

MỘT SỐ GIẢI PHÁP HẠN CHẾ “RỦI RO ĐẠO ĐỨC” TRONG LĨNH VỰC BẢO HIỂM Y TẾ Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

BÀNH CHẤN THANH*

Trong lĩnh vực bảo hiểm y tế (BHYT), vấn đề “rủi ro đạo đức” thường dẫn đến hiện tượng chi phí khám chữa bệnh tăng nhanh một cách bất hợp lý. Nguyên nhân chính của vấn đề này là sự bất đối xứng về thông tin giữa các bên tham gia BHYT. “Rủi ro đạo đức” trong BHYT được thể hiện qua nhiều hình thức nhưng chủ yếu thông qua sự lạm dụng, trục lợi quỹ khám chữa bệnh BHYT do các bên tham gia BHYT thực hiện. Bài viết phân tích nguyên nhân làm phát sinh và đề xuất một số giải pháp nhằm ngăn ngừa, hạn chế vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT ở Việt Nam hiện nay.

Từ khóa: rủi ro đạo đức, bất đối xứng thông tin, bảo hiểm y tế, giải pháp

Nhận bài ngày: 16/12/2017; *đưa vào biên tập:* 10/1/2018; *phản biện:* 20/2/2018; *duyet đăng:* 10/4/2018

1. VẤN ĐỀ “RỦI RO ĐẠO ĐỨC” (MORAL HAZARD) TRONG LĨNH VỰC BẢO HIỂM Y TẾ Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

Thuật ngữ “moral hazard” - “rủi ro đạo đức” là một khái niệm đã được sử dụng theo nhiều cách khác nhau trong hơn 200 năm qua. Khái niệm này được các nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm Anh quốc nêu lên đầu tiên từ thế kỷ XVII. Đến thế kỷ XX, nhà kinh tế học Hoa Kỳ - Allard E. Dembe và cộng sự bắt đầu sử dụng thuật ngữ này để chỉ tình trạng kém hiệu quả trong chế độ bảo hiểm đối với người lao động. Theo đó, khái niệm “rủi ro đạo đức”

được sử dụng rộng rãi để mô tả ảnh hưởng của các ưu đãi bảo hiểm đối với hành vi làm tăng nguy cơ mất mát (của bên) được bảo hiểm (Allard E. Dembe, 2000).

Bảo hiểm y tế (BHYT) Việt Nam ra đời theo Nghị định 299-HĐBT ngày 15/8/1992 và chính thức đi vào hoạt động kể từ ngày 01/10/1992. Năm 2008, lần đầu tiên *Luật BHYT* được ban hành. Luật này đã tạo cơ sở pháp lý cho việc triển khai thực hiện BHYT, tiến tới BHYT toàn dân. Theo thống kê của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, tính đến cuối năm 2017, đã có gần 81 triệu người dân tham gia BHYT (chiếm tỷ lệ khoảng 86,4% dân số cả nước) (Ngân Anh, 2017). Như vậy, sau hơn 20 năm thực hiện, BHYT Việt Nam đã đạt

* Nghiên cứu sinh, Đại học Nhân dân Trung Quốc (Renmin University of China).

được những thành quả nhất định, song vẫn còn những hạn chế và khó khăn cần được tiếp tục giải quyết. Một trong những vấn đề đang được dư luận và các cơ quan quản lý quan tâm nhất đó là việc lạm dụng, trục lợi Quỹ BHYT, dẫn đến tình trạng bội chi Quỹ BHYT. Một số ví dụ cụ thể như: tại Trà Vinh, một nhân viên y tế lập khống hồ sơ thanh toán để lấy thuốc BHYT (gồm 236 bảng kê với tổng chi phí là 27.324.110 đồng); tại Vĩnh Long, một bác sĩ lập khống 272 lượt khám chữa bệnh với số tiền đề nghị cơ quan Bảo hiểm xã hội thanh toán là 49.179.772 đồng (Vương Trần, 2017); hoặc có bệnh nhân ở Bạc Liêu đi khám chữa bệnh 132 lượt tại 7 cơ sở trong 8 tháng đầu năm... BHXH Việt Nam ước tính, trong năm 2017 có khoảng 59/63 tỉnh, thành bội chi Quỹ BHYT, nhiều địa phương dự kiến bội chi từ 500 đến 1.000 tỷ đồng (Thúy Hạnh, 2017).

Tình trạng này chính là vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT, là một trong những vấn đề cốt lõi nhất trong BHYT hiện nay ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới. “Rủi ro đạo đức” chủ yếu gồm hai loại: phát sinh từ bác sĩ (cơ sở y tế) và từ người bệnh (người tham gia đóng BHYT). Vì vậy, nếu ngăn ngừa được hai loại “rủi ro đạo đức” này sẽ là tiền đề để giải quyết hiệu quả các vấn đề tồn tại cơ bản nhất trong lĩnh vực BHYT ở nước ta hiện nay.

Nguyên nhân chính dẫn đến vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT là tình trạng “bất đối xứng thông tin”

(asymmetric information) giữa các bên tham gia BHYT.

