

THÔNG TIN BẤT ĐỐI XỨNG TRONG THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN: TRƯỜNG HỢP TỈNH ĐỒNG THÁP

TS. Nguyễn Văn Ngãi
ThS. Nguyễn Thị Cẩm Hồng¹

TÓM TẮT

Thông tin bất đối xứng là một vấn đề của kinh tế học xảy ra khá phổ biến trong các thị trường, là một hiện tượng thất bại của thị trường, kết quả là một thị trường không hoàn hảo, gây ra các hiện tượng lựa chọn ngược (adverse selection) và rủi ro đạo đức (moral hazard). Đặc biệt, thông tin bất đối xứng thường xảy ra ở thị trường Bảo hiểm y tế, nghiên cứu này áp dụng phương pháp định lượng bằng mô hình kinh tế lượng để kiểm định sự tồn tại của lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức đối với thị trường Bảo hiểm ở một địa phương cụ thể (Đồng Tháp). Kết quả nghiên cứu khẳng định sự tồn tại cả hai vấn đề, lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức đối với thị trường Bảo hiểm y tế tự nguyện, từ đó đề xuất một số giải pháp để hạn chế hậu quả của hai vấn đề trên.

Từ khóa: Thông tin bất đối xứng, lựa chọn ngược, rủi ro đạo đức và Bảo hiểm y tế.

ABSTRACT

The information of incompatibility is a problem of economics which occurs regularly in markets, and is a phenomenon of failure of the market. As a result, it leads to a non-perfect market which causes adverse selections and moral hazard. Particularly, the information of incompatibility usually occurs in the health-care insurance market. The present study applied quantitative method with the model of quantitative economics to measure the existence of adverse selection and moral hazard on the market of insurance at a particular region (Dong Thap province). The results confirm the existence of the two problems, adverse selection and moral hazard, on the market of voluntary health-care insurance; then the study suggests some recommendations for limiting the consequences of those two problems.

Keywords: Information of incompatibility, adverse selection, moral hazard, and health-care insurance.

1. GIỚI THIỆU

Trong thị trường Bảo hiểm, vấn đề thông tin giữa người bán Bảo hiểm và người mua là rất quan trọng. Người mua Bảo hiểm và người bán Bảo hiểm không biết rõ thông tin về nhau, điều này cho thấy tồn tại thông tin bất đối xứng trong thị trường Bảo hiểm y tế. Cụ thể là những người có thể Bảo hiểm y tế (BHYT) tự

nguyện thường đi khám chữa bệnh nhiều lần hơn so với những người không có thể Bảo hiểm y tế tự nguyện và những người mua thẻ Bảo hiểm y tế tự nguyện thường là những người có sức khỏe không tốt, do đó tạo ra gánh nặng cho bên bán Bảo hiểm và sự bội chi thường xuyên của quỹ Bảo hiểm y tế tự nguyện. Điều này được thể hiện từ năm 1993 đến năm 2005 quỹ BHYT đã

¹Trường Đại học Nông Lâm TP.HCM.

liên tục kết dư nhưng từ cuối năm 2005 trở về sau quỹ BHYT tự nguyện đã bội chi rất lớn, cụ thể năm 2006 quỹ BHYT tự nguyện này đã bội chi hơn 1.000 tỷ đồng, năm 2007 bội chi khoảng 2.100 tỷ đồng, cao gấp đôi năm 2006. Nghiên cứu này áp dụng mô hình kinh tế thích hợp với số liệu điều tra những người mua và không mua BHYT tự nguyện ở Đồng Tháp để kiểm định một cách khoa học sự tồn tại của vấn đề lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức trong thị trường BHYT tự nguyện. Lựa chọn ngược có nghĩa là những người mua Bảo hiểm y tế phần lớn là những người có tình trạng sức khỏe kém, do đó gây ra bội chi cho công ty Bảo hiểm. Rủi ro đạo đức là sự ỷ lại của người mua Bảo hiểm, sau khi có Bảo hiểm họ không quan tâm đến việc chăm sóc sức khỏe, thường xuyên đi khám bệnh, điều này cũng gây tổn thất cho công ty Bảo hiểm và ngay cả cho xã hội.

