

Bảo hiểm y tế Hàn Quốc: Thành tựu và những vấn đề

Trần Thị Nhung

Viện Nghiên cứu Đông Bắc Á

Tóm tắt: Với mục đích tìm hiểu về hệ thống bảo hiểm y tế của Hàn Quốc để tìm ra những bài học kinh nghiệm cho Việt Nam, bài viết đề cập đến những nét cơ bản trong hệ thống bảo hiểm y tế Hàn Quốc, đồng thời nêu rõ những thành tựu, các vấn đề còn tồn tại và các cuộc cải cách nhằm nâng cao hiệu quả, chất lượng dịch vụ của chế độ bảo hiểm y tế của Hàn Quốc. Hệ thống bảo hiểm y tế Hàn Quốc đã đạt được những thành tựu nhất định như thực hiện chế độ bảo hiểm y tế toàn dân, tiến hành các cuộc cải cách về bảo hiểm y tế để mở rộng chế độ thụ hưởng lợi ích, đặc biệt là đối với những người bị bệnh hiểm nghèo... Tuy nhiên để thỏa mãn nhu cầu ngày càng cao của người dân và khắc phục những khó khăn, tồn tại đòi hỏi sự nỗ lực của cả nhà nước và cộng đồng xã hội trong việc tạo dựng những chính sách nhằm cân đối thu chi, kết hợp các hình thức cung cấp dịch vụ, tính phí, nâng cao y đức, trách nhiệm của người dân.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế Hàn Quốc; Dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở Hàn Quốc.

1. Khái quát hệ thống Bảo hiểm y tế Hàn Quốc

Giống như các nước công nghiệp phát triển khác, bảo hiểm y tế Hàn Quốc ngày càng đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe, tuổi thọ cho người dân. Cùng với quá trình phát triển kinh tế, hệ thống bảo đảm xã hội nói chung, bảo hiểm y tế nói riêng của Hàn Quốc đã được cải

thiện đáng kể nhờ những nỗ lực của chính phủ trong việc tạo dựng, thực thi những chính sách phù hợp đáp ứng những nhu cầu thay đổi của tình hình kinh tế, xã hội Hàn Quốc.

Thực hiện chương trình bảo hiểm y tế quốc gia được coi là một trong những nhân tố quan trọng nhất trong việc ổn định xã hội, thúc đẩy tăng trưởng kinh tế.

Bảng 1. Nguồn thu và chi năm 2006

Nguồn thu	Nguồn chi
Thu 81%	Hưởng lợi 94%
Thuế chung 12%	Chi phí quản lý 4%
Đánh thuế thuốc lá 4%	Chi khác 2%
Nguồn khác 3%	

Nguồn: Hiệp hội bảo hiểm quốc gia (NHIC) 2008

Quỹ Bảo hiểm y tế quốc gia (NHI) do người được bảo hiểm và các chủ lao động đóng góp cùng với trợ cấp của chính phủ. Vì chương trình NHI hoạt động như chương trình bảo hiểm xã hội nên nguồn thu chủ yếu có được từ sự đóng góp của người tham gia bảo hiểm.

Thông qua trợ cấp của chính phủ, nhà nước cung cấp 14% tổng số thu dự tính hàng năm tăng lên và Hiệp hội bảo hiểm y tế quốc gia (NHIC) được hỗ trợ thêm về tài chính từ quỹ nâng cao sức khỏe là 6% số thu hàng năm thông qua sự đóng góp vào NHI của những người tham gia bảo hiểm.

NHI là chế độ bảo hiểm xã hội bắt buộc được nhà nước hỗ trợ tài chính và người tham gia bảo hiểm đóng góp thêm. Hiện tại 96,3% tổng dân số (khoảng 49,2 triệu) tham gia chế độ bảo hiểm này, 3,7% dân số còn lại (khoảng 1,8 triệu) được chương trình trợ giúp y tế (chương trình trợ giúp xã hội cho người quá nghèo) cung cấp tài chính thông qua nguồn thuế chung (xem bảng 3).

