

ĐẠO LUẬT CẢI TỔ Y TẾ VÀ CÁC QUYỀN LỢI MEDICARE MỚI

Bác sĩ Phạm Hoàng Tánh, MD, MS, FACS

Thông Điệp Của Bộ Trưởng Bộ Y Tế Và Nhân Vụ Hoa Kỳ - Kathleen Sebelius:

“Đạo Luật Cải Tổ Y Tế” đã được Quốc Hội thông qua và Tổng Thống Obama ký ban hành trong năm nay sẽ đem lại cho quý vị và gia đình những tiết kiệm đáng kể và gia tăng về mặt chất lượng trong vấn đề chăm sóc sức khỏe. Hơn nữa, quý vị sẽ được hưởng thêm quyền lợi mới và đồng thời sẽ tiết kiệm chi phí... Các quyền lợi Medicare hằng bảo đảm cho quý vị sẽ vẫn tiếp tục như cũ. Trong thời kỳ ghi danh hàng năm vào mùa thu này, quý vị sẽ tiếp tục được lựa chọn giữa Original Medicare hoặc một chương trình Medicare Advantage. Medicare sẽ tiếp tục bao trả cho các chi phí về sức khỏe của quý vị như mọi khi, và không có gì thay đổi về tiêu chuẩn hội đủ điều kiện. Tuy nhiên có một số quyền lợi quan trọng mà quý vị và gia đình sẽ có thể tận dụng bắt đầu trong năm nay. Quý vị có thể đọc thêm chi tiết trong cuốn cẩm nang “Medicare and You”... (Trích nguyên văn từ tài liệu: Sản Phẩm CMS Số 11467-V)

Chương trình Medicare sắp có thay đổi quan trọng cuối năm nay.

Quý vị có Medicare cần phải biết để ghi danh vào những chương trình nhằm được hưởng tối đa những quyền lợi mình có. Luật lệ ấn định một thời điểm nhất định cho việc ghi danh, chứ không phải muốn ghi danh lúc nào cũng được. Việc ghi danh hay thực hiện những thay đổi về bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc của Medicare hiện nay là từ ngày 15 tháng 11 đến 31 tháng 12 năm 2010. Thời điểm này có thể thay đổi vào năm tới. Bây giờ đúng là lúc tìm hiểu để chọn lựa và lấy quyết định, trước khi quá trễ. Tìm được một chương trình tốt có thể giúp ta tiết kiệm được vài ngàn đồng mỗi năm.

Ai quản trị Chương trình Medicare ?

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) là cơ quan liên bang quản trị chương trình Medicare. CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) là thành phần của Bộ Sức Khỏe và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (DHHS: Department of Health & Human Services). Có nghĩa là Medicare được quản trị ở cấp liên bang chứ không phải cấp tiểu bang.

Medicare là gì?

Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe cho những vị từ 65 tuổi trở lên, hoặc dưới 65 tuổi với một số khuyết tật nào đó, và không kể tuổi tác như đối với những người bị Bệnh Thận Vào Giai Đoạn Cuối (chứng thận suy mãn tính cần được lọc máu hoặc ghép thận). Medicare bao gồm những phần như sau:

Phần A (Bảo hiểm bệnh viện)

Phần B (Bảo hiểm y tế)

Phần C (Các Chương Trình Medicare Advantage, như một chương trình HMO hoặc PPO)

Phần D (Bảo hiểm Medicare về thuốc cần toa)

Medicare Phần A là gì?

*Medicare Phần A giúp trả phí tổn cho bệnh nhân được săn sóc tại bệnh viện. Kể cả các bệnh viện nằm trong diện “critical access hospitals” và các cơ sở phục hoạt cho bệnh nhân đang chữa trị tại bệnh viện. Phần này cũng giúp chi trả cho lần săn sóc cuối cùng của cuộc đời (hospice) và săn sóc tại nhà, và các cơ sở dưỡng lão chuyên môn cao cấp (chứ không phải giám hộ hoặc săn sóc dài hạn). Quý vị phải hội đủ một số điều kiện để hưởng được những quyền lợi này. *Phí tổn: Thông thường quý vị không phải trả bảo phí (premium) cho bảo hiểm phần A nếu quý vị hoặc người hôn phối đã trả tiền thuế Medicare lúc còn làm việc. Nếu quý vị không đủ điều kiện để được miễn bảo phí cho Phần A, quý vị cũng có thể mua được Phần A nếu quý vị hội đủ các điều kiện về quốc tịch hay về cư trú, và quý vị được 65 tuổi hoặc có tuổi cao hơn. Quý vị cũng có thể mua được Phần A nếu quý vị dưới 65 tuổi, bị thương tật, hay nếu Phần A miễn phí của quý vị bị chấm dứt khi quý vị trở lại làm việc.

Medicare Phần B là gì?

