

Bảo hiểm y tế toàn dân của một số nước trên thế giới và bài học kinh nghiệm cho Việt Nam

Đặng Thị Minh Thủy

Đại học Kinh tế Quốc dân

Bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân là một chương trình thiết yếu của mỗi quốc gia nhằm bảo vệ cho người dân trước các rủi ro về sức khỏe. Tuy nhiên, việc thực hiện chương trình này thường phải đối mặt với nhiều thách thức. Do vậy, nghiên cứu kinh nghiệm từ các quốc gia trong việc thực hiện BHYT toàn dân cho phép thúc đẩy tiến trình thực hiện nhanh và hiệu quả hơn. Mục tiêu của bài viết là nghiên cứu kinh nghiệm của một số nước về chính sách và chương trình thực hiện BHYT toàn dân, từ đó rút ra bài học cho Việt Nam.

1. Bảo hiểm y tế toàn dân ở Cộng hòa Liên bang Đức

Là quốc gia đầu tiên trên thế giới triển khai chính sách BHYT (từ năm 1883), cho đến nay hệ thống BHYT tại Cộng hòa liên bang Đức được đánh giá là một trong những hệ thống BHYT hoàn thiện và đầy đủ nhất. Ở Đức tồn tại song song hai hệ thống BHYT, đó là: BHYT Nhà nước và BHYT tư nhân. Luật pháp quy định tất cả mọi người lao động có mức thu nhập dưới ngưỡng quy định (60.000 Euro/năm) đều phải tham gia BHYT Nhà nước, hay còn gọi là các quỹ ốm đau do cơ quan bảo hiểm y tế bắt buộc của Nhà nước quản lý (Statutory health insurance - SHI; tính đến tháng 1/2016 có 118 quỹ khác nhau). Các thành viên trong gia đình của người lao động, học sinh, sinh viên, người về hưu, v.v... cũng tham gia BHYT Nhà nước nhưng với mức đóng góp nhỏ hơn mức đóng góp của người lao động. Những người lao động có thu nhập trên ngưỡng quy định có thể lựa chọn tham gia BHYT Nhà nước hoặc BHYT tư nhân (Private health insurance — PHI, do các công bảo hiểm tư nhân triển khai dưới sự giám sát của Chính phủ).

Theo thống kê của Gesetzliche Krankenversicherung (Cơ quan bảo hiểm y tế nhà nước của Đức) năm 2019, ở Đức có gần 90% dân số tham gia BHYT Nhà nước, còn lại tham gia BHYT tư nhân. Nếu tính cả BHYT Nhà nước và BHYT tư nhân thì diện bao phủ BHYT tại Đức đạt gần 100% dân số. Quyền lợi BHYT dành cho người dân bao gồm tất cả các chi phí khám chữa bệnh, điều trị, các dịch vụ bổ sung khác như phục hồi chức năng, bác sĩ tư vấn tại gia, cung cấp trang thiết bị y tế cá nhân...

Trải qua 130 năm hình thành và phát triển, hệ thống BHYT của Đức không ngừng cải cách, là một trong những hệ thống BHYT tốt nhất thế giới với chất lượng cao và độ bao phủ rộng đến toàn dân.

2. Bảo hiểm y tế toàn dân ở Nhật Bản

Nhật Bản có nền kinh tế lớn thứ hai thế giới với mức sống cao và trình độ phát triển phát triển ổn định, đã đạt được những thành công lớn trong hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn dân: Hệ thống BHYT được thành lập từ năm 1961; mức độ bao phủ của BHYT là 100% dân số; tuổi thọ cao nhất thế giới; có khả năng kiểm soát, loại trừ các bệnh truyền nhiễm thông thường; tử vong do tai nạn giao thông giảm đáng kể trong 50 năm qua... Bên cạnh những thành công trên, Nhật Bản cũng phải đối mặt với nhiều thách thức như: tăng trưởng dân số âm với tỷ lệ sinh thấp, dân số già, nền kinh tế bị thu hẹp; tỷ lệ thất nghiệp tăng, bệnh tật liên quan đến các bệnh không truyền nhiễm (non-communicable disease) và các bệnh thoái hóa tăng cao đã tạo áp lực cho hệ thống chăm sóc sức khỏe quốc gia về nhiều mặt, đặc biệt là về mặt tài chính và chất lượng dịch vụ.

