KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ CỔ PHẦN HÓA BỆNH VIỆN CÔNG LẬP - HÀM Ý CHÍNH SÁCH CHO VIỆT NAM

Cổ phần hóa tại Vương quốc Anh

Vương quốc Anh đã bắt đầu tiến hành cải cách bệnh viện từ những năm 1970 và 1980 nhưng tới đầu những năm 1990, kế hoạch cổ phần hóa (CPH) và cải tổ cơ cấu tổ chức mới thực sự được áp dụng. Việc thực hiện CPH các bệnh viện công được thực hiện qua hai đợt.

Đợt thứ nhất, Chính phủ Anh cho phép các bệnh viện công được tự nguyện đăng ký CPH. Trên cơ sở các bệnh viện đã đăng ký, Chính phủ thực hiện lựa chọn các bệnh viện công phù hợp để thực hiện chuyển đổi. Trong đợt CPH này, các

bệnh viện công được chuyển đổi thành các bệnh viện thuộc hệ thống chăm sóc sức khỏe công tự quản lý dịch vụ y tế (NHS trusts). Các bệnh viện công sau CPH hoạt động dưới hình thức doanh nghiệp phi lợi nhuận. Tổng giám đốc và giám đốc tài chính có trách nhiệm đảm bảo tài chính được duy trì ở mức hoà vốn và có khả năng trả phí sử dụng vốn đầu tư của nhà nước vào bệnh viện.

Một đặc điểm nổi bật trong quá trình CPH bệnh viện công ở Anh là các NHS phải tham gia đấu thầu các hợp đồng cung ứng dịch vụ công với cơ quan quản lý dịch vụ y tế địa phương (DHAs) thay cho việc được giao nhiệm vụ và trợ cấp tài chính như trước. Chính phủ thực hiện cơ chế quản lý từ xa thông qua các văn phòng địa phương nhằm giải quyết các vấn đề quan liêu tồn tại trước đó.

Đợt thứ hai, các bệnh viện muốn tham gia CPH phải đáp ứng một số điều kiện bao gồm phải có kế hoạch kinh doanh hợp lý cũng như tiềm lực tài chính đủ mạnh. Các điều kiện này đảm bảo các bệnh viện tham gia CPH có đầy đủ năng lực quản lý, tài chính cũng như kỹ thuật đáp ứng nhu cầu khi được tự chủ. Theo đó, các bệnh viện CPH trong đợt thứ hai sẽ được đăng ký hoạt động với tư cách một tổ chức y tế hoạt động theo hình thức doanh nghiệp vì mục tiêu lợi nhuận, không chịu sự quản lý trực tiếp của Bộ Y tế. Tổ chức y tế được chủ động trong việc huy động vốn và sử dụng vốn, cũng như chính sách về nhân sự và chủ động trong đấu thầu các hợp đồng cung cấp dịch vụ y tế.

Quá trình CPH bệnh viện công lập của Anh đã mang lại sự khác biệt quan trọng về cấu trúc quản trị bao gồm việc hình thành các bệnh viện hoạt động dưới hình thức doanh nghiệp có tư cách pháp nhân, tăng quyền tự chủ, tự quyết định và tăng cường hiệu quả quản trị nhân sự cho các bệnh viện CPH. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một số hạn chế như chưa phát huy hoàn toàn cơ chế tự chịu trách nhiệm; sự quản lý hành chính của Bộ Y tế vẫn tiếp tục được duy trì, làm giảm tính độc lập tự chủ, tự chịu trách nhiệm của các bệnh viện được CPH.

Cổ phần hóa tại Niu Di-lân

Niu Di-lân bắt đầu tiến hành CPH bệnh viện công vào năm 1993. Tương tự như CPH doanh nghiệp nhà nước (DNNN), CPH bệnh viện công cũng nhằm mục đích buộc các bệnh viện công phải điều chỉnh hoạt động theo cơ chế thị trường trong khi vẫn đảm bảo quyền chi phối của Nhà nước. Theo đó, các bệnh viện tiến hành CPH được chuyển đổi thành các doanh nghiệp y tế nhà nước (CHEs) bên cạnh việc thay đổi về cơ chế, thẩm quyền ra quyết định cũng như cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm.

Các doanh nghiệp y tế này hoạt động theo luật doanh nghiệp, giám đốc chịu trách nhiệm về kết quả hoạt động tài chính của doanh nghiệp. Tuy nhiên, hầu hết các CHEs vẫn nhận được hỗ trợ tài chính từ các các bộ chủ quản. Do đó, hội đồng quản trị không phải chịu bất cứ rủi ro nào. Bên cạnh đó, năm 1998, Niu Di-lân cũng thay đổi quy định về mục tiêu

hoạt động của các CHEs, không chú trọng nhiều vào mục tiêu lợi nhuận mà quy định hoạt động dưới dạng các tổ chức phi chính phủ.

Về kết quả, CPH giúp các bệnh viện công Niu Di-lân cải thiện một số chỉ tiêu hoạt động như hiệu quả trong việc phân bổ các nguồn lực, nâng cao tính minh bạch chi phí và tăng cường khả năng tiếp cận nguồn vốn. Tuy nhiên, quá trình CPH không được đánh giá là thành công. Nguyên nhân chủ yếu do những thay đổi quan trọng trong cơ chế tài chính (giảm chú trọng vào hiệu quả hoạt động) trong quá trình CPH cũng như yếu kém trong quá trình thực hiện. Mặc dù Niu Di-lân tiến hành CPH, nhưng Chính phủ nước này vẫn tiếp tục duy trì chế độ bảo hộ đối với khu vực bệnh viện công trước các rủi ro tài chính. Cơ quan quản lý vẫn can thiệp sâu vào quá trình đưa ra quyết định quản lý mang tính nhạy cảm về chính trị.

Cổ phần hóa tại Ma-lai-xi-a

Chính phủ Ma-lai-xi-a đã bắt đầu thực hiện kế hoạch CPH bệnh viện công từ năm 1992 theo hướng Nhà nước vẫn tiếp tục nắm giữ một phần vốn tại bệnh viện. Bên cạnh đó, bệnh viện CPH được cho phép tự chủ hơn về mặt quản lý và tài chính. Cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm được thực hiện thông qua hội đồng quản trị. Mục tiêu của kế hoạch là giúp các đơn vị bệnh viện công được linh hoạt hơn về quy định tiền lương, viện phí, mua sắm trang thiết bị y tế đồng thời tăng khả năng thích nghi trước những thay đổi về nhu cầu và sở thích

của khách hàng. Tuy nhiên, Chính phủ Ma-lai-xi-a vẫn duy trì chế độ trợ cấp chéo đối với các dịch vụ y tế cho người nghèo.

Về căn bản, Ma-lai-xi-a đã đạt được một số mục tiêu CPH như tăng cường dịch vụ cho đối tượng khách hàng có khả năng tự chi trả viện phí, tăng tính tự chủ, năng lực quản trị cho bệnh viện... Tuy nhiên, quá trình CPH bệnh viện cũng vẫn có một số trở ngại buộc nước này phải điều chỉnh phạm vi kế hoạch cải cách. Do đó, kết quả của quá trình CPH mới chỉ dừng lại chủ yếu ở việc nâng cao tính tự chủ cho bệnh viện công trong khi một số mục tiêu của CPH vẫn chưa đạt được. Bệnh viện vẫn còn phụ thuộc vào hỗ trợ tài chính từ Chính phủ. Thí điểm CPH Viện Tim quốc gia Ma-lai-xi-a đã giảm phụ thuộc tài chính vào Chính phủ thông qua việc tăng cường cung cấp dịch vụ cho nhóm đối tượng khách hàng không thuộc diện trợ cấp. Tuy nhiên, giải pháp này không phù hợp với định hướng CPH mà nước này đề ra. Tại thời điểm CPH, cơ chế tài chính y tế của Ma-lai-xi-a vẫn chưa hoàn thiện, do đó Viện Tim quốc gia Ma-lai-xi-a phải phụ thuộc trực tiếp vào trợ cấp từ Chính phủ để thực hiện các chức năng xã hội. Rút kinh nghiệm từ CPH thí điểm, Chính phủ nước này đã quyết định cần xây dựng các cơ chế tiền đề về tài chính cho ngành y tế trước khi thực hiện CPH các bệnh viện hoặc cơ sở y tế công khác. Quá trình CPH cần được tiến hành hết sức thận trọng nhằm giảm thiểu tác động bất lợi tới phúc lợi xã hội cho người nghèo.

Cổ phần hóa tại Xin-ga-po

Xin-ga-po đã tiến hành CPH thí điểm tại Bệnh viện Kent Ridge (sau này được sát nhập vào Bệnh viện University Hospital trực thuộc tập đoàn Temasek Holdings). Sau khi thực hiện thành công thí điểm CPH bệnh viện Kent Ridge, đến năm 1985, Xin-ga-po chính thức thực hiện quá trình CPH hàng loạt các bệnh viện công khác. Tuy nhiên, thay vì thực hiện CPH riêng lẻ các bệnh viện, Xin-ga-po quyết định áp dụng mô hình quản lý mới theo nhóm/hệ thống các bệnh viện.

Xin-ga-po thành lập một cơ quan mới (Health Corporation of Singapore - HCS) hoạt động theo hình thức công ty cổ phần, quản lý quá trình CPH và hoạt động của bệnh viện sau CPH. HCS hoạt động theo quy định pháp luật áp dụng cho doanh nghiệp tư nhân của nước này nhưng 100% vốn vẫn do Chính phủ Xin-ga-po quản lý, cơ quan này vẫn chịu trách nhiệm trước Bộ Y tế. Như vậy, HCS vừa thực hiện vai trò quản lý của Bộ Y tế, vừa đảm bảo tính tự chủ của bệnh viện được CPH trong quá trình hoạt động.

Bên cạnh đó, quá trình CPH bệnh viện công còn được tiến hành song song với cải cách về hệ thống tài chính y tế nhằm tăng cường trách nhiệm cũng như năng lực quản lý tài chính. Theo đó, Xin-ga-po áp dụng 3 chương trình bảo hiểm y tế: Medisave, Medishield và Medifund. Vào năm 1983, Xin-ga-po bắt đầu áp dụng chương trình tiết kiệm y tế bắt buộc Medisave. Trong Medisave, mỗi công dân sẽ tích góp một nguồn quỹ cá nhân, mỗi

quỹ như vậy có thể được sử dụng để chi trả viện phí cho toàn bộ các thành viên trong gia đình trong một giới hạn nhất định. Medishield là chương trình bảo hiểm y tế bán tự nguyện. Tiền đóng bảo hiểm y tế lấy từ tài khoản y tế cá nhân được trích chuyển tự động từ Medisave, trừ trường hợp cá nhân tự làm đơn đề nghị không tham gia. Medifund là bảo hiểm y tế cho người nghèo do Chính phủ tài trợ, được cấp trên cơ sở xem xét cho từng trường hợp, chủ yếu cho các đối tượng có thu nhập thấp và người cao tuổi do tài khoản y tế cá nhân không có khả năng trang trải viện phí.

Điều kiện CPH thành công

Kinh nghiệm CPH thành công ở các quốc gia trên thế giới cho thấy CPH thành công khi CPH đi kèm các chính sách sau:

Một là, cần có những đơn vị có năng lực giám sát, điều hành và kiểm tra trong cả quá trình xây dựng kế hoạch CPH lẫn quá trình thực hiện cải cách và quản lý bệnh viện sau khi thực hiện CPH. Vai trò lãnh đạo có thể từ phía cấp quản lý (như hỗ trợ từ Chính phủ) hay từ cơ quan y tế nhà nước (như sự phối hợp giữa cơ quan quản lý với cơ sở chăm sóc y tế). Quá trình CPH bệnh viện công ở nhiều quốc gia có thể vấp phải sự phản đối của dư luận do lo ngại về tác động tới dịch vụ y tế của bệnh viện công. Do đó, cần phải nhấn mạnh tới những lợi ích và giá trị mà CPH bệnh viện công mang lại. Tại các quốc gia thực hiện CPH thành công, rủi ro xung đột lợi ích thường được

giảm thiểu thông qua việc từng bước áp dụng các cải cách định hướng thị trường, hoặc tập trung nâng cao chất lượng, coi đó là mục tiêu chính của cải cách (Xin-ga-po, Ma-lai-xi-a).

Hai là, cần thực hiện cải cách tổ chức và quản trị, trao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm cho các bệnh viện thực hiện CPH. Cán bộ quản lý tại các quốc gia tiến hành CPH buộc phải tự chịu trách nhiệm nhiều hơn về kết quả hoạt động của bệnh viện. Trên thực tế, CPH bệnh viện luôn đi cùng với cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm. Việc quản lý bệnh viện cổ phần thông qua hội đồng quản trị, chịu trách nhiệm trước cơ quan quản lý thông qua kế hoạch hoạt động. Các chỉ tiêu để đánh giá hiệu quả hoạt động có thể là các chỉ tiêu về hiệu quả tài chính như lợi nhuận hay tỷ suất sinh lời trên tổng vốn hoặc vốn chủ sở hữu, chính sách chia cổ tức và tái đầu tư. Các chỉ tiêu tài chính này buộc bệnh viện được CPH phải điều chỉnh hoạt động, có chế độ chi tiêu nội bộ phù hợp, làm tăng tính hiệu quả sử dụng các nguồn tài chính, tạo ra lợi nhuận và duy trì/tăng vốn trong dài hạn.

Ba là, cần tạo dựng các điều kiện về tài chính cho ngành y tế trước khi thực hiện CPH. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy, chỉ thực hiện CPH không thể khiến các bệnh viện cải thiện dịch vụ nhằm hướng tới các mục tiêu chính sách xã hội như chất lượng cao hơn, hiệu quả hơn và tăng khả năng tiếp cận của người nghèo đến các dịch vụ bệnh viện. Các bệnh viện được CPH sẽ vẫn phụ thuộc tài chính vào trợ cấp của Chính phủ để

thực hiện các chức năng xã hội. Do đó, cần đồng thời thực hiện các cải cách tài chính và phương thức chi trả, thông thường qua hệ thống bảo hiểm y tế xã hội (Xin-ga-po).

Bốn là, cần hết sức thận trọng trong quá trình CPH. Việc đồng thời CPH hàng loạt các bệnh viện có thể đi kèm với nhiều rủi ro phát sinh từ những giới hạn trong năng lực của quốc gia. Tuy nhiên, việc CPH từng phần cũng có thể phải đối mặt với rủi ro do chậm điều chỉnh trước các thay đổi của thị trường. Do đó, lựa chọn phương pháp CPH bệnh viện công cần gắn với năng lực quản lý của Chính phủ từng quốc gia. Các quốc gia có năng lực quản lý tốt có thể lựa chọn phương pháp CPH đồng thời nhiều bệnh viện. Các quốc gia chưa có đầy đủ các điều kiện để CPH đồng thời nhiều bệnh viện, có thể thí điểm CPH ở một số bệnh viện/địa phương có đầy đủ các điều kiện về năng lực lãnh đạo, giám sát, quản lý, tài chính cũng như kỹ thuật.

Hàm ý chính sách cho Việt Nam

Từ kinh nghiệm CPH bệnh viện ở một số nước, một số gợi ý cho Việt Nam trong việc CPH bệnh viện có thể là: *Thứ nhất,* cần có phương án lựa chọn các bệnh viện/địa phương để tiến hành CPH thí điểm. Việc lựa chọn các bệnh viện/địa phương để thực hiện CPH thí điểm cần dựa trên các điều kiện như năng lực điều hành, quản lý, khả năng tài chính, nhân sự cũng như kỹ thuật. *Thứ hai,* cần đề ra mục tiêu phúc lợi và y tế công cộng rõ ràng cho bệnh viện, từ đó đảm bảo thực hiện mục tiêu phúc lợi xã hội bên cạnh mục tiêu lợi nhuận hoặc cân

đối thu chi cho bệnh viện sau CPH. *Thứ ba,* tăng cường năng lực quản lý giám sát quá trình trước, trong và sau CPH. Có thể thành lập các cơ quan cấp vùng để giám sát và điều hành các bệnh viện CPH thuộc khu vực phụ trách.

ThS. Vũ Thu Giang

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. April Harding và Alexander S. Preker (2003), *A conceptual framework for the organizational reforms of hospital.*

2. Chris Ham (2003), Betwixt and Between: *Autonomization and centralization of U.K. hospital.*

3. Christine Andre và Christoph Hermann (2007), *Privatization of health care in Europe.*

4. Kai Hong Phua (2003), *Attacking hospital performance on two fronts: Network corporatization and financing reforms in Singapore.*

5. Rozita Halina Tun Hussein, Syed Al-Funid, Soe Nyunt-U, Yahaya Baba, và Willy De Geyndt (2003), *Corporatization of a single facility: Reforming the Malaysian National heart institute.*

6. Vụ Vế hoạch và Tài chính, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế, Worldbank (2011), *Phân tích việc thực hiện chính sách tự chủ bệnh viện trên thế giới và thực tế ở Việt Nam.*