

NGHIÊN CỨU TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH TỰ CHỦ TÀI CHÍNH ĐẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN CÔNG LẬP TẠI VIỆT NAM

Đỗ Đức Kiên

Thanh tra Bộ Tài chính

Email: doduckien@mof.gov.vn

Nguyễn Thị Ngọc Lan

Khoa Tài Chính Ngân Hàng-Đại Học Ngoại Thương

Email: nguyenthingoclan@ftu.edu.vn

Ngày nhận: 17/8/2018

Ngày nhận bản sửa: 21/9/2018

Ngày duyệt đăng: 05/10/2018

Tóm tắt:

Công trình dưới đây nghiên cứu tác động của chính sách tự chủ tài chính đến các chỉ tiêu tài chính và chỉ tiêu chất lượng bệnh viện công lập của Việt Nam. Mẫu nghiên cứu bao gồm 36 bệnh viện công lập thuộc Bộ Y tế và thời gian nghiên cứu từ năm 2005 đến năm 2015. Sử dụng kiểm định so sánh giá trị trung bình, kết quả nghiên cứu cho thấy chính sách tự chủ tài chính một phần làm tăng thu sự nghiệp y tế, giảm ngân sách nhà nước và làm tăng chi cho con người, chi cho chuyên môn nghiệp vụ, đầu tư mua sắm cơ sở hạ tầng. Tuy nhiên, tác động của chính sách tự chủ tài chính một phần đến chất lượng bệnh viện công lập còn khá mờ nhạt. Kết quả mô hình đánh giá sự khác biệt trong sự khác biệt (DID) cũng cho thấy có rất ít bằng chứng thực nghiệm chứng minh rằng chính sách tự chủ tài chính toàn bộ có tác động đến chất lượng bệnh viện công lập.

Từ khóa: Tự chủ tài chính, chất lượng bệnh viện, bệnh viện công lập, so sánh giá trị trung bình, đánh giá sự khác biệt trong sự khác biệt.

The impact of financial autonomy policy on the hospital quality of public hospitals in Vietnam

Abstract:

The aims of this study is to examine the impact of financial autonomy policy on financial indicators and the quality of public hospitals in Vietnam. The sample consisted of 36 public hospitals belonging to the Ministry of health and covered the period of 2005-2015. Applying the mean difference approach, the study showed that partially financial autonomy scheme increased hospitals' revenue while reduced state budget. In addition, this policy had a positive impact on human capital expenditures, professional expenditures and capital spending of public hospitals. However, the impact of this policy on the quality of the hospital was vague. The result of the DID model relected weak empirical evidence proving that the full financial autonomy scheme had positive impact on the quality of public hospitals in Vietnam.

Keywords: Financial autonomy, hospital quality, public hospital, mean difference, difference in difference.

1. Giới thiệu

Trong hàng thập kỷ qua, Chính phủ đã thực hiện công cuộc cải cách hệ thống y tế với trọng tâm là trao quyền tự chủ cho các bệnh viện công lập để giúp các bệnh viện công lập hoạt động hiệu quả hơn và nâng cao chất lượng dịch vụ bệnh viện. Theo thời gian cùng với sự đổi mới cơ chế chính sách đối với chủ trương giao quyền tự chủ, các bệnh viện công lập đã từng bước thực hiện tự chủ trong hoạt động của mình. Chính phủ (2006) đã 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), trong đó có tự chủ tài chính đối với hệ thống y tế công lập tại Việt Nam. Nghị định 43 ra đời là một bước đột phá về mặt chính sách, khi nhà nước giao quyền tự chủ nhiều hơn đối với hoạt động tài chính của bệnh viện công lập. Trải qua hơn 10 năm thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 43, nhiều bệnh viện công lập có khoản thu hoạt động sự nghiệp y tế không ngừng tăng qua các năm và đảm bảo được toàn bộ các khoản chi hoạt động thường xuyên, không cần ngân sách nhà nước cấp kinh phí thường xuyên và trở thành những bệnh viện công lập tự chủ toàn bộ chi hoạt động thường xuyên, giảm thiểu đáng kể sự lệ thuộc vào kinh phí ngân sách nhà nước.

Mặc dù chính sách tự chủ bệnh viện công lập đã trở thành phổ biến ở nhiều quốc gia đặc biệt là các quốc gia đang phát triển nhưng tác động của nó đến chất lượng bệnh viện lại mang tính hai mặt (Wagstaff & Sarah, 2012; London, 2013). Một mặt, tự chủ có thể làm gia tăng hiệu quả, tăng cường khả năng đáp ứng nhu cầu xã hội của bệnh viện, cải thiện chất lượng dịch vụ y tế. Mặt khác, chính sách tự chủ cũng có thể làm giảm hiệu quả hoạt động, gây tổn hại đến lợi ích chung của xã hội và làm giảm chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Do tác động hai mặt của chính sách tự chủ nên việc đánh giá tác động của tự chủ nói chung và tự chủ tài chính nói riêng đến chất lượng bệnh viện là một chủ đề nhiều thách thức. Mặt khác, cơ chế tác động của tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện không rõ ràng, nhiều

mối quan hệ là gián tiếp và tác động nhiều chiều, do đó việc đánh giá tác động của tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện là khá khó khăn. Về mặt thực nghiệm, có rất ít công trình nghiên cứu về tác động của tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập. Hơn nữa các bằng chứng này có kết quả không đồng nhất và được kiểm chứng dưới các khía cạnh khác nhau nên khó đưa ra các kết luận chung. Mặc dù vậy, trước những yêu cầu tiếp tục đổi mới cơ chế chính sách đối với bệnh viện công lập, trong đó các chính sách về tự chủ tài chính là một trọng tâm thì hướng nghiên cứu tác động của tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập là một hướng đi đúng đắn và cần thiết.