*Medicare Phần B giúp chi trả các dịch vụ y tế cần thiết như dịch vụ của y sĩ, săn sóc bệnh nhân đã xuất viện, và các dịch vụ y tế khác. Phần B cũng chi trả một số dịch vụ phòng ngừa. Các dịch vụ này bao gồm một lần khám sức khỏe “Chào Mừng của Medicare”, đo độ xương, chích ngừa cúm và sùng phổi, thăm dò tim mạch, dò tìm ung thư, bệnh tiểu đường, và nhiều dịch vụ khác nữa. *Phí tổn: Hầu hết mọi người phải trả khoản tiền bảo hiểm tiêu chuẩn của Phần B (\$96.40 trong năm 2010) mỗi tháng. Một số người có thể phải trả bảo phí cao hơn, căn cứ trên lợi tức. Bảo phí hàng tháng của quý vị sẽ cao hơn bảo phí tiêu chuẩn nếu quý vị độc thân (khai thuế cá nhân), và nếu lợi tức gộp đã điều chỉnh và sửa đổi hàng năm của quý vị cao hơn \$85,000 (trong năm 2009), hoặc nếu quý vị có gia đình (khai thuế chung) và lợi tức đã điều chỉnh và

sửa đổi hàng năm của quý vị cao hơn \$170,000 (trong năm 2009). Khoản lợi tức gộp đã điều chỉnh và sửa đổi của quý vị là lợi tức đã điều chỉnh (phải chịu thuế) cộng với lợi tức do tiền lãi được miễn thuế mang lại. Những con số này thay đổi hàng năm.

Những gì không được Medicare Phần A và Phần B bảo hiểm?

Medicare không bảo hiểm tất cả. Chẳng hạn Medicare không bảo hiểm dịch vụ giải phẫu thẩm mỹ, dịch vụ săn sóc y tế khi quý vị du hành bên ngoài nước Mỹ (ngoại trừ một số trường hợp giới hạn), máy trợ thính, hầu hết những lần khám thính giác, săn sóc dài hạn (như trong nhà dưỡng lão), hầu hết các dịch vụ đo và làm mất kính, hầu hết các dịch vụ săn sóc răng và răng giả, và nhiều nữa. Một số trong các dịch vụ này, ngoại trừ các dịch vụ giải phẫu thẩm mỹ làm đẹp (cosmetic surgery), có thể được bảo hiểm bằng một Chương trình Medicare Advantage (như một chương trình HMO hay PPO).

Phần D: Bảo hiểm Medicare về thuốc cần toa là gì?

*Medicare cung cấp bảo hiểm về thuốc cần toa (Phần D) cho những vị có Medicare. Phần bảo hiểm này có thể giúp quý vị hạ thấp phí tổn về thuốc cần toa và giúp bảo vệ quý vị khỏi phải chịu phí tổn cao hơn trong tương lai. Phần bảo hiểm này có thể giúp quý vị mua được nhiều loại thuốc hơn, những loại thuốc mà quý vị có thể dùng để ngăn ngừa các biến chứng của bệnh tật và giữ gìn sức khỏe. Để được Medicare bảo hiểm về thuốc men, quý vị phải gia nhập một chương trình bảo hiểm do một công ty bảo hiểm điều hành hoặc một công ty tư nhân khác được Medicare công nhận.

*Phí tổn: Mỗi chương trình có thể khác nhau về phí tổn và các loại thuốc được bảo hiểm. Nếu quý vị gia nhập một chương trình thuốc của Medicare, thường là quý vị phải trả một khoản bảo phí hàng tháng. Nếu quý vị quyết định không gia nhập một chương trình thuốc thuộc Medicare khi lần đầu tiên mà quý vị đủ điều kiện để gia nhập, quý vị có thể phải trả một khoản tiền phạt nếu quý vị muốn gia nhập sau đó. Nếu lợi tức hoặc nguồn tài nguyên của quý vị có giới hạn, quý vị có thể được giúp thêm để chi trả cho Phần D.

Tôi có những lựa chọn nào về chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare?

Quý vị có thể chọn nhiều cách khác nhau để được bảo hiểm sức khỏe Medicare. Hầu hết mọi người được bảo hiểm sức khỏe qua chương trình Original Medicare (Medicare nguyên thủy) hoặc một chương trình Medicare Advantage Plan (như một chương trình HMO hoặc PPO). Phí tổn quý vị phải trả thay đổi tùy theo mức độ bảo hiểm và những dịch vụ nào mà quý vị sử dụng.