Bảng 2. Trợ cấp của chính phủ (Đơn vị: tỉ won)

Phân loại		2005	2006	2007
Người làm công	Tỉ lệ đóng góp	4,31%	4,48%	4,77%
Người làm tư	Giá trị mỗi điểm	126.5won	131.4won	139.9won

Ng

Người được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm y tế quốc gia được chia làm 2 loại: người làm công ăn lương và người làm tư nhân. Nguồn tài chính do chủ lao động, người làm công, người làm tư nhân đóng góp và nhà nước hỗ trợ. Hiện tại tỉ lệ đóng góp của người làm công là 5,08% tổng tiền lương hay tiền công, Một nửa số đó do chủ lao động đóng góp. Đối với người làm tư nhân, tỉ lệ đóng góp có tính đến tài sản, thu nhập, các phương tiện xe cộ, tuổi tác, giới tính.

Một trong những đặc điểm nổi bật của hệ thống chăm sóc y tế Hàn Quốc là khu vực tư nhân đóng vai trò chủ đạo trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế. Các bệnh viện và trung tâm y tế tư nhân chiếm tới 90% tổng số các cơ sở y tế. Trong hầu hết các trường hợp, bác sĩ vừa sở hữu vừa quản lý các cơ sở y tế.

Về cơ bản, các chi phí chăm sóc sức khỏe được thanh toán qua phí dịch vụ đối với tất cả các dịch vụ. Các lợi ích và phí được điều chỉnh khi cần thiết.

Đối với các dịch vụ không được bảo hiểm, phí và các hoạt động của người cung cấp dịch vụ hầu như không bị điều chỉnh. Từ đầu năm 1997, bộ Y tế và phúc lợi bắt đầu áp dụng chế độ chi trả dựa theo nhóm liên quan đến mức độ bệnh tật (Diagnostic Related Groups, DRGs). Hiện tại, chế độ chi trả DRGs được thực thi trên cơ sở tự nguyện đối với một số quy trình.

Bảng 3. Số người được bảo hiểm năm 2006

	Số người	%
Tổng số dân số	49.239.227	100
Tổng số tham gia bảo hiểm, trong đó:	47.409.600	96,3 (100)
NHI		
Bảo hiểm người làm công	28.445.033	57,7 (59,9)
Bảo hiểm người làm tư	18.964.567	38,6 (40,1)
Hỗ trợ y tế	1.828.627	3,7

Nguồn: NHIC, 2008

Bảng 4. Tỉ lệ đóng góp

Phân loại		2005	2006	2007	2008
Người làm công	Tỉ lệ đóng góp	4,31%	4,48%	4,77%	5,08%
Người làm tư	Giá trị mỗi điểm	126.5won	131.4won	139.9won	148.9won

Nguồn: NHIC, 2008

Bảng 5. Chi phí y tế

Năm	GDP	Tổng chi phí		Nhà nước nói chung		Khu vực tư nhân	
		Số lượng	%trên GDP	Số lượng	%	Số lượng	%
1990	186.691	8.100	4,3%	2.963	36,6%	5.137	63,4%
1995	398.838	16.534	4,1%	5.908	35,7%	10.626	64,3%
2000	578.665	27.610	4,8%	12.928	46,8%	14.682	53,2%
2001	622.123	33.598	5,4%	17.807	53,0%	15.791	47,0%
2002	684.264	36.215	5,3%	18.701	51,6%	17.514	48,4%
2003	724.675	39.400	5,4%	20.455	51,9%	18.944	48,1%
2004	779.381	42.783	5,5%	22.495	52,6%	20.288	47,4%
2005	810.516	48.122	5,9%	25.485	53,0%	22.637	47,0%

Nguồn: Yearbook of Health & welfare Statistics, MHW 2007

Mức chi trả được quy định theo mức cố định sẵn đã được thoả thuận giữa nhà bảo hiểm (NHI) với các chuyên gia y tế đại diện và được điều chỉnh thường xuyên.