Khi tham gia BHYT, người dân được lựa chọn các cơ sở chăm sóc sức khỏe với chất lượng dịch vụ tốt và mức giá tương đối thấp. Tuy nhiên, do chính sách kiểm soát chặt chẽ chi phí chăm sóc sức khỏe, cách tiếp cận dịch vụ y tế của người dân và công tác quản lý chưa hiệu quả của các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã tạo ra sự chênh lệch giữa nhu cầu của người dân và bên cung cấp dịch vụ. Cụ thể là, người dân muốn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe

với công nghệ cao, đắt tiền dẫn đến sự gia tăng trong chi phí chăm sóc sức khỏe (chiếm 8,5% GDP vào năm 2000, chiếm 10,02% GDP vào năm 2016). Đây là vấn đề rất nan giải đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói riêng và cơ quan quản lý nhà nước nói chung. Một số chương trình đã được thực hiện trong gần hai thập kỷ qua để giải quyết các vấn đề trên, bao gồm:

- Bảo hiểm chăm sóc y tế dài hạn (2000): là chương trình bảo hiểm xã hội cho người cao tuổi từ 65 tuổi trở lên - đây là những người cần được chăm sóc sức khỏe dài hạn hoặc cung cấp dịch vụ xã hội. Chương trình này được Nhà nước cung cấp, sửa đổi ba năm một lần để duy trì tính bền vững.

- Chăm sóc cộng đồng tích hợp - Integrated Community Care System (ICCS) (2006): là một chương trình toàn diện cho tất cả người dân, cung cấp các dịch vụ tiêm phòng, dịch vụ y tế dành cho trẻ con và người đang đi làm; dịch vụ chăm sóc y tế dài hạn và chăm sóc xã hội cho người già.

- Cải cách toàn diện về an sinh xã hội và thuế (2010): là một cải cách chung cho hệ thống an sinh xã hội và hệ thống thuế nhằm cải thiện tính bền vững tài khóa cho hệ thống an sinh xã hội Nhật Bản. Tính đến nay, một số luật liên quan đã được ban hành, sửa đổi thành công theo kế hoạch cải cách này và đều đã đóng góp rất lớn cho hệ thống chăm sóc sức khỏe và chăm sóc dài hạn. Trong đó, các lĩnh vực ưu tiên là: các dịch vụ hỗ trợ trẻ em và gia đình nuôi con; tạo việc làm; cải cách dịch vụ y tế và chăm sóc dài hạn; cải cách lương hưu; các biện pháp chống đói nghèo và bất bình đẳng thu nhập...

- Chương trình chăm sóc sức khỏe theo khu vực (2014): Trong chương trình này, Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản yêu cầu chính quyền mỗi tỉnh xây dựng chương trình chăm sóc sức khỏe theo đặc thù của tỉnh, đặc biệt yêu cầu từng quận trong tỉnh ước tính cung - cầu về y tế và hệ thống chăm sóc sức khỏe cụ thể trong tương lai. Cùng với ICCS, chương trình này hỗ trợ y tế từ phòng bệnh đến chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi.

Ngoài ra, Chính phủ Nhật Bản còn có chương trình "Tầm nhìn Nhật Bản" nhằm xây dựng một hệ thống chăm sóc sức khỏe bền vững, mang lại kết quả tốt hơn và đảm bảo công bằng cho mỗi thành viên trong xã hội, góp phần giảm thiểu gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe dài hạn cho người dân của Nhà nước, từ đó góp phần vào sự phát triển chung của quốc gia.

