

KINH NGHIỆM QUỐC TẾ TRONG VIỆC GIẢM SỰ PHÂN TÁN CỦA QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ CHIA SẺ RỦI RO

● VŨ THÀNH LONG

TÓM TẮT:

Cùng với ngân sách nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế (BHYT) là nguồn tài chính đóng góp đáng kể cho việc khám chữa bệnh (KCB), chăm sóc sức khỏe nhân dân và đảm bảo an sinh xã hội. Trong vài năm trở lại đây, mỗi năm quỹ BHYT thực hiện chi trả với số tiền hơn 100 nghìn tỷ đồng cho việc KCB BHYT. Nhờ đó, người dân được giảm đáng kể các khoản chi phí dành cho y tế. Bài viết đã nêu kinh nghiệm quốc tế trong giảm sự phân tán của quỹ BHYT chia sẻ rủi ro, đồng thời đề xuất một số hàm ý với Việt Nam nhằm giảm sự phân tán của quỹ này.

Từ khóa: bảo hiểm y tế, quỹ, phân tán, chia sẻ, rủi ro.

1. Đặt vấn đề

Chương trình BHYT của Việt Nam hiện vẫn thể hiện mức độ phân tán cao trong tạo quỹ chung để chia sẻ rủi ro. Theo Luật BHYT, kinh phí BHYT được quản trị trong một quỹ chung. Trên thực tế, có 63 quỹ chia sẻ rủi ro tại các tỉnh, thành với số dân trong diện bảo hiểm từ 300 nghìn đến 4,8 triệu người. Việc có nhiều nhóm đối tượng BHYT, mỗi nhóm có mức đóng khác nhau vào quỹ chung khiến cho mức độ phân tán quỹ gia tăng.

Kết quả là, việc tạo quỹ chung để chia sẻ rủi

ro bị hạn chế giữa các nhóm đối tượng BHYT và giữa các tỉnh. *Thứ nhất*, nguồn thu bảo hiểm không được hợp nhất để chia sẻ rủi ro giữa các nhóm đối tượng tham gia BHYT. Các nhóm bảo hiểm không dựa trên nguyên tắc điều chỉnh rủi ro để đảm bảo chi trả công bằng cho các cơ sở y tế theo mức độ rủi ro của đối tượng bệnh nhân mà các cơ sở y tế chịu trách nhiệm quản lý. Có sự không đồng nhất đáng kể về nguy cơ rủi ro giữa các nhóm bảo hiểm. *Thứ hai*, có sự hạn chế trong tạo quỹ chung để chia sẻ rủi ro giữa các tỉnh. Các quỹ BHYT

vẫn do BHXH cấp tỉnh quản lý. Quỹ khám chữa bệnh BHYT tại mỗi tỉnh bằng 90% tổng thu phí BHYT của các đối tượng bảo hiểm trong tỉnh. Nếu một tỉnh có số thặng dư quỹ vào cuối năm thì 60% BHXH tỉnh được giữ lại để đầu tư và 40% chuyển về quỹ dự phòng trung ương. *Thứ ba*, hệ thống chi trả theo định suất đang áp dụng góp phần vào sự phân mảnh quỹ chia sẻ rủi ro chung. Quỹ định suất được tính riêng cho mỗi nhóm của tổng 6 nhóm đối tượng khác nhau trên cơ sở chi phí và sử dụng của năm trước. Có thể tìm thấy nguồn gốc của hệ thống phân tán này từ những giai đoạn đầu phát triển BHYT khi có nhiều chương trình bảo hiểm còn tồn tại.