Trong trường hợp bị ốm hoặc bị tai nạn, người tham gia bảo hiểm và những người phụ thuộc được hưởng lợi ích bảo hiểm y tế, bao gồm lợi ích bằng hiện vật và bằng tiền mặt. Mức độ hưởng lợi của các nhóm dân cư hoàn toàn như nhau. Hiện tại, NHIC đã bắt đầu đổi mới trong việc quản lý và thực hiện các chức năng của mình, trong đó đặc biệt ngày càng chú trọng đến việc ngăn ngừa bệnh tật và nâng cao sức khoẻ cho người dân. Để phát hiện và điều trị sớm các bệnh suy biến, NHIC đã cung cấp dịch vụ khám sức khoẻ miễn phí 2 năm một lần cho những người tham gia bảo hiểm và người ăn theo từ 40 tuổi trở lên.

Tổng chi tiêu cho y tế ở Hàn Quốc ngày càng tăng, cả về tỉ lệ trong GDP lẫn trong ngân sách chung của chính phủ. Tuy nhiên, tỉ lệ này đối với khu vực tư nhân ngày càng giảm (xem bảng 5).

2. Những vấn đề cơ bản và thách thức đặt ra đối với chương trình NHI

Củng cố chế độ bảo hiểm y tế

Trong những năm qua, Chính phủ Hàn Quốc đã theo đuổi việc mở rộng bảo hiểm đến toàn bộ dân cư, coi đó như nhiệm vụ hàng đầu và chỉ trong vòng 12 năm đã thực hiện được việc bảo hiểm y tế toàn dân. Khi chương trình NHI đã phát triển được mạng lưới các cơ sở y tế, nhu cầu cần thiết là phải có một chế độ bảo hiểm vững chắc hơn.

Do tỉ lệ cùng chi trả cao và các dịch vụ được bảo hiểm hạn chế, nhiều

Bảng 6. Tỷ lệ cùng chi trả của bệnh nhân

Cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe	Tỷ lệ cùng chi trả
Bệnh nhân nội trú	10-20 % tổng chi phí chữa trị
Bệnh nhân ngoại trú	
Bệnh viện loại 3	Chi phí mỗi lần khám + 50% chi phí chữa trị
Bệnh viện đa khoa	50% (chi phí chữa bệnh + chi phí khám mỗi lần)
Bệnh viện	40% (chi phí chữa bệnh + chi phí khám mỗi lần)
Trung tâm y tế	30% chi phí chữa bệnh (3.000 won nếu tổng chi phí <15.000 won)
Mua thuốc	Có đơn thuốc trên 15.000 won: 3.500 won; dưới 15.000 won: 3.000 won Không đơn thuốc: trên 4.000 won: 40%; dưới 4.000 won: 1.400 ~ 2.000 won

Nguồn: NHIC, 2008

bệnh nhân đang phải gánh những khoản chi phí cao và do số lần khám ngoại trú trung bình ở Hàn Quốc cao (khảo sát theo đầu người là 10,6 lần năm 2002) nên tỷ lệ cùng chi trả của mỗi lần khám lên khá cao.

Tỷ lệ đóng góp

Ở Hàn Quốc, tỷ lệ đóng góp vào khoảng 5% thu nhập từ tiền lương, thấp nhất trong những nước OECD. Những nỗ lực trước đây nhằm nâng tỷ lệ đóng góp đã gặp phải sự phản đối từ phía người tham gia bảo hiểm. Mặc dù biết rằng việc tăng tỷ lệ đóng góp sẽ làm giảm đi gánh nặng của bệnh nhân khi họ gặp những bệnh hiểm nghèo, nhưng việc thuyết phục người tham gia bảo hiểm tăng tỷ lệ đóng góp không hề dễ dàng. Trong một cuộc khảo sát toàn quốc, có khoảng 56% số người được hỏi trả lời rằng tỷ lệ đóng góp như vậy là quá cao. Chỉ có 19% trả lời rằng tỷ lệ đóng góp đó là tương xứng với những lợi ích được hưởng (NHIC, 2004).