Khái niệm “bất đối xứng thông tin” (hoặc “thông tin bất cân xứng”) do nhà kinh tế học Hoa Kỳ - George A. Akerlof nêu lên lần đầu tiên trong một bài báo nổi tiếng xuất bản vào năm 1970 với tựa đề *The Market of Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*. Trong bài báo này, ông đã lấy thị trường xe hơi cũ tại Mỹ để minh họa cho vấn đề bất đối xứng thông tin, khi mà người bán xe biết rất rõ hiện trạng của chiếc xe mình muốn bán còn người mua thì không (George A. Akerlof, 1970). Và do người mua không có những thông tin xác thực, đầy đủ và kịp thời khi mua hàng, họ sẽ có khuynh hướng trả giá thấp hơn giá trị đích thực của hàng hóa, hậu quả là khiến cho người bán không có động lực để sản xuất hàng hóa có chất lượng tốt hoặc sẽ cung cấp những hàng hóa có chất lượng thấp hơn chất lượng trung bình trên thị trường.

Hiện nay, khái niệm “bất đối xứng thông tin” thường được dùng để mô tả tình huống những người tham gia tương tác trên thị trường nắm được những thông tin khác nhau về giá trị hoặc chất lượng của một tài sản hay dịch vụ đang được giao dịch trên thị trường. Nói cách khác, đó là trạng thái mất cân bằng trong cơ cấu thông tin giữa các chủ thể giao dịch khi họ có mức độ nắm giữ thông tin không ngang nhau (Mai Thị Dung, Lê Thị Xuân Hương, 2017). Trong lĩnh vực y tế, “rủi ro đạo đức” xảy ra khi bên có

ưu thế về thông tin lợi dụng sự bất đối xứng này để trục lợi, bất kể điều đó có thể làm tổn hại đến bên kém ưu thế về thông tin. Hành vi này được bên kém ưu thế về thông tin cho là một thứ nguy hiểm và rủi ro cho mình.

1.1. Sự xung đột về lợi ích giữa các chủ thể trong quá trình thực hiện chế độ chính sách BHYT

Các đối tượng tham gia chính trong việc thực hiện chế độ, chính sách trong lĩnh vực BHYT tại Việt Nam hiện nay gồm: cơ quan BHYT, cơ sở y tế (bệnh viện) và người bệnh. Cơ quan BHYT thường có xu hướng quản lý và kiểm soát việc thanh toán phí khám chữa bệnh BHYT của cơ sở y tế; cơ sở y tế thường có xu hướng “lũng đoạn” việc sử dụng thiết bị, kỹ thuật khám chữa bệnh để hưởng lợi; và người bệnh có xu hướng lựa chọn địa điểm khám chữa bệnh thuận lợi nhất, chất lượng khám chữa bệnh tốt nhất để sử dụng triệt để quyền lợi tham gia BHYT của mình. Vì vậy, trong quá trình thực hiện chính sách BHYT, ba chủ thể lợi ích nêu trên thường dễ xung đột với nhau. Sự xung đột lợi ích giữa ba bên thể hiện qua các hành vi sau:

Một là, hành vi theo đuổi tối đa hóa lợi ích kinh tế của cơ sở y tế. Trong điều kiện các cơ sở y tế, nhất là các bệnh viện công lập hiện nay phải hoạt động theo phương thức tự thu tự chi, không được cấp hoặc chỉ được cấp một phần kinh phí để hoạt động, các cơ sở y tế buộc phải thực hiện biện pháp “thu bù” để bổ sung cho các khoản kinh phí dễ bị hụt, như chi phí tiền

lương, chi phí quản lý, khấu hao tài sản... Và sau một thời gian, các cơ sở y tế sẽ có xu hướng tăng thu nhập và sinh lợi cao từ hoạt động khám chữa bệnh. Bên cạnh đó, một số bác sĩ lợi dụng “kẽ hở” của chính sách BHYT để trục lợi thông qua việc “kê khống” bệnh nhân và thuốc men. Việc này đã xảy ra khá nhiều ở Việt Nam trong thời gian gần đây (Lê Thanh Hà, 2017). Như vậy, trong mối quan hệ xung đột lợi ích giữa ba bên nêu trên, cơ sở y tế có thể tạo ra áp lực buộc cơ quan BHYT và người bệnh phải thanh toán chi phí khám chữa bệnh vượt mức cần thiết.

Hai là, hành vi theo đuổi tối đa hóa lợi ích qua việc khám chữa bệnh của người tham gia BHYT (người bệnh). Xuất phát từ lợi ích cá nhân, mỗi một người bệnh trong quá trình tiếp nhận dịch vụ khám chữa bệnh đều mong muốn hoặc có xu hướng tối thiểu hóa các chi phí do mình chi trả và đạt được chất lượng y tế tốt nhất, chẳng hạn như mong muốn được sử dụng các loại thuốc đắt tiền hoặc kỹ thuật chẩn đoán, trị liệu tốt nhất. Đây là nhu cầu chính đáng nhưng khá tốn kém vì thuốc đắt tiền có giá khá cao so với mặt bằng thu nhập chung nên chắc chắn sẽ bị giới hạn trong một số tỉ lệ nào đó và bị thay thế bằng các loại thuốc có thành phần “tương đương”. Ngoài ra, hiện nay có tình trạng một số người bệnh lợi dụng việc khám chữa bệnh bằng BHYT để nhận thuốc rồi bán lại (Vũ Điệp, 2017), nên rất dễ xảy ra tình trạng “hợp tác cùng có lợi” giữa

người bệnh và cơ sở y tế, từ đó dẫn đến việc lạm dụng, trục lợi, lãng phí Quỹ BHYT.

