

Cơ chế chính sách y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội: Thực trạng và những vấn đề bất cập

Ths. Nguyễn Doãn Hoàn

UBND huyện Thạch Thất

Ths. Lê Minh Tuyền

Bệnh viện Tim Hà Nội

Trong những năm đổi mới vừa qua, ngành y tế Hà Nội đã có bước phát triển mạnh mẽ, đã và đang là một trong những trung tâm y tế quan trọng của đất nước, nơi có số lượng lớn bệnh viện nhiều cấp, có đội ngũ cán bộ, chuyên gia y được có trình độ và tay nghề cao với các cơ sở và phương tiện chữa bệnh hiện đại. Cùng với hệ thống bệnh viện Trung ương, Bộ, Ngành, các cơ sở y tế của Thành phố ngày càng đáp ứng tốt hơn trong việc chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân Hà Nội và cả nước.

Tuy nhiên, sự phát triển của hệ thống y tế trên địa bàn Thủ đô cũng đang đứng trước nhiều khó khăn, thách thức, mà một trong những nguyên nhân là do cơ chế chính sách y tế trên địa bàn còn nhiều bất cập. Bài viết này khái quát một số vấn đề về chính sách đầu tư tài chính, chính sách bảo hiểm y tế và cơ chế tự chủ tài chính ở các đơn vị cơ sở y tế công lập trong khám chữa bệnh, chỉ ra những điểm được và những bất cập mà ngành y tế Hà Nội cần quan tâm giải quyết trong những năm tới.

Từ khóa: cơ chế chính sách; đầu tư tài chính; tự chủ tài chính; bảo hiểm y tế

1. Chính sách đầu tư tài chính cho hoạt động y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội

Đầu tư tài chính cho hoạt động y tế có vai trò cực kỳ quan trọng trong phát triển hệ thống y tế, chăm sóc sức khỏe nhân dân. Với sự đổi mới về cơ chế kinh tế, chính sách đầu tư tài chính cũng có sự biến đổi. Những năm qua vốn đầu tư cho các hoạt động y tế, chăm sóc sức khỏe nhân dân Hà Nội được huy động từ nhiều nguồn khác nhau, bao gồm vốn từ ngân sách Nhà nước, vốn đầu tư của khu vực tư nhân, và một phần đóng góp của dân thông qua các khoản thu từ viện phí, phí bảo hiểm, nguồn vốn nước ngoài, trong đó vốn đầu tư từ ngân sách Nhà nước vẫn là nguồn vốn giữ vai trò chủ đạo.

Do tốc độ tăng trưởng kinh tế của cả nước đạt được khá cao cho nên khoản chi cho lĩnh vực y tế có xu hướng tăng lên. Quan tâm đầu tư cho công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân cũng được quan tâm, tăng lên theo từng năm. Tỷ trọng chi cho sự nghiệp y tế năm 2008 là 4,6%, năm 2009 là 6,5% và năm

2010 khoảng 7%. (UBND Thành Phố Hà Nội, 2012). Tuy nhiên, nếu xét tỷ trọng chi ngân sách cho y tế so với GDP thì mức chi ngân sách cho y tế tăng vẫn chưa đáp ứng được so với nhu cầu đề ra.

Theo Quyết định 139/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về khám chữa bệnh cho người nghèo được bắt đầu thực hiện từ năm 2003, mức phân bổ kinh phí được phép dao động trong khoảng 500-700 tỷ đồng/năm. Kể từ năm 2005, Chính phủ đã có quyết định dành riêng một khoản kinh phí từ ngân sách Nhà nước để khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi, là nhóm được ưu tiên miễn giảm chi phí khám chữa bệnh theo Luật chăm sóc và bảo vệ trẻ em. Với mức chi đó từ NSNN, Hà Nội là nơi tập trung rất nhiều cơ sở y tế quan trọng của cả nước cho nên trở thành địa phương đi đầu và tiếp nhận đáng kể nguồn kinh phí này từ NSNN. Đây là một lợi thế của Hà Nội so với các địa phương khác trong việc khai thác một nguồn lực ổn định và đặc biệt quan trọng này.

