



## Dental Benefits/Insurance Vietnamese

### Phạm Vi Bảo Hiểm Phúc Lợi Nha Khoa

Hiệp Hội Nha Khoa California  
HÃY CÙNG NHAU TIẾN LÊN.

#### “Nha Khoa có sự Khác Biệt”

Để hiểu rõ hơn các quyền chọn lựa sẵn có cho những nhà sử dụng lao động trong việc cung cấp kế hoạch phúc lợi về răng cho nhân viên của họ, điều quan trọng là hiểu được sự khác nhau giữa chăm sóc y tế và nha khoa. Những sự khác nhau này dẫn tới việc lập các kế hoạch phúc lợi về răng, và tạo ra sự phân biệt giữa các cách tiếp cận chi trả nha khoa và y tế.

***Không giống như bệnh y khoa thông thường, bệnh nha khoa không phải là một rủi ro có thể bảo hiểm được.***

- Tỷ lệ bệnh về răng gần như phổ biến khắp— mọi người đều mắc phải, và do đó, mọi người cần và sẽ sử dụng việc chăm sóc nha khoa.
- Ngoài chấn thương và đau, hay dù là bệnh nhân hoàn toàn kiểm soát được, việc điều trị vẫn sẽ được đưa ra. Bản chất và số lần điều trị đó có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả của việc điều trị.
- Mặc dù nhu cầu chăm sóc nha khoa khác nhau giữa các cá nhân, các nhu cầu về nha khoa của một nhóm người lao động là có thể dễ dàng tiên đoán được. Do đó kế hoạch chăm sóc nha khoa có thể thường xuyên được tự tài trợ và tự quản lý.
- Không giống bệnh về y khoa thông thường, bệnh về nha khoa nói chung không cấp tính và đe dọa mạng sống; do đó quan hệ về tài chính của việc điều trị nha khoa không cấp thiết.

Không giống nhiều bệnh khác, bệnh về nha khoa không thể chữa khỏi được nếu không có sự can thiệp y học; nó mãn tính, tiến triển, và phá hoại, trở nên nghiêm trọng theo thời gian.

Rất nhiều các bệnh về nha khoa là có thể ngăn ngừa được với nỗ lực và chi phí tối thiểu. Do đó những vấn đề về nha khoa nên luôn có định hướng phòng ngừa.

Bệnh nha khoa thường tiến triển chậm. Do đó việc điều trị răng có thể bị trì hoãn và bệnh tích lũy dần mà không có các triệu chứng nào trong một thời gian dài đáng kể.

Sự bắt đầu của bệnh nha khoa răng xảy ra ở lứa tuổi rất nhỏ. Do đó phạm vi bảo hiểm được mở rộng tới trẻ em là quan trọng xét về phương diện sức khoẻ răng miệng tốt cho cả cuộc đời.

#### ***Nghề nha khoa được tổ chức khác với y khoa:***

- 80% các nha sĩ là các bác sĩ đa khoa và nha công sơ cấp.
- Hầu hết việc chăm sóc nha khoa được thực hiện bởi một thầy thuốc tại một địa điểm đơn lẻ
- Hầu hết tất cả việc chăm sóc nha khoa được thực hiện trên căn bản ngoại trú
- Có một số lượng tương đối nhỏ các loại nhân viên giúp đỡ về răng [và có lẽ một số

- lượng tương đối nhỏ người phụ tá theo nha sĩ]
- Không có phương tiện tập trung giống như bệnh viện, nơi mà các nha sĩ tương tác với nhau hàng ngày
  - Các nha sĩ làm chủ, trang bị và vận hành bệnh viện riêng của họ, ví dụ phòng nha riêng, không có trợ cấp công

Các tiến bộ về “kỹ thuật cao” trong lĩnh vực chăm sóc nha khoa nói chung là không quá tốn kém, cộng thêm tính hiệu quả và khả năng chăm sóc, và đã không dẫn tới tình trạng lạm phát nghiêm trọng chi phí chăm sóc nha khoa.