3. Bảo hiểm y tế toàn dân ở Hàn Quốc

Ngay sau cuộc Chiến tranh Triều Tiên (1953), Hàn Quốc đã tập trung phần lớn cho phát triển kinh tế, nên các chương trình xã hội dường như ít được coi

trọng. Hầu hết các dự án chăm sóc sức khỏe được tài trợ từ các nguồn tài trợ quốc tế và thường liên quan đến việc phát triển các hoạt động y tế công cộng của Chính phủ như kiểm soát bệnh phong hoặc xây dựng và vận hành hệ thống trạm xá. Chính phủ Hàn Quốc lúc đó đã chi ít hơn 1% ngân sách quốc gia cho y tế, trong khi hầu hết các quốc gia công nghiệp hóa đều chỉ khoảng 6%.

Đến năm 1963, Hàn Quốc thông qua Đạo luật BHYT cho phép các doanh nghiệp có hơn 300 nhân bản bảo hiểm y tế cho nhân viên của họ. Luật này cũng cho phép các doanh nghiệp tạo ra Hiệp hội bảo hiểm y tế của họ. Hiệp hội này có thể là công ty con thuộc sở hữu của tập đoàn, có chức năng độc quyền là cung cấp bảo hiểm cho nhân viên của họ. Ngoài ra, các hiệp hội bảo hiểm y tế khác cũng có thể được thành lập bởi các doanh nghiệp cùng nhau tham gia.

Bên cạnh đó, do thu nhập trung bình của người dân Hàn Quốc ở thời kỳ này tăng lên nhanh chóng so với các nước trên thế giới, nên họ đã chú ý hơn trong việc chăm sóc sức khỏe của bản thân và gia đình (Nghiên cứu của Gallup tại Hàn Quốc năm 1981 cho thấy: hầu hết người dân đều cho rằng sức khỏe là vấn đề quan trọng nhất trong cuộc sống của họ).

Hệ thống BHYT ở Hàn Quốc ban đầu phát triển với tốc độ khá chậm, người dân không thể mua bảo hiểm riêng lẻ. Đến năm 1969, chương trình bảo hiểm y tế Nhà nước mới được xây dựng và năm 1976 mới bắt đầu được thực hiện với kế hoạch 14 năm và dựa trên ba nguyên tắc: (1) BHYT là bắt buộc, (2) Mức đóng góp dựa trên thu nhập cá nhân, (3) Quyền lợi BHYT độc lập với mức đóng góp. Theo đó, BHYT ban đầu cung cấp cho nhóm người lao động có việc làm; năm 1976, tất cả các công ty có hơn 500 nhân viên đều phải mua BHYT bắt buộc. Trong vài năm tiếp theo, quy mô số lượng người lao động làm việc trong doanh nghiệp phải mua BHYT được hạ xuống (năm 1979 là doanh nghiệp có hơn 300 nhân viên). Đến năm 1982, tất cả các doanh nghiệp có sử dụng hơn 16 nhân viên phải mua BHYT bắt buộc.

Tiếp đó, năm 1977, BHYT bắt buộc mở rộng thêm cho các đối tượng có thu nhập thấp, bao gồm; những người sống trong các cơ sở công cộng; những người thất nghiệp phải dựa vào hỗ trợ tài chính của gia đình; những người không có khả năng chi trả chi phí y tế; những người có thu nhập dưới 25% thu nhập bình quân đầu người của quốc gia, đủ điều kiện nhận hỗ trợ công cộng cho các chi phí y tế.

Năm 1979, BHYT bắt buộc tiếp tục bao phủ đến nhóm đối tượng là các nhân viên Chính phủ, nhân viên trường học tư thục và người về hưu. Trong chương trình này, Chính phủ hỗ trợ 50% tỷ lệ phí cho người tham gia, đồng thời người tham gia BHYT cũng