Bảng 1: Một số chỉ tiêu y tế của Hà Nội 2005-2011

	ĐV tính	2005	2008	2009	2010	2011
1. Cơ sở						
1.1. Bệnh viện (bao gồm cả Trung ương)	Bệnh viện	48	52	55	55	55
1.2. Trạm y tế xã	Trạm	571	577	577	577	577
1.3. Nhà hộ sinh quận	Hộ sinh	4	4	4	4	4
1.4. Trại phong	Cơ sở	2	2	2	2	2
2. Giường bệnh						
2.1. Bệnh viện	Giường	12.421	13.141	14.028	15.509	15.695
2.2. Trạm y tế xã	„	2084	2308	2875	2885	2885
2.3. Nhà hộ sinh quận	„	60	45	45	45	45
2.4. Trại phong	„	190	180	180	180	180
3. Cán bộ y tế						
3.1. Bác sỹ	Người	5266	5923	6145	5386	5415
3.2. Y sỹ	„	2409	2364	2130	2584	2608
3.3. Y tá	„	4.740	6124	5836	5617	5578
3.4. Dược sỹ	„	808	1027	1035	1042	1054

Nguồn: Cục Thống kê Hà Nội, 2012. Niên giám thống kê Hà Nội 2011

Trong những năm qua, nhờ nguồn vốn đầu tư từ ngân sách Thành phố tăng lên nên cơ sở vật chất ngành y tế Hà Nội được tăng cường thêm. Nhiều dự án của các bệnh viện như: Bệnh viện Tim Hà Nội, bệnh viện U bướu, bệnh viện Thanh Nhàn, bệnh viện Xanh Pôn, bệnh viện Tâm thần và các bệnh viện huyện... đã được triển khai dựa vào nguồn lực này. Nhờ đó, cơ sở vật chất, số bệnh viện trạm xã, giường bệnh, phương tiện trang thiết bị khám chữa bệnh được đầu tư xây dựng và nâng cấp, đội ngũ cán bộ y tế nói chung, bác sỹ, y sỹ, y tá, dược sỹ nói riêng được tăng cường về số lượng và nâng cao chất lượng. Điều đó góp phần thúc đẩy sự nghiệp y tế, chăm sóc sức khỏe nhân dân Thủ đô phát triển.

Cùng với nguồn vốn từ NSNN, những năm qua Hà Nội đã huy động nhiều nguồn vốn xã hội khác cho phát triển sự nghiệp y tế của thành phố, đặc biệt là việc hiện đại hoá trang thiết bị y tế.

Cùng với việc huy động các nguồn vốn trong nước, Hà Nội cũng đã khai thác được các nguồn vốn nước ngoài, bao gồm vốn đầu tư trực tiếp và nguồn vốn ODA thông qua các hoạt động hợp tác quốc tế của các đối tác nước ngoài, nguồn vốn của các chính

phủ, tổ chức quốc tế về y tế, tổ chức nhân đạo,... với hai loại là ODA không hoàn lại và ODA cho vay với lãi suất thấp. Nguồn vốn này được đầu tư xây dựng bệnh viện, các cơ sở khám chữa bệnh, hoặc được sử dụng cho các hoạt động nghiên cứu, điều tra, hội nghị, hội thảo, các lớp tập huấn, hỗ trợ trang thiết bị và xây dựng các cơ sở khám, chữa bệnh, phòng bệnh... Mặc dù nguồn vốn này so với tổng nguồn lực sử dụng trong ngành y tế trên địa bàn Hà Nội còn nhỏ song lại đặc biệt quan trọng đối với các hoạt động y tế dự phòng.

Nhờ thu hút được nguồn vốn đầu tư khá lớn và tăng nhanh, nên trong giai đoạn này nhiều thiết bị y tế hiện đại đã được lắp đặt các cơ sở khám chữa bệnh công lập ở Hà Nội bao gồm các chuyên khoa: Ngoại thường quy, Nội hồi sức cấp cứu, Chẩn đoán hình ảnh, Xét nghiệm, Thận và các loại khác.

