

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ XÂY DỰNG

TRƯỜNG ĐẠI HỌC KIẾN TRÚC HÀ NỘI

NGUYỄN THỊ THU HIỀN

QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ TẠI
THÀNH PHỐ HÀ NỘI THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

LUẬN ÁN TIẾN SĨ
QUẢN LÝ ĐÔ THỊ VÀ CÔNG TRÌNH

Hà Nội - Năm 2024

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ XÂY DỰNG

TRƯỜNG ĐẠI HỌC KIẾN TRÚC HÀ NỘI

NGUYỄN THỊ THU HIỀN

QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ
TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

LUẬN ÁN TIẾN SĨ

CHUYÊN NGÀNH : QUẢN LÝ ĐÔ THỊ VÀ CÔNG TRÌNH
MÃ SỐ : 9580106

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

1. PGS.TS. LÊ ANH DŨNG

2. TS. NGUYỄN THỊ BÌNH MINH

Hà Nội - Năm 2024

LỜI CẢM ƠN

Trong thời gian thực hiện luận án “**Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế tại thành phố Hà Nội theo phương thức đối tác công tư**”, tác giả đã nhận được rất nhiều sự giúp đỡ, hướng dẫn chỉ bảo tận tình của các thầy cô giáo, các nhà khoa học, các cơ quan, ban ngành, đồng nghiệp, các anh chị khóa trên và các bạn nghiên cứu sinh cùng học tập.

Trước hết, tác giả xin bày tỏ lòng kính trọng và cảm ơn chân thành đối với **PGS.TS. Lê Anh Dũng** và **TS. Nguyễn Thị Bình Minh**, người Thầy, Cô đã trực tiếp hướng dẫn và chỉ bảo tận tình, giúp đỡ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu luận án.

Tác giả trân trọng gửi lời cảm ơn Ban Giám hiệu trường Đại học Kiến trúc Hà Nội, Khoa Sau đại học đã tạo mọi điều kiện thuận lợi để giúp tôi hoàn thành luận án. Bên cạnh đó, tôi rất biết ơn Lãnh đạo Viện Kinh tế xây dựng đã không ngừng động viên, nhắc nhở và tạo điều kiện thuận lợi trong công việc, thời gian công tác để tôi có thể tập trung hoàn thành khóa luận đúng quy định.

Tác giả xin chân thành cảm ơn các thầy cô giáo, các nhà khoa học, các chuyên gia đã có những nhận xét, góp ý, chia sẻ kinh nghiệm và các số liệu trong lĩnh vực quản lý đô thị và công trình để có thêm cơ sở lý luận, thực tiễn góp phần hoàn thành luận án.

Sau cùng là sự biết ơn sâu sắc đến các thành viên trong gia đình cùng những người thân, đồng nghiệp và bạn bè đã luôn ở bên cạnh, động viên và giúp đỡ tác giả hoàn thành luận án nghiên cứu này.

Tác giả xin trân trọng cảm ơn!

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu độc lập của riêng cá nhân tôi, các số liệu trong luận án là trung thực, có nguồn gốc và được trích dẫn rõ ràng. Đề tài nghiên cứu không trùng lặp với bất kỳ công trình khoa học nào đã được công bố.

Tác giả luận án

Nguyễn Thị Thu Hiền

MỤC LỤC

Lời cảm ơn	i
Lời cam đoan	ii
Mục lục.....	iii
Danh mục các ký hiệu, các chữ viết tắt	vii
Danh mục bảng biểu	ix
Danh mục các hình vẽ, đồ thị	x
MỞ ĐẦU.....	1
MỤC LỤC.....	iii
1. Tính cấp thiết của đề tài.....	1
2. Mục đích và mục tiêu nghiên cứu	3
3. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu	4
4. Cách tiếp cận và phương pháp nghiên cứu.....	4
5. Nội dung nghiên cứu.....	7
6. Kết quả nghiên cứu.....	7
7. Đóng góp mới của đề tài.....	7
8. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của luận án	7
9. Cấu trúc của luận án	8
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ	9
1.1. Giới thiệu chung về quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.....	9
1.1.1. <i>Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế</i>	9
1.1.2. <i>Phương thức đối tác công tư trong lĩnh vực y tế</i>	11
1.2. Các công trình nghiên cứu khoa học có liên quan.....	16
1.2.1. <i>Nghiên cứu ở một số nước trên thế giới</i>	17
1.2.2. <i>Nghiên cứu ở Việt Nam</i>	26
1.2.3. <i>Tổng hợp các kết quả công trình nghiên cứu khoa học</i>	32
1.3. Khoảng trống nghiên cứu và hướng nghiên cứu của luận án	33
1.3.1. <i>Khoảng trống nghiên cứu</i>	33
1.3.2. <i>Hướng nghiên cứu của luận án</i>	33

CHƯƠNG 2: CƠ SỞ KHOA HỌC, PHÁP LÝ VÀ THỰC TIỄN QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ	35
2.1. Lý luận chung quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư	35
2.1.1. <i>Quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng</i>	35
2.1.2. <i>Phương thức đối tác công tư</i>	37
2.1.3. <i>Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư</i>	42
2.2. Cơ sở pháp lý quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư	47
2.2.1. <i>Chính sách chung</i>	47
2.2.2. <i>Chính sách của thành phố Hà Nội</i>	54
2.3. Kinh nghiệm quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư trên thế giới	56
2.3.1. <i>Canada</i>	56
2.3.2. <i>Australia (Úc)</i>	60
2.3.3. <i>Ấn Độ</i>	65
2.3.4. <i>Thổ Nhĩ Kỳ</i>	67
2.3.5. <i>Trung Quốc</i>	70
2.3.6. <i>Bài học kinh nghiệm đối với thành phố Hà Nội, Việt Nam</i>	73
CHƯƠNG 3: PHÂN TÍCH VÀ ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ	76
3.1. Các công trình y tế tại thành phố Hà Nội	76
3.2. Thực trạng về quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư	78
3.2.1. <i>Dự án đầu tư xây dựng công trình y tế</i>	78
3.2.2. <i>Bộ máy quản lý nhà nước về đối tác công tư</i>	83
3.2.3. <i>Các chủ thể tham gia quản lý đầu tư xây dựng công trình</i>	87
3.2.4. <i>Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế</i>	90
3.2.5. <i>Quản lý nhà nước đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư tại thành phố Hà Nội</i>	95

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.....	98
3.3.1. Ý chí chính trị.....	100
3.3.2. Môi trường thực hiện dự án.....	100
3.3.3. Bộ máy quản lý nhà nước.....	103
3.3.4. Năng lực quản lý đầu tư xây dựng dự án.....	103
3.3.5. Thương hiệu của cơ sở y tế, khám chữa bệnh.....	104
3.4. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.....	105
3.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	105
3.4.2. Điều tra, khảo sát thu thập số liệu.....	107
3.4.3. Kết quả phân tích, đánh giá các yếu tố ảnh hưởng.....	109
3.5. Hạn chế và nguyên nhân tác động đến quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội.....	111
3.5.1. Hạn chế.....	111
3.5.2. Nguyên nhân.....	114
CHƯƠNG 4: GIẢI PHÁP QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ.....	116
4.1. Quan điểm, nguyên tắc quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.....	116
4.2. Định hướng quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.....	118
4.2.1. Định hướng quản lý đầu tư xây dựng công trình.....	118
4.2.2. Định hướng phát triển hệ thống y tế.....	120
4.3. Giải pháp quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.....	123
4.3.1. Giải pháp về môi trường thực hiện dự án.....	123
4.3.2. Giải pháp về bộ máy quản lý.....	130
4.3.3. Giải pháp về chất lượng thương hiệu y tế.....	137
4.3.4. Giải pháp về nguồn nhân lực quản lý nhà nước đầu tư xây dựng dự án theo phương thức đối tác công tư.....	139

4.4. Kiểm nghiệm kết quả nghiên cứu bằng phân tích hiệu quả tài chính	140
4.5. Bàn luận những vấn đề nghiên cứu trong luận án.....	144
4.5.1. <i>Chính sách về môi trường thực hiện quản lý đầu tư xây dựng.....</i>	<i>145</i>
4.5.2. <i>Bộ máy quản lý nhà nước về quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.....</i>	<i>145</i>
4.5.3. <i>Xây dựng thương hiệu cơ sở y tế.....</i>	<i>146</i>
4.5.4. <i>Xây dựng nguồn nhân lực quản lý nhà nước đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư.....</i>	<i>146</i>
4.5.5. <i>Lợi ích kinh tế tài chính khi quản lý đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư.....</i>	<i>146</i>
4.6. Đề xuất hướng nghiên cứu tiếp theo.....	147
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	148
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	KH-1
TÀI LIỆU THAM KHẢO	TL-1
PHỤ LỤC 1. MẠNG LƯỚI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG LẬP TRỰC THUỘC SỞ Y TẾ HÀ NỘI	PL-1
PHỤ LỤC 2. MẪU PHIẾU ĐIỀU TRA KHẢO SÁT	PL-3
PHỤ LỤC 3. KẾT QUẢ PHÂN TÍCH, ĐÁNH GIÁ ĐỊNH LƯỢNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH BỆNH VIỆN THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ'	PL-6
PHỤ LỤC 4. KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH BỆNH VIỆN THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ TẠI MỘT SỐ NƯỚC.....	PL-14
PHỤ LỤC 5. PHÂN TÍCH, ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KINH TẾ TÀI CHÍNH DỰ ÁN ĐẦU TƯ XÂY DỰNG THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ	PL-27

DANH MỤC CÁC KÝ HIỆU, CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tên đầy đủ
ADB	Ngân hàng phát triển Châu Á (The Asian Development Bank)
BF	Xây dựng - Tài chính (Build - Finance)
BFM	Xây dựng - Tài chính - Bảo trì (Build - Finance - Maintain)
BLT	Xây dựng - Thuê dịch vụ - Chuyển giao (Build - Lease - Transfer)
BOO	Xây dựng - Sở hữu - Vận hành (Build - Own - Operate)
BOOT	Xây dựng - Sở hữu - Kinh doanh - Chuyển giao (Build - Owner - Operate - Transfer)
BOT	Xây dựng - Vận hành - Chuyển giao (Build - Operate - Transfer)
BHYT	Bảo hiểm y tế
BQLDA	Ban Quản lý dự án
BT	Xây dựng - Chuyển giao (Build - Transfer)
BTL	Xây dựng - Chuyển giao - Thuê dịch vụ (Build - Transfer - Lease)
BTC	Bộ Tài chính
BTO	Xây dựng - Chuyển giao - Vận hành (Build - Transfer - Operate)
Crore	Đơn vị số đếm của Ấn độ (1 Crore = 10.000.000)
CSHT	Cơ sở hạ tầng
CSLL	Cơ sở lý luận
CSTT	Cơ sở thực tiễn
CTR	Chất thải rắn
CQNN	Cơ quan Nhà nước
DBF	Thiết kế - Xây dựng - Tài chính (Design - Build - Finance)
DBFLT	Thiết kế - Xây dựng - Tài chính - Cho thuê - Chuyển giao (Design - Build - Finance - Lease - Transfer)
DBFM	Thiết kế - Xây dựng - Tài chính - Bảo dưỡng (Design - Build - Finance - Maintain)
DBFMO	Thiết kế - Xây dựng - Tài chính - Bảo dưỡng - Vận hành (Design - Build - Finance - Maintain - Operate)
DBFMOT	Thiết kế - Xây dựng - Tài chính - Bảo dưỡng - Vận hành - Chuyển giao

Chữ viết tắt	Tên đầy đủ
	(Design - Build - Finance - Maintain - Operate- Transfer)
DBFOT	Thiết kế - Xây dựng - Tài chính – Vận hành - Chuyển giao
	(Design - Build - Finance - Operate - Transfer)
DBOM	Thiết kế - Xây dựng - Vận hành - Bảo dưỡng
	(Design - Build - Operate - Maintain)
DNDA	Doanh nghiệp dự án
ĐTXD	Đầu tư xây dựng
ĐTXDCT	Đầu tư xây dựng công trình
GTĐB	Giao thông đường bộ
GTVT	Giao thông vận tải
HĐND	Hội đồng nhân dân
HTKT	Hạ tầng kỹ thuật
KH&ĐT	Kế hoạch và Đầu tư
KH-TC	Kế hoạch Tài chính
NCTKT	Nghiên cứu tiền khả thi
NCKT	Nghiên cứu khả thi
NN&PTNT	Nông nghiệp và Phát triển nông thôn
NSNN	Ngân sách Nhà nước
NSTP	Ngân sách thành phố
NSTW	Ngân sách Trung ương
O&M	Vận hành và Quản lý (Operation and Management)
ODA	Hỗ trợ Phát triển Chính thức (Official Development Assistance)
PFI	Sáng kiến tài chính tư nhân (Private Finance Initiative)
PPP	Đối tác công tư (Public - Private Partnerships)
QLNN	Quản lý nhà nước
QLTB	Quản lý thiết bị
ROT	Cải tạo - Vận hành - Chuyển giao (Rehabilitate - Operate - Transfer)
TMĐT	Tổng mức đầu tư

Chữ viết tắt	Tên đầy đủ
TNHH	Trách nhiệm hữu hạn
TN&MT	Tài nguyên và Môi trường
TW	Trung ương
UBND	Ủy ban nhân dân
UNESCAP	United Nations Economic, Social Commission for Asia and the Pacific
VBPL	Văn bản pháp luật
VfM	Value of Money (Giá trị của đồng tiền)
XHH	Xã hội hóa
XLNT	Xử lý nước thải
WB	Ngân hàng thế giới (World Bank)

DANH MỤC BẢNG, BIỂU

Bảng 1.1: Phân cấp công trình y tế	10
Bảng 1.2: Thứ tự các nguyên nhân chậm tiến độ của dự án	21
Bảng 1.3: Hình thức lựa chọn hợp đồng dự án đối tác công tư	24
Bảng 1.4: Kết quả phân bổ các yếu tố rủi ro trong dự án giao thông đường bộ theo phương thức đối tác công tư ở Việt Nam	28
Bảng 1.5: Tổng hợp kết quả nghiên cứu xác định (nhận diện) rủi ro trong các dự án giao thông đường bộ Việt Nam theo phương thức đối tác công tư.....	30
Bảng 2.1: Quy mô của dự án đầu tư xây dựng trong lĩnh vực y tế	52
Bảng 2.2: Một số quy định chính điều chỉnh dự án PPP trong lĩnh vực y tế	53
Bảng 2.3: Số lượng dự án đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư tại Canada	56
Bảng 2.4: Tổng hợp một số dự án ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.....	57
Bảng 2.5: Một số dự án quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế tại Úc	61
Bảng 2.6: Phân bổ rủi ro trong ĐTXDCT y tế theo phương thức đối tác công tư	64
Bảng 2.7: Một số dự án đầu tư xây dựng bệnh viện theo phương thức đối tác công tư tại Ấn Độ	65
Bảng 2.8: Một số dự án bệnh viện được quản lý đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư tại Thổ Nhĩ Kỳ.....	68
Bảng 2.9: Một số dự án được quản lý đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư tại Trung Quốc	73
Bảng 3.1: Thống kê cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội	76
Bảng 3.2: Số lượng các dự án đối tác công tư tại Việt Nam.....	79
Bảng 3.3: Thống kê danh mục đề xuất dự án đối tác công tư lĩnh vực y tế.....	80
Bảng 3.4: Nội dung thẩm định báo cáo đề xuất dự án đối tác công tư	94
Bảng 3.5: Các dự án thuộc công trình trọng điểm của thành phố Hà Nội	96
Bảng 3.6: Thang đo các biến và mức độ kỳ vọng của các nghiên cứu trước.....	106
Bảng 3.7: Chất lượng của đối tượng điều tra, khảo sát.....	108
Bảng 4.1: Chỉ tiêu kinh tế tài chính theo các phương án đầu tư	142
Bảng 4.2: Phân chia trách nhiệm quản lý ĐTXDCT	144

DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, ĐỒ THỊ

Hình MĐ.1: Khung nghiên cứu trong luận án	5
Hình 1.1: Phương thức PPP phổ biến trong lĩnh vực y tế	12
Hình 1.2: Sơ đồ tổng hợp, tổng quan các công trình nghiên cứu.....	16
Hình 1.3: Mô hình PPP trong lĩnh vực y tế ở Ấn Độ.....	22
Hình 1.4: Sơ đồ xác định nhu cầu lựa chọn dự án PPP trong quản lý bệnh viện	23
Hình 1.5: Xác định và phân bổ các yếu tố rủi ro theo phương thức đối tác công tư	27
Hình 1.6: Các trụ cột đảm bảo dự án PPP thành công	30
Hình 2.1: Nội hàm của công tác quản lý	35
Hình 2.2: Bản chất của đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư	40
Hình 2.3: Yếu tố cấu thành chức năng chính của công trình bệnh viện	42
Hình 2.4: Hệ thống hóa các văn bản pháp lý trực tiếp liên quan đến quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư	48
Hình 2.5: Mô hình quản lý ủy thác bệnh viện công lập tại Bắc Kinh.....	71
Hình 2.6: Mô hình quản lý ủy thác bệnh viện công lập tại Thượng Hải	71
Hình 2.7: Mô hình nhượng quyền đầu tư xây dựng bệnh viện	72
Hình 3.1: Số lượng các dự án y tế theo hình thức đối tác công tư ở Việt Nam	80
Hình 3.2: Bộ máy quản lý nhà nước về đối tác công tư cấp Trung ương.....	83
Hình 3.3: Phân cấp phê duyệt quyết định chủ trương đầu tư	85
Hình 3.4: Các đơn vị thuộc Bộ Y tế tham gia dự án đối tác công tư.....	85
Hình 3.5: Chủ thể quản lý nhà nước trên địa bàn thành phố Hà Nội tham gia dự án đối tác công tư.....	87
Hình 3.6: Chủ thể tham gia quản lý đầu tư xây dựng dự án đối tác công tư	88
Hình 3.7: Chủ thể (đối tác) tham gia hợp đồng dự án đối tác công tư	89
Hình 3.8: Hợp tác công tư trong lĩnh vực thiết bị y tế	90
Hình 3.9: Phương thức liên doanh phân loại theo nguồn vốn	91
Hình 3.10: Quy trình đề xuất dự án đối tác công tư	93
Hình 3.11: Những khó khăn khi áp dụng phương thức đối tác công tư tại khu vực Châu Á - Thái Bình Dương.....	103
Hình 3.12: Mức độ ảnh hưởng của yếu tố đến quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế.....	109

Hình 4.1: Dự thảo quy hoạch hệ thống các cơ sở y tế tại Hà Nội đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2050	122
Hình 4.2: Sơ đồ ra quyết định lựa chọn mô hình đối tác công tư	126
Hình 4.3: Bộ máy quản lý nhà nước của Bộ Y tế về dự án đối tác công tư.....	132
Hình 4.4: Vị trí và chức năng, nhiệm vụ chính của Tổ công tác đối tác công tư ...	133
Hình 4.5: Sơ đồ quan hệ trong quản lý ĐTXDCT y tế	135
Hình 4.6: Cơ quan chuyên trách về PPP tại thành phố Hà Nội	136
Hình 4.7: Quản lý ĐTXDCT theo mô hình nhượng quyền vận hành.....	141

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của đề tài

Bắt đầu từ năm 1986, với chính sách cải cách kinh tế thời kì Đổi mới, Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng khích lệ trong việc phát triển kinh tế, tốc độ tăng trưởng tổng sản phẩm quốc nội (GDP) bình quân đầu người luôn ở mức cao và ổn định so với các nước trong khu vực và trên thế giới. Kết quả này được hình thành từ chủ trương khuyến khích và thu hút nguồn lực từ các thành phần kinh tế khác nhau của Nhà nước. Các nhà đầu tư tư nhân đã đóng góp nhiều nguồn lực vào việc xây dựng các công trình hạ tầng kỹ thuật, hạ tầng xã hội làm nền tảng cho sự phát triển kinh tế xã hội ở Việt Nam, đặc biệt là tại thủ đô Hà Nội. Việc khuyến khích các nhà đầu tư tư nhân cả trong và ngoài nước được đề xuất lần đầu tiên trong Luật Đầu tư nước ngoài tại Việt Nam (1987), sau đó là Luật Khuyến khích đầu tư trong nước (1994), Luật Đầu tư theo phương thức đối tác công tư (2020)... và được cụ thể hóa bởi các Nghị định hướng dẫn của Chính phủ.

Hiện nay tại Việt Nam, số lượng và quy mô các bệnh viện công lập chưa đáp ứng tốt được nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân, thường xuyên xảy ra tình trạng quá tải (đặc biệt trầm trọng ở tuyến Trung ương và tuyến cấp tỉnh) tại thủ đô Hà Nội. Ví dụ, cơ sở 1 Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện có cường độ khám, chữa bệnh căng thẳng bậc nhất cả nước, mỗi ngày tiếp nhận trung bình 8.000 lượt khám, chữa bệnh; cơ sở 1 Bệnh viện Việt Đức có trung bình 1.100 lượt khám, chữa bệnh [20, 57]. Thủ đô Hà Nội là một trong hai đô thị loại đặc biệt của Việt Nam, với diện tích 3.358,6 km², dân số 8,43 triệu người [17] và là nơi có các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến cấp tỉnh, đầu ngành trong lĩnh vực y tế. Do vậy, nhu cầu khám chữa bệnh của người dân trên địa bàn thành phố và các tỉnh lân cận là rất lớn. Trong khi đó, nhu cầu lớn về đầu tư xây dựng (ĐT XD) các bệnh viện tại thành phố Hà Nội để đảm bảo an sinh xã hội của người dân nhưng nguồn lực tài chính từ ngân sách Nhà nước lại hạn chế, chưa đáp ứng được. Theo số liệu thống kê, ngân sách Nhà nước chỉ đáp ứng 64% nhu cầu vốn đầu tư hạ tầng y tế giai đoạn 2010-2019) [1]. Chính vì sự thiếu hụt tài chính nên các cơ quan quản lý nhà nước (QLNN) đã tập trung huy động nguồn lực

toàn xã hội để đạt được các mục tiêu y tế công cộng, trong đó khuyến khích nhà đầu tư tư nhân tham gia ĐTXD bệnh viện, cung cấp dịch vụ y tế cho người dân. Các phương thức liên doanh, liên kết xã hội hóa trong đầu tư trang thiết bị giữa các bệnh viện công lập và tư nhân đã huy động được nguồn vốn trên 3.200 tỷ đồng song vẫn chưa đáp ứng được tốt nhu cầu khám chữa bệnh của người dân, chưa giảm được tình trạng quá tải cho các bệnh viện công lập [5].

Trên thế giới, phương thức đối tác công tư (PPP) được áp dụng khá phổ biến trong lĩnh vực y tế nhằm chia sẻ gánh nặng cho dịch vụ y tế công lập và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, đảm bảo an sinh xã hội. Hiện nay, nhiều nước đang phải đối mặt với áp lực tài chính công ngày càng tăng đối với các dịch vụ y tế, khi nhu cầu cho lĩnh vực y tế vượt quá khả năng đáp ứng của Chính phủ. Số lượng cơ sở khám chữa bệnh không đủ gây nên hiện tượng quá tải, ngân sách Nhà nước không đủ đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế của người dân dẫn đến dịch vụ y tế quá đắt đỏ... thậm chí tại các nước thu nhập thấp người dân thường phải trả tới 60% thu nhập cho chi phí y tế [5]. Chính vì vậy, nhiều nước trên thế giới đã quản lý ĐTXD công trình theo phương thức PPP để có thể huy động nguồn tài chính tư nhân, tăng khả năng tiếp cận và hiệu quả trong việc cung cấp các dịch vụ y tế cho người dân. Giải pháp ĐTXD các bệnh viện theo phương thức PPP đã góp phần nâng cao khả năng khám chữa bệnh, nâng cao sức khỏe của người dân tại các nước, như là Bệnh viện Southern Derbyshire Acute (Vương Quốc Anh), Bệnh viện St. Catharines (Canada), bệnh viện Royal North Shore (Úc), ...

Các bệnh viện được ĐTXD theo phương thức PPP khá thành công trên thế giới đã cho thấy đây có thể là một giải pháp khả thi, hữu hiệu nhằm giúp thành phố Hà Nội, Việt Nam khắc phục những tồn tại, bất cập trong việc nâng cao hiệu quả quản lý ĐTXDCT bệnh viện, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân. Hiện nay, một số nhà đầu tư tư nhân đã tham gia vào lĩnh vực y tế theo các hình thức khác nhau tuy nhiên lại chưa có một dự án ĐTXD bệnh viện theo đúng quy định pháp luật về phương thức PPP. Theo báo cáo của nhóm Công tác cơ sở hạ tầng (CSHT) của Diễn đàn Doanh nghiệp Việt Nam cho thấy trong vòng 20 năm qua cả nước có khoảng 200

dự án đã được cấp phép theo phương thức PPP, song “hầu như chưa có dự án nào tuân theo đúng cơ chế PPP được quy định tại Nghị định 15/2015/NĐ-CP và Nghị định 63/2018/NĐ-CP” [27]. Nguyên nhân là do các dự án PPP rất phức tạp, sự hỗ trợ của Nhà nước là có hạn, các dự án thường vướng mắc ở chính sách và tài chính. Bên cạnh đó, nguồn lực tài chính của Nhà nước là có hạn vì vậy sự cam kết về vấn đề chính trị, chính sách là hết sức quan trọng. Một yếu tố nữa là quản lý ĐTXD theo phương thức PPP chỉ có thể thành công nếu được thực hiện hiệu quả và công bằng. Muốn vậy, phải xây dựng hệ thống chính sách riêng cho từng loại hình dự án PPP, từng ngành, lĩnh vực bởi đường bộ khác đường sắt, khác các nhà máy nước thải... Từ thực tiễn cho thấy, công tác quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP ở Việt Nam đang tồn tại một số vướng mắc, như là chưa có hướng dẫn chi tiết đối với công trình y tế của Chính phủ, cơ sở pháp lý chưa đồng bộ, kinh nghiệm thực tiễn và các điều khoản hợp đồng dự án PPP theo đặc điểm của công trình y tế chưa đầy đủ...

Chính vì vậy, luận án “*Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế tại thành phố Hà Nội theo phương thức đối tác công tư*” sẽ nghiên cứu, hoàn thiện cơ sở lý luận về ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP, giúp công tác quản lý nhà nước theo phương thức này được thuận lợi và có hiệu quả trong ĐTXDCT y tế.

2. Mục đích và mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mục đích nghiên cứu

Nghiên cứu công tác quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP nhằm làm sáng tỏ thêm một số vấn đề lý luận, thực tiễn làm cơ sở đề xuất các giải pháp tăng cường quản lý về ĐTXDCT y tế tại thành phố Hà Nội.

2.2. Mục tiêu nghiên cứu

- Hệ thống hóa, bổ sung một số vấn đề lý luận liên quan đến quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

- Nghiên cứu, tổng kết kinh nghiệm quốc tế về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP (kinh nghiệm thành công và thất bại của một số nước có điều kiện tương đồng với Việt Nam) làm cơ sở nhận định, đánh giá các điều kiện, giải pháp có

thể áp dụng nhằm nâng cao hiệu lực của công tác QLNN đối với ĐTXDCT y tế.

- Phân tích, đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến QLNN về ĐTXD các công trình y tế theo phương thức PPP.

- Đề xuất và kiểm nghiệm hình thức ĐTXDCT y tế (hình thức hợp đồng dự án PPP) trên địa bàn thành phố Hà Nội theo phương thức PPP.

- Đề xuất các giải pháp phù hợp và khả thi để quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trong trên địa bàn thành phố Hà Nội đến năm 2030.

3. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: công tác quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP.

3.2. Phạm vi nghiên cứu:

- Quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội phù hợp với Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội thành phố Hà Nội đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2050 [40].

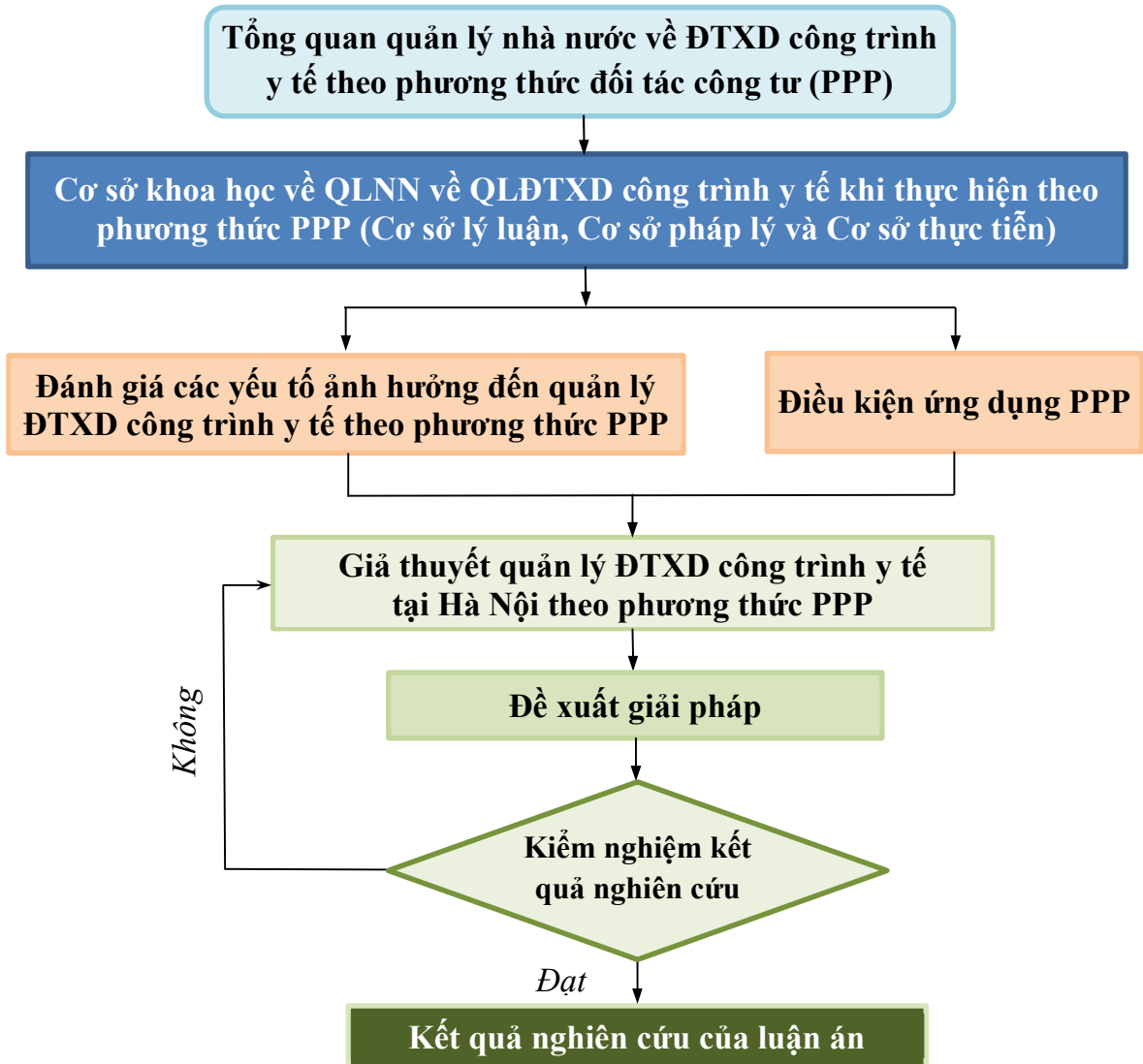
- Theo phân loại công trình xây dựng, công trình y tế gồm nhiều loại hình như là: bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa từ trung ương đến địa phương; các phòng khám đa khoa, khám chuyên khoa khu vực; trạm y tế, nhà hộ sinh; nhà điều dưỡng, phục hồi chức năng, chỉnh hình, nhà dưỡng lão; cơ sở phòng chống dịch bệnh; các cơ sở y tế khác [4]... Do vậy, luận án tập trung lựa chọn bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa (công trình bệnh viện) trên địa bàn thành phố Hà Nội để nghiên cứu nhằm làm sáng tỏ các luận điểm và nội dung nghiên cứu.

4. Cách tiếp cận và phương pháp nghiên cứu

4.1. Cách tiếp cận vấn đề

Một số học giả trên thế giới đã có những hướng tiếp cận nghiên cứu về quản lý ĐTXDCT y tế theo nhiều cách khác nhau tùy theo quan điểm nghiên cứu, thể chế và yếu tố quản lý nhà nước. Hiện nay, việc ĐTXD các công trình y tế tại Việt Nam chủ yếu sử dụng nguồn vốn ngân sách hoặc nguồn vốn tư nhân mà chưa có một dự án cụ thể và toàn diện về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP do vậy việc nghiên cứu phải thực hiện trên cơ sở khoa học của công tác quản lý nhà nước về ĐTXD nói

chung, kết hợp với đặc điểm của phương thức PPP nói riêng có gắn liền với đặc điểm kinh tế xã hội của thành phố Hà Nội.



Hình MĐ.1: Khung nghiên cứu trong luận án

Để đạt được mục đích nghiên cứu, nội dung nghiên cứu phải có cách tiếp cận khoa học, thực tiễn, hệ thống và toàn diện. Nội dung quản lý ĐTXDCT y tế liên quan đến nhiều đối tượng khác nhau nên các nội dung nghiên cứu cần có sự thống nhất về định hướng trong khung nghiên cứu.

4.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp thống kê: tổng hợp các số liệu, thông tin phục vụ cho quá trình phân tích, đánh giá các nội dung nghiên cứu. Luận án sử dụng phương pháp thống kê mô tả và thống kê suy luận nhằm xây dựng cơ sở cho việc phân tích định lượng về số

liệu từ đó nắm bắt được các đặc điểm của việc quản lý ĐTXDCT y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội.

- Phương pháp điều tra: sử dụng mẫu phiếu điều tra, thu thập thông tin, ý kiến đánh giá của các đối tượng liên quan nhằm đánh giá khách quan đối với nội dung nghiên cứu của luận án. Các mẫu phiếu điều tra được tập trung vào các đối tượng liên quan trực tiếp và gián tiếp đến quản ĐTXD theo phương thức PPP (Cơ quan QLNN; Chủ đầu tư (đại diện cho Nhà nước); Nhà đầu tư tư nhân; và Các đối tượng khác). Việc lựa chọn đối tượng điều tra được thực hiện theo nguyên tắc là tại mỗi cơ quan, tổ chức có liên quan sẽ lựa chọn 2-3 đối tượng để khảo sát. Đối với các doanh nghiệp tư nhân thì đối tượng lựa chọn để phỏng vấn là các lãnh đạo doanh nghiệp, vì là người hiểu rõ hơn về năng lực của doanh nghiệp, chiến lược, kế hoạch và khả năng tham gia phương thức PPP trong lĩnh vực y tế.

- Phương pháp phân tích tổng hợp: khai thác thông tin thứ cấp liên quan đến ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP để đưa ra những cơ sở lý luận, cơ sở thực tiễn của việc lựa chọn phương thức ĐTXD phù hợp. Phương pháp phân tích tổng hợp sẽ đánh giá được những đặc điểm của PPP từ đó tìm ra những giải pháp ứng dụng phù hợp với điều kiện thực tiễn;

- Phương pháp so sánh, đối chiếu: các phương thức quản lý dự án ĐTXDCT y tế được so sánh, đối chiếu giữa các nước trên thế giới và Việt Nam trong bối cảnh, điều kiện phát triển kinh tế - xã hội, mối liên hệ chặt chẽ với nhau cả về không gian và thời gian. Phương pháp so sánh, đối chiếu đánh giá khách quan mức độ áp dụng các giải pháp ứng dụng phương thức PPP trong quản lý ĐTXDCT y tế có phù hợp với điều kiện thực tế ở Việt Nam hay không, đặc biệt là thành phố Hà Nội.

- Phương pháp kế thừa: tham khảo sử dụng những kết quả đã được nghiên cứu trước đây về quản lý ĐTXDCT xây dựng theo phương thức PPP nói chung trong một số lĩnh vực có liên quan để bổ sung thêm vào luận điểm, vận dụng trong luận án. Phương pháp kế thừa không phải là sao chép các nghiên cứu đã có mà là lựa chọn các sản phẩm, kết quả một cách khoa học để góp phần làm sáng tỏ nội dung, luận điểm, hoàn thiện cơ sở lý luận và thực tiễn của luận án.

5. Nội dung nghiên cứu

Luận án tập trung nghiên cứu công tác QLNN về ĐTXDCT nói chung, ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP nói riêng. Luận án tìm ra những khoảng trống về lý luận, bất cập trong quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP, đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Do ĐTXDCT y tế (bệnh viện) có những nét đặc trưng khác với các loại hình công trình xây dựng khác (giao thông, công nghiệp, ...) nên giải pháp quản lý ĐTXD có những nét khác biệt nhất định. Với phạm vi nghiên cứu của luận án, tác giả nghiên cứu và đề xuất các giải pháp quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội của các cơ quan QLNN có thẩm quyền.

6. Kết quả nghiên cứu

Hệ thống hóa và bổ sung cơ sở lý luận, thực tiễn về quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP. Trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp quản lý đồng bộ, khả thi và nâng cao hiệu quả QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phù hợp với từng giai đoạn phát triển của thành phố Hà Nội.

7. Đóng góp mới của đề tài

- Hệ thống hóa một số nội dung lý luận và thực tiễn về QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Đồng thời, xác định và phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới công tác QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

- Đề xuất hình thức ĐTXDCT y tế (hình thức hợp đồng dự án PPP) trên địa bàn thành phố Hà Nội theo phương thức PPP.

- Đề xuất một số giải pháp quản lý đồng bộ, khả thi tăng cường công tác QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phù hợp với từng giai đoạn phát triển của thành phố Hà Nội.

8. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của luận án

Luận án bổ sung phương pháp luận trong việc nghiên cứu và lựa chọn giải pháp QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội nhằm giải quyết những bất cập, thiếu sót trong thực tiễn hiện nay, nâng cao hiệu quả quản lý ĐTXD nói chung.

Kết quả nghiên cứu của luận án là tài liệu tham khảo cho các nhà quản lý, các nhà đầu tư, tổ chức tư vấn và trong giảng dạy, học tập tại các cơ sở đào tạo quản lý đô thị và công trình.

9. Cấu trúc của luận án

Ngoài Phần Mở đầu, Kết luận, Kiến nghị và các phụ lục nghiên cứu, nội dung của Luận án gồm 4 chương nghiên cứu chính được cấu trúc như sau:

- Chương 1: Tổng quan về quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.
- Chương 2: Cơ sở khoa học, pháp lý và thực tiễn về quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư.
- Chương 3: Phân tích và đánh giá thực trạng quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế tại thành phố Hà Nội theo phương thức đối tác công tư.
- Chương 4: Giải pháp quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế tại thành phố Hà Nội theo phương thức đối tác công tư.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

1.1. Giới thiệu chung về quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

1.1.1. Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế

Quản lý đầu tư xây dựng (ĐT XD) công trình y tế bao gồm các hoạt động điều tiết mối quan hệ giữa các cơ quan quản lý (chủ thể) đối với công trình (khách thể) hoặc giữa các chủ thể với nhau liên quan đến khách thể đảm bảo tính hiệu quả khi thực hiện dự án dưới sự ràng buộc về nguồn lực đầu tư. Các mối quan hệ này được xem xét trên nhiều khía cạnh khác nhau, như là quy mô, tính chất đầu tư xây dựng công trình (ĐT XDCT) (dự án quan trọng quốc gia, dự án nhóm A, B, C); nguồn vốn để ĐT XDCT (vốn ngân sách, vốn tín dụng, vốn đầu tư phát triển, hoặc các nguồn vốn khác) hoặc loại hình công trình (dân dụng, công nghiệp, hạ tầng kỹ thuật,...).

a. Chủ thể quản lý ĐT XD (cơ quan, tổ chức): là các đơn vị có đủ thẩm quyền, chức năng quản lý ĐT XD đối với công trình. Tùy theo quy mô, tính chất và đặc điểm của công trình y tế mà chủ thể quản lý được phân cấp theo các đơn vị như sau:

+ Đơn vị quản lý ĐT XD cấp Bộ chuyên ngành (Bộ Y tế) quyết định đầu tư các dự án công trình y tế nhóm A, B, C. Bộ trưởng Bộ Y tế được ủy quyền hoặc phân cấp quyết định đầu tư đối với các dự án nhóm B, C cho cơ quan cấp dưới trực tiếp thực hiện (thông thường phụ thuộc vào nguồn vốn đầu tư hoặc cấp của công trình).

+ Đơn vị quản lý ĐT XD cấp thành phố là cấp quyết định đầu tư các dự án nhóm A, B, C. Chủ tịch UBND thành phố Hà Nội ủy quyền hoặc phân cấp quyết định đầu tư đối với các dự án nhóm B, C cho cơ quan cấp dưới trực tiếp thực hiện, như thông qua các Ban QLDA hoặc đơn vị ở cấp địa phương (UBND Quận, Huyện hoặc Sở chuyên ngành) làm chủ đầu tư thực hiện dự án.

+ Đơn vị quản lý ĐT XD cấp địa phương (UBND Quận, Huyện hoặc Sở chuyên ngành): thực hiện chức năng chủ đầu tư hoặc được ủy quyền chủ đầu tư trong công tác quản lý ĐT XDCT bệnh viện thuộc nguồn vốn của thành phố, Trung ương hoặc

nguồn vốn khác theo quy định của pháp luật. Trong nhiều trường hợp, đơn vị cấp địa phương thành lập các Ban QLDA hoặc thuê tổ chức, cá nhân có đủ điều kiện năng lực để thực hiện công việc quản lý ĐTXDCT.

+ Nhà đầu tư: thực hiện công tác quản lý ĐTXDCT y tế theo đặc điểm nguồn vốn đầu tư. Hiện nay, các quy định pháp lý cho phép nhà đầu tư (công ty/doanh nghiệp) thực hiện dự án ĐTXDCT y tế theo hình thức BOT, BTO, ... sau đó quản lý, khai thác sử dụng công trình trong suốt thời gian của dự án hoặc quản lý, vận hành các công trình được xây dựng bởi nguồn vốn Nhà nước. Việc quản lý ĐTXDCT được thực hiện trên cơ sở năng lực và các điều khoản thỏa thuận giữa nhà đầu tư và cơ quan QLNN.

b. Khách thể (công trình y tế): Bệnh viện là một trong những công trình y tế quan trọng bởi nó là nền tảng cho các hoạt động khám chữa bệnh cho người dân, đảm bảo yếu tố an sinh xã hội. Các công trình bệnh viện được ĐTXD các khoa khám, chữa bệnh và thiết bị y tế hiện đại, đồng bộ sẽ đảm bảo việc chăm sóc sức khỏe của người dân, thúc đẩy phát triển kinh tế xã hội. Việc phân loại, phân cấp công trình bệnh viện phụ thuộc vào mục tiêu và tính chất quản lý công trình. Trên khía cạnh quản lý hoạt động ĐTXDCT xây dựng, Thông tư số 06/2021/TT-BXD đã quy định công trình y tế bao gồm 2 loại [4]:

Bảng 1.1: Phân cấp công trình y tế [4]

Công trình y tế	Tiêu chí	Cấp công trình				
		Đặc biệt	I	II	III	IV
Bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa từ trung ương đến địa phương (<i>Bệnh viện trung ương không thấp hơn cấp I</i>)	Tổng số giường bệnh lưu trú	> 1.000	500÷1.000	250÷ < 500	< 250	
Trung tâm thí nghiệm an toàn sinh học (<i>Cấp độ an toàn sinh học xác định theo quy định của ngành y tế</i>)	Cấp độ an toàn sinh học		cấp độ 4	cấp độ 3	cấp độ 1 và cấp độ 2	

Bệnh viện đóng một vai trò quan trọng trong công tác khám chữa bệnh vì bệnh viện có thầy thuốc giỏi, có trang thiết bị, máy móc hiện đại nên có thể thực hiện được công tác khám, chẩn đoán và điều trị bệnh tốt nhất. Bên cạnh đó, bệnh viện còn là trung tâm giảng dạy y học và nghiên cứu. Bệnh viện không tách rời, biệt lập và bó hẹp trong công tác chăm sóc sức khỏe nói chung mà còn đảm nhiệm chức năng rộng lớn, gắn bó hài hoà lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và xã hội. Do vậy, việc quản lý ĐTXDCT bệnh viện không chỉ đơn thuần nhìn nhận dưới góc độ xây dựng công trình mà phải xét đến cả yếu tố quản lý, vận hành theo đặc thù của ngành y tế.

1.1.2. Phương thức đối tác công tư trong lĩnh vực y tế

Sự hợp tác giữa Nhà nước và Tư nhân trong việc ĐTXDCT để cung cấp các dịch vụ công cho xã hội được xuất hiện từ những năm 63 trước công nguyên, khi Hoàng đế Caesar Augustus thuộc đế chế La Mã đã hợp tác với bộ tộc Salassi trong việc quản lý, vận hành tuyến đường đèo Saint Bernhard [97]. Thời điểm đó, Hoàng đế Caesar Augustus cho phép bộ tộc Salassi được quyền thu phí đi lại của những người qua đèo nhưng phải có trách nhiệm quản lý, duy trì sự thông suốt và hướng dẫn người dân đi qua tuyến đường. Bên cạnh đó, theo ghi chép của các nhà sử học Hy Lạp, bộ tộc Salassi không phải là ví dụ duy nhất về sự tham gia của tư nhân vào dịch vụ công cộng mà các hoàng đế giai đoạn đó thường cho phép một số bộ tộc được quyền xây dựng các công trình như đền thờ, thư viện, hệ thống thủy nông nhằm đổi lại các đặc quyền kinh tế khác.

Thuật ngữ “*đối tác công tư*” hay thường gọi là hợp tác công tư, được chính thức bắt nguồn tại Mỹ khi khu vực Nhà nước và khu vực Tư nhân cùng hợp tác trong lĩnh vực giáo dục từ những năm 1950 [112]. Sau đó, PPP được áp dụng thêm trong lĩnh vực dịch vụ đô thị và đến thập niên 1960 thì được mở rộng đối với các dự án quy hoạch cải tạo các công trình đô thị. Đến những năm 1980, PPP dần được phổ biến ở nhiều nước trên thế giới và được hiểu chung là sự hợp tác giữa Nhà nước và Tư nhân để cùng xây dựng CSHT hoặc cung cấp các dịch vụ xã hội. Hiện nay ở Việt Nam, văn bản pháp luật đã thống nhất cách gọi hình thức này là “*phương thức đối tác công tư*” [35].

Theo tổng kết của Ngân hàng thế giới - World Bank (2020), phương thức PPP trong lĩnh vực y tế đã được áp dụng phổ biến tại các quốc gia phát triển, cũng như các nước có thu nhập trung bình thấp. Thông thường, PPP trong lĩnh vực y tế sẽ tùy thuộc vào từng giai đoạn hoặc chức năng của dự án như là: thiết kế, xây dựng, tài chính, bảo trì, vận hành, cung cấp dịch vụ y tế. Tùy theo vai trò và trách nhiệm mà khu vực tư nhân đảm nhận, hình thức PPP trong lĩnh vực y tế có thể được phân thành năm loại hình chính [36]:

- (i) PPP dịch vụ quản lý thiết bị
- (ii) PPP dịch vụ quản lý và vận hành (O&M)
- (iii) PPP dịch vụ chuyên khoa
- (vi) PPP cơ sở vật chất và
- (v) PPP tích hợp.



Hình 1.1: Phương thức PPP phổ biến trong lĩnh vực y tế [36]

Trong lĩnh vực y tế có nhiều loại hình PPP khác nhau, mỗi loại có ưu điểm và nhược điểm nhất định và được áp dụng tùy thuộc vào đặc điểm của dự án. Kết quả nghiên cứu của WB cho thấy ngay cả ở các nước phát triển, việc quản lý ĐTXD theo phương thức PPP trong lĩnh vực y tế vẫn là một nhiệm vụ thách thức, khó khăn [36]. Tại Việt Nam, phương thức PPP dịch vụ quản lý thiết bị được áp dụng khá phổ biến, dễ dàng nhận biết so với các phương thức khác, tuy nhiên không được chính thức được thừa nhận tại các VBPL trong thực tế do đây là hình thức phát triển tự phát, dựa trên sự thiếu thôn cơ sở vật chất, thiết bị y tế tại các cơ sở công lập.

1.1.2.1. PPP dịch vụ quản lý thiết bị

Trong mô hình dịch vụ quản lý thiết bị, các nhà đầu tư tư nhân sẽ cung cấp và

quản lý thiết bị y tế cần thiết cho hoạt động của cơ sở y tế công lập. Quy trình bao gồm mua sắm, giao nhận, lắp đặt, vận hành thử, đào tạo người dùng, quản lý tài sản, xử lý sự cố, bảo trì, giám sát hiệu suất, thay thế và thanh lý. PPP quản lý thiết bị đảm bảo các bệnh viện công có khả năng tiếp cận với các thiết bị y tế hiện đại trong khoảng thời gian đã thỏa thuận, song song với việc Chính phủ thực hiện các khoản thanh toán thường xuyên, định kỳ dựa trên các thông số hiệu suất đã thỏa thuận. Hợp đồng quản lý thiết bị cho phép khu vực công chuyển các rủi ro về công nghệ, vận hành và tài chính sang khu vực tư nhân. Ngoài ra, cơ chế này cũng tăng cường độ tin cậy và tính bền vững của thiết bị.

Tuy nhiên, hợp đồng PPP quản lý thiết bị có một số hạn chế nhất định. Đối tác tư nhân chỉ chịu trách nhiệm đảm bảo rằng thiết bị hoạt động. Không có gì đảm bảo rằng thiết bị sẽ được khai thác hiệu quả nếu như khu vực công (bệnh viện) không tiến hành phân tích khảo sát về nhu cầu khám chữa bệnh, cơ sở hạ tầng cần thiết, sự có mặt của các chuyên gia y tế và cơ chế chuyển tuyến bệnh nhân. Do đó, cần phải có hệ thống thông tin bệnh viện để theo dõi hiệu quả sử dụng trang thiết bị. PPP quản lý thiết bị được áp dụng khá phổ biến ở Anh, các nước châu Âu, ở các nước đang phát triển và đã mang lại một số kết quả tích cực ban đầu.

1.1.2.2. PPP dịch vụ quản lý và vận hành

Trong mô hình PPP dịch vụ quản lý và vận hành (O&M), đối tác tư nhân được ký hợp đồng vận hành và quản lý bệnh viện, cơ sở y tế hoặc mạng lưới y tế và được chi trả phí quản lý cho dịch vụ này. Chính phủ có thể hưởng lợi từ các thực tiễn và quy trình quản lý hiệu quả của khu vực tư nhân, đồng thời giúp nhân viên khu vực công có thời gian tập trung vào các mục tiêu, chính sách và ưu tiên bao quát của cơ sở (mạng lưới). Từ góc nhìn quan hệ sản xuất, loại hình PPP này tương đối dễ thực hiện. Tuy nhiên, loại hình này hạn chế phạm vi vận hành của đối tác tư nhân vì Chính phủ vẫn kiểm soát nhân sự và tài chính, điều này có nghĩa là khu vực tư nhân ít có động lực để tìm cách giảm thiểu chi phí.

Tại một số nước, phương thức O&M có thuộc phạm vi PPP hay không vẫn còn là một vấn đề gây tranh cãi, đặc biệt trong trường hợp hợp đồng ngắn hạn hoặc trung

hạn và có mức vốn đầu tư thấp. Tuy nhiên, nhiều hợp đồng O&M có cơ chế thanh toán dựa trên kết quả thực hiện đã trở thành hợp đồng dài hạn sau khi được gia hạn và chuyển các rủi ro phát sinh sang khu vực tư nhân (chẳng hạn như bảo trì hoặc thay thế thiết bị và công nghệ) - lý do để các hợp đồng này được xem là hợp đồng PPP. Hợp đồng O&M thường được sử dụng ở Nam Á để vận hành và quản lý bệnh viện, mạng lưới chăm sóc sức khỏe ban đầu, hệ thống cấp cứu, v.v.

1.1.2.3. PPP dịch vụ khám chữa bệnh chuyên khoa

Trong mô hình PPP dịch vụ chuyên khoa, Chính phủ sẽ ký hợp đồng với đối tác tư nhân để cung cấp các dịch vụ cụ thể tại các cơ sở y tế công lập, chẳng hạn như các dịch vụ lâm sàng chuyên khoa (lọc máu, xạ trị, phẫu thuật trong ngày, v.v.) hoặc các dịch vụ chẩn đoán (dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, y học hạt nhân, v.v.). Chính phủ có thể sử dụng cơ chế này để cải thiện chất lượng và khả năng tiếp cận với các dịch vụ lâm sàng cụ thể mà không đòi hỏi đầu tư lớn vào cơ sở vật chất đồng thời giúp giảm bớt chi phí và mức độ phức tạp. Việc thực hiện và giám sát các cơ chế này tương đối đơn giản, và cũng dễ dàng để nhân rộng. Các hợp đồng thường có quy mô nhỏ, dịch vụ đơn lẻ và là hợp đồng trung hạn, nhưng có thể trở thành hợp đồng dài hạn hơn sau khi được gia hạn. Mô hình PPP dịch vụ chuyên khoa đã được triển khai ở nhiều nước trên thế giới, bao gồm cả các nước đang phát triển.

1.1.2.4. PPP cơ sở vật chất

Ở mô hình PPP cơ sở vật chất, Chính phủ vẫn kiểm soát các dịch vụ khám chữa bệnh, nhưng khu vực tư nhân sẽ cung cấp thiết kế chi tiết, xây dựng và cải tạo cơ sở hạ tầng. Ngoài ra, khu vực tư nhân chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ quản lý cơ sở vật chất phần cứng hoặc kết hợp dịch vụ quản lý cơ sở vật chất phần cứng và mềm. Đây là mô hình hợp tác PPP về cơ sở hạ tầng y tế có lịch sử lâu đời. Mô hình này cho phép các Chính phủ tiếp cận nguồn vốn cần thiết để thực hiện các dự án cơ sở hạ tầng lớn và chuyển giao rủi ro thiết kế, xây dựng và bảo trì cho khu vực tư nhân.

Với những chỉ tiêu đánh giá mức độ thành công rõ ràng (hoàn thành tiến độ ĐTXD đúng hạn, chi phí đầu tư theo dự kiến), phương thức hợp tác này đã nhận được sự ủng hộ của Chính phủ nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên, trường hợp ĐTXD cơ

sở y tế vì lý do chính trị, thay vì để giải quyết nhu cầu của bệnh nhân có thể sẽ dẫn tới tình trạng dự án hoạt động không hiệu quả. Bên cạnh đó, mặc dù tương đối dễ thực hiện nhưng phương thức này có thể không thúc đẩy hiệu quả, chất lượng và đổi mới vì đối tác tư nhân không tham gia vào dịch vụ chăm sóc bệnh nhân. Cơ sở hạ tầng và dịch vụ quản lý cơ sở vật chất chỉ có tác động không đáng kể đến hiệu quả chi phí và chất lượng cung cấp dịch vụ lâm sàng. Chính phủ có thể bị mắc kẹt trong hợp đồng dài hạn và không thể linh hoạt thực hiện những thay đổi đối với thực tiễn [36].

1.1.2.5. PPP tích hợp

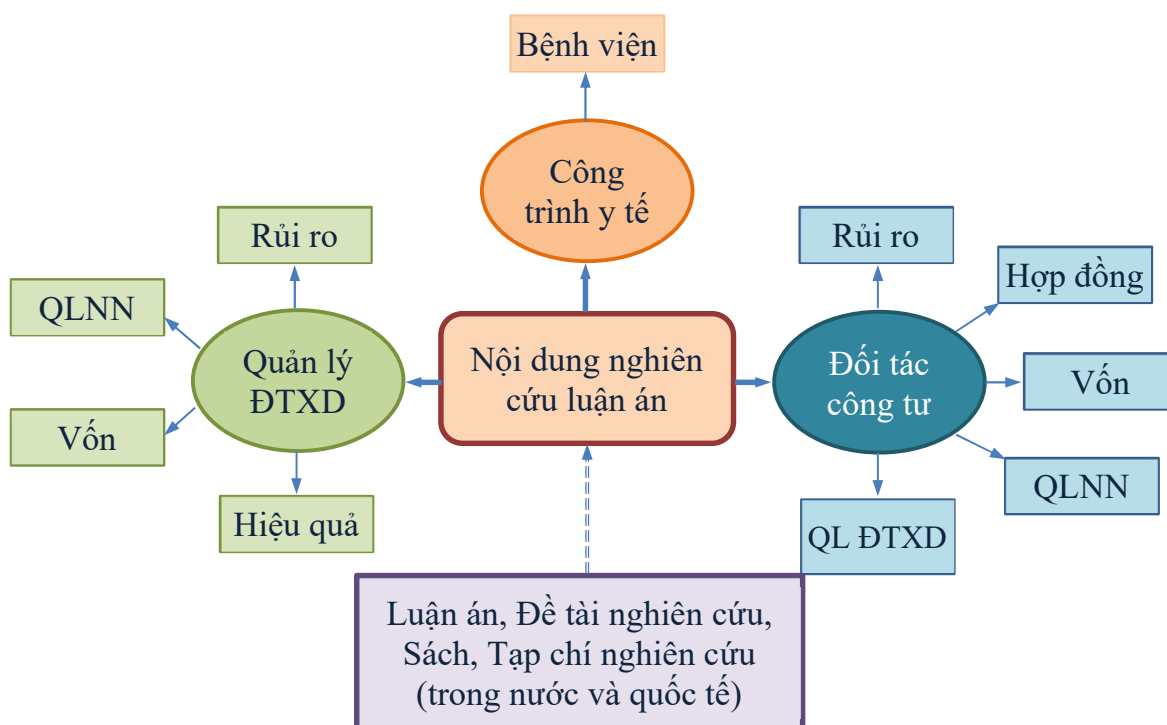
Theo mô hình PPP tích hợp, nhà đầu tư tư nhân sẽ ký hợp đồng thiết kế, xây dựng, tài trợ và vận hành cơ sở vật chất, cũng như cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh. Cơ chế này bao gồm các hạng mục thiết kế, xây mới hoặc cải tạo, nâng cấp cơ sở hạ tầng (cho bệnh viện, cơ sở điều trị ngoại trú, phòng khám đa khoa, cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng khám sản & nhi khoa, v.v.) cũng như tất cả các dịch vụ, bao gồm cả dịch vụ lâm sàng (ngoại trú hoặc nội trú), trong dài hạn, thường từ 10 đến 30 năm. Loại hình PPP này có thể tối đa hóa tiềm năng đổi mới và hiệu quả của khu vực tư nhân và cho phép các Chính phủ tập trung vào cải thiện chất lượng và quy định thay vì cung cấp dịch vụ. Mặc dù ít phổ biến hơn các loại hình khác, mô hình PPP tích hợp đã được triển khai ở các quốc gia có thu nhập cao (Úc, Bồ Đào Nha, Tây Ban Nha), thu nhập trung bình (Ấn Độ, Peru, Fiji, Lesotho) và các quốc gia có thu nhập thấp (Afghanistan) [36].

PPP tích hợp là mô hình phức tạp nhất trong tất cả các loại PPP. Mô hình này đòi hỏi đối tác tư nhân phải sẵn sàng chấp nhận rủi ro cao, không chỉ là rủi ro liên quan đến sự chậm trễ và chi phí vượt mức trong giai đoạn xây dựng (như với các loại hình PPP khác), mà còn bao gồm rủi ro về cung cấp dịch vụ. Mô hình này cũng đòi hỏi hệ thống quản lý chuyển tuyến chặt chẽ và chuyển đổi cơ chế quản lý cán bộ y tế từ cơ chế công cộng sang tư nhân. Chính phủ phải có quy định phù hợp và khả năng quản lý hợp đồng dài hạn, đòi hỏi phải có những thỏa thuận phức tạp với đối tác tư nhân, nhưng cũng phải linh hoạt để thay đổi thời hạn của hợp đồng. Một thách thức khác của mô hình này là vấn đề theo dõi và đánh giá hiệu quả của dự án theo các chỉ

tiêu được quy định sẵn. Điều đáng chú ý là ngay cả ở các nước phát triển, việc quản lý ĐTXD các dự án tích hợp PPP vẫn còn nhiều khó khăn, thách thức.

1.2. Các công trình nghiên cứu khoa học có liên quan

Các nhà khoa học trong và ngoài nước có một số công trình nghiên cứu liên quan đến quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP nói chung, công trình y tế nói riêng. Một số đề tài nghiên cứu cấp Bộ, sách chuyên khảo về vấn đề đơn lẻ liên quan đến phương thức PPP, như là hoàn thiện cơ chế chính sách, nâng cao hiệu quả đầu tư của khu vực kinh tế tư nhân, ... một số báo cáo chuyên đề được thực hiện bởi các Bộ chuyên ngành, tổ chức chuyên môn (Viện nghiên cứu, Hiệp hội nghề nghiệp) hay các chuyên gia đến từ các quốc gia đã quản lý ĐTXD dự án PPP (Ấn Độ, Anh, Nhật Bản, ...) là những tài liệu có ý nghĩa thiết thực cho luận án, bổ sung lý luận và thực tiễn nhằm phân tích và tìm ra hướng đi cho việc quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP ở Hà Nội.



Hình 1.2: Sơ đồ tổng hợp, tổng quan các công trình nghiên cứu

Trên cơ sở nghiên cứu các công trình nghiên cứu khoa học đã có và nguồn thông tin thu thập được, tác giả nhận thấy chưa có luận án tiến sĩ nào nghiên cứu về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Các công trình khoa học từ nước ngoài cũng

chưa nghiên cứu cụ thể đối với quản lý ĐTXDCT y tế (bệnh viện), mà phần lớn tập trung nghiên cứu vào quản lý rủi ro, quản lý nguồn nhân lực, hoặc tập trung vào lĩnh vực giao thông đường bộ, hạ tầng kỹ thuật (cấp thoát nước, cấp điện). Nhận định một cách khách quan thì chưa ghi nhận có công trình nghiên cứu nào chuyên sâu về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

1.2.1. Nghiên cứu ở một số nước trên thế giới

Nghiên cứu của Steven McCann (2014) về cách thức các bên đối tác tham gia dự án PPP, rủi ro và đánh giá hiệu quả dự án PPP thông qua phân tích VfM tại ba tiểu bang tại Úc [101]. Kết quả nghiên cứu giúp người quyết định đầu tư có những chính sách, quyết định phân bổ và sử dụng tốt hơn các nguồn lực của khu vực công trong việc thực hiện dự án PPP. Luận án đã kiểm nghiệm kết quả nghiên cứu bằng mô hình thực nghiệm và đánh giá của các chuyên gia. Steven McCann (2014) đã phân tích dự án theo 3 khía cạnh quản lý rủi ro, quản lý mối quan hệ đối tác, quản lý vận hành để làm rõ những luận điểm nghiên cứu. Một trong những kết quả nghiên cứu đã phát hiện ra mối liên hệ giữa hình thức hợp đồng dự án PPP với quan điểm của cộng đồng thông qua yếu tố giá trị đồng tiền (VfM) trong quá trình vận hành dự án. Kết quả này cho thấy mối quan hệ “cho và nhận” trong phương thức PPP phù hợp với lĩnh vực dịch vụ, đó là mối tương quan giữa chất lượng và giá thành - một biểu hiện rõ ràng trong nền kinh tế thị trường minh bạch tại Úc. Sự ảnh hưởng của cộng đồng dân cư (người sử dụng dự án) có thể ảnh hưởng trực tiếp, ảnh hưởng lớn đến giá trị kinh tế của dự án, khiến cho dự án có thể bị kéo dài thêm hoặc cắt bớt chất lượng dịch vụ. Bên cạnh đó, một kết quả nghiên cứu được tìm ra là chất lượng nguồn nhân lực (cả đối tác Nhà nước, tư nhân) có kỹ năng, kinh nghiệm rất quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả tài chính của dự án. Điều này cho thấy, sự phụ thuộc quá mức vào đối tác tư nhân sẽ dẫn đến giá trị thực hiện dự án cao hơn giá trị thực, từ đó thất bại của dự án là điều có thể lường trước được [109]. Chính vì vậy, cần xây dựng nền tảng thương mại và pháp lý của hành động nhượng quyền, quản lý dự án PPP. Trường hợp Nhà nước thiếu các chuyên gia PPP có kinh nghiệm sẽ ảnh hưởng bất lợi đến việc đạt được mục tiêu phúc lợi xã hội như mong muốn. Nghiên cứu của Steven McCann

(2014) chỉ ra các yếu tố thành công dẫn đến việc đạt được các kết quả VfM ở giai đoạn vận hành dự án, từ đó xây dựng mối quan hệ đối tác dựa trên sự phân bổ rủi ro và kỹ năng quản lý hiệu quả, chính sách pháp lý và những hướng dẫn về PPP. Luận án còn đề xuất một mô hình quản lý tích hợp như một công cụ - hỗ trợ, là sở tay quản trị hợp đồng để tăng cường phát triển các dự án PPP [101].

David Barrows và các cộng sự (2011) nghiên cứu về CSLL và CSTT trong việc quản lý ĐTXD theo phương thức PPP của bệnh viện Brampton Civic tại thành phố Toronto, tỉnh Ontario, Canada [68]. Kết quả nghiên cứu chỉ ra 6 yếu tố thành công tác động đến việc ĐTXDCT theo phương thức PPP đó là: (i) sự rõ ràng về mục tiêu và trách nhiệm của các bên tham gia dự án; (ii) chia sẻ rủi ro hiệu quả và công bằng; (iii) giảm chi phí khu vực công; (iv) ưu đãi; (v) cơ chế giám sát và giải quyết tranh chấp; và (vi) hỗ trợ chính trị trong môi trường pháp lý cụ thể. Mặc dù phương thức PPP được áp dụng đầu tiên tại Canada từ những năm 1980 nhưng bệnh viện Brampton Civic là công trình y tế đầu tiên thí điểm quản lý ĐTXD theo phương thức PPP vào năm 2003. Đề tài nghiên cứu và phân tích việc ứng dụng phương thức PPP trong 3 giai đoạn thực hiện dự án (chuẩn bị dự án, thực hiện dự án và vận hành) theo 5 yếu tố: (1) Xã hội, chính trị và thẩm quyền; (2) Rủi ro; (3) Giảm thiểu chi phí xây dựng; (4) Hiệu quả ĐTXD và (5) Quản trị. Đề tài nghiên cứu sử dụng phương pháp điều tra phỏng vấn để đánh giá kết quả ứng dụng phương thức PPP trong việc xây dựng và vận hành bệnh viện Brampton Civic, tổng hợp được những bất cập, thiếu sót (do đây là dự án thí điểm) cũng như ưu nhược điểm của dự án là:

- Quản lý thông tin từ đối tác Nhà nước là rất quan trọng trong việc thực hiện dự án PPP, đặc biệt là lĩnh vực y tế. Người dân Canada rất nhạy cảm với việc “tư nhân hóa” các dịch vụ y tế do chưa có sự tin tưởng về chất lượng dịch vụ, quản lý điều hành bởi đối tác tư nhân. Do vậy, thành công của dự án bệnh viện Brampton Civic chỉ được ghi nhận ở giai đoạn chuẩn bị và thực hiện dự án. Đây là sự khác biệt của phương thức PPP trong lĩnh vực y tế so với các lĩnh vực như giao thông, hạ tầng kỹ thuật. Vấn đề này cần được giải quyết thông qua các cách giao tiếp chính thức, kế hoạch tương tác giữa các đối tác để xử lý rủi ro một cách kịp thời.

- Sự không sẵn sàng của khu vực công khi từ bỏ quyền kiểm soát đối với khu vực tư nhân là một trong những yếu tố cản trở sự thành công của dự án, làm phức tạp thêm tình hình quản lý vận hành, chuyển giao rủi ro, từ đó dẫn đến làm giảm hiệu quả ĐTXD của dự án.

- Việc quản lý vận hành bệnh viện đòi hỏi sự cập nhật liên tục những tiến bộ khoa học kỹ thuật, phương thức quản lý ĐTXD phù hợp với đặc điểm công trình y tế. Do vậy, đòi hỏi hợp đồng dự án PPP vừa phải linh hoạt để bệnh viện cung cấp được dịch vụ tốt nhất cho người dân mà vẫn đáp ứng được hiệu quả kinh tế (trong một giai đoạn nhất định). Ưu điểm việc QLĐTXDCT y tế theo phương thức PPP là chuyển giao rủi ro cho đối tác tư nhân, rút ngắn thời gian xây dựng công trình thông qua hợp đồng dự án PPP [67].

Tiếp cận theo hướng nguyên nhân thành công quản lý ĐTXD dự án PPP, Ali Mohammad Mistarihi (2011) đã tổng kết, phân tích các nghiên cứu tại nhiều nước khác nhau để rút ra kết luận cần phải làm gì để ĐTXD thành công theo phương thức PPP [62]. Từ những mô hình, học thuyết về PPP, tác giả tìm ra được những yêu cầu cơ bản để quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP vào thực tế, như là: (1) Sự kết hợp hài hòa lợi ích giữa các đối tác tham gia dự án; (2) Việc giải quyết những vấn đề phát sinh trong khi thực hiện dự án; (3) Kinh nghiệm quản lý dự án; (4) Tính chất cạnh tranh và (5) Cơ chế pháp lý cần thiết cho việc quản lý ĐTXD dự án. Bên cạnh đó, tác giả còn nghiên cứu cả tính “văn hóa doanh nghiệp” trong việc kết hợp hai hay nhiều doanh nghiệp cùng tham gia dự án thông qua việc tập trung phân tích vào cơ chế quản lý dự án, cấu trúc của doanh nghiệp dự án PPP và vấn đề con người. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

+ Bốn yếu tố giúp cho việc quản lý ĐTXD dự án theo phương thức PPP thành công là: số lượng nguồn nhân lực; Khả năng làm việc nhóm; Thỏa thuận hợp đồng; và Kinh nghiệm quản lý dự án;

+ Một số hạn chế của việc quản lý ĐTXD dự án theo phương thức PPP là: Số lượng cán bộ quản lý dự án; thiếu kiến thức và kinh nghiệm quản lý dự án PPP; tính linh động trong xử lý công việc; khả năng làm việc nhóm, giao tiếp.

+ Sự khác biệt giữa các đối tác (Nhà nước, Tư nhân) trong phương thức PPP được thể hiện qua bốn vấn đề: (1) Quy trình, thủ tục giải quyết các công việc; (2) Định hướng hoạt động của tổ chức; (3) Mức độ linh hoạt; (4) Sự khác biệt và quan điểm.

+ Đối với vấn đề con người/nhân lực thì tác giả đã nghiên cứu được 4 yếu tố quan trọng nhất trong phương thức PPP là năng lực trong công việc, kỹ năng xử lý công việc, kinh nghiệm công tác và kiến thức/bằng cấp;

+ Để quản lý tốt mối quan hệ giữa các bên tham gia trong phương thức PPP, tác giả đã tìm ra được 5 giải pháp chính đó là: Làm việc liên tục và chặt chẽ trong công việc; Hai bên đều có thái độ tích cực; Thiết lập kênh/phương thức liên lạc ở từng cấp độ; Sự tham gia của bên thứ 3 (giám sát); và Học hỏi từ kinh nghiệm.

+ Sự khác biệt về “văn hóa doanh nghiệp” tác động đến: (1) sự khác biệt về quan điểm và cách thức xử lý công việc; (2) sự khác biệt về cách trao đổi thông tin. Nguyên nhân của sự khác biệt này là do nhận thức và kinh nghiệm của con người, môi trường làm việc và đối tượng quan tâm của từng bên tham gia dự án [62].

Kết quả nghiên cứu của Ali Mohammad Mistarihi (2011) mới chỉ tập trung vào nội dung quản lý mối quan hệ giữa các bên đối tác và chất lượng nguồn nhân lực (con người) khi ĐTXDCT theo phương thức PPP. Đây là cơ sở quan trọng để nghiên cứu, đánh giá đối với điều kiện thực tiễn tại thành phố Hà Nội, Việt Nam.

Ranjan Agrawal (2010) phân tích, nghiên cứu nguyên nhân chậm tiến độ của các dự án ĐTXD theo phương thức truyền thống và phương thức PPP (hình thức hợp đồng BOT), xác định và xếp hạng các yếu tố thành công của dự án BOT tại Ấn Độ [95]. Kết quả nghiên cứu của tác giả chỉ ra 10 nguyên nhân chậm tiến độ của dự án đầu tư theo phương thức truyền thống (*Kinh nghiệm của nhà thầu trong việc lập kế hoạch và quản lý dự án; Tư vấn lập dự án chậm trễ trong việc hoàn thiện các tài liệu dự án; Thanh toán chậm từ phía chủ đầu tư; Thời gian đưa ra quyết định giải quyết công việc của Ban quản lý dự án; Công việc phát sinh ngoài dự kiến; Quản lý công trường và giám sát thi công của Nhà thầu; Thay đổi phương án xây dựng từ phía Chủ đầu tư; Khó khăn trong tài chính của dự án; Thời gian, kế hoạch thực hiện dự án được lập kế hoạch không thực tế; Phương thức triển khai dự án và thưởng/phạt*) và

10 nguyên nhân chậm tiến độ của dự án đầu tư theo hình thức hợp đồng BOT (*Rủi ro về thị trường; Rủi ro về chính trị; Các hạn chế về môi trường; Thời gian cho phép triển khai dự án; Rủi ro về tài chính; Thay đổi các quy định, văn bản pháp luật; Điều kiện thời tiết; An toàn lao động (tai nạn); Thiếu trang thiết bị, máy móc thi công; Thời gian ký hợp đồng*) [95]. Các nguyên nhân được sắp xếp theo các bên tham gia thực hiện quản lý ĐTXD dự án được tác giả tổng hợp như sau:

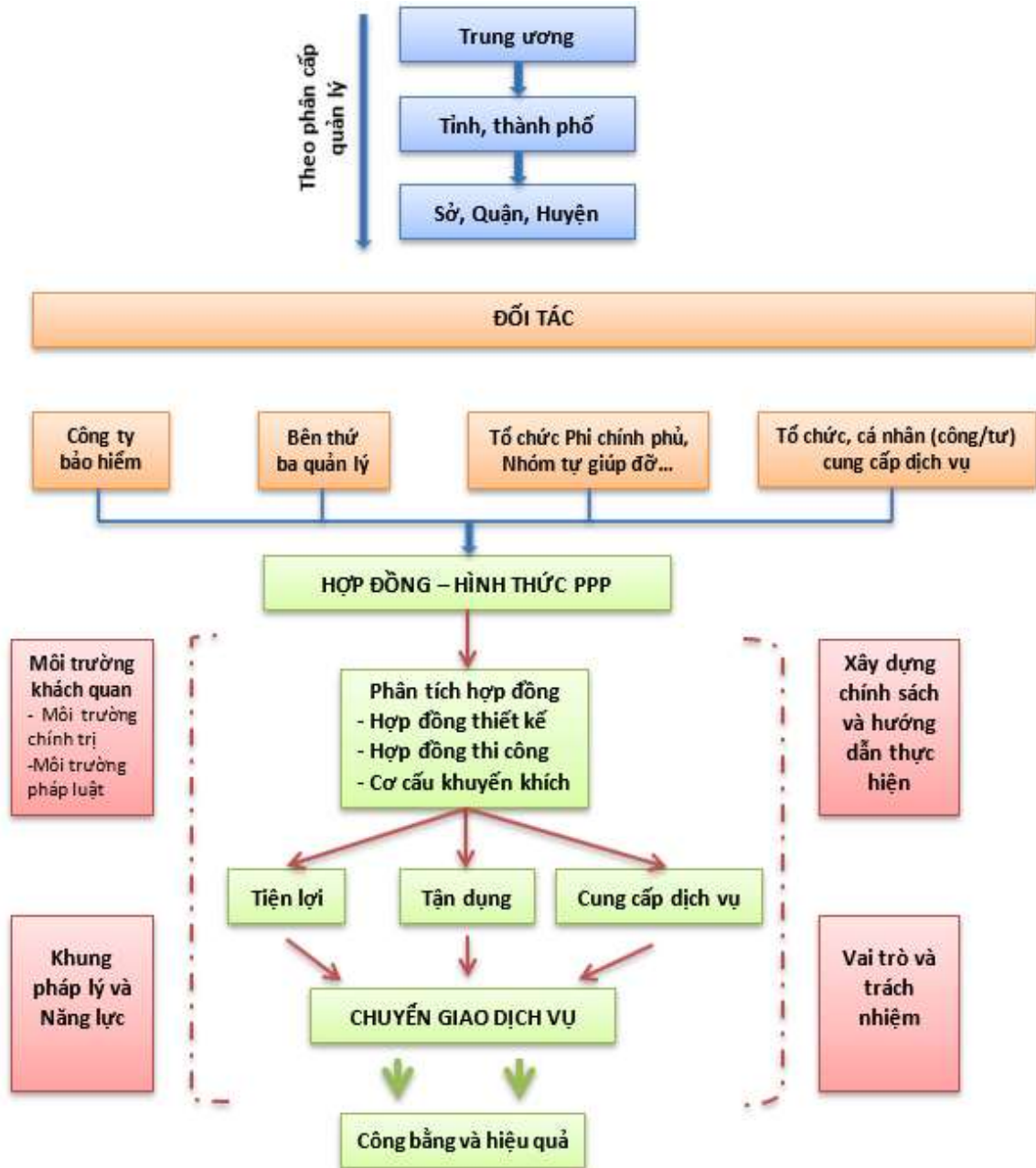
Bảng 1.2: Thứ tự các nguyên nhân chậm tiến độ của dự án [95]

Nguyên nhân chậm tiến độ	Dự án đầu tư theo phương thức truyền thống	Dự án đầu tư theo phương thức BOT
Dự án	4	2
Chủ đầu tư	1	5
Nhà thầu	2	4
Tư vấn	3	3
Ngoại cảnh	5	1

Ranjan Agrawal (2010) đã tìm ra được 6 nguyên nhân thành công của dự án ĐTXD theo phương thức BOT tại Ấn độ là (1) môi trường pháp lý; (2) tình trạng kinh tế xã hội; (3) năng lực của nhà thầu; (4) khả năng tài chính; (5) phân bổ rủi ro; và (6) giải pháp kỹ thuật. Bên cạnh đó, tác giả còn tập trung phân tích về rủi ro thị trường, rủi ro chính trị và rủi ro tài chính ảnh hưởng đến việc thực hiện thành công dự án BOT [95]. Mặc dù công trình nghiên cứu của Ranjan Agrawal (2010) mới chỉ phân tích, đánh giá đối với hợp đồng BOT trong lĩnh vực hạ tầng kỹ thuật, tuy nhiên theo kinh nghiệm của một số nước trên thế giới thì đây là phương thức đầu tư khá phổ biến, có thể áp dụng trong lĩnh vực công trình y tế. Do vậy, những nội dung nghiên cứu này là tài liệu hữu ích, liên quan gián tiếp đến nội dung nghiên cứu của luận án.