Có cạnh tranh trên thị trường chăm nha khoa, vì hầu hết việc chăm sóc răng không thuộc bản chất cấp tính nên bệnh nhân sẽ tìm đến nơi nào có chất lượng chăm sóc nha khoa tốt nhất.

Chi phí chăm sóc nha khoa tính bình quân đầu người ở Mỹ tương đối thấp, cho dù công việc hồi phục là cần thiết.

Khoản chi phí chăm sóc nha khoa chiếm khoảng 5% chi phí chăm sóc sức khỏe hàng năm tại Mỹ.

Không giống chi phí chăm sóc y tế, các chi phí liên quan tới việc chăm sóc nha khoa khá ổn định, sự tăng chi phí chăm sóc răng ở Mỹ là trung bình

### ***Tổng kết:***

Có sự khác nhau quan trọng giữa nha khoa và y khoa. Những sự khác nhau này cần được cân nhắc khi lập một kế hoạch phúc lợi nha khoa. Một kế hoạch nha khoa không nên được thiết kế như thể nó là một kế hoạch y khoa, và nó không nên bao gồm các dịch vụ y khoa. Bỏ qua những sự khác nhau cố hữu giữa nha khoa và y khoa sẽ dẫn tới những nhầm lẫn tai hại trong việc cung cấp phạm vi bảo hiểm răng theo phân nhóm.

### **Các Loại Kế Hoạch Phúc Lợi Nha Khoa**

Trong một chừng mực nào đó, phạm vi bảo hiểm chăm sóc nha khoa phản ánh các kế hoạch phúc lợi được dùng để chi trả chi phí chăm sóc y khoa.

#### *Các Kế Hoạch Thương Mại*

Các kế hoạch phúc lợi thương mại có 2 loại: việc chăm sóc được quản lý, phí cho dịch vụ. **Các kế hoạch chăm sóc được quản lý** là :

Tổ Chức Y Công Ưu Tiên: Chương trình Tổ Chức Y Công Ưu Tiên (PPO) là những kế hoạch theo đó các bệnh nhân chọn nha sĩ từ một mạng lưới hay danh sách những y công đã thỏa thuận, theo hợp đồng, để giảm các chi phí của họ. Đối với các PPO cho phép bệnh nhân được điều trị từ một nha sĩ không tham gia chương trình, thì bệnh nhân bị bất lợi vì khấu trừ cao hơn và thêm các khoản đồng thanh toán. Các PPO có thể được bảo hiểm đầy đủ và tự bảo hiểm. Nó thường rẻ hơn các kế hoạch bồi thường mà có thể so sánh được. Và nó được điều tiết theo các luật bảo hiểm thích hợp tại bang mà công ty đặt trụ sở hoạt động.

**Loại Kế Hoạch****Các Phúc Lợi****Những Hạn Chế**

Nhóm  
Kế Hoạch  
PPO/DPO

- Các kế hoạch PPO rẻ tiền hơn các kế hoạch bồi thường.
- Người sử dụng lao động có thể tùy biến mức độ phúc lợi và các dịch vụ được chi trả.
- Tuy nhiên, tương tự như một kế hoạch bồi hoàn, kế hoạch này sẽ ký hợp đồng với nha sĩ để cung cấp dịch vụ với mức giá giảm.
- Kế hoạch PPO có thể hạn chế khoản đồng thanh toán, nha sĩ được phép thay đổi, do đó giảm chi phí người lao động phải trả.
- Các kế hoạch được điều tiết bởi luật nhà nước.
- Các kế hoạch tư nhân được người sử dụng lao động tài trợ được bảo vệ theo luật ERISA.

- Giới hạn nhóm nha sĩ tham gia. Người lao động có thể được yêu cầu thay đổi nha sĩ. Điều này có thể làm nản lòng các bệnh nhân trong việc tìm kiếm sự chăm sóc.
- Các phúc lợi bị giảm nếu bệnh nhân được khám bởi một nha sĩ không tham gia.
- Tổ Chức Cung Cấp Độc Quyền (EPO) không chi trả bất cứ chi phí nào khi một bệnh nhân được khám bởi một nha sĩ không tham gia chương trình.
- Lượng tối đa danh sách hàng năm.

