MỞ RỘNG CÁC LỰA CHỌN TÀI CHÍNH DÀI HẠN CHO PHÒNG CHỐNG HIV Ở VIỆT NAM

Tháng 8 năm 2012

Tóm tắt

Trong những năm gần đây, Việt Nam đã đạt được những thành công đáng kể trong việc mở rộng các chương trình nhằm ứng phó với đại dịch HIV/AIDS. Tuy nhiên, dù các cơ quan công lập và các tổ chức dân sự xã hội đóng vai trò chính trong thành công này thì tới 74% nguồn lực lại do các đối tác tại các nước phát triển cung cấp.

Do hệ quả của cuộc khủng hoảng tài chính toàn cầu và thời kỳ thắt lung buộc bụng về tài chính ở nhiều nước phát triển, nguồn tài trợ dự kiến sẽ giảm trong những năm sắp tới. Điều này tạo ra những thách thức lớn cho các nhà hoạch định chính sách của Việt Nam khi muốn đảm bảo mức độ và chất lượng các dịch vụ HIV/AIDS sẽ được duy trì và mở rộng.

Để đáp ứng với những thách thức này, báo cáo của chúng tôi sẽ tìm hiểu một số lựa chọn tài chính trong nước nhằm ứng phó với HIV/AIDS và đánh giá tiềm năng đóng góp của các lựa chọn này trong đáp ứng các nhu cầu hiện tại và nhu cầu ước tính trong tương lai cho các chương trình HIV/AIDS quốc gia.

Dự tính nguồn lực cần thiết cho giai đoạn 2012-2020 sẽ tăng từ 2,4 nghìn tỷ VNĐ vào năm 2012 lên 6,4 nghìn tỷ VNĐ vào năm 2020. Nguồn lực cơ bản sẵn có ước tính 2,4 nghìn tỷ VNĐ vào năm 2012, giảm xuống còn 1,13 nghìn tỷ VNĐ vào năm 2020.

Theo các số liệu trong kịch bản gốc ban đầu, khoảng thiếu hụt tài chính trong năm 2012 là 0,09 nghìn tỷ VNĐ và tăng lên 5,3 nghìn tỷ VNĐ vào năm 2020. Khoảng thiếu hụt tài chính trong năm 2012/13 tương đương với 0,04% GDP. Đến năm 2020, khoảng thiếu hụt này sẽ tăng lên 0,085% GDP.

Để lấp đầy khoảng thiếu hụt này, chúng tôi tìm hiểu một số nguồn tài chính bổ sung trong nước, bao gồm tăng cường đóng góp tài chính từ các bộ ngành và đóng góp của lĩnh vực tư nhân, thực hiện thu phí hàng không, tăng thuế và tiết kiệm hiệu quả.

Bảo hiểm Y tế Xã hội (BHYTXH) là một công cụ tài chính tiềm năng trong phòng chống HIV và AIDS thông qua việc tăng tiếp cận các dịch vụ ngoại trú và nội trú trong đó bao gồm cả điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội cho các bệnh nhân AIDS và người nhiễm HIV. Việt Nam đang mong đợi bảo hiểm y tế sẽ trở thành một nguồn lực tiềm năng để thu hẹp thiếu hụt giữa nhu cầu nguồn lực và nguồn lực sẵn có. Chương trình bảo hiểm y tế toàn dân sẽ chứng kiến sự gia tăng số lượng người nhiễm HIV tham gia các chương trình BHYT. Trong bối cảnh không có các nguồn lực khác cho điều trị HIV/AIDS, chúng ta nên tìm hiểu kỹ hơn khả năng của BHXHVN nhằm xác định liệu BHXHVN có thể chi trả phần thuốc điều trị ART cho bệnh nhân thế nào. Chúng tôi ước tính rằng trong giai đoạn 2012-2020, VSS có khả năng đóng góp khoảng 5,84 nghìn tỷ VNĐ cho chi phí điều trị HIV/AIDS. Tất nhiên, điều nay còn tùy thuộc vào các nhu cầu cạnh tranh khác (các ưu tiên của VSS) và nguồn vốn thỏa đáng trong giai đoạn này.

Về các bước tiếp theo, (i) các bên liên quan cần đạt được sự đồng thuận về nguyên tắc BHXHVN sẽ tăng dần chi trả cho các dịch vụ y tế liên quan tới AIDS khi các nhà tài trợ rút dần đi; (ii) cần tiến hành một phân tích thống kê bảo hiểm chi tiết để có được những ước tính chính xác hơn về số lượng PLWHA sẽ được BHXHVN bao phủ qua các giai đoạn thời gian, và những lợi ích cụ thể liên quan tới AIDS mà họ sẽ được hưởng theo BHXHVN; (iii) điều quan trọng là phải hiểu được cách chuyển dịch từ nguồn vốn tài trợ sang thay thế bằng bao phủ BHXHVN. Lý tưởng nhất là có một quá trình chuyển đổi liền mạch từ tài trợ sang bảo hiểm BHXHVN. Điều này sẽ đòi hỏi phải có kế hoạch chi tiết với các nhà tài trợ.

Kinh nghiệm quốc tế nhấn mạnh vai trò của việc **lồng ghép tài chính từ khu vực công** trong hỗ trợ nguồn lực cho các chương trình HIV/AIDS. Trong bối cảnh Việt Nam, khi một số bộ ngành thực hiện các hoạt động phòng chống HIV/AIDS, mong muốn theo đuổi lựa chọn lồng ghép nguồn lực nhiều hơn không được chú ý lắm tại thời điểm này. Lý do chính bởi vì việc này đòi hỏi sự thay đổi trong Luật Ngân sách với quy định những bộ ngành nào có thể phải chi trả các chi phí liên quan tới 'Y tế, dân số và kế hoạch hóa gia đình'

Đóng góp từ khu vực tư nhân đóng một vai trò quan trọng trong cuộc chiến chống lại đại dịch HIV/AIDS. Có thể khuyến khích đóng góp của khu vực tư nhân thông qua tăng cường ý thức công dân hoặc do những tác động trực tiếp của HIV/AIDS tới công việc kinh doanh. Có khả năng tăng đóng góp của khu vực tư nhân ở Việt Nam. Trên cơ sở dự toán thô, chúng tôi ước tính có thể thu được 0,76 nghìn tỷ VNĐ trong năm 2020 để tài trợ cho các chương trình dự phòng tại nơi làm việc ở khu vực tư nhân. Tuy nhiên, để chuyển dịch theo xu hướng tham gia nhiều hơn của khu vực tư nhân, đòi hỏi một số bước, bao gồm (i) tăng cường vận động nhằm khuyến khích các công ty tư nhân đóng vai trò lớn hơn trong tài trợ cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS tại nơi làm việc, (ii) xác minh chi phí của các chương trình này; và (iii) ước tính tác động tài chính và tác động kinh doanh tới các doanh nghiệp.

Sử dụng **thu phí hàng không** đối với các chuyến bay khởi hành quốc tế, một trong những cơ chế tài chính sáng tạo mới được thực hiện gần đây ở một số nước Châu Âu và số ít nước Châu Phi, cũng có tiềm năng gia tăng doanh thu. Dựa trên lưu lượng vận tải hàng không hiện tại và ước đoán, chúng tôi ước tính doanh thu từ mức phí hàng không 5 USD sẽ vào khoảng 1,31 nghìn tỷ VNĐ trong năm 2020. Tính toán này dựa trên những ước tính thận trọng về mức tăng trưởng lượng hành khách trong các năm sắp tới và có thể trở thành nguồn thu bổ sung hữu hiệu do chỉ thu một mức phí tương đối nhỏ trong tổng chi phí vé máy bay và mức phí này không ảnh hưởng tới người nghèo. Cần thực hiện việc thu phí hàng không từng bước một, bao gồm việc tham vấn với các hãng hàng không ở Việt Nam, và các cơ quan thuế có liên quan tới quy trình này. Mục đích của quy trình tham vấn nhằm thu hút sự tham gia của ngành công nghiệp. VAAC và UNAIDS có thể xem xét kết hợp với đại diện của UNITAID trong quá trình này bởi họ sẽ chia sẽ những kinh nghệm quốc tế cụ thể.

Nếu các nguồn tài chính khác vẫn chưa đủ, không gian tài chính bổ sung có thể được tạo ra thông qua **vay bổ sung**. Trong trường hợp của Việt Nam, chính phủ đã tăng vay trong những năm gần đây để chống lại các tác động của khủng hoảng tài chính toàn cầu. Trong khi có khả năng gia tăng nguồn lực cho HIV và AIDS từ các nguồn vay bổ sung trong ngắn hạn, báo cáo này không xem xét kỹ hơn lựa chọn này và các ước tính đã loại trừ bất cứ nguồn lực nào có được từ vay mới.

Cũng cần nhấn mạnh tầm quan trọng của **các khoản tiết kiệm hiệu quả** và **xác định ưu tiên** trong những tình huống mà nguồn lực bổ sung chưa thể huy động sớm. Khi các nguồn lực sẵn có không phù hợp với nhu cầu đã xác định (nghĩa là thiếu hụt tài chính không thể giảm hoàn toàn nhờ các nguồn lực bổ sung) thì một giải pháp rõ ràng cho thiếu hụt vốn đó là ưu tiên hóa nguồn vốn cho các dịch vụ có ưu tiên cao nhất và sau đó rút bớt vốn khỏi những dịch vụ không được coi là ưu tiên cao. Mọi hệ thống chăm sóc y tế ở nhiều cấp độ đều phải đưa ra những quyết định khó khăn như thế này hàng ngày, công khai hay ngấm ngấm.

Nói tóm lại, từ tổng kết về các nguồn lực bổ sung mô tả trên, chúng ta có thể kiểm định tổng nguồn lực sẵn có cho HIV. Thu phí hàng không đem lại doanh thu lớn nhất tương đương 82% nguồn lực mới trong suốt thời gian nghiên cứu. Khi tất cả các nguồn lực bổ sung nêu trên được cộng them vào nguồn lực nền, rõ ràng là thiếu hụt tài chính sẽ được lấp đầy dễ dàng.

Lời cảm ơn

Báo cáo này là sản phẩm của Văn phòng Chương trình phòng chống AIDS Liên hợp Quốc (UNAIDS) tại Việt Nam và được UNAIDS Việt Nam phối hợp với Cục phòng chống AIDS Việt Nam tiến hành

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự đóng góp thông tin và tri thức từ các cá nhân và tổ chức sau:

- PGS.TS. Nguyễn Thanh Long, Thứ trưởng Bộ Y tế, Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế.
- PGS.TS. Bùi Đức Dương, Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế.
- ThS. Dương Thúy Anh, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế ;
- Ông Nguyễn Quang Ân, Phó Vụ trưởng Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế;
- Bà Đỗ Thị Thúy Hằng, Phó Vụ trưởng Vụ Hành chính sự nghiệp và ông Nguyễn Tri Phương, Vụ Ngân sách, Bộ Tài chính;
- Ông Lê Văn Khảm, Phó Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế
- Ông Dương Tuấn Đức, Ban thực hiện chính sách y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam;
- Các nhà tài trợ: PEPFAR, WB, DFID, WHO, ADB và các nhà tài trợ khác;
- Bà Nguyễn Thu Anh – Chemonics,
- Ông Lê Ngọc Bảo - Pathfinder Việt Nam
- Các thành viên tham gia buổi thuyết trình ngày 18/04/2012 tại Cục phòng chống HIV/AIDS (khi chúng tôi trình bày bản sơ thảo của báo cáo), vì họ đã đóng góp những ý kiến thấu đáo và tích cực.

Lời cảm ơn đặc biệt dành cho bác sĩ Andreeva Vladanka, Cố vấn về theo dõi đánh giá (M&E),và bác sĩ Nguyễn Cẩm Anh - Chuyên gia phân tích M&E, UNAIDS Việt Nam vì hỗ trợ sự giúp đỡ kỹ thuật nhiệt tình trong quá trình thực hiện đánh giá. Báo cáo này cũng nhận được sự hỗ trợ kỹ thuật của TS. Robert Greener, văn phòng UNAIDS Geneva Thụy sĩ.

Báo cáo này này được biên soạn và viết bởi nhóm tác giả gồm Robin Thompson, Ed Humphrey, Tomas Lievens và Nguyễn Thị Thúy Nga. Các tác giả chính là nhân viên của cơ quan Quản lý Chính sách Oxford (Oxford Policy Management) Nguyễn Thị Thúy Nga là giảng viên của Trường Đại học Y tế Công cộng Hà nội. Người nhận phản hồi về báo cáo là đồng tác giả Tomas Lievens, tomas.lievens@opml.co.uk

Mục lục

Tóm tắt		3
Lời cảm ơn		5
Mục lục		6
Danh mục bảng và biểu		8
1	Cơ sở của báo cáo	10
2	Nhu cầu nguồn lực, giai đoạn 2012-2020	12
3	Bối cảnh kinh tế vĩ mô	14
4	Kịch bản nền	17
4.1	Nguồn lực tài chính sẵn có	17
4.2	Thiếu hụt tài chính cho HIV/AIDS	20
5	Các nguồn tài chính thay thế	22
5.1	Bảo hiểm y tế xã hội	22
5.2	Nguồn tài chính lồng ghép/mainstreaming -đóng góp từ khu vực công lập	27
5.3	Đóng góp của các công ty tư nhân	31
5.4	Thu phí hàng không	36
5.5	Vay bổ sung	39
5.6	Thiếu hụt tài chính và các nguồn vốn thay thế	39
6	Cải thiện hiệu quả (efficiency)	42
6.1	Dự đoán hiệu quả đạt được (efficiency gains)	43
6.2	Hiệu quả thuốc (drug efficiency)	44
6.3	Thiếu hụt tài chính cho AIDS với nguồn lực bổ sung và tăng hiệu quả	46
6.4	Các bước tiếp theo để cải thiện hiệu quả	46
7	Xác định Ưu tiên trong các chương trình phòng chống HIV/AIDS	49
8	Phân tích độ nhạy	51
8.1	Dòng vốn cho HIV/AIDS từ bên ngoài	51
8.2	Các giả định kinh tế vĩ mô	52
8.3	Các khoản tiết kiệm hiệu quả	53
9	Đóng góp cho phòng chống AIDS ngoài nguồn công lập: bao nhiêu là đủ	54
10	Lộ trình xây dựng chiến lược tài chính bền vững cho HIV và AIDS	55
11	Kết luận	56
12	Những điểm hạn chế	58
Tài liệu tham khảo		59
Cơ sở		60
Nhiệm vụ		61
Công việc của Chuyên gia		61

Khung thời gian 63
Các thành viên trong nhóm 63
Phụ lục A3 – Tổng quan về lý thuyết kinh tế vĩ mô 66
Phụ lục A4 – Kế hoạch ngân sách Nhà nước năm 2011 (Các Bộ, Ngành trung ương tập trung hóa) 74
Phụ lục A5 – Ước tính chương trình can thiệp tại nơi làm việc của doanh nghiệp 76
Phụ lục A6 – Hiệu quả thuốc 79
Phụ lục A8. So sánh giữa chi tiêu hiện tại của chính phủ, chi tiêu y tế và chi tiêu cho AIDS 85

Danh mục bảng và biểu

Các từ viết tắt

ADB	Asian Development Bank (Ngân hàng phát triển châu Á)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
ART	Anti Retroviral Therapy (Liệu pháp điều trị kháng retrovirus)
ASC	Danh mục chi tiêu cho AIDS
AusAid	Australian Agency for International Development (Cơ quan phát triển quốc tế của Úc)
DFID	UK Department of International Development (Văn phòng phát triển quốc tế của Anh)
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và sốt rét)
HCMC	Thành phố Hồ Chí Minh
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus gây suy giảm miễn dịch ở người)
IDU	Người nghiện chích ma túy
M&E	Theo dõi và đánh giá
MOH	Bộ Y tế
MOLISA	Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội
MSM	Nam giới quan hệ tình dục đồng tính
NGO	Tổ chức phi chính phủ
NHA	Tài khoản y tế quốc gia
ODA	Hỗ trợ phát triển hải ngoại
OI	Nhiễm trùng cơ hội

PAC	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp phòng chống HIV/AIDS của tổng thống Hoa Kỳ)
PLHA	Người có H
PS	Người cung cấp dịch vụ
STI	Các nhiễm trùng lây qua đường tình dục
FSW	Phụ nữ bán dâm
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS)
UNDP	United Nations Development Programme (Chương trình phát triển bền vững của Liên hợp quốc)
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (Phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên hợp quốc về HIV/AIDS)
UNICEF	United Nations Children’s Fund (Quy nhi đồng Liên hợp quốc)
VAAC	Cục phòng chống HIV/AIDS
VSS	Quỹ bảo hiểm xã hội Việt Nam (BHXHVN)
WB	Ngân hàng thế giới
WHO	World Health Organization (Tổ chức y tế thế giới)

1 Cơ sở của báo cáo

Mãi cho đến gần đây, khan hiếm nguồn lực vẫn chưa phải là vấn đề ưu tiên trong chương trình chính sách về HIV/AIDS trên toàn cầu. Trái lại, các trường hợp đặc biệt còn được bảo vệ thành công trên nhiều cơ sở (Peter Piot 2008). Phá vỡ những suy nghĩ thông thường về tài chính bền vững để phát triển, lời kêu gọi đề xuất dự án của Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và sốt rét đã viết: "Các ứng viên không cần chứng minh khả năng tài chính độc lập dành cho các can thiệp đích cho đến khi kết thúc kỳ hạn của đề xuất."[1]

Từ cuối những năm 1990 cho đến đầu những năm 2000, động lực chính trị toàn cầu nhằm 'chấm dứt nghèo đói' đã làm nảy sinh hai tham vọng liều lĩnh trong việc hỗ trợ phát triển quốc tế. Dự án Phát triển Thiên niên kỷ dành hẳn một mục tiêu riêng cho HIV/AIDS, và Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và sốt rét đã được thành lập chỉ với mục tiêu nhằm tạo ra tiến triển trong công cuộc phòng chống ba vấn đề y tế công cộng quan trọng nhất trên toàn thế giới. Tuy nhiên, kể từ Hội nghị của Liên hợp quốc về Tài chính cho phát triển ở Monterrey năm 2002, các cam kết chính trị đã không được thực hiện đầy đủ và ODA tăng ít hơn dự kiến.[2] Sau cuộc khủng khoảng tài chính năm 2008, nhiều quốc gia thu nhập thấp và trung bình đã tự hỏi liệu các nước chuyên tài trợ có duy trì mức hỗ trợ họ đã cam kết hay không và bằng cách nào.

Trong khi đó, thành công của các chương trình điều trị ART đã góp phần giúp các chính phủ hiểu ra rằng chương trình phòng chống HIV/AIDS và đặc biệt là điều trị ARV giúp người nhiễm HIV được hưởng cuộc sống lâu hơn. Do đó, các chính phủ, đặc biệt ở những nước có tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao, phải gánh vác trách nhiệm quan trọng trong việc đáp ứng những nhu cầu này.

Dịch HIV ở Việt Nam vẫn đang trong giai đoạn tập trung, với tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao nhất ở những quần thể đặc thù – người nghiện chích ma túy (IDU), phụ nữ mại dâm (FSW) và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Đến 31/12/2009, có 160.019 trường hợp nhiễm HIV được báo cáo và 44.050 trường hợp tử vong do AIDS. Năm 2009, có 15.713 trường hợp mới nhiễm HIV được báo cáo và 2.010 tử vong do AIDS (Chính phủ Việt Nam, 2010). Ước tính đến năm 2010 có 254.000 người có H (PLHIV) và tăng lên 280.000 vào năm 2012 (UNGASS, 2010).

Đánh giá chi tiêu quốc gia cho HIV/AIDS (NASA) 2008–2009 ước tính rằng Việt Nam đã chi 96,2 triệu USD năm 2008 và 127,8 triệu USD năm 2009 và 137,4 triệu USD năm 2010 cho phòng chống HIV/AIDS, phần lớn trong đó (~74%) từ các nguồn tài trợ quốc tế.

Báo cáo UNGASS 2008-2009 và báo cáo Tiến độ AIDS toàn cầu của Việt Nam năm 2010-2011 nhấn mạnh rằng việc mở rộng đáng kể các hoạt động dự phòng và điều trị trong hai năm vừa qua là kết quả mở rộng nguồn tài trợ. Báo cáo cũng thừa nhận khi Việt Nam đạt mức quốc gia có thu nhập trung bình, nguồn hỗ trợ tài chính bên ngoài bắt đầu giảm sút.

Báo cáo UNGASS xác định việc duy trì và mở rộng chương trình điều trị ART và MMT là một thách thức đòi hỏi phải quan tâm khẩn cấp và kết luận rằng, *"kinh nghiệm trong hai năm vừa qua đã cho thấy các đối tác phát triển nên: (1) vận động để có thêm nguồn lực trong nước dành cho các ứng phó với HIV, (2) đảm bảo các chương trình của họ phù hợp với những ưu tiên của quốc gia và các lĩnh vực khác, và (3) hỗ trợ cho việc điều phối và lập kế hoạch đa ngành tốt hơn."*

[1] Gorik Ooms, Wim Van Damme, Brook K Baker, Paul Zeitz và Ted Schreker (2008). "Tiếp cận 'đường chéo' đối với tài chính của Quỹ toàn cầu: một liều thuốc cho sự bất ổn trong các hệ thống y tế?" Toàn cầu hóa và y tế **4**(6).

[2] Tài chính phát triển toàn cầu (2008). Các dòng tài chính cho các nước đang phát triển: xu hướng hiện tại và triển vọng, Nhóm Ngân hàng thế giới.

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm tìm hiểu cách Chính phủ Việt Nam có thể đạt được nguồn tài chính dài hạn cho phòng chống HIV/AIDS. Chúng tôi bắt đầu từ nhu cầu nguồn lực cần có để tài trợ cho các hoạt động phòng chống, dự tính cho tới năm 2020. Sau đó, chúng tôi ngoại suy so với cùng kỳ về nguồn lực sẵn có trong một kịch bản "gốc" ban đầu- không có bất cứ nguồn tài chính bổ sung cũng như bất cứ thay đổi lớn nào trong những nguồn lực hiện có. Cách này tính ra 'khoảng thiếu hụt nguồn lực "nền' đầu tiên, là khoảng thiếu hụt giữa nhu cầu nguồn lực và nguồn lực sẵn có. Sau đó, chúng tôi lại xem xét một loạt chiến lược giúp tạo ra nguồn lực bổ sung cho phòng chống HIV/AIDS. Những giải pháp này được xác định thông qua việc thảo luận cùng các bên liên quan ở Việt Nam và giúp nhóm tác giả tính toán 'khoảng thiếu hụt nguồn lực' phương án hai có tính đến các nguồn lực bổ sung. Tiếp theo, chúng tôi kiểm chứng hiệu quả của các hoạt động phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam và xem xét có thể tiết kiệm được những khoản nào trong nhu cầu nguồn lực. Trong phần gần cuối, chúng tôi thực hiện một phân tích độ nhạy ở giới hạn cao và thấp của nhà cung cấp dịch vụ xung quanh các giá trị ngoại suy ước tính. Sau đó, sẽ nêu bật những thách thức ưu tiên trong việc cung cấp dịch vụ, và nhấn mạnh vào việc cần một chiến lược để ứng phó với sự sụt giảm nguồn tài trợ. Phần cuối cùng sẽ vẽ ra một 'lộ trình' nhằm quản lý quá trình dịch chuyển từ 'chiến lược tài chính cho phòng chống HIV/AIDS' hiện nay sang tương lai. Mục tiêu của chiến lược quản lý tiên phong này nhằm duy trì các hoạt động phòng chống HIV/AIDS tại Việt Nam trong bối cảnh nguồn vốn tài trợ đang thay đổi đáng kể.

2 Nhu cầu nguồn lực, giai đoạn 2012-2020

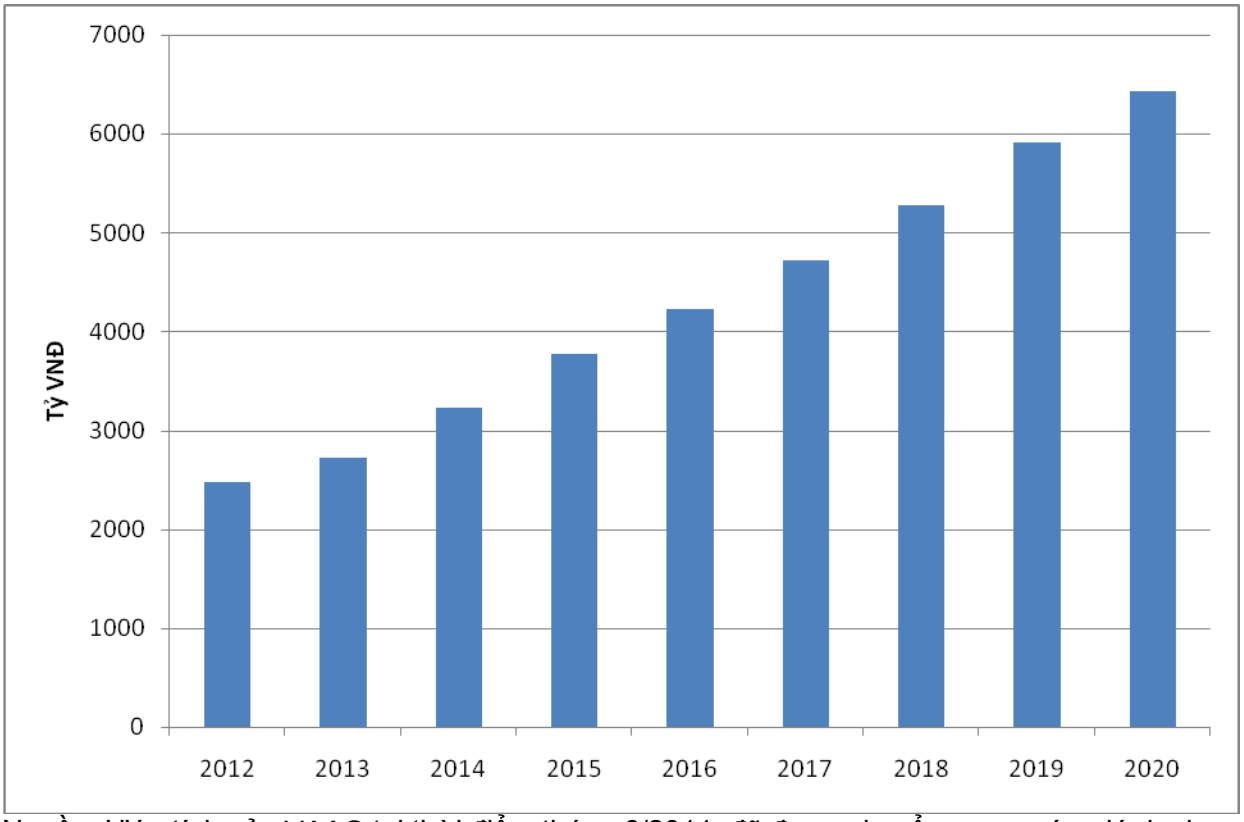
Trong phần này, chúng tôi ước tính nguồn tài chính cần cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam từ năm 2012 đến năm 2020.

VAAC sử dụng các phương pháp đánh giá chú trọng vào việc xác định số lượng mỗi quần thể đích; tỷ lệ bao phủ hiện tại; tính toán chi phí cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS và những giả định thay đổi liên quan tới việc mở rộng chương trình trong giai đoạn 2012-2020.

Ước tính của VAAC được cố định trong điều kiện thực tế (giá cả của năm 2010).[3] Để phù hợp với mục đích phân tích của mình, chúng tôi cần chuyển các ước tính này sang các điều kiện danh nghĩa (nominal term). Chúng tôi thực hiện việc chuyển đổi này sử dụng dữ liệu từ khung lý thuyết kinh tế vĩ mô, được thảo luận trong Phần 3.

Hình 2.1 dưới đây trình bày các nhu cầu nguồn lực danh nghĩa cho giai đoạn 2012-2020. Bảng 2.2 cung cấp thêm các nhu cầu chi tiết, được chia theo các lĩnh vực chăm sóc và điều trị, dự phòng và giảm tác hại, theo dõi và đánh giá, và xây dựng năng lực.

Hình 2. 1. Nhu cầu nguồn lực, giai đoạn 2010-2020, tỷ VNĐ



Nguồn: Ước tính của VAAC tại thời điểm tháng 6/2011, đã được chuyển sang mức giá danh nghĩa.

Hình 2.2 cho thấy chương trình ART (29,8%) và Methadone (20,4%) chiếm nhu cầu lớn nhất, tiếp theo sau là giáo dục đại chúng (13,6%) và phòng lây truyền từ mẹ sang con (12,4%).

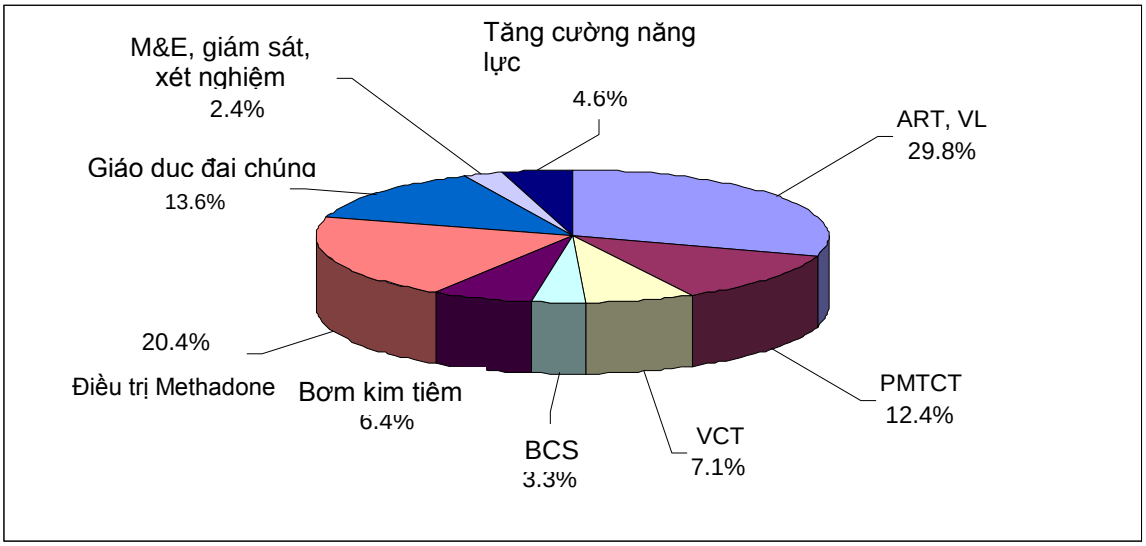
[3] Xem Phụ lục B để biết các giả định về nhu cầu của VAAC

Nhu cầu nguồn lực chia theo các chương trình phòng chống HIV/AIDS theo mức giá danh nghĩa, tỷ VNĐ, 2012-2020

Chương trình	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tổng
ART, VL	658	781	920	1079	1237	1417	1618	1841	2087	11637
Phòng lây truyền mẹ con	393	423	451	483	516	551	591	631	676	4715
VCT	116	165	215	275	311	357	400	457	478	2774
Bao cao su	109	114	118	124	134	148	160	177	184	1268
Bơm kim tiêm	184	206	222	247	267	296	320	353	368	2464
Điều trị Methadone	215	394	583	808	928	1083	1225	1411	1474	8121
Giáo dục/truyền thông đại chúng	370	413	458	509	564	623	688	759	839	5222
M&E	73	69	88	85	104	101	123	118	162	922
Xây dựng năng lực	363	158	171	170	165	147	150	160	164	1647
Tổng	**2.481**	**2.723**	**3.226**	**3.778**	**4.225**	**4.724**	**5.274**	**5.909**	**6.432**	**3.8771**

Nguồn: Ước tính của VAAC tại thời điểm tháng 6 năm 2011, đã chuyển sang mức giá danh nghĩa.

2. 2. Chia nhỏ nhu cầu nguồn lực theo chương trình, 2012-2020



Nguồn: Điều chỉnh từ ước tính của VAAC

3 Bối cảnh kinh tế vĩ mô

Nền tảng cho mọi đánh giá nguồn lực hiện có là bối cảnh kinh tế vĩ mô mà các hoạt động phòng chống HIV/AIDS diễn ra. Phân tích trình bày trong nghiên cứu này được hỗ trợ bởi khung lý thuyết kinh tế vĩ mô, đảm bảo sự nhất quán trong dự báo và nắm bắt một số tương tác giữa chi tiêu cho phòng chống HIV/AIDS và nền kinh tế. Phụ lục C cung cấp chi tiết về cách tiếp cận dựa theo khung lý thuyết kinh tế vĩ mô. Trong phần này, chúng tôi mô tả việc áp dụngkhung lý thuyết này vào bối cảnh Việt Nam, và để làm như vậy, chúng ta cần mô tả bối cảnh kinh tế vĩ mô trong đó cần giải quyết đại dịch HIV/AIDS.

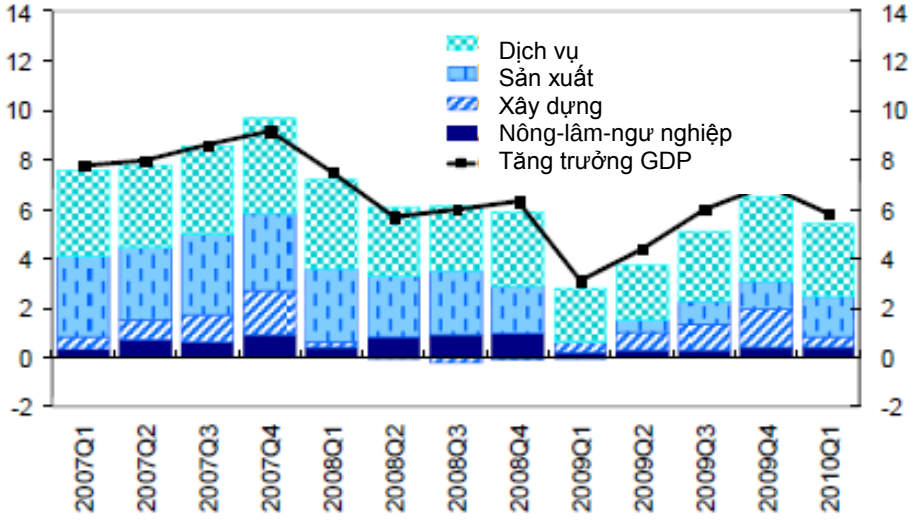
Bằng cách phát triển bối cảnh kinh tế vĩ mô theo cách này, ta có thể định lượng các nguồn lực hiện có theo một kịch bản nền và một kịch bản với các cơ chế tài trợ thay thế (sẽ được tìm hiểu sau trong báo cáo này). Hoạt động kinh tế vĩ mô của một đất nước cũng sẽ đặt ra giới hạn vốn có cho bất cứ nguồn lực nào dành cho HIV/AIDS và do đó, việc quan trọng là phải xác định tính tin cậy của tổng nguồn tài trợ hiện có cho HIV/AIDS được tính toán trong báo cáo này.

