

Tổng quan chung về bệnh viện Việt Nam hiện nay

Phạm Trí Dũng

Sự chuyển đổi nền kinh tế đã đem lại những thành tựu đáng kể trong mọi mặt đời sống kinh tế - xã hội của Việt Nam. Những thành công trong lĩnh vực y tế đã góp phần làm tăng nhanh chỉ số phát triển con người của quốc gia, thành tựu của Việt Nam trong lĩnh vực y tế được đánh giá tốt hơn hẳn những nước khác có mức độ phát triển tương tự. Hệ thống bệnh viện đã được củng cố và phát triển thông qua việc đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị và đào tạo cán bộ. Tuy nhiên, hoạt động của hệ thống bệnh viện ở Việt Nam còn bộc lộ nhiều bất cập và chưa hiệu quả. Nguyên nhân có thể là do đầu tư cho các bệnh viện chưa đáp ứng nhu cầu và do thực trạng quản lý bệnh viện chưa tốt, công tác giám sát còn nhiều bất cập.

Triển khai tự chủ bệnh viện đã đạt được những kết quả ban đầu, tuy nhiên cũng bộc lộ những bất cập, cần được nghiên cứu, đánh giá trên quan điểm: "Công bằng, hiệu quả và phát triển" của cả hệ thống y tế nói riêng, phát triển kinh tế - xã hội của cả nước nói chung. Kể từ khi Việt Nam chính thức trở thành thành viên chính thức của Tổ chức Thương mại thế giới (WTO) năm 2006, trong lĩnh vực dịch vụ y tế, kể cả dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, chúng ta đang triển khai thực hiện các cam kết song phương và đa phương. Việt Nam đã ký Hiệp định khung về thỏa thuận thừa nhận lẫn nhau về người hành nghề điều dưỡng giữa các nước ASEAN và chuẩn bị ký 2 Hiệp định khung về thỏa thuận thừa nhận lẫn nhau về người hành nghề y và nha khoa giữa các nước ASEAN. Đa sở hữu trong hệ thống khám chữa bệnh nói chung, hệ thống bệnh viện nói riêng là một tất yếu khách quan nhằm đáp ứng phân tầng xã hội và thực hiện các cam kết quốc tế với tư cách là một thành viên của WTO. Công hay tư chỉ là phương tiện để thực hiện mục tiêu của Đảng và Nhà nước về nâng cao sức khỏe nhân dân. Luật khám bệnh, chữa bệnh sẽ ra đời nhằm tạo cơ sở pháp lý cao nhất cho sự phát triển và quản lý hệ thống cung cấp dịch vụ KCB nói chung, bệnh viện nói riêng. Bài viết này nhằm phác họa một vài nét về hệ thống bệnh viện Việt Nam hiện nay trong một số lĩnh vực cơ bản.

Từ khóa: bệnh viện, hệ thống bệnh viện Việt Nam, công bằng, hiệu quả và phát triển, cơ sở và trang thiết bị y tế, tự chủ bệnh viện, sử dụng dịch vụ bệnh viện, giường bệnh, chất lượng chăm sóc sức khỏe, nhân lực bệnh viện, tài chính bệnh viện.

Overview of current Viet Nam hospital system

Pham Tri Dung

The economic reforms have brought significant improvements in all aspects of socio-economic life of Viet Nam. Achievements recorded in the Vietnamese health care sector have contributed to the fast increase of the national Human Development Index and were evaluated to be distinctively better than those in countries with similar growth. The hospital system has been improved and developed through investments in infrastructure, facilities, and human resource training. However, impropriety and

inefficiency are still found in this hospital system operation, which may be due to inadequate investments, ineffective hospital management and improper hospital monitoring.

Although hospital autonomy has achieved many promising results, its impropriety has still been observed. This needs to be investigated and evaluated with the principles of "Equality, Effectiveness and Development" for the health care system as well as the socio-economic development in Viet Nam. Since Viet Nam officially became a member of the World Trade Organization (WTO) in 2006, within the health care service field, we have been carrying out many bilateral and multilateral agreements. Viet Nam signed the mutual recognition agreement (MRA) on Nursing practitioners and is planning to sign MRA on Medical Practitioners and MRA on Dental Practitioners between or among ASEAN countries.

As a member of WTO, multiple ownerships in the medical service system in general and in the hospital system in particular are objectively indispensable to follow the social stratification and the international agreements. Public or private hospital systems have been used as different tools to improve public health. Law on Medical Examination and Treatment will be adopted in order to build a legal framework for development and management of health care and hospital service delivery systems. This article aims to provide an outline of the current Viet Nam hospital system in some aspects.

Key words: hospital, Viet Nam hospital system, equality, effectiveness and development, health care facility, hospital autonomy, hospital service utilization, hospital bed, health care quality, hospital financing.

Tác giả

PSG.TS. Phạm Trí Dũng, Phó trưởng Khoa Quản lý Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng.
- Địa chỉ e-mail: ptd1@hsph.edu.vn hoặc d.phamtri@yahoo.com. Điện thoại: 0983 588 268

1. Đặt vấn đề

Sự chuyển đổi nền kinh tế đã đem lại những thành tựu đáng kể trong mọi mặt đời sống kinh tế - xã hội của Việt Nam. Trong quá trình đổi mới, hệ thống y tế Việt Nam đã có nhiều đổi mới và tiến bộ, phục vụ nhu cầu phòng bệnh và khám chữa bệnh (KCB) của đại đa số nhân dân, từng bước khống chế và thanh toán các dịch bệnh, kể cả các dịch bệnh nguy hiểm. Hầu hết các chỉ tiêu sức khỏe cơ bản đã đạt và vượt so với mục tiêu quốc gia trong giai đoạn 2001 - 2005 như: tuổi thọ trung bình, chết trẻ em dưới 1 tuổi, chết trẻ em dưới 5 tuổi. Những thành công trong lĩnh vực y tế và giáo dục đã góp phần làm tăng nhanh chỉ số phát triển con người của quốc gia, thành tựu của Việt Nam trong lĩnh vực y tế được đánh giá tốt hơn hẳn những nước khác có mức độ phát triển tương tự.

Chuyển sang một nền kinh tế thị trường từ một hệ thống y tế bao cấp, y tế Việt Nam đang gặp phải những thách thức rất lớn. Đáp ứng nhu cầu dịch vụ

chăm sóc sức khỏe của nhân dân luôn là một vấn đề lớn của tất cả các nước đang phát triển và cả các nước phát triển. "Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân từ nay đến năm 2000 và tầm nhìn 2020" đã xác định: "Thách thức của ngành Y tế là phải đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe (CSSK) ngày càng cao. Đảm bảo công bằng về CSSK cho nhân dân và giữ được bản chất nhân đạo của chế độ trong điều kiện nền kinh tế thị trường vừa là một vấn đề cấp bách, vừa là một chính sách lâu dài".