Nghiên cứu của Sonalini Khetrapal [98] đã phân tích, đánh giá khả năng cung cấp dịch vụ y tế khi áp dụng phương thức PPP. Mục tiêu nghiên cứu của luận án là phân tích những yếu tố ngoại cảnh (chính sách, thể chế, chính trị, ...) và hình thức hợp đồng dự án PPP để đánh giá những ưu nhược điểm, vai trò, trách nhiệm và mối quan hệ trong hợp đồng dự án PPP. Bên cạnh đó, tác giả so sánh chất lượng dịch vụ

y tế được cung cấp bởi Nhà nước và Tư nhân để có sự đánh giá khách quan hơn.

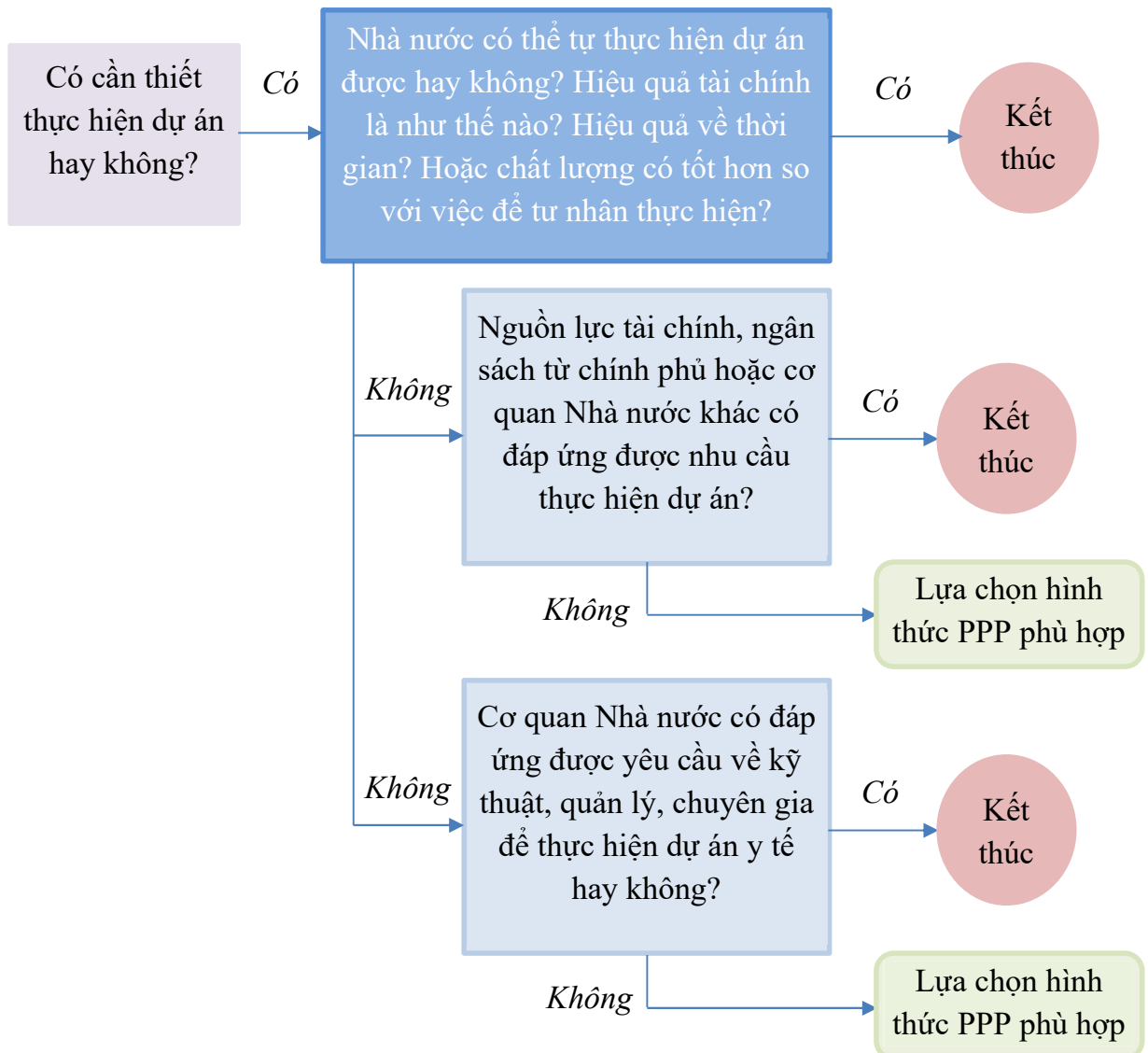


Hình 1.3: Mô hình PPP trong lĩnh vực y tế ở Ấn Độ [98]

Cách tiếp cận phân tích định lượng các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế do áp dụng phương thức PPP là một trong những hướng tiếp cận hay, có thể kế thừa và áp dụng trong luận án.

Tài liệu của Ngân hàng phát triển Châu Á (ADB) (2013) hướng dẫn các Chính phủ và khu vực công trên thế giới trong việc đề xuất dự án PPP và quản lý vận hành bệnh viện dựa trên kinh nghiệm ở Philippines nhấn mạnh đến việc xây dựng các tiêu

chỉ để đánh giá đề xuất dự án PPP và lựa chọn hình thức hợp đồng dự án thích hợp [61]. Theo hướng dẫn này, dự án ĐTXD công trình bệnh viện chỉ có thể áp dụng theo phương thức PPP nếu đối tác Nhà nước không đủ nguồn lực để thực hiện và hiệu quả của dự án (thời gian, tài chính, chất lượng) không khả thi. Bên cạnh đó, phương thức PPP không được khuyến nghị áp dụng nếu cơ quan Nhà nước có thể tự thực hiện hoặc làm tốt hơn đối tác tư nhân. ADB đã xây dựng sơ đồ tiêu chí, xác định và lựa chọn dự án để thực hiện theo phương thức đầu tư truyền thống hay là phương thức PPP.



Hình 1.4: Sơ đồ xác định nhu cầu lựa chọn dự án PPP trong quản lý bệnh viện [61]

Trên cơ sở các kinh nghiệm thực tiễn, ADB đề xuất các phương thức lựa chọn hợp đồng thực hiện ĐTXDCT y tế như bảng 1.3 như sau:

Bảng 1.3: Hình thức lựa chọn hợp đồng dự án đối tác công tư [64]

Mô hình PPP	Nguồn vốn đầu tư	Thời gian hợp tác	Quản lý và vận hành	Theo dõi và đánh giá kết quả đầu ra	Phân tích rủi ro	Áp lực cạnh tranh
Hợp đồng dịch vụ	TW/địa phương	Hàng năm	Cơ quan TW/địa phương	Cơ quan TW/địa phương	Thấp	Cao
Hợp đồng quản lý	TW/địa phương	3-5 năm	Tư nhân	Cơ quan TW/địa phương	Thấp đến Trung bình	Cao
Hợp đồng cho thuê	TW/địa phương	3-5 năm	Tư nhân	Cơ quan TW/địa phương	Trung bình	Cao
Hợp đồng nhượng quyền	Tư nhân	10-25 năm	Tư nhân	Cơ quan TW/địa phương	Cao	Trung bình
BOT	Tư nhân	10-25 năm	Tư nhân	Cơ quan TW/địa phương	Cao	Thấp

Mặc dù tài liệu của ADB không phải là đề tài nghiên cứu, hay công trình khoa học, tuy nhiên tài liệu lại được tổng kết từ thực tiễn hoạt động quản lý ĐTXD tại bệnh viện ở Philippines. Do vậy, đây là tài liệu có ý nghĩa thực tiễn đối với luận án.

Bên cạnh các công trình khoa học nghiên cứu về quản lý ĐTXDCT y tế nói chung, quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP nói riêng, tác giả đã tổng hợp được một số sách chuyên khảo, bài viết nghiên cứu khoa học được đăng trên các tạp chí uy tín trên thế giới có nội dung liên quan đến luận án. Cụ thể như sau:

- Sách *Leadership* của tác giả Ronald R.Sims và Scott A.Quatro (2005) tổng hợp các nghiên cứu về mô hình lãnh đạo và quản lý trong tổ chức của đối tác Nhà nước và tư nhân, cung cấp CSLL về việc tổ chức bộ máy, yếu tố lãnh đạo của người đứng đầu tổ chức (Nhà nước, tư nhân) trong quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP [96]. Mỗi đối tác tham gia dự án PPP đều có những mục tiêu khác nhau: đối tác Nhà nước hướng đến mục tiêu xã hội, giảm thiểu chi phí đầu tư công, trong khi đó đối tác tư nhân hướng đến mục tiêu lợi nhuận, tối đa hóa chi phí đầu tư. Do vậy, quan điểm của người lãnh đạo trong tổ chức (người quyết định đầu tư) là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả quản lý ĐTXD dự án theo phương thức PPP [96].

- Sách *Governance and Knowledge Management for Public Private Partnerships* của tác giả Herbert Robinson và cộng sự (2010) trình bày những lý thuyết cơ bản về phương thức PPP (khái niệm, loại hình dự án PPP, vai trò của quản lý hành chính công, ...) và những nội dung chuyên sâu về QLNN, CSLL và CSTT thực hiện dự án theo phương thức PPP [74]. Nhóm tác giả có sự phân tích đối với công tác QLNN về ĐTXD trong lĩnh vực y tế (chương 5). Một số nội dung được trình bày khá công phu, chi tiết về dự án PPP y tế, đó là quản lý dự án, quản lý rủi ro, những yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công/thất bại của dự án, kết quả thực hiện dự án, Đây là những nội dung tham khảo quan trọng, giúp hoàn thiện cơ sở khoa học của luận án.

- Sách *Strategic Issues in Public Private Partnerships: An International perspective* của tác giả Mirjam Bult Spiering và Geert Dewulf (2006) viết về tổng quan tình hình áp dụng phương thức PPP trong các lĩnh vực trên toàn thế giới [88]. Các nội dung được 2 tác giả trình bày khá công phu, chi tiết trong 8 chương nghiên cứu. Ngoài chương giới thiệu những lý thuyết chung và đặc điểm về PPP, nhóm tác giả đã tổng quát được thực trạng áp dụng phương thức PPP theo các nội dung (tài chính, đấu thầu, ...) tại hơn 10 nước trên thế giới, như là Vương quốc Anh, Tây Ban Nha, Mỹ, Hà Lan, ... Tại Chương 5, nhóm tác giả có phân tích một ví dụ cụ thể về việc quản lý ĐTXD và vận hành theo phương thức PPP công trình bệnh viện trường đại học West Middlesex, Vương quốc Anh.

- Sách *Public - Private Partnerships: Principles of Policy and Finance* của tác giả E.R. Yescombe (2007) là một trong những tài liệu tổng hợp, có giá trị tham khảo tốt về quản lý ĐTXD theo phương thức PPP trong nhiều lĩnh vực [112]. Bên cạnh phần nội dung về CSLL, CSTT về PPP, tác giả tổng hợp được thực trạng áp dụng thành công phương thức PPP tại 7 nước trên thế giới (Mỹ, Vương quốc Anh, Úc, Pháp, Hàn Quốc, Tây Ban Nha, Nam Phi). Sách trình bày nhiều nội dung chuyên sâu về phương thức PPP, như là: chuyển giao rủi ro, vốn thực hiện dự án, cấu trúc tài chính dự án, lựa chọn mô hình hợp đồng dự án PPP, ... Bên cạnh đó, sách cung cấp nhiều nội dung liên quan đến ĐTXDCT y tế ở một số nước trên thế giới, như là bệnh viện Luthuli (Pháp), bệnh viện Hawkesbury (Úc),

1.2.2. Nghiên cứu ở Việt Nam

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh (2016) về QLNN đối với dự án đầu tư theo phương thức PPP trong xây dựng hạ tầng GTĐB Việt Nam đã xác định được nội dung QLNN đối với dự án đầu tư theo hình thức PPP trong xây dựng hạ tầng GTĐB gồm: hoạch định phát triển dự án PPP, xây dựng và tổ chức thực hiện các chính sách, quy định và pháp luật cho dự án PPP, tổ chức bộ máy QLNN đối với dự án PPP, giám sát và đánh giá dự án PPP [26]. Luận án áp dụng theo lý thuyết quản lý hành chính của Fayol, H. (2013) về các nhóm yếu tố ảnh hưởng đến QLNN đối với dự án PPP đường bộ, bao gồm: quan điểm về vai trò của Nhà nước, năng lực cán bộ QLNN, năng lực thể chế của Nhà nước (nhóm các yếu tố thuộc về Nhà nước); xu thế phát triển của thế giới, trình độ phát triển KT-XH của đất nước, môi trường chính trị, pháp lý, trình độ phát triển và năng lực của khu vực tư nhân (nhóm các yếu tố thuộc về môi trường bên ngoài) [26, 72]. Luận án tập trung phân tích các mối quan hệ, các yếu tố ảnh hưởng đến QLNN đối với dự án PPP đường bộ mà chưa phân tích trực tiếp đến các nội dung quản lý ĐTXD.

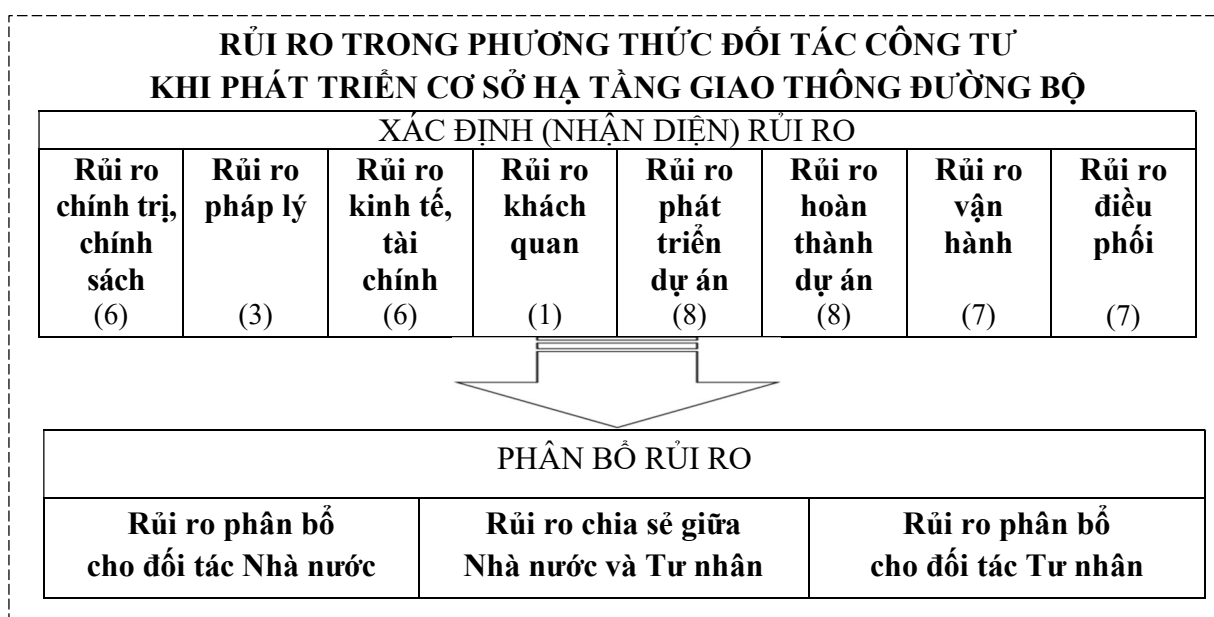
Liên quan đến nội dung QLNN về phương thức PPP trong ĐTXD, Nguyễn Thu Thủy (2017) đã nghiên cứu và đề xuất các giải pháp hoàn thiện công tác QLNN đối với hình thức PPP trong đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng GTĐB ở Việt Nam [46]. Luận án tiếp cận từ góc độ quản lý công, phân tích những quan niệm khác nhau của các nghiên cứu khoa học trong và ngoài nước. Đây là công trình khoa học nghiên cứu chuyên sâu, có hệ thống và tương đối toàn diện về QLNN đối với phương thức PPP. Luận án đã phân tích được 06 nội dung QLNN đối với phương thức PPP, phân tích các yếu tố tác động đến QLNN, kinh nghiệm trên thế giới về vai trò của Chính phủ đối với PPP trong đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng GTĐB. Luận án đã đề xuất được một số giải pháp hoàn thiện công tác QLNN đối với phương thức PPP trong đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng GTĐB, đó là:

- Nâng cao chất lượng công tác lập và tổ chức thực hiện quy hoạch;
- Hoàn thiện thể chế và nâng cao hiệu lực thực hiện thể chế QLNN đối với phương thức PPP trong đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng GTĐB;

- Hoàn thiện chức năng, nhiệm vụ của tổ chức bộ máy QLNN về PPP trong đầu tư phát triển CSHT theo hướng thành lập cơ quan đầu mối trung ương;
- Nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ, công chức làm công tác QLNN đối với PPP trong đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng GTĐB;
- Hoàn thiện công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát trong quản lý nhà nước đối với hình thức PPP trong đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng GTĐB;
- Hoàn thiện cơ chế hợp tác quốc tế để thu hút đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng GTĐB theo hình thức PPP [46];

Nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (2017) phù hợp theo mã ngành Quản lý công, liên quan đến hoạt động QLNN đối với hình thức PPP. Tác giả chưa nghiên cứu được các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động QLNN, chính sách quản lý ĐTXD theo phương thức PPP trong điều kiện cụ thể của thành phố Hà Nội, Việt Nam.

Thân Thanh Sơn (2015) tiếp cận nội dung quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP từ khía cạnh quản lý rủi ro phù hợp với điều kiện phát triển và môi trường chính trị - luật pháp - kinh tế - xã hội ở Việt Nam trong giai đoạn 2000-2013. Tác giả đã nghiên cứu CSLL về rủi ro và phân bổ rủi ro theo phương thức PPP khi ĐTXD CSHT GTĐB và đã bổ sung 06 yếu tố rủi ro vào danh mục 45 yếu tố rủi ro được đề cập trong các nghiên cứu trước đây về ĐTXD CSHT GTĐB theo phương thức PPP [38].



Hình 1.5: Xác định và phân bổ các yếu tố rủi ro theo phương thức đối tác công tư [38]

Các yếu tố rủi ro được Thân Thanh Sơn (2015) nghiên cứu bằng phương pháp phân tích định lượng theo nguyên tắc “rủi ro nên được quản lý bởi bên có khả năng quản lý rủi ro đó tốt nhất”. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra phân bổ trách nhiệm quản lý rủi ro của đối tác Nhà nước, đối tác tư nhân, như Bảng 1.4 sau đây:

Bảng 1.4: Kết quả phân bổ các yếu tố rủi ro trong dự án giao thông đường bộ theo phương thức đối tác công tư ở Việt Nam [38]

TT	Yếu tố rủi ro	Phân bổ rủi ro thực tế		Phân bổ rủi ro chuẩn	
		Điểm TB	Phân bổ rủi ro	Điểm TB	Phân bổ rủi ro
1	Quốc hữu hóa và sung công	1,96	Nhà nước	1,88	Nhà nước
2	Rủi ro độ tin cậy của Chính phủ	1,95	Nhà nước	1,97	Nhà nước
3	Quá trình ra quyết định công yếu kém	2,14	Nhà nước	2,12	Nhà nước
4	Can thiệp của Chính phủ	2,00	Nhà nước	1,83	Nhà nước
5	Tham nhũng của quan chức Chính phủ	2,08	Nhà nước	2,02	Nhà nước
6	Rủi ro khi thay đổi khuôn khổ pháp lý	3,01	Chia sẻ	3,02	Chia sẻ
7	Thay đổi các quy định về thuế	2,04	Nhà nước	3,12	Chia sẻ
8	Các luật quốc gia về PPP đầy đủ, rõ ràng, phù hợp	1,98	Nhà nước	2,10	Nhà nước
9	Rủi ro lạm phát	2,09	Nhà nước	4,03	Tư nhân
10	Rủi ro tỷ lệ lãi suất	2,06	Nhà nước	4,02	Tư nhân
11	Rủi ro tỷ giá hối đoái và chuyển đổi ngoại tệ	3,21	Chia sẻ	3,89	Tư nhân
12	Giảm khả năng cung cấp vốn	3,21	Chia sẻ	3,96	Tư nhân
13	Biến động kinh tế	2,98	Chia sẻ	3,00	Chia sẻ
14	Thiếu các công cụ tài chính phù hợp	2,95	Chia sẻ	2,97	Chia sẻ
15	Bất khả kháng	3,22	Chia sẻ	3,24	Chia sẻ
16	Rủi ro phê duyệt và cấp giấy phép dự án	2,70	Chia sẻ	2,18	Nhà nước
17	Lựa chọn dự án không phù hợp	2,59	Chia sẻ	2,24	Nhà nước
18	Khả năng thu hút tài chính của dự án	3,15	Chia sẻ	3,15	Chia sẻ
19	Năng lực của công ty dự án, chủ đầu tư	4,20	Tư nhân	4,21	Tư nhân
20	Phân bổ rủi ro trong hợp đồng cho hai bên công tư không phù hợp	2,99	Chia sẻ	2,99	Chia sẻ
21	Đấu thầu không cạnh tranh	2,58	Chia sẻ	2,11	Nhà nước
22	Thất bại hoặc chậm trễ trong thu hồi đất	2,71	Chia sẻ	2,13	Nhà nước
23	Rủi ro thiết kế và lập dự toán	3,29	Chia sẻ	3,23	Chia sẻ

TT	Yếu tố rủi ro	Phân bổ rủi ro thực tế		Phân bổ rủi ro chuẩn	
		Điểm TB	Phân bổ rủi ro	Điểm TB	Phân bổ rủi ro
24	Thay đổi quy mô dự án	2,96	Chia sẻ	2,97	Chia sẻ
25	Khảo sát địa hình, địa chất sai sót	3,07	Chia sẻ	3,06	Chia sẻ
26	Rủi ro chất lượng	3,41	Chia sẻ	4,17	Tư nhân
27	Vượt quá chi phí xây dựng	3,04	Chia sẻ	3,91	Tư nhân
28	Kéo dài thời gian xây dựng	3,21	Chia sẻ	4,08	Tư nhân
29	Giá các yếu tố đầu vào	3,39	Chia sẻ	3,77	Tư nhân
30	Rủi ro kỹ thuật, công nghệ	3,40	Chia sẻ	3,72	Tư nhân
31	Thay đổi nhà đầu tư tư nhân, nhà thầu cung ứng	3,48	Chia sẻ	3,98	Tư nhân
32	Chậm trễ trong cung ứng vật tư, máy móc thiết bị	3,45	Chia sẻ	3,93	Tư nhân
33	Rủi ro lao động	3,25	Chia sẻ	3,92	Tư nhân
34	Lựa chọn nhà thầu, tư vấn và giám sát không phù hợp	3,48	Chia sẻ	3,91	Tư nhân
35	Rủi ro về lượng cầu	3,84	Tư nhân	2,93	Chia sẻ
36	Rủi ro về mức phí	3,87	Tư nhân	2,86	Chia sẻ
37	Rủi ro thanh toán	3,61	Tư nhân	3,63	Tư nhân
38	Cạnh tranh (độc quyền)	3,30	Chia sẻ	3,48	Chia sẻ
39	Vượt quá chi phí vận hành	4,00	Tư nhân	4,00	Tư nhân
40	Chi phí bảo trì cao hơn dự kiến	3,97	Tư nhân	4,00	Tư nhân
41	Tần suất bảo trì lớn hơn dự kiến	3,96	Tư nhân	4,00	Tư nhân
42	Trình độ quản lý vận hành dự án	4,28	Tư nhân	4,27	Tư nhân
43	Hợp đồng thay đổi nhiều lần	3,57	Tư nhân	3,13	Chia sẻ
44	Quản lý hợp đồng yếu, tranh chấp hợp đồng	3,52	Tư nhân	3,25	Chia sẻ
45	Thiếu kinh nghiệm trong hoạt động PPP	3,27	Chia sẻ	3,29	Chia sẻ
46	Thiếu sự cam kết từ một trong hai đối tác	3,11	Chia sẻ	3,13	Chia sẻ
47	Rủi ro trong tổ chức và điều phối	3,07	Chia sẻ	3,09	Chia sẻ
48	Rủi ro giá trị còn lại	1,86	Nhà nước	3,05	Chia sẻ
49	Độ tin cậy của bên thứ ba	3,24	Chia sẻ	3,25	Chia sẻ
50	Sự đồng thuận của chính quyền và dân địa phương	3,06	Chia sẻ	3,09	Chia sẻ
51	Thay đổi tổ chức và nhân sự doanh nghiệp dự án	4,05	Tư nhân	4,10	Tư nhân

Luận án đã tổng hợp, đánh giá và xếp hạng các yếu tố rủi ro khi ĐTXD CSHT GTĐB ở Việt Nam. Kết quả cho thấy yếu tố rủi ro về pháp lý (chính sách) đứng thứ 2, đóng vai trò rất quan trọng, liên quan trực tiếp đến việc ĐTXD dự án (Bảng 1.5).

Bảng 1.5: Tổng hợp kết quả nghiên cứu xác định (nhận diện) rủi ro trong các dự án giao thông đường bộ Việt Nam theo phương thức đối tác công tư [38]

STT	Loại rủi ro	Mức rủi ro	Xếp hạng
1	Rủi ro chính trị	1,75	6
2	Rủi ro pháp lý	2,81	2
3	Rủi ro kinh tế, tài chính	3,03	1
4	Rủi ro khách quan	1,78	5
5	Rủi ro trong phát triển dự án	2,54	3
6	Rủi ro trong hoàn thành dự án	2,32	4
7	Rủi ro trong quá trình vận hành	0,80	8
8	Rủi ro điều phối	1,44	7

Nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn (2019) về quản lý hiệu quả dự án đầu tư phát triển đô thị theo phương thức PPP ở Việt Nam đã đề xuất hướng dẫn sử dụng khung logic về các nội dung chủ yếu, các yếu tố tác động, các tiêu chí đánh giá hiệu quả dự án đầu tư phát triển đô thị, giúp cho từng chủ thể hiểu rõ các vấn đề cốt lõi nhằm rút ngắn thời gian và nâng cao hiệu quả quản lý trong thực tiễn [52]. Tổng hợp kết quả nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn (2019) cho thấy các trụ cột đảm bảo sự thành công là: vai trò và trách nhiệm của Nhà nước; phương pháp, tiêu chí lựa chọn đối tác tư nhân; xác định và phân bổ rủi ro; chiến lược tài chính, chính sách hỗ trợ của Nhà nước cho PPP.



Hình 1.6: Các trụ cột đảm bảo dự án PPP thành công [52]

Quản lý các yếu tố trụ cột trong quá trình tổ chức thực hiện ĐTXD là một trong những điểm mấu chốt trong hoạt động quản lý nhằm đảm bảo hiệu quả cho các dự án. Cơ chế chia sẻ rủi ro hợp lý, phân tích tài chính phù hợp; dự báo doanh thu chuẩn xác sẽ giúp các dự án có thể vận hành như dự kiến [52].

Tiếp cận theo hướng ứng dụng phương thức PPP, Ngô Thế Vinh (2015) đã nghiên cứu về các giải pháp thu hút và sử dụng hiệu quả nguồn lực đầu tư của khu vực kinh tế tư nhân, nâng cao chất lượng ĐTXD công trình giao thông đô thị trên địa bàn thành phố Hà Nội [58]. Trên cơ sở nghiên cứu kinh nghiệm (thành công và thất bại) ứng dụng phương thức PPP trong quản lý ĐTXDCT giao thông đô thị của một số nước trên thế giới, tác giả đã nghiên cứu và đề xuất được những giải pháp chi tiết, đồng bộ để ứng dụng hình thức PPP trong thực tiễn. Nội dung nghiên cứu của Ngô Thế Vinh (2015) thuộc luận án cùng mã số chuyên ngành, tuy nhiên hướng tiếp cận nghiên cứu là ứng dụng phương thức PPP đối với công trình giao thông đô thị (công trình cầu vượt cho người đi bộ) tại thời điểm năm 2010-2015 khi phương thức PPP chưa được quy định bởi Luật PPP năm 2020. Do vậy, luận án không có sự trùng lặp (về đối tượng nghiên cứu, về hướng tiếp cận và về nội dung nghiên cứu).

Đối với nội dung phân cấp quản lý ĐTXD, Nguyễn Thị Thanh (2016) nghiên cứu về sử dụng nguồn vốn ngân sách của thành phố Hà Nội đã đưa ra những luận giải về yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả công tác phân cấp quản lý ĐTXD cơ bản, gồm: Các VBPL tác động đến quá trình phân cấp quản lý ĐTXD cơ bản; sự tác động của các quy định phân cấp nguồn vốn NSNN cũng như tổ chức và cơ chế vận hành của bộ máy QLNN đến quá trình phân cấp ĐTXD cơ bản của các địa phương [44]. Cùng hướng tiếp cận nghiên cứu như vậy, Hoàng Cao Liêm (2018) cho rằng QLNN về ĐTXD kết cấu hạ tầng GTĐB từ NSNN cấp tỉnh là việc Nhà nước sử dụng các công cụ chính sách tác động liên tục, có tổ chức, có định hướng vào các chủ thể, đối tượng tham gia trong quá trình tạo ra sản phẩm ĐTXD [24]. Trên cơ sở đánh giá thực trạng QLNN về ĐTXD, tác giả đã phân tích và xếp hạng 5 nguyên nhân dẫn đến những bất cập của QLNN về ĐTXD trong thực tiễn, đó là: (i) công tác quy hoạch, kế hoạch chưa đồng bộ, tính khả thi không cao; (ii) đội ngũ cán bộ quản lý còn thiếu và yếu về chuyên môn; (iii) công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát chưa phát huy hiệu

quả; (iv) môi trường pháp luật chưa hoàn thiện, chậm sửa đổi; (v) quy định về quản lý ĐTXD chưa phù hợp với thực tiễn [24].

- Tiếp cận theo hướng hiệu quả ĐTXD, Trần Thị Quỳnh Như (2012) đã đưa ra 10 giả thuyết nghiên cứu thông qua 10 mô hình đánh giá hiệu quả KT-XH khi ĐTXD công trình GTĐB [28]. Tác giả sử dụng phương pháp kinh tế lượng để đánh giá hiệu quả đầu tư công trình GTĐB về mặt KT-XH trên địa bàn khu vực duyên hải Nam Trung Bộ theo các nội dung: (i) Xây dựng các điều kiện thuận lợi cho việc nâng cao hiệu quả KT-XH của ĐTXD GTĐB; (ii) Tổ chức quản lý ĐTXD GTĐB; (iii) Tổ chức quản lý quá trình khai thác GTĐB; (iv) Đổi mới cơ chế tài chính; (v) Tổ chức thực hiện đầu tư. Kết quả nghiên cứu của tác giả có thể sử dụng để kế thừa trong việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng.

1.2.3. Tổng hợp các kết quả công trình nghiên cứu khoa học

- Các công trình nghiên cứu đã cung cấp cho luận án cơ sở lý luận khá toàn diện, sâu sắc về vấn đề quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP: quản lý rủi ro, hiệu quả dự án (VfM), điều kiện để quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP và những phân tích sơ bộ về yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của quản lý ĐTXD.

- Các công trình nghiên cứu về quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP khá đa dạng, phong phú, cung cấp các góc nhìn đa chiều về chủ đề nghiên cứu của luận án. Tuy nhiên, hiện nay chưa có công trình nghiên cứu nào đối với nội dung QLNN về ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP. Một số luận án tiến sĩ chủ yếu tiếp cận đơn lẻ theo vấn đề QLNN, quản lý ĐTXD, ứng dụng phương thức PPP có đối tượng khác nhau (công trình giao thông, huy động nguồn vốn, hình thức hợp đồng, ...), đồng thời hướng tiếp cận nghiên cứu là từ góc độ khoa học luật, kinh tế, tài chính, quản lý hành chính công là chủ yếu. Do đó, nếu tiếp cận từ góc độ quản lý đô thị và công trình, tiếp cận hướng nghiên cứu QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP thì hiện nay chưa có công trình nghiên cứu khoa học nào đã nghiên cứu và có nội dung trùng lặp.

- Các đề tài, luận văn đã nghiên cứu là nguồn thông tin quý báu cho luận án, góp phần xây dựng vững chắc hơn cho cơ sở khoa học mà luận án đang nghiên cứu và không trùng lặp với nội dung mà tác giả đang nghiên cứu.

1.3. Khoảng trống nghiên cứu và hướng nghiên cứu của luận án

1.3.1. Khoảng trống nghiên cứu

Các công trình NCKH công bố trong và ngoài nước đã cung cấp nền tảng kiến thức và gợi mở nhiều vấn đề nghiên cứu tiếp theo. Tổng quan các tài liệu nghiên cứu cho thấy còn một số khoảng trống về lý luận liên quan đến QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP chưa được giải quyết, đặc biệt là gắn với điều kiện kinh tế xã hội đặc thù của thành phố Hà Nội.

- Về nội dung nghiên cứu: đã có một số công trình NCKH liên quan đến quản lý ĐTXDCT (đối tượng nghiên cứu chủ yếu về công trình giao thông), tuy nhiên chưa có nghiên cứu về công trình y tế với những đặc điểm riêng về an sinh xã hội, sức khỏe của người dân và những yếu tố đặc thù ảnh hưởng đến việc quản lý ĐTXD khác với các loại hình công trình khác. Chưa có công trình NCKH phân tích một cách toàn diện ba nội dung này (quản lý ĐTXD, công trình y tế và PPP) và phần lớn các nghiên cứu tiếp cận dưới góc độ định tính.

- Về đặc điểm của địa bàn nghiên cứu: thành phố Hà Nội là thủ đô, có những đặc điểm khác với các địa phương khác trong cả nước về nhu cầu đầu tư xây dựng công trình y tế, nhu cầu dịch vụ y tế và có lợi thế bởi Luật Thủ đô với khung pháp lý đặc thù. Tuy nhiên, Luật Thủ đô mới chỉ đặt ra những quy định chung mà chưa có những quy định cụ thể để phát huy tối đa tiềm năng, lợi thế của thủ đô để chủ động tạo ra một hành lang pháp lý đầy đủ nhằm thu hút nguồn lực đầu tư, quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP. Việc nghiên cứu cơ sở lý luận, thực tiễn để bổ sung, sửa đổi Luật Thủ đô cần được thực hiện logic, chặt chẽ và phù hợp với đặc thù của thành phố Hà Nội.

1.3.2. Hướng nghiên cứu của luận án

Trên cơ sở tổng quan tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP và khoảng trống nghiên cứu, luận án sẽ tập trung nghiên cứu các nội dung sau:

- Hệ thống hóa, bổ sung một số vấn đề lý luận liên quan đến QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

- Phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới công tác QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

- Đề xuất và kiểm nghiệm hình thức ĐTXDCT y tế (hình thức hợp đồng dự án PPP) trên địa bàn thành phố Hà Nội theo phương thức PPP.

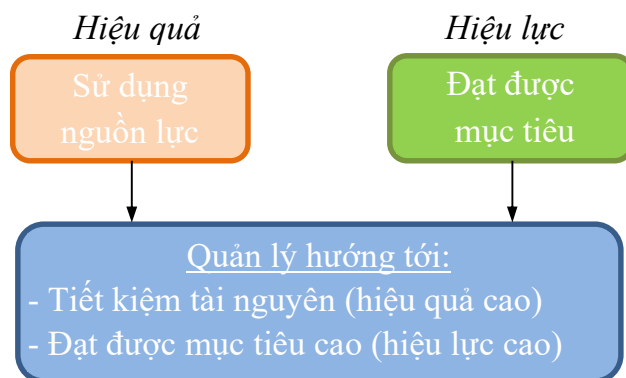
- Đề xuất một số giải pháp quản lý đồng bộ, khả thi và nâng cao hiệu quả ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phù hợp với từng giai đoạn phát triển của thành phố Hà Nội.

CHƯƠNG 2: CƠ SỞ KHOA HỌC, PHÁP LÝ VÀ THỰC TIỄN QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

2.1. Lý luận chung quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

2.1.1. Quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng

Quản lý là sự tác động của chủ thể quản lý tới đối tượng quản lý thông qua các công cụ quản lý nhằm đạt mục tiêu đề ra [21]. Hoạt động này phổ biến trong tất cả các lĩnh vực, các cấp độ khác nhau, từ quản lý trong một gia đình, đến quản lý một doanh nghiệp, một ngành kinh tế, một địa phương, một vùng lãnh thổ... Mục đích của quản lý là điều khiển đối tượng quản lý hướng đến trạng thái mong muốn của chủ thể quản lý. Trong cuốn sách chuyên khảo về Kiến thức Quản lý (Management) của Stephen P. Robbins và Mary Coulter (2012) đã trình bày những nội hàm công tác quản lý nói chung, có sự phân tích cụ thể về mục tiêu của hoạt động quản lý [102]. Để quản lý tốt thì phải xem xét, đánh giá hoạt động quản lý theo 2 tiêu chí là hiệu quả (sử dụng nguồn lực ít nhất) và hiệu lực (đạt được mục tiêu quản lý). Hiệu quả cao và hiệu lực cao thường đi đôi với nhau, gắn liền trong hoạt động quản lý.



Hình 2.1: Nội hàm của công tác quản lý [102]

Quản lý nhà nước (QLNN) là một dạng của quản lý xã hội đặc biệt, mang tính quyền lực Nhà nước và sử dụng pháp luật, chính sách để điều chỉnh hành vi cá nhân, tổ chức trên tất cả các mặt của đời sống xã hội do các cơ quan trong bộ máy Nhà nước thực hiện, nhằm phục vụ nhân dân, duy trì ổn định và phát triển xã hội [3]. Theo nghĩa

rộng, 3 chức năng cơ bản của QLNN, đó là: (i) chức năng lập pháp do cơ quan lập pháp thực hiện; (ii) chức năng hành pháp (chấp hành và điều hành) do hệ thống hành chính Nhà nước đảm nhiệm; (iii) chức năng tư pháp do cơ quan tư pháp thực hiện. Tuy vậy, nếu hiểu theo nghĩa hẹp, QLNN là hoạt động hành chính của cơ quan thực thi quyền lực Nhà nước (quyền hành pháp) để quản lý, điều hành các lĩnh vực của đời sống xã hội theo quy định của pháp luật [19]. Nếu tiếp cận khái niệm QLNN dưới góc độ này, QLNN bao gồm có 2 chức năng cơ bản: (i) Lập pháp, được thực hiện bằng việc ban hành các văn bản quy phạm pháp luật để quản lý các cá nhân, tổ chức hoạt động theo một khuôn khổ nhất định; (ii) Tổ chức, điều hành, kiểm tra, giám sát các hoạt động áp dụng luật pháp vào đời sống xã hội. Từ cách tiếp cận như trên và giới hạn phạm vi về quản lý, có thể tổng quát khái niệm QLNN về ĐTXD như sau: *“Quản lý nhà nước về hoạt động ĐTXD là sự tác động của bộ máy Nhà nước vào quá trình ĐTXD nhằm đảm bảo hiệu quả sử dụng các nguồn lực và đạt được các mục tiêu KT-XH đã đặt ra”*.

Nội dung QLNN về hoạt động ĐTXD bao gồm 16 nội dung cụ thể, được quy định tại Điều 160 Luật Xây dựng 2014 (sửa đổi bổ sung năm 2020). Một số nội dung chính là: xây dựng và chỉ đạo thực hiện các chiến lược, đề án, quy hoạch, kế hoạch phát triển thị trường xây dựng và năng lực ngành xây dựng; ban hành và tổ chức thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật về xây dựng; xây dựng và ban hành tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật về xây dựng; tổ chức, quản lý thống nhất quy hoạch xây dựng, hoạt động quản lý dự án, thẩm định dự án, thiết kế xây dựng; quản lý chi phí đầu tư xây dựng và hợp đồng xây dựng; quản lý an toàn, vệ sinh lao động, bảo vệ môi trường trong thi công xây dựng công trình; kiểm tra, thanh tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo và xử lý vi phạm trong hoạt động đầu tư xây dựng; hợp tác quốc tế trong lĩnh vực hoạt động đầu tư xây dựng, ... [33]. Như vậy, đối với ngành y tế, nhiệm vụ QLNN về ĐTXDCT y tế được tổng hợp bao gồm:

(i) Quy hoạch và lập kế hoạch: cơ quan QLNN lập quy hoạch và kế hoạch xây dựng các công trình y tế, xác định vị trí, quy mô và tiêu chuẩn xây dựng.

(ii) Kiểm soát chất lượng: cơ quan QLNN quản lý các công trình y tế để đảm

bảo được xây dựng và hoạt động tuân thủ các quy định về an toàn và chất lượng, thông qua việc kiểm tra, đánh giá và giám sát quá trình xây dựng, cung cấp tài liệu hướng dẫn và yêu cầu về chất lượng và áp dụng các biện pháp kiểm soát cần thiết.

(iii) Quản lý tài chính: cơ quan QLNN xây dựng kế hoạch tài chính khả thi và hiệu quả để đảm bảo nguồn lực cho việc xây dựng, bảo dưỡng và vận hành các công trình y tế. QLNN thường tham gia vào việc xác định và cung cấp nguồn tài chính, giám sát và kiểm soát việc sử dụng nguồn tài chính.

(iv) Đảm bảo quyền hạn và trách nhiệm: cơ quan QLNN thiết lập và thực thi quyền hạn đảm bảo mối quan hệ hài hòa trách nhiệm của các bên liên quan đến xây dựng công trình y tế, bao gồm chính phủ, các đơn vị quản lý và các nhà thầu.

(v) Đánh giá và nâng cao hiệu quả hoạt động: cơ quan QLNN tiến hành đánh giá, rút kinh nghiệm để nâng cao hiệu quả hoạt động quản lý đối với của các công trình y tế thông qua việc thu thập và phân tích dữ liệu, tiến hành các cuộc kiểm tra và kiểm toán và đề xuất các biện pháp cải tiến và khắc phục nhược điểm.

QLNN về ĐTXDCT y tế đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo các công trình y tế được xây dựng và hoạt động một cách đúng quy định, an toàn và đáp ứng nhu cầu sức khỏe của cộng đồng.

2.1.2. Phương thức đối tác công tư

2.1.2.1. Khái niệm chung

Hiện nay trên thế giới có nhiều nhà nghiên cứu, nhà khoa học tìm hiểu và đưa ra các định nghĩa khác nhau về khái niệm “đối tác công tư”. Tuy nhiên, trong thực tế rất khó để xây dựng một định nghĩa chính xác, chuẩn mực về PPP do cách tiếp cận và quan điểm khác nhau trong từng lĩnh vực cụ thể [71]. Do vậy, luận án tiếp cận theo hướng tổng hợp và phân tích một số khái niệm chung nhất về PPP trong lĩnh vực quản lý ĐTXDCT y tế nhằm làm sáng tỏ luận điểm nghiên cứu.

Trên quan điểm nghiên cứu của Stephen H. Linder (1999), phương thức PPP có 6 cách tiếp cận khác nhau tùy theo đặc điểm của lĩnh vực nghiên cứu, đó là: (i) cải cách quản trị; (ii) quan điểm đổi mới hành chính; (iii) thay đổi quan điểm suy nghĩ truyền thống của các nhà quản trị công; (iv) sự chia sẻ rủi ro; (v) tái cấu trúc dịch vụ

công; và (vi) chia sẻ quyền lực giữa Nhà nước và tư nhân [100]. Theo Klijin và Teisman (2003) cũng nghiên cứu những đặc điểm chung của phương thức PPP và nhấn mạnh đến nội dung “giá trị tăng thêm”. PPP được định nghĩa như là một sự kết hợp lâu dài giữa đối tác Nhà nước và đối tác tư nhân trong đó các đối tác cung cấp những dịch vụ và sản phẩm chung, cùng chia sẻ rủi ro, chi phí và lợi ích cho các bên tham gia dựa trên ý tưởng của giá trị tăng thêm chung [83].

Viện kiểm định toàn cầu (APMG) định nghĩa phương thức PPP thể hiện qua hợp đồng để cung cấp các tài sản và dịch vụ công cho xã hội. Các hợp đồng dự án PPP nhằm ĐTXD và quản lý hệ thống hạ tầng kỹ thuật mới, cải tạo và nâng cấp cho hệ thống hạ tầng kỹ thuật hiện có (gọi là PPP hạ tầng kỹ thuật) hoặc chỉ cung cấp hoặc vận hành các dịch vụ công (được gọi là PPP dịch vụ công cộng). Phương thức PPP có thể áp dụng phổ biến trong các dự án hạ tầng kinh tế xã hội nhưng thường được sử dụng trong việc xây dựng và vận hành các bệnh viện, trường học, nhà tù, đường giao thông, cầu và hầm, mạng lưới đường sắt đô thị, hệ thống kiểm soát ô nhiễm không khí, các nhà máy nước sạch và xử lý nước thải [63].

Theo Bộ Tài chính của Vương quốc Anh định nghĩa “quan hệ đối tác công tư” là một thỏa thuận mà đặt đối tác Nhà nước và Tư nhân trong một mối quan hệ hợp tác lâu dài cùng có lợi [59]. Trong khi đó, Chính quyền Bang British Columbia, Canada quan niệm phương thức PPP là những thỏa thuận giữa Chính phủ và các tổ chức tư nhân nhằm mục đích cung cấp cơ sở hạ tầng, các tiện nghi cho cộng đồng dân cư và các dịch vụ công. Đặc điểm của thỏa thuận này là sự chia sẻ nguồn tài chính, rủi ro, trách nhiệm và lợi ích giữa các bên tham gia. Phương thức PPP được áp dụng theo nhiều hình thức khác nhau, nhưng có các nội dung chính liên quan đến tài chính, thiết kế, xây dựng, vận hành và bảo trì cơ sở hạ tầng và dịch vụ công [65]. Tuy nhiên, bất kể các định nghĩa được đề cập như thế nào thì bản chất của phương thức PPP là sử dụng thế mạnh của mỗi bên nhằm cung cấp các dịch vụ công với chất lượng tốt hơn và được đảm bảo bởi các nguyên tắc rõ ràng, những cam kết trong hợp đồng. Phương thức PPP phải đảm bảo sự cân bằng giữa lợi nhuận và giá trị đồng tiền trong việc cung cấp, sử dụng dịch vụ công do các bên đối tác thực hiện [78].

Bên cạnh đó, Ngân hàng phát triển châu Á ban hành sổ tay hướng dẫn về PPP năm 2012, định nghĩa “mối quan hệ đối tác Nhà nước - tư nhân” là một loạt các mối quan hệ có thể có giữa các tổ chức Nhà nước và tổ chức tư nhân liên quan đến lĩnh vực cơ sở hạ tầng và các lĩnh vực khác. Mối quan hệ đối tác Nhà nước và tư nhân phải được phân định một cách hợp lý và chặt chẽ các nhiệm vụ, nghĩa vụ và rủi ro mà mỗi đối tác phải gánh vác [64]. Đối tác Nhà nước có thể là các tổ chức chính phủ, bao gồm bộ, ngành, chính quyền địa phương, các doanh nghiệp Nhà nước hoặc tổ chức đại diện cho cơ quan Nhà nước thực hiện dự án PPP. Trong khi đó, đối tác tư nhân có thể là đối tác trong hoặc ngoài nước, có thể là doanh nghiệp, cá nhân có chuyên môn, tài chính hoặc kỹ thuật liên quan đến dự án. Một trong những yếu tố then chốt của phương thức PPP là tính hiệu quả của dự án, hiệu quả kinh tế xã hội phải cao hơn so với phương thức thực hiện truyền thống [64].

Khái niệm “đối tác” thường được hiểu là mối quan hệ giữa hai bên nhằm đạt được một mục tiêu chung nào đó. Tuy nhiên, hợp tác giữa lĩnh vực Nhà nước và Tư nhân phải được hiểu một cách rõ ràng để tránh những mâu thuẫn về lợi ích của mỗi bên. Thông thường, luôn có sự xung đột giữa giá trị lợi ích tối đa từ phía đối tác Tư nhân và mức độ chấp nhận được theo giá trị đồng tiền từ phía Nhà nước [66]. Theo nghiên cứu của Herbert.R và các cộng sự (2010) phương thức PPP là một thuật ngữ chung để chỉ các phương thức hợp tác giữa Nhà nước và Tư nhân, thường được thể hiện thông qua hợp đồng cam kết trong đó đối tác tư nhân thực hiện một phần hoặc toàn bộ dịch vụ công theo cách chấp nhận các rủi ro trong việc hoàn vốn đầu tư [74]. Tiếp cận theo hướng quản lý dự án xây dựng, Lê Anh Dũng (2014) định nghĩa phương thức PPP là mô hình Nhà nước và tư nhân cùng tham gia các dự án ĐTXDCT hoặc cung cấp các dịch vụ công cộng. Mô hình này có nhiều phương thức khác nhau và mỗi phương thức lại được đặc trưng bởi một dạng hợp đồng khác nhau. Trong đó các bên được coi là đối tác, có vai trò bình đẳng, cùng đóng góp những ưu điểm/thế mạnh của mình nhằm thực hiện mục tiêu của mình với hiệu quả cao nhất [18].

Tiếp cận theo hướng đầu tư dự án, Luật đầu tư theo phương thức đối tác công tư đã quy định “Đầu tư theo phương thức đối tác công tư là phương thức đầu tư được

thực hiện trên cơ sở hợp tác có thời hạn giữa Nhà nước và nhà đầu tư tư nhân thông qua việc ký kết và thực hiện hợp đồng dự án PPP nhằm thu hút nhà đầu tư tư nhân tham gia dự án PPP” [35]. Từ khái niệm trên cho thấy cách tiếp cận của Cơ quan QLNN là theo khía cạnh thu hút các nhà đầu tư tư nhân tham gia dự án đầu tư, mà chưa phản ánh đúng bản chất đó là mối quan hệ “đối tác”, trong đó bao gồm trách nhiệm, nghĩa vụ, lợi ích của các bên tham gia.

Có thể nhận thấy, mặc dù được định nghĩa theo những dạng khác nhau trong thuật ngữ hoặc cách diễn giải, song về bản chất, PPP là một phương thức hợp tác giữa Nhà nước và Tư nhân, nhằm tích hợp được những điểm mạnh/lợi thế nhất của cả hai khu vực này trong việc thực hiện một công việc nào đó. Phương thức PPP không làm giảm vai trò, trách nhiệm của cơ quan Nhà nước đối với việc cung cấp các dịch vụ công, mà chỉ là phương thức chuyển giao, quản lý những thế mạnh của các bên đối tác trong dự án.

2.1.2.2. Bản chất của phương thức đối tác công tư

Mặc dù khái niệm về phương thức PPP được hiểu theo nghĩa rất rộng và có nhiều cách diễn giải khác nhau, tuy nhiên bản chất của phương thức PPP là hướng đến việc cung cấp công trình công cộng, dịch vụ công cho xã hội với mục đích hài hòa lợi ích của các bên [30].



Hình 2.2: Bản chất của đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư [58]

Bản chất cốt lõi của việc quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP là việc phân định trách nhiệm, quyền lợi và nghĩa vụ của các bên tham gia dự án theo năng lực, ưu điểm của các bên tham gia dự án nhằm đạt được hiệu quả thực hiện cao nhất. Các

đối tác tham gia đều có những lợi thế, ưu điểm hơn so với đối tác còn lại khi thực hiện dự án. Đối tác Nhà nước thường có thế mạnh về chính sách hỗ trợ (miễn giảm thuế, ưu đãi đầu tư,...), những đóng góp bằng tài nguyên (đất đai), tài sản cố định trong dự án, trách nhiệm trong các yếu tố xã hội, môi trường, cộng đồng. Đối tác tư nhân thường có thế mạnh về vốn đầu tư, kinh nghiệm thực hiện dự án, chuyên môn về quản lý, khai thác sử dụng công trình có hiệu quả. Chỉ khi sử dụng và kết hợp tốt nhất ưu điểm, thế mạnh của các bên tham gia dự án PPP thì việc ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP mới đạt hiệu quả và đúng với bản chất của phương thức đầu tư PPP. Trong đó, để quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP đòi hỏi khuôn khổ pháp lý có sự tham gia của khu vực tư nhân nhưng vẫn ghi nhận vai trò của Nhà nước trong việc thực hiện dự án, cung cấp dịch vụ công hoặc hạ tầng kỹ thuật cho xã hội. ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP góp phần đảm bảo các nghĩa vụ xã hội và cải cách của khu vực Nhà nước trong đầu tư công và lợi ích của doanh nghiệp tham gia dự án PPP.

2.1.2.3. Quản lý nhà nước về đầu tư theo phương thức đối tác công tư

QLNN về đầu tư theo phương thức PPP là quá trình Nhà nước sử dụng quyền lực của mình để tác động và điều chỉnh các quan hệ phát sinh trong hoạt động đầu tư theo hình thức PPP nhằm đảm bảo đạt được những mục tiêu đề ra. QLNN về đầu tư theo phương thức PPP bao gồm 6 nội dung [35]:

- (i) Ban hành, tuyên truyền, phổ biến và tổ chức thực hiện văn bản quy phạm pháp luật về đầu tư theo phương thức PPP;
- (ii) Tổng kết, đánh giá, báo cáo tình hình thực hiện hoạt động đầu tư theo phương thức PPP;
- (iii) Kiểm tra, thanh tra, giám sát việc thực hiện quy định của pháp luật về đầu tư theo phương thức PPP;
- (iv) Giải quyết khiếu nại, tố cáo, xử lý vi phạm liên quan đến hoạt động đầu tư theo phương thức PPP; giải quyết kiến nghị trong lựa chọn nhà đầu tư;
- (v) Tổ chức và thực hiện hoạt động xúc tiến đầu tư, hợp tác quốc tế về đầu tư theo phương thức PPP.
- (vi) Hướng dẫn, hỗ trợ, giải quyết vướng mắc về thủ tục theo đề nghị của nhà đầu tư, doanh nghiệp dự án PPP khi thực hiện hoạt động đầu tư theo phương thức PPP.

Trên cơ sở nội dung QLNN về đầu tư theo phương thức PPP đã được quy định tại Luật PPP có thể khái quát thành các hoạt động sau: Xây dựng, ban hành và thực hiện các pháp luật, chính sách, quy hoạch, kế hoạch, tiêu chuẩn, quy trình, quy chế, quy định liên quan đến đầu tư theo phương thức PPP; Lựa chọn, đánh giá, phê duyệt, thẩm định, quyết định đầu tư, ký kết, thực hiện, giám sát, kiểm tra, thanh tra, xử lý vi phạm, chấm dứt hợp đồng dự án PPP; Quản lý, sử dụng, quyết toán, kiểm toán vốn Nhà nước trong các dự án PPP; Quản lý, sử dụng, chuyển giao tài sản chung, tài sản Nhà nước, tài sản dự án PPP; Quản lý chi phí đầu tư xây dựng, chi phí vận hành, bảo dưỡng, bảo trì, thu phí, chia sẻ lợi nhuận, chia sẻ rủi ro, bồi thường, hỗ trợ, đảm bảo tài chính, bảo hiểm, đầu tư lại, mở rộng, nâng cấp, cải tạo, tái cơ cấu dự án PPP.

2.1.3. Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

2.1.3.1. Công trình bệnh viện

Công trình bệnh viện thuộc loại hình công trình công cộng (dân dụng) có tính đặc thù cao, không những đáp ứng yêu cầu chặt chẽ về xây dựng mà còn phải quan tâm đến công nghệ khám chữa bệnh và trang thiết bị y tế. Việc bố trí các không gian phải gắn liền với quy trình khám chữa bệnh, thuận tiện cho việc di chuyển của người sử dụng công trình và lắp đặt các trang thiết bị y tế. Ba yếu tố cấu thành công trình y tế (bệnh viện) là phần xây dựng (phần vỏ/công trình) cùng với hệ thống trang thiết bị và nhân lực y tế đóng vai trò quan trọng trong việc khám chữa bệnh cho con người.



Hình 2.3: Yếu tố cấu thành chức năng chính của công trình bệnh viện

Công trình bệnh viện không những chịu ảnh hưởng lớn của yếu tố môi trường, khí hậu mà yếu tố địa hình, địa chất khu đất cũng tác động không nhỏ đến các giải

pháp quy hoạch, kiến trúc, bố cục hình khối và giải pháp không gian bên trong. Sự phát triển nhanh chóng của KHKT, công nghệ ngành y tế đã sáng tạo ra nhiều máy móc, thiết bị y tế (chẩn, trị) tiên tiến, hiện đại được đổi mới thường xuyên, liên tục hàng năm. Điều này tác động đến các nguyên lý tổ chức kiến trúc, xây dựng công trình bệnh viện. Ví dụ như: kích thước xây dựng phòng mổ phải thay đổi, phù hợp với công nghệ, kỹ thuật y tế cao để can thiệp phẫu thuật. Không gian làm việc phải đủ diện tích tiện nghi và không gây trở ngại cho việc thao tác hoạt động của phẫu thuật viên, các điều kiện môi trường vi khí hậu (nước sạch, vô khuẩn; ánh sáng lạnh, độ rọi lớn; không khí nhiệt độ mát, liên tục luân chuyển;... Hoặc khu phẫu thuật phải là khu vực vô trùng được thiết kế, xây dựng hoàn chỉnh từ dây chuyền công năng, di chuyển, đi lại của bác sĩ và bố cục vị trí thiết bị đến việc chỉ định các vật liệu thiết bị hoàn thiện đạt chuẩn y tế cao (cấp độ Class 100.000-10.000 và 1.000). Để sử dụng các thiết bị y tế bắt buộc công trình bệnh viện phải đáp ứng các điều kiện hạ tầng kỹ thuật tương thích, đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, cho bác sĩ và cho cộng đồng.

2.1.3.2. Đầu tư xây dựng công trình y tế

ĐT XDCT y tế (bệnh viện) có mục đích cuối cùng là công trình xây dựng hoàn thành đảm bảo các mục tiêu đặt ra về thời gian, chi phí, chất lượng, an toàn, vệ sinh và bảo vệ môi trường, ... Sản phẩm của dự án ĐTXD (công trình bệnh viện) mang tính đơn chiếc, độc đáo và không phải là sản phẩm của một quá trình sản xuất liên tục, hàng loạt. ĐTXDCT bệnh viện cũng có các giai đoạn như một công trình xây dựng chung, như là chuẩn bị đầu tư, xây dựng và vận hành khai thác sử dụng.

Quản lý ĐTXDCT y tế có sự tham gia của nhiều chủ thể, đó là cơ quan quản lý nhà nước, chủ đầu tư, đơn vị thiết kế, đơn vị thi công, đơn vị giám sát, ... Các chủ thể này lại có lợi ích khác nhau, quan hệ giữa họ thường mang tính đối tác. Môi trường ĐTXD thường mang tính đa chiều, dễ xảy ra xung đột quyền lợi giữa các chủ thể. Các dự án ĐTXDCT bệnh viện thường bị hạn chế bởi các nguồn lực là tiền vốn, nhân lực, công nghệ, vật tư thiết bị, ... kể cả thời gian.

Hiện nay, lĩnh vực y tế chưa có quy định cụ thể về việc quản lý ĐTXD theo phương thức PPP nhưng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 6226/QĐ-BYT ngày

16/10/2018 về quản lý các dự án ĐTXDCT và thiết bị y tế thuộc thẩm quyền Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt. Các nội dung trong Quyết định 6226/QĐ-BYT về bản chất là hệ thống hóa các văn bản pháp luật có hiệu lực tại thời điểm năm 2018, như là Luật Xây dựng 2014, Luật Đầu tư công 2014, Luật Đấu thầu 2014 và các Nghị định hướng dẫn Luật, như là Nghị định số 63/2014/NĐ-CP ngày 26/6/2014 về việc quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu; Nghị định số 32/2015/NĐ-CP ngày 25/3/2015 về quản lý chi phí ĐTXDCT; Nghị định 37/2015/NĐ-CP ngày 22/4/2015 hướng dẫn về hợp đồng xây dựng; Nghị định số 36/2016/NĐ-CP ngày 15/5/2016 về quản lý trang thiết bị y tế của Chính phủ;... Việc quản lý ĐTXDCT y tế hiện thời đang được giao cho Vụ Trang thiết bị và Công trình y tế theo dõi và quản lý cùng với sự phối hợp của Ban Quản lý dự án công trình y tế.

Trong một dự án ĐTXD, công trình y tế (bệnh viện) về cơ bản được cấu thành từ 2 bộ phận: phần xây dựng công trình và phần trang thiết bị. Nhìn chung phần xây dựng công trình thì tương đồng với các loại hình công trình dân dụng như là văn phòng, nhà ở cao tầng, ... chỉ có phần trang thiết bị là có những đặc điểm riêng của ngành y tế, như là máy chụp X-Quang, siêu âm, thiết bị mổ, ...

2.1.3.3. Đặc điểm quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

Tổng hợp những nghiên cứu về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP cho thấy một số đặc điểm chính như sau:

- Đặc điểm về xã hội: công trình y tế là một trong những loại hình công trình đặc thù của ngành xây dựng do những yếu tố an sinh xã hội, quy trình khám chữa bệnh và yếu tố sức khỏe của người dân như đã phân tích tại mục 2.1.3.1. Mặc dù nội dung quản lý chất lượng xây dựng của công trình y tế có nhiều đặc điểm tương đồng như công trình văn phòng, trụ sở làm việc, ... nhưng mối quan hệ giữa chất lượng xây dựng và yêu cầu khám, chữa bệnh là khác biệt so với các công trình khác.

- Đặc điểm về chia sẻ rủi ro (và lợi ích): được xem là một trong những đặc điểm nổi bật nhất của việc quản lý ĐTXD theo phương thức PPP khi so sánh với các phương thức khác [86]. Đối với công tác quản lý ĐTXDCT y tế (công trình bệnh

viện) thường tiềm ẩn nhiều yếu tố rủi ro, như là rủi ro về kỹ thuật xây dựng, tính liên kết/đồng bộ giữa các công trình, công năng với nhau... Khác với phương thức quản lý ĐTXD truyền thống là do chủ đầu tư (Nhà nước) thực hiện dự án chịu toàn bộ các yếu tố rủi ro, khi quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP thì các bên đối tác (Nhà nước và Tư nhân) cùng xác định, chia sẻ và quản lý rủi ro theo khả năng, trách nhiệm của mỗi bên. Chia sẻ rủi ro trong quản lý ĐTXDCT không phải là chuyển giao toàn bộ những yếu tố bất lợi cho đối tác tư nhân mà được căn cứ theo năng lực, đặc điểm của dự án để kiểm soát và quản lý rủi ro một cách hợp lý, khoa học nhằm giảm thiểu rủi ro và tăng tính hiệu quả của dự án [86];

- Đặc điểm về sự bình đẳng: các bên tham gia có vai trò khác nhau nhưng mối quan hệ giữa các đối tác trong phương thức PPP là bình đẳng và có vị trí ngang bằng nhau [107]. So với phương thức đầu tư truyền thống, thường xuất hiện cơ chế không bình đẳng giữa đối tác Nhà nước và tư nhân (chủ đầu tư và nhà thầu). Tuy nhiên, trong phương thức PPP, mối quan hệ hợp tác là bình đẳng, ngang hàng và hợp tác cùng có lợi. Mọi quy trình và giai đoạn thực hiện quản lý ĐTXDCT đều được minh bạch, công khai để có sự giám sát và đánh giá một cách khách quan nhất. Do vậy, sự bình đẳng giữa là một trong những đặc điểm khác biệt lớn so với các phương thức quản lý ĐTXD khác [107]. Các bên đều cần hợp tác để cùng đạt được mục tiêu phát triển chung, lợi ích lâu dài.

- Đặc điểm về hợp đồng dự án PPP: trên thế giới tồn tại khoảng 15 loại hình hợp đồng dự án PPP khác nhau, tùy thuộc vào đặc điểm của dự án, cách gọi tên và mức độ tham gia của đối tác tư nhân. Trước đây ở Việt Nam, tồn tại những cách hiểu khác nhau về hợp đồng dự án PPP và thường được hiểu theo 3 loại hình hợp đồng chính (BOT, BTO và BT). Tuy nhiên, theo quy định của Luật Đầu tư theo phương thức đối tác công tư, hợp đồng theo phương thức PPP đã được quy định cụ thể theo 7 loại chính, bao gồm (BOT, BTO, BOO, O&M, BTL, BLT và hỗn hợp) [35]. So với các loại hợp đồng theo phương thức đầu tư truyền thống (hợp đồng trọn gói, hợp đồng điều chỉnh giá,...) thì hợp đồng dự án PPP có sự tổng hợp và chặt chẽ hơn rất nhiều. Tính minh bạch của hợp đồng, cam kết thực hiện giữa các bên đối tác được đảm bảo tốt hơn trong quá trình ĐTXD dự án.

- Đặc điểm về đóng góp nguồn lực vào việc thực hiện dự án PPP: dựa trên năng lực của nhà đầu tư tư nhân và đặc điểm của dự án. So với phương thức đầu tư truyền thống, thì đối tác Nhà nước thực hiện toàn bộ các phần việc và “thuê/mua” một số dịch vụ được cung cấp bởi đối tác tư nhân. Trong khi đó ở phương thức PPP, nhà đầu tư tư nhân căn cứ vào năng lực của mình, đặc điểm của dự án để đóng góp nguồn lực (tài chính, kỹ thuật, công nghệ, nhân lực) thực hiện dự án. Đối tác Nhà nước không phải thực hiện toàn bộ các phần việc mà thay vào đó đóng góp nguồn lực (bằng chính sách, thuế, phí, tài sản công ...) và tập trung quản lý, giám sát chất lượng quản lý ĐTXD dự án. Đặc điểm về sự đóng góp nguồn lực là phải dựa trên sự phân bổ trách nhiệm và quyền lợi trong dự án hướng tới mục tiêu hiệu quả dự án tốt nhất [99].

- Đặc điểm về sự đổi mới, linh hoạt trong quản lý ĐTXD thực hiện dự án PPP: Đây được xem là một trong những đặc điểm khác biệt so với phương thức đầu tư truyền thống, gắn liền với đặc điểm của đối tác tư nhân. Trong quá trình thực hiện dự án, ngoài các chỉ tiêu kinh tế - kỹ thuật của dự án phải đảm bảo thực hiện theo đúng cam kết thì nhà đầu tư tư nhân có quyền linh hoạt, đổi mới áp dụng các tiến bộ khoa học, cải tiến công nghệ thi công, công nghệ quản lý ĐTXD, vận hành để tối ưu và nâng cao hiệu quả dự án nhằm tăng đối đa lợi nhuận, tiết kiệm chi phí, tối đa hóa hiệu quả dự án [104].

Một số đặc điểm cơ bản của quản lý ĐTXDCT xây dựng nói chung, công trình y tế nói riêng được biểu hiện trong từng trường hợp dự án cụ thể và tùy thuộc vào phương thức hợp tác giữa Nhà nước và tư nhân. Bên cạnh đó, mặc dù quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP có những ưu điểm nhất định so với phương thức đầu tư truyền thống, tuy nhiên phương thức PPP cũng tồn tại một số nhược điểm và có một số bài học dự án thành công, cũng như thất bại trên thế giới.

Nội hàm QLNN về ĐTXD công trình y tế theo phương thức PPP được tiếp cận, phân tích theo 3 nội dung như trình bày từ mục 2.1.1 đến mục 2.1.3. Nội dung quản lý ĐTXD công trình y tế theo phương thức PPP có nhiều điểm tương đồng, tương tự với các công trình xây dựng khác, tuy nhiên với đặc điểm của công trình y tế như đã phân tích ở mục 2.1.3 cho thấy nội dung QLNN về ĐTXD công trình y tế theo phương thức PPP cũng có những yêu cầu đặc thù riêng, phù hợp với ngành y tế. Do vậy, luận

án đề xuất khái niệm *Quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư là sự tác động của bộ máy Nhà nước vào quá trình đầu tư xây dựng công trình y tế thông qua hợp đồng dự án giữa Nhà nước và nhà đầu tư tư nhân trong việc đầu tư xây dựng công trình y tế hoặc cung cấp dịch vụ y tế nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh trên cơ sở chia sẻ lợi ích, trách nhiệm, chi phí và rủi ro.*

2.2. Cơ sở pháp lý quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

2.2.1. Chính sách chung

Văn bản pháp luật điều chỉnh trực tiếp về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP chịu sự điều chỉnh của nhiều Luật khác nhau như Luật Đầu tư theo phương thức đối tác công tư, Luật Ngân sách Nhà nước (đối với việc sử dụng vốn NSNN tham gia dự án PPP), Luật Doanh nghiệp (hoạt động của doanh nghiệp dự án), Luật Xây dựng (thẩm định, phê duyệt thiết kế, dự toán), Luật Quản lý nợ công (vốn vay ODA sử dụng trong dự án PPP)...; Luận án tập trung nghiên cứu, phân tích một số văn bản có liên quan trực tiếp cụ thể:

- Hiện nay, việc quản lý ĐTXDCT được quy định bởi Luật Xây dựng 2014 (được sửa đổi và bổ sung một số điều vào năm 2018 và 2020) và 12 Nghị định, 29 Thông tư hướng dẫn trực tiếp. Có thể kể đến một số văn bản pháp luật như là:

+ Nghị định số 06/2021/NĐ-CP ngày 26/01/2021 của Chính phủ quy định chi tiết một số nội dung về quản lý chất lượng, thi công xây dựng và bảo trì công trình xây dựng

+ Nghị định số 10/2021/NĐ-CP ngày 09/02/2021 của Chính phủ về quản lý chi phí đầu tư xây dựng [12].

+ Nghị định số 15/2021/NĐ-CP ngày 03/03/2021 của Chính phủ hướng dẫn một số nội dung về quản lý dự án đầu tư xây dựng [13].

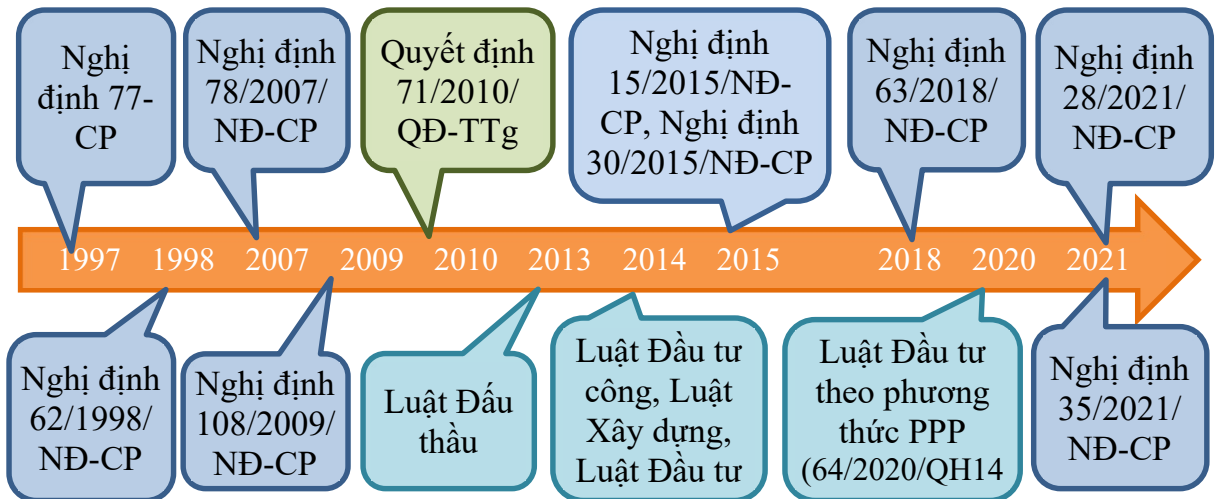
+ Nghị định số 50/2021/NĐ-CP ngày 01/04/2021 của Chính phủ sửa đổi Nghị định 37/2015/NĐ-CP quy định chi tiết về hợp đồng xây dựng [16].

+ Một số nghị định khác.

- Bên cạnh đó, việc quản lý ĐTXDCT còn chịu sự điều tiết của Luật PPP. Theo

báo cáo đánh giá của Chính phủ (2019), một số quy định trong Luật PPP bao gồm chuẩn bị, mua sắm, đấu thầu và quản lý hợp đồng dự án có chất lượng tương đối tốt so với các nước có thu nhập trung bình thấp khác [9].

Hệ thống hóa lịch sử các văn bản pháp lý liên quan trực tiếp đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP có thể được hệ thống hóa như sau:



Hình 2.4: Hệ thống hóa các văn bản pháp lý trực tiếp liên quan đến quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

Sau một thời gian dài áp dụng cơ chế thí điểm đầu tư theo phương thức PPP (năm 2010) và một số nghị định, thông tư hướng dẫn như hình 2.4, chỉ đến khi Luật PPP được ban hành mới đưa ra định nghĩa chính xác về “Đầu tư theo phương thức đối tác công tư là phương thức đầu tư được thực hiện trên cơ sở hợp tác có thời hạn giữa Nhà nước và nhà đầu tư tư nhân thông qua việc ký kết và thực hiện hợp đồng dự án PPP nhằm thu hút nhà đầu tư tư nhân tham gia dự án PPP” [35]. Hiện nay, việc QLĐTXD công trình y tế chịu sự điều tiết lớn của Luật PPP, cụ thể là:

- Trước thời điểm tháng 5/2018, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, và các Bộ: Tài chính, Giao thông vận tải, Thông tin và Truyền thông, Bộ Công thương đã ban hành 08 Thông tư hướng dẫn Nghị định số 15/2015/NĐ-CP và Nghị định số 30/2015/NĐ-CP. Đối với dự án thực hiện theo phương thức hợp đồng BT, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 23/2015/QĐ-TTg ngày 26/6/2015 quy định cơ chế Nhà nước thanh toán bằng quỹ đất cho nhà đầu tư khi thực hiện dự án BT. Đến thời điểm tháng 5/2018, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 63/2018/NĐ-CP ngày 4/5/2018 về đầu

tư theo phương thức đối tác công tư [9]. Tuy nhiên, các Thông tư hướng dẫn của Nghị định số 63/2018/NĐ-CP chưa được các Bộ chuyên ngành, đặc biệt là Bộ Y tế, ban hành để hướng dẫn chi tiết lĩnh vực đặc thù riêng của ngành.

