**Tự chủ bệnh viện như… thuyền đang “mắc cạn”**

Sau hai năm thực hiện thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện, nhiều bệnh viện đang phải đối diện với “muôn vàn khó khăn”. Nguyên nhân chính là bản thân các bệnh viện không thể chủ động giải quyết được, như các quy định đấu thầu mua sắm thuốc, vật tư y tế, chính sách về tiền lương, giá viện phí theo bảo hiểm y tế chưa tính đúng, tính đủ chi phí… nên khả năng thu đủ bù chi và có tích lũy để phát triển là rất thấp, thậm chí ở mức "âm".

Là một trong những chủ trương của Đảng và Nhà nước nhằm đổi mới cơ chế quản lý phù hợp bối cảnh phát triển nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đó là từng bước cải cách phương thức tài chính công theo hướng phát huy tính tự chủ, hiệu quả sử dụng ngân sách nhà nước, phát huy mọi khả năng của các đơn vị sự nghiệp công lập trong việc cung cấp dịch vụ công với chất lượng cao.

Chủ trương này đã được thể chế hóa bằng các Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế tài chính bắt đầu từ Nghị định 10/2002/ NĐ-CP, ban hành ngày 16/01/2002 về việc thực hiện tự chủ tài chính đối với tất cả các đơn vị sự nghiệp có thu, trong đó có các đơn vị sự nghiệp ngành y tế, sau đó được thay thế bằng Nghị định 43/2006/NĐ-CP, ban hành ngày 25/4/2006 về giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm trong thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy biên chế và tài chính trong các đơn vị sự nghiệp nói chung và các đơn vị sự nghiệp y tế nói riêng. Sau gần 10 năm thực hiện tự chủ bệnh viện tại các cơ sở dịch vụ y tế bước đầu đã thu được một số kết quả nhất định trong việc bảo đảm tự chủ về tài chính, nhiệm vụ chuyên môn, tổ chức bộ máy biên chế, tuy nhiên cũng bộc lộ một số hạn chế, bất cập và tác động không mong muốn khi thực hiện chính sách này.

Đặc biệt kể từ khi chính thức thực hiện Nghị quyết 33/NQ-CP ngày 15/9/2019 của Chính phủ về thí điểm tự chủ toàn diện của bốn bệnh viện thuộc Bộ Y tế gồm: Bạch Mai, Việt Đức, K, Chợ Rẫy, đến nay, mới có hai bệnh viện thực hiện thí điểm là Bệnh viện K và Bạch Mai. Tuy nhiên, đang có một thực trạng mà nói như cách ví von của một chuyên gia trong ngành Y tế, nếu coi quá trình tự chủ bệnh viện như chiếc thuyền trên sông, thì hiện tại không ít thuyền đang “mắc cạn”.

Cụ thể, tại Bệnh viện Bạch Mai, sau hai năm thực hiện thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện, PGS TS. Đào Xuân Cơ, Giám đốc Bệnh viện đã kiến nghị Chính phủ cho tạm dừng thực hiện tự chủ toàn diện do đang phải đối diện với “muôn vàn khó khăn”. Nguyên nhân chính là, trong giai đoạn thực hiện, giá viện phí không được tính đúng, tính đủ.

PGS TS. Đào Xuân Cơ cho biết, giá viện phí của Bệnh viện Bạch Mai phục vụ hơn 95% người bệnh đến khám chữa bệnh có bảo hiểm y tế, nên mức giá tính theo quy định của bảo hiểm. Trong khi đó, mức giá bảo hiểm y tế được xây dựng cách đây 15-20 năm, được cấu thành 4/7 yếu tố (lẽ ra phải 7/7 yếu tố cấu thành giá). Từ đó đến nay, mức thu vẫn không được điều chỉnh tăng, Bệnh viện không có nguồn kinh phí nào khác, nên tổng thu bù chi không bảo đảm.