Bệnh viện là cơ sở chiếm phần lớn nguồn ngân sách của toàn ngành Y tế, chất lượng dịch vụ bệnh viện ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng của người dân. Bệnh viện là bộ mặt của ngành Y tế, chính vì vậy luôn giành được sự quan tâm lớn của Chính phủ, Bộ Y tế và người dân. Trong những năm gần đây, hệ thống bệnh viện đã được củng cố và phát triển thông qua việc đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị và đào tạo cán bộ. Số bệnh viện và giường

bệnh tiếp tục tăng để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ cho người dân và góp phần chữa trị, cứu sống được nhiều người có bệnh hiểm nghèo. Tuy nhiên, hoạt động của hệ thống bệnh viện ở Việt Nam còn bộc lộ nhiều bất cập và chưa hiệu quả. Nguyên nhân có thể là do đầu tư cho các bệnh viện chưa đáp ứng nhu cầu và do thực trạng quản lý bệnh viện chưa tốt, công tác giám sát việc thực hiện các quy chế và các quy định ở các cơ sở KCB chưa thường xuyên. Để phát huy tính năng động và tự chủ của các đơn vị sự nghiệp có thu, Chính phủ ban hành Nghị định 10/2002/NĐ-CP, ngày 16/01/2002, tiếp theo là Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25 tháng 4 năm 2006: "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". Triển khai tự chủ bệnh viện đã đạt được những kết quả ban đầu, tuy nhiên cũng bộc lộ những bất cập, cần được nghiên cứu, đánh giá trên quan điểm: "Công bằng, hiệu quả và phát triển" của cả hệ thống y tế nói riêng, phát triển kinh tế - xã hội của cả nước nói chung.

Năng lực quản lý và cán bộ quản lý của các bệnh viện cũng còn nhiều bất cập, chính vì vậy Nghị quyết số 46 - NQ/TW của Bộ Chính trị về: "Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới" đã nhấn mạnh đến công tác quản lý và tập trung vào quản lý bệnh viện: "...chú trọng đào tạo cán bộ quản lý y tế, nhất là cán bộ quản lý bệnh viện".

Kể từ khi Việt Nam chính thức trở thành thành viên chính thức của Tổ chức Thương mại quốc tế (WTO) năm 2006, chúng ta đang từng bước thực hiện đầy đủ các văn bản của WTO như Hiệp định chung về Thương mại dịch vụ (GATS), Hiệp định về các khía cạnh liên quan đến thương mại của quyền sở hữu trí tuệ (TRIPS), Thỏa thuận về các rào cản kỹ thuật đối với thương mại (TBT, SPS). Như vậy, Trong lĩnh vực dịch vụ y tế, kể cả dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, chúng ta phải áp dụng GATS, TBT để: "Thực hiện các biện pháp được tổ chức (công hay tư) nhằm phòng chống dịch bệnh, nâng cao sức khỏe và tuổi thọ của toàn thể nhân dân".

Mặt khác, Việt Nam đã ký Hiệp định khung về thỏa thuận thừa nhận lẫn nhau về người hành nghề điều dưỡng giữa các nước ASEAN vào tháng 8 năm 2006 và cam kết thực hiện vào tháng 7 năm 2009. Việt Nam cũng đang chuẩn bị ký 2 Hiệp định khung

về thỏa thuận thừa nhận lẫn nhau về người hành nghề y và nha khoa giữa các nước ASEAN.

Về mặt nhận thức không nên phân biệt về công hay tư trong hệ thống y tế. Công hay tư chỉ là phương tiện để thực hiện mục tiêu của Đảng và Nhà nước về nâng cao sức khỏe nhân dân. Trong bối cảnh hiện nay, đa sở hữu trong hệ thống khám chữa bệnh nói chung, hệ thống bệnh viện nói riêng là một tất yếu khách quan nhằm đáp ứng phân tầng xã hội và thực hiện các cam kết quốc tế với tư cách là một thành viên của WTO.

Nghị quyết số 11/2007/QH12 ngày 21/11/2007 của Quốc hội đã giao cho Chính phủ và Chính phủ đã giao cho Bộ Y tế chủ trì và phối hợp với các bộ, ngành liên quan soạn thảo Dự án Luật khám bệnh, chữa bệnh. Luật khám bệnh, chữa bệnh ra đời nhằm tạo cơ sở pháp lý cao nhất cho sự phát triển và quản lý hệ thống cung cấp dịch vụ KCB nói chung, bệnh viện nói riêng.

Bài viết này nhằm phác họa một vài nét cơ bản của hệ thống bệnh viện Việt Nam hiện nay về một số lĩnh vực.

2. Hệ thống bệnh viện Việt Nam

Sự phát triển hệ thống bệnh viện gắn liền với quá trình phát triển của hệ thống y tế, bệnh viện giữ vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Hệ thống bệnh viện Việt Nam gồm chủ yếu là các bệnh viện công (chiếm 93,3%). Các bệnh viện tư bao gồm cả bệnh viện bán công và bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài mới chỉ chiếm 3,7% bệnh viện và 2,2% giường bệnh trong cả nước. Ngoài ra còn có 22 bệnh viện đã được cấp phép đang tiến hành xây dựng. Số lượng các cơ sở y tế ngoài công lập nhiều nhưng quy mô còn nhỏ. Tỷ lệ bệnh viện tư và giường bệnh tư của Việt Nam là rất thấp so với các nước trong khu vực như Thái Lan (30% và 22,5%), Indonesia (42% và 32%), Malaysia (62,4% và 164,4%), Philippin (67% và 50%) [11].

Song song với bệnh viện thuộc Bộ Y tế, còn có bệnh viện do các bộ, ngành khác quản lý như Quân đội, Công an, Bưu điện, Giao thông, Gang thép, May mặc... Các bệnh viện này thường là bệnh viện đa khoa và điều dưỡng phục hồi chức năng, chủ yếu phục vụ cho cán bộ công nhân viên của bộ, ngành đó. Quy mô của bệnh viện thường ở mức trung bình và nhỏ.

Hiện nay, Việt Nam có 1.024 bệnh viện công với 126 772 giường bệnh, được đầu tư nhiều trang thiết bị (TTB) hiện đại nhưng so với nhu cầu cung cấp dịch vụ y tế thì hầu hết cơ sở vật chất, nhà cửa, điện nước, thiết bị thông dụng của các bệnh viện vẫn chưa đạt tiêu chuẩn tối thiểu. Ở khu vực tư nhân, đến nay cả nước có 68 bệnh viện với hơn 4.000 giường bệnh, hơn 30.000 phòng khám, dịch vụ y tế tư nhân [8].

Đối với các cơ sở KCB công còn chưa có quy định điều kiện cụ thể để cấp giấy phép hoạt động. Nhiều cơ sở KCB công không đạt điều kiện, đặc biệt là điều kiện về cơ sở vật chất, xử lý chất thải. Trong khi đó các cơ sở KCB tư nhân muốn hoạt động được phải đáp ứng đầy đủ các điều kiện mới được cấp phép. Chính vì vậy cần thiết phải có cơ sở pháp lý để đảm bảo nâng cao chất lượng và bình đẳng giữa hai khu vực khám bệnh, chữa bệnh công và tư. Bộ Y tế đang phối hợp với các bộ, ngành khác triển khai việc dự thảo Luật Khám bệnh, chữa bệnh nhằm hoàn thiện bộ khung pháp lý cho lĩnh vực này trong thời gian tới.

Hệ thống bệnh viện công được phân cấp quản lý hành chính và phân tuyến kỹ thuật từ trung ương đến địa phương. Tuyến quận/huyện thực hiện các kỹ thuật chăm sóc sức khỏe cơ bản, mang tính đa khoa. Tuyến tỉnh/thành phố thực hiện chăm sóc sức khỏe với các kỹ thuật phức tạp hơn, mang tính chuyên khoa, tiếp nhận người bệnh do tuyến huyện chuyển đến. Tuyến trung ương là tuyến cuối cùng, thực hiện các kỹ thuật chuyên khoa sâu và tiếp nhận người bệnh từ tuyến 2 chuyển lên.