Tổ Chức Bảo Vệ Sức Khỏe Nha Khoa (DHMO)/ Kế Hoạch Thuế Thân: các DHMO hay các kế hoạch thuế thân trả cho các nha sĩ có ký kết hợp đồng một khoản ấn định (thường theo tháng) cho mỗi gia đình nằm trong danh sách hay cá nhân, bất kể họ có sử dụng dịch vụ hay không. Đổi lại, các nha sĩ tham gia đồng ý cung cấp các loại điều trị đặc biệt cho bệnh nhân không tính phí (đối với vài ca điều trị việc chi trả các khoản đồng thanh toán có thể được yêu cầu). Theo lý thuyết, DHMO thưởng cho các nha sĩ duy trì cho bệnh nhân sức khỏe tốt, vì theo cách đó, chi phí sẽ giảm đi.

**Loại Kế Hoạch****Các Phúc Lợi****Những Hạn Chế**

Nhóm  
HMO/DHMO

- Kế hoạch nha khoa chi phí thấp nhất.
- Các khoản đồng thanh toán hay không đồng thanh toán phụ có thể đoán trước.
- Việc chăm sóc phòng ngừa nói chung được cung cấp miễn phí cho bệnh nhân
- Các khuyến khích cho điều trị phòng ngừa. Chuẩn đoán sớm hơn và điều trị phòng ngừa giúp giảm chi phí.
- Các kế hoạch HMO được quy định bởi Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Được Quản Lý. Các kế hoạch được luật ủy nhiệm để thiết lập các tiến trình

- Người lao động phải chọn Nhà Cung Cấp Chăm Sóc Chính (PCP) từ danh sách các nha sĩ tham gia chương trình.
- Người lao động có thể được yêu cầu thay đổi nha sĩ. Điều này có thể làm nản lòng các bệnh nhân trong việc tìm kiếm sự chăm sóc.
- Không có trợ cấp nếu bệnh nhân không tìm kiếm điều trị từ PCP.
- Các dịch vụ chủ yếu hay không thường xuyên yêu cầu các khoản đồng thanh

xem xét nội bộ nhằm bảo đảm chất lượng.

toán đáng kể cho bệnh nhân, hay có thể không được chương trình chi trả.

- Nha sĩ nhận rủi ro về tài chính. Nha sĩ nhận được phí “thuế thân” hàng tháng (theo đầu người) cho mỗi bệnh nhân được giao, bất kể dịch vụ thực tế được thực hiện. Việc điều trị có thể không được khuyến khích và chất lượng chăm sóc có thể được dàn xếp.
- Việc khám bệnh có thể hạn chế số bệnh nhân được khám mỗi tháng, vì vậy hạn chế cơ hội được chăm sóc của bệnh nhân.
- Bệnh nhân được đưa ra khỏi chi phí thực của việc chăm sóc nha khoa; có thể không thể hiểu giá trị của dịch vụ cung cấp.
- Lượng tối đa danh sách hàng năm.

Phí cho các kế hoạch phúc lợi về nha khoa bao gồm:

Tiền bồi thường: Một kế hoạch bồi thường là một kế hoạch được tự bảo hiểm hay được bảo hiểm đầy đủ, trong đó khoản thanh toán được ấn định được cấp cho nha sĩ vì các dịch vụ đặc biệt bất kể các phí thực do nhà cung cấp lập ra. Thanh toán được thực hiện cho những người trong danh sách theo dạng thanh toán bồi hoàn, hay trực tiếp cho các nha sĩ.

