

Thông tin bất cân xứng, lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức: Nghiên cứu trường hợp mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Văn Phúc*, Cao Việt Cường**

Ngày nhận: 03/9/2014

Ngày nhận bản sửa: 16/9/2014

Ngày duyệt đăng: 29/9/2014

Bài viết này nghiên cứu sự ảnh hưởng của thông tin bất cân xứng đến việc mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện của người dân dựa trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Qua chạy mô hình hồi qui dựa trên cơ sở số liệu điều tra 372 người dân trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, kết quả cho thấy thông tin bất cân xứng gây hai tác động là lựa chọn ngược (adverse selection) và rủi ro đạo đức (moral hazard) trong việc mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện. Cụ thể là, đối với lựa chọn ngược, đa số những người dân mua bảo hiểm y tế tự nguyện là những người có tình trạng sức khỏe không tốt; đối với rủi ro đạo đức là người dân có thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện đi khám bệnh nhiều hơn so với những người có thẻ bảo hiểm y tế khác hay không có thẻ bảo hiểm y tế. Hệ quả của các vấn đề trên là làm cho quỹ bảo hiểm y tế bội chi, làm cho các bệnh viện quá tải dẫn đến chất lượng của việc khám chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế chưa cao. Kiến nghị rút ra là cần phân luồng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện, từ đó xác định mức phí mua bảo hiểm y tế tự nguyện theo tình trạng sức khỏe để khắc phục tình trạng lựa chọn ngược. Để khắc phục tình trạng rủi ro đạo đức, cần tăng mức đồng chi trả trong thanh toán phí khám chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện, tránh tình trạng lạm dụng khám chữa bệnh quá mức cần thiết sau khi đã có bảo hiểm y tế tự nguyện.

Từ khóa: Thông tin bất cân xứng, lựa chọn ngược, rủi ro đạo đức, bảo hiểm y tế tự nguyện, Thành phố Hồ Chí Minh.

1. Giới thiệu

Một trong những nhánh quan trọng của kinh tế học ngày nay là nghiên cứu tình trạng thông tin bất cân xứng (asymmetric information) của thị trường và hậu quả của nó. Nhiều nhà kinh tế học đi tiên phong trong lĩnh vực này đã nhận giải Nobel như Akerlof, Spence, Stiglitz cho thấy tầm quan trọng của vấn đề này trong kinh tế học. Hai hậu quả phổ biến của thông tin bất cân xứng là lựa chọn ngược (adverse selection) và rủi ro đạo đức (moral hazard). Lựa chọn ngược làm cho thị trường cân bằng ở mức chất lượng thấp và rủi ro đạo đức làm gia tăng chi

phí và kém hiệu quả (Pindyck & Rubinfeld, 2009). Thị trường bảo hiểm nói chung và thị trường bảo hiểm y tế nói riêng có khả năng tồn tại tình trạng thông tin bất cân xứng. Đó là tình trạng người mua bảo hiểm biết rõ về mình hơn là người bán bảo hiểm. Lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức sẽ xuất hiện trong tình trạng như vậy, gây ra những hậu quả nhất định như là nguy cơ vỡ quỹ bảo hiểm y tế hoặc là mức phí bảo hiểm y tế tăng lên cao. Bài viết này nghiên cứu tác động của tình trạng thông tin bất cân xứng trong thị trường bảo hiểm y tế tự nguyện ở Thành phố Hồ Chí Minh, từ đó kiến nghị các giải

pháp phù hợp để phát triển bảo hiểm y tế tự nguyện ở Thành phố Hồ Chí Minh nói riêng và cả nước nói chung. Đến năm 2013, Thành phố Hồ Chí Minh có gần 900.000 người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện, đây là một con số khá lớn.

2. Tổng quan lý thuyết

2.1. Khái niệm thông tin bất cân xứng

Pindyck & Rubinfeld (2009) định nghĩa thông tin bất cân xứng là tình trạng mà người mua và người bán sở hữu các thông tin khác nhau về giao dịch và hàng hóa. Có thể là người bán biết nhiều hơn người mua hoặc người mua biết nhiều hơn người bán. Thông tin bất cân xứng là hiện tượng khá phổ biến trên thị trường. Ví dụ: người bán ô tô cũ bao giờ cũng biết rõ chất lượng chiếc xe đó hơn người mua; người làm thuê bao giờ cũng biết rõ khả năng làm việc của mình hơn là ông chủ; người đi vay tiền bao giờ cũng biết rõ khả năng trả nợ của mình hơn là ngân hàng; người mua bảo hiểm y tế bao giờ cũng biết rõ tình trạng bệnh tật của mình hơn là người bán bảo hiểm.

Postlewaite (1998) cho rằng các mô hình kinh tế chính thống (dạng Arrow-Debreu) thường giả định là thông tin hoàn hảo và với cạnh tranh hoàn hảo thì thị trường đạt được cân bằng tối ưu Pareto. Tuy nhiên, tình trạng thông tin bất cân xứng là phổ biến. Khi có tình trạng thông tin bất cân xứng thì cân bằng của thị trường không còn là cân bằng tối ưu hay nói cách khác là chúng ta có thất bại của thị trường. Có hai dạng thất bại phổ biến đó là: lựa chọn ngược (adverse selection) và rủi ro đạo đức (moral hazard).

