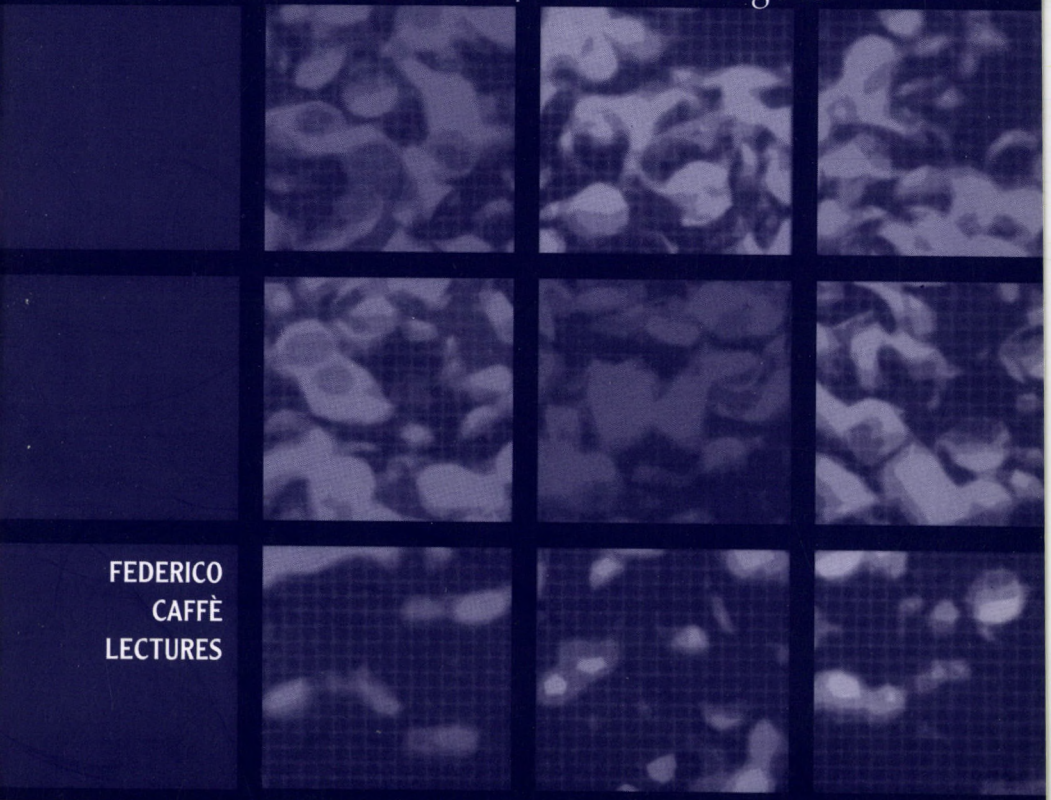
Chăm sóc sức khoẻ cộng đồng

Phúc lợi, Lựa chọn, và Đoàn kết trong chuyển đổi

Cải cách Khu vực Y tế ở Đông Âu



FEDERICO CAFFÈ LECTURES

i sách SOS²

KORNAI JÁNOS VÀ KAREN EGGLESTON

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA THÔNG TIN

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG

Phúc lợi, Lựa chọn, và Đoàn kết trong chuyển đổi

Cải cách Khu vực Y tế ở Đông Âu

Kornai János và Karen Eggleston

Nhà xuất bản Văn hoá Thông tin

Phúc lợi, Lựa chọn, và Đoàn kết trong chuyển đổi

Cải cách khu vực phúc lợi là một nhiệm vụ quan trọng nhưng hóc búa đối với tất cả các nước trong chuyển đổi từ kế hoạch hoá tập trung xã hội chủ nghĩa sang các nền dân chủ theo định hướng thị trường. Một học giả về kinh tế học xã hội chủ nghĩa và chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa, và một nhà kinh tế y tế dương đầu với thách đố này. Cuốn sách này đưa ra các khuyến nghị cải cách khu vực y tế cho mười nước Đông Âu, rút ra một cách nhất quán từ một tập hợp của những nguyên lí chỉ đạo tường minh. Sau khi thảo luận những đặc tính riêng của khu vực y tế, các bài học quốc tế, và những điều kiện ban đầu chủ yếu, các tác giả ủng hộ những cải cách dựa trên cơ sở cấp tài chính công một cách có tổ chức cho chăm sóc cơ bản, cấp tài chính tư nhân cho chăm sóc bổ sung, cung ứng dịch vụ bởi nhiều thành phần, và trên cơ sở cạnh tranh được quản lí. Các nhà hoạch định chính sách cần phải đạt được sự cân đối, nhằm, cả đảm bảo đoàn kết xã hội thông qua tiếp cận phổ quát tới các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cơ bản, lẫn mở rộng sự lựa chọn và trách nhiệm cá nhân thông qua bảo hiểm bổ sung tự nguyện. Các tác giả cũng xem xét những vấn đề làm giảm tính hiệu quả của cạnh tranh trên cơ sở thị trường trong khu vực y tế.

KORNAI JÁNOS là giáo sư kinh tế Allie S. Freed ở Đại học Harvard và thành viên thường trực của Institute for Advanced Study ở Collegium Budapest. Ông có một danh mục dài các công trình được công bố, bao gồm các công trình gần đây nhất như *Highway and Byways: Studies on Socialist Reform and Postsocialist Transition* (1995), Struggle and Hope: Essays on Stabilization and Reform in a Post-Socialist Economy (1997) và *On Health Care Reform* (1998).*

KAREN EGGLESTON dạy kinh tế học y tế ở Khoa Kinh tế học của trường Đại học Tufts và là nghiên cứu viên tại Kennedy School of Government ở Đại học Harvard. Mối quan tâm nghiên cứu của cô gồm chính sách y tế so sánh, những khuyến khích của hệ thống thanh toán, cải cách khu vực y tế ở Trung Quốc, và kinh tế học về hợp đồng.

---

* Bốn cuốn sách của ông đã được dịch ra tiếng Việt: "*Mâu thuẫn và nan giải*" Viện Quản lí Khoa học, Uỷ Ban Khoa học và Kĩ thuật Nhà nước 1988; "*Con đường dẫn tới nền kinh tế thị trường*", Hội Tin học Việt Nam 2001 (NXB VHTT tái bản 2002); "*Hệ thống xã hội chủ nghĩa; chính trị kinh tế học phê phán*" NXB VHTT 2002 và cuốn sách này.

Các bài giảng Federico caffè

Loạt các bài giảng hàng năm này được đề xướng để tôn vinh và tưởng nhớ Federico Caffè. Chúng được đồng tài trợ bởi Khoa Kinh tế học Công cộng của Đại học Rome, nơi ông đã làm giáo sư từ 1959 đến 1987, và Ngân hàng Italy, nơi ông đã làm cố vấn nhiều năm trời. Xuất bản các bài giảng sẽ tạo ra một phương tiện truyền bá cho các học giả hàng đầu trong ngành kinh tế học, và cho các độc giả quan tâm, để phản ánh các vấn đề kinh tế và xã hội cấp bách đương thời.

Người dịch: Nguyễn Quang A
từ nguyên bản:

Welfare, Choice and Solidarity in Transition

Reforming the Health Sector in Eastern Europe

FEDERICO
CAFFÈ
LECTURES

JÁNOS KORNAI AND KAREN EGGLESTON

CAMBRIDGE
UNIVERSITY PRESS

Mục lục

Danh mục các hình vii
Danh mục các bảng viii
Lời giới thiệu xi
Lời cảm ơn xiii
1 Dẫn nhập 1
Phần I Những điểm xuất phát 11
Dẫn nhập cho phần I 12
2 Các nguyên lí chung của cải cách 13
Các định đề đạo đức 15
Những tính chất mong muốn của các định chế và cơ chế điều phối 25
Những tỉ lệ phân bổ mong muốn 40
Những nhận xét kết thúc 47
3 Các đặc tính của khu vực y tế 51
Tổng quan chung 51
Cung ứng và cấp tài chính: phân loại 75
Những khuyến khích của hệ thống thanh toán 87
4 Một số kinh nghiệm quốc tế 109
Cơ chế kinh tế ở các nền dân chủ phát triển 109
Một trường hợp đặc biệt: khu vực y tế của Hoa Kì 128
5 Khu vực y tế ở Đông Âu: trạng thái ban đầu 143
Cơ chế kinh tế của "chủ nghĩa xã hội" cổ điển 143
Tái định nghĩa quyền thụ hưởng 149
Sự tách cấp tài chính khỏi cung ứng 152
Cấp tài chính 156
Cung ứng: các định chế công cộng 165
Cung ứng: hoạt động tư nhân hợp pháp 169
Thu nhập của bác sĩ và tiền trả ơn 175
Các chỉ số kinh tế đối với khu vực y tế và tình trạng sức khoẻ của dân chúng 183

Phần II Những nguyên tắc chỉ đạo cho cải cách 197
Dẫn nhập phần II 198
6. Bên cầu: cấp tài chính, ích lợi và tổ chức bảo hiểm 201
Những ý tưởng chỉ đạo các khuyến nghị 201
Cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản 205
Tái phân phối thông qua cấp tài chính 211
Đồng-thanh toán 223
Gói lợi ích cơ bản 226
Tổ chức bảo hiểm: sở hữu, phi tập trung hoá, và cạnh tranh được quản lí 238
Phạm vi và cấp tài chính cho chăm sóc bổ sung 258
Vai trò của người sử dụng lao động 268
7 Bên cung: sở hữu hệ thống cung ứng, tổ chức và hợp đồng 275
Khuyến khích sáng kiến tư nhân 275
Tăng cường các nhân tố tựa-thị trường trong khu vực công cộng 285
8 Tương tác của cung và cầu: định giá, thanh toán, ràng buộc ngân sách cứng, và phát triển tổng thể khu vực y tế 289
Giá cả phải chăng 289
Ràng buộc ngân sách cứng và các khuyến khích khác 298
Lương bác sĩ: nghề y và cải cách 317
Tính trung lập giữa các khu vực 324
Ai quyết định về phát triển khu vực y tế? 330
9 Những nhận xét kết thúc 339
Vai trò của các nhân tố ngoài cơ chế kinh tế 339
Những người ủng hộ và chống đối cải cách 343
Sự phát triển có tính chất tiến hoá và "kiến thiết" 355
Tài liệu tham khảo 361
Chỉ mục 377

Danh mục các hình

2.1 Sự lựa chọn giá trị 24
2.2 Mối quan hệ giữa thu nhập đầu người và chi lương hưu của nhà nước 44
3.1 Các loại tích hợp (liên kết) 83
3.2 Sự đánh đổi trong định tỉ lệ đồng-bảo hiểm 90
3.3 Sự đánh đổi trong xác định tỉ lệ chia sẻ chi phí của nhà cung cấp 103
5.1 Thâm hụt của các quỹ bảo hiểm xã hội y tế, Croatia, Hungary, và Slovenia, 1994-1998 160
5.2 Nguồn cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ, Đông Âu, 1997 162
5.3 Hungary, số liệu chi tiêu y tế thực tế và tiên đoán trong thời kì chuyển đổi, 1990-1997 189
5.4 Các nguồn lực trong cung ứng chăm sóc sức khoẻ, Đông Âu, 1995-1997 192
5.5 Tỉ lệ tử vong đàn ông được chuẩn hoá 194
6.1 Chi phí chăm sóc sức khoẻ trung bình trên người được bảo hiểm, theo nhóm tuổi, Cộng hoà Czech 214
6.2 Những cách lựa chọn phân tán hoá hệ thống bảo hiểm 243
6.3 Luân chuyển cấp tài chính dưới các sơ đồ bảo hiểm phân tán 247
8.1 Hungary, phần công cộng của tổng chi tiêu y tế trong thời kì chuyển đổi, 1990-1997 336
9.1 Sự ưa thích hệ thống cấp tài chính chăm sóc sức khoẻ, theo tuổi, Bulgari, 1995 352

Danh mục các bảng

2.1 Sự lựa chọn định chế: tỉ lệ ủng hộ các giải pháp nhà nước, thị trường, và hỗn hợp ở Hungary 27

3.1 Giá và sản lượng trong tăng trưởng chi tiêu y tế ở các nước OECD, 1980-1990 74
3.2 Cung ứng và cấp tài chính: phân loại các cơ chế lựa chọn 77
3.3 Tác động khuyến khích của các công cụ chính sách hệ thống thanh toán 108

4.1 Các hình thức sở hữu chiếm ưu thế của các nhà cung cấp y tế, các nước OECD, 1992 111
4.2 Các hình thức sở hữu bổ sung trong dịch vụ y tế, một số nước OECD, các năm1990 112
4.3 Hình thức cấp tài chính bổ sung cho y tế, một số nước OECD, 1992 113
4.4 GDP thực tế trên đầu người, tỉ lệ chi tiêu y tế trong GDP, và phần công cộng trong tổng chi tiêu y tế, 1992, so sánh quốc tế 114
4.5 Một số cải cách sau 1984 của các nước OECD 122
4.6 Thanh toán từ tiền túi, một số nước OECD, 1997 124
4.7 Các hệ thống thanh toán cho nhà cung cấp, một số nước, cuối các năm 1990 126
4.8 Hiệu chỉnh rủi ro và chia sẻ rủi ro, một số nước, 1972-2000 127
4.9 Dư luận chung về chăm sóc sức khoẻ, một số nước, 1998 128
4.10 Cơ cấu sở hữu của khu vực y tế ở Hoa Kì 129
4.11 Thay đổi sở hữu của số giường bệnh ở Hoa Kì, 1980-1996 130
4.12 Phân bố của những người làm công tham gia các

hình thức bảo hiểm sức khoẻ, Hoa Kì, 1987-1995 133
4.13 Tăng trưởng chi tiêu y tế, các nước OECD, 1960 và 1997 137

5.1 Quyền hưởng chăm sóc sức khoẻ, Đông Âu, cuối các năm 1990 151
5.2 Chuyển sang mô hình bảo hiểm xã hội kiểu Đức 155
5.3 Qui mô của đóng góp bảo hiểm sức khoẻ và phân bố đóng góp giữa người sử dụng lao động và người lao động, Đông Âu, cuối các năm 1990 158
5.4 Đảm bảo của nhà nước để duy trì khả năng thanh toán của các quĩ bảo hiểm y tế 159
5.5 Phần của bảo hiểm y tế tư nhân, Đông Âu 163
5.6 Sự hiện diện hay không, qui mô và lĩnh vực của đồng-thanh toán, Đông Âu, cuối các năm 1990 164
5.7 Trách nhiệm phân bổ ngân sách, Đông Âu, 1998 167
5.8 Số liệu về khu vực dịch vụ y tế phi nhà nước, Hungary, 1996, số liệu lựa chọn 170
5.9 Phần của các nhà cung cấp y tế tư nhân, Đông Âu, 1997 172
5.10 Phân bố nhân viên y tế, theo khu vực tư nhân và công cộng, Cộng hoà Czech, 1997 173
5.11 Phần của các nhà cung cấp chuyên khoa tư nhân, Hungary và Cộng hoà Czech 174
5.12 Thu nhập của bác sĩ so sánh với thu nhập của tất cả người lao động, 1992-1999, so sánh quốc tế 176
5.13 Thu nhập của bác sĩ so với thu nhập của các chuyên gia khác, so sánh quốc tế 177
5.14 "Giá" trung bình của các khoản tiền biếu về chăm sóc y tế, Hungary, 1999 181
5.15 Ý kiến của các bác sĩ và của công chúng Hungary về tiền biếu 182
5.16 GDP và chi tiêu y tế, Đông Âu, 1990-1994 184

5.17 Chi tiêu y tế trên đầu người, các nước OECD, 1970-1994 185
5.18 Chi tiêu y tế thực tế và tiên đoán, Đông Âu, 1990-1994 187
5.19 Tỉ lệ chết sơ sinh, tuổi thọ dự kiến khi đẻ, tỉ lệ tử vong thô, Đông Âu, 1990-1997 193
6.1 Phân bố chi tiêu y tế được cấp tài chính bởi bảo hiểm xã hội, Hungary, 1995 215
6.2 Phân bố chi tiêu y tế được cấp tài chính bởi bảo hiểm xã hội, Slovenia, 1998 216
Phân bố của đóng góp bảo hiểm xã hội, Cộng hoà Czech, 1994 217
8.1 Các hệ thống thanh toán, Đông Âu: khảo sát theo các lựa chọn thanh toán 301
8.2 Các hệ thống thanh toán, Đông Âu: khảo sát theo ba mức chăm sóc sức khoẻ, 1997 302
8.3 Địa vị của các bác sĩ, Đông Âu, 1998 318
8.4 Giá trị tiên đoán của phần công cộng trong tổng chi tiêu y tế, Đông Âu, 1990-1994 337

9.1 Thái độ về sự đánh đổi giữa chi tiêu phúc lợi và thuế thấp hơn, Hungary, Cộng hoà Czech, Ba Lan 347
9.2 Phân bố dư luận về sự cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm y tế và về mức đóng góp bảo hiểm xã hội, Hungary, 1999 348
9.3 Phân bố tuổi của những người ưa thích có cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm y tế, Hungary 1999 349
9.4 Tỉ lệ người ủng hộ cạnh tranh phân theo trình độ học vấn, Hungary, 1999 349
9.5 Hiểu biết về và thái độ với cải cách y tế, Croatia, phân theo nhóm thu nhập 351

Lời giới thiệu

Bạn đọc cầm trên tay cuốn sách thứ ba của Tủ sách SOS[2], cũng không phải ngẫu nhiên là vẫn từ ngòi bút của Kornai János. Cuốn thứ nhất ông viết vào mùa thu năm 1989, kiến nghị các chính sách chuyển đổi kinh tế hậu xã hội chủ nghĩa cho Hungary, Hội Tin học Việt Nam xuất bản bằng tiếng Việt Nam tháng 3 năm 2001 với tiêu đề "*Con đường dẫn tới nền kinh tế thị trường*" (Nhà Xuất bản Văn hoá Thông tin 2002). Cách tiếp cận của tác giả trong cuốn sách đó là cách tiếp cận chuẩn tắc (normative). Những ý tưởng của Kornai chắc chắn có đóng góp đáng kể vào thành công của Hungary trong những năm qua. Bản tiếng Hung của cuốn sách này ông viết xong vào cuối năm 1997, xuất bản năm 1998, tức là gần một thập kỉ sau khi Hungary thay đổi chế độ. Quyển sách được bổ sung nhiều với sự cộng tác của cô Karen Eggleton khi xuất bản bằng tiếng Anh năm 2001. Cách tiếp cận cũng tương tự như của cuốn đầu tiên. Đó là những kiến nghị cho cải cách hệ thống y tế Đông Âu. Một phần ba cuốn sách không chỉ liên quan đến y tế mà đưa ra những nguyên lí cho hệ thống phúc lợi xã hội nói chung. Điều đáng quan tâm ở cuốn sách này là, thứ nhất: những vấn đề tác giả nêu ra cho Đông Âu không chỉ bổ ích cho Đông Âu mà còn có thể cho nhiều nước khác nữa; thứ hai: sau gần một thập kỉ chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa nhưng những tàn dư của xã hội cũ còn rất nặng nề trong lĩnh vực y tế Đông Âu, với lòng nhiệt huyết các tác giả đưa ra kiến nghị của mình một cách bình tĩnh và đầy trách nhiệm, những bài học Đông Âu có thể bổ ích cho Việt Nam. Theo đánh giá của giới chuyên môn cuốn sách này không chỉ bổ ích cho cải cách khu vực phúc lợi ở các nước Đông Âu, các nước hậu xã hội chủ nghĩa, mà cho cả các nước đang phát triển và các nước phát triển nữa.