2. CƠ SỞ LÝ THUYẾT, MÔ HÌNH NGHIÊN CỨU VÀ CƠ SỞ DỮ LIỆU

Cơ sở lý thuyết

Thông tin bất đối xứng là hiện tượng mà hai bên giao dịch với nhau nhưng bên này có nhiều thông tin hơn bên khác. Ví dụ, mua bán xe hơi cũ, người bán biết được đặc điểm hoặc tình trạng chất lượng của chiếc xe như thế nào, trong khi đó người mua không có được đầy đủ thông tin như người bán. Ví dụ kinh điển khác là nỗ lực làm việc của người lao động họ biết nhưng người thuê lao động không biết được nỗ lực làm việc của người lao động mà họ đang quản lý (Spence, 1973). Lý thuyết thông tin bất đối xứng được phát triển bởi Akerlof (1970).

Nguyên nhân của thông tin bất đối xứng là do đặc điểm của hàng hóa ẩn hoặc hành động ẩn, không kiểm soát được. Thông tin bất đối xứng do đặc điểm ẩn sẽ gây ra hiện tượng lựa chọn ngược. Lựa chọn ngược là hiện tượng mà người mua không biết được đặc điểm hoặc chất

lượng của hàng hóa nên họ chỉ sẵn lòng trả ở mức giá thấp hơn giá trị thực của hàng hóa đó để giảm tính rủi ro trong giao dịch, tránh mua phải trái chanh (lemon-car) khi mua xe hơi cũ. Vì chỉ bán được giá thấp thì người bán lại càng bán hàng hóa có chất lượng kém (Pindyck và Rubinfeld, 1999). Nên lựa chọn ngược sẽ dẫn đến thị trường có những hàng hóa có chất lượng thấp. Thông tin bất đối xứng do hành động không thể kiểm soát được sẽ gây ra hiện tượng rủi ro đạo đức. Rủi ro đạo đức là hiện tượng mà người có nhiều thông tin có những ứng xử phi đạo đức nhằm đạt được lợi ích cá nhân của mình và như vậy gây thiệt hại cho người thiếu thông tin. Ví dụ, người lao động thường trốn việc nếu người quản lý không quản lý được họ.

Để hạn chế thông tin bất đối xứng, hai đối tác tự giác cung cấp thông tin lẫn nhau hoặc chính phủ có giải pháp hỗ trợ. Việc tự giác giải quyết bằng hai cách khác nhau tùy thuộc vào đối tác là người có nhiều thông tin hay là có ít thông tin. Nếu là người có nhiều thông tin thì họ sẽ phát tín hiệu (signaling) cho bên kia hiểu được nhiều thông tin hơn, ví dụ thực hiện các chương trình quảng cáo, sinh viên đi tìm việc cung cấp những thông tin về bằng cấp, kinh nghiệm, vv., cho nhà tuyển dụng. Ngược lại, người thiếu thông tin cố gắng tìm hiểu thông tin trước khi quyết định giao dịch, được gọi là sàng lọc (Screening) (Rothchild and Stiglitz, 1976), ví dụ người mua xe gắn máy cũ yêu cầu người bán cho chạy thử để kiểm tra, hoặc nhờ những người am hiểu về xe đến kiểm tra giúp. Mặc khác, vì thông tin bất đối xứng là một hiện tượng của thị trường thất bại, chính phủ cần thiết có những giải pháp hỗ trợ như xây dựng hệ thống luật pháp chống gian lận thương mại, thành lập các hiệp hội để bảo vệ cho người bị hại như Hội người tiêu dùng, minh bạch hóa thông tin, vv..

Áp dụng lý thuyết thông tin bất đối xứng trên, thông tin bất đối xứng trong thị trường Bảo hiểm y tế tự nguyện được thể hiện ở người mua Bảo hiểm có nhiều thông tin hơn công ty bán Bảo hiểm về tình trạng sức khỏe của mình và cũng như hành động của mình sau khi mua Bảo hiểm. Như vậy, có cả hai nguyên nhân của thông tin bất đối xứng, đó là đặc điểm ẩn và hành động ẩn, như vậy tồn tại cả hai hiện tượng, lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức trong thị trường Bảo hiểm y tế. Đặc điểm ẩn là tình trạng sức khỏe của người mua Bảo hiểm, người mua Bảo hiểm biết về sức khỏe của mình trước khi mua, người bán Bảo hiểm không biết, nên xảy ra tình trạng lựa chọn ngược, tức là khách hàng là những người có tình trạng sức khỏe không tốt, nên công ty bán Bảo hiểm với giá cao để bù đắp chi phí, bán giá càng cao thì khách hàng càng có sức khỏe kém vì những người có sức khỏe khá họ sẽ không mua với giá cao đó. Hành động ẩn thể hiện sau khi mua Bảo hiểm, người mua Bảo hiểm thường chủ quan về bảo vệ sức khỏe của mình vì họ luôn, tin rằng có công ty Bảo hiểm lo, vì thế làm cho tình trạng bệnh của họ dễ xảy ra. Hơn nữa, vì được công ty Bảo hiểm chi cho việc khám chữa bệnh nên người mua Bảo hiểm thường xuyên đi khám chữa bệnh hơn, mặc dù tình trạng bệnh có thể chưa cần thiết phải điều trị, điều này không chỉ làm bội chi cho công ty Bảo hiểm mà còn ảnh hưởng không tốt đến thể trạng của bệnh nhân do lạm dụng thuốc, sự việc còn trầm trọng hơn nếu bệnh nhân cầu kết với bác sĩ và nơi khám bệnh để rút tiền công ty Bảo hiểm.