2.2. Hiện tượng lựa chọn ngược

Hiện tượng lựa chọn ngược (adverse selection) là hậu quả của thông tin bất cân xứng. Người đi tiên phong trong việc nghiên cứu hiện tượng này là Akerlof (1970). Pindyck & Rubinfeld (2009), dựa trên các nghiên cứu trước đó, định nghĩa hiện tượng lựa chọn ngược là một hình thức thất bại thị trường xảy ra khi một loại hàng hóa với các chất lượng khác nhau được bán cùng mức giá bởi vì do tình trạng thông tin bất cân xứng mà người ta không phân biệt được chất lượng dẫn đến có quá nhiều hàng chất lượng thấp được bán và quá ít hàng chất lượng cao được bán. Ví dụ trong thị trường xe ô tô cũ, tồn tại xe ô tô cũ chất lượng thấp và chất lượng cao, nhưng do người mua không phân biệt được đâu là xe ô tô cũ chất lượng thấp, đâu là xe ô tô cũ chất

lượng cao nên người mua có khuynh hướng trả giá trung bình. Khi người mua trả giá trung bình thì người có xe ô tô cũ chất lượng cao sẽ không bán, thị trường chỉ còn lại người bán ô tô cũ chất lượng thấp. Thị trường cân bằng ở mức chất lượng thấp. Đây là hiện tượng lựa chọn ngược của thị trường. Hiện tượng này khá phổ biến ở các loại thị trường như tín dụng, bảo hiểm,... Khi có hiện tượng lựa chọn ngược do tình trạng thông tin bất cân xứng, giải pháp để khắc phục được đề nghị là phát tín hiệu (signaling) (Wilson, 1998; Pindyck & Rubinfeld, 2009). Theo đó, người bán ô tô cũ chất lượng cao có thể làm các kiểm định chất lượng để người mua tin tưởng hơn, hoặc các hình thức thường thấy khi bán sản phẩm là việc bảo hành, bảo trì sản phẩm sau đó. Khi đó người mua sẽ trả giá cao hơn cho sản phẩm chất lượng hơn.

2.3. Hiện tượng rủi ro đạo đức

Một hệ quả khác mà thông tin bất cân xứng gây ra là rủi ro đạo đức (moral hazard), rủi ro đạo đức xuất hiện do hành vi bị che đậy và xuất hiện ảnh hưởng đến kết quả sau khi hợp đồng được ký kết (Pindyck & Rubinfeld, 2009). Trong thị trường bảo hiểm, rủi ro đạo đức xảy ra khi gần như không còn động cơ thôi thúc người ta tránh né biến cố đã được bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể thực hiện những hành vi rủi ro hơn, biết rằng một phần hay toàn bộ chi phí sẽ được chuyển giao cho công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm thì không biết trước toàn bộ thông tin về hành động của người được bảo hiểm. Ví dụ: một khi chiếc ô tô đã được bảo hiểm, người lái xe có thể sẽ bớt cẩn thận hơn vì biết rằng các tổn thất là do công ty bảo hiểm gánh chịu. Chủ nhà xưởng sau khi mua bảo hiểm có thể ít quan tâm hơn về phòng cháy chữa cháy. Theo Kotowitz (1998), rủi ro đạo đức rất phổ biến trên thị trường, theo đó những người tham gia hợp đồng không thể biết rõ hành vi của các đối tác sau khi hợp đồng được ký kết. Kết quả là nhiều đối tác hợp đồng đã có những hành vi gây hại cho phía bên kia sau khi ký hợp đồng. Các hợp đồng cũng không thể hoàn hảo vì không thể nào quy định hết các hành vi vào hợp đồng. Đây là một dạng thất bại phổ biến của thị trường.

Sự khác nhau giữa lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức là gì? Lựa chọn ngược là hậu quả của tình trạng thông tin bất cân xứng trước khi giao dịch xảy ra, và rủi ro đạo đức là hậu quả của thông tin bất cân xứng sau khi giao dịch xảy ra. Thông tin bất cân xứng có

thể là thông tin bị che giấu (trong trường hợp lựa chọn ngược khi người bán biết nhiều hơn người mua) hay hành vi bị che giấu (trong trường hợp rủi ro đạo đức khi người mua có những hành vi mà công ty bảo hiểm không nhìn thấy được). Giao dịch có thể bao gồm việc mua hàng, việc ký kết hợp đồng, một thỏa thuận bảo hiểm, hay một hợp đồng tuyển dụng. Tất cả đều tạo ra thất bại thị trường, tức là cân bằng thị trường không phải là cân bằng tối ưu.