Ba là, hành vi thoái thác rủi ro của cơ quan BHYT. Nhằm đảm bảo sự ổn định của nguồn Quỹ BHYT, hạn chế việc phát sinh những rủi ro ngoài dự tính, cơ quan BHYT vừa phải quy định các chuẩn tắc về hành vi khám chữa bệnh của cơ sở y tế và người bệnh, vừa phải nghiên cứu triển khai các chính sách, hình thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh sao cho hợp lý. Về mặt chủ quan, cơ quan BHYT thường có xu hướng tối thiểu hóa chi phí khám chữa bệnh (cho bệnh nhân tham gia BHYT); về mặt khách quan, cơ quan BHYT thường có xu hướng thoái thác rủi ro về chi phí khám chữa bệnh cho các cơ sở y tế. Hiện nay, các bác sĩ luôn cập nhật những kiến thức mới về y khoa và áp dụng để điều trị cho bệnh nhân. Cơ quan BHYT cũng cố gắng tiếp bước theo sau bác sĩ, nhưng sự cập nhật của cơ quan BHYT luôn chậm chạp và khó khăn hơn. Mặt khác, các nhân viên thẩm định của cơ quan BHYT thường không phải là các chuyên gia lâm sàng và không được cập nhật kiến thức y khoa liên tục nên họ dễ dàng không đồng ý với những cách điều trị của các bác sĩ, đặc biệt là những điều trị có mức chi phí cao, nên dễ dẫn đến việc giảm chất lượng khám chữa bệnh và tạo nên sự không hài lòng của cơ sở y tế và người bệnh. Ngoài ra, một số tổ chức bảo hiểm tư nhân cũng tồn tại vấn đề “rủi ro đạo đức”, như đặt thêm

“rào cản” để lựa chọn “khách hàng” tham gia BHYT có hiệu suất mắc bệnh thấp hoặc đặt ra những quy định về điều kiện chi trả, bồi thường nghiêm ngặt để tăng độ khó đối với việc yêu cầu chi trả, bồi thường của người tham gia BHYT. Tóm lại, sự xung đột về lợi ích xảy ra ở đây là một bên thì muốn giữ chặt hầu bao (Quỹ BHYT), còn bên kia thì muốn được chi trả (tiền khám chữa bệnh) nhiều hơn.

1.2. Tình trạng bất đối xứng về thông tin giữa các bên tham gia BHYT: nguyên nhân chính của vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT

Kenneth Joseph Arrow (1963) - nhà kinh tế học người Mỹ chỉ ra rằng, thị trường BHYT tồn tại hai loại thuộc tính không xác định, đó là thuộc tính không xác định của việc điều trị bệnh tật và thuộc tính không xác định của việc phát sinh bệnh tật. Tình trạng bất đối xứng về thông tin là đặc trưng quan trọng của hai thuộc tính này trong lĩnh vực BHYT. Điều này chủ yếu được thể hiện như sau.

Một là, sự bất đối xứng về thông tin giữa bác sĩ và người bệnh. Do bác sĩ là người có trình độ cao về tri thức thực hiện việc khám chữa bệnh, nên bác sĩ giữ ưu thế lớn hơn trong quá trình trao đổi thông tin liên quan đến việc khám chữa bệnh với bệnh nhân. Bệnh nhân thường do thiếu tri thức và năng lực phân biệt chính xác chất lượng và số lượng dịch vụ khám chữa bệnh, nên thường chỉ có thể tiếp nhận các phương án khám chữa bệnh do

bác sĩ đưa ra một cách bị động. Nói cách khác, người bệnh hầu như không thể từ chối khi bác sĩ đề nghị họ phải làm các xét nghiệm, mua thuốc theo toa, tiếp nhận các hình thức điều trị bệnh.

Hai là, sự bất đối xứng về thông tin giữa cơ quan BHYT với bác sĩ và người bệnh. Trong quá trình nắm bắt thông tin về chi phí khám chữa bệnh, phương án điều trị của bác sĩ và tình trạng bệnh tật của bệnh nhân, cơ quan BHYT thường rơi vào tình trạng bị động, khó có thể nắm bắt đầy đủ, chính xác các thông tin liên quan nên rất dễ xảy ra tình trạng bất đối xứng về thông tin.

Như vậy, tình trạng bất đối xứng về thông tin giữa bác sĩ, cơ sở y tế với người bệnh (người tham gia BHYT), giữa cơ quan BHYT với bác sĩ và người bệnh đã phá vỡ tiền đề (tính đối xứng về thông tin) và điều kiện cần thiết để việc thực hiện chế độ, chính sách BHYT đạt hiệu quả. Đây chính là nguyên nhân cốt lõi của vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT.

Mối quan hệ giữa các bên tham gia thực hiện chế độ chính sách BHYT được thể hiện như sau: trước tiên, người tham gia BHYT phải chi trả phí mua BHYT cho cơ quan BHYT để được cấp thẻ sử dụng dịch vụ BHYT; thứ hai, khi người tham gia BHYT mắc bệnh và tìm đến cơ sở y tế thì họ sẽ được cơ sở y tế cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh; thứ ba, tất cả chi phí phát sinh trong quá trình khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT sẽ do