đóng theo cùng một tỷ lệ không kể thu nhập cao hay thấp (Năm 1987, tỷ lệ phí này là 2,3% tiền lương cho cá nhân tham gia và Chính phủ). Đến năm 1981, người lao động tự do (Người bán thịt, lái xe taxi và người bán hàng trên thị trường) được cung cấp BHYT. Mức đóng góp của họ được tính dựa trên thu nhập của gia đình và số lượng thành viên trong gia đình. Chính phủ có trả một số chi phí hành chính để vận hành chương trình, nhưng người được bảo hiểm phải trả tất cả các chi phí còn lại. Hai nhóm cuối cùng được cung cấp BHYT là cư dân thành thị và nông thôn không nằm trong bất kỳ nhóm nào trước đó. Cả hai nhóm này đại diện cho hơn 40% dân số Hàn Quốc và họ bắt đầu được yêu cầu mua bảo hiểm y tế vào tháng 4 năm 1988. Mức đóng góp của họ dựa trên thu nhập, tài sản và số lượng thành viên gia đình. Chính phủ hỗ trợ bằng cách chi trả tất cả các chi phí hành chính. Tính đến năm 1989, gần 100% người dân Hàn Quốc đã được tham gia BHYT theo chương trình của Chính phủ.

Có thể thấy, BHYT toàn dân của Hàn Quốc đã góp phần bảo đảm an sinh xã hội ở đất nước này, đặc biệt trong thời gian khó khăn sau chiến tranh và đối với người già sống phụ thuộc trên 65 tuổi ở Hàn Quốc (chiếm 22% dân số hiện nay, 63% dân số vào năm 2050). Thực hiện BHYT toàn dân đã giúp mọi người dân có điều kiện y tế tốt nhất để chăm sóc sức khỏe cho bản thân và gia đình.

4. Bài học kinh nghiệm về việc triển khai bảo hiểm y tế toàn dân cho Việt Nam

Qua nghiên cứu kinh nghiệm triển khai BHYT của một số nước trên thế giới, có thể rút ra bài học kinh nghiệm cho Việt Nam như sau:

Thứ nhất, Các nước trên thế giới đều quyết định thực hiện BHYT toàn dân khi điều kiện kinh tế - xã hội cho phép và hầu hết được luật hoá trong Luật về BHYT. Quá trình thực hiện BHYT toàn dân có thể kéo dài trong nhiều năm (Đức là 127 năm, Nhật là 36 năm, Hàn Quốc 26 năm).

Thứ hai, BHYT luôn là chính sách được Chính phủ các nước rất quan tâm, được thể hiện thông qua các chương trình chăm sóc sức khỏe cho người dân, hệ thống pháp luật BHYT, đổi mới chính sách tài chính y tế...

Thứ ba, Trong thời gian đầu thực hiện BHYT chỉ nên thực hiện với những nhóm đối tượng dễ quản lý như người lao động có việc làm, nhân viên nhà nước. Sau đó, khi có kinh nghiệm mới mở rộng ra các nhóm đối tượng khác.

Thứ tư, BHYT ban đầu xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản, đảm bảo nhu cầu thiết yếu trong chăm sóc sức khỏe cho người dân. Sau đó, từng bước nghiên cứu mở rộng gói dịch vụ y tế nâng cao để mọi người dân có nhu cầu tự nguyện tham gia và thụ hưởng chính sách BHYT.

Thứ năm, Mức đóng góp BHYT thường căn cứ vào thu nhập của người dân, Chính phủ có hỗ trợ theo từng nhóm đối tượng và trong từng thời kỳ.

Tài liệu tham khảo

Richard Saltman, Reinhard Busse and Josep Figueras (2004), Social health insurance system in Europe, New York: McGraw-Hill Publisher.

Soonman Kwon (2009), Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage, Health Policy and Planning, Volume 24, Issue 1.

Elias Mossialos, Ana Djordjevic, Robin Osborn and Dana Sarnak (2017), International Profiles of Health Care Systems, New York: The commonwealth Publisher.

Owen O'Donnella and Eddyvan Doorslaer (2008). Who pays for health care in Asia? Journal of Health Economics, Volume 27, Issue 2.

Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. Fifty years of pursuing a healthy society in Japan: achievements and challenges. Lancet 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2.

Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bull World Health Organ 2008; 86: 857—63.

Carrin G, James C. 2005. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. International Social Security Review 58: 45—64.

Kwon S, Reich M. 2005. The changing process and politics of health policy in Korea. Journal of Health Politics, Policy and Law 30: 1003—26.