Chúng tôi mô tả các thành phần của nền kinh tế Việt Nam và hiệu quả hoạt động của nó trong ngắn hạn. Sau đó, ta tiếp tục nhìn vào các dự báo của IMF cho trung hạn và áp dụng khung lý thuyết mô tả ở trên để phác họa một kịch bản cho hoạt động kinh tế vĩ mô dài hạn.

3.1.1 Ngắn hạn

Việt Nam có những bước tăng trưởng mạnh mẽ trong những năm gần đây. Như thể hiện trong Hình 3.1 dưới đây, dịch vụ, và ở mức độ ít hơn, sản xuất là các nguồn tăng trưởng chính.

Hình 3. 1. Đóng góp cho tăng trưởng (Phần trăm của GDP)



Nguồn: Tổng cục thống kê Việt Nam

Việt Nam trải qua một giai đoạn tăng trưởng chậm trong năm 2008 và 2009 do hậu quả của khủng hoảng tài chính toàn cầu. Tuy nhiên, điều này đã được bù đắp thành công nhờ một chính sách tài chính mở rộng và chính sách tiền tệ lỏng lẻo của chính phủ. Khi tăng trưởng đã được phục hồi, chính phủ đã tìm cách giảm thâm hụt và khôi phục sự ổn định.

Những ảnh hưởng của khủng hoảng tài chính toàn cầu đã dẫn tới giảm đáng kể dự trữ quốc gia, xuống còn 2,2 tháng bảo hiểm nhập khẩu trong năm 2009, kèm theo sụt giảm giá trị trong tỷ giá hối đoái. Khi chính phủ giảm Bội chi Ngân sách và cải thiện thâm hụt tài khoản hiện tại,

người ta dự đoán rằng dự trữ sẽ tăng và sụt giảm giá trị trong tỷ giá hối đoái sẽ chậm lại. Tăng trưởng GDP thực tế cũng được kỳ vọng tăng lên 6,8% vào năm 2011.

3.1.2 Trung hạn

Các dự báo trung hạn được rút ra trong bản rà soát Điều IV gần đây nhất của IMF đã cung cấp tất cả thông tin cần thiết về các lĩnh vực khác nhau của nền kinh tế. Do đó, khung lý thuyết kinh tế vĩ mô dự kiến rằng tăng trưởng GDP sẽ tăng từ 6,8% trong năm 2011 lên 7,5% trong năm 2015. Doanh thu thuế dự kiến sẽ vẫn ổn định ở mức xấp xỉ 23,4% GDP. Các khoản thu từ phí, lệ phí và các nguồn thu khác và trợ cấp cũng được dự kiến sẽ ổn định ở mức 3,8% và 0,3% GDP.

Chi tiêu chính phủ được kỳ vọng sẽ giảm nhẹ vì chính phủ tiếp tục tìm cách giảm thâm hụt. Tổng chi ngân sách sẽ giảm từ 31,5% GDP trong năm 2011 xuống còn 30,7% trong năm 2015, chủ yếu thông qua suy giảm chi tiêu hiện hành. Chi phí đầu tư vẫn không đổi khoảng 6,6% GDP.

Bội chi Ngân sách do đó giảm từ 4,3% GDP vào năm 2011 xuống còn 3,3% GDP vào năm 2015. Thâm hụt dự kiến chủ yếu do nợ nước ngoài, với một nguồn vay quốc nội lớn không được hoàn lại được sử dụng để tài trợ cho việc mở rộng tài chính trong năm 2009 và 2010. Hậu quả là nợ công vẫn ổn định ở mức 50% GDP dù có gia tăng trong tỷ lệ nợ nước ngoài so với nợ trong nước.

Trong lĩnh vực đối ngoại, các tài khoản hiện tại được cải thiện từ mức thâm hụt 8,1% GDP năm 2011 xuống còn 4,5% GDP năm 2015. Điều này cho phép tích lũy dần dần mức dự trữ, vốn đã giảm xuống còn 2,1 tháng nhập khẩu trong năm 2010 tăng lên 3,2 tháng vào năm 2015. Trong lĩnh vực tiền tệ, lạm phát được dự kiến sẽ ổn định ở mức 5% từ năm 2013 trở đi. Vòng quay của tiền tệ dự kiến sẽ ổn định ở mức 0,68.

3.1.3 Dài hạn

Dự đoán các biến kinh tế trong dài hạn là rất cần thiết trong ước đoán. Điều này đặc biệt đúng với những tính toán đang thực hiện trong nghiên cứu này, khi các số liệu kinh tế vĩ mô cần được dự báo xa trong tương lai cho tới tận năm 2020. Các phần tiếp theo sẽ đưa ra những giả định sử dụng trong khung lý thuyết kinh tế vĩ mô, sau đó lần lượt được sử dụng để dựng nên các kịch bản nhằm thảo luận về chi tiêu cho HIV/AIDS.

Từ năm 2016, tăng trưởng GDP thực tế được giả định là 7,2% mỗi năm, là mức tăng trưởng trung bình của 5 năm trước và hơi thấp hơn các dự báo của IMF. Giảm phát GDP được giả định là 5,7%, bằng với ước tính của IMF cho năm 2015 và phản ánh việc kết thúc xu hướng giảm từ năm 2010 trở đi.

Doanh thu thuế (không bao gồm bất cứ đo lường mới nào cho phòng chống HIV/AIDS) được giả định duy trì không đổi ở mức 23,3% GDP. Một lần nữa, điều này phù hợp với dự đoán của IMF cho giai đoạn 2011-15. Doanh thu từ phí, lệ phí và các nguồn thu khác được giả định duy trì ở một tỷ lệ không đổi của GDP (3,8%) và trợ cấp dự kiến duy trì không đổi về lượng USD từ 2015 trở đi.

Chi thường xuyên của chính phủ, không bao gồmtrả nợ Chính phủ, chi cải cách tiền lương từ chính phủ, được giả định duy trì không đổi ở mức 19,5% GDP, tương đương với trung bình của 5 năm trước. Chi tiêu này chưa bao gồm những chi tiêu bổ sung liên quan tới HIV/AIDS mô tả trong này. Chi tiêu vốn chính phủ cũng sẽ không đổi ở mức 6,6% GDP. Bội chi Ngân sách do đó giữ nguyên ở mức 3,5% GDP.

Tỷ giá hối đoái dự kiến sẽ giảm ở mức 3% mỗi năm, bằng dự báo của IMF về mức giảm trong giai đoạn 2012-15[4]. Thâm hụt thương mại được giả định không đổi ở mức 6,4% GDP và thâm hụt tài khoản hiện tại cũng không đổi ở mức 4,5% GDP, đều tương đương với dự báo của IMF cho năm 2015. Trong lĩnh vực tiền tệ, vòng quay của tiền tệ cũng được giả định không đổi.

Các phần sau mô tả cơ chế huy động các nguồn lực khác nhau cho HIV và các chi phí chịu ảnh hưởng của kịch bản nêu trên. Trong Phần 8, chúng tôi tiến hành một phân tích độ nhạy và kiểm định tác động của những biến thể trong các giả định về các nguồn lực sẵn có cho HIV.

[4] IMF không công bố chính thức tỷ giá hối đoái ước tính trong báo cáo Mục IV của mình, song có thể đưa ra các ước lượng dựa vào các số liệu khác trong báo cáo

4 Kịch bản nền

Trong phần này, chúng tôi ước tính các nguồn lực sẵn có cho HIV trong kịch bản nền (tức là không có bất cứ nguồn lực bổ sung nào). Dựa trên tập hợp nhu cầu nguồn lực nêu trên, chúng tôi sẽ nghiên cứu khoảng thiếu hụt tài chính cho AIDS – sự khác biệt giữa nhu cầu nguồn lực và nguồn lực sẵn có. Kịch bản nền áp dụng giả định giữ nguyên các giá trị ngoại suy của nguồn lực sẵn có cho tới năm 2020.

4.1 Nguồn lực tài chính sẵn có

Bảng 4.1 trình bày các chi tiêu cho HIV/AIDS trong năm 2008 và 2009, như được nêu trong NASA. Bảng này cho thấy xấp xỉ 13% nguồn lực bắt nguồn từ nguồn công lập, và phần lớn trong số còn lại (74%) bắt nguồn từ các nguồn quốc tế.

Ước tính chi tiêu cho HIV/AIDS của NASA, 2008-2009, triệu USD

Nguồn	2008	2009	Tổng 08-09
Công lập	**13.459.880**	**17,176,061**	**30,635,941**
- Ngân sách chính phủ (trung ương)	6.832.580	6,737,254	13,569,834
- Ngân sách địa phương (cấp tỉnh)	6.627.300	10,438,807	17,066,107
Tư nhân	**16.014.322**	**16,036,518**	**32,050,840**
- Các đơn vị vì lợi nhuận	82.581	144,812	227,393
- Vốn từ các hộ gia đình	15.931.741	15,891,706	31,823,446
Quốc tế	**66.734.575**	**94,161,906**	**160,896,481**
- Các đóng góp song phương trực tiếp	48.552.930	70,785,002	119,337,932
- Các đơn vị đa phương quản lý những nguồn lực nước ngoài	17.849.999	22,975,234	40,825,232
- Các tổ chức và cơ sở phi lợi nhuận quốc tế	331.646	401,670	733,317
Tổng	**96.208.777**	**127,374,483**	**223,583,261**

Nguồn: UNAIDS (06/2011)

4.1.1 Chi tiêu hộ gia đình cho dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS

Các nghiên cứu gần đây từ Việt Nam cho thấy rằng sự hiện diện của một người có H có thể có những tác động đa diện tới chi tiêu y tế của toàn bộ hộ gia đình. Chắc chắn chi phí cho chăm sóc y tế cho người nhiễm sẽ có xu hướng làm tăng tổng chi tiêu của hộ gia đình cho các mặt hàng liên quan tới y tế. Các thành viên khác trong hộ gia đình, đặc biệt là trong các gia đình nghèo hay có khả năng tài chính hạn chế, có thể sẽ phải hi sinh một phần chi tiêu y tế của bản thân để dành cho người nhiễm. Một nghiên cứu của UNDP/AusAID (2005)[5] báo cáo rằng tổng chi tiêu cho chăm sóc y tế của các hộ gia đình có người nhiễm HIV cao gấp 13 lần so với chi tiêu y tế trung bình của các hộ gia đình ở Việt Nam. Báo cáo này cũng phát hiện ra rằng hầu hết các hộ gia đình có người nhiễm, ngoại trừ 20% giàu nhất, sẽ rơi xuống dưới mức nghèo khổ. 40% hộ gia đình nghèo nhất có người nhiễm sẽ rơi thêm một mức nữa xuống dưới mức nghèo lương thực do hậu quả chi tiêu và tác động tới thu nhập của HIV/AIDS.

[5] Impact of HIV/AIDS on Household Vulnerability and Poverty in Viet Nam, Report of the UNDP-AusAID supported Project – VIE/ 98/ 006, August 2005

Một nghiên cứu gần đây hơn của UNDP vào năm 2009 đã nhấn mạnh những khác biệt trong thu nhập theo ngũ phân vị giữa các hộ gia đình chịu ảnh hưởng và không chịu ảnh hưởng bởi HIV (Bảng 4.2).[67]

Thu nhập trung bình hàng năm của các hộ gia đình chịu ảnh hưởng và không chịu ảnh hưởng bởi HIV theo ngũ phân vị (Đơn vị: triệu VNĐ)

Phân loại thu nhập	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng bởi HIV	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng bởi HIV
Nghèo nhất	8,42	12,44
Thứ nhì	25,84	40,24
Thứ ba	40,72	53,67
Thứ tư	61,75	78,17
Giàu nhất	178,17	233,74
Tất cả	66,04	84,29

Nguồn: Công ty TNHH Tư vấn Chiến lược trong tổ hợp với Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam (2009)

Một nghiên cứu nữa thực hiện bởi Ted Hammettvà cộng sự (2010)[8] tìm hiểu hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của những người sống với HIV/AIDS (PLHA) và chi tiêu y tế trực tiếp từ tiền túi của họ. Nghiên cứu phát hiện ra rằng tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của PLHA cao hơn nhiều so với người dânbình thường. Hơn nữa, nghiên cứu còn tìm ra rằng trong 12 tháng trước cuộc khảo sát, PLHA tiêu trung bình 1.140.000VNĐ (~65USD) cho các cuộc hẹn khám ngoại trú và 1.023.000VNĐ (~58USD) cho điều trị nội trú (cả hai mục chi đều đã loại trừ chi phí đi lại).[9] Phần lớn chi tiêu (83%) trong khám bệnh ngoại trú được chi cho "các loại thuốc tăng thêm", "nhiễm trùng cơ hội" và cho nhập viện; 84% được chi trả cho "các khoản phí trực tiếp" cho các cơ sở y tế. Chi trả trực tiếp từ túi người bệnh cho ART là ít nhất. Trong khía cạnh được quan tâm đặc biệt trong phần tiếp theo của báo cáo này về bảo hiểm y tế (HI), nghiên cứu của Hammett và cộng sự phát hiện ra rằng chi tiêu y tế của những người có bảo hiểm y tế chỉ thấp hơn một chút so với những người không có bảo hiểm; Những người có bảo hiểm chi tiêu ít hơn một chút cho chăm sóc ngoại trú nhưng lại nhiều hơn một chút cho chăm sóc nội trú.

Điều quan trọng cần lưu ý là đối với mục đích phân tích của chúng tôi, chi trả tư nhân không bao gồm chi trả trực tiếp từ tiền túi của các hộ gia đình. Mặc dù dữ liệu có trong NASA, và được hiển thị trong bảng trên, chi phí này đã bị loại trừ khỏi phân tích của chúng tôi trong báo cáo này. Thu thập dữ liệu chính xác về chi trả trực tiếp tiền túi là vô cùng khó khăn. Hơn nữa, chi trả trực tiếp tiền túi có thể được coi là một số dư, tới mức nếu các nhu cầu không được đáp ứng bởi các nguồn quốc tế, công lập hay tư nhân thì chi trả trực tiếp tiền túi – chỉ trong một số trường hợp – sẽ lấp đầy khoảng thiếu hụt đó. Vì thế, chúng tôi quyết định loại trừ nó ra khỏi phân tích. Như vậy, ở một mức độ nào đó, có sự khác biệt giữa nhu cầu nguồn lực và nguồn lực sẵn có (sẽ thảo luận sau đây), khoảng cách này đại diện cho sự kết hợp giữa (i) những nhu cầu được đáp ứng từ chi trả trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình và (ii) những nhu cầu chưa được đáp ứng do thiếu nguồn lực.

[6] Tác động kinh tế xã hội của HIV/AIDS tới độ nhạy cảm và nghèo khổ của hộ gia đình ở Việt Nam, Công ty TNHH Tư vấn Chiến lược trong tổ hợp với Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam (2009)

[7] Bản thân mối liên quan này không chứng tỏ rằng các hộ gia đình nghèo đi vì y tế. Tuy nhiên, thông tin về chi trả tiền túi cho thấy có mối quan hệ nhân quả ở đây

[8] Hammett, T và cộng sự. Khảo sát việc sử dụng dịch vụ y tế và chi trả tiền túi của người có H, Bài trình bày của tổ chức Abt/HPI, Hà Nội, 01/2010,

[9] Tỷ giá hối đoái trung bình là 17.500VNĐ cho 1USD được sử dụng để phản ánh giá thành năm 2009. Các tác giả của nghiên cứu nhấn mạnh mức biến thiên rộng trong chi tiêu nội trú cũng như ngoại trú.

4.1.1 Dự báo nguồn lực nền cho tới năm 2020

Nhằm tạo ra ước tính nguồn lực sẵn có cho tương lai, chúng tôi tạo ra một loạt giả định đối với ba nguồn tài chính, gọi là nguồn lực quốc tế, nguồn lực công lập và nguồn lực tư nhân.

Đối với các nguồn lực quốc tế, VAAC đã tìm hiểu các nguồn vốn cam kết trong nước và quốc tế cho giai đoạn 2012 tới 2020. Quỹ Toàn cầu cung cấp một phần đáng kể – 125 triệu USD – cho cả giai đoạn 2012-2015. Khác với ước tính của VAAC, chúng tôi ngoại suy nguồn lực này cho tới năm 2020 bằng cách giả định rằng Quỹ toàn cầu sẽ tiếp tục tài trợ (cùng một số tiền hàng năm). Đây có thể là một giả định lạc quan nhưng cho phép chúng ta có một con số để bàn luận.

Đối với PEPFAR, chúng tôi lấy dự báo của VAAC về nguồn tài trợ, góp 52 triệu USD trong giai đoạn 2012-2020. Ngân hàng thế giới và HARP cũng được tính đến dù không có cam kết nào sau năm 2014.

Bảng 4.3 cho thấy số lượng nguồn lực quốc tế trong kịch bản nền – sử dụng ước tính của VAAC và các nguồn lực bổ sung từ Quỹ toàn cầu cho giai đoạn 2016-2020.

Các nguồn lực quốc tế cho HIV/AIDS, 2011-2019 (triệu USD)

Nguồn	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Tổng
Quỹ toàn cầu	24,8	31,9	34,5	24,2	10,0	5,0	2,5	0,0	0,0	132,8
Ngân hàng thế giới	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
PEPFAR	69,8	59,8	49,8	39,8	29,8	19,8	9,8	0,0	0,0	278,6
HARP	2,1	2,1	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2
Tổng	**98,9**	**93,8**	**86,3**	**64,0**	**39,8**	**24,8**	**12,3**	**0,0**	**0,0**	**419,8**

Nguồn: Ước tính của VAAC/giả định của tác giả về nguồn tài trợ từ Quỹ toàn cầu

Đối với các nguồn lực tư nhân, cần lưu ý ước tính năm 2008-2009 của NASA rằng hơn 14% vốn tài trợ cho HIV/AIDS là từ các hộ gia đình tư nhân. Như đã nói ở trên, nguồn này có thể coi là chi trả trực tiếp từ tiền túi và chúng ta đã loại trừ nó khỏi phân tích. Do vậy, chúng tôi chỉ lấy một lượng giới hạn từ các đơn vị vì lợi nhuận trong báo cáo của NASA và ngoại suy nó về tương lai bằng cách duy trì theo một tỷ lệ cố định của GDP.

Đối với tài chính công trong nước, chúng tôi giả định một tỷ lệ không đổi trong chi tiêu của chính phủ dành cho HIV như của năm 2008 và 2009. Lấy trung bình của hai năm này, 0,1% chi tiêu tự do hiện tại dành cho HIV/AIDS và giả định sẽ tiếp tục cho đến năm 2020. Trong trường hợp này, chi tiêu tự do (discretionary expenditure)được xác định bằng cách lấy tổng chi thường xuyên trừ đi chi phí lợi tức và chi tiêu cho HIV do nước ngoài tài trợ. Chi phí lợi tức là một nghĩa vụ của chính phủ và rõ ràng không thể được chuyển sang chi tiêu cho HIV. Chi tiêu cho HIV do nước ngoài tài trợ cũng tương tự như chi tiêu trong ngân sách đã bàn luận ở trên, và do đó được loại bỏ để tránh trùng lặp.

Rõ ràng, các giả định trên có liên quan tới khung lý thuyết kinh tế vĩ mô. Dòng chảy đối ngoại cần được quy đổi sử dụng tỷ giá hối đoái và dòng chảy quốc nội sẽ được xác định bởi tăng trưởng GDP danh nghĩa và lượng chi thường xuyên với tư cách là một phần của GDP. Theo cách này, khung lý thuyết kinh tế vĩ mô đảm bảo tính nhất quán làm nền tảng cho các giả định độc lập này.

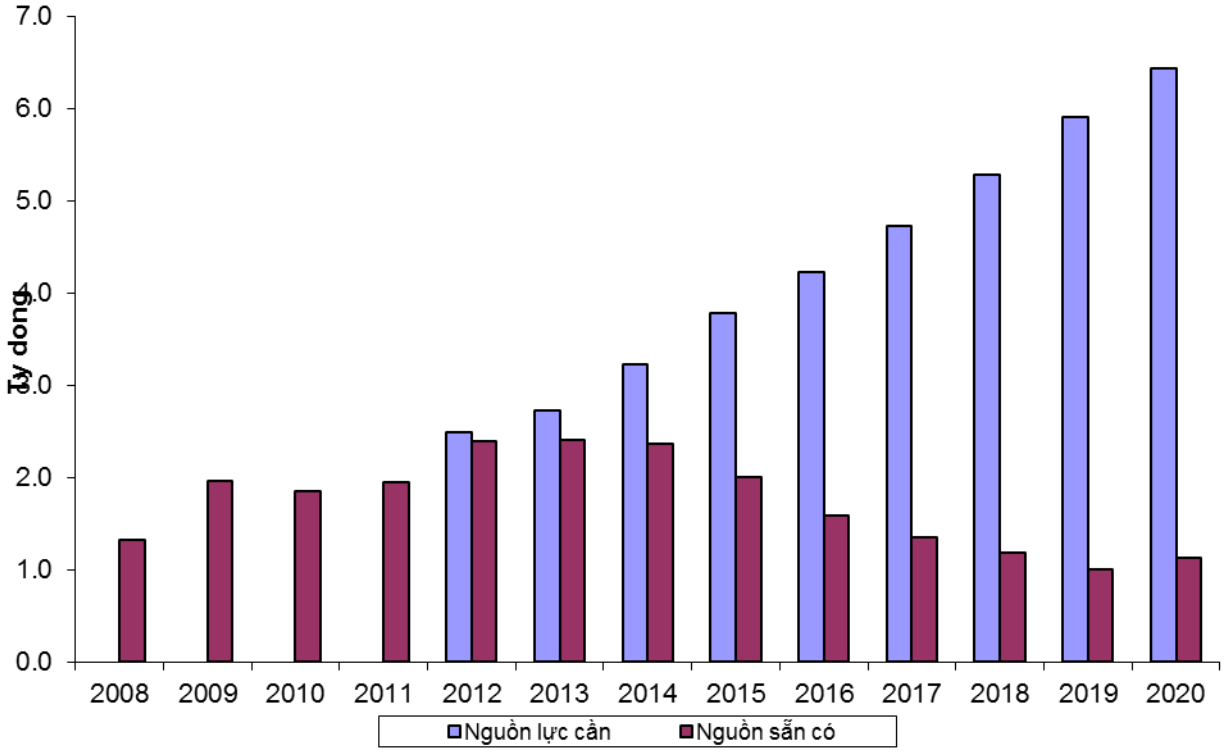
4.2 Thiếu hụt tài chính cho HIV/AIDS

Sử dụng thông tin trên, Bảng 4.4 ngoại suy các nguồn lực sẵn có từ các nguồn công lập, tư nhân và quốc tế cho đến năm 2020. Thiếu hụt nguồn lực tăng dần trong suốt thời gian nghiên cứu.

Các nguồn lực nền và thiếu hụt tài chính cho HIV/AIDS giai đoạn 2008 – 2020 (nghìn tỷ VNĐ)

	Nguồn công	Nguồn tư	Nguồn quốc tế	Tổng	Nhu cầu nguồn lực	Thiếu hụt tài chính
2008	0,22	0,00	1,10	1,32		
2009	0,27	0,00	1,69	1,96		
2010	0,33	0,00	1,52	1,85		
2011	0,37	0,00	1,57	1,94		
2012	0,41	0,00	1,98	2,39	2,48	0,09
2013	0,47	0,00	1,93	2,4	2,72	0,32
2014	0,53	0,00	1,83	2,36	3,23	0,87
2015	0,60	0,00	1,4	2	3,78	1,78
2016	0,68	0,01	0,89	1,58	4,23	2,65
2017	0,77	0,01	0,57	1,35	4,72	3,37
2018	0,87	0,01	0,29	1,17	5,27	4,10
2019	0,99	0,01	0	1	5,91	4,91
2020	1,12	0,01	0	1,13	6,43	5,30

Hình 4. 1 Nhu cầu nguồn lực và nguồn lực sẵn có – Nền, 2008 – 2020



So sánh nguồn lực sẵn có với nhu cầu nguồn lực được trình bày trước đó, chúng ta thấy rằng có thiếu hụt về nguồn tài trợ (gọi là “thiếu hụt tài chính”). Thiếu hụt này gia tăng từ 0,09 nghìn tỷ VNĐ năm 2012 lên 5,3 nghìn tỷ VNĐ năm 2020.

Phần còn lại của báo cáo này xem xét các lựa chọn để lấp đầy thiếu hụt này bằng cách tìm kiếm các nguồn tài chính thay thế.

5 Các nguồn tài chính thay thế

Trong kịch bản nền, thiếu hụt tài chính trung bình khoảng 0,06% GDP trong giai đoạn 2012 đến 2020 (xem phần trước).

Trong phần này, chúng tôi tìm hiểu một loạt lựa chọn tài chính thay thế giúp gia tăng không gian tài chính cho chi tiêu cho HIV/AIDS.

Các cơ chế được tìm hiểu trong trường hợp của Việt Nam bao gồm:

1. Bảo hiểm y tế xã hội
2. Nguồn tài chính lồng ghép/Mainstreaming từ khu vực công lập
3. Đóng góp của khu vực tư nhân
4. Thu phí hàng không
5. Vay bổ sung
6. Ưu tiên tài trợ cho HIV/AIDS
7. Cải thiện hiệu quả của các chương trình phòng chống HIV/AIDS

Phần này tập trung vào lựa chọn 1 đến 6. Lựa chọn 7 sẽ được xem xét trong Phần 6.

5.1 Bảo hiểm y tế xã hội

5.1.1 Cơ sở

Bảo hiểm y tế xã hội là phương thức tài chính y tế đặc biệt hấp dẫn. Nó chuyển chi trả trực tiếp từ tiền túi cho y tế thành quỹ chung cho y tế, do đó tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và công bằng về cả mặt tiếp cận cũng như tài chính trong hệ thống y tế. Bảo hiểm y tế xã hội không có nghĩa là mọi dịch vụ y tế luôn miễn phí cho tất cả mọi người. Chính sách đồng chi trả có thể được thực thi nhằm kiểm soát mức độ sử dụng dịch vụ. Hoặc nhóm có thu nhập cao hơn có thể phải đóng phí bảo hiểm cao hơn. Nhưng cần tiến hành một đánh giá lần lượt từng trường hợp để xem việc đồng chi trả có thể không ngăn cản một số nhóm dân cư tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế. Đặc biệt trong phòng chống HIV và AIDS, điểm quan trọng là mức độ sử dụng dịch vụ của các cá nhân đủ cao để có tác động tích cực vượt quá các tác động khác về phương diện kiểm soát dịch tễ học. Mức phí đồng chi trả cao có thể khiến các cá nhân không muốn sử dụng một số dịch vụ chăm sóc cá nhân, những dịch vụ về quan điểm dịch tễ học là đáng được sử dụng.

Một quốc gia không thể đạt được độ bao phủ toàn dân nếu quần thể chịu ảnh hưởng bởi HIV không được bao phủ, hoặc nếu các dịch vụ như tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT), phòng lây truyền từ mẹ sang con (PMTCT) hay liệu pháp điều trị kháng retrovirus (ART) không nằm trong độ bao phủ dịch vụ, hoặc thực tế là nếu phạm vi bao phủ bảo hiểm của các dịch vụ này thấp.

Phần này xem xét vai trò tiềm năng trong tương lai của bảo hiểm y tế trong việc chi trả một tỷ lệ trong tổng thiếu hụt tài chính cho HIV/AIDS trong tương lai. Có thể có chi trả cho điều trị ART bởi dịch vụ này hiện nay đã được đưa vào danh mục bồi hoàn của bảo hiểm y tế xã hội (BHYTXH). Đến nay, phần lớn chi phí điều trị ART được chi trả bằng tiền tài trợ. Do đó, BHYTXH hiện nay chỉ đóng vai trò nhỏ trong việc tài trợ cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS.

5.1.2 Kinh nghiệm quốc tế

Ở các quốc gia thu nhập cao, hầu hết các can thiệp và điều trị HIV/AIDS được chi trả bởi quỹ BHYTXH, mặc dù cần chỉ ra rằng ở những quốc gia này, quỹ BHYTXH thường có doanh thu cao và tỷ suất hiện nhiễm HIV tương đối thấp. Tuy nhiên, ngay cả những quốc gia có thu nhập trung bình với tỷ suất nhiễm cao hơn nhiều – như Brazil, Mexico và Thái Lan – đã chứng minh rằng các khoản đóng góp từ thuế - cùng với BHYT – có thể đóng vai trò quan trọng trong tài trợ cho các dịch vụ HIV/AIDS. Ví dụ, chương trình BHYT của Brazil hàng năm cung cấp hơn 300 triệu USD cho các chương trình HIV/AIDS (Rompel, M, 2005), và Đài Loan đã cho phép tất cả công dân nhiễm HIV tiếp cận miễn phí HAART thông qua chương trình Bảo hiểm Y tế Quốc gia từ năm 1997 (Fang và cộng sự, 2004). Theo ước tính của Văn phòng BHYT quốc gia của Vụ Y tế Đài Loan, chỉ riêng khoản tiền chi trả thuốc cho người nhiễm HIV trong năm 2000 đã lên đến 500 triệu Đài tệ (14 triệu USD). Tức là chi phí trung bình cho một trường hợp là 350.000 Đài tệ (10.000USD) hay gấp 100 lần chi phí trung bình một năm cho điều trị y tế của một công dân Đài Loan.[10] Ở Thái Lan, Điều luật Bảo hiểm Y tế quốc gia, ban hành năm 2002 đã hợp thực hóacho chính sách bao phủ y tế toàn dân. Các quần thể dễ bị tổn thương, bao gồm cả người nhiễm HIV/AIDS đã được bình đẳng về y tế. Văn phòng BHYT quốc gia được yêu cầu hỗ trợ chăm sóc y tế cho người Thái có H.

Doetinchem và cộng sự đã đánh giá bảo hiểm y tế và HIV/AIDS ở 65 quốc gia (UNAIDS, 2010) và đã kết luận như sau:

1. Không có đặc tính cố hữu nào khiến cho bảo hiểm y tế dứt khoát phù hợp hay ít phù hợp hơn trong việc chi trả các dịch vụ liên quan tới HIV/AIDS.

2. Các nước cung cấp bảo hiểm y tế cho các dịch vụ HIV i) hoặc là những nước có hệ thống bảo hiểm y tế đã vận hành tốt, như các nước Mỹ Latinh hoặc Đông Âu nơi các dịch vụ liên quan tới HIV chỉ đơn giản được bổ sung vào gói bảo hiểm; hoặc là ii) các nước đang trong quá trình củng cố bảo hiểm y tế để biến nó trở thành cơ chế chi trả chủ đạo của quốc gia, ví dụ như Ghana hay Rwanda.

3. Cần phải có cam kết chính trị để đưa các dịch vụ HIV vào bất cứ cơ chế chi trả nào. Tuy nhiên, cũng cần tính đến tính khả thi tài chính và ở một số nước là nguồn tài trợ nước ngoài hay nguồn thu từ thuế cần có để bao cấp cho bảo hiểm HIV.

4. Hệ thống bảo hiểm rõ ràng không phải là liều thuốc vạn năng để chi trả dịch vụ HIV, nhưng những hệ thống hiện có có thể được coi là những lựa chọn để mở rộng chi trả cho HIV – dù là ở khía cạnh chi phí, dịch vụ hay bao phủ quần thể, hoặc cả ba.[11]

Bitran và cộng sự (2010) lập luận rằng nếu bảo hiểm đã tồn tại và đang bao phủ một phần dân số đáng kể, thì các dịch vụ HIV/AIDS nên được kết hợp. Miễn là có đủ nguồn lực tài chính để thực hiện việc này. Nếu như độ bao phủ bảo hiểm thấp, sẽ là hấp tấp khi kỳ vọng các nhà cung cấp đưa ngay dịch vụ HIV/AIDS vào các gói lợi ích bảo hiểm.[12]

---

[10] "Đài Loan," Chống lại sóng thủy triều: Ứng phó với AIDS ở Đông Á; (eds. Tadashi Yamamoto và Satoko Itoh). Tokyo: Trung tâm trao đổi quốc tế Nhật Bản, 2006, pp. 226-246.

[11] Ole Doetinchem, Erik Lamontagne và Robert Greener, Bảo hiểm y tế và AIDS: học hỏi kinh nghiệm, UNAIDS, 2010

[12] Bitran và cộng sự. Vai trò của bảo hiểm y tế đối với tính bền vững tài chính của các chương trình HIV/AIDS ở các nước thu nhập thấp và trung bình, http://www.heard.org.za/downloads/erg-meeting-7-bitran.pdf, 30/09/2010

5.1.3 Thực tiễn trong nước

Bảo hiểm y tế xã hội (BHYTXH) ở Việt Nam dựa trên quyền được hưởng. *Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 và các thông tư, nghị định hướng dẫn thực hiện đã loại trừ chẩn đoán và điều trị* HIV ra khỏi danh sách các trường hợp ngoại lệ đối với bảo hiểm y tế (Báo cáo UNGASS, 2010).

Dân số tham gia bảo hiểm được bao phủ trên cơ sở bắt buộc hoặc tự nguyện. Quỹ bảo hiểm hiện nay bao phủ khoảng 51,7 triệu người và có kế hoạch theo hướng bao phủ toàn dân vào năm 2015 (OPM, 2011). Quỹ BHYTXH xác định 5 nhóm, kết hợp của 32 phân nhóm. Dữ liệu từ bảo hiểm xã hội Việt Nam (BHXHVN) cho thấy phần lớn những người không tham gia bảo hiểm hiện nay được xác định là đang làm việc trong các khu vực phi chính thống, thân nhân của người lao động, những người cận nghèo, công nhân doanh nghiệp hoặc học sinh và sinh viên.

Việt Nam coi BHYTXH là một nguồn tài trợ tiềm năng để bù đắp thiếu hụt giữa nhu cầu và nguồn vốn hiện có. Trẻ em dưới 6 tuổi được bảo hiểm y tế miễn phí. Tức là bao gồm cả trẻ em nhiễm HIV. Năm 2009, VAAC ban hành 803 thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em 6-15 tuổi nhiễm HIV, cho phép các em được chăm sóc và điều trị miễn phí (Báo cáo UNGASS, 2010).

Nhiều bệnh nhân HIV/AIDS thất nghiệp hoặc đang làm việc trong khu vực phi chính thống. Trong một nghiên cứu, 68% bệnh nhân HIV/AIDS được phỏng vấn khẳng định họ thất nghiệp (Nguyễn, 2000). Bộ Lao động – thương binh và xã hội ước tính có khoảng 48.000 phụ nữ bán dâm trên cả nước năm 2004 (Nguyễn và cộng sự, 2008).