2.4. Thông tin bất cân xứng trên thị trường bảo hiểm y tế

Tình trạng thông tin bất cân xứng hoàn toàn có thể tồn tại trong thị trường bảo hiểm y tế. Đó là hiện tượng mà người mua bảo hiểm y tế biết rõ về tình trạng sức khỏe của mình hơn là người bán bảo hiểm y tế. Pindyck & Rubinfeld (2009) cho rằng tình trạng thông tin bất cân xứng tồn tại phổ biến trong thị trường bảo hiểm y tế. Tại sao những người trên 65 tuổi lại rất khó khăn khi mua bảo hiểm y tế, cho dù phí bảo hiểm có bằng bao nhiêu? Những người già hơn thường có xác suất bị ốm nặng cao hơn rất nhiều, nhưng tại sao phí bảo hiểm không tăng để phản ánh đúng mức rủi ro cao hơn đó? Lý do chính là có tình trạng thông tin không tương xứng. Những người muốn mua bảo hiểm nắm được hiện trạng sức khỏe chung của họ rõ hơn bất cứ một công ty bảo hiểm nào, cho dù các công ty đó có kiên quyết yêu cầu giám định sức khỏe. Kết quả sẽ có hiện tượng lựa chọn ngược. Do những người hay ốm đau thường muốn bảo hiểm nhiều hơn nên tỉ lệ người hay ốm đau trong số những người mua bảo hiểm sẽ tăng lên. Dẫn đến kết quả lựa chọn ngược trong bảo hiểm y tế là chỉ những người hay ốm mới mua bảo hiểm y tế còn những người khỏe mạnh lại ít tham gia. Việc này buộc phí bảo hiểm phải tăng, do đó sẽ có nhiều người khỏe mạnh sẽ nhận ra việc họ ít có khả năng bị bệnh nặng và lựa chọn không mua bảo hiểm. Điều này lại tiếp tục làm tăng tỉ lệ người hay ốm đau, làm phí bảo hiểm lại phải tăng cao và cứ như vậy, trong trường hợp cực đoan, cho đến khi gần như tất cả những người muốn mua bảo hiểm y tế đều là những người hay ốm đau. Hiện tượng rủi ro đạo đức trong việc sử dụng bảo hiểm y tế là người có thể bảo hiểm y tế thường có xu hướng khám bệnh nhiều hơn người không có thể bảo hiểm y tế, họ có xu hướng lạm dụng dịch vụ y tế và thuốc điều trị nhiều hơn mức cần thiết vì họ biết rằng các chi phí đó là do đơn vị bảo hiểm y tế gánh chịu.

2.5. Các nghiên cứu thực nghiệm trước đây

Đã có những nghiên cứu thực nghiệm để đánh giá tác động của thông tin bất cân xứng trên thị trường bảo hiểm y tế. Dưới đây là kết quả các nghiên cứu tác giả thu thập được.

Ha Nguyen & Knowles (2010) nghiên cứu bảo hiểm y tế tự nguyện của học sinh Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy Probit. Biến phụ thuộc là bảo hiểm y tế (BHYT) học sinh, là một biến giả nhận giá trị 1 nếu người được khảo sát có bảo hiểm y tế học sinh và nhận giá trị 0 nếu không có. Kết quả hồi quy cho thấy ở mức ý nghĩa 1%, biến “trình độ giáo dục của người dân được khảo sát” có ý nghĩa thống kê tác động lên quyết định mua BHYT học sinh. Biến “tuổi” có ý nghĩa thống kê tác động tiêu cực lên quyết định mua BHYT. Biến “thu nhập” có ý nghĩa thống kê tác động tích cực lên quyết định mua BHYT. Biến “giới tính chủ hộ” có ý nghĩa thống kê tác động lên quyết định mua BHYT. Biến “số trẻ em đi học trong hộ gia đình” có ý nghĩa thống kê tác động tiêu cực lên quyết định mua BHYT. Biến “khoảng cách đến bệnh viện tỉnh” có ý nghĩa thống kê tác động tiêu cực lên quyết định mua BHYT. Biến “chất lượng của bệnh viện” có ý nghĩa thống kê tác động tích cực lên quyết định mua BHYT. Ở mức ý nghĩa 5%, biến “trình độ giáo dục của chủ hộ” có ý nghĩa thống kê tác động tích cực lên quyết định mua BHYT. Biến “giới tính” có ý nghĩa thống kê tác động tích cực lên quyết định mua BHYT. Biến “dân tộc” có ý nghĩa thống kê tác động lên quyết định mua BHYT, nếu người được khảo sát là dân tộc thiểu số thì xác suất mua BHYT thấp hơn các dân tộc khác. Tự đánh giá tình trạng sức khỏe không có ý nghĩa thống kê. Nghĩa là tình trạng sức khỏe của một đứa trẻ tốt hay xấu không ảnh hưởng đến xác suất mua BHYT. Kết quả này cho thấy, không tìm thấy dấu hiệu tồn tại lựa chọn ngược trong BHYT tự nguyện của học sinh.

