

# Lựa chọn cơ chế chi trả cho các dịch vụ y tế đối với người nghèo ở VN

ĐINH UYÊN PHƯƠNG

**T**heo Tổ chức y tế thế giới (WHO), các nước đang phát triển cần sớm thiết lập một cơ chế chi trả cho các dịch vụ y tế thích hợp hơn: chuyển từ phương thức chi trả theo từng cá nhân sang phương thức cùng nhau chia sẻ rủi ro và chi phí y tế (World Health Report 2000). Đây cũng là vấn đề cốt lõi được đề cập trong chiến lược về dân số và dinh dưỡng của Ngân hàng Thế giới và trong các chiến lược xóa đói giảm nghèo đang được thực hiện ở các quốc gia đang phát triển như VN.

Trong phạm vi bài viết này, chúng tôi sẽ đề cập đến tác động của các phương thức chi trả khác nhau cho các dịch vụ y tế đến người nghèo. Trên cơ sở đó, chúng ta có thể đưa ra cách thức thiết lập và thực hiện các phương thức chi trả cho dịch vụ y tế giúp cho người nghèo vượt qua được các cú sốc về tài chính do phải chi trả các chi phí khám chữa bệnh cho người bệnh và thu nhập mất đi do phải cắt cử người thăm nuôi người bệnh và đồng thời tăng khả năng tiếp cận của người nghèo đối với các dịch vụ y tế có chất lượng cao ở các nước đang phát triển như VN.

Hiện nay có 5 phương thức chi trả chính cho dịch vụ y tế: chi trả thông qua thuế, bảo hiểm y tế xã hội (BHYTXH), bảo hiểm y tế tư nhân (BHYYTN), phí sử dụng và bảo hiểm y tế dựa vào cộng đồng.

## 1. Chi trả thông qua thuế

Các dịch vụ y tế được chi trả thông qua các khoản thu của chính phủ như thuế thu nhập cá nhân, thuế thu nhập doanh nghiệp, thuế tiêu thụ đặc biệt,... đây là phương thức được nhiều nước châu Phi, Nam Á, Đông Âu sử dụng.

Phương thức này giúp cho người nghèo đảm bảo các khoản chi phí chi trả cho dịch vụ y tế và như vậy sẽ giúp cho họ tránh được các cú sốc về tài chính liên quan đến các bệnh nặng. Đồng thời việc người nghèo không phải trả toàn bộ chi phí mà chỉ trả một phần sẽ tăng khả năng tiếp cận đến các dịch vụ y tế của người nghèo. Tuy nhiên, phương thức này sẽ gặp rất nhiều trở ngại đối với các nước có thu nhập thấp như VN:

+ Các khoản thu của các nước đang phát triển thường dựa vào các khoản thuế gián thu như thuế giá trị gia tăng, thuế xuất nhập khẩu,... hơn là dựa vào thuế trực thu như thuế thu nhập cá nhân và thuế thu nhập doanh nghiệp. Theo Wastaff (2000), thuế gián thu thường ít mang tính lũy tiến, thậm chí còn mang tính lũy thoái. Điều này cho thấy những người có thu nhập cao hơn đóng một tỷ lệ thấp hơn trong thu nhập của họ chi trả cho các dịch vụ y tế thông qua việc đóng thuế.

+ Chính phủ các nước đang phát triển thường có khuynh hướng chi tiền nhiều hơn cho các dịch vụ y tế ở các đô thị hay các bệnh viện lớn hơn là đầu tư vào các khu vực trạm y tế thường xã. Trong khi đó người nghèo có ít cơ hội tiếp xúc với các dịch vụ y tế tại các bệnh viện lớn. 39% trợ cấp cho bệnh viện lại rơi vào 25% người giàu nhất trong khi chỉ có 9% cho 25% người nghèo nhất; 10% trợ cấp cho các trạm xá rơi vào tay 25% người giàu nhất và 19% cho 25% dân số nghèo nhất (Eilmer và các tác giả khác, bảng 3 trang 57).

## 2. Chi trả thông qua Bảo hiểm y tế xã hội (BHYTXH)

Các dịch vụ y tế được chi trả thông

qua các khoản đóng góp của người sử dụng lao động và người lao động dựa trên một tỷ lệ nhất định trên tiền lương của người lao động.