Tất nhiên tình hình y tế Việt Nam là khác xa so với các nước Đông Âu. Tuy tình hình y tế Việt Nam có nhiều điểm giống các

nước Đông Âu ở các năm 80 của thế kỉ trước và một vài điểm hiện nay, thế nhưng sự khác biệt cũng rất lớn. Theo tôi có lẽ hai điểm khác biệt lớn nhất là: một mặt, đảm bảo y tế ở Việt Nam từ nguồn công cộng chỉ dành cho một tỉ lệ thấp của dân cư (tức là rất bất quân bình), chứ không phải như ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa Đông Âu và Liên Xô cũ; mặt khác, phần tổng chi tiêu từ nguồn tư nhân chắc đã ở tỉ lệ cao hơn. Nói như thế để thấy không thể sao chép bất kể cách làm của ai, nhưng những điều trình bày trong cuốn sách này có thể rất bổ ích cho tất cả những ai quan tâm đến sự nghiệp bảo vệ sức khoẻ, trước hết là các nhà hoạch định chính sách, các bác sĩ, các nhà kinh tế, các nhà báo và những người quan tâm khác. Bạn đọc có thể tham khảo thêm các bài viết trong cuốn "*Chăm sóc sức khoẻ nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả*" do Phạm Mạnh Hùng, I. Hary Minas, Yuanli Liu, Göran Dahlgren, William C. Hsiao, Dương Huy Liệu, Lưu Hoài Chuẩn, Nguyễn Quang Cừ chủ biên, Nhà xuất bản Y học, Hà nội 1-2001.

Quyển sách thứ hai của Tủ sách có nhan đề "*Hệ thống xã hội chủ nghĩa- Chính trị kinh tế học phê phán*", Nhà xuất bản Văn hoá Thông tin 2002, là tổng kết gần 40 năm nghiên cứu kinh tế xã hội chủ nghĩa của Kornai, nó được viết theo cách tiếp cận thực chứng (positive) hoàn toàn khác với hai quyển kia, tức là nó mô tả, khái quát hoá, mô hình hoá hệ thống hiện thực. Đọc quyển này giúp ta hiểu sâu sắc hơn hai quyển kia.

Tất cả các chú thích đánh số là của tác giả, các chú thích đánh dấu sao (*) là của người dịch. Bản dịch có thể còn nhiều sai sót, mong bạn đọc lượng thứ và góp ý để các lần tái bản sau có chất lượng hơn. Mọi ý kiến xin gửi về Tạp chí Tin học và Đời sống -25/B17 Nam Thành Công (Hoàng Ngọc Phách), Hà nội, điện thư thds@hn.vnn.vn hay trực tiếp với người dịch qua nqa@netnam.org.vn.

Hà nội tháng 4-2002

Nguyễn Quang A

Lời cảm ơn

Nhà xuất bản (Cambridge University Press) chân thành cảm ơn các tổ chức sau đây đã cho phép tái xuất bản các tài liệu có bản quyền:
Ngân hàng Tái thiết và Phát triển Châu Âu (European Bank for Reconstruction and Development) cho phép in lại các bảng 2.1, 5.18 và 8.4 và các hình 5.3 và 5.4 đã xuất hiện lần đầu trong *The Economics of Transition*, 2000 (8), Blackwell Publishers; Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế (OECD) cho phép in lại các bảng 3.1 và 4.1 xuất hiện lần đầu trong *OECD Health Systems: Facts and Trends, 1960-1991*, OECD, 1992 và trong *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD, 1994; Hiệp hội Y tế Công cộng Hoa Kì (American Public Health Association) cho phép in lại bảng 9.5 xuất hiện lần đầu trong *American Journal of Public Health*, 1998 88 (8); Elservier Science cho phép in lại hình 9.1 xuất hiện lần đầu trong *Health Policy*, 1999 42 (1).

1. Dẫn nhập

Khu vực y tế ở Đông Âu hậu xã hội chủ nghĩa chịu rất nhiều khó khăn và lo ngại nghiêm trọng. Nhu cầu phải cải cách triệt để thường được thống nhất, song ý kiến lại khác nhau về thực tế cần phải làm cái gì, làm ra sao và khi nào. Các cuộc tranh luận gay gắt nảy ra, đôi khi ở đằng sau các cửa đóng kín, đôi khi công khai, trong nội bộ các nước liên quan, trong nội bộ các tổ chức quốc tế và các định chế hàn lâm những tổ chức cung cấp tư vấn về chuyển đổi kinh tế và xã hội.

Các tác giả của cuốn sách này đưa ra lập trường về các vấn đề được tranh luận. Chúng tôi lí giải chiều hướng nào mà chúng tôi nghĩ là các cuộc cải cách phải nên theo và đưa ra các lập luận của mình. Chúng tôi không đưa ra các kiến nghị chi tiết. Trọng tâm trong những nhận xét của chúng tôi là về các tính chất đáng mong mỏi của cải cách mà chúng là chung cho tất cả các nước được khảo sát.

Tuy cuốn sách không tránh được việc đưa ra lập trường, nó cố gắng chỉ ra những khó khăn hiện ra lù lù trên con đường thực hiện cải cách.

Chủ định của cuốn sách là đưa ra các khuyến nghị nhằm làm thuận tiện cho cải cách. Các khuyến nghị chính sách-kinh tế sẽ được đưa ra ở phần II. Phần I thảo luận những điểm xuất phát tạo cơ sở cho các khuyến nghị.

Nội dung đề tài thật rộng lớn. Trước hết cần xác lập các tiêu chuẩn mà các tác giả dùng để thu hẹp phạm vi nghiên cứu. Tuy những kiến nghị của chúng tôi có thể có mối quan tâm rộng hơn, song chúng được đưa ra đặc biệt cho mười nước hậu xã hội chủ nghĩa ở Trung và Đông Âu (CEE: Central and Eastern Europe), cụ thể là Albani, Bulgari, Croatia, Cộng hoà Czech, Hungary, Macedonia, Ba Lan, Rumani, Slovakia, và Slovenia. Những nước thuộc Nam Tư trước đây chịu ảnh hưởng nghiêm trọng bởi chiến

tranh, và sẽ còn chịu hậu quả trong một thời gian nữa, đã được bỏ qua. Không có thảo luận gì về các nước thuộc Liên Xô trước đây trong cuốn sách này. Mười nước được nói đến ở đây sẽ được gọi tắt là "Đông Âu" tuy điều này không chính xác về mặt địa lí.

Tại mọi chỗ có thể, các bảng và các thí dụ kết hợp các số liệu và kinh nghiệm của cả mười nước. Thật đáng tiếc, điều này không thể thực hiện được một cách nhất quán, bởi vì nhiều số liệu và mô tả phong phú chỉ có thể kiếm được từ một số nước và tương đối ít từ các nước khác. Phần lớn thông tin là từ Hungary, bởi vì một tác giả là người Hungary. Ông đã có thể thâm nhập tới các thông tin nội bộ không-công khai, tới những khám phá của các cuộc khảo sát có chiều sâu, và khởi xướng nghiên cứu tình hình này. Tuy vậy, cuốn sách này không phải nói về Hungary hay về hai hoặc ba nước cụ thể nào, mà là về Trung Âu.[1]

Cải cách khu vực y tế được định nghĩa theo nhiều cách khác nhau. Cuốn sách này sử dụng cách diễn giải tương đối hẹp, chỉ tập trung vào những thay đổi cơ cấu và định chế. Nó không đề cập trực tiếp đến vấn đề cũng rất quan trọng là liệu các nguồn lực cho lĩnh vực y tế là đủ hay thiếu. Nó cũng chẳng thảo luận xem các nguồn lực đó phải được phân bổ ra sao cho các hoạt động và các tổ chức thúc đẩy sự cải thiện sức khoẻ. Vấn đề được thảo luận ở đây là một vấn đề khác: những định chế kinh tế và chính trị nào phải điều tiết sự phân bổ nguồn lực của khu vực y tế ở Trung Âu?

---

[1] Tiền thân của công trình này là cuốn sách của Kornai (1998b), được xuất bản tại Hungary và thảo luận cụ thể về cải cách y tế Hungary. Tuy có nhiều trùng lắp giữa hai cuốn sách, một trong những lí do để đi quá quyển thứ nhất là mở rộng nghiên cứu ra ngoài Hungary và thảo luận các vấn đề cải cách của Trung Âu một cách toàn diện.

(*) Quyển đầu tiên đã được dịch toàn bộ ra tiếng Việt và một số bản thảo đã được gửi cho một vài quan chức Bộ Y tế Việt Nam và một số bạn bè của dịch giả. Theo yêu cầu của viện sĩ Kornai tôi đã dịch lại quyển thứ hai và cho xuất bản thay cho quyển thứ nhất như dự kiến ban đầu. Bạn đọc nào quan tâm tôi sẵn sàng gửi bản dịch của quyển đầu tiên ở dạng điện tử. Đôi khi tôi vẫn giữ lại một vài đoạn của quyển thứ nhất đã bị bỏ đi trong quyển thứ hai, các đoạn đó thường được để ở chú thích như chú thích của người dịch.

Thật khó có khía cạnh nào của cuộc sống lại có vấn đề khan hiếm, vấn đề cốt lõi của kinh tế học, một cách đầy kịch tính như chăm sóc sức khoẻ. Khoa học và công nghệ liên tục đạt những tiến bộ khổng lồ. Ngay cả các nước giầu nhất, với chi tiêu rộng rãi nhất cho chăm sóc sức khoẻ, liệu có thể sử dụng một cách hữu hiệu những đồng đô la hay euro dôi dư để giảm nhẹ sự chịu đựng của con người và cứu hay kéo dài sinh mạng. Mỗi quyết định chi tiêu đều phân bổ và loại trừ. Trực tiếp hay gián tiếp, nó quyết định ai sẽ là người bị tước đoạt khỏi các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ nào đó. Cách diễn đạt mối nan giải theo kiểu này đủ để chỉ ra rằng vấn đề là nặng nề, phải cân nhắc đến thế nào. Ai là người được uỷ quyền quyết định, ai sẽ sử dụng các nguồn lực cho các mục đích chăm sóc sức khoẻ, với số lượng bao nhiêu, và trong những trường hợp nào? Phải chăng đó là các bệnh nhân, các bác sĩ[2], hay là bộ máy y tế? Phải chăng đó là những người sử dụng lao động, các nhà bảo hiểm, hay là Chính phủ và đa số trong Quốc hội? Cuốn sách này xem xét quyền này phải nên được phân chia thế nào. Đề tài của nó không phải là phân bổ chăm sóc sức khoẻ, mà là sự chọn lựa cơ chế chính trị và kinh tế, cơ chế sẽ quyết định việc phân bổ đó.[3]

Cần phải chỉ ra tại đây rằng cuốn sách dùng cụm từ "khu vực phúc lợi-welfare sector" như một thuật ngữ chung (generic). Nó bao gồm (chỉ nêu các thành phần quan trọng) chăm sóc sức khoẻ, giáo dục, hưu bổng, chăm sóc trẻ em và người già, và trợ giúp xã hội cho người cơ nhỡ nghèo túng. Một trong những vấn đề trung tâm trong các cuộc tranh luận cải cách là quyết định lựa chọn các hoạt động phúc lợi nào vẫn cần phải nằm dưới sự kiểm soát của Nhà nước, và những hoạt động nào nên phải loại bỏ

---

[2] Trong cả cuốn sách này chúng tôi dùng từ bác sĩ (cho thuật ngữ doctor hay physician được dùng cùng nghĩa trong tiếng Anh) và dùng thuật ngữ rộng hơn "chuyên (nhân) viên y tế-medical professional" và "nhà cung cấp - provider" để bao gồm cả các y tá, y sĩ, người giúp việc cho bác sĩ, v.v.

[3] Cụm từ "cơ chế chính trị và kinh tế" được sử dụng với nghĩa được dùng trong các tranh luận về chủ nghĩa xã hội. Nó bao trùm một cấu hình cụ thể của các quyền sở hữu, của lĩnh vực ra quyết định, của những khuyến khích, và của các hình thức điều phối.

khỏi sự điều tiết của Nhà nước- nói cách khác, các lĩnh vực nào cần phải được bao hàm trong "nhà nước phúc lợi".[4] Tuy một phân khu của khu vực phúc lợi, chăm sóc sức khoẻ, được đặt lên hàng đầu trong toàn bộ thảo luận, một số điều được trình bày có thể áp dụng cho toàn bộ khu vực phúc lợi, hoặc cho các ngành khác của khu vực phúc lợi bên cạnh y tế.

Từ những điều đã nói hiện rõ ra rằng cuốn sách không giới hạn ở kinh tế học y tế. Thực vậy, nó đơn giản chẳng quan tâm đến một số khía cạnh kinh tế quan trọng của khu vực phúc lợi, bởi vì nó đi quá giới hạn của kinh tế học. Đây là một khảo cứu liên ngành (interdisciplinary) tập trung vào những khía cạnh đạo đức và chính trị-triết học của cải cách. Nó sẽ phân tích không chỉ bối cảnh kinh tế của vấn đề, mà cả môi trường xã hội và chính trị của vấn đề nữa.

Cuốn sách này dự kiến dành cho những ai? Nó chủ yếu dành cho hai nhóm. Một nhóm gồm những người quan tâm đến quá độ hậu xã hội chủ nghĩa ở Đông Âu. Sự quan tâm này có thể không chỉ giới hạn ở khu vực y tế; nó có thể mở rộng sang cải cách của các khu vực khác. Nhóm này có thể thấy những bài học khi xem xét những thay đổi trong khu vực y tế, bởi vì chúng tạo ra nhiều vấn đề chung cho sự thay đổi trong những lĩnh vực khác. Nhóm bạn đọc mục tiêu khác bao gồm những người quan tâm đến cải cách y tế, bất luận họ ở Đông Âu hay ở nơi khác. Tuy những thay đổi ở Đông Âu có nhiều tính chất đặc thù và những khuyến nghị của cuốn sách không mong mỏi đến tính hiệu lực vạn năng, dòng lập luận có thể đưa ra các bài học phổ quát hơn, đúng cả ở ngoài giới hạn của Đông Âu.

Các tác giả mong muốn cuốn sách là toàn diện không chỉ đối với các nhà kinh tế y tế, mà cho cả một giới bạn đọc rộng hơn bao gồm các chính khách, các nhà lập pháp, các quan chức đảng, các công chức nhà nước, các bác sĩ, các nhà kinh tế hàn lâm, các

[4] Như mô tả ở trên chỉ rõ, cụm từ "nhà nước phúc lợi-welfare state" xuất hiện trong cuốn sách này theo ý nghĩa Châu Âu. Điều này khác với lối nói ở Hoa Kì, ở nơi định nghĩa của "phúc lợi-welfare" được thu hẹp chỉ cho trợ giúp xã hội.

nhà khoa học chính trị, các nhà báo. Chúng tôi phải xin lỗi các chuyên gia trong ngành do phải dừng lại và giải thích một số khái niệm và các mối quan hệ mà họ có thể đã quen thuộc.

Chúng tôi muốn đo sự thành công của cuốn sách không chỉ đơn giản bởi sự chấp thuận từ các học giả đồng nghiệp của mình (dẫu sao thật vui nếu được như vậy), mà bởi liệu nó có đạt được mức có thể có một vài ảnh hưởng đến sự diễn biến của các sự kiện, ngay cả một cách gián tiếp. Sự mong mỏi này giải thích tại sao cuốn sách là một vật lai (hybrid). Đây không phải là một pamphlet (tiểu luận) viết bởi các nhà chính trị và những người làm đối ngoại (PR: Public Relation); trong mọi trường hợp nó dài hơn thế nhiều. Thật hiển nhiên nó được viết bởi các học giả, nhưng nó không phải là một chuyên khảo hàn lâm, bởi vì điểm nhấn mạnh là ở các kiến nghị cải cách.

Cuốn sách là công trình của hai tác giả. Kornai János chuyên nghiên cứu về các vấn đề Đông Âu. Ông đã có hàng thập niên nghiên cứu hệ thống xã hội chủ nghĩa và những cải cách của nó - và, trong thập niên vừa qua nghiên cứu sự chuyển đổi tiếp sau sự sụp đổ của chủ nghĩa xã hội. Dường như kinh nghiệm của những nghiên cứu trước đây của ông có thể dùng cho lĩnh vực nghiên cứu mới này. Nơi mà cải cách khu vực y tế xã hội chủ nghĩa còn phải được tiến hành, một mảnh vỡ của chủ nghĩa xã hội vẫn còn sống sót giữa nền kinh tế thị trường tư bản chủ nghĩa.[5] Các đặc trưng chính và những thứ đi kèm của chủ nghĩa xã hội hiện ra thật rõ ràng: sự tập trung quan liêu quá đáng, thiếu các tín hiệu giá cả hoặc sự méo mó của giá cả, thiếu hụt kinh niên, xếp hàng và thay thế bắt buộc, và nền kinh tế "đen". Nơi mà cải cách đang được tiến hành, những câu hỏi nổi lên tức thì đều rất quen thuộc với những người đã tham gia và phân tích các cuộc tranh luận trước đây về chủ nghĩa xã hội thị trường. Liệu điều phối thị trường có thể đưa vào trong khi sở hữu nhà nước vẫn còn? Mức

[5] Khi sở hữu công cộng và phân bổ hành chính vẫn là đặc trưng của khu vực phúc lợi ở Israel, một nhà kinh tế đưa ra câu hỏi châm biếm (diễn giải cuộc tranh luận giữa Trotsky và Stalin): "Liệu chủ nghĩa xã hội có thể được xây dựng trong một nửa nước?"

độ tập trung hoá hay phi tập trung hoá có thể cho phép là đến đâu? Chức năng của giá cả là gì và các nhân tố chi phí nào phải được bù đắp từ thu nhập bán hàng? Liệu có thể làm cứng hoá ràng buộc ngân sách và áp đặt kỉ luật nếu điều đó gây ra thiệt hại và gian khổ cho công chúng? Rất đáng tiếc, những người tham gia tranh luận rộng khắp toàn cầu về chăm sóc sức khoẻ lại không sử dụng các nguồn lực trí tuệ của các cuộc tranh luận về chủ nghĩa xã hội. Họ cảm thấy rằng mỗi câu hỏi và mỗi lời giải phải được phát minh lại từ đầu. Có lẽ cuốn sách này có thể giúp làm nhẹ bớt khiếm khuyết này, bằng cách thử nhập khẩu lại vào các cuộc luận chiến sôi nổi và đa dạng về y tế những kinh nghiệm và ý tưởng (của cải cách chủ nghĩa xã hội) đang chìm dần vào lãng quên. Trong phần dẫn nhập sẽ là đủ khi nhắc tới mối liên hệ này, và nó sẽ còn được đề cập tới nhiều lần trong thảo luận.

Tác giả thứ hai, Karen Eggleston, là một nhà kinh tế y tế. Cô vừa mới hoàn thành chương trình học tập của mình, qua đó cô đã nắm sâu văn khoa về y tế và có cơ hội làm quen với nhiều quan điểm đối nghịch nhau. Nghiên cứu của cô chủ yếu liên quan đến những khuyến khích ảnh hưởng đến chăm sóc sức khoẻ. Trong việc viết cuốn sách này cô cũng có thể sử dụng kinh nghiệm cô thu được khi nghiên cứu khu vực y tế ở Trung Quốc.

Chúng tôi hi vọng rằng hiểu biết và kinh nghiệm của hai chúng tôi sẽ tạo ra một sự kết hợp đặc biệt giúp làm phong phú văn khoa về cải cách y tế.