### **Loại Kế Hoạch**

### **Các Phúc Lợi**

### **Những Hạn Chế**

Nhóm  
Kế Hoạch Bồi  
Hoàn Được Bảo  
Hiểm đầy đủ

- Người lao động được phép đi khám bất cứ nha sĩ nào.
- Khoản phí bảo hiểm ấn định cho 6-12 tháng.
- Phí Cho Dịch Vụ; các trợ cấp được trả hết cho một danh sách UCR.
- Các dịch vụ phòng ngừa thường được trả 100%, các dịch vụ cơ bản là 80% và các dịch vụ chủ yếu là 50%.
- Chi phí bảo hiểm chỉnh răng cơ bản được thanh toán.
- Các kế hoạch được điều tiết bởi luật nhà nước.

- Loại kế hoạch về nha khoa đắt tiền nhất.
- Giới hạn mức chi phí tối đa theo năm dương lịch là \$1,000-\$2,000.
- Phạm vi bảo hiểm bị loại trừ đối với nha khoa thẩm mỹ, cấy răng, điều trị cho TMJ.
- Có thể khấu trừ hàng năm \$50- \$150
- Bệnh nhân chịu trách nhiệm tài chính đối với số dư còn lại từ phí UCR đến mức phí

<p>Nhóm Kế Hoạch Bồi Thường Tự Tài Trợ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các kế hoạch tư nhân được người sử dụng lao động tài trợ được bảo vệ theo luật ERISA.</li> <li>• Người lao động được phép đi khám bất cứ nha sĩ nào.</li> <li>• Phí Cho Dịch Vụ; các trợ cấp được trả hết cho một danh sách UCR.</li> <li>• Rẻ hơn các kế hoạch bồi thường được bảo hiểm đầy đủ.</li> <li>• Các yêu cầu thường được trả trực tiếp cho nha sĩ.</li> <li>• Các kế hoạch tư nhân được người sử dụng lao động tài trợ được bảo vệ theo luật ERISA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• thực được tính.</li> <li>• Thời gian đợi có thể áp dụng.</li> <li>• Người sử dụng lao động chịu trách nhiệm tài chính duy nhất; các phí bảo hiểm được trả cho tài sản được uỷ thác.</li> <li>• Các chi phí của người sử dụng lao động không cố định, chi phí thay đổi tùy thuộc vào mức độ sử dụng dịch vụ.</li> <li>• Người sử dụng lao động chịu trách nhiệm lựa chọn và trả cho Người Quản Lý của Bên Thứ Ba. Xem tài liệu tham khảo TPA.</li> <li>• Các kế hoạch tự tài trợ không được điều chỉnh theo luật của bang.</li> </ul>
--	--	---

Bồi hoàn trực tiếp: Bồi Hoàn Trực Tiếp (DR) là kế hoạch các phúc lợi nha khoa tự tài trợ nó bồi hoàn cho bệnh nhân theo số tiền chi trả cho việc chăm sóc nha khoa, chứ không phải loại điều trị nhận được. Cho phép bệnh nhân hoàn toàn tự do lựa chọn bất cứ nha sĩ nào. Thay cho việc trả phí bảo hiểm hàng tháng những người sử dụng lao động trả một phần của các điều trị được nhận thực tế. Ngoài ra, người sử dụng lao động sẽ không chịu trách nhiệm tiềm tàng về gây ảnh hưởng đến các quyết định điều trị vì việc chọn chương trình hay tài trợ.

<b>Loại Kế Hoạch</b>	<b>Các Phúc Lợi</b>	<b>Những Hạn Chế</b>
<p>Bồi Hoàn Trực Tiếp</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Những người lao động tự do lựa chọn đi khám nha sĩ riêng của họ.</li> <li>• Không có sự can thiệp nào từ việc bảo hiểm với quan hệ bệnh nhân-nhà cung cấp.</li> <li>• Chủ sử dụng lao động quyết định mức độ phúc lợi.</li> <li>• Những người lao động có quyền quyết định cách họ sử dụng các khoản phúc lợi của họ. Những người lao động trực tiếp liên quan tới tiến trình thanh toán.</li> <li>• Phí quản lý thấp. Một số người sử dụng lao động có thể chọn tự quản</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ít có thể dự báo được so với một kế hoạch phí bảo hiểm; các chi phí thay đổi theo tháng phụ thuộc vào mức độ sử dụng dịch vụ.</li> <li>• Các kế hoạch không được điều tiết bởi luật nhà nước.</li> <li>• Người lao động có thể được yêu cầu trả cho nha sĩ trực tiếp đối với các dịch vụ và sau đó được bồi hoàn bởi người sử dụng lao động. Sự bất tiện này có thể tránh được nếu người chủ lao</li> </ul>

- lý hay chọn TPA.
- Hầu như tất cả tiền bạc trực tiếp thuộc về các phúc lợi nha khoa.
- Kế hoạch tư nhân được chủ lao động tài trợ được quy định bởi ERISA.

