

**BỘ Y TẾ**

**MỘT SỐ BÀI HỌC KINH NGHIỆM QUA TRIỂN KHAI CÁC  
DỰ ÁN TÀI TRỢ LIÊN QUAN ĐẾN CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU**

HÀ NỘI, 12 - 2005

## NỘI DUNG

<b>Phần thứ nhất</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Đặt vấn đề</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Khái quát tình hình kinh tế - xã hội ảnh hưởng đến công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Các nguồn vốn đầu tư cho chăm sóc sức khỏe giai đoạn 1995 - 2004</b> .....	<b>8</b>
3.1. Ngân sách Nhà nước.....	8
3.2. Cơ cấu ngân sách sự nghiệp y tế .....	9
<b>4. Tình hình tiếp nhận viện trợ cho CSSK giai đoạn 1995 - 2004</b> .....	<b>10</b>
4.1. Các loại hình ODA cho Ngành Y tế.....	11
4.1.1. Viện trợ không hoàn lại.....	12
4.1.2. Vay ưu đãi .....	12
4.2. Các nguồn ODA cho Ngành Y tế.....	12
4.2.1. Nguồn ODA song phương (của Chính phủ các nước).....	12
4.2.2. Nguồn ODA đa phương.....	14
4.3. Các nguồn viện trợ của các tổ chức phi Chính phủ (NGOs) .....	16
4.4. Cơ cấu sử dụng các nguồn viện trợ .....	19
4.5. Nguồn ODA phân theo các lĩnh vực, chương trình .....	20
<b>5. Công tác quản lý và sử dụng các nguồn vốn trong thời gian 1995 - 2004</b> .....	<b>22</b>
5.1. Về thể chế hoá quy trình quản lý các nguồn viện trợ cho chăm sóc sức khỏe .....	22
5.2. Về tổ chức quản lý.....	24
<b>6. Đánh giá chung</b> .....	<b>25</b>
6.1. Những tác động tích cực.....	25
6.2. Các kết quả cụ thể .....	26
6.3. Một số mặt hạn chế.....	27

6.3.1.	Tình trạng chồng chéo trong phân bổ viện trợ .....	27
6.3.2.	Chưa có sự tập trung điều phối nguồn ODA cho y tế .....	28
6.3.3.	Tính chủ động chưa cao .....	28
6.3.4.	Điều kiện tại chỗ chưa đáp ứng yêu cầu .....	29
6.3.5.	Thiếu sự lồng ghép hoạt động của các Dự án.....	29
6.3.6.	Chưa có sự hài hoà về mặt thủ tục và chia sẻ trách nhiệm từ cả hai phía .....	29
<b>7.</b>	<b>Bài học kinh nghiệm.....</b>	<b>30</b>
7.1.	Chính sách y tế quốc gia/ các mục tiêu ngành .....	30
7.2.	Tăng cường tiếp cận các dịch vụ CSSKBĐ theo định hướng công bằng .....	30
7.3.	Cải tiến chất lượng dịch vụ.....	31
7.4.	Cải tiến các biện pháp IEC.....	31
7.5.	Cung cấp tài chính.....	31
7.6.	Quản lý .....	32
7.7.	Tham gia của cộng đồng .....	33
7.8.	Cơ chế thực hiện Dự án .....	34
7.9.	Tóm tắt .....	34
	<b><i>Phần thứ hai</i></b> .....	<b>37</b>
<b>I.</b>	<b>Dự báo tình hình phát triển kinh tế - xã hội và mô hình bệnh tật trong những năm tới .....</b>	<b>37</b>
1.	Tình hình phát triển kinh tế - xã hội và những chính sách tác động đến công tác y tế .....	37
2.	Dự báo mô hình bệnh tật và thách thức của Ngành Y tế trong những năm tới.....	37
2.1.	Các bệnh nhiễm trùng, truyền nhiễm tiếp tục lưu hành: .....	37
2.2.	Các vấn đề sức khoẻ mới đang nổi lên nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ và phòng ngừa có hiệu quả. ....	38
2.3.	Các bệnh không nhiễm trùng đang có xu hướng ngày càng gia tăng mà Việt Nam vẫn còn rất ít kinh nghiệm: .....	38
2.4.	Các bệnh liên quan đến ô nhiễm môi trường: .....	38

<b>II. Các mục tiêu phát triển sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.....</b>	<b>38</b>
<b>III. Định hướng bố trí sử dụng các nguồn viện trợ cho công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe ban đầu trong thời gian tới .....</b>	<b>39</b>
1. Quan điểm cơ bản đối với các nguồn viện trợ cho y tế.....	39
2. Một số nguyên tắc trong bố trí sử dụng viện trợ cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu .....	40
2.1. Các hình thức sử dụng viện trợ.....	40
2.2. Về đối tượng ưu tiên.....	41
2.3. Về cơ cấu đầu tư.....	41
3. Các lĩnh vực quan tâm đầu tư bằng vốn viện trợ trong thời gian tới ....	42
3.1. Tiếp tục hỗ trợ nhu cầu thường xuyên của các chương trình mục tiêu y tế quốc gia .....	42
3.2. Tiếp tục kiện toàn và nâng cao chất lượng hệ thống y tế cơ sở đáp ứng yêu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trong tình hình mới .....	42
3.3. Dành một tỷ lệ thích hợp cho y tế dự phòng: .....	43
3.4. Xây dựng một số cơ sở sản xuất vắc xin, sinh phẩm, trang thiết bị y tế: .....	43
3.5. Đầu tư hiện đại hoá cho một số trường đào tạo cán bộ y, dược, các cơ sở nghiên cứu chuyên sâu đầu Ngành trên cơ sở sử dụng nguồn ODA và hỗ trợ kỹ thuật. ....	43
<b>IV. Dự báo nhu cầu và khả năng huy động vốn cho chăm sóc sức khỏe ban đầu trong thời gian tới.....</b>	<b>43</b>
1. Dự báo nhu cầu nguồn vốn viện trợ thời kỳ 2006 - 2010.....	43
2. Các khả năng huy động vốn viện trợ cho lĩnh vực y tế thời kỳ 2006 - 2010.....	44
2.1. Dự kiến nguồn vốn viện trợ chuyển tiếp sau năm 2005 .....	44
2.2. Định hướng vận động thu hút viện trợ cho chăm sóc sức khỏe thời kỳ 2006 - 2010 .....	44
3. Bố trí nguồn vốn viện trợ cho các lĩnh vực đầu tư.....	45
3.1. Các mục tiêu cụ thể cho giai đoạn 2006 - 2010.....	45
3.2. Cơ cấu bố trí vốn viện trợ.....	46

<b>V. Các giải pháp chủ yếu để triển khai thực hiện .....</b>	<b>46</b>
1. Về cơ chế quản lý .....	46
2. Củng cố hoạt động tuyến y tế cơ sở .....	48
3. Tăng cường quản lý CSSKBĐ .....	49
4. Tăng cường sự tham gia của chính quyền và các ngành trong CSSKBĐ .....	50
5. Giải pháp về cơ chế chính sách .....	50
6. Tổ chức thực hiện .....	51
<b>VI. Kết luận và kiến nghị .....</b>	<b>52</b>
1. Kết luận .....	52
2. Kiến nghị .....	53
2.1. Đối với các cơ quan Chính phủ .....	53
2.2. Đối với các nhà tài trợ .....	53
<b><i>Tài liệu tham khảo .....</i></b>	<b>54</b>

# PHẦN THỨ NHẤT

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đường lối và chính sách đổi mới 20 năm qua đã đem lại nhiều thành tựu to lớn và toàn diện trong phát triển kinh tế - xã hội của đất nước. Mức sống của nhân dân được nâng lên rõ rệt, tỷ lệ đói nghèo giảm đáng kể. Công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân trong hơn 10 năm trở lại đây đã đạt được nhiều kết quả quan trọng. Tình hình sức khỏe nhân dân ngày càng được cải thiện.

Do nền kinh tế từng bước phát triển nên việc đầu tư của Nhà nước cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nhân dân cũng được tăng dần qua các năm. Tuy nhiên so với yêu cầu, nguồn ngân sách này mới chỉ đáp ứng được từ 50 - 60% yêu cầu cần thiết để duy trì mức độ cung cấp dịch vụ như hiện nay. Để giải quyết vấn đề này, nhiều hình thức huy động vốn đã được thực hiện để bù đắp phần còn thiếu hụt. Việc phí được khởi xướng áp dụng lần đầu tiên năm 1989 và đến năm 1992, bảo hiểm y tế cũng đã được triển khai áp dụng.

Bên cạnh nguồn đầu tư hết sức cơ bản từ ngân sách Nhà nước thì việc kêu gọi đầu tư nước ngoài cho chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung và chăm sóc sức khỏe ban đầu nói riêng ngày càng tăng. Đầu tư nước ngoài được thể hiện bằng nhiều hình thức như không hoàn lại, vay ưu đãi, liên doanh, liên kết,... Mỗi năm trung bình đạt trên dưới 70 - 80 triệu \$US từ nguồn ODA.

Nguồn viện trợ nước ngoài cho lĩnh vực y tế đã có từ những năm của thập kỷ 70, và càng ngày càng được mở rộng cả về quy mô và hình thức tài trợ. Đây là một trong những nguồn lực quan trọng góp phần phát triển Ngành Y tế nước ta, tạo điều kiện đẩy mạnh công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, đặc biệt là công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng chống dịch bệnh đạt được những thành tựu đáng khích lệ.

Trong giai đoạn hiện nay, cùng với những đổi mới trên nhiều lĩnh vực, trong quan hệ quốc tế về y tế, việc đổi mới về hợp tác, đầu tư và phát triển là một trong những vấn đề quan trọng nhằm góp phần đáp ứng với đòi hỏi về nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trong tình hình mới.

Ngày 19 tháng 3 năm 2001, Thủ tướng Chính phủ đã có Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg về việc “Phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010”. Quyết định đã nêu các giải pháp về đầu tư, ngoài đầu tư của Nhà nước, thì cũng cần tranh thủ nguồn viện trợ quốc tế bằng cách tăng cường huy động và điều phối các nguồn viện trợ không hoàn lại cho các Dự án hỗ trợ kỹ thuật và các khoản vay ưu đãi cho đầu tư phát triển.

Chính phủ cùng các Bộ, Ngành có liên quan và Bộ Y tế cũng đã có các văn bản pháp quy về quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức (ODA) và viện trợ phi Chính phủ nước ngoài (NGOs). Trên cơ sở đó đã xác lập được định hướng chiến lược thu hút, điều phối và sử dụng nguồn viện trợ cho công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong giai đoạn tới.

Bản đánh giá này dựa trên những quan điểm, mục tiêu cơ bản phát triển sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân đã được xác định trong Quyết định số 35/ 2001/ QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ và tình hình đầu tư cho y tế trong 10 năm qua, kể cả nguồn đầu tư trong và ngoài nước.

Bản báo cáo đánh giá này cũng nêu lên những quan điểm chỉ đạo và các mục tiêu phấn đấu đối với chính sách thu hút đầu tư, điều phối và sử dụng viện trợ nước ngoài phục vụ cho công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, những ưu tiên trong kế hoạch sử dụng nguồn viện trợ trong thời gian tới.

Thông tin được thu thập từ nhiều nguồn khác nhau và đồng thời cũng có sự tham gia, đóng góp ý kiến của các cơ quan, đơn vị và cá nhân có liên quan trong và ngoài Ngành Y tế.

## 2. KHÁI QUÁT TÌNH HÌNH KINH TẾ - XÃ HỘI ẢNH HƯỞNG ĐẾN CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

Trong hơn 10 năm qua, nền kinh tế Việt Nam tiếp tục ổn định và phát triển với tốc độ tăng trưởng khá cao, bình quân hàng năm GDP tăng khoảng 7%; nhịp độ tăng trưởng của các vùng tương đối đồng đều. Giai đoạn 1998 - 2003, các nguồn vốn đầu tư phát triển toàn xã hội tăng (chiếm khoảng 30 - 31% GDP). Tỷ lệ hộ nghèo giảm khá nhanh (trong 10 năm từ 1991 - 2000 giảm được 2/ 3 số hộ nghèo); Việt Nam đã được Ngân hàng Thế giới đánh giá là một trong những nước có thành tích giảm nghèo đối tốt nhất. Tuy nhiên Việt Nam vẫn xếp trong nhóm các nước nghèo trên thế giới<sup>1</sup>.

So với nhiều nước trong nhóm thu nhập thấp (GDP bình quân đầu người khoảng 500 \$US/ năm), Việt Nam đã đạt được những thành tựu nổi bật về phát triển xã hội và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Mặc dù tổng sản phẩm quốc nội còn thấp, nhưng Việt Nam cũng đã đạt được một số chỉ số phát triển xã hội khá cao như: tuổi thọ trung bình hiện nay là 71,3 (nam: 68,1; nữ: 73,1), tỷ lệ người biết chữ là 92,9%, và 90% dân số được hưởng các dịch vụ y tế có chất lượng. Việt Nam được xếp vào nhóm nước có chỉ số phát triển con người ở mức trung bình (đứng thứ 109/ tổng số 175 quốc gia năm 2001).

---

<sup>1</sup> Low income (LIC): \$735 or less; Lower middle income (LMC): \$736 – 2,935; Upper middle income (UMC): \$2,936 – 9,075; and High income: \$9,076 or more. The World Bank 2004.

Tổng ngân sách Nhà nước đầu tư cho y tế năm 2004 là 12.836 tỷ đồng tương đương khoảng 6,84% tổng chi ngân sách Nhà nước (bình quân 6 \$US/ người/ năm). Mặc dù kinh tế còn nhiều khó khăn, nguồn ngân sách đầu tư cho y tế còn thấp nhưng công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân vẫn không ngừng phát triển. So với các nước có cùng mức thu nhập hoặc thu nhập cao hơn, Việt Nam vẫn có được những thành tựu về y tế cao hơn.

Bảng 1: một số chỉ tiêu sức khỏe cơ bản của Việt Nam

Các chỉ số	1995	2000	2004
Tuổi thọ trung bình	65	68	71,3
Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi/ 1.000 trẻ đẻ sống	45,1	31,2	18
Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi/ 1.000 trẻ đẻ sống	61,6	42	28,5
Tỷ số chết mẹ/ 100.000 trẻ đẻ sống	110	95	80
Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi	44,9	33,8	26,6

Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 1995, 2000, 2004.

Các bệnh nhiễm khuẩn, truyền nhiễm có vắc xin phòng ngừa đã giảm rõ rệt về tỷ lệ chết và mắc và đã góp phần thay đổi đáng kể mô hình bệnh tật của một nước kém phát triển. Các bệnh trong chương trình Tiêm chủng mở rộng và các bệnh nguy hiểm gây dịch đã giảm nhiều so với năm bắt đầu triển khai thực hiện Chương trình.

Bảng 2: Tình hình mắc và chết của một số bệnh/ 100.000 dân

Tên bệnh		1990	1995	2000	2004
1. Sốt rét	Mắc	1.595,10	898	377,42	156,8
	Chết	5,04	0,45	0,19	0,029
2. Bạch hầu	Mắc	0,77	0,22	0,14	0,06
	Chết	0,09	0,04	0,01	0,004
3. Ho gà	Mắc	6,18	3,30	1,84	0,46
	Chết	0,04	0,003	0,001	0,002
4. Lao	Mắc	82,70	129,70	116,89	99,10
	Chết	2,10	2,50	2,43	2,26
5. Uốn ván SS	Mắc	0,38	0,45	0,18	0,06
	Chết	0,31	0,36	0,13	0,04
6. Sởi	Mắc	13,15	8,34	21,27	2,14
	Chết	0,04	0,01	0,01	0
7. Bại liệt	Mắc	0,59	0,12	0	0
	Chết	0,02	0,02	0	0

Nguồn: Niên giám thống kê y tế hàng năm.



Mạng lưới y tế cơ sở sau một thời gian bị xuống cấp về cơ sở vật chất, sa sút về hoạt động do ảnh hưởng của quá trình chuyển đổi cơ chế kinh tế, thì đến nay đã được phục hồi và tiếp tục phát triển cả về cơ sở vật chất, trình độ cán bộ và phương tiện làm việc, tạo điều kiện cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu đạt nhiều kết quả.

Nhiều cơ sở khám, chữa bệnh ở các tuyến được nâng cấp cả về cơ sở nhà cửa, trang thiết bị và trình độ cán bộ, do vậy chất lượng các dịch vụ y tế ngày càng được nâng cao.

Công tác sản xuất, phân phối thuốc, trang thiết bị y tế cũng có những tiến bộ rõ rệt, đáp ứng được cơ bản những nhu cầu tiêu dùng trong nước; đồng thời phấn đấu nâng cao chất lượng mọi mặt nhằm đạt tiêu chuẩn ISO và GMP, GLP, GSP.

### 3. CÁC NGUỒN VỐN ĐẦU TƯ CHO CHĂM SÓC SỨC KHỎE GIAI ĐOẠN 1995 - 2004

#### 3.1. Ngân sách Nhà nước

Hệ thống y tế Việt Nam đã có những bước phát triển mới, tuy nhiên vẫn còn nhiều khó khăn do nền kinh tế nước ta nhìn chung vẫn còn thấp. Việt Nam vẫn còn là một trong những nước thuộc nhóm nghèo nhất thế giới, trong khi nhịp độ tăng trưởng kinh tế vài năm gần đây có phần chưa ổn định, khả năng cạnh tranh còn thấp.

Về cơ bản, hệ thống y tế Việt Nam vẫn chưa thoát khỏi cơ chế bao cấp truyền thống, lương cán bộ thấp, cơ chế xin cho vẫn còn tồn tại, chính sách vĩ mô định hướng hệ thống bệnh viện có tính đến sự phát triển của khu vực tư nhân chưa rõ nét. Năng lực cán bộ nhìn chung còn hạn chế so với các nước trong khu vực, còn thiếu cán bộ chuyên môn có tay nghề cao, ngoại ngữ giỏi. Trình độ áp dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác quản lý và chuyên môn của Ngành Y tế cũng còn ở mức thấp so với nhiều Ngành khác trong nước. Trong tiến trình hiện đại hoá và hội nhập, Ngành Y tế nước ta đòi hỏi phải có những nỗ lực vượt bậc để có thể tiến kịp các nước trong khu vực, phù hợp với điều kiện phát triển của nền kinh tế thị trường.

Bảng 3: Tỷ trọng ngân sách sự nghiệp y tế trong GDP và chi ngân sách Nhà nước

Các chỉ số	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Dự báo				
												2006	2007	2008	2009	2010
Tổng chi NSNN cho y tế (Tỷ VND)	2.513	2.761	3.033	3.150	4.750	5.099	6.189	7.266	7.751	7.841	12.693	22.432	27.118	30.740	35.597	44.234
% so với GDP	1,13	1,01	0,97	0,85	1,18	1,15	1,28	1,36	1,28	1,4	1,56	2,45	2,66	2,74	2,91	3,34
% so với tổng chi NSNN	3,98	3,91	3,89	3,90	5,75	3,58	5,0	4,9	4,5	4,9	5,52	8,74	9,52	9,79	10,41	11,96
Bình quân đầu người (VND)	33.978	36.639	39.539	38.303	62.230	65.600	78.600	91.100	95.800	158.500	154.954	270.638	323.556	362.937	416.122	511.915

*Nguồn: Tổng cục Thống kê, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Y tế.*

Hàng năm, ngân sách Nhà nước chi cho y tế có tăng về giá trị tuyệt đối tính theo giá trị bình quân/ đầu người, nhưng vẫn chiếm tỷ trọng thấp so với GDP. Ngân sách Nhà nước hàng năm chi cho các hoạt động sự nghiệp y tế chiếm tỷ trọng khoảng 1,0 - 1,5% so với GDP và từ 3,0 - 5,0% so với tổng chi ngân sách Nhà nước.

So với các nước trong khu vực, ngân sách Nhà nước đầu tư cho lĩnh vực y tế thấp hơn rất nhiều. Tổ chức y tế thế giới đã xếp Việt Nam đứng thứ 187/ 191 nước thành viên về tỷ trọng chi cho y tế từ nguồn tài chính công.

Bảng 4: Tình hình ngân sách y tế của một số nước trong khu vực

Nước	Ngân sách chi cho y tế so với tổng chi NSNN (%)	Ngân sách chi cho y tế/ người dân (\$US)		
		1995	2000	2004
1. Brunei	5,1	340	383	359
2. Singapore	5,9	365	291	274
3. Korea	9,5	213	256	236
4. Malaysia	6,5	69	69	77
5. Thailand	11,6	54	41	39
6. Myanmar	5,7	12	28	35
7. China	10,2	13	17	18
8. Philippines	6,2	18	16	14
9. Vietnam	4,9	5	6	6
10. Lao PDR	8,7	6	5	6
11. Indonesia	3,1	6	5	4
12. Cambodia	16,0	3	4	4

*Nguồn:* SEAMIC; Báo cáo y tế thế giới năm 2004, WHO.

### 3.2. Cơ cấu ngân sách sự nghiệp y tế

Ngân sách Nhà nước hàng năm chi cho các hoạt động sự nghiệp y tế được hình thành từ 4 nguồn chính:

- Ngân sách Nhà nước cấp
- Chi trả từ bảo hiểm y tế
- Thu một phần viện phí
- Từ nguồn viện trợ không hoàn lại và vay ưu đãi: nguồn này chỉ được tính trên trị giá viện trợ được tiếp nhận bằng hiện vật. Từ năm 1991, trị giá này đã được Nhà nước cân đối vào kế hoạch ngân sách hàng năm của Bộ Y tế.

Bảng 5: Cơ cấu ngân sách y tế

Đơn vị: Tỷ VNĐ

Nguồn vốn	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
NS Nhà nước cấp	367,7	2.513	5.098,7	3.786	4.286	5.018	7.841
Thu từ viện phí	45	280	800	877	1.011	1.161	2.900
Bảo hiểm y tế	-	229	770	813	939	1.179	1.905
Viện trợ, vay	113,059	394,588	597,689	608	977	660	784

Nguồn: Niên giám thống kê y tế, Bộ Y tế.

Ngân sách Nhà nước dành cho sự nghiệp y tế tập trung chủ yếu vào giải quyết các vấn đề nâng cao tính công bằng tài chính trong chăm sóc sức khỏe và phân bổ lại ngân sách cho các vùng sâu, vùng xa và khu vực miền núi.

#### 4. TÌNH HÌNH TIẾP NHẬN VIỆN TRỢ CHO CSSK GIAI ĐOẠN 1995 - 2004

Hỗ trợ quốc tế cho y tế từ những năm 70 chủ yếu là hình thức viện trợ không hoàn lại, mang tính nhân đạo và góp phần khắc phục hậu quả chiến tranh.

Trong thời kỳ đổi mới, cùng với sự phát triển các mối quan hệ quốc tế song phương và đa phương, viện trợ nước ngoài cho Ngành Y tế ngày càng tăng và chiếm một tỷ trọng đáng kể trong ngân sách Nhà nước. Tuy nhiên, việc tăng này thường không đồng đều giữa các năm, điều này cũng có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó có các nguyên nhân chính sau đây:

- Phụ thuộc vào khả năng của các nhà tài trợ, đặc biệt là hình thức tài trợ theo Dự án. Khi xây dựng dự án phải qua rất nhiều cấp phê duyệt và dự án phải chứng minh tính hiệu quả, tính bền vững thì mới được chấp thuận, phê duyệt. Trong quá trình thực hiện có khi không đảm bảo tiến độ, tổ chức thực hiện thiếu đồng bộ làm cho tính bền vững không cao, khi kết thúc Dự án thì các điều kiện để duy trì hoạt động cũng còn nhiều hạn chế, mặc dù có Dự án đã được thực hiện trong vài năm với số vốn tương đối lớn.
- Các điều kiện chuẩn bị tiếp nhận tại chỗ cho Dự án chưa tốt.
- Năng lực giải ngân của một số chương trình, dự án còn chậm.
- Phụ thuộc vào quá trình vận động và tranh thủ vốn viện trợ.

Bảng 6: Diễn biến vốn viện trợ so với tổng ngân sách Nhà nước cho y tế

Đơn vị: Tỷ VNĐ

Các chỉ số	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tổng chi NSNN cho y tế	2.513	2.761	3.033	3.150	4.750	5.099	6.189	7.266	7.751	7.841
Viện trợ, vay	394,588	307,146	497,470	492,146	641,019	597,689	608	977	660	784

Nguồn: Niên giám thống kê y tế hàng năm.

Theo số liệu thống kê chưa đầy đủ, trị giá viện trợ cho y tế trong giai đoạn 1985 - 1990 vào khoảng từ 20 - 25 triệu \$US/ năm, và con số này đã tăng lên 35 - 45 triệu \$US/ năm trong giai đoạn 1990 - 1998, và hiện nay đã lên tới 70 - 80 triệu \$US/ năm, chiếm tỷ trọng 15 - 20% tổng ngân sách hàng năm cho các hoạt động sự nghiệp y tế.

#### 4.1. Các loại hình ODA cho Ngành Y tế

Từ năm 1995 trở về trước, hầu hết các Dự án ODA cho y tế chủ yếu là viện trợ không hoàn lại, có những Dự án với nguồn tài trợ lớn của Chính phủ các nước như: Thụy Điển, Nhật Bản, Australia,... hoặc các Dự án của các tổ chức liên hợp quốc như: UNICEF, WHO, UNFPA, UNDP,... Những Dự án này thường được thực hiện trong chu kỳ (2 đến 5 năm), nhưng cũng có những Dự án viện trợ đơn lẻ, chỉ là hàng hoá hoặc là tiền hỗ trợ một lần (thường là viện trợ của NGOs, hoặc các Dự án nhỏ lẻ của một số nước, hoặc của các cá nhân,...).

Từ sau năm 1996, được sự cho phép của Chính phủ, Bộ Y tế bắt đầu triển khai các Dự án từ nguồn vốn vay, đầu tiên là Dự án Hỗ trợ Y tế quốc gia vay vốn Ngân hàng Thế giới với tổng số vốn cam kết là 123,7 triệu \$US, và hiện nay Bộ Y tế đang tiếp tục thực hiện một số các Dự án từ nguồn vốn vay của WB và ADB: Dự án Y tế nông thôn, Dự án Hỗ trợ phát triển y tế dự phòng, Dự án Y tế Tây Nguyên và Dự án Hỗ trợ y tế vùng đồng bằng sông Cửu Long (đang trong thời kỳ chuẩn bị dự án).

Hiện tại, Ngành Y tế có khoảng trên 200 dự án do nước ngoài hỗ trợ với nhiều nội dung do các cơ quan, đơn vị khác nhau thực hiện. Ví dụ, dự án vay vốn của Ngân hàng thế giới và Ngân hàng phát triển châu Á có trị giá hàng 100 triệu \$US. Việc thực hiện các Dự án vào cùng một thời điểm đã giúp cho việc triển khai được đồng bộ cùng một lúc, nhưng nó lại là nguyên nhân dẫn đến tình trạng chồng chéo, thiếu hiệu quả do thiếu sự phối hợp chặt chẽ giữa các dự án.

Hiện nay có 2 loại hình ODA như sau:

#### **4.1.1. Viện trợ không hoàn lại**

Viện trợ không hoàn lại của Chính phủ các nước, các tổ chức quốc tế để thực hiện các chương trình, dự án ODA song phương hoặc đa phương, là hình thức đã được triển khai thực hiện nhiều năm trong Ngành Y tế.

Các dự án có nguồn viện trợ của Chính phủ được thực hiện bởi các tổ chức phi Chính phủ (NGOs) cũng thuộc hình thức ODA này.

#### **4.1.2. Vay ưu đãi**

- Vay ưu đãi từ các tổ chức tiền tệ quốc tế: WB, ADB, JBIC.
- Vay ưu đãi từ Chính phủ các nước: Tây Ban Nha, Italia, Hàn Quốc, Bỉ,...

Khó có thể xác định cụ thể số vốn vay cho từng năm vì hầu hết các Dự án vốn vay được cam kết thực hiện theo giai đoạn, thường là 5 năm. Tuy nhiên, diễn biến vốn vay trong cơ cấu ODA được xác định là đã tăng lên nhanh chóng trong các năm gần đây và phần vốn viện trợ không hoàn lại có chiều hướng giảm dần cả về số tương đối và tuyệt đối.

## **4.2. Các nguồn ODA cho Ngành Y tế**

### **4.2.1. Nguồn ODA song phương (của Chính phủ các nước)**

Bảng 7: Tình hình ODA song phương 1995 - 2004

*Đơn vị: 1.000 \$US*

Tên nước	90-91	92-93	94-95	96-97	98-99	2000	2001	2002	2003	2004
Nhật Bản	0	17.000	33.000	27.700	27.600	20.000				
Thụy Điển	10.000	8.700	14.400	11.400	10.100	9.700				
Australia	7.200	11.200	13.900	11.500	6.600	900				
Pháp	990	2.200	4.500	7.800	740	-				
Hà Lan	0	1.097	4.551	9.157	438	10.743				
CHLB Đức	0	3.075	2.080	4.420	3.370	13.646				
Bỉ	1.236	854	2.346	3.609	724	-				
Italia	0	49	3.074	2.083	1.200	7.437				
Tây Ban Nha	0	0	0	2.875	2.125	-				
Thailand	0	71	240	2.104	0	-				
Nước khác	0	364	2.481	2.439	0	-				

Nguồn: Bộ Y tế.

Dưới đây là một số nguồn ODA song phương chủ yếu:

- Viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Thụy Điển bắt đầu thực hiện từ năm 1973 là một nguồn hỗ trợ quan trọng cho Ngành Y tế, nhất là các năm trong thời kỳ bao cấp, trong và sau chiến tranh, với các Dự án về kế hoạch hoá gia đình, xây dựng bệnh viện Nhi Trung ương và bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, Dự án đã cung cấp một số lượng lớn thuốc, nguyên liệu làm thuốc, hỗ trợ cho mạng lưới chăm sóc sức khỏe ban đầu ở một số tỉnh miền núi phía Bắc,... Trong tài khoá 1994 - 1999, Dự án đã được cam kết với tổng trị giá là 250 triệu SEK (tương đương với 35,9 triệu \$US), và trong giai đoạn 2002 - 2006 có tổng trị giá là 10 triệu \$US. Hiện nay, hiệp định về hợp tác y tế Việt Nam - Thụy Điển vẫn đang được triển khai nhằm vào những lĩnh vực có tính chất chiến lược, giúp nâng cao năng lực hoạch định thể chế hoá chính sách y tế (6,012 triệu \$US), chính sách quản lý thuốc (1,296 triệu \$US) và chăm sóc sức khỏe ban đầu (1,939 triệu \$US).
- Viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Nhật Bản bắt đầu triển khai thực hiện từ năm 1992, với tổng giá trị viện trợ đến nay vào khoảng 150 triệu \$US và có giá trị vốn ODA là lớn nhất cho Ngành Y tế. Các Dự án viện trợ của Nhật Bản chủ yếu là giúp cải tạo và nâng cấp các cơ sở y tế về xây dựng cơ bản và cung cấp trang thiết bị cho các cơ sở y tế tại Hà Nội, cải tạo và nâng cấp bệnh viện Chợ Rẫy, nâng cấp bệnh viện Bạch Mai, hỗ trợ hàng năm cho chương trình tiêm chủng mở rộng bằng các loại hình cung cấp vắc xin, trang bị dây chuyền lạnh, xe ô tô cho công tác tiêm chủng mở rộng hàng năm. Có 6 dự án đầu tư cho chăm sóc sức khỏe ban đầu với tổng số 449.587 \$US.
- Viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Australia được bắt đầu từ năm 1992 với hoạt động cung cấp thuốc phòng chống Sốt rét, sau đó là Dự án phòng chống Sốt rét, phòng chống Bướu cổ, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho phụ nữ và trẻ em một số tỉnh trọng điểm, các Dự án về cải tạo và nâng cấp một số bệnh viện huyện được thực hiện thông qua các tổ chức NGOs của Australia.
- Viện trợ không hoàn lại của Cộng hoà Pháp tập trung nâng cấp trang thiết bị cho một số Viện, Bệnh viện tuyến Trung ương như bệnh viện Việt - Đức, bệnh viện phụ sản Trung ương; một số bệnh viện tuyến tỉnh như bệnh viện Việt - Tiệp, bệnh viện phụ sản Hải Phòng; bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh, Lào Cai, Yên Bái, Nghệ An. Hiện nay, Chính phủ hai nước đã và đang xem xét triển khai các Dự án xử lý chất thải ở một số bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.
- Viện trợ không hoàn lại của Chính phủ các nước khác: Italia, CHLB Đức, Luxembourg, Hà Lan, Tây Ban Nha, Hàn Quốc, Thái Lan,... Những nước này cũng đã bắt đầu triển khai một số Dự án đầu tư cho các mục tiêu thuộc chương trình y tế quốc gia như Dự án phòng chống Sốt rét tại Hoà Bình của

Bỉ; cung cấp trang thiết bị dây chuyền lạnh cho tiêm chủng mở rộng, vận chuyển và bảo quản máu của Luxembourg; nâng cấp trang thiết bị bệnh viện Việt - Đức và phòng chống Sốt rét tại Tuyên Quang của CHLB Đức; hỗ trợ các cơ sở y tế tại Lai Châu và Bắc Cạn của Thái Lan; nâng cấp bệnh viện Hương Khê (Hà Tĩnh) và bệnh viện Bắc Bình (Bình Thuận) của Hàn Quốc; hỗ trợ hệ thống đào tạo đại học y khoa của Hà Lan.

Ngoài các Dự án song phương trực tiếp viện trợ cho Việt Nam, một số nước còn tham gia các Dự án đa phương của Liên minh châu Âu với các Dự án phòng chống Sốt rét tại Việt Nam, Dự án phát triển hệ thống y tế bắt đầu triển khai từ năm 1998 với tổng số vốn là 27 triệu EURO và sự tham gia các tổ chức liên hợp quốc, các tổ chức tiền tệ quốc tế viện trợ cho Việt Nam.

#### 4.2.2. Nguồn ODA đa phương

Bảng 8: Tình hình ODA đa phương 1995 - 2004

Đơn vị: 1.000 \$US

Các tổ chức	90-91	92-93	94-95	96-97	98-99	00-01	02-03	04-05
WHO	5.394	4.384	6.605	7.000	6.009	-	4.522	3.950
UNICEF	9.301	11.935	14.826	7.272	10.745	5.214		
UNFPA	7.391	6.000	4.556	8.720	8.139	4.243		
WFP	9.284	11.616	8.360	4.226	3.813	-	-	-
EC	158	5.132	3.000	2.615	27.600			

Nguồn: Bộ Y tế.

Nguồn ODA đa phương được thực hiện tương đối đồng đều theo chu kỳ dự án qua các năm, và trong một vài năm gần đây cũng đã có xu hướng giảm dần.

Dưới đây là một số nguồn ODA đa phương chủ yếu

- WHO với mức hỗ trợ khoảng 4 - 5 triệu \$US/ 2 năm (chỉ tính quỹ thường xuyên) nhưng đây là nguồn tài trợ rất có ý nghĩa vì đã hỗ trợ cho hầu hết các lĩnh vực hoạt động chuyên môn và quản lý của Ngành Y tế mà các nguồn viện trợ khác hiện nay chưa đáp ứng được như: chăm sóc sức khỏe ban đầu, tăng cường luật pháp trong y tế, bảo vệ sức khỏe người cao tuổi, y học lao động, pháp y, kiểm nghiệm,... Một số dự án của WHO mang tính chất tư vấn kỹ thuật chuyên môn thông qua việc cung cấp trang thiết bị cho các bệnh viện đầu Ngành, hỗ trợ chuyên gia và đào tạo cán bộ.
- UNICEF với mức tài trợ từ 5 - 7 triệu \$US/ năm. Tài trợ chính của UNICEF chủ yếu dành cho chăm sóc sức khỏe ban đầu, tập trung vào các Dự án bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em của Việt Nam, tiêm chủng mở rộng, CDD, ARI, cung cấp Vitamin A, dinh dưỡng, chăm sóc bà mẹ khi có thai và làm mẹ an toàn. Với Chương trình Tiêm chủng mở rộng, UNICEF đã hỗ trợ về nhu cầu

các loại vắc xin kể cả hỗ trợ sản xuất trong nước và trang bị dây chuyền lạnh. UNICEF cũng đã cung cấp một số lượng lớn các bộ dụng cụ trạm y tế xã, trang thiết bị sản - nhi cho bệnh viện huyện, cung cấp thuốc thiết yếu,... cho các địa phương trong Dự án chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- UNFPA tài trợ chủ yếu cho lĩnh vực bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hoá gia đình như: hỗ trợ kỹ thuật chăm sóc sức khỏe bà mẹ, hỗ trợ công tác kế hoạch hoá gia đình, chương trình làm mẹ an toàn, cung cấp các trang thiết bị và thuốc tránh thai. UNFPA cũng đã cung cấp trang thiết bị và cung cấp thuốc thiết yếu cho mạng lưới y tế cơ sở tại các tỉnh trọng điểm của Dự án. Hiện nay UNFPA đang tiếp tục thực hiện các Dự án sức khỏe sinh sản và hỗ trợ kế hoạch quốc gia về làm mẹ an toàn với tổng số vốn 4,2 triệu \$US theo phương thức điều hành trực tiếp với các địa phương. Bộ Y tế chỉ tham gia với vai trò chỉ đạo về chủ trương chung, hỗ trợ chính sách, quản lý chuyên môn, nghiệp vụ.
- Cộng đồng châu Âu (EC): xoá đói giảm nghèo và nâng cao mức sống cho người dân, đặc biệt là người dân nông thôn thuộc những vùng đặc biệt khó khăn là mục tiêu cơ bản của chương trình hợp tác của cộng đồng châu Âu ở khu vực châu Á. Mục tiêu của sự hợp tác chủ yếu tập trung vào:

Phát triển nguồn nhân lực thông qua các hoạt động lồng ghép giữa mục tiêu phát triển cho khu vực nông thôn ở những tỉnh đặc biệt khó khăn và thông qua việc hỗ trợ cho hoạt động đào tạo tại thực địa.

Lồng ghép mục tiêu phát triển kinh tế của Việt Nam trong cộng đồng quốc tế bằng cách hỗ trợ cho công cuộc đổi mới nền kinh tế theo cơ chế thị trường với định hướng xã hội chủ nghĩa.

Trong năm 2001, hỗ trợ của EC cho lĩnh vực y tế chiếm tỷ trọng 10% trong tổng số tài trợ của EC cho Việt Nam. Hỗ trợ cho lĩnh vực y tế chủ yếu tập trung vào các hoạt động: phòng chống Sốt rét (1997 - 2002); quản lý và cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản vị thành niên (1998 - 2002); phát triển hệ thống y tế (1998 - 2003); quản lý và can thiệp lây truyền HIV/ AIDS ở trẻ em (2000 - 2003); dinh dưỡng (1998 - 2002); cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường cho một số thôn, bản miền núi (2000 - 2002); đào tạo, giáo dục truyền thông dinh dưỡng (1999 - 2003).

Dự án phòng chống Sốt rét và Phát triển hệ thống y tế là 2 Dự án trọng tâm của chương trình hợp tác y tế Việt Nam - EC. Giai đoạn 1997 - 2002, Dự án EC về phòng chống Sốt rét với tổng số vốn 20 triệu EURO cho 7 tỉnh có tỷ lệ sốt rét cao và sau đó mở rộng thêm 5 tỉnh. Đến giai đoạn 1998 - 2003 Dự án Phát triển hệ thống y tế được thực hiện tại tuyến Trung ương và 3 tỉnh (Thái Bình, Bình Thuận, An Giang) với tổng số vốn 27 triệu EURO. Khoảng 50% ngân sách được dùng để mua sắm trang thiết bị y tế. Dự án cũng đã phối hợp



với chương trình lồng ghép chăm sóc trẻ ốm (IMCI) và đồng thời hỗ trợ cho đào tạo về các nội dung này tại 3 tỉnh Dự án.

- Một số tổ chức khác của liên hợp quốc như UNDP cũng đã có một số Dự án hỗ trợ cho chiến lược xoá đói giảm nghèo ở Việt Nam. Hỗ trợ của UNDP tập trung vào nâng cao năng lực cho các địa phương thông qua phương thức tham gia và hỗ trợ cho quá trình phân cấp quản lý. Trong số các dự án của UNDP hỗ trợ cho các mục tiêu xoá đói giảm nghèo, có 8 Dự án tập trung cho các vùng có nhiều khó khăn, đặc biệt là khu vực miền núi và vùng đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống. Những Dự án này đã và đang áp dụng mô hình của Chính phủ trong việc xoá đói giảm nghèo trên cả nước và các xã đặc biệt khó khăn thuộc Chương trình 135 của Chính phủ. Hỗ trợ của UNDP trong lĩnh vực y tế chủ yếu tập trung vào công tác phòng chống HIV/ AIDS. Ngoài ra còn một số dự án hỗ trợ về dinh dưỡng trong chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng chống suy dinh dưỡng cho bà mẹ, trẻ em tại một số tỉnh trọng điểm.

### **4.3. Các nguồn viện trợ của các tổ chức phi Chính phủ (NGOs)**

Viện trợ NGOs đã có từ những năm chiến tranh và là sự giúp đỡ mang tính nhân đạo. Nguồn viện trợ này được thực hiện dưới nhiều hình thức: viện trợ theo Dự án, viện trợ đơn lẻ hoặc các đợt viện trợ nhân đạo khẩn cấp.

Các tổ chức NGOs với các dự án có giá trị lớn và kéo dài nhiều năm có thể kể đến: Lifegap, MNCV, World Vision, UK Save Children Fund, US Save Children Fund, Cap-Anamuare của CHLB Đức, Cemubac của Bỉ, CBM, các hội chống Phong của Hà Lan, CHLB Đức, Nhật, Thụy Sĩ, Italia,...

Ngoài các Dự án được thực hiện từ nguồn kinh phí của các tổ chức NGOs còn có các Dự án do các Chính phủ tài trợ nhưng thông qua các tổ chức NGOs thực hiện như các Dự án: nâng cấp một số bệnh viện của Australia, các Dự án phòng chống Phong của Hà Lan, Bỉ,...

Ưu điểm của viện trợ NGOs là hỗ trợ trực tiếp, linh hoạt và kịp thời, nhưng cũng hạn chế về tài chính và cách thức tổ chức thực hiện của NGOs nên thường là rơi vào tình trạng bị động, một số hàng hoá đôi khi là hàng đã qua sử dụng, kém chất lượng, không tuân thủ được theo các quy định của Chính phủ Việt Nam về quản lý và tiếp nhận viện trợ.

**Bảng 9: Tình hình các nguồn viện trợ chủ yếu**

Năm	Viện trợ Chính phủ	Viện trợ LHQ	NGOs	Tổng
1990	5.155.132	14.050.625	4.120.505	23.326.262
1991	4.959.052	16.552.192	5.505.055	22.553.152
1992	13.088.479	18.103.932	3.372.199	34.564.610
1993	14.380.481	18.034.545	5.394.848	37.809.874
1994	21.797.272	18.375.915	2.700.000	42.873.187
1995	35.002.272	14.863.694	3.394.015	53.259.981
1996	18.760.000	15.761.000	4.049.165	38.570.165
1997	17.434.384	15.800.000	4.513.679	37.748.063
1998	31.890.000	15.761.000	4.339.000	51.990.000
1999	22.119.000	22.513.000	9.217.056	53.849.056
	46.0%	42.5%	11.5%	100%

Nguồn: Bộ Y tế.

**Bảng 10: Tỷ lệ % viện trợ cho nước ngoài so với tổng chi phí cho y tế công**

Năm	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
% viện trợ	11,9	6,3	8,3	8,6	12,2	9,9	10,6	7,3	5,9	4,3	3,9	4,7

Nguồn: Niên giám thống kê y tế.

Viện trợ nước ngoài cho Ngành Y tế đạt vào khoảng 70 - 80 triệu \$US mỗi năm và được duy trì ở mức khá ổn định qua các năm. Tuy nhiên, có sự khác biệt đáng kể giữa số tiền mà các nhà tài trợ cam kết so với thực tế giải ngân. Tính đến cuối năm 2003, trong số 318 dự án được cam kết với tổng số vốn 1.083 triệu \$US thì mới giải ngân được có 351 triệu \$US (chiếm 32,4%), nếu tính riêng cho các Dự án liên quan đến chăm sóc sức khỏe ban đầu thì trong số 36 dự án được cam kết với tổng số vốn 179 triệu \$US thì mới giải ngân được 36,8 triệu \$US (chiếm 20,6%)<sup>2</sup>. Có nhiều lý do để giải thích tình trạng này, tuy nhiên một lý do thường gặp nhất là do các thủ tục trong quá trình thực hiện Dự án, đặc biệt là ở giai đoạn bắt đầu thực hiện Dự án.

Theo báo cáo về tình hình sử dụng vốn ODA của Bộ Y tế thì với khoảng 200 dự án đang được triển khai có tổng giá trị cam kết là 850 triệu \$US, không kể những dự án do các tổ chức phi Chính phủ tài trợ. Nhóm các nhà tài trợ bao gồm 20 nước, 5 tổ chức liên Chính phủ, 2 ngân hàng quốc tế và hơn 100 tổ chức phi Chính phủ.

<sup>2</sup> Thống kê các Dự án theo chương trình đang triển khai trong Ngành Y tế tại thời điểm năm 2003.

Bảng 11: Các dự án y tế đang được triển khai hiện nay

Chương trình/ Dự án	Ngân sách	Đã giải ngân	Đơn vị: \$US
			Vốn vay
CSSK ban đầu	193.829.477	21.732.486	16.540.000
Chính sách, kế hoạch, quản lý	57.244.244	27.788.500	5.357.000
Hỗ trợ bệnh viện	113.299.829	1.332.475	3.850.000
Thuốc và sinh phẩm	4.518.055	250.000	0
Y học cổ truyền	8.336.000	133.166	0
Bệnh truyền nhiễm	143.479.885	47.422.300	47.300.000
Bệnh không lây nhiễm	2.311.000	281.000	0
Sức khỏe bà mẹ/ trẻ em	275.366.000	60.964.000	17.560.000
Dinh dưỡng	3.619.016	827.000	0
Sức khỏe người cao tuổi	2.450.000	19.000	0
Tàn tật và phục hồi chức năng	8.477.000	5.688.000	0
Sức khỏe môi trường	10.569.250	379.000	0
Đào tạo cán bộ	11.702.399	8.957.000	370.000
Trang thiết bị và ứng dụng công nghệ	11.713.000	2.587.000	2.600.000
Nghiên cứu khoa học	47.000	47.000	0
Khác	3.594.500	500.000	0
<b>Tổng</b>	<b>850.556.655</b>	<b>178.907.927</b>	<b>93.577.000</b>

Đầu tư cho chăm sóc sức khỏe ban đầu chiếm tỷ lệ 22,8% trong tổng số vốn của các dự án. Rất khó có thể xác định khối lượng cam kết và giải ngân cho một năm cụ thể. Đồng thời cũng khó có thể phân định rõ các nội dung đầu tư bởi vì đa số các dự án là dạng hỗn hợp. Khối lượng giải ngân ước tính trong lĩnh vực y tế vào khoảng 80 triệu \$US mỗi năm.

Những dự án đầu tư cho y tế cơ sở nhằm phát triển cơ sở hạ tầng do Chính phủ Đức, Australia, EU, Ngân hàng phát triển châu Á và Ngân hàng Thế giới tài trợ. Những dự án này thuộc các lĩnh vực chính sách, lập kế hoạch, chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em với tổng số vốn khoảng 178,736 triệu \$US (khoảng 16,5%).

Bảng 12: tình hình giải ngân vốn ODA giai đoạn 1998 - 2001

Nội dung	Đơn vị: nghìn \$US			
	1998	1999	2000	2001
Chăm sóc sức khỏe ban đầu	9.941	10.471	8.727	7.246
Xây dựng kế hoạch, chính sách	15.526	17.853	13.017	22.402
Phòng chống bệnh tật	13.818	10.646	22.356	9.556
Kế hoạch hoá gia đình	29.990	26.110	24.524	23.319
Hỗ trợ bệnh viện	20.186	39.812	21.803	17.182
<b>Tổng cộng</b>	<b>89.461</b>	<b>104.892</b>	<b>90.157</b>	<b>79.705</b>

#### 4.4. Cơ cấu sử dụng các nguồn viện trợ

- Cung cấp trang thiết bị, thuốc, vắc xin, sinh phẩm y tế...
- Cung cấp chuyên gia kỹ thuật, hỗ trợ quản lý, điều hành dự án.
- Đào tạo cán bộ ngoài nước.
- Hỗ trợ kinh phí cho các hoạt động trong nước: đào tạo, hội thảo, in tài liệu, mua sắm trong nước,...
- Chi xây dựng cơ bản.

Bảng 13: Các hình thức cung cấp ODA

Nội dung	Đơn vị: Triệu \$US			
	1995	1996	1997	1998
Tổng số	53,260	26,057	37,594	40,299
<i>Trong đó:</i>				
Cung cấp hàng hoá	34,547	15,400	18,600	27,094
Chi tiêu trong nước	7,516	6,705	5,730	6,647
Đào tạo cán bộ	1,576	0,825	1,580	1,205
Thuê chuyên gia	2,770	2,900	3,200	5,608
Hoạt động khác	6,806	0,227	8,484	0,346

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia - Quá trình thực hiện và phát triển ở Việt Nam.

Viện trợ nước ngoài đã hỗ trợ một phần kinh phí cho mua sắm, cung cấp hàng hoá mà chủ yếu là một số trang thiết bị y tế, vắc xin và sinh phẩm y tế cho cả tuyến Trung ương và tuyến tỉnh. Bên cạnh đó, từ nguồn vốn này cũng đã dành một

phần để chi cho chuyên gia tư vấn, tổ chức các khoá đào tạo và đào tạo lại nhằm nâng cao trình độ quản lý và chuyên môn cho cán bộ y tế.

#### 4.5. Nguồn ODA phân theo các lĩnh vực, chương trình

Từ năm 1991, các chương trình mục tiêu y tế quốc gia đã được xác định là trọng tâm ưu tiên đầu tư. Trên cơ sở đó, các nguồn ODA cũng đã được phân bổ và sử dụng phần lớn cho các chương trình mục tiêu ưu tiên đó.

Hầu hết các Dự án có số vốn lớn, diện bao phủ rộng và thực hiện trong thời gian dài đều đạt được thoả thuận qua các cuộc đàm phán cấp Nhà nước.

Bảng 14: Các lĩnh vực, mục tiêu, các hoạt động được tài trợ

*Đơn vị: tỷ đồng*

NỘI DUNG	1998	1999	2000
Tổng số	492,146	662,188	620,698
<i>Trong đó:</i>			
1. Hoạt động y tế trực tiếp	492,146	647,119	604,856
Hoạt động khám, chữa bệnh	214,728	206,650	165,160
Phòng bệnh và y tế công cộng	266,705	431,947	433,296
PHCN và điều dưỡng	-	-	644
Kiểm nghiệm thuốc, thực phẩm, kiểm dịch	10,713	8,522	5,756
2. Hoạt động y tế gián tiếp	-	15,069	15,842
Quản lý hành chính	-	188	739
Đào tạo cán bộ	-	5,058	8,995
Nghiên cứu khoa học	-	9,823	6,108

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia - Quá trình thực hiện và phát triển ở Việt Nam.

Bảng 15: Các lĩnh vực, mục tiêu, các hoạt động được tài trợ

Đơn vị: tỷ đồng

NỘI DUNG	1998	1999	2000
Tổng số	492,146	662,188	620,698
<i>Trong đó:</i>			
1. Chi thường xuyên	302,407	399,072	448,776
2. Chi đầu tư phát triển	189,739	263,116	171,922
Mua tài sản vô hình	-	-	-
Mua tài sản cố định	75,362	205,964	127,360
Trang thiết bị y tế	33,682	112,933	105,364
Tài sản cố định khác	41,680	93,031	21,997
Xây dựng cơ bản	95,108	54,684	42,328
Chi đầu tư phát triển khác	19,269	2,468	2,234

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia - Quá trình thực hiện và phát triển ở Việt Nam.

Tỷ lệ thực hiện dự án giữa Trung ương và địa phương cũng đang có chiều hướng thay đổi. Trên cơ sở phân cấp quản lý, việc các nhà tài trợ chọn tuyến tỉnh, huyện làm nơi trực tiếp quản lý và thực hiện dự án thay cho tuyến Trung ương như trước đây là phù hợp với xu hướng hiện nay, tuy nhiên cần có sự giám sát chặt chẽ và hỗ trợ kỹ thuật từ tuyến Trung ương.

Bảng 16: Tỷ trọng viện trợ nước ngoài cho y tế theo nội dung

Lĩnh vực	%
1. Lập kế hoạch/ quản lý/ chính sách	3,00
2. Hệ thống đào tạo	4,31
3. Các cơ sở y tế	19,25
4. Các chương trình y tế	60,82
5. Phát triển cộng đồng, CSSKBĐ	12,62

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia - Quá trình thực hiện và phát triển ở Việt Nam.

Bảng trên cho thấy chi cho đào tạo (bao gồm cả phần do các chương trình dọc thực hiện) chỉ chiếm 4,31% trong tổng số vốn viện trợ nước ngoài. Lĩnh vực chăm sóc sức khỏe ban đầu được phân bổ với tỷ lệ gần 13% là tương đối hợp lý.

Bảng 17: Tỷ trọng viện trợ nước ngoài cho y tế theo lĩnh vực

Lĩnh vực	%
1. Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính	1,61
2. Tiêu chảy	0,85
3. Tiêm chủng mở rộng	4,55
4. Sốt rét	9,62
5. BVSK bà mẹ-trẻ em/ KHHGD	17,32
6. Dinh dưỡng	12,07
7. CSSKBĐ	12,62
8. Lao	4,02
9. Vitamin A	0,29
10. Quản lý/ chính sách	3,00
11. Hệ thống đào tạo	4,31
12. Các cơ sở y tế	19,25
13. Dược phẩm và thuốc	2,62
14. Các lĩnh vực khác	7,84

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia - Quá trình thực hiện và phát triển ở Việt Nam.

Các chương trình viện trợ nước ngoài cho Bộ Y tế chủ yếu tập trung vào các chương trình dọc. Có tới 61% vốn viện trợ nước ngoài cho các chương trình dọc như các Tiêm chủng mở rộng, CDD, ARI,... Lý do để nguồn viện trợ tập trung cho chương trình dọc là bởi các chương trình này đã có các hoạt động cụ thể và bộ máy ổn định để giải quyết các mục tiêu ưu tiên và tỷ lệ giải ngân trong quá trình thực hiện Dự án cũng đạt khá cao.

Trong những năm gần đây, nguồn vốn nước ngoài đầu tư cho y tế đã bắt đầu chuyển dần sang hỗ trợ cho lĩnh vực đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất, cung cấp trang thiết bị, chủ yếu là từ nguồn vốn vay của WB và ADB.

## 5. CÔNG TÁC QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG CÁC NGUỒN VỐN TRONG THỜI GIAN 1995 - 2004

### 5.1. Về thể chế hoá quy trình quản lý các nguồn viện trợ cho chăm sóc sức khỏe

Cùng với sự thay đổi cơ chế quản lý kinh tế của cả nước, Ngành Y tế cũng đã có những chuyển biến sâu sắc trong công tác quản lý Ngành nói chung và trong lĩnh vực quản lý và sử dụng các nguồn viện trợ từ bên ngoài nói riêng.

Tuy nhiên, trong những năm đầu của quá trình chuyển đổi cơ cấu nền kinh tế, cách làm cũ trong quản lý các Dự án không còn phù hợp nữa, nhưng quá trình thay đổi như thế nào cho phù hợp thì cũng cần phải có thời gian, vì vậy việc triển khai thực hiện các Dự án trong giai đoạn này cũng đã và đang gặp phải những lúng túng nhất định cho cả các cơ quan quản lý Dự án cũng như các cơ quan thực hiện Dự án và nhà tài trợ.

Trong vài năm trở lại đây, Nhà nước đã có sự tăng cường về thể chế hoá quy trình quản lý và sử dụng các nguồn viện trợ. Về khuôn khổ pháp lý, căn cứ vào những văn bản quy định của Chính phủ, các Bộ, Ngành có liên quan đã xây dựng được hệ thống các văn bản pháp quy về các thủ tục, cơ chế liên quan đến điều phối, quản lý và sử dụng vốn ODA, bao gồm:

- Nghị định 17/ 2001/ NĐ-CP ngày 4/ 5/ 2001 của Chính phủ về việc ban hành quy chế quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức.
- Thông tư số 06/ 2001/ TT-BKH ngày 20/ 9/ 2001 của Bộ Kế hoạch và Đầu tư hướng dẫn thực hiện quy chế quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức ban hành kèm theo Nghị định 17/ 2001/ NĐ-CP ngày 4/ 5/ 2001 của Chính phủ.
- Quyết định 2790/ 2002/ QĐ-BYT ngày 25/ 7/ 2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy định quản lý và sử dụng nguồn hỗ trợ phát triển chính thức (ODA) của Bộ Y tế.
- Quyết định số 64/ 2001/ QĐ-TTg ngày 26/ 4/ 2001 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành quy chế quản lý và sử dụng viện trợ phi Chính phủ nước ngoài.
- Chỉ thị số 11/ 2002/ CT-TTg ngày 17/ 4/ 2002 của Thủ tướng Chính phủ về chấn chỉnh công tác quản lý, sử dụng viện trợ phi Chính phủ nước ngoài.
- Thông tư số 04/ 2001/ TT-BKH ngày 05/ 06/ 2001 của Bộ Kế hoạch và Đầu tư hướng dẫn thực hiện Quyết định số 64/ 2001/ QĐ-TTg ngày 26/ 4/ 2001 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành quy chế quản lý và sử dụng nguồn viện trợ phi Chính phủ nước ngoài.
- Quyết định số 1829/ 2001/ QĐ-BYT ngày 17/ 5/ 2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy định quản lý và sử dụng viện trợ phi Chính phủ nước ngoài (NGOs) trong Ngành Y tế.
- Thông tư số 70/ 2001/ TT-BTC ngày 24/ 8/ 2001 của Bộ Tài chính hướng dẫn chế độ quản lý tài chính Nhà nước đối với nguồn viện trợ không hoàn lại.

Các văn bản nêu trên đã xác lập được một cách hệ thống định hướng chiến lược thu hút, điều phối và sử dụng nguồn viện trợ cho công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong giai đoạn tới. Hệ thống văn bản này cũng đã đánh dấu một



bước cải thiện quan trọng trong quy trình quản lý nguồn vốn ODA của Chính phủ, tạo ra một cơ chế đồng bộ, thuận lợi cho việc thu hút, triển khai thực hiện và giải ngân các Dự án.

Nhìn chung, các văn bản được ban hành trong thời gian qua đã tạo ra được một khuôn khổ hành lang pháp lý cho quá trình quản lý, tiếp nhận và sử dụng ODA trong Ngành Y tế, tuân thủ theo các quy định trong khuôn khổ pháp lý của Nhà nước. Tuy nhiên các văn bản hướng dẫn của Bộ Y tế vẫn còn chưa đồng bộ và chưa theo kịp với các chuyển biến trong công tác quản lý và sử dụng vốn viện trợ của Nhà nước. Các công việc được triển khai mới chỉ mang tính chất phổ biến các nội dung đã được quy định trong các văn bản của Chính phủ, còn thiếu các văn bản mang tính chất pháp quy dựa trên cơ sở đặc thù riêng của Ngành Y tế. Trong thời gian tới, việc thể chế hoá quy trình thủ tục quản lý và sử dụng các nguồn viện trợ trong Ngành cần phải được chú ý tăng cường và hoàn thiện hơn nữa.

## **5.2. Về tổ chức quản lý**

Công tác quản lý viện trợ thời gian qua được gắn liền với công tác quản lý Nhà nước trong chức năng nhiệm vụ của Ngành Y tế. Bộ Y tế đã xác định vai trò của các đơn vị đầu mối và đơn vị phối hợp trong công tác điều phối quản lý ODA, cụ thể:

### **- Vụ Hợp tác quốc tế**

Xây dựng và trình Bộ trưởng phê duyệt chiến lược, kế hoạch hợp tác quốc tế, hợp tác đầu tư, trao đổi thông tin khoa học kỹ thuật về y dược học với các nước, các tổ chức quốc tế, các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức, cá nhân nước ngoài thuộc phạm vi quản lý của Ngành Y tế. Tổ chức thực hiện chiến lược, kế hoạch hợp tác quốc tế của Ngành sau khi được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt.

Xây dựng và trình Bộ trưởng ban hành các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến công tác hợp tác quốc tế thuộc phạm vi quản lý Nhà nước của Bộ Y tế. Chỉ đạo, kiểm tra và đánh giá việc thực hiện các quy định của pháp luật về hợp tác quốc tế.

Phối hợp với các đơn vị có liên quan trong việc chỉ đạo, điều phối và tổ chức thực hiện các chương trình, dự án hợp tác quốc tế, thực hiện hội nhập kinh tế quốc tế trong Ngành Y tế và các hiệp định thương mại song phương, đa phương.

### **- Vụ Kế hoạch - Tài chính**

Quản lý Nhà nước về công tác viện trợ, bao gồm toàn bộ các nguồn vốn viện trợ, vốn vay cho Ngành Y tế, cân đối vào nguồn lực chung cho toàn Ngành. Trực tiếp quản lý tiền viện trợ của các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế và các dự án do Bộ Y tế trực tiếp quản lý.

Xây dựng định hướng, kế hoạch viện trợ và sử dụng nguồn viện trợ, nguồn đối ứng cho các chương trình, dự án đầu tư của Ngành.

Đề xuất, soạn thảo các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến công tác quản lý nguồn vốn viện trợ.

Hướng dẫn các đơn vị đánh giá viện trợ, đầu tư nước ngoài về y tế cho đơn vị, địa phương; tổ chức đánh giá hiệu quả viện trợ và tổng hợp báo cáo kết quả viện trợ đầu tư của Ngành.

- Các Vụ, Cục tùy theo lĩnh vực thuộc chức năng quản lý để thực hiện sự phối hợp trong đề xuất mục tiêu sử dụng và tham gia quản lý các chương trình, dự án.

Hầu hết các dự án được xuất phát từ đề nghị và được soạn thảo bởi nhà tài trợ và Bộ Y tế. Văn kiện dự án được trình lên Chính phủ thông qua Bộ Kế hoạch và Đầu tư xem xét trên cơ sở tính khả thi, khả năng vốn và phù hợp với chính sách của Nhà nước.

Nhìn chung, ở cấp Bộ đã có khả năng xác định được nhu cầu ưu tiên thu hút viện trợ đầu tư, làm công tác hướng dẫn các chương trình, dự án triển khai thực hiện theo quy trình quản lý của Nhà nước. Những kết quả đạt được trong cơ cấu quá trình sử dụng ODA đã chỉ rõ việc xác định đúng hướng, đúng mục tiêu ưu tiên sử dụng các nguồn lực này.

Tuy nhiên, cũng còn nhiều bất cập trong khâu tổ chức quản lý, làm ảnh hưởng đến hiệu quả sử dụng viện trợ. Vai trò của cơ quan đầu mối bị phân tán, có sự chồng chéo và thiếu tính thống nhất trong việc chỉ đạo thực hiện. Các khâu xét duyệt, thẩm định dự án, phê duyệt dự án, chế độ báo cáo, giám sát và đánh giá chưa được quan tâm chú ý đúng mức. Thêm vào đó, việc thiếu thông tin quản lý các Dự án và quy trình điều hành khác nhau của các nhà tài trợ cũng đã gây không ít khó khăn cho việc tiếp nhận và thực hiện dự án.

Bộ Y tế rất coi trọng việc chấn chỉnh tổ chức quản lý để nâng cao hiệu quả sử dụng các nguồn vốn viện trợ, nhất là trong thời gian gần đây, nhiều văn bản pháp quy đã được Chính phủ ban hành và tiếp theo là những văn bản hướng dẫn thực hiện của các Bộ, Ngành có liên quan và Bộ Y tế đã có tác dụng tăng thêm một bước sự thống nhất chỉ đạo, điều phối và quản lý Nhà nước ở cấp Bộ đối với nguồn viện trợ cho Ngành Y tế.

## 6. ĐÁNH GIÁ CHUNG

### 6.1. Những tác động tích cực

Mặc dù còn một số hạn chế, nhưng nhìn chung việc tiếp nhận và sử dụng các nguồn viện trợ của nước ngoài trong thời gian vừa qua đã có tác động tích cực hỗ

trợ sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân nói chung và công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu nói riêng, thể hiện trên các mặt sau đây:

*Thứ nhất*, ODA là một trong những nguồn hỗ trợ quan trọng cho ngân sách của Ngành Y tế, đã góp phần cải thiện cơ sở vật chất, kỹ thuật và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế tại các tuyến. Thông qua việc hỗ trợ về kỹ thuật, nhằm nâng cao năng lực, cung cấp hàng hoá và vốn, các Dự án ODA đã đóng góp vào thành tựu chung của Ngành Y tế trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

*Thứ hai*, nguồn vốn ODA cũng đã góp phần tích cực trong phát triển khoa học kỹ thuật cả về khoa học y học và dịch vụ y tế, góp phần thực hiện chuyển giao công nghệ và nâng cao năng lực cán bộ y tế về chuyên môn nghiệp vụ và kỹ năng quản lý. Nhờ các dự án viện trợ và hợp tác quốc tế, Ngành Y tế Việt Nam có nhiều cơ hội giao lưu với bên ngoài, tiếp cận với tiến bộ về y tế và y học của thế giới, góp phần vào chiến lược hội nhập chung, tạo đà cho hiện đại hoá và công nghiệp hoá.

*Thứ ba*, các chương trình, dự án ODA đã được sử dụng đúng hướng, đầu tư tập trung vào các mục tiêu và lĩnh vực trọng điểm của Ngành, như các mục tiêu thuộc Chương trình y tế quốc gia, với các địa bàn được lựa chọn ưu tiên là miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng có khó khăn, góp phần giải quyết vấn đề công bằng trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế,...

## **6.2. Các kết quả cụ thể**

Trong giai đoạn từ 1995 đến nay, cùng với nguồn đầu tư ngân sách trong nước, viện trợ quốc tế đã có vai trò quan trọng cho sự phát triển Ngành Y tế. Trong tổng nguồn ngân sách Nhà nước cấp, Ngành Y tế hàng năm phải dành tới 30% chi trả lương cho cán bộ, do vậy chỉ còn 70% chi cho chăm sóc sức khỏe, trong khi đó nguồn vốn viện trợ được tập trung hầu hết cho công tác chăm sóc sức khỏe trên hầu hết các lĩnh vực.

Hầu hết các dự án viện trợ cho y tế trong thời gian qua đều được dựa trên một định hướng đầu tư đúng. Các dự án đã hỗ trợ cung cấp trang thiết bị, thuốc chữa bệnh, hoá chất, vắc xin, sinh phẩm y tế và đào tạo cán bộ. Nhờ vậy mà đến nay đã có nhiều kỹ thuật cao được áp dụng, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân ngày càng thu được nhiều thành tựu to lớn.

Cùng với việc hỗ trợ về vật chất và kỹ thuật cho các cơ sở y tế, đóng góp của viện trợ nước ngoài cho các mục tiêu thuộc chương trình y tế quốc gia cũng rất lớn. Hầu hết các phương tiện vận chuyển, bảo quản vắc xin của chương trình tiêm chủng mở rộng, trang thiết bị xét nghiệm cho các chương trình phòng chống lao, phong, sốt rét,... được cung cấp từ các dự án viện trợ. Hàng năm các dự án viện trợ đã hỗ trợ phần lớn vắc xin, thuốc, hoá chất và vật tư tiêu hao cho công tác điều trị, góp phần quan trọng cho việc đạt các chỉ tiêu của Chương trình y tế quốc gia. Hàng

năm, trị giá viện trợ nước ngoài cho chương trình tiêm chủng mở rộng chiếm khoảng 40% tổng kinh phí dành cho chương trình.

Bên cạnh các chương trình, dự án được thực hiện theo kế hoạch, các đợt viện trợ đột xuất, khẩn cấp cũng đã cung cấp một số lớn các cơ sở thuốc, hoá chất, bộ trang thiết bị cho các đội cấp cứu y tế lưu động, kịp thời giúp y tế cơ sở sớm khắc phục hậu quả thiên tai, bão lụt và dập tắt kịp thời các bệnh dịch mới phát sinh.

Nguồn vốn viện trợ nước ngoài cũng đã chú trọng nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế từ Trung ương tới tuyến cơ sở cả về nâng cao kỹ năng chuyên môn và nghiệp vụ quản lý qua các hoạt động đào tạo và đào tạo lại tại chỗ và ngoài nước. Cũng từ các dự án viện trợ mà cán bộ Ngành Y tế đã có thêm điều kiện tiếp cận và làm quen với các phương pháp quản lý mới, tiếp cận được với các tiến bộ khoa học kỹ thuật để vận dụng trong nước, nâng cao chất lượng công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Xét cả về phương diện định tính và định lượng, nguồn viện trợ nước ngoài trong thời gian qua đã có những đóng góp đáng kể cho sự nghiệp phát triển Ngành Y tế. Đây là nguồn hỗ trợ quan trọng cần được chú ý khai thác và phát huy hiệu quả sử dụng hơn nữa trong thời gian tới.

### **6.3. Một số mặt hạn chế**

Bên cạnh những mặt tác động tích cực đã được nêu trên, nguồn viện trợ nước ngoài cũng còn bộc lộ một số hạn chế làm ảnh hưởng tới hiệu quả các Dự án, nếu chúng ta khắc phục được những mặt hạn chế này thì khả năng thu hút và sử dụng các nguồn viện trợ sẽ đạt được những kết quả cao hơn nữa.

#### **6.3.1. Tình trạng chông chéo trong phân bổ viện trợ**

Một trong những hạn chế mà Ngành Y tế thường gặp phải là sự chông chéo, trùng lặp trong một số lĩnh vực, cụ thể là:

- Trong việc phân bổ đầu tư theo địa bàn: thường gặp ở các dự án về hỗ trợ mạng lưới y tế cơ sở, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hoá gia đình,...
- Trong việc phân bổ đầu tư theo mục tiêu: gặp ở các dự án đầu tư cho các mục tiêu thuộc chương trình y tế quốc gia: phòng chống sốt rét, phòng chống lao, sức khỏe sinh sản, trong khi các dự án thường là chưa xác định được mục tiêu hoặc nhu cầu ưu tiên đầu tư bằng nguồn vốn viện trợ.

Việc đầu tư chông chéo là nguyên nhân gây nên tình trạng lãng phí, thiếu hiệu quả, không tận dụng hết các nguồn lực tại chỗ và qua đó sẽ gây nên tình trạng mất công bằng trong việc phân bổ các nguồn lực theo lãnh thổ và theo mục tiêu đầu tư.

### **6.3.2. Chưa có sự tập trung điều phối nguồn ODA cho y tế**

Hiện nay đang có nhiều cơ quan cùng làm nhiệm vụ thực hiện các dự án ODA có mục tiêu về chăm sóc sức khỏe. Ngoài Bộ Y tế ra thì còn có các cơ quan khác như: Ủy ban quốc gia Dân số, Gia đình và Trẻ em và Ủy ban nhân dân các địa phương,... Trong khi đó, cơ chế phối hợp liên Ngành về quản lý và sử dụng các nguồn viện trợ tuy đã được ban hành nhưng việc triển khai thực hiện có lúc, có nơi vẫn còn áp dụng khác nhau.

Bộ Y tế với chức năng quản lý tuyến Trung ương, nhưng cũng chưa nắm được hết các thông tin về các hoạt động dự án viện trợ cho y tế đã và đang được thực hiện trong toàn quốc để làm cơ sở cân đối việc phân bổ các nguồn lực được đầy đủ hơn. Vai trò của cơ quan đầu mối về quản lý Nhà nước đối với các nguồn viện trợ cũng chưa thực sự được quan tâm cải tiến. Có tình trạng nhiều đơn vị trong Bộ Y tế cùng gửi đề nghị xin viện trợ lên các cơ quan chức năng của Nhà nước. Thêm vào đó, một số các nhà tài trợ lại trực tiếp xây dựng Dự án viện trợ với các cơ quan, đơn vị và địa phương mà chưa có ý kiến đồng thuận của các cơ quan chức năng có liên quan, nhất là cơ quan chủ quản (Bộ Y tế).

Theo ước tính, số liệu mà Bộ Y tế tổng hợp được hiện nay về tổng giá trị các nguồn viện trợ quốc tế cho y tế trong cả nước mới được vào khoảng 70% tổng giá trị thực tế của các nguồn viện trợ đã được thực hiện trong cả nước. Thông tin về quản lý Dự án không được cập nhật một cách liên tục, không đầy đủ làm ảnh hưởng tới sự tập trung quản lý và điều phối các nguồn lực viện trợ của Bộ Y tế. Các nhà tài trợ cũng thiếu các thông tin về phân bổ các nguồn lực đã có và các nhu cầu cần thiết để xác định mục tiêu ưu tiên đầu tư cho phù hợp.

Việc thiếu sự quản lý thống nhất các nguồn lực khác nhau cho y tế cũng là một nguyên nhân nữa dẫn đến sự chồng chéo trong phân bổ các nguồn viện trợ nói trên.

### **6.3.3. Tính chủ động chưa cao**

Cho đến nay, Bộ Y tế chưa có quy hoạch tổng thể về định hướng phân bổ và sử dụng các nguồn viện trợ thích hợp cho từng loại đối tác được cấp có thẩm quyền phê duyệt để làm điều khoản tham chiếu cho việc vận động, thu hút các nguồn tài trợ. Điều này đã làm hạn chế tính chủ động trong việc đưa ra các yêu cầu phù hợp và chuẩn bị các điều kiện tại chỗ để tranh thủ viện trợ.

Do tính chủ động chưa cao, năng lực quản lý hạn chế nên có tình trạng phụ thuộc vào sự thiết kế Dự án của chính nhà tài trợ thông qua các chuyên gia tư vấn nước ngoài. Một số Dự án được xây dựng trên cơ sở chủ quan của nhà tài trợ, có mục tiêu và kế hoạch hành động chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế, tỷ lệ thụ hưởng của phía đối tác Việt Nam thấp. Hoặc có chương trình, Dự án được xây dựng trên cơ sở là kinh nghiệm của các nước khác, không phù hợp với điều kiện thực tế của Việt Nam, đã phân nào làm hạn chế hiệu quả của Dự án (thường là các Dự án của khu

vực mang tính chất đa quốc gia như dự án Tiểu vùng Mekong mở rộng, Dự án phòng chống các bệnh lây truyền qua biên giới,...). Có dự án được xây dựng từ nhiều năm trước hoặc thời gian xây dựng Dự án quá dài, tính khả thi không cao, đến khi Dự án đi vào hoạt động thì đã có nhiều mục tiêu, nội dung đã thay đổi cả về danh mục đầu tư và nhu cầu đầu tư. Tuy nhiên, để điều chỉnh được kế hoạch là cần thiết, xong phải cần rất nhiều các thủ tục cả từ 2 phía, làm mất rất nhiều thời gian. Vì vậy, đến lúc thực hiện Dự án thì tình hình thực tế đã có nhiều thay đổi về định hướng mục tiêu, giải pháp và quy mô đầu tư. Chính vì vậy đã gây nên sự chông chéo và kém hiệu quả, đặc biệt có Dự án khi xây dựng xong thì phải bỏ dở mà không thể triển khai thực hiện được. Những điển hình của tình trạng này là các Dự án vốn vay có quy mô lớn, tính chất phức tạp, có nhiều các tiểu thành phần hợp thành, hoặc Dự án có sự tham gia của nhiều cơ quan, đơn vị cùng thực hiện.

#### ***6.3.4. Điều kiện tại chỗ chưa đáp ứng yêu cầu***

Điều kiện về tổ chức quản lý để tiếp nhận và sử dụng viện trợ của Ngành Y tế ở cả tuyến Trung ương và địa phương hiện còn nhiều bất cập: quy trình quản lý và sử dụng viện trợ trong Ngành chưa được thể chế hoá chặt chẽ, quy định về chức năng nhiệm vụ của các đơn vị có liên quan về quản lý viện trợ trong Ngành Y tế chưa rõ ràng, không có sự thống nhất trong cơ chế quản lý điều hành dự án, chế độ báo cáo, kiểm tra, đánh giá còn bị buông lỏng, cán bộ thiếu và yếu về nghiệp vụ quản lý dự án, các điều kiện về vốn đối ứng trong nước chưa đảm bảo. Chính các mặt hạn chế này đã làm ảnh hưởng tới việc thực hiện dự án, tốc độ giải ngân chậm, giảm hiệu quả dự án và giảm sự hấp dẫn đối với các nhà tài trợ. Nhiều Dự án khi kết thúc chu kỳ hoạt động cũng là thời điểm ngừng các hoạt động liên quan để duy trì và phát huy những thành quả của Dự án.

#### ***6.3.5. Thiếu sự lồng ghép hoạt động của các Dự án***

Việc thiếu sự lồng ghép những hoạt động có cùng mục tiêu và chế độ quản lý điều hành riêng rẽ giữa các nhà tài trợ gây không ít khó khăn cho các cơ quan thực hiện Dự án. Mỗi nhà tài trợ có một mục đích và chính sách riêng, mỗi dự án có phương pháp và chế độ quản lý điều hành riêng theo chiều dọc cùng triển khai xuống tuyến cơ sở. Điều này vừa gây lãng phí về thời gian, kinh phí, nhân lực tại chỗ, vừa gây ra tình trạng không đồng đều trong mặt bằng đầu tư giữa các dự án khác nhau cho cùng một mục tiêu.

#### ***6.3.6. Chưa có sự hài hoà về mặt thủ tục và chia sẻ trách nhiệm từ cả hai phía***

Mỗi nhà tài trợ có một mục đích và chính sách riêng áp dụng cho việc triển khai thực hiện các dự án viện trợ. Phía Việt Nam cũng đã có hệ thống các văn bản pháp quy hướng dẫn quản lý và sử dụng các nguồn viện trợ đầu tư nước ngoài. Tuy nhiên, việc hài hoà để vận dụng cho phù hợp với quy định của cả hai bên đối tác chưa được cụ thể hoá.

Về phía các nhà tài trợ, còn thiếu những hiểu biết chung về quy trình, thủ tục tiếp nhận, quản lý và sử dụng viện trợ đã được quy định bởi phía Chính phủ Việt Nam. Một số nhà tài trợ có xu hướng muốn quan hệ trực tiếp với các địa phương hoặc cơ sở tiếp nhận Dự án. Có Dự án được thoả thuận riêng với địa phương mà không có sự tuân thủ theo các tiêu chuẩn kỹ thuật chuyên môn của Bộ Y tế. Một số các trang thiết bị, nhất là các trang thiết bị hiện đại phục vụ cho công tác chuyên môn nhưng đã qua sử dụng được đưa vào Việt Nam mà không có ý kiến thoả thuận của các cơ quan quản lý cấp Trung ương (thường gặp ở các Dự án NGOs nhiều hơn) đã gây ra tình trạng bị động cho các cơ quan quản lý Nhà nước cấp cao. Một số Dự án hoạt động theo cơ chế đồng giám đốc: một của phía Việt Nam và một của nhà tài trợ để thực hiện cùng một Dự án đã gây nên một số khó khăn nhất định trong quá trình hoạt động do thiếu tính chủ động, phụ thuộc lẫn nhau khi ra Quyết định và vì vậy đã gây ra tình trạng chậm trễ, thiếu tính năng động (Dự án hợp tác y tế Việt Nam - EC).

## 7. BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Dự án viện trợ đã góp phần giải quyết hai vấn đề phức tạp của Ngành Y tế:

- Một là cần phải mở rộng CSSKBĐ ra những vùng và các nhóm dân cư đang gặp khó khăn trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng.
- Hai là toàn bộ hệ thống y tế phải được củng cố nhằm cung cấp dịch vụ có chất lượng để đối phó với những thay đổi về gánh nặng và mô hình bệnh tật.

Trên thế giới và ngay cả ở Việt Nam đã có nhiều hoạt động được triển khai nhằm giải quyết hai vấn đề này. Các bài học kinh nghiệm phù hợp nhất được tóm tắt như sau:

### 7.1. Chính sách y tế quốc gia/ các mục tiêu ngành

Các chính sách y tế quốc gia, hiện nay và trong thời gian tới, phải chú trọng đến vấn đề công bằng, coi đó là một định hướng phát triển xã hội. Kinh nghiệm cho thấy chú trọng đến công bằng không nhất thiết phải trả giá bằng hiệu quả của hệ thống y tế. Chính sách y tế cho người nghèo không thể tách ra khỏi các chính sách xã hội khác có ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế đặc biệt là phụ nữ và trẻ em.

### 7.2. Tăng cường tiếp cận các dịch vụ CSSKBĐ theo định hướng công bằng

Tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ CSSK theo định hướng công bằng phải tính đến tương quan giữa cung và cầu. Kinh nghiệm trên thế giới và ở Việt Nam cho thấy khi triển khai thực hiện một dự án cần phải chú trọng đến nhu cầu và

các mối quan tâm cụ thể của cộng đồng và cộng đồng phải được tham gia như một thành viên tích cực vào quá trình lập kế hoạch và quản lý.

Ở Việt Nam, nhu cầu giữa các vùng không giống nhau, cho nên đánh đồng đều nhu cầu sẽ dẫn tới đầu tư kém hiệu quả. Điều này liên quan đến bài học kinh nghiệm về nhu cầu không giống nhau và nhân viên y tế chính là người đưa ra yêu cầu về khả năng cung cấp dịch vụ.

### **7.3. Cải tiến chất lượng dịch vụ**

Chất lượng dịch vụ y tế có thể được các Dự án cải tiến đáng kể bằng hai biện pháp cơ bản:

- Một là, tăng cường sử dụng biện pháp lồng ghép trong CSSK bà mẹ và trẻ em;
- Hai là, tăng cường sự tham gia của gia đình và cộng đồng vào việc lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ.
- Về mặt kỹ thuật, cần phải chú trọng tới sức khỏe sinh sản hơn là các dịch vụ CSSKBMTE/ KHHGD truyền thống. Cuối cùng thì các dịch vụ phải được thiết kế để chủ động tìm đến người dân chứ không chỉ thụ động ngồi chờ dân tìm đến nhân viên y tế.

### **7.4. Cải tiến các biện pháp IEC**

Các bài học thu được về cách nâng cao chất lượng CSSK đều chú trọng tới sự tham gia của gia đình và cộng đồng vào cung cấp dịch vụ. Điều này có thể đạt được qua việc xây dựng và sử dụng các biện pháp hỗ trợ IEC đã được cải tiến. Chỉ có tài liệu IEC không thôi vẫn chưa đủ để giúp người dân thay đổi hành vi mà tài liệu giảng dạy phải phù hợp về mặt văn hóa và với lối sống của nhân dân và được sử dụng cho cá nhân hay theo nhóm.

### **7.5. Cung cấp tài chính**

Có nhiều cách cung cấp tài chính phù hợp riêng với từng dự án. Các bài học thu được là để đạt được các mục tiêu cung cấp tài chính phải đảm bảo rằng các dịch vụ phải được xác định cụ thể trong các Dự án cung cấp tài chính và sau đó phải được giám sát cẩn thận. Hơn nữa, phải có kế hoạch kỹ lưỡng về tác động của các biện pháp cung cấp tài chính đến khả năng tiếp cận các dịch vụ thích hợp cho người nghèo. Đạt được hiệu quả phân bổ, đặc biệt là chuyển bớt nguồn lực của điều trị sang cho các dịch vụ y tế công cộng là một điều khó. Với sự tăng cường đáng kể



khả năng quản lý tài chính bao gồm nghiên cứu, giám sát và phân tích liên tục, người ta cũng đã đạt được một số thành công nhất định.

## 7.6. Quản lý

Cải tiến công tác quản lý hệ thống y tế, phân cấp mang lại các kết quả to lớn. Rõ ràng là quan niệm này vẫn còn giá trị vì mỗi vùng lại có các nhu cầu riêng, khả năng đáp ứng được càng đầy đủ nhu cầu càng tốt. Tuy nhiên, các chức năng được phân cấp có thể thay đổi theo tình hình và các kỹ năng cùng với công cụ quản lý đó phải tuân thủ quy trình phân cấp. Ta thấy khá rõ ràng là trẻ em cần có dịch vụ lồng ghép, hệ thống y tế cần có phương thức quản lý lồng ghép. Cần phải tổ chức và quản lý các chức năng về tài chính, lập kế hoạch và dịch vụ theo mô hình lồng ghép giữa các tuyến trong hệ thống.

**Bài học kinh nghiệm từ việc triển khai thực hiện Dự án Y tế nông thôn:** trong quá trình thực hiện Dự án cần tăng cường phối hợp giữa Dự án với các ngành, các cấp từ Trung ương đến địa phương, cụ thể:

**Trung ương:** Tăng cường sự phối hợp và tranh thủ sự giúp đỡ giữa Dự án với các Vụ, Cục chức năng của Bộ Y tế, với các ban, ngành Trung ương như Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính, Văn phòng Chính phủ, ngân hàng Nhà nước... trong công tác quản lý, tạo điều kiện thuận lợi cho hoạt động của Dự án, đồng thời giám sát và hỗ trợ cho các hoạt động này có hiệu quả cao và đúng luật.

**Địa phương:** Phối hợp chặt chẽ với Ủy ban nhân dân tỉnh và các ban, ngành liên quan như sở tài chính, kho bạc nhà nước tỉnh, sở xây dựng... trong việc triển khai các hoạt động xây dựng cơ bản ở tỉnh.

Phối hợp chặt chẽ giữa Trung ương, địa phương trong việc quản lý, điều phối, tổ chức thực hiện và giám sát hoạt động của dự án. Tạo môi trường quản lý theo luật và các quy định bằng việc thường xuyên hướng dẫn bằng văn bản và giám sát.

Ban quản lý dự án cần phối hợp chặt chẽ từ Trung ương đến địa phương trong quá trình thực hiện dự án. Mọi chỉ đạo từ Trung ương đến địa phương phải được thực hiện bằng văn bản và đôn đốc thường xuyên. Các thông tin phản hồi cần được ban quản lý dự án Trung ương xem xét kịp thời và dứt khoát.

Thông qua việc đào tạo, tập huấn, phổ biến kế hoạch để thống nhất và thông suốt cơ chế hoạt động của dự án.

Trao đổi và học tập kinh nghiệm của các chuyên gia và nhà tài trợ về những vấn đề chuyên môn và quản lý hoạt động của dự án.

Cần đảm bảo mối quan hệ thường xuyên giữa các chuyên gia và các tổ chức quốc tế, nhà tài trợ để học tập kinh nghiệm của họ. Tạo điều kiện để các cán bộ dự án

có nhiều cơ hội học hỏi các chuyên gia nước ngoài trong nhiều lĩnh vực hoạt động khác nhau của dự án.

Để đảm bảo chất lượng và năng lực của bộ máy quản lý không ngừng được nâng cao và kiện toàn đáp ứng yêu cầu công tác quản lý, việc đào tạo cán bộ chuyên trách cho ban quản lý dự án cần được tiến hành thường xuyên đặc biệt thời gian đầu của thực hiện dự án. Bên cạnh các khoá đào tạo trong nước, các khoá đào tạo nước ngoài cũng cần được thực hiện theo yêu cầu của Dự án.

Trong công tác mua sắm đấu thầu cần được áp dụng theo khuôn khổ pháp lý của Nhà nước và quy định của các nhà tài trợ, đảm bảo được tính kinh tế, hiệu quả, công bằng và minh bạch trong quá trình đấu thầu. Đấu thầu phải được thực hiện công khai, rộng rãi. Yêu cầu đối với những nội dung cần thực hiện được thông báo đầy đủ, rõ ràng cho các nhà thầu. Các nhà thầu cần được đối xử bình đẳng.

Công tác cán bộ cần được tăng cường, cần được bổ sung chuyên gia và cán bộ có năng lực trong việc xử lý công việc, biết tiên lượng và dự đoán những tình huống không thuận lợi có thể xảy ra để phối hợp với các tổ trong dự án lường trước và tránh được những khó khăn gặp phải sau này.

## **7.7. Tham gia của cộng đồng**

Việt Nam có các kinh nghiệm tốt về làm việc trực tiếp với cộng đồng. Nâng cao chất lượng dịch vụ thông qua các hoạt động của phía cung cấp dịch vụ thoi vẫn chưa đủ để cải thiện vấn đề sử dụng dịch vụ. Bài học chủ yếu ở đây là cộng đồng là một thành viên chính thức trong mọi hoạt động. Cộng đồng không chỉ đơn thuần mang lại các kiến thức và kỹ năng cho mỗi hợp tác chung mà còn có thể đưa ra sự lựa chọn khác khi nó không bằng lòng với mối quan hệ hợp tác chung đó. Vì thế, các chiến lược phải chú trọng tới nhu cầu của người dân/ phân tích hệ thống y tế, chứ không phải chỉ chú ý tới mặt cung cấp. Định hướng này sẽ tạo thuận lợi để cộng đồng tích cực tham gia vào việc quản lý sức khỏe của bản thân họ.

**Một số kết quả chính đã đạt được của Dự án phát triển hệ thống y tế đưa vào cộng đồng tại các vùng khó khăn (Sida):**

- Phát huy được vai trò lãnh đạo của cấp uỷ Đảng và chính quyền các cấp; huy động được sự tham gia, phối hợp của các ban, ngành, đoàn thể các cấp và sự hưởng ứng của nhân dân địa phương vào công tác xây dựng kế hoạch.
- Nâng cao nhận thức của nhân dân về công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe.

## 7.8. Cơ chế thực hiện Dự án

Thành công của dự án được thực hiện thông qua việc phân cấp cao độ quy trình và quyền lực cho các tuyến. Song song với quá trình này là sự theo dõi giám sát chặt chẽ về mặt kỹ thuật của tuyến trên đối với tuyến dưới. Dự án đã áp dụng một bộ quy chế và quy tắc tài chính thỏa mãn được yêu cầu của cả hai phía, chính phủ và nhà tài trợ. Sự minh bạch về tài chính và kỹ thuật cũng là một đặc điểm cơ bản trong việc thực hiện Dự án. Việc sử dụng một cách đúng đắn các chuyên gia trong nước và quốc tế giúp cho Dự án rất nhiều cả về kỹ thuật cũng như quản lý.

### **Dự án y tế nông thôn:**

Cơ chế hoạt động của Dự án gặp nhiều khó khăn về mặt thủ tục, còn phải qua nhiều khâu phê duyệt, ví dụ: Mua sắm trang thiết bị phải thông qua 28 bước do đó ảnh hưởng đến tiến độ của dự án nhất là trong 3 năm đầu. Lập kế hoạch ở tuyến dưới bị chậm trễ cũng ảnh hưởng tới tiến độ của Dự án, nhiều tỉnh thời gian đầu đã gặp khó khăn trong việc triển khai vì chưa quen với quy chế làm việc của Dự án, đặc biệt lúng túng trong khâu thiết lập danh mục đầu tư và tổ chức đấu thầu.

Sự phối hợp kém giữa các thành phần chuyên môn trong Dự án cũng đã ảnh hưởng không nhỏ đến tiến độ của Dự án.

### **Dự án phát triển hệ thống y tế đưa vào công đồng tại các vùng khó khăn (Sida)**

- Dự án phân cấp mạnh: Giao cho tỉnh quản lý toàn bộ, Trung ương chỉ đóng vai trò đôn đốc, theo dõi, kiểm tra giám sát và đánh giá.
- Đào tạo: Trung ương đào tạo cho tỉnh, tỉnh đào tạo cho huyện rồi huyện đào tạo lại cho xã và thôn, bản.
- Kinh phí: Chuyển thẳng kinh phí cho tỉnh và huyện để địa phương chủ động triển khai.
- Thời gian: Hàng tháng đều có giao ban với xã, thôn (được cấp kinh phí để thực hiện hoạt động này).

## 7.9. Tóm tắt

- a. Việc tạo điều kiện cho các chính sách thu hút viện trợ và thực hiện thuận lợi là yếu tố then chốt để thực hiện thành công các chương trình, dự án viện trợ nói chung và viện trợ cho Ngành Y tế nói riêng. Nâng cao năng lực quản lý, giám sát các nguồn viện trợ, đảm bảo chất lượng các khâu như điều tra xác định hiện trạng ban đầu, xác định mục tiêu ưu tiên, xây dựng báo cáo tiền khả thi, báo cáo khả thi, thẩm định và phê duyệt dự án,... đồng thời có một cơ chế quản lý tài chính thống nhất và minh bạch là yếu tố có tính chất quyết định để quản lý và sử dụng có hiệu quả các nguồn vốn viện trợ.

- b. Tăng cường vai trò làm chủ của phía đối tác Việt Nam: chủ động đề xuất các chương trình, dự án yêu cầu nhà tài trợ, nhất là đối với các Dự án vốn vay, cùng với việc chuẩn bị tốt các điều kiện tiếp nhận Dự án và tài liệu Dự án thích hợp. Các nhà tài trợ cần dành cho bên nhận viện trợ được chủ động đưa ra mục tiêu, phạm vi và nội dung và đảm đương vai trò chính trong việc xây dựng và thực hiện kế hoạch hành động của Dự án. Phía nhà tài trợ đóng vai trò tư vấn, hỗ trợ kỹ thuật, giám sát theo kế hoạch hành động đã được hai bên phê duyệt.
- c. Công khai các chính sách của mỗi bên, cả về quy trình quản lý và chế độ tài chính, đồng thời có sự linh hoạt với các giải pháp tình thế của cả hai phía để Dự án đạt được hiệu quả cao nhất. Tăng cường thông tin hai chiều đầy đủ kịp thời để có các quyết định và kế hoạch hành động phù hợp, thiết thực cho mỗi giai đoạn thực hiện Dự án.
- d. Phía các nhà tài trợ cần phải nêu cao vai trò và lợi thế của mình đó là tính khách quan, vô tư để lựa chọn lĩnh vực hỗ trợ, địa bàn đầu tư phù hợp với nhu cầu của phía Việt Nam. Tăng cường sự phối hợp, lồng ghép các hoạt động của các Dự án có cùng mục tiêu giữa các nhà tài trợ.

**Dự án hỗ trợ y tế quốc gia:**

- Không nên can thiệp vào vấn đề kỹ thuật trừ khi có thay đổi kế hoạch Dự án thì phải giải trình rõ ràng.
  - Nhà tài trợ đóng vai trò giám sát tương đối chặt chẽ, chủ yếu về quản lý, ít khi giám sát về triển khai các hoạt động cụ thể.
  - Một năm giám sát ít nhất là 2 đợt.
- e. Những hỗ trợ từ bên ngoài là nguồn lực quan trọng và hết sức cần thiết. Nhưng số lượng đầu Dự án nhiều và giá trị viện trợ lớn cũng chưa chắc đã là những yếu tố tích cực mà đôi khi còn gây ra những hậu quả ngược lại, nếu không đảm bảo được các điều kiện đã nêu ở trên.  

Kinh nghiệm triển khai Dự án qua các năm cho thấy, những dự án có mục tiêu và chương trình hành động rõ ràng, do phía Việt Nam đề xuất, thiết kế Dự án và điều hành trực tiếp với sự tham gia giám sát của nhà tài trợ thì thường được thực hiện một cách thuận lợi và có hiệu quả hơn. Những dự án có tỷ lệ cung cấp hàng hoá cao thường được thực hiện nhanh, gọn và được đánh giá là thiết thực hơn.
  - f. Nguồn lực trong nước là quyết định. Nguồn vốn bên ngoài phải tạo điều kiện để nguồn lực trong nước phát triển và đảm bảo tính bền vững sau khi kết thúc Dự án. Điều đó gắn liền với sự minh bạch, rõ ràng trong quan hệ đối tác và đảm bảo nguyên tắc tôn trọng tính chủ động của bên hưởng thụ dự án.

Trong khi cơ cấu viện trợ đang có những thay đổi căn bản và có chiều hướng tăng lên cả về số lượng và chất lượng thì việc định hướng đúng đắn, tạo môi trường thuận lợi cho việc tiếp nhận và nâng cao khả năng tiếp thu để sử dụng có hiệu quả đối với các nguồn hỗ trợ này là những vấn đề trọng tâm cần được đặt ra cho công tác quản lý, điều phối và sử dụng viện trợ nước ngoài cho Ngành Y tế trong thời gian tới.

Các kỹ thuật cơ bản được áp dụng là cung cấp dịch vụ lồng ghép và hỗ trợ kỹ thuật. Trong cả hai lĩnh vực này đều đã có rất nhiều bài học kinh nghiệm cho phép kết luận rằng đã có sự nhất trí về “cách làm tốt nhất” sẽ được sử dụng. Điều này đặc biệt đúng về phương diện kỹ thuật trong CSSK trẻ em và sức khỏe sinh sản. Một bài học kinh nghiệm khác không kém phần quan trọng nhưng không phải lúc nào cũng được thực hiện là hiệu quả của các kỹ thuật này chịu ảnh hưởng như nhau từ hai phía cung cấp dịch vụ và nhu cầu dịch vụ. Về phía cung ứng dịch vụ - cơ sở vật chất, trang thiết bị và đào tạo - có thể được đáp ứng tốt. Về phía nhu cầu dịch vụ, vấn đề sử dụng và đáp ứng nhu cầu ít được đặt ra trong quản lý.

Điều này cho ta các bài học kinh nghiệm về quá trình thể chế hóa các mối liên hệ. Các khía cạnh kỹ thuật của mối liên hệ này bao gồm kỹ năng, kiến thức và kinh nghiệm. Có thể tìm thấy kỹ năng và kiến thức ở các tuyến cũng như các Bộ hoặc Ngành khác. Kiến thức và đặc biệt là kinh nghiệm làm thế nào để đạt được các kết quả cụ thể sẽ tìm được ở cộng đồng. Vấn đề là làm sao có thể thiết lập và duy trì các mối liên hệ này.

Các bài học kinh nghiệm cho thấy thông thường vấn đề này được thực hiện thông qua đào tạo và đào tạo là một hoạt động duy nhất thường được chọn để can thiệp. Đào tạo sẽ mang lại kết quả nếu như áp dụng phương pháp giảng dạy có sự tham gia tích cực. Các kết quả tốt khác được thực hiện thông qua các ban CSSKBD. Câu trả lời không phải là thành lập ban mới, nhưng sẽ có lợi nếu củng cố và hỗ trợ cho các ban hiện tại. Cần phát huy đầy đủ vai trò của ban CSSKBD trên cơ sở làm tròn nhiệm vụ tham mưu của lãnh đạo y tế các cấp. Các thành công lớn nhất được thực hiện thông qua việc tạo ra một môi trường học tập thuận lợi cho việc chia sẻ và lồng ghép kiến thức và kinh nghiệm vào nơi làm việc giúp cho các bên tham gia có thể tập trung vào các vấn đề nảy sinh.

Các bài học về tính bền vững cho thấy việc áp dụng các phương pháp và quy trình rút ra từ các bài học kinh nghiệm như đã nêu trên, thì khả năng đạt được các kết quả bền vững sẽ rất cao. Thêm vào các khía cạnh kỹ thuật đã nêu, để đạt được kết quả bền vững, những thành viên tham gia phải cùng nhau chia sẻ về các mục tiêu và phương pháp. Bài học này được xây dựng dựa trên sự tham gia sớm và liên tục của tất cả các bên vào quá trình thực hiện.

## PHẦN THỨ HAI

### I. DỰ BÁO TÌNH HÌNH PHÁT TRIỂN KINH TẾ - XÃ HỘI VÀ MÔ HÌNH BỆNH TẬT TRONG NHỮNG NĂM TỚI

#### 1. Tình hình phát triển kinh tế - xã hội và những chính sách tác động đến công tác y tế

Đến năm 2010, thu nhập bình quân đầu người dự báo khoảng 900 - 950 \$US, quy mô nền kinh tế khoảng 80 tỷ \$US.

Mặc dù tốc độ gia tăng dân số nói chung và tỷ suất sinh của nước ta đang trên đà giảm nhanh, xong dân số vẫn tăng khoảng 1,3%/ năm. Việt Nam hiện đứng hàng thứ 14 trên thế giới về quy mô dân số, đến năm 2050 Việt Nam xếp thứ 15 và trở thành 1 trong 16 nước có dân số trên 100 triệu người. Dân số Việt Nam tiếp tục tăng trong 10 năm tới, theo dự báo của Tổng cục Thống kê, dân số Việt Nam sẽ vào khoảng 82 triệu người vào cuối năm 2005 và khoảng 86,5 triệu người vào năm 2010.

Đến năm 2010, cấu trúc dân số có sự biến đổi so với hiện nay. Tỷ trọng người già ngày càng tăng do tuổi thọ trung bình tăng. Trẻ em có xu hướng giảm nhưng vẫn chiếm tỷ trọng cao và vẫn là đối tượng cần được ưu tiên trong chăm sóc sức khỏe. Trong 10 năm tới, Việt nam sẽ là quốc gia có dân số già (người cao tuổi chiếm khoảng 10% dân số). Đây cũng là một thách thức đối với Ngành Y tế; mô hình bệnh tật thay đổi, các bệnh mạn tính, các bệnh thường gặp của tuổi già sẽ gia tăng.

Tốc độ đô thị hoá nhanh kéo theo sự gia tăng dân số các vùng đô thị, tạo ra sức ép đối với hệ thống cơ sở hạ tầng như giao thông, cung cấp nước sạch, xử lý nước thải, rác thải, vệ sinh môi trường, gia tăng tai nạn lao động và nhất là tai nạn giao thông.

#### 2. Dự báo mô hình bệnh tật và thách thức của Ngành Y tế trong những năm tới.

##### 2.1. Các bệnh nhiễm trùng, truyền nhiễm tiếp tục lưu hành:

Sốt rét, sốt xuất huyết, lao, HIV/ AIDS và các bệnh lây qua đường tình dục, viêm phổi, tiêu chảy, thương hàn, viêm gan vi rút B, viêm não Nhật Bản B.

Các bệnh mới phát sinh đã, đang và sẽ phát thành dịch nguy hiểm do vi rút từ thú hoang dã và gia súc, gia cầm truyền sang người như: SARS, cúm A (H5N1).

**2.2. Các vấn đề sức khoẻ mới đang nổi lên nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ và phòng ngừa có hiệu quả.**

Các loại ngộ độc thực phẩm, ngộ độc thuốc, trong đó có thuốc gây nghiện, thuốc chữa bệnh, và mỹ phẩm.

Các loại tai nạn thương tích trong giao thông, trong lao động, tại cộng đồng, nơi vui chơi giải trí và tại gia đình. Đặc biệt là chấn thương, nguyên nhân chết hàng đầu hiện nay ở Việt Nam.

**2.3. Các bệnh không nhiễm trùng đang có xu hướng ngày càng gia tăng mà Việt Nam vẫn còn rất ít kinh nghiệm:**

Các bệnh tim mạch, các bệnh tâm thần và sức khoẻ tâm thần, các bệnh ung thư, các bệnh nghề nghiệp, các bệnh di truyền và bẩm sinh, kể cả hậu quả của chất độc màu da cam, lão khoa và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

**2.4. Các bệnh liên quan đến ô nhiễm môi trường:**

Chủ yếu là môi trường lao động trong các xí nghiệp, đặc biệt là các xí nghiệp vừa và nhỏ; xử lý các chất thải công nghiệp, chất thải sinh hoạt và xử lý chất thải bệnh viện.

## II. CÁC MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN SỰ NGHIỆP CHĂM SÓC VÀ BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN

Giảm tỷ lệ mắc bệnh, tật và tử vong, nâng cao sức khoẻ, tăng tuổi thọ, cải thiện chất lượng giống nòi, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống, chất lượng nguồn nhân lực, hình thành hệ thống chăm sóc sức khỏe đồng bộ từ Trung ương đến cơ sở và thói quen giữ gìn sức khỏe của nhân dân, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hoá, hiện đại hoá, xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

Xây dựng và phát triển hệ thống y tế tiên tiến, hiện đại và đồng bộ từ Trung ương đến cơ sở, đủ khả năng đáp ứng nhu cầu bảo vệ sức khỏe và nâng cao sức khỏe ngày càng cao của nhân dân; giảm tỷ lệ mắc bệnh, tật và tử vong, nâng cao sức khỏe, tăng tuổi thọ, cải thiện chất lượng cuộc sống.

- Vấn đề công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe, giảm bớt sự chênh lệch trong chăm sóc sức khỏe giữa miền núi, vùng sâu, vùng xa với khu vực khác trong cả nước, tạo điều kiện để người dân miền núi, vùng sâu, vùng xa ngày càng dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế.
- Cần có giải pháp tích cực và thực thi để chăm sóc sức khỏe người nghèo ở miền núi, vùng sâu, vùng xa.
- Tích cực triển khai các hoạt động chương trình mục tiêu y tế quốc gia, tập trung các nguồn lực bao gồm cả nhân lực và vật lực, huy động cộng đồng cùng tham

- gia. Tiếp tục khống chế, tiến tới loại trừ các dịch bệnh đang lưu hành có tỷ lệ mắc và chết cao ở khu vực miền núi như sốt rét, dịch hạch, lao, phong, bấu cổ...
- Mở rộng và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt là dịch vụ khám, chữa bệnh có chất lượng cao.
  - Tiếp tục phát triển y học cổ truyền.
  - Nâng cao năng lực quản lý của các tổ chức và cán bộ y tế miền núi, vùng sâu, vùng xa. Xây dựng các chính sách nhằm hỗ trợ cán bộ về công tác đào tạo, phụ cấp ưu đãi, hỗ trợ nhà ở nhằm động viên khuyến khích cán bộ y tế về công tác ở vùng sâu, vùng xa, vùng có khó khăn, đặc biệt là y tế tuyến xã.

### III. ĐỊNH HƯỚNG BỐ TRÍ SỬ DỤNG CÁC NGUỒN VIỆN TRỢ CHO CÔNG TÁC CHĂM SÓC VÀ BẢO VỆ SỨC KHỎE BAN ĐẦU TRONG THỜI GIAN TỚI

#### 1. Quan điểm cơ bản đối với các nguồn viện trợ cho y tế

Trong điều kiện thu nhập bình quân đầu người của nước ta còn thấp, đầu tư ngân sách Nhà nước cho hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân mới đảm bảo được khoảng 50% so với nhu cầu tối thiểu. Vì vậy việc huy động các nguồn viện trợ cho Ngành Y tế trong thời gian tới là hết sức cần thiết và rất quan trọng để phân nào bù đắp cho sự thiếu hụt ngân sách.

Quán triệt những quan điểm chỉ đạo của Đảng và Chính phủ về công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong tình hình mới và dựa trên các nguyên tắc về quản lý và sử dụng các nguồn vốn viện trợ, các quan điểm về sử dụng, điều phối viện trợ trong lĩnh vực y tế bao gồm các nội dung sau:

- Các nguồn vốn viện trợ cũng là một nguồn ngân sách, phải được cân đối đầy đủ khi xây dựng kế hoạch ngân sách hàng năm của Ngành và việc quản lý và sử dụng phải được thực hiện theo đúng các nguyên tắc về quản lý và sử dụng ngân sách của Nhà nước.
- Bộ Y tế thống nhất chỉ đạo toàn Ngành về sử dụng và điều phối ODA đồng thời thực hiện nhiệm vụ quản lý Ngành đối với tất cả các chương trình, dự án có sử dụng các nguồn vốn viện trợ cho công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân sao cho phù hợp với chính sách và mục tiêu phát triển của Ngành.
- Tranh thủ tới mức cao nhất các nguồn viện trợ không hoàn lại, viện trợ nhân đạo và vốn vay để hỗ trợ các hoạt động thường xuyên cho mọi lĩnh vực ưu tiên của Ngành, cho các mục tiêu của chương trình y tế quốc gia, các lĩnh vực hoạt động không có khả năng thu hồi kinh phí và giải quyết các vấn đề cấp bách của Ngành.



ODA vay ưu đãi sẽ do Chính phủ cân đối, điều tiết nguồn vốn, được bố trí ưu tiên cho đầu tư phát triển, tăng cường cơ sở vật chất, khoa học kỹ thuật của các lĩnh vực cả y và dược, bao gồm các cơ sở y tế tuyến trên, các trung tâm nghiên cứu và đào tạo, xây dựng và phát triển các cơ sở sản xuất thuốc, vắc xin, sinh phẩm, trang thiết bị và vật tư y tế, chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm tạo được sự chủ động trong việc cung ứng các nguồn lực tại chỗ lâu dài cho nhu cầu thường xuyên của Ngành.

- Ưu tiên bố trí ODA không hoàn lại và các khoản vay ưu đãi do Chính phủ vay để cấp phát vốn và hoàn trả nợ để thực hiện công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân ở các vùng kém phát triển, vùng nghèo, vùng sâu, vùng xa, nhằm bù đắp cho sự thiếu hụt các nguồn lực, tạo điều kiện thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe, góp phần đem lại hiệu quả to lớn cho công cuộc xoá đói giảm nghèo của Chính phủ.
- Nguồn lực trong nước phải đóng vai trò quyết định để tiếp thu có hiệu quả nguồn ODA. Bên cạnh việc triển khai thực hiện tốt các dự án ODA còn phải đảm bảo duy trì tính bền vững các chương trình, dự án bằng các nguồn lực trong nước, tránh sự thiếu hụt đột ngột sau khi kết thúc Dự án. Nguồn vốn ODA sẽ tạo ra môi trường cho quá trình phát triển, tiếp cận với tiến bộ khoa học và kỹ thuật y học của thế giới, tranh thủ thừa kế các kỹ thuật mới trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trên tất cả các lĩnh vực, góp phần vào công cuộc hiện đại hoá Ngành Y tế.

## **2. Một số nguyên tắc trong bố trí sử dụng viện trợ cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu**

Tăng cường thu hút và sử dụng ODA trong giai đoạn tới, phát triển cơ sở hạ tầng xã hội, trong đó có y tế là một lĩnh vực được ưu tiên sử dụng ODA, trước hết là ODA không hoàn lại và có điều tiết cân đối với ODA vay ưu đãi.

Trên cơ sở định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân và các quan điểm chỉ đạo cơ bản của Đảng và Nhà nước đối với ODA cho y tế trong thời gian tới, nguồn vốn ODA bao gồm cả viện trợ không hoàn lại và vay ưu đãi sẽ được tập trung sử dụng để hỗ trợ cho các hoạt động trọng tâm ưu tiên của Ngành.

### **2.1. Các hình thức sử dụng viện trợ**

- Hỗ trợ kỹ thuật: cung cấp chuyên gia tư vấn, đào tạo cán bộ, hợp tác nghiên cứu, chuyển giao công nghệ.
- Cung cấp hàng hoá, thiết bị: cung cấp các máy móc, trang thiết bị, phương tiện làm việc, vật tư tiêu hao.

- Hỗ trợ kinh phí: hỗ trợ trực tiếp cho các hoạt động trong nước như đào tạo cán bộ, tập huấn chuyên môn, mua thẻ bảo hiểm y tế.

## **2.2. Về đối tượng ưu tiên**

Ưu tiên cho các lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hoá gia đình, nhóm yếu thế dễ nhạy cảm với bệnh tật.

Nâng tỷ lệ đầu tư cho chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa, đó là những nơi còn có nhiều khó khăn, ít phát triển, người dân ít có cơ hội được tiếp cận với các dịch vụ y tế, ít có khả năng chi trả cho các dịch vụ khám, chữa bệnh.

## **2.3. Về cơ cấu đầu tư**

- Chi cho đầu tư phát triển:

Trong thời gian tới, nhu cầu đầu tư cho phát triển cơ sở vật chất và kỹ thuật của Ngành, bao gồm cả hỗ trợ cho chi thường xuyên và chi đầu tư phát triển vẫn là chủ yếu. Vì vậy, hỗ trợ cho phân cứng vẫn chiếm tỷ trọng cao, cần phải đạt được 60 - 70% vốn ODA không hoàn lại và chiếm khoảng 80 - 90% vốn ODA vay ưu đãi cho các hoạt động cung cấp và mua sắm nhằm đáp ứng các nhu cầu của Ngành trong vòng 5 - 10 năm tới.

Trên cơ sở quy hoạch tổng thể phát triển Ngành Y tế và định hướng ưu tiên của các Dự án đầu tư, nguồn vốn ODA, trong đó đặc biệt là vốn vay sẽ được ưu tiên sử dụng cho việc cung cấp trang thiết bị, còn phần đầu tư xây dựng cơ bản sẽ được huy động từ các nguồn trong nước.

- Chi cho các hoạt động chuyên môn:

Hỗ trợ hoạt động chuyên môn chú trọng vào phát triển nguồn nhân lực, được coi là một điều kiện quan trọng nhằm duy trì tính bền vững của chương trình, dự án và tạo tiền đề cho phát triển. Định hướng chủ yếu là tập trung vào các lĩnh vực nâng cao năng lực cán bộ cả về kỹ năng chuyên môn và năng lực quản lý ở các tuyến, đặc biệt là tuyến cơ sở nhằm có thể đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của nhân dân, đồng thời có thể tiếp cận, ứng dụng và phát triển các tiến bộ của thế giới về kỹ thuật y học, dược học, quản lý, nhằm từng bước đáp ứng được với mục tiêu hiện đại hoá Ngành Y tế, theo kịp với trình độ các nước trong khu vực.

Đảm bảo phát triển nguồn nhân lực cân đối, hợp lý và đồng đều giữa các khu vực cả về số lượng, chất lượng, về chuyên môn, về quản lý, đồng thời coi trọng phát triển cả y tế chuyên sâu và y tế cộng đồng. Cụ thể như sau:

- Đào tạo chuyên sâu và đào tạo liên tục tại các cơ sở trong và ngoài nước, khắc phục sự thiếu hụt và mất cân đối về nguồn nhân lực, nhằm duy trì và củng cố đội

ngũ cán bộ có bằng cấp và trình độ chuyên môn thích hợp với từng địa bàn và từng lĩnh vực của Ngành.

- Đào tạo và tập huấn nhằm nâng cao năng lực về quản lý y tế cho các cơ sở tuyến Trung ương. Hỗ trợ Bộ Y tế trong các lĩnh vực tăng cường thể chế, hoạch định chính sách, xây dựng kế hoạch phát triển Ngành Y tế trong cơ chế thị trường theo định hướng Xã hội chủ nghĩa, chú ý đến nội dung về kinh tế y tế, sử dụng hệ thống thông tin quản lý trong quá trình xây dựng kế hoạch, chỉ đạo, triển khai thực hiện và tiếp cận được với các tiến bộ y học trên thế giới. Hỗ trợ nhằm nâng cao năng lực về quản lý và khả năng huy động các nguồn lực cho Ngành Y tế.
- Cung cấp chuyên gia, trao đổi thông tin y học trong và ngoài nước, hỗ trợ về kinh nghiệm và chuyển giao công nghệ trên tất cả các lĩnh vực. Tăng cường các công trình hợp tác nghiên cứu, ứng dụng khoa học công nghệ mới về y tế.

### **3. Các lĩnh vực quan tâm đầu tư bằng vốn viện trợ trong thời gian tới**

#### **3.1. *Tiếp tục hỗ trợ nhu cầu thường xuyên của các chương trình mục tiêu y tế quốc gia***

Cung cấp thuốc, hoá chất, các loại vắc xin, sinh phẩm y tế, phương tiện, hỗ trợ sản xuất trong nước các loại sản phẩm mới nhằm duy trì những thành quả đã đạt được trong thời gian qua, chủ động phòng ngừa, khống chế đến mức thấp nhất tỷ lệ mắc, chết do các bệnh nguy hiểm như HIV/ AIDS, Sốt rét, Viêm não Nhật Bản, Viêm gan B,... và các bệnh dịch mới phát sinh như SARS, bệnh cúm A (H5N1). Tạo điều kiện để đến năm 2010 có thể từng bước loại trừ hoặc thanh toán một số các bệnh này.

Tranh thủ các nguồn viện trợ cho công tác phòng chống các bệnh nghề nghiệp, an toàn và vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường và bệnh nghề nghiệp,...

#### **3.2. *Tiếp tục kiện toàn và nâng cao chất lượng hệ thống y tế cơ sở đáp ứng yêu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trong tình hình mới***

Tăng cường xã hội hoá các hoạt động y tế, coi sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân là trách nhiệm của mỗi người, mỗi gia đình, cộng đồng và của toàn xã hội, các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu luôn được gắn liền với các hoạt động của y tế cơ sở.

Trong thời gian tới, tiếp tục dành một phần ODA đầu tư thích đáng cho tuyến y tế cơ sở, tranh thủ các nguồn viện trợ không hoàn lại và một phần vốn vay ưu đãi cho việc nâng cấp cơ sở vật chất, bổ sung trang thiết bị và đào tạo cán bộ cho tuyến dưới, góp phần từng bước hoàn thiện và củng cố y tế cơ sở theo tinh thần chỉ thị số 06/ CT-TW của ban Bí thư Trung ương Đảng. Phấn đấu đến năm 2010, có 100% số trạm y tế xã có nhà trạm kiên cố để hoạt động với trang thiết bị được nâng cấp và đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên môn đáp ứng nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức

khỏe ban đầu của nhân dân trong vùng. Cũng đến năm 2010, hầu hết số bệnh viện huyện được nâng cấp cả về cơ sở vật chất và cung cấp trang thiết bị. Đến nay, nhờ có đầu tư của ngân sách Nhà nước, của các Dự án vốn vay WB, ADB và các nguồn viện trợ không hoàn lại, hầu hết các bệnh viện huyện đã được trang bị máy X quang, xe ô tô cứu thương, trang thiết bị được bổ sung hoàn thiện cho các khoa cơ bản: hồi sức cấp cứu, sản, nhi, xét nghiệm và khoa phẫu thuật.

### **3.3. *Dành một tỷ lệ thích hợp cho y tế dự phòng:***

Nâng cấp các trung tâm y tế dự phòng tỉnh, thành phố, trang bị đồng bộ cho các Labo cơ bản để làm nhiệm vụ giám sát dịch tễ, an toàn vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường. Chú ý trang bị Labo vệ sinh an toàn lao động cho trung tâm y tế dự phòng một số tỉnh, thành phố nằm trong vùng phát triển công nghiệp.

### **3.4. *Xây dựng một số cơ sở sản xuất vắc xin, sinh phẩm, trang thiết bị y tế:***

Bố trí các nguồn ODA vay ưu đãi để xây dựng các cơ sở sản xuất thuốc, vắc xin đạt tiêu chuẩn GMP, xây dựng các cơ sở sản xuất, lắp ráp trang thiết bị và vật tư tiêu hao y tế để đạt mục tiêu đến năm 2010 cung ứng được 50% nhu cầu về trang thiết bị cho Ngành. Tăng cường các hoạt động hợp tác kỹ thuật, chuyển giao công nghệ trong các lĩnh vực sản xuất và phân phối các sản phẩm liên quan đến lĩnh vực y tế.

### **3.5. *Đầu tư hiện đại hoá cho một số trường đào tạo cán bộ y, dược, các cơ sở nghiên cứu chuyên sâu đầu Ngành trên cơ sở sử dụng nguồn ODA và hỗ trợ kỹ thuật.***

Tranh thủ các nguồn viện trợ không hoàn lại để đẩy mạnh các chương trình hợp tác đào tạo cán bộ tại chỗ, đào tạo tại các nước phát triển về một số lĩnh vực y tế chuyên sâu.

## **IV. DỰ BÁO NHU CẦU VÀ KHẢ NĂNG HUY ĐỘNG VỐN CHO CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU TRONG THỜI GIAN TỚI**

### **1. Dự báo nhu cầu nguồn vốn viện trợ thời kỳ 2006 - 2010**

Trong giai đoạn hiện nay, nước ta vẫn đang trong quá trình đẩy mạnh công nghiệp hoá, hiện đại hoá. Các mục tiêu kinh tế - xã hội cũng sẽ có những bước tiến bộ đáng kể.

Dân số nước ta dự kiến năm 2010 sẽ vào khoảng 86,5 triệu người, thu nhập bình quân đầu người khoảng 900-950 \$US/ năm. Theo dự báo về phát triển kinh tế, GDP hàng năm sẽ tăng từ 32,8 tỷ \$US năm 2000 lên 80 tỷ \$US vào năm 2010 (tức là tăng khoảng 10% mỗi năm). Theo dự kiến, mức phấn đấu đạt tỷ lệ huy động cho ngân sách hàng năm so với GDP khoảng trên 30%, đồng thời phấn đấu tăng mức chi cho sự nghiệp y tế đạt tỷ lệ 10% so với tổng chi ngân sách Nhà nước vào năm

2010 thì ngân sách chi cho sự nghiệp y tế sẽ ước đạt khoảng 1.105 triệu \$US vào năm 2010.

Nếu tỷ trọng vốn ODA trong tổng ngân sách chi sự nghiệp y tế được phân bổ vẫn giữ ở mức khoảng 15 - 20% như những năm của thập kỷ 90 thì vốn ODA cho Ngành Y tế vào năm 2010 ước vào khoảng 165,7 - 221,0 triệu \$US. Hoặc tính theo cách khác, nếu mức chi bình quân đầu người cho y tế vào khoảng 10 \$US/ năm thì năm 2010, với số dân khoảng 86,5 triệu người thì tổng ngân sách chi cho y tế sẽ khoảng 900 triệu \$US và trong đó vốn viện trợ được cơ cấu khoảng 120 triệu \$US, tức là chiếm khoảng 15%.

Cả hai cách tính trên đều chỉ ra rằng từ nay đến năm 2010, tổng nguồn vốn ODA cho y tế cần vào khoảng 500 triệu \$US. Đó là một nhu cầu lớn, nhưng so với tổng mức 10 - 12 tỷ \$US ODA dự kiến huy động trong quy hoạch thu hút và sử dụng ODA trong thời kỳ 2006 - 2010 của Nhà nước thì khả năng này cũng có thể thực hiện được. Với mức bình quân 100 triệu \$US/ năm cũng chưa phải cao lắm so với giá trị viện trợ mà Bộ Y tế đã và đang tiếp nhận trong những năm gần đây. Các kết quả được tính trên đây cũng phần nào phù hợp với yêu cầu bố trí sử dụng ODA cho khu vực dịch vụ xã hội cơ bản mà Chính phủ đã cam kết với các nhà tài trợ.

## **2. Các khả năng huy động vốn viện trợ cho lĩnh vực y tế thời kỳ 2006 - 2010**

### ***2.1. Dự kiến nguồn vốn viện trợ chuyển tiếp sau năm 2005***

Xuất phát từ xu thế phát triển các mối quan hệ song phương và đa phương giữa nước ta với các nước và các tổ chức quốc tế trong lĩnh vực y tế, căn cứ vào tình hình thực hiện các hiệp định đã được ký kết hoặc thoả thuận được chuyển tiếp vào sau năm 2005, khả năng ODA cho lĩnh vực y tế có thể đạt được dự kiến khoảng 110 triệu \$US.

### ***2.2. Định hướng vận động thu hút viện trợ cho chăm sóc sức khỏe thời kỳ 2006 - 2010***

Với tổng nhu cầu ODA trong 5 năm tới vào khoảng 475 triệu \$US, trong đó mức chuyển tiếp sau năm 2005 khoảng 110 triệu \$US, trong đó phần lớn là các Dự án đang trong giai đoạn thẩm định và phê duyệt (các dự án vay của WB, ADB, các Chính phủ). Một số dự án viện trợ không hoàn lại của khối đa phương cũng đã được dự kiến ở mức tối thiểu so với mức hỗ trợ trong giai đoạn trước đây.

Trên cơ sở đã được tính toán, Ngành Y tế sẽ còn thiếu vào khoảng 300 triệu \$US cần phải huy động và số này cần phải bổ sung thêm vào các Dự án thuộc các lĩnh vực chưa có nguồn hỗ trợ nào, trong đó, cần phải tranh thủ khai thác các tiềm năng ODA không hoàn lại để phấn đấu đạt được 475 triệu \$US trong giai đoạn 2006 - 2010. So với mức tổng viện trợ không hoàn lại của thời kỳ 2001 - 2004 là khoảng 250 triệu \$US và mức dự báo huy động 10 - 12 tỷ \$US nguồn ODA không hoàn lại của Chính phủ thời kỳ 2006 - 2010 thì khả năng này có thể đạt được.

Tuy nhiên, trong giai đoạn hiện nay, với mức thu nhập bình quân đầu người đạt khoảng 500 \$US/ năm, nước ta đang dần dần bước ra khỏi danh sách của các nước thuộc diện nghèo nhất thế giới, nên khối lượng viện trợ không hoàn lại sẽ dần dần giảm đi đáng kể. ODA vay ưu đãi cũng dần dần giảm đi và thay vào đó là lượng vay thông thường (OCR). Vì vậy, trong những năm tới chúng ta phải hết sức tranh thủ, vận động, khai thác triệt để tiềm năng của các nhà tài trợ để có thể có được các dự án với nguồn vốn lớn sử dụng cho những năm sau.

Để đảm bảo các nhu cầu chung về ODA cho công cuộc phát triển kinh tế – xã hội, các cơ quan điều phối ODA của Chính phủ mà Bộ Kế hoạch và Đầu tư là cơ quan chủ trì có trách nhiệm tổ chức và phối hợp với các Bộ, Ngành có liên quan triển khai thực hiện. Ngành Y tế với các ưu thế là được ưu tiên về sử dụng ODA vào mục đích phục vụ công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân cần phát huy lợi thế để tìm các cơ hội khai thác và đề xuất các nhu cầu thích hợp.

### **3. Bố trí nguồn vốn viện trợ cho các lĩnh vực đầu tư**

#### **3.1. Các mục tiêu cụ thể cho giai đoạn 2006 - 2010**

- Ưu tiên sử dụng vốn viện trợ không hoàn lại dành cho các lĩnh vực phát triển y tế cơ sở, các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe ban đầu, chăm sóc và bảo vệ sức khỏe bà mẹ - trẻ em và kế hoạch hoá gia đình, tập trung cho vùng nghèo và miền núi, vùng sâu, vùng xa.
- Nâng cấp trang thiết bị cho các trung tâm y tế dự phòng tuyến tỉnh, huyện.
- Nâng cấp trang thiết bị giảng dạy và Labo cho các trường đại học, cao đẳng và trung học đào tạo và bồi dưỡng cán bộ y, dược, điều dưỡng, và kinh phí cấp cho đào tạo dài hạn, đào tạo chuyên sâu.
- Xây dựng mới các cơ sở sản xuất vắc xin, trang bị dây chuyền sản xuất vắc xin: Sabin, sởi, BCG.
- Các xí nghiệp hoá dược kháng sinh mới, bào chế dược phẩm, dây chuyền sản xuất thuốc đông dược.
- Xây dựng cơ sở sản xuất dụng cụ y tế bằng các vật liệu nhựa, cao su, vật tư tiêu hao, trang bị dây chuyền lắp ráp trang thiết bị y tế.
- Hỗ trợ cho chi thường xuyên của các mục tiêu thuộc chương trình y tế quốc gia.
- Các nguồn viện trợ từ các tổ chức phi Chính phủ ưu tiên dành cho việc xây dựng thí điểm các mô hình lồng ghép y tế với phát triển cộng đồng.

**Bảng 18: Đề xuất hướng đầu tư viện trợ cho y tế giai đoạn 2006 - 2010**

TT	NGUỒN	Hình thức ODA		Các hoạt động								
		Không hoàn lại	Vay	Nâng cao năng lực	Y tế cơ sở	Nâng cấp bệnh viện		Các mục tiêu CTYTQG	BVSK BM, TE, KHHGD	YTDP	Lĩnh vực khác	
						BV huyện	BV tỉnh, TW					
I	Các tổ chức liên hiệp quốc											
	WHO	+		+								+
	UNICEF	+			+	+			+			
	UNFPA	+			+	+			+			
	UNDP	+		+					+			
II	CP các nước											
	Thụy Điển	+		+								+
	Nhật Bản	+					+	+				
	Australia	+			+	+						
	Pháp	+		+								
	Các nước khác	+	+				+			+		
III	Các tổ chức tiền tệ QT											
	WB	+	+	+	+	+	+					
	ADB	+	+	+	+	+	+					
IV	EU	+			+	+	+					
V	NGOs	+			+			+				
	Tổng thể	39%	61%	9%	19%	24%	23%	8%	4%	4%	11%	

### 3.2. Cơ cấu bố trí vốn viện trợ

Như đã tính toán ở trên, căn cứ vào lượng vốn có khả năng chuyển tiếp vào sau năm 2005 và phần vốn huy động thêm vào những năm sau, và cũng dựa trên cơ sở nguồn lực đã được thực hiện vào những năm 1995 - 2004, cơ cấu bố trí sử dụng ODA giai đoạn 2006 - 2010 cần được cân nhắc kỹ để tránh trùng lặp, ưu tiên và tập trung bố trí ODA cho các lĩnh vực phù hợp với mục tiêu công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu trong tình hình mới.

Việc bố trí như trên có thể phù hợp với định hướng ưu tiên sử dụng nguồn viện trợ không hoàn lại cho lĩnh vực y tế xã hội như những mục tiêu và tôn chỉ của Chính phủ và các nhà tài trợ. Tuy nhiên để đạt được như vậy, phải hết sức cố gắng tranh thủ và có biện pháp tốt để triển khai thực hiện các nguồn lực này.

## V. CÁC GIẢI PHÁP CHỦ YẾU ĐỂ TRIỂN KHAI THỰC HIỆN

### 1. Về cơ chế quản lý

Về cơ sở pháp lý, Bộ Y tế tiếp tục đẩy mạnh tiến trình thể chế hoá bằng cách ban hành các quy trình quản lý viện trợ nhằm phổ biến và hướng dẫn thực hiện các văn bản liên quan đến quản lý và sử dụng các nguồn viện trợ cho Ngành Y tế trên phạm vi cả nước. Về vấn đề này, ngoài việc cụ thể hoá các quy định của Chính phủ, cần phải có những quy định rõ các mối quan hệ về chức năng và nhiệm vụ của các

cơ quan trong Bộ Y tế, mối quan hệ giữa các cơ quan quản lý viện trợ của Ngành Y tế với các cơ quan quản lý viện trợ của Chính phủ và các nhà tài trợ.

Hoàn thiện công tác quy hoạch, kế hoạch hoá. Dựa trên cơ sở của bản Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010 và Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế đến năm 2010, Bộ Y tế khẩn trương xây dựng chiến lược huy động ODA của Ngành và trình các cấp có thẩm quyền phê duyệt. Từ đó có kế hoạch vận động, kêu gọi đầu tư có chất lượng không chỉ bao gồm những Dự án đã được lựa chọn theo các tiêu chí ưu tiên về vốn, về thời gian thực hiện mà còn phải phù hợp với những tôn chỉ, mục đích, thế mạnh về vốn và khoa học công nghệ của nhà tài trợ.

Các nhà tài trợ và các cơ quan được giao quyền quản lý và tiếp nhận Dự án cần phải thực hiện nghiêm túc các quy trình cơ bản:

- Khâu khảo sát ban đầu: đánh giá đúng nhu cầu viện trợ và đầu tư theo lĩnh vực ưu tiên: vùng nghèo được hưởng lợi nhiều hơn, ngân sách địa phương không đủ khả năng đầu tư, những nhu cầu cần thiết nhưng hiện tại ngân sách Nhà nước chưa đáp ứng được, đầu tư bằng nguồn vốn ODA sẽ thu được hiệu quả cao hơn các phương thức đầu tư khác.
- Khâu xây dựng Dự án: tiến hành xây dựng dự án tiền khả thi (nếu cần), trong đó dự án tiền khả thi phải có chất lượng, đưa ra được các chỉ tiêu dự báo trước, trong và sau khi đầu tư.

Khi xây dựng Dự án cần nghiên cứu đầy đủ các quy định về đầu tư, các quy chế giải ngân, chỉ tiêu tài chính, thanh quyết toán vốn, chế độ quyết toán, kiểm toán của cả hai phía Chính phủ và nhà tài trợ, các điều kiện vay vốn, thu hồi vốn, trả nợ, và cả các điều kiện huy động vốn đồng tài trợ.

Các Dự án phải được xây dựng chi tiết để dễ dàng thực hiện nhưng vẫn có khả năng điều chỉnh theo mục tiêu khi cần thiết. Bên cạnh các hoạt động của Dự án cần bố trí vốn cho hoạt động quản lý, giám sát, đánh giá, thanh quyết toán vốn và kiểm toán (nếu cần) cho Dự án.

- Khâu thực hiện Dự án: tuân thủ theo thời gian biểu thực hiện Dự án, có chế độ giám sát về các chỉ tiêu chuyên môn, chỉ tiêu tài chính, thanh quyết toán và báo cáo thường xuyên cũng như đột xuất. Thường xuyên có báo cáo đánh giá tiến độ thực hiện Dự án, phân tích những điểm mạnh, yếu, xác định nguyên nhân tồn tại và đề xuất các biện pháp để điều chỉnh kịp thời.
- Khâu đánh giá: tổ chức đánh giá giữa kỳ và đánh giá khi kết thúc Dự án, coi đây là hoạt động bắt buộc của bất kỳ dự án nào, có lịch trình rõ ràng và kinh phí cho hoạt động này.



Bản thân từng Dự án, sau khi được các cấp có thẩm quyền phê duyệt cũng phải xây dựng được quy trình quản lý toàn bộ Dự án như kế hoạch triển khai thực hiện, kế hoạch giải ngân, kế hoạch dự phòng,...

Cải thiện chế độ quản lý, điều phối ODA của Ngành Y tế, ban hành các thủ tục thẩm định, phê duyệt các chương trình, dự án thuộc thẩm quyền của Bộ Y tế quản lý. Chấn chỉnh và giao quyền cho các cơ quan quản lý và quyết toán vốn.

Giao cho một bộ phận làm đầu mối, đồng thời xây dựng mối quan hệ thường xuyên với các nhà tài trợ thông qua nhiều hình thức: hội nghị các nhà tài trợ, hội thảo, toạ đàm,...

Chú trọng đến các khâu kiểm tra, giám sát thường xuyên cũng như đột xuất, không những giám sát, theo dõi ở tầm vĩ mô mà còn phải tổ chức giám sát điểm ở những địa bàn thực hiện Dự án.

Củng cố hệ thống thanh tra tài chính, kiểm toán các chương trình, dự án viện trợ, coi đó là hoạt động bắt buộc hàng năm.

Xây dựng và tổ chức triển khai thực tốt cơ chế đấu thầu, mua sắm và quản lý các trang thiết bị, vật tư và hàng hoá trong quá trình đưa vào sử dụng. Ban hành các hướng dẫn chi tiết về quy chế đấu thầu, mua sắm phù hợp với các chương trình, Dự án có sử dụng vốn viện trợ để các địa phương, đơn vị có thể triển khai thực hiện một cách thuận lợi, trong khi đó Bộ Y tế vẫn có thể tổ chức giám sát được.

## **2. Củng cố hoạt động tuyến y tế cơ sở**

Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở (xã, phường, thị trấn và y tế thôn, bản), Nhà nước tiếp tục tập trung ưu tiên đầu tư, kết hợp với chính quyền các cấp ở địa phương huy động các nguồn lực để thực hiện tốt Chuẩn quốc gia về y tế xã, Phong trào Làng Văn hoá và Sức khoẻ, trong đó công tác CSSKBĐ tập trung đánh giá và chuẩn hóa mẫu thiết kế trạm y tế, trang thiết bị... cho phù hợp theo vùng địa lý, sinh thái và nhu cầu thực tế, cả về kỹ thuật cũng như phương tiện, cung cấp dịch vụ. Trang bị này phải được xác lập dựa trên nhu cầu sử dụng tại chỗ và phải phù hợp với trình độ cán bộ. Tránh tình trạng đầu tư dàn trải, lãng phí và chông chéo. Đặc biệt lưu ý những bộ dụng cụ trong tiểu phẫu, đèn soi, dụng cụ tiết trùng. Nơi có tần suất đẻ tại trạm y tế cao thì cần có những bộ dụng cụ cơ bản về sản khoa. Cung cấp đầy đủ các phương tiện, dụng cụ sử dụng cho tiêm chủng mở rộng. Mỗi trạm y tế đều được trang bị các phương tiện, tài liệu cho truyền thông GDSK, vệ sinh phòng bệnh,...

*Đối với trạm y tế:* phát huy hết khả năng của cán bộ y tế cơ sở cho các hoạt động khám chữa bệnh, vệ sinh phòng dịch, TT-GDSK, quản lý sức khoẻ, nhất là các hoạt động y tế dự phòng, tổ chức và huy động được sự tham gia liên ngành, và của nhân dân. Đề xuất và kiến nghị hướng giải quyết đối với nơi còn thiếu, yếu về nhân lực. Đào tạo nâng cao chuyên môn nghiệp vụ và quản lý y tế, đặc biệt nơi khó khăn,

vùng sâu, vùng xa. Tăng cường đào tạo và sử dụng cán bộ là người dân tộc thiểu số. Có chính sách bảo đảm đời sống ổn định cho các bác sỹ công tác tại trạm y tế. Thực hiện chính sách luân chuyển cán bộ hàng năm giữa bệnh viện huyện và trạm y tế xã nhằm nâng cao trình độ nghiệp vụ chuyên môn, bổ sung kiến thức và nắm bắt được tình trạng sức khỏe cộng đồng cho các bác sỹ tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.

*Đối với y tế thôn, bản:* tiếp tục kiện toàn mạng lưới y tế thôn, bản và các cơ chế, chính sách để họ có thể yên tâm tham gia hoạt động lâu dài. Đào tạo các khoá cơ bản cho đội ngũ cán bộ y tế thôn, bản, tình nguyện viên và có một chức danh y tế. Trang bị những điều kiện cần thiết như túi thuốc, túi truyền thông, sổ theo dõi và quản lý sức khỏe, dịch bệnh, môi trường. Lưu ý lựa chọn những vùng có đầu tư cho y tế thôn, bản có thể tham gia chữa bệnh thông thường, nhưng ở vùng có điều kiện cơ sở y tế tốt hơn thì tập trung vào dự phòng, truyền thông, quản lý sức khỏe.

### **Tài chính cho y tế cơ sở**

Nguồn tài chính từ ngân sách Nhà nước, địa phương, viện trợ theo chương trình dọc, hỗ trợ của bảo hiểm y tế, thu phí dịch vụ y tế, lãi quay vòng vốn thuốc, mở thêm dịch vụ mới, chăm sóc tại nhà... Điều quan trọng là đảm bảo đời sống để cán bộ y tế cơ sở yên tâm công tác lâu dài tại các cơ sở y tế công. Tài chính cho tuyến xã cần được kết cấu tăng kinh phí về dự phòng, truyền thông GDSK, tổ chức các hoạt động về nâng cao sức khỏe tại cộng đồng theo quy mô dân số, nơi có dân cư thưa thớt cần có định mức phù hợp để có thể thực hiện được. Ngành Y tế có giải pháp đề xuất chính sách tiền lương hợp lý cho cán bộ y tế, nhất là tuyến cơ sở để họ yên tâm công tác lâu dài, đầu tư học tập và nâng cao tay nghề, nâng cao y đức.

### **3. Tăng cường quản lý CSSKBĐ**

Thực hiện quản lý theo ngành, xong cần xây dựng các mối quan hệ liên ngành, đoàn thể và đặc biệt sự lãnh đạo của cấp uỷ Đảng và chính quyền các cấp. Phương thức hoạt động, lề lối làm việc cần được thường xuyên cải tiến cho phù hợp và hiệu quả, gần dân, chủ động phát hiện những vấn đề sức khỏe, giải quyết vấn đề sức khỏe ưu tiên để cộng đồng quyết định và tham gia thực hiện. Cần công khai, dân chủ, cần được đào tạo và đào tạo lại, nâng cao y đức để phục vụ có hiệu quả đồng thời phải quan tâm thích đáng tới quyền lợi của cán bộ, nhân viên y tế (lương, phụ cấp, thưởng, thù lao theo quy định).

Củng cố lại hệ thống CSSKBĐ từ Trung ương đến địa phương giúp cho việc tổ chức thực hiện, quản lý, giám sát, huy động các nguồn lực cũng như tham gia của xã hội và người dân tại cộng đồng thực sự có hiệu quả. Đầu tư và phát huy chức năng, nhiệm vụ của y tế huyện “tuyến hỗ trợ thứ nhất trực tiếp” và của y tế tuyến trên một cách thường xuyên và toàn diện đối với trạm y tế xã và thôn, bản.

#### **4. Tăng cường sự tham gia của chính quyền và các ngành trong CSSKBĐ**

Huy động nguồn lực tham gia vào việc củng cố và hoàn thiện y tế cơ sở. Vận động và có chính sách ưu đãi cho các cán bộ y tế về công tác tại tuyến cơ sở nhất là đội ngũ bác sỹ mới ra trường. Phát huy sức mạnh kết hợp quân dân y, y tế ngành vào việc củng cố y tế cơ sở. Chú trọng các xã ở vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo. Cần có những quy chế để huy động y tế tư nhân tham gia vào công tác CSSKBĐ. Tránh tình trạng y tế tư nhân chỉ biết chạy theo lợi nhuận, còn phần dự phòng, truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức và nâng cao sức khoẻ của người dân tại cộng đồng lại chỉ do hệ thống y tế công đảm nhiệm. Huy động các nguồn lực từ các tổ chức, cá nhân thực hiện ở quy mô nhỏ nhưng hiệu quả cao.

Cam kết của các cấp uỷ Đảng, chính quyền, đoàn thể và sự tham gia của cộng đồng. Cần phát huy vai trò thực sự của ban CSSKBĐ các cấp, nhất là cấp xã để có thể đạt được sự tham gia của các cấp các ngành trong sự nghiệp CSSKBĐ và nếu chỉ riêng y tế sẽ không thể làm được. Sự tham gia của nhân dân là cần thiết và người dân cần xoá bỏ định kiến về bao cấp, cho đó là công việc của y tế, của Nhà nước mà quên mất vai trò trung tâm của mình. Chỉ khi cộng đồng và người dân tham gia bằng những việc làm cụ thể thì vấn đề CSSKBĐ mới thực sự bền vững như sự nỗ lực đầu tư của Đảng và Nhà nước cho công tác này.

#### **5. Giải pháp về cơ chế chính sách**

*Tiếp tục thực hiện có hiệu quả các chính sách ưu tiên về CSSK cho các đối tượng chính sách, người nghèo, vùng nghèo, người có thu nhập thấp, vùng cao, vùng xa, đồng bào dân tộc, bà mẹ và trẻ em được chăm sóc sức khoẻ ban đầu và có khả năng tiếp cận dịch vụ y tế thiết yếu, từng bước thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân. Tranh thủ các chương trình xoá đói, giảm nghèo, chương trình phát triển kinh tế xã hội cho các xã đặc biệt khó khăn của Chính phủ để sử dụng có hiệu quả phần đầu tư dành cho y tế. Tiếp tục thực hiện miễn phí khám chữa bệnh cho các đối tượng theo qui định của nhà nước.*

*Mở rộng bảo hiểm y tế tự nguyện, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân, đảm bảo cho người dân có thể bảo hiểm y tế được phục vụ ngay tại tuyến xã.*

*Phát triển, đa dạng hoá các loại hình dịch vụ y tế trong đó có y tế tư nhân xong cần có kiểm tra, kiểm soát chặt chẽ, thực hiện pháp lệnh hành nghề y được tư nhân, đồng thời quản lý theo dõi và huy động họ tham gia vào hoạt động CSSKBĐ, hoạt động nhân đạo.*

*Bổ sung, sửa đổi và xây dựng những chính sách liên quan đến CSSKBĐ. Xây dựng hệ thống văn bản hướng dẫn việc triển khai những chính sách lớn đã được ban hành, trong đó có thực hiện Chuẩn quốc gia về y tế xã, xây dựng Làng Văn hóa - Sức khỏe. Xây dựng cơ chế phối hợp, lồng ghép những “kênh” can thiệp, đầu tư, nâng cao*

năng lực cho tuyến y tế cơ sở, nhận thức và thay đổi hành vi của người dân (người sử dụng dịch vụ), lãnh đạo, quản lý cộng đồng về những phương diện: nguồn lực, chương trình đào tạo, thu thập thông tin, báo cáo, giám sát, chia sẻ thông tin, bài học kinh nghiệm... Nghiên cứu và xây dựng các chính sách mới về y tế cơ sở và CSSKBĐ cho giai đoạn mới.

## **6. Tổ chức thực hiện**

Tổ chức triển khai đào tạo và đào tạo lại cho đội ngũ cán bộ làm công tác điều phối, quản lý và sử dụng ODA. Nội dung đào tạo, tập huấn là phổ biến những quy định của Chính phủ, của Bộ Y tế và của những nhà tài trợ, bởi vì các quy định của Chính phủ, của Bộ Y tế phải được áp dụng trên phạm vi cả nước, nhưng những quy định của nhà tài trợ lại chỉ áp dụng trên phạm vi giới hạn, thậm chí còn khác nhau ở mỗi địa bàn.

Tăng cường hiệu quả các hoạt động của cơ quan điều phối các Dự án của Bộ Y tế.

Dựa trên quan điểm, ODA cũng là một nguồn ngân sách Nhà nước, vì vậy công tác quản lý về tài chính, cách thức mua sắm, đấu thầu, thanh quyết toán và kiểm toán cũng phải được một cơ quan có thẩm quyền của Bộ Y tế quản lý thống nhất và mọi thủ tục đều phải được thực hiện theo Luật Ngân sách Nhà nước.

Ngoài trách nhiệm của các bộ phận quản lý ODA của Bộ Y tế và các cấp, cần chấn chỉnh và giao nhiệm vụ cho các bộ phận thống kê ở các cấp có trách nhiệm tổng hợp, xử lý và báo cáo lên các cơ quan có thẩm quyền và cũng là cơ quan duy nhất được phép công bố các thông tin về ODA. củng cố hệ thống thông tin, thiết lập và duy trì kênh thông tin giữa các bên về các lĩnh vực đầu tư và tình hình thực hiện về vốn.

Nâng cao trách nhiệm của đơn vị thực hiện Dự án viện trợ:

- Đối với Dự án vốn vay mà địa phương hoặc cơ quan hưởng lợi phải có trách nhiệm trả nợ toàn bộ hoặc một phần thì phải có trách nhiệm tự thanh quyết toán với các nhà tài trợ.
- Đối với các Dự án viện trợ không hoàn lại: được ghi vào ngân sách những khoản mua sắm, xây dựng cơ bản của đơn vị.
- Tăng cường khả năng điều phối theo địa bàn thông qua việc phân cấp, phân quyền. Các địa phương có trách nhiệm cấp phát ngân sách giám sát tài chính.
- Củng cố ban quản lý dự án tại địa phương với nhiệm vụ trọng tâm là giám sát việc giải ngân và thúc đẩy tiến độ thực hiện Dự án.

## VI. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

### 1. Kết luận

Tính đến nay, tổng số vốn cam kết cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe ban đầu đạt khoảng 180 triệu \$US trong tổng số 1 tỷ \$US đã được cam kết tài trợ cho Ngành Y tế. Các tổ chức quốc tế và Chính phủ các nước tài trợ cho lĩnh vực Chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm ADB, EC, UNICEF, WB, WHO và Chính phủ Australia, Bỉ, Canada, Đan Mạch, Phần Lan, Italia, Nhật Bản, Luxembourg, Hà Lan, Na Uy, Hàn Quốc, Tây Ban Nha, Thụy Điển, Thái Lan, Hoa Kỳ,...

Hoạt động hợp tác quốc tế trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe đã được hình thành và phát triển từ những năm đầu thập kỷ 90 và đến nay đã mở rộng với nhiều nước và các tổ chức tài chính quốc tế. Cơ chế thu hút nguồn tài trợ phát triển song phương và đa phương đã được thiết lập về cơ bản. Nguồn hỗ trợ phát triển chính thức (ODA) đã tăng dần lên trong những năm gần đây và được tập trung chủ yếu cho các chương trình như: chăm sóc sức khỏe ban đầu cho bà mẹ, trẻ em và tăng cường năng lực của y tế cơ sở, phòng chống một số bệnh gây dịch nguy hiểm, và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân ở vùng nghèo, vùng khó khăn.

Mục tiêu và nội dung của các Dự án viện trợ cho chăm sóc sức khỏe ban đầu phù hợp với chủ trương của Ngành Y tế, sử dụng các nguồn này để thực hiện các Dự án ưu tiên cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe ban đầu cho bà mẹ và trẻ em, hỗ trợ nâng cao năng lực quản lý và chuyên môn của y tế cơ sở. Trong quá trình hoạt động, luôn luôn đảm bảo việc sử dụng vốn theo hướng tập trung ưu tiên, đảm bảo tiến độ giải ngân và đánh giá chi phí hiệu quả hợp lý.

Công tác quản lý Dự án, nhất là giai đoạn sau khi ký kết hiệp định đã được chú trọng, nhất là ở các cơ quan thực hiện Dự án. Đối với các Dự án vay ưu đãi có quy mô lớn đều thiết lập các ban quản lý chuyên trách với chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn rõ ràng trong quá trình thực hiện.

Sau một thời gian hình thành và phát triển, đến nay các thủ tục và quy định của cả Chính phủ và nhà tài trợ đều đã được áp dụng có hiệu quả, các thủ tục về giải ngân và tổ chức đấu thầu đều đã được tiến hành theo đúng các quy định của các bên, đảm bảo hiệu quả sử dụng vốn và tiết kiệm vốn vay.

Lồng ghép chương trình xóa đói giảm nghèo của Chính phủ với các Dự án chăm sóc sức khỏe ban đầu, chương trình dân số và kế hoạch hoá gia đình, chương trình tiêm chủng mở rộng, chương trình phòng chống các bệnh xã hội và các bệnh nguy hiểm gây dịch,.... Các Chương trình, Dự án được thực hiện đồng bộ và ưu tiên thực hiện ở các địa phương thuộc miền núi, vùng sâu, vùng xa.

## **2. Kiến nghị**

### **2.1. Đối với các cơ quan Chính phủ**

Tiếp tục nghiên cứu để hoàn chỉnh các văn bản quy định thống nhất về quản lý và điều phối ODA từ Trung ương đến tận cơ sở, tạo hành lang pháp lý cho các Bộ, Ngành và địa phương làm tốt hơn nữa công tác quản lý, sử dụng và điều phối ODA trong phạm vi đơn vị phụ trách.

Cần có sự phân công, phân cấp hợp lý trong quá trình điều phối, quản lý ODA theo Ngành và theo lãnh thổ, trong đó sự điều phối phải được thống nhất trong toàn Ngành, công tác điều hành, quản lý cần có sự phối hợp chặt chẽ trong Ngành và với các địa phương.

Đảm bảo thực hiện tốt các cam kết giữa Chính phủ với các các nhà tài trợ về các nguồn ODA đã được ký kết, trong đó đảm bảo thực hiện những cam kết đóng góp của phía Việt Nam về vốn, nhân lực, chính sách và các hỗ trợ khác,...

### **2.2. Đối với các nhà tài trợ**

Thực hiện chế độ thông tin đa chiều thường xuyên giữa các cơ quan của Chính phủ, Bộ Y tế và các nhà tài trợ. Bộ Y tế có trách nhiệm thông báo cho các nhà tài trợ về những quy định của Chính phủ Việt Nam về công tác quản lý và điều phối ODA, những ưu tiên sử dụng ODA và những vấn đề có liên quan đến các lĩnh vực đầu tư và phát triển của Ngành Y tế. Các nhà tài trợ có trách nhiệm thông báo cho Bộ Y tế những tôn chỉ, mục đích, điều kiện, các lĩnh vực ưu tiên và các quy trình, quy phạm triển khai Dự án ODA của các nhà tài trợ.

Dựa trên những thông tin về các quy định của Chính phủ Việt Nam, các nhà tài trợ cần xây dựng các quan hệ với đối tác, đảm bảo tính khách quan, vô tư trong quá trình cung cấp ODA cho Ngành Y tế, tạo điều kiện tốt nhất cho các đối tác Việt Nam có được tính chủ động trong việc thực hiện các Dự án một cách hiệu quả.

Đối với các Dự án vay song phương, nước cho vay cần có quy định rất cụ thể về tỷ lệ mua sắm các mặt hàng thiết yếu, theo hướng giảm tỷ lệ mua sắm các mặt hàng tại nước cho vay, tăng ưu tiên mua sắm các mặt hàng sản xuất tại Việt Nam.

Tất cả các tổ chức phi Chính phủ, các Chính phủ và các tổ chức quốc tế khi triển khai thực hiện một Dự án cần phải tuân thủ theo mọi nguyên tắc của luật pháp Việt Nam, tuân thủ theo đường lối chiến lược về y tế của Việt Nam và cũng cần đảm bảo là không làm ảnh hưởng đến các hoạt động thường xuyên của các cơ sở hoặc các chương trình chăm sóc sức khỏe đã và đang được triển khai thực hiện.

Việc điều chỉnh kế hoạch thực hiện Dự án của các Dự án vốn vay dài hạn là cần thiết nhằm đáp ứng được các nhu cầu khách quan, song phải có sự thoả thuận của các bên có liên quan.

-----o0o-----

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghị quyết 46-NQ/TW ngày 23/ 02/ 2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
2. Quyết định số 243/ 2005/ QĐ-TTg ngày 05/ 10/ 2005 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ Chính trị.
3. Tài khoản Y tế Quốc gia - Quá trình thực hiện và phát triển ở Việt Nam (The process of implementation and development in Viet Nam), nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội, 2004.
4. Niên giám thống kê y tế hàng năm từ 1994 đến 2004.
5. Báo cáo đánh giá viện trợ hàng năm của Bộ Y tế.
6. Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010.
7. Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.
8. Báo cáo của Bộ Tài chính chi ngân sách cho y tế giai đoạn 1991 - 1997.
9. World Development Report, the World Bank 2004.
10. The World Health Report, WHO 2004; Changing history.
11. Viet Nam Growing in Healthy: a review of Vietnam's health sector, May 2001.
12. Results of population projections for whole country, geographic regions and 61 provinces/ cities; Vietnam 1999 - 2024; Statistical publishing house, Hanoi, 2001.

Các nhà tài trợ cho lĩnh vực y tế, dân số, kế hoạch hoá gia đình giai đoạn 2001 - 2010

TỈNH	Số DA	China			ADB			Canada			UNICEF			EC			JICA			AusAID			GTZ			UNFPA		
		YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS
An Giang																												
Bắc Cạn					D																							
Bắc Giang					D																							
Bạc Liêu		X																										
Bắc Ninh					D																							
Bến Tre					N																							
Bình Định					D																	X						
Bình Dương					D																							
Bình Phước					D	N																						
Bình Thuận					D																							
Cà Mau																												
Cần Thơ					N																							
Cao Bằng					D																							
Đà Nẵng					D										X													
Đắc Lắc					T																							
Đắc Nông					T																							
Điện Biên		X			D																							
Đồng Nai					D																							
Đồng Tháp																												
Gia Lai					T																							
Hà Giang					D																							
Hà Nam					D																							
Hà Nội					D																							
Hà Tây					D																							
Hà Tĩnh					D																	X						
Hải Dương					D																							
Hải Phòng					D																							
Hậu Giang					N																							
TP. HCM					D																							
Hoà Bình					D	N									X													
Hung Yên					D																							
Khánh Hoà					D	N																						
Kiên Giang																												
Kon Tum					T																							
Lai Châu					D																							



TỈNH	Số DA	China			ADB			Canada			UNICEF			EC			JICA			AusAID			GTZ			UNFPA		
		YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS	YT	KHH GĐ	SKSS
Lâm Đồng					T																							
Lạng Sơn					D																							
Lào Cai					D																							
Long An					N																							
Nam Định					D																							
Nghê An					D												X							X				
Ninh Bình					D N																			X				
Ninh Thuận					D																							
Phú Thọ					D N																							
Phú Yên					D																							
Quảng Bình					D N																				X			
Quảng Nam					D																							
Quảng Ngãi					D N																							
Quảng Ninh					D N																							
Quảng Trị					D																							
Sóc Trăng									X																			
Sơn La					D																							
TT Huế					D																							
Tây Ninh					D																							
Thái Bình					D																							
Thái Nguyên					D																							
Thanh Hoá					D				X																			
Tiền Giang					N																							
Trà Vinh																												
Tuyên Quang					D																							
Vĩnh Long																												
Vĩnh Phúc					D N																							
B.Rịa – V.Tàu					D																							
Yên Bái					D																							

Ghi chú: D: các tỉnh có dự án y tế Dự phòng  
N: các tỉnh có dự án y tế Nông thôn  
T: các tỉnh có dự án y tế Tây Nguyên

