

PHONG BÌ Ở BỆNH VIỆN: VẤN ĐỀ XÃ HỘI DƯỚI GÓC NHÌN KINH TẾ

Đặng Thị Lê Xuân*

Vấn nạn “phong bì” ở bệnh viện – Một tình huống người bệnh phải “tự nguyện” trả thêm cho nhân viên y tế đang gây nhiều nhức nhối trong dư luận. Người thì bảo nguyên nhân là do sự xuống cấp của y đức, người thì nói do sự quá tải của bệnh viện. Vậy bản chất của vấn đề này là gì? Trong khuôn khổ có hạn, bài viết sẽ phân tích vấn đề này dưới góc độ kinh tế mà không đề cập tới những vấn đề đạo đức xã hội.

Từ khóa: Kinh tế y tế, viện phí, phong bì, bệnh viện, y đức.

1. Tóm lược hiện tượng

1.1. Phong bì ở bệnh viện

Hiện tượng người bệnh phải đưa phong bì cho nhân viên y tế khi đi khám chữa bệnh để mong nhận được dịch vụ tốt hơn đã trở nên phổ biến và được phản ánh nhiều trên các phương tiện thông tin đại chúng. Điều tra tại bốn bệnh viện lớn tại Thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả: hiện tượng đưa phong bì cho nhân viên y tế chiếm 76%. Có 36% trực tiếp đưa phong bì cho y tá, bác sĩ theo các hình thức như kẹp trong sổ khám bệnh, nhét vào túi áo y tá, bác sĩ hay đưa kèm hiện vật (Hà Bình, 2013)... Người bệnh bức xúc, dư luận lo ngại, các cơ quan chức năng cũng đã đề cập nhiều tới hiện tượng xuống cấp của y đức này. Bản thân các bệnh viện hay cơ quan chức năng cũng đã đưa ra nhiều biện pháp nhằm hạn chế tiêu cực trên: Bệnh viện E triển khai việc dùng cửa kính để kiểm soát việc nhận phong bì. Bệnh viện Việt Đức thông báo sẽ đuổi việc những nhân viên y tế vôi vĩnh, nhận phong bì... 5 bệnh viện điểm gồm Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện E, Bệnh viện K đã cam kết triển khai thực hiện “Quy tắc ứng xử nâng cao Y đức” trong Bệnh viện (Tú Anh, 2013). Theo đó, cán bộ y tế cam kết không nhận phong bì của người bệnh... Nhiều giải pháp được đưa ra với sự vào cuộc của nhiều cơ quan nhưng hiện tượng trên dường như không hề thuyên giảm. Vậy nguyên nhân do đâu???

1.2. Chính sách viện phí

Trong thời kỳ bao cấp, người bệnh được khám chữa bệnh miễn phí. Nhưng từ năm 1994 đến 2012, người bệnh phải chỉ trả một phần viện phí. Mức viện phí này được áp dụng theo nghị định 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ và là mức khá thấp, ví dụ thu cho một lần khám bệnh dao động từ 500 đồng ở tuyến xã tới 3000đ/lần ở tuyến Trung ương, và tiền giường bệnh chỉ từ 1000 đ đến 20.000đ/ngày...

Nếu so sánh mức thu quy định tại văn bản trên với các nước khác trong khu vực cũng có thể thấy một sự chênh lệch lớn (Bảng 1).