động thiết lập kế hoạch trả trực tiếp cho nha sĩ.

### **Các hình thức thay thế của phạm vi bảo hiểm nha khoa:**

Các Kế Hoạch Nha Khoa Khấu Trừ : Các kế hoạch chiết khấu không phải là các kế hoạch bảo hiểm: chúng không cung cấp dịch vụ chăm sóc nha khoa, không có danh sách các phúc lợi, không trả cho nhà cung cấp vì các dịch vụ đưa ra, và không chịu trách nhiệm cho chất lượng chăm sóc. Các kế hoạch chiết khấu đưa ra danh sách các nhà cung cấp đã đồng ý cung cấp các dịch vụ giảm giá. Bệnh nhân trả cho tất cả các chi phí chăm sóc nha khoa bằng tiền của mình, theo cách này bảo đảm 100% các rủi ro. Tại California, các kế hoạch giảm giá không được luật của bang quy định.

#### **Loại Kế Hoạch**

#### **Các Phúc Lợi**

#### **Những Hạn Chế**

Kế Hoạch Nha Khoa Chiết Khấu

- Cung cấp cho người lao động mua dịch vụ nha khoa được chiết khấu, tương tự như “chiết khấu dành cho hội viên câu lạc bộ”
- Không có sự can thiệp nào từ việc bảo hiểm với quan hệ bệnh nhân-nhà cung cấp.
- Phí hội viên có thể đoán được; không thay đổi
- Những người lao động có quyền toàn bộ về những lợi ích và điều trị họ sẽ sử dụng
- Không thu phí hành chính đối với những người chủ lao động

- Các kế hoạch không được quy định (không được xem xét là “kế hoạch bảo hiểm”)
- Không bảo đảm các phí được tính thật sự được chiết khấu, hay chúng được chiết khấu cho mỗi thủ tục
- Các kế hoạch không trả cho các nha sĩ; việc thanh toán dịch vụ hoàn toàn từ hội viên của chương trình (mặc dù ở mức chiết khấu)
- Như các thực thể không được quy định, không có bảo đảm về chất lượng chăm sóc từ các nhà cung cấp trong hệ thống

### **Các định nghĩa**

Kế Hoạch Nhóm: Một nhóm người sử dụng lao động mua và duy trì phạm vi bảo hiểm cho các nhân viên của mình. Phí bảo hiểm do người chủ lao động trả và có thể yêu cầu người lao động trả một phần hay toàn bộ cho phạm vi bảo hiểm với các chiết khấu thu nhập trước thuế. Người chủ lao động có thể tùy biến kế hoạch với công ty bảo hiểm liên quan tới các phúc lợi, khấu trừ/ khoản đồng thanh toán của người lao động, việc điều trị được chi trả, và các mức tối đa hàng năm.

Các kế hoạch phúc lợi nhóm được tài trợ bởi chủ lao động tư nhân được quy định bởi Luật Bảo Đảm Thu Nhập Hưu Trí Người Lao Động năm 1974 (ERISA), theo Quy Định Quản Lý Các Phúc Lợi và Hưu Bổng, phòng lao động Mỹ. ERISA đặt tiêu chuẩn cho việc quản lý các kế hoạch này, đòi hỏi các thông tin tài chính và các thông tin khác phải được cung cấp cho những người tham gia kế hoạch, và đặt ra các yêu cầu cho việc xử lý các đòi hỏi phúc lợi.