- Đến thời điểm tháng 6/2020, Luật Đầu tư theo phương thức đối tác công tư (Luật PPP) đã được Quốc hội khóa XIV thông qua tại kỳ họp thứ 9 (tháng 6/2020) và có hiệu lực từ ngày 01/01/2021 [35]. Đây là lần đầu tiên khung pháp lý về đầu tư PPP được thiết kế ở cấp cao nhất - cấp Luật, tạo cơ sở pháp lý cao, vững chắc cho việc thực thi các dự án PPP trong thời gian tới. Trên cơ sở kế thừa các quy định hiện hành, tổng kết từ thực tiễn, đồng thời bổ sung một số nội dung mới theo thông lệ quốc tế, Luật PPP có 05 điểm mới nổi bật so với các quy định pháp lý trước đó, cụ thể là [35]:

(1) Giới hạn lĩnh vực đầu tư (khoản 1 Điều 4 - 5 lĩnh vực), quy định tổng mức đầu tư tối thiểu (khoản 2 Điều 4) để đầu tư theo PPP nhằm tập trung nguồn lực cho những lĩnh vực thiết yếu, có tính lan tỏa;

(2) Lần đầu tích hợp khâu lựa chọn nhà đầu tư (Chương III) thống nhất, xây chuỗi một quy trình thực hiện dự án PPP tổng thể tại một văn bản quy phạm pháp luật, tạo thuận lợi trong thực thi;

(3) Xác định rõ thẩm quyền quyết định chủ trương đối với từng loại dự án (khoản 3 Điều 4); từ đó thiết kế Hội đồng thẩm định rõ ràng, gán vai trò, trách nhiệm của các thành viên trong Hội đồng thẩm định với nội dung thẩm định trong phạm vi theo từng chuyên môn ngành, lĩnh vực (Điều 6);

(4) Tuyên bố rõ cam kết từ phía Nhà nước đối với khu vực tư nhân thông qua các cơ chế ưu đãi, bảo đảm đầu tư như bảo đảm cân đối ngoại tệ (Điều 81), cơ chế chia sẻ phần tăng giảm, doanh thu (Điều 82). Trong đó, Luật quy định cơ chế chia sẻ với tỷ lệ công bằng 50%-50% cho hai bên và trên cơ sở kiểm soát định kì doanh thu hàng năm;

(5) Thể chế chủ trương dừng thực hiện các dự án BT trong giai đoạn tới (khoản 5 Điều 101). Theo đó, nội dung chuyên tiếp cho các dự án đã và đang triển khai được quy định cụ thể tại Luật. Đặc biệt, kể từ ngày 15/8/2020, các dự án BT chưa được phê duyệt chủ trương đầu tư phải dừng thực hiện.

Quản lý ĐTXD dự án theo phương thức PPP được quy định cụ thể tại Luật PPP theo nguyên tắc sau [35]:

1. Phù hợp với chiến lược, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của quốc gia và quy hoạch có liên quan theo quy định của pháp luật về quy hoạch.
2. Bảo đảm quản lý, sử dụng hiệu quả các nguồn lực của Nhà nước trong dự án PPP.
3. Việc thực hiện hoạt động kiểm tra, thanh tra, kiểm toán Nhà nước, giám sát dự án PPP phải bảo đảm không làm cản trở hoạt động đầu tư, kinh doanh bình thường của nhà đầu tư, doanh nghiệp dự án PPP.
4. Bảo đảm đầu tư công khai, minh bạch, bình đẳng, bền vững và hiệu quả.
5. Bảo đảm hài hòa lợi ích giữa Nhà nước, nhà đầu tư, người sử dụng và cộng đồng.

Bên cạnh đó, Luật PPP cũng đã quy định khi ĐTXDCT theo phương thức PPP thì phải công khai, minh bạch trong đầu tư các nội dung: Thông tin về quyết định chủ trương đầu tư, quyết định phê duyệt dự án PPP; Thông tin về lựa chọn nhà đầu tư bao gồm: thông báo mời sơ tuyển, thông báo mời thầu, danh sách ngắn, kết quả lựa chọn nhà đầu tư; Thông tin về nhà đầu tư được lựa chọn, doanh nghiệp dự án PPP; Nội dung chính của hợp đồng dự án PPP bao gồm: tổng mức đầu tư; cơ cấu nguồn vốn trong dự án; loại hợp đồng; thời hạn thực hiện dự án; giá, phí sản phẩm, dịch vụ công; hình thức và địa điểm thu giá, phí (nếu có) và các thông tin cần thiết khác; Giá trị quyết toán vốn đầu tư công trong dự án PPP trong trường hợp có sử dụng vốn đầu tư công; Văn bản quy phạm pháp luật về đầu tư theo phương thức PPP; Cơ sở dữ liệu về nhà đầu tư [35];

- Để tiếp tục đẩy mạnh việc thu hút nhà đầu tư PPP, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 28/2021/NĐ-CP ngày 26/3/2021 về Quy định cơ chế quản lý tài chính dự án đầu tư theo phương thức đối tác công tư (gọi tắt là Nghị định 28/2021/NĐ-CP). Nội dung cơ bản của Nghị định tập trung vào hướng dẫn các nội dung tài chính cần thiết trong một dự án PPP; hướng dẫn trình tự quản lý, thủ tục sử dụng vốn Nhà nước (vốn đầu tư và tài sản công) tham gia vào các dự án PPP bao gồm tham gia trực tiếp và cơ chế chia sẻ doanh thu khi rủi ro xảy ra [14]. Nghị định số 28/2021/NĐ-CP có nhiều nội dung mới so với quy định quản lý tài chính dự án PPP ở giai đoạn trước,

tạo thuận lợi cho các nhà đầu tư tư nhân, các cơ quan Nhà nước, như là:

(i) Nguyên tắc xác định dòng tiền trong phương án tài chính dự án PPP là dòng tiền sau thuế. Quy định này đảm bảo phản ánh đầy đủ các chi phí (chi phí thuế) của dự án, đảm bảo tính thống nhất trong lập phương án tài chính dự án PPP;

(ii) Quy định về mức trần lãi suất vốn vay như các quy định tại các văn bản pháp luật trước đây, đảm bảo mức lãi suất vốn vay tiệm cận được mức lãi suất cho vay thực tế trên thị trường tín dụng, phản ánh đúng chi phí đầu tư;

(iii) Căn cứ xác định vốn chủ sở hữu đã được quy định rõ ràng, phù hợp với tính thời điểm của nguồn vốn chủ sở hữu, song đảm bảo tính linh hoạt và minh bạch trong thực hiện;

(iv) Giá trị tài sản công tham gia dự án PPP được xác định thông qua phương thức thẩm định giá, nhằm đảm bảo giá trị tài sản công phù hợp với giá thị trường;

(v) Quy định, cơ quan ký kết hợp đồng là đơn vị chịu trách nhiệm xác nhận khối lượng và giá trị thanh toán trong hồ sơ thanh toán phần vốn Nhà nước hỗ trợ xây dựng công trình, hệ thống hạ tầng, thanh toán cho doanh nghiệp dự án cung cấp sản phẩm, dịch vụ công. Quy định mới này đảm bảo nguyên tắc cơ quan ký kết hợp đồng là cơ quan chịu trách nhiệm toàn diện trước Nhà nước và doanh nghiệp dự án trong triển khai thực hiện hợp đồng.

- Ngày 29/3/2021, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 35/2021/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật Đầu tư theo phương thức đối tác công tư (gọi tắt là Nghị định số 35/2021/NĐ-CP), quy định về lĩnh vực đầu tư, quy mô dự án PPP; Hội đồng thẩm định dự án PPP; các nội dung trong chuẩn bị dự án PPP; lựa chọn nhà đầu tư thực hiện dự án PPP; xác nhận hoàn thành và chuyển giao công trình, hệ thống cơ sở hạ tầng; chấm dứt hợp đồng dự án PPP; xử lý tình huống, xử lý vi phạm trong đầu tư theo phương thức PPP. Nghị định 35/2021/NĐ-CP có một số điểm mới nổi bật như là đã quy định và phân loại chi tiết 6 nhóm lĩnh vực đầu tư với quy mô dự án tương ứng làm cơ sở rõ ràng để xác định các loại dự án thực hiện theo phương thức PPP, trong đó dự án thuộc lĩnh vực y tế gồm: cơ sở khám chữa bệnh; y tế dự phòng; kiểm nghiệm có tổng mức đầu tư từ 100 tỷ đồng trở lên [15];

Như vậy Nghị định số 35/2021/NĐ-CP đã quy định chặt chẽ hơn quy mô vốn đầu tư của dự án PPP trong lĩnh vực y tế do quan điểm muốn tập trung nguồn lực đầu tư cho các dự án quy mô lớn, có khả năng trở thành động lực phát triển các lĩnh vực khác. Trường hợp dự án ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP phải đáp ứng hai tiêu chí, đó là thuộc dự án nhóm B và có quy mô TMĐT từ 100 tỷ đồng trở lên.

Bảng 2.1: Quy mô của dự án đầu tư xây dựng trong lĩnh vực y tế [15,34,35]

Quy định Luật Đầu tư công 2019	Quy định của Luật đối tác công tư và Nghị định số 35/2021/NĐ-CP
Dự án quan trọng quốc gia, dự án nhóm A (TMĐT \geq 800 tỷ đồng), dự án nhóm B (TMĐT từ 45 đến dưới 800 tỷ đồng), dự án nhóm C (dưới 45 tỷ đồng)	Dự án cơ sở khám chữa bệnh; y tế dự phòng; kiểm nghiệm có TMĐT từ 100 tỷ đồng trở lên

Bên cạnh đó, Nghị định 35/2021/NĐ-CP cũng xây dựng một số mẫu lập, thẩm định báo cáo NCTKT, phê duyệt chủ trương đầu tư, phê duyệt dự án; hướng dẫn nội dung về khảo sát sự quan tâm của nhà đầu tư, hướng dẫn lập mẫu hợp đồng mẫu đối với các dự án PPP để cơ quan QLNN cũng như các cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan có cơ sở áp dụng. Nghị định 35/2021/NĐ-CP được ban hành đã tiệm cận dần với thông lệ quốc tế và điều kiện của Việt Nam nhằm tạo môi trường thuận lợi, hấp dẫn để thu hút nhà đầu tư thực sự có năng lực, kinh nghiệm, đặc biệt là nhà đầu tư nước ngoài thực hiện dự án tại Việt Nam, được kỳ vọng sẽ góp phần thúc đẩy mạnh mẽ các hoạt động quản lý đầu tư PPP trong thời gian tới và là khung pháp lý tối ưu để cơ quan QLNN và các tổ chức, cá nhân có liên quan đến hoạt động đầu tư theo phương thức PPP có căn cứ áp dụng và thực hiện.

Trên thực tế, mỗi bên tham gia dự án PPP đều có vai trò, nhiệm vụ riêng trong việc quản lý ĐTXD. Trong đó Nhà nước nghiên cứu, ban hành chính sách pháp luật (thuộc quyền lực của Nhà nước) để đặt ra mục tiêu quản lý ĐTXD, phản ánh kỳ vọng cần đạt của phía Nhà nước. Nhà đầu tư sẽ quản lý ĐTXD dự án theo các quy định của Nhà nước. Chính sách quản lý ĐTXD dự án PPP trong lĩnh vực y tế không có nhiều nét khác biệt so với các công trình thuộc lĩnh vực khác, do đặc thù của công trình y tế (phần xây dựng) có nhiều nét tương đồng với các lĩnh vực giao thông, giáo dục, hạ tầng công nghệ thông tin, ... Đối với Bộ Y tế hoặc các Cơ quan quản lý nhà nước khi

ĐT XDCT y tế theo phương thức PPP đều phải đánh giá tổng thể, toàn bộ dự án (bao gồm cả thiết bị y tế, quản lý vận hành), các phương án có thể thực hiện phải được chuẩn bị và thực hiện nghiêm túc, khoa học, có trách. Nguyên tắc cốt lõi là phải đảm bảo được việc quản lý ĐTXD đem lại hiệu quả hơn các phương án truyền thống khác, cụ thể là đầu tư công.

Hơn nữa, các dự án PPP trong lĩnh vực y tế tại Việt Nam thuộc phạm vi điều chỉnh của các quy định trong ngành y tế và các quy định chung về PPP. Do đó, do chưa khắc phục được những hạn chế về quy định với các dự án PPP y tế, các bên liên quan chưa hiểu rõ về quy trình chuẩn bị và cấu trúc tổ chức, thực hiện một dự án y tế theo phương thức PPP. Bảng 2.2 dưới đây mô tả những thách thức chính với các nhà đầu tư trong quá trình thiết kế và thực hiện dự án PPP y tế.

Bảng 2.2: Một số quy định chính điều chỉnh dự án PPP trong lĩnh vực y tế [27]

STT	Lĩnh vực	Văn bản pháp lý	Thách thức, tồn tại
1	Dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Nghị định số 87/2011/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh (<i>hiện nay là Nghị định số 96/2023/NĐ-CP</i>)	Chưa quy định rõ việc một bệnh viện PPP đặt tại cùng địa điểm với một bệnh viện công có được xem xét mở rộng hay xây dựng bệnh viện công mới hay không
2	Giá dịch vụ	Nghị định 85/2012/NĐ-CP về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính và giá dịch vụ khám chữa bệnh của các cơ sở y tế công lập; Thông tư 37/2018/ TT-BYT về khung giá dịch vụ khám, chữa bệnh không thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (<i>hiện nay là Nghị định 60/2021/NĐ-CP về cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập</i>)	Chưa quy định rõ việc các bệnh viện PPP có thuộc phạm vi điều chỉnh của các cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính áp dụng với các bệnh viện công hay không; và liệu chi phí dịch vụ khám, chữa bệnh tại các bệnh viện PPP có phải áp dụng theo khung giá trên của BHYT hay không

STT	Lĩnh vực	Văn bản pháp lý	Thách thức, tồn tại
3	Nhân lực y tế	Luật cán bộ, công chức 2008 Luật viên chức 2010 (và Luật số 52/2019/QH14 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật cán bộ, công chức số 22/2008/QH12 và Luật Viên chức số 58/2010/QH12)	Chưa quy định rõ về các điều kiện để nhân viên tại một bệnh viện công có thể hợp tác làm việc tại một bệnh viện PPP
4	Trang thiết bị y tế	Nghị định số 36/2016/NĐ-CP và Nghị định số 169/2018/ NĐ-CP về quản lý trang thiết bị y tế; (hiện nay là Nghị định số 98/2021/NĐ-CP)	Chưa quy định rõ về việc các bệnh viện PPP có phải tuân thủ quy trình đấu thầu trang thiết bị y tế như các bệnh viện công lập hay không
5	Thuốc	Luật Dược năm 2016; Nghị định số 54/2017/NĐ-CP quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Dược (được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 88/2023/NĐ -CP)	Chưa quy định rõ về việc các bệnh viện PPP có phải tuân thủ quy trình đấu thầu thuốc như các bệnh viện công lập hay không

Đến nay, Bộ Y tế chưa ban hành văn bản pháp luật (Thông tư, Quyết định) liên quan đến việc hướng dẫn thực hiện dự án PPP theo đặc thù của ngành y tế. Theo tìm hiểu của tác giả, Bộ Y tế đang dự thảo Thông tư hướng dẫn phát triển các dự án PPP trong lĩnh vực y tế từ ngày 10/4/2019, dự kiến sẽ hướng dẫn các nội dung như chuẩn bị nghiên cứu tiền khả thi và nghiên cứu khả thi, cũng như việc áp dụng PPP trong các phân ngành y tế cụ thể (ví dụ dược phẩm, trang thiết bị y tế.) Tuy nhiên, dự thảo Thông tư chưa được chính thức ban hành và Thông tư không đề cập đến các vấn đề khác có liên quan đến đầu tư PPP trong lĩnh vực y tế như đã phân tích ở trên.

2.2.2. Chính sách của thành phố Hà Nội

Bên cạnh các chính sách chung, Luật Thủ đô cũng là công cụ pháp lý quan trọng để tạo nên những bước đột phá trong quản lý ĐTXD. Điều 21 Luật Thủ đô đã quy định chính quyền thành phố Hà Nội được tự chủ, huy động các nguồn lực nhằm đáp

ứng nhu cầu tài chính để phát triển kinh tế - xã hội [31]. Với những chính sách ưu tiên đầu tư về nguồn lực, cũng như thẩm quyền được ban hành các cơ chế chính sách đặc thù, chính quyền thành phố Hà Nội có đủ những điều kiện cơ bản để tạo ra một hành lang pháp lý đầy đủ nhằm thu hút nguồn lực đầu tư từ khu vực kinh tế tư nhân, phát huy tối đa tiềm năng, lợi thế và khả năng chủ động của Thủ đô.

Luật Thủ đô 2012 có tác động quan trọng đến hoạt động ĐTXD trên địa bàn thành phố Hà Nội thông qua việc tạo điều kiện thuận lợi cho việc xây dựng và phát triển Thủ đô, giúp Thủ đô có điều kiện vượt trội đối với các nhóm chính sách như phát triển đô thị, phát triển cơ sở hạ tầng kỹ thuật, giao thông của Thủ đô. Kể từ khi có hiệu lực, các cơ quan QLNN đã ban hành 34 văn bản để quy định chi tiết 21/21 nội dung Luật Thủ đô qua đó, tạo lập đồng bộ các công cụ pháp lý trong xây dựng. Việc thực hiện các chính sách đặc thù theo quy định của Luật bước đầu đã giúp cho Thủ đô trong việc xây dựng, quản lý quy hoạch, phát triển đô thị.

Tuy nhiên, qua hơn 9 năm thi hành Luật Thủ đô vẫn còn tồn tại một số bất cập do một số quy định của Luật Thủ đô chủ yếu mang tính nguyên tắc, định hướng chung, thiếu quy định về các cơ chế đặc thù cụ thể để thực hiện việc quản lý ĐTXDCT. Mặt khác, sau khi Luật Thủ đô có hiệu lực thi hành, đã có nhiều đạo luật chuyên ngành được ban hành để cụ thể hóa Hiến pháp năm 2013 (như là Luật Quy hoạch (năm 2017), Luật Xây dựng (năm 2014, sửa đổi năm 2020), Luật NSNN (năm 2015), Luật PPP (năm 2020),...) đã thay đổi một số nội dung về cơ chế quản lý ĐTXD. Bên cạnh đó, Luật Thủ đô giao thẩm quyền ban hành các văn bản quy định chi tiết cho thành phố Hà Nội (nghị quyết của Hội đồng nhân dân, quyết định của Ủy ban nhân dân, về thứ bậc hiệu lực pháp lý thấp hơn các văn bản quy phạm pháp luật do Trung ương ban hành, nên khi các Luật, Nghị định, Thông tư được ban hành có quy định khác, nhiều nội dung đặc thù được giao cho Thủ đô Hà Nội quy định chi tiết đã không thể thực hiện được.

Hiện nay, dự thảo Luật Thủ đô (sửa đổi) đang dự kiến tăng thẩm quyền cho Thành phố trong lĩnh vực đầu tư (Điều 43), trao quyền thu hút nguồn lực đầu tư phát triển Thủ đô từ Điều 37 đến Điều 45. Các quy định này nhằm tạo nguồn lực cho việc đầu tư, phát triển hạ tầng, đô thị, y tế,... của Thủ đô theo hướng đẩy mạnh phân quyền

trong lĩnh vực đầu tư, đơn giản hóa quy trình thủ tục đầu tư, tăng cường biện pháp ưu đãi, hỗ trợ đầu tư, đa dạng hóa mô hình, phương thức đầu tư mới, qua đó giúp thu hút đầu tư xã hội để hỗ trợ cho nguồn vốn từ NSNN; khai thác hiệu quả nguồn lực đất đai, tài sản công nhằm thực hiện các mục tiêu đầu tư phát triển Thủ đô Hà Nội xanh, thông minh, hiện đại (y tế là một trong những trọng tâm là phát triển của Thủ đô). Đồng thời, dự thảo cũng cụ thể hoá phương thức hợp đồng O&M của Luật PPP với công trình, hạ tầng văn hóa, thể thao, y tế giúp khai thác, vận hành và bảo trì có hiệu quả, đúng công năng của công trình.

2.3. Kinh nghiệm quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư trên thế giới

2.3.1. Canada

Canada được xem là một trong những quốc gia có nhiều kinh nghiệm thành công trong việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Việc quản lý ĐTXD theo phương thức PPP tại Canada được xác định dựa trên nguyên tắc giá trị của đồng tiền, do vậy chỉ những dự án thực sự có hiệu quả kinh tế mới được Chính phủ cho phép ĐTXD theo phương thức PPP. Nhà đầu tư tư nhân được quản lý, vận hành và sửa chữa công trình y tế bệnh viện nhằm thu hồi vốn đầu tư, tuy nhiên Nhà nước vẫn kiểm soát chất lượng các dịch vụ y tế chủ chốt. Theo số liệu thống kê đến tháng 4/2021, Canada đã có 255 dự án PPP được thực hiện với vốn đầu tư là 121.580 tỷ đô la Mỹ (chỉ tính các dự án đã hoàn thành thương thảo đàm phán tài chính hợp đồng) [105].

Bảng 2.3: Số lượng dự án đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư tại Canada [105]

Lĩnh vực	Số lượng dự án	Giá trị (triệu đô la Mỹ)
Cấp thoát nước	18	1.787
Giao thông	66	53.014
Văn hóa, Giải trí	16	1.293
Pháp luật	22	5.424
Công nghệ thông tin	4	773
Y tế	93	26.584

Lĩnh vực	Số lượng dự án	Giá trị (triệu đô la Mỹ)
Dịch vụ công của chính phủ	4	1.008
Năng lượng	10	26.091
Giáo dục	15	3.060
Bất động sản - Nhà ở	7	2.546
Tổng cộng	255	121.580

Từ bảng số liệu thống kê cho thấy, lĩnh vực y tế chiếm hơn 41,3% số lượng dự án PPP (tỷ lệ lớn nhất) và 21,8% giá trị dự án PPP. Phần lớn các dự án bệnh viện được quản lý ĐTXD theo phương thức PPP được thực hiện tại các Bang British Columbia (15 dự án), Ontario (63 dự án), Quebec (9 dự án) [105]. Tổng hợp số liệu tại website quản lý PPP tại Canada cho thấy, các công trình y tế được quản lý ĐTXD theo hình thức hợp đồng DBFM chiếm khoảng hơn 80% số lượng các dự án.

Bảng 2.4: Tổng hợp một số dự án ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP [105]

Dự án	TMDT (\$ Canada)	Hình thức	Khởi công - Hoàn thành	Vị trí
Stanton Territorial Hospital Renewal	\$433m	DBFM	2015-2018	Northwest Territories
Saskatchewan Hospital North Battleford	\$363m	DBFM	2015-2018	North Battleford, Saskatchewan
Oakville Trafalgar Memorial Hospital	\$1.6b	DBFM	2011-2015	Oakville, Ontario
Royal Victoria Regional Health Centre	\$260m	BF	2009-2013	Barrie, Ontario
Sault Area Hospital	\$276m	DBFM	2007-2010	Toronto, Ontario
Royal Ottawa Mental Health Centre	\$130m	DBFM	2004-2007	Ottawa, Ontario
Brampton Civic Hospital	\$510m	DBFM	2003-2007	Brampton, Ontario

Tại Canada, phương thức PPP được hiểu là phương thức đầu tư dự án mà khu vực công đưa ra đầu bài, khu vực tư nhân hợp tác thực hiện thông qua hợp đồng dự án. PPP không phải là tư nhân hóa vì khu vực Nhà nước vẫn kiểm soát và quản lý dự án. Bên cạnh đó, các nhà đầu tư tư nhân có quy mô lớn hay nhỏ (theo thế mạnh, khả năng và hiệu quả của từng công việc) đều có thể tham gia dự án.

Hệ thống pháp luật tại Canada đảm bảo việc thực hiện dự án theo phương thức PPP sẽ có thông tin minh bạch, công khai, tạo môi trường cạnh tranh lành mạnh cho các nhà đầu tư nhằm xây dựng được hợp đồng và dự án tốt. Hơn nữa việc thực hiện dự án theo phương thức PPP phải đảm bảo hiệu quả kinh tế tốt hơn theo phương thức truyền thống và có thể tạo tối đa hóa lợi nhuận cho các bên tham gia thông qua đấu thầu cạnh tranh. Rủi ro sẽ do các bên chia sẻ và việc giám sát, thẩm tra của Nhà nước với các nhà thầu sẽ đơn giản hơn do các Nhà thầu cùng chịu rủi ro nên phải có trách nhiệm giám sát lẫn nhau [65].

2.3.1.1. Các phương thức quản lý đầu tư xây dựng

Pháp luật Canada quy định quản lý ĐTXD theo phương thức PPP có nhiều dạng hợp đồng hợp tác giữa Nhà nước và Tư nhân. Do vậy, điều quan trọng khi quản lý ĐTXDCT tại Canada là phải hiểu rõ phương thức và cấu trúc pháp lý của hợp đồng khi áp dụng vào các dự án, bởi vì vai trò và trách nhiệm của các bên tham gia là khác nhau tùy thuộc vào hình thức hợp đồng. Theo kết quả nghiên cứu của Hiệp hội các công ty tư vấn xây dựng Canada cho thấy có 5 hình thức quản lý ĐTXD theo phương thức PPP như sau [65]:

+ Hình thức DBFMO: Chủ đầu tư ký hợp đồng thực hiện dự án với nhà thầu (hay còn gọi là liên danh, tổ chức được nhượng quyền hoặc công ty dự án), trong đó quy định việc cung cấp các dịch vụ thiết kế, xây dựng, cung cấp tài chính và quản lý vận hành trong suốt thời gian thực hiện của dự án (trung bình thường từ 25-35 năm hoặc lâu hơn). Khi kết thúc hợp đồng dự án, chủ đầu tư có quyền sở hữu đối với các tài sản thuộc dự án, trách nhiệm trong việc quản lý và vận hành tiếp sau đó. Phương thức DBFMO liên quan đến việc quản lý và vận hành dự án sau khi kết thúc giai đoạn xây dựng, do vậy tiêu chí hiệu suất/hiệu quả của việc quản lý vận hành sẽ được xem xét ngay từ giai đoạn thiết kế, xây dựng.

+ Hình thức DBFOMOT: Nhà nước cho phép nhà ĐTXD và quản lý công trình hạ tầng kỹ thuật, như là công trình cấp thoát nước, xử lý nước thải, ... Khi kết thúc giai đoạn xây dựng, Nhà đầu tư được toàn quyền sở hữu, quản lý và vận hành công trình trong suốt thời gian cam kết với Nhà nước. Phương thức này áp dụng khi Nhà

nước yêu cầu nhà đầu tư cung cấp dịch vụ kỹ thuật, hoặc xử lý một vấn đề xã hội nào đó, ví dụ như là đảm bảo nhu cầu cấp nước sạch cho 1 khu vực trong thành phố, xử lý nước thải cho khu dân cư,... theo các tiêu chuẩn quản lý của Nhà nước. Đến thời điểm kết thúc hợp đồng dự án thì Nhà đầu tư phải chuyển giao công trình (sản phẩm của dự án PPP) cho cơ quan Nhà nước.

+ Hình thức DBFM: áp dụng phổ biến đối với các công trình y tế, bệnh viện tại Canada. Điểm khác biệt so với phương thức DBFMO là đối tác Nhà nước sẽ tiếp nhận công trình sau giai đoạn xây dựng và vận hành, khai thác sử dụng. Nhà đầu tư tư nhân chịu trách nhiệm quản lý, bảo dưỡng công trình theo thời hạn hợp đồng ký kết. Phần lớn các dự án có quy mô lớn ở Canada đều được áp dụng có yếu tố “bảo hành” nhằm tăng cường quản lý chất lượng xây dựng, tạo áp lực cho nhà đầu tư tư nhân phải tối ưu hóa thiết kế, xây dựng nhằm giảm thiểu chi phí duy tu, bảo dưỡng sau giai đoạn xây dựng.

+ Hình thức DBF: thường không được áp dụng phổ biến tại Canada do đối tác Nhà nước không chia sẻ được rủi ro liên quan đến quản lý, vận hành và bảo dưỡng công trình. Về bản chất thì đây như là một “khoản vay” của Nhà nước đối với tư nhân, khi chủ sở hữu công trình/sản phẩm dự án sẽ thanh toán chi phí cho nhà đầu tư trong thời gian tùy thuộc vào cam kết trong hợp đồng dự án PPP.

+ Hình thức BF và BFM: áp dụng đối với các lĩnh vực hạ tầng và tiện ích đô thị khi mà Cơ quan QLNN muốn kiểm soát quá trình thiết kế, vận hành của công trình, dịch vụ công (như là công trình bệnh viện). Cơ quan QLNN “đưa ra đầu bài” để đối tác tư nhân xây dựng và cung cấp tài chính để hoàn thành dự án. Phương thức này được áp dụng nhằm sử dụng kỹ năng quản lý ĐTXD của đối tác tư nhân để dự án không vượt chi phí so với yêu cầu đặt ra. Nhà nước chuyển giao rủi ro về tài chính cho đối tác tư nhân. Trong một số trường hợp, nhà đầu tư tư nhân được tham gia quản lý, vận hành công trình để thu hồi một phần chi phí lợi ích.

Ở Canada, phương thức DBFM được áp dụng khá phổ biến, đặc biệt là trong lĩnh vực y tế. Theo thống kê phần lớn các dự án ĐTXD bệnh viện được áp dụng theo phương thức DBFM, như là dự án cải tạo bệnh viện Quận Milton, dự án Trung tâm nghiên cứu bệnh viện đại học Montreal tại tỉnh Quebec (trình bày tại Phụ lục số 4).

2.3.1.2. Chính sách tài chính đầu tư xây dựng theo phương thức PPP

Để thúc đẩy việc quản lý ĐTXD theo phương thức PPP, Chính phủ Canada đã cho phép lập Quỹ đối tác công tư với số vốn ban đầu là 1,2 tỷ USD. Quy định sử dụng nguồn vốn này theo cấu trúc tài chính của dự án là tỷ lệ 1:3 (Nhà nước góp vốn tối đa không quá 30% giá trị dự án), Chính phủ kỳ vọng sẽ thu hút được nguồn thiếu hụt vốn đầu tư 5 tỷ USD từ đối tác tư nhân [65].

Theo quy định, đối với các dự án có quy mô nhỏ hơn 25 triệu USD thì Ủy ban PPP Liên bang sẽ đánh giá dự án và đệ trình lên Bộ trưởng Bộ Tài chính phê duyệt dự án; với các dự án có quy mô từ 25-100 triệu USD thì Ủy ban PPP Liên bang sẽ đánh giá dự án và đệ trình lên Bộ trưởng Bộ Tài chính, Bộ trưởng Bộ Y tế để đồng phê duyệt dự án; với các dự án có quy mô lớn hơn 100 triệu USD thì Bộ trưởng Bộ Tài chính, Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ xem xét một số nguyên tắc chính, quyền phê duyệt cuối cùng thuộc về Chủ tịch Kho bạc Nhà nước [65].

2.3.1.3. Quản lý rủi ro đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư

Việc quản lý rủi ro được thực hiện theo phương thức đấu thầu lựa chọn nhà đầu tư và phân tích rủi ro khi thực hiện dự án. Nhà đầu tư được lựa chọn theo phương thức đấu thầu 2 giai đoạn. Ở giai đoạn đầu, Nhà nước thực hiện công tác sơ tuyển và lựa chọn 3 nhà đầu tư có khả năng nhất tham gia đấu thầu ở bước tiếp theo. Sau khi có kết quả đấu thầu thì 2 nhà đầu tư không được chọn sẽ được hoàn trả 60% chi phí tham gia dự thầu và khoản chi phí này được tạm tính trong chi phí thực hiện dự án. Việc phân tích rủi ro được thực hiện trong quá trình lập hồ sơ mời thầu và tham dự đấu thầu. Thông thường các ngân hàng, tổ chức tài chính bảo lãnh dự thầu, tài trợ vốn vay để thực hiện dự án sẽ thẩm định kỹ các nội dung nhằm phát hiện, đánh giá và đo lường các yếu tố rủi ro. Các bên liên quan sẽ cùng phân chia trách nhiệm gánh chịu rủi ro theo nguyên tắc xử lý rủi ro hiệu quả và tốt nhất [104].

2.3.2. Australia (Úc)

Luật pháp tại Úc khuyến khích ĐTXD các dự án theo phương thức PPP là: (1) Đường cao tốc; (2) Đường sắt (tải trọng nhẹ và nặng); (3) Nhà ở; (4) **Y tế**; (5) Nhà tù; (6) Năng lượng; (7) Hạ tầng Olympic; (8) Công trình xử lý rác thải; (9) Nhà máy cấp

nước; và (10) Công trình xử lý nước thải. Hiện nay, Úc là được coi là một trong những nước áp dụng thành công phương thức PPP trong lĩnh vực y tế trên thế giới [66].

Bảng 2.5: Một số dự án quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế tại Úc [99]

TT	Dự án (Năm vận hành)	Đối tác tư nhân	Địa điểm	Thời gian (năm)
1	New sunshine coast university Hospital (2012)	Exemplar Health Partnership	Kawana, Queensland	25
2	New royal adelaide hospital (2016)	SA Health Partnership	Adelaide, South Australia	35
3	North Shore Community hospital (2008)	InfraCare (InfraShore)	New South Wales	28
4	Bendigo hospital (2013)	Exemplar Health Partnership	Bendigo, Victoria	25
5	Royal children's hospital Parkville (2011)	Children's Health Partnership	Melbourne, Victoria	25

Công tác quản lý ĐTXDCT Bệnh viện North Shore Community ở Bang New South Wales, Bệnh viện Bendigo ở Bang Victoria, ... là những ví dụ điển hình của quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP thành công tại Úc (Phụ lục số 4). Từ năm 1986, Chính phủ Úc đã thông qua một Đạo luật nhằm khuyến khích đổi mới mô hình quản lý ĐTXD trong lĩnh vực công, theo đó vai trò của Nhà nước trong việc cung cấp dịch vụ công dần dần được chuyển giao cho khu vực tư nhân. Trên cơ sở đó, các chính sách hướng dẫn Luật được các tiểu bang ban hành nhằm thúc đẩy việc quản lý ĐTXD các công trình HTXH, HTKT áp dụng theo phương thức PPP, tạo ra môi trường cạnh tranh, thuận lợi cho sự tham gia của khu vực tư nhân, đặc biệt là các nhà đầu tư quốc tế.

2.3.2.1. Quản lý đầu tư xây dựng theo phương thức PPP

Việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại Úc thường được áp dụng theo 2 mô hình tài chính cơ bản sau [99]:

(i) Nhà đầu tư tư nhân thu hồi vốn đầu tư thông qua việc thanh toán dịch vụ từ chính phủ. Chính sách của Úc gọi phương thức này là “Hạ tầng xã hội PPP” vì mô hình này thường được áp dụng cho bệnh viện, trường học, nhà tù và các “hạ tầng xã hội khác” (không có khả năng thu phí).

(ii) Nhà đầu tư tư nhân thu hồi vốn đầu tư từ phương thức thu phí do người sử dụng dịch vụ công chi trả, như là dịch vụ khám chữa bệnh, phí cầu đường. Các dạng PPP này thường được gọi là “Hạ tầng kinh tế PPP” vì mô hình này thường được áp dụng cho các dịch vụ công, công trình hạ tầng kỹ thuật và các “hạ tầng kinh tế khác” (tức là tạo ra thu nhập).

Nhìn chung, hai mô hình quản lý ĐTXD ở trên có sự giao thoa và không phân định cụ thể trong một số trường hợp. Ví dụ như là mô hình thanh toán dịch vụ từ Chính phủ cũng được áp dụng trong ĐTXDCT bệnh viện (như là dự án Royal North Shore, dự án New Sunshine Coast University Hospital). Do vậy có thể phân định dự án PPP tại Úc theo phương thức tài chính là Thanh toán dịch vụ và Tính phí người dùng. Cả hai mô hình này đều có những điểm chung nhất định, tuy nhiên cũng có những biến thể khác nhau, tùy thuộc vào dự án PPP. Quy trình quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại Úc được thực hiện theo trình tự sau [99]:

(i). CQNN thông báo dự kiến thực hiện ĐTXDCT y tế (dự án) theo phương thức PPP. CQNN chuẩn bị dự thảo hợp đồng PPP nêu chi tiết về kết quả muốn đạt được, phân bổ rủi ro và kêu gọi đấu thầu từ Nhà đầu tư tư nhân

(ii). ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP thường bao gồm các công việc thiết kế, xây dựng và sau đó là vận hành/bảo trì công trình, và có thể cung cấp các dịch vụ khác trong khoảng thời gian 15-30 năm.

(iii). ĐTXDCT y tế đòi hỏi các dịch vụ khác nhau (xây dựng, thiết bị, tài chính,...) mà không một nhà thầu đơn lẻ nào có thể đáp ứng được. Do vậy, các nhà thầu thường phải liên kết, phối hợp với nhau để thực hiện dự án một cách hiệu quả. Phương thức hợp tác phổ biến ở Úc là nhà thầu thiết kế và xây dựng (D&B), nhà thầu vận hành và bảo trì (O&M), nhà đầu tư cổ phần và tổ chức tài chính.

(iv). Đối với phương thức thanh toán dịch vụ (thường áp dụng với công trình y tế), Chính phủ sẽ thanh toán hàng tháng/quý khi bắt đầu xây dựng hoặc khi bệnh viện bắt đầu hoạt động.

(v). Theo quy định, các nhà đầu tư phải thành lập Công ty (SPV) để trở thành đối tác của Nhà nước trong việc ĐTXDCT theo phương thức PPP. SPV cũng sẽ ký kết hợp đồng D&B với nhà thầu, hợp đồng O & M với nhà thầu O & M, thỏa thuận góp vốn với các nhà đầu tư vốn và thỏa thuận cho vay với các nhà tài trợ tài chính.

(vi). SPV sử dụng khoản vay, vốn chủ sở hữu của các nhà đầu tư để thanh toán tiến độ hàng tháng cho nhà thầu D&B. Sau khi xây dựng xong, nhà thầu O&M bắt đầu cung cấp các dịch vụ vận hành và/hoặc bảo trì để SPV cung cấp các dịch vụ cần thiết cho chính phủ. Trên cơ sở đó, SPV nhận thanh toán dịch vụ từ Chính phủ theo định kỳ.

(vii). SPV sử dụng các khoản thanh toán này để trả nợ theo thỏa thuận vay, thanh toán chi phí QL VH. Nếu doanh thu và chi phí của SPV đúng như dự báo, doanh thu sẽ vượt quá chi phí thì có thể phân phối thặng dư trở lại cho các nhà đầu tư.

2.3.2.2. Yếu tố thành công trong đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư

Theo Atkin (2005), quản lý ĐTXD theo phương thức PPP được thực hiện phổ biến ở Úc theo phương thức hợp đồng BOOT dựa trên nền tảng pháp lý chặt chẽ [66]. Bên cạnh các chính sách pháp luật thì bộ máy QLNN về ĐTXD tại Úc tương đối đồng bộ và thống nhất. Theo cấu trúc bộ máy Nhà nước, Chính quyền tiểu bang (State) và Chính quyền thành phố (Local) đều có quyền ban hành các Luật pháp theo các Đạo luật chung được quy định bởi Chính quyền Liên bang (Federal). Do vậy dự án PPP được áp dụng theo nhiều cách, nhiều phương thức khác nhau tùy thuộc vào từng đặc điểm của khu vực dự án. Bên cạnh đó, hệ thống luật pháp đồng bộ từ Liên bang, Tiểu bang đến thành phố đều thống nhất và linh hoạt trong cách xử lý các vấn đề. Theo David và Richard (2010), việc áp dụng quản lý ĐTXDCT thành công tại Úc do 4 nguyên nhân, đó là [69]:

+ **Đảm bảo yếu tố không cạnh tranh (và bồi thường):** Việc ổn định của chiến lược phát triển kinh tế xã hội cũng như quy hoạch đã tạo môi trường đầu tư minh bạch, lành mạnh cho các nhà đầu tư tư nhân. Khi nhà đầu tư tư nhân đã tham gia quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP thì Chính phủ sẽ không được cho phép có các công trình, hoặc dự án xây mới ngoài quy hoạch/kế hoạch mà ảnh hưởng đến hiệu quả của dự án đã có.

+ **Đảm bảo yếu tố thị trường:** điều tiết hài hòa theo quy luật cung - cầu, có hiệu quả về kinh tế và thu hút nhà đầu tư tư nhân. Việc phân bổ sai các nguồn lực, có quá ít dịch vụ công sẽ ảnh hưởng đến chi phí chi trả của bên thứ 3 (người dân). Dưới góc độ kinh tế thị trường, người tiêu dùng sẽ có quyền lựa chọn dịch vụ, chất lượng tốt

nhất phù hợp với chi phí mà họ phải bỏ ra nên các chiến lược phát triển kinh tế, đặc biệt là quy hoạch hệ thống các bệnh viện phải được định hướng và giữ được sự hài hòa trong việc chăm sóc sức khỏe của người dân. Một bệnh viện mới (công trình y tế) được ĐTXD tốt sẽ giải quyết được sự tập trung của người dân khi khám chữa bệnh, giảm chi phí đi lại khám chữa bệnh, tuy nhiên nếu chi phí khám chữa bệnh giữa hệ thống bệnh viện công và bệnh viện tư quá chênh lệch sẽ khiến cho người tiêu dùng không sử dụng dịch vụ và việc ĐTXDCT y tế PPP trở nên thất bại.

+ Quản lý rủi ro trong ĐTXDCT: được thể hiện qua sự đồng bộ các văn bản pháp lý và sự chặt chẽ trong hợp đồng dự án giữa Nhà nước và Tư nhân. Hợp đồng dự án đóng vai trò quan trọng trong việc phân bổ rủi ro cho bất kỳ hoạt động kinh tế giữa các bên, đặc biệt là hợp đồng PPP. Nhà nước và Tư nhân đều nhận thức được việc phân bổ và quản lý rủi ro là yếu tố thành công việc ĐTXDCT y tế.

Bảng 2.6: Phân bổ rủi ro trong ĐTXDCT y tế theo phương thức đối tác công tư [69]

Loại rủi ro	Nhà nước	Tư nhân
Rủi ro về thị trường		X
Rủi ro về thiết kế		X
Rủi ro về tài chính		X
Rủi về pháp lý (tuân thủ đúng quy định)		X
Rủi ro về xây dựng		X
Rủi ro về chấp thuận, phê duyệt dự án	X	X
Rủi ro về địa chất		X
Rủi ro về quyền sử dụng đất (GPMB)	X	
Rủi ro về vận hành và bảo hành công trình		X
Rủi ro về luật pháp, thay đổi chính sách, thể chế	X	
Rủi ro bất khả kháng	X	
Rủi ro về quyền sở hữu tài sản	X	

Theo quy định của Chính phủ Úc, hầu hết các rủi ro trong quá trình ĐTXD thực hiện dự án theo phương thức PPP được chuyển giao cho khu vực tư nhân, từ thiết kế, xây dựng, vận hành và tài chính. Nhà nước với vai trò là đối tác quản lý đảm bảo xử lý tốt các rủi ro về chính sách, đất đai, quyền sở hữu tài sản, ... Tuy nhiên một ưu điểm của việc quản lý rủi ro trong ĐTXD tại Úc là việc Nhà nước chịu trách nhiệm

quản lý rủi ro trong các trường hợp bất khả kháng (ở các nước khác thì rủi ro này được chia sẻ cho cả 2 đối tác).

+ Thời gian thực hiện dự án PPP: việc xác định thời gian thực hiện dự án là yếu tố quan trọng để nhà đầu tư tư nhân đạt được chỉ tiêu kinh tế, doanh thu, lợi nhuận. Trong nhiều trường hợp, yếu tố thời gian có thể được xác định như là phần thưởng cho nhà đầu tư tư nhân khi quản lý ĐTXD tốt vì có thể tiết kiệm thời gian, sớm đưa công trình vào vận hành dự án để tăng doanh thu hoặc bù đắp cho một yếu tố bất lợi của dự án do yếu tố khách quan mang lại. Bên cạnh đó, việc xác định thời gian thực hiện hợp đồng còn là động lực để tư nhân chủ động trong kế hoạch triển khai và thực hiện dự án theo các phương án tài chính khác nhau.

2.3.3. Ấn Độ

Để đạt được mục tiêu, yêu cầu duy trì, mở rộng tăng trưởng kinh tế và nâng cao năng lực cạnh tranh, hiệu quả ĐTXD, Chính phủ đã áp dụng ĐTXD theo phương thức PPP [59]. Việc ĐTXDCT theo phương thức PPP để cung cấp các dịch vụ cơ sở hạ tầng, nhất là trong lĩnh vực y tế ở Ấn Độ đã đạt được những bước tiến đáng kể từ năm 2000. Theo báo cáo tại Trung tâm cơ sở dữ liệu PPP Ấn độ (công bố tháng 6/2009), Chính phủ đã hoàn thiện các điều kiện pháp lý để thúc đẩy việc ĐTXDCT theo phương thức PPP ở những lĩnh vực then chốt, như y tế, giao thông, năng lượng, cảng biển, ... với kết quả tổng giá trị đầu tư khoảng 2,843 tỷ USD (khoảng Rs 135.876 Crore) trên phạm vi cả nước [59].

Bảng 2.7: Một số dự án đầu tư xây dựng bệnh viện theo phương thức đối tác công tư tại Ấn Độ [85, 94, 70]

Dự án	Đối tác	Phương thức quản lý ĐTXD	Ghi chú
Maharashtra	Seven Hills Hospital	DBFOT	Chính phủ miễn tiền sử dụng đất
Gujarat	Multi Specialty Hospital	DBFOT	Bệnh viện đa khoa
Punjab	Multi Specialty Hospital, Mohali	DBFOT	Chia sẻ doanh thu
Delhi	Indraprastha Hospitals	DBFOT	Chính phủ miễn tiền sử dụng đất

Đến năm 2005, Ấn Độ bắt đầu có khuôn khổ chính thức về PPP bằng việc Chính phủ thành lập đơn vị đầu mối về PPP và ban hành “Hướng dẫn xây dựng, thẩm định và phê duyệt dự án PPP” cùng với “Bộ công cụ PPP”. Hồ sơ PPP mẫu cũng được ban hành như: mẫu Hồ sơ mời thầu, mẫu Hồ sơ đề xuất, mẫu Hợp đồng nhượng quyền, mẫu Yêu cầu về năng lực PPP, mẫu Yêu cầu đề xuất PPP... [85]. Các yếu tố này cùng với việc đấu thầu cạnh tranh các dự án PPP đã thúc đẩy mạnh việc ĐTXDCT y tế của Ấn Độ, như là:

2.3.3.1. Bộ máy quản lý đầu tư xây dựng theo phương thức PPP

Để nâng cao tính hiệu quả của quản lý ĐTXD theo phương thức PPP, Chính phủ Ấn độ đã thành lập Ủy ban cơ sở hạ tầng (COI) do thủ tướng làm chủ tịch. Thành viên của COI bao gồm Bộ trưởng Tài chính, Ủy ban kế hoạch và các Bộ trưởng cơ sở hạ tầng. Chức năng của COI là khởi xướng các chính sách nhằm xây dựng hệ thống cơ sở hạ tầng có chất lượng quốc tế, phát triển các cơ chế tối đa hóa vai trò của PPP và giám sát quá trình triển khai các dự án chủ chốt. Các cơ quan quản lý ngành được thành lập với chức năng giám sát các dự án quản lý ĐTXD theo phương thức PPP [94].

2.3.3.2. Chính sách quản lý đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư

Chính phủ Ấn Độ đã ban hành 3 văn bản hướng dẫn xây dựng các thủ tục và thời hạn cho việc thẩm định và phê duyệt các dự án quản lý ĐTXD theo phương thức PPP sử dụng vốn của các Bộ hoặc cơ quan quản lý trung ương và các cơ quan Nhà nước khác. Hướng dẫn bao gồm:

- (i) Hướng dẫn Thủ tục phê duyệt các dự án Hợp tác Nhà nước - Tư nhân;
- (ii) Hướng dẫn Xây dựng, Thẩm định và Phê duyệt các dự án PPP có giá trị lớn hơn Rs 100 Crore;
- (iii) Hướng dẫn Xây dựng, Thẩm định và Phê duyệt các dự án PPP có giá trị nhỏ hơn Rs 100 Crore.

Các dự án quản lý ĐTXD theo phương thức PPP được chuẩn hóa theo các văn bản pháp lý nhằm tạo thuận lợi cho các cơ quan chức năng trong việc ra quyết định. Các văn bản về Đấu thầu, văn bản về Hợp đồng được Ủy ban Kế hoạch soạn thảo cho từng lĩnh vực cơ sở hạ tầng cụ thể ở Ấn Độ. Các văn bản này quy định rõ các khuôn

khô chia sẻ rủi ro, cho phép nhà đầu tư đánh giá được rủi ro trước khi quyết định có tham gia đấu thầu vào dự án hay không. Trong quá trình thực hiện quản lý ĐTXD theo phương thức PPP, những chi phí ban đầu, đặc biệt là chi phí lập dự án, chi phí tư vấn là một phần quan trọng và thường là gánh nặng cho đơn vị tham gia dự án. Để giảm gánh nặng ngân sách của các cơ quan tài trợ và tăng chất lượng của các dự án PPP, Quỹ phát triển dự án hạ tầng Ấn độ (IIPDF) đã được thành lập để hỗ trợ về tài chính để có các hoạt động phát triển dự án chất lượng. IIPDF hỗ trợ dự án thông qua trợ cấp tín dụng không lãi suất cho đơn vị tài trợ thường tới 75% chi phí lập dự án. Khi hoàn tất quá trình đấu thầu, các chi phí này sẽ được thu lại từ bên trúng thầu [70].

2.3.4. Thổ Nhĩ Kỳ

Việc quản lý ĐTXD các bệnh viện theo phương thức PPP tại Thổ Nhĩ Kỳ được thực hiện theo Chương trình đối tác công tư trong lĩnh vực y tế được Chính phủ phê duyệt năm 2010. Theo đó, các dự án có vòng đời khoảng 28 -28,5 năm, trong đó: thời gian xây dựng từ 3-3,5 năm và thời gian quản lý, vận hành trung bình là 25 năm [77]. Trường hợp dự án được hoàn thành đưa vào sử dụng sớm hơn so với dự kiến thì toàn bộ chi phí, lợi nhuận thu được từ khoảng thời gian “đẩy nhanh tiến độ” này được tính vào lợi nhuận của nhà đầu tư (được quy định cụ thể trong Điều khoản hợp đồng quản lý ĐTXD dự án) [103]. Công ty dự án sẽ nhận được thanh toán chi phí từ Nhà nước dựa trên điều kiện thực tế của từng dự án, quy định theo thời điểm định kỳ, bao gồm thanh toán cố định và thanh toán linh hoạt trong suốt vòng đời của dự án.

+ *Thanh toán cố định*: được áp dụng đối với các chi phí xây dựng, được xác định theo sự kiểm soát của Nhà nước.

+ *Thanh toán linh hoạt*: được áp dụng đối với chi phí quản lý, vận hành. Việc kiểm soát thanh toán được Bộ Y tế thực hiện theo từng giai đoạn 5 năm dựa trên kết quả điều tra, đánh giá thực tế (không bao gồm các khoản mục sửa chữa đặc biệt).

Ban đầu, chính sách quản lý ĐTXDCT y tế tại Thổ Nhĩ Kỳ được dựa trên Điều luật duy nhất có hiệu lực là Luật Dịch vụ Y tế cơ bản năm 2005. Tuy nhiên, văn bản pháp lý này chưa đủ chặt chẽ để quy định toàn bộ các khung pháp lý cần thiết cho việc ký kết thỏa thuận dự án, quyết toán dự án (trong trường hợp thực hiện theo

phương thức PPP). Chính vì vậy, Chính phủ Thổ Nhĩ Kỳ đã ban hành Luật ĐTXD theo phương thức BLT (Xây dựng, Cho thuê và Chuyển giao) vào năm 2013 để hoàn thiện khung pháp lý cho việc ĐTXD các bệnh viện theo phương thức PPP. Hiện nay, một số dự án đã được hoàn thành, vận hành khai thác.

Bảng 2.8: Một số dự án bệnh viện được quản lý đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư tại Thổ Nhĩ Kỳ [77]

TT	Dự án	Thông tin dự án	Quy mô giường bệnh
1	Ankara Etlik Integrated Health Campus	Ký thỏa thuận với nhà đầu tư Astaldi SPA - Türkerler AŞ JV	3.566
2	Mersin Integrated Health Campus	Nhà đầu tư Dia Holding FZCO – Techint İnt. SPA JV. Dự án vận hành từ Q1/2017.	1.253
3	Ankara Bilkent Integrated Health Campus	Ký thỏa thuận với nhà đầu tư IC İcetaş İnşaat San. Tic. AŞ - Dia Holding FCZO JV	3.660
4	Istanbul Ikitelli Integrated Health Campus	Nhà đầu tư Rönesans Hol. AŞ - Rönesans Med. Yat. AŞ-et all Consortium. Đang trong giai đoạn xây dựng.	2.682
6	Adana Integrated Health Campus	Dự án bắt đầu khai thác, vận hành từ Q3/2017	1.550

Từ số liệu thống kê cho thấy công tác quản lý ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP được áp dụng khá phổ biến trong lĩnh vực y tế. Mặc dù chưa có các đánh giá chi tiết về tính hiệu quả của chương trình tại Thổ Nhĩ Kỳ, tuy nhiên theo kết quả tổng hợp các tài liệu khác nhau thì các dự án bệnh viện đang hoạt động hiệu quả, mang lại những lợi ích thiết thực cho xã hội (Phụ lục số 4). Theo kết quả nghiên cứu Sule Topcu Killic (2015), việc quản lý ĐTXD theo phương thức PPP tại Thổ Nhĩ Kỳ thành công là do cơ chế đấu thầu dự án đã được minh bạch, được công bố trên các tờ báo quốc tế cũng như website của Bộ Y tế. Quy trình đấu thầu các dự án được quản lý ĐTXD theo phương thức PPP cụ thể như sau [103]:

+ Giai đoạn sơ tuyển: Các bên quan tâm nộp tài liệu chứng minh đáp ứng các tiêu chí sơ tuyển (tiêu chí kỹ thuật, tiêu chí tài chính). Cơ quan đấu thầu dự án PPP sẽ đánh giá tất cả các hồ sơ và xác định danh sách dài các nhà thầu đủ điều kiện và công bố trên các phương tiện thông tin đại chúng.

+ Giai đoạn gửi đề nghị: Các nhà thầu qua giai đoạn sơ tuyển được Bộ Y tế cung cấp thiết kế sơ bộ dự án và sau đó được mời gửi đề nghị kỹ thuật và tài chính theo các quy định khác nhau. Dựa trên các hồ sơ đề nghị được gửi, Cơ quan đấu thầu sẽ đánh giá các nhà thầu theo các tiêu chí chặt chẽ, xếp hạng theo thứ hạng tốt nhất và đưa vào danh sách rút gọn.

+ Độ trình ưu đãi trong danh sách rút gọn: các nhà thầu trong danh sách rút gọn sau đó được yêu cầu lập lại phương án tài chính sau khi có kết quả đánh giá của giai đoạn gửi đề nghị nhằm nâng cao tính khả thi của phương án.

+ Đấu giá dự án: Các nhà thầu sẽ đấu thầu với nhau theo phương thức “đấu giá Hà Lan”. Theo đó, các nhà thầu chứng minh khả năng góp vốn tự có và phương án thanh toán giá dịch vụ thấp nhất thông qua nhiều vòng thương lượng, trực tiếp. Các nhà thầu có thể thay đổi các cam kết, phương án nhằm đưa ra phương án tối ưu nhất để lựa chọn nhà thầu ưu tiên.

+ Thông báo kết quả lựa chọn nhà thầu ưu tiên: Sau kết quả đấu giá dự án, cơ quan đấu thầu tại Bộ Y tế sẽ thương thảo trực tiếp với Nhà thầu để đàm phán khả năng góp vốn tự có, mức độ chia sẻ/đóng góp nguồn lực của các bên tham gia. Sau đó, cơ quan đấu thầu sẽ thông báo kết quả lựa chọn nhà thầu ưu tiên.

+ Ký kết thỏa thuận dự án: Sau khi nhà thầu ưu tiên thành lập công ty dự án (SPV) và thực hiện các cam kết, bảo lãnh thực hiện quản lý ĐTXD dự án theo phương thức PPP thì thỏa thuận dự án sẽ được ký giữa SPV và Bộ Y tế.

Chính phủ Thổ Nhĩ Kỳ cho phép áp dụng các cách thức quản lý ĐTXD khác nhau đối với công trình sử dụng NSNN, như là bệnh viện, trường học, nhà ở sinh viên, nhà tù và các trụ sở văn phòng của cơ quan Nhà nước. Phần lớn các công trình được áp dụng theo phương thức DBOM, theo mô hình PFI của Vương quốc Anh. Tuy nhiên, đối với công trình y tế thì Bộ Y tế quy định chặt chẽ hơn do quan điểm về cung cấp dịch vụ y tế tại Thổ Nhĩ Kỳ. Các dự án ĐTXDCT bệnh viện tại Thổ Nhĩ Kỳ được áp dụng theo mô hình DBFLT (Thiết kế - Xây dựng - Tài chính - Cho thuê - Chuyển giao) với quy định thời gian theo mô hình 3+25. Nhà đầu tư chỉ tham gia vào giai đoạn ĐTXD và cung cấp các dịch vụ quản lý, vận hành các công việc không quan trọng. Các lĩnh vực chuyên môn cao, đặc thù vẫn được cung cấp bởi Bộ Y tế.

2.3.5. *Trung Quốc*

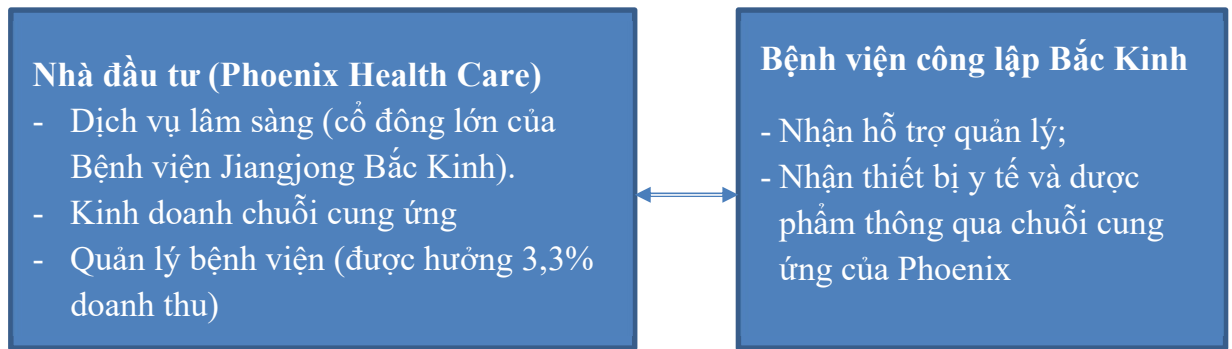
Việc áp dụng quản lý ĐTXD theo phương thức PPP được xem là một giải pháp hữu hiệu để nâng cao hiệu quả dự án và cải thiện tình trạng cung cấp dịch vụ y tế trong bối cảnh điều kiện KT-XH của Trung Quốc [91]. Quan điểm này đã gây chia rẽ sâu sắc trong xã hội Trung Quốc liên quan đến tương lai của cải cách ngành y tế. Đó là quan điểm của những người có lập trường ủng hộ thị trường, trong khi những người khác coi sức khỏe là trách nhiệm cung cấp dịch vụ công của chính phủ. Tuy nhiên, trên thực tế cho thấy việc ĐTXD các công trình bệnh viện theo phương thức PPP đã tác động tích cực đến sự phát triển của ngành y tế tại Trung Quốc. Các bệnh viện PPP có nhiều thành công và là điển hình của sự đổi mới, sáng tạo [94]

Ban đầu, các nhà đầu tư tư nhân tại Trung Quốc nhận thấy ngành y tế là lĩnh vực đầu tư rủi ro cao, yêu cầu nhiều kỹ năng quản lý cũng như nguồn lực lớn hơn so với các ngành khác trong nền kinh tế. Những rủi ro và sự không chắc chắn trong ĐTXDCT y tế bắt nguồn từ thực tế yêu cầu các khía cạnh kỹ thuật, quản lý, hành chính và con người cần được giải quyết, đặc biệt là vấn đề con người. Do đó, Nhà nước có nhiều chính sách, giải pháp quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP để thu hút các nhà đầu tư tư nhân tham gia trong lĩnh vực y tế [110].

Quản lý ĐTXDCT y tế phụ thuộc bởi các yếu tố công nghệ xây dựng, nguồn vốn lớn, dược phẩm, công nghệ y tế, cơ sở hạ tầng, bảo hiểm, ... phải đáp ứng được tất cả các tính năng thiết yếu của một bệnh viện chuyên ngành. Đặc thù của lĩnh vực y tế cho thấy quản lý ĐTXD theo phương thức PPP không chỉ đáp ứng nhu cầu về vốn ĐTXD như các công trình hạ tầng kỹ thuật khác, mà đòi hỏi sự đầu tư lớn vào giai đoạn vận hành để mang lại sự thay đổi về giá trị cho thị trường. ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP đang được áp dụng theo hai mô hình quản lý ủy thác và mô hình nhượng quyền ở Bắc Kinh và Thượng Hải. Dự kiến trong tương lai sẽ được mở rộng sang các đô thị loại I và loại II khác [91].

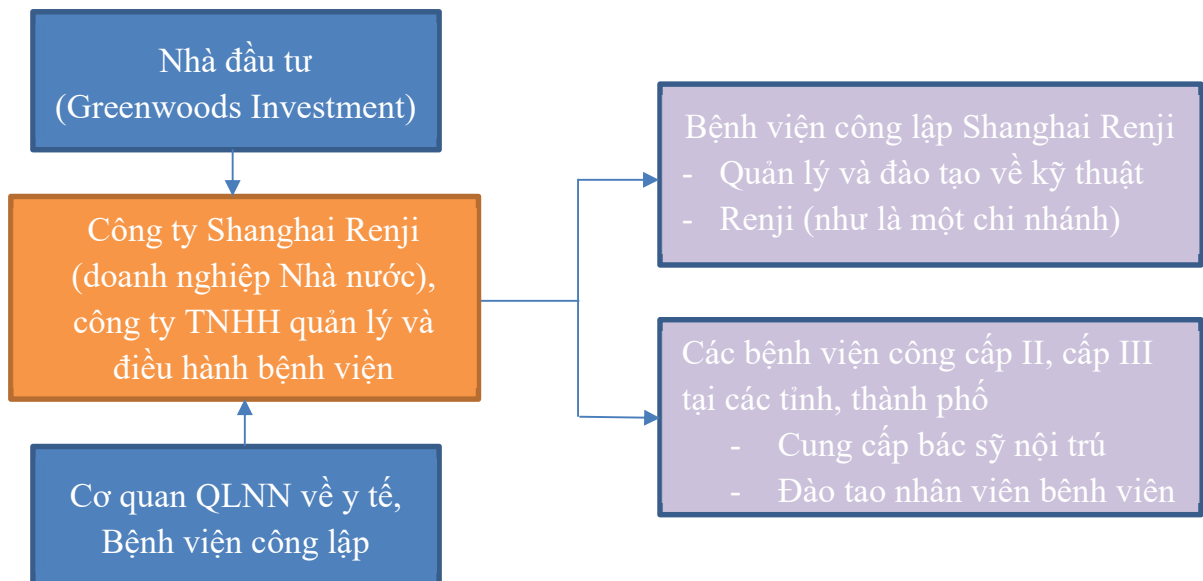
a. Mô hình quản lý ủy thác

Mô hình quản lý ủy thác được áp dụng đối với các bệnh viện hiện hữu, cải tạo ĐTXD tại các bệnh viện công. Theo đó, nhà đầu tư tư nhân cung cấp dịch vụ quản lý vận hành và nâng cấp hoạt động của bệnh viện (hình 2.5).



Hình 2.5: Mô hình quản lý ủy thác bệnh viện công lập tại Bắc Kinh [91]

Phoenix Health Care (Công ty Quản lý chăm sóc sức khỏe) là nhà đầu tư cung cấp dịch vụ hỗ trợ quản lý cho các bệnh viện công ở Bắc Kinh do sở hữu một chuỗi doanh nghiệp cung ứng và cung cấp công nghệ/thiết bị và dược phẩm thông qua chuỗi cung ứng, đảm bảo lợi nhuận và chất lượng của dịch vụ đối với bệnh viện. Trong một mô hình khác về quản lý ủy thác tại Thượng Hải (Hình 2.6), các bên tham gia hình thành một công ty TNHH làm trung gian (có sự tham gia của Nhà nước).



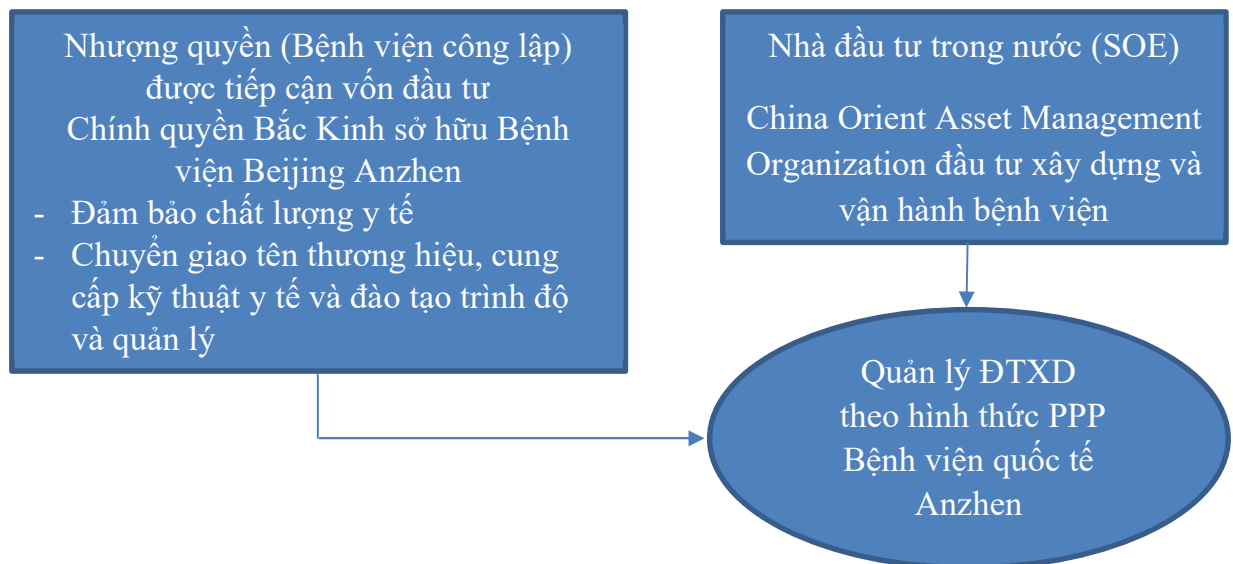
Hình 2.6: Mô hình quản lý ủy thác bệnh viện công lập tại Thượng Hải [91]

Công ty TNHH có sự kết hợp giữa nguồn lực tài chính của nhà đầu tư tư nhân và các lợi thế/ưu điểm của các bệnh viện công lập. Nhóm các chuyên gia, là bác sĩ cao cấp từ các bệnh viện công lập, đại học y khoa danh tiếng liên kết với công ty đến thăm các bệnh viện ở các tỉnh khác và đào tạo nhân viên bệnh viện về các vấn đề quản lý và bí quyết. Mô hình quản lý ủy thác chủ yếu được áp dụng đối với các bệnh viện hiện hữu, nhằm nâng cao chất lượng hoạt động và chất lượng y tế.

b. Mô hình nhượng quyền

Trong mô hình nhượng quyền, các bệnh viện đại học trở thành đối tượng nhượng quyền và cho mượn thương hiệu nhượng quyền (tương tự đối với trường hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Việt Nam). Việc ĐTXDCT bệnh viện được thực hiện bởi nhà đầu tư tư nhân dựa trên sự kết hợp, nhượng quyền theo lịch sử hình thành (năm kinh nghiệm), mức độ nổi tiếng và chất lượng của cơ sở y tế công lập (thương hiệu) để xây dựng các bệnh viện nhượng quyền và cung cấp dịch vụ y tế trong khi vẫn đảm bảo chất lượng theo yêu cầu của Bộ Y tế.

Mô hình nhượng quyền đang áp dụng khá thành công và phổ biến tại Trung Quốc, một trong những ví dụ điển hình là trường hợp nhà đầu tư China Orient Asset Management Organization phối hợp với bệnh viện Beijing Anzhen.



Hình 2.7: Mô hình nhượng quyền đầu tư xây dựng bệnh viện [91]

Quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức nhượng quyền về cơ bản hoạt động giống như các công trình xây dựng do tư nhân thực hiện (chủ thể được nhượng quyền chủ động thực hiện nhiệm vụ xây dựng công trình bệnh viện). Trường hợp này, bệnh viện công lập hoạt động tương tự như một công ty “tư nhân” do Chính phủ thành lập nên, hợp tác với các đối tác khác để bảo đảm sự hoạt động ổn định, bền vững của bệnh viện. Sự khác biệt lớn nhất chỉ là nguồn vốn ĐTXD từ ngân sách Nhà nước thì phải chịu sự quản lý của hệ thống tài chính Nhà nước phức tạp hơn.

Bảng 2.9: Một số dự án được quản lý đầu tư xây dựng theo phương thức đối tác công tư tại Trung Quốc [91]

TT	Công trình y tế	Mô hình	Hình thức
1	Shilong Hospital	ROT	Ủy thác
2	The China Meitan General Hospital	ROT	Ủy thác
3	Kunming Children's Hospital	BOT	Ủy thác
4	Beijing New Century Int. Children's Hospital	O&M	Ủy thác
5	Jian Gong Hospital	IOT	Nhượng quyền
6	Beijing Anzhen	BOT	Nhượng quyền

Ở Trung Quốc, quản lý ĐTXD theo phương thức PPP thường chỉ áp dụng đối với các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa cấp III vì mức độ phức tạp và liên quan đến nhiều đối tác trực tiếp và gián tiếp. Tuy nhiên, việc quản lý ĐTXDCT y tế tại Trung Quốc chưa thực sự rõ nét vì sự tranh cãi giữa vai trò của “Nhà nước” và “tư nhân”, sự đảm bảo về giá trị công bằng xã hội. Theo nghiên cứu của Qiao và các công sự (2001)[80] về các dự án PPP được thực hiện tại Trung Quốc cho thấy các yếu tố sau đã tạo nên thành công cho các dự án: Dự án phù hợp, kinh tế - chính trị ổn định, mức thuế phù hợp, phân bổ rủi ro hợp lý, lựa chọn các nhà thầu phụ phù hợp, kiểm soát và quản lý các dự án một cách chặt chẽ, chuyển nhượng công nghệ mới.

2.3.6. Bài học kinh nghiệm đối với thành phố Hà Nội, Việt Nam

Qua tham khảo kinh nghiệm của một số nước trên thế giới về QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP có thể rút ra một số bài học sau:

- Kinh nghiệm thành công về QLNN về ĐTXDCT theo phương thức PPP nói chung và công trình y tế nói riêng tại các nước đều có một điểm chung là hệ thống pháp lý chặt chẽ, đầy đủ và minh bạch. Các chính sách đóng vai trò quan trọng của việc thương thảo hợp đồng, xác định dự án, đàm phán các thỏa thuận hợp tác (như kinh nghiệm của Canada, Úc, Ấn Độ).

- Bộ máy quản lý nhà nước về PPP đóng vai trò quan trọng trong việc thực hiện thành công các dự án PPP. Việc quản lý ĐTXD dự án theo phương thức PPP được hiệu quả, tiết kiệm và chất lượng công trình được đảm bảo là do bộ máy quản lý nhà

nước, chất lượng nguồn nhân lực, cán bộ QLNN (như kinh nghiệm của Canada, Ấn Độ).

- Hầu hết các nước đều xác định nguồn vốn ngoài ngân sách đầu tư công đóng vai trò quan trọng cho việc ĐTXDCT y tế, do vậy Chính phủ sẽ tạo môi trường đầu tư thuận lợi, kêu gọi sự tham gia của thành phần tư nhân và nhà đầu tư nước ngoài. Không tồn tại một phương thức PPP chuẩn và mỗi nước đều có chiến lược riêng tùy thuộc bối cảnh, thể chế, nguồn tài trợ và tính chất của dự án (như kinh nghiệm của Canada, Úc, Trung Quốc).

- Các yếu tố tác động đến sự thành công QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP không có nhiều sự khác biệt giữa các nước phát triển và đang phát triển, đó là: phải có khung pháp lý đầy đủ và minh bạch; bộ máy QLNN tập trung và chịu trách nhiệm cụ thể về việc thực hiện dự án PPP; lựa chọn đối tác nhà đầu tư tư nhân có năng lực; tối đa hóa lợi ích cho các đối tác, ổn định môi trường vĩ mô và phân bổ rủi ro hiệu quả,...

- Chính phủ đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy, phát triển phương thức PPP, thể hiện vai trò là chủ thể tạo môi trường đầu tư thuận lợi nhất để giải phóng nguồn lực và thu hút sự tham gia của các thành phần, lực lượng khác trong xã hội.

Những bài học trên là nguồn tham khảo quan trọng cho việc vận dụng phương thức PPP trong quản lý ĐTXDCT y tế tại thành phố Hà Nội, Việt Nam. *Đây cũng là cơ sở để tác giả xác định các yếu tố ảnh hưởng đến QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.* Chính quyền thành phố Hà Nội có những công cụ pháp luật đặc thù theo Luật Thủ đô nên có thể xem xét thực hiện một số công việc sau:

Thứ nhất, nghiên cứu các yếu tố tác động tích cực đến công tác quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP làm cơ sở để hoàn thiện hệ thống cơ chế, chính sách đặc thù về PPP tại Hà Nội, tạo cơ sở pháp lý chắc chắn cho phương thức đầu tư này.

Thứ hai, ở hầu hết các nước đều thành lập đơn vị quản lý PPP ở các cấp độ quản lý khác nhau để quản lý việc soạn thảo hợp đồng và quy trình tổ chức đấu thầu lựa chọn nhà thầu. Thành phố Hà Nội và Bộ Y tế nên cân nhắc tiến tới thành lập một cơ quan chuyên trách nghiên cứu chính sách cũng như làm đầu mối quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP, đào tạo nhân lực và tư vấn, hỗ trợ các bên trong

quá trình thực hiện các dự án PPP. Cơ quan này có thể gọi là Trung tâm PPP y tế với nhiệm vụ chính là: nghiên cứu chính sách liên quan đến chương trình PPP, tiêu chuẩn hóa và cung cấp các tài liệu hướng dẫn cho các dự án thực hiện theo phương thức PPP, xúc tiến các dự án ĐTXD theo phương thức đầu tư PPP, đào tạo nhân lực tham gia và quản lý các dự án PPP.

Thứ ba, tăng cường tính công khai, minh bạch, cạnh tranh trong xây dựng quy trình đấu thầu để đảm bảo lựa chọn được nhà đầu tư có năng lực về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP bằng hệ thống chính sách đầy đủ và chặt chẽ. Việc quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP chỉ có hiệu quả, chất lượng khi được thực hiện trên một nền tảng pháp lý hoàn thiện và mang lại lợi ích cho các bên tham gia dự án PPP.

Thứ tư, chính sách hỗ trợ chung của Chính phủ, chính sách đặc thù của thành phố Hà Nội phải mang tính khả thi, đủ sức hấp dẫn nhà đầu tư, đa dạng dưới nhiều hình thức, như hỗ trợ về: vốn đầu tư (vốn góp ban đầu hay còn gọi là vốn môi); chi phí vận hành (phí duy tu, bảo dưỡng, thu phí...); có các chính sách ưu đãi về thuế phù hợp để tăng tính hấp dẫn cho dự án ĐTXDCT y tế; bảo lãnh các khoản vay, bảo lãnh doanh thu tối thiểu, tỷ giá...; cam kết bù đắp những tổn thất khi rủi ro bất khả kháng xảy ra để bảo vệ nhà đầu tư (thông qua các phương thức như cho phép kéo dài thời gian nhượng quyền hoặc bù đắp chi phí bằng tiền mặt hoặc các hỗ trợ khác).