Bệnh viện tuyến cao hơn được phân bổ nhiều ngân sách hơn, được cung cấp TTB và thuốc men tốt hơn, thu hút nhiều nhân viên y tế giỏi hơn. Vì vậy, người bệnh thường bỏ qua tuyến cơ sở để đến KCB ở tuyến tỉnh và trung ương khiến các bệnh viện tuyến trên luôn ở trong tình trạng quá tải và thực hiện nhiều kỹ thuật y học đơn giản hơn so với quy định về phân tuyến kỹ thuật.

Hệ thống các bệnh viện công lập được giữ vững củng cố và phát triển, nhiều cơ sở đã được đầu tư, nâng cấp, xây dựng mới, bước đầu khắc phục được tình trạng xuống cấp, thiếu hụt giường bệnh. Thiết bị dùng cho chẩn đoán và điều trị cơ bản tại bệnh viện tuyến huyện, một số thiết bị hiện đại, chuyên sâu cho bệnh viện tỉnh, trung ương đã được đầu tư, mua sắm. Cùng với việc triển khai tốt công tác chỉ đạo tuyến, chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới đã

giúp cho nhiều bệnh viện nâng cao năng lực chuyên môn, chất lượng chẩn đoán và điều trị, nhiều kỹ thuật mới và phức tạp đã được thực hiện thành công, trình độ và kỹ thuật y tế Việt Nam đang dần tiến bộ ngang với các nước trong khu vực, góp phần chữa trị và cứu sống được nhiều người bệnh hiểm nghèo.

Căn cứ vào chức năng nhiệm vụ, quy mô giường bệnh và khả năng chuyên môn kỹ thuật các bệnh viện được phân thành 5 hạng: Hạng đặc biệt, hạng I, hạng II, hạng III và hạng IV (Bộ Y tế, Thông tư số 23/2005/TT-BYT). Hạng đặc biệt và hạng I là hạng cao nhất bao gồm một số bệnh viện có quy mô quá lớn, TTB hiện đại như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện trung ương Huế..., hạng IV là thấp nhất gồm nhóm các bệnh viện chưa xếp hạng vì chưa đạt tiêu chuẩn xếp hạng III.

Hệ thống bệnh viện chuyên khoa Việt Nam khá phát triển và cũng được phân cấp thành tuyến trung ương và tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Các chuyên khoa thường là sản, nhi, lao, da liễu, tâm thần, các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Đặc biệt, hệ thống YHCT rất phát triển và bao phủ hầu hết các tỉnh/thành phố. Hiện nay các bệnh viện chuyên khoa chiếm 25% tổng số bệnh viện của Việt Nam [11].

Nhìn chung các bệnh viện Việt Nam có quy mô nhỏ. Số bệnh viện dưới 100 giường chiếm gần 70% (570 bệnh viện). Số bệnh viện có quy mô 101 - 300 giường chiếm 20% (165 bệnh viện); số giường từ 300 - 500 giường chiếm 7,2%; số từ 501 - 700 giường chiếm 2,4% (20 bệnh viện). Có 8 bệnh viện trên 700 giường, khoảng 1%, trong đó có 3 bệnh viện có quy mô trên 1.000 giường là Bạch Mai, Trung ương Huế và Chợ Rẫy [1]. So với quy mô giường bệnh của các bệnh viện của một số nước trong khu vực cũng rất khác nhau: số giường bình quân của bệnh viện Malaysia là 288 giường, của Trung Quốc là 138,7 [19].

3. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị bệnh viện

Trong những năm gần đây, mặc dù chưa tương xứng với nhu cầu thực tế nhưng hệ thống bệnh viện đã được nâng cấp và đầu tư tương đối đồng đều ở tất cả các tuyến, về cơ sở hạ tầng và TTB kỹ thuật. Nhiều bệnh viện được cải tạo và xây dựng mới bằng cả nguồn trong nước và nguồn từ nước ngoài vào khoảng 1.472 tỷ đồng/năm, cho cả tuyến trung ương và địa phương [14]. Hệ thống sậy, hấp tiết trùng, giặt là được củng cố. Hệ thống xử lý nước

thải, chất thải bệnh viện đã được chú ý đầu tư. Nhiều bệnh viện đã phục hồi hệ thống cấp thoát nước và xây dựng các lò đốt chất thải rắn, góp phần đảm bảo vệ sinh môi trường và chống nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

Ngoài ra, để đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng cao của người dân, nhiều loại TTB chuyên ngành hiện đại như: Máy chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT - Scanner), chụp mạch máu, chụp vú, máy tán sỏi ngoài cơ thể, siêu âm, các thiết bị hồi sức, phẫu thuật, xạ trị mổ nội soi ... đã được đầu tư, tạo điều kiện để các bệnh viện đảm bảo hoạt động và phát triển kỹ thuật [7].

Chính sách về đầu tư TTB y tế vừa nhằm tăng cường những TTB y tế cơ bản ở các tuyến vừa tạo ra một số trung tâm chuyên sâu. Nguồn vốn để đầu tư TTB y tế tại các bệnh viện được huy động từ nhiều nguồn: Ngân sách nhà nước, viện trợ quốc tế và cả vốn tư nhân trong quá trình XHH và thực hiện tự chủ. Mỗi nguồn đầu tư có yếu tố khuyến khích khác nhau ảnh hưởng tới loại TTB được đầu tư, công suất sử dụng TTB và mức độ bảo dưỡng TTB.

Mặt khác, một nghiên cứu đánh giá về tình hình TTB y tế tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh lại cho thấy tỷ lệ TTB y tế không được sử dụng hết công suất còn khá cao ở một số bệnh viện đa khoa tỉnh được nghiên cứu (xấp xỉ 20%) [20]. Điều này cho thấy hiệu quả đầu tư từ nguồn vốn xã hội hoá chưa cao, đầu tư máy không đồng bộ với đào tạo con người sử dụng máy và đội ngũ KCB.

Để thực hiện XHH công tác y tế, khắc phục tình trạng hạn chế nguồn lực tài chính cho chăm sóc sức khỏe, đề án "Phát triển xã hội hóa bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân" ngày 21/6/2005 của Bộ Y tế đã đưa ra hàng loạt các giải pháp, trong đó có nhóm giải pháp: "Huy động nguồn lực để đầu tư phát triển hệ thống y tế công lập". "Khuyến khích các cơ sở khám chữa bệnh, điều dưỡng và phục hồi chức năng huy động các nguồn vốn ngoài Ngân sách nhà nước, hợp tác và liên kết với các doanh nghiệp, cá nhân để đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng, nâng cấp trang thiết bị và cung cấp các dịch vụ y tế phù hợp với quy hoạch đã được phê duyệt" [3].

Trên thực tế, việc huy động các nguồn lực để đầu tư phát triển các cơ sở y tế công lập đang được thực hiện dưới hai hình thức chủ yếu:

- Liên doanh, liên kết đầu tư thiết bị y tế tại các bệnh viện công.

- Phát triển các dịch vụ theo yêu cầu tại các bệnh viện công.