Việc sử dụng ngôi thứ nhất số nhiều (chúng tôi) ở nhiều chỗ trong cuốn sách này được dùng để trình bày đặc trưng riêng mang tính cá nhân của kiến nghị, chứ không có hàm ý về sự độc đáo của tư duy nằm sau các kiến nghị đó. Những khẳng định của chúng tôi dựa trên đánh giá riêng của chúng tôi về tình hình và nó phản ánh hệ thống giá trị của chúng tôi. Những khuyến nghị cải cách thường là kết quả làm việc của uỷ ban, và như vậy hành văn cuối cùng thể hiện sự thoả hiệp của các thành viên uỷ ban. Điều này lại càng đúng ở giai đoạn sau, khi cải cách được Quốc

hội thông qua bằng luật. Khi đó, nó chứa đựng rất nhiều thoả hiệp của quá trình chính trị trước khi làm luật, thể hiện nhiều loại nhượng bộ của các nhà chuyên môn chuẩn bị luật và của các đại biểu là các chính trị gia ủng hộ khuyến nghị bằng lá phiếu của mình. Chúng tôi không là thành viên của bộ máy quan liêu y tế, không là chuyên gia do một Đảng chính trị mời và cũng chẳng phải là đại biểu Quốc hội. Điều đó có nghĩa là chúng tôi có thể phát biểu chính kiến của mình mà không phải để ý đến những thoả hiệp cần thiết để đạt được thoả thuận. Chúng tôi ý thức rõ ràng rằng, nếu có ai đó trong chính phủ, hay trong hệ thống hành chính của bất kể nước Đông Âu nào tán đồng với các khuyến nghị của chúng tôi, thì có lẽ họ cũng buộc phải rút lui (nhượng bộ) ở một vài vấn đề nào đó, bất chấp niềm tin đó của họ, vì mục đích thực thi thực tế. Chúng tôi nghĩ: trong phân công lao động đã hình thành, thì đó là vấn đề của họ, chứ không phải của chúng tôi, để đưa ra các nhượng bộ. Hãy để họ tự định đoạt theo ý thức trách nhiệm chính trị và quan niệm đạo đức của riêng mình rằng, họ có thể đi xa đến đâu trong các nhượng bộ. Công việc của chúng tôi là khác, bởi vì chúng tôi, các thành viên của cộng đồng hàn lâm, có các cơ hội khác mở ra trước chúng tôi. Chúng tôi muốn tận dụng những lợi thế mà chính sự phân công lao động này mang lại cho mình, để có thể phát biểu lập trường của mình một cách nhất quán theo đòi hỏi của niềm tin của chúng tôi.

Cuối cùng để chúng tôi có vài lời về giọng của cuốn sách.[6] Chúng tôi cảm nhận sâu sắc rằng sức khoẻ và bệnh tật có nghĩa gì với tất cả mọi người, điều mà chúng tôi đã học được bài học từ kinh nghiệm cuộc sống của riêng mình. Hai lần tác giả đầu đã phải nằm ở phòng bệnh mười giường ở bệnh viện tại Budapest

[6] Vấn đề thuật ngữ trong cuốn sách này phải được nhắc tới ở đây. Mỗi nước Đông Âu đều có thuật ngữ riêng của mình cho các định chế khác nhau trong khu vực y tế và cho các thành phần khác nhau của cơ chế kinh tế và chính trị. Việc dịch đơn thuần chúng theo nghĩa đen sang tiếng Anh sẽ dẫn tới sự lẫn lộn về thuật ngữ. Hơn thế nữa, ngay cả thuật ngữ của các nước nói tiếng Anh cũng chẳng thống nhất. Để tránh sự mơ hồ, cuốn sách này sử dụng nhất quán các thuật ngữ được sử dụng hiện nay ở Hoa Kì.

sau các phẫu thuật khó khăn; ở đó ông đã có thể làm quen từ cự li gần với y tế xã hội chủ nghĩa. Một lần ông được đưa đến một phòng khám tư ở Geneva sau một tai nạn ở ngoài đường, bất chấp sự đau đớn khốn khổ họ không bắt tay cứu chữa cho đến khi họ làm rõ, ai sẽ trả tiền. Tại đó ông có thể cảm nhận trên lưng của chính mình rằng "thị trường thuần tuý" có nghĩa là gì. Và tất nhiên kinh nghiệm cá nhân không phải là khía cạnh quan trọng nhất. Nhiều lần chúng tôi đã trải nghiệm sự hồi hộp, lo sợ và đau khổ bởi bệnh tật và sự lệ thuộc của những người thân của mình. Trong thời gian họ bị bệnh và - thật đáng tiếc - trong một số trường hợp sau cái chết của họ chúng tôi thường tự hỏi đi hỏi lại mình: phải chăng mọi việc đã được làm cho sự bình phục và sự kéo dài cuộc sống của họ? Tình trạng y tế có trách nhiệm đến đâu về sự thống khổ của họ và - nếu trường hợp xấu nhất xảy ra - về cái chết của họ? Không chỉ với những người thân và bạn bè của mình, chúng tôi có sự đồng cảm này mà với tất cả mọi người. Tuy vậy khi viết quyển sách này chúng tôi không cố kiếm mọi cơ hội để mô tả hiện trạng làm xúc động lòng người, để lên án xã hội, chính quyền và các nhà chính trị. Chính bởi vì tình thế, xét theo nhiều quan điểm, là bi đát, không phải bằng kiểu bi kịch, không phải bằng cách khuấy động sự phẫn nộ, mà phải bằng suy ngẫm, xem xét cẩn trọng và bình tĩnh những việc cần làm mới có thể giúp vượt qua được. Nói một cách hình tượng, theo chúng tôi bác sĩ không phải là người thấy tình trạng nguy cập của bệnh nhân thì than khóc, mà là người có lời nói ôn tồn với bệnh nhân và người thân của bệnh nhân, và suy nghĩ một cách tỉnh táo: loại thuốc gì, loại can thiệp gì có thể giúp họ vượt qua.

Quyển sách này là sản phẩm cuối cùng của một quá trình nghiên cứu dài. Công việc của tác giả đầu, Kornai János, được tiến hành tại Collegium Budapest. Ông nhận được tài trợ từ Quĩ Nghiên cứu Khoa học Toàn quốc - Országos Tudományos Kutatási Alap (OTKA T 018280 và T 30080), từ Bộ Tài chính Hungary, và từ Chương trình DG Research INCO của Hội đồng

Châu Âu (European Commision DG Research INCO Programme) hỗ trợ Đề án "Xây dựng thể chế" của Collegium Budapest. Ông bày tỏ sự biết ơn đối với tất cả các tổ chức này.

Kornai János đã nhiều lần thuyết trình về các nội dung đề tài của cuốn sách, như tại hội nghị Washington của Viện Hàn lâm Khoa học Quốc gia, tại Đại học Harvard, tại Ngân hàng Thế giới, tại Berlin Wissenschaftskolleg, và tại Hiệp hội Y học Hungary. Các cuộc tranh luận sau các bài giảng này đã tạo nhiều cảm hứng cho công việc của ông. Một phần của cuốn sách tạo thành bài giảng Federico Caffè ông giảng tại Rome; điều này tạo cho ông vinh dự được xuất bản cuốn sách này trong loạt bài giảng Caffè (Federico Caffè Lecture series).

Karen Eggleston, tác giả thứ hai, cảm ơn Kennedy School of Government của Đại học Harvard và Văn phòng Quốc gia của Chương trình Nghiên cứu Kinh tế với học bổng trước tiến sĩ (predoctoral fellowship) về lão hoá và kinh tế học y tế đã tạo nguồn hỗ trợ tài chính hào phóng trong thời gian cô bắt đầu làm việc với Kornai János về các vấn đề cải cách khu vực y tế của các nền kinh tế chuyển đổi. Cô cũng cảm ơn Khoa Kinh tế của Đại học Tufts đã giảm trách nhiệm ở khoa cho cô trong mùa thu năm 1999 khi hình dáng cuối cùng của cuốn sách này được hình thành.

Hai tác giả muốn bày tỏ sự cảm ơn chung với tất cả các đồng nghiệp đã đọc các nghiên cứu là những tiền thân của cuốn sách này vì những nhận xét và gợi ý kích thích tư duy của họ.Trong số những người đóng góp như vậy, các tác giả muốn lựa ra những người sau: Bálint Géza, Nicholas Barr, David Cutler, Dániel Zsuzsa, Guy Ellena, Fekete Béla, William Hsiao, László Csaba, Kovács Mária, Mihály Péter, Thomas McGuire, John McHale, Joseph Newhouse, Winnie Yip, và Richard Zeckhauser.

Nhiều người đã giúp chúng tôi trong tìm kiếm tài liệu và biên soạn cuốn sách này. Với sự đánh giá cao phải nhắc tới sự giúp đỡ của Barát Mária, Hornok Cecília, Janky Béla, và Molnár Virág. Brian McLean đã dịch rất xuất sắc những phần của cuốn

sách khởi đầu được viết bằng tiếng Hungary. Parti Julianna đã giúp đỡ với sự cẩn trọng và tỉ mỉ trong công việc biên tập bản thảo. Chúng tôi đánh giá cao sự sẵn lòng xuất bản cuốn sách này của Nhà xuất bản Cambridge University Press. Chúng tôi muốn cảm ơn Ashwin Rattan và Barbara Docherty vì sự giúp đỡ biên tập của họ.

Phần I

Những điểm xuất phát

Dẫn nhập cho Phần I

Có nhiều điểm xuất phát cho dòng lập luận dẫn đến đích là phác thảo những nguyên tắc chỉ đạo cho cải cách. Trước hết, phải cân nhắc các nguyên lí căn bản của cải cách (chương 2). Sau đó cần khảo sát các đặc tính của y tế mà chúng khác với các đặc tính của các khu vực khác (chương 3). Bước tiếp theo là khảo cứu kinh nghiệm quốc tế. Phải làm rõ liệu có nước nào mà cấu trúc và các định chế của nó có thể coi là hình mẫu, và các bài học tích cực và tiêu cực nào có thể rút ra từ việc khảo cứu những phát triển quốc tế (chương 4). Cuối cùng, cần phải có kiến thức về các thuộc tính được thừa kế của khu vực y tế trong Đông Âu hậu xã hội chủ nghĩa. Trạng thái ban đầu và con đường lịch sử dẫn đến điểm xuất phát ràng buộc các hành động sau này (chương 5).

Thứ tự tuân theo lôgic của sự nhận thức và sự diễn giải làm rõ. Tuy vậy, khi các nhà cải cách bắt tay vào lập một kế hoạch hành động, họ phải xem xét tất cả các nhân tố cùng một lúc - các nguyên lí, các đặc tính đặc thù khu vực, các bài học kinh nghiệm quốc tế, và tập hợp chính của các điều kiện ban đầu - và đồng thời ghi nhớ chúng.

2. Các nguyên lí chung của cải cách

Tuy cuốn sách giới hạn trong thảo luận về cải cách y tế, các nguyên lí được trình bày trong chương này có hiệu lực vượt ra ngoài khu vực y tế. Những người chấp nhận các nguyên lí này có thể sử dụng chúng để cải cách các khu vực khác của nhà nước phúc lợi được thừa kế từ hệ thống xã hội chủ nghĩa, như hệ thống hưu bổng, hệ thống trợ giúp công và trợ cấp thất nghiệp, hoặc tài trợ cho giáo dục. Các nhận xét được diễn đạt để có thể áp dụng cho toàn thể khu vực phúc lợi.

Một số nguyên lí được trình bày trong chương này, theo chúng tôi, không gắn với một nước, một khu vực, một trạng thái khởi đầu nào, mà có tính phổ biến chung.[1] Những cái khác được gợi ý bởi hiện trạng của khu vực phúc lợi ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa. Chúng tôi cố gắng diễn đạt các nguyên lí có giá trị với tất cả các nước hậu xã hội chủ nghĩa; ở mức độ đó chương này vượt quá các hoàn cảnh đặc thù của Đông Âu.

Tổng cộng chúng tôi giới thiệu chín nguyên lí.[2] Phụ chương đầu tiên diễn tả các nguyên lí liên quan đến các giá trị cơ bản. Đề tài của phụ chương tiếp theo là các tính chất ưa chuộng của các định chế trong khu vực phúc lợi được cải cách; đề tài của

---

[1] Một số nhà cải cách của các nước phát triển cũng diễn đạt các nguyên lí tương tự như các khiến nghị trong nghiên cứu này. Xem thí dụ, Jakobs (1991), Cassel (1992), và Oberender (1992) về tranh luận ở Áo, và Ham (1997: 58-9) về tình hình Thụy Điển.

[2] Trong công trình "Az állampolgár és az állam: a jóléti rendszer reformja" (Công dân và nhà nước: cải cách hệ thống phúc lợi) (1996) Kornai đưa ra năm nguyên lí; công việc nghiên cứu và tranh luận từ khi đó làm cho chúng tôi phải tăng số lượng của chúng lên chín. Tại sao lại đúng là chín? Chúng tôi không khẳng định rằng tập hợp các nguyên lí này tạo thành một thể hoàn tất nào đó. Có lẽ có thể bỏ một nguyên lí này hay nguyên lí kia, hoặc có thể thêm cái khác vào; lời văn có thể được diễn đạt lại – ngay cả khi chỉ để lí giải các nguyên lí mà chỉ những người có thế giới quan gần với chúng tôi mới chấp nhận được. Chúng tôi mừng là chỉ đạt đến con số chín, và như vậy không đạt đến "mười điều răn" .. . (* tức mười giáo lí của Chúa, ND.).

phụ chương cuối là các tỉ lệ phân bổ ưa chuộng liên quan đến khu vực phúc lợi.

Lẽ ra cách tốt hơn là cách thảo luận với các tiên đề một cách nghiêm ngặt hơn nhiều, xuất phát từ các định đề và từ đó dẫn luận ra các định đề phụ trợ và các kết luận. Trong quá trình này sẽ sáng tỏ ra rằng, đây không đơn thuần là việc liệt kê một danh mục các nguyên lí, cái đứng trước cái đứng sau, mà là các nguyên lí này (hay cách diễn đạt tốt hơn của chúng) có quan hệ lôgic xác định với nhau, và cùng nhau chúng tạo thành một cấu trúc lí thuyết đóng kín. Để đơn giản và phù hợp với tinh thần chung của phần còn lại của cuốn sách, mức trừu tượng hoá thấp hơn được sử dụng, và việc thảo luận ít nghiêm ngặt hơn. Tuy vậy, chúng tôi hi vọng rằng, ít nhất nó sẽ giúp tạo ra tranh luận về những chi tiết của một số kiến nghị hay về những nội dung khác của các nguyên lí. Mức tổng quát hoá tầm trung này có thể tỏ ra là đủ cho một mục tiêu của cuốn sách này là, đặt những nguyên lí căn bản chung cho những vấn đề của cải cách thường được xem xét một cách riêng rẽ: cải cách lương hưu, cải cách y tế, cải cách trợ cấp, v. v..

Chúng tôi diễn đạt các nguyên lí ở thể mệnh lệnh cho "nhà cải cách". Người này có thể là nhà chính trị, viên chức, chuyên gia cố vấn, người đại diện quyền lợi, hay học giả. Mỗi nguyên lí là một lời nhắc nhở, một memento- hãy nghĩ đến nó khi kiến nghị cải cách! Đồng thời nó là niềm tin (credo) cá nhân của chúng tôi, bởi vì nó phản ánh thang giá trị riêng của các tác giả đặt cơ sở cho các khuyến nghị.

Có lẽ nhiều bạn đọc lấy làm ngạc nhiên rằng thảo luận cơ chế kinh tế y tế lại bắt đầu bằng các nguyên lí chuẩn tắc trừu tượng. Thực sự là lạ. Phần lớn các khuyến nghị lập tức đề cập đến các việc cần làm thực tiễn. Trường hợp may mắn thì chỉ sau khi kết thúc nghiên cứu kiến nghị mới có thể chắt lọc ra, bóc tách ra xem liệu tác giả thực ra đã dựa trên các nguyên lí gì. Đôi khi lại lộ ra rằng, nó chỉ được dẫn dắt bởi những cân nhắc thực tiễn, và sự diễn đạt chúng, xét theo quan điểm của tư duy chuẩn

tắc nghiêm khắc hơn, là không nhất quán - diễn đạt mạnh hơn là vô nguyên tắc. Về phần mình chúng tôi gánh chịu rủi ro khi lật hết các "con bài" của mình lên. Chúng tôi sẽ đưa ra trước các nguyên lí chỉ đạo chúng tôi tạo dựng những kiến nghị, và cố gắng dẫn các khuyến nghị thực tiễn từ các nguyên lí này một cách nhất quán.

Các định đề đạo đức

Chúng tôi là những nhà kinh tế, tuy vậy điểm xuất phát của chúng tôi không phải từ nguyên lí kinh tế. Muộn hơn cũng sẽ nói về các nguyên lí kinh tế, nhưng chúng tôi không coi chúng là căn bản của cải cách.

Dẫn giải như lí lẽ chính trong cải cách y tế - hay nói chung trong cải cách khu vực phúc lợi - rằng, "không có đủ tiền", "ngân quĩ nhà nước trống rỗng", hoặc "thâm hụt ngân sách trầm trọng" là cách tiếp cận sai lầm. Nếu may ra không còn thâm hụt ngân sách do kết quả của phát triển kinh tế lành mạnh, thì liệu khi đó chẳng cần đến cải cách lĩnh vực phúc lợi hay sao? Trong trường hợp đó, có lẽ là đáng mong mỏi hoặc thậm chí có thể lật lại các biện pháp đã được áp dụng do eo hẹp tiền bạc?[3]

Chúng tôi trình bày hai nguyên lí đạo đức, chúng tạo thành điểm xuất phát của dòng tư duy, và các nguyên lí này, theo chúng tôi, phải được các nhà cải cách tuân theo.[4] Các định chế được hình thành trong quá trình cải cách, cũng như các tỉ lệ phân bổ phải phù hợp hài hoà với những đòi hỏi về đạo đức này.

---

[3] Nghiên cứu kĩ chính sách và thành quả khu vực y tế của Trung Quốc trong các năm 1990 cho thấy rõ là sự tăng trưởng kinh tế bền vững cũng không tránh được nhu cầu cải cách. Thí dụ xem World Bank (1997a) và Yip and Hsiao (1999).

[4] Chúng tôi cố gắng đưa ra giải pháp "tối thiểu". Nói cách khác, chúng tôi muốn trình bày số đòi hỏi ít nhất ở mức có thể, tức là chỉ ở mức tỏ ra là cần và đủ cho điểm xuất phát về đạo đức của cải cách .

Nguyên lí 1 (Chủ quyền của cá nhân): *Sự chuyển đổi được thúc đẩy phải tăng cường phạm vi quyền quyết định của cá nhân và thu hẹp quyền hạn quyết định của nhà nước trong lĩnh vực các dịch vụ phúc lợi.*

Tai hoạ chính của khu vực phúc lợi thừa hưởng từ hệ thống xã hội chủ nghĩa là phạm vi quá rộng các nguồn lực không phải do cá nhân mà do chính phủ, do quá trình chính trị và do bộ máy quan liêu định đoạt. Điều này vi phạm chủ quyền cá nhân, sự tự thể hiện, vi phạm quyền con người cơ bản về tự định đoạt.[5] Việc giảm các khoản chi ngân sách cho phúc lợi và giảm các khoản thuế tương ứng để tài trợ cho các khoản chi này không có nghĩa là sự rút lại các quyền đối với công dân, mà thực ra chính là sự giành lại các quyền tự chủ của cá nhân.