Bảo hiểm thực chất là cơ chế chia sẻ rủi ro. Cơ chế này tập hợp các nguồn lực của số đông để bù đắp cho các tổn thất của một số ít. Thực tế, những người mua bảo hiểm trả phí bảo hiểm để trang trải mức tổn thất trung bình của một nhóm chứ không phải là cho chi phí thực tế phải gánh chịu khi một sự kiện rủi ro xảy ra. Chia sẻ rủi ro đem lợi ích cho một số ít những người bị tổn thất. BHYTXH cũng mang tính chất như vậy, tỷ lệ đóng BHYTXH tùy thuộc vào chi phí khám chữa bệnh trung bình của một nhóm người chứ không phải dựa vào chi phí khám chữa bệnh của mỗi cá nhân nên có sự trợ cấp chéo giữa người có sức khỏe hơn cho người bị bệnh nhiều hơn, giữa người có thu nhập cao hơn cho người có thu nhập thấp hơn. Như vậy, cũng giống như phương thức chi trả dựa vào thuế, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo cũng khá cao. Phương thức chi trả thông qua BHYTXH mang tính trung hòa nếu không nói là lũy tiến. Hay nói cách khác, BHYTXH quan tâm đến người nghèo nhiều hơn.

Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện ở các nước đang phát triển thường có kết quả ngược lại khi hệ thống BHYTXH thường phục vụ cho những người làm việc ở khu vực chính thức (formal sections), trong khi đó phần lớn người nghèo chủ yếu làm việc ở các khu vực phi chính phủ. Ở VN, theo nghiên cứu mới đây của Tổ chức lao động quốc tế (ILO) thì trên thực tế có khoảng 7,8% người dân tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc (BHYT dành cho nhân viên nhà nước và công ty tư nhân có trên 10 người), 7,2% người dân tham gia BHYT tự nguyện (dành cho đối tượng không phải là đối tượng mua BHYT bắt buộc). Nói cách khác, phần lớn những người chưa có BHYT tập trung ở khu vực nông dân, người lao động tự do...

## 3. Chi trả thông qua phí sử dụng (user fee):

Người bệnh sẽ trả trực tiếp phí cho các dịch vụ y tế họ đang sử dụng. Đây là phương thức thường được sử

dụng trong việc chi trả cho các dịch vụ y tế ở các nước đang phát triển.

Thực hiện thu phí sử dụng sẽ huy động được sự đóng góp của những người có khả năng chi trả, đáp ứng nhu cầu của từng nhóm đối tượng có thu nhập khác nhau. Ngoài ra, những người có thu nhập cao và trung bình thường khám chữa bệnh ở các bệnh viện lớn nơi mà người nghèo khó có khả năng tiếp cận, như vậy giảm bớt được sự bao cấp của Nhà nước cho những đối tượng này, dành phần kinh phí ngân sách y tế trợ cấp cho khu vực y tế phường xã làm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người nghèo.

Trên thực tế, phí sử dụng đặt gánh nặng chi trả lên người ốm. Người nghèo lại thường ốm đau và có nhu cầu khám chữa bệnh nhiều hơn, do đó làm giảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và tăng nguy cơ nghèo đói. Nói cách khác, chính sách thu phí sử dụng tạo ra tình trạng "bao cấp ngược" – người giàu được hưởng trợ cấp ngân sách qua việc thu phí sử dụng nhiều hơn, người nghèo không có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng cao.

Tuy nhiên, theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới, phí sử dụng chỉ chiếm 5% chi phí cho y tế hiện nay (Wiesmann và Jutting, 2000).

#### 4. Chi trả thông qua Bảo hiểm y tế tư nhân (BHYYTN):

Người đóng bảo hiểm sẽ đóng một tỷ lệ dựa trên chi phí họ mong đợi từ dịch vụ y tế. Loại hình bảo hiểm này do công ty tư nhân hoạt động vì mục đích lợi nhuận nắm giữ.

Cũng giống như phương thức phí sử dụng, phương thức BHYYTN là một phương thức chi trả tập trung chủ yếu vào người có thu nhập trung bình và cao và như vậy giảm bớt được một phần trợ cấp của Nhà nước cho các đối tượng này và phần kinh phí đó có thể sử dụng để trợ cấp cho các khu vực y tế phường xã.

Đây là phương thức giống như bảo hiểm y tế tự nguyện ở VN nhưng BHYYTN do công ty tư nhân nắm giữ thay vì do cơ quan Bảo hiểm xã hội VN và Bộ y tế nắm giữ như hiện nay ở VN. Mặc dù mức đóng BHYT

tự nguyện khá thấp, nhưng cũng không dễ dàng đối với người dân có mức sống trung bình trở xuống. Do vậy, phương thức này cũng sẽ hạn chế khả năng tiếp cận của người nghèo đến các dịch vụ y tế.