Thực tế cho thấy các hoạt động liên doanh, liên kết tại bệnh viện công đã mang lại nhiều kết quả tích cực, đáp ứng nhu cầu cấp thiết về đổi mới trang bị kỹ thuật y tế, đặc biệt những TTB kỹ thuật cao, phục vụ kịp thời nhu cầu KCB của nhân dân trong điều kiện kinh phí của Nhà nước chưa cung cấp đủ để tự mua sắm toàn bộ các TTB. Kết quả từ một nghiên cứu cho thấy tại hầu hết các bệnh viện, số các TTB có giá trị trên 10 triệu đồng được đầu tư nhiều hơn một cách đáng kể so với trước khi bệnh viện thực hiện tự chủ. Tuy nhiên, mức độ và hình thức đầu tư rất khác nhau giữa các bệnh viện. Các bệnh viện có mức tự chủ cao thường dựa vào liên doanh liên kết qua hình thức đặt máy hoặc hình thức BOT để phát triển TTB, kỹ thuật mới [20].

Cho đến nay, theo báo cáo của Chính phủ [12] các bệnh viện công đã huy động được khoảng 3.000 tỷ đồng để triển khai các kỹ thuật cao, trong đó các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế trên 500 tỷ đồng, các đơn vị thuộc TP Hồ Chí Minh huy động và vay quỹ kích cầu gần 1.000 tỷ đồng; các đơn vị thuộc Hà Nội huy động được trên 100 tỷ đồng, Quảng Ninh gần 50 tỷ đồng. Tuy nhiên, câu hỏi cần được đặt ra ở đây là các TTB này đã được sử dụng như thế nào, ai là người được sử dụng, việc sử dụng có hiệu quả hay không? Đây là một vấn đề cần phải được đánh giá để có thể ban hành những quy định hướng dẫn cụ thể nhằm triển khai hiệu quả XHH lĩnh vực y tế nhưng vẫn đảm bảo được tính công bằng trong CSSK cho người dân [12].

Bên cạnh đó, việc liên doanh liên kết đầu tư thiết bị y tế tại các bệnh viện công trong điều kiện thiếu quy định của Bộ Y tế về tiêu chuẩn xét nghiệm như hiện nay có thể dẫn đến tình trạng lạm dụng xét nghiệm ở nhiều cơ sở y tế với mục tiêu thu hồi vốn, gây khó khăn cho người dân trong KCB về chi phí y tế. Tình hình này cho thấy cần thiết phải xây dựng và thực hiện cơ chế kiểm soát việc chỉ định và sử dụng TTB kỹ thuật cao nhằm đảm bảo chất lượng KCB đi đôi với hiệu quả về kinh tế trên bình diện xã hội.

Việc triển khai liên doanh, liên kết chỉ thuận lợi với bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, bởi vì đây là bệnh viện tuyến cuối và có nhiều bệnh nhân. Đối với bệnh viện tuyến huyện triển khai XHH theo hướng thu hút đầu tư tư nhân và liên doanh, liên kết đang gặp nhiều khó khăn do thiếu nhân lực

và có ít bệnh nhân. Ngoài ra, việc thực hiện XHH tuy thúc đẩy bệnh viện tuyến trên đổi mới liên tục về kỹ thuật y tế, song cũng làm xuất hiện hiện tượng ở một số nơi có sự sa thải việc thực hiện chức năng chỉ đạo và hỗ trợ kỹ thuật cho y tế tuyến dưới, ảnh hưởng đến sự liên kết, hỗ trợ trong hệ thống y tế công.

Việc huy động các nguồn đầu tư tư nhân dưới các hình thức khác nhau cho y tế đã tạo sự chuyển biến tích cực trong việc huy động các nguồn lực xã hội, giúp nâng cao một bước số lượng cũng như chất lượng các dịch vụ y tế phục vụ nhân dân. Tuy nhiên, hiện nay chưa có luật, pháp lệnh quy định cụ thể về đổi mới cơ chế hoạt động của cơ sở y tế công lập cũng như tổ chức KCB theo nhu cầu, liên doanh, liên kết ở bệnh viện công. Báo cáo của nhiều cơ sở y tế trong việc thực hiện XHH y tế cho thấy việc thiếu văn bản hướng dẫn cụ thể đã làm cho nhiều bệnh viện công lúng túng khi triển khai liên doanh, liên kết sử dụng thiết bị y tế. Một trong những lúng túng mà các bệnh viện gặp phải là về quyền tự chủ tài chính cũng như cho phép liên doanh liên kết sử dụng thiết bị y tế như thế nào (về chủng loại cũng như về tỷ lệ chia lợi nhuận). Báo cáo của Ủy ban Thường vụ Quốc hội [12] đã nhận xét: "Thực tế hoạt động ở các bệnh viện công đang rất cần những quy định pháp lý về sử dụng nhà, đất của các bệnh viện công để liên doanh liên kết, hoặc để xây dựng các khu điều trị theo yêu cầu, để tránh sự lẫn lộn tài sản công và tư".

Mặc dù đã đạt được những thành tựu về chuyên môn kỹ thuật nhưng so với các nước trong khu vực và các nước phát triển thì các bệnh viện Việt Nam còn ở mức độ thấp. Mới đây, Chính phủ đã có quyết định phê duyệt dự án nâng cấp toàn diện hệ thống bệnh viện tuyến huyện và một số bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện (Quyết định 225/2005/TTg). Theo quyết định này, dự án sẽ thực hiện trong 3 năm 2005 - 2008 với tổng số vốn hơn 8.000 tỷ đồng để nâng cấp hơn 300 bệnh viện các loại, kể cả đầu tư cơ sở hạ tầng kỹ thuật, TTB và đào tạo cán bộ chuyên môn, đảm bảo sau nâng cấp sẽ thực hiện tốt chức năng nhiệm vụ tuyến huyện, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên [9].

Tuy nhiên, để sử dụng được các TTB y tế một cách có hiệu quả, cần có kế hoạch đầu tư phù hợp với nhu cầu và năng lực khai thác của bệnh viện. Khi so sánh tình hình đầu tư máy CT và MRI tại Việt Nam cho thấy số người dân bình quân một máy

thấp hơn Indonexia, nhưng cao hơn Malaysia hoặc Singapore, hai nước có mức GDP bình quân đầu người cao hơn và dân số già hơn (Bảng 1).

Bảng 1. Đầu tư TTB y tế công nghệ cao tại một số nước trong khu vực, 2000 [22].

Đơn vị: Nghìn người

Chỉ số	Singapore	Malaysia	Việt Nam	Indonesia
Số dân bình quân một máy MRI	310	1100	2771	15400
Số dân bình quân một máy chụp cắt lớp	148	356	507	1520

Với đầu tư rất lớn vào TTB như vậy, vấn đề đặt ra là hiệu quả sử dụng TTB như thế nào? So sánh với tình hình sử dụng TTB ở nước ta với các nước khác cho thấy số lần chụp cắt lớp của nước ta rất thấp, X- quang và siêu âm lại rất cao (Bảng 2). Điều này một phần nào cho thấy khả năng chi trả của người bệnh với dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn còn thấp, trong khi nhu cầu sử dụng dịch vụ chẩn đoán hình ảnh thông thường là rất cao.