Nguyên lí 1 không chỉ bao hàm các quyền quyết định của cá nhân, mà còn đòi hỏi cá nhân phải *có trách nhiệm* về cuộc sống của riêng mình. Họ phải từ bỏ thói quen (và các nhà cải cách phải giúp họ trong đợt "cai nghiện" này) là nhà nước gia trưởng sẽ lo nghĩ thay họ. Sau này họ có nhiều lựa chọn hơn, nhưng phải có trách nhiệm với sự lựa chọn của mình, và nếu quyết định tồi thì bản thân phải gánh chịu các hậu quả. Trong thế giới Phương Tây đây là lẽ phải tầm thường mà công dân thâu nạp cho mình từ thuở lọt lòng. Trong hệ thống xã hội chủ nghĩa các thế hệ lớn tuổi được tập cho quen với điều ngược lại; họ được dạy với lí tưởng rằng, đảng nhà nước chịu trách nhiệm về mọi thứ, cá nhân hãy chấp nhận các quyết định đó, và hãy cảm nhận rằng mình được chăm sóc tốt. Khi có vấn đề thì suy nghĩ đầu tiên của họ không phải là tự mình giải quyết lấy, mà là yêu cầu nhà nước

[5] Nhiều tác giả quan tâm đến lí giải quyền tự do cá nhân. Đặc biệt quan trọng là nghiên cứu của Berlin (1969), nó đưa ra sự phân biệt quyền tự do khẳng định (positive) và quyền tự do phủ định (negative). Nhà nước phúc lợi gia trưởng quá năng động và tràn lan làm nguy hại đến quyền tự do phủ định của cá nhân. Đáng mong đợi là chiều hướng phát triển của xã hội, mà nó bảo vệ *và* củng cố quyền tự do phủ định của cá nhân và tăng cường quyền tự do khẳng định của cá nhân. Trong ý nghĩa này mà Amartya Sen (1990) coi thực hiện quyền tự do cá nhân là nghĩa vụ xã hội. Xem cả Sen (1996).

giúp đỡ. Không phải tự chuẩn bị cho những bất trắc trong tương lai, mà là nhà nước sẽ giúp đỡ.[6] Cải cách nhà nước phúc lợi dựa trên sự hình thành một nền đạo đức mới đẩy chủ quyền và trách nhiệm cá nhân lên hàng đầu. Sự hình thành các định chế buộc tất cả mọi người gánh vác trách nhiệm về những gì xảy ra với họ trong tương lai là một điều đáng mong muốn, phù hợp với tinh thần của nguyên lí 1.

Cũng từ nguyên lí 1 có thể rút ra, tuy rằng chẳng có xã hội nào có thể hoạt động được mà không có những cưỡng chế của nhà nước, đáng mong muốn là những thứ đó được tối thiểu hoá, và phải đặt nguyên tắc tự nguyện lên hàng đầu. Chủ nghĩa gia trưởng, bằng bạo lực, cố buộc người ta hạnh phúc. Thay vào đó phải để cho người dân tự đạt lấy hạnh phúc.

Nguyên lí 2 (Đoàn kết): *Hãy giúp đỡ những người bị đau khổ, những người gặp hoạn nạn, những người ở tình trạng bất lợi.*

Nhiều tôn giáo, thí dụ như Do thái-Thiên chúa giáo và đạo Phật, cũng như truyền thống của phong trào công nhân và niềm tin chính trị cánh tả thúc đẩy sự đoàn kết đồng cảm. Nhưng nó cũng có thể xuất phát đơn giản từ điều thiện của con người, từ tình cảm nhân ái và cộng đồng, từ sự thôi thúc nội bộ của lòng bác ái, chứ không phải trên cơ sở thúc đẩy của một thế giới quan nhất định hay một truyền thống tư tưởng nào đó.

Phần lớn văn khoa về nhà nước phúc lợi, bao gồm cả về cải cách y tế, đưa sự nan giải "công bằng đối lập (*versus*) với hiệu

---

[6] Tại Hungary, với sự đề xướng của tác giả thứ nhất dưới danh nghĩa của Viện Nghiên cứu TÁRKI, một thăm dò điển hình đã thử xem xét lập trường của dân chúng liên quan đến cải cách khu vực phúc lợi. [Xem Csontos, Kornai, Tóth (1966)]. Một câu hỏi là: ông/bà chuẩn bị ra sao cho lúc về già? 51 phần trăm người trả lời rằng họ vẫn chưa nghĩ tới vấn đề này.
Theo những phát kiến muộn hơn, trong một cuộc thăm dò tiếp theo, tình hình đã có một chút thay đổi kể từ lần thăm dò đầu. Năm 1999, chỉ có 33 phần trăm trả lời của những người ở tuổi lao động là họ chưa nghĩ tới chuẩn bị cho tuổi già của mình (thông báo của TÁRKI). Cần phải nói thêm rằng cải cách hưu bổng thành công đã đưa vào mảng quĩ hưu trí tư nhân ở Hungary giữa hai kì thăm dò, và điều này có thể đã làm thay đổi ý kiến của công chúng về vấn đề hưu bổng.

quả" vào trung tâm của nghiên cứu. Chúng tôi không theo truyền thống này, mà đưa ra một định đề đạo đức tối quan trọng với một công cụ- đòi hỏi tính hiệu quả để phục vụ phúc lợi của con người. Đòi hỏi về khuyến khích tính hiệu quả cũng được nêu trong chín nguyên lí được trình bày ở đây, như nguyên lí 4, nhưng với vai trò một công cụ có "thứ hạng" thấp hơn, chứ không như một định đề đạo đức căn bản. Mặt khác, thứ hạng tương đương như định đề đạo đức căn bản được gắn cho nguyên lí quyền tự chủ, điều thường thiếu vắng trong vốn từ vựng của nhiều nhà cải cách Đông Âu, hoặc chỉ được nhắc thoáng qua.

Không giống như các tiên đề trong toán học, được mong đợi là không có mâu thuẫn, có thể xảy ra các mâu thuẫn giữa các định đề đạo đức căn bản. May thay, không có mâu thuẫn trong mỗi trường hợp; các nguyên lí 1 và 2 là tương hợp trong một số quyết định. Thí dụ, quyền tự quyết cá nhân là hoàn toàn tương hợp với sự từ thiện tự nguyện. Lấy một thí dụ khác, cách hỗ trợ người cơ nhỡ để họ thích nghi với hoàn cảnh khó khăn sẽ củng cố quyền tự chủ của họ chứ không làm giảm nó.

Những người ủng hộ đạo đức tự do chủ nghĩa (libertarian) không muốn vượt quá điều đó (Epstein 1997), và phản đối mọi sự ép buộc pháp lí hay hành chính vì nguyên tắc. Họ từ chối mọi dạng tái phân phối bởi nhà nước, kể cả tư tưởng về bảo hiểm bắt buộc, bởi vì nó vi phạm chủ quyền cá nhân và hạn chế quyền của người dân sử dụng tài sản riêng của họ theo cách họ thấy phù hợp.

Chúng tôi không tán thành triết lí tự do chủ nghĩa như vậy. Chúng tôi ý thức được rằng có thể xảy ra xung đột mạnh giữa nguyên lí 1 và 2, hai nguyên lí được đặt ở cùng thứ hạng. Chúng tôi sẵn sàng chấp nhận sự ép buộc của nhà nước, nhằm thực thi một số nhiệm vụ, được chấp thuận bởi quá trình chính trị dân chủ, cho rằng thuận lợi hơn nếu hướng tới những thoả hiệp tỉnh táo trong các trường hợp nguyên lí 1 và 2 mâu thuẫn nhau.

Thực thi nguyên lí 2 không thể chỉ phó mặc cho từ thiện cá nhân. Trong trường hợp đó, một số người thực sự cơ nhỡ có thể

bị loại khỏi nhóm những người nhận được trợ giúp. Phải quy định bằng luật rằng nhà nước phải giúp đỡ những người bị đau khổ, những người gặp hoạn nạn, những người có tình trạng bất lợi.[7]

Chúng tôi chấp nhận thực tế là luật buộc công dân phải mua những loại bảo hiểm nhất định. Điều này hạn chế sự áp dụng của nguyên lí 1, bởi vì hành động tự nguyện được thay bằng đòi hỏi pháp lí, nhưng nó không có chủ ý gia trưởng. Nó được chỉ đạo bởi tính tư lợi tập thể. Chúng ta biết rằng, một xã hội nhân đạo rốt cuộc phải thương những người già cả không nơi nương tựa, không có thu nhập, và sự chăm sóc họ đằng nào cũng được thực hiện bằng chi phí của những người đóng thuế. Để ngăn ngừa tác động ngoại sinh không mong mỏi này, luật buộc tất cả mọi người phải bảo hiểm cho mình ít nhất ở mức tối thiểu (xem Lindbeck and Weibull 1987).

Nguyên lí 2- đoàn kết, chủ nghĩa vị tha tập thể- trợ giúp những người không có khả năng chi trả phần bảo hiểm bắt buộc. Như vậy sự khác biệt giữa kiến nghị này và sơ đồ thịnh hành dưới chủ nghĩa xã hội là rất rõ ràng. Kiến nghị là có mức bảo hiểm bắt buộc tối thiểu, với sự bảo hiểm tự nguyện trên mức tối thiểu và sự trợ giúp những người cơ nhỡ bằng các công cụ tái phân phối. Tình trạng ban đầu, thừa kế từ hệ thống xã hội chủ nghĩa, là quyền hưởng phổ quát với toàn bộ nhiệm vụ bảo hiểm thông qua kênh tái phân phối của nhà nước gia trưởng. Theo chúng tôi, cách thứ nhất là lành mạnh hơn, là thoả hiệp hữu hiệu hơn giữa nguyên lí 1 và 2.

Cả nguyên lí 1 lẫn nguyên lí 2 *không loại trừ* việc đưa vào luật các cam kết trách nhiệm phổ quát của nhà nước - nó chỉ không đòi hỏi phải làm như vậy. Những cân nhắc khác có thể làm cho việc, tất cả mọi công dân hay người lao động có quyền được hưởng trở thành cần thiết hay mong muốn. Nhưng còn các

[7] Về sự trợ giúp xã hội và các biện pháp tái phân phối xem Andorka, Kondratas, Tóth (1994), Atkinson and Micklewright (1992), Milanovic (1996) và Sipos (1994).

nhân tố khác, thí dụ sự eo hẹp các khả năng kinh tế, lại có thể chống lại quyền thụ hưởng phổ quát.

Nguyên lí 2 đối ngược lại với các loại hùng biện chính trị mong muốn rằng tầng lớp trung lưu là những người được hưởng ưu đãi chính của chính sách thuế và tái phân phối của Nhà nước.[8] Tầng lớp trung lưu, theo định nghĩa, không phải là tầng lớp cần đến sự trợ giúp nhất. Trong hệ thống xã hội chủ nghĩa, và ở một mức độ nhất định trong tất cả các nước khác, ở những nước mà các quyền hưởng phổ quát phát triển mạnh, thì phần lớn quá trình tái phân phối xảy ra trong nội bộ tầng lớp trung lưu. Những người phải nương tựa thực chất là những người chẳng bao giờ ngoi được lên tầng lớp trung lưu, hay rơi từ đó thành những người phải nương tựa.[9] Nguyên lí 2 đưa sự trợ giúp những người này lên hàng đầu.

Đằng sau ý tưởng của nguyên lí 2 là một yêu cầu cơ bản rằng, mọi thành viên của một cộng đồng cho trước ít nhất phải có khả năng thoả mãn các nhu cầu thiết yếu cơ bản.[10] Nhưng điều này *không bao gồm* việc Nhà nước phải lo cho *tất cả mọi người* về sự cung cấp các vật phẩm và dịch vụ cơ bản này miễn phí hay với giá ưu đãi. Đại bộ phận các thành viên của xã hội đều có khả năng tự kiếm được bằng chính sức của mình. Phải thực hiện nguyên lí đoàn kết chỉ với những người mà tự bản thân họ không có khả năng thoả mãn ngay cả những nhu cầu thiết yếu cơ bản.

---

[8] Đòi hỏi này thường hay nổi lên trong các cuộc tranh luận chính trị ở Hoa Kì về đánh thuế và tái phân phối. Gần đây đòi hỏi này cũng nổi lên trong thảo luận ở Đông Âu và cả về tập quán chính trị nữa.

[9] Trong các cuộc tranh luận ở Đông Âu vang lên những lời cảnh cáo: tình trạng vật chất của một bộ phận của tầng lớp trung lưu trước kia, trước hết là của giới trí thức xấu đi một cách nhanh chóng. Nguyên lí đoàn kết có thể lí giải cho loại hành động nhằm ngăn lại sự tụt dốc này. Nhưng điều này đừng thực hiện dưới dạng các trợ cấp, mà là để cho những người bị nguy hiểm nhận được sự giúp đỡ nhằm tăng sự thích nghi: để tái đào tạo chuyên môn, để thay đổi chỗ làm việc và nơi ở cho phù hợp với các nhu cầu của cơ cấu nghề nghiệp mới.

[10] Hãy để ngỏ vấn đề: cụ thể phải định nghĩa "nhu cầu thiết yếu cơ bản" như thế nào: gồm các loại thực phẩm có thành phần ra sao, chỗ ở thế nào và sự đảm bảo sức khoẻ ra sao. Vấn đề liên quan đến y tế sẽ được bàn luận kĩ ở chương 6.

Nguyên lí 2 không thể được gọi là đòi hỏi bình quân (egalitarian). Nó không gạt nguyên lí 1 ra. Nó cũng chẳng kêu gọi sự ngang bằng về thu nhập và tiêu dùng, bao gồm ngang bằng về chăm sóc sức khoẻ, cho mọi người. Động cơ của nó là tình thương, là lòng trắc ẩn, tất cả cái nó tìm kiếm chỉ là không một ai cần trợ giúp lại bị bỏ mặc cho bản thân và số phận họ; tất cả mọi người đều được tiếp cận bình đẳng đến một mức dịch vụ tối thiểu. Nguyên lí 2 cho mọi công dân cơ hội để tự thể hiện một cách thành công. Phải có tình thương với những người không nhận được cơ hội khởi đầu nếu không có sự trợ giúp của nhà nước. Tiêu chuẩn đoàn kết cũng lí giải sự trợ giúp tích cực cho những người thiệt thòi bằng cách cung cấp cho họ cơ hội ban đầu. Mặt khác, đoàn kết không được phép dùng để biện hộ cho các mưu đồ thô bạo, nhân tạo nhằm cào bằng sự khác biệt lớn lao giữa con người.

Chúng tôi muốn tách mình một cách dứt khoát khỏi những kẻ viện dẫn nguyên lí đoàn kết hay đề xuất các lí lẽ bình quân nhằm phỉ báng tầm quan trọng chủ quyền cá nhân của công dân. Chúng tôi đã gặp, trong các cuộc tranh luận về cải cách y tế, tư tưởng cho rằng yêu cầu này thoả mãn đòi hỏi của những người giầu có khả năng lựa chọn bác sĩ, bệnh viện hoặc liệu pháp chữa trị. Chúng tôi tin chắc rằng quyền tự chủ cá nhân không phải là mặt hàng xa xỉ. Cả người giàu và người nghèo đều phải có quyền lựa chọn. Tuy sự lựa chọn một phần là vấn đề tiền bạc, có nhiều trường hợp cơ hội lựa chọn không đơn giản phụ thuộc vào khả năng chi trả, mà phụ thuộc vào người dân có được giới thiệu hay tư vấn về các lựa chọn khác nhau hay không.

Trong tinh thần của nguyên lí 2 cần suy ngẫm lại vấn đề bất trắc liên quan đến tương lai. Có thể là hiện tại một người không phải phụ thuộc vào bất kể ai, nhưng trong tương lai có thể phải nương tựa. Nhưng theo tinh thần của nguyên lí 1 thì trước tiên chính bản thân họ phải chuẩn bị đối phó với những khó khăn trong tương lai, bằng cách tiết kiệm và lập dự trữ, ngoài ra bằng việc tự nguyện mua bảo hiểm tư mang tính thương mại. Tuy có

thể xem xét một số ngoại lệ, nhưng về nguyên tắc họ chỉ có quyền nương nhờ đến trợ cấp của nhà nước trên cơ sở đoàn kết nếu vấp phải những vấn đề mà họ không thể phòng bị được với các phương tiện cá nhân.[11]

Nguyên lí 2 bao gồm cả sự đoàn kết giữa các thế hệ; sự phân chia niềm vui và đau khổ một cách thoả đáng giữa các thế hệ. Thế hệ hôm nay phải đoàn kết với các thế hệ mai sau. Không có sự biện hộ về đạo đức để làm dễ dàng cho cuộc sống hôm nay mà để lại cho các thế hệ mai sau các khoản nợ nần nghiêm trọng, gài lại các quả bom kinh tế nổ chậm trong tương lai xa hơn, và như vậy đẩy các thế hệ mai sau vào thế bất lợi.

Nhất định là những người nghèo và thiệt thòi xứng đáng được nhận tình thương của xã hội. Nhưng, đa phần dân chúng ở phía nhận, cảm thấy sự "cứu tế" làm mất phẩm giá. Những người nghèo túng phải được giúp đỡ chủ yếu bằng cách tạo cho họ các cơ hội để làm việc và các kĩ năng để cải thiện hoàn cảnh của chính họ trong cuộc sống. Mức độ mà những người yêu cầu (trợ giúp) có thể tự giúp chính mình và thích nghi với các điều kiện hiện hành phải được cân nhắc khi xác định mức độ và hình thức loại trợ cấp họ nhận được (xem chú thích 10 ở trên).

Để kết thúc bàn luận về các điểm xuất phát đạo đức, cần một nhận xét nữa. Tư duy của nghiên cứu này không xuất phát từ các giá trị *cuối cùng* là tự do, bình đẳng, hạnh phúc và thịnh vượng, hay từ các giá trị của công bằng xã hội. Phân tích về các giá trị cuối cùng, về cấu trúc xã hội[12] là đối tượng của văn khoa lí thuyết chính trị và triết học nghiên cứu các cơ sở đạo đức của "xã hội tốt lành". Cuốn sách này không có ý định tham gia phân

---

[11] Sự lẫn lộn giữa bảo hiểm nhằm phân tán rủi ro, trên cơ sở thương mại, với sự giúp đỡ, đoàn kết trên cơ sở bác ái gây ra nhiều rắc rối. Đặc biệt rắm rối khi lẫn lộn hai quá trình này trong giải thích cái gọi là "bảo hiểm xã hội". Về sự phụ thuộc của hai loại định chế này xem Csaba (1997). Chúng ta còn quay lại vấn đề này.

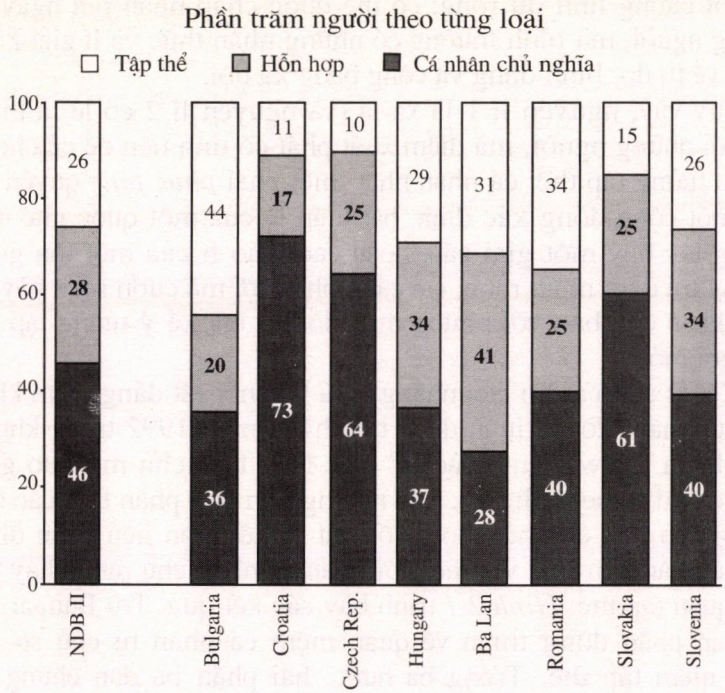
[12] Trong văn khoa khổng lồ về vấn đề này chúng tôi chỉ nhắc đến vài công trình, chủ yếu là các công trình có ảnh hưởng to lớn: Berlin (1969), Rawls (1971), Sen (1973 và 1992), Nozick (1974), và Buchanan (1986). Xem Culpitt (1992) trình bày tổng quan về tranh luận liên quan đến triết học của nhà nước phúc lợi hiện đại.

tích các vấn đề sâu hơn này. Chúng tôi hi vọng rằng, nguyên lí 1 và 2, chúng không diễn đạt các giá trị cuối cùng, mà nhấn mạnh đến những mong đợi đạo đức "trung gian", là các nguyên lí tạo ra một cương lĩnh đủ rộng: có thể được chấp nhận bởi ngay cả những người, mà bình thường có những nhận thức và lí giải khác nhau về tự do, bình đẳng và công bằng xã hội.