Bảng 5.1 cung cấp tóm tắt số lượng dân số tham gia bảo hiểm, các khoản thu, chi và cân đối thu chi giai đoạn 2006-2010. Trong năm 2010, 58,6% dân số tham gia bảo hiểm tự nguyện hoặc bắt buộc. Xấp xỉ 36,5 triệu người không được bảo hiểm.

Tổng hợp bao phủ bảo hiểm y tế và tình trạng tài chính, 2006-2010

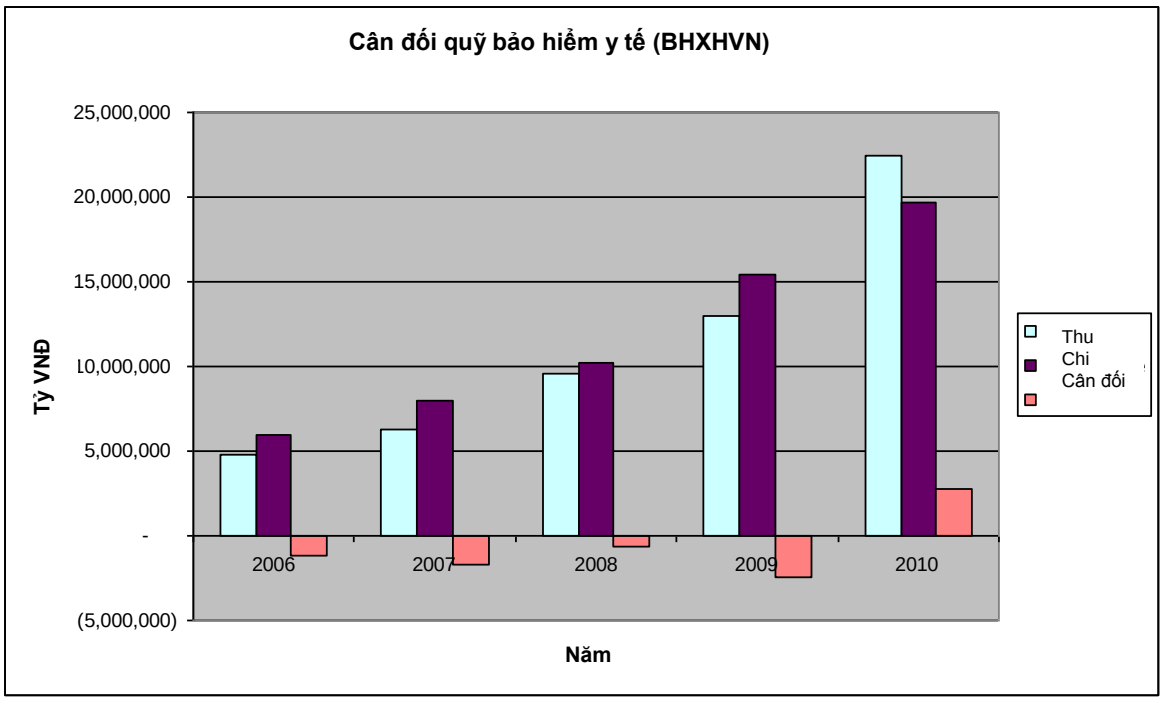
Năm	*Dân số*	*Tham gia*	*% tham gia*	*Thu*	*Chi*	*Cân đối*
	Triệu			VNĐ (tỷ)		
2006	84,1	36,8	43,8%	4.812	5.940	-1.128
2007	85,1	36,4	42,8%	6.284	8.028	-1.744
2008	86,1	39,7	46,1%	9.608	10.231	-623
2009	87,2	50,0	57,3%	12.981	15.396	-2.415
2010	88,2	51,7	58,6%	22.414	19.656	2.758

Nguồn: BHXHVN (2011), số liệu dân số từ http://www.indexmundi.com

Một tài liệu xem xét bảng cân đối BHYTXH hàng năm – chênh lệch giữa thu và chi – cho thấy trong giai đoạn 2006 và 2009, quỹ bảo hiểm bị bội chi(Hình 5.1). Tình hình này đảo ngược trong năm 2010 với một khoản kết dư – do tiền đóng bảo hiểm tăng từ 3% lên 4,5% lương và bảo hiểm cho trẻ trong độ tuổi đi học đã chuyển từ tự nguyện sang bắt buộc. Bình quân đầu người thu được trong năm 2010 là 344.456 VNĐ (VSS, 2011).[13] Con số trên bình quân đầu người này được tính bằng cách chia tổng thu phí bảo hiểm trong năm 2010 cho số bảo hiểm và sẽ được sử dụng trong bảng tiếp theo.

[13] Con số do BHXHVN cung cấp đã loại trừ phí điều hành (10%) cho việc quản lý quỹ bảo hiểm.

Hình 5. 1 Bảng cân đối quỹ bảo hiểm y tế, 2006 - 2010



Nguồn: BHXHVN, 2011

Đã có các kế hoạch nhằm hướng tới bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân cho toàn bộ dân số vào năm 2015. Với những khó khăn ở một số nhóm tham gia như khu vực phi chính thống và cận nghèo, nếu muốn theo đuổi bao phủ bảo hiểm toàn dân, Chính phủ sẽ cần phải bao cấp một lượng tiền bổ sung đáng kể để hiện thực hóa mục tiêu này.[14]

5.1.4 Ước tính nguồn thu từ Bảo hiểm Y tế Xã hội

Phần này sẽ tìm hiểu tiềm năng của BHYTXH trong việc chi trả một phần thiếu hụt tài chính. Để minh họa, chúng ta xem xét khả năng BHXHVN chi trả chi phí ART cho người có H tham gia bảo hiểm y tế. ART do BHXH chi trả; tuy nhiên, do hiện nay các quỹ tài trợ đang chi trả cho những thuốc này, rất khó có khả năng BHXHVN có thể cung cấp nguồn tài trợ lớn như vậy cho ART. Trong những năm sắp tới, khi kinh phí tài trợ cho ART giảm thì mức độ cam kết của BHXHVN cho hoạt động này cần phải tăng cao hơn nữa.

Một nghiên cứu gần đây cho thấy 33% người có HIV/AIDS đã được tham gia bảo hiểm y tế (HPI, 01/2010). Dự đoán rằng mục tiêu chính sách hướng tới bảo hiểm y tế toàn dân sẽ dẫn đến tăng số người có nguy cơ và người nhiễm tham gia bảo hiểm và sau đó được hưởng quyền lợi từ bảo hiểm.

Bảng 5.2 trình bày ước tính của VAAC về số lượng bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ART trong giai đoạn 2012 - 2020. Trong bảng cũng cung cấp ước tính số bệnh nhân có thể được chi trả bởi BHXHVN. Theo những thay đổi gần đây trong chính sách bao phủ bảo hiểm, chúng tôi đưa ra một số giả định trong bảng này, bao gồm: (i) tại một thời điểm bất kỳ, 70% số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ART sẽ được nhận ART và (ii) 100% bệnh nhân đang điều trị ART được chi trả bởi BHXHVN.

[14] Chi phí bao cấp cho bảo hiểm toàn diện thông qua bao cấp của chính phủ được ước tính trong một nghiên cứu gần đây của Ngân hàng thế giới (Liebermann và Wagstaff, 2009). Các tác giả lập luận rằng bảo hiểm toàn dân có thể đạt được thông qua tăng thâm hụt tài chính (3,8% GDP lên 4,4% GDP (2007)).

Dự đoán số bệnh nhân ART tham gia BHYTXH, 2012-2020

Năm	Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn ART	Số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn ART bao phủ bởi BHXHVN	Chi phí cho một bệnh nhân (Triệu VNĐ)	Nguồn lực sẵn có (Triệu VNĐ)
2012	73.000	51.100	8,8	0,45
2013	84.000	58.800	9,3	0,55
2014	95.000	66.500	9,8	0,65
2015	105.000	73.500	10,4	0,76
2016	110.000	77.000	11,0	0,85
2017	115.000	80.500	11,6	0,93
2018	120.000	84.000	12,2	1,02
2019	125.000	87.500	12,9	1,13
2020	130.000	91.000	13,7	1,25

Nguồn: Ước tính của BHXHVN, tính toán của các tác giả

Theo VAAC, chi phí trung bình hàng năm cho ART, xấp xỉ 370USD theo giá cả năm 2010. Chuyển đổi chi phí này sang Đồng và tính thêm mức lạm phát, BHXHVN có thể góp 450 tỷ VNĐ trong năm 2012. Giả sử chi phí ART trong giai đoạn 2012-2020 tăng, tổng nguồn lực sẵn có có thể là 7,59 nghìn tỷ VNĐ.

Tác động tới tính bền vững của BHYT là chưa rõ ràng. Có thể thấy trong Bảng 5.1 ở trên, BHXHVN bị thâm hụt 4 trong tổng số 5 năm. Tuy nhiên, năm 2010, BHXHVN báo cáo khoản kết dư 2.758 tỷ VNĐ; do đó, giả sử mức kết dư này được duy trì, thì con số 192 tỷ trong năm 2012 chỉ tương đương với 16% của số kết dư.

5.1.5 Khuyến nghị và các bước tiếp theo

Hướng tới bảo hiểm toàn dân sẽ chứng kiến sự gia tăng số người có H tham gia BHYTXH. Nếu không có nguồn kinh phí khác cho ART, cần khai thác mạnh mẽ hơn khả năng của BHXHVN nhằm thiết lập vị trí của nó trong việc chi trả cho điều trị ART. Điều này sẽ phụ thuộc vào các nhu cầu cạnh tranh (các ưu tiên của BHXHVN) và nguồn vốn sẵn có.

Đối với BHXHVN, để mở rộng các gói lợi ích cho các dịch vụ liên quan tới AIDS một cách chính xác, cần thực hiện các bước, không nhất thiết phải theo tuần tự sau:

Các bên liên quan phải đạt được sự đồng thuận về nguyên tắc rằng BHXHVN sẽ dần dần tăng chi trả cho các dịch vụ y tế liên quan tới AIDS khi các nhà tài trợ rút dần ra. Một thỏa thuận như vây sẽ đòi hỏi quy trình tham vấn với sự tham gia của không chỉ các bên liên quan kỹ thuật như VAAC và BHXHVN, mà cả Bộ Tài chính, Văn phòng Thủ tướng chính phủ và Quốc hội. Thỏa thuận về nguyên tắc cần được chuyển thành thay đổi về pháp lý và/hoặc khung luật định về gói lợi ích của BHXHVN.

Cần tiến hành một phân tích thống kê bảo hiểm chi tiết để có được ước tính chính xác hơn về số PLWHA sẽ tham gia BHXHVN qua thời gian, và các lợi ích cụ thể liên quan tới AIDS mà họ sẽ được hưởng theo BHXHVN. Trong phân tích trên, ARV được dùng làm minh họa cho tiềm năng của BHXHVN đối với tài chính cho AIDS. Tuy nhiên, cần tính toán và xem xét tỉ mỉ một danh sách đầy đủ các dịch vụ, thuốc và hàng hóa HIV và AIDS có thể được BHXHVN chi trả. Cần vẽ ra một kịch bản thống kê bảo hiểm với các mức phí khác nhau.

Cần hiểu làm thế nào chuyển đổi từ vốn tài trợ sang thay thế bởi BHXHVN. Lý tưởng nhất là có một quá trình chuyển đổi liền mạch từ tài trợ sang bảo hiểm BHXHVN. Điều này sẽ đòi hỏi

phải có kế hoạch chi tiết với các nhà tài trợ. Và cũng cần xem xét liệu vốn tài trợ có được dự đoán đủ để tiến hành chuyển đổi một cách trơn tru. Việc này lại đòi hỏi một quá trình tham vấn với các nhà tài trợ. Nên lập Biên bản Ghi nhớ chính thống khi đã đạt được sự đồng thuận. Nếu không thể đạt được một thỏa thuận như vậy thì nên có một thỏa thuận thay thế với Bộ Tài chính để làm đệm cho bất cứ thiếu hụt tài chính nào trong quá trình chuyển đổi từ vốn tài trợ sang chi trả BHXHVN.

Trong thập kỷ tới, dự kiến một tỷ lệ PLWHA sẽ không được tham gia BHXHVN. Quan trọng là cần đảm bảo và dự đoán rằng nhóm này sẽ có thể tiếp cận với các dịch vụ HIV và AIDS một cách đầy đủ. Nguy hiểm là trong quá trình chuyển đổi từ vốn tài trợ sang BHXHVN, bản thân nhóm này thường tự thấy mình tách rời khỏi các dịch vụ.

5.2 Nguồn tài chính lồng ghép/mainstreaming -đóng góp từ khu vực công lập

5.2.1 Cơ sở

Nguồn tài chính lồng ghép/mainstreaming, theo UNAIDS định nghĩa là "một quá trình theo đó một ngành phân tích xem HIV/AIDS có thể tác động tới nó hiện tại và trong tương lai như thế nào, và cân nhắc các chính sách, quyết định và hành động của ngành có thể ảnh hưởng tới sự phát triển dài hạn của đại dịch cũng như của ngành đó". Điều đó không có nghĩa là áp đặt các hoạt động phòng chống HIV ở những nơi không phù hợp mà thay vào đó, đảm bảo rằng những người thấu hiểu ngành này nhất sẽ chịu trách nhiệm góp phần vào ứng phó quốc gia phòng chống HIV/AIDS (UNAIDS, 2005).

Quá trình lồng ghép các hoạt động phòng chống HIV/AIDS vào một ngành đầu tiên sẽ phân tích cách HIV/AIDS tác động tới ngành đó hiện nay và trong tương lai, cả bên trong lẫn bên ngoài nhằm xác định xem ngành đó nên ứng phó như thế nào dựa trên những lợi thế cạnh tranh của mình. Các hành động lồng ghép có thể dưới dạng chính sách hoặc thực hành nhằm giảm thiểu tính dễ bị tổn thương của nhân viên hoặc hỗ trợ những nhân viên nhiễm hay chịu tác động bởi HIV/AIDS – đây được gọi là "lồng ghép nội tại". Ngoài ra, các hành động lồng ghép có thể là các hoạt động dự phòng, điều trị hoặc hỗ trợ được xây dựng nhằm đem lại lợi ích cho nhóm đối tượng hay khách hàng đích của ngành – đây được gọi là "lồng ghép bên ngoài". Ví dụ trong ngành giáo dục, lồng ghép nội tại có thể là hỗ trợ và chăm sóc cho các giáo viên nhiễm HIV trong khi lồng ghép bên ngoài có thể dưới dạng truyền thông và thay đổi hành vi (BCC) cho học sinh.

Một phương tiện hữu hình trong lồng ghép trong khu vực công lập là bắt buộc mỗi bộ ngành phân bổ một khoản ngân sách cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS cả tại nơi làm việc và trong quá trình hoạt động của ngành. Phần này sẽ tìm hiểu loại chính sách này.

5.2.2 Kinh nghiệm quốc tế

Hầu hết các quốc gia với dịch AIDS phổ cập đều đã có chính sách phòng chống HIV/AIDS đa ngành. Theo định nghĩa, đa ngành nghĩa là lồng ghép: tất cả các cơ quan chịu ảnh hưởng của chính sách, dù là công lập hay tư nhân, đều tham gia ứng phó với đại dịch. Do đó, thực hành lồng ghép theo nghĩa này đã trở nên phổ biến trên thế giới.

Tài liệu tổng quan về lồng ghép trong khu vực Đông Nam Á còn hạn chế. Tuy nhiên, ở Châu Phi cận Sahara, tài liệu tổng quan về lồng ghép cho thấy nhiều sáng kiến thú vị cần được nhấn mạnh. Ví dụ, Swaziland và Lesotho đã thành lập một khung pháp lý nhằm đảm bảo các cơ quan công lập đóng góp hiệu quả một tỷ lệ phần trăm cố định trong 'phân bổ ngân sách' của mình cho HIV/AIDS. Ở Swaziland, Chính phủ đã ban hành một nghị định khuyến nghị các cơ quan công lập dành 2% ngân sách của mình cho các chính sách tại nơi làm việc cho nhân viên

của cơ quan. Ủy ban điều phối HIV/AIDS khu vực công lập (PSHACC), tập hợp thư ký của các cơ quan công lập liên quan để giám sát chính sách. Chỉ đến gần đây, một ban thư ký và Chính sách phòng chống HIV/AIDS tại nơi làm việc ở khu vực công lập được ban hành, kỳ vọng sẽ tạo ra động lực cho sáng kiến này. Tuy nhiên, hiện tại, rất ít cơ quan công lập báo cáo đã dành tới 2% nguồn lực cho chính sách tại nơi làm việc. Với tổng chi tiêu công khoảng 1,3 tỷ USD năm 2008/09, 2% sẽ là 26 triệu USD, chiếm khoảng 30% tổng nguồn lực cho AIDS ở Swaziland năm 2008/09.

Ở Lesotho, Chính phủ đề ra một chính sách tương tự khuyến nghị các cơ quan công lập sử dụng tới 2% ngân sách cho lồng ghép nội tại, tức là thông qua các chính sách tại nơi làm việc cho nhân viên của mình. Tuy nhiên, chính sách có hiệu lực này đã được thay thế bởi một khoản phân bổ hàng năm từ Văn phòng Thủ tướng tới Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS. Nếu khuyến nghị được tuân theo chính sách này thì có thể thu được một nguồn lực đáng kể cho AIDS: với tổng chi tiêu thường xuyên của các Bộ vào khoảng 735 triệu USD trong năm 2008/09, 2% sẽ là 16 triệu USD, chiếm khoảng hơn 25% tổng nguồn lực cho AIDS ở Lesotho năm 2008/09.

5.2.3 Kinh nghiệm trong nước

Chính phủ Việt Nam đã công nhận HIV là một vấn đề quan trọng trong phát triển, đòi hỏi huy động sự tham gia của nhiều bên liên quan khác nhau ngoài ngành y tế (UNGASS, 2010).

Bộ Kế hoạch và đầu tư và Bộ Tài chính đóng vai trò quản lý nguồn vốn tài trợ cho các chương trình HIV thông qua ngân sách trung ương và Viện trợ quốc tế cho HIV.

Chiến lược Quốc gia giao nhiệm vụ và trách nhiệm cho các bộ ngành, bao gồm một loạt bộ (xem bên dưới), một số Ủy ban nhân dân tỉnh và các phương tiện truyền thông của nhà nước.

Ở cấp bộ, hầu hết các bộ đều tính đến HIV trong kế hoạch làm việc của mình, bao gồm

- Bộ Y tế,
- Bộ Văn hóa và thông tin,
- Bộ Giáo dục và đào tạo,
- Bộ Lao động, thương binh và xã hội,
- Bộ Kế hoạch và đầu tư,
- Bộ Tài chính,
- Bộ Công an,
- Bộ Quốc phòng,
- Bộ Giao thông vận tải

Lồng ghép cũng mặc nhiên được đề cập tới trong Luật Phòng chống HIV/AIDS (Số 64/2006/QH11, điều 7 và 12), chỉ ra trách nhiệm của các bộ ngành khác nhau. Ví dụ, Luật tuyên bố:

- Bộ Văn hóa và thông tin chịu trách nhiệm chỉ đạo các phương tiện thông tin đại chúng thường xuyên phổ biến thông tin và truyền thông về phòng chống HIV/AIDS, và lồng

ghép các chương trình phòng chống HIV/AIDS vào các chương trình thông tin truyền thông khác.

- Bộ Giáo dục và đào tạo chủ trì và phối hợp với Bộ Y tế, Bộ Lao động – thương binh và xã hội và các bộ ngành liên quan phát triển giáo trình và nội dung giảng dạy về phòng chống HIV/AIDS cùng với giáo dục về sức khỏe sinh sản và tình dục; và hình thành giáo dục trực tiếp trong hệ thống giáo dục quốc dân nhằm cung cấp thông tin giáo dục về phòng chống HIV/AIDS.

- Bộ Lao động – thương binh và xã hội, Bộ Công an và Bộ Quốc phòng trong phạm vi nhiệm vụ và quyền hạn, chủ trì và phối hợp với các bộ ngành khác trong chỉ đạo thông tin, giáo dục và truyền thông về phòng chống HIV/AIDS tại các cơ sở chữa bệnh, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở bảo trợ xã hội, nhà giam và trại tạm giam.

Bảng 5.3 cho thấy những nguồn vốn công lập chính cho HIV/AIDS. 90% chi tiêu công cho AIDS bắt nguồn từ ngành y tế. Sở Lao động – thương binh và xã hội tỉnh góp 10% chi tiêu công. Vai trò của các ngành khác trong việc tài trợ cho hoạt động phòng chống HIV quốc gia là không đáng kể (Báo cáo sơ bộ của NASA, 25/10/2011).

Chi tiêu từ nguồn công chia theo các cơ quan tài chính công, 2008-09 (USD)

Tổ chức	**2008**	**%**	**2009**	**%**	**2008-09**	**%**
Ngành y tế:						
Bộ Y tế	6.832.580	51%	6.711.254	45%	13.543.834	48%
Sở Y tế tỉnh	5.221.097	39%	6.755.838	45%	11.976.935	42%
Các ngành khác:						
Hội Phụ nữ		0%	26.000	0%		0%
Sở Lao động, thương binh và xã hội tỉnh	1.406.203	10%	1.476.466	10%	2.882.668	10%
Tổng	**13.459.880**		**14.969.558**		**28.429.437**	

Nguồn: Báo cáo NASA (Bản thảo, 2011)

Báo cáo của NASA nhấn mạnh rằng phân bổ ngân sách và thực hiện các kế hoạch hành động của các bộ ngành vẫn cần được cải thiện nhiều hơn nữa. Mặc dù các hoạt động phòng chống HIV đã được lồng ghép trong các kế hoạch hành động, hầu hết quỹ để thực hiện các hoạt động này chỉ từ Chương trình quốc gia phòng chống HIV/AIDS. Rất ít ngành và chính quyền địa phương thực sự phân bổ đủ ngân sách cho các kế hoạch đã định. Tất cả các bộ và các tổ chức quần chúng khác có chi tiêu chút ít cho HIV; tuy nhiên, thường thì các khoản này được trích từ các dòng ngân sách không dành cho HIV (ví dụ, nhân viên kiêm nhiệm hoặc hội thảo lồng ghép) (Báo cáo sơ bộ của NASA, 25/10/2011).

Thiếu thông tin chi tiết về lồng ghép trong các bộ ngành dẫn tới những thách thức trong việc xác định số liệu nền và dự báo đến năm 2020. Khi không có những dữ liệu này, một cách tiếp cận nhằm ước tính nguồn thu tiềm năng có thể được sử dụng để giảm bớt thiếu hụt vốn nhằm tìm hiểu tác động tới nguồn thu nếu một tỷ lệ nhỏ ngân sách nhà nước được sử dụng cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS. Phụ lục D đưa ra chi tiết về các khoản ngân sách nhà nước trung ương chia theo các bộ ngành. Tổng ngân sách theo kế hoạch năm 2011 là 130.380.619 triệu VNĐ (Bộ Tài chính, Báo cáo Ngân sách nhà nước hàng năm, 2011)

Nguồn thu tiềm năng từ lồng ghép, 2011, tỷ VNĐ

	% ngân sách trung ương phân bổ cho lồng ghép

	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	1,0%
2011	97	194	291	388	486	583	680	777	874	971

Nguồn: tính toán của tác giả

Bảng 5.4 minh họa tiềm năng đóng góp bằng cách phân bổ một tỷ lệ nhỏ ngân sách của bộ cho các chương trình HIV/AIDS. Dựa trên dữ liệu ngân sách nhà nước đã định cho các bộ ngành trung ương năm 2011,[15] Bảng 5.5 cho thấy nếu các bộ nhận bằng hoặc nhiều hơn 1,5% ngân sách nhà nước năm 2011 sẽ tạo ra 0,5% đóng góp cho lồng ghép HIV/AIDS, thì số đóng góp sẽ nằm trong khoảng 486 tỷ VNĐ một năm, tăng lên 971 tỷ VNĐ nếu số đóng góp tăng lên tới 1% ngân sách của mỗi bộ.

5.2.4 Dự báo dòng thu tiềm năng

Nhằm mục đích dự báo, chúng tôi duy trì giả định rằng các bộ nhận nhiều hơn hoặc bằng 1,5% ngân sách nhà nước và tạo ra nguồn đóng góp cho lồng ghép HIV/AIDS là 0,5%. Để có được các dự báo đến năm 2020, chúng tôi tăng nguồn lực cho lồng ghép phù hợp với chi tiêu thường xuyên của chính phủ (loại trừ các chi phí lãi suất). Bảng dưới đây minh họa điều này.

Nguồn thu tiềm năng từ lồng ghép, 2012-2020, nghìn tỷ VNĐ

Năm	Các nguồn lực (nghìn tỷ VNĐ)
2012	0,55
2013	0,62
2014	0,70
2015	0,79
2016	0,91
2017	1,03
2018	1,17
2019	1,32
2020	1,50

Nguồn: tính toán của tác giả

5.2.5 Khuyến nghị và các bước tiếp theo

Tham vấn sơ bộ giữa VAAC, Bộ Tài chính và UNAIDS đã chỉ ra rằng tại thời điểm này, có rất ít mong muốn theo đuổi lựa chọn lồng ghép tài chính. Lý do chính bởi vì việc này đòi hỏi sự thay đổi trong Luật Ngân sách với quy định những bộ ngành nào có thể phải chi trả các chi phí liên quan tới 'Y tế, dân số và kế hoạch hóa gia đình'. Hiện nay, ngoài Bộ Y tế, các bộ ngành này chỉ bao gồm Bộ Xây dựng, Bộ Quốc phòng, Bộ Văn hóa – Thể thao và Du lịch. Để áp dụng đầy đủ lồng ghép tài chính, cần một tỷ lệ lớn các cơ quan công lập được phép chi trả cho y tế hoặc các dịch vụ liên qua tới AIDS. Tại thời điểm này, điều này dường như chưa được mong đợi.

[15] Nguồn: Bộ Tài chính, Báo cáo ngân sách hàng năm, 2011.

5.3 Đóng góp của các công ty tư nhân

5.3.1 Cơ sở

Lồng ghép HIV/AIDS trong khu vực tư nhân là một quá trình trong đó các nhân tố của khu vực tư nhân "xác định nguyên nhân và hậu quả của AIDS một cách hiệu quả và bền vững, thông qua công việc thông thường của họ cũng như trong môi trường làm việc của họ" (UNAIDS, 2005).

Xu hướng lồng ghép trong khu vực tư nhân có thể được thúc đẩy bởi ý thức công dân của doanh nghiệp hoặc – đặc biệt tại những nơi có dịch phổ cập - bởi tác động trực tiếp của HIV/AIDS lên công việc kinh doanh của họ, bao gồm gia tăng chi phí và giảm năng suất.

Tại những nước có dịch tập trung như Việt Nam, không nhiều doanh nghiệp phải hứng chịu những tác động trực tiếp và trực quan từ AIDS. Do đó, chắc chắn là trách nhiệm xã hội mới đóng vai trò là động lực để lĩnh vực tư nhân tham gia phòng chống AIDS.

Các công ty và doanh nghiệp tư nhân đóng vai trò duy nhất trong cuộc chiến chống lại HIV/AIDS, bởi mối tương tác của họ với nhóm tuổi chủ yếu chịu ảnh hưởng của virus cũng như vì các cấu trúc, hệ thống truyền thông và năng lực đào tạo sẵn có của họ có thể được tận dụng cho các chương trình dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ. Các chương trình tại nơi làm việc ngày càng được công nhận là cách tiếp cận hiệu quả, chi phí-hiệu quả và bền vững trong phòng chống HIV/AIDS. Bên cạnh các chương trình tại nơi làm việc, một số công ty còn tiến xa hơn cả nơi làm việc của mình và vận động tăng cường cam kết trong phòng chống HIV/AIDS của các công ty, ngành khác, của cộng đồng, các nhóm tiêu dùng và của chính phủ.

Phần này xem xét tiềm năng đóng góp của khu vực tư nhân trong việc lấp đầy thiếu hụt vốn cho HIV/AIDS.

5.3.2 Kinh nghiệm quốc tế

Tài liệu tổng quan quốc tế cung cấp một loạt hiểu biết thú vị về vai trò của khu vực tư nhân trong việc góp phần dự phòng/điều trị HIV/AIDS. Các doanh nghiệp trên toàn thế giới đã phát hiện ra rằng động lực quan trọng nhất khiến họ phát triển các chương trình phòng chống HIV/AIDS của riêng mình là vì tác động của bệnh dịch tới điểm cốt yếu của họ. Rất nhiều nghiên cứu từ Kenya và Nam Phi do các công ty như Daimler Chrysler và De Beers tiến hành đã cho thấy hành động trực tiếp của doanh nghiệp trong việc phòng và điều trị các trường hợp HIV/AIDS sẽ đảm bảo những lợi ích tác động tới bảng cân đối kế toán của công ty và bảo vệ nguồn lực lớn nhất của họ - nhân viên của họ. Năng suất của người lao động nhiễm HIV không được uống thuốc luôn sụt giảm theo thời gian, và những người lao động này buộc sẽ phải nghỉ ốm và trong hầu hết các trường hợp sẽ phải nghỉ làm vĩnh viễn. [16]

IFC/Ngân hàng thế giới (2002) nhấn mạnh một loạt ví dụ về sự tham gia thành công của khu vực tư nhân trong cuộc chiến chống lại HIV/AIDS, nhiều trong số đó là ví dụ từ các nước Châu Phi, chủ yếu từ Nam Phi. Các ví dụ này bao gồm một loạt hoạt động dự phòng và điều trị như giáo dục đồng đẳng, tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (Công ty De Beers, DaimlerChrysler, Ford Motor và các công ty khác), và cung cấp chăm sóc, hỗ trợ y tế và điều trị. Trong hầu hết các trường hợp, những hoạt động này hướng tới nhân công của công ty và gia đình của họ. Một trường hợp thú vị là Công ty Coca-Cola. Tổ chức Coca-Cola Châu Phi làm việc với 40 xưởng đóng chai của công ty ở Châu Phi để giúp họ mở rộng lợi ích chăm sóc y tế liên quan

[16] Lưu ý về những thực hành tốt của IFC/Ngân hàng thế giới: HIV/AIDS tại nơi làm việc, 12/2002, số 2

tới HIV, bao gồm cả thuốc kháng retrovirus cho nhân công của mình. Chi phí cho dự án của Coca-Cola xấp xỉ 5 triệu USD một năm và các đối tác của tổ chức như GlaxoSmithKline, PharmAccess International, và Population Services International (PSI). Thông qua việc mở rộng chương trình chăm sóc y tế, các nhân viên đóng chai Coca-Cola và vợ chồng họ có thể tiếp cận với thuốc kháng retrovirus và các lợi ích khác. Coca-Cola muốn áp dụng một chương trình tương tự ở Ấn Độ nhưng kế hoạch vẫn đang trong giai đoạn khởi đầu.

Tại Thái Lan, Liên minh doanh nghiệp phòng chống AIDS Thái Lan (TBCA) đã làm việc với các doanh nghiệp từ năm 1993 "để tạo ra môi trường làm việc tích cực phòng chống HIV/AIDS bằng cách tổ chức các buổi chuyên đề giáo dục và dự phòng HIV/AIDS và khuyến khích áp dụng các chính sách HIV/AIDS phù hợp tại nơi làm việc". Bên cạnh việc cung cấp dịch vụ cho hơn 80 công ty thành viên, TBCA đã giúp phát triển một tổ chức tương tự cho khu vực tư nhân ở Malaysia, Nam Phi, Botswana, và Zambia.

Các doanh nghiệp quốc tế có chi nhánh ở Thái Lan cũng đóng vai trò quan trọng trong hỗ trợ các chương trình phòng chống HIV/AIDS. Ví dụ, Shell Thái Lan đã phát động một chương trình với UNICEF gọi là "Giáo dục đồng đẳng tại trạm", cung cấp giáo dục về AIDS cho hơn 800 người trẻ tuổi làm việc tại các trạm dịch vụ. Các doanh nghiệp cỡ nhỏ hơn cũng có tác động trong việc tăng cường nhận thức và tài trợ cho các dịch vụ. Ở tỉnh Phayao, Mạng lưới doanh nghiệp phòng chống AIDS để phát triển (BAND) — một liên minh của các doanh nghiệp nhỏ, chính phủ, các tổ chức phi chính phủ (NGO) và các cơ quan Y tế công cộng — đã giúp thanh niên bị nhiễm HIV hoặc có cha mẹ bị AIDS thông qua mạng lưới giới thiệu chuyển tiếp bao gồm đào tạo kỹ thuật, học bổng, hỗ trợ xã hội, và các dự án tạo công ăn việc làm.

Công ty Bảo hiểm Quốc tế Mỹ, công ty bảo hiểm nhân thọ lớn nhất ở Thái Lan, sẽ giảm tối đa 10% phí bảo hiểm nhân thọ cho khách hàng của mình nếu họ đã có chương trình giáo dục HIV/AIDS tại nơi làm việc. Phần lớn khách sạn ở Bangkok, Thái Lan, như Grand Hyatt Erawan, Regent Hotel, Pan Pacific và JW Marriott cung cấp giáo dục về HIV/AIDS cho nhân viên trong giờ làm việc.[17]

Sáng kiến Hợp tác Ấn-Mỹ trong khu vực tư nhân phòng chống HIV/AIDS mong muốn thiết lập một Quỹ hợp tác phòng chống HIV/AIDS tư nhân, chấp nhận đóng góp từ các công ty tư nhân. Mục đích nhằm xây dựng những dự án giúp mở rộng sáng kiến hợp tác, hỗ trợ các dự án sáng tạo của các doanh nghiệp nhỏ và vừa, và thúc đẩy mối quan hệ và hợp tác giữa các doanh nghiệp Mỹ và Ấn Độ. Ngoài ra, USAID, cơ quan chủ trì phía sau sáng kiến này, muốn ghi nhận và công bố những thực hành tốt nhất trong ngành công nghiệp.[18]

Kinh nghiệm từ các chương trình cho nhân công gợi ý rằng một chương trình HIV/AIDS, dù là hướng tới dự phòng hay điều trị hoặc cả hai, cũng sẽ thành công hơn nếu là một phần của một can thiệp y tế rộng hơn, thông thường là một phần của một gói lợi ích cho người làm công. Người làm công và gia đình họ sẽ sẵn sàng chấp nhận lợi ích của xét nghiệm hoặc thậm chí giáo dục đồng đẳng nếu đó là một phần của một nỗ lực y tế tổng thể, hơn là nếu nó chỉ mang nhãn hiệu - và do đó ám chỉ sự kỳ thị − về phòng chống HIV/AIDS.