Bảng 2. Ước tính tỷ lệ sử dụng một số chẩn đoán hình ảnh tại một số nước [9]

Đơn vị: Số lần bình quân 1.000 dân

Tên Nước	Kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh			
	MRI	CT	X - quang	Siêu âm
Canada	25,5	87,3	-	-
Mỹ	83,2	172,5	-	-
Anh (công lập)	19,9	43,0	-	-
Úc (nội trú năm 2004-2005)	2,0	21,0	0,7	2,8
Việt Nam (công lập 2005)		2,6	122,2	80,7

Xét về công suất sử dụng TTB cho thấy công suất sử dụng máy ở Việt Nam rất thấp. Chỉ so sánh công suất sử dụng máy cắt lớp, công suất sử dụng trung bình tại bệnh viện công chỉ khoảng một nửa so với Canada và 70% so với Mỹ. Ngay cả trong nước cũng có sự khác nhau rất lớn trong công suất sử dụng TTB y tế giữa các bệnh viện. Số lần thực hiện bình quân một ngày đối với chụp cắt lớp vi tính, X - quang và xét nghiệm vi sinh đều tăng từ 2000 đến 2005. Tuy nhiên công suất thực hiện bình quân một ngày của bệnh viện huyện thấp hơn hẳn so với bệnh viện tỉnh và trung ương [11], [4].

Hiện nay, công tác bảo trì, bảo dưỡng, sửa chữa TTB y tế hầu hết phó thác và dựa vào các nhà cung

cấp vì thiếu kinh phí, thiếu đội ngũ cán bộ kỹ thuật chuyên trách công tác bảo dưỡng và sửa chữa.

4. Hoạt động chuyên môn

4.1. Sử dụng dịch vụ bệnh viện

Theo kết quả thống kê từ các cơ sở KCB, số lần KCB bình quân trên đầu người tại các bệnh viện ở mức 1,77 lần năm 2000 và tăng đến 1,92 vào năm 2005. Tỷ lệ nhập viện dao động trong khoảng 67 - 80 lần/1000 dân từ năm 1990 đến 2000 nhưng lên 95 lần vào năm 2005 [5]. Tổng số người bệnh điều trị ngoại trú trong giai đoạn 1994 - 2000 chiếm khoảng 36% tổng số người bệnh vào viện, nhưng đến năm 2005 lên đến 50% [19], [15].

Sử dụng các dịch vụ cận lâm sàng của người bệnh có xu hướng tăng theo các năm. Chỉ số về huyết học là cao nhất, bình quân khoảng 6,6 xét nghiệm cho 1 bệnh nhân. Tiếp theo là sinh hóa, gần 4 xét nghiệm cho 1 bệnh nhân. Chỉ định về X - quang và siêu âm là tương đối phổ biến: gần 100% có chỉ định chụp X - quang và 50% người bệnh có chỉ định siêu âm. Số người bệnh có chỉ định chụp cắt lớp hay công hưởng từ chiếm khoảng 1% tổng số người bệnh nội trú. Chỉ số này chưa phản ánh thực chất nhu cầu vì số lượng hệ thống chụp cắt lớp và công hưởng từ còn ít, mới chỉ có ở một số bệnh viện lớn [9].

4.2. Công suất sử dụng bệnh viện

Bảng 3. Một số chỉ số hoạt động chuyên môn bệnh viện giai đoạn 1998 - 2004 [2]

Các chỉ số hoạt động	1998	1999	2000	2003	2004
Ngày điều trị bình quân (ngày)	7,5	7,3	7,4	7,3	7,2
Công suất sử dụng giường (%)	102,8	94,7	96,4	103,1	105,2
Tỷ lệ luân chuyển BN/GB/năm (%)	49,5	46,5	46,9	51,4	52,9
Tỷ lệ luân chuyển BN/GB/năm (%)	49,5	46,5	46,9	51,4	52,9
Tỷ lệ tử vong chung (%)	5,9	5,7	5,4	6,0	5,1

Công suất sử dụng giường bệnh chung của các bệnh viện trên cả nước là rất cao (95 - 103%) và ngày càng tăng, nhất là ở các bệnh viện TW (116%) và bệnh viện tuyến tỉnh (102%). Ngày điều trị bình quân người bệnh nội trú chung là 7 - 7,5 ngày, giữ tương đối ổn định ở các bệnh viện và có xu hướng giảm dần; tỷ lệ tử vong chung trong khu vực bệnh viện không tăng, phản ánh kết quả và chất lượng cấp cứu, điều trị của bệnh viện.

4.3. Chất lượng chăm sóc sức khỏe

Trong những năm gần đây, việc nâng cao chất

lượng KCB nói riêng và chất lượng CSSK nói chung tại các bệnh viện đã được quan tâm vì chính điều này sẽ quyết định sự tồn tại của bệnh viện. Người bệnh sẽ không đến các bệnh viện khi họ không hài lòng bởi những dịch vụ KCB kém chất lượng. Để thu hút người bệnh đến KCB tại bệnh viện, thì cần đáp ứng nhu cầu, kỳ vọng mong chờ của khách hàng và đây chính là khái niệm sự hài lòng của khách hàng. Khi người bệnh hay khách hàng hài lòng, họ sẽ quay lại và giới thiệu người thân người quen đến cơ sở y tế để nhận dịch vụ CSSK. Ngoài ra họ sẽ tự nguyện tuân thủ các chỉ định điều trị của người cung cấp dịch vụ. Lúc đó việc cung cấp các dịch vụ KCB có chất lượng cho người bệnh sẽ có hiệu quả.

Nghiên cứu do Tengilimoglu và cộng sự (2001) thực hiện trên 420 người bệnh từ bệnh viện đa khoa trung ương của Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy đa số người bệnh hài lòng với thái độ, sự giao tiếp của nhân viên và bác sĩ trong quá trình chăm sóc bệnh nhân, mặc dù sự hài lòng có khác nhau giữa những người bệnh có trình độ học vấn khác nhau. Bên cạnh đó có nhiều người bệnh không hài lòng với cơ sở vật chất, TTB.

Tại Việt Nam những nghiên cứu về sự hài lòng đối với chất lượng chăm sóc người bệnh không nhiều. Một số nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện cho thấy người bệnh nói chung chưa thực sự hài lòng với chất lượng CSSK tại bệnh viện. Người bệnh không hài lòng nhất với cơ sở vật chất, TTB. Khoảng 70% người bệnh hài lòng với thời gian chờ đợi KCB, giao tiếp và tương tác với nhân viên y tế.

4.4. Nhân lực bệnh viện

Trong bệnh viện, cán bộ y tế là một trong những nguồn lực quan trọng nhất, đồng thời là chủ thể quản lý và sử dụng các nguồn lực khác như tài chính, khoa học kỹ thuật, thông tin, TTB. Có thể nói rằng nhân lực trong bệnh viện vừa là động lực sáng tạo, đồng thời họ cũng là một trong những chủ thể của mọi hoạt động trong bệnh viện. Nếu nguồn nhân lực thiếu, chất lượng thấp hoặc không được phân bố và sử dụng hợp lý thì mọi nguồn lực khác của bệnh viện sẽ không được sử dụng tốt, không có hiệu quả. Việc không quan tâm đúng mức đến nguồn nhân lực của bệnh viện sẽ dẫn đến lãng phí các nguồn lực khác. Đầu tư cho nguồn nhân lực cũng chính là đầu tư cho phát triển của bệnh viện.