Original Medicare (Medicare nguyên thủy):

Original Medicare, Medicare nguyên thủy, là chương trình cung cấp bảo hiểm Medicare Phần A và Phần B. Đây là một chương trình dựa trên căn bản phí tổn được tính cho từng dịch vụ, do chính phủ liên bang quản trị. Điều này có nghĩa là, thông thường quý vị sẽ được tính tiền cho mỗi lần quý vị nhận được dịch vụ săn sóc sức khỏe hay nhận được dụng phẩm. Đối với một số dịch vụ, quý vị phải trả trước một số tiền gọi là deductible trước khi Medicare trả phần còn lại. Kế đó, khi quý vị nhận được dụng phẩm y tế hay dịch vụ, Medicare trả phần chi phí do Medicare đài thọ về dụng phẩm hay dịch vụ đó, và quý vị chi trả phần của quý vị, được gọi là coinsurance hay copayment. Quý vị cũng có thể gia nhập một chương trình Thuốc Cần Toa của Medicare để được hưởng bảo hiểm thuốc men Phần D.

Các Chương Trình Medicare Advantage.

Các Chương Trình Medicare Advantage bao gồm các chương trình bảo hiểm sức khỏe được Medicare công nhận và do các công ty tư nhân điều hành. Các chương trình này là thành phần của Medicare, và đôi khi được gọi là "Phần C." Các chương trình này cung cấp tất cả các dịch vụ được Phần A và Phần B bảo hiểm. Các Chương Trình Medicare Advantage có thể cung ứng thêm các tiết mục bảo hiểm và hầu hết đều bao gồm phần bảo hiểm thuốc cần toa của Medicare (thường là phải trả thêm chi phí). Quý vị có thể cần giấy giới thiệu để được gặp y sĩ chuyên khoa. Trong một số chương trình, quý vị chỉ có thể gặp được các y sĩ nào hành nghề trong phạm vi chương trình hoặc đến một số bệnh viện nào đó để được chữa trị bằng bảo hiểm. Ngoài hai chương trình Original Medicare (Medicare nguyên thủy) và Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng có thể gia nhập các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác của Medicare.

Khi nào thì tôi có thể thay đổi bảo hiểm của tôi?

Quý vị có thể thực hiện những thay đổi về bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc của Medicare mỗi năm từ ngày 15 tháng 11 đến 31 tháng 12. Nếu quý vị đủ điều kiện để gia nhập một Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng có thể gia nhập một Chương Trình Medicare Advantage trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng Giêng tây lịch (ngày 1 tháng Một) đến 31 tháng Ba mỗi năm. Tùy theo hoàn cảnh của quý vị, quý vị cũng có thể thực hiện những thay đổi về bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc của Medicare vào lúc khác.

Tôi có thể có được các loại bảo hiểm sức khỏe khác hay không?

Được chứ. Quý vị có thể đã có bảo hiểm sức khỏe như bảo hiểm do chủ nhân cung cấp hay bảo hiểm cho người đã nghỉ hưu hoặc một loại bảo hiểm sức khỏe khác. Có khi các loại bảo hiểm sức khỏe đó phải trả trước rồi mới tới phiên Medicare chi trả. Hãy thảo luận với người phụ trách quyền lợi của quý vị để biết cách thức vận hành của các loại bảo hiểm đó với Medicare. Nếu quý vị có Original Medicare, có thể quý vị cũng muốn mua thêm bảo hiểm Medigap (còn được gọi là "Medicare Supplement Insurance." Bảo hiểm Medigap do các công ty tư nhân bán có thể giúp thanh toán phần nào chi phí săn sóc sức khỏe ("gap" – khoảng trống) mà bảo hiểm Original Medicare (Medicare nguyên thủy) không nhận trả như các hình thức copayment, coinsurance, và deductible.

Tôi phải làm thế nào để được giúp chi trả phí tổn săn sóc sức khỏe và thuốc cần toa?

Hiện có nhiều chương trình đang giúp hàng triệu người có Medicare tiết kiệm tiền bạc mỗi năm. Nếu quý vị có lợi tức và tài nguyên giới hạn, tiểu bang nơi quý vị cư trú có thể giúp quý vị trả bảo phí Medicare và, trong một vài trường hợp, cũng có thể trả luôn phần deductible và coinsurance. Ngoài ra còn có những hỗ trợ khác để giúp trả phí tổn mua thuốc cần toa.

Vài câu hỏi cụ thể về Medicare:

Hỏi: Tôi đang có Medicare, tôi đi bác sĩ khám bệnh đâu có thấy chi phí gì cao lắm đâu?

Trả lời: Đúng ra, Medicare chỉ trả 80% chi phí, và mình phải tự trả phần 20% còn lại, nhưng vì chỉ đi bác sĩ khám những bệnh nhẹ cảm cúm bình thường, và có một số bác sĩ nhân hậu, với tinh thần lương y như từ mẫu, thường bớt cho mình phần phụ phí 20% này, nên mình thấy chi phí không nhiều.

Hỏi: Vậy đâu là những chi phí quan trọng mà tôi phải trả?

Trả lời: Những chi phí bệnh viện mới thật quan trọng. Theo thống kê, trung bình tiền nằm bệnh viện mỗi ngày tốn khoảng 7 ngàn đô, thí dụ thời gian nằm 10 ngày chi phí là 70 ngàn đô, đó là chưa kể những dịch vụ y tế, như tiền thử nghiệm cho thử máu, X-Ray, Scan,.. Và nếu có thêm các cuộc giải phẫu quan trọng thì chi phí có thể lên vài trăm ngàn đô la.

