MỘT SỐ VẤN ĐỀ QUẢN TRỊ TRONG HUY ĐỘNG NGUỒN LỰC XÃ HỘI CHO GIÁO DỤC VÀ Y TẾ

Nguyễn Văn Thắng*

Ngày nhận: 2/6/2015
Ngày nhận bản sửa: 27/7/2015
Ngày duyệt đăng: 3/8/2015

Tóm tắt:

Trong điều kiện ngân sách hạn hẹp, huy động nguồn lực xã hội cho các dịch vụ công được coi là giải pháp để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của người dân. Bên cạnh những kết quả cơ bản trong việc nâng cao năng lực và tính đa dạng của dịch vụ công, thực tiễn huy động nguồn lực xã hội cũng để lại nhiều hệ lụy trong quản trị. Bài viết này phân tích một số vấn đề quản trị từ huy động nguồn lực ngoài ngân sách cho giáo dục phổ thông và y tế. Bài viết dựa trên số liệu thống kê và nghiên cứu tình huống ở ba địa phương. Kết quả cho thấy các cơ sở tư nhân chưa thực sự phát triển, còn các hình thức xã hội hóa trong đơn vị công lập đã và đang tạo nên xung đột lợi ích, làm giảm tính minh bạch và công bằng trong cung cấp dịch vụ. Bài viết đưa ra một số kiến nghị chính sách cho việc huy động nguồn lực xã hội.

Từ khoá: Huy động nguồn lực, quản trị, giáo dục, y tế

Governance issues from social resource mobilization for education and health

Abstract:

As the state budget is limited, mobilization of non-state resources for public services is seen as a solution for fulfilling people's increasing needs. Besides some results in increasing capacity and diversification of public services, the practice of non-state resource mobilization has created a number of governance issues. This article analyzes some governance issues from non-state resource mobilization for basic education and health. The article is based on available secondary data and fieldworks in provinces/cities. The results showed that private sector has not flourished in delivering education and health services, while "socialization" practices in public organizations has created conflict of interest, reduced transparency and equity in public service delivery. The article concludes with recommendations for policy makers.

Keywords: resource mobilization, governance, education, health

1. Giới thiệu

Trong những năm gần đây, chính phủ Việt Nam đang nỗ lực cải thiện chất lượng các dịch vụ công thông qua định hướng "xã hội hóa" – một hình thức tăng trách nhiệm và huy động nguồn lực của toàn xã hội (AAV, 2010; London, 2013; Nguyen, Le, Tran và Bryant, 2015). Xã hội hóa vốn có ý nghĩa rộng lớn, nhưng trên thực tế chủ yếu được hiểu là việc giảm tỷ trọng bao cấp và hỗ trợ của Nhà nước thông qua việc giao trách nhiệm tự chủ về tài chính cho các đơn vị cung cấp dịch vụ công, giảm hoặc cắt bao cấp dịch vụ cho người dân, cũng như khuyến khích các thành phần kinh tế cung cấp các dịch vụ cơ bản khác cho người dân (AAV, 2010; UNDP, 2011). Bên cạnh những kết quả trong việc mở rộng khả năng cung cấp dịch vụ công, việc huy động nguồn lực xã hội hóa cũng tiềm ẩn nhiều bất cập trong quản trị như hiệu quả, tính minh bạch, sự tham gia của người

dân, đặc biệt là các nhóm dễ bị tổn thương.

Hai lĩnh vực giáo dục và y tế ở Việt Nam đang nhận được nhiều quan tâm của xã hội cả về chất lượng dịch vụ, khả năng đáp ứng, và quản trị minh bạch (London, 2013). Đây là hai lĩnh vực sớm thực hiện chủ trương huy động nguồn lực xã hội và hiện đang từng bước thực hiện tự chủ. Đây cũng là hai lĩnh vực mà những bất cập về quản trị đã được đề cập nhiều chưa có xu hướng cải thiện đáng kể. Thực tiễn huy động nguồn lực xã hội đã đóng góp quan trọng trong tăng cường và đa dạng hóa nguồn cung ứng dịch vụ. Tuy nhiên, quá trình thực thi cũng để lại những hệ lụy đáng chú ý về quản trị minh bạch và công bằng trong giáo dục và y tế (London, 2013).

Bài viết này tóm tắt kết quả nghiên cứu về những vấn đề quản trị nảy sinh trong quá trình huy động nguồn lực xã hội cho giáo dục phổ thông và y tế. Nghiên cứu được thực hiện dựa trên việc phân tích các dữ liệu thứ cấp và nghiên cứu thực địa ở ba địa phương - Hà Nam, Đà Nẵng, và Thành phố Hồ Chí Minh - trong năm 2014.

2. Một số khái niệm

2.1. Huy động nguồn lực xã hội

Một vấn đề được nhận rõ từ những năm 1990s là với nguồn ngân sách hạn chế, Nhà nước không thể bao cấp hết mọi đối tượng và mọi hoạt động của trong giáo dục và y tế. Xã hội hóa trong giáo dục và y tế là một trong những giải pháp được lựa chọn, theo đó nguồn lực của toàn xã hội được khai thác và đóng góp cho sự nghiệp giáo dục và hoạt động y tế. Trong các nghị quyết và quyết định của Đảng và Nhà nước trong giai đoạn này, xã hội hóa trong giáo dục và y tế không có nghĩa là giảm chi ngân sách nhà nước mà là huy động thêm sức mạnh của nhân dân cộng với trách nhiệm ngày càng tăng của Nhà nước để phát triển giáo dục và y tế. Ví dụ, Chính phủ (1997) (phần Đặt vấn đề chung) có viết:

"Xã hội hoá không có nghĩa là giảm nhẹ trách nhiệm của Nhà nước, giảm bớt phần ngân sách nhà nước; trái lại, Nhà nước thường xuyên tìm thêm các nguồn thu để tăng tỷ lệ ngân sách chi cho các hoạt động này, đồng thời quản lý tốt để nâng cao hiệu quả sử dụng các nguồn kinh phí đó."

Tuy nhiên trong thực tiễn vận hành, "xã hội hóa" về cơ bản được hiểu là huy động nguồn lực tài chính từ các nguồn ngoài ngân sách. Cụ thể, thực tiễn huy động các nguồn lực xã hội cho các dịch vụ công có thể được hiểu (giới hạn) là:

Người sử dụng dịch vụ bỏ (một phần hay toàn bộ) tiền ra mua dịch vụ;

Các cơ sở cung cấp dịch vụ công đưa một phần hoặc toàn bộ chi phí hoạt động của mình vào giá dịch vụ do người sử dụng chi trả (thay vì được Nhà nước bao cấp toàn bộ);

Khuyến khích người dân, các thành phần kinh tế tham gia đầu tư cung ứng dịch vụ.

Bài viết này cũng sẽ giới hạn ở việc phân tích thực tiễn huy động nguồn lực xã hội cho giáo dục và y tế theo các mục ở trên.

2.2. Quản trị (Governance)

Quản trị nói tới quá trình tương tác của các bên liên quan trong việc ra quyết định và thực thi quyết định để giải quyết vấn đề chung. Trong khi khái niệm quản lý nói nhiều tới khía cạnh quy trình và kỹ thuật của giải quyết vấn đề thì khái niệm quản trị nhấn mạnh tới khía cạnh chính trị- xã hội (tương tác, quyền lực, mối quan tâm của các bên) trong quá trình đó (APIM, 2010; Đặng Hùng Võ và Nguyễn Văn Thắng, 2014).

Các vấn đề quản trị thường bao gồm *Tính minh bạch, Sự tham gia,* và *Trách nhiệm giải trình* (Đặng Hùng Võ và Nguyễn Văn Thắng, 2014). Trong huy động nguồn lực xã hội, vấn đề về trách nhiệm giải trình sẽ chủ yếu giới hạn ở việc cơ sở cung cấp dịch vụ giải trình với người dân và nhà tài trợ. Những vấn đề này khá trùng với những vấn đề trong sự tham gia. Vì vậy, trong nghiên cứu này, các vấn đề quản trị sẽ được phân tích trên hai góc độ chính:

- *Tính minh bạch:* Trong nghiên cứu này tính minh bạch được hiểu là việc chủ động cung cấp thông tin cho các bên liên quan và một cơ chế cho phép các bên giám sát việc thực hiện các quyết định một cách hiệu quả. Thông tin cung cấp không chỉ là thông tin về bản thân các quyết định mà còn là thông tin về quy trình và tiêu chí ra quyết định nhằm làm tăng tính dự đoán trước của các quyết định;

- *Sự tham gia:* Nghiên cứu này phân tích sự tham gia của các bên liên quan (chính quyền các cấp, người dân, các doanh nghiệp,...) vào việc hỗ trợ cơ sở cung cấp dịch vụ giáo dục, y tế về nguồn lực, về ý tưởng, và về sự giám sát.

Hiệu quả quản trị được xem xét ở hai khía cạnh chính:

- *Năng lực cung ứng*: Trong việc huy động nguồn lực xã hội thì kết quả đầu tiên là việc nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ, nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ giáo dục và y tế cho người dân;

- *Công bằng*: Công bằng nói tới cơ hội tiếp cận dịch vụ có chất lượng cho các đối tượng khác nhau.

Bài báo này sẽ phân tích thực trạng và một số vấn đề quản trị trong huy động nguồn lực xã hội cho

giáo dục và y tế ở nước ta trong những năm qua.

3. Huy động nguồn lực xã hội hóa trong giáo dục

3.1. Thực trạng huy động nguồn lực xã hội hóa cho giáo dục

Nghiên cứu này đề cập tới giáo dục mầm non và phổ thông. Các nguồn lực xã hội chủ yếu bao gồm đầu tư cho các trường ngoài công lập, đóng góp ngoài ngân sách trong các trường công lập, bao gồm đóng góp của phụ huynh và các nguồn khác, và dạy thêm, học thêm.

3.1.1. Trường ngoài công lập

Hình thức huy động nguồn lực ngoài nhà nước triệt để nhất là việc thành lập các trường ngoài công lập, với vốn đầu tư cơ bản là của cá nhân, tổ chức ngoài nhà nước. Như trình bày ở Bảng 1 (và Hình 1), có hai xu hướng nổi bật trong giai đoạn 2009 – 2013 liên quan tới trường ngoài công lập:

- Trường ngoài công lập chủ yếu tập trung vào cấp nhà trẻ/mầm non và Trung học Phổ thông. Các trường ngoài công lập chiếm tỷ lệ đáng kể ở cấp mầm non (từ 13,5 - 50%) và Trung học Phổ thông (13,4- 21%). Tỷ lệ này không đáng kể ở hai cấp Tiểu học và Trung học Cơ sở (trên dưới 1%) (tổng hợp số liệu thống kê của Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2014). Một trong những lý do có thể là ở cấp học Mầm non và Trung học Phổ thông, các trường ngoài công lập có nhiều khoảng trống để sáng tạo và đa dạng hóa trong chương trình đào tạo.

- Giai đoạn này có xu hướng "**công lập hóa**", thể hiện ở việc tổng số và tỷ lệ trường ngoài công lập có xu hướng giảm. Nhiều trường tư thục ở địa phương phải đóng cửa. Ngoài số liệu về số trường ở Bảng 1 thì các số liệu thống kê về số học sinh cũng cho thấy xu hướng tương tự. Cụ thể, theo số liệu thống kê của Bộ Giáo dục và Đào tạo (nguồn đã dẫn), tỷ lệ học sinh Trung học Phổ thông các trường ngoài công lập giảm từ 27% (2008) xuống còn 9% (2013), trong khi đó tỷ lệ này ở các trường mầm non giảm từ 53% (2008) xuống còn 14% (2013). Một tỷ lệ rất lớn các trường tư thục đều đang gặp khó khăn sau hơn một thập kỷ thực hiện chủ trương xã hội hóa.

Các trường ngoài công lập đóng vai trò khác nhau ở ba địa phương nghiên cứu. Trường ngoài công lập ở Thành phố Hồ Chí Minh phát triển hơn hẳn ở Đà Nẵng và Hà Nam. Bảng 2 so sánh số trường và học sinh ở hai khu vực ở các địa phương.

Cùng với xu hướng chung của cả nước, trường ngoài công lập hoạt động tốt hơn ở những địa phương có nền kinh tế phát triển, như Đà Nẵng hay Thành phố Hồ Chí Minh. Tuy nhiên, ở cả những địa phương có nền móng kinh tế phát triển như Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh thì trường ngoài công lập cũng chủ yếu tập trung ở mầm non và Trung học Phổ thông, ít hoạt động đối với tiểu học và Trung học Cơ sở.

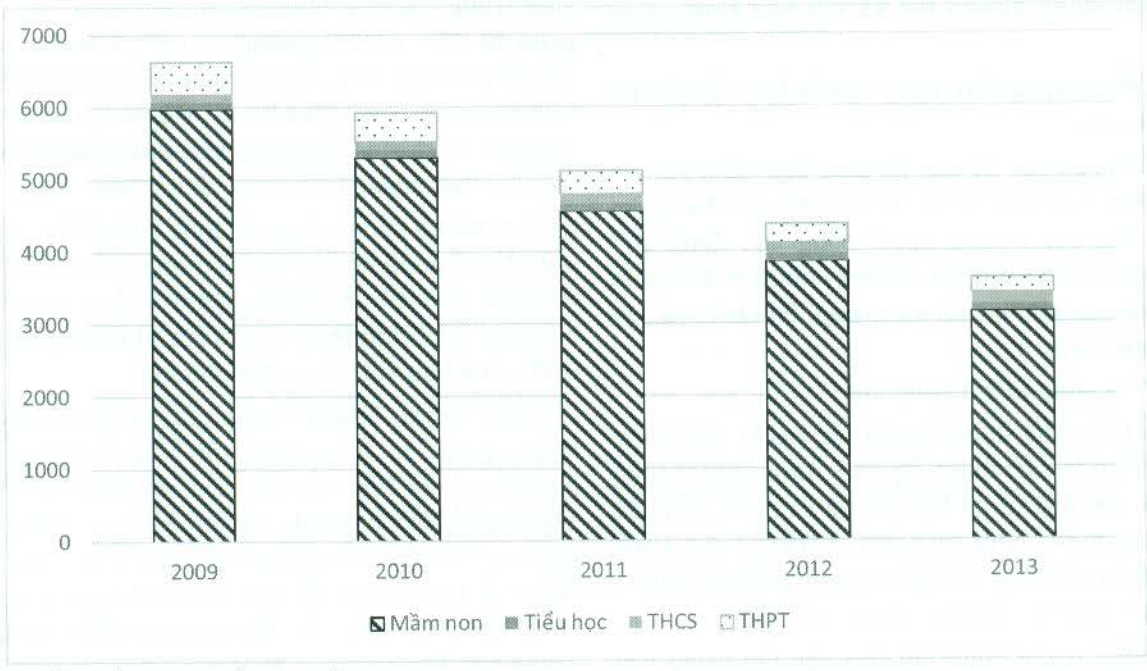
Nghiên cứu thực địa ở ba địa phương minh chứng xu hướng "công lập hóa" khá rõ ràng: *Các trường ngoài công lập gặp khó khăn ở cả ba địa phương.* Ở Thành phố Hồ Chí Minh, khu vực ngoài công lập chiếm tỷ lệ khá lớn về cả số trường và số học sinh. Tuy nhiên, một loạt các trường ngoài công lập đang gặp khó khăn và có nhiều khả năng phải đóng cửa. Vào thời điểm nghiên cứu (2014), có khoảng 20 trường Trung học Phổ thông ngoài công lập chỉ có dưới 100 học sinh. Tương tự, Hà Nam chỉ có 1 trường mầm non và 3 trường Trung học Phổ thông ngoài công lập, và ba trường này ngừng hoạt động vào cuối năm 2014. Đà Nẵng có 4 trường Trung học Phổ thông ngoài công lập, và cả 4 trường đều gặp khó khăn lớn trong tuyển sinh.

Bảng 1. Số lượng và tỷ lệ trường ngoài công lập của cả nước (2009 – 2013)

	Số trường ngoài công lập					Tỷ lệ trong tổng số trường (%)				
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Mầm non	5978	5310	4558	2716	1819	*49.2*	*43.1*	*35.4*	*20.7*	*13.5*
Tiểu học	99	99	104	110	108	*0.6*	*0.6*	*0.7*	*0.7*	*0.7*
Trung học Cơ sở	103	120	127	94	95	*1.0*	*1.2*	*1.2*	*0.9*	*0.9*
Trung học Phổ thông	457	390	334	316	361	*20.8*	*17.4*	*14.6*	*13.4*	*14.9*

Nguồn: Tổng hợp số liệu thống kê của Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2014

Hình 1: Số trường ngoài công lập qua các năm 2009 – 2013



Nguồn: Tổng hợp số liệu thống kê của Bộ Giáo dục và Đào tạo, 2014

Bảng 2. Trường và học sinh theo sở hữu năm 2013

	Hà Nam		Đà Nẵng		Thành phố Hồ Chí Minh	
	Trường	Học sinh	Trường	Học sinh	Trường	Học sinh
Mầm non	120	42750	140	47863	744	286386
- Công lập	120	42750	66	22856	411	159769
- Ngoài công lập	0	0	74	25007	333	126617
Tiểu học	140	127721	100	72985	470	504429
- Công lập	140	127721	96	71748	442	490568
- Ngoài công lập	0		4	1237	28	13861
Trung học Cơ sở	120	44047	54	46718	249	326435
- Công lập	120	44047	54	46372	248	314037
- Ngoài công lập	0	0	2	346	1	12398
Trung học Phổ thông	27	26219	20	33673	119	191126
- Công lập	23	24826	17	32022	86	156148
- Ngoài công lập	4	1393	3	1651	33	34987

Nguồn: Phỏng vấn các Sở Giáo dục và Đào tạo (2014)

Một trong những nguyên nhân được các nhà trường và địa phương chỉ rõ là các trường ngoài công lập đang được coi là nguồn "bổ sung" cho các trường công lập. Các trường ngoài công lập phải tuân thủ chương trình khá chi tiết của Bộ, Sở Giáo dục và Đào tạo và nhiều quy định khác. Nếu phải dạy và học như các trường công lập thì hầu hết các trường ngoài công lập không thể cạnh tranh nổi. Hiện tại họ có quá ít "khoảng không gian cho sáng tạo" để có thể cạnh tranh với các trường công lập.

Bảng 3. Chi tiêu hộ gia đình cho giáo dục trên 1 học sinh qua các năm và phân theo nhóm thu nhập năm 2012 (ngàn đồng)

	Chi qua các năm			Phân theo nhóm thu nhập (2012)				
	2008	2010	2012	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4	Nhóm 5
Tổng	1844	3028.1	4082.2	1429	2604.6	3795.7	4765.9	8469.5
Học phí	535	1091.6	1209.2	331.7	635.9	1070.8	1467.1	2772.6
Đóng góp quỹ trường	143	198.7	300.4	157.9	225.4	287.1	339.4	526.1
Đồng phục	89	126.6	190.3	112.5	165.5	201.2	222.3	263.3
Sách giáo khoa	142	189.5	248.8	135.1	198.8	258.5	291.9	382.2
Phương tiện học tập	117	154.2	209.3	141.1	175.5	215	233.9	294.9
Học thêm	229	361.5	455.2	122.8	287.6	503.3	539.2	983.5
Khác	460	672.7	1036.8	344.3	746.2	1004.4	1283.3	1951.6
Hỗ trợ, miễn giảm	129	233.3	432.2	83.6	169.7	255.4	388.8	1295.3

Nguồn: GSO (2013) - Tính toán từ điều tra mức sống dân cư 2008, 2010, 2012

3.1.2. Trường công lập – đóng góp từ phụ huynh và các nguồn khác

Dạng huy động nguồn lực thứ hai là huy động đóng góp của phụ huynh và các nguồn khác. Theo số liệu từ điều tra mức sống dân cư (2008 – 2012), đóng góp từ hộ gia đình cho giáo dục phổ thông tăng qua các năm từ trung bình 1.844 ngàn đồng/học sinh (2008) lên hơn 4.082 ngàn đồng/học sinh. Hầu như các khoản mục đều tăng xấp xỉ 2 lần trong giai đoạn 6 năm.

Bảng 3 cũng so sánh các khoản đóng góp của hộ gia đình cho giáo dục theo các nhóm thu nhập. Nhóm hộ gia đình có thu nhập thấp nhất chỉ phải đóng khoảng 12% học phí so với nhóm cao nhất, song họ cũng phải đóng khoảng 40% số tiền mà nhóm giàu nhất đóng góp cho các mục như xây dựng trường, đồng phục, sách giáo khoa, và thiết bị học tập. Nói cách khác, hộ nghèo và cận nghèo được ưu ái rõ về học phí, song vẫn phải đóng góp khá nhiều cho các khoản khác. Đây chính là gánh nặng mà các hộ có thu nhập thấp phải chịu đựng khi tiếp cận dịch vụ giáo dục.

Nghiên cứu thực địa cho thấy phần đóng góp của phụ huynh và các nguồn khác được lãnh đạo địa phương cho là "không đáng kể". Học phí chiếm một tỷ lệ rất nhỏ trong chi phí vận hành của nhà trường. Ở những trường thuộc mẫu nghiên cứu, học phí chỉ chiếm khoảng 3,3% (Hà Nam) tới 6% (Đà Nẵng) và cao nhất là 10,2% (Thành phố Hồ Chí Minh).

Trong những năm gần đây, các địa phương đều có chính sách kiểm soát chặt các khoản đóng góp của phụ huynh. Tuy nhiên, trong điều kiện ngân sách hoạt động thấp và thiếu sự giám sát của cộng đồng, chính sách kiểm soát chặt các khoản đóng góp của người dân khó có thể được thực thi bền vững và thực chất. Một số trường chuyển chi phí hoạt động của trường thành chi phí phụ huynh phải trả. Bảng 4 trình bày cơ cấu thu từ phụ huynh hàng năm của một trường Trung học Cơ sở trong mẫu nghiên cứu.

Ví dụ ở Bảng 4 cho thấy hai vấn đề. Thứ nhất, mặc dù địa phương có chủ trương kiểm soát chặt các khoản đóng góp của phụ huynh, song kết quả thực thi các văn bản này không chắc chắn và khó thực chất. Các trường có thể biến tấu nhiều chi phí thành khoản phụ huynh phải trả. Thứ hai, khi biến tấu như vậy thì các hộ nghèo và cận nghèo không được miễn giảm các khoản ngoài học phí và bảo hiểm. Điều này làm cho chi phí giáo dục trở thành gánh nặng lớn hơn đối với hộ nghèo.

3.1.3. Trường công lập – dạy thêm

Dạy thêm, học thêm là hoạt động rất phổ biến ở khu vực thành thị Việt Nam, và được coi là nguồn đóng góp khá lớn của xã hội cho giáo dục (London, 2013; APIM, 2010). Trước những hệ lụy của dạy thêm, học thêm, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ra Thông tư 17 (2012) để kiểm soát hoạt động này. Hoạt động dạy thêm học thêm không nhiều ở Hà Nam, song rất phổ biến ở Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh. Thực hiện Thông tư 17, ở Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh đã có nhiều Trung tâm Bồi dưỡng Văn hóa (cơ sở có chức năng dạy thêm) được thành lập. Tuy nhiên, giám sát hoạt động các Trung

Bảng 4. Ví dụ về cơ cấu thu hàng năm của một trường Trung học Cơ sở (1000 đồng)

Khoản mục	Hộ nghèo	Cận nghèo	Hộ khác
Học phí	0	225	450
Bảo hiểm	0	0	289
Đồng phục	100	100	100
Sách giáo khoa	200	200	200
Nước uống	50	50	50
Học thêm	960	960	960
Tổng phụ 1	**1310**	**1535**	**2049**
Tiền điện	70	70	70
Gửi xe	70	70	70
Lau dọn	100	100	100
Đóng góp phương tiện học*	150	150	150
Quỹ phụ huynh	50	50	50
Tổng phụ 2	**440**	**440**	**440**
Tổng	**1750**	**1975**	**2489**

** Khoản mục này phải có sự đồng ý của phụ huynh và chính quyền xã.*

Nguồn: Phỏng vấn lãnh đạo trường (2014)

tâm này là rất khó khăn. Mặc dù Hiệu trưởng các trường có quyền được giám sát hoạt động dạy thêm của giáo viên, song các hiệu trưởng khó có thể "*xông vào trung tâm của người ta*" mà giám sát. Vì vậy, nhiều ý kiến của lãnh đạo nhà trường vẫn cho rằng quy định giao quyền giám sát cho hiệu trưởng là khó khả thi.

3.2. Những vấn đề quản trị trong huy động nguồn lực xã hội cho giáo dục

Những kết quả tóm tắt ở trên cho thấy việc huy động nguồn lực xã hội cho giáo dục mầm non và phổ thông nổi lên một số vấn đề như sau:

- *Kết quả huy động nguồn lực xã hội (năng lực cung ứng dịch vụ)*: Các khoản nguồn lực xã hội được huy động chính thức cho giáo dục chiếm một phần rất nhỏ trong tổng chi cho giáo dục. Đặc biệt, phần đóng góp này đang có xu hướng giảm trong 5 năm qua. Các trường ngoài công lập còn ít và khó tồn tại. Học phí chỉ đóng góp một tỷ lệ nhỏ. Đầu tư của xã hội cho dạy thêm học thêm còn là con số bí ẩn, và hiện không có cơ quan nào có thống kê ước tính về con số này.

- *Tính minh bạch trong huy động nguồn lực cho giáo dục*: Các địa phương trong mẫu nghiên cứu đều có biện pháp tăng tính minh bạch và kiểm soát các khoản huy động ngoài ngân sách. Tuy nhiên những biện pháp này mang nặng tính "hành chính" và "thụ động" mà thiếu tính chiến lược. Trong điều kiện chi phí hoạt động thấp, nhà trường có nhu cầu tìm kiếm các khoản thu bổ sung. Việc kiểm soát hoặc "cấm" các khoản thu thêm từ phụ huynh có thể chỉ có ý nghĩa tạm thời trước dư luận. Một số trường đã biến tấu thành các khoản khác nhau để lách các quy định của địa phương.

- *Sự tham gia của cộng đồng*: Trước đây, nhà trường có thể công khai kêu gọi sự đóng góp của phụ huynh và coi đó là nguồn bổ sung cho ngân sách nhà nước. Những khoản đóng góp này bị phê phán mạnh vì tính thiếu minh bạch và công bằng, cũng như những hệ lụy về tâm lý đối với học sinh. Hiện nay, chính quyền các cấp đã ban hành nhiều văn bản kiểm soát chặt (thậm chí cấm hẳn) các khoản đóng góp từ phụ huynh. Cả hai cách tiếp cận này đều không khuyến khích sự tham gia tình nguyện và tích cực của phụ huynh (và cộng đồng) vào các hoạt động giáo dục như lên kế hoạch, tham gia hoạt động trong trường, và thực sự tự nguyện đóng góp. Ở rất nhiều nơi, việc huy động nguồn lực một cách minh bạch, có sự tham gia, và hiệu quả đã không được thực hiện.

- *Những vấn đề về công bằng*: Học phí thấp được coi là biểu hiện của sự công bằng. Trên thực tế, khi học phí thấp được "bổ sung" bằng các khoản thu biến tấu (như ví dụ ở phần trên) thì sự bất công bằng

lại tăng lên. Nói cách khác, nếu nhà trường được thu một khoản học phí (có thể cao hơn hiện tại), và không có khoản nào khác, đồng thời miễn giảm học phí cho hộ nghèo, thì khi đó hộ nghèo mới có thể giảm được gánh nặng chi phí giáo dục.

4. Huy động nguồn lực xã hội hóa trong y tế

4.1. Thực trạng huy động nguồn lực xã hội hóa trong y tế

Bài viết này chú trọng vào ba nguồn lực xã hội chủ yếu trong cung cấp dịch vụ y tế: 1) Đầu tư cho bệnh viện và phòng khám tư; 2) Các nguồn lực "xã hội hóa" trong bệnh viện công; và 3) Bảo hiểm y tế.

4.1.1. Bệnh viện và phòng khám tư

• Bệnh viện tư chưa bao giờ phát triển mạnh mẽ. Trong ba địa phương nghiên cứu, số bệnh viện tư nhân ở Thành phố Hồ Chí Minh là 34, ở Đà Nẵng là 7, và ở Hà Nam là 0. Bệnh viện tư thường hướng tới phục vụ người có thu nhập cao, với các dịch vụ ít rủi ro nhưng có lợi nhuận tốt. Lãnh đạo ở Hà Nam và Đà Nẵng cho rằng nguyên nhân chính là vì nhu cầu còn thấp. Ngược lại, một số chuyên gia trong ngành cho rằng các bệnh viện tư thiếu nguồn nhân lực chất lượng cao nên khó phát triển.

Ngược lại với bệnh viện tư, các phòng khám tư nhân khá phổ biến và có ở cả ba địa phương nghiên cứu. Dạng thức phổ biến là những phòng khám chuyên khoa nhỏ, với sự tham gia bán thời gian của các bác sĩ ở bệnh viện công. Tuy nhiên, số liệu thống kê chính thức và cập nhật về các phòng khám này rất khó tiếp cận (có thể chưa có ở các địa phương). Điều này đặt ra câu hỏi về khả năng giám sát của chính quyền địa phương với hoạt động của các phòng khám tư.

4.1.2. Nguồn lực xã hội hóa ở bệnh viện công

Nghiên cứu này đi thẳng vào cơ cấu nguồn thu ở các bệnh viện thuộc ba địa phương mà không thu thập số liệu toàn ngành (bao gồm cả tài chính cho y tế dự phòng). Một phần vì mục tiêu nghiên cứu chỉ là phân tích những vấn đề quản trị của việc huy động nguồn lực xã hội nên những dữ liệu này đủ giúp phát hiện vấn đề cơ bản, phần khác vì tiếp cận dữ liệu tài chính ngành không dễ. Bảng 5 ước tính các nguồn thu chính của bệnh viện công ở ba thành phố.

Năm 2013, ngân sách nhà nước chiếm khoảng một phần ba nguồn thu của bệnh viện công ở Đà Nẵng và Hà Nam, nhưng chỉ chiếm 15% ở Thành phố Hồ Chí Minh. Ngược lại, các nguồn thu xã hội hóa (thiết bị hợp tác công tư và khám chữa bệnh theo yêu cầu) có đóng góp lớn ở Thành phố Hồ Chí Minh. Ở cả ba địa phương, bảo hiểm đóng góp tới 60%, trong khi đó chi trả trực tiếp là 10% (Hà Nam và Đà Nẵng) đến 15% (Thành phố Hồ Chí Minh).

Nguồn thu từ thiết bị hợp tác công tư: Một trong những dạng "xã hội hóa" phổ biến trong y tế là hợp tác công tư về thiết bị y tế, trong đó các bệnh viện công cho phép các nhà đầu tư tư nhân đặt thiết bị của mình trong bệnh viện và cùng khai thác, chia sẻ doanh thu. Thông thường đây là những thiết bị đắt tiền.

Nghiên cứu cho thấy thiết bị hợp tác công tư khá phổ biến đối với dịch vụ có nhu cầu cao, đặc biệt khi các chi trả trực tiếp chiếm tỷ trọng lớn. Ở Hà Nam và Đà Nẵng, thu từ thiết bị hợp tác công tư "không đáng kể"– theo như nhận định của lãnh đạo bệnh viện và ngành. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có ý kiến là cần phải giám sát việc sử dụng các thiết bị này thật chặt chẽ để tránh lạm dụng xét nghiệm. Mặc dù bằng chứng cụ thể về việc lạm dụng rất khó thu thập, song những phản ánh của bệnh nhân cũng nêu lên một số vấn đề trong quản trị được thảo luận ở phần sau.

Dịch vụ theo nhu cầu: Với dịch vụ theo yêu cầu, bệnh nhân phải trả mức phí cao hơn cho dịch vụ nhanh (và theo yêu cầu). Các bệnh viện có thể giữ nguồn thu này để cải thiện thu nhập cho nhân viên. Bên cạnh mặt tích cực trong việc mở rộng và đa dạng hóa nguồn cung ứng dịch vụ, dạng dịch vụ này cũng làm nảy sinh sự thiếu công bằng và xung đột lợi ích trong khám chữa bệnh. Tương tự như thiết bị hợp tác công tư, khám chữa bệnh theo nhu cầu phổ

Bảng 5. Nguồn tài chính cho bệnh viện công ở ba địa phương

	Hà Nam	Đà Nẵng	Thành phố Hồ Chí Minh
Ngân sách nhà nước	30%	31.3%	15%
Phí khám chữa bệnh - Bảo hiểm - Chi trả trực tiếp	 60% 10%	 55% 10.1	 60% 15%
Khác (thiết bị hợp tác công tư, khám dịch vụ, tài trợ …)	Không đáng kể	3.6%	10%

Nguồn: Phỏng vấn Sở y tế các tỉnh/thành phố (2014)

biến hơn ở các bệnh viện trung ương. Ở Đà Nẵng và Hà Nam, dạng "xã hội hóa" này đóng góp không đáng kể vào nguồn thu của bệnh viện.

4.1.3. Bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế đóng góp một tỷ lệ khá lớn vào nguồn thu của bệnh viện, đặc biệt là ở những địa phương khó khăn. Trong những năm gần đây, việc tăng số người có bảo hiểm y tế được nhà nước đặc biệt quan tâm. Trên thực tế, tỷ lệ dân có bảo hiểm y tế tăng qua thời gian: tỷ lệ này năm 2009 là 58%, và vào năm 2013 là 67% (Bộ Y tế, 2013).

Tuy nhiên, tỷ lệ có bảo hiểm chỉ cao ở những nhóm bắt buộc, còn nhóm bảo hiểm tự nguyện hiện có tỷ lệ rất thấp. Kết quả nghiên cứu thực địa cho thấy những nhóm có tỷ lệ bảo hiểm thấp bao gồm người lao động có kỹ năng thấp, cận nghèo, nông dân, người lao động ở các khu vực phi chính thức, dân di cư. Đây chính là những nhóm người dễ bị tổn thương, có rủi ro sức khỏe cao, và rất dễ trở nên nghèo khó vì bệnh tật. Tuy nhiên, việc huy động bảo hiểm y tế từ những nhóm người này là rất khó. Có lẽ phải cần tới nhiều hoạt động tích cực của ngành bảo hiểm trong việc nâng cao nhận thức cho những nhóm người có tỷ lệ bảo hiểm thấp hiện nay.

4.2. Những vấn đề quản trị trong huy động nguồn lực xã hội cho y tế

Nghiên cứu cho thấy một số vấn đề quản trị trong huy động nguồn lực xã hội cho y tế như sau:

- *Kết quả huy động nguồn lực:* Kết quả huy động nguồn lực còn hạn chế. Bệnh viện tư nhân còn ít, quy mô nhỏ, và chỉ hoạt động ở thành phố lớn. Bệnh viện và phòng khám tư hướng tới phục vụ người có thu nhập cao, và chỉ dừng ở việc cung cấp những dịch vụ có rủi ro kỹ thuật thấp, có yêu cầu đầu tư và lợi nhuận cao. Bảo hiểm y tế có xu hướng tăng, song vẫn còn khoảng một phần ba dân số không có bảo hiểm. Việc huy động nguồn lực xã hội chưa giúp giải quyết vấn đề khoảng cách chất lượng dịch vụ (và số lượng bệnh nhân) của các bệnh viện ở các tuyến khác nhau, dẫn tới lãng phí nguồn lực ở bệnh viện địa phương trong khi lại quá tải ở bệnh viện trung ương.

- *Tính minh bạch:* Rất khó để có thể đảm bảo minh bạch đối với các dịch vụ "xã hội hóa" trong bệnh viện công (khám chữa bệnh theo nhu cầu và thiết bị hợp tác công tư). Các dịch vụ này là sự kết hợp tồi tệ nhất giữa "*sự bất cân bằng thông tin*" (bác sỹ và nhân viên y tế biết thông tin nhiều hơn bệnh nhân) và "*xung đột lợi ích*" (bác sỹ và nhân viên y tế có lợi ích cá nhân trực tiếp trong việc hướng dẫn bệnh nhân sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh theo nhu cầu hay các thiết bị hợp tác công tư). Những lo ngại về khả năng bệnh nhân được yêu cầu xét nghiệm không cần thiết hay bác sỹ dành thời gian và tâm huyết cho "dịch vụ theo yêu cầu" là có cơ sở.

- *Sự tham gia:* Cơ quan bảo hiểm y tế, theo chức năng nhiệm vụ của mình, có vai trò tích cực trong việc đảm bảo bệnh nhân không bị yêu cầu xét nghiệm quá mức cần thiết (để tiết kiệm chi phí y tế mà bảo hiểm phải chi trả). Nghiên cứu ở ba địa phương cho thấy sự tương tác giữa bảo hiểm y tế và bệnh viện đôi khi khá căng thẳng. Theo khía cạnh này, bảo hiểm y tế đóng vai trò tích cực trong việc giám sát hoạt động khám chữa bệnh, và họ cũng giúp làm giảm tình trạng bất cân bằng thông tin đã bình luận ở trên.

- *Một số vấn đề về công bằng:* Nếu hiểu công bằng là có cơ hội ngang nhau trong tiếp cận dịch vụ y tế thì việc khuyến khích bảo hiểm y tế cho những nhóm người dễ bị tổn thương có tác động trực tiếp nhất. Còn lại, thiết bị hợp tác công tư và dịch vụ khám theo nhu cầu có tác dụng hạn chế. Giảm chênh lệch về chất lượng khám chữa bệnh giữa các vùng sẽ đóng vai trò lớn trong quá trình cải thiện tính công bằng về dịch vụ y tế.

5. Kết luận và kiến nghị

Chủ trương "xã hội hóa" có ý nghĩa rộng là huy động nguồn lực và sự tham gia của toàn xã hội vào việc cung cấp dịch vụ công. Tuy nhiên, quá trình thực thi lại chủ yếu quan tâm tới việc *huy động nguồn tài chính ngoài ngân sách* cho việc cung cấp dịch vụ công. Việc huy động nguồn lực xã hội đã tạo điều kiện nâng cao năng lực và đa dạng hóa dịch vụ công. Việc giới hạn ở huy động nguồn tài chính ngoài ngân sách đã làm nảy sinh hai hạn chế. Thứ nhất, các cơ sở ngoài công lập, như trường tư thục hay bệnh viện tư, không có điều kiện cạnh tranh bình đẳng với cơ sở công lập. Thứ hai, việc huy động nguồn lực ngoài ngân sách trong trường công/bệnh viện công làm nảy sinh mâu thuẫn lợi ích, gây hệ lụy trực tiếp tới chất lượng và sự công bằng trong cung ứng dịch vụ. Nghiên cứu này cho thấy thực tiễn huy động nguồn lực xã hội trong y tế và giáo dục những năm qua mang lại kết quả khiêm tốn về năng lực cung ứng dịch vụ, song đồng thời tạo ra hệ lụy khá rất lớn về quản trị và công bằng.

Một vấn đề khác là chính quyền địa phương một mặt khuyến khích các nguồn lực ngoài ngân sách cùng đóng góp phát triển dịch vụ công, mặt khác vẫn giữ nguyên phong cách quản lý tập trung. Trường học và bệnh viện công có rất ít quyền tự chủ thực sự về tài chính, nhân sự, và chuyên môn. Việc tạo môi trường cạnh tranh bình đẳng giữa cơ sở

công lập và ngoài công lập và tăng cường giám sát hoạt động của các cơ sở này chưa được chú trọng. Nói cách khác, chức năng quản lý vĩ mô của chính quyền địa phương chưa được tăng cường tương ứng việc huy động sự tham gia của khu vực tư nhân.

Kết quả là việc huy động nguồn lực xã hội chưa tạo ra tác động bền vững tới sự phát triển của ngành. Các cơ sở tư nhân chủ yếu chỉ tồn tại ở thành phố lớn. Các hoạt động "xã hội hóa" trong cơ sở công tạo ra xung đột lợi ích và gây nhiều hệ lụy trong quản trị. Đã đến thời điểm chúng ta cần điều chỉnh lại chiến lược huy động nguồn lực xã hội để tạo ra tác động bền vững hơn tới sự phát triển chung.

Từ kết quả phân tích trên, bài viết xin nêu hai kiến nghị chính. Thứ nhất, chính quyền các cấp cần tạo điều kiện cho khu vực tư phát triển trong việc cung cấp dịch vụ công và coi đây là hình thức cơ bản trong huy động nguồn lực xã hội. Chính sách ưu đãi về thuế chỉ có tác dụng ngắn hạn. Điều quan trọng là phải tạo không gian cho sự sáng tạo của các cơ sở này trong thỏa mãn nhu cầu của người dân. Đồng thời, tiến tới xóa bỏ các hoạt động "xã hội hóa" trong cơ sở công. Việc xóa bỏ các dịch vụ này sẽ đi liền với sự phát triển của khu vực tư, và cũng xóa bỏ sự "lẫn lộn công tư" trong cung cấp dịch vụ công. Thứ hai, chính quyền các cấp cần chú trọng vào chức năng quản lý vĩ mô và hạn chế can thiệp sâu vào việc quản lý điều hành của cơ sở. Chức năng quản lý vĩ mô chú trọng tới việc xây dựng chiến lược, quy hoạch, xây dựng chính sách, khuyến khích các nguồn vốn đầu tư cung cấp dịch vụ, và giám sát sự tuân thủ của các cơ sở cung cấp dịch vụ. Huy động nguồn lực xã hội chỉ có ý nghĩa khi chính quyền trao quyền tự chủ cho cơ sở cung cấp dịch vụ và chú trọng vào vai trò quản lý vĩ mô như trên.❐

Tài liệu tham khảo

AAV [Action Aid Vietnam] (2010), *Tiếp cận của người nghèo tới dịch vụ y tế vào giáo dục trong bối cảnh xã hội hóa hoạt động y tế và giáo dục tại Việt Nam,* Hà Nội.

APIM [Asia Pacific Institute of Management] (2010), *Education Decentralization in Viet Nam*, báo cáo nghiên cứu cho Oxfam Great Britain, Hà Nội.

Bộ Giáo dục và Đào tạo (2012), Thông tư số 17/2012/TT-BGDĐT, *ban hành quy định về dạy, học thêm*, ban hành ngày 16 tháng 5 năm 2012.

Bộ Y tế (2013), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế: Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội.

Chính phủ (1997), Nghị quyết 90-CP, về về phương hướng và chủ trương xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế và văn hoá, ban hành ngày 21 tháng 8 năm 1997.

Đặng Hùng Võ và Nguyễn Văn Thắng (2014), 'Khung Đánh giá Quản trị Đất đai (LGAF) và kết quả nghiên cứu ở Việt Nam', *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, Số 202, trang 12 – 21.

GSO (2013), *Results of Vietnam household living standard survey,* Statistical Publishing House, Ha Noi.

London, J.D. (2013), 'The Promises and Perils of Hospital Autonomy: Reform by Decree in Vietnam', *Social Science and Medicine*, số 96, trang 232 – 240.

Nguyen, V.T., Le, Q.C., Tran, T.B. và Bryant, S. (2015), 'Citizen Participation in City Governance: Experiences from Vietnam,' *Public Administration and Development*, số 35, trang 34 – 45.

UNDP (2011), *Social Services for Human Development*, Viet Nam Human Development Report, UNDP.

Thông tin tác giả:

***Nguyễn Văn Thắng,** Phó giáo sư, tiến sỹ*

- Tổ chức tác giả công tác: Viện Quản lý Châu Á - Thái Bình Dương, Trường Đại học Kinh tế quốc dân

- Lĩnh vực nghiên cứu chính: quản trị, doanh nhân, quản trị tri thức

- Một số Tạp chí tiêu biểu mà tác giả đã đăng tải công trình nghiên cứu: Public Administration and Development, Journal of International Business Studies, Journal of World Business, Journal of Business Venturing, Entrepreneurship Theory and Practice

- Địa chỉ liên hệ: Địa chỉ Email: nguyenvanthang@neu.edu.vn