Hệ thống chuyển tuyến

Bất chấp sự tồn tại của hệ thống chuyển tuyến, vai trò của cơ sở khám ban đầu rất hạn chế và người ta thường bỏ qua khâu này mà tìm kiếm các cơ sở tuyến trên hơn. Một hệ thống chuyển tuyến thành công sẽ ngăn được việc bệnh nhân có bệnh đơn giản mà phải sử dụng những dịch vụ tốn kém tại các bệnh viện loại 3 vốn để dành cho những bệnh nhân thực sự cần những trang thiết bị phức tạp và hiện đại. Tuy nhiên, người tiêu dùng Hàn Quốc rất thích được điều trị tại các bệnh viện lớn, bệnh viện trung ương bất chấp việc phải trả phí cao hơn và quy định phải có giấy chuyển tuyến mới được chấp nhận.

Một lý do khác cản trở việc tăng vai trò của hệ thống chuyển tuyến là sự cạnh tranh khốc liệt, thiếu sự kết hợp giữa các trung tâm y tế với bệnh viện. Ở Hàn Quốc không có sự khác biệt rõ ràng về chức năng giữa hai

loại cơ sở khám chữa bệnh trên. Thầy thuốc ở các trung tâm y tế có nguồn lợi từ bệnh nhân nội trú trong khi mức hưởng lợi của họ ở bệnh viện phụ thuộc chủ yếu vào dịch vụ cho bệnh nhân ngoại trú. Chính phủ đã áp dụng mức thu phí như nhau cho bác sĩ tư nhân và bệnh viện. Với cơ chế này và chế độ hoàn lại chi phí dịch vụ, chuyển tuyến nghĩa là chuyển nguồn thu riêng cho các nhà cung cấp dịch vụ khác. Vì vậy không khuyến khích được các bác sĩ chuyển người bệnh lên tuyến trên.

Đảm bảo chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế

Để nâng cao chất lượng, hiệu quả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, khuyến khích các nhà cung cấp dịch vụ nâng cao năng lực và trách nhiệm trong việc cung cấp dịch vụ y tế, Cục thẩm định bảo hiểm sức khỏe (HIRA) được hình thành vào năm 2000. Đây là một cơ quan độc lập xem xét các quyền lợi, hướng dẫn, đánh giá các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các trung tâm y tế nhằm bảo vệ, nâng cao sức khỏe và thỏa mãn nhu cầu của người bệnh. Đồng thời HIRA cũng xử phạt những hành vi điều trị không cần thiết hay bất hợp lý. Tuy nhiên, chức năng này chưa thực sự phát huy tác dụng. Các cơ sở y tế vẫn chưa đạt tiêu chuẩn, chưa được hướng dẫn đầy đủ. Vấn đề đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, kể cả việc ngăn chặn những sai sót y tế vẫn chưa được chú trọng.

Năm 2004, chương trình đánh giá chất lượng dịch vụ bệnh viện được thực hiện trên phạm vi toàn quốc. Mục đích chương trình này là để đưa ra sự đánh giá khách quan về chất lượng dịch vụ cho bệnh nhân, tạo sự tin tưởng của công chúng đối với chế độ và thu hút sự tham gia của các nhà chuyên môn gương mẫu trong việc thường xuyên đánh giá và công bố các kết quả đánh giá. Tuy nhiên hiện nay các công cụ đánh giá chưa có những chuẩn mực thích hợp và toàn diện, kể cả những hướng dẫn đối với các trung tâm y tế chưa thật phù hợp gây ra sự phản đối của các nhà cung cấp dịch vụ. Phẩm chất của thanh tra viên chưa được đảm bảo dẫn đến sự thiếu minh bạch trong quá trình xem xét và đánh giá kết quả.