Đến nay nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề thông tin bất đối xứng trong

thị trường Bảo hiểm y tế còn rất hạn chế, nghiên cứu của Tomislav Vukina và Danijel Nestie (2008) là một điển hình về thông tin bất đối xứng trong thị trường Bảo hiểm y tế của Croatia. Nghiên cứu này xây dựng được mô hình kinh tế lượng để kiểm định sự tồn tại của hai hiện tượng, lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức, của thị trường Bảo hiểm y tế Croatia. Kết quả nghiên cứu khẳng định sự tồn tại của hai hiện tượng này.

Mô hình nghiên cứu

Dựa vào lý thuyết trình bày ở phần trên và mô hình nghiên cứu của Tomislav Vunika và Danijel Nestie (2008), mô hình cho nghiên cứu này được xây dựng, bao gồm hai mô hình, mô hình kiểm định hiện tượng lựa chọn ngược và mô hình kiểm định hiện tượng rủi ro đạo đức.

Mô hình kiểm định hiện tượng lựa chọn ngược

Đối với thị trường Bảo hiểm, việc bán Bảo hiểm y tế thường cho những khách hàng có tình trạng sức khỏe không tốt, hệ quả của nó là bội chi cho mà người bán Bảo hiểm. Mô hình được xây dựng để kiểm định hiện tượng này là mô hình xác suất, với biến phụ thuộc (Y) là mua hay không mua Bảo hiểm, Y có giá trị 1 nếu có mua Bảo hiểm và 0 nếu không mua. Các biến độc lập chính là tình trạng sức khỏe trước khi mua Bảo hiểm và một số biến kiểm soát khác để hạn chế hiện tượng thiếu biến trong mô hình. Để kiểm định sự tồn tại của lựa chọn ngược, tức là những người có sức khỏe không tốt có xác suất mua Bảo hiểm nhiều hơn, kiểm định ý nghĩa của các biến độc lập về sức khỏe trong việc giải thích biến phụ thuộc, cụ thể như sau:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 \text{TNBQ} + \beta_2 \text{GIOITINH} + \beta_3 \text{TUOI} + \beta_4 \text{KETHON} + \beta_5 \text{MUCDOTINTUONG} + \beta_6 \text{T HCS} + \beta_7 \text{THPT} + \beta_8 \text{TRENTHTPT} + \beta_9 \text{NONGDAN} + \beta_{10} \text{THATNGHIEP} + \beta_{11} \text{NGHETU DO} + \beta_{12} \text{TOT} + \beta_{13} \text{TRUNGBINH} + \beta_{14} \text{XAU} + \beta_{15} \text{RATXAU} + \varepsilon$$

Trong đó:

- Y là biến phụ thuộc, $Y=1$ mua Bảo hiểm, $Y = 0$ không mua Bảo hiểm
- $GIOITINH$ là giới tính của người được điều tra, nếu là nam = 1, nữ = 0.
- $KETHON$ là tình trạng kết hôn của người được điều tra, nếu đã kết hôn = 1, còn chưa kết hôn = 0,
- $TUOI$ là tuổi của người được điều tra,
- $MUCDOTINTUONG$ là đo lường mức độ tin tưởng về dịch vụ Bảo hiểm y tế của người được điều tra, được lường bằng thang đo, có giá trị từ 1 đến 5,
- $TNBQ$ là thu nhập trung bình/người/tháng,
- $THCS$ là trình độ học vấn ở mức trung học cơ sở, có giá trị 1 nếu học trung học cơ sở và 0 cho tất cả trường hợp khác,
- $THPT$ là trình độ học vấn phổ thông trung học, có giá trị 1 nếu học trung học phổ thông và 0 cho tất cả các trường hợp khác,
- $TRENTHTPT$ là trình độ học vấn trên trung học phổ thông, có giá trị 1 nếu trên học trung học phổ thông và 0 cho tất cả các trường hợp khác, Như vậy biến tham chiếu cho trình độ học vấn là dưới trung học cơ sở,
- $NONGDAN$ là nghề nghiệp nông dân, có giá trị 1 nếu là nông dân, 0 cho các trường hợp khác,
- $THATNGHIEP$ là người thất nghiệp có giá trị 1 nếu thất nghiệp, 0 nếu có việc làm,
- $NGHETUDO$ là người làm nghề tự do, có giá trị 1 nếu nghề tự do và 0 cho các trường hợp khác,
- $NHANVIEN$ là nhân viên, có giá trị 1 nếu là nhân viên và 0 cho các trường hợp khác,
- TOT là tình trạng sức khỏe tốt, có giá trị 1 nếu sức khỏe tốt, 0 cho các trường hợp khác,
- $TRUNGBINH$ là tình trạng sức khỏe trung bình, có giá trị 1 nếu sức khỏe trung bình, 0 cho các trường hợp khác,
- XAU là tình trạng sức khỏe xấu, có giá trị 1 nếu sức khỏe xấu, 0 cho các trường hợp khác,
- $RATXAU$ là tình trạng sức khỏe rất xấu, có giá trị 1 nếu sức khỏe rất xấu, 0 cho các trường hợp khác. Như vậy, biến tham chiếu cho tình trạng sức khỏe là rất tốt.

Mô hình kiểm định hiện tượng rủi ro đạo đức

Rủi ro đạo đức là hiện tượng mà người mua Bảo hiểm lạm dụng Bảo hiểm sau khi mua, do đó hiện tượng này được kiểm định định qua mô hình hồi qui với biến phụ thuộc là số lần đi khám bệnh, biến độc lập chính là có mua hay không mua Bảo hiểm và một số biến kiểm soát khác cũng được đưa vào để hạn chế mô hình thiếu biến, cụ thể như sau:

$$SOKB = \beta_0 + \beta_1 TUNGUYEN + \beta_2 BATBUOC + \beta_3 HUUTRI + \beta_4 TUOI + \varepsilon$$

(2)

- $SOKB$ là số lần khám bệnh bình quân một năm.
- $TUNGUYEN$ là người có mua Bảo hiểm y tế tự nguyện, có giá trị 1 nếu có mua, 0 nếu không mua.
- $BATBUOC$ là người có mua Bảo hiểm y tế bắt buộc, có giá trị 1 nếu có mua và 0 nếu không.
- $HUUTRI$ là người hưu trí, có giá trị 1 nếu hưu trí, 0 nếu không.

- TUOI là tuổi của người được điều tra.

Phương pháp và số liệu nghiên cứu

Phương pháp áp dụng trong nghiên cứu này là phương pháp định lượng bằng mô hình hồi qui như đã trình bày ở phần trên. Sau khi ước lượng mô hình hồi qui (1), việc kiểm định mức ý nghĩa của các biến về tình trạng sức khỏe, nếu các biến tình trạng sức khỏe không tốt (trung bình, xấu hoặc rất xấu) giải thích có ý nghĩa biến phụ thuộc và có dấu dương thì kết luận rằng tồn tại hiện tượng lựa chọn ngược trong thị trường Bảo hiểm y tế. Để kiểm định hiện tượng rủi ro đạo đức, áp dụng kết quả ước lượng của Mô hình (2). Nếu biến mua Bảo hiểm y tế tự nguyện có ý nghĩa và hệ số ước lượng dương, tức là người mua Bảo hiểm y tế tự nguyện có số lần đi khám bệnh nhiều hơn, hay nói cách khác là lạm dụng Bảo hiểm y tế sau khi mua.

