

# Phí sử dụng, quyền tự chủ tài chính và khả năng tiếp cận với các dịch vụ xã hội ở Việt Nam

Hà Nội  
Tháng 8 năm 2005

### **Lời cảm ơn**

Tài liệu thảo luận này do một nhóm nghiên cứu gồm Ardeshir Sepehri (Đại học Manitoba, Canada), trưởng nhóm cùng Cuong Vu (Đại học Kinh tế Quốc dân), Tam Thanh Le (Đại học Kinh tế Quốc dân) và Mekong Economics soạn thảo. Văn phòng Điều phối viên LHQ quản lý các mặt tài chính và hành chính của nghiên cứu. Phần giám sát nội dung được giao cho nhóm công tác chung của LHQ gồm Afsar Akal (WHO), Angus Pringle (WHO), Henrik Axelson (WHO), Chandler Badloe (UNICEF), Jama Guliad (UNICEF), Jonathan Pincus (UNDP), Christian Salazar (UNICEF), Cristobal Tunon (WHO) và Nguyen Thi Ngoc Van (Văn phòng Điều phối viên Thường trú LHQ). Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến ông Lien Nam Nguyen (Vụ Kế hoạch Tài chính - Bộ Y tế), ông Ngu Van Nguyen (Phó vụ trưởng vụ Kế hoạch Tài chính - Bộ Giáo dục Đào tạo), bà Thuy Le Chung (Vụ Chi tiêu công - Bộ Tài chính), và ông Samuel Lieberman (Ngân hàng Thế giới) đã tham gia đóng góp cho nghiên cứu này. Bà Sarah Bales (Phòng Chính sách Y tế, Bộ Y tế), ông Adam McCarty (Mekong Economics), ông Long Quang Trinh (Viện Nghiên cứu Quản lý Kinh tế Trung ương), ông Christopher Fulton (Đại học Kinh tế Quốc dân) cũng đã đưa ra những đóng góp và nhận xét quý báu. Xin cảm ơn nhân viên của Mekong Economics đã giúp đỡ về hành chính và thủ tục cho nhóm nghiên cứu.

## LỜI TỰA CỦA ĐIỀU PHỐI VIÊN THƯỜNG TRÚ LIÊN HỢP QUỐC

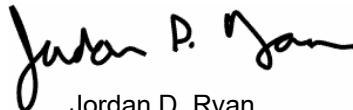
Các Tổ chức Liên Hợp Quốc tại Việt Nam cam kết thúc đẩy các giá trị của Tuyên bố Thiên Niên Kỷ. Một trong những điểm nổi bật của Tuyên bố là nguyên tắc phát triển bền vững, theo đó phát triển quốc gia không chỉ tạo ra một xã hội thịnh vượng hơn mà còn bảo vệ những người nghèo và những người dễ bị tổn thương nhất thoát khỏi nghèo khổ, cô lập và thiệt thòi.

Phổ cập tiếp cận các dịch vụ y tế và giáo dục có chất lượng cao là một phần của phát triển hòa nhập. Những thành tích của Việt Nam trong vấn đề này là rất ấn tượng, đạt được tỷ lệ biết chữ và tử vong ở trẻ cao hơn những nước có thu nhập trung bình. Mặc dù vậy, nhu cầu được hưởng những dịch vụ y tế và giáo dục có chất lượng ngày càng lớn đã đặt ra một gánh nặng cho tài chính công. Để giải quyết vấn đề này, chính phủ đã xây dựng một hệ thống phí sử dụng đối với một số loại dịch vụ, và đã tăng quyền tự chủ tài chính cho các đơn vị cung cấp dịch vụ nhằm tăng khả năng đáp ứng và hiệu quả của những cơ sở này.

Những thay đổi chính sách này đã mang lại những nguồn lực bổ sung cần thiết cho hệ thống và cải thiện chất lượng cung cấp dịch vụ ở rất nhiều địa phương. Đồng thời Chính phủ đã xây dựng những chương trình mới để giúp đỡ những người nghèo nhất có khả năng tiếp cận với các dịch vụ xã hội cơ bản.

Tuy nhiên, vấn đề tiếp cận các dịch vụ xã hội có chất lượng vẫn là một vấn đề lớn đối với cả chính phủ và các tổ chức LHQ tại Việt Nam. Chúng tôi, các tổ chức LHQ, mong muốn được hỗ trợ chính phủ, các nhà khoa học và các bên có liên quan khác trong những nỗ lực nghiên cứu hợp tác để có được sự hiểu biết sâu sắc hơn về ảnh hưởng của “xã hội hóa” đối với người nghèo và những người dễ bị tổn thương khác.

Tài liệu thảo luận này của Liên Hợp Quốc là những cố gắng bước đầu trong việc thu thập những thông tin sẵn có và đề xuất những hướng có khả năng dẫn đến thành công của những nghiên cứu theo đường lối sách thực tế về những vấn đề này. Chúng tôi hy vọng tài liệu sẽ khuyến khích các cuộc thảo luận và giúp cho việc thúc đẩy các chương trình nghiên cứu.



Jordan D. Ryan  
Điều phối viên thường trú LHQ

## NỘI DUNG

Tóm tắt nội dung

Danh mục các từ viết tắt

1. Giới thiệu
2. Y tế
- 2.1 Tổng quan
- 2.2 Tác động của phí sử dụng và việc hợp pháp hóa khu vực y tế tư nhân
- 2.3 Sử dụng và khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế
- 2.4 Chi trả trực tiếp của cá nhân cho các dịch vụ y tế
- 2.5 Chi phí tôn kém khi bị ốm đau bệnh tật
- 2.6 Các cơ chế miễn giảm phí
- 3 Tác động đối với hiệu quả và tính công bằng của việc trao quyền tự chủ tài chính cho các cơ sở y tế công lập
  - 3.1 Cải thiện về chất lượng và hiệu quả
  - 3.2 Sàng lọc bệnh nhân
  - 3.3 Lạm dụng cung cấp các dịch vụ
  - 3.4 Hệ thống y tế công lập hai tầng
  - 3.5 Thương mại hóa các dịch vụ y tế
  - 3.6 Khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế
- 4 Giáo dục
- 4.1 Tổng quan
- 4.2 Số trẻ em đi học
- 4.3 Chi phí trực tiếp cá nhân cho giáo dục cơ bản
- 4.4 Khả năng chi trả cho giáo dục cơ bản
- 4.5 Cơ chế miễn giảm các khoản phí và đóng góp
- 5 Trao quyền tự chủ tài chính cho các cơ sở giáo dục công lập
- 5.1 Nâng cao chất lượng và hiệu quả
- 5.2 Hệ thống giáo dục công lập hai tầng
- 6 Kết luận và khuyến nghị
- 6.1 Kết luận
- 6.2 Khuyến nghị

Tài liệu tham khảo

## TÓM TẮT NỘI DUNG

Những thành tựu kinh tế và xã hội của Việt Nam trong thập kỷ qua là rất ấn tượng. Tỷ lệ tăng trưởng kinh tế cao, kết hợp với chế độ giao đất bình quân theo đầu người, đã góp phần giảm mạnh tỷ lệ đói nghèo. Các khoản thu từ thuế và những nguồn thu khác của ngân sách nhà nước tăng nhanh đã tạo điều kiện cho Chính phủ duy trì và phát huy những thành quả đạt được trong các ngành y tế và giáo dục. Các chỉ số y tế và giáo dục chung của Việt Nam cao hơn rất nhiều so với những nước có cùng mức thu nhập, và thậm chí cả những nước có mức thu nhập cao hơn. Tuy nhiên, những kết quả này chưa được phân phối đồng đều giữa các bộ phận dân cư và những bất bình đẳng lớn vẫn tồn tại trong việc tiếp cận và chất lượng của các dịch vụ xã hội.

Gần đây, Chính phủ đã trao quyền tự chủ về tài chính và quản lý cho các đơn vị sự nghiệp có thu, bao gồm các cơ sở y tế và trường học của Nhà nước. Nghị định về quyền tự chủ tài chính (Nghị định 10) đã trao toàn quyền cho các đơn vị sự nghiệp có thu tự quản lý tài khoản thu chi, khai thác các nguồn thu bổ sung, tự quyết định về nhân sự và mức thù lao. Nghị định này đã có tác động lớn tới việc cung ứng và cấp kinh phí cho các dịch vụ y tế vì cơ chế này có tác dụng khuyến khích đối với các cơ sở công lập tương tự như ở các cơ sở tư nhân hoạt động vì lợi nhuận. Một số người đã bày tỏ mối quan ngại về tác động của Nghị định đối với gánh nặng chi phí của các dịch vụ y tế, giáo dục của Nhà nước và khả năng tiếp cận với các dịch vụ này của những người nghèo và những người dễ bị tổn thương.

Tài liệu này đóng góp tư liệu cho cuộc thảo luận hiện nay bằng cách xem xét những thông tin hiện có về tác động của việc thu phí sử dụng và quyền tự chủ tài chính lớn hơn của các cơ sở cung cấp dịch vụ tới khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế và giáo dục công lập, đặc biệt là của đối tượng nghèo và cận nghèo. Tài liệu này đề cập đến khả năng tiếp cận và khả năng chi trả đối với các dịch vụ xã hội trước và sau khi áp dụng Nghị định 10 và kinh nghiệm của Việt Nam về việc thu phí sử dụng. Tài liệu này đề cập tới tác động của Nghị định 10 đối với khả năng chi trả cho các dịch vụ xã hội trên cơ sở sử dụng số liệu sẵn có ở các bệnh viện và trường học đã áp dụng Nghị định này.

Một đánh giá về phí sử dụng trong y tế và giáo dục cho thấy chi phí cá nhân của các hộ nghèo và cận nghèo cho các dịch vụ này chiếm một tỷ lệ lớn hơn đáng kể trong tổng ngân sách chi tiêu ngoài lương thực so với những hộ không nghèo. Trong khi đó, chất lượng giáo dục và y tế dành cho người nghèo và cận nghèo vẫn còn thấp. Tiền viện phí cao, đặc biệt nếu phải nằm viện. Chi phí cho một lần điều trị ở bệnh viện tuyến huyện chiếm một phần năm tổng chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của một người thuộc bộ phận dân nghèo nhất, và chiếm 44% ngân sách ngoài lương thực của hộ gia đình nếu phải điều trị ở bệnh viện tuyến tỉnh. Chi phí cao cho việc điều trị ở các bệnh viện công lập có thể dẫn đến tình trạng kiệt quệ lâu dài của các hộ gia đình, vì các hộ này buộc phải bán tài sản hoặc vay nợ để chi trả cho các chi phí nhập viện.

Đối với người nghèo và cận nghèo, gánh nặng tài chính cho giáo dục cũng rất lớn, đặc biệt ở bậc trung học khi chi phí cá nhân cho một đứa trẻ đi học chiếm đến 11% và 9% chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của các hộ gia đình nghèo và cận nghèo. Những bằng chứng ở Việt Nam và những nước thu nhập thấp khác cho thấy nếu chi phí trực tiếp của cá nhân cho việc học hành càng cao thì khả năng cha mẹ, đặc biệt là những cha mẹ nghèo và cận nghèo cho con em đi học càng thấp.

Mặc dù đã có một số cơ chế miễn giảm để bảo trợ cho người nghèo và dễ bị tổn thương, song những cơ chế này mới chỉ được áp dụng cho một bộ phận nhỏ dân trong diện chính sách, và mức độ bảo trợ chưa thỏa đáng. Ngoài ra, mức phân bổ kinh phí cho các chương trình mục tiêu quốc gia vẫn còn thiếu và tiêu chuẩn xét duyệt đối tượng thụ hưởng vẫn còn khắt khe. Từ khi triển khai Quỹ Chăm sóc Y tế dành cho Người nghèo (Nghị định 139) năm 2002 thì tỷ lệ người thụ hưởng của Chương trình đã tăng lên. Tuy nhiên, vẫn có một sự khác nhau rất lớn về tỷ lệ các hộ nghèo và cận nghèo được hưởng lợi từ Chương trình do sự khác nhau về mặt địa lý. Một số người đã bày tỏ sự quan ngại về khả năng ngân sách của các tỉnh nghèo dành cho chương trình, mức độ đáp ứng nhu cầu và tỷ lệ thu hồi vốn thấp cho các cơ sở cung ứng dịch vụ. Mức thanh toán thấp làm cho người nghèo và cận nghèo khó tiếp cận với những dịch vụ

chăm sóc y tế có chất lượng nếu không chi thêm các khoản không chính thức. Do đại bộ phận các tỉnh nghèo chọn thanh toán trực tiếp cho các cơ sở cung ứng dịch vụ theo khung phí hiện hành, nên chất lượng của các dịch vụ chăm sóc y tế dành cho những đối tượng hưởng lợi không đồng đều, và chỉ những bệnh nhân khá giả hơn mới có khả năng đến các bệnh viện công lập tuyến trên.

Việc trao quyền tự chủ về tài chính và quản lý cho các cơ sở y tế và giáo dục công lập sẽ giúp các cơ sở này tăng nguồn thu cũng như nâng cao chất lượng và hiệu quả dịch vụ. Tuy nhiên, chênh lệch về khả năng tăng thu giữa các cơ sở công lập này cho thấy việc áp dụng triệt để Nghị định 10 có thể làm trầm trọng thêm bất bình đẳng giữa các vùng, và dân đến sự ra đời của hệ thống y tế và giáo dục hai tầng. Kết quả này có thể sẽ mâu thuẫn với mục tiêu của Chính phủ là đảm bảo chất lượng y tế và giáo dục cao cho mọi người. Ngoài ra, bất kỳ sự tăng phí nào cũng sẽ làm cho gánh nặng tài chính đối với hộ gia đình tăng lên, đặc biệt là các hội nghèo và cận nghèo.

Tình trạng thiếu thông tin đáng tin cậy về ảnh hưởng của việc thu phí sử dụng và quyền tự chủ về tài chính vẫn còn là một khó khăn cho việc đưa ra các chính sách hiệu quả. Khuyến nghị chính của tài liệu này là cần phải có một chương trình nghiên cứu toàn diện để thu thập và phân tích các thông tin mới về mối quan hệ giữa việc thu phí sử dụng và quyền tự chủ về tài chính tới khả năng tiếp cận các dịch vụ xã hội có chất lượng, đặc biệt đối với người nghèo và cận nghèo.

## DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

Bộ GD&ĐT	Bộ Giáo dục và Đào tạo
Bộ LĐTB&XH	Bộ Lao động Thương binh và Xã hội
CPRGS	Chiến lược toàn diện về tăng trưởng và giảm nghèo
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
TCTK	Tổng cục thống kê
HCFP	Quỹ chăm sóc y tế cho người nghèo
MDGs	Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên Kỷ
PPAs	Đánh giá nghèo có sự tham gia của người dân
UNDP	Chương trình Phát triển LHQ
UNICEF	Quỹ Nhi đồng LHQ
VDR	Báo cáo Phát triển Việt Nam
VHLSS	Điều tra mức sống dân cư và nhà ở Việt Nam
VLSS	Điều tra mức sống Việt Nam
VND	Đồng Việt Nam
VNHS	Điều tra Y tế quốc gia Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

## 1. GIỚI THIỆU

Đổi mới - một chương trình cải cách kinh tế rộng lớn do Chính phủ Việt Nam tiến hành từ năm 1986 - đã có ảnh hưởng rất tích cực tới quá trình chuyển đổi từ hệ thống kinh tế kế hoạch hóa tập trung sang nền kinh tế thị trường. Trái ngược với nhiều nước chuyển đổi khác, nền kinh tế Việt Nam đã hoạt động rất tốt trong thời kỳ đổi mới. Trong những năm 1990, tỷ lệ tăng trưởng trung bình GDP là 7,6%. Xuất khẩu đạt ở mức cao, và nền kinh tế vĩ mô vẫn được duy trì ở mức cân bằng. Kinh tế tăng trưởng khá, cùng với chế độ giao đất bình quân theo đầu người, đã góp phần giảm mạnh tỷ lệ nghèo. Tỷ lệ dân sống dưới mức nghèo khổ giảm từ 58% năm 1993 xuống còn 37% năm 1998 và 29% năm 2002. Khu vực xã hội cũng thu được những thành tựu đáng kể. Dựa trên những thành tựu đã đạt được trước đó, chỉ số về y tế và giáo dục liên tục được cải thiện. Những chỉ số này cao hơn rất nhiều so với những nước có mức thu nhập tương đương, và thậm chí hơn cả một số nước giàu hơn. Việt Nam cũng là một trong những nước có tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh thấp nhất trong khu vực châu Á - Thái Bình Dương, còn tuổi thọ trung bình thì tương đương với những nước có mức thu nhập bình quân đầu người cao hơn rất nhiều. Tỷ lệ biết chữ chiếm khoảng 92%, so với 4% trước năm dành được độc lập 1945, và tỷ lệ nhập học ở cấp tiểu học gần đạt đến mức phổ cập đối với cả học sinh nam và học sinh nữ. Tuy nhiên, những thành tựu này chưa được phân bổ đều cho mọi bộ phận dân cư (Bhushan và cộng sự, 2001; VDR, 2004). Bất bình đẳng gia tăng và hàng triệu người hiện vẫn sống chỉ ngay trên mức nghèo. Khả năng con cái của những gia đình nghèo nhất bị còi cọc lớn hơn gấp ba lần so với con cái của những gia đình khá giả nhất. Ngoài ra, bất bình đẳng nghiêm trọng vẫn còn tồn tại về các mặt như khả năng tiếp cận, chất lượng và chi tiêu cho các dịch vụ xã hội (Bhushan và cộng sự, 2003; Ngân hàng Thế giới và cộng sự., 2001; Ngân hàng Thế giới, 1997).

Công cuộc Đổi mới đã có ảnh hưởng trực tiếp đến việc thực hiện và cấp kinh phí cho các dịch vụ xã hội. Việc hợp pháp hóa các dịch vụ y tế và giáo dục của tư nhân và áp dụng việc thu phí sử dụng các dịch vụ xã hội đã thực sự làm thay đổi vai trò của khu vực nhà nước trong việc thực hiện và cấp kinh phí cho các dịch vụ này. Mặc dù việc thu phí sử dụng đã cung cấp thêm kinh phí cho các cơ sở y tế và giáo dục để mở rộng phạm vi phục vụ và chất lượng, song việc này cũng làm tăng thêm gánh nặng tài chính đối với những người nghèo và những người dễ bị tổn thương.

Gần đây, Chính phủ đã trao quyền tự chủ về tài chính và quản lý cho các đơn vị sự nghiệp có thu, trong đó có các bệnh viện và trường học. Nghị định 10 qui định chế độ tài chính đã trao toàn quyền cho các đơn vị sự nghiệp có thu tự quản lý nguồn nhân lực và tài chính, và khai thác các nguồn thu bổ sung<sup>1</sup>. Nghị định này đã có ảnh hưởng sâu rộng tới việc cung ứng và cấp kinh phí cho các dịch vụ y tế và giáo dục vì nó cũng có tác dụng khuyến khích đối với cán bộ quản lý ở các cơ sở y tế, giáo dục tương tự như các cơ sở tư nhân hoạt động vì lợi nhuận. Một số người dân đã bày tỏ mối quan ngại về tác động của Nghị định này tới gánh nặng chi phí của các dịch vụ y tế, giáo dục của Nhà nước và khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế, giáo dục của những người nghèo và dễ bị tổn thương.

Tài liệu này đóng góp tư liệu cho cuộc thảo luận hiện nay bằng việc xem xét tác động của việc thu phí sử dụng và Nghị định 10 tới các dịch vụ y tế và giáo dục do Nhà nước cung cấp, đặc biệt là khả năng tiếp cận của những đối tượng nghèo và cận nghèo. Tài liệu này phân tích kinh nghiệm của Việt Nam trong việc thu phí sử dụng và tác động của nó tới khả năng chi trả cho các dịch vụ xã hội. Phân tích này chủ yếu dựa trên kết quả của hai điều tra hộ gia đình mới đây, đó là Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS, 2002) và điều tra y tế toàn quốc (VNHS, 2002). Những nguồn tư liệu này còn được bổ sung các số liệu ở những bệnh

<sup>1</sup> Thông tư liên tịch số 21/2003/TTLT-BTC&BGD&ĐT-BNV hướng dẫn quản lý tài chính của các đơn vị sự nghiệp có thu trong lĩnh vực giáo dục và đào tạo công. Nghị định 10/2002/NĐ-CP qui định về ngân sách của các đơn vị sự nghiệp có thu. Thông tư số 25/2002/TT-BTC hướng dẫn thực hiện NĐ10 ngày 16 tháng 1 năm 2002 về cơ chế tài chính được áp dụng cho các đơn vị sự nghiệp có thu. Thông tư liên tịch số 13/2004/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn quản lý tài chính của các đơn vị sự nghiệp có thu trong ngành y tế công.

viện và trường học đã áp dụng Nghị định. Tài liệu này cũng sử dụng kết quả thảo luận với các bên có liên quan chính, kể cả các cán bộ Chính phủ từ các bộ ngành có liên quan.

Bố cục của tài liệu này như sau. Phần 2 trình bày tổng quan về việc sử dụng các dịch vụ y tế và xem xét gánh nặng của các chi phí chăm sóc sức khỏe đối với những người nghèo và cận nghèo. Phần thứ ba xem xét tác động của Nghị định 10 tới việc cung ứng và cấp kinh phí cho các dịch vụ y tế của Nhà nước. Trong phần thứ tư, tài liệu xem xét đến học phí và các khoản đóng góp khác, đồng thời đánh giá gánh nặng tài chính của giáo dục cơ bản đối với người học. Tác động của Nghị định 10 tới giáo dục cơ bản được đề cập ở phần 5. Phần cuối cùng đưa ra kết luận và một số khuyến nghị cần nghiên cứu thêm về gánh nặng tài chính của các dịch vụ y tế và giáo dục công lập.

## 2. Y TẾ

### 2.1. Tổng quan

Ngành y tế công cộng ngày càng chịu nhiều áp lực vào nửa cuối những năm 80. Nền kinh tế yếu kém và tình trạng liên tục bị mai một của hai thể chế chính trong chế độ kế hoạch hoá tập trung, đó là các doanh nghiệp nhà nước và các hợp tác xã nông nghiệp, đã làm cho Nhà nước rất khó duy trì một mạng lưới rộng lớn các cơ sở y tế. Vào cuối những năm 80 lĩnh vực chăm sóc y tế của Việt Nam ở trong tình trạng khủng hoảng. Năm 1989 mức chi cho chăm sóc y tế chỉ chiếm 3,3% tổng chi của Chính phủ, và Chính phủ chỉ có thể đáp ứng được 40% nhu cầu chăm sóc y tế khẩn cấp nhất (Witter, 1996; Guldner và Rifkin, 1993). Đến năm 1989, Chính phủ đã tiến hành một loạt giải pháp chính sách mới, trong đó có việc hợp pháp hóa các dịch vụ y tế tư nhân, tự do hóa ngành công nghiệp dược, áp dụng việc thu phí sử dụng ở các cơ sở y tế công lập tuy nhiên, và khuyến khích người dân tham gia bảo hiểm y tế.

#### 2.1.1 Chi phí sử dụng

Cơ chế thu phí sử dụng được thực hiện năm 1989 cho phép các bệnh viện công ở tuyến huyện, tỉnh và trung ương được thu phí khám bệnh cơ bản ở mức khoảng từ 0,07 đến 0,27 Đô la Mỹ (Prescott, 1997). Tùy theo từng loại dịch vụ cung cấp, thuốc men và những vật tư tiêu hao khác, các cơ sở y tế cũng được phép thu thêm những khoản phụ phí. Khung phí sử dụng đã được sửa đổi vào các năm 1994 và 1995 (Knowles và cộng sự, 2003). Cùng với những biện pháp khác, những thay đổi này nhằm cải tiến cơ chế thu phí bằng việc yêu cầu các giám đốc bệnh viện phải chịu trách nhiệm trực tiếp trong việc thu và cho phép miễn giảm phí. Những biện pháp này cũng đưa ra một cơ cấu phí chi tiết hơn, đặt ra khung phí mà từng loại bệnh viện và phòng khám có thể thu đối với từng trường hợp khám chữa bệnh, xét nghiệm chẩn đoán và thủ tục đi kèm. Trong phần lớn các trường hợp, bệnh nhân đều phải trả tiền thuốc. Tuy nhiên, trên thực tế, mức phí áp dụng rất khác nhau giữa các tỉnh và thậm chí trong cùng một tỉnh, một số bệnh viện không tuân thủ khung phí quy định, và một số bệnh viện khác thì lại áp đặt những khoản phụ phí.

Hướng dẫn sử dụng những khoản thu từ phí cũng đã được sửa đổi, giảm mức tiền thưởng cho nhân viên y tế từ 35% xuống còn 25% - 28%, và tăng tỷ trọng của những khoản chi ngoài quỹ lương từ 60% đến 70%. Những khoản chi ngoài lương tăng có thể được dùng để mua sắm các trang thiết bị y tế, thuốc men và các vật tư tiêu hao khác như là máu, hóa chất và các vật tư dùng để chụp X quang. Phần còn lại từ 2% đến 5% được sử dụng để xây dựng quỹ hỗ trợ cho bệnh viện. Tuy nhiên, do còn thiếu một hệ thống giám sát có hiệu quả nên những hướng dẫn này không được tuân thủ một cách chặt chẽ, và có những bằng chứng thực tế cho thấy một số giám đốc bệnh viện đã linh hoạt hơn trong việc phân bổ những khoản thu từ phí.

#### 2.1.2 Bảo hiểm y tế

Để bù vào nguồn kinh phí dành cho ngành y tế công lập, năm 1993 Chính phủ đã áp dụng chế độ bảo hiểm xã hội chính thức sau một vài năm nghiên cứu thí điểm. Có hai loại chế độ bảo hiểm: bắt buộc và tự nguyện. Cả hai chế độ này đều chi trả cho điều trị nội trú và ngoại trú và một số thuốc men ở các cơ sở y tế công lập. Bảo hiểm bắt buộc dành cho cán bộ công nhân viên nhà nước đang làm việc hoặc đã nghỉ hưu và nhân viên của các doanh nghiệp nhà

nước, cũng như những người đang làm trong các doanh nghiệp tư nhân có từ 10 lao động trở lên. Bảo hiểm tự nguyện dành cho những đối tượng còn lại. Những người ăn theo không được hưởng chế độ này.

Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế vẫn còn thấp (khoảng 20% dân số). Chỉ có 9% bộ phận dân nghèo nhất so với 36% đối với bộ phận dân giàu nhất (VNHS, 2002). Bảo hiểm tự nguyện chỉ chiếm 10% trong tổng số những người dân trong diện đối tượng và 90% trong tổng số những người tham gia bảo hiểm tự nguyện là học sinh phổ thông. Các bệnh viện công có nguồn thu dựa trên cơ sở phí dịch vụ, với một số mức phí trần cho những dịch vụ mà người tham gia bảo hiểm được hưởng. Kế hoạch kinh tế - xã hội 2001-2010 được Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ 9 thông qua đã kêu gọi phổ cập bảo hiểm y tế trên toàn quốc vào năm 2010.

### **2.1.3 Các cơ sở cung ứng dịch vụ tư nhân**

Việc hợp pháp hóa ngành thương mại dược phẩm và khám chữa bệnh tư nhân đã cho phép các cơ sở này được hoạt động công khai và dẫn đến sự phát triển nhanh chóng của các dịch vụ khám chữa bệnh tư nhân. Đến năm 1993, mức chi cho các dịch vụ y tế tính theo đầu người đã đạt 7,27 Đô la Mỹ, chiếm 84% tổng chi tiêu y tế (Quan, 1999). Gần đây, Chính phủ đã khuyến khích đầu tư vào khám chữa bệnh tư nhân, do đó các bệnh viện và phòng khám tư đã ngày càng phổ biến hơn.

Mối quan hệ giữa khu vực tư nhân và công lập không được xác định rõ ràng và còn nhiều dịch vụ y tế tư nhân nằm ngoài tầm ảnh hưởng và sự kiểm soát của Nhà nước. Nhiều bác sĩ và y sĩ làm việc trong các cơ sở y tế công lập cũng mở các phòng khám tư trước và sau giờ làm việc nhà nước để cải thiện đồng lương công chức hiện vẫn còn tương đối thấp (Witter, 1996). Ở một vài bệnh viện công lập, các bác sĩ và y tá còn hành nghề khám chữa bệnh tư trong giờ làm việc và sử dụng các cơ sở và trang thiết bị y tế của Nhà nước (Dung, 1996). Ngoài ra, việc thiết lập các khu dịch vụ bán tư nhân ngay bên trong các bệnh viện công lập, ở một số nơi còn có cả các phòng mổ và phòng hậu phẫu riêng, đang ngày càng phổ biến (Ngân hàng Thế giới và cộng sự, 2001). Kết quả là một số cơ sở y tế công cộng đã bắt đầu hoạt động như các cơ sở tư nhân.

## **2.2 Tác động của phí sử dụng và việc hợp pháp hóa khu vực y tế tư nhân**

Phần tiếp theo sẽ đề cập một cách ngắn gọn tác động của việc thu phí sử dụng và hợp pháp hóa khu vực y tế tư nhân tới việc cung cấp và cấp kinh phí cho các dịch vụ y tế. Phần này cũng đặc biệt quan tâm đến khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế và gánh nặng chi phí đối với những đối tượng nghèo và dễ bị tổn thương.

### **2.2.1 Chuyển gánh nặng chi phí chăm sóc y tế sang người bệnh**

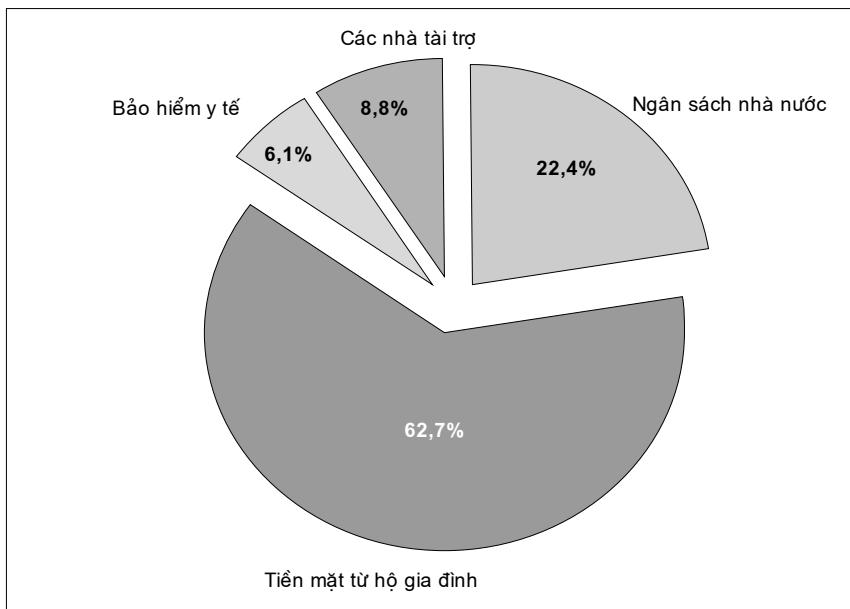
Nguồn thu từ phí sử dụng chính thức đã tăng 33% (về giá trị thực) trong thời gian từ 1994 đến 2000 (Knowles, 2003). Tuy nhiên, đóng góp của phí sử dụng cho tổng chi trong ngành y tế công lập vẫn còn khiêm tốn, chỉ chiếm 16,7% ngân sách cho ngành y tế của chính phủ trong năm 2002 (Knowles, 2003). Mặc dù vậy, do phí sử dụng phần lớn được thu tại bệnh viện, mức thu hồi chi phí khiêm tốn này đã thực sự đánh giá thấp ý nghĩa của việc thu phí đối với việc trang trải kinh phí cho các hoạt động của bệnh viện. Phần đóng góp của phí sử dụng vào các khoản thu của bệnh viện đã tăng đáng kể, từ 9% năm 1994 lên 30% năm 1998 (Ngân hàng Thế giới và cộng sự, 2001). Khoản thu phí có ý nghĩa khác nhau đối với ngân sách của từng bệnh viện, và nó có vai trò quan trọng hơn khi nó là nguồn kinh phí ở các bệnh viện tỉnh và các bệnh viện chuyên khoa phẫu thuật hoặc chẩn đoán lâm sàng (Dong và cộng sự, 2002: bảng 1, 9; Phuong, 2003). Ví dụ ở Cần Thơ, việc thu phí ở Trung tâm Chẩn đoán y tế và ở Bệnh viện mắt đã chiếm tới 466% và 236% ngân sách nhà nước (Phuong, 2003).

Ngoài phí sử dụng chính thức, người bệnh còn phải trả thêm một số khoản không chính thức mà những khoản này không được báo cáo lên Bộ Y tế. Trong những trường hợp khám chữa bệnh ở bệnh viện, một hiện tượng cũng phổ biến là những bệnh nhân có tiền thường phải trả những khoản phí "chui" cao hơn để được chăm sóc, điều trị tốt hơn (Dung, 1996). Bằng chứng từ các cuộc điều tra và lời đồn cho thấy những khoản chi "phong bì" này là rất lớn. Theo một

nghiên cứu mới đây, những khoản chi như vậy ở các cơ sở dịch vụ y tế cơ sở chiếm 36% viện phí và 19,6% trên tổng hóa đơn của những bệnh nhân được điều trị nội trú tốt hơn (Tran, 2001). Những khoản tiền trả thêm này là nguồn thu nhập chính của nhiều bác sĩ, đặc biệt là ở một số chuyên khoa. thói quen biếu bác sĩ “quà cảm ơn” về công việc của họ đã làm lu mờ ranh giới giữa lòng biết ơn và những khoản tiền trả bắt buộc ngoài ý muốn. Không có những khoản chi này, người bệnh có vẻ ít có khả năng được điều trị đầy đủ và kịp thời, thậm chí trong một số trường hợp còn không được điều trị gì cả (Anh, 2002).

Việc hợp pháp hóa khu vực y tế tư nhân và phí dịch vụ tăng lên ngày càng chuyển gánh nặng tài chính về chăm sóc sức khỏe sang hộ gia đình. Hiện có con số ước tính về tổng chi tiêu cho y tế công lập và tư nhân trong một số năm. Theo con số ước tính mới nhất từ Tài khoản Y tế Quốc gia (NHA, 2004), các khoản chi trực tiếp của cá nhân chiếm khoảng 63% tổng ngân sách y tế (xem sơ đồ 1). Theo một con số ước tính khác dựa trên kết quả Điều tra mức sống Việt Nam năm 1997 – 1998, tỷ trọng của các khoản chi trực tiếp của hộ gia đình chiếm 80% (Ngân hàng Thế giới và cộng sự, 2001). Các khoản chi trực tiếp cho các dịch vụ y tế trong tổng chi tiêu của hộ gia đình chiếm tỷ lệ khác nhau ở mỗi vùng, từ 77% ở Đồng bằng sông Cửu Long đến 46,6% ở vùng Tây Bắc (NHA, 2004). Chiếm một tỷ lệ lớn trong tổng chi y tế như vậy, các chi phí cho chăm sóc y tế, và đặc biệt là các khoản viện phí, đã trở nên quá lớn đối với nhiều hộ gia đình có mức thu nhập trung bình và thu nhập thấp.

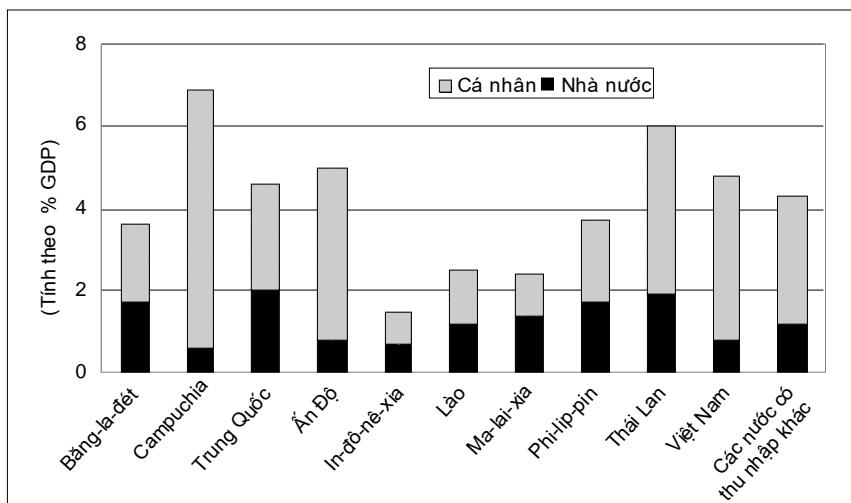
**Sơ đồ 1. Nguồn tài chính cho chăm sóc y tế, 2000**



Nguồn: Tài khoản Y tế Quốc gia, 2004.

Ngân sách nhà nước dành cho y tế cũng đã tăng trong những năm 1990, nhưng thấp hơn mức chi cho phí và bảo hiểm (cả hai khoản đều nằm ngoài ngân sách) (Knowles và cộng sự, 2003). Ngân sách nhà nước dành cho y tế (trừ ODA) tính theo giá của năm 1994 đã tăng trung bình hàng năm là 13,4% trong suốt giai đoạn 1992 - 2002, vốn ngân sách dành cho y tế tính theo phần trăm tổng sản phẩm quốc nội đã tăng khoảng 1,0 - 1,4% trong năm 2002 (Ngân hàng Thế giới, 2004). Mặc dù vậy, ngân sách dành cho lĩnh vực y tế công tính theo phần trăm GDP thì vẫn thấp so với những nước khác trong khu vực (xem sơ đồ 2)

**Sơ đồ 2. Chi tiêu chăm sóc y tế ở các nước đang phát triển châu Á**  
 (Tính theo % GDP)



Nguồn: Ngân hàng Thế giới và các cộng sự, 2001.

### 2.2.2 Mức khen thưởng cao hơn cho nhân viên

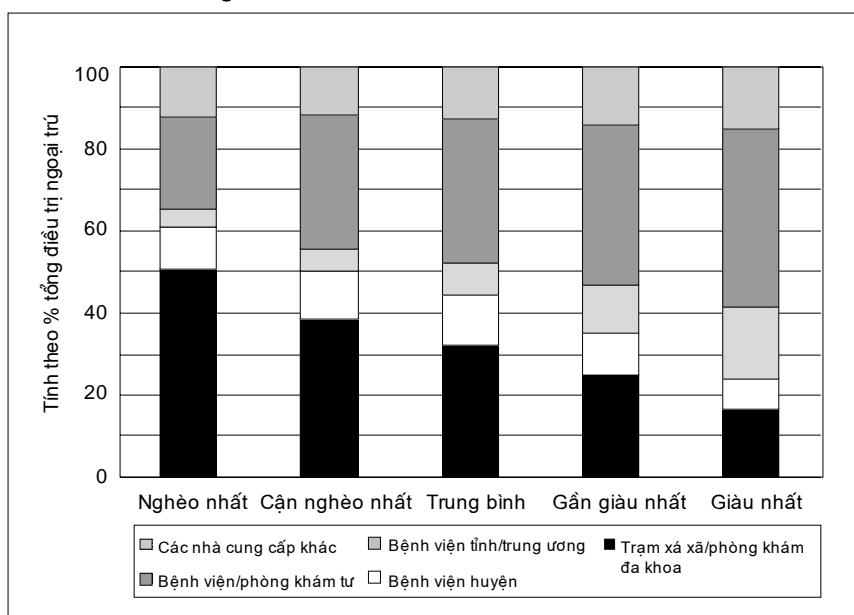
Việc tăng nguồn thu từ phí sử dụng và bảo hiểm y tế đã giúp các bệnh viện nâng cấp trang thiết bị, thuốc men và các vật tư tiêu hao khác. Nó cũng cho phép các bệnh viện động viên tinh thần của cán bộ công nhân viên bằng cách tăng mức thưởng. Theo một cuộc điều tra rộng khắp ở các bệnh viện công lập do Bộ Y tế tiến hành năm 1996, mức thưởng cho cán bộ công nhân viên, vốn hoàn toàn được trích từ nguồn thu viện phí, về thực chất mỗi năm lại tăng gấp đôi so với năm trước trong thời gian 1994 - 1996 (Bộ Y tế, 1996, trích từ Ngân hàng Thế giới và cộng sự, 2001). Trên thực tế, ở một số bệnh viện, tiền thưởng còn cao hơn cả lương. Kết quả là, đến năm 1996 tiền thưởng đã chiếm 30% tổng thu nhập của cán bộ công nhân viên ở các bệnh viện (Ngân hàng Thế giới và cộng sự, 2001). Mặc dù lương ở các cơ sở y tế công cộng đã tăng một vài lần tính từ giai đoạn đầu của cải cách ngành y tế năm 1989, song mức lương này, giống như mức lương của cán bộ công nhân viên ở các đơn vị sự nghiệp khác, vẫn còn thấp, cả về giá trị tuyệt đối và tương đối. Năm 2002, lương cho cán bộ y tế chỉ chiếm 35% tổng ngân sách chi thường xuyên của Nhà nước dành cho ngành y tế ở cấp trung ương và địa phương (Ngân hàng Thế giới, 2004).

### 2.3. Sử dụng và khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế

#### 2.3.1 Sử dụng các dịch vụ y tế ngoại trú

Sơ đồ 3 cho thấy mức độ khám chữa bệnh ngoại trú tại các cơ sở y tế khác nhau trong các bộ phận dân cư có mức chi khác nhau thu được qua việc điều tra theo mẫu các hộ gia đình trong khoảng thời gian bốn tuần. Tỷ lệ các lần khám chữa bệnh ở các bệnh viện công lập, các phòng khám và các bác sĩ tư trên tổng số lần khám chữa bệnh của hộ gia đình có xu hướng thay đổi tích cực theo mức thu nhập. Các hộ gia đình có thu nhập cao hơn thường đến các bệnh viện tuyến tỉnh/trung ương và các phòng khám/bệnh viện tư nhiều hơn hẳn so với các hộ nghèo và cận nghèo. Tỷ lệ khám chữa bệnh ở các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương trong 20% số dân giàu nhất cao hơn khoảng 4,5 lần so với 20% số dân nghèo nhất. Ngược lại, các hộ có thu nhập trung bình và thu nhập thấp thường đến khám chữa bệnh ở các trạm xá xã và phòng khám đa khoa. Chất lượng dịch vụ ở các bệnh viện công lập, các phòng khám và bác sĩ tư nhìn chung được đánh giá là cao hơn so với các trạm xá xã (Dong, 2002; Tipping và cộng sự, 1994).

**Sơ đồ 3. Điều trị ngoại trú, theo các nhà cung cấp và theo các chỉ số chi tiêu theo đầu người**

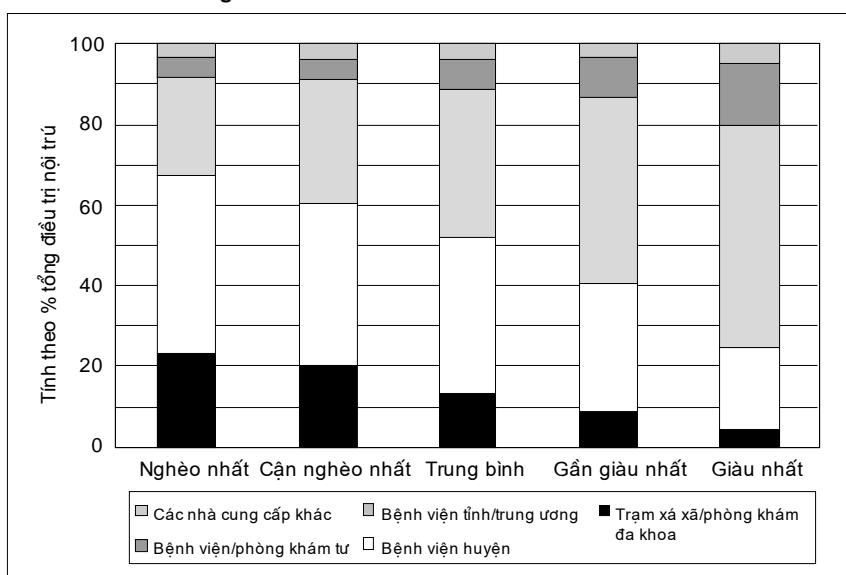


Nguồn: Điều tra y tế Việt Nam, 2002.

### 2.3.2 Sử dụng các dịch vụ y tế nội trú

Việc phân bổ các dịch vụ khám chữa bệnh nội trú theo nhóm kinh tế theo mô hình tương tự như điều trị ngoại trú. Các hộ gia đình thu nhập cao đi khám chữa bệnh ở các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương có chất lượng dịch vụ cao hơn trong khi các hộ gia đình có thu nhập thấp và thấp hơn thì khám chữa bệnh ở các bệnh viện tuyến huyện và các trạm xá xã (xem Sơ đồ 4). Số ca khám chữa bệnh nội trú ở các trạm xá xã và các bệnh viện tuyến huyện chiếm trên hai phần ba tổng số ca khám chữa bệnh nội trú của bộ phận dân nghèo nhất so với 24% của bộ phận dân giàu nhất.

**Sơ đồ 4. Điều trị nội trú, theo các nhà cung cấp và theo các chỉ số chi tiêu theo đầu người**



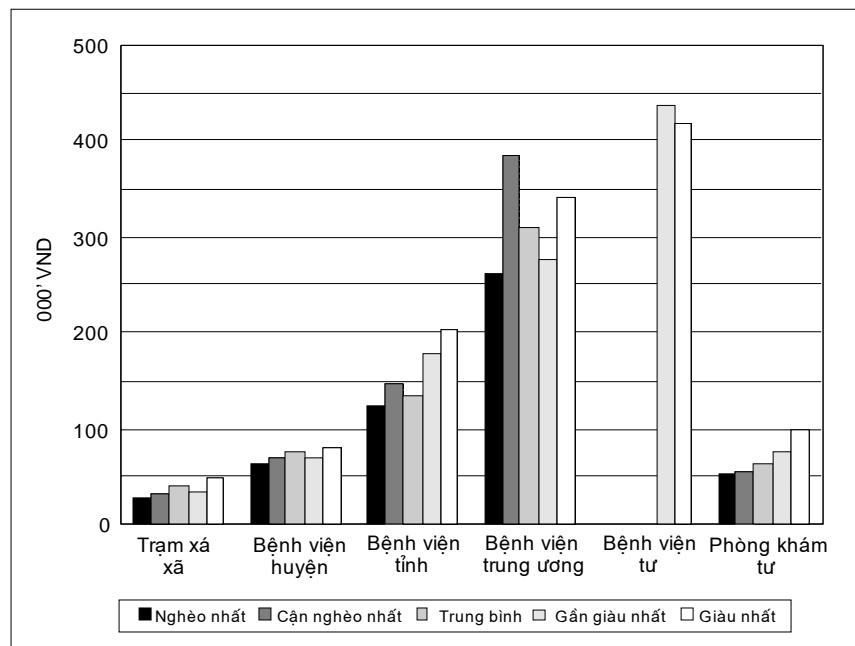
Nguồn: Điều tra y tế Việt Nam, 2002.

## 2.4. Chi trả trực tiếp của cá nhân cho các dịch vụ y tế

### 2.4.1 Chi trả trực tiếp cho các dịch vụ y tế ngoại trú

Sơ đồ 5 thể hiện tổng chi tiêu trực tiếp cho mỗi lần khám chữa bệnh ngoại trú trong những nhóm kinh tế không có bảo hiểm y tế hoặc không nằm trong diện được miễn giảm phí. Mức chi trả trực tiếp trung bình cho mỗi lần điều trị thì rất khác nhau tùy thuộc vào nơi điều trị và điều kiện kinh tế của từng nhóm. 20% số dân giàu nhất chi cho mỗi lần khám chữa bệnh ngoại trú ở các trạm xã và bệnh viện tuyến tỉnh cao hơn 1,6 lần so với 20% những người nghèo nhất. Sự khác nhau giữa các khoản chi trực tiếp của mỗi bệnh nhân ngoại trú giữa những hộ giàu nhất và nghèo nhất thậm chí còn rõ rệt hơn ở các cơ sở y tế tư nhân, nơi mà những người giàu chi gần gấp đôi so với những người nghèo cho mỗi lần khám chữa bệnh ngoại trú.

**Sơ đồ 5. Người không có bảo hiểm chi tiêu trung bình theo một lần điều trị ngoại trú**



Nguồn: Điều tra y tế Việt Nam, 2002

Chi phí thuốc men chiếm một phần lớn trong các khoản chi trực tiếp của hộ gia đình (Segall và các cộng sự, 1999). Theo số liệu điều tra y tế Việt Nam, chi phí thuốc men chiếm khoảng 69% chi phí trung bình của một lần khám chữa bệnh ngoại trú. Phần lớn các cơ sở y tế công lập có nhà thuốc riêng và một vài cán bộ y tế bán thuốc tư. Giá thuốc bán thường tăng từ 12% đến 15%, và lợi nhuận thường được dùng để chia tiền thưởng cho cán bộ y tế. Cơ chế này đã khuyến khích việc lạm dụng kê đơn, đặc biệt là đối với những loại thuốc đắt tiền. Tình trạng lạm dụng kê đơn là kết quả của quá trình chuyển đổi nhanh từ ngành công nghiệp dược do trung ương quản lý sang cơ chế thị trường được điều hòa kém không thể ngăn chặn các chiến lược tiếp thị năng động của các công ty dược trong nước và nước ngoài. Ngoài ra, cơ chế giám sát và kiểm tra việc kê đơn của các cơ sở y tế chưa phát huy được hiệu quả, và chính sách thuốc quốc gia vẫn chưa được áp dụng một cách triệt để (Chalker, 1995; Chuc và Thomson, 1999).

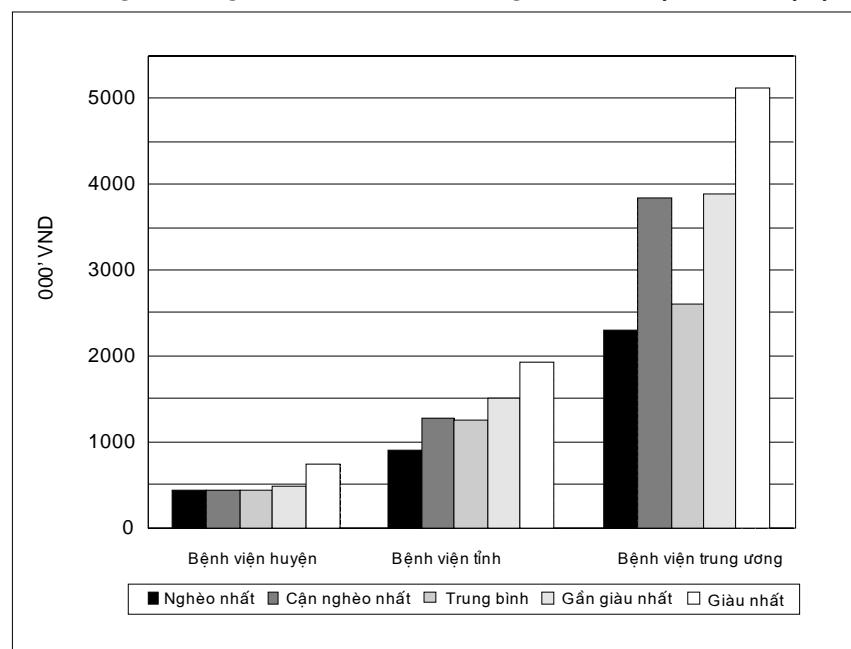
Theo một nghiên cứu mới đây trên 27 bác sĩ tư nhân và không phải tư nhân ở Thành phố Hồ Chí Minh, việc kê đơn hiện nay được coi là quá lạm dụng, không thích hợp và “vô lương tâm” (Lennroth và cộng sự, 1998). Theo một số bác sĩ được phỏng vấn, việc kê đơn gắn liền với mức thu nhập của bác sĩ, tức là tuỳ theo số lượng thuốc bán ra, và cũng như xuất phát từ nhu cầu của người bệnh đối với một số loại thuốc nhất định. Tình trạng tương tự cũng xảy ra ở Trung Quốc, tức là các cơ sở y tế ở nước này cũng có xu hướng lạm dụng kê đơn nhưng người

ta thấy là ảnh hưởng của bệnh nhân đối với việc kê đơn của bác sĩ là một yếu tố ít quan trọng hơn (Zhan, Tang và Guo, 1997).

#### **2.4.2 Chi trả trực tiếp cho các dịch vụ y tế nội trú**

Việc điều trị ở bệnh viện đã đặt ra một gánh nặng lớn về tài chính cho hộ gia đình, đặc biệt là những hộ có mức thu nhập trung bình và thấp. Sơ đồ 6 cho thấy tổng chi phí trực tiếp cho mỗi lần khám chữa bệnh nội trú của những người không có bảo hiểm y tế ở các cơ sở y tế khác nhau. Các chi phí bao gồm tiền thuốc thang mua ngoài bệnh viện, đi lại, ăn ở cho người nhà bệnh nhân. Mức chi trả trực tiếp cho mỗi lần khám chữa bệnh nội trú thay đổi rõ rệt theo mức thu nhập, trong đó 20% số dân giàu nhất chi gấp hơn hai lần cho mỗi lần khám chữa bệnh nội trú ở bệnh viện tuyến tỉnh so với 20% số dân nghèo nhất. Việc các hộ gia đình không nghèo chi ở mức cao hơn cho mỗi lần khám chữa bệnh phần nào phản ánh chất lượng điều trị tốt hơn, nhưng cũng phản ánh phần nào việc lạm dụng các dịch vụ (Ngân hàng Thế giới và cộng sự, 2001).

**Sơ đồ 6. Người không có bảo hiểm chi tiêu trung bình theo một lần điều trị nội trú**



Nguồn: Điều tra y tế Việt Nam, 2002

Việc lạm dụng các dịch vụ kỹ thuật cao vì động cơ tài chính ở các bệnh viện đã được nêu trong báo cáo của một số nước đang phát triển (Barnum và Kutzin, 1993). Việt Nam hiện đang nhập khẩu những công nghệ y học đắt tiền mà không có một đánh giá mang tính hệ thống nào về những chi phí và lợi ích của những trang thiết bị này, tính thích hợp của các công nghệ mới hoặc tác động của chúng đối với y tế công cộng (Gellert, 1995). Có thể, những công nghệ mới đắt tiền này không chỉ làm nảy sinh các biện pháp kiểm tra chẩn đoán không cần thiết mà còn làm gia tăng sự chênh lệch giữa các bệnh viện đô thị lớn và các bệnh viện nông thôn nhỏ hơn nơi mà hiếm khi có khả năng đầu tư cho những thiết bị như vậy.

#### **2.5. Chi phí tốn kém khi bị ốm đau bệnh tật**

Bảng 1 giới thiệu tổng chi trực tiếp của hộ gia đình cho mỗi lần khám chữa bệnh nội trú được tính theo tỷ lệ phần trăm của các khoản chi tiêu ngoài lương thực. Hộ gia đình, đặc biệt là các hộ nghèo và cận nghèo, thường suy tính thận trọng hơn với các khoản chi tiêu ngoài lương thực so với các khoản chi cho lương thực. Do vậy tỷ lệ chi trực tiếp cho một lần khám chữa bệnh nội trú trên tổng chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của hộ gia đình đã cung cấp thông tin hữu ích về khả năng chi trả cho việc khám chữa bệnh nội trú.

**Bảng 1. Chi tiêu trung bình bằng tiền mặt cho một lần điều trị nội trú tính theo % chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của hộ gia đình, theo các nhóm chi tiêu theo đầu người**

	Các nhóm chi tiêu theo đầu người					
	Nghèo nhất	Cận nghèo nhất	Trung bình	Gần giàu nhất	Giàu nhất	Trung bình
Tất cả các nhà cung cấp	28,2	25,9	18,7	19,1	13,4	20,3
Bệnh viện huyện	20,8	13,4	9,5	7,0	4,7	8,5
Bệnh viện tỉnh	44,4	39,2	26,9	21,4	12,1	25,9
Bệnh viện trung ương	111,5	117,0	55,6	55,5	32,2	68,0

Nguồn: Điều tra y tế Việt Nam, 2002

Mặc dù các hộ nghèo đến bệnh viện ít hơn rất nhiều so với các hộ không nghèo, song mỗi lần hộ nghèo phải đi khám chữa bệnh thì thực sự đó là một gánh nặng đối với gia đình đó. Mức chi cho một lần khám chữa bệnh nội trú ở bệnh viện tuyến huyện chiếm hơn một phần năm những khoản chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của một người thuộc bộ phận dân nghèo nhất, so với dưới 5% chi phí của bộ phận dân giàu nhất. Mức chi phí còn cao hơn nếu mắc phải bệnh nặng cần phải chuyển lên tuyến trên điều trị, ví dụ bệnh viện tỉnh hoặc trung ương. Thực tế, như bảng 2 cho thấy, đối với những hộ nghèo và cận nghèo nhất, mức chi cho một lần nhập viện ở bệnh viện tuyến tỉnh chiếm lần lượt là 44% và 39% mức chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của hộ gia đình. Gánh nặng tài chính thậm chí còn lớn hơn nếu căn bệnh đó đòi hỏi phải nhập viện ở tuyến trung ương. Tổng chi phí của một lần nhập viện ở tuyến trung ương chiếm trung bình là 68% mức chi tiêu ngoài lương thực của hộ gia đình. Tỷ lệ tương ứng đối với bộ phận dân nghèo nhất và cận nghèo nhất lần lượt là 117% và 111%.

Chi phí cao cho việc điều trị ở các bệnh viện công lập có thể dẫn đến sự kiệt quệ về tài chính lâu dài của hộ gia đình (Ensor và San, 1996). Theo một đánh giá nghèo có sự tham gia của người dân (PPA) gần đây ở tỉnh Trà Vinh, 57% số hộ ngày một nghèo đi thì cho rằng ốm đau là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tình trạng mức sống bị giảm sút (Oxfam, 1999). Một nghiên cứu mới đây về kinh phí đầu tư cho công tác điều trị nội trú ở một trong những tỉnh nghèo nhất Việt Nam cho thấy rằng gần một nửa số dân thuộc bốn bộ phận dân cư nghèo nhất phụ thuộc hoàn toàn vào việc bán tài sản, và 19% phụ thuộc vào việc vay nợ để thanh toán chi phí nằm viện. Ngược lại, trên 60% hộ gia đình ở bộ phận dân cư giàu nhất thì dựa hoàn toàn vào tiền tiết kiệm của họ để thanh toán cho chi phí nằm viện. Ở Trung Quốc cũng thu được những kết quả tương tự (Yu và cộng sự, 1997; Hossain, 1997).

## 2.6. Các cơ chế miễn giảm phí

Từ khi áp dụng phí sử dụng vào năm 1989, một số cơ chế chính thức khác nhau đã được xây dựng để miễn giảm phí điều trị cho một số loại đối tượng, trong đó có thương bệnh binh, người khuyết tật, trẻ mồ côi, đồng bào dân tộc thiểu số và những người rất nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi cũng như những đối tượng bị mắc một số bệnh như sốt rét, lao và bệnh phong. Phần lớn những cơ chế ban đầu phụ thuộc nặng nề vào ngân sách địa phương và do đó chỉ được áp dụng ở những tỉnh giàu có hơn (Knowles, 2003). Do thiếu ngân sách và thủ tục xác định các đối tượng miễn giảm phức tạp, tỷ lệ bao phủ của một số chương trình quốc gia vẫn còn thấp (Knowles, 2003).

Cuối năm 2002, chính phủ đã đưa ra một sáng kiến mới (Quyết định 139) hướng dẫn các tỉnh và các thành phố trực thuộc trung ương thành lập Quỹ chăm sóc Y tế dành cho người nghèo (HCFP)<sup>2</sup>. Sáng kiến mới này dựa trên những nỗ lực cấp kinh phí cho công tác chăm sóc y tế đối với người nghèo trước đây. Quỹ này phục vụ cho người nghèo, người dân cư trú ở những xã phường có điều kiện kinh tế-xã hội vô cùng khó khăn, và đồng bào các dân tộc thiểu số ở bốn tỉnh cao nguyên và sáu tỉnh miền núi phía Bắc gặp nhiều khó khăn. Chương trình cung

<sup>2</sup> Quyết định 139/2002/QĐ-TTG ngày 15 tháng 10 năm 2002 và Thông tư liên bộ số 14/2002/TTLB/BYT-BTC ngày 16 tháng 12 năm 2002 hướng dẫn việc tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, thành lập, quản lý và thanh toán Quỹ chăm sóc Y tế dành cho người nghèo.

cấp cho người thụ hưởng thẻ bảo hiểm y tế miễn phí với giá trị mua bảo hiểm là 50.000 đồng/người mỗi năm hoặc chi trả cho họ những chi phí khám chữa bệnh thực tế tại các cơ sở y tế công cộng (tùy thuộc vào một số mức trần). Những khoản kinh phí này chủ yếu được trích từ ngân sách trung ương (75%), phần còn lại lấy từ ngân sách tỉnh và đóng góp của các tổ chức và cá nhân trong nước và quốc tế.

Đến năm 2003, theo báo cáo chính thức của Chính phủ, đã có trên 11 triệu đối tượng được hưởng lợi từ Quỹ HCFP, chiếm 84% tổng số người trong diện mục tiêu. Một phần ba trong số này đã được nhận bảo hiểm y tế và hai phần ba nằm trong diện được thanh toán các khoản chi phí chăm sóc y tế (Bộ Y tế, 2004). Tuy nhiên, tỷ lệ dân được hưởng lợi từ chương trình thì xê dịch rất lớn, từ 58% ở miền núi phía Bắc đến 90% ở vùng chau thổ sông Hồng và các vùng Đông Nam Bộ (Bộ Y tế, 2004). Vẫn còn thiếu thông tin về những lợi ích thực tế của chương trình và tác động của chương trình đối với việc sử dụng dịch vụ. Tuy nhiên, một số người đã bày tỏ mối quan ngại về khả năng cấp đủ kinh phí cho chương trình của những tỉnh nghèo, sự thoả đáng về lợi ích, và mức thu hồi vốn thấp đối với các cơ sở cung ứng dịch vụ (Knowles, 2003). Do 25% tổng ngân sách cho chương trình được lấy từ các nguồn khác ngoài ngân sách trung ương, trong đó có ngân sách các tỉnh, nên gánh nặng tài chính này còn lớn hơn đối với các tỉnh nghèo có tỷ lệ dân trong diện được hưởng lợi từ chương trình HCFP cao. Ví dụ, những người được hưởng lợi từ chương trình HCFP chiếm hơn hai phần ba tổng số dân ở năm tỉnh phía Bắc, và dưới 5% ở những tỉnh giàu hơn, như Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh (Knowles, 2003). Gánh nặng tài chính có lẽ còn cao hơn đối với những tỉnh nghèo nếu những tỉnh này phải cung cấp toàn bộ ngân sách cho các cơ sở y tế. Mức phí sử dụng hiện hành ở các cơ sở y tế công lập không đủ trang trải cho toàn bộ chi phí dịch vụ, và kết quả là chính quyền tính lại phải chịu trách nhiệm cấp kinh phí cho các dịch vụ bổ sung. Hiện nay, ngân sách của tỉnh chưa tính đến các dịch vụ tăng thêm này (Knowles, 2003). Ngoài ra, mức thanh toán thấp đã làm cho những người nghèo và cận nghèo càng khó khăn trong việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc y tế có chất lượng mà không phải trả thêm những khoản tiền không chính thức. Mức thanh toán thấp đã đặt ra một vấn đề nghiêm trọng hơn cho những tỉnh đã chọn hình thức thanh toán trực tiếp mà không phải là thẻ bảo hiểm y tế cho các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế công lập. Mức thanh toán theo chương trình bảo hiểm thường cao hơn khung phí hiện hành. Do phần lớn các tỉnh nghèo chọn thanh toán trực tiếp cho các cơ sở y tế theo khung phí hiện hành, những vấn đề còn lại liên quan đến chất lượng của các dịch vụ chăm sóc điều trị dành cho các đối tượng hưởng lợi (Bộ Y tế, 2004)<sup>3</sup>. Cuối cùng, tốc độ triển khai chương trình còn chậm, việc xác định các đối tượng thụ hưởng còn phức tạp và mất nhiều thời gian, và việc tiếp cận với dịch vụ khám chữa bệnh ở những bệnh viện công tuyến trên vẫn còn tốn kém đối với người bệnh (Bộ Y tế, 2004).

### **2.6.1 Phạm vi và xác định đối tượng được miễn giảm phí khám chữa bệnh<sup>4</sup>**

Bảng 2 đưa ra những thông tin gần đây về phạm vi và hiệu quả xác định đối tượng được miễn giảm viện phí. Có thể rút ra bốn nhận xét từ những số liệu này. Thứ nhất, số bệnh nhân được miễn giảm một phần hoặc toàn bộ phí khám chữa bệnh thuộc các hộ gia đình có thu nhập thấp thì cao hơn rất nhiều số hộ gia đình có thu nhập cao hơn. Khoảng 27% bệnh nhân nội trú nghèo nhất được miễn giảm phí so với 5% những bệnh nhân thuộc bộ phận dân giàu nhất. Điều này cho thấy việc xác định đối tượng được miễn giảm viện phí theo hướng bảo vệ người nghèo là tương đối hiệu quả và tỷ lệ rò rỉ là không cao theo tiêu chuẩn quốc tế<sup>5</sup> (UNDP, 2004). Thứ hai, tỷ lệ người được thụ hưởng thì tương đối thấp, chỉ hơn một phần tư một chút số bệnh nhân thuộc bộ phận dân nghèo nhất được miễn giảm. Tỷ lệ đã triển thậm chí còn thấp hơn rất nhiều đối với bộ phận dân cận nghèo.

<sup>3</sup> Tỷ lệ đối tượng thuộc chương trình HCFP được thanh toán trực tiếp cao từ 100% ở vùng cao nguyên xuống 83% ở miền núi phía Bắc và 67% ở vùng đồng bằng sông Cửu Long. Ngược lại, tỷ lệ nhận bảo hiểm y tế lại cao, từ 100% ở vùng Đông Nam đến 69% ở vùng chau thổ sông Hồng (Bộ Y tế, 2004).

<sup>4</sup> Phân này sử dụng Điều tra Y tế Việt Nam để đánh giá mức triển khai và mục tiêu của miễn giảm phí. Vì Điều tra Y tế được hoàn thành trước khi thực hiện chương trình HCFP, nó không đề cập đến các đối tượng của Quỹ chăm sóc y tế dành cho người nghèo.

<sup>5</sup> 63% của tất cả các loại miễn giảm phí giành cho bộ phận dân nghèo nhất và cận nghèo trong khi chỉ có khoảng 20% tất cả các loại miễn giảm phí dành cho bộ phận dân giàu nhất và cận giàu nhất.

**Bảng 2. Điều trị nội trú , theo các phương thức chi trả và các nhóm tiêu dùng tính theo đầu người**

	Nhóm chi tiêu theo đầu người					
	Nghèo nhất	Cận nghèo nhất	Trung bình	Gần giàu nhất	Giàu nhất	Trung bình
Chi tiêu bằng tiền mặt	65,4	70,3	69,0	64,0	66,8	67,2
Miễn giảm một phần hoặc toàn bộ	26,6	16,5	12,0	8,7	5,1	13,6
Bảo hiểm	8,0	13,2	18,9	27,2	28,0	19,4
<b>Tổng cộng</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Nguồn: Điều tra y tế Việt Nam, 2002

Thứ ba, trong khi số bệnh nhân thuộc các hộ gia đình có thu nhập thấp được miễn giảm phí lớn hơn rất nhiều so với số bệnh nhân thuộc các gia đình có thu nhập cao, điều ngược lại cũng đúng đối với những người có bảo hiểm. Bảo hiểm chi trả một phần hoặc toàn bộ chỉ chiếm 8% số bệnh nhân nghèo nhất so với 29% số bệnh nhân giàu nhất. Thứ tư, tỷ lệ đối tượng thụ hưởng cả miễn giảm phí và bảo hiểm thì rất nhỏ, với trên 2/3 số hộ tự chi trả bằng tiền túi của họ cho các dịch vụ khám chữa bệnh nội trú. Tỷ lệ này thậm chí còn cao hơn đối với bộ phận dân có thu nhập trung bình và cận nghèo nhất, những đối tượng được miễn giảm phí hoặc bảo hiểm ít hơn là các nhóm thu nhập khác.

Cần nhận thấy là mặc dù có bảo hiểm và việc miễn giảm viện phí đã làm nhẹ đi gánh nặng tài chính của việc nhập viện đối với người nghèo và những người dễ bị tổn thương, song những lợi ích của nó còn khá khiêm tốn. Việc giảm phí và bảo hiểm làm giảm những khoản chi trả trực tiếp trung bình cho mỗi lần khám chữa bệnh nội trú lần lượt là 44% và 26% (NNHS, 2002). Những chi phí trực tiếp vẫn còn cao, đặc biệt khi tính đến các chi phí gián tiếp như là đi lại, nhà trọ và ăn uống cho người nhà bệnh nhân.

Các số liệu cho thấy một khi nguồn ngân sách dành cho các chương trình mục tiêu quốc gia hỗ trợ người nghèo vẫn còn chưa thỏa đáng và tiêu chuẩn để xét duyệt đối tượng còn quá khắt khe, thì chi phí nằm viện vẫn sẽ là một gánh nặng đối với một bộ phận lớn dân cư. Tiêu chuẩn để được hưởng lợi từ các chương trình mục tiêu quốc gia dành cho người nghèo thường dựa trên tiêu chí của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (Bộ LĐTB&XH) được quyết định bởi khả năng sẵn có của nguồn lực. Ví dụ, theo tiêu chí của Bộ LĐTB&XH, năm 2002 chỉ có 14,3% hộ gia đình nằm trong diện rất nghèo, so với 29% nếu căn cứ theo chuẩn nghèo do Tổng cục Thống kê áp dụng.

### **3. TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI HIỆU QUẢ VÀ TÍNH CÔNG BẰNG CỦA VIỆC TRAO QUYỀN TỰ CHỦ TÀI CHÍNH CHO CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP**

Gần đây, Chính phủ đã trao quyền tự chủ về quản lý và tài chính cho các đơn vị sự nghiệp có thu, bao gồm các cơ sở y tế và giáo dục công lập. Nghị định về Quyền tự chủ tài chính (Nghị định 10) cho phép các đơn vị sự nghiệp có thu toàn quyền quyết định trong việc: (i) quản lý thu chi; (ii) khai thác các nguồn thu; (iii) cơ cấu lại nhân sự; (iv) điều chỉnh tiền lương, tiền công của người lao động theo một số mức trần. Với việc chuyển đổi từ các khoản phân bổ ngân sách sang khoán thu chi theo định kỳ ba năm, các đơn vị sự nghiệp có thu được phép sử dụng bất kỳ một khoản tiết kiệm nào từ kinh phí được Nhà nước cấp để tăng tiền thù lao và thiết lập các qui khen thưởng, qui phúc lợi và qui dự phòng nhằm ổn định thu nhập cho người lao động. Mục tiêu của các cơ chế quản lý mới được trình bày ở đây, cũng như những cơ chế khác, là nhằm nâng cao hiệu quả, cải thiện chất lượng cung ứng dịch vụ, và khuyến khích các đơn vị khai thác thêm các nguồn thu.

Nghị định này cũng có ảnh hưởng sâu rộng tới việc thực hiện và cấp kinh phí cho các dịch vụ y tế vì nó có tác dụng khuyến khích đổi mới cách quản lý của các cơ sở y tế công cộng tương tự như đối với những người làm việc ở các bệnh viện tư. Khuôn khổ của tài liệu này không cho phép đề cập một cách đầy đủ về những tác động như vậy. Sử dụng những bằng chứng hiện có ở một vài bệnh viện đã áp dụng Nghị định 10 và những bằng chứng từ các nước khác, phần dưới đây sẽ phân tích vắn tắt một vài tác động của Nghị định 10 tới khả năng tiếp cận, đặc biệt là của người nghèo, với các dịch vụ y tế.

#### **3.1 Cải thiện về chất lượng và hiệu quả**

Do kinh phí hạn hẹp ở các cơ sở y tế công lập, bất kỳ sự tăng thu nào cũng giúp các cơ sở y tế cải thiện việc cung ứng dịch vụ. Những khoản thu bổ sung giúp các cơ sở y tế công lập mua sắm được các thiết bị tối cần thiết và nâng cao tinh thần của cán bộ nhân viên bằng việc trả lương cao hơn. Quyền chủ động sử dụng nguồn nhân lực tạo cơ hội cho một số đơn vị nắm quyền quản lý ở địa phương trong việc tuyển chọn và do đó đảm bảo chất lượng cán bộ.

Theo những bằng chứng hiện có ở các bệnh viện đã áp dụng Nghị định 10, những khoản thu bổ sung này có thể rất lớn. Ví dụ, một bệnh viện công lớn tại Hà Nội đã tăng thu lên đến 27 tỉ đồng (86%) trong vòng hai năm sau khi áp dụng Nghị định 10 (Ngân hàng Thế giới, 2004). Mức thu tăng nhanh như vậy chủ yếu nhờ vào việc cung ứng “các dịch vụ đặc biệt” hiện chưa được qui định trong khung phí quốc gia.

Tuy nhiên, khả năng tăng thu và cải thiện chất lượng, hiệu quả dịch vụ phụ thuộc rất nhiều vào vị trí, loại hình và cấp của các cơ sở y tế này. Ví dụ, các bệnh viện công lập ở những vùng nghèo thì không có khả năng thu được nhiều như là các bệnh viện ở các vùng giàu có. Nếu các nguồn ngân sách nhà nước dành cho y tế không được phân bổ lại thì việc phụ thuộc ngày càng nhiều vào các khoản thu từ phí có thể dẫn đến sự bất bình đẳng ngày một sâu sắc hơn giữa các vùng về chất lượng dịch vụ y tế. Ngoài ra, các cơ sở y tế chuyên về các dịch vụ đào tạo hoặc dự phòng sẽ có ít cơ hội tăng thu hơn. Bằng chứng hiện có ở các bệnh viện áp dụng Nghị định 10 không cho thấy sự thay đổi nào trong việc phân bổ các nguồn ngân sách nhà nước dành cho ngành y tế.

#### **3.2 Sàng lọc bệnh nhân**

Một trong những tác động phụ nguy hại nhất của Nghị định 10 là nó khuyến khích các bệnh viện công lập chọn lọc những bệnh nhân có thu nhập cao với mức độ bệnh tật không nghiêm trọng lăm để bảo đảm nguồn thu. Thực tế được nhiều người biết tới là các bệnh viện vì mục đích lợi nhuận thường nhận những bệnh nhân tương đối dễ điều trị nhưng lại thu được nhiều và chuyển những bệnh nhân mắc các chứng bệnh mãn tính và nghiêm trọng sang các bệnh viện khác, thường là những bệnh viện công lập ở tuyến trên. Hậu quả là những bệnh nhân ốm nặng và những bệnh nhân nghèo thường bị các bệnh viện từ chối. Bằng chứng ở những bệnh

viện đã áp dụng Nghị định 10 cho thấy tỷ lệ chuyển viện tăng lên sau khi áp dụng Nghị định này.

### 3.3 Lạm dụng các dịch vụ

Việc các bệnh viện công ngày càng phụ thuộc vào các khoản thu từ bệnh nhân đã làm thay đổi cơ chế khuyến khích hoạt động của các cơ sở dịch vụ y tế và gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới hiệu quả và tính công bằng. Những quyết định điều trị của các cơ sở dịch vụ y tế dường như bị ảnh hưởng bởi khung phí sử dụng chính thức. Khung này sử dụng một phần thu từ phí để trả tiền thưởng cho các cán bộ y tế. Do Nghị định 10 hứa hẹn những khoản tiền thưởng cao hơn mức khung phí sử dụng cho phép, nên càng khuyến khích các cơ sở y tế cung cấp những dịch vụ đắt tiền cho những người có khả năng chi trả các khoản phí chính thức kèm theo những món quà hậu hĩnh. Nguy cơ của việc lạm dụng các dịch vụ khi mà các cơ chế quản lý và kiểm tra còn yếu kém, các cơ sở y tế này còn thiếu ý thức tự quản về mặt chuyên môn, và khi mức lương của các cán bộ y tế còn thấp. Vấn đề lạm dụng sử dụng các dịch vụ y tế và giá cả leo thang cũng xảy ra ở những nền kinh tế chuyển đổi khác và đặc biệt là ở Trung Quốc (Ensor, 1998; Bloom và cộng sự, 1995; Chen, 1997; Preker and Frechem, 1994).

Đã có những băn khoăn ở Việt Nam về việc các cán bộ y tế, kể cả các bác sĩ ăn lương nhà nước, có xu hướng thiên về các dịch vụ tạo ra những khoản thanh toán lớn nhất (Việt Nam News, 2004). Đã bắt đầu xuất hiện những bằng chứng thực tế về việc lạm dụng các dịch vụ trên mỗi lần khám chữa bệnh ở bệnh viện, đặc biệt là khám chữa bệnh nội trú. Con số xét nghiệm trung bình được thực hiện đối với bệnh nhân ở các bệnh viện công lập rất khác nhau, phụ thuộc nhiều vào phương thức cấp kinh phí cho các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân. Con số xét nghiệm trung bình đối với bệnh nhân đóng bảo hiểm và bệnh nhân trả phí thì cao hơn từ 3 đến 4 lần so với bệnh nhân được miễn một phần hoặc toàn bộ chi phí (Phong và các cộng sự, 2002).

### 3.4 Hệ thống y tế công hai tầng

Sự khác nhau hiện nay về tiềm năng tăng thu của các cơ sở y tế công lập là do các cơ sở y tế ở những vùng giàu có hơn hoặc ở các trung tâm đô thị có thể tăng thu nhiều hơn so với các cơ sở y tế ở những nơi khác. Nguồn thu nhập từ bệnh nhân cao hơn cho phép cơ sở y tế công lập nâng cao chất lượng dịch vụ, trả lương thưởng cao hơn, và thu hút nhiều hơn các nhân viên giỏi. Do các nguồn kinh phí nhà nước chưa được phân bổ lại một cách đáng kể, nên việc áp dụng đầy đủ Nghị định 10 có thể đẩy nhanh quá trình chuyển đổi sang hệ thống y tế hai tầng: một tầng cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng cao cho những đối tượng sẵn sàng và có khả năng chi trả, và một tầng cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng thấp cho những đối tượng khó khăn hơn. Ngoài ra, khi kết hợp với quá trình phân cấp tài chính đang diễn ra, Nghị định 10 dường như đã làm yếu đi các biện pháp kiểm soát và các qui chuẩn quốc gia hiện do trung ương đảm nhiệm.

### 3.5 Thương mại hóa các dịch vụ y tế

Nghị định 10 đã hợp pháp hóa việc cung ứng các dịch vụ tư nhân, ví dụ như dịch vụ chẩn đoán, đang diễn ra một cách không chính thức tại một số cơ sở y tế công lập. Nó cũng khuyến khích cán bộ quản lý ở các cơ sở y tế công lập tìm kiếm các nguồn kinh phí khác để mua sắm trang thiết bị y tế, kể cả kinh phí huy động từ cán bộ công nhân viên và những cá nhân có quan tâm ở bên ngoài. Vấn đề thương mại hóa các dịch vụ y tế và giá cả leo thang cũng diễn ra ở những nền kinh tế chuyển đổi khác. Ở Trung Quốc, việc chuyển đổi từ hệ thống y tế công lập do trung ương quản lý sang hệ thống dịch vụ thu phí chưa được quản lý tốt đã dẫn đến sự trực lợi của các nhân viên làm việc ở cả hai loại cơ sở y tế công cộng và tư nhân và sự tham gia trực tiếp của các nhà sản xuất thuốc và trang thiết bị y tế trong việc tài trợ cho các bệnh viện công lập (Bloom và Xingyuan, 1997; Bogg và cộng sự, 1996; Liu, Liu và Meng, 1994). Một phân tích mang tính so sánh về các chi phí cho chăm sóc y tế ở những nước phát triển cho thấy tính trung bình tổng chi phí cho chăm sóc y tế thì thấp hơn ở những hệ thống y tế mà chủ yếu được cấp kinh phí thông qua hệ thống thuế chung (OECD, 2002). Trên thực tế, mức

đóng góp kinh phí của tư nhân cho các dịch vụ chăm sóc y tế càng cao thì càng khó kiểm soát chi tiêu y tế (Evans, 2002).

### 3.6 Khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế

Việc ban hành Nghị định 10 đã dẫn đến mối băn khoăn ngày càng tăng về mức phí ở các cơ sở y tế công lập. Cần lưu ý rằng, không có điều khoản nào trong Nghị định 10 cho phép các cơ sở y tế công lập được nâng cao mức phí vì khung phí hiện nay là do Thủ tướng Chính phủ qui định. Tuy nhiên, việc thực hiện Nghị định đã tạo ra động cơ khuyến khích về vật chất đối với các bệnh viện công lập trong việc cung cấp thêm “các dịch vụ đặc biệt” chưa được quy định trong khung viện phí hiện nay và thúc ép Chính phủ nâng cao mức viện phí. Do áp lực đối với việc nâng cao mức phí ngày càng tăng, nên Chính phủ ngày càng khó có thể chống đỡ lại áp lực này. Mỗi lần nâng mức phí là một lần tăng thêm khó khăn về tài chính vốn đã rất nặng nề lên các hộ gia đình, đặc biệt là các hộ nghèo nhất và cận nghèo nhất, nếu không có sự trợ cấp của Nhà nước. Mặc dù Quỹ chăm sóc y tế cho người nghèo mới được thành lập phải gộp phần giảm bớt gánh nặng tài chính do việc tăng phí gây ra, song Quỹ này áp dụng tiêu chí chung của các chế độ miễn giảm viện phí khác để đề ra các tiêu chuẩn thụ hưởng. Những tiêu chí này, như được trình bày ở trên, quá nghiêm ngặt và khiến cho một bộ phận lớn những người rất nghèo và cận nghèo không thể hưởng lợi từ Quỹ này. Hơn nữa, do mức phí tăng lên nên việc cấp kinh phí cho Quỹ càng trở nên khó khăn hơn, đặc biệt là đối với những tỉnh nghèo, vì mức độ hoàn vốn cho các bệnh viện cũng phải tăng cùng với phí.

## 4. GIÁO DỤC

### 4.1 Tổng quan

Hệ thống giáo dục Việt Nam do Nhà nước quản lý và cấp ngân sách cũng bị ảnh hưởng nặng nề trong giai đoạn đầu của thời kỳ chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường. Tăng trưởng thấp và lạm phát cao hơn kết hợp với việc Chính phủ liên tục giảm chi tiêu đã làm cho cơ sở hạ tầng trường lớp xuống cấp nhanh chóng, nhiệt tình của giáo viên giảm sút, thiếu sách giáo khoa và việc học hai, thậm chí ba ca, ở các trường tiểu học và trung học cơ sở tăng lên (Ngân hàng Thế giới, 1993). Tổng tỷ lệ học sinh ở bậc trung học đã giảm từ 43% năm 1985 xuống còn 33% năm 1990 (Glewwe và Jacoby, 1986)<sup>6</sup>.

#### 4.1.1 Giáo dục ngoài công lập và các loại phí trong giáo dục

Hệ thống giáo dục của Việt Nam bị ảnh hưởng sâu sắc bởi các biện pháp cải cách từ cuối những năm 80 và đầu những năm 90, đặc biệt trong lĩnh vực tài chính và giáo dục. Những thay đổi này là chế độ chia sẻ kinh phí mới mà Việt Nam thường gọi là “xã hội hóa giáo dục” và việc ra đời của các trường bán công, dân lập cũng như các trường tư thục và đại học dân lập. Chế độ đóng góp kinh phí mới này và việc cung ứng dịch vụ giáo dục tư nhân nhằm huy động các nguồn kinh phí bổ sung cho giáo dục, khuyến khích sự tham gia của phụ huynh học sinh vào việc ra quyết định liên quan đến chương trình giảng dạy và tài chính, nâng cao trách nhiệm giải trình của các trường và chính quyền địa phương trong việc cung cấp và đa dạng hóa việc cung ứng các dịch vụ giáo dục.

Trong khi Nhà nước vẫn là người cung ứng dịch vụ chính ở tất cả các bậc học, việc đăng ký học ở các trường bán công và dân lập cũng như các trường tư thục và đại học dân lập đang ngày một tăng. Trong số các cơ sở giáo dục ngoài công lập, các trường trung học bán công đã phát triển mạnh hơn các loại hình khác vì các trường này thu hút những học sinh không thi đỗ vào các trường công lập. Các trường bán công hoạt động trên cơ sở thu hoàn chi phí, sử dụng trường lớp và các cơ sở vật chất của Nhà nước. Các trường bán công và tư thục chiếm 47% tổng số học sinh trung học phổ thông năm 2004 (Ngân hàng Thế giới, 2004). Người Việt

<sup>6</sup> Tổng tỷ lệ đăng ký nhập học được xác định là tỷ lệ của tất cả trẻ em đăng ký học trung học trên tổng dân số ở độ tuổi học trung học.

Nam thường cho rằng chất lượng giáo dục ở những cơ sở bán công và tư thục thì thấp hơn ở các cơ sở công lập.

Năm 1989, khung phí chính thức đã được ban hành, theo đó phụ huynh hàng tháng phải trả một mức phí tương đương với giá tiền một cân thóc cho con em học lớp 4 và 5, và tương đương hai cân thóc cho con em học trung học cơ sở. Học sinh từ lớp 1 đến lớp 3 được miễn phí, ít nhất là trên lý thuyết. Học sinh vẫn phải trả tiền sách giáo khoa. Những khoản phí này có thể được dùng cho công tác bảo dưỡng, mua sắm, và để phụ thêm vào lương giáo viên. Không rõ là việc thu phí này đã làm giảm bao nhiêu số học sinh đăng ký đi học (Glewwe và Jacoby, 1998). Tuy nhiên, sau bốn năm thực hiện, học phí đối với lớp 4 và 5 đã được bãi bỏ, và phụ huynh chỉ phải đóng một khoản phí hàng tháng khoảng 4.000 đồng cho học sinh trung học cơ sở. Những khoản phí được Nhà nước cho phép thu ở các khu đô thị thì cao hơn các vùng nông thôn, và cũng tăng theo bậc học.

Vào những năm 1990, một số nghị quyết và nghị định mà sau này được gọi là phong trào “xã hội hóa” đã làm tăng sự phụ thuộc vào việc thu hoàn chi phí và cung ứng các dịch vụ giáo dục, y tế và văn hóa trong khu vực ngoài nhà nước. Những nghị quyết và nghị định này không chỉ tạo ra khung pháp lý cho việc tham gia của khu vực ngoài công lập vào việc cung ứng các dịch vụ giáo dục, y tế và văn hóa mà còn khuyến khích việc tự lo kinh phí trong các cơ sở dịch vụ công. Ngoài ra, Hội đồng Nhân dân và Ủy ban Nhân dân cũng được trao “trách nhiệm và quyền hạn”, kể cả quyền xác định mức phí, lệ phí và các khoản đóng góp khác<sup>7</sup>. Kinh phí huy động thông qua phong trào “xã hội hóa”, kể cả viện trợ phát triển chính thức, được hy vọng là sẽ tăng từ 29% năm 2000 lên tới khoảng 40% vào năm 2010 (Diễn đàn Giáo dục Việt Nam, 2003). Mặc dù phí và các khoản đóng góp trong tổng chi tiêu cho giáo dục ngày càng trở nên quan trọng hơn, song những khoản kinh phí này vẫn rất ít khi xuất hiện trong các văn bản chính thức. Và mặc dù phần lớn các khoản đóng góp của cha mẹ học sinh được qui định cho những mục đích cụ thể, song các trường đều sử dụng những khoản thu này một cách linh hoạt.

#### **4.1.2. Gánh nặng chi phí cá nhân đối với giáo dục cơ bản gia tăng**

Sau khi giảm đáng kể vào đầu những năm 1990, mức chi tiêu của Chính phủ cho giáo dục đã tăng đáng kể vào giữa những năm 1990 và đầu những năm 2000. Mức chi ngân sách nhà nước cho giáo dục hàng năm tăng khoảng 22% trong khoảng thời gian từ 1993 đến 2002. Chi tiêu công cho giáo dục tính theo tỷ lệ phần trăm GDP là từ 2,2% năm 1992 lên tới 4,2% năm 2002 (Ngân hàng Thế giới, 2004). Tỷ lệ các nguồn lực công dành cho giáo dục cũng tăng từ 9,8% tổng ngân sách nhà nước năm 1992 lên 16,9% năm 2002.

Đồng thời, việc thu học phí và sự phụ thuộc nhiều hơn vào những khoản đóng góp gần như là bắt buộc của cha mẹ học sinh đã chuyển gánh nặng tài chính của ngành giáo dục từ Nhà nước sang những người sử dụng dịch vụ này. Năm 1994, chi phí cá nhân cho việc học hành bao gồm học phí và các khoản đóng góp, đồng phục, sách giáo khoa và đi lại đã chiếm lần lượt khoảng 48% và 59% tổng chi tiêu cho giáo dục tiểu học và trung học cơ sở (Ngân hàng Thế giới, 1997). Chi phí cá nhân cho việc học hành của mỗi đứa trẻ ở bậc tiểu học gần như là tăng gấp đôi trong khoảng thời gian từ 1993 đến 1998 (từ 90.000 đồng năm 1993 lên tới 175.000 đồng năm 1998 - tất cả đều tính theo giá của năm 1994). Mức tăng của các chi phí cá nhân cho mỗi học sinh trung học cơ sở thì thấp hơn, khoảng 42% trong cùng giai đoạn (Điều tra mức sống Việt Nam, 1993, 1998).

#### **4.1.3. Chênh lệch về chất lượng giáo dục giữa các vùng**

Tổng mức chi tiêu cho giáo dục trên mỗi học sinh còn rất khác nhau giữa các vùng. Mặc dù so với trước đây, kinh phí của Nhà nước đã được phân bổ đều hơn giữa các vùng, nhưng mức chi tiêu của Nhà nước và tư nhân trên mỗi học sinh thì vẫn còn khác nhau. Tổng chi tiêu cho mỗi học sinh tiểu học ở vùng núi phía Bắc và Bắc Trung bộ thì thấp hơn khoảng 22% so với

<sup>7</sup> Điều 25 của Luật Ngân sách Nhà nước, ngày 20 tháng 3 năm 1996

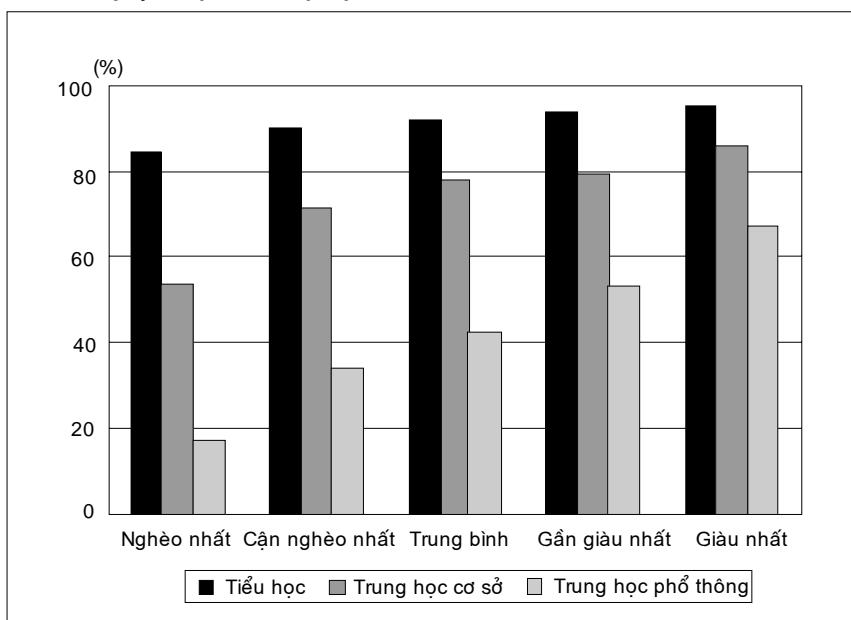
mức trung bình quốc gia và chỉ vào khoảng 54% chi phí cho một học sinh ở vùng Nam Trung bộ (Nguyen, 2002).

Sự chênh lệch về chi tiêu góp phần dẫn đến sự chênh lệch về chất lượng giáo dục. Ở những vùng núi nghèo, kinh phí nhà nước dành cho giáo dục tiểu học chỉ đủ trang trải các khoản chi phí về nhân sự, như vậy không còn kinh phí để chi cho các tài liệu giảng dạy và học tập (Diễn đàn Giáo dục, 2003). Điều kiện vật tư và bàn ghế trường học ở các vùng nghèo như Tây Bắc, Tây Nguyên và đồng bằng sông Cửu Long vẫn còn thấp hơn khá nhiều so với mức trung bình trên toàn quốc (Ngân hàng Thế giới, 2002). Kết quả học tập môn toán của trẻ em vùng Tây Bắc, Tây Nguyên và đồng bằng sông Cửu Long thấp hơn mức trung bình quốc gia. Những năm gần đây, Chính phủ đã đưa ra một số sáng kiến nhằm nâng cao chất lượng giáo dục cơ bản, như triển khai chương trình tiểu học mới, trong đó quy định việc áp dụng các phương pháp giảng dạy và tài liệu mới và tăng đáng kể số tiết mỗi tuần của các môn học chính và các môn tự chọn. Tuy nhiên, kinh phí hạn hẹp và công tác đào tạo giáo viên còn yếu kém, đặc biệt ở ngoài các vùng đô thị, đã làm cản trở việc thực hiện chương trình mới.

#### 4.2. Số trẻ em đi học

Sau khi giảm mạnh vào những năm đầu của giai đoạn chuyển đổi, số trẻ em đi học đã tăng đáng kể. Tỷ lệ trẻ em đi học đúng tuổi ở cấp tiểu học tăng từ 87% năm 1993 lên 90% năm 2002 và ở cấp trung học cơ sở từ 30% lên 72%<sup>8</sup>. Tỷ lệ học sinh đúng tuổi ở cấp trung học phổ thông cũng tăng đáng kể từ 7% lên 42%. Tỷ lệ học sinh tiểu học tăng nhiều nhất ở bộ phận dân nghèo nhất và cận nghèo nhất. Tuy nhiên, như sơ đồ 7 cho thấy, vẫn còn một khoảng cách khá lớn về tỷ lệ học sinh giữa bộ phận dân nghèo nhất và bộ phận dân giàu nhất ở cả hai bậc trung học cơ sở và trung học phổ thông.

**Sơ đồ 7. Tỷ lệ đi học theo cấp học và theo mức chi tiêu**



Nguồn: Điều tra mức sống dân cư và nhà ở Việt Nam, 2002

Mức chênh lệch về tỷ lệ học sinh giữa các dân tộc thiểu số và dân tộc Kinh vẫn còn cao, đặc biệt là ở bậc học phổ thông. Năm 2002, ở bậc trung học cơ sở, chỉ có 48% trẻ em các dân tộc thiểu số trong độ tuổi đi học được đến trường, so với 76% trẻ em người Kinh và người Hoa. Bằng chứng từ các đánh giá nghèo có sự tham gia của người dân cho thấy tỷ lệ học sinh nữ là người dân tộc thiểu số thậm chí còn thấp hơn.

<sup>8</sup> Tỷ lệ học sinh đúng tuổi là tỷ lệ trẻ em trong một nhóm tuổi chính thức đi học ở một cấp nhất định trên tổng số trẻ em trong độ tuổi đó.

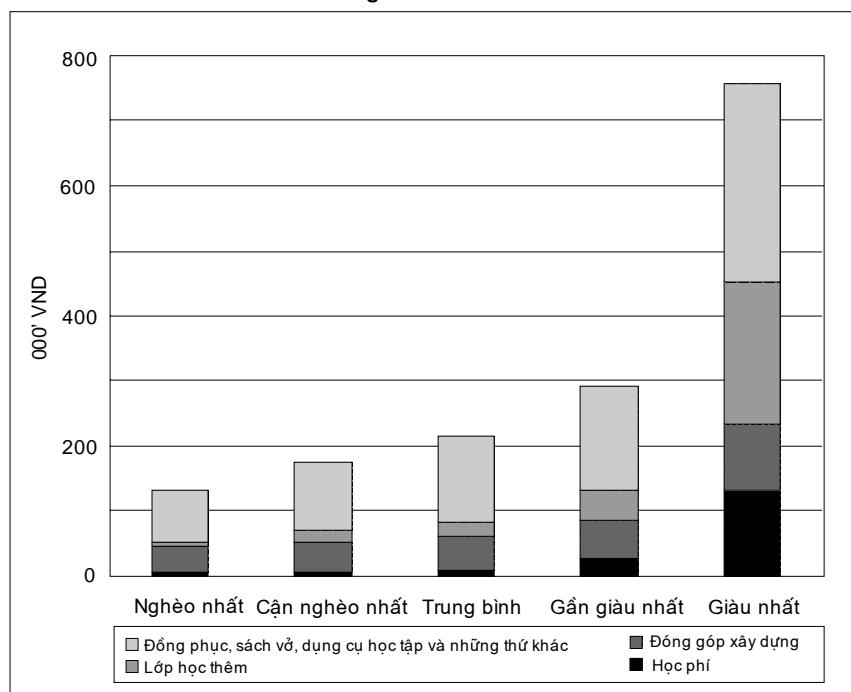
Cùng với việc thông qua Tuyên bố Thiên niên kỷ, Chính phủ đã cam kết đạt được các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ, trong đó có mục tiêu phổ cập giáo dục tiểu học vào năm 2015, xóa bỏ tình trạng bất bình đẳng giới ở bậc giáo dục tiểu học và trung học vào năm 2005, và ở mọi cấp vào năm 2015 (LHQ, 2003). Những mục tiêu này còn được cụ thể hóa thêm trong Chiến lược Toàn diện về Tăng trưởng và Xóa đói giảm nghèo (Chính phủ Việt Nam, 2003). Đạt phổ cập giáo dục tiểu học sẽ không phải là một vấn đề đơn giản, vì gần ba phần tư số trẻ em trong độ tuổi đi học hiện chưa được đến trường là con em của các bộ phận dân nghèo nhất và cận nghèo nhất.

#### **4.3. Chi phí trực tiếp cá nhân cho giáo dục cơ bản**

Mặc dù Chính phủ vẫn là nhà cung cấp chính dịch vụ giáo dục ở tất cả các bậc học, song phần đóng góp của Nhà nước trong tổng chi tiêu cho giáo dục vẫn còn thấp, đặc biệt ở bậc trung học và cao hơn. Chi phí trực tiếp cá nhân chiếm hơn 58% tổng chi cho giáo dục ở bậc trung học cơ sở. Ở bậc tiểu học, Nhà nước đóng góp nhiều hơn vào tổng chi trong khi tỷ lệ đóng góp của hộ gia đình vào khoảng 39% (Chính phủ Việt Nam - Nhóm công tác các nhà tài trợ, 2001).

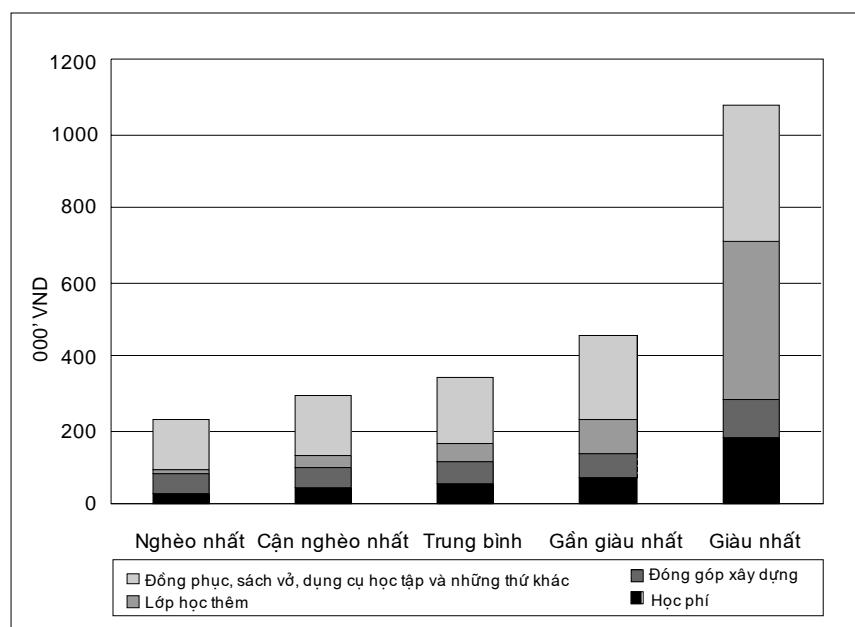
Tổng chi tiêu trực tiếp cá nhân cho một học sinh tiểu học và trung học được trình bày ở hai Sơ đồ 8 và 9. Chi phí cá nhân cho giáo dục cơ bản giữa các nhóm thu nhập tương đối khác nhau, những phụ huynh khá giả nhất chi cho con học tiểu học cao hơn 6 lần những phụ huynh nghèo nhất. Chi tiêu cá nhân cho học sinh bậc trung học cơ sở cũng cao hơn rất nhiều so với bậc tiểu học. Tính trung bình, mức chi tiêu cho một học sinh trung học cơ sở cao hơn cho một học sinh tiểu học khoảng 70%.

**Sơ đồ 8. Chi tiêu trung bình bằng tiền mặt cho mỗi trẻ đi học tiểu học theo các nhóm chi tiêu theo đầu người**



Nguồn: Điều tra mức sống dân cư và nhà ở Việt Nam, 2002

**Sơ đồ 9. Chi tiêu trung bình bằng tiền mặt cho mỗi trẻ đi học trung học cơ sở theo các nhóm chi tiêu theo đầu người**



Nguồn: Điều tra mức sống dân cư và nhà ở Việt Nam, 2002

Mặc dù các trường tiểu học không được phép thu các loại phí, song trên thực tế phụ huynh học sinh vẫn phải đóng những khoản này. Ngoài phí, phụ huynh còn phải lo rất nhiều khoản đóng góp khác, cả chính thức và không chính thức. Những khoản đóng góp này được thu theo đầu học sinh và chỉ thay đổi một chút tùy theo điều kiện kinh tế của mỗi hộ gia đình. Đối với những hộ nghèo nhất và cận nghèo nhất, những khoản đóng góp này chiếm lần lượt là khoảng 32% và 27% tổng chi tiêu cá nhân cho một học sinh tiểu học. Các lớp học thêm cũng chiếm một phần lớn chi phí cá nhân cho một đứa trẻ đi học, đặc biệt đối với những hộ có thể trả tiền dạy thêm ngoài giờ cho các thầy cô ở trường một cách không chính thức. Chi phí cho các lớp học thêm chiếm khoảng 24% tổng chi phí cho một học sinh trung học cơ sở và 17% cho một học sinh tiểu học. Tùy theo điều kiện kinh tế của mỗi gia đình mà chi phí cho việc học thêm cũng rất khác nhau, ở bậc trung học cơ sở, riêng mức chi của các hộ gia đình khá giả cho việc học thêm cao hơn gần gấp đôi tổng các khoản chi như học phí, các khoản đóng góp, sách giáo khoa, đồng phục và học thêm của các hộ nghèo nhất.

#### 4.4. Khả năng chi trả cho giáo dục cơ bản

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ giữa mức chi trả trực tiếp cá nhân cho một đứa trẻ so với mức chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của hộ gia đình (tỷ lệ này được gọi là tỷ lệ có khả năng chi trả). Gánh nặng tài chính đối với giáo dục rất khác nhau theo từng bậc học và từng nhóm thu nhập. Chi phí trực tiếp cá nhân hàng năm cho việc học hành của một đứa trẻ chiếm trung bình 4,4% chi phí ngoài lương thực ở bậc tiểu học và 7,4% ở bậc trung học cơ sở. Đối với người nghèo nhất và cận nghèo nhất, gánh nặng tài chính là đặc biệt lớn ở bậc trung học. Tỷ lệ có khả năng chi trả đối với những nhóm này lần lượt là 11% và 9%.

**Bảng 3. Chi tiêu trung bình bằng tiền mặt hàng năm cho giáo dục cho mỗi trẻ tính theo % chi tiêu hàng năm ngoài lương thực của hộ gia đình, tính theo bộ phận chi tiêu theo đầu người**

	Bộ phận chi tiêu theo đầu người					Trung bình
	Nghèo nhất	Cận nghèo nhất	Trung bình	Gần giàu nhất	Giàu nhất	
Tiểu học	6,3	5,3	4,5	4,3	4,8	4,4
Trung học	11,0	8,9	7,2	6,7	6,8	7,4

Nguồn: Điều tra mức sống dân cư và nhà ở Việt Nam, 2002

Tỷ lệ về khả năng chi trả ở bảng 3 không phản ánh chất lượng giáo dục dành cho trẻ theo các nhóm thu nhập khác nhau. Sự chênh lệch rõ ràng về gánh nặng tài chính của giáo dục cơ bản có lẽ còn lớn hơn nếu trẻ em của các hộ gia đình nghèo nhất và cận nghèo nhất được hưởng giáo dục có chất lượng như trẻ em của các hộ không nghèo. Ví dụ, nếu chi phí của những hộ gia đình nghèo và cận nghèo cho các lớp học thêm tương đương với mức trung bình quốc gia thì tỷ lệ có khả năng cho con đi học ở bậc trung học cơ sở sẽ tăng 15,5%. Những số liệu về chi phí cũng không phản ánh sự chênh lệch về tỷ lệ học sinh bị lưu ban. Tỷ lệ lưu ban ở các trường tiểu học thay đổi tùy thuộc vào các nhóm kinh tế, từ 25% đối với học sinh thuộc bộ phận nghèo nhất đến 8% đối với học sinh thuộc bộ phận khá giả nhất (Nguyen, 2002).

Bằng chứng từ Việt Nam và các nước có thu nhập thấp khác cho thấy chi phí cá nhân trực tiếp cho con đi học càng cao thì khả năng cha mẹ học sinh, đặc biệt là những người nghèo và cận nghèo, cho con đi học càng thấp đi (Oxfam, 2002). Các Đánh giá nghèo có sự tham gia của người dân cho thấy những hộ nghèo và cận nghèo sẽ bắt con cái, đặc biệt là các bé gái, phải thôi học khi gia đình gặp phải khó khăn về tài chính do các sự kiện xảy ra không lường trước được, như là ốm nặng phải nhập viện chặng hạn. Chính phủ đã nhận ra những gánh nặng tài chính lớn của giáo dục cơ bản đối với các hộ nghèo trong Chiến lược Toàn diện về Tăng trưởng và Giảm nghèo và các chiến lược khác trong lĩnh vực giáo dục trong đó có Chương trình Giáo dục cho mọi người (Bộ GD&ĐT, 2003), Chiến lược Phát triển giáo dục (Bộ GD&ĐT, 2001), tất cả đều xác định việc miễn phí ở bậc tiểu học và trung học cơ sở cho các học sinh nghèo như là một mục tiêu chính sách cơ bản.

#### 4.5. Cơ chế miễn giảm các khoản phí và đóng góp

Một số chương trình hỗ trợ giáo dục dành cho hộ gia đình nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, người tàn tật, cựu chiến binh, các gia đình chính sách và những người dân sống ở các vùng sâu vùng xa đã được thực hiện. Những chương trình này được thiết kế để giúp các trẻ em nghèo duy trì việc học tập ở trường và bao gồm việc miễn giảm học phí và các khoản đóng góp, cung cấp vở viết và sách giáo khoa, trao học bổng cho các học sinh trong diện đặc biệt khó khăn. Những hợp phần này khác nhau về mức độ kinh phí nhận được và phạm vi triển khai. Miễn giảm học phí và các khoản đóng góp nhận được nhiều kinh phí hơn và có phạm vi triển khai rộng hơn các hợp phần khác.

##### 4.5.1 Phạm vi và đối tượng được miễn giảm phí

Theo số liệu điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam gần đây, trên 84% trong tất cả các trường hợp miễn giảm học phí và các khoản đóng góp được dành cho đồng bào các dân tộc thiểu số, những người dân sống ở các vùng sâu vùng xa và những người nghèo. Việc xác định mục tiêu miễn giảm tương đối hiệu quả và có tỷ lệ thất thoát thấp nếu căn cứ theo chuẩn quốc tế (UNDP, 2004). Tuy nhiên, cơ chế miễn giảm dành cho người nghèo chỉ giúp được 7,4% số trẻ em của các hộ gia đình nghèo nhất và cận nghèo nhất ở bậc tiểu học. Tỷ lệ này cao hơn một chút ở cấp trung học cơ sở (10,3%). Thậm chí đối với những hộ nghèo đã được miễn giảm học phí, nhưng các khoản chi phí trực tiếp của họ vẫn còn cao, đặc biệt ở cấp tiểu học. Vì các khoản phí và đóng góp rất đa dạng, việc miễn giảm toàn bộ hay một phần thường chỉ được áp dụng đối với một số loại phí và đóng góp chứ không phải là tất cả. Ở Bảng 4 cho thấy, trong khi con em các hộ nghèo nhất được miễn giảm chỉ phải trả 3% toàn bộ phí ở cấp tiểu học,

song các em vẫn phải trả tới 40% các khoản đóng góp. Ở cấp trung học cơ sở, mức độ hưởng lợi từ việc miễn giảm học phí và các khoản đóng góp thì còn ít hơn nhiều. Hơn nữa, như Bảng 4 cho thấy, có sự khác biệt rất nhỏ về số tiền được giảm trong các khoản đóng góp của người dân thuộc các nhóm kinh tế khác nhau.

**Bảng 4. Chi tiêu trung bình bằng tiền mặt cho học phí và đóng góp cho mỗi trẻ ở những hộ gia đình được miễn giảm (tính theo % chi tiêu của những hộ gia đình không được miễn giảm)**

	Chi tiêu theo đầu người theo bộ phận dân cư					
	Nghèo nhất	Cận nghèo nhất	Trung bình	Gần giàu nhất	Giàu nhất	Trung bình
<b>Giáo dục tiểu học:</b>						
Học phí	3,1	4,1	9,5	2,8	17,7	4,9
Đóng góp	40,1	33,3	48,3	48,2	41,4	35,0
<b>Giáo dục trung học cơ sở:</b>						
Học phí	42,4	28,8	31,9	31,6	15,2	27,7
Đóng góp	70,8	61,0	73,2	53,8	63,9	59,9

Nguồn: Điều tra mức sống dân cư và nhà ở, 2002

Gánh nặng tài chính lớn của giáo dục cơ bản cho thấy chế độ miễn giảm đã làm thay đổi tỷ lệ đi học tiểu học trong số những trẻ nghèo (Nguyen, 2004). Kết quả so sánh giữa các hộ trong diện được miễn giảm học phí và các khoản đóng góp với những hộ tương tự không được miễn giảm cho thấy chế độ miễn giảm đã làm tăng khả năng trẻ em theo học ở các trường tiểu học khoảng 11%.

## 5. TRAO QUYỀN TỰ CHỦ TÀI CHÍNH CHO CÁC CƠ SỞ GIÁO DỤC CÔNG LẬP

Nghị định 10 khuyến khích các cơ sở giáo dục công lập có thu ở tất cả các cấp tự chủ trong việc quản lý thu chi và nhân sự, đồng thời tìm kiếm các nguồn thu khác. Cũng giống như ngành y tế, Nghị định này đã có những tác động sâu rộng đối với việc thực hiện và cấp kinh phí cho các hoạt động giáo dục, đặc biệt là ở các cấp giáo dục cao hơn. Nghị định cũng tạo ra cho các trường này những cơ chế khuyến khích tương tự như ở các cơ sở giáo dục tư nhân hoạt động vì lợi nhuận. Do có ít số liệu về các chỉ số giáo dục và tài chính của các cơ sở giáo dục đã áp dụng Nghị định 10, nên chưa thể đánh giá những tác động của Nghị định này đối với tỷ lệ trẻ em đi học, nguồn thu từ các loại phí và các khoản đóng góp và từ ngân sách nhà nước. Do vậy, phần tiếp theo sẽ đề cập một cách ngắn gọn những tác động mà Nghị định có thể mang lại đối với việc thực hiện và cấp kinh phí cho các hoạt động giáo dục cơ bản, một phần dựa vào những kinh nghiệm ở các nước đang phát triển khác.

### 5.1. Nâng cao chất lượng và hiệu quả

Các trường công lập có thể tăng thêm nguồn thu thông qua việc áp dụng Nghị định 10 và những khoản thu này có thể giúp các trường mua sắm được những trang thiết bị và dụng cụ giảng dạy tối cần thiết và trả lương cao hơn.

Khả năng tăng thu và nâng cao chất lượng, hiệu quả, như được nêu trong phần y tế ở trên, phụ thuộc rất nhiều vào địa điểm của trường học và cấp học. Ví dụ, khả năng tăng thu đối với các trường đại học và dạy nghề thì cao hơn rất nhiều so với các trường tiểu học và trung học cơ sở. Riêng học phí đã chiếm một phần năm trong tổng các khoản chi tiêu ở các cơ sở dạy nghề, các trường cao đẳng và đại học, và cho dù các khoản phí ở những cơ sở giáo dục này có cao hơn thì cũng ít có khả năng gây cản trở đối với việc học sinh theo học, vì phần lớn trong số này là con em của các gia đình có thu nhập cao hơn. Ngược lại, khả năng tăng thu của các trường tiểu học và trung học cơ sở thì ít hơn rất nhiều, đặc biệt là những trường ở các vùng nghèo.

Các cơ sở giáo dục ở bậc cao hơn cũng có cơ hội lớn hơn trong việc mở ra các nguồn thu khác. Đã có một khu vực tư nhân khá lớn và đang phát triển nằm trong các cơ sở giáo dục

công lập sử dụng kinh phí nhà nước và cung ứng một loạt dịch vụ, kể cả các chương trình cấp bằng chuyên môn, nghiên cứu và tư vấn. Các trường tiểu học và trung học cơ sở thì rất khó có được những cơ hội tương tự. Những hạn chế về diện tích và trang thiết bị làm cho các trường tiểu học và trung học cơ sở khó có thể tăng thu bằng việc tăng số lượng tuyển sinh.

## 5.2. Hệ thống giáo dục công lập hai tầng

Mặc dù các trường công lập khó có thể tăng thu bằng việc tăng số lượng tuyển sinh, song một số trường sẽ tăng thu bằng việc sàng lọc học sinh và thu phí cao hơn. Các trường công lập ở những vùng giàu có hơn có thể tăng phí và sử dụng các nguồn kinh phí bổ sung để nâng cao chất lượng, trả lương và thưởng cao hơn cho giáo viên và thu hút thêm nhiều giáo viên giỏi. Khi có chất lượng cao hơn rồi thì sẽ thu hút được những khoản phí chính thức và không chính thức cao hơn và những học sinh là con em của các gia đình khá giả hơn. Trong khi nguồn kinh phí do Nhà nước phân bổ còn rất thiếu, thì việc áp dụng triệt để Nghị định 10 có thể thúc đẩy nhanh quá trình chuyển sang một hệ thống giáo dục hai tầng.

# 6. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

## 6.1. Kết luận

Tài liệu này đã xem xét những tác động của phí sử dụng và quyền tự chủ về tài chính đối với khả năng tiếp cận các dịch vụ giáo dục và y tế công cộng. Một đánh giá về kinh nghiệm của Việt Nam về phí sử dụng trong ngành y tế và giáo dục cho rằng chi phí cá nhân của những dịch vụ này chiếm một tỷ lệ lớn hơn rất nhiều trong ngân sách chi tiêu ngoài lương thực của hộ gia đình đối với những người nghèo và cận nghèo hơn là những người không nghèo. Mặc dù những hộ nghèo đi khám chữa bệnh ở bệnh viện ít hơn rất nhiều những hộ không nghèo, song mỗi lần khám chữa bệnh là cả một gánh nặng tài chính lớn hơn đối với người nghèo. Chi phí khám chữa bệnh cao ở các bệnh viện công lập có thể dẫn đến sự kiệt quệ lâu dài, vì người nghèo buộc phải bán tài sản hoặc vay mượn để trang trải các khoản chi phí về chăm sóc y tế.

Chi phí cá nhân cho giáo dục cơ bản cũng khác nhau đáng kể giữa các nhóm thu nhập, đối với những cha mẹ học sinh giàu nhất thì chi tiêu cho một đứa trẻ học tiểu học cao hơn khoảng 6 lần mức chi của những cha mẹ học sinh nghèo nhất. Mặc dù không được phép thu học phí ở bậc tiểu học, song cha mẹ học sinh vẫn phải đóng phí cùng với một loạt các khoản đóng góp “tự nguyện” khác. Những khoản đóng góp này được thu theo đầu học sinh và chỉ khác nhau chút ít tùy theo khả năng chi trả. Đối với những hộ nghèo nhất và cận nghèo nhất, những khoản đóng góp này chiếm tới 32% và 27% tổng chi phí cá nhân cho mỗi học sinh tiểu học. Các lớp học thêm cũng chiếm một phần lớn chi phí cá nhân cho việc học hành của mỗi đứa trẻ, đặc biệt là đối với những hộ có khả năng chi trả cho việc học thêm do các thầy cô giáo ở trường dạy trên cơ sở không chính thức.

Đối với những người nghèo và cận nghèo, gánh nặng tài chính là rất lớn, đặc biệt ở bậc trung học, khi mà chi phí riêng cho việc học tập của con cái đã chiếm tới 11% và 9% chi tiêu ngoài lương thực hàng năm của hộ gia đình. Mặc dù đã có các cơ chế miễn giảm chính thức về học phí cho một số loại đối tượng, song những cơ chế này mới chỉ áp dụng được cho một số ít những người nghèo và những người dễ bị tổn thương, và mức độ miễn giảm chưa thực sự thỏa đáng. Do tỷ lệ người dân được hưởng các chương trình miễn giảm còn thấp và lợi ích của các chương trình này chưa thỏa đáng, nên tác động của việc miễn giảm đối với gánh nặng về tài chính của giáo dục cơ bản còn hạn chế.

Do khả năng tăng thu của các cơ sở y tế và giáo dục công lập hiện nay còn khác nhau, nên việc thực hiện đầy đủ Nghị định 10 có thể dẫn đến tình trạng bất bình đẳng ngày càng sâu sắc giữa các vùng, sàng lọc bệnh nhân, thương mại hóa các dịch vụ xã hội và gánh nặng tài chính ngày càng lớn lên các hộ gia đình, đặc biệt là các hộ nghèo nhất. Do chưa có sự phân bổ lại một cách đáng kể các nguồn kinh phí nhà nước, nên việc thực hiện đầy đủ Nghị định 10 có thể sẽ thúc đẩy nhanh quá trình hình thành những hệ thống hai tầng: cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế và giáo dục chất lượng cao cho những người săn sàng và có khả năng chi trả và dịch vụ chất lượng thấp cho những đối tượng khác.

Một trong những tác động phụ tiềm tàng nguy hiểm nhất của Nghị định 10 là những qui định mới khuyến khích các bệnh viện công lập chọn lọc những bệnh nhân có tiền và mắc bệnh ở mức không nghiêm trọng lăm, nhưng lại từ chối điều trị cho những người nghèo và người mắc bệnh nặng. Ngoài ra, do Nghị định 10 hứa hẹn những khoản thưởng cao hơn mức cho phép trong khuôn khổ hệ thống phí sử dụng, nên đã khuyến khích mạnh mẽ các cán bộ y tế cung cấp quá mức những dịch vụ đắt tiền dành cho những người có khả năng thanh toán các khoản phí chính thức và biểu những “món quà” hâu hĩnh. Việc thực hiện Nghị định đã tạo ra những động cơ vật chất cho các bệnh viện công lập trong việc cung cấp thêm các “dịch vụ đặc biệt” không nằm trong khung giá thu phí hiện hành, và buộc Chính phủ phải nâng mức viện phí. Gánh nặng tài chính do việc tăng các khoản phí ở các cơ sở y tế nhà nước gây ra cho người nghèo và cận nghèo có lẽ còn cao hơn nữa nếu các phòng khám và các bác sĩ tư cũng tranh thủ dịp này để tăng mức phí dịch vụ của họ.

## 6.2 Khuyến nghị

Xây dựng chính sách có hiệu quả đòi hỏi phải có thông tin cập nhật và đầy đủ. Do thiếu những bằng chứng cụ thể về các vấn đề liên quan đến khả năng chi trả cho các dịch vụ xã hội ở Việt Nam, những khuyến nghị chủ yếu của tài liệu sẽ đề cập đến những diễn biến lớn của các nghiên cứu chính sách cần thiết trong lĩnh vực này.

Tài liệu xác định sáu vấn đề thực tiễn chính sau đây:

1. Tác động của phí sử dụng và quyền tự chủ về tài chính đối với chất lượng của các dịch vụ y tế và giáo dục, bao gồm mua sắm các trang thiết bị cần thiết, tuyển chọn và bồi dưỡng cán bộ, và xây dựng năng lực;
2. Tác động của phí sử dụng và quyền tự chủ về tài chính đối với khả năng chi trả cho các dịch vụ, đặc biệt là đối với các hộ nghèo và cận nghèo, và mối quan hệ giữa chi tiêu cho giáo dục và y tế và những động thái đói nghèo;
3. Tác động của Nghị định 10 đối với lợi ích thực của các đối tượng hưởng lợi từ Quỹ chăm sóc y tế dành cho người nghèo và các chương trình khác;
4. Vấn đề về khả năng xuất hiện hệ thống y tế và giáo dục hai tầng, người có khả năng và sẵn sàng chi trả nhiều hơn thì được tiếp cận với dịch vụ có chất lượng cao trong khi những người khác phải chấp nhận những dịch vụ có chất lượng thấp hơn;
5. Mức độ lựa chọn bệnh nhân và học sinh, hay nói một cách khác, tần suất các cơ sở giáo dục và y tế dành ưu tiên cho những học sinh và bệnh nhân có mức chi phí thấp và trả phí dịch vụ (ví dụ những bệnh nhân mắc bệnh không nghiêm trọng lăm hoặc những học sinh không có đòi hỏi đặc biệt) và không tiếp nhận những đối tượng không trả phí hoặc có vấn đề nghiêm trọng hơn;
6. Tần suất và mức độ diễn ra tình trạng lạm dụng kê đơn và xét nghiệm và các dịch vụ thu lợi nhuận khác đối với những bệnh nhân trả phí dịch vụ để tăng thu nhập.
7. Sự cân đối giữa cung cấp tài chính công và tư cho các dịch vụ cơ bản theo triển vọng tương đối ở từng vùng và qua các thời kỳ ở Việt Nam, và những tác động đối với mức hỗ trợ công cho việc cung ứng các dịch vụ y tế và giáo dục, đặc biệt là đối với người nghèo và dễ bị tổn thương.

Hiện đã có một số lượng lớn thông tin về những vấn đề này, và có thể tìm hiểu thêm thông tin từ những điều tra hiện nay. Tuy nhiên, nhu cầu cấp bách đặt ra là phải thu thập thêm số liệu qua những cuộc điều tra khảo sát các cơ sở cung cấp và người sử dụng dịch vụ được thiết kế nhằm mục đích cụ thể là làm sáng tỏ những vấn đề này. Việc hợp tác giữa các cơ quan chính phủ, các nhà tài trợ, các cán bộ nghiên cứu và người dân là tối cần thiết trong những năm sắp tới để triển khai và thực hiện một chương trình nghiên cứu chính sách toàn diện và kịp thời. Những nghiên cứu thực tế theo kiểu này có thể góp phần thiết thực vào những nỗ lực của Việt Nam nhằm bảo đảm cung cấp các dịch vụ giáo dục và y tế có chất lượng cho mọi người dân, và qua đó, góp phần đạt được các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Anh, P.T. 2002. 'Bảo hiểm y tế nông thôn ở Việt Nam'. PAE bản thảo thứ hai, Chương trình Chính sách Công , University of Singapore.

Barnum, H. và Kutzin, J. 1993. Các bệnh viện công ở những nước đang phát triển: Sử dụng nguồn lực, Chi phí, Tài chính. Nhà Xuất bản Đại học John Hopkins, Baltimore.

Bhushan, I. và các cộng sự . 2001. Vốn con người của người nghèo ở Việt Nam. Ngân hàng Phát triển châu Á, Manila, Philippines.

Bloom và những người khác 1995. 'Cung cấp tài chính cho dịch vụ y tế ở các vùng nông thôn nghèo phù hợp với công cuộc cải cách kinh tế và thể chế ở Trung Quốc'. Báo cáo nghiên cứu IDS số 30. Viện Nghiên cứu Phát triển, Brighton.

Bloom, G. và Gu, X. 1997. 'Giới thiệu công cuộc cải cách ngành y tế ở Trung Quốc'. Tạp chí IDS 28: 1-11.

Bogg và các cộng sự. 1996. 'Chi phí cho công tác triển khai bảo hiểm y tế nông thôn ở Trung Quốc'. Chính sách và Xây dựng Kế hoạch ngành Y tế 11: 238-52.

Chalker, J. 1995. 'Việt Nam: Những cái được và cái mất trong chăm sóc y tế'. Diễn đàn Y tế Thế giới 16: 194-195.

Chen, J. 1997. 'Tác động của cải cách ngành y tế lên các bệnh viện địa phương'. IDS Bulletin 28: 48-52.

Chuc, N., và Tomson, G. 1999. "Doi Moi" và các nhà thuốc tư: công trình nghiên cứu về phân phối và các vấn đề tài chính ở Hà Nội, Việt Nam'. Tạp chí Ngành Dược châu Âu 55: 325-332.

Dong, T.P. và các cộng sự. (eds). 2002. Chi phí sử dụng, bảo hiểm y tế và sử dụng các dịch vụ y tế. Chương trình Hợp tác Y tế Việt Nam - Thụy Điển, Hà Nội.

Dung, P.H. 1996. 'Nghiên cứu về y tế và hệ thống y tế trong nền kinh tế chuyển đổi của Việt Nam'. Tài liệu chuẩn bị cho kỳ họp cuối cùng do Ngân hàng Phát triển châu Á tài trợ về các vấn đề thuộc lĩnh vực xã hội ở các nền kinh tế chuyển đổi châu Á, Manila, ngày 20-21 tháng 6.

Ensor, T. 1998. "Cải cách y tế ở các nước châu Á trong giai đoạn chuyển đổi". In Brooks D, Thant, M. (eds). Các vấn đề khu vực xã hội ở các nền kinh tế chuyển đổi châu Á. Nhà Xuất bản Đại học Oxford, Hong Kong .

Ensor, T., San, P.B. 1996. 'Tiếp cận và chi trả cho chăm sóc sức khỏe người nghèo ở miền Bắc Việt Nam'. Tạp chí quốc tế về Quản lý và Xây dựng Kế hoạch ngành Y tế 11: 69-83.

Evans, R.G. 2002. 'Tăng ngân sách: các lựa chọn, hậu quả và mục tiêu của cung cấp tài chính cho chăm sóc y tế ở Canada". Tài liệu thảo luận số 27. Tài liệu chuẩn bị cho Uỷ ban về Tương lai của Chăm sóc Y tế ở Canada (Ray J. Romanow, commissioner), tháng 10 năm 2002. (Truy nhập ngày 10 tháng 12 năm 2002, tại địa chỉ website [www.healthcarecommission.ca](http://www.healthcarecommission.ca))

Gellert, G. 1995. 'Ảnh hưởng của các nền kinh tế thị trường lên chăm sóc y tế cơ bản ở Việt Nam'. Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Mỹ 273: 1498-1505.

Glewwe, P. and Jacoby, H. 1998. 'Đăng ký đi học và hoàn thành bậc học ở Việt Nam: một điều tra về những xu hướng gần đây'. Dollar, D., Glewwe, P. and Litvack, J. (eds). Tình hình khó giả ở hộ gia đình và Quá trình chuyển đổi của Việt Nam. Ngân hàng Thế giới, Washington, DC.

Chính phủ Việt Nam. 2003. Chiến lược toàn diện về tăng trưởng và Xóa đói Giảm nghèo. Hà Nội.

Chính phủ Việt Nam-Nhóm làm việc các nhà tài trợ. 2001. Kiểm điểm Chỉ tiêu Công, Việt Nam: Quản lý các nguồn lực công tốt hơn - Kiểm điểm Chỉ tiêu Công 2000, Vol 2. Trung tâm Thông tin Phát triển Việt Nam, Hà Nội.

Guldner, M., and Rifkin, S. 1993. 'Bền vững trong lĩnh vực y tế: Nghiên cứu trường hợp của Việt Nam. Báo cáo cho Quỹ Cứu trợ Nhi đồng Anh, London.

Hossain, S. 1997. 'Giải quyết vấn đề chuyển đổi y tế ở Trung Quốc" Tài liệu của Ngân hàng Thế giới số 1813., Washington, DC.

Knowles, C.J., et al. 2003. 'Làm cho người nghèo có thể chi trả được cho các chăm sóc Y tế: Tài chính Y tế ở Việt Nam'. Báo cáo cuối cùng-TA No. 3877-VIE, Bộ Y tế/Ngân hàng Phát triển châu á.

Liu, G., Liu, X., and Meng, Q. 1994. 'Tư nhân hóa thị trường thuốc ở Cộng hòa Dân chủ Nhân dân Trung Hoa: một cách tiếp cận lịch sử'. Chính sách Y tế 27: 157-173.

Lonnroth et al. 1998. 'Rủi ro và lợi ích của chăm sóc y tế tư nhân: tìm hiểu quan điểm của bác sĩ về chăm sóc y tế ở thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam'. Chính sách Y tế 45: 81-97.

Bộ Giáo dục và Đào tạo. 2003. Chương trình Hành động Giáo dục cho mọi người Việt Nam 2003-2015. Hà Nội.

Bộ Giáo dục và Đào tạo. 2001. Chiến lược Phát triển Giáo dục. Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.

Bộ Y tế. 1996. Thống kê Điều tra các bệnh viện. Ha Noi: Vụ Điều trị, Bộ Y tế.

Bộ Y tế. 2004. 'Báo cáo: Đánh giá thực hiện một năm khám và chữa bệnh cho người nghèo'. Hà Nội.

Nguyen, V.C. 2004. "Đánh giá việc triển khai và ảnh hưởng của các chương trình mục tiêu cho người nghèo của Việt Nam". Tài liệu chuẩn bị cho Báo cáo Phát triển Việt Nam 2004. Ngân hàng Thế giới, Hà Nội.

Nguyen, N.N. 2002. 'Xu hướng trong lĩnh vực giáo dục từ 1993-1998'. Tài liệu nghiên cứu chính sách Ngân hàng Thế giới 2891. Ngân hàng Thế giới, Washington DC.

Tài khoản Y tế Quốc gia. 2004. Tài khoản Y tế Quốc gia, 2001-2002. Vụ Tài chính, Bộ Y tế, Hà Nội.

Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế. 2002. Số liệu về Y tế: Một phân tích so sánh của 29 nước. Paris.

Oxfam (GB). 1999. 'Đánh giá nghèo có sự tham gia của người dân: Huyện Duyên Hải và Thanh, Tỉnh Trà Vinh, Việt Nam'. Oxfam (GB), Hà Nội.

Oxfam (GB). 2002. 'Hôm nay tôi có thể đi học được không? Báo cáo về tài chính cho giáo dục cơ bản ở Việt Nam trong đó chú ý đặc biệt tới các tỉnh Lào Cai, Trà Vinh và Hà Tĩnh". Hà Nội.

Phong, D.G., và những người khác. 2002. 'Đánh giá công nghệ y khoa: sử dụng các mẫu thử trong phòng thí nghiệm trong việc chẩn đoán các căn bệnh phổ biến ở một số bệnh viện, 1996-2002'. Hợp tác Y tế Việt Nam - Thụy Điển, Lĩnh vực Chính sách Y tế, Hà Nội.

Phuong, N.K. 2003. 'Làm cho chi phí chăm sóc y tế phù hợp hơn với người nghèo: Kiểm điểm về chính sách phí sử dụng'. Báo cáo cho Ngân hàng Phát triển Châu Á (TA No. 3977), Hà Nội.

Preker, A. và Feachem, R. 1994. 'Y tế và Chăm sóc Y tế'. In Barr N (ed). Thị trường Lao động và các Chính sách xã hội ở Trung và Đông Âu: Chuyển đổi và Xa hơn nữa. Nhà Xuất bản Đại học Oxford, New York.

Prescott, N. 1997. "Nghèo, các dịch vụ xã hội và hệ thống bảo hộ ở Việt Nam". Tài liệu Thảo luận số 376. Ngân hàng Thế giới, Washington DC.

Quan, D. 1999. 'Nhà nước và khu vực xã hội ở Việt Nam: Cải cách và các thách thức đối với Việt Nam'. Tạp chí Kinh tế ASEAN 16: 373-93.

Segall và các cộng sự. 1999. 'Cải cách kinh tế, nghèo và công bằng trong tiếp cận chăm sóc y tế: Các trường hợp nghiên cứu ở Việt Nam'. Báo cáo Nghiên cứu IDS số. 34. Viện Nghiên cứu Phát triển, Brighton.

Tipping, G., Troung, D., Nguyen, T. và Segall, M. 1994. "Chất lượng của các dịch vụ y tế công và các quy định về chăm sóc y tế ở các xã nông thôn ở Việt Nam". Báo cáo Nghiên cứu IDS số. 27. Viện Nghiên cứu Phát triển, Brighton.

Tran, T. 2001. 'Hệ thống y tế ở nông thôn Việt Nam: Những bằng chứng và ý kiến từ Cộng đồng'. Tài liệu trình bày tại một số hội thảo NEU-ISS về Kinh tế Phát triển, Hà Nội, ngày 4 tháng 12.

Liên Hợp Quốc. 2003. Báo cáo Phát triển Thiên Niên Kỷ: Xóa bỏ các khoảng cách Thiên Niên Kỷ. Hà Nội.

UNDP. 2004. Đánh giá và lập kế hoạch cho tương lai: Đánh giá chương trình mục tiêu quốc gia về xóa đói giảm nghèo và chương trình 135. Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Hà Nội.

Tin tức Việt Nam (bản tin tiếng Anh). 2004. Các chuyên gia yêu cầu cần tiến hành kiểm tra các bệnh viện. Ngày 12 tháng 2

Báo cáo Phát triển Việt Nam. 2003. 'Nghèo đói'. Báo cáo hợp tác giữa các nhà tài trợ tại cuộc họp Tư vấn các nhà tài trợ Việt Nam. Trung tâm Thông tin Phát triển Việt Nam, Hà Nội.

Báo cáo Phát triển Việt Nam. 2004. 'Quản trị Nhà nước'. Báo cáo hợp tác giữa các nhà tài trợ tại cuộc họp Tư vấn các nhà tài trợ Việt Nam. Trung tâm Thông tin Phát triển Việt Nam, Hà Nội.

Diễn đàn Giáo dục Việt Nam, 2003. Cải cách Tài chính và Quản lý Giáo dục ở Việt Nam. Oxfam (GB), Hà Nội.

Điều tra mức sống Việt Nam. 2002. Điều tra mức sống Việt Nam 2001-2002. Uỷ ban Kế hoạch Nhà nước, Tổng cục Thống kê, Hà Nội.

Điều tra mức sống hộ gia đình và nhà ở Việt Nam. 2002. Điều tra mức sống hộ gia đình và nhà ở Việt Nam 2001-2002. Tổng cục Thống kê, Hà Nội.

Điều tra mức sống Việt Nam. 1993. Điều tra mức sống Việt Nam 1992-1993. Uỷ ban Kế hoạch Nhà nước, Tổng cục Thống kê, Hà Nội.

Điều tra mức sống Việt Nam. 1998. Điều tra mức sống Việt Nam 1997-1998. Uỷ ban Kế hoạch Nhà nước, Tổng cục Thống kê, Hà Nội.

Điều tra Y tế Quốc gia Việt Nam. 2002. Điều tra Y tế Quốc gia Việt Nam 2001-2002. Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê, Hà Nội.

Witter, S. 1996. “Đổi mới” và Y tế: Ảnh hưởng của cải cách kinh tế đối với hệ thống y tế ở Việt Nam’. Tạp chí quốc tế về xây dựng kế hoạch và quản lý Y tế 11: 159-172.

Ngân hàng Thế giới. 1993. Việt Nam: Chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường. Báo cáo 11902-VN. Ngân hàng Thế giới, Washington, DC.

Ngân hàng Thế giới. 1997. Việt Nam: Tài chính cho Giáo dục Việt Nam. Ngân hàng Thế giới, Washington, DC.

Ngân hàng Thế giới và những người khác. 2001. Cải thiện sức khoẻ: Một Đánh giá về Ngành Y tế Việt Nam. Trung tâm Thông tin Phát triển, Hà Nội.

Ngân hàng Thế giới. 2002. Việt Nam: Thực hiện cam kết. Phòng Quản lý Kinh tế và Giảm nghèo, Ngân hàng Thế giới, Washington DC.

Yu, H., Cao, S. và Lucas, H. 1997. ‘Công bằng trong sử dụng các dịch vụ y tế: Một nghiên cứu ở vùng nông thôn nghèo Trung Quốc’. Tạp chí IDS 28: 16-23.

Zhan, S., Tang, S. và Guo, Y. 1997. ‘Kê đơn thuốc ở các cơ sở y tế ở Trung Quốc: Tác động đối với chất lượng dịch vụ và chi phí’. Tạp chí IDS 28: 66-70.