5.3.3 Thực tiễn trong nước

Số lượng các doanh nghiệp tư nhân chắc chắn sẽ mở rộng ở Việt Nam trong tương lai. Điều này khiến cho việc thu hút sự tham gia của khu vực tư nhân vào phòng chống AIDS trở thành một lựa chọn hấp dẫn. Bởi tỷ lệ hiện nhiễm ở người lớn tại Việt Nam vẫn còn thấp, tác động trực tiếp của AIDS tới các Doanh nghiệp hầu như không thể là động lực hàng đầu khiến các

[17] Doanh nghiệp hành động phòng chống HIV/AIDS, Liên minh doanh nghiệp Châu Á phòng chống AIDS (2002)
[18] Trung tâm nghiên cứu chiến lược quốc tế, Khu vực tư nhân và HIV/AIDS: Tìm kiếm mô hình theo dõi ở Ấn Độ, Nam Á, 02/2006, Số 91

công ty tham gia phòng chống AIDS. Tuy nhiên, các công ty có thể quan tâm tới AIDS bởi một số lý do, trong đó có việc quy định tham gia bắt buộc, trách nhiệm xã hội đoàn thể và mong muốn tham gia vào đời sống xã hội một cách rộng rãi hơn.

Hiện nay, các doanh nghiệp đã tham gia vào phòng chống AIDS ở Việt Nam với một mức độ nhất định. Chemonics, một NGO quốc tế, đã làm việc trực tiếp với các doanh nghiệp và thông qua các hiệp hội doanh nghiệp quốc gia và địa phương, các phòng thương mại, chính phủ và các tổ chức xã hội dân sự cung cấp tài chính vi mô nhằm phát triển năng lực để khởi động, quản lý và duy trì các chương trình tại nơi làm việc. NGO này đã thực hiện các hoạt động với sự hỗ trợ vốn của USAID, nhưng quan trọng hơn, NGO cũng huy động nguồn vốn của bản thân để hỗ trợ các hoạt động tại nơi làm việc. Đến cuối năm thứ 2, dự án của Chemonics đã mở rộng các hoạt động can thiệp phòng chống HIV tại nơi làm việc ở 118 doanh nghiệp. Trong số đó, 36,4% đã thực hiện một chương trình phòng chống HIV toàn diện tại nơi làm việc, giáo dục truyền thông về HIV cho 16.670 người. Dữ liệu của Chemonics cho thấy 21/118 (18%) doanh nghiệp đã đóng góp tổng số 383,5 triệu VNĐ cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS trong giai đoạn một năm (2009-2010). Trung bình, mỗi doanh nghiệp đóng góp cho các chương trình này khoảng 18,2 triệu. Có sự thay đổi lớn trong tổng số tiền đóng góp, nhưng dù sao, những con số này cũng cho thấy các doanh nghiệp sẵn sàng đầu tư cho các chương trình phòng chống HIV/AID.

Một ví dụ khác mình họa rõ hơn cho mối quan tâm ngày càng tăng của Việt Nam đối với khu vực tư nhân được thể hiện trong "Kế hoạch điều hành khu vực tư nhân trong phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2011-2015" của Cục phòng chống HIV/AIDS. Mặc dù trọng tâm của chiến lược này chủ yếu hướng tới lĩnh vực y tế tư nhân, ví dụ như các phòng khám tư, các phòng xét nghiệm và hiệu thuốc tư, kế hoạch cũng đã chỉ ra tiềm năng đóng góp của các doanh nghiệp thương mại đối với các dịch vụ liên quan tới AIDS như các Chương trình dự phòng tại nơi làm việc hoặc Thông tin – giáo dục – truyền thông hầu như vẫn còn chưa được đả động tới do thiếu nhận thức về AIDS. Đây được coi là một cơ hội để tìm kiếm nguồn tài trợ trong tương lai.

5.3.4 Dự báo dòng thu tiềm năng

Phần này xem xét vai trò tiềm năng của khu vực tư nhân trong tài trợ cho chương trình phòng chống HIV/AIDS. Đến 01/2005, Việt Nam ước tính có khoảng 150.000 doanh nghiệp tư nhân đăng ký và có mã số thuế (ADB, 2005). Bảng 5.6 trình bày tóm tắt số liệu về các doanh nghiệp tư nhân theo quy mô. Phần lớn các nhà máy là những doanh nghiệp siêu nhỏ với ít hơn 10 nhân công (46,6%). Tiếp theo, nhóm lớn thứ hai (35%) là các doanh nghiệp nhỏ thường thuê từ 10 đến 49 nhân công. Các doanh nghiệp vừa (10-49 nhân công) và lớn (>300 nhân công) chiếm lần lượt 13,8% và 4,6% toàn khu vực.[19]

Các doanh nghiệp tư nhân có đăng ký ở Việt Nam (2005), theo quy mô

Quy mô doanh nghiệp	Định nghĩa: số lượng nhân công	% doanh nghiệp	Số lượng doanh nghiệp	Thuế và phí trung bình một doanh nghiệp đóng (tỷ VNĐ)
Siêu nhỏ	<10	46,6%	69.900	0,095
Nhỏ	10-49	35,0%	52.500	0,294
Vừa	50-299	13,8%		2,629

[19] Trung bình, các doanh nghiệp nhỏ thuê 19 nhân công, trong khi các doanh nghiệp vừa thuê 112 nhân công

			20.700	
Lớn	=>300	4,6%	6.900	22,097
Tổng		100%	150.000	

Nguồn: ADB (2005)

Chemonics đã dự trù chi phí cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS tại nơi làm việc với hiệu chỉnh cho sự khác biệt về quy mô doanh nghiệp. Sử dụng dữ liệu này và dữ liệu từ ADB về số nhân công trung bình cho các doanh nghiệp có quy mô khác nhau, ta có thể tính mức đóng góp tiềm năng từ khu vực tư nhân. Khảo sát của Chemonics thực hiện trên 118 doanh nghiệp phát hiện ra 18% doanh nghiệp có dành ít vốn cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS.

Bảng 5.7 trình bày ước tính chi phí cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS.[20] Những chi phí này phản ánh một yếu tố chi phí cố định và một chi phí biến động liên quan tới số nhân công trung bình của một doanh nghiệp. Những con số này khá khiêm tốn khi đặt trong bối cảnh thuế trung bình tính theo quy mô doanh nghiệp (xem Bảng 5.7). Các doanh nghiệp siêu nhỏ bị loại ra khỏi phân tích.

Chi phí cho các chương trình tại nơi làm việc

Quy mô doanh nghiệp	Chi phí cho một doanh nghiệp
Nhỏ	5.625.691
Vừa	14.567.339
Lớn	32.642.927

Nguồn: Chemonics /tính toán của tác giả

Dựa trên ước tính chi phí cho các chương trình tại nơi làm việc trình bày trong Bảng 5.8, và mức đóng góp của các doanh nghiệp nhỏ (66%), vừa (26%) và lớn (8%), chi phí bình quân có trọng số cho các chương trình tại nơi làm việc là 10,2 triệu VNĐ.

Nhằm dự đoán mức đóng góp của khu vực tư nhân, ta cần đưa ra giả định về tỷ lệ doanh nghiệp thực hiện chương trình tại nơi làm việc trong giai đoạn 2012-2020. Cỡ mẫu nhỏ trong nghiên cứu của Chemonics tìm ra 18% trong số các doanh nghiệp thực hiện một dạng chương trình tại nơi làm việc nào đó.

Bảng 5.8 trình bày ước tính nguồn thu từ các doanh nghiệp tư nhân, giả sử mức độ tham gia của khu vực tư nhân sẽ tăng kể từ năm 2012. Năm 2012, chúng tôi giả định chỉ có 18% doanh nghiệp thực hiện chương trình tại nơi làm việc, đóng góp khoản thu tiềm năng khoảng 0,1 nghìn tỷ VNĐ, tăng lên 0,8 nghìn tỷ VNĐ vào năm 2020 khi 60% doanh nghiệp tham gia. Chúng tôi cũng tính đến ảnh hưởng của lạm phát trong chi phí cho mỗi chương trình.

[20] Phụ lục E cung cấp bản chi phí chi tiết cho mỗi công ty theo quy mô.

Đóng góp của khu vực tư nhân cho các chương trình tại nơi làm việc, tác động khi gia tăng sự tham gia của các doanh nghiệp, tỷ VNĐ

Năm	Số lượng doanh nghiệp	% doanh nghiệp có chương trình tại nơi làm việc	Số chương trình tại nơi làm việc	Nguồn lực cho mỗi chương trình (triệu VNĐ)	Nguồn lực sẵn có (triệu VNĐ)
2012	80.100	18%	14.418	10,2	0,1
2013	80.100	25%	20.025	10,8	0,2
2014	80.100	30%	24.030	11,4	0,3
2015	80.100	35%	28.035	12,1	0,3
2016	80.100	40%	32.040	12,7	0,4
2017	80.100	45%	36.045	13,5	0,5
2018	80.100	50%	40.050	14,2	0,6
2019	80.100	55%	44.055	15,0	0,7
2020	80.100	60%	48.060	15,9	0,8

Nguồn: Tính toán của tác giả

5.3.5 Khuyến nghị và các bước tiếp theo

Những phân tích trên cho thấy có thể tăng mức đóng góp của khu vực tư nhân. Các ước tính đã được minh họa; tuy nhiên, chúng cho thấy có thể thu được tới 0,8 nghìn tỷ VNĐ vào năm 2020. Tuy nhiên, chi phí để thực thi các chương trình này tại nơi làm việc cần được xem xét và chi phí này không được tính đến trong phân tích trên.

Để hướng tới thực hiện chương trình này cần thực hiện các bước sau:

Trước hết, hiện có 18% doanh nghiệp ở Việt Nam đang tự nguyện tham gia vào các hoạt động phòng chống AIDS. Điều này cho thấy khái niệm doanh nghiệp đóng góp cho phòng chống AIDS cũng đã xâm nhập vào thực hành của doanh nghiệp, đặc biệt là khi Việt Nam vẫn còn đang trong giai đoạn dịch tập trung. Tuy nhiên, ngược lại, 82% doanh nghiệp không tham gia các hoạt động phòng chống AIDS một cách chính thống. Do đó, cần tham gia vận động với các diễn đàn kinh doanh để chia sẻ kinh nghiệm trong toàn thể cộng đồng danh nghiệp. Mục tiêu nhằm tạo ra sự đồng thuận để bắt buộc các công ty tham gia phòng chống AIDS.

Thứ hai, cần xác minh lại chi phí cho các chương trình tại nơi làm việc được nêu ra trong phân tích ở trên.

Thứ ba, một khi đã khẳng định được chi phí của chương trình tại nơi làm việc cho mỗi loại doanh nghiệp, cần phân tích tác động tài chính tới doanh nghiệp. Câu hỏi đặt ra là chi phí của các chương trình tại nơi làm việc sẽ tạo thêm áp lực tài chính như thế nào đối với các doanh nghiệp Việt Nam. Kỳ vọng rằng đây sẽ chỉ là chi phí biên. Việc tham gia một cách minh bạch với cộng đồng doanh nghiệp về vấn đề này là rất quan trọng. Điều này sẽ giúp phù hợp với các biện pháp thực tế. Quá trình này phải có sự tham gia của các bên liên quan nằm trong Chính phủ trung ương như Văn phòng Thủ tướng Chính phủ và Bộ Tài chính, với sự hỗ trợ của VAAC. Mục tiêu của quá trình tham vấn nhằm khẳng định mức độ đóng góp và đặc điểm của các chương trình phù hợp với loại hình doanh nghiệp. Nhiều khả năng sẽ cần có những thay đổi về pháp lý và khung luật định.

Thứ tư, các doanh nghiệp sẽ được quan tâm đặc biệt về việc đồng nhất áp dụng quy tắc ở Việt Nam nhằm tránh những bất lợi cạnh tranh. Do đó, quan trọng là Chính phủ, VAAC cho thấy minh sẽ theo dõi việc các danh nghiệp áp dụng các biện pháp phòng chống như thế nào, và những biện pháp xử phạt nào sẽ áp dụng với các doanh nghiệp không tuân thủ. Chức năng của việc chính sách hóa biện pháp này cần gắn chặt với cơ chế thực hiện bàn luận dưới đây.

Thứ năm, một thách thức lớn cần được đảm bảo là các doanh nghiệp phải thiết lập các chương trình phòng chống AIDS có chất lượng. Để được như vậy, nhiều doanh nghiệp sẽ cần sự hỗ trợ từ một nhà cung cấp dịch vụ. Trong thực tế, sẽ có trường hợp hầu hết các doanh nghiệp sẽ thuê một nhà cung cấp dịch vụ bên ngoài để thực hiện hoạt động này và 'mua' các hoạt động phòng chống tại nơi làm việc. Do đó, cần xây dựng một mạng lưới các nhà cung cấp dịch vụ đã được kiểm định trên toàn quốc. VAAC cần là người đứng ra tổ chức việc này và sẽ tốn một khoản chi phí. Ty nhiên, ta kỳ vọng chi phí sẽ giảm dần qua các năm.

5.4 Thu phí hàng không

5.4.1 Cơ sở

Một trong những cơ chế tài trợ sáng tạo hiện đang được thực thi tại một số quốc gia Châu Âu và ở một số ít quốc gia Châu Phi là gọi là thu phí hữu nghị trên mỗi vé máy bay. Một khoản thu hàng không hữu nghị được sử dụng để xoa dịu những tác động tiêu cực của toàn cầu hóa và cũng dùng để tài trợ cho điều trị HIV/AIDS.

Các nước thành viên đồng ý hiến tặng khoản thu từ phần thuế hữu nghị tăng thêm trên các vé máy bay cho các tổ chức phát triển hiện có trong nước và quốc tế. Một khoản thu trên giá vé máy bay vừa dài hạn vừa có thể dự đoán được, bởi vận chuyển hàng không ngày càng phát triển và được kỳ vọng sẽ còn tiếp tục tăng trưởng trong những năm tới. Ưu điểm chính của thu phí hữu nghị hàng không là nó có thể được thực hiện ở các quốc gia thành viên kể cả khi những quốc gia khác không muốn tham gia vào sáng kiến này.

Một số người phản đối sáng kiến này lập luận rằng khoản thu sẽ làm giảm nhu cầu mua vé máy bay, và do đó có thể không tạo ra mức thu mong đợi. Tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy độ đàn hồi giá trên nhu cầu của vé máy bay thấp và nền công nghiệp hàng không không bị ảnh hưởng bởi khoản thuế tăng thêm này. Hơn nữa, khoản thu sẽ rất nhỏ so với chi phí đi lại đường không (WHO, 2007).

5.4.2 Kinh nghiệm quốc tế

UNITAID, Cơ sở Thu mua Thuốc Quốc tế, được thành lập đặc biệt để giám sát việc sử dụng các khoản thu hữu nghị hàng không. Nhiệm vụ của UNTAID nhằm tạo ra cho người dân ở các nước đang phát triển khả năng tiếp cận dài hạn với các thuốc chất lượng điều trị các bệnh như sốt rét, lao, và HIV/AIDS với giá thành thấp nhất có thể (WHO, 2007). Kể từ khi được thành lập năm 2006 theo sáng kiến của Brazil, Pháp, Chile, Na Uy và Anh, hiện nay đã có 34 quốc gia thành viên, phần lớn đóng góp thông qua thu phí hữu nghị hàng không.

Pháp – quốc gia đầu tiên thực thi việc thu phí hàng không hữu nghị quốc tế vào năm 2006 – thu 1 Euro cho mỗi vé hạng phổ thông của tất cả công dân Châu Âu (10 Euro cho hạng thương gia) và 4 Euro cho các vé hạng phổ thông bay quốc tế (40 Euro cho hạng thương gia) khởi hành từ lãnh thổ của mình. Số tiền đó được sử dụng để tạo ra khoản thu ổn định và dễ dự đoán hơn nhằm đáp ứng nhu cầu của các nước đang phát triển trong việc đạt được các Mục tiêu Thiên niên kỷ (MDG). Đồng thời, khoản thu cũng được dự báo sẽ tạo ra 200 triệu Euro mỗi năm, dùng cho việc chống lại các đại dịch, bao gồm cả việc tiếp cận điều trị kháng retrovirus cho HIV/AIDS (IAPAL, 2008). Nhìn chung, thu phí hàng không được áp dụng cho tất

cả hành khách bay từ các nước thực thi sáng kiến này. Tỷ lệ thu phí thường được điều chỉnh theo điểm đến và hạng ghế (UNITAID, 2008).

Thông thường, mọi khoản thu đều chiếm một phần nhỏ trong tổng chi phí đi lại và sẽ không ảnh hưởng tiêu cực tới tổng lưu lượng hành khách.

Hơn 70% nguồn tài chính dài hạn của UNITAID, xấp xỉ 250 triệu USD mỗi năm, có được từ khoản thu phí hữu nghị áp dụng trên các vé máy bay mua tại các quốc gia thành viên. Ước tính gần một tỷ USD đã được UNITAID thu từ phí hữu nghị để phòng chống HIV/AIDS, sốt rét và lao (Bộ Y tế Kenya, 2010). Một cuộc họp tổ chức ở Geneva vào 06/2010 đã nhất trí đẩy mạnh các nỗ lực nhằm thu hút nhiều quốc gia áp dụng thu phí hữu nghị trên vé máy bay hơn nhằm tạo thêm vốn bổ sung cho các MDG về y tế.

5.4.1 Dự đoán dòng thu tiềm năng

Tổng nguồn thu phí hàng không trong giai đoạn 2012-2020 được tính theo công thức:

$$Tongnguonthu = \sum_{y=2012}^{2020} (v_y l)(1-a)$$

Với
y = năm
v = lưu lượng giao thông hàng không
l = mức phí thu
a = phần trăm quản lý hành chính

Doanh thu thuần từ khoản thu phí hàng không dự kiến đạt được bằng cách trừ đi phí quản lý khi thu khoản thu này, giả sử là IATA, cơ quan hiện nay chịu trách nhiệm thu phí khởi hành của các hành khách hàng không. Chúng tôi giả định chi phí quản lý tương đương với 2% tổng phí thu được – dựa trên mức phí quản lý hiện nay IATA đang thu.[21]

Số hành khách hàng không, Việt Nam

	Sân bay	Số lượng hành khách
1	Hà Nội (Nội Bài)	9 triệu (2009)
2	HCM (Tân Sơn Nhất)	15,5 triệu (2010)
3	Đà Nẵng	4 triệu (2009)
4	Huế (Phú Bài)	2 triệu (2009)
5	Cần Thơ	500.000 (2009)
6	Cát Bà	374.000 (2009)

Nguồn: Đầu tư và Thương mại Anh, 2011[22]

Bảng trên cho thấy số hành khách gần đây nhất của Việt Nam. Lấy số lượng hành khách trên cho năm 2012 và tăng số hành khách mỗi năm theo tăng trưởng GDP thực, ta có thể dự đoán nguồn thu từ thu phí hàng không tới năm 2020, dựa trên một khoản phí minh họa là 5USD. Số liệu về lượng khách hàng không cho cả chuyến bay trong nước lẫn quốc tế, với giá cả thường

[21] Lievens và cộng sự, Tài chính bền vững cho HIV/AIDS ở Namibia: Quản lý sự chuyển hướng tới một chiến lược tài chính AIDS mới, Báo cáo sơ bộ OPM, 11/2011
[22] Ngành hàng không Việt Nam, Thương mại và đầu tư Anh, 2011

biến động khá lớn. Do đó, mức thu phí 5USD khi lên máy bay là mức phí bình quân và chúng ta kỳ vọng mức phí trên các chuyến bay quốc tế sẽ cao hơn các chuyến bay trong nước. Nếu cơ chế này được triển khai sâu rộng hơn, việc tiến hành các dự báo chi tiết hơn sẽ rất quan trọng. Tuy nhiên, các dự báo cung cấp ước tính về trật tự độ lớn nguồn lực có thể tạo ra cho phòng chống AIDS.

Ước tính nguồn thu phí hàng không, 2012-2020

Năm	Số hành khách (triệu)	Phí thu trên mỗi hành khách (USD)	Tổng phí (trừ chi phí quản lý) (triệu USD)	Nguồn lực sẵn có (nghìn tỷ VNĐ)
2012	31,4	5,0	154	3,1
2013	33,6	5,0	168	3,5
2014	36,1	5,0	181	3,8
2015	38,8	5,0	194	4,2
2016	41,6	5,0	208	4,7
2017	44,6	5,0	223	5,2
2018	47,8	5,0	239	5,7
2019	51,3	5,0	256	6,3
2020	55,0	5,0	275	7,0

Nguồn: Tính toán của tác giả

Vì vận chuyển hàng không là không thể thay thế đổi với cả khu vực và quốc tế, chúng tôi giả định rằng nhu cầu giao thông hàng không là không đàn hồi và thu phí không làm giảm lưu lượng giao thông.

5.4.2 Khuyến nghị và các bước tiếp theo

Khoản thu phí hàng không bằng 5 USD trên các chuyến bay đi cung cấp một khoản thu đáng kể tài trợ cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS: Lựa chọn tài chính này có thể tạo nên một chiến lược tài chính đáng tin cậy, bền vững và dự đoán được. Lựa chọn này dựa trên các ước tính bảo thủ về tăng trưởng lưu lượng hành khách trong những năm tới. Đây có thể được xem như một ứng viên chắc chắn cho nguồn vốn thay thế bởi lượng phí thu tương đối nhỏ so với giá vé máy bay và không phải là thuế đánh vào người nghèo.
Các bước để thực hiện biện pháp này bao gồm:

Trước hết, mặc dù việc áp dụng thu phí hàng không cho phòng chống AIDS đã được thực hiện rộng rãi bởi nhiều nước thuộc UNITAID, Việt Nam chưa có kinh nghiệm với biện pháp này. Do đó, quan trọng là cần tham vấn với ngành công nghiệp hàng không Việt Nam và phối hợp với các cơ quan thuế có liên quan trong quá trình tham vấn. Mục đích của quá trình tham vấn nhằm lôi cuốn sự tham gia của ngành công nghiệp. VAAC và UNAIDS có thể cần xem xét mời các đại diện của UNITAID tham gia quá trình này bởi họ sẽ có thể chia sẻ các kinh nghiệm quốc tế cụ thể.

Thứ hai, cần xác minh lại các con số được đưa ra trong phân tích này như một phần trong quá trình tham vấn.

Thứ ba, một khi đã đạt được thỏa thuận về biện pháp này, cần thảo luận cách thực hiện với Cơ quan Thu. Quy trình áp dụng thu phí hàng không phổ biến nhất là các hãng hàng không chịu trách nhiệm thu phí tại thời điểm bán vé. Thông thường, phí hàng khôn cho AIDS sẽ được cộng them vào mức thuế hàng không sẵn có. Các hãng hàng không sau đó chuyển khoản phí

cho cơ quan thuế. Sau cùng, khoản phí này sẽ được chuyển tới người nhận cuối cùng, thường là VAAC.

Thứ tư, Việt Nam hiện đang khai thác khả năng tăng phí thuốc lá và rượu cho chi tiêu y tế. Sẽ rất hữu ích nếu chúng ta gộp chung các nguồn lực từ nhiều loại phí khác nhau thành một quỹ 'Y tế và HIV/AIDS'. Nó có thể giúp cải thiện hiệu quả phân bổ nguồn lực. Ý tưởng này hiện đang được đưa vào chương trình nghị sự và có thể cần theo dõi tiếp.

5.5 Vay bổ sung

Nếu các nguồn tài chính khác vẫn không đủ, có thể tạo thêm nguồn tài chính bổ sung thông qua vay bổ sung. Vì lý do chính trị, các chính phủ có thể cũng thích vay hơn là tăng thu thuế. Do đó, để phục vụ cho phân tích này, chúng tôi xem xét liệu một lượng gia tăng khiêm tốn trong số thâm hụt mỗi năm có thể được dùng cho phòng chốngHIV/AIDS.

Không có quy tắc phổ cập nào thiết lập giới hạn rằng một quốc gia có thể vay nợ bao nhiêu mà không phải đối mặt với các vấn đề về trả nợ. Một quốc gia cần thiết lập chiến lược vay nợ của riêng mình dựa trên một loạt yếu tố đặc thù của quốc gia đó, như tỷ lệ nợ nước ngoài, tỷ lệ lãi suất vay nợ biến động và biến động trong nền kinh tế đất nước, các khoản thu của chính phủ và xuất khẩu.

Trong trường hợp Việt Nam, chính phủ đã tăng vay nợ trong những năm gần đây nhằm hành động chống lại ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng kinh tế toàn cầu. Hệ quả là tổng nợ công và nợ công có bảo lãnh đã tăng tới 44% GDP vào cuối năm 2010 (căn cứ theo định nghĩa của chính phủ, định nghĩa của IMF có thể lên tới 50% GDP). Đây là mức so sánh với chiến lược của chính phủ khi thiết lập mức trần nợ công và nợ công có bảo lãnh là 50% GDP (dựa trên định nghĩa của chính quyền).

Điều này cho thấy rằng có chút ít khả năng để có thể tăng vay vốn. Tuy nhiên, một số cân nhắc kỹ lưỡng hơn lại đưa ra những gợi ý khác. Trước hết, giới hạn 50% GDP là mức trần, không phải là mục tiêu, một quốc gia nên tỉnh táo duy trì một khoản dự phòng (nhất là trong môi trường kinh tế không chắc chắn hiện nay). Thứ nhì, IMF khuyến cáo rằng qua thời gian, mức trần sẽ giảm xuống còn 40% GDP. Thứ ba, mặc dù Phân tích Nợ bền vững của IMF-Ngân hàng thế giới (DSA) gợi ý rằng Việt Nam có nguy cơ vỡ nợ thấp, phân tích cũng cho thấy dự trữ nợ rất nhạy cảm với các cú sốc bất lợi trong tỷ giá hối đoái hoặc với Bội chi Ngân sách lớn liên tục.

Như vậy, dù có tiềm năng ngắn hạn nhằm tăng cường nguồn lực choHIV/AIDS thông qua vay bổ sung, báo cáo này không coi đây là lựa chọn xa hơn và các dự báo đã loại trừ bất cứ nguồn lực nào có được từ các khoản vay mới.

5.6 Thiếu hụt tài chính và các nguồn vốn thay thế

Từ trên, ta rút ra rằng có thể kiểm tra tổng nguồn lực sẵn có cho HIV. Có thể tính toán bằng cách kết hợp các nguồn lực nền đã tính ở phần trên với các nguồn lực phát kiến mới được thảo luận trong phần này. Bảng dưới đây cho thấy các dự báo cho mỗi nguồn lực phát kiến như đã tính toán ở trên. Thu phí hàng không là nguồn thu lớn nhất, tương đương 70% tổng nguồn lực phát kiến.

Tổng nguồn lực phát kiến, 2012-2020 (nghìn tỷ VNĐ)

Bảo hiểm y tế	Lồng ghép trong khu vực công lập	Đóng góp của khu vực tư nhân	Thu phí hàng không	Các nguồn lực thay thế

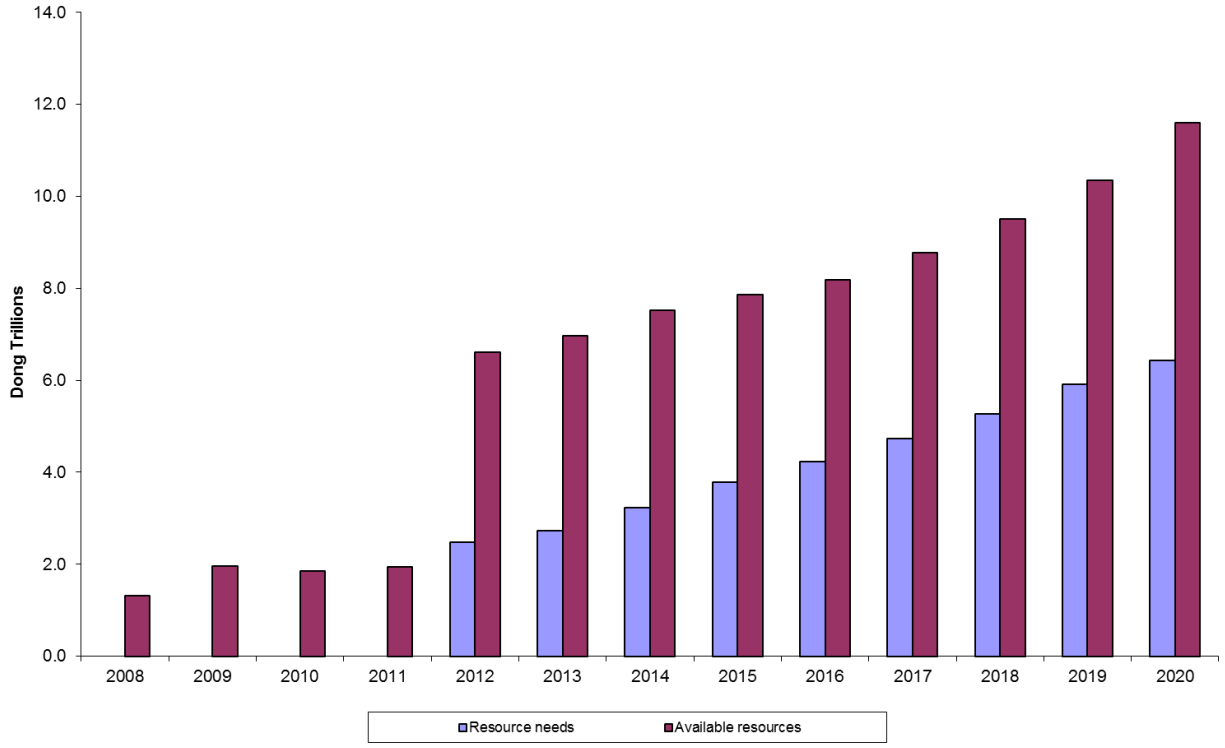
2012	0,45	0,55	0,15	3,07	4,22
2013	0,55	0,62	0,22	3,46	4,57
2014	0,65	0,7	0,27	3,83	5,17
2015	0,76	0,79	0,34	4,24	5,86
2016	0,85	0,91	0,41	4,68	6,60
2017	0,93	1,03	0,49	5,17	7,42
2018	1,02	1,17	0,57	5,71	8,33
2019	1,13	1,32	0,66	6,30	9,34
2020	1,25	1,5	0,76	6,96	10,47

Khi các nguồn lực này được bổ sung vào nguồn lực cơ bản, rõ ràng là chúng ta có thể dễ dàng bù đắp thiếu hụt tài chính. Điều này được minh họa trong Bảng và Hình dưới đây.

Thiếu hụt tài chính sau khi có các nguồn lực mới cho HIV/AIDS, 2012-2020 (nghìn tỷ VNĐ)

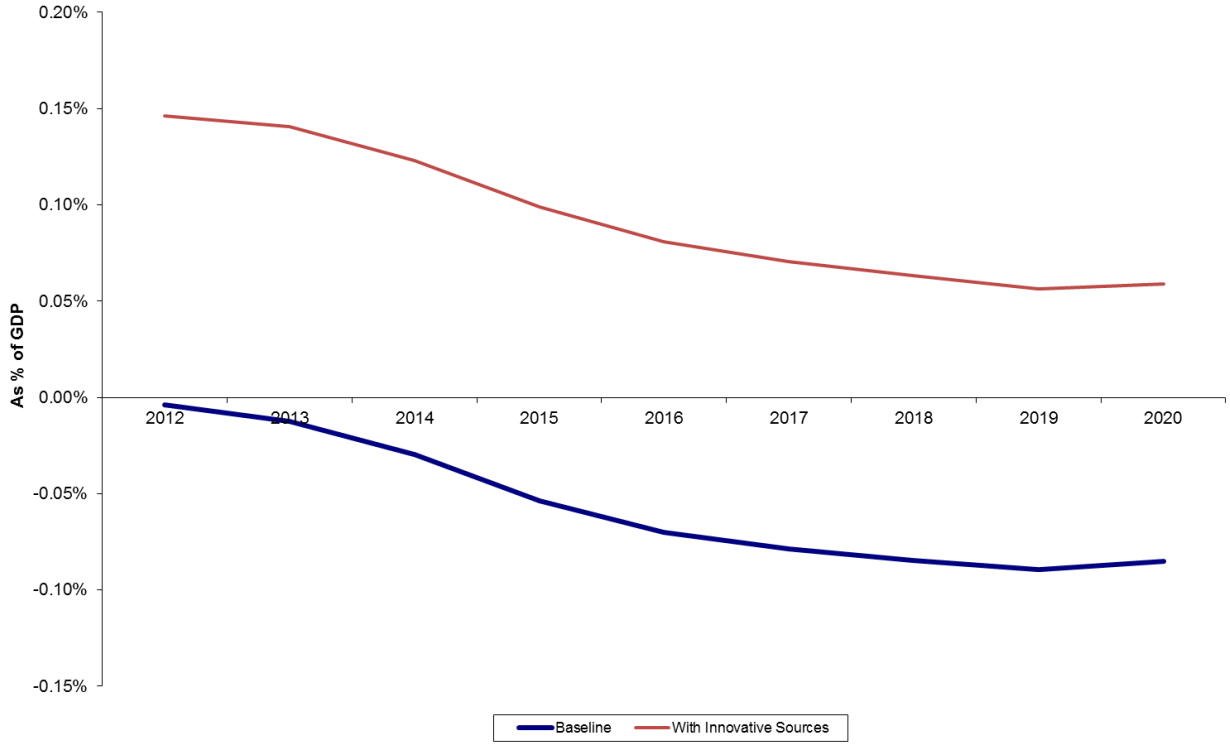
	Tổng nền	Các nguồn lực mới	Tổng nguồn lực	% GDP	Thiếu hụt tài chính	% GDP
2008	1,32		1,32	0,12%		
2009	1,96		1,96	0,13%		
2010	1,85		1,85	0,11%		
2011	1,94		1,94	0,10%		
2012	2,39	4,22	6,61	0,29%	-4,13	-0,182%
2013	2,40	4,57	6,97	0,27%	-4,25	-0,165%
2014	2,36	5,17	7,53	0,26%	-4,30	-0,147%
2015	2,00	5,86	7,86	0,24%	-4,08	-0,123%
2016	1,58	6,6	8,18	0,22%	-3,95	-0,105%
2017	1,35	7,42	8,77	0,20%	-4,05	-0,095%
2018	1,17	8,33	9,50	0,20%	-4,23	-0,087%
2019	1,00	9,34	10,34	0,19%	-4,43	-0,081%
2020	1,13	10,47	11,60	0,19%	-5,17	-0,083%

Hình 5. 2 Nhu cầu nguồn lực và nguồn lực sẵn có – Số liệu nền cộng thêm nguồn lực mới, 2012-2020



Tác động tới thiếu hụt tài chính được minh họa trong Hình 5.3. Thiếu hụt giảm đi từ một khoản thâm hụt xấp xỉ 0,085% GDP tới một khoản thặng dư 0,06% GDP vào năm 2020.