Số liệu cho nghiên cứu này chủ yếu là số liệu sơ cấp được khảo sát bởi nhóm nghiên cứu, tổng số quan sát là 150 người, khảo sát những người đang đi khám bệnh tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Đồng Tháp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

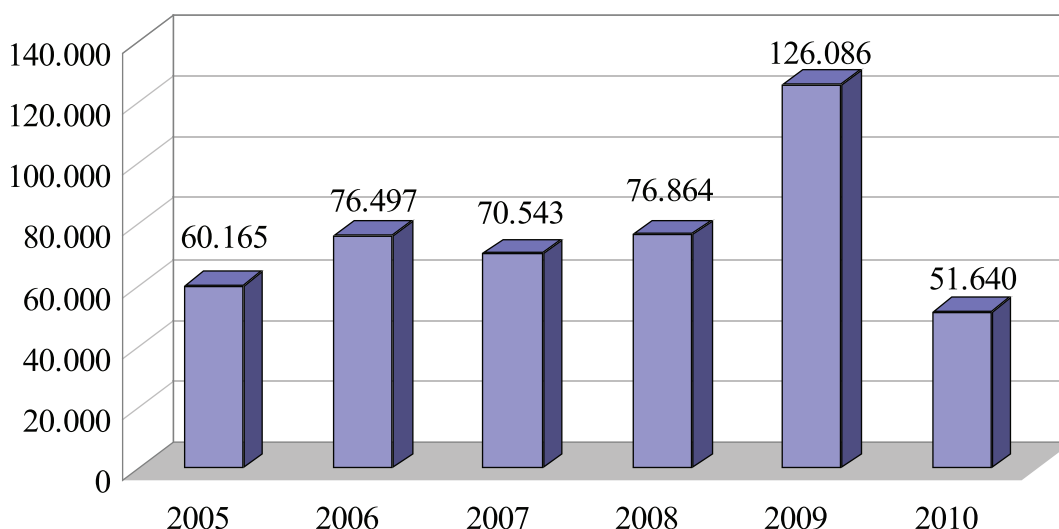
3.1. Thực trạng Bảo hiểm y tế Tỉnh Đồng Tháp

Theo thông tin từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam, tính đến tháng 6 năm 2011 đã có 53,5 triệu người tham gia Bảo hiểm y tế, tăng gần 14 triệu người so với năm 2008. Trong đó, khu vực có tỷ lệ bao phủ Bảo hiểm y tế cao nhất là Vùng Trung du và Miền núi phía Bắc, đạt tới 77% dân số, đặc biệt các tỉnh miền núi phía Bắc như Bắc Kạn, Hà Giang, Lai Châu, Sơn La và Cao Bằng có tỷ lệ bao phủ đạt tới 95% dân số. Khu vực có tỷ lệ bao phủ thấp nhất là Vùng Đồng bằng sông Cửu Long, tỷ lệ bao phủ chưa được 50% dân số. Một số tỉnh có dưới 45% dân số có Bảo hiểm y tế như

Tây Ninh, Bình Phước, Cà Mau, Bạc Liêu, Đồng Tháp và Hậu Giang. Theo thống kê đến năm 2010, số người có thẻ BHYT kể cả tự nguyện và bắt buộc tại Tỉnh Đồng Tháp chiếm 44,45% dân số của tỉnh và cả nước là khoảng 62% dân số (vẫn khoảng 34 triệu người, còn gần 40% dân số cả nước không có BHYT), nên công cuộc xã hội hóa BHYT tại Đồng Tháp còn nhiều thách thức (Thùy Giang, 2011).

BHYT tự nguyện tại tỉnh Đồng Tháp được phát hành vào năm 2005 cùng các địa phương khác, nhưng sau 4 địa phương là TPHCM, Hải Phòng, Vĩnh Phúc và Hà Tây. Tại Đồng Tháp, số lượng thẻ được tham gia bình quân là 60.165 thẻ/quý và tăng cao đến năm 2006. Đến năm 2008, số lượng thẻ tăng lên bình quân là 76.864 thẻ/quý, gấp 1,2 lần so với số lượng thẻ tham gia năm 2007.