CHƯƠNG 3: PHÂN TÍCH VÀ ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

3.1. Các công trình y tế tại thành phố Hà Nội

Các công trình y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội phát triển không đồng đều giữa các khu vực, những bệnh viện lớn chỉ tập trung trong khu vực nội đô thành phố. Các bệnh viện Việt Đức, Bạch Mai, Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đều trong tình trạng quá tải [25]. Cùng với hệ thống y tế công lập của Nhà nước, Hà Nội cũng có một hệ thống bệnh viện, phòng khám tư nhân đang dần phát triển, đóng góp quan trọng vào việc khám chữa bệnh cho người dân.

Tính đến hết năm 2022, Hà Nội có 719 cơ sở khám chữa bệnh do thành phố quản lý, trong đó có 83 bệnh viện, 4 nhà hộ sinh, 53 phòng khám đa khoa khu vực và 579 trạm y tế. Số giường bệnh do địa phương quản lý là 17,7 nghìn giường, giảm 0,6% so với năm 2021, trong đó có 14,7 nghìn giường trong các bệnh viện; 45 giường trong các nhà hộ sinh; 102 giường trong các phòng khám khu vực và 2.874 giường tại các trạm y tế. Số giường bệnh bình quân 1 vạn dân năm 2022 đạt 27,5 giường, tương đương năm 2021 và tăng 1,5% so với năm 2020 [17].

Bảng 3.1: Thống kê cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội

STT	Cơ sở y tế	2016*	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Bệnh viện	94	74	74	77	80	81	81
2	Bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng	-	1	1	1	1	1	1
3	Bệnh viện da liễu	-	1	1	1	1	1	1
4	Nhà hộ sinh	4	4	4	4	4	4	4
5	Phòng khám đa khoa khu vực	-	53	53	53	53	53	53
6	Trạm y tế xã, phường	584	584	584	584	579	579	579
	Tổng cộng	682	717	717	720	718	719	719

Nguồn: Tổng hợp từ niên giám thống kê Hà Nội các năm 2016-2022
(Ghi chú * : Số liệu trong Niên giám thống kê năm 2016 không phân tách loại hình bệnh viện và phòng khám đa khoa khu vực)

Trong số các bệnh viện trên địa bàn thành phố Hà Nội tại bảng 3.1 thì số lượng bệnh viện ngoài Nhà nước là 39/81 cơ sở (chiếm 48%). Các dự án bệnh viện tư nhân chủ yếu tập trung vào những khu vực phát triển mở rộng của đô thị trung tâm như Nam Từ Liêm, Bắc Từ Liêm, Hà Đông... Hầu hết các nhà đầu tư chưa quan tâm ĐTXD bệnh viện tại những khu vực xa trung tâm Hà Nội.

Hệ thống y tế trên địa bàn Hà Nội có mật độ dày đặc nhất trong cả nước, với nhiều loại hình khác nhau, đan xen với 32 cơ sở y tế do Bộ Y tế quản lý, trong đó có 16 bệnh viện đa khoa và chuyên khoa có tổng diện tích 51,93 ha với 6.680 giường bệnh. Chiếm trên 60% số giường bệnh trên địa bàn Hà Nội, 16 viện nghiên cứu và thực nghiệm y dược, trong đó có 8 cơ sở nghiên cứu có thực nghiệm điều trị với 1.030 giường bệnh. Hà Nội hiện cũng có 39 bệnh viện và dự án bệnh viện khu vực tư nhân với tổng diện tích 62,9 ha, tổng số 5.970 giường bệnh. Tình hình phát triển hệ thống y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội có thể tổng kết theo một số nội dung sau [37]:

+ Về quy mô của bệnh viện: tổng diện tích đất các cơ sở y tế trực thuộc Trung ương đang quản lý khoảng 74,02 ha, bình quân 2,52 ha/1 cơ sở điều trị... Tổng diện tích đất các cơ sở y tế thuộc thành phố Hà Nội khoảng 68,91 ha, bình quân 1,77 ha/1 bệnh viện; đa số các bệnh viện tại các huyện có quy mô diện tích khoảng 1,5 ha - 3,0 ha. Như vậy hệ thống các bệnh viện thuộc Hà Nội phần lớn có quy mô diện tích nhỏ và rất nhỏ, chiếm 86,1% (31/36 bệnh viện).

+ Về kiến trúc và quy hoạch: trước đây nhiều bệnh viện không được chú ý thiết kế, quy hoạch hợp lý theo dây chuyền hoạt động thống nhất và đồng bộ theo một tầm nhìn phát triển dài hạn mà mới chỉ để đáp ứng nhu cầu phục vụ khám và chữa bệnh trong giai đoạn ngắn hạn. Cho nên khi quá tải và được mở rộng, các bệnh viện này gặp rất nhiều khó khăn về ĐTXD không đồng nhất, lệ thuộc nhiều vào những công trình hiện trạng đã xuống cấp, khó cải tạo vì vướng dây chuyền phục vụ khám chữa bệnh. Với bệnh viện có mặt bằng nhỏ, để tăng quy mô giường bệnh, giải pháp là tăng chiều cao công trình dẫn đến không phù hợp với quy hoạch. Đồng thời việc bố trí sân, vườn, cây xanh, đường nội bộ, bãi đỗ xe, sân tập ngoài trời cho bệnh nhân,... đều không đảm bảo tiêu chuẩn tối thiểu.

Các bệnh viện mới ĐTXD hiện nay đều được mô hình hoá và phân chia 4 khối chức năng cơ bản: Khối khám bệnh; Khối kỹ thuật nghiệp vụ; Khối điều trị nội trú; Khối hậu cần, hành chính. Một số bệnh viện đã quy hoạch thêm khu HTKT, phân khu chức năng hợp lý, đáp ứng được nhu cầu sử dụng và dây chuyền phục vụ của từng bệnh viện. Mặt khác, nhiều quan điểm mới trong xây dựng bệnh viện hiện đại như kết hợp chữa bệnh và điều dưỡng, đưa bệnh viện trở thành một tổ hợp dịch vụ công cộng... đang dần được áp dụng tại Hà Nội, Việt Nam.

+ Về giao thông: Các bệnh viện tuyến 3 và tuyến 2 tại Hà Nội phần lớn nằm trong khu vực các quận nội thành, các bệnh viện được tiếp cận với mạng giao thông đô thị rất thuận lợi, tuy nhiên xe cấp cứu từ các tỉnh ngoài đến thường khó đạt điều kiện thông suốt do hiện tượng tắc nghẽn giao thông đô thị.

+ Về cấp nước, cấp điện: Các bệnh viện cần được cấp nước đầy đủ và đảm bảo về chất lượng. Phần lớn các bệnh viện được cấp nước từ mạng lưới cấp nước thành phố chiếm 68%. Còn lại, một số bệnh viện sử dụng kết hợp nước ngầm tự xử lý.

+ Về xử lý chất thải y tế: có 11 bệnh viện đa khoa cấp thành phố có trạm XLNT cục bộ. Còn lại các bệnh viện đa khoa khác nước thải được xử lý bằng Cloramin B. Tại cấp Trung ương có 13 cơ sở y tế có trạm XLNT cục bộ. Nhiều bệnh viện, cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội chưa có trạm XLNT, dẫn tới tình trạng ô nhiễm môi trường (nước thải y tế trở nên bức xúc, gây nguy hại cho người bởi những vi trùng, động vật nguyên sinh gây bệnh, virut...). Cùng với đó có tới 90% số bệnh viện xử lý CTR y tế ngoài khu vực bệnh viện. Một số bệnh viện có lò đốt rác thải y tế. Ước tính tổng khối lượng CTR y tế phát sinh là 30,9 tấn/ngày. Trong đó lượng chất thải rắn y tế nguy hại là: 7,18 tấn/ngày, chiếm 23% tổng lượng CTR phát sinh.

3.2. Thực trạng về quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

3.2.1. Dự án đầu tư xây dựng công trình y tế

Các dự án ĐTXDCT y tế sẽ giúp nâng cao chất lượng các dịch vụ công thuộc lĩnh vực ngành y tế. Với phương thức PPP, Nhà nước sẽ thiết lập các tiêu chuẩn về cung cấp dịch vụ và tư nhân được khuyến khích tham gia để tối ưu hóa hiệu quả đầu

tư và cung cấp dịch vụ y tế chất lượng cao và có lợi nhuận hài hòa với hình thức tham gia ĐTXDCT.

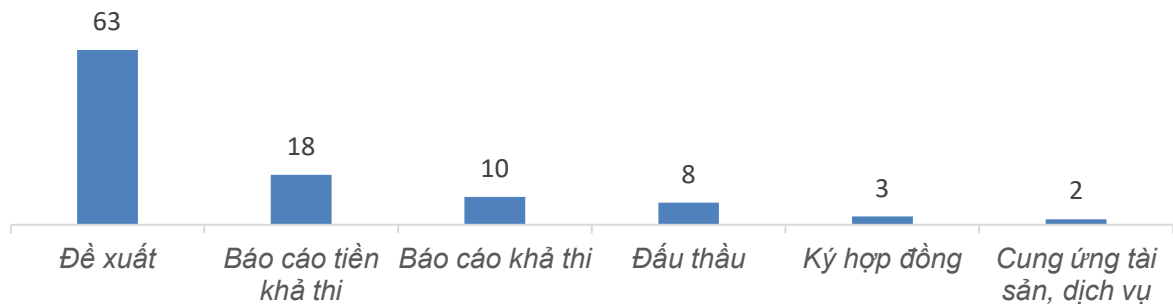
Theo số liệu tại Báo cáo số 25/BC-CP ngày 30/01/2019 của Chính phủ về tổng kết tình hình thực hiện dự án PPP, Việt Nam có 336 dự án PPP đã ký kết hợp đồng (trong đó: 140 dự án áp dụng loại hợp đồng BOT với TMĐT là 1.138.538 tỷ đồng; 188 dự án áp dụng loại hợp đồng BT với TMĐT là 465.118 tỷ đồng; 5 dự án áp dụng loại hợp đồng BOO với TMĐT là 2.116 tỷ đồng; 1 dự án áp dụng loại hợp đồng BTL với TMĐT là 423 tỷ đồng; và 2 dự án áp dụng loại hợp đồng BOT kết hợp BT với TMĐT là 3.140 tỷ đồng). Nhà nước đã huy động được khoảng 1.609.335 tỷ đồng vào đầu tư phát triển hệ thống kết cấu hạ tầng quốc gia [9]. Tuy nhiên các dự án ĐTXD bệnh viện đều chưa được ghi nhận một cách chính thức theo phương thức PPP.

Bảng 3.2: Số lượng các dự án đối tác công tư tại Việt Nam [9]

STT	Lĩnh vực dự án	Số lượng	TMĐT (tỷ đồng)
1	Giao thông vận tải	220	672.345
2	Nhà tái định cư, ký túc xá	32	12.356
3	Trụ sở làm việc	20	39.793
4	Năng lượng	18	857.209
5	Cấp nước, thoát nước, môi trường	18	21.716
6	Y tế, văn hóa, thể thao	11	4.632
7	Giáo dục đào tạo, chợ	17	1.284
	Tổng cộng	336	1.609.335

Trong số các dự án PPP được tổng hợp cho thấy, tỷ lệ dự án thuộc lĩnh vực y tế, văn hóa, thể thao (cả 3 lĩnh vực) mới chỉ chiếm 3,27% tổng số lượng dự án. Điều đó cho thấy thực trạng ĐTXD theo phương thức PPP trong lĩnh vực y tế còn rất hạn chế. Mặc dù những dự án PPP (loại hợp đồng BOT, BT...) triển khai trong thời gian vừa qua còn có các hạn chế, tồn tại nhưng nhìn chung các dự án này đã góp phần tích cực hoàn thiện số lượng, chất lượng hệ thống cơ sở hạ tầng xã hội, dịch vụ công, ... kịp thời giải quyết các nhu cầu của người dân và đáp ứng yêu cầu về cơ sở hạ tầng để thúc đẩy KT-XH đất nước, tạo ra động lực phát triển, tăng năng lực cạnh tranh.

Từ số liệu thống kê tại Bảng 3.2 cho thấy tại Việt Nam các dự án PPP chủ yếu được tập trung trong lĩnh vực giao thông và HTKT theo phương thức hợp đồng BOT và BT (chiếm 97,62%). Mặc dù các lĩnh vực khác được Bộ, ngành đề xuất dự án PPP nhưng riêng đối với lĩnh vực y tế thì chưa được triển khai hiệu quả. Trong khi những hợp đồng phi PPP được sử dụng thường xuyên thì việc QLĐT XDCT theo phương thức PPP trong lĩnh vực y tế còn nhiều hạn chế. Theo Ngân hàng thế giới, trong giai đoạn 2010-2019, có 63 dự án PPP trong lĩnh vực y tế được đề xuất. Số lượng dự án này chưa tương xứng với nhu cầu của ngành y tế, thể hiện sự yếu kém trong việc đề xuất dự án, triển khai dự án do thiếu hụt các tiêu chí lựa chọn dự án PPP y tế [27].



Hình 3.1: Số lượng các dự án y tế theo hình thức đối tác công tư ở Việt Nam [27]

Trên thực tế, quá trình chuẩn bị dự án, thẩm định và phê duyệt dự án đầu tư theo phương thức PPP thường bị kéo dài. Trong số các dự án được đề xuất, mới chỉ có 18 dự án hoàn thành báo cáo NCKT và 10 dự án hoàn thành NCKT (Hình 3.1). Trong 8 dự án đến giai đoạn đấu thầu, có 4 dự án chỉ định nhà đầu tư, 3 dự án áp dụng đấu thầu cạnh tranh nhưng không có nhà đầu tư tham gia hoặc chỉ có một nhà đầu tư trúng sơ tuyển. Hiện nay, tiến độ triển khai, thực hiện các dự án PPP y tế rất chậm và có rất ít thông tin báo cáo, đánh giá về lĩnh vực này. Kết quả về ĐTXD bệnh viện và cung ứng dịch vụ y tế theo phương thức PPP còn rất khiêm tốn.

Bảng 3.3: Thống kê danh mục đề xuất dự án đối tác công tư lĩnh vực y tế [27, 29]

TT	Nội dung		Loại hợp đồng					Tổng cộng
			BOT	BLT	BOO	BT	Khác	
I	Cơ quan quản lý	Bộ Y tế	1	1		1		3
		UBND tỉnh/thành phố	7	1	2	4	1	15
II	Tài trợ	Nhà nước	2	2			1	5
		Tư nhân	6		2	5		13

TT	Nội dung		Loại hợp đồng					Tổng cộng
			BOT	BLT	BOO	BT	Khác	
III	Địa điểm	Tp HCM, Hà Nội, Đà Nẵng, Hải Phòng	6	2		5		13
		Quảng Ninh, Cà Mau, Bến Tre, Quảng Nam	2		2		1	5
IV	Cơ sở y tế	Bệnh viện	5	2	2	3	1	13
		Phòng khám đa khoa, trạm y tế xã	2					2
		Trung tâm y tế dự phòng				1		1
		Trường y tế	1			1		2
V	Loại hình	Trang thiết bị				1	1	2
		Cơ sở vật chất	2	2		4		8
		Cơ sở vật chất và dịch vụ tích hợp	6		2			8
VI	Quy mô dự án	Nhóm A (từ 800 tỷ đồng trở lên)		1		1		2
		Nhóm B (từ 45 tỷ đồng đến 800 tỷ đồng)	6	1	2	4		13
		Nhóm C (dưới 45 tỷ đồng)	2				1	3
		Tổng	8	2	2	5	1	18

Hiện nay, Nhà nước chủ trương áp dụng phương thức PPP trong các hoạt động xây dựng để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng đối với các dịch vụ y tế và nâng cao chất lượng tốt hơn bằng cách tận dụng nguồn lực và chuyên môn của tổ chức tài chính tư nhân. Các dự án ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP có thể đem lại hiệu quả sử dụng nguồn vốn thông qua việc cải thiện hiệu quả đầu tư, giảm thiểu rủi ro tốt hơn và đánh giá hiệu suất dựa trên đầu ra [27]. Bên cạnh đó, chương trình cải cách tổng thể kinh tế vĩ mô vào đầu những năm 1990, Nhà nước đã áp dụng các chính sách để khuyến khích, huy động “mọi nguồn lực xã hội” cho các dịch vụ công quan trọng [29]. Trên thực tế, sự tham gia của tư nhân trong lĩnh vực y tế chủ yếu theo hình thức “xã hội hóa”, chứ không thông qua các hợp đồng PPP. Xã hội hóa là thuật ngữ tiếng Việt để chỉ việc tư nhân cung cấp dịch vụ công hoặc tư nhân tham gia vào các dịch

vụ công. Sự khác biệt chính giữa dự án PPP và dự án xã hội hóa là dự án xã hội hóa không có hợp đồng chính thức từ Chính phủ, không giống như PPP.

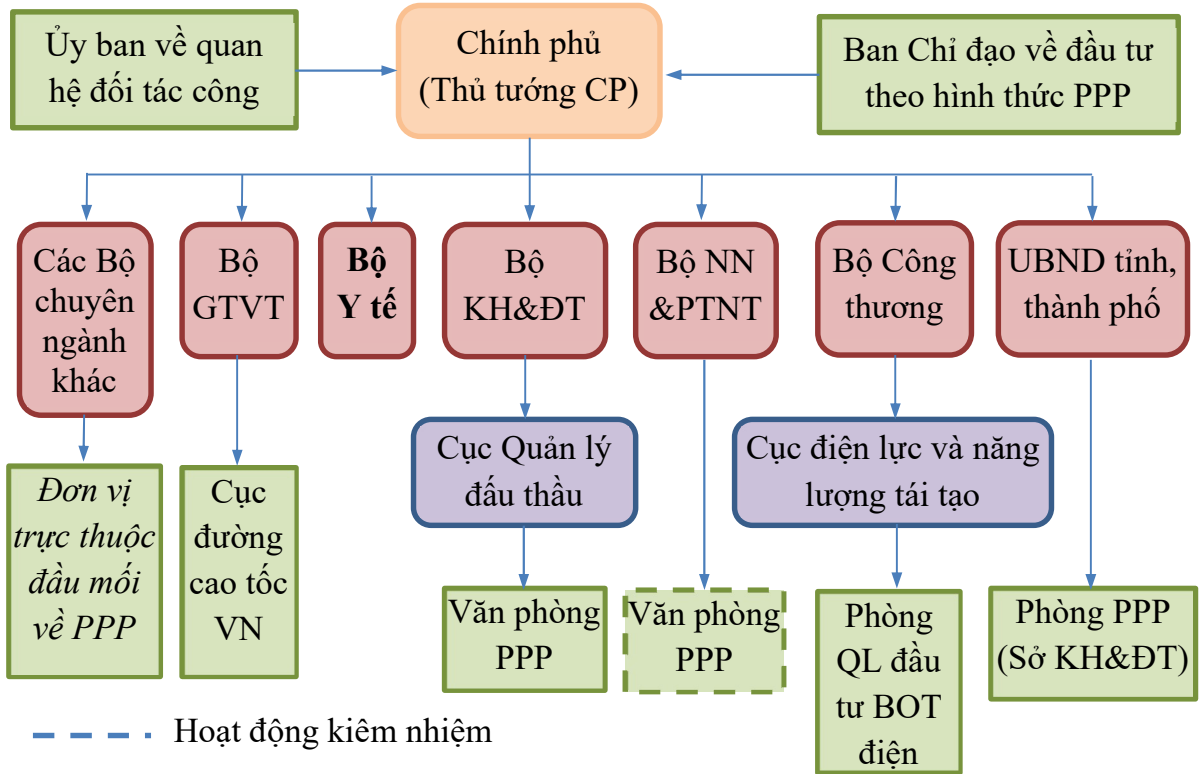
Việt Nam có 240 bệnh viện tư nhân tại 50/63 tỉnh thành với tỷ lệ trung bình 1,7 giường bệnh tư trên 10.000 dân (chiếm 13% tổng số bệnh viện) và 35.000 phòng khám tư nhân, cung cấp dịch vụ tới 31,2% bệnh nhân ngoại trú và 6,3% dịch vụ nội trú [27]. Hầu hết các bệnh viện này được xây dựng tại các tỉnh, thành phố lớn trực thuộc tỉnh góp phần cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tốt hơn cho người dân. Trong khi 5 thành phố trực thuộc trung ương (Hà Chí Minh, Hà Nội, Đà Nẵng, Hải Phòng, Cần Thơ) chiếm 45% số bệnh viện tư nhân, các tỉnh có số giường bệnh tư cao nhất trên 10.000 dân là Bình Dương, Vĩnh Long, Thanh Hóa và Nghệ An [27].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Hưng Quang (2018) cho thấy các dự án PPP rất phức tạp trong khi đó sự hỗ trợ của Nhà nước là có hạn, các dự án thường vướng mắc ở chính sách và tài chính là các yếu tố chính hạn chế việc thực hiện trong thực tiễn [29]. Một yếu tố nữa là quản lý ĐTXD dự án PPP chỉ có thể bền vững nếu được thực hiện hiệu quả và công bằng. Muốn vậy, Nhà nước phải xây dựng hệ thống chính sách riêng cho từng loại hình dự án PPP, từng ngành, lĩnh vực bởi đường bộ khác đường sắt, khác các nhà máy nước thải... Từ thực tiễn cho thấy, thực hiện quản lý ĐTXD theo phương thức PPP ở Việt Nam đang tồn tại một số vướng mắc, như là chưa có hướng dẫn hoặc cảm nang hướng dẫn về việc thực hiện dự án theo phương thức PPP, hoạt động đấu thầu lựa chọn nhà đầu tư cũng gặp nhiều khó khăn và không hiệu quả so với các dự án được thương lượng, đàm phán riêng... [47].

Theo số liệu của Cục thống kê Hà Nội, các cơ sở y tế tư nhân cung cấp 30,5% dịch vụ ngoại trú và 6,6% dịch vụ nội trú cho người dân. Riêng tại thành phố Hà Nội, các cơ sở y tế tư nhân chỉ cung cấp 18,8% dịch vụ ngoại trú và 2,9% dịch vụ nội trú cho người dân, thấp hơn nhiều so với mặt bằng cả nước [25]. Hệ thống chăm sóc sức khỏe do nhà đầu tư tư nhân cung cấp thường được đánh giá có chất lượng tốt hơn dịch vụ công ở khía cạnh thời gian chờ đợi khám chữa bệnh ngắn hơn, cơ sở vật chất hiện đại và thoải mái hơn, đội ngũ bác sỹ, nhân viên cư xử thân thiện hơn và cung cấp dịch vụ tư vấn tốt hơn [60].

3.2.2. Bộ máy quản lý nhà nước về đối tác công tư

a. Cấp trung ương



Hình 3.2: Bộ máy quản lý nhà nước về đối tác công tư cấp Trung ương

Theo tổng hợp của nghiên cứu sinh, có 51 Bộ và UBND cấp tỉnh, thành phố đã giao đơn vị trực thuộc làm đầu mối tổ chức triển khai về PPP, như là Bộ Công thương có “Phòng QL đầu tư BOT điện” thuộc Cục điện lực và năng lượng tái tạo, Bộ NN&PTNT có Văn phòng PPP (làm việc theo chế độ kiêm nhiệm); UBND thành phố Hà Nội và UBND thành phố Hồ Chí Minh thành lập Phòng PPP thuộc Sở KH&ĐT (Hình 3.2). Theo quy định phân cấp QLNN thì:

- Ban Chỉ đạo về đầu tư theo phương thức PPP (thành lập theo Quyết định số 2048/QĐ-TTg ngày 27/10/2016 của Thủ tướng Chính phủ) với chức năng giúp Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ nghiên cứu, chỉ đạo, triển khai thực hiện mô hình đầu tư theo phương thức PPP. Ban Chỉ đạo có nhiệm vụ nghiên cứu, đề xuất với Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ phương hướng, kế hoạch, giải pháp chiến lược thực hiện hiệu quả mô hình PPP; giúp Thủ tướng Chính phủ chỉ đạo, đôn đốc, điều phối hoạt động giữa các Bộ, ngành và địa phương trong việc thực hiện mô hình PPP;

- Ủy ban về quan hệ đối tác công tư (thành lập theo Quyết định số 1040/QĐ-TTg ngày 16/8/2018 của Thủ tướng Chính phủ) là đơn vị trực thuộc Hội đồng quốc gia về phát triển bền vững và nâng cao năng lực cạnh tranh có nhiệm vụ: (i) góp ý xây dựng chính sách và dự án/chương trình PPP phục vụ cho phát triển bền vững và nâng cao năng lực cạnh tranh quốc gia; (ii) huy động các nguồn lực trong và ngoài nước; và (iii) khuyến khích các doanh nghiệp đề xuất ý tưởng và xây dựng các mô hình/dự án PPP một cách bền vững. Phó Thủ tướng Chính phủ là Chủ tịch Hội đồng quốc gia về Phát triển vững & Nâng cao năng lực cạnh tranh. Chủ tịch Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam (VCCI) là Phó Chủ tịch Hội đồng quốc gia và là Chủ tịch Ủy ban hợp tác công tư. Ủy ban có vai trò quan trọng trong việc tổng hợp ý kiến đóng góp của khu vực tư nhân trong nước và quốc tế vào chính sách phát triển PPP.

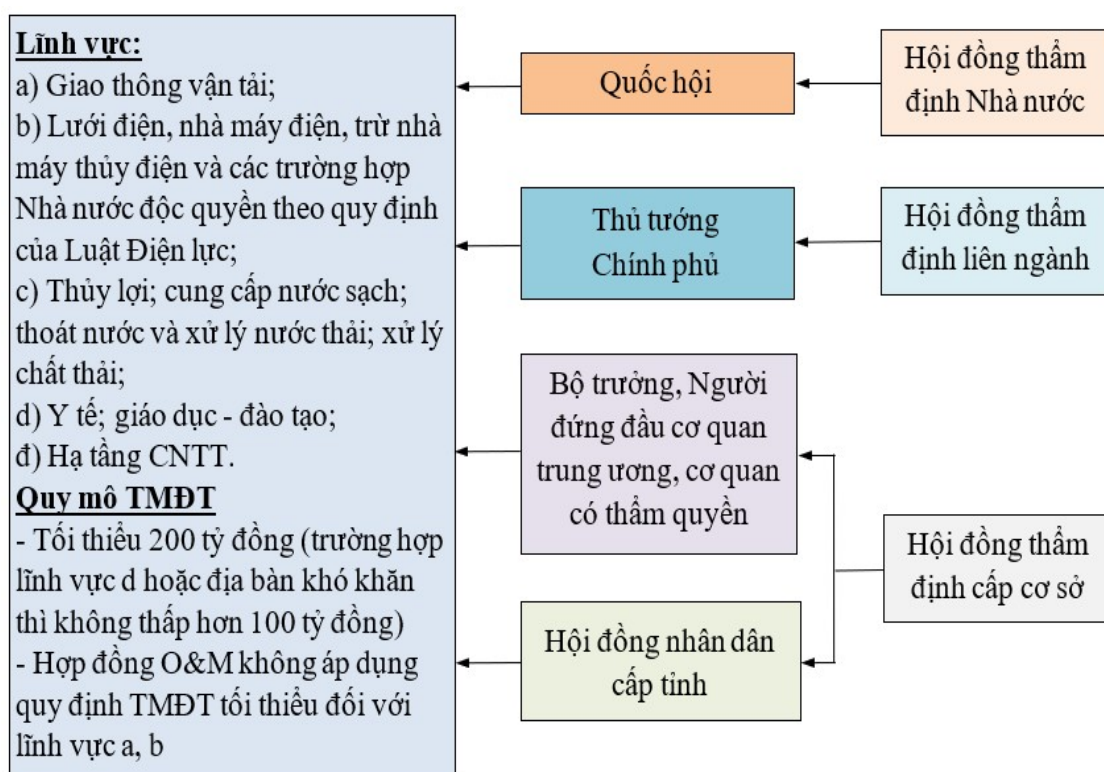
- Văn phòng PPP trực thuộc Cục Quản lý đầu thầu, Bộ Kế hoạch và Đầu tư chịu trách nhiệm hỗ trợ Ban chỉ đạo về đầu tư theo phương thức PPP và Bộ KH&ĐT.

- Các văn phòng PPP trực thuộc Bộ chuyên ngành (không bao gồm Bộ KH&ĐT) có thẩm quyền chịu trách nhiệm ký kết và thực hiện hợp đồng dự án; các đơn vị PPP chịu trách nhiệm quản lý và tổ chức thực hiện các dự án PPP trong mỗi CQNN có thẩm quyền.

- Ban quản lý dự án (BQLDA) chịu trách nhiệm chuẩn bị và triển khai các dự án PPP cụ thể.

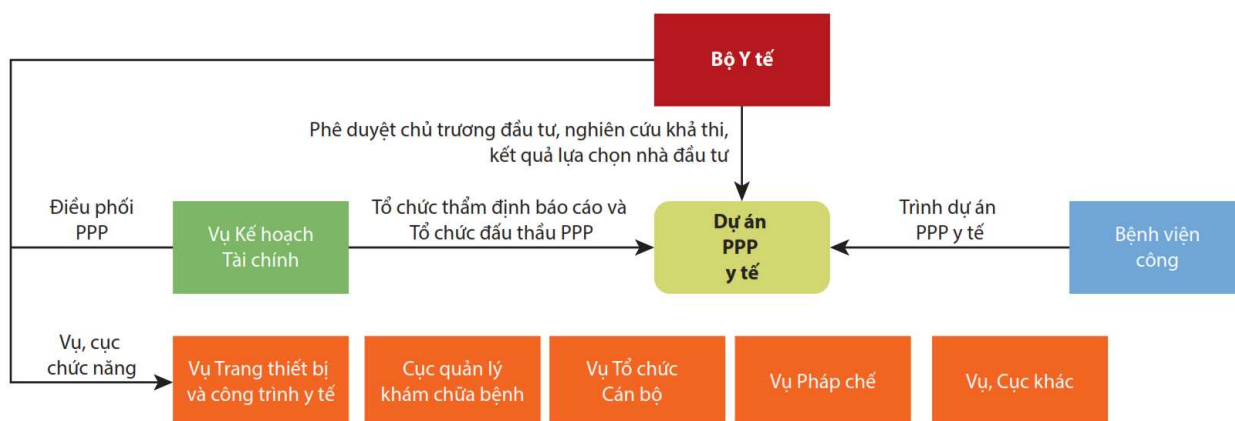
Theo quy định của Luật PPP và Nghị định số 15/2021/NĐ-CP [13,35], hiện nay Việt Nam áp dụng mô hình quản lý phân cấp cho các dự án PPP, trong đó quyền hạn được chuyển từ chính quyền trung ương sang các cơ quan Nhà nước (CQNN) có thẩm quyền. Nhà nước là chủ thể tổ chức và quản lý dự án PPP trong nền kinh tế thị trường. Do vậy, chủ thể Nhà nước (CQNN có thẩm quyền) đóng vai trò quan trọng, được trao quyền để QLDA, quản lý ĐTXD.

Để thực hiện quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP đòi hỏi phải xây dựng, tổ chức bộ máy một cách hiệu quả, tối ưu nhất trong điều kiện hiện tại. Bộ máy QLNN đối với dự án PPP đòi hỏi yêu cầu đồng bộ, có hiệu lực và hiệu quả kết hợp với hệ thống pháp luật về PPP hoàn chỉnh. Theo khung pháp lý hiện tại, các bộ, ngành chủ quản có thể chỉ định một bộ phận quản lý các dự án PPP (gián tiếp, kiêm nhiệm) hoặc thành lập một bộ phận mới chịu trách nhiệm trực tiếp quản lý các dự án PPP.



Hình 3.3: Phân cấp phê duyệt quyết định chủ trương đầu tư [35]

Tác động, vai trò của bộ máy QLNN về ĐTXD công trình y tế theo phương thức PPP được xác định ở giai đoạn quyết định chủ trương đầu tư ở cấp quốc gia, cấp tỉnh và các Bộ ngành được quy định tại Luật PPP như hình 3.3 trên. Cho đến nay, Bộ Y tế chưa có đơn vị trực thuộc trực tiếp quản lý dự án PPP. Hiện nay, Bộ Y tế mới chỉ “gián tiếp” giao nhiệm vụ cho Vụ KH-TC làm đầu mối xử lý thông tin liên quan đến các dự án PPP thuộc lĩnh vực và các hoạt động liên quan đến PPP liên chính phủ như hình 3.4.



Hình 3.4: Các đơn vị thuộc Bộ Y tế tham gia dự án đối tác công tư

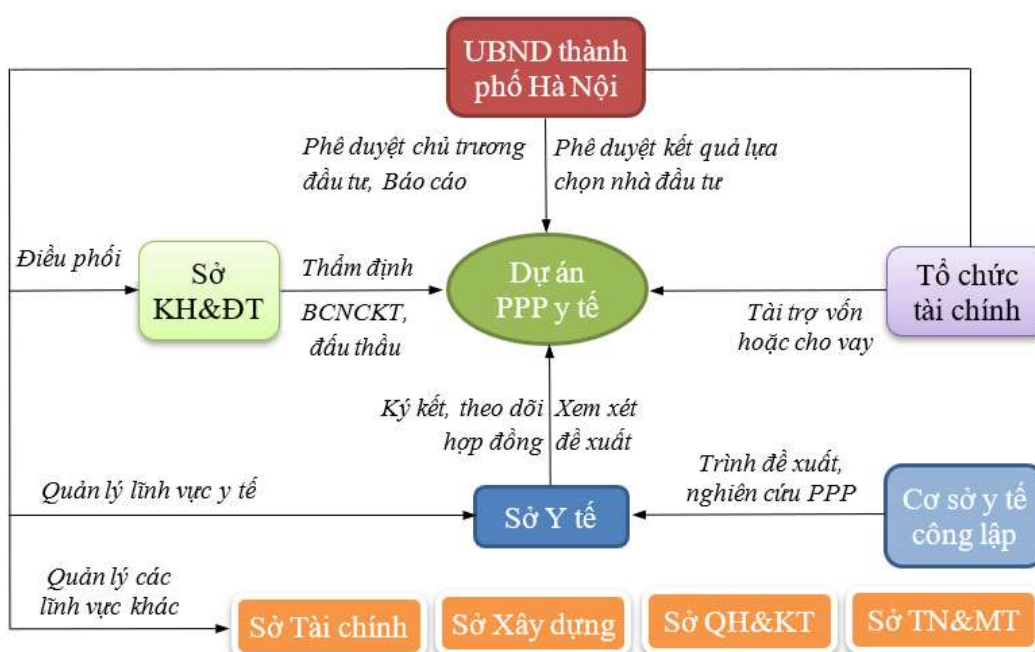
Trong Vụ KH-TC, Phòng Đầu tư chịu trách nhiệm thẩm định, đánh giá dự án PPP và phối hợp với các phòng, ban khác, các bệnh viện công cấp trung ương. Nhân sự nòng cốt của Phòng Đầu tư bao gồm ba nhân viên chịu trách nhiệm tổng hợp, thẩm định và đánh giá các dự án PPP trong lĩnh vực y tế. Các nhân viên này không được phân bổ toàn thời gian cho công tác quản lý các dự án ĐTXD theo hình thức PPP nói riêng, quản lý về hình thức PPP nói chung; thời gian làm việc còn lại được dành cho các hoạt động khác, theo yêu cầu của Phòng Đầu tư. Có rất ít đề xuất dự án PPP được các nhà tài trợ hoặc nhà đầu tư gửi trực tiếp đến Bộ Y tế do đó năng lực quản lý của cán bộ Phòng Đầu tư cũng chưa có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực này [29].

b. Cấp thành phố Hà Nội

Theo chức năng và nhiệm vụ được giao, Sở KH&ĐT chịu trách nhiệm phối hợp với các cơ quan chức năng khác về việc triển khai thực hiện dự án PPP, bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Cung cấp hướng dẫn cho các cơ quan chính quyền thành phố có liên quan về việc xác định, lựa chọn dự án, lập và thẩm định NCTKT và NCKT, công bố thông tin các dự án PPP;
- Lập ngân sách hàng năm và phân bổ ngân sách cho chi phí lập và triển khai các dự án PPP;
- Lập kế hoạch đầu tư hàng năm và năm năm trong đó bao gồm cả tổng vốn góp của chính quyền tỉnh cho các dự án PPP;
- Tổ chức thẩm định và đánh giá các NCTKT và NCKT;
- Thực hiện các giai đoạn đấu thầu theo phương thức PPP để lựa chọn các nhà đầu tư tư nhân;
- Quản lý quá trình triển khai thực hiện các dự án PPP

Trước đây, Sở KH&ĐT Hà Nội đã thành lập các đơn vị chuyên trách quản lý các nội dung của hình thức PPP để thực hiện các hoạt động liên quan đến các dự án PPP (Phòng PPP). Đơn vị đóng vai trò cấp phép và giám sát các dự án PPP, đã góp phần vào việc triển khai các dự án PPP tại Hà Nội. Đơn vị này huy động hỗ trợ kỹ thuật để hỗ trợ các dự án PPP, tham gia xây dựng năng lực PPP và cung cấp thông tin cho các nhà đầu tư và các bên quan tâm khác.

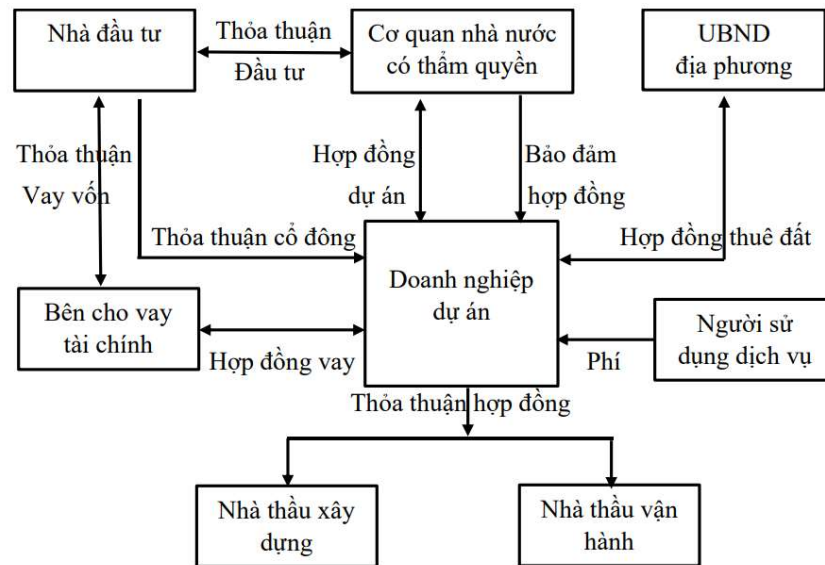


Hình 3.5: Chủ thể quản lý nhà nước trên địa bàn thành phố Hà Nội tham gia dự án đối tác công tư

Bên cạnh đó, Sở Y tế Hà Nội quản lý việc cung cấp dịch vụ y tế công cộng và tư nhân trên địa bàn thành phố. Cơ quan này chịu trách nhiệm cấp phép cho các tổ chức và cá nhân hành nghề y tế, đánh giá các khía cạnh kỹ thuật của các công nghệ và dịch vụ y tế, điều phối các chuyên gia y tế và hệ thống chuyển tuyến, định giá các dịch vụ y tế và đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe. Sở Y tế cũng chịu trách nhiệm đánh giá nhu cầu đầu tư cơ sở vật chất y tế và xây dựng kế hoạch phát triển hệ thống y tế tỉnh/thành phố, trong đó phương thức PPP có thể được coi là một trong các phương án đầu tư. Ví dụ, tại thành phố Hà Nội, Sở Y tế và các cơ sở y tế công lập phối hợp với Sở KH&ĐT lập danh sách đề xuất dự án PPP trong lĩnh vực y tế. Sau khi đấu thầu các dự án PPP trong lĩnh vực y tế, Sở Y tế có thể được UBND thành phố ủy quyền ký hợp đồng với doanh nghiệp dự án. Do đó, Sở Y tế đóng một vai trò quan trọng trong việc xây dựng và vận hành các dự án PPP trong lĩnh vực y tế.

3.2.3. Các chủ thể tham gia quản lý đầu tư xây dựng công trình

Theo Luật PPP, nhà đầu tư thành lập doanh nghiệp dự án và ký hợp đồng với cơ quan Nhà nước có thẩm quyền. Lúc này doanh nghiệp dự án là chủ thể quản lý ĐTXD của dự án PPP, doanh nghiệp dự án có pháp nhân và làm việc với các bên liên quan như hình 3.6



Hình 3.6: Chủ thể tham gia quản lý đầu tư xây dựng dự án đối tác công tư [9]

Điểm nổi bật của Luật về PPP là quy định rõ doanh nghiệp dự án PPP được thành lập theo dạng công ty, có trách nhiệm trực tiếp trong việc quản lý ĐTXDCT.

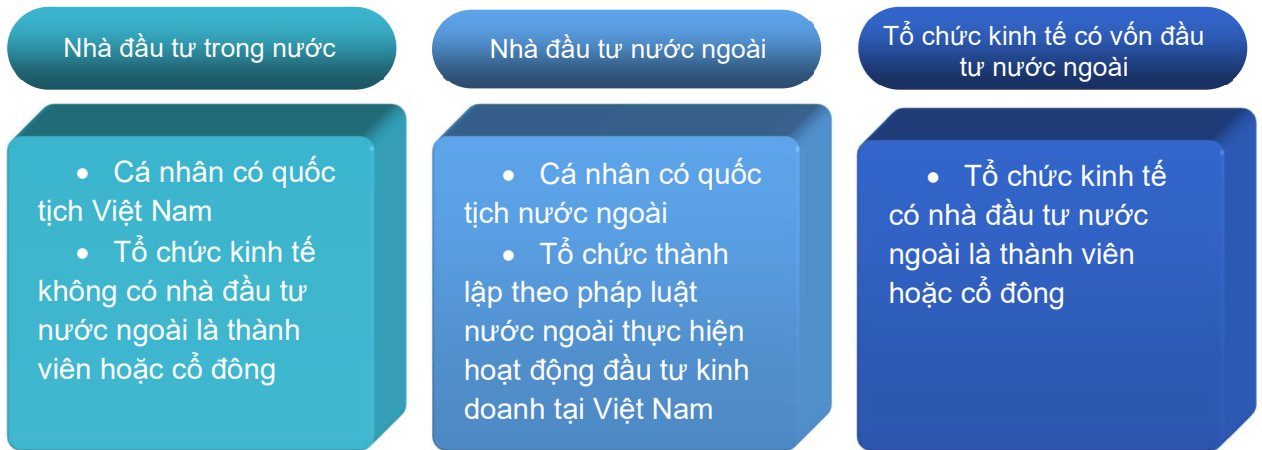
3.3.3.1. Đối tác Nhà nước

Một bên chủ thể quản lý ĐTXDCT dự án PPP là cơ quan Nhà nước có thẩm quyền, cụ thể là các Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh. Các cơ quan này có thể thực hiện việc ủy quyền cho cơ quan chuyên môn của mình (các tổ chức thuộc Bộ, cơ quan ngang Bộ giúp Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ thực hiện chức năng quản lý nhà nước đối với ngành, lĩnh vực; cơ quan chuyên môn thuộc UBND cấp tỉnh) hoặc UBND cấp huyện ký kết và thực hiện hợp đồng dự án nhóm B và nhóm C. Điều này đồng nghĩa với việc đối với các dự án quan trọng quốc gia và dự án nhóm A, Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh không được ủy quyền mà phải tự ký kết và thực hiện hợp đồng dự án. Về nguyên tắc, cơ quan được ủy quyền ký kết và thực hiện hợp đồng dự án chịu trách nhiệm trước Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh trong phạm vi được ủy quyền.

Theo quy định tại Luật Xây dựng, Luật PPP và các Nghị định hướng dẫn, đơn vị cấp Bộ hoặc UBND tỉnh, thành phố có thẩm quyền phê duyệt báo cáo NCKT, quyết định phê duyệt chủ trương đầu tư, phê duyệt báo cáo NCKT và phê duyệt kết quả lựa chọn nhà đầu tư. UBND tỉnh, thành phố có thể ký kết hợp đồng PPP cho các dự án y tế thuộc nhóm A (quy mô 800 tỷ đồng trở lên) và có thể ủy quyền cho Sở Y tế ký hợp đồng cho các dự án y tế thuộc nhóm B (quy mô từ 100 tỷ tới 800 tỷ đồng).

3.3.3.2. Đối tác tư nhân và doanh nghiệp dự án

Chủ thể (đối tác) trực tiếp trong hợp đồng dự án PPP là nhà đầu tư tư nhân, là các tổ chức, cá nhân thực hiện hoạt động đầu tư theo quy định của pháp luật về đầu tư và pháp luật có liên quan còn doanh nghiệp dự án là doanh nghiệp do nhà đầu tư thành lập để thực hiện dự án. Theo Luật Đầu tư 2014, nhà đầu tư được hiểu là tổ chức, cá nhân thực hiện hoạt động đầu tư kinh doanh, gồm nhà đầu tư trong nước, nhà đầu tư nước ngoài và tổ chức kinh tế có vốn đầu tư nước ngoài [32]. Nhà đầu tư không trực tiếp quản lý ĐTXDCT, tuy nhiên đóng vai trò rất quan trọng đến việc quản lý ĐTXDCT y tế.



Hình 3.7: Chủ thể (đối tác) tham gia hợp đồng dự án đối tác công tư [32]

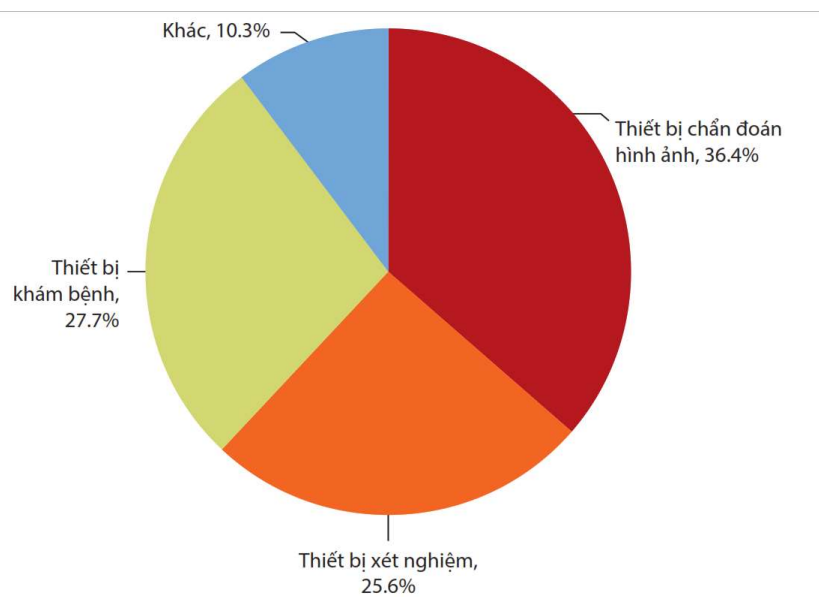
Theo Luật Đầu tư 2014, “tổ chức kinh tế” là tổ chức được thành lập và hoạt động theo quy định của pháp luật Việt Nam, gồm doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã và các tổ chức khác thực hiện hoạt động đầu tư kinh doanh. Về doanh nghiệp dự án, là các doanh nghiệp được thành lập duy nhất với mục tiêu thực hiện các dự án PPP mà không thực hiện các hoạt động kinh doanh khác. Theo Luật PPP, việc thành lập doanh nghiệp dự án là bắt buộc và được tiến hành sau khi nhà đầu tư có quyết định phê duyệt kết quả lựa chọn đầu tư. Việc thành lập DNDA giúp đảm bảo tổ chức quản lý và hạch toán độc lập nguồn vốn đầu tư và các hoạt động của dự án. Việc tổ chức quản lý, hoạt động, giải thể DNDA thực hiện theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp, pháp luật về đầu tư và hợp đồng dự án. Hiện nay, một số doanh nghiệp dự án PPP đã được thành lập trong nhiều dự án giao thông, năng lượng và

hoạt động khá tốt tại Việt Nam, tuy nhiên trong lĩnh vực y tế chưa ghi nhận các doanh nghiệp này.

3.2.4. Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế

Hiện nay, công tác quản lý ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội chưa có số liệu thống kê cụ thể. Theo tìm hiểu của tác giả, thành phố Hà Nội chưa có một dự án ĐTXDCT bệnh viện nào theo phương thức PPP. Có thể nói phương thức PPP trong lĩnh vực y tế được gián tiếp áp dụng đã từ lâu theo các phương thức khác nhau:

+ Phương thức liên doanh cung cấp thiết bị y tế: trong đó các nhà đầu tư tư nhân (có thể bao gồm các nhân viên của bệnh viện) tiến hành mua và lắp đặt mới thiết bị y tế tại các bệnh viện công lập.

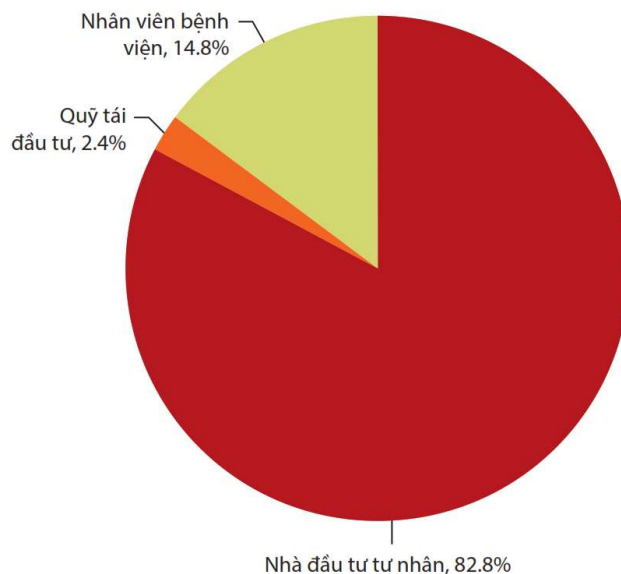


Hình 3.8: Hợp tác công tư trong lĩnh vực thiết bị y tế [29]

Theo phương thức này, nhà đầu tư tư nhân sẽ thu phí từ người khám, chữa bệnh khi sử dụng các thiết bị riêng này (khoản thu thường được lồng ghép trong chi phí khám, chữa bệnh) và quỹ BHYT sẽ chi trả cho các dịch vụ này theo quy định áp dụng cho các dịch vụ công. Trong đó, thiết bị chẩn đoán hình ảnh chiếm tỷ trọng lớn nhất, tiếp theo là thiết bị thiết bị phục vụ khám chữa bệnh và thiết bị xét nghiệm. Kết quả nghiên cứu, mức đầu tư của nhân viên bệnh viện chiếm 14,8% tổng vốn đầu tư của khu vực tư nhân vào phương thức liên doanh [29]. Theo số liệu tổng hợp của tác giả,

phương thức đầu tư tư nhân này ngày càng trở nên phổ biến khi năm 2017 đã có hơn 810 đề án liên doanh tại 19 bệnh viện TW và 22 bệnh viện tỉnh, thành phố, trong đó các bệnh viện tuyến TW thuộc Bộ Y tế đã huy động được tổng số 2.043 tỷ đồng trong khi các cơ sở y tế công lập ở thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội đã huy động được tương ứng 1.100 tỷ đồng và 262 tỷ đồng [51].

+ Phương thức liên doanh cung cấp dịch vụ: trong những năm gần đây, nhà đầu tư tư nhân cũng đã liên doanh để xây dựng, vận hành các dịch vụ y tế trong các cơ sở y tế công lập [29]. Việc kết hợp dịch vụ công và tư ở cùng địa điểm thường được thực hiện thông qua hợp đồng hợp tác kinh doanh mà không thành lập doanh nghiệp dự án, như các trung tâm khám, chữa bệnh chất lượng cao trong bệnh viện công lập hoặc trung tâm tiêm chủng tại các trung tâm kiểm soát bệnh tật công lập.



Hình 3.9: Phương thức liên doanh phân loại theo nguồn vốn [29]

Trong những năm gần đây, đã có một số bệnh viện cùng địa điểm, cùng thương hiệu quy mô lớn, kết hợp các dịch vụ công - tư theo mô hình hợp đồng hợp tác kinh doanh có thành lập công ty cổ phần dự án, trong đó đối tác tư nhân góp vốn đầu tư và nắm giữ cổ phần lớn hơn trong khi bệnh viện công lập đóng góp thương hiệu, đội ngũ bác sĩ, nhân viên lành nghề và nắm giữ ít cổ phần hơn. Tiêu biểu là trường hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai (khối B, 700 giường), bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định (phần mở rộng với 600 giường), ... đã huy động tổng vốn đầu tư 2.600 tỷ đồng từ khu vực tư nhân [29]. Các phương thức hợp tác khác nhau đã được các bệnh viện

công lập sử dụng nhằm huy động vốn của khu vực tư nhân vào ĐTXD mới cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, ... nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Tuy nhiên, các nội dung hợp tác mới ở mức độ nhỏ lẻ, hợp tác ĐTXD toàn bộ công trình bệnh viện chưa được thực hiện. Theo khung pháp lý hiện hành, các dự án PPP có thể được đề xuất bởi cả khu vực công và khu vực tư nhân. Việc đề xuất, công bố dự án bởi hai khu vực này có những đặc thù nhất định.

a. Cơ quan Nhà nước đề xuất dự án

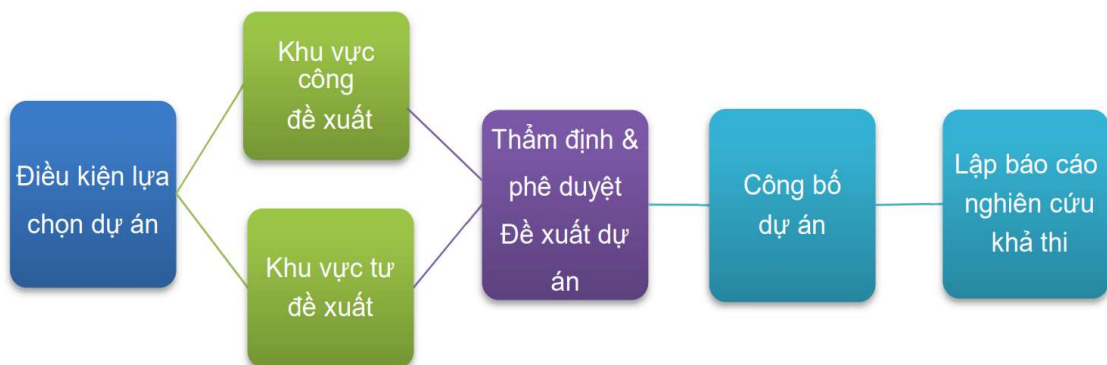
Các dự án do khu vực công đề xuất sẽ được lựa chọn sơ bộ theo những tiêu chí nhất định nhằm xác định đúng mục đích đầu tư theo phương thức PPP. Việc lựa chọn dự án PPP được quy định theo 5 tiêu chí sau (quy định tại khoản 1 Điều 14 Luật PPP): i) Sự cần thiết đầu tư; ii) Thuộc lĩnh vực quy định tại khoản 1 Điều 4 và đáp ứng quy mô tổng mức đầu tư tối thiểu quy định tại khoản 2 Điều 4 của Luật PPP; iii) Không trùng lặp với dự án PPP đã có quyết định chủ trương đầu tư hoặc quyết định phê duyệt dự án; iv) Có lợi thế so với các phương thức đầu tư khác; v) Có khả năng bố trí vốn Nhà nước trong trường hợp có nhu cầu sử dụng vốn Nhà nước [35].

Tuy nhiên, các dự án do cơ quan Nhà nước đề xuất có thể không phù hợp với mục tiêu đầu tư của nhà đầu tư do giữa cơ quan nhà nước và nhà đầu tư thường có quan điểm khác nhau về “giá trị của đồng tiền”, nguyên lý kinh tế thị trường. Điều này đặt ra một vấn đề thách thức đó là trách nhiệm của cơ quan QLNN trong trường hợp đề xuất, đánh giá đề xuất dự án thiếu tính khả thi (không phù hợp với quan điểm tiếp cận của Nhà đầu tư). Trường hợp này đã xảy ra đối với dự án đường cao tốc Bắc Nam, Bộ GTVT mở thầu 05 dự án thành phần theo phương thức PPP ngày 2-5/10/2020, tuy nhiên 2 dự án thành phần đoạn quốc lộ 45 - Nghi Sơn và Nghi Sơn - Diễn Châu đến thời điểm đóng thầu không có nhà đầu tư nộp hồ sơ dự thầu do quan điểm đầu tư có sự khác biệt giữa Nhà nước và nhà đầu tư. Bên cạnh đó, xét rộng hơn là việc trách nhiệm của các cơ quan phê duyệt dự án, phê duyệt báo cáo NCKT, không lựa chọn được nhà đầu tư chưa được quy định rõ trong các văn bản về đầu tư theo phương thức PPP.

b. Nhà đầu tư đề xuất dự án

Ngoài các dự án, danh mục dự án do Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh phê duyệt và

công bố, nhà đầu tư tư nhân được quyền đề xuất các dự án thực hiện theo phương thức PPP với điều kiện phải thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn dự án như trường hợp dự án được đề xuất bởi khu vực công (đáp ứng quy định khoản 1 Điều 14 Luật PPP). Dự án do nhà đầu tư tư nhân lập và gửi Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh để xem xét, phê duyệt theo quy định. Trong trường hợp đề xuất dự án được phê duyệt, Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh công bố đề xuất dự án và thông tin về nhà đầu tư đề xuất dự án.



Hình 3.10: Quy trình đề xuất dự án đối tác công tư [29]

Theo quy định của Luật Sở hữu trí tuệ 2005 (sửa đổi bổ sung 2009) không quy định về bí mật thương mại, công nghệ nên khi nhà đầu tư đề xuất dự án theo phương thức PPP thì phải công bố các thông tin về đề xuất dự án, các giải pháp về kinh tế, kỹ thuật. Do đó, đây có thể sẽ là một khó khăn cho các nhà đầu tư khi thỏa thuận với cơ quan có thẩm quyền trong việc bảo mật thông tin trong hồ sơ đề xuất, khi mà khả năng đấu thầu lựa chọn nhà đầu tư sẽ tiềm ẩn nhiều rủi ro khi các thông tin này được công khai trước khi lựa chọn nhà đầu tư thực hiện dự án.

Trên cơ sở các đề xuất dự án được phê duyệt (bao gồm cả đề xuất từ khu vực công và khu vực tư), Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh tổ chức lập báo cáo NCKT của dự án làm cơ sở để lập hồ sơ mời thầu lựa chọn nhà đầu tư và đàm phán hợp đồng dự án hoặc giao nhà đầu tư lập báo cáo NCKT trong trường hợp đề xuất dự án được đề xuất bởi khu vực tư nhân. Việc giao cho nhà đầu tư lập báo cáo NCKT được thực hiện trên cơ sở thỏa thuận bằng văn bản giữa Bộ, ngành, UBND cấp tỉnh và nhà đầu tư, trong đó văn bản thỏa thuận phải quy định mục đích, yêu cầu, chi phí lập báo cáo NCKT, chi phí thuê tư vấn độc lập thẩm định và nguyên tắc xử lý trong trường hợp nhà đầu tư khác được lựa chọn thực hiện dự án. Hiện nay, quy định pháp luật đã cho phép cơ

quan Nhà nước có thẩm quyền có thể giao cho nhà đầu tư lập báo cáo NCKT trong cả trường hợp dự án được đề xuất bởi khu vực công. Ngoài ra, văn bản thỏa thuận giữa cơ quan Nhà nước có thẩm quyền và nhà đầu tư trong mọi trường hợp phải làm rõ nguyên tắc xử lý trong trường hợp báo cáo NCKT không được phê duyệt. Báo cáo NCKT, báo cáo NCKT được thẩm định dựa trên các nội dung chủ yếu là:

Bảng 3.4: Nội dung thẩm định báo cáo đề xuất dự án đối tác công tư [35]

STT	Nội dung thẩm định báo cáo NCKT	Nội dung thẩm định báo cáo NCKT
1	Sự phù hợp với điều kiện lựa chọn dự án để đầu tư theo phương thức PPP quy định tại khoản 1 Điều 14 của Luật PPP;	Sự phù hợp với căn cứ pháp lý;
2	Sự phù hợp với căn cứ lập báo cáo nghiên cứu tiền khả thi quy định tại khoản 2 Điều 14 của Luật PPP;	Sự cần thiết đầu tư;
3	Hiệu quả đầu tư; khả năng thu hồi vốn cho nhà đầu tư;	Sự phù hợp với yêu cầu về phương án kỹ thuật, công nghệ, tiêu chuẩn chất lượng của công trình, hệ thống cơ sở hạ tầng hoặc sản phẩm, dịch vụ công. Việc thẩm định các nội dung về hồ sơ thiết kế, kỹ thuật, công nghệ, tiêu chuẩn chất lượng được thực hiện theo quy định của pháp luật về xây dựng, pháp luật khác có liên quan;
4	Sự phù hợp của loại hợp đồng dự án PPP;	Sự phù hợp của loại hợp đồng dự án PPP;
5	Cơ chế chia sẻ phần giảm doanh thu;	Tính khả thi về tài chính; phương án tổ chức quản lý, kinh doanh hoặc cung cấp sản phẩm, dịch vụ công;
6	Nguồn vốn và khả năng cân đối vốn đối với dự án PPP có sử dụng VNN	Hiệu quả kinh tế - xã hội.

Báo cáo NCKT dự án đã được phê duyệt vẫn có thể được điều chỉnh trong một số trường hợp nhất định như: a) Dự án bị ảnh hưởng bởi sự kiện bất khả kháng; b) Xuất hiện các yếu tố mang lại hiệu quả cao hơn về tài chính, kinh tế - xã hội cho dự án; c) Quy hoạch, chính sách, pháp luật có liên quan thay đổi gây ảnh hưởng trực tiếp đến mục tiêu, địa điểm, quy mô của dự án; hoặc d) Không lựa chọn được nhà đầu tư thực hiện dự án [35].

Một trong những bất cập trong quá trình nghiên cứu, lập và thẩm định báo cáo NCKT là tính xác thực của báo cáo dự án. Do không có số liệu về dự án PPP trong lĩnh vực y tế nên luận án lấy ví dụ với trường hợp dự án BOT Cầu Phú Mỹ, nghĩa vụ trả nợ nước ngoài là 350 tỷ VNĐ/năm, trên thực tế, doanh thu phí giao thông chỉ có đủ để trả lãi (80 tỷ VNĐ/năm), chứ không thể trả nợ gốc. Ngay cả trong trường hợp lưu lượng xe đúng như dự báo ban đầu, thì doanh thu phí giao thông cũng chỉ ở mức 187 tỷ VNĐ [29]. Nói một cách khác, báo cáo NCKT của dự án đã không đánh giá đúng thực trạng trạng của dự án, phương án đề xuất không chính xác dẫn đến dự án không có khả năng trả nợ. Tuy nhiên, yếu tố này không được chủ đầu tư đề cập trong báo cáo NCKT và cũng không được các cơ quan quản lý nhà nước phát hiện. Dự án này được xem như một ví dụ điển hình về việc đề xuất dự án thiếu tính khả thi, dẫn đến rủi ro mà cuối cùng Nhà nước phải gánh chịu.

3.2.5. Quản lý nhà nước đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư tại thành phố Hà Nội

3.2.5.1. Các công trình xây dựng được đầu tư theo phương thức đối tác công tư tại thành phố Hà Nội

HĐND thành phố Hà Nội đã ban hành nghị quyết số 28/NQ-HĐND ngày 8/12/2021 phê duyệt 39 dự án thuộc công trình trọng điểm dự kiến đầu tư trong giai đoạn 2021-2025 như Bảng 3.5. Trong đó:

- Đối với lĩnh vực y tế có 03 dự án được đầu tư, dự kiến sử dụng nguồn vốn của Ngân sách thành phố.

- Đối với các dự án huy động theo hình thức xã hội hóa bao gồm lĩnh vực văn hóa, xã hội; lĩnh vực công nghiệp; lĩnh vực công nghệ thông tin và lĩnh vực thương mại - dịch vụ.

- Đối với lĩnh vực giao thông vận tải, chiếm số lượng lớn trong các dự án trọng điểm được đầu tư (15/39 dự án): Hiện tại, đã có 01 dự án đầu tư theo phương thức PPP hoàn thành là dự án Xây dựng tuyến đường bộ trên cao dọc đường vành đai 2 đoạn từ Cầu Vĩnh Tuy đến Ngã tư sở, kết hợp với mở rộng theo quy hoạch phân đi bằng đoạn từ Vĩnh Tuy đến Ngã Tư Vọng theo hình thức BT, còn 03 dự án còn lại đang triển khai thực hiện.

Bảng 3.5: Các dự án thuộc công trình trọng điểm của thành phố Hà Nội [23]

TT	Tên dự án/công trình	Địa điểm	Thời gian khởi công - hoàn thành	Tổng mức đầu tư (triệu đồng)	Nguồn vốn/ Hình thức đầu tư
*	Theo nguồn vốn			360.980.937	
a	Vốn ODA (02 dự án)			40.517.032	
b	Vốn trong nước (37 dự án)			320.463.905	
I	Lĩnh vực y tế (03 dự án)			1.284.433	
1	Xây dựng bệnh viện Nhi Hà Nội - Giai đoạn I	Hà Đông	2021-2024	784.433	NSTP
2	ĐT XD cơ sở 2 Bệnh viện Thận Hà Nội	Hà Đông	2022-2025	200.000	NSTP
3	Nâng cấp Bệnh viện Tim Hà Nội	Tây Hồ	2022-2025	300.000	NSTP
II	Lĩnh vực văn hóa xã hội (08 dự án)			22.436.165	
1	Đền thờ Ngô Quyền	Đông Anh	2022-2026	126.000	NS huyện Đông Anh + XHH
2	Nhà hát Opera và Khu văn hóa đa năng Quảng An	Tây Hồ	2022-2027	11.996.000	XHH
3	Công viên văn hóa, du lịch, vui chơi giải trí Kim Quy	Đông Anh	2022-2026	4.968.700	XHH
4	5 dự án văn hóa xã hội còn lại	Nam Từ Liêm, Ba Đình	2020-2030	5.345.465	NSTP
III	Lĩnh vực giáo dục, đào tạo (02 dự án)	Hà Đông, Ba Đình, Cầu Giấy	2021-2025	1.778.000	NSTP
IV	Lĩnh vực công nghệ thông tin (01 dự án)			7.873.000	
	Xây dựng hạ tầng Khu công viên phần mềm	Đông Anh	2022-2026	7.873.000	XHH
V	Lĩnh vực môi trường (03 dự án)	Sóc Sơn, Thanh Trì, Hoàng Mai	2013-2026	20.380.462	NSTP + ODA
VI	Lĩnh vực hạ tầng kỹ thuật, cấp, thoát nước (02 dự án)	Hà Nội, Hà Đông	2021-2026	2.700.000	NSTP
VII	Lĩnh vực thủy lợi kết hợp thoát nước đô thị (02 dự án)	Thanh Trì, Hà Đông	2013-2026	8.357.852	NSTP

TT	Tên dự án/công trình	Địa điểm	Thời gian khởi công - hoàn thành	Tổng mức đầu tư (triệu đồng)	Nguồn vốn/ Hình thức đầu tư
VIII	Lĩnh vực giao thông (15 dự án)				
VIII.1	Dự án chuyển tiếp hoàn thành giai đoạn 2021-2025			46.401.818	
1	Dự án đầu tư từ ngân sách và ODA (03 dự án)		2008-2022	36.942.626	NSTP + ODA
2	Dự án đầu tư theo hình thức PPP (01 dự án)				
	Xây dựng tuyến đường bộ trên cao dọc đường vành đai 2 đoạn từ Cầu Vĩnh Tuy đến Ngã tư sở, kết hợp với mở rộng đoạn từ Vĩnh Tuy đến Ngã Tư Vọng theo hình thức BT	Hai Bà Trưng, Đống Đa, Thanh Xuân, Hoàng Mai	2017-2022	9.459.192	PPP
VIII.2	Dự án mới hoàn thành và triển khai giai đoạn 2021-2025 (11 dự án)			216.159.967	
1	Dự án ĐTXD tuyến đường kết nối đường Pháp Vân – Cầu Giẽ với đường Vành đai 3	Thanh Trì	2020-2025	3.249.157	NSTP
2	Xây dựng đường vành đai 4- Vùng Thủ đô (Mê Linh, Đan Phượng, Hoài Đức, Hà Đông, Thanh Oai, Thường Tín)	6 quận, huyện	2022-2028	94.127.000	NSTP+ NSTW + PPP (BOT)
3	Cầu Tứ Liên và đường từ cầu Tứ Liên đến cao tốc Hà Nội - Thái Nguyên	Tây Hồ, Đông Anh	2021-2026	19.500.000	NSTP+ PPP (BOT)
4	Cầu Trần Hưng Đạo	Long Biên, Hoàn Kiếm, Hai Bà Trưng	2022-2026	8.400.000	NSTP+ PPP
5	07 dự án giao thông còn lại	Hà Nội	2022-2026	90.883.810	NSTP+NSTW
IX	Lĩnh vực công nghiệp (01 dự án)			3.243.000	
1	Khu công nghiệp Sóc Sơn	Sóc Sơn	2022-2026	3.243.000	XHH
X	Lĩnh vực thương mại - dịch vụ (02 dự án)			30.366.240	
1	Trung tâm Hội chợ triển lãm quốc gia	Đông Anh	2020-2024	7.366.240	XHH
2	Thành phố thông minh	Đông Anh	2023-2028	23.000.000	XHH + FDI

3.2.5.2. Bộ máy quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình tại thành phố Hà Nội

Hiện nay, UBND thành phố Hà Nội có 4 Ban quản lý dự án trực thuộc với gần 1.000 cán bộ, đó là:

(i) Ban QLDA ĐTXDCT dân dụng bao gồm Lãnh đạo ban, các phòng chuyên môn, nghiệp vụ: Phòng Hành chính - Tổ chức; Phòng Tài chính - Kế toán; Phòng Kế hoạch - Tổng hợp; Phòng Kỹ thuật - Thẩm định; Phòng Quản lý thực hiện dự án 1; Phòng Quản lý thực hiện dự án 2; Phòng Quản lý thực hiện dự án 3; Phòng Quản lý thực hiện dự án 4 và Phòng Quản lý khu vực phát triển đô thị.

(ii) Ban QLDA ĐTXDCT hạ tầng kỹ thuật và nông nghiệp bao gồm Lãnh đạo ban, các phòng chuyên môn, nghiệp vụ: Phòng Hành chính - Tổ chức; Phòng Tài chính - Kế toán; Phòng Kế hoạch - Tổng hợp; Phòng Kỹ thuật - Thẩm định; Phòng Quản lý dự án đề điều; Phòng Quản lý dự án thủy lợi; Phòng Quản lý dự án hạ tầng cấp thoát nước; Phòng Quản lý dự án hạ tầng môi trường và Phòng Quản lý dự án cây xanh, chiếu sáng.

(iii) Ban QLDA ĐTXDCT giao thông bao gồm Ban Giám đốc; Văn phòng Ban; Phòng Kế hoạch - Tổng hợp; Phòng Tài Chính - Kế Toán; Phòng Kỹ Thuật - Thẩm định; Phòng Quản lý dự án PPP; Phòng Giám sát 1; Phòng Giám sát 2 và Phòng Giải phóng mặt bằng

(iv) Ban Quản lý đường sắt đô thị Hà Nội bao gồm Lãnh đạo ban, các phòng chuyên môn, nghiệp vụ: Phòng Hành chính - Tổ chức; Phòng Tài chính - Kế toán; Phòng Kế hoạch - Tổng hợp; Phòng Kỹ thuật - Thẩm định; Phòng Quản lý thực hiện dự án 1; Phòng Quản lý thực hiện dự án 2; Phòng Quản lý thực hiện dự án 3; và Phòng Quản lý thực hiện dự án 4.

Như vậy, trong các ban quản lý dự án này, chỉ có Ban QLDA ĐTXDCT giao thông là có Phòng quản lý dự án PPP chuyên trách, còn lại các ban QLDA là chưa có bộ phận chuyên trách về PPP.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

Các yếu tố ảnh hưởng đến QLNN về ĐTXD công trình y tế theo phương thức

PPP rất đa dạng, phụ thuộc vào cách tiếp cận và phạm vi nghiên cứu. Do vậy, luận án tổng hợp kết quả nghiên cứu, phân tích và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công trong quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP bởi nhiều học giả khác nhau trên thế giới, như là Jefferies và cộng sự (2002), Johan A.Minnie (2011) Li và cộng sự (2005), Zhang (2005) ... cho thấy về cơ bản, các yếu tố ảnh hưởng được xem xét trên nhiều quan điểm khác nhau [79, 80, 86, 93, 111, 113].

Nghiên cứu của Jefferies và cộng sự (2002) đã đánh giá và kiểm định các yếu tố ảnh hưởng đến việc quản lý ĐTXD theo phương thức BOOT cho thấy: Kỹ năng phối hợp giữa các đối tác; Trình độ công nghệ kỹ thuật để quản lý xây dựng dự án; Quy trình thực hiện dự án; Môi trường thực hiện dự án; Khung chính sách; Sự ổn định chính trị của Nhà nước; Lựa chọn dự án thích hợp; Quản lý nguồn lực hiệu quả; Sự tin tưởng giữa các bên đối tác; Minh bạch về thông tin; Chất lượng báo cáo nghiên cứu khả thi; Khả năng tài chính; Cấu trúc/Chất lượng của Nhà đầu tư [79]. Tương tự như vậy, X.Zhao và cộng sự (2010) đã phân tích và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý ĐTXD, yếu tố rủi ro theo quan điểm của Nhà thầu tại Singapore và nhận thấy rằng: Lựa chọn dự án đúng đắn; Phương án tài chính của dự án; Năng lực của Nhà đầu tư; Môi trường pháp lý là những yếu tố quan trọng [111]. Bên cạnh đó, Li và cộng sự (2005) đã thực hiện một cuộc khảo sát câu hỏi để xem xét tầm quan trọng của 18 yếu tố ảnh hưởng tiềm năng đối với các dự án quản lý ĐTXD theo phương thức PPP/PFI ở Anh [86]. Nghiên cứu kết luận rằng ba yếu tố quan trọng nhất là: Năng lực của Nhà đầu tư; Phân bổ rủi ro hợp lý; Điều kiện kinh tế xã hội [86].

Kết quả nghiên cứu của Zhang (2005) đã xác định 47 yếu tố ảnh hưởng của các dự án PPP, được phân loại thành 5 nhóm chính: Chỉ tiêu kinh tế; Phân bổ rủi ro hợp lý thông qua hợp đồng dự án đáng tin cậy; Tiềm lực tài chính của Nhà đầu tư; Công ty dự án (SPV) được thành lập có đầy đủ kinh nghiệm kỹ thuật; Môi trường đầu tư thuận lợi [113]. Jooste (2010) đã đánh giá sự thành công của các dự án PPP ở ba quốc gia là Canada, Úc và Nam Phi bằng cách sử dụng các số liệu thực nghiệm mà tác giả đã nghiên cứu, phân tích từ dự án PPP, đó là: Tính pháp lý; Điều kiện kinh tế xã hội (môi trường) thực hiện dự án; Quá trình triển khai dự án hiệu quả; Khả năng kiểm

soát, quản lý dự án; Quan điểm của các bên tham gia dự án [80, 81].

Phương thức PPP có tính chất đặc thù theo điều kiện kinh tế xã hội và đặc điểm của công trình ĐTXD (hạ tầng kỹ thuật, y tế, giao thông, ...) do đó một chính sách chung thường không thể đáp ứng được sự khác biệt, đặc biệt đối với lĩnh vực y tế, bao gồm cả hai đặc điểm xây dựng (bệnh viện) và khám chữa bệnh (y tế). Trên cơ sở nghiên cứu cơ sở lý luận và thực tiễn về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội, luận án tổng hợp và đúc kết những yếu tố cơ bản tác động đến thành công dự án PPP y tế, bao gồm:

3.3.1. Ý chí chính trị

Ý chí chính trị (bắt đầu từ cấp cao nhất của chính quyền trung ương đến các cấp địa phương) là điều kiện tiên quyết để thể hiện sự cam kết của Nhà nước cũng như thúc đẩy các bên liên quan việc áp dụng quản lý ĐTXD các dự án PPP y tế. Kinh nghiệm của quốc tế đối với các dự án PPP thất bại cho thấy sự thiếu ý chí chính trị thì việc QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP sẽ không thể thành công hoặc bền vững. Ngay cả khi ý chí chính trị ở cấp cao nhất (cấp Chính phủ) có sự cam kết mạnh mẽ thì vẫn cần phải có được sự đồng hành ở cấp chính quyền địa phương và xây dựng được một hệ thống cam kết chính trị toàn diện cho các dự án PPP [79.86]. Bên cạnh đó, ý chí chính trị được thể hiện thông qua các cam kết, định hướng của Nhà nước trong việc QLĐTXDCT theo phương thức PPP để triển khai các dự án.