Nâng cao tinh thần trách nhiệm và khôi phục lòng tin của nhân dân

Để chiếm được lòng tin và đáp ứng sự mong mỏi của những người tham gia bảo hiểm, chương trình NHI còn phải cải thiện rất nhiều. Theo cuộc khảo sát toàn quốc vào năm 2004 (NHIC, 2004), 81% số người được hỏi nói rằng bảo hiểm y tế quốc gia quan trọng đối với việc nâng cao sức khỏe người dân. Tuy nhiên, mức độ thỏa mãn đối với chương trình NHI còn thấp. Khoảng 42% nói họ không hài lòng. Chỉ 20% nói rằng sự đóng góp của họ được sử dụng đúng mục đích. Họ cũng lo lắng về mức hưởng lợi ích còn hạn chế, 71% nói có quá nhiều khoản mục và dịch vụ vẫn chưa được bảo hiểm.

Bên cạnh đó, công chúng cũng không hài lòng với hệ thống chăm sóc sức khỏe hiện hành. Khoảng 60% người được hỏi nói rằng hệ thống này hiện tại cần có sự thay đổi cơ bản. Kết quả này cũng nói lên rằng hệ thống NHI cần

phải tìm ra các giải pháp tốt hơn để đảm bảo niềm tin của dân chúng.

3. Những cuộc cải cách gần đây và các vấn đề tồn tại khác

Để khắc phục những vấn đề tồn tại, chính phủ Hàn Quốc gần đây đã thực hiện các biện pháp sau:

Cải cách hợp nhất để đảm bảo tính công bằng và hiệu quả

Vào tháng 6 năm 2000, Hàn Quốc đã thống nhất các tổ chức bảo hiểm y tế độc lập (người làm công ăn lương và làm tự) trở thành một tổ chức bảo hiểm duy nhất nhằm những mục đích sau :

- *Nâng cao tính công bằng trong vấn đề phân bổ tài chính cho y tế.* Mức phí đóng góp ở các quỹ bảo hiểm rất khác nhau mặc dù lợi ích được hưởng gần như nhau. Điều này đã làm cho người ta lo ngại về sự bình đẳng trong gánh nặng tài chính giữa các tổ chức bảo hiểm và đe dọa sự đoàn kết xã hội. Thêm vào đó, các tổ chức bảo hiểm ở các vùng nông thôn, nơi sức khỏe của người dân thường kém hơn so với thành thị và tỉ lệ người già cao, phải chịu đựng gánh nặng về tài chính quá nặng nề.

- *Nâng cao hiệu quả của hệ thống quản lý NHI.* Sự hình thành ngày càng nhiều tổ chức bảo hiểm (374 quỹ, với mỗi quỹ có khoảng dưới 200.000 người được bảo hiểm) dẫn tới việc phân bổ tài chính và cơ cấu tổ chức của toàn bộ chương trình NHI kém hiệu quả. Mỗi tổ chức bảo hiểm có qui mô quá nhỏ để đảm bảo nguồn thu thu nhập. Hơn nữa, số tổ chức bảo hiểm không đủ để có thể san sẻ rủi ro với nhau, làm cho cho mỗi tổ chức bảo hiểm bị lao đao trước những cú sốc về tài chính. Thêm vào đó, chi phí quản lý tăng do chế độ đa bảo hiểm khó có thể sử dụng được hệ thống gọn nhẹ.