Mức phí quá thấp này duy trì trong thời gian dài đã gây ra nhiều khó khăn cho bệnh viện, đặc biệt là những bệnh viện tự chủ về tài chính. Trước những bất cập đó, Chính phủ đã cho phép điều chỉnh mức thu viện phí (Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC). Mức viện phí mới được cho là tăng khá nhiều nhưng thực tế vẫn chỉ là thu một phần viện phí. Giá viện phí được cấu thành từ 7 yếu tố gồm: (i) Chi phí lương và phụ cấp cho cán bộ y tế; (ii) Chi phí khấu hao trang thiết bị y tế; (iii) Chi phí khấu hao cơ sở hạ tầng; (iv) Chi phí đào tạo – nghiên cứu khoa học; (v) Chi phí thuốc, vật tư tiêu hao, dịch truyền, máu; (vi) Chi phí điện nước, thông tin liên lạc, khử khuẩn, xử lý vệ sinh môi trường; (vii) Chi phí duy tu bảo dưỡng thiết bị. Khung giá viện phí mới chỉ tính đến 3 yếu tố cuối chứ chưa tính đủ chi phí. Hơn nữa số dịch vụ được tăng giá lần này mới chỉ chiếm khoảng 12-13% tổng số dịch vụ, kỹ thuật y tế (Duy Tiến, 2013).

Bảng 1: So sánh mức thu viện phí quy định tại Thông tư liên bộ số 14/TTLB ban hành năm 1995 và một số nước trong khu vực

(Đơn vị: Đã đổi theo USD)

Quốc gia	Một lần khám bệnh	Ngày giường điều trị	Chi phí phẫu thuật (1)	Xét nghiệm	X quang	CT Scanner	Siêu âm
Việt Nam	0,2 - 0,7	0,2 - 2,2	1,5 - 120 (1)	0,1 - 0,5	0,5 - 4	20 - 60	1 - 8
Singapore	10 - 65	12 - 250	80 - 3500	3 - 125	3 - 700	400 - 815	
Philippines	2 - 5	6 - 10	20 - 300	1,5 - 7	3 - 15		6 - 20
Malaysia	0,5 - 12	1,5 - 35	20 - 1250	1 - 40	1 - 100	25 - 250	4 - 40
Indonesia	1,5 - 17	4,5 - 56	58 - 450	1 - 26	7 - 35		14 - 32

Ghi chú: (1) Chưa tính chi phí của các vật tư thay thế như: van tim, stent, ổ khớp nhân tạo...

Nguồn: Nguyễn Quốc Triệu (2008).

2. Mối liên hệ giữa hai hiện tượng trên

2.1. Bản chất kinh tế của vấn đề: chính sách viện phí kiểu “giá trần”

Giá trần là mức giá tối đa được quy định. Để có tác dụng, mức giá này thường được quy định thấp hơn giá cân bằng thị trường với mục tiêu bảo vệ người tiêu dùng.

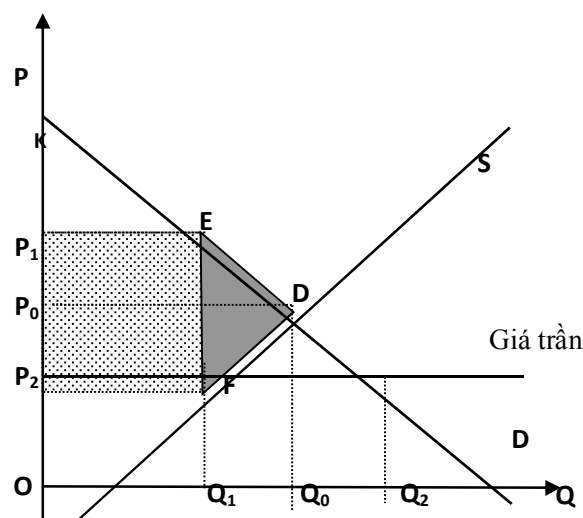
Nếu không bị điều tiết, thị trường sẽ cân bằng tại mức giá P_0 . Lo ngại mức giá cao này có thể làm thiệt hại cho người tiêu dùng, chính phủ quy định các doanh nghiệp/đơn vị cung cấp chỉ được bán hàng hoá với mức giá tối đa là P_2 (giá trần). Quyết định đó đã làm thay đổi hành vi của của người cung cấp, người tiêu dùng và diễn biến thị trường thông thường. Nếu bệnh viện được cung cấp với mức giá cân bằng P_0 thì sản lượng sẽ ở Q_0 như thông thường, nhưng nhà nước đã quy định khung viện phí hiện nay cho các bệnh viện vẫn chỉ là một phần viện phí (P_2) nên chính sách viện phí này giống như chính sách đặt giá trần nhằm tăng khả năng được tiếp cận với dịch vụ khám chữa bệnh của người dân. Nhưng chính sách này đã để lại khá nhiều hệ lụy như phân tích sau:

2.2. Cung không đáp ứng đủ cầu nên người dân phải cạnh tranh nhau, sẵn sàng trả thêm chi phí để được phục vụ

Hầu hết các bệnh viện lớn từ lâu phải tự túc về chi phí mà không nhận được nhiều trợ cấp từ ngân sách. Điều tra của nhóm Trịnh Hòa Bình và các cộng sự (2003) cho biết ngay từ những năm 2003, Bệnh viện Hùng Vương (TP Hồ Chí Minh) thu viện phí khoảng 60 tỷ so với 6,2 tỷ kinh phí cấp. Con số của Viện chiến lược và chính sách y tế (2009) cũng cho

biết, nói chung, viện phí thu được chiếm tỷ lệ từ 30% đến 70% chi phí của bệnh viện nhưng với nhiều bệnh viện thì nếu không có viện phí thì các bệnh viện không thể duy trì được hoạt động. Tại một số bệnh viện như Chợ Rẫy, Việt Đức, Bạch Mai... viện phí và bảo hiểm y tế đã chiếm tới 80-90% tổng chi phí thường xuyên (Trần Quang Trung, 2006). Điều đó có nghĩa hoạt động của nhiều bệnh viện lệ thuộc vào khoản viện phí họ thu được. Khi viện phí không đủ bù đắp chi phí, các bệnh viện không thể mở rộng việc cung cấp dịch vụ đáp ứng đủ cho nhu cầu ngày càng tăng của người dân, nếu không muốn nói các dịch vụ cung cấp sẽ bị cắt giảm. Ở nhiều bệnh viện hiện nay, điều kiện khám chữa bệnh không được cải thiện (nguồn cung không

Hình 1: Tác động của chính sách viện phí kiểu “giá trần”



Nguồn: Phạm Văn Vận và Vũ Cương (chủ biên, 2004)

được cải thiện) trong khi các loại hình khám chữa bệnh theo yêu cầu mọc ra như nấm sau mưa thì đương nhiên khám chữa bệnh thông thường sẽ bị cắt giảm: cung chỉ còn ở Q_1 .

Với mức viện phí khá “mềm” P_2 để mua một thứ vô cùng quan trọng với các cá nhân là sức khỏe, thì tất yếu cầu sẽ tăng từ Q_0 lên Q_2 (cầu đặc biệt tăng với các bệnh viện tuyến trên khi viện phí không thực sự là một rào cản với người bệnh) gây ra hiện tượng dư cầu hay thiếu cung (đoạn Q_1 Q_2). Tình trạng thiếu hụt trong bệnh viện không thể hiện ở chỗ người bệnh bị từ chối phục vụ mà hậu quả của thiếu hụt là người bệnh sẽ bị khám chữa bệnh qua loa, dịch vụ bị cắt xén. Điều đó khiến cho người bệnh tìm mọi cách để có được dịch vụ, và thường là trả thêm tiền cho bên cung để được khám chữa bệnh sớm, để được tư vấn chu đáo và không bị cắt xén dịch vụ.

