

BẢO HIỂM Y TẾ: KINH NGHIỆM MỘT SỐ NƯỚC

Chăm sóc y tế là một trong những chế độ trợ cấp quan trọng, mang tính đặc thù của hệ thống an sinh xã hội. Pháp luật về an sinh xã hội của hầu hết các quốc gia trên thế giới đều ưu tiên đảm bảo chế độ trợ cấp về y tế, thể hiện dưới hình thức bảo hiểm y tế (BHYT). Trong bối cảnh Quốc hội xem xét thông qua Luật BHYT (sửa đổi), tài liệu này tổng hợp kinh nghiệm của một số nước trong việc ban hành chính sách về một số nội dung của BHYT.

1. Mục đích, chức năng của BHYT

Hệ thống BHYT ở các nước có nhiều điểm khác nhau, nhưng nói chung, nó đều nhằm mục đích là bảo đảm cho người dân trong mọi hoàn cảnh đều có thể có những phương tiện cần thiết trong lĩnh vực chăm sóc y tế để tồn tại trong những điều kiện chấp nhận được. Nhà nước đặt ra một mức sống tối thiểu nhất định, nếu khả năng của công dân không đạt được mức đó, Nhà nước sẽ hỗ trợ để công dân có quyền được sống với đúng phẩm giá con người và không phải quá lo sợ về một tương lai bấp bênh, mờ mịt. Xét về mục đích của BHYT, đa số các nước cho rằng:

- Huy động nguồn lực một cách ổn định và công bằng, đủ để cung ứng các dịch vụ cơ bản cho người dân và bảo vệ người dân khỏi các rủi ro về tài chính khi ốm đau. Mục đích này đòi hỏi Chính phủ phải xác định mọi mức thích hợp đối với lượng quỹ dôi dư và quỹ dự phòng. Đây là điều cần thiết bởi nếu để tự thân, các quỹ luôn chỉ muốn tăng ngân quỹ kết dư. Thái Lan là một ví dụ, khi ngân quỹ kết dư tăng cao và những người quản lý mang ngân quỹ đi đầu tư chỗ khác để kiếm lợi khiến mang tiếng xấu, mất uy tín.

- Quản lý nguồn lực để chia sẻ rủi ro một cách công bằng với hiệu suất cao. Để thực hiện điều này cần có cơ chế tái phân bổ điều hòa chi phí phát sinh để tránh tình trạng vùng nghèo bao cấp ngược lại cho vùng giàu do

cơ chế, ngân quỹ đổ về vùng nào sử dụng nhiều hơn mà vùng giàu luôn sử dụng ngân quỹ nhiều hơn, chi ngân quỹ cao hơn vùng nghèo.

- Tổ chức mua và thanh toán dịch vụ y tế nhằm mang lại kết quả tốt nhất về dịch vụ chăm sóc y tế với chi phí thấp nhất, tạo động lực cho việc các cơ sở y tế của cạnh tranh nâng cao chất lượng dịch vụ đồng thời giảm giá thành.

Với những mục đích nêu trên, các chức năng của BHYT toàn dân có thể tóm tắt lại là: Huy động nguồn lực; tập trung quỹ chia sẻ rủi ro; mua và thanh toán dịch vụ. Từ những chức năng nói trên, các nguyên tắc cơ bản của BHYT là: Không vì lợi nhuận; trả trước (với nguyên tắc trả trước, bao phủ cả việc chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng bệnh hơn chữa bệnh để tránh phải chi trả quá nhiều do bệnh nặng rồi mới chữa); chia sẻ rủi ro (chia sẻ giữa các thành viên và trong các giai đoạn của cuộc đời); mua và thanh toán dịch vụ (thương lượng với các cơ sở y tế về việc mua dịch vụ nhằm đảm bảo dịch vụ có chất lượng cho một số đông dân cư với một chi phí ngày càng giảm).

Để thực hiện BHYT với những mục đích, chức năng, nguyên tắc trên, các nước đều phải thiết lập một cơ sở pháp lý mạnh mẽ đó là thông qua Luật BHYT với diện bao phủ toàn dân, bao phủ theo nhóm đối tượng (khối lao động quy, lao động phi chính quy, người nghèo, người thiệt thị, trẻ em). Việc tuân thủ luật mang tính bắt buộc trong toàn dân, chú ý đặc biệt đến khối lao động thuộc diện vừa và nhỏ. Đồng thời, Chính phủ hỗ trợ những người không có khả năng chi trả. Khi triển khai mở rộng diện bao phủ BHYT, chú ý đảm bảo kế hoạch chiến lược cho mỗi khu vực và căn cứ tùy theo tiềm năng của mỗi khu vực dân cư.