Kể từ khi mức phí đóng góp bảo hiểm được quy định như nhau trên toàn quốc, tính công bằng về tài chính giữa những người làm nghề tự do được cải thiện. Nhìn chung, cuộc cải cách thống nhất đã khuyến khích phân phối lại qua việc đề ra phương thức tính mức đóng góp tiến bộ hơn. Đồng thời, việc tăng qui mô kinh tế trong quản lý cũng giảm bớt được chi phí hành chính. Cụ thể là toàn bộ chi phí quản lý hành chính của NHI đã giảm từ 8,85% năm 1999 xuống còn 7,3% năm 2000, 4,5% năm 2001 và 4% năm 2002.

Cải cách chia tách nhằm chuyên môn hóa và nâng cao chất lượng

Cuộc cải cách chia các chức năng kê đơn và phân phối thuốc giữa bác sĩ và dược sĩ được thực hiện vào tháng 6 năm 2000 nhằm các mục đích sau:

Sử dụng thuốc hợp lý

Việc cải cách hướng tới nâng cao tính hợp lý của đơn thuốc và giảm việc sử dụng những thuốc không cần thiết. Cả thầy thuốc và dược sĩ đều đã có động cơ kê đơn và bán thuốc nhiều hơn mức cần thiết, kể cả những loại thuốc đắt tiền và những loại thuốc không phù hợp. Do sự kích lệ tài

chính cố hữu của nhà cung cấp và truyền thống lệ thuộc vào dược phẩm, tỉ lệ sử dụng thuốc trong chi phí chăm sóc sức khỏe ở Hàn Quốc tăng lên nhanh chóng. Việc gia tăng sử dụng thuốc tiêm và kháng sinh cũng là 2 vấn đề chính đáng lo ngại. Trước cải cách, kết quả của một cuộc điều tra cho thấy các bác sĩ đã sử dụng thuốc tiêm cho 57% và thuốc kháng sinh cho 59% số trường hợp đến khám chữa bệnh.

Đề cao quyền được biết thông tin của bệnh nhân và hệ thống kiểm tra chéo

Mục tiêu của cuộc cải cách là làm tăng sự nhận thức của bệnh nhân và kiểm tra y đức bằng cách công khai việc kê đơn thuốc cho bệnh nhân và dược sĩ. Thêm vào đó, hệ thống kiểm tra chéo khuyến khích bác sĩ lưu tâm hơn trong kê đơn thuốc và các dược sĩ xem xét kỹ lưỡng hơn số lượng và chủng loại thuốc do bác sĩ kê đơn giúp cho việc ngăn ngừa tốt hơn sự sai sót về thuốc men trong quá trình kê đơn. Việc cải cách chia tách hy vọng sẽ ảnh hưởng tốt đến ngành công nghiệp dược vốn từ trước đến nay vẫn tập trung chủ yếu vào việc sản xuất thuốc chất lượng thấp rồi quảng cáo đến thầy thuốc, thay vì đầu tư nghiên cứu và phát triển sản xuất các loại thuốc chất lượng cao.

Việc đánh giá đầy đủ về lợi ích của chuyên môn hóa còn quá sớm, nhưng kết quả ban đầu cho thấy việc sử dụng thuốc quá mức, đặc biệt là thuốc kháng sinh và thuốc tiêm đang giảm đi. Tuy nhiên, cuộc cải cách chia tách đã làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe cũng như phí y tế nhằm thoả hiệp với các bác sĩ, những người nhìn nhận cải cách như mối đe dọa chủ yếu tới lợi ích kinh tế của họ, nghĩa là khiến họ mất đi lượng thu nhập lớn do sự chênh lệch giữa tiền thanh toán thuốc bảo hiểm và chi phí mua thuốc.