cơ quan BHYT chi trả. Chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT mà cơ quan BHYT phải chi trả cao hay thấp sẽ dựa vào ba yếu tố chính: Một là tần suất và mức độ phát sinh bệnh tật (nặng hay nhẹ) của người tham gia BHYT; hai là hành vi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người tham gia BHYT; ba là hành vi cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của cơ sở y tế. Trong ba yếu tố trên, yếu tố thứ nhất mang tính khách quan, cho dù cơ quan BHYT có muốn kiểm soát cũng không thể hoặc rất khó có thể kiểm soát được. Còn yếu tố thứ hai và thứ ba thì mang tính chủ quan, nếu chi phí khám chữa bệnh tăng lên, sẽ tăng thêm sự tiện ích cho cơ sở y tế và người tham gia BHYT (hai đối tượng này sẽ được hưởng lợi nhiều hơn). Tuy nhiên, cơ quan BHYT thường không có khả năng giám sát chặt chẽ, toàn diện về hành vi khám chữa bệnh của cơ sở y tế và người tham gia BHYT, nên dễ phát sinh vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT. Thực tế chứng minh, trong quá trình thực hiện chế độ chính sách BHYT ở nước ta, do thị trường BHYT vẫn còn tình trạng bất đối xứng về thông tin khá rõ nét nên cơ quan BHYT vẫn là bên “yếu thế” về thông tin trong suốt quá trình khám chữa bệnh so với cơ sở y tế và người tham gia BHYT.

2. NHỮNG NGUYÊN NHÂN CHÍNH DẪN ĐẾN “RỦI RO ĐẠO ĐỨC” TRONG LĨNH VỰC BẢO HIỂM Y TẾ

Vấn đề “rủi ro đạo đức” trong quá trình thực hiện chế độ chính sách BHYT

chủ yếu xảy ra từ hai đối tượng trực tiếp thực hiện hành vi “giao dịch” khám chữa bệnh là cơ sở y tế và người bệnh. Vì vậy, bài viết phân tích nguyên nhân của vấn đề này từ hai phương diện người tham gia BHYT (người bệnh) và cơ sở y tế (bệnh viện).

2.1. Từ phương diện người tham gia BHYT

Một là, cơ chế “người thứ ba trả tiền”. Hiện nay, không chỉ ở Việt Nam mà một số nước trên thế giới vẫn đang áp dụng cơ chế “người thứ ba trả tiền” trong lĩnh vực BHYT. Đây được xem là nguyên nhân cơ bản nhất dẫn đến vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT. Phương thức hoạt động của cơ chế này đó là người thụ hưởng không phải là người trả tiền trực tiếp mà thông qua người thứ ba. “Rủi ro đạo đức” do cơ chế này mang lại thể hiện qua khuynh hướng, hành vi ra sức xài tiền (nâng cao chi phí khám chữa bệnh) do người thứ ba (cơ quan BHYT) chi trả của hai bên thực hiện “giao dịch” là cơ sở y tế và người bệnh. Bởi vì, căn cứ quy định hiện tại, khi tiếp nhận dịch vụ điều trị, cho dù mức chi phí khám chữa bệnh có cao đến đâu thì người tham gia BHYT hầu như không cần phải chi trả hoặc chi trả với tỷ lệ rất thấp. Ví dụ như khi khám chữa bệnh đúng tuyến, người tham gia BHYT được hưởng 80% chi phí khám chữa, bệnh (riêng các đối tượng xã hội như: người đang hưởng lương hưu, thân nhân liệt sĩ, trẻ em dưới 6 tuổi, thì được hưởng từ 95 đến 100% chi phí khám chữa bệnh)⁽²⁾.

Hai là, chưa phân loại đối tượng tham gia BHYT theo nhu cầu khám chữa bệnh. Chính sách BHYT của nước ta hiện nay còn thực hiện theo kiểu “cào bằng”. Do chính sách này không áp dụng nguyên tắc người có nhu cầu khám chữa bệnh nhiều hơn phải chi trả nhiều hơn mà dựa trên mức thu nhập của từng người nên dẫn đến tình trạng người đóng mức cao cũng được chi trả như người đóng mức thấp. Trên thực tế, tình trạng sức khỏe và điều kiện mỗi người khác nhau nên nhu cầu về chất lượng khám chữa bệnh cũng khác nhau, nếu cứ “cào bằng” “đầu ra” chất lượng khám chữa bệnh thì không thể đảm bảo tính công bằng giữa những người đóng BHYT. Vì những người đóng BHYT mức thấp (ví dụ như: người nghèo, người cao tuổi, trẻ em,...) thường sử dụng Quỹ BHYT nhiều hơn so với những người đóng BHYT mức cao. Nghiên cứu thực tế cho thấy, đa số những người dân mua BHYT tự nguyện là những người có tình trạng sức khỏe không tốt; người dân có thể BHYT tự nguyện đi khám bệnh nhiều hơn so với những người có thể BHYT dạng khác hoặc không có thể BHYT (Nguyễn Văn Phúc, Cao Việt Cường, 2014). Bên cạnh đó, việc cung ứng một cách đại trà cũng dẫn đến tình trạng chất lượng dịch vụ BHYT có khi cao hơn mức dành cho nhóm chi trả thấp nhưng lại không đáp ứng nhu cầu của nhóm chi trả cao. Ví dụ như những người đóng BHYT mức cao khi nằm viện thường có nhu cầu sử dụng phòng dịch vụ và họ phải tự chi trả 100% chi phí tiền

phòng vì phí phòng dịch vụ không nằm trong danh mục được BHYT hỗ trợ chi trả. Thực tế hiện nay, một số doanh nghiệp bên cạnh mua BHYT bắt buộc vẫn mua thêm BHYT của các công ty bảo hiểm do họ chưa hài lòng về các dịch vụ khám chữa bệnh của gói BHYT bắt buộc cung cấp.