2. Kinh nghiệm quốc tế trong giảm sự phân tán của quỹ BHYT chia sẻ rủi ro

Mục tiêu của BHYT là chia sẻ rủi ro giữa người giàu và người nghèo, giữa người khỏe mạnh và người ốm yếu và giữa trẻ em và người già. Điều này giúp nâng cao sự công bằng trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế và giảm thiểu tác động của các khoản tự chi trả bằng tiền túi đối với người nghèo, người bệnh và người cao tuổi. Việt Nam không phải là một nước ngoại lệ trong khu vực khi chưa hoàn toàn đạt được mục tiêu này. Trung Quốc, Indonesia, Philippines là các quốc gia áp dụng nhiều chương trình bảo hiểm BHYT; mỗi chương trình bảo hiểm khác biệt về cơ chế quản lý và gói quyền lợi, ít có sự chia sẻ rủi ro giữa các chương trình BH đó; kết quả là tạo ra sự phân tán đáng kể trong tạo quỹ chia sẻ rủi ro. Indonesia là nước đã ban hành Luật để xây dựng một chương trình bảo hiểm đơn quỹ, bắt đầu có hiệu lực từ năm 2014, nhưng chưa rõ là sẽ mất bao lâu để hoàn thành.

Mục tiêu chia sẻ rủi ro được đáp ứng nói chung tốt hơn khi các nước chuyển từ thu nhập thấp và trung bình lên thu nhập cao (Langenbrunner và Somanathan 2011). Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan (Trung Quốc) đều thực hiện các chiến lược tăng cường sự chia sẻ quỹ bảo hiểm; các nước này đều đã bắt đầu khởi đầu với nhiều chương trình bảo hiểm theo nghề nghiệp và nơi cư trú, cũng giống như ở Việt Nam trước đây.

Tại Hàn Quốc, hệ thống BHYT quốc gia bắt

đầu với hơn 350 hiệp hội BHYT phi lợi nhuận chia thành 3 nhóm đối tượng bảo hiểm: công nhân, nhân viên nhà nước và giáo viên, và lao động tự do. Hệ thống này được triển khai trong 12 năm, bắt đầu từ năm 1977, theo số lao động của từng chủ sử dụng lao động. Năm 2000, dưới sự lãnh đạo chính trị mạnh mẽ, các hiệp hội bảo hiểm này đã được sát nhập thành một chương trình duy nhất. Quá trình hợp nhất được thực hiện đối với 139 quỹ BHYT của các hội nghề nghiệp, 227 quỹ BHYT của lao động tự do, và các chương trình BHYT của Chính phủ và trường tư. Sự bất bình đẳng giữa các nhóm thu nhập và nghề nghiệp là nguyên nhân chính dẫn đến sự cải cách. Việc sát nhập tài chính không được thực hiện đầy đủ cho đến tháng 7/2003. Chi phí quản lý thấp hơn nhiều nhờ sự hợp nhất của các chương trình, giảm từ khoảng 10% của tổng chi năm 1994 xuống còn 0,4% tổng chi trong năm 2006.

Đài Loan (Trung Quốc) đã đạt được mục tiêu bao phủ toàn dân khi 3 chương trình BHYT hợp nhất thành một quỹ BHYT. Trước năm 1995, chỉ có 57% cư dân có bảo hiểm thông qua bảo hiểm lao động (thành lập năm 1950), Bảo hiểm công chức Chính phủ (thành lập năm 1958) và Bảo hiểm nông dân (thành lập năm 1989). Mô hình một đối tượng chi trả đã được phát triển để đảm bảo tốt hơn quyền tiếp cận và kiểm soát chi phí tốt hơn ở cấp quốc gia (và toàn cầu). Quy trình giám định chi trả đã được chuẩn hóa. Tương tự như Hàn Quốc, chi phí hành chính tại Đài Loan (Trung Quốc) là thấp, khoảng 1,76% (Hu 2017).

Tại Nhật Bản có nhiều quỹ bảo hiểm nhưng có cơ chế cân bằng để đảm bảo điều chỉnh chia sẻ rủi ro. Hệ thống các quỹ BHYT Nhật Bản chia thành 3 nhóm quỹ, mỗi nhóm có các biến thiên đa dạng. 2 nhóm đầu dựa trên người sử dụng lao động, nhóm thứ 3 là các quỹ BHYT cộng đồng, tổng cộng khoảng 3.000 quỹ bảo hiểm. Mức đóng góp và rủi ro biến thiên giữa các quỹ và nhóm quỹ. Có 3 cơ chế cân bằng giữa các quỹ: (a) trợ cấp của Chính phủ cho các quỹ có người tham gia thu nhập thấp; (b) trợ cấp chéo giữa các quỹ và quỹ tái bảo hiểm bắt buộc đối với tất cả các quỹ (mỗi quỹ đóng góp

80% tổng ngân sách vào quỹ tái bảo hiểm, và chi phí y tế vượt quá ngưỡng được thanh toán từ quỹ tái bảo hiểm), (c) một biểu phí thống nhất cho các nhà cung cấp.