Phương châm tiến tới mức thanh toán 70% lợi ích bảo hiểm

Với mục tiêu ban đầu của chương trình bảo hiểm y tế bắt buộc là thu phí cao, không bảo hiểm một số dịch vụ để đầu tư tài chính và cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế phù hợp khi cần thiết cho các đối tượng thuộc tầng lớp dân cư quá nghèo. Tuy nhiên mục tiêu này vẫn chưa thực hiện được đầy đủ. Bởi vậy, Bộ Y tế và Phúc lợi gần đây đã công bố sẽ mở rộng ích lợi bảo hiểm từ 61,3% năm 2004 lên 65% vào năm 2005, 68% năm 2006, 70% năm 2007 và 71,5% năm 2008 thông qua các biện pháp như tăng lợi ích chi trả, giảm và khống chế mức phải trả của người bệnh, và cho người bị bệnh hiểm nghèo hưởng mức lợi ích bảo hiểm đặc biệt.

Thông qua việc mở rộng liên tục mức hưởng lợi, các dịch vụ chi phí cao trong đó có chụp cắt lớp (CTs) (năm 1996) và cộng hưởng từ (MRIs) (năm 2005) nay đã được bảo hiểm và tiến tới thực hiện:

- Miễn chi trả đối với trường hợp đẻ thường;
- Giảm tỉ lệ cùng chi trả đối với bệnh nhân ngoại trú bị bệnh tâm thần nặng;
- Bảo hiểm chi trả cho cả xe lăn có động cơ và xe xcutơ dành cho người tàn tật;

- Kéo dài thời gian hưởng lợi ích bảo hiểm khi phải dùng thuốc chống loãng xương (osteoporosis);

- Giảm tỉ lệ cùng chi trả từ 20% xuống 10% cho 3 nhóm bệnh nan y (ung thư, bệnh tim và bệnh về não - mạch).

Để giúp người tham gia bảo hiểm khắc phục những rủi ro, chương trình NHI gần đây đã bắt đầu thực hiện “Chương trình bù đắp cho việc chi trả vượt quá mức”, theo đó người có bảo hiểm sẽ được thanh toán 50% mức chi phí vượt quá mức 1.2 triệu won trong khoảng thời gian liên tục 30 ngày. Thêm vào đó, để làm giảm bớt gánh nặng cho bệnh nhân phải sử dụng thuốc đắt tiền, chính phủ và NHIC đã đưa ra “chế độ mức trần cùng chi trả” ‘Co-Payment Ceiling System’ vào năm 2004. Chế độ định mức trần được coi là lưới an toàn đối với bệnh nhân phải trả quá mức giới hạn cùng chi trả, theo đó bệnh nhân được miễn giảm hơn nữa nếu như số tiền phải trả vượt qua một ngưỡng nhất định, (3 triệu won trong vòng 6 tháng).

Nỗ lực để củng cố, ổn định nguồn tài chính lâu dài của NHI

Đối diện với cuộc khủng hoảng tài chính sau cuộc Cải cách chia tách, chính phủ đã thực hiện một loạt biện pháp như tăng trợ cấp của chính phủ, tăng tỉ lệ cùng chi trả, áp dụng nhiều cơ chế phát hiện sự gian lận của các nhà cung cấp, cải tiến biện pháp đánh giá thu nhập của những người làm tư nhân, và tăng tỉ lệ đóng góp qua từng năm. Nhờ đó tình hình thiếu hụt tài chính từ cuối năm 2004 của NHI đã được cải thiện nhanh chóng. Tuy nhiên, những biện pháp này vẫn chưa đủ mạnh để đối phó với tình trạng chi tiêu cho chăm sóc y tế sẽ không ngừng tăng lên. Đặc biệt với phương châm đẩy mạnh việc đảm bảo mở rộng lợi ích bảo hiểm đối với các bệnh phải trả chi phí cao, bộ Y tế và phúc lợi đã thiết lập hệ thống kiểm soát chi tiêu chặt chẽ.

