

Hà Nội, ngày 23 tháng 3 năm 2012

BÁO CÁO
Về bảo đảm nguồn lực đáp ứng yêu cầu phòng bệnh, chữa bệnh cho nhân dân
và vấn đề điều chỉnh khung giá viện phí

Kính gửi: Ủy ban Thường vụ Quốc hội

Thực hiện Kế hoạch số 103/KH-UBTVQH13 ngày 24 tháng 02 năm 2012 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội về Tổ chức hoạt động chất vấn và trả lời chất vấn tại phiên họp thứ 6 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội và công văn số 518/VPQH-TH ngày 22 tháng 3 năm 2012 của Văn phòng Quốc hội, Bộ Y tế xin báo cáo về những nội dung sau:

A. VỀ ĐẢM BẢO NGUỒN LỰC ĐÁP ỨNG YÊU CẦU PHÒNG BỆNH, CHỮA BỆNH CHO NHÂN DÂN:

I. Về tài chính y tế:

1. Tình hình bảo đảm nguồn vốn đầu tư cho y tế:

Các nguồn lực tài chính cho y tế hiện nay bao gồm: (1) Ngân sách Nhà nước, (2) Nguồn thu từ bảo hiểm y tế (BHYT) thanh toán, viện phí, phí và lệ phí khác (3) các nguồn vốn xã hội hóa, vốn hợp pháp khác.

(1) Nguồn ngân sách nhà nước (cả ODA):

Tính chung ngân sách Nhà nước dành cho y tế hiện nay khoảng 7% tổng chi ngân sách Nhà nước/năm, nếu tính cả Trái phiếu Chính phủ thì đạt khoảng 7,55%. Cụ thể năm 2011, tổng chi cho y tế khoảng 54.700 tỷ đồng, gồm:

- Chi đầu tư phát triển: khoảng 10.700 tỷ đồng/năm, gồm 4.480 tỷ đồng vốn trái phiếu Chính phủ (TPCP), 6.220 tỷ đồng từ ngân sách, trong đó từ ngân sách địa phương khoảng 4.600 tỷ đồng.

- Chi thường xuyên 44.000 tỷ đồng, gồm:

+ 11.000 tỷ đồng từ ngân sách Trung ương, trong đó có 2.282 tỷ đồng chi 4 chương trình mục tiêu quốc gia, 4.450 tỷ đồng hỗ trợ các địa phương nâng mức chi BHYT cho các đối tượng theo Luật BHYT, 1.648 tỷ đồng chi cho các cơ sở y tế do Bộ Y tế quản lý, 1.760 tỷ đồng các Dự án ODA...

+ 33.000 tỷ đồng cân đối trong ngân sách các địa phương, bao gồm cả kinh phí chi hoạt động của các cơ sở y tế do địa phương quản lý và kinh phí mua và hỗ trợ các đối tượng mua thẻ BHYT.

(2) Nguồn thu từ BHYT thanh toán, viện phí, phí lệ phí khác:

Tổng thu ước khoảng 40.000 tỷ đồng/năm, trừ khoảng trên 11.000 tỷ đồng là ngân sách mua, hỗ trợ cho các đối tượng mua thẻ BHYT, Quỹ BHYT thanh toán lại cho các bệnh viện (đã tính trong 44.000 tỷ nêu trên) còn khoảng 29.000 tỷ đồng.

(3) Các nguồn vốn xã hội hóa:

Vay vốn ngân hàng phát triển, các quỹ tín dụng ưu đãi của nhà nước, liên doanh, liên kết lắp đặt máy móc trang thiết bị y tế, huy động cán bộ viên chức đóng góp, các doanh nghiệp tài trợ... khoảng 1.000 tỷ đồng.

2. Tình hình và hiệu quả đầu tư từ nguồn Trái phiếu Chính phủ giai đoạn 2008-2011:

a. Tình hình đầu tư từ nguồn Trái phiếu Chính phủ:

Thực hiện Nghị quyết số 08/2007/QH12 ngày 12/11/2008 và Nghị quyết số 18/2008/QH12 ngày 3/6/2008 của Quốc hội, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt, cho phép ngành y tế triển khai 02 Đề án đầu tư cho bệnh viện tuyến huyện, một số bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương từ nguồn trái phiếu Chính phủ, gồm:

- Các bệnh viện tuyến huyện theo QĐ số 47/2008/QĐ-TTg:

+ Tổng số bệnh viện trong danh mục được đầu tư: 645 bệnh viện và một số phòng khám đa khoa khu vực.

+ Số vốn được duyệt 17.000 tỷ đồng, gồm 14.000 tỷ đồng trái phiếu Chính phủ; 3.000 tỷ đồng ngân sách địa phương và các nguồn vốn hợp pháp khác.

+ Số vốn đã phân bổ đến hết 2011 là 13.280 tỷ đồng, gồm Trái phiếu Chính phủ: 10.950 tỷ đồng/14.000 tỷ đồng kế hoạch, đạt 78,2%; Ngân sách địa phương: 2.330 tỷ đồng, đạt 77 % (theo báo cáo của các địa phương đến nay).

- Các dự án tuyến tỉnh, Trung ương theo Quyết định 930/QĐ-TTg:

+ Số vốn được duyệt tại Quyết định 930/QĐ-TTg giai đoạn 2009-2013 là 45.280 tỷ đồng, trong đó Trái phiếu Chính phủ khoảng 32.628 tỷ đồng; Ngân sách địa phương và các nguồn vốn hợp pháp khác khoảng 10.002 tỷ đồng; nguồn hỗ trợ phát triển chính thức (ODA) khoảng 2.340 tỷ đồng.

+ Số vốn Trái phiếu Chính phủ đã bố trí đến nay 7.880 tỷ đồng, bằng 24,1% so với kế hoạch (kể cả 480 tỷ đồng mới được Thủ tướng Chính phủ quyết định bổ sung vào tháng 10 năm 2011).

- **Tổng cộng** vốn Trái phiếu Chính phủ đã bố trí giai đoạn 2008-2011 là 18.830 tỷ đồng, bằng 40,4% so kế hoạch, mức vốn bố trí có xu hướng ngày càng thấp; năm 2011 thấp hơn 2010 là 1.600 tỷ, nếu tính cả 480 tỷ đồng mới bổ sung thì thấp hơn 1.120 tỷ đồng. Giải ngân 2008-2010 đạt 95%, năm 2011 đạt 98,2%.

- **Cơ chế phân bổ** giai đoạn 2008-2011: Đối với các bệnh viện tuyến huyện, Thủ tướng chỉ giao tổng mức vốn và danh mục dự án, việc phân bổ cho từng dự án do Ủy ban nhân dân cấp tỉnh quyết định. Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, giao cho từng dự án.

b. Tóm tắt hiệu quả đầu tư:

- Giai đoạn 2008-2011 có 591/645 bệnh viện huyện và một số phòng khám đa khoa khu vực, 157 bệnh viện tuyến tỉnh, 11 bệnh viện/cơ sở tuyến TW đã được sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ.