Ở nước ta hiện nay có 189.150 người đang hành nghề khám bệnh, chữa bệnh trong khu vực Nhà nước, trong đó 52.413 bác sĩ, 48.519 y sĩ, 961 điều dưỡng viên đại học, 45 143 điều dưỡng viên trung học, 10.899 điều dưỡng viên sơ học, 17.109 nữ hộ sinh đại học và trung học 2.133 nữ hộ sinh sơ học, 10.519 kỹ thuật viên y tế, 798 xét nghiệm viên và 656 lương y [6].

Tỷ lệ bác sĩ là 5,88/10.000 dân cao hơn một chút so với khuyến cáo của WHO là 5/10.000, kỹ thuật viên y tế so với bác sĩ là 1,5 thấp hơn nhiều so với khuyến cáo của WHO là 4 đến 5. Nhìn chung, tình hình thầy thuốc, nhân viên y tế chưa được hợp lý cả về số lượng và cơ cấu [8]. Mặt khác, chất lượng của đội ngũ này cũng chưa đồng đều do Việt Nam chưa có hệ thống sát hạch, cấp chứng chỉ hành nghề và giám sát hoạt động hành nghề chưa có hiệu quả.

4.4.1. Số cán bộ bình quân một giường bệnh

Năm 2005, số cán bộ bình quân một giường bệnh chung của cả nước vào khoảng 1,15 (tính cả cán bộ hợp đồng). Nếu chỉ tính số cán bộ trong biên chế thì số này còn khoảng 0,92 [15]. Do định biên số cán bộ trong biên chế thấp nên hầu hết các bệnh viện phải hợp đồng thêm nhân lực. Tính chung cho các bệnh viện, số cán bộ hợp đồng chiếm tới gần 18%, cao nhất là ở các bệnh viện tuyến trung ương là 20,9%, bệnh viện tỉnh là 22,2%. Số cán bộ hợp đồng ở các bệnh viện tuyến huyện chiếm 11,8%. Số cán bộ trên một giường bệnh ở các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế cao hơn (1,38) so với bệnh viện tỉnh (1,13) và huyện (1,09); các bệnh viện thuộc các bộ ngành có số cán bộ một giường bệnh thấp hơn (khoảng 1,00). Bình quân cứ 10 giường thì có 2 bác sĩ và 3 y tá. Tỷ số y tá/điều dưỡng so với bác sĩ còn thấp và bất hợp lý. Tỷ số chung cho các bệnh viện vào khoảng 1,5 điều dưỡng: 1 bác sĩ. Tỷ số này thấp nhất ở các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế là 1,22 và cao nhất ở các bệnh viện tỉnh là 1,56. Nếu so với mục tiêu chiến lược của Bộ Y tế về đổi mới công tác điều dưỡng theo định hướng chăm sóc toàn diện bệnh nhân và tỷ số điều dưỡng: bác sĩ cần phải đạt ít nhất là 2,5 thì các bệnh viện ở tất cả các tuyến đều chưa đạt được. Sự thiếu hụt điều dưỡng, cả về số lượng và chất lượng tại các bệnh viện đều rất lớn nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện người bệnh [9].

4.4.2. Cán bộ chuyên môn theo tuyến bệnh viện và theo vùng

Bảng 4. Số lao động bình quân một giường bệnh của Việt Nam và một số nước [2], [19], [22]

Tên nước	Loại bệnh viện	Số lao động/ giường bệnh
Trung Quốc	I	2,6
	II	1,9
	III	1,8
Indonesia	I	2,8
	II	2,1
	III	1,0
Singapore		2,0
Việt Nam	I	1,0-1,3
	II	0,9-1,0
	III	1,0-1,3

Sự phân bố cán bộ chuyên môn trình độ cao giữa các tuyến bệnh viện và giữa các tỉnh, các vùng là chưa cân đối và tương xứng với với chức năng, nhiệm vụ. Nguồn lực có trình độ cao tập trung chủ yếu tại các tuyến trung ương, tỉnh và các thành phố, thị xã. Các tỉnh Tây Nguyên và khu vực miền núi phía Bắc thiếu cán bộ chuyên môn giỏi, nhiều bệnh viện còn thiếu các dược sĩ đại học; thiếu hụt đội ngũ cán bộ một số chuyên khoa. Về cán bộ điều dưỡng, hộ lý và kỹ thuật viên chỉ có 6,5% là có trình độ đại học và cao đẳng. Đội ngũ điều dưỡng chuyên khoa, nhất là tại các bệnh viện và chuyên khoa đầu ngành còn thiếu nhiều [11].

Sự bất hợp lý về cơ cấu, số lượng cán bộ viên chức y tế và phân bố nhân lực mất cân đối giữa các vùng miền sẽ ảnh hưởng lớn đến chất lượng công tác chăm sóc và KCB cho bệnh nhân.

4.5. Tài chính bệnh viện

Hiện nay, nguồn tài chính cho bệnh viện công từ 4 nguồn chính sau: Ngân sách Nhà nước, viện phí, Bảo hiểm Y tế và các nguồn khác. Ngân sách nhà nước cấp cho các bệnh viện trung ương được áp dụng theo quy mô dân số, ở cấp địa phương, ngân sách được phân bổ cho các bệnh viện tuyến tỉnh và huyện theo số giường bệnh kế hoạch. Trên thực tế, số lượng giường bệnh chưa phải là chỉ số hợp lý về nhu cầu nguồn lực vì nó không phản ánh thực tế năng suất và hiệu quả hoạt động của các bệnh viện. Hơn nữa, cơ chế phân bổ ngân sách theo hướng này còn có thể làm sai lệch thực tế phân bổ số giường

nội trú giữa các địa phương và giữa các tuyến điều trị. Từ góc độ hiệu quả thì cả 2 hình thức phân bổ ngân sách theo số giường và theo dân số về cơ bản vẫn thuộc phương thức phân bổ ngân sách theo định hướng chi phí đầu vào và được đánh giá là khá lạc hậu, không khuyến khích năng suất và hiệu quả và nó sẽ được dần thay thế bằng hình thức hỗ trợ tài chính cho một số nhóm đối tượng và thanh toán qua cơ quan chi trả thứ ba [9].

Với mức đầu tư thấp cho CSSK như hiện nay (chiếm khoảng 29% tổng nguồn thu của bệnh viện) [6] kết hợp với việc đẩy mạnh liên doanh liên kết tại bệnh viện công có thể sẽ dẫn đến tình trạng tỷ lệ chi phí y tế do người dân tự chi trả sẽ ngày càng tăng cao nếu không có cơ chế kiểm soát việc chỉ định và sử dụng TTB kỹ thuật cao. Kết quả kiểm tra 731 bệnh viện năm 2007 của Bộ Y tế cho thấy nguồn thu chủ yếu của bệnh viện là từ viện phí, chiếm 59,4% các nguồn thu và tăng 26,5% so với năm 2006 [17]. Tỷ lệ chi phí y tế do người dân tự chi trả cao sẽ dẫn đến tình trạng hạn chế khả năng tiếp cận của người nghèo và người cận nghèo trong KCB.