2.2. Từ phương diện cơ sở y tế

Một là, cơ sở y tế chiếm ưu thế lớn về thông tin khám chữa bệnh. Như đã phân tích ở phần trên, trong quá trình khám chữa bệnh, bác sĩ thuộc về bên chiếm ưu thế về thông tin. Vì vậy, bác sĩ có thể dễ dàng điều tiết việc khám chữa bệnh theo ý và xu hướng có lợi cho mình, đây là nguyên nhân dẫn đến vấn đề “rủi ro đạo đức” từ phía cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh. Khả năng điều tiết việc khám chữa bệnh của bác sĩ dựa vào mức độ bất đối xứng về thông tin trong quá trình khám chữa bệnh, mức độ bất đối xứng về thông tin càng lớn thì khả năng điều tiết và “thao túng” của bác sĩ càng cao.

Hai là, đặc tính không cố định của việc khám chữa bệnh. Đặc tính không cố định của việc khám chữa bệnh bao gồm: sự khác biệt giữa các cá thể người bệnh, sự đa dạng của phương pháp trị liệu và kết quả trị liệu không thể lường trước một cách chính xác. Xuất phát từ đặc tính không cố định của việc khám chữa bệnh, chẳng hạn như trong trường hợp khó có thể chẩn đoán bệnh một cách chuẩn xác, để giảm bớt những sự cố, rủi ro trong kỹ thuật khám chữa bệnh, hạn chế tối đa

những tổn thất, bất lợi cho bản thân, bác sĩ sẽ có khuynh hướng đề nghị người bệnh sử dụng các thiết bị y tế, loại thuốc tốt nhất và cũng tốn kém chi phí nhất. Bên cạnh đó, do sự khác biệt giữa các cá thể người bệnh, bác sĩ thường sử dụng nhiều phương pháp trị liệu khác nhau, nhưng cho dù sử dụng cùng một phương pháp trị liệu đi chăng nữa thì cũng có khả năng dẫn đến các kết quả trị liệu khác nhau. Điều này khiến cho cơ quan BHYT và người bệnh khó có thể nắm bắt mức độ chính xác, hợp lý trong các chỉ định dịch vụ của cơ sở y tế (Lan Anh, 2017).

Ba là, bất cập trong phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT khác nhau sẽ tạo ra những “cám dỗ” về mặt kinh tế nhất định đối với bên cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh (bệnh viện, bác sĩ), dẫn đến những hành vi khám chữa bệnh không thống nhất. Ví dụ, theo *Luật BHYT* năm 2014, nếu cơ sở y tế áp dụng phương thức thanh toán theo định suất, tức thanh toán theo mức phí được xác định trước theo phạm vi dịch vụ cho một đầu thẻ đăng ký tại cơ sở cung ứng dịch vụ y tế trong một khoảng thời gian nhất định, thì cơ sở y tế nào kết dư được quỹ sẽ được hưởng 20%; còn trong trường hợp chi tiêu vượt quỹ, cơ quan BHXH chỉ thanh toán 60% số tiền vượt quỹ cho cơ sở y tế. Như vậy, nguồn kinh phí được cấp là một con số “cứng”, buộc cơ sở y tế phải tính toán chi tiêu sao cho gói gọn trong chừng ấy tiền. Nếu muốn đảm bảo chuyên môn lại không

được “vượt trần” thì điều này vừa thiệt thòi cho bệnh nhân, vừa “làm khó” bác sĩ. Vì nếu có quá nhiều bệnh nhân đến khám, bác sĩ sẽ buộc phải hạn chế quyền lợi của người bệnh (Dương Hải, 2011). Việc khoán định suất cho các bệnh viện sẽ khiến cho bác sĩ phải “cân đo đong đếm” khi cần sử dụng thiết bị kỹ thuật cao trong điều trị. Hoặc trường hợp cơ sở y tế áp dụng phương thức thanh toán theo giá dịch vụ, tức thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh, thì cũng dễ khiến cho cơ sở khám chữa bệnh và bác sĩ có khuynh hướng theo đuổi lợi ích kinh tế, cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh quá mức cần thiết để trục lợi.

3. MỘT SỐ GIẢI PHÁP HẠN CHẾ “RỦI RO ĐẠO ĐỨC” TRONG LĨNH VỰC BẢO HIỂM Y TẾ

Từ những phân tích trên, có thể thấy để hạn chế vấn đề “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT ở nước ta hiện nay cần thực hiện nhiều giải pháp khác nhau đối với cơ quan BHYT, cơ sở y tế và người đóng BHYT (bệnh nhân).

3.1. Giải pháp hạn chế “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT từ cơ quan BHYT

Một là, cải tiến cơ chế chi trả đối với cơ sở khám chữa bệnh. Biện pháp giảm bớt chi phí khám chữa bệnh này chủ yếu dựa trên việc tăng cường quản lý đối với bên cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh (cơ sở y tế). Trong đó, biện pháp hữu hiệu nhất chính là

xây dựng chế độ thanh toán BHYT phù hợp và cơ chế kiểm soát, tiết kiệm chi phí khám chữa bệnh hiệu quả. Cụ thể là: 1) xây dựng chế độ thanh toán và biện pháp dự toán chi phí một cách khoa học, thống nhất; 2) từng bước áp dụng phương pháp dự toán chi phí theo loại bệnh tật, nghĩa là dựa trên việc phân loại bệnh tật khác nhau và cấp bậc bệnh viện khác nhau để xác định thống nhất tiêu chuẩn thu phí hợp lý của các dịch vụ khám chữa bệnh. Điều này sẽ hạn chế được việc cơ sở y tế cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh quá mức cần thiết để trục lợi.

