

Tự chủ tài chính bệnh viện

Thực trạng, hiệu quả sử dụng và những giải pháp

PGS.TS. Phạm Trí Dũng

Nghị định 10 của Chính phủ ngày 16/1/2002 quy định chế độ tài chính áp dụng cho các đơn vị sự nghiệp có thu trong đó có bệnh viện. Vấn đề tự chủ tài chính bệnh viện là vấn đề nhạy cảm vì nó liên quan đến khả năng sử dụng dịch vụ bệnh viện của các thành phần xã hội khác nhau, vùng miền khác nhau, liên quan đến vấn đề công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe. Các quy định và quản lý tài chính bệnh viện liên quan đến đời sống của nhân viên y tế phục vụ trong bệnh viện, liên quan đến vấn đề phát triển kỹ thuật bệnh viện. Bài viết nêu lên thực trạng các nguồn tài chính, hiệu quả sử dụng và các giải pháp đảm bảo nền tài chính bệnh viện lành mạnh.

The Government Decree No. 10 on 16/1/2002 stipulates the financial regime applied to non-production establishments with income generation, including hospitals. The hospital financial autonomy is a sensitive issue because it is related to the affordability to use hospital services in different social strata, different geographical regions, and related to the social equity in health care. Hospital financial regulations and management are related to the living standard of the hospital staff and the development of technology in hospital. The article aims at figuring out financial resources, the effectiveness of use and measures to ensure the hospital wholesome financing.

1. Đặt vấn đề

Nghị định 10/2002/NĐ-CP¹ của Chính phủ ra ngày 16/1/2002 (Nghị định 10/CP) đã quy định chế độ tài chính áp dụng cho các đơn vị sự nghiệp có thu. Việc thực hiện nghị định này có Thông tư số 25/2002/TT-BTC² ngày 21/3/2002 của Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện Nghị định và Thông tư số 121/2002/TT-BTC³ ngày 31/12/2002 của Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán đơn vị sự nghiệp có thu. Nghị định 10/CP tạo ra cơ chế mới, tạo quyền tự chủ về mọi mặt cho các bệnh viện, giải quyết yếu tố về hiệu quả, khuyến khích các bệnh viện tận thu, tăng thu, tiết kiệm chi và quản lý chặt chẽ các nguồn tài chính của đơn vị, tránh lãng phí, thất thoát. Ngày 29 tháng 9 năm 2004 Chính phủ ban hành Nghị định 171/2004/NĐ-CP⁴ quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc UBND tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Nghị định 171/2004/NĐ-CP đã bãi bỏ Nghị định số 01/1998/NĐ-CP ngày 03 tháng 01 năm 1998 của Chính phủ về hệ thống y tế địa phương.

Các văn bản pháp quy nói trên đã ảnh hưởng sâu sắc tới hệ thống y tế nói chung, bệnh viện nói riêng. Vấn đề quy định và quản lý tài chính bệnh viện lại là một vấn đề nhạy cảm vì nó liên quan

đến chi trả của bệnh nhân, đến mọi mặt hoạt động của bệnh viện và đời sống của nhân viên trong bệnh viện.

2. Thực trạng nguồn tài chính bệnh viện

2.1. Nguồn thu từ Ngân sách nhà nước

Ngân sách nhà nước (NSNN) cấp cho bệnh viện đảm bảo các khoản chi về lương, phụ cấp lương cho cán bộ y tế, chi về nghiệp vụ khám chữa bệnh và mua sắm tài sản cố định, máy móc, trang thiết bị.

Bảng 1 cho chúng ta thấy: trong giai đoạn từ năm 1991 đến 2003, NSNN cấp cho ngành y tế về giá trị tuyệt đối đã tăng 8,45 lần. Sự tăng trưởng về đầu tư cho y tế trên đây đã hình thành và củng cố mạnh mẽ mạng lưới các bệnh viện công lập, mạng lưới y tế cơ sở ở nước ta.

Về số tuyệt đối NSNN đầu tư cho y tế năm sau đều tăng so với năm trước. Nhưng về tỷ trọng đầu tư từ NSNN cho y tế so với GDP và so với tổng số chi NSNN đang có xu hướng giảm dần qua các năm từ mức đầu tư chi thường xuyên năm là 5,27% (1991) xuống còn 3,91% (1996), còn 3,60% (2002) và 3,41% (2003).