Tại Chile, nước này đã thực hiện hợp nhất quỹ thông qua cải cách tài chính công. Năm 1985, Chile thực hiện một cuộc cải cách triệt để hệ thống y tế (với cải cách cơ cấu trong hệ thống trợ cấp người già). Chile tiến hành tách bảo hiểm và quản lý tài chính ra khỏi trợ cấp công cho các dịch vụ y tế và lập ra Quỹ Y tế Quốc gia (Fondo Nacional de Salud (FONASA)). Quỹ này được tài trợ từ nguồn thuế chung (để trợ cấp cho các khoản đóng góp cho người nghèo thuộc diện bảo trợ của quỹ bảo hiểm từ thuế chung) và 7% tiền lương của người lao động khu vực chính thức (công và tư). Cải cách thống nhất tất cả các nguồn tài chính công cấp cho y tế thành một quỹ chung, giảm sự trùng lặp và tạo cơ sở thực hiện mua dịch vụ y tế một cách chiến lược trong khu vực công. FONASA hợp nhất nguồn ngân sách nhà nước cấp cho Bộ Y tế (từ thuế chung) và chương trình Bảo hiểm xã hội công cho người lao động chính thức (bãi bỏ vào năm 1985). Kết quả của các cải cách tiếp theo trong và giữa thập kỷ 90 và cuối cùng là cải cách pháp luật năm 2004, FONASA đã trở thành nhà bảo hiểm quan trọng nhất tại quốc gia này cung cấp dịch vụ bảo hiểm cho gần 80% dân số. FONASA được giao thu và quản lý tất cả các nguồn thu công cho y tế và sử dụng quỹ đó để mua các dịch vụ của các cơ sở y tế, nhà cung cấp công và tư. Công cuộc cải cách của FONASA đã diễn ra trong hơn 10 năm. Hợp nhất tất cả các nguồn tài chính là một quy trình kỹ thuật phức tạp. Việc cải tổ củng cố hệ thống của FONASA thành một đơn vị mua dịch vụ y tế trong lĩnh vực công là đặc biệt phức tạp, đòi hỏi những nỗ lực chính trị và kỹ thuật quan trọng được thực hiện ở thập kỷ 1990.

3. Hàm ý với Việt Nam nhằm giảm sự phân tán của quỹ chia sẻ rủi ro bảo hiểm y tế

Một là, Việt Nam có thể vận dụng kinh nghiệm của Chile tách bảo hiểm và quản lý tài chính ra khỏi trợ cấp công. Điều này góp phần nêu bật những tác

động lợi ích của việc tạo quỹ chia sẻ rủi ro từ góc nhìn hiệu quả. Để thực hiện điều này, ngành Bảo hiểm cần chú ý: Thứ nhất, việc hợp nhất các quỹ là quá trình đòi hỏi sự hội nhập dần dần. Thứ hai, đó là một quá trình kỹ thuật và chính trị phức tạp diễn ra trong nhiều năm được minh chứng thông qua 4 quốc gia và vùng lãnh thổ được đề cập là Nhật Bản, Hàn Quốc, Chile và Đài Loan (Trung Quốc).