Ban đầu, hình thức sơ đẳng nhất của BHYT là quỹ tương hỗ. Bệnh nhân đóng tiền vào quỹ tương hỗ theo mức thu nhập, khám chữa bệnh tại bệnh viện và được quỹ tương hỗ thanh toán cho bệnh viện, bệnh nhân không

phải trả trực tiếp chi phí cho bệnh viện. Chính phủ hỗ trợ một phần chi phí từ ngân sách. Quỹ đầu tiên được thành lập tại Phổ, vào thập kỷ 40 của thế kỷ XIX. Luật BHYT xã hội được ban hành đầu tiên tại Đức năm 1883. Sau đó luật về BHYT lần lượt xuất hiện tại các nước Pháp, Áo, Bỉ, Hà Lan, Thụy Sĩ, Nhật Bản và các nước Đông Âu. Đa số các nước phát triển đều chọn BHYT là một giải pháp quan trọng về tài chính y tế để thực hiện chăm sóc sức khỏe công bằng và hiệu quả.

2. BHYT bắt buộc

Nhật Bản: Ở nhiều nước đã thực hiện chế độ BHYT bắt buộc. Nhật Bản là quốc gia có hệ thống pháp luật về BHYT từ rất sớm và có bề dày phát triển. Luật BHYT bắt buộc của Nhật Bản ban hành năm 1922, là quốc gia châu Á đầu tiên ban hành luật BHYT bắt buộc. Tiếp theo đó năm 1938 ban hành Luật BHYT quốc gia, năm 1939 ban hành Luật BHYT cho người lao động, Luật BHYT cho ngư dân và đến năm 1961, Nhật Bản thực hiện BHYT cho toàn dân.

Hàn Quốc: Ở Hàn Quốc, Luật BHYT bắt buộc toàn dân được ban hành năm 1977. Mức đóng BHYT tính theo thu nhập hoặc tài sản cố định. Thông thường người lao động đóng 2- 8% thu nhập; công chức đóng 4,2% thu nhập, Chính phủ cùng nộp 4,2%. Còn đối với lao động tự do, mức đóng được tính theo mức xếp loại thu nhập hoặc tài sản cố định. Ngân sách Nhà nước hỗ trợ 30% mức phí nhằm mục đích đảm bảo chi phí quản lý.

Pháp: Chế độ BHYT ở Pháp có tính bắt buộc và độc quyền. Bắt buộc vì toàn dân và cả những người nước ngoài cư trú tại Pháp đều phải đóng góp vào hệ thống BHYT này, không có sự chọn lựa nào khác. Độc quyền vì mặc dù các công ty tư nhân đứng ra phụ trách việc thu, quản lý và phân phát lại quỹ BHYT nhưng họ hoạt động cho Nhà nước và hoàn toàn không có sự cạnh tranh của các công ty khác. Về chi phí khám bệnh thì quỹ sẽ chi từ 35 –

70%, chi phí thuốc men thì từ 15 – 100%, do đó hầu như mọi người vẫn phải mua thêm bảo hiểm sức khỏe ở ngoài để tất cả các chi phí khám chữa bệnh được hoàn lại 100%. Trong lĩnh vực bảo hiểm sức khỏe thì có sự tự do cạnh tranh, các công ty bảo hiểm thỏa sức đưa ra các sản phẩm hấp dẫn để thu hút khách hàng.