Tuy vậy, nguyên lí 1 là xa lạ (và nguyên lí 2 có lẽ là thừa) đối với những người, mà điểm xuất phát có tính tiên đề của họ là một lí tưởng tập thể: cá nhân nhất thiết phải *phục tùng* quyền lợi của một cộng đồng xác định, bất luận là của một quốc gia, một chủng tộc hay một giai cấp, hoặc các giáo lí của một tôn giáo. Chúng tôi đảm nhận rằng, cải cách phúc lợi mà cuốn sách này đề xuất khác căn bản với những thay đổi do bất kể ý tưởng tập thể nào gợi mở.

Xét từ quan điểm của những điều vừa nói rất đáng tham khảo kết quả thăm dò dư luận được tiến hành năm 1992 trong khuôn khổ đề án "New Democracies" (các Nền Dân chủ mới) do giáo sư Richard Rose lãnh đạo. Các nhà nghiên cứu phân tích các câu trả lời cho bốn câu hỏi, họ muốn rút ra kết luận liệu quan điểm của cá nhân gần hơn với thế giới quan cá nhân chủ nghĩa hay thế giới quan tập thể. *Hình 2.1* trình bày các kết quả. Trừ Bungari và Ba Lan phần đông thiên về quan niệm cá nhân tự chủ so với quan niệm tập thể. Trong ba nước, hai phần ba dân chúng có thiện cảm với quan điểm cá nhân tự chủ. Tại sáu trong tám nước, tỉ lệ của những người có lập trường tập thể nhất quán là ít hơn một phần ba. Không thể khẳng định được rằng việc sử dụng khái niệm của thăm dò dư luận trùng hoàn toàn với khái niệm của cuốn sách này. Trong mọi trường hợp, thật đáng lưu ý là tư tưởng về quyền tự chủ và trách nhiệm cá nhân phản ánh gần sát với hệ thống giá trị của phần lớn dân cư của khu vực hậu xã hội chủ nghĩa.

Hình 2.1. **Sự lựa chọn giá trị**



Nguồn: Rose and Haerpfer (1993: 71)

Ghi chú: Những người tham gia vào thí nghiệm phải trả lời bốn câu hỏi để lựa chọn các loại câu trả lời một mang tính "cá nhân", và một mang tính "tập thể". Tạo nhóm trên cơ sở sau: Cá nhân nếu 3 hay 4 lựa chọn mang tính cá nhân. Hỗn hợp 2 lựa chọn cá nhân 2 tập thể. Tập thể: 3 hay 4 lựa chọn mang tính tập thể.

NDB II: trung bình của các nước trong khảo sát New "Democracy Barometer II" (Phong vũ biểu Dân chủ Mới II), tức là tất cả các nước nêu trên hình thêm Ukraina và Belorussia.

Những tính chất mong muốn của các định chế và cơ chế điều phối

Chúng ta chuyển sang một bình diện khác của các nguyên lí cải cách. Trong quá trình cải cách các định chế, cơ chế điều phối và các quy tắc chơi cũ mất đi hay thay đổi và những cái mới hình thành. Các nguyên lí 3-7 quy định chúng nên có các tính chất thế nào. Các nguyên lí này một phần có thể rút ra trực tiếp từ các nguyên lí 1 và 2, nhưng cần làm phong phú thêm các tính chất mong muốn bằng các nhân tố khác nữa.

Nguyên lí 3 (Cạnh tranh): *Đừng có độc quyền của sở hữu và kiểm soát nhà nước. Hãy để cạnh tranh hoạt động giữa các hình thức sở hữu và giữa các cơ chế điều phối.*

Nguyên lí 3 không đưa ra lập trường về vấn đề tỉ lệ định lượng, tức là, tỉ lệ giữa phần của khu vực nhà nước và phi nhà nước ra sao. Nhưng nhất thiết khu vực phi nhà nước phải đạt đến một khối lượng tới hạn để xoá bỏ cảm giác dễ dãi, thoải mái, buông thả do tình trạng độc quyền mang lại trong khu vực nhà nước, tức là chấm dứt khả năng nhà sản xuất-cung cấp (trong trường hợp này là Nhà nước phúc lợi) có thể áp đặt đối với người tiêu dùng. Tuy rằng các lí do về hiệu quả cũng ủng hộ cạnh tranh (xem nguyên lí 4 ở sau), lúc này chủ yếu từ nguyên lí 1 chúng ta dẫn ra nguyên lí 3: sở dĩ phải cần có cạnh tranh để cho công dân có thể lựa chọn. Nếu không thích dịch vụ của các tổ chức nhà nước, họ cũng có thể sử dụng các dịch vụ của các tổ chức phi nhà nước.

Tàn dư của hệ thống xã hội chủ nghĩa trong khu vực phúc lợi kéo theo những hậu quả nghiêm trọng trong nhiều lĩnh vực quan trọng, tuy các quyết định bây giờ là từ một một chính quyền nhà nước "phân tán" hơn, thay cho từ Bộ Chính trị. Các đảng cắn xé lẫn nhau, lập trường của chúng bị chi phối bởi sự ganh đua để

lấy lòng dân chúng; các đảng cũng như tương quan lực lượng và thoả hiệp của các nhóm lobby thoả thuận sau hậu trường và của các nhóm quan chức sẽ quyết định: bao nhiêu nguồn lực được dành cho chữa bệnh và thu nhập của những người già cả là bao nhiêu. Nguyên lí 3 muốn đạt được rằng, quyết định về những vấn đề như vậy phần lớn được chuyển sang cho cá nhân. Hãy để họ có thể tự quyết định - ít nhất một phần đáng kể chi phí- xem họ muốn chi cho sức khoẻ của mình và của gia đình mình thế nào; họ sẽ chuẩn bị ra sao cho những năm tuổi già, v.v. Điều này có thể thực hiện được, nếu một phần nguồn lực chi cho phúc lợi không thông qua cơ chế quan liêu được nhà nước cai quản trên cơ sở chi từ thuế do nhà nước thu được, mà để lại ở gia đình để cho gia đình có thể quyết định dùng thông qua một cơ chế quan trọng khác - cơ chế thị trường.

Nguyên lí 3 muốn mở đường cho các doanh nghiệp tư nhân hoạt động vì lợi nhuận có thể tham gia vào mọi lĩnh vực của khu vực phúc lợi. Đáng mong muốn là, tạo cơ hội cho sự hình thành một cách rộng rãi các bệnh viện, các phòng khám, các phòng xét nghiệm y tế, các trường mẫu giáo, các trường học, các nhà dưỡng lão, v. v. thuộc sở hữu tư nhân, bất kể là bằng cách hình thành các cơ sở mới hay bằng cách tư nhân hoá các cơ sở của nhà nước. Bên cạnh các tổ chức thuần tuý nhà nước và các tổ chức tư nhân vì lợi nhuận, thì trong lĩnh vực này cũng rộng mở cho sự hình thành các tổ chức phi lợi nhuận, mà chủ sở hữu và/hoặc người điều khiển của chúng có thể là các hiệp hội, các quĩ, các tổ chức tôn giáo, các nghiệp đoàn, các tổ chức sử dụng nhiều lao động, kể cả hiệp hội của những người sử dụng ít lao động, v. v.

Chức năng thực hiện nguyên lí 2 (về đoàn kết) có thể được chia sẻ giữa nhà nước, mảng phi lợi nhuận của khu vực phúc lợi và những hoạt động từ thiện tư nhân.

Dân chúng muốn an toàn, và Nhà nước phải đảm bảo điều này - những tín đồ của của công hữu hoá hoàn toàn khu vực phúc lợi thường lập luận như vậy. Theo quan điểm của chúng tôi, lập

luận này là sai lầm. Văn khoa tinh vi liên quan đến bất trắc có khuyến nghị (và là một quy tắc đơn giản có thể chứng minh nhưng cũng dễ dàng thấy bằng đầu óc tỉnh táo theo lẽ thường): đừng đặt hết trứng vào cùng một rổ! Hoặc nói văn hoa theo ngôn ngữ các danh mục đầu tư là: hãy đa dạng hoá! Thí dụ sẽ rất sai lầm nếu uỷ thác cho một hãng bảo hiểm tư nhân duy nhất toàn bộ tiết kiệm để dành cho tuổi già - bởi vì nếu hãng này không trung thực hay quản lí kém thì người được bảo hiểm sẽ gặp vận đen. Nhưng họ cũng gặp tai hoạ tương tự, nếu chỉ dựa vào Nhà nước: đến khi về hưu thì các ông chủ quyền lực khi đó sẽ có thể chẳng thèm đếm xỉa gì đến khoản tiết kiệm hưu trí đã đóng góp, họ lấy đi bao nhiêu từ khoản đóng góp hưu trí trong suốt cuộc đời.[13] Một cách khác, chính sách kinh tế có thể làm tiêu tan tiền lương do các làn sóng lạm phát và do các quy định chỉ số hoá tiền lương hưu làm xói mòn giá trị thực của lương hưu. Chính vì vậy các kiến nghị thiết thực nhất về cải cách lương hưu là những kiến nghị dựa trên cơ sở "nhiều cột trụ", cho phép sử dụng song song các sơ đồ bảo hiểm lương hưu khác nhau.[14] Cũng cần các giải pháp "nhiều cột trụ" tương tự cho các lĩnh vực nhánh của khu vực phúc lợi.

Dư luận dân chúng khá phân tán về việc ưa chuộng loại "cột trụ" nào hay tổ hợp nào của chúng. *Bảng 2.1* trình bày kết quả

---

[13] Đây là tình trạng hiện nay của tất cả các nước hậu xã hội chủ nghĩa, ở nơi mà hệ thống* "pays - as - you-go" , sự thay đổi xoành xoạch các quy chế về lương hưu, cũng như khuynh hướng cào bằng lương hưu làm cho tương quan giữa khoản tiết kiệm đã nộp cho lương hưu và lương hưu thực sự được nhận là rất lỏng lẻo.

* Hệ thống "pay-as-you-go" là hệ thống tự khấu trừ tiền bảo hiểm hưu trí từ lương mà đôi khi người phải nộp không ý thức rằng đó là khoản tiết kiệm của mình cho tiền hưu và thường coi lương hưu là ân huệ của Nhà nước ban phát cho.

[14] Cải cách tiền lương hưu mới được thông qua ở Hungary mới đây, cũng như các kiến nghị cải cách ở Czeck và Ba Lan đều dựa trên giải pháp nhiều "cột trụ". Báo cáo của Ngân hàng Thế giới nhan đề *Averting the Old Age Crisis* (1994) (*Ngăn ngừa Khủng hoảng Tuổi già*) là một tổng quan xuất sắc và nêu những kiến nghị được cân nhắc kĩ. Xem Beattie and McGillvray (1995) về đánh giá phê phán của báo cáo này của Ngân hàng Thế giới, và xem James (1996) tác giả chính của báo cáo trả lời. Diamond (1996) cũng phân tích và phê phán các kiến nghị của Ngân hàng Thế giới.

của thăm dò dư luận đã được nhắc tới trước ở Hungary, minh hoạ khá tốt về sự phân tán ý kiến đó.[15]

Bảng 2.1 *Lựa chọn định chế: tỉ lệ ủng hộ các giải pháp "Nhà nước", "Thị trường" và "hỗn hợp" ở Hungary, phân bố phần trăm của trả lời.*

	Tài trợ cho		
	Học cao học	Chăm sóc ở bệnh viện	Lương hưu
Nhà nước tập trung	42,1	35,5	21,4
Giải pháp hỗn hợp	43,5	44,1	56,6
Giải pháp thị trường	12,1	17,9	18,5
Không biết quyết định	2,2	2,5	3,5
Tổng	100	100	100

Nguồn: Csontos, Kornai and Tóth (1998:307)

Chú thích: Nghiên cứu dư luận xã hội do Viện nghiên cứu TÁRKI tiến hành muốn tìm câu trả lời cho câu hỏi xem dân chúng Hungary hiểu biết đến đâu về quan hệ giữa các dịch vụ phúc lợi và đánh thuế, cũng như về phân bố ưa chuộng loại hình định chế nào trong các lựa chọn. Mẫu gồm 1000 người được hỏi. Ba cách lựa chọn nêu trong bảng gồm: loại thứ nhất là giữ nguyên trạng, tức là các dịch vụ được cung cấp với sự tài trợ bởi các tổ chức Nhà nước hay nửa Nhà nước. Cách lựa chọn thứ ba có nghĩa là giải pháp phân tán và khu vực được tư nhân hoá phần lớn, trong khi đó giải pháp thứ hai là nhiều trụ cột (hỗn hợp). Lẽ ra nên đưa ra nhiều giải pháp "nhiều cột trụ" thay cho chỉ một trong các chọn lựa của thăm dò nhưng do thiếu thời gian điều này đã không tiến hành được.

Có nguy cơ là các thủ tục nghị viện trên cơ sở nguyên tắc đa số có thể dẫn đến loại cải cách mà một hình thức sở hữu nào đó hoặc/và một dạng điều chỉnh nào đó chiếm vị trí độc tôn hay áp đảo (thí dụ giữ nguyên trạng *status quo*, tức là sự áp đảo của sở hữu nhà nước và quản lí quan liêu; hay ngược lại: áp đặt việc tư nhân hoá hoàn toàn một cách mau chóng và triệt để). Theo quan điểm của chúng tôi, nguyên lí 1 gợi ý rằng: không được phép áp

[15] Khảo sát dư luận tiếp theo nghiên cứu này hỏi liệu người được phỏng vấn ủng hộ ý tưởng có nhiều sơ đồ bảo hiểm y tế cạnh tranh lẫn nhau, và như vậy phá vỡ sự hầu như độc quyền của bảo hiểm xã hội cho đến nay. (Xem Chương 9, các bảng 9.2-9.4 và văn bản ở đó).

đặt sơ đồ này hay sơ đồ kia cho công dân. Trong chừng mực có thể hãy để công dân tự lựa chọn. Hãy hình thành một "thực đơn" bao gồm các hình thức sở hữu và các cơ chế điều phối khác nhau để từ đó công dân có thể tự do chọn lựa. Họ phải có khả năng rút ra bài học từ kinh nghiệm của bản thân và của những người khác, có thể thử nghiệm, có thể thay đổi lập trường của mình. Vì thế cũng cần phải có cạnh tranh trong khu vực này để cho sự lựa chọn đó có thể tiến hành được, cụ thể là không chỉ thông qua sự truyền động của các quá trình chính trị đầy ma sát, mà còn thông qua sự lựa chọn trực tiếp trên cơ sở thị trường của các gia đình nữa.

Có nhiều sự chống đối áp dụng nguyên lí 3 hiển hiện ở Đông Âu. Có thể hiểu được rằng những người đang hưởng độc quyền về sở hữu hoặc về điều chỉnh sẽ lo sợ quyền lực hay thu nhập của họ, nhưng ác cảm của nhiều người với sự xuất hiện của sở hữu tư nhân và thị trường là do các định kiến về ý thức hệ gây ra. Thảo luận về cải cách khu vực phúc lợi gây ra những lập luận hùng biện chống-tư bản chủ nghĩa, chống-thị trường không chỉ của những người xã hội chủ nghĩa cực đoan, mà thậm chí của các nhà chính trị bảo thủ được thừa nhận một cách công khai. Sự đối lập ý thức hệ này là một mảnh đất quan trọng cho hiện tượng đã được nhắc tới ở phần dẫn nhập: tàn dư của hệ thống xã hội chủ nghĩa, trong trường hợp này là ở trong định kiến được nhồi sọ của phần lớn dân cư.

Nguyên lí 4 (Khuyến khích hiệu quả): *Hãy hình thành các hình thức sở hữu và điều chỉnh mà chúng thúc đẩy, khuyến khích tính hiệu quả.*

Nguyên lí này hiển nhiên và sẽ được thảo luận chi tiết hơn ở chương 3. Phải liệt kê nó trong các nguyên lí chỉ đơn giản vì lí do là các nhà chính trị và các học giả ủng hộ việc giữ nguyên trạng của khu vực phúc lợi có khuynh hướng quên nó.

Cũng cần khuyến khích tính hiệu quả ở phía bên cầu (và đây là điểm khác biệt quan trọng so với thực tiễn hiện nay), tức là thúc đẩy tính hiệu quả của người sử dụng các dịch vụ phúc lợi: của các công dân những *người nhận* các dịch vụ phúc lợi. Điều này có nghĩa là (trừ càng ít ngoại lệ càng tốt) dịch vụ không được phép là dịch vụ miễn phí. Đừng kéo giá xuống dưới mức giá thị trường bằng bao cấp nhà nước, mà thay vào đó hãy hỗ trợ một cách có mục đích cho những người thực sự cần đến sự hỗ trợ[16] (thí dụ dưới hình thức phiếu -voucher), tức là chỉ có những người cơ nhỡ mới nhận được sự hỗ trợ theo tinh thần nguyên lí đoàn kết. Ngay cả nếu chi phí của một dịch vụ phúc lợi nào đó do Nhà nước hay một hãng bảo hiểm chi trả phần lớn, thì cũng nên để người sử dụng cùng trả một phần nào đó,[17] để họ có thể cảm nhận bằng tiền riêng của mình rằng dịch vụ không phải là miễn phí.

Liên quan đến khuyến khích đúng đắn ở phía bên cầu còn có nghĩa là phải thúc đẩy tính hiệu quả của các tổ chức bảo hiểm, những tổ chức đứng ra chi trả phần lớn cho các dịch vụ phúc lợi. Cùng với các lí lẽ khác điều này cũng phản đối sự độc quyền của bảo hiểm hưu trí và y tế nhà nước tập trung, của những kẻ khổng lồ gớm ghiếc; ở nơi không có cạnh tranh thì ở đó không thể có kích thích mạnh mẽ về hiệu quả và tiết kiệm.

Lí lẽ này cũng đúng với bên cung, tức là với các tổ chức cung ứng các dịch vụ y tế, chăm sóc trẻ em và người già, giáo dục, v.v. Khi bình luận về nguyên lí 3 chúng tôi đã dẫn chiếu đến chủ quyền của công dân trong lập luận: đừng ai bị lệ thuộc vào một tổ chức độc quyền duy nhất. Chúng tôi ý thức rõ ràng rằng: các hãng bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ hoạt động vì lợi nhuận hay các tổ chức phi lợi nhuận, phi nhà nước có thể

[16] Có tranh luận về ưu và nhược điểm của các phiếu hỗ trợ (voucher) về dịch vụ phúc lợi. Culpitt (1992) cho tổng quan về cuộc tranh luận.

[17] Trong suốt cuốn sách này chúng tôi dùng cụm từ cùng trả (co-payment) để chỉ tiền túi của người nhận (của bệnh nhân) trả cho hàng hoá hay dịch vụ, thí dụ như thăm viếng của bác sĩ hay đơn thuốc.

muốn tiết kiệm mà lại làm hại đến lợi ích của người sử dụng (bệnh nhân, người già cơ nhỡ, trẻ em và học sinh v.v. có yêu cầu dịch vụ). Nhưng điều này cũng có thể xảy ra với sở hữu nhà nước và điều chỉnh tập trung, nếu các định chế nhà nước buộc phải giảm chi phí, và mất khả năng xài tiền vung mạng. Sự sống vô độ của chi phí hoặc sự tiết kiệm làm tổn hại đến lợi ích của người dùng dịch vụ - là một nan giải nghiêm trọng nhất của khu vực phúc lợi! Chúng tôi còn quay lại vấn đề này một cách chi tiết khi thảo luận về khu vực y tế trong Chương 3.