2.3. Lợi ích của việc tiêu thụ dịch vụ khám chữa bệnh được người dân đánh giá cao hơn chi phí nên họ sẵn sàng trả thêm

Khi lượng cung ở mức hạn hẹp Q_1 tương ứng với mức chi phí thấp P_2 thì người tiêu dùng đánh giá lợi ích của dịch vụ cao hơn rất nhiều (tại điểm E thuộc đường cầu D) và sẵn sàng trả giá cao để có được dịch vụ (P_1). Trong thực tế thị trường, những trường hợp có giá trần này thì người tiêu dùng phải cạnh tranh nhau để có được hàng hoá/dịch vụ bằng những cơ chế phi giá cả như xếp hàng, phân phối đồng đều qua tem phiếu, hoặc thậm chí hối lộ để có được hàng hoá. Tuy nhiên với lĩnh vực khám chữa bệnh thì phương án phân phối đồng đều hay loại bỏ bớt số người tiêu dùng bằng kiểu xếp hàng là không được phép thực hiện nên hậu quả cuối cùng là để được phục vụ, người bệnh phải hối lộ. Hơn nữa, tất cả những chi phí này có thể làm tiêu tan thặng dư tiêu dùng mà người bệnh có thêm được trong trường hợp được trả viện phí tại P_2 so với trường hợp tổng phải trả là P_1 (diện tích P_1P_2FE). Phần thặng dư này người bệnh không được hưởng, ngân sách (bệnh viện) không được nhận mà rơi vào túi nhân viên y tế một cách mờ ám bằng phong bì, quà biếu...

2.4. Cơ chế giá (viện phí) không theo quy luật thị trường nên hình thành các rào cản phi thị trường

Giao dịch giữa người mua và người bán hay cân bằng thị trường đạt được khi có sự thống nhất về giá: Chi phí sản xuất đúng bằng giá bán hay chính bằng lợi ích người tiêu dùng đánh giá về sản phẩm. Khi giá bị kiểm soát mà trong trường hợp của dịch

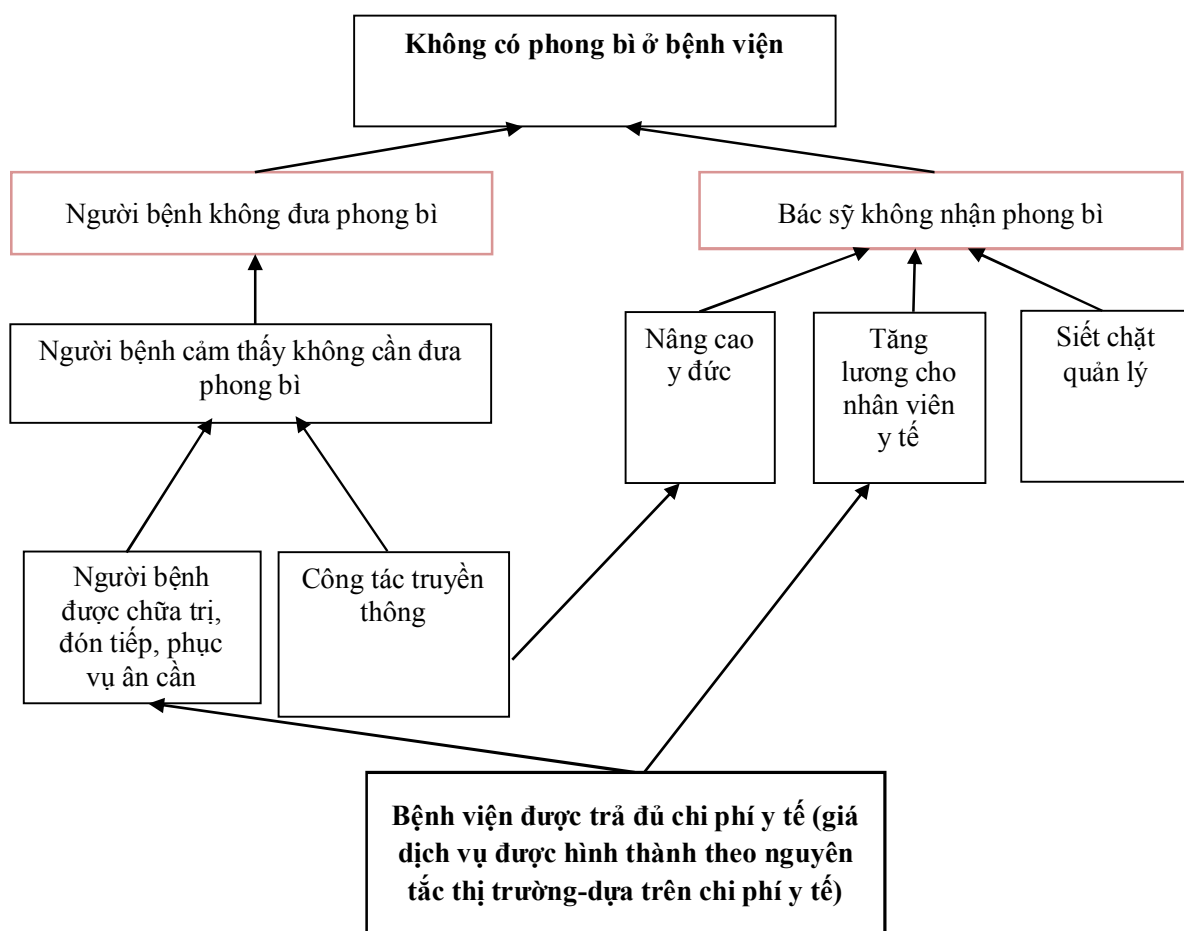
vụ khám chữa bệnh thì giá lại không đủ bù đắp chi phí (về phía người cung) và giá thấp hơn lợi ích tiêu dùng (về phía người mua). Như vậy, trong thị trường “không tự do” này cơ chế giá không phản ánh sự ưa thích/khả năng sẵn sàng chi trả của người tiêu dùng hay mức độ sẵn sàng cung cấp của bên cung. Khi viện phí thấp, người bệnh sẵn sàng trả thêm khiến cho giao dịch/trương tác giữa người mua và người bán không chỉ qua giá mà còn qua phần trả thêm (phong bì, quà biếu...) nên tạo tiền lệ: người mua trả thêm, người bán muốn nhận thêm. Nếu không được nhận thêm, người bán sẽ có thể có những ngăn trở phi giá cả: tiếp đón thiếu thiện cảm, tư vấn không chu đáo...

Khi cầu lớn hơn cung trong một cơ chế phi thị trường, những hạn chế phi thị trường dần dần được thiết lập để làm giảm số lượng người tiếp cận. Hạn chế phi thị trường ở đây chính là thái độ phục vụ của nhân viên y tế, hành vi khám chữa bệnh qua loa, thiếu sự cung cấp thông tin cần thiết hay sự chia sẻ... và rồi những hạn chế phi thị trường (qua cơ chế giá) này lại tạo ra một loại “giá ngầm”, một phương thức chi trả không chính thức: phong bì, quà biếu...

3. Đặc thù của dịch vụ chăm sóc sức khỏe: thông tin không đối xứng

Theo giáo trình Kinh tế công cộng (Phạm Văn Vận và Vũ Cương, chủ biên, 2004), thông tin không đối xứng được xem là tình trạng xuất hiện trên thị trường khi một bên nào đó tham gia giao dịch trên thị trường có được thông tin đầy đủ hơn bên kia về các đặc tính của sản phẩm. Hiện tượng thông tin không đối xứng trong khu vực y tế có thể xếp thành 3 nhóm: Giữa bệnh nhân và bác sỹ; Giữa người mua bảo hiểm y tế và cơ quan bảo hiểm y tế; Giữa các cơ sở y tế và cơ quan cấp ngân sách. Tuy nhiên, nhóm đặc thù và trầm trọng hơn cả là hiện tượng thông tin không đối xứng giữa bệnh nhân và bác sỹ. Do đặc thù về chuyên môn, chỉ bác sỹ mới biết mức độ trầm trọng của bệnh tật cũng như cách thức điều trị. Về phía bác sỹ, đôi khi họ không được khuyến khích cung cấp thông tin cho bệnh nhân, nhưng nhiều khi họ không sẵn lòng cung cấp thông tin, một phần do e ngại các phương thức chữa trị của mình không nhất trí với các đồng nghiệp hoặc họ muốn nắm giữ thông tin để duy trì lợi ích của mình. Cho dù với lý do gì thì dưới góc độ người mua và người bán trên thị trường, bệnh nhân không hiểu biết về tình trạng bệnh tật của mình nên phụ thuộc hoàn toàn vào “người bán” Trong trường hợp này, người cung cấp dịch vụ lại chính là người đại diện cho bệnh nhân và đề xuất - thậm chí là dẫn dụ- những gì người mua