Hình 5. 3 Thiếu hụt tài chính – Số liệu nền và các nguồn lực mới, 2012-2020



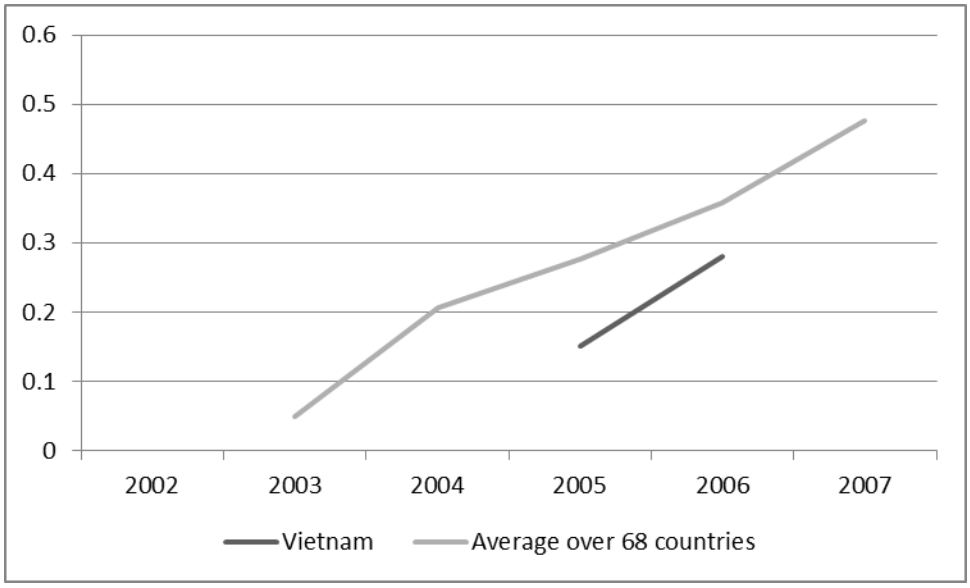
6 Cải thiện hiệu quả (efficiency)

Trong khi tham khảo ý kiến để thực hiện phân tích này, các bên liên quan gợi ý rằng có thể cải thiện hiệu quả chi tiêu cho AIDS. Khi xem xét liệu các quốc gia có sử dụng xứng đáng số tiền chi tiêu cho HIV/AIDS hay không, điều quan trọng là phải xem xét hiệu quả kỹ thuật thực hiện chương trình. Hiệu quả kỹ thuật là việc cung cấp một lượng sản phẩm đầu ra sử dụng lượng đầu vào tối thiểu. Trong phòng chống HIV/AIDS, điều này có nghĩa là đạt được bất cứ tập hợp kết quả cụ thể nào, ví dụ số người được điều trị ARV hay số người được tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT), với chi phí thấp nhất.

Để đánh giá hiệu quả ứng phó với AIDS của Việt Nam, chúng tôi sử dụng dữ liệu từ một nghiên cứu xuyên quốc gia do Wu Zeng thực hiện. Phụ lục G cung cấp nền tảng phương pháp luận và tài liệu tham khảo.

Biểu đồ dưới đây cho thấy điểm hiệu quả của Việt Nam từ năm 2003 đến 2007 và so sánh nó với giá trị trung bình của mẫu gồm 68 nước (Zeng, 2010). Trong khi có một quan sát mỗi năm cho mẫu, chúng ta chỉ có hai quan sát cho Việt Nam (năm 2005 và 2006).

Hình 6. 1 Điểm hiệu quả ở Việt Nam



Năm 2005 và 2006, điểm hiệu quả kỹ thuật của chương trình AIDS Việt Nam thấp hơn mức trung bình của tất cả các nước, lần lượt ở mức 15% và 29%, so với 27% và 36% trong mẫu. Trong cùng kỳ, một số nước có điểm hiệu quả 100% trong những năm được chọn, cho thấy cơ hội quan trọng để cải thiện ở Việt Nam. Phương pháp mà Zeng sử dụng tạo ra những sai số tiêu cực cố hữu đối với điểm hiệu quả của Việt Nam. Điều này do nghiên cứu của Zeng đã không tính đến một cấu phần trong đầu ra của chương trình. Tuy nhiên, do can thiệp giảm tác hại không chiếm một phần lớn trong chương trình phòng chống AIDS, chỉ cao hơn 10% tổng nguồn lực sử dụng trong hai năm vừa qua một chút, nên chúng tôi trừu tượng hóa sai số tiêu cực này.

Lãi suất có được từ tiết kiệm do hiệu quả sẽ gia tăng khi nguồn lực sẵn có cho HIV/AIDS giảm đi. Lĩnh vực này tương đối mới mẻ và chỉ có ít bằng chứng có thể áp dụng trong bối cảnh Việt Nam (như phương pháp chúng tôi sử dụng trên đây đã cho thấy).

Sáng kiến y tế Clinton hiện đang tiến hành một nghiên cứu đa quốc gia trên năm quốc gia ở Châu Phi và những phát hiện sơ bộ cho thấy có sự biến đổi lớn trong chi phí đơn vị của các chương trình, giữa các quốc gia (đã được lường trước) cũng như trong mỗi quốc gia (giữa các

nhà cung cấp dịch vụ khác nhau). Đặc biệt là phát hiện thứ hai cho thấy có khả năng để cải thiện hiệu quả.

Viện y tế Mexico, hợp tác với Ngân hàng thế giới, thực hiện một cách tiếp cận tập trung vào bốn loại hiệu quả: hiệu quả cung cấp dịch vụ, hiệu quả giao dịch, hiệu quả thông tin và hiệu quả thể chế. Hiệu quả cung cấp dịch vụ kiểm định việc cung cấp dịch vụ, khi thực hiện trong điều kiện vận hành giới hạn và các mối liên kết và chuyển tiếp giữa các cấp cung cấp dịch vụ. Nó so sánh chi phí đơn vị của các nhà cung cấp dịch vụ khác nhau hay mạng lưới các nhà cung cấp, và cố gắng tìm hiểu xem liệu sự khác biệt tương đương với khác biệt chi phí thực trong cung cấp dịch vụ hay vì không hiệu quả. Hiệu quả giao dịch bao gồm một phân tích chi tiết dòng chảy của vốn tài trợ từ nguồn tới người thụ hưởng. Các tiếp cận này căn cứ vào quan sát từ đâu đó răng một phần ngân sách cho các nhà cung cấp dịch vụ tuyến đầu thường thất thoát ở các cấp quản lý trung gian. Hiệu quả thông tin xem xét liệu có sẵn thông tin hay quyết định chiến lược và chúng có được tận dụng hay không; và hiệu quả thể chế nói về chu trình chính sách HIV/ AIDS từ lúc lập kế hoạch cho tới lên ngân sách và thực hiện cho tới theo dõi-đánh giá, và liệu sự kết nối tốt hơn giữa các bên liên quan khác nhau có thể giúp đạt được mức hiệu quả cao hơn.

Cả hai cách tiếp cận của CHAI và Viện y tế Mexico đều là những điển hình cho việc phát triển công cụ đánh giá hiệu quả chương trình phòng chống HIV/AIDS. Trong nghiên cứu này, vì không thể thực hiện một cuộc điều tra công phu, chúng tối sử dụng kết quả nghiên cứu của Zeng để dự báo đường tiết kiệm hiệu quả của Việt Nam.

6.1 Dự đoán hiệu quả đạt được (efficiency gains)

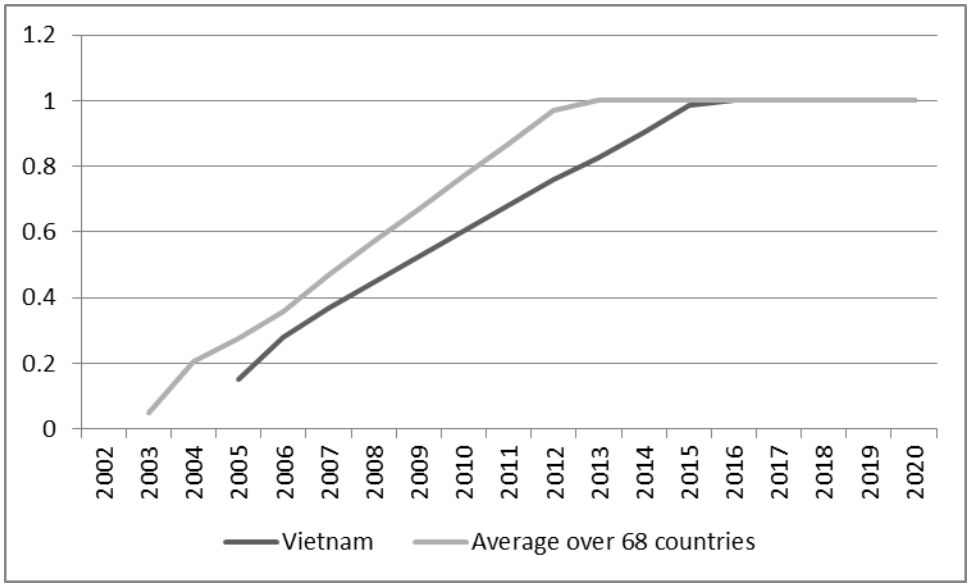
Ngay cả khi phương pháp của Zeng tạo ra một vài sai số tiêu cực đối với điểm hiệu quả của ứng phó với AIDS ở Việt Nam, chúng tôi vẫn sử dụng dữ liệu theo phương pháp đó. Bởi hạn chế của cách tiếp cận này, chúng tôi cần phiên giải kết quả một cách cẩn trọng. Để dự đoán đường tiết kiệm hiệu quả của ứng phó với AIDS ở Việt Nam, chúng tôi đưa ra các giả định sau:

- Trước tiên, sử dụng một dự đoán tuyến tính, chúng tôi ngoại suy ra đường hiệu quả của hiệu quả trung bình cho tập hợp 68 quốc gia. Khi làm vậy, trung bình các nước đạt được hiệu quả đầy đủ vào năm 2013.

- Thứ hai, chúng tôi áp dụng mức tăng trưởng hiệu quả trung bình hàng năm trong số liệu gộp của các nước cho dữ liệu của Việt Nam. Từ năm 2013 trở đi, chúng tôi áp dụng tỷ lệ tăng trưởng trung bình cho hiệu quả gộp trong 3 năm (2011-2013) cho mức hiệu quả của Việt Nam, cho đến khi Việt Nam đạt được hiệu quả đầy đủ vào năm 2016.

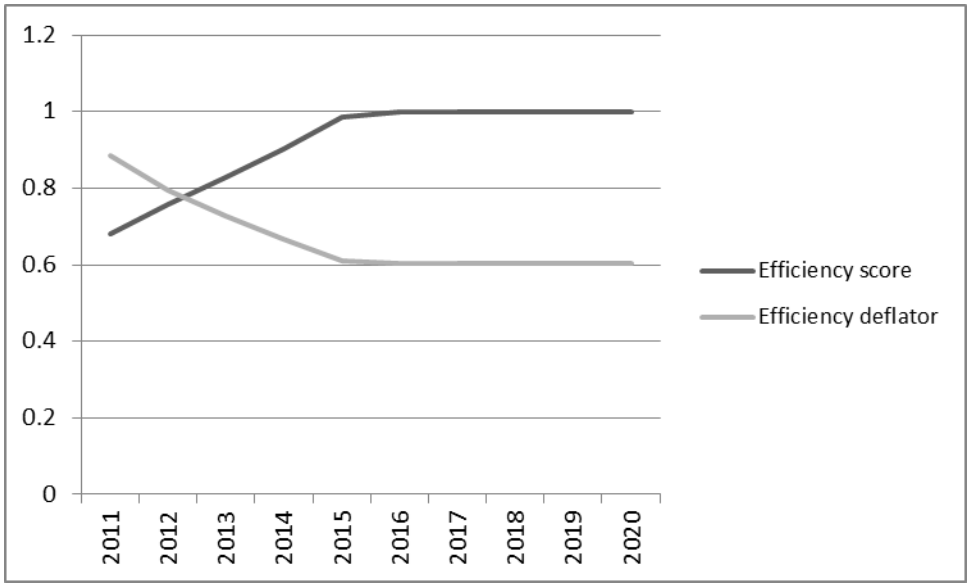
Điều này được thể hiện trong biểu đồ dưới đây.

Dự đoán hiệu quả



Tương ứng với mức tăng trong hiệu quả, chúng ta có thể tính được số 'giảm phát' đối với nhu cầu nguồn lực. Trong trường hợp Việt Nam, giảm phát khá quan trọng và được thể hiện trong hình dưới đây. Từ năm 2016 trở đi, nhu cầu nguồn lực có thể giảm khoảng 40%, và sau đó có thể đạt được hiệu quả đầy đủ. Nói cách khác, trong năm 2016, chúng ta có thể cần một nguồn lực ít hơn 40% so với ước tính hiện nay mà vẫn không làm giảm mức đầu ra.

Điểm hiệu quả và giảm phát hiệu quả



6.2 Hiệu quả thuốc (drug efficiency)

Phần trước cho thấy cần tạo được những hiệu quả quan trọng. Tuy nhiên, nó không chỉ ra làm cách nào để có thể tạo ra những hiệu quả này và tạo ra chúng từ đâu. Chi phí ARV thường chiếm một phần lớn trong tổng chi phí cho chương trình AIDS. Đó là lý do vì sao trong phần này chúng tôi kiểm định liệu Việt Nam có thể mua được thuốc ARV ở mức giá thấp hơn.
Điều trị thuốc kháng retrovirus cấu thành khoản chi phí đơn lẻ lớn nhất trong ứng phó với HIV/AIDS của các nước thu nhập thấp và trung bình. Điều này đúng bất chấp việc trong lịch

sử, chi phí cho thuốc ARV bậc 1 đã giảm từ hơn 10.000USD còn khoảng 175USD cho mỗi người một năm. Trong khi điều này đã dẫn tới những cải thiện đáng kể trong khả năng chi trả cho các loại thuốc này và gia tăng tỷ lệ điều trị từ 7% lên 42% trong giai đoạn 2003-2008, chi phí vẫn còn cao cho các thuốc bậc 2 có nghĩa là các nước có thu nhập thấp và trung bình còn lâu nữa mới có thể đạt được tỷ lệ bao phủ ART mục tiêu của mình, hiện được đặt ở mức 80% những người cần được điều trị.[23]

Một loạt chiến lược toàn cầu hiện đang được thực thi nhằm giảm chi phí cho thuốc kháng retrovirus, bao gồm:

1. **Các thỏa thuận mua sắm chung.** Cơ chế này được hình thành để nhóm nhiều người mua thuốc thành một đơn vị thu mua duy nhất với hi vọng gia tăng số lượng mua sẽ dẫn tới giảm giá thành cho một đơn vị mua. Quỹ toàn cầu đang thực hiện loại thỏa thuận này.
2. **Thỏa thuận giá qua bên thứ ba.** Chiến lược này được Sáng kiến phòng chống HIV/AIDS của Quỹ Clinton (CHAI) sử dụng đầu tiên vào năm 2003. Trong trường hợp này, CHAI đám phán mức giá trần với các nhà cung cấp thuốc ARV chung và dựa trên đó, mọi quốc gia thành viên của CHAI có quyền mua thuốc từ các nhà cung cấp này với mức giá thấp hơn hoặc bằng mức giá thỏa thuận của CHAI.
3. **Giá thành khác biệt.** Chiến lược này chỉ được áp dụng cho thuốc ARV có thương hiệu, và được dùng để gắn giá thành ARV với khả năng chi trả bằng cách áp một mức giá thấp hơn cho thuốc ARV ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Các tiêu chí phân nhóm quốc gia được xác định bởi nhà sản xuất, thông thường dựa trên mức thu nhập và tỷ suất hiện nhiễm.
4. **Tuyên bố Doha và TRIPS linh hoạt.** Tính đến 06/2010, 17 nước có thu nhập thấp và trung bình đã được hưởng lợi từ TRIPS linh hoạt, khiến cho thuốc ARV chung giá thành thấp trở nên sẵn có hơn cho dân số của các nước này [1]. Các nước thu nhập thấp và trung bình khác phải đợi đến tận năm 2016 để có thể tận dụng TRIPS linh hoạt vào mở rộng khả năng tiếp cận điều trị.
5. **Bằng sáng chế chung.** Ban chấp hành UNITAID đã công nhận sáng kiến bằng sáng chế chung từ 12/2009, theo đó bằng sáng chế các thuốc ARV được gộp chung lại trên cơ sở tự nguyện và được cung cấp không giới hạn cho các nhà sản xuất thuốc chung và đổi lại bởi các khoản chi trả đều đặn cho người giữ quyền sáng chế.

Thật không may, không phải tất cả các chiến lược trên đều đạt được kết quả mong đợi. Một nghiên cứu gần đây phát hiện ra rằng mối liên quan giữa lượng mua và giá thành của 19 trong tổng số 24 liều được xem xét trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê, cho thấy rằng tăng lượng mua không nhất thiết làm giảm giá thành ARV [3]. Với giá thành khác biệt, một nghiên cứu của Medicins Sans Frontieres (MSF) cho thấy trong thực tế, có một loạt rào cản ngăn không cho các nước đủ điều kiện mua thuốc ARV với giá thành khác, như nhà sản xuất không tiếp thị những thuốc này ở nước đó. Nếu thuốc có sẵn để mua thì nghiên cứu phát hiện ra rằng dù cho giá thành có khác biệt, các thuốc *bậc 2* vẫn có giá vô cùng cao [4].

Sử dụng dữ liệu từ Cơ chế báo cáo giá thành toàn cầu (GPRM) [24] và báo cáo tóm tắt các dữ liệu này do WHO biên soạn [2], chúng tôi so sánh chi phí điều trị trung bình hàng năm cho một bệnh nhân đối với 6 thuốc ARV *bậc 1* với giá giao dịch trung bình cho một bệnh nhân một năm của các quốc gia thu nhập trung bình thấp được chọn (LMICs)[25]. Các thuốc ARV được sử dụng trong phân tích của chúng tôi bao gồm tất cả những thuốc trong báo cáo tóm tắt, trong đó có dữ liệu cho Việt Nam. Có thể thấy trong Phụ lục D1, trong phần lớn trường hợp, Việt Nam trả một giá tương đối thấp cho các thuốc ARV bậc 1 so với các quốc gia thu nhập trung bình

[23] http://www.avert.org/universal-access.htm

[24] http://www.who.int/hiv/amds/price/hdd/

thấp khác. Dường như cũng không có khác biệt lớn nào giữa các nhà sản xuất hay các nguồn tài trợ khác nhau.

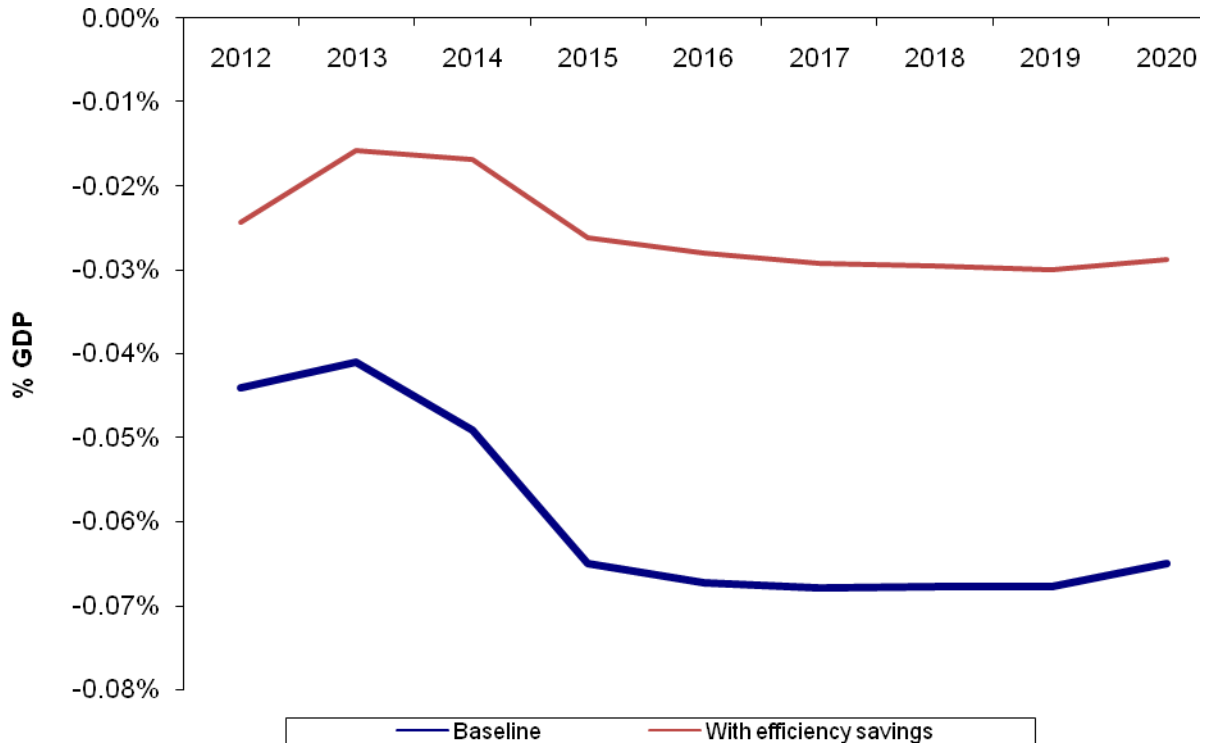
Áp dụng cùng một phương pháp luận, chúng tôi phân tích các thuốc ARV *bậc 2* và một lần nữa cho thấy Việt Nam có mức giá tốt hơn khi so sánh với các nước thu nhập trung bình thấp khác (xem Phụ lục D2). Trong số tất cả thuốc ARV bậc 2 được trình bày ở đây, ngoại trừ một loại thuốc, giá thành Việt Nam chi trả đều thấp hơn giá trung bình ở các nước thu nhập trung bình thấp khác. Đối với Didanosine, có một khoản tiết kiệm đáng kể vào năm 2010 khi thuốc này được UNITAID sản xuất.

Dù không có cơ hội tiết kiệm một khoản tiền lớn bằng cách giảm giá thành phải trả cho thuốc ARV, nhưng dường như Việt Nam đã phải chi trả ít hơn nhiều nước thu nhập trung bình thấp khác, có thể đáng để tìm hiểu lý do cho sự khác biệt trong giá thành thuốc ARV đang được thu mua hiện nay để xem liệu có thể tăng nguồn cung cấp thuốc với giá thành thấp hơn.

6.3 Thiếu hụt tài chính cho AIDS với nguồn lực bổ sung và tăng hiệu quả

Tác động tới thiếu hụt tài chính được minh họa trong Hình 6.4. Thiếu hụt được giảm thiểu từ trung bình 0,06% GDP xuống còn trung bình 0,03% GDP.

Thiếu hụt tài chính – Số liệu nền và số liệu sau khi tiết kiệm hiệu quả, 2012-2020



6.4 Các bước tiếp theo để cải thiện hiệu quả

Tăng hiệu quả là một công cụ quan trọng để tăng không gian tài chính cho AIDS. Sử dụng dữ liệu từ một phân tích xuyên quốc gia toàn cầu, chúng tôi phát hiện ra những bằng chứng gợi

[25] Các nước có GNI trên đầu người từ 936USD đến 3.705USD

mở rằng các chương trình AIDS của Việt Nam chưa hoàn toàn hiệu quả, và rằng có thể thực hiện các chương trình này với nguồn lực ít hơn khoảng 40%. Tuy nhiên, chúng tôi không có hiểu biết sâu sắc về cách để đạt được hiệu quả của các chương trình AIDS trong thực tế. Vì thế mà chúng ta cần:

Thứ nhất, bắt tay vào một số nghiên cứu ở Việt Nam. Cốt lõi của mọi nghiên cứu hiệu quả kỹ thuật là phân tích chi phí đơn vị. Cần tính toán và so sánh chi phí đơn vị khi cung cấp các dịch vụ HIV và AIDS của các nhà cung cấp khác nhau tại các vùng miền khác nhau. Bất cứ sự chênh lệch nào không thể giải thích bởi sự khác biệt do chi phí cung cấp dịch vụ, ví dụ như chi phí để cung cấp dịch vụ VCT có thể cao hơn ở vùng sâu vùng xa, nông thôn so với khu vực thành thị đông dân cư, cần được coi là chênh lệch do hiệu quả giữa các nhà cung cấp dịch vụ. Những nghiên cứu này phải được so sánh giữa các cấu phần của chương trình AIDS: dự phòng, điều trị và điều phối. Việc kiểm chuẩn các chi phí đơn vị so với chuẩn quốc tế cũng sẽ rất hữu ích.

Thứ hai, cần tiến một phân tích chi phí ARV sâu hơn. Phân tích sơ bộ của chúng tôi cho thấy có thể đạt được hiệu quả ở đây. Bởi chi phí ARV chiếm một phần lớn trong tổng chi phí của chương trình phòng chống AIDS nên cần quan tâm đặc biệt.

Thứ ba, kết quả của các nghiên cứu hiệu quả khác cần giúp đưa ra những quyết định về cách thực hiện chương trình AIDS theo cách khác hiệu quả hơn. Các dịch vụ cần được nhất quán cung cấp bởi những nhà cung cấp có giá rẻ nhất. Cần loại bỏ dần hợp đồng với các nhà cung cấp dịch vụ giá cao trừ khi họ có thể cung cấp dịch vụ với chi phí thấp hơn.

7 Xác định Ưu tiên trong các chương trình phòng chống HIV/AIDS

7.1.1 Khung lý thuyết đầu tư mới cho HIV/AIDS

Một giải pháp hiển nhiên đối với thiếu hụt vốn khi nguồn lực sẵn có không đáp ứng được nhu cầu xác định (ví dụ như thiếu hụt vốn không thể giảm hoàn toàn nhờ các nguồn lực thay thế), đó là ưu tiên vốn tài trợ cho các dịch vụ được đặt ưu tiên cao nhất và do đó, giảm vốn tài trợ cho các dịch vụ không được coi là ưu tiên. Mọi hệ thống y tế ở một số cấp độ đều phải đưa ra những loại quyết định khó khăn như thế này hàng ngày, dù là rõ ràng hay ngầm định. Đôi khi, những người ủng hộ lập luận rằng mọi chương trình HIV/AIDS đều được ưu tiên cao và rằng không thể đưa ra ưu tiên. Trong trường hợp không có đủ vốn để bù đắp thiếu hụt vốn, thì lựa chọn này là không vững. Và cần phải đưa ra quyết định chọn ưu tiên.

Schwartländer và cộng sự (2011)[26] đề xuất một khung lý thuyết đầu tư nhằm hỗ trợ quản lý các chương trình HIV/AIDS trong nước và quốc tế. Các tác giả khẳng định khung lý thuyết sẽ khuyến khích các quốc gia tối đa hóa các chương trình ứng phó với đại dịch của họ thông qua việc đặt mục tiêu thận trọng và lựa chọn những can thiệp hiệu quả nhất. Cụ thể, khung lý thuyết khuyến khích ưu tiên các nỗ lực trên cơ sở hiểu biết về dịch tễ học và bối cảnh của quốc gia, và giả định đạt được hiệu quả lớn như cung cấp dịch vụ chăm sóc phát triển từ các cấu trúc dựa vào cơ sở y tế tới dựa vào cộng đồng. Thông qua việc khuyến khích đầu tư có chủ đích hơn và thiết lập ưu tiên tốt hơn, khung lý thuyết đưa ra một bước tiến quan trọng nhằm đạt được giá trị đồng tiền trong ứng phó với HIV/AIDS, điều vô cùng quan trọng do nguồn lực sẵn có hạn chế.

Schwartländer và cộng sự khẳng định rằng khung lý thuyết mới khác với khung lý thuyết đầu tư cho HIV/AIDS truyền thống ở năm điểm:

1. Các yếu tố trong khung lý thuyết dựa trên một đánh giá các bằng chứng hiện có về những can thiệp hiệu quả trong dự phòng, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS và được dùng để hỗ trợ tăng cường hệ thống các cơ sở dựa trên bằng chứng khi cần thiết.

2. Khung áp dụng cách tiếp cận nghiêm khắc để ước tính kích cỡ quần thể nơi xuất hiện các ca nhiễm mới trên cơ sở từng quốc gia và cung cấp cơ sở để ngừng ứng dụng một cách không hiệu quả các chương trình cho nhầm quần thể hoặc cho các quần thể không có liên quan tới kết quả của chương trình.

3. Khung lý thuyết giả định rằng có thể tăng phần lớn hiệu quả thông qua dịch chuyển từ các kỹ thuật cung cấp dịch vụ tới chú trọng hơn vào việc huy động cộng đồng.

4. Khung lý thuyết nhấn mạnh sự phối hợp tương tác giữa các thành tố của chương trình và có nỗ lực ban đầu nhằm lượng hóa những mối tương tác này.

5. Dù không phải là cách tiếp cận truyền thống đối với việc lập kế hoạch chương trình, khung lý thuyết nhằm xóa bỏ khoảng cách lý thuyết giữa ước tính nguồn lực toàn cầu và việc xây dựng chương trình trên diện rộng để giúp định hình các chiến lược đầu tư nhằm đạt được kết quả tốt nhất từ ít nguồn lực nhất.

Các tác giả khẳng định mối quan hệ phi tuyến tính tồn tại giữa mức lây lan của dịch HIV/AIDS và các đặc tính dịch tễ học có nghĩa là những thay đổi đáng kể có thể được tạo ra từ số ít can

[26] Schwartländer và cộng sự, Hướng tới cách tiếp cận đầu tư tốt hơn cho một ứng phó hiệu quả với HIV/AIDS, www.thelancet.com Công bố online 30/06/2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60702-2

thiệp hiệu quả với mục tiêu phù hợp. Họ trình bày các tác động của can thiệp thông qua mô hình hai bối cảnh dịch tễ học: một là bối cảnh dịch tập trung đại diện bởi Karachi, Pakistan, nơi chủ yếu lây nhiễm thông qua tiêm chích ma túy, và hai là dịch phổ cập đại diện bởi KwaZulu-Natal, Nam Phi, nơi đường lây nhiễm chính là quan hệ tình dục khác giới. Schwartländer và cộng sự so sánh ba kịch bản cho các vùng này: thứ nhất, kịch bản nền giả định các can thiệp hiện tại vẫn tiếp tục; thứ nhì, một mục tiêu rộng và nông giả định độ bao phủ điều trị tăng vừa phải và các hành vi tình dục nguy cơ giảm đi; và thứ ba, một mục tiêu hẹp nhưng sâu giả định điều trị rộng rãi và các can thiệp hiệu quả nhất có độ bao phủ cao.

Kết quả mô hình của họ cho thấy cách tiếp cận có chủ đích nhất tạo ra hiệu quả lớn nhất, đặc biệt ở những nơi dịch HIV/AIDS tập trung nhất. Tuy nhiên, họ nhấn mạnh rằng bất cứ việc so sánh chương trình nào cũng phụ thuộc vào chi phí của việc phối hợp các can thiệp khác nhau trong các chương trình và khả năng chương trình có thể đạt được các kết quả trung gian xác định trước. Các tác giả kết luận rằng *"mô hình của chúng tôi về hiệu quả của khung lý thuyết đầu tư cho thấy chúng ta có thể ngăn chặn một lượng lớn ca nhiễm mới và tử vong"* (Schwartländer và cộng sự, 2011).

7.1.2 Khuyến nghị và các bước tiếp theo

Trong bối cảnh Việt Nam, đáng để sử dụng khung lý thuyết này nhằm đảm bảo các chương trình ứng phó với đại dịch được đặt mục tiêu tốt và sử dụng những can thiệp hiệu quả nhất. Không loại trừ việc vì những lý do lịch sử, những Ứng phó có lẫn một số cấu phần phù hợp trong bối cảnh dịch phổ cập hơn. Cần tiến hành các hoạt động thực tế sau:

Thứ nhất, tiến hành một số nghiên cứu phân tích chi phí hiệu quả một số mô hình can thiệp và cung cấp dịch vụ và phân tích chi phí-lợi ích trong các lĩnh vực khác nhau của chương trình phòng chống AIDS. Phân tích chi phí-lợi ích so sánh chi phí với lợi ích đạt được (về mặt tiền tệ) cho các cấu phần chương trình khác nhau. Một phân tích như vậy cho phép chúng ta khẳng định lợi ích cạnh tranh (về mặt tiền tệ) khi đầu tư 1 USD vào các loại hoạt động khác nhau như dự phòng, điều trị và giảm nhẹ là gì.

Thứ hai, sau đó có thể sử dụng những thông tin này để tranh luận về ưu tiên tương đối cho các hoạt động phòng chống AIDS hiện tại. Nó sẽ bộc lộ rõ ràng những hoạt động nào đem lại lợi ích cao nhất. Nó cho phép các nhà hoạch định chính sách đưa ra quyết định chấm dứt hoạt động nào nếu phải đối mặt với việc thiếu nguồn lực để có thể tài trợ cho tất cả hoạt động hiện có.

Thứ ba, một lĩnh vực khác cũng có liên quan đó là lồng ghép các dịch vụ HIV và AIDS vào khung cung cấp dịch vụ y tế. Lộ trình này có thể được giải quyết một khi chúng ta đạt được cách hiểu rõ ràng hơn về các gói dịch vụ y tế có chi phí - hiệu quả. Khi đó, việc gắn kết với các cộng đồng tài trợ sẽ rất quan trọng nhằm đảm bảo các hoạt động được tài trợ về tài chính (và thực hiện) sẽ hỗ trợ cho việc lồng ghép dịch vụ chứ không phải duy trì mãi hình thức dịch vụ song song.