Trước đây, bệnh nhân đi khám bệnh phải trả tiền trước, sau đó gửi giấy tờ về quỹ BHYT để được hoàn lại tiền. Tuy nhiên, từ năm 1998, Chính phủ Pháp đã đưa vào sử dụng hệ thống "thẻ khám bệnh" (carte vitale – giống như thẻ ngân hàng có số an sinh xã hội và chứa các thông tin về người sở hữu thẻ) và trang bị cho các cơ sở y tế các máy đọc thẻ. Từ đấy, người dân không còn phải ứng tiền ra trước nữa mà chỉ cần đưa thẻ qua máy đọc, các thông tin cần thiết sẽ được chuyển giao và chi phí khám chữa bệnh sẽ được thanh toán trực tiếp giữa quỹ và cơ sở y tế. Các nhà thuốc cũng được trang bị các máy này. Do đó, hiện nay người dân đi khám bệnh hoặc mua thuốc hầu như không phải trả tiền; ngoại trừ khoản đóng góp bắt buộc bắt đầu áp dụng từ năm 2005 (sẽ đề cập ở dưới đây). Một số phòng mạch tư không có máy này thì bệnh nhân phải trả tiền trước rồi gửi giấy tờ thanh toán sau; một số bác sĩ lấy giá khám bệnh cao hơn mức chi trả quy định thì bệnh nhân trả phần chênh lệch, hoặc nếu mua bảo hiểm sức khỏe tốt thì có thể được thanh toán toàn bộ nhưng bác sĩ có nghĩa vụ thông báo trước cho bệnh nhân về giá khám để họ quyết định có khám hay không. Tất cả mọi người đều có thể khám bệnh, trẻ em lên 16 tuổi thì có thẻ riêng, trước đó đăng ký trên thẻ của cha mẹ; người nước ngoài có giấy tờ cư trú tại Pháp từ một năm trở lên cũng có quyền yêu cầu được cấp thẻ này.

3. BHYT toàn dân

Hàn Quốc: BHYT toàn dân đã được áp dụng ở nhiều nước. Chẳng hạn, vào những năm 1950, ngay sau khi hết chiến tranh, mặc dù ở thời điểm

cực kỳ khó khăn song Chính phủ Hàn Quốc xác định càng khó khăn càng sớm phải thực hiện BHYT toàn dân để mọi người có thể chia sẻ cho nhau lúc khó khăn nhất là lúc ốm đau, bệnh tật. Hàn Quốc có 48 triệu dân, chi phí cho y tế là 6%/GDP. Hàn Quốc đã kiên trì thực hiện một lộ trình chiến lược 12 năm để đưa tất cả các nhóm dân cư vào diện bao phủ và hiện đã đạt được BHYT toàn dân.

Chính sách tiến tới BHYT toàn dân của Hàn Quốc đã phát huy tác dụng tích cực góp phần bảo đảm an sinh xã hội ở đất nước này trong thời gian khó khăn sau chiến tranh và hiện nay, cũng đang có ý nghĩa rất lớn trong một xã hội đang phải đối mặt với sự già hóa dân số. Theo dự đoán, đến năm 2020, người già sống phụ thuộc (trên 65 tuổi) ở Hàn Quốc chiếm 22% dân số và sẽ chiếm 63% dân số vào năm 2050. Hệ thống mang tính bao trùm có khả năng chia sẻ cao và chia sẻ được cho tất cả mọi người, ai cũng có thể đóng góp đồng thời thu lợi từ hệ thống an sinh xã hội.

Thực hiện chính sách BHYT toàn dân, Chính phủ Hàn Quốc có điều kiện bao cấp y tế tốt hơn cho diện đối tượng dễ bị tổn thương. Chính phủ hiện có chương trình hỗ trợ y tế cho người nghèo với nguồn tài chính từ nguồn thuế thu hàng năm và do cơ quan quốc gia quản lý, người hưởng lợi không phải đóng góp. Có sự chia sẻ đóng góp giữa chính quyền trung ương và địa phương theo tỷ lệ 80:20 (không kể ở Xơ-un). Chương trình này cho khoảng 3 – 4% dân số và không áp dụng đồng chi trả.

Nhật Bản: Đối tượng tham gia BHYT theo quy định của pháp luật Nhật Bản rất rộng, bao gồm những người làm công ăn lương, lao động tự do, nông dân và người không có nghề nghiệp. Tuy nhiên, pháp luật BHYT có những quy định phù hợp dành riêng cho từng đối tượng. BHYT cho người lao động được thực hiện theo nơi làm việc. BHYT quốc gia được thực hiện theo vị trí địa lý.