3.3.2. Môi trường thực hiện dự án

3.4.2.1. Môi trường pháp lý

Việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phải được hỗ trợ bởi khung chính sách, thể chế và quy định pháp lý do nguyên tắc quản lý hiệu quả NSNN. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy yếu tố khung pháp lý chặt chẽ, bao gồm các chính sách, quy trình, tiêu chuẩn, hướng dẫn, quy tắc ... được tập hợp thành một cơ chế xác định cách thức nhận diện, đánh giá, lựa chọn, ưu tiên, ngân sách, mua sắm, giám sát và quyết toán các dự án PPP; cũng như phân bổ trách nhiệm thực hiện những nhiệm vụ này [79,111]. Tùy theo điều kiện KT-XH và thể chế pháp lý của từng nước mà Chính phủ tạo lập môi trường pháp lý để quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

Như là, Vương quốc Anh đã ban hành Đạo luật Hệ thống Y tế Quốc gia (Tài chính tư nhân) năm 1997 để trao quyền cho các Quỹ Ủy thác tham gia vào thỏa thuận PFI [106]. Thổ Nhĩ Kỳ đã thông qua Luật số 6428 (được gọi là Luật BLT 2013) để cho phép sử dụng hợp đồng BLT trong lĩnh vực y tế [103]. Liên Bộ Tài chính, Bộ Y tế và Phúc lợi gia đình Ấn Độ đã xây dựng tài liệu hướng dẫn và mô hình đấu thầu cho các loại hình PPP khác nhau trong lĩnh vực y tế, góp phần phổ biến rộng rãi mô hình PPP trên khắp các bang [90]. Bên cạnh đó, yếu tố chồng chéo về chính sách, xung đột chính sách cũng là một yếu tố quan trọng. Khung pháp lý và thể chế cũng phải đảm bảo sự hài hòa của các luật/quy định khác nhau giữa các ngành. Điều quan trọng không kém đối với thành công của PPP là đảm bảo khung chính sách PPP quốc gia phù hợp và được tích hợp tốt vào các chính sách và chiến lược của ngành y tế, cũng như với các phương án cải cách của ngành liên quan.

a. Chính sách hỗ trợ từ Nhà nước

Kinh nghiệm quốc tế cho thấy, Chính phủ các nước có các phương thức hỗ trợ tài chính công cho các dự án PPP trong lĩnh vực y tế, như là *mô hình quỹ phát triển dự án*, cung cấp các nguồn lực cần thiết nhằm tiến hành nghiên cứu, thiết kế, cấu trúc và lựa chọn nhà đầu tư dự án PPP. Bên cạnh đó, còn có *phương thức hỗ trợ trực tiếp* thông qua cam kết hỗ trợ tài chính trực tiếp cho doanh nghiệp dự án PPP như: hỗ trợ thuê đất (một số trường hợp được cấp đất miễn phí) hoặc thiết bị, miễn lệ phí và nghĩa vụ thuế hoạt động, cấp vốn vay hoặc trợ cấp vốn trả trước, thanh toán dựa trên đầu ra trên mỗi đơn vị/người sử dụng dịch vụ. Ví dụ, Chính phủ và các bang ở Ấn Độ có thể cung cấp cho các dự án PPP y tế khoản tài trợ bằng khoảng trống tài chính lên tới 20% tổng chi phí dự án, cũng như trợ cấp dựa trên đầu ra của các dịch vụ y tế được lựa chọn cho người nghèo, ... [90]. Chính phủ cũng có *phương thức hỗ trợ gián tiếp* như là: bảo lãnh theo yêu cầu còn lại trên một mức quy định hoặc tỷ giá hối đoái còn lại trong một phạm vi nhất định, các khoản bồi thường, cam kết thanh toán, bảo lãnh vay hoặc các cơ chế tăng cường tín nhiệm khác. Trong chương trình PPP y tế của Thổ Nhĩ Kỳ, Chính phủ đảm bảo thanh toán tiền thuê, số lượng bệnh nhân, trả nợ và bồi thường trong trường hợp chấm dứt trước thời hạn [103].

b. Chính sách chia sẻ rủi ro

Tổng kết phân tích các kinh nghiệm tại một số nước trên thế giới và kế thừa kết quả nghiên cứu của Thân Thanh Sơn (2015) cho thấy, để áp dụng quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP thành công cần phải được thiết lập sự hợp tác bền vững dài hạn, cân nhắc đến giá trị của đồng tiền dựa trên nguyên tắc quản lý, chia sẻ rủi ro công bằng [38]. Quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phải được xem như mối quan hệ thương mại lâu dài giữa khu vực công và tư nhân, không phải chỉ là những giao dịch mua hoặc bán một lần.

c. Chính sách về hợp đồng dự án PPP

Các quy định, điều kiện của hợp đồng dự án PPP là chìa khóa thành công để quản lý ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP. Do yếu tố cung - cầu trong lĩnh vực y tế thay đổi liên tục, nếu các quy định hợp đồng cứng nhắc và không linh hoạt có thể ảnh hưởng đến chỉ tiêu kinh tế của dự án, đặc biệt là các dự án tập trung vào cung cấp dịch vụ y tế [99]. Sự sẵn sàng và khả năng học hỏi từ thất bại cũng như thành công khi quản lý ĐTXD các dự án tương tự cũng đóng vai trò quan trọng; trong nhiều trường hợp, chia sẻ và học hỏi từ những thất bại có thể khiến cho quan hệ đối tác trở nên mạnh mẽ hơn về lâu về dài. Hợp đồng PPP được thiết kế tốt chỉ có thể đạt được kết quả mong muốn nếu được Chính phủ quản lý tốt, quản lý hợp đồng hiệu quả, do đó, cũng là nền tảng cho sự thành công của các dự án PPP [71].

3.4.2.2. Môi trường kinh tế vĩ mô

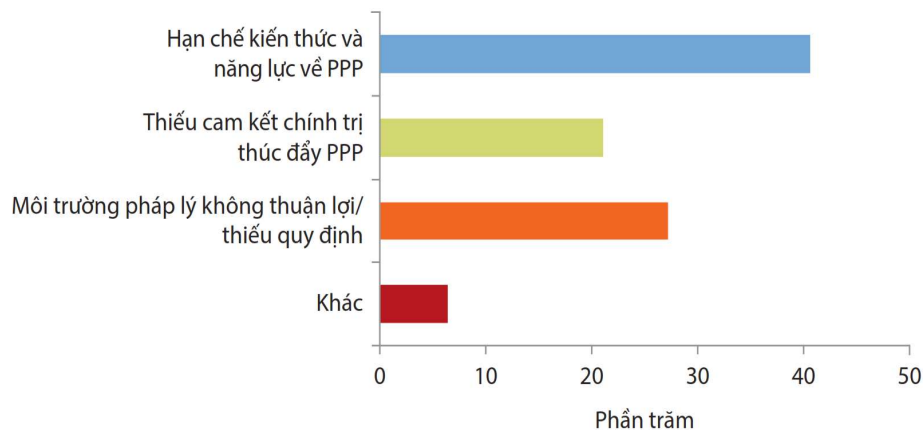
Tình hình kinh tế vĩ mô ổn định, bền vững là những thành tố cần thiết để Nhà nước có các giải pháp quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP thành công. Điều này đòi hỏi sự ổn định về chính trị cũng như khả năng quản trị của Chính phủ đối với kế hoạch phát triển kinh tế xã hội. Các yếu tố vĩ mô ảnh hưởng rất lớn đến phương án tài chính của dự án PPP, do vậy việc quản trị tốt gắn liền trách nhiệm giải trình, minh bạch (bao gồm cơ chế chống tham nhũng mạnh mẽ) là rất quan trọng. Các chỉ tiêu kinh tế vĩ mô tốt sẽ hình thành môi trường đầu tư thuận lợi và cơ chế đầu tư trực tiếp nước ngoài hiệu quả và mức độ khả dụng của thị trường vốn/nguồn vốn dài hạn cũng rất quan trọng cho sự thành công của mô hình PPP ở một quốc gia [60].

3.3.3. Bộ máy quản lý nhà nước

Theo chức năng QLNN về y tế, Bộ Y tế hoặc Sở Y tế là hai chủ thể chính có trách nhiệm cung cấp cơ sở hạ tầng (công trình bệnh viện) và dịch vụ y tế cho người dân, đảm bảo nhu cầu khám chữa bệnh, an sinh xã hội. Để thực hiện thành công việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP, cơ quan QLNN cần có bộ máy quản lý chuyên trách, có chuyên môn về lập kế hoạch, thẩm định tài chính và kỹ thuật, đấu thầu và ký kết hợp đồng và quản lý dự án PPP. Đơn vị chuyên trách về PPP ở các cấp có thể đáp ứng tất cả các yêu cầu này. Kinh nghiệm thành công tại các nước trên thế giới cho thấy điểm chung là đơn vị chuyên trách kỹ thuật dự án PPP thuộc Bộ Y tế hoặc cơ quan QLNN cấp địa phương, như là: đơn vị chuyên trách quản lý PPP y tế được thành lập tại Bộ Y tế của các quốc gia có thu nhập cao (Anh, Canada,...), thu nhập trung bình (Thổ Nhĩ Kỳ, Philippines, Nigeria) và thu nhập thấp (Afghanistan) [59]. Năng lực giám sát và quản lý ĐTXD dự án PPP một cách hiệu quả của khu vực công cùng với cơ chế phối hợp liên ngành hiệu quả - bao gồm việc phân định rõ ràng vai trò và trách nhiệm của các cơ quan Nhà nước khác nhau - cũng đóng vai trò rất quan trọng.

3.3.4. Năng lực quản lý đầu tư xây dựng dự án

Quản lý ĐTXD dự án theo phương thức PPP đòi hỏi sự hợp tác tốt giữa Nhà nước và tư nhân. Điều này đòi hỏi năng lực quản lý của khu vực Nhà nước và Tư nhân là rất quan trọng.



Hình 3.11: Những khó khăn khi áp dụng phương thức đối tác công tư tại khu vực Châu Á - Thái Bình Dương [87]

Theo kết quả khảo sát của UNESCAP và WB thực hiện cho thấy kiến thức và

năng lực hạn chế liên quan đến PPP được xác định là một trở ngại lớn cho việc thực hiện dự án theo phương thức PPP (hình 3.11). Để khắc phục những khó khăn này, Chính phủ nhiều nước đã có các chương trình lớn nhằm nâng cao năng lực cho nguồn nhân lực tham gia dự án PPP. Các đơn vị quản lý PPP đã phối hợp với các cơ sở đào tạo để cùng xây dựng các chương trình đào tạo tập huấn về PPP cho các cán bộ công chức, các tổ chức, cá nhân có liên quan đến dự án PPP. Hiện nay, các tổ chức đa phương (Ngân hàng Thế giới, Ngân hàng Phát triển Châu Á, Liên Hợp Quốc, Quỹ Tư vấn Cơ sở hạ tầng công - tư) cũng đã hỗ trợ các chương trình đào tạo về PPP như: Khóa học mở trực tuyến về PPP và Chương trình Chứng nhận PPP của APMG.

Sự quan tâm của nhà đầu tư, năng lực của khu vực tư nhân (cả yếu tố kinh tế, kỹ thuật, quản lý) và mức độ cạnh tranh giữa các nhà đầu tư tư nhân cũng đóng vai trò rất quan trọng để triển khai thành công các dự án PPP. Một yếu tố quan trọng nữa nhằm đảm bảo thực hiện hiệu quả các dự án PPP là sự cần thiết phải xây dựng niềm tin giữa các bên liên quan trong khu vực tư nhân và khu vực công, với trách nhiệm giải trình, tôn trọng lẫn nhau và cam kết đạt được lợi ích chung. Niềm tin được củng cố bởi sự hiểu biết của mỗi bên về các động lực và mục tiêu của bên kia và khả năng truyền đạt thông tin và chia sẻ hiểu biết, kinh nghiệm để thấu hiểu lẫn nhau.

3.3.5. Thương hiệu của cơ sở y tế, khám chữa bệnh

Trên thực tế, việc cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân là thuộc trách nhiệm của Nhà nước. Tại một số nước, yếu tố thất bại của dự án PPP y tế đã chỉ ra rằng, người dân không có sự tin tưởng, lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh theo phương thức PPP vì lo ngại về chất lượng và giá dịch vụ khám, chữa bệnh. Chính vì vậy, các dự án PPP y tế sẽ thất bại nếu không có sự tham gia của lĩnh vực thông tin truyền thông nhằm khẳng định sự bình đẳng, công bằng và đảm bảo chất lượng giữa các cơ sở y tế công lập và y tế theo phương thức PPP.

Thương hiệu bệnh viện tốt (chất lượng khám chữa bệnh, dịch vụ thuận tiện, ...) giúp thu hút bệnh nhân, gia tăng niềm tin khám, chữa bệnh và tăng lợi thế cạnh tranh giữa các cơ sở y tế với nhau. Trên thực tế, hầu hết người bệnh khi tìm kiếm cơ sở khám chữa bệnh đều muốn tìm tới các bệnh viện lớn có thương hiệu uy tín, được

hiều người tin tưởng và có mức độ phủ sóng truyền thông cao, bởi những vấn đề liên quan tới sức khỏe luôn được người dân đặt lên hàng đầu.

Kinh nghiệm quốc tế đã cho thấy, trong một số trường hợp ĐTXD bệnh viện thì chất lượng khám chữa bệnh là một trong những yếu tố quan trọng để người dân lựa chọn dịch vụ, mang lại nguồn tài chính hiệu quả cho dự án. Do vậy, thương hiệu của đối tác Nhà nước (chất lượng khám bệnh) và thương hiệu của đối tác tư nhân (chất lượng ĐTXD, tổ chức vận hành) là rất quan trọng, tác động đến quyết định lựa chọn khám, chữa bệnh cho người dân. Điều này cũng giúp cho việc ĐTXDCT y tế đạt được hiệu quả về mặt kinh tế (doanh thu sẽ được đảm bảo, thời gian thu hồi vốn sẽ được rút ngắn,...) và hiệu quả xã hội (khám, chữa bệnh được cho nhiều người dân, tạo việc làm cho người lao động ở các bệnh viện...). Bên cạnh đó, việc xây dựng thương hiệu này đòi hỏi yếu tố truyền thông, thông tin trong thời đại chuyển đổi số 4.0 ngày nay.

3.4. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

3.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Kế thừa từ kết quả nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng tại mục 3.3 và xây dựng giả thiết nghiên cứu về mức độ tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội, luận án sử dụng phương pháp kế thừa và phỏng vấn chuyên sâu các chuyên gia. Nội dung phỏng vấn chuyên gia được tổng hợp, đối chiếu với các nghiên cứu trước đó để xây dựng bảng hỏi (chi tiết tại Phụ lục số 2) nhằm xác định:

- Khẳng định lại các tiêu chí đo lường các yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội. Trên cơ sở đó hiệu chỉnh các yếu tố ảnh hưởng đến công tác này, trong đó xem xét loại bỏ thêm những yếu tố mà tác giả và chuyên gia thảo luận cho rằng không còn phù hợp so với quy định hiện hành hoặc trong tương lai gần sẽ được Nhà nước điều chỉnh.

- Đánh giá nội dung và hình thức điều tra, khảo sát, mối liên kết giữa các câu hỏi nhằm đảm bảo tính thống nhất, rõ ràng và không gây nhầm lẫn. Kết quả là cơ sở để tác giả hoàn chỉnh bảng khảo sát, phát triển thang đo sử dụng để đánh giá, phân tích định lượng các yếu tố tác động.

Luận án sử dụng bảng hỏi bao gồm 5 biến quan sát độc lập với 25 biến quan sát

phụ thuộc phù hợp với lý luận và thực tiễn quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại Hà Nội.

Bảng 3.6: Thang đo các biến và mức độ kỳ vọng của các nghiên cứu trước

TT	Ký hiệu	Tên biến	Cách đo lường	Kế thừa các nghiên cứu trước	Dấu kỳ vọng
1	CT	Ý chí chính trị	Sử dụng thang đo linkert 5 mức độ để khảo sát 150 mẫu quan sát	Sonalini Khetrapal (2016) [98]; Johan A. Minnie (2011) [80], David Barrows (2015) [68]; Herbert Robinson và cộng sự (2010) [74]; Nguyễn Thu Thủy (2017) [46]; Hoàng Anh Tuấn (2019) [52]	+
2	MT	Môi trường thực hiện dự án			+
3	BM	Bộ máy quản lý nhà nước về phương thức PPP			+
4	NL	Năng lực quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP			+
5	TH	Thương hiệu y tế			+/-

Giả thuyết cho mô hình nghiên cứu (kỳ vọng thuận chiều hoặc ngược chiều):

- Giả thuyết 1 (CT): Ý chí chính trị (hành động của cơ quan QLNN) ảnh hưởng thuận chiều đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội.

- Giả thuyết 2 (MT): Môi trường thực hiện dự án (chính sách pháp luật, điều kiện KT-XH, chất lượng cuộc sống) ảnh hưởng thuận chiều đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội.

- Giả thuyết 3 (BM): Bộ máy quản lý nhà nước về phương thức PPP (cấp trung ương, thành phố Hà Nội) tác động tích cực đến khả năng thành công do có đơn vị quản lý chuyên trách đối với công tác này.

- Giả thuyết 4 (NL): Năng lực quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP của đối tác tư nhân, cơ quan QLNN ảnh hưởng tích cực đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

- Giả thuyết 5 (TH): Thương hiệu y tế của đối tác Nhà nước, tư nhân không có hoặc tác động ít đến công tác quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

Để làm rõ hơn mức độ ảnh hưởng của 5 yếu tố tác động, luận án sử dụng phương

pháp phân tích sử dụng phần mềm SPSS để đánh giá, định lượng mức độ tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP (chi tiết tại Phụ lục số 3), cụ thể là:

(i) Ý chí chính trị (CT): đánh giá theo 03 yếu tố liên quan đến sự cam kết của Chính phủ trong việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại Hà Nội.

(ii) Môi trường thực hiện dự án (MT): đánh giá theo 8 yếu tố là môi trường, điều kiện quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại Hà Nội.

(iii) Bộ máy QLNN về phương thức PPP (BM): đánh giá 4 yếu tố theo mức độ quan trọng của bộ máy QLNN các cấp và khả năng hợp tác liên ngành giữa các đơn vị QLNN trong việc thực hiện quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

(iv) Năng lực quản lý ĐTXD dự án của khu vực công và tư (NL): đánh giá 7 yếu tố theo mức độ kinh nghiệm, kỹ năng quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP của cả đối tác Nhà nước và đối tác tư nhân.

(v) Thương hiệu y tế (TH): đánh giá theo 03 yếu tố về chất lượng khám chữa bệnh, khả năng quản lý vận hành của dự án PPP.

3.4.2. Điều tra, khảo sát thu thập số liệu

a. Đối tượng khảo sát

Để đánh giá mức độ tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP tác giả xây dựng mẫu phiếu điều tra (Phụ lục số 2), đồng thời lập danh sách và phát phiếu điều tra cho 150 đối tượng có kiến thức chuyên môn liên quan đến nội dung nghiên cứu của luận án để khảo sát, phỏng vấn.

Công việc điều tra, thu thập thông tin được tiến hành từ tháng 2/2022 đến tháng 6/2023. Các đối tượng điều tra được chia thành 04 nhóm:

(i) Cơ quan quản lý nhà nước (Chính quyền, Cơ quan chức năng QLNN, Chủ đầu tư - đơn vị đại diện cho Nhà nước đầu tư các dự án xây dựng, cung cấp dịch vụ công), (ii) Nhà đầu tư tư nhân (doanh nghiệp tư nhân), (iii) Nhà khoa học nghiên cứu về quản lý ĐTXDCT, đối tác công tư; và (iv) Chuyên gia tư vấn, lập dự án ĐTXD,

Các đối tượng khảo sát tại các đơn vị như là: Cục Đầu thầu (Bộ KHĐT), Vụ giám sát và Thẩm định đầu tư (Bộ KHĐT), Cục Kinh tế xây dựng (Bộ Xây dựng), Vụ Kế hoạch và Tài chính (Bộ Y tế); Vụ Đầu tư (Bộ Tài chính); Các Sở Xây dựng,

Các tổ chức tư vấn (VNCC, VCC, ...); Các nhà nghiên cứu khoa học (Viện Kinh tế xây dựng, Trường ĐH Y Hà Nội, ...), Bác sỹ và một số Doanh nghiệp dự án.

Kết quả thu thập được 138 phiếu, bao gồm 58 số phiếu từ các Cơ quan QLNN, 25 phiếu từ các Nhà đầu tư tư nhân (doanh nghiệp tư nhân), 40 phiếu từ các Nhà khoa học nghiên cứu về quản lý ĐTXDCT, đối tác công tư; và 15 phiếu từ các chuyên gia tư vấn, lập dự án ĐTXD. Phần lớn các phiếu khảo sát được hỏi trực tiếp để thu thập các thông tin, quan điểm và ý kiến của đối tượng điều tra và trao đổi, làm rõ cách hiểu, nội dung nghiên cứu trong luận án.

Bảng 3.7: Chất lượng của đối tượng điều tra, khảo sát

Số năm kinh nghiệm của đối tượng được hỏi/khảo sát	Mức độ liên đến công tác quản lý ĐTXDCT khi thực hiện theo phương thức PPP			Tổng cộng
	Trực tiếp	Gián tiếp	Không liên quan	
> 20 năm	23	14	2	39 (28,2%)
10 - 20 năm	15	8	1	24 (17,4%)
5 – 10 năm	12	18	5	35 (25,4%)
< 5 năm	19	16	5	40 (29,0%)
Tổng cộng	69 (50,0%)	56 (40,6%)	13 (9,4%)	138(100%)

Phần lớn các đối tượng được hỏi đều có nhiều năm kinh nghiệm công tác và liên quan gián tiếp đến quản lý ĐTXDCT dự án khi thực hiện theo phương thức PPP (chính sách, nghiên cứu, thi công xây dựng, ...). Do vậy, chất lượng khảo sát về cơ bản đáp ứng được yêu cầu.

b. Chất lượng và số lượng phiếu khảo sát

Để chọn kích thước mẫu nghiên cứu phù hợp, sử dụng kết quả nghiên cứu của Hair và cộng sự (dẫn theo Nguyễn Đình Thọ (2014) [39]:

+ Công thức dùng để tính kích thước mẫu cho hồi quy tuyến tính như sau: $n \geq 50 + 8p$ (trong đó n là kích thước mẫu, p là số biến độc lập trong mô hình). Do vậy, đối với trường hợp nghiên cứu của luận án thì số lượng mẫu tối thiểu là: $50 + 8 \times 5 = 90$ mẫu

- Công thức dùng để tính kích thước mẫu cho phân tích nhân tố khám phá (EFA):

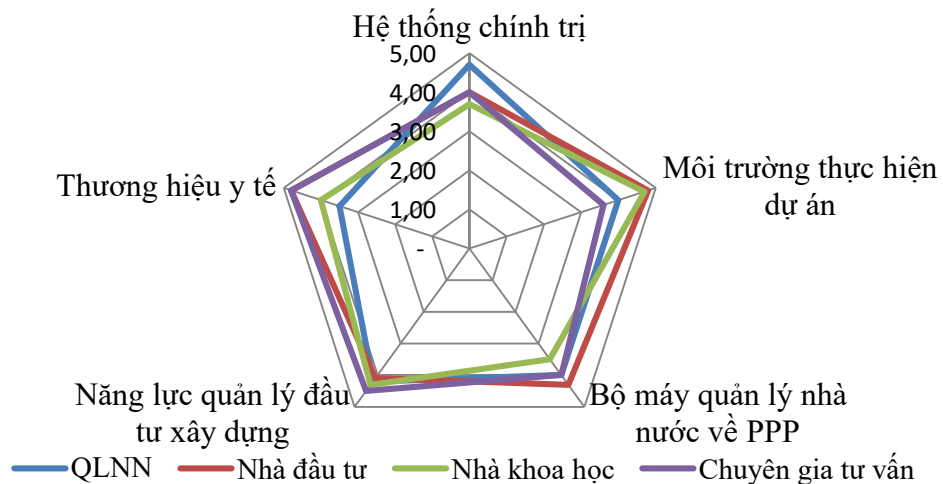
kích thước mẫu tối thiểu phải là 50, tốt hơn là 100 và tỉ lệ số quan sát/biến đo lường là 5/1, nghĩa là cứ mỗi biến đo lường cần tối thiểu 05 quan sát. Do vậy, đối với trường hợp nghiên cứu của luận án thì số lượng mẫu tối thiểu là: $25 \times 5 = 125$ mẫu.

Trong nghiên cứu này, chọn kích thước mẫu đủ lớn để thỏa mãn cả hai điều kiện của phân tích yếu tố khám phá (EFA) và phân tích hồi quy tuyến tính, ứng với thang đo lý thuyết gồm 25 biến quan sát và 5 biến độc lập, số mẫu yêu cầu tối thiểu là $N \geq \max(5 \times 5; 50 + 5 \times 8) = 125$ quan sát.

Trên cơ sở đó, tác giả đã phỏng vấn bằng bảng câu hỏi với 150 mẫu quan sát. Kết quả khảo sát đã thu về được 138 phiếu điều tra khảo sát hợp lệ, được sử dụng để phân tích, xử lý số liệu (đáp ứng đủ yêu cầu để phân tích).

3.4.3. Kết quả phân tích, đánh giá các yếu tố ảnh hưởng

Tác giả đã sử dụng ứng dụng SPSS để phân tích định tính và phân tích định lượng mức độ ảnh hưởng của các yếu tố theo thang đo 5 bậc và thu được kết quả như hình 3.12:



Hình 3.12: Mức độ ảnh hưởng của yếu tố đến quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế

Trên cơ sở ý kiến trả lời của 4 nhóm đối tượng (*Cơ quan QLNN, Nhà đầu tư, Nhà nghiên cứu khoa học và Chuyên gia tư vấn*) về 5 yếu tố ảnh hưởng (*Hệ thống chính trị, Môi trường thực hiện dự án, Bộ máy QLNN về PPP, Năng lực quản lý ĐTXD, Thương hiệu y tế*) đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phản ánh mức độ ảnh hưởng của các yếu tố ảnh hưởng (định tính). Kết quả phân tích cho thấy:

- Phần lớn đối tượng khảo sát từ cơ quan QLNN cho rằng yếu tố hệ thống chính trị tác động lớn đến quản lý ĐTXD, thương hiệu của cơ sở y tế có mức tác động thấp hơn. Trong khi đó, quan điểm của nhà đầu tư lại có sự đối lập, yếu tố môi trường thực hiện dự án, quản lý ĐTXD và thương hiệu của cơ sở y tế đóng vai trò quan trọng.

- Các ý kiến đều có sự tập trung, thống nhất quan điểm đối với yếu tố năng lực quản lý ĐTXD.

Sau khi phân tích định tính, nghiên cứu sinh kiểm nghiệm kết quả nghiên cứu thông qua phân tích tương quan, phân tích hồi quy (chi tiết tại Phụ lục số 3) được thực hiện để xem xét mức độ tác động của các biến độc lập đến biến phụ thuộc (định lượng). Kết quả xây dựng được phương trình hồi quy chuẩn hóa như sau:

$$QLĐTXD = 0,266*MT + 0,237*BM + 0,205TH + 0,166*NL + 0,121*CT + \varepsilon \quad (3.1)$$

Hệ số hồi quy chuẩn hóa Beta-của các biến đều lớn hơn 0 và $MT(0,266) > BM(0,237) > TH(0,205) > NL(0,166) > CT(0,121)$ nên cả 05 yếu tố đều có ảnh hưởng thuận chiều đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội (như giả định nghiên cứu). Mô hình này được xây dựng sẽ giúp các bên có liên quan có cái nhìn cụ thể và toàn diện hơn về các yếu tố ảnh hưởng tới công tác này, từ đó có những giải pháp phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả quản lý ĐTXD theo phương thức PPP góp nâng cao hiệu quả QLNN.

Dựa vào kết quả khảo sát và phân tích bảng câu hỏi - câu trả lời, các chuyên gia và cán bộ được phỏng vấn, các yếu tố tác động đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội được xác định bao gồm:

- Môi trường thực hiện dự án PPP (chính sách, công cụ) đóng vai trò quan trọng nhất. Việc thiếu các hướng dẫn chi tiết về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP, sự thiếu đồng bộ của quy định pháp luật giữa phân cấp quản lý Bộ Y tế, UBND thành phố Hà Nội, Bộ Xây dựng, ... tác động lớn đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT.

- Thiếu đơn vị chuyên trách đầu mối về PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội, thiếu đơn vị quản lý hướng dẫn tại Bộ Y tế cũng có mức độ tác động gần tương đồng với yếu tố môi trường thực hiện dự án. Cơ quan QLNN đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý ĐTXD nên phần lớn các ý kiến đánh giá đều ghi nhận mức độ ảnh hưởng lớn của yếu tố này.

- Mặc dù Thương hiệu của cơ sở y tế không đóng vai trò trực tiếp trong công tác quản lý ĐTXDCT y tế, tuy nhiên đối với phương thức PPP thì phần lớn các ý kiến khảo sát đều đánh giá tổng quan trên cả vòng đời dự án (giai đoạn khai thác, vận hành) cho thấy thương hiệu của cơ sở khám chữa bệnh đóng vai trò rất quan trọng. Kết quả này khá tương đồng với kinh nghiệm của Trung Quốc và thực tế hoạt động khám chữa bệnh tại thành phố Hà Nội, Việt Nam hiện nay.

- Vướng mắc, khó khăn do hạn chế về trình độ chuyên môn, năng lực, kinh nghiệm của cán bộ/tổ chức phụ trách công tác quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP cũng tác động thuận chiều đối với hiệu quả của công tác này. Yếu tố năng lực của cán bộ quản lý ĐTXD phù hợp với kết quả tổng hợp thang đo các biến và mức độ kỳ vọng khi kế thừa các nghiên cứu trước đây.

- Sự cam kết của hệ thống chính trị về chủ trương quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP, các hoạt động của Bộ Y tế, UBND thành phố Hà Nội có mức độ tác động ít nhất (chỉ có đối tượng khảo sát từ Cơ quan QLNN đánh giá cao yếu tố này, các nhóm đối tượng khảo sát còn lại có quan điểm khác).

Các yếu tố tác động này đã ảnh hưởng trực tiếp, tác động thuận chiều với hiệu quả quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội, Việt Nam. Kết quả cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đều có thể giải quyết bởi các quy định pháp lý (MT, BM, NL và CT) và yếu tố liên quan đến thương hiệu chất lượng khám chữa bệnh (TH). Cơ chế chính sách, hệ thống văn bản pháp luật về quản lý ĐTXD chưa hợp lý là yếu tố có sức ảnh hưởng lớn nhất, tiếp đó là nhóm yếu tố về năng lực, kinh nghiệm, nhận thức của cán bộ. Do đặc điểm của công trình y tế, yếu tố chất lượng khám chữa bệnh đóng vai trò khá quan trọng mặc dù không liên quan trực tiếp đến giai đoạn xây dựng công trình bệnh viện. Đây là những căn cứ quan trọng để tác giả luận án có phương hướng cũng như đề xuất các giải pháp quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội trong Chương 4.

3.5. Hạn chế và nguyên nhân tác động đến quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội

3.5.1. Hạn chế

Mặc dù có những cải thiện trong thời gian gần đây, khung chính sách và quy định hiện tại về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP vẫn còn một số hạn chế.

- *Thứ nhất*, khái niệm PPP thường gắn với các dự án PPP phát triển cơ sở hạ tầng mà ít chú trọng vào lĩnh vực y tế, lĩnh vực cung cấp dịch vụ y tế như ở các quốc gia khác. Khái niệm PPP cũng không đề cập đến định nghĩa về hợp đồng dài hạn, chuyển giao rủi ro và trách nhiệm quản lý từ khu vực công lập sang khu vực tư hoặc thanh toán dựa trên kết quả thực hiện.

- *Thứ hai*, các quy định và hướng dẫn kỹ thuật đối với lĩnh vực y tế chưa được ban hành đầy đủ cho việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Hạn chế này bao gồm:

- Công cụ đánh giá, lựa chọn đề xuất và đánh giá hiệu quả tài chính dự án PPP trong lĩnh vực y tế: Khung quy định hiện tại chưa có hướng dẫn hay tiêu chí đánh giá mức độ phù hợp khi lựa chọn phương thức PPP hoặc phân tích giá trị đồng tiền của một dự án thực hiện theo phương thức PPP. Đặc biệt là lĩnh vực y tế phải thực hiện theo cơ chế, giá quy định của Bộ Y tế và Bộ Tài chính.

- Phân bổ rủi ro: Khung quy định hiện tại chưa có hướng dẫn về phân bổ rủi ro mà để các CQNN có thẩm quyền được đàm phán, thống nhất với các đối tác và nhà đầu tư tư nhân. Do vậy, các bên liên quan đang gặp nhiều khó khăn trong vấn đề này, đặc biệt là đối với lĩnh vực trang thiết bị y tế, thuốc và giá dịch vụ y tế khám chữa bệnh.

- Chỉ số kết quả hoạt động của dự án: khung pháp lý về đánh giá hiệu quả dự án PPP hiện nay vẫn chủ yếu dựa trên các yếu tố đầu vào thay vì kết quả đầu ra, chưa có hướng dẫn về đánh giá kết quả thực hiện của nhà đầu tư tư nhân trong mỗi dự án PPP.

- *Thứ ba*, các văn bản pháp lý áp dụng với dự án ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP chưa đảm bảo tính đầy đủ, thống nhất (đặc biệt là dự thảo Thông tư do Bộ Y tế biên soạn chưa được ban hành). Quy trình thực hiện dự án PPP (từ lúc bắt đầu đến khi kết thúc) được thực hiện theo các Luật, quy định khác nhau, đôi khi có sự trùng lặp trong hệ thống quy định. Ngoài ra, các quy định riêng rẽ chưa xem xét một số đặc điểm quan trọng của dự án trong lĩnh vực y tế. Cụ thể như sau:

+ Luật Đầu tư công: yêu cầu tiến hành quy trình thẩm định các dự án ĐTXDCT

bệnh viện theo phương thức PPP tương tự như các dự án đầu tư công. Quy trình này có một số bước thực hiện tương đối phức tạp và gây ra các ngoại ứng tiêu cực với nhà đầu tư tư nhân, như nhiều thủ tục giấy tờ, quy trình phê duyệt nhiều tầng và bộ máy quản lý chưa hiệu quả.

+ Luật Đầu tư: chưa đề cập đến yếu tố đảm bảo cạnh tranh (trường hợp Nhà nước ĐTXD cơ sở khám chữa bệnh trong cùng khu vực của dự án PPP), cơ chế bảo lãnh của Chính phủ hoặc các yếu tố cần cân nhắc đặc biệt đối với các hợp đồng dài hạn và các dự án PPP có mức đầu tư lớn.

+ Luật Đấu thầu: chưa có phần quy định chuyên biệt về các dự án PPP, do đó, các dự án PPP phải được điều chỉnh theo các yêu cầu của luật này.

+ Luật Ngân sách: còn cứng nhắc và chưa đảm bảo tính linh hoạt. Việc lập kế hoạch, dự toán và giải ngân vốn thường áp dụng theo quy trình cứng nhắc và mỗi dự án PPP khó có thể vừa tuân thủ quy định của luật trong khi vẫn tiếp nhận hỗ trợ của các nhà tài trợ và nâng cao khả năng tín dụng của dự án.

+ Luật Đất đai: không cho phép thế chấp quyền sử dụng đất với các tổ chức tín dụng quốc tế, tạo ra rào cản trong việc tiếp cận khoản vay từ những tổ chức này. Luật Đất đai chưa quy định cụ thể về việc định giá đất và quyền sử dụng đất đối với nhà đầu tư khi thực hiện dự án.

+ Luật Doanh nghiệp: chưa quy định về loại hình doanh nghiệp theo mô hình dự án PPP. Theo quy định, toàn bộ phần góp vốn cho công ty (thực hiện dự án) phải được nộp vào tài khoản của doanh nghiệp trong vòng 90 ngày kể từ ngày được cấp giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp, tuy nhiên điều này gây khó khăn cho các dự án ĐTXD bệnh viện có quy mô vốn đầu tư lớn, bởi vì các ngân hàng, nhà tài trợ thường chỉ giải ngân, đầu tư khi công việc bắt đầu thực hiện.

Theo kết quả nghiên cứu tại Chương 1 cho thấy việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP ở Việt Nam mới chỉ đang ở giai đoạn đầu phát triển. Các cơ chế, chính sách, yếu tố nội lực của nền kinh tế còn chứa đựng nhiều rủi ro, thị trường vốn còn yếu kém, ... Trong khi dự án PPP có đặc thù phức tạp, với nhiều mối quan hệ ràng buộc giữa Nhà nước và nhà đầu tư, việc triển khai thực hiện dự án có nhiều rủi ro [17]. Đặc biệt chưa có định hướng, chiến lược dài hạn, thống nhất, rõ ràng để thực

hiện quản lý ĐTXD theo phương thức PPP đối với công trình y tế.

PPP chưa được lồng ghép vào các chính sách, quy định liên quan trong lĩnh vực y tế, ảnh hưởng đến việc sử dụng mô hình PPP để phát triển cơ sở hạ tầng và cải thiện chất lượng dịch vụ trong lĩnh vực này. Các chính sách y tế quan trọng nhất được ban hành ở cấp trung ương, bao gồm Chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và Nghị quyết Trung ương Đảng không xác định rõ cam kết chính trị đối với mô hình PPP trong lĩnh vực y tế [2, 15]. Hiện nay, chỉ có Thành phố Hồ Chí Minh (trong số 63 tỉnh, thành phố) đã chú ý đến vai trò của PPP trong quy hoạch phát triển ngành y tế thành phố [96]. Chính vì vậy, Hà Nội chưa có phương pháp tiếp cận chiến lược, có hệ thống để xây dựng hiệu quả dự án ĐTXD thực hiện theo phương thức PPP. Do đó, các địa phương và bệnh viện công có danh sách đề xuất dự án PPP y tế nhưng nhiều dự án trong số đó không phù hợp với phương thức PPP.

3.5.2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân khách quan: việc quản lý ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP ở Việt Nam đang còn ít kinh nghiệm, còn chưa bao quát được cả vấn đề lý luận và thực tiễn. Do đặc thù của công trình y tế có yếu tố an sinh xã hội, ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng của người dân, nên các dự án có khả năng sinh lời thấp, mức độ sẵn sàng của khu vực tư nhân, nguồn vốn hỗ trợ đầu tư dự án PPP trong lĩnh vực y tế từ Nhà nước còn hạn hẹp. Nhận thức của người dân về lợi ích mang lại của PPP còn chưa rõ ràng.

- Nguyên nhân chủ quan: nguyên nhân lớn nhất là các định hướng phát triển PPP trong lĩnh vực y tế chưa được cụ thể hóa hoặc có thể hiện trong các chiến lược quy hoạch, kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế. Bên cạnh đó, còn có các nguyên nhân khác, như là: (i) Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP còn khá phức tạp, chịu sự điều chỉnh của nhiều luật chuyên ngành. Thiếu chính sách, quy định hỗ trợ, ưu đãi của Nhà nước để thu hút đầu tư PPP đối với các dự án ĐTXD bệnh viện có khả năng sinh lời thấp, hoặc một số chính sách ưu đãi cụ thể chưa phù hợp với thực tiễn Việt Nam và thông lệ quốc tế; (ii) Nội dung quản lý ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP còn chưa đánh giá đến toàn bộ vòng đời dự án, chưa có sự tham gia của cộng đồng người dân (đối tượng

hưởng lợi trực tiếp từ dự án), quy mô của dự án chưa phù hợp với khả năng huy động nguồn lực đầu tư để lựa chọn được các dự án tốt, chủ động chuẩn bị đầu tư; (iii) Chất lượng nguồn nhân lực của cán bộ QLNN còn chưa cao. Bộ, ngành, địa phương thực hiện và hướng dẫn chính sách, quy định pháp luật chưa kịp thời, đồng bộ. Nhiều nội dung quy định chưa xét đến tính đặc thù ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP nên chưa đủ hiệu lực cần thiết để thống nhất quy trình, thủ tục thực hiện dự án và hấp dẫn nhà đầu tư.

CHƯƠNG 4: GIẢI PHÁP QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

4.1. Quan điểm, nguyên tắc quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

Kinh nghiệm thế giới cho thấy, việc quản lý hiệu quả ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP sẽ giúp khu vực Nhà nước và tư nhân đều cùng có lợi và đạt được mục tiêu riêng của mình. Khu vực Nhà nước giảm bớt gánh nặng ngân sách đầu tư xây dựng cho lĩnh vực y tế trong khi đó vẫn đảm bảo yêu cầu cung cấp cho người dân dịch vụ y tế với chất lượng và chi phí hợp lý. Trong khi đó, khu vực tư nhân có cơ hội sử dụng những ưu điểm của mình (nguồn vốn, công nghệ, ...) để thực hiện dự án với hiệu quả cao và có doanh thu, lợi nhuận tốt.

Quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP không phải là công việc đơn thuần của Nhà nước hoặc tư nhân mà cả Nhà nước và tư nhân phải cùng thực hiện công việc, trong đó: Tư nhân có vai trò chính trong việc thực hiện và chịu sự quản lý, giám sát của Nhà nước. Thông qua hợp đồng dự án PPP, cơ quan Nhà nước có thẩm quyền thực hiện biện pháp quản lý, kiểm soát việc ĐTXD thực hiện dự án từ khâu xây dựng công trình đảm bảo đúng tiến độ và chất lượng đến khâu cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh theo đúng các tiêu chuẩn. Theo nghiên cứu của tác giả, công tác quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP thành công trên thế giới đều có chung một số nguyên tắc nhất định như sau:

+ *Nguyên tắc hiệu quả*: quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP không phải là một phương thức mới trên thế giới. Tuy nhiên, do việc sử dụng hiệu quả ưu điểm của các đối tác tham gia ĐTXD mà quản lý ĐTXD theo phương thức PPP ngày càng được sử dụng phổ biến tại nhiều nước trên thế giới. Theo mô hình chung tại các nước thì trách nhiệm cung cấp các dịch vụ xã hội, đặc biệt là công trình y tế, bệnh viện là thuộc về Nhà nước nhưng do áp lực về nguồn vốn nên trách nhiệm này dần dần được chuyển sang cho khu vực tư nhân dựa trên cơ sở hiệu quả ĐTXD. Nhà nước

sẽ chỉ hợp tác với tư nhân trên cơ sở dự án ĐTXD bệnh viện được chứng minh thực hiện tốt hơn nếu Nhà nước tự thực hiện bằng NSNN. Do vậy, hiệu quả là một trong những yếu tố đầu tiên khi xem xét tính khả thi của việc quản lý ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP.

+ *Nguyên tắc lợi nhuận*: quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP gắn liền với mối quan hệ lợi ích giữa các bên tham gia dự án nên việc phân chia trách nhiệm, lợi ích trong toàn bộ vòng đời dự án là một trong những yếu tố quan trọng. Nhà đầu tư tư nhân chỉ chấp nhận tham gia quản lý ĐTXDCT y tế khi nhận thấy giá trị đồng tiền đầu tư, cơ hội kinh doanh và các lợi nhuận khác. Trong khi đó, Nhà nước lại quan tâm lợi nhuận dưới góc độ giảm gánh nặng cho NSNN về ĐTXD, hiệu quả xã hội mà dự án PPP mang lại cho cộng đồng. Do vậy việc đảm bảo lợi ích, lợi nhuận tương xứng với trách nhiệm của các bên trong việc quản lý ĐTXDCT là nguyên tắc quan trọng.

+ *Nguyên tắc rủi ro*: quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phải phân định một cách hợp lý các nhiệm vụ, nghĩa vụ và rủi ro mà đối tác Nhà nước và tư nhân phải gánh vác. Do vậy, việc phân bổ rủi ro cho bên nào có khả năng quản lý rủi ro tốt nhất là một trong những nguyên tắc chính khi quản lý ĐTXDCT. Nhà nước có thế mạnh về chính sách, cơ chế và tính pháp quyền, trong khi đó Nhà đầu tư có thế mạnh về nguồn vốn, công nghệ và kỹ thuật quản lý, thực hiện dự án. Kinh nghiệm cho thấy, nhà đầu tư tư nhân sẽ chịu rủi ro trong quá trình xây dựng, tư vấn thiết kế chịu rủi ro về thiết kế, Nhà nước có trách nhiệm với rủi ro môi trường chính sách, giải phóng mặt bằng, ... Nguyên tắc này phản ánh bản chất của một mối quan hệ hợp tác, chia sẻ những khó khăn trong quản lý ĐTXDCT y tế và vì thế giảm thiểu được chi phí và nâng cao hiệu quả hoạt động.

+ *Nguyên tắc bình đẳng*: khác với các phương thức đầu tư truyền thống, các bên tham gia quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phải là các đối tác bình đẳng, có cùng trách nhiệm và nghĩa vụ thực hiện dự án đạt hiệu quả cao nhất. Trong mối quan hệ quản lý ĐTXD, đối tác Nhà nước và Tư nhân phải ở vị trí ngang hàng, cùng hướng đến việc thực hiện dự án tốt nhất. Nhà nước nhìn nhận đối tác Tư nhân dưới góc độ Nhà đầu tư tiềm năng, là đối tác giúp Nhà nước giải quyết vấn đề

ĐTXDCT y tế, cung cấp dịch vụ công cho cộng đồng. Nguyên tắc bình đẳng chỉ được thực hiện hiệu quả khi hành lang pháp lý đầy đủ và toàn diện. Việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trong một khoảng thời gian dài (10-30 năm) do vậy đảm bảo được nguyên tắc bình đẳng và các vấn đề phát sinh trong quá trình xây dựng, vận hành dự án chỉ có thể giải quyết bằng công cụ pháp lý và được điều tiết bằng Luật pháp.

+ *Nguyên tắc cạnh tranh*: quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP thành công không thể không xét đến yếu tố cạnh tranh minh bạch trong suốt vòng đời của dự án. Việc lựa chọn dự án, lựa chọn nhà đầu tư được đánh giá trong quá trình quản lý ĐTXD phải được thực hiện trên nguyên tắc cạnh tranh nhằm tìm ra yếu tố tốt nhất. Nguyên tắc cạnh tranh phải được xem xét từ khi đấu thầu thực hiện công việc, sau khi ký hợp đồng và khai thác sử dụng công trình y tế trong vòng đời của dự án. Cạnh tranh sẽ giúp đảm bảo việc chuyển giao có hiệu quả các rủi ro, các giải pháp tối ưu được thực hiện trong quá trình quản lý ĐTXDCT bởi khu vực tư nhân và giá trị thực hiện dự án hợp lý qua quá trình đấu thầu. Nếu tư nhân ở vai trò độc quyền thì hiệu quả quản lý ĐTXD dự án, lợi ích của quan hệ PPP sẽ không được đảm bảo.

4.2. Định hướng quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

4.2.1. Định hướng quản lý đầu tư xây dựng công trình

Theo quy định của Luật Xây dựng 2014 và các văn bản hướng dẫn dưới Luật, việc quản lý ĐTXDCT được quy định như sau [33]:

- Dự án ĐTXD được quản lý thực hiện theo kế hoạch, chủ trương đầu tư, đáp ứng các yêu cầu theo quy định tại Điều 51 của Luật Xây dựng năm 2014 và phù hợp với quy định của pháp luật có liên quan.

- Quy định rõ trách nhiệm, quyền hạn của cơ quan QLNN, của người quyết định đầu tư, chủ đầu tư và các tổ chức, cá nhân có liên quan.

- Quản lý thực hiện dự án phù hợp với loại nguồn vốn sử dụng để ĐTXD:

- a) Dự án ĐTXD sử dụng vốn NSNN được quản lý chặt chẽ, toàn diện, theo đúng trình tự để bảo đảm mục tiêu đầu tư, chất lượng, tiến độ thực hiện, tiết kiệm chi phí và đạt được hiệu quả dự án;

b) Dự án đầu tư theo hình thức PPP có cấu phần xây dựng được quản lý như đối với dự án sử dụng VNN ngoài ngân sách theo quy định của pháp luật có liên quan;

c) Dự án ĐTXD sử dụng VNN ngoài ngân sách được Nhà nước quản lý về chủ trương đầu tư, mục tiêu, quy mô đầu tư, chi phí thực hiện, các tác động của dự án đến cảnh quan, môi trường, an toàn cộng đồng, quốc phòng, an ninh và hiệu quả của dự án. Chủ đầu tư tự chịu trách nhiệm quản lý thực hiện dự án theo quy định của pháp luật có liên quan;

d) Dự án ĐTXD sử dụng vốn khác được Nhà nước quản lý về mục tiêu, quy mô đầu tư và các tác động của dự án đến cảnh quan, môi trường, an toàn cộng đồng và quốc phòng, an ninh.

- Quản lý đối với các hoạt động ĐTXD của dự án theo các nguyên tắc như sau:

a) Bảo đảm ĐTXDCT theo quy hoạch, thiết kế, bảo vệ cảnh quan, môi trường; phù hợp với điều kiện tự nhiên, xã hội, đặc điểm văn hóa của từng địa phương; bảo đảm ổn định cuộc sống của nhân dân; kết hợp phát triển KT-XH với quốc phòng, an ninh và ứng phó với biến đổi khí hậu.

b) Sử dụng hợp lý nguồn lực, tài nguyên tại khu vực có dự án, bảo đảm đúng mục đích, đối tượng và trình tự ĐTXD.

c) Tuân thủ tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật, quy định của pháp luật về sử dụng vật liệu xây dựng; bảo đảm nhu cầu tiếp cận sử dụng công trình thuận lợi, an toàn cho người khuyết tật, người cao tuổi, trẻ em ở các công trình công cộng, nhà cao tầng; ứng dụng khoa học và công nghệ, áp dụng BIM trong hoạt động ĐTXD.

d) Bảo đảm chất lượng, tiến độ, an toàn công trình, tính mạng, sức khỏe con người và tài sản; phòng, chống cháy, nổ; bảo vệ môi trường.

e) Bảo đảm xây dựng đồng bộ trong từng công trình và đồng bộ với các công trình hạ tầng kỹ thuật, hạ tầng xã hội.

g) Tổ chức, cá nhân khi tham gia hoạt động xây dựng phải có đủ các điều kiện năng lực phù hợp với loại dự án; loại, cấp công trình xây dựng và công việc theo quy định của Luật Xây dựng.

h) Bảo đảm công khai, minh bạch, tiết kiệm, hiệu quả; phòng, chống tham nhũng, lãng phí, thất thoát và tiêu cực khác trong hoạt động ĐTXD.

i) Phân định rõ chức năng QLNN trong hoạt động ĐTXD với chức năng quản lý của chủ đầu tư phù hợp với từng loại nguồn vốn sử dụng.

4.2.2. Định hướng phát triển hệ thống y tế

4.2.2.1. Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế quốc gia

Tính đến thời điểm tháng 11/2023, Bộ Y tế đang lấy ý kiến các thành viên Hội đồng thẩm định quốc gia để phê duyệt dự thảo Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021-2030, tầm nhìn đến năm 2050 theo quy định của Luật Quy hoạch 2017. Theo quy hoạch sẽ thiết lập hệ thống mạng lưới cơ sở y tế với mô hình phân bố không gian trên toàn quốc phù hợp, tinh gọn và hiệu quả, hình thành được các trung tâm y tế hiện đại, chuyên sâu ngang tầm quốc tế nhằm đảm bảo mọi người dân được tiếp cận thuận lợi nhất với các dịch vụ y tế có chất lượng, thể hiện tính ưu việt của chế độ, đồng thời tạo ra giá trị gia tăng cao, đóng góp cho sự phát triển KT-XH; và Xây dựng mạng lưới cơ sở y tế đủ năng lực, quy mô và đảm bảo tính kết nối giữa trung ương và địa phương, giữa các vùng KT-XH trong việc thực hiện chức năng và nhiệm vụ của ngành y tế góp phần thực hiện mục tiêu an sinh xã hội và phát triển bền vững giai đoạn 2021 - 2030, tầm nhìn 2050. Theo định hướng phát triển của ngành y tế [7]:

- Giai đoạn đến 2030: dự kiến sẽ ưu tiên tập trung đầu tư nâng cấp các cơ sở y tế cấp quốc gia, một số cơ sở y tế cấp vùng đã có trong kế hoạch đầu tư công trung hạn và xây dựng mới một số cơ sở y tế đã có định hướng đầu tư của ngành. Thực hiện nâng cấp thêm một số cơ sở y tế tuyến tỉnh thành cơ sở y tế cấp vùng, tiểu vùng theo hướng tăng khả năng tiếp cận cho người dân theo từng vùng/tiểu vùng KT-XH tới các dịch vụ y tế có chất lượng, đặc biệt là các vùng có điều kiện đi lại khó khăn, đặc thù về mặt địa lý.

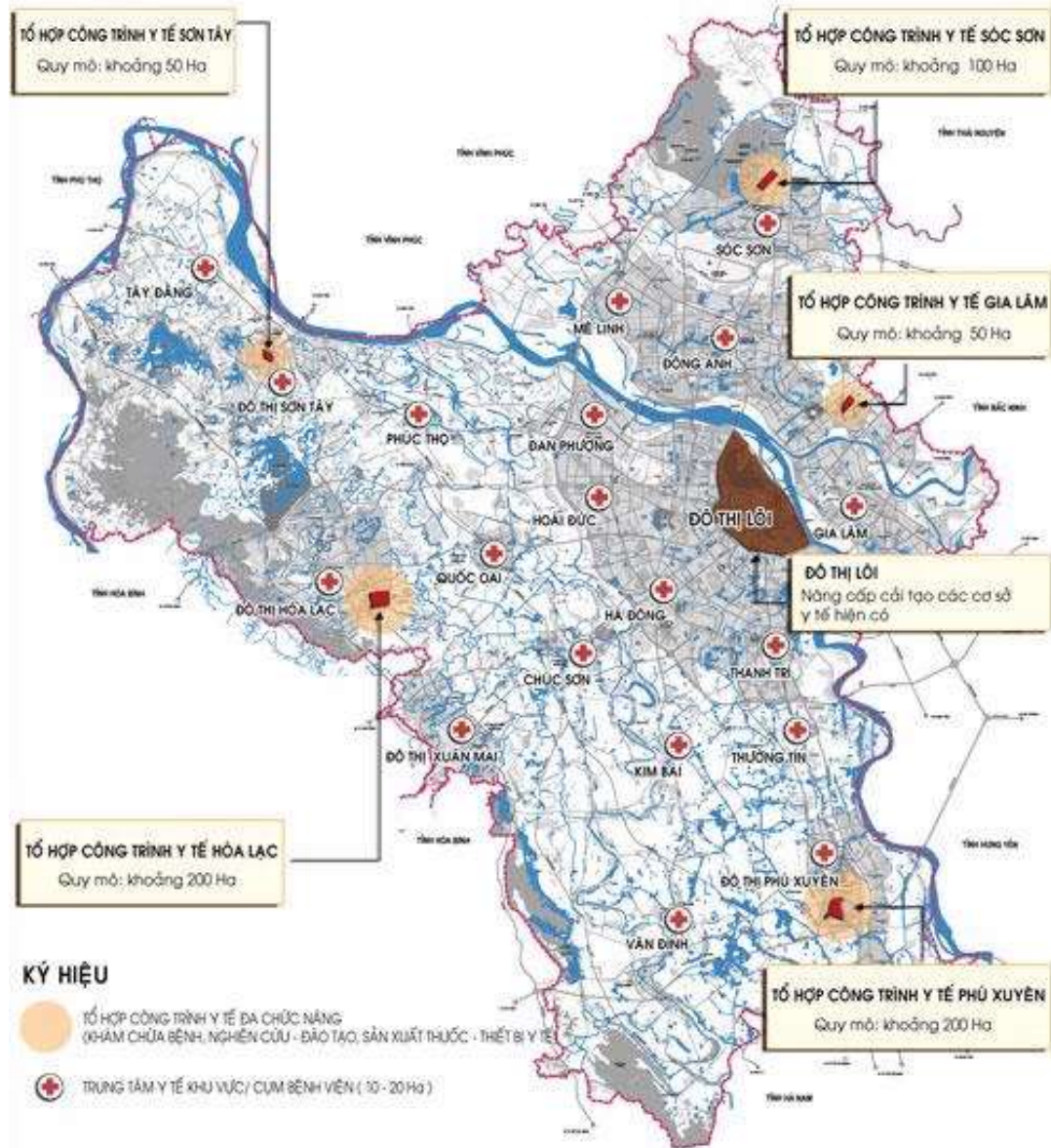
- Giai đoạn sau 2030 đến 2050: tiếp tục đầu tư để phát triển và mở rộng quy mô của các cơ sở y tế bao gồm cả bệnh viện chuyên khoa và trung tâm y tế chuyên sâu trong bệnh viện đa khoa nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tăng lên của người dân cũng như sự thay đổi về mô hình bệnh tật và gia tăng dân số. Theo đó định hướng cần ban hành các quy định về hợp tác PPP trong lĩnh vực y tế để đầu tư phát triển cơ sở y tế công nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ y tế cũng như huy động nguồn lực tài chính từ lĩnh vực tư nhân [7].

4.2.2.2. Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế Hà Nội

Theo định hướng Quy hoạch chung xây dựng Thủ đô đến năm 2030, tầm nhìn 2050, thành phố Hà Nội sẽ chú trọng việc nâng cấp các bệnh viện, cơ sở y tế hiện có trong nội đô, trong đó ưu tiên dành quỹ đất cho các cơ sở nghiên cứu - đào tạo - khám chữa bệnh chất lượng cao [39]. Quy hoạch đã định hướng ĐTXD các tổ hợp công trình y tế chất lượng cao tầm cỡ quốc tế, quốc gia, như trung tâm đào tạo, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, sản xuất dược, trang thiết bị y tế và cơ sở 2 cho các bệnh viện trung ương và thành phố. Các khu đô thị mở rộng, đô thị vệ tinh, đô thị sinh thái và các thị trấn hiện hữu sẽ được ĐTXD hệ thống bệnh viện cấp thành phố, quận huyện, phòng khám đa khoa theo tiêu chuẩn, quy chuẩn. Định hướng đến năm 2030, vùng Thủ đô Hà Nội sẽ là trung tâm y tế chuyên sâu, chất lượng cao, lớn nhất cả nước, được phân bổ phù hợp giữa Hà Nội và các địa phương không chỉ phục vụ nội vùng mà còn cho cả các vùng lân cận, với tổng nhu cầu giường bệnh khoảng 73.800 - 88.000 giường [39, 42].

Hiện nay, Sở Y tế thành phố Hà Nội đang phối hợp với Viện Quy hoạch đô thị và nông thôn quốc gia (trước đây là Viện Kiến trúc, Quy hoạch đô thị và nông thôn quốc gia) lập quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế thành phố Hà Nội tầm nhìn đến năm 2030. Theo đó, trong tương lai, thành phố Hà Nội sẽ đóng vai trò là trung tâm y tế lớn nhất của cả nước thông qua việc ĐTXD các tổ hợp công trình y tế chất lượng cao tầm cỡ quốc tế, quốc gia, như: trung tâm đào tạo - khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, sản xuất dược - trang thiết bị y tế. Hình thành các trung tâm y tế đa khoa và chuyên khoa, các bệnh viện vệ tinh của các bệnh viện Trung ương tại các đô thị tỉnh lỵ như: Phủ Lý, Hải Dương, Thái Nguyên, Việt Trì... để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh tại các địa phương và hạn chế bệnh nhân tập trung vào khu vực nội đô Thành phố Hà Nội. Hiện nay, thành phố Hà Nội chưa ban hành Đề án quy hoạch hệ thống các cơ sở y tế tại thủ đô Hà Nội đến năm 2030 và tầm nhìn đến năm 2050. Tuy nhiên, theo dự thảo của đề án cho thấy bên cạnh các công trình y tế hiện hữu, thành phố Hà Nội sẽ dự kiến phát triển 05 tổ hợp công trình y tế tại các vùng ngoại vi của thành phố như là Sơn Tây (50ha), Hòa Lạc (200ha), Sóc Sơn (100ha), ...

Trong tương lai, Nhà nước sẽ xây dựng và phát triển hệ thống các bệnh viện công lập ở Hà Nội hoàn chỉnh và đồng bộ từ Trung ương đến cơ sở đủ sức đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân Thủ đô. Hệ thống bệnh viện công lập đủ khả năng hỗ trợ những tỉnh lân cận và cả nước trong việc phát triển và ứng dụng kỹ thuật cao trong y tế.



Hình 4.1: Dự thảo quy hoạch hệ thống các cơ sở y tế tại Hà Nội đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2050

Quy hoạch phát triển hệ thống bệnh viện công lập Hà Nội trở thành Trung tâm y tế có uy tín trong khu vực Đông Nam Á. Nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe

ở tất cả các bệnh viện công lập của Hà Nội, có khả năng đáp ứng tốt các yêu cầu y tế khẩn cấp trong các tình huống xảy ra thiên tai, thảm họa, thương vong, ngộ độc hàng loạt trên địa bàn thủ đô và khu vực lân cận, đáp ứng kịp thời các yêu cầu phối hợp hoặc chi viện y tế đột xuất phục vụ an ninh, quốc phòng. Tập trung quy hoạch di chuyển các bệnh viện điều trị bệnh truyền nhiễm khỏi khu vực nội thành, nơi đông đúc dân cư đến khu vực thích hợp. Giảm mật độ bệnh viện chuyên sâu tuyến Thành phố (tuyến 2) và Trung ương (tuyến 3) trong nội thành Hà Nội. Xây dựng mạng lưới bệnh viện đa khoa (tuyến 1) đạt tiêu chuẩn hạng III tại các khu/cụm dân cư quận, huyện và đô thị vệ tinh. Các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa Thành phố (tuyến 2) đạt tiêu chuẩn hạng II trở lên. Các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa Trung ương (tuyến 3) đạt tiêu chuẩn hạng I hoặc hạng đặc biệt. Sắp xếp, bổ sung, điều chỉnh các khoa trong bệnh viện. Đầu tư nâng hạng một số bệnh viện cấp Thành phố; nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh; nâng cao chuyên môn kỹ thuật; đầu tư cơ sở vật chất trang thiết bị; đa dạng hoá các loại hình hoạt động trong bệnh viện.

Theo dự thảo quy hoạch, chính quyền thành phố Hà Nội tập trung thực hiện tốt công tác xã hội hoá đầu tư phát triển hệ thống khám, chữa bệnh tại Thủ đô Hà Nội. Chỉ tiêu phấn đấu đến năm 2030 đạt tỷ lệ 20 - 30% giường bệnh ngoài công lập. Công tác quy hoạch chủ yếu phát triển và mở rộng mạng lưới các bệnh viện tư nhân trên địa bàn cả về số lượng bệnh viện, số giường bệnh. Đặc biệt, phát triển loại hình bệnh viện 100% vốn nước ngoài để tăng đầu tư vào lĩnh vực kỹ thuật hiện đại. Ưu tiên phát triển bệnh viện tư nhân, các khoa, các phòng ban công trong bệnh viện công lập, các phòng khám đa khoa tư nhân ở ngoại thành và các dịch vụ y tế tư nhân sử dụng công nghệ y học cao, hiệu quả khám chữa bệnh lớn, ít gây ô nhiễm môi trường.

4.3. Giải pháp quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

4.3.1. Giải pháp về môi trường thực hiện dự án

4.3.1.1. Chính sách pháp luật chung

Việt Nam đã ban hành Luật đầu tư theo phương thức PPP và một số Nghị định hướng dẫn có liên quan, trong đó đã hoàn thiện hơn về các khái niệm PPP và tối ưu

hóa quy trình, thủ tục phát triển một dự án PPP nói chung. Tuy nhiên lĩnh vực y tế nói chung và quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP vẫn chưa được đề cập cụ thể. Việc chi tiết khung pháp lý về PPP trong lĩnh vực y tế là yêu cầu cần thiết để thúc đẩy hợp tác PPP theo các phương thức khác nhau: do đặc thù của ngành y tế vừa có xây dựng và quản lý vận hành công trình (bệnh viện) vừa cung cấp dịch vụ công (khám chữa bệnh) cho người dân. Trong đó:

- Khái niệm PPP nêu rõ được tính chất đầu tư dài hạn của các hợp đồng cung cấp dịch vụ, tầm quan trọng của việc chia sẻ rủi ro và trách nhiệm quản lý, vai trò của cơ chế thanh toán dựa trên kết quả thực hiện.

- Các văn bản hướng dẫn Luật Đầu tư theo phương thức PPP phải quy định rõ về mục đích, nội dung và các chỉ tiêu/tiêu chí lựa chọn dự án. Việc đề xuất dự án cần thiết bao gồm phân tích định lượng về khả năng phát huy giá trị đồng tiền của mô hình hợp đồng PPP so với mô hình hợp đồng truyền thống, khả năng phát huy giá trị đồng tiền nhằm hỗ trợ các CQNN có thẩm quyền thiết kế khung chia sẻ rủi ro phù hợp. Báo cáo nghiên cứu đề xuất dự án cần có đủ thông tin chi tiết để xác định tính khả thi về thương mại, tài chính và kỹ thuật của dự án.

- Bộ Y tế phải định hướng kế hoạch phát triển các dự án PPP theo hai mục tiêu chính của hệ thống y tế quốc gia, đó là Công bằng và Hiệu quả. Tất cả các dự án ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP phải được lựa chọn, đánh giá chặt chẽ để chứng minh tính phù hợp với lợi ích của người dân và đảm bảo hiệu quả an sinh xã hội. Chỉ có những dự án ĐTXD bệnh viện có hiệu quả thì mới được đưa vào trong kế hoạch phát triển của ngành y tế và kế hoạch đầu tư công trung hạn. Khi đó, Nhà nước sẽ có cơ sở để hỗ trợ, đóng góp nguồn lực cho các dự án bệnh viện PPP một cách chủ động và hiệu quả - đặc biệt là những dự án mang tính chất an sinh xã hội lớn - để phương án đề xuất trở nên vững vàng về tài chính và thu hút được nhà đầu tư. Các hợp đồng dự án bệnh viện PPP được theo dõi bằng các chỉ số kết quả hoạt động chủ chốt (KPI) và đối tác tư nhân được chi trả theo kết quả cung ứng dịch vụ.

- Luật đầu tư theo phương thức PPP và các văn bản pháp luật liên quan quy định chi tiết cơ chế quản lý của Nhà nước đối với các dự án bệnh viện PPP. Việc đóng góp của Nhà nước bằng tiền đối với dự án (theo quy định của Luật PPP là không quá 50%

TMĐT) phải có cơ chế quản lý riêng, khác biệt so với Luật Đầu tư công, Luật Ngân sách Nhà nước để tạo cơ chế linh hoạt trong quá trình triển khai dự án. Trường hợp Nhà nước chỉ góp một phần nhỏ vốn đầu tư từ nguồn vốn ngân sách nhưng lại quy định cả dự án phải thực hiện tương tự theo quy trình quản lý, kiểm soát của dự án đầu tư từ NSNN phải xem xét, sửa đổi làm rõ hơn.

- Bộ Y tế sớm ban hành chính sách hướng dẫn việc đề xuất, lựa chọn, đánh giá các dự án PPP trong lĩnh vực y tế, đặc biệt là đối với các dự án ĐTXDCT bệnh viện. Phải luật hóa các tiêu chí đánh giá dự án ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP, như là mức độ phù hợp với các ưu tiên chiến lược của ngành y tế, mục tiêu bao phủ y tế toàn dân; quy mô dự án tối thiểu; phạm vi, mức độ phức tạp và khả năng chuyển giao rủi ro và trách nhiệm; khả thi tài chính dựa trên khả năng tạo doanh thu và dự tính chi phí; khả năng chấp nhận của công chúng và thị trường; và các chỉ số kết quả hoạt động chủ chốt để đánh giá kết quả thực hiện. Chỉ có những dự án ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phù hợp với các ưu tiên chiến lược của ngành mới được đưa vào trong quy hoạch phát triển mạng lưới y tế, làm cơ sở để Nhà nước hợp tác với nhà đầu tư.

- Chính sách pháp luật về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phải có các hướng dẫn kỹ thuật để giải quyết những vấn đề đặc thù của ngành y tế phát sinh trong suốt vòng đời dự án PPP, bao gồm các tiêu chuẩn đầu ra mong đợi, nguyên tắc phân bổ rủi ro và trách nhiệm cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh, các chỉ số đánh giá kết quả hoạt động của dự án và báo cáo kết quả thực hiện các dự án PPP y tế. Những nội dung hiện còn chưa rõ ràng, như giá dịch vụ, chi trả qua BHYT, quản lý nguồn nhân lực và đấu thầu thuốc, ... phải quy định cụ thể phù hợp với đặc điểm ĐTXD của dự án PPP. Tất cả các yếu tố này đều ảnh hưởng lớn đến hiệu quả, tính khả thi của dự án.

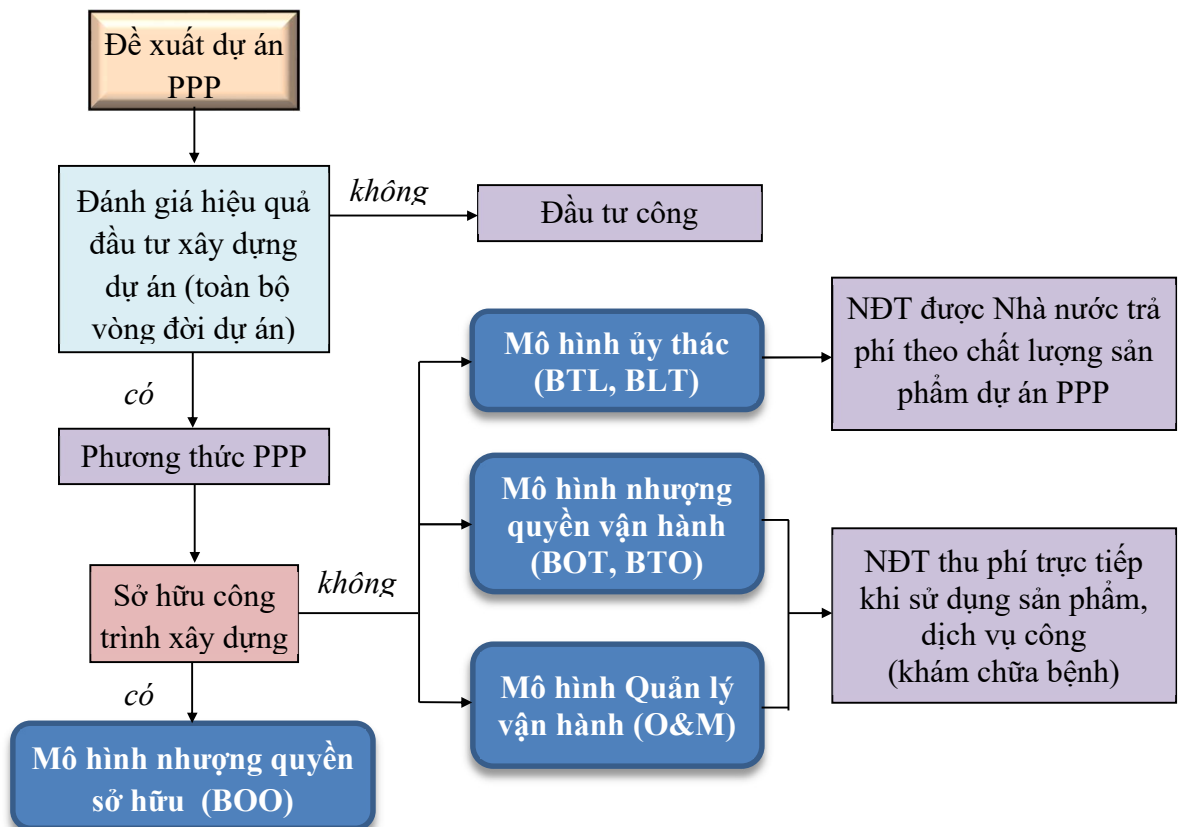
4.3.1.2. Chính sách tiêu chí đánh giá, lựa chọn dự án đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

Trong bối cảnh hiện nay, việc lựa chọn tiêu chí đánh giá để lựa chọn dự án ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP cần được nghiên cứu và áp dụng thận trọng. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy, các dự án PPP y tế đang triển khai thường phân loại theo 2 nhóm:

(i) Phương thức PPP “nặng về công trình, nhẹ về dịch vụ”, ví dụ như dự án PPP về ĐTXDCT, cung cấp trang thiết bị và cơ sở vật chất: thường là những lựa chọn khả thi, đơn giản.

(ii) Phương thức PPP “nhẹ về công trình, nặng về dịch vụ”, ví dụ như dự án PPP dịch vụ chuyên khoa và dự án PPP tích hợp ở cấp chăm sóc sức khỏe ban đầu, cũng có thể phù hợp với một số dự án mà ở đó khối tư nhân có nhiều lợi thế cạnh tranh, ví dụ như dịch vụ khám bệnh.

Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có các tiêu chí đánh giá và khung pháp lý để quyết định lựa chọn ĐTXD theo phương thức PPP. Công trình y tế cũng có những đặc điểm khác nhau về tính chất công trình, trang thiết bị y tế, về khả năng thu phí khám chữa bệnh để hoàn vốn đầu tư, do vậy lựa chọn hình thức hợp đồng dự án PPP hợp lý nhằm phát huy tối đa thế mạnh của các bên khi quản lý ĐTXD cần được xem xét, đánh giá tổng quan và có thể được tóm lược sơ đồ trong hình 4.2 sau đây:



Hình 4.2: Sơ đồ ra quyết định lựa chọn mô hình đối tác công tư
Trường hợp quản lý ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP tích hợp và

chia sẻ lợi nhuận có thể khả thi và hấp dẫn hơn về mặt thương mại nhưng sẽ đòi hỏi cơ quan Nhà nước phải thực hiện các biện pháp để giảm thiểu rủi ro và tác động bất lợi đối với chất lượng chăm sóc sức khỏe của người dân. Do vậy việc lựa chọn hình thức hợp đồng dự án PPP phải phù hợp với mục tiêu quản lý ĐTXDCT ở từng giai đoạn phát triển dự án như là giai đoạn xây dựng công trình, giai đoạn quản lý vận hành hoặc là toàn bộ vòng đời của dự án.

Việc quản lý ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội nên đánh giá tổng thể trên khía cạnh hiệu quả kinh tế của dự án (đánh giá cả chi phí ĐTXD và chi phí vận hành trong suốt vòng đời của dự án). Trong trường hợp dự án có hiệu quả đầu tư thấp hoặc không có khả năng thu hồi vốn thì căn cứ theo đặc điểm của dự án và phân tích hiệu quả kinh tế theo từng giai đoạn (ĐTXDCT và quản lý, vận hành công trình) để có thể áp dụng hình thức mô hình dịch vụ đối với giai đoạn ĐTXDCT, mô hình quản lý vận hành đối với giai đoạn khai thác sử dụng vì Nhà nước có thể tận dụng được công nghệ, kinh nghiệm quản lý ĐTXDCT của Nhà đầu tư tư nhân ở từng công việc cụ thể.

Trong trường hợp nếu dự án có hiệu quả đầu tư (hiệu quả kinh tế tài chính) thì xem xét trên khía cạnh sở hữu công trình của nhà đầu tư. Dự án có thể áp dụng hình thức nhượng quyền sở hữu (BOO) khi Nhà nước chuyển giao toàn bộ quyền xây dựng, sở hữu, quản lý vận hành cho Nhà đầu tư tư nhân. Trong trường hợp, Nhà nước muốn giữ quyền sở hữu thì xem xét trên yếu tố hoàn vốn đầu tư (thu phí từ người sử dụng hoặc Nhà nước trả phí đầu tư theo chất lượng sản phẩm dự án PPP) mà có thể lựa chọn mô hình ủy thác hoặc mô hình nhượng quyền vận hành.

Đối với mô hình quản lý vận hành (O&M): Nhà nước ĐTXDCT bệnh viện sau đó hợp tác với Nhà đầu tư tư nhân trong việc vận hành và khai thác hiệu quả công trình. Mô hình đối tác chỉ phù hợp với các công trình hiện có, khả năng thu phí sử dụng tốt và thường mang tính chất công cộng phục vụ cộng đồng, ví dụ như quản lý khai thác trung tâm dịch vụ thực phẩm trong bệnh viện. Trong từng trường hợp cụ thể, Nhà đầu tư có thể được quyền cải tạo, nâng cấp dịch vụ công nhằm đảm bảo nhu cầu sử dụng, nâng cao chất lượng sản phẩm dịch vụ công cho người sử dụng.