Nghiên cứu của Lammers & Wamerdam (2010) về hiện tượng lựa chọn ngược trong bảo hiểm y tế tự nguyện ở Nigeria. Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy Logit. Biến phụ thuộc là biến giả nhận giá trị 1 nếu người mua BHYT và nhận giá trị 0 nếu không mua BHYT. Ở mức ý nghĩa 1%, biến “nguy cơ xảy ra rủi ro” có ý nghĩa thống kê tác động tích cực lên quyết định mua bảo hiểm. Bệnh xảy ra trước thời gian điều tra làm tăng xu hướng tham gia BHYT tự nguyện, điều này có nghĩa là tồn tại tình trạng lựa chọn ngược trong BHYT tự nguyện ở Nigeria. Các biến kiểm soát có ý nghĩa thống kê bao

gồm: biến “sắc tộc”, biến “quy mô hộ”, biến “thu nhập”, biến “kiến thức về sản phẩm bảo hiểm trên thị trường”, biến “mức độ ưa thích rủi ro”, biến “nhận thức rủi ro”, biến “trình độ giáo dục của chủ hộ” có ý nghĩa thống kê tác động lên quyết định mua BHYT tự nguyện.

Nghiên cứu của Yamada & cộng sự (2009) về các yếu tố ảnh hưởng đến mua BHYT tự nhân ở Nhật Bản. Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy Probit. Biến phụ thuộc là một biến giả, nó đo lường quyết định mua bảo hiểm hay không mua BHYT tự nhân, bằng 1 nếu mua và bằng 0 nếu không mua. Kết quả cho thấy các biến có tác động bao gồm: biến “thu nhập của hộ gia đình”, biến “tổng tài sản của hộ gia đình”, biến “thế chấp”, biến “nghề nghiệp của chủ hộ”, biến “tuổi của chủ hộ”, biến “tình trạng hôn nhân của chủ hộ”, biến “tổng số con trong hộ gia đình”.

Đến nay, chưa có nghiên cứu nào về tác động của thông tin bất cân xứng lên mua và sử dụng bảo hiểm y tế tự nguyện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh đối với lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức.

3. Mô hình nghiên cứu

Từ lý thuyết và các mô hình nghiên cứu thực nghiệm trước, đồng thời căn cứ vào thực tiễn đặc điểm thị trường bảo hiểm y tế tự nguyện (BHYTTN) tại Thành phố Hồ Chí Minh, các tác giả đề xuất các mô hình định lượng như sau:

Mô hình thực nghiệm kiểm tra hiện tượng lựa chọn ngược

Tác giả sử dụng mô hình Logit để đo lường tác động của lựa chọn ngược lên quyết định mua BHYTTN ở TP.HCM.

$$\ln\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) = \beta_0 + \beta_j \text{SUCKHOE}_j + \beta_k \text{CHIPHI_TCP}_k + \beta_m \text{CANHAN}_m + \beta_n \text{HOGIADINH}_n + \epsilon$$

Trong đó:

Biến phụ thuộc:

- P_i là xác suất mua BHYTTN
- BAOHIEM(0/1): là một biến giả, đo lường có BHYTTN hay không. Nhận giá trị 1 nếu người được khảo sát có BHYTTN và nhận giá trị 0 nếu không có.

Các biến độc lập: Bao gồm các biến như trình bày trong Bảng 1.

Mô hình thực nghiệm kiểm tra hiện tượng rủi ro đạo đức

Sự biểu hiện về rủi ro đạo đức ở đây thể hiện ở chỗ khi người bệnh có thẻ BHYTTN thì họ lạm dụng việc đi khám chữa bệnh bằng thẻ BHYTTN do được bảo hiểm chi trả. Số lần khám chữa bệnh tại bệnh viện trung bình bao nhiêu lần trong một năm phụ thuộc vào nhiều yếu tố như sức khỏe người khám, tuổi, nghề nghiệp, có khi do thời tiết, chi phí trả cho thầy thuốc...

Hàm số thể hiện số lần khám chữa bệnh tại bệnh viện trung bình được xây dựng bao gồm các biến có tác động nhiều nhất. Hàm hồi quy có dạng:

Số lần khám chữa bệnh = Y (Biến có thẻ BHYTTN, biến khác)

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \epsilon$$

Trong đó:

Y: Biến phụ thuộc thể hiện số lần khám chữa bệnh (KCB) trung bình trong một năm của người dân (SKB). Số lần khám bệnh này tăng hay giảm phụ thuộc vào tần suất khám bệnh của người dân, kết quả kiểm tra xem có tồn tại biểu hiện rủi ro đạo đức của người dân khi có thẻ BHYTTN. Biến phụ thuộc số lần khám bệnh này được giải thích bởi các biến những người có BHYTTN, tuổi, chi phí thầy thuốc, và thời tiết.