Hỏi: Tại sao lại có sự thay đổi về Medicare vậy?

Trả lời: Đây là một phần thay đổi nằm trong chương trình cải tổ y tế của tổng thống Obama. Đạo Luật Cải Tổ Y Tế đã được Quốc Hội thông qua và Tổng Thống Obama ký ban hành trong năm 2010 sẽ đem lại cho quý vị những tiết kiệm đáng kể, đồng thời gia tăng chất lượng trong vấn đề chăm sóc sức khỏe, mục đích nhằm đem đến nhiều quyền lợi hơn cho người thụ hưởng, bằng cách tổ chức lại cách điều hành hệ thống Medicare, và ngăn chặn bớt sự thất thoát ngân quỹ trong chương trình Medicare do chính phủ quản lý. Theo thống kê, hàng năm chính phủ bị thất thoát hơn \$60 tỷ đô la vì sự gian lận Medicare (The National Health Care Anti-Fraud Association estimates more than \$60 billion each year, is lost to fraud). Thí dụ mới đây nhất, là một vụ án gian lận Medicare lớn chưa từng thấy, 73 người trên toàn quốc đã bị bắt hôm 13 tháng 10 năm 2010, vì gian lận Medicare lên tới \$163 triệu đô la.

Quý vị nên tham khảo và ghi danh tham gia sớm chương trình Medicare cao cấp mới để được hưởng những quyền lợi đặc biệt này, do chính phủ cung cấp cho quý vị, nếu quý vị không nhận hưởng thì người khác sẽ nhận hưởng quyền lợi đó của quý vị. Các quyền lợi hằng bảo đảm cho quý vị vẫn tiếp tục như cũ, tuy nhiên có một số quyền lợi quan trọng mà quý vị có thể tận hưởng bắt đầu trong năm nay.

Đây là các bài báo nói về vụ gian lận này:

http://news.yahoo.com/s/ap/20101014/ap_on_bi_ge/us_medicare_fraud_arrests

Hỏi: Những vụ gian lận này ảnh hưởng như thế nào?

Trả lời: Quý vị có Medicare bị ảnh hưởng trực tiếp, vì tài chánh Medicare bị thất thoát nên các chương trình Medicare sẽ tìm cách bù đắp lại sự thất thoát đó bằng nhiều cách, thứ nhất là sẽ giảm bớt đi một số dịch vụ và quyền lợi của quý vị, đồng thời sẽ tìm cách tăng giá tiền bảo phí hàng tháng. Và nếu thất thoát này cứ liên tục, tiền Trợ Cấp Xã Hội (Social Security) của quý vị sẽ bắt đầu giảm từ năm 2016, và đến năm 2037 thì cạn kiệt. Ngoài ra một số biện pháp khác cũng có thể được áp dụng, như tăng tiền thuế Xã Hội (Security Taxes), hay tăng tuổi hưu trí lên 67 hoặc 68 tuổi thay vì 65 tuổi. Cụ thể nhất là tiền trả cho người già xưa nay mỗi năm đều được tăng theo chỉ số lạm phát, nhưng năm tới, tiền này không được tăng theo chỉ số lạm phát nữa (the cost-of-living freeze after the Social Security Administration made its announcement – Source: What You Should Expect From Social Security by Kimberly Palmer Wednesday, October 20, 2010 on USNews)

<http://money.usnews.com/money/blogs/alphaconsumer/2010/10/19/what-you-should-expect-from-social-security.html>

Hỏi: Những quyền lợi của chương trình Medicare cũ thay đổi như thế nào?

Trả lời: Những Điều Vãn Giữ Như Cũ. Các quyền lợi Medicare hằng bảo đảm cho quý vị vẫn tiếp tục như cũ. Trong thời kỳ ghi danh hàng năm, quý vị sẽ tiếp tục được lựa chọn giữa Medicare nguyên thủy cũ, hoặc một chương trình Medicare cao cấp mới. Medicare sẽ tiếp tục bao trả cho các chi phí về sức khỏe của quý vị như mọi khi, và không có gì thay đổi về tiêu chuẩn hội đủ điều kiện. Tuy nhiên có một số quyền lợi quan trọng mà quý vị có thể tận hưởng bắt đầu trong năm 2010.

Hỏi: Những quyền lợi có ngay của chương trình Medicare cao cấp mới là gì?

Trả lời: Các quyền lợi Medicare mới mà Quý Vị Thấy Ngay là:

Thứ nhất: Thêm thuốc theo toa hợp túi tiền

Trong năm nay, 2010, nếu quý vị rơi vào giai đoạn lỗ trống donut hole, tức là giai đoạn bảo hiểm ngưng chi trả các chi phí cho thuốc men trong chương trình Medicare Part D, và nếu quý vị không thụ hưởng Extra Help (tiếp ứng ngoại lệ) của Medicare, thì quý vị sẽ nhận được một chi phiếu bồi hoàn \$250 đô la để lãnh một lần duy nhất.