Tuy nhiên, so với nhu cầu đầu tư phát triển cả mạng lưới và hiện đại hoá trang thiết bị y tế chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân Hà Nội thì nguồn vốn từ ngân sách vẫn còn rất hạn chế. Ngân sách Nhà nước chi phí cho y tế hàng năm tuy có tăng lên nhưng vẫn còn chậm, chưa đáp ứng đủ yêu cầu chi

Bảng 2: Tổng số vốn huy động thuộc các mô hình xã hội hoá đã triển khai

Đơn vị: Tỷ đồng

Năm	2006	2007	2008	2009	2010	Tổng số
Tổng vốn Đầu tư XHH	80	95	105	120	135	535

Nguồn: UBND Thành Phố Hà Nội, 2012

phí cần thiết cho các hoạt động và phát triển y tế ở thủ đô. Cơ sở vật chất kỹ thuật cả hệ thống các bệnh viện, phòng khám và thiết bị y tế cũng còn nhiều hạn chế. Vấn đề đặt ra là Nhà nước cần tiếp tục quan tâm đầu tư hơn nữa, đồng thời ngành y tế cũng cần tăng cường thu hút các nguồn vốn đầu tư từ các nguồn xã hội hoá trong nước và từ nước ngoài. Theo “*Quy hoạch phát triển hệ thống y tế Thành phố Hà Nội đến năm 2020, định hướng đến năm 2030*” nhu cầu đầu tư cho y tế Hà Nội giai đoạn từ 2011 đến 2015 khoảng 21.340 tỷ đồng, trong đó nguồn NSNN cấp khoảng 13.524 tỷ đồng; nhu cầu giai đoạn từ 2016 đến 2020 khoảng 22.020 tỷ đồng, trong đó nguồn NSNN cấp khoảng 13.836 tỷ đồng (UBND Thành Phố Hà Nội, 2012). Đây là nguồn tài chính rất lớn, đòi hỏi phải có sự nỗ lực lớn của toàn thành phố mới có thể thực hiện được.

2. Chính sách bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế (BHYT) là một trong những nội dung đổi mới quan trọng của hệ thống y tế nước ta và được coi là một cơ chế quan trọng để thực hiện mục tiêu xây dựng nền y tế theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển trong các văn kiện của Đảng và Nhà nước ta. Quyết định số 139/2002/QĐ-CP ngày 15/10/2002 về khám chữa bệnh cho người nghèo; Nghị định số 36/NĐ-CP của Chính phủ về khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi và Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 15/5/2005 của Chính phủ về việc ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế đã tạo nhiều điểm mới trong chính sách BHYT.

Chính sách BHYT mới của Nhà nước ta khuyến khích mọi đối tượng tham gia BHYT (bao gồm cả BHYT bắt buộc và tự nguyện) với mức phí đóng quy định có khác nhau. Riêng đối tượng là người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi được Nhà nước cấp ngân sách để đóng phí BHYT.

Gói quyền lợi BHYT theo quy định hiện hành là toàn diện. Quyền lợi BHYT được quy định tại Nghị định 63/2005, các Thông tư hướng dẫn Nghị định 63/2005 và các văn bản của liên bộ, của Bộ Y tế. Theo đó, việc cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh chỉ thực hiện trong trường hợp sử dụng các kỹ thuật cao với chi phí lớn trong khám chữa bệnh. Bộ Y tế đã ban hành danh mục kỹ thuật, dịch vụ, về danh mục thuốc, trong đó quy định danh mục 177 dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn nhằm thực hiện quy định tại thông tư số 21/2005 đã tạo cơ sở pháp lý về việc thanh toán chi phí đối với dịch vụ y tế kỹ thuật cao đã giải quyết sự thiếu hụt trong chính sách kéo dài trong thời gian qua, tạo cơ sở để quỹ BHYT thanh toán chi

phí kỹ thuật cao cho người cung ứng dịch vụ.

Bên cạnh những thành tựu trên, chính sách BHYT còn có nhiều bất cập:

- Khi cộng đồng được nhận BHYT là một cộng đồng nguy cơ cao, đóng góp ít (bởi người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và người nghỉ hưu, nghỉ mất sức, nhiễm chất độc điôxin, người cao tuổi... chiếm tỷ trọng khá lớn trong tổng số người nhận BHYT). Những đối tượng này đều có mức phí thấp hơn nhiều so với nhu cầu chi phí y tế thực sự. BHYT tự nguyện chưa phát triển, trong đó có BHYT tự nguyện ở khu vực nông thôn thực hiện theo chính sách hiện hành mới bao phủ một phần nhỏ dân số và chưa đảm bảo được tính bền vững. Sự bất cập trong các quy định pháp luật hiện hành và năng lực thực hiện chính sách tạo ra hiện trạng tham gia BHYT theo kiểu lựa chọn bất lợi ở khu vực BHYT tự nguyện cũng như trong khu vực lao động ngoài nhà nước, là nguy cơ lớn đối với cân đối quỹ BHYT.