Một khía cạnh khác của đề tài khuyến khích và tính hiệu quả là: cơ chế thoả đáng nhất của phân bổ đầu tư- và cùng liên quan là của tạo tiết kiệm và tích luỹ- là thế nào? Có thể phân biệt hai trường hợp thuần khiết. Loại đầu tiên được áp dụng triệt để nhất trong hệ thống xã hội chủ nghĩa, trong đó không chỉ có hệ thống hưu bổng mà tất cả các dịch vụ khác của khu vực phúc lợi đều hoạt động theo nguyên tắc của hệ thống "pay-as-you-go" được quốc hữu hoá (Xem chú thích 13, ND.) Nó không mong đợi các hộ gia đình hãy tiết kiệm vì mục đính an toàn. Thay vào đó nó ép buộc mọi loại thuế mà từ đó có thể tài trợ cho mọi khoản đầu tư và cho mọi dịch vụ phúc lợi. Sự tập trung hoàn toàn không chỉ dẫn đến hiệu quả thấp ở các lĩnh vực dịch vụ phúc lợi, mà như mọi người đều biết, cả trong lựa chọn và thực hiện đầu tư nữa.

Trường hợp thuần khiết khác, hoàn toàn ngược với trường hợp trên, trong đó việc tạo tích luỹ dồn hoàn toàn cho hộ gia đình và các xí nghiệp. Các khoản này hộ gia đình đặt vào một danh mục đầu tư gồm nhiều thành tố, phân chia giữa các ngân hàng, các quĩ đầu tư, các hãng bảo hiểm, các quĩ hưu bổng, v.v. Khu vực tài chính, tức là các thị trường tín dụng và thị trường vốn sử dụng khối lượng tiết kiệm khổng lồ này để tài trợ cho các hạng mục đầu tư một cách phân tán. Bổ sung cho điều này là sự tiết kiệm và đầu tư phân tán của các xí nghiệp.

Trong cuộc thi đua lịch sử vĩ đại giữa hệ thống xã hội chủ nghĩa và tư bản chủ nghĩa đã chứng tỏ một cách dứt khoát rằng: hệ thống - mà ở đó cạnh tranh, sở hữu tư nhân và đầu tư phân tán

chiếm ưu thế- là hiệu quả hơn hệ thống với ưu thế của tập trung và sở hữu nhà nước. Các hệ quả đối với cải cách khu vực phúc lợi là dễ hiểu. Khoản tiết kiệm dành cho chữa bệnh, cho thất nghiệp, cho tai nạn, cho tuổi già là một phần khổng lồ của tổng tiết kiệm, và chẳng đúng chút nào khi đơn thuần đưa vào tay bộ máy quan liêu. Phần lớn của khoản tiền tiết kiệm khổng lồ này phải được sử dụng một cách phân tán. Lần theo dòng tư duy này thì thấy nguyên lí 4 (về khuyến khích hiệu quả) là một lí lẽ xác đáng ủng hộ nguyên lí 3 (mở rộng cạnh tranh và các định chế phi nhà nước). Tuy vậy, từ đó không suy ra kiến nghị về cơ chế đầu tư hoàn toàn phân tán. Có đủ lí do để giả thiết rằng: một cách lâu dài cũng sẽ cần đến các khoản đầu tư nhất định được tài trợ từ thuế do Nhà nước thu.[18]

Nguyên lí 5 (vai trò mới của Nhà nước): *Chức năng chính của Nhà nước trong khu vực phúc lợi hãy là: thiết lập khuôn khổ pháp luật, giám sát các định chế phi nhà nước, cũng như đóng vai trò nhà bảo hiểm "cuối cùng" và trợ giúp. Nhà nước đảm trách rằng mọi công dân nhận được sự giáo dục và chăm sóc y tế cơ bản.*

Cần mở đầu cho bình luận của chúng tôi về nguyên lí 5 bằng một nhận xét chung. Nó đã được ngầm định trong các lập luận cho đến đây, và bây giờ cần phải nói toạc ra rằng, nhà nước được nhắc tới là nhà nước điều hành bình thường các định chế dân chủ. Ngành lập pháp được bầu với những điều kiện pháp lí xác định qua tranh đua giữa các đảng chính trị. Chính phủ được Quốc hội chuẩn y. Có ngành tư pháp độc lập. Có tự do ngôn luận, hội họp và tự do báo chí. Những nhu cầu của một nhà nước lập hiến phải có. Dân chủ chưa được tiến bộ hay được củng cố ở mức độ như nhau trong mười nước Đông Âu được khảo sát ở

[18] Văn khoa kinh tế thảo luận chi tiết trong trường hợp nào thì việc lựa chọn, tài trợ và/hoặc thực hiện đầu tư nhà nước là xác đáng.

đây, nhưng mỗi nước đã phát triển một cấu hình tối thiểu của các định chế cần thiết cho dân chủ hoạt động. Tại đây chúng tôi bỏ qua câu hỏi liệu bao nhiêu nguyên lí và các kiến nghị thực tiễn được đưa ra trong cuốn sách này có thể được thực thi dưới một chế độ độc tài, bởi vì thông điệp của chúng tôi, trong mọi trường hợp, dành cho các nước hoạt động trong khuôn khổ dân chủ.

Quay trở lại nguyên lí 5, đòi hỏi cốt lõi là sự chuyển đổi sâu sắc triệt để vai trò của Nhà nước, theo phương châm do nguyên lí 1 gợi ý, tăng cường quyền tự chủ cá nhân. Hãy xét ngắn gọn các chức năng của Nhà nước trong khu vực phúc lợi đã được cải cách.

- Thông qua và thực thi các luật mới cần thiết, Nhà nước hoạt động như người bảo vệ tính hợp pháp của hoạt động của khu vực phúc lợi. Đặc biệt quan trọng là đảm bảo quyền của công dân có thể yêu cầu toà án phán xử chính phủ và các cơ quan chính phủ, hãng bảo hiểm, bệnh viện, bác sĩ, nhà dưỡng lão và các tổ chức khác trong trường hợp họ vi phạm các quyền công dân.
- Nhà nước cần thiết lập các cơ quan phù hợp để thực hiện giám sát khu vực phúc lợi và các tiểu khu vực (chăm sóc sức khoẻ, bảo hiểm y tế, quản lí quĩ hưu bổng, v.v.) Việc này phải được bổ sung bằng vai trò kiểm tra của các hiệp hội người dùng và người khiếu nại, của báo chí, và của xã hội dân sự nói chung.
- Nhà nước gánh vác việc bảo hiểm cho các khoản tiết kiệm của công dân mà họ uỷ thác cho các hãng bảo hiểm hay các quĩ hưu bổng.[19]

[19] Có thể giả thiết rằng có thể tạo ra các định chế tái bảo hiểm nhà nước hay nửa nhà nước để bảo vệ các khoản đầu tư bảo hiểm của công dân, nếu một hãng bảo hiểm nào đó phá sản. Là đủ, nếu Nhà nước đứng ra làm người bảo hiểm cuối cùng trong những trường hợp như vậy, khi mà ngay hãng tái bảo hiểm cũng không chịu nổi gánh nặng. Tuy chức năng nhà "bảo hiểm cuối cùng" gắn với gánh nặng tài chính, nhưng gánh nặng này là nhỏ hơn nhiều so với cung cấp tài trợ toàn bộ dịch vụ phúc lợi.

- Như đã nhắc đến trước đây, việc thực hiện nguyên lí 2, nguyên lí đoàn kết, đáng mong đợi có sự tham gia của các tổ chức phi nhà nước nữa. Tuy vậy, không thể tránh khỏi là, về vấn đề này Nhà nước cũng phải gánh phần trách nhiệm đáng kể. Chúng tôi không tán thành kiểu đưa các khoản này lẩn vào giữa các khoản chi khác để công dân khỏi phát hiện ra.[20] Phải tuyên bố công khai không úp mở rằng: sự hỗ trợ những người cơ nhỡ được thực hiện từ tiền của những người đóng thuế.
- Tuyên bố rằng Nhà nước chịu trách nhiệm về đảm bảo giáo dục và chăm sóc sức khoẻ cơ bản, song để ngỏ vấn đề là liệu việc này được thực hiện thế nào và thông qua các tổ chức nào. Điều này không có nghĩa là, nhưng cũng không loại trừ khả năng là, các định chế thuộc sở hữu Nhà nước hay được Nhà nước cai quản tham gia đảm bảo các dịch vụ này, hoặc là ngân sách Nhà nước đóng góp vào sự tài trợ chúng. Cách tiếp cận nào được ưa chuộng phụ thuộc vào liệu hình thức sở hữu nào là hữu hiệu nhất với các điều kiện cụ thể của nước liên quan. Giữ hay loại bỏ sở hữu nhà nước là một biện pháp, là phương tiện, chứ không phải là mục đích.

Từ những điều vừa nói toát ra một cách rõ ràng rằng cuốn sách này không tuyên truyền một cương lĩnh *laissez faire* (tự do, buông thả). Nó không muốn giải thoát trách nhiệm của Nhà nước với khu vực phúc lợi, ngay cả nếu phần lớn nhiệm vụ do các doanh nghiệp tư nhân hoạt động vì lợi nhuận và các tổ chức phi lợi nhuận của các cộng đồng khác nhau thực hiện và hoạt động của chúng chủ yếu do thị trường điều phối và cạnh tranh thúc đẩy, thì cũng không giải thoát trách nhiệm của Nhà nước. Tất cả phải được tiến hành theo các quy tắc chơi do Nhà nước

[20] Phần lớn dân chúng có tình cảm đoàn kết cộng đồng. Cuộc thăm dò dư luận đã được nhắc tới ở Hungary [Csontos, Kornai and Tóth (1998)] làm sáng tỏ ra rằng: nhiều cá nhân không có con cũng sẵn sàng đóng thuế để hỗ trợ đào tạo cao học. Có lẽ cũng có thể tìm được các ví dụ tương tự từ các nước khác và cũng như cho các khoản chi tiêu phúc lợi khác nữa.

đặt ra, dưới sự giám sát của Nhà nước và của xã hội dân sự. Nhà nước phải đóng góp bằng các tài nguyên kinh tế của mình trong những trường hợp cần thiết, không thể tránh khỏi phải làm như vậy.

Khoa học kinh tế đã làm rõ một cách thích đáng các trường hợp khác nhau của khuyết tật thị trường (market failure).[21] Khi thị trường tỏ ra khuyết tật thì có lí do xác đáng cho việc can thiệp tích cực của nhà nước, với điều kiện là không có lí do để sợ rằng hoạt động nhà nước sẽ dẫn đến khuyết tật lớn hơn. Lí thuyết *public choice* (lựa chọn công cộng) và những nghiên cứu về bộ máy quan liêu[22] lí giải các khuyết tật khác nhau của hoạt động nhà nước và những hệ quả của chúng. Nhưng trong nhiều trường hợp thật là nan giải để xác định liệu khả năng (xác suất) của khuyết tật thị trường và khuyết tật chính quyền là bao nhiêu, và giá trị kì vọng* của thiệt hại do chúng gây ra là bao nhiêu. Ngay chỉ vì lí do này thôi nên cuốn sách này để ngỏ vấn đề: tỉ lệ của phần khu vực phúc lợi thuộc sở hữu nhà nước và chịu sự kiểm soát trực tiếp của Nhà nước là bao nhiêu. Trong trường hợp dân chúng thể hiện nguyện vọng của mình thông qua quá trình chính trị rằng: ngân sách nhà nước vẫn sẽ tài trợ một số cho y tế hay các dịch vụ phúc lợi khác, rằng một số bệnh viện nào đó vẫn thuộc sở hữu nhà nước, hãy có nhà dưỡng lão nhà nước, v.v., và đảm nhận gánh nặng thuế để duy trì chúng - thì phải tôn trọng

---

[21] Tại đây và ở những phần sau của cuốn sách cũng sẽ còn xuất hiện thuật ngữ khuyết tật thị trường (market failure). Kinh tế học đã làm rõ về mặt lí thuyết rằng trong những cấu hình xác định nào của các tác nhân tham gia thị trường và của môi trường của họ thì khuyết tật thị trường sẽ xảy ra. Nó không khẳng định rằng trong những trường hợp như vậy thì thị trường không hoạt động được, tức là không thể thực hiện được các chức năng điều phối của nó. Điều đó (khuyết tật thị trường) thuần tuý chỉ có nghĩa là: nó không có khả năng thực hiện cũng tốt như trong các điều kiện thuận lợi hơn xét theo quan điểm hoạt động của thị trường (trước tiên là so với tình trạng của cái gọi là "cạnh tranh hoàn hảo"). Tình hình khác nhau tạo ra các khuyết tật thị trường khác nhau. Về lí thuyết khuyết tật thị trường cho đến ngày nay công trình tổng quan tốt nhất vẫn là bài báo của Francis Bator (1958). Xem thêm Stiglitz (1986).

[22] Xem Buchanan and Tullock (1962), Tullock (1965), Niskanen (1971).

* Giá trị kì vọng của một biến số (xác suất) T (thiệt hại) được định nghĩa như sau: T_i xuất hiện với sác xuất P_i với i= 1, 2, . . . n, thì giá trị kì vọng của T là: $T_1P_1 + T_2P_2 + \ldots + T_nP_n$, hay nói cách khác là bình quân gia quyền của các giá trị của T với trọng số là các xác suất tương ứng.

nguyện vọng này. Nhận xét với ràng buộc sau cùng ("đảm nhận gánh nặng thuế") dẫn đến nguyên lí sau về sự minh bạch.

Nguyên lí 6 (tính minh bạch): *Để cho quan hệ giữa cung ứng dịch vụ phúc lợi của Nhà nước và gánh nặng thuế tương ứng trở nên rõ ràng, minh bạch đối với công dân. Thảo luận, tranh luận công khai với đầy đủ thông tin phải đi trước các quyết định về các biện pháp thực tiễn của cải cách. Các chính khách và các đảng hãy nói thật rõ ràng họ muốn thực hiện chính sách phúc lợi nào, và để thực hiện chính sách đó họ lấy nguồn tài chính nào.*

Yêu cầu về tính minh bạch phân ra làm nhiều phần. Câu đầu tiên được cảm hứng bởi sự phát hiện của một vấn đề nghiêm trọng: công dân không nhìn nhận rõ ràng rằng gánh nặng tài chính của các dịch vụ của Nhà nước phúc lợi nói chung, và của khu vực y tế được tài trợ bởi Nhà nước nói riêng, do chính họ, những người đóng thuế gánh chịu. Những hiểu biết liên quan đến quan hệ giữa thuế và chi tiêu của Nhà nước ở mọi nơi trên thế giới đều khá mơ hồ và bị méo mó. Nhưng những ảo tưởng tài chính thì chẳng ở đâu lại cực đoan như ở các xã hội hậu xã hội chủ nghĩa. Tại đó qua hàng nhiều thập kỉ họ nhồi nhét vào đầu óc dân chúng rằng: y tế hay giáo dục là "miễn phí".[23] Sự chống đối lại cải cách hướng tới phi tập trung hoá sẽ giảm đi rất nhiều, nếu công dân hiểu rằng, người đóng thuế là người chịu mọi gánh nặng chi phí của tất cả các dịch vụ nhà nước, và họ cảm nhận được độ lớn của các gánh nặng này.

Rốt cuộc thì cuối cùng vẫn là toàn bộ công dân phải trả các chi phí về phúc lợi. Thế nhưng, giữa những khuôn khổ của dân chủ chính trị, công dân, thông qua quá trình chính trị, có thể lựa

[23] Trong quá trình nghiên cứu dư luận ở Hungary đã được nhiều lần nhắc tới ở trước (Csontos, Kornai and Tóth 1988) mới tỏ ra rằng, thí dụ về đánh giá gánh nặng thuế do cung cấp y tế "miễn phí" của Nhà nước là bao nhiêu, thì chỉ có một phần năm số người trả lời biết ước lượng với độ sai sót dưới ± 25 phần trăm; đánh giá ước lượng của những người khác sai nghiêm trọng hơn hay không hề biết trả lời thế nào với câu hỏi này.

chọn giữa hai cách chi trả. Một là thông qua kênh "thuế do người đóng thuế nộp → ngân sách nhà nước → dịch vụ phúc lợi nhà nước". Cách khác thì trực tiếp hơn "phí bảo hiểm do hộ gia đình đóng → hãng bảo hiểm → dịch vụ phúc lợi do hãng bảo hiểm chi trả".

Điều này dẫn đến các nhân tố thứ hai và thứ ba của nguyên lí 6: tức là đến sự cần thiết của tranh luận và đến đòi hỏi tính minh bạch của các lựa chọn chính trị. Trong thực tế, các đảng phái thường không bày tỏ rõ ràng những suy nghĩ của họ liên quan đến khu vực phúc lợi trước cử tri. Có thể là do họ chưa suy ngẫm thấu đáo, hay do muốn che dấu những ý định của họ trước cử tri.[24] Bởi vì chương này không nằm trong lĩnh vực của chính trị kinh tế học thực chứng hay của lí thuyết *public choice*; nó không bàn luận tại sao lại như vậy, và nói chung có thể thay đổi được không. Phù hợp với tính chất chuẩn tắc, nó đưa ra các đòi hỏi. Nguyên lí 6 dành cho "cái tôi" thiện của tất cả các chính trị gia: nếu họ muốn là người tử tế đối với cử tri của mình, thì hãy nói một cách ngay thẳng xem họ muốn làm gì đối với các vấn đề lương hưu, về y tế và các dịch vụ phúc lợi khác. Nó cũng dành cho các học giả nghiên cứu vấn đề này giống như chúng tôi. Chúng tôi chẳng hề có bất kể lợi ích nào để gắng lấy lòng dân chúng, chúng tôi không ra tranh cử một địa vị chính trị được bầu nào. Nghĩa vụ của chúng tôi là phải vạch rõ: lợi ích và chi phí xã hội của mỗi dự kiến lựa chọn liên quan đến khu vực phúc lợi là gì? Và cuối cùng nguyên lí 6 dành cho chính công dân. Họ phải cố sàng lọc ra từ các cuộc tranh luận, từ các tuyên bố của các nhà chính trị, từ cương lĩnh của các đảng để tìm ra ý định thực sự của họ liên quan đến khu vực phúc lợi, chú ý đến chúng khi bỏ lá phiếu của mình.

---

[24] Sự bỏ qua hoàn toàn nguyên lí 6 là một điểm thuộc cốt lõi của hệ thống xã hội chủ nghĩa. Chế độ nhà nước dân chủ là một bước tiến lớn *so với hệ thống cũ này*. Nhưng chúng ta không thể có những ảo tưởng trong việc xét xem sự thực hành thực tế của dân chủ nghị viện tuân thủ nguyên lí này đến mức nào.

Không chỉ việc làm rõ ý định, mà cả việc quyết định bỏ phiếu cũng là rất nan giải trong mối quan hệ này đối với cử tri. Cuối cùng, khi công dân bỏ phiếu ủng hộ một đảng hay một chính trị gia nào đó, thì là họ lựa chọn giữa các "gói" chính sách. Có thể là, khi chọn A đối lại với B thì buộc phải bỏ qua rằng, thực ra cương lĩnh về phúc lợi của B có thiện cảm hơn của A - mặc dù vậy vẫn quyết định ủng hộ A vì đánh giá cương lĩnh của A về chính sách kinh tế, về tư pháp, về chính sách đối ngoại, v.v. là thuận lợi hơn của B.[25]

Chính những khó khăn này lại một lần nữa lí giải ủng hộ các nguyên lí 1, 3 và 5: phải thu hẹp tập hợp của các dịch vụ phúc lợi, mà sự điều chỉnh chúng được tiến hành thông qua quá trình chính trị.