X1: biến độc lập thể hiện người dân có mua thẻ BHYTTN (TTN). Biến này kiểm tra xem những người có thẻ BHYTTN có đến bệnh viện nhiều hơn những đối tượng khác không? Vì khi khám chữa bệnh họ sẽ phải trả một số tiền rất ít, vì vậy họ sẽ đến bệnh viện khi mới ốm nhẹ. Đo lường bằng những người có thẻ là 1 và không thẻ là 0. Kỳ vọng dấu (+). **Biến này xác định hiện tượng rủi ro đạo đức.**

X2: biến độc lập, tuổi người dân (TUOI). Nói lên gần như tất cả sức khỏe người dân, tuổi càng cao càng có sức khỏe kém và thường là rảnh rỗi thời gian nên có thể chờ đợi tại bệnh viện khi khám bằng thẻ BHYT. Đo lường bằng số năm tuổi của mỗi người. Kỳ vọng dấu (+).

X3: biến độc lập, là chi phí trả cho thầy thuốc (CHIPHIT). Những người có thẻ BHYTTN khi đi khám chữa bệnh thì ít tốn phí hơn nhiều so với những người không có. Cơ quan Bảo hiểm hỗ trợ phần lớn chi phí và người được bảo hiểm không chịu thêm khoản nào cho các dịch vụ họ sử dụng. Đo lường bằng mức chi trả của từng người dân (ngàn đồng)/ 1 năm. Kỳ vọng dấu (+).

X4: biến độc lập (THOITIET) là ảnh hưởng của thời tiết đến sức khỏe người dân, nếu thời tiết

Bảng 1: Các biến độc lập trong mô hình thực nghiệm kiểm tra hiện tượng lựa chọn ngược

Các biến độc lập	Định nghĩa biến	Dự kiến tác động
SUCKHOE	Tự đánh giá tình trạng sức khỏe bản thân (Rất tốt =1, Tốt=2, Bình thường=3, Kém =4, Rất kém=5)	Kỳ vọng có mối quan hệ ngược chiều với biến BAOHIEM, tình trạng sức khỏe càng kém thì khả năng tham gia BHYTTN càng cao. Kỳ vọng dấu (-). Biến này xác định hiện tượng lựa chọn ngược.
CHIPHI1	Chi phí y tế trên tổng chi phí của hộ gia đình trong năm. (ĐVT:%)	Kỳ vọng có tác động tích cực lên biến BAOHIEM, dấu (+)
CHIPHI2	Ti lệ tiền thuốc phải trả. (ĐVT:%)	Kỳ vọng có tác động lên biến BAOHIEM, dấu (-)
CHIPHI3	Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện gần nhất. (ĐVT:km)	Kỳ vọng có tác động lên biến BAOHIEM, dấu (-)
CHIPHI4	Chất lượng dịch vụ y tế khi dùng thẻ BHYT	Kỳ vọng có tác động tích cực lên biến BAOHIEM, dấu (+)
CANHAN1	Trình độ giáo dục người được khảo sát	Kỳ vọng có tác động tích cực lên biến BAOHIEM, dấu (+)
CANHAN2	Giới tính người được khảo sát. Nam=1; nữ=0	Người được khảo sát là nam thì khả năng mua BHYT sẽ cao hơn nữ. Kỳ vọng dấu (+)
CANHAN3	Đo lường tuổi người được khảo sát. (ĐVT: tuổi)	Có mối quan hệ cùng chiều với biến BAOHIEM, Kỳ vọng dấu (+)
CANHAN4	Dân tộc của người được khảo sát. Là dân tộc kinh=1, dân tộc khác=0	Người được khảo sát là dân tộc Kinh thì khả năng mua BHYTTN cao hơn các dân tộc khác (+)
HOGIADINH1	Trình độ giáo dục của chủ hộ	Có quan hệ thuận chiều với biến BAOHIEM, kỳ vọng dấu (+)
HOGIADINH2	Giới tính chủ hộ. Nam=1; nữ=0	Chủ hộ là nữ thì khả năng mua BHYT cho các thành viên trong gia đình sẽ cao hơn nam, kỳ vọng dấu (-)
HOGIADINH3	Ti lệ người làm việc trong gia đình. (ĐVT: %)	Có mối quan hệ cùng chiều với biến BAOHIEM, Kỳ vọng dấu (+)

chuyên nóng quá, lạnh quá hay khắc nghiệt thì người dân sẽ dùng dịch vụ khám chữa bệnh nhiều hơn bình thường. Và có thể bản thân người dân đó thấy có sự thay đổi thời tiết chưa ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, nhưng họ có thẻ BHYTTN nên họ cứ tận dụng và cứ khám chữa bệnh, mặc dù điều này không cần thiết. Đo lường bằng thời tiết tốt là 1, xấu là 0. Kỳ vọng dấu (+).

4. Dữ liệu và kết quả mô hình

4.1. Tổng quan thị trường BHYT ở Thành phố Hồ Chí Minh

Trên địa bàn TP.HCM, theo số liệu từ Bảo hiểm Xã hội TP.HCM, tổng số người tham gia BHYT trong năm 2013 là 5.008.177 người, tăng 4,3% so với năm 2012, trong đó số người tham gia BHYT bắt buộc là 4.112.351 người (đối tượng là cán bộ công chức, viên chức, người lao động là 1.797.857

người; trẻ em dưới 6 tuổi là 492.225 người; học sinh, sinh viên là 1.434.605 người), số người tham gia BHYT tự nguyện là 895.826 người, tăng 8% so với năm trước 2012. Số thu BHYT năm 2013 là 5.681.625,0 triệu đồng, tăng 20,0% so với cùng kỳ năm 2012. Số chi BHYT trong năm 2013 ước tính khoảng 5.600.025 triệu đồng, tăng 12,6% so với năm 2012. Nhóm thẻ tự nguyện tăng khoảng 130 nghìn thẻ trong năm 2013, tương ứng với số chi phí phải bù đắp tăng thêm (so với năm 2012) là 209 tỉ đồng/năm. Có thể nhận thấy là địa bàn TP HCM là địa bàn rộng lớn, tập trung đông nhân lực nhất cả nước, số người tham gia BHYT cao nhất cả nước, là đại diện tiêu biểu cho toàn bộ hệ thống BHYT. Mặt khác, địa bàn này tập trung đông bệnh viện và cơ sở khám chữa bệnh nhất cả nước, người dân khắp nơi đổ dồn về đây để khám chữa bệnh... Làm cho quỹ BHYT có dấu hiệu bội chi.

4.2. Dữ liệu của mô hình

Nguồn dữ liệu được thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp bằng câu hỏi, chọn mẫu thuận tiện những người dân trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Số lượng mẫu khảo sát là 400 phiếu, số phiếu thu về đạt yêu cầu là 372. Đối tượng khảo sát gồm các cá nhân, các thành viên hộ gia đình. Phạm vi khảo sát bao gồm địa bàn 24 quận, huyện ở Thành phố Hồ Chí Minh. Thời điểm khảo sát từ tháng 03/2014 đến tháng 05/2014. Nội dung phiếu khảo sát tập trung thu thập thông tin để đo lường các biến phụ thuộc và độc lập nêu trên của mô hình. Thống kê về thông tin người được điều tra cho thấy tỉ lệ nữ là 53,76% và tỉ lệ nam là 46,24%. Về độ tuổi, theo kết quả điều tra thì độ tuổi người khảo sát trung bình ở 40,30 tuổi. Trong đó độ tuổi người được khảo sát thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 79 tuổi. Người được khảo sát có trình độ đại học, cao đẳng- trung cấp, trung học phổ thông gần tương đương với nhau lần lượt ở tỉ lệ là 35,22%, 33,33%, 27,42%. Chỉ có một số ít người được khảo sát có trình độ dưới tiểu học chiếm tỉ lệ 4% trong khảo sát. Số người làm việc trong khu vực Nhà nước là 31,72%, tư nhân là 31,99%, làm việc tự do chiếm 24,19%, người hưu trí là 1,88%, làm cho nước ngoài là 3,23%, người thất nghiệp là 4,57%, công việc khác là 2,42%. Về thu nhập/tháng, người có thu

nhập dưới 2 triệu chiếm 8,1%; người có thu nhập từ 2-5 triệu chiếm 61,6%; người có thu nhập từ 5-9 triệu chiếm 24,2%; người có thu nhập trên 9 triệu chiếm 5,9%.

4.3. Kết quả chạy mô hình

Kết quả chạy các mô hình hồi qui như sau:

Kết quả ở bảng 2 cho thấy là biến ‘tình trạng sức khỏe’ (SUCKHOE) tác động có ý nghĩa thống kê lên quyết định mua BHYTTN. Với các điều kiện khác không đổi, những người có sức khỏe xấu hơn thường chọn mua BHYTTN hơn là người có sức khỏe tốt. Đây là bằng chứng có tồn tại tình trạng lựa chọn ngược trong BHYTTN ở TP.HCM. Các biến kiểm soát khác có tác động có ý nghĩa thống kê lên quyết định mua BHYTTN bao gồm: Tỉ lệ tiền thuốc phải trả (CHIPHI2), tác động âm, tức là khi tỉ lệ tiền thuốc càng cao (tỉ lệ đồng chi trả của bệnh nhân và cơ quan BHYT) thì người dân không muốn dùng thẻ BHYTTN; Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện gần nhất (CHIPHI3), có dấu âm, tức là khoảng cách đến bệnh viện gần nhà (có đăng ký khám chữa bệnh ban đầu) càng xa thì người dân sẽ chọn mua BHYTTN càng thấp; Tuổi của người được khảo sát (CANHAN3), có dấu dương, tức là tuổi người được khảo sát càng cao sẽ làm tăng xác suất mua BHYTTN; Trình độ học vấn (CANHAN1) người

Bảng 2: Kiểm định lựa chọn ngược
(Biến phụ thuộc: BAOHIEM, có=1, không=0)

Các biến độc lập:		Hệ số β	p-value
Constant-Hằng số		9,161***	(0,000)
1. Tình trạng sức khỏe – SUCKHOE:			
SUCKHOE	Tự đánh giá tình trạng sức khỏe	-0,743***	(0,000)
2. Chi phí y tế và dịch vụ liên quan – CHIPHI_TCP:			
CHIPHI1	Chi phí y tế trong tổng chi phí/ năm	0,036*	(0,101)
CHIPHI2	Tỉ lệ tiền thuốc phải trả	-0,047***	(0,000)
CHIPHI3	Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện gần nhất	-0,121**	(0,020)
CHIPHI4	Chất lượng dịch vụ BHYT	0,008	(0,957)
3. Đặc tính cá nhân – CANHAN:			
CANHAN1	Trình độ học vấn người được khảo sát	-0,85***	(0,000)
CANHAN2	Giới tính người được khảo sát	0,287	(0,279)
CANHAN3	Tuổi người được khảo sát	0,027***	(0,009)
CANHAN4	Dân tộc người được khảo sát	0,463	(0,216)
4. Đặc tính hộ gia đình – HOGIADINH:			
HOGIADINH1	Trình độ học vấn chủ hộ	-0,02	(0,907)
HOGIADINH2	Giới tính chủ hộ	-0,22	(0,446)
HOGIADINH3	Tỉ lệ người làm việc trong gia đình	-1,69***	(0,009)
Số quan sát		372	
R ²		0,754	

Chú thích: Các dấu *, **, *** thể hiện mức độ ý nghĩa thống kê tương ứng 10%, 5% và 1%.

Bảng 3: Kiểm định rủi ro đạo đức
(Biến phụ thuộc: Số lần khám chữa bệnh trong 1 năm)

Các biến độc lập	Hệ số β	p-value
Constant-Hằng số	1,871***	(0,0000)
TTN	1,654***	(0,0000)
TUOI	0,039***	(0,0088)
CHIPHITT	-0,010**	(0,0374)
THOITIET	0,231	(0,4958)
Số quan sát	372	
R ²	0,1358	

*Chú thích: Các dấu *, **, *** thể hiện mức độ ý nghĩa thống kê tương ứng 10%, 5% và 1%.*

được khảo sát có tác động tiêu cực lên xác suất mua BHYTTN, lý do là những người có trình độ học vấn cao thì trình độ hiểu biết cao, họ là những có việc làm tốt, có thu nhập cao hoặc rất cao nên họ sẽ biết những lúc nào cần thẻ BHYTTN. Vì theo điều kiện của họ thì họ sẽ đến và chọn những bệnh viện tư nhân, phòng khám tư để khỏi mất thời gian chờ đợi và được hưởng dịch vụ tốt hơn; Tỷ lệ người làm việc trong hộ gia đình (HOGIADINH3) có tác động tiêu cực lên quyết định mua BHYTTN của người dân, lý do là nếu tỷ lệ người làm việc tăng lên thì thu nhập của hộ gia đình sẽ tăng theo, kéo theo hộ gia đình sẽ chọn mua những gói bảo hiểm y tế và dịch vụ tư nhân có đầy đủ dịch vụ cho cả gia đình để đảm bảo rủi ro, được đối xử tận tình và không mất nhiều thời gian chờ.

Kết quả ở bảng 3 cho thấy biến ‘người dân có mua BHYTTN’ (TTN) có ảnh hưởng đến số lần họ đi khám chữa bệnh tại bệnh viện. Với các điều kiện khác không đổi thì người có thẻ BHYTTN đến bệnh viện để khám tăng 1,654 lần so với người không có thẻ BHYTTN. Đây là bằng chứng có tồn tại tình trạng rủi ro đạo đức trong sử dụng BHYTTN ở TP.HCM. Qua thực tế điều tra thì những người có thẻ BHYTTN đa phần là những người lớn tuổi, mang nhiều bệnh và tự cảm thấy sức khỏe của bản thân không tốt, do đó họ thường phải đến bệnh viện một tháng vài lần, hoặc cứ hết thuốc là họ phải đến bệnh viện lấy tiếp. Thêm vào đó đa phần họ đều đến bệnh viện khi người chỉ ốm nhẹ hay mệt mỏi. Các biến kiểm soát khác có tác động có ý nghĩa thống kê bao gồm: tuổi (TUOI) và chi phí trả cho thầy thuốc (CHIPHITT).

Sau khi ước lượng các mô hình, nhóm tác giả tiến hành một số kiểm định cơ bản để đảm bảo độ tin cậy của mô hình. Cụ thể xem xét là mô hình có phạm một trong ba hiện tượng như hiện tượng đa cộng tuyến, phương sai không đồng đều và tự tương quan hay không. Sau khi thực hiện các kiểm định, kết quả cho thấy là các mô hình không vi phạm ba hiện

tượng trên. Do đó, kết quả của các mô hình là tin cậy được.

5. Kết luận và kiến nghị

Lý thuyết về thông tin bất cân xứng cho thấy hiện tượng thông tin bất cân xứng gây ra thất bại thị trường, tức là cân bằng thị trường không còn là kết quả tối ưu. Hai hiện tượng tương đối phổ biến trong thực tế là hiện tượng lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức. Qua chạy mô hình hồi qui dựa trên cơ sở số liệu điều tra 372 người dân trên địa bàn Thành Phố Hồ Chí Minh, kết quả cho thấy thông tin bất cân xứng gây hai tác động là lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức trong việc mua và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện. Cụ thể là, đối với lựa chọn ngược là đa số những người dân mua bảo hiểm y tế tự nguyện là những người có tình trạng sức khỏe không tốt; đối với rủi ro đạo đức là người dân có thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện đi khám bệnh nhiều hơn so với những người có thẻ bảo hiểm y tế khác hay không có thẻ bảo hiểm y tế. Hệ quả của các vấn đề trên là làm cho quỹ bảo hiểm y tế bội chi, làm cho các bệnh viện quá tải dẫn đến chất lượng của việc khám chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế chưa cao. Kiến nghị rút ra là cần phân luồng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện, từ đó xác định mức phí mua bảo hiểm y tế tự nguyện theo tình trạng sức khỏe để khắc phục tình trạng lựa chọn ngược. Khuyến khích tham gia BHYT theo hộ gia đình với cơ chế giảm dần mức đóng từ thành viên thứ hai trở đi. Quy định này sẽ khắc phục tình trạng cấp chỉ có người ốm mới tham gia BHYT, đảm bảo sự chia sẻ ngay trong hộ gia đình. Để khắc phục tình trạng rủi ro đạo đức cần tăng mức đồng chi trả trong thanh toán phí khám chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện, tránh tình trạng lạm dụng khám chữa bệnh quá mức cần thiết sau khi đã có bảo hiểm y tế tự nguyện. Việc kê toa của bác sĩ cần được thực hiện chuẩn xác hơn tránh tình trạng lạm dụng thuốc và dịch vụ y tế quá mức cần thiết. □

Tài liệu tham khảo

- Akerlof, G. A. (1970), 'The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism', *Quarterly Journal of Economics*, August, pp. 488-500.
- Ha Nguyen & Knowles, J. (2010), 'Demand for voluntary health insurance in developing countries: The case of Vietnam's school-age children and adolescent student health insurance program', *Social Science & Medicine*, No. 71 (2010), pp. 2074 - 2082.
- Kotowitz, Y. (1998), 'Moral Hazard' in *The New Palgrave Dictionary of Economics*, London: Macmillan.
- Lammers, J. & Wamerdam, S. (2010), *Adverse selection in voluntary micro health insurance in Nigeria*, University of Amsterdam, Amsterdam Institute for International Development, Ecorys, Rotterdam.
- Pindyck, R. S. & Rubinfeld, D. L. (2009), *Microeconomics*, seventh edition, London and New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Postlewaite, A. (1998), 'Asymmetric Information' in *The New Palgrave Dictionary of Economics*, London: Macmillan.
- Wilson, C. (1998), 'Adverse Selection' in *The New Palgrave Dictionary of Economics*, London: Macmillan.
- Yamada, T., Chen, C. C., Yamada, T., Noguchi, H. & Matthew, M. (2009), 'Private Health Insurance and Hospitalization Under Japanese National Health Insurance', *The Open Economics Journal*, volume 2, pp. 61-70.

Asymmetric information, adverse selection and moral hazard: A case study of buying and usage of voluntary health insurance in Ho Chi Minh city

Abstract:

This paper studies the effects of asymmetric information on buying and usage of voluntary health insurance in Ho Chi Minh City. By running regressions of survey data of 372 observations of people in Ho Chi Minh City, the results indicate that asymmetric information creates adverse selection and moral hazard in buying and usage of voluntary health insurance in Ho Chi Minh City. For adverse selection, unhealthy people tend to buy more voluntary health insurance than healthy people; for moral hazard, people with voluntary health insurance tend to have more medical checks than people without voluntary health insurance. The consequences are that health insurance fund is over-spent and hospitals are over-crowded, leading to lower service quality. The recommendations include classification of health status of people buying voluntary health insurance with corresponding health insurance fees. In order to limit moral hazard, health insurance companies need to increase the proportion that people with voluntary health insurance have to pay when they have medical checks, forcing them less abusing of unnecessary medical checks.

Thông tin tác giả:

* **Nguyễn Văn Phúc**, tiến sĩ.

- Tổ chức tác giả công tác: Trường Đại học Mở Thành phố Hồ Chí Minh.
- Các lĩnh vực nghiên cứu chuyên sâu: Tăng trưởng kinh tế, Công nghiệp hóa, Kinh tế học thể chế, Thị trường tài chính và các lĩnh vực khác của Kinh tế phát triển.
- Một số tạp chí đã đăng tải công trình nghiên cứu: Tạp chí Khoa học Trường Đại học Mở Thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Kinh tế và Phát triển, Tạp chí Công nghệ Ngân hàng.
- Địa chỉ liên hệ: Địa chỉ email: phuc.nv@ou.edu.vn

** **Cao Việt Cường**,

- Tổ chức tác giả công tác: Bảo hiểm Xã hội Thành phố Hồ Chí Minh.
- Các lĩnh vực nghiên cứu chuyên sâu: Kinh tế ứng dụng.
- Một số tạp chí đã đăng tải công trình nghiên cứu:
- Địa chỉ liên hệ: Địa chỉ email: cavicu@gmail.com