- Mức phí BHYT bình quân đầu người theo các quy định hiện hành thấp hơn nhiều so với nhu cầu chi phí y tế. BHYT bắt buộc, mức phí bình quân là 170.000 đồng/người/ năm. Mức phí BHYT bình quân sẽ tiếp tục giảm do mở rộng đối tượng tham gia BHYT là người nghèo theo chuẩn nghèo mới.

- Mạng lưới chăm sóc ban đầu chưa thỏa mãn nhu cầu tiếp cận dịch vụ y tế thuận lợi và có chất lượng. Ở khu vực nông thôn, trạm y tế xã là điểm tiếp cận gần dân nhất, nhưng đa số y, bác sĩ ở xã ít có thời gian và thiếu điều kiện (chuyên môn, trang bị kỹ thuật, thuốc) để chăm sóc, khám chữa bệnh cho người có BHYT. Điều này càng rõ hơn khi cần chăm sóc, theo dõi các bệnh không lây truyền ở tuyến xã. Đa số người tham gia BHYT phải đến các bệnh viện tuyến trên để đạt được mục tiêu về chất lượng dịch vụ;

- Mặc dù chi phí y tế được thanh toán theo phí dịch vụ, nhưng người cung ứng dịch vụ không được thỏa mãn bởi trần thanh toán bằng 90% quỹ khám chữa bệnh. Trần thấp, do mức phí BHYT thấp dẫn tới sự giới hạn quyền lợi của người tham gia BHYT. Hơn nữa, khung giá viện phí không được cập nhật kịp thời, ảnh hưởng tới quyền lợi của người bệnh và khả năng phục hồi chi phí của bệnh viện. Trần thanh toán đối với các nhóm đối tượng không ưu tiên khi sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao có thể làm cho người bệnh BHYT thuộc các nhóm này không có khả năng tiếp cận dịch vụ y tế kỹ thuật cao.

- Tình trạng khám chữa bệnh vượt tuyến dẫn tới sự quá tải ở tuyến trên (bệnh viện tỉnh, đặc biệt là

các bệnh viện TW) và sự tốn kém của người tham gia BHYT. Những tốn kém này xuất phát từ chi phí không chính thức và chi phí cơ hội rất đáng kể ở tuyến trên trong khi những chi phí này thường lớn hơn so với chi phí được BHYT chi trả.

- Gói quyền lợi của bệnh nhân BHYT hiện chỉ giới hạn trong khu vực điều trị; đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng, người tham gia BHYT hoặc được ngân sách Nhà nước bao cấp (thông qua các chương trình y tế dự phòng quốc gia) hoặc tự chi trả (ví dụ tự chi trả cho tiêm phòng viêm gan B, tự chi trả cho các dịch vụ xét nghiệm sàng lọc chẩn đoán sớm...). Sự thiếu hụt của chính sách BHYT ở khu vực dự phòng là một trong những điểm cần cân nhắc xem xét điều chỉnh phù hợp với khả năng của quỹ BHYT, bởi đầu tư vào khu vực dự phòng là đầu tư mang lại hiệu quả cao, bảo đảm tốt hơn lợi ích của người tham gia BHYT cũng như lợi ích của quỹ BHYT.