- Đối với các bệnh viện tuyến huyện: đến nay 145 bệnh viện huyện, 46 phòng khám đa khoa khu vực đã hoàn thành đưa vào sử dụng (nhưng vẫn còn nợ khối

lượng, chưa đủ nguồn để thanh toán cho các nhà thầu). Hầu hết các bệnh viện huyện còn lại, bệnh viện nào cũng đã hoàn thành được một số hạng mục công trình, có bệnh viện đã hoàn thành khu vực khám bệnh, có bệnh viện hoàn thành một số nhà điều trị, khu xử lý chất thải, khu kỹ thuật với hàng triệu m² xây dựng..., mua sắm được một số trang thiết bị cần thiết theo quy định của Bộ Y tế cho các bệnh viện tuyến huyện như máy siêu âm, X-quang, máy thở, monitor, bàn mổ, các bộ dụng cụ khám bệnh, phẫu thuật, thủ thuật, máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học, giường, tủ, bàn, ghế...

Hầu hết các địa phương đều đánh giá việc Quốc hội, Chính phủ cho phép đầu tư cho các bệnh viện tuyến huyện từ TPCP là một chủ trương hết sức đúng đắn, ngành y tế chưa bao giờ được quan tâm đầu tư với quy mô lớn như lần này. Qua kiểm tra, giám sát liên ngành của Bộ Y tế, Bộ Kế hoạch và đầu tư, Bộ Tài chính, Văn phòng Chính phủ tại một số bệnh viện tuyến huyện cho thấy người bệnh đã được sử dụng các buồng bệnh mới được đầu tư xây dựng hoặc sửa chữa, kang trang, sạch sẽ hơn trước nhiều, các trang thiết bị đã đưa vào sử dụng, có hiệu quả ngay, làm tăng chất lượng khám chữa bệnh. Công suất sử dụng giường bệnh của hầu hết các bệnh viện đều tăng khoảng 30% so với trước đây (Long An, Phú Thọ, Bắc Giang, Nam Định..); nhiều bệnh viện đã thực hiện được trên 80% số kỹ thuật phân tuyến cho bệnh viện huyện, quản lý các bệnh mãn tính tại địa bàn, góp phần làm giảm quá tải cho tuyến trên, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân ngay trên địa bàn cư trú. Tạo điều kiện để người bệnh, nhất là người có thẻ BHYT (một chính sách an sinh xã hội) được tiếp cận và thụ hưởng các dịch vụ y tế được thuận lợi hơn (tính chung cả nước, khoảng 70% số lượt người điều trị ở tuyến huyện là người bệnh có thẻ BHYT, ở những vùng miền núi, khó khăn hầu hết là người có thẻ BHYT).

- Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương: một số bệnh viện tỉnh như bệnh viện đa khoa Ninh Bình, Bệnh viện Tâm thần Ninh bình, Bệnh viện Tâm thần Hà Nam, Bệnh viện Lao và bệnh phổi Điện Biên... đã hoàn thành đưa vào sử dụng (nhưng vẫn còn nợ khối lượng), nhờ đầu tư từ TPCP, nhiều bệnh viện đã được trang bị các thiết bị hiện đại, tiên tiến như cộng hưởng từ, CT Scanner, siêu âm màu, hệ thống xạ trị, nội soi, ... nên đã triển khai được nhiều kỹ thuật cao, chuyên sâu..., góp phần giảm bớt tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến Trung ương. Đối với các bệnh viện do Bộ Y tế trực tiếp quản lý, đã hoàn thành một số hạng mục cơ bản của 2 bệnh viện tâm thần, 2 bệnh viện Lao, đang khẩn trương hoàn thành khoảng 300 đến 500 giường của Bệnh viện K và một số trung tâm ung bướu để giảm bớt quá tải đối với các bệnh viện ung bướu, hoàn thành về cơ bản Trường Đại học Y dược Cần Thơ, đáp ứng công tác đào tạo cho khoảng 8-9.000 học sinh, sinh viên y dược của các tỉnh Đồng bằng Sông Cửu long.

3. Tình hình và hiệu quả đầu tư theo các chương trình mục tiêu quốc gia, vốn hỗ trợ có mục tiêu

3.1. Tóm tắt kết quả thực hiện

Trong thời gian vừa qua, Bộ Y tế và các địa phương đã chủ động, tích cực triển khai 4 chương trình mục tiêu quốc gia đã được Quốc hội và Chính phủ cho phép thực hiện, kết quả tỷ lệ mắc và chết một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm hằng năm đều giảm, tập trung phòng chống và đã khống chế được các bệnh dịch như dịch chân tay miệng, viêm não mô cầu, sốt xuất huyết, sốt rét...; tiếp tục triển khai có hiệu quả công tác TCMR, trên 90 % số trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm đầy đủ các loại vắc xin, 80% phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván, tiếp tục triển khai tiêm chủng một số loại vắc xin khác như thương hàn, tả, viêm não, viêm gan B tại các vùng nguy cơ cao; khống chế tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư ở mức dưới 0,3%, giảm tác hại của HIV/AIDS đối với sự phát triển KT-XH của đất nước; đẩy mạnh công tác phòng chống và quản lý các bệnh không lây nhiễm như các bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư, tâm thần, tai nạn và thương tích. Về an toàn vệ sinh thực phẩm, ngành tiếp tục tăng cường kiểm tra, giám sát tại chất lượng an toàn thực phẩm, nguy cơ gây ô nhiễm thực phẩm từ nguồn hóa chất và vi sinh vật, tình hình ngộ độc thực phẩm trong toàn quốc đã giảm rõ rệt cả về số vụ, số người mắc, số đi viện và số chết. Về công tác dân số đã giảm tỷ lệ sinh theo chỉ tiêu được Quốc hội giao, từng bước nâng cao chất lượng dân số, giảm chênh lệch tỷ lệ giới tính khi sinh

3.2. Hiện nay, Bộ Y tế cũng đã tiến hành rà soát, hoàn chỉnh và có văn bản gửi Bộ Kế hoạch và Đầu tư để thẩm định, trình Thủ tướng Chính phủ xem xét, phê duyệt 4 Chương trình giai đoạn 2012-2015, nhu cầu đầu tư khoảng trên 30.000 đồng.

4. Những khó khăn, tồn tại:

4.1. Đối với chi đầu tư phát triển

Nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân ngày càng tăng, dân số tăng, số đối tượng có thể BHYT ngày càng tăng, dẫn đến nhu cầu đầu tư cho các cơ sở y tế ngày càng tăng, nhưng mức vốn đáp ứng còn thấp, chưa kịp thời so với nhu cầu tối thiểu, nhất là đối với các bệnh viện đầu ngành của trung ương và các thành phố lớn như Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh. Ví dụ, nhu cầu đầu tư cải tạo, mở rộng, xây dựng mới (quy mô nhỏ), bổ sung trang thiết bị cho các bệnh viện thuộc Bộ Y tế khoảng trên 2.000 tỷ đồng/năm, nhưng ngân sách chỉ đáp ứng được khoảng 1.000 tỷ đồng/năm nên việc triển khai các dự án rất khó khăn.

4.2 Đối với vốn trái phiếu Chính phủ:

- Các dự án y tế mới được sử dụng vốn TPCP từ 2008, một số bệnh viện chuyên khoa có quá tải cao như ung bướu, tim mạch, nhi mới được đầu tư TPCP từ 2009 (chậm hơn các lĩnh vực khác như giao thông, thủy lợi... đã được đầu tư từ những năm 2003-2005). Nhưng lại phải thực hiện kiềm chế lạm phát, ổn định kinh tế vĩ mô theo Nghị quyết 11 NQ-CP của Chính phủ và Chỉ thị 1792 của Thủ tướng nên nguồn vốn TPCP cho y tế còn thấp, chưa đáp ứng nhu cầu. Các dự án sử dụng TPCP nhằm tăng năng lực phục vụ, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đưa dịch vụ y tế có chất lượng về gần dân, là giải pháp quan trọng để giảm dần tình trạng quá tải, nằm ghép cho các bệnh viện tuyến trung ương và các thành phố lớn, thực hiện chỉ

tiêu số giường bệnh/1 vạn dân được Quốc hội giao, là các dự án để bảo đảm an sinh xã hội theo Nghị quyết 11 của Chính phủ. Việc tiếp tục đầu tư cho các bệnh viện từ trái phiếu Chính phủ là một yêu cầu rất cấp thiết, sau khi rà soát, nhu cầu 2012-2015 khoảng 45.652 tỷ đồng nhưng Chính phủ mới trình Ủy ban thường vụ Quốc hội bố trí được 20.000 tỷ đồng, bằng 43,8% so với nhu cầu nên rất khó khăn trong việc bảo đảm KCB cho nhân dân, nâng cao chất lượng tuyến dưới, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên.

- Vốn TPCP trong thời gian vừa qua mới ưu tiên cho bệnh viện tuyến huyện, một số bệnh viện tuyến tỉnh, chưa ưu tiên cho các bệnh viện trung ương có tỷ lệ quá tải cao như ung thư, nhi, tim mạch (năm 2011, các BV trung ương được phân bổ 280 tỷ đồng cho 11 dự án, bằng 7% vốn TPCP cho y tế) nên chưa đầu tư được cho một số bệnh viện lớn như Bạch Mai, Chợ Rẫy...

4.3. Đối với chi thường xuyên:

- Mức ngân sách và định mức phân bổ ngân sách cho các cơ sở y tế công lập còn thấp: đối với các cơ sở y tế dự phòng, mặc dù Quốc hội đã có Nghị quyết số 18 yêu cầu dành tối thiểu 30% cho y tế dự phòng nhưng thực tế mới có ngân sách Trung ương và một số địa phương như Đồng Nai, Quảng Ninh, Bình Dương,... đáp ứng đủ tỷ lệ này, còn nhiều địa phương mới chỉ bố trí được 17% đến 25% cho các trung tâm y tế dự phòng tuyến tỉnh, tuyến huyện, nên ngân sách cấp dùng để chi lương là chủ yếu, chiếm khoảng 70% đến 80% , chỉ có khoảng 20% đến 30% dành để chi nghiệp vụ chuyên môn, dẫn đến kinh phí dành cho truyền thông giáo dục sức khỏe, cho công tác giám sát, chủ động phòng chống dịch bệnh còn hạn chế. Hầu hết các tỉnh chưa bố trí kinh phí dự phòng để chủ động phòng, chống dịch bệnh mà khi có dịch mới làm các thủ tục bổ sung từ dự phòng ngân sách địa phương nên còn có tình trạng hết dịch mới được cấp kinh phí.

- Đối với các cơ sở khám, chữa bệnh: Ngân sách cấp theo giường bệnh, nhiều địa phương chỉ bảo đảm 40 đến 50 triệu đồng/giường bệnh/năm, có bệnh viện còn không đủ chi tiền lương, mọi hoạt động, kể cả chi tiền lương đều phải sử dụng nguồn thu từ các dịch vụ, trong khi mức thu thấp, chậm được điều chỉnh nên hoạt động của các bệnh viện rất khó khăn.

- Giá dịch vụ y tế thấp, chưa tính đủ chi phí, chưa kết cấu tiền lương trong giá, trong khi yêu cầu các bệnh viện dùng 35% nguồn thu (mặc dù đã được trừ thuốc, máu, dịch truyền, vật tư, hóa chất) để làm nguồn thực hiện cải cách chính sách tiền lương là chưa phù hợp. Tiền lương, thu nhập thấp nên năng suất và chất lượng công việc chưa cao, hạn chế các bệnh viện phát triển kỹ thuật, không có điều kiện để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

4.4. Nguồn thu từ BHYT, viện phí, phí lệ phí khác

Do giá dịch vụ thấp, chưa tính đủ các chi phí để thực hiện dịch vụ nên nhà nước bao cấp cho cả người có khả năng chi trả toàn bộ chi phí, chưa huy động được sự đóng góp hợp lý của các tầng lớp nhân dân để thực hiện được chủ trương xã hội hóa công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Còn gần 40% dân số chưa có thẻ BHYT, trong đó chủ yếu là những nhóm khó vận động tham gia như người cận nghèo, người lao động tại các khu vực phi chính thức.

4.5. Về huy động các nguồn vốn xã hội hóa, ngoài ngân sách

- Về đầu tư phát triển các cơ sở y tế ngoài công lập... : mặc dù đã đặt mục tiêu đến năm 2010, ít nhất mỗi tỉnh phải có 01 bệnh viện tư, số giường bệnh viện tư đạt 2 giường/1 vạn dân, Chính phủ cũng đã ban hành Nghị định số 69/2008/NĐ-CP về chính sách khuyến khích XHH trong một số lĩnh vực, trong đó có y tế, quy định chính sách ưu đãi về đất, về thuế, về vốn trong việc đầu tư các cơ sở ngoài công lập. Tuy nhiên đến nay mới đạt khoảng 0,7 giường/1 vạn dân. Chưa có nhiều bệnh viện tư tầm cỡ, quy mô lớn mà chủ yếu là các phòng khám, bệnh viện tư quy mô nhỏ.

Nguyên nhân là do đầu tư vào các bệnh viện cần vốn lớn, cần nguồn nhân lực có chất lượng cao, đây là vấn đề không thể một sớm, một chiều có được, chi phí lớn, khả năng chi trả của người dân còn thấp nên đầu tư cho y tế thương lợi nhuận thấp, rủi ro cao trong trường hợp người bệnh tử vong... nên mặc dù đã có các chính sách ưu đãi nhưng vẫn chưa thu hút được nhiều nhà đầu tư. Mặt khác, trên thực tế, việc có “đất sạch” để thu hút đầu tư các bệnh viện cũng rất khó khăn, nhiều địa phương chưa thực hiện được, vốn vay ưu đãi của nhà nước cũng rất hạn chế.

Nghị định 69 cũng đã cho phép các đơn vị công lập được vay vốn, huy động vốn, góp vốn, liên doanh liên kết; việc cho phép vay vốn tín dụng ưu đãi để đầu tư cơ sở hạ tầng đã giúp cho một số bệnh viện công giải quyết được vấn đề khó khăn về vốn, sớm đưa nhanh công trình vào sử dụng, thực tế cho thấy, nếu không có vốn vay thì phải 3-4 năm nữa các bệnh viện này cũng không thể hoàn thành, đưa vào sử dụng được, hiệu quả sử dụng vốn tăng, một số bệnh viện cũng đã huy động vốn góp của cán bộ, huy động các nhà đầu tư để đầu tư cải tạo mở rộng bệnh viện, mua sắm bổ sung trang thiết bị. Nhưng kết quả vẫn còn hạn chế, chủ yếu ở các bệnh viện lớn, các thành phố lớn.

Nguyên nhân là do nếu vay vốn thì bệnh viện phải trả gốc vay, lãi vay, trong khi cơ chế giá dịch vụ do BHYT chi trả chưa có khấu hao để có nguồn chi trả lãi và gốc vốn vay, người bệnh phải trả phần chênh lệch này. Mặt khác, nhà đầu tư chỉ muốn đầu tư trong khuôn viên hiện có của các bệnh viện công có thương hiệu, có uy tín, trong khi quan điểm cũng chưa rõ ràng về vấn đề này. Có nhiều ý kiến đề nghị phải rạch ròi giữa công tư, phê phán chủ trương liên doanh, liên kết trong bệnh viện công để trách cổ phần hóa từng phần bệnh viện công, công, tư lẫn lộn trong bệnh viện công.

5. Các giải pháp khắc phục

5.1. Giải pháp về đầu tư:

- Tăng hiệu quả đầu tư thông qua việc rà soát, xây dựng và trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt quy hoạch phát triển hệ thống y tế Việt Nam đến năm 2020, tầm nhìn 2030, trong đó chú trọng đến mạng lưới các bệnh viện theo hướng gắn với địa bàn dân cư, không gắn với địa giới hành chính, phát triển các bệnh viện chuyên khoa vùng. Rà soát quy hoạch cơ sở hạ tầng của các bệnh viện, viện nghiên cứu để có phương án sử dụng hiệu quả mặt bằng, đất đai và vốn, tránh đầu tư dàn trải.

- Rà soát, sắp xếp thứ tự ưu tiên, ưu tiên vốn đầu tư cho các dự án thực sự cấp bách, sắp hoàn thành ở tuyến huyện, tuyến tỉnh (từ TPCP theo Đề án 47, 930 và vốn đầu tư phát triển) để tăng năng lực, giảm quá tải. Tập trung để ưu tiên cho một số

bệnh viện trung ương tuyến cuối có quá tải cao như: bệnh viện K, Nhi, tim mạch, chấn thương chỉnh hình....

- Xây dựng và trình Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định về cơ chế thí điểm để xây dựng các trung tâm khám chữa bệnh đáp ứng nhu cầu xã hội bằng kỹ thuật cao, tiên tiến nhằm huy động các nguồn lực đầu tư cho các trung tâm này. Góp phần giảm bớt tình trạng người dân phải đi nước ngoài khám, chữa bệnh, tiết kiệm ngoại tệ cho đất nước.

- Tăng cường xã hội hóa, huy động đóng góp của các tổ chức, các doanh nghiệp để đầu tư theo hình thức đầu tư công tư kết hợp (PPP), BOT

5.2. Giải pháp về sử dụng ngân sách chi thường xuyên:

- Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính của các đơn vị theo hướng phân loại đơn vị sự nghiệp để có cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính phù hợp với từng loại hình đơn vị. Hiện nay Bộ Y tế đang tiếp thu ý kiến của các Thành viên Chính phủ, để hoàn thiện Đề án và trình Chính phủ ban hành Nghị định.

- Thực hiện cơ chế tự chủ về chi thường xuyên, chi đầu tư đối với một số đơn vị có điều kiện nhằm dành nguồn ngân sách cho các đơn vị không có thu hoặc thu thấp.

- Đổi mới cơ chế tài chính của các bệnh viện theo hướng từng bước tính đủ chi phí và tiền lương trong giá dịch vụ, chuyển ngân sách cấp trực tiếp cho các bệnh viện sang hỗ trợ cho đối tượng thụ hưởng thông qua BHYT, BHYT thanh toán cho các bệnh viện theo giá tính đúng, đủ bù đắp chi phí để khuyến khích bệnh viện phát triển. Được sự đồng ý của Chính phủ, Liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính đã ban hành Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC ngày 29 tháng 02 năm 2012 quy định mức tối đa khung giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước.

5.3. Giải pháp về huy động nguồn xã hội hóa:

- Bộ Y tế đang khẩn trương hoàn chỉnh dự thảo Thông tư hướng dẫn thực hiện Nghị định 69 trong ngành Y tế.

- Kêu gọi đầu tư từ các nguồn vốn hợp pháp trong nước và nước ngoài. Khai thác và sử dụng hiệu quả nguồn vốn vay của các ngân hàng, của Quỹ kích cầu để nâng cấp cơ sở vật chất hiện có và xây dựng cơ sở 2 cho các bệnh viện trực thuộc Bộ, xây dựng bệnh viện vệ tinh; đầu tư, nâng cấp trang thiết bị y tế.

6. Một số kiến nghị:

6.1. Đề nghị Quốc hội, Chính phủ:

- Tăng ngân sách chi đầu tư phát triển cho y tế từ ngân sách và trái phiếu Chính phủ để đầu tư hoàn chỉnh hệ thống y tế, xây dựng thêm cơ sở vật chất để tăng số giường bệnh ở bệnh viện của các thành phố lớn như Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, một số bệnh viện chuyên khoa trung ương có quá tải lớn như Ung thư, Nhi, Tim mạch, chấn thương chỉnh hình giúp giảm tải cho bệnh viện tuyến trên; hoàn chỉnh các hạng mục dở dang và mua sắm bổ sung một số trang thiết bị thiết yếu để đồng bộ, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh cho nhân dân, nhất là vùng nông thôn, miền núi, nâng cao hiệu quả phân vốn đã đầu tư.

- Tăng đầu tư cho y tế tuyến cơ sở, trong đó ưu tiên các trạm y tế xã, trung tâm y tế dự phòng huyện, bệnh viện huyện, bệnh viện tuyến tỉnh vùng miền núi, khó khăn để các bệnh viện có đủ điều kiện cung cấp dịch vụ cho người dân ngay trên địa bàn cư trú. Đối với chi thường xuyên đề nghị tăng ngân sách cho y tế cơ sở, cho y tế dự phòng, an toàn thực phẩm và các chương trình mục tiêu quốc gia.

- Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương theo Quyết định 930: bổ sung vốn để hoàn chỉnh BV K, BV Nhi, BV Bạch Mai, Chợ Rẫy..., trường hợp vốn TPCP bố trí không đủ, hoặc không bố trí, đề nghị ủng hộ để Chính phủ cho phép phát hành trái phiếu công trình.

- Trong quá trình điều hành vốn TPCP giai đoạn 2012-2015 đề nghị cho phép các địa phương điều hòa vốn giữa các dự án y tế.

- Đề nghị thực hiện lộ trình điều chỉnh giá viện phí gắn với lộ trình thực hiện BHYT toàn dân, lộ trình thực hiện cải cách chính sách tiền lương giai đoạn 2012-2020 để khuyến khích các bệnh viện tăng năng suất và chất lượng dịch vụ.

- Đề nghị được nâng mức hỗ trợ cho người thuộc hộ thuộc gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình từ 30% lên 50 hoặc 60% để khuyến khích các đối tượng này mua thẻ BHYT (hiện nay Nhà nước đã mua thẻ BHYT cho người nghèo và hỗ trợ 70% mệnh giá BHYT cho người cận nghèo).

6.2. Đề nghị Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương:

- Đặt việc vận động người dân tham gia BHYT là nhiệm vụ chỉ tiêu kinh tế bắt buộc đối với chính quyền địa phương và đưa vào kế hoạch công tác hàng năm của Tỉnh, để thực hiện lộ trình BHYT toàn dân.

- Bảo đảm cung cấp đất sạch (đã được đền bù, giải phóng mặt bằng) để kêu gọi xã hội hóa đầu tư cho y tế. Các tỉnh ưu tiên sử dụng nguồn xổ số kiến thiết để đầu tư cho y tế.

- Tiếp tục ưu tiên ngân sách địa phương, nguồn xổ số kiến thiết và nguồn tăng thu để đầu tư cho y tế, nhất là các dự án, hạng mục dở dang.

II. Về nguồn nhân lực

1. Thực trạng nguồn nhân lực y tế

Về số lượng nhân lực y tế tính đến 31 tháng 12 năm 2010:

- Số viên chức y tế của các đơn vị sự nghiệp y tế trực thuộc Bộ Y tế quản lý (người): 29.094

- Số viên chức y tế của 63 tỉnh/thành phố (người): 263.266

Trong đó:

+ Tuyến xã: 64.460

+ Tuyến huyện: 86.671

+ Tuyến tỉnh: 112.135

- Số cán bộ y tế /1 vạn dân (năm 2011)
- Số bác sỹ /1 vạn dân (năm 2011) >7,2
- Số dược sỹ đại học/1 vạn dân (khu vực khám chữa bệnh- năm 2011) >1,3

Tỷ lệ Bác sỹ, Dược sỹ / 1 vạn dân như vậy đã vượt chỉ tiêu đề ra trong Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg về việc phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020 (7 Bác sỹ và 1 Dược sỹ / 1 vạn dân).

So với các nước trong khu vực số cán bộ y tế / 1 vạn dân của ta thấp nhưng tỷ lệ Bác sỹ, Dược sỹ / 1 vạn dân ở mức trung bình.

Về trình độ đào tạo: 7% viên chức y tế được đào tạo sau đại học; 17,3% có trình độ đại học; 2% có trình độ cao đẳng, 58% có trình độ trung học; 5,9% có trình độ sơ học và 9,8% có trình độ đào tạo khác.

Về phân bố:

+ Phân bố nhân lực y tế theo tuyến: Hiện nay có khoảng 4% nhân lực y tế làm việc ở tuyến trung ương, 40% ở tuyến tỉnh, 56 % ở tuyến huyện - xã, trong khi dân số ở nông thôn chiếm trên 70% dân số toàn quốc.

+ Phân bố giữa các vùng - miền: Thực tế vẫn tồn tại sự chênh lệch về số lượng cán bộ y tế giữa các vùng, miền. Những cán bộ có trình độ cao thường về công tác tại các thành phố lớn. Tỷ lệ cán bộ y tế (CBYT) trên 10.000 dân thấp nhất là khu vực Miền Tây Nam bộ có tỷ lệ 28,4 CBYT/10.000 dân (4,6 Bác sỹ/10.000 dân). Vùng Đông Bắc bộ có tỷ lệ Bác sỹ/dân số cao nhất (7,2 bác sỹ/10.000 dân). Tỷ lệ thôn, bản, ấp, tổ dân số có nhân viên y tế hoạt động cao nhất thuộc khu vực Bắc Trung bộ 97,8 %, thấp nhất là khu vực Đông Nam bộ 32,3 %.

+ Phân bố nhân lực y tế giữa các chuyên ngành: Hiện nay, nhân lực y tế trình độ đại học và trên đại học rất thiếu ở các chuyên ngành kém thu hút như tâm thần, lao, phong, pháp y, truyền nhiễm, giải phẫu bệnh, y sinh, y tế dự phòng, ...

2. Khó khăn, tồn tại:

- Mất cân đối về nhân lực y tế, đặc biệt là bác sỹ, dược sỹ đại học, giữa các tuyến y tế; tỷ lệ cán bộ y tế ở tuyến xã và huyện vừa ít về số lượng, vừa hạn chế về trình độ chuyên môn, nghiệp vụ.

- Mất cân đối về nhân lực y tế giữa các chuyên ngành, một số chuyên ngành như Truyền nhiễm, Tâm thần, Xét nghiệm, Y tế Dự phòng thiếu Bác sỹ cả ở các đơn vị Trung ương và địa phương.

- Phân bố số lượng cán bộ y tế không đồng đều giữa các vùng có điều kiện địa lý, kinh tế, xã hội khác nhau.

3. Các giải pháp chủ yếu để khắc phục tồn tại:

Để khắc phục những bất cập về nguồn nhân lực y tế, trong thời gian tới Bộ Y tế sẽ chủ động phối hợp với các Bộ, ngành, địa phương triển khai "Quy hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế giai đoạn 2012 - 2020", trong đó tập trung:

3.1. Giải pháp về đào tạo nhân lực y tế:

a) Về số lượng:

- Tiếp tục mở rộng quy mô đào tạo đại học Y, Dược: Trong những năm qua, quy mô đào tạo đại học đã tăng nhiều so với trước đây, cụ thể chỉ tiêu đào tạo đại học Y, Dược năm 2011 so với năm 2007 đã tăng 1,94 lần; so với năm 2002 đã tăng 4,10 lần (như vậy, số sinh viên ra trường năm 2013 sẽ gấp đôi so với năm 2008, số ra trường năm 2017 sẽ gấp 2 lần năm 2013). Bộ Y tế sẽ chỉ đạo các trường tiếp tục mở rộng quy mô đào tạo trên cơ sở năng lực của các trường.

- Mở rộng mạng lưới các cơ sở đào tạo đại học Y, Dược: Đến nay, cả nước đã có 27 cơ sở đào tạo đại học Y Dược (năm 2007 chỉ có 20 cơ sở), và 12 bệnh viện tuyển trung ương tham gia đào tạo trình độ sau đại học đặc thù của Ngành Y tế: Bác sĩ chuyên khoa cấp I, cấp II và Bác sĩ Nội trú. Bộ Y tế sẽ phối hợp với các Bộ, Ngành liên quan, ủy ban nhân dân các tỉnh tiếp tục mở rộng mạng lưới đào tạo; khuyến khích, tạo điều kiện thuận lợi để các cơ sở đào tạo đại học dân lập, tư thục tham gia đào tạo đại học Y, Dược.

- Tiếp tục tăng cường các hình thức đào tạo phù hợp để tạo nguồn cán bộ cho địa phương như đào tạo theo địa chỉ sử dụng, đào tạo cử tuyển, đào tạo liên thông (từ trình độ trung cấp), đào tạo tại chỗ, chuyển giao kỹ thuật.

- Xây dựng các đề án trình Chính phủ phê duyệt để đào tạo nhân lực y tế cho các lĩnh vực kém thu hút như tâm thần, lao, phong, pháp y, truyền nhiễm, giải phẫu bệnh, y sinh, y tế dự phòng, ... và đào tạo cử tuyển cho vùng khó khăn.

b) Về chất lượng đào tạo:

- Tăng cường đầu tư cơ sở vật chất cho các cơ sở đào tạo nhân lực y tế: Bên cạnh ngân sách nhà nước cấp, sẽ xây dựng và tiếp tục triển khai các dự án bằng nguồn vốn ODA và các nguồn vốn hợp pháp khác.

- Tăng cường đào tạo đội ngũ giảng viên, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn và phương pháp sư phạm.

- Đổi mới chương trình, phương pháp giảng dạy, giáo trình, tài liệu giảng dạy, học liệu và phương pháp đánh giá giảng viên.

- Tăng cường kiểm định chất lượng đào tạo, kiểm soát mở mã ngành mới.

- Mở rộng hợp tác quốc tế trong hoạt động đào tạo.

3.2. Giải pháp về sử dụng và chế độ chính sách đối với nguồn lực y tế:

a. Về phân bổ và sử dụng nguồn nhân lực y tế:

- Triển khai thực hiện tốt Luật Viên chức, đặc biệt là một số nội dung về sử dụng viên chức y tế:

+ Phối hợp với Bộ Nội vụ xây dựng các quy định hệ thống danh mục, tiêu chuẩn và mã số chức danh nghề nghiệp

+ Chủ trì theo chức năng, nhiệm vụ được Chính phủ giao quản lý nhà nước về các lĩnh vực hoạt động của viên chức ngành y tế để chủ trì, phối hợp với Bộ Nội

Vụ quy định cụ thể tiêu chuẩn Chức danh nghề nghiệp; điều kiện thi hoặc xét thay đổi chức danh nghề nghiệp của viên chức;

- Xây dựng quy hoạch nhân lực ngành y tế trong đó có các nội dung cụ thể về đào tạo, chế độ chính sách giải quyết vấn đề mất cân đối về phân bố nguồn lực nhân lực y tế giữa các vùng miền, giữa các chuyên khoa.

- Xây dựng và trình Thủ tướng Chính phủ về Quyết định về chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Đối với các khu vực đặc biệt (miền núi, dân tộc thiểu số), xem xét nhu cầu sử dụng loại hình nhân lực y tế phù hợp khác: cô đỡ thôn bản, nhân viên y tế thôn bản đủ về số lượng, chất lượng.

- Bổ sung, hoàn thiện các chế độ, chính sách để triển khai thực hiện có hiệu quả hơn đề án 1816 về “Cử cán bộ chuyên môn từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”

b. Về chế độ chính sách:

Thực hiện tốt các chính sách đã được ban hành:

- Chế độ chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn theo Nghị định số 64/2009/NĐ-CP ngày 30/7/2009 bao gồm các khoản: Phụ cấp ưu đãi, phụ cấp thu hút, trợ cấp tham quan, học tập, bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ, trợ cấp tiền mua và vận chuyển nước ngọt và sạch với mức 70%;

- Nghị định số 56/2011/NĐ-CP ngày 04/7/2011 quy định chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập trong đó mức cao nhất được tăng lên 70%;

- Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11/5/2009 của Thủ tướng Chính phủ về việc qui định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn, bản với mức phụ cấp 0,5 và 0,3 mức lương tối thiểu.

- Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg ngày 28/12/2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc qui định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch với mức cao hơn 2,5 lần so với quy định trước đây

- Tiếp tục xây dựng phụ cấp đối với cô đỡ thôn bản ở một số vùng dân tộc, vùng địa bàn miền núi đi lại rất khó khăn;

- Đề xuất với Chính phủ xây dựng về chế độ phụ cấp thâm niên nghề; lương khởi điểm đối với bác sĩ mới ra trường..

- Tăng cường ban hành các chế độ đãi ngộ, phụ cấp quanh lương để thu hút nguồn nhân lực y tế về công tác tại các vùng sâu, vùng xa, tuyến huyện, tuyến xã, hải đảo ..và tương xứng với công sức lao động của người lao động trong lĩnh vực y tế. Tiến tới trả lương theo vị trí việc làm.

B. VỀ Y ĐỨC

Trong vài thập niên vừa qua nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đã góp phần không thể phủ nhận trong sự phát triển nền kinh tế đất nước. Tuy

nhiên, nó cũng tạo ra những ảnh hưởng tiêu cực đến đức lối sống của một nhóm dân cư, bao gồm cả một số cán bộ y tế. Bên cạnh đó, tình trạng xuống cấp của các cơ sở y tế, sự thay đổi của mô hình bệnh tật và nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng của người dân đã dẫn đến tình trạng quá tải, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến Trung ương, đẩy hệ thống y tế vào tình thế không thể cung cấp được đầy đủ các dịch vụ y tế có chất lượng cao. Tình trạng này đã làm cho nhiều người bệnh và người thân trong gia đình cố gắng tiếp cận, tranh thủ cán bộ y tế để tạo sự quan tâm nhiều hơn đến bệnh nhân. Như vậy, những hành vi vi phạm đạo đức nghề nghiệp trong lĩnh vực y tế không chỉ đơn thuần xuất phát từ phía cán bộ y tế mà trong nhiều trường hợp còn được khởi xướng và tiếp tay bởi chính bệnh nhân và gia đình. Vì thế, các biện pháp hành chính đơn thuần, hay những hoạt động mang tính phong trào sẽ khó mà giải quyết triệt để vấn đề này.

Có nhiều văn bản pháp luật quy định về đạo đức ngành y: Điều 35 đến 39 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Điều 42 Luật phòng chống tham nhũng; luật Viên chức; Luật cán bộ công chức. Bộ Y tế đã cụ thể hoá bằng việc ban hành “12 điều y đức”; Quy định Về giao tiếp, Chỉ Thị Về tăng cường y Đức trong các cơ sở khám, chữa bệnh, từ năm 2009 ban hành “Quy tắc ứng xử của cán bộ viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế” quy định những việc cán bộ y tế phải làm, không được làm trong mối quan hệ với người bệnh, với xã hội, với đồng nghiệp.

Về đạo đức nghề nghiệp, ngành nào cũng cần đạo đức nghề nghiệp, ngành y tế luôn đặt y đức là nền tảng cơ bản. Đối tượng phục vụ là con người mà là người bị bệnh, đòi hỏi cán bộ y tế phải giỏi chuyên môn, phải có lương tâm nghề nghiệp, phải có trách nhiệm cao với sức khỏe tính mạng của người bệnh. Mặc dù, môi trường làm việc của cán bộ y tế còn đang có nhiều áp lực (áp lực về cường độ lao động, áp lực về tinh thần, về nguy cơ lây nhiễm). Hầu hết cán bộ viên chức lao động ngành y tế được lựa chọn và đào tạo kỹ lưỡng về chuyên môn và y đức đã tận tâm, yêu nghề, vượt khó khăn để hoàn thành nhiệm vụ. Tuy nhiên, còn tỷ lệ nhỏ cán bộ viên chức chưa hoàn thành nhiệm vụ của mình, vi phạm quy tắc đạo đức nghề nghiệp gây nên hiện tượng “con sâu làm rầu nồi canh”, gây dư luận không tốt trong xã hội.

Để khắc phục vấn đề này cần sự hợp tác và hỗ trợ phải từ nhiều phía, nhiều thành phần xã hội tham gia, cụ thể:

* Từ phía Ngành y tế đã triển khai:

- Thành lập bộ môn dạy Y đức trong các trường trung học, cao đẳng và đại học Y, Dược

- Ban hành “Quy tắc ứng xử”, các đơn vị tiếp tục và tăng cường “Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh”. Khen thưởng, tôn vinh, nhân rộng điển hình về tấm gương người tốt việc tốt và xử lý nghiêm khắc CBYT vi phạm Quy tắc ứng xử.

- Đề xuất chính sách về chế độ đãi ngộ phù hợp với lao động đặc thù của ngành Y tế (phụ cấp nghề, phụ cấp đặc thù).

* Từ phía các Hội nghề nghiệp trong ngành y tế (Tổng Hội y học, Hội Điều dưỡng, Hội hộ sinh, Hội Dược..). Căn cứ Điều 42 Luật Phòng chống tham nhũng,

Hội Điều dưỡng VÀ một số Hội đang triển khai xây dựng Quy tắc đạo Đức nghề nghiệp cho Hội viên và phối hợp với BHYT triển khai thực hiện các phong trào thi đua như: Hội thi ĐIỀU DƯỠNG HỘ SINH GIỎI THANH LỊCH, Hội thi toàn Quốc thực hiện Quy tắc ứng xử...

*Đề nghị từ phía Quốc hội, Chính phủ:

- Có chính sách tiền lương hợp lý cho cán bộ y tế tương xứng với thời gian đào tạo và mức độ căng thẳng, áp lực nghề nghiệp, có phụ cấp thâm niên nghề Y.

- Có hành lang pháp lý bảo vệ cán bộ y tế khi làm nhiệm vụ

- Tăng ngân sách đầu tư cho ngành y tế để mở rộng cơ sở khám chữa bệnh, tăng cường trang thiết bị, cơ sở vật chất...

* Phía người bệnh, gia đình người bệnh và xã hội: cần chia sẻ với những khó khăn đang gặp của ngành y tế và nhìn nhận, đánh giá đúng về đa số cán bộ y tế. Tôn trọng cán bộ y tế, không đưa tiền, quà cho cán bộ y tế khi đến chữa bệnh.

Những giải pháp mà Bộ Y tế đang tiến hành:

- Tiếp tục đẩy mạnh việc học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh trong đội ngũ cán bộ y tế một cách sâu rộng và hiệu quả hơn nữa.

- Hệ thống y tế cần được đổi mới và nâng cao chất lượng dịch vụ, hiệu quả của hệ thống cung ứng dịch vụ từ tuyến trung ương đến cơ sở. Trong năm 2012, Bộ Y tế sẽ xây dựng và trình Thủ tướng Chính phủ Đề án giảm tải bệnh viện. Bên cạnh đó, Bộ Y tế sẽ chỉ đạo triển khai Đề án đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính tại các bệnh viện công lập.

- Chính sách độ đãi ngộ, chế độ phụ cấp đặc thù, thu hút đối với cán bộ, công chức, viên chức ngành y tế cần được sửa đổi, bổ sung theo tinh thần Nghị quyết 46/NQ-TW. Bộ Y tế đang đề nghị xây dựng **mức lương khởi điểm của bác sĩ cao hơn** mức lương khởi điểm của bậc đại học. Vì bác sĩ có thời gian đào tạo 6 năm, trong khi các đại học khác có thời gian đào tạo ngắn hơn.

- Tăng cường tuyên truyền giáo dục nâng cao nhận thức cho cán bộ, nhân viên y tế về Ý đức, tầm quan trọng của công tác giao tiếp ứng xử và tăng cường kỹ năng giao tiếp ứng xử của cán bộ, nhân viên y tế. Triển khai Điều 40 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh về đạo đức nghề nghiệp trong khám bệnh, chữa bệnh, nội dung 12 điều y đức được ban hành kèm theo Quyết định số 2088/BYT-QĐ ngày 06/11/1996 của Bộ trưởng Bộ Y tế; Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế (ban hành kèm theo Quyết định số 29/QĐ-BYT ngày 18/08/2008). Bên cạnh đó, cũng cần tuyên truyền cho người bệnh và người thân không nên tiếp tay cho các hành vi gây sói mòn đạo đức nghề nghiệp.

- Chú trọng công tác kiểm tra giám sát tại chỗ bao gồm cả công tác tự kiểm tra giám sát của mỗi cơ sở. Thường xuyên tổ chức thu thập ý kiến phản ánh của các đối tượng thụ hưởng dịch vụ. Có chế tài cụ thể, nghiêm khắc để xử lý các trường hợp vi phạm.

- Kịp thời khen thưởng, động viên khuyến khích, vinh danh những gương người tốt, việc tốt về giao tiếp ứng xử của cán bộ nhân viên y tế đối với người bệnh.

C. VỀ ĐIỀU CHỈNH GIÁ DỊCH VỤ Y TẾ

Do mức thu một phần viện phí ban hành từ năm 1995, đến nay đã 17 năm và một số dịch vụ ban hành năm 2006, đến nay cũng đã 6 năm, mới chỉ tính bằng 30 đến 50% chi phí trực tiếp tại thời điểm ban hành nhưng đến nay vẫn chưa được điều chỉnh cho phù hợp, trong khi giá cả tăng, chỉ số giá tiêu dùng chung năm 2011 so với 1995 là 3,4 lần, tiền lương tối thiểu tăng 6,9 lần, trước tình hình đó, Bộ Y tế và Bộ Tài chính đã báo cáo Thủ tướng Chính phủ, ban hành Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT ngày 29/2/2012 về mức giá tối đa của 447 dịch vụ kỹ thuật y tế đã ban hành từ năm 1995 và một số dịch vụ ban hành năm 2006. Trên nguyên tắc chỉ tính 3 yếu tố chi phí trực tiếp là: (1) tiền thuốc, máu, dịch truyền, vật tư; (2) tiền điện, nước, xử lý chất thải, vệ sinh môi trường và (3) duy tu, bảo dưỡng trang thiết bị trực tiếp, mua thay thế công cụ, dụng cụ khám, chữa bệnh; chưa tính khấu hao tài sản, tiền lương của cán bộ y tế. Việc điều chỉnh giá này là rất cần thiết, nhằm bảo đảm quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT. Thông tư 04 ra đời sẽ có một số tác động tích cực đối với cả người bệnh, cơ sở khám chữa bệnh, và Nhà nước và BHYT, như:

1. Đối với người bệnh: được thụ hưởng dịch vụ y tế với chất lượng tốt hơn do bệnh viện có kinh phí để mua thuốc, vật tư, hóa chất phục vụ người bệnh. Người bệnh có thẻ BHYT không phải đóng thêm số tiền đối với một số dịch vụ mà trước đây giá thấp, bệnh viện phải thu thêm số tiền mà quỹ BHYT không thanh toán, hoặc do trước đây giá thấp, bệnh viện không có đủ kinh phí nên không triển khai, phải chuyển cơ sở y tế khác, nay được điều chỉnh giá nên sẽ triển khai, người bệnh nói chung sẽ được hưởng và người bệnh có thẻ BHYT còn được BHYT thanh toán các chi phí này. Đảm bảo công khai minh bạch, giảm phiền hà cho người bệnh và làm tăng quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT.

2. Đối với cơ sở y tế: Bệnh viện có kinh phí để thực hiện các kỹ thuật theo quy định về chuyên môn y tế, có kinh phí để duy tu bảo dưỡng trang thiết bị y tế, buồng bệnh, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ. Thúc đẩy xã hội hóa y tế; tạo điều kiện để các bệnh viện, nhất là các bệnh viện tuyến dưới có kinh phí để phát triển kỹ thuật, triển khai các kỹ thuật mới, đưa dịch vụ y tế về gần dân. Sử dụng có hiệu quả cơ sở hạ tầng, trang thiết bị được đầu tư trong thời gian qua từ ngân sách và trái phiếu Chính phủ.

3. Đối với Nhà nước và cơ quan BHYT: Hiện nay, do giá thấp nên Nhà nước bao cấp cho cả người có khả năng chi trả toàn bộ viện phí. Điều chỉnh giá lần này sẽ giảm bớt sự bao cấp tràn lan trong KCB, huy động được sự đóng góp hợp lý của các tầng lớp nhân dân, thực hiện được chủ trương xã hội hóa công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Từ đó tạo điều kiện để Nhà nước dành ngân sách để mở rộng đối tượng hưởng chính sách BHYT, hoặc nâng mức hỗ trợ mua thẻ BHYT, do đó sẽ giúp thực hiện lộ trình BHYT toàn dân nhanh hơn.

Đồng thời có thể khẳng định đợt thay đổi giá dịch vụ y tế lần này không làm ảnh hưởng nhiều đến những nhóm người nghèo và gia đình chính sách, bởi vì:

- Các đối tượng như người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi (khoảng gần 9 triệu trẻ) được Nhà nước mua thẻ BHYT, khi khám, chữa bệnh được Quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí theo quy định nên không bị ảnh hưởng.

- Các đối tượng như hưu trí, người thuộc hộ nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống tại vùng kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn đã được nhà nước bảo đảm kinh phí để mua thẻ BHYT (đến nay 14,7 triệu người thuộc đối tượng này đã được cấp thẻ BHYT, chiếm 17% dân số), được BHYT thanh toán 100% khi khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, trường hợp phải chuyển tuyến trên còn được thanh toán tiền vận chuyển từ tuyến huyện lên tuyến trên và được thanh toán 95% khi khám, chữa bệnh tại các bệnh viện công lập từ tuyến huyện trở lên, chỉ phải đồng chi trả 5%. Ngoài ra, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg sửa đổi, bổ sung một số điều của Quyết định 139/2002/QĐ-TTg về khám, chữa bệnh cho người nghèo để hỗ trợ cho một số đối tượng có khó khăn trong chi trả viện phí, các đối tượng mắc bệnh hiểm nghèo, có chi phí điều trị lớn như ung thư, chạy thận nhân tạo, phẫu thuật tim....

- Bên cạnh đó các đối tượng là học sinh, sinh viên đã được Nhà nước hỗ trợ 30% để tham gia BHYT (nếu thuộc hộ nghèo, cận nghèo thì được hưởng như người nghèo, cận nghèo), khi đi khám, chữa bệnh phải chi trả 20% chi phí; nên Quỹ BHYT sẽ thanh toán 80% của số tăng thêm, chỉ phải đóng thêm 20% của số tăng thêm. Đối tượng là người thuộc hộ cận nghèo đã được Nhà nước hỗ trợ 70% để tham gia BHYT, nên nếu đối tượng này đóng 30% để tham gia BHYT thì khi đi khám, chữa bệnh, BHXH sẽ thanh toán 80%, người bệnh chỉ đồng chi trả 20% chi phí; nên cũng chỉ phải đóng thêm 20% của số tăng thêm.


Đối với những người không có thẻ BHYT thì sẽ bị ảnh hưởng khi điều chỉnh giá dịch vụ y tế. Tuy nhiên trong Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg nêu trên đã quy định việc hỗ trợ cho một số đối tượng có khó khăn trong chi trả viện phí, các đối tượng mắc bệnh hiểm nghèo, có chi phí điều trị lớn như ung thư, chạy thận nhân tạo, phẫu thuật tim...; theo luật BHYT từ năm 2012 Nhà nước sẽ hỗ trợ tối thiểu 30% cho người làm nông, lâm, ngư, diêm nghiệp có mức sống trung bình để mua thẻ BHYT.

Trên đây là báo cáo của Bộ Y tế, xin trân trọng kính gửi Ủy ban Thường vụ Quốc hội./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Thủ tướng Chính phủ (để báo cáo);
- PTTg Nguyễn Thiện Nhân (để báo cáo);
- Văn phòng Quốc hội;
- VPCP: Vụ TH, KGVX;
- Lãnh đạo Bộ Y tế;
- BHYT: KHTC, BHYT, TCCB, K2ĐT, KCB;
- Lưu: VT, VPB1.

BỘ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Kim Tiến