Một trong những biện pháp lựa chọn là thực hiện chế độ chi trả dựa theo kết quả chuẩn đoán bệnh, nghĩa là người bệnh được chi trả một mức cố định dựa trên sự chuẩn đoán bệnh, không tính tới chi phí điều trị thực tế. Để chuyển đổi thuận tiện từ việc chi trả theo phí dịch vụ sang chế độ chi trả dựa trên kết quả chuẩn đoán bệnh, chính phủ đã áp dụng chương trình thử nghiệm vào năm 1997. Tuy nhiên, do sự phản đối của các nhà cung cấp dịch vụ, chương trình chi trả theo nhóm bệnh chỉ được thực hiện cho 7 bệnh hiểm nghèo và trên cơ sở tự nguyện. Để động viên sự tham gia và giảm bớt sự chống đối trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết, NHI đã đặt mức thanh toán theo bệnh cao hơn so với mức phí trả theo dịch vụ thực tế.

Chương trình thử nghiệm đã chứng tỏ được rằng chế độ chi trả theo nhóm bệnh có hiệu quả rõ rệt trong việc giảm chi phí y tế đối với mỗi bệnh nhân, giảm số lượng các xét nghiệm trong thời gian ở bệnh viện, và giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân trong khi chất lượng chăm sóc không hề giảm sút.

Nhìn chung Hàn Quốc đã và đang nỗ lực rất nhiều để xây dựng một hệ thống bảo hiểm y tế phù hợp với sự phát triển kinh tế, xã hội và đã đạt được những thành tựu nhất định như thực hiện chế độ bảo hiểm y tế toàn dân, tiến hành các cuộc cải cách về bảo hiểm y tế để mở rộng chế độ thụ hưởng lợi ích, đặc biệt là đối với những người bị bệnh hiểm nghèo... Tuy nhiên để thỏa mãn nhu cầu ngày càng cao của người dân thì vẫn còn rất nhiều việc cần phải làm như nâng cao chất lượng dịch vụ, tinh thần trách nhiệm của đội ngũ những người làm công tác chăm sóc sức khỏe, tăng mức hưởng lợi ích hơn nữa...

Để khắc phục những khó khăn, tồn tại đòi hỏi sự nỗ lực của cả nhà nước và cộng đồng xã hội trong việc tạo dựng những chính sách nhằm cân đối thu chi, kết hợp các hình thức cung cấp dịch vụ, tính phí, nâng cao ý thức, trách nhiệm của người dân làm cho hệ thống bảo hiểm y tế ngày càng vững mạnh, thỏa mãn nhu cầu của toàn xã hội. ■

Tài liệu tham khảo

- Eric, B, *Social Protection in the Republic of Korea: Social Insurance and Moral Hazard*.
- Hiệp hội bảo hiểm quốc gia NHIC. 2004; 2008.
- Kim, J., Ko, S, and Yang, B. 2005. "The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea". *Health Policy*, vol. 72, pp. 293–300.
- Kwon, S. 2003. "Payment system reform for health care providers in Korea," *Health Policy and Planning*, Vol. 18, No.1, pp.84–92.
- Kwong, L, *Social Development in Asia*, Social indicators research series vol 5, Springer, 2000.
- Ministry of Health and Welfare – MOHW 2006, *Annual Report 2006: Health and Welfare Services*, Seoul 2007.
- Ministry of Health and Welfare – MOHW 2006, *Health and Welfare Statistics*, Seoul 2007.
- Ministry of Health and Welfare Republic of Korea, *Major Programs for Health and Welfare*, Seoul, 1996.
- National Health Insurance Corporation, *National Health Insurance System of Korea*, Seoul 2008.
- National Pension Service, *Working Together for a Better Tomorrow*, Seoul 2007., OECD, OECD Health Data 2005. Paris: OECD.
- Yang, B., Prescott, N. and Bae, E.Y. 2001. "The Impact of the Economic Crisis on Health-Care Consumption in Korea," *Health Policy and Planning*, Vol. 16, No.4, pp. 372-384.
- Yearbook of Health & welfare Statistics, MHW. 2007
- Website: <http://www.hanquocngaynay.com>; <http://www.korea.net>;
<http://www.kosis/english>; <http://www.justlanded.com>; <http://www.un.org>