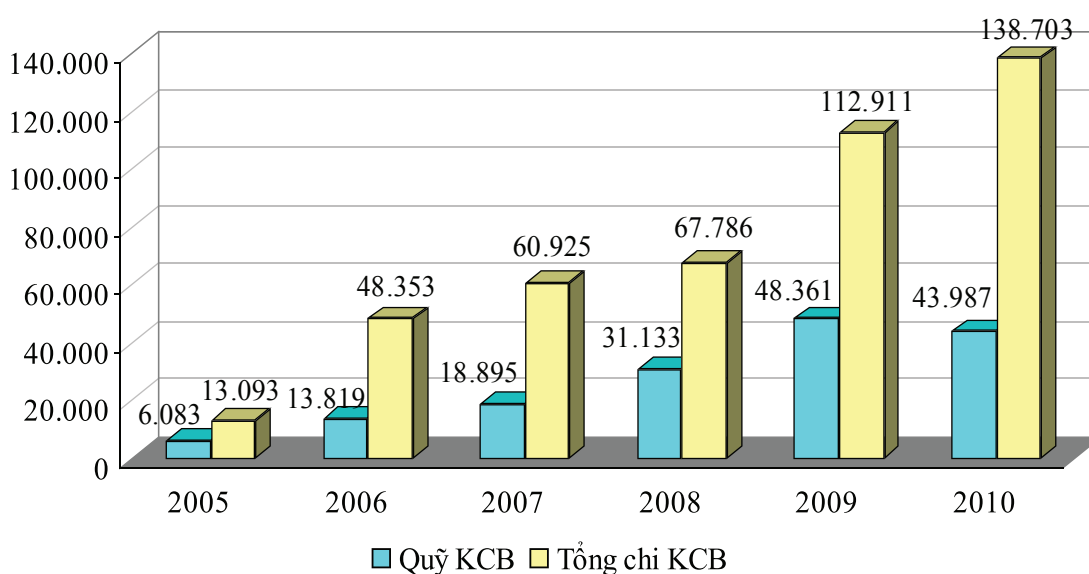
Theo Hình 1, số lượng người có thẻ BHYT tự nguyện bình quân trên quý của tỉnh Đồng Tháp qua các năm từ 2005 - 2008 bình quân ổn định từ 60.165 thẻ/quý tăng lên 76.864 thẻ/quý, tuy nhiên đến năm 2009 thì số lượng thẻ tăng đột biến với 126.086 thẻ/quý là do Nghị định số 62/2009/NĐ-CP ngày 27/7/2009 và Thông tư số 09/TTLT – BHYT – BTC ngày 14/8/2009 giảm mức đóng BHYT có từ hai thân nhân trở lên tham gia. Riêng số lượng thẻ năm 2010 giảm là do mức đóng Bảo hiểm tăng theo mức tăng của lương tối thiểu từ 730.000 đồng lên 830.000 đồng theo qui định của nhà nước. Vì vậy số tiền thu từ nạp thẻ giảm so với năm 2009 nhưng chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ tăng lên. Số tiền thu lại thì tăng lên ít và có hạn trong khi đó số tiền chi cho khám chữa bệnh lại tăng đột biến, nguyên nhân là do những người đăng ký BHYT chủ yếu là những người có sức khỏe không tốt.

Hình 1. Số lượng thẻ BHYT tự nguyện bình quân/Quý qua các năm

Nguồn: Bảo hiểm xã hội, Tỉnh Đồng Tháp, 2011.

Tình hình thu và chi cho Quỹ Khám chữa bệnh (KCB) của BHYT tự nguyện của Đồng Tháp luôn có sự chênh lệch tương đối cao. Hình 2 ta có thể thấy, từ năm 2005 - 2010 tỷ lệ chi trên thu từ thẻ BHYT tự nguyện là bình quân 2,75 lần, nghĩa là quỹ KCB này luôn bị bội chi, điều này thể hiện người bệnh nạp 1 đồng thì quỹ KCB phải chi ra gần 3 đồng. Do đó,

quỹ Bảo hiểm y tế được phân bổ như sau: 90% số thu BHYT (gọi là quỹ khám chữa bệnh) để lại Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý; 10% số thu BHYT chuyển về Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý để lập quỹ dự phòng khám chữa bệnh BHYT và chi phí quản lý BHYT (Quỹ dự phòng khám chữa bệnh BHYT là phần còn lại sau khi đã trích trừ chi phí quản lý BHYT).

Hình 2. Thu và Chi cho Quỹ Khám Chữa Bệnh BHYT Tự Nguyện

Nguồn: Bảo hiểm xã hội, Tỉnh Đồng Tháp, 2011.