Năm tới, 2011, nếu quý vị rơi vào giai đoạn lỗ trống donut hole, quý vị sẽ được giảm giá 50% khi mua thuốc brand name theo toa trong chương trình Medicare Part D.

Thứ nhì: Các quyền lợi mới rất quan trọng cho vấn đề giữ gìn sức khỏe

Năm tới, 2011, quý vị sẽ được hưởng các dịch vụ phòng ngừa miễn phí như “kiểm tra ung thư ruột” (colorectal cancer screening) và chụp hình ngực (mammogram). Quý vị cũng có thể được khám sức khỏe hàng năm miễn phí để quý vị có thể tự chọn một chương trình phòng ngừa và giữ gìn sức khỏe cá nhân cho mình dựa theo nhu cầu sức khỏe hiện tại.

Hỏi: Những cải tiến của chương trình Medicare sắp tới như thế nào?

Trả lời: Các Cải Tiến Trong Medicare Mà Quý Vị Chẳng Bao Lâu Sẽ Thấy là:

Thứ nhất: Dễ tìm được chỗ chăm sóc sức khỏe hơn. Sự lựa chọn bác sĩ của quý vị sẽ được duy trì. Luật mới sẽ gia tăng số primary care providers (thường gọi là bác sĩ gia đình), y tá, và phụ tá y sĩ để quý vị dễ tìm được chỗ chăm sóc sức khỏe cho mình hơn, bằng cách tăng cơ hội và mở rộng các chương trình huấn luyện chuyên viên y tế, tha các khoản nợ sinh viên thiếu, và thưởng một số bác sĩ và bệnh viện ưu tú. Sự hỗ trợ cho các trung tâm sức khỏe cộng đồng sẽ gia tăng.

Thứ nhì: Chăm sóc các bệnh mãn tính tốt hơn Các thành phần y tế trong cộng đồng sẽ phối hợp việc chữa bệnh cho quý vị để quý vị tránh cảnh phải đi gặp rất nhiều bác sĩ mà chẳng ai hợp tác với ai. Nếu quý vị nằm bệnh viện, luật mới cũng sẽ giúp quý vị trở về nhà một cách mỹ mãn - và tránh việc trở lại bệnh viện trong vòng thời gian ngắn - bằng cách giúp vào việc phối hợp sự chăm sóc cho quý vị và nối kết quý vị với các dịch vụ và sự hỗ trợ trong cộng đồng của quý vị.

Hỏi: Những cải tiến ngoài phạm vi Medicare?

Trả lời: Các Cải Tiến ngoài phạm vi của Medicare gồm có:

Thứ nhất: Cải tiến các lựa chọn trong vấn đề chăm sóc dài hạn (long term care) Các tài liệu và phương cách mới trong Đạo Luật Công Bằng Cho Các Vị Cao Niên (Elder Justice Act), cũng đã được cho vào luật mới, sẽ giúp ngăn ngừa và chống lại sự lạm dụng và bỏ bê người lớn tuổi, cũng như tăng chất lượng ở những viện an dưỡng (nursing home).

Luật mới tạo ra một chương trình bảo hiểm tự nguyện mới được gọi là CLASS để giúp trả cho sự chăm sóc dài hạn (long term care) và hỗ trợ tại gia.

Quý vị thụ hưởng Medicaid sẽ có nhiều lựa chọn hơn khi quý vị được chăm sóc trên căn bản tại gia – hoặc dựa vào các dịch vụ cộng đồng vì các khía cạnh này sẽ được cải tiến, và người phối ngẫu của các quý vị nhận các dịch vụ tại gia hoặc qua cộng đồng trong chương trình Medicaid sẽ không còn phải rơi vào cảnh nghèo túng.

Thứ nhì: Giúp đỡ những người về hưu sớm

Để hỗ trợ cho chi phí của các bảo hiểm sức khỏe dành cho người về hưu trước kia làm cho hăng sở, luật mới sẽ tạo ra một chương trình để bảo tồn các bảo hiểm đó và giúp cho những người hưu trí trước 65 tuổi có được sự chăm sóc sức khỏe hợp túi tiền mà họ cần.

Thứ ba: Giúp đỡ những người với căn bệnh đã có từ trước (pre-existing condition) Luật mới sẽ cung cấp bảo hiểm sức khỏe hợp túi tiền qua một chương trình chuyên tiếp cho nhóm có bệnh nặng (rủi ro lớn high risk pool) và dành cho những người không có bảo hiểm do một căn bệnh đã có từ trước.

Các hãng bảo hiểm sẽ bị cấm từ chối bảo hiểm do căn bệnh đã có từ trước: cho các em nhỏ bắt đầu từ tháng 9 năm 2010, và cho người lớn kể từ năm 2014.