- Còn những cản trở trong khám chữa bệnh theo chế độ BHYT. Tình trạng phân biệt đối xử giữa nộp tiền dịch vụ và BHYT: nộp tiền dịch vụ được ưu tiên hơn về thời gian và chất lượng dịch vụ (kể cả trong chính sách hiện hành tạo ra sự ưu tiên cho người trực tiếp nộp viện phí). Những cản trở trên còn xuất phát từ quá trình triển khai thực hiện chính sách. Còn nhiều thủ tục phiền hà (nộp tiền khi khám bệnh, xếp hàng chờ đợi để nhận lại tiền mặc dù đã có BHYT; phải quay về địa phương xin giấy giới thiệu của cơ sở y tế tuyến dưới, mặc dù có chỉ định tái khám để theo dõi điều trị tiếp ở tuyến trên...);

- Các chính sách về sử dụng nguồn thu viện phí, thu BHYT, quản lý thuốc và giá thuốc, về tự chủ bệnh viện có tác động không tích cực đối với bệnh nhân BHYT và quỹ BHYT.

3. Cơ chế tự chủ tài chính ở các cơ sở y tế công lập

Theo Nghị định 10/2002/NĐ-CP chỉ giao quyền tự chủ về tài chính cho đơn vị sự nghiệp có thu thì Nghị định 43/2006/NĐ-CP đã giao quyền tự chủ toàn bộ về tổ chức, bộ máy, biên chế, tài chính cho các đơn vị sự nghiệp công lập. Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ đã mở rộng đối tượng áp dụng bao gồm cả đơn vị sự nghiệp do ngân sách Nhà nước đảm bảo toàn bộ chi phí hoạt động. Đây chính là những văn

bản pháp luật cho phép tạo cơ chế mới cho phép khai thác nguồn lực của xã hội cho công tác khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập.

Với đặc thù của dịch vụ y tế, việc thực hiện chủ trương này trong hệ thống y tế Hà Nội đã được tiến hành từng bước một cách thận trọng.

UBND Thành phố đã ra Quyết định thành lập các khoa bán công trong các bệnh viện như: BVĐK Xanh Pôn, Phụ sản, Đống Đa..., Phòng khám đa khoa theo yêu cầu thuộc Trung tâm VCCC 115 Hà Nội, Trung tâm dịch vụ và bác sỹ gia đình 50C Hàng Bài... Sự ra đời của các cơ sở này đã tạo cơ hội cho người bệnh tiếp cận với những dịch vụ kỹ thuật cao hơn, chất lượng tốt hơn theo nhu cầu nhưng đồng thời cũng cho họ cơ hội đóng góp thêm kinh phí cho hệ thống y tế.

Sở Y tế đã tham mưu cho UBND Thành phố ban hành những quy định cụ thể về chế độ thu viện phí thực hiện trong các cơ sở y tế công lập trực thuộc. Mức viện phí quy định đối với cơ sở khám chữa bệnh ở các tuyến khác nhau, mức đóng góp cho các cơ sở y tế tuyến xã phường là thấp nhất.

Tuy nhiên, do hệ thống chính sách chưa đồng bộ, các văn bản pháp luật còn nhiều chồng chéo, bất cập nên việc thực hiện cơ chế tự chủ tài chính bệnh viện hiện gặp nhiều khó khăn trong đó có giá viện phí, quy trình đấu thầu thuốc và trang thiết bị... Việc chuyển đổi sang cơ chế quản lý tự chủ tại các bệnh viện có thể làm ảnh hưởng đến tình hình cung ứng dịch vụ y tế bao gồm chất lượng và giá cả dịch vụ, từ đó tác động đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Điển hình như việc quy định mức viện phí khác nhau, càng về tuyến cơ sở càng thấp đã phát sinh nhiều mâu thuẫn, trong đó có hiện tượng người khám chữa bệnh ít tin tưởng vào hệ thống y tế cơ sở nên đã “vượt tuyến” và hiện tượng quá tải ở các bệnh viện tuyến thành phố và Trung ương có một phần nguyên nhân từ đây. Mặt khác, chế độ lương đối với cán bộ y tế còn bất hợp lý và do nguồn thu hạn chế nên việc chính sách, chế độ đối với cán bộ y tế chưa được cải thiện, đặc biệt là đối với cán bộ y tế cơ sở. Đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng nhiều hoạt động y tế tại cộng đồng có hiệu quả thấp. □

Tài liệu tham khảo:

1. Cục Thống kê Hà Nội (2012). *Niên Giám Thống kê năm 2011*.
2. Ủy ban nhân dân Thành phố Hà Nội 2012, *Quy hoạch phát triển hệ thống y tế Thành phố Hà Nội đến năm 2020, định hướng đến năm 2030*.