Đối với mô hình nhượng quyền vận hành (BOT, BTO): Nhà nước sử dụng được

những năng lực, ưu điểm của Nhà đầu tư tư nhân trong việc ĐTXDCT bệnh viện. Nhà nước nắm giữ quyền sở hữu công trình và chuyển giao trách nhiệm ĐTXD và khai thác cho Nhà đầu tư với mục tiêu thu hút nguồn vốn đầu tư, kỹ năng quản lý, vận hành của Nhà đầu tư tư nhân. Trong thời gian vận hành dự án, Nhà đầu tư được phép thu phí người sử dụng với mức phí phù hợp được thỏa thuận trong hợp đồng hoặc được các cơ quan quản lý nhà nước quy định. Nhà đầu tư chấp nhận rủi ro thương mại và khả năng thu hồi vốn ĐTXD trong quá trình thực hiện dự án. Mô hình này thường được áp dụng với các bệnh viện lớn, có thương hiệu, chất lượng có khả năng thu phí từ người đến khám chữa bệnh.

Đối với mô hình ủy thác (BTL, BLT): nhấn mạnh vào vai trò khai thác, vận hành của đối tác tư nhân. Mô hình này không những sử dụng được nguồn vốn đầu tư của Nhà đầu tư tư nhân mà còn nâng cao được chất lượng, giá cả và phương thức cung cấp sản phẩm, dịch vụ khám chữa bệnh. Do vậy, việc áp dụng mô hình ủy thác này sẽ giúp Nhà nước dễ dàng điều hành công việc quản lý của mình. Mô hình ủy thác cũng thường được áp dụng đối với công trình bệnh viện, tòa nhà văn phòng, hệ thống cung cấp nước sạch, xử lý nước thải, ...

Đối với mô hình nhượng quyền sở hữu (BOO): là hình thức chuyển giao gần như toàn bộ trách nhiệm và quyền lợi cho nhà đầu tư tư nhân trong việc ĐTXDCT bệnh viện để cung cấp dịch vụ công cho xã hội. Nhà đầu tư có trách nhiệm thu xếp nguồn vốn đầu tư, thực hiện xây dựng và quản lý khai thác vận hành của công trình nhằm thu hồi vốn đầu tư. Đối tác Nhà nước vẫn có trách nhiệm trong việc quản lý chất lượng sản phẩm của dịch vụ khám chữa bệnh. Trong mô hình này vai trò và trách nhiệm của Nhà đầu tư tư nhân được đánh giá lớn hơn so với các mô hình khác. Hiện nay mô hình nhượng quyền sở hữu chủ yếu được thực hiện cho trong các công trình nhà máy thủy điện, khu công nghiệp mà chưa áp dụng trong lĩnh vực y tế.

4.3.1.3. Chính sách quản lý, phân bổ rủi ro đối với dự án đầu tư xây dựng công trình y tế

Việc phân bổ trách nhiệm và rủi ro giữa khu vực công và khu vực tư nhân khi quản lý ĐTXD phải được quy định cụ thể trong hợp đồng dự án PPP. Vẫn còn có

những khó khăn liên quan đến việc chuẩn bị và triển khai các dự án PPP, bao gồm thẩm định, đấu thầu, chia sẻ rủi ro, cơ chế thanh toán và đánh giá kết quả thực hiện. Việc đánh giá, thẩm định các dự án PPP của khu vực công thường mất nhiều thời gian và các đề xuất dự án PPP thường có nhiều thay đổi trong quá trình chuẩn bị dự án.

Theo đó, một đặc điểm chủ đạo của quản lý ĐTXD khi thực hiện theo PPP là chia sẻ rủi ro và trách nhiệm giữa khu vực công và khu vực tư nhân. Mức độ phân bổ rủi ro và trách nhiệm phù hợp là một yếu tố quan trọng quyết định thành công của PPP. Bằng cách chuyển trách nhiệm cho đối tác tư nhân, đối tác khu vực công có thể giảm thiểu rủi ro trong quá trình thi công và vận hành dự án. Rủi ro trong các dự án PPP thường rơi vào hai loại chính: rủi ro chung và rủi ro dự án.

+ Rủi ro chung thường liên quan đến các điều kiện chính trị, pháp lý, kinh tế vĩ mô, xã hội và tự nhiên, xảy ra ngoài ranh giới dự án nhưng có thể gây ảnh hưởng đến hiệu suất dự án.

+ Rủi ro dự án bao gồm các rủi ro có thể xảy ra bên trong ranh giới dự án và liên quan đến tất cả các giai đoạn của vòng đời dự án.

So với các lĩnh vực khác, dự án PPP y tế có mức độ nhạy cảm đặc biệt với người dân, chính trị, liên quan đến quyền lợi công cộng được chăm sóc bởi khu vực tư nhân (đặc biệt là vì lợi nhuận); sự không chắc chắn về nhu cầu y tế trong tương lai do thay đổi nhân khẩu học và phát triển công nghệ; rủi ro y tế liên quan đến các dịch vụ y tế được ký hợp đồng và chuyển tuyến bệnh nhân từ và đến các cơ sở y tế khác; và rủi ro tài chính liên quan đến hoàn trả của cơ quan BHYT.

4.3.1.4. Chính sách thuộc thẩm quyền của thành phố Hà Nội

a. Hoàn thiện, sửa đổi Luật Thủ đô

Luận án đề xuất bổ sung vào dự thảo Luật Thủ đô (sửa đổi) do chưa có quy định cụ thể nào về nội dung liên quan đến ĐTXD theo phương thức PPP.

- Điều 43 mới chỉ quy định chung về việc giao thẩm quyền cho thành phố Hà Nội quyết định chủ trương đầu tư dự án trên 10 nghìn tỷ (thuộc thẩm quyền của Quốc hội theo Luật Đầu tư công); trong đó dự án đường sắt đô thị không bị giới hạn mức vốn, còn đối với các loại dự án khác là không vượt quá 20.000 tỷ đồng. Dự thảo Luật cho phép Thành phố chấp thuận chủ trương đầu tư đối với các dự án theo quy định

của Luật Đầu tư, Luật Công nghệ cao và các dự án ĐTXD nhà ở để bán, cho thuê, cho thuê mua, khu đô thị có quy mô sử dụng đất dưới 500 ha hoặc quy mô dân số từ 50.000 người trở lên và các dự án dự án ĐTXD, kinh doanh kết cấu hạ tầng khu công nghiệp, khu chế xuất, khu công nghệ cao. Tuy nhiên chưa có quy định đối với dự án ĐTXDCT bệnh viện mặc dù đây là công trình có ý nghĩa an sinh xã hội rất lớn, quy mô TMĐT lớn (như là Bệnh viện Bạch Mai - Việt Đức cơ sở 2 có quy mô TMĐT gần 5.000 tỷ đồng). Việc bổ sung thêm các dự án ĐTXD của ngành y tế là rất cần thiết để, trao quyền chủ động, tự chủ, tự chịu trách nhiệm cho Thành phố.

- Điều 37-45 trao quyền cho thành phố Hà Nội thu hút nguồn lực đầu tư phát triển theo hướng đẩy mạnh phân quyền trong lĩnh vực đầu tư, đơn giản hóa quy trình thủ tục đầu tư, tăng cường biện pháp ưu đãi, hỗ trợ đầu tư, đa dạng hóa mô hình, phương thức đầu tư mới. Tuy nhiên, dự thảo Luật Thủ đô (sửa đổi) chưa giao quyền cho Chính phủ và các cơ quan QLNN về việc cụ thể hóa các quy định này. Để khắc phục bất cập này, cần thiết phải giao nhiệm vụ để hướng dẫn chi tiết hơn, tránh việc quy định chung chung, hạn chế tiềm năng thu hút đầu tư xã hội để hỗ trợ cho nguồn vốn từ NSNN; khai thác hiệu quả nguồn lực đất đai, tài sản công nhằm thực hiện các mục tiêu đầu tư phát triển Thủ đô Hà Nội xanh, thông minh, hiện đại (y tế là một trong những trọng tâm là phát triển của Thủ đô).

b. Hoàn thiện Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế Hà Nội

Lồng ghép giải pháp thu hút các nhà đầu tư tư nhân tham gia vào lĩnh vực y tế nói chung, tham gia ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP nói riêng là một trong những giải pháp để triển khai, thực hiện Đề án Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế Hà Nội đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2050. Chính quyền thành phố Hà Nội phải xác định tầm nhìn và tạo hành lang pháp lý cho việc quản lý ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP để tạo môi trường đầu tư, đảm bảo tính pháp lý khi thực hiện.

4.3.2. Giải pháp về bộ máy quản lý

4.3.2.1. Bộ máy quản lý cấp trung ương (Bộ Y tế)

Kinh nghiệm quốc tế (Vương quốc Anh, Canada, Úc, ...) về quản lý ĐTXD theo phương thức PPP cho thấy một trong những yếu tố tác động đến sự thành công là bộ máy quản lý chuyên trách của đối tác Nhà nước. Ưu điểm của đối tác Nhà nước

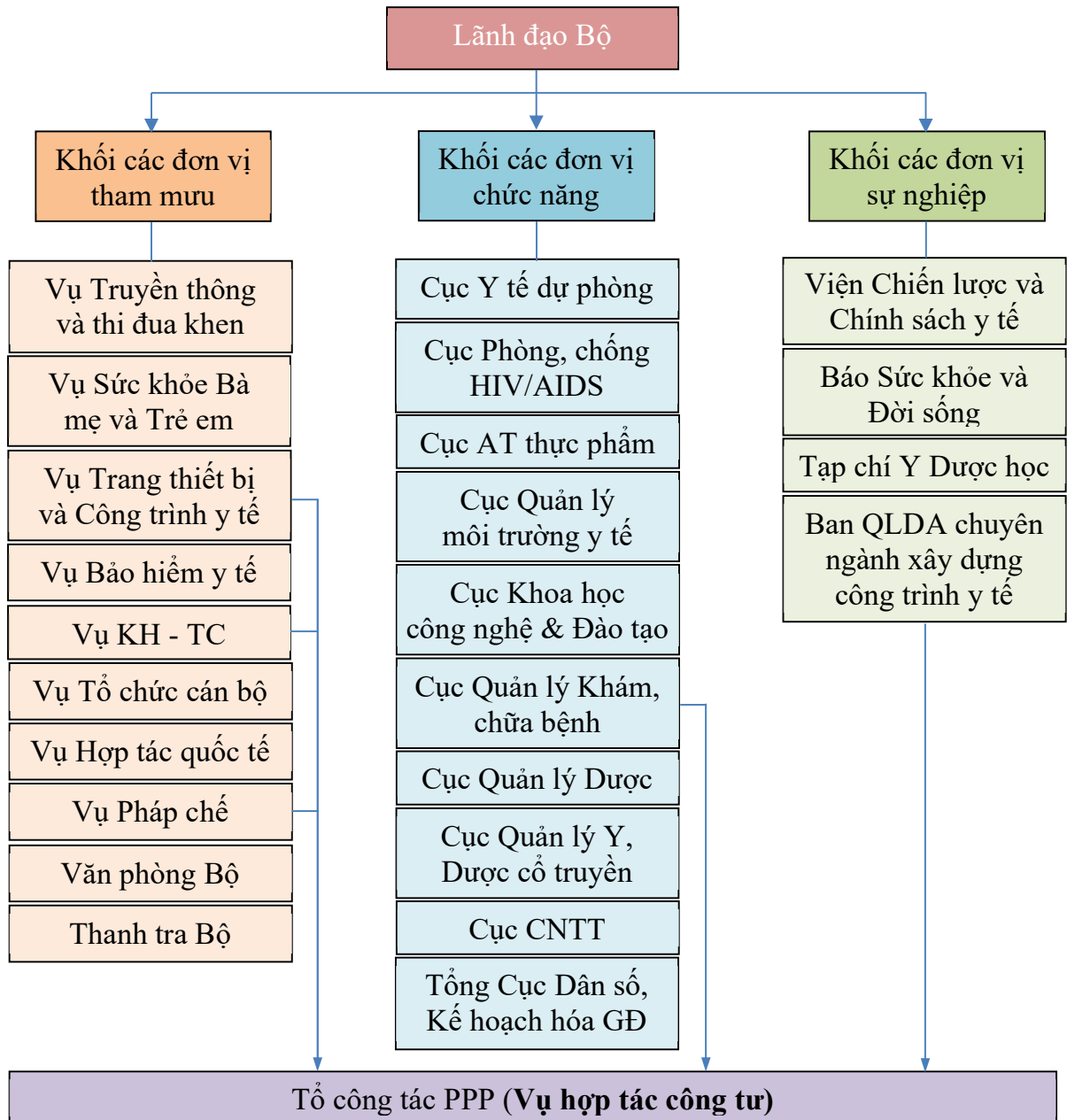
là quyền lực quản lý, là ban hành chính sách, tạo lập môi trường đầu tư. ... do vậy nếu không có đơn vị chuyên trách quản lý việc ĐTXD công trình theo phương thức PPP thì sẽ làm giảm hiệu quả của việc thực hiện dự án, khó đạt được mục tiêu chung về phát triển hạ tầng y tế, cung cấp dịch vụ công cho người dân.

Bộ máy QLNN về PPP nói chung từ cấp trung ương cho đến địa phương về PPP đã được thành lập tại một số Bộ, địa phương, tuy nhiên trong lĩnh vực y tế thì chưa được quan tâm đúng mức, chưa có một địa vị pháp lý cụ thể. Chính vì vậy việc tham mưu, hoạch định về cơ chế chính sách quản lý ĐTXDCT y tế trong quản lý nhà nước đối với các dự án này chưa hiệu quả. Tại các Bộ, ngành và địa phương có nhiều dự án PPP (Bộ Giao thông vận tải, Bộ Công thương, thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh) đã thành lập các Tổ công tác PPP hoặc đơn vị trực tiếp quản lý các vấn đề có liên quan đến dự án PPP. Tuy nhiên, vai trò của các đơn vị này trong Bộ Y tế đặt trong mối quan hệ cùng cấp, quan hệ với trung ương, địa phương cần được quy định rõ. Trên cơ sở lý luận về bộ máy QLNN, thực tiễn bất cập về tồn tại trong quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP, luận án đề xuất giải pháp hình thành đơn vị chuyên trách về PPP tại cấp Bộ Y tế sẽ giúp cho việc quản lý ĐTXDCT y tế có hiệu quả, đáp ứng được yêu cầu, đặc thù của ngành y tế nói chung.

Trách nhiệm của đơn vị chuyên trách quản lý PPP thường bao gồm xây dựng chính sách PPP, chuẩn hóa tài liệu, phối hợp giữa tất cả các chủ thể có liên quan, tăng cường nhận thức và nâng cao năng lực cho các quan chức chính phủ, thúc đẩy và phổ biến các thực hành tốt và cung cấp hỗ trợ kỹ thuật trong toàn bộ vòng đời dự án [97]. Một đơn vị chuyên trách PPP hoạt động tích cực có thể giúp quản lý danh mục dự án PPP khả thi để Chính phủ, Bộ Y tế có thể xây dựng các kế hoạch và đưa ra định hướng rõ ràng cho khu vực tư nhân. Tại Anh, đơn vị chuyên trách quản lý PPP này cũng tạo điều kiện xây dựng một chiến lược nhất quán với cơ quan Kho bạc Hoàng gia (tương đương Bộ Tài chính) và xây dựng diễn đàn thảo luận với doanh nghiệp (bên xây dựng, bên cấp vốn, bên cung cấp dịch vụ).

Do vậy, giải pháp đề xuất hoàn thiện bộ máy quản lý nhà nước về PPP tại Bộ Y tế đó là thành lập Tổ công tác PPP (trong giai đoạn ngắn hạn) và tiến tới thành lập

Vụ Hợp tác công tư (trong giai đoạn dài hạn). Việc hình thành đầu mối thông tin, quản lý liên quan đến PPP sẽ giúp Bộ Y tế có những quyết định chính xác, hợp lý trong việc hợp tác với nhà đầu tư tư nhân để quản lý ĐTXDCT y tế nói chung, hợp tác công tư trong lĩnh vực y tế nói riêng. Giải pháp được thể hiện theo hình 4.3 như sau:



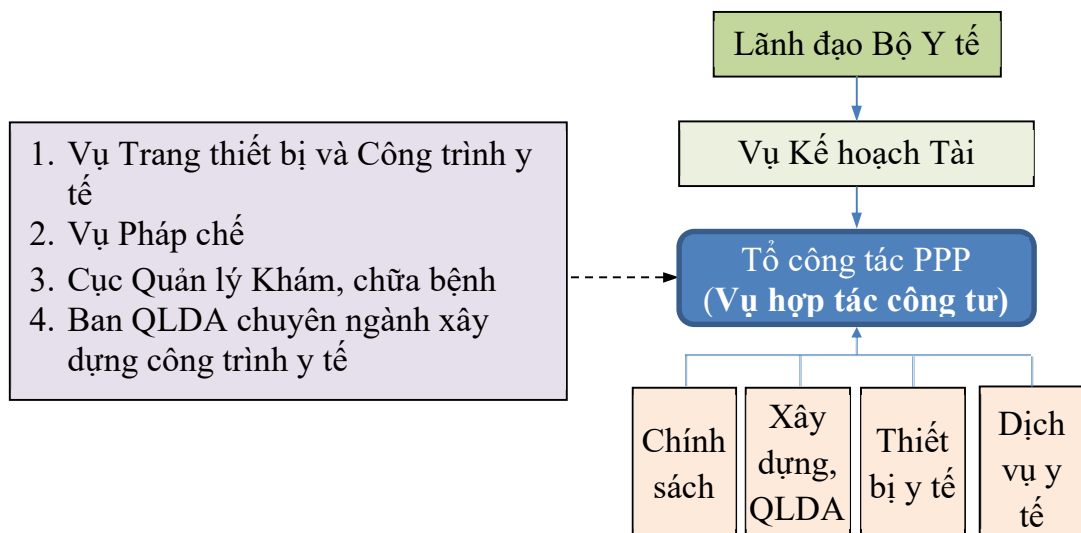
Hình 4.3: Bộ máy quản lý nhà nước của Bộ Y tế về dự án đối tác công tư

Cơ cấu tổ chức trong ngành y tế cần được tăng cường để quản lý các dự án ĐTXD theo phương thức PPP. Trong phạm vi Bộ Y tế, Chính phủ và lãnh đạo Bộ Y tế cần thành lập một đơn vị có chức năng chuyên trách về PPP. Tuy nhiên, kinh

nghiệm quốc về đơn vị quản lý dự án PPP cho thấy có 2 yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến việc thành lập đơn vị PPP, đó là:

- + Số lượng dự án PPP phải đủ lớn, thường xuyên và liên tục.
- + Thời điểm thành lập đơn vị PPP: ban đầu thường là đơn vị/tổ chức kiêm nhiệm, sau một thời gian thì tiến tới thành lập đơn vị chuyên trách.

Việc thành lập và giải thể một đơn vị chức năng về quản lý dự án PPP thuộc Bộ Y tế được xem là đơn giản trên khía cạnh hành chính, tuy nhiên, trong bối cảnh hiện nay cần thiết phải cân nhắc và đánh giá khách quan trên nhiều khía cạnh. Do vậy, trên cơ sở nghiên cứu của luận án, ở giai đoạn đầu hiện nay, Bộ Y tế cần sớm thành lập Tổ công tác về dự án PPP trực thuộc Bộ để làm đầu mối quản lý, tham mưu và xử lý các vấn đề liên quan đến ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.



Hình 4.4: Vị trí và chức năng, nhiệm vụ chính của Tổ công tác đối tác công tư

Theo tính chất và đặc điểm của lĩnh vực Y tế, Tổ công tác PPP sẽ bao gồm đại diện của 4 đơn vị chủ yếu: Vụ Trang thiết bị và Công trình y tế; Vụ Pháp chế; Cục Quản lý Khám, chữa bệnh và Ban QLDA chuyên ngành xây dựng công trình y tế. Tổ công tác PPP được thành lập sẽ trực thuộc Vụ Kế hoạch - Tài chính, để thúc đẩy quá trình chuẩn bị, thực hiện và giám sát các dự án PPP trong lĩnh vực y tế. Đơn vị này cần có đủ nhân viên có trình độ chuyên môn để thực hiện các nhiệm vụ sau:

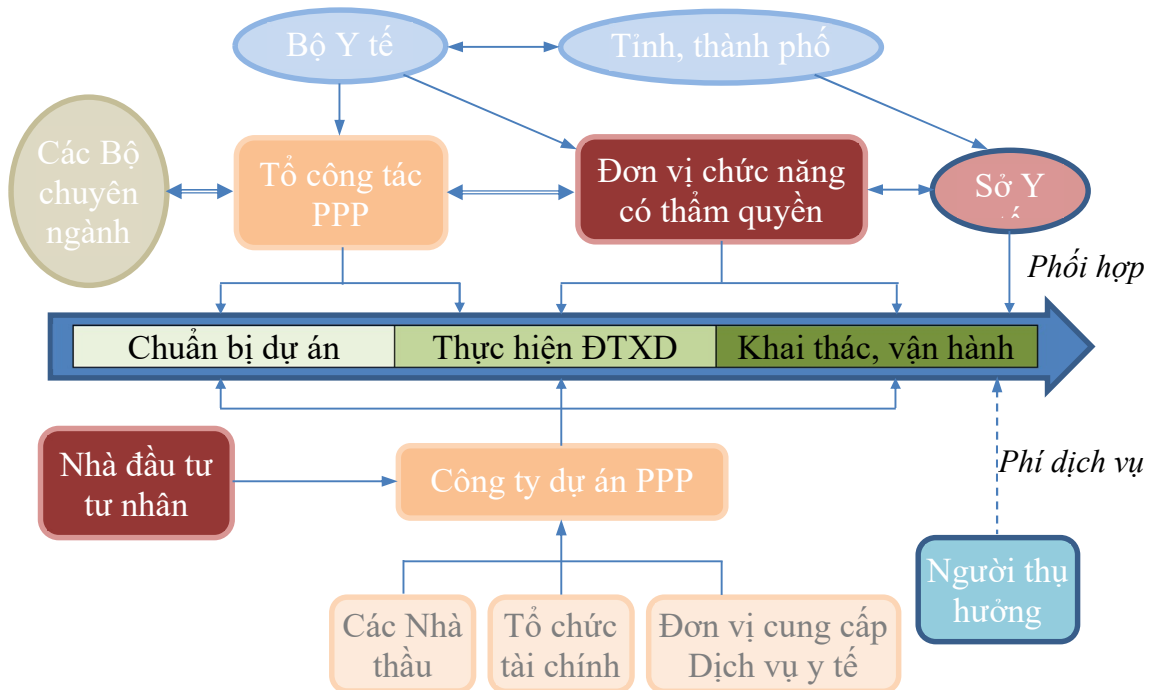
- Xây dựng các quy định và hướng dẫn liên quan dự án PPP y tế nói chung, quản lý ĐTXDCT bệnh viện theo phương thức PPP nói riêng;

- Xây dựng và tổ chức các khóa đào tạo cho cán bộ quản lý ĐTXD về PPP hoặc các phương thức hợp tác công tư khác trong ngành y tế, đồng thời thúc đẩy và phổ biến các kinh nghiệm tốt về quản lý dự án y tế PPP hoặc hợp tác công tư khác;
- Tổ chức các hội nghị và sự kiện truyền thông về PPP hoặc các phương thức hợp tác công tư khác cho khu vực tư nhân;
- Thúc đẩy đề xuất xây dựng danh mục các dự án PPP y tế tiềm năng thuộc phạm vi quản lý của BHYT bằng cách hỗ trợ kỹ thuật (đặc thù ngành y tế) cho các đơn vị có liên quan để đánh giá tính phù hợp của các dự án PPP và tiến hành chuẩn bị ĐTXD các dự án PPP y tế;
- Tham gia thẩm định, lựa chọn nhà đầu tư tư nhân và đàm phán hợp đồng các dự án PPP y tế thuộc phạm vi quản lý của BHYT;
- Kiểm tra, giám sát và đánh giá hiệu quả của các dự án PPP và các dự án liên doanh, liên kết trong lĩnh vực y tế;
- Xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về các dự án PPP y tế;
- Huy động vốn và hỗ trợ kỹ thuật để thực hiện chương trình PPP;
- Phối hợp với các bên liên quan thực hiện hoạt động về PPP y tế;

Việc đề xuất thành lập Tổ công tác PPP (trong giai đoạn ngắn hạn) và sau này có thể thành lập Vụ hợp tác công tư (trong giai đoạn dài hạn) trực thuộc Bộ Y tế. Trách nhiệm của đơn vị này cần bao gồm, nhưng không giới hạn ở: tư vấn, đào tạo các cơ sở y tế về PPP hoặc các phương thức hợp tác công-tư khác trong ngành; tham gia thẩm định các tài liệu dự án, lựa chọn nhà đầu tư và đàm phán hợp đồng; theo dõi, giám sát và đánh giá hiệu quả của các dự án PPP và các dự án liên doanh, liên kết trong lĩnh vực y tế trên phạm vi cả nước.

Việc phân công trách nhiệm và phân bổ nguồn lực để quản lý ĐTXD các dự án bệnh viện PPP cần được quy định cụ thể cho tất cả các đơn vị có liên quan. Việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP cần được xem xét, đánh giá trên toàn bộ vòng đời dự án. Kinh nghiệm của một số dự án bệnh viện theo phương thức PPP trên thế giới cho thấy việc chia nhỏ các giai đoạn (thiết kế; xây dựng; vận hành) và thiếu sự phối hợp giữa các đơn vị có liên quan đã tạo ra những rủi ro trong quá trình triển khai,

thực hiện dự án. Do vậy, việc phân định vai trò của các đối tượng có liên quan là hết sức quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả ĐTXD dự án nói riêng và hiệu quả của dự án nói chung. Mối quan hệ giữa các đối tượng có liên quan được tác giả khái quát như hình 4.5. Trong dự án PPP, Tổ công tác PPP trực thuộc Bộ Y tế đóng vai trò quan trọng trong giai đoạn chuẩn bị dự án và thực hiện ĐTXD. Tổ công tác có trách nhiệm phối hợp với các đơn vị chức năng thuộc BHYT và các bộ chuyên ngành khác (Bộ Xây dựng, Bộ KHĐT, ...) để phê duyệt dự án, đàm phán hợp đồng, thực hiện xây dựng công trình y tế. Tổ công tác PPP sẽ đóng vai trò tham mưu chủ yếu trong việc ký kết hợp đồng dự án PPP giữa Cơ quan Nhà nước và Nhà đầu tư tư nhân (tùy theo quy mô của dự án thuộc phân cấp của Bộ Y tế hay UBND tỉnh, thành phố).



Hình 4.5: Sơ đồ quan hệ trong quản lý ĐTXDCT y tế

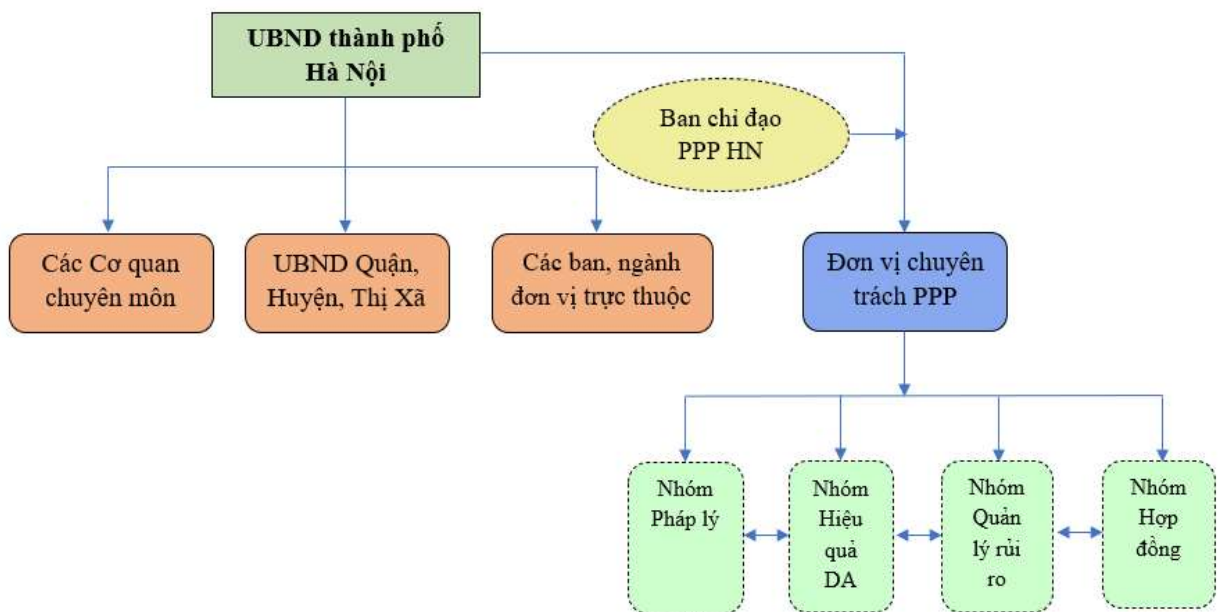
Khi dự án hoàn thành giai đoạn xây dựng thì sẽ được chuyển giao cho Đơn vị QLNN có chức năng thực hiện chức năng quản lý nhà nước đối với công trình y tế (Trang thiết bị y tế; Khám, chữa bệnh; Bảo hiểm y tế, ...). Vai trò quản lý, điều hành sẽ được Công ty dự án PPP phụ trách đảm nhiệm và đóng vai trò xuyên suốt từ giai đoạn chuẩn bị dự án, thực hiện xây dựng, khai thác vận hành và kết thúc dự án. Các đơn vị nhà thầu xây dựng, tổ chức tài chính, đơn vị cung cấp dịch vụ y tế đóng vai

trò hỗ trợ Nhà đầu tư tư nhân, Công ty dự án PPP hoàn thành dự án theo đúng mục tiêu, nhiệm vụ, cam kết đã thỏa thuận trong hợp đồng dự án PPP.

4.3.2.2. Bộ máy quản lý tại thành phố Hà Nội

Tổ chức bộ máy của thành phố Hà Nội về quản lý hình thức PPP còn ở mức độ thấp, chưa cụ thể cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến các dự án ĐTXD theo phương thức PPP chưa được triển khai nhiều trong thời gian vừa qua, bởi phần lớn cán bộ trực thuộc thành phố làm việc kiêm nhiệm.

Xu hướng thành lập các đơn vị chuyên trách về PPP khá phổ biến trên thế giới, điển hình như Hàn Quốc, Philippines. Theo Ngân hàng Thế giới, “đơn vị chuyên trách về PPP (đơn vị PPP) được thành lập nhằm mục đích giải quyết các khó khăn mà chính phủ thường phải đối mặt khi thực hiện các chương trình này, như: phối hợp giữa các đơn vị liên quan đến PPP chưa hiệu quả, thiếu chính sách ưu đãi trong mua sắm công, thiếu thông tin, thiếu cán bộ có đủ năng lực và kinh nghiệm. Đơn vị PPP có thể thực hiện toàn bộ hoặc một số chức năng như: Xây dựng chính sách chung và chiến lược PPP; xây dựng đề xuất dự án; phân tích, đánh giá đề xuất dự án (báo cáo tiền khả thi, báo cáo khả thi); lập hồ sơ mời thầu, đánh giá hồ sơ dự thầu và đàm phán lựa chọn nhà đầu tư; giám sát thực hiện hợp đồng PPP” [50].



Hình 4.6: Cơ quan chuyên trách về PPP tại thành phố Hà Nội

Với đặc điểm của Thủ đô, luận án đề xuất giải pháp Đơn vị chuyên trách PPP

thành lập trực thuộc UBND thành phố Hà Nội trên cơ sở cơ cấu và sắp xếp lại nhân sự từ các Ban QLDA trên địa bàn (mục 3.2.5). Do vậy, việc cơ cấu, sắp xếp lại nhân sự tại các Ban QLDA theo nguyên tắc không làm tăng số lượng đơn vị và giữ nguyên số lượng cán bộ sẽ góp phần đảm bảo tính khả thi của giải pháp. Đơn vị chuyên trách PPP là một đơn vị sự nghiệp công lập được hỗ trợ chi thường xuyên một phần (theo từng giai đoạn phát triển của đơn vị), hoạt động do ngân sách Nhà nước chi trả, nguồn thu từ phí giao dịch thành công hoặc các nguồn thu hợp pháp khác.

Đơn vị chuyên trách PPP thành phố Hà Nội cần có 4 nhóm chức năng chính là Pháp lý, Hiệu quả dự án, Quản lý rủi ro và Hợp đồng. Các nhóm chức năng này sẽ hoạt động tương hỗ lẫn nhau trong việc ứng dụng hình thức đối tác công tư trên địa bàn thành phố và phối hợp với các tổ chức bên ngoài để hỗ trợ việc triển khai, vận hành dự án được thuận lợi. Nhóm pháp lý sẽ xem xét, đánh giá tính pháp lý của việc đề xuất dự án, các quy định liên quan và quy trình thực hiện trong giai đoạn chuẩn bị đầu tư. Nhóm Hiệu quả dự án sẽ phân tích hiệu quả trên cơ sở nguồn lực đóng góp của Nhà nước, Tư nhân và giá trị trong suốt vòng đời dự án. Nhóm quản lý rủi ro sẽ có trách nhiệm trong việc phân bổ rủi ro nhằm kiểm soát và giảm thiểu các tác động tiêu cực đến dự án trong quá trình thực hiện. Nhóm Hợp đồng sẽ tổng hợp các thông tin trong dự án và có trách nhiệm trong việc đàm phán hợp đồng với Nhà đầu tư tư nhân. Nhân sự các nhóm sẽ có trình độ, năng lực chuyên môn đáp ứng được phạm vi công việc mình đảm nhận.

Đơn vị chuyên trách PPP có chức năng tham mưu giúp chính quyền thành phố, đánh giá các dự án PPP nói chung, ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP nói riêng và đồng thời là tổ chức có nhiệm vụ đào tạo, hướng dẫn và tăng cường năng lực về PPP cho các cơ quan, tổ chức có liên quan kể cả phía Nhà nước, chính quyền địa phương và nhà đầu tư tư nhân.

4.3.3. Giải pháp về chất lượng thương hiệu y tế

Xây dựng thương hiệu bệnh viện là một trong những giải pháp nhằm giúp quản lý vận hành công trình y tế hiệu quả, đảm bảo yếu tố tài chính và doanh thu khi thực hiện dự án PPP. Thực tiễn từ kinh nghiệm của Trung Quốc cho thấy nhà đầu tư tư

nhân có ưu tiên hợp tác với các bệnh viện công lập lớn, có uy tín và thương hiệu trong công tác khám chữa bệnh. Thương hiệu bệnh viện không phải là yếu tố tác động trực tiếp đến việc quản lý ĐTXDCT bệnh viện nhưng là yếu tố tác động đến hiệu quả của dự án xét trong bối cảnh tổng thể cả vòng đời của dự án. Chính vì vậy, việc đầu tư xây dựng công trình bệnh viện theo phương thức PPP theo mô hình cơ sở vật chất hoặc mô hình tích hợp như đã trình bày tại mục 1.1.2 cho thấy thương hiệu y tế của cơ sở khám, chữa bệnh đóng vai trò rất quan trọng. Nhà đầu tư tư nhân sẽ ĐTXDCT (phần xây dựng, cung cấp cơ sở hạ tầng), thiết bị y tế, dịch vụ hậu cần và các dịch vụ phục vụ công tác khám chữa bệnh. Trong khi đó, đối tác Nhà nước sẽ cung cấp nguồn nhân lực chất lượng cao, lực lượng y bác sĩ đầu ngành có tên tuổi, thương hiệu tại các bệnh viện công lập hoặc các cơ sở đào tạo uy tín để cùng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân.

Bên cạnh yếu tố về chuyên khoa (bệnh viện nội tiết, bệnh viện phổi, bệnh viện tim mạch, ...) thì thương hiệu của bệnh viện sẽ được thể hiện ở chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, dịch vụ, tính minh bạch của thông tin. Xã hội ngày càng phát triển cũng khiến người dân càng có yêu cầu cao hơn về chất lượng cuộc sống cùng với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đối với ngành y tế thì khách hàng sẽ chú trọng quan tâm nhiều hơn tới chất lượng dịch vụ, và họ sẵn sàng bỏ ra một mức chi phí cao hơn để đổi lấy một dịch vụ chất lượng tại bệnh viện có thương hiệu nổi tiếng và uy tín. Mà điều để khiến khách hàng tin tưởng lựa chọn và sẵn sàng bỏ ra chi phí lớn cho dịch vụ khám chữa bệnh chính là thương hiệu của bệnh viện. Thông qua thương hiệu bệnh viện, chúng ta có thể truyền tải được giá trị mà bệnh viện mang lại cho bệnh nhân và khách hàng, những cam kết cũng như đảm bảo về chất lượng dịch vụ. Việc xây dựng thương hiệu bệnh viện tốt chính là yếu tố then chốt quyết định giá trị dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện, cũng như quyết định sự lựa chọn của khách hàng.

Bệnh viện, cũng như tất cả doanh nghiệp thuộc ngành nghề khác, phải lấy chất lượng lên hàng đầu. Tuy nhiên, trong thời buổi kinh tế thị trường, không thể không coi trọng đến thương hiệu. Trong đó, ngoài việc chăm chút bộ mặt của bệnh viện, thái độ tiếp đón, chăm sóc bệnh nhân trước, trong và sau khi khám chữa bệnh... còn phải

kể đến việc quảng bá, tuyên truyền bằng nhiều hình thức khác nhau. Trước đây, lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, y tế không chú trọng đến xây dựng thương hiệu nhưng khi các nhà đầu tư tư nhân tham gia vào lĩnh vực y tế thì các thước đo chất lượng dịch vụ y tế đã được chuyển sang đánh giá dựa trên sự hài lòng của bệnh nhân. Đặc biệt, khi tìm đến các cơ sở y tế, sản phẩm chăm sóc sức khỏe, cái khách hàng cần là sự uy tín, sự đảm bảo, chuyên môn, kinh nghiệm... đây chính là lý do thương hiệu của cơ sở y tế đóng vai trò quan trọng trong quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP.

Bộ Y tế và UBND thành phố Hà Nội nên phát triển hệ thống cơ sở y tế công lập có thương hiệu tốt theo từng lĩnh vực chuyên khoa hoặc đa khoa để làm cơ sở hợp tác với đối tác tư nhân theo hình thức PPP tích hợp như trên.

4.3.4. Giải pháp về nguồn nhân lực quản lý nhà nước đầu tư xây dựng dự án theo phương thức đối tác công tư

Cán bộ QLNN trong lĩnh vực y tế nói chung và trên địa bàn thành phố Hà Nội nói riêng phải được đào tạo, tập huấn để có đủ năng lực quản lý, chuẩn bị và thực hiện dự án PPP, đặc biệt là quản lý ĐTXDCT y tế. Bộ Y tế phối hợp với Bộ Xây dựng để xây dựng một chương trình đào tạo để nâng cao nhận thức, kiến thức và năng lực của các cán bộ quản lý về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP cho thành phố Hà Nội. Nhiều quốc gia đã cấu trúc chương trình đào tạo này ở các cấp độ khác nhau: Sơ cấp, Trung cấp, Nâng cao - tùy thuộc vào trách nhiệm của đối tượng đào tạo. Trong đó:

+ Chương trình sơ cấp: đào tạo ở mức giới thiệu dành cho các cán bộ liên quan gián tiếp và cán bộ quan tâm đến chương trình PPP y tế. Chương trình này sẽ hướng dẫn về định nghĩa và các loại hình PPP, tiếp cận với các xu hướng và kinh nghiệm thế giới về thực hiện các dự án PPP y tế, giới thiệu tổng quan về khung pháp lý và thể chế quốc gia, những kết quả và vấn đề chính trong việc thực hiện các dự án PPP trong lĩnh vực y tế.

+ Chương trình trung cấp: sẽ hướng đến các cán bộ quản lý trực tiếp tham gia vào quá trình chuẩn bị, thực hiện các dự án PPP y tế. Thời gian đào tạo thường kéo dài (1-2 tuần); ngoài nội dung ở trình độ cơ bản, chương trình cũng cung cấp các kiến thức kỹ thuật cần thiết để xác định, chuẩn bị, đấu thầu và triển khai một dự án PPP.

+ Chương trình nâng cao: thường dành cho những cán bộ trực tiếp thực hiện các dự án PPP, cần phải thành thạo và có kỹ năng chuyên môn để quản lý các dự án PPP y tế. Chương trình đào tạo thường bao gồm nội dung ở năm lĩnh vực chuyên môn về quản lý dự án PPP y tế, bao gồm kỹ năng lập kế hoạch, đấu thầu và pháp lý, quản lý tài chính, kỹ thuật và quản lý dự án.

Trong giai đoạn đầu, việc đào tạo giảng viên về PPP trong lĩnh vực y tế nên giao cho các chuyên gia có kinh nghiệm về PPP trong và ngoài nước thực hiện. Sau khi có một số lượng giảng viên về PPP thì tiến hành đào tạo mở rộng cho các đối tượng khác ở trong nước. Hiện nay, các tổ chức cung cấp chương trình này có thể là: APMG, Euromoney, PPP Expert và UN ESCAP. Việc được học hỏi, đào tạo về quản lý ĐTXDCT khi thực hiện dự án PPP sẽ giúp các học viên Việt Nam (giảng viên về PPP ở giai đoạn 1) học hỏi kinh nghiệm từ nhiều dự án PPP ở các quốc gia khác nhau.

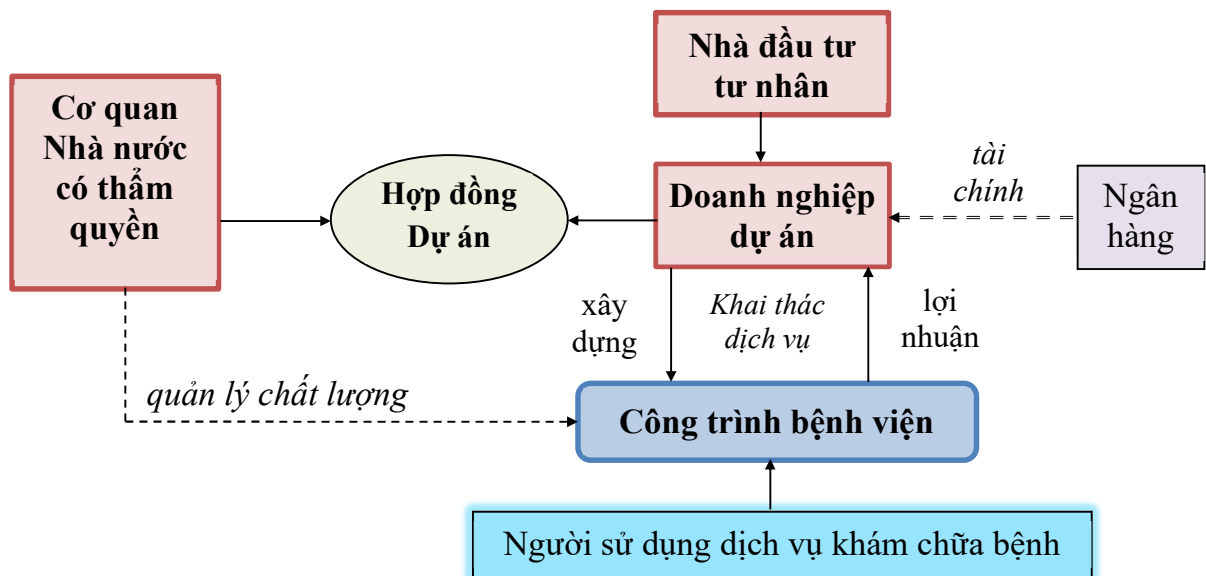
Để việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP có tính bền vững thì chương trình đào tạo của Bộ Y tế và Bộ Xây dựng nên xây dựng dựa trên đặc điểm của cả hoạt động ĐTXD và đặc điểm của ngành y tế tại Việt Nam. Các bên liên quan chính từ Bộ Y tế, Bộ KH&ĐT, Bộ Xây dựng, UBND thành phố Hà Nội và các đơn vị trực thuộc trực tiếp (Sở Y tế và Sở KH&ĐT, Sở Xây dựng) trên địa bàn thành phố có danh mục dự án PPP y tế tiềm năng tham gia các khóa đào tạo chứng chỉ PPP được công nhận.

4.4. Kiểm nghiệm kết quả nghiên cứu bằng phân tích hiệu quả tài chính

Trên cơ sở 4 nhóm giải pháp QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP đã trình bày tại mục 4.3, tác giả tiến hành phân tích, đánh giá tính khả thi của việc ĐTXDCT y tế và kiểm nghiệm lại kết quả nghiên cứu theo mô hình ĐTXD trong thực tế. Theo kết quả tổng hợp của cho thấy mặc dù có một số báo cáo về phương thức PPP trong lĩnh vực y tế (ví dụ như là Bệnh viện Nhân dân 115 tại thành phố Hồ Chí Minh) tuy nhiên qua phân tích thì các trường hợp này chưa phải là dự án PPP “đúng nghĩa” do dự án không thực hiện theo quy định pháp luật của dự án PPP. Theo đó, Công ty TNHH Bệnh viện Gia An 115 (tư nhân) đầu tư toàn bộ vốn xây dựng và trang thiết bị y tế phục vụ hoạt động của bệnh viện. Bệnh viện Nhân Dân 115 (công

lập) cử cán bộ bác sỹ đến khám bệnh (đầu tư bằng năng lực, chất lượng, uy tín của bệnh viện) đồng thời chịu trách nhiệm điều hành hoạt động Bệnh viện Gia An 115. Về bản chất thì đây là phương thức PPP tích hợp như khuyến nghị của Ngân hàng thế giới tuy nhiên hình thức này chưa đúng với quy định pháp luật của Việt Nam.

Trên cơ sở các giải pháp đề xuất để quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội, luận án xây dựng mô hình kiểm nghiệm kết quả nghiên cứu bằng phương pháp phân tích kinh tế - tài chính dự án PPP theo các giả thuyết nghiên cứu (chỉ thay đổi phương án tỷ lệ góp vốn của các bên đối tác - chi tiết tại Phụ lục số 5). Do thành phố Hà Nội chưa có dự án ĐTXDCT bệnh viện nào theo đúng quy định pháp luật về phương thức PPP, đúng bản chất PPP nên luận án nghiên cứu, phân tích theo một số dữ liệu dự án ĐTXDCT bệnh viện Xanh Pôn cơ sở 2, với giả định áp dụng quản lý ĐTXD khi thực hiện theo phương thức PPP để kiểm nghiệm lại một số giải pháp đề xuất trong luận án theo hình 4.7:



Hình 4.7: Quản lý ĐTXDCT theo mô hình nhượng quyền vận hành

Mô hình nhượng quyền vận hành được thực hiện trên cơ sở đối tác Nhà nước (Sở Y tế Hà Nội /BQLDA Dân dụng và công nghiệp) hợp tác với Nhà đầu tư tư nhân (Công ty/Doanh nghiệp) đầu tư dự án theo phương thức PPP. Nhà đầu tư thực hiện dự án trên cơ sở các quy định của Luật Xây dựng (2014) và Luật Xây dựng sửa đổi, Luật Đầu tư (2020), Luật Đấu thầu (2023) và Luật PPP (2020) và các quy định về

ĐT XD hiện hành khác.

Một trong những điều kiện cơ bản của việc lựa chọn hình thức quản lý ĐT XDCT theo phương thức PPP là tính hiệu quả đầu tư của phương án và tính khả thi thực hiện trong thực tế. Luận án sử dụng phương pháp so sánh giá trị đầu tư (Value for money - VFM) để so sánh hiệu quả tài chính trong trường hợp quản lý ĐT XDCT theo phương thức PPP so với hình thức ĐT XD truyền thống. Kết quả nghiên cứu (chi tiết được trình bày tại Phụ lục số 5 của luận án) cho thấy dự án thực hiện theo mô hình nhượng quyền vận hành tốt hơn so với đầu tư truyền thống (Bảng 4.1).

Bảng 4.1: Chỉ tiêu kinh tế tài chính theo các phương án đầu tư

TT	Các chỉ tiêu	Phương án phân tích		
		Nhà nước thực hiện toàn bộ (PA1)	Tư nhân thực hiện toàn bộ (PA2)	Nhà nước và Tư nhân cùng thực hiện (PA3)
1	Nguồn vốn đầu tư (tỷ đồng)	935,112	935,112	935,112
a	Vốn Nhà nước	935,112	-	140,266
b	Vốn Tư nhân	-	935,112	794,845
	<i>Vốn tự có</i>	-	<i>140,266</i>	<i>140,266</i>
	<i>Vốn vay thương mại</i>	-	<i>794,845</i>	<i>654,578</i>
3	Lãi vay	-	116,556	95,987
4	Chỉ tiêu giá trị hiện tại thuần - NPV (tỷ đồng)	336,527	-109,309	7,230 (điểm hòa vốn)
5	Chỉ tiêu suất sinh lợi nội tại, % (IRR) / hệ số chiết khấu (r)	8,81 / 6	5,23 / 6	6,05 / 6
6	Thời gian trả nợ (năm)	-	14	18
7	Thời gian thu hồi vốn, không xét đến chiết khấu, năm ($T_{năm}$)	13	17	19
8	Thời gian tính toán phân tích (năm)	30 năm	30 năm	30 năm

Với các cơ sở dữ liệu, số liệu phân tích đầu vào giống nhau và sử dụng phương pháp so sánh giá trị đầu tư (Value for Money) để đánh giá tính khả thi và hiệu quả quản lý ĐT XD theo phương thức PPP cho thấy:

+ Phương án 1: trường hợp ĐTXD bằng vốn NSNN, Nhà nước sử dụng 100% vốn ngân sách để thực hiện thì dự án có hiệu quả về kinh tế (do không phải trả vốn lãi vay). Toàn bộ doanh thu của dự án được tính vào lợi nhuận ĐTXD.

+ Phương án 2: trường hợp Nhà đầu tư tư nhân ĐTXD dự án bằng 100% nguồn vốn doanh nghiệp (trong đó 15% là vốn tự có của doanh nghiệp và 85% là vốn vay thương mại). Mặc dù cùng các chỉ tiêu quản lý vận hành (chi phí duy tu, bảo dưỡng, doanh thu khám/chữa bệnh, ... như Phương án 1) các chỉ tiêu hiệu quả kinh tế tài chính cho thấy dự án không hiệu quả về kinh tế ($NPV < 0$) và Nhà đầu tư không thể thu hồi được nguồn vốn đầu tư đã bỏ ra khi thực hiện dự án. Trường hợp doanh thu của dự án (chi phí khám, chữa bệnh, ...) được tăng thêm 6,55% thì dự án bắt đầu có tính khả thi về hiệu quả kinh tế tài chính.

+ Phương án 3: trường hợp quản lý ĐTXD theo phương thức PPP (mô hình nhượng quyền vận hành) cho thấy cùng các chỉ tiêu quản lý vận hành (chi phí duy tu, bảo dưỡng, doanh thu khám/chữa bệnh, ... như Phương án 1), nếu Nhà nước chỉ góp vốn 15% (tương đương với khoảng 140 tỷ đồng) thì dự án bắt đầu có tính khả thi về kinh tế ($NPV > 0$ và $IRR > r$). Trường hợp Nhà nước đầu tư tăng thêm 1% giá trị TMĐT (tương đương khoảng 9,351 tỷ đồng) thì giá trị NPV của dự án tăng 6,33% (tương đương khoảng 6,296 tỷ đồng). Các chỉ tiêu đầu vào liên quan đến nguồn thu (giá khám, chữa, điều trị bệnh) đang tính theo quy định của bệnh viện Xanh Pôn cơ sở 1 - bệnh viện công lập và chưa xét đến các ưu đãi đầu tư theo phương thức PPP. Trường hợp, có cùng quy mô dự án mà áp dụng giá khám, chữa bệnh của bệnh viện ngoài công lập (cao hơn) thì dự án có chỉ tiêu hiệu quả kinh tế tốt hơn nữa.

Các phương án phân tích cho thấy mặc dù công trình bệnh viện có hiệu quả kinh tế thấp tuy nhiên nếu dự án được quản lý ĐTXD theo phương thức PPP thì vẫn có hiệu quả về kinh tế. Nhà nước chỉ cần góp vốn với tỷ lệ 15% TMĐT của dự án, thấp hơn so với quy định của pháp luật (tối đa 50% TMĐT của dự án) và bổ sung thêm các chính sách ưu đãi như là một công cụ đòn bẩy nhằm tăng tính hiệu quả cho dự án, huy động được nguồn vốn đầu tư cho lĩnh vực y tế. Tổng hợp kết quả so sánh sự phân chia trách nhiệm trong quản lý ĐTXD theo các vấn đề cơ bản như Bảng 4.2.

Bảng 4.2: Phân chia trách nhiệm quản lý ĐTXDCT

TT	Nội dung công việc	Phương án phân tích		
		Phương án 1	Phương án 2	Phương án 3
1	Thực hiện dự án	Nhà nước	Tư nhân	Nhà nước, Tư nhân
2	Cơ chế chính sách	Nhà nước	Nhà nước	Nhà nước
3	Thiết kế, Xây dựng	Nhà nước	Tư nhân	Tư nhân
4	Tài chính	Nhà nước	Tư nhân	Nhà nước, Tư nhân
5	Bảo dưỡng, Vận hành	Nhà nước	Tư nhân	Tư nhân
6	Sở hữu công trình	Nhà nước	Nhà nước	Nhà nước
7	Quản lý chất lượng công trình	Nhà nước	Nhà nước	Nhà nước
8	Rủi ro thiết kế, xây dựng	Nhà nước	Tư nhân	Tư nhân
9	Rủi ro bảo dưỡng, vận hành	Nhà nước	Tư nhân	Tư nhân
10	Rủi ro doanh thu	-	Tư nhân	Nhà nước, Tư nhân

Từ kết quả phân tích cho thấy để quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP hiệu quả và bền vững với mô hình nhượng quyền vận hành (BOT hoặc BTO) thì Nhà nước chỉ cần góp vốn (lớn hơn 15%) hoặc với mô hình nhượng quyền sở hữu (BOO) thì Nhà nước cho phép tăng chi phí khám chữa bệnh cao hơn 6,55% là có thể thực hiện được dự án. Kết hợp với các ví dụ thực tiễn về QLNN ĐTXDCT y tế tại một số nước trên thế giới (Phụ lục số 4) cho thấy, khi dịch vụ khám chữa bệnh có mức giá phù hợp với chất lượng khám chữa bệnh thì việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP là có tính khả thi, hiệu quả và đạt được các mục tiêu của cả 2 bên đối tác.

4.5. Bàn luận những vấn đề nghiên cứu trong luận án

Thực tế trên thế giới, việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP được áp dụng khá phổ biến, có những ví dụ thành công, có những ví dụ thất bại (Phụ lục số 4), vì thế đây là một nội dung khó. Điều này được thể hiện qua 14 năm triển khai áp dụng (12 năm áp dụng thí điểm và 2 năm Luật PPP đã có hiệu lực) vẫn chưa có một dự án ĐTXDCT bệnh viện nào thực hiện theo phương thức PPP.

Không có sự khác biệt về những yếu tố thành công của PPP ở các nước khác

nhau nhưng sự tác động của các yếu tố ảnh hưởng tới sự thành công của dự án PPP có sự khác biệt giữa các quốc gia do những điều kiện riêng của từng quốc gia đó [46]. Chính vì vậy, nhận diện và đánh giá được mức độ ảnh hưởng của từng yếu tố đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP sẽ là cơ sở quan trọng để xây dựng giải pháp quản lý phù hợp với điều kiện thực tiễn.

4.5.1. Chính sách về môi trường thực hiện quản lý đầu tư xây dựng

Các giải pháp chính sách được nghiên cứu, đề xuất liên quan đến chính sách pháp lý trong luận án vừa đáp ứng được giai đoạn ngắn hạn và dài hạn trong việc quản lý ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP. Tuy nhiên, nội dung của các chính sách có thể thay đổi phụ thuộc vào quan điểm QLNN về ĐTXD trong từng giai đoạn. Trên cơ sở CSLL, CSTT, luận án đã chỉ ra được phải có những quy định pháp lý về tiêu chí lựa chọn dự án, quản lý phân bổ rủi ro, hướng dẫn chi tiết thuộc về đặc thù của lĩnh vực y tế; chính sách thuộc thẩm quyền của thành phố Hà Nội. Do vậy, Chính quyền thành phố Hà Nội chủ động xem xét và ban hành các chính sách trong phạm vi quyền hạn của thành phố, dưới quyền hạn của Luật Thủ đô để có thể sớm nâng cao hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế trong thực tiễn. Giải pháp này hoàn toàn có tính khả thi trong thực tiễn do thẩm quyền ban hành, nội dung quản lý và tác động đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT. Bên cạnh đó, việc tạo hành lang pháp lý cho việc quản lý ĐTXDCT y tế khi thực hiện theo phương thức PPP trong Quy hoạch cơ sở mạng lưới y tế tầm nhìn đến năm 2050 để tạo môi trường đầu tư, đảm bảo tính pháp lý khi thực hiện là rất cần thiết, phù hợp.

4.5.2. Bộ máy quản lý nhà nước về quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức đối tác công tư

Việc thành lập Cơ quan quản lý ĐTXDCT y tế tại Bộ Y tế và UBND thành phố Hà Nội là một giải pháp quan trọng nhằm khẳng định vai trò QLNN. Quản lý ĐTXD bao gồm nhiều nội dung liên quan đến các lĩnh vực khác nhau do cơ quan Nhà nước quản lý (đất đai, đầu tư, xây dựng, tài chính ...) nên Nhà đầu tư tư nhân không thể giải quyết được hết những thủ tục pháp lý, xung đột, vướng mắc với các cơ quan Nhà nước trong quá trình quản lý ĐTXD dự án. Vì thế Cơ quan quản lý ĐTXDCT y tế tại

Bộ Y tế và UBND thành phố Hà Nội sẽ đóng vai trò như một đơn vị đầu mối quản lý từ phía Nhà nước giải quyết những bất cập, nâng cao hiệu quả QLNN về ĐTXDCT. Việc thành lập các cơ quan quản lý ĐTXDCT y tế tại Bộ Y tế và UBND thành phố Hà Nội được thực hiện trên cơ sở sắp xếp lại các đơn vị hiện có, không làm tăng số lượng nhân sự, không tăng thêm đầu mối quản lý nên đảm bảo tính hiệu quả và khả thi của đề xuất.

4.5.3. Xây dựng thương hiệu cơ sở y tế

Thương hiệu cơ sở y tế là một trong những xu thế tất yếu của yếu tố cạnh tranh trong giai đoạn nền kinh tế thị trường. Thương hiệu không chỉ giúp các cơ sở y tế công lập thu hút được người dân đến khám, chữa bệnh mà còn khẳng định được vị thế về chất lượng, dịch vụ trong lĩnh vực y tế. Do vậy, thương hiệu là điều kiện tất yếu để Nhà đầu tư tư nhân lựa chọn, đánh giá tính khả thi của việc hợp tác ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Mặc dù thương hiệu cơ sở y tế không trực tiếp liên quan đến nội dung quản lý ĐTXDCT y tế nhưng là yếu tố ảnh hưởng lớn đến hiệu quả ĐTXD, hiệu quả của dự án.

4.5.4. Xây dựng nguồn nhân lực quản lý nhà nước đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư

Tất cả các giải pháp về chính sách, bộ máy QLNN và thương hiệu cơ sở y tế đều có thể giải quyết trực tiếp hoặc gián tiếp bằng chất lượng nguồn nhân lực. Công chức, viên chức ở các vị trí khác nhau nếu có năng lực tốt, ý thức nghề nghiệp và kỹ năng tốt sẽ góp phần nâng cao hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo các khía cạnh khác nhau. Mặc dù luận án chỉ tiếp cận theo quan điểm chương trình đào tạo, cấp chứng chỉ quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tuy nhiên, việc đào tạo con người (nguồn nhân lực) luôn là vấn đề cốt lõi của mọi giải pháp QLNN. Khi chất lượng nguồn nhân lực được nâng cao thì công tác QLNN về ĐTXDCT nói chung, ĐTXDCT theo phương thức PPP sẽ được cải thiện và có chất lượng tốt hơn.

4.5.5. Lợi ích kinh tế tài chính khi quản lý đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư

Quản lý ĐTXDCT y tế dự án PPP là một trong những giải pháp không những nâng cao hiệu quả ĐTXDCT mà còn chia sẻ bớt gánh nặng tài chính, trách nhiệm

ĐTXDCT, cung cấp dịch vụ công cho Nhà nước. Bên cạnh đó, việc nghiên cứu và đề xuất các giải pháp đồng bộ nhằm nâng cao hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế trên cơ sở đảm bảo lợi ích hài hòa giữa Nhà đầu tư, Nhà nước và Người dân đã đạt được mục tiêu nghiên cứu. Việc đánh giá lợi ích kinh tế tài chính của dự án còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khách quan khác nhau, tuy nhiên xét trên một số tiêu chí quan trọng (TMĐT, doanh thu, thời gian hoàn vốn, tỷ lệ góp vốn, ...) trong khía cạnh kinh tế xây dựng cho thấy sản phẩm nghiên cứu của luận án đã đạt được những kết quả có giá trị thực tiễn.

4.6. Đề xuất hướng nghiên cứu tiếp theo

Luận án đã đạt được các mục tiêu nghiên cứu liên quan đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội. Tuy nhiên do thời gian và phạm vi nghiên cứu còn hạn chế, trong giai đoạn tiếp theo các nghiên cứu chuyên sâu có thể tập trung tiếp tục phân tích vào một số vấn đề sau:

- Luận án đã đề xuất một số tiêu chí đánh giá, lựa chọn dự án ĐTXDCT theo phương thức PPP đối với công trình bệnh viện. Tuy nhiên, các tiêu chí đánh giá này mới chỉ ở mức lý luận khoa học và tham khảo kinh nghiệm của một số nước trên thế giới do trên thực tế chưa có dự án công trình y tế tại Việt Nam quản lý ĐTXD theo phương thức PPP. Do vậy, cần có những nghiên cứu tiếp theo, chuyên sâu về các tiêu chí đánh giá, lựa chọn dự án.

- Kết quả nghiên cứu của luận án đã chỉ ra yếu tố ảnh hưởng “Thương hiệu cơ sở khám chữa bệnh” đến hiệu quả ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Công tác khám, chữa bệnh chịu ảnh hưởng lớn của “thương hiệu” và có tác động đến quá trình vận hành, khai thác công trình bệnh viện, ảnh hưởng đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT trong toàn bộ vòng đời dự án. Trong thời gian tới cần tiếp tục nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm của “*Thương hiệu cơ sở khám chữa bệnh*” đến quản lý vận hành các dự án PPP công trình y tế.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Hiện nay nước ta đang trong quá trình chuyển đổi nền kinh tế và phải đối mặt với yêu cầu rất lớn về phát triển hệ thống y tế phục vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân, đáp ứng nhu cầu an sinh xã hội, đặc biệt là xây dựng các công trình bệnh viện. Do ngân sách của Nhà nước còn hạn chế cũng như gánh nặng về tài chính và hiệu quả đầu tư công chưa cao, việc đổi mới cách huy động và sử dụng có hiệu quả nguồn lực đầu tư bằng cách quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP là một trong những giải pháp phù hợp. Tuy nhiên, việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP không phải là nhiệm vụ đơn giản, áp dụng theo nguyên tắc đầu tư truyền thống mà cần phải có sự nghiên cứu, đánh giá, phân tích phù hợp với đặc điểm ĐTXDCT và đặc điểm của công trình y tế.

Việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội nói riêng và tại Việt Nam nói chung đang ở giai đoạn sơ khai, nên việc nghiên cứu và xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của công tác ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP là một điểm mới trong nghiên cứu khoa học. Đây là cơ sở cho việc lựa chọn giải pháp tối ưu và thực hiện tốt công tác quản lý ĐTXD dự án, góp phần nâng cao hiệu quả đầu tư và đạt được những lợi ích và mục tiêu của các bên tham gia ĐTXD cũng như đối tượng hưởng lợi từ dự án.

Thông thường, quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP y tế sẽ kết hợp nhiều giai đoạn và sự tham gia của nhiều cơ quan quản lý nhà nước, như là thiết kế, xây dựng, tài chính, bảo trì, vận hành, cung cấp dịch vụ y tế (*theo vòng đời dự án*). Tùy theo vai trò và trách nhiệm mà nhà đầu tư tư nhân đảm nhận, phương thức quản lý ĐTXD sẽ có sự khác biệt, mỗi phương thức đều có ưu điểm và nhược điểm nhất định, do đó, phương thức “một mô hình vừa tất cả” khó thể đáp ứng được yêu cầu từ Nhà nước, nhà đầu tư và người sử dụng dịch vụ y tế. Trên thực tế, ngay cả tại các nước phát triển, việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP vẫn là một nhiệm vụ khó khăn. Để nâng cao hiệu quả QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội, luận án nghiên cứu đạt được các kết quả như sau:

- Luận án đã hệ thống hóa, bổ sung một số vấn đề lý luận liên quan đến quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Nội hàm này có sự khác biệt lớn đối với ĐTXDCT y tế sử dụng NSNN do yếu tố quản lý vận hành, khai thác sử dụng công trình tác động lớn đến hiệu quả của dự án.

- Luận án đã nghiên cứu, tổng kết thông qua hơn 30 công trình nghiên cứu khoa học có liên quan và kinh nghiệm quản lý ĐTXD của 06 nước trên thế giới và so sánh, đánh giá các điều kiện tương đồng, cho thấy việc quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP tại Hà Nội có tính khả thi và phù hợp với định hướng phát triển của thành phố Hà Nội, định hướng phát triển của ngành y tế.

- Luận án đã kế thừa các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước, hoàn thiện khung nghiên cứu để đánh giá, hoàn thiện các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhà nước về ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP phù hợp với đặc điểm của thành phố Hà Nội. Kết quả phân tích định lượng đã xác định được mức độ ảnh hưởng của 5 yếu tố chính, góp phần xây dựng cơ sở khoa học, thực tiễn cho việc đề xuất các giải pháp quản lý ĐTXDCT y tế có tính khả thi, khoa học.

- Luận án đã kiểm nghiệm kết quả nghiên cứu, phân tích kinh tế tài chính của dự án ĐTXDCT y tế (theo các giả thuyết của dự án ĐTXDCT bệnh viện Xanh Pôn cơ sở 2) để đánh giá tính khả thi của dự án.

- Luận án đề xuất được 04 nhóm giải pháp theo các lĩnh vực (chính sách, bộ máy quản lý, chất lượng khám chữa bệnh, nguồn nhân lực). Các giải pháp này được xây dựng trên cơ sở khoa học đã trình bày tại chương 2, giải quyết được khoảng trống trong nghiên cứu khoa học tại chương 1, giải quyết những bất cập được nhận diện và phân tích tại chương 3 và đánh giá tính khả thi tại Chương 4.

Kiến nghị

- Đối với Chính phủ: cần sớm hoàn thiện hệ thống văn bản pháp lý về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Bên cạnh đó, Chính phủ cần có sự chỉ đạo sát sao với Bộ Y tế để có các hướng dẫn chuyên ngành thuộc lĩnh vực y tế nhằm tạo hành lang pháp lý minh bạch, thuận lợi cho các nhà đầu tư tham gia ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Nhà đầu tư tư nhân chỉ tham gia dự án PPP khi môi trường đầu tư

phải minh bạch, đầy đủ tính pháp lý, đảm bảo được lợi ích đầu tư.

- Đối với Bộ Y tế cần sớm chủ động nghiên cứu, ban hành các chính sách liên quan đến quy hoạch hệ thống bệnh viện trên cả nước, lựa chọn cụ thể vị trí, quy mô và các chỉ tiêu kỹ thuật khác nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho các nhà đầu tư có thể xác định rõ mục đích, nhu cầu của Nhà nước và khả năng hợp tác theo phương thức PPP. Các chính sách thuộc thẩm quyền của Bộ như đã phân tích tại mục 4.3.1 cần được sớm ban hành để thúc đẩy, tạo môi trường đầu tư thuận lợi cho việc ĐTXD theo phương thức PPP.

- Đối với Chính quyền thành phố Hà Nội: cần chủ động thành lập Đơn vị chuyên trách về PPP trực thuộc UBND thành phố, phân công các bộ phận chịu trách nhiệm cụ thể trong việc quản lý ĐTXDCT PPP trên địa bàn. Đơn vị chuyên trách về PPP sẽ phối hợp với Bộ Y tế để thống nhất triển khai các dự án ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP một cách nhịp nhàng, thuận lợi, như là cấp giấy phép ĐTXDCT, đánh giá hiệu quả đầu tư của dự án, đảm bảo nguyên tắc hài hòa lợi ích giữa Nhà nước và Nhà đầu tư tư nhân, quản lý chất lượng, kỹ thuật trong quá trình thi công, xây dựng dự án.

- Đối với các Nhà đầu tư tư nhân: cần phải chủ động hoàn thiện tổ chức bộ máy doanh nghiệp, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực cũng như nội lực của doanh nghiệp khi tham gia ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Nhu cầu khám chữa bệnh của người dân ngày càng tăng cùng với sự nâng cao chất lượng cuộc sống nên đây là một cơ hội đầu tư thuận lợi, tiềm năng sinh lợi nhuận lớn nếu các nhà đầu tư tư nhân có thể nắm bắt được cơ hội.

- Đối với các trường đại học, tổ chức nghiên cứu cần tiếp tục nghiên cứu chuyên sâu về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP nhằm hoàn thiện hệ thống lý luận, thực tiễn trong việc quản lý ĐTXD. Không chỉ bao gồm việc quản lý ĐTXD mà có thể nghiên cứu chuyên sâu vào lĩnh vực quản lý, vận hành hoặc cung cấp thiết bị y tế nhằm khai thác tối đa tiềm năng của các nhà đầu tư tư nhân.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CỦA TÁC GIẢ LIÊN
QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Thị Thu Hiền (2018), *Tổng quan tình hình nghiên cứu khoa học hình thức đối tác công tư trong quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế*, Tạp chí Kinh tế xây dựng, số quý 4/2018, ISSN 1859-4921, trang 35-40
2. Nguyễn Thị Thu Hiền (2019), *Kinh nghiệm quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo hình thức đối tác công tư tại Vương quốc Anh*, Tạp chí Kinh tế xây dựng, số quý 01/2019, ISSN 1859-4921, trang 38-43.
3. Lê Anh Dũng, Nguyễn Thị Thu Hiền (2020), *Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo hình thức đối tác công tư tại một số nước trên thế giới*, Tạp chí Xây dựng và đô thị, số 71/2020, ISSN 1859-3119, trang 74-78.
4. Lê Anh Dũng, Nguyễn Thị Thu Hiền (2021), *Thực trạng và giải pháp thúc đẩy đầu tư xây dựng công trình y tế theo hình thức đối tác công tư*, Tạp chí Kinh tế xây dựng, số quý 3/2021, ISSN 1859-4921, trang 20-29.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

1. Quỳnh Anh (2020), Kiểm toán các dự án PPP trong lĩnh vực y tế, Tạp chí Tài chính, tháng 5/2020 (Truy cập ngày 20/11/2022, <https://tapchitaichinh.vn/kiem-toan-cac-du-an-ppp-trong-linh-vuc-y-te.html>)
2. Ban chấp hành Trung ương Đảng cộng sản (2017), Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về việc tăng cường chăm sóc sức khỏe cho người dân trong tình hình mới
3. Bộ Nội vụ (2014), Quyết định số 1287/QĐ-BNV ngày 16/12/2014 ban hành Tài liệu bồi dưỡng lãnh đạo, quản lý cấp vụ và tương đương
4. Bộ Xây dựng (2021), Thông tư số 06/2021/TT-BXD ngày 30/6/2021 quy định về phân cấp công trình xây dựng và hướng dẫn áp dụng trong quản lý hoạt động đầu tư xây dựng
5. Bộ Y tế, Ngân hàng Thế giới (2014), Tài liệu hội thảo “Kết hợp công tư trong cung cấp dịch vụ y tế. Khai thông môi trường đầu tư và lựa chọn mô hình”
6. Bộ Y tế (2020), Niên giám thống kê y tế năm 2019-2020
7. Bộ Y tế (2023), Dự thảo Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021-2030, tầm nhìn đến năm 2050
8. Chiavo Campo, S. và Sundaram, P.S.A (2003), Phục vụ và Duy trì: cải cách hành chính công trong một thế giới cạnh tranh, Sách dịch bởi Nguyễn Cảnh Bình và cộng sự, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, Hà Nội (Sách bản gốc xuất bản năm 2001)
9. Chính phủ (2019), Báo cáo số 25/CP-CN ngày 30/1/2019 về tổng kết tình hình thực hiện dự án PPP
10. Chính phủ (2018), Nghị định số 63/2018/NĐ-CP ngày 4/5/2018 về đầu tư theo hình thức đối tác công tư
11. Chính phủ (2021), Nghị định số 06/2021/NĐ-CP ngày 26/01/2021 quy định chi tiết một số nội dung về quản lý chất lượng, thi công xây dựng và bảo trì công trình xây dựng
12. Chính phủ (2021), Nghị định số 10/2021/NĐ-CP ngày 09/02/2021 về quản lý chi phí đầu tư xây dựng

13. Chính phủ (2021), Nghị định số 15/2021/NĐ-CP ngày 03/03/2021 hướng dẫn một số nội dung về quản lý dự án đầu tư xây dựng
14. Chính phủ (2021), Nghị định số 28/2021/NĐ-CP ngày 26/3/2021 quy định cơ chế quản lý tài chính dự án đầu tư theo phương thức đối tác công tư
15. Chính phủ (2021), Nghị định số 35/2021/NĐ-CP ngày 29/3/2021 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật Đầu tư theo phương thức đối tác công tư
16. Chính phủ (2021), Nghị định số 50/2021/NĐ-CP ngày 01/04/2021 sửa đổi Nghị định 37/2015/NĐ-CP quy định chi tiết về hợp đồng xây dựng
17. Cục Thống kê thành phố Hà Nội (2023); Niên giám thống kê thành phố Hà Nội năm 2022
18. Lê Anh Dũng (2014), Đề xuất cải tiến mô hình công tư hợp doanh (PPP) trong quản lý các dự án xây dựng tại Việt Nam, Tạp chí Xây dựng - ISSN 0866-0762, số 11/2014
19. Hồ Hoàng Đức (2005), Quản lý nhà nước trên lĩnh vực đầu tư xây dựng trong cơ chế kinh tế thị trường có định hướng xã hội chủ nghĩa, Luận án tiến sỹ, Đại học Luật Hà Nội
20. Thùy Giang (2022), Bệnh viện Việt Đức quá tải, bệnh nhân tới khám tăng kỷ lục, Báo điện tử Vietnam+ (Truy cập ngày 15/11/2023, <https://www.vietnamplus.vn/benh-vien-viet-duc-qua-tai-benh-nhan-toi-kham-tang-ky-luc-post807564.vnp>).
21. Nguyễn Hữu Hải (2010), Giáo trình lý luận hành chính Nhà nước, Học viện Hành chính Quốc gia
22. Khổng Gia Hân (2020), Cần giao thêm quyền cho các đơn vị chuyên trách về PPP (Truy cập ngày 18/10/2023, <http://thoibaotaichinhvietnam.vn/pages/nhip-song- tai-chinh/2020-03-01/cangiao-them-quyen-cho-cac-don-vi-chuyen-trach-ve-ppp-83179.asp>
23. Hội đồng nhân dân thành phố Hà Nội (2021), Nghị quyết số 28/NĐ-HĐND ngày 08/12/2021 về dự toán ngân sách địa phương và phân bổ ngân sách cấp thành phố Hà Nội năm 2022 và cập nhật, điều chỉnh kế hoạch đầu tư công năm 2021
24. Hoàng Cao Liêm (2018), Quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng kết cấu hạ tầng giao thông đường bộ từ ngân sách Nhà nước tại tỉnh Hà Nam, Luận án tiến sỹ, chuyên ngành Quản lý Kinh tế, mã số 62.34.04.10, Học viện Chính trị quốc gia Hồ Chí Minh
25. Nam Phương (2009), Bệnh viện quá tải - Thủ tướng yêu cầu đầu tư cho tuyến

dưới, Báo điện tử Vnexpress ngày 24/11/2009 (truy cập ngày 23/7/2022)

26. Nguyễn Thị Hồng Minh (2016), Quản lý nhà nước đối với dự án đầu tư theo hình thức đối tác công tư trong xây dựng hạ tầng giao thông đường bộ Việt Nam, Luận án tiến sỹ, Chuyên ngành Quản lý kinh tế (khoa học quản lý), Mã số: 62.34.01.01, Trường Đại học Kinh tế quốc dân

27. Ngân hàng thế giới (2019), Báo cáo chuyên đề về chính sách đối tác công tư y tế ở Việt Nam

28. Trần Thị Quỳnh Như (2012), Nghiên cứu một số giải pháp nâng cao hiệu quả đầu tư xây dựng giao thông đường bộ khu vực Duyên hải Nam Trung Bộ, Luận án tiến sỹ, chuyên ngành Kinh tế xây dựng, Trường Đại học Giao thông vận tải

29. Nguyễn Hưng Quang (2018), Báo cáo Nghiên cứu hợp tác đối tác công tư tại Việt Nam - Tiếp cận từ mở cửa thị trường tự do (truy cập ngày 26/9/2023, <https://nhquang.com/vi/>)

30. Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam - VCCI (2020), Một số quan điểm của khu vực tư nhân về quan hệ đối tác công tư tại Việt Nam, Sách chuyên khảo, phối hợp nghiên cứu giữa VCCI và USAID (Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ)

31. Quốc hội (2012), Luật Thủ đô - Luật số 25/2012/QH13 ngày 21/11/2012

32. Quốc hội (2020), Luật Đầu tư, Luật số 61/2020/QH14 ngày 17/6/2020

33. Quốc hội (2020), Luật Xây dựng, Luật số 62/2014/QH14 ngày 17/4/2020

34. Quốc hội (2019), Luật Đầu tư công, Luật số 39/2019/QH14 ngày 13/6/2019

35. Quốc hội (2020), Luật đầu tư theo phương thức đối tác công tư, Luật số 64/2020/QH14 ngày 18/6/2020

36. Sang - Lê Minh, Ramesh Govindaraj và Caryn Bredenkamp (2020), Đối tác công tư y tế ở Việt Nam: Vấn đề và lựa chọn - Báo cáo Chuyên đề tiêu điểm phát triển quốc tế của Ngân hàng Thế giới, Washington DC

37. Sở Y tế Hà Nội (2021), Dự thảo Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế thành phố Hà Nội đến năm 2025 và tầm nhìn đến năm 2030

38. Thân Thanh Sơn (2015), Nghiên cứu phân bổ rủi ro trong hình thức hợp tác công tư phát triển cơ sở hạ tầng giao thông đường bộ Việt Nam, Luận án tiến sỹ chuyên ngành Quản lý xây dựng, Mã số 62.58.03.02, Trường Đại học Giao thông vận tải.