Các hãng bảo hiểm sẽ bị cấm không được thiết lập các giới hạn tối đa cho bảo hiểm của quý vị (lifetime limits), và các giới hạn hàng năm (annual limits) cũng sẽ bị hạn chế bắt đầu từ tháng 9 năm 2010.

Thứ tư: Mở rộng bảo hiểm sức khỏe cho giới trẻ:

Giới trẻ cho đến 26 tuổi vẫn có thể nằm trong bảo hiểm sức khỏe của phụ huynh bắt đầu từ tháng 9 năm 2010.

Hỏi: Đạo luật mới còn có gì đặc biệt hơn không?

Trả lời: Luật Mới Sẽ Bảo Tồn và Củng Cố Chương Trình Medicare bằng cách:

Thứ nhất: Đề ra các phương cách mới để chống gian lận và bảo vệ quyền lợi Medicare của quý vị. Luật mới có các phương cách quan trọng để giúp truy ra kẻ gian tìm cách lường gạt quý vị cao niên và cướp giật tiền thuế do công dân đóng góp. Luật này giảm thiểu các sai lầm trong việc chi trả, lãng phí, gian lận, và lạm dụng hầu giúp chương trình Medicare trở nên hữu hiệu hơn và đem lại sự tiết kiệm cho Quỹ Tín Dụng (Medicare Trust Fund) để củng cố Medicare trong nhiều năm tới đây. Quỹ này hằng đài thọ các tổn phí cho chương trình Medicare.

Quý vị chính là những nhân vật rất quan trọng nhất trong cuộc tranh đấu chống gian lận, lạm dụng và lãng phí. Phải cảnh giác và chỉ dựa vào các nguồn thông tin đáng tin cậy về quyền lợi Medicare của quý vị.

Thứ nhì: Giữ cho Medicare bền vững và đủ khả năng thanh toán tài chánh Trong 20 năm tới đây, mức chi tiêu của Medicare sẽ tiếp tục gia tăng, nhưng với một tốc độ hơi chậm hơn do sự giảm thiểu về lãng phí, gian lận, và lạm dụng. Việc này sẽ kéo dài tuổi thọ cho Quỹ Tín Dụng của Medicare được thêm 12 năm nữa và tiết kiệm chi phí cho những người hưởng Medicare. Vào năm 2018, quý vị cao niên trung bình sẽ tiết kiệm được gần \$200 mỗi năm tiền lệ phí hàng tháng (monthly premium) và hơn \$200 mỗi năm tiền đồng bảo hiểm (co-insurance) mà đáng lẽ họ phải trả nếu không có luật mới. Quý vị có lợi tức cao (nếu mức lợi tức hàng năm \$85,000 cho cá nhân hoặc \$170,000 cho cặp vợ chồng khai thuế chung) sẽ phải trả bảo phí hàng tháng monthly premium cao hơn. Điều này sẽ ảnh hưởng đến khoảng 2% số người thừa hưởng Medicare.

Hỏi: Ở California, có chương trình MediCal không phải trả lệ phí hàng tháng, đây là chương trình gì?

Trả lời: Medicare chỉ chi trả 80% các chi phí bệnh viện, bác sĩ, và các dịch vụ y tế khác. Để phụ giúp người nghèo low-income chi trả các phụ phí mà Medicare không chi trả, trên bình diện liên bang thì có chương trình Medicaid. Còn MediCal là chương trình của tiểu bang California để phụ giúp người nghèo low-income, nhưng chỉ chi trả các phụ phí này trong tiểu bang California mà thôi. Trong lúc quý vị đi qua tiểu bang khác, lỡ phải nhập viện khẩn cấp, MediCal sẽ không chi trả những gì Medicare không chi trả, tức là quý vị phải tự chi trả các phần Medicare không chi trả đó. Nói tóm lại quyền lợi của MediCal bị giới hạn gò bó trong California mà thôi.

Bây giờ có những chương trình bảo hiểm mới, quyền lợi tương đương MediCal nhưng hay hơn là được chi trả hay bồi hoàn chi phí tiền bệnh viện lúc bị bệnh khẩn cấp trong khi đi qua tiểu bang khác, hay đi du lịch nước ngoài. Đặc biệt ngay cả khi về Việt Nam cũng vẫn được chi trả khi phải nhập viện khẩn cấp.

Hỏi: Tóm lược về hai hệ thống HMO và PPO?

Trả lời: HMO (Health Maintenance Organizations) và PPO (Preferred Provider Organizations) là hai hệ thống Y Tế Quản Lý (Managed Care) thông dụng nhất. Hệ thống Y Tế Quản Lý ký hợp đồng với các bác sĩ, bệnh viện, clinics, tiệm thuốc tây, labs, x-ray centers,... để tạo thành một hệ thống chung được gọi là "network".

