**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ TP. HỒ CHÍ MINH**

---

CHƯƠNG TRÌNH GIẢNG DẠY KINH TẾ FULBRIGHT

**Nguyễn Hoài Linh**

# CỔ PHẦN HÓA BỆNH VIỆN CÔNG TUYẾN TỈNH TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH: LIỆU CÓ PHẢI LÀ GIẢI PHÁP KHẢ THI TRONG TIẾN TRÌNH NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ Y TẾ?

Chuyên ngành : Chính sách công
Mã số : 603114

**LUẬN VĂN THẠC SỸ KINH TẾ**

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC: TS. JAY ROSENGARD

TP. Hồ Chí Minh - Năm 2010

# LỜI CẢM ƠN

Đầu tiên, tôi xin gửi những lời cảm ơn chân thành đến TS. Jay Rosengard đã dành nhiều thời gian quý báu để tận tình hướng dẫn tôi trong suốt thời gian thực hiện luận văn này. Tôi cũng xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến TS. Vũ Thành Tự Anh là người đã giúp tôi định hướng nghiên cứu và đóng góp cho luận văn của tôi nhiều ý kiến vô cùng quý giá.

Xin chân thành cảm ơn các giảng viên và trợ giảng của Chương trình giảng dạy kinh tế Fulbright đã tận tình giảng dạy, giải đáp các thắc mắc và truyền đạt nhiều kiến thức quý báu cho tôi trong suốt khóa học thạc sỹ kéo dài hai năm tại Chương trình.

Tôi cũng xin trân trọng cảm ơn Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh nói chung và bác sỹ Nguyễn Ngọc Duy – trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp - nói riêng đã tạo điều kiện, cung cấp các số liệu và thông tin cần thiết giúp tôi hoàn thành luận văn này. Tôi xin gửi lời cảm ơn tới các đối tác làm việc trước đây của tôi đã cung cấp thông tin và hỗ trợ những ý kiến giá trị nhằm giúp luận văn của tôi hoàn thiện hơn.

Xin chân thành cảm ơn đến tất cả các thành viên MPP1, những người đã cùng tôi chia sẻ khó khăn, kiến thức và tài liệu học tập trong suốt quá trình học tập tại Chương trình giảng dạy kinh tế Fulbright.

Cuối cùng, xin chân thành cảm ơn gia đình đã tạo điều kiện, động viên và hỗ trợ cho tôi trong suốt quá trình học tập.

TP. Hồ Chí Minh, tháng 5 năm 2010

Người thực hiện luận văn

Nguyễn Hoài Linh

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan luận văn này hoàn toàn do tôi thực hiện. Các đoạn trích dẫn và số liệu sử dụng trong luận văn đều được dẫn nguồn và có độ chính xác cao nhất trong phạm vi hiểu biết của tôi. Luận văn này không nhất thiết phản ánh quan điểm của Trường Đại học Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh hay Chương trình giảng dạy kinh tế Fulbright.

TP. Hồ Chí Minh, tháng 5 năm 2010

Người thực hiện luận văn

Nguyễn Hoài Linh

# TÓM TẮT LUẬN VĂN

Mục tiêu của đề tài là phân tích tiến trình cổ phần hóa bệnh viện công tuyến tỉnh tại Tp. Hồ Chí Minh nhằm xác định xem cổ phần hóa có phải là một giải pháp khả thi nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế trong điều kiện hiện nay không; trong tiến trình cổ phần hóa bệnh viện Bình Dân, các vướng mắc nảy sinh là gì; điều kiện nào là phù hợp để tiến hành cổ phần hóa bệnh viện công. Bài viết sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính với trọng tâm là phân tích tình huống bệnh viện Bình Dân. Qua đó, nghiên cứu này phân tích để đưa ra các khuyến nghị chính sách về nâng cao chất lượng dịch vụ y tế nói chung và cổ phần hóa bệnh viện nói riêng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu bức thiết về nâng cao chất lượng dịch vụ y tế công trong bối cảnh hiện nay của Tp. Hồ Chí Minh. Trước tình hình đó, cổ phần hóa bệnh viện được xem là một trong những giải pháp quan trọng và hiện đã được thực hiện thí điểm. Tuy nhiên, quá trình cổ phần hóa bệnh viện Bình Dân làm nảy sinh nhiều vướng mắc cả về khía cạnh kinh tế và xã hội, từ đó gây ra các hệ lụy khác nhau về mặt chính sách. Nghiên cứu cũng đã đi sâu vào phân tích các nguyên nhân khiến Chính phủ ra quyết định đình chỉ tiến trình cổ phần hóa bệnh viện Bình Dân nói riêng và các bệnh viện công nói chung. Nếu quá trình cổ phần hóa không bị đình chỉ thì kết quả đạt được cũng sẽ không đáp ứng tốt mục tiêu ban đầu đề ra. Điều này xuất phát từ nhiều nguyên nhân mang tính hệ thống trong bối cảnh của Việt Nam như mức độ bao phủ thấp của bảo hiểm y tế, tình trạng khám chữa bệnh vượt tuyến gây hiện tượng quá tải.

Căn cứ vào các phát hiện nói trên, bài viết đã đưa ra khuyến nghị chính sách rằng không nên tiến hành cổ phần hóa bệnh viện công trong bối cảnh hiện nay. Trong thời điểm hiện tại, nhà nước nên thúc đẩy quá trình xã hội hóa y tế tức là tiếp tục duy trì các bệnh viện công đang tồn tại và cho phép bổ sung thêm các bệnh viện tư mới vào hệ thống. Trong tương lai xa, nếu quyết định cổ phần hóa hệ thống y tế công, nhà nước cần có những bước chuẩn bị kỹ lưỡng về tất cả các mặt kinh tế, chính trị, xã hội và cần xây dựng trước một lộ trình phù hợp.

# MỤC LỤC

LỜI CẢM ƠN ..... i
LỜI CAM ĐOAN ..... ii
TÓM TẮT LUẬN VĂN ..... iii
MỤC LỤC ..... iv
Danh mục các từ viết tắt ..... vi
Danh mục các bảng ..... vii
Danh mục các đồ thị hình vẽ ..... viii
CHƯƠNG 1: Giới thiệu ..... 1
1.1. Bối cảnh chính sách cổ phần hóa bệnh viện công tại thành phố Hồ Chí Minh ..... 1
1.2. Mục đích nghiên cứu ..... 2
1.3. Phương pháp nghiên cứu ..... 2
1.4. Kết cấu luận văn ..... 3
CHƯƠNG 2: Nhu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ y tế công tại Tp. HCM ..... 4
2.1. Bản chất của dịch vụ y tế ..... 4
2.2. Thất bại của nhà nước trong việc cung cấp dịch vụ y tế ..... 6
2.3. Khái lược các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế ..... 11
CHƯƠNG 3: Tiến trình thực hiện cổ phần hóa và những vấn đề còn vướng mắc: Nghiên cứu trường hợp BV Bình Dân ..... 16
3.1. Nguyên nhân chọn BV Bình Dân ..... 16
3.2. Mô tả tình huống BV Bình Dân ..... 16
3.2.1. Mục tiêu CPH BV Bình Dân ..... 16
3.2.2. Tình hình hoạt động của BV Bình Dân trước khi CPH ..... 17
3.2.3. Nội dung CPH BV Bình Dân ..... 19
3.3. Các vấn đề vướng mắc và nguyên nhân tạm dừng CPH ..... 21
3.3.1. Thực trạng CPH BV Bình Dân ..... 21
3.3.2. Các nguyên nhân bề mặt ..... 21

3.3.3. Các nguyên nhân sâu xa ..... 24
3.4. Phân tích phương án CPH BV Bình Dân ..... 28
CHƯƠNG 4: Ý nghĩa chính sách ..... 33
KẾT LUẬN ..... 37
TÀI LIỆU THAM KHẢO ..... 38
Phụ lục 1. Bảng số liệu tuyệt đối về số bệnh nhân nội trú và số giường bệnh trung bình một ngày tại Tp. Hồ Chí Minh ..... 41
Phụ lục 2. Bảng số liệu tuyệt đối về số lượt khám chữa bệnh và số bác sỹ tại Tp. Hồ Chí Minh ..... 42
Phụ lục 3: Sơ đồ tổ chức dự kiến của BV Bình Dân sau khi CPH ..... 43
Phụ lục 4. Phương án hoạt động sau CPH BV Bình Dân ..... 44

## Danh mục các từ viết tắt

| | |
|---|---|
| BHYT | Bảo hiểm y tế |
| BV | Bệnh viện |
| CPH | Cổ phần hóa |
| MTTQ | Mặt trận Tổ quốc |
| Tp. HCM | Thành phố Hồ Chí Minh |
| UBND | Ủy ban nhân dân |
| XHCN | Xã hội chủ nghĩa |

## Danh mục các bảng

Bảng 2.1. Hiện trạng các biện pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế ..... 12
Bảng 3.2. Doanh thu, chi phí và lợi nhuận 3 năm trước CPH của BV Bình Dân .... 18
Bảng 3.3. Cơ cấu sở hữu trong tổng vốn điều lệ của BV Bình Dân ..... 20

## Danh mục các đồ thị hình vẽ

Đồ thị 2.1. Số bệnh nhân nội trú trung bình một ngày/số giường bệnh tại thành phố Hồ Chí Minh .....8
Đồ thị 2.2. Tỷ lệ số lượt khám chữa bệnh/số bác sỹ tại thành phố Hồ Chí Minh .....9

# CHƯƠNG 1: Giới thiệu

## 1.1. Bối cảnh chính sách cổ phần hóa bệnh viện công tại thành phố Hồ Chí Minh

Tính đến năm 2006, hệ thống bệnh viện (BV) công tại thành phố HCM (Tp. HCM) bị xuống cấp nghiêm trọng. Điều này có thể thấy được qua tình trạng thiếu thốn cơ sở hạ tầng như máy móc thiết bị xét nghiệm, phòng khám và giường bệnh…. tại hầu hết các BV công. Đây cũng là một trong những nguyên nhân khiến dịch vụ khám chữa bệnh trở nên quá tải. Minh chứng rõ nét nhất là việc số giường bệnh được cung cấp và nguồn nhân lực trong các BV không phục vụ đủ nhu cầu khám chữa bệnh của người dân. Trong các BV chuyên khoa, tình trạng hai hay thậm chí ba người bệnh cùng sử dụng chung một giường bệnh đơn là phổ biến. Như vậy, hoạt động của hệ thống dịch vụ y tế hiện hành, cụ thể là hoạt động các BV công không đáp ứng được nhu cầu và mục tiêu chăm sóc đầy đủ cho sức khỏe của nhân dân, đặc biệt là nhóm dân cư có thu nhập thấp và trung bình trong xã hội - là nhóm không có đủ khả năng và nguồn lực để tiếp cận những dịch vụ y tế tư nhân cao cấp hơn.

Cùng với sự phát triển của đất nước, trong tình hình đó, nhu cầu thu hút đầu tư cho cơ sở vật chất và nâng cao chất lượng hệ thống y tế công ngày càng trở nên bức thiết. Để hướng tới mục tiêu này, theo đề xuất của Ủy ban nhân dân Tp. HCM, Chính phủ quyết định thực hiện cổ phần hóa (CPH) BV công và giao cho Tp. HCM thực hiện thí điểm. Sau nhiều thảo luận chính sách, tháng 1/2007, việc xây dựng đề án thí điểm CPH BV Bình Dân chính thức được phê duyệt.

Trong tiến trình CPH BV Bình Dân, những vướng mắc đã lần lượt nảy sinh và tạo nên những làn sóng phản ứng gay gắt trong xã hội. Tháng 6/2007, đề án CPH BV Bình Dân đã phê duyệt nhận được quyết định tạm dừng thực hiện. Trong kế hoạch chính sách của mình, Sở y tế Tp. HCM đã dự định chọn một BV khác để thực hiện thí điểm thay cho BV Bình Dân. Tuy nhiên, tính đến tháng 3/2010, kế hoạch đó vẫn chưa được tiến hành. Điều này cho thấy những vấn đề nảy sinh không thuần

túy chỉ là vấn đề của riêng BV Bình Dân mà có thể là vấn đề của cả hệ thống y tế công nói chung.

Trong bối cảnh này, một số câu hỏi được đặt ra cho các nhà nghiên cứu kinh tế, cụ thể như: Cổ phần hóa BV công có phải là một giải pháp khả thi nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế trong điều kiện hiện nay không? Những vướng mắc trong tiến trình CPH BV Bình Dân là gì? Điều kiện nào là phù hợp để tiến hành CPH BV công và cần đảm bảo những yếu tố gì?

### 1.2. Mục đích nghiên cứu

Trước tình hình trên, việc phân tích hiện trạng hệ thống y tế công tại Tp. HCM, những vướng mắc hiện đang tồn tại trong tiến trình CPH BV công và xác định tính khả thi của tiến trình cổ phần hóa BV công tại Tp. HCM là vô cùng cần thiết. Do vậy, luận văn này sẽ góp phần làm sáng tỏ vấn đề hiện đang gây nhiều tranh cãi: “Cổ phần hóa BV công tại Tp. HCM: Liệu đây có phải là giải pháp khả thi trong tiến trình nâng cao chất lượng dịch vụ y tế?”

### 1.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này sẽ tập trung vào nghiên cứu một cách định tính nhu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ y tế công và tiến trình CPH các BV công tuyến tỉnh tại Tp. HCM. Có một điểm quan trọng cần lưu ý là tiến trình CPH BV công tại Tp. HCM mang những yếu tố đặc thù song phần nào vẫn chịu sự chi phối của các chính sách liên quan đến CPH của chính quyền trung ương.

Việc CPH các BV công tuyến tỉnh tại Tp. HCM sẽ được tập trung xem xét chi tiết trong nghiên cứu này. Ngoài ra, do BV Bình Dân là trường hợp đã được chọn để thí điểm CPH tại TP. HCM nên luận văn cũng tập trung vào phân tích tình huống BV Bình Dân. Hơn thế nữa, vì cơ chế quản lý BV công là thống nhất trên toàn quốc nên để phân tích mô hình quản lý BV công tuyến trung ương và tuyến tỉnh nói

chung thì BV Bình Dân có tư cách là trường hợp mang tính đại diện cho toàn hệ thống.

Như đã đề cập ở trên, mục tiêu chủ yếu của nghiên cứu này là phân tích tiến trình và khả năng CPH các BV công tại Tp. HCM nên việc phân tích số liệu thứ cấp là chủ yếu. Nghiên cứu sẽ thu thập, tổng hợp và lý giải các bằng chứng sẵn có về nhu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ y tế công và cách thức CPH BV nhằm đạt đến mục tiêu này. Toàn bộ số liệu về hệ thống y tế được cung cấp từ trang web của Sở y tế Tp. HCM. Các số liệu khác được sử dụng trong nghiên cứu (ví dụ như doanh thu chi phí của BV Bình Dân) được thu thập từ nguồn thông tin của chính các BV. Một số bài viết, nghiên cứu khác của Việt Nam cũng như quốc tế về CPH dịch vụ công cũng được xem xét trong quá trình nghiên cứu.

Tuy nhiên, CPH dịch vụ công - đặc biệt là dịch vụ y tế - là một vấn đề rất mới mẻ ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Do vậy, quá trình nghiên cứu đã gặp phải những khó khăn nhất định trong quá trình thu thập tìm kiếm thông tin và các nghiên cứu khác về vấn đề này. Ngoài ra, việc xử lý nội dung và chất lượng số liệu hiện có không dễ dàng vì vấn đề CPH hóa dịch vụ công chịu ảnh hưởng không nhỏ của các yếu tố chính trị. Mặc dù vậy, luận văn này đã cố gắng tổng hợp, đánh giá có phê phán và tận dụng lợi thế của các bài viết, nhận định hay nghiên cứu hiện có về CPH dịch vụ y tế công.

### 1.4. Kết cấu luận văn

Luận văn này bao gồm năm chương. Chương 1 là phần giới thiệu tổng quan về đề tài, bối cảnh chính sách, mục tiêu và phương pháp nghiên cứu. Chương 2 đề cập tới nhu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ y tế công tại Tp. HCM và nêu ra các bằng chứng cụ thể. Chương 3 phân tích chi tiết tiến trình thực hiện CPH và những vấn đề còn vướng mắc, đặc biệt tập trung vào nghiên cứu trường hợp BV Bình Dân. Chương 4 nêu ra ý nghĩa chính sách trên cơ sở những phân tích ở các chương trước. Phần cuối cùng của luận văn là kết luận.

# CHƯƠNG 2: Nhu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ y tế công tại Tp. HCM

## 2.1. Bản chất của dịch vụ y tế

Từ góc độ kinh tế học thuần túy, về bản chất, dịch vụ y tế là hàng hóa tư. Sở dĩ như vậy là vì nếu không có sự can thiệp của chính phủ, dịch vụ y tế có đủ hai thuộc tính: tính tranh giành và tính loại trừ.

Thứ nhất, về thuộc tính tranh giành, khi có thêm 1 bệnh nhân mới đến khám chữa bệnh thì chi phí biên phục vụ cho việc này là một con số dương (chi phí trả lương cho y bác sỹ, chi phí xét nghiệm, chi phí chữa bệnh…). Khi có thêm một bệnh nhân thì hệ thống chăm sóc y tế có thêm một mối quan tâm, BV buộc phải tạo thêm một không gian để cung cấp dịch vụ cho người đó, xã hội thêm một khoản đầu tư… Xét trên phương diện lợi ích, một bệnh nhân cần được khám và điều trị sẽ làm giảm lợi ích của một bệnh nhân khác. Như vậy, rõ ràng dịch vụ y tế có tính tranh giành.

Thứ hai, dịch vụ y tế có thuộc tính loại trừ. Dịch vụ này có thu phí (khám chữa bệnh thì phải nộp viện phí và nhiều chi phí có liên quan khác) nên không phải ai cũng có thể dễ dàng tiếp cận dịch vụ. Việc thu phí đã cản trở một số nhóm đối tượng nhất định (đặc biệt là những có thu nhập thấp) tiếp nhận lợi ích của dịch vụ y tế - họ buộc phải trả tiền để được hưởng lợi.

Mặc dù theo phân tích ở trên, dịch vụ y tế là hàng hóa tư nhưng dịch vụ này được nhiều nhà nước trên thế giới cung cấp cho nhân dân như một hàng hóa công không thuần túy do nhiều nguyên nhân xuất phát từ thất bại thị trường như: ngoại tác tích cực, thông tin bất cân xứng, y tế là hàng hóa thiết yếu, nhu cầu đảm bảo công bằng xã hội... Việt Nam nói chung và Tp. HCM nói riêng cũng không phải là ngoại lệ.

Dịch vụ y tế được nhà nước cung cấp trước hết là do ngoại tác tích cực của nó. Trợ cấp và đặt dưới cơ chế quản lý công đối với dịch vụ y tế thường tạo ra lợi ích lớn hơn chi phí do bên cạnh lợi ích trực tiếp của cá nhân một bệnh nhân, y tế tốt còn mang lại lợi ích cho toàn xã hội. Ví dụ: Khi một người được chăm sóc sức khỏe

đảm bảo thì sẽ dễ kiếm được việc làm và làm việc tốt hơn. Đặc biệt đối với các trường hợp lao động trong ngành nông nghiệp hoặc các ngành lao động phổ thông thì sức khỏe là điều kiện tiên quyết để đảm bảo khả năng lao động. Điều này sẽ góp phần xóa đói giảm nghèo, làm giảm gánh nặng cho xã hội cũng như tác động đến nhiều yếu tố khác.

Ngoài ra, dịch vụ y tế được cung cấp như một hàng hóa công còn vì tình trạng thông tin bất cân xứng giữa bệnh nhân và bác sỹ. Trong việc sử dụng dịch vụ y tế, bác sỹ luôn luôn ở vị thế nắm được nhiều thông tin hơn bệnh nhân về loại bệnh tật, mức độ nặng nhẹ, nhu cầu điều trị… Nếu không phải là một hàng hóa công, dịch vụ y tế có khả năng gây ra lựa chọn ngược, tức là thay vì cung cấp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân, bác sỹ lại trì hoãn hoặc kéo dài quá trình điều trị nhằm mục tiêu trục lợi cho cá nhân mình. Hơn thế nữa, y tế được xếp vào loại hàng hóa thiết yếu. Những người có bệnh chắc chắn sẽ chết hoặc sống trong đau đớn nếu họ không được khám và điều trị. Điều này vi phạm nghiêm trọng một trong những quyền cơ bản của con người là được bảo vệ an toàn về tính mạng, sức khỏe và cuộc sống.

Mặt khác, chính phủ quản lý và trợ cấp cho dịch vụ y tế là nhằm thúc đẩy việc sử dụng dịch vụ này như một cách thức góp phần đảm bảo tính công bằng xã hội. Nếu dịch vụ y tế không được cung ứng rộng rãi và dễ dàng, hay nếu chi phí của dịch vụ y tế quá cao, như đã trình bày ở trên, một số nhóm đối tượng nhất định (những người có thu nhập thấp, dân tộc thiểu số…) không thể tiếp cận dịch vụ này. Trách nhiệm đảm bảo an sinh và phúc lợi xã hội của chính phủ còn liên quan trực tiếp đến tình hình an ninh chính trị, nhất là tại quốc gia theo đuổi con đường xã hội chủ nghĩa (XHCN) như Việt Nam hiện nay.

Như vậy, có thể thấy được rằng nhà nước hoàn toàn có cơ sở trong việc cung cấp dịch vụ y tế dưới hình thức là một hàng hóa công. Cơ sở này chính là những thất bại hiển nhiên của thị trường như vừa phân tích ở trên.

## 2.2. Thất bại của nhà nước trong việc cung cấp dịch vụ y tế

Dịch vụ y tế tại Tp. HCM hiện nay được nhà nước cung cấp dưới hình thức một hàng hóa công không thuần túy dựa trên cơ sở là sự thất bại của thị trường đối với loại hàng hóa này. Tuy nhiên, nhìn vào các con số và thực trạng, người ta có thể thấy được sự thất bại của nhà nước trong việc đảm bảo chất lượng của dịch vụ đó.

Theo giới nghiên cứu y tế, chất lượng BV được đánh giá theo nhiều tiêu chí, bao gồm: dịch vụ chuyên môn (y khoa, điều dưỡng, thiết bị); sự đáp ứng của hệ thống cấp cứu khi có sự cố; thực phẩm cho bệnh nhân; môi trường BV (bàn ghế, tủ, giường, ánh sáng); tiện nghi phòng (sự riêng tư, giờ thăm bệnh, mức độ thuận tiện); và phục vụ cá nhân (tính riêng biệt, thông tin, sự chú ý đến nhu cầu cá nhân)… Các khía cạnh này có thể phát triển thành những "chỉ tiêu" cụ thể để đo lường chất lượng BV.

Nếu xét về mặt nghiên cứu kinh tế đơn thuần, chất lượng dịch vụ y tế có thể được đo lường thông qua một số chỉ số cơ bản như:

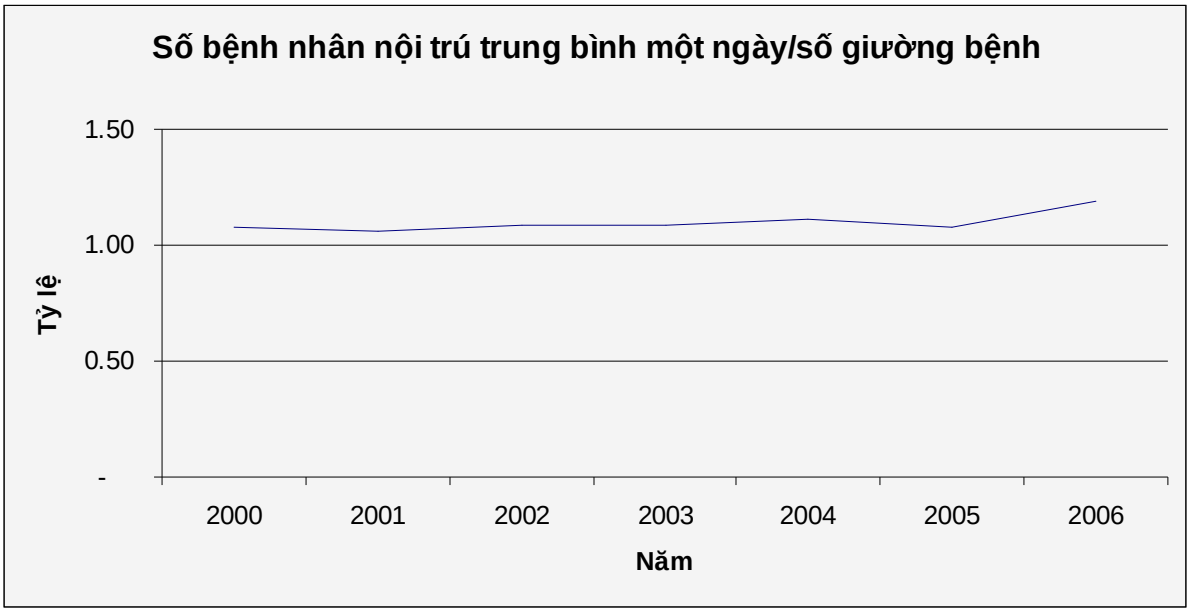
- Mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh;
- Tỷ lệ các ca bệnh được phát hiện và chữa khỏi so với tỷ lệ tại các quốc gia khác trên thế giới;
- Thời gian điều trị các bệnh phổ biến so với thời gian điều trị tại các BV quốc tế;
- Chi phí khám chữa bệnh trung bình so với chi phí tương ứng tại các hệ thống y tế khác;
- Khả năng và mức độ kiểm soát các dịch bệnh mãn tính (HIV và AIDS, sốt rét…) và cấp tính (SARS, tiêu chảy cấp, cúm H5N1…)
- Chi phí điều trị và hỗ trợ y tế đối với các đối tượng dễ bị tổn thương (người nghèo, người có HIV, người nhiễm lao…)

Tuy nhiên, do khuôn khổ của luận văn có hạn nên bài viết này không thể phân tích cụ thể từng chỉ số nhằm chứng minh mức độ thất bại của việc cung cấp dịch vụ y tế tại Tp. HCM. Bài viết chỉ tập trung vào hai bằng chứng dễ thấy nhất là mức độ

quá tải của các BV công và khả năng quản lý yếu kém của các cơ quan chức năng của nhà nước đối với các dịch vụ này.

Trước hết, dịch vụ y tế tại các BV công trong thành phố hiện nay đang phải đối mặt với mức độ quá tải nghiêm trọng. Nguồn lực, trong đó bao gồm cả cơ sở hạ tầng và nguồn nhân lực, của BV không tương xứng với nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân. Cụ thể, tốc độ phát triển các BV cũng không tăng cùng mức với tốc độ tăng của nhu cầu (đặc biệt là trong điều kiện các bệnh tật phát triển mạnh mẽ như hiện nay). Theo như đường xu hướng trong đồ thị 2.1 bên dưới, ta có thể dễ dàng thấy được tỷ lệ số bệnh nhân nội trú trung bình một ngày trên số giường bệnh tại Tp. HCM luôn duy trì ở mức lớn hơn 1[1]. Điều này có nghĩa là tính trung bình tại một thời điểm, một giường bệnh luôn có nhiều hơn một người bệnh sử dụng. Như vậy tức là mức độ sử dụng giường bệnh luôn luôn vượt quá mức cho phép. Tình trạng này cũng dễ nhận thấy trong thực tế. Khi đến các BV chuyên khoa trong Tp, tình trạng hai thậm chí ba bệnh nhân cùng sử dụng chung một giường bệnh đơn là rất phổ biến.

[1] Tham khảo số liệu tuyệt đối tại Phụ lục 1



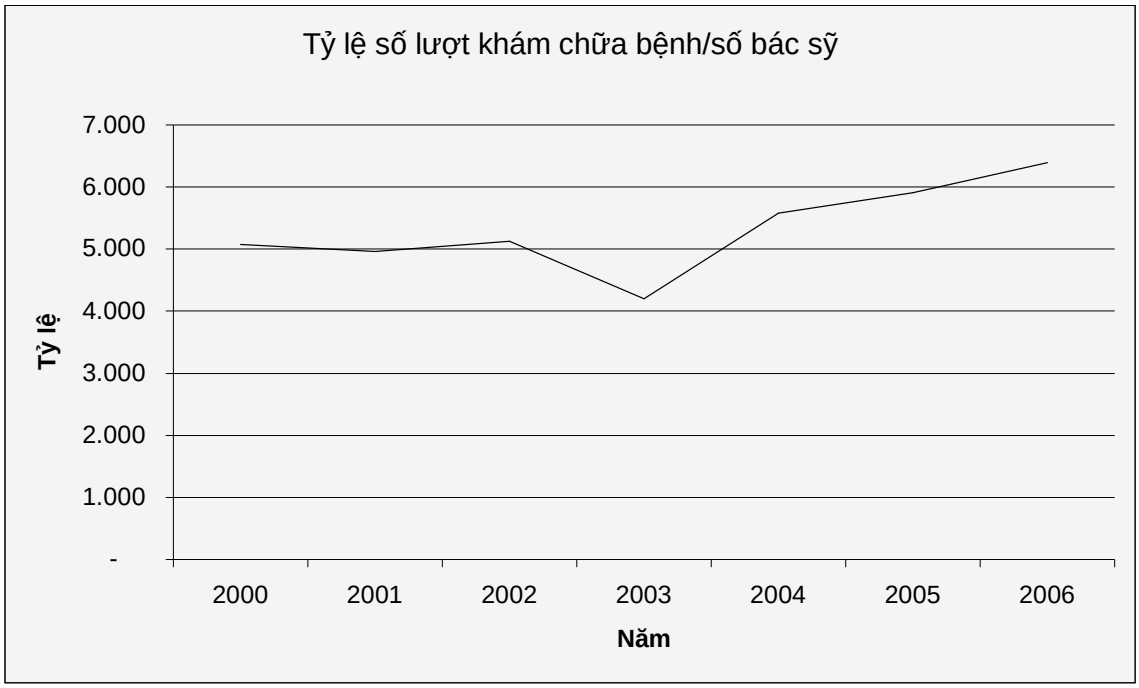

**Đồ thị 2.1. Số bệnh nhân nội trú trung bình một ngày/số giường bệnh tại thành phố Hồ Chí Minh**

(*Ghi chú: Tính toán từ số bệnh nhân điều trị nội trú trung bình một ngày và số giường bệnh trong Số liệu thực hiện chuyên môn từ năm 2000-2006, Sở y tế Tp. HCM [15]*)

Bên cạnh đó, tại các nước phát triển trên thế giới, một trong những tiêu chí đánh giá chất lượng an sinh xã hội là tỷ lệ bác sỹ và nhân viên y tế tăng (hoặc ít nhất là không giảm) so với tỷ lệ người có nhu cầu khám chữa bệnh. Trong khi đó, tại Tp. HCM, tỷ lệ số lượt khám chữa bệnh trên số bác sỹ lại ngày càng tăng. Theo như đồ thị 2.2 bên dưới, tỷ lệ này tại các BV công tại TP. HCM tăng liên tục từ năm 2000 đến năm 2006 và chỉ giảm đôi chút trong 2003[2]. Mặc dù số nhân lực y tế tại các BV đóng vai trò tương đối quan trọng song số liệu phản ánh chính xác nhất là số lượng bác sỹ. Nếu nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng nhưng số bác sỹ tại các BV thiếu hụt hoặc không tăng theo cùng một tỷ lệ tương ứng thì dịch vụ y tế tất

[2] Tham khảo số liệu tuyệt đối tại Phụ lục 2

yếu không đủ khả năng đáp ứng theo nhu cầu. Số liệu trong đồ thị 2.2 cũng phần nào phản ánh tình trạng cung không đáp ứng đủ cầu như vừa phân tích ở trên.




**Đồ thị 2.2. Tỷ lệ số lượt khám chữa bệnh/số bác sỹ tại Tp. HCM**

(*Ghi chú: Tính toán từ số lượt khám chữa bệnh và số bác sỹ trong Thống kê y tế từ năm 2000-2006, Sở y tế Tp. HCM [16])*

Như vậy, một vài số liệu nói trên có thể phản ánh phần nào tình trạng các BV trong thành phố trong những năm gần đây chịu áp lực rất lớn từ sự quá tải, dẫn đến việc cung cấp dịch vụ y tế không đạt chất lượng như mong muốn. Tất nhiên, kinh phí đầu tư luôn là một vấn đề nan giải nhưng tình trạng quá tải này không thể đổ lỗi hoàn toàn cho việc thiếu kinh phí đầu tư. Về thực chất, tình trạng đó là kết quả của nhiều yếu tố kết hợp lại, trong đó bao gồm cơ chế quản lý thông tin và và chất lượng của nguồn vốn nhân lực.

Bên cạnh đó, công tác tổ chức và quản lý dịch vụ y tế công hiện tại tại Tp. HCM, trong đó bao gồm cả công tác quản lý thông tin, còn yếu kém và nhiều hạn chế. Theo nhận định của các chuyên gia và ngay cả các cấp quản lý nhà nước trong ngành y tế, việc quản lý BV đóng vai trò vô cùng quan trọng và nhu cầu cải thiện công tác này càng ngày càng trở nên bức thiết. Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ban hành ngày 30/6/2006 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 cũng đã khẳng định "chưa có tính hệ thống và liên tục trong hoạt động của từng tuyến điều trị; chưa đảm bảo được khả năng tiếp cận của người dân tới các dịch vụ y tế thiết yếu". Đồng thời văn bản này cũng nêu rõ quan điểm của các cấp quản lý là "Việc xây dựng Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam nhằm mục tiêu xây dựng hệ thống y tế Việt Nam từng bước hiện đại, hoàn chỉnh hướng tới công bằng, hiệu quả và phát triển". Tại Hội nghị Tổng kết công tác khám chữa bệnh ngày 17/02/2005, trong bài phát biểu của Bộ trưởng Bộ y tế Trần Thị Trung Chiến cũng có đoạn xác nhận "…hệ thống khám chữa bệnh vẫn còn tồn tại nhiều điểm bất cập, yếu kém, như cơ chế quản lý BV còn chậm đổi mới; cơ sở hạ tầng thiếu thốn và xuống cấp…" [3]. Trong hội thảo về quản lý BV vào tháng 6/2008, ông Trần Quý Tường - Phó cục trưởng Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế - cũng đã thẳng thắn nhận định rằng công tác quản lý BV còn yếu kém đã ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc sức khoẻ và khám chữa bệnh cho người dân. Ông cũng cho biết hiện Việt Nam chưa có một trường đại học y, dược nào có mã ngành đào tạo quản lý BV; chỉ có trường Đại học Y tế cộng đồng là có môn học này, nhưng chưa chuyên sâu và có hệ thống. Các nhận định và văn bản luật pháp trên đã cho thấy công tác quản lý tại BV thực sự hiện đang là một vấn đề tồn tại trong việc đảm bảo chất lượng của dịch vụ y tế công.

Trên thực tế, dịch vụ y tế chưa đạt chất lượng cao một phần vì công tác quản lý thông tin và quản lý bệnh nhân chưa tốt. Đơn cử một ví dụ về mức độ tin học hóa để

[3] Nguồn: http://www.moh.gov.vn/homebyt/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1457&ID=2436 truy cập ngày 12/03/2010

làm chỉ tiêu so sánh giữa các BV tại Tp. HCM với tiêu chuẩn của BV tại các nước khác trong khu vực. BV Bình Dân là một trong những BV chuyên khoa đầu ngành và được xem là một trong những BV hàng đầu về quy mô cũng như chất lượng y tế tại khu vực phía nam. Tuy nhiên, tính đến cuối năm 2009, việc quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại BV này vẫn được thực hiện chủ yếu bằng phương pháp thủ công và hầu như không có khả năng lưu trữ thông tin bệnh sử. Trong khi đó, vào giữa năm 2005, BV Chulalongkorn - là một BV mức trung bình tại Bangkok - đã tin học hóa toàn bộ việc quản lý hồ sơ bệnh nhân. Sự chênh lệch này phần nào phản ánh mức độ quản lý yếu kém của các BV trong hệ thống y tế của Việt Nam nói chung. Do BV thiếu khả năng lưu trữ thông tin về lịch sử khám bệnh và hiện trạng sức khỏe nên một người mỗi lần đến khám bệnh thì gần như phải thực hiện lại tất cả các xét nghiệm và các khâu chẩn đoán. Thiếu ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý BV không những làm tăng chi phí khám chữa bệnh cho bệnh nhân mà còn tăng số lượng bệnh nhân và số dịch vụ phải cung cấp. Điều này cũng đồng nghĩa với việc gia tăng những tổn thất xã hội một cách vô ích.

### 2.3. Khái lược các giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế

Nâng cao chất lượng dịch vụ y tế được xác định là một trong những khía cạnh quan trọng của chính phủ nhằm đảm bảo an sinh xã hội. Trong khuôn khổ của luận văn này, bài viết không xét đến các giải pháp mang tính chuyên môn kỹ thuật mà chỉ đánh giá hệ thống các giải pháp mang tính quản lý nhà nước. Tại Việt Nam, nhằm mục đích huy động vốn nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, các cơ quan quản lý y tế cân nhắc đến ba nhóm giải pháp cơ bản bao gồm:

- Xã hội hóa y tế (tức là mở rộng các hình thức sở hữu cơ sở y tế). Các cơ sở y tế nói chung và các BV nói riêng không nhất thiết phải thuộc sở hữu nhà nước mà có thể do tư nhân sở hữu.
- CPH y tế: CPH BV công đang hiện hữu nhưng nhà nước nắm giữ trên 50% cổ phần.

- Phát triển các hình thức sở hữu công tư kết hợp trong việc cung cấp dịch vụ y tế.

Hiện trạng thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế nói trên tại Việt Nam hiện nay được làm rõ trong bảng 2.1 bên dưới.

**Bảng 2.1. Hiện trạng các biện pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế**

| Biện pháp | Hình thức thực hiện | Mức độ thực hiện |
|---|---|---|
| Xã hội hóa y tế | Duy trì hình thức sở hữu nhà nước đối với các BV và cho phép hình thức sở hữu tư nhân đối với các BV tư. Trong tương lai, biện pháp này có thể được thúc đẩy và mở rộng hơn theo hình thức đem bán đấu giá các BV công hoạt động kém hiệu quả để hình thành các BV tư.<br>Trong mô hình duy trì hai hình thức công - tư song song này, các BV công vẫn đóng vai trò chủ đạo vì có nguồn lực lớn hơn, bao gồm cả các thiết bị y khoa, để có thể đáp ứng nhu cầu điều trị các bệnh nghiêm trọng. Chẳng hạn như đối với các ca đại phẫu, bệnh nhân từ BV tư vẫn phải được chuyển tuyến sang BV công để tiến hành phẫu thuật. Ngoài ra, các nghiên cứu khoa học chỉ được cho phép thực hiện ở BV công, chứ không phải ở BV tư. | Đang triển khai và bước đầu có những bằng chứng cho thấy kết quả ban đầu tương đối tốt. Đa dạng hóa các loại hình khám chữa bệnh được căn cứ chủ yếu vào khả năng chi trả và tình hình tài chính của các tầng lớp dân cư khác nhau. Các BV công hiện tại vẫn đóng vai trò chính trong việc thực hiện chức năng hỗ trợ người nghèo (với mức trợ cấp thích hợp của chính phủ). Các BV tư chủ yếu là loại BV cao cấp dành cho những đối tượng có khả năng chi |

| Biện pháp | Hình thức thực hiện | Mức độ thực hiện |
|---|---|---|
| | | trả cao và yêu cầu chất lượng dịch vụ tốt hơn. XHH y tế đã góp phần tạo ra một số lựa chọn dịch vụ y tế cho người tiêu dùng tùy vào khả năng và điều kiện của họ. |
| CPH y tế | Đây là hình thức CPH hóa BV công và chào bán cổ phiếu ra công chúng. Tuy nhiên, nhà nước vẫn nắm trên 50% cổ phần và giữ tiếng nói quyết định về cơ cấu quản lý, hoạt động của BV. | Đã thực hiện thí điểm nhưng bước đầu gặp khó khăn, hiện tại đang tạm dừng thực hiện. |
| Công tư kết hợp | Hình thành mô hình BV cổ phần hoạt động độc lập nhưng do BV công nắm giữ phần lớn cổ phần. Các BV cổ phần này tồn tại song song và đóng vai trò tương trợ cho các BV công. BV công vẫn do Bộ Y tế quản lý về mặt chính sách còn BV cổ phần do một hội đồng quản trị độc lập khác điều hành, nhưng vẫn hợp tác chặt chẽ với BV công và BV công nắm giữ một số cổ phiếu nhất định trong BV cổ phần này.<br>Hình thức này học tập theo mô hình BV St Vincent's ở Sydney – Úc. Tuy nhiên, mô hình ở Úc có đôi chút khác biệt. Sự thành công của mô hình đó một phần là do nhà | Đã thực hiện trên một số mô hình và hiện tại đang ghi nhận là có những thành công nhất định. Sự ra đời và hoạt động của BV Tâm Đức là một ví dụ. Tâm Đức được coi là một viện tim thứ hai, hoạt động độc lập nhưng do Viện Tim nắm giữ phần lớn cổ phần[4]. Tâm Đức thu viện phí cao hơn so với Viện tim Tp. để tương |

[4] Nguồn: http://www.tuoitre.com.vn/tianyon/Index.aspx?ArticleID=204218&ChannelID=3

| Biện pháp | Hình thức thực hiện | Mức độ thực hiện |
|---|---|---|
| | nước chỉ đóng vai trò chỉ đạo, chứ không can thiệp vào việc điều hành cả bệnh biện công và BV cổ phần. Hội đồng quản trị BV hoàn toàn có quyền tự trị trong các lĩnh vực như quản lý tài chính, quản lý nhân sự, phát triển dịch vụ… | ứng với chất lượng và dịch vụ tốt hơn. BV này được hình thành với đội ngũ cốt cán là bác sĩ giỏi của Viện Tim. Tuy nhiên, vấn đề đi kèm với mô hình này là phải làm sao để quản lý được rủi ro trong quá trình vận hành, đặc biệt là rủi ro đạo đức như sẽ phân tích chi tiết trong mục 3.3.4 bên dưới. |

Theo đánh giá của các cơ quan quản lý nhà nước cấp trung ương như Văn phòng Chính phủ hay Bộ y tế, trong hệ thống các giải pháp được cân nhắc nhằm đáp ứng mục tiêu thu hút vốn đầu tư để nâng cấp cơ sở hạ tầng, CPH BV công là một trong những biện pháp quan trọng và thu hút sự quan tâm rất lớn. Ban Chỉ đạo Đổi mới và Phát triển Doanh nghiệp - Văn phòng Chính phủ - đã tổ chức "Hội thảo Quốc gia về Thí điểm cổ phần hóa BV công" vào tháng 5/2007 tại TP.HCM chỉ để thảo luận sâu về vấn đề này. Trong hội thảo này, ông Phạm Viết Muôn, đại diện Văn phòng Chính phủ đã khẳng định CPH BV công là một công cụ để thực hiện mục tiêu cuối cùng là đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân với hiệu quả cao nhất. Bên cạnh đó, theo TS. Dương Huy Liệu, Vụ trưởng Vụ Kế hoạch tài chính - Bộ Y tế, CPH BV là một trong những bước đổi mới của đất nước và được xem là

một thử nghiệm trong điều kiện thực tế của Việt Nam, nếu hoạt động thí điểm này thành công thì sẽ tiếp tục nhân rộng trong toàn hệ thống y tế.

Tại Tp. HCM, thực hiện thí điểm CPH BV cũng là một vấn đề có ý nghĩa vô cùng quan trọng. CPH được coi là xu thế tất yếu trong quá trình đổi mới hoạt động. Bác sĩ Nguyễn Thế Dũng, giám đốc Sở Y tế TP.HCM, cũng nhận định rằng: "Ngành y tế TP quyết tâm CPH BV Bình Dân vì thí điểm CPH để thu hút vốn đầu tư của xã hội vào các BV là một bức xúc của ngành y tế Tp"[5]. Công văn 4995/VPCP-ĐMDN ngày 05/09/2005 của Thủ tướng về việc cho phép Ủy ban nhân dân (UBND) Tp. HCM xây dựng đề án thí điểm CPH BV Bình Dân là một bằng chứng cụ thể thể hiện ý chí của các cơ quan quản lý nhà nước về vấn đề này.

[5] Nguồn: http://www.tuoitre.com.vn/tianyon/Index.aspx?ArticleID=204218&ChannelID=3 lấy ngày 12/3/2010 [13]

# CHƯƠNG 3: Tiến trình thực hiện cổ phần hóa và những vấn đề còn vướng mắc: Nghiên cứu trường hợp BV Bình Dân

## 3.1. Nguyên nhân chọn BV Bình Dân

Với mối quan tâm đến việc CPH dịch vụ y tế công, Chính phủ đã giao cho Tp.HCM – cơ quan chuyên trách là Sở Y tế - thực hiện thí điểm hoạt động này. Trong Quyết định 62/SYT-QĐ ngày 09/02/2006 của Sở Y tế Tp về việc thành lập Tổ giúp việc cho Ban chỉ đạo thí điểm CPH BV Bình Dân, Sở y tế đã nêu rõ sẽ thực hiện thí điểm với BV chuyên khoa đầu ngành. BV Bình Dân được chọn với tư cách là BV tiêu biểu, đại diện cho hệ thống BV công tại Tp.HCM. Cụ thể, BV Bình Dân là cơ quan hành chính sự nghiệp có thu và là BV ngoại khoa tuyến cuối hạng I của các tỉnh phía Nam. Vì cơ chế quản lý BV công là thống nhất trên toàn quốc nên để phân tích mô hình quản lý BV công nói chung thì việc phân tích BV Bình Dân có tính đại diện. Đó cũng là lý do tại sao luận văn này chọn nghiên cứu trường hợp BV Bình Dân.

## 3.2. Mô tả tình huống BV Bình Dân

### 3.2.1. Mục tiêu CPH BV Bình Dân

Mục tiêu CPH BV Bình Dân đã được xác định trong đề án từ trước khi thực hiện như sau[6]:

- Chuyển hình thức sở hữu 100% vốn nhà nước thành hình thức sở hữu của các cổ đông. Tạo sự thay đổi căn bản về phương thức quản lý, từng bước đầu tư đổi mới công nghệ, phát triển quy mô, năng lực khám chữa bệnh nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động hiện nay và trong tương lai.
- Huy động nguồn vốn của cán bộ công nhân viên trong BV, của các cá nhân, các tổ chức kinh tế trong nước và ngoài nước để đầu tư phát triển BV Bình

[6] Nguồn: Sở Y tế Tp. HCM, *Đề án thí điểm CPH BV Bình Dân*, 1/2007 [14]

Dân, từ đó phát triển năng lực, chất lượng khám chữa bệnh của BV theo cả chiều rộng và chiều sâu.

- Nâng cao năng lực khám chữa bệnh, hiệu quả hoạt động và chất lượng dịch vụ, giữ vững vị trí BV ngoại khoa hàng đầu của Tp. HCM và khu vực phía Nam, tiến tới mục tiêu ngang bằng các BV có uy tín trong khu vực Đông Nam Á.
- Tiếp tục thực hiện chính sách an sinh xã hội, đảm bảo việc chăm sóc ngày càng tốt hơn cho các đối tượng chính sách và người nghèo.
- Thực hiện cơ chế tự chủ trong tài chính dựa trên nguyên tắc thu đủ bù chi và đảm bảo nguồn tài chính và nhân lực để tái đầu tư với mục tiêu chất lượng và hiệu quả cao trong hoạt động khám chữa bệnh.
- Nâng cao vai trò làm chủ thật sự, gắn chặt trách nhiệm, công việc và quyền lợi của cán bộ công nhân viên, tạo động lực thúc đẩy trong công tác điều hành, quản lý hoạt động có hiệu quả, nâng cao thu nhập của người lao động và góp phần tăng trưởng kinh tế đất nước.

### 3.2.2. Tình hình hoạt động của BV Bình Dân trước khi CPH

Trước khi chuẩn bị đề án CPH, tình hình doanh thu, chi phí của BV Bình Dân được minh họa trong bảng 3.2 trang bên.

**Bảng 3.2. Doanh thu, chi phí và lợi nhuận 3 năm trước CPH của BV Bình Dân**

| Chỉ tiêu | Năm 2003 (triệu đồng) | Năm 2004 (triệu đồng) | Năm 2005 (triệu đồng) | 6 tháng đầu 2006 (triệu đồng) |
|---|---|---|---|---|
| 1. Doanh thu thuần | 56.451,5 | 63.356,5 | 78.803,0 | 41.690,5 |
| Viện phí | 46.715,5 | 51.885,4 | 55.807,9 | 27.939,2 |
| BHYT | 5.190,6 | 4.888,8 | 6.492,6 | 5.329,2 |
| Hoạt động khám chữa bệnh dịch vụ | 4.473,4 | 6.528,9 | 15.086,4 | 7.743,5 |
| Hoạt động khác | 72,0 | 53,4 | 1.416,1 | 678,6 |
| | | | | |
| 2. Chi phí | 56.831,4 | 63.059,3 | 63.204,6 | 19.701,6 |
| Thanh toán cho nhân viên | 22.328,1 | 25.455,7 | 18.955,7 | 5.887,8 |
| Hàng hóa dịch vụ | 34.503,3 | 37.603,6 | 44.248,9 | 13.813,8 |
| | | | | |
| 3. Lợi nhuận gộp | (379,9) | 297,2 | 15.598,4 | 21.988,9 |
| | | | | |
| 4. Chi phí khác | 5.599,5 | 2.055,5 | 21.529,9 | 44,4 |
| Khấu hao | 5.558,2 | 1.970,5 | 6.734,9 | 12,3 |
| Chi khác | 41,3 | 85,0 | 14.795,0 | 32,1 |
| | | | | |
| 5. Lợi nhuần thuần | (5.979,4) | (1.758,3) | (5.931,5) | 21.944,5 |

(*Nguồn: BV Bình Dân, Báo cáo tài chính 2003 – 2007 [1]*)

Theo những tính toán ở trên, nếu không kể 6 tháng đầu năm 2006 là khoảng thời gian các số liệu chưa được thống kê đầy đủ, BV Bình Dân hoạt động trong suốt ba năm gần nhất liên tục bị lỗ. Để có thể duy trì hoạt động, Bình Dân đã được trợ cấp cho khoản lỗ này từ vốn ngân sách.

Tuy nhiên, các số liệu thống kê của BV Bình Dân làm nảy sinh nhiều câu hỏi, như: Tại sao doanh thu hoạt động khám chữa bệnh dịch vụ năm 2005, 2006 lại tăng vọt trong khi chi phí năm 2005 hầu như không thay đổi so với năm 2004 và chi phí sáu tháng đầu năm 2006 thậm chí lại giảm đi? Điều này đã kéo theo lợi nhuận gộp của BV trong hai năm đó tăng cao đến mức khó hiểu, cụ thể là lợi nhuận năm 2005 tăng gần gấp 52,5 lần so với năm 2004. Dường như không có sự tương thích về doanh thu và chi phí hoạt động của BV Bình Dân trong giai đoạn này. Một số ý kiến cho rằng sở dĩ như vậy vì đây là giai đoạn BV bắt đầu vận hành Khu khám và điều trị kỹ thuật cao mới được xây dựng song ý kiến này không đủ để giải thích một cách thỏa đáng. Nguyên nhân là Khu khám và điều trị kỹ thuật cao mới được đưa vào sử dụng từ 19/5/2006 và vẫn đang tiếp tục được xây dựng hoàn thiện. Khoảng thời gian hơn một tháng vận hành đầu tiên của Khu không thể giúp doanh thu của BV tăng vọt như vậy mà lại không làm phát sinh thêm chi phí. Vậy điều gì nằm đằng sau các con số không thể giải thích này? Các con số báo cáo này có liên quan gì đến quá trình CPH dự kiến được tiến hành không?... đều là những nghi vấn gây nhiều tranh cãi.

Về hoạt động, BV Bình Dân cũng thường xuyên rơi vào tình trạng quá tải. Bên cạnh đó, như đã trình bày ở phần 2.2, công tác quản lý của BV Bình Dân còn nhiều hạn chế, tiêu biểu là mức độ tin học hóa yếu kém trong quản lý thông tin và quản lý bệnh nhân.

### 3.2.3. Nội dung CPH BV Bình Dân

Hình thức CPH BV Bình Dân được nêu rõ như sau: “Căn cứ đặc điểm và tình hình thực tế, BV chọn hình thức CPH thứ nhất theo Điều 3 Nghị định 187/2004/NĐ-CP của Chính phủ ngày 16/11/2004: Giữ nguyên phần vốn Nhà nước

hiện có tại BV, phát hành cổ phần thu hút thêm vốn để chuyển thành Công ty cổ phần BV Bình Dân"[7].

Khi thực hiện CPH, BV Bình Dân dự kiến có vốn điều lệ là 150 tỷ đồng chia thành 150 triệu cổ phần. Như vậy trị giá mỗi cổ phần là 10 ngàn đồng. Cơ cấu sở hữu trong tổng vốn điều lệ được minh họa cụ thể trong bảng 3.3 bên dưới.

**Bảng 3.3. Cơ cấu sở hữu trong tổng vốn điều lệ của BV Bình Dân**

| TT | Cổ đông | Số cổ phần | Tổng vốn | Tỷ lệ |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Nhà nước | 9.000.000 | 90.000.000 | 60% |
| 2 | CBCNV | 1.831.000 | 10.831.000 | 12,21% |
| 3 | Cổ đông chiến lược | 1.168.200 | 10.168.200 | 7,79% |
| 4 | Cổ đông bên ngoài | 3.000.000 | 30.000.000 | 20% |
| **Tổng cộng** | | **15.000.000** | **150.000.000** | **100%** |

(*Nguồn: Sở Y tế Tp. HCM, Đề án thí điểm CPH BV Bình Dân, 1/2007 [14]*)

Như vậy, sau khi CPH, BV dự kiến sẽ thu hút được khoảng 50-60 tỷ đồng thêm vào với số vốn nhà nước hiện nay để phục vụ cho mục tiêu cải tạo, đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng và trang bị thêm trang thiết bị y tế.

Chi phí dự kiến cho tiến trình CPH là 400 triệu đồng. Sơ đồ tổ chức dự kiến của BV Bình Dân sau khi CPH được trình bày chi tiết trong Phụ lục 3.

Về phương án hoạt động, sau CPH, BV Bình Dân sẽ có ba đối tượng bệnh nhân riêng biệt: Bệnh nhân có thu nhập đủ trả chi phí khám chữa bệnh; Bệnh nhân diện chính sách và người nghèo; Bệnh nhân thuộc đối tượng BHYT.

Về hoạt động cụ thể sau khi CPH, đề án nêu rõ phương án tài chính, phương án hoạt động kinh doanh và phương án đầu tư xây dựng mở rộng BV (tham khảo Phụ lục 4 về nội dung chi tiết của ba phương án này).

[7] Nguồn: Sở Y tế Tp. HCM, *Đề án thí điểm CPH BV Bình Dân*, 1/2007 [14]

### 3.3. Các vấn đề vướng mắc và nguyên nhân tạm dừng CPH

3.3.1. Thực trạng CPH BV Bình Dân

Đến thời điểm hiện nay, việc CPH BV Bình Dân không có tiến triển gì thêm. Sau khi Sở Y tế Tp. HCM đệ trình "Đề án thí điểm CPH BV Bình Dân" lên Chính phủ, năm 2008, Chính phủ đã ban hành quyết định về việc đình chỉ CPH các BV công. Xét về bản chất, việc đình chỉ CPH này được thực hiện dựa trên nhiều yếu tố. Tuy nhiên, trong tiến trình đó không hề có báo cáo phân tích nguyên nhân, thực trạng hay đánh giá các lợi ích và những điểm phải chấp nhận đánh đổi của hoạt động này. Vậy, nguyên nhân thực sự của việc đình chỉ CPH các BV công nói chung và BV Bình Dân nói riêng là gì?

3.3.2. Các nguyên nhân bề mặt

Các nguyên nhân bề nổi của việc Chính phủ ra quyết định đình chỉ CPH các BV công nói chung và BV Bình Dân nói riêng chủ yếu là các nguyên nhân thuộc về phạm trù kinh tế. Cụ thể, các nguyên nhân chính bao gồm: Chưa có sự thống nhất về phương thức và chi phí khám chữa bệnh cho người nghèo thuộc diện chính sách; Định giá BV trước khi CPH chưa thỏa đáng; Một số vấn đề tiêu cực nảy sinh trong quá trình tiến hành CPH.

Nguyên nhân đầu tiên để Chính phủ tạm dừng quá trình CPH BV Bình Dân là vì trong Đề án CPH không trình bày cụ thể và thuyết phục phương thức khám chữa bệnh cho người thuộc diện chính sách và người nghèo. Theo như cách thức CPH, 60% vốn cổ phần thuộc về Nhà nước. Do vậy, sau khi CPH, BV được kỳ vọng là không được chệch hướng bình đẳng trong khám chữa bệnh và phải có cách thức chăm lo cho người nghèo ở diện chính sách. Tuy nhiên, trong Đề án chỉ có vài dòng nêu chung chung rằng BV Bình Dân phải "đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho đối tượng bệnh nhân thuộc diện chính sách và người nghèo" và "hỗ trợ chi phí

khám chữa bệnh với tỷ lệ thích hợp cho các đối tượng này như đã thực hiện trước khi CPH"[14]. Những luận điểm này có thể coi là không có tính khả thi vì sau khi CPH, cơ chế quản lý và hoạt động đã thay đổi. Nếu không có kế hoạch cụ thể, BV sẽ không thể duy trì một số hoạt động theo cơ chế cũ, đặc biệt là những hoạt động mang tính nhân đạo và không đem lại lợi nhuận. Ngoài ra, trong Đề án cũng chỉ ra rằng chi phí hỗ trợ đó được trích từ nguồn cổ tức có được của phần vốn Nhà nước để lại cho BV. Song, theo như Báo cáo tài chính, BV nhiều năm hoạt động liên tục lỗ và luôn cần được trợ cấp từ vốn ngân sách. Vậy điều gì sẽ xảy ra nếu sau khi CPH, BV tiếp tục vận hành mà không có lãi? Câu hỏi mà Đề án CPH còn chưa trả lời được thấu đáo là: Khi không có cổ tức, phần kinh phí hỗ trợ an sinh cho người nghèo sẽ lấy ở nguồn nào ra?

Một nguyên nhân quan trọng khác dẫn đến tình trạng tạm dừng CPH là việc sẽ gây thất thoát rất nhiều tài sản của Nhà nước do việc định giá BV trước CPH không thỏa đáng, cả đối với tài sản hữu hình và tài sản vô hình. Thứ nhất, đối với tài sản hữu hình, theo Đề án được đệ trình, giá trị thực tế của BV được tính theo công thức chiết khấu dòng tiền là 156,17 tỷ đồng, trong đó giá trị quyền sử dụng toàn bộ diện tích đất gần 14 ngàn $m^2$ tại mặt tiền đường Điện Biên Phủ được xem là bằng không. Chỉ so sánh riêng với giá trị hàng ngàn tỷ đồng của toàn bộ diện tích đất sử dụng thì giá trị thực tế được tính ra này đã là một con số quá nhỏ bé. Đó là còn chưa kể đến Khu điều trị kỹ thuật cao được đầu tư 84,95 tỷ đồng mới được đưa vào sử dụng bỗng nhiên trong sổ sách lại trở thành khoản nợ hơn 20 tỷ.

Ngoài ra, nhiều loại tài sản vô hình của BV Bình Dân chưa được tính đến trong quá trình định giá trước CPH. Một trong những tài sản vô hình đó là giá trị lợi thế kinh doanh và thương hiệu của BV. Thông thường, giá trị của thương hiệu chiếm một tỉ lệ không nhỏ trong tài sản của doanh nghiệp. Theo một nghiên cứu của Công ty Interbrand và J.P.Morgan năm 2002, giá trị trung bình của thương hiệu chiếm ít nhất bằng 1/3 tổng giá trị cổ phiếu. Đối với những thương hiệu lớn như Nokia, Coca-Cola thì thương hiệu chiếm 51% giá trị, Disney 68%, McDonalds 71%... Trong khi đó, giá trị thương hiệu của BV hoàn toàn không được đề cập trong

quá trình định giá. Tất nhiên, tại thời điểm đó, hệ thống văn bản quy phạm pháp luật chưa có văn bản chính thức nào quy định cụ thể việc định giá thương hiệu trong quá trình CPH các doanh nghiệp nhà nước nói chung. Tuy nhiên, BV Bình Dân đã hình thành và được đầu tư hơn 50 năm qua, toạ lạc tại khu vực trung tâm của Tp. HCM nên có một lợi thế thương mại rất lớn. Đồng thời BV cũng có đội ngũ thầy thuốc nổi tiếng, giỏi về chuyên môn; khả năng điều trị tốt được nhiều người trong cả nước biết đến… Các yếu tố trên đã tạo nên một thương hiệu mà ai cũng nhận ra. Đáng lẽ ra, trước khi tiến hành CPH, BV Bình Dân cần phải được tiến hành nghiên cứu độc lập nhằm định giá thương hiệu một cách chính xác. Theo kết quả nghiên cứu của Công ty Interbrand và J.P.Morgan về định giá thương hiệu nói chung, nếu chỉ thử tính ở mức trung bình thì giá trị thương hiệu của BV Bình Dân có thể đã lên đến 78 tỉ đồng. Giá trị này còn chưa bao gồm những tài sản vô hình khác như trình độ chuyên môn của đội ngũ y bác sĩ tại đây. Giá trị lợi thế kinh doanh và thương hiệu của BV đều là tài sản giá trị song bộ phận xây dựng đề án định giá toàn bộ bằng không. Nếu cộng thêm giá trị hai khu đất của BV thì tổng giá trị tài sản có thể lên đến gần 1.100 tỷ đồng, gấp 12 lần số tiền được định giá trong phương án CPH.

Với cách tính như trong Đề án, chắc chắn Nhà nước sẽ bị thất thoát tài sản. Nếu giá trị tài sản được định giá của BV phản ánh đúng giá trị thật của nó thì khi CPH, những thất thoát tài sản không đáng có cho Nhà nước sẽ được hạn chế. Mặt khác, việc định giá đúng cũng giúp nhà quản lý, điều hành BV cổ phần khai thác tốt nhất tài sản hiện có để đem lại lợi nhuận cho các cổ đông. Nếu giá trị tài sản là 156 tỷ đồng thì phương thức quản lý sẽ khác với phương thức, bộ máy, áp lực quản lý đối với khối tài sản có quy mô trị giá 1.100 tỷ đồng. Như vậy, nếu việc CPH BV Bình Dân thành hiện thực, chưa biết dịch vụ y tế tốt hơn tới mức nào hay hoạt động đem lại lợi nhuận ra sao nhưng việc Nhà nước bị thất thoát tài sản và chỉ một số ít cá nhân được hưởng lợi là hoàn toàn chắc chắn.

Nguyên nhân chính thức thứ ba để Chính phủ đình chỉ CPH BV Bình Dân là tình trạng mua bán cổ phiếu ảo trên thị trường chợ đen. Từ vài tháng trước khi đề án còn chưa xây dựng xong, cổ phiếu BV Bình Dân đã được rao bán rộng rãi trên

mạng. Có vô số nguồn tin không chính thức tung tin bán cổ phiếu, rao giá cổ phiếu BV Bình Dân. Ngay trong thời điểm một số cơ quan chức năng mạnh mẽ lên tiếng phản đối chủ trương CPH BV này, việc chào bán cổ phiếu của BV Bình Dân trên các website www.vinaotc.com , www.sanotc.com vẫn diễn ra nhộn nhịp. Đây thực sự là việc làm không hợp pháp vì không thể để diễn ra tình trạng mua đi bán lại cổ phiếu trong khi cổ phiếu hoàn toàn chưa được phát hành. Báo cáo tài chính của BV Bình Dân trong ba năm gần nhất cũng góp phần tạo ra thông tin bất cân xứng trên thị trường cổ phiếu chợ đen này. Có nhiều ý kiến cho rằng việc lợi nhuận gộp của BV Bình Dân tăng cao phi lý như đã trình bày ở trên có liên quan mật thiết đến giá trị cổ phiếu trên thị trường chợ đen. Họ nghi vấn rằng phải chăng BV cố tình thực hiện việc khai tăng lợi nhuận để đẩy giá cổ phiếu lên cao và tạo điều kiện cho một số cá nhân trục lợi? Dù sao đi nữa, do tình trạng thông tin bất cân xứng nên tại cùng một thời điểm, tại các nguồn khác nhau giá cổ phiếu được rao bán cũng khác nhau và dao động ở một biên độ rộng đến mức khó hiểu. Cụ thể, trong khi mệnh giá cổ phiếu BV Bình Dân chỉ có 10.000 đồng thì giá một cổ phiếu trong thời điểm này dao động từ 70.000 đồng đến 110.000 đồng. Điều đó đã góp phần gây nhiễu loạn thị trường cổ phiếu, làm mất lòng tin của người dân vào tính ổn định của thị trường còn khá non trẻ này.

### 3.3.3. Các nguyên nhân sâu xa

Bên cạnh các nguyên nhân bề mặt như đã phân tích ở trên, việc đình chỉ CPH BV Bình Dân thực chất bị chi phối mạnh mẽ bởi các yếu tố chính trị và xã hội. Đề án CPH BV đang được tiến hành và thậm chí còn chưa đệ trình lên chính phủ thì làn sóng phản ứng của dư luận đã dấy lên mạnh mẽ. Trong làn sóng phản đối này, có hai lập luận nổi bật phản ánh quan điểm của người dân về CPH BV công và khiến Chính phủ phải đặc biệt quan tâm.

Thứ nhất, tình trạng CPH có xu hướng tất yếu dẫn đến gia tăng khoảng cách phân hóa xã hội, biến sứ mệnh của BV thành việc phục vụ bộ phận người có thu

nhập cao và trung lưu hơn là người nghèo. Về mặt tài chính, để bảo đảm được sự tồn vong của mình khi hiện tượng bao cấp hoàn toàn bị cắt bỏ, BV sau CPH sẽ phải tự đầu tư các máy móc và phương tiện y tế khám điều trị hiện đại nhằm cạnh tranh với khối BV tư nhân và BV có vốn đầu tư nước ngoài. Với mức đầu tư lớn và phải tự trang trải chi phí như vậy, BV cổ phần tất yếu sẽ phải nâng mức thu viện phí, không những vượt khung nhà nước áp dụng cho các BV công mà có thể còn cao hơn gấp nhiều lần. Tất nhiên, với những người thuộc tầng lớp trung lưu thì việc tăng viện phí có thể sẽ không ảnh hưởng nhiều nếu điều này đi kèm với một dịch vụ tốt hơn. Bất cập nằm ở tầng lớp những người có thu nhập thấp, ví dụ như nông dân, họ sẽ không thể đảm bảo có đủ nguồn lực tài chính để khám chữa bệnh. Đó là còn chưa tính đến những hộ thuộc diện gia đình chính sách hay người nghèo. Nếu họ phải điều trị nội trú thì có khả năng tiền trả cho các dịch vụ sinh hoạt còn cao hơn cả tiền thuốc. Ngay những người có bảo hiểm y tế cũng phải chịu 20% chi phí khám chữa bệnh theo Luật Bảo hiểm y tế mới ban hành. Nếu cứ phải chịu khoản thanh toán 20% này trong một thời gian dài trong khi viện phí lại tiếp tục tăng thì thu nhập gia đình người bệnh khó mà gánh chịu được. Phần lớn dân cư đều lo sợ rằng sau khi CPH BV công, họ sẽ phải sẽ chi trả nhiều tiền hơn cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Sự gia tăng chi phí vượt bậc khiến cho những bệnh nhân có thu nhập thấp càng đặc biệt khó có điều kiện tiếp cận các dịch vụ khám và điều trị hơn. Tất yếu họ sẽ thiếu đi sự bảo đảm cần thiết về điều kiện sức khỏe. Điều đó góp phần làm hiện rõ hố sâu phân hóa xã hội giữa người giàu với lớp người nghèo và nghèo nhất.

Thứ hai, nhiều quan điểm cho rằng việc CPH BV công đồng nghĩa với việc chuyển chức năng thiêng liêng là phục vụ một cách bình đẳng và vô điều kiện cho người dân sang chức năng kinh doanh sức khỏe. Trong trường hợp BV Bình Dân, do ảnh hưởng của cơ cấu sở hữu (tư nhân nắm giữ gần một nửa số cổ phần), các quyết định của BV sau CPH rất dễ bị chi phối theo lợi ích riêng, làm hạn chế việc chăm lo cho một số tầng lớp dễ bị tổn thương trong xã hội. Theo con số thống kê hiện tại của BV Bình Dân, chỉ trong ba tháng đầu năm 2007, số viện phí mà BV

không thể thu được từ các đối tượng khác nhau đã lên đến trên 430 triệu đồng[8]. Con số này tương đương với khoảng 1,2 tỷ đồng mỗi năm. Điều này là do một số lớn người dân có thu nhập thấp không có khả năng tài chính để theo đuổi điều trị tại các BV. Trong thực tế, tồn tại một số không nhỏ bệnh nhân trốn viện trong tình trạng sức khỏe chưa ổn định chỉ vì không có khả năng thanh toán viện phí. Đối với những bệnh nhân này, việc CPH BV công sẽ chẳng đem lại lợi ích gì cho họ. Hơn thế nữa, sau khi đã CPH, BV sẽ phải chịu áp lực về việc trả cổ tức cho cổ đông và buộc phải có lợi nhuận đúng nghĩa - nếu không muốn nói là phải tối đa hóa lợi nhuận theo kinh tế thị trường. Như vậy rất khó để nói đến chuyện xây dựng và thực thi một cách hiệu quả những chính sách cho bệnh nhân nghèo. Cơ sở của dòng lập luận này là người dân ngầm định rằng cung ứng dịch vụ y tế ở mức tối thiểu là trách nhiệm của chính phủ, đặc biệt là chính phủ XHCN như ở nước ta hiện nay. Do đó, có nhiều luồng dư luận cho rằng CPH BV Bình Dân sẽ kéo theo hệ quả là BV kinh doanh trên sức khỏe, tính mạng người dân. Điều này đi ngược lại bản chất của chế độ xã hội Việt Nam là chăm lo cho người nghèo, điều vốn được xem là những điểm tốt đẹp của nhà nước XHCN.

Hơn thế nữa, quyết định đình chỉ CPH BV Bình Dân về bản chất chịu sự ảnh hưởng không nhỏ của những tác động chính trị. Ủy ban Mặt trận Tổ quốc (MTTQ) Tp. HCM đã tổ chức một hội thảo độc lập ngày 13/04/2007 với sự tham gia của nhiều đại biểu để lấy ý kiến về việc CPH BV Bình Dân ngay khi đề án CPH còn đang trong giai đoạn chuẩn bị. Phó Chủ tịch ủy ban MTTQ Lê Hiếu Đằng đã khẳng định trong hội thảo rằng ông và nhiều đồng chí khác ở ủy ban MTTQ cũng như các đoàn thể khác chỉ được biết chủ trương CPH BV Bình Dân qua báo chí[9]. Điều này trái ngược hẳn với quy định trong luật của MTTQ rằng chính quyền các cấp trước khi ban hành một quyết định gì, nhất là những vấn đề có liên quan đến quyền lợi người dân, đều phải thông qua MTTQ.

---

[8] Nguồn: BV Bình Dân, *Báo cáo thống kê sáu tháng đầu năm*, 2008[2].
[9] Nguồn: http://www.sggp.org.vn/xahoi/2007/4/94955/

Hội thảo này của MTTQ cũng gây sức ép không nhỏ lên chủ trương của chính quyền cấp tỉnh với lý do chủ trương này chưa hề được phản biện trong khối dân chính đảng, thậm chí hành lang pháp lý cũng chưa rõ ràng. Câu trả lời báo chí của ông Nguyễn Chí Hùng - Giám đốc BV Bình Dân - về việc CPH BV Bình Dân khi chưa có hành lang pháp lý rằng cái mà họ đang vận dụng có sự điều chỉnh không giống luật mà lại đúng luật cũng không giải thích thỏa đáng những khúc mắc hiện đang tồn tại. Quan điểm của MTTQ trong và sau hội thảo là đề nghị các cơ quan có thẩm quyền xem xét lại vấn đề CPH này vì chính phủ không thể thí điểm trên sức khỏe người dân. Tiến sĩ Trần Du Lịch đã phát biểu trong hội thảo: "Không để ngành y tế thành đối tượng kinh doanh siêu lợi nhuận. Nếu Nhà nước để như vậy là có lỗi với dân"[10]. Khuôn khổ pháp lý thiếu rõ ràng (tức là tiến trình CPH chưa thông suốt về mặt kỹ thuật) cộng thêm sức ép của dư luận quần chúng (đồng nghĩa với việc đường lối bị cản trở) là nguyên nhân quan trọng khiến cho tiến trình CPH không thể tiếp tục tiến hành.

Ngoài ra, việc đình chỉ CPH BV Bình Dân có thể còn chịu ảnh hưởng của một lý do tế nhị khác là quan điểm của các cấp ra quyết định. Thông thường, khởi đầu của một hoạt động thí điểm về mặt chính sách luôn bắt nguồn từ quan điểm của cấp trung ương. Mặc dù các cấp chính quyền địa phương là chủ thể đề xuất thí điểm hoạt động song sự ủng hộ ngầm của cấp trung ương luôn hậu thuẫn đằng sau đề xuất đó. Tuy nhiên, hoạt động thí điểm CPH BV Bình Dân vận hành với cơ chế hơi khác biệt. Đây hoàn toàn là sáng kiến của chính quyền Tp. HCM. Chính quyền Tp. HCM đã chủ động đề xuất lên trung ương để thực hiện hoạt động này. Do vậy, khi vấp phải sự phản ứng mạnh mẽ từ phía dư luận, các cấp ra quyết định của Tp. HCM trở nên ngần ngại và có thể không dám quyết định vì lý do sợ trách nhiệm. Quyết định đình chỉ CPH của chính quyền Tp. HCM (trong khi không có báo cáo nguyên nhân, phân tích các điểm mạnh điểm yếu cũng như khuyến nghị về định hướng chính sách trong tương lai) chắc chắn có phần không nhỏ là do chịu sức ép và tác động chính trị của nhiều bên liên quan.

[10] Nguồn: http://www.infotv.vn/chung-khoan/phan-tich-binh-luan/36274-co-phan-hoa-benh-vien-cong-di-vao-ngo-cut [6]

### 3.4. Phân tích phương án CPH BV Bình Dân

Vấn đề sâu xa mà dư luận cũng như các cơ quan có chức năng chưa đề cập đến trong việc tạm ngưng CPH BV Bình Dân là: Giả sử quyết định CPH được thực hiện thành công thì liệu những mục tiêu đặt ra có được giải quyết thấu đáo không?

Trước hết, với mục tiêu đầu tiên là CPH BV nhằm chuyển hình thức sở hữu và thay đổi phương thức quản lý, BV sẽ chỉ đạt thành công ở một mức độ nhất định. Chắc chắn, việc chuyển đổi hình thức sở hữu sẽ được hoàn thành song đây chỉ là loại thành công bề mặt. Việc chuyển đổi sở hữu một phần quan trọng là nhằm hướng đến thay đổi phương thức quản lý. Trong khi đó, một trong những vấn đề chính về phương thức quản lý mà CPH đặt ra là "Thực hiện cơ chế tự chủ trong tài chính". Đây thực sự là một luận điểm cần xem xét chi tiết dưới nhiều khía cạnh. Sau khi CPH hóa, vấn đề nảy sinh là thiết lập cơ chế tự chủ tài chính ở mức độ nào. Sự tự chủ này liệu có khả năng được thực sự duy trì không khi nhà nước vẫn nắm giữ 60% vốn cổ phần của BV. Mặt khác, nếu như nhà nước hoàn toàn không can thiệp đến cơ chế quản lý tài chính và giao cho Hội đồng quản trị BV toàn bộ quyền tự trị thì chuyện gì sẽ xảy ra? Hội đồng quản trị BV sẽ có toàn quyền tự do chi tiêu ngân sách, định các điều kiện và thang bậc lương bổng cho nhân viên, chuyển ngân sách giữa các khoa trong BV, mua bán bất động sản; đặt ra các quyền lợi và quy định trách nhiệm cho nhân viên, quyết định cung cấp hay ngừng cung cấp các dịch vụ làm tổn hao ngân sách... Hệ quả kéo theo là để đảm bảo thu đủ bù chi, tình trạng tăng viện phí lên cao quá mức hoàn toàn có thể xảy ra. Tự chủ về tài chính theo cách này có thể đem lại lợi ích cho BV, nói cách khác là cho một nhóm nhỏ trong xã hội song lại thực sự gây ra những ngoại tác xã hội khác không thể lường trước được. Đồng thời, cũng rất khó xác định giá trị kinh tế mà ngoại tác đó gây ra để so sánh xem tổng lợi ích xã hội từ việc CPH này là con số mang giá trị dương hay giá trị âm. Một điểm nữa trong việc thay đổi phương thức quản lý là nhằm "Nâng cao vai trò làm chủ của cán bộ công nhân viên". Nếu nói nâng cao vai trò làm chủ thì

không nhất thiết phải CPH vì mặt trái của việc cán bộ công nhân viên nắm giữ các cổ phần là chạy theo lợi nhuận tối đa. Để hướng đến mục đích này, việc trao quyền tự trị cho BV trong khuôn khổ hệ thống các quy định của nhà nước mới là giải pháp có tính lâu dài và ít hệ lụy hơn. Như vậy, thành công của mục tiêu đầu tiên thực sự không rõ ràng.

Mục tiêu thứ hai trong tiến trình CPH BV Bình Dân là "Huy động nguồn vốn". CPH BV Bình Dân để nhằm huy động thêm nguồn lực từ xã hội, tạo một nguồn lực tài chính ổn định, tạo động lực để hiện đại hóa cơ sở hạ tầng, nâng cấp trang thiết bị của BV, đào tạo đội ngũ nhân viên y tế và từ đó nâng cao năng lực khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe nhân dân tốt hơn. Mục tiêu đặt ra dường như rất hợp lý và có tính khả thi cao nhưng kết quả dự kiến sau CPH thì thiếu hẳn tính thuyết phục. Hiện nay, trong bảng định giá tài sản, vốn của nhà nước chiếm trên 90 tỷ đồng. Sau khi CPH, nguồn lực tài chính thu hút thêm sẽ khoảng chừng 50 - 60 tỷ đồng nữa. Nếu căn cứ vào các số liệu thống kê thì việc CPH như vậy không hề cần thiết. Nguyên nhân là do vốn ngân sách hàng năm cấp cho BV Bình Dân trung bình khoảng trên 20 tỷ đồng, năm 2007 đã lên tới trên 36 tỷ đồng[11]. Nếu chỉ để thu hút thêm một số lượng vốn gấp đôi số vốn ngân sách hàng năm cấp cho BV mà buộc phải tiến hành hình thức bán tài sản công như cách CPH sẽ làm thì rõ ràng là biện pháp này không hề thỏa đáng.

Mục tiêu thứ ba của CPH là "Nâng cao hiệu quả và chất lượng dịch vụ điều trị" - trong đó đặc biệt nhằm giải quyết tình trạng quá tải của BV - cũng chưa chắc đã đạt được. Nguyên nhân của thực tế này là do BV Bình Dân hiện được xem là cơ sở điều trị đứng đầu tại khu vực phía nam về phẫu thuật và siêu phẫu khó khăn phức tạp đối với nhiều cơ quan nội tạng. BV Bình Dân cũng là một trong những BV đi tiên phong trong các kỹ thuật tiên tiến (như phẫu thuật nội soi). Về ngoại niệu, BV Bình Dân có uy tín cao và là trung tâm lớn chữa trị cho nhiều bệnh lý khác nhau. Đội ngũ nhân viên y tế của BV cũng có trình độ chuyên môn cao, nhiều năm kinh nghiệm. Về cơ sở hạ tầng, BV Bình Dân được biết đến do sự mới hình thành của

[11] Nguồn: BV Bình Dân, *Báo cáo tài chính*, 2007 [1]

Khu khám và điều trị chất lượng cao với kỹ thuật tiên tiến, trang thiết bị hiện đại. Như vậy, sau khi CPH, cho dù BV Bình Dân nâng cấp và mở rộng thêm cơ sở hạ tầng thì do sự chênh lệch về uy tín, chất lượng so với các BV khác, khả năng các bệnh nhân sẽ vẫn tiếp tục đổ về BV Bình Dân để khám chữa bệnh là rất lớn. Với thực tế là chỉ tiến hành CPH một BV đơn lẻ mà không phải là nâng cấp toàn hệ thống y tế thì việc hạn chế tình trạng quá tải trong khám chữa bệnh tại BV Bình Dân là không khả thi.

Thêm vào đó, việc nâng cao chất lượng điều trị chỉ nhờ CPH là điều cần được xem xét lại. Một số nghiên cứu của các chuyên gia nước ngoài tại BV cho thấy, chất lượng điều trị không chỉ phụ thuộc vào trang thiết bị hiện đại, kinh phí của BV, trình độ chuyên môn của nhân viên y tế mà còn phụ thuộc rất nhiều vào thái độ làm việc của đội ngũ y bác sỹ. Một khi chưa có cơ chế rõ ràng để thay đổi thái độ làm việc, khuyến khích tinh thần trách nhiệm thái độ làm việc của y bác sỹ trong BV thì việc CPH sẽ khó lòng giải quyết được chỉ tiêu chất lượng này. Ví dụ khác được nêu ra là việc đào tạo trình độ nghiệp vụ cho kỹ thuật viên. Như ở Thụy Điển, việc đào tạo sử dụng máy siêu âm phải mất tới 5 năm nhưng tại Việt Nam thì quá trình tập huấn nghiệp vụ được thực hiện khá sơ sài. Như vậy, có thể thấy rằng vấn đề của việc nâng cao chất lượng điều trị chủ yếu nằm ở khoảng trống về cơ chế chứ không phải lỗi của hình thức sở hữu trong BV. Xét về một số khía cạnh, việc CPH không thể giải quyết những vấn đề còn tồn tại này.

Ngoài ra, có thể sẽ tồn tại một số mặt trái của quá trình CPH mà Đề án CPH chưa dự đoán và phân tích được. Một trong những mặt trái này là khả năng xuất hiện rủi ro đạo đức như trường hợp của BV Columbia. Sở Y tế Tp. HCM đã hợp tác với nước ngoài lập phòng khám Columbia Gia Định theo mô hình liên doanh liên kết. Nhưng sau hai năm phòng khám hoạt động liên tục báo lỗ, nhà nước đã phải bán hết cổ phần và tự rút lui khiến ngành y tế T.p mất trắng 1.200 $m^2$ đất ở vị trí hai mặt tiền. Chưa có ai dự đoán và đưa ra phương án nhằm hạn chế đến mức thấp nhất khả năng sau khi CPH, BV Bình Dân cũng liên tục hạch toán lỗ. Nếu rủi ro đạo đức xảy ra, hoàn toàn có khả năng nhà nước buộc phải bán hết số cổ phần trong BV

Bình Dân sau một số năm làm ăn thua lỗ. Có nhiều ý kiến cho rằng nếu như lãnh đạo Sở Y tế và BV Bình Dân cho ra đời một BV Bình Dân 2 theo như mô hình của BV Tâm Đức có lẽ sẽ thuận lợi hơn nhiều và hạn chế tối đa khả năng rủi ro đạo đức này.

Cuối cùng, để áp dụng cho mô hình BV cổ phần thì khả năng thực hiện thành công mục tiêu thứ tư trong Đề án CPH BV Bình Dân là "Thực hiện chính sách an sinh xã hội" càng thấp hơn. Thực hiện an sinh xã hội thực chất là trách nhiệm của chính phủ và được hiện thực hóa trong mô hình BV công. Nếu một BV Bình Dân khi đóng vai trò là một BV công còn chưa thực hiện tốt chức năng này thì khi thay đổi hình thức sở hữu thành BV cổ phần, Bình Dân càng khó hoàn thành sứ mệnh đó vì nhiều nguyên nhân. Thứ nhất, trong Đề án không thấy đề xuất phương án cụ thể để đảm bảo việc chăm sóc cho người nghèo và đối tượng chính sách. Ở Việt Nam nói chung và trong hoạt động của BV nói riêng, rất nhiều quy định, quy chế đã có văn bản rõ ràng nhưng khi thực hiện vẫn còn vướng mắc. Trong khi ở đây, thậm chí còn thiếu cả quy chế và phương án đề xuất thì khi đi vào hoạt động trong thực tế, tình trạng chủ trương một đằng, thực hiện một cách là rất phổ biến. Thứ hai, như đã trình bày ở trên, CPH cũng đồng nghĩa với việc chạy theo mục tiêu tối đa hóa lợi nhuận thông qua mức tăng viện phí. Dễ thấy mức viện phí sẽ tỷ lệ nghịch với khả năng tiếp cận điều trị của người có thu nhập thấp. Như vậy, chính sách an sinh xã hội rất khó được hiện thực hóa sau khi BV Bình Dân được CPH.

Theo những phân tích nói trên, việc CPH BV Bình Dân bị đình chỉ là quyết định hợp lý vì việc CPH này không thể thay đổi tình hình hiện tại và nếu cứ tiếp tục thực hiện thì kết quả đạt được sẽ không như mong muốn. Nguyên nhân của tình trạng này là do sự tồn tại của những vấn đề có tính hệ thống trong điều kiện của Việt Nam hiện nay như: tình trạng khám chữa bệnh vượt tuyến gây nên hoạt động quá tải và mức độ bao phủ thấp của bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân. Thứ nhất, nếu tình trạng khám chữa bệnh vượt tuyến còn tiếp tục xảy ra thì cho dù CPH và nâng cao cơ sở vật chất các BV tuyến cuối và đầu ngành cũng khó lòng giải quyết triệt để

khả năng BV bị hoạt động quá tải. Hiện nay, việc thực hiện nghiêm túc quy định phân tuyến theo chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế về khám chữa bệnh vẫn bị coi nhẹ. Theo quy định, các bệnh nhẹ, bệnh thông thường nên được điều trị ở BV tuyến địa phương và chỉ chấp nhận chuyển lên tuyến trên khi bệnh vượt quá khả năng xử lý của các bác sỹ tuyến dưới. Tuy nhiên, với tâm lý cho rằng BV tuyến trên có chất lượng điều trị tốt hơn, rất nhiều BV các địa phương – là những người có điều kiện về kinh tế - vượt tuyến để khám chữa bệnh. Trong khi đó, BV tuyến trên chưa cương quyết từ chối trong tiếp nhận những bệnh thông thường, những bệnh thuộc quy định của tuyến dưới vào điều trị nội trú (không kể các trường hợp có xác nhận chuyển tuyến). Việc thực hiện không triệt để quy chế phân tuyến theo chuyên môn kỹ thuật đóng góp rất lớn vào việc tăng vọt số lượng người bệnh đến khám tại BV tuyến tỉnh và trung ương. Chừng nào số bệnh nhân chưa được phân bổ điều trị bằng phân tuyến một cách hợp lý, việc CPH các BV công tuyến trung ương sẽ rất khó giải quyết tình trạng quá tải hiện tại.

Thứ hai, BHYT phải đối mặt với thực tế là quỹ bảo hiểm hàng năm luôn thiếu từ 800 - 1.000 tỷ đồng và hiện nay mức chi đang gấp ba lần mức thu. Điều này khiến cho quỹ BHYT chỉ có thể thực sự hoạt động trong bốn tháng, còn tám tháng còn lại của năm luôn có nguy cơ sập quỹ. Do tình trạng của quỹ BHYT như vậy nên thực chất toàn bộ trách nhiệm an sinh xã hội về mặt sức khỏe nhân dân dồn vào vai trò của các BV công. Trong trường hợp các BV công được CPH, mục tiêu vì lợi nhuận của các BV này – như đã phân tích ở trên – tất yếu sẽ hạn chế việc thực hiện trách nhiệm an sinh xã hội. Nếu muốn quỹ BHYT thực sự hoạt động thì mức độ tham gia của BHYT toàn dân phải tăng lên. Theo nguyên tắc san sẻ rủi ro, BHYT phải bao phủ được toàn bộ các tầng lớp nhân dân có thu nhập thấp trong xã hội. Do vậy, chừng nào mức độ bao phủ của BHYT còn chưa rộng khắp, BHYT còn chưa đảm nhiệm được gánh nặng đảm bảo phúc lợi cho toàn dân thì công tác CPH BV công còn gặp nhiều khó khăn và sẽ vấp phải nhiều ý kiến chống đối từ dư luận và quần chúng nhân dân.

## CHƯƠNG 4: Ý nghĩa chính sách

Có thể nói rằng, CPH BV công ở Việt Nam nói chung và ở Tp. HCM nói riêng là một quá trình không hề đơn giản. Dễ thấy CPH BV công là một trong những biện pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế có tính khả thi thấp trong bối cảnh hiện tại, cho dù là ở cấp độ thực hiện thí điểm. Trên cơ sở những phân tích nói trên, có ba khuyến nghị chính sách lớn được đưa ra theo thứ tự mức độ ưu tiên thực hiện về mặt thời gian. Khuyến nghị đầu tiên mà bài viết này đưa ra là không nên tiến hành CPH BV công trong điều kiện hiện nay. Điều này xuất phát từ nhiều nguyên nhân: trách nhiệm của chính phủ trong việc cung cấp hệ thống y tế trong chăm sóc sức khỏe nhân dân, các yếu tố ngoại tác liên quan đến an sinh xã hội và ổn định chính trị, hoạt động của hệ thống BHYT và mức độ bao phủ chưa hoàn thiện. BV công và các công trình phúc lợi xã hội (như trường học) được xem là hiện thân, là những hình thức thể hiện sự quan tâm của một chính phủ đến sự an sinh của người dân. Rất nhiều người dân có thu nhập thấp sẽ không bao giờ có khả năng tài chính để theo đuổi việc điều trị tại các BV đã được CPH. Thực tế cho thấy có một số không nhỏ bệnh nhân trốn viện chỉ vì không có khả năng thanh toán viện phí. Đối với nhóm những bệnh nhân này, việc CPH BV công chẳng đem lại lợi ích gì cho họ, và do đó khó mà đáp ứng mục tiêu tối hậu y tế đặt ra. Nếu để thực hiện mục tiêu nâng cấp cơ sở hạ tầng và giảm thiểu sự quá tải trong các dịch vụ y tế công, nhà nước có thể thực hiện một loạt các biện pháp khác mà không nhất thiết phải CPH BV. Các biện pháp này không chỉ là tăng đầu tư cho ngành y tế, và qua đó tạo điều kiện sao cho người nghèo có thể tiếp cận khám chữa bệnh công bằng như mọi thành phần khác trong xã hội; mà có thể còn là:

- thực hiện nghiêm túc các quy định về phân tuyến điều trị thông qua quy định về chuyên môn kỹ thuật, về cơ chế giá viện phí, tuyên truyền thông qua các phương tiện thông tin đại chúng nhằm nâng cao nhận thức cho người dân;

- đa dạng hóa các loại hình cơ sở khám chữa bệnh: mở rộng các hình thức cơ sở y tế tư nhân, thực hiện công tư kết hợp trong việc cung cấp các dịch vụ điều trị;
- nâng cao chất lượng điều trị và trình độ chuyên môn của đội ngũ nhân viên các tuyến y tế cơ sở nhằm hạn chế tình trạng quá tải tại các BV đầu mối;
- cải cách công tác tổ chức và đổi mới tư duy quản lý BV nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động…

Thứ hai, trong thời điểm hiện nay, thay vì sử dụng nguồn lực để CPH BV công, nhà nước nên thúc đẩy quá trình xã hội hóa y tế tức là tiếp tục duy trì các BV công hiện tại và cho phép bổ sung thêm các BV tư mới vào hệ thống y tế. Thông thường, CPH BV công là nhằm đạt được một hoặc nhiều mục đích sau: Huy động vốn đầu tư nhằm nâng cấp cơ sở hạ tầng, giảm thiểu tình trạng quá tải, nâng cao chất lượng quản lý điều hành BV, cải thiện chất lượng điều trị… Tuy nhiên, nếu chỉ CPH một BV đơn lẻ thì cơ sở hạ tầng được nâng cấp của một BV đó cũng sẽ không thể đáp ứng được nhu cầu ngày càng tăng cao của bệnh nhân dồn về khám chữa bệnh. Tình trạng quá tải không được giảm thiểu hợp lý thì chất lượng quản lý và điều trị cũng sẽ bị ảnh hưởng không nhỏ. Trong khi đó, việc CPH hóa đồng bộ cả hệ thống y tế là giải pháp quá tốn kém và không khả thi trong bối cảnh hiện nay. Như vậy, trước mắt, xã hội hóa y tế dường như là giải pháp tối ưu nhằm đạt được các mục tiêu của việc CPH BV công nói trên. BV công hiện tại sẽ vẫn đóng vai trò chính trong việc thực hiện chức năng hỗ trợ người nghèo (với mức trợ cấp thích hợp của chính phủ). Các BV tư chủ yếu là loại BV cao cấp dành cho những đối tượng có khả năng chi trả cao và yêu cầu chất lượng dịch vụ tốt hơn nhằm tạo ra một số lựa chọn khác cho người tiêu dùng tùy vào khả năng và điều kiện của họ. Trong trường hợp có BV công nào quá xuống cấp từ cơ sở vật chất đến nguồn nhân lực thì nên chọn một trong hai giải pháp: bầu giám đốc mới có tài năng lãnh đạo để xoay chuyển tình hình hoặc bán đấu giá BV cho tư nhân để lấy kinh phí đầu tư cho những cơ sở y tế khác.

Thứ ba, trong trường hợp quyết định CPH hệ thống y tế công trong tương lai xa, nhà nước cần có những bước chuẩn bị kỹ lưỡng về tất cả các mặt kinh tế, chính trị, xã hội nhằm giảm bớt các ngoại tác tiêu cực. Những ngoại tác tiêu cực này không chỉ xảy ra đối với nhóm người nghèo hay những người dễ bị tổn thương trong xã hội mà còn có thể tác động đến cả những nhóm lợi ích chính trị khác nhau. Nguyên nhân một phần là do tình trạng tiêu cực rất khó ngăn chặn một cách tuyệt đối trong tiến trình mua bán tài sản công. Đồng thời, những bất ổn về mặt kinh tế và xã hội liên quan mật thiết đến những bất ổn về tình hình chính trị trong cả một quốc gia. Nếu các điều kiện về an sinh và phúc lợi xã hội, đặc biệt là cho những nhóm dễ bị tổn thương (như người nghèo, người có thu nhập trung bình và thấp) không được đảm bảo, chính phủ Việt Nam sẽ bị coi là chưa thực hiện tốt sứ mệnh tốt đẹp của chế độ XHCN là đảm bảo quyền lợi công bằng cho mọi tầng lớp nhân dân. Chính vì thế, để đảm bảo cộng bằng trong tiến trình cung cấp dịch vụ y tế với tư cách là một hàng hóa công không thuần túy, việc CPH các BV công cũng cần có một lộ trình thích hợp, nhằm bảo đảm tối đa quyền lợi của người dân cũng như an ninh chính trị. Trong lộ trình đó, một vài điểm quan trọng cần được chú ý là:

- Đảm bảo khả năng tiếp cận điều trị và an sinh xã hội cho nhóm người có thu nhập thấp. Đây cũng là một yếu tố trong việc thực hiện tốt quyền được chăm sóc sức khỏe một cách bình đẳng của con người. Vấn đề này có mối quan hệ chặt chẽ với hoạt động và mức độ bao phủ của BHYT toàn dân. Một khi BHYT có được sự tham gia rộng khắp thì gánh nặng phúc lợi xã hội đè lên trách nhiệm của khối BV công mới được giảm bớt và phần nào chuyển sang cho quỹ BHYT. Như vậy,xã hội mới thiết lập và duy trì được một hệ thống bền vững đảm bảo an sinh và phúc lợi cho tất cả các tầng lớp trong xã hội. Trong điều kiện đó, tiến trình CPH BV cũng sẽ được tiến hành một cách thuận lợi hơn nhiều.
- Cần phải thay đổi cung cách tư duy trong quản lý và điều hành hoạt động hệ thống y tế. CPH không phải là giải pháp duy nhất và tối thượng để giải

quyết tất cả các vấn đề hiện tại của hệ thống y tế. Nếu chỉ xét riêng theo tiêu chí thay đổi hình thức sở hữu thì bên cạnh CPH còn có những giải pháp không kém phần hiệu quả nhằm đa dạng hóa các loại hình BV, trong đó bao gồm hình thức xã hội hóa y tế, tư nhân hóa y tế và công tư kết hợp. Khi thực hiện CPH hóa toàn hệ thống BV công, cần xác định cụ thể CPH cần được tiến hành với chính xác những đối tượng nào, những đối tượng nào có thể áp dụng linh hoạt các loại hình sở hữu khác. Việc thay đổi loại hình sở hữu cần đi kèm với những thay đổi trong cơ chế quản lý và phương thức điều hành hoạt động cho phù hợp. Như đã phân tích đối chứng với BV Chulalongkorn ở Bangkok – Thái Lan, muốn giảm thiểu tổn thất xã hội một cách vô ích thì thay đổi đồng bộ cơ chế là điều vô cùng quan trọng, đặc biệt là khả năng và mức độ tin học hóa trong quản lý thông tin và quản lý con người.

# KẾT LUẬN

Có thể nói rằng, những phân tích đánh giá có tính hệ thống ở trên đã phần nào cho thấy bức tranh toàn cảnh về vấn đề CPH BV công tại Tp. HCM nói chung và các vấn đề xoay quanh CPH BV Bình Dân nói riêng. CPH được xem là một trong những biện pháp được thực hiện nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện thí điểm, không những kết quả của CPH là chưa rõ ràng mà công cuộc này lại mang đến nhiều hệ lụy và phát sinh những vướng mắc khác nhau.

Nhà nước có những biểu hiện thất bại khá rõ nét trong việc cung cấp hàng hóa công không thuần túy là dịch vụ y tế. Điều này được chứng minh qua mức độ quá tải và chất lượng dịch vụ y tế hiện tại. Mặc dù vậy, CPH không phải là một biện pháp có tính khả thi trong điều kiện hiện nay vì nhiều yếu tố tác động: mặc định của người dân về trách nhiệm an sinh xã hội của nhà nước, những vấn đề kinh tế nảy sinh trong tiến trình thực hiện CPH, các yếu tố chính trị từ những nhóm lợi ích khác nhau trong xã hội… Trường hợp CPH BV Bình Dân như được phân tích ở trên là một ví dụ mang tính điển hình. Những phân tích nói trên cho thấy cho dù có thực hiện thành công tiến trình CPH thì những mục tiêu đặt ra ban đầu cũng khó lòng đạt được. Nguyên nhân của tình trạng này một phần không nhỏ là do các vấn đề mang tính hệ thống hiện đang tồn tại trong bối cảnh thực tế của Việt Nam.

Có thể nói rằng, trong bối cảnh nói trên, những khuyến nghị chính sách được đề cập trong bài viết này cũng có thể là câu trả lời cho vấn đề đang bỏ ngỏ: ‘CPH liệu có phải là giải pháp khả thi trong tiến trình nâng cao chất lượng dịch vụ y tế?’. Mặc dù hiện tại, theo những phân tích trong luận văn, CPH không thực sự là biện pháp khả thi nhưng những khuyến nghị tiếp đó được đặt trong các bối cảnh và thời gian khác nhau có thể sẽ hữu ích cho vấn đề thực hiện CPH trong tương lai.

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

**Tiếng Việt:**


1. Bệnh viện Bình Dân, *Báo cáo tài chính 2003 – 2007*.
2. Bệnh viện Bình Dân (2008), *Báo cáo thống kê bệnh viện sáu tháng đầu năm.*
3. Công văn 4995/VPCP-ĐMDN ngày 05/09/2005 của Thủ tướng về việc cho phép UBND Tp. HCM xây dựng đề án thí điểm CPH BV Bình Dân.
4. Phạm Cường (2007), "Tp HCM: Nhiều lo ngại về CPH BV Bình Dân", *VietnamNet* (lấy từ http://www.vietnamnet.vn/chinhtri/2007/04/684624/ ).
5. Đại học Quốc tế Hồng Bàng (2007), "BV Bình Dân: Giá rẻ như cho". (http://www.hongbang-uni.edu.vn/Pages/khoa_spa-ysinh_BVBDrenhucho.html )
6. INFOTV(2009), "Cổ phần hóa bệnh viện công đi vào ngõ cụt", (truy cập từ http://www.infotv.vn/chung-khoan/phan-tich-binh-luan/36274-co-phan-hoa-benh-vien-cong-di-vao-ngo-cut)
7. Luật Bảo hiểm Y tế số 25/2008/QH12 của Quốc hội ban hành ngày 14/11/2008.
8. Nghị định số 187/2004/NĐ-CP ngày 16/11/2004 của chính phủ về chuyển công ty nhà nước thành công ty cổ phần .
9. Người lao động (2007), "CPH BV Bình Dân: Ai được lợi?", (truy cập từ http://www.nld.com.vn/188756P1002C1005/co-phan-hoa-benh-vien-binh-dan-ai-duoc-loi.htm)
10. Robert S.Pindyck và Daiel L.Rubinfeld, *Kinh tế học vi mô*, Nxb Prentice-Hall.
11. Quyết định 62/SYT-QĐ ngày 09/02/2006 của Sở Y tế Tp về việc thành lập Tổ giúp việc cho Ban chỉ đạo thí điểm CPH BV Bình Dân.
12. Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ban hành ngày 30/6/2006 của Thủ tướng 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.

13. Kim Sơn (2007), "Cổ phần hóa bệnh viện: Còn những mô hình khác tốt hơn", *Tuổi trẻ Online* (truy cập từ http://tuoitre.vn/Chinh-tri-Xa-hoi/204218/Co-phan-hoa-benh-vien-Con-nhung-mo-hinh-khac-tot-hon.html)
14. Sở Y tế Tp. HCM (2007), *Đề án thí điểm cổ phần hóa bệnh viện Bình Dân.*
15. Sở Y tế Tp. HCM, *Số liệu thực hiện chuyên môn 2000 – 2006.*
16. Sở Y tế Tp. HCM, *Thống kê y tế 2000 – 2006.*
17. Anne C. Steinemann, William C. Apgar, và H. James Brown (2005), *Kinh tế học vi mô dành cho quyết định công*, Nxb South-Western.
18. Thông tư số 95/2006/TT-BTC ngày 12/10/2006 của Bộ tài chính về sửa đổi bổ sung Thông tư số 126/2004/TT-BTC ngày 24/12/2004 của Bộ tài chính về việc hướng dẫn thực hiện Nghị định số 187/2004/NĐ-CP ngày 16/11/2004 của chính phủ về chuyển công ty nhà nước thành công ty cổ phần
19. Thông tư số 126/2004/TT-BTC ngày 24/12/2004 của Bộ tài chính về việc hướng dẫn thực hiện Nghị định số 187/2004/NĐ-CP ngày 16/11/2004 của chính phủ về chuyển công ty nhà nước thành công ty cổ phần.
20. Việt Báo (2007), "CPH BV: Người nghèo thêm lo" (truy cập từ http://vietbao.vn/Kinh-te/Co-phan-hoa-benh-vien-Nguoi-ngheo-them-lo/65088024/91/ ).
21. Đặng Vỹ - Phạm Cường (2007), "Không CPH BV Bình Dân", *VietnamNet*. (truy cập từ http://vietnamnet.vn/kinhte/2007/06/708890/ )

**Các trang web:**

1. Bộ Y tế: http://moh.gov.vn
2. INFOTV: http://infotv.vn
3. MONEYSites: http://vinatotc.com
4. Người lao động: http://nld.com.vn
5. SANOTC: http://sanotc.com
6. Sài Gòn Giải Phóng Online: http://sggp.org.vn
7. Sở Y tế Tp. HCM: http://medinet.hochiminhcity.gov.vn

8. Tạp chí Chính sách Y tế: http://hspi.org.vn
9. Tp. HCM: http://hochiminhcity.gov.vn
10. Tuổi trẻ Online: http://tuoitre.vn
11. VietLaw: http://vietlaw.gov.vn
12. VietnamNet: http://vietnamnet.vn
13. Việt Báo: http://vietbao.vn

**Phụ lục 1. Bảng số liệu tuyệt đối về số bệnh nhân nội trú và số giường bệnh trung bình một ngày tại Tp. Hồ Chí Minh**

(Nguồn: Sở y tế Tp. HCM, Số liệu thực hiện chuyên môn 2000 – 2006 [15])

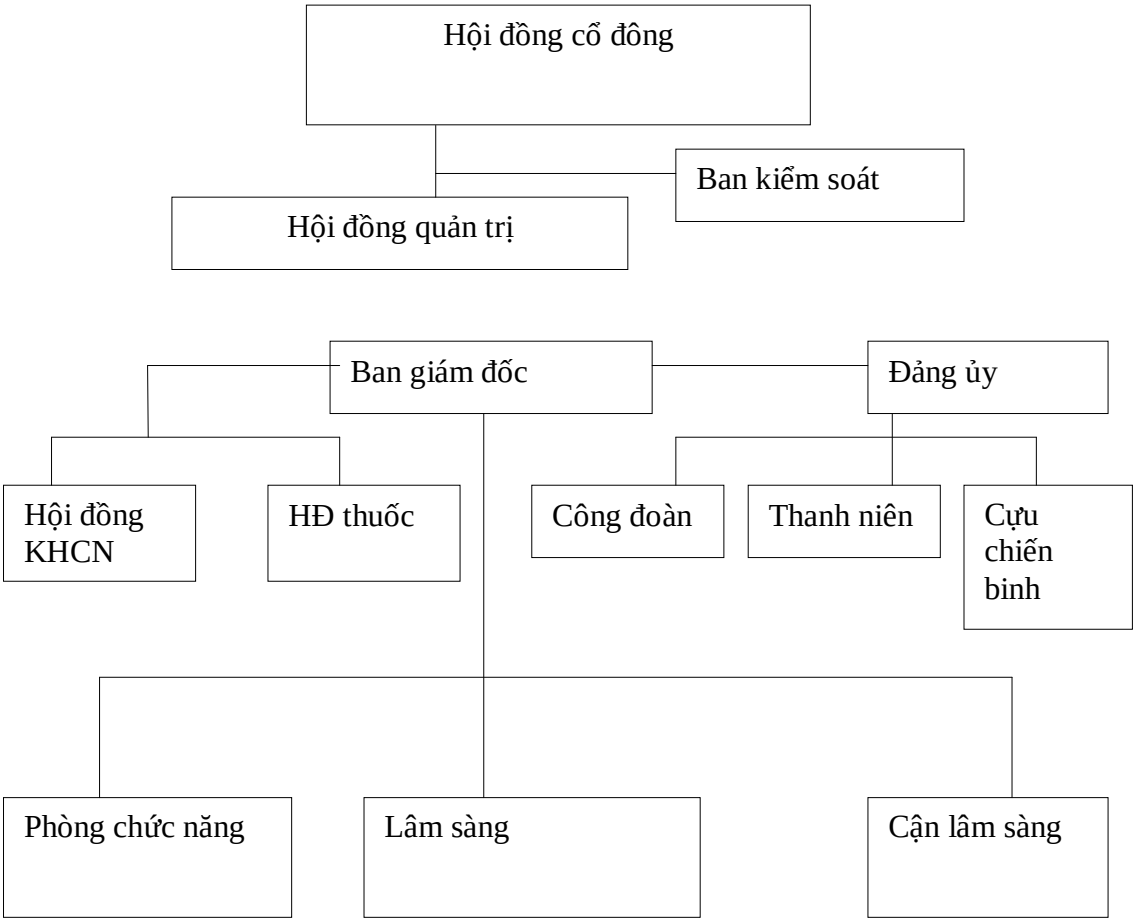
| Năm | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Số bệnh nhân nội trú trung bình 1 ngày | 12.584 | 12.372 | 12.862 | 15.507 | 15.870 | 16.102 | 17.449 |
| Số giường bệnh | 11.655 | 11.685 | 11.845 | 14.259 | 14.322 | 14.946 | 14.655 |
| Tỷ lệ số bệnh nhân nội trú trung bình/số giường bệnh | 1,08 | 1,06 | 1,09 | 1,09 | 1,11 | 1,08 | 1,19 |

**Phụ lục 2. Bảng số liệu tuyệt đối về số lượt khám chữa bệnh và số bác sỹ tại Tp. Hồ Chí Minh**

(Nguồn: Sở y tế Tp. HCM, Thống kê y tế 2000 – 2006 [16])

| Năm | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Số lượt khám chữa bệnh | 18.721.762 | 19.054.724 | 20.412.451 | 21.905.908 | 24.000.773 | 24.774.877 | 27.962.479 |
| Số Bác sỹ | 3.690 | 3.843 | 3.983 | 5.213 | 4.301 | 4.194 | 4.371 |
| Tỷ lệ số lượt khám chữa bệnh/số bác sỹ | 5.074 | 4.958 | 5.125 | 4.202 | 5.580 | 5.907 | 6.397 |

**Phụ lục 3: Sơ đồ tổ chức dự kiến của BV Bình Dân sau khi CPH**



## Phụ lục 4. Phương án hoạt động sau CPH BV Bình Dân

**Phương án tài chính**

Sau CPH, dự kiến trong thời gian đầu, BV chưa thể có lợi nhuận cao do việc thu hút đối tượng bệnh nhân (có thu nhập đủ trả chi phí khám chữa bệnh) cần phải có thời gian đầu tư, điều này có thể sẽ ảnh hưởng đến giá cổ phiếu. Đây là bài toán khó cho việc phát hành cổ phiếu huy động vốn đầu tư mở rộng khu khám chữa bệnh cho đối tượng này. Do đó, BV rất cần các cổ đông là tổ chức tài chính lớn như ngân hàng, công ty chứng khoán, quỹ đầu tư, bảo hiểm. Ngoài năng lực tài chính mạnh cùng kiến thức quản trị tài chính, các cổ đông này sẽ hỗ trợ rất tốt cho BV về tài chính, đáp ứng nhu cầu huy động vốn đầu tư vào các trang thiết bị, xây dựng khu khám chữa bệnh chất lượng cao.

BV Bình Dân ngoài mục tiêu hoạt động kinh doanh có lãi cho cổ đông còn phải đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho đối tượng bệnh nhân diện chính sách, người nghèo. Yêu cầu đầu tư vào các trang thiết bị, xây dựng cơ sở mở rộng năng lực chữa bệnh để phục vụ đối tượng này khá cao (bình quân mỗi năm BV phải đầu tư hơn 10 tỷ công cụ dụng cụ, ngân sách còn tài trợ lương cho tập thể bác sỹ để khám chữa bệnh khoảng 10 tỷ/năm). Do đó nếu dùng vốn vay hoặc vốn huy động thêm từ cổ đông sẽ không hiệu quả. Để giải quyết mâu thuẫn này, BV cần có nguồn vốn từ thặng dư vốn dưới dạng vay theo lãi suất ưu đãi (0,45%/tháng, lãi suất của ngân hàng hỗ trợ Đầu tư và Phát triển). Nguồn vốn thặng dư này sẽ giúp BV có nguồn giải quyết việc đầu tư đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh cho đối tượng từ 3-5 năm, sau đó BV dùng chính nguồn khấu hao để tái đầu tư.

Ngoài ra, để tiếp tục ổn định không tăng đột biến viện phí và tiếp tục duy trì viện phí cho nhóm đối tượng chính sách, người nghèo như trước CPH, BV đề xuất vẫn tiếp tục được vay theo chương trình kích cầu để ổn định phần chi phí. Đồng thời, BV phải tăng lương cao để giữ chất xám, đầu tư trang thiết bị, xây dựng mở rộng cơ sở vật chất… mà không còn nguồn vốn hỗ trợ của nhà nước, BV đề xuất

được miễn tiền thuê đất, đồng thời được hưởng ưu đãi giảm 100% thuế thu nhập doanh nghiệp từ năm thứ 3 đến năm thứ 5 sau CPH.

Đối với trường hợp khối lượng bệnh nhân thuộc đối tượng chính sách, người nghèo trên thực tế tăng nhiều hơn dự kiến và những trường hợp cần hỗ trợ thêm ngoài chính sách hỗ trợ của BV, BV đề xuất phần cổ tức của nhà nước được để lại cho BV để trang trải các trường hợp này.

**Phương án hoạt động kinh doanh**

BV cổ phần sẽ có chính sách viện phí cho từng đối tượng bệnh nhân đã nêu. Đối với đối tượng bệnh nhân diện chính sách và người nghèo thì BV vẫn tiếp tục khám chữa bệnh theo chính sách an sinh xã hội, do đó viện phí cho nhóm bệnh nhân này chủ yếu dùng để tài trợ các chi phí khám chữa bệnh như chi phí nguyên vật liệu, thuốc, chi phí khấu hao, chi phí lương thưởng của tất cả các cán bộ công nhân viên BV. Đồng thời, phần cổ tức của nhà nước sẽ được giữ lại làm nguồn bổ sung cho Quỹ Hỗ trợ người nghèo nhằm trang trải chi phí phục vụ nhóm này.

Đối với đối tượng bệnh nhân có thu nhập đủ chi trả chi phí khám chữa bệnh, viện phí sẽ được tính trên cơ sở tính đủ các loại chi phí, bao gồm đảm bảo chia cổ tức cho các cổ đông.

Ngoài biện pháp tính hiệu quả lợi nhuận từ chính sách viện phí, BV còn tìm cách nâng cao lợi nhuận từ tăng số lượng được khám chữa bệnh bằng cách sắp xếp giờ làm việc hợp lý để không hạn chế việc khám chữa bệnh trong giờ hành chính mà còn có thể làm ngoài giờ, làm ngày thứ bảy chủ nhật, rút ngắn thời gian điều trị nội trú, tăng cường khả năng xoay vòng giường bệnh và khám chữa bệnh trong ngày.

**Phương án đầu tư, xây dựng, mở rộng**

BV Bình Dân ở địa điểm 371 Điện Biên Phủ hiện nay đã xuống cấp, cấu trúc lạc hậu và diện tích sử dụng chật hẹp nên không đáp ứng được đòi hỏi của một BV ngoại khoa tiên tiến. Việc xây dựng cải tạo khu vực này đã trở nên bức thiết, nhưng

với dự kiến chi phí khoảng trên 100 tỷ cho xây dựng toàn bộ cơ sở vật chất, do đó BV dự kiến sẽ tiến hành từng bước cải tạo cơ sở hạ tầng. Trước mắt, BV dự kiến xây dựng khu khám chữa bệnh và điều trị trong ngày và nâng cấp một số phòng bệnh đạt tiêu chuẩn cao vì đây là nhân tố quan trọng làm tăng lượng bệnh nhân khám và chữa bệnh.

Đặc trưng lĩnh vực khám chữa bệnh của một BV là đòi hỏi tập thể y bác sỹ thường xuyên nâng cao tay nghề, tìm cách ứng dụng những thành tựu nghiên cứu y học vào việc khám chữa bệnh. BV Bình Dân cũng không ngoại lệ và uy tín BV Bình Dân được xây dựng phần lớn chính từ sự nổi tiếng về chuyên môn của tập thể y bác sỹ. Tuy nhiên, việc nâng cao uy tín đòi hỏi BV cổ phần sau này không những phải đầu tư vào trang thiết bị chữa trị cho bệnh nhân mà còn phải tiếp tục đầu tư vào trang thiết bị nghiên cứu, tài trợ các nghiên cứu đào tạo cán bộ chuyên môn trong và ngoài nước nhằm nâng cao hơn nữa tay nghề của các bác sỹ BV.

Ngoài ra, BV cần có sự quan tâm để đầu tư nhân sự có kiến thức chuyên sâu về khía cạnh quản trị, kinh doanh BV cũng như phần mềm quản lý việc khám chữa bệnh, theo dõi dữ liệu bệnh nhân, theo dõi thu chi tài chính.