Hai là, tăng cường quản lý việc chi tiêu Quỹ BHYT. Trước tiên, cần phải tăng cường quản lý, kiểm soát chặt chẽ tổng thể chi phí khám chữa bệnh, hạn chế hiện tượng “thu không bù chi”, dẫn đến việc bội chi Quỹ BHYT hàng năm ở nước ta hiện nay (Tú Uyên, 2017). Ứng dụng công nghệ thông tin trong việc quản lý chi tiêu Quỹ BHYT thông qua vi tính hóa các công đoạn chẩn đoán và điều trị; yêu cầu bệnh viện, bác sĩ phải cung cấp đầy đủ thông tin chẩn đoán, điều trị thông qua phần mềm quản lý BHYT; quy định cụ thể việc sử dụng thuốc, dụng cụ hợp lý theo cơ chế bệnh hoặc theo phác đồ đã thống nhất; đồng thời yêu cầu các hội chuyên khoa cập nhật những phác đồ điều trị mới và kịp thời phản ánh cho cơ quan BHYT để xem xét, bổ sung. Bên cạnh đó, cần ứng dụng công nghệ thông tin vào việc theo dõi, kiểm tra tình hình sử dụng thẻ BHYT của người tham gia BHYT; tiến hành

kiểm tra, rà soát định kỳ và đột xuất để kịp thời phát hiện, xử lý các trường hợp sử dụng thẻ BHYT trái quy định. Có như vậy mới hạn chế tối đa tình trạng lãng phí cũng như lạm dụng chi tiêu Quỹ BHYT.

Ba là, nâng cao trình độ chuyên môn của đội ngũ cán bộ cơ quan BHYT. Từ thực tế các trường hợp xuất toán Quỹ BHYT còn nhiều tranh cãi trong thời gian qua, có ý kiến cho rằng, cần có đơn vị giám định BHYT độc lập để thẩm định các chỉ định của bác sĩ một cách khách quan, khoa học. Nguyên nhân là hiện nay ở nhiều địa phương, cán bộ kiểm định BHYT không có chuyên môn sâu về y tế nên kết quả kiểm định không hợp lý. Vì vậy, cần phải nâng cao trình độ chuyên môn của đội ngũ cán bộ cơ quan BHYT để cho cán bộ quản lý BHYT có khả năng nhận biết được tình hình, chất lượng và việc thu phí của dịch vụ khám chữa bệnh có hợp lý, khoa học hay không. Đồng thời, tạo điều kiện cho cán bộ kiểm định BHYT thường xuyên đối thoại với các bác sĩ để giải quyết những xung đột xảy ra trong quá trình kiểm định. Bên cạnh đó, cũng cần có chính sách thu hút nhân tài vừa am hiểu về lĩnh vực BHYT, vừa có trình độ chuyên môn về y tế tham gia công tác tại cơ quan BHYT.

3.2. Giải pháp hạn chế “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT từ cơ sở y tế (bệnh viện)

Một là, hạn chế việc cung cấp dịch vụ khám bệnh quá mức cần thiết. Trước tiên, cần phải xây dựng quy định cụ

thể về việc sử dụng thiết bị chẩn đoán bệnh theo hướng “bình dân hóa”, chỉ những trường hợp thực sự cần thiết mới phải dùng đến máy móc, thiết bị tối tân. Ngoài ra, cũng cần có biện pháp xử lý các trường hợp bệnh viện, bác sĩ sử dụng máy móc, thiết bị chẩn đoán bệnh sai quy định. Chẳng hạn nếu bệnh viện, bác sĩ sử dụng máy móc, thiết bị chẩn đoán bệnh sai quy định thì cơ quan BHYT có quyền từ chối thanh toán toàn bộ (hoặc một phần) chi phí phát sinh.

Hai là, xây dựng cơ chế cạnh tranh công bằng giữa các cơ sở y tế. Hiện nay, các cơ sở y tế công lập vẫn chiếm ưu thế độc quyền nhất định trong lĩnh vực BHYT. Mặc dù các cơ sở y tế tư nhân đang góp phần giảm tải việc khám chữa bệnh BHYT cho các cơ sở y tế công lập, nhưng nhìn chung, hoạt động khám chữa bệnh BHYT của các cơ sở y tế tư nhân vẫn còn không ít khó khăn, bất cập do chính sách, quy định hiện hành. Hiện nay, cả nước có khoảng 500 cơ sở y tế ngoài công lập đang hoạt động rất tốt, nhưng đa số còn chưa nắm chắc về các chính sách, *Luật Khám chữa bệnh*; hoặc do cơ quan chức năng nhà nước chưa ban hành đầy đủ thông tư, hướng dẫn liên quan đến việc thực hiện BHYT tại cơ sở y tế ngoài công lập. Bên cạnh đó, hiện nay vẫn chưa có sự bình đẳng trong việc thụ hưởng các chính sách giữa cơ sở y tế tư nhân và y tế nhà nước. Chẳng hạn, có những chương trình đào tạo từ kinh phí của nhà nước, nhưng chỉ có cơ sở công lập mới được tham gia, còn các