Hình 2: Để không có phong bì ở bệnh viện



Nguồn: Tác giả đề xuất

phải tiêu dùng. Như vậy, người bán lại là người có quyền quyết định người mua sẽ mua gì. Trong bối cảnh bệnh nhân đang phải mua thứ dịch vụ bản thân mình không có chút thông tin/hiểu biết gì mà dịch vụ đó lại liên quan đến sức khỏe/mạng sống của mình thì việc họ sẵn sàng trả thêm hay bị buộc phải trả thêm, dẫn dụ để phải trả thêm là điều khó tránh.

4. Kết luận

Viện phí không phải là tội đồ duy nhất gây ra hiện tượng phong bì ở bệnh viện (xem hình 2). Tuy nhiên, dưới góc độ kinh tế thì viện phí thấp vẫn là nguyên nhân chủ yếu mang tính nguồn gốc dẫn tới hậu quả người bệnh phải trả thêm bằng phong bì và nhân viên y tế cũng ít nhiều có cơ, có cơ hội để nhận. Vì vậy, giải pháp được khuyến cáo ở đây là viện phí phải hướng tới tính đúng, tính đủ chi phí. Điều này có mấy cái lợi:

- Người bệnh khi đã trả đủ thì (có quyền) được hưởng dịch vụ có chất lượng, không phải “trả thêm tự nguyện” bằng phong bì-một việc làm mà người bệnh không hề mong muốn cả dưới góc độ kinh tế hay đạo đức xã hội. Khi đó họ sẽ được hưởng dịch

vụ một cách đàng hoàng không phải chịu thái độ ban ơn của nhân viên y tế.

- Cơ sở khám chữa bệnh được bù đắp đủ chi phí, không phải chịu cảnh giật gấu vá vai: các loại hình khám chữa bệnh (theo yêu cầu, bảo hiểm, phổ thông...) phải bao cấp chéo cho nhau. Hơn nữa, dưới góc độ kinh tế, cơ sở sản xuất hay cung ứng hàng hoá/dịch vụ đạt hiệu quả sản xuất khi $MB=MC$ tức lợi ích biên bằng chi phí biên. Như vậy, dưới góc độ lý thuyết, một điều kiện cơ bản để các cơ sở này hoạt động có hiệu quả là phải biết MC của cơ sở mình. Về mặt thực tiễn, viện phí có được tính đủ các cơ sở đó mới biết tường tận các khoản chi phí của mình để có thể hạch toán rõ ràng, duy trì hệ thống kế toán minh bạch,... mới có khuyến khích để tiết kiệm, để sử dụng các khoản chi một cách hiệu quả.

- Khi giá cung cấp dịch vụ được xác định theo giá thành thì sẽ giảm được những hiện tượng tự xé rào viện phí bằng cách cung cấp dịch vụ theo yêu cầu như hiện nay và tiến tới xu hướng áp dụng chế độ một giá với mỗi loại dịch vụ cho tất cả các đối tượng. Đây là cơ sở để cung cấp dịch vụ với chất

lượng ngang nhau cho các đối tượng khác nhau và là điều kiện đạt được công bằng trong chăm sóc sức khỏe bởi nhiều gói dịch vụ thuần túy y tế và liên quan đến sinh mạng (dịch vụ y tế thiết yếu), không nên phân chia thành “gói dịch vụ rẻ tiền” dành cho người nghèo và “gói dịch vụ đắt tiền” dành cho người giàu.

