

BỘ KẾ HOẠCH VÀ ĐẦU TƯ

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

VIỆN NGHIÊN CỨU QUẢN LÝ KINH TẾ TRUNG ƯƠNG

NGÔ MINH TUẤN

**HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ
Y TẾ Ở VIỆT NAM**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ KINH TẾ

HÀ NỘI, NĂM 2019

BỘ KẾ HOẠCH VÀ ĐẦU TƯ

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

VIỆN NGHIÊN CỨU QUẢN LÝ KINH TẾ TRUNG ƯƠNG

NGÔ MINH TUẤN

**HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ
Y TẾ Ở VIỆT NAM**

Chuyên ngành: Kinh tế phát triển
Mã số: 9.31.01.05

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

Hướng dẫn 1: TS. Đặng Đức Đạm

Hướng dẫn 2: PGS. TS. Nguyễn Hoàng Long

HÀ NỘI, NĂM 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học của riêng tôi. Các thông tin, số liệu trong luận án đều được trích dẫn nguồn trung thực. Những kết quả khoa học của luận án chưa được công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả Luận án

Ngô Minh Tuấn

LỜI CẢM ƠN

Luận án này được thực hiện và hoàn thành tại Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương. Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS. Đặng Đức Đạm và PGS.TS. Nguyễn Hoàng Long, người hướng dẫn khoa học đã tận tình giúp đỡ tôi trưởng thành trong công tác nghiên cứu khoa học và hoàn thiện Luận án.

Quá trình học tập và nghiên cứu tại Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương, tôi đã nhận được sự giúp đỡ và hướng dẫn tận tình của các thầy, các cô trong bộ môn Kinh tế phát triển, Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương và các chuyên gia, đồng nghiệp ở các Viện nghiên cứu, Trường đại học và các cơ quan quản lý nhà nước ở Trung ương và địa phương. Tôi xin ghi nhận và biết ơn sự giúp đỡ quý báu của các thầy, các cô, các chuyên gia và đồng nghiệp.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các cơ quan y tế ở địa phương đã hợp tác giúp đỡ tôi về thông tin tư liệu.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới các đồng nghiệp, bạn bè và gia đình đã luôn kịp thời động viên, chia sẻ và tạo điều kiện giúp tôi hoàn thành Luận án của mình.

Xin trân trọng cảm ơn.

MỤC LỤC

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT TIẾNG VIỆT.....	vi
DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT TIẾNG ANH.....	vii
DANH MỤC BẢNG.....	viii
DANH MỤC HÌNH.....	viii
DANH MỤC HỘP.....	ix
MỞ ĐẦU	1
1. Tính cấp thiết của luận án	1
2. Mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu luận án	4
<i>2.1. Mục đích nghiên cứu.....</i>	<i>4</i>
<i>2.2. Ý nghĩa của việc nghiên cứu</i>	<i>4</i>
3. Kết cấu của luận án	5
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU VỀ HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ	6
1.1. Tổng quan các công trình nghiên cứu đã công bố liên quan đến PPP trong cung ứng dịch vụ y tế	6
<i>1.1.1. Các công trình nghiên cứu đã công bố ở nước ngoài về PPP trong cung ứng dịch vụ y tế</i>	<i>6</i>
<i>1.1.2. Các công trình nghiên cứu đã công bố trong nước về PPP trong cung ứng dịch vụ y tế</i>	<i>9</i>
<i>1.1.3. Những vấn đề thuộc luận án chưa được các công trình nghiên cứu đã công bố giải quyết (khoảng trống nghiên cứu)</i>	<i>14</i>
<i>1.1.4. Những vấn đề trọng tâm luận án sẽ tập trung nghiên cứu giải quyết</i>	<i>15</i>
1.2. Phương hướng giải quyết những vấn đề nghiên cứu của luận án	15
<i>1.2.1. Mục tiêu nghiên cứu luận án.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu của luận án.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2.1. Đối tượng nghiên cứu.....</i>	<i>15</i>

1.2.2.2. Phạm vi nghiên cứu	16
1.2.3. Cách tiếp cận và phương pháp nghiên cứu luận án.....	16
CHƯƠNG 2: CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG	
ỨNG DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ	20
2.1. Cung ứng dịch vụ y tế và vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch	
vụ y tế.....	20
2.1.1. Một số khái niệm liên quan	20
2.1.1.1. Khái niệm hàng hóa và dịch vụ công	20
2.1.1.2. Khái niệm dịch vụ y tế và cung ứng dịch vụ y tế.....	23
2.1.2. Đặc điểm của thị trường cung ứng dịch vụ y tế.....	24
2.1.3. Vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế.....	27
2.2. Hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế và các yếu tố ảnh	
hưởng	28
2.2.1. Khái niệm, đặc điểm và sự cần thiết của PPP trong cung ứng dịch vụ	
y tế	28
2.2.1.1. Khái niệm PPP trong cung ứng dịch vụ y tế	28
2.2.1.2. Đặc điểm và xu hướng của PPP trong cung ứng dịch vụ y tế.....	31
2.2.1.3. Vai trò và lợi ích của PPP trong cung ứng dịch vụ y tế	33
2.2.2. Các hình thức hợp tác công – tư trong y tế	37
2.2.2.1. Các hình thức hợp tác công – tư trong y tế xét từ góc độ lý thuyết	
.....	37
2.2.2.2. Các hình thức hợp tác công – tư trong y tế xét từ góc độ thực tế	
hoạt động tại Việt Nam.....	42
2.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến PPP trong cung ứng dịch vụ y tế.....	45
2.2.4. Tiêu chí và phương pháp đánh giá PPP	48
2.3. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới về PPP trong lĩnh vực y tế	
và bài học cho Việt Nam.....	54
2.3.1. Kinh nghiệm của một số nước phát triển	54

2.3.1.1. Kinh nghiệm Vương quốc Anh	54
2.3.1.2. Kinh nghiệm của Mỹ	55
2.3.1.3. Kinh nghiệm của Úc	56
2.3.1.4. Kinh nghiệm của Canada	60
2.3.2. <i>Kinh nghiệm các nước đang phát triển</i>	61
2.3.2.1. PPP trong lĩnh vực y tế cộng đồng ở Ấn Độ	61
2.3.2.2. Kinh nghiệm của Trung Quốc	63
2.3.3. <i>Một số bài học rút ra cho Việt Nam từ kinh nghiệm nước ngoài</i>	64
CHƯƠNG 3: THỰC TRẠNG HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ Ở VIỆT NAM	66
3.1. Khái quát thực trạng cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam	66
3.1.1. <i>Thực trạng phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh</i>	66
3.1.2. <i>Hệ thống chính sách của Nhà nước trong việc huy động tham gia đầu tư của tư nhân đối với y tế</i>	69
3.1.2.1. Các chính sách y tế chung	69
3.1.2.2. Các chính sách khuyến khích đầu tư cho y tế	75
3.2. Phân tích, đánh giá thực trạng và chất lượng dịch vụ PPP trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam	76
3.2.1. <i>Thực trạng các hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế</i>	76
3.2.1.1. Thực trạng hình thức hợp tác cung ứng dịch vụ	76
3.2.1.2. Thực trạng hình thức liên doanh, liên kết	81
3.2.1.3. Thực trạng hình thức xây dựng, vận hành và chuyển giao cơ sở y tế	85
3.2.2. <i>Đánh giá chất lượng các cơ sở y tế dựa theo mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ</i>	88
3.2.2.1. Đánh giá chất lượng các cơ sở y tế dựa theo mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ theo điều tra của luận án	88

3.2.2.2. Đánh giá chất lượng các cơ sở y tế dựa theo mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ theo phương pháp định lượng	96
3.3. Đánh giá chung thực trạng PPP trong cung ứng dịch vụ y tế.....	103
3.3.1. Một số kết quả đạt được.....	103
3.3.1.1. Cải thiện tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ cho người dân.....	103
3.3.1.2. Cải thiện năng lực đáp ứng và hiệu suất của hệ thống y tế.....	106
3.3.1.3. Cải thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị cho các cơ sở y tế	109
3.3.1.4. Cải thiện thái độ, tinh thần làm việc của cán bộ ngành y.....	110
3.3.2. Một số vấn đề còn tồn tại.....	110
3.3.2.1. Bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế.....	110
3.3.2.2. Gia tăng gánh nặng chi phí khám, chữa bệnh	113
3.3.2.3. Thiếu hụt nhân lực y tế có trình độ ở khu vực ngoài nhà nước.....	115
3.3.2.4. Chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh không đồng đều.....	115
3.3.3. Nguyên nhân của một số tồn tại.....	116
CHƯƠNG 4: ĐỊNH HƯỚNG VÀ GIẢI PHÁP THÚC ĐẨY HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ Ở VIỆT NAM.....	124
4.1. Bối cảnh phát triển và các căn cứ thúc đẩy hợp tác công - tư trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam	124
4.1.1. Bối cảnh phát triển.....	124
4.1.2. Các căn cứ định hướng thúc đẩy PPP trong cung ứng dịch vụ y tế.....	127
4.2. Quan điểm phát triển và một số giải pháp thúc đẩy hình thức hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế.....	129
4.2.1. Quan điểm phát triển	129
4.2.2. Một số giải pháp thúc đẩy hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam đến năm 2030.....	132
4.2.2.1. Hoàn thiện khung khổ pháp lý chung về PPP	132
4.2.2.2. Hoàn thiện khung luật pháp và chính sách về cung ứng dịch vụ y tế	134

4.2.2.3. Xác định rõ vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế	135
4.2.2.4. Cải cách cơ chế tài chính trong hệ thống y tế	137
4.2.2.5. Các giải pháp tăng cường thanh tra, kiểm tra trong hệ thống y tế	138
4.2.2.6. Hoàn thiện chính sách ưu đãi cho nhà đầu tư.....	139
4.2.2.7. Đổi mới cơ chế hoạt động và quản trị các cơ sở y tế công	139
4.2.2.8. Nâng cao tinh thần trách nhiệm đội ngũ nhân viên y tế.....	140
4.2.2.9. Nâng cao nhận thức để đẩy mạnh xã hội hóa dịch vụ y tế.....	140
4.3. Định hướng xây dựng hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế..	140
4.4. Kiến nghị điều kiện thực hiện PPP trong y tế.....	145
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	148
DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN TỚI LUẬN ÁN.....	151
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	152
PHỤ LỤC 1: PHIẾU ĐIỀU TRA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ.....	162
PHỤ LỤC 2: PHIẾU ĐIỀU TRA CÁC CÁN BỘ Y TẾ VÀ NHÀ ĐẦU TƯ TRONG LĨNH VỰC Y TẾ	167
PHỤ LỤC 3: BẢNG HỎI VỀ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VÀ CÁC KẾT QUẢ	170
PHỤ LỤC 4: MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP PPP TIÊU BIỂU TRONG LĨNH VỰC Y TẾ	178

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT TIẾNG VIỆT

Từ viết tắt	Cụm từ tiếng Việt
BHYT	Bảo hiểm y tế
DNNN	Doanh nghiệp nhà nước
DNXH	Doanh nghiệp xã hội
ĐVSN	Đơn vị sự nghiệp
NSNN	Ngân sách nhà nước
UBND	Ủy ban nhân dân
XHH	Xã hội hóa

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT TIẾNG ANH

Từ viết tắt	Cụm từ tiếng Anh	Cụm từ tiếng Việt
ADB	Asian Development Bank	Ngân hàng phát triển châu Á
BOT	Build – Operate- Transfer	Xây dựng – vận hành – chuyển giao
BT	Build - Transfer	Xây dựng – chuyển giao
CIEM	Central Institute <u>for</u> Economic Management	Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương
DBFO	Design – Build – Finance - Operate	Thiết kế - xây dựng - tài chính - vận hành
FDI	Foreign Direct Investment	Đầu tư trực tiếp nước ngoài
NGO	<u>Non-governmental</u> <u>organization</u>	Tổ chức phi chính phủ
ODA	Official Development Assistance	Nguồn vốn hỗ trợ phát triển chính thức nước ngoài
O&M	Operation and Management	Kinh doanh và quản lý
NHS	National Health Services	Hệ thống dịch vụ y tế quốc gia Anh
PFI	Private Finance Initiative	Sáng kiến tài chính tư nhân
PPIP	Public – Private Investment Program	Hợp đồng hợp tác đầu tư công - tư
PPP	Public – Private Partner	Hợp tác công – tư
PSC	Public Sector Comparator	Phương pháp so sánh khu vực công
PSI	Patient Satisfaction Index	Chỉ số hài lòng người bệnh
VFM	Value for Money	Chỉ số giá trị <u>dòng tiền</u>
WB	World Bank	Ngân hàng thế giới
WHO	World Health Organization	Tổ chức y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1: Mức độ tham gia của tư nhân trong PPP	32
Bảng 2.2: Những lợi ích nổi bật PPP cho các thành phần trong nền kinh tế	35
Bảng 3.1: Số cơ sở y tế qua các năm.....	67
Bảng 3.2: Một số chỉ tiêu về nhân lực y tế.....	68
Bảng 3.3: Đổi mới trong khung luật pháp về cung ứng dịch vụ y tế.....	70
Bảng 3.4: Đánh giá của người bệnh về chất lượng phục vụ của nhân viên y tế theo các tiêu chí.....	92
Bảng 3.5: Đánh giá của người bệnh về chi phí sử dụng dịch vụ theo các tiêu chí	94
Bảng 3.6: Đánh giá chung của người bệnh	95
Bảng 3.7: So sánh chỉ số PSI chung các bệnh viện công và khu XHH	98
Bảng 3.8: So sánh chất lượng dịch vụ y tế dựa theo các tiêu chí.....	99
Bảng 3.9: Kết quả chạy mô hình hồi quy.....	100
Bảng 3.10: Một số chỉ số hoạt động khám, chữa bệnh	108
Bảng 3.11: Cơ cấu lượt người khám, chữa bệnh nội trú trong 12 tháng qua phân theo loại hình cơ sở y tế	108
Bảng 3.12: Các chỉ số xét nghiệm, chiếu chụp năm 2015	109
Bảng 3.13: Cơ cấu chỉ tiêu cho đời sống bình quân 1 nhân khẩu/tháng.....	113
Bảng 4.1: Một số mục tiêu phát triển ngành y tế	128

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Các bước thực hiện luận án	16
Hình 1.2: Mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ y tế.....	17
Hình 2.1: Quan hệ ba bên trong các dự án/chương trình PPP	30
Hình 2.2: Các loại hình hợp tác PPP, theo mức độ tham gia của khu vực tư nhân..	37

Hình 3.1: Lộ trình tính đúng, tính đủ chi phí khám chữa bệnh theo Nghị định 16/2015 thay thế Nghị định số 85/2012	72
Hình 3.2: Phân loại các hình thức liên doanh, liên kết trong y tế	81
Hình 3.3: Nguồn vốn hợp tác liên doanh, liên kết	85
Hình 3.4: Chất lượng bệnh viện theo đánh giá của người bệnh	89
bảo đảm sức khỏe cho bản thân.	89
Hình 3.5: Chất lượng bệnh viện theo các yếu tố đánh giá của người bệnh	90
Hình 3.6: Đánh giá của người bệnh về cơ sở hạ tầng và thiết bị y tế ở bệnh viện theo các tiêu chí	91
Hình 3.7: Đánh giá của người bệnh về mức độ tiếp cận thông tin ở bệnh viện theo các tiêu chí	93
Hình 3.8: Đánh giá của người bệnh về mức độ hài lòng theo các tiêu chí	98
Hình 3.9: Chi tiêu y tế so với GDP	104
Hình 3.10: Tổng vốn đầu tư cho y tế và hoạt động trợ giúp xã hội	105
Hình 3.11: Số bệnh viện y tế phân theo hình thức sở hữu	106
Hình 3.12: Tỷ trọng vốn đầu tư vào y tế và hoạt động trợ giúp xã hội/tổng vốn đầu tư toàn xã hội (giá so sánh 2010)	111
Hình 4.1: Cơ cấu giá thành và giá dịch vụ y tế	144

DANH MỤC HỢP

Hợp 3.1: Hợp tác giữa bệnh viện công – bệnh viện tư để giảm quá tải	78
Hợp 3.2: Mặt trái của hình thức liên doanh, liên kết đặt thiết bị y tế trong cơ sở y tế công lập	83
Hợp 3.3: Bệnh viện Nguyễn Trãi mất 4 tỷ sau 1,5 năm liên kết	84
Hợp 3.4: Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai giai đoạn 2: Hình thức PPP	86

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của luận án

Lý thuyết kinh tế học phúc lợi đã cung cấp khái niệm rõ ràng về hàng hóa và dịch vụ công (gọi tắt là hàng hóa công), trong đó nhấn mạnh hàng hóa công là loại hàng hóa nếu được cung cấp cho một người trong xã hội, thì vẫn còn tồn tại cho người khác mà không làm phát sinh thêm chi phí. Do các đặc tính không loại trừ và không kinh địch đó mà các loại hàng hóa công thường được coi là một trong các thất bại của thị trường và do đó việc cung ứng các loại hàng hóa này phải được Nhà nước đứng ra đảm bảo. Đặc biệt, các loại dịch vụ công như giáo dục, y tế là loại hàng hóa công thiết yếu, liên quan đến mật thiết phúc lợi của người dân, với tiến bộ và công bằng xã hội nên phải được Nhà nước đảm bảo và đây là một trong những chức năng cơ bản của Nhà nước. Do vậy, vai trò của Nhà nước là rất cần thiết nhằm đảm bảo sự cung ứng hiệu quả dịch vụ công cho toàn xã hội. Tuy nhiên, để đem lại hiệu quả cho toàn xã hội, Nhà nước không nhất thiết là người trực tiếp duy nhất tham gia cung ứng dịch vụ công, bởi vì sẽ dẫn đến tính thiếu cạnh tranh trong việc cung ứng dịch vụ này [4].

Cho đến cuối thập kỷ 90 của thế kỷ trước, cải cách khu vực công, trong đó có cải cách khu vực sự nghiệp công tuy có được triển khai, nhưng với tốc độ rất chậm, chưa tương xứng với tốc độ cải cách kinh tế. Trong khi đó, bối cảnh quốc tế thay đổi với xu thế toàn cầu hóa và hội nhập quốc tế đã và đang đặt ra yêu cầu cấp thiết về xác định lại vai trò của Nhà nước trong lĩnh vực cung ứng dịch vụ công. Thay vì phải cung cấp trực tiếp dịch vụ sự nghiệp công thông qua các tổ chức do Nhà nước thành lập, xu hướng chung hiện nay là Nhà nước mở rộng các hình thức cung ứng dịch vụ công, trong đó khuyến khích khu vực tư nhân tham gia với các hình thức cung ứng dịch vụ đa dạng khác nhau như hợp tác công – tư (PPP), hợp đồng mua dịch vụ, hoặc ủy quyền cho khu vực tư nhân...Nổi bật, trong những hình thức này, gần đây các nước trên thế giới phát triển mạnh hình thức hợp tác giữa Nhà nước, tư nhân, cộng đồng hoặc với các đối tác khác để

thực hiện nhiệm vụ cung ứng dịch vụ công [82]. Trên thực tế, kinh nghiệm hoạt động của nhiều nước trong những thập kỷ gần đây đã cho thấy việc phối hợp giữa Nhà nước và khu vực tư nhân thông qua cơ chế PPP đã mang lại nhiều lợi ích, tiết kiệm chi phí, và nâng cao chất lượng dịch vụ. Đây là một trong những hình thức cung cấp dịch vụ công làm giảm bài toán thiếu hụt ngân sách nhà nước (NSNN) và có thể đáp ứng được cả về số lượng và chất lượng cũng như đa dạng hóa các loại dịch vụ nhằm phục vụ tốt nhất nhu cầu của người dân.

Đối với Việt Nam, việc đảm bảo cung ứng các dịch vụ công đến người dân là một trong những mối quan tâm hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Tuy vậy, trong thời gian gần đây, do thiếu hụt về nguồn lực, việc đảm nhận cung ứng các dịch vụ công cơ bản cho người dân đang trở thành gánh nặng ngày càng lớn đối với Nhà nước. Hơn nữa, do điều kiện kinh tế - xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu của người dân đòi hỏi chất lượng dịch vụ ngày càng cao dẫn đến Nhà nước phải đổi mới mô hình và hình thức cung ứng dịch vụ công. Việc cải cách này bắt đầu từ những năm 90 khi Đảng và Nhà nước ban hành chính sách xã hội hóa (Nghị quyết số 90/CP ngày 21/8/1997 về công tác xã hội hóa (XHH) trong các lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hóa và thể dục thể thao) nhằm huy động các nguồn lực tư nhân cùng tham gia cung ứng dịch vụ công. Tiếp theo, nhằm cụ thể hóa chủ trương chính sách này, Chính phủ đã ban hành một số chính sách khuyến khích các thành phần kinh tế tham gia cung ứng dịch vụ công như Nghị định số 73/1999/NĐ-CP ngày 19/8/1999, Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP ngày 18/4/2005, Nghị định 53/2006/NĐ-CP ngày 25/5/2006, Nghị định số 69/2008/NĐ-CP ngày 30/5/2008, Nghị quyết 93/NQ-CP ngày 15/12/2014... Nhìn chung, các văn bản pháp quy này đã khẳng định vai trò của các đơn vị sự nghiệp ngoài công lập trong cung ứng dịch vụ công với việc *“nhà nước và xã hội coi trọng và đối xử bình đẳng đối với các sản phẩm và dịch vụ của cơ sở ngoài công lập như các sản phẩm và dịch vụ của cơ sở công lập. Các cơ sở ngoài công lập cũng có một*

phần phần trách nhiệm thu nhận và cung cấp dịch vụ cho các đối tượng chính sách xã hội như các cơ sở công lập” [19].

Nhờ các chính sách hỗ trợ của Nhà nước, trong thời gian qua, hệ thống các cơ sở cung ứng dịch vụ công ngoài công lập ngày càng phát triển, đáp ứng một phần đáng kể nhu cầu của xã hội, đặc biệt trong lĩnh vực y tế. Nhiều cơ sở y tế ngoài công lập được thành lập mới ở các địa phương, thực hiện chăm sóc sức khỏe cho hàng triệu người, góp phần giảm tải cho hệ thống các cơ sở công lập. Sự tồn tại và phát triển của khu vực ngoài công lập nêu trên đây rõ ràng đã góp phần không nhỏ vào việc giảm gánh nặng cho NSNN, đáp ứng một phần nhu cầu cung cấp dịch vụ công có chất lượng phục vụ người dân và xã hội, đồng thời tạo sức ép cạnh tranh trong hoạt động cung ứng dịch vụ công nói chung. Tuy nhiên, bên cạnh một số thành tựu đạt được, quá trình thực hiện công tác XHH đang gặp một số khó khăn nhất định. Cụ thể trong lĩnh vực y tế đang đứng trước một số khó khăn về: (i) tình trạng quá tải trong khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế công; (ii) thiếu hụt nguồn lực để đầu tư trang thiết bị khám chữa bệnh hiện đại; (iii) thiếu hụt nguồn nhân lực một phần do thiếu cơ chế đãi ngộ thỏa đáng; (iv) công bằng của người dân trong tiếp cận dịch vụ y tế... [2]; [10].

Bên cạnh đó, ngoài các khó khăn trong việc thiếu hụt các nguồn lực đầu tư cho y tế, các yếu tố khách quan khác cũng tác động đến nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế, điển hình như xu hướng thay đổi bệnh tật và già hóa dân số ở Việt Nam. Hiện tại, Việt Nam đã bước vào giai đoạn dân số già từ năm 2012 khi số người từ 60 tuổi trở lên chiếm 10,2% tổng dân số và dự báo nước ta sẽ trở thành nước có dân số rất già vào năm 2038 với tỷ lệ người trên 60% tuổi chiếm 20,1% tổng dân số [18]. Sự già hóa dân số cũng ảnh hưởng đến các yếu tố khác như tuổi thọ, tỷ lệ sống có bệnh tật của dân số Việt Nam như chênh lệch tuổi thọ và tuổi thọ khỏe mạnh (số năm trung bình sống có bệnh tật) ở nước ta so với các nước khác cũng tương đối cao. Tỷ lệ nữ sống có bệnh tật trung bình khoảng 11 năm và ở nam giới khoảng 8 năm [17]. Do vậy, hệ thống y tế nước ta cần phải có các giải

pháp tích cực và kịp thời để đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe đang gia tăng nhanh chóng như hiện nay.

Cho đến nay, mức độ hợp tác giữa Nhà nước và khu vực tư nhân vào việc cung ứng dịch vụ công cơ bản và các cơ chế để đảm bảo hiệu quả cho sự hợp tác này vẫn chưa có một nghiên cứu sâu ở Việt Nam. Nguyên do hình thức này vẫn còn quá mới tại Việt Nam và tiềm ẩn nhiều thách thức do hành lang pháp lý còn thiếu. Đối với lĩnh vực y tế, hiện nay, ở một số địa phương trên cả nước đã có những hình thức PPP trong lĩnh vực y tế, coi đó là một trong những hình thức khắc phục những mặt tồn tại ở trên. Ví dụ, hình thức hợp tác “công – tư” giữa một đơn vị công lập với một đơn vị tư nhân trong cung ứng trang thiết bị y tế phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân [56]. Tuy nhiên, khi áp dụng hình thức này còn nhiều vấn đề cần phải giải quyết như lựa chọn loại hình nào cho phù hợp với lĩnh vực y tế ở Việt Nam? Thiết kế cơ chế, chính sách như thế nào để đảm bảo chất lượng, hiệu quả và công bằng?

Do vậy, để có cơ sở khoa học nhằm đề xuất những cơ chế, chính sách đổi mới nhằm phát huy hết tiềm năng của khu vực tư nhân tham gia cung ứng dịch vụ công, nghiên cứu sinh lựa chọn nghiên cứu thực hiện luận án: ***“Hợp tác công - tư trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam”***.

2. Mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu luận án

2.1. Mục đích nghiên cứu

Mục đích nghiên cứu của Luận án là đánh giá thực trạng và đề xuất các giải pháp để tăng cường thu hút các nguồn vốn đầu tư ngoài nhà nước cho lĩnh vực y tế thông qua hình thức PPP.

2.2. Ý nghĩa của việc nghiên cứu

Ý nghĩa lý luận:

- Góp phần bổ sung làm rõ cơ sở lý luận của vai trò của Nhà nước nói chung và trong cung ứng dịch vụ y tế nói riêng;

- Góp phần bổ sung cơ sở lý luận về áp dụng hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế.

Ý nghĩa thực tiễn:

- Góp phần hoàn thiện các chính sách, giải pháp nhằm thu hút các nguồn vốn đầu tư vào lĩnh vực y tế;

- Góp phần đảm bảo việc tiếp cận các dịch vụ y tế cho người dân một cách công bằng, hiệu quả và mang lại sự hài lòng cho người dân khi sử dụng dịch vụ y tế.

3. Kết cấu của luận án

Ngoài phần mở đầu và kết luận, luận án có 4 chương:

- Chương 1: Tổng quan các nghiên cứu về hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế.

- Chương 2: Cơ sở lý luận về hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế.

- Chương 3: Thực trạng hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam.

- Chương 4: Định hướng và giải pháp thúc đẩy hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU VỀ HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ

1.1. Tổng quan các công trình nghiên cứu đã công bố liên quan đến PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

1.1.1. Các công trình nghiên cứu đã công bố ở nước ngoài về PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

Nghiên cứu về PPP trong lĩnh vực dịch vụ công và y tế của nước ngoài đã được khá nhiều nghiên cứu đề cập đến và được chia thành các nhóm sau:

- *Thứ nhất, các nghiên cứu liên quan đến các hình thức PPP trong y tế*, điển hình có các nghiên cứu của Irina và Harald (2006); Ủy ban châu Âu (EC, 2013); PWC và UCSF (2018). Các nghiên cứu này không đi sâu vào phân tích lý thuyết và mà tập trung giới thiệu các hình thức hợp tác PPP trong lĩnh vực y tế như của Irina và Harald (2006) đã chỉ ra rằng trong lĩnh vực y tế có các hình thức PPP từ thiện, hình thức PPP hợp đồng, hình thức PPP đầu ra... Trên cơ sở phân tích mỗi hình thức PPP khác nhau, tác giả đã phân tích các tiềm năng lợi ích mà PPP đem lại cho cộng đồng cũng như những rủi ro từ hình thức hợp tác này. Trong khi đó nghiên cứu của PwC và UCSF (2018) lại phân loại PPP theo các hình thức khác, đó là:

- + Mô hình PPP dựa trên cơ sở hạ tầng: hình thức của mô hình này là xây dựng hoặc tân trang lại cơ sở hạ tầng y tế.
- + Mô hình dịch vụ chuẩn đoán lâm sàng: hình thức này là thêm hoặc mở rộng khả năng cung ứng dịch vụ y tế.
- + Mô hình PPP tích hợp: cung cấp gói dịch vụ toàn diện bao gồm cả cơ sở hạ tầng và nâng cao khả năng cung ứng dịch vụ y tế.

Báo cáo của Ủy ban châu Âu (EC, 2013) đã tổng quan lại các mô hình PPP trong y tế ở các nước EU với các hình thức phổ biến như:

- + Mô hình chỗ ở: cơ sở hạ tầng bệnh viện và quản lý cơ sở vật chất;
- + Mô hình đôi (twin): liên doanh với cơ sở hạ tầng riêng biệt.
- + Mô hình chỗ ở và dịch vụ: cơ sở hạ tầng bệnh viện chuyên khoa “đơn thuần” với các dịch vụ y tế.
- + Mô hình chăm sóc dịch vụ y tế đầy đủ: cơ sở hạ tầng chung (bệnh viện huyện) với dịch vụ y tế (hầu hết cơ sở trong chuỗi bệnh viện Đức).
- + Mô hình nhường quyền thương mại, bao gồm chăm sóc sức khỏe kết hợp với giảng dạy và nghiên cứu (R&D).
- + Mô hình chăm sóc sức khỏe ở các cấp: bệnh viện tích hợp với y tế cộng đồng và chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Nhìn chung, các nghiên cứu hay báo cáo đã chỉ ra nhiều loại mô hình PPP khác nhau nên việc đánh giá hiệu quả rất khó khăn do thiếu thông tin.

- *Thứ hai, các nghiên cứu liên quan đến vai trò và các tiêu chí đánh giá dự án PPP trong y tế* như của Mitchell (2000), World Bank (2009), KPMG (2010), hay của PwC (2010). Mặc dù các nghiên cứu đều thống nhất vai trò của PPP trong y tế, nhưng các nghiên cứu này đều đưa ra nhiều các tiêu chí khác nhau để đánh giá dự án PPP. Theo World Bank (2009), hiện tại có hai quan điểm trái ngược nhau giữa một bên là ủng hộ và một bên là phản đối hình thức PPP. Trên cơ sở phân tích hai quan điểm này, nghiên cứu đã đưa ra những bằng chứng về thành công của hình thức PPP trong dịch vụ công, cụ thể về khả năng tiếp cận dịch vụ, ... Tuy nhiên, một trong những kết luận của nghiên cứu chỉ ra rằng cần phải đánh giá hiệu quả của từng hình thức PPP cụ thể trong bối cảnh phát triển kinh tế - xã hội của những nước khác nhau và để đánh giá hiệu quả từng hình thức PPP thì các cơ quan quản lý nhà nước phải xây dựng các tiêu chuẩn định lượng/định tính nhằm đánh giá chất lượng dịch vụ do khu vực tư nhân cung cấp.

Trong khi đó Mitchell (2000) đã luận giải tại sao phải PPP trong y tế. Hiện tại, các nước dù phát triển hay đang phát triển, Nhà nước đều phải đối mặt với tình trạng thiếu hụt nguồn lực đầu tư cho y tế. Do vậy, các nước đều chủ trương

huy động các nguồn lực ngoài nhà nước để đầu tư cho y tế, xuất phát từ ba lý do chính sau: (i) thay đổi về mặt nhận thức đối với vai trò của khu vực ngoài nhà nước và khu vực công trong cung ứng dịch vụ y tế; (ii) sự tồn tại phụ thuộc lẫn nhau giữa hai khu vực công và khu vực ngoài nhà nước; (iii) và lợi ích đạt được mỗi bên có thể thu được từ sự hợp tác này. Báo cáo nghiên cứu cũng nêu ra rằng để sự hợp tác giữa Nhà nước và tư nhân có hiệu quả thì phải đáp ứng được các tiêu chí cho mỗi dự án cụ thể: (i) quy định rõ ràng, mục tiêu thực tế và chia sẻ; (ii) phân chia rõ ràng và thống nhất vai trò và trách nhiệm của các bên; (iii) lợi ích rõ ràng cho tất cả các bên; (iv) tính minh bạch; (v) bình đẳng trong các vấn đề quyền và nghĩa vụ.

Theo nghiên cứu của KPMG (2010), để giải quyết các thách thức về chất lượng dịch vụ và công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế đối với người dân ở Ấn Độ thì PPP là chìa khóa tiềm năng để giải quyết các vấn đề trên và nghiên cứu cũng đề xuất đánh giá hiệu quả của PPP dựa trên 4 tiêu chí: (i) Hiệu quả hoặc khả năng để đáp ứng các mục tiêu chương trình; (ii) Hiệu quả tài chính trong việc chuyển giao quyền sở hữu và rủi ro liên quan; (iii) Vốn chủ sở hữu; và (iv) Bền vững tài chính. Báo cáo cũng rút ra kết luận rằng để hình thức PPP thành công thì phải đảm bảo lợi ích của các bên, trong đó vai trò của khu vực công là rất quan trọng. Khu vực công phải xác định lại vai trò của mình, coi khu vực ngoài nhà nước là đối tác, sẵn sàng hợp tác với khu vực ngoài nhà nước cung cấp dịch vụ công đến tay người sử dụng. Ngoài ra, báo cáo cũng đề xuất để thúc đẩy PPP thì Chính phủ cần ban hành các chính sách ưu đãi thuế, đặc biệt trong xây dựng cơ sở hạ tầng đào tạo nhân lực của ngành y tế.

Nghiên cứu của PwC (2010) lại lý giải xu hướng lựa chọn PPP dựa trên tổng hợp số liệu tình hình chi tiêu y tế trên toàn cầu cũng như các hình thức PPP trong y tế hiện nay. Nghiên cứu cũng rút ra một số kết luận đáng chú ý như:

+ Tỷ lệ tăng chi tiêu của các nước đối với chăm sóc sức khỏe đang ngày càng tăng nhưng không được bền vững. Do vậy, Chính phủ các nước đang ngày

càng tìm cách coi PPP như là một giải pháp để giải quyết các thách thức về nguồn lực trong y tế.

+ PPP đang làm thay đổi quan điểm khu vực y tế tư nhân chủ yếu chăm sóc người giàu, khu vực y tế công chăm sóc cho người nghèo. Thay vì tạo ra hoặc làm trầm trọng thêm bất bình đẳng trong việc chăm sóc y tế, PPP có thể mang lại phúc lợi cho mọi đối tượng trong xã hội.

- *Thứ ba, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả PPP.* Do thiếu thông tin về số liệu và cũng có nhiều hình thức PPP trong y tế nên việc đánh giá hiệu quả PPP có nhiều cách tiếp cận khác nhau. Ngoài ra, do ngành y tế cũng là ngành đặc thù bên cạnh yếu tố hiệu quả đầu tư thì các yếu tố về chất lượng dịch vụ, khả năng tiếp cận dịch vụ cho người dân cũng được cân nhắc... Nhìn chung, các nghiên cứu của Stephen (2016), Ngân hàng phát triển châu Á (ADB, 2012) đưa ra hai cách tiếp cận đánh giá hiệu quả PPP, đó là hiệu quả đầu tư/giá trị dòng tiền (Value for Money - VFM) hay các chỉ số liên quan đến công bằng và tiếp cận dịch vụ y tế như số lượng nhân viên y tế/giường bệnh; thời gian khám chữa bệnh; công suất giường bệnh; khả năng chi trả người bệnh.... Ngoài ra, nghiên cứu của Irina và Harard (2006) đưa ra cách tiếp cận đánh giá hiệu quả các tiêu chí về khả năng tiếp cận dịch vụ, khả năng nhân rộng của mô hình PPP, công bằng... trong đánh giá hiệu quả của từng dự án PPP cụ thể. Nhìn chung, các nghiên cứu đều nhấn mạnh bên cạnh hiệu quả tài chính, thì các yếu tố khác hiệu quả dịch vụ hay chất lượng dịch vụ y tế cũng cần phải xem xét.

1.1.2. Các công trình nghiên cứu đã công bố trong nước về PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

Ở Việt Nam, hình thức huy động các nguồn lực đầu tư ngoài nhà nước cho các lĩnh vực cơ sở hạ tầng, dịch vụ công đã được đề cập nhiều dưới hình thức XHH. Đối với các nghiên cứu hình thức này hay còn gọi hình thức PPP ở Việt Nam đã được một vài nghiên cứu đề cập đến, nhưng các nghiên cứu này tập trung chủ yếu liên quan đến kinh nghiệm quốc tế và từ đó rút ra những bài học

cho Việt Nam nhằm khuyến khích phát triển PPP như nghiên cứu của Mai Thị Thu và các cộng sự (2013), Huỳnh Thị Thúy Giang (2012) hay đề cập đến hoàn thiện khung khổ pháp lý cho PPP như Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2011)...Nhìn chung, các nghiên cứu về lĩnh vực này có thể chia thành ba nhóm chính như sau:

- Thứ nhất, các nghiên cứu về PPP nói chung, điển hình là các nghiên cứu:

+ Nghiên cứu “*Phương thức đối tác công tư: Kinh nghiệm quốc tế và khuôn khổ thể chế tại Việt Nam*” [40] tập trung vào hoàn thiện khuôn khổ thể chế để thu hút khu vực tư nhân tham gia phát triển cơ sở hạ tầng ở Việt Nam. Để đạt mục tiêu này, nghiên cứu tập trung vào bốn nội dung chính, đó là: (i) giới thiệu bản chất, đặc điểm của hình thức PPP và những yêu cầu đối với quản lý các dự án PPP; (ii) xem xét thực tiễn ứng dụng hình thức PPP ở một số nước và bài học rút ra cho Việt Nam; (iii) đánh giá môi trường thể chế PPP và việc áp dụng PPP ở Việt Nam; (iv) trên cơ sở đó, đưa ra các khuyến nghị nhằm hoàn thiện khuôn khổ thể chế PPP cho Việt Nam. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, nhóm tác giả chủ yếu sử dụng phương pháp tổng quan tài liệu thứ cấp nhằm trình bày quá trình thực tiễn triển khai một số dự án PPP bao gồm cả thành công và thất bại của một số nước trên thế giới nhằm rút ra những bài học tốt cho Việt Nam.

+ Nghiên cứu của Huỳnh Thị Thúy Giang (2012) về “*Hình thức hợp tác công - tư để phát triển cơ sở hạ tầng giao thông đường bộ Việt Nam*” tập trung vào cách thức PPP hoạt động tại những quốc gia chưa tồn tại thị trường PPP như Việt Nam để thu hút vốn đầu tư phát triển đường bộ thông qua việc nghiên cứu các hình thức thực nghiệm về PPP trên thế giới để tìm hiểu cách thức PPP vận hành và các nhân tố thành công các rào cản của hình thức này trong lĩnh vực đường bộ, lựa chọn hình thức phù hợp trong điều kiện của Việt Nam. Nghiên cứu cũng đánh giá tình hình đầu tư trong lĩnh vực đường bộ và khám phá mức độ sẵn sàng khi đầu tư vào các dự án PPP đường bộ ở Việt Nam của khu vực tư nhân thông qua đo lường mức độ thỏa mãn các kỳ vọng của đối tượng này. Cuối

cùng, nghiên cứu trình bày một số cách thức để PPP khởi động và hoạt động thành công để thu hút vốn đầu tư phát triển ngành đường bộ Việt Nam.

+ Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2011) thực hiện đề tài “*Hoàn thiện khung pháp lý về hợp tác giữa nhà nước và tư nhân*”. Đề tài nghiên cứu tập trung chủ yếu vào việc phân tích, đánh giá thực trạng của việc thực hiện các quy định về đầu tư phát triển hạ tầng của Việt Nam, hệ thống các quy định về PPP trong đầu tư phát triển hạ tầng, đồng thời nghiên cứu kinh nghiệm của các nước trên thế giới về vấn đề này. Qua việc nghiên cứu hoạt động PPP trong lĩnh vực cơ sở hạ tầng, đề tài cũng đã nghiên cứu đánh giá thực trạng của pháp luật về hợp tác nhà nước và tư nhân. Bên cạnh đó, đề tài cũng đi sâu nghiên cứu các nguyên lý và yếu tố tác động lên sự vận hành của hình thức PPP trên thế giới để tìm ra phương hướng hoàn thiện quy định về PPP cho Việt Nam.

- *Thứ hai, các nghiên cứu về xã hội hóa y tế*. Hiện tại, khái niệm XHH còn có những cách hiểu chưa thống nhất ở Việt Nam. Khái niệm XHH dịch vụ công, bao gồm y tế ở Việt Nam đồng hành với quá trình đổi mới từ cơ chế kinh tế tập trung sang cơ chế kinh tế thị trường; đó là sự chia sẻ trách nhiệm cung cấp các dịch vụ công như y tế từ Nhà nước sang khu vực ngoài nhà nước. Điều đó cũng ngụ ý rằng hình thức PPP cũng là một trong những nội dung của XHH. Xã hội hóa y tế cũng gắn liền với việc xác định chức năng của nhà nước là quản lý bằng chính sách và kiểm tra thay cho trực tiếp vận hành các cơ sở y tế. Đó là quan niệm được nhiều nghiên cứu thừa nhận như của Trần Đình Hậu và Đoàn Minh Huân (2012), Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương (CIEM, 2006), ...Ngoài ra, các nghiên cứu cũng thừa nhận vai trò và sự cần thiết của khu vực tư nhân trong y tế như: (i) góp phần cùng y tế công trong việc chăm sóc sức khỏe nhân dân, giảm tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế công và tạo điều kiện cho người bệnh được tiếp cận và khám chữa bệnh thuận tiện hơn; (ii) bước đầu tạo sự cạnh tranh giữa các cơ sở y tế công và y tế tư, qua đó thúc đẩy các cơ sở y tế công ngày càng phát triển.

+ Tiến sỹ Nguyễn Quang A (2008) lại khai thác XHH y tế dưới khía cạnh hợp tác công tư khi cho rằng XHH y tế ở Việt Nam hiện nay đang được tiến hành giống với khái niệm PPP chủ yếu liên quan đến vấn đề phân công giữa chính quyền và xã hội trong cung ứng dịch vụ và cấp tài chính cho các dịch vụ đó. Tuy nhiên, theo các văn bản pháp quy thì PPP chỉ là một phần của nội dung XHH, ngoài ra, các hoạt động XHH còn nhấn mạnh các nội dung chăm sóc sức khỏe cho người nghèo, huy động sự tham gia của các đoàn thể, các tổ chức xã hội và các cá nhân....Dựa trên các đánh giá ban đầu, nghiên cứu đưa ra một số quan điểm và khuyến nghị về một số giải pháp nhằm tăng cường mối quan hệ đối tác giữa hai chủ thể xã hội chính hiện nay là Nhà nước và doanh nghiệp, vào việc đảm bảo để các người dân Việt Nam có thể được tiếp cận các dịch vụ giáo dục và y tế với giá rẻ hơn, chất lượng tốt hơn và thời gian chờ đợi ngắn hơn.

+ Nghiên cứu của Viện Chiến lược và chính sách y tế (2003) về “*Nghiên cứu thực trạng và xây dựng mô hình huy động xã hội thực hiện xã hội hoá y tế đảm bảo công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe nhân dân*” lại nhấn mạnh góc độ khác của XHH y tế, đó là sự tham gia của cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân như hộ gia đình trồng cây thuốc nam, các cá nhân tự chăm sóc sức khỏe bản thân, hay công tác khám chữa bệnh cho người nghèo. Như vậy, nội hàm của XHH y tế được nghiên cứu khai thác ở nhiều khía cạnh. Mỗi khía cạnh đó đều có những ý nghĩa nhất định nhưng chúng không phải là toàn bộ nội dung XHH. Mặt khác, thuật ngữ XHH lại đang gây tranh luận nhiều.

+ Nghiên cứu của tác giả Trịnh Hòa Bình và các cộng sự (2003) tập trung vào vấn đề tài chính cho các bệnh viện tư ở Việt Nam hiện nay cũng như tính công bằng và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện này. Nghiên cứu này chỉ ra rằng y tế tư nhân có tốc độ phát triển mạnh mẽ và đáp ứng nhu cầu đa dạng của người dân. Tuy nhiên, khu vực y tế tư nhân không được hưởng những ưu đãi cần thiết, đặc biệt là ưu đãi về tài chính, điều này càng làm tăng thêm tính bất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe giữa các nhóm

thu nhập. Từ đó, các tác giả khuyến cáo các chính sách cần thực hiện nhằm thúc đẩy sự phát triển của các bệnh viện tư như các chính sách khuyến khích về tài chính, chính sách giá chính sách đất đai...

- Thứ ba, các nghiên cứu về PPP trong lĩnh vực dịch vụ công, trong đó có y tế, đó là:

+ Nghiên cứu của Bộ Y tế (2011) về “*Đánh giá thực trạng và đề xuất giải pháp nhằm tăng cường hình thức hợp tác PPP trong lĩnh vực y tế*” tập trung vào thúc đẩy vai trò và tiềm năng của khu vực y tế tư nhân trong việc hợp tác khu vực công để nhằm khắc phục các tồn tại của y tế hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển. Thông qua các đánh giá định tính, nghiên cứu đã đánh giá các hình thức hợp tác giữa khu vực công và tư trong lĩnh vực y tế trong thời gian vừa qua, những khó khăn và thách thức trong việc hợp tác này từ đó nghiên cứu đưa ra một số đề xuất chính sách trong thời gian tới. Một số phát hiện chính của nghiên cứu là: (i) sự khác biệt giữa khái niệm PPP trên thế giới và Việt Nam; (ii) phân bố không đồng đều các cơ sở y tế tư nhân trên cả nước, phần lớn các cơ sở này tập trung ở các thành phố lớn dẫn đến khả năng áp dụng PPP. Ngoài ra, báo cáo cũng chỉ ra những thách thức khi áp dụng PPP trong y tế là khung khổ luật pháp về PPP còn chưa hoàn chỉnh, chất lượng dịch vụ do khu vực tư nhân cung cấp còn chưa đảm bảo, thiếu hụt nhân lực chất lượng cao...

+ Luận án của Võ Quốc Trường (2011) về “*Hợp tác công – tư trong lĩnh vực y tế: Nghiên cứu trường hợp Thành phố Hồ Chí Minh*”. Luận án này thực hiện nhằm mục tiêu: (i) Thiết lập hình thức PPP trong lĩnh vực y tế để tất cả mọi người có thể tiếp cận dịch vụ y tế với chất lượng đảm bảo; và (ii) Đề xuất hình thức hoạt động hiệu quả của hình thức này. Một số điểm mới của đề tài là đánh giá các mặt tích cực và tiêu cực trong hợp tác PPP và từ đó đưa ra một số đề xuất các hình thức hợp tác PPP phù hợp nhằm tháo gỡ khó khăn về nguồn vốn cho y tế ở địa phương.

+ Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương (2011) “*Các hình thức đối tác công – tư trong dịch vụ công: kinh nghiệm quốc tế và hàm ý chính sách cho Việt Nam*”. Nghiên cứu này tập trung xác định lại vai trò của Nhà nước trong bảo đảm các dịch vụ công; đánh giá khung pháp lý ở Việt Nam liên quan đến sự tham gia của khu vực tư nhân vào lĩnh vực dịch vụ giáo dục, y tế và môi trường, bao gồm các đánh giá bước đầu liên quan đến thực trạng và các nguyên nhân dẫn đến các hạn chế còn tồn tại, cần được khắc phục ở Việt Nam trong thời gian tới.

1.1.3. Những vấn đề thuộc luận án chưa được các công trình nghiên cứu đã công bố giải quyết (khoảng trống nghiên cứu)

Nhìn chung, các nghiên cứu kể trên đã phần nào giải đáp và cung cấp những nội dung về PPP, bao gồm cơ sở lý luận và thực tiễn triển khai PPP trên thế giới. Tuy nhiên, các nghiên cứu này còn có một số điểm hạn chế, cụ thể là:

- Trên thế giới, hình thức hợp tác PPP trong mỗi ngành/lĩnh vực rất đa dạng, mỗi một ngành/lĩnh vực có những yêu cầu khác nhau. Ví dụ, trong lĩnh vực y tế cũng có nhiều hình thức PPP khác nhau. Do vậy, cần phải có những nghiên cứu chuyên sâu đánh giá PPP trong từng lĩnh vực cụ thể để đề xuất chính sách phát triển với mỗi loại hình PPP sao cho hiệu quả.

- Hiện tại, ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về hợp tác PPP, nhưng khái niệm PPP còn có sự khác nhau và các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào lĩnh vực cơ sở hạ tầng. Do vậy, vẫn còn thiếu các nghiên cứu lý giải bản chất của PPP trong lĩnh vực y tế cũng như lý giải vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế và sự cần thiết áp dụng hình thức PPP trong lĩnh vực này.

- Các nghiên cứu ở Việt Nam còn thiếu sự đánh giá tình hình thực hiện thí điểm hình thức PPP tại Việt Nam theo Nghị định 15/2015/NĐ-CP của Chính phủ về đầu tư theo hình thức đối tác công tư (nay là Nghị định 63/2018/NĐ-CP);

- Phần lớn các nghiên cứu tập trung vào những lĩnh vực chuyên biệt (như khung pháp lý, môi trường, đường bộ...) hoặc tại những địa phương cụ thể mà không đề cập đến hình thức PPP trong y tế, ngoại trừ nghiên cứu của Bộ Y tế

(2011). Tuy nhiên, nghiên cứu này lại chưa đánh giá môi trường pháp lý cũng như đánh giá chất lượng dịch vụ y tế cung cấp (cơ sở PPP) cho người bệnh có đem lại sự hài lòng của người bệnh so với cơ sở y tế công lập hay không.

1.1.4. Những vấn đề trọng tâm luận án sẽ tập trung nghiên cứu giải quyết

Luận án sẽ tập trung giải quyết các vấn đề sau mà các nghiên cứu trên chưa đề cập đến, đó là: (i) Khái niệm, đặc điểm và bản chất PPP trong cung ứng dịch vụ y tế; (ii) Vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế; (iii) Lợi ích và thách thức của hình thức PPP trong lĩnh vực y tế; và (iv) Các hình thức PPP trong y tế và chất lượng dịch vụ cung cấp.

1.2. Phương hướng giải quyết những vấn đề nghiên cứu của luận án

1.2.1. Mục tiêu nghiên cứu luận án

Mục đích cuối cùng của luận án là nghiên cứu cơ sở khoa học, đề xuất cơ chế, chính sách nhằm phát huy hiệu quả hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam. Luận án được thực hiện nhằm những mục tiêu cụ thể sau:

- Làm rõ cơ sở lý luận về vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế, những thay đổi về nhìn nhận vai trò của Nhà nước trong thời gian gần đây; các khái niệm và cơ chế PPP trong lĩnh vực y tế;
- Tổng hợp và phân tích kinh nghiệm quốc tế về PPP trong cung ứng dịch vụ y tế; Xác định những mặt tích cực và hạn chế của các hình thức PPP trên thế giới từ đó rút ra bài học cho Việt Nam;
- Xác định các hình thức PPP trong y tế đang tồn tại ở Việt Nam và đánh giá lợi ích mà các cơ sở PPP đang cung cấp dịch vụ y tế cho người dân;
- Đề xuất các kiến nghị chính sách nhằm phát huy hiệu quả của cơ chế PPP trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam.

1.2.2. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu của luận án

1.2.2.1. Đối tượng nghiên cứu: là các hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế.

1.2.2.2. Phạm vi nghiên cứu

- Phạm vi lĩnh vực nghiên cứu của luận án: Trong cung ứng dịch vụ y tế, luận án tập trung nghiên cứu lĩnh vực khám, chữa bệnh.

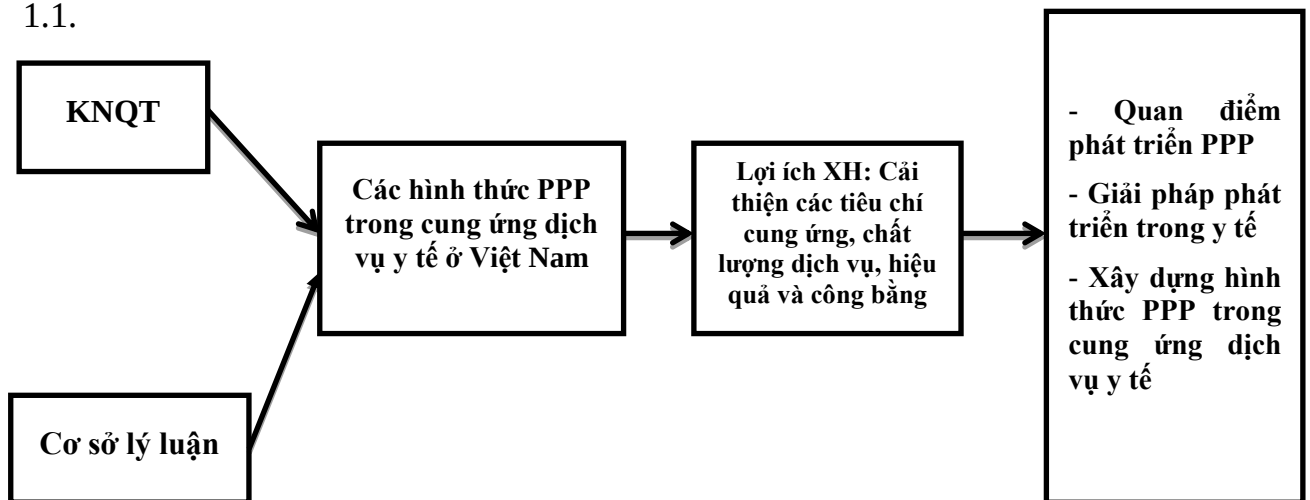
- Phạm vi thời gian: Luận án sẽ nghiên cứu các hình thức PPP trong y tế từ năm 2000 trở lại đây, trong đó tập trung từ năm 2010 trở lại đây. Các định hướng và giải pháp thúc đẩy PPP trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam được đề xuất cho thời kỳ đến năm 2025 và định hướng các năm tiếp theo.

- Phạm vi không gian: Luận án sẽ nghiên cứu trên bình diện cả nước.

1.2.3. Cách tiếp cận và phương pháp nghiên cứu luận án

1.2.3.1. Cách tiếp cận nghiên cứu

Để tiến hành nghiên cứu, luận án tiếp cận theo hướng vai trò của Nhà nước trong đảm bảo cung ứng dịch vụ y tế cho người dân và nhằm trả lời câu hỏi việc xuất hiện các hình thức PPP có cải thiện các tiêu chí công bằng, hiệu quả của hệ thống y tế hay không? Chi tiết các bước thực hiện luận án được trình bày ở Hình 1.1.



Hình 1.1: Các bước thực hiện luận án

Nguồn: Tác giả xây dựng.

1.2.3.2. Phương pháp thu thập và xử lý thông tin tư liệu nghiên cứu

* Phương pháp thu thập, xử lý thông tin thứ cấp:

Phương pháp phân tích tổng hợp từ nguồn tài liệu trong và ngoài nước:

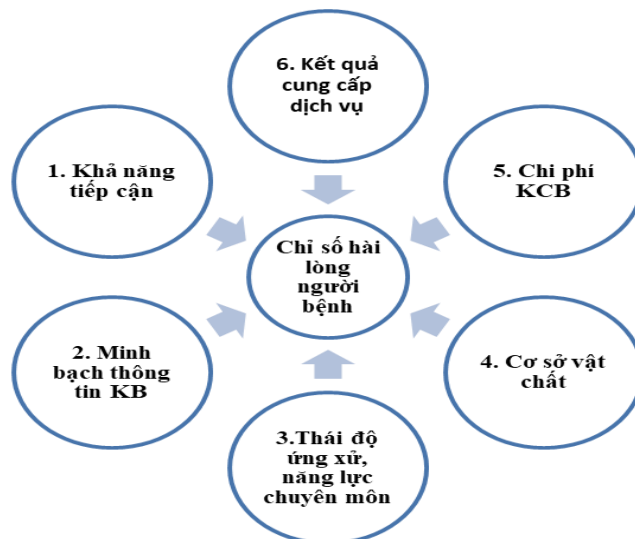
- Tập trung phân tích vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ công;

- Thu thập thông tin và phân tích các hình thức PPP trong y tế trên thế giới, rút ra những bài học cho Việt Nam;

- Thu thập và phân tích các văn bản pháp quy của Nhà nước liên quan đến khuyến khích khu vực tư nhân tham gia cung ứng dịch vụ y tế; Thu thập thông tin, số liệu các hình thức PPP trong lĩnh vực y tế từ năm 2000 đến nay và một số chỉ số hoạt động của ngành y về cung ứng dịch vụ, công bằng và hiệu quả.

Phương pháp phân tích định lượng:

- Dựa trên bộ số liệu điều tra về mức độ hài lòng của người bệnh do Bộ Y tế cùng nhóm nghiên cứu Trần Ngọc Anh và các cộng sự (2018) thực hiện, luận án đánh giá và so sánh chất lượng dịch vụ y tế ở bệnh viện công và khu khám, điều trị tự nguyện (một dạng PPP). Mẫu cuộc điều tra này được lựa chọn trên phương pháp mẫu ngẫu nhiên từ 136.678 bệnh nhân nội trú điều trị tại 29 bệnh viện công, trong đó có khu khám, điều trị tự nguyện trên toàn quốc với số mẫu được làm sạch là 2692. Về nội dung và phương pháp khảo sát hài lòng người bệnh tập trung vào 6 lĩnh vực như trình bày ở Hình 1.2 trên. Thang điểm đánh giá là 5 mức, tương ứng với: 1 - Rất không hài lòng; 2 - Không hài lòng; 3 - Bình thường; 4 - Hài lòng; và 5 - Rất hài lòng.



Hình 1.2: Mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ y tế

Nguồn: Trần Ngọc Anh và các cộng sự (2018).

* Phương pháp thu thập, xử lý thông tin sơ cấp:

- *Khảo sát thực tế*: Hình thức PPP thường tập trung và phát triển ở các thành phố lớn, do vậy luận án lựa chọn 3 địa phương tiến hành khảo sát, đó là Hà Nội, Quảng Ninh và thành phố Hồ Chí Minh, là các địa phương có các hình thức PPP khá phổ biến so với mặt bằng chung cả nước. Tại mỗi địa phương khảo sát, các thông tin thu thập chung bao gồm: tình hình kinh tế - xã hội, các chính sách cụ thể của địa phương về phát triển y tế tư nhân, số lượng cơ sở y tế tư nhân, các hình thức PPP ở địa phương.

- *Phỏng vấn sâu*: luận án lựa chọn một số chuyên gia sâu về y tế (cán bộ ngành y và nhà đầu tư), một số nhà quản lý ở địa phương, đại diện một số bệnh viện công và tư, và nhóm người sử dụng dịch vụ y tế để trao đổi và phỏng vấn về: (i) quan điểm, nhận thức và vai trò của PPP trong lĩnh vực y tế; (ii) các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế; (iii) đánh giá chất lượng dịch vụ của các hình thức PPP hiện nay trong ngành y tế; và (iv) các đề xuất kiến nghị phát triển hình thức PPP.