Chính sách đổi mới cơ chế quản lý tài chính trong các bệnh viện công:

Từ năm 2002, một số bệnh viện đã bắt đầu thực hiện cơ chế tự chủ tài chính theo Nghị định 10/2002/NĐ-CP để cụ thể hóa việc phân cấp cho các đơn vị sự nghiệp có thu. Nghị định 10 đã cho phép các đơn vị sự nghiệp chủ động về mặt tài chính và tổ chức nhân lực, nhằm quản lý thống nhất nguồn thu, khuyến khích tăng thu, tiết kiệm chi, đảm bảo trang trải kinh phí hoạt động, thực hiện tinh giản biên chế và tăng thu nhập cho người lao động trên cơ sở hoàn thành tốt các nhiệm vụ được giao và thực hiện đầy đủ nghĩa vụ với Nhà nước. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy trong quá trình phân cấp, giao quyền tự chủ, Bộ Y tế có thể giảm vai trò trong cung ứng dịch vụ, nhưng phải tăng cường các chức năng chính của Nhà nước trong y tế như cung ứng các hàng hoá công cộng, thông tin y tế, xây dựng tiêu chuẩn, ban hành và giám sát việc thực hiện các luật lệ, quy định.

Các đơn vị sự nghiệp có thu tự đảm bảo một phần kinh phí theo Nghị định 10 được giao ngân sách chi thường xuyên trong thời kỳ ổn định 3 năm và hàng năm được tăng theo tỷ lệ do cấp có thẩm quyền quyết định. Các nhà quản lý được giao thẩm quyền rộng hơn trong quản lý tài chính đơn vị và các

khoản tiết kiệm chi phí được phép dùng để tái đầu tư và tăng thêm thu nhập theo quy định cho cán bộ, nhân viên. Các đơn vị thực hiện tự chủ còn có thẩm quyền lớn hơn trong việc quyết định mức phí đối với các dịch vụ KCB theo yêu cầu và dịch vụ khác (như dịch vụ giặt là, trông xe, dinh dưỡng...). Các đơn vị này cũng được phép đi vay ngân hàng hoặc Quỹ Hỗ trợ phát triển để mở rộng phạm vi hoạt động và nâng cao chất lượng dịch vụ của mình.

Tháng 2 năm 2004, Bộ Y tế, Bộ Tài chính và Bộ Nội vụ đã ban hành Thông tư số liên tịch 13/2004/TTLT-BYT-BTC-BNV hướng dẫn chi tiết thực hiện cơ chế tự chủ về tài chính, lao động và tiền lương cho các đơn vị sự nghiệp y tế có thu hoạt động trong lĩnh vực y tế công lập như các bệnh viện, viện có giường bệnh, các trung tâm, các cơ sở đào tạo, viện nghiên cứu, cơ sở y tế dự phòng.

Để nâng cao tính hiệu quả đối với đơn vị sự nghiệp công lập trong lĩnh vực y tế, từ năm 2006 cơ chế khoán ngân sách đã dần được áp dụng và bắt đầu có những yếu tố định hướng kết quả đầu ra [18].

Cơ chế tự chủ của các nghị định đã được Chính phủ ban hành (Nghị định 10 và 43) có những điểm tương tự như hình thức bệnh viện tự chủ mà một số nước đã và đang thực thi trong quá trình thực hiện đổi mới và cải cách bệnh viện công, nhằm phát huy năng suất, hiệu quả và giảm chi Ngân sách Nhà nước cho các bệnh viện. Tinh thần của các nghị định là nêu cao vai trò, trách nhiệm của người đứng đầu; trao quyền tự chủ của giám đốc bệnh viện, thực hiện sự phân quyền và ủy quyền cao, để có những quyết định quản lý kịp thời, phù hợp với sự biến động liên tục của các tình huống [9].

Triển khai thực hiện tự chủ đã giúp các cơ sở y tế tăng tính chủ động trong điều hành, quản lý và sử dụng ngân sách. Khuyến khích các cơ sở y tế mở rộng cung cấp các dịch vụ y tế chữa bệnh theo yêu cầu, phát triển và ứng dụng rộng rãi kỹ thuật cao nhằm nâng cao chất lượng KCB, đồng thời tăng nguồn thu cho bệnh viện.

Tuy nhiên, triển khai thực hiện tự chủ tại các bệnh viện vẫn còn những hạn chế và khó khăn nhất định. Các đơn vị mới chỉ được giao quyền tự chủ về tài chính, chưa được giao quyền tự chủ về biên chế, lao động và tổ chức bộ máy nên chưa phát huy tác dụng. Một hiện tượng cần quan tâm, đó là tình trạng lạm dụng thuốc và kỹ thuật cao trong chẩn đoán và điều trị để tăng nguồn thu cho bệnh viện.

Nghị định số 43/2006/NĐ-CP thay thế cho Nghị

định 10 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 43 đã mở rộng thêm quyền và trách nhiệm cho các đơn vị sự nghiệp công lập so với Nghị định 10.

Ngày 9/8/2006, Bộ Tài chính đã ban hành Thông tư số 71/2006/TT-BTC hướng dẫn thực hiện Nghị định 43 cho tất cả các đơn vị sự nghiệp công lập. Ngày 23/01/2008, Bộ Y Tế và Bộ Nội Vụ đã ban hành Thông tư liên tịch số 02/2008/TTLT/BYT-BNV hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 43/2006/NĐ-CP đối với đơn vị sự nghiệp công lập trong lĩnh vực y tế.

Theo tinh thần của Nghị định 43 và các Thông tư hướng dẫn thì Nhà nước chủ trương trao quyền tự chủ toàn diện cho các đơn vị sự nghiệp công lập cả về tổ chức, bố trí sắp xếp bộ máy, nhân lực và tài chính. Theo đó, các đơn vị được chủ động trong quyền tiếp nhận, bổ nhiệm ngạch, chuyển ngạch, nâng bậc lương đối với viên chức ngạch tương đương ngạch bác sỹ chính trở xuống được quyền quyết định thành lập hoặc giải thể, tổ chức lại các khoa, phòng và tổ chức trực thuộc khác trên cơ sở quy hoạch hoặc phương án đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt. Đối với tự chủ về tài chính thì các đơn vị hoàn toàn được chủ động về nguồn thu chi tài chính, được tự chủ trong việc sử dụng kết quả hoạt động tài chính để trích lập các quỹ như quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp, quỹ phúc lợi, quỹ khen thưởng, quỹ dự phòng ổn định thu nhập và chi trả thu nhập tăng thêm cho người lao động. Đồng thời cho phép các đơn vị được sử dụng tài sản để liên doanh, liên kết hoặc góp vốn liên doanh với các tổ chức cá nhân trong và ngoài nước để đầu tư xây dựng, mua sắm máy móc thiết bị phục vụ hoạt động dịch vụ phù hợp với chức năng nhiệm vụ của đơn vị theo quy định của pháp luật.

Tự chủ tài chính được quy định khá cụ thể và được phân làm 3 loại hình đơn vị đó là:

- Đơn vị tự đảm bảo chi phí hoạt động (tự đảm bảo hoàn toàn chi phí hoạt động).
- Đơn vị tự đảm bảo một phần chi phí hoạt động thường xuyên (phần còn lại do Nhà nước cấp).
- Đơn vị sự nghiệp do Ngân sách nhà nước đảm bảo toàn bộ chi phí hoạt động (nguồn thu đáp ứng dưới 10% tổng số chi).