cơ sở tư nhân không được quan tâm. Bên cạnh đó, các bệnh viện tư nhân không có cơ chế được nhận hỗ trợ vật chất của các tổ chức phi chính phủ, mà chỉ có các cơ sở của nhà nước được nhận (Phượng Anh, 2017). Vì vậy, cần phải xóa bỏ hoàn toàn tính độc quyền nhà nước trong BHYT, tạo môi trường cạnh tranh công bằng giữa cơ sở y tế công lập và cơ sở y tế tư nhân; có như vậy mới thúc đẩy các cơ sở y tế phát triển chuyên môn, hạ thấp chi phí khám chữa bệnh, nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh; đồng thời, tạo điều kiện cho người bệnh có thể tự do lựa chọn dịch vụ khám chữa bệnh từ các cơ sở y tế khác nhau theo nhu cầu của bản thân.

Ba là, tăng cường quản lý tính quy chuẩn về dịch vụ khám chữa bệnh của cơ sở y tế. Trong bối cảnh BHXH các tỉnh, thành phố đang giao việc dự toán chi phí khám chữa bệnh BHYT cho các cơ sở khám chữa bệnh như hiện nay (Thùy Dương, 2017), nhằm ngăn ngừa tình trạng cơ sở y tế cố ý giảm bớt chi tiêu trong việc khám chữa bệnh thông qua việc hạ thấp chất lượng phục vụ hoặc từ chối khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT, thì cần phải tăng cường công tác quản lý tính quy chuẩn về dịch vụ khám chữa bệnh của cơ sở y tế, như quy định rõ phạm vi trách nhiệm, quy trình trị liệu và tiêu chuẩn chất lượng phục vụ của cơ sở y tế; giám sát việc thực hiện hợp đồng khám chữa bệnh BHYT theo đúng quy định của Luật BHYT. Mặt khác, cần có biện pháp tách biệt mối quan hệ giữa hai khâu “trị liệu” và

“bán thuốc”. Điều này sẽ góp phần ngăn ngừa được tình trạng bác sĩ hưởng “hoa hồng” từ việc môi giới bán thuốc; giúp cho việc kê toa thuốc của bác sĩ được chuẩn hóa và công tâm hơn.

Bốn là, công khai thông tin về khám chữa bệnh của cơ sở y tế. Chỉ khi được cung cấp thông tin một cách đầy đủ, chính xác thì cơ quan BHYT và người tham gia BHYT mới có cơ sở để xem xét, lựa chọn dịch vụ khám chữa bệnh phù hợp. Vì vậy, cần có một cơ quan nhà nước, tốt nhất là một cơ quan độc lập (cơ quan thứ ba) đứng ra phụ trách công tác đánh giá định kỳ các phương diện như mức độ thu phí, tỷ lệ điều trị khỏi bệnh, hiệu suất cung cấp dịch vụ, chất lượng phục vụ của các bệnh viện. Sau đó công bố kết quả rộng rãi thông qua phương tiện đại chúng. Điều này sẽ góp phần hạn chế sự bất đối xứng về thông tin trong việc khám chữa bệnh, đảm bảo công bằng về quyền lợi được lựa chọn của các bên liên quan ở lĩnh vực BHYT.

3.3. Giải pháp hạn chế “rủi ro đạo đức” trong lĩnh vực BHYT từ người tham gia BHYT

Một là, xây dựng mạng lưới BHYT có độ bao phủ rộng, đa dạng về chủng loại. Ngành BHYT cần nghiên cứu, tái phân phối lợi ích BHYT giữa các đối tượng tham gia BHYT nhưng vẫn giữ mục tiêu đảm bảo lợi ích khám chữa bệnh cho người có thu nhập thấp, ví dụ như có thể chia thành những gói dịch vụ BHYT theo ba cấp gồm: cơ bản

(dành cho người có thu nhập thấp), thông thường (dành cho người có thu nhập trung bình) và cao cấp (dành cho những người có thu nhập cao có nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh chất lượng cao); như vậy sẽ vừa có thể chăm lo cho đối tượng yếu thế (người nghèo, người cao tuổi, trẻ em), vừa đảm bảo cho người đóng bảo hiểm nhiều hơn được hưởng tiện ích nhiều hơn, hạn chế tình trạng bất công của việc đóng phí BHYT khác nhau nhưng lại hưởng lợi ích như nhau.

Hai là, thiết lập cơ chế đồng chi trả phí khám chữa bệnh hợp lý. Để tránh tình trạng người tham gia BHYT và cơ sở khám chữa bệnh lợi dụng cơ chế “người thứ ba trả tiền” nên sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh một cách lãng phí hoặc sai mục đích, cần phải xây dựng một cơ chế đồng chi trả phí khám chữa bệnh hợp lý, khoa học. Đặc biệt là khi người tham gia BHYT (người bệnh) có nhu cầu nhập viện để điều trị thì phải có trách nhiệm đồng chi trả viện phí và các chi phí khám chữa bệnh theo một tỷ lệ nào đó; cách tính tỷ lệ đồng chi trả cần dựa theo chất lượng, cấp bậc bệnh viện khác nhau. Chẳng hạn, nếu nhập viện điều

trị tại bệnh viện cấp trung ương thì tỷ lệ đồng chi trả của người bệnh phải cao hơn so với tỷ lệ đồng chi trả khi điều trị tại bệnh viện cấp tỉnh. Như vậy, sẽ nâng cao ý thức tiết kiệm chi phí khám chữa bệnh của người tham gia BHYT, hạn chế tình trạng bệnh nhân không cần thiết phải điều trị nội trú vẫn thích “nằm viện”, góp phần giảm tải nhu cầu giường bệnh, phòng bệnh tại các bệnh viện, đặc biệt là tại các bệnh viện lớn. Ngoài ra, đối với các dịch vụ khám chữa bệnh có mức độ “rủi ro đạo đức” khá cao, như khám nhỏ răng, phục hồi chức năng,... thì tỷ lệ đồng chi trả của người bệnh cũng phải cao hơn so với các dịch vụ khám chữa bệnh thông thường.