39. Thủ tướng (2011), Quyết định số 1259/QĐ-TTg ngày 26/7/2011 phê duyệt

Quy hoạch chung xây dựng Thủ đô Hà Nội đến năm 2030 và tầm nhìn đến năm 2050

40. Thủ tướng (2012), Quyết định số 222/QĐ-TTg ngày 22/2/2012 phê duyệt chiến lược phát triển kinh tế xã hội Thành phố Hà Nội đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2050

41. Thủ tướng (2013), Quyết định số 122/QĐ-TTg ngày 10/1/2013 phê duyệt Chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến 2030

42. Thủ tướng (2016), Quyết định số 768/QĐ-TTg ngày 6/5/2016 điều chỉnh quy hoạch xây dựng vùng thủ đô Hà Nội đến năm 2030 và tầm nhìn đến năm 2050 - Bản vẽ số 22 Sơ đồ định hướng hệ thống trung tâm y tế vùng

43. Tạp chí Tài chính (2013), Thực trạng đầu tư theo hình thức hợp tác công tư tại Việt Nam (Truy cập ngày 22/10/2023, <https://tapchitaichinh.vn/thuc-trang-dau-tu-theo-hinh-thuc-hop-tac-cong-tu-tai-viet-nam.html>)

44. Nguyễn Thị Thanh (2016), Hoàn thiện phân cấp quản lý đầu tư xây dựng cơ bản sử dụng nguồn vốn ngân sách của thành phố Hà Nội đến năm 2020, Luận án tiến sỹ chuyên ngành Kinh tế phát triển (Kinh tế đầu tư), mã số : 62.31.01.05, trường Đại học Kinh tế quốc dân.

45. Nguyễn Đình Thọ (2014), Phương pháp nghiên cứu khoa học trong kinh doanh, Nhà xuất bản Tài chính.

46. Nguyễn Thu Thủy (2017), Quản lý nhà nước đối với hình thức đối tác công tư trong đầu tư phát triển kết cấu hạ tầng giao thông đường bộ Việt Nam, Luận án tiến sỹ, Chuyên ngành Quản lý công, Mã số 62.34.04.03, Học viện hành chính quốc gia.

47. Vũ Thủy (2018), Doanh nghiệp kỳ vọng vào Luật PPP mới: Xem xét dự án từ góc nhìn thị trường, Tạp chí Tài chính online (<https://tapchitaichinh.vn/> truy cập ngày 1 tháng 6 năm 2021).

48. Tổng cục thống kê (2019), Kết quả khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2018

49. Tổng cục thống kê (2021), Kết quả khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2020

50. Tổng cục thống kê (2023), Niên giám thống kê năm 2022

51. Tổng hợp số liệu từ Tạp chí Thời báo tài chính Việt Nam, Hà Nội mới và Tạp

chí cộng sản (Lĩnh vực y tế thu hút vốn đầu tư xã hội hóa, Thời báo Tài chính Việt Nam (<http://thoibaotaichinhvietnam.vn/pages/nhip-song-tai-chinh/2018-08-22/linh-vuc-y-te-hut-von-dau-tu-xa-hoi-hoa-61163.aspx>; Đẩy mạnh tự chủ và xã hội hóa trong ngành y tế <http://dangcongsan.vn/khoa-giao/day-manh-tu-chu-va-xa-hoi-hoa-trong-nganh-y-te-427653.html>; Xã hội hóa đầu tư trang thiết bị y tế <https://Hanoimoi.com.vn/tin-tuc/Xa-hoi/867434/xa-hoi-hoa-dau-tu-trang-thiet-bi-y-te>).

52. Hoàng Anh Tuấn (2019), Quản lý hiệu quả dự án đầu tư phát triển đô thị theo hình thức đối tác công tư ở Việt Nam, Luận án tiến sỹ Quản lý đô thị và công trình, Trường Đại học Kiến trúc Hà Nội.

53. Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội (2016); Quyết định số 7288/QĐ-UBND ngày 30/12/2016 về Thành lập Ban quản lý dự đầu tư xây dựng công trình giao thông thành phố Hà Nội.

54. Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội (2022); Quyết định số 1273/QĐ-UBND ngày 14/4/2022 về Thành lập Ban quản lý dự đầu tư xây dựng công trình dân dụng thành phố Hà Nội.

55. Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội (2022); Quyết định số 1274/QĐ-UBND ngày 14/4/2022 về Thành lập Ban quản lý dự đầu tư xây dựng công trình hạ tầng kỹ thuật và nông nghiệp thành phố Hà Nội.

56. Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội (2022); Quyết định số 1279/QĐ-UBND ngày 14/4/2022 về Quy định vị trí, chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Ban Quản lý đường sắt đô thị Hà Nội.

57. Anh Văn (2022), Bệnh viện Bạch Mai đưa y tế chất lượng chuyên môn cao về Yên Bái, Báo Sức khỏe và đời sống (Truy cập 8/11/2023, <https://suckhoedoisong.vn/benh-vien-bach-mai-dua-y-te-chat-luong-chuyen-mon-cao-ve-yen-bai169220520140001147.htm>).

58. Ngô Thế Vinh (2015), Nghiên cứu ứng dụng phương thức đối tác công tư trong quản lý đầu tư xây dựng công trình giao thông đô thị, Luận án tiến sỹ Quản lý đô thị và công trình, Trường Đại học Kiến trúc Hà Nội.

59. Zaid Ibrahim&Co (2009), “Báo cáo về tăng cường khung thể chế và pháp lý

để đẩy mạnh sự tham gia của khu vực tư nhân trong Phát triển và Đầu tư vào Cơ sở hạ tầng ngành giao thông vận tải ở Việt Nam”.

Tiếng Anh:

60. ADB (2012), Assessment of Public Private Partnerships in Viet Nam Constraints and Opportunities, ISBN 978-92-9092-686-3

61. ADB (2013), Guide book on Public Private Partnerships in Hospital Management, Knowledge Series on PPP in Health, ISBN 978-92-9254-300-6, Publication Stock No. TIM135774-2.

62. Ali Mohammad Mistarihi (2011), “Managing public private partnership (PPP) infrastructure projects in Jordan”, Doctor of Philosophy’s thesis at Griffith University, Australia.

63. APMG (2016), The APMG Public Private Partnership (PPP) Certification Guide, the Book of knowledge, p.12-18.

64. Asian Development Bank (2012), Public Private Partnerships Handbook.

65. Association of Consulting Engineering Companies Canada (2015), Understanding Public Private Partnerships in Canada.

66. Atkin (2005), “Update on best international practices in Public private partnership with regards to regional”, European Bank for Reconstruction and Development policy issues.

67. British Columbia (1999), “Public Private Partnerships: A guide for local government”, Canadian Cataloguing in Publication Data, Ministry of Municipal Affairs, p.104-105.

68. David Barrows, Ian Macdonald, Atipol Supapol, Olivia Dalton-Jez và Simone Harvey-Rioux (2011), Public Private Partnerships in Canadian Healthcare: a case study of the Brampton Civic Hospital, Organization for Economic Co-operation and Development, March 2011.

69. David Czerwinski, Richard Geddes (2010), “Policy issues in U.S. Transportation Public Private Partnerships: Lesson from Australia”, MINETA Transportation Institute.

70. Department of Economic Affairs (2023), Concession Agreements for Executed

PPP Projects, India (truy cập ngày 03/11/2023, <https://www.pppinindia.gov.in/>)

71. Evans, J., & Bowman, D. (2005), “Getting the contract right”, Graeme Hodge & Carsten Greve, Eds. *The Challenge of Public-Private Partnerships*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; p.62-80.

72. Fayol, H. (2013), *General and Industrial management (administration industrielle et Generale)*, translated by Constance Storrs, Mansfield Center, CT: Martino Publishing;

73. Frank E. Walwyn và Kayla Theeuwes (2017), *A Discussion on the Delivery of Infrastructure through Public-Private Partnerships: the Importance of Policy Architecture*, PUNUKA Annual Lecture in Lagos, Nigeria.

74. Herbert. R, Patricia. C, Chimay J.A, Manju. P (2010), “Governance and Knowledge Management for Public Private Partnerships”, A John Wiley & Sons Ltd, Blackwell Publication.

75. HM Treasury (2015), *Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2015 summary data*.

76. HM Treasury (2017), *Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2017 summary data*.

77. International Finance Corporation (2015), *Public - Private Partnership Stories: Turkey - Turkish Healthcare PPP Program, Adana Hospital Complex*.

78. Ismail, S. and Rashid, K.A. (2007), “Private finance initiative (PFI) in Malaysia: the need for and issues related to the public sector comparator (PSC)”, *Jurnal Akuntansi dan Keuangan Indonesia*, Vol. 4 No. 2, pp. 137-54.

79. Jefferies, M.C., Gameson, R, and Rowlinson, S. (2002) *Critical Success Factors of the BOOT Procurement System: Reflections from the Stadium Australia Case Study*. *Engineering, Construction and Architectural Management*. 9, (4), pp 352-361.

80. Johan A. Minnie (2011), *Critical success factors for public private partnerships in South Africa*, Dissertation of the degree of Doctor of Philosophy in Public Management and Development Planning at Stellenbosch University.

81. Jooste, F. (2010), *Exploring the Networks of Organizations that Enable and*

Govern Infrastructure Public-Private Partnerships: An Organizational Field-Level Perspective.

82. Jubilee Debt Campaign (2017), The UK's PPPs Disaster - Lessons on private finance for the rest of the world.

83. Klijn và Teisman (2003), Institutional and Strategy barriers to public-private partnership.

84. KPMG (2018), What works the triple win - Rethinking public private partnerships for universal healthcare.

85. Khushbu B.Thadani (2014), Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane; International Relations Conference on India and Development Partnerships in Asia and Africa: Towards a New Paradigm (IRC-2013), Procedia - Social and Behavioral Sciences 157 (2014) 307 – 316.

86. Li, B.Akintoye, A.Edwards & Hardcastle (2005), “The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK”, International Journal of Project Management, 23(1), p 25-35.

87. Mathieu Verougstraete (2016), Building capacity for public-private partnerships, Published on Getting Infrastructure Finance Right, World Bank - March 2016

88. Mirjam Bult Spiering, Geert Dewulf (2006), Strategic Issues in Public Private Partnerships: An International perspective, Sách được xuất bản năm 2006 của Nhà xuất bản Blackwell, mã số ISBN-10:1-4051-3475-5.

89. New South Wales Department of Health (2008), Royal North Shore Hospital and Community Health Services Public Private Partnership, Health Infrastructure.

90. Private Investment Unit (2023), Reference Guide for Project Implementation Mode Selection, Infrastructure Finance Secretariat, Department of Economic Affairs, Ministry of Finance, Government of India, Sept/2023

91. PwC (2016), PPP in healthcare - China perspectives and case.

92. PwC (2017), Reimagining Public Private Partnerships.

93. Qiao, Lin, Wang, Shou Qing, Tiong, L. K. Robert, and Chan, Tsang-Sing, (2001), “Framework for Critical Success Factors of BOT Projects in China,” The

Journal of Project Finance, Vol. 7(1), pp. 53–61.

94. Rama V. Baru and Madhurima Nundy (2017), *Public-Private Partnerships in Health Care: China and India*, Institute of Chinese Studies, Delhi.

95. Ranjan Agrawal (2010), “Successful delivery of public private partnerships for infrastructure development”, Doctor of philosophy ‘s thesis in Jaypee Institute of Information Technology, India.

96. Ronald R. Sims và Scott A. Quatro (2005), *Leadership: Succeeding in the Private, Public, and Not-for-profit Sectors*; Publisher Routledge - Feb/2005.

97. Sarah Jamil (2008), *The miscellaneous desirability of public private partnerships and an approach to design an appropriate constitution*.

98. Sonalini Khetrapal (2016), *Public-Private Partnerships in the Health Sector: The Case of a National Health Insurance Scheme in India*, Luận án tiến sỹ tại trường Đại học London.

99. Spotless Group Holdings Limited (2017), *Public Private Partnerships* (truy cập ngày 21/9/2022, <https://www.spotless.com/public-private-partnerships>)

100. Stephen H. Linder (1999), *Coming to Terms With the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings*, American Behavioral Scientist, Volume 43, Issue No. 1, p.35-51.

101. Steven McCann (2014), *A Public Sector Governance Model for Public Private Partnership: Integrating Partnership, Risk and Performance Management in the Operating Phase*, Luận án tiến sỹ tại Trường Bất động sản, Xây dựng và Quản lý dự án, Đại học RMIT.

102. Stephen P. Robbins và Mary Coulter (2012), *Management*, ISBN 978-0-13-216384-2

103. Sule Topcu Kilic (2015), *Turkey’s Hospital Facilities Management PPP Programme*; Deputy Head Turkey Infrastructure and Energy

104. Tim Philpotts (2008), “Public Private Partnerships in Canada”, The Canadian Council for Public Private Partnerships

105. The Canadian Council for PPP, website: <http://p3spectrum.ca/>

106. The UK Office of Government Commerce (2006), NHS Trust - Adopting Good Practices

107. Walker, C., Smith, A.J. (1995), “Privatized Infrastructure”, American society of civil engineers, New York

108. Website: <http://www.carillion.ca> (truy cập ngày 25/8/2019)

109. Website: <https://www.gov.uk/government/publications/public-private-partnerships/public-private-partnerships> (truy cập ngày 15/3/2018).

110. World Bank (2010), Fixing the Public Hospital System in China, World Bank: Health Population and Nutrition, East Asia and Pacific Region

111. X. Zhao, B.G. Hwang, M.J.S. Gay (2010) “Public private partnership projects in Singapore: Factors, critical risks and preferred risk allocation from the perspective of contractors”, International Journal of Project Management, 31(3), 2010, pp. 424-433

112. Yescombe E.R. (2007), Public - Private Partnerships: Principles of Policy and Finance, Sách được xuất bản năm 2007 bởi Nhà xuất bản Elsevier, mã số ISBN:978-0-7506-8054-7

113. Zhang, X. (2005). Critical success factors for public–private partnerships in infrastructure development. Journal of construction engineering and management, 131(1), pp.3-14

**PHỤ LỤC 1. MẠNG LƯỚI CÁC BỆNH VIỆN CÔNG LẬP TRỰC THUỘC
SỞ Y TẾ HÀ NỘI**

STT	Tên đơn vị bệnh viện	Địa chỉ
1	Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn	Quận Ba Đình, Hà Nội
2	Bệnh viện Thanh Nhàn	Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội
3	Bệnh viện đa khoa Đức Giang	Quận Long Biên, Hà Nội
4	Bệnh viện đa khoa Hà Đông	Quận Hà Đông, Hà Nội
5	Bệnh viện đa khoa Đống Đa	Quận Đống Đa, Hà Nội
6	Bệnh viện Bắc Thăng Long	Huyện Đông Anh, Hà Nội
7	Bệnh viện đa khoa Thanh Trì	Huyện Thanh Trì, Hà Nội
8	Bệnh viện đa khoa Hòe Nhai	Quận Ba Đình, Hà Nội
9	Bệnh viện đa khoa Đông Anh	Huyện Đông Anh, Hà Nội
10	Bệnh viện đa khoa Vân Đình	Huyện Ứng Hòa, Hà Nội
11	Bệnh viện đa khoa Sơn Tây	Thị xã Sơn Tây, Hà Nội
12	Bệnh viện Phụ sản Hà Nội	Quận Ba Đình, Hà Nội
13	Bệnh viện Nhi Hà Nội	Quận Ba Đình, Hà Nội
14	Bệnh viện Tâm thần Hà Nội	Quận Long Biên, Hà Nội
15	Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội	Quận Đống Đa, Hà Nội
16	Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba	Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội
17	Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương	Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội
18	Bệnh viện Phổi Hà Nội	Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội
19	Bệnh viện Ung bướu Hà Nội	Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội
20	Bệnh viện Mắt Hà Nội	Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội
21	Bệnh viện Tim Hà Nội	Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội
22	Bệnh viện Da liễu Hà Nội	Quận Đống Đa, Hà Nội

STT	Tên đơn vị bệnh viện	Địa chỉ
23	Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông	Quận Hà Đông, Hà Nội
24	Bệnh viện Tâm thần Mỹ Đức	Huyện Mỹ Đức, Hà Nội
25	Bệnh viện Mắt Hà Đông	Quận Hà Đông, Hà Nội
26	Bệnh viện Thận Hà Nội	Quận Đống Đa, Hà Nội
27	Bệnh viện 09	Huyện Thanh Trì, Hà Nội
28	Bệnh viện Phục hồi chức năng	Quận Thanh Xuân, Hà Nội
29	Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn	Huyện Sóc Sơn, Hà Nội
30	Bệnh viện đa khoa Gia Lâm	Huyện Gia Lâm, Hà Nội
31	Bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì	Huyện Ba Vì, Hà Nội
32	Bệnh viện đa khoa huyện Phúc Thọ	Huyện Phúc Thọ, Hà Nội
33	Bệnh viện đa khoa huyện Thạch Thất	Huyện Thạch Thất, Hà Nội
34	Bệnh viện đa khoa huyện Quốc Oai	Huyện Quốc Oai, Hà Nội
35	Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng	Huyện Đan Phượng, Hà Nội
36	Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức	Huyện Hoài Đức, Hà Nội
37	Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ	Huyện Chương Mỹ, Hà Nội
38	Bệnh viện đa khoa huyện Thanh Oai	Huyện Thanh Oai, Hà Nội
39	Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Đức	Huyện Mỹ Đức, Hà Nội
40	Bệnh viện đa khoa huyện Thường Tín	Huyện Thường Tín, Hà Nội
41	Bệnh viện đa khoa huyện Phú Xuyên	Huyện Phú Xuyên, Hà Nội
42	Bệnh viện đa khoa huyện Mê Linh	Huyện Mê Linh, Hà Nội

PHỤ LỤC 2. MẪU PHIẾU ĐIỀU TRA KHẢO SÁT

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ XÂY DỰNG

TRƯỜNG ĐẠI HỌC KIẾN TRÚC HÀ NỘI

PHIẾU KHẢO SÁT

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

Kính gửi Quý Anh/Chị

Tôi xin phép được giới thiệu đến Anh/Chị, tôi tên là **Nguyễn Thị Thu Hiền**, là Nghiên cứu sinh tại Trường Đại học Kiến Trúc Hà Nội. Tôi đang thực hiện đề tài “*Quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế tại thành phố Hà Nội theo phương thức đối tác công tư*”, chuyên ngành Quản lý đô thị và công trình.

Phiếu thu thập thông tin dưới đây phục vụ cho việc xây dựng cơ sở thực tiễn, hoàn thiện nội dung nghiên cứu cho luận án của tôi. Các ý kiến đóng góp của Anh/Chị sẽ có ý nghĩa rất to lớn trong việc giúp tôi hoàn thiện luận án với chất lượng khoa học cao. Tôi xin cam đoan các thông tin do Anh/Chị cung cấp trong bảng câu hỏi chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu trong quá trình học tập, các thông tin được cung cấp sẽ được bảo mật nghiêm ngặt và sẽ không được công bố cho bên thứ ba trong bất kỳ trường hợp và hoàn cảnh nào.

Rất mong Anh/Chị dành chút thời gian điền các thông tin nghiên cứu.

Trân trọng cảm ơn Anh/Chị.

I. THÔNG TIN CHUNG

1. **Họ và tên:** **Vị trí việc làm:**

2. **Đơn vị công tác:**

3. **Chuyên ngành đào tạo:**

4. **Độ tuổi của anh/chị:** **Số năm kinh nghiệm:**

5. **Hiện tại anh/chị công tác trong vai trò nào của lĩnh vực xây dựng:**

Cơ quan quản lý nhà nước

Chủ đầu tư

Nhà đầu tư tư nhân

Nhà nghiên cứu

Tư vấn đầu tư xây dựng

Khác:

6. **Công việc chuyên môn của Anh/Chị có liên quan đến công tác quản lý đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư hay không?**

Liên quan trực tiếp

Liên quan gián tiếp

Không liên quan

II. KHẢO SÁT YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

Anh/Chị đánh giá mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến quản lý đầu tư xây dựng công trình theo phương thức đối tác công tư tại thành phố Hà Nội như thế nào?

Mức độ ảnh hưởng:

1. Hoàn toàn không ảnh hưởng 2. Ít ảnh hưởng 3. Ảnh hưởng một phần
4. Ảnh hưởng lớn 5. Ảnh hưởng quyết định

TT	Yếu tố ảnh hưởng	Mức độ ảnh hưởng				
		1	2	3	4	5
I	Hệ thống chính trị (CT)					
1	Cam kết của Chính phủ, thành phố Hà Nội đối với việc áp dụng PPP trong lĩnh vực y tế (CT1)					
2	Sự chủ động của Bộ Y tế và các Bộ chuyên ngành khác trong việc hướng dẫn đầu tư xây dựng công trình y tế (CT2)					
3	Khả năng tạo điều kiện thuận lợi cho việc đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP tại thành phố Hà Nội (CT3)					
II	Môi trường thực hiện dự án (MT)					
4	Chính sách pháp luật hỗ trợ của Nhà nước đối với dự án đầu tư xây dựng bệnh viện theo phương thức PPP (MT1)					
5	Chính sách về quản lý rủi ro trong đầu tư xây dựng công trình y tế (MT2)					
6	Chính sách về hợp đồng dự án PPP (MT3)					
7	Chính sách đánh giá, lựa chọn đề xuất dự án đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP (MT4)					
8	Sự ổn định của chính sách pháp luật đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP (MT5)					
9	Tỷ lệ lạm phát, trượt giá của nền kinh tế vĩ mô tại Hà Nội (MT6)					
10	Mức thu nhập của người dân trên địa bàn thành phố Hà Nội (khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế) (MT7)					
11	Tỷ lệ khám chữa bệnh của người dân trên địa bàn thành phố Hà Nội (MT8)					
III	Bộ máy quản lý nhà nước về đối tác công tư (BM)					
12	Bộ máy chuyên trách quản lý ở cấp trung ương (Chính phủ), (BM1)					
13	Bộ máy chuyên trách quản lý ở Bộ Y tế và cơ quan ngang Bộ					

TT	Yếu tố ảnh hưởng	Mức độ ảnh hưởng				
		1	2	3	4	5
	(BM2)					
14	Bộ máy chuyên trách quản lý ở cấp thành phố Hà Nội (BM3)					
15	Khả năng phối hợp liên ngành giữa các cơ quan QLNN, (BM4)					
IV	Năng lực quản lý đầu tư xây dựng dự án PPP (NL)					
16	Kinh nghiệm của nhà đầu tư tư nhân trong lĩnh vực y tế (NL1)					
17	Khả năng tài chính, áp dụng công nghệ, khoa học kỹ thuật trong đầu tư xây dựng công trình y tế (NL2)					
18	Khả năng quản lý rủi ro của nhà đầu tư tư nhân (NL3)					
19	Nhận thức và năng lực của cán bộ quản lý nhà nước về đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP (NL4)					
20	Khả năng biên soạn hợp đồng, đàm phán, quản lý hợp đồng dự án PPP (NL5)					
21	Sự tin tưởng, khả năng hợp tác giữa các bên đối tác (Nhà nước và Tư nhân) trong việc quản lý đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP (NL6)					
22	Chất lượng của đơn vị tư vấn đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP (NL7)					
V	Thương hiệu của đối tác Nhà nước, tư nhân (TH)					
23	Chất lượng khám chữa bệnh của đối tác Nhà nước (TH1)					
24	Mức độ phổ biến (thương hiệu) của nhà đầu tư tư nhân (TH2)					
25	Khả năng truyền thông, tuyên truyền thông tin của dự án đầu tư xây dựng công trình y tế theo phương thức PPP (TH3)					

Thông tin liên hệ:

Nếu Anh/Chị có ý kiến đóng góp, yêu cầu cần làm rõ để có thể cung cấp câu trả lời chi tiết hơn xin vui lòng liên hệ theo thông tin sau:

- Nghiên cứu sinh: Nguyễn Thị Thu Hiền Điện thoại: 0977948046
- Email: hienvkt5@gmail.com
- Địa chỉ: Viện Kinh tế xây dựng, Bộ Xây dựng
Số 20, phố Thẻ Giao, Hai Bà Trưng, Hà Nội.

Xin chân thành cảm ơn Anh/Chị đã tham gia vào cuộc khảo sát của tôi./.

PHỤ LỤC 3. KẾT QUẢ PHÂN TÍCH, ĐÁNH GIÁ ĐỊNH LƯỢNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH BỆNH VIỆN THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ

PL3.1. Các bước tiến hành

Bước 1: Phân nhóm sử dụng phương pháp khám phá các yếu tố ảnh hưởng tới quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Sử dụng phương pháp phân tích yếu tố khám phá (EFA), kiểm định KMO và Bartlett để đánh giá mức độ đồng ý của kết quả xác định các yếu tố ảnh hưởng.

Bước 2: Đánh giá độ tin cậy của các nhóm yếu tố bằng phương pháp Cronbach'S Alpha. Hệ số Cronbach'S Alpha được đánh giá độ tin cậy của các yếu tố cũng như kết quả phân tích.

Bước 3: Đánh giá mức độ đáp ứng của từng yếu tố. Tác giả cũng sử dụng điểm đánh giá trung bình, độ lệch chuẩn và khoảng tin cậy 95% để đánh giá mức độ ảnh hưởng đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP theo đánh giá của người được hỏi. Điểm đánh giá trung bình (mean) cho từng chỉ tiêu đánh giá cho biết mức đồng ý hiện tại của các đối tượng hỏi có xu hướng như thế nào; độ lệch chuẩn (SD) cho biết mức độ khác biệt về đồng ý giữa các chuyên gia có công việc, quan điểm khác nhau.

Bước 4: Thiết lập phương trình hồi quy để phân tích đánh giá mức độ ảnh hưởng của các biến độc lập tới biến phụ thuộc (sau khi xác định được các biến này).

PL3.2. Kết quả phân tích, xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS phục vụ cho mục đích phân tích để xây dựng phương trình hồi quy đa biến, kích thước mẫu áp dụng phải theo yêu cầu phân tích của yếu tố khám phá EFA và yêu cầu của hồi quy đa biến.

PL3.2.1. Quy trình phân tích

* Phân tích thống kê mô tả:

Phương pháp phân tích thống kê mô tả là phương pháp tổng hợp và xử lý dữ liệu để biến đổi dữ liệu thành thông tin. Phương pháp phân tích thống kê mô tả được tác giả sử dụng để mô tả mẫu nghiên cứu về số năm kinh nghiệm công tác mức độ

liên quan đến công tác quản lý ĐTXDCT khi thực hiện theo phương thức PPP.

*** Kiểm định chất lượng thang đo (Cronbach's Alpha)**

Kiểm định độ tin cậy thang đo Cronbach's Alpha nhằm xem xét mức độ tương quan chặt chẽ, tính nhất quán giữa các biến trong một yếu tố. Trong kiểm định độ tin cậy của thang đo thông qua hệ số Cronbach's Alpha sẽ loại trừ các biến có hệ số tương quan biến tổng (item-total correlation) nhỏ hơn 0,3. Tiêu chuẩn chọn thang đo khi nó có độ tin cậy Cronbach's Alpha $\geq 0,7$. Thang đo có độ tin cậy Cronbach's Alpha $\geq 0,6$ cũng được chọn khi nó được sử dụng lần đầu.

*** Phân tích yếu tố khám phá (EFA)**

Sau kết quả đánh giá độ tin cậy của thang đo bằng hệ số Cronbach's Alpha, phân tích yếu tố khám phá EFA nhằm đánh giá sơ bộ tính đơn hướng, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của thang đo.

Mục đích sử dụng phân tích thành tố khám phá EFA để kiểm định lại độ tin cậy của thang đo, đồng thời khám phá sự phù hợp về cấu trúc của mô hình nghiên cứu đã đưa ra. Để thực hiện phân tích thành tố khám phá EFA, cần kiểm tra sự phù hợp của kiểm định KMO, kiểm định Bartlett, số lượng thành tố trích, tổng phương sai trích và trọng số thành tố. Trong đó:

- Kiểm định Bartlett: dùng để xem xét ma trận tương quan có phải là ma trận đơn vị, là ma trận có các thành phần (hệ số tương quan giữa các biến) bằng không và đường chéo (hệ số tương quan với chính nó) bằng 1. Nếu kiểm định Bartlett có Sig $< 0,05$, chúng ta từ chối giả thuyết H_0 (ma trận tương quan là ma trận đơn vị) nghĩa là các biến có quan hệ với nhau.

- Hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin): là một chỉ số dùng để xem xét sự thích hợp của phân tích yếu tố. Trị số của KMO lớn (giữa 0,5 và 1) là điều kiện đủ để phân tích yếu tố là thích hợp, còn nếu như trị số này nhỏ hơn 0,5 thì phân tích yếu tố có khả năng không thích hợp với các dữ liệu.

- Hệ số tải yếu tố (factor loading) $> 0,5$. Nếu biến quan sát có hệ số tải yếu tố nhỏ hơn 0,5 sẽ bị loại.

- Tổng phương sai trích TVE (Total Variance Explained): tổng này thể hiện các

yếu tố trích được bao nhiêu phần trăm của các biến đo lường. Tổng này phải đạt từ 50% trở lên và tiêu chí eigenvalue tối thiểu phải bằng 1 (≥ 1) thì mô hình EFA phù hợp.

- Khác biệt hệ số tải yếu tố của một biến quan sát giữa các yếu tố lớn hơn 0,3 để đảm bảo giá trị phân biệt giữa các yếu tố. Nếu nhỏ hơn 0,30, có nghĩa biến này vừa đo lường thành tố này vừa đo lường thành tố khác, cần loại bỏ biến này.

Nếu tất cả các điều kiện trên đều thỏa mãn thì EFA được xem là phù hợp.

* Phân tích tương quan

Trước khi phân tích hồi quy, tác giả tiến hành xem xét hệ số tương quan Pearson trong kết quả phân tích tương quan, để lượng hóa mức độ chặt chẽ của mối liên hệ tuyến tính giữa hai biến định lượng. Trong phân tích tương quan Pearson, sẽ không có sự phân biệt giữa biến độc lập và biến phụ thuộc mà tất cả các biến đều được xét như nhau.

* Phân tích hồi quy đa biến

Sử dụng phương pháp phân tích hồi quy đa biến để ước lượng mức độ ảnh hưởng của các yếu tố mới rút ra được từ phân tích yếu tố (biến độc lập) đến công tác quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội (biến phụ thuộc) và đảm bảo có ý nghĩa thống kê. Mô hình hồi quy đa biến biểu diễn mối quan hệ giữa hai hay nhiều biến độc lập với một biến phụ thuộc định lượng. Tác giả sử dụng mô hình hồi quy để kiểm định các giả thuyết có dạng như sau:

$$QLĐTXD = \beta_0 + \beta_1 F_1 + \beta_2 F_2 + \beta_3 F_3 + \beta_4 F_4 + \beta_5 F_5 + \varepsilon$$

(Công thức số PL3.1)

Trong đó:

- QLĐTXD: là biến phụ thuộc, công tác QLNN về ĐTXDCT y tế theo phương thức đối tác công tư trên địa bàn thành phố Hà Nội.

- $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5$: Hệ số hồi quy.

- F_i : Biến độc lập ($F_1=CT, F_2=MT, F_3=BM, F_4=NL, F_5=TH$).

- ε : Sai số.

PL3.2.2. Kết quả phân tích

(1) Đánh giá thang đo bằng hệ số tin cậy Cronbach's Alpha

Kết quả đánh giá độ tin cậy thang đo bằng hệ số Cronbach's Alpha được thể hiện:

Bảng PL3.1: Hệ số tin cậy Cronbach's Alpha

Biến quan sát	Số biến quan sát	Hệ số Cronbach's Alpha	Hệ số tương quan biến tổng thấp nhất	Cronbach's Alpha nếu bị loại biến
QLĐTXD	5	0,812	0,555	0,742-0,789
MT	3	0,871	0,549	0,833-0,869
CT	8	0,826	0,608	0,727-0,801
TH	4	0,876	0,658	0,829-0,865
BM	7	0,849	0,573	0,802-0,840
NL	3	0,794	0,499	0,734-0,780

Kết quả tại Bảng PL2.2 cho thấy, hệ số Cronbach's Alpha của sáu yếu tố (01 yếu tố phụ thuộc và 5 yếu tố độc lập với 25 biến quan sát) có Hệ số Cronbach's Alpha > 0,7 và hệ số tương quan biến tổng của các biến quan sát đều lớn hơn 0,3. Cronbach's Alpha nếu bị loại biến nhỏ hơn hệ số Cronbach's Alpha (chỉ có biến NL6 có Cronbach's Alpha nếu bị loại biến bằng 0,780 lớn hơn hệ số Cronbach's Alpha, nhưng không lớn hơn nhiều nên tác giả quyết định giữ lại biến quan sát này để phân tích bước tiếp theo EFA). Tất cả các hệ số tương quan biến tổng đều lớn hơn 0,3. Như vậy, các biến quan sát được sử dụng cho phân tích yếu tố khám phá (EFA) tiếp theo.

(2) Phân tích yếu tố khám phá (EFA)

Sau kết quả đánh giá độ tin cậy của thang đo bằng hệ số Cronbach's Alpha, tác giả tiến hành phân tích yếu tố khám phá (EFA), phân tích yếu tố khám phá EFA nhằm đánh giá sơ bộ tính đơn hướng, giá trị hội tụ và giá trị phân biệt của thang đo.

Bảng PL3.2: Bảng hệ số tải yếu tố

Biến quan sát	Hệ số tải yếu tố				
	1	2	3	4	5
CT1	0,794				
CT2	0,702				
CT3	0,566				
MT1		0,825			
MT2		0,770			

Biến quan sát	Hệ số tải yếu tố				
	1	2	3	4	5
MT3		0,759			
MT4		0,747			
MT5		0,722			
MT6		0,712			
MT7		0,695			
MT8		0.688			
BM1			0,789		
BM2			0,775		
BM3			0,709		
BM4			0,695		
NL1				0,773	
NL2				0,723	
NL3				0,700	
NL4				0,695	
NL5				0,689	
NL7				0,665	
TH1					0,777
TH2					0,674
TH3					0,650

(Phương pháp xoay: *Varimax with Kaiser Normalization*)

Qua 25 biến quan sát của thang đo được đưa vào phân tích yếu tố theo phương pháp trích Principal Component với phép quay Varimax. Phân tích yếu tố lần đầu có 1 biến quan sát NL6 bị loại, lý do loại là vì có hệ số tải (factor loadings) nhỏ hơn 0,5.

Với 24 biến quan sát còn lại, tiếp tục đưa vào phân tích lần 2, kết quả là có năm yếu tố được trích ra với tổng phương sai trích được là 65,32% > 50%, vậy năm yếu tố này giải thích được 65,32% biến thiên của dữ liệu. Hệ số KMO = 0,889 (> 0,5) là đạt yêu cầu. Hệ số tải nhân số của tất cả các yếu tố đều lớn hơn 0,5. Mức ý nghĩa của kiểm định Bartlett = 0,000 (< 0,05) nên ở độ tin cậy 95% các biến quan sát có tương quan với nhau trong tổng thể.

Với năm biến thuộc thang đo tác động đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội được đưa vào phân tích yếu tố khám phá thì các hệ số tải yếu tố đều lớn hơn 0,5. Thang đo tác động đến quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội có phương sai trích bằng 57,283% > 50%, cho thấy 57,283% biến thiên của dữ liệu được giải thích bởi yếu tố trên. Kiểm định Bartlett có mức ý nghĩa (Sig) = 0,000(0,5), Trị số Eigenvalue = 2,864 > 1, nên phân tích yếu tố khám phá là phù hợp. Yếu tố trích ra từ 5 biến quan sát được đặt tên là “Quản lý đầu tư xây dựng - QLĐTXD”.

(3) Phân tích tương quan

Sử dụng ma trận để xem xét mối tương quan giữa 5 yếu tố nghiên cứu (CT, MT, BM, NL và TH) ảnh hưởng đến biến QLĐTXD và để chẩn đoán hiện tượng đa cộng tuyến trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến.

Bảng PL3.3: Ma trận hệ số tương quan

	CT	MT	BM	NL	TH	QLĐTXD
CT	1	0,459	0,452	0,438	0,478	0,579
MT	0,459	1	0,541	0,573	0,510	0,664
BM	0,452	0,541	1	0,434	0,498	0,714
NL	0,438	0,573	0,434	1	0,510	0,631
TH	0,478	0,510	0,498	0,510	1	0,672
QLĐTXD	0,579	0,664	0,714	0,631	0,672	1

Tương quan có ý nghĩa tại giá trị Sig=0,05 đối với 5 biến CT, MT, BM, NL, TH và có ý nghĩa tại giá trị Sig=0,01 đối với biến QLĐTXD.

Hệ số tương quan giữa biến QLĐTXD và 5 biến (CT, MT, BM, NL, TH) lớn chứng tỏ giữa chúng có mối quan hệ với nhau và phân tích hồi quy tuyến tính có thể phù hợp. Tuy nhiên, giữa các biến độc lập cũng có tương quan lớn với nhau thì đó cũng là dấu hiệu cho biết giữa chúng có thể xảy ra hiện tượng đa cộng tuyến.

(4) Phân tích hồi quy tuyến tính

Sau khi có kết quả phân tích tương quan, tác giả đánh giá hệ số hồi quy của mỗi biến độc lập có ý nghĩa trong mô hình hay không dựa vào kiểm định t (student) với

giả thuyết H0: Hệ số hồi quy của biến độc lập Xi bằng 0. Mô hình hồi quy có 5 biến độc lập nên sẽ kiểm tra 5 giả thuyết H0. Kết quả kiểm định:

- Sig < 0,05: Bác bỏ giả thuyết H0, nghĩa là hệ số hồi quy của biến Xi khác 0 một cách có ý nghĩa thống kê, biến X1 có tác động lên biến phụ thuộc.

- Sig > 0,05: Chấp nhận giả thuyết H0, nghĩa là hệ số hồi quy của biến Xi bằng 0 một cách có ý nghĩa thống kê, biến Xi không tác động lên biến phụ thuộc.

Kết quả phân tích hồi quy sẽ có hai hệ số: chưa chuẩn hóa (trong SPSS gọi là B) và đã chuẩn hóa (trong SPSS gọi là Beta). Mỗi hệ số hồi quy này có vai trò khác nhau trong việc diễn giải hàm ý QLĐXDCT của mô hình hồi quy.

Khi xem xét mức độ tác động giữa 5 biến độc lập lên biến phụ thuộc, chúng ta sẽ dựa vào trị tuyệt đối hệ số Beta, trị tuyệt đối Beta càng lớn, biến độc lập tác động càng mạnh lên biến phụ thuộc. Trong SPSS, các số liệu của kiểm định t được lấy từ bảng hệ số hồi quy Coefficients.

Bảng PL3.4: Kết quả mô hình hồi quy

Biến	Hệ số không chuẩn hóa	Hệ số Std.Error	Hệ số chuẩn hóa Beta	Kiểm định t	Mức ý nghĩa (Sig)	Dung sai cộng tác	Phân tích VIF
Hằng số	-0,475	0,159		-2,982	0,003		
CT	0,118	0,030	0,121	2,783	0,032	0,755	1,467
MT	0,235	0,031	0,266	2,226	0,001	0,750	1,257
BM	0,224	0,30	0,237	8,452	0,027	0,764	1,324
NL	0,158	0,30	0,166	6,278	0,002	0,681	1,333
TH	0,196	0,031	0,205	2,115	0,001	0,730	1,259

Kết luận giả thuyết:

- Giả thuyết 1 (CT): Hệ thống chính trị (hành động của cơ quan QLNN) ảnh hưởng thuận chiều đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội.

- Giả thuyết 2 (MT): Môi trường thực hiện dự án (chính sách pháp luật, điều kiện KT-XH, chất lượng cuộc sống) ảnh hưởng thuận chiều đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội.

- Giả thuyết 3 (BM): Bộ máy quản lý nhà nước về phương thức PPP (cấp trung

ương, thành phố Hà Nội) tác động tích cực đến khả năng thành công do có đơn vị quản lý chuyên trách đối với công tác này.

- Giả thuyết 4 (NL): Năng lực quản lý ĐTXDCT theo phương thức PPP của đối tác tư nhân, cơ quan QLNN ảnh hưởng tích cực đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

- Giả thuyết 5 (TH): Thương hiệu y tế của đối tác Nhà nước, tư nhân không có hoặc tác động ít đến công tác quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP.

Hệ số phóng đại phương sai (VIF) đánh giá hiện tượng cộng tuyến trong mô hình hồi quy. VIF càng nhỏ, càng ít khả năng xảy ra đa cộng tuyến. Hệ số VIF của các biến độc lập đều nhỏ hơn 10 (theo tiêu chuẩn), trong trường hợp này thậm chí nhỏ hơn 2, do vậy dữ liệu không vi phạm giả định đa cộng tuyến.

Từ các hệ số hồi quy, luận án xây dựng được hai phương trình: phương trình hồi quy không chuẩn hóa và phương trình hồi quy chuẩn hóa như sau:

+ Phương trình hồi quy không chuẩn hóa:

$$QLĐTXD = -0,475 + 0,118*MT + 0,235*BM + 0,224TH + 0,158*NL + 0,196*CT + \varepsilon$$

(Công thức số PL3.2)

+ Phương trình hồi quy chuẩn hóa:

$$QLĐTXD = 0,266*MT + 0,237*BM + 0,205TH + 0,166*NL + 0,121*CT + \varepsilon$$

(Công thức số PL3.3)

Hệ số hồi quy chuẩn hóa Beta-của các biến đều lớn hơn 0 và $MT(0,266) > BM(0,237) > TH(0,205) > NL(0,166) > CT(0,121)$ nên cả 05 yếu tố đều có ảnh hưởng thuận chiều đến hiệu quả quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP trên địa bàn thành phố Hà Nội (như kết quả giả định nghiên cứu). Mô hình này được xây dựng sẽ giúp các bên có liên quan có cái nhìn cụ thể và toàn diện hơn về các yếu tố ảnh hưởng tới công tác này, từ đó có những giải pháp phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả quản lý ĐTXD theo phương thức PPP góp nâng cao hiệu quả QLNN.

PHỤ LỤC 4. KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ QUẢN LÝ ĐẦU TƯ XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH BỆNH VIỆN THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ TẠI MỘT SỐ NƯỚC

PL4.1. Vương quốc Anh

PL4.1.1. Quản lý đầu tư xây dựng Bệnh viện Southern Derbyshire Acute

Trường hợp nghiên cứu đối với dự án Bệnh viện Southern Derbyshire Acute được quản lý ĐTXD theo phương thức PPP trong thời gian 36 năm, hình thức hợp đồng DBFM. Dự án có giá trị đầu tư 312,2 triệu bảng Anh (£), được bắt đầu nghiên cứu triển khai từ năm 2000 và kết thúc giai đoạn xây dựng vào tháng 5/2008. Dự án bao gồm 2 nội dung, *cải tạo* và *xây dựng mới* bệnh viện được thực hiện trên khu đất có diện tích khoảng 28,5ha, trong đó diện tích xây dựng mới khoảng 12,0 ha, diện tích cải tạo khoảng 4,0 ha, quy mô bệnh viện là 1.159 giường bệnh. Dự án được thực hiện trong 2 giai đoạn, cụ thể là: giai đoạn 1 hoàn thành Trung tâm khám chữa bệnh Hoàng Gia (the Kings Treatment Centre) vào tháng 3/2006; giai đoạn 2 hoàn thành các hạng mục còn lại vào tháng 4/2009. Trách nhiệm của các bên tham gia thực hiện được xác định cụ thể ngay từ giai đoạn nghiên cứu, đề xuất triển khai ý tưởng của nhà đầu tư. Bảng phân bổ trách nhiệm cho đối tác tham gia được tác giả tổng hợp theo bảng sau:

Bảng PL4.1: Phân bổ trách nhiệm cho đối tác tham gia dự án

<i>Chuẩn bị đầu tư</i>	<i>Trách nhiệm</i>
Chi phí giải phóng mặt bằng thực hiện dự án	Nhà nước
Bãi đỗ xe 1	Nhà nước
Bãi đỗ xe 2	Nhà nước
Làm đường (S106)	Nhà nước
Trạm điện và đường điện	Nhà nước
Hoàn thành đường bao quanh khu đất	Nhà nước
Hạ tầng thông tin	Nhà nước
<i>Giai đoạn thực hiện dự án</i>	<i>Trách nhiệm</i>
Công tác xây dựng bệnh viện Giai đoạn 1 và 2	PFI
Hạ tầng thông tin (Mạng dữ liệu và mạng thoại)	PFI

<i>Chuẩn bị đầu tư</i>	<i>Trách nhiệm</i>
<i>Các dịch vụ, trang thiết bị và công trình</i>	<i>Trách nhiệm</i>
Các dịch vụ phòng khám	PFI
Các dịch vụ khác không chữa bệnh (FM)	PFI
Đào tạo và nghiên cứu ở giai đoạn vận hành	Kết hợp
Nhân lực của bệnh viện	ĐH Tổng hợp Nottingham
Các dịch vụ bán lẻ	PFI
Y tá	Đối tác tư nhân
Khoa vô trùng	PFI
Dịch vụ bệnh nhân tư (không tách rời)	PFI
<i>Dịch vụ quản lý tài chính</i>	<i>Trách nhiệm</i>
Quản lý cửa hàng tổng hợp	PFI
Dịch vụ vận chuyển	Đối tác tư nhân
Dịch vụ giải trí bệnh nhân	Đối tác tư nhân
Các dịch vụ quản lý tài chính phần cứng và phần mềm	PFI
Thu nhập từ bãi đỗ xe	Nhà nước

Tập đoàn Skanska đã phân chia các giai đoạn thực hiện dự án và kết hợp, sử dụng nhiều đơn vị (nhà thầu phụ) để tối ưu hóa công tác triển khai, xây dựng dự án:

+ Công ty Skanska Construction và Skanska Rashleigh Weatherfoil chịu trách nhiệm thiết kế và xây dựng bệnh viện mới (phương thức DB), giá trị 250 triệu bảng Anh, bao gồm tất cả các công việc xây dựng và cơ sở hạ tầng CNTT.

+ Công ty Skanska Facilities Services chịu trách nhiệm quản lý, vận hành bệnh viện theo phương thức hợp đồng Quản lý vận hành (Facilities Management) trong thời gian 30 năm.

+ Trường Đại học tổng hợp Nottingham đào tạo, bổ sung nguồn nhân lực (bác sỹ, y tá,...) phục vụ cho quá trình vận hành của bệnh viện;

Trong quá trình thực hiện, Nhà nước đóng vai trò quan trọng, hỗ trợ nhà đầu tư trong việc triển khai dự án theo phương thức PPP. Việc phân chia trách nhiệm thực hiện cho từng bên đối tác ngay từ giai đoạn đề xuất ý tưởng, ký kết hợp đồng thực hiện dự án là yếu tố góp phần thành công của dự án. Đây là một trong những dự án

PFI lớn nhất ở Vương quốc Anh tại thời điểm được ký kết, thực hiện. Dự án hoàn thành có nhiều ưu điểm so với tiêu chí chung (Key Performance Indicators - KPIs).

Bảng PL4.2: Một số chỉ tiêu đánh giá của dự án đối tác công tư bệnh viện Southern Derbyshire Acute [106]

TT	Tiêu chí đánh giá	Chỉ tiêu của dự án	Chỉ tiêu trung bình quốc gia
1	Mức độ chính xác dự toán chi phí dự án (<i>độ tin cậy của các ước tính chi phí cho thiết kế và xây dựng</i>)	98%	55%
2	Mức độ chính xác dự báo thời gian xây dựng dự án (<i>độ tin cậy của các ước tính thời gian cho thiết kế và xây dựng</i>)	90%	58,5%
3	Mức độ hạn chế sai sót (<i>tỷ lệ giảm thiểu lỗi trong xây dựng</i>)	80%	77%
4	An toàn lao động (<i>tỷ lệ hạn chế tai nạn</i>)	94%	51%

Dự án Bệnh viện Southern Derbyshire Acute được coi là một trong những ví dụ thành công về hợp tác công tư, xuất phát từ hệ thống chính sách tương đối minh bạch, sự quan tâm và chia sẻ các thông tin của 2 bên đối tác và nhà đầu tư tư nhân có đầy đủ năng lực để thực hiện dự án. Quy trình lựa chọn nhà đầu tư Tư nhân được thực hiện theo phương thức đấu thầu cạnh tranh, công khai và minh bạch (từng bước đều có hướng dẫn chi tiết nội dung, hồ sơ cần có v.v.). Tác giả tổng hợp quy định về lựa chọn Nhà đầu tư tham gia dự án PPP nói chung được hướng dẫn như sau:

Bảng PL4.3: Quy trình lựa chọn nhà thầu của Vương quốc Anh

	Các bước	Quy mô DA lớn hơn 60 triệu Bảng Anh	Quy mô DA nhỏ hơn 60 triệu Bảng Anh
A.	Chuẩn bị tài liệu mô tả các yêu cầu để cung cấp cho đối tượng quan tâm		
B.	Lựa chọn nhà thầu		
1.	Câu hỏi sơ loại Bộ câu hỏi sơ loại (có mẫu chuẩn) để xác định những đối tượng quan tâm	Phát hành rộng rãi	Phát hành rộng rãi

	Các bước	Quy mô DA lớn hơn 60 triệu Bảng Anh	Quy mô DA nhỏ hơn 60 triệu Bảng Anh
2.	Mời thương thảo vòng sơ bộ Mời số lượng có hạn một số đối tượng quan tâm đến để trao đổi sơ bộ, sau đó sẽ tiếp tục loại bớt.	Gửi tới 4 đơn vị dự thầu (trước đây là 6)	Không áp dụng
3.	Mời thương thảo chính thức Mời đơn vị dự thầu đã được tuyển chọn để thương thảo chọn ra nhà thầu được chọn chính thức.	Gửi tới 2 đơn vị dự thầu (trước đây là 3)	Không áp dụng
	Mời thương thảo trực tiếp	Không áp dụng	Gửi tới 3 đơn vị dự thầu
4.	Nhà thầu được chọn (do Bộ Y tế duyệt)	Chỉ còn lại 01 đơn vị dự thầu	Chỉ còn lại 01 đơn vị dự thầu
C.	Hoàn thiện đề xuất dự án, nội dung hợp đồng (do Nhà nước cùng với Nhà thầu thực hiện)		

Trong quy trình chi tiết hướng dẫn, Chính phủ Anh đã hướng dẫn chi tiết từng loại hồ sơ, nội dung và các bước thực hiện nhằm lựa chọn Nhà thầu một cách minh bạch, hiệu quả và đáp ứng được các tiêu chí của dự án khi thực hiện theo phương thức đối tác công tư.

PL4.1.2. Quản lý ĐTXD Bệnh viện Calderdale Royal

Bên cạnh những dự án thành công thì cũng có trường hợp thất bại, ví dụ như là dự án ĐTXD bệnh viện Calderdale Royal. Dự án được xây dựng tại phía Tây khu vực Yorkshire, miền bắc Vương quốc Anh từ năm 1998 đến năm 2001. Tại thời điểm đề xuất dự án, năm 1990, thì TMDT của bệnh viện dự kiến là 42,5 triệu đô la Mỹ, nhưng sau đó được xác định tăng gần gấp đôi, lên tới 81 triệu đô la Mỹ vào năm 1998. Theo các điều khoản hợp đồng dự án PPP, chính quyền địa phương phải trả cho nhà đầu tư 390 triệu đô la Mỹ trong vòng 30 năm để thanh toán chi phí thực hiện dự án (bao gồm chi phí xây dựng và các khoản lãi phát sinh). Báo cáo của Jubilee Debt Campaign (2017) chỉ ra rằng nếu chính quyền địa phương vay tiền trực tiếp với lãi suất 5% để thực hiện dự án thì tổng chi phí cho hơn 30 năm mới chỉ đến 159 triệu đô la Mỹ, nên

có thể nói chi phí ĐTXD bệnh viện chỉ là 231 triệu đô la Mỹ hoặc bị đã tăng giá 2,8 lần so với mức cần thiết. Đến nay, hợp đồng dự án PPP đã được các bên đàm phán, thay đổi 10 lần, tuy nhiên giá trị của dự án ngày càng tăng theo thời gian. Chính quyền địa phương đã phải cam kết trả cho Nhà đầu tư thêm 576 triệu đô la Mỹ, đưa tổng chi phí của dự án lên tới 966 triệu đô la Mỹ. Điều này đã khiến dự án bệnh viện Calderdale Royal được coi là “tai tiếng” và “khủng hoảng tài chính trong dịch vụ y tế địa phương” [71], khi mà ngân sách Chính phủ chi trả hàng năm cho bệnh viện Calderdale Royal là không đủ để thanh toán cho khoản nợ. Chính vì vậy, Chính phủ đã phải đàm phán với nhà đầu tư để giảm chi phí, đồng thời kéo dài thời gian thực hiện dự án lên tới 60 năm [71]. Có thể nói đây là một ví dụ điển hình của việc lập dự án chưa chính xác, đầy đủ các nội dung và minh bạch, dẫn đến việc đàm phán, thương thảo hợp đồng bất lợi cho đối tác Nhà nước.

Trong kết quả nghiên cứu của Li và các cộng sự (2005) [75] về phân bổ rủi ro trong quản lý ĐTXD các dự án PPP cho thấy: các rủi ro liên quan đến môi trường vĩ mô sẽ được phân bổ cho chính phủ, là các rủi ro chịu tác động bởi chính trị, bởi tình hình kinh tế vĩ mô, bởi luật pháp, ... Còn các rủi ro liên quan đến dự án, như là rủi ro quản lý, rủi ro kỹ thuật, thiết kế, ... sẽ được chuyển giao cho nhà đầu tư tư nhân. Các rủi ro nằm trong sự kiểm soát của hai bên, như là rủi ro do cung - cầu được chia sẻ giữa Tư nhân và Nhà nước. Vì vậy tính hiệu quả của việc phân bổ và quản lý rủi ro trong phương thức PPP không phải là chuyển giao rủi ro từ Nhà nước sang Tư nhân càng nhiều càng tốt, mà cần được chuyển giao một cách hợp lý ở mức tối ưu.

PL4.2. Canada

Phương thức PPP được áp dụng khá thành công trong việc ĐTXD các công trình y tế, bệnh viện tại Canada, điển hình là dự án Bệnh viện St. Catharines tại Niagara, Ontario với diện tích xây dựng 91.000 m², thời gian vận hành 33,5 năm. Bệnh viện được ĐTXD theo phương thức hợp đồng DBFM với tổng mức đầu tư 750 triệu USD, thời gian xây dựng từ năm 2006-2012 (nếu theo phương thức truyền thống thì mất 15-16 năm). Đây là một trong số ít các dự án PPP nhận được bằng khen của Hội đồng đối tác công tư Canada về tài chính dự án (năm 2009) và chúng nhận bạc LEED từ

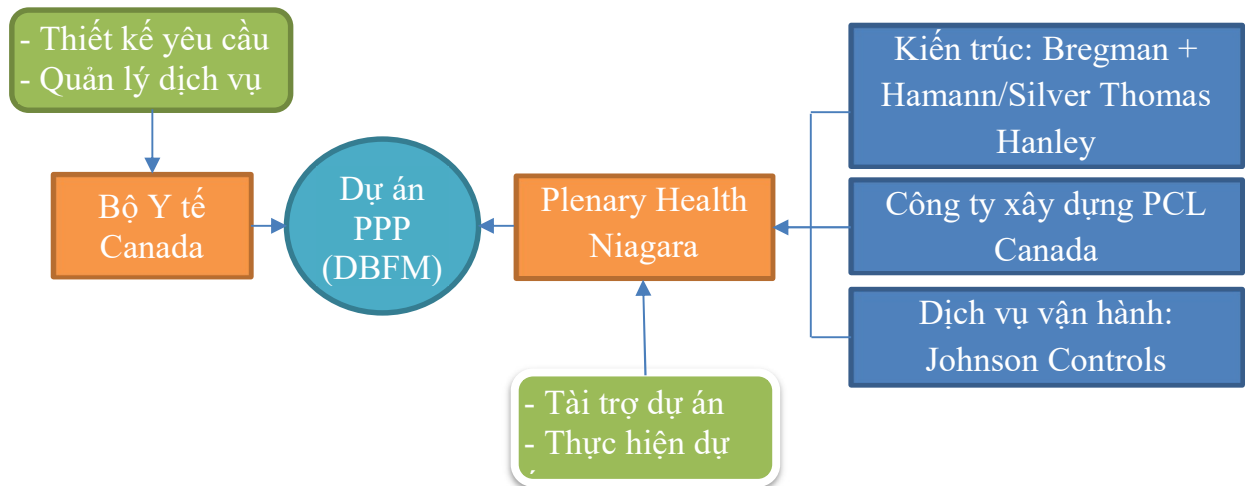
Hội đồng công trình xanh Canada.



Hình PL4.1: Bệnh viện St. Catharines [87]

Dự án được thực hiện trên cơ sở hợp tác giữa Bộ Y tế và Nhà đầu tư - Plenary Health Niagara (Liên doanh giữa Tập đoàn Plenary và Borealis) Đây có thể coi là dự án ĐTXD bệnh viện đầu tiên được thực hiện theo phương thức DBFM tại Ontario do đó mọi công tác đều được xác định như một dự án thí điểm. Nhà đầu tư đã kết nối các đơn vị có liên quan (Bộ Y tế, cơ quan quản lý địa phương, người dân, các nhà thầu xây dựng, ...) thông qua nhiều cuộc chia sẻ, trao đổi thông tin nhằm trình bày các nhu cầu, thế mạnh của các bên để giảm thiểu các rủi ro, không đe dọa đến sự công bằng của quá trình thực hiện dự án. Hiện nay, dự án được đánh giá thành công vượt mong đợi so với giai đoạn đề xuất dự án.

Nhà đầu tư đã lựa chọn được nhà thầu tư vấn thiết kế bệnh viện có kiến trúc như một khách sạn cao cấp, cảnh quan hiện đại, thân thiện với môi trường. Nhà thầu xây dựng có kinh nghiệm, năng lực tốt để xây dựng công trình vượt tiến độ, tiết kiệm được chi phí đầu tư của dự án. Công ty vận hành dự án (Johnson Controls) quản lý vận hành bệnh viện ở mức độ tối ưu, chất lượng, thu hút được người dân đến khám chữa bệnh, đáp ứng được các yêu cầu của Bộ Y tế Canada. Bên cạnh đó, thông qua các buổi họp, trao đổi, chia sẻ thông tin giữa các bên liên quan, Nhà đầu tư đã xây dựng được kế hoạch tài chính của dự án một cách linh hoạt, hiệu quả, đáp ứng được khả năng chi trả của người dân. Mức phí dịch vụ tương ứng với chất lượng và đạt được sự đồng thuận của người dân.



Hình PL4.2: Mô hình quản lý ĐTXD bệnh viện St. Catharines

Dự án được thiết kế theo định hướng xanh, giúp giảm thiểu chi phí năng lượng gas (phục vụ cho hệ thống thông gió, sưởi ấm, ánh sáng, ...) trong quá trình vận hành. Bên cạnh đó, cảnh quan của bệnh viện được kết hợp với các yếu tố xanh, môi trường sinh thái như là các đường dạo bộ, vườn cây, ao cá giúp cải thiện tinh thần của người bệnh, cán bộ y tế cũng như chất lượng khám chữa bệnh. Kết quả hoạt động của bệnh viện được cải thiện đáng kể sau khi vận hành, giúp mọi người cảm thấy thư thái nhất khi ở trong bệnh viện. Trong quá trình xây dựng, vận hành và bảo trì bệnh viện thì trách nhiệm của các bên đã được xác định rõ từ trước (trong hồ sơ mời thầu). Thiết kế ban đầu là thiết kế ý tưởng, định hướng và pháp lý để tạo sự linh hoạt cho nhà đầu tư trong việc phát huy sáng kiến, sáng tạo trong việc lập hồ sơ dự thầu và đề xuất dự án cũng như trong quá trình xây dựng và vận hành. Việc đầu tư theo phương thức đối tác công tư đã tạo ra giá trị, hiệu quả (value for money) cao hơn nhiều so với đầu tư truyền thống. Trong suốt thời gian xây dựng, dự án đã tạo ra hơn 2.500 việc làm, 85% dịch vụ xây dựng được thực hiện bởi các doanh nghiệp địa phương.

PL4.3. Australia (Úc)

Trường hợp nghiên cứu đối với dự án bệnh viện Royal North Shore tại Bang New South Wales cho thấy bức tranh tổng thể về quản lý ĐTXDCT y tế theo phương thức PPP. Dự án được Bộ Y tế đưa vào danh mục kêu gọi ĐTXD theo phương thức PPP vào ngày 13/9/2006, bao gồm 5 hợp phần chính: (i) xây dựng mới bệnh viện cấp Bang; (ii) xây dựng cơ sở y tế cộng đồng mới; (iii) cải tạo tòa nhà Douglas; (iv) xây

dựng bãi đỗ xe nhiều tầng; và (v) các dịch vụ bán lẻ phục vụ cho bệnh viện [89].

Để triển khai thực hiện dự án, Sở Y tế của Bang New South Wales đã thông báo rộng rãi, mời gọi các nhà đầu tư lập hồ sơ Đề xuất quan tâm (Expression of Interest) thực hiện dự án. Theo đó 5 nhà đầu tư đã nộp hồ sơ (Plenary Health, Pinnacle Healthcare, InfraCare, Lancely Partnership, H³ Partnership) và Chính quyền Bang New South Wales lựa chọn nhà đầu tư thông qua các tiêu chí sau:

Bảng PL4.4: Tiêu chí đánh giá Đề xuất quan tâm thực hiện dự án PPP tại Úc[89]

TT	Tiêu chí đánh giá	Tỷ trọng
1	Chi tiết về đơn vị đề xuất quan tâm Nhà đầu tư đề xuất quan tâm thực hiện dự án theo phương thức PPP phải nêu chi tiết các thông tin theo quy định, các đơn vị liên doanh hoặc có khả năng liên doanh thực hiện dự án	Đánh giá dựa trên tiêu chí đạt/ không đạt
2	Cơ cấu tài chính và quản lý rủi ro của dự án Đánh giá mô hình kinh doanh, tình hình và sức mạnh tài chính của Nhà đầu tư (và các chủ thể tham gia khác); Khả năng, mức độ Nhà đầu tư chấp nhận và quản lý rủi ro; Khả năng, mức độ Nhà đầu tư hiểu và chấp nhận cơ chế tài chính được thanh toán bởi Chính quyền	15%
3	Kinh nghiệm về cơ sở hạ tầng xã hội (CSHT XH) và chiến lược phát triển lâu dài Đánh giá mức độ hiểu biết, kinh nghiệm của Nhà đầu tư (và các chủ thể tham gia khác) về phát triển CSHT XH theo phương thức PPP (đặc biệt là PPP trong y tế), về khả năng QLVH hệ thống hạ tầng và mức độ phù hợp giữa chiến lược phát triển của Nhà đầu tư có tương xứng với mục tiêu của dự án.	15%
4	Thiết kế và Xây dựng Đánh giá kinh nghiệm của Nhà đầu tư (và các chủ thể tham gia khác) trong việc thiết kế và xây dựng phù hợp với loại hình công trình và quy mô của dự án. Đánh giá khả năng quản lý, hiểu biết các yêu cầu và thực hiện dự án.	25%
5	Cơ sở vật chất và trang thiết bị sử dụng Đánh giá tình trạng cơ sở vật chất, tài sản cố định, trang thiết bị của Nhà đầu tư (và các chủ thể tham gia khác) trong việc huy động, sử dụng để thực hiện dự án theo loại hình công trình và quy mô của dự án.	25%

TT	Tiêu chí đánh giá	Tỷ trọng
6	Tài chính dự án Đánh giá khả năng tài chính của NĐT (và các chủ thể tham gia khác) trong việc huy động và sử dụng trực tiếp vào dự án	15%
7	Khả năng hoàn thành dự án Mức độ cam kết của NĐT (và các chủ thể tham gia khác) trong việc hoàn thành dự án theo đúng tiến độ, kế hoạch.	5%

Dựa trên các tiêu chí đánh giá hồ sơ quan tâm ĐTXDCT bệnh viện Royal North Shore, chính quyền bang New South Wales đã đánh giá và lựa chọn rút gọn còn 3 nhà đầu tư (Plenary Health, Pinnacle Healthcare, InfraCare). Sau đó các Nhà đầu tư đề xuất Hồ sơ chi tiết thực hiện dự án (Request for Detailed Proposals) và được đánh giá theo các tiêu chí sau:

Bảng PL4.5: Tiêu chí đánh giá Hồ sơ đề xuất chi tiết [89]

TT	Tiêu chí đánh giá	Tỷ trọng
A	Thiết kế, xây dựng và vận hành thử công trình	35%
1	Mức độ phù hợp giữa đề xuất thiết kế với những yêu cầu, chỉ dẫn kỹ thuật chi tiết về dịch vụ và thiết bị; Đánh giá mức độ đáp ứng các tiêu chuẩn kỹ thuật của Nhà nước.	
2	Đánh giá mức độ cung cấp cơ sở vật chất y tế với chất lượng cao, hiệu quả theo các yêu cầu của dự án	
3	Mức độ linh hoạt trong thiết kế, đáp ứng được những thay đổi theo chức năng y tế và dự kiến chi phí khi điều chỉnh thiết kế và xây dựng theo tình hình cơ sở vật chất	
4	Sự đảm bảo về hồ sơ thiết kế, hoàn trả mặt bằng, xây dựng hoặc cải tạo và vận hành công trình theo các mốc thời gian được đề xuất	
5	Giảm thiểu sự gián đoạn đối với các dịch vụ y tế trong quá trình xây dựng	
6	Tính bền vững với môi trường, tiết kiệm năng lượng trong phương án thiết kế và sử dụng vật liệu xây dựng	
B	Chuyển giao dịch vụ	35%
1	Sự nhất quán, chất lượng và mức độ hoàn thiện của dự án, đặc biệt là nhận diện rủi ro và quá trình quản lý, bao gồm: + Nhận diện chính xác và cụ thể rủi ro đầu tư xây dựng + Khả năng quản lý và giảm thiểu rủi ro + Kế hoạch quản lý chất lượng, chương trình và hướng dẫn quản lý rủi ro, thiên tai, các điều kiện bất khả kháng.	

TT	Tiêu chí đánh giá	Tỷ trọng
2	Khả năng cung cấp các Dịch vụ quản lý, Dịch vụ hỗ trợ, Tính linh hoạt của dịch vụ; Khả năng đáp ứng các yêu cầu của Luật Lao động dịch vụ theo các quy định về Luật, Tiêu chuẩn và chính sách của Chính phủ)	
C	Tiêu chí Thương mại	15%
1	Khả năng tuân thủ các thỏa thuận trong tài liệu dự án	
2	Khả năng cung cấp các dịch vụ thương mại, gắn liền với các khía cạnh pháp lý, tài chính và kỹ thuật trong đề xuất dự án và sự phù hợp của phân bổ rủi ro cho các đối tượng tham gia dự án	
3	Mức độ hiểu biết và khả năng chấp nhận cơ chế thanh toán tài chính đã được dự kiến đề xuất trong phụ lục 5 của hồ sơ yêu cầu từ chính quyền	
D	Tiêu chí Tài chính	15%
1	Đánh giá mức độ hiệu quả tài chính thông qua việc so sánh các chỉ tiêu tài chính (NPV) giữa các phương án ĐTXD bởi nhà đầu tư tư nhân, Nhà nước cùng với nội dung kiểm soát rủi ro, kinh tế của đề xuất Dự án	
2	Sức mạnh tài chính của Nhà đầu tư và khả năng chấp nhận, quản lý rủi ro của các Nhà thầu, bao gồm các công cụ bảo lãnh (bảo lãnh tín dụng, bảo lãnh trách nhiệm của công ty chủ quản,...)	
3	Khả năng huy động vốn, tài chính (xem xét dựa trên sự cam kết, ràng buộc, sự phù hợp của cấu trúc tài chính và đảm bảo khả năng cho vay từ các tổ chức tài chính, vốn chủ sở hữu và các phương thức tài chính khác)	
4	Mức độ hiệu quả, khả thi của phương án tài chính cơ bản, bao gồm các đánh giá giả định về chi phí xây dựng, chi phí quản lý vận hành trong suốt vòng đời dự án, chi phí quản lý thiết bị, chi phí dịch vụ, thuế và tài chính	
E	Tiêu chí đánh giá bổ sung khác	
1	Các tiêu chí bổ sung mà Sở Y tế NSW xem xét, đánh giá đề xuất của Nhà đầu tư (nếu có)	
2	Các nội dung liên quan đến kết quả trao đổi, làm việc của Sở y tế NSW với Nhà đầu tư trong quá trình thương thảo	

Bên cạnh những kinh nghiệm thành công về quản lý ĐTXDCT y tế tại Úc thì

cũng có những kinh nghiệm thất bại, chưa đạt được mục đích của các bên tham gia dự án. Ví dụ như là Bệnh viện cấp Bang Latcoat ở Victoria là một trong những dự án đầu tiên trong lịch sử nước Úc được thực hiện ĐTXD theo phương thức PPP có giá trị 56 triệu đô la Úc để thiết kế, xây dựng, tài chính, vận hành và duy trì một bệnh viện giảng dạy với 250 giường bệnh. Thời gian thực hiện dự án được quy định trong 20 năm với tùy chọn gia hạn thêm 5 năm, nhưng chỉ sau 2 năm hoạt động, bệnh viện đã được chuyển lại thành sở hữu công cộng do đối tác tư nhân bị thua lỗ nghiêm trọng. Có một số nguyên nhân đằng sau sự thất bại này như là: dự đoán không chính xác về mức độ bệnh nhân khám chữa bệnh, các giả định về miễn thuế trong tương lai không khả thi và thiếu kinh nghiệm đối với các đối tác quản lý trong việc điều hành bệnh viện theo quy mô này [106].

PL4.4. Thổ Nhĩ Kỳ

Hệ thống hạ tầng y tế tại Thổ Nhĩ Kỳ đã bị xuống cấp trầm trọng và không đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Ví dụ như là công trình xây dựng không phù hợp với công nghệ khám chữa bệnh mới, khả năng chống chịu với động đất, ... Số lượng giường bệnh chỉ có 2,6/1000 người dân, trong khi đó so sánh với các nước thuộc khối OECD là 4,8/1000 người (số liệu thống kê năm 2011) [66]. Theo đánh giá của Chính phủ, Thổ Nhĩ Kỳ dự kiến cần ĐTXD thêm 90.000 giường bệnh đến năm 2023 để đáp ứng được nhu cầu của xã hội. Trong khi đó nguồn lực ĐTXD lại rất hạn chế. Chính vì vậy, Chính phủ Thổ Nhĩ Kỳ đã khởi động chương trình đối tác công tư trong lĩnh vực y tế vào năm 2010 nhằm thu hút và sử dụng nguồn lực của các nhà đầu tư tư nhân để ĐTXD các công trình y tế. Mục tiêu của chương trình là nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và hình thành mạng lưới bệnh viện tuyến trung ương đáp ứng được 90% nhu cầu của người dân.

Chương trình đối tác công tư trong lĩnh vực y tế đã thúc đẩy Chính phủ trong việc cải cách chính sách đầu tư xây dựng, nhằm kêu gọi và tạo môi trường thuận lợi cho nhà đầu tư tư nhân tham gia ĐTXD các công trình y tế. Trong bối cảnh hạn hẹp về nguồn lực, Chính phủ Thổ Nhĩ Kỳ dự kiến ĐTXD 50 bệnh viện với tổng mức đầu tư khoảng 20 tỷ EUR. Giai đoạn 1 đã triển khai khoảng 16 dự án, các dự án này đang

được tiến hành triển khai ở các giai đoạn khác nhau (đấu thầu lựa chọn nhà đầu tư, đàm phán tài chính, xây dựng). Những dự án triển khai quản lý ĐTXD theo phương thức đối tác công tư đã bổ sung số lượng đáng kể giường bệnh vào hệ thống y tế tại Thổ Nhĩ Kỳ [66].

Một trong những ví dụ điển hình trong quản lý ĐTXD bệnh viện theo phương thức PPP tại Thổ Nhĩ Kỳ là Tổ hợp y tế Adana. Dự án được thực hiện theo phương thức BOM (xây dựng, quản lý, vận hành) và kỳ vọng trở thành một trung tâm y tế quan trọng ở Anatolian, Thổ Nhĩ Kỳ. Tổ hợp y tế bao gồm 1.550 giường bệnh, bao gồm sáu bệnh viện: bệnh viện đa khoa 584 giường, bệnh viện dành cho phụ nữ và trẻ em 349 giường, bệnh viện tim mạch 185 giường, bệnh viện ung thư 182 giường, bệnh viện vật lý trị liệu và phục hồi chức năng 150 giường và một bệnh viện tâm thần 100 giường.

Theo kế hoạch của dự án, Nhà đầu tư được lựa chọn có trách nhiệm tài trợ tài chính, xây dựng, bảo trì và quản lý các công trình y tế, cung cấp hoặc điều phối các dịch vụ hỗ trợ y tế, trong khi Bộ Y tế sẽ cung cấp các dịch vụ y tế cốt lõi. Việc quản lý ĐTXDCT y tế sẽ mang lại nhiều lợi ích to lớn cho Chính phủ thông qua việc chia sẻ, chuyển giao rủi ro cho nhà đầu tư nhân thông qua phương thức PPP. Nhà đầu tư sẽ chịu rủi ro về tài chính, kỹ thuật và các hoạt động quản lý vận hành, trong khi đó Nhà nước có thể tập trung các nguồn lực vào cung cấp dịch vụ y tế trọng yếu [77].



