BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ TÀI CHÍNH**

HỌC VIỆN TÀI CHÍNH

ĐINH VIỆT ANH

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ

NGÀNH ĐÀO TẠO: TÀI CHÍNH NGÂN HÀNG
MÃ NGÀNH ĐÀO TẠO: 9340201

TÊN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN: CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH Y TẾ Ở VIỆT NAM

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC 1: PGS. TS. VŨ DUY NGUYÊN
NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC 2: TS. NGUYỄN THANH GIANG

Hà Nội – năm 2026

PHẦN MỞ ĐẦU

1. Lý do lựa chọn đề tài

Tài chính y tế là một trụ cột quan trọng của hệ thống an sinh xã hội, giữ vai trò then chốt trong việc huy động, phân bổ và sử dụng nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tài chính y tế là điều kiện tiên quyết để thực hiện mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân (UHC). Trong bối cảnh các quốc gia chuyển từ mô hình y tế phụ thuộc ngân sách sang mô hình đa nguồn lực, chính sách tài chính y tế ngày càng trở thành công cụ trung tâm nhằm bảo đảm hiệu quả và công bằng trong hệ thống y tế. Vì vậy, việc nghiên cứu chính sách tài chính y tế có ý nghĩa quan trọng cả về lý luận và thực tiễn.

Tại Việt Nam, chi ngân sách nhà nước cho y tế có xu hướng gia tăng trong thời gian qua, góp phần cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ và nâng cao một số chỉ tiêu sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, quy mô và cơ cấu chi vẫn còn nhiều hạn chế. Tổng chi y tế chỉ chiếm khoảng 5,5–6% GDP, trong đó chi tiêu công khoảng 45–50%, thấp hơn so với nhiều quốc gia phát triển. Đáng chú ý, chi trả trực tiếp từ tiền túi của người dân vẫn ở mức cao (khoảng 38–42%), vượt xa ngưỡng khuyến nghị của WHO. Điều này cho thấy gánh nặng tài chính y tế vẫn lớn, tiềm ẩn nguy cơ chi tiêu thảm họa và bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ.

Bên cạnh đó, cơ cấu chi ngân sách y tế còn mất cân đối khi chi thường xuyên chiếm tỷ trọng lớn, trong khi chi cho đầu tư phát triển và y tế dự phòng chưa tương xứng. Phân bổ nguồn lực giữa các tuyến còn chưa hợp lý, y tế cơ sở chưa được đầu tư đúng mức. Đồng thời, cơ chế phân bổ ngân sách còn nặng về đầu vào, chưa gắn với hiệu quả đầu ra, làm hạn chế hiệu quả sử dụng nguồn lực.

Đối với các cơ sở y tế công lập, cơ chế tự chủ tài chính đã tạo động lực tăng nguồn thu và nâng cao tính linh hoạt trong quản lý. Tuy nhiên, thực tiễn cho thấy sự chênh lệch đáng kể về năng lực tài chính giữa các tuyến, trong khi cơ chế giá dịch vụ và thanh toán bảo hiểm y tế còn nhiều bất cập. Áp lực tài chính có thể dẫn đến xu hướng thương mại hóa dịch vụ, ảnh hưởng đến mục tiêu công bằng. Đặc biệt, sau đại dịch COVID-19, nhiều cơ sở y tế gặp khó khăn trong cân đối tài chính, cho thấy tính dễ tổn thương của hệ thống.

Về lý luận, các nghiên cứu hiện nay còn thiếu cách tiếp cận tích hợp giữa chính sách chi ngân sách và cơ chế tài chính tại cơ sở y tế. Về thực tiễn, hệ

thống y tế Việt Nam đang đối mặt với nhiều thách thức như già hóa dân số, gia tăng bệnh không lây nhiễm và áp lực chi phí ngày càng lớn.

Từ những vấn đề trên, việc nghiên cứu đề tài "Chính sách tài chính y tế ở Việt Nam" là cần thiết nhằm hoàn thiện cơ sở khoa học cho hoạch định chính sách, góp phần nâng cao hiệu quả phân bổ nguồn lực, bảo đảm công bằng trong tiếp cận dịch vụ và tăng cường tính bền vững tài chính của hệ thống y tế.

2. Mục tiêu, nhiệm vụ nghiên cứu

2.1. Mục tiêu nghiên cứu

Luận án nhằm phân tích và đánh giá toàn diện chính sách tài chính y tế ở Việt Nam, tập trung vào hai cấu phần chính: chi ngân sách nhà nước cho y tế và cơ chế tài chính tại các cơ sở y tế công lập. Trên cơ sở đó, nghiên cứu xem xét mức độ đóng góp của các chính sách này đối với mục tiêu hiệu quả, công bằng và bền vững của hệ thống y tế. Đồng thời, luận án đề xuất định hướng và giải pháp hoàn thiện chính sách tài chính y tế phù hợp với bối cảnh phát triển kinh tế – xã hội, hướng tới nâng cao hiệu quả phân bổ nguồn lực và bảo đảm tính bền vững tài chính đến năm 2030.

2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Luận án thực hiện các nhiệm vụ chính: tổng quan các nghiên cứu liên quan để xác định khoảng trống; hệ thống hóa cơ sở lý luận về chính sách tài chính y tế; phân tích kinh nghiệm quốc tế; đánh giá thực trạng chính sách tài chính y tế tại Việt Nam trên cả phương diện định lượng và định tính; và đề xuất các giải pháp hoàn thiện chính sách. Các nhiệm vụ này được triển khai theo hướng tích hợp, nhằm làm rõ mối quan hệ giữa chi ngân sách nhà nước và cơ chế tài chính tại các cơ sở y tế công lập, qua đó nâng cao hiệu quả và tính bền vững của hệ thống.

3. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của luận án là những vấn đề lý luận và thực tiễn về chính sách tài chính y tế ở Việt Nam, tập trung vào hai cấu phần chủ yếu: (i) chính sách chi ngân sách nhà nước cho y tế; và (ii) chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập.

3.2. Phạm vi nghiên cứu

3.2.1. Phạm vi nội dung

Nghiên cứu tập trung vào chính sách tài chính y tế tại Việt Nam, giới hạn ở hai nội dung trọng tâm: chi ngân sách nhà nước và cơ chế tài chính tại các cơ

sở y tế công lập. Đối với chi ngân sách, nghiên cứu xem xét quy mô, cơ cấu và hiệu quả sử dụng nguồn lực. Đối với cơ sở y tế công lập, nghiên cứu phân tích cơ chế tự chủ tài chính, cơ cấu thu – chi và khả năng cân đối tài chính. Qua đó, làm rõ cách thức vận hành của hệ thống tài chính y tế và mức độ đáp ứng các mục tiêu chính sách.

3.2.2. Phạm vi không gian

Phạm vi nghiên cứu được xác định trong lãnh thổ Việt Nam, tập trung vào hệ thống y tế công lập. Nghiên cứu xem xét việc phân bổ và sử dụng ngân sách y tế trên phạm vi cả nước, bao gồm ngân sách trung ương và địa phương. Đồng thời, phân tích các cơ sở y tế công lập ở các tuyến dưới góc độ tổng thể hệ thống, không đi sâu vào từng địa phương cụ thể. Ngoài ra, nghiên cứu có tham chiếu kinh nghiệm quốc tế nhằm rút ra bài học phù hợp, nhưng không mở rộng phân tích thực nghiệm ra ngoài Việt Nam.

3.2.3. Phạm vi thời gian

Nghiên cứu tập trung vào giai đoạn 2016–2025, trong đó số liệu chủ yếu từ 2016–2023 và cập nhật xu hướng đến 2025. Đây là thời kỳ Việt Nam đẩy mạnh cải cách tài chính y tế và mở rộng tự chủ đơn vị sự nghiệp công lập. Quá trình nghiên cứu được triển khai theo các giai đoạn từ xây dựng đề cương, thu thập dữ liệu, phân tích thực trạng đến đề xuất giải pháp trong giai đoạn 2023–2026. Việc xác định phạm vi thời gian này bảo đảm tính cập nhật, kế thừa và phù hợp với tiến trình cải cách chính sách.

4. Phương pháp nghiên cứu

4.1. Phương pháp nghiên cứu tại bàn

Luận án sử dụng phương pháp nghiên cứu tại bàn nhằm hệ thống hóa cơ sở lý luận và tổng quan các nghiên cứu liên quan đến chính sách tài chính y tế. Nguồn tài liệu được khai thác từ sách chuyên khảo, bài báo khoa học, báo cáo chính sách và văn bản pháp luật trong và ngoài nước thông qua các cơ sở dữ liệu học thuật uy tín. Các phương pháp phân tích – tổng hợp, so sánh và hệ thống hóa được áp dụng để xây dựng khung lý thuyết và xác định khoảng trống nghiên cứu, làm nền tảng cho các bước phân tích tiếp theo.

4.2. Phương pháp phỏng vấn

Phương pháp phỏng vấn được thực hiện qua phỏng vấn sâu các chuyên gia, nhà quản lý và cán bộ có kinh nghiệm trong lĩnh vực tài chính công, tài chính y tế và quản lý các cơ sở y tế công lập. Việc lựa chọn chuyên gia được thực hiện theo phương pháp chọn mẫu có chủ đích nhằm bảo đảm người tham

gia có kiến thức chuyên môn và kinh nghiệm thực tiễn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Nội dung phỏng vấn tập trung vào việc đánh giá thực trạng chính sách tài chính y tế, làm rõ những hạn chế trong thiết kế và tổ chức thực hiện chính sách, đồng thời thu thập ý kiến về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả chính sách và định hướng hoàn thiện trong thời gian tới. Dữ liệu định tính được tổng hợp, mã hóa và phân tích theo chủ đề nhằm xác định các quan điểm tương đồng và khác biệt giữa các chuyên gia.

4.3. Phương pháp khảo sát

Khảo sát chính thức được thực hiện từ tháng 4 đến tháng 7/2025, kết hợp hai hình thức khảo sát trực tiếp và trực tuyến. Trước khi khảo sát chính thức, bảng hỏi được rà soát và hiệu chỉnh về nội dung, cách diễn đạt và hình thức trình bày nhằm bảo đảm tính rõ ràng và phù hợp với đối tượng khảo sát. Sau quá trình thu thập, kiểm tra và sàng lọc, 243 phiếu khảo sát hợp lệ được sử dụng cho phân tích định lượng. Các biến nghiên cứu được đo lường bằng thang đo Likert 5 mức, với hệ thống thang đo được kế thừa, điều chỉnh từ các nghiên cứu trước và hiệu chỉnh phù hợp với bối cảnh nghiên cứu.

4.4. Phương pháp phân tích thống kê mô tả

Dữ liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và phân tích bằng phần mềm SmartPLS 3, sử dụng phương pháp mô hình cấu trúc tuyến tính bình phương tối thiểu từng phần (PLS-SEM). Quá trình phân tích được thực hiện theo hai bước. Trước hết, mô hình đo lường được đánh giá thông qua độ tin cậy, giá trị hội tụ, giá trị phân biệt và hiện tượng đa cộng tuyến. Tiếp theo, mô hình cấu trúc được đánh giá nhằm kiểm định các giả thuyết, xác định mức độ tác động giữa các biến và kiểm định vai trò trung gian của năng lực thực thi chính sách. Kết quả phân tích định lượng cung cấp bằng chứng thực nghiệm về cơ chế tác động của chất lượng chính sách, quản trị chính sách và năng lực thực thi đến kết quả chính sách tài chính y tế, làm căn cứ cho việc đề xuất các giải pháp hoàn thiện chính sách.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

1.1. Tổng quan nghiên cứu thực nghiệm

1.1.1. Các nghiên cứu thực nghiệm về chính sách chi ngân sách Nhà nước đối với y tế

Các nghiên cứu thực nghiệm cho thấy chi NSNN là công cụ cốt lõi để bảo đảm công bằng và ổn định hệ thống y tế. Tại Việt Nam, Axelson và cộng sự (2009) sử dụng dữ liệu VHLSS và phương pháp đối sánh điểm xu hướng, chỉ ra rằng hỗ trợ ngân sách giúp tăng khả năng tiếp cận dịch vụ và giảm chi trả trực tiếp của hộ nghèo, song hiệu quả chưa bền vững do hạn chế về nguồn lực và giám sát. Lê và cộng sự (2011) nhấn mạnh tình trạng phân bổ ngân sách mất cân đối giữa các tuyến, khi nguồn lực tập trung vào tuyến trung ương, trong khi y tế cơ sở chưa được đầu tư tương xứng. Oh và cộng sự (2015) cho thấy dù chi tiêu y tế và bao phủ BHYT tăng, chi tiêu tư nhân vẫn cao, phản ánh vai trò điều tiết của NSNN còn hạn chế.

Ở cấp độ quốc tế, Colombier (2018) cho rằng chi y tế tăng nhanh hơn GDP chủ yếu do công nghệ và hành vi tiêu dùng, gây áp lực tài khóa nếu thiếu kiểm soát. Rabiej (2020) bổ sung rằng ngay cả hệ thống bảo hiểm cũng có thể tạo gánh nặng ngân sách nếu thiếu kỷ luật tài khóa. Costa (2021) khẳng định tăng chi không làm giảm bền vững tài khóa nếu đi kèm nâng cao hiệu quả. Gần đây, Dwivedi và Gurpur (2023), Chipunza và Nhamo (2023) nhấn mạnh vai trò của năng lực tài khóa và cơ chế phân cấp trong duy trì chi tiêu y tế ổn định.

1.1.2. Các nghiên cứu thực nghiệm về chính sách tự chủ tài chính y tế và chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập

Các nghiên cứu về tự chủ tài chính bệnh viện tập trung vào điều kiện thể chế, tác động đa chiều. Chawla và cộng sự (1996) cho rằng tự chủ giúp tăng khả năng huy động nguồn thu ngoài ngân sách, nhưng phụ thuộc vào năng lực quản trị và hệ thống kế toán. Preker và Harding (2000) nhấn mạnh ba điều kiện cốt lõi gồm ràng buộc ngân sách cứng, quyền tự quyết thực chất và trách nhiệm giải trình minh bạch. Sharma và Hotchkiss (2001) cho thấy nguồn thu bệnh viện tăng 20–30% sau cải cách, nhưng đồng thời làm gia tăng chênh lệch tiếp cận dịch vụ.

Harding và Preker (2003) cho rằng tự chủ nâng cao hiệu quả kỹ thuật, song Shen (2003) cảnh báo áp lực tài chính có thể ảnh hưởng chất lượng điều trị. Hollingsworth (2008) tổng kết rằng bệnh viện tự chủ có hiệu quả cao hơn 5–15%, nhưng chưa chứng minh rõ về công bằng.

Tại Việt Nam, London (2013) nhận định tự chủ mang tính "áp đặt hành

chính", trong khi Lê và cộng sự (2015) cho rằng các bệnh viện phải "đàm phán tuân thủ" giữa tài chính và quy định. Võ và Löfgren (2018) chỉ ra tính "lai ghép" của mô hình. Các nghiên cứu gần đây như Handayani và cộng sự (2019), Thi và cộng sự (2023), Nguyễn và cộng sự (2024) đều thống nhất rằng tự chủ cải thiện hiệu quả tài chính nhưng tác động đến chất lượng và công bằng còn chưa rõ ràng.

1.2. Khoảng trống nghiên cứu

Tổng hợp các nghiên cứu cho thấy vẫn tồn tại nhiều khoảng trống quan trọng. Về nội dung, các nghiên cứu về chi NSNN chủ yếu tập trung vào quy mô và tác động đầu ra, trong khi thiếu đánh giá chất lượng chính sách trên các khía cạnh như tính phù hợp, minh bạch, trách nhiệm giải trình và bền vững. Đồng thời, mối quan hệ giữa thiết kế chính sách và kết quả thực thi chưa được làm rõ, đặc biệt trong bối cảnh cải cách tài chính công tại Việt Nam.

Đối với chính sách tài chính tại cơ sở y tế, các nghiên cứu còn mang tính phân mảnh, tập trung vào từng yếu tố như tự chủ, giá dịch vụ hay BHYT, mà chưa đánh giá tổng thể nhiều mục tiêu như hiệu quả, công bằng và bền vững. Đặc biệt, còn thiếu các nghiên cứu tích hợp hai cấu phần: chi NSNN và cơ chế tài chính tại đơn vị trong một khung phân tích thống nhất, trong khi đây là hai yếu tố có mối quan hệ hữu cơ.

Về phương pháp, đa số nghiên cứu thiên về định lượng, sử dụng dữ liệu thứ cấp, trong khi các tiếp cận định tính còn hạn chế và thiếu công cụ lượng hóa như thang đo Likert. Điều này làm giảm khả năng đánh giá toàn diện chính sách, đặc biệt ở khía cạnh thực thi. Do đó, cần một cách tiếp cận tích hợp, kết hợp định lượng và định tính để đánh giá toàn diện chính sách tài chính y tế tại Việt Nam.

CHƯƠNG 2: LÝ LUẬN VÀ KINH NGHIỆM VỀ CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH Y TẾ

2.1. Chính sách tài chính y tế

2.1.1. Khái niệm chính sách tài chính y tế

Chính sách tài chính y tế là một bộ phận của chính sách công, phản ánh các quyết định của Nhà nước trong việc huy động, phân bổ và sử dụng nguồn lực tài chính nhằm đạt mục tiêu của hệ thống y tế. Trên nền tảng lý luận chính sách công, chính sách tài chính y tế không chỉ mang tính kỹ thuật mà còn là công cụ điều tiết kinh tế – xã hội. Do đặc thù của lĩnh vực y tế với nhiều yếu tố thất bại thị trường như bất cân xứng thông tin và ngoại ứng xã hội, Nhà nước cần can thiệp thông qua các công cụ tài chính. Theo đó, chính sách tài chính y tế đóng vai trò trung gian giữa mục tiêu chính sách và kết quả thực tiễn, hướng tới hiệu quả, công bằng và bền vững trong hệ thống y tế.

2.1.2. Đặc điểm của chính sách tài chính y tế

Chính sách tài chính y tế mang một số đặc điểm nổi bật. Thứ nhất, tính đa chủ thể, với sự tham gia của Nhà nước, cơ sở y tế, tổ chức trung gian và người dân, trong đó Nhà nước giữ vai trò trung tâm. Thứ hai, đối tượng điều chỉnh là các quan hệ tài chính trong hệ thống y tế, tác động gián tiếp nhưng quyết định đến kết quả hoạt động. Thứ ba, mục tiêu mang tính đa chiều, bao gồm hiệu quả, công bằng và bảo vệ tài chính, đồng thời phải cân bằng giữa các mục tiêu này. Cuối cùng, chính sách chịu chi phối bởi các nguyên tắc như công bằng, hiệu quả và bền vững, đồng thời phụ thuộc lớn vào thiết kế thể chế và năng lực thực thi, làm cho quá trình triển khai mang tính phức tạp và linh hoạt.

2.1.3. Chủ thể của chính sách tài chính y tế

Thứ nhất, chủ thể hoạch định và quyết định chính sách là các cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác định mục tiêu, lựa chọn công cụ, ban hành khuôn khổ pháp lý và quyết định việc phân bổ các nguồn lực công cho y tế.

Thứ hai, chủ thể quản lý và tổ chức thực hiện chính sách bao gồm các cơ quan quản lý y tế, cơ quan quản lý tài chính và các tổ chức thực hiện chức năng gộp quỹ, mua và thanh toán dịch vụ y tế.

Thứ ba, chủ thể trực tiếp thực thi chính sách là các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế, đặc biệt là các cơ sở y tế công lập đối với chính sách tài chính công.

Thứ tư, các bên liên quan của chính sách bao gồm người sử dụng dịch vụ, người tham gia các cơ chế bảo hiểm, đội ngũ nhân lực y tế, các tổ chức xã hội,

khu vực tư nhân và những nhóm có lợi ích hoặc chịu tác động từ các quyết định tài chính y tế.

2.1.4. Phân loại chính sách tài chính y tế

Chính sách tài chính y tế có thể được phân loại theo nhiều tiêu chí. Theo chức năng, gồm chính sách huy động nguồn lực, phân bổ – sử dụng nguồn lực và chi trả dịch vụ. Tuy nhiên, trong bối cảnh Việt Nam, cách phân loại theo cấu trúc hệ thống phù hợp hơn, gồm: (i) chính sách chi ngân sách nhà nước cho y tế và (ii) chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập. Hai nhóm này có mối quan hệ hữu cơ, phản ánh lần lượt nguồn lực đầu vào và cách thức sử dụng nguồn lực. Ngoài ra, có thể phân loại theo nguồn tài chính (công, bảo hiểm, tư nhân) hoặc theo cấp độ (vĩ mô và vi mô). Việc phân loại giúp làm rõ cấu trúc và hỗ trợ phân tích chính sách hiệu quả hơn.

2.1.5. Vai trò của chính sách tài chính y tế

Chính sách tài chính y tế giữ vai trò trung tâm trong hệ thống y tế. Trước hết, bảo đảm nguồn lực tài chính cho hoạt động y tế, trong đó chi ngân sách nhà nước là nền tảng. Thứ hai, định hướng phân bổ và sử dụng nguồn lực thông qua các cơ chế tài chính, từ đó ảnh hưởng đến hành vi của các chủ thể. Thứ ba, thúc đẩy công bằng trong tiếp cận dịch vụ thông qua phân bổ ưu tiên cho các nhóm yếu thế. Thứ tư, nâng cao hiệu quả hoạt động của hệ thống thông qua các công cụ tài chính phù hợp. Ngoài ra, chính sách còn góp phần bảo vệ tài chính cho người dân và bảo đảm tính bền vững, khả năng thích ứng của hệ thống y tế trước các biến động.

2.1.6. Nội dung chính sách tài chính y tế

2.1.6.1. Nội dung chính sách chi ngân sách nhà nước

Chính sách chi ngân sách nhà nước cho y tế bao gồm các nội dung chính như: xác định phạm vi và đối tượng chi, quy mô và tỷ trọng chi, cơ cấu phân bổ và phương thức phân bổ ngân sách. Trong đó, phạm vi chi tập trung vào các dịch vụ thiết yếu như y tế dự phòng và chăm sóc ban đầu. Quy mô chi phản ánh mức độ ưu tiên của Nhà nước, trong khi cơ cấu chi thể hiện định hướng phân bổ giữa các lĩnh vực và tuyến y tế. Phương thức phân bổ ngân sách ngày càng chuyển từ đầu vào sang dựa trên kết quả nhằm nâng cao hiệu quả. Ngoài ra, chính sách còn xác định các ưu tiên như vùng khó khăn và nhóm yếu thế nhằm bảo đảm công bằng.

2.1.6.2. Nội dung chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập

Chính sách tài chính tại cơ sở y tế công lập tập trung vào cơ chế tự chủ tài

chính và quản lý nguồn lực tại đơn vị. Nội dung bao gồm: phân loại mức độ tự chủ, xác định cơ cấu nguồn thu (ngân sách, bảo hiểm, dịch vụ), cơ chế huy động nguồn lực ngoài ngân sách và phân phối kết quả tài chính. Tự chủ tài chính giúp tăng tính chủ động và hiệu quả hoạt động, nhưng cũng đặt ra yêu cầu về giám sát và điều tiết để bảo đảm mục tiêu công bằng. Đồng thời, chính sách này còn ảnh hưởng trực tiếp đến động lực làm việc của nhân viên và chất lượng dịch vụ, qua đó đóng vai trò quan trọng trong vận hành hệ thống y tế.

2.2. Các lý thuyết nền tảng

2.2.1. Lý thuyết kinh tế công

Lý thuyết kinh tế công cung cấp cơ sở lý luận giải thích vai trò của Nhà nước trong phân bổ và sử dụng nguồn lực nhằm khắc phục những hạn chế của cơ chế thị trường và thực hiện các mục tiêu xã hội. Ba chức năng cơ bản của tài chính công gồm phân bổ nguồn lực, phân phối lại thu nhập và ổn định kinh tế. Ba chức năng này phản ánh những phương diện mà cơ chế thị trường tự thân khó có thể bảo đảm đồng thời hiệu quả kinh tế, công bằng xã hội và ổn định vĩ mô, qua đó tạo cơ sở cho sự can thiệp của Nhà nước thông qua các công cụ tài chính công.

2.2.2. Lý thuyết các bên liên quan

Lý thuyết các bên liên quan (Stakeholder Theory) được Freeman (1984) phát triển trên quan điểm rằng hoạt động của một tổ chức không chỉ liên quan đến lợi ích của một chủ thể duy nhất mà chịu ảnh hưởng và đồng thời tác động đến nhiều nhóm khác nhau. Freeman (1984) xác định bên liên quan là những cá nhân hoặc nhóm có thể ảnh hưởng hoặc chịu ảnh hưởng bởi việc thực hiện mục tiêu của tổ chức. Theo đó, hiệu quả quản trị phụ thuộc vào khả năng nhận diện các bên liên quan, xác định lợi ích và mức độ ảnh hưởng của họ, đồng thời xử lý phù hợp các mối quan hệ có thể bổ trợ hoặc xung đột trong quá trình thực hiện mục tiêu.

2.2.3. Lý thuyết quản trị công mới

Lý thuyết quản trị công mới (New Public Management – NPM) hình thành trong bối cảnh cải cách khu vực công từ cuối thế kỷ XX, khi mô hình quản lý hành chính truyền thống bộc lộ những hạn chế về tính cứng nhắc, tập trung quyền lực và chú trọng kiểm soát đầu vào hơn kết quả hoạt động. Hood (1991) hệ thống hóa NPM như một xu hướng cải cách quản trị khu vực công dựa trên việc tăng cường trách nhiệm của nhà quản lý, xác lập các tiêu chuẩn và thước đo kết quả rõ ràng, chú trọng kiểm soát đầu ra, phân tách các đơn vị trong

khu vực công, tăng cường cạnh tranh và vận dụng có chọn lọc các phương thức quản trị của khu vực tư nhân.

2.2.4. Lý thuyết thực thi chính sách

Lý thuyết thực thi chính sách được hình thành nhằm giải thích khoảng cách giữa nội dung chính sách được ban hành và kết quả đạt được trong thực tế. Pressman và Wildavsky (1973) cho rằng quá trình thực thi không đơn thuần là việc áp dụng các quyết định đã được hoạch định, mà bao gồm nhiều hoạt động và sự tương tác giữa các chủ thể để chuyển hóa mục tiêu chính sách thành kết quả. Vì vậy, một chính sách được thiết kế phù hợp vẫn có thể không đạt được mục tiêu nếu quá trình tổ chức thực hiện gặp trở ngại về nguồn lực, phối hợp hoặc năng lực của các chủ thể tham gia.

2.2.5. Lý thuyết chăm sóc sức khỏe dựa trên giá trị

Lý thuyết chăm sóc sức khỏe dựa trên giá trị (Value-Based Health Care – VBHC) được Porter và Teisberg (2006) phát triển trong bối cảnh các hệ thống y tế phải đối mặt với sự gia tăng chi phí nhưng cải thiện về chất lượng và kết quả chăm sóc sức khỏe chưa tương xứng. Cách tiếp cận này cho rằng trọng tâm của hệ thống y tế cần chuyển từ việc chú ý chủ yếu đến nguồn lực đầu vào, số lượng dịch vụ hoặc mức chi tiêu sang giá trị được tạo ra từ quá trình chăm sóc sức khỏe. Porter (2010) tiếp tục nhấn mạnh giá trị trong y tế cần được xem xét trong mối quan hệ giữa kết quả đạt được đối với người bệnh và nguồn lực cần thiết để tạo ra những kết quả đó.

2.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến chính sách tài chính y tế

2.3.1. Các nhân tố bên trong ảnh hưởng đến chính sách tài chính y tế

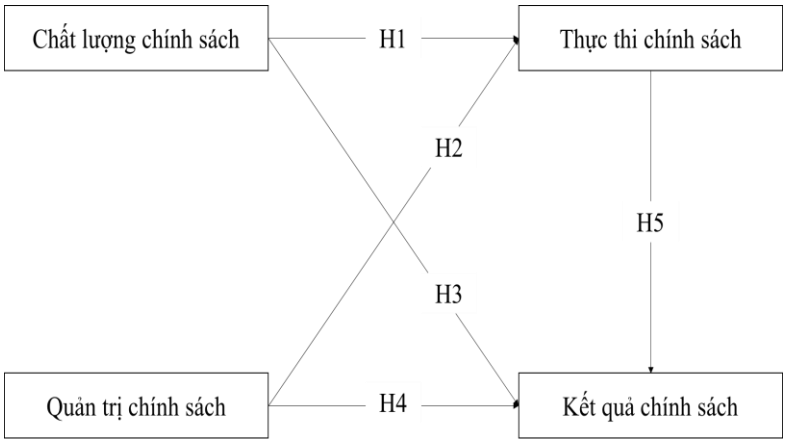
Chính sách tài chính y tế chịu ảnh hưởng trực tiếp từ cách thức Chính phủ nhận thức, thiết kế và tổ chức thực thi chính sách. Trước hết, việc xác định vấn đề và ưu tiên chính sách có vai trò quyết định, vì nó định hình mục tiêu như công bằng, kiểm soát chi phí hay nâng cao chất lượng dịch vụ. Thứ hai, lựa chọn công cụ chính sách (phân bổ ngân sách, cơ chế chi trả, mức độ tự chủ tài chính) phản ánh quan điểm của Nhà nước về vai trò khu vực công trong y tế. Bên cạnh đó, cách thức tổ chức thực thi và điều phối giữa các cơ quan như y tế, tài chính và bảo hiểm xã hội ảnh hưởng lớn đến hiệu quả chính sách. Nếu thiếu phối hợp, chính sách dù thiết kế tốt vẫn khó đạt kết quả. Ngoài ra, quyết định phân bổ nguồn lực thể hiện mức độ ưu tiên của Nhà nước giữa các tuyến, lĩnh vực và nhóm đối tượng. Cuối cùng, cơ chế giám sát, minh bạch và phản hồi chính sách

đóng vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh và hoàn thiện chính sách. Như vậy, yếu tố chủ quan chi phối toàn bộ chu trình chính sách.

2.3.2. Các nhân tố bên ngoài ảnh hưởng đến chính sách tài chính y tế

Chính sách tài chính y tế còn chịu tác động từ các yếu tố khách quan, tức là những điều kiện kinh tế – xã hội và thể chế mà Chính phủ phải thích ứng. Trước hết, trình độ phát triển kinh tế quyết định khả năng huy động nguồn lực và giới hạn chi tiêu công cho y tế. Các quốc gia có thu nhập cao thường có mức chi y tế công lớn hơn và phạm vi bao phủ rộng hơn. Thứ hai, đặc điểm dân số và mô hình bệnh tật ảnh hưởng trực tiếp đến nhu cầu chi tiêu y tế. Già hóa dân số và gia tăng bệnh không lây nhiễm làm tăng chi phí và đòi hỏi cơ chế tài chính bền vững. Thứ ba, tiến bộ khoa học – công nghệ y tế vừa nâng cao chất lượng dịch vụ, vừa làm gia tăng chi phí, tạo áp lực lên ngân sách. Ngoài ra, các học thuyết quản lý công, xu hướng quốc tế và quá trình hội nhập cũng định hình cách tiếp cận chính sách. Cuối cùng, các cú sốc như dịch bệnh hay khủng hoảng kinh tế có thể buộc Chính phủ điều chỉnh chính sách trong ngắn hạn.

2.4. Mô hình và giả thuyết nghiên cứu đề xuất



2.5. Kinh nghiệm chính sách tài chính y tế của một số nước trên thế giới và bài học cho Việt Nam

2.5.1. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới

2.5.1.1. Kinh nghiệm của Trung Quốc

Trung Quốc cải cách tài chính y tế theo hướng chuyển từ phân bổ đầu vào sang dựa trên kết quả và chất lượng dịch vụ trong chiến lược "Healthy China 2030". Ngân sách y tế duy trì quy mô lớn (khoảng 398 tỷ NDT năm 2025), kết hợp với bảo hiểm y tế bao phủ trên 95% dân số. Các phương thức thanh toán như DRG/DIP giúp kiểm soát chi phí và điều chỉnh hành vi cung ứng. Đồng thời, chính sách "zero-markup drug" giảm phụ thuộc vào doanh thu thuốc, cùng với mua sắm tập trung giúp giảm giá 50–90%. Tuy nhiên, cải cách cũng tạo áp

lực tài chính khi khoảng 41% bệnh viện giảm lợi nhuận.

2.5.1.2. Kinh nghiệm của Thái Lan

Thái Lan đạt bao phủ y tế trên 98% dân số với chi tiêu chỉ khoảng 4% GDP, nhờ mô hình tài chính dựa vào ngân sách và bảo hiểm toàn dân (UCS). Ngân sách chiếm 65–70% tổng chi y tế và được phân bổ qua cơ chế "mua dịch vụ" thay vì cấp phát trực tiếp. Hệ thống tách biệt người mua – cung ứng giúp kiểm soát chi phí hiệu quả. Thanh toán theo định suất (ngoại trú) và DRG (nội trú) hạn chế gia tăng chi phí. Đồng thời, mua sắm tập trung và ưu tiên y tế cơ sở giúp giảm chi phí và tăng công bằng trong tiếp cận dịch vụ.

2.5.1.3. Kinh nghiệm của Indonesia

Indonesia triển khai hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia JKN với độ bao phủ khoảng 83% dân số (~230 triệu người), đóng vai trò trung tâm trong tài chính y tế. Tuy nhiên, chi tiêu tập trung vào điều trị nội trú (~80%) gây mất cân đối và thâm hụt khoảng 2,17 tỷ USD năm 2023. Để kiểm soát chi phí, Indonesia áp dụng định suất cho y tế cơ sở và thanh toán theo nhóm bệnh cho nội trú. Đồng thời, cơ chế tự chủ (BLUD) cho phép bệnh viện giữ lại nguồn thu. Các công cụ như e-Katalog giúp kiểm soát giá đầu vào và nâng cao hiệu quả tài chính.

2.5.1.4. Kinh nghiệm của Philippines

Philippines kết hợp ngân sách nhà nước và bảo hiểm y tế PhilHealth, trong đó nguồn thu từ thuế tiêu thụ đặc biệt (thuốc lá, rượu bia…) tăng từ 34 lên hơn 100 tỷ Peso giai đoạn 2013–2025, hỗ trợ mở rộng bao phủ. Chi ngân sách y tế đạt khoảng 448 tỷ Peso năm 2026. PhilHealth áp dụng thanh toán theo gói và ca bệnh để kiểm soát chi phí, đồng thời mở rộng phạm vi chi trả, giúp giảm chi tiền túi xuống khoảng 44%. Hệ thống tài chính gắn chặt với cơ sở cung ứng và phân cấp địa phương, góp phần nâng cao hiệu quả và khả năng tiếp cận dịch vụ.

2.5.2. Bài học kinh nghiệm đối với Việt Nam

Từ kinh nghiệm quốc tế, Việt Nam cần chuyển mạnh từ phân bổ ngân sách theo đầu vào sang dựa trên kết quả, kết hợp cơ chế "mua sắm chiến lược" để nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực. Đồng thời, cần mở rộng không gian tài khóa thông qua các công cụ như thuế sức khỏe và bảo đảm cơ cấu chi hợp lý, ưu tiên y tế cơ sở và dự phòng. Việc kiểm soát chi phí đầu vào thông qua đấu thầu và đàm phán giá cũng là yếu tố quan trọng.

Ở cấp cơ sở, cần hoàn thiện cơ chế tự chủ gắn với trách nhiệm giải trình, kiểm soát động cơ tài chính và đa dạng hóa nguồn thu nhưng vẫn bảo đảm công bằng. Đồng thời, tăng cường bảo vệ tài chính cho người dân và đẩy mạnh ứng

dụng công nghệ trong quản lý tài chính y tế nhằm nâng cao hiệu quả và tính minh bạch của hệ thống.

CHƯƠNG 3:
PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Quy trình nghiên cứu

Luận án sử dụng phương pháp nghiên cứu hỗn hợp, kết hợp nghiên cứu tài liệu, nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Các phương pháp được triển khai theo trình tự nhằm bảo đảm sự liên kết giữa xây dựng cơ sở nghiên cứu, đánh giá thực trạng, kiểm định mô hình và đề xuất giải pháp hoàn thiện chính sách tài chính y tế.

3.2. Phương pháp nghiên cứu tại bàn

Phương pháp nghiên cứu tại bàn được sử dụng trong hai giai đoạn của luận án. Ở giai đoạn xây dựng cơ sở nghiên cứu, luận án tổng hợp các công trình trong và ngoài nước về tài chính y tế, chính sách công và các lý thuyết có liên quan để xác định khoảng trống nghiên cứu, xây dựng khung lý thuyết, mô hình, giả thuyết và hệ thống thang đo.

3.3. Phương pháp nghiên cứu định lượng

Nghiên cứu định lượng được sử dụng để kiểm định mô hình và các giả thuyết về mối quan hệ giữa chất lượng chính sách, quản trị chính sách, năng lực thực thi và kết quả chính sách tài chính y tế. Trọng tâm của phương pháp này là xác định chiều hướng, mức độ tác động trực tiếp giữa các biến và kiểm định vai trò trung gian của năng lực thực thi trong mối quan hệ giữa chất lượng chính sách, quản trị chính sách và kết quả chính sách.

3.4. Phương pháp nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính được thực hiện nhằm bổ sung, giải thích và đối chiếu kết quả nghiên cứu định lượng với thực tiễn chính sách tài chính y tế ở Việt Nam. Phương pháp này đặc biệt được sử dụng để làm rõ những kết quả thực nghiệm cần được lý giải sâu hơn, nhất là cơ chế tác động của chất lượng chính sách, quản trị chính sách và năng lực thực thi đến kết quả chính sách tài chính y tế.

CHƯƠNG 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Khái quát chung về y tế ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

4.1.1. Thực tiễn phát triển của hệ thống y tế tại Việt Nam giai đoạn 2016–2025

Giai đoạn 2016–2025, mạng lưới y tế Việt Nam phát triển theo hướng ổn định về số lượng và nâng cao chất lượng. Tổng số cơ sở y tế tăng nhẹ từ 13.333 lên 13.750, cho thấy hệ thống đã đạt mức bao phủ cơ bản. Số bệnh viện tăng mạnh từ 1.050 lên 1.320, đặc biệt sau COVID-19, phản ánh nhu cầu tăng năng lực điều trị. Trong khi đó, số trạm y tế gần như ổn định (~11.200), nhưng tỷ lệ xã đạt chuẩn y tế tăng từ 68% lên trên 99%, thể hiện chuyển dịch từ mở rộng sang chuẩn hóa và nâng cao chất lượng y tế cơ sở.

4.1.2. Những yêu cầu đặt ra đối với chính sách tài chính y tế trong bối cảnh phát triển của hệ thống y tế

Sự phát triển của hệ thống y tế Việt Nam trong giai đoạn 2016–2025 đã tạo điều kiện nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân, đồng thời mở rộng đáng kể quy mô hoạt động của toàn ngành. Tuy nhiên, quá trình phát triển này cũng làm thay đổi bản chất của nhu cầu tài chính y tế. Nếu trước đây chính sách tài chính chủ yếu tập trung vào bảo đảm kinh phí duy trì hoạt động của các cơ sở y tế công lập thì trong bối cảnh hiện nay, chính sách cần giải quyết đồng thời nhiều mục tiêu như huy động đủ nguồn lực, phân bổ hợp lý giữa các lĩnh vực ưu tiên, nâng cao hiệu quả sử dụng ngân sách, bảo đảm công bằng trong tiếp cận dịch vụ và duy trì tính bền vững của hệ thống. Điều đó đòi hỏi chính sách tài chính y tế phải tiếp tục được hoàn thiện cả về nội dung, cơ chế quản trị và tổ chức thực hiện.

4.2. Các chính sách tài chính y tế ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

4.2.1. Cơ sở pháp lý về chính sách tài chính y tế ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

4.2.1.1. Cơ sở pháp lý về chính sách chi ngân sách Nhà nước đối với y tế ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

Khung pháp lý chi NSNN cho y tế giai đoạn 2016–2025 được nền tảng bởi Luật NSNN 2015, xác định y tế là lĩnh vực ưu tiên và yêu cầu công khai, minh bạch, hiệu quả trong chi tiêu. Nghị quyết 20-NQ/TW (2017) nhấn mạnh tăng chi y tế cao hơn tốc độ chi NSNN, ưu tiên y tế cơ sở và dự phòng (≥30%). Các quy định sau đó như Nghị định 120/2020 và Quyết định 16/2022/QĐ-TTg thể hiện vai trò điều tiết của Nhà nước, đặc biệt trong COVID-19. Chiến lược

89/QĐ-TTg (2024) tiếp tục định hướng phân bổ công bằng và nâng cao hiệu quả sử dụng ngân sách.

4.2.1.2. Cơ sở pháp lý về chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

Cơ chế tự chủ tài chính được hình thành từ Nghị định 16/2015 và hoàn thiện qua Nghị định 60/2021, chuyển từ bao cấp sang quản trị theo hiệu quả. Nghị quyết 19 và 20-NQ/TW (2017) tạo nền tảng chính trị cho tự chủ gắn với tính đúng, tính đủ giá dịch vụ. Luật Khám chữa bệnh 2023 lần đầu luật hóa quyền tự chủ tài chính, cho phép đơn vị quyết định thu – chi và sử dụng nguồn lực. Nghị định 111/2025 tiếp tục mở rộng quyền định giá dịch vụ, trong khi Luật BHYT bảo đảm hỗ trợ người dân, duy trì công bằng trong tiếp cận dịch vụ.

4.2.2. Thực trạng chi ngân sách Nhà nước đối với y tế ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

4.2.2.1. Xu hướng chi ngân sách Nhà nước đối với y tế ở Việt Nam

Giai đoạn 2016–2025, chi NSNN cho y tế tăng mạnh cả về quy mô và vai trò. Tổng chi NSNN tăng từ 1.462.015 lên 3.071.078 tỷ đồng (hơn 2,1 lần), trong khi chi y tế tăng từ 70.695 lên 130.721 tỷ đồng (~85%). Điều này cho thấy Nhà nước duy trì ưu tiên cho y tế, đặc biệt trong bối cảnh bảo đảm an sinh xã hội.

Tuy nhiên, tỷ trọng chi y tế trong tổng chi NSNN biến động và giảm về cuối kỳ. Giai đoạn 2016–2019 dao động 4,8–6%, đạt đỉnh 7,23% năm 2021 do COVID-19, sau đó giảm còn khoảng 4,26% năm 2025. Xu hướng này phản ánh ba điểm: chi y tế có tính linh hoạt cao khi khủng hoảng; mức ưu tiên chưa ổn định dài hạn; và chịu ảnh hưởng mạnh từ bối cảnh kinh tế – tài khóa.

Như vậy, dù quy mô chi tăng, vẫn cần cải thiện tính ổn định và bền vững trong ưu tiên ngân sách cho y tế.

4.2.2.2. Cơ cấu chi ngân sách Nhà nước đối với y tế ở Việt Nam

Cơ cấu chi NSNN cho y tế giai đoạn 2016–2025 cho thấy sự chuyển dịch rõ rệt theo ba khía cạnh. Theo tính chất chi, chi thường xuyên chiếm ưu thế (72–80%), tăng đột biến lên 86% năm 2021 do COVID-19, sau đó giảm dần khi chi đầu tư tăng mạnh, đạt 32.531 tỷ đồng năm 2025.

Theo phân cấp, ngân sách địa phương chiếm 75–85%, phản ánh phân cấp quản lý y tế; trong khi NSTW tăng mạnh năm 2021 để điều phối chống dịch, thể hiện vai trò điều tiết vĩ mô.

Theo nội dung chi, cơ cấu chuyển từ "chữa bệnh" sang kết hợp "dự phòng

– bảo vệ tài chính". Chi hỗ trợ BHYT tăng từ 30.338 lên 47.643 tỷ đồng, trong khi chi dự phòng tăng mạnh năm 2021 (42.903 tỷ đồng).

Nhìn chung, cơ cấu chi đang chuyển dịch theo hướng hiện đại hơn, nhưng vẫn cần cân đối lại giữa các lĩnh vực để nâng cao hiệu quả dài hạn.

4.2.3. Thực trạng chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

4.2.3.1. Xu hướng tự chủ tài chính đối với y tế ở Việt Nam

Giai đoạn 2016–2025, tự chủ tài chính trong y tế công lập có xu hướng mở rộng rõ rệt. Năm 2016, phần lớn đơn vị thuộc nhóm 3 và 4 (phụ thuộc ngân sách), trong khi nhóm 2 còn ít. Đến 2020, số đơn vị nhóm 2 tăng mạnh (147 → 281), đồng thời nhóm 4 giảm đáng kể, cho thấy khả năng tự cân đối chi thường xuyên được cải thiện.

Giai đoạn 2021–2023, xu hướng này tiếp tục dù chịu tác động COVID-19; nhóm 2 đạt 352 đơn vị năm 2023. Tuy nhiên, năm 2024–2025 xuất hiện điều chỉnh khi một số đơn vị quay lại phụ thuộc ngân sách do tiêu chí tự chủ chặt chẽ hơn và nguồn thu giảm.

Ở cấp trung ương, tự chủ ổn định hơn, chủ yếu thuộc nhóm 2. Tổng thể, hệ thống chuyển từ bao cấp sang tự chủ nhưng mang tính phân hóa, phản ánh sự khác biệt về năng lực và điều kiện giữa các đơn vị.

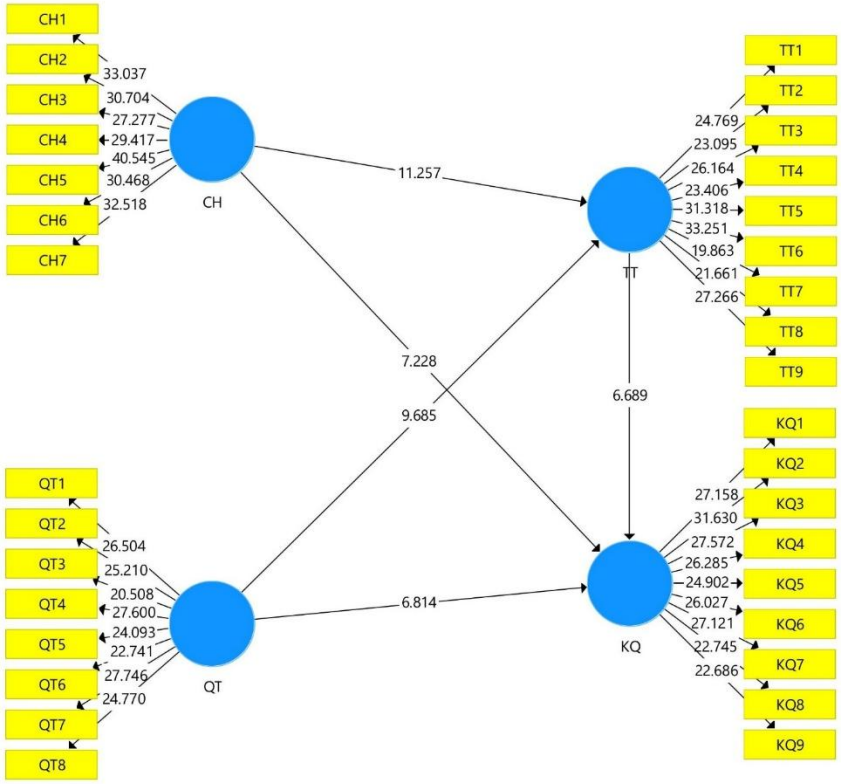
4.2.3.2. Các tình huống điển hình về tự chủ tài chính đối với y tế ở Việt Nam

Các mô hình tự chủ tài chính phản ánh bốn trạng thái khác nhau trong hệ thống y tế. Nhóm 1 (tự chủ toàn diện) giúp tăng hiệu quả nhưng thiếu bền vững do rủi ro tài chính, đặc biệt sau COVID-19. Nhóm 2 (tự chủ chi thường xuyên) là mô hình hiệu quả nhất, tạo động lực nâng cao chất lượng dịch vụ và giảm áp lực ngân sách, dù còn phụ thuộc BHYT.

Nhóm 3 (tự chủ một phần) chiếm tỷ trọng lớn nhưng dễ tổn thương do nguồn thu không ổn định và hạn chế về giá dịch vụ. Nhóm 4 (phụ thuộc ngân sách) giữ vai trò an sinh, đặc biệt ở tuyến cơ sở và vùng khó khăn, nhưng thiếu linh hoạt và động lực phát triển.

Tổng thể, hệ thống mang tính phân tầng rõ rệt, đòi hỏi thiết kế chính sách tự chủ theo hướng linh hoạt, phân hóa và có cơ chế điều tiết phù hợp.

4.3. Kết quả nghiên cứu định lượng



Kết quả tổng tác động cho thấy chất lượng chính sách là yếu tố có ảnh hưởng lớn nhất đến kết quả chính sách tài chính y tế, với hệ số O = 0,537, bao gồm cả tác động trực tiếp và tác động gián tiếp thông qua biến trung gian TT. Tiếp theo là quản trị chính sách với hệ số O = 0,455, trong khi thực thi chính sách có tác động trực tiếp O = 0,358.

4.4. Đánh giá thực trạng chính sách tài chính y tế ở Việt Nam giai đoạn 2016–2025

4.4.1. Kết quả đạt được

4.4.1.1. Kết quả phân tích về chính sách chi ngân sách nhà nước

Giai đoạn 2016–2025, chi NSNN cho y tế tăng từ 70.695 lên 130.721 tỷ đồng (~85%), tốc độ bình quân 7–7,5%/năm, cho thấy vai trò chủ đạo trong bảo đảm hệ thống y tế. Đặc biệt, giai đoạn 2020–2021 tăng gần 30% do COVID-19, phản ánh khả năng điều tiết linh hoạt của ngân sách. Tuy nhiên, tỷ trọng chi giảm từ 4,83% xuống 4,26%, cho thấy mức ưu tiên chưa ổn định. Khảo sát Likert đạt khoảng 3,9–4,0 điểm, cao nhất ở tiêu chí công bằng (4,03), khẳng định vai trò NSNN trong duy trì hệ thống và bảo đảm an sinh.

4.4.1.2. Kết quả phân tích về chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập

Tự chủ tài chính có chuyển biến rõ rệt khi số đơn vị tự bảo đảm chi thường xuyên tăng lên 381 năm 2025, trong khi đơn vị phụ thuộc ngân sách

giảm. Quy mô tài chính tăng 2,52 lần (95.000.000 → 239.054.801 triệu đồng), tốc độ ~10,8%/năm; hệ thống phục hồi nhanh sau COVID-19. Thu nhập tăng thêm tăng ~91,5%, cải thiện động lực làm việc. Khảo sát cho thấy hiệu quả đạt 3,7–3,88 điểm, phản ánh tác động tích cực đến chất lượng dịch vụ và quản trị, dù vẫn còn hạn chế về tính đồng đều.

4.4.2. Một số tồn tại và nguyên nhân

4.4.2.1. Một số tồn tại của chính sách tài chính y tế

Chính sách tài chính y tế còn nhiều hạn chế. Tỷ trọng chi NSNN giảm từ 4,83% xuống 4,26%, biến động lớn qua các năm, cho thấy thiếu ổn định. Cơ cấu chi còn thiên về điều trị, chưa ưu tiên đủ cho dự phòng. Tự chủ tài chính chưa đồng đều, còn 349 đơn vị phụ thuộc ngân sách. Nguồn thu phụ thuộc lớn vào BHYT (60–70%), trong khi xã hội hóa còn hạn chế. Khảo sát cho thấy minh bạch và bền vững chỉ ở mức trung bình (~3,6–3,75), phản ánh hạn chế hệ thống.

4.4.2.2. Nguyên nhân của tồn tại

Các tồn tại của chính sách tài chính y tế bắt nguồn từ cả yếu tố chủ quan và khách quan. Về chủ quan, việc xác định ưu tiên tài khóa cho y tế chưa được thể chế hóa thành cam kết dài hạn, dẫn đến biến động tỷ trọng chi. Cơ chế phân bổ ngân sách vẫn thiên về đầu vào, chưa gắn với kết quả, làm giảm hiệu quả phân bổ.

Cơ chế tự chủ tài chính áp dụng còn mang tính đồng loạt, chưa phù hợp với sự khác biệt giữa các tuyến, dẫn đến phân hóa trong hệ thống. Đồng thời, chính sách chưa tạo điều kiện đầy đủ để đa dạng hóa nguồn thu, khiến các cơ sở phụ thuộc nhiều vào BHYT.

Về khách quan, nguồn lực ngân sách hạn chế trong bối cảnh nền kinh tế đang phát triển là ràng buộc lớn. Già hóa dân số và thay đổi mô hình bệnh tật làm gia tăng nhu cầu chi, trong khi công nghệ y tế làm tăng chi phí. Sự chênh lệch vùng miền và tác động của các cú sốc như COVID-19 cũng làm gia tăng bất ổn tài chính.

Những nguyên nhân này cho thấy cần hoàn thiện thể chế, nâng cao năng lực chính sách và tăng tính thích ứng của hệ thống tài chính y tế trong dài hạn.

CHƯƠNG 5:
HOÀN THIỆN CHÍNH SÁCH TÀI CHÍNH Y TẾ Ở VIỆT NAM ĐẾN HẾT NĂM 2030 VÀ TẦM NHÌN 2035

5.1. Quan điểm, định hướng và mục tiêu về chính sách tài chính y tế ở Việt Nam đến hết năm 2030, tầm nhìn 2035

5.1.1. Bối cảnh quốc tế và Việt Nam

Giai đoạn 2026–2035, tài chính y tế toàn cầu đối mặt áp lực kép giữa mở rộng bao phủ và bảo đảm bền vững. Chỉ số bao phủ dịch vụ y tế (SCI) dự kiến chỉ đạt khoảng 74/100 vào năm 2030, trong khi khoảng 1,6 tỷ người vẫn có nguy cơ nghèo hóa do chi phí y tế. Viện trợ quốc tế giảm (~21%) buộc các quốc gia tăng huy động nguồn lực trong nước và áp dụng công cụ như thuế sức khỏe. Đồng thời, chi phí y tế tăng nhanh (9–11%/năm), cùng với tác động của công nghệ và biến đổi khí hậu, đặt ra yêu cầu kiểm soát chi hiệu quả.

Tại Việt Nam, kinh tế tăng trưởng cao nhưng dư địa tài khóa hạn chế (thu NSNN ~17,6% GDP; nợ công có xu hướng tăng). Già hóa dân số, bệnh không lây nhiễm chiếm 74–80% gánh nặng bệnh tật và chi tiền túi vẫn ở mức cao (~44%) tạo áp lực lớn lên hệ thống. Điều này đòi hỏi cải cách tài chính y tế theo hướng hiệu quả, công bằng và bền vững.

5.1.2. Quan điểm về chính sách tài chính y tế đến năm 2030

Chính sách tài chính y tế đến năm 2030 cần dựa trên các quan điểm phát triển toàn diện và bền vững. Thứ nhất, y tế phải được coi là đầu tư phát triển, góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực và tăng trưởng kinh tế. Thứ hai, Nhà nước giữ vai trò chủ đạo nhưng chuyển từ cấp phát sang "mua dịch vụ" và chi theo kết quả.

Thứ ba, công bằng là nguyên tắc trung tâm, bảo đảm mọi người dân, đặc biệt nhóm yếu thế, được tiếp cận dịch vụ y tế. Thứ tư, bảo đảm bền vững tài khóa thông qua kiểm soát chi và tích hợp các quỹ tài chính y tế. Thứ năm, tự chủ tài chính phải gắn với cải cách quản trị và trách nhiệm giải trình.

Ngoài ra, BHYT là trụ cột trung tâm, cần mở rộng bao phủ và kiểm soát chi phí. Xã hội hóa phải minh bạch, không đồng nghĩa tư nhân hóa. Đồng thời, chuyển đổi số và hoạch định dựa trên dữ liệu là nền tảng nâng cao hiệu quả chính sách.

5.1.3. Mục tiêu và định hướng chính sách tài chính y tế đến năm 2030

Mục tiêu đến năm 2030 là xây dựng hệ thống tài chính y tế công bằng, hiệu quả và bền vững, bảo đảm mọi người dân tiếp cận dịch vụ với chi phí hợp

lý, đồng thời giảm chi tiền túi xuống dưới 30%. Tầm nhìn 2035 hướng tới hệ thống tài chính y tế hiện đại, số hóa và đa tầng.

Về định lượng, chi y tế công tăng 8–9%/năm; tỷ trọng chi NSNN đạt 9–10% vào năm 2030; chi đầu tư ≥25% và chi dự phòng ≥30%. Bao phủ BHYT đạt ≥98%, tiến tới 100% vào 2035. Đồng thời, tăng tỷ lệ tự chủ của đơn vị y tế và mở rộng cơ chế đặt hàng dịch vụ.

Định hướng trọng tâm gồm: nâng cao hiệu quả chi ngân sách, cải cách thanh toán BHYT, hoàn thiện tự chủ tài chính, đẩy mạnh xã hội hóa có kiểm soát và chuyển đổi số toàn diện. Qua đó, hình thành hệ thống tài chính y tế đa tầng, linh hoạt và bền vững.

5.2. Các giải pháp hoàn thiện chính sách tài chính y tế ở Việt Nam

5.2.1. Giải pháp liên quan đến chính sách chi ngân sách Nhà nước

5.2.1.1. Đổi mới phương thức quản lý chi ngân sách Nhà nước cho y tế theo hướng dựa trên kết quả đầu ra

Chuyển từ phân bổ ngân sách theo đầu vào sang dựa trên kết quả đầu ra nhằm nâng cao hiệu quả và trách nhiệm giải trình. Quốc hội hoàn thiện khung pháp lý; Chính phủ ban hành cơ chế ngân sách theo kết quả. Bộ Tài chính xây dựng định mức chi gắn sản lượng; Bộ Y tế thiết kế bộ chỉ tiêu đầu ra. Địa phương triển khai cơ chế đặt hàng – giao nhiệm vụ cho cơ sở y tế, gắn giải ngân và quyết toán với mức độ hoàn thành nhiệm vụ. Thực hiện theo lộ trình: chuẩn hóa chỉ tiêu, thí điểm, sau đó nhân rộng toàn hệ thống.

5.2.1.2. Điều chỉnh cơ cấu phân bổ chi ngân sách Nhà nước cho y tế theo hướng ưu tiên chức năng công ích và bảo đảm công bằng vùng miền

Tái cơ cấu chi NSNN theo hướng ưu tiên y tế dự phòng, y tế cơ sở và vùng khó khăn nhằm bảo đảm công bằng. Quốc hội bổ sung nguyên tắc phân bổ; Chính phủ cụ thể hóa trong kế hoạch ngân sách. Bộ Tài chính xây dựng định mức có trọng số theo dân số, bệnh tật; Bộ Y tế cung cấp dữ liệu nhu cầu. Địa phương bảo đảm tỷ lệ chi tối thiểu cho tuyến cơ sở, hạn chế dồn chi cho tuyến trên. Đồng thời, giảm bao cấp thường xuyên cho đơn vị tự chủ cao, tăng đầu tư hạ tầng tuyến dưới.

5.2.2. Giải pháp liên quan đến chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập

5.2.2.1. Hoàn thiện cơ chế tạo nguồn thu của cơ sở y tế công lập

Đa dạng hóa nguồn thu nhằm giảm phụ thuộc vào BHYT (hiện chiếm >70%). Chính phủ ban hành nghị định riêng về tài chính y tế công lập, quy định rõ phạm vi hoạt động tạo thu như dịch vụ theo yêu cầu, liên doanh, khai thác tài

sản công. Thiết lập giới hạn tỷ trọng dịch vụ thương mại và bảo đảm dịch vụ công ích. Tăng cường minh bạch, kiểm toán các hoạt động liên kết. Các đơn vị xây dựng chiến lược tài chính trung hạn, kiểm soát rủi ro và duy trì chất lượng dịch vụ. Triển khai theo lộ trình: hoàn thiện pháp lý → thí điểm → mở rộng.

5.2.2.2. Đổi mới cơ chế phân bổ và sử dụng nguồn lực tài chính trong đơn vị

Chuyển từ phân bổ bình quân sang dựa trên hiệu quả hoạt động. Bộ Y tế ban hành hệ thống đánh giá hiệu suất gắn với sản lượng, chất lượng dịch vụ và mức độ hài lòng người bệnh. Thu nhập tăng thêm và chi phí được phân bổ theo kết quả, không theo thâm niên. Chuẩn hóa quy chế chi tiêu nội bộ, tăng minh bạch và trách nhiệm giải trình. Ứng dụng CNTT để theo dõi hiệu quả theo thời gian thực. Lộ trình: thí điểm (2026–2027), mở rộng (2028–2030), hoàn thiện sau 2030.

5.2.2.3. Hoàn thiện cơ chế tự chủ tài chính theo hướng phân hóa và kiểm soát

Thiết kế lại tự chủ tài chính theo năng lực và điều kiện từng cơ sở, thay vì áp dụng đồng loạt. Bộ Y tế phân loại đơn vị theo khả năng tự chủ, quy mô và vùng miền. Nhóm có năng lực cao được mở rộng quyền tài chính, nhân sự; nhóm yếu được duy trì hỗ trợ ngân sách. Thiết lập cơ chế điều tiết để giảm chênh lệch giữa các tuyến. Lộ trình: rà soát (2026–2027), triển khai phân hóa (2028–2030), điều chỉnh sau 2030. Mục tiêu là vừa nâng hiệu quả, vừa bảo đảm công bằng hệ thống.

5.2.2.4. Đổi mới phương thức chi trả và kiểm soát chi phí dịch vụ y tế

Chuyển từ thanh toán theo dịch vụ sang kiểm soát tổng chi và gắn với kết quả. Mở rộng thanh toán theo DRG cho nội trú và định suất cho tuyến cơ sở. BHXH giao dự toán chi phí cho từng cơ sở và giám sát thực hiện. Chuẩn hóa dữ liệu y tế và hồ sơ điện tử để kiểm soát chi phí. Lộ trình: thí điểm (2026–2027), mở rộng (2028–2030), áp dụng toàn hệ thống sau 2030. Kỳ vọng giảm lạm dụng dịch vụ và nâng cao hiệu quả chi tiêu.

5.2.2.5. Tăng cường quản trị tài chính và trách nhiệm giải trình tại cơ sở y tế công lập

Thiết lập hệ thống quản trị tài chính hiện đại, minh bạch là yêu cầu bắt buộc. Các cơ sở y tế phải công khai định kỳ cơ cấu thu – chi và kết quả hoạt động trên nền tảng số. Xây dựng bộ chỉ tiêu đánh giá hiệu quả tài chính gắn với chất lượng dịch vụ. Tăng cường kiểm toán, thanh tra, đặc biệt với hoạt động liên doanh. Ứng dụng CNTT để giám sát theo thời gian thực. Lộ trình: chuẩn hóa (2026–2028), triển khai rộng (2028–2030), hoàn thiện sau 2030.

5.2.2.6. Bảo đảm cân bằng giữa hiệu quả tài chính và công bằng trong cung ứng dịch vụ y tế

Thiết lập cơ chế điều tiết để tránh thiên lệch thương mại hóa. Bộ Y tế quy định danh mục dịch vụ cơ bản và tỷ lệ cung ứng tối thiểu. BHYT mở rộng phạm vi chi trả, giảm chi tiền túi. Nhà nước hỗ trợ tài chính cho vùng khó khăn thông qua phân bổ có mục tiêu. Tăng cường giám sát và xử lý vi phạm về công bằng dịch vụ. Mục tiêu là duy trì cân bằng giữa hiệu quả tài chính và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân, đặc biệt nhóm yếu thế.

5.2.3. Giải pháp khác

5.2.3.1. Tăng cường Bảo hiểm Y tế và hỗ trợ chiến lược

Củng cố BHYT như trụ cột tài chính y tế. Mở rộng bao phủ bền vững, ưu tiên nhóm yếu thế và khu vực phi chính thức. Hoàn thiện cơ chế thanh toán (DRG, định suất), rút ngắn quyết toán và tăng minh bạch. Nâng vai trò điều tiết của Quỹ BHYT trong phân bổ nguồn lực, khuyến khích y tế cơ sở. Đồng thời, ngân sách nhà nước hỗ trợ các dịch vụ công ích và kỹ thuật cao. Ứng dụng CNTT để kiểm soát gian lận, công khai thu – chi quỹ.

5.2.3.2. Hoàn thiện cơ chế giám sát, đánh giá và công khai minh bạch chi ngân sách Nhà nước trong lĩnh vực y tế

Tăng cường giám sát chi NSNN gắn với hiệu quả chuyên môn. Xây dựng hệ thống đánh giá kết hợp chỉ tiêu tài chính và kết quả sức khỏe. Mở rộng công khai ngân sách theo cơ cấu chi và kết quả thực hiện. Ứng dụng CNTT để theo dõi chi tiêu theo thời gian thực, kết nối dữ liệu tài chính – y tế. Nâng trách nhiệm người đứng đầu và gắn đánh giá cán bộ với hiệu quả sử dụng ngân sách. Qua đó nâng cao minh bạch, giảm lãng phí và tăng niềm tin xã hội.

5.2.3.3. Thúc đẩy xã hội hóa và hợp tác công-tư (PPP) một cách bền vững

Hoàn thiện khung pháp lý PPP trong y tế theo hướng minh bạch, khả thi. Giải quyết vướng mắc định giá tài sản công và đơn giản hóa quy trình phê duyệt. Áp dụng ưu đãi có chọn lọc cho lĩnh vực ít hấp dẫn như y tế cơ sở, dự phòng. Thiết lập cơ chế chia sẻ rủi ro và lợi ích giữa Nhà nước – tư nhân. Tăng giám sát độc lập và công khai thông tin dự án. Mục tiêu huy động nguồn lực xã hội, giảm áp lực ngân sách và nâng cao chất lượng dịch vụ.

5.2.3.4. Phát triển nguồn nhân lực y tế và chính sách đãi ngộ trong điều kiện tự chủ tài chính

Hoàn thiện cơ chế tiền lương: lương cơ bản do ngân sách bảo đảm, thu nhập tăng thêm gắn hiệu quả. Tăng đãi ngộ cho tuyến cơ sở và vùng khó khăn

(phụ cấp, nhà ở, đào tạo). Gắn đào tạo với nhu cầu hệ thống và cam kết phục vụ. Tạo môi trường làm việc, cơ hội phát triển để giữ chân nhân lực chất lượng cao. Xây dựng hệ thống dữ liệu nhân lực để theo dõi dịch chuyển và điều chỉnh chính sách. Mục tiêu bảo đảm phân bổ nhân lực hợp lý và bền vững hệ thống.

5.3. Các điều kiện bảo đảm thực hiện giải pháp chính sách tài chính y tế

5.3.1. Điều kiện về thể chế và khung pháp lý

Hoàn thiện thể chế là điều kiện tiên quyết. Cần rà soát, thống nhất hệ thống pháp luật về NSNN, BHYT và tự chủ tài chính, khắc phục chồng chéo. Chính phủ chỉ đạo xây dựng khung pháp lý đồng bộ; Bộ Y tế, Bộ Tài chính và BHXH phối hợp thiết kế chính sách. Đồng thời, bảo đảm tính ổn định, có lộ trình trung hạn, hạn chế thay đổi đột ngột. Khung pháp lý rõ ràng sẽ tạo nền tảng triển khai hiệu quả các giải pháp tài chính y tế.

5.3.2. *Điều kiện về nguồn lực tài chính*

Cải cách tài chính y tế đòi hỏi nguồn lực đủ và bền vững. Cần tăng chi NSNN theo lộ trình, ưu tiên y tế cơ sở và dự phòng. Đồng thời, tái cơ cấu chi tiêu công và huy động nguồn lực ngoài ngân sách như PPP, xã hội hóa. Tăng sử dụng thuế sức khỏe cho y tế. Việc huy động phải đi kèm kiểm soát để bảo đảm công bằng. Nguồn lực ổn định là điều kiện then chốt để triển khai chính sách hiệu quả.

5.3.3. Điều kiện về nguồn nhân lực và năng lực quản trị

Nâng cao năng lực nhân lực là yếu tố quyết định hiệu quả chính sách. Cần đào tạo chuyên sâu về quản trị tài chính y tế cho cán bộ quản lý, tập trung vào lập kế hoạch, kiểm soát chi và phân tích hiệu quả. Đồng thời, nâng cao năng lực các cơ quan quản lý trong thiết kế và giám sát chính sách. Nếu thiếu năng lực, cải cách dễ triển khai sai lệch. Ngược lại, đội ngũ đủ năng lực sẽ bảo đảm hiệu quả và tính bền vững của hệ thống.

5.3.4. Điều kiện về hạ tầng công nghệ và dữ liệu y tế

Hạ tầng CNTT và dữ liệu là nền tảng cho cải cách tài chính y tế. Cần xây dựng hệ thống dữ liệu y tế quốc gia, kết nối giữa cơ sở y tế và BHXH. Triển khai hồ sơ bệnh án điện tử và chuẩn hóa dữ liệu. Ứng dụng công nghệ giúp giám sát chi tiêu theo thời gian thực, hỗ trợ thanh toán và phân bổ nguồn lực theo kết quả. Thiếu dữ liệu sẽ hạn chế hiệu quả chính sách; ngược lại, hệ thống dữ liệu tốt giúp tăng minh bạch và kiểm soát chi phí.

5.3.5. Điều kiện về tổ chức thực hiện và phối hợp liên ngành

Cần cơ chế phối hợp liên ngành chặt chẽ giữa Bộ Y tế, Bộ Tài chính và

BHXH. Chính phủ quy định rõ vai trò từng cơ quan; thiết lập ban chỉ đạo và hệ thống chia sẻ dữ liệu. Phối hợp giúp thống nhất từ thiết kế đến thực thi chính sách, tránh chồng chéo. Đồng thời, tăng giám sát và phản hồi chính sách.

KẾT LUẬN

Luận án "Chính sách tài chính y tế ở Việt Nam" đã nghiên cứu toàn diện hai cấu phần cốt lõi gồm chi NSNN cho y tế và chính sách tài chính tại các cơ sở y tế công lập, qua đó làm rõ cơ sở lý luận và cung cấp bằng chứng thực nghiệm cho việc hoàn thiện chính sách. Về lý luận, nghiên cứu khẳng định mối quan hệ bổ trợ giữa chi ngân sách (bảo đảm công bằng, an sinh) và tự chủ tài chính (nâng cao hiệu quả, chất lượng dịch vụ), là nền tảng của hệ thống tài chính y tế bền vững.

Về thực tiễn, kết quả cho thấy NSNN vẫn giữ vai trò chủ đạo nhưng cơ cấu chi chưa hợp lý; tự chủ tài chính tạo chuyển biến tích cực song còn phân hóa giữa các tuyến. Trên cơ sở đó, luận án đề xuất các giải pháp đồng bộ nhằm nâng cao hiệu quả phân bổ ngân sách, hoàn thiện cơ chế tự chủ và tăng minh bạch tài chính. Đồng thời, xác định các điều kiện thực thi như hoàn thiện thể chế, bảo đảm nguồn lực và nâng cao năng lực quản trị.

Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp luận cứ khoa học cho hoạch định chính sách, hướng tới hệ thống tài chính y tế công bằng, hiệu quả và bền vững tại Việt Nam.