Ngoài những biện pháp nêu trên, các cơ quan truyền thông đại chúng cần tăng cường thông tin, tuyên truyền theo hướng nhấn mạnh vị trí, vai trò, ý nghĩa của BHYT trong hệ thống an sinh xã hội; đề cao nghĩa vụ và quyền lợi của người dân trong tham gia BHYT; phát hiện những bất cập hoặc yếu kém của chính sách BHYT và việc khám chữa bệnh BHYT để các cơ quan chức năng kịp thời khắc phục và điều chỉnh. □

CHÚ THÍCH

⁽¹⁾ Khái niệm “y đức” là một loại đạo đức nghề nghiệp, thường được dùng để đề cao tính chính trực, tinh thần trách nhiệm của người thầy thuốc phải hết lòng phục vụ người bệnh, như lời Chủ tịch Hồ Chí Minh từng dạy “lương y phải như từ mẫu” (tức bác sĩ phải chăm sóc người bệnh giống như người mẹ hiền chăm sóc đứa con của mình).

⁽²⁾ Điều 22 Luật BHYT năm 2014.

TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

1. Akerlof, George A. 1970. "The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Uarket

Uechanism". *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, No. 3.

2. Allard E. Dembe, Leslie I. Boden. 2000. "Moral Hazard: A Question of Morality?". *New Solutions*, Vol. 10(3).

3. Dương Hải. "Thanh toán bảo hiểm y tế theo định suất: Bội chi quỹ, bệnh nhân chịu thiệt". <https://laodong.vn/y-te/thanh-toan-bhyt-theo-dinh-suot-boi-chi-quy-benh-nhan-chiu-thiet-17295.bld>, truy cập ngày 23/10/2011.

4. Kenneth J. Arrow. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review*, Vol. 53 (5).

5. Lan Anh. "Trực lợi 'chùm khế ngọt' bảo hiểm y tế hàng trăm tỷ". <https://tuoitre.vn/truc-loi-chum-khe-ngot-bao-hiem-y-te-hang-tram-ti-1319595.htm>, truy cập ngày 24/05/2017.

6. Lê Thanh Hà. "Bác sĩ đòi chi đủ hoa hồng". <http://tuoitre.vn/tin/song-khoe/20170213/bac-si-doi-chi-du-hoa-hong/1263808.html>, truy cập ngày 13/2/2017.

7. Mai Thị Dung, Lê Thị Xuân Hương. 2017. "Lý thuyết bất đối xứng thông tin trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội". *Tạp chí Tài chính*, kỳ 2.

8. Ngân Anh. "Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế đã đạt hơn 86%". <http://www.nhandan.com.vn/xahoi/item/35104002-ty-le-bao-phu-bao-hiem-y-te-da-dat-hon-86.html>, truy cập ngày 25/12/2017.

9. Nguyễn Văn Phúc, Cao Việt Cường. 2014. "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 TPHCM". *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, số 208.

10. Phương Anh. "Kiến tạo môi trường để y tế tư nhân phát triển". <http://www.nhandan.com.vn/suckhoe/tin-tuc/item/34869002-kien-tao-moi-truong-de-y-te-tu-nhan-phat-trien.html>, truy cập ngày 30/11/2017.

11. Thùy Dương. "Bảo hiểm xã hội siết chi, Bộ Y Tế phản ứng". <http://tuoitre.vn/tin/song-khoe/20170823/bao-hiem-xa-hoi-siet-chi-bo-y-te-phan-ung/1373602.html>, truy cập ngày 23/8/2017.

12. Thúy Hạnh. "Bảo hiểm xã hội bội chi hơn 6.500 tỷ, nửa năm đã gần hết tiền". <http://vietnamnet.vn/vn/thoi-su/bhxxh-boi-chi-hon-6-500-ty-nua-nam-da-gan-het-tien-395894.html>, truy cập ngày 29/8/2017.

13. Tú Uyên. "Bảo hiểm xã hội lên tiếng vụ siết chi khám bảo hiểm y tế". <http://www.baogiaothong.vn/bao-hiem-xa-hoi-len-tieng-vu-siet-chi-kham-bhyt-d222944.html>, truy cập ngày 29/8/2017.

14. Vũ Điệp. "Siêu cao thủ trực lợi bảo hiểm y tế - 4 tháng đi khám 123 lần". <http://vietnamnet.vn/vn/thoi-su/sieu-cao-thu-truc-loi-bao-hiem-y-te-4-thang-di-kham-123-lan-374458.html>, truy cập ngày 23/5/2017.

15. Vương Trần. "Choáng trước con số "bội chi" bảo hiểm y tế năm 2017". <https://laodong.vn/xahoi/choang-truoc-con-so-boi-chi-bao-hiem-y-te-nam-2017-573295.lido>, truy cập ngày 31/10/2017.