Hai là, phi tập trung hóa đặt ra những thách thức đặc biệt trong chia sẻ rủi ro. Mở rộng bảo trợ xã hội sẽ gặp nhiều khó khăn nếu thiếu sự tham gia mạnh mẽ của chính quyền cấp tỉnh và huyện. Ở Việt Nam, các chương trình của địa phương có thể làm tăng sự phân mảnh trong chia sẻ rủi ro và thiếu hiệu quả, đòi hỏi phải có sự điều hành và lãnh đạo mạnh mẽ của Chính phủ để đảm bảo sự hài hòa của các chương trình. Chương trình BHYT nông thôn mới (NCMS) của Trung Quốc là một kinh nghiệm tốt về sự chỉ đạo tốt của Chính phủ để đạt được các mục tiêu bảo vệ tài chính và bao phủ của BHYT. Cơ chế một quỹ có một số ưu điểm về hiệu quả và công bằng so với cơ chế đa quỹ. Trung Quốc quy định mức đóng góp phí BHYT để khuyến khích chính quyền địa phương hành động. Chính quyền trung ương trả phần lớn phí bảo hiểm, còn chính quyền cấp tỉnh và huyện chỉ đóng góp phần đối ứng nhỏ. Quỹ BHYT được quản lý tại địa phương, chính quyền địa phương có quyền bố trí sử dụng quỹ theo nhu cầu thực tế của địa phương và sự tham gia bảo hiểm của người dân. Giao địa phương quản lý quỹ bảo hiểm đã đẩy mạnh sự quan tâm của địa phương trong việc thực hiện và nâng cao hệ thống y tế địa phương. Chỉ tiêu tham gia bảo hiểm của địa phương được xác định, chính quyền địa phương được đánh giá theo kết quả thực hiện chỉ tiêu bao phủ BHYT.

Ba là, trong dài hạn, quỹ BHYT chia sẻ rủi ro cần được BHHX 63 tinh thành chuyên về một đầu mối là BHHX Việt Nam/Ban BHYT. BHHX Việt Nam phải có đủ năng lực và chuyên môn để thực hiện đúng nhiệm vụ quan trọng là chia sẻ rủi ro mà không chỉ đơn thuần làm nhiệm vụ phân bổ nguồn quỹ không kèm theo bất kỳ hình thức điều chỉnh rủi ro hoặc cân bằng■

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quốc hội (2008), Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008, có hiệu lực kể từ ngày 01/7/2009, được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01/01/2015.
2. Chính phủ (2014/10/2018 thay thế Nghị định số 105/20114/NĐ-CP về quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.
3. Bộ Y tế (2020), Các Thông tư về hướng dẫn thực hiện Luật Bảo hiểm y tế; Báo cáo Tổng kết thực hiện Luật Bảo hiểm y tế giai đoạn 2015 - 2020.
4. Bonfert, A., A. Martin, J. Langenbrunner. 2013. “Thu hẹp khoảng cách - Kinh nghiệm toàn cầu về Bảo hiểm y tế cho lao động phi chính thức”. Đề cương chính sách 19, bản dự thảo sử dụng cho Hội nghị về Khu vực phi chính quy tại Yogyakarta, Indonesia, 29/9-2/10.
5. Chun, H. R. 2017. “Bài học kinh nghiệm về hệ thống bảo hiểm y tế của Hàn Quốc.” Trình bày tại Hội nghị Tài chính Y tế do CHHG Iran tài trợ, Tehran.

Ngày nhận bài: 6/5/2024

Ngày phản biện đánh giá và sửa chữa: 21/5/2024

Ngày chấp nhận đăng bài: 11/6/2024

Thông tin tác giả:

ThS. VŨ THANH LONG

Khoa Tài chính Ngân hàng và Bảo hiểm - Trường Đại học Kinh tế Kỹ thuật công nghiệp

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN REDUCING RISK POOL FRAGMENTATION OF HEALTH INSURANCE FUNDS

● Master. **VU THANH LONG**

Faculty of Finance, Banking, and Insurance, University of Economics -
Technology for Industries

ABSTRACT:

Apart from state budgets, health insurance funds play a significant role in financing medical treatment, healthcare, and social security. Recent statistics indicate that in recent years, the health insurance fund has disbursed over 100 trillion VND annually for medical treatment. This has substantially reduced out-of-pocket healthcare expenses for individuals, particularly for those with serious or chronic illnesses. The article discusses international experiences in mitigating the fragmentation of risk pools within health insurance funds and proposes implications for Vietnam to address this issue effectively.

Keywords: health insurance, fund, fragmentation, risk sharing, risk.