Thái Lan: Thái Lan bắt đầu triển khai BHYT toàn dân từ năm 1996, đến năm 2001 chương trình BHYT toàn dân được thực hiện thành công. Hệ thống BHYT Thái Lan được coi là một trong những hệ thống BHYT phức tạp trong khu vực. Để quản lý BHYT có sự tham gia của bốn Bộ. Bộ Tài chính thực hiện BHYT cho công chức, viên chức và công nhân làm việc trong các doanh nghiệp nhà nước. Bộ Lao động và Phúc lợi Xã hội thực hiện BHYT thông qua cơ quan BHXH cho công nhân làm việc trong các đơn vị ngoài quốc doanh. Bộ Y tế thực hiện BHYT cho người nghèo và BHYT tự nguyện. Bộ Thương mại thực hiện bảo hiểm tai nạn giao thông. Việc quản lý phân tán quỹ BHYT gây ra khó khăn cho việc điều tiết quỹ khi cần thiết, đôi khi còn gây ra sự mất công bằng giữa những người tham gia BHYT.

BHYT cho công chức bao gồm công chức, người nghỉ hưu và thân nhân của họ gồm: bố, mẹ, vợ, chồng, con. Hiện tại khu vực BHYT này đã bao phủ khoảng 7 triệu người. Mục đích BHYT là bù đắp một phần quyền lợi cho công chức vì khu vực này được xem là thiệt thòi nhất ở Thái Lan. Quyền lợi BHYT bao gồm: chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám chữa bệnh ngoại trú và điều trị nội trú. Phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. BHYT cho người lao động trong doanh nghiệp bao gồm người làm công ăn lương tại các doanh nghiệp có thuê mướn từ 1 lao động trở lên. Mức đóng bằng 4,5% lương, trong đó Nhà nước đóng 1/3, chủ sử dụng đóng 1/3, người lao động đóng 1/3. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh giữa cơ quan BHXH và bệnh viện là khoán định suất.

BHYT toàn dân bao gồm toàn bộ dân số còn lại, khoảng 46 triệu người. Chương trình này được thực hiện theo nguyên tắc mỗi người được cấp một thẻ BHYT. Quyền lợi BHYT được hưởng là những dịch vụ khám chữa bệnh cơ bản và tối thiểu, các chi phí đặc biệt người bệnh tự trả. Cơ quan BHYT ký hợp đồng khám chữa bệnh với các bệnh viện công và tư với

phương thức thanh toán là khoán định suất đối với khu vực ngoại trú bằng 55% quỹ và theo nhóm chẩn đoán đối với khu vực nội trú bằng 45% quỹ.

4. Cơ chế vận hành BHYT

Hình thức tham gia: Hàn Quốc thực hiện BHYT theo hình thức hộ gia đình cho tất cả người ăn theo. Hộ gia đình bao gồm tất cả các con dưới 18 tuổi (hay dưới 25 tuổi nếu đang đi học). Bằng cách làm như vậy, ngay lập tức sẽ tăng được gấp đôi diện bao phủ.

Nguồn quỹ BHYT: Nguồn quỹ BHYT được hình thành từ sự đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và tài trợ của Nhà nước. Trách nhiệm đóng BHYT được thực hiện theo nguyên tắc mức phí đóng BHYT được chia đều, người lao động đóng 50%, chủ sử dụng lao động đóng 50%. Luật BHYT Nhật Bản xác định riêng hai loại quỹ cho các đối tượng để có sự hỗ trợ cho những đối tượng yếu thế. Quỹ BHYT quốc gia áp dụng cho lao động tự do, nông dân và người không có nghề nghiệp. Nhà nước bảo trợ nhiều hơn cho loại quỹ này, vì đối tượng của quỹ thường có thu nhập thấp và không ổn định. Quỹ BHYT của người làm công ăn lương, đây là đối tượng có thu nhập thường xuyên và ổn định.

Luật BHYT Nhật Bản quy định bệnh nhân BHYT phải thực hiện trách nhiệm cùng chi trả. Quy định này nhằm tăng thêm chi phí cho quỹ BHYT đồng thời hạn chế sự lạm dụng quỹ từ phía người thụ hưởng. Mức cùng chi trả phụ thuộc vào đối tượng hoặc nhóm đối tượng, cụ thể: người lao động tự do trả 30%, công chức trả 20%, người lao động hưởng lương trả 10% chi phí khám chữa bệnh.

Luật BHYT Hàn Quốc quy định chế độ cùng chi trả khi đi khám chữa bệnh. Mức cùng chi trả là 20% đối với điều trị nội trú; từ 40 – 55% đối với khám chữa bệnh ngoại trú. Quyền lợi BHYT bị hạn chế đối với phần lớn các dịch vụ kỹ thuật mới, chi phí cao như chụp cắt lớp, siêu âm, liệu pháp hoá

học điều trị ung thư. Đối với các loại dịch vụ này, bệnh nhân phải tự trả theo giá thị trường.

Đóng góp của các công nhân công nghiệp tương ứng với thu nhập, khoảng 4,5% năm 2005 (trong đó chủ sử dụng lao động đóng 50%, người lao động đóng 50%). Trong khi đó, đóng góp của người lao động tự do dựa trên tài sản và thu nhập của từng cá nhân (hoặc ước tính thu nhập), Chính phủ trợ cấp một phần đến người lao động tự do đã tham gia để dễ dàng mở rộng đối tượng tham gia. Do Chính phủ trợ cấp theo đầu người mà không quan tâm đến thu nhập của từng cá nhân nên nảy sinh các vấn đề về công bằng trong việc trợ cấp của Chính phủ vì không phải người lao động tự do nào cũng có thu nhập giống nhau, từ đó có những quan điểm đề nghị cân nhắc lại mục đích trợ cấp cho những người lao động tự do của Chính phủ.

Phương thức thu phí đóng góp: Có thể thực hiện hệ thống thu phí dựa vào lương hoặc sử dụng đại lý thu phí dựa vào cộng đồng. Cũng có thể áp dụng các phương pháp như thu kết hợp hệ thống thu thuế, thu qua ngân hàng.... Đối với những người có thu nhập cao, muốn hưởng dịch vụ y tế cao cấp, có thể đưa ra các loại hình bổ sung như dạng "thẻ vàng", là loại hình bảo hiểm được chọn những dịch vụ ưu tiên, chẳng hạn như được phép chọn bác sĩ điều trị. ở Israen, sau khi hệ thống BHYT xã hội hoàn thiện, Chính phủ đã đưa vào hệ thống một số chức năng thương mại cho những người có khả năng chi trả cao.

Ở Hàn Quốc, mức đóng BHYT căn cứ vào thu nhập nhưng mức hưởng theo bệnh tật, do đó không được ấn định trước bởi một mức cụ thể mà phụ thuộc vào tình trạng sức khỏe và bệnh lý của đối tượng thụ hưởng. So với các chế độ khác của An sinh xã hội thì chi phí BHYT là chi phí ngắn hạn, khó xác định được trước, phụ thuộc vào xác suất rủi ro bệnh tật. Quyền lợi về BHYT bị ảnh hưởng không nhỏ bởi nhà cung cấp dịch vụ, hệ thống

các cơ sở khám chữa bệnh. Hoạt động BHYT gắn liền với các cơ sở khám chữa bệnh. Quyền lợi về chăm sóc y tế qua chế độ BHYT còn ảnh hưởng bởi một cơ quan trung gian trực tiếp cung cấp dịch vụ, đó là các cơ sở khám chữa bệnh.

Cơ chế tập trung quỹ chia sẻ rủi ro: Tùy theo trình độ quản lý và tình hình ở mỗi nơi, có nước chỉ tổ chức một quỹ duy nhất với sự tái phân bổ giữa các tỉnh (đòi hỏi trình độ quản lý cao), song cũng có nước thực hiện cơ chế nhiều quỹ, tồn tại riêng rẽ hay có sự kết hợp, tương hỗ.

Trước khi được cải cách năm 2000, tại Hàn Quốc có trên 350 quỹ BHYT dựa theo công việc hoặc khu vực sinh sống vì vậy người tham gia BHYT không được quyền lựa chọn quỹ BHYT mà theo sự chỉ định, nhưng các quyền lợi bắt buộc cho người có thể là như nhau ở các quỹ. Có các loại quỹ BHYT như sau: Quỹ BHYT cho công nhân công nghiệp, chiếm 36% dân số: dựa trên công việc; Quỹ BHYT cho người lao động tự do (khu vực) chiếm 50,1% dân số: dựa trên các khu vực bao gồm cả những người làm trong các hãng/công ty nhỏ (dưới 5 lao động), cuối cùng là các quỹ BHYT cho người làm việc trong khu vực công và giáo viên chiếm 10,4% dân số.

Đến năm 2000, BHYT ở Hàn Quốc được cải cách, tập đoàn BHYT quốc gia Hàn Quốc (NHIC) được thành lập trên cơ sở sát nhập các quỹ BHYT. NHIC là cơ quan công, độc lập với Bộ Y tế và phúc lợi (MOHW). Cơ quan giám định BHYT (HIRA) được hình thành sau khi sát nhập các quỹ năm 2000, có nhiệm vụ xem xét các yêu cầu thanh toán/các chi phí BHYT và đánh giá sự thích hợp trong chăm sóc y tế. Người dân tham gia BHYT theo hình thức cá nhân và BHYT cho toàn dân.

Việc sáp nhập các quỹ BHYT thành cơ quan chi trả duy nhất vào năm 2000 được thực hiện trong bối cảnh: không công bằng trong các gánh nặng kinh tế, sự đóng góp khác nhau thông qua nhiều quỹ BHYT mặc dù gói

quyền lợi là như nhau (người tham gia không được quyền lựa chọn quỹ để tham gia).

Gói quyền lợi: ở giai đoạn đầu, do khả năng tài chính còn hạn chế, các gói quyền lợi có thể còn hạn chế. Song về lâu dài, gói quyền lợi nhất thiết cần toàn diện, bao gồm cả dịch vụ phòng bệnh và dịch vụ nâng cao sức khỏe cá nhân. Ở nhiều nước như Hàn Quốc, bao gồm cả chăm sóc sức khỏe ban đầu nhờ đó giảm được chi phí đi bệnh viện. Cung cấp chăm sóc y tế liên tục cho cá nhân đồng thời kiểm soát được chi phí ở mức cao nhất, khi các dịch vụ nâng cao sức khỏe và phòng bệnh cũng được bao phủ. Ở Ixraen, cứ mỗi dịp sinh nhật, mọi người trong gia đình đều nhận được lời chúc mừng đi kèm nhắc nhở đi kiểm tra sức khỏe từ BHYT xã hội. Họ thậm chí gửi tới cá nhân cả lịch gặp bác sĩ. Bảo hiểm làm như vậy xuất phát từ quan điểm khám sớm, điều trị sớm sẽ giảm chi phí y tế, cá nhân có lợi mà bảo hiểm cũng có lợi, dù có mất công hơn song được lợi lớn về sau.

Phương thức chi trả: Có nhiều phương thức chi trả cho các cơ sở y tế là các đơn vị cung ứng dịch vụ y tế. Chẳng hạn như phương thức định suất mà Thái Lan đang áp dụng. Phương thức này đơn giản không đòi hỏi các hệ thống thông tin và quy trình xét duyệt thanh toán phức tạp.

Nhìn chung phương thức thanh toán không nên dựa trên số lượng dịch vụ (cơ sở y tế nhận được nhiều tiền hơn nếu có nhiều dịch vụ hơn và dịch vụ có chi phí cao hơn). Làm như vậy dễ dẫn đến lạm dụng thuốc và xét nghiệm, dịch vụ cao. Nên khuyến khích theo hướng cơ sở y tế nhận nhiều bệnh nhân và có cung ứng dịch vụ tốt hơn. Cần cho phép mức trả thù lao xứng đáng cho cán bộ y tế.

Quyền lợi: Ở Hàn Quốc, ưu tiên chính sách mở rộng người tham gia BHYT nên mức phí thấp và quyền lợi không được mở rộng (tỷ lệ tiền túi mà người có thể phải tự trả cho các dịch vụ y tế cao). Bên cạnh đó còn có mạng

lưới an toàn: miễn trừ cho một số trường hợp, trần thanh toán cho bệnh nhân ngoại trú. Cơ quan BHYT quốc gia Hàn Quốc chọn giữa 2 hướng hoặc mở rộng quyền lợi BHYT cho một số lượng người dân nhất định với mức phí BHYT cao hoặc duy trì mức phí thấp để nhiều người tham gia, quyền lợi không được mở rộng nhưng thống nhất quyền lợi cho tất cả mọi người.

Hàn Quốc cũng có Chương trình trợ giúp y tế cho người nghèo. Trong đó tài chính được cấp từ thu thuế hàng năm của Chính phủ và do cơ quan BHYT quốc gia Hàn Quốc (NHI) quản lý. Có sự chia sẻ đóng góp giữa chính quyền Trung ương và địa phương theo tỷ lệ (80:20) không kể ở Seoul. Người được hưởng lợi không phải đóng tiền. Chương trình này BHYT cho khoảng 3 – 4 % dân số và không áp dụng đồng chi trả hoặc nếu đồng chi trả thì có sự miễn giảm. Quỹ trợ giúp y tế nhằm giúp ngăn ngừa sự bần cùng hoá của một số gia đình do bị ốm đau.

Tài chính: Ở Singapore, tài chính cho y tế triệt để áp dụng nguyên tắc phát huy trách nhiệm cá nhân, Nhà nước đảm bảo các dịch vụ y tế thiết yếu, cá nhân đóng góp chi phí dịch vụ y tế cao. Singapore áp dụng chương trình tiết kiệm y tế bắt buộc (Medisave) từ năm 1984, nhằm giúp cá nhân tiết kiệm tiền cho chi phí y tế. Theo Medisave, mỗi người lao động phải nộp vào tài khoản y tế cá nhân 6 – 8% lương và được sử dụng nguồn tiền này cho bản thân và người thân khi khám chữa bệnh. Mỗi người được tự do lựa chọn người cung ứng dịch vụ và tự trả chi phí khám chữa bệnh cho bệnh viện từ tài khoản y tế cá nhân của mình.

Tuy nhiên, tài khoản y tế cá nhân không thể đủ trang trải chi phí y tế lớn do không có sự san sẻ rủi ro theo nguyên lý bảo hiểm. Do đó 1990, Chính phủ Singapore triển khai chương trình BHYT mang tên Medishield. Đây là chương trình BHYT bán tự nguyện. Tiền đóng BHYT lấy từ tài khoản y tế cá nhân được trích chuyển tự động bởi Chính phủ, trừ trường hợp

cá nhân tự làm đơn đề nghị không tham gia. Người tham gia bảo hiểm nộp 20% cùng chi trả và phải nộp thêm một khoản tiền đương nhiên mỗi khi đi khám bệnh. Để tránh lạm dụng quỹ, pháp luật BHYT Singapore quy định khoản tiền phải nộp này khá cao. Mức đóng của khoản tiền này được điều chỉnh để mỗi năm có không quá 10% tổng số lượt điều trị nội trú xin thanh toán từ quỹ này và không chế thêm bởi trần thanh toán chi phí nội trú là không quá 120 đô la Singapore/ngày điều trị. Như vậy, chương trình BHYT bán tự nguyện Medishield là sự bổ sung không thể thiếu cho chương trình tiết kiệm y tế Medisave.

5. Phòng ngừa lạm dụng

Những năm gần đây, tình hình quỹ an sinh xã hội của Pháp gặp rất nhiều khó khăn, nhất là quỹ BHYT. Thâm hụt của quỹ ngày càng tăng, số nợ đã lên đến gần 6 tỷ euro vào năm 2006. Do đó, người ta phải đề ra nhiều biện pháp, như chuyển từ chế độ miễn phí hoàn toàn sang chế độ đóng góp – mỗi lần khám bệnh phải trả 1 euro, mỗi lọ thuốc sẽ đóng 0,5 euro, mỗi lần dùng xe cứu thương góp 2 euro... (trừ trẻ em dưới 16 tuổi, phụ nữ có thai và những người có thu nhập thấp là những người được phát thẻ CMU – thẻ khám chữa bệnh miễn phí). BHYT còn đặt ra chế độ bác sĩ theo dõi, mỗi người phải chọn một bác sĩ khám bệnh, nếu đi khám ở bác sĩ khác sẽ phải ứng tiền chứ không sử dụng thẻ khám bệnh; đi khám một số chuyên khoa phải có giấy giới thiệu của ông bác sĩ này, nếu không sẽ không được hoàn trả lại chi phí.

Các biện pháp này nhằm tránh tình trạng lạm dụng hoặc lợi dụng việc khám bệnh, lấy thuốc, cũng để thu thêm tiền nhằm giảm bớt gánh nặng nợ cho quỹ BHYT. Tuy nhiên, vấn đề không hoàn toàn nằm ở bệnh nhân mà cả ở phía bác sĩ và công ty dược. Bác sĩ, do thói quen hoặc do được khuyến khích kê các loại thuốc của công ty A, B nào đó, có thể tránh kê đơn các loại

thuốc có giá rẻ mà cho đơn thuốc với các loại thuốc mắc tiền mà không nhất thiết hiệu quả. Các viện bào chế đổ hàng đồng tiền vào việc quảng cáo tiếp thị, thiết lập các quan hệ với các bác sĩ, và cuối cùng đẩy giá thuốc lên cao hơn rất nhiều so với chi phí thực tế để sản xuất, cùng là một gánh nặng cho quỹ. Tệ hơn nữa là đôi khi các phòng thí nghiệm chẳng sáng chế được gì mới mà chỉ thay đổi nhãn hiệu và một vài thành phần không quan trọng để cho ra đời một loại thuốc khác có công dụng tương tự khi bằng sáng chế cũ sắp hết hạn, sắp thuộc vào tài sản công và Nhà nước được tự do khai thác. Bên cạnh đó còn có sự lãng phí trong việc ra đơn thuốc và sản xuất thuốc. Để giảm thiểu tình trạng lạm dụng và lợi dụng hệ thống BHYT, người Pháp xây dựng một chế độ kiểm soát chặt chẽ việc khám chữa bệnh hay mua thuốc của bệnh nhân, việc kê toa của bác sĩ và việc xác định giá thuốc của các viện bào chế. Những bài học kinh nghiệm này rất quan trọng cho Việt Nam nếu muốn xây dựng một chế độ BHYT toàn diện và hiệu quả; góp phần xoa dịu nỗi đau của người dân.

Luật BHYT Hàn Quốc rất coi trọng việc kiểm duyệt chi phí khám chữa bệnh, quyết định tính hợp lý của các dịch vụ y tế nhằm ngăn chặn những thanh toán bất hợp lý và kiểm soát những chỉ định không cần thiết hoặc vượt quá mức quy định, xác định mức thanh toán hợp lý với cơ sở khám chữa bệnh. Luật BHYT Hàn Quốc giao quyền kiểm duyệt chi phí khám chữa bệnh cho cơ quan giám định BHYT. Cơ quan này thực hiện đánh giá các dịch vụ đã cung cấp cho bệnh nhân thông qua việc so sánh dịch vụ y tế do cơ sở khám chữa bệnh đã thực hiện với các chuẩn mực, quy định hoặc hướng dẫn để xác định xem nhà cung cấp dịch vụ đã thực hiện được ở mức tối ưu và với phương pháp hiệu quả chi phí tốt nhất chưa. Cơ sở để kiểm tra, bao gồm các chuẩn khám chữa bệnh đã được quy trong luật, các chuẩn để tính giá dịch vụ y tế, giá thuốc theo thông báo của Bộ Y tế và Phúc lợi.

6. Vai trò của Chính phủ

Vai trò của Chính phủ trong BHYT được thể hiện đặc biệt quan trọng ở việc hỗ trợ nhóm dân số không có khả năng chi trả và việc đảm bảo chế tài thực hiện, tuân thủ luật về xã hội. Chính phủ cần thể hiện vai trò trong việc xác định một mức thích hợp đối với lượng quỹ dôi dư và quỹ dự phòng. Về tổ chức hành chính, Chính phủ hỗ trợ bằng việc đảm bảo bổ nhiệm ở tất cả các cấp, các cán bộ có chuyên môn quản lý và đảm bảo có các cơ quan giám sát ba bên ở các cấp.

Ở Hàn Quốc, Chính phủ chủ yếu thực hiện việc trợ cấp cho người lao động tự do hoặc người nghèo, bù đắp thêm cho phần thiếu hụt của quỹ; hướng dẫn và quy định các tỷ lệ đóng góp; thiết lập ưu tiên và thiết kế quyền lợi: mặc dù người lao động trong khu vực chính qui và người lao động tự do được bảo hiểm ở các chương trình riêng biệt nhưng quyền lợi của họ phần lớn là như nhau; quy định về giá thuốc và giá các dịch vụ y tế. Cơ quan BHYT Hàn Quốc đang phải đối mặt với các thách thức trong việc không chế chi phí mà nguyên nhân chủ yếu là do lĩnh vực tư nhân phát triển mạnh trong cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Để giải quyết các vấn đề này, ở Hàn Quốc đang tập trung vào một số vấn đề chính sau:

- Tăng cường vai trò của các bệnh viện công.
- Tổ chức lại hệ thống cung ứng dịch vụ y tế, chú trọng đến vai trò “giữ cửa” của các bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu, tránh sự cạnh tranh lãng phí và 2 lần giữa các cơ sở khám chữa bệnh.
- Cải cách hệ thống chi trả cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế, nên áp dụng các phương pháp chi trả khác như khoán định suất hoặc theo chẩn đoán chứ không phải là theo phí dịch vụ như hiện nay.