3.2. Kiểm định hiện tượng lựa chọn ngược trong BHYT tự nguyện

Sử dụng phần mềm Eview 5.1 với số liệu 150 mẫu quan sát, mô hình hồi quy (1) được ước lượng với kết quả được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Mô hình kiểm định hiện tượng lựa chọn ngược
Biến phụ thuộc Y =1 nếu mua BHYT, = 0 nếu không

	Hệ số ước lượng	Mức ý nghĩa
C	-2.25843	0.0751 ^{NA}
GIOITINH	-1.61794	0.0000*
KETHON	0.645074	0.0386*
MUCDOTT	0.457555	0.0007*
TUOI	0.011770	0.2034 ^{NA}
THCS	-0.05168	0.9435 ^{NA}
THPT	0.279600	0.7104 ^{NA}
TRENTHPT	0.840617	0.2886 ^{NA}
NONGDAN	0.523340	0.4175 ^{NA}
NHANVIEN	0.072493	0.9216 ^{NA}
NGHETUDO	0.493607	0.4667 ^{NA}
TNBQ	-0.61555	0.0116*
TOT	0.213491	0.8389 ^{NA}
TRUNGBINH	3.679999	0.0005*
XAU	3.683266	0.0004*
RATXAU	2.293721	0.0320*
R-squared	0.739915	

Nguồn: Ước lượng.

Ghi chú :

* có ý nghĩa ở mức ý nghĩa 5%

^{NA}: không có ý nghĩa

Sau khi thực hiện các kiểm định cần thiết của mô hình như hiện tượng đa cộng tuyến, phương sai không đồng đều và kiểm định F, kết quả nghiên cứu cho thấy các biến sức khỏe trung bình, xấu và

rất xấu đều có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa 5%, còn sức khỏe tốt không có ý nghĩa thống kê, điều này chứng tỏ rằng tồn tại hiện tượng lựa chọn ngược trong thị trường Bảo hiểm y tế tự nguyện của Tỉnh Đồng Tháp, có nghĩa là những người có sức khỏe không tốt có xác suất mua Bảo hiểm y tế tự nguyện nhiều hơn những người có sức khỏe tốt hoặc rất tốt.

3.3. Kiểm định hiện tượng rủi ro đạo đức

Mô hình (2) được mô tả ở phần trên cũng được ước lượng để kiểm định hiện

tượng rủi ro đạo đức trong Bảo hiểm y tế tự nguyện tại Đồng Tháp, kết quả ước lượng được thể hiện ở Bảng 2.

Bảng 2: Mô hình kiểm định hiện tượng rủi ro đạo đức
Biến phụ thuộc: Số lần khám chữa bệnh / năm

	Hệ số ước lượng	Sai số chuẩn	Trị số t	Mức ý nghĩa
C	-37.33361	5.976288	-6.24696	0.0000*
TUNGUYEN	28.72328	5.150834	5.576433	0.0000*
BATBUOC	0.493340	9.82228	0.050227	0.9600
HUUTRI	-22.80150	7.67412	-2.97122	0.0035*
TUOI	1.683692	0.179386	9.385857	0.0000*
R-squared				0.617570
R hiệu chỉnh				0.607021
F-statistic				58.53868
Durbin-Watson				1.714458
Prob(F-statistic)				0

Nguồn: Kết quả ước lượng hàm số lần KCB3.

Ghi chú: (*) có ý nghĩa với mức ý nghĩa 5%

Sau khi thực hiện các kiểm định cần thiết của mô hình, kết quả nghiên cứu cho thấy biến TUNGUYEN có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa 1%, điều này chứng tỏ tồn tại hiện tượng rủi ro đạo đức trong thị trường Bảo hiểm y tế tự nguyện tại Tỉnh Đồng Tháp, có nghĩa là những người đã mua Bảo hiểm y tế tự nguyện có xác suất đi khám chữa bệnh nhiều hơn những người không mua, nói cách khác là lạm dụng thẻ Bảo hiểm y tế.

4. KẾT LUẬN VÀ GỢI Ý CHÍNH SÁCH

Với 150 mẫu quan sát và mô hình nghiên cứu thích hợp, nghiên cứu kết luận rằng tồn tại cả hai hiện tượng của thông tin bất đối xứng ở thị trường Bảo hiểm y tế

tự nguyện ở Tỉnh Đồng Tháp. Hiện tượng lựa chọn ngược thể hiện ở tình trạng mua Bảo hiểm là những người có tình trạng sức khỏe không tốt, biết được tình trạng sức khỏe của họ như vậy nên họ mua Bảo hiểm để giảm chi phí chăm sóc sức khỏe của họ và áp gánh nặng đó lên công ty Bảo hiểm. Hiện tượng rủi ro đạo đức thể hiện ở việc lạm dụng thẻ Bảo hiểm y tế sau khi mua. Người đã mua Bảo hiểm y tế có xu hướng đi khám chữa bệnh nhiều hơn những người không mua Bảo hiểm, điều này không chỉ gây ra bội chi đối với công ty Bảo hiểm mà còn gây tổn hại cho người đi khám bệnh do lạm dụng thuốc, và như vậy gây ra tổn thất xã hội.