- *Điều tra theo bảng hỏi*: để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế của các hình thức PPP trong y tế, luận án sử dụng thang đo SERVPERF với năm thang điểm để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế nhằm có căn cứ đánh giá liệu hình thức PPP có mang lại chất lượng dịch vụ/phúc lợi cho người dân tốt hay không? Luận án xây dựng bộ phiếu hỏi cho các đối tượng đã từng sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh tại ba loại hình cơ sở khám, chữa bệnh: là (1) các cơ sở khám, chữa bệnh công lập; (2) cơ sở khám, chữa bệnh theo yêu cầu (hình thức XHH của các cơ sở khám, chữa bệnh công lập, được coi là một dạng của PPP trong y tế) và (3) bệnh viện tư nhân (có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế- BHYT). Việc lựa chọn đối tượng khám, chữa bệnh tại ba loại hình trên là để so sánh và đánh giá khách quan chất lượng dịch vụ của loại hình PPP y tế với các cơ sở khám, chữa bệnh thuần công.

Về phương pháp và số lượng mẫu điều tra, nghiên cứu lựa chọn mẫu điều tra trên địa bàn Hà Nội, do vị trí Hà Nội là thủ đô của cả nước, có số lượng các

cơ sở y tế công lập (bệnh viện), cơ sở dịch vụ y tế tự nguyện (khoa khám, điều trị tự nguyện trong các cơ sở y tế công lập) và cơ sở y tế tư nhân (bệnh viện) tương đối phát triển so với cả nước. Đối tượng điều tra là ngẫu nhiên; là những người sử dụng dịch vụ y tế ở cả ba loại hình y tế trên. Phiếu điều tra của luận án có số lượng mẫu hợp lệ thu về là 58/100 trên tổng số phiếu điều tra. Các số liệu được nhập và phân tích được thực hiện bằng phần mềm Excel.

Về nội dung bảng hỏi, luận án có tham khảo bảng hỏi của Bộ Y tế tại Quyết định 4448/2013/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Đề án: Phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công cũng như tham vấn các chuyên gia y tế để xây dựng bảng hỏi điều tra. Nhìn chung, bảng hỏi cũng tập trung các tiêu chí cấu phần tạo nên chất lượng dịch vụ y tế như nghiên cứu của Trần Ngọc Anh và các cộng sự (2018). Tuy nhiên, bảng hỏi có rút gọn và lồng các tiêu chí cấu phần vào 5 yếu tố chính, đó là: (1) Cơ sở hạ tầng và thiết bị y tế; (2) Độ tin cậy nhân viên y tế; (3) Mức độ tiếp cận thông tin; (4) Chi phí sử dụng dịch vụ y tế; (5) Đánh giá chung về chất lượng dịch vụ y tế. Theo các chuyên gia y tế, 5 yếu tố này là những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế nhiều nhất ở Hà Nội.

+ Nghiên cứu tình huống: trong quá trình đi khảo sát, luận án lựa chọn những trường hợp điển hình về PPP trong lĩnh vực y tế để phân tích.

1.2.3.3. Phương pháp nghiên cứu

* Sử dụng các phương pháp nghiên cứu định tính: gồm các phương pháp nghiên cứu tổng hợp, phân tích, chứng minh, thống kê miêu tả, thống kê so sánh, nội suy...

* Sử dụng phương pháp phân tích định lượng: Trên cơ sở lý thuyết đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và bộ số liệu điều tra của Trần Ngọc Anh và các cộng sự (2018), luận án sẽ sử dụng phương pháp hồi quy để so sánh đánh giá chất lượng dịch vụ y tế ở các cơ sở y tế cung cấp. Chi tiết phương pháp hồi quy được trình bày ở chương 3.

CHƯƠNG 2

CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ

2.1. Cung ứng dịch vụ y tế và vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế

2.1.1. Một số khái niệm liên quan

2.1.1.1. Khái niệm hàng hóa và dịch vụ công

Khái niệm hàng hóa và dịch vụ công hay gọi tắt là hàng hóa công (public goods) trong nền kinh tế thị trường từ lâu đã được các học giả nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập như của Lê Chi Mai (2003), Lê Xuân Bá (2005), Chu Văn Thành (2007), Stiglitz, Joseph E. (2000),.... Khái niệm này trước hết được phân biệt với loại hàng hóa đối lập với nó đó là hàng hóa tư (private goods). Hai loại hàng hóa này sẽ tạo nên toàn bộ tập hợp các hàng hóa và dịch vụ trong xã hội.

Theo Từ điển “Kinh tế học hiện đại” của Macmillan (David W. Pearce, 1992) trích từ Lê Xuân Bá (2005), khái niệm hàng hóa và dịch vụ công là: “*Là một hàng hoá hay dịch vụ mà nếu được cung cấp cho một người thì vẫn còn tồn tại cho những người khác mà không phát sinh thêm chi phí nào*”. Điều này phân biệt với hàng hoá tư với việc tiêu dùng của một người này sẽ ngăn cản việc tiêu dùng cùng hàng hoá đó của một người khác. Một hàng hoá công vì vậy có tính chất “không đối kháng hay không cạnh tranh” (non-rival) trong tiêu dùng [81]. Không cạnh tranh trong tiêu dùng được hiểu là hàng hóa công thuần túy cung cấp một mức lợi ích như nhau đối với tất cả mọi người, không phụ thuộc vào số người sử dụng và địa vị của họ. Vì vậy, lợi ích đối với một người hay sự tiêu dùng của một cá nhân không ảnh hưởng đến lợi ích hay số lượng tiêu dùng hàng hoá đó của bất kỳ người nào khác. Không loại trừ tức là hàng hoá đó đã được cung cấp thì người sản xuất ra nó không thể ngăn cản bất kỳ ai tiêu dùng nó.

Hàng hóa hay dịch vụ công có thể phân loại theo nhiều tiêu chí khác nhau, xét theo tính chất của dịch vụ, hoặc theo các hình thức dịch vụ. Một số cách thức phân loại cơ bản và được sử dụng phổ biến hiện nay gồm:

* Xét theo đặc tính không loại trừ và không cạnh tranh của dịch vụ công:

- Dịch vụ công thuần khiết, hay có thể gọi tắt là dịch vụ thuần công. Là dịch vụ mà chính phủ là người duy nhất cung cấp và mọi công dân có quyền bình đẳng trong sử dụng dịch vụ, ví dụ như: pháp luật, an ninh, quốc phòng, các nguồn phúc lợi xã hội, môi trường và phòng dịch, cấp giấy sở hữu, giấy tờ tùy thân, giấy chứng nhận, đăng ký thành lập (doanh nghiệp)...

- Dịch vụ công không thuần khiết (impure or quasi-public services), hay gọi tắt là dịch vụ á công hoặc bán công. Khu vực công mở rộng bao gồm các dịch vụ công (chủ yếu là hàng hóa và dịch vụ công không thuần khiết- impure) mà người tham gia cung cấp có thể là nhà nước và nhiều tổ chức khác (tư nhân, các tổ chức xã hội, cộng đồng). Sự cung cấp các loại dịch vụ này rất linh hoạt, tùy thuộc vào nhu cầu người tiêu dùng, không mang tính độc quyền và có thể miễn phí hoặc trả phí. Đó là các dịch vụ như: y tế, giáo dục, thông tin, cơ sở hạ tầng,...

- Các sản phẩm, dịch vụ khuyến dụng (merit goods) loại dịch vụ mà người ta cho rằng ai cũng cần được tiêu dùng, bất kể thu nhập của họ là bao nhiêu, chẳng hạn giáo dục tiểu học, tiêm chủng, nước sạch.

* Xét theo tiêu chí chủ thể cung ứng:

- Dịch vụ công do cơ quan nhà nước trực tiếp cung cấp: Đó là những dịch vụ công cộng cơ bản do các cơ quan của nhà nước cung cấp, ví dụ: an ninh, giáo dục phổ thông, chăm sóc y tế công cộng, bảo trợ xã hội,...

- Dịch vụ công do các tổ chức phi chính phủ và khu vực tư nhân cung cấp, gồm những dịch vụ mà Nhà nước có trách nhiệm cung cấp, nhưng không trực tiếp thực hiện mà uỷ nhiệm cho tổ chức phi chính phủ và tư nhân thực hiện, dưới sự đôn đốc, giám sát của nhà nước, ví dụ: các dịch vụ công cộng do chính phủ gọi thầu các công ty tư nhân đấu thầu cung ứng.

- Dịch vụ công do tổ chức nhà nước, tổ chức phi chính phủ, tổ chức tư nhân phối hợp thực hiện. Loại hình cung ứng dịch vụ này ngày càng trở nên phổ biến ở nhiều nước. Ví dụ, ở Trung quốc, việc thiết lập hệ thống bảo vệ trật tự ở các khu dân cư là do cơ quan công an, tổ chức dịch vụ khu phố và ủy ban khu phố phối hợp thực hiện.

* Xét theo tính chất và tác dụng của dịch vụ được cung ứng:

- Dịch vụ hành chính công: là loại dịch vụ gắn liền với chức năng quản lý nhà nước nhằm đáp ứng yêu cầu của người dân, như cấp giấy phép hoạt động, giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh, thị thực, hộ tịch,... Người dân được hưởng những dịch vụ này không theo quan hệ cung cầu, ngang giá trên thị trường; hầu hết dịch vụ này do các cơ quan quản lý nhà nước cung cấp. Người sử dụng dịch vụ đóng lệ phí hoặc phí cho các cơ quan hành chính nhà nước.

- Dịch vụ sự nghiệp công: là loại dịch vụ nhằm cung cấp phúc lợi xã hội thiết yếu cho người dân như giáo dục, y tế, văn hóa, khoa học công nghệ, chăm sóc sức khỏe, thể dục thể thao, bảo hiểm, an sinh xã hội,... Xu hướng chung hiện nay trên thế giới là Nhà nước chỉ thực hiện những dịch vụ công nào mà xã hội không thể làm được hoặc không muốn làm, nên Nhà nước đã chuyển giao một phần việc cung ứng loại dịch vụ công này cho khu vực tư nhân và các tổ chức xã hội, nhưng Nhà nước vẫn giữ vai trò đảm bảo cung ứng dịch vụ nói chung.

- Dịch vụ công ích: Là các dịch vụ cung cấp các hàng hoá, dịch vụ cơ bản, thiết yếu cho người dân và cộng đồng như: vệ sinh môi trường, xử lý rác thải, cấp nước sạch, vận tải công cộng đô thị, phòng chống thiên tai... chủ yếu do các doanh nghiệp nhà nước thực hiện, theo quy luật thị trường có điều tiết của Nhà nước.

Theo phân loại này thì dịch vụ y tế là một loại dịch vụ sự nghiệp công và được quy định trong Nghị định 16/2015/NĐ-CP của Chính phủ quy định về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập.

2.1.1.2. Khái niệm dịch vụ y tế và cung ứng dịch vụ y tế

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO, 2009): ”*Dịch vụ y tế bao gồm tất cả các dịch vụ về chẩn đoán, điều trị bệnh tật và các hoạt động chăm sóc, phục hồi sức khỏe*”. Chúng bao gồm các dịch vụ y tế cá nhân và các dịch vụ y tế công cộng. Còn theo Lê Chi Mai (2003) thì dịch vụ y tế bao gồm dịch vụ về khám chữa bệnh, tiêm chủng, phòng chống bệnh tật.... Đây được xem như một quyền cơ bản của con người, vì vậy không thể để cho thị trường chi phối mà đó là trách nhiệm của nhà nước. Tuy nhiên, theo Lê Quang Cường (2007), thì dịch vụ y tế là loại hàng hóa mà người sử dụng (người bệnh) thường không thể hoàn toàn tự mình chủ động lựa chọn loại dịch vụ theo ý muốn mà phụ thuộc rất nhiều vào bên cung ứng (cơ sở y tế). Ngoài ra, dịch vụ y tế là loại hàng hóa gắn liền với sức khỏe, tính mạng con người nên không giống các nhu cầu khác, khi bị ốm, mặc dù không có tiền nhưng người ta vẫn phải mua (khám, chữa bệnh) đây là đặc điểm đặc biệt không giống các loại hàng hóa, dịch vụ khác.

Phân theo tính chất công cộng hay cá nhân của dịch vụ thì dịch vụ y tế được phân thành ba loại, đó là: (i) dịch vụ y tế công cộng; (ii) dịch vụ y tế cho các đối tượng cần chăm sóc ưu tiên và (iii) dịch vụ y tế cá nhân. Dịch vụ y tế công cộng là các dịch vụ mà lợi ích của những dịch vụ này không chỉ giới hạn ở việc cung ứng trực tiếp cho người sử dụng mà còn cung ứng gián tiếp cho cộng đồng như các dịch vụ phòng bệnh, giáo dục y tế. Dịch vụ y tế cho các đối tượng cần chăm sóc ưu tiên sẽ được dành cho một số đối tượng đặc biệt như người nghèo, bà mẹ - trẻ em, người có công với cách mạng... Dịch vụ y tế cá nhân là các dịch vụ y tế chỉ cung ứng trực tiếp cho người sử dụng dịch vụ [22]. Phân theo nội dung, dịch vụ y tế bao gồm: y tế dự phòng, chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, y học cổ truyền, dân số - kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe sinh sản [18]. Theo phạm vi nghiên cứu, *luận án sẽ tập trung vào dịch vụ khám, chữa bệnh*.

Tóm lại, có nhiều quan niệm về dịch vụ y tế được phát biểu dưới những góc độ khác nhau nhưng đặc điểm chung là: (i) Là một loại hàng hóa dịch vụ công thiết yếu, đáp ứng những nhu cầu cơ bản của người dân và cộng đồng; và (ii) Có thể do Nhà nước hoặc tư nhân cung cấp dịch vụ cho người sử dụng nhưng phải tuân thủ theo các quy định của pháp luật.

Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới (2009), thì *cung ứng dịch vụ y tế* là các yếu tố đầu vào (bao gồm: (i) Nguồn lực y tế (tài chính, nhân lực); (ii) Cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế và kỹ thuật; (iii) Dược phẩm; (iv) Các hướng dẫn chính sách và lâm sàng (quy trình khám, chữa bệnh); và (v) Hệ thống thông tin) được kết hợp để cho phép cung cấp một loạt biện pháp can thiệp vào các hoạt động y tế. Nói một cách khác thì việc cung ứng dịch vụ y tế ở mỗi quốc gia hay được gọi là chăm sóc sức khỏe ở mỗi quốc gia được thực hiện bởi hệ thống y tế với sự tham gia của nhiều tổ chức, viện, các nguồn lực và người dân nhằm tăng cường và duy trì sức khỏe. Trong khi trách nhiệm chính về hệ thống y tế thuộc nhà nước thì hầu hết dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đáp ứng bởi sự kết hợp giữa các đơn vị cung cấp dịch vụ y tế công, tư nhân.

2.1.2. Đặc điểm của thị trường cung ứng dịch vụ y tế

Đối với dịch vụ y tế nói chung và trong cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh nói riêng, có hai nét nổi bật. *Thứ nhất*, mối quan hệ giữa bệnh nhân và thầy thuốc, đặc biệt về mặt tâm lý và truyền thống thì mối quan hệ này luôn được toàn xã hội quan tâm. *Thứ hai*, kết quả của dịch vụ, điều này phụ thuộc nhiều yếu tố như: bản chất của từng loại bệnh, kỹ năng của thầy thuốc, quy trình, công nghệ và trang bị kỹ thuật của bệnh viện, sự hợp tác giữa bệnh nhân và thầy thuốc, khả năng tài chính, khả năng của nền y học hiện đại, đánh giá kết quả một cách chính xác là một việc phức tạp, tuy nhiên bệnh nhân có thể cảm nhận sức khỏe của bản thân có cải thiện hay không qua một quá trình điều trị.

Mặt khác, nhìn từ góc độ kinh tế học, dịch vụ y tế là một ngành dịch vụ chịu tác động của quy luật cung, cầu. Tuy nhiên, do tính chất của dịch vụ y tế mà

thị trường dịch vụ y tế có những đặc thù riêng của nó, bao gồm: thông tin bất đối xứng, tính không lường trước được, tính ngoại biên như sau [38]:

- *Thứ nhất*, thông tin bất đối xứng bởi vì dịch vụ y tế là loại hàng hóa mà người bệnh thường không thể hoàn toàn tự mình chủ động lựa chọn loại dịch vụ theo ý muốn mà phụ thuộc rất nhiều vào bên cung ứng (các cơ sở y tế).

- *Thứ hai*, tính không lường trước được bởi vì người bệnh không thể biết trước được sẽ bị bệnh gì và vào thời điểm cụ thể nào, vì thế nhiều khi sử dụng dịch vụ một cách đột ngột, ngẫu nhiên. Vì không đoán trước được khi nào thì nó xảy ra nên khi cần và sử dụng dịch vụ, cho dù có giá đắt người bệnh cũng phải chấp nhận. Tuy nhiên người cung cấp cũng chịu ảnh hưởng của tính không lường trước, phác đồ điều trị phải điều chỉnh cho phù hợp với từng bệnh nhân.

- *Thứ ba*, dịch vụ y tế là loại hàng hóa gắn liền với tính mạng con người nên mặc dù không có tiền nhưng vẫn phải khám, chữa bệnh (mua dịch vụ). Do vậy, dịch vụ y tế còn mang tính “ngoại lai” và tính “bắt buộc” cao. Đặc điểm này, không giống các loại hàng hóa khác, đối với các loại hàng hóa không phải dịch vụ chữa bệnh, người mua có thể có nhiều giải pháp lựa chọn, thậm chí tạm thời không mua nếu chưa có khả năng tài chính.

- *Thứ tư*, thị trường dịch vụ y tế không phải là thị trường tự do, giá cả không phải do sự thỏa thuận giữa người mua và người bán, giá của dịch vụ y tế phụ thuộc nhiều vào người bán và một số quy định của pháp luật. Về phương diện này, ngoài nhà cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ còn xuất hiện một bên thứ ba đó là cơ quan BHYT. Chính sách BHYT của Nhà nước nói chung và thanh toán dịch vụ thông qua BHYT nói riêng có tác động rất lớn đến chất lượng dịch vụ sức khỏe, nhà cung cấp dịch vụ và người thụ hưởng.

- *Thứ năm*, dịch vụ y tế là loại hình dịch vụ có điều kiện. Dịch vụ y tế là dịch vụ liên quan đến tính mạng con người do vậy luôn có những quy định chặt chẽ. Do đó, có sự hạn chế nhất định trong sự gia nhập thị trường của các nhà cung ứng dịch vụ y tế.

Ngoài các đặc điểm trên, cũng phải phân biệt bản chất của dịch vụ y tế ở những vấn đề sau đây:

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

- *Thứ hai*, bản thân dịch vụ y tế cũng được chia làm hai loại, đó là dịch vụ công thuần túy và dịch vụ công không thuần túy. Trong lĩnh vực y tế, các dịch vụ y tế cơ bản như chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, phòng dịch bệnh, phòng và chữa một số bệnh xã hội... đều thuộc nhóm dịch vụ công thuần túy. Các loại dịch vụ y tế khác ngoài dịch vụ y tế cơ bản thuộc nhóm dịch vụ công không thuần túy. Hay nói cách khác các dịch vụ công thuần túy như phòng, chống dịch bệnh, kiểm soát lây nhiễm... được Nhà nước cung cấp miễn phí cho mọi thành viên trong xã hội. Đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản, Nhà nước cung cấp thuốc cơ bản, BHYT cho mọi người dân hay cung cấp các phiếu khám bệnh miễn phí cho người nghèo, người yếu thế... Đối với các nhu cầu không được đáp ứng thông qua gói khám chữa bệnh ban đầu hay cơ bản (dịch vụ công không thuần túy), mặc dù hiện nay, có thể do người dân phải chịu trách nhiệm, nhưng để giảm rủi ro cá nhân, Nhà nước khuyến khích BHYT thương mại và tăng cường sự bảo vệ lẫn nhau giữa các thành viên trong xã hội.

2.1.3. Vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế

Việc phân loại bản chất của dịch vụ y tế có ý nghĩa quan trọng trong việc hoạch định chính sách đối với hệ thống y tế. Thông thường, đối với dịch vụ cơ bản, trách nhiệm đảm bảo cung ứng hoàn toàn thuộc về Nhà nước, trước hết là kinh phí và nguyên tắc cao nhất chính là đảm bảo tính công bằng trong tiếp cận, sử dụng dịch vụ của tất cả người dân. Đối với hàng hóa công không thuần túy như làm đẹp, sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng cao v.v..., Nhà nước vẫn có trách nhiệm đảm bảo cung ứng, nhưng thực hiện trách nhiệm này thông qua tạo lập một sân chơi, hay hình thành thị trường dịch vụ để mọi thành phần kinh tế có thể tham gia và cạnh tranh lành mạnh trên thị trường. Vấn đề then chốt là cách thức thực hiện trách nhiệm của Nhà nước sao cho dịch vụ cung ứng ra thị trường đáp ứng tốt nhất nhu cầu của người dân về số lượng và chất lượng và dựa trên nguyên tắc các bên đều có lợi, tức là cả người sử dụng, người cung ứng và Nhà nước đều có lợi. Rõ ràng, một đất nước mà đa số công dân có sức khỏe tốt sẽ có lợi cho quá trình phát triển theo hướng thịnh vượng của đất nước đó.

Tóm lại, do tính chất đặc biệt của dịch vụ y tế, bất kỳ một quốc gia nào kể cả những quốc gia có nền kinh tế thị trường, dịch vụ y tế không phải lúc nào cũng là một hàng hóa thuần túy vận động theo quy luật cung cầu. Nhà nước có vai trò rất quan trọng trong việc cung ứng và quản lý dịch vụ y tế thông qua các chủ trương và chính sách y tế, văn bản pháp luật hành nghề, đặc biệt là Nhà nước tìm cách huy động và sử dụng tối ưu nguồn lực của cộng đồng, của quốc gia, quốc tế để chăm sóc tốt nhất cho mọi đối tượng trong cộng đồng. Trong bối cảnh ngân sách còn hạn hẹp, Nhà nước cần giữ vai trò cung ứng đối với các dịch vụ y tế thuần túy và dịch vụ dành cho các đối tượng cần ưu tiên, còn lại để cho khu vực ngoài nhà nước cung ứng các dịch vụ y tế còn lại. Đồng thời với sự tạo điều kiện thuận lợi phát triển các loại hình dịch vụ y tế và người cung ứng, vai trò quản lý Nhà nước là rất cần thiết trong việc kiểm soát giá cả, chất lượng dịch vụ.

Đối với các chủ thể tham gia cung ứng dịch vụ y tế, trong một xã hội hiện đại và phát triển thì việc tham gia của nhiều chủ thể cung ứng dịch vụ y tế càng làm cho xã hội có nhiều lựa chọn xác định chất lượng và giá cả cung ứng dịch vụ y tế phù hợp với điều kiện xã hội. Nhìn chung, trên thế giới hiện nay có cả khu vực công và tư nhân tham gia cung ứng dịch vụ y tế, và gần đây xuất hiện một hình thức liên doanh, liên kết giữa khu vực công và tư nhân cùng tham gia cung ứng (thường được gọi hợp tác công - tư, PPP).

2.2. Hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế và các yếu tố ảnh hưởng

2.2.1. Khái niệm, đặc điểm và sự cần thiết của PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

2.2.1.1. Khái niệm PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

Hiện nay, trên thế giới có nhiều định nghĩa khác nhau về PPP. Ví dụ, Sổ tay hướng dẫn về PPP do ADB phát hành năm 2008 coi thuật ngữ “mối quan hệ đối tác nhà nước - tư nhân” miêu tả một loạt các mối quan hệ có thể có giữa các tổ chức nhà nước và tổ chức tư nhân liên quan đến lĩnh vực cơ sở hạ tầng và các lĩnh vực dịch vụ khác” [32]. Trong khi đó thì Ủy Ban Quốc gia về PPP của Vương quốc Anh cho rằng “*PPP là một kiểu quan hệ chia sẻ rủi ro xuất phát từ nguyện vọng chung của cả khu vực tư nhân và khu vực công nhằm đạt được kết quả xã hội mong muốn*”, còn đối với Hội đồng Quốc gia về PPP của Canada lại định nghĩa rằng: “*PPP là một kiểu hợp tác liên doanh giữa khu vực công với khu vực tư, được xây dựng trên cơ sở chia sẻ kinh nghiệm chuyên môn của mỗi bên, nhằm đáp ứng tốt nhất các nhu cầu đã được xác định rõ của xã hội thông qua việc phân bổ hợp lý các nguồn lực, các kết quả và cả các rủi ro*” [23].

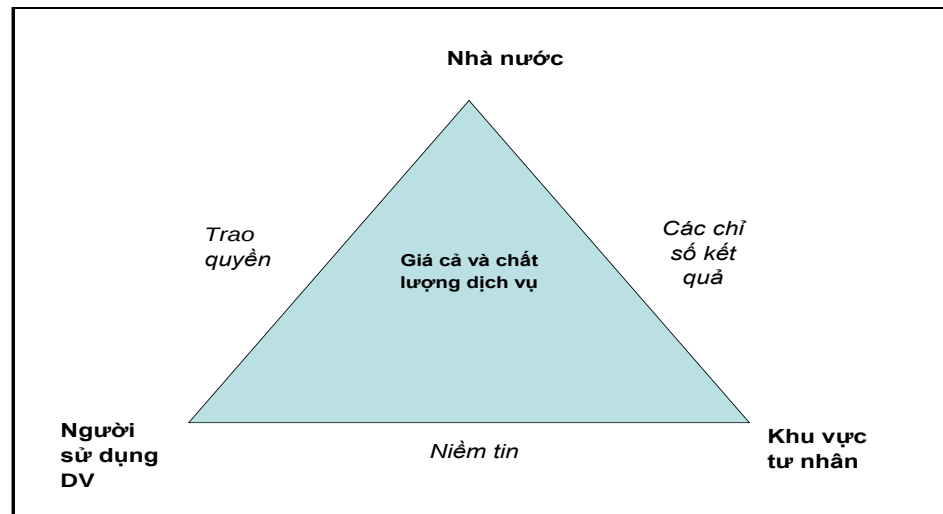
Tương tự, trong khi một số người cho rằng bất cứ một sự hợp tác nào giữa các đơn vị thuộc khu vực công với các công ty tư nhân, đều được gọi là PPP, thì một số khác lại đưa ra các định nghĩa cụ thể hơn, rằng: “*PPP là công cụ chính sách tạo điều kiện cho việc cung ứng các dịch vụ công tốt hơn, hiệu quả hơn,*

nhờ việc thu hút khu vực tư nhân tham gia trực tiếp cung ứng các tài sản/dịch vụ công đáp ứng nhu cầu của người dân. PPP không chỉ đơn giản là các cơ chế cấp vốn/ hạch toán mới, mà là cơ chế để khai thác tối đa các thế mạnh về quản lý, thương mại, và khả năng sáng tạo của khu vực tư nhân” [72].

Như vậy, các định nghĩa về PPP hiện có cho thấy PPP có thể được nhìn nhận ở các cấp độ rất khác nhau: có thể đơn thuần là một sự chia sẻ rủi ro tài chính, hoặc cũng có thể là một cơ chế liên doanh, liên kết giữa các cơ quan nhà nước chịu trách nhiệm về dịch vụ công, với các công ty, đơn vị cung ứng dịch vụ thuộc khu vực tư nhân. Tuy nhiên, trong khi vẫn có sự khác nhau về góc độ đánh giá, các định nghĩa về PPP đều thống nhất ở những điểm chính sau:

- PPP là cơ chế hợp tác giữa hai tác nhân chính trong xã hội là Nhà nước và khu vực tư nhân;
- PPP được hiện thông qua quan hệ hợp đồng;
- PPP được thiết lập để phát huy tối đa các ưu thế của cả bên tư nhân (khả năng sáng tạo, linh động trong kinh doanh) và thế mạnh của Nhà nước;
- Mục đích cuối cùng của các chương trình, dự án được thực hiện theo cơ chế PPP là đáp ứng tốt hơn nhu cầu của người dân.

Với cách hiểu này, PPP là cơ chế thực hiện quan hệ được thiết lập giữa hai tác nhân chính là Nhà nước và tư nhân, nhưng mục tiêu lớn nhất trong hoạt động hợp tác này là để đáp ứng nhu cầu của người tiêu dùng dịch vụ. Vì thế, việc xem xét PPP không chỉ dừng ở các quan hệ “tay đôi” giữa Nhà nước và các đơn vị/ công ty cung ứng dịch vụ tư nhân, mà ngược lại, mức độ bảo đảm về quyền và lợi ích của người tiêu dùng dịch vụ phải được coi là chỉ số quan trọng nhất thể hiện kết quả hoạt động của hai nhóm tác nhân nói trên (Hình 2.1).



Nguồn: [73].

Hình 2.1: Quan hệ ba bên trong các dự án/chương trình PPP

Trên thế giới khái niệm PPP đã được dùng nhiều trong thời gian qua. Tuy nhiên, ở Việt Nam, khái niệm PPP gần đây mới được các nhà nghiên cứu và quản lý sử dụng. Văn bản pháp quy đầu tiên đề cập đến khái niệm và hình thức PPP là Quyết định số 71/QĐ-TTg ngày 9 tháng 11 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành Quy chế thí điểm đầu tư theo hình thức đối tác công – tư và được sửa đổi, bổ sung tại Nghị định 15/NĐ-CP ngày 14 tháng 2 năm 2015 của Chính phủ về đầu tư theo hình thức đối tác công tư. Sau hơn ba năm thực hiện Nghị định 15, Chính phủ ban hành Nghị định số 63/NĐ-CP ngày 4 tháng 5 năm 2018 (thay thế cho Nghị định 15) về đầu tư theo hình thức đối tác công tư, trong đó đưa ra khái niệm mới về PPP như sau: “*Đầu tư theo hình thức đối tác công tư là hình thức đầu tư được thực hiện trên cơ sở hợp đồng dự án giữa cơ quan nhà nước có thẩm quyền và nhà đầu tư, doanh nghiệp dự án để xây dựng, cải tạo, vận hành, kinh doanh, quản lý công trình hạ tầng, cung cấp dịch vụ công*”. Như vậy, khái niệm mới về PPP đã mở rộng hơn, bao gồm cả lĩnh vực xây dựng, cải tạo và kinh doanh.

Mặc dù có nhiều định nghĩa khác nhau, tuy nhiên trong luận án này, PPP trong cung ứng dịch vụ y tế được định nghĩa là “*Hợp tác giữa khu vực nhà nước và tư nhân, liên kết bởi mục tiêu chung nhằm cải thiện sức khỏe cộng đồng, dựa*

trên các vai trò và nguyên tắc đã được thống nhất” [69]. Ở Việt Nam, chủ trương huy động các nguồn lực và chuyển giao một số loại hình dịch vụ công, trong đó có y tế cho tư nhân đảm nhiệm đã được Đảng và Nhà nước thực hiện từ những năm 90s của thế kỷ trước. Chủ trương này hay còn gọi là XHH y tế là một chủ trương lâu dài nhằm phát huy tiềm năng trí tuệ và vật chất trong nhân dân, huy động toàn xã hội tham gia vào sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân và tạo điều kiện để toàn xã hội được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng cao. Theo cách tiếp cận này, “XHH y tế là sự mở rộng trách nhiệm, từ chỗ trước đây coi hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân là nhiệm vụ của Nhà nước thành trách nhiệm của các ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội, cộng đồng, gia đình, cá nhân, của cả hệ thống y tế công lẫn y tế tư trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tài chính y tế” [32].

Theo định nghĩa trên, XHH bao gồm các nội dung chính sau: (i) Huy động các tầng lớp nhân dân cùng tham gia (huy động nguồn nhân lực); (ii) Đa dạng hóa các hoạt động cung ứng dịch vụ y tế gồm đa dạng hóa các hình thức hoạt động và hình thức cung cấp nguồn tài chính. Với cách tiếp cận này, hợp tác công – tư trong y tế là một trong những nội dung của XHH y tế và trong khuôn khổ luận án cũng tiếp cận theo hướng này.

2.2.1.2. Đặc điểm và xu hướng của PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

* Đặc điểm của hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế

Bảng 2.1 cho thấy, với mức độ tham gia khác nhau, khu vực tư nhân có thể hợp tác với khu vực công trong hầu hết các bước trong thực hiện dự án: (1) thiết kế dự án; (2) cấp tài chính dự án; (3) xây dựng và (4) vận hành/bảo dưỡng.

Trong việc xác định để lựa chọn mức độ tham gia của khu vực tư nhân, tính hiệu quả chuyên môn là điều kiện rất quan trọng, nhưng không phải là điều kiện duy nhất. Các dịch vụ công cần hướng sự chú ý đặc biệt để các hệ giá trị xã hội khác như trách nhiệm xã hội, tính công bằng, bình đẳng ... Có thể nhận thấy, mặc dù mức độ tham gia của tư nhân dưới những dạng khác nhau trong thuật

ngữ hoặc cách diễn giải, song về bản chất, PPP là một hình thức hợp tác giữa Nhà nước và khu vực tư nhân, nhằm tích hợp được những điểm mạnh/lợi thế nhất của cả hai khu vực này trong việc thực hiện một dự án nào đó. Trong giai đoạn đầu mới xuất hiện, lĩnh vực truyền thống của PPP là phát triển cơ sở hạ tầng song hiện tại được mở rộng hơn sang các lĩnh vực khác như y tế, giáo dục...

Bảng 2.1: Mức độ tham gia của tư nhân trong PPP

	Xác định nhu cầu CSHT	Đề xuất giải pháp	Thiết kế dự án	Cấp tài chính dự án	Xây dựng	Vận hành/bảo dưỡng	Sở hữu
Đầu thầu/xây dựng	KV công				KV tư	KV công	
Thiết kế/Xây dựng	KV công		KV tư	KV công	KV tư	KV công	
Thiết kế/Xây dựng/cấp tài chính	KV công		KV tư			KV công	
Thiết kế/Xây dựng/cấp tài chính/vận hành/bảo dưỡng	KV công		KV tư				KV công

Nguồn: [79].

* Xu hướng phát triển PPP trong lĩnh vực y tế:

Theo PwC (2013), tiềm năng phát triển PPP trong lĩnh vực y tế là rất lớn. Năm 2010, đánh dấu các hợp đồng theo PPP trong lĩnh vực y tế tăng trưởng ở mức kỷ lục ở trên ba lục địa. Điều này cho thấy nhu cầu đầu tư vào các cơ sở bệnh viện bằng nguồn vốn tư nhân trong tương lai là khá lớn:

- Ở Châu Âu: 4 tỷ đô la được đầu tư vào các bệnh viện ở châu Âu dưới hình thức PPP đã công bố trong nửa đầu năm 2010. Thỏa thuận lớn nhất là 1,5 tỷ Euro được đầu tư cho bệnh viện 700 giường Karolinska ở Stockholm, Thụy Điển, dự án này được coi là bệnh viện lớn nhất thế giới theo mô hình PPP. Một dự án lớn khác, bệnh viện mới ở Vigo, Galicia, Tây Ban Nha với vốn đầu tư 375 triệu euro cho 1.465 giường.

- Ở Bắc Mỹ: các bang/thành phố British Columbia, Ontario và Quebec đã thu hút 10 tỷ đô la trong các dự án PPP chăm sóc sức khỏe trong 5 năm qua.

Năm 2010, dự án Bệnh viện Đại học McGillMontreal với vốn đầu tư 1,3 tỷ đô la, là bệnh viện lớn nhất Bắc Mỹ theo mô hình PPP. Ở Mexico, 22 tiểu bang đã có PPP trong y tế và các tiểu bang còn lại đang trong quá trình phê duyệt dự án.

- Ở Châu Phi, Chính phủ Nam Phi vừa phê duyệt dự án PPP trong y tế lớn nhất trên thế giới, đó là bệnh viện Chris Hani Baragwanath với quy mô 2.964 giường bệnh.

Mặc dù các thỏa thuận mang tính bước ngoặt này vẫn chủ yếu bị chi phối bởi các dự án cơ sở hạ tầng, nhưng rõ ràng là PPP đang nhanh chóng mở rộng thị trường cho tư nhân tham gia trong lĩnh vực y tế. Ngoài hình thức PPP tập trung nhiều vào cơ sở hạ tầng, các hình thức PPP trong y tế cũng được mở rộng. Cạnh tranh về thu hút vốn tư nhân đã thúc đẩy các chính phủ ở các nước Châu Âu, Châu Á, Châu Phi thành lập các cơ quan và bố trí nhân viên chuyên trách về PPP. Mặc dù còn nhiều lĩnh vực để cải thiện, những cơ quan này được giao nhiệm vụ cụ thể nhằm tạo khuôn khổ pháp lý để phát triển PPP và đẩy nhanh các cuộc đàm phán với khu vực tư nhân bằng cách chuẩn hóa việc mua sắm và các hợp đồng. Nhìn chung, trong 15 năm tới, hệ thống y tế thế giới sẽ phải đối mặt với những thách thức toàn cầu liên quan đến tính không bền vững nếu như hệ thống không thực hiện một số cải cách quan trọng để cải thiện tính linh hoạt, năng suất, hiệu quả và sự đổi mới của hệ thống y tế [77].

2.2.1.3. *Vai trò và lợi ích của PPP trong cung ứng dịch vụ y tế*

Cho đến nay, những người ủng hộ việc áp dụng PPP trong cung ứng dịch vụ y tế cho rằng cơ chế này, nếu được áp dụng tốt, có khả năng:

- Giúp huy động thêm vốn đầu tư: điều này thường xuất phát từ thực tế là nhu cầu vốn đầu tư cho các dịch vụ y tế luôn cao, trong khi nguồn lực tài chính của Nhà nước dành cho mục đích này thường có hạn;
- Bảo đảm cung ứng các kỹ năng chuyên môn cần thiết, với chất lượng tốt và đúng thời hạn;

- PPP giúp mở rộng khả năng tiếp cận của người dân đến các dịch vụ y tế, đặc biệt là đối với các nhóm trước đây ít được hưởng lợi khi Nhà nước áp dụng các phương pháp cung ứng truyền thống;

- Việc áp dụng các cơ chế PPP giúp nâng cao tính minh bạch trong chi tiêu của Nhà nước, làm rõ tiền bạc của dân được chi vào đâu và chi bao nhiêu;

- Khu vực (đối tác) công cung cấp tài sản cố định dưới hình thức đất đai và/hoặc nhà cửa và quyền đại diện khu vực công để cung cấp dịch vụ;

- Đối tác công chịu toàn bộ trách nhiệm đối với việc xác định loại hình dịch vụ, số lượng, chất lượng, khung thời gian, phương thức cung cấp dịch vụ và xác định điều khoản về giá dịch vụ trong một số trường hợp riêng biệt.

Bên cạnh những lợi ích do PPP đem lại, những rủi ro trong quá trình xây dựng, thực hiện, và vận hành các dự án PPP cũng xuất hiện như năng lực nhà thầu thấp; rủi ro thị trường; rủi ro trong quá trình vận hành và bảo trì; rủi ro về mặt pháp lý [40].

Trong lĩnh vực y tế, với sự tham gia của PPP có thể giúp cung cấp dịch vụ y tế cho cộng đồng tốt hơn, bởi vì:

- *Thứ nhất*, sự thay đổi nhân khẩu học và các xu hướng dịch tễ như già hóa dân số và các bệnh mãn tính khác dẫn đến gia tăng nhu cầu điều trị. Ở Việt Nam hiện nay với quy mô dân số ngày càng tăng (trên 90 triệu người) và hệ thống y tế đang phải đối mặt với sự già hóa dân số dẫn đến nhu cầu người dân cần phải khám, chữa bệnh ngày càng tăng, do vậy với sự tham gia của PPP giúp cho hệ thống y tế công phần nào giải quyết được nhu cầu của người dân;

- *Thứ hai*, trang thiết bị hiện đại và tốn kém hơn do những tiến bộ trong công nghệ y tế trong khi đó NSNN thường là hạn hẹp, do vậy với sự tham gia của PPP sẽ giải quyết được một phần ngân sách đầu tư cho y tế;

- *Thứ ba*, PPP có thể giúp nâng cao hiệu quả đầu tư và cải thiện chất lượng cung ứng dịch vụ, gia tăng giá trị cho người tiêu dùng. Dịch vụ y tế là ngành thiết yếu để đáp ứng các nhu cầu cơ bản của con người về sức khỏe, tức là lĩnh

vực có độ nhạy cảm xã hội và chính trị cao. Vì thế, trước đây Nhà nước thường chiếm giữ vai trò độc quyền, nên có rất ít hoặc không có cạnh tranh. Sự thiếu vắng cạnh tranh luôn là nguyên nhân dẫn đến hiệu quả thấp và chất lượng dịch vụ kém. Vì thế, sự tham gia của khu vực tư nhân vào việc cung ứng dịch vụ y tế có thể giúp giảm bớt các khó khăn này, đặc biệt trong việc nâng cao chất lượng dịch vụ y tế thông qua cơ chế cạnh tranh. Tóm lại, hình thức PPP trong y tế có những lợi ích nổi bật cho các bên như Bảng 2.2.

Bảng 2.2: Những lợi ích nổi bật PPP cho các thành phần trong nền kinh tế

Lợi ích đối với khu vực công	Lợi ích đối với khu vực tư	Lợi ích đối với người lao động	Lợi ích đối với người tiêu dùng
- Tối đa hóa nguồn lực; - Cung cấp khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản; - Đảm bảo các dịch vụ cơ bản có giá cả hợp lý; - Thúc đẩy cạnh tranh lành mạnh; - Thu hút các nhà đầu tư; - Cải thiện phúc lợi công cộng	- Đảm bảo phân bổ tài sản và tái cơ cấu tổ chức nhằm đem lại hoạt động hiệu quả; - Cung cấp nhân lực đã được đào tạo; - Tạo ra nhiều cơ hội đầu tư hơn.	- Đảm bảo đối xử công bằng với người lao động hiện tại; - Cung cấp các cơ hội việc làm; - Cải thiện năng suất, hiệu quả và đời sống tinh thần.	- Đảm bảo giá cả hợp lý; - Cải thiện chất lượng và độ tin cậy của dịch vụ; - Tăng trách nhiệm giải trình và khả năng phản hồi nhanh.

Nguồn: [70].

Xuất phát từ lý do trên, Chính phủ các nước trên thế giới đều phải tìm nguồn ngân sách bổ sung để đáp ứng nhu cầu gia tăng trong khi nguồn NSNN lại hạn chế để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho công dân của họ. Ở Việt Nam hiện nay, trong bối cảnh nền kinh tế đang gặp nhiều khó khăn, ngân sách vẫn phải tập trung cho đầu tư phát triển, xây dựng kết cấu hạ tầng, dẫn đến nguồn lực đầu tư vào các ngành trực tiếp phục vụ phát triển con người như y tế giảm sút. Trong khi đó, nguồn vốn ODA và nguồn vốn vay ưu đãi nước ngoài có xu hướng giảm do Việt Nam đã bước vào nhóm nước có thu nhập trung bình. Đây là những thách thức lớn đối với mục tiêu tăng đầu tư cho y tế hướng tới một

thống y tế công bằng, hiệu quả và bền vững ở Việt Nam. Trong bối cảnh như vậy, nguồn vốn NSNN chỉ nên tập trung vào một số lĩnh vực thiết yếu còn lại. Nhà nước khuyến khích mạnh mẽ XHH, thông qua các cơ chế, chính sách động viên các cá nhân, tổ chức, doanh nghiệp trong và ngoài nước tham gia đầu tư xây dựng, quy hoạch, phát triển kết cấu hạ tầng là mục tiêu hàng đầu trong quá trình phát triển kinh tế - xã hội nhanh và bền vững. Nguồn vốn đầu tư trực tiếp nước ngoài và các nguồn vốn của doanh nghiệp tư nhân trong nước đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng kinh tế - xã hội chủ yếu dưới các hình thức dự án xây dựng – vận hành – chuyển giao (BOT), xây dựng- chuyển giao (BT), xây dựng – chuyển giao – vận hành (BTO) v.v... hoặc gần đây xuất hiện hình thức liên doanh, liên kết giữa khu vực công và tư nhân cùng tham gia cung ứng (thường được gọi PPP) nhằm mở rộng huy động đầu tư toàn xã hội để phát triển hạ tầng xã hội; đồng thời cũng nhằm chia sẻ gánh nặng cho đầu tư từ NSNN.

Do vậy, mọi Chính phủ phải tìm kiếm nguồn bổ sung từ khu vực tư nhân và PPP như là một công cụ để bù đắp các nguồn thiếu hụt. Khi được thực hiện tốt, PPP có thể: (i) giúp giải quyết thiếu hụt ngân sách; (ii) cải thiện hiệu quả trong nguồn lực y tế hiện có; (iii) tăng cường tiếp cận và cải thiện sự công bằng; (iv) đóng góp để đạt được các mục tiêu về sức khỏe/y tế. Ở Việt Nam, hiện đã có những thử nghiệm hoặc cải tiến được thực hiện nhằm bảo đảm một số loại dịch vụ công cơ bản, trong đó có dịch vụ y tế được cung ứng tốt hơn. Tuy nhiên, những nỗ lực kể trên vẫn chưa đủ để khắc phục sự thiếu hụt hoặc các yếu kém của hệ thống các dịch vụ này. Vì thế, việc tìm kiếm, áp dụng các cơ chế mới, trong đó có PPP, nhằm cải thiện thực trạng yếu kém nói trên cho người dân là yêu cầu ngày càng cấp bách. Tuy nhiên, việc áp dụng PPP trong y tế cần phải đáp ứng được một số tính đặc thù của ngành như [79]:

- Nhà nước chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ trong mọi trường hợp;
- Chi phí không được trở thành gánh nặng cho bệnh nhân;

- Dịch vụ do đối tác tư nhân cung cấp là dịch vụ của hệ thống ngành y tế do Nhà nước bảo lãnh;

- Tất cả bệnh nhân nhận được chất lượng dịch vụ như nhau;

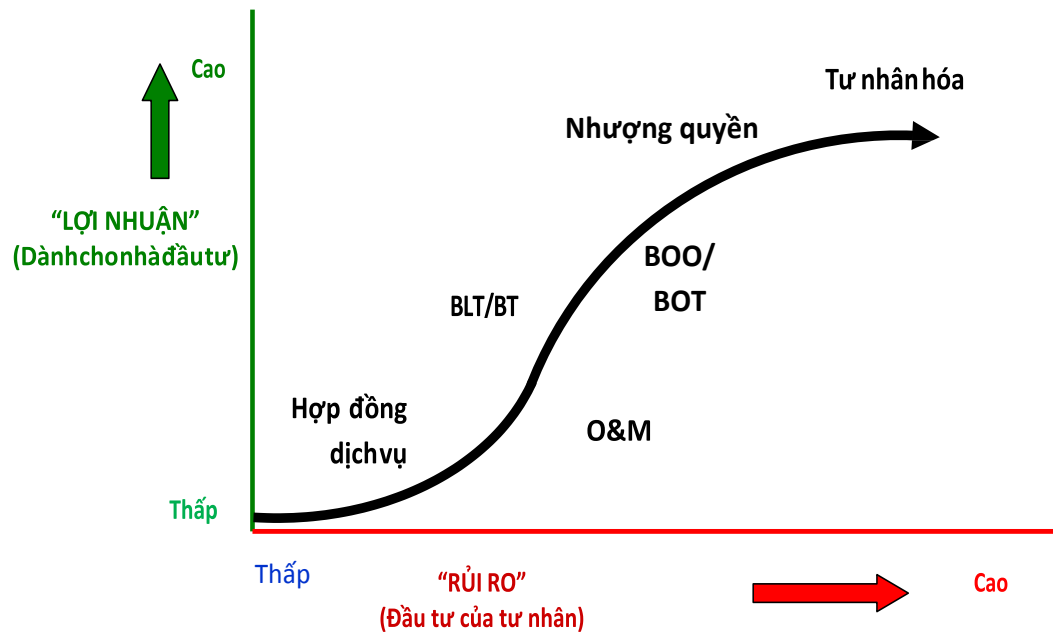
- Chất lượng dịch vụ được quy định chặt chẽ nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh và đảm bảo tuân thủ điều khoản hợp đồng;

- Việc thanh toán cho đối tác tư nhân phải đi kèm với việc thực hiện nghĩa vụ trong hợp đồng (dựa trên kết quả thực hiện).

2.2.2. Các hình thức hợp tác công – tư trong y tế

2.2.2.1. Các hình thức hợp tác công – tư trong y tế xét từ góc độ lý thuyết

Hiện nay, về mặt lý thuyết, hình thức PPP được áp dụng dưới nhiều hình thức khác nhau trong lĩnh vực y tế và đã được một số nghiên cứu đề cập [10]; [23]; [32]. Theo đó, xét theo mức độ tham gia của tư nhân, thì PPP có các hình thức chủ yếu như trình bày ở Hình 2.2 sau.



Nguồn: [26].

Hình 2.2: Các loại hình hợp tác PPP, theo mức độ tham gia của khu vực tư nhân

- *Thứ nhất, hợp đồng dịch vụ.* Với hình thức này, cơ quan nhà nước có thẩm quyền thuê một công ty tư nhân tiến hành một hoặc nhiều công việc hoặc dịch vụ cụ thể trong một khoảng thời gian, thường là từ 1 đến 3 năm. Cơ quan nhà nước có thẩm quyền vẫn là người cung cấp chính dịch vụ cơ sở hạ tầng và chỉ thuê đối tác tư nhân điều hành một phần hoạt động. Đối tác tư nhân thực hiện dịch vụ với một mức chi phí được thoả thuận và thường phải đáp ứng những tiêu chuẩn hoạt động do cơ quan nhà nước đặt ra. Chính phủ thường sử dụng các thủ tục đấu thầu cạnh tranh để quyết định việc trao hợp đồng dịch vụ. Hợp đồng dịch vụ thường có xu hướng hoạt động tốt với điều kiện không chế về khoảng thời gian và tính chất của các hợp đồng được xác định ở phạm vi hẹp.

- *Thứ hai, hình thức hợp tác kinh doanh - quản lý (sau đây gọi tắt là hợp đồng O&M)* là hợp đồng được ký giữa cơ quan nhà nước có thẩm quyền và nhà đầu tư, thành lập doanh nghiệp để vận hành dự án một phần hoặc toàn bộ công trình trong một thời hạn nhất định. Mặc dù nghĩa vụ cung cấp dịch vụ vẫn thuộc trách nhiệm của Nhà nước, hoạt động quản lý kiểm soát và thẩm quyền xử lý hàng ngày được giao cho đối tác tư nhân. Về cơ chế tài chính, Nhà nước sẽ trả cho đối tác tư nhân một tỷ lệ được thoả thuận trước cho chi phí lao động và các chi phí điều hành dự kiến khác. Để khuyến khích cho việc nâng cao hiệu quả hoạt động, đối tác tư nhân được trả thêm một khoản cho việc đạt được những mục tiêu đã được thoả thuận và quy định cụ thể từ trước. Hơn nữa, Nhà nước vẫn giữ nghĩa vụ cung cấp các khoản đầu tư chủ yếu, đặc biệt những khoản đầu tư liên quan đến việc mở rộng và cải thiện hệ thống. Hợp đồng có thể qui định cụ thể các hoạt động riêng biệt mà khu vực tư nhân sẽ chịu trách nhiệm góp vốn thực hiện các hoạt động đó. Đối tác tư nhân sẽ chăm sóc người sử dụng dịch vụ và Nhà nước chịu trách nhiệm quy định biểu phí dịch vụ. Tuy nhiên, Nhà nước vẫn chịu trách nhiệm quản lý nguồn thu hoặc giao cho tư nhân thu hộ.

- *Thứ ba, hình thức hợp tác cho thuê.* Theo một hợp đồng cho thuê, đối tác tư nhân chịu trách nhiệm về toàn bộ dịch vụ và thực hiện các nghĩa vụ liên

quan đến chất lượng và tiêu chuẩn của dịch vụ. Ngoại trừ các khoản đầu tư mới và đầu tư thay thế thuộc trách nhiệm của cơ quan nhà nước có thẩm quyền, nhà điều hành chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ với chi phí và rủi ro do mình gánh chịu. Thời hạn của hợp đồng cho thuê thường là 10 năm và có thể được gia hạn. Trách nhiệm cung cấp dịch vụ được chuyển từ khu vực nhà nước sang khu vực tư nhân và rủi ro tài chính đối với việc điều hành và duy trì dịch vụ hoàn toàn do tư nhân gánh chịu. Việc cho thuê không bao gồm việc bán bất cứ tài sản nào cho khu vực tư nhân. Theo thỏa thuận của hợp đồng cho thuê, Nhà nước sẽ cung cấp tài chính để xây dựng những hệ thống ban đầu và sau đó đối tác nhà nước sẽ ký hợp đồng giao cho công ty tư nhân điều hành và duy trì hệ thống. Công ty tư nhân chuyển một phần phí dịch vụ cho cơ quan nhà nước có thẩm quyền để thanh toán các khoản vay tài trợ.

Về ưu điểm, hình thức cho thuê có thể hấp dẫn hơn với các đối tác tư nhân vì hợp đồng này giảm bớt các rủi ro đi kèm với khả năng thu hồi vốn chậm khi cung cấp dịch vụ. Phí cho thuê thường được tính theo một tỷ lệ thỏa thuận trong mỗi đơn vị dịch vụ được bán ra. Trong khi đó, *về mặt hạn chế*, vấn đề chủ chốt trong việc chuyển từ các hợp đồng dịch vụ và hợp đồng quản lý sang một hợp đồng cho thuê là doanh thu của các đối tác tư nhân từ các khoản thanh toán của người sử dụng dịch vụ và vì thế vấn đề về các mức phí dịch vụ ngày càng trở nên nhạy cảm. Điều này có thể đòi hỏi các thỏa thuận điều chỉnh và cơ cấu phí dịch vụ phức tạp. Thêm vào đó, vốn đầu tư vẫn thuộc nghĩa vụ của Nhà nước và vốn đầu tư tư nhân không được huy động.

- *Thứ tư, hình thức nhượng quyền*. Hoạt động nhượng quyền cho phép đối tác tư nhân (người được nhượng quyền) chịu trách nhiệm cung cấp toàn bộ dịch vụ trong một khu vực cụ thể, bao gồm việc điều hành, duy tu bảo dưỡng, thu phí, quản lý, xây dựng và tu bổ hệ thống. Mặc dù đối tác tư nhân chịu trách nhiệm cung cấp các tài sản, các tài sản này vẫn thuộc sở hữu của Nhà nước thậm chí cả trong thời gian nhượng quyền. Nhà nước chịu trách nhiệm thiết lập các tiêu

chuẩn hoạt động và đảm bảo rằng người được nhượng quyền đáp ứng được các tiêu chuẩn hoạt động đó. Điểm quan trọng là vai trò của khu vực nhà nước đã chuyển từ việc là một người cung cấp dịch vụ sang một người điều tiết và quản lý giá và chất lượng dịch vụ. Một hợp đồng nhượng quyền thông thường có giá trị từ 25 đến 30 năm để nhà điều hành có đủ thời gian thu hồi vốn đầu tư và có được một khoản lợi nhuận hợp lý trong thời gian được nhượng quyền.

Về cơ chế tài chính, Nhà nước có thể đóng góp vào chi phí đầu tư vốn nếu cần thiết. Đây có thể là một khoản “trợ cấp” đầu tư nhằm đảm bảo việc nhượng quyền có thể tồn tại. Nhà nước có thể được bù đắp cho những đóng góp của mình bằng việc nhận được một phần tương xứng trong khoản phí thu được. Đối tác tư nhân chịu trách nhiệm đối với toàn bộ các khoản đầu tư vốn và được nhượng quyền thu phí trực tiếp từ những người sử dụng hệ thống. Mức phí thông thường được thiết lập trong hợp đồng nhượng quyền, bao gồm cả điều khoản quy định mức phí này có thể được thay đổi như thế nào theo thời gian.

Trong một số trường hợp hỗ trợ, Nhà nước có thể lựa chọn việc cung cấp hỗ trợ tài chính để giúp người được nhượng quyền có đủ vốn đầu tư. Người được nhượng quyền chịu trách nhiệm đối với bất kỳ khoản đầu tư cần thiết nào để xây dựng, nâng cấp hoặc mở rộng hệ thống và chịu trách nhiệm thu xếp vốn cho các khoản đầu tư đó từ nguồn lực của mình và từ các khoản phí do người sử dụng hệ thống chi trả. Người được nhượng quyền cũng chịu trách nhiệm đối với vốn hoạt động của hệ thống.

Về ưu điểm, nhượng quyền là một hình thức hiệu quả để thu hút nguồn tài chính cần thiết của khu vực tư nhân để tài trợ cho việc xây dựng mới hoặc tu bổ các cơ sở dịch vụ hiện tại. Ưu điểm chủ yếu của thỏa thuận nhượng quyền là tạo động lực cho nhà điều hành nâng cao hiệu quả và hiệu lực vì những thành quả trong việc nâng cao hiệu quả sẽ chuyển thành lợi nhuận và thu nhập cho người được nhượng quyền. Việc chuyển toàn bộ trách nhiệm tài chính và điều hành

giúp người được nhượng quyền có thể đưa ra những ưu tiên và cải tiến mà họ cho rằng là cần thiết nhất.

Trở ngại chính của nhượng quyền là độ phức tạp của hợp đồng trong vấn đề xác định được các hoạt động của nhà điều hành. Nhà nước cũng cần nâng cao năng lực quản lý của mình trong các vấn đề liên quan đến giám sát phí dịch vụ và hoạt động dịch vụ. Hơn nữa, các hợp đồng dài hạn khiến quá trình đấu thầu và xây dựng hợp đồng trở nên phức tạp vì khó có khả năng dự đoán được những sự kiện sẽ diễn ra trong một khoảng thời gian dài 25 năm. Trở ngại này có thể được khắc phục bằng cách cho phép tiến hành rà soát định kỳ những điều khoản nhất định của hợp đồng trong bối cảnh môi trường xung quanh có sự thay đổi. Có thêm một rủi ro nữa là nếu không được qui định cụ thể trong hợp đồng, đối tác tư nhân sẽ chỉ đầu tư vào những tài sản mới khi họ thấy rằng khoản đầu tư của họ có thể thu hồi được trong thời gian còn lại của hợp đồng trừ trường hợp những điều khoản của việc này nằm ngoài hợp đồng. Do tính chất phức tạp và dài hạn của các hợp đồng, các hợp đồng có thể gây ra những tranh cãi chính trị và gây khó khăn trong việc tổ chức. Một số lập luận cho rằng hoạt động nhượng quyền chỉ đem lại sự cạnh tranh hạn chế do chỉ có một số nhà đầu tư đáp ứng đủ tiêu chuẩn để điều hành một mạng lưới cơ sở hạ tầng lớn.