Việc phân cấp quản lý và trao quyền tự chủ tài chính cho các bệnh viện được dự đoán sẽ là đòn bẩy

nhằm tăng cường hiệu suất hoạt động, tiết kiệm chi phí, tăng nguồn thu từ các hoạt động dịch vụ cho các cơ sở y tế đồng thời tăng tính sẵn có của dịch vụ y tế để đáp ứng nhu cầu KCB của nhân dân. Song, nếu việc giao quyền tự chủ cho các đơn vị y tế không đi kèm theo các điều kiện nâng cao năng lực quản lý, tăng cường trách nhiệm giải trình, tính minh bạch và vai trò theo dõi, giám sát thích hợp thì sẽ dẫn đến nguy cơ tăng rào cản đối với người nghèo và người cận nghèo trong tiếp cận dịch vụ y tế. Kinh nghiệm mới đây về phân cấp y tế tại một số nước châu Á như Trung Quốc, In-đô-nê-xi-a, Phi-líp-pin cho thấy hệ thống y tế có thể phải chịu những hậu quả khá nghiêm trọng từ việc tự chủ hóa thiếu tính trách nhiệm giải trình trong điều kiện năng lực quản lý và hệ thống giám sát điều hành chưa đủ đáp ứng yêu cầu thực tế. Một sự cân đối giữa nỗ lực gia tăng nguồn thu và các mục tiêu xã hội trong chăm sóc sức khỏe cần được nhìn nhận đúng mức hơn [18].

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 CSSK. Các quy định và quản lý tài chính bệnh của Nghị định 43 có liên quan đến đời sống của nhân viên và phát triển kỹ thuật - công nghệ của bệnh viện.

4.6. Hệ thống chuyển tuyến

Hiện nay hệ thống chuyển tuyến điều trị ở nước ta đang được đánh giá là kém hiệu quả. Tình trạng quá tải ở bệnh viện tuyến trên là chỉ báo sự yếu kém của hệ thống chuyển tuyến, chất lượng và mức độ hài lòng thấp với dịch vụ ở tuyến cơ sở. Các bệnh viện tuyến trên đang tích cực cung cấp các dịch vụ mà đáng ra nên được cung cấp một cách hiệu quả ở tuyến dưới. Mặt khác, chính phương thức thanh toán của Bảo hiểm Y tế Việt Nam hiện nay cũng một phần tạo nên tình trạng kém hiệu quả của hệ thống chuyển tuyến. Không có các giải pháp toàn diện về hành chính, kinh tế và kỹ thuật thì sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến hệ thống phân tuyến và giảm hiệu quả trên bình diện xã hội nói chung, người bệnh nói riêng khi họ phải chi trả cao cho những bệnh thông thường tại các bệnh viện tuyến trên. Đồng thời, nó cũng làm hạn chế khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB của những người bệnh có nhu cầu sử dụng dịch vụ phức tạp ở tuyến trên.

4.7. Quản lý bệnh viện

"Quản lý bệnh viện tốt tức là sử dụng hiệu quả gần 70 đến hơn 80% ngân sách CSSK". Ở Việt Nam quản lý bệnh viện còn nhiều bất cập đã đưa đến nhiều hậu quả đáng tiếc liên quan đến tính mạng bệnh nhân. Trong tài liệu "Những nhiệm vụ cấp bách của công tác khám và chữa bệnh" GS. Lê Ngọc Trọng đã chỉ rõ: "Sai phạm về y đức, về tinh thần trách nhiệm là vấn đề nổi cộm lớn nhất, gây tổn hại sâu sắc tới niềm tin của nhân dân. Tai biến trong điều trị còn nhiều, đặc biệt trong lĩnh vực sản phụ khoa, 5 tai biến sản khoa vẫn là những thách thức rất lớn".

Trình độ của cán bộ quản lý bệnh viện còn yếu, theo một nghiên cứu đánh giá nhu cầu đào tạo của cán bộ quản lý y tế bệnh viện tuyến huyện ở Việt Nam năm 1999, chỉ có 41,1% cán bộ quản lý tuyến huyện mô tả được các bước cơ bản của quản lý. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở tuyến bệnh viện huyện chỉ có 34,8% cán bộ quản lý bệnh viện có đủ kỹ năng lập kế hoạch hàng năm. Trình độ chuyên môn của cán bộ quản lý nói chung là khá cao khoảng 50% có trình độ chuyên môn sau đại học, nhưng trình độ tin học 3,4%, ngoại ngữ 8,2%, đa số cán bộ quản lý chưa được đào tạo về quản lý bệnh viện (89,2%), tỉ lệ biết 7 nhiệm vụ của bệnh viện thấp 45% [10].

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt:

- 1- Bộ Y tế (2000). Báo cáo Kiểm tra bệnh viện năm 2000.
- 2- Bộ Y tế (2004). Báo cáo Kiểm tra bệnh viện năm 2004.
- 3- Bộ Y tế (2005). Quyết định 2194/QĐ-BYT ngày 21/6/2005 về phê duyệt đề án phát triển xã hội hoá bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân.
- 4- Bộ Y Tế (2006). Báo cáo Kiểm tra bệnh viện 2005.
- 5- Bộ Y tế (2006). Niên giám Thống kê y tế các năm 2000 đến 2005.
- 6- Bộ Y tế (2006). Niên giám thống kê y tế năm 2006.
- 7- Bộ Y tế (2007). Báo cáo Kiểm tra bệnh viện năm 2006.
- 8- Bộ Y tế (2007). Qui hoạch hệ thống y tế .
- 9- Bộ Y tế (2007). Báo cáo Y tế Việt Nam năm 2006.
- 10- Phạm Trí Dũng và cs (2005). "Thực trạng quản lý bệnh viện và nhu cầu đào tạo cho cán bộ quản lý bệnh viện". Trường Đại học Y tế công cộng: 5-15.
- 11- Lý Ngọc Kính, Nghiêm Trần Dũng và cộng sự (2005). "Tổng quan về hệ thống bệnh viện Việt Nam". Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 12- Ủy Ban Thường vụ Quốc hội (2008). "Báo cáo Kết quả giám sát thực hiện chính sách pháp luật về XHH công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân" số 118/BC-UBTVQH12, ngày 13/5/2008, Hà Nội.

13- Vụ Điều Trị (2000). Báo cáo Tổng kết năm 2000.

14- Vụ Điều Trị (2001). Báo cáo Quy hoạch bệnh viện Bộ Y tế.

15- Vụ Kế hoạch - Tài chính (2007). Báo cáo Tổng hợp thực hiện Nghị định 10, Hà Nội.

16- Vụ Điều Trị (2007). Báo cáo Tổng kết công tác KCB năm 2007 và định hướng kế hoạch hoạt động năm 2008.

17- Viện Chiến lược và chính sách y tế (2008). "Đánh giá tác động của việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện đối với cung ứng và chi trả dịch vụ y tế". Hà Nội: 15-19.

18- World Bank (2007). "Cơ sở dữ liệu thống kê sức khỏe, dinh dưỡng và dân số Hà Nội". 25-30.

Tiếng Anh:

19- Barnum H, Kuzin (1993), Public hospital in developing countries: Resource use, Cost, Financing, The Johns Hopkins University Press, US, pp 202-205.

20- Minister of Health (2006), Health Technology Assessment: An inventory and assessment of status of diagnosis equipment in provincial general hospitals, Ha Noi, pp 10-15.

21- Ministry of Health Singapore (1998), State of Health 1998-Private Health Sector Growth in Asia, pp 1-7.

22- Sahota A (1999), A Diagnosis for Southeast Asia. Medical Device and Diagnostic Industry Magazine, pp 1-2.