Để giảm thiểu hai hiện tượng trên của thị trường Bảo hiểm y tế, trước hết cần phải giảm thiểu tình trạng thông tin bất đối

xứng giữa người mua và người bán Bảo hiểm và đồng thời cũng cần thiết có những chính sách hỗ trợ của chính phủ. Đối với người bán Bảo hiểm cần sàng lọc thông tin như thực hiện việc kiểm tra nghiêm hơn tình trạng sức khỏe của khách hàng trước khi bán và đồng thời có chính sách giá và thưởng thích hợp cho những người đã mua

Bảo hiểm nhưng ít hoặc không sử dụng. Người mua Bảo hiểm cũng cần phát tín hiệu để cho người bán biết tình trạng sức khỏe tốt của mình để được ưu đãi. Còn đối với Chính phủ, cần ban hành và thực hiện nghiêm những hiện tượng gian lận trong giao dịch Bảo hiểm y tế và bắt buộc phải minh bạch thông tin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akerlof, George A., 1970, "The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), pp. 488-500.
2. Bảo hiểm xã hội tỉnh Đồng Tháp, 2011. *Tạp chí kỷ niệm 15 năm 1995 – 2010 Bảo hiểm xã hội tỉnh Đồng Tháp*.
3. Bộ Y tế và Bộ Tài Chính, 2005, Thông tư Liên tịch số: 22/2005/TTLT-BYT-BTC, ngày 24/8/2005 hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm Y tế Tự nguyện. Bộ Y tế - Bộ Tài chính.
4. Bộ Y tế và Bộ Tài Chính, 2007, Thông tư Liên tịch số: 06/2007/TTLT-BYT-BTC, ngày 30/3/2007 hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm Y tế Tự nguyện. Bộ Y tế - Bộ Tài chính.
5. Bộ Y Tế và Bộ Tài Chính, 2007, Thông tư Liên tịch số: 14/2007/TTLT-BYT-BTC, ngày 10/12/2007 hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm Y tế Tự nguyện. Bộ Y tế - Bộ Tài chính.
6. Bộ Y tế và Bộ Tài Chính, 2009. Thông tư Liên tịch số: 09/2009/TTLT-BYT-BTC, ngày 14/08/2009 hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm Y tế. Bộ Y tế - Bộ Tài chính.
7. Chính Phủ, 2009, Nghị định số 62/2009/NĐ-CP, ngày 27/07/2009 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế. Chính Phủ.
a. <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=395&idmid=3&ItemID=10009>.
b. <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=395&idmid=3&ItemID=10029>.
8. Phạm Anh, Bảo hiểm y tế: Không nên là sự bảo trợ xã hội. Lao động số 117 ngày 26/05/2008. <http://www.laodong.com.vn/Home/Bao-hiem-y-te-Khong-nen-la-su-bao-tro-xa-hoi/20085/90106.laodong>, truy xuất ngày 15/11/2010.
9. Pindyck, R.S. và Rubinfeld, D. L., 1999. *Kinh tế học vi mô*, Trường Đại học Kinh tế Quốc Dân (dịch).
10. Quốc Hội, Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 thông qua ngày 14 tháng 11 năm 2008.
11. Rotchild, Michael and Joseph E. Stiglitz, 1976. "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information", *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), pp. 630-649.
12. Spence, Michael, 1973, "Job Market Signaling", *The Quarterly Journal of Economics*, 87(3), pp. 355-374.

13. Thùy Giang, 2011, ‘40% dân số không “mặn mà” với Bảo hiểm y tế’. *Dân Trí*, ngày 18/10/2011. <http://dantri.com.vn/c7/s7-528639/40-dan-so-khong-man-ma-voi-bao-hiem-y-te.htm>.
14. Tomislav Vukina and Danijel Nestie, 2008. ‘Asymmetric Information in Health Insurance: Some Preliminary Evidence from the Croatian State-Administered Supplemental Plan’ *Privredna kretanja i ekonomska politika*, 115, str. 24-47.
15. Tổng Cục Thống kê, Số liệu thống kê: Số cơ sở khám chữa bệnh trực thuộc sở Y tế và Số cán bộ ngành Y tế phân theo địa phương, 2010.