Tuy nhiên, việc tính đúng tính đủ viện phí vẫn phải khó khăn lớn đó chính là khả năng chi trả. Viện phí tính đủ sẽ khiến một bộ phận không nhỏ người dân không tiếp cận được với các dịch vụ y tế, đặc

biệt là các hộ cận nghèo. Nhà nước sẽ không đủ kinh phí bao cấp (một phần) cho các đối tượng này bởi các đối tượng thuộc diện miễn giảm viện phí hiện nay cũng đã rất nhiều: trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo, đối tượng có công... Vì vậy, trước mắt cơ chế viện phí có lẽ vẫn phải theo lộ trình từng bước: “hướng tới tính đúng, tính đủ” nhưng việc nhận dạng nguyên nhân của hiện tượng phong bì là cần thiết để tránh những cái nhìn, những giải pháp thiếu khách quan. □

Tài liệu tham khảo

- Duy Tiến (2013), Viện phí tăng vẫn chưa tính đúng, tính đủ, truy cập ngày 7/5/2013, từ <<http://www.anninhthudo.vn/Xa-hoi/Vien-phi-tang-van-chua-tinh-dung-tinh-du/436394.antd>>
- Hà Bình (2013), Nghiên cứu nạn đưa phong bì tại bệnh viện, truy cập ngày 12/2/2013, từ <<http://tuoitre.vn/giao-duc/522105/nghien-cuu-nan-dua-phong-bi%C2%A0tai-benh-vien.html>>
- Nguyễn Quốc Triệu (2008), Báo cáo tình hình thực hiện chính sách, pháp luật về công tác xã hội hoá chăm sóc sức khỏe nhân dân, Chính phủ, Hà Nội.
- Phạm Văn Vận và Vũ Cương, chủ biên (2004), Giáo trình kinh tế công cộng, NXB Thống kê, Hà Nội.
- Trần Quang Trung (2006), Thực trạng hoạt động của các cơ sở hành nghề y tư nhân tại các quận của Thành phố Hà Nội và xây dựng mô hình quản lý, Luận văn thạc sỹ, Học viện quân y, Hà Nội.
- Trịnh Hòa Bình và các cộng sự (2003), ‘Bài toán công bằng và hiệu quả trong các bệnh viện tư ở Việt Nam hiện nay’, Khóa họp lần thứ tư diễn đàn kinh tế-tài chính Việt-Pháp, Thành phố Hồ Chí Minh.
- Tú Anh (2013), Nhân viên y tế 5 bệnh viện lớn cam kết nói không với phong bì, truy cập ngày 15/4/2013, từ <<http://dantri.com.vn/suc-khoe/nhan-vien-y-te-5-benh-vien-lon-cam-ket-noi-khong-voi-phong-bi-526522.htm>>
- Viện chiến lược và chính sách y tế (2009), Bệnh viện tự chủ: Thực trạng, hướng phát triển và bước đi, truy cập ngày 10/2/2009, từ <<http://www.hspi.org.vn/medjournals/vn/home/index.jsp>>

Under-table payment in hospitals: The social problem from the economic point of view

Abstract:

Under-table payment is a common issue which occurs in many hospitals in Vietnam. Voices have been raised against this problem. Someone said that it is a decadence of medical etiquette; others said it is caused by the overload of hospitals. What is essence of this problem? This article analyzes this problem from the economic point of view and does not mention it from the ethical perspective.

Thông tin tác giả:

* **Đặng Thị Lệ Xuân**, Tiến sỹ

- Tổ chức tác giả công tác: Khoa Kế hoạch và Phát triển, Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

- Lĩnh vực nghiên cứu chính của tác giả: Kinh tế công, kinh tế y tế, chương trình và dự án phát triển kinh tế xã hội

- Một số tạp chí tiêu biểu mà tác giả đã từng đăng tải công trình nghiên cứu (nếu có): Tạp chí Kinh tế và phát triển, tạp chí Kinh tế và dự báo, tạp chí Công nghiệp...

- Thông tin liên lạc: Địa chỉ email: lexuan122@yahoo.com.