HMO (Health Maintenance Organizations): Nếu quý vị chọn hệ thống HMO thì quý vị chỉ nhận được những dịch vụ y tế trong hệ thống HMO đó mà thôi, đồng thời quý vị phải chọn một bác sĩ PCP (Primary Care Physician), mà ta thường gọi là bác sĩ gia đình, vị bác sĩ PCP này có trách nhiệm điều hành và phối hợp mọi dịch vụ y tế của quý vị. Khi quý vị cần một dịch vụ y tế chuyên môn, như thử máu, chiếu X-Ray,... hay cần gặp bác sĩ chuyên môn, quý vị cần phải có sự phê chuẩn giới thiệu của vị bác sĩ PCP, nhưng những dịch vụ chuyên môn này phải nằm trong cùng "network" của hệ thống HMO đó. Nếu quý vị đến một bác sĩ hay dịch vụ y tế ngoài Network, hầu như quý vị phải tự trả các chi phí cho các dịch vụ ngoài Network đó.

PPO (Preferred Provider Organizations): PPO là một hệ thống mà Network PPO là một Network Ưu Tiên (Preferred Network) chứ không phải là một Network bắt buộc, có nghĩa là quý vị không bị bắt buộc phải đi bác sĩ hay đến một dịch vụ y tế trong Network PPO mà quý vị đã chọn. Nếu quý vị chọn hệ thống PPO, quý vị không cần phải chọn một bác sĩ gia đình PCP, và không cần ai phê chuẩn giới thiệu khi muốn đến bác sĩ chuyên môn, hay khi cần một dịch vụ chuyên môn. Nếu quý vị đi bác sĩ hay đến một dịch vụ y tế nằm trong Network PPO mà quý vị đã chọn, quý vị chỉ phải trả một phần deductible hàng năm và phụ phí copayment. Nếu quý vị đi bác sĩ hay đến một dịch vụ y tế nằm ngoài Network PPO (out-of-network), quý vị có thể phải trả chi phí cao hơn, và quý vị phải trả các chi phí out-of-network này rồi đem biên lai về cho Network PPO của quý vị để quý vị được hoàn trả lại chi phí đó (reimbursement).

Hỏi: Sự khác biệt giữa hai hệ thống HMO và PPO ?

Trả lời: Sau đây là một vài điều khác biệt giữa HMO và PPO
Nên chọn PPO hay HMO?

HMO: Quý vị cần phải chọn và chỉ được chọn bác sĩ, bệnh viện, và các dịch vụ y tế nằm trong Network HMO của quý vị

PPO: Quý vị có thể chọn bác sĩ, bệnh viện, và các dịch vụ y tế nằm trong Network hay ngoài Network PPO của quý vị. Khi đi ngoài Network, quý vị có thể phải trả chi phí cao hơn.

Có cần bác sĩ gia đình (bác sĩ PCP) hay không?

HMO: Cần, hệ thống HMO không cung cấp dịch vụ nếu quý vị không có bác sĩ gia đình PCP

PPO: Không cần, quý vị có thể đi thẳng bất cứ bác sĩ nào mình muốn.

Khi cần gặp bác sĩ chuyên môn thì sao?

HMO: Quý vị cần phải có sự chấp thuận của bác sĩ gia đình PCP để gặp bác sĩ chuyên môn, và bác sĩ chuyên môn đó cũng phải nằm trong cùng một hệ thống HMO của quý vị. Nếu quý vị muốn đi khám bệnh những bác sĩ có chuyên môn đặc biệt như bác sĩ Tánh, chuyên khoa thẩm mỹ tạo hình mắt (subspecialty reconstructive surgery of the eye), quý vị phải có sự giới thiệu của bác sĩ chuyên môn khoa mắt (ophthalmologist), và như trường hợp của hệ thống HMO Kaiser, quý vị phải có sự giới thiệu của bác sĩ chuyên khoa kính (optometrist). Như thế quý vị phải qua ba lần giới thiệu (bác sĩ gia đình PCP, optometrist, và ophthalmologist) mới gặp được những bác sĩ chuyên khoa đặc biệt như bác sĩ Tánh.

PPO: Quý vị không cần phải thông qua bác sĩ gia đình PCP hay bất cứ ai để gặp bác sĩ chuyên môn ngay cả chuyên khoa đặc biệt như Bác Sĩ Tánh. Hệ thống nào cũng có điểm hay của nó, nhưng hầu như người ta thích chọn hệ thống PPO hơn vì có nhiều tự do hơn. Quý vị nên hỏi kỹ chi tiết rất quan trọng này để biết đó là PPO hay HMO. Quý vị có thể sẽ phải lựa chọn giữa một chương trình HMO chỉ có vài chục bác sĩ Việt Nam khép kín có tổ chức trong một quận hạt mà thôi, hay một chương trình PPO với trăm ngàn bác sĩ Việt Mỹ và các dịch vụ khác khắp toàn quốc Hoa Kỳ, tùy sở thích của mình. Quý vị cần phải cẩn thận nhận định nên chọn hệ thống nào trước khi đăng ký.

Hỏi: Thời gian ghi danh cho chương trình Medicare thì sao?

Trả lời: Thời điểm ghi danh cho chương trình Medicare được ấn định rõ ràng chứ không phải muốn ghi danh lúc nào cũng được. Có 4 thời điểm được ấn định:

Thứ nhất, được gọi là thời điểm đầu tiên, dành riêng cho người từ 64 tuổi bước qua 65 tuổi

Thứ nhì, được gọi là thời điểm ghi danh thường niên, năm nay từ 15 tháng 11 đến 31 tháng 12

Thứ ba, được gọi là thời điểm tái ghi danh, từ 1 tháng 1 đến 14 tháng 2

Thứ tư, được gọi là thời điểm ghi danh ngoại lệ Quý vị ở trong trường hợp nào thì ghi danh vào thời điểm đó, nhưng phải ghi danh đúng hạn, nếu không có thể sẽ bị phạt. Bây giờ đúng là lúc quý vị cần tìm hiểu để chọn lựa và lấy quyết định ghi danh, hay thay đổi chương trình Medicare quý vị đang có, xin quý vị đừng để quá trễ. Tìm được một chương trình tốt có thể giúp quý vị tiết kiệm được hai ba ngàn đồng mỗi năm. Quý vị nên hỏi những chuyên gia bảo hiểm về thời hạn ghi danh cho các chương trình khác nhau.

Hỏi: Ai có thể giúp đỡ trong việc chọn và ghi danh một chương trình mới?

Trả lời: Chắc chắn khi quý vị nhận được hồ sơ của các chương trình Medicare, nhìn một đồng hồ sơ bằng tiếng Anh là đã thấy chóng mặt rồi, làm sao mà đọc hết được đây, dù đọc và hiểu hết nhưng vẫn chưa biết chọn chương trình nào đây, làm sao nộp đơn ghi danh chuyển đổi. Hơn nữa, thời gian ghi danh Medicare rất giới hạn, nếu ghi danh không kịp là sẽ phải chờ đến cuối năm sau. Quý vị có thể ghi danh bằng cách gọi trực tiếp đến chương trình Medicare, hoặc điền đơn và gửi bằng đường bưu điện, hay ghi danh trên mạng lưới internet bằng cách vào trang mạng của chương trình Medicare. Khi điền đơn, Quý vị cần phải xem rõ mẫu đơn mình điền có đúng là của chương trình mà mình muốn chọn không, bởi vì có nhiều chương trình cùng hãng, có những tên gần giống nhau, nhưng quyền lợi lại rất khác nhau.

Thời gian ghi danh Medicare rất giới hạn, xin quý vị lưu ý tìm hiểu, tham khảo và ghi danh sớm, nếu ghi danh không kịp, quý vị phải chờ thêm 1 năm nữa. Chọn một chương trình thích hợp có thể giúp quý vị tiết kiệm vài ngàn đô la một năm là việc rất quan trọng.

Thật ra, mọi người có đến tận cuối năm để ghi tên thay đổi, nhưng nếu chờ đến đúng hạn chót là ngày 31 tháng 12 mới điền đơn gửi đi, thì sẽ không kịp ghi danh để mua thuốc cho tháng 1, 2011. Thời gian lý tưởng nhất để điền đơn chọn chương trình mua thuốc mới là trong tháng 11 và đầu tháng 12. Tuy nhiên những người có Medicaid (hay MediCal) không bị ràng buộc bởi thời gian ghi danh như những người chỉ có Medicare không thôi.

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, xin gọi 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP) của quý vị. Nhưng khổ nỗi, gọi hỏi và nghe trả lời bằng tiếng Anh nên cũng không hiểu thấu đáo hết chi tiết. Hay nhất là quý vị nên tìm đến các chuyên viên bảo hiểm về Medicare, là những người có License Certified (có văn bằng cấp bởi chính quyền để phổ biến những tài liệu về Medicare), nói tiếng Việt để giải thích tường tận cho quý vị về nhiều chương trình khác nhau, giải thích cho quý vị biết sự khác biệt giữa hệ thống PPO và HMO, từ đó quý vị có thể chọn lựa được một chương trình thích hợp nhất. Khi nghe một người nào đó giải thích về một chương trình Medicare, quý vị nên cẩn thận hỏi ngay người đó có License Certified của Tiểu Bang và của Liên Bang hay không, vì

Medicare được điều hành ở cấp Liên Bang (Federal) nên cần phải được Certified (cấp văn bằng) từ Federal (chính quyền Liên Bang).

B.S. Phạm Hoàng Tánh.

Nguồn tài liệu tham khảo và trích dẫn:

Ấn bản CMS Số 11082-V – Medicare At A Glance

Sản Phẩm CMS Số 11467-V – Law And You