8 Phân tích độ nhạy

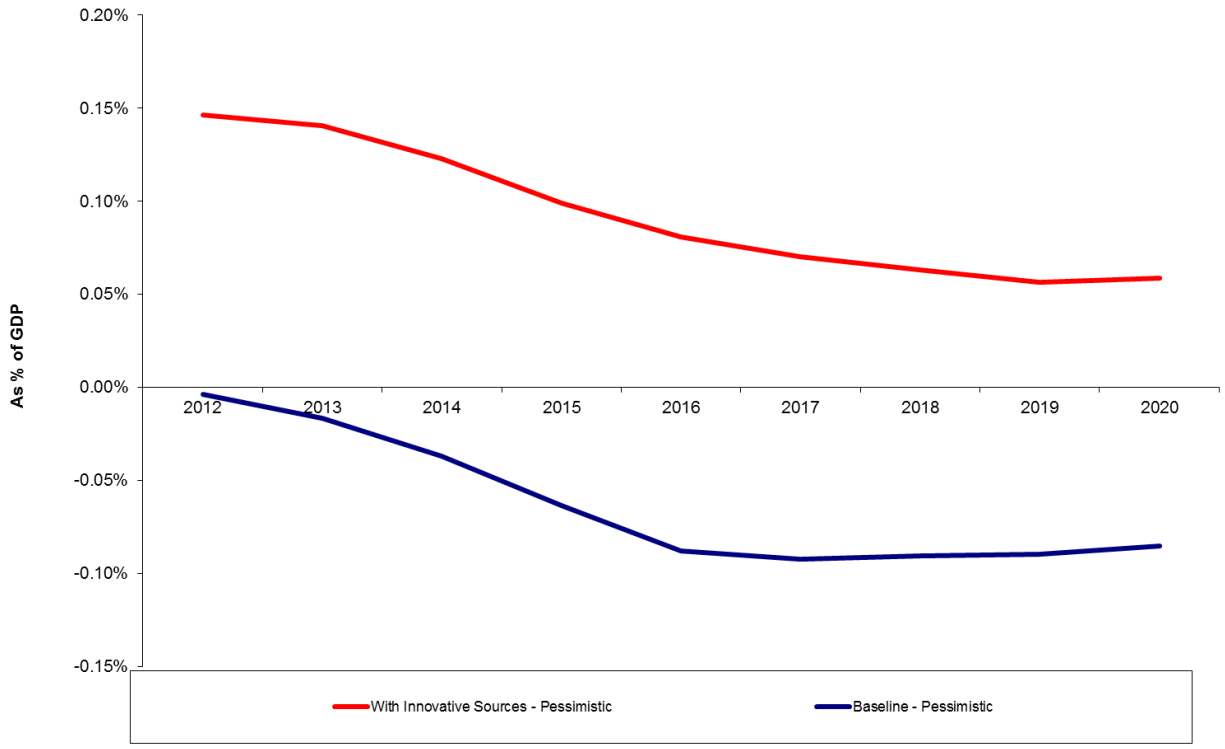
Trong phần này, chúng tôi xem xét tác động của việc thay đổi một số giả định nêu trên. Do hiện nay, phần lớn nguồn lực đến từ các nguồn quốc tế, chúng tôi xem xét các kịch bản khác nhau cho dòng vốn này trong tương lai. Chúng tôi sẽ xem xét việc thay đổi các giả định kinh tế vĩ mô quan trọng và các giả định về tiết kiệm hiệu quả.

8.1 Dòng vốn cho HIV/AIDS từ bên ngoài

Do hiện nay, vốn tài trợ chiếm phần lớn nguồn vốn hiện tại cho HIV/AIDS ở Việt Nam, chúng tôi xem xét hai kịch bản vốn tài trợ quốc tế thay thế. Theo kịch bản 1, một kịch bản bi quan hơn, chúng tôi giả định vốn tài trợ sẽ thấp hơn từ 5-20% so với ước tính hiện nay, với độ lệch phần trăm tăng từ 5% năm 2012 lên 20% năm 2020. Theo kịch bản 2, chúng tôi giả định một cái nhìn lạc quan hơn với nguồn vốn tài trợ cao hơn ước tính hiện nay từ 5-20%.

Hình 8.1 cho thấy tác động của những thay đổi đối với cả kịch bản nền và kịch bản nguồn lực mới. Xu hướng chung trong mỗi trường hợp được duy trì và đáng ngạc nhiên là sự khác biệt rất nhỏ. Lý do cho sự khác biệt nhỏ là vì dòng viện trợ chỉ là một phần tương đối nhỏ trong số các nguồn tài chính vượt quá vài năm đầu, do đó dù có thay đổi đến 20% cũng có tương đối ít tác động.

Thiếu hụt tài chính cho HIV/AIDS theo % GDP – Các kịch bản thay thế đối với dòng viện trợ bên ngoài



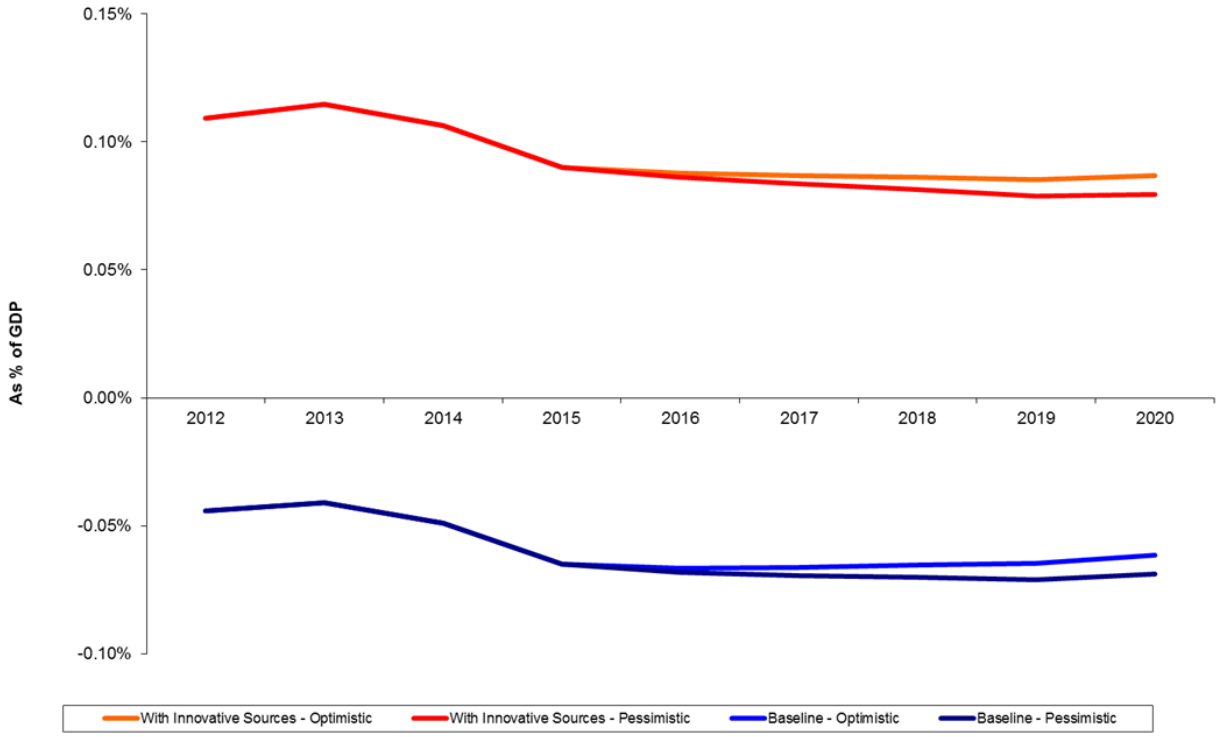
Tuy nhiên, những tác động này là một lời nhắc nhở quan trọng về sự bất định cố hữu trong việc ngoại suy quá xa về tương lai. Đặc biệt trong trường hợp các biến kinh tế vĩ mô như chúng tôi sẽ phân tích trong phần sau.

8.2 Các giả định kinh tế vĩ mô

Các giả định kinh tế vĩ mô là nền tảng cho những dự báo cũng không kém phần quan trọng. Rõ ràng không thể xác định chính xác mức GDP trong giai đoạn 10 năm và tỷ lệ tăng trưởng trong dài hạn được sử dụng trong phân tích này đơn giản chỉ là trung bình của hiệu suất kinh tế (5 năm) gần đây. Trong phần này, chúng tôi xem xét tác động của những thay đổi trong các giả định.

Một lần nữa, chúng tôi trình bày một kịch bản bi quan và một kịch bản lạc quan. Trong kịch bản bi quan, tăng trưởng GDP thực tế thấp hơn 1% trong mỗi năm so với kịch bản chính trình bày ở trên.[27] Trong kịch bản lạc quan, tăng trưởng GDP thực tế cao hơn 1% trong mỗi năm. Lưu ý rằng các tác động này được hiển thị độc lập so với các kịch bản về dòng viện trợ bên ngoài trình bày ở trên (tức là chúng ta trả lại giả định chính về dòng viện trợ bên ngoài và không kết hợp những giả định mới này với các giả định lạc quan và bi quan về dòng viện trợ bên ngoài nêu trên).

Thiếu hụt tài chính cho HIV/AIDS theo % GDP – Các kịch bản thay thế đối với kinh tế vĩ mô



Hình 8.2 cho thấy tác động của các kịch bản bi quan và lạc quan tới cả trường hợp nền lẫn trường hợp có nguồn lực mới được bổ sung. Thay đổi trong giả định tạo ra những khác biệt đáng kể dần theo thời gian.

Theo thời gian, sự thay đổi này có thể tạo ra tác động khá đáng kể. Tác động này là kết quả do tăng tỷ lệ chi tiêu cho HIV được đáp ứng bởi nguồn lực của bản thân chính phủ. Nếu GDP cao hơn, thì chi tiêu của chính phủ (bao gồm cả chi tiêu cho HIV/AIDS) có thể cao hơn.

[27] Kịch bản bắt đầu từ năm 2016 vì dự báo của IMF được dùy trì đến thời điểm này.

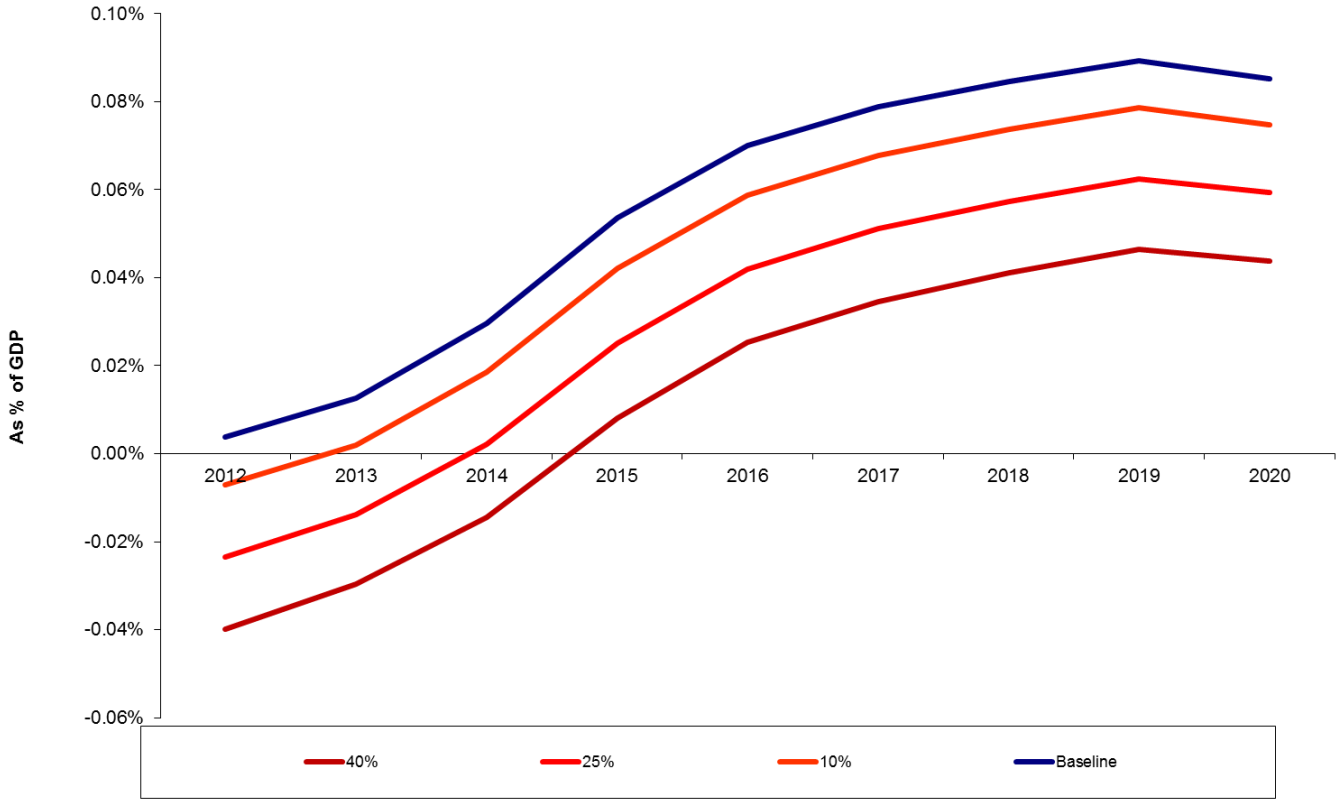
Một nguyên nhân xa hơn dẫn tới sự bất định trong các dự báo này là tỷ giá hối đoái. Một thay đổi trong tỷ giá hối đoái sẽ ảnh hưởng tới giá trị của các nguồn lực bên ngoài (tính theo tiền Đồng). Tuy nhiên, không dễ xác định tác động tới khoảng thiếu hụt tài chính vì một số nhu cầu sẽ được nhập khẩu (ví dụ như thuốc) và những khoản như vậy sẽ được tính bằng ngoại tệ. Sau cùng, ảnh hưởng của việc thay đổi tỷ giá hối đoái tới khoảng thiếu hụt tài chính sẽ phụ thuộc vào tỷ lệ tương đối của các nguồn lực bên ngoài trong tổng nguồn lực sẵn có và tỷ lệ nhập khẩu để đáp ứng nhu cầu.

Không có đủ thông tin để tiến hành một phân tích chính xác như vậy, nhưng điều này một lần nữa nhắc nhở chúng ta về sự bất định cố hữu khi ngoại suy dòng tài chính trong một tương lai quá xa.

8.3 Các khoản tiết kiệm hiệu quả

Như đã lưu ý ở trên, Việt Nam có tiềm năng tiết kiệm hiệu quả rất lớn. Trong phần này, chúng tôi xem xét tác động của những khoản tiết kiệm nhỏ hơn tới thiếu hụt tài chính. Các khoản tiết kiệm hiệu quả ước tính ở trên có thể lên tới 40% nhu cầu nguồn lực. Trong Hình 8.3 dưới đây, chúng tôi cũng trình bày tác động của khoản tiết kiệm 25% và 10%.

Thiếu hụt tài chính cho HIV/AIDS theo % GDP – Các kịch bản thay thế hiệu quả



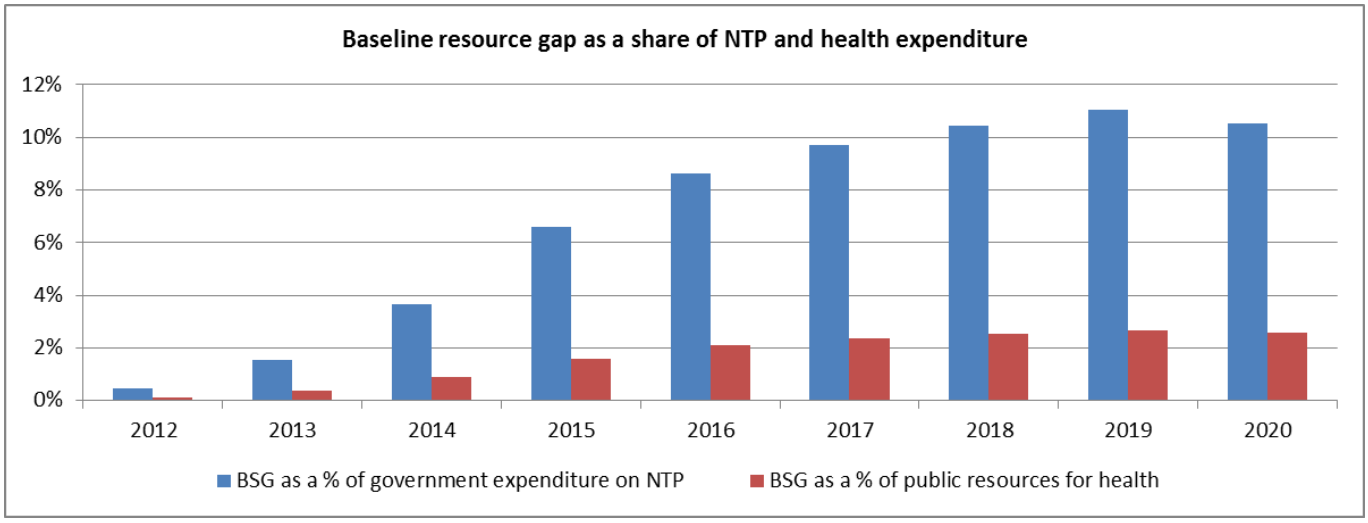
9 Đóng góp cho phòng chống AIDS ngoài nguồn công lập: bao nhiêu là đủ

Khi đánh giá thiếu hụt nguồn tài chính, chúng tôi sử dụng giả định rằng chính phủ sẽ đóng góp một khoản không đổi trong chi tiêu cho phòng chống AIDS trong toàn bộ thời gian nghiên cứu. Nói cách khác, chúng tôi không giả định rằng nói một cách tương đối thì nhiều nguồn lực được dành cho phòng chống AIDS hơn vào năm 2010 và 2011, những năm nguồn tài trợ vẫn còn rất cao.

Trong Phụ lục 8, chúng tôi đưa ra những dự đoán về nhiều loại chi tiêu khác nhau trong giai đoạn 10 năm (đến 2020): chi tiêu chính phủ hàng năm, chi tiêu y tế và chi tiêu cho NTP, sau đó chúng tôi so sánh những con số này với nhu cầu nguồn lực cho phòng chống AIDS, và thiếu hụt tài chính nền cho phòng chống AIDS.

Hình dưới cho thấy thiếu hụt tài chính nền cho phòng chống AIDS là một phần trong NTP và chi tiêu y tế dự tính. Đến cuối giai đoạn nghiên cứu, thiếu hụt cao hơn khoảng 10% so với chi tiêu NTP dự tính. Tuy nhiên, thiếu hụt tài chính cho phòng chống AIDS không bao giờ vượt quá 3% chi tiêu y tế dự tính.

Thiếu hụt nguồn lực nền, tính theo % của NTP và chi tiêu y tế dự tính



Hình này cho thấy rõ khoảng thiếu hụt tài chính nền cho phòng chống AIDS tương đối nhỏ. Như trên chúng tôi cho thấy thiếu hụt này có thể dễ dàng được bù đắp bởi các nguồn lực thay thế như bảo hiểm y tế xã hội. Tuy nhiên, sẽ có thể có người tranh luận rằng thiếu hụt tài chính cho phòng chống AIDS cũng có thể được bù đắp bằng nguồn lực thường xuyên của chính phủ.

10 Lộ trình xây dựng chiến lược tài chính bền vững cho HIV và AIDS

Một loạt hoạt động nhằm đưa ra quyết định và thực hiện chính sách tài chính mới cho phòng chống AIDS đã được rút ra từ những phân tích nêu trên. Trước hết, phân tích đưa ra một số lựa chọn tài chính bền vững cho HIV và AIDS trong tương lai. Rất nhiều lựa chọn trong số đó đòi hỏi sự tham gia của cả những cấp thẩm quyền cao nhất – Chủ tịch, Thủ tướng và Bộ Tài chính – cũng như các bên liên quan kỹ thuật như VAAC, Bộ Y tế, các doanh nghiệp tư nhân, v.v…. Nhằm đảm bảo quá trình xây dựng chiến lược tài chính cho phòng chống AIDS trôi chảy và mạch lạc, nên thiết lập một Nhóm công tác tài chính bền vững cho AIDS. Nhóm công tác này nên do Chủ tịch nước hay Văn phòng Thủ tướng lãnh đạo. VAAC có thể đảm bảo vai trò Thư ký. Nhóm công tác này nên bắt đầu bằng việc thiết lập chương trình nghị sự cho các hoạt động và đưa ra thời hạn thực hiện. Nhóm cũng cần xây dựng ngân sách cho quá trình này và xác định nguồn tài trợ từ đâu. Các hoat động khác nhau được mô tả sau đây có thể do nhóm kỹ thuật thực hiện. Họ sẽ báo cáo cho Nhóm công tác. Như vậy, sẽ có các nhóm kỹ thuật sau:

- Nhóm kỹ thuật về Nguồn lực cần thiết cho HIV và AIDS
- Nhóm kỹ thuật về nguồn lực hiện tại cho HIV và AIDS
- Nhóm kỹ thuật về Bảo hiểm y tế xã hội cho HIV và AIDS
- Nhóm kỹ thuật về đóng góp từ các công ty tư nhân cho HIV và AIDS
- Nhóm kỹ thuật về thu phí hàng không cho HIV và AIDS
- Nhóm kỹ thuật về tiết kiệm hiệu quả trong ứng phó với AIDS

Thứ hai, cần phải xác minh chi phí của Kế hoạch chiến lược phòng chống HIV/AIDS quốc gia. Chi phí của kế hoạch nằm bên ngoài tính toán của báo cáo này và chưa được kiểm định chi tiết. Tính toán chi phí là vô cùng quan trọng để có thể hiểu được mức độ thiếu hụt tài chính, do đó cần xác minh lại tính toán chi phí.

Thứ ba, trong mỗi phần viết về các cơ chế tài chính mới, chúng tôi đã vạch ra các bước cần tiến hành để thực thi được các cơ chế đó. Các bàn luận sơ bộ đã chỉ ra rằng trước hết Chính phủ muốn tìm hiểu Bảo hiểm y tế xã hội, đóng góp tư các công ty tư nhân và thu phí hàng không. Do đó, trước hết cần thực hiện các cơ chế này và thời gian thực hiện từng cơ chế cần được ước tính chính xác hơn. Nếu các cơ chế này không đủ để lấp đầy thiếu hụt tài chính còn lại, có thể sẽ phải xem xét việc vay bổ sung hay thậm chí lồng ghép tài chính trong khu vực công, hai cơ chế hiện chưa được mong muốn.

Thứ tư, nhóm công tác nên kiểm chuẩn một số nghiên cứu hiệu quả như đã mô tả trong phần sáu và bảy.

Thứ năm, một khi số liệu phân tích đã được khẳng định, ta sẽ có bức tranh chính xác về không gian tài chính cho các chương trình phòng chống AIDS, đó là sau khi tất cả các Nhóm kỹ thuật cung cấp kết quả của họ. Đây sẽ là thời điểm quyết định cuối cùng về mỗi lĩnh vực có thể được thực hiện.

11 Kết luận

Việt Nam đã đạt được những thành công đáng kể trong việc mở rộng các chương trình ứng phó với đại dịch HIV/AIDS trong những năm gần đây. Tuy nhiên, dù các cơ quan công lập và các tổ chức dân sự xã hội đóng vai trò chính trong thành công này thì tới 74% nguồn lực lại do các đối tác tại các nước phát triển cung cấp.

Do hệ quả của cuộc khủng hoảng tài chính toàn cầu và thời kỳ thắt lưng buộc bụng về tài chính ở các nước đang phát triển, nguồn tài trợ dự kiến sẽ giảm trong những năm sắp tới. Điều này tạo ra những thách thức lớn cho các nhà hoạch định chính sách của Việt Nam khi muốn đảm bảo mức độ và chất lượng các dịch vụ HIV/AIDS sẽ được duy trì và mở rộng.

Để đáp ứng với những thách thức này, báo cáo này đã tìm hiểu một số lựa chọn tài chính trong nước nhằm ứng phó với HIV/AIDS và đánh giá tiềm năng đóng góp của các lựa chọn này trong đáp ứng các nhu cầu hiện tại và nhu cầu ước tính trong tương lai cho các chương trình HIV/AIDS quốc gia.

Phong trào tiếp cận phổ cập sẽ chứng kiến sự gia tăng số lượng PLHA tham gia BHYTXH. Nếu không có các nguồn vốn khác cho ART, BHXHVN có thể được xem xét để chi trả cho ART. Chúng tôi ước tính trong giai đoạn 2012-2020, BHXHVN có thể đóng góp khoảng 5,84 nghìn tỷ VNĐ cho chi phí ART, và cần có một số bước thực hiện.

Kinh nghiệm quốc tế nhấn mạnh vai trò của việc lồng ghép tài chính từ khu vực công trong hỗ trợ nguồn lực cho các chương trình HIV/AIDS. Trong bối cảnh Việt Nam, khi một số bộ ngành thực hiện các hoạt động phòng chống HIV/AIDS, mong muốn theo đuổi lựa chọn lồng ghép nguồn lực không được chú ý lắm tại thời điểm này, chủ yếu do nó sẽ đòi hỏi sự thay đổi về Luật Ngân sách.

Có khả năng gia tăng đóng góp của khu vực tư nhân ở Việt Nam. Để chuyển dịch theo xu hướng tham gia nhiều hơn của khu vực tư nhân, đòi hỏi một số bước, bao gồm (i) tăng cường vận động nhằm khuyến khích các công ty tư nhân đóng vai trò lớn hơn trong tài trợ cho các chương trình phòng chống HIV/AIDS tại nơi làm việc, (ii) xác minh chi phí của các chương trình này; và (iii) ước tính tác động tài chính và tác động kinh doanh tới các doanh nghiệp.

Sử dụng thu phí hàng không đối với các chuyến bay khởi hành quốc tế có tiềm năng gia tăng doanh thu. Một số bước cần thực hiện để thu phí hàng không bao gồm tham gia tham vấn với ngành công nghiệp hàng không Việt Nam và các cơ quan thuế liên quan. Mục tiêu của quá trình tham vấn là để lôi cuốn sự tham gia của ngành công nghiệp. VAAC và UNAIDS có thể xem xét kết hợp với đại diện của UNITAID trong quá trình này bởi họ sẽ chia sẽ những kinh nghệm quốc tế cụ thể.

Cần nhấn mạnh tầm quan trọng của các khoản tiết kiệm hiệu quả và xác định ưu tiên trong những tình huống mà nguồn lực bổ sung chưa thể huy động sớm. Khi các nguồn lực sẵn có không phù hợp với nhu cầu đã xác định (nghĩa là thiếu hụt tài chính không thể giảm hoàn toàn nhờ các nguồn lực bổ sung) thì một giải pháp rõ ràng cho thiếu hụt vốn đó là ưu tiên hóa nguồn vốn cho các dịch vụ có ưu tiên cao nhất và sau đó rút bớt vốn khỏi những dịch vụ không được coi là ưu tiên cao. Mọi hệ thống chăm sóc y tế ở nhiều cấp độ đều phải đưa ra những quyết định khó khăn như thế này hàng ngày, công khai hay ngấm ngấm.

Nói tóm lại, từ tổng kết về các nguồn lực bổ sung mô tả trên, chúng ta có thể kiểm định tổng nguồn lực sẵn có cho HIV. Thu phí hàng không đem lại doanh thu lớn nhất tương đương 70%

nguồn lực mới. Khi tất cả các nguồn lực bổ sung nêu trên được cộng them vào nguồn lực nền, rõ ràng là thiếu hụt tài chính sẽ được lấp đầy dễ dàng. Một lộ trình đưa ra cách tiếp cận từng bước để xây dựng và thực hiện một chiến lược tài chính bền vững cho các dịch vụ phòng chống HIV và AIDS ở Việt Nam.

12 Những điểm hạn chế

Khi phiên giải kết quả của đánh giá này, cần ghi nhớ một số hạn chế của đánh giá.

Thứ nhất, nền tảng cho các tính toán định lượng là dự đoán các nguồn lực cần thiết để tài trợ cho các chương trình HIV và AIDS trong giai đoạn 10 năm. Chúng tôi sử dụng ước tính chi phí do Cục phòng chống HIV/AIDS cung cấp cho giai đoạn 2012-2020. Phụ lục A.2 mô tả chi tiết hơn về phương pháp tính chi phí. Điểm mấu chốt là những dự đoán khi ước tính lại bao gồm ước tính chi phí đơn vị của mỗi chương trình và tỷ lệ bao phủ của các chương trình đó trong giai đoạn dự báo, đây đều là những yếu tố rất khó lường trước.

Thứ hai, chúng tôi tính toán riêng nhu cầu nguồn lực và nguồn lực sẵn có, và giả định rằng nguồn lực sẵn có sẽ được sử dụng để chi trả mọi chi phí của các chương trình. Tuy nhiên, không có gì đảm bảo rằng các nguồn lực sẵn có sẽ được phân bổ đúng nơi cần thiết. Rất có khả năng một lĩnh vực nhận được quá nhiều nguồn lực (ví dụ như điều trị) và lĩnh vực khác thì không đủ nguồn lực (ví dụ như dự phòng), trong khi đó, phương pháp mà chúng tôi sử dụng khẳng định rằng về tổng thể, nguồn lực sẵn có ở một mức độ đầy đủ. Vấn đề liên quan tới phân bổ nguồn lực hay việc điều phối các nguồn vốn tài trợ không được bàn luận trong đánh giá này, nhưng đóng vai trò quan trọng khi thực hiện các Ứng phó với AIDS.

Thứ ba, chắc chắn là việc dự đoán các biến kinh tế vĩ mô như tăng trưởng GDP, lạm phát, tỷ giá hối đoái, v.v… đều có mức độ bất định cao. Do đó, cần ghi nhớ rằng những dự đoán của chúng tôi chỉ mang tính giả định tình huống chứ không phải là dự đoán chính xác.

Những hạn chế trên cho thấy rằng việc kiểm tra hàng năm thực trạng vốn tài trợ cho Ứng phó với AIDS một cách chi tiết đóng vai trò rất quan trọng. Cần phải rà soát nhu cầu nguồn lực, nguồn lực sẵn có bao gồm cả nhu cầu phân bổ nguồn lực mỗi hai năm một lần để phân tích xem liệu các nguồn lực sẵn có cho HIV và AIDS có đủ hay không.

Tuy nhiên, những hạn chế trên không ảnh hưởng tới việc sử dụng báo cáo này để định hướng cho các quyết định chiến lược chính sách dài hạn liên quan tới nguồn lực sẵn có cho AIDS, ví dụ như độ bao phủ của BHXHVN đối với HIV và AIDS hay để đưa vào áp dụng thu phí hàng không dành cho AIDS.

Tài liệu tham khảo

ADB, Đánh giá khu vực tư nhân, 2005

BHYTXH, Số liệu thống kê BHYT (file Excel do tư vấn trong nước cung cấp, 2001)

Wilson, D. CS. Phòng chống, chăm sóc và điều trị HIV tại hai nhà tù tại Thái Lan, Y khoa PLoS, 6/2007, Volume 4, Issue 6.

Fang, C. CS. Giảm lây truyền HIV sau chính sách điều trị miễn phí ARV tại Đài Loan, JID 2004:190 (1/9)

Dự báo dân số http://www.indexmundi.com/Việt Nam/population.html (Accessed 31/10/11)

Mc Leod, R. AIDS ở Châu Á – Ưu tiên và duy trí sự đáp ứng trong bối cảnh khủng khoảng kinh tế. Đặt vấn đề cho hội nghị " Tác động của suy thoái kinh tế toàn cầu lên nghèo đói và phát triển bền vững tại Châu Á và Thái Bình Dương ", 28-30/9 2009, Hanoi.

http://www.adb.org/documents/events/2009/poverty-social-development/impact-on-hiv-aids-McLeod-paper.pdf

BYT (VAAC) Ước tính nguồn lực cho phòng chống HIV/ AIDS tại Việtnam 2007-2012

BYT(VAAC) Tóm tắt ước tính nhu cầu nguồn lực, Chiến lược phòng chống HIV/AIDS quốc gia, Giai đoạn 2011-2020, tài liệu cập nhật do VAAC cung cấp

BYT 2008 Báo cáo chung Y tế hàng năm (2008)

BYT 2010 Báo cáo chung Y tế hàng năm (2010)

Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia, Báo cáo thực hiện cam kết về HIV/ AIDS, 2010 (UNGASS)

Nguyen, C CS. Đánh giá chi tiêu AIDS quốc gia (NASA) tại Việt Nam

Nguyen, T. CS. Dịch HIV đối với phụ nữ ở Việt Nam, Y tế Công cộng BMC 2008, 8:37

Nguyen, V. & Scannapieco, V. Lạm dụng thuốc ở Việt Nam: Tổng quan tài liệu và đề xuất nghiên cứu, 103, 535–543, 2010

Nguyen, T & CS. Nguy cơ HIV ở người tiêm chính ma túy tại Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam, AIDS CARE (2000), VOL. 12, NO. 4, pp. 483–495

UNAIDS, Ước tính nguồn lực hiện có và cần cố cho phòng và chăm sóc HIV tại Việt Nam 2011-2015, 9/10/ 2009

UNAIDS, Điều khoản tham chiếu: Mở rộng các lựa chọn tài chính bền vững cho chương trình HIV ở Việt Nam, 2011

UNDP, Tác động của HIV/AIDS đến hộ gia đình nghèo tại Việt Nam, 2009

Phụ lục A1: Điều khoản tham chiếu (Terms of Reference)

MỞ RỘNG CÁC LỰA CHỌN TÀI CHÍNH BỀN VỮNG CHO CHƯƠNG TRÌNH HIV Ở VIỆT NAM

Cơ sở

AIDS là một dịch bệnh mãn tính đòi hỏi có cam kết nguồn lực bền vững dài hạn và có thể dự đoán trước một cách đầy đủ giúp các nước bị ảnh hưởng có thể lên kế hoạch mở rộng dịch vụ. Thách thức tiềm ẩn trong việc đạt được chỉ tiêu Phát triển Thiên niên Kỷ (MDGs) và cho sự phát triển kinh tế nói chung cũng là thách thức trong việc vượt qua sự thiếu hụt về Nguồn lực cam kết đóng góp cho việc ngăn chặn dịch HIV và các tác động xấu cho sự phát triển và các vấn đề quan ngại về y tế cũng buộc phải cạnh tranh cho những nguồn lực luôn không bao giờ đủ tương tự như vậy. Phân biệt giữa các chiến lược nhằm tăng tổng nguồn lực cho y tế và phát triển và chiến lược tăng ưu tiên dành cho HIV từ việc cân đối các nguồn lực hiện có là rất quan trọng. Cả 2 chiến lược đều quan trọng cho việc xây dựng một cơ chế tài chính bền vững cho HIV trong giai đoạn 10 đến 20 năm tới

Theo đánh giá chi tiêu AIDS quốc gia đầu tiên thực hiện ở Việt nam trong giai đoạn 2008-2009 (NASA), lượng tiền tài trợ cho đáp ứng phòng chống AIDS quốc gia là khá lớn. Trong giai đoạn 2008-2009, hơn 222 triệu USD đã được chi cho các hoạt động liên quan đén HIV. Trong giai đoạn này, chi phí AIDS bình quân đầu người hàng năm là 1,3 USD và khoảng 469USD đã được chi cho mỗi người có HIV ở Việt Nam. Nhìn chung, tổng chi cho AIDS trong giai đoạn 2008, 2009 đã tăng khoảng 31%. Chi tiêu cho HIV ở Việt nam đã được tài trợ bởi các nguồn quốc tế, chi công và tư nhân. Nguồn chi công bao gồm ngân sách trung ương và ngân sách địa phương cung cấp khoảng 13% tổng toàn bộ chi tiêu cho AIDS. Nguồn quốc tế là bản lề cho đáp ứng phòng chống HIV ở Việt Nam, cung cấp khoảng 162 triệu USD (tương đương với 73% tổng chi tiêu) và trực tiếp điều hành 84 triệu USD (tương đương với 38% tổng chi) cho các hoạt động phòng chống HIV trong giai đoạn này. Trong giai đoạn 2008-2009, 82% tiền chi cho dự phòng và 51% tiền chi cho điều trị là từ các nguồn tài trợ nước ngoài.

Rõ ràng là con đường mở rộng hoạt động tiến đến Tiếp cận phổ cập về dự phòng, chăm sóc điều trị và hỗ trợ làm dấy lên các thách thức về quản lý ngân sách và năng lực cung cấp dịch vụ và không thể xảy ra nếu không có một nguồn lực tài chính dồi dào từ các nhà tài trợ song phương, đa phương hoặc theo hình thức vay ưu đãi, hoặc các hình thức khác vay nợ sẵn có thông qua các tổ chức như Ngân hàng Thế giới. Ở hầu hết các nước, năng lực trong nước để tài trợ thích đáng cho các đáp ứng phòng chống dịch không thể đáp ứng được nhu cầu. Ngoài các nhu cầu liên quan đến các khủng hoảng kinh tế gần đây, nguồn tài chính thêm từ bên ngoài cần thiết phải trên mức trung bình và trong thời gian dài, và chính phủ sẽ cần phải đẩy mạnh các cơ chế tài chính thay thế ở tuyến trung ương và tuyến khu vực nhằm đảm bảo một nguồn tài chính bền vững cho công tác phòng chống HIV trong thời gian dài hạn

Tại Việt Nam hiên nay , nguồn tiền tài trợ cho các hoạt động dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV chủ yếu là từ nguồn lực quốc tế hơn là từ Ngân sách nhà nước. Điều này dẫn đến các quan ngại rằng nhu

cầu tài chính để duy trì các nỗ lực về dự phòng và duy trì điều trị liên tục cho số người đang được điều trị thuốc kháng vi rút có thể sẽ khó bền vững nếu các chính sách của các nhà tài trợ song phương và đa phương thay đổi đáng kể trong giai đoạn trung hạn

Mục đích của hoạt động tư vấn này nhằm điều tra các nguồn lực hiện có tài trợ cho Việt Nam trong mối liên quan tới các khoản chi tiêu theo kế hoạch hoặc các nhu cầu nguồn lực dự tính và sẽ khuyến nghị các biện pháp nhằm đáp ứng với các khoản thiếu hụt nguồn lực đã xác định theo cách bền vững

Nhiệm vụ

UNAIDS đang tìm kiếm các hộ trợ thêm cho Việt Nam và giúp các đối tác trong nước thiết kế một chính sách tài chính theo hướng bền vững nhằm đảm bảo kinh phí cho các chương trình phòng chống HIV trong thời hạn từ 10- 15 năm tới

Mục tiêu cụ thể

- Tiến hành một phân tích định lượng về tất cả các cơ chế tài trợ hiện có và cơ chế tài trợ tiềm năng của chương trình quốc gia về HIV trong 25 năm tới.
- Xác định khó khăn và cơ hội mà mỗi cơ chế tài trợ gặp phải trong quá trình tiến hành.
- Đề xuất các giải pháp để giải quyết một cách bền vững các khoảng thiếu hụt về tài trợ.

Công việc của Chuyên gia

Thực hiện các nhiệm vụ sau :

1. Tư vấn với các đối tác liên quan phù hợp trong nước và phân tích các cơ chế tài trợ hiện có cho hoạt động phòng chống HIV, bao gồm nhưng không giới hạn nguồn phân bổ ngân sách chính phủ, dòng viện trợ, vay nợ và cơ chế không ay và chi tiền túi từ hộ gia đình, cơ chế xã hội hóa y tế từ điểm cung cấp dịch vụ hoặc qua các hình thức bảo hiểm công và bảo hiểm tư nhân.Cho mỗi một cơ chế này, xu hướng và tiềm năm dài hạn sẽ được đánh giá. Nghiên cứu sẽ tìm hiểu bối cảnh kinh tế vĩ mô của nguồn tiền HIV trong giai đoạn 10-15 năm tới, bao gồm việc đánh giá các số liệu của IMF/WB/ADB về các giả định tăng trưởng và các giả định liên quan đến các kich bản phân bổ ngân sách tiềm tàng cho Y tế nói chung và HIV/AIDS nói riêng. Kịch bản về tăng trưởng cơ bản sẽ được trình bày cùng với kịch bản lạc quan và kém lạc quan. Nghiên cứu cũng cần khám phá xem liệu sự phát triển của bảo hiểm y tế ở Việt Nam có thể cung cấp nguồn lực cho HIV theo thời gian không. Chương trình bảo hiểm y tế hiện hành bao phủ khoảng 60% tổng dân số. Hiểu được các dịch vụ cần thiết cho bệnh nhân nhiễm HIV cũng sẽ được khám phá (chi phí thuốc và chi phí khám bệnh cho các nhiễm trung cơ hội. Chính phủ dự kiến tiến tới việc tiếp cận phổ cập vào năm 2014, tuy nhiên, các tiến bộ hiện tại trong việc phối hợp các nhóm khác nhau lại không đạt được mức độ phổ cập tại tuyến tỉnh trên toàn quốc. Trong bối cảnh dịch HIV

tạp trung, sự tương trợ lẫn nhau giữa các tỉnh là cần phải được cân nhắc. Nghiên cứu cũng sẽ xem xét liệu việc triển khai một chương trình HIV có hiệu xuất và hiệu quả có thể giải phóng một lượng tiền tài trợ cho các chương trình HIV/Aids khác không. Cũng cần suy xét một cách cẩn trọng trong việc tính đến nguồn tiền túi hộ gia đình và vai trò của nó hiện tại cũng như tương lai. Cần phải hiểu bản chất và mức độ (magnitute) của các chi tiêu từ tiền túi cho chương trình HIV. Tuy nhiên, sự ám chỉ về tính công bằng của các dự đoán về nguồn tiền túi cho thấy nguồn tài trợ này có thể cản trở việc tiếp cận đến các dịch vụ quan trọng. Phân tích sẽ tìm hiểu cách làm thế nào để giảm chi tiêu tiền túi từ hộ gia đình và khoản chi đó sẽ được các nguồn khác chi trả

2. So sánh Nguồn lực ước tính[28] và các chi tiêu theo kế hoạch hiện có cho hoạt động dự phòng chăm sóc và điều trị trong giai đoạn từ 10-15 năm, và để ước tính tác động tiềm tàng của HIV lên nền kinh tế của cả nước (phân tích số liệu thứ cấp). Ước tính chi phí hiệu suất lao động và chi phí liên quan đến người chăm sóc hiện có số liệu (VD nghiên cứu chi phí của DFID) và có thể đánh giá trong khung phân tích tổng thể.

3. Xác định khoảng thiếu hụt tài chính trong giai đoạn 10-15 năm tới.

4. Với sự hỗ trợ của các cơ quan liên quan trong nước, đặc biệt là Bộ tài chính, Cục phòng chống AIDS Bộ Y tế và UNAIDS việt nam, xác định các cơ chế tài chính bổ sung (bao gồm cơ chế đa quốc gia và vùng). Cho mỗi cơ chế này, xác định chi phí và hiệu quả cũng như các bước cơ bản để thực hiện. Nghiên cứu khác tập trung vào việc liệu có khả năng lồng ghép (mainstreaming) ở VN không. Một chính sách lồng ghép có thể xảy ra là yêu cầu các cơ quan bộ ngành cấp quốc gia và tuyến tỉnh phải có một dòng ngân sách cho hoạt động phòng chống AIDS bao gồm cả việc chi trả cho các nhân viên có HIV+ trong các hoạt động dự phòng và diều trị.

5. Xác định bản đồ tài trợ dài hạn nêu bật các thành phần cơ bản, trình tự thực hiện dự kiếm và một mô hình giả định tương thích với xu hướng chi tiêu HIV. Bản đồ tài trợ bền vững sẽ bao gồm các ước tính hàng năm cơ bản (kich bản ở mức cơ sở, mức lạc quan và mực kém lạc quan) cho mỗi nguồn tài trợ trong giai đoạn 10-15 năm

6. Dưới sự hỗ trợ của VAAC và của văn phòng UNAIDS Việt Nam, mời các đối tác liên quan trong nước, từ chương trình AIDS quốc gia, Các bộ tài chính, Y tế, an sinh xã hội, giáo dục (và các cơ quan khác nếu phù hợp) các nhà tài trợ (PEPFAR, DFID, Quĩ toàn cầu), UN, các tổ chức xã hội dân sự và các đối tác khác đến bàn luận về các lựa chọn tài chính.

7. Đưa ra các khuyến nghị về các tài trợ bền vững và tăng thêm. Sản phẩm nên bao gồm ước tính giới hạn trần ở mức độ khả thi có thẻ được tài trợ từ nguồn lực công và tư trong nước, cần huy

[28] HAPSAT Viet Nam scenario

động cái gì từ nguồn lực nước ngoài. Phân tích kinh tế vĩ mô sẽ cung cấp thông tin sâu cho các ước tính trong giai đoạn trung hạn và dài hạn. Phân thích cũng sẽ cần nhắ các khồng lực mang tính sáng tạo đột phá như tăng thuế doanh thu cho chương trình HIV (như cước viễn thông, thuế hàng không, thuế thuốc lá).

8. Khi phân tích hoàn thành, dự thảo bài báo cáo khoa học tóm tắt các phát hiện về các lựa chọn tài chính cho việt nam

Đầu ra dự kiến

1. Một báo cáo đề cương chi tiết mô tả phương pháp, kế hoạch thực hiện và khung thời gian (nộp vào giữa tháng 8).
2. Một báo cáo bao gồm các thông tin, phân tích và khuyên nghị như đề cập ở trên, nộp trước khi tiến hành hội thảo quốc gia. Dự thảo báo cáo nộp vào tuần đầu tháng 12, và hoàn thiện chỉnh sửa vào cuối tháng 12
3. Một Bài viết đưa ra phác thảo về các khuyến nghị về lựa chọn tài chính có thể ứng dụng được ở VN (Dự thảo báo cáo nộp vào tuần đầu tháng 12, và hoàn thiện chỉnh sửa vào cuối tháng 12)

Khung thời gian

Dự kiến công việc diễn ra trong 6 tháng cụ thể như sau

	July 2011	**Aug 2011**	**Sep 2011**	**Octo 2011**	**Nov 2011**	**Dec 2011**
Tiếp xúc ban đầu và chuẩn bị hậu cần						
Tham vấn và phân tích						
Viết báo cáo						

Các thành viên trong nhóm

Chúng tôi tìm kiếm một nhóm chuyên gia tư vấn có kinh nghiệm về kinh tế công, kinh tế phát triển, kinh tế Y tế và tài chính HIV (công, tư và trong nước

Chuyên gia tư vấn cao cấp nước ngoài phải có ít nhất 15 năm kinh nghiệm ít nhất một trong các lĩnh vực đề cập ở trên, bao gồm các kinh nghiệm về cơ chế tài chính với các ứng dụng đã thực hiện ở quốc gia. Chuyên gia này cũng phải có kinh nghiệm quản lý nhóm

Các chuyên gia khac (chuyên gia trong nước) cần có tối thiểu 5 năm kinh nghiệm trong 2 lĩnh vực nói trên với kinh nghiệm trực tiếp ở Việt Nam ở tầm quốc gia.

Ứng viên có thể nộp đề xuất theo nhóm cho các vị trí nói trên

PHỤ LỤC A2: KẾT QUẢ ƯỚC TÍNH NHU CẦU NGUỒN LỰC

CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS GIAI ĐOẠN 2011-2020

I. Phương pháp ước tính nhu cầu nguồn lực

- Việc ước tính nhu cầu nguồn lực gồm bốn cấu phần chính:

1) Xác định kích thước quần thể HIV và các đối tượng đích,

2) Xác định mức độ bao phủ của các can thiệp hiện tại, mục tiêu tương ứng của chiến lược đến năm 2020, và lộ trình mở rộng phạm vi của các can thiệp,

3) Tổng hợp và phân tích chi phí của một số dịch vụ và chi phí của chương trình can thiệp phòng chống HIV/AIDS,

4) Ước tính nhu cầu nguồn lực theo những thay đổi về chiều hướng dịch và mở rộng diện bao phủ của can thiệp.

- Các phương pháp và giả thuyết chính tương ứng với các cấu phần phân tích bao gồm:

1) Tốc độ tăng dân số là 1.2%/ năm. Thay đổi về kích thước quần thể người nhiễm HIV/AIDS và các nhóm đối tượng đích trong giai đoạn 2016-2020 có chiều hướng tương tự giai đoạn 2011-2015.

2) Các chỉ tiêu tăng dần đều cho đến mục tiêu đề ra với từng cấu phần của chiến lược.

3) Phương pháp xác định chi phí đơn vị cho các hoạt động của chương trình bao gồm:

- Phân tích chi phí vi mô được sử dụng với các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT), điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng vi rút(ART), phòng lây truyền mẹ con (PMTCT).
- Phân tích chi phí theo hoạt động được áp dụng cho các chương trình can thiệp liên quan đến HIV/AIDS như chương trình bao cao su, chương trình bơm kim tiêm.
- Phân tích chi phí vĩ mô, tiếp cận từ trên xuống, áp dụng với các hoạt động như truyền thông, theo dõi, giám sát, đánh giá và xét nghiệm hoặc tăng cường năng lực

4) Các giá trị chi phí đưa về năm 2010. Nguồn lực được ước tính cho các năm 2011-2020. Tỉ giá năm 2009, 1 USD = 20.500 VNĐ. Lạm phát được tính tương đương năm 2009.

5) Nhu cầu nguồn lực được hiệu chỉnh theo những thay đổi về chi phí và nhu cầu dịch vụ khác nhau giữa các tuyến, khu vực, và nhà tài trợ.

6) Nguồn lực sẵn có dựa trên hai nguồn lực chính: (i) nguồn lực của chính phủ: bao gồm chi thường xuyên và chi đầu tư cho chương trình; đã bao gồm cả kinh phí đối ứng của các địa phương. Tốc độ dự báo tăng ngân sách của chính phủ cho chương trình giai đoạn 2011-2015 là 20% mỗi năm, giai đoạn 2016-2020 ngân sách chính phủ đảm bảo duy trì ít nhất bằng tốc độ tăng của giai đoạn 2011-2015; (ii) nguồn lực của các nhà tài trợ được xác định la những nguồn vốn cam kết đến năm 2015. Nguồn lực cam kết này đã tính đến mức độ thực hiện và đã trừ đi 30% quản lý phí đối với một số

7) nguồn vốn do nhà tài trợ quản lý trực tiếp.

II. Một số chỉ tiêu liên quan đến đối tượng đích

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Kích thước quần thể										
Dân số	87,907,325	88,962,213	90,029,759	91,110,116	92,203,438	93,309,879	94,429,598	95,562,753	96,709,506	97,870,020
Số người nhiễm	257,303	265,352	273,258	282,145	292,906	292,906	292,906	292,906	292,906	292,906
Số Phụ nữ mang thai	2,000,000	2,024,000	2,048,288	2,072,867	2,097,742	2,122,915	2,148,390	2,174,170	2,200,260	2,226,664
II. PMTCT										
Điều trị PMTCT	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
III. ART										
% người lớn đủ tiêu chuẩn được điều trị ART	59.4%	60.6%	61.8%	63.0%	64.1%	65.3%	66.5%	67.7%	68.8%	70.0%
% trẻ em được điều trị ART	69.0%	71.9%	74.8%	77.7%	80.6%	83.4%	86.3%	89.2%	92.1%	95.0%
IV. MMT										
Mức độ bao phủ trên IDU	4.5%	15.9%	27.3%	38.6%	50.0%	55.0%	60.0%	65.0%	70.0%	70.0%
V. VCT										
Tỉ lệ bao phủ trên IDU	17.9%	28.4%	39.0%	49.5%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%
Tỉ lệ bao phủ trên FSW	34.8%	41.1%	47.4%	53.7%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%
Tỉ lệ bao phủ trên MSM	19.1%	29.3%	39.6%	49.8%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	80.0%
VI. Bao cao su										
Tỉ lệ bao phủ trên IDU	51.9%	56.4%	61.0%	65.5%	70.0%	72.5%	75.0%	77.5%	80.0%	80.0%
Tỉ lệ bao phủ trên FSW	77.7%	75.8%	73.9%	71.9%	70.0%	72.5%	75.0%	77.5%	80.0%	80.0%
Tỉ lệ bao phủ trên MSM	66.5%	67.4%	68.3%	69.1%	70.0%	72.5%	75.0%	77.5%	80.0%	80.0%
VII. Bơm kim tiêm										
Tỉ lệ bao phủ trên IDU	0.60	0.63	0.65	0.68	0.70	0.73	0.75	0.78	0.80	0.80

Phụ lục A3 – Tổng quan về lý thuyết kinh tế vĩ mô

Giới thiệu

Cách tiếp cận kinh tế vĩ mô thông qua một khung lý thuyết số, được gọi là khung chương trình tài chính, được thiết kế nhằm hỗ trợ sự phát triển của một cách tiếp cận nhất quán tới các khía cạnh khác nhau của chính sách kinh tế. Đặc điểm chính của khung chương trình tài chính là nó dựa trên cái nhìn toàn diện về nền kinh tế quốc gia, bao gồm bốn lĩnh vực phụ thuộc lẫn nhau. Bốn lĩnh vực đó là:

- Lĩnh vực thực tế, liên quan tới các hoạt động sản xuất của nền kinh tế.
- Lĩnh vực tài chính, bao gồm các giao dịch của chính phủ.
- Lĩnh vực đối ngoại, bao gồm tất cả các giao dịch giữa nước sở tại và các nước khác.
- Lĩnh vực tiền tệ, bao gồm các giao dịch của hệ thống ngân hàng và ngân hàng trung ương.

Dù không phải là một lĩnh vực riêng, người ta cũng chú ý tới các khoản nợ của chính phủ trung ương như cổ phiếu và các dòng chảy của các khoản nợ của chính phủ được phản ánh trong các lĩnh vực tài chính, đối ngoại và tiền tệ.

Ngay từ đầu, cần hiểu rằng khung lý thuyết kinh tế vĩ mô không phải là một mô hình kinh tế. Nó không phải là một tập hợp các phương trình với cố gắng nhằm mô hình hóa hành vi và tương tác giữa các tập hợp tác nhân kinh tế khác nhau. Trong thuật ngữ kinh tế, nó không dựa trên một tập hợp các mối quan hệ hành vi và/hoặc cấu trúc kinh tế ước tính, có khả năng tạo ra các kết quả kinh tế.

Khung lý thuyết kinh tế vĩ mô là một công cụ nhằm đảm bảo tính nhất quán giữa các tập hợp những giả định khác nhau về tương lai của nền kinh tế. Nói cách khác, bằng cách bắt đầu với một tập hợp giả định về nền kinh tế (vd, tăng trưởng GDP), khung lý thuyết đánh giá tác động của các lựa chọn chính sách khác nhau tới bốn lĩnh vực trong nên kinh tế theo một cách nhất quán.

Các cấu phần chính

Khung lý thuyết kinh tế vĩ mô bắt đầu bằng bảng phân tích hoạt động kinh tế vĩ mô của Việt Nam do Quỹ tiền tệ quốc tế (IMF) công bố. Bảng này sử dụng một định dạng chuẩn cho tất cả các quốc gia và là một phần trong hoạt động giám sát theo Điều IV của IMF. Tài liệu chuẩn của IMF bao gồm năm bảng, được nhân rộng trong khung lý thuyết kinh tế vĩ mô sử dụng trong phân tích này. Các bảng đó là:

- Bảng 1: Các chỉ số kinh tế được lựa chọn, bao gồm dữ liệu tổng hợp từ các lĩnh vực thực tế, tài chính, tiền tệ và đối ngoại.
- Bảng 2: Cán cân thanh toán, bao gồm các chỉ số trên tổng dự trữ quốc tế.

- Bảng 3: Hoạt động tài chính của Chính phủ trung ương, mô tả ngân sách và tài chính chính phủ.

- Bảng 4: Khảo sát tiền tệ, thể hiện các dòng tiền lớn, tài sản ròng quốc nội và quốc ngoại.

Với trường hợp của Việt Nam, chúng tôi cũng vẽ Bảng 5, thể hiện dự báo trung hạn cho các biến kinh tế vĩ mô quan trọng.

Các bảng này được chuyển vị vào Excel và mở rộng đến mức cần thiết nhằm tạo ra dữ liệu về bốn lĩnh vực của nền kinh tế như đã mô tả ở trên. Việc này được thực hiện thông qua sáu bảng sau:

- **Tổng quan:** Bảng Tổng quan bao gồm các dự báo về các biến kinh tế vĩ mô lớn như tăng trưởng GDP thực tế, giảm phát GDP và tỷ giá hối đoái.

- **Thực tế:** Bảng Thực tế cung cấp những dự báo về lĩnh vực thực tế, bao gồm các giá trị GDP và các cấu phần của nó (kể cả tiêu dùng và đầu tư).

- **Tài chính:** Bảng Tài chính cung cấp thông tin về ngân sách thường niên của Chính phủ, bao gồm các dự báo về doanh thu quốc nội, chi tiêu, tài trợ và thâm ngân sách.

- **Tiền tệ:** Bảng Tiền tệ cung cấp dự báo về lĩnh vực tiền tệ, bao gồm đường đi của các tập hợp tiền tệ chính như tín dụng cho khu vực tư nhân.

- **Đối ngoại:** Bảng Đối ngoại cung cấp những dự báo về Cán cân thanh toán, bao gồm dự đoán về xuất nhập khẩu, và tổng dự trữ quốc tế.

- **Nợ:** Trong khi đó, bảng Nợ không phản ánh một lĩnh vực nào cả, nó thực hiện một chức năng đơn giản bằng cách tính toán giải ngân nợ, kết hợp với các khoản nợ hiện có và dự đoán khoản trả nợ, để dự báo biến nợ trong tương lai.

Các bảng khác nhau đều liên kết với nhau nhằm đảm bảo tính nhất quán, sẽ được thảo luận thêm ở phần sau. Các bảng bổ sung được sử dụng nhằm nhóm các giả định kinh tế vĩ mô chính vào với nhau, để bao gồm cả dữ liệu về nguồn lực cho HIV/AIDS và để trình bày các biểu đồ về các chỉ số kinh tế vĩ mô.

Phương pháp tiếp cận

Khung lý thuyết sử dụng bốn định thức kế toán kinh tế vĩ mô nhằm đảm bảo tính nhất quán giữa các lĩnh vực khác nhau của nền kinh tế. Một định thức kế toán kinh tế vĩ mô là một mối quan hệ giữa một tập hợp các biến kinh tế phải đúng theo định nghĩa. Ví dụ, GDP phải bằng với tổng của các cấu phần của nó (đầu tư, tiêu dùng, nhập khẩu và xuất khẩu). Mỗi lĩnh vực có định thức kế toán của riêng nó.

Khung lý thuyết đảm bảo tính nhất quán hai chiều giữa các lĩnh vực. Trước hết, khung lý thuyết kinh tế vĩ mô đảm bảo rằng tất cả các định thức kế toán đều được đáp ứng. Việc này được thực hiện thông qua sử dụng một mục “số dư”, được thiết lập thông qua một công thức nhằm đảm bảo định thức luôn luôn đúng. Ví dụ, nếu chúng ta đã xác định được GDP, đầu tư, nhập khẩu và xuất khẩu, do đó chỉ còn một giá trị duy nhất cho tiêu

dung là có thể phù hợp với định thức kế toán cho lĩnh vực thực tế (vd, Tiêu dùng = GDP – Đầu tư – Xuất khẩu + Nhập khẩu). Trong trường hợp này, tiêu dung được gọi là "số dư".

Thứ hai, khung lý thuyết kinh tế vĩ mô đảm bảo rằng dù một biến có ở trong nhiều hơn một lĩnh vực, các dự báo cho biến đó là như nhau ở mọi lĩnh vực. Ví dụ, các giá trị nhập khẩu trong cả lĩnh vực thực tế (là một cấu phần của GDP) và lĩnh vực đối ngoại (là một cấu phần của Tài khoản hiện tại). Như vậy, khung lý thuyết kinh tế vĩ mô sẽ đảm bảo răng bất cứ giá trị nào được sử dụng cho nhập khẩu trong lĩnh vực đối ngoại cũng sẽ được sử dụng trong lĩnh vực thực tế.

Các định thức kế toán kinh tế vĩ mô

Phần này sẽ kiểm định các định thức kế toán được sử dụng trong mỗi lĩnh vực và số dư được sử dụng để cân bằng các định thức đó.

Lĩnh vực thực tế

Định thức cơ bản:

GDP = Chi tiêu (Công + Tư) + Đầu tư (Công + Tư) + Xuất khẩu – Nhập khẩu

Số dư:

Chi tiêu tư

Giả định đầu tiên trong lĩnh vực này là tăng trưởng của GDP thực tế. Giả định này được sử dụng để ngoại suy giá trị hiện tại của GDP trong các năm tiếp theo. Một giả định khác là về xu hướng tương lai của chỉ số giảm phát GDP để chuyển đổi giữa GDP thực và GDP danh nghĩa.

Sau khi xác định giá trị GDP trong những năm tới, ta cần xác định các cấu phần của nó. Chi tiêu công (tức là chi phí hiện tại của chính phủ) và đầu tư công (tức là chi phí cho phát triển của chính phủ) được xác định trong bảng Tài chính (xem bên dưới). Bằng cách đặt ra các giả định về tỷ lệ đầu tư trong GDP, ta có thể tạo ra con số dự đoán về đầu tư. Cuối cùng, Nhập khẩu và Xuất khẩu được kết nối từ bảng Đối ngoại (xem bên dưới).

Từ đó, khi đã xác định tổng giá trị GDP và tất cả các cấu phần của nó trừ một cấu phần đó là cấu phần số dư phải được thiết lập nhằm đảm bảo tính nhất quán với định thức kế toán cơ bản. Trong trường hợp này, chi tiêu tư được sử dụng làm số dư và bằng GDP cộng với nhập khẩu, trừ đi xuất khẩu, đầu tư tư và tổng chi tiêu chính phủ.

Lĩnh vực tài chính

Định thức cơ bản:

Tổng doanh thu – Tổng chi tiêu = Vay ròng

Số dư:

Giải ngân ròng nợ quốc nội

Lĩnh vực này tập trung vào ngân sách chính phủ. Trước hết, doanh thu thuế được xác định (dựa trên một giả định về tỷ lệ của nó trong GDP) cũng như các nguồn thu khác như trợ cấp và doanh thu từ phí, lệ phí và các nguồn thu khác . Trợ cấp bên ngoài được chuyển thành tiền tệ địa phương thông qua tỷ giá hối đoái.

Ta đưa ra các giả định khác về chi tiêu của chính phủ (ngoại trừ dịch vụ nợ). Các khoản thanh toán lãi suất của khoản nợ được tính toán trong bảng Nợ, như vậy mức thâm hụt cao hơn trong một năm sẽ được phản ánh bởi lượng trả lãi cao hơn trong năm tiếp theo. Các yếu tố này xác định thâm hụt ngân sách tổng thế của chính phủ và do đó, yêu cầu vay của chính phủ. Giải ngân và các khoản trả nợ nước ngoài chính trong tương lai được xác định thông qua giả định và quy đổi sang tiền tệ địa phương sử dụng tỷ giá hối đoái.

Tất cả còn lại là xác định giải ngân ròng của nợ quốc nội. Đây chính là số dư trong lĩnh vực này và được đặt ở mức cân bằng vay của chính phủ với thâm hụt tổng thể.

Lĩnh vực tiền tệ

Định thức cơ bản:

Tài sản ròng quốc ngoại + Tài sản ròng quốc nội = Dòng tiền lớn

Số dư:

Các khoản bồi hoàn ròng của các lĩnh vực khác (một cấu phần của Tài sản ròng quốc nội)

Tài sản ròng quốc ngoại được xác định bởi dòng chảy ngoại tệ vào trong một quốc gia, được đưa ra bởi sự thay đổi trong dự trữ chính thức trong cán cân thanh toán (tức là từ bảng Đối ngoại).

Tài sản ròng quốc nội bao gồm các khoản bồi hoàn ròng của chính phủ và các khoản bồi hoàn của các lĩnh vực khác (tức là lĩnh vực tư nhân). Bồi hoàn ròng của chính phủ được xác định bởi dự trữ nợ tồn đọng của chính phủ, được lấy trực tiếp từ bảng Nợ. Bồi hoàn ròng của các lĩnh vực khác là số dư trong lĩnh vực này và do đó sẽ được tính sau cùng.

Dòng tiền lớn có thể bắt nguồn từ mối quan hệ kinh tế giữa GDP danh nghĩa, dòng tiền lớn và vòng quay của tiền tệ (PY=vM). Do đó, dòng tiền lớn được tính bằng cách chia GDP danh nghĩa cho một trị số vòng quay của tiền tệ giả định.

Sau khi xác định mọi cấu phần khác bằng cách sử dụng các giả định trên, bồi hoàn ròng cuả các lĩnh vực khác là số dư và được thiết lập để đảm bảo tuân thủ định thức kế toán cho lĩnh vực này. Nó được tính bằng dòng tiền lớn trừ đi tài sản ròng quốc ngoại và trừ đi bồi hoàn của chính phủ.

Lĩnh vực đối ngoại

Định thức cơ bản:

Tài khoản hiện tại + Tài khoản vốn + Tài khoản tài chính + Lỗi & Sai sót = Thay đổi trong Tài sản dự trữ chính thức

Số dư:

Thay đổi trong Tài sản dự trữ chính thức

Lĩnh vực đối ngoại thực chất là đại diện của cán cân thanh toán, nắm bắt dòng chảy ngoại tệ vào và ra khỏi quốc gia sở tại. Tài khoản hiện tại được xác định bởi các giả định về xuất nhập khẩu hàng hóa và dịch vụ, thu nhập và các khoản gửi. Thanh toán của chính phủ đối với các khoản nợ nước ngoài (lấy từ bảng Nợ) và trợ cấp hỗ trợ ngân sách bên ngoài (lấy từ bảng Tài chính) cũng được bao gồm trong tài khoản hiện tại.

Tài khoản vốn bao gồm các tài trợ dự án bên ngoài (lấy từ bảng Tài chính). Tài khoản tài chính đòi hỏi các giả định về đầu tư trực tiếp nước ngoài và danh mục đầu tư. Chỉ có các cấu phần quan trọng khác của tài khoản tài chính là giải ngân và trả nợ các khoản vay của chính phủ được lấy từ các giả định trong bảng Tài chính.

Trong tương lai, lỗi và thiếu sót được giả định bằng không. Mục duy nhất còn lại là thay đổi trong tài sản dự trữ chính thức, được dùng như số dư nhằm đảm bảo tính nhất quán của bảng này. Do đó, thay đổi dự trữ chính thức được tính bởi tổng tài khoản hiện tại, tài khoản vốn và tài khoản tài chính.

Các mối liên kết chính giữa các Lĩnh vực

Như đã nói ở trên, cơ sở thứ hai của tính nhất quán bắt nguồn từ việc sử dụng duy nhất một tập hợp các dự báo cho dù một biến xuất hiện ở đâu trong hai lĩnh vực khác nhau đi nữa. Bảng 1 tóm tắt các mối liên kết giữa các bảng khác nhau. Điều quan trọng cần ưu ý là mối liên kết được tạo ra từ cột bên tay trái tới hàng dọc phía trên bảng (tức là nhập khẩu từ bảng Đối ngoại được chuyển giao sang bảng Thực tế.) Nhằm tránh nhầm lẫn, chỉ có mối liên kết quan trọng nhất được hiển thị, tương ứng với các mối liên kết được bàn luận trong đoạn trên.

Bảng 1: Các mối liên kết giữa các lĩnh vực trong khung lý thuyết kinh tế vĩ mô

Tới Từ	Thực tế	Tài chính	Nợ	Tiền tệ	Đối ngoại
Thực tế		GDP (để dự báo Doanh thu)		GDP (để dự báo Dòng tiền lớn)	
Tài chính	Chi tiêu chính phủ		Giải ngân ròng nợ quốc nội Giải ngân nợ nước ngoài		Tài trợ nước ngoài Giải ngân nợ nước ngoài
Nợ		Trả lãi Các khoản trả nợ nước ngoài chính		Dự trữ nợ (để tính Tài sản ròng quốc nội)	Lãi từ nợ nước ngoài Các khoản trả nợ nước ngoài chính
Tiền tệ					
Đối ngoại	Nhập khẩu Xuất khẩu		Tỷ giá hối đoái	Thay đổi tài sản dự trữ chính thức	

Sử dụng khung lý thuyết ở trên, ta có thể tóm gọn dự báo của nền kinh tế và các lĩnh vực khác nhau của nó vào một số giả định quan trọng. Sử dụng những giả định này cùng với các mối liên kết và định thức mô tả ở trên, chúng ta có thể dự báo một loạt biến và chỉ số kinh tế vĩ mô trong tương lai.

Do vậy, khung lý thuyết vận hành bằng cách duy trì các dự báo của IMF trong ngắn hạn và trung hạn và sau đó tạo ra một loạt giả định cấp cao về các biến kinh tế vĩ mô quan trọng trong dài hạn. Các giả định này dựa trên việc ngoại suy từ dự báo trung hạn của IMF và phân tích thông tin sẵn có về nền kinh tế của quốc gia sở tại.

Kết hợp với các nguồn lực cho phòng chống HIV/AIDS

Các nguồn lực cho phòng chống HIV/AIDS có thể chia thành hai dạng: nguồn thu và nguồn chi. Việc phân biệt rõ hai nguồn này rất quan trọng để tránh tính toán trùng lặp. Ví dụ, một nguồn tài trợ có thể được tính là nguồn thu, nhưng cũng có thể được tính là một nguồn chi của chính phủ. Bảng 9.1 thể hiện các nguồn lực phòng chống HIV/AIDS được kết hợp vào khung lý thuyết kinh tế vĩ mô và các lĩnh vực mà chúng liên quan trực tiếp.

Bảng 10.1 Các nguồn lực cho phòng chống HIV/AIDS trong khung lý thuyết kinh tế vĩ mô

Dòng vốn	Mối liên kết
Nguồn thu	
Các nguồn tài trợ nước ngoài được tính trong ngân sách	Tài chính, Đối ngoại
Các nguồn tài trợ nước ngoài không tính trong ngân sách	Không
Các khoản vay dự án nước ngoài	Tài chính, Đối ngoại, (Nợ)
Thuế và các khoản thu từ phí, lệ phí và các nguồn thu khác của chính phủ dành cho HIV/AIDS	Tài chính
Vay trong nước của chính phủ dành cho HIV/AIDS	Tài chính, (Nợ)
Nguồn chi	
Chi thường xuyên của chính phủ	Tài chính
Chi tiêu bởi các dự án tài trợ nước ngoài không tính trong ngân sách	Không
Chi tiêu bởi các cá nhân và công ty tư nhân	Thực tế

Những nguồn lực này được lồng ghép vào các lĩnh vực phù hợp của khung lý thuyết kinh tế vĩ mô. Điều này đảm bảo tính nhất quán hai chiều giữa các dự báo kinh tế vĩ mô và các dự báo về chi tiêu cho HIV.

Trước tiên, các nguồn lực này được xác định ngoại sinh (hoặc thông qua các yếu tố bên ngoài hoặc bởi các quyết định chính sách), được kết nối với khung lý thuyết kinh tế vĩ mô để những thay đổi trong các biến này có tác động kinh tế vĩ mô. Ví dụ, mức trợ cấp cao hơn từ các nhà

tài trợ nước ngoài có thể (i) làm tăng chi tiêu của chính phủ trong lĩnh vực tài chính và (ii) gia tăng thay đổi dự trữ chính thức trong lĩnh vực đối ngoại (một trong số nhiều hệ quả khác). Tương tự, quyết định tăng vay vốn để tài trợ cho HIV sẽ (i) làm tăng chi tiêu chính phủ, thâm hụt và nợ của chính phủ trong lĩnh vực tài chính và (ii) chi trả lãi suất cao hơn cho khoản nợ sẽ dẫn tới gia tăng thâm hụt trong những năm tiếp theo (một lần nữa lại chỉ là một trong số nhiều hệ quả khác).

Thứ hai, nguồn lực cho phòng chống HIV/AIDS có thể được kết nối với các biến kinh tế vĩ mô nhằm mô hình hóa tầm cỡ của chúng trong những kịch bản khác nhau. Ví dụ, trợ cấp và các khoản vay bên ngoài sẽ được chuyển đổi thành nội tệ thông qua tỷ giá hối đoái, và các nguồn lực quốc nội có thể được liên kết với tăng trưởng GDP để xem xét những thay đổi trong các kịch bản khác nhau về tăng trưởng kinh tế.

Sử dụng khung lý thuyết ở trên, ta có thể thêm nhiều giả định khác nhau về các biến kinh tế vĩ mô quan trọng và nguồn tài chính cho HIV/AIDS nhằm kiểm tra các kịch bản cho chi tiêu phòng chống HIV/AIDS trong tương lai. Những kịch bản này có thể được hỗ trợ bởi nhiều chỉ số khác nhau nhằm đánh giá tính xác thực của kịch bản (vd, chi tiêu cho HIV/AIDS có quá mức GDP?) và mức ổn định kinh tế vĩ mô của kịch bản đó (vd, nợ chính phủ có bền vững không? Cán cân thanh toán có ổn định không?).

Phụ lục A4 – Kế hoạch ngân sách Nhà nước năm 2011 (Các Bộ, Ngành trung ương tập trung hóa)

	Bộ	Triệu VND
1	Văn phòng chủ tịch nước	117.200
2	Văn phòng quốc hội	1.456.500
3	Văn phòng Đảng Cộng sản	992.850
4	Văn phòng chính phủ	467.220
5	Văn phòng trung ương phòng chống tham nhũng	30.140
6	Học viện chính trị quốc gia HCM	543.370
7	Tòa án nhân dân tối cao Việt Nam	1.869.930
8	Viện kiểm sát nhân dân tối cao Việt Nam	1.827.740
9	Bộ Ngoại giao	2.237.140
10	Bộ Nông nghiệp	6.907.717
11	Ủy ban Sông Mê Kông	19.560
12	Bộ Giao thông vận tải	11.196.220
13	Bộ Công nghiệp	1.578.934
14	Bộ Xây dựng	1.511.718
15	Bộ Y tế	4.317.790
16	Bộ Giáo dục – đào tạo	5.081.609
17	Bộ Khoa học và công nghệ	734.595
18	Bộ Văn hóa – thể thao và du lịch	2.061.303
19	Bộ Lao động – thương binh và xã hội	21.013.650
20	Bộ Tài chính	12.138.940
21	Bộ Tư pháp	1.351.110
22	Ngân hàng nhà nước	229.780
23	Bộ Kế hoạch và đầu tư	1.810.576
24	Bộ Nội vụ	999.035
25	Bộ Tài nguyên môi trường	2.457.634
26	Bộ Thông tin và truyền thông	805.321
27	Ủy ban dân tộc thiểu số	70.040
28	Ban kiểm tra chính phủ	190.430
29	Kiểm toán nhà nước	336.510
30	Tin nhanh Việt Nam	409.060
31	Truyền hình Việt Nam	98.400
32	Đài tiếng nói Việt Nam	523.160
33	Viện Khoa học và công nghệ	513.577
34	Viện Khoa học xã hội	358.125
35	Đại học Y Hà Nội	549.896
36	Đại học TP.HCM	814.330
37	Mặt trận Tổ quốc Việt Nam	49.160
38	Văn phòng Thanh niên trung ương	299.145
39	Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam	141.508
40	Hội Nông dân Việt Nam	159.290
41	Hội Cựu chiến binh Việt Nam	27.045

42	Hội liên hiệp lao động Việt Nam	164.205
43	Hội liên hiệp hữu nghị Việt Nam	124.580
44	Ngân hàng phát triển Việt Nam	2.060.000
45	Ngân hàng chính sách xã hội	3.260.000
46	Bảo hiểm xã hội Việt Nam	29.700.000
47	Khác	6.774.576
	Tổng	130.380.619

Nguồn: Bộ Tài chính, Báo cáo ngân sách nhà nước thường niên, 2011.

Phụ lục A5 – Ước tính chương trình can thiệp tại nơi làm việc của doanh nghiệp

#	Mục chi phí	Giải thích chi phí (cho một năm)	Chi phí đơn vị (VND)	
1	**Thành lập ủy ban phòng chống HIV/AIDS**			
	- Họp giữa các cán bộ quản lý của doanh nghiệp	2 cuộc họp x 0,5 giờ (lương 28.842VND/giờ) x 3 người	86.525	/doanh nghiệp
	- 1 nhân viên năng nổ để thực hiện (lấy ý kiến thống nhất, chuẩn bị giấy tờ, thông qua, tổ chức họp, v.v.)	1 nhân viên x 2 ngày (lương 138.400VND/ngày)	276.880	/doanh nghiệp
	- Văn phòng phẩm và cơ sở	Sẽ không tính		
	Tổng		363.406	/doanh nghiệp
2	**Xây dựng chính sách dự phòng HIV/AIDS tại nơi làm việc**			
	- 1 nhân viên năng nổ để tham dự đào tạo của dự án, soạn thảo và hoàn thành chính sách	1 nhân viên x 2 ngày (lương 138.400VND/ngày)	276.880	/doanh nghiệp
	- 2 cán bộ quản lý để rà soát và thông qua chính sách	2 cán bộ quản lý x 0,5 giờ (lương 28.842VND/giờ)	28.842	/doanh nghiệp
	- Văn phòng phẩm và cơ sở	Sẽ không tính		
	Tổng		305.722	/doanh nghiệp
3	**Xây dựng kế hoạch hành động và báo cáo**			
	- 1 nhân viên năng nổ để soạn thảo và hoàn thiện kế hoạch hành động và chuẩn bị báo cáo hàng quý	1 nhân viên x 0,25 ngày (lương 138.400VND/ngày) x 6 lần	207.660	/doanh nghiệp
	- 1 cán bộ quản lý để rà soát và thông qua kế hoạch và các báo cáo	1 cán bộ quản lý x 0,5 giờ (lương 28.842VND/giờ) x 5 lần	72.104	/doanh nghiệp
	- Họp của ủy ban phòng chống HIV để rà soát kế hoạch và báo cáo	1 cuộc họp x 0,5 giờ (lương 28.842VND/giờ) x 3 người	43.263	/doanh nghiệp
	- Văn phòng phẩm	Photo 20 trang x 200 VND/trang	4.000	/doanh nghiệp
	- Cơ sở	Sẽ không tính		
	Tổng		327.027	/doanh nghiệp
4	**Thành lập nhóm giáo dục đồng đẳng của doanh**			

	nghiệp			
	- Họp của ủy ban phòng chống HIV để lựa chọn nhóm GDĐĐ	1 cuộc họp x 0,5 giờ (lương 28.842VND/giờ) x 3 người	43.263	/doanh nghiệp
	- 1 nhân viên để chuẩn bị quyết định thành lập và phạm vi công việc của nhóm GDĐĐ	1 nhân viên x 0,25 ngày (lương 138.400VND/ngày)	34.610	/doanh nghiệp
	- Đào tạo GDĐĐ	1 người lao động x 3 ngày (lương 92.293VND/ngày)	276.880	/người lao động
	- 1 nhân viên để huấn luyện và giám sát GDĐĐ	1 nhân viên x 0,25 ngày/tháng x 12 tháng	415.321	/doanh nghiệp
	- GDĐĐ chuẩn bị báo cáo hàng tháng để nộp	1 người lao động x 0,1 ngày/tháng x 12 tháng	110.752	/người lao động
	- Văn phòng phẩm	Photo 6 trang x 200 VND/trang x 12 tháng	14.400	/doanh nghiệp
	- Cơ sở	Sẽ không tính		
	Tổng			
5	**Thực hiện các hoạt động truyền thông về HIV**			
	- GDĐĐ thực hiện sự kiện truyền thông nhóm và IPC	1 GDĐĐ x 0,25 ngày/tháng	276.880	/ GDĐĐ
	- Người lao động tham dự sự kiện truyền thông về HIV	1 người lao động x 2 giờ/năm	46.147	/người lao động
	- Văn phòng phẩm và cơ sở để tổ chức sự kiện truyền thông	300.000 VND/sự kiện	300.000	/sự kiện
	- Làm hợp đồng cho sự kiện truyền thông/đào tạo			
	Tổng			
6	**Thực hiện chương trình tiếp thị xã hội bao cao su**	Chưa thực hiện		
7	**Giới thiệu người làm công tới các dịch vụ VCT, RTI/STI, ART, MMT hoặc cai nghiện**			
	- 1 nhân viên y tế chịu trách nhiệm	1 nhân viên x 2 giờ/tháng x 12 tháng	830.641	/doanh nghiệp
	- Tiến hành VCT tại môi trường làm việc	1 người lao động x 50.000VND/xét nghiệm +tư vấn	50.000	/người lao động
	Tổng			
8	**Cung cấp chăm sóc và hỗ trợ cho người có H, và**			

	gia đình họ			
	- Hỗ trợ tài chính cho người làm công bị nhiễm HIV	2 người x 500.000 VND	1.000.000	
9	**Khuyến khích hợp tác với cộng đồng và chính quyền địa phương về phòng chống HIV, chăm sóc và hỗ trợ cho người có HIV**			
	- Tiến hành các sự kiện truyền thông cho cộng đồng (Nam Trieu)	500.000 VND/sự kiện	500.000	
10	**Gây quỹ để phòng chống HIV và hỗ trợ người có H tại nơi làm việc hay tại cộng đồng**			

Nguồn Chemonics, dữ liệu năm 2009-2010

Phụ lục A6 – Hiệu quả thuốc

Bảng F.1. Giá giao dịch trung bình của thuốc ARV trong *phác đồ bậc 1* cho một bệnh nhân là người lớn trong một năm (USD/người-năm) cho các nước có thu nhập trung bình thấp và chi phí Điều trị trung bình hàng năm cho một bệnh nhân ở Việt Nam trong các năm 2008, 2009 và 2010

ARV (bậc 1)	Liều	DDD (viên nang hoặc viên mềm)	Giá giao dịch trung bình (USD/người-năm)			Dữ liệu của Việt Nam					
			2008	2009	Quý I 2010	Chi phí điều trị trung bình một năm cho một bệnh nhân			Nhà sản xuất	Nước sản xuất	Nguồn
						2008	2009	2010			
Stavudine (d4T)	30 mg	2	26 (23-30)	19 (19-34)	19 (19-19)	18	18		Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS
						19	18		Strides Arcolab Ltd.	Ấn Độ	SCMS / Global Fund
Lamivudine (3TC)	150 mg	2	40 (37-45)	35 (24-38)	31 (31-32)	32	30		Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS / UNITAID
						36	32	32	Matrix Laboratories Ltd.	Ấn Độ	SCMS / Global Fund
								28	Ranbaxy Ltd.	Ấn Độ	Global Fund
								29	Strides Arcolab Ltd.	Ấn Độ	SCMS
Nevirapine (NVP)	200 mg	2	48 (43-51)	43 (41-46)	43 (41-46)	37	36		Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS / UNITAID
						40	42	30	Hetero Drugs Ltd.	Ấn Độ	SCMS / Global Fund
								32	Ranbaxy Ltd.	Ấn Độ	Global Fund
								32	Strides Arcolab Ltd.	Ấn Độ	SCMS
Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC)	300 mg + 150 mg	2	124 (119-134)	113 (112-120)	106 (106-110)	107	105	104	Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS
						114		102	Hetero Drugs Ltd.	Ấn Độ	SCMS / Global Fund
							106		Matrix Laboratories Ltd.	Ấn Độ	Global Fund
Efavirenz (EFV)	200 mg	3	230 (195-447)	319 (169-343)	192 (158-288)	177		107	Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	UNITAID
Efavirenz (EFV)	600 mg	1	169 (148-188)	95 ((90-114)	64 (64-64)	136	81	54	Matrix Laboratories Ltd.	Ấn Độ	SCMS / Global Fund
						179			Ranbaxy Ltd.	Ấn Độ	Global Fund
							68		Emcure Pharmaceuticals Ltd.	Ấn Độ	Global Fund

Bảng F.2. Giá giao dịch trung bình của thuốc ARV trong *phác đồ bậc 2* cho một bệnh nhân là người lớn trong một năm (USD/người-năm) cho các nước có thu nhập trung bình thấp và chi phí Điều trị trung bình hàng năm cho một bệnh nhân ở Việt Nam trong các năm 2008 - 2010

ARV (bậc 2)	Liều	DDD (viên nang hoặc viên mềm)	Giá giao dịch trung bình (USD/người-năm)			Dữ liệu của Việt Nam					
						Chi phí điều trị trung bình một năm cho một bệnh nhân					
			2008	2009	Quý I 2010	2008	2009	2010	Nhà sản xuất	Nước sản xuất	Nguồn
Abacavir (ABC)	300 mg	2	350 (313-374)	271 (236-299)		308	230		Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS
								199	Matrix Laboratories Ltd.	Ấn Độ	SCMS
Didanosine (ddI)	100 mg	4	212 (187-235)	217 (191-272)		189			Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS
Didanosine (ddI)	200 mg	2	311 (218-350)	266 (241-286)				317	Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS
								134	Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	UNITAID
Didanosine (ddI)	250 mg	1	799 (675-874)	190 (184-194)		159			Aurobindo Pharma Ltd.	Ấn Độ	SCMS
Lopinavir (LPV) + Ritonavir (RTV)	250 mg + 50 mg	6	1107 (574-1000)	1000 (575-1000)	621 (621-1000)	1001	1001	1001	Abbott Laboratories Ltd.	Đức	SCMS
								1171	Abbott Laboratories Ltd.	Đức	IDA
Ritonavir (RTV)	100 mg	2	283 (99-811)	762 (217-871)			167	511	Abbott Laboratories Ltd.	Anh & Pháp	SCMS

Nguồn cho hiệu quả thuốc:

1. UNAIDS (2010) "Ứng phó với HIV và Tuyên bố Doha về TRIPS và Y tế công cộng" Tạp chí Chính sách. 30/06/2010
2. WHO (2010) "Giá giao dịch của thuốc kháng retrovirus và chẩn đoán HIV từ 2008 tới 03/2010" Báo cáo tổng kết từ Cơ chế báo cáo giá toàn cầu (GPRM) 05/2010
3. Waning. Brenda *và cộng sự* (2009) "Các chiến lược toàn cầu nhằm giảm giá thuốc kháng retrovirus: Bằng chứng từ Cơ sở dữ liệu giao dịch" Tạp chí của Tổ chức Y tế thế giới 2009; 87:520–528
4. MSF "Làn sóng khủng hoảng tiếp cận thứ hai: Giá thành không thể chi trả nổi cho thuốc AIDS" Ghi chú vắn tắt 10/12/2005

Phụ lục A7. Lưu ý về phương pháp nghiên cứu hiệu quả kỹ thuật xuyên quốc gia

Một nghiên cứu gần đây do Zeng và cộng sự tiến hành, sử dụng phân tích bao phủ dữ liệu (DEA) để đánh giá hiệu quả kỹ thuật của các chương trình HIV/AIDS quốc gia tại các nước thu nhập thấp và trung bình (Zeng và cộng sự, 2009). Sử dụng dữ liệu về đầu vào (chi tiêu HIV/AIDS quốc gia) và đầu ra (các dịch vụ HIV/AIDS như PLTMC, VCT và ARV), phương pháp DEA cho phép xác định một lĩnh vực sản xuất cận biên cho các dịch vụ HIV/AIDS so với những lĩnh vực kém hiệu quả hơn mà các nước có thể lấy làm chuẩn. Đây có thể coi là một nghiên cứu mang tính bước ngoặt bởi các kết quả của nó chỉ ra rằng ở cấp quốc gia, có thể đạt được hiệu quả ở một mức độ nhất định. Rõ ràng thông tin này vô cùng quan trọng đối với mọi phương pháp tiếp cận tài chính bền vững cho HIV/AIDS. Trong các đoạn tiếp theo, chúng tôi lướt qua những phát hiện quan trọng nhất của Zeng và áp dụng vào Việt Nam.

Nghiên cứu xác định các mức hiệu quả kỹ thuật cho các chương trình AIDS ở các quốc gia khác nhau. Đánh giá chi tiêu AIDS quốc gia (NASA) do UNAIDS thực hiện được sử dụng để xác định các đầu vào cho chương trình HIV/AIDS quốc gia. Số người được tư vấn xét nghiệm tự nguyện (VCT), số phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị phòng lây truyền mẹ con (PMTCT), và số bệnh nhân điều trị kháng retrovirus (ART) được chọn làm các chỉ số đầu ra của chương trình. Lưu ý là những đầu ra như 'chương trình can thiệp giảm tác hại' không được xem xét, vì sẽ không tránh khỏi sai số tiêu cực tới kết của của Việt Nam trong nghiên cứu này. Tập hợp dữ liệu cuối cùng gồm 68 quốc gia với 151 quan sát, kéo dài từ năm 2002 đến 2007.

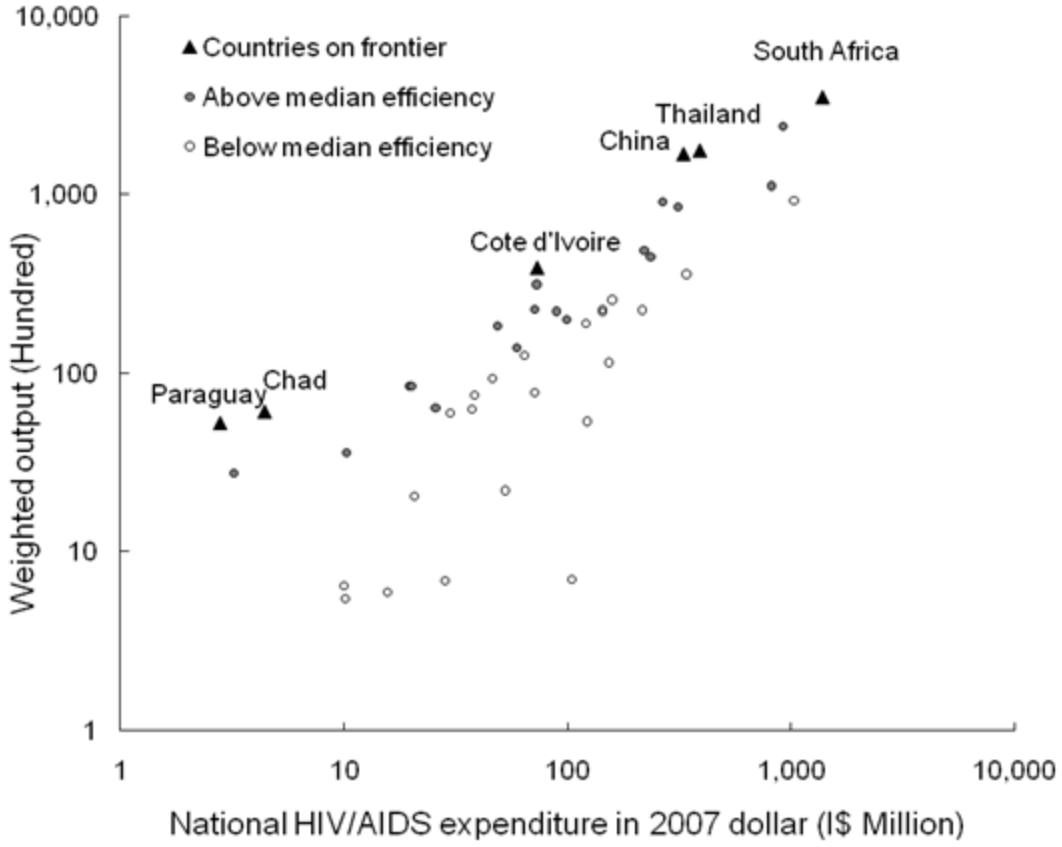
Trong giai đoạn đầu tiên, các tác giả sử dụng phân tích bao phủ dữ liệu (data envelopment analysis-DEA) theo định hướng đầu ra, một cách tiếp cận cổ điển nhằm đánh giá hiệu quả kỹ thuật để ước tính hiệu quả của các chương trình HIV/AIDS quốc gia. Điểm hiệu quả thu được từ mô hình DEA theo định hướng đầu ra là tỷ số của mức đầu ra có trọng số hiện tại trên mức đầu ra tiềm năng nếu quốc gia đang thực hiện tối ưu. Cân nhắc hạn chế rằng mô hình CCR DEA theo quy ước không kết hợp kiến thức nền về tầm quan trọng tương đối của các đầu vào và đầu ra trong trọng số ước tính, các tác giả sử dụng mô hình DEA với một vùng bảo đảm (AR), thiết lập giới hạn trọng số cho các đầu ra.

Trong giai đoạn thứ hai, các tác giả cố gắng giải thích những khác biệt về hiệu quả và các các chỉ số xác định về quản trị, cơ chế tài chính y tế, tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS, và các đặc điểm kinh tế và nhân khẩu học của một nước là những yếu tố quyết định tiềm năng hiệu quả kỹ thuật của chương trình. Sau khi có được điểm hiệu quả từ mô hình DEA theo định hướng đầu ra, một mô hình hồi quy tác động ngẫu nhiên Tobit với hiệu chỉnh dân số hữu hạn được sử dụng để tìm hiểu những yếu tố quyết định hiệu quả của các chương trình HIV/AIDS. Mô hình Tobit được hình thành từ 120 quan sát vào năm 2006 do hạn chế về dữ liệu.

Khi đánh giá hiệu quả chương trình AIDS theo năm, trong tổng số 151 quan sát, 18 nằm trong khu vực sản xuất cận biên (production frontier) với điểm hiệu quả đạt 100%. Những nước thực hiện tốt là các nước đã được công nhận cho những chương trình HIV/AIDS thành công của mình như Thái Lan, Brazil, và Rwanda, và do đó càng xác thực độ tin cậy của phương pháp được dùng. Hiệu quả trung bình chung là 49,8% (độ lệch chuẩn là 31,2%), cho thấy nhìn chung, các quốc gia có thể tăng gấp đôi đầu ra của mình nếu họ sử dụng tiền hiệu quả như các nước bạn nếu so sánh trong cùng năm.

Hình 6.1 minh họa trực quan hơn các kết quả bằng cách vẽ một đồ thị hai chiều, chuẩn hóa trọng số cho PMTCT và VCT so với ART[29]. Có sáu quốc gia với hiệu quả 100% nằm trên đường sản xuất cận biên, và 17 quốc gia có mức hiệu quả trên trung bình là 40% nhưng dưới 100%.

Hình 6. 2 Đường sản xuất cận biên cho HIV/AIDS 2002-2007

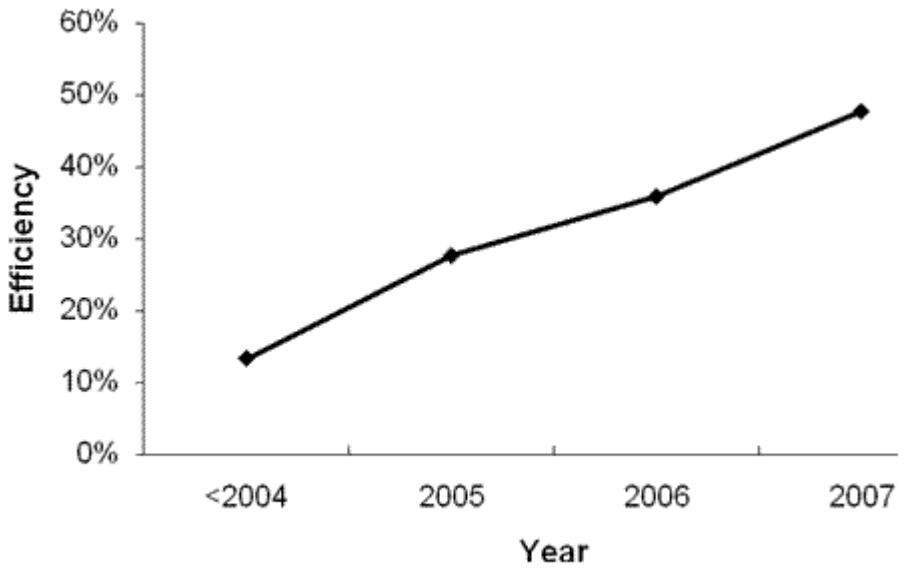


Một kết quả đáng lưu ý rút ra từ phân tích DEA gộp (quan sát một nước gộp tất cả các năm) đó là hiệu quả phòng chống AIDS tăng đáng kể qua thời gian, từ 13,3% trước năm 2004 (tính cả năm 2004) lên 47,7% năm 2007[30]. Điều này thể hiện trong đồ thị dưới đây.

[29] Các tác giả chuẩn hóa trọng số tương đối gán cho từng đầu ra bằng cách tính trung bình trọng số tương đối tương ứng từ mô hình DEA trên các quan sát, thiết lập trọng số cho ART là 1, PMTCT là 0,10 và cho VCT là 0,01.

[30] Dữ liệu tổng hợp từ 68 quốc gia thu nhập trung bình và thấp từ năm 2002 tới 2007. Mỗi điểm tương ứng với hiệu quả trung bình trong một năm nhất định.

Hình 6. 3 Thay đổi trong hiệu quả của các chương trình HIV/AIDS quốc gia qua thời gian (2002-2007)



Sau đó, phát hiện này đã làm dấy lên câu hỏi điều gì tạo nên hiệu quả của các chương trình HIV/AIDS. Các tác giả xem xét một loạt biến số và xác minh mức độ ảnh hưởng của chúng tới điểm hiệu quả. Bảng trong Phụ lục D cho thấy những kết quả có ý nghĩa thống kê, mức ý nghĩa của chúng và đóng góp của chúng trong việc giải thích hiệu quả (kích thước của hệ số). Các biến giải thích quan trọng nhất[31] là:

- Thu nhập, đo lường bằng logarit của [GNI/cap], với giá trị âm cho bình phương của biến này
- Tác động tương tác giữa 'kiểm soát tham nhũng' và 'quy định pháp luật'
- Tiếng nói và trách nhiệm

Các yếu tố quyết định 'thu nhập' (và giá trị âm cho bình phương nó) cho thấy các ứng phó với AIDS của một nước sẽ hiệu quả hơn khi đất nước đó giàu hơn tới một điểm nhất định, và sau đó lại kém hiệu quả trở lại (đường biểu diễn có dạng chữ U ngược). Các tác giả gợi ý điều này là do những nước nghèo thu được lợi ích tăng hiệu quả bằng cách củng cố cơ sở hạ tầng cung cấp dịch vụ của mình, nhưng sau đó, tại một số điểm (điểm ngoặt của đường cong) sẽ chuyển trọng tâm sang chất lượng dịch vụ trong khi những người cung cấp dịch vụ (chủ yếu là cán bộ y tế) có thu nhập tương đối cao hơn, dẫn tới giảm hiệu quả. Cách giải thích có vẻ hợp lý này mặt khác cũng chỉ ra một hạn chế của cách tiếp cận này, bởi chất lượng của các chương trình AIDS chưa được tính đến ở đây.

Định nghĩa tích cực tương tác giữa 'kiểm soát tham nhũng' và 'quy định pháp luật' chỉ ra rằng cả hai biện pháp phối hợp với nhau góp phần tạo nên chương trình AIDS hiệu quả. Phát hiện này cho thấy khi quy định luật pháp càng được tôn trọng và quyền lực công cộng càng được

[31] Biến 'Tiếng nói và trách nhiệm', đo lường "mức độ công dân được tham gia vào các công việc của chính phủ, quyền tự do ngôn luận, tự do hội họp và tự do truyền thông"; biến 'Quy định pháp luật' đo lường "mức độ các tác nhân có đủ niềm tin và tuân thủ các quy định của xã hội" và 'Kiểm soát tham nhũng' chỉ "mức độ quyền lực công cộng được thực thi vì lợi ích tư nhân". Các biến trên được lấy từ dữ liệu của Ngân hàng thế giới.

thực thi vì lợi ích của cộng đồng, thì các chương trình AIDS sẽ càng được thực hiện hiệu quả hơn.

Ý nghĩa của biến 'Tiếng nói và trách nhiệm' có thể phản ánh việc các nhóm lợi ích càng tham gia nhiều vào ra quyết định sẽ càng dẫn tới giá trị sử dụng đồng tiền tốt hơn trong cung cấp các dịch vụ VCT, PMTCT và ART. Phát hiện này phù hợp với những hướng dẫn thực hành tốt nhất của UNAIDS.

Không có gì đáng ngạc nhiên khi tất cả các biến giả qua các năm đều có ý nghĩa cũng cho thấy rằng các sự kiện cụ thể trong mỗi năm, và không được nắm bắt trong các biến khác, cũng giải thích những khác biệt về hiệu quả.

Trong khi nghiên cứu của Zeng có ý nghĩa vượt xa các ứng dụng của nó trong nghiên cứu này, những hiểu biết của nó trực tiếp đóng góp cho nghiên cứu này theo cách chỉ ra phạm vi hiệu quả có thể đạt được ở Việt Nam. Tuy nhiên, trước khi áp dụng các kết của của nghiên cứu này vào Việt Nam, chúng tôi cũng ghi nhận một số hạn chế của cách tiếp cận này. Trước hết, nghiên cứu tính đến một đầu vào (chi tiêu) và ba đầu ra (VCT, PMTCT, ART), rõ ràng ra việc đơn giản hóa câu hỏi nghiên cứu do thiếu dữ liệu sẵn có. Các kết quả nghiên cứu được hiểu là ngụ ý và phải có một giả định rằng mức độ hiệu quả tính được cho VCT, PMTCT và ART cũng sẽ được áp dụng cho các chương trình can thiệp khác. Thứ hai, hiệu quả kỹ thuật đang được nghiên cứu ở đây, không phải là tiêu chí duy nhất để đánh giá một chương trình AIDS. Ví dụ, các chương trình AIDS có thể hiệu quả nhất trong khi cũng không hiệu quả đầy đủ. Thứ ba, một số yếu tố quyết định hiển nhiên liên quan tới quản lý và cấu trúc của các chương trình AIDS, bao gồm chi phí ARV, chưa được tính đến khi kiểm định các yếu tố quyết định hiệu quả. Cuối cùng, như đã chỉ ra trước đây, chất lượng dịch vụ cung cấp chỉ mang tính trừu tượng. Đây là những hạn chế quan trọng và do đó, những tác động chính sách của phân tích dưới đây chỉ mang tính hàm ý.

Phụ lục A8. So sánh giữa chi tiêu hiện tại của chính phủ, chi tiêu y tế và chi tiêu cho AIDS

Nghìn tỷ VNĐ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
GDP	2.581	2.930	3.325	3.777	4.280	4.849	5.495	6.226	7.055
Chi tiêu hiện tại	542	609	688	782	891	1.007	1.140	1.290	1.460
VIII. Nguồn chi công cho y tế (V+VI+VII)	77	87	98	111	126	143	162	183	207
tính theo % chi tiêu hiện tại	14,20%	14,20%	14,20%	14,20%	14,20%	14,20%	14,20%	14,20%	14,20%
IX. Chi tiêu chính phủ cho NTP (bao gồm các khoản vay và viện trợ nước ngoài)	19	21	24	27	31	35	39	44	50
tính theo % chi tiêu hiện tại	3,45%	3,45%	3,45%	3,45%	3,45%	3,45%	3,45%	3,45%	3,45%
Nhu cầu nguồn lực	2,48	2,72	3,23	3,78	4,23	4,72	5,27	5,91	6,43
tính theo % chi tiêu của chính phủ cho NTP	13,28%	12,96%	13,59%	14,02%	13,76%	13,60%	13,42%	13,29%	12,78%
tính theo % nguồn công lập cho y tế	3,22%	3,15%	3,30%	3,40%	3,34%	3,30%	3,26%	3,23%	3,10%
Thiếu hụt nguồn lực nền	0,087	0,323	0,867	1,780	2,644	3,372	4,099	4,911	5,300
tính theo % chi tiêu của chính phủ cho NTP	0,47%	1,54%	3,66%	6,60%	8,61%	9,71%	10,43%	11,04%	10,53%
tính theo % nguồn công lập cho y tế	0,11%	0,37%	0,89%	1,60%	2,09%	2,36%	2,53%	2,68%	2,56%

Nguồn số liệu và giả định để tính toán các con số trên là:

- Dự tính GDP và chi tiêu hiện tại được lấy từ các ước tính kinh tế vĩ mô của chúng tôi (xem ở trên);
- Chi tiêu hiện tại bao gồm cả các khoản chi trả lợi tức;
- "VIII Các nguồn chi công lập cho y tế (V+VI+VII)" bao gồm Tổng chi tiêu chính phủ cho y tế, Chi tiêu cho cơ sở hạ tầng, chi tiêu từ nợ Chính phủ, và chi tiêu cho đầu tư từ xổ số;
- Nhu cầu nguồn lực là những nhu cầu chúng tôi sử dụng trong phân tích của mình, nguồn từ Cục phòng chống AIDS nhưng được chuyển sang mức giá danh nghĩa;
- Thiếu hụt nguồn lực nền đã được tính toán trong nghiên cứu này.