Hình PL4.3: Dự án Tổ hợp y tế Adana được ĐTXD theo phương thức PPP

Theo điều khoản của hợp đồng dự án, Bộ Y tế Thổ Nhĩ Kỳ sẽ thanh toán cho

Nhà đầu tư các khoản mục chi phí liên quan đến cơ sở vật chất, xây dựng công trình (thanh toán cố định) và các khoản mục chi phí liên quan đến dịch vụ, quản lý, vận hành (thanh toán linh hoạt). Dự án có TMĐT khoảng 460 triệu EUR được khởi công từ ngày 19/12/2014 và xây dựng trong 3 năm (36 tháng), thời gian nhượng quyền là 28 năm. Việc quản lý ĐTXD ở Thổ Nhĩ Kỳ được thực hiện trên nguyên tắc “Nhà nước nắm giữ giá trị cốt lõi” và được thể hiện khá rõ nét trong dự án Tổ hợp y tế Adana. Chính phủ khai thác hiệu quả nguồn lực của tư nhân thông qua nguồn lực tài chính, công nghệ xây dựng, quản lý hiệu quả, thời gian và chất lượng trong khi đó việc cung cấp dịch vụ y tế vẫn thuộc trách nhiệm Nhà nước. Nhà đầu tư tư nhân chỉ tham gia vào các dịch vụ hỗ trợ nhằm thu hồi vốn đầu tư, nâng cao hiệu quả kinh tế của dự án [77].

**PHỤ LỤC SỐ 5. PHÂN TÍCH, ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ
KINH TẾ TÀI CHÍNH DỰ ÁN ĐẦU TƯ XÂY DỰNG
THEO PHƯƠNG THỨC ĐỐI TÁC CÔNG TƯ**

PL5.1. Giới thiệu về dự án

- Tên dự án: Dự án đầu tư xây dựng Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn 2
- Địa điểm thực hiện dự án: tại xã Bình Phú và xã Phùng Xá, huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội.

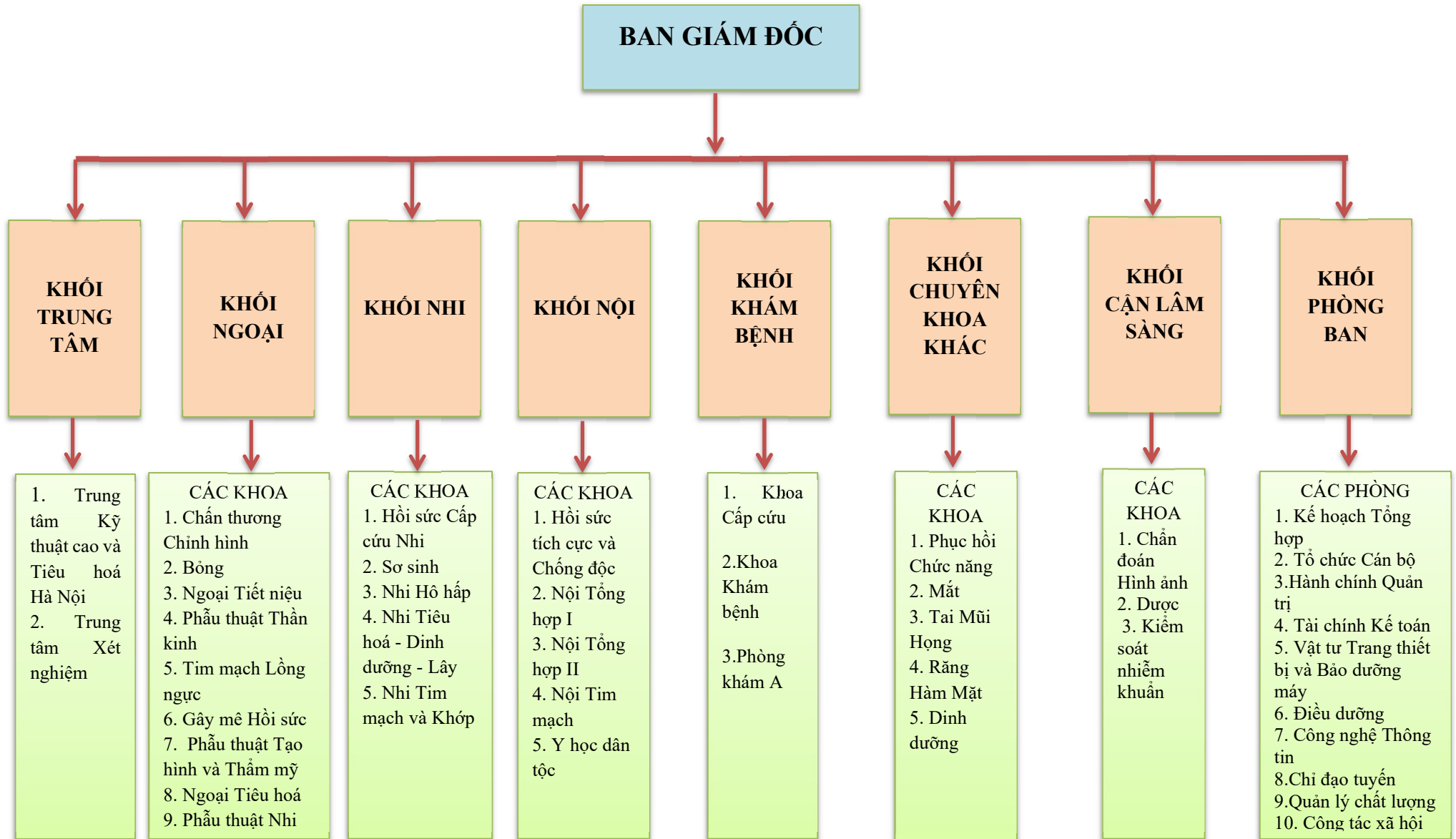
- Mục tiêu đầu tư: Mở rộng diện tích bệnh viện chất lượng cao trên địa bàn thành phố nhằm đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân Thủ đô và các tỉnh lân cận. Tạo môi trường hấp dẫn thu hút bệnh nhân đến từ các địa phương trong cả nước và các nước trong khu vực bằng chất lượng khám chữa bệnh, chất lượng dịch vụ, vệ sinh và môi trường trong sạch (mô hình bệnh viện khách sạn). Trong đó chú trọng đầu tư thiết bị công nghệ cao, thầy thuốc giỏi, nhân viên phục vụ tận tình để khám, và điều trị có hiệu quả cho người bệnh. Đặc biệt chẩn đoán sớm và điều trị các bệnh hiểm nghèo, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và phục hồi chức năng đạt chất lượng cao cho nhân dân với giá thành phù hợp cho tất cả các đối tượng trong xã hội. Đồng thời cũng giảm tải cho các bệnh viện trong nội đô thành phố Hà Nội.

- Quy mô đầu tư: Xây dựng 600 giường bệnh, 45 khoa phòng hơn 1.000 cán bộ nhân viên, 7 chuyên khoa đầu ngành: Ngoại, Nhi, Gây mê Hồi sức, Xét nghiệm, Chẩn đoán Hình ảnh, Điều dưỡng, Phẫu thuật tạo hình.

- Tổng vốn đầu tư: 935 tỷ đồng (giá trị sau thuế GTGT, mặt bằng giá năm 2022)

Bảng PL5.1: Các chỉ tiêu cơ bản của dự án

TT	Nội dung	Đơn vị	Toàn dự án
1	Tổng diện tích khu đất	m ²	40.016,00
2	Diện tích xây dựng	m ²	
-	Diện tích đất xây dựng công trình bệnh viện	m ²	19.601,00
+	Diện tích đất xây dựng công trình bệnh viện		19.601,00
-	Diện tích đất sân đường, bãi đỗ xe	m ²	9.186,75
-	Diện tích đất cây xanh	m ²	10.768,25
-	Trạm xử lý nước thải công suất 1.000 m ³ /ng.đ	m ²	400,00
-	Lò đốt chất thải rắn	m ²	60,00
3	Quy mô giường bệnh	giường	600,00



Hình PL5.1: Sơ đồ tổ chức Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn cơ sở 2

PL5.2. Các phương án phân tích hiệu quả kinh tế - tài chính

Căn cứ điều kiện kinh tế - xã hội, định hướng phát triển của thành phố Hà Nội, căn cứ các quy định hiện hành về ĐTXD và khai thác, vận hành công trình bệnh viện, tham khảo số liệu dự kiến ĐTXD bệnh viện Xanh Pôn cơ sở 2 tại xã Bình Phú và Phùng Xá, huyện Thạch Thất, Hà Nội.

Luận án giả định dự án này được chính quyền thành phố Hà Nội (gọi chung là Nhà nước) thực hiện quản lý ĐTXD và vận hành theo phương thức PPP. Trên cơ sở các căn cứ, điều kiện giả định, luận án đã nghiên cứu, phân tích hiệu quả kinh tế - tài chính (KT-TC) và đánh giá hiệu quả đầu tư của dự án theo 3 phương án cơ bản.

Đối với các công trình y tế, thời gian sử dụng công trình từ 25-50 năm. Đồng thời, để đảm bảo hiệu quả kinh tế cho nhà đầu tư khi tham gia vào dự án. Cho nên, luận án chọn thời gian phân tích hiệu quả KTTC của dự án là 30 năm.

Phương án 1-PA1: Nhà nước ĐTXD, khai thác và vận hành dự án bằng 100% vốn ngân sách Nhà nước (hình thức ĐTTT).

Phương án 2-PA2: Nhà đầu tư tư nhân ĐTXD, khai thác và vận hành công trình bằng 100% nguồn vốn tư nhân. Trong phương án này sẽ phân tích theo cơ cấu vốn đầu tư (VĐT): 15% vốn tự có và 85% vốn vay từ tổ chức tín dụng thương mại (theo quy định tại Nghị định số 35/2021/NĐ-CP ngày 29/3/2021 của Chính phủ về quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật đầu tư theo phương thức đối tác công tư).

Phương án 3-PA3: Nhà nước và Nhà đầu tư tư nhân cùng góp vốn thực hiện ĐTXDCT theo phương thức PPP (mô hình nhượng quyền). Trong phương án này sẽ phân tích theo tỷ lệ vốn góp hỗ trợ của Nhà nước. Nhà nước hỗ trợ 15% VĐT, Nhà đầu tư tư nhân đóng góp 85% VĐT (bao gồm cả lãi vay xây dựng). Trong số vốn của Tư nhân thì 15% VĐT là vốn tự có và 70% vốn vay từ tổ chức tín dụng thương mại. Tư nhân sẽ khai thác các dịch vụ theo công trình xây dựng (ví dụ như là khám bệnh, chữa bệnh...). Để đủ chi trả chi phí vận hành dự án và thu hồi VĐT đã bỏ ra, trong quá trình thực hiện dự án Nhà nước sẽ hỗ trợ chính sách ưu đãi thuế thu nhập doanh nghiệp (theo Nghị định số 218/2013/NĐ-CP ngày 26/11/2013 của Chính phủ).

Các phương án đều được phân tích theo phương pháp giá trị đồng tiền (Value

of Money) để so sánh hiệu quả KT-TC của dự án đối tác công tư. Kết quả phân tích các phương án được thể hiện qua các chỉ tiêu kinh tế tài chính (NPV, IRR, Thời hạn thu hồi vốn).

PL5.3. Kết quả phân tích hiệu quả kinh tế - tài chính

5.1. Phương án 1- Nhà nước đầu tư

PA1-1: phương án Nhà nước đầu tư dự án bằng 100% vốn ngân sách Nhà nước, khai thác sử dụng các dịch vụ như giả thiết kinh doanh ở PA2 và PA3. Nhà nước chi 850,816 tỷ đồng ĐTXD (trước thuế GTGT) và sẽ phải thành lập 1 đơn vị khai thác, vận hành bệnh viện (thực hiện các công việc quản lý bệnh viện, dọn vệ sinh, sửa chữa, duy tu bảo dưỡng máy móc thiết bị y tế, ...) với kinh phí bình quân mỗi năm gần 60,896 tỷ đồng (1.778,192 tỷ đồng/30 năm). Hiệu quả khai thác tiện ích từ công trình sẽ trang trải chi phí vận hành hàng năm và thu hồi vốn đầu tư. Kết quả phân tích tính toán các chỉ tiêu KTTC của dự án như sau:

- + Giá trị NPV: 336,527 tỷ đồng (NPV>0)
- + Giá trị IRR: 8,81% (IRR> r với r = 6%)
- + Thời hạn hoàn vốn nội bộ: 13 năm

Với phương án phân tích này thì dự án có hiệu quả KT-TC, tuy nhiên dự án không phù hợp với quan điểm và nguyên tắc tính toán vì trường hợp nghiên cứu được đặt trong bối cảnh hạn chế đầu tư công. Nhà nước thiếu vốn để ĐTXDCT.

5.2. Phương án 2 - Nhà đầu tư tư nhân đầu tư

Để tính toán các chỉ tiêu hiệu quả KT-TC của PA2, một số căn cứ, điều kiện và các giả thiết để tính toán được áp dụng như sau:

- *Nguồn vốn và cơ cấu:* Nhà đầu tư tư nhân đầu tư 100% VĐT dự án (850,816 tỷ đồng ĐTXD (trước thuế GTGT) với cơ cấu vốn là 15% vốn tự có và 85% vốn vay các tổ chức tín dụng thương mại, lãi suất vay vốn là 7%/năm

- *Đồng tiền sử dụng trong tính toán:* đồng tiền nội tệ (tiền Việt Nam - VNĐ)

- *Thời gian phân tích dự án:*

+ Thời gian xây dựng dự án dự kiến 03 năm. Thời gian khởi công xây dựng tháng 01/2023 và dự kiến hoàn thành đưa vào sử dụng từ tháng 01/2026.

+ Tỷ lệ phân bổ vốn đầu tư: đều trong 03 năm từ năm 2023

+ Thời gian phân tích: 30 năm, từ tháng 01/2026 đến tháng 01/2055.

- *Phương án kinh doanh và doanh thu của dự án*

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn 2 sau khi kết thúc xây dựng và đưa vào khai thác vận hành sẽ được phép khai thác vận hành. Đơn giá khám bệnh, chữa bệnh được xác định bình quân trên địa bàn thành phố Hà Nội theo hướng dẫn tại Thông tư số 13/2019/TT-BYT ngày 05/7/2019 của Bộ Y tế (quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp) và Thông tư số 13/2023/TT-BYT ngày 29/6/2023 của Bộ Y tế (quy định khung giá và phương pháp định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước cung cấp). Doanh thu tính toán đối với 1 năm khi hoạt động với công suất khai thác 100% là 175,740 tỷ đồng/năm.

- *Kế hoạch khai thác dịch vụ công trình*: giả thiết hệ số khai thác 60% (năm thứ 1), 70% (năm thứ 2), 80% (năm thứ 3), 90% (năm thứ 4) và từ năm thứ 5 trở đi đạt 100%.

- *Một số điều kiện khác*:

a. Chi phí vận hành: bao gồm chi phí vận hành hàng năm và chi phí khấu hao tài sản cố định (TSCĐ).

a.1. Chi phí vận hành hàng năm: chi phí chi trả (1) Chi phí tiền lương cho cán bộ trực tiếp và gián tiếp (tiền lương cơ bản, mức đóng bảo hiểm theo quy định hiện hành (Quỹ lương được dự kiến 10% doanh thu; các loại bảo hiểm 21,5% quỹ lương), (2) Chi phí quản lý doanh nghiệp (công tác phí, hành chính, tiền điện, nước, điện thoại, Internet, : dự kiến 6% tổng doanh thu), (3) Chi phí dụng cụ, vật tư thiết bị, sửa chữa, nâng cấp thiết bị dự kiến 17% doanh thu; (4) Các loại thuế dành cho doanh nghiệp theo quy định hiện hành.

a.2. Chi phí khấu hao TSCĐ: cách tính khấu hao và thời hạn tính khấu hao công trình XD được tính theo Thông tư số 45/2013/TT-BTC ngày 25/04/2013 và số 23/2023/TT-BTC ngày 25/4/2023 của Bộ Tài chính quy định về chế độ quản lý, sử dụng và trích khấu hao TSCĐ. Thời gian tính khấu hao cho công trình XD là 30 năm; còn các khoản chi phí khác được tính khấu hao trừ dần trong 10 năm. Tính khấu hao theo phương pháp khấu hao đều.

- *Thuế và nghĩa vụ tài chính*: Thuế thu nhập doanh nghiệp (TNDN) được xác định theo các quy định (Điều 15 và 16, Nghị định số 218/2013/NĐ-CP ngày 26/11/2013 của Chính phủ về Quy định chi tiết và hướng dẫn Luật thuế thu nhập doanh nghiệp).

- *Lãi vay và kế hoạch trả nợ*: lãi vay vốn cố định là 7%/năm, trả trong 17 năm.

- *Điều kiện khác*: Tất cả các giá trị của đơn giá, phí, chi phí đầu vào và chi phí đầu ra đưa vào trong phân tích tính toán đều được lấy theo giá trị trước thuế giá trị gia tăng (VAT). Do đó trong tính toán phân tích KT- TC không xét đến thuế VAT.

Tỷ suất chiết khấu: Tỷ suất chiết khấu (r) được tính trên cơ sở bình quân gia quyền lãi suất vay và cơ cấu nguồn VĐT của DA.

- *Kết quả phân tích của các chỉ tiêu hiệu quả KTTC là*:

- Chỉ tiêu NPV : -109,309 tỷ đồng

- Chỉ tiêu IRR : 5,23% (IRR < r với r = 6%)

- Thời hạn hoàn vốn nội bộ: Không có khả năng thu hồi vốn

Từ kết quả phân tích cho thấy, nếu Nhà đầu tư tư nhân bỏ vốn 100% để thực hiện DA ĐTXD Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn 2 trên địa bàn thành phố Hà Nội, mặc dù đã được Nhà nước áp dụng chính sách ưu đãi thuế TNDN, nhưng dự án vẫn không có tính khả thi và dự án không có hiệu quả (NPV < 0, IRR < r).

5.3 Phương án 3: hình thức đối tác công tư

Giữ nguyên các số liệu, dữ liệu, các giả thiết và điều kiện tính toán, chính sách ưu đãi của Nhà nước như ở PA2, giả thiết dự án ĐTXD Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn 2 được đầu tư theo hình thức đối tác công tư. Phương án này được phân tích theo 2 phương án về tỷ lệ hỗ trợ vốn của Nhà nước (15% VĐT). Trong số VĐT của Tư nhân thì có 15% vốn tự có và 70% vốn vay thương mại.

Kết quả phân tích, tính toán theo PA 3:

- Nguồn VĐT: 935,112 tỷ đồng (Nhà nước hỗ trợ 15%: 140,266 tỷ đồng; tư nhân 85%: 794,845 tỷ đồng, trong đó 15% vốn tự có, 70% vốn vay)

- Chỉ tiêu NPV: 7,230 tỷ đồng

- Chỉ tiêu IRR: 6,05 % (IRR > r với r=6%)

- Thời hạn hoàn vốn nội bộ: 19 năm (Nhà đầu tư có khả năng thu hồi VĐT đã

bỏ ra). (chi tiết xem các Bảng tính toán kèm theo)

Như vậy, với kết quả tính toán ở trên của các phương án phân tích, cho thấy nếu dự án ĐTXD Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn 2 muốn có sự tham gia của khu vực tư nhân và được đầu tư theo hình thức đối tác công tư thì cần có sự hỗ trợ vốn của Nhà nước và được áp dụng chính sách ưu đãi thuế TNDN hiện hành (Nghị định 218/2013/NĐ-CP) thì dự án đầu tư có hiệu quả về KTTC ($NPV > 0$, $IRR > r$, và Nhà đầu tư tư nhân có thể thu hồi được vốn đầu tư đã bỏ ra).

Đồng thời đối với từng phương án có phân tích độ nhạy với sự thay đổi của các đại lượng tính toán (thay đổi tỷ lệ góp vốn, biến động giá, chính sách ưu đãi, thay đổi đơn giá đầu ra (đơn giá khám bệnh, chữa bệnh, ...) để lựa chọn phương án cơ bản tốt nhất.

Bảng PL5.2: Cơ cấu vốn đầu tư

Đơn vị: VND

STT	Khoản mục chi phí	Phương án 1		Phương án 2		Phương án 3	
		Tỷ lệ góp vốn (%)	Thành tiền (đ)	Tỷ lệ góp vốn (%)	Thành tiền (đ)	Tỷ lệ góp vốn (%)	Thành tiền (đ)
	TỔNG MỨC ĐẦU TƯ (chưa bao gồm lãi vay trong thời gian xây dựng)	935.112.063.854					
1	NGUỒN VỐN NHÀ NƯỚC	100%	935.112.064.000		-	15,0%	140.266.810.000
2	VỐN TƯ NHÂN GÓP VỐN		-	100%	935.112.064.000		794.845.255.000
a	Vốn tự có (15% TMĐT)		-	15,0%	140.266.810.000	15,0%	140.266.810.000
b	Vốn vay		-	85,0%	794.845.254.000	70,0%	654.578.445.000

BẢNG PL05.3-01: KHÁI TOÁN TỔNG MỨC ĐẦU TƯ - PHƯƠNG ÁN 1
DỰ ÁN: XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH BỆNH VIỆN XANH PÔN 2
ĐỊA ĐIỂM: HUYỆN THẠCH THẮT, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Đơn vị: VND

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ					Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
		G_{XD}						Mức	Thành tiền		
I	CHI PHÍ XÂY DỰNG						303.256.416.600	10%	30.325.641.660	333.582.058.260	
1	Chi phí xây dựng Bệnh viện quy mô 600 giường	524.783.000	x	600,0	giường x	0,926	265.063.122.545	10%	26.506.312.255	291.569.434.800	Tham khảo mục 11121.01, bảng 14 - công trình bệnh viện đa khoa - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,926 tra bảng 96, vùng 7, mục I.1
2	Hạ tầng khu (bao gồm: Sân đường, bãi đỗ xe)	7.331.000.000	x	0,92	ha x	0,912	5.583.766.781	10%	558.376.678	6.142.143.460	Tham khảo mục 13300.04 - bảng 56 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,997 tra bảng 96, vùng 7, mục III.3
3	Chi phí cảnh quan ngoài nhà, cây xanh	1.000.000	x	10.768,25	m2		9.789.318.182	10%	978.931.818	10.768.250.000	Tạm tính
5	Chi phí trạm xử lý nước thải	25.511.000	x	1.000,00	m3	0,93	21.568.390.909	10%	2.156.839.091	23.725.230.000	Tham khảo mục 13210.01 - bảng 55 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,997 tra bảng 96, vùng 7, mục III.3
6	Lò đốt chất thải rắn	850.000.000	x	1,08	tấn/ngày	1,5	1.251.818.182	10%	125.181.818	1.377.000.000	Tham khảo Quyết định số 1354/QĐ-BXD ngày 29/12/2017 của Bộ Xây dựng, hệ số điều chỉnh rác thải sinh hoạt và rác thải y tế
II	CHI PHÍ THIẾT BỊ						376.341.089.205		37.634.108.920	413.975.198.125	
1	Chi phí thiết bị	704.945.000	x	600,0	giường x	0,926	356.061.310.909	10%	35.606.131.091	391.667.442.000	Tham khảo mục 11121.01, bảng 14 - công trình bệnh viện đa khoa - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,926 tra bảng 96, vùng 7, mục I.1
2	Thiết bị ngoài nhà chung bao gồm: trạm bơm, trạm biến thế, trạm xử lý nước thải và trang thiết bị phục vụ chiếu sáng, cấp điện, cấp nước	335.000.000	x	0,919	ha		279.778.295	10%	27.977.830	307.756.125	Tham khảo mục 13300.04 - bảng 56 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ			Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
						Mức	Thành tiền		
3	Chi phí Trang thiết bị, phát triển khu điều trị theo yêu cầu, điều trị chuyên sâu				20.000.000.000	10%	2.000.000.000	22.000.000.000	Tạm tính
CỘNG (XÂY LẬP + THIẾT BỊ)		Z = G_{XD} + G_{TB}			679.597.505.804	10%	67.959.750.580	747.557.256.385	
III	CHI PHÍ QUẢN LÝ DỰ ÁN (Gda)				9.616.304.707	10%		9.616.304.707	
	(Gồm các chi phí để tổ chức thực hiện các công việc quản lý dự án từ giai đoạn chuẩn bị dự án đến nghiệm thu đưa công trình vào khai thác sử dụng)	679.597.505.804	x	1,415 %	9.616.304.707			9.616.304.707	TT 12/TT-BXD 2021
IV	CHI PHÍ TƯ VẤN ĐẦU TƯ XÂY DỰNG (Gtv)				16.310.346.535	10%	1.621.034.654	17.931.381.189	
1	Chi phí khảo sát địa chất xây dựng công trình (phục vụ lập BCNCKT, thiết kế BVTC) - tạm tính				181.818.182	10%	18.181.818	200.000.000	Tạm tính
2	Chi phí lập đồ án quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	281.450.000		0,919 ha	281.450.000	10%	28.145.000	309.595.000	TT 20/2019/TT-BXD
3	Chi phí lập nhiệm vụ quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	37.010.000		0,919 ha	37.010.000	10%	3.701.000	40.711.000	TT 20/2019/TT-BXD
2	Chi phí lập báo cáo nghiên cứu khả thi	679.597.505.804	x	0,272 %	1.848.505.216	10%	184.850.522	2.033.355.737	TT 12/TT-BXD 2021
3	Chi phí thẩm tra báo cáo nghiên cứu khả thi	679.597.505.804	x	0,044 %	299.022.903	10%	29.902.290	328.925.193	TT 12/TT-BXD 2021
4	Chi phí thiết kế bản vẽ thi công (thiết kế 2 bước)	303.256.416.600	x	2,216 %	6.720.162.192	10%	672.016.219	7.392.178.411	TT 12/TT-BXD 2021
5	Chi phí thẩm tra thiết kế bản vẽ thi công	303.256.416.600	x	0,099 %	300.223.852	10%	30.022.385	330.246.238	TT 12/TT-BXD 2021
6	Chi phí thẩm tra dự toán công trình	303.256.416.600	x	0,095 %	288.093.596	10%	28.809.360	316.902.955	TT 12/TT-BXD 2021
7	Chi phí lập hồ sơ mời thầu gồm:								
	- Chi phí lập HSMT gói thầu tư vấn	15.594.343.660	x	0,350 %	54.580.203	10%	5.458.020	60.038.223	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí lập HSMT, đánh giá HSDT thi công xây dựng	303.256.416.600	x	0,071 %	215.312.056	10%	21.531.206	236.843.261	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí lập HSMT, đánh giá HSDT cung cấp T.Bị	376.341.089.205	x	0,090 %	338.706.980	10%	33.870.698	372.577.678	TT 12/TT-BXD 2021
8	Chi phí giám sát thi công gồm :								
	- Chi phí giám sát công tác khảo sát	181.818.182	x	4,072 %	7.403.636	10%	740.364	8.144.000	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí giám sát thi công xây dựng	303.256.416.600	x	1,423 %	4.315.338.808	10%	431.533.881	4.746.872.689	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí giám sát thi công lắp đặt thiết bị	376.341.089.205	x	0,279 %	1.049.991.639	10%	104.999.164	1.154.990.803	TT 12/TT-BXD 2021

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ				Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
							Mức	Thành tiền		
9	Chi phí thẩm định hồ sơ mời thầu, thẩm định kết quả lựa chọn nhà thầu	747.557.256.385	x	0,100	%	100.000.000			100.000.000	NĐ 63/2014/ND-CP (chi phí tối đa)
10	Chi phí thí nghiệm cọc (tạm tính)					272.727.273	10%	27.272.727	300.000.000	Tạm tính
VI	CHI PHÍ KHÁC (Gk)					3.489.397.579	10%	261.289.577	3.750.687.156	
1	Lệ phí thẩm định đồ án quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	350.306.000	x	10,997	%	38.524.370			38.524.370	TT20/2019/TT-BXD
2	Lệ phí thẩm định dự án đầu tư XDCT	935.000.000.000	x	0,005	%	46.750.000			46.750.000	TT28/2023/TT-BTC
3	Lệ phí thẩm định thiết kế	303.256.416.600	x	0,060	%	181.953.850			181.953.850	TT 27/2023/TT-BTC
4	Lệ phí thẩm tra dự toán	303.256.416.600	x	0,056	%	169.823.593			169.823.593	TT 27/2023/TT-BTC
5	Phí thẩm duyệt thiết kế PCCC	935.000.000.000	x	0,002	%	18.700.000			18.700.000	TT258/2016/TT-BTC
6	Bảo hiểm công trình xây dựng	679.597.505.804	x	0,080	%	543.678.005	10%	54.367.800	598.045.805	TT 50/2022/TT-BTC
7	Chi phí thẩm tra, phê duyệt quyết toán	935.000.000.000	x	0,090	% x 0,5	420.750.000			420.750.000	Nghị định 99/2021/NĐ-CP
8	Chi phí kiểm toán quyết toán vốn đầu tư	935.000.000.000	x	0,129	%	1.206.150.000	10%	120.615.000	1.326.765.000	Nghị định 99/2021/NĐ-CP
9	Chi phí kiểm tra công tác nghiệm thu công trình xây dựng	4.315.338.808	x	20	%	863.067.762	10%	86.306.776	949.374.538	Điều 1 Khoản 4 thông tư 04/2019TT-BXD ngày 16/8/2019 và Điều 16 Thông tư 10/2021/TT-BXD ngày 25/8/2021 (không quá 20% của chi phí tư vấn giám sát)
10	Lãi vay trong thời gian xây dựng (tạm tính lãi suất 7%/năm)	Bảng tính riêng								
VII	CHI PHÍ DỰ PHÒNG CỦA DỰ ÁN	$G_{XD} + G_{TB} + G_{da} + G_{tv} + G_k$				141.802.710.925	10%	14.180.271.093	155.982.982.018	
1	Dự phòng phát sinh khối lượng công việc	709.013.554.626	x	10	%	70.901.355.463	10%	7.090.135.546	77.991.491.009	TT 12/TT-BXD 2021
2	Dự phòng cho yếu tố trượt giá	709.013.554.626	x	10	%	70.901.355.463	10%	7.090.135.546	77.991.491.009	TT 12/TT-BXD 2021
TỔNG CỘNG (chưa kể lãi vay)						850.816.265.551	10%	84.022.345.903	934.838.611.454	
TỔNG MỨC ĐẦU TƯ						850.816.266.000	10%	84.022.346.000	934.838.611.000	

BẢNG PL5.3-02: KHÁI TOÁN TỔNG MỨC ĐẦU TƯ - PHƯƠNG ÁN 2

DỰ ÁN: XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH BỆNH VIỆN XANH PÔN 2

ĐỊA ĐIỂM: HUYỆN THẠCH THẮT, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Đơn vị: VND

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ				Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
		G_{XD}					Mức	Thành tiền		
I	CHI PHÍ XÂY DỰNG					303.256.416.600	10%	30.325.641.660	333.582.058.260	
1	Chi phí xây dựng Bệnh viện quy mô 600 giường	524.783.000	x	600,0	giường x 0,926	265.063.122.545	10%	26.506.312.255	291.569.434.800	Tham khảo mục 11121.01, bảng 14 - công trình bệnh viện đa khoa - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,926 tra bảng 96, vùng 7, mục I.1
2	Hạ tầng khu (bao gồm: Sân đường, bãi đỗ xe)	7.331.000.000	x	0,92	ha x 0,912	5.583.766.781	10%	558.376.678	6.142.143.460	Tham khảo mục 13300.04 - bảng 56 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,997 tra bảng 96, vùng 7, mục III.3
3	Chi phí cảnh quan ngoài nhà, cây xanh	1.000.000	x	10.768,25	m2	9.789.318.182	10%	978.931.818	10.768.250.000	Tạm tính
5	Chi phí trạm xử lý nước thải	25.511.000	x	1.000,00	m3 0,93	21.568.390.909	10%	2.156.839.091	23.725.230.000	Tham khảo mục 13210.01 - bảng 55 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,997 tra bảng 96, vùng 7, mục III.3
6	Lò đốt chất thải rắn	850.000.000	x	1,08	tấn/ngày 1,5	1.251.818.182	10%	125.181.818	1.377.000.000	Tham khảo Quyết định số 1354/QĐ-BXD ngày 29/12/2017 của Bộ Xây dựng, hệ số điều chỉnh rác thải sinh hoạt và rác thải y tế
II	CHI PHÍ THIẾT BỊ					376.341.089.205		37.634.108.920	413.975.198.125	
1	Chi phí thiết bị	704.945.000	x	600,0	giường x 0,926	356.061.310.909	10%	35.606.131.091	391.667.442.000	Tham khảo mục 11121.01, bảng 14 - công trình bệnh viện đa khoa - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,926 tra bảng 96, vùng 7, mục I.1
2	Thiết bị ngoài nhà chung bao gồm: trạm bơm, trạm biến thế, trạm xử lý nước thải và trang thiết bị phục vụ chiếu sáng, cấp điện, cấp nước	335.000.000	x	0,919	ha	279.778.295	10%	27.977.830	307.756.125	Tham khảo mục 13300.04 - bảng 56 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ			Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
						Mức	Thành tiền		
3	Chi phí Trang thiết bị, phát triển khu điều trị theo yêu cầu, điều trị chuyên sâu				20.000.000.000	10%	2.000.000.000	22.000.000.000	Tạm tính
CỘNG (XÂY LẬP + THIẾT BỊ)		$Z = G_{XD} + G_{TB}$			679.597.505.804	10%	67.959.750.580	747.557.256.385	
III	CHI PHÍ QUẢN LÝ DỰ ÁN (Gda)				9.616.304.707	10%		9.616.304.707	
	(Gồm các chi phí để tổ chức thực hiện các công việc quản lý dự án từ giai đoạn chuẩn bị dự án đến nghiệm thu đưa công trình vào khai thác sử dụng)	679.597.505.804	x	1,415 %	9.616.304.707			9.616.304.707	TT 12/TT-BXD 2021
IV	CHI PHÍ TƯ VẤN ĐẦU TƯ XÂY DỰNG (Gtv)				16.310.346.535	10%	1.621.034.654	17.931.381.189	
1	Chi phí khảo sát địa chất xây dựng công trình (phục vụ lập BCNCKT, thiết kế BVTC) - tạm tính				181.818.182	10%	18.181.818	200.000.000	Tạm tính
2	Chi phí lập đồ án quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	281.450.000		0,919 ha	281.450.000	10%	28.145.000	309.595.000	TT 20/2019/TT-BXD
3	Chi phí lập nhiệm vụ quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	37.010.000		0,919 ha	37.010.000	10%	3.701.000	40.711.000	TT 20/2019/TT-BXD
2	Chi phí lập báo cáo nghiên cứu khả thi	679.597.505.804	x	0,272 %	1.848.505.216	10%	184.850.522	2.033.355.737	TT 12/TT-BXD 2021
3	Chi phí thẩm tra báo cáo nghiên cứu khả thi	679.597.505.804	x	0,044 %	299.022.903	10%	29.902.290	328.925.193	TT 12/TT-BXD 2021
4	Chi phí thiết kế bản vẽ thi công (thiết kế 2 bước)	303.256.416.600	x	2,216 %	6.720.162.192	10%	672.016.219	7.392.178.411	TT 12/TT-BXD 2021
5	Chi phí thẩm tra thiết kế bản vẽ thi công	303.256.416.600	x	0,099 %	300.223.852	10%	30.022.385	330.246.238	TT 12/TT-BXD 2021
6	Chi phí thẩm tra dự toán công trình	303.256.416.600	x	0,095 %	288.093.596	10%	28.809.360	316.902.955	TT 12/TT-BXD 2021
7	Chi phí lập hồ sơ mời thầu gồm:								
	- Chi phí lập HSMT gói thầu tư vấn	15.594.343.660	x	0,350 %	54.580.203	10%	5.458.020	60.038.223	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí lập HSMT, đánh giá HSDT thi công xây dựng	303.256.416.600	x	0,071 %	215.312.056	10%	21.531.206	236.843.261	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí lập HSMT, đánh giá HSDT cung cấp T.Bị	376.341.089.205	x	0,090 %	338.706.980	10%	33.870.698	372.577.678	TT 12/TT-BXD 2021
8	Chi phí giám sát thi công gồm :								
	- Chi phí giám sát công tác khảo sát	181.818.182	x	4,072 %	7.403.636	10%	740.364	8.144.000	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí giám sát thi công xây dựng	303.256.416.600	x	1,423 %	4.315.338.808	10%	431.533.881	4.746.872.689	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí giám sát thi công lắp đặt thiết bị	376.341.089.205	x	0,279 %	1.049.991.639	10%	104.999.164	1.154.990.803	TT 12/TT-BXD 2021

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ				Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
							Mức	Thành tiền		
9	Chi phí thẩm định hồ sơ mời thầu, thẩm định kết quả lựa chọn nhà thầu	747.557.256.385	x	0,100	%	100.000.000			100.000.000	NĐ 63/2014/ND-CP (chi phí tối đa)
10	Chi phí thí nghiệm cọc (tạm tính)					272.727.273	10%	27.272.727	300.000.000	Tạm tính
VI	CHI PHÍ KHÁC (Gk)					120.257.251.446	10%	276.382.577	120.533.634.022	
1	Lệ phí thẩm định đồ án quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	350.306.000	x	10,997	%	38.524.370			38.524.370	TT20/2019/TT-BXD
2	Lệ phí thẩm định dự án đầu tư XDCT	1.052.000.000.000	x	0,005	%	52.600.000			52.600.000	TT28/2023/TT-BTC
3	Lệ phí thẩm định thiết kế	303.256.416.600	x	0,060	%	181.953.850			181.953.850	TT 27/2023/TT-BTC
4	Lệ phí thẩm tra dự toán	303.256.416.600	x	0,056	%	169.823.593			169.823.593	
5	Phí thẩm duyệt thiết kế PCCC	1.052.000.000.000	x	0,002	%	21.040.000			21.040.000	TT258/2016/TT-BTC
6	Bảo hiểm công trình xây dựng	679.597.505.804	x	0,080	%	543.678.005	10%	54.367.800	598.045.805	TT 50/2022/TT-BTC
7	Chi phí thẩm tra, phê duyệt quyết toán	1.052.000.000.000	x	0,090	% x 0,5	473.400.000			473.400.000	Nghị định 99/2021/NĐ-CP
8	Chi phí kiểm toán quyết toán vốn đầu tư	1.052.000.000.000	x	0,129	%	1.357.080.000	10%	135.708.000	1.492.788.000	Nghị định 99/2021/NĐ-CP
9	Chi phí kiểm tra công tác nghiệm thu công trình xây dựng	4.315.338.808	x	20	%	863.067.762	10%	86.306.776	949.374.538	Điều 1 Khoản 4 thông tư 04/2019TT-BXD ngày 16/8/2019 và Điều 16 Thông tư 10/2021/TT-BXD ngày 25/8/2021 (không quá 20% của chi phí tư vấn giám sát)
10	Lãi vay trong thời gian xây dựng (tạm tính lãi suất 7%/năm)	Bảng tính riêng				116.556.083.866			116.556.083.866	
VII	CHI PHÍ DỰ PHÒNG CỦA DỰ ÁN	$G_{XD} + G_{TB} + G_{da} + G_{tv} + G_k$				141.845.064.925	10%	14.184.506.493	156.029.571.418	
1	Dự phòng phát sinh khối lượng công việc	709.225.324.626	x	10	%	70.922.532.463	10%	7.092.253.246	78.014.785.709	TT 12/TT-BXD 2021
2	Dự phòng cho yếu tố trượt giá	709.225.324.626	x	10	%	70.922.532.463	10%	7.092.253.246	78.014.785.709	TT 12/TT-BXD 2021
	TỔNG CỘNG (chưa kể lãi vay)					851.070.389.551	10%	84.041.674.303	935.112.063.854	
	TỔNG MỨC ĐẦU TƯ					967.626.473.000	10%	84.041.674.000	1.051.668.148.000	

BẢNG PL5.3-03: KHÁI TOÁN TỔNG MỨC ĐẦU TƯ - PHƯƠNG ÁN 3

DỰ ÁN: XÂY DỰNG CÔNG TRÌNH BỆNH VIỆN XANH PÔN 2

ĐỊA ĐIỂM: HUYỆN THẠCH THẤT, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Đơn vị: VNĐ

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ					Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
		G_{XD}						Mức	Thành tiền		
I	CHI PHÍ XÂY DỰNG						303.256.416.600	10%	30.325.641.660	333.582.058.260	
1	Chi phí xây dựng Bệnh viện quy mô 600 giường	524.783.000	x	600,0	giường x	0,926	265.063.122.545	10%	26.506.312.255	291.569.434.800	Tham khảo mục 11121.01, bảng 14 - công trình bệnh viện đa khoa - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,926 tra bảng 96, vùng 7, mục I.1
2	Hạ tầng khu (bao gồm: Sân đường, bãi đỗ xe)	7.331.000.000	x	0,92	ha x	0,912	5.583.766.781	10%	558.376.678	6.142.143.460	Tham khảo mục 13300.04 - bảng 56 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,997 tra bảng 96, vùng 7, mục III.3
3	Chi phí cảnh quan ngoài nhà, cây xanh	1.000.000	x	10.768,25	m2		9.789.318.182	10%	978.931.818	10.768.250.000	Tạm tính
5	Chi phí trạm xử lý nước thải	25.511.000	x	1.000,00	m3	0,93	21.568.390.909	10%	2.156.839.091	23.725.230.000	Tham khảo mục 13210.01 - bảng 55 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,997 tra bảng 96, vùng 7, mục III.3
6	Lò đốt chất thải rắn	850.000.000	x	1,08	tấn/ngày	1,5	1.251.818.182	10%	125.181.818	1.377.000.000	Tham khảo Quyết định số 1354/QĐ-BXD ngày 29/12/2017 của Bộ Xây dựng, hệ số điều chỉnh rác thải sinh hoạt và rác thải y tế
II	CHI PHÍ THIẾT BỊ						376.341.089.205		37.634.108.920	413.975.198.125	
1	Chi phí thiết bị	704.945.000	x	600,0	giường x	0,926	356.061.310.909	10%	35.606.131.091	391.667.442.000	Tham khảo mục 11121.01, bảng 14 - công trình bệnh viện đa khoa - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD; Hệ số: 0,926 tra bảng 96, vùng 7, mục I.1
2	Thiết bị ngoài nhà chung bao gồm: trạm bơm, trạm biến thế, trạm xử lý nước thải và trang thiết bị phục vụ chiếu sáng, cấp điện, cấp nước	335.000.000	x	0,919	ha		279.778.295	10%	27.977.830	307.756.125	Tham khảo mục 13300.04 - bảng 56 - SĐT năm 2022 ban hành theo QĐ số 510/QĐ-BXD ngày 19/05/2023 của BXD

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ				Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
							Mức	Thành tiền		
3	Chi phí Trang thiết bị, phát triển khu điều trị theo yêu cầu, điều trị chuyên sâu					20.000.000.000	10%	2.000.000.000	22.000.000.000	Tạm tính
	CỘNG (XÂY LẬP + THIẾT BỊ)	Z = G_{XD} + G_{TB}				679.597.505.804	10%	67.959.750.580	747.557.256.385	
III	CHI PHÍ QUẢN LÝ DỰ ÁN (Gda)					9.616.304.707	10%		9.616.304.707	
	(Gồm các chi phí để tổ chức thực hiện các công việc quản lý dự án từ giai đoạn chuẩn bị dự án đến nghiệm thu đưa công trình vào khai thác sử dụng)	679.597.505.804	x	1,415 %		9.616.304.707			9.616.304.707	TT 12/TT-BXD 2021
IV	CHI PHÍ TƯ VẤN ĐẦU TƯ XÂY DỰNG (Gtv)					16.310.346.535	10%	1.621.034.654	17.931.381.189	
1	Chi phí khảo sát địa chất xây dựng công trình (phục vụ lập BCNCKT, thiết kế BVTG) - tạm tính					181.818.182	10%	18.181.818	200.000.000	Tạm tính
2	Chi phí lập đồ án quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	281.450.000		0,919 ha		281.450.000	10%	28.145.000	309.595.000	TT 20/2019/TT-BXD
3	Chi phí lập nhiệm vụ quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	37.010.000		0,919 ha		37.010.000	10%	3.701.000	40.711.000	TT 20/2019/TT-BXD
2	Chi phí lập báo cáo nghiên cứu khả thi	679.597.505.804	x	0,272 %		1.848.505.216	10%	184.850.522	2.033.355.737	TT 12/TT-BXD 2021
3	Chi phí thẩm tra báo cáo nghiên cứu khả thi	679.597.505.804	x	0,044 %		299.022.903	10%	29.902.290	328.925.193	TT 12/TT-BXD 2021
4	Chi phí thiết kế bản vẽ thi công (thiết kế 2 bước)	303.256.416.600	x	2,216 %		6.720.162.192	10%	672.016.219	7.392.178.411	TT 12/TT-BXD 2021
5	Chi phí thẩm tra thiết kế bản vẽ thi công	303.256.416.600	x	0,099 %		300.223.852	10%	30.022.385	330.246.238	TT 12/TT-BXD 2021
6	Chi phí thẩm tra dự toán công trình	303.256.416.600	x	0,095 %		288.093.596	10%	28.809.360	316.902.955	TT 12/TT-BXD 2021
7	Chi phí lập hồ sơ mời thầu gồm:									
	- Chi phí lập HSMG gói thầu tư vấn	15.594.343.660	x	0,350 %		54.580.203	10%	5.458.020	60.038.223	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí lập HSMG, đánh giá HSDT thi công xây dựng	303.256.416.600	x	0,071 %		215.312.056	10%	21.531.206	236.843.261	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí lập HSMG, đánh giá HSDT cung cấp T.Bị	376.341.089.205	x	0,090 %		338.706.980	10%	33.870.698	372.577.678	TT 12/TT-BXD 2021
8	Chi phí giám sát thi công gồm :									
	- Chi phí giám sát công tác khảo sát	181.818.182	x	4,072 %		7.403.636	10%	740.364	8.144.000	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí giám sát thi công xây dựng	303.256.416.600	x	1,423 %		4.315.338.808	10%	431.533.881	4.746.872.689	TT 12/TT-BXD 2021
	- Chi phí giám sát thi công lắp đặt thiết bị	376.341.089.205	x	0,279 %		1.049.991.639	10%	104.999.164	1.154.990.803	TT 12/TT-BXD 2021

STT	Khoản mục chi phí	Giá trị x tỷ lệ				Giá trị trước thuế	Thuế VAT		Giá trị sau thuế	Ghi chú căn cứ lập
							Mức	Thành tiền		
9	Chi phí thẩm định hồ sơ mời thầu, thẩm định kết quả lựa chọn nhà thầu	747.557.256.385	x	0,100	%	100.000.000			100.000.000	NĐ 63/2014/ND-CP (chi phí tối đa)
10	Chi phí thí nghiệm cọc (tạm tính)					272.727.273	10%	27.272.727	300.000.000	Tạm tính
VI	CHI PHÍ KHÁC (Gk)					99.650.520.815	10%	273.673.577	99.924.194.392	
1	Lệ phí thẩm định đồ án quy hoạch chi tiết đô thị (tỷ lệ 1/500)	350.306.000	x	10,997	%	38.524.370			38.524.370	TT20/2019/TT-BXD
2	Lệ phí thẩm định dự án đầu tư XDCT	1.031.000.000.000	x	0,005	%	51.550.000			51.550.000	TT28/2023/TT-BTC
3	Lệ phí thẩm định thiết kế	303.256.416.600	x	0,060	%	181.953.850			181.953.850	TT 27/2023/TT-BTC
4	Lệ phí thẩm tra dự toán	303.256.416.600	x	0,056	%	169.823.593			169.823.593	TT 27/2023/TT-BTC
5	Phí thẩm duyệt thiết kế PCCC	1.031.000.000.000	x	0,002	%	20.620.000			20.620.000	TT258/2016/TT-BTC
6	Bảo hiểm công trình xây dựng	679.597.505.804	x	0,080	%	543.678.005	10%	54.367.800	598.045.805	TT 50/2022/TT-BTC
7	Chi phí thẩm tra, phê duyệt quyết toán	1.031.000.000.000	x	0,090	% x 0,5	463.950.000			463.950.000	Nghị định 99/2021/NĐ-CP
8	Chi phí kiểm toán quyết toán vốn đầu tư	1.031.000.000.000	x	0,129	%	1.329.990.000	10%	132.999.000	1.462.989.000	Nghị định 99/2021/NĐ-CP
9	Chi phí kiểm tra công tác nghiệm thu công trình xây dựng	4.315.338.808	x	20	%	863.067.762	10%	86.306.776	949.374.538	Điều 1 Khoản 4 thông tư 04/2019TT-BXD ngày 16/8/2019 và Điều 16 Thông tư 10/2021/TT-BXD ngày 25/8/2021 (không quá 20% của chi phí tư vấn giám sát)
10	Lãi vay trong thời gian xây dựng (tạm tính lãi suất 7%/năm)	Bảng tính riêng				95.987.363.236			95.987.363.236	
VII	CHI PHÍ DỰ PHÒNG CỦA DỰ ÁN	$G_{XD} + G_{TB} + G_{da} + G_{tv} + G_k$				141.837.462.925	10%	14.183.746.293	156.021.209.218	
1	Dự phòng phát sinh khối lượng công việc	709.187.314.626	x	10	%	70.918.731.463	10%	7.091.873.146	78.010.604.609	TT 12/TT-BXD 2021
2	Dự phòng cho yếu tố trượt giá	709.187.314.626	x	10	%	70.918.731.463	10%	7.091.873.146	78.010.604.609	TT 12/TT-BXD 2021
TỔNG CỘNG (chưa kể lãi vay)						851.024.777.551	10%	84.038.205.103	935.062.982.654	
TỔNG MỨC ĐẦU TƯ						947.012.141.000	10%	84.038.205.000	1.031.050.346.000	

BẢNG PL5.4: BẢNG TÍNH DOANH THU HOẠT ĐỘNG HÀNG NĂM

1.1. Doanh thu hoạt động (Hạch toán trên 1 năm đạt 100% công suất)

Đơn vị : VND

STT	Danh mục thu	Đơn giá BQ 1 BN/ ngày (đ)	Lượt người/ngày	Doanh thu/ngày	Số ngày/tháng	Doanh thu/tháng	Doanh thu/năm
1	Khám bệnh						
	Nội trú	50.000	600	30.000.000	30	900.000.000	10.800.000.000
	Ngoại trú	35.000	500	17.500.000	26	455.000.000	5.460.000.000
2	Phẫu thuật (*)						
	Phẫu thuật nội soi	3.500.000	20	70.000.000	26	1.820.000.000	21.840.000.000
	Phẫu thuật mắt	3.500.000	15	52.500.000	26	1.365.000.000	16.380.000.000
	Đại phẫu	2.500.000	15	37.500.000	26	975.000.000	11.700.000.000
	Trung phẫu	1.500.000	15	22.500.000	26	585.000.000	7.020.000.000
	Tiểu phẫu	450.000	20	9.000.000	26	234.000.000	2.808.000.000
3	Cận lâm sàng						
	Siêu âm thường	80.000	100	8.000.000	26	208.000.000	2.496.000.000
	Siêu âm màu	150.000	50	7.500.000	26	195.000.000	2.340.000.000
	X quang	50.000	50	2.500.000	26	65.000.000	780.000.000
	Nội soi các loại	100.000	10	1.000.000	26	26.000.000	312.000.000
	Chụp CT (*)	2.500.000	10	25.000.000	26	650.000.000	7.800.000.000
	Xét nghiệm các loại	50.000	400	20.000.000	26	520.000.000	6.240.000.000
	Điện tim	50.000	20	1.000.000	26	26.000.000	312.000.000
	Điện não	50.000	20	1.000.000	26	26.000.000	312.000.000
4	Ca sinh và tiểu phẫu						
	Ca sinh	2.200.000	15	33.000.000	26	858.000.000	10.296.000.000
	Lazer điều trị các loại	50.000	20	1.000.000	26	26.000.000	312.000.000
5	Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng	100.000	30	3.000.000	26	78.000.000	936.000.000
6	Khám bệnh bằng Y học cổ truyền	50.000	50	2.500.000	26	65.000.000	780.000.000
	Điều trị bằng Y học cổ truyền	100.000	30	3.000.000	26	78.000.000	936.000.000
7	Thu phí giường bệnh						
	Loại A1	500.000	60	30.000.000	30	900.000.000	10.800.000.000
	Loại A2	400.000	80	32.000.000	30	960.000.000	11.520.000.000
	Loại A3	350.000	80	28.000.000	30	840.000.000	10.080.000.000
	Loại B1	300.000	120	36.000.000	30	1.080.000.000	12.960.000.000
	Loại B2	250.000	100	25.000.000	30	750.000.000	9.000.000.000
	Loại C	200.000	160	32.000.000	30	960.000.000	11.520.000.000
						14.645.000.000	175.740.000.000

1.2. Doanh thu dự kiến tăng trưởng qua các năm

STT	Danh mục thu	Năm thứ 4	Năm thứ 5	Năm thứ 6	Năm thứ 7	Các năm sau
1	Tỷ lệ tăng trưởng dự kiến % năm	60%	70%	80%	90%	100%
2	Doanh thu qua các năm	105.444.000.000	123.018.000.000	158.166.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000

BẢNG PL5.5:**PHƯƠNG ÁN TRẢ NỢ VỐN
VAY- PHƯƠNG ÁN 3**

Đơn vị : VNĐ

STT	Diễn giải	Tổng	Năm 1	Năm 2	Năm 3
I	Kế hoạch vốn				
1	Vốn vay trong kỳ	654.578.445.000	218.192.815.000	218.192.815.000	218.192.815.000
2	Số dư đầu kỳ		218.192.815.000	451.659.127.050	701.468.080.944
3	Lãi vay trong thời gian xây dựng	95.992.401.610	15.273.497.050	31.616.138.894	49.102.765.666
4	Lãi vay trong thời gian vận hành				
5	Số dư cuối kỳ		233.466.312.050	483.275.265.944	750.570.846.610
II	Dự kiến dòng tiền trả nợ				
1	Doanh thu trong kỳ				
2	Chi phí hoạt động (không bao gồm khấu hao và lãi vay)				
3	Thuế thu nhập doanh nghiệp				
4	Dòng tiền trả nợ hàng năm				
5	Dòng tiền trả nợ cộng dồn				
III	Kế hoạch trả nợ				
1	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	750.570.846.610	-		
2	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	373.570.218.080			
3	Tổng trả gốc và lãi vay trong kỳ	1.124.141.064.690			
4	Tổng gốc và lãi vay cộng dồn				

BẢNG PL5.5:**PHƯƠNG ÁN TRẢ NỢ VỐN
VAY- PHƯƠNG ÁN 3**

Đơn vị : VNĐ

STT	Diễn giải	Năm 4	Năm 5	Năm 6	Năm 7
I	Kế hoạch vốn				
1	Vốn vay trong kỳ				
2	Số dư đầu kỳ	750.570.846.610	750.570.846.610	706.356.848.135	652.443.346.504
3	Lãi vay trong thời gian xây dựng				
4	Lãi vay trong thời gian vận hành	52.539.959.263	52.539.959.263	49.444.979.369	45.671.034.255
5	Số dư cuối kỳ	750.570.846.610	706.356.848.135	652.443.346.504	586.751.661.847
II	Dự kiến dòng tiền trả nợ	68.904.654.000	80.389.263.000	103.358.481.000	111.362.718.912
1	Doanh thu trong kỳ	105.444.000.000	123.018.000.000	158.166.000.000	175.740.000.000
2	Chi phí hoạt động (không bao gồm khấu hao và lãi vay)	36.539.346.000	42.628.737.000	54.807.519.000	60.896.910.000
3	Thuế thu nhập doanh nghiệp	0	0	0	3.480.371.088
4	Dòng tiền trả nợ hàng năm	68.904.654.000	80.389.263.000	103.358.481.000	111.362.718.912
5	Dòng tiền trả nợ cộng dồn	68.904.654.000	149.293.917.000	252.652.398.000	364.015.116.912
III	Kế hoạch trả nợ				
1	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)		44.213.998.475	53.913.501.631	65.691.684.657
2	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	52.539.959.263	52.539.959.263	49.444.979.369	45.671.034.255
3	Tổng trả gốc và lãi vay trong kỳ	52.539.959.263	96.753.957.737	103.358.481.000	111.362.718.912
4	Tổng gốc và lãi vay cộng dồn	52.539.959.263	149.293.917.000	252.652.398.000	364.015.116.912

BẢNG PL5.5:**PHƯƠNG ÁN TRẢ NỢ VỐN
VAY- PHƯƠNG ÁN 3**

Đơn vị : VNĐ

STT	Diễn giải	Năm 8	Năm 9	Năm 10	Năm 11
I	Kế hoạch vốn				
1	Vốn vay trong kỳ				
2	Số dư đầu kỳ	586.751.661.847	516.921.401.057	442.691.833.837	363.785.803.882
3	Lãi vay trong thời gian xây dựng				
4	Lãi vay trong thời gian vận hành	41.072.616.329	36.184.498.074	30.988.428.369	25.465.006.272
5	Số dư cuối kỳ	516.921.401.057	442.691.833.837	363.785.803.882	279.908.694.040
II	Dự kiến dòng tiền trả nợ	110.902.877.120	110.414.065.294	109.894.458.324	109.342.116.114
1	Doanh thu trong kỳ	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
2	Chi phí hoạt động (không bao gồm khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Thuế thu nhập doanh nghiệp	3.940.212.880	4.429.024.706	4.948.631.676	5.500.973.886
4	Dòng tiền trả nợ hàng năm	110.902.877.120	110.414.065.294	109.894.458.324	109.342.116.114
5	Dòng tiền trả nợ cộng dồn	474.917.994.032	585.332.059.326	695.226.517.649	804.568.633.763
III	Kế hoạch trả nợ				
1	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	69.830.260.790	74.229.567.220	78.906.029.955	83.877.109.842
2	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	41.072.616.329	36.184.498.074	30.988.428.369	25.465.006.272
3	Tổng trả gốc và lãi vay trong kỳ	110.902.877.120	110.414.065.294	109.894.458.324	109.342.116.114
4	Tổng gốc và lãi vay cộng dồn	474.917.994.032	585.332.059.326	695.226.517.649	804.568.633.763

BẢNG PL5.5:**PHƯƠNG ÁN TRẢ NỢ VỐN
VAY- PHƯƠNG ÁN 3**

Đơn vị : VNĐ

STT	Diễn giải	Năm 12	Năm 13	Năm 14	Năm 15
I	Kế hoạch vốn				
1	Vốn vay trong kỳ				
2	Số dư đầu kỳ	279.908.694.040	190.747.326.278	95.968.792.347	0
3	Lãi vay trong thời gian xây dựng				
4	Lãi vay trong thời gian vận hành	19.593.608.583	13.352.312.839	6.717.815.464	0
5	Số dư cuối kỳ	190.747.326.278	95.968.792.347	0	0
II	Dự kiến dòng tiền trả nợ	108.754.976.345	108.130.846.771	107.467.397.033	106.795.615.487
1	Doanh thu trong kỳ	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
2	Chi phí hoạt động (không bao gồm khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Thuế thu nhập doanh nghiệp	6.088.113.655	6.712.243.229	7.375.692.967	8.047.474.513
4	Dòng tiền trả nợ hàng năm	108.754.976.345	108.130.846.771	107.467.397.033	106.795.615.487
5	Dòng tiền trả nợ cộng dồn	913.323.610.108	1.021.454.456.879	1.128.921.853.912	1.235.717.469.399
III	Kế hoạch trả nợ				
1	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	89.161.367.762	94.778.533.931	95.968.792.347	
2	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	19.593.608.583	13.352.312.839	6.717.815.464	-
3	Tổng trả gốc và lãi vay trong kỳ	108.754.976.345	108.130.846.771	102.686.607.811	-
4	Tổng gốc và lãi vay cộng dồn	913.323.610.108	1.021.454.456.879	1.124.141.064.690	1.124.141.064.690

BẢNG PL5.5:**PHƯƠNG ÁN TRẢ NỢ VỐN
VAY- PHƯƠNG ÁN 3**

Đơn vị : VNĐ

STT	Diễn giải	Năm 16	Năm 17	Năm 18	Năm 19
I	Kế hoạch vốn				
1	Vốn vay trong kỳ				
2	Số dư đầu kỳ	0	0	0	0
3	Lãi vay trong thời gian xây dựng				
4	Lãi vay trong thời gian vận hành	0	0	0	0
5	Số dư cuối kỳ	0	0	0	0
II	Dự kiến dòng tiền trả nợ	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
1	Doanh thu trong kỳ	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
2	Chi phí hoạt động (không bao gồm khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Thuế thu nhập doanh nghiệp	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
4	Dòng tiền trả nợ hàng năm	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
5	Dòng tiền trả nợ cộng dồn	1.342.513.084.885	1.449.308.700.372	1.556.104.315.859	1.662.899.931.345
III	Kế hoạch trả nợ				
1	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)				
2	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	-	-	-	-
3	Tổng trả gốc và lãi vay trong kỳ	-	-	-	-
4	Tổng gốc và lãi vay cộng dồn	1.124.141.064.690	1.124.141.064.690	1.124.141.064.690	1.124.141.064.690

BẢNG PL5.5:**PHƯƠNG ÁN TRẢ NỢ VỐN
VAY- PHƯƠNG ÁN 3**

Đơn vị : VNĐ

STT	Diễn giải	Năm 20	Năm 21	Năm 22	Năm 23
I	Kế hoạch vốn				
1	Vốn vay trong kỳ				
2	Số dư đầu kỳ	0	0	0	0
3	Lãi vay trong thời gian xây dựng				
4	Lãi vay trong thời gian vận hành	0	0	0	0
5	Số dư cuối kỳ	0	0	0	0
II	Dự kiến dòng tiền trả nợ	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
1	Doanh thu trong kỳ	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
2	Chi phí hoạt động (không bao gồm khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Thuế thu nhập doanh nghiệp	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
4	Dòng tiền trả nợ hàng năm	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
5	Dòng tiền trả nợ cộng dồn	1.769.695.546.832	1.876.491.162.319	1.983.286.777.805	2.090.082.393.292
III	Kế hoạch trả nợ				
1	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)				
2	Trả gốc vay (sau 1 năm hoạt động có doanh thu)	-	-	-	-
3	Tổng trả gốc và lãi vay trong kỳ	-	-	-	-
4	Tổng gốc và lãi vay cộng dồn	1.124.141.064.690	1.124.141.064.690	1.124.141.064.690	1.124.141.064.690

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 4	Năm thứ 5	Năm thứ 6	Năm thứ 7
I	Doanh thu		105.444.000.000	123.018.000.000	158.166.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí					
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	10.544.400.000	12.301.800.000	15.816.600.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	2.267.046.000	2.644.887.000	3.400.569.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.054.440.000	1.230.180.000	1.581.660.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.054.440.000	1.230.180.000	1.581.660.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	2.636.100.000	3.075.450.000	3.954.150.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.054.440.000	1.230.180.000	1.581.660.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	15.816.600.000	18.452.700.000	23.724.900.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	2.108.880.000	2.460.360.000	3.163.320.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		36.539.346.000	42.628.737.000	54.807.519.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		52.539.959.263	52.539.959.263	49.444.979.369	45.671.034.255
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		123.447.650.129	129.537.041.129	138.620.843.236	140.936.289.122
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		(18.003.650.129)	(6.519.041.129)	19.545.156.764	34.803.710.878
	Thu nhập cộng dồn		(18.003.650.129)	(24.522.691.259)	(4.977.534.495)	29.826.176.383
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		(18.003.650.129)	(24.522.691.259)	(4.977.534.495)	34.803.710.878
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		-	-	-	3.480.371.088
VI	Lợi nhuận ròng		(18.003.650.129)	(24.522.691.259)	(4.977.534.495)	31.323.339.790
	Lũy kế lợi nhuận		(18.003.650.129)	(42.526.341.388)	(47.503.875.883)	(16.180.536.093)

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 8	Năm thứ 9	Năm thứ 10	Năm thứ 11
I	Doanh thu		175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí					
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		41.072.616.329	36.184.498.074	30.988.428.369	25.465.006.272
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		136.337.871.196	131.449.752.941	126.253.683.235	120.730.261.138
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		39.402.128.804	44.290.247.059	49.486.316.765	55.009.738.862
	Thu nhập cộng dồn		69.228.305.187	113.518.552.247	163.004.869.011	218.014.607.873
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		39.402.128.804	44.290.247.059	49.486.316.765	55.009.738.862
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		3.940.212.880	4.429.024.706	4.948.631.676	5.500.973.886
VI	Lợi nhuận ròng		35.461.915.924	39.861.222.353	44.537.685.088	49.508.764.975
	Lũy kế lợi nhuận		19.281.379.831	59.142.602.184	103.680.287.273	153.189.052.248

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 12	Năm thứ 13	Năm thứ 14	Năm thứ 15
I	Doanh thu		175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí					
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		19.593.608.583	13.352.312.839	6.717.815.464	-
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		114.858.863.449	108.617.567.706	101.983.070.331	95.265.254.867
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		60.881.136.551	67.122.432.294	73.756.929.669	80.474.745.133
	Thu nhập cộng dồn		278.895.744.423	346.018.176.717	419.775.106.386	500.249.851.520
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		60.881.136.551	67.122.432.294	73.756.929.669	80.474.745.133
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		6.088.113.655	6.712.243.229	7.375.692.967	8.047.474.513
VI	Lợi nhuận ròng		54.793.022.895	60.410.189.064	66.381.236.702	72.427.270.620
	Lũy kế lợi nhuận		207.982.075.144	268.392.264.208	334.773.500.910	407.200.771.530

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 16	Năm thứ 17	Năm thứ 18	Năm thứ 19
I	Doanh thu		175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí					
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		-	-	-	-
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
	Thu nhập cộng dồn		580.724.596.653	661.199.341.786	741.674.086.920	822.148.832.053
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
VI	Lợi nhuận ròng		72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620
	Lũy kế lợi nhuận		479.628.042.150	552.055.312.770	624.482.583.390	696.909.854.010

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 20	Năm thứ 21	Năm thứ 22	Năm thứ 23
I	Doanh thu		175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí					
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		-	-	-	-
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
	Thu nhập cộng dồn		902.623.577.186	983.098.322.320	1.063.573.067.453	1.144.047.812.586
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
VI	Lợi nhuận ròng		72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620
	Lũy kế lợi nhuận		769.337.124.630	841.764.395.250	914.191.665.870	986.618.936.490

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 24	Năm thứ 25	Năm thứ 26	Năm thứ 27
I	Doanh thu		175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí					
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		-	-	-	-
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
	Thu nhập cộng dồn		1.224.522.557.720	1.304.997.302.853	1.385.472.047.986	1.465.946.793.120
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
VI	Lợi nhuận ròng		72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620
	Lũy kế lợi nhuận		1.059.046.207.110	1.131.473.477.730	1.203.900.748.350	1.276.328.018.970

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 28	Năm thứ 29	Năm thứ 30	Năm thứ 31
I	Doanh thu		175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí					
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		-	-	-	-
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867	95.265.254.867
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
	Thu nhập cộng dồn		1.546.421.538.253	1.626.896.283.386	1.707.371.028.520	1.787.845.773.653
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133	80.474.745.133
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
VI	Lợi nhuận ròng		72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620	72.427.270.620
	Lũy kế lợi nhuận		1.348.755.289.590	1.421.182.560.210	1.493.609.830.830	1.566.037.101.450

BẢNG PL5.6:**BẢNG TÍNH CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG, LỢI NHUẬN DỰ KIẾN-
PHƯƠNG ÁN 3**

Đơn vị : VNĐ

STT	Nội dung chi	Tỷ lệ	Năm thứ 32	Năm thứ 33
I	Doanh thu		175.740.000.000	175.740.000.000
II	Chi phí			
1	Quỹ lương %/doanh thu	10%	17.574.000.000	17.574.000.000
2	BHXH, BHYT % /Lương	21,5%	3.778.410.000	3.778.410.000
3	Công tác phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000
4	Hành chính phí % /doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000
5	Chi phí chung (điện , nước.v.v)	3%	4.393.500.000	4.393.500.000
6	Chi nghiệp vụ/doanh thu	1%	1.757.400.000	1.757.400.000
7	Dụng cụ, vật tư /doanh thu	15%	26.361.000.000	26.361.000.000
8	Sửa chữa, nâng cấp thiết bị/DT	2%	3.514.800.000	3.514.800.000
9	Thuế, môn bài loại 1		3.000.000	3.000.000
	Cộng chi phí hoạt động (không gồm lãi vay và khấu hao TSCĐ)		60.896.910.000	60.896.910.000
10	Lãi vay		-	-
11	Khấu hao cơ bản % / DT		34.368.344.867	34.368.344.867
	Tổng cộng chi phí		95.265.254.867	95.265.254.867
III	Thu nhập trong kỳ (trước thuế)		80.474.745.133	80.474.745.133
	Thu nhập cộng dồn		1.868.320.518.786	1.948.795.263.920
	Thu nhập tính thuế (bằng thu nhập trong kỳ + các khoản lỗ kết chuyển từ năm trước)		80.474.745.133	80.474.745.133
V	Thuế thu nhập doanh nghiệp (10%*(D.Th-CP))		8.047.474.513	8.047.474.513
VI	Lợi nhuận ròng		72.427.270.620	72.427.270.620
	Lũy kế lợi nhuận		1.638.464.372.070	1.710.891.642.690

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Tổng	Năm 1	Năm 2	Năm 3
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)		0	0	0
	Doanh thu hoạt động				
	Thu hồi vốn lưu động				
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)		360.556.049.333	350.556.049.333	350.556.049.333
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)	1.051.668.148.000	350.556.049.333	350.556.049.333	350.556.049.333
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)				
3	Chi phí trả lãi vay				
4	Thuế TNDN				
5	Vốn lưu động ban đầu		10.000.000.000		
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	6,00%	100,00%	94,34%	89,00%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)				
1	Dòng tiền không có chiết khấu	1.732.800.182.078	-360.556.049.333	-350.556.049.333	-350.556.049.333
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu		-360.556.049.333	-711.112.098.667	-1.061.668.148.000
3	Dòng tiền có chiết khấu	7.230.729.358	-360.556.049.333	-330.713.254.088	-311.993.635.932
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu		-360.556.049.333	-691.269.303.421	-1.003.262.939.354
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ				
1	IRR	6,05%	> r=6%		
2	NPV	7.230.729.358	> 0		

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 4	Năm 5	Năm 6
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	105.444.000.000	123.018.000.000	158.166.000.000
	Doanh thu hoạt động	105.444.000.000	123.018.000.000	158.166.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	89.079.305.263	95.168.696.263	104.252.498.369
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	36.539.346.000	42.628.737.000	54.807.519.000
3	Chi phí trả lãi vay	52.539.959.263	52.539.959.263	49.444.979.369
4	Thuế TNDN	0	0	0
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	83,96%	79,21%	74,73%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	16.364.694.737	27.849.303.737	53.913.501.631
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	-1.045.303.453.263	-1.017.454.149.525	-963.540.647.895
3	Dòng tiền có chiết khấu	13.740.113.262	22.059.257.016	40.287.304.721
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-989.522.826.091	-967.463.569.075	-927.176.264.354
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 7	Năm 8	Năm 9
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	110.048.315.343	105.909.739.210	101.510.432.780
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	45.671.034.255	41.072.616.329	36.184.498.074
4	Thuế TNDN	3.480.371.088	3.940.212.880	4.429.024.706
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	70,50%	66,51%	62,74%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	65.691.684.657	69.830.260.790	74.229.567.220
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	-897.848.963.238	-828.018.702.448	-753.789.135.228
3	Dòng tiền có chiết khấu	46.310.045.518	46.441.111.685	46.572.548.793
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-880.866.218.836	-834.425.107.151	-787.852.558.358
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 10	Năm 11	Năm 12
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	96.833.970.045	91.862.890.158	86.578.632.238
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	30.988.428.369	25.465.006.272	19.593.608.583
4	Thuế TNDN	4.948.631.676	5.500.973.886	6.088.113.655
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	59,19%	55,84%	52,68%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	78.906.029.955	83.877.109.842	89.161.367.762
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	-674.883.105.273	-591.005.995.431	-501.844.627.668
3	Dòng tiền có chiết khấu	46.704.357.894	46.836.540.039	46.969.096.284
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-741.148.200.464	-694.311.660.426	-647.342.564.142
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 13	Năm 14	Năm 15
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	80.961.466.069	74.990.418.431	68.944.384.513
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	13.352.312.839	6.717.815.464	0
4	Thuế TNDN	6.712.243.229	7.375.692.967	8.047.474.513
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	49,70%	46,88%	44,23%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	94.778.533.931	100.749.581.569	106.795.615.487
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	-407.066.093.737	-306.316.512.168	-199.520.896.682
3	Dòng tiền có chiết khấu	47.102.027.689	47.235.335.314	47.235.803.721
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-600.240.536.453	-553.005.201.139	-505.769.397.418
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 16	Năm 17	Năm 18
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	68.944.384.513	68.944.384.513	68.944.384.513
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	0	0	0
4	Thuế TNDN	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	41,73%	39,36%	37,14%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	-92.725.281.195	14.070.334.292	120.865.949.778
3	Dòng tiền có chiết khấu	44.562.078.982	42.039.697.153	39.660.091.654
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-461.207.318.436	-419.167.621.282	-379.507.529.629
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 19	Năm 20	Năm 21
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	68.944.384.513	68.944.384.513	68.944.384.513
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	0	0	0
4	Thuế TNDN	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	35,03%	33,05%	31,18%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	227.661.565.265	334.457.180.752	441.252.796.238
3	Dòng tiền có chiết khấu	37.415.180.806	35.297.340.383	33.299.377.719
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-342.092.348.823	-306.795.008.440	-273.495.630.721
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 22	Năm 23	Năm 24
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	68.944.384.513	68.944.384.513	68.944.384.513
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	0	0	0
4	Thuế TNDN	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	29,42%	27,75%	26,18%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	548.048.411.725	654.844.027.212	761.639.642.698
3	Dòng tiền có chiết khấu	31.414.507.283	29.636.327.625	27.958.799.646
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-242.081.123.438	-212.444.795.813	-184.485.996.167
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 25	Năm 26	Năm 27
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động			
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	68.944.384.513	68.944.384.513	68.944.384.513
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)			
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	0	0	0
4	Thuế TNDN	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
5	Vốn lưu động ban đầu			
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	24,70%	23,30%	21,98%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)			
1	Dòng tiền không có chiết khấu	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	868.435.258.185	975.230.873.672	1.082.026.489.158
3	Dòng tiền có chiết khấu	26.376.226.081	24.883.232.152	23.474.747.313
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-158.109.770.086	-133.226.537.934	-109.751.790.620
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ			
1	IRR			
2	NPV			

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 28	Năm 29	Năm 30	Năm 31
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động				
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	68.944.384.513	68.944.384.513	68.944.384.513	68.944.384.513
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)				
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	0	0	0	0
4	Thuế TNDN	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513	8.047.474.513
5	Vốn lưu động ban đầu				
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	20,74%	19,56%	18,46%	17,41%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)				
1	Dòng tiền không có chiết khấu	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487	106.795.615.487
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	1.188.822.104.645	1.295.617.720.132	1.402.413.335.618	1.509.208.951.105
3	Dòng tiền có chiết khấu	22.145.988.032	20.892.441.539	19.709.850.509	18.594.198.593
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-87.605.802.589	-66.713.361.050	-47.003.510.541	-28.409.311.948
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ				
1	IRR				
2	NPV				

BẢNG PL5.7:**BẢNG TÍNH CÁC CHỈ TIÊU
HIỆU QUẢ CỦA DỰ ÁN (NPV,
IRR) - PHƯƠNG ÁN 3**

STT	NỘI DUNG	Năm 32	Năm 33
I	DÒNG TIỀN LỢI ÍCH (Bt)	175.740.000.000	185.740.000.000
	Doanh thu hoạt động	175.740.000.000	175.740.000.000
	Thu hồi vốn lưu động		10.000.000.000
II	DÒNG TIỀN CHI PHÍ (Ct)	68.944.384.513	68.944.384.513
1	Chi đầu tư ban đầu (có lãi vay trong TGXD)		
2	Chi phí hoạt động (không có khấu hao và lãi vay)	60.896.910.000	60.896.910.000
3	Chi phí trả lãi vay	0	0
4	Thuế TNDN	8.047.474.513	8.047.474.513
5	Vốn lưu động ban đầu		
III	HỆ SỐ CHIẾT KHẤU	16,43%	15,50%
IV	DÒNG TIỀN HIỆU SỐ THU CHI (Bt-Ct)		
1	Dòng tiền không có chiết khấu	106.795.615.487	116.795.615.487
2	Cộng dồn dòng tiền không có chiết khấu	1.616.004.566.592	1.732.800.182.078
3	Dòng tiền có chiết khấu	17.541.696.786	18.098.344.520
4	Cộng dồn dòng tiền có chiết khấu	-10.867.615.162	7.230.729.358
V	CÁC CHỈ TIÊU KINH TẾ		
1	IRR		
2	NPV		