Nguyên lí 7 (nhu cầu về thời gian của chương trình): *Cần phải có thời gian để cho các định chế mới của khu vực phúc lợi tiến hoá và để cho công dân thích nghi.*

Trong khu vực phúc lợi được cải cách sẽ có nhiều định chế hoạt động, mà chúng không được biết đến trong hệ thống xã hội chủ nghĩa. Một số là các tổ chức mới được hình thành, thí dụ như các phòng khám, các bệnh viện, các nhà trẻ thuộc sở hữu tư nhân, hay các định chế hưu bổng phi nhà nước. Những cái khác được hình thành từ sự thay đổi hình thức sở hữu của các tổ chức nhà nước -thí dụ, nếu một nhóm bác sĩ điều hành một phòng khám nào đó của một bệnh viện công trong khuôn khổ một thoả thuận thuê phòng khám đó. Các tín đồ của cải cách, theo quan điểm của chúng tôi, không thể giao phó sự phát triển này chỉ riêng cho sự tự phát bởi nhiều lí do. Để thiết lập các định chế mới và để thay đổi các tổ chức cũ cần đến sự chuẩn bị chu đáo các quy

[25] Vượt quá phạm vi của cuốn sách này là đi thảo luận liệu hệ thống trưng cầu dân ý liên quan đến các luật quan trọng hơn có giảm bớt khó khăn này đến mức nào. Trừ một vài nước, phần lớn các hiến pháp dân chủ chỉ đưa ra trưng cầu dân ý bằng cách bỏ phiếu về quyết định chính trị trong trường hợp đặc biệt.

định mới, và sau đó thông qua quốc hội hay các tổ chức lập pháp địa phương để biến chúng thành luật hay hợp pháp hoá chúng. Nhiều tổ chức mới sẽ được hình thành theo sáng kiến của các cơ quan chính phủ. Trong một số trường hợp sẽ cần đến áp lực chính trị để khởi động quá trình thay đổi. Cũng có thể nói thêm rằng, theo định nghĩa, sự thay đổi vai trò của nhà nước phúc lợi chỉ có thể xảy ra với sự tham gia của nhà nước. Mặc dù, trong quá trình tiến hoá-phát triển của các định chế, vai trò của sự thay đổi tự phát là rất quan trọng, song cuốn sách này không ủng hộ hình mẫu cải cách chỉ dựa trên cơ sở những thay đổi tự phát.[26]

Đồng thời chúng tôi cũng phản đối việc cưỡng ép thực hiện mau chóng nhất cải cách nhà nước phúc lợi bằng mọi giá. Có những tình huống khủng hoảng mà một Chính phủ buộc phải tiến hành chương trình kinh tế có mục đích điều chỉnh, đau đớn và không được lòng dân. Có thể là một chương trình như vậy cũng có thể bao gồm một vài mục đòi hỏi phải giảm nhanh chi tiêu phúc lợi của ngân sách nhà nước. Đây là một chuyện, còn cải cách tổng thể khu vực phúc lợi lại là chuyện khác. Công việc sau không phải là việc chữa cháy tài chính, mà là sự thay đổi sâu sắc của xã hội, điều không được phép tiến hành nhanh đến kiệt sức. Cần phải có đủ thời gian để chuẩn bị chương trình một cách thấu đáo và để nhận được sự ủng hộ chính trị.

Vấn đề ủng hộ chính trị đã được điểm qua khi thảo luận nguyên lí 6. Dân chúng càng hiểu kĩ hơn bao nhiêu cả về chi phí xã hội lẫn về những lợi thế của cải cách, thì họ càng sẵn sàng ủng hộ hơn bấy nhiêu. Khi có thể, phải dành thời gian để công dân thích ứng với tình hình mới. Ngay khi thảo luận nguyên lí 2 chúng ta đã điểm qua vấn đề của *mức độ thích nghi*. Các nhà cải cách phải chứng tỏ sự nhìn nhận tỉnh táo và sự thông cảm mang tình người, bởi vì khả năng thích ứng của dân chúng không giống nhau.

[26] Những nhận xét này phù hợp với lí thuyết đổi mới định chế và với quan niệm tiến hoá của những biến đổi định chế kinh tế. Xem Davis and North (1971) và North (1990).

Có thể làm bớt đi sự chịu đựng do thay đổi gây ra, và đồng thời khuyến khích người ta thích ứng, nếu những người bị thiệt hại do cải cách nhận được sự trợ giúp - trong trường hợp những khả năng kinh tế cho phép. Tuy vậy, sự trợ giúp không có giới hạn thời gian chỉ có thể cho những người thực sự không có khả năng thích ứng. Đối với tất cả những người khác sự trợ giúp chỉ cho giai đoạn *tạm thời*. (Thí dụ một sự bồi thường tạm thời cho những người cần giúp đỡ khi xoá bỏ một khoản trợ giá). Các cá nhân có một thời gian hạn định, nhưng họ phải biết rằng, họ buộc phải thích nghi với tình thế mới khi thời hạn đó hết.

Những tỉ lệ phân bổ mong muốn

Nguyên lí 8 (tăng trưởng hài hoà): *Hãy có những tỉ lệ hài hoà giữa các nguồn lực dùng cho các khoản đầu tư phục vụ trực tiếp cho tăng trưởng nhanh và các khoản chi cho hoạt động và phát triển của khu vực phúc lợi.*

Xuất hiện hai lập trường cực đoan trong các cuộc tranh luận về cải cách phúc lợi. Một lập trường chỉ nhấn mạnh một cách phiến diện đến những thiệt hại đi cùng với quá độ, và không chịu suy nghĩ kĩ càng: công cụ quan trọng và hữu hiệu nhất để khắc phục những khó khăn hiện thời là sự tăng trưởng kinh tế bền vững. Bất luận điều này là tầm thường và quá hiển nhiên đối với một nhà kinh tế, nó vẫn thường xuyên biến mất trong con mắt của những người kiên định bảo vệ hiện trạng, *status quo*, của khu vực phúc lợi. Lắm lúc họ bác bỏ một cách khinh bỉ lập luận kinh tế sơ đẳng là: nếu không có đủ đầu tư tạo ra tăng trưởng bền vững và tương đối nhanh, thì chẳng bao giờ mức sống của phần lớn dân cư trong khu vực hậu xã hội chủ nghĩa có thể được tăng lên ít nhất đến mức trung bình hiện thời của Phương Tây.

Ngược lại lập trường cực đoan khác lại đơn phương phá bỏ cân bằng giữa các chi tiêu phúc lợi và các khoản đầu tư phục vụ

trực tiếp cho tăng trưởng nhanh, có hại cho cái trước và chỉ chú tâm cho cái sau. Khảo sát thống kê ở nhiều nước cho thấy ở tầm dài hạn, nhịp độ tăng trưởng kinh tế nhanh nhất trong các nước Đông nam Á, các nước chi tiêu tương đối ít cho các dịch vụ phúc lợi. Các tác giả, hoặc là để độc giả Đông Âu tự rút ra kết luận, hoặc là nói toẹt ra rằng: muốn đuổi kịp Phương Tây ư? hãy theo mô hình Đông nam Á.

Sự thần thánh hoá tăng trưởng này đối với tác giả thứ nhất, một thành viên của thế hệ lớn tuổi, nghe rất quen thuộc. Một khẩu hiệu chính của chính sách kinh tế thời Stalin-Khruchev là: "Hãy nhanh chóng đuổi kịp các nước tư bản phát triển". Sự thần thánh hoá tăng trưởng đã dẫn đến áp dụng chiến lược tăng trưởng ép buộc, và hậu quả của nó dẫn đến một cơ cấu méo mó của nền kinh tế. Cơ cấu méo mó này, ngoài những thứ khác, còn bao gồm cả sự không đếm xỉa đến nhu cầu phúc lợi trực tiếp của dân chúng.[27] Loại định kiến phiến diện này đã dẫn đến những tai hoạ nghiêm trọng trong nội bộ hệ thống xã hội chủ nghĩa, mà hậu quả của chúng đến tận ngày nay vẫn chưa vượt qua được. Thật đáng tiếc nếu lặp lại điều này từ đầu.

Nếu cơ sở của so sánh quốc tế không phải là quan hệ giữa chi tiêu phúc lợi và *nhịp độ* tăng trưởng, mà là khảo sát mối quan hệ giữa các chi tiêu phúc lợi và *mức độ* phát triển kinh tế, thì sẽ có thể rút ra những kết luận khác. Trong mức độ mà một nước tiến lên trong phát triển kinh tế, thì các khoản chi phí của Nhà nước cho y tế, giáo dục, văn hoá, chăm sóc người già và trẻ em cũng tăng lên với mức độ ấy. Mối quan hệ không phải là tất định, bởi vì còn nhiều yếu tố khác cũng có ảnh hưởng: cục diện chính trị của các Chính phủ, những truyền thống văn hoá của đất nước, v. v. Mặc dầu vậy, tồn tại một quan hệ đáng kể giữa mức độ phát triển kinh tế chung và các khoản chi tiêu phúc lợi nhân

[27] Công trình được xuất bản gần ba mươi năm trước " Rush versus Harmonic Growth: Nóng vội đối lại với Tăng trưởng hài hoà" (Kornai 1972) đã lập luận chống lại sự thần thánh hoá tăng trưởng này.

đạo của Chính phủ. Điều này được minh hoạ bằng thí dụ của chi lương hưu của 92 nước trong *Hình 2.2*. (Quan hệ giữa chi tiêu y tế và phát triển kinh tế sẽ được thảo luận ở chương 5).

Sự lệch khỏi khoản chi tiêu mong muốn về phúc lợi của Chính phủ với mức độ phát triển cho trước có thể xảy ra ở cả hai hướng, hoặc là chi tiêu quá ít hoặc là chi tiêu quá nhiều. Một số nước xã hội chủ nghĩa đã để chi tiêu phúc lợi sống quá xa, trong giai đoạn sau của phát triển kinh tế, như là một sự đền bù quá mức cho những việc làm quá đáng của thời kì Stalinist. Do sự thôi thúc của tư tưởng gia trưởng, và để làm yên lòng dân chúng Nhà nước đã đảm nhiệm nghĩa vụ phúc lợi cao hơn mức mà các nguồn lực sẵn có cho phép. Liên quan đến hệ thống hưu trí, điều này chắc có thể nói đối với các nước Bungary, Cộng hoà Czeck, Ba Lan, Hungary và Slovakia. Khẳng định này không chỉ đúng với những cam kết bằng văn bản của Nhà nước, mà cả ở sự thực hiện chúng.*

Nhất thiết cần phải khôi phục tỉ lệ cân đối. Phải tiếp cận vấn đề này từ hai phía: phải giảm các cam kết của Nhà nước và giảm các quyền đòi hưởng với Nhà nước, và đồng thời phải thúc đẩy tăng trưởng kinh tế. Điều này sẽ tạo khả năng tăng liên tục mức tuyệt đối của chi tiêu phúc lợi, gắn với sự giảm tỉ trọng tương đối của nó. Chúng tôi không dám đưa ra các quy tắc vàng định lượng liên quan đến tỉ lệ hài hoà. Suy ngẫm lại đề tài này là một nhiệm vụ nghiên cứu lí thú trong khía cạnh chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa. Nguyên lí 8, tuy ngay cả khi chưa cho ta một chỗ bấu víu nào về mặt định lượng, thì ít nhất cũng là lời cảnh cáo nghiêm túc đối lại với những sự bóp méo lộ liễu và các khẩu hiệu chính trị giả dối.

Tại đây phải dẫn chiếu lại tới nguyên lí 1. Ngoài những lí do khác, có một lí do nữa giải thích sở dĩ cần phải trao cho cá nhân sự lựa chọn kinh tế ở mức độ lớn hơn, là rất đáng ngờ liệu các

* Chính vì thế mà tác giả thứ nhất đã gọi các nước này là những "Nhà nước phúc lợi đẻ non" trong một công trình trước đây của ông. xem Kornai (1992).

nhà lập kế hoạch tập trung ở trung ương có khả năng quyết định đúng đắn về các tỉ lệ cân đối thiết yếu này không. Phải chăng sở dĩ Nhà nước cần can thiệp vào các tỉ lệ phân bổ chính, để "bảo vệ" sự nghiệp y tế hay giáo dục chống lại các quyết định của các hộ gia đình, bởi vì họ chi tiêu quá nhiều cho đầu tư hoặc cho bộ máy quan liêu? Chúng tôi chẳng mấy tin rằng có nguy cơ này. Ngược lại, có thể tính hơn đến khả năng là, tổng hợp hệ quả của những quyết định cá nhân này ở mức quốc gia sẽ lại tỏ ra rằng: với những lựa chọn phân tán và tự nguyện, xã hội tiêu nhiều hơn cho việc bảo vệ sức khoẻ, cho giáo dục, cho các dịch vụ phúc lợi khác, so với mức mà nhà kế hoạch trung ương dành cho các mục đích này.[28]

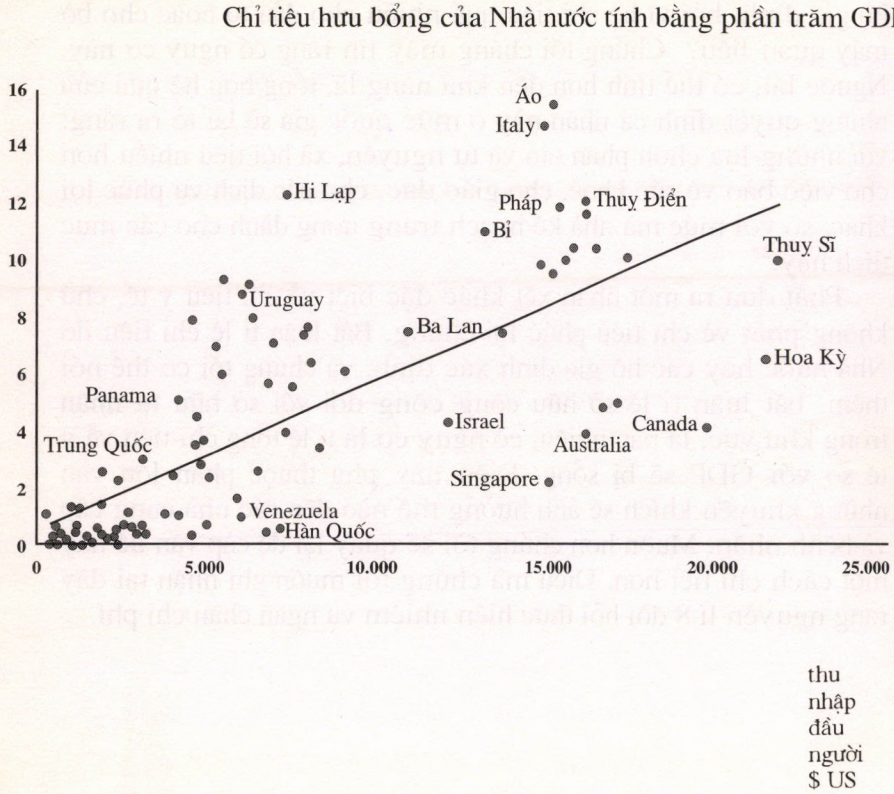
Phải đưa ra một nhận xét khác đặc biệt về chi tiêu y tế, chứ không phải về chi tiêu phúc lợi chung. Bất luận tỉ lệ chi tiêu do Nhà nước hay các hộ gia đình xác định, và chúng tôi có thể nói thêm, bất luận tỉ lệ sở hữu công cộng đối với sở hữu tư nhân trong khu vực, là bao nhiêu, có nguy cơ là tỉ lệ tổng chi tiêu về y tế so với GDP sẽ bị sống. Điều này phụ thuộc phần lớn vào những khuyến khích sẽ ảnh hưởng thế nào đến các nhà cung cấp và bệnh nhân. Muộn hơn chúng tôi sẽ quay lại đề cập vấn đề này một cách chi tiết hơn. Điều mà chúng tôi muốn ghi nhận tại đây rằng nguyên lí 8 đòi hỏi thực hiện nhiệm vụ ngăn chặn chi phí.

---

[28] Kinh nghiệm lịch sử của hệ thống xã hội chủ nghĩa dường như minh chứng cho điều này. Chính sách kinh tế Stalinist đảm bảo bằng bàn tay sắt rằng, Nhà nước đừng tiêu "quá nhiều" cho bệnh viện, nhà ở, v.v. Thay vào đó tập trung nguồn lực cho phát triển công nghiệp nặng, cho tăng cường sức mạnh quân sự.

Lập luận này cũng có thể làm rõ trong bối cảnh OECD. Hoa Kì với hệ thống quyết định vấn đề này ở mức phân tán nhất, chính là nước OECD dành tỉ lệ GDP cao nhất cho chăm sóc sức khoẻ. Vương quốc Anh, với Cơ quan Y tế Quốc gia (National Health Service) tập trung hoá cao, được Chính phủ kiểm soát và tài trợ bởi thuế, dành cho y tế tỉ lệ thấp hơn nhiều.

Hình 2.2 *Mối quan hệ giữa thu nhập đầu người và chi lương hưu của nhà nước*



Nguồn: World Bank (1994: 42)

Ghi chú: Do chật chỗ nên tên của các nước không được ghi đầy đủ gắn với số liệu. Hình này nêu các số liệu đo được trong một số giai đoạn trong khoảng 1986-1992 của 92 nước.

Nguyên lí 9 (tài trợ có thể duy trì được): *Ngân sách Nhà nước phải có năng lực tài trợ liên tục việc thực hiện các nghĩa vụ cam kết của Nhà nước.*

Trong khi nguyên lí 8 liên quan đến các tỉ lệ mong muốn của các nguồn lực thực tế, nguyên lí này chỉ ra các khía cạnh tài chính. Bất luận yêu cầu này là hiển nhiên và được hiểu một cách đương nhiên, song chính sự vi phạm nguyên lí này đã chấm dứt việc coi Nhà nước phúc lợi như một điều "cấm kị" ở hàng loạt nước.

Nhiều nền kinh tế, bao gồm hầu như tất cả các nước hậu xã hội chủ nghĩa, bị thâm hụt ngân sách đáng kể. Nơi mà hệ thống ngân sách đánh dấu một cách rõ ràng các khoản thu để đảm bảo cho một số khoản chi tiêu phúc lợi nhất định, thì ở đó -ít nhất là một phần- có thể bắt quả tang sự thâm hụt ngân sách trong một số ngành của khu vực phúc lợi. Điều này đã xảy ra, hay theo các tính toán sẽ bùng nổ không sớm thì muộn. Ngay ở các nước này trong các ngành khác của khu vực phúc lợi, còn ở các nước khác thì là trong toàn bộ khu vực phúc lợi, các nguồn tài chính cho phúc lợi không được phân biệt (không được đánh dấu) khỏi các nguồn thu ngân sách đảm bảo cho các khoản chi khác. Người ta lấy các khoản thu thuế chung để chi cho các khoản chi phúc lợi của Nhà nước, và vì vậy rất khó xác định vai trò tương đối của các khoản chi phúc lợi trong toàn bộ thâm hụt ngân sách.

Cuốn sách không đi phân tích cụ thể những nguyên nhân khác nhau của thâm hụt ngân sách, ở các thời kì khác nhau hay ở các nước khác nhau. Trong mọi trường hợp thật đáng lưu ý tới những tính toán mà chúng chỉ ra rằng: những nghĩa vụ cam kết về phúc lợi được một vài nước đưa vào luật - coi tất cả các điều kiện khác không đổi, và có chú ý tới sự phát triển kinh tế có thể đạt được cũng như sự phát triển dân số - không sớm thì muộn sẽ trở thành không sao chịu đựng nổi. Các hệ thống y tế nhà nước bị áp lực mạnh từ phía cầu, không sớm thì muộn sẽ không thể tài trợ được. Việc các chuyên gia dự đoán khi nào sẽ vấp phải giới

hạn của khả năng chi trả là khác nhau ở từng nước. Trong một vài trường hợp có thể lấp lỗ hổng này bằng tăng thuế, trong những trường hợp khác lại không thể. Đây một phần là vấn đề kinh tế (gánh nặng thuế lớn hơn sẽ có tác động kích thích xấu và ngăn cản đầu tư), còn một phần là vấn đề chính trị (không được lòng dân do tăng thuế đối nghịch với tâm trạng dân chúng xấu do giảm chi tiêu phúc lợi). Kết quả cuối cùng dường như là, trong hầu hết các nước hậu xã hội chủ nghĩa đòi hỏi cải thiện cân bằng tài chính sớm muộn cũng buộc phải giảm các chi tiêu phúc lợi nhà nước.