Ngoài ra, còn một tồn tại nữa, khi không còn tình trạng liên doanh, liên kết, không còn máy xã hội hóa như trước khi tự chủ, nguồn thu của Bệnh viện Bạch Mai suy giảm. Bên cạnh đó, do Bệnh viện thực hiện thu theo giá của bảo hiểm y tế, trong khi nguồn chi rất lớn, dẫn tới thu nhập của cán bộ y tế giảm, khiến nhiều y, bác sĩ trình độ cao dễ chuyển dịch sang y tế tư nhân có mức lương hấp dẫn.

“Với mức thu một ca siêu âm ổ bụng là 43.900 đồng, thì tổng số tiền Bệnh viện Bạch Mai thu được từ lúc mua máy đến khi máy hết khấu hao không đủ chi phí mua máy, chưa tính đến trả nhân công. Tự chủ trong điều kiện đó thì không thể thực hiện được. Hậu quả là không chỉ Bệnh viện Bạch Mai, mà các bệnh viện công đang tự chủ tài chính cũng không bảo đảm lấy thu bù đủ chi”, Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai than thở.

Tương tự, đại diện một bệnh viện khác đang thực hiện tự chủ toàn phần cho biết, họ đang phải chịu tác động từ nhiều phương diện mà bản thân không thể chủ động giải quyết được, như các quy định đấu thầu mua sắm thuốc, vật tư y tế, chính sách về tiền lương, chính sách về khám chữa bệnh cho người nghèo, giá viện phí theo bảo hiểm y tế chưa tính đúng, tính đủ chi phí, nên khả năng thu đủ bù chi và có tích lũy để phát triển là rất thấp.

Chưa kể, các yếu tố bên ngoài cũng ảnh hưởng đến tự chủ bệnh viện như chuỗi cung ứng thuốc, vật tư y tế, hay việc thực hiện các biện pháp xã hội, phải thực hiện trách nhiệm tham gia phòng chống dịch bệnh trong cộng đồng, hay hỗ trợ nguồn nhân lực cho các địa phương, đơn vị khác. Đặc biệt, tính tự chủ của bệnh viện bị hạn chế rất nhiều và vai trò tự chủ của bệnh viện không có nhiều ý nghĩa. Thí dụ, việc mua sắm vẫn phải theo quy định về đấu thầu, có loại hàng hóa mua theo kết quả đấu thầu tập trung.

Khi thực hiện tự chủ toàn diện, một vấn đề xã hội cần được quan tâm là sự cân bằng giữa tự chủ với việc thực hiện trách nhiệm xã hội và công bằng trong khám chữa bệnh. Một số ý kiến cho rằng, cơ chế tự chủ tiềm ẩn nguy cơ các bệnh viện có khuynh hướng phải tìm kiếm thêm doanh thu thông qua việc cung cấp các dịch vụ kỹ thuật cao và xem nhẹ các dịch vụ cơ bản, khuyến khích khám chữa bệnh theo yêu cầu có giá cao hơn khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, dẫn đến chức năng xã hội của bệnh viện bị giảm sút, ảnh hưởng đến tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo.

Trong khi đó, theo ông Nguyễn Huy Quang, nguyên Vụ trưởng Vụ Pháp chế (Bộ Y tế), các bệnh viện công lập phải thực hiện nhiệm vụ chính trị quan trọng của mình là công bằng, hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Các bệnh viện công lập có nhiệm vụ cung cấp dịch vụ với ý nghĩa là dịch vụ công bao gồm các dịch vụ khám chữa bệnh cơ bản do ngân sách nhà nước và quỹ bảo hiểm y tế chi trả, các dịch vụ khám chữa bệnh ngoài phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế và các dịch vụ y tế bổ trợ có tính chất nâng cao.

Ngoài ra, còn có một bất cập nữa là theo Nghị quyết 33/NQ-CP, khi tự chủ toàn diện, bốn bệnh viện thí điểm gồm Bạch Mai, K, Chợ Rẫy, Việt Đức được quyết nhiều việc mà không cần phải thông qua Bộ Y tế. Đó là quy mô bệnh viện, được quyền lựa chọn phát triển các chuyên ngành mũi nhọn… Bên cạnh đó, khi tự chủ các bệnh viện sẽ thực hiện “mô hình như doanh nghiệp”, có Hội đồng quản lý gồm 7-11 người, theo đó, “Hội đồng quản lý có quyền thành lập, giải thể các bệnh viện thành viên; điều động, miễn nhiệm với tổng giám đốc, giám đốc, phó tổng giám đốc… Ngoài ra có quyền thuê tổng giám đốc”.

Tuy nhiên trên thực tế, vị trí Chủ tịch Hội đồng quản lý, Ban giám đốc đều do Bộ Y tế bổ nhiệm. Hiện tại pháp luật cũng chưa có những quy định cụ thể về những thẩm quyền trên của bệnh viện khi tự chủ. Mặt khác, theo Nghị quyết về tự chủ toàn diện, khi bắt đầu triển khai thì giám đốc bệnh viện đương nhiệm sẽ kiêm chủ tịch Hội đồng quản lý. Sau đó Bộ Y tế bổ nhiệm chủ tịch theo đề xuất của Hội đồng quản lý. Điều bất cập theo nhiều ý kiến là một người vốn là bí thư kiêm giám đốc bệnh viện (hoặc hiệu trưởng) hiện đang điều hành thành thục bệnh viện (hoặc trường) sẽ “bị” đẩy lên chức chủ tịch Hội đồng quản lý, chủ yếu điều hành họp hội đồng, ban hành nghị quyết. Thêm vào đó chủ tịch Hội đồng quản lý không có quyền bổ nhiệm giám đốc bệnh viện thì liệu có đủ uy để chỉ đạo giám đốc?

Ở góc độ của một đại biểu Quốc hội, ông Nguyễn Lân Hiếu, Đại biểu Quốc hội tỉnh Bình Định nhận định, các bệnh viện hạng đặc biệt như Bạch Mai hay Việt Đức còn đóng góp vào quá trình quản lý phát triển của Nhà nước đối với hệ thống y tế các bệnh viện tuyến cuối như là người dẫn dắt về chuyên môn kỹ thuật, đồng thời là chỗ dựa cho hệ thống y tế trong những biến cố liên quan, nên phải thực sự vững chắc và ổn định. Bất kỳ biến cố bất lợi nào xảy ra tại tuyến này sẽ kéo theo hệ lụy của hệ thống và cả sự ổn định xã hội và niềm tin của nhân dân.

Trước những tồn tại nêu trên, thiết nghĩ, trong quá trình thực hiện tự chủ toàn diện, cần tính đúng, tính đủ giá viện phí theo bảo hiểm y tế với đủ bảy yếu tố cấu thành, bảo đảm nguồn thu cho bệnh viện để đầu tư trang thiết bị, đào tạo cán bộ, xây dựng cơ sở vật chất… bảo đảm công tác chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân. Đặc biệt, cần có sự bổ sung những quy định pháp quy cụ thể để chính sách giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập nói chung, trong đó có bệnh viện, được xem như một công cụ để nâng cao tính hiệu quả về kỹ thuật, trong việc cung cấp các dịch vụ y tế bằng cách tạo ra các động lực kinh tế mạnh mẽ hơn cho đội ngũ cán bộ, nhân viên và bằng cách củng cố thẩm quyền của các nhà quản lý trong các cơ sở y tế./.

Minh Phương

**Nguồn:** [**https://dangcongsan.vn/cung-ban-luan/tu-chu-benh-vien-nhu-thuyen-dang-mac-can-618002.html**](https://dangcongsan.vn/cung-ban-luan/tu-chu-benh-vien-nhu-thuyen-dang-mac-can-618002.html)