡng đang điều trị trực tiếp cho bản thân người bệnh					
Cảm nhận về tinh thần, thái độ phục vụ bệnh nhân của đội ngũ bác sĩ đang điều trị trực tiếp cho bản thân người bệnh					
Cảm nhận về tinh thần, thái độ phục vụ bệnh nhân của đội ngũ điều dưỡng đang điều trị trực tiếp cho bản thân người bệnh					
Cảm nhận mức độ hiện đại về trang thiết bị y tế phục vụ quá trình khám bệnh tại bệnh viện					
Cảm nhận mức độ hiện đại về trang thiết bị y tế phục vụ quá trình chữa/điều trị tại bệnh viện					
Cảm nhận mức độ hiện đại về trang thiết bị y tế phục vụ quá trình hỗ trợ phục hồi tại bệnh viện					

	1	2	3	4	5
Cảm nhận về chuyển biến tích cực của bệnh tật trong quá trình điều trị					
Chất lượng dinh dưỡng khi đăng ký bữa ăn do bệnh viện cung ứng					
Mức chi phí phải trả với mỗi bữa ăn do bệnh viện cung ứng					
Các chi phí mà người nhà phải chi trả trong quá trình ở cùng chăm sóc bệnh nhân					
Giá cả các hàng hoá mua tại bệnh viện phục vụ cho sinh hoạt trong quá trình điều trị cao hơn rất nhiều so với dự tính của người bệnh					
Trang thiết bị chưa tương xứng với giá của giường/phòng tự nguyện					
Mức độ sẵn có trong đăng ký được điều trị tại các giường/phòng tự nguyện					

Quý vị hãy trả lời câu hỏi sau bằng cách điền số thích hợp vào các câu hỏi sau đây:

Số ngày nằm điều trị nội trú đến thời điểm hiện tại:.....ngày

Số ngày ước tính còn nằm điều trị nội trú đến thời điểm xuất viện:..... ngày

Tỷ lệ chi trả trực tiếp của người bệnh cho viện phí so với tổng chi phí đợt điều trị:..... %

PHỤ LỤC 6. PHIẾU PHỎNG VẤN CHUYÊN GIA VỀ QUẢN LÝ TÀI CHÍNH Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN CÔNG

Mã số phiếu:

Tôi tên Nguyễn Phương Nga – đang công tác tại Kiểm toán nhà nước, đồng thời cũng là Nghiên cứu sinh (NCS) của Bộ môn Tài chính công, Đại học Thương Mại. Hiện nay tôi đang thực hiện nghiên cứu phục vụ cho Luận án tiến sĩ liên quan đến chủ đề quản lý nhà nước đối với tài chính bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc. Nhằm thu thập thông tin thực tiễn phục vụ nghiên cứu, tôi trân trọng kính mời Quý Ông/bà – những chuyên gia, cán bộ quản lý tài chính y tế tại các bệnh viện công – dành thời gian tham gia khảo sát bằng cách trả lời bảng câu hỏi dưới đây. Tôi xin cam kết mọi thông tin Quý Ông/bà cung cấp sẽ được bảo mật tuyệt đối, mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Kết quả khảo sát sẽ được tổng hợp và phân tích chung, không tiết lộ danh tính hay thông tin cá nhân của người tham gia. Sự tham gia của Quý Ông/bà sẽ đóng góp quan trọng vào việc đưa ra các khuyến nghị chính sách nhằm nâng cao hiệu quả quản lý tài chính y tế tại các bệnh viện công.

Xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ và hợp tác của Quý Ông/bà!

Phần 1: Thông tin chung

1. Ông/Bà đang công tác tại bệnh viện:
 - ☐ Bệnh viện hạng đặc biệt
 - ☐ Bệnh viện hạng I
 - ☐ Khác (vui lòng ghi rõ): _____
2. Chức vụ của Ông/Bà:
 - ☐ Giám đốc bệnh viện
 - ☐ Phó giám đốc phụ trách tài chính
 - ☐ Lãnh đạo Ban/phòng/khoa
 - ☐ Chuyên viên tài chính – kế toán
 - ☐ Khác (vui lòng ghi rõ): _____
3. Kinh nghiệm làm việc trong lĩnh vực tài chính y tế:
 - ☐ Dưới 5 năm
 - ☐ 5 - 10 năm
 - ☐ Trên 10 năm

Phần 2: Đánh giá về hệ thống chính sách QLNN về TCYT

4. Với tư cách là đơn vị thụ hưởng NSNN, Ông/Bà đánh giá như thế nào về các chính sách tài chính y tế đối với bệnh viện công hiện nay? Những điểm nào cần cải thiện để chính sách hiệu quả hơn?

5. Ông/Bà cho ý kiến đánh giá về tác động của cơ chế tự chủ tài chính đối với bệnh viện công?

6. Ông/Bà đánh giá như thế nào về cơ chế kiểm soát giá thuốc và trang thiết bị y tế nhằm đảm bảo công bằng giữa các bệnh viện và khu vực? Theo Ông/Bà, cần có những giải pháp nào để kiểm soát giá thuốc và trang thiết bị y tế hiệu quả hơn?

7. Hiện nay, vẫn có tình trạng bệnh nhân có bảo hiểm y tế vẫn phải mua thuốc ngoài. Theo Ông/Bà, nguyên nhân của tình trạng này là gì? Cần có giải pháp gì để đảm bảo quyền lợi cho người bệnh?

8. Ông/Bà đánh giá như thế nào về việc liên thông kết quả xét nghiệm giữa các bệnh viện? Cần làm gì để nâng cao chất lượng và độ tin cậy của hệ thống này?

9. Theo Ông/bà, những vấn đề nào trong chính sách tài chính y tế cần được điều chỉnh để bệnh viện hoạt động hiệu quả hơn, đồng thời đảm bảo công bằng y tế và hỗ trợ cơ chế tự chủ hiệu quả?

Phần 3: Cấp phát, sử dụng ngân sách nhà nước

10. Bệnh viện công nơi Ông/Bà công tác thuộc nhóm nào?

- ☐ Tự chủ hoàn toàn chi thường xuyên và chi đầu tư
- ☐ Tự chủ hoàn toàn chi thường xuyên
- ☐ Tự chủ một phần chi thường xuyên (Mức tự chủ: _____%)
- ☐ Do ngân sách nhà nước tài trợ toàn bộ chi thường xuyên

11. Ông/Bà đánh giá như thế nào về mức độ đáp ứng của khoản đầu tư ngân sách nhà nước cho bệnh viện công hiện nay?

12. Ông/Bà đánh giá như thế nào về việc sử dụng vốn ngân sách nhà nước cấp cho bệnh viện công hiện nay?

13. Vốn ngân sách nhà nước cấp cho bệnh viện công chủ yếu được sử dụng vào những khoản nào? *(Có thể đề cập đến chi thường xuyên, chi đầu tư cơ sở vật chất, chi mua sắm trang thiết bị y tế, chi đào tạo nghiên cứu khoa học, v.v.)*

14. Xin Ông/Bà cho biết đâu là những vướng mắc, bất cập đang gặp phải trong quá trình phân bổ và sử dụng vốn ngân sách nhà nước tại các bệnh viện công hiện nay? Theo Ông/Bà, hướng khắc phục những bất cập này là gì?

15. Bệnh viện có khoản ngân sách nhà nước nào được sử dụng vào các khoản nào để đảm bảo công bằng y tế giữa các nhóm dân cư? Trường hợp không sử

dụng ngân sách nhà nước có khoản ngân sách nào từ các nguồn khác cho mục tiêu này không?

Phần 4: Quản lý, thanh quyết toán ngân sách

16. Ông/Bà đánh giá như thế nào về quy trình quản lý vốn ngân sách nhà nước cấp cho bệnh viện công hiện nay? *(Chẳng hạn về lập dự toán và phân bổ NSNN, tổ chức chấp hành dự toán NSNN, giải ngân, thanh quyết toán NSNN.)*

17. Ông/Bà đánh giá như thế nào về thực tế quản lý chi thường xuyên từ nguồn vốn ngân sách nhà nước cấp cho bệnh viện công hiện nay? Những vướng mắc, bất cập đang tồn tại là gì? Theo Ông/Bà, cần có biện pháp nào để giải quyết các vấn đề này?

18. Ông/Bà đánh giá như thế nào về thực tế quản lý chi đầu tư từ nguồn vốn ngân sách nhà nước cấp cho bệnh viện công hiện nay? Những vướng mắc, bất cập trong công tác này là gì? Theo Ông/Bà, cần có những biện pháp nào để nâng cao hiệu quả quản lý chi đầu tư?

19. Ông/Bà đánh giá như thế nào về tính minh bạch và hiệu quả của quy trình lập dự toán ngân sách tại bệnh viện công?

20. Ông/Bà có nhận thấy tình trạng chậm thanh quyết toán ngân sách tại bệnh viện không? Nếu có, mức độ như thế nào? Nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng này là gì? (Ví dụ: thủ tục phê duyệt phức tạp, thiếu nguồn lực tài chính từ cấp trên, thiếu nhân lực chuyên trách tài chính tại bệnh viện, v.v.)

Theo Ông/Bà, cần có những biện pháp gì để khắc phục tình trạng này?

Phần 5: Tự chủ tài chính và đề xuất cải thiện

21. Trong quá trình thực hiện quyền tự chủ tài chính theo Nghị định 60/2021/NĐ-CP của Chính phủ, Bệnh viện của Ông/Bà đã gặp phải những khó khăn, vướng mắc nào? Những rào cản lớn nhất là gì? (Ví dụ: hạn chế về nguồn thu, khó khăn trong huy động tài chính, quy trình quản lý chưa linh hoạt, v.v.)

Theo Ông/Bà, có thể khắc phục những khó khăn này bằng cách nào?

22. Theo ý kiến của Ông/Bà, trong điều kiện hiện nay, nên duy trì, mở rộng hay thu hẹp quyền tự chủ tài chính cho các bệnh viện công tuyến Trung ương? Vì sao?

23. Bệnh viện của Ông/Bà có định hướng gì để tối ưu hóa tài chính trong thời gian tới? Những thay đổi nào trong chính sách tài chính có thể giúp bệnh viện hoạt động hiệu quả hơn? Tự chủ tài chính hiện tại có đảm bảo phát triển bền vững và công bằng y tế không? Nếu chưa, cần điều chỉnh gì?

24. Theo Ông/Bà, cơ chế tự chủ tài chính cần thay đổi như thế nào để vừa tăng cường hiệu quả quản lý nhà nước vừa tạo điều kiện cho sự phát triển của các bệnh viện công?

25. Ông/Bà có đề xuất nào khác về chính sách và biện pháp quản lý tài chính đối với nguồn vốn ngân sách nhà nước đầu tư cho các bệnh viện công?

Phần 6: Thanh tra, kiểm tra và giám sát tài chính y tế

26. Ông/Bà đánh giá như thế nào về công tác thanh tra, kiểm tra tài chính y tế đối với bệnh viện công? Những mặt tích cực và bất cập là gì? Công tác này đã hỗ trợ bệnh viện ra sao? Có khó khăn gì trong quá trình thực hiện không?

27. Theo Ông/Bà, cần làm gì để nâng cao hiệu quả thanh tra, kiểm tra tài chính y tế tại bệnh viện công? Có cần thay đổi quy trình, cơ chế thực hiện không? Nếu có, cần điều chỉnh như thế nào?

Phần 7: Đề xuất chung

28. Theo Ông/Bà, đâu là vấn đề cấp bách nhất cần giải quyết trong quản lý nhà nước về tài chính y tế hiện nay?

29. Ông/Bà có đề xuất gì để nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước về tài chính y tế trong thời gian tới?

Xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ quý báu của Quý Ông/bà./.

PHỤ LỤC 7. PHIẾU PHỎNG VẤN CHUYÊN GIA VỀ QUẢN LÝ TÀI CHÍNH Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN CÔNG

Mã số phiếu:

Tôi tên Nguyễn Phương Nga – đang công tác tại Kiểm toán nhà nước, đồng thời cũng là Nghiên cứu sinh (NCS) của Bộ môn Tài chính công, Đại học Thương Mại. Hiện nay tôi đang thực hiện nghiên cứu phục vụ cho Luận án tiến sĩ liên quan đến chủ đề quản lý nhà nước đối với tài chính bệnh viện công tuyến Trung ương khu vực phía Bắc. Nhằm thu thập thông tin thực tiễn phục vụ nghiên cứu, tôi trân trọng kính mời Quý Ông/bà – những cán bộ quản lý, chuyên gia tại các cơ quan quản lý nhà nước về tài chính y tế – dành thời gian tham gia khảo sát bằng cách trả lời bảng câu hỏi dưới đây. Tôi xin cam kết mọi thông tin Quý Ông/bà cung cấp sẽ được bảo mật tuyệt đối, mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Kết quả khảo sát sẽ được tổng hợp và phân tích chung, không tiết lộ danh tính hay thông tin cá nhân của người tham gia. Sự tham gia của Quý Ông/bà sẽ đóng góp quan trọng vào việc đưa ra các khuyến nghị chính sách nhằm nâng cao hiệu quả quản lý tài chính y tế tại các bệnh viện công.

Xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ và hợp tác của Quý Ông/bà!

Phần 1: Thông tin chung của người trả lời

1. Cơ quan Ông/Bà đang công tác:
 - Bộ Y tế
 - Bộ Tài chính
 - Kiểm toán nhà nước
 - Khác (vui lòng ghi rõ): _____
2. Chức vụ của Ông/Bà:
 - Lãnh đạo cấp vụ/cục
 - Lãnh đạo cấp phòng/ban
 - Chuyên viên
3. Kinh nghiệm làm việc trong lĩnh vực quản lý tài chính y tế:
 - Dưới 5 năm
 - 5 - 10 năm
 - Trên 10 năm

Phần 2: Đánh giá về chính sách quản lý nhà nước về tài chính y tế

4. Ông/Bà đánh giá như thế nào về sự phù hợp của các chính sách tài chính y tế đối với bệnh viện công hiện nay?

-
5. Theo Ông/Bà, những chính sách tài chính y tế nào đối với bệnh viện công được xem là chưa phù hợp với thực tế hiện nay?

6. Ông/Bà đánh giá như thế nào về tính đầy đủ và chặt chẽ của chính sách tài chính y tế đối với bệnh viện công hiện nay?

7. Theo Ông/Bà, để đảm bảo tính đầy đủ và chặt chẽ của chính sách tài chính y tế đối với các bệnh viện công, Nhà nước cần phải làm gì?

8. Ông/Bà đánh giá như thế nào về tính hiệu lực của chính sách tài chính y tế đối với bệnh viện công hiện nay?

9. Theo Ông/Bà, để tăng cường hiệu lực của chính sách tài chính y tế đối với các bệnh viện công, các cơ quan Nhà nước cần phải làm gì?

10. Xin Ông/Bà cho ý kiến đánh giá về tác động của cơ chế tự chủ tài chính đối với công bằng y tế?

11. Ông/Bà đánh giá như thế nào về cơ chế kiểm soát giá thuốc và trang thiết bị y tế nhằm đảm bảo công bằng giữa các bệnh viện và khu vực? Theo Ông/Bà, cần có những giải pháp nào để kiểm soát giá thuốc và trang thiết bị y tế hiệu quả hơn

12. Ngoài các vấn đề nêu trên, Ông/Bà có đề xuất gì để hoàn thiện chính sách quản lý tài chính y tế đối với các bệnh viện công hiện nay?

Phần 3: Đánh giá về hoạt động Phân bổ và sử dụng ngân sách nhà nước cho các bệnh viện công

13. Ông/Bà đánh giá thế nào về tính hợp lý, chặt chẽ và hiệu quả của quy trình phân bổ vốn ngân sách nhà nước cho các bệnh viện công tuyến Trung ương?

14. Theo Ông/Bà, việc phân bổ và sử dụng vốn ngân sách nhà nước cho các bệnh viện công tuyến Trung ương còn có những điểm bất cập gì? Các cơ quan nhà nước cần làm gì để khắc phục các bất cập đó?

15. Ông/Bà đánh giá như thế nào về công tác quản lý nhà nước trong các khâu khác của quy trình quản lý ngân sách nhà nước đối với bệnh viện công, bao gồm: Giải ngân vốn ngân sách nhà nước; Thanh quyết toán ngân sách nhà nước (bao gồm chi thường xuyên và chi đầu tư)

16. Theo Ông/Bà, có những vướng mắc nào cần khắc phục trong các khâu này?
Cần có giải pháp gì để nâng cao hiệu quả quản lý ngân sách nhà nước cho bệnh viện công?

Phần 4: Hoạt động thanh tra, kiểm tra tài chính y tế

17. Ông/Bà đánh giá thế nào về tính hợp lý, chặt chẽ và hiệu quả của hoạt động thanh tra, kiểm tra tài chính y tế đối với bệnh viện công tuyến Trung ương?

18. Theo Ông/Bà, công tác thanh tra, kiểm tra tài chính y tế đối với các bệnh viện công tuyến Trung ương còn có những điểm bất cập gì? Các cơ quan nhà nước cần làm gì để khắc phục các bất cập đó?

19. Theo Ông/Bà, những nội dung nào trong thanh tra, kiểm tra tài chính y tế đối với bệnh viện công cần được chú trọng hơn? Vì sao?

20. Ông/Bà có đề xuất nào để nâng cao hiệu quả công tác thanh tra, kiểm tra tài chính y tế?

Phần 5: Đề xuất chung

21. Theo Ông/Bà, đâu là **vấn đề cấp bách nhất** cần giải quyết trong quản lý nhà nước về tài chính y tế hiện nay?

22. Ông/Bà có đề xuất gì để nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước về tài chính y tế trong thời gian tới?