Việc bồi thường được bảo hiểm đầy đủ theo cá nhân hay nhóm và các kế hoạch của các PPO được luật của bang quy định. Những người tiêu dùng tìm kiếm sự trợ giúp để giải quyết các vấn đề khiếu nại với Sở Bảo Hiểm California. Các kế hoạch tự tài trợ nhóm không được quy định bởi luật bang.

Các Kế Hoạch của Các Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (HMO) và một số kế hoạch của PPO được quy định bởi Sở Chăm Sóc Sức Khỏe có Quản Lý California. Một khi người tiêu dùng đã mệt mỏi với hệ thống khiếu nại nội bộ của kế hoạch mà không thành công, người tiêu dùng có thể tìm kiếm sự trợ giúp với DMHC

Kế Hoạch Cá Nhân: Một cá nhân mua bảo hiểm được đưa ra thông qua người sử dụng lao động với các khấu trừ thu nhập sau thuế hay mua phạm vi bảo hiểm thông qua một người trung gian hoặc trực tiếp từ công ty bảo hiểm. Các kế hoạch cá nhân không được luật ERISA bảo vệ. Phần lớn các kế hoạch nha khoa của cá nhân sẵn có là các Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe.

## **Các Chương Trình của Chính Phủ**

Ngoài các kế hoạch phúc lợi thương mại, có hai chương trình nha khoa công lập chính tại California:

Denti-Cal: Trong khi chính phủ liên bang không ủy nhiệm các bang cung cấp các dịch vụ nha khoa cho người lớn trong chương trình của họ, các bang có quyền lựa chọn bao gồm các dịch vụ nha khoa cho người lớn với gói phúc lợi chăm sóc y tế của họ; California đã thực hiện quyền lựa chọn này. Trong khi việc tiếp cận các dịch vụ nha khoa cho trẻ em dưới 21 tuổi là bắt buộc theo luật liên bang, California cũng chọn lựa để bao gồm cả người lớn vào trong chương trình. Medi-Cal bao gồm gói toàn bộ các phúc lợi nha khoa, bao gồm chẩn đoán và các dịch vụ phòng ngừa chẳng hạn như khám và phòng bệnh (làm sạch), các dịch vụ hồi phục chẳng hạn như trám răng, và các dịch vụ phẫu thuật răng miệng. Một số dịch vụ như thân răng, hàm răng và rãnh chân răng cần sự ủy quyền trước, và vài dịch vụ chẳng hạn như hàn răng, đắp flour và chăm sóc chỉnh răng có hạn chế được bao gồm chỉ giành cho trẻ dưới 21 tuổi. Vào 1/1/2006, các phúc lợi cho phần người lớn của chương trình Denti-Cal được giới hạn tới \$1800/ năm dương lịch, ngoại trừ vài dịch vụ nhất định, như chăm sóc khẩn cấp, răng giả, giải phẫu hàm mặt phức tạp, các dịch vụ được cung cấp bằng các thiết bị chăm sóc lâu dài và một vài dịch vụ được ủy nhiệm do chính quyền liên bang.

Gia Đình Khỏe Mạnh: Chương Trình Gia Đình Khỏe Mạnh là một chương trình bảo hiểm sức khỏe được bang hay liên bang tài trợ cho trẻ con trong các gia đình có thu nhập trên mức đủ điều kiện tham gia chương trình Medi-Cal miễn phí và dưới 250% của hướng dẫn thu nhập liên bang (\$ 40.200 cho gia đình 3 người). Chương trình sẽ chi trả phí chăm sóc nha khoa. Bang California đã kiến nghị, và chính phủ liên bang đã chấp thuận để chương trình Gia Đình Khỏe Mạnh được mở rộng cho cả cha mẹ của các trẻ được bảo hiểm trong chương trình. Tuy nhiên, vì thẻ ghi giá tiền lớn so với phạm vi bảo hiểm được mở rộng này làm ngân sách bang căng thẳng liên tục, nên phần này của chương trình chưa bao giờ được thực hiện.

*Tháng Ba năm 2006*

**800.CDA.SMILE**  
**cda.org**