#### 5. Chi trả thông qua bảo hiểm y tế dựa vào cộng đồng

Tỷ lệ chi trả được thiết lập dựa trên rủi ro trung bình của các thành viên trong cộng đồng, không có sự khác nhau về tỷ lệ giữa các nhóm có rủi ro thấp và nhóm có rủi ro cao. Không giống như BHYTXH, người đóng là người làm ở các khu vực chính thức hay BHYYTN người đóng là người có thu nhập trung bình và cao, BHYT cộng đồng không dựa vào khu vực làm việc, thu nhập thấp hay cao như vậy làm tăng khả năng tiếp cận đến các dịch vụ y tế của những người nghèo hơn.

Nói cách khác lý do cần thiết để phát triển BHYT cộng đồng là nhằm đảm bảo tính công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế, mỗi người dân khi cần đi khám chữa bệnh đều được bảo vệ khỏi những rủi ro về tài chính liên quan đến chi phí khám chữa bệnh, việc thực hiện BHYT cộng đồng giúp cho những người nghèo, người có thu nhập thấp có khả năng tiếp cận được tới các dịch vụ khám chữa bệnh.

Tuy nhiên, sự thành công của phương thức này phụ thuộc rất nhiều vào: việc thiết kế và nâng cao năng lực quản lý quỹ của các đơn vị quản lý BHYT phi lợi nhuận; xây dựng được lòng tin của người dân đối với BHYT; cần phải có những biện pháp hỗ trợ và đảm bảo an toàn quỹ, tránh vỡ quỹ.

Như chúng ta thấy ở phần trên, có 5 phương thức chi trả chính cho các dịch vụ y tế gồm: thông qua thuế, BHYTXH, phí sử dụng, BHYYTN và BHYT dựa vào cộng đồng. Nhìn chung, cơ chế chi trả cho dịch vụ y tế ở các nước đang phát triển không chỉ đơn giản phụ thuộc vào một trong các phương thức trên mà là sự kết hợp của các phương thức. Việc lựa chọn phương thức chi trả nào phụ thuộc vào các yêu cầu như khả năng đảm bảo việc quản lý hiệu quả, khả

năng tạo ra các khoản thu và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của các tầng lớp dân cư.

Sau đây là một số lưu ý trong quá trình thiết kế và thực hiện cơ chế chi trả dịch vụ y tế cho người nghèo nhằm giúp cho cơ chế đáp ứng 3 yêu cầu trên:

- Khi lựa chọn hay thiết kế một phương thức chi trả nào đều phải xem xét đến khả năng tiếp cận của người nghèo.

- Không thể đánh giá sự đóng góp chỉ của một phương thức chi trả nào đối với người nghèo mà cần phải đánh giá sự đóng góp hỗn hợp các phương thức cũng như sự tương tác giữa các phương thức trong việc phân phối nguồn lực cho lĩnh vực y tế giữa nông thôn và thành thị, giữa bệnh viện và trạm y tế. Ngoài ra cần phải xem xét khả năng trợ cấp cho các dịch vụ y tế tối thiểu dành cho người nghèo.

- Không chỉ xem xét tính hiệu quả của cơ chế chi trả cho các dịch vụ y tế trong giai đoạn thiết kế mà cần phải xem xét đến tính khả thi trong quá trình thực hiện. Muốn vậy cần phải hiểu rõ hoàn cảnh, nhu cầu của người nghèo. Không ai hiểu họ bằng chính họ, vì vậy nên cho phép họ đóng góp ý kiến và kinh nghiệm trong quá trình thiết kế và đánh giá các chính sách.

- Việc thiết kế và thực hiện cơ chế chi trả hiệu quả không chỉ là hành động một sớm một chiều mà là kết quả của một chiến lược hành động lâu dài để thực hiện các kinh nghiệm và thông qua đó có sự điều chỉnh thích hợp hơn ■

#### Tài liệu tham khảo:

- \* Russell, S. (2000) "Coping with the costs of illness, the afford ability of health care services for poor households in Srilanka" PhD. Thesis, University of London.
- \* Wastaff, A. (2000) "Presentation to London Meetin, DFID, London.
- \* Normand, C. and Neber, A. (1994) "Social Health Insurance: A guidebook for planning", WHO and PLO, Geneva.
- \* Peabody, J.W., Lee, S. and Mickel, S.R. (1995) "Health for all in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care", Health policy, No.31, p.39-42.
- \* Masau, S.N. (1999) "Community-based health insurance: experiences and lessons learned from East and Southern Africa".