Sử dụng kiểm định giá trị trung bình và mô hình đánh giá sự khác biệt trong sự khác biệt (difference in difference), bài nghiên cứu sau đây tập trung đánh giá tác động của chính sách tự chủ tài chính một phần và chính sách tự chủ tài chính toàn bộ theo quy định của Chính phủ (2006) đến chất lượng bệnh viện công lập với mẫu nghiên cứu bao gồm 36 bệnh viện thuộc Bộ Y tế và thời gian nghiên cứu từ năm 2005 đến năm 2015.

2. Tổng quan nghiên cứu

Tự chủ tài chính là một phần quan trọng của quá trình tự chủ tại các bệnh viện công lập trong công cuộc đổi mới cơ chế quản lý nói chung và cơ chế quản lý tài chính nói riêng tại nhiều quốc gia trên thế giới. Theo lý thuyết, việc giao quyền tự chủ cho các bệnh viện công lập giúp các bệnh viện có quyền tự quyết các quyết định quản lý trong khi vẫn duy trì được sở hữu công đối với các bệnh viện. Mục tiêu chính của tự chủ là giúp các bệnh viện công vượt qua các khó khăn và sự kém hiệu quả của cơ chế quản lý tập trung trong khi nhà nước vẫn nắm quyền sở hữu các cơ sở y tế để đảm bảo ngành y tế vẫn thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ xã hội với phương châm hoạt động không vì mục đích lợi nhuận (Preker & Harding, 2003).

Từ những thập niên 1990, các công trình nghiên cứu phân tích chính sách về tự chủ bệnh viện đã được thực hiện rộng rãi (Preker & Harding, 2003;

Saltman & cộng sự, 2011), và một số lượng lớn các bài báo tập trung đưa ra các đánh giá và kinh nghiệm về chính sách tự chủ bệnh viện tại nhiều quốc gia trên thế giới. Theo Saltman & cộng sự (2011), mặc dù chính sách tự chủ đã được áp dụng rộng rãi theo nhiều mức độ khác nhau tại nhiều quốc gia, tuy nhiên rất ít bằng chứng cho thấy chính sách tự chủ thực sự cải thiện chất lượng bệnh viện, được thể hiện ở việc gia tăng hiệu quả hoạt động hay mức độ hài lòng của bệnh nhân. Nguyên nhân là các mô hình tự chủ tại các quốc gia là khác nhau trong khi chất lượng bệnh viện cũng bị ảnh hưởng bởi bối cảnh chung do đó rất khó để đánh giá tác động của chính sách tự chủ riêng biệt (Saltman & cộng sự, 2011).

Các công trình nghiên cứu sau này tại Anh đã chỉ ra rằng thực sự không có sự cải thiện về hiệu quả đối với các bệnh viện tự chủ ở Anh vì chỉ các bệnh viện đã hoạt động hiệu quả mới được chính phủ cho tự chủ. Tuy nhiên việc giao quyền tự chủ thực sự đã giúp các bệnh viện ra quyết định về thay đổi các phương thức cung cấp dịch vụ và đầu tư một cách nhanh chóng hơn (Allen & Hufeng, 2014).

Cùng quan điểm trên, Pearson (2000) cho rằng rất khó để đánh giá tác động của chính sách tự chủ đến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Tác giả cho rằng có rất ít bằng chứng trực tiếp cho thấy rằng tự chủ góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động và chất lượng bệnh viện. Tuy nhiên cũng có những ngoại lệ. Ví dụ, Bossert & cộng sự (1997) cho rằng tự chủ tài chính giúp nâng cao chất lượng dịch vụ bệnh viện công lập ở Indonesia. Sharma & David (2001), chỉ ra rằng tự chủ tài chính có tác động đến chất lượng dịch vụ bệnh viện, nghiên cứu của tác giả đối với 62 bệnh viện công lập của Ấn Độ cho thấy việc nâng cao doanh thu đã giúp các bệnh viện có điều kiện sử dụng các loại thuốc tốt hơn mà nhờ đó nâng cao chất lượng dịch vụ bệnh viện, tăng doanh thu cũng giúp cho việc tiếp cận các dịch vụ miễn phí của người dân được mở rộng hơn và nhờ đó nâng cao tính công bằng của dịch vụ bệnh viện công.

Ssengooba & cộng sự (2002) chứng minh rằng có sự thay đổi tích cực về quản lý thuốc, quản lý

nhân sự và chi phí tại các bệnh viện ở Uganda khi được tự chủ. Tuy nhiên McPake & cộng sự (2003) lại không tìm thấy bằng chứng cho thấy tự chủ giúp cải thiện chất lượng ở các bệnh viện tại Columbia. Lieberman & Alkateri (2003) cho rằng tại các nước kém phát triển như Indonesia, sở dĩ không thể tìm thấy bằng chứng về tác động tích cực của chính sách tự chủ đối với hiệu quả và chất lượng tại các bệnh viện là do các thay đổi về cơ chế quản trị nội tại bệnh viện và môi trường bên ngoài còn hạn chế và không đồng nhất.

Tại Việt Nam, London (2013) nghiên cứu về tác động của chính sách tự chủ trong hai năm 2002 và 2006. Tác giả kết luận rằng tự chủ đi kèm với doanh thu tăng, thu nhập của cán bộ công nhân viên tăng và tăng đầu tư vào trang thiết bị. Tuy nhiên tự chủ cũng gắn liền với các quyết định về đầu tư các trang thiết bị đắt đỏ mà tác động của các quyết định này đến chất lượng dịch vụ bệnh viện vẫn chưa được khẳng định. Hay nói một cách khác, kết quả thực nghiệm chỉ ra rằng tác động của tự chủ nói chung và tự chủ tài chính nói riêng đến chất lượng dịch vụ là chưa rõ ràng, thậm chí tại một số bệnh viện, tự chủ tài chính có tác động ngược chiều đến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Tương tự như vậy, Wagstaff & Sarah (2012) nghiên cứu về chính sách tự chủ bệnh viện tại Việt Nam. Các tác giả cho rằng tự chủ không làm tăng hiệu quả hoạt động của bệnh viện và cũng không ảnh hưởng đến cấu trúc chi phí của bệnh viện cũng như cũng không làm tăng tổng chi phí của bệnh viện. Bên cạnh đó, tác giả tìm thấy bằng chứng cho thấy tự chủ dẫn đến việc chi tiêu nhiều hơn cho mỗi đợt điều trị và việc chi trả ngoài bảo hiểm nhiều hơn. Tuy nhiên, tác giả không tìm thấy bằng chứng tác động của tự chủ đến chất lượng bệnh viện.

Như vậy, quan điểm về tác động của tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập còn nhiều ý kiến trái chiều. Quan điểm thứ nhất cho rằng tự chủ tài chính có tác động tích cực đến chất lượng bệnh viện vì chính sách tự chủ tài chính cho phép các bệnh viện nhiều quyền hơn trong vấn đề quản lý chất lượng dịch vụ do đó các bệnh viện có thể tăng

chi cho con người và chi đầu tư cơ sở hạ tầng, mua sắm tài sản cố định, đây là những nguồn lực quan trọng tác động đến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Quan điểm thứ hai cho rằng tự chủ tài chính tác động tiêu cực đến chất lượng dịch vụ (Homedes & Ugalde, 2005). Quan điểm này cho rằng dưới áp lực tăng thu và động cơ lợi nhuận, chính sách tự chủ tài chính có thể dẫn đến các vấn đề về đạo đức như sự cố tình kéo dài thời gian điều trị của bệnh nhân, áp dụng các phương pháp điều trị không cần thiết, rút tiền bảo hiểm của bệnh nhân... Theo quan điểm này thì tự chủ nói chung và tự chủ tài chính nói riêng có tác dụng tiêu cực đến chất lượng dịch vụ bệnh viện.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Phương pháp thu thập số liệu

Mẫu nghiên cứu gồm 36 bệnh viện công lập thuộc Bộ Y tế. Thời gian nghiên cứu từ năm 2005 đến năm 2015. Các chỉ tiêu tài chính được thu thập và tính toán từ báo cáo tài chính của các bệnh viện công lập, các chỉ tiêu đánh giá chất lượng được thu thập từ cơ sở dữ liệu của Bộ Y tế.

3.2. Phương pháp phân tích

Áp dụng phương pháp nghiên cứu của London (2013) và Wagstaff & Sarah (2012), tác giả dùng 02 phương pháp phân tích để đánh giá tác động của chính sách tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập, cụ thể như sau:

3.2.1. Phương pháp 1: So sánh giá trị trung bình (Mean difference)

Bắt đầu từ năm 2007, chính sách tự chủ tài chính tại các bệnh viện công lập được thực hiện theo Nghị định 43. Theo đó từ năm 2007, tất cả 36 bệnh viện trong mẫu nghiên cứu đều được chuyển sang hình thức tự chủ tài chính một phần. Vì vậy, để đánh giá tác động của chính sách tự chủ tài chính một phần, tác giả chia mẫu nghiên cứu thành 02 nhóm theo thời gian lấy mốc là năm 2007. Giai đoạn 1: 2005-2006 (trước khi Nghị định 43 được áp dụng) và giai đoạn 2: 2007-2009 (giai đoạn được giao tự chủ tài chính đầu tiên theo Nghị định 43). Sau đó, tác giả dùng kiểm định T-test để so sánh giá trị trung bình

của các chỉ tiêu tài chính và các chỉ tiêu chất lượng của hai giai đoạn trên nhằm đánh giá tác động của chính sách tự chủ tài chính một phần đến các chỉ tiêu tài chính và các chỉ tiêu chất lượng của bệnh viện công lập.

3.2.2. Phương pháp 2: Đánh giá sự khác biệt trong sự khác biệt (Difference in Difference-DID)

Mẫu nghiên cứu được chia làm hai nhóm theo hai tiêu chí bao gồm loại tự chủ tài chính và mốc thời gian từ khi các bệnh viện được giao thực hiện tự chủ tài chính toàn bộ. Bắt đầu từ năm 2010, có 05 bệnh viện được giao thực hiện tự chủ tài chính toàn bộ. Do đó, mẫu nghiên cứu được chia làm 02 nhóm theo thời gian: 2005-2009 được gọi là nhóm 0 (giai đoạn không chịu tác động của chính sách tự chủ tài chính toàn bộ) và 2010-2015 được gọi là nhóm 1 (giai đoạn chịu tác động của chính sách tự chủ tài chính toàn bộ). Tiếp theo, mẫu nghiên cứu lại được chia theo hình thức tự chủ tài chính: nhóm tự chủ tài chính một phần ký hiệu là 0 và nhóm tự chủ tài chính toàn bộ ký hiệu là 1. Sau đó, kiểm định DID sẽ được sử dụng để đánh giá tác động của chính sách tự chủ tài chính toàn bộ đến các chỉ tiêu tài chính và các chỉ tiêu chất lượng bệnh viện công lập. Dựa vào công trình nghiên cứu của Wagstaff & Sarah (2012), tác giả sử dụng một số các chỉ tiêu chất lượng bệnh viện phổ biến bao gồm tổng số giường bệnh thực kê, công suất sử dụng giường bệnh tính theo số giường thực tế, tổng số lượt khám bệnh, số ngày điều trị trung bình, tổng số ca phẫu thuật, tổng số thủ thuật.

4. Kết quả và thảo luận

4.1. Đánh giá tác động của chính sách tự chủ tài chính một phần theo Nghị định 43

Bảng 1 thể hiện kết quả kiểm định T-test so sánh giá trị trung bình của các chỉ tiêu tài chính của 36 bệnh viện công lập thuộc Bộ Y tế qua hai giai đoạn. Kết quả kiểm định cho thấy rằng, chính sách tự chủ tài chính một phần theo quy định của Chính phủ (2006) đã góp phần cải thiện các chỉ tiêu tài chính của bệnh viện công lập một cách rõ rệt. Cụ thể, chính sách tự chủ tài chính một phần theo đã giúp tăng nguồn thu sự nghiệp, tổng thu, hệ số thu

Bảng 1: Kiểm định t-test so sánh giá trị trung bình chỉ tiêu tài chính của các bệnh viện công lập qua giai đoạn 2005-2006 và 2007-2009

STT	Các chỉ tiêu tài chính (tỷ VND)	2005-2006	2007-2009	Kiểm định t-test	
				Số quan sát	P-value
1	Thu sự nghiệp	85,95	155,55	176	0,04**
2	Tổng thu	111,76	189,28	177	0,03**
3	Kinh phí ngân sách nhà nước cấp	27,05	33,72	177	0,04**
4	Kinh phí ngân sách nhà nước cấp/Tổng Thu	0,44	0,37	177	0,03**
5	Thu sự nghiệp/Tổng thu	0,56	0,63	176	0,05**
6	Chi thường xuyên	106,63	172091.3	177	0,05**
7	Chi cho cán bộ công nhân viên	25,79	40,90	175	0,01***
8	Chi nghiệp vụ chuyên môn	71,89	116,71	177	0,07*
9	Chi đầu tư mua sắm tài sản cố định	8,16	13,158	172	0,10*
10	Trích lập các quỹ	9,74	12,84	142	0,10*

*** Có ý nghĩa thống kê với mức p-value <0,01; ** Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,05;

* Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,1. Sự khác biệt về số quan sát trong bảng 1: “Kiểm định t-test so sánh giá trị trung bình chỉ tiêu tài chính của các bệnh viện công lập qua giai đoạn 2005-2006 và 2007-2009” là do cơ sở dữ liệu ở một vài năm của Bộ Y tế không có một số chỉ tiêu của một số bệnh viện.

sự nghiệp trên tổng thu. So sánh giá trị trung bình của các chỉ tiêu tài chính qua hai giai đoạn, ta thấy giá trị trung bình các chỉ tiêu tài chính của giai đoạn 2007-2009 cao hơn giá trị trung bình của các chỉ tiêu tài chính của giai đoạn 2005-2006. Sự khác biệt về giá trị trung bình của các chỉ tiêu tài chính được khẳng định với mức ý nghĩa thống kê P-value < 0,05. Trong khi đó, chính sách tự chủ tài chính một phần làm giảm kinh phí ngân sách nhà nước cấp cho các bệnh viện công lập. Tính trung bình hệ số kinh phí ngân sách nhà nước cấp trên tổng thu giảm từ 0,44 trong giai đoạn 2005-2006 xuống 0,37 trong giai đoạn 2007-2009. Bên cạnh đó, kể từ khi chính sách tự chủ tài chính một phần ra đời, các khoản chi hoạt động thường xuyên, chi cho cán bộ công nhân viên, chi chuyên môn nghiệp vụ và chi đầu tư mua sắm tài sản cố định của các bệnh viện công lập đều tăng mạnh với mức ý nghĩa thống kê từ 0,1 đến 0,01. Hơn nữa, do nguồn thu tăng lên dẫn đến chênh lệch thu, chi cũng tăng nên các bệnh viện cũng trích lập các quỹ nhiều hơn.

Bảng 2 thể hiện kiểm định T-test so sánh giá trị trung bình của các chỉ tiêu chất lượng bệnh viện công lập qua hai giai đoạn 2005-2006 và giai đoạn 2007-2009. Trái ngược với tác động khá rõ ràng đối

với các chỉ tiêu tài chính, tác động của chính sách tự chủ tài chính một phần đến các chỉ tiêu chất lượng bệnh viện còn khá mờ nhạt và không rõ ràng. Trong 06 chỉ tiêu phản ánh chất lượng bệnh viện, chỉ có 03 chỉ tiêu có mức ý nghĩa thống kê P-value < 0,1 đó là chỉ tiêu tổng số giường thực kê, số ngày điều trị trung bình và tổng số ca thủ thuật. Kết quả kiểm định cho thấy sau khi thực hiện chính sách tự chủ tài chính một phần theo Nghị định 43, các bệnh viện công lập đã gia tăng thêm được số giường bệnh phục vụ bệnh nhân từ 502 giường bệnh (giai đoạn 2005-2006) đến 565 giường bệnh (giai đoạn 2007-2009). Tuy nhiên, công suất sử dụng giường bệnh giai đoạn 2007-2009 cao hơn giai đoạn 2005-2006, điều này cho thấy tình trạng nằm ghép vẫn còn nhiều và chưa có dấu hiệu cải thiện. Số ngày điều trị trung bình có xu hướng giảm xuống từ 17,06 ngày giai đoạn 2005-2006 xuống còn 15,12 ngày giai đoạn 2007-2009, nguyên nhân có thể do các bệnh viện công lập đã tăng cường đầu tư mua sắm máy móc thiết bị y tế tiên tiến, chi thêm cho nghiệp vụ chuyên môn và đào tạo nâng cao nghiệp vụ cho đội ngũ y bác sỹ, sử dụng vật tư y tế có chất lượng nên chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tốt hơn. Tổng số ca thủ thuật trung bình năm được thực hiện của giai đoạn 2007-2009 cũng cao hơn so với giai đoạn 2005-2006, cho

Bảng 2: Kiểm định t-test so sánh giá trị trung bình của các chỉ tiêu chất lượng bệnh viện công lập qua giai đoạn 2005-2006 và 2007-2009

STT	Các chỉ tiêu	2005-2006	2007-2009	Kiểm định t-test	
				Số quan sát	p-value
1	Tổng số giường thực kê	502,21	565,72	169	0,07*
2	Công suất sử dụng giường bệnh tính theo số giường thực tế	117,06	119,09	133	0,43
3	Tổng số lượt khám bệnh (nghìn lượt)	167,32	188,95	168	0,22
4	Số ngày điều trị trung bình (ngày)	17,06	15,12	168	0,10*
5	Tổng số ca phẫu thuật (nghìn ca)	9,55	10,49	138	0,70
6	Tổng số thủ thuật (nghìn ca)	37,62	51,59	153	0,10*

*** Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,01; ** Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,05;

* Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,1

thấy nhờ việc đầu tư thêm về trình độ chuyên môn và trang thiết bị hiện đại, các bệnh viện công lập ngày càng thực hiện được nhiều ca thủ thuật hơn. Tuy nhiên, kết quả kiểm định T-test không cho thấy bằng chứng có sự khác biệt rõ ràng về giá trị trung bình của tổng số lượt khám bệnh và tổng số ca phẫu thuật giữa hai giai đoạn nghiên cứu.

4.2. Đánh giá tác động của chính sách tự chủ tài chính toàn bộ theo Nghị định 43

Bảng 3 trình bày kết quả hồi quy mô hình đánh giá khác biệt trong sự khác biệt (DID) giữa hai nhóm bệnh viện (nhóm bệnh viện thực hiện tự chủ tài chính một phần và nhóm bệnh viện thực hiện tự chủ tài chính toàn bộ), qua hai giai đoạn (2005-2009 và 2010-2015). Kết quả hồi quy DID cho thấy chính sách tự chủ tài chính toàn bộ có tác động ngược chiều với kinh phí ngân sách nhà nước cấp và hệ số thu sự nghiệp trên tổng thu, trong khi đó tác động cùng chiều với hệ số kinh phí ngân sách nhà nước cấp trên tổng thu. Điều này dẫn đến một thực trạng rằng, mặc dù chính sách tự chủ tài chính toàn bộ làm giảm kinh phí ngân sách nhà nước nhưng lại không góp phần làm tăng thu sự nghiệp một cách tương ứng. Kết quả này cũng được ủng hộ bởi kết quả thực nghiệm của mô hình DID khi cho thấy thu sự nghiệp và tổng thu của các bệnh viện công lập qua hai giai đoạn đánh giá tăng lên là do yếu tố thời gian và do các yếu tố của bản thân bệnh viện chứ không phải do tác động của chính sách tự chủ tài chính.

Thực tế các bệnh viện công lập được giao thực hiện tự chủ tài chính toàn bộ là các bệnh viện hạng

I, II, III, hạng đặc biệt, có quy mô số lượng giường bệnh nhiều, tuyến trung ương, có uy tín về chất lượng điều trị khám chữa bệnh, do vậy có khả năng mở rộng các hoạt động dịch vụ khám chữa bệnh tốt hơn, hoạt động liên kết liên doanh cũng rộng hơn, đa dạng hơn... do đó nguồn thu sự nghiệp tăng cao hơn các bệnh viện khác. Mặt khác, mặc dù các bệnh viện công lập thực hiện tự chủ tài chính toàn bộ nhưng các bệnh viện vẫn chưa được tính đúng và đủ chi phí (như: chi phí dịch truyền, chi phí tiền lương, chi phí khấu hao tài sản cố định) vào giá dịch vụ khám chữa bệnh. Vì vậy, khi thu sự nghiệp tăng lên, các dịch vụ khám chữa bệnh nào chưa được tính đủ và đúng chi phí vào giá dịch vụ khám chữa bệnh thì nhà nước vẫn phải cấp kinh phí bù phần thiếu hụt đó. Do vậy, xuất hiện hiện tượng đối với một số bệnh viện lớn (thường thuộc nhóm bệnh viện tự chủ toàn phần), khi mở rộng hoạt động dịch vụ khám chữa bệnh thì đồng thời kinh phí ngân sách nhà nước lại tăng cao hơn do phải bù đắp chi phí chưa được tính đủ vào giá dịch vụ khám chữa bệnh.

Xét chi hoạt động và trích lập các quỹ, kết quả kiểm định DID không tìm thấy bằng chứng thực nghiệm cho thấy chính sách tự chủ tài chính toàn bộ có ảnh hưởng đến chi hoạt động và trích lập các quỹ của các bệnh viện công lập. Sự khác biệt về chi hoạt động và trích lập các quỹ giữa 02 nhóm bệnh viện tự chủ tài chính một phần và tự chủ tài chính toàn bộ qua hai giai đoạn nghiên cứu chủ yếu là do tác động của yếu tố thời gian và yếu tố nội tại của các bệnh viện.

Bảng 3: Kết quả hồi quy mô hình DID đối với các chỉ tiêu tài chính

STT	Các chỉ tiêu (tỷ VND)	Yếu tố thời gian		Yếu tố bệnh viện		Yếu tố chính sách		Số quan sát	R
		Hệ số	p-Value	Hệ số	p-value	Hệ số	P-value		
1	Thu sự nghiệp	236,82	0,00***	228,34	0,03**	206,86	0,38	391	0,11
2	Tổng thu	262,78	0,00***	209,99	0,05**	190,77	0,42	393	0,11
3	Ngân sách nhà nước	27,18	0,00***	-18,97	0,00***	-17,29	0,00***	393	0,23
4	Ngân sách nhà nước/Tổng Thu	-0,11	0,00***	-0,33	0,00***	0,07	0,03**	393	0,19
5	Thu sự nghiệp/Tổng thu	0,11	0,00***	0,32	0,00***	-0,07	0,02**	391	0,19
6	Chi thường xuyên	226,85	0,00***	183,27	0,06**	168,39	0,44	393	0,11
7	Chi cho cán bộ công nhân viên	58,27	0,00***	22,25	0,10*	28,14	0,42	389	0,14
8	Chi nghiệp vụ chuyên môn	151,45	0,00***	155,78	0,05***	145,26	0,41	393	0,10
9	Chi đầu tư Tài sản cố định	12,04	0,00***	1,92	0,59	-1,94	0,75	381	0,05
10	Trích lập các quỹ	23,84	0,00***	17,35	0,00***	21,270	0,22	338	0,11

*** Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,01; ** Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,05;

* Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,1

Bảng 4 trình bày kết quả hồi quy mô hình DID đối với các chỉ tiêu chất lượng bệnh viện, cũng như chính sách tự chủ tài chính toàn bộ, có rất ít bằng chứng thực nghiệm cho thấy chính sách tự chủ tài chính toàn bộ thực sự có tác động đến chất lượng bệnh viện. Trong 06 chỉ tiêu chất lượng được kiểm chứng, chính sách tự chủ tài chính toàn bộ chỉ tác động cùng chiều đến chỉ tiêu tổng số ca phẫu thuật với mức ý nghĩa thống kê p-value < 0,1. Kết quả này có thể giải thích bằng thực tế rằng, các bệnh viện công lập thuộc nhóm tự chủ tài chính toàn bộ chủ yếu là các bệnh viện lớn, có đội ngũ cán bộ y bác sỹ trình độ chuyên môn nghiệp vụ tốt và cơ sở hạ tầng và máy móc trang thiết bị y tế tốt hiện đại, do đó các hoạt động phẫu thuật thường được thực hiện ở các bệnh viện này. Khi thực hiện tự chủ tài chính toàn bộ đã tháo gỡ hơn các vấn đề về nguồn thu và chi cho các bệnh viện, do vậy có thêm nhiều nguồn nhân lực và cơ sở vật chất để thực hiện các ca phẫu thuật hơn. Các chỉ tiêu khác có sự cải thiện theo thời gian như tổng số giường thực kê, công suất sử dụng giường bệnh, số ngày điều trị trung bình và tổng số ca thủ thuật. Tuy nhiên các nhân tố tác động đến các chỉ

tiêu này chủ yếu là các nhân tố thời gian và các nhân tố nội tại của bệnh viện. Ví dụ, nhân tố thời gian có tác động tích cực đến chỉ tiêu tổng số giường thực kê, tổng số lượt khám bệnh, tổng số ca phẫu thuật và tổng số ca thủ thuật. Trong khi đó nhân tố về bệnh viện góp phần làm tăng tổng số lượt khám bệnh, tổng số ca phẫu thuật và giảm số ngày điều trị trung bình.

5. Kết luận

Tóm lại, kết quả kiểm định T-test cho thấy chính sách tự chủ tài chính một phần đã làm tăng nguồn thu sự nghiệp, giảm tỷ lệ ngân sách nhà nước cấp cho các bệnh viện công lập đồng thời làm tăng các hoạt động chi thường xuyên như chi đầu tư, chi cho cán bộ nhân viên và trích lập các quỹ giữa hai giai đoạn 2005-2006 và 2007-2009. Kết quả này trùng với một số các công trình nghiên cứu khác như London (2013). Mặc dù nghiên cứu tìm thấy bằng chứng thực nghiệm khá rõ ràng về tác động của chính sách tự chủ tài chính một phần đối với các hoạt động tài chính của bệnh viện công lập, tuy nhiên bằng chứng thực nghiệm về tác động của chính sách tự chủ tài

Bảng 4: Kết quả hồi quy mô hình DID đối với các chỉ tiêu chất lượng bệnh viện

TT	Các chỉ tiêu	Yếu tố thời gian		Yếu tố bệnh viện		Yếu tố chính sách		Số quan sát	R
		Hệ số	p-Value	Hệ số	p-value	Hệ số	P-value		
1	Tổng số giường thực kê	243,80	0,00***	-50,31	0,72	50,79	0,82	352	0,08
2	Công suất sử dụng giường bệnh tính theo số giường thực tế	-19,19	0,00***	3,59	0,64	-1,00	0,91	326	0,08
3	Tổng số lượt khám bệnh	518,38	0,00***	120,89	0,05**	-86,88	0,20	371	0,05
4	Số ngày điều trị trung bình	-2,28	0,15	-8,62	0,00***	1,59	0,35	381	0,05
5	Tổng số ca phẫu thuật	2,22	0,10*	8,62	0,00***	6,36	0,01*	318	0,14
6	Tổng số thủ thuật	65,83	0,00***	17,63	0,40	-18,91	0,63	339	0,05

*** Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,01; ** Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,05;

* Có ý nghĩa thống kê với mức P-value <0,1

chính một phần đối với chất lượng bệnh viện còn khá mờ nhạt. Kiểm định T-test chỉ cho thấy chính sách tự chủ tài chính một phần góp phần làm tăng số giường kê thực tế, giảm số ngày điều trị trung bình và tăng số ca làm thủ thuật giữa hai giai đoạn. Tuy nhiên, kết quả kiểm định cũng cho thấy chính sách tự chủ tài chính một phần chưa đủ sức cải thiện tình trạng quá tải ở các bệnh viện công lập, bằng chứng là hệ số công suất sử dụng giường bệnh thực tế vẫn lớn hơn 100% có nghĩa là vẫn tồn tại hiện tượng nằm ghép tại các bệnh viện công lập thuộc Bộ Y tế.

Kết quả mô hình DID cho thấy các tác động khá mâu thuẫn của chính sách tự chủ tài chính toàn bộ đến các chỉ tiêu tài chính của bệnh viện công lập. Một mặt chính sách tự chủ tài chính toàn bộ góp phần làm giảm kinh phí ngân sách nhà nước cấp cho các bệnh viện công lập nhưng lại làm tăng hệ số kinh phí ngân sách nhà nước cấp trên tổng thu. Điều này được lý giải rằng, mặc dù thu sự nghiệp và tổng thu của các bệnh viện công lập là có tăng nhưng việc tăng này không phải do chính sách tự chủ tài chính mà do bản thân các yếu tố về thời gian và yếu tố nội tại từ bệnh viện đó. Bên cạnh đó, chính sách tự chủ tài chính toàn bộ làm cho cơ cấu của hệ số kinh phí ngân sách nhà nước cấp trên tổng thu tăng lên có thể là do nguyên nhân liên quan đến các bất cập

của chính sách quản lý giá dịch vụ khám chữa bệnh của các bệnh viện công, theo đó chưa cho phép bệnh viện tính đủ các khoản chi phí vào giá dịch vụ khám chữa bệnh nên nhà nước vẫn phải cấp kinh phí để bù phần thiếu hụt này. Khi thu sự nghiệp của các bệnh viện tự chủ tài chính toàn bộ tăng lên đồng nghĩa với việc kinh phí ngân sách nhà nước cấp bù chi phí cho các dịch vụ khám chữa bệnh chưa được tính đủ cũng tăng lên. Khi đánh giá tác động của tự chủ tài chính toàn bộ đến chất lượng bệnh viện, nghiên cứu chỉ tìm thấy ảnh hưởng của chính sách tự chủ tài chính đối với hoạt động phẫu thuật tại các bệnh viện công. Mặc dù so sánh giá trị trung bình của các chỉ tiêu chất lượng giữa hai giai đoạn cho thấy các chỉ tiêu chất lượng giữa nhóm bệnh viện tự chủ tài chính một phần và bệnh viện tự chủ tài chính toàn bộ đã được cải thiện, nhưng nhân tố tác động chủ yếu đến sự cải thiện đó là do các yếu tố về thời gian và các yếu tố nội tại thuộc bản thân bệnh viện công lập, chứ không phải yếu tố thuộc về chính sách tự chủ tài chính của nhà nước. Kết quả này trùng hợp với các công trình nghiên cứu trước đây như Wagstaff & Sarah (2012), Pearson (2000) và McPake & cộng sự (2003)

Từ phân tích trên, tác giả thấy rằng mặc dù chính sách tự chủ tài chính theo quy định của Chính phủ

(2006) đã có các tác động khá tích cực đến hoạt động tài chính của các bệnh viện công lập như làm tăng thu sự nghiệp, giảm kinh phí ngân sách nhà nước cấp, tăng chi cho cán bộ công nhân viên và chi cho đầu tư mua sắm máy móc thiết bị. Tuy nhiên, tác động của chính sách tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện còn khá mờ nhạt và chưa rõ ràng. Để cải thiện hơn hiệu quả của chính sách tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện tại các bệnh viện công điều quan trọng là Bộ Y tế phải phối hợp với Bộ Tài chính và các bộ ngành liên quan sớm nghiên cứu đưa ra chính sách về giá dịch vụ khám chữa bệnh phù hợp; các bệnh viện công lập không ngừng nâng cao khả năng tự chủ tài chính bằng cách đưa ra lộ trình tính giá dịch vụ y tế sử dụng ngân sách nhà nước để làm cơ sở nhà nước ban hành chính sách cấp kinh phí cho các bệnh viện công lập; xây dựng một bộ tiêu chuẩn định mức kỹ thuật nhằm đánh giá đúng và đủ chi phí để tính toán giá dịch vụ y tế chính xác, phù hợp với thực tế của nước ta và thu nhập của người dân, hạn chế việc kinh phí ngân sách nhà nước vẫn phải cấp bù cho các hoạt động sự

ng nghiệp do không được tính đủ chi phí vào giá dịch vụ khám chữa bệnh như hiện nay;... Ngoài ra, cần có một cơ chế giám sát tốt hơn việc quản lý và vận hành bệnh viện, chính sách tự chủ tài chính tạo thêm quyền cho các bệnh viện công lập hoạt động hiệu quả nhưng cần giám sát để các bệnh viện công lập không lợi dụng chính sách tự chủ tài chính của nhà nước đi lệch hướng với mục đích thượng tôn của ngành y tế đó là nâng cao chất lượng bệnh viện và đảm bảo sự công bằng cho toàn bộ người dân. Hiện nay, Nghị định 16/2015/NĐ-CP đã ra đời và thay thế cho Nghị định 43/2006/NĐ-CP. Tuy nhiên, do Nghị định 16/2015/NĐ-CP chỉ là nghị định khung để cho các ngành lĩnh vực như y tế, giáo dục,... xây dựng các thông tư, nghị định quy định tự chủ tài chính áp dụng thực hiện cho các đơn vị sự nghiệp công lập của ngành lĩnh vực mình; thực tế đến nay Bộ Y tế chưa xây dựng được thông tư hướng dẫn Nghị định 16/2015/NĐ-CP nên đến năm 2018 các bệnh viện công lập vẫn thực hiện tự chủ tài chính theo quy định của Chính phủ (2006).

Tài liệu tham khảo:

- Allen, P., Qi, C. & Hufeng, W. (2014), 'Public hospital autonomy in China in an international context', *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(2), 141-159.
- Bossert, T., Soewarta, K., Budi, H. & Ascobat, G. (1997), *Hospital autonomy in Indonesia*, Harvard School of Public Health, USA.
- Chính phủ (2006), *Nghị định số 43/2006/NĐ-CP về 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*, ban hành ngày 25 tháng 04 năm 2006.
- Chính phủ (2015), *Nghị định số 16/2015/NĐ-CP về quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập*, ban hành ngày 14 tháng 02 năm 2015.
- Homedes, N. & Antonio, U. (2005), 'Why neoliberal health reforms have failed in Latin America', *Health Policy*, 71(1), 83-96.
- Lieberman, S.S. & Alkatiri, A. (2003), 'Autonomization in Indonesia: the wrong path to reduce hospital expenditures', in *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*, Preker, A.S. & Harding, A. (ed.), World Bank publications, Washington, USA.
- London, J.D. (2013), 'The promises and perils of hospital autonomy: reform by decree in Viet Nam', *Social Science & Medicine*, 96, 232-240.
- McPake, B., Francisco, J.Y., Sally, L. & Luz, H.S. (2003), 'Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogota?', *Health Policy and Planning*, 18(2), 182-194.
- Pearson, M. (2000), *International Experience of Hospital Autonomy*, Institute for Health Sector Development, London, UK.
- Preker, A.S. & Harding, A. (2003), *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*,

World Bank Publications, USA.

Saltman, R.B., Antonio, D. & Hans, F.W.D. (2011), *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark.

Sharma, S. & David, R.H. (2001), 'Developing financial autonomy in public hospitals in India: Rajasthan's model', *Health Policy*, 55(1), 1-18.

Ssenooba, F., Lynn, A., Barbara, M., Kara, H. & Sam, O. (2002), 'What could be achieved with greater public hospital autonomy? Comparison of public and PNFP hospitals in Uganda', *Public Administration and Development*, 22(5), 415-428.

Wagstaff, A. & Sarah, B. (2012), *The impacts of public hospital autonomization: evidence from a quasi-natural experiment*, World Bank policy research working paper, USA.