NSNN dành cho y tế so với tốc độ tăng GDP và tốc độ tăng chi NSNN ở mức thấp, chưa tương xứng

Bảng 1: Ngân sách nhà nước cấp cho sự nghiệp y tế (1991 - 2003) (tỷ đồng VN)

Chỉ tiêu	1991	1996	2001	2002	2003
Ngân sách sự nghiệp y tế	637,4	2.761	4.528	4.825	5.390
- % NS Y tế/NS Quốc Gia	5,27	3,91	3,66	3,60	3,41
Mức tăng tuyệt đối (lần) so với 1991	1	4,33	7,10	7,57	8,45

(Nguồn số liệu: Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính)

với tăng trưởng kinh tế và tăng chi NSNN (Bảng 2).

- Nhà nước ưu tiên đầu tư cho vùng núi, vùng sâu, vùng xa, vùng có nhiều khó khăn, định mức chi theo dân số, thì vùng núi, vùng sâu, vùng xa được phân bổ ngân sách gấp 1,6 lần đồng bằng.

- Theo số hệ quyết toán chi thực tế của 18 tỉnh thuộc các vùng thành phố, đồng bằng, trung du,

Bảng 2: Ngân sách nhà nước dành cho ngành y tế

Tiêu chí	Giai đoạn	
	1991 - 1995	1996 - 2000
GDP (theo giá thực tế) tăng bình quân:	41,2%	13,5%
Chi NSNN tăng bình quân:	49,2%	9,9%
NSNN đầu tư cho y tế tăng bình quân:	25,2%	4,2%

(Nguồn số liệu: Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính)

miền núi thì chi theo giường bệnh của các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến huyện của các tỉnh miền núi chỉ bằng khoảng 50-60% so với các tỉnh vùng đồng bằng. Lý do là các tỉnh miền núi không thu được BHYT và viện phí trong khi đó lại phải miễn giảm viện phí nhiều cho các đối tượng thuộc diện miễn giảm viện phí.

2.2. Nguồn thu từ Bảo hiểm y tế

Nguồn thu từ Bảo hiểm y tế (BHYT) tăng đáng kể trong giai đoạn 1993-2003 và góp phần quan trọng trong việc tăng cường nguồn lực tại chỗ cho các cơ sở khám chữa bệnh (Bảng 3).

- Hiện nay, BHYT bắt buộc (chiếm khoảng 10% dân số); BHYT tự nguyện chủ yếu là BHYT cho học sinh; BHYT cho các đối tượng tự nguyện khác, nhất là nông dân chưa khai thác được.

- BHYT những năm gần đây có xu hướng tăng chậm, những năm gần đây tăng bình quân 8% về số thẻ, thu tăng gần 20% (do Nhà nước tăng mức lương tối thiểu).

Theo BHXH Việt Nam năm 2003: BHYT có tổng chi là 1.238 tỷ (với tỷ lệ sử dụng quỹ khoảng 68%), trong đó chi cho CSSK ban đầu gồm cả y tế cơ quan và trường học là 50 tỷ đồng, KCB ngoại trú là 21.948.420 lượt với giá trị là 593,7 tỷ đồng, điều trị nội trú là 377.000 lượt với giá trị là 594,2 tỷ đồng...

Bảng 3: Nguồn tài chính từ bảo hiểm y tế

(Triệu người, tỷ đồng)

Năm	Số người tham gia BHYT		Số thu BHYT		Số chi KCB		Tỷ lệ chi KCB so với tổng số thu BHYT (%)
	Tổng số	So với dân số (%)	Tổng số	So với năm trước (%)	Tổng số	So với năm trước (%)	
1993	3,8	5,4	110,0	-	75,0	-	67,6
1994	4,3	5,9	256,0	232,7	189,9	253,2	74,2
1995	7,1	9,6	400,0	156,3	310,4	163,5	77,6
1996	8,9	11,8	520,0	130,0	489,0	157,5	94,0
1997	9,0	12,4	570,0	109,6	500,0	102,2	87,7
1998	8,0	12,5	669,0	117,4	522,0	104,4	78,0
1999	10,5	13,8	760,5	113,7	587,1	112,5	77,2
2000	10,6	13,9	943,8	124,1	650,6	110,8	68,9
2001	11,3	14,5	1.150,9	121,9	813,0	124,0	70,6

(Nguồn số liệu: Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính)

BHYT đã đóng một vai trò quan trọng trong việc bổ sung nguồn lực cho các bệnh viện hoạt động, đối tượng tham gia BHYT ở nước ta ngày càng tăng. Các hình thức BHYT cũng đa dạng hơn, BHYT tự nguyện đã bắt đầu được nhân dân chấp nhận.

2.3. Nguồn thu từ viện phí

- Nguồn thu từ viện phí từ năm 1994 tăng mạnh do thực hiện Nghị định số 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ về thu một phần viện phí, nhưng những năm gần đây tăng không nhiều, do mức thu viện phí chưa thay đổi (Bảng 4). Viện phí chiếm khoảng trên 20% tổng số chi thường xuyên của ngành; nếu so với chi KCB của các bệnh viện thì viện phí chiếm trên 40% tổng số chi.

- Thu viện phí dễ dẫn đến tình trạng phân biệt đối xử giữa người giàu và người nghèo trong bệnh viện, làm giảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người nghèo.

- Việc xét giảm viện phí cho người nghèo hiện nay giao cho các bệnh viện tự quyết định, gây ra khó khăn phức tạp cho các bệnh viện, không đủ căn cứ để xác định người giàu, người nghèo; dễ dẫn đến tiêu cực trong việc xét miễn giảm viện phí. Mặt khác lãnh đạo các bệnh viện mất rất nhiều thời gian cho công việc này.

2.4. Các nguồn thu khác

- Các nguồn thu từ các khoản hoàn lại và không hoàn lại của chính phủ và các tổ chức quốc tế (khoảng từ 50 - 70 triệu USD/năm)

- Nguồn tín dụng trong và ngoài nước kể cả tín dụng ODA

- Các nguồn đóng góp từ thiện của các nhà hảo tâm, của cộng đồng dân cư...

3. Hiệu quả sử dụng và một số vấn đề tồn tại

3.1. Các nguồn tài chính hiện tại đã thiếu so với nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân nhưng lại được phân bổ không công bằng giữa các vùng kinh tế khác nhau; trong tổng chi cho y tế thì chi về điều trị chiếm tỷ lệ cao trong tổng ngân sách y tế; nguồn NSNN là nguồn lớn nhất nhưng còn mang tính bình quân, chưa hợp lý; các vùng kinh tế khó khăn, thu nhập của người dân thấp chưa tiếp cận được với những dịch vụ y tế có chất lượng.

Ở các thành phố lớn, kinh tế phát triển, đầu tư cho y tế cao hơn so với các vùng kinh tế kém; dịch vụ khám chữa bệnh ở tuyến trên được cải thiện rõ

Bảng 4: Nguồn thu từ viện phí giai đoạn 1993-2003

Năm	Số thu viện phí		Viện phí so với chi thường xuyên (%)
	Tổng số (tỷ đồng)	Tỷ lệ so với năm trước	
1993	102	-	6,3
1994	110	107,8%	5,4
1995	338	307,3	14,2
1996	470	139,1	17,0
1997	660	140,4	21,8
1998	700	106,1	22,2
1999	730	104,3	22,8
2000	800	109,6	23,9
2001	850	106,25	22,73
2002	930	109,41	20,85
2003	1.050	112,9	19,79

Nguồn: Bộ Y tế; Báo cáo "Tổng kết công tác y tế" từ năm 1993 đến 2003.

rệt, bệnh nhân sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi trả viện phí cao, thậm chí có nơi thu viện phí cao hơn NSNN: Thành phố Hồ Chí Minh thu viện phí và BHYT bình quân bằng 1-2 lần ngân sách cấp.

Ở các tỉnh nghèo chi cho bệnh viện chỉ ở mức tối thiểu theo định mức của Nhà nước, viện phí thu được lại thấp, tỷ lệ miễn giảm cao. Có địa phương đã tập trung cho lĩnh vực điều trị là 80 - 85% tổng chi từ NSNN cho y tế nên không còn kinh phí để nâng cấp cơ sở vật chất, chất lượng khám chữa bệnh thấp ở tuyến cơ sở. Bệnh nhân nặng ở các vùng này thường phải chuyển lên tuyến tỉnh hoặc là phải chuyển vùng để điều trị. Kết quả là dân đã nghèo thì lại phải chịu gánh nặng về chi phí y tế lớn hơn.

3.2. Mức thu về viện phí và thanh toán BHYT hiện nay còn quá thấp. Viện phí vẫn thực hiện theo khung giá của thông tư số 14 TTLB của Liên bộ hướng dẫn Nghị định 95-CP và Nghị định 33-CP từ năm 1997 nên đã quá bất hợp lý nhưng chưa được điều chỉnh cho phù hợp gây khó khăn cho các hoạt động của các bệnh viện.

3.3. Chế độ tài chính để tạo điều kiện cho các cơ sở khám chữa bệnh thực hiện chế độ tự chủ trong

thu chi tài chính theo Nghị định 10/2002/NĐ-CP chưa đồng bộ, bị ràng buộc bởi những quy định cũ không còn phù hợp.

4. Các giải pháp

4.1. Nhà nước cần phải từng bước tăng mức chi NSNN cho y tế để nâng cấp trang thiết bị và cơ sở vật chất của bệnh viện, đặc biệt ưu tiên cho vùng khó khăn.

4.2. Đổi mới quản lý tài chính bệnh viện công theo Quyết định số 08/2004/QĐ-TTg ngày 15/1/2004 của Chính phủ về định mức phân bổ NSNN. Nghiên cứu cơ bản làm căn cứ phân bổ NSNN phù hợp với từng vùng, từng miền...

4.3. Để đổi mới cơ chế quản lý bệnh viện theo Nghị định 10/CP ngày 16/1/2002 của Chính phủ, cần thiết phải sửa đổi lại chế độ thu một phần viện phí, chế độ thanh toán BHYT để tạo điều kiện cho các bệnh viện tự chủ về nguồn thu ở vùng người dân có khả năng tự chi trả phí KCB cao và dành NSNN đầu tư cho các bệnh viện ở vùng nghèo, kinh tế không phát triển và phải miễn viện phí nhiều.

4.4. Đối với các bệnh viện có nguồn thu quá thấp Nhà nước cần ban hành các văn bản pháp lý đảm bảo bù đắp tiền lương tăng thêm theo tiến độ cải cách tiền lương, phấn đấu để tạo điều kiện tăng thu khi kinh tế phát triển, nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho nhân dân theo tinh thần của Quyết định 08/2004/QĐ-TTg ngày 15/4/2004 của Chính phủ.

4.5. Nguồn thu từ BHYT và viện phí đóng vai trò ngày càng lớn trong bệnh viện, vì vậy ngoài việc củng cố BHYT bắt buộc cần phải phát triển các hình thức BHYT tự nguyện, BHYT cho người nghèo và BHYT của trẻ em dưới 6 tuổi. Củng cố BHYT bắt buộc, nâng dần mệnh giá BHYT để đảm bảo quyền lợi cho người có thể BHYT.

Mục tiêu lâu dài tiến tới BHYT toàn dân với nhiều hình thức đa dạng, để BHYT là nguồn chủ yếu đáp ứng cho công tác khám chữa bệnh.

4.6. Nâng cao năng lực quản lý tài chính và kinh tế y tế cho các bệnh viện trong quá trình đổi mới cơ chế quản lý bệnh viện nhằm nâng cao hiệu quả.

Tác giả: PGS.TS. Phạm Trí Dũng, Phó trưởng khoa Quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng. Địa chỉ: 138 Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội. E.mail: ptd1@hsph.edu.vn

Tài liệu tham khảo

1. Nghị định của Chính phủ số 10/2002/NĐ-CP ngày 16/1/2002 về chế độ tài chính áp dụng cho các đơn vị sự nghiệp có thu.
2. Thông tư của Bộ Tài chính số 25/2002/TT-BTC ngày 21/3/2002 về việc hướng dẫn thực hiện nghị định số 10/2002/NĐ-CP ngày 16/01/2002 của Chính phủ về chế độ tài chính áp dụng cho các đơn vị sự nghiệp có thu.
3. Thông tư của Bộ Tài chính số 121/2002/TT-BTC ngày 31/12/2002 về việc hướng dẫn kế toán đơn vị sự nghiệp có thu.

4. Nghị định của Chính phủ số 171/2004/NĐ-CP, ngày 29/9/2004 về tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc UBND tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

5. Phạm Huy Dũng và Grignon, 2003. Tài chính y tế Việt Nam. Báo cáo trong hội nghị Việt Pháp về phát triển xã hội 6/2003.

6. Phạm Trí Dũng, Lê Tiến. Quản lý tài chính y tế. Hà Nội. Nhà xuất bản Y học, 2002.

7. Phạm Trí Dũng, Nguyễn Thanh Hương. Những vấn đề cơ bản của Kinh tế y tế, Hà Nội. Nhà xuất bản Y học, 2002: 189 - 216.

8. Phạm Trí Dũng, Đào Văn Dũng. Kinh tế y tế, Hà Nội, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội 2003: 83 - 98.

9. Nguyễn Ngọc Hàm, 2003. Bình luận về bệnh viện tự chủ. Hội nghị y tế 2003.