- *Thứ năm, hình thức hợp tác xây dựng – kinh doanh – chuyển giao – (BOT)*. Đây là một hình thức dưới dạng hợp đồng được ký giữa cơ quan nhà nước có thẩm quyền và nhà đầu tư, doanh nghiệp dự án để xây dựng công trình hạ tầng; sau khi hoàn thành công trình, nhà đầu tư, doanh nghiệp dự án chuyển giao cho cơ quan nhà nước có thẩm quyền và được quyền kinh doanh công trình đó trong một thời hạn nhất định do Nhà nước quy định. Các biến thể của hợp đồng kiểu BOT bao gồm xây dựng - sở hữu - kinh doanh (BOO), BTO, BT, Xây dựng - Chuyển giao - Thuê dịch vụ (BTL), thiết kế - xây dựng - cấp vốn - kinh doanh (DBFO)....Theo hình thức BOT, đối tác tư nhân cung cấp vốn đầu tư cần thiết để xây dựng cơ sở dịch vụ mới. Điều quan trọng là nhà điều hành tư nhân

được quyền sở hữu tài sản trong một khoảng thời gian quy định trong hợp đồng một khoảng thời gian đủ để cho đối tác tư nhân xây dựng cơ sở hạ tầng thu hồi chi phí đầu tư thông qua việc trả phí của người sử dụng. Các dự án BOT thường yêu cầu những gói đầu tư tài chính phức tạp để đạt được lượng tài chính đủ lớn và thời gian thu hồi vốn đủ dài. Nhà nước đồng ý mua một tỷ lệ tối thiểu sản lượng mà cơ sở dịch vụ tạo ra, đủ để nhà điều hành tư nhân thu hồi được chi phí trong quá trình hoạt động. Khi hợp đồng kết thúc, Nhà nước nắm quyền sở hữu nhưng có thể lựa chọn việc tự đảm nhiệm việc điều hành, tiếp tục ký hợp đồng giao trách nhiệm điều hành cho nhà đầu tư cũ, hoặc cho một đối tác mới. Ưu điểm của hình thức BOT là được sử dụng rộng rãi để thu hút vốn đầu tư tư nhân đối với các dự án xây dựng và cải thiện cơ sở hạ tầng. Các thoả thuận BOT thường có xu hướng giảm bớt rủi ro tài chính cho đối tác tư nhân vì thông thường chỉ có một khách hàng là Nhà nước, trong khi đó đối tác tư nhân phải thực hiện các thoả thuận mua dịch vụ một cách nghiêm túc.

- *Thứ sáu, hình thức tư nhân hoá*, là hình thức được thực hiện khi Nhà nước bán phương tiện cung ứng và quyền kiểm soát đối với dịch vụ cho tư nhân, nhưng vẫn duy trì vai trò bảo vệ quyền lợi công thông qua hệ thống luật pháp. Hình thức này thường được áp dụng với các loại dịch vụ có thể mang lại nguồn thu đủ bù đắp chi phí.

2.2.2.2. Các hình thức hợp tác công – tư trong y tế xét từ góc độ thực tế hoạt động tại Việt Nam

Rõ ràng là, hiện đang tồn tại nhiều loại hình PPP rất khác nhau, tạo thành một dải tần rộng lớn các hoạt động hợp tác, với nhiều cấp độ, mục đích và hình thức đa dạng. Theo Trần Duy Hưng (2016) hiện tại trong cung ứng dịch vụ y tế có những hình thức PPP sau:

- *Thứ nhất, hợp đồng/hợp tác mua dịch vụ hỗ trợ lâm sàng, phi lâm sàng hay trao đổi nhân lực*. Đây là các hình thức biến thể của hợp đồng dịch vụ và thường được gọi là hình thức mua dịch vụ bên ngoài. Đối với hình thức này, Nhà

nước ký hợp đồng mua dịch vụ của khu vực tư nhân và chịu trách nhiệm trước công chúng về dịch vụ đó. Các dịch vụ được cung cấp theo hình thức này thường là loại dịch vụ không nhạy cảm về mặt chính trị, nhưng lại đòi hỏi các kỹ năng và tiêu chuẩn kỹ thuật cao, ví dụ trong y tế thường là mua dịch vụ của các cơ sở y tế tư nhân hoặc một số dịch vụ cần đến các thiết bị chuyên dụng đặc biệt mà các cơ sở y tế công lập còn chưa có sẵn.

Về ưu điểm, hợp đồng dịch vụ thông thường thích hợp nhất khi dịch vụ có thể được xác định rõ ràng trong hợp đồng, mức độ nhu cầu tương đối chắc chắn và việc thực hiện có thể theo dõi một cách dễ dàng. Các hợp đồng dịch vụ là một lựa chọn có độ rủi ro tương đối thấp trong việc mở rộng vai trò của khu vực tư nhân. Các hợp đồng dịch vụ có thể có tác động nhanh và đáng kể đối với hoạt động và tính hiệu quả của hệ thống và là một phương thức để chuyển giao công nghệ và phát triển năng lực quản lý. Các hợp đồng dịch vụ thường có thời gian ngắn, tạo điều kiện cho cạnh tranh liên tục trong lĩnh vực. Các rào cản đối với việc tham gia cũng ở mức thấp căn cứ trên việc chỉ có một hoạt động dịch vụ riêng biệt được đưa ra đấu thầu. Việc đấu thầu lặp đi lặp lại duy trì áp lực đối với các đối tác tư nhân phải duy trì chi phí thấp, trong khi các rào cản ở mức thấp khuyến khích nhiều công ty tham gia cạnh tranh với nhau.

Về mặt hạn chế, các hợp đồng dịch vụ sẽ không phù hợp nếu mục tiêu chính là thu hút vốn đầu tư. Các hợp đồng có thể nâng cao tính hiệu quả và vì thế giúp đem lại một lượng doanh thu nhất định để sử dụng cho các mục đích khác, nhưng nhà thầu không có nghĩa vụ cung cấp tài chính cho dự án. Tính hiệu quả của đối tác tư nhân có thể sẽ không đạt được nếu nguồn tài chính cho dự án không thể huy động được. Thực tế hoạt động của đối tác tư nhân tách biệt khỏi các hoạt động chung của bệnh viện có nghĩa là có thể không có tác động rộng rãi hoặc sâu sắc tới hoạt động chung của hệ thống mà chỉ có những cải thiện riêng biệt và giới hạn. Khu vực nhà nước vẫn chịu trách nhiệm về tài sản và qui định

biểu phí dịch vụ, cả hai vấn đề này đều có tính nhạy cảm chính trị và là yếu tố then chốt để duy trì hệ thống.

- Thứ hai, *hợp tác/liên doanh, liên kết trong đầu tư mua sắm thiết bị y tế hay sử dụng kết cấu hạ tầng bệnh viện chung* (là một dạng của hình thức O&M). Đối với hình thức liên doanh, Nhà nước và đối tác tư nhân hợp tác trong việc cung cấp một số dịch vụ nhất định, trên cơ sở cùng đóng góp nguồn lực, cùng chia sẻ rủi ro và cùng hưởng lợi nhuận. Hình thức này phổ biến trong y tế thường là liên doanh, liên kết đặt các máy móc, thiết bị y tế để khám, chữa bệnh cho người bệnh có nhu cầu. Ở một biến thể khác, Nhà nước và tư nhân có thể dùng chung cơ sở hạ tầng và điều hành chung bởi Nhà nước và đối tác tư nhân. Trong một liên doanh, các đối tác nhà nước và tư nhân có thể thành lập một công ty mới hoặc thực hiện việc liên doanh sở hữu trong một công ty hiện có. Trong y tế, đối tác tư nhân thường liên doanh với bệnh viện công trong việc đầu tư một khu vực khám, chữa bệnh với chất lượng cao, thường được gọi là khu XHH. Với hình thức bệnh viện công góp vốn bằng cơ sở hạ tầng (đất đai) và nhân lực y tế, trong khi đó đối tác tư nhân góp vốn dưới các hình thức mua máy móc, thiết bị, đầu tư ban đầu. Một biến thể khác của hình thức này là đôi khi là bệnh viện huy động vốn góp của các nhân viên y tế để cùng nhau hợp tác đầu tư.

Ưu điểm chính của hình thức hợp tác này là có thể đạt được những kết quả hoạt động từ việc kinh doanh và quản lý của khu vực tư nhân mà không phải chuyển giao các tài sản cho khu vực tư nhân. Hình thức này cũng có chi phí tương đối thấp do các nhà điều hành cần ít nhân viên hơn. *Về mặt hạn chế*, sự chia tách giữa một bên là nghĩa vụ đối với quản lý và kinh doanh với một bên là việc lập các kế hoạch mở rộng và đầu tư vốn chứa đựng những rủi ro. Đối tác tư nhân quản lý không có thẩm quyền/quyền tự chủ cần thiết (chẳng hạn như với lực lượng lao động) để đạt được những thay đổi sâu sắc, có tính lâu dài. Nếu đối tác tư nhân được nhận một phần lợi nhuận hoặc được nhận một khoản thanh toán có tính chất khuyến khích, cần có các biện pháp phòng ngừa việc thổi phồng các

kết quả đạt được hoặc việc không tiến hành duy tu bảo dưỡng hệ thống đầy đủ nhằm mục đích tăng thêm lợi nhuận. Theo thỏa thuận này, hệ thống ban đầu được thiết lập dựa trên nguồn tài chính của cơ quan nhà nước có thẩm quyền và được ký hợp đồng giao cho công ty tư nhân điều hành và duy trì hệ thống. Một phần phí dịch vụ được chuyển cho cơ quan nhà nước có thẩm quyền để thanh toán các khoản vay tài trợ cho việc mở rộng hệ thống.

- *Thứ ba, hình thức xây dựng, vận hành và chuyển giao cơ sở y tế* (đây là các hình thức BOT đã nêu ở trên). *Ưu điểm* của hình thức BOT là được sử dụng rộng rãi để thu hút vốn đầu tư tư nhân đối với các dự án xây dựng và cải thiện cơ sở hạ tầng. Các thỏa thuận BOT thường có xu hướng giảm bớt rủi ro tài chính cho đối tác tư nhân vì thông thường chỉ có một khách hàng là Nhà nước. Tuy nhiên, đối tác tư nhân phải giữ được lòng tin rằng các thỏa thuận mua dịch vụ sẽ được thực hiện một cách nghiêm túc.

Ngoài các hình thức trên, trong thực tế còn có các hình thức khác, đó là các hình thức hỗn hợp giữa các hình thức trên.

2.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

Để có khung chương trình/dự án PPP thành công, vai trò và cơ chế tham gia của các bên có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Theo Mai Thị Thu và các đồng nghiệp (2013) có ba yếu tố tác động chính đến thành công của PPP, đó là: (i) vai trò của Nhà nước; (ii) đối tác tư nhân và (iii) người sử dụng dịch vụ. Ngoài ra, trong lĩnh vực y tế có tính chất đặc thù nên vai trò của người cung cấp dịch vụ (các cơ sở y tế) cũng cần phải xem xét.

Về vai trò của Nhà nước, để thu hút các nhà đầu tư tư nhân và bảo đảm những lợi ích cho nhà đầu tư, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng [32]; [40]:

- Ở tầm vĩ mô, Nhà nước cần phải hoàn thiện khung pháp lý đầy đủ, tạo sự thuận lợi cho nhà đầu tư. Một khung pháp lý đầy đủ và minh bạch là điều kiện tiên quyết cho sự thành công của PPP nhằm gia tăng niềm tin của nhà đầu tư tư nhân, đảm bảo dự án đạt hiệu quả, phân chia rủi ro phù hợp và tránh tránh những

rủi ro tiềm tàng. Bên cạnh đó, Nhà nước cũng nên xây dựng định hướng phát triển, mà ở đây là định hướng phát triển chăm sóc sức khỏe ở tầm quốc gia, trong đó cần nêu rõ sự tham gia của Nhà nước và tư nhân trong phát triển hệ thống y tế quốc gia; những định hướng cơ bản về lộ trình cải cách y tế (tài chính, các cơ sở y tế công, đầu tư của Nhà nước).

Ở tầm thấp hơn và ở cấp độ ngành, Nhà nước cần phải xây dựng khung pháp luật về PPP cụ thể và khung điều chỉnh hỗ trợ là tiền đề quan trọng đối với phát triển, lập kế hoạch dự án PPP và các tiêu chuẩn đánh giá chất lượng dịch vụ cũng như về phí dịch vụ. Ngoài ra, Nhà nước cũng cần phải có những hướng dẫn cụ thể về thực hiện dự án PPP, bao gồm hoạt động và giám sát, nguồn tài chính và quản lý hợp đồng PPP. Cụ thể hơn, trong ngành y tế, Nhà nước phải xây dựng tiêu chí, định mức và quy trình khám, chữa bệnh cũng như công tác đảm bảo an toàn và chất lượng dịch vụ y tế.

- Ở tầm vi mô, hình thức phổ biến nhất để đảm bảo lợi ích cho nhà đầu tư là Nhà nước cho phép các nhà đầu tư trực tiếp thu phí từ những người sử dụng hoặc mua sản phẩm/dịch vụ được cung cấp bởi công trình mà dự án PPP tạo ra (phí chữa bệnh). Người đứng ra trực tiếp mua và chi trả cho các dịch vụ có thể là dân cư/người trực tiếp sử dụng công trình hoặc Nhà nước (với những hàng hóa công cộng mà Nhà nước đảm nhận cung cấp miễn phí), hoặc kết hợp cả hai (với những hàng hóa công mà Nhà nước trợ cấp một phần). Những chi phí được xem xét để tính toán mức phí/giá dịch vụ này là chi phí xây dựng, chi phí vận hành và bảo dưỡng, chi phí tài trợ cho các khoản nợ và thu hồi vốn tự có. Đối với những công trình được bàn giao lại sau một thời gian chủ đầu tư được nhượng quyền khai thác, Nhà nước có thể yêu cầu chủ đầu tư nâng cấp hoặc sửa chữa để đáp ứng những yêu cầu nhất định về chất lượng, những chi phí bổ sung cần thiết để nâng cấp, sửa chữa các công trình cũng được tính toán để xác định mức lợi ích cho các chủ đầu tư. Các chủ đầu tư cũng có thể được hưởng lợi ích từ việc được nhượng quyền khai thác những nguồn lực/tài nguyên/lợi thế khác.

Đối với lĩnh vực y tế thì mục tiêu tổng quát nhất của ngành y tế là đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân, phân bổ nguồn lực công bằng, sử dụng hiệu quả nguồn lực và cung ứng dịch vụ y tế có chất lượng. Những công cụ được áp dụng để giải quyết lợi ích cho các chủ đầu tư là:

- Nhà nước cam kết mua sản phẩm/dịch vụ được cung cấp bởi công trình do dự án PPP tạo ra không ít hơn số lượng và mức giá tối thiểu mà hai bên đã thỏa thuận ban đầu;

- Được Nhà nước bồi hoàn kinh phí khi chuyển giao cho Nhà nước một phần hay toàn bộ công trình do dự án PPP tạo ra sau một thời gian khai thác theo thỏa thuận trong hợp đồng PPP (hoặc ngay sau khi hoàn thành việc xây dựng);

- Được Nhà nước cho miễn/giảm thuế trong một thời gian nhất định;

- Được Nhà nước cho phép sử dụng/khai thác miễn phí những tài nguyên/lợi thế nhất định ở những quy mô và thời gian nhất định (miễn/giảm tiền sử dụng đất, lợi thế về vị trí địa lý, thương hiệu do Nhà nước quản lý, v.v ...);

- Được Nhà nước bảo lãnh hoặc ủy nhiệm cho những tổ chức được Nhà nước chỉ định chi trả một khoản bồi hoàn nhất định khi có những biến động liên quan tới chính sách, chủ trương, chương trình, kế hoạch do Nhà nước triển khai mà có ảnh hưởng bất lợi cho việc khai thác các công trình do dự án PPP tạo ra.

Về phía nhà đầu tư, ngoài các yếu tố nội tại của nhà đầu tư, thì những vấn đề được cân nhắc và thảo luận nhiều trong PPP là: (i) năng lực nhà đầu tư; (ii) hình thức thu hồi vốn và lợi ích mà các nhà đầu tư được hưởng; (iii) mức lợi ích mà các nhà đầu tư được hưởng. Lợi ích của các nhà đầu tư trực tiếp thường là lợi nhuận ngắn hạn và dài hạn của họ thu được từ việc đầu tư vào dự án.

Những tiêu chí cần cân nhắc để đánh giá năng lực nhà đầu tư là:

- Mức độ cam kết của đối tác với dự án và thành công của nó (không chỉ xem xét lợi ích vật chất, mà cả các yếu tố khác như chiến lược phát triển/kinh doanh của đối tác, lợi ích phi vật chất, vai trò, vị trí của dự án PPP đối với chiến lược của họ, lịch sử đầu tư của họ mà dự án PPP dự kiến sẽ triển khai);

- Năng lực kinh tế, kỹ thuật, tài chính của đối tác, đặc biệt là năng lực tổ chức, điều hành những dự án đầu tư lớn, trong đó có các dự án PPP;
- Khả năng thu hút, kêu gọi sự tham gia của các chủ thể, đối tác khác cùng tham gia dự án.
- Hiệu quả đầu tư dự án, gồm cả yếu tố kinh tế, lợi ích cho người sử dụng.

Về phía người sử dụng dịch vụ (người bệnh), do dịch vụ y tế có tính chất đặc thù, nên người bệnh quan tâm hàng đầu là chất lượng dịch vụ do các cơ sở y tế (công và tư) có đảm bảo an toàn và hài lòng người bệnh hay không? Đây là một yếu tố then chốt quyết định người bệnh lựa chọn cơ sở y tế, loại hình cơ sở để khám, chữa bệnh. Nói một cách khác, nếu cơ sở y tế mang lại điều hài lòng nhiều hơn cho người bệnh thì càng nhiều người bệnh có xu hướng đến khám hoặc tái khám, chữa bệnh nhiều hơn so với các cơ sở/loại hình cơ sở y tế cung cấp chất lượng dịch vụ kém hơn. Một yếu tố khác cũng cần phải xem xét đó là khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người bệnh, ở đây chính là chi phí khám, chữa bệnh vì đối với một đất nước như Việt Nam mức thu nhập của người dân vẫn còn ở mức trung bình thấp và trong khi đó mức độ bao phủ của BHYT chưa cao thì nếu chi phí cho khám, chữa bệnh mà vượt quá khả năng chi trả của người dân sẽ gây ra gánh nặng cho người dân và toàn xã hội.

Về phía nhà cung cấp dịch vụ, dù là cơ sở y tế công hay tư đều phải hướng đến mục tiêu phục vụ người bệnh làm sao cung cấp các dịch vụ y tế cho công bằng, hiệu quả và chất lượng. Muốn đạt được các mục tiêu này, các cơ sở y tế phải phụ thuộc vào các yếu tố đầu vào cho y tế, bao gồm nhân lực, tài chính, thông tin, trang thiết bị và cơ sở y tế, quản lý và quản trị [15].

2.2.4. Tiêu chí và phương pháp đánh giá PPP

Trong các nghiên cứu của ADB (2008) hay báo cáo của Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2018) cho thấy để phân tích hiệu quả đầu tư dự án thường liên quan đến việc sử dụng phương pháp định tính và định lượng hoặc kết hợp cả hai. Phân tích hiệu quả đầu tư một cách định tính bao gồm việc kiểm tra sự hợp lý trong việc

áp dụng hình thức đầu tư PPP cho dự án – và đánh giá liệu dự án được đề xuất có phù hợp với mục tiêu hay không? Một số chương trình PPP cũng yêu cầu đánh giá định lượng hiệu quả đầu tư của dự án. Đánh giá này bao gồm việc so sánh giữa phương án thực hiện dự án theo hình thức PPP với một “Phương pháp so sánh với khu vực công” (Public Sector Comparator – PSC). So sánh này có thể được thực hiện theo nhiều cách, tùy theo quan điểm mỗi bên. *Về phía quan điểm người sử dụng dịch vụ*, một phương án thay thế là so sánh lựa chọn thực hiện dự án dựa theo chất lượng dịch vụ giữa khu vực công và tư cung cấp.

Tuy nhiên, do lĩnh vực y tế có tính đặc thù nhất định, bên cạnh yếu tố hiệu quả tài chính, các tiêu chí về phúc lợi cho người dân nhiều khi bao trùm lên hiệu quả đầu tư của dự án nên yếu tố này cũng cần phải xem xét. Nhìn chung, hệ thống y tế của tất cả các quốc gia trên thế giới đều hướng đến mục tiêu nâng cao chất lượng dịch vụ, công bằng, đáp ứng nhu cầu và nâng cao hiệu quả cung ứng dịch vụ.

Với mục tiêu định hướng trên, khi xem xét đánh giá dự án/chương trình PPP cần phải xem xét liệu có dự án PPP có mang lại hiệu quả và công bằng cho xã hội hay không?. Nhằm theo dõi và đánh giá các định hướng trên, Bộ Y tế đã xây dựng các bộ tiêu chí và chỉ tiêu để theo dõi giám sát như:

- *Thứ nhất*, tiêu chí cải thiện chất lượng dịch vụ y tế hướng đến sự hài lòng của người bệnh. Để đo lường tiêu chí này nhiều nước, trong đó có Việt Nam sử dụng chỉ tiêu tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ khám chữa bệnh để đánh giá, đây là chỉ số đầu ra đánh giá toàn diện nhất, nhằm đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của hệ thống y tế và đối với từng loại hình dịch vụ, qua đó giúp các cơ quan quản lý cải thiện dịch vụ khám chữa bệnh nâng cao sự hài lòng của người bệnh. Đồng thời, đo lường chỉ số này như là một chỉ số tham khảo để đánh giá hiệu suất của cơ sở y tế/hệ thống y tế trong tương lai.

Hiện nay, các nước tiên tiến trên thế giới như Mỹ, Anh xây dựng phương pháp đo lường chỉ số hài lòng của người bệnh (PSI) nhằm đánh giá chất lượng

dịch vụ y tế khách quan hơn với mục tiêu xác định những vấn đề người bệnh chưa hài lòng khi khám, điều trị tại bệnh viện để tiến hành cải tiến chất lượng, từng bước phục vụ người bệnh tốt hơn, đáp ứng sự hài lòng và mong đợi của người bệnh [3]; [64]. Phương pháp này có thể sử dụng thang đo SERVQUAL, SERVPERF hay Likert với 5 mức để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế của các cơ sở y tế trên cùng địa bàn, hay cùng hạng.

Phương pháp trên xuất phát từ nghiên cứu của Parasuraman, Zeithaml và Berry (1985, 1988) khi đề xuất mô hình SERVQUAL gồm 5 khoảng cách, trong đó chất lượng dịch vụ hình thành từ khoảng cách thứ 5, khoảng cách giữa cảm nhận và kỳ vọng của khách hàng khi sử dụng dịch vụ trên cơ sở 5 nhân tố như: Sự tin cậy, Sự đáp ứng, Sự đảm bảo, Sự cảm thông và Hữu hình, được đo lường bằng 22 quan sát. Tiếp theo, Cronin và Taylor (1992, 1994) đề xuất mô hình SERVPERF đơn giản hơn, chỉ dựa trên mức độ cảm nhận của khách hàng khi sử dụng dịch vụ, bỏ qua giá trị kỳ vọng của khách hàng. Mô hình SERVPERF cũng đo lường chất lượng dịch vụ trên cơ sở 5 nhân tố như: Sự tin cậy, Sự đáp ứng, Sự đảm bảo, Sự cảm thông và Hữu hình. Các mô hình chất lượng dịch vụ trên được các nghiên cứu sử dụng để đo lường chất lượng dịch vụ trong các lĩnh vực khác nhau, trong đó có y tế [60]; [69]; [80].

Ở Việt Nam, phương pháp này đã được Bộ Y tế thực hiện từ năm 2013 bằng việc ban hành Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 và Quyết định số 4448/QĐ-BYT ngày 6/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Theo đó, để xác định mức độ hài lòng chung của người bệnh bằng cách gộp tỷ lệ hài lòng của 5 nhóm chỉ số theo công thức bình quân số học đơn giản (trung bình cộng). Do y tế là một ngành đặc thù nên trong các nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của người bệnh có bổ sung thêm hoặc hiệu chỉnh một số nhân tố vào trong mô hình đánh giá. Cụ thể các nghiên cứu đánh giá chỉ số PSI đều đưa các yếu tố: (i) chi phí khám chữa bệnh; (ii) kết quả khám chữa bệnh; (iii) thời gian khám chữa bệnh; (iv) cơ sở vật chất và phương tiện

phục vụ người bệnh; (v) minh bạch thông tin vào trong mô hình đánh giá [3]; [28]; [29]; [37] [59]; [64]. Đặc biệt, các nghiên cứu đều cho rằng chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, trong đó có yếu tố cơ sở vật chất được xem là tiền đề quan trọng tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân và bệnh nhân sẽ chọn khám dịch vụ ở những cơ sở đáp ứng được sự hài lòng của họ và qua đó tác động đáng kể đến chất lượng cơ sở y tế [2]; [3]. Do vậy, Trần Ngọc Anh và các cộng sự (2018) đã xây dựng mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ y tế gồm 6 yếu tố:

+ Khả năng tiếp cận: liên quan đến khả năng người bệnh tiếp cận các quy trình, chỉ dẫn trong bệnh viện cũng như trợ giúp của các nhân viên y tế.

+ Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị: người bệnh được cơ sở y tế thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, phương pháp và thời gian điều trị cũng như các thông tin về thuốc và chi phí điều trị.

+ Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh: bao gồm các thông tin về giường bệnh, nhà vệ sinh...

+ Thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: người bệnh có hài lòng về các hành vi ứng xử cũng như khả năng chuyên môn của nhân viên y tế khi chăm sóc và điều trị người bệnh.

+ Chi phí khám chữa bệnh: xem xét chi phí điều trị của người bệnh có phù hợp với khả năng chi trả.

+ Kết quả cung cấp dịch vụ: người bệnh có hài lòng với kết quả điều trị?

+ Sự hài lòng chung của người bệnh: người bệnh đánh giá mức độ hài lòng của cơ sở y tế đáp ứng được? phần trăm mong đợi so với trước khi điều trị.

- *Thứ hai*, tính công bằng trong y tế có thể được thể hiện khi chi tư cho y tế chiếm dưới 50% tổng chi tiêu y tế và ngược lại nếu tổng chi tư cho y tế trên 50% thì hệ thống nước đó có xu thế mất công bằng nghiêm trọng. Tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ còn có thể được xem xét dưới khía cạnh người dân có khả năng tiếp cận dịch vụ với chất lượng hợp lý và chi phí phù hợp. Để đo lường tiêu chí này, các chỉ tiêu sau sẽ được xem xét đánh giá:

+ Tổng chi cho y tế so với tổng sản phẩm trong nước (GDP): Đây là chỉ tiêu cơ bản của hệ thống tài chính y tế, giúp đánh giá mức độ đầu tư tài chính cho lĩnh vực y tế so với nguồn lực từ sản xuất xã hội của quốc gia. Thông tin về chi ngân sách y tế/GDP là cơ sở phục vụ cho việc nghiên cứu phân bổ đầu tư cho lĩnh vực y tế, xây dựng kế hoạch tài chính y tế quốc gia, để đảm bảo cho ngành y tế thực hiện được mục tiêu là công bằng, hiệu quả và chất lượng ngày càng cao.

+ Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế trong tổng chi y tế. Theo WHO, để đảm bảo công bằng trong khám, chữa bệnh, tỷ lệ chi tiêu công cho y tế/ tổng tài chính y tế của toàn xã hội phải đạt tối thiểu 50% và có chiều hướng tăng theo thời gian.

+ Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế trong tổng chi tiêu y tế. Đây là chỉ tiêu quan trọng để tính toán tổng chi phí y tế của quốc gia do chi y tế từ hộ gia đình chiếm một tỷ lệ lớn trong tổng chi phí y tế.

+ Tỷ lệ chi cho y tế trong tổng chi NSNN. Chỉ tiêu này nhằm đánh giá tình hình đầu tư cho lĩnh vực y tế của quốc gia.

+ Tổng chi y tế bình quân đầu người/tháng/năm. Là toàn bộ các nguồn tài chính thực tế đã chi cho hoạt động y tế trong cả nước, bao gồm chi phí y tế từ các nguồn do nhà nước cấp, viện trợ, vay vốn nước ngoài và chi phí y tế của các tổ chức ngoài nhà nước như BHYT khác, hộ gia đình, doanh nghiệp, y tế tư nhân, tổ chức từ thiện, trường học... tính bình quân một người trong tháng/năm.

- *Thứ ba*, năng lực đáp ứng nhu cầu. Tiêu chí này đo lường bởi các chỉ tiêu sau:

+ Số cơ sở y tế trên 10.000 dân. Đây là một chỉ tiêu hữu dụng để đánh giá việc cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo đơn vị và sự phân bố các cơ sở y tế trong phạm vi toàn quốc và từng tỉnh; đồng thời cũng làm cơ sở cho việc quy hoạch mạng lưới y tế và phân bổ các nguồn lực cho hoạt động cung cấp dịch vụ y tế đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

+ Số nhân lực y tế trên 10.000 dân, bao gồm số bác sỹ, y tá và nữ hộ sinh cần thiết để đáp ứng các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân.

+ Số giường bệnh trên 10.000 dân. Chỉ tiêu này nhằm đánh giá khả năng cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh cho nhân dân của từng khu vực, loại hình, từng tuyến, địa phương và cả nước.

- *Thứ tư*, các tiêu chí về hiệu suất, bao gồm các chỉ tiêu:

+ Số lượt khám bệnh và số lượt người bệnh điều trị nội trú trên 10.000 dân. Hai chỉ tiêu này nhằm đánh giá tình hình sức khỏe và kết quả hoạt động khám chữa bệnh của cơ sở y tế và làm cơ sở cho việc qui hoạch mạng lưới khám chữa bệnh và phân bổ các nguồn lực phù hợp với nhu cầu.

+ Công suất sử dụng giường bệnh. Chỉ tiêu này làm cơ sở cho phân tích và đánh giá tình hình hoạt động công tác khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Ngoài ra, tính hiệu quả, theo ý nghĩa kinh tế học, nói đến tính hiệu quả là nói đến sự sinh lợi trên một đồng vốn đầu tư (tỷ suất lợi nhuận). Theo một nội hàm rộng hơn, tính hiệu quả được hiểu là việc sử dụng tối thiểu các nguồn lực nhưng vẫn đảm bảo đạt được các mục tiêu của đơn vị. Có nghĩa là kết quả được tạo ra nhiều hơn so với mục tiêu, mục đích hoặc kế hoạch nhưng vẫn sử dụng đúng nguồn lực đã được xác định, hoặc kết quả tạo ra đúng như mục tiêu, mục đích hoặc kế hoạch nhưng nguồn lực sử dụng lại ít đi. Nói cách khác tính hiệu quả nhằm hướng đến việc cải tiến hoạt động để giảm giá thành hoặc giảm được nguồn lực sử dụng trên một đơn vị kết quả tạo ra. Như vậy, tính hiệu quả liên quan mật thiết giữa “yếu tố đầu vào” và “kết quả đầu ra” và nó được thể hiện qua chỉ tiêu hiệu suất đạt được.

Tóm lại, để đánh giá hiệu quả của các chương trình/dự án PPP có nhiều cách tiếp cận đánh giá khác nhau tùy vào góc độ đánh giá. Tuy nhiên, do cách tiếp cận của luận án xuất phát từ vai trò của Nhà nước trong đảm bảo cung ứng dịch vụ y tế và mang lại lợi ích cho người dân nên trong việc lựa chọn các tiêu chí đánh giá sẽ được nhìn nhận việc xuất hiện PPP trong cung ứng dịch vụ y tế có làm thay đổi, cải thiện các tiêu chí đánh giá hệ thống y tế nói chung hay

không?” Cụ thể trong phạm vi của luận án sẽ tập trung vào đánh giá các thay đổi ở 4 nhóm tiêu chí và chỉ tiêu trên, trong đó nhấn mạnh đến tiêu chí chất lượng dịch vụ thông qua đánh giá dưới góc độ của người bệnh và có so sánh với chất lượng dịch vụ của các loại hình cơ sở y tế.

2.3. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới về PPP trong lĩnh vực y tế và bài học cho Việt Nam

2.3.1. Kinh nghiệm của một số nước phát triển

2.3.1.1. Kinh nghiệm Vương quốc Anh

Trên thực tế, chương trình PPP đầu tiên được áp dụng vào khu vực dịch vụ công một cách chính thức và mang tính hệ thống là ở Vương quốc Anh, từ năm 1992, khi Chính phủ Anh thông qua “Sáng kiến tài chính tư nhân (PFI)”. “Sáng kiến PFI” là chính sách kêu gọi tài chính tư nhân, với mục tiêu thu hút sự đóng góp của khu vực tư nhân vào cung ứng dịch vụ công. PFI xuất hiện trước hết là do sức ép phải đổi mới hình thức mua sắm hàng hóa, dịch vụ công truyền thống; do nợ Nhà nước quá lớn - hậu quả của những sai lầm trong phân bổ nguồn lực công. Nhà nước đã không có đủ nguồn lực để bảo đảm đáp ứng đầy đủ cơ sở hạ tầng công đến người dân. Trong lĩnh vực y tế, PFI là cơ chế được sử dụng tích cực để thu hút khu vực tư nhân vào cấp vốn và thực hiện dịch vụ duy tu bảo dưỡng cơ sở hạ tầng lớn cho các cơ sở y tế của Nhà nước. Nhà nước ký hợp đồng với khu vực tư nhân để mua dịch vụ của họ (chứ không chỉ là mua tài sản cố định) trong một thời gian tương đối dài. Trong khi đó, khu vực tư nhân phải chịu trách nhiệm không chỉ về việc cung ứng dịch vụ, mà còn tham gia vào xây dựng và vận hành các tài sản thuộc cơ sở hạ tầng do chính họ xây nên. Điều này đã giúp các cơ sở y tế tránh được các khó khăn do các cơ sở y tế thường không có các kiến thức chuyên môn cao về đấu thầu mua sắm công. Đồng thời, việc áp dụng PPP còn xuất phát từ yêu cầu phải có đủ vốn để làm mới lại các tài sản hạ tầng của hệ thống dịch vụ y tế quốc gia - vốn từ lâu đã không được duy tu bảo dưỡng. Nguyên tắc hợp tác cơ bản trong PPP y tế ở Anh là công trình hạ tầng y

tế phải luôn ở trạng thái ”sẵn sàng” để các cơ sở y tế có thể sử dụng theo các cách thức cần thiết để đảm bảo các dịch vụ cho công dân. Đồng thời, do các dự án PFI có quy mô lớn và dài hạn, nên cơ chế thanh toán có vai trò then chốt. Trong đó, các điều khoản và điều kiện phải được xác định rõ để các cơ sở y tế có thể thanh toán cho các công ty tư nhân. Nhìn chung, sáng kiến PFI chính là một hình thức của DBFO. Trong các dự án này, một công ty tư nhân sẽ ký một hợp đồng với chính phủ để phát triển bệnh viện và cung cấp các dịch vụ phi lâm sàng thường là khoảng thời gian 15 - 25 năm. Trong khoảng thời gian này, hàng năm, chính phủ sẽ dành một khoản tiền cụ thể từ doanh thu bệnh viện để thanh toán cho công ty và do đó chịu trách nhiệm duy trì và có thể quản lý bệnh viện. Mô hình này cũng được áp dụng ở Canada, Bồ Đào Nha, Tây Ban Nha, Ai Len [10].

Các điều kiện cần thiết cho PPP y tế: Kinh nghiệm của Anh đã cho thấy để có thể đạt được các kết quả như nói ở trên, cần có các điều kiện đảm bảo nhất định, bao gồm: (i) Có một hệ thống thị trường đủ lớn cho sự tham gia của khu vực kinh tế tư nhân vào xây dựng và bảo trì các bệnh viện; (ii) Nhà nước có khả năng (cao) trong việc đảm bảo các khoản thanh toán cho các dịch vụ này; (iii) Nhà nước có khả năng ban hành và thực thi các quy chế, hướng dẫn, vừa thống nhất vừa đúng chuẩn mực kỹ thuật cho quá trình đấu thầu mua sắm công, giúp cho quá trình này được thực hiện suôn sẻ, nhanh chóng và minh bạch ở tất cả các địa phương trong cả nước. Bộ Y tế luôn sẵn sàng hỗ trợ kỹ thuật cho chính quyền các địa phương, sẵn sàng thảo luận về các vấn đề của địa phương với các công ty tư nhân để tìm ra giải pháp cho các vấn đề phát sinh; và (iv) xác định sớm các rủi ro có thể có khi hợp tác với khu vực tư nhân.

2.3.1.2. Kinh nghiệm của Mỹ

Là nước triển khai hình thức PPP từ những năm 1980, đến nay, nước này có trên 450 dự án đầu tư theo hình thức PPP với kinh phí triển khai lên tới hàng trăm tỷ USD. Theo đánh giá của Chính phủ Mỹ, hình thức PPP đã thực sự mang lại hiệu quả đối với nhu cầu phát triển cơ sở hạ tầng và các dịch vụ công cộng

của nước này trong bối cảnh kinh tế Mỹ rơi vào tình trạng suy thoái những năm gần đây. Để triển khai hiệu quả PPP, Mỹ đã thực hiện tốt một số giải pháp sau:

- *Thứ nhất*, về xây dựng cơ chế chính sách và luật pháp, chính quyền liên bang một mặt chủ động xây dựng, hoàn thiện các cơ chế chính sách và các công cụ điều hành hướng dẫn triển khai hình thức này trên phạm vi toàn nước Mỹ, mặt khác phân quyền cho các bang tự quyết định việc tổ chức và triển khai hình thức PPP. Hiện nay, ở Mỹ đã có 36 bang ban hành luật và các cơ chế chính sách thực thi hình thức này.

- *Thứ hai*, xác định cụ thể các lĩnh vực và hình thức đầu tư. Về lĩnh vực đầu tư, hiện nay, tại Mỹ, PPP được áp dụng chủ yếu trong các lĩnh vực phát triển hạ tầng, nhà ở, trường học và bệnh viện (chiếm từ 85% - 90%). Từ năm 1985 đến nay, Mỹ đã triển khai khoảng 450 dự án theo hình thức PPP, chiếm 10% tổng vốn đầu tư các cơ sở hạ tầng (so với các nước trong Liên minh châu Âu là 45%). Về các hình thức đầu tư, Mỹ triển khai đa dạng các hình thức như: Thiết kế xây dựng; thiết kế, xây dựng, tài trợ, vận hành; thiết kế, xây dựng, tài trợ...

- *Thứ ba*, các dự án PPP phải là trọng điểm, có lợi ích về kinh tế - xã hội lâu dài, quá trình tổ chức triển khai chú trọng đến chất lượng hơn là số lượng. Trên thực tế, hầu hết các dự án PPP ở Mỹ đều là những công trình lớn, quan trọng tác động lâu dài đến đời sống - xã hội của liên bang hoặc các bang.

- *Thứ tư*, đối với các doanh nghiệp nước ngoài tham gia dự án PPP tại Mỹ, chính quyền nước này một mặt khuyến khích đối tượng doanh nghiệp này tham gia nhằm thu hút vốn, công nghệ, kinh nghiệm, nhưng mặt khác cũng có những quy định mang tính đặc thù nhằm hạn chế rủi ro và phải có sự phê chuẩn và cấp phép của chính quyền Liên bang.

2.3.1.3. Kinh nghiệm của Úc

Vào những năm 90, Chính phủ Úc khi đó cũng muốn thúc đẩy sự tham gia mạnh mẽ hơn của khu vực tư nhân vào mở rộng các dịch vụ y tế để đáp ứng nhu cầu y tế ngày càng tăng của người dân [40]. Vào năm 1996, chính quyền bang

Tây Úc (Western Australia) đã hợp tác với Mayne Health trong một Hợp đồng hợp tác đầu tư công - tư (Public-Private Investment Partnerships- PPIP) để thiết kế, xây dựng, vận hành và cung cấp các dịch vụ chữa bệnh và các dịch vụ khác tại bệnh viện Joondalup thuộc thành phố Perth. Dự án PPIP bao gồm nâng cấp cơ sở hạ tầng và cung cấp các dịch vụ chữa bệnh trong vòng 20 năm, và là một dự án PPP trong lĩnh vực y tế đi theo hình thức BOOT (xây dựng, vận hành, sở hữu và chuyển giao) trong những năm 90 ở Úc. Dự án Joondalup PPIP rất thành công vì nhiều đối tác của Chính phủ muốn tham gia để mở rộng hình thức. Vào thời điểm đó, PPIP chưa được coi là hình thức cấp tiến trong lĩnh vực y tế, bởi vì các bệnh viện tư nhân mới được đánh giá cao tại Úc. Hình thức PPP bắt đầu phổ biến tại Úc vào đầu những năm 90 [40]. Tại thời điểm hợp đồng được ký kết, chi phí vốn của khu vực tư nhân chiếm khoảng 40% chi phí do chính phủ đặt ra. Bệnh viện Joondalup theo hình thức hợp tác PPP được mở cửa vào năm 1998 với 365 giường bệnh, trong đó gần 60% là giường bệnh công và có thể được Chính phủ bồi hoàn. Đối tác tư nhân chịu trách nhiệm thiết kế, xây dựng và vận hành bệnh viện, giám sát đội ngũ nhân viên y tế và quản lý bệnh viện. Đối với các dịch vụ này, Chính phủ trả cho đối tác tư nhân một khoản tiền định kỳ trong vòng 20 năm để trang trải chi phí vốn và mua sắm cơ bản cho bệnh viện. Đối tác tư nhân cũng chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ chữa bệnh như dịch vụ nội trú, chăm sóc khẩn cấp, chăm sóc sức khỏe tinh thần và các dịch vụ ngoài điều trị khác. Theo quy tắc về tiếp cận bình đẳng, đối tác tư nhân cần cung cấp dịch vụ cho tất cả người dân tại bệnh viện Joondalup.

Trong giai đoạn nhượng quyền, xét về cơ bản, bệnh viện sẽ thuộc sở hữu của nhà vận hành tư nhân, nhưng sở hữu đất nơi mà bệnh viện được xây dựng lại thuộc về Chính phủ. Vào thời điểm kết thúc hợp đồng 20 năm, các tài sản thuộc sở hữu công sẽ chuyển sang thuộc sở hữu hoàn toàn của Chính phủ. Các tài sản thuộc sở hữu tư nhân sẽ chuyển giao cho Chính phủ sau 40 năm. Theo hợp đồng, mỗi năm Chính phủ có thể quyết định khối lượng dịch vụ cần mua từ đối tác tư

nhân với mức đơn giá nhất định. Theo đó, Chính phủ trả một khoản tiền cố định hàng năm cho khối lượng dịch vụ được mua. Ngoài định mức này, nếu Chính phủ mua thêm dịch vụ thì có thể trả cho đối tác tư nhân mức giá thấp hơn. Theo ước tính, các dịch vụ chiếm khoảng gần 90% tổng chi phí của hợp đồng.

Hợp đồng yêu cầu đối tác tư nhân đáp ứng những tiêu chuẩn chất lượng nhất định, dựa trên Luật về Bệnh viện và các dịch vụ y tế năm 1927. Ngoài ra, Hội đồng về các tiêu chuẩn Y tế của Úc sẽ kiểm định và cấp phép để đảm bảo bệnh viện tôn trọng các quy trình về chất lượng. Nếu đối tác tư nhân không đáp ứng các tiêu chuẩn chất lượng đã quy định, Chính phủ có thể giảm giá dịch vụ. Hợp đồng sẽ bị hủy khi và chỉ khi khu vực tư nhân không được Hội đồng cấp phép. Về chia sẻ rủi ro, đối tác tư nhân có trách nhiệm giám sát đội ngũ nhân viên y tế gánh vác những rủi ro gắn liền với các dịch vụ chữa bệnh. Chính phủ đảm bảo mua một khối lượng dịch vụ tối thiểu, tuy nhiên nếu số lượng bệnh nhân sử dụng các dịch vụ thấp có thể làm giảm lợi ích cho cả đối tác tư nhân và chính phủ. Các điều kiện, môi trường thực hiện dự án tại Úc là rất khắt khe. Ví dụ, đối tác tư nhân mặc dù thuê lao động trong khu vực tư nhân nhưng vẫn phải đảm bảo họ có mức lương tương đương với các nhân viên nhà nước làm trong các bệnh viện khác. Bên cạnh đó, Chính phủ cũng phải chịu trách nhiệm về chất lượng của dịch vụ y tế vì người dân đồng nhất chất lượng của dịch vụ y tế với chất lượng của dịch vụ công.

Tuy nhiên, việc thực hiện dự án gặp thuận lợi ở chỗ Úc có hệ thống giám sát tiêu chuẩn chất lượng của các bệnh viện tốt. Hội đồng về các tiêu chuẩn Y tế của Úc có trách nhiệm đưa ra các tiêu chuẩn chất lượng cho tất cả các bệnh viện, nhờ vậy giúp cho khu vực công có thể giám sát được hoạt động của các bệnh viện công, tư nhân cũng như PPP. Bên cạnh đó, nhu cầu của người dân đối với các dịch vụ y tế rất lớn, do vậy cung cấp một số lượng khách hàng ổn định cho bệnh viện. Những ưu đãi mà Nhà nước dành cho chủ đầu tư và điều kiện thực hiện đối tác tư nhân được vận hành dự án trong vòng 20 năm. Chính phủ cũng

trả cho đối tác tư nhân một khoản tiền định kỳ hàng năm trong vòng 20 năm để trang trải chi phí vốn và mua sắm cơ bản cho bệnh viện. Chính phủ cũng cam kết mua một khối lượng dịch vụ tối thiểu với một mức giá cố định. Ngoài khối lượng dịch vụ định mức trên, khối lượng dịch vụ mà chính phủ mua thêm có thể được trả ở mức giá thấp hơn.

Thành công của dự án nằm ở chỗ khu vực công có sự hợp tác chặt chẽ với khu vực tư nhân. Không giống như các hình thức đối tác khác tại Úc, hình thức hợp tác PPP trong dự án bệnh viện Joondalop coi khu vực tư nhân là nhà cung cấp dịch vụ y tế chữa bệnh quan trọng. Nhờ vậy, trong vòng một thập kỷ qua, các nhà đầu tư tư nhân đã thực hiện tốt các điều khoản hợp đồng. Kết quả là, sau đó chính phủ quyết định tiếp tục đầu tư mở rộng bệnh viện Joondalup.

Nhìn chung, Úc là nước có nhiều kinh nghiệm thành công về triển khai hình thức PPP trong những năm qua. Theo Ngân hàng Thế giới và Quỹ Tiền tệ quốc tế (IMF), năm 2013, Úc là 1 trong 10 nước có đầu tư PPP hiệu quả nhất trong tổng số gần 200 quốc gia và vùng lãnh thổ. Cơ sở thành công là do:

- *Thứ nhất*, Chính phủ Úc đã xây dựng được khung chính sách vững chắc về PPP; đặc biệt là quy trình dự thầu đối với dự án PPP rất chặt chẽ, góp phần tối ưu hóa hiệu quả kinh tế cho các dự án.

- *Thứ hai*, khuyến khích cắt giảm chi phí chuẩn bị đấu thầu. Để tăng cường hiệu quả kinh tế cho các dự án PPP, trước khi thực hiện bất kỳ một dự án PPP nào, Chính phủ Úc khuyến khích các sáng kiến, để cắt giảm chi phí chuẩn bị đấu thầu dự án PPP, tiết kiệm một khoản tiền không nhỏ cho dự án PPP.

- *Thứ ba*, các dự án PPP của Úc đều phải tuân thủ chặt chẽ quy định về thời gian (thời gian dự thầu trung bình cho một dự án PPP về hạ tầng xã hội ở Úc là 17 tháng, thấp hơn nhiều so với ở Anh (34 tháng).

- *Thứ tư*, quá trình thực hiện các dự án PPP tại nước này cũng được chuẩn hóa thông qua hợp đồng và giảm số lượng hồ sơ cần nộp khi tham gia đấu thầu các dự án PPP.

2.3.1.4. Kinh nghiệm của Canada

Theo một báo cáo, gần đây Chính phủ Canada tích cực huy động nguồn vốn đầu tư ngoài nhà nước tham gia đầu tư y tế dưới dạng PPP bởi vì theo đánh giá của Chính phủ đầu tư dưới hình thức PPP trong y tế đạt hiệu quả cao hơn đầu tư công truyền thống. Tính đến tháng 3 năm 2014, trong tổng số 254 dự án đầu tư theo PPP được triển khai ở Canada thì có đến 85 dự án trong lĩnh vực y tế. Trong số đó, có 45 dự án đã hoàn thành và đi vào hoạt động. Riêng nửa cuối năm 2013, đầu năm 2014, có 7 dự án kết cấu hạ tầng và dịch vụ y tế mới đầu tư theo hình thức PPP được xúc tiến ở các bang British Columbia, Saskatchewan và Québec [40]. Tại Canada, bang Ontario dẫn đầu về số dự án PPP trong tất cả các lĩnh vực cũng như trong lĩnh vực y tế, với 52 dự án kết cấu hạ tầng và dịch vụ y tế trong tổng số 104 dự án PPP. Đứng thứ 2 là bang British Columbia với tổng số 41 dự án PPP, trong đó có 16 dự án trong lĩnh vực y tế. Tính theo giá trị các dự án PPP trong lĩnh vực y tế, bang Ontario đã thu hút nguồn vốn ngoài nhà nước với tổng giá trị 11.417,4 triệu đô la Canada (CAD). Bang Québec mặc dù có số dự án PPP trong lĩnh vực y tế ít hơn bang British Columbia, song tổng giá trị các dự án đạt 4.233,1 triệu CAD, so với 2.302,2 triệu CAD của bang British Columbia. Một số dự án PPP lớn, trong lĩnh vực y tế tại Canada, có thể kể đến như dự án Bệnh viện Brampton, Bệnh viện Halmiton, Bệnh viện Montfort, Khu liên hợp Dịch vụ y tế Niagara, Trung tâm Ung thư Ottawa tại Ontario, hay Bệnh viện Abbotsford và Trung tâm Ung thư, Bệnh viện Hoàng gia Jubilee tại bang British Columbia, Bệnh viện Đại học Montreal tại Québec... Các dự án PPP y tế tại Canada được thực hiện trên cơ sở các mục tiêu do khu vực công đặt ra. Chính phủ thường đặt ra các mục tiêu như số giường bệnh, diện tích cơ sở y tế, tiết kiệm năng lượng, ... nhằm tận dụng năng lực sáng tạo của khu vực tư nhân.

Từ năm 2000 đến năm 2013, trong số các dự án PPP y tế tại Canada, có 41 dự án được thực hiện theo hình thức hợp đồng BOT, chiếm 48% tổng số dự án PPP trong lĩnh vực y tế. Các hình thức này đều nhấn mạnh vai trò tài trợ và phân

bổ nguồn lực của các bên, trong đó có các định chế tài chính, nhờ đó, việc huy động vốn được đa dạng và linh hoạt hơn. Canada cho phép các nhà thầu tư nhân huy động nguồn vốn bằng nhiều hình thức như nguồn tài trợ từ các ngân hàng thương mại, phát hành trái phiếu, cổ phiếu để chi trả cho một phần chi phí trả trước trong quá trình thiết kế xây dựng kết cấu hạ tầng, đồng thời đảm bảo cân bằng tài chính cho dự án. Mặc dù mới thực hiện các dự án PPP trong lĩnh vực y tế trong hơn 13 năm, song Canada đã thu được những kết quả đáng khích lệ. Tính riêng 10 năm từ năm 2003 đến năm 2012, Canada đã xây dựng, mở rộng thêm được 85 bệnh viện, tăng thêm được 4.790 giường bệnh điều trị thường xuyên, 1.500 giường bệnh nội trú điều trị dài hạn, mở rộng diện tích khu nội trú thêm 1,16 triệu m²; mở rộng, nâng cao năng lực khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe và đáp ứng được nhu cầu ngày càng tăng của dân chúng. Bên cạnh những mặt tích cực như mở rộng cơ sở hạ tầng y tế do các dự án PPP mang lại, các dự án này cũng có nhiều đóng góp trong phát triển kinh tế - xã hội. Từ năm 2003 đến năm 2012, các dự án PPP trong lĩnh vực y tế cũng đóng góp đáng kể vào GDP của Canada. Tổng GDP được tạo ra bởi các dự án PPP trong lĩnh vực y tế là 22,04 tỷ CAD. Bên cạnh đó, các dự án PPP cũng tạo ra nguồn thu thuế thu nhập đáng kể cho Chính phủ. Tổng số thuế thu nhập tính trên thu nhập chịu thuế phát sinh từ các dự án PPP là 7,51 tỷ CAD. Chỉ số giá trị dòng tiền VFM của các dự án y tế được đầu tư theo hình thức PPP đạt từ 5 -15%. Điều này cho thấy Chính phủ Canada đã đạt được những lợi ích đáng kể khi áp dụng hình thức PPP thay cho phương pháp tiếp cận dự án truyền thống.

2.3.2. Kinh nghiệm các nước đang phát triển

2.3.2.1. PPP trong lĩnh vực y tế cộng đồng ở Ấn Độ

Vài ba thập kỷ trở lại đây, Ấn Độ đã đạt được những thành tựu đáng kể trong ngành y tế: đã xây dựng được một đội ngũ cán bộ y tế với số lượng lớn, chất lượng tương đối cao; cải thiện cơ sở hạ tầng cho ngành y tế; hình thành các hệ thống được phẩm có chất lượng. Tuy nhiên, gánh nặng về bệnh tật của người

dân ở nước này vẫn còn rất lớn như: bệnh lao phổi, sốt rét, suy dinh dưỡng,...còn ở mức độ cao. Trong khi đó, khả năng cung ứng các dịch vụ y tế để phòng ngừa và chống lại các căn bệnh này từ phía Nhà nước còn chưa đủ [71]. Về phía mình, các đơn vị y tế tư nhân chủ yếu hoạt động trong lĩnh vực khám chữa bệnh, là lĩnh vực có thể đem lại thu nhập và lợi nhuận cao. Chỉ có rất ít đơn vị tham gia cung ứng các dịch vụ y tế dự phòng. Các tổ chức tự nguyện cũng hoạt động chủ yếu trên cơ sở hợp đồng và thường tham gia vào các chương trình giáo dục đào tạo, nâng cao nhận thức cộng đồng, khám chữa bệnh. Một số tổ chức quốc tế hỗ trợ Ấn Độ bằng cách cung ứng vốn vay ưu đãi cho xây dựng cơ sở hạ tầng y tế, nhưng số vốn này cũng thường không được sử dụng một cách có hiệu quả. Hiện có đến hàng ngàn thị trấn, huyện, làng xã và cộng đồng trong cả nước nằm trong tình trạng phát triển rất lạc hậu, cần được hỗ trợ để phát triển cơ sở hạ tầng y tế. Việc hợp tác với khu vực tư nhân trong cung ứng các dịch vụ cơ bản như nước sạch, vệ sinh môi trường, phòng bệnh v.v. , thông qua các công cụ khuyến khích về kinh tế, tài chính khác nhau còn xa mới đáp ứng nhu cầu.

Trong bối cảnh đó, cần phải có những cơ chế khuyến khích mới được đưa vào thực hiện, và Chính phủ Ấn Độ đã coi PPP là một trong những cơ chế hữu hiệu nhất để giải quyết vấn đề nan giải này. Trên thực tế, khoảng ba thập kỷ gần đây, Chính phủ trung ương và Chính quyền các địa phương Ấn Độ đã khởi động hàng loạt các dự án theo cơ chế PPP trong ngành y tế, dưới nhiều hình thức đa dạng như: (i) Thực hiện các khoá đào tạo, tập huấn về nghiệp vụ y tế; (ii) Các dịch vụ can thiệp y tế: các chương trình PPP được thiết lập để thực hiện các dự án về phòng khám kế hoạch hoá gia đình, dịch vụ về bệnh thần kinh và bệnh trẻ em, xét nghiệm và tư vấn về HIV/AIDS, cung ứng các dịch vụ khám và chữa bệnh ở cấp cơ sở; và (iii) Hợp đồng PPP về dịch vụ bảo dưỡng duy tu cơ sở hạ tầng: các dịch vụ như quét dọn vệ sinh và bảo dưỡng các toà nhà, cơ sở y tế, bảo vệ an ninh, quản lý chất thải, dịch vụ giặt là, dịch vụ ăn uống, tiêm chủng; dịch vụ tư vấn y tế; dịch vụ ngân hàng máu, các chiến dịch hiến máu nhân đạo, các

chiến dịch chữa bệnh mắt, và các dịch vụ có liên quan khác, v.v. thường được thực hiện theo cơ chế hợp tác PPP và đã chứng minh là có hiệu quả.

2.3.2.2. *Kinh nghiệm của Trung Quốc*

Hiện tại, Trung Quốc đã không ngừng gia tăng cải thiện hệ thống y tế. Chính phủ nước này cũng đã kêu gọi tư nhân đầu tư mạnh mẽ vào y tế với các chính ưu đãi về thuế, đất đai [23]. Chính phủ Trung Quốc cũng đã xây dựng khung pháp lý cho các loại hình đầu tư theo hình thức PPP và Chính phủ nước này cũng đã chọn hình thức thích hợp nhất là BOT. Thời gian gần đây, Trung Quốc chủ trương coi việc cải thiện chăm sóc sức khỏe là “biện pháp quan trọng nhằm xây dựng một xã hội hài hòa”. Để thực hiện chủ trương này, Trung Quốc đã công bố “Kế hoạch 5 năm về cung cấp dịch vụ toàn diện về y tế và sức khỏe” thông qua mạng lưới y tế quốc gia về chăm sóc sức khỏe cho cư dân ở cả nông thôn và thành thị. Trong kế hoạch này, đã có nhiều đề xuất chính sách được đưa ra xem xét, xuất phát từ tư tưởng chủ đạo của Trung Quốc về tăng cường cải cách công tác quản lý ngành y tế; thu hút sự tham gia của các cá nhân và các tổ chức ngoài nhà nước vào việc cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe. Hiện nay, Trung Quốc chỉ 39% tổng ngân sách quốc gia cho chăm sóc sức khỏe. Nếu không tính đến bảo hiểm xã hội, thì con số này vẫn còn là 18% tổng chi ngân sách. Tuy vậy, hệ thống chăm sóc sức khỏe của Trung Quốc vẫn còn rất nhiều khiếm khuyết như người dân nông thôn còn chưa được hưởng sự chăm sóc thích đáng vì thiếu thốn nguồn lực. Khu vực tư nhân còn chưa được huy động tốt để đầu tư vào lĩnh vực này. Do vậy, Trung Quốc vẫn cho rằng khu vực tư nhân cần được động viên để tham gia tích cực hơn nữa. Tuy nhiên, Trung Quốc cũng nhấn mạnh rằng việc áp dụng PPP phải được đặt dưới sự điều tiết chặt chẽ của Nhà nước, vì không phải tất cả các dự án tư nhân đang được áp dụng đều đáp ứng được các yêu cầu và quyền lợi của người dân. Trên thực tế, đã có không ít các trường hợp lạm dụng chính sách thu hút đầu tư tư nhân vào dịch vụ y tế đã xảy ra trong thời gian qua ở đất nước này [66].

2.3.3. Một số bài học rút ra cho Việt Nam từ kinh nghiệm nước ngoài

- *Thứ nhất*, các nước đều phải đối mặt với nguồn lực hạn chế để đầu tư cho phát triển hệ thống cung ứng dịch vụ y tế. Do vậy, Nhà nước phải chủ động kêu gọi sự tham gia của thành phần tư nhân và nhà đầu tư nước ngoài. Tuy nhiên, dù có thu hút được vốn từ khu vực tư nhân, Nhà nước vẫn phải có những cam kết và phải có trách nhiệm nhất định, có thể phải đảm nhận cung cấp kinh phí ngay trong quá trình chuẩn bị, đầu tư hoặc vận hành các công trình sẽ được bàn giao sau này. Do vậy, Nhà nước cần thận trọng khi quyết định triển khai mỗi dự án và cam kết cung cấp những điều kiện để các nhà đầu tư tư nhân thực hiện dự án. Những dự án được chấp thuận cần dựa trên những nhu cầu thực sự cấp bách và được điều tra, nghiên cứu, tính toán thận trọng để tránh những trường hợp công trình sẽ không được khai thác có hiệu quả khi xây dựng xong.

- *Thứ hai*, để đảm bảo cho dự án PPP thành công, Nhà nước cần chủ động hoặc phối hợp với các chủ đầu tư nghiên cứu và dự báo chính xác thực trạng và biến động của môi trường kinh doanh cũng như những nhân tố ảnh hưởng tới việc đầu tư và khai thác các kết quả đầu tư của các chủ đầu tư trong các dự án PPP. Đây là những cơ sở quan trọng để Nhà nước đưa ra các cam kết về trách nhiệm trong tương lai của mình đối với các chủ đầu tư. Lường trước các rủi ro là yếu tố có ảnh hưởng và tác động rất quan trọng tới việc đàm phán, ký kết và thực hiện các dự án PPP. Ngoài ra, còn có những rủi ro về các đối tác thiếu năng lực; do những nhân viên được giao đảm nhận việc tiếp nhận thiếu động lực trong khi cơ chế động viên khuyến khích không thỏa đáng v.v...

- *Thứ ba*, như phân trên đã nêu, do khác biệt về hình thức hạch toán và kinh doanh, đặc biệt là những nhận thức khác nhau về chính phạm trù PPP và các nội dung cụ thể của nó, nhiều khi các đối tác trong cùng một dự án có những hình dung, nhận thức khác nhau về cùng một vấn đề được diễn đạt cùng bằng một ngôn ngữ. Do vậy, trong quá trình đàm phán về dự án PPP, các bên đối tác cần nghiên cứu, tìm hiểu kỹ nhận thức và quan niệm của nhau về thực chất các nội

dung, các khái niệm được đề cập trong các hồ sơ của dự án. Chính vì vậy, cần đặc biệt nghiên cứu và thỏa thuận rõ ràng các khái niệm trong hợp đồng PPP cho mỗi dự án bởi vì không tồn tại một hình thức PPP chuẩn và mỗi nước đều có chiến lược riêng tùy thuộc bối cảnh, thể chế, nguồn tài trợ và tính chất của dự án.

- *Thứ tư*, các nhân tố tác động đến sự thành công của PPP không có sự khác biệt giữa các nước phát triển và đang phát triển, đó là: phải có khung pháp lý đầy đủ và minh bạch; lựa chọn đối tác có năng lực; tối đa hóa lợi ích cho các đối tác, ổn định môi trường vĩ mô và phân bổ rủi ro hiệu quả. Để đạt được dự án PPP thành công, vai trò của Nhà nước được xác định như là chủ thể tạo môi trường đầu tư thuận lợi nhất để giải phóng nguồn lực và thu hút sự tham gia của các thành phần, lực lượng khác trong xã hội.

- *Thứ năm*, bên cạnh các nguyên tắc chung để cho một dự án PPP thành công, thì cần phải xem xét tính đặc thù của ngành y tế, đó là: (i) Năng lực kỹ thuật và quản lý của các cơ sở y tế công cộng cần được tăng cường; (ii) Hình thức PPP phù hợp cần phải được lựa chọn trước khi quy mô; (iii) có các tiêu chí bảo đảm chất lượng dịch vụ y tế do nhà đầu tư tư nhân cung cấp. Bên cạnh việc huy động vốn tư nhân cho y tế, Nhà nước vẫn cần phải tăng cường đầu tư cho các cơ sở y tế công khi tham gia dự án PPP nhằm củng cố ngành y tế công cộng để giữ ngang tầm với các đối tác tư nhân và tận dụng lợi thế của các nhà đầu tư tư nhân trong quá trình này. Tiềm năng của khu vực tư nhân là to lớn do vậy Nhà nước có thể khuyến khích sự tham gia của khu vực này ở cả lĩnh vực y tế khác.

- *Thứ sáu*, trên thế giới, các hình thức PPP trong y tế là khá đa dạng, do vậy Việt Nam cần phải vận dụng các hình thức này sao cho hiệu quả.

Những bài học trên là nguồn tham khảo cho việc vận dụng PPP trong quá trình đổi mới khu vực công nói chung và cải cách huy động các nguồn lực ngoài nhà nước cho khu vực y tế nói riêng ở Việt Nam.

CHƯƠNG 3

THỰC TRẠNG HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ Ở VIỆT NAM

3.1. Khái quát thực trạng cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam

3.1.1. *Thực trạng phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh*

Căn cứ theo Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/6/2006 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020, mạng lưới các cơ sở khám, chữa bệnh gồm các cơ sở y tế công lập, cơ sở y tế ngoài công lập và bao gồm ba tuyến: tuyến 1 (bệnh viện hạng 3), tuyến 2 (bệnh viện hạng 2), và tuyến 3: bao gồm các bệnh viện đạt tiêu chuẩn hạng I hoặc hạng đặc biệt. Ngoài ra, còn có hệ thống mạng lưới y tế cơ sở (trạm y tế xã) nhằm sóc sức khỏe ban đầu và cơ bản cho người dân. Các cơ sở y tế này được thành lập và hoạt động dưới các loại cơ sở y tế như: bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, bệnh viện y học cổ truyền, bệnh viện điều dưỡng phục hồi chức năng, phòng khám đa khoa, chuyên khoa, nhà hộ sinh khu vực, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế, trung tâm y tế ngành và các cơ quan, đã bao phủ rộng khắp, hầu như toàn bộ dân số.

Mạng lưới các cơ sở khám chữa bệnh công lập được hình thành, đầu tư phát triển theo 4 cấp độ quản lý hành chính nhà nước (Trung ương, tỉnh, huyện, xã), giúp người dân tiếp cận thuận tiện, công bằng với dịch vụ khám, chữa bệnh, trong đó bệnh viện tuyến Trung ương là tuyến cuối, chịu trách nhiệm chỉ đạo tuyến, hỗ trợ khám chữa bệnh kỹ thuật cao và đảm nhiệm khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh tuyến dưới chuyển lên. Các bệnh viện này hoạt động và đầu tư chủ yếu từ nguồn vốn NSNN và có thu giá dịch vụ khám, chữa bệnh từ người sử dụng dịch vụ và Quỹ BHYT chi trả.

Các đơn vị thuộc hệ thống y tế ngoài công lập bao gồm: cơ sở y tế tư nhân, tổ chức y tế tập thể; các cơ sở y tế liên doanh hay đầu tư trực tiếp 100% vốn của

nước ngoài; các cơ sở y tế trong các tổ chức xã hội từ thiện; các cơ sở y tế trong các doanh nghiệp sản xuất kinh doanh; cơ sở y tế trong các trường học có nhiệm vụ tham gia khám, chữa bệnh cho nhân dân. Nguồn tài chính cho hoạt động y tế của các cơ sở này không do NSNN cấp, chủ yếu có từ kết quả hoạt động kinh doanh, đóng góp từ thiện, trích từ lợi tức, quỹ phúc lợi của đơn vị.

Nhìn chung, trong vài thập niên gần đây, hệ thống mạng lưới khám, chữa bệnh ở khu vực công và tư nhân đã được củng cố, mở rộng và phát triển nhằm đáp ứng phần nào nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Đến cuối năm 2017, cả nước có 13.583 cơ sở y tế, trong đó có 1.085 bệnh viện, 579 phòng khám đa khoa khu vực, 60 bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng (Bảng 3.1). Số cơ sở khám chữa bệnh và số giường bệnh tăng tương đối đều qua các năm, trong đó riêng các cơ sở bệnh viện tư nhân tăng gấp 3 lần so với năm 2004. Tổng số các bệnh viện tư nhân đã chiếm 11% tổng số bệnh viện và chiếm 3,7% tổng số giường bệnh của toàn quốc [7]; [45].

Bảng 3.1: Số cơ sở y tế qua các năm

	2000	2004	2007	2014	2016	2017
Tổng số	13117	13149	13438	13611	13591	13583
Bệnh viện	835	856	956	1063	1077	1085
Phòng khám đa khoa khu vực	936	881	829	635	609	579
Bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng	92	53	51	61	62	60
Trạm y tế xã, phường	10271	10516	10851	11820	11812	11120
Trạm y tế của cơ quan, xí nghiệp	918	789	710	710	710	710
Cơ sở khác	65	54	41	33	31	29

Nguồn: [14], [45].

Có được mạng lưới khám, chữa bệnh trên, Nhà nước đã quan tâm và đổi mới cơ chế đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng cho các cơ sở khám, chữa bệnh từ Trung ương đến địa phương bằng các nguồn vốn từ NSNN, trái phiếu Chính phủ, ODA và các nguồn vốn khác. Kết quả là từ năm 2008 đến nay, đã có 610/760 bệnh viện từ tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện được đầu tư từ nguồn vốn trái phiếu Chính phủ, từng bước hoàn thành đưa vào sử dụng để phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Mạng lưới y tế cơ sở của Việt Nam được phát triển từ huyện xuống xã, và đội ngũ y tế thôn bản cũng được quan tâm phát triển (Bảng 3.2). Nhiều mục tiêu phát triển về nhân lực y tế và mạng lưới khám, chữa bệnh đã đạt được kế hoạch đề ra.

Bảng 3.2: Một số chỉ tiêu về nhân lực y tế

Chỉ tiêu	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020 (KH)
Số bác sĩ/ <u>vạn dân</u>	7,2	7,33	7,46	7,61	7,8	8,0	7,9
Số dược sĩ đại học/ <u>vạn dân</u>	1,76	1,9	1,96	2,12	2,15	2,4	2,5
Tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế hoạt động (%)	97,5	96,9	96,6	96,0	95,0	96,1	90,0
Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ hoạt động (%)	70,0	71,9	73,5	75,0	78,0	86,9	90,0
Tỷ lệ trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc <u>y sĩ sản nhi</u> (%)	95,6	95,3	96,4	96,0	98,0	96,1	>95,0

Nguồn: [17]; [18].

Số giường bệnh cũng đã tăng lên 32,73/1 vạn dân vào năm 2015, bước đầu đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của người dân [17];[18]. Công suất sử dụng giường bệnh của hầu hết bệnh viện tuyến huyện đều tăng 30% so với trước đây đã giảm một phần tình trạng quá tải bệnh viện trên toàn quốc, đặc biệt là bệnh viện ở tuyến trung ương và tuyến tỉnh. Bên cạnh đó, chất lượng và số lượng nguồn nhân lực y tế ngày càng phát triển. Năm 2015, cả nước có 8,0 bác sĩ và 2,4 dược sĩ trên một vạn dân, 99% xã/phường có trạm y tế, 86,9% trạm y tế có

bác sĩ làm việc [18]. Nhìn chung, mặc dù hệ thống y tế nói chung và mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế đã có nhiều cải thiện trong thời gian qua, nhưng vẫn còn nhiều bất cập. Nghị quyết số 20-NQ/TW của Hội nghị lần thứ 6, Ban Chấp hành Trung ương Khóa XII (ngày 25/10/2017) về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã chỉ ra những hạn chế, yếu kém của hệ thống y tế đó là:

- Hệ thống y tế công kênh, nhiều đầu mối, chưa đồng bộ, thiếu ổn định, hoạt động chưa hiệu quả, phối hợp công tư chưa chặt chẽ.
- Cơ chế tài chính, BHYT còn nhiều bất cập, chưa phù hợp với thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa; đổi mới cơ chế hoạt động, quản lý trong các cơ sở y tế công lập còn lúng túng, mô hình quản lý, cơ chế quản lý y tế tư nhân còn nhiều hạn chế, yếu kém.

Nhu cầu chăm sóc y tế của người dân ngày càng cao, cùng với tình trạng quá tải của các bệnh viện công ở tuyến trên và sự phát triển mạnh các phòng khám và bệnh viện tư nhân là những điều kiện thuận lợi để có thể huy động nguồn lực ngoài nhà nước đầu tư trong lĩnh vực y tế phát triển trong thời gian tới. Thực tế, ngành y tế đã thực hiện một số hình thức PPP như liên doanh, liên kết đặt máy móc thiết bị khám chữa bệnh trong các bệnh viện công.

3.1.2. Hệ thống chính sách của Nhà nước trong việc huy động tham gia đầu tư của tư nhân đối với y tế

3.1.2.1. Các chính sách y tế chung

Trong thời gian qua, Đảng và Nhà nước Việt Nam đã chủ trương “Việc đầu tư cho công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân phải dựa vào nhiều nguồn lực khác nhau, bao gồm: đầu tư của Nhà nước, đầu tư của tư nhân, đóng góp của cộng đồng và viện trợ quốc tế..., trong đó đầu tư của Nhà nước giữ vai trò chủ đạo” [16]. Để thực hiện chủ trương này, Chính phủ đã ban hành nhiều biện pháp chính sách mới nhằm cải thiện khung pháp lý theo hướng khuyến khích phát

triển mạng lưới y tế ngoài công lập trong công tác khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe (Bảng 3.3).

Bảng 3.3: Đổi mới trong khung luật pháp về cung ứng dịch vụ y tế

Tên văn bản	Nội dung đổi mới
▪ Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân (1989);	Là cơ sở pháp lý quan trọng nhất điều chỉnh hoạt động cung ứng dịch vụ y tế
▪ Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế	Điều lệ cơ sở y tế - quy chế tổ chức và hoạt động của từng loại hình cơ sở y tế khác nhau.
▪ Nghị định số 95/CP ngày 27/8/1994	Cho phép thu một phần viện phí
▪ Pháp lệnh hành nghề y, dược tư nhân (2003)	Cho phép các chủ thể tư nhân hoạt động như nhà cung ứng dịch vụ trong một <u>số lĩnh vực y tế</u>
▪ Quyết định số 155/2003/QĐ-TTg	Về việc <u>thu đủ</u> phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật trong ngành y tế
▪ Chỉ thị số 29/2004/CT-TTG ngày 16/7/2004	Chỉ đạo xác định giá dịch vụ y tế cơ sở công lập
▪ Nghị quyết số 46-NQ/TU ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị	Về công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới; trong đó, đã xác định sự cần thiết phải đẩy mạnh phát triển hệ thống y tế tư nhân trong công tác khám chữa bệnh cho người dân.
▪ Nghị quyết 05/2005/NQ-CP ngày 18/4/2005;	Cho phép thực hiện một số chính sách về xã hội <u>hóa y tế</u>
▪ Nghị định 53/2006/NĐ-CP	Khuyến khích phát triển các cơ sở cung ứng dịch vụ ngoài công lập
▪ Nghị định 43/2006/NĐ-CP	Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập
▪ Nghị định 69/2008/NĐ-CP	Về chính sách khuyến khích XHH các hoạt động giáo dục, dạy nghề, y tế...môi trường.

▪ Luật Khám bệnh, chữa bệnh (2009)	Quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề khám, chữa bệnh và cơ sở khám, chữa bệnh; điều kiện đối với người hành nghề khám, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh
▪ Nghị định 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, chữa bệnh công lập
▪ Nghị quyết số 93/2014/NQ-CP	Về một số cơ chế, chính sách phát triển y tế
▪ Nghị định số 15/2015/NĐ-CP	Về đầu tư theo hình thức đối tác công tư
▪ Nghị định số 16/2015/NĐ-CP	Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập
▪ Nghị định số 63/2018/NĐ-CP	Về đầu tư theo hình thức đối tác công tư (thay thế cho Nghị định 15/2015/NĐ-CP)

Nguồn: Tác giả tổng hợp.

Nội dung chủ yếu của những đổi mới về pháp lý và chính sách nói trên là các quy định cho phép thực hiện các “đổi mới” việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm: (i) cho phép hành nghề y dược tư nhân, kể cả cho phép các cán bộ y tế công được làm tư ngoài giờ, thu viện phí; (ii) tổ chức và phát triển BHYT; và (iii) cho phép bệnh viện công được mở các khoa “phục vụ theo yêu cầu” hoặc khoa bán công.

Trong lĩnh vực cải cách giao quyền tự chủ cho các cơ sở y tế công lập, gần đây Nhà nước có ban hành nhiều chính sách cải cách khu vực này như: Nghị định số 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2012 của Chính phủ về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp (ĐVSN) y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập. Nghị định này ra đời nhằm tăng cường thêm khả năng tự chủ về tài chính trong các ĐVSN công lập thông qua thực hiện lộ trình tính đúng tính đủ chi phí đối với giá dịch vụ y tế. Nghị định 85 cung cấp cơ sở pháp lý cho các cơ sở y tế công lập

tiến tới cơ chế hạch toán tương tự như doanh nghiệp và có quyền tự chủ toàn bộ. Mục đích cuối cùng là để NSNN tập trung vào những dự án, địa bàn trọng điểm, và những chính sách an sinh của Nhà nước hỗ trợ vào những đối tượng cần thiết.

Tiếp theo đó là những thay đổi về cơ chế tài chính áp dụng cho các ĐVSN, khuyến khích nguồn thu sự nghiệp ngoài ngân sách và nới lỏng các qui định về định giá dịch vụ y tế, quyền tự chủ các ĐVSN như Nghị định số 16/2015/NĐ-CP ngày 14/2/2015 của Chính phủ (thay thế Nghị định số 43/2006/NĐ-CP) quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với ĐVSN công lập; làm cơ sở để xây dựng Nghị định quy định cơ chế tự chủ của ĐVSN trong từng lĩnh vực. Theo đó, Chính phủ cho phép các ĐVSN công lập có thể tự chủ về nhân lực, tổ chức bộ máy và thực hiện nhiệm vụ; Nghị quyết số 93/NQ-CP ngày 15/12/2014 về một số cơ chế, chính sách phát triển y tế, trong đó có nhiều chính sách khuyến khích các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công được hợp tác, đầu tư để thực hiện dự án bằng vay vốn, liên doanh, liên kết và được vay vốn tín dụng đầu tư của ngân hàng.

		Đến năm 2020
		Tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp, chi phí quản lý và chi phí khấu hao tài sản cố định.
Đến năm 2016	Đến năm 2018	(Tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp và chi phí quản lý (chưa tính chi phí khấu hao tài sản cố định)).
Tính đủ chi phí tiền lương, chi phí trực tiếp (chưa tính chi phí quản lý và chi phí khấu hao tài sản cố định)		

Nguồn: Nghị định 16/2015/NĐ-CP.

**Hình 3.1: Lộ trình tính đúng, tính đủ chi phí khám chữa bệnh theo
Nghị định 16/2015 thay thế Nghị định số 85/2012**

Nhìn chung, các văn bản pháp quy trên Nhà nước đã tạo cơ chế để khuyến khích các cơ sở khám, chữa bệnh huy động các nguồn vốn ngoài NSNN để đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng, nâng cấp trang thiết bị và cung ứng các dịch vụ y tế. Cụ thể hơn, những đổi mới chính sách trong lĩnh vực này quan trọng nhất là:

- Vay tín dụng, ngân hàng, vay Quỹ đầu tư phát triển, vay vốn kích cầu, vay của các cá nhân và tổ chức kinh tế.

- Liên doanh, liên kết với các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước để xây dựng, thành lập mới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoạt động theo hình thức doanh nghiệp.

- Huy động vốn góp của các tổ chức và cá nhân trong nước.

- Thuê mua tài chính như mua trả chậm, thuê tài sản; v.v.

- Lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế để tạo điều kiện cho các nhà đầu tư nhân đầu tư nhiều hơn vào lĩnh vực y tế (Hình 3.1).

Ngoài ra, các văn bản pháp quy trên cũng đã tạo ra một cơ chế mới để khuyến khích thu hút nguồn vốn đầu tư khác vào lĩnh vực y tế, đó là hình thức PPP trong lĩnh vực y tế. Đồng thời với các văn bản pháp lý trên, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 63/2018/NĐ-CP về đầu tư theo hình thức đối tác công tư thay thế cho Nghị định số 15/2015/NĐ-CP với một số điểm mới sau:

- *Thứ nhất*, về nguồn vốn hỗ trợ chuẩn bị đầu tư. Theo Nghị định 63, các Bộ/ngành, Ủy ban nhân dân (UBND) cấp tỉnh phải chủ động việc huy động vốn cho mục đích này. Như vậy, so với Nghị định 15, Nghị định 63 đã chuyển trách nhiệm của Bộ Kế hoạch và Đầu tư trong việc huy động vốn phục vụ cho công tác chuẩn bị đầu tư sang cho các Bộ/ngành, UBND, và điều này cũng góp phần tránh được những rủi ro liên quan do làm tăng tính tự chủ và tự chịu trách nhiệm của các cơ quan này trong cùng vấn đề.

- *Thứ hai*, về vốn chủ sở hữu và vốn huy động của nhà đầu tư, Nghị định 63 đã nâng tỷ lệ vốn chủ sở hữu của nhà đầu tư lên tối thiểu 20% so với mức 15% trong Nghị định 15 đối với dự án có tổng đầu tư đến 1.500 tỉ đồng. Với dự

án có tổng đầu tư trên 1.500 tỉ đồng thì mức vốn chủ sở hữu theo quy định mới cũng được sửa theo hướng nâng cao hơn. Cụ thể, vốn chủ sở hữu tối thiểu là 20% với phần vốn đến 1.500 tỉ đồng và tối thiểu là 10% với phần vốn trên 1.500 tỉ đồng. Như vậy, có thể thấy quy định mới hướng đến việc lựa chọn nhà đầu tư có năng lực tài chính vững vàng hơn so với trước, tránh được tình trạng nhà đầu tư dựa phần lớn vào vốn vay ngân hàng để thực hiện dự án.

- *Thứ ba*, về hình thức nhà nước tham gia trong dự án PPP, ngoài vốn góp và vốn thanh toán cho nhà đầu tư, điểm mới trong Nghị định 63 là Nhà nước có thể tham gia dự án PPP bằng cách góp quỹ đất, trụ sở làm việc, tài sản kết cấu hạ tầng thanh toán cho nhà đầu tư hoặc quyền kinh doanh, khai thác công trình, dịch vụ được nhượng cho nhà đầu tư trong dự án áp dụng loại hợp đồng BT.

- *Thứ tư*, Nghị định 63 có thêm một mục về chuyển đổi từ dự án đang được đầu tư bằng nguồn vốn đầu tư công sang dự án PPP, trừ các loại hình O&M và dự án đối ứng của dự án BT. Với quy định này, sẽ có thể có nhiều dự án đầu tư công được chuyển đổi và nhận được sự quan tâm của nhà đầu tư khi rủi ro liên quan đến dự án PPP được giảm thiểu do cơ chế pháp lý rõ ràng và đầy đủ hơn liên quan đến dự án PPP đã được công bố. Nhà nước do vậy cũng bớt đi được gánh nặng do vốn đầu tư công bị dàn trải ở nhiều dự án đầu tư công khác nhau trên cả nước.

- *Thứ năm*, Nghị định 63 có một chương mới cho riêng hình thức hợp đồng BT. Những điều khoản quan trọng trong chương này gồm các quy định về phương thức thanh toán cho nhà đầu tư; nguyên tắc thực hiện hợp đồng BT theo phương thức sử dụng giá trị quyền sử dụng đất; và nguyên tắc thực hiện hợp đồng BT theo phương thức nhượng quyền kinh doanh, khai thác công trình, dịch vụ cho nhà đầu tư, gồm các nguyên tắc xác định phạm vi và thời hạn nhượng quyền kinh doanh...

Tóm lại, Nghị định 63 về PPP có một số điểm mới quan trọng như tăng cường tính phân cấp, tự chủ, tự chịu trách nhiệm ở các bộ, ngành, địa phương;

loại bớt những nhà đầu tư yếu kém về năng lực tài chính; gia tăng hình thức tham gia của Nhà nước vào các dự án PPP, và ngược lại, gia tăng sự tham gia của nhà đầu tư vào các dự án đầu tư công chuyển đổi sang dự án PPP, giúp giảm gánh nặng chi lên NSNN... Với nhiều điểm mới trên, Nghị định 63 đã mở rộng cánh cửa thu hút vốn đầu tư của khu vực ngoài nhà nước, tạo ra môi trường đầu tư thuận lợi và minh bạch hơn cho nhà đầu tư trong quá trình thực hiện dự án PPP. Đặc biệt, việc thu hút đầu tư theo hình thức PPP được mở rộng đối với các dự án thuộc lĩnh vực đang thực hiện chủ trương XHH đầu tư như y tế.

3.1.2.2. Các chính sách khuyến khích đầu tư cho y tế

Song song với các chính sách đổi mới cơ chế cung ứng dịch vụ y tế ở trên, Nhà nước cũng ban hành nhiều chính sách khuyến khích, thu hút đầu tư của khu vực ngoài nhà nước tham gia cung ứng dịch vụ công cho xã hội được thực hiện chủ yếu thông qua hai loại chính sách: (1) chính sách XHH và (2) chính sách khuyến khích và ưu đãi đầu tư (theo Luật Doanh nghiệp, Luật Đầu tư và một số Luật thuế liên quan khác). Về mặt thời gian, cả hai chính sách trên đều có sự thay đổi đáng kể về quan điểm và nội dung, đặc biệt là chính sách XHH, từ năm 2005 với sự ra đời rất đồng bộ của Nghị quyết 05 và Luật Doanh nghiệp và Luật Đầu tư năm 2005 (nay là Luật Doanh nghiệp và Luật Đầu tư 2014).

Về chính sách XHH, theo Nghị định 69/NĐ-CP ngày 30/5/2008 và Nghị định 59/NĐ-CP ngày 16/6/2014 của Chính phủ, nhìn chung, các nhà đầu tư khi đầu tư, tham gia cung ứng dịch vụ y tế có thể hưởng các chính sách ưu đãi về:

- Thứ nhất, các chính sách ưu đãi về cơ sở hạ tầng và đất đai.
- Thứ hai, được hưởng các chính sách ưu đãi về thuế thu nhập doanh nghiệp, thuế giá trị gia tăng, thuế xuất – nhập khẩu.
- Thứ ba, được hưởng các chính sách ưu đãi về tín dụng như được vay vốn tín dụng đầu tư hoặc hỗ trợ sau đầu tư theo quy định.

Ngoài các quy định về các chính sách khuyến khích đầu tư vào lĩnh vực XHH, trong đó có y tế, chính sách ưu đãi đầu tư nhằm thu hút đầu tư của các

thành phần kinh tế vào các lĩnh vực xã hội còn được thể hiện rất rõ trong Luật Đầu tư 2014 và một số văn bản pháp quy hướng dẫn, sửa đổi sau này. Theo Luật Đầu tư 2014 lĩnh vực được ưu đãi đầu tư: “ Khám bệnh, chữa bệnh; sản xuất thuốc, nguyên liệu làm thuốc, thuốc chủ yếu, thuốc thiết yếu...” (Điều 16).

Thỏa mãn các điều kiện theo quy định, nhà đầu tư được hưởng ưu đãi thuế doanh nghiệp, thuế nhập khẩu, thuế sử dụng đất, tiền sử dụng đất, tiền thuê đất... Bên cạnh đó, Luật cũng quy định nhà đầu tư khi đầu tư vào những vùng đặc biệt khó khăn còn được hưởng thêm nhiều chính sách ưu đãi của Nhà nước. Với phạm vi điều chỉnh cho thấy đã có sự giao thoa giữa chính sách khuyến khích phát triển XHH và chính sách ưu đãi đầu tư theo Luật Đầu tư.

3.2. Phân tích, đánh giá thực trạng và chất lượng dịch vụ PPP trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam

3.2.1. Thực trạng các hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

Từ năm 1992, bên cạnh các cơ sở y tế công lập, các cơ sở y tế ngoài công lập đã ra đời và tham gia tích cực hơn vào việc cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh. Xuất phát từ đó, đã xuất hiện những hình thức sơ khai của PPP trong dịch vụ y tế, mặc dù, về mặt chính thức, các hoạt động hình thức này thường không được gọi thẳng là PPP. Hiện chưa có các số liệu chính thức về quy mô và diện bao phủ của các dịch vụ y tế được thực hiện theo hình thức PPP ở Việt Nam. Tuy nhiên, theo ý kiến của các chuyên gia trong ngành y tế, ở Việt Nam các hình thức “hợp tác” được coi là “gần gũi nhất” với các chương trình/dự án PPP y tế mới chỉ bao gồm:

3.2.1.1. Thực trạng hình thức hợp tác cung ứng dịch vụ

Kể từ khi Chính phủ ban hành Nghị định 43/NĐ-CP, các cơ sở y tế công lập được trao quyền tự chủ về tài chính nhiều hơn thì hình thức hợp tác với các đối tác tư nhân trong cung ứng dịch vụ và thiết bị y tế diễn ra rất đa dạng và dưới hai hình thức chủ yếu sau:

- *Thứ nhất*, các cơ sở y tế công lập chỉ định bệnh nhân “mua” một số dịch vụ lâm sàng, cận lâm sàng của các cơ sở y tế tư nhân (Ví dụ: chụp X quang, hoặc một số dịch vụ cần đến các thiết bị chuyên dụng đặc biệt) mà các cơ sở y tế công lập còn chưa có sẵn. Theo hình thức này, các nhà đầu tư tư nhân có thể cung cấp thiết bị và nhận độc quyền cung cấp hóa chất và hàng tiêu dùng (chủ yếu là thiết bị phòng thí nghiệm), có nghĩa là nhà đầu tư cung cấp thiết bị và cơ sở y tế trả tiền cho hóa chất và hàng tiêu dùng cho các công ty sở hữu thiết bị. Hình thức hợp tác này có thể được thực hiện thông qua thỏa thuận mà theo đó cơ sở y tế cam kết tiêu thụ một lượng hóa chất và hàng tiêu dùng nhất định hoặc có thể mua hóa chất và hàng tiêu dùng từ đối tác cung cấp thiết bị. Theo các chuyên gia y tế, hình thức này tương đối phổ biến ở các cơ sở y tế công lập.

- *Thứ hai*, cơ sở y tế tư nhân sử dụng bác sĩ của cơ sở y tế công lập trong khám chữa bệnh và đào tạo. Trong khi các bệnh viện công quá tải, thì các bệnh viện ngoài công lập lại sử dụng không hết công suất giường bệnh. Do đó, việc tăng cường phối hợp giữa bệnh viện công lập với bệnh viện ngoài công lập sẽ góp phần giảm tải cho các bệnh viện công, đồng thời tăng cường năng lực của khu vực y tế tư nhân. Theo hình thức này, bác sĩ ở bệnh viện công lập sẽ sang khám và điều trị cho bệnh nhân ở bệnh viện ngoài công lập khi có sự hợp tác với nhau và có sự đồng ý của người bệnh. Đây là hình thức kết hợp được mật mạnh giữa 2 khu vực và được cán bộ trong ngành y tế đánh giá mang lại những kết quả tích cực cho xã hội (Hộp 3.1).

Theo kết quả phỏng vấn cán bộ ngành y tế, hình thức hợp tác này mang lại hiệu quả rất cao, tuy nhiên còn gặp nhiều rào cản về cơ chế tài chính khi chuyển giao bệnh nhân, sự chênh lệch giá viện phí giữa bệnh viện công và bệnh viện tư vẫn còn khá cao, nên nhiều bệnh nhân không muốn chuyển qua nằm điều trị ở bệnh viện tư mặc dù họ cũng có thể BHYT. Do đó, việc hợp tác này vẫn chưa đem lại hiệu quả như mong muốn, dẫn đến một số cơ sở hợp tác theo hình thức này phải tạm dừng triển khai như ở bệnh viện Nhi đồng 1 và bệnh viện Triều An

(thành phố Hồ Chí Minh)...Xét về mặt lâu dài, để tăng cường sự hợp tác thì giữa các bệnh viện phải có sự tính toán, giảm chênh lệch về mức giá viện phí; thủ tục thanh toán BHYT phải đơn giản và thông thoáng cho bệnh nhân khi sử dụng dịch vụ y tế kể cả cơ sở y tế công lập và tư nhân.

Theo đánh giá của ngành y tế TP.HCM, việc kết hợp này đã góp phần giảm tải và rút ngắn thời gian chờ phẫu thuật tại Bệnh viện Ung Bướu. Sau 6 tháng triển khai, công suất sử dụng giường bệnh của Bệnh viện Hồng Đức đã tăng từ 30% lên 90%, thậm chí có khi lên đến 100%. Còn theo ý kiến của nhiều bệnh viện ngoài công lập, sự hợp tác giữa bệnh viện công và bệnh viện ngoài công lập sẽ góp phần giúp bệnh nhân điều trị tốt nhất và giảm được sự quá tải ở các bệnh viện công. “Sử dụng nguồn nhân lực sẵn có ở khối y tế ngoài công lập còn vắng, công suất sử dụng giường bệnh chưa hết để giảm tải cho các bệnh viện công lập; tăng cường sự phối hợp giữa bệnh viện y tế tư nhân và bệnh viện công lập là một trong những giải pháp giảm tải của thành phố. Trong thời gian tới, Sở Y tế TP.HCM sẽ tăng cường hơn nữa sự kết hợp công tư này”, ông Tăng Chí Thượng, Phó Giám đốc Sở Y tế TP.HCM, cho biết.

Nguồn: <http://phongkhamdhy.com/hop-tac-giua-benh-vien-cong-benh-vien-tu-de-giam-qua-tai.html>

Hộp 3.1: Hợp tác giữa bệnh viện công – bệnh viện tư để giảm quá tải

Ở chiều ngược lại, các bệnh viện tư nhân cũng có thỏa thuận hợp tác với các cơ sở y tế công lập về việc điều trị bệnh nhân. Kết quả phỏng vấn cho thấy hầu hết các bệnh viện tư nhân đều có thỏa thuận giới thiệu với các bệnh viện công lập có mức độ chăm sóc cao hơn. Các hợp tác xuất hiện là do các bệnh viện tư nhân chưa được phân loại và có thể có vấn đề khi chuyển bệnh nhân lên các bệnh viện công có hạng cao hơn. Nếu không có sự đồng ý, các bệnh nhân về nguyên tắc sẽ phải được chuyển đến bệnh viện quận/huyện trước, sau đó chuyển tiếp đến bệnh viện mà bệnh nhân mong muốn, điều này rất phiền hà đối với bệnh nhân. Do vậy các bệnh viện tư nhân thường có thỏa thuận với các bệnh viện công khi chuyển tiếp bệnh nhân. Một lý do khác là mặc dù đã phát triển đến mức độ tiên tiến, các phòng khám tư nhân vẫn chưa hoàn chỉnh để đáp ứng mọi nhu cầu của người bệnh và vẫn có những chuyên khoa cao cấp và phức tạp mà các phòng khám tư nhân không thể xử lý được. Những thách thức thường xuất hiện

đối với hình thức hợp tác này là đôi khi các xét nghiệm chuẩn đoán và điều trị ở bệnh viện tư nhân thường không có giá trị tham khảo ở bệnh viện công. Điều này làm tăng chi phí y tế và các nguồn lực xã hội bị lãng phí.

Mặc dù có sự thoả thuận hợp tác chính thức giữa các nhà cung cấp dịch vụ công và tư nhân, một khoảng trống còn tồn tại trên thực tế để hạn chế cản rào cản hợp tác giữa khu vực công và tư, đó là:

- Về mặt luật pháp, một số văn bản pháp quy về lĩnh vực y tế tư nhân vẫn chưa được ban hành. *Thứ nhất*, Bộ Y tế chưa ban hành được Thông tư quy định tiêu chí và xếp hạng bệnh viện cho các bệnh viện khám chữa bệnh ngoài công lập, dẫn đến tình trạng vướng mắc trong việc áp giá thanh toán chi phí KCB BHYT, xác định tuyến khám chữa bệnh BHYT... *Thứ hai*, Bộ Y tế cũng chưa ban hành đầy đủ các quy trình chuyên môn kỹ thuật, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị chuẩn... dẫn đến các vướng mắc trong quá trình giám định và thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT đặc biệt là liên quan đến chỉ định điều trị và thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật.

Ngoài ra, tiêu chuẩn áp dụng đối với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tư nhân có hợp đồng dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân có thể BHYT chủ yếu phụ thuộc vào giấy phép kinh doanh hoặc chứng chỉ hành nghề y tế do Bộ Y tế ban hành. Bảo đảm chất lượng dịch vụ trong khu vực y tế tư nhân đang phải đối mặt với nhiều thách thức do thiếu nhân lực, công cụ chuẩn và tiêu chuẩn để đo chất lượng. Về mức phí dịch vụ, theo Luật giá, mức phí dịch vụ y tế có thể do các nhà cung cấp dịch vụ tự quyết định với điều kiện mức phí được công bố. Do đó, mức phí cho cùng loại hình dịch vụ do cơ sở y tế tư nhân thường cao hơn so với các cơ sở y tế công lập bởi vì giá do cơ sở tư nhân thường phải bao gồm chi phí khấu hao, đầu tư ban đầu. Hơn nữa, mức giá này cũng cao hơn so với giá dịch vụ của cơ quan BHYT chi trả. Điều này dẫn đến các cơ sở y tế tư nhân không “mặn mà” thu hút nhóm khách hàng này đến khám chữa bệnh ở cơ sở của mình.

- *Theo quan điểm của các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân*: Một số thách thức đã được các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân chia sẻ trong quá trình nghiên cứu:

+ Y tế tư nhân đang được đối xử bất bình đẳng về nhiều mặt so với khu vực công. Trong khi các bệnh viện công nhận đầu tư, trợ cấp của Nhà nước, thì các bệnh viện tư nhân hầu như không được hỗ trợ. Điều này dẫn đến có sự chênh lệch đáng kể giá dịch vụ giữa các bệnh viện tư nhân và với các bệnh viện công;

+ Nguồn nhân lực cho các cơ sở y tế tư nhân đang thiếu và không ổn định. Nguồn nhân lực ở khu vực tư nhân dựa chủ yếu vào ba nguồn chính, đó là các cán bộ y tế nghỉ hưu, các bác sỹ mới tốt nghiệp và bác sỹ đang làm việc trong các bệnh viện công. Hai nhóm này có thể bổ sung vào lực lượng lao động thường xuyên nhưng nhóm thứ ba có thể làm việc bán thời gian đóng một vai trò quan trọng trong việc duy trì chất lượng tại các cơ sở y tế do họ thường xuyên được đào tạo, nắm bắt thông tin và kỹ thuật mới, trong khi những người mới tốt nghiệp còn thiếu kinh nghiệm;

+ Mức hoàn trả BHYT cho người bệnh còn thấp và đã lỗi thời, không đủ để các bệnh viện tư chi trả.

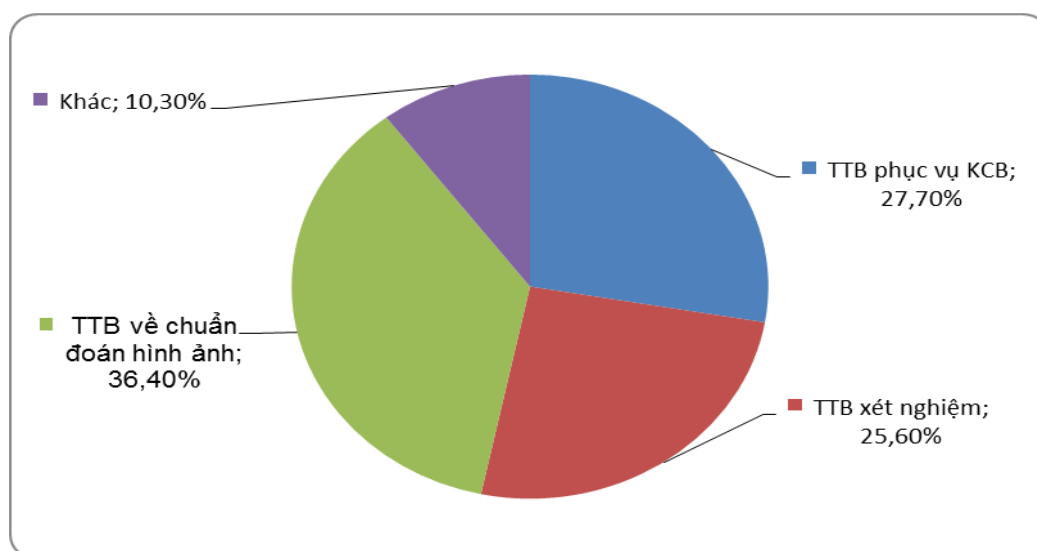
- *Theo quan điểm của người được BHYT*: mặc dù có BHYT, tuy nhiên họ vẫn phải trả thêm phí khi sử dụng dịch vụ tại các nhà cung cấp tư nhân không chỉ tạo ra gánh nặng tài chính cho chủ thẻ BHYT mà còn cản trở việc tiếp cận các dịch vụ y tế khi họ cần. Mặt khác, với những thách thức về chất lượng dịch vụ và quản lý chi phí trong ngành y tế tư nhân, người có thẻ BHYT khi sử dụng dịch vụ từ các bệnh viện tư nhân có thể gặp nhiều rủi ro về tài chính và lâm sàng hơn là cố gắng để có được các dịch vụ từ khu vực công.

Ngoài hình thức hợp tác chính thức trên, hầu hết các cơ sở y tế tư nhân đều có hợp đồng cộng tác với các nhân viên y tế tại các cơ sở y tế công lập dưới hình thức làm việc bán thời gian (trong phòng khám sau giờ hoặc làm nhân viên bán thời gian). Tuy nhiên, về mặt pháp lý, không có thỏa thuận bằng văn bản chính thức giữa các cơ sở y tế công lập và tư nhân và điều này được thực hiện chủ yếu

thông qua các thỏa thuận bằng miệng hoặc cá nhân. Việc làm bán thời gian hoặc làm việc tại các phòng khám sau giờ làm việc đang xảy ra với hầu hết các bệnh viện ở các tỉnh/thành phố lớn mặc dù có vẻ như ít phổ biến ở các huyện. Hầu hết các trường hợp, hầu như không có bất kỳ loại cam kết bằng văn bản hoặc có chữ ký cho phép của người có thẩm quyền.

3.2.1.2. *Thực trạng hình thức liên doanh, liên kết*

Để có trang thiết bị y tế hiện đại và công nghệ cao nhằm phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh cho bệnh nhân, các cơ sở y tế công có thể: (1) huy động vốn góp của cán bộ bệnh viện để mua thiết bị sử dụng trong bệnh viện với việc chia sẻ lợi nhuận dựa trên tỷ lệ góp vốn hoặc (2) liên doanh, liên kết các đối tác bên ngoài để đặt thiết bị trong một khoảng thời gian nhất định. Theo báo cáo của Bộ Y tế, kết quả việc thực hiện hình thức liên doanh liên kết đối với các cơ sở y tế công lập thì cho đến nay đã triển khai khoảng 810 đề án liên doanh, liên kết với tổng số vốn là 3.882 tỷ đồng, tập trung chủ yếu vào đầu tư trang thiết bị chuẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm và khám, chữa bệnh (Hình 3.2).



Nguồn: [18].

Hình 3.2: Phân loại các hình thức liên doanh, liên kết trong y tế

Nhìn chung, theo kết quả phỏng vấn cán bộ công tác trong ngành y, các nhà đầu tư tư nhân và các bệnh nhân thì hình thức này mang lại lợi ích cho cả ba bên:

+ Lợi ích cho bệnh nhân trong việc tiếp cận những kỹ thuật, phương pháp điều trị mới chưa có trong danh mục thanh toán BHYT. Dịch vụ hoặc máy móc này có thể đáp ứng nhanh chóng và kịp thời các nhu cầu bình thường của bệnh nhân qua đó đáp ứng được nhu cầu chất lượng và dịch vụ của bệnh nhân trong khám chữa bệnh. Nhiều bệnh nhân và gia đình bệnh nhân muốn được hưởng quá trình điều trị, khám chữa bệnh với chất lượng và dịch vụ thực sự chất lượng.

+ Lợi ích cho bác sĩ, kỹ thuật viên khi được áp dụng các kỹ thuật, phương pháp điều trị mới chưa có trong danh mục thanh toán BHYT cũng như phúc lợi của nhân viên y tế có thể được nâng lên, nếu việc hợp tác thành công, nghĩa là thu hút được bệnh nhân, và hạch toán rõ ràng.

+ Những ưu điểm và nhược điểm của y tế công và tư sẽ hài hòa với nhau đưa chất lượng quá trình điều trị cho bệnh nhân lên một mức cao hơn.

+ Tận dụng tốt trang thiết bị và nhân lực sẵn có trong khu vực công và tư.

Bên cạnh đó, hình thức hợp tác này cũng có những tác động tiêu cực như:

+ Hình thức đóng góp tài chính cá nhân thông qua việc nắm giữ cổ phần, liên doanh mua sắm trang thiết bị trong các bệnh viện công sẽ dẫn tới nguy cơ lạm dụng dịch vụ y tế để nhanh chóng bù đắp nguồn vốn đầu tư ban đầu (Hộp 3.2). Các hình thức lạm dụng dịch vụ có thể bao gồm: i) các chỉ dẫn tăng lên đối với các thử nghiệm công nghệ cao và sử dụng thiết bị, đặc biệt là trong trường hợp PPP bằng cách góp vốn, thuê thiết bị hoặc mua dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ; ii) tăng chỉ dẫn điều trị nội trú cho người thu lệ phí; iii) thời gian điều trị kéo dài; iv) tăng chi phí bệnh nhân nội trú và ngoại trú.

+ PPP dưới hình thức mua sắm thiết bị chủ yếu tập trung ở các bệnh viện tuyến trung ương và bệnh viện tỉnh/thành phố, và ít hơn tại các bệnh viện huyện hoặc chuyên khoa có triển vọng thu nhập thấp hơn. Các bệnh viện trung ương, tỉnh /thành phố thường nằm ở các khu vực đông dân và khá giả, hấp dẫn các nhà đầu tư hơn trong việc thu hồi chi phí nhanh và có khả năng sinh lợi

cao. Các dịch vụ thường tập trung vào các nhóm thu nhập cao, dẫn đến sự bất bình đẳng gia tăng.

“Có trường hợp, cán bộ của bệnh viện nhận được hoa hồng khi giới thiệu bệnh nhân chụp cắt lớp (chụp CT). Khi có bệnh nhân sử dụng dịch vụ này, họ hỏi ngay “Bệnh nhân này của ai giới thiệu?” (Một cán bộ quản lý trong ngành Y tế).

“Tôi có tham gia nhiều nghiên cứu để đánh giá về việc có sự lạm dụng đối với bệnh nhân trong điều trị hay không, thì không tìm được bằng chứng rõ ràng. Nhưng có thể nhìn thấy, việc xã hội hóa, ví dụ như cho cán bộ nhân viên bệnh viện góp vốn vào bệnh viện sẽ xảy ra hiện tượng các y bác sỹ điều trị, chỉ định không vì lợi ích của bệnh nhân mà vì lợi ích kinh tế của cá nhân”. (Một cán bộ quản lý đã tham gia nhiều nghiên cứu chính sách trong ngành Y tế).

“Đối với hình thức liên doanh đặt máy, bệnh viện chịu sức ép về doanh thu từ nhà đầu tư máy. Nhà đầu tư có xu hướng “ép” bệnh viện phải sử dụng máy với tần suất nhất định để đảm bảo thu hồi vốn. Bệnh viện cũng được chia một tỷ lệ doanh thu nhất định”. (Một cán bộ quản lý đã tham gia nhiều nghiên cứu chính sách trong ngành Y tế).

“XHH luôn tồn tại mặt trái: khi nhận đặt máy thì phải cam kết về số lần sử dụng dịch vụ, thiết bị để đảm bảo nguồn thu cho nhà đầu tư, dễ dẫn đến lạm dụng thiết bị. Nếu “làm không chắc” thì dễ bị đưa thiết bị cũ, thiết bị “mông má” vào bệnh viện công?” (Một cán bộ quản lý trong ngành Y tế).

Nguồn: Phỏng vấn một số cán bộ ngành y tế.

Hộp 3.2: Mặt trái của hình thức liên doanh, liên kết đặt thiết bị y tế trong cơ sở y tế công lập

+ Thu nhập tăng từ các hoạt động PPP tạo ra khoảng cách về chất lượng dịch vụ y tế và thu nhập cá nhân giữa các bệnh viện ở các cấp, gây nguy cơ dịch chuyển nguồn nhân lực y tế từ nông thôn sang các thành phố cũng như tình trạng quá tải nặng nề ở các bệnh viện tuyến trên.

+ Sự tham gia của đối tác tư nhân vào các bệnh viện công đang được tiến hành trong thời gian khung pháp lý tuy đã có, nhưng còn chưa đầy đủ, thiếu các công cụ chính sách để quản lý, theo dõi, giám sát và kiểm toán (kế hoạch mua sắm trang thiết bị y tế công nghệ cao tại các bệnh viện, hướng dẫn điều trị tiêu chuẩn làm cơ sở đánh giá và quản lý sử dụng hợp lý các xét nghiệm, thiết bị, đánh giá chất lượng dịch vụ y tế ...).

+ Năng lực, quản lý và điều hành của lãnh đạo các bệnh viện công còn rất hạn chế, trong khi PPP dưới hình thức liên doanh, mua sắm trang thiết bị đòi hỏi trình độ của các nhà quản lý cấp cao. Điều này dẫn đến nguy cơ rủi ro tiềm ẩn cho các bên, nhất là khu vực công nơi trình độ quản lý các hợp đồng PPP không

được tốt dẫn đến nguy cơ mất vốn, đẩy rủi ro cho nhà nước gánh chịu như trường hợp ở Bệnh viện Nguyễn Trãi (Hộp 3.3).

“Bệnh viện Nguyễn Trãi (quận 5, TP.HCM) ký hợp đồng liên doanh liên kết lắp đặt máy chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện chưa tính toán cụ thể đến phương án tài chính dẫn đến tình trạng không có hiệu quả kinh tế. Chỉ tính riêng việc chạy thận nhân tạo năm 2014, bệnh viện lỗ hơn 2,4 tỉ đồng và sáu tháng đầu năm 2015 lỗ tiếp hơn 1,5 tỉ đồng”.

“Đề dãi” liên doanh rồi lãnh... nợ

Tháng 3-2010, bệnh viện đề nghị Sở Y tế duyệt đề án đầu tư lắp đặt thiết bị chạy thận kèm đề án liên kết đặt máy chạy thận nhân tạo với Công ty TNHH Thương mại Dược Đường Minh. Dự án đầu tư 10 máy chạy thận (của Đức), một máy rửa màng lọc (của Mỹ) và hai hệ thống xử lý nước với tổng kinh phí khoảng 7,5 tỉ đồng. Theo thỏa thuận, Công ty Dược Đường Minh đầu tư, lắp đặt trang thiết bị, bệnh viện tổ chức hoạt động cung cấp dịch vụ và trả cho đối tác theo số lượng dịch vụ với số tiền 171.000 đồng/ca. Thời gian hợp tác là năm năm. Vài tháng sau, bệnh viện ký hợp đồng liên kết. Kể đến, tháng 2-2011, Sở Y tế chấp thuận chủ trương cho bệnh viện lập đơn vị thận nhân tạo (thuộc khoa Nội thận - Tiết niệu). Tuy nhiên, Thanh tra Sở Y tế kết luận việc đặt máy tại bệnh viện không đúng theo nội dung của hợp đồng. Cụ thể, cuối tháng 11-2010, bệnh viện được bàn giao ba máy lọc thận nhân tạo (đợt đầu), kèm theo tờ khai hải quan ngày 3-3-2010 của Cục Hải quan TP Hà Nội. Tuy nhiên, ngày 24-6-2011, Công ty Dược mới được Bộ Y tế có công văn cấp phép nhập các máy chạy thận nhân tạo trên. Như vậy, số máy này được Công ty Dược Đường Minh nhập trước hơn một năm khi Bộ Y tế có công văn cho phép doanh nghiệp này nhập khẩu trang thiết bị y tế. Ngoài ra, đoàn thanh tra còn xác định từ tháng 4-2011 đến tháng 9-2015, bệnh viện Nguyễn Trãi đã thực hiện hơn 22.250 ca chạy thận nhân tạo và trả hơn 3,8 tỉ đồng tiền thuê máy. “Trong năm 2014 và sáu tháng đầu năm 2015, bệnh viện lỗ gần 4 tỉ đồng trong việc chạy thận nhân tạo.

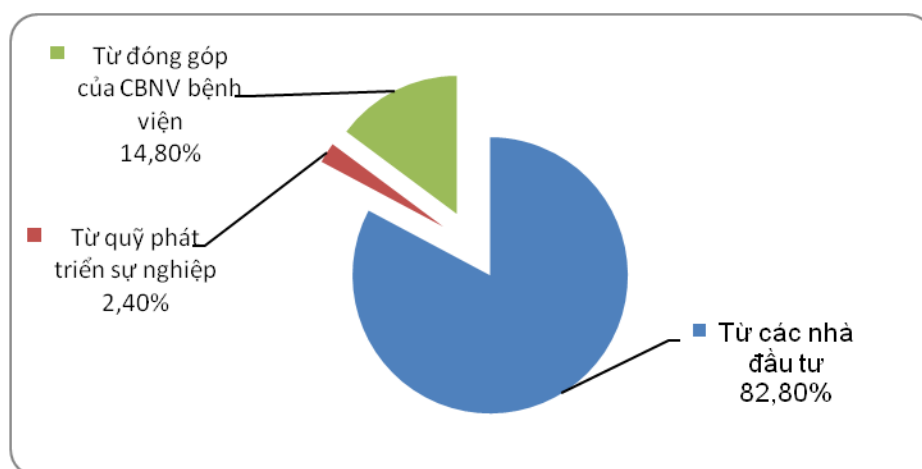
Nguồn: <http://www.baomoi.com/benh-vien-nguyen-trai-mat-4-ti-sau-1-5-nam-lien-ket/c/18471473.epi>

Hộp 3.3: Bệnh viện Nguyễn Trãi mất 4 tỷ sau 1,5 năm liên kết

+ Nguồn vốn hợp tác liên doanh, liên kết của các bệnh viện công lập phần lớn phụ thuộc vào các nhà đầu tư ngoài cơ sở (83%), phần góp vốn từ cán bộ, nhân viên bệnh viện chỉ chiếm khoảng 15% (Hình 3.3). Do phụ thuộc quá nhiều vào các nhà đầu tư bên ngoài có thể dẫn đến bệnh viện mất tự chủ trong các dự án hợp tác liên doanh và gây thất thoát vốn của nhà nước (đã nêu ở trên).

Ngoài hình thức liên doanh, liên kết đặt thiết bị trên, một biến thể khác là hợp tác sử dụng chung kết cấu hạ tầng bệnh viện (cơ sở y tế công lập đặt phòng khám chữa bệnh trong cơ sở y tế tư nhân (ở tuyến dưới), và ngược lại (ở tuyến trên)). Kết quả phỏng vấn cán bộ ngành y tế cho thấy xuất hiện tồn tại loại hình kết hợp giữa trạm y tế kết hợp với phòng khám đa khoa. Ví dụ, tại thành phố Hồ

Chí Minh, ngoài mô hình kết hợp giữa bệnh viện công với bệnh viện tư, còn có hình thức PPP tuyến y tế cơ sở đầu tiên ở Việt Nam. Đó là phòng khám đa khoa DHA đặt tại Trạm y tế phường ở quận 3.. Sau hơn 7 tháng đi vào hoạt động, tổng lượt người dân đến khám, chữa bệnh tại đây là hơn 3.000 lượt, tăng nhiều lần so với trước khi thực hiện mô hình này. Tuy nhiên, do nhận thức và thói quen của người dân còn e ngại chất lượng dịch vụ y tế ở tuyến dưới thấp nên hình thức này còn đang trong dạng thí điểm mà chưa mở rộng ra các nơi.



Nguồn: [18].

Hình 3.3: Nguồn vốn hợp tác liên doanh, liên kết

3.2.1.3. Thực trạng hình thức xây dựng, vận hành và chuyển giao cơ sở y tế

Mặc dù đã có Nghị định 15/2015/NĐ-CP đầu năm 2015 về triển khai PPP đầu tư cơ sở hạ tầng và cung cấp các dịch vụ công, trong đó có dịch vụ y tế, nhưng trong lĩnh vực y tế vẫn chưa triển khai được dự án nào theo đúng tinh thần của Nghị định trên. Tuy nhiên, hình thức này sơ khai đã bắt đầu xuất hiện ở Việt Nam với một số dự án đang được triển khai như: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ (quy mô 1.300 giường bệnh); Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai (1.000 giường bệnh); bệnh viện đa khoa Bình Định; Toà nhà kỹ thuật cao Bệnh viện Việt Đức; Dự án của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang... đặc biệt là Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai (mới) là một trong những bệnh viện đầu tiên triển khai theo hình thức xã hội hóa với dấu ấn đậm nét của hình thức PPP trong lĩnh vực y tế tại Việt

Nam (Hộp 3.4). Hình thức PPP này kết hợp các hình thức, bao gồm hợp tác xây dựng, vận hành và nhượng quyền. Về cơ bản, nhà đầu tư tư nhân góp vốn đầu tư cùng với bệnh viện công lập; vốn góp của bệnh viện công lập có thể bằng tài sản (chủ yếu là đất) hoặc bằng tiền; sau đó hai bên cùng nhau khai thác kinh doanh.

Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai – Giai đoạn 2 được đầu tư bằng phương thức XHH các hoạt động y tế theo quy định tại Nghị định số 69/2008/NĐ-CP ngày 30/5/2008. Theo đó, các cổ đông gồm Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai (40% - góp bằng lợi thế dự án, giá trị thương hiệu và chi phí đầu tư hạ tầng ban đầu), CotecGroup và CotecLand (60% - góp bằng tiền mặt) thành lập Công ty CP Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai với vốn điều lệ 270 tỷ đồng để đầu tư dự án này. Bệnh viện mới có khuôn viên rộng gần 10ha, bao gồm 2 khối nhà: khối A và khối B. Trong đó, khối A được đầu tư từ nguồn vốn ngân sách nhà nước với quy mô 700 giường bệnh. Khối B - do Công ty CP Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai triển khai đầu tư xây dựng và vận hành theo mô hình xã hội hóa (trong đó, vốn góp của Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai là 40%, vốn góp còn lại là của CotecGroup và các công ty thành viên với tỷ lệ 60%) với quy mô 18 tầng. Tổng mức đầu tư là 1.300 tỷ đồng.

Việc đầu tư theo hình thức này có nhiều điểm ưu việt. Thứ nhất là phù hợp với chủ trương XHH của Nhà nước, nên dễ thu hút đầu tư. Thứ hai là tỷ lệ sở hữu vốn, kiểm soát, cũng như tỷ lệ phân chia lợi nhuận của Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai tương đối phù hợp so với giá trị góp vốn, nên dễ thuyết phục Nhà đầu tư tham gia (vốn NN dưới 50%). Thứ ba là dễ tiếp cận nguồn vốn vay. Thứ tư là chủ động và linh hoạt trong điều hành. Thứ năm là chủ động trong công tác nhân sự, đầu tư thiết bị để phục vụ nhu cầu bệnh viện.

Nguồn: <http://baodauthau.vn/doanh-nghiep/benh-vien-da-khoa-dong-nai-giai-doan-2-dau-an-mo-hinh-xa-hoi-hoa-dau-tu-21695.html>

Hộp 3.4: Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai giai đoạn 2: Hình thức PPP

Ngoài ra, một số dự án như Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Bạch Mai đang cùng một số đối tác nước ngoài nghiên cứu, đề xuất một số dự án đầu tư theo hình thức PPP. Mặc dù trong thực tiễn vẫn còn khá ít dự án PPP trong y tế theo đúng quy định của Nghị định 15 (nay là Nghị định 63), nhưng ở mức độ thấp hơn của hình thức này là hình thức hợp tác đầu tư kinh doanh trong y tế thì tương đối phổ biến hơn. Hình thức này xuất phát từ đối tác tư nhân góp vốn đầu tư cùng với cơ sở y tế công lập, vốn góp của cơ sở y tế công lập có thể bằng tài sản (chủ yếu là đất) hoặc bằng tiền; sau đó cùng nhau khai thác kinh doanh. Các cơ sở y tế công lập huy động tư nhân góp vốn đầu tư hạ tầng kỹ thuật y học trong khuôn viên của mình, sau đó chia lợi nhuận theo tỷ lệ góp vốn, đang là một hình thức được chấp nhận ngày càng rộng. Thông thường, các bệnh viện công hợp tác

với các nhà đầu tư tư nhân dưới hình thức lắp đặt trang thiết bị để sử dụng tại bệnh viện dựa trên kế hoạch góp vốn (bên tư nhân góp vốn vào thiết bị, bệnh viện đóng góp nhân sự, cơ sở hạ tầng). Tỷ lệ chia sẻ lợi nhuận được xác định dựa trên hợp đồng hợp tác giữa các loại hình dịch vụ, năm sử dụng trang thiết bị ... (thường là 30/70 - 30% đối với bệnh viện và 70% đối với nhà đầu tư, hoặc 25/75, 45/55...) [10].

Hiện tại, một số địa phương trong cả nước đã bắt đầu khuyến khích tư nhân tham gia dự án đầu tư cơ sở hạ tầng bệnh viện dưới hình thức BT, BLT. Theo các chuyên gia thì hình thức đầu tư theo hình thức PPP như một đòn bẩy để huy động nguồn lực từ khu vực tư nhân cả trong và ngoài nước cho đầu tư cơ sở hạ tầng y tế, trong khi đó NSNN thì có hạn. Tuy nhiên, theo phỏng vấn của cán bộ y tế thì hiện tại hình thức này mới xuất hiện và đang triển khai thực hiện nên việc đánh giá hiệu quả của hình thức này chưa thực hiện được. Địa phương điển hình trong cả nước triển khai mô hình này là ở thành phố Hồ Chí Minh với mô hình thí điểm ban đầu ở bệnh viện Quận 2. Theo báo cáo của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2017) vừa qua công ty đầu tư tài chính Nhà nước (thành phố Hồ Chí Minh), bệnh viện Quận 2 và công ty cổ phần đầu tư tư vấn dịch vụ y tế Y Đạo đã tiến hành ký kết hợp tác xây dựng khu Khám và điều trị theo yêu cầu kỹ thuật cao theo hình thức PPP trong khuôn viên bệnh viện Quận 2 với tổng mức đầu tư 320 tỷ đồng, gồm 100 giường bệnh cao cấp. Ngoài ra, bệnh viện cũng huy động đội ngũ y bác sĩ có chuyên môn từ nhiều bệnh viện lớn và các trường Đại học Y khoa để phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của người dân khu vực quận 2 và địa bàn lân cận. Theo báo cáo của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2017): “ dự kiến đến năm 2019, khu khám và điều trị theo yêu cầu kỹ thuật cao sẽ được khánh thành và chúng tôi luôn đặt lợi ích của người dân lên hàng đầu với mức giá hợp lý. Cụ thể, giá khám bệnh tại đây cũng sẽ thấp hơn từ 30 - 35% so với khám bệnh dịch vụ tại các bệnh viện khác”.

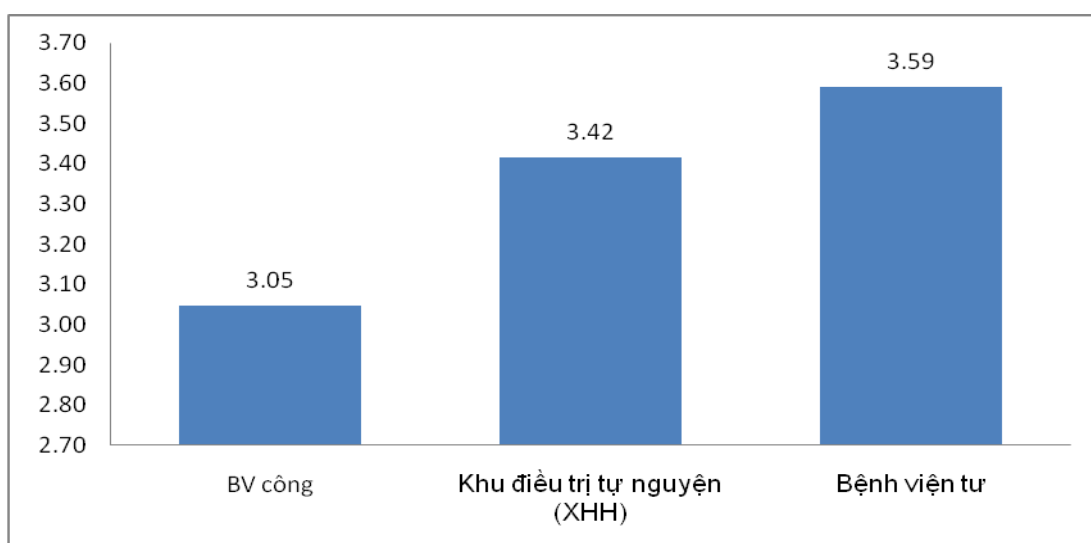
Mặc dù các hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế đã góp phần thu hút đầu tư của tư nhân cho y tế, góp phần giảm gánh nặng của NSNN, nhưng cho đến nay vẫn chưa có đánh giá so sánh về chất lượng dịch vụ y tế giữa các cơ sở y tế công cung cấp và các cơ sở y tế có PPP. Nhằm hướng đến mục tiêu phục vụ tốt nhất cho người bệnh, phần sau của luận án đánh giá việc xuất hiện PPP có cải thiện được chất lượng dịch vụ y tế của các cơ sở y tế công và tư và có mang đến sự hài lòng của người bệnh hay không?.

3.2.2. Đánh giá chất lượng các cơ sở y tế dựa theo mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ

3.2.2.1. Đánh giá chất lượng các cơ sở y tế dựa theo mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ theo điều tra của luận án

Theo kết quả điều tra, PSI đối với chất lượng cơ sở tư nhân được phản ánh tích cực cao nhất (3,59/5 điểm), tương ứng 71,8% so với kỳ vọng; sau đó là khu XHH (3,42/5 điểm), tương ứng 68,4% so với kỳ vọng; và cuối cùng là bệnh viện công (3,05/5 điểm), tương ứng là 61% so với kỳ vọng (Hình 3.4). Như vậy, cả ba loại hình cơ sở khám, chữa bệnh đều đạt trên mức trung bình mặc dù kết quả PSI của bệnh viện công còn thấp. Nguyên do một phần là do đối tượng khảo sát là những người đã từng sử dụng dịch vụ ở khu vực tư nhân, nơi có cơ sở vật chất tốt hơn hẳn so với khu vực công nên mức độ kỳ vọng chất lượng dịch vụ tương đối cao.

Mặt khác, kết quả khảo sát cũng cho thấy, chủ trương của Đảng và Nhà nước trong việc liên doanh, liên kết giữa các cơ sở y tế công lập với khu vực tư nhân cho thấy kết quả tích cực, phần nào thỏa mãn được nhu cầu khám, chữa bệnh cho người dân, nhất là ở các thành phố lớn, nơi thường xuyên có trình trạng quá tải trong khám, chữa bệnh.



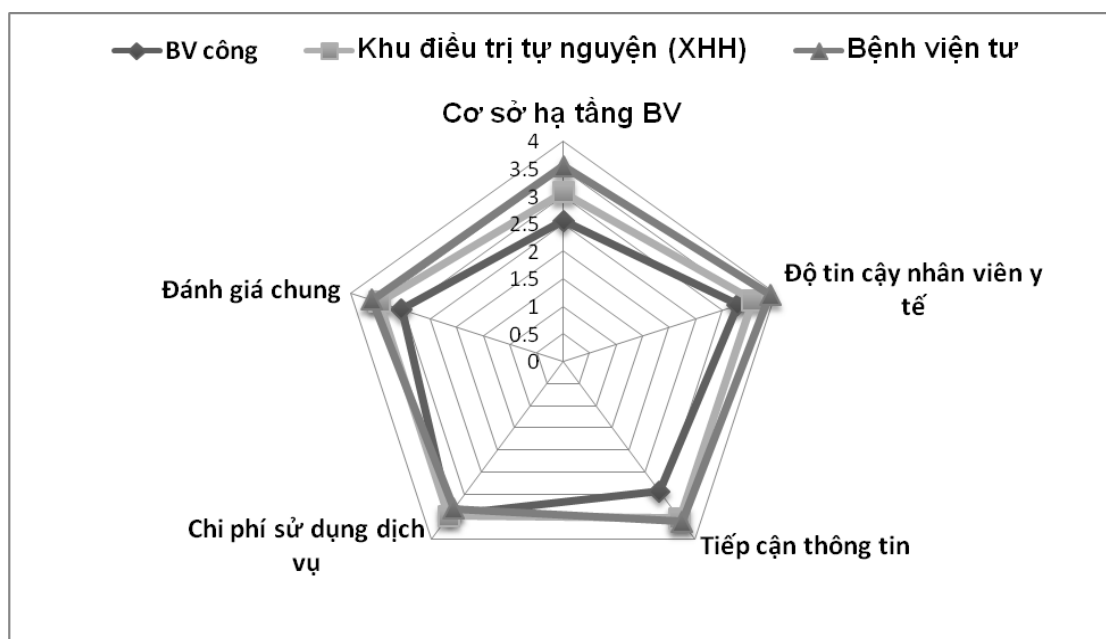
Nguồn: Kết quả điều tra, khảo sát.

Hình 3.4: Chất lượng bệnh viện theo đánh giá của người bệnh

Xét năm yếu tố đánh giá chất lượng bệnh viện cho thấy hầu hết các chỉ số của cơ sở tư nhân đều có mức độ hài lòng cao hơn so với khu vực khám tự nguyện và cơ sở y tế công, mặc dù yếu tố chi phí sử dụng dịch vụ y tế của bệnh viện tư thấp hơn (3,32 điểm) so với 3,44 điểm (bệnh viện công) và 3,48 điểm (khám tự nguyện). Nguyên nhân này xuất phát là giá dịch vụ của các cơ sở y tế tư nhân phải tính đầy đủ các chi phí và một phần lợi nhuận cho nhà đầu tư, trong khi đó giá dịch vụ của các cơ sở y tế công và khu khám tự nguyện thường có một phần từ sự bao cấp của Nhà nước. Tuy nhiên, mức chênh lệch này không đáng kể vì do đặc thù của lĩnh vực y tế người sử dụng dịch vụ thường có xu hướng sẵn sàng trả chi phí cao để bảo đảm sức khỏe cho bản thân.

Đối với bệnh viện công, yếu tố cơ sở hạ tầng bệnh viện đạt mức thấp nhất trong các yếu tố đánh giá (2,54 điểm) và trong các loại hình cơ sở y tế. So với các cơ sở tư nhân hay khu khám điều trị dịch vụ do được đầu tư cơ sở vật chất tốt hơn nên nhìn chung đánh giá cơ sở vật chất ở bệnh viện công lập thường kém hơn. Điều này phản ánh thực tế rằng đối với các cơ sở khám, chữa bệnh dịch vụ và cơ sở tư nhân thường được đầu tư về trang thiết bị y tế tốt hơn so với bệnh viện công do các cơ sở này có điều kiện huy động các nguồn lực ngoài nhà nước

đầu tư cho y tế. Trong khi đó, các bệnh viện công nếu chủ yếu trông chờ vào các nguồn đầu tư từ NSNN thì sẽ không được đầu tư trang thiết bị y tế đầy đủ và sẽ ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh cho bệnh nhân do chi cho đầu tư phát triển từ NSNN rất thấp, chỉ 11,1% năm 2015[14].

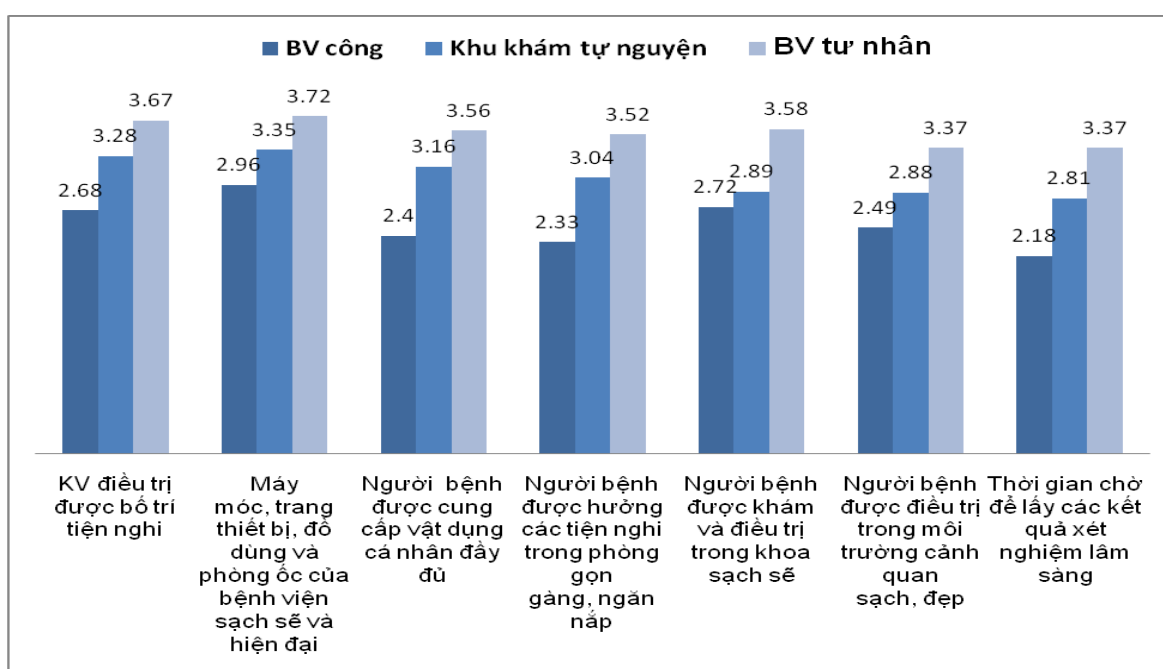


Nguồn: Kết quả điều tra, khảo sát.

Hình 3.5: Chất lượng bệnh viện theo các yếu tố đánh giá của người bệnh

Bên cạnh yếu tố cơ sở vật chất, ngoại trừ yếu tố chi phí sử dụng dịch vụ, các yếu tố khác bệnh viện công cũng cần phải cải thiện, trong đó đáng kể đến yếu tố tiếp cận thông tin cũng còn thấp (Hình 3.5). Lý giải nguyên nhân này là do các bệnh viện công thường xuyên quá tải bệnh nhân nên thời gian bác sĩ khám và trao đổi thông tin cho bệnh nhân thường chưa được chú trọng nên bệnh nhân hay người nhà bệnh nhân đều cho rằng thông tin về tình trạng bệnh tật chưa đáp ứng được nhu cầu, dẫn đến ảnh hưởng chất lượng dịch vụ. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác khi đánh giá người bệnh có BHYT (thường khám, chữa bệnh ở bệnh viện công lập) ít hài lòng hơn người bệnh không có BHYT là kết quả cung cấp dịch vụ và cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ người bệnh [2]; [3].

Trong các tiêu chí đánh giá chất lượng cơ sở hạ tầng bệnh viện, thì các tiêu chí môi trường cảnh quan; phòng bệnh nhân và khoa điều trị được bố trí ngăn nắp, sạch sẽ dễ dàng được cải thiện ở các loại hình bệnh viện, đặc biệt ở bệnh viện công nơi thường có lợi thế rất lớn về mặt bằng so với bệnh viện tư; trong khi đó các tiêu chí về máy móc, trang thiết bị hay thời gian chờ lấy xét nghiệm phụ thuộc vào khả năng đầu tư của bệnh viện và công nghệ của máy móc, đây là yếu tố mà bệnh viện tư có lợi thế đáng kể so với bệnh viện công (Hình 3.6).



Nguồn: Kết quả điều tra, khảo sát.

Hình 3.6: Đánh giá của người bệnh về cơ sở hạ tầng và thiết bị y tế ở bệnh viện theo các tiêu chí

Bảng 3.4 trình bày kết quả đánh giá của người bệnh về chất lượng phục vụ của nhân viên y tế theo các loại hình cơ sở y tế. Nhìn chung, đối với bệnh viện công và khu khám tự nguyện có lợi thế hơn đối với bệnh viện tư về trình độ, chuyên môn bác sỹ (nhân lực có trình độ cao), nhưng ngược lại do tình trạng quá tải bệnh nhân, đặc biệt ở tuyến trên nên đội ngũ nhân viên y tế ở khu vực công thường không tận tình, chu đáo ở bệnh viện tư. Thậm chí, nhiều khi các bác sỹ

không giải thích, cung cấp thông tin đầy đủ về tình trạng bệnh tật của họ (*phỏng vấn người sử dụng dịch vụ*) nên về cơ bản người sử dụng dịch vụ vẫn đánh giá thái độ, hài lòng đối với nhân viên y tế ở khu vực tư nhân cao hơn. Trong trường hợp, cần phải tư vấn, điều trị chuyên môn sâu, các bệnh viện tư vẫn có thể mời các chuyên gia giỏi khu vực công sang để điều trị như hình thức hợp tác trao đổi nhân lực (trình bày ở phần trên). Mặt khác, theo phỏng vấn cán bộ ngành y, ở khu vực tư nhân hay khu khám tự nguyện, các nhân viên y tế được trả lương cao hơn so với khu vực công nên thái độ làm việc của họ cũng thân thiện hơn.

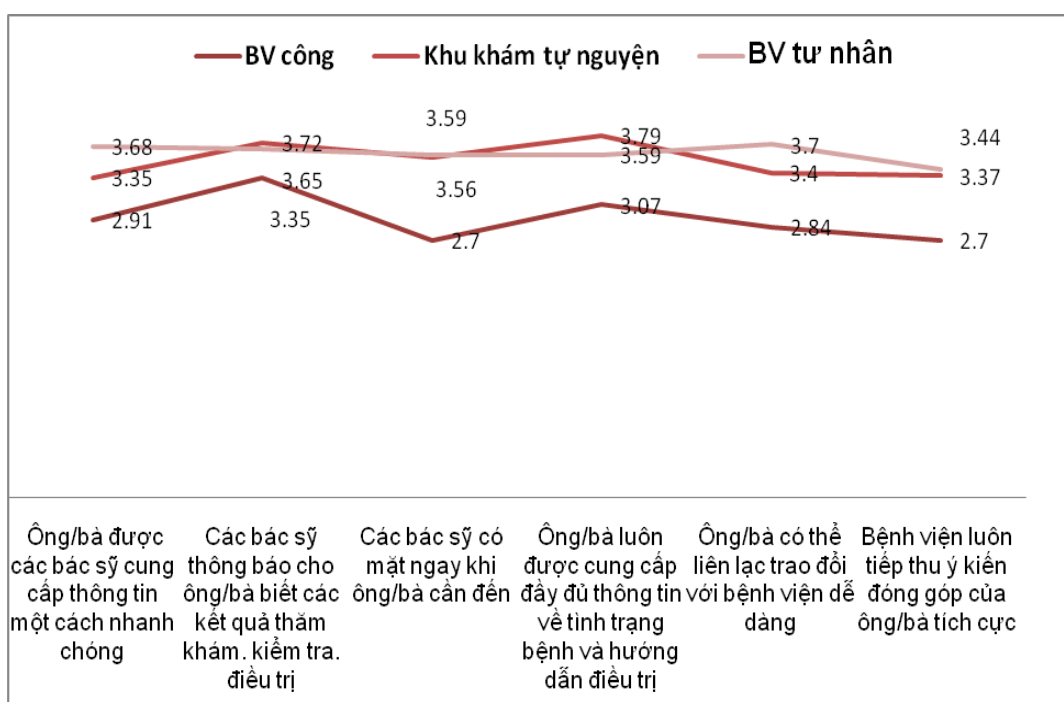
Bảng 3.4: Đánh giá của người bệnh về chất lượng phục vụ của nhân viên y tế theo các tiêu chí

Tiêu chí	Bệnh viện công	Khu điều trị tự nguyện (XHH)	Bệnh viện tư
a. Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	3,1	3,3	3,44
b. Đội ngũ y bác sỹ của bệnh viện làm cho ông/bà yên tâm	3,8	3,84	3,44
c. Nhân viên y tế thực hiện khám bệnh 1 cách tỉ mỉ và toàn diện	3,3	3,82	4,12
d. Nhân viên y tế tận tình giúp đỡ bệnh nhân thân thiện, không biểu hiện ban ơn	3,2	3,6	4,16
e. Nhân viên y tế có quan tâm đến hoàn cảnh và tâm sinh lý của bệnh nhân	3,1	3,49	3,95
f. Các kết quả chuẩn đoán của bệnh viện về tình hình sức khoẻ anh/chị rất chính xác	3,5	3,72	3,88
g. Ông/bà có phải chờ lâu để bác <u>sỹ thăm</u> , khám bệnh không?	3	3,11	4,21

Nguồn: Kết quả điều tra, khảo sát.

Tương tự như yếu tố chất lượng phục vụ của nhân viên y tế, các tiêu chí đánh giá mức độ tiếp cận thông tin của người bệnh đối với bệnh viện tư nhân đều

cao hơn so với bệnh viện công, nhưng so với khu vực khám bệnh tự nguyện thì gần như ngang nhau (Hình 3.7). Do ở bệnh viện công, các bác sỹ thường xuyên phải chịu áp lực giải tỏa bệnh nhân nên họ có rất ít thời gian để thăm khám, tư vấn, cung cấp thông tin đầy đủ cho người bệnh, trong khi đó ở bệnh viện tư nhân hay khu khám tự nguyện nơi có số lượng bệnh nhân ít hơn nên các nhân viên y tế có nhiều thời gian để tư vấn toàn diện hơn. Bên cạnh tiêu chí thời gian thăm, khám, tư vấn cho người bệnh, các tiêu chí về liên lạc với bệnh viện hay ý kiến đóng góp cho bệnh viện thông qua các hộp thư cũng cần phải cải thiện cho cả ba loại hình y tế. Hiện tại, công nghệ thông tin và Internet phát triển khá nhanh chóng, các cơ sở y tế cần phải đẩy mạnh các hình thức này để lắng nghe, phản ánh của người bệnh nhanh chóng và thuận tiện hơn.



Nguồn: Kết quả điều tra, khảo sát.

Hình 3.7: Đánh giá của người bệnh về mức độ tiếp cận thông tin ở bệnh viện theo các tiêu chí

So với các yếu tố khác, yếu tố về chi phí sử dụng dịch vụ y tế đối với bệnh viện công dường như được hài lòng hơn cả so với bệnh viện tư và khu khám, chữa bệnh tự nguyện (Bảng 3.5). Điều này là hoàn toàn dễ hiểu khi chi phí

khám, chữa bệnh ở khu vực công vẫn một phần do Nhà nước bao cấp, trong khi đó chi phí khám, chữa bệnh ở khu vực dịch vụ và tư nhân thường là cao do phải đầu tư máy móc, thiết bị hiện đại cũng như phải trả tiền công, tiền lương cho nhân viên y tế cao hơn. Điểm đáng chú ý, là ở cả ba loại hình cơ sở y tế, đều xuất hiện tình trạng người bệnh phải trả chi phí ngoài để được điều trị tốt hơn/không phải xếp hàng đợi sử dụng dịch vụ. Tình trạng này tương đối phổ biến ở bệnh viện công với 31/58 người trả lời “có” chi phí “lót tay”, trong khi đó ở khu vực XHH là 25/58 người và ở khu vực tư nhân là 4/58 người.

Bảng 3.5: Đánh giá của người bệnh về chi phí sử dụng dịch vụ theo các tiêu chí

Tiêu chí	Bệnh viện công	Khu điều trị tự nguyện (XHH)	Bệnh viện tư
a. Hóa đơn dịch vụ rõ ràng, cụ thể, chính xác	3,63	3,74	3,37
b. Ông/bà được cung cấp những thông tin cần thiết về giá cả, chi phí điều trị	3,47	3,61	3,23
c. Nhân viên bệnh viện sẵn sàng giải thích <u>bảng kê</u> , hóa đơn tính tiền cho Ông/bà	2,88	3,47	3,40
d. Ông/bà luôn được cung cấp đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh và hướng dẫn điều trị	3,38	3,44	3,70
e. Chi phí khám chữa bệnh có hợp lý?	3,86	3,14	2,91
f. Ông/bà có phải trả phí ngoài quy định (“ <u>lót tay</u> ”) để được điều trị tốt hơn/không phải xếp hàng đợi sử dụng dịch vụ?	0,54 (N=31)	0,43 (N=25)	0,07 (N=4)

Nguồn: Kết quả điều tra, khảo sát.

Về mặt cảm quan của người bệnh, các loại hình cơ sở y tế đều được đánh giá chất lượng dịch vụ ở mức trung bình khá trở lên, cụ thể là bệnh viện công (3/5 điểm), tương ứng 60%; khu điều trị tự nguyện (3,51/5 điểm), tương ứng

70,2%; và bệnh viện tư (3,54/5 điểm), tương ứng 70,8 điểm (Bảng 3.6). Độ hài lòng tiêu chí chất lượng dịch vụ cũng tỷ lệ thuận với khả năng quay lại khám, chữa bệnh của người bệnh, với tỷ lệ 74,4% (3,72/5 điểm) số người được hỏi sẽ quay lại khám, chữa bệnh ở bệnh viện tư; tiếp theo là 72,2% (3,61/5 điểm) ở khu điều trị tự nguyện và 62% (3,1/5 điểm) ở bệnh viện công.

Bảng 3.6: Đánh giá chung của người bệnh

Tiêu chí	Bệnh viện công	Khu XHH	Bệnh viện tư
Chất lượng dịch vụ của Bệnh viện đã đáp ứng được sự kỳ vọng của Ông/bà	3	3,51	3,54
Ông/bà sẽ nói tốt về bệnh viện với gia đình và người quen của mình	3	3,25	3,52
Ông/bà sẽ quay lại tái khám mỗi khi có nhu cầu	3,1	3,61	3,72

Nguồn: Kết quả điều tra, khảo sát.

Nhìn chung, tuy số lượng và nội dung của các thành phần chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh có sự khác biệt so với một số nghiên cứu về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh trước, nhưng nhìn chung các kết quả nghiên cứu ở Việt Nam về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh đều có sự tương đồng, thể hiện ở phần cơ sở vật chất và thông tin bệnh nhân [31]; [37]. Tóm lại, liên quan đến hài lòng người bệnh về cơ sở vật chất và khả năng tiếp cận thông tin vẫn còn nhiều dư địa để cải thiện nếu như Nhà nước và các tổ chức xã hội dành nhiều nguồn lực hơn nữa để đầu tư xây mới và nâng cấp cơ sở vật chất các cơ sở y tế. Đồng thời, qua đây cũng khẳng định lại là các hình thức PPP hay ở khu vực tư (có sử dụng thẻ BHYT hay trao đổi nhân lực) đều có mặt tác động tích cực khi phần nào góp phần giảm tải khu vực công, cũng như đáp ứng được mức độ hài lòng người bệnh ở những nơi có mức sống và trình độ kinh tế - xã hội cao hơn mức trung bình của cả nước.

3.2.2.2. Đánh giá chất lượng các cơ sở y tế dựa theo mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ theo phương pháp định lượng

Luận án sử dụng bộ số liệu điều tra do Trần Ngọc Anh và các cộng sự (2018) thực hiện dựa trên các cuộc phỏng vấn qua điện thoại với số mẫu thu được từ cuộc điều tra này là từ 2692 bệnh nhân nội trú điều trị (mẫu) tại 29 bệnh viện trên toàn quốc, trong số đó có 533 bệnh nhân nằm viện tại khu điều trị tự nguyện (khu XHH-PPP). Chi tiết bảng hỏi được trình bày ở phụ lục 3.

Từ mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ y tế của Trần Ngọc Anh và cộng sự, luận án thực hiện phân tích hồi quy theo phương trình sau:

$$Y_i = \beta_0 + \sum_{j=1}^{11} \beta_{1j} X_{ji} + \sum_{z=1}^7 \beta_{2z} C_{zi} + \sum_{k=1}^6 \beta_{3k} D_{ki} + \epsilon_i \quad (1)$$

Trong đó: Y_i là chỉ số tổng hợp về sự hài lòng của người bệnh (PSI).

β_0 : Hệ số chặn mô hình.

X_{ji} : là các biến chỉ các yếu tố tác động đến chỉ số tổng hợp về sự hài lòng của người bệnh bao gồm : khả năng tiếp cận; sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị; cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; cung cấp thuốc và thông tin về thuốc; chi phí điều trị (11 biến).

β_{1j} : Hệ số tương ứng sau hồi quy của các biến X_{ji} .

C_{zi} : Là 6 biến chỉ các đặc điểm của cá nhân người bệnh. Các biến này lần lượt được đưa vào các mô hình khác nhau để xem sự thay đổi kết quả của các biến quan tâm khi kiểm soát các biến về đặc điểm của cá nhân người bệnh. Các biến này bao gồm: Mô hình 1 không có các biến kiểm soát; Mô hình 2, các biến kiểm soát bao gồm: Tuổi, Giới tính, Thời gian nằm viện; Mô hình 3: các biến kiểm soát là Trình độ học vấn, dân tộc, nghề nghiệp.

β_{2z} : Hệ số tương ứng sau hồi quy của các biến C_{zi} .

D_{ki} : Là các biến quan tâm, dùng để đưa ra các nhận đánh giá về PPP, bao gồm:

+ KV: Biến danh nghĩa chỉ việc khám dịch vụ XHH (PPP-KV=1) hay không khám dịch vụ (khám khu vực công). Biến này để xem xét liệu khám bệnh dịch vụ XHH có mang lại sự hài lòng tổng thể hơn cho người bệnh hay không.

+ DL: Biến danh nghĩa chỉ địa điểm khám bệnh là nông thôn (DL=0) hoặc thành thị (DL=1). Biến này để xem xét liệu khám bệnh ở khu vực thành thị có mang lại sự hài lòng hơn so với khám ở nông thôn không.

+ DLE1: Biến tương tác giữa địa điểm và mức độ hài lòng về chi phí khám bệnh. Biến này được đưa vào để xem xét mức độ hài lòng về chi phí khám bệnh có sự khác nhau giữa nông thôn và thành thị không, với giả định ở thành thị, thu nhập của người dân cao hơn nên khả năng chi trả viện phí cao hơn, do đó mức độ hài lòng về chi phí sẽ có khả năng cao hơn.

+ KVDL: Biến tương tác địa điểm khám bệnh (nông thôn hay thành thị) và loại hình khám bệnh (khám dịch vụ XHH hay khám thường ở bệnh viện công). Biến này để xem xét liệu mức độ hài lòng ở khám dịch vụ XHH có khác nhau giữa nông thôn và thành thị hay không.

+ Nghèo: Biến danh nghĩa nếu bệnh nhân là người mà chính quyền xếp vào hộ nghèo hoặc cận nghèo (Nghèo=1).

+ KVngheo: Là biến tương tác xem xét sự hài lòng của người nghèo khám dịch vụ XHH.

KVE1: Là biến tương tác khám dịch vụ PPP và mức độ hài lòng về chi phí. Biến này để xem xét liệu mức độ hài lòng khi khám dịch vụ PPP có mối quan hệ với mức hài lòng về chi phí hay không.

β_{3k} : Hệ số tương ứng sau hồi quy của các biến D_{ki} .

ϵ_i : Sai số ngẫu nhiên.

* Một số kết quả thống kê mô tả từ bộ số liệu

Nhìn chung, chỉ số PSI ở khu vực XHH đạt gần 4,1/5, tương ứng với mức độ hài lòng của người bệnh nội trú với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh đạt mức 82% so với kỳ vọng (Bảng 3.7). Mức độ hài lòng này phù hợp với quy luật

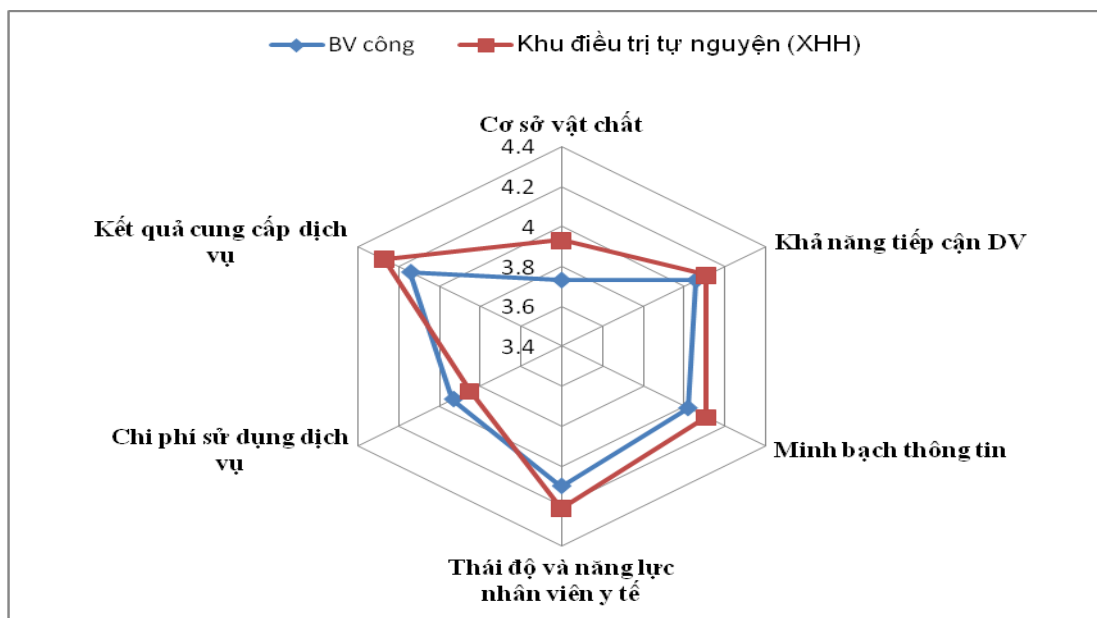
là dịch vụ trải nghiệm đắt tiền thường được người tiêu dùng cho là có chất lượng cao hơn hoặc cung cấp các tiện ích hoặc dịch vụ cao cấp hơn. Mặc dù chỉ số PSI theo bộ số liệu này cao hơn so với kết quả điều tra của luận án ở phần trên (68,4%) nhưng cũng phù hợp với xu thế là các cơ sở y tế nào có yếu tố cơ sở vật chất tốt hơn thì người sử dụng dịch vụ có mức độ hài lòng cao hơn.

Bảng 3.7: So sánh chỉ số PSI chung các bệnh viện công và khu XHH

Các <u>cấu phần</u>	Chỉ số PSI <u>chung*</u>	Chỉ số PSI <u>khu</u> (XHH)**
Cơ sở vật chất	3,73	3,93
Khả năng tiếp cận DV	4,06	4,11
Minh bạch thông tin	4,02	4,11
Thái độ và năng lực nhân viên y tế	4,10	4,21
Chi phí sử dụng dịch vụ	3,93	3,85
Kết quả cung cấp dịch vụ	4,14	4,27
Chỉ số PSI chung	3,98	4,098

Lưu ý: (*) Tính toán từ Nguyễn Ngọc Anh và các cộng sự (2018);

(**) Tác giả tự tính toán từ số liệu trên .



Lưu ý: Số liệu được tính toán từ Nguyễn Ngọc Anh và các cộng sự (2018).

Hình 3.8: Đánh giá của người bệnh về mức độ hài lòng theo các tiêu chí

Hình 3.8 trình bày đánh giá chỉ số PSI theo các tiêu chí. Theo đó, mức độ hài lòng của người bệnh ở khu khám tự nguyện cao hơn ở khu khám bệnh viện công ở hầu hết các tiêu chí, ngoại trừ chi phí sử dụng dịch vụ. Điều này cũng dễ hiểu để được hưởng mức dịch vụ cao thì người bệnh phải chi trả cao hơn ở khu vực bệnh viện công.

Bảng 3.8: So sánh chất lượng dịch vụ y tế dựa theo các tiêu chí

Các tiêu chí	Điểm trung bình chung	Điểm trung bình khu vực XHH
A1. Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần	4,039	4,105
A2. Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng	4,106	4,117
B1. Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh	4,082	4,154
B2. Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị	4,000	4,062
C1. Hài lòng về giường và <u>chăn ga, gối đệm</u>	3,902	4,051
C2. Hài lòng về nhà vệ sinh	3,640	3,808
D1. Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ, điều dưỡng	4,133	4,189
D2. Trình độ chuyên môn tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng	4,107	4,215
E1. Hài lòng về chi phí điều trị	3,914	3,848
G1. Hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc	4,236	4,312
G2. Hài lòng về kết quả điều trị	4,097	4,226

Nguồn: Tính toán từ Nguyễn Ngọc Anh và các cộng sự (2018).

Trên cơ sở số liệu của cuộc điều tra, bảng 3.8 so sánh kết quả đánh giá của người bệnh về chất lượng dịch vụ y tế theo các tiêu chí. Nhìn chung, kết quả cho thấy chỉ số PSI ở khu vực XHH đều cao hơn so với mức trung bình chung giữa các bệnh viện, ngoại trừ tiêu chí về chi phí điều trị. Điều này cũng phù hợp với xu thế để đạt được mức độ hài lòng cao hơn thì người bệnh phải trả chi phí nhiều hơn, nhưng mức độ chênh lệch chỉ số PSI chung và khu XHH là không đáng kể (0,066 điểm), nên người bệnh sẽ có xu hướng khám, chữa bệnh ở khu XHH hơn

là khu vực thuần công, nhất là các đối tượng ở các thành phố lớn, nơi có mức sống dân cư cao hơn so với khu vực nông thôn, miền núi.

* Kết quả chạy mô hình hồi quy:

Kết quả chi tiết ba mô hình được trình bày ở bảng 3.9 (các biến bổ sung được trình bày ở phụ lục 3).

Bảng 3.9: Kết quả chạy mô hình hồi quy

VARIABLES	Mô hình 1	Mô hình 2	Mô hình 3
a1 (Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần)	1.993*** (0.362)	2.417*** (0.394)	2.441*** (0.396)
a2 (Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng)	-0.153 (0.351)	-0.293 (0.376)	-0.317 (0.377)
b1 (Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh)	1.611*** (0.356)	1.559*** (0.387)	1.576*** (0.388)
b2 (Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị)	0.587* (0.348)	0.439 (0.372)	0.447 (0.373)
c1 (Hài lòng về giường và chăn ga gối đệm)	0.798** (0.321)	0.596* (0.347)	0.601* (0.347)
c2 (Hài lòng về nhà vệ sinh)	1.750*** (0.261)	2.007*** (0.278)	2.000*** (0.280)
d1 (Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ. điều dưỡng)	1.606*** (0.376)	2.113*** (0.416)	2.163*** (0.419)
d2 (Trình độ chuyên môn. tay nghề của bác sỹ. điều dưỡng)	2.451*** (0.408)	2.401*** (0.439)	2.337*** (0.442)
e1 (Hài lòng về chi phí điều trị)	0.126 (0.458)	0.348 (0.479)	0.371 (0.482)
g1 (Hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc)	0.0961 (0.421)	0.301 (0.465)	0.321 (0.466)
g2 (Hài lòng về kết quả điều trị)	6.217*** (0.367)	5.975*** (0.406)	5.913*** (0.409)
k1 (Trình độ học vấn)			-0.120 (0.181)
k4 (Nghề nghiệp)			-0.129 (0.128)
k2 (Dân tộc)			-0.135 (0.867)
k6 (Tuổi)		-0.0413**	-0.0431**

		(0.0190)	(0.0197)
k7 (Giới tính)		1.096**	1.098**
		(0.491)	(0.496)
k8 (Thời gian nằm viện)		-0.0630***	-0.0618***
		(0.0214)	(0.0215)
KV (Biến giả khu vực khám chữa bệnh)	-0.205	1.281	1.326
	(2.905)	(3.196)	(3.203)
DL (Biến giả địa lý nơi khám chữa bệnh)	-5.907**	-5.242**	-4.988**
	(2.318)	(2.454)	(2.466)
DLE1 (Chi phí khám chữa bệnh y tế tại các bệnh viện ở thành phố)	1.055*	0.812	0.800
	(0.574)	(0.609)	(0.612)
KVDL (Khu vực XHH ở thành phố)	2.257*	2.861**	2.955**
	(1.238)	(1.320)	(1.328)
Nghèo	-1.351**	-1.887***	-2.050***
	(0.677)	(0.716)	(0.749)
KVngheo (Bệnh nhân nghèo ở khu vực dịch vụ)	-1.486	1.483	1.510
	(2.349)	(2.603)	(2.609)
KVE1 (Chi phí khám y tế ở khu vực dịch vụ)	-0.366	-0.802	-0.830
	(0.702)	(0.778)	(0.780)
Constant	12.25***	9.990***	10.89***
	(2.097)	(2.389)	(2.641)
Observations	2,686	2,245	2,236
R-squared	0.473	0.505	0.505

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Nguồn: Tính toán từ Nguyễn Ngọc Anh và các cộng sự (2018).

Nhìn chung, kết quả các mô hình cho thấy rằng, chỉ số PSI giữa khu vực công và khu vực XHH không có sự khác biệt hàm ý rằng có sự tương quan thống kê giữa các chỉ số thành phần và sự hài lòng của người bệnh đối với cả hai khu vực, điều này thể hiện ở biến số KV ở Mô hình 1. Đáng lưu ý là kết quả này giữ nguyên khi đã có kiểm soát các đặc điểm cá nhân người bệnh như trình độ học vấn (k1), tuổi tác (k6), dân tộc (k2), giới tính (k7), thời gian nằm viện (k8), nghề nghiệp (k4) của bệnh nhân ở các bệnh viện trên cả nước (Mô hình 2 và Mô hình 3). Tuy nhiên, kết quả mô hình có một số điểm đáng chú ý như sau:

- Chỉ số PSI ở khu vực XHH lại có sự khác biệt ở khu vực thành thị (DL), điều có nghĩa là chỉ số PSI ở khu vực XHH cao hơn chỉ số PSI ở khu vực công ở khu vực đô thị. Kết quả này tương đồng với kết quả điều tra của Luận án, điều này cho thấy độ tin cậy của kết quả điều tra và sự nhất quán trong 2 cuộc điều tra. Đồng thời cũng cho thấy rằng nhờ có khu vực XHH ở thành thị đã làm gia tăng phúc lợi cho người dân thông qua chất lượng dịch vụ y tế cũng như sự hài lòng của người bệnh được nâng cao.

- Khám, chữa bệnh ở khu vực XHH tại các bệnh viện ở nông thôn có độ hài lòng thấp hơn ở khu vực thành thị một phần là do có sự khác biệt ở nhiều khía cạnh từ trình độ chuyên môn cán bộ y tế, sự hài lòng về kết quả điều trị, sự hài lòng về thông tin chỉ dẫn, sự hài lòng về cơ sở vật chất giường bệnh.

- Người bệnh có xu hướng hài lòng với chi phí y tế tại các thành phố cao hơn so với vùng nông thôn, tuy nhiên thời gian nằm viện càng lâu trong các bệnh viện tại các thành phố lớn khiến các chi phí này không phản ánh được sự hài lòng của người bệnh trong quá trình khám chữa bệnh.

- Yếu tố chi phí y tế tại khu vực XHH lại làm giảm sự hài lòng của người bệnh mặc dù sự tác động này không đáng kể, điều này cũng được thực tế chứng minh do chi phí điều trị y tế của khu vực dịch vụ thường cao hơn so với khu vực công với sự bao cấp của Nhà nước.

-Yếu tố thu nhập ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của người bệnh với các dịch vụ y tế không cao. Nguyên nhân là do người nghèo chủ yếu khám, chữa bệnh ở khu vực công, nơi họ được bao cấp các chi phí khám, chữa bệnh thông qua giá dịch vụ và thông qua BHYT (được Nhà nước cung cấp miễn phí).

Nhìn chung, kết quả phân tích thống kê và định lượng cho thấy:

- *Thứ nhất*, các bệnh viện công có chỉ số PSI thấp hơn so với các loại hình y tế khác, đặc biệt ở khu vực thành thị. Đối với các lĩnh vực dịch vụ sự nghiệp công nói chung, quá trình chuyển đổi từ cơ chế bao cấp sang cơ chế thị trường ở Việt Nam bao hàm nội dung rất cơ bản về tài chính là chuyển từ cơ chế bao cấp

của NSNN đối với các đơn vị cung ứng dịch vụ sang NSNN trợ giúp trực tiếp cho các đối tượng thụ hưởng. Trong lĩnh vực y, tế điều đó có nghĩa là chuyển từ cơ chế bao cấp của NSNN cho các bệnh viện công sang cơ chế NSNN trợ giúp thông qua BHYT cho người bệnh thuộc diện chính sách. Thực hiện lộ trình chuyển đổi này, Quốc hội ban hành Nghị quyết số 68/2013/QH13 giao nhiệm vụ đến năm 2020, hoàn thành việc chuyển chi thường xuyên NSNN trực tiếp cho cơ sở khám, chữa bệnh sang hỗ trợ người dân tham gia BHYT gắn với lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế. Như vậy, từ năm 2020, cơ bản NSNN sẽ không cấp trực tiếp ngân sách chi thường xuyên cho các bệnh viện nữa, nên việc huy động đầu tư từ nguồn tiết kiệm chi thường xuyên sẽ hạn chế và nguồn thu của bệnh viện phụ thuộc rất nhiều vào người sử dụng dịch vụ. Thực tiễn như vậy đòi hỏi các bệnh viện phải chuyển đổi cơ chế hoạt động hướng tới sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ tốt hơn thì mới có khả năng thu hút được nhiều nguồn thu cho bệnh viện. Do vậy, việc huy động các nguồn vốn đầu tư vào y tế qua các hình thức PPP là cần thiết để đảm bảo nhu cầu của người dân hiện nay.

- *Thứ hai*, nhìn chung chỉ số PSI ở khu vực bệnh viện tư hay khu vực khám, chữa bệnh tự nguyện đều cao hơn ở khu vực bệnh viện công, đặc biệt ở khu vực đô thị và qua đó phản ánh các loại hình PPP này phần nào đáp ứng được phần nào phúc lợi cho người dân. Do vậy, Nhà nước cần phải khuyến khích phát triển loại hình PPP này trong y tế, nhất là ở các thành phố lớn nơi người dân có điều kiện chi trả, trong khi đó Nhà nước dành nguồn lực hạn chế của mình đầu tư ở những nơi y tế tư nhân hay các loại hình PPP chưa phát triển hoặc ở những nơi người dân chưa có điều kiện khám, chữa bệnh ngoài khu vực công.

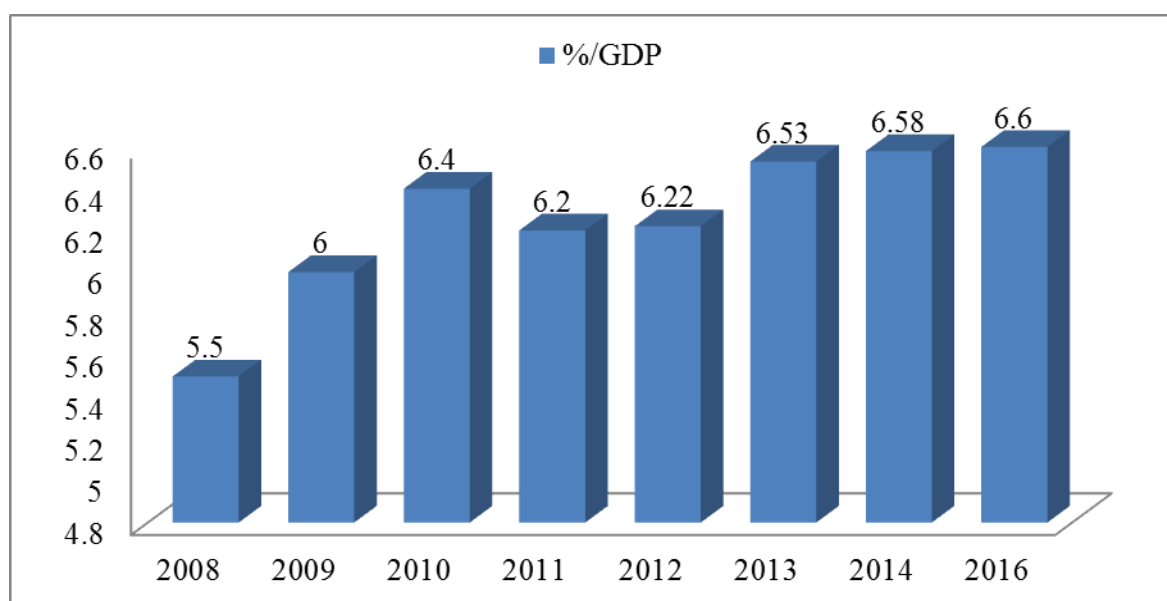
3.3. Đánh giá chung thực trạng PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

3.3.1. Một số kết quả đạt được

3.3.1.1. Cải thiện tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ cho người dân

Nhìn chung, tổng chi cho chăm sóc sức khỏe (NSNN, BHYT, người dân chi), trong đó có chi đầu tư y tế của Việt Nam có xu hướng tăng trong những

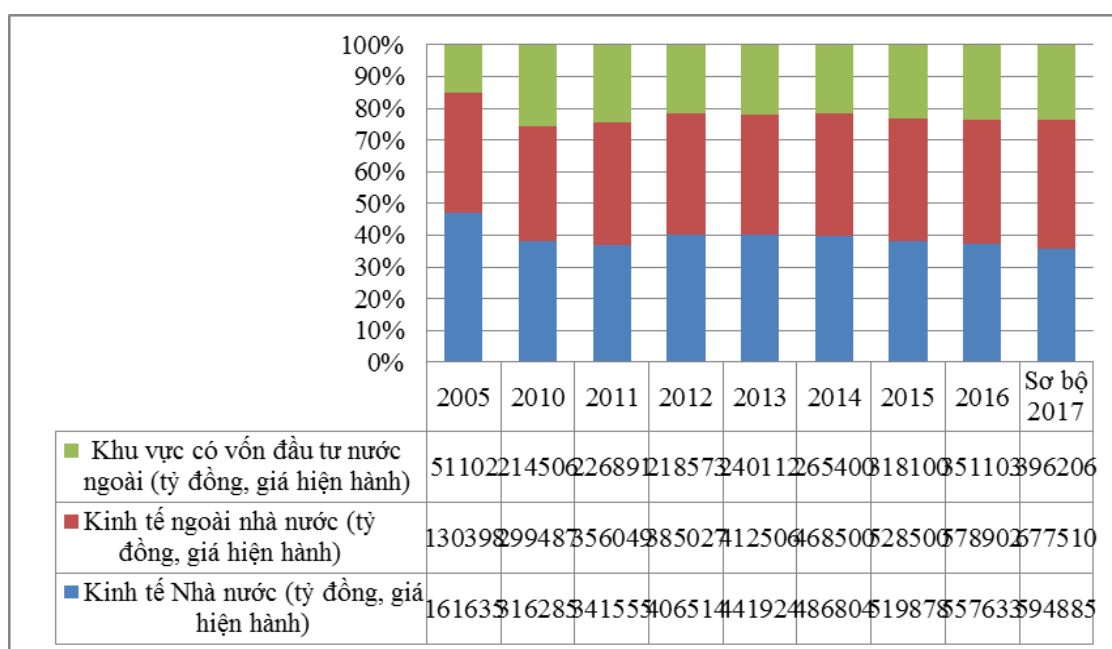
năm gần đây, từ 5,5% GDP năm 2008 tăng lên 6,6% GDP năm 2016, bình quân chi tiêu y tế ở mức trên 6% GDP/năm (Hình 3.9). Xét về tương quan giữa các nước, theo BGD Asia (2015), Việt Nam có tỷ lệ chi tiêu y tế cao nhất/GDP trong khu vực Đông Nam Á, vượt qua cả các nước phát triển hơn Việt Nam như Singapore, Malaysia. Tuy nhiên, mặc dù có mức chi tiêu cho y tế đứng đầu khu vực nhưng mức chi tiêu y tế bình quân đầu người của Việt Nam còn thấp hơn nhiều các nước trong khu vực và chỉ cao hơn Campuchia, Lào và Myanmar [61].



Nguồn: [17]; [18].

Hình 3.9: Chi tiêu y tế so với GDP

Bên cạnh việc huy động nguồn vốn đầu tư từ NSNN cho các cơ sở y tế công lập, Nhà nước cũng có nhiều chính sách khuyến khích đầu tư tư nhân cho khu vực y tế. Phân theo cơ cấu đầu tư theo thành phần kinh tế, xu hướng đầu tư của khu vực ngoài nhà nước vào lĩnh vực y tế và trợ giúp xã hội tăng lên trong những năm gần đây. Nếu như năm 2005 tổng vốn đầu tư của khu vực ngoài nhà nước là 181.500 tỷ đồng chiếm 52,9% tổng chi đầu tư cho ngành y tế, thì đến năm 2017 tổng vốn đầu tư của khu vực ngoài nhà nước là 1.073.716 tỷ đồng chiếm 64,3% (Hình 3.10).



Nguồn: [45].

Hình 3.10: Tổng vốn đầu tư cho y tế và hoạt động trợ giúp xã hội

Tóm lại, trong bối cảnh nền kinh tế đang gặp nhiều khó khăn, ngân sách vẫn phải tập trung cho đầu tư phát triển, xây dựng kết cấu hạ tầng, dẫn đến chi NSNN cho y tế giảm sút. Tuy nhiên, với sự tham gia của khu vực ngoài nhà nước, y tế thời gian qua đã đạt một số thành tựu đáng kể, cụ thể như sau:

- *Thứ nhất*, nhờ có chủ trương định hướng đầu tư cho y tế trong thời gian vừa qua, tỷ lệ chi tiêu từ tiền túi người dân đã có sự giảm mạnh và năm 2016 là 38,5% [13]. Điều này cho thấy công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế đã được cải thiện đáng kể trong thời gian qua.

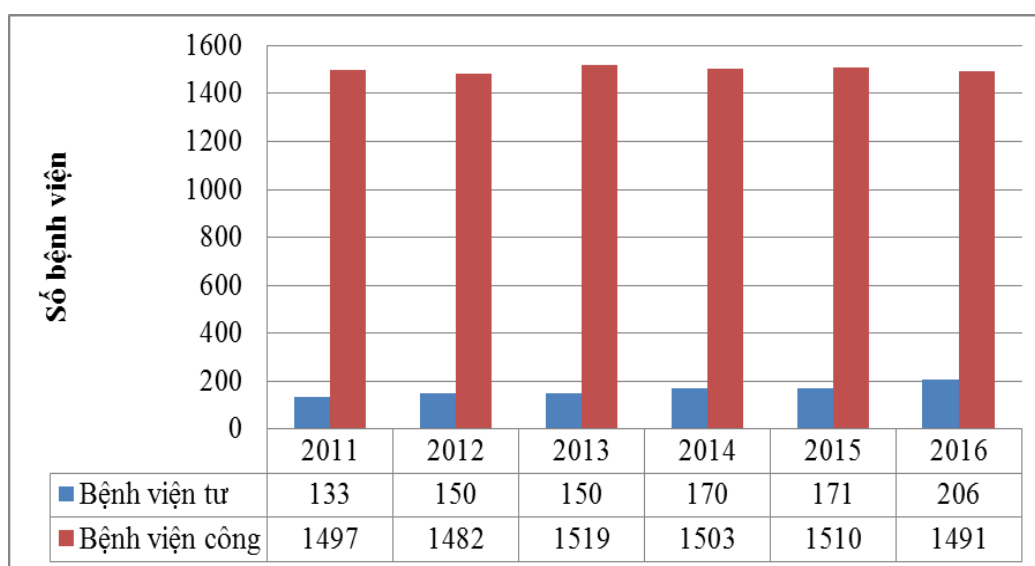
- *Thứ hai*, cơ sở vật chất ngành y tế đã phần nào được cải thiện do các bệnh viện tuyến trung ương tới tuyến huyện được xây mới, mở rộng, cải tạo khang trang hơn và lắp đặt nhiều thiết bị y tế hiện đại phục vụ người bệnh nhờ nguồn vốn đầu tư từ trái phiếu chính phủ, ODA và NSNN. Tất cả các công trình được thực hiện đã cải thiện cơ sở vật chất của các bệnh viện và đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân [50].

- *Thứ ba*, đầu tư cho ngành y tế đã có bước đột phá, thực hiện nghiêm túc việc đầu tư có trọng tâm. Các bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đa khoa tuyến

tỉnh đã được đầu tư và tại hầu hết các tỉnh hệ thống bệnh viện vệ tinh được hình thành. Hầu hết các bệnh viện Trung ương đều có công trình, hạng mục công trình hoàn thành đưa vào sử dụng.

3.3.1.2. Cải thiện năng lực đáp ứng và hiệu suất của hệ thống y tế

Nhờ có đầu tư của khu vực ngoài nhà nước, hệ thống khám, chữa bệnh đã có bước phát triển mạnh về số lượng và chất lượng với nhiều mô hình công, tư và kết hợp công – tư phong phú, đa dạng. Số lượng bệnh viện khu vực ngoài nhà nước tăng lên hàng hàng năm. Năm 2016, cả nước hiện có 206 bệnh viện tư nhân với 15.475 giường bệnh, chiếm gần 18% tổng số bệnh viện trong cả nước, trong đó có 6 bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài, hơn 35.000 phòng khám tư nhân và cơ sở dịch vụ y tế (Hình 3.11).



Nguồn: [13]; [35].

Hình 3.11: Số bệnh viện y tế phân theo hình thức sở hữu

Tỷ lệ giường bệnh khu vực ngoài nhà nước đạt 1,5 giường bệnh/vạn dân, qua đó giúp nâng số giường bệnh/1 vạn dân từ 21,5 năm 2011 lên 25,0 năm 2016 và 26,5 năm 2018 và khắc phục phần nào tình trạng quá tải ở khu vực bệnh viện công [13]. Tổng số người hành nghề trong các cơ sở y tế tư nhân trên toàn quốc là 249.852. Trong đó, bác sĩ là 64.422, y sĩ 54.478, điều dưỡng 88.019, kỹ thuật viên 15.185, hộ sinh 27.529. Một số bệnh viện tư nhân đã phát triển mạnh mẽ và

trở thành địa chỉ tin cậy cho người dân trong thời gian qua. Tuy nhiên, công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện tư nhân còn thấp, chỉ có 5% bệnh viện có công suất sử dụng giường bệnh đạt 100% và có tới 56% bệnh viện có công suất từ 20 đến 60% [13]; [27]. Tỷ lệ bệnh nhân tới khám tại các cơ sở y tế tư nhân mới chiếm gần 10% tổng số bệnh nhân nội/ngoại trú toàn quốc [27].

Ngoài hệ thống bệnh viện ngoài công lập ngày càng phát triển, thì hình thức thành lập các khu khám, bệnh điều trị theo yêu cầu tại các bệnh viện công lập cũng tăng nhanh. Theo kết quả kiểm tra bệnh viện giai đoạn 2012-2014, tỷ lệ giường bệnh theo yêu cầu tại các bệnh viện công lập là 5%, trong đó các bệnh viện Trung ương 11,1%, các bệnh viện tỉnh đạt 4,8%, các bệnh viện huyện chỉ có 3%. Tại khu vực này thì giá khám bệnh, giá giường bệnh được tính theo nguyên tắc bảo đảm đủ bù đắp chi phí và có tích lũy theo Nghị định 43 nên mức thu cao hơn nhiều so với giá khám bệnh, giá ngày giường bệnh do Bộ Y tế hoặc Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quy định của bệnh viện [35].

Theo báo cáo của Bộ Y tế (2017), tình trạng giảm quá tải đã được cải thiện ở cả khu vực ngoại trú lẫn nội trú. Ở khu vực ngoại trú, tùy từng loại bệnh, thời gian khám bệnh đã giảm trung bình 48,5 phút/1 lượt khám bệnh, tiết kiệm trung bình 27,2 triệu ngày công lao động/năm xã hội. Trong khu vực nội trú, năm 2016 so với năm 2012, tỷ lệ số khoa nằm ghép đã giảm được 58% số bệnh viện tuyển trung ương và 47% bệnh viện tuyển tỉnh trước đây khi có tình trạng nằm ghép. Ngoài ra, nhiều chỉ tiêu tổng hợp về cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh như số lượt khám, chữa bệnh, số người điều trị bệnh nội trú, ngoại trú, số ngày điều trị nội trú, ngoại trú, đều được cải thiện so với các năm trước (Bảng 3.10). Theo đó, tổng số lượt khám, chữa bệnh nội trú và ngoại trú đều tăng lên. Số lượt khám bệnh bình quân/người là 2,3 năm 2015. So với con số bình quân 6,6 lượt khám/người/năm của các nước OECD thì con số 2,3 lượt của Việt Nam còn khá thấp. Tuy nhiên, nếu so với số lượt điều trị nội trú bình quân/người là 0,16 thì Việt Nam có mức sử dụng dịch vụ bệnh viện tương đương với các nước OECD.

Bảng 3.10: Một số chỉ số hoạt động khám, chữa bệnh

Chỉ số	2011	2012	2013	2014	2015
TS lượt khám bệnh (1000 dân)	196.456,6	208.060,1	215.158,9	213.446,4	213.267,6
TS lượt điều trị nội trú (1000 dân)	12.068,6	13.187,6	13.345,1	14.616,2	14.585,8
Số lượt khám bình quân/người	2,24	2,34	2,40	2,35	2,33
Số lượt điều trị nội trú bình quân /người	0,14	0,15	0,15	0,16	0,16
Số ngày điều trị bình quân	6,8	6,9	6,9	6,8	6,7
Công suất sử dụng giường bệnh (%)	111,35	115,99	112,91	111,97	113,5

Nguồn: [14].

Phân theo loại hình cơ sở khám, chữa bệnh cho thấy tỷ lệ người dân khám, chữa bệnh nội trú ở khu vực ngoài nhà nước có xu hướng tăng trong những năm gần đây, đạt 6,3%/tổng số lượt người điều trị nội trú (năm 2016) trong khi đó khu vực y tế công có xu hướng giảm nhẹ (85,1%) chứng tỏ rằng người dân có xu hướng sẵn sàng chấp nhận trả chi phí cao hơn để sử dụng dịch vụ tại các cơ sở y tế mang đến sự hài lòng của người bệnh tốt hơn, đặc biệt ở người dân sống ở khu vực thành thị (Bảng 3.11).

Bảng 3.11: Cơ cấu lượt người khám, chữa bệnh nội trú trong 12 tháng qua phân theo loại hình cơ sở y tế

CẢ NƯỚC	Chung	Chia theo loại cơ sở y tế					
		Bệnh viện nhà nước	Trạm y tế xã, phường	Phòng khám đa khoa khu vực	Y tế tư nhân	Lang y	Khác
2006	100,0	78,1	14,0	5,0	1,6	0,4	0,9
2008	100,0	84,5	8,7	3,9	2,1	0,1	0,7
2010	100,0	83,2	6,9	3,8	5,4	0,2	0,5
2012	100,0	82,6	8,3	3,3	5,3	0,3	0,2
2014	100,0	85,7	5,7	3,9	4,2	0,1	0,4
2016	100,0	85,1	5,2	3,0	6,3	0,2	0,2

Nguồn: [44].

3.3.1.3. Cải thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị cho các cơ sở y tế

Nhờ có sự tham gia của tư nhân, cơ sở vật chất, trang thiết bị cho hệ thống y tế ngày càng được cải thiện trong điều kiện nguồn kinh phí đầu tư phát triển từ NSNN hạn hẹp, qua đó mở rộng phạm vi dịch vụ được bệnh viện cung cấp, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật liên quan đến các thiết bị công nghệ cao, đắt tiền. Ví dụ, tại Bệnh viện K, có 1 máy gia tốc Nhà nước trang bị từ 1999, đến nay đã 15 năm chưa được thay thế, nhu cầu của bệnh viện phải 6 máy, hiện nay đã liên doanh, liên kết ba máy phục vụ người bệnh hay như ở Bệnh viện Bạch Mai hiện nay 90% các dịch vụ của khoa sinh hoá, 70% của khoa chẩn đoán hình ảnh, 90% của khoa y học hạt nhân, 100% của khoa khám, chữa bệnh theo yêu cầu là sử dụng các trang thiết bị đầu tư từ nguồn liên doanh, liên kết [12]. Do được đầu tư cơ sở vật chất từ các nguồn vốn, nên chất lượng khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế các tuyến ngày càng được nâng cao. Một số kỹ thuật mới, tiên tiến đã được thực hiện thành công như ghép thận, ghép gan, thụ tinh trong ống nghiệm, phẫu thuật tim hở, mổ nội soi phẫu thuật mạch máu,... Nhiều kỹ thuật cao đã được thực hiện ngay tại tuyến tỉnh như: MRI, CT scanner lớp cắt, chụp mạch xoá nền, huyết học, truyền máu, vi sinh vật; Y học hạt nhân, laser... Trong những năm gần đây, tỷ lệ đầu tư cho mua sắm trang thiết bị y tế (ngày càng tăng và chiếm tỉ trọng đáng kể. Tính đến hết năm 2015, đã có 119 bệnh viện (cả công và ngoài công lập) ở 47/63 tỉnh, thành đã có MRI, chưa tính một số lượng đáng kể máy MRI từ các cơ sở y tế ngành, các phòng khám tư nhân [18]. Các chỉ số về xét nghiệm, số lần chụp X quang, siêu âm cả khu vực công và tư đều tăng (Bảng 3.12).

Bảng 3.12: Các chỉ số xét nghiệm, chiếu chụp năm 2015

	Số xét nghiệm	Số lần chụp X quang	Số lần siêu âm	Số lần chụp cắt lớp
Cả nước	335.898.295	23.387.109	19.796.399	2.090.442
Tư nhân	15.895.913	1.906.225	3.474.696	231.617
Tỷ lệ đáp ứng của tư nhân/cả nước	4,7%	8,2%	17,6%	11,1%

Nguồn: [14].

3.3.1.4. Cải thiện thái độ, tinh thần làm việc của cán bộ ngành y

Với sự xuất hiện các hình thức PPP đã giúp phần nào thái độ, tinh thần làm việc của nhân viên bệnh viện được cải thiện hàng (một phần là do thu nhập của cán bộ nhân viên y tế được cải thiện do nguồn thu từ các hoạt động liên doanh, liên kết). Theo kết quả đánh giá nội bộ trong ngành cho thấy đã có những chuyển biến tích cực trong phong cách, thái độ phục vụ bệnh nhân của các nhân viên y tế [13]. Tại 10 bệnh viện được khảo sát, 71% bệnh nhân nhận xét nhân viên y tế có thái độ, cử chỉ thân thiện hơn; trên 61% bệnh nhân cho biết việc niêm yết thông tin về quy trình khám, chữa bệnh tốt hơn, thời gian chờ đợi giảm hơn, cơ sở vật chất của bệnh viện được cải thiện rõ nét.

Tóm lại, trong thời gian qua, các hình thức PPP trong y tế đã góp phần cùng y tế công trong việc cải thiện các chỉ số của ngành y tế theo hướng công bằng và hiệu quả, nâng cao chất lượng dịch vụ, giảm tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế công lập và tạo điều kiện cho người bệnh được tiếp cận và khám chữa bệnh thuận tiện hơn với trang thiết bị hiện đại hơn. Ngoài ra, với sự ra đời của các hình thức PPP này, bước đầu tạo sự cạnh tranh giữa các cơ sở y tế công và y tế ngoài công lập, qua đó thúc đẩy hệ thống y tế Việt Nam ngày càng phát triển theo hướng phục vụ người sử dụng.

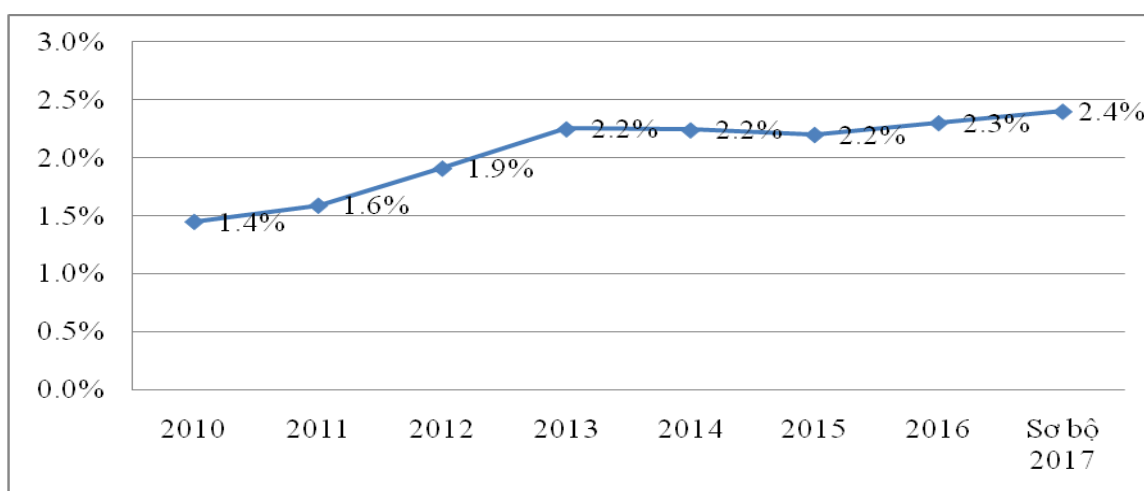
3.3.2. Một số vấn đề còn tồn tại

3.3.2.1. Bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế

Hiện tại, tỷ lệ chi đầu tư công cho y tế hiện nay vẫn còn thấp và chưa đáp ứng nhu cầu và tốc độ phát triển dân số. Điều này được phản ánh qua tỷ lệ chi tiêu công cho y tế của Việt Nam ở mức 54,12% vào năm 2014 [13], mặc dù đã tăng đáng kể so với các năm trước nhưng tỷ lệ này vẫn còn thấp và còn rất xa so với mức chuẩn của thế giới và chưa đáp ứng được nhu cầu phát triển của ngành y tế (mức chuẩn chung của thế giới là 70%). Điều này dẫn đến một số chỉ số công bằng trong cung ứng dịch vụ y tế chưa đảm bảo. Ví dụ, đến cuối năm 2015, tỷ lệ giường bệnh đạt 32,73 giường bệnh/1 vạn dân [14], trong khi đó, theo

khuyến nghị của các tổ chức quốc tế thì chỉ tiêu này cần đạt là 39 giường bệnh/1 vạn dân. Phần lớn các bệnh viện đều có công suất sử dụng giường bệnh cao do chưa được mở rộng, trong khi dân số và nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng.

Trong khi đó việc thu hút đầu tư ngoài nhà nước cho y tế còn hạn chế. Mặc dù hình thức PPP trong y tế là khá đa dạng và có tiềm năng rất lớn để phát triển, tuy nhiên, trong thời gian qua mới chỉ phát triển một số hình thức chủ yếu là *liên doanh, liên kết trong đặt máy trang thiết bị khám, chữa bệnh* là lĩnh vực có khả năng thu hồi vốn đầu tư cao. Nói một cách khác, đây mới chỉ là hình thức sơ khai trong các hình thức PPP, do vậy mục tiêu thu hút nguồn lực đầu tư từ tư nhân vẫn còn hạn chế. Hình 3.12 cho thấy tỷ trọng thu hút nguồn vốn đầu tư vào lĩnh vực y tế và hoạt động trợ giúp xã hội/tổng nguồn vốn đầu tư toàn xã hội tăng hàng năm, nhưng chủ yếu từ nguồn NSNN, trong khi đó đầu tư từ khu vực tư nhân và FDI vào lĩnh vực y tế vẫn thấp. Theo Tổng cục Thống kê, tổng số dự án được cấp phép và số vốn đăng ký vào lĩnh vực y tế và hoạt động trợ giúp là 134 dự án còn hiệu lực với tổng vốn đầu tư đăng ký là 1867 triệu USD, chiếm tương ứng là 0,5% số dự án và 0,6% số vốn đăng ký so với tổng số dự án được cấp phép và tổng vốn đầu tư đăng ký trên toàn quốc tính đến ngày 31/12/2017.



Nguồn: [45].

Hình 3.12: Tỷ trọng vốn đầu tư vào y tế và hoạt động trợ giúp xã hội/tổng vốn đầu tư toàn xã hội (giá so sánh 2010)

Ngoài ra, do các loại hình PPP hiện tại mới chỉ tập trung chủ yếu vào hình thức liên doanh, liên kết nên không có tác động rộng rãi hoặc sâu sắc tới hoạt động chung đến toàn hệ thống ngành y tế mà chỉ có những cải thiện riêng biệt và giới hạn ở những nơi có dự án PPP. Phỏng vấn một cán bộ ngành y cho rằng *"Quá tải bệnh viện là căn bệnh trầm kha của ngành y tế Việt Nam, 1 giường bệnh phải nằm 3 - 4 bệnh nhân. Có lẽ không đâu trên thế giới có cảnh như vậy"*. Nguyên nhân của tình trạng này là do hiện tại việc vay vốn của các bệnh viện công còn rất hạn chế, khó khăn vì nếu vay vốn thì bệnh viện phải trả gốc vay, lãi vay, trong khi cơ chế giá dịch vụ do BHYT chi trả chưa có khấu hao để có nguồn chi trả lãi và gốc vốn vay, người bệnh phải trả phần chênh lệch này; việc vay vốn thì trách nhiệm của các bệnh viện trong việc trả nợ là rất lớn, trong khi liên doanh, liên kết, đặt máy thì do nhà đầu tư chịu; một khó khăn nữa là việc vay vốn của các bệnh viện cũng rất khó khăn vì nguồn vốn ngân hàng đầu tư phát triển không nhiều, cũng chịu ảnh hưởng của chính sách thắt chặt đầu tư của nhà nước; lãi suất cũng khá cao, thời gian phải trả vốn vay là 12 năm nên rất khó cân đối nguồn để trả nếu vay xây dựng bệnh viện. Tình trạng này sẽ còn kéo dài nếu không có cơ chế đột phá trong việc liên doanh, liên kết, đặc biệt ở những nơi điều kiện kinh tế - xã hội còn khó khăn.

Ngoài ra, thực trạng trên cũng ảnh hưởng đáng kể đến đầu tư cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế. Điều dễ nhận thấy đầu tư cho y tế, đặc biệt là các trang thiết bị y tế hiện đại đòi hỏi nguồn tài chính rất lớn, mà ngay cả Nhà nước cũng khó đáp ứng được hết nhu cầu, đặc biệt đối với nước còn nghèo như Việt Nam. Mặc dù trong các năm qua, đầu tư của Nhà nước và khu vực tư nhân đã đầu tư vào y tế tương đối, nhưng vẫn còn thấp so với nhu cầu và chỉ tập trung ở các thành phố lớn. Do vậy, tình trạng cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế ở các cơ sở y tế tuyến dưới vẫn chưa đảm bảo về số lượng cũng như chất lượng. Theo báo cáo của Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2017) thì tình trạng: (i) an toàn và chất lượng của trang thiết bị y tế còn chưa kiểm soát chặt chẽ; (ii) một số danh mục trang thiết

bị cần thiết, tiêu chuẩn kỹ thuật xây dựng cho các cơ sở y tế khác nhau chưa cập nhật...Điều này dẫn đến một số sự cố y khoa xảy ra trong những năm gần đây, tiêu biểu như sự cố chạy thận tại bệnh viện đa khoa Hòa Bình xảy ra năm 2017.

3.3.2.2. Gia tăng gánh nặng chi phí khám, chữa bệnh

Việc mở rộng huy động nguồn vốn ngoài NSNN đầu tư cho trang thiết bị y tế một mặt phản ánh tích cực chính sách XHH của Đảng và Nhà nước, nhưng cũng gây những mặt tiêu cực cho công tác khám chữa bệnh. Theo báo cáo của Bộ Y tế, đã xảy ra tình trạng một số bệnh viện lạm dụng, chi định xét nghiệm/chữa bệnh trang thiết bị cao cho bệnh nhân không cần thiết để thu hồi vốn [13]. Điều này, dẫn đến cản trở khả năng tiếp cận của người bệnh đối với dịch vụ y tế do gánh nặng chi trả cho dịch vụ y tế tăng lên.

Bảng 3.13: Cơ cấu chi tiêu cho đời sống bình quân 1 nhân khẩu/tháng

	Đơn vị	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Tổng thu nhập	Ngìn đồng	636.5	995.2	1387.1	1999.8	2637.3	3097.6
Tổng chi tiêu	Ngìn đồng	460	705	1139	1503	1763	2016
Cơ cấu	%						
- Chi ăn, uống, hút		52.8	53	52.9	56	52.6	51
- Chi không phải ăn, uống, hút		47.2	47	47.2	44	47.4	49
+ Chi giáo dục		6.4	6.2	6	5.9	5.4	5.7
+ Chi văn hóa, thể thao, giải trí		1.5	1.5	1.4	1.2	1	1.3
+ Chi về đồ dùng và dịch vụ khác		3.2	2.6	4.1	4.1	3.8	4.1
+ Chi khác		29.7	30.3	30.3	27.6	31.8	32.2
+ Chi y tế và chăm sóc sức khỏe		6.4	6.4	5.4	5.2	5.4	5.7

Nguồn: [44].

Bảng 3.13 cho thấy chi cho y tế và chăm sóc sức khỏe/tổng chi tiêu của cá nhân có xu hướng tăng trong những năm gần đây, từ 5,4% năm 2010 lên 5,7% năm 2016. Chi phí cho dịch vụ y tế tăng lên có tác động đáng kể đến tổng chi tiêu của cá nhân, hộ gia đình. Theo một nghiên cứu của Đặng Đức Anh và các cộng sự (2018) thì nếu xét chi ăn uống của hộ trong khoảng thời gian 12 tháng thì tăng 1 điểm % chi tiêu y tế cũng làm giảm chi ăn uống trong 12 tháng là 0,82% ; đối với nhóm hộ gia đình nghèo và rất nghèo 1 điểm % tăng thêm trong

tỷ lệ chi tiêu cho y tế dẫn đến làm giảm tương ứng 1,06% và 1,1% trong chi tiêu cho ăn uống thường xuyên của các hộ gia đình rất nghèo và nghèo. Như vậy, kết quả cho thấy mức chi tiêu cho ăn uống thường xuyên của các hộ gia đình nghèo chịu tác động mạnh nhất từ việc gia tăng tỷ trọng chi cho dịch vụ y tế.

Mặt khác theo số liệu thì tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế trong tổng chi tiêu y tế đã giảm từ 45,58% năm 2011 xuống còn 38,5% năm 2016 [18]. Tuy nhiên, tỷ lệ chi từ tiền túi của các hộ gia đình ở Việt Nam còn ở mức tương đối cao so với khuyến cáo của WHO (tỷ trọng chi tiền túi của người dân dưới 30% tổng chi y tế thì đạt tiêu chí công bằng trong chăm sóc sức khỏe). Ngoài ra, khi hộ gia đình xem xét việc có đi khám chữa bệnh hay không, hoặc khi xem xét đi khám ở đâu, họ thường phải tính đến cả những khoản chi ngoài viện phí từ tiền túi của người dân. Đây là những khoản gián tiếp hoặc là “viện phí không chính thức”, bao gồm các chi phí mà người nhà, bệnh nhân phải chi trong suốt quá trình điều trị như: (i) chi phí đi lại; (ii) chi ăn uống bồi dưỡng cho bệnh nhân; (iii) tiền thuốc và các phí dịch vụ khám, chữa bệnh ngoài bệnh viện; và (iv) chi khác như bồi dưỡng cho nhân viên y tế, người môi giới.

Tất cả các khoản chi trên làm tăng gánh nặng chi phí của người bệnh và ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh của người bệnh. Tỷ lệ chi trả tiền túi cao sẽ là một thách thức lớn cho Việt Nam trong thực hiện mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân thông qua BHYT. Năm 2016, tỷ lệ bao phủ BHYT đạt 77,6% tổng dân số cả nước, trong đó khu vực thành thị là 78,6% và khu vực nông thôn đạt 77,2%. Tuy nhiên, tỷ lệ dân số thành thị có khám, chữa bệnh trong 12 tháng qua là 41,5%, cao hơn so với tỷ lệ nông thôn (38,2%) và có sự chênh lệch đáng kể tỷ lệ dân số có khám, chữa bệnh giữa các vùng trong cả nước với tỷ lệ thấp nhất là vùng Trung du và miền núi phía Bắc (31,5%) so với vùng đồng bằng sông Cửu Long (51,4%) và vùng Đông Nam Bộ (42,6%)[44]. Điều đó chứng tỏ vùng núi, nơi khó khăn ít có điều kiện tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh so với vùng đồng bằng, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội phát triển.

Do vậy, trong thời gian tới, Nhà nước cần chú ý đầu tư phát triển hệ thống y tế ở những nơi có địa bàn, khó khăn.

3.3.2.3. Thiếu hụt nhân lực y tế có trình độ ở khu vực ngoài nhà nước

Tình trạng thiếu nhân lực y tế, đặc biệt nhân lực có trình độ bác sĩ ở khu vực tư và ở tuyến dưới mặc dù đã dần được cải thiện nhưng vẫn còn là vấn đề cần ưu tiên. Ngoài ra, chất lượng nhân lực y tế, đặc biệt là ở tuyến dưới trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như kiến thức về xử lý bệnh dịch rất hạn chế. Theo một nghiên cứu thực hiện ở khu vực miền núi, chỉ có 17,3% số bác sĩ và y sĩ được hỏi có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu, 17% biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% biết cách chẩn đoán tăng huyết áp và 15,6% biết cách xử trí một vụ dịch...) [18].

Trong khi đó đối với khu vực ngoài nhà nước thì yếu tố “ nhân lực” này cũng đang gây khó khăn bởi vì nguồn nhân lực chất lượng cao (bác sĩ giỏi) hiện nay đang tập trung chủ yếu trong lĩnh vực công bởi vì các nhân viên y tế ở khu vực này thường xuyên được cập nhật kiến thức và thường được trao đổi, đào tạo các kiến thức với quốc tế tốt hơn khu vực ngoài nhà nước. Kết quả này cũng tương đối phù hợp với kết quả khảo sát ở trên với phần nhiều người sử dụng dịch vụ y tế đánh giá chất lượng bác sĩ ở bệnh viện công/khu khám điều trị tự nguyện cao hơn ở khu vực tư. Do vậy, để thu hút nguồn nhân lực giỏi, khu vực y tế tư nhân phải đưa ra chế độ đãi ngộ tốt hơn khu vực y tế công, điều này vô tình có thể làm tăng giá dịch vụ y tế.

3.3.2.4. Chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh không đồng đều

Cung ứng dịch vụ của các bệnh viện ngoài công lập thường tập trung vào một số thành phố lớn, hay vào lĩnh vực dễ thu hồi vốn, thời gian nằm viện ngắn hoặc các chuyên khoa có nhu cầu lớn như phụ sản, nhãn khoa, ung bướu, nha khoa, hoặc đa khoa diện hẹp dẫn đến sự chênh lệch lớn về chất lượng dịch vụ y tế và các chỉ số về sức khỏe của người dân giữa các vùng, miền, tạo ra sự thiếu

công bằng trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân; chất lượng dịch vụ chưa đáp ứng kỳ vọng của người dân.

Đối với hình thức PPP cung cấp dịch vụ theo yêu cầu phát triển chủ yếu tại các bệnh viện lớn, như bệnh viện tỉnh hoặc một số bệnh viện quận, huyện nơi có đông dân cư và mức sống khá. Các hình thức dịch vụ theo yêu cầu cũng khác nhau giữa các bệnh viện. Ví dụ, tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, hình thức dịch vụ theo yêu cầu được thực hiện dưới ba hình thức: “phòng theo yêu cầu”, “phẫu thuật theo yêu cầu” hoặc “khám bệnh ngoài giờ”. Về giá thu phí dịch vụ theo yêu cầu, hiện tại cho thấy tại các bệnh viện tồn tại hai loại bảng giá: giá dịch vụ thường và giá dịch vụ theo yêu cầu. Mức giá dịch vụ theo yêu cầu có sự giao động lớn giữa các bệnh viện [35]. Tình trạng không công nhận kết quả xét nghiệm giữa các cơ sở khám, chữa bệnh vẫn còn phổ biến dẫn đến gia tăng số xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trung bình ở mức gần 10% mỗi năm, gây lãng phí nguồn lực của xã hội [18].

3.3.3. Nguyên nhân của một số tồn tại

- *Thứ nhất*, thiếu một khung khổ pháp lý về quản lý PPP trong dịch vụ y tế. Mặc dù Chính phủ đã ban hành Nghị định về đầu tư theo hình thức PPP nói chung, nhưng như phân tích ở phần trên, mỗi ngành hay lĩnh vực như y tế các hình thức PPP rất đa dạng và có nhiều đặc thù nhất định. Do vậy, đòi hỏi các cơ quan quản lý nhà nước cần phải bổ sung các quy định pháp lý cho từng ngành cụ thể, đặc biệt cơ chế giám sát đảm bảo quyền lợi của người sử dụng dịch vụ trong quá trình thương lượng và triển khai các hợp đồng dịch vụ PPP (tránh tình trạng tương tự như PPP trong giao thông ở đó, lợi ích người dân không được đảm bảo). Ví dụ, theo kết quả phỏng vấn một nhà đầu tư tư nhân, *“Nhà nước chưa ban hành các định rõ ràng về kiểm tra chất lượng dịch vụ/trang thiết bị hợp tác, liên doanh, liên kết. Do vậy, chất lượng trang thiết bị liên doanh, liên kết còn chưa đảm bảo hoặc tăng giá trị máy móc liên doanh, liên kết qua đó tăng giá trị vốn góp trong các dự án liên doanh, liên kết”*.

Ngoài ra, hiệu lực thực thi các chính sách của Nhà nước còn chưa nghiêm và còn lạc hậu; các thủ tục hành chính còn gây khó khăn cho các nhà đầu tư, cụ thể các quy định của Nhà nước và các quy định của ngành y tế, bao gồm các thủ tục hành chính, các chính sách khuyến khích (ưu đãi), giá dịch vụ đang là những “rào cản lớn” hoặc “rào cản” cho các nhà đầu tư vào lĩnh vực y tế. Ví dụ, theo phỏng vấn của một lãnh đạo cơ sở y tế tư nhân, *“thì chính sách ưu đãi của Nhà nước, đến nay chưa có biện pháp ưu đãi rõ ràng cho tổ chức cá nhân đầu tư vào lĩnh vực y tế. Các chính sách ưu đãi về thuế, tín dụng, đất đai, cơ sở vật chất, nguồn nhân lực dành cho các cơ sở thực hiện XHH ít phát huy tác dụng, do các đối tượng được hưởng ưu đãi còn hẹp, mức độ ưu đãi thấp, thủ tục rườm rà, sự chậm trễ trong hướng dẫn thực hiện... Cơ chế Nhà nước hỗ trợ nguồn lực cho các cơ sở y tế ngoài công lập chưa được thể chế hoá đầy đủ thành những quy định cụ thể, chưa được thực hiện đồng đều ở các địa phương. Hơn nữa, một số chính sách cụ thể đã tỏ ra không còn phù hợp khi nhiều chính sách chung đã thay đổi theo thời gian”*.

Nguyên nhân này một phần là do các quy định đầu tư theo hình thức PPP mới được quy định và hiệu lực ở “tầm” Nghị định, trong khi đó các quy định về chính sách ưu đãi khuyến khích đầu tư (được điều chỉnh bởi các Luật về thuế, tín dụng, đất đai); quy định về giá dịch vụ y tế (được điều chỉnh bởi Luật Giá) hay các quy định về thủ tục hành chính như thành lập doanh nghiệp, bệnh viện (được điều chỉnh bởi Luật Doanh nghiệp) nên hiệu lực pháp lý không cao.

- Thứ hai, khung khổ luật pháp và chính sách về cung ứng dịch vụ y tế vẫn còn thiếu và chưa đồng bộ. Ở cấp độ ngành, Bộ Y tế chưa ban hành các quy định trong việc kiểm định chất lượng chuẩn đoán và khám, chữa bệnh [18]. Cụ thể:

+ Bộ Y tế đã xây dựng hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ, nhưng vẫn chưa đồng bộ, chưa có đủ cơ chế, quy định, hướng dẫn hỗ trợ và khuyến khích cung ứng dịch vụ có chất lượng và toàn diện (đánh giá độc lập, hướng dẫn chuẩn đoán lâm sàng...) mặc dù Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã có quy định.

+ Chất lượng dịch vụ với giá dịch vụ chưa có sự gắn kết, chưa có cơ chế khuyến khích nâng cao chất lượng dịch vụ cả về tài chính và phi tài chính.

+ Chất lượng chuyên môn vẫn chưa có sự đánh giá và quản lý chặt chẽ. Cơ chế kiểm định chất lượng lâm sàng chưa được thực hiện.

+ Chưa có quy chế về trao đổi và liên thông các kết quả xét nghiệm của các cơ sở y tế công và tư để tận dụng tối đa nhân lực, trang thiết bị và tiết kiệm cho người bệnh; quy chế về thông tin minh bạch ở các PPP còn chưa rõ ràng.

+ Chuẩn năng lực của một số loại hình cán bộ y tế còn đang trong quá trình xây dựng, dẫn đến chậm trong việc áp dụng các chuẩn năng lực vào nâng cao chất lượng đào tạo và quản lý nhân lực y tế; chưa có cơ chế khuyến khích việc các cơ sở y tế công và tư hợp tác trao đổi và đào tạo nhân lực của nhau.

Tất cả các yếu tố trên phần nào ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế, cũng như mức độ hài lòng của người dân đối với hệ thống y tế nói chung và đối với các dự án PPP y tế nói riêng. Ví dụ, vấn đề tồn tại nhất hiện nay là thông tin bất đối xứng giữa người cung cấp dịch vụ và người có nhu cầu là khác nhau, người bệnh biết rất ít về bệnh tật và các chỉ định điều trị nên thường phụ thuộc vào quyết định của thầy thuốc. Cơ sở y tế/người thầy thuốc vừa là người cung ứng dịch vụ (người bán), vừa là người chỉ định sử dụng (thay người mua) nên dẫn đến một số bất cập ở một số cơ sở y tế công lập, đặc biệt tình trạng sử dụng thiết bị y tế giữa công và tư còn lẫn lộn trong bệnh viện công. Một số bệnh viện có xu hướng chỉ quan tâm đến khoa, phòng, lĩnh vực có thu hoặc tập trung kinh phí và nhân lực vốn đã hạn hẹp để phát triển khu dịch vụ theo yêu cầu, dẫn đến tình trạng lạm dụng các dịch vụ, kỹ thuật từ các trang thiết bị xã hội hoá. Đầu tư trang thiết bị kỹ thuật cao chưa tương xứng với năng lực, trình độ chuyên môn, nhu cầu khám chữa bệnh, nhất là một số trang thiết bị chẩn đoán, kỹ thuật cao [13]. Ngoài ra, cho đến nay vẫn chưa có một cơ chế giám sát hợp lý, đặc biệt trong sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả, tình trạng kê đơn kháng sinh quá mức vẫn còn phổ biến [18].

- *Thứ ba, thủ tục hành chính còn rườm rà, phức tạp và chưa hấp dẫn nhà đầu tư.* Điều này được phản ánh trong kết quả phỏng vấn từ các nhà đầu tư đang có các dự án liên doanh, liên kết với ngành y tế cho rằng nguyên nhân các nhà đầu tư ngoài nhà nước liên doanh, liên kết với khu vực công chủ yếu trong việc đặt các máy móc, xét nghiệm hay là khám, chữa bệnh cho bệnh nhân có sử dụng thẻ BHYT, là những lĩnh vực mà rủi ro ít, nguồn vốn đầu tư không nhiều...mà chưa có nhiều/hoặc chưa có các hình thức đầu tư cơ sở hạ tầng (xây dựng bệnh viện), thuê bệnh viện...như ở các nước trên thế giới là do:

+ *Thủ tục hành chính còn cản trở nhà đầu tư.* Chính vì vậy khi phần lớn các nhà đầu tư đang có dự án liên doanh, liên kết với khu vực y tế công cho rằng thủ tục hành chính, đặc biệt trong khâu cấp phép và đăng ký thành lập còn phức tạp, thể hiện ở các mặt sau:

(i) Khó khăn trong việc đáp ứng các điều kiện cơ sở vật chất. Ví dụ, khi đăng ký thành lập bệnh viện, các cơ quan quản lý thường yêu cầu nhà đầu tư phải chứng minh cơ sở vật chất và hạ tầng đất đai... Trong khi đó, nếu nhà đầu tư xin giao đất hay thuê đất theo chính sách ưu đãi của Nghị định 69/NĐ-CP thì chính quyền địa phương thường yêu cầu cơ sở được cấp giấy phép hoạt động thì mới được xin ưu đãi chính sách đất đai.

(ii) Quy định về điều kiện thành lập chưa tách bạch giữa nhà đầu tư và chức danh quản lý chuyên môn. Hiện tại, qua khảo sát tại một số địa phương, việc thành lập các tổ chức y tế dưới hai hình thức. Mô hình thứ nhất là chủ đầu tư cũng là người có chức danh chuyên môn đứng ra thành lập cơ sở y tế. Mô hình thứ hai là chủ đầu tư (thường là một doanh nghiệp) đứng ra đầu tư thành lập cơ sở y tế/dự án liên doanh và thuê các nhà chuyên môn đứng ra làm giám đốc, quản lý chuyên môn các cơ sở này. Điều này có thể dẫn đến việc xung khắc lợi ích giữa nhà đầu tư và người đứng đầu chuyên môn của cơ sở y tế đó. Hiện tại, vẫn chưa có một văn bản pháp lý rõ ràng quy định trách nhiệm và quyền hạn của mối quan hệ này. Hơn nữa, khi đầu tư dưới hình thức này, các tổ chức y tế này

thường là đơn vị phụ thuộc của doanh nghiệp và khi doanh nghiệp hoạt động kém hiệu quả dẫn đến phá sản hay có tranh chấp thì vấn đề xử lý các cơ sở y tế này ra sao vẫn chưa có một hướng dẫn rõ ràng.

(iii) Theo quy trình, các bệnh viện tư hay cơ sở có yếu tố vốn nước ngoài là do Bộ Y tế cấp phép bất kể bệnh viện hay cơ sở y tế có quy mô lớn hay nhỏ. Điều này dẫn đến các nhà đầu tư vào lĩnh vực này phải mất nhiều thời gian và chi phí khác khi chờ đợi thẩm định của Bộ Y tế trong khi thực chất các cơ quan ở địa phương mới là người nắm rõ năng lực của chủ đầu tư hơn là Bộ Y tế.

+ *Vẫn còn có sự phân biệt đối xử giữa cơ sở y tế tư nhân và y tế công.* Hiện tại, các bệnh viện tư nhân đã có quyền ký hợp đồng với BHXH để thanh toán khám chữa bệnh đối với bệnh nhân có thẻ BHYT. Tuy nhiên, mức giá vẫn theo quy định bên BHXH quy định, nói chung là thấp [20]. Điều này gây khó khăn cho cơ sở y tế tư nhân bởi vì giá dịch vụ của họ phải bao gồm chi phí khấu hao, đầu tư ban đầu...và gây bất bình đẳng so với các cơ sở y tế công lập. Ngoài ra, tình trạng phân biệt đối xử giữa khu vực công và tư còn thể hiện như các kết quả xét nghiệm, chiếu, chụp v.v. thực hiện ở các cơ sở tư, kể cả bệnh viện tư cũng không được chấp thuận ở các bệnh viện công (tức là chưa có sự liên thông giữa hai hệ thống công lập và tư nhân). Bên cạnh đó, cơ sở y tế tư nhân cũng không được tham gia hoặc hưởng các ưu đãi của các chính sách đào tạo nhân lực của nhà nước như đối với các lĩnh vực khác.

Do các yếu tố trên nên phần nào đã cản trở nhiều đầu tư của tư nhân vào lĩnh vực này. Ngoài ra, hiện nay vẫn chưa có quy định loại hình cơ sở y tế hoạt động không vì mục tiêu lợi nhuận hay phi lợi nhuận mặc dù Nghị quyết 05/2005/NQ-CP của Chính phủ đã đề cập loại hình này. Dẫn đến nhiều vướng mắc trong triển khai một số hình thức trong PPP, đặc biệt là các hình thức “dịch vụ theo yêu cầu” trong các cơ sở y tế công có nên tính toán lợi nhuận hay phi lợi nhuận trong đầu tư?.

- *Thứ tư, công tác, thanh tra kiểm tra hoạt động ngành y vẫn còn nhiều bất cập*, trong đó là vấn đề kiểm tra và đánh giá hoạt động chuyên môn và chất lượng dịch vụ của y tế tư nhân. Trên thực tế, việc đánh giá chất lượng hoạt động của các cơ sở y tế, đặc biệt ở các cơ sở khám tự nguyện hay tư nhân đang rất khó khăn bởi bên cạnh nhiều cơ sở cung cấp các dịch vụ có chất lượng cao và có uy tín thì vẫn còn nhiều nơi cung cấp dịch vụ không đảm bảo chất lượng, còn lậm thu trong việc xét nghiệm; ngoài ra còn nhiều trường hợp gây hậu quả đáng tiếc cho người dân. Trong khi đó, các quy định về trách nhiệm và bồi thường khi có sự cố xảy ra vẫn chưa được ban hành dẫn đến người bệnh là người bị thiệt thòi.

- *Thứ năm, về cơ chế tài chính cho y tế*. Nhìn chung, cơ chế tài chính cho y tế còn chậm đổi mới, đặc biệt về giá dịch vụ y tế. Về nguyên tắc giá cả phải phù hợp với giá trị, đặc biệt là các yếu tố đầu vào tạo thành giá dịch vụ y tế như tiền lương của cán bộ y tế, và các chi phí khác còn thấp, do vậy dẫn đến chảy máu chất xám trong ngành y và cũng không khuyến khích tư nhân đầu tư vào lĩnh vực này. Thực hiện cơ chế thị trường, giá phải do đơn vị cung ứng quyết định theo thị trường, tuy nhiên giá dịch vụ khám, chữa bệnh hiện nay:

+ Giá khám, chữa bệnh do quỹ bảo hiểm y tế do Bộ Y tế và Bộ Tài chính quy định (Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT);

+ Giá khám, chữa bệnh không thanh toán từ quỹ BHYT của bệnh viện công do Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định, trong phạm vi khung giá do liên Bộ y tế - tài chính ban hành;

+ Giá dịch vụ khám, chữa bệnh theo yêu cầu: chưa có quy định cụ thể về thẩm quyền, còn chưa thống nhất giữa các quy định: Luật Tổ chức chính quyền địa phương thì giá khám, chữa bệnh tại cơ sở y tế của nhà nước do Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định theo quy định của pháp luật. Trong khi đề tăng quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm, của đơn vị sự nghiệp công, một số Nghị định của Chính phủ cho phép đơn vị công lập được quyết định giá đối với các dịch vụ khám, chữa bệnh theo yêu cầu đáp ứng nhu cầu xã hội.

Điều này dẫn đến còn có ý kiến khác nhau về thẩm quyền quyết định giá của các dịch vụ theo yêu cầu, dịch vụ từ nguồn XHH của các cơ sở khám, chữa bệnh gây khó khăn cho các cơ sở y tế kêu gọi nhà đầu tư cùng tham gia liên doanh, liên kết các hoạt động XHH y tế. Ngoài ra, qua khảo sát một số địa phương và các cơ sở y tế thì vẫn còn tồn tại một số vướng mắc như sau [58]:

+ Tại các địa phương nghèo, rất khó có thể thực hiện lộ trình đến năm 2020 tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế vì sẽ ảnh hưởng lớn đến một bộ phận dân cư có mức thu nhập thấp và chưa có thẻ BHYT. Mặt khác, do giá dịch vụ y tế chưa được tính đủ các yếu tố chi phí sẽ gây khó khăn cho các cơ sở y tế thực hiện tự chủ để đảm bảo hoạt động chi thường xuyên.

+ Việc tính giá dịch vụ y tế, bao gồm chi phí khấu hao cũng gây khó khăn cho các cơ sở y tế vì khi Nhà nước đầu tư xây dựng và vận hành cơ sở hạ tầng, và trang thiết bị máy móc thì hầu hết các cơ sở này đều không được cấp trên bàn giao số liệu (đầu tư và nguồn gốc trang thiết bị) dẫn đến các cơ sở y tế không có căn cứ xác định để khấu hao tài sản cố định.

+ Theo phản ánh từ các cơ sở y tế, mức giá điều chỉnh theo Thông tư 35 và Thông tư 02 chưa tính yếu tố trượt giá và mức điều chỉnh lương cơ bản hàng năm nên dẫn đến UBND tỉnh/thành phố phê duyệt giá dịch vụ y tế thì đã ở mức lạc hậu, chưa theo kịp diễn biến của thị trường. Ví dụ, theo mức giá Thông tư 35 thì mức lương được xây dựng trên mức lương cơ bản là 1.210.000 đồng/tháng, song đến nay mức lương này đã tăng lên 1.390.000 đồng/tháng (2018) và tăng lên 1.490.000 đồng/tháng (2019) nhưng hiện tại Bộ Y tế và Bộ Tài chính chưa có kế hoạch điều chỉnh khung giá dịch vụ y tế để theo kịp các chi phí đầu vào thay đổi trên.

- Thứ sáu, mặc dù một số bệnh viện công có huy động nguồn lực ngoài nhà bằng việc vay vốn để nâng cấp/đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng bằng nguồn quỹ phát triển của đơn vị sự nghiệp nhưng nguồn quỹ này không nhiều, chủ yếu để mua sắm các trang thiết bị, sửa chữa, đào tạo và trả nợ lãi vay, gốc vay. Cơ

chế tự chủ tài chính cho các đơn vị sự nghiệp công vẫn chưa tạo động lực khuyến khích các đơn vị này chủ động liên doanh, liên kết thu hút nguồn vốn ngoài nhà nước tham gia đầu tư cho y tế.

- *Thứ bảy, năng lực bộ máy thúc đẩy triển khai PPP trong cung ứng dịch vụ y tế còn hạn chế.* Hiện tại, chưa có một đơn vị chuyên trách đảm nhiệm việc thúc đẩy thực hiện các dự án PPP dẫn đến cho đến nay Bộ Y tế vẫn chưa có một danh mục các dự án PPP để tư đó chủ động kêu gọi, huy động sự tham gia của khu vực tư nhân. Ngoài ra, năng lực bộ máy quản lý còn hạn chế trong việc đàm phán, xây dựng các hợp đồng PPP dẫn đến một số các dự án PPP bị thua lỗ hoặc khó có khả năng triển khai (như phân tích ở phần trên).

- *Thứ tám, có nhiều nguyên nhân đã kể trên, có lẽ điểm mấu chốt nhất là cho đến nay vẫn chưa xác định được vai trò của Nhà nước cần thiết đến đâu trong đầu tư phát triển hệ thống dịch vụ y tế trong nền kinh tế thị trường.* Điều này dẫn đến đầu tư nhà nước còn dãn trải, trong khi đó ở nhiều nơi hay một số lĩnh vực trong y tế đầu tư nhà nước còn lấn át đầu tư tư nhân [50] bởi vậy do NSNN trong y tế có hạn, Nhà nước chỉ nên tập trung đầu tư ở những nơi vùng sâu, vùng xa hoặc tập trung đảm bảo cung ứng dịch vụ y tế cho các nhóm đối tượng yếu thế xã hội, còn ở những nơi có trình độ phát triển và mức sống dân cư khá hơn nên để cho khu vực tư nhân tham gia đầu tư vào y tế. Nhà nước chỉ đảm bảo, giám sát các tiêu chuẩn, kỹ thuật để mọi người dân có thể hưởng chất lượng dịch vụ y tế đảm bảo và công bằng.

Tất cả các yếu tố trên có tác động không nhỏ đến sự tham gia của tư nhân trong các dự án PPP. Mặc dù vậy, đánh giá mức độ sẵn sàng đầu tư cho y tế, các nhà đầu tư tư nhân đều sẵn sàng cùng với khu vực công đầu tư theo hình thức PPP, xuất phát chủ yếu vào hai lý do chính: (i) Nâng cao khả năng tiếp cận của người dân; và (ii) Cải thiện chất lượng dịch vụ y tế. Do vậy, khi khung khổ pháp lý về PPP và các chính sách đặc thù cho y tế được hoàn thiện thì mức độ tham gia của khu vực ngoài nhà nước đầu tư cho y tế sẽ ngày càng gia tăng.

CHƯƠNG 4

ĐỊNH HƯỚNG VÀ GIẢI PHÁP THÚC ĐẨY HỢP TÁC CÔNG - TƯ TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ Ở VIỆT NAM

4.1. Bối cảnh phát triển và các căn cứ thúc đẩy hợp tác công - tư trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam

4.1.1. Bối cảnh phát triển

Việt Nam đang bắt đầu bước vào một giai đoạn phát triển và hội nhập mới, trong đó nổi lên những nhân tố tác động tích cực và tiêu cực đến kinh tế - xã hội nước ta như:

- *Thứ nhất*, theo dự báo, nguồn vốn đầu tư từ NSNN giai đoạn 2018-2020 và các năm tiếp theo chỉ ở mức khiêm tốn, với mức tăng khoảng trên dưới 10%/năm, thấp hơn nhiều so với tốc độ tăng trưởng kinh tế danh nghĩa 13,5-14% và ngày càng giảm trong cơ cấu tổng đầu tư toàn xã hội [50]. Trong khi đó, nhu cầu đầu tư vào y tế trong giai đoạn này vẫn còn rất lớn, với tổng mức đầu tư của 27 dự án y tế đầu tư theo hình thức PPP là 11.423 tỷ đồng, trong đó nhu cầu vốn nhà nước là 2.741 tỷ đồng, chiếm 24% tổng mức đầu tư, nhu cầu vốn huy động từ khu vực ngoài nhà nước khoảng 8.682 tỷ đồng, chiếm 76% tổng mức đầu tư dự án [35]. Do vậy, nguồn vốn đầu tư vào y tế phải dựa chủ yếu vào khu vực ngoài nhà nước.

- *Thứ hai*, trong bối cảnh các cơ sở y tế công lập đang đẩy mạnh thực hiện tự chủ tài chính, dẫn đến nguồn vốn đầu tư NSNN cho y tế cũng giảm sút so với giai đoạn trước. Do vậy, vốn đầu tư từ NSNN giai đoạn tới sẽ chỉ tập trung cho xây dựng hệ thống kết cấu hạ tầng, những nơi vùng sâu, vùng xa nơi khó thu hút các nhà đầu tư tư nhân, còn lại Nhà nước cần đẩy mạnh việc thu hút nguồn vốn đầu tư tư nhân thông qua các hình thức mới, trong đó có PPP.

- *Thứ ba*, cuộc cách mạng công nghiệp 4.0 đang tác động đến toàn thế giới và trong đó có Việt Nam. Điều này dẫn tới những thay đổi trong khái niệm đổi

mới công nghệ, trang thiết bị sản xuất, ứng dụng những công nghệ mới trong khám, chữa bệnh, ví dụ xuất hiện robot cao cấp. Ngày nay, các robot đang được sử dụng nhiều hơn ở tất cả các lĩnh vực từ nông nghiệp chính xác cho đến chăm sóc người bệnh. Sự phát triển nhanh công nghệ robot làm cho sự hợp tác giữa các bác sỹ và máy móc sớm trở thành hiện thực. Trong lĩnh vực sinh học, trong những năm gần đây, nhờ có ứng dụng công nghệ nên đã giúp trong việc giảm chi phí và dễ dàng hơn trong việc giải trình bộ gen và mới đây là việc kích hoạt hay chỉnh sửa gen. Tiếp theo là sự phát triển của sinh học tổng hợp. Công nghệ này sẽ giúp chúng ta có khả năng tùy biến cơ thể bằng cách sửa lại DNA. Sự phát triển hơn nữa của sinh học tổng hợp sẽ không chỉ tác động sâu và ngay lập tức đến y học trong công tác khám, chữa bệnh cho người dân.

- *Thứ tư*, Việt Nam đang đứng trước thách thức của việc già hóa dân số trong thời gian tới. Theo dự báo đến năm 2030, tỷ trọng người cao tuổi Việt Nam chiếm 18% và năm 2050 là 26% [41]. Số người cao tuổi tăng nhanh đang đặt ra những thách thức lớn cho công tác chăm sóc sức khỏe và hệ thống an sinh xã hội của nước ta.

Tất cả những yếu tố trên đang tạo một sức ép lên hệ thống y tế Việt Nam. Tuy nhiên, bên cạnh những khó khăn, thách thức ở trên, việc đẩy mạnh thu hút đầu tư từ khu vực tư nhân cho y tế cũng có một số điểm thuận lợi, đó là:

-*Thứ nhất*, khung khổ pháp lý về đầu tư công nói chung và đầu tư cho y tế đã tương đối hoàn thiện. Trước đây, hoạt động đầu tư công hiện đang bị chi phối cùng lúc bởi ba luật chính là Luật Ngân sách, Luật Xây dựng và Luật Đầu tư, gây khó khăn cho hoạt động đầu tư và quản lý. Tuy nhiên, Luật Đầu tư công đã được ban hành và có hiệu lực, điều chỉnh toàn bộ quy trình đầu tư công, từ xây dựng dự án, nghiên cứu khả thi, phê duyệt, thực hiện và thanh quyết toán, đưa vào sử dụng, quản lý sau khi đầu tư sẽ tạo điều kiện cho việc thực hiện quá trình thu hút vốn đầu tư cho y tế.

-Thứ hai, Nhà nước vẫn dành những ưu tiên nhất định về đầu tư cho y tế. Tuy đứng trước những khó khăn về kinh tế vĩ mô và bối cảnh tái cơ cấu đầu tư chung, việc tái cơ cấu ngành y tế không có nghĩa là cắt giảm đầu tư công cho y tế mà cần phải tăng nguồn vốn đầu tư cho y tế, và sắp xếp, phân bổ lại các nguồn vốn đầu tư công để hợp lý và hiệu quả hơn. Sự đầu tư này càng được tăng cường và có trọng điểm hơn trong bối cảnh cả nước đang thực hiện đạt chuẩn nông thôn mới về y tế, giáo dục, văn hóa ở các xã, các thôn bản. Định hướng và chủ trương của Nhà nước là tiếp tục đầu tư vào y tế ở các địa phương và đầu tư cho y tế cơ sở và không giảm chi từ NSNN cho y tế, mà là sự chuyển đổi từ chi trực tiếp cho đối tượng này chuyển sang các đối tượng khác.

Nghị quyết 93/NQ-CP của Chính phủ ban hành ngày 15/12/2014 cho phép Bộ Y tế tiến hành vận động nguồn tài trợ, đầu tư cho các bệnh viện, cơ sở y tế có nhu cầu xây dựng mới, mở rộng quy mô hoạt động, nâng cấp trang thiết bị. Đây sẽ là một kênh quan trọng hỗ trợ các cơ sở y tế, bệnh viện trong nước vay vốn để đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, góp phần thực hiện tốt công tác chăm sóc, bảo vệ nâng cao sức khỏe nhân dân trong bối cảnh nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế ngày càng tăng như hiện nay.

-Thứ ba, cơ hội hợp tác đầu tư PPP vào y tế. Nhằm khuyến khích khu vực kinh tế tư nhân phát triển, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 63/2018/NĐ-CP về đầu tư theo hình thức đối tác công tư. Với nhiều điểm mới, Nghị định 63/NĐ-CP đã mở rộng cánh cửa thu hút vốn đầu tư của khu vực ngoài nhà nước, tạo ra môi trường đầu tư thuận lợi và minh bạch hơn cho nhà đầu tư trong quá trình thực hiện dự án PPP. Đặc biệt, việc thu hút đầu tư theo hình thức PPP được mở rộng đối với các dự án thuộc lĩnh vực đang thực hiện chủ trương XHH đầu tư. Hơn nữa, Chính phủ đang chỉ đạo Bộ Kế hoạch và Đầu tư và các Bộ ngành xây dựng Luật PPP nhằm hoàn thiện hơn nữa khung khổ thể chế, tạo điều kiện thuận lợi thúc đẩy hình thức PPP trong thu hút đầu tư, trong đó có lĩnh vực y tế.

Tại Việt Nam, y tế là một trong những lĩnh vực vô cùng tiềm năng để triển khai PPP. Trong điều kiện nguồn vốn từ NSNN hạn chế, giải pháp huy động các nguồn lực xã hội vào việc đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, thông qua các dự

án PPP đang được kỳ vọng sẽ mang lại những giải pháp bền vững, dài hạn để cải thiện chất lượng dịch vụ y tế ở nước ta. Ngoài các hình thức PPP truyền thống, một số loại hình PPP có tiềm năng phát triển trong y tế như:

+ Hợp đồng chăm sóc sức khỏe ban đầu: Hiện tại, Bộ Y tế đang xây dựng đề án bác sỹ gia đình. Với hình thức này, cơ chế hợp đồng giữa cơ quan nhà nước và các bác sỹ tư nhân sẽ được ký kết nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho một nhóm dân cư trong cộng đồng dưới hình thức bác sỹ gia đình.

+ Mở rộng việc ký kết các hợp đồng cung cấp dịch vụ y tế có BHYT vì sự tham gia của cá nhân còn rất thấp (chưa đầy 10% tổng số thẻ BHYT đăng ký dịch vụ). Điều này nhằm làm giảm gánh nặng và quá tải của các cơ sở y tế công lập. Bên cạnh đó, cần xây dựng bảo hiểm y tế thương mại và cộng đồng để tăng khả năng tiếp cận cho một số nhóm người dễ bị tổn thương trong cộng đồng hoặc vùng sâu, vùng xa.

4.1.2. Các căn cứ định hướng thúc đẩy PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

Nhận thức được tầm quan trọng của y tế trong công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân, Đảng và Nhà nước ta đã ban hành nhiều định hướng, cơ chế chính sách phát triển hệ thống y tế nói chung, trong đó có nhấn mạnh vai trò của PPP trong cung ứng dịch vụ y tế. Gần đây, ngày 25/10/2017, Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương khóa XII của Đảng đã ban hành Nghị quyết số 20 - NQ/TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã đưa ra một số giải pháp phát triển hệ thống y tế với các mục tiêu cụ thể năm 2025 và 2030 như ở Bảng 4.1

Để đạt được mục tiêu này, Nghị quyết đã đưa ra 8 nhóm giải pháp, trong đó có các giải pháp phát triển hệ thống y tế công và tư như:

- Phát triển đồng bộ, tạo môi trường bình đẳng cả về hỗ trợ, chuyển giao chuyên môn kỹ thuật giữa các cơ sở khám, chữa bệnh công và tư.
- Tăng cường đầu tư và đẩy mạnh quá trình cơ cấu lại ngân sách nhà nước trong lĩnh vực y tế để có nguồn lực triển khai toàn diện công tác bảo vệ, chăm

sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, nhất là đối với các đối tượng chính sách, vùng đồng bào dân tộc thiểu số, vùng miền núi, biên giới, hải đảo.

- Đẩy mạnh XHH, huy động các nguồn lực phát triển hệ thống y tế. Đa dạng hoá các hình thức hợp tác công - tư, bảo đảm minh bạch, công khai, cạnh tranh bình đẳng, không phân biệt công - tư trong cung cấp dịch vụ y tế. Khuyến khích các tổ chức, cá nhân đầu tư xây dựng cơ sở y tế (kể cả trong chăm sóc sức khỏe ban đầu), tập trung vào cung cấp dịch vụ cao cấp, theo yêu cầu. Các cơ sở y tế, cơ sở chăm sóc người cao tuổi hoạt động không vì lợi nhuận được miễn, giảm thuế theo quy định của pháp luật.

Bảng 4.1: Một số mục tiêu phát triển ngành y tế

Mục tiêu	2015	2025	2030
Tỉ lệ tham gia BHYT	76,5	95% dân số	> 95% dân số
Tỉ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế	40%	35%	30%
Tỷ lệ giường bệnh/1 vạn dân	26,5 giường bệnh	30 giường bệnh	32 giường bệnh
Tỷ lệ giường bệnh tư nhân/1 vạn dân	1,3%/tổng giường bệnh	10%/tổng giường bệnh	15%/tổng giường bệnh
Tỷ lệ bác sĩ/1 vạn dân	8	10	11
Tỷ lệ dược sĩ đại học/vạn dân	2,4	2,8	3
Tỷ lệ điều dưỡng viên/vạn dân	Na	25	33
Tỷ lệ hài lòng của người dân với dịch vụ y tế	Na	>80%	>90%

Chú ý: Na là không có thông tin.

Nguồn: [21].

Cùng với các căn cứ, định hướng phát triển ngành y tế trên, nhiều các văn bản liên quan đến phát triển hệ thống y tế đang được triển khai thực hiện. Cụ thể như: Chiến lược Quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai

đoạn 2011 – 2020, tầm nhìn 2030 (Quyết định 122/QĐ-TTg ngày 10/1/2013 của Thủ tướng Chính phủ) đã đưa ra mục tiêu cụ thể: “ *Nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng ở tất cả các tuyến; giảm tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trên. Phát triển y tế phổ cập, bác sỹ gia đình, đẩy mạnh chăm sóc sức khỏe ban đầu, bao phủ y tế toàn dân kết hợp với phát triển y tế chuyên sâu. Phát triển y tế ngoài công lập, tăng cường phối hợp công - tư*”. Đây là định hướng rất quan trọng để thúc đẩy hình thức PPP trong thời gian tới.

Ngoài ra, Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới theo Quyết định 2348/QĐ-TTg ngày 5/12/2016 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Theo mục tiêu của Đề án thì “ *Đến năm 2020: ít nhất 90% số trạm y tế xã có đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thực hiện được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến xã; 95% trung tâm y tế huyện thực hiện được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến huyện...*”. Việc ban hành và thực hiện Đề án sẽ góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu của người dân ở tuyến cơ sở, giảm quá tải cho bệnh viện tuyến trên.

Trên đây sẽ là cơ sở pháp lý quan trọng để thu hút nguồn vốn đầu tư ngoài nhà nước cho hệ thống y tế, thông qua PPP nhằm thích ứng với bối cảnh phát triển trong tình hình mới.

4.2. Quan điểm phát triển và một số giải pháp thúc đẩy hình thức hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế

4.2.1. Quan điểm phát triển

- *Quan điểm 1: Sự tham gia của khu vực tư nhân trong cung ứng dịch vụ y tế là xu hướng tất yếu của các quốc gia, trong đó có Việt Nam.* So với các nước phát triển, hình thức PPP còn khá mới mẻ ở Việt Nam, đặc biệt trong lĩnh vực dịch vụ y tế. Do vậy việc nhận thức đúng vai trò của tư nhân tham gia cung ứng dịch vụ y tế, dưới hình thức PPP là cơ sở để huy động có hiệu quả các nguồn lực và phát huy năng lực của toàn xã hội tham gia cùng với Nhà nước vào sự nghiệp phát triển y tế

nhằm đáp ứng tốt hơn mục tiêu công bằng, hiệu quả và phù hợp với nhu cầu ngày càng cao của các tầng lớp nhân dân trong khám, chữa bệnh. Sự tham gia của khu vực tư nhân vào cung ứng dịch vụ y tế không phải là chuyển giao trách nhiệm của Nhà nước cho xã hội hay tư nhân hóa y tế, mà là quá trình mở rộng sự tham gia của các đối tác xã hội với nhiều phương thức và hình thức linh hoạt để chia sẻ trách nhiệm xã hội cùng với Nhà nước trong việc quản lý và tổ chức cung ứng dịch vụ y tế hướng vào mục tiêu phát triển con người và phát triển bền vững đất nước.

- *Quan điểm 2: Đẩy mạnh và áp dụng các hình thức PPP vào lĩnh vực y tế.*

Hợp tác nhà nước - tư nhân là một trong những hướng đi quan trọng nhằm thu hút các nguồn vốn của khu vực tư nhân, bằng cách chuyển giao cho khu vực tư nhân các dự án đầu tư mà trước đây thường do khu vực công cấp vốn hoặc thực hiện. Các hình thức PPP chủ yếu dựa trên tính hiệu quả tương đối phụ thuộc vào khả năng cạnh tranh của dự án, đặc biệt là trong lĩnh vực hạ tầng xã hội là lĩnh vực có khả năng thu hồi vốn chậm nhất. Do vậy, Nhà nước cần có cơ chế để cân bằng lợi ích của nhà đầu tư, đồng thời cũng phải đảm bảo hài hòa lợi ích của xã hội và người sử dụng dịch vụ. Với hình thức PPP, Nhà nước sẽ thiết lập các tiêu chuẩn về cung cấp dịch vụ và tư nhân được khuyến khích cung cấp bằng cơ chế thanh toán theo chất lượng dịch vụ. Đây là hình thức hợp tác sẽ mang lại lợi ích cho cả nhà nước và người dân vì tận dụng được nguồn lực tài chính và quản lý từ tư nhân, trong khi vẫn đảm bảo các lợi ích cho người dân.

Để các dự án PPP trong y tế có hiệu quả, Nhà nước có thể cho phép nhà đầu tư đẩy nhanh quá trình hoàn vốn, vận hành theo cơ chế thị trường có sự kiểm soát của Nhà nước, chấp nhận tăng giá dịch vụ y tế một cách hợp lý đối với các dịch vụ ngoài gói khám dịch vụ cơ bản. Hiện tại, giá thanh toán BHYT chưa tính đủ các chi phí, trong khi đó các cơ sở y tế ngoài nhà nước phải tính đủ chi phí nên người có thể BHYT nếu vào các cơ sở này thì phải nộp phần chênh lệch, đây cũng là một trong những nguyên nhân chưa khuyến khích người dân đến bệnh viện ngoài công lập và hệ thống các cơ sở y tế ngoài công lập chưa phát triển.

Đối với người yếu thế, Nhà nước không bao cấp trong khám, chữa bệnh mà mua thẻ BHYT cho các đối tượng mà Nhà nước cần đảm bảo, nhưng phải nâng mức hỗ trợ và nâng mệnh giá thẻ BHYT để thẻ BHYT cho người nghèo, đối tượng chính sách,.. cũng bảo đảm chi trả chi phí khám, chữa bệnh theo giá tính đủ chi phí.

- *Quan điểm 3:* Phát triển PPP trong lĩnh vực y tế cần đặt trong quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống cung ứng dịch vụ y tế trên cả nước nhằm phát huy tốt nhất vai trò của loại hình này và đạt được các mục tiêu phát triển của hệ thống. Cùng với việc huy động nguồn vốn đầu tư qua hình thức PPP cho y tế, vai trò của nguồn vốn đầu tư nhà nước cũng cần phải đổi mới, phải ưu tiên để đầu tư cho các khu vực mà tư nhân không hoặc ít đầu tư, đó là y tế cơ sở, y tế vùng khó khăn để phổ cập dịch vụ y tế cho người dân. Đầu tư cho y tế cần nguồn vốn lớn, thời gian thu hồi vốn lâu, nên tại các vùng, các lĩnh vực y tế chưa thu hút các nhà đầu tư thì nguồn vốn đầu tư nhà nước phải đóng vai trò là “vốn mồi”, thực hiện kết hợp công tư để thu hút các nhà đầu tư. Theo đó, nguồn vốn đầu tư nhà nước có thể được sử dụng để hỗ trợ giải phóng mặt bằng, cơ sở hạ tầng, tạo hấp dẫn các nhà đầu tư khu vực tư nhân tham gia đầu tư phát triển.

- *Quan điểm 4:* Bình đẳng trong đối xử giữa các cơ sở y tế của nhà nước và ngoài nhà nước, trong đó có các cơ sở PPP. Trong nền kinh tế thị trường theo hướng chuyển dần vai trò "Nhà nước trực tiếp cung ứng dịch vụ công" sang vai trò "Nhà nước đảm bảo sao cho dịch vụ công được cung ứng". Trong điều kiện hiện nay, Nhà nước không nhất thiết phải trực tiếp tham gia cung ứng dịch vụ y tế mà cần tập trung vào việc tạo khuôn khổ luật pháp và ban hành chính sách sao cho dịch vụ y tế được cung cấp đầy đủ và chất lượng cho người sử dụng. Các cơ sở không phân biệt nguồn gốc sở hữu muốn được tham gia cung ứng và hưởng các chính sách ưu đãi của Nhà nước phải đấu thầu cung ứng dịch vụ. Thực hiện cơ chế này nhằm tạo môi trường cạnh tranh để các cơ sở y tế công buộc phải tự cải tiến tổ chức, quản lý của mình, phải nâng cao chất lượng dịch vụ và hiệu quả hoạt động để có thể tồn tại trong cơ chế mới.

- *Quan điểm 5: Công tác giám sát chất lượng dịch vụ y tế cần được coi là một nhiệm vụ trọng tâm của quản lý nhà nước về phát triển hệ thống y tế nhằm đảm bảo phát huy tối đa vai trò tích cực của PPP trong cung ứng dịch vụ y tế.* Hiện nay, hoạt động của các cơ sở y tế tư nhân, cơ sở XHH và cả nhà nước, thường chưa được giám sát, kiểm tra ở mức cần thiết. Các cơ sở này ít phải chịu trách nhiệm trước những hậu quả của việc lạm thu xét nghiệm hay là cung cấp dịch vụ kém chất lượng gây ra, kể cả khi các hậu quả đó mang tính nghiêm trọng đối với các cá nhân và hộ gia đình. Do vậy, việc hoàn thiện khung pháp lý về kiểm tra, giám sát và đánh giá các cơ sở y tế là một trong những lĩnh vực ưu tiên của các cơ quan quản lý Nhà nước hiện nay.

4.2.2. Một số giải pháp thúc đẩy hợp tác công – tư trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam đến năm 2030

4.2.2.1. Hoàn thiện khung khổ pháp lý chung về PPP

Hợp tác công - tư có vị trí quan trọng trong cơ chế huy động tài chính từ đất để đầu tư cho cơ sở hạ tầng y tế. Trên thực tế, tài chính liên quan đến đất đai có thể được coi là cơ hội lớn nhất để thực hiện PPP trong lĩnh vực đầu tư vào cơ sở hạ tầng xã hội. Trong lịch sử, hình thức nhà nước giao đất để khuyến khích các doanh nghiệp tư nhân đầu tư hạ tầng đã được thực hiện từ rất lâu. Gần đây hình thức này mới triển khai trong lĩnh vực y tế với trường hợp điển hình là đầu tư đổi đất lấy hạ tầng của trường đại học y công cộng [46].

Ngoài hình thức đầu tư phát triển hạ tầng, các hình thức hợp tác PPP trong y tế khác cũng cần phải khuyến khích phát triển, đó là:

- *Thứ nhất*, hợp đồng kinh tế, cơ quan nhà nước đầu tư tài chính, ký với cơ sở tư nhân các hợp đồng dịch vụ các dịch vụ y tế và không phải y tế, hợp đồng quản lý, hợp đồng xây dựng, duy tu bảo dưỡng, trang thiết bị, thuê nhà đất và các hợp đồng kết hợp khác để đáp ứng, nâng cao hiệu quả các lĩnh vực quan tâm. Một trong những hình thức này mà một số nước tiên tiến đang áp dụng đó là hình thức lãnh đạo công, quản trị tư trong các cơ sở y tế theo nguyên tắc quản trị

doanh nghiệp trong quản trị bệnh viện công nhằm phát huy tính năng động trong quản trị và điều hành (Hội đồng quản lý, thuê giám đốc điều hành...).

- *Thứ hai*, đối với việc cho tư nhân thuê lại các cơ sở y tế công lập dựa trên hợp đồng thỏa thuận giữa các cơ quan công và các đối tác tư nhân để cung cấp dịch vụ nhằm mục tiêu giảm chi tiêu từ NSNN, hoạt động của các cơ sở công lập sẽ hiệu quả hơn nhờ được quản lý tốt hơn, chất lượng dịch vụ được cải thiện và nâng cao do thúc đẩy chuyển giao kỹ thuật. Với hình thức này, cơ quan nhà nước cho đối tác tư nhân thuê tài sản/tiện ích/cơ sở hạ tầng sẵn có thuộc sở hữu của cơ quan nhà nước, để thực hiện khai thác, vận hành, và cung cấp các dịch vụ công.

Theo thỏa thuận cho thuê, đối tác tư nhân phải thanh toán tiền thuê cho cơ quan nhà nước một khoản cố định, không phụ thuộc vào khả năng thu phí từ người sử dụng. Và do đó, đối tác tư nhân chịu hoàn toàn rủi ro kinh doanh. Đặc điểm của hình thức cho thuê:

+ Đối tác tư nhân được nhượng quyền chịu trách nhiệm cung cấp toàn bộ dịch vụ trong một khu vực cụ thể, bao gồm việc điều hành, bảo dưỡng, thu phí và quản lý hệ thống, đồng thời đảm bảo thực hiện các nghĩa vụ liên quan đến chất lượng và tiêu chuẩn của dịch vụ. Ngược lại, khu vực nhà nước chịu trách nhiệm thiết lập các tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ và tiêu chuẩn hoạt động, đồng thời đảm bảo lựa chọn đối tác tư nhân (thông qua đấu thầu) được nhượng quyền đáp ứng được các tiêu chuẩn hoạt động đó. Đặc điểm quan trọng của hình thức này là vai trò của khu vực nhà nước đã chuyển từ người cung cấp dịch vụ sang người điều tiết, quản lý giá và chất lượng dịch vụ.

+ Các tài sản/cơ sở hạ tầng vẫn thuộc quyền sở hữu của nhà nước.

+ Chính phủ chịu trách nhiệm đầu tư để hình thành tài sản và do đó chịu rủi ro đầu tư. Các rủi ro hoạt động được chuyển giao cho các đối tác tư nhân.

+ Các nhà đầu tư tư nhân được nhượng quyền không nhận được khoản phí cố định từ cơ quan quản lý nhà nước mà là các khoản phí thu được từ người sử

dụng. Theo đó, lợi nhuận của khu vực tư nhân phụ thuộc vào doanh thu từ việc cung cấp dịch vụ và chi phí vận hành, bảo trì.

Vì thế, hình thức này sẽ khuyến khích các nhà khai thác nâng cao hiệu quả hoạt động nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ đồng thời giảm chi phí để có lợi nhuận cao hơn.

- *Thứ ba*, tư nhân bỏ vốn xây dựng bệnh viện, sở hữu bệnh viện và cho Nhà nước thuê bệnh viện đã xây. Nhà nước quản lý, điều hành bệnh viện và trả chậm chi phí đầu tư cho tư nhân.

- *Thứ tư*, tư nhân hóa, Nhà nước có thể bán bệnh viện cho tư nhân với điều kiện tư nhân phải phục vụ bệnh nhân theo hợp đồng ký với Nhà nước.

Do mỗi hình thức PPP có những đặc điểm và yêu cầu khác nhau, nên Nhà nước cần phải hoàn thiện khung pháp lý đối với các loại hình PPP để có cơ sở triển khai trong thực tiễn [52].

4.2.2.2. Hoàn thiện khung luật pháp và chính sách về y tế

Nhà nước cần tiếp tục hoàn thiện khung pháp lý thống nhất, đồng bộ cho việc phát triển thị trường dịch vụ y tế nói chung và việc áp dụng cơ chế PPP nói riêng, trong đó đặc biệt chú ý lĩnh vực dịch vụ khám chữa bệnh. Khung luật pháp về cung ứng dịch vụ y tế của Nhà nước cần chú trọng không chỉ đối với quyền và lợi ích của hai bên là Nhà nước và khu vực tư nhân, vì rằng mục đích cuối cùng của các dịch vụ này là thỏa mãn nhu cầu của người dân. Vì vậy, quyền và lợi ích của người tiêu dùng dịch vụ y tế cần được đặt biệt chú ý trong quá trình hoạch định chính sách, xây dựng pháp luật. Người tiêu dùng dịch vụ phải được cung cấp thông tin đầy đủ, được trao quyền, trước hết là trong việc lựa chọn người cung cấp dịch vụ cho mình, trong việc nắm bắt các thông tin về giá cả và chất lượng dịch vụ mà họ có thể được cung cấp.

Kết quả phân tích ở các phần trên đã cho thấy, một trong những khó khăn lớn nhất mà người tiêu dùng dịch vụ y tế thường phải đối mặt sự “bất đối xứng” về thông tin (information asymmetry), khi bên cung cấp dịch vụ biết hầu hết

các thông tin liên quan đến dịch vụ mà họ cung cấp, thì bên sử dụng dịch vụ chẳng thể biết được gì. Vì vậy, để người tiêu dùng dịch vụ có thể thực hiện quyền lựa chọn người cung cấp dịch vụ cho họ, Nhà nước phải là người giữ vai trò bảo đảm tính minh bạch của các thông tin cơ bản liên quan đến hoạt động cung cấp các dịch vụ này. Kinh nghiệm của một số nước tiên tiến như Singapore đã cho thấy việc công khai hoá các thông tin về giá cả và một số quy trình điều trị đã giúp làm giảm đáng kể giá các dịch vụ này [73]. Bộ Y tế có thể sử dụng trang Website hoặc các phương tiện khác để công khai hoá các thông tin, dữ liệu về số lượng, chất lượng, độ an toàn và các hệ quả của nhiều dịch vụ y tế đang được cung cấp. Điều này, nếu được thực hiện tốt, sẽ một mặt giúp nâng cao quyền của người sử dụng dịch vụ, mặt khác tạo sức ép đối với bên cung cấp dịch vụ nhằm cải tiến chất lượng phục vụ, nâng cao trách nhiệm xã hội của họ.

Bên cạnh đó, các cơ quan quản lý nhà nước cũng cần phải hoàn thiện các tiêu chuẩn trong khám, điều trị và kiểm định chất lượng dịch vụ y tế như:

- + Xây dựng và ban hành các hướng dẫn điều trị chuẩn, các quy trình chuyên môn để các bệnh viện thực hiện.

- + Xây dựng và ban hành các quy định về kiểm chuẩn, kiểm định chất lượng, phải có đơn vị kiểm định chất lượng dịch vụ độc lập; xây dựng và ban hành quy chế về việc công nhận kết quả chiếu, chụp, xét nghiệm lẫn nhau trong một số loại dịch vụ.

4.2.2.3. Xác định rõ vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế

Cần xác định rõ rằng Nhà nước luôn là người chịu trách nhiệm toàn bộ và cuối cùng về cả số lượng và chất lượng các dịch vụ y tế được cung ứng. Các lĩnh vực dịch vụ y tế mà Nhà nước nhất thiết phải đảm nhiệm bao gồm các dịch vụ mang tính “hàng hoá công thuần túy” như chăm sóc sức khoẻ ban đầu, y tế dự phòng và tuyên truyền giáo dục về phòng và chống dịch bệnh. Đồng thời, Nhà nước còn có trách nhiệm đảm bảo cho người nghèo được tiếp cận các dịch vụ y tế; tạo lập các cơ chế ưu tiên ngân sách cho các tuyến xã và cơ chế ưu tiên theo

vùng địa lý [50]. Trên cơ sở xác định lại vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế, Nhà nước xây dựng quy hoạch mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế, trong đó lĩnh vực/địa bàn nào thì phát triển y tế công, còn lại các lĩnh vực/địa bàn khác thì huy động tư nhân tham gia các dự án PPP.

Trong điều kiện của Việt Nam, nơi có đến trên 70% dân số sống ở các vùng nông thôn, với các điều kiện sống và tiêu chuẩn vệ sinh thấp, nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm như lao phổi, sốt rét, hoặc lây nhiễm HIV-AIDs là rất lớn, Nhà nước (chính quyền các địa phương) cần sớm xem xét, áp dụng PPP như một công cụ khuyến khích hữu hiệu nhằm tăng cường sự hợp tác của khu vực tư nhân vào việc phòng và chống các bệnh này. Các dịch vụ y tế cụ thể như thực hiện các chương trình tập huấn cộng đồng, chẩn đoán, chữa những bệnh thông thường, có thể được thực hiện thông qua việc hợp tác với các đơn vị tư nhân, thông qua cơ chế “nhượng quyền”.

Đặc biệt, Nhà nước phải chịu trách nhiệm toàn bộ đối với các dịch vụ y tế tối thiểu (các dịch vụ mà không có nó, sức khỏe cộng đồng sẽ bị ảnh hưởng tiêu cực). Đối với các dịch vụ lâm sàng và cận lâm sàng, các chương trình PPP phải được thiết kế sao cho loại bỏ càng nhiều càng tốt các động cơ vì lợi nhuận của khu vực tư nhân. Kinh nghiệm quốc tế và thực tiễn đã cho thấy, biện pháp hữu hiệu nhất để đạt được mục tiêu này là việc đảm bảo để tiền lương hoặc thu nhập của các cán bộ y tế ở mức thích đáng, nhưng không phụ thuộc vào mức lợi nhuận thu được từ các dịch vụ y tế mà họ đang cung ứng.

Tuy nhiên, để các cơ sở thực hành y tế như các bệnh viện (tuyến trung ương, tỉnh, huyện) có thể nâng cao năng lực cạnh tranh với nhau và với khu vực tư nhân, để tăng hiệu quả sử dụng NSNN đối với các cơ sở y tế, Nhà nước có thể và cần thu hút khu vực tư nhân tham gia đầu tư và cung ứng dịch vụ, đặc biệt đối với một số loại dịch vụ không liên quan trực tiếp đến các nghiệp vụ y tế, hoặc các lĩnh vực dịch vụ mà khu vực tư nhân có thể mạnh như cung ứng dược phẩm, khám và chữa một số bệnh thông thường.

Với những kinh nghiệm quốc tế tích cực có được, việc thu hút sự hợp tác của khu vực tư nhân với Nhà nước trong việc cung ứng dịch vụ hạ tầng y tế cũng là vấn đề cần sớm được xem xét, nhằm giảm bớt tình trạng thiếu cơ sở hạ tầng vật chất và quá tải tại các bệnh viện, cơ sở khám chữa bệnh như hiện nay. Các kinh nghiệm của Anh trong quá trình áp dụng sáng kiến PFI trong lĩnh vực y tế có thể là các ví dụ tốt. Đặc biệt, cần nghiên cứu kỹ các cơ chế đã được sử dụng để thu hút khu vực tư nhân vào cung ứng và duy tu bảo dưỡng các dự án cơ sở hạ tầng lớn cho các trung tâm y tế của Nhà nước.

4.2.2.4. Cải cách cơ chế tài chính trong hệ thống y tế

Trong thời gian tới việc cải cách cơ chế tài chính tập trung vào những điểm chính sau:

- Thay đổi cách tính phí dịch vụ theo hướng tính đủ và tính đúng chi phí theo tinh thần của Nghị quyết 46 của Trung ương và Nghị định 85 và Nghị định 15 (phương pháp tính sẽ thảo luận ở phần sau).

- Nghiên cứu và đổi mới chính sách BHYT cho đồng bộ với thay đổi về cách tính phí dịch vụ khám, chữa bệnh có thể được coi là những bước đi đầu tiên trong việc cải các cơ chế tài chính trong cung ứng dịch vụ y tế. Các kinh nghiệm của nước ngoài về BHYT cần được nghiên cứu kỹ để áp dụng vào Việt Nam, sao cho thu hút tốt hơn sự tham gia tích cực của khu vực tư nhân vào việc cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh cho những người có thẻ BHYT. Bảo hiểm y tế cần được thực hiện với nhiều mệnh giá khác nhau để người dân lựa chọn tùy theo tuổi tác, tình trạng sức khỏe và khả năng chi trả.

- Đối với các cơ sở y tế cần thực hiện cơ chế đặt hàng giao nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công cho cả bệnh viện công và tư và phương pháp phân bổ ngân sách thực hiện theo kết quả đầu ra, theo hoạt động.

- Thực hiện việc cấp ngân sách cho đối tượng thụ hưởng thông qua mua và hỗ trợ mua thẻ BHYT và việc thanh toán bảo hiểm y tế theo định suất, theo trường hợp bệnh để hạn chế việc lạm dụng thuốc, dịch vụ.

4.2.2.5. Các giải pháp tăng cường thanh tra, kiểm tra trong hệ thống y tế

Để cơ chế PPP có thể phát huy tác dụng, trong các dự án PPP, cần sớm tạo lập cơ chế đồng giám sát và đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, trong đó cần khai thác triệt để vai trò và sức mạnh của người sử dụng dịch vụ, các tổ chức xã hội, hiệp hội chuyên ngành, tổ chức dân sự. Muốn vậy, cần xây dựng các tiêu chí đánh giá hoạt động của các cơ sở y tế, đặc biệt là các chỉ tiêu hiệu quả (hiệu quả tài chính, kết quả và chất lượng hoạt động), đánh giá chất lượng khám chữa bệnh để thực hiện thống nhất. Do vậy, việc hoàn thiện khung pháp lý về kiểm tra, giám sát và đánh giá các cơ sở khám, chữa bệnh là một trong những lĩnh vực ưu tiên của các cơ quan quản lý Nhà nước hiện nay. Nội dung kiểm tra, giám sát và đánh giá nên tập trung vào những lĩnh vực chính sau: (i) Việc tuân thủ các điều kiện, tiêu chuẩn, định mức trong hoạt động cung ứng dịch vụ; và (ii) Chất lượng dịch vụ; thời gian cung ứng dịch vụ; và giá dịch vụ.

Để thực hiện nhiệm vụ này, các cơ quan quản lý chuyên ngành cần phải xây dựng và ban hành các tiêu chuẩn, tiêu chí để làm căn cứ kiểm tra, giám sát hoạt động của các cơ sở y tế có hiệu quả, cụ thể: i) Ban hành và hướng dẫn áp dụng các quy chuẩn chuyên môn, trình tự, thủ tục, định mức kinh tế - kỹ thuật trong việc tổ chức hoạt động cung ứng dịch vụ; ii) Ban hành các hệ thống tiêu chuẩn chất lượng sản phẩm dịch vụ; kiểm tra, giám sát và đánh giá sự phù hợp về chất lượng sản phẩm dịch vụ do các cơ sở y tế thực hiện; iii) Quy định về tiêu chuẩn đánh giá chất lượng, quy trình kiểm định chất lượng đối với hoạt động cung ứng dịch vụ với những tiêu chí rõ ràng. Việc thực hiện đánh giá các cơ sở cần phải được tiến hành một cách khách quan, công khai, áp dụng ngay việc đánh giá của người sử dụng dịch vụ như là một trong những thước đo về chất lượng và số lượng dịch vụ mà các cơ sở cung ứng.

Để tiến hành đánh giá khách quan, theo kinh nghiệm quốc tế việc công nhận chất lượng cho các cơ sở y tế không nhất thiết phải do các cơ quan quản lý Nhà nước thực hiện vì các cơ quan quản lý Nhà nước chỉ quy định và quản lý

việc cấp giấy phép đảm bảo các cơ sở hoạt động theo như đã đăng ký với các điều kiện tiêu chuẩn nhất định còn các tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ khác nên để cho các cơ quan, tổ chức trong nước và nước ngoài thực hiện. Tuy nhiên, việc cho phép các tổ chức tư nhân và tổ chức nước ngoài tham gia vào công nhận chất lượng với các cơ sở Việt Nam thì các cơ quan quản lý Nhà nước cần xây dựng các tiêu chí, tiêu chuẩn công nhận và công bố danh mục các tổ chức công nhận chất lượng được chấp thuận ở Việt Nam.

4.2.2.6. Hoàn thiện chính sách ưu đãi cho nhà đầu tư

Chính sách hỗ trợ của Chính phủ phải mang tính khả thi, đủ sức hấp dẫn nhà đầu tư, đa dạng dưới nhiều hình thức, như hỗ trợ về: vốn đầu tư (vốn góp ban đầu hay còn gọi là vốn môi); chi phí vận hành (phí duy tu, bảo dưỡng, thu phí...); có các chính sách ưu đãi về thuế phù hợp để tăng tính hấp dẫn cho dự án; bảo lãnh các khoản vay, bảo lãnh doanh thu tối thiểu, tỷ giá...; cam kết bù đắp những tổn thất khi rủi ro bất khả kháng xảy ra để bảo vệ nhà đầu tư (thông qua các hình thức như cho phép kéo dài thời gian nhượng quyền hoặc bù đắp chi phí bằng tiền mặt hoặc các hỗ trợ khác).

4.2.2.7. Đổi mới cơ chế hoạt động và quản trị các cơ sở y tế công

Để các cơ sở y tế công là chủ thể cung ứng dịch vụ y tế cho xã hội, đảm bảo an toàn và chất lượng, nhà nước cần đổi mới phương pháp quản trị như mô hình doanh nghiệp, theo hướng:

- Bệnh viện công tự chịu trách nhiệm trong hoạt động chuyên môn y tế theo quy chế, quy chuẩn do cơ quan quản lý nhà nước ban hành.

- Hoạt động quản lý điều hành, vận hành: Tổ chức bộ máy, nhân sự, tài chính: nhà nước không can thiệp, giao cho bệnh viện thông qua Hội đồng quản lý quyết định và chịu trách nhiệm về: quản lý tài sản nhà nước giao, quy mô, số khoa phòng, nhân sự, tuyển dụng, phân công khám, chữa bệnh, đấu thầu, mua sắm thuốc, vật tư, đầu tư, liên doanh, liên kết, hợp tác đầu tư, chi trả thu nhập...

- Xây dựng cơ chế yêu cầu quản lý đầu vào đầu ra minh bạch, công khai các khoản thu, chi, thu nhập (doanh nghiệp yêu cầu công khai những gì thì các bệnh viện, cơ sở y tế công khai những nội dung đó).

4.2.2.8. Nâng cao tinh thần trách nhiệm đội ngũ nhân viên y tế

Nhân lực y tế là nhân tố quyết định hiệu quả hoạt động mạng lưới khám, chữa bệnh. Để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cũng như hài lòng người bệnh, vấn đề cơ bản nhất là đề cao tinh thần trách nhiệm, động lực công tác và đạo đức nghề nghiệp của đội ngũ nhân viên y tế. Cùng với đổi mới cơ chế tài chính và đổi mới cơ chế hoạt động của bệnh viện nêu trên, thì cần phải đổi mới cơ chế đãi ngộ thỏa đáng cho nhân viên y tế và tạo động lực làm việc của cán bộ y tế. Động lực làm việc được tạo ra bởi nhiều yếu tố, như giá trị xã hội của người thầy thuốc, đạo đức nghề nghiệp, sự trả công, môi trường làm việc, sự hỗ trợ của hệ thống y tế... Vì vậy, cùng với chế độ đãi ngộ thỏa đáng, cần tạo điều kiện làm việc thuận lợi và đề cao hơn nữa những giá trị tinh thần và đạo đức của người thầy thuốc.

4.2.2.9. Nâng cao nhận thức để đẩy mạnh xã hội hóa dịch vụ y tế

Cần tuyên truyền để giúp người dân thận thức đúng bản chất và mục tiêu XHH dịch vụ y tế, trong đó có hình thức PPP trong nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Về bản chất, việc huy động tham gia của tư nhân trong lĩnh vực y tế không làm giảm vai trò của nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế mà là huy động nhiều nguồn lực hơn đầu tư cho y tế nhằm đáp ứng các nhu cầu cơ bản cho người dân. Đồng thời, Nhà nước cần phải giải tỏa tâm lý, phân biệt của người dân giữa cơ sở công và cơ sở tư bằng các văn bản pháp luật, bằng thông tin tuyên truyền qua báo chí, truyền thông;

4.3. Định hướng xây dựng hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế

Như đã trình bày, hiện tại có khá nhiều hình thức PPP trong y tế, mặc dù vậy không có một hình thức hay khuôn mẫu nào thành công để làm bài học cho Việt Nam. Tuy nhiên, để xác định một hình thức PPP thành công và phù hợp với

định hướng dịch vụ y tế công là dịch vụ xã hội đặc biệt, không vì mục tiêu lợi nhuận (Quyết định 122/QĐ-TTg), luận án đề xuất xây dựng hình thức PPP hoạt động theo mô hình doanh nghiệp xã hội (DNXH) để phát triển trong thời gian tới. Đối với hình thức này, do cơ chế hoạt động hiện nay của các bệnh viện công lập là không vì mục tiêu lợi nhuận nên đề xuất việc cổ phần hóa các bệnh viện này theo hướng sang hoạt động theo mô hình doanh nghiệp hoạt động theo cơ chế DNXH sẽ giúp cho tổ chức hoạt động hiệu quả hơn và vẫn giữ được mục tiêu không vì lợi nhuận [51]. Tuy nhiên, quá trình chuyển đổi cần phải giải quyết những vấn đề sau:

+ Về hình thức chuyển đổi: giống như quá trình cổ phần hóa doanh nghiệp nhà nước (DNNN), Nhà nước tiến hành (i) giữ nguyên vốn nhà nước hiện có tại các bệnh viện công lập, phát hành thêm cổ phiếu để tăng vốn điều lệ; (ii) bán một phần vốn nhà nước hiện có; (iii) kết hợp cả 2 phương thức trên. Tuy nhiên, trong mọi trường hợp Nhà nước vẫn giữ vốn tối thiểu bằng 51% vốn điều lệ để đảm bảo định hướng 51% lợi nhuận sau này của bệnh viện để tái cơ cấu đầu tư và phục vụ cộng đồng như quy định của DNXH.

+ Nhà nước duy trì vai trò trong cơ cấu quản lý như thế nào? Trong Ban quản lý/quản trị của DNXH:

Nội dung quyền đại diện chủ sở hữu đối với các bệnh viện không hoàn toàn giống với quyền đại diện chủ sở hữu đối với doanh nghiệp. Đối với DNNN, quyền đại diện chủ sở hữu nhà nước của bộ máy chính quyền chủ yếu là ở những nội dung có liên quan đến việc bảo toàn và phát triển vốn và tài sản nhà nước tại doanh nghiệp, còn đối với các bệnh viện công thì chủ yếu được thể hiện ở những nội dung có liên quan đến số lượng, chất lượng và hiệu quả sử dụng nguồn lực trong cung ứng dịch vụ y tế cho người dân; đồng thời phải quy định những tiêu chuẩn, định mức, giá, phí dịch vụ và mức hỗ trợ ngân sách để đảm bảo cho cơ sở có đủ nguồn tài chính cần thiết để thực hiện tốt nhiệm vụ cung ứng dịch vụ y tế.

+ Về cơ chế hoạt động: Sau khi chuyển đổi thành doanh nghiệp, các cơ sở này hoạt động theo quy định của Luật Doanh nghiệp, các Luật chuyên ngành (Luật Bảo hiểm y tế, Luật Khám bệnh và chữa bệnh...) và các quy định của pháp luật hiện hành. Các bệnh viện sau khi chuyển đổi sẽ hoạt động tự chủ hoàn toàn và cung cấp các loại dịch vụ y tế như trước khi chuyển đổi nhưng được quyền tự chủ hoàn toàn việc quyết định thu giá dịch vụ khám, chữa bệnh (đối với các danh mục dịch vụ mà nhà nước không khống chế mức giá trần-giá dịch vụ công không thuần túy) và kế thừa các quyền và nghĩa vụ trước khi cổ phần hóa.

+ Lợi nhuận: DNXH thành lập Quỹ phát triển từ nguồn lợi nhuận (ít nhất 51% lợi nhuận thu được của doanh nghiệp) để tái đầu tư và phục vụ các hoạt động xã hội (hỗ trợ trẻ em, người yếu thế...); 49% lợi nhuận còn lại để phân phối lại cho các nhà đầu tư liên doanh, liên kết, kể cả phân phối lại cho nhà nước (dựa trên tỷ lệ vốn góp hạch toán phần tài sản và đất đai của Nhà nước đã đầu tư vào doanh nghiệp hoặc cho thuê ưu đãi).

+ Về tài sản và đất đai: Trên cơ sở đất đai hiện có, Nhà nước tiếp tục giao tài sản cho các DNXH sử dụng như là phần vốn góp của Nhà nước. Đối với đất đai, Nhà nước giao DNXH dưới dạng hợp đồng thuê đất với giá ưu đãi hoặc được miễn tiền thuê. Thời gian, thuê đất phù hợp với thời gian đăng ký hoạt động của tổ chức. Các DNXH được quyền sử dụng đất đai để liên doanh, liên kết trong thời hạn Nhà nước cho thuê.

+ Về cơ chế xác định giá dịch vụ khám, chữa bệnh:

* Hiện tại, nguồn thu của các bệnh viện công lập bao gồm:

- Thu từ phí dịch vụ cung ứng theo chức năng, nhiệm vụ được cấp chứng nhận;
- Thu từ NSNN cấp hỗ trợ đảm bảo dịch vụ được cung ứng. Mức độ ngân sách cấp bao nhiêu lại tùy thuộc vào tính chất “thuần công hay bán công” của dịch vụ. Chẳng hạn, đối với các dịch vụ y tế cơ bản, Nhà nước sẽ phải chi trả toàn bộ chi phí tính đủ nếu như tổ chức đó không có nguồn thu nào khác;

- Thu từ NSNN nhằm thực hiện chính sách xã hội như miễn giảm viện phí, khám chữa bệnh theo các chương trình mục tiêu quốc gia v.v. Đây là nguồn thu khác với thu thường xuyên.
- Thu đóng góp của cá nhân, tổ chức, nhà tài trợ cho tổ chức để cung ứng các dịch vụ phi lợi nhuận.
- Thu phí dịch vụ cung ứng theo yêu cầu.

Trên thực tế, hầu hết các bệnh viện ở nước ta đều có nguồn thu nêu ở trên. Vấn đề ở đây là phương thức quản lý Nhà nước đối với loại nguồn thu này chưa rõ ràng, minh bạch xét về người đóng góp lẫn sử dụng. Chẳng hạn, nhiều bệnh viện nhận được viện trợ chính thức không hoàn lại. Tuy nhiên, việc hạch toán nguồn vốn này như thế nào vào cơ cấu thu và chi cũng như trong xác định mức phí dịch vụ lại chưa được rõ ràng và minh bạch. Đây là một vấn đề quan trọng, liên quan trực tiếp đến tài chính của các bệnh viện công lập, đòi hỏi phải nghiên cứu để qui định rõ ràng trong tương lai.

* Đối với các khoản chi phí của bệnh viện, bao gồm:

- Chi phí trực tiếp, chi phí gián tiếp: khấu hao tài sản cố định, tiền lương, tiền công, chi phí thuê đất đai, chi phí nguyên nhiên vật liệu, chi phí quản lý
- Những vấn đề kinh tế khác như giá trị thị trường (thương hiệu, chất lượng,...) cũng phải được đưa vào trong một số dịch vụ nhất định.

Trên cơ sở nguồn thu hàng năm, các cơ sở y tế cuối năm sẽ phải hạch toán và tính toán chi phí dịch vụ cho mỗi đơn vị sản phẩm cung ứng.

Để sử dụng nguồn lực hiệu quả thì cần xác định rõ đầu vào, đầu ra. Do đó, cần áp dụng phương pháp hình thành giá cả của doanh nghiệp vào các bệnh viện. Sự khác biệt ở đây là các bệnh viện này chỉ cần hạch toán đầy đủ chi phí để lên giá thành cho một đơn vị sản phẩm dịch vụ cung ứng, chứ không tính lãi từ thu phí dịch vụ. Theo nguyên tắc tài chính của doanh nghiệp thì giá của đơn vị sản phẩm cần phản ánh toàn bộ chi phí bỏ ra để sản xuất ra hàng hóa đó. Như vậy, đối với các cơ sở công lập, mặc dù do Nhà nước thành lập cũng vẫn phải đưa cả

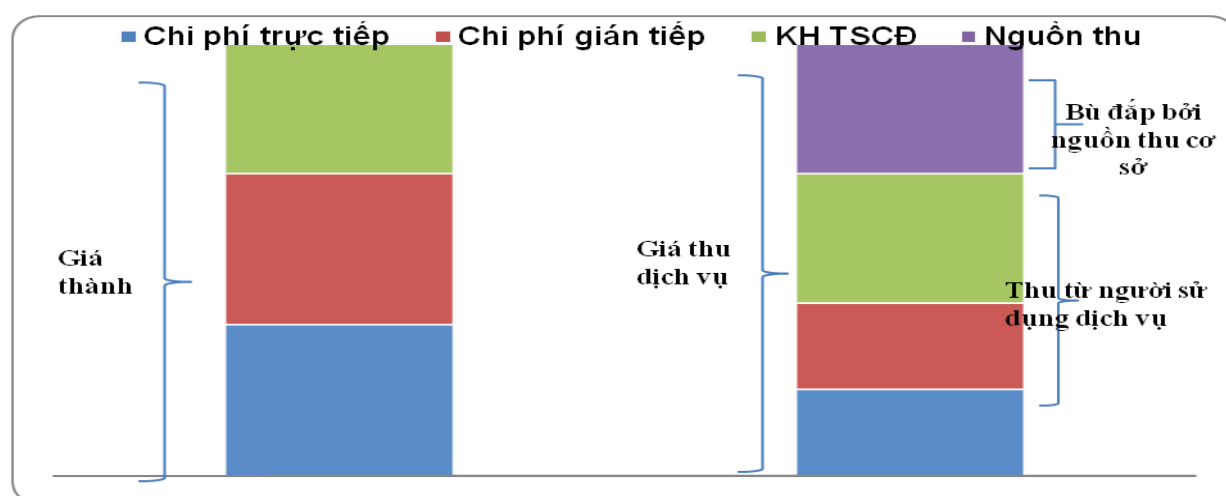
chi phí đất đai, khấu hao tài sản cố định, toàn bộ chi phí liên quan đến giảng dạy, chi phí con người, chi phí bảo dưỡng, quản lý phí v.v. vào giá thành sản phẩm dịch vụ.

* Xây dựng và qui định nguyên tắc xác định mức thu:

Về nguyên tắc, việc xác định mức giá cần dựa vào bản chất mục tiêu không vì lợi nhuận của bệnh viện công lập. Theo đó, mức thu từ người sử dụng cho một loại dịch vụ sẽ thấp hơn mức giá tính đúng, tính đủ chi phí của dịch vụ đó. Việc xác định mức giá cụ thể là bao nhiêu chủ yếu phụ thuộc vào:

- Loại dịch vụ mà bệnh viện công cung cấp cho xã hội. Tương ứng với tính chất hàng hóa công thuần túy hay không thuần túy của loại dịch vụ đó, Nhà nước sẽ qui định các mức ngân sách tài trợ. Như vậy, Nhà nước cấp ngân sách cho bệnh viện cung ứng dịch vụ trước hết dựa vào loại dịch vụ công do bệnh viện cung ứng, không dựa vào chủ thể hay ai cung cấp.
- Nguồn thu từ đóng góp của cá nhân, tổ chức và nhà tài trợ cho hoạt động phi lợi nhuận và khả năng có được nguồn thu từ dịch vụ theo yêu cầu.

Với cách tiếp cận xác định mức giá đã nêu, Nhà nước sẽ phải chịu trách nhiệm tài trợ toàn bộ chi phí sản xuất và cung ứng dịch vụ y tế cơ bản (hàng hóa công thuần túy) như phòng chống dịch bệnh, khám chữa bệnh cho trẻ em v.v.



Nguồn: Tác giả đề xuất.

Hình 4.1: Cơ cấu giá thành và giá dịch vụ y tế

Đối với các dịch vụ công không thuần túy, Nhà nước có thể quy định tỷ lệ bù đắp chi phí lấy từ nguồn ngân sách cho các cơ sở, bệnh viện v.v. Để xác định tỷ lệ cấp ngân sách nhằm bù đắp chi phí, Nhà nước ít nhất cần dựa vào giá dịch vụ tính đầy đủ chi phí của tất cả các cơ sở công lập, ví dụ lấy giá trị trung bình cho cùng một loại dịch vụ và phân loại theo vị trí địa lý, mức sống theo tỉnh. Như vậy, theo cách tiếp cận này, mức giá thu từ người sử dụng dịch vụ sẽ thấp hơn hoặc bằng giá thành dịch vụ y tế và phụ thuộc vào NSNN hỗ trợ cũng như nguồn thu của bệnh viện (Hình 4.1).

Trên thực tế, việc xác định giá trị hỗ trợ cụ thể là rất khó. Do đó, có thể xây dựng một khung tỷ lệ tài trợ từ NSNN cho một loại dịch vụ công và tỷ lệ đó giảm dần khi tính chất thuần công giảm đi, ví dụ:

- Nhà nước tài trợ từ 80%-100% giá dịch vụ đã tính đủ chi phí đối với loại hình y tế cơ bản. Tỷ lệ tài trợ dưới 100% áp dụng cho các bệnh viện có nguồn thu ngoài ngân sách, như huy động đóng góp từ bên ngoài, được nhận viện trợ không hoàn lại hoặc tài trợ của tổ chức phi chính phủ v.v.

- Nhà nước tài trợ từ 50%-dưới 80% giá dịch vụ đã tính đủ chi phí đối với các dịch vụ y tế có tính chất hàng hóa bán công, nhưng Nhà nước muốn người dân tiêu dùng, ví dụ bác sĩ một số ngành không có tính thương mại cao v.v.

Việc xác định ngân sách tài trợ cho cung ứng dịch vụ y tế cần được tiến hành đồng bộ với kế hoạch ngân sách chi cho y tế để giới hạn trong phạm vi Nhà nước có thể đáp ứng và theo lộ trình tăng thu ngân sách cho các lĩnh vực này.

4.4. Kiến nghị điều kiện thực hiện PPP trong y tế

- *Về mặt luật pháp*: Trong dài hạn, việc xây dựng một đạo luật về PPP là cần thiết nhằm luật hóa các quy định đã được áp dụng ổn định và khả thi về PPP, nhưng quan trọng hơn là đạo luật về PPP cho phép quy định những cơ chế đặc thù chỉ áp dụng cho dự án PPP, mà chưa được nêu hoặc quy định thông thường tại Luật Đầu tư, Luật Đấu thầu, Luật Xây dựng...Luật về PPP sẽ là cơ sở bảo đảm cho quyền và lợi ích của nhà đầu tư được bảo đảm cao nhất, qua đó khuyến

khích nhà đầu tư tham gia vào lĩnh vực yêu cầu vốn đầu tư lớn và nhiều rủi ro tiềm ẩn, chưa được chia sẻ rõ ràng. Trong ngắn hạn, việc xây dựng các văn bản hướng dẫn Nghị định 63/2018/NĐ-CP như quy định cụ thể hơn về cơ chế phối hợp giữa các cơ quan Nhà nước có thẩm quyền trong việc thực hiện, quản lý, giám sát...dự án PPP. Đồng thời phải có các chế tài xử lý cho những trường hợp không làm hết trách nhiệm hoặc vi phạm các quy định trong quá trình thực hiện.

- *Về năng lực các cơ quan quản lý Nhà nước về PPP.* Kinh nghiệm quốc tế cho thấy ở hầu hết các nước đều thành lập đơn vị quản lý PPP chuyên biệt để giám sát việc xây dựng hợp đồng và quy trình tổ chức đấu thầu. Do vậy, ở Việt Nam về lâu dài cần có một cơ quan liên ngành chuyên trách có sự tham gia của từng bộ, ngành chuyên môn có liên quan để thực hiện vai trò điều phối, tham mưu về cơ chế chính sách cũng như kiến nghị các giải pháp có tính hiệu quả. Ví dụ, xem xét thành lập Ủy ban Giám sát các dự án PPP để đảm bảo các dự án được thực hiện theo đúng chuẩn của hình thức này, tránh những lãng phí, tiêu cực rất dễ xảy ra.

Bên cạnh đó, cần chú trọng đào tạo nhân lực tham gia và quản lý các dự án PPP. Nghiên cứu, tham khảo kinh nghiệm của các nước trong hoạch định cơ chế, chính sách và trong thực tế triển khai dự án PPP. Từ đó, thông qua hợp tác quốc tế để phối hợp đào tạo, huấn luyện, nâng cao năng lực cho cán bộ trực tiếp theo dõi, quản lý, xúc tiến các dự án PPP ở trung ương và địa phương.

- *Về cơ chế hỗ trợ tài chính:* thực hiện chế độ BHYT toàn dân nhằm tạo môi trường công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế cho mọi người dân. Thông qua chi trả từ quỹ BHYT, các cơ sở y tế có điều kiện tính đủ giá dịch vụ và thu đủ nhằm phục hồi chi phí đồng thời nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Người bệnh sẽ được quỹ BHYT trả thay hoặc tự trả từ tiền túi hoặc được nhà nước hỗ trợ một phần (đối tượng người nghèo, người yếu thế xã hội).

- *Về các chính sách ưu đãi:*

+ Ưu đãi thuế và mặt bằng: Nhà nước nên coi cơ sở y tế là một loại hình doanh nghiệp đặc biệt, từ đó có cơ chế chính sách riêng hỗ trợ đầu tư vào loại hình này như chính sách về vốn, đất đai, thuế... Để thu hút nhiều nhà đầu tư tư nhân, địa phương nên quy hoạch số lượng và địa điểm đầu tư xây dựng bệnh viện cả bệnh viện công và tư nhân, từ đó kêu gọi nhà đầu tư vào những địa điểm đã được quy hoạch với những chính sách ưu đãi như miễn tiền thuê đất, thuế doanh nghiệp có thời hạn.

+ Hỗ trợ phát triển nhân lực, hỗ trợ đào tạo nhân lực y tế tư nhân và quy định rõ ràng về các bác sĩ làm việc tại các cơ sở y tế tư nhân cả trong và ngoài giờ làm việc. Xây dựng cơ chế trao đổi nhân lực y tế giữa khu vực tư và công nhằm tận dụng và phát huy những điểm mạnh của cả hai khu vực.

+ Ưu đãi tín dụng: Tạo điều kiện thuận lợi cho các nhà đầu tư được vay vốn từ quỹ đầu tư phát triển hoặc thế chấp tài sản để mua sắm máy móc thiết bị y tế. Hỗ trợ tư nhân để có khoản tín dụng với mức lãi suất phù hợp (như trường hợp của Thành phố Hồ Chí Minh hỗ trợ các cơ sở y tế tư nhân vay vốn kích cầu từ ngân hàng phát triển), tăng thời hạn vay vốn và cho vay.

Cuối cùng, cần có đơn vị đánh giá chất lượng độc lập để công nhận các cơ sở y tế ngoài nhà nước có hiệu quả và chất lượng tốt để phổ biến và phát triển các loại hình cung ứng dịch vụ y tế ngoài nhà nước.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Hệ thống y tế Việt Nam đang trong quá trình đổi mới theo định hướng công bằng hiệu quả và phát triển trong một nền kinh tế thị trường. Trong đó, đầu tư cho y tế nói riêng là một cấu phần quan trọng của hệ thống y tế với chức năng đảm bảo đủ nguồn lực cho hệ thống y tế vận hành. Vì vậy đổi mới vai trò của Nhà nước đầu tư cho y tế là một yêu cầu tất yếu nhằm làm cho hệ thống y tế vận hành năng động hơn, hiệu quả hơn. Nói một cách khác việc đổi mới vai trò của Nhà nước trong đầu tư cho y tế là huy động được nhiều nguồn lực hơn, sử dụng nguồn lực đó hiệu quả hơn và làm cho người dân được hưởng lợi nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng hơn. Từ nhận thức đó, luận án đã sử dụng cách tiếp cận đa chiều, gồm 2 khung lý thuyết: (i) vai trò của các bên trong cung ứng dịch vụ y tế; và (ii) lý thuyết về hợp tác PPP trong lĩnh vực y tế nhằm xem xét liệu với hình thức cung cấp dịch vụ y tế mới có thể huy động được nhiều nguồn lực hơn cho dịch vụ y tế hay không? Khung lý thuyết được vận dụng để phân tích thực trạng và đề xuất quan điểm, giải pháp thúc đẩy hợp tác PPP trong cung ứng dịch vụ y tế với các kết quả chủ yếu như sau:

1. Luận án hệ thống hóa được khái niệm PPP trong y tế, khung lý luận các hình thức PPP cung ứng dịch vụ y tế hiện nay và vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế.

2. Luận án nghiên cứu, phân tích và so sánh kinh nghiệm quốc tế về PPP trong y tế và đã rút ra được 6 bài học kinh nghiệm cho Việt Nam, trong đó có một số bài học quan trọng, đó là: dịch vụ y tế ở mọi nước thì Nhà nước đều có nghĩa vụ đảm bảo cung ứng dịch vụ y tế cho mọi người dân. Tuy nhiên, việc đảm bảo cung ứng dịch vụ y tế cho xã hội, nhưng không có nghĩa là Nhà nước phải đứng ra trực tiếp cung ứng dịch vụ này mà có thể ủy quyền, hay hợp tác với tư nhân trong cung cấp dịch vụ y tế (gọi là PPP). PPP là hình thức tốt kết hợp sự tham gia của tư nhân với nhà nước để tận dụng lợi thế, năng lực của từng bên. Nhận thức được tiềm năng phát triển PPP, nhiều nước trên thế giới đáp ứng

hình thức này trong cung ứng dịch vụ y tế. Đối với Việt Nam, trong bối cảnh nhu cầu thu hút đầu tư vào lĩnh vực y tế lớn hơn nhiều so với khả năng đáp ứng của nguồn lực hiện tại, áp dụng hình thức PPP được coi là một trong những giải pháp cần được chú trọng.

3. Luận án đã phân tích được thực trạng chính sách và các hình thức PPP trong y tế. Rõ ràng nhận thấy quan điểm và định hướng phát triển hệ thống y tế của Nhà nước đối với ngành y tế đã thay đổi, từ một hình thức hoàn toàn do cơ sở y tế công lập cung cấp các dịch vụ y tế sang hình thức hỗn hợp có sự tham gia khu vực ngoài nhà nước. Mặc dù Đảng và Nhà nước đã có nhiều chủ trương, chính sách huy động các nguồn vốn ngoài NSNN đầu tư y tế trong thời gian vừa qua, nhưng các kết quả thực hiện còn khiêm tốn. Do vậy, việc huy động và đề xuất các hình thức mới nhằm mở rộng khả năng thu hút nguồn vốn đầu tư, cũng như đáp ứng được nhu cầu chăm sóc người dân ngày càng cao đang là một trong những yêu cầu cấp bách hiện nay.

Hiện tại, mặc dù các quy định pháp lý về PPP mới chỉ xuất hiện trong vài năm gần đây, nhưng những đặc điểm, đặc trưng của hình thức này đã xuất hiện và tồn tại trong hệ thống y tế Việt Nam kể từ khi Nhà nước ban hành các cơ chế tự chủ cho các cơ sở y tế công lập. Trên cơ sở phân tích định tính và định lượng, luận án đã chứng minh được rằng các hình thức PPP trong cung ứng dịch vụ y tế đã mang lại lợi ích cho các bên, đặc biệt mang lại thỏa mãn phần nào cho người bệnh, và qua đó làm tăng phúc lợi cho cộng đồng. Tuy nhiên, bên cạnh mặt tích cực, các hình thức PPP cũng có những mặt gây tác động tiêu cực cho người bệnh. Nguyên nhân một phần cũng là do các quy định pháp luật hiện tại chưa bao quát hết được các hình thức hợp tác này.

4. Luận án đã đề xuất một số quan điểm, giải pháp và đề xuất hình thức PPP nhằm thúc đẩy hình thức này trong lĩnh vực y tế, đồng thời có thể phát huy được các điểm mạnh và hạn chế của các hình thức PPP trong lĩnh vực y tế. Bên cạnh các giải pháp huy động các nguồn lực của tư tham gia cung ứng dịch vụ y tế dưới hình thức PPP, Nhà nước cũng cần phải thực hiện các cải cách toàn diện

khác như cơ chế phân bổ ngân sách và cơ chế tự chủ cho các cơ sở y tế, giá dịch vụ y tế,cũng như các chính sách hỗ trợ, ưu đãi, tạo điều kiện cho các tổ chức, cá nhân, tham gia cung ứng dịch vụ y tế. Ngoài ra, các chính sách khuyến khích và quản lý của Nhà nước cần có phải xác định rõ ràng, minh bạch, có tính khả thi cũng như phải đầy đủ quyền hạn và trách nhiệm của các cơ quan quản lý đối với hình thức PPP. Trên cơ sở có sự minh bạch về quyền hạn và trách nhiệm của các bên tham gia PPP thì việc giám sát có thể được thực hiện không chỉ bởi các cơ quan quản lý mà cả của người dân và các tổ chức xã hội.

Tóm lại, cùng với quá trình đổi mới cơ chế theo hướng kinh tế thị trường và hiện đại, đổi mới vai trò của Nhà nước trong cung ứng dịch vụ y tế cũng cần phải chuyển đổi theo hướng hiệu quả và nâng cao trách nhiệm của các chủ thể khác tham gia cung ứng dịch vụ y tế đến tay người dân. Một trong những hình thức huy động sự tham gia đó là hình thức PPP. Với kết quả đạt được của luận án, thì đây có thể là tài liệu tham khảo hữu ích cho: các cơ quan quản lý, nhà hoạch định chính sách, các cơ quan nghiên cứu, tư vấn chính sách,...

Hạn chế của luận án và hướng nghiên cứu tiếp sau luận án: Luận án mới chỉ tập trung phân tích các hình thức PPP trong lĩnh vực khám, chữa bệnh, trong khi đó còn có rất nhiều các hình thức PPP trong y tế khác cũng cần phải được xem xét, đó là: dịch vụ y tế dự phòng, dịch vụ y tế cộng đồng... Ngoài ra, luận án cũng mới tập trung đánh giá ở khía cạnh PPP mang lại lợi ích cho người dân mà chưa đánh giá các khía cạnh khác như bền vững tài chính cho nhà đầu tư. Đây là những vấn đề cần được tiếp tục nghiên cứu trong thời gian tới. Bên cạnh đó, do quy mô mẫu còn hạn chế, luận án mới chỉ tập trung điều tra ở một số đối tượng ở thành phố lớn (Hà Nội) mà chưa điều tra, phỏng vấn các đối tượng ở các thành phố khác và ở vùng nông thôn. Do đó cần có nghiên cứu sâu, mở rộng đối tượng nghiên cứu để thấy được tính đa dạng từ lợi ích và sự quan tâm của các đối tượng khác nhau.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN TỚI LUẬN ÁN

1. **Ngô Minh Tuấn** (2009), “Vai trò của các tổ chức không vì mục tiêu lợi nhuận trong cung ứng dịch vụ sự nghiệp công tại Việt Nam”, *Tạp chí Quản lý kinh tế* (26), tr.66 - 75.
2. **Ngô Minh Tuấn** và **Bế Thu Trang** (2015) “Đầu tư công trong y tế: Thực trạng và giải pháp”, *Tạp chí Quản lý kinh tế* (72), tr.3 - 11.
3. **Ngô Minh Tuấn** (2015) “Vai trò của Nhà nước trong đầu tư phát triển hệ thống y tế”, *Tạp chí Quản lý kinh tế* (73), tr.14 - 24.
4. **Ngô Minh Tuấn** (2016) “Doanh nghiệp xã hội ở Việt Nam”, *Tạp chí Kinh tế* (7), tr.53 - 55.
5. **Ngô Minh Tuấn** (2016) “Cải cách khu vực sự nghiệp công: chuyển đổi một số đơn vị sự nghiệp công lập trong lĩnh vực giáo dục – đào tạo và y tế sang mô hình hoạt động doanh nghiệp xã hội”, Bài viết trong sách: *Đổi mới sáng tạo dịch vụ công và chi tiêu công vì sự phát triển bền vững ở Việt Nam*, NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội, tr.87 – 117.
6. **Ngô Minh Tuấn** (2018) “Đầu tư công trong y tế: Thực trạng và giải pháp”, *Tạp chí Kinh tế* (32), tr.43 – 52.
7. **Ngô Minh Tuấn** (2018) “Thực trạng các hình thức hợp tác công – tư trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam”, *Tạp chí Quản lý kinh tế* (88), tr.62 - 72.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Nguyễn Quang A (2008), *Xã hội hóa có nghĩa là gì và không có nghĩa là gì*, Hội thảo IDS ngày 21-3-2008.
2. Đặng Đức Anh, Nguyễn Thị Lan Hương và Đặng Đức Đạm (2017), *Tác động của tài chính y tế đến hài lòng người bệnh và chi tiêu hộ gia đình ở Việt Nam*, Báo cáo phân tích (Sáng kiến Việt Nam).
3. Trần Ngọc Anh và các cộng sự (2018), *Chỉ số hài lòng người bệnh*, Báo cáo chính sách, Tổ chức Oxfam và Bộ Ngoại giao Phần Lan tài trợ.
4. Lê Xuân Bá (2005), *Cơ sở khoa học và thực tiễn đổi mới cơ chế tổ chức và quản lý của các tổ chức sự nghiệp công ở Việt Nam*, Đề tài cấp Bộ 2005.
5. Trịnh Hòa Bình và các cộng sự (2003), *Bài toán công bằng và hiệu quả trong các bệnh viện tư ở Việt nam hiện nay*, Khóa họp lần thứ tư diễn đàn kinh tế tài chính Việt-Pháp, Thành phố Hồ Chí Minh.
6. Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2011), *Hoàn thiện khung pháp lý về hợp tác giữa nhà nước và tư nhân*. Đề tài cấp Bộ.
7. Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2015), *Kết quả 15 năm thực hiện các mục tiêu thiên niên kỷ của Việt Nam*, Báo cáo Quốc gia.
8. Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2016), *Tổng hợp kinh nghiệm quốc tế về xây dựng khuôn khổ chính sách đầu tư theo hình thức đối tác công – tư (PPP)*, Báo cáo trình Chính phủ.
9. Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2018), *Nâng cao chất lượng và hiệu quả hệ thống khám chữa bệnh từ trung ương đến địa phương trên cơ sở kết hợp hài hoà giữa phát triển y tế công lập và ngoài công lập*, Báo cáo Chuyên đề của Vụ Văn xã.
10. Bộ Y tế (2011), *Đánh giá thực trạng và đề xuất giải pháp nhằm tăng cường hình thức hợp tác PPP trong lĩnh vực y tế*, Báo cáo nghiên cứu.
11. Bộ Y tế (2015), *Niên giám thống kê y tế năm 2013*, NXB Y học, Hà Nội.

12. Bộ Y tế (2016), Báo cáo tình hình thực hiện chính sách khuyến khích xã hội hóa, Công văn số 5927/BYT-KH-TC ngày 2/8/2016.
13. Bộ Y tế (2017), *Báo cáo tổng kết 10 năm 2006 – 2016 việc thực hiện chủ trương, chính sách của Đảng về xã hội hóa dịch vụ y tế.*
14. Bộ Y tế (2017), *Niên giám thống kê y tế năm 2015*, NXB Y học, Hà Nội.
15. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2010), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010.*
16. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2011), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2011.*
17. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2016), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015.*
18. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2017), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016.*
19. Chính phủ (1999), *Nghị định 73/NĐ-CP ngày 19/8/1999 về chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hóa, thể thao.*
20. Đảng Cộng sản Việt Nam (Ban Chấp hành Trung ương khóa XII, 2017), *Nghị quyết số 20 -NQ/TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.*
21. Quỳnh Chi (2017), *Bảo hiểm xã hội Việt Nam đối thoại thẳng thắn với cơ sở y tế tư nhân*, <https://baomoi.com/bao-hiem-xa-hoi-viet-nam-doi-thoi-thang-than-voi-co-so-y-te-tu-nhan/c/22660395.epi>, truy cập ngày 12/12/2017.
22. Lê Quang Cường (2007), *Chăm sóc sức khỏe và thị trường y tế*, http://www.danangtimes.vn/Portals/0/Docs/412144755-CSSK_va_Thi_truong_Yte.pdf, truy cập ngày 10/5/2017.
23. Nguyễn Thị Kim Dung (2008), *Quan hệ đối tác giữa Nhà nước với khu vực tư nhân (PPP) trong cung cấp một số loại dịch vụ công cơ bản: Kinh*

- nghiệm, thông lệ quốc tế tốt và ý nghĩa ứng dụng cho Việt Nam*, Đề tài khoa học cấp Bộ, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, 2008.
24. Huỳnh Thị Thúy Giang (2012), *Hình thức hợp tác công - tư (Public private partnership) để phát triển cơ sở hạ tầng giao thông đường bộ Việt Nam*, Báo cáo nghiên cứu.
25. Trần Hậu và Đoàn Minh Huân (2012), *Phát triển dịch vụ xã hội ở nước ta đến năm 2020- Một số vấn đề lý luận và thực tiễn*, NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
26. Trần Duy Hưng (2016), *Chương trình đào tạo PPP trong lĩnh vực y tế*, Bài giảng trong khuôn khổ dự án Quỹ hỗ trợ kỹ thuật của EU cho ngành y tế, Đà Nẵng 1-3/12/2016.
27. Thanh Huyền (2015), *Rào cản y tế công, tư và cuộc 'chạy đua' chất lượng*, <http://vietnamnet.vn/vn/xa-hoi/261344/rao-can-y-te-cong--tu-va-cuoc--chay-dua--chat-luong.html>, truy cập ngày 30/9/2015.
28. Lê Nguyễn Đoan Khôi, Nguyễn Việt Thuý và Đỗ Hữu Nghị (2014), “*Mô hình mối quan hệ giữa chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân đối với dịch vụ y tế của các bệnh viện tuyến quận huyện tại thành phố Cần Thơ*”, *Tạp chí khoa học trường đại học Cần Thơ*, 33, tr. 94 – 101.
29. Nguyễn Thành Long (2012), “*Đo lường chất lượng dịch vụ tín dụng của các ngân hàng thương mại tại thành phố Long Xuyên*”, *Tạp chí Phát triển Kinh tế*, 259, tr.13-21.
30. Lê Chi Mai (2003), *Cải cách dịch vụ công ở Việt Nam*, NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
31. Hồ Bách Nhất (2015), “*Sự hài lòng của bệnh nhân nội trú đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện tại thành phố Long Xuyên*”, *Tạp chí khoa học trường Đại học An Giang*, 6, tr. 111 – 119.
32. Ngân hàng phát triển châu Á (2008), *Mối quan hệ đối tác Nhà nước – Tư nhân, Sổ tay hướng dẫn về PPP (bản dịch)*,

- <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/32253/ppp-handbook-vn.pdf>, truy cập ngày 30/4/2018.
33. Ngân hàng phát triển châu Á (2012), Kế hoạch hành động quan hệ đối tác công – tư (PPP) 2012 - 2020 (*bản dịch*), truy cập tại địa chỉ <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/149989/ppp-operational-plan-2012-2020-vi.pdf> truy cập ngày 30/4/2018.
34. Nguyễn Minh Phương (2012), *Đẩy mạnh xã hội hóa giáo dục, y tế ở Việt Nam*, NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
35. Phạm Lan Phương (2017), Đầu tư phát triển các cơ sở y tế theo hình thức đối tác công tư (PPP), Đề tài cấp Bộ năm 2016 của Bộ Kế hoạch và Đầu tư.
36. Quốc hội nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (khóa 12, 2009), Luật khám bệnh, chữa bệnh.
37. Nguyễn Huỳnh Thái Tâm và Nguyễn Thị Hiền (2010), “Các nhân tố tác động đến sự thỏa mãn của khách hàng đối với chất lượng phục vụ khám chữa bệnh phụ sản tại trung tâm y tế thành phố Nha Trang”, Tạp chí Y tế công cộng, 14 (14), tr. 43-48.
38. Trương Bảo Thanh (2018), *Chính sách cạnh tranh trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam*, NXB NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
39. Chu Văn Thành (2007), *Dịch vụ công: Đổi mới quản lý và tổ chức cung ứng ở Việt Nam hiện nay*, NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
40. Mai Thị Thu và các cộng sự (2013), *Phương thức đối tác công tư (PPP): Kinh nghiệm quốc tế và khuôn khổ thể chế tại Việt Nam*, NXB Tri thức, Hà Nội.
41. Mai Thùy (2017), *Già hóa dân số: Biến thách thức thành cơ hội để phát triển*, <http://giadinh.net.vn/dan-so/gia-hoa-dan-so-bien-thach-thuc-thanh-co-hoi-de-phat-trien-20170718082355522.htm>, truy cập ngày 12/12/2017.
42. Tổ chức y tế thế giới (2010), *Hướng dẫn phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng: Hợp phần y tế*,

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44405/9789243548050-health-vie.pdf;jsessionid=E0ACF36F8ECD672D40A7C3EC8BC3ECA4?sequence=277> , truy cập ngày 15/11/2018.

43. Tổng cục Thống kê (2016), *Báo cáo kết quả điều tra mức sống dân cư 2014*.
44. Tổng cục Thống kê (2018), *Báo cáo kết quả điều tra mức sống dân cư 2016*.
45. Tổng cục Thống kê (2019), *Niên giám thống kê hàng năm*, Truy cập tại địa chỉ <http://gso.gov.vn/Default.aspx?tabid=706&ItemID=13412>
46. Thu Trang (2015), *Văn Phú Invest đầu tư xây dựng trường đại học Y tế công cộng*, <http://baodautu.vn/van-phu-invest-dau-tu-xay-dung-truong-dai-hoc-y-te-cong-cong-d30442.html>, truy cập ngày 12/12/2017.
47. Võ Quốc Trường (2011), *Hợp tác công – tư trong lĩnh vực y tế: Nghiên cứu trường hợp Thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn thạc sỹ kinh tế. Trường đại học kinh tế thành phố Hồ Chí Minh.
48. Ngô Minh Tuấn (2008), *Cơ sở lý luận và thực tiễn của việc chuyển đổi một số đơn vị sự nghiệp công sang mô hình hoạt động không vì mục tiêu lợi nhuận trong lĩnh vực giáo dục- y tế ở Việt Nam*, Đề tài cấp Bộ 2008.
49. Ngô Minh Tuấn (2010), *Khung pháp lý đối với các tổ chức sự nghiệp ngoài công lập: Luận cứ, kinh nghiệm quốc tế và kiến nghị cho Việt Nam*, Đề tài cấp Bộ 2010.
50. Ngô Minh Tuấn (2015), *Một số định hướng tái cơ cấu đầu tư công trong dịch vụ y tế ở Việt Nam*, Đề tài cấp Bộ 2014.
51. Ngô Minh Tuấn (2016), *Cải cách khu vực sự nghiệp công: chuyển đổi một số đơn vị sự nghiệp công lập trong lĩnh vực giáo dục – đào tạo và y tế sang mô hình hoạt động doanh nghiệp xã hội*, Bài viết trong sách: *Đổi mới sáng tạo dịch vụ công và chỉ tiêu công vì sự phát triển bền vững ở Việt Nam*, NXB Chính trị Quốc gia (2016), Hà Nội.

52. Ngô Minh Tuấn (2018), “Thực trạng các hình thức hợp tác công – tư trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam”, *Tạp chí Quản lý kinh tế số 88 (05 + 06/2018)*, tr. 62 - 72.
53. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2017), *Báo cáo tình hình thực hiện giá dịch vụ y tế*. Báo cáo phục vụ cho Đoàn khảo sát của Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương.
54. Viện Chiến lược và chính sách y tế (2003), *Nghiên cứu thực trạng và xây dựng mô hình huy động xã hội thực hiện xã hội hoá y tế đảm bảo công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân*, Đề tài cấp nhà nước.
55. Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương (2006), *Vai trò của khu vực tư nhân và phân cấp quản lý trong lĩnh vực giáo dục và y tế*. Báo cáo khảo sát.
56. Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương (2008), *Thực trạng đầu tư của tư nhân trong lĩnh vực giáo dục và y tế*. Báo cáo khảo sát trong khuôn khổ dự án CIEM-GTZ.
57. Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương (2011), *Các hình thức đối tác công – tư trong dịch vụ công: kinh nghiệm quốc tế và hàm ý chính sách cho Việt Nam*. Báo cáo nghiên cứu.
58. Viện Nghiên cứu quản lý kinh tế Trung ương (2017), *Nghiên cứu hoàn thiện cơ chế, chính sách giá một số loại hình dịch vụ công có sự điều tiết của Nhà nước theo hướng tăng trưởng xanh góp phần phát triển bền vững và giảm nghèo ở Việt Nam*. Báo cáo nghiên cứu.

Tài liệu tiếng Anh

59. Andaleeb, S. S (1998), “Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals: a Managerial Model”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(6), tr. 181-187.
60. Babakus, E. & Mangold, G.W. (1992), “Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation”, *Health Service Research*, 26 (6), tr. 767- 786.

- 61.BGD Asia (2015), *Growing healthcare spending in Southeast Asia brings opportunity*, <http://www.bdg-asia.com/southeast-asias-growing-healthcare-market/>, truy cập ngày 20/10/2015
- 62.Cronin. J. J. & Taylor, S. A(1992), “Measuring Service Quality: a reexamination and extension”, *Journal of Marketing*, 56.
- 63.Cronin, J. J., & Taylor, S. A (1994), “SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performancebased and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality”, *Journal of Marketing*, 58(1), tr.125-131.
- 64.Dansky, K. & Miles, J (1997), “Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time”, *Hospital and Health Services Administration*, 42 (2), tr. 165-77.
- 65.European Commission (2013), *Health and Economic Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU*, Báo cáo đánh giá. Truy cập tại địa chỉ: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/ppp_finalreport_en.pdf
- 66.Ho Paul H.K. (2006), “Development of Public Private Partnership (PPPs) in China”, *Surveyors Times*,15 (10), the Hong Kong Institute of Surveyors.
- 67.Hu, H. Y., Lee, Y. C., & Yen, T. M (2009),*Service quality gaps analysis based on Fuzzy linguistic SERVQUAL with a case study in hospital out – patient services*”,*The TQM Journal*, 22(5), tr. 499-515.
- 68.Irina và Harald (2006), *Public – Private Partnerhips and Collaboration in the Health sector*, Báo cáo thảo luận.
- 69.Grönross, C. A (1984), “Service Quality Model and Its Marketing Implications, European”, *Journal of Marketing* 18 (4), tr. 36-44.
- 70.Klaus Felsinger và các cộng sự (2007), *Handbook of Public Private Partnership*, Sổ tay hướng dẫn cho các dự án ADB.

- 71.KPMG (2008), *The Emerging Role of PPP in Indian Healthcare Sector*. Báo cáo nghiên cứu.
- 72.La Rocque (2006), *Programme for PPP in the education sector*, tài liệu tham luận tại hội thảo do ADB tổ chức tại Manila, 6-9-2006.
- 73.Lim MK (2005), *Transforming Singapore health care: Public Private Partnership*, National University of Singapore. FARMS, FRCP (Edin), MPH (Harvard).
- 74.Mitchell, M. (2000), *An Overview of Public Private Partnerships in Health*, Havard School of Public Health, Báo cáo nghiên cứu.
- 75.Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L .L. (1988), “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”, *Journal of Retailing*, 64(1), tr.12-40.
- 76.Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985), “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, 49(4), tr. 41-50.
- 77.PwC (2010), *Build and Beyond: The revolution of health care PPPs*, Báo cáo nghiên cứu. Truy cập tại địa chỉ <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/build-and-beyond-revolution-of-healthcare-ppps-pwc>
- 78.PwC và UCSF (2018), *PPP in health care: Models, lessons and trends for the future*, Báo cáo nghiên cứu. Truy cập tại địa chỉ:<https://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/trends-for-the-future.html>
- 79.Stephen, Batts (2016), *Public private partnership initiatives in the sector of health care*, Bài trình bày trong khuôn khổ dự án Quỹ hỗ trợ kỹ thuật của EU cho ngành y tế, ngày 2/11/2016.
- 80.Spreng, R. A., MacKenzie, S. B., & Olshavsky, R. W (1996), “A Re examination of the Determinants of Consumer Satisfaction”, *Journal of Marketing*, 60, tr. 15-32.

81. Stiglitz, Joseph E. (2000), *Economics of Public Sector*, Third Edition, W.W.Norton & Company.
82. World Bank (2006), *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector- An Overview with Case Studies from Recent European Experience*, Báo cáo nghiên cứu. Truy cập tại địa chỉ: <http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/HNPDiscussionSeriesPPPPaper.pdf>
83. World Bank (2009), *The role and Impact of Public-Private Partnerships in Education*, Truy cập tại địa chỉ: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099079934475/547667-1135281523948/2065243-1239111225278/Role_Impact_PPP_Education.pdf
84. World Health Organization (2009), *Health financing strategy for Asian Pacific Region in 2010-2015*, Báo cáo nghiên cứu của Tổ chức y tế thế giới.
85. World Health Organization (2008), *Statistical Information System (WHOSIS)*. Hệ thống thông tin thống kê.
86. Zamil, A. M., Areiqat, A. Y., & Tailakh, W (2012), “The Impact of Health Service Quality on Patients’ Satisfaction over Private and Public Hospitals in Jordan: A Comparative Study”, *International Journal of Marketing Studies*, 4(1), tr.123-137.

Trang Website

- <http://muasamcong.vn/danh-muc-tin/detail/canada-dau-tu-theo-hinh-thuc-ppp-trong-y-te-dat-hieu-qua-cao-hon-dau-tu-cong-truyen-thong>
- <http://www.baomoi.com/benh-vien-nguyen-trai-mat-4-ti-sau-1-5-nam-lien-ket/c/18471473.epi>
- <http://www.baomoi.com/bao-hiem-xa-hoi-viet-nam-doi-thoai-thang-than-voi-co-so-y-te-tu-nhan/c/22660395.epi>

<http://baodauthau.vn/doanh-nghiep/benh-vien-da-khoa-dong-nai-giai-doan-2-dau-an-mo-hinh-xa-hoi-hoa-dau-tu-21695.html>

<http://vpcp.chinhphu.vn/Home/Thong-cao-bao-chi-Thu-tuong-chi-dao-hoi-nghi-toan-quoc-nganh-KHDT/20148/14200.vgp>.

Và các văn bản pháp quy, tài liệu, trang web liên quan khác.

PHỤ LỤC 1: PHIẾU ĐIỀU TRA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ

Ông/bà cho biết trong thời gian qua, ông/bà đã từng khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập, khu khám, chữa bệnh dịch vụ (cơ sở y tế công) và cơ sở y tế tư chưa? Nếu có tiếp tục phỏng vấn.

Phần I: Thông tin chung về người phỏng vấn

1. Họ tên người trả lời:.....

2. Điện thoại:

3. Nghề nghiệp (làm việc trong khu vực nào):

☐ Khu vực Nhà nước ☐ Khu vực tư nhân

☐ Nông dân ☐ Khác _____

4. Xin ông/bà cho biết mức thu nhập hàng tháng?

☐ < 5 triệu

☐ từ 5 – 10 triệu

☐ từ 10 – 20 triệu

☐ trên 20 triệu

Phần II: Tiếp cận dịch vụ y tế

3. Khi thành viên trong gia đình bị bệnh, ông/bà sử dụng thường sử dụng cơ sở y tế nào? (có thể lựa chọn nhiều hình thức)

☐ Bác sỹ tây y gần nhà

☐ Cơ sở y tế công địa phương (trạm xá xã, BV huyện)

☐ Phòng khám tư do BS bệnh viện công khám ☐ Bệnh viện tư nhân

☐ Khu khám tự nguyện tại Bệnh viện công

4. Nếu lựa chọn các cơ sở y tế công, Ông/bà chọn hình thức khám chữa bệnh:

☐ A. Tại các cơ sở y tế công lập với BHYT

☐ B. Khám dịch vụ tại cơ sở y tế công lập (xã hội hóa)

☐ C. Bệnh viện tư có sử dụng thẻ BHYT

☐ Khác (xin ghi rõ):

5. Xin ông/bà nêu lý do lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh:

☐ Gần nhà

- ☐ Chất lượng dịch vụ
- ☐ Giá dịch vụ
- ☐ Khác (xin ghi rõ):

Phần 3: Mức độ hài lòng chất lượng dịch vụ y tế

Lưu ý: cho điểm theo thang điểm từ 1 đến 5: , tương ứng với 1 - Rất không hài lòng, 2 - Không hài lòng, 3 - Bình thường, 4 - Hài lòng, và 5 - Rất hài lòng 6. Đánh giá của Ông/và về cơ sở hạ tầng và thiết bị y tế ở bệnh viện/cơ sở y tế?

Câu hỏi	BV công	Khu điều trị tự nguyện (XHH)	Bệnh viện tư
a. Khu vực điều trị được bố trí tiện nghi			
b. Máy móc, trang thiết bị, đồ dùng và phòng ốc của bệnh viện rất sạch sẽ và hiện đại			
c. Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt			
d. Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý			
e. Người bệnh được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp			
f. Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp			
g. Ông/bà có phải chờ lâu để làm các kết quả xét nghiệm lâm sàng?			

7. Đánh giá của Ông/và về độ tin cậy nhân viên y tế?

Câu hỏi	BV công	Khu điều trị tự nguyện (XHH)	Bệnh viện tư
a. Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị			
b. Đội ngũ y bác sỹ của bệnh viện làm cho ông/bà yên tâm			
c. Nhân viên y tế thực hiện khám bệnh 1 cách tỉ mỉ và toàn diện			
d. Nhân viên y tế tận tình giúp đỡ bệnh nhân thân thiện, không biểu hiện ban ơn			
e. Nhân viên y tế có quan tâm đến hoàn cảnh và tâm sinh lý của bệnh nhân			
f. Các kết quả chuẩn đoán của bệnh viện về tình hình sức khoẻ anh/chị rất chính xác (chuẩn đoán lâm sàng, chuẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, v.v...)			
g. Ông/bà có phải chờ lâu để bác sỹ thăm, khám bệnh không?			

8. Đánh giá của Ông/và về mức độ tiếp cận thông tin?

Câu hỏi	BV công	Khu điều trị tự nguyện (XHH)	Bệnh viện tư
a. Ông/bà được các bác sỹ cung cấp thông tin một cách nhanh chóng			
b. Các bác sỹ thông báo cho ông/bà biết các kết quả thăm khám, kiểm tra, điều trị			

c. Các bác sỹ có mặt ngay khi ông/bà cần đến			
d. Ông/bà luôn được cung cấp đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh và hướng dẫn điều trị			
e. Ông/bà có thể liên lạc trao đổi với bệnh viện dễ dàng			
f. Bệnh viện luôn tiếp thu ý kiến đóng góp của ông/bà tích cực (thùng thư góp ý, số điện thoại đường dây nóng,...)			

9. Đánh giá của Ông/và về chi phí sử dụng dịch vụ y tế?

Câu hỏi	BV công	Khu điều trị tự nguyện (XHH)	Bệnh viện tư
a. Hóa đơn dịch vụ rõ ràng, cụ thể, chính xác			
b. Ông/bà được cung cấp những thông tin cần thiết về giá cả, chi phí điều trị			
c. Nhân viên bệnh viện sẵn sàng giải thích bảng kê, hóa đơn tính tiền cho Ông/bà			
d. Ông/bà luôn được cung cấp đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh và hướng dẫn điều trị			
e. Chi phí khám chữa bệnh có hợp lý?			
f. Ông/bà có phải trả phí ngoài quy định ('lót tay') để được điều trị tốt hơn/không phải xếp hàng đợi sử dụng dịch vụ?			

10. Đánh giá chung của Ông/và về chất lượng dịch vụ y tế?

Câu hỏi	BV công	Khu điều trị tự nguyện (XHH)	Bệnh viện tư
a. Chất lượng dịch vụ của Bệnh viện đã đáp ứng được sự kỳ vọng của Ông/bà			
b. Ông/bà sẽ nói tốt về bệnh viện với gia đình và người quen của mình			
c. Ông/bà sẽ quay lại tái khám mỗi khi có nhu cầu			

11. Ý kiến và kiến nghị của ông/bà về các hình thức XHH (hợp tác PPP) trong y tế

PHỤ LỤC 2: PHIẾU ĐIỀU TRA CÁC CÁN BỘ Y TẾ VÀ NHÀ ĐẦU TƯ TRONG LĨNH VỰC Y TẾ

CÁC HÌNH THỨC HỢP TÁC ĐẦU TƯ TRONG LĨNH VỰC Y TẾ

Phần I: Thông tin chung về người phỏng vấn

1. Họ tên người trả lời:.....
2. Nghề nghiệp (làm việc trong khu vực nào): _____
☐ Khu vực Nhà nước ☐ Khu vực tư nhân
☐ Khác _____

Phần II: Các hình thức XHH trong các cơ sở y tế

3. Xin ông/bà cho biết hiện nay có các hình thức hợp tác nào giữa khu vực công và tư nhân (XHH) trong lĩnh vực khám chữa bệnh? (có thể lựa chọn nhiều hình thức)

- A. ☐ Liên doanh, liên kết giữa khu vực tư nhân và cơ sở y tế công trong việc cung cấp dịch vụ và thiết bị y tế
- B. ☐ Cơ sở y tế tư nhân trực tiếp cung ứng dịch vụ KCB thông qua hợp đồng với cơ quan BHYT
- C. ☐ Hợp tác, trao đổi nhân lực giữa cơ sở y tế công lập và tư nhân
- D. ☐ Hỗ trợ đào tạo giữa khu vực công và tư:
- E. ☐ Hợp tác hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân
- F. ☐ Các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân ký kết hợp đồng cung cấp các dịch vụ kiểm tra lâm sàng và cận lâm sàng (ủy quyền)
- G. ☐ Khác (xin ghi rõ): _____

4. Đánh giá của ông/bà về các hình thức hợp tác trên (cho điểm theo thang điểm từ 1 đến 5: 1 kém nhất, 2: kém; 3: trung bình; 4: tốt 5: rất tốt)

-Hình thức A:

Các hình thức hợp tác	A	B	C	D	E	F	G
Chất lượng dịch vụ							
Giá dịch vụ							
Thời gian tiếp cận dịch vụ							

5. Xin ông/bà nêu những mặt được và hạn chế trong các hình thức hợp tác giữa khu vực công và tư trong khám chữa bệnh

Mặt được:

Hạn chế:

6. Các rào cản để thúc đẩy hình thức hợp tác công – tư trong y tế

Các rào cản

***Rào cản
lớn***

***Rào cản
nhỏ***

***Không phải
là rào cản***

Không có

Tài chính(ví dụ, vốn đầu tư tư nhân, NN)

☐
☐
☐
☐

Các quy định pháp luật của NN (ví dụ, thủ tục hành chính quá cồng kềnh hay khó khăn hay thiếu văn bản pháp quy)

☐
☐
☐
☐

Các chính sách khuyến khích (ví dụ, miễn thuế, thuê đất, ...)

☐
☐
☐
☐

Giá dịch vụ(ví dụ, giá cao so với BHYT, v.v...)

☐
☐
☐
☐

Người sử dụng dịch vụ (ví dụ, người bệnh chưa tin tưởng hình thức KCB này,...)	☐	☐	☐	☐
Các quy định trong ngành y tế (ví dụ, quy trình KCB, định mức khấu hao máy móc, ...)	☐	☐	☐	☐
Kỹ thuật (ví dụ, máy móc thiết bị khám chữa bệnh)	☐	☐	☐	☐
Hạ tầng kỹ thuật (ví dụ, internet không đáng tin cậy, không tiếp cận được, hay quá tốn kém)	☐	☐	☐	☐
Hạ tầng cơ sở	☐	☐	☐	☐
Nhân lực (ví dụ, khó khăn tìm nhân lực chất lượng cao hay nhân lực quản lý)	☐	☐	☐	☐

7. Kiến nghị của ông/bà về các hình thức hợp tác trên?

PHỤ LỤC 3: BẢNG HỎI VỀ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VÀ CÁC KẾT QUẢ

I. BẢNG HỎI

1: Rất không hài lòng 2: Không hài lòng 3: Bình thường 4: Hài lòng 5: Rất hài lòng

A Khả năng tiếp cận

A1. Ông/bà có hài lòng về việc hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết không?

A2. Ông/bà có hài lòng về sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đến các phòng khoa cần tìm không?

B Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

B1. Ông/bà có hài lòng khi được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị không?

B2. Ông/bà có hài lòng về thông tin do bệnh viện cung cấp về thuốc và chi phí điều trị không?

C Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh

C1. Ông/bà có hài lòng về giường và chăn ga gối đệm khi nằm ở viện không?

C1a Có phải nằm ghép không?

C1b Có phải nằm chiếu không?

C2. Ông/bà có hài lòng về nhà vệ sinh bệnh viện không?
(Nhà vệ sinh có gần vị trí giường nằm hay không? Có phải chờ lâu không? Phòng vệ sinh có sạch sẽ không, có sử dụng tốt hay không? Có đủ trang thiết bị bên trong không? (Giấy vệ sinh, xà phòng rửa tay, có móc treo đồ hay không v.v....); Có kín đáo, riêng tư, an toàn hay không?)

D Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế

D1. Ông/bà có hài lòng về thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ, điều dưỡng và nhân viên khác không?

D2. Ông/bà có hài lòng về trình độ chuyên môn và tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng không?

(Trình độ chuyên môn như phương pháp điều trị, thủ thuật, kỹ thuật như tiêm, truyền có làm tốt không?)

D2a Ông/bà không hài lòng về trình độ của đối tượng nào nhất? (bác sỹ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên...)

E Chi phí khám chữa bệnh

E1. Ông/Bà có hài lòng về giá cả dịch vụ y tế không?
(Ông/Bà thấy giá cả dịch vụ y tế có cao không, có phù hợp với khả năng chi trả của mình không?)

G Kết quả cung cấp dịch vụ

G1. Ông/bà có hài lòng về việc cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc trong khi điều trị không?

(Thuốc có được cấp đầy đủ không? Bác sĩ phát thuốc có hướng dẫn bằng lời nói hay ghi ra giấy là dùng như thế nào không?)

G2 Ông/Bà có hài lòng về kết quả điều trị không?

H Sự hài lòng của người bệnh

H1. Đánh giá chung bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi trước khi nằm viện?

(điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu bệnh viện điều trị tốt, vượt quá mong đợi).....%

H2. Ngoài các nội dung trên, Ông/Bà không hài lòng vấn đề gì khác? Điều gì làm ông bà bức xúc nhất?

I Tài chính y tế (Phần hỏi thêm)

I1. Ông/Bà có thể bảo hiểm y tế không?

II. Kết quả PSI

Bảng: Đóng góp của các tiêu chí thành phần vào chỉ số hài lòng chung

Các biến giải thích	Mức độ hài lòng của người bệnh khu dịch vụ (Y)
A1. Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần	1.024 (1.070)
A2. Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng	1.156 (0.954)
B1. Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh	2.613** (1.012)
B2. Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị	0.467 (1.013)
C1. Hài lòng về giường và chăn ga gối đệm	0.0186 (0.950)
C2. Hài lòng về nhà vệ sinh	1.562* (0.828)
D1. Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ, điều dưỡng	2.161** (0.994)
D2. Trình độ chuyên môn, tay nghề của bác sỹ, điều dưỡng	1.777 (1.142)
E1. Hài lòng về chi phí điều trị	1.733* (0.929)
G1. Hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc	-2.724** (1.239)
G2. Hài lòng về kết quả điều trị	7.702*** (1.175)
Constant	9.106* (5.127)
Observations	533
<u>R-squared</u>	0.358

Standard errors in parentheses

*** p≤0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Nguồn: Tính toán từ cuộc khảo sát hài lòng người bệnh 2017.

Bảng: Trọng số của các tiêu chí thành phần

Các câu hỏi thành phần	Trọng số (%)
A1. Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần	5,07
A2. Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng	5,72
B1. Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh	12,93
B2. Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị	2,31
C1. Hài lòng về giường và chăn ga gối đệm	0,09
C2. Hài lòng về nhà vệ sinh	7,73
D1. Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ. điều dưỡng	10,69
D2. Trình độ chuyên môn. tay nghề của bác sỹ. điều dưỡng	8,79
E1. Hài lòng về chi phí điều trị	8,57
G1. Hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc	0,00
G2. Hài lòng về kết quả điều trị	38,10

Nguồn: Tính toán từ cuộc khảo sát hài lòng người bệnh 2017.

III. Xây dựng mô hình định lượng và các phương án thử độ tin cậy

Xây dựng phương trình cơ bản:

Y: Mức độ hài lòng về dịch vụ y tế

X₁: Hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần (A1)

X₂: Hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng (A2)

X₃: Được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh (B1)

X₄: Hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị (B2)

X₅: Hải lòng về giường và chăn ga gối đệm (C1)

X₆: Hải lòng về nhà vệ sinh (C2)

X₇: Thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ. điều dưỡng (D1)

X₈: Trình độ chuyên môn. tay nghề của bác sỹ. điều dưỡng (D2)

X₉: Hải lòng về chi phí điều trị (E1)

X₁₀: Hải lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc (G1)

X₁₁: Hải lòng về kết quả điều trị (G2)

I₆: Phân loại thu nhập ở người khám bệnh

K₁: Trình độ học vấn

K₂: Dân tộc

K₄: Nghề nghiệp

K₆: Tuổi

K₇: Giới tính

K₈: Thời gian nằm viện

Biến giả: KV: 1 là khu vực dịch vụ; 0 là khu vực dịch vụ công

DL: 1 là khu vực thành thị; 0 là khu vực nông thôn

Mô hình tổng thể:

$$Y = \beta_0 + \sum_{j=1}^{11} \beta_j X_j + \epsilon_i$$

Mô hình mở rộng theo phương án 1: Thêm biến là người nghèo (i₆) và thêm biến danh nghĩa Khu vực khám*địa lý

$$Y = \beta_0 + \sum_{j=1}^{11} \beta_j X_j + \beta_{12} * KV + \beta_{13} * DL + \beta_{14} * DL * E_1 + \beta_{15} * KV * DL + \beta_{16} * i_6 + \beta_{17} * KV * I_6 + \beta_{18} * KV * E_1 + \epsilon_i$$

Trong đó:

β_0 phản ánh nếu các tiêu chí khám bệnh của người bệnh bằng không, sự hài lòng của người bệnh đối với các dịch vụ y tế là bao nhiêu, trong điều kiện các yếu tố khác không đổi.

β_1 phản ánh sự hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_2 phản ánh sự hài lòng về sơ đồ biển báo chỉ dẫn đến các phòng ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_3 phản ánh việc được nhân viên y tế giải thích về tình trạng bệnh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_4 phản ánh sự hài lòng về thông tin về thuốc và chi phí điều trị ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_5 phản ánh sự hài lòng về giường và chăn ga gối đệm ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_6 phản ánh sự hài lòng về nhà vệ sinh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_7 phản ánh thái độ giao tiếp ứng xử của bác sỹ. điều dưỡng ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_8 phản ánh trình độ chuyên môn. tay nghề của bác sỹ. điều dưỡng ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_9 phản ánh sự hài lòng về chi phí điều trị ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{10} phản ánh sự hài lòng về cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{11} phản ánh sự hài lòng về kết quả điều trị ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{12} phản ánh việc khám bệnh ở khu vực công và khu vực dịch vụ tác động như thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{13} phản ánh việc khám bệnh ở thành thị và nông thôn tác động như thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh

β_{14} phản ánh chi phí khám bệnh ở các bệnh viện trong đô thị, thành phố tác động như thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh

β_{15} phản ánh việc khám bệnh tại các khu tự nguyện, cơ sở dịch vụ tại thành phố lớn tác động như thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh

β_{16} phản ánh thu nhập thấp ảnh hưởng tới sự hài lòng về dịch vụ y tế như thế nào

β_{17} phản ánh những người có thu nhập thấp (nghèo) tham gia khám tại khu khám dịch vụ tác động đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh như thế nào?

β_{18} phản ánh chi phí khám bệnh tại khu vực dịch vụ ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

Mô hình mở rộng theo phương án 2: bổ sung thêm các biến kiểm soát về nhân khẩu học như: Tuổi, Giới tính, Thời gian nằm viện vào mô hình.

$$Y = \beta_0 + \sum_{j=1}^{11} \beta_j X_j + \beta_{12} * KV + \beta_{13} * DL + \beta_{14} * DL * E_1 + \beta_{15} * KV * DL + \beta_{16} * i_6 + \beta_{17} * KV * I_6 + \beta_{18} * KV * E_1 + \beta_{19} * KV * k_6 + \beta_{20} * KV * k_7 + \beta_{21} * KV * k_8 + \epsilon_i$$

Trong đó:

β_{19} phản ánh tuổi của người bệnh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{20} phản ánh giới tính của người bệnh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{21} phản ánh thời gian nằm viện của người bệnh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

Mô hình mở rộng theo phương án 3:

Tiếp tục bổ sung thêm các biến kiểm soát về nhân khẩu học để làm tăng thêm tính vững của mô hình: Trình độ học vấn, dân tộc, nghề nghiệp.

$$Y = \beta_0 + \sum_{j=1}^{11} \beta_j X_j + \beta_{12} * KV + \beta_{13} * DL + \beta_{14} * DL * E_1 + \beta_{15} * KV * DL + \beta_{16} * i_6 + \beta_{17} * KV * I_6 + \beta_{18} * KV * E_1 + \beta_{19} * KV * k_6 + \beta_{20} * KV * k_7 + \beta_{21} * KV * k_8 + \beta_{22} * KV * k_1 + \beta_{23} * KV * k_2 + \beta_{24} * KV * k_4 + \epsilon_i$$

β_{21} phản ánh trình độ học vấn của người bệnh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{22} phản ánh dân tộc của người bệnh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

β_{23} phản ánh nghề nghiệp của người bệnh ảnh hưởng thế nào đến sự hài lòng về dịch vụ y tế của người bệnh.

PHỤ LỤC 4: MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP PPP TIÊU BIỂU TRONG LĨNH VỰC Y TẾ

1. Tư nhân hóa dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú, Rumania

Tổng quan:

- Nhu cầu tăng cho dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú là động lực chính để tìm ra cách thức mới về tài trợ và nâng cấp chất lượng dịch vụ;
- Tư nhân hoá thông qua một cuộc đấu thầu công khai của tám trung tâm lọc máu riêng biệt mà cung cấp dịch vụ điều trị ngoại trú cho chạy thận nhân tạo (*đó là cách máu được lọc ở bên ngoài cơ thể thông qua máy lọc thận*) và các bệnh nhân thâm phân phúc mạc (*là phương pháp lọc máu bên trong cơ thể*) tại tám bệnh viện công khác nhau;
- Cấu trúc như hợp đồng cho các dịch vụ lọc máu giữa chính phủ và nhà cung cấp dịch vụ tư nhân, với việc nâng cấp và mở rộng của trung tâm lọc máu như một phần của việc cung cấp dịch vụ

Thiết kế xây dựng/đặc trưng PPP:

- Các hợp đồng dịch vụ, bao gồm hợp đồng thuê cơ sở, được trao cho các nhà đầu tư tư nhân thông qua một quá trình đấu thầu trong giai đoạn bốn năm đầu.
- Nhà đầu tư tư nhân chịu trách nhiệm hoàn toàn về đổi mới toàn bộ thiết bị trong vòng 90 ngày; Cải tạo và nâng cấp cơ sở vật chất trong vòng 18 tháng; Bảo dưỡng và vận hành thiết bị; Sử dụng, đào tạo và quản lý nhân viên chuyên giao; Và cung cấp tất cả các dịch vụ.
- Bộ Y tế đã ấn định giá dựa trên mức giá nghiên cứu so sánh về giá cả khu vực đối với mỗi lần điều trị chạy thận nhân tạo (110 EUR) và phí hàng năm cho mỗi bệnh nhân thâm phân là (11.000 EUR)
- Chất lượng các trung tâm và dịch vụ được giám sát và kiểm soát cẩn thận:

- Bộ Y tế đảm bảo chất lượng thông qua báo cáo hoạt động bắt buộc hàng tháng và kiểm tra thường xuyên các cơ sở, cũng như thông qua ủy ban về thận.
- Hợp đồng cung cấp các dịch vụ toàn diện và tiêu chuẩn chất lượng cho chăm sóc bệnh nhân, sử dụng nhân viên y tế có tay nghề cao, tiếp tục đào tạo, và các chứng nhận tiêu chuẩn cho tất cả nhân viên.
- Các tiêu chuẩn và định mức lọc máu mới, phù hợp với các hướng dẫn của EU, được đưa vào các cơ sở, thiết bị, hoạt động và điều trị lọc máu và được xây dựng trong các hợp đồng.
- Kéo dài hợp đồng ba năm cung cấp cho các nhà đầu tư tư nhân sẵn sàng mở rộng bằng cách xây dựng các trung tâm mới, giúp Chính phủ nâng cao năng lực, giảm danh sách chờ đợi và nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ.

Ảnh hưởng:

- Cải thiện các dịch vụ cho bệnh nhân với chi phí thấp hơn cho hệ thống y tế quốc gia:
 - Quỹ Bảo hiểm y tế quốc gia (NHIF) không tài trợ cho việc hiện đại hóa từ các quỹ công (các khoản đầu tư tích lũy của các đối tác tư nhân trị giá 12,4 triệu EUR cho đến nay, các khoản đầu tư bổ sung ước tính khoảng 5-10 triệu EUR).
 - Tiết kiệm trung bình đáng kể đã dự kiến so sánh với các bệnh viện công; Tiết kiệm hàng năm của NHIF ước tính là 4 triệu Euro.
 - Chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân tăng lên với chi phí thấp hơn, do các tiêu chuẩn mới được xây dựng trong hợp đồng, cải thiện trang thiết bị và cơ sở cải tiến cũng như cấu trúc và tổ chức hiệu quả hơn trong các cơ sở được quản lý bởi các đối tác tư nhân.

2. Tư nhân hóa bệnh viện Goran, Thụy Điển

Tổng quan:

- Hội đồng quận Stockholm chuyển đổi bệnh viện công lớn tại Stockholm sang một bệnh viện tư nhân qua 2 giai đoạn:
 - Tập đoàn (năm 1994-1998): St Goran đã chuyển đổi thành một công ty cổ phần phi lợi nhuận và vận hành một cách đơn giản (tức là đơn giản hóa việc chuyển đổi, một số đơn vị chăm sóc đặc biệt và phòng thí nghiệm lâm sàng chuyển đến các bệnh viện khác hoặc bán cho các nhà điều hành tư nhân).
 - Tư nhân hoá (1999): St Goran bán cho Capio theo hợp đồng đổi mới và chuyển thành một công ty cổ phần tư nhân có lợi nhuận.
- Bệnh viện tư nhân đầu tiên ở Thụy Điển, với 240 giường bệnh, 1.400 nhân viên và 200.000 bệnh nhân ngoại trú vào năm 2004.

Thiết kế xây dựng/đặc trưng PPP:

- Tư nhân hoá theo kế hoạch của khu vực để tăng số lượng các nhà cung cấp tư nhân trong hệ thống để cho phép cạnh tranh và nhiều đơn vị chăm sóc sức khỏe hiệu quả hơn; Kèm theo những thay đổi trong quản trị để cho phép quản lý các thực thể tư nhân mới (ví dụ: trách nhiệm được xác định tốt hơn, các yêu cầu kiểm toán bên ngoài).
- Xoay vòng hợp đồng sáu năm giữa Hội đồng thành phố Stockholm (SCC) và Capio, yêu cầu bệnh viện cung cấp dịch vụ cho tất cả các bệnh nhân trong cùng điều kiện và các tiêu chuẩn thực hiện như các bệnh viện khác.
- Hợp đồng cho phép SCC ngăn ngừa Capio bán bệnh viện.
- SCC vẫn là nhà cung cấp dịch vụ chính thông qua hệ thống tài chính nhóm chuẩn đoán (DRG) dựa trên hiệu quả hoạt động với các mức điều chỉnh về khối lượng và giá cả.
- Theo hợp đồng, cơ sở vật chất và trang thiết bị được cho thuê.

- Hợp đồng gia hạn cho giai đoạn 2005-2012; Những thay đổi quan trọng bao gồm:
 - Các dịch vụ ban đầu được ký kết theo khối lượng và giá cả năm 2004, với các điều chỉnh hàng năm.
 - St Goran để chấm dứt việc đối xử với các bệnh nhân được tài trợ tư thực, được điều trị tại phòng khám Capio Artro theo một hợp đồng riêng.
 - SCC có quyền chấm dứt hợp đồng ngay.

Tác động:

- Tư nhân hoá ban đầu gây tranh cãi; Ngày nay được xem như là một mô hình làm việc vững chắc của một hình thức hợp tác công tư (PPP) được hưởng lợi từ việc chuyển sang quản lý doanh nghiệp theo hướng tăng trưởng tích cực.
- St Goran tiếp tục được xếp hạng trong số những bệnh viện giỏi nhất (ví dụ: kết quả tài chính, chất lượng, năng suất), không có thay đổi về quyền truy cập.
- Giảm chi phí thông qua các hoạt động và quản lý hợp lý hơn, chẳng hạn như thời gian chữa trị, chuẩn đoán.
- Hiệu quả hơn nữa trong việc cung cấp dịch vụ và chi phí (ví dụ như thời gian chờ ngắn hơn, lịch làm việc thay đổi để giảm chi phí nhân viên trong khi duy trì hợp đồng nhân viên, tối ưu hóa năng lực).

3. Xây dựng và vận hành Hợp tác công tư tại Bệnh viện Berlin-Buch, Cộng hòa Liên bang Đức

Tổng quan:

- Vào cuối những năm 1990, chính quyền thành phố Berlin đã không thể tài trợ cho việc thay thế bệnh viện Berlin-Buch, cơ sở với 1,100 giường cũ kỹ phải đối mặt với sự gia tăng người chết và giảm lượng bệnh nhân.

- Năm 2001, Helios-Kliniken, nhà điều hành bệnh viện tư nhân lớn thứ hai của Đức, đã thắng thầu để điều hành và thay thế bệnh viện hiện có.

Thiết kế xây dựng/đặc trưng PPP:

- Theo hợp đồng chuyển nhượng, Helios có giấy phép bệnh viện và tài sản và nợ phải trả của các cơ sở hiện có (24 phòng khám và sáu viện, với năm trang web, 167 tòa nhà và 1.100 giường).
- Hợp đồng xây dựng cho 1.000 giường bệnh mới cho phép các cơ sở hiện có sẽ được vận hành trên cơ sở không phải thuê mướn cho đến năm 2008, tạo ra động lực cho Helios hoàn thành việc xây dựng thay thế đúng thời gian và tạo ra mức thu nhập ổn định trong một thời gian nhất định miễn là khối lượng bệnh nhân được duy trì ổn định.
- Bệnh viện vẫn là một cơ sở giảng dạy và học thuật, và hợp đồng cung cấp cho các hoạt động nghiên cứu và giáo dục được tài trợ bởi chính phủ và thuộc quản lý của Đại học Charité, trong khi vẫn chăm sóc bệnh nhân và chi phí được quản lý bởi Helios.
- Các hợp đồng nhân viên được chuyển cho nhà điều hành mới, và ngừng việc cắt giảm bất kỳ nhân viên nào cho đến cuối năm 2005.
- Chất lượng dịch vụ được duy trì thông qua việc giám sát của chính phủ và Báo cáo Y tế hàng năm do Helios giới thiệu để minh bạch theo dõi các tiêu chí đánh giá chính, bao gồm tổng quan về tất cả các ca bệnh nội trú tổng thể và bởi nhóm chuẩn đoán (DRG).

Tác động:

- 215 triệu EUR vốn đầu tư tư nhân được tài trợ đầy đủ mà không cần đến các quỹ công (ước tính ban đầu là 350 triệu EUR).
- Khối lượng bệnh nhân tăng cùng mức tài trợ.
- Hiệu quả hoạt động dẫn đến giảm chi phí nhân sự trên 10% trong khi vẫn duy trì mức nhân viên cố định hiện có.

- Các khoản đầu tư quy mô lớn vào các công nghệ mới (ví dụ cardio-MRI, siêu âm và các hệ thống dẫn đường cho chỉnh hình và phẫu thuật thần kinh) và các phương pháp (ví dụ, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, cấy ghép tế bào gốc) lên đến 10 triệu EUR cho đến nay, với 29 triệu EUR được lên kế hoạch, cải thiện chăm sóc bệnh nhân mà không làm tăng chi phí hoạt động tổng thể hoặc hoàn trả DRG.
- Việc thực hiện hệ thống DRG trong tổ chức cho phép các bệnh viện điều tra kết quả y tế chuẩn của tất cả các bệnh viện Helios bởi các phòng ban; Báo cáo Y tế hàng năm tạo điều kiện giám sát thường xuyên và công cộng để cải tiến chất lượng.

4 .Hình thức: Hợp tác công – tư trong xây dựng cơ sở hạ tầng

Đặc điểm cơ bản của mô hình này là sự vắng mặt của các dịch vụ lâm sàng trong phạm vi các dịch vụ do đối tác tư nhân cung cấp. Mô hình này đã được áp dụng tại một số quốc gia, cụ thể là Anh, Úc, Ý và Canada. Hầu hết các hợp đồng dựa trên "mô hình cơ sở hạ tầng" là các hợp đồng thiết kế-xây dựng-tài chính-vận hành (DBFM), bao gồm cung cấp thêm một số dịch vụ phi lâm sàng, chẳng hạn như lau dọn, ăn uống, an ninh, đậu xe, vv

Trường hợp: Bệnh viện Đại học London (UCLH), London, Anh

Mô tả: Bệnh viện Đại học và Dịch vụ y tế quốc gia (NHS) Trust là một trong những nhà cung cấp dịch vụ y tế lớn nhất của Anh, bao gồm cả nghiên cứu và đào tạo về y tế. Tổ chức Trust bao gồm 8 bệnh viện trải khắp khu vực trung tâm Luân Đôn và được đặt tại các tòa nhà cũ kỹ, không bền vững và chật hẹp. Phòng Quản lý Sức khỏe (UCLH) được lựa chọn là đối tác của khu vực tư nhân để thay thế các tòa nhà cũ và xây dựng bệnh viện mới theo DBFO (thiết kế-xây dựng-tài chính-vận hành). Hợp đồng có hiệu lực thỏa thuận trong vòng 40 năm, trong đó tòa nhà sẽ được cho thuê lại và Trust nhận được một khoản phí hàng năm là 32 triệu bảng Anh. Ngoài việc xây dựng bệnh viện mới, công ty quản lý y tế (UCLH) chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ hỗ trợ phi lâm sàng (ví dụ như

vật tư, quản lý chất thải, an ninh, bãi đậu xe, giặt ủi và dịch vụ quản lý nhà cửa và dịch vụ xây dựng).

Tiếp cận: Có. Các dịch vụ từng được cung cấp tại 3 trong 8 địa điểm nằm rải rác trở thành trung tâm với 669 giường chữa bệnh mới tại trung tâm London. Điều đó là kết quả của việc xây dựng mới đã giúp chữa trị cho được 54000 bệnh nhân, cao hơn 10% so với số bệnh nhân được chữa trị trước đó.

Công bằng: Không thể đánh giá. Tiêu chí này không thể ứng dụng do thực tế là các dịch vụ tại bệnh viện mới được cung cấp miễn phí (trợ cấp bởi chính phủ)

Hiệu quả: Có. Theo thỏa thuận Hợp tác công tư, dự tính trong suốt cuộc đời của dự án, tức là 40 năm, hơn 30 triệu bảng sẽ được tiết kiệm so với việc xây dựng và vận hành của bệnh viện theo hình thức truyền thống. Như vậy, lựa chọn PPP là chi phí ít hơn 6,7% so với hình thức truyền thống.

Khả năng nhân rộng: Không. Bệnh viện đại học là một trong những kế hoạch tái phát triển bệnh viện lớn nhất theo PFI, 422 triệu bảng, điều đó dẫn tới việc mở hơn 100 bệnh viện mới khắp cả nước. Dự án luôn luôn được gọi là dung cảm và là quyết định tốt nhất “Từng được thực hiện như một phần của NHS”. Tuy nhiên, do số lượng đầu tư công bởi người nộp thuế ở Anh yêu cầu cho dự án nên nó không có khả năng nhân rộng trong toàn bộ phạm vi của nó không chỉ trong các nước đang phát triển mà còn ở các nước đã phát triển.

5. Hình thức: Tích hợp hợp tác công tư

Mô hình hợp tác công tư PPP này tích hợp tất cả các dịch vụ bệnh viện trong một hợp đồng Hợp tác công tư, bao gồm cung cấp các cơ sở hạ tầng và dịch vụ y tế lâm sàng. Có hai loại DBFM tích hợp trong hợp đồng Hợp tác công tư: Một dựa trên việc thanh toán các dịch vụ một khoản thanh toán khác dựa trên thanh toán bình quân đầu người (và thường kết hợp cả một số dịch vụ cấp cứu khác, chẳng hạn như chăm sóc ban đầu). Đề án này cho phép các chính phủ chuyển rủi ro cho khu vực tư nhân.

Trường hợp: Mô hình Alzira: Bệnh viện De La Ribera, Valencia, Spain

Mô tả: Bệnh viện de la Ribera là một nhà tiên phong của Tây Ban Nha về mô hình PPP. Một công ty tư nhân Union Temporal de Empresas-Ribera gồm 16 đơn vị đã ký một hợp đồng 10 năm vào năm 1997 với chính quyền thành phố Valencia để xây dựng một bệnh viện công và quản lý các cơ sở lâm sàng và phi lâm sàng ở thị trấn Alzira. Bệnh viện được mở vào năm 1999, tuy nhiên, UTE-Ribera không tạo ra đủ thu nhập để trang trải các chi phí bởi vì công ty đã đánh giá thấp lạm phát chi phí, tốc độ thay đổi trong các công nghệ chăm sóc sức khỏe và các mô hình chăm sóc. Do đó, công ty tư nhân được tái tài trợ, và một hợp đồng thứ hai đã được trao trong năm 2003 trong 15 năm (kéo dài trong 20 năm). Hợp đồng này tương đối đặc biệt là việc thanh toán cho nhà đầu tư tư nhân dựa trên thái độ của người sử dụng dịch vụ mà không phải số lần vào viện. Ngoài ra, bệnh nhân được tự do đi nơi khác để điều trị bệnh cho họ, nghĩa là nhà cung cấp tư nhân được khuyến khích để cải thiện sức khỏe của người dân.

Tiếp cận: Có. Bệnh viện xây dựng Trung tâm Y tế mới, Bộ phận chạy thận nhân tạo, cơ sở sử dụng tia X quang và máy quay camera sử dụng tia Gamma cho vật lý trị liệu như một phần của dự án, ngoài việc đầu tư vào các công cụ chẩn đoán bổ sung trong chăm sóc ban đầu và cung cấp truy cập trực tiếp vào X quang, nội soi, các xét nghiệm bệnh lý,... Do đó, cung cấp các truy cập tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng mà trước đây không được cung cấp hoặc sử dụng để cung cấp chất lượng thấp.

Công bằng. Không áp dụng. Tiêu chuẩn này không áp dụng được do thực tế các dịch vụ tại bệnh viện mới được cung cấp miễn phí (do chính phủ trợ cấp).

Hiệu quả. Không có nhiều quan điểm gây tranh cãi về hiệu quả của dự án. Chính quyền thành phố khẳng định rằng mô hình này là sáng kiến đầu tư, tiết kiệm được khoản đầu tư ban đầu là 68 triệu euro để xây dựng một bệnh viện mới, tránh được sự gia tăng đáng kể trong nơ công địa phương. Tuy nhiên, Chính quyền đã thanh toán khoản tiền 69,3 triệu euro khi chấm dứt hợp đồng thứ nhất,

bao gồm 43,3 triệu đô la để mua tài sản cơ sở hạ tầng và 26 triệu đô la bồi thường thiệt hại cho dù công ty đã gây thiệt hại trong thời kỳ đó. Ngay sau khi chấm dứt hợp đồng, công ty UTE-Ribera II, có cùng công ty mẹ với công ty đầu tiên, đã thanh toán cho chính phủ khoản tiền bảo hiểm là 72 triệu euro cho hợp đồng mới, bao gồm việc mua lại tài sản cơ sở hạ tầng do chính phủ mua lại.

Khả năng nhân rộng: Có thể. Một nghiên cứu của Văn phòng Châu Âu của NHS về việc liệu mô hình có thể làm việc ở Vương quốc Anh kết luận rằng mặc dù các khía cạnh của mô hình có vẻ hấp dẫn từ quan điểm của Anh, có một số trở ngại và vấn đề cần được tính đến. Tuy nhiên, theo Bộ phận Tài chính Hệ thống Y tế của WHO, các nước đang phát triển sẽ phải vật lộn với những dự án phức tạp như vậy. Bên cạnh đó có một số lo ngại rằng nếu mô hình này được áp dụng trong một môi trường thương mại thực sự, nó sẽ không đủ khả năng trong dài hạn.

6. Hình thức hợp tác công tư dựa trên cơ sở vật chất bệnh viện

Trường hợp: Các trung tâm lọc máu B. Braun, Andhra Pradesh, India

Mô tả: Chính quyền của **Andhra Pradesh** cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản tới các bệnh nhân thu nhập dưới mức hộ nghèo (BLP) thông qua chương trình bảo hiểm y tế Arogyasri (miễn phí cho bệnh nhân). Tuy nhiên, trong khi một số lượng đáng kể các bệnh nhân thuộc hộ nghèo cần các dịch vụ lọc máu và nhiều bệnh viện dưới sự điều hành của nhà nước bị giới hạn và không có khả năng thực hiện lọc máu cho bệnh nhân. Để giải quyết vấn đề đó, B. Braun Medical (India) Pvt. Ltd., một chi nhánh của B. Braun Melsungen AG, một trong những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hàng đầu thế giới có trụ sở tại Đức được chọn để thành lập và điều hành các trung tâm lọc máu trong mười một bệnh viện nhà nước về chăm sóc y tế hạng 3 trên cơ sở Xây dựng và Chuyển giao (BOT) trong thời gian bảy năm. Dự án ra mắt năm 2010, đổi lại, Chính quyền Andhra Pradesh trả cho nhà điều hành tư nhân giá thỏa thuận cho mỗi lần chạy thận nhân tạo.

Tiếp cận: Có. 11 trung tâm chạy thận nhân tạo đã thành lập và được điều hành bởi B. Braun, người làm chủ 111 máy chạy thận nhân tạo trong các trường cao đẳng y tế và bệnh viện trên khắp tiểu bang. Như vậy, cung cấp các dịch vụ cho nhiều bệnh nhân hơn so với trước đây.

Công bằng: Không áp dụng. Việc chạy thận được cung cấp miễn phí cho bệnh nhân được bảo hiểm theo Đề án Bảo hiểm Arogyasri.

Hiệu quả: Braun thành lập trung tâm với khoản đầu tư 45 triệu Rs (khoảng 8,3 triệu USD). Chính Phủ Andhra Pradesh trả Rs1200 / - mỗi lần lọc máu, trong đó Rs.1080 / - (khoảng 23 USD) được trả cho B. Braun và Rs.120 được thanh toán cho trường đại học / bệnh viện tương ứng. Theo dự án, các bệnh viện chính phủ cung cấp địa điểm đặt máy, nguồn cung cấp điện liên tục, cung cấp nước, bác sĩ điều trị bệnh lâm sàng, trách nhiệm lâm sàng cho bệnh nhân, cũng như 90% nhân viên được thuê trong các bệnh viện nhà nước. Do đó, dự án này được xem là có hiệu quả về mặt chi phí.

Khả năng nhân rộng: Có. Mặc dù các dự án đã được đưa ra cách đây không lâu nhưng nó đã chứng tỏ thành công của nó, do đó, với nhu cầu cao về điều trị lọc máu, dự án này có thể được thực hiện không chỉ ở các vùng khác của Ấn Độ mà còn ở nhiều quốc gia khác.

7. Hình thức PPP: Hợp đồng thuê

Trường hợp: Viện ghép thận quốc gia (NKTG) Trung tâm chạy thận nhân tạo – Hợp đồng thuê chăm sóc y tế Fresenius, Thành phố Manila, Philippines

Mô tả: Viện Thận và Cây ghép Quốc gia (NKTG) là một trung tâm y tế chuyên khoa chuyên sâu về điều trị bệnh thận. Nhu cầu điều trị bệnh thận tăng lên đòi hỏi phải mở rộng các trung tâm chạy thận nhân tạo của NKTG. Trung tâm chạy thận nhân tạo hợp tác công tư NKTG nổi lên như một giải pháp cho sự khan hiếm của NKTG các nguồn tài trợ cung cấp cho bệnh viện các máy móc hiện đại cho bệnh nhân bị bệnh thận giai đoạn cuối. NKTG đã quyết định thực hiện hợp đồng

thuê dài hạn (BOT) với một đối tác tư nhân để các máy móc mới được lắp đặt và được lưu trữ trong trung tâm mới.

Tiếp cận: Không có nghiên cứu đánh giá tác động nào được thực hiện để định lượng sự đổi mới trong hợp tác công tư của NKTI đã tăng cường khả năng tiếp cận với các dịch vụ và thông tin như thế nào, đặc biệt là cho các hộ nghèo. Tuy nhiên, các cuộc phỏng vấn với các quản trị viên bệnh viện chỉ ra rằng NKTI đã có thể có được công nghệ mới nhất hiện có trong điều trị lọc máu và mở rộng dịch vụ của mình cho nhiều bệnh nhân hơn với cùng chi phí điều trị và ít rủi ro hơn cho chính phủ. Hơn nữa, việc truy cập thông tin, đặc biệt trong số những người có khả năng chi trả cho điều trị tại các bệnh viện tư nhân còn hạn chế. Tỷ lệ chạy thận nhân tạo ở NKTI vẫn còn cạnh tranh hơn nhiều so với các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân tương đương. Cuối cùng, vì có nhiều máy có độ tin cậy cao hơn, thì hình thức hợp tác đã được mở rộng cho nhiều người Philippine hơn.

Công bằng: Chưa đánh giá.

Hiệu quả: Có. Các máy móc đã được thay mới và ít có khả năng bị hư hỏng. Nhà cung cấp dịch vụ phải có nghĩa vụ cung cấp các kỹ sư dịch vụ và người bảo trì mọi lúc. Theo đó, không giống như trước đây khi các máy móc thường bị hỏng và phải bị thu hồi, giờ đây theo cơ chế hợp tác công tư, thì họ hoạt động tối đa hóa hiệu quả của họ.

Khả năng nhân rộng: Có.