Tuy các nguyên lí 8 và 9 được thảo luận sau cùng, chúng không kém phần quan trọng như các nguyên lí 3-7 liên quan đến các tính chất mong muốn của các định chế và cơ chế. Chúng tôi cho rằng không thể chấp nhận được loại phân vai đã hình thành trong các cuộc tranh luận về cải cách khu vực phúc lợi. Lúc này chúng tôi chỉ nhắc đến các cuộc thảo luận trong giới hàn lâm. "Những người bảo vệ Nhà nước phúc lợi" phơi trần sự đớn đau của những người nghèo khổ, của những người trong tình trạng bất lợi một cách xác đáng với tính bi kịch; nhưng họ lại phẩy tay ngạo mạn khi ai đó đặt vấn đề yêu cầu tỉ lệ cân đối kinh tế. Đấy không phải việc của họ. Đó chỉ là các quan điểm "tài chính" hẹp hòi; con người đồng cảm không đáng bàn đến chúng. Còn ở phía bên kia, thì là lập luận kinh tế tràng giang đại hải, tuy ở mức một đoạn ngắn họ công nhận "phải thiết lập mạng lưới bảo vệ về mặt xã hội", nhưng họ không suy nghĩ thấu đáo tất cả những hệ quả xã hội của các hệ thống quy tắc mà họ kiến nghị. Cả hai phe đều tránh dùng những cân nhắc đạo đức để trụ đỡ cho các lập trường của mình. Chúng tôi cảm thấy, đã đến lúc, chúng ta phải tự bắt buộc chính mình, và buộc lẫn nhau với một cách nhìn tổng hợp: chẳng phía nào có quyền chỉ đại diện cho các tiêu chuẩn "xã hội" hay các lập luận "kinh tế".

Những nhận xét kết thúc

Việc điểm qua các nguyên lí 1 đến 9 còn để ngỏ nhiều vấn đề quan trọng, mà việc thảo luận chúng sẽ vượt quá khuôn khổ của cuốn sách này. Cần phải khảo sát lí thuyết thêm, xem liệu các nguyên lí khác nhau có thể dung hoà với nhau đến mức nào, cũng như liệu quan hệ *đánh đổi*, *trade off*, có tồn tại giữa các cặp nguyên lí hay giữa các nhóm nguyên lí hay không.* Thí dụ nguyên lí 1 (tự do và trách nhiệm cá nhân) và nguyên lí 5 (trách nhiệm của Nhà nước) không phải là không thể dung hoà nhau, tuy vậy nhiển nhiên là, càng thực hiện thứ này triệt để hơn, thì thứ kia càng bị hạn chế hơn.

Với việc đánh đổi, *trade off*, như vậy và tương tự, thì chẳng có cân nhắc lí thuyết sơ bộ nào có thể thay thế được sự lựa chọn cụ thể đầy trách nhiệm trong mỗi quyết định. Đã được nhắc tới trong quan hệ các nguyên lí đạo đức 1 và 2 khi chúng mâu thuẫn nhau. Hãy để chúng tôi nhắc lại lời cảnh báo ở đây cho cả tập hợp của chín nguyên lí. Như Victor R. Fuchs, một trong những lí thuyết gia hàng đầu về kinh tế học y tế Hoa Kì, diễn tả một cách súc tích, "Những lựa chọn khó nhất trong đời không phải là những lựa chọn phải đưa ra giữa cái tốt và cái xấu. Những lựa chọn khó nhất là những cái buộc phải quyết định giữa cái tốt và cái tốt" (Fuchs 1998:216). Fuchs tiếp tục bằng cách trích dẫn Isaiah Berlin, "Nhu cầu lựa chọn, hi sinh một số giá trị cơ bản cho những cái khác, hoá ra là một đặc tính thường xuyên của sự khó xử của con người" (Berlin 1969).

Tuy thế, chúng tôi vẫn hi vọng rằng, việc xem xét có trật tự các nguyên lí không phải uổng phí. Sự sắp xếp và liệt kê tổng hợp các nguyên lí, như được nhắc tới trước đây trong chương này: phải là lời nhắc nhở, là *memento*; là danh mục ghi nhớ; là danh mục kiểm tra -*checklist*, để đừng quên nguyên lí nào cả khi

* Thuật ngữ tiếng Anh "trade off" được dịch ra là "đánh đổi". Nghĩa của nó là: từ bỏ một lợi thế hay lợi ích vì (đánh đổi lấy) lợi thế hay lợi ích khác.

chuẩn bị, đánh giá các chương trình thực tiễn, các luật và các quy chế khác, cũng như sau đó khi đưa chúng vào cuộc sống. Ngay cả trong trường hợp, khi những người ra quyết định đành buộc phải có thoả hiệp liên quan đến nguyên lí nào đó, thì hãy ý thức về nó, hãy trăn trở với lương tâm mình và với cái đầu tỉnh táo của mình trước khi chấp nhận thoả hiệp. Những người, thực sự coi các nguyên lí được kiến nghị ở đây là của mình, sẽ thận trọng tự kiềm chế khỏi thực hiện một nguyên lí nào đó một cách cực đoan, nếu nó xung khắc với một nguyên lí khác.

Có thể đưa ra sự phản đối đề tài của chương này. Có thể lập luận rằng phạm vi của cải cách đã được xác định trong tất cả các nước hậu xã hội chủ nghĩa. Nó bị giới hạn bởi những hoàn cảnh kinh tế và chính trị, mà chúng rốt cuộc quy định loại cải cách nào có thể được tiến hành. Các nhà cải cách, nếu thực sự muốn đấu tranh vì những ý tưởng của mình, sẽ buộc phải thoả hiệp. Có lẽ họ buộc phải thao túng dư luận. Việc đi công bố, một cách rõ ràng không thể hiểu lầm, những nguyên tắc mà họ theo đuổi, cũng như những ý định của họ và những hậu quả của việc thực hiện chúng, không phải luôn luôn phục vụ cho mục đích của họ.

Số phận của cải cách cuối cùng cũng được quyết định trên vũ đài chính trị. Một nhiệm vụ, mà chúng tôi cho là quan trọng, của nghiên cứu hàn lâm là khảo sát những khả năng của cải cách phúc lợi từ góc độ chính trị kinh tế học.[29] Phần còn lại của cuốn sách chứa nhiều dẫn chiếu đến các điều kiện chính trị đối với cải cách trong khu vực y tế. Tuy vậy, chúng tôi hi vọng sẽ tỏ ra hữu ích khi tiếp cận vấn đề từ phía ngược lại, như cách tiếp cận bổ sung cho nghiên cứu thực chứng. Xuất phát từ hiện trạng ban đầu, câu hỏi đặt ra không chỉ đơn giản là, bước tiếp theo có thể và phải làm là gì và làm ra sao? Mà câu hỏi, thực ra chúng ta

[29] Về các quan điểm chính trị kinh tế học liên quan đến cải cách khu vực phúc lợi và/hoặc cắt giảm các khoản chuyển giao mang tính xã hội của Nhà nước, xem Lindbeck *et al.* (1994) và Lindbeck (1996, 1997) về kinh nghiệm của Thuỵ Điển, cũng như công trình của Nelson (1992) phân tích các vấn đề liên quan của một số nước Châu Mĩ Latin, Châu Á và Châu Phi. Hausner (2001) và Nelson (2001) thảo luận cải cách nhà nước phúc lợi xảy ra ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa với Hungary và Ba Lan là các thí dụ chính.

muốn tiến tới đâu, cũng là câu hỏi sống còn. Đặc biệt với khu vực phúc lợi, càng đáng suy nghĩ cân nhắc về *trạng thái cuối mong muốn*.

Chín nguyên lí nêu ở đây không gắn với một Đảng cá biệt nào trong khu vực hậu xã hội chủ nghĩa Đông Âu. Chúng không thể xếp vào các ngăn hộp quen thuộc được. Chúng không phải thuộc "cánh tả", cũng chẳng thuộc "cánh hữu", hoặc theo cách nói của Mĩ, chúng cũng chẳng phù hợp với những tư tưởng "tự do" hay "bảo thủ" truyền thống. Chúng không dính dáng gì đến trào lưu trước đây của phái dân chủ xã hội coi sứ mạng quan trọng nhất là thiết lập Nhà nước *phúc lợi* hoàn thiện nhất có thể, và trào lưu này phải chịu trách nhiệm lịch sử về sự theo đuổi thực hiện quá đáng ý định đó của họ. Cuốn sách này cũng tách mình ra khỏi những kẻ cấp tiến phá bỏ tàn nhẫn những thành quả của Nhà nước phúc lợi, tách khỏi những nhà tư tưởng có định kiến một cách không phê phán, chỉ hướng về thị trường mà coi nhẹ vai trò của Nhà nước. Tổ hợp của chín nguyên lí đại diện cho lập trường "ôn hoà" riêng, nó - tuy tách mình ra khỏi cả cánh tả lẫn cánh hữu truyền thống- lại lấy từ cả hai một số lí lẽ và kiến nghị đáng chấp nhận. Đây chẳng phải là sự khéo léo, láu cá; ý định không phải là chúng tôi viết ra nhằm lấy lòng của cả hai. Chính nó lại chẳng quay ra hại mình, khi tỏ ra rằng, chả cánh nào thích cả. Chúng tôi tập hợp chín nguyên lí trên với niềm tin rằng, chúng cùng nhau tạo thành một thể hữu cơ thống nhất.

Tầm trí tuệ đứng sau cuốn sách này giống như của nhiều tác giả khác, cả trong cuộc sống chính trị lẫn học thuật. Có lẽ không sớm, khi khẳng định rằng, đây là một trào lưu tư tưởng quốc tế, tuy nó vẫn chưa tìm được tên gọi mô tả đúng thế giới quan của riêng mình. Nó không tìm con đường thứ ba giữa chủ nghĩa cộng sản và chủ nghĩa tư bản. Nó đứng cả hai chân một cách vững chắc trên mảnh đất tư bản chủ nghĩa. Thế nhưng nó mong muốn, không phải chỉ bằng những ước vọng, suy tưởng, mà bằng việc

thiết lập các định chế phù hợp, để cho chủ nghĩa tư bản không chỉ có khuôn mặt người, mà còn có cả nhân tâm và lí trí. Nó muốn dựa mạnh mẽ hơn nhiều vào trách nhiệm cá nhân, vào thị trường, vào cạnh tranh, vào sở hữu tư nhân, vào động cơ lợi nhuận, và bác bỏ một cách cương quyết hơn nhiều sự quan liêu tràn lan và sự tập trung hoá, so với dân chủ xã hội kiểu cũ. Đồng thời nó cũng không chấp nhận bất kể biến thể Đông Âu nào của Chủ nghĩa Bảo thủ cực đoan. Nó mong muốn thực hiện nguyên lí đoàn kết không chỉ bằng con đường từ thiện cá nhân, mà cũng sẵn sàng chấp nhận, trong những giới hạn nhất định, sự tái phân phối của Nhà nước cho mục đích này. Nó không có những ảo tưởng liên quan đến thị trường và cũng không từ bỏ mọi can thiệp của Nhà nước một cách không có lựa chọn.

Tiến trình lịch sử của những thập niên tới sẽ xác định, trào lưu trí tuệ và chính trị đang nổi lên này sẽ có ảnh hưởng ra sao đối với sự thay đổi của khu vực phúc lợi.

3. Các đặc tính của khu vực y tế

Sau khi thảo luận các nguyên lí liên quan đến toàn bộ khu vực phúc lợi, những phần còn lại của cuốn sách sẽ chỉ thảo luận về vấn đề y tế. Mỗi ngành của khu vực phúc lợi đều có các đặc tính riêng của mình, vì vậy không thể cải cách được theo một khuôn mẫu đơn điệu. Tuy nhiên có sự thống nhất rộng rãi là, công việc bảo vệ sức khoẻ khác một cách rõ rệt với những nhánh khác của dịch vụ xã hội, và những đặc tính khác biệt này phải được quan tâm thích đáng trong chuẩn bị và thực hiện cải cách. Chương này sẽ xem xét những nét đặc trưng đó.

Tổng quan chung

Chúng ta tập trung vào các đặc tính có tính chất phổ quát của khu vực y tế, áp dụng cho tất cả các nước trong mọi hệ thống kinh tế -xã hội.[1] Các chương sau sẽ đề cập đến các đặc tính gắn với những điều kiện lịch sử đặc thù ở Đông Âu.

Thực ra tất cả các đặc tính được khảo sát dưới đây, nếu xem xét từng cái một, thì nó không chỉ đặc trưng cho bảo vệ sức khoẻ; khi thì đặc tính này, khi thì cái nọ, đôi khi nhiều đặc tính cũng có thể thấy cả ở các lĩnh vực khác. Nét đặc biệt của ngành y tế là ở chỗ, tất cả các đặc tính này đồng thời hiện diện. Hơn thế nữa một số đặc tính biểu hiện hết sức mạnh mẽ.

---

[1] Khi biên tập tổng quan này chúng tôi sử dụng công trình của Besley and Gouveia (1994). Nghiên cứu của họ cung cấp nhiều dẫn chiếu văn khoa chi tiết; bài viết này chỉ nhắc tới ở một vài nơi những nguồn văn khoa xuất sắc.

Giá trị của sức khoẻ.

Sức khoẻ là một trạng thái, mà việc duy trì và bảo vệ nó được phần lớn người dân gắn cho giá trị rất cao. Tuy điều này có thể coi là hiển nhiên và thông thường, nhưng đáng phải nhắc đến đầu tiên. Sức khoẻ không phải là sự quan tâm đầu tiên đối với tất cả mọi người - có người đặt nó dưới các mục đích khác, thế nhưng câu nói đầu lưỡi "Cái Chính là Sức khoẻ" cũng cho thấy sự biệt đãi có sức mạnh quyết định thế nào. Giá trị gắn cho sức khoẻ đặc biệt cao, khi mà tai hoạ đã ngay trước mặt, khi bản thân hay người thân yêu lâm bệnh, khi cảm thấy nỗi đau đớn về thân thể, khi mà bệnh tật cản trở công việc làm, hay nhất là khi nỗi sợ hãi cái chết do bệnh tật ám ảnh.

Sự so sánh, đối chiếu những lợi ích, niềm vui do của cải hay các dịch vụ mang lại là rất khó khăn trong bất kể cách đánh giá nào. Nhưng trong trường hợp sức khoẻ, thì đặc biệt khó khăn để áp dụng số đo giá trị kinh tế truyền thống được chấp nhận rộng rãi: một hàng hoá hay dịch vụ đáng giá đúng bằng mức mà người tiêu dùng sẵn sàng chi trả cho nó. Ngay cả khi có các lí do chính đáng để loại bỏ sự đánh giá thị trường của giá trị, thì sự thiếu vắng một tiêu chuẩn rõ ràng như vậy là vấn đề đầy khó khăn. Bao nhiêu tiền sẽ bồi thường thiệt hại cho đau đớn về tâm hồn và thể xác do bệnh tật gây ra? Sự kéo dài cuộc sống thêm vài năm đáng giá bao nhiêu? Có thể đo bằng bao nhiêu tiền giá trị của việc cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh? Tuy các toà án hay hãng bảo hiểm có thể tìm cách đưa ra con số về giá trị kinh tế của cuộc sống của một người, chẳng ai có thể nói thực ra cuộc sống của con người có giá trị bao nhiêu.[2]

[2] Về thảo luận giá trị của những rủi ro với cuộc sống và sức khoẻ, xem Viscusi (1992).

Trong hầu hết các xã hội, giá trị ngoại lệ đặc biệt gắn cho sức khoẻ nâng cao tầm quan trọng của chăm sóc y tế và bảo hiểm sức khoẻ. Tuy vậy, rất quan trọng phải nhớ rằng, nhiều nhân tố khác ngoài chăm sóc y tế cũng có ảnh hưởng đến sức khoẻ, như dinh dưỡng và di truyền. Đặc biệt quan trọng là sự lựa chọn cách sống riêng của cá nhân, như liệu có tập thể dục, hút thuốc hay uống rượu ở mức nặng không. Nhiều khu vực của nền kinh tế cũng ảnh hưởng đến sức khoẻ, như ô nhiễm môi trường hay tai nạn lao động. Các nhà cung cấp y tế không phải là các nhà chuyên nghiệp duy nhất, mà sự phán xét của họ có thể là vấn đề của cái sống và cái chết: hãy thử nghĩ đến công việc của phi công hay của lái xe. Nét đặc biệt của khu vực y tế là ở chỗ, ảnh hưởng của nó đến sức khoẻ, đến sự đau khổ của con người, đến cái sống và cái chết là trực tiếp, thường xuyên, và rất mạnh.

Chính vì những điều đó mà những người nghi ngờ thị trường, có lí khi cảnh cáo: thị trường có thể thất bại ở đây. Một số người lập luận, sức khoẻ "không có giá trị thị trường", hoặc nói theo cách Marxist: sức khoẻ "không phải là hàng hoá".

Tuy vậy, sự khó khăn về đo lường giá trị của sức khoẻ chẳng giải phóng cho xã hội khỏi phải lựa chọn. Các nguồn lực là khan hiếm; sự đánh đổi (trade-off) là không thể tránh khỏi. Nhà phân bổ nguồn lực tập trung, bất luận trong nền chuyên chế điều hành kinh tế xã hội chủ nghĩa, hay trong nền dân chủ nghị viện, đều phải đối mặt với những khó khăn không thể khắc phục được này; chính xác là cũng đúng với những vấn đề, ở tầm quốc gia, mà cá nhân phải đương đầu. Việc xây dựng một bệnh viện mới "đáng giá" bằng giảm bớt xây dựng bao nhiêu nhà máy? Giảm bớt nhập bao nhiêu xăng dầu để nhập thêm một thiết bị y tế?

"Khuyết tật thị trường" và "khuyết tật của chính quyền" ở đây (như sẽ thấy sau này, cả ở những bối cảnh khác nữa) đều có cùng một nguồn gốc. Xuất xứ của nó ở chỗ là sức khoẻ, sự giảm

bớt đau đớn thể xác, sự tiếp tục sống có một giá trị đặc biệt, không thể so sánh được với bất cứ thứ gì khác.[3]

Tiêu chuẩn tiếp cận công bằng

Phần lớn người dân chấp nhận quy tắc đạo đức, là mọi đồng loại của mình có quyền được đảm bảo sự chăm sóc sức khoẻ cơ bản; xã hội phải đảm bảo rằng người dân được thực thi quyền này của mình trong thực tế. Ngay cả những người (thí dụ như các tác giả của cuốn sách này), những người thường bác bỏ những tư tưởng cào bằng cực đoan, cũng đều công nhận rằng phải đảm bảo thoả mãn nhu cầu cơ bản về bảo vệ sức khoẻ (cũng như nhu cầu cơ bản về giáo dục) cho tất cả mọi người.

Tuy vậy, việc xác định "các nhu cầu cơ bản" (basic needs trong tiếng Anh) làm nảy sinh những vấn đề khó khăn về đạo đức, kinh tế và chính trị. Trước hết, văn khoa về phân chia thu nhập và về tài chính công phân tích các vấn đề này. Tại đây là đủ khi trích dẫn Adam Smith: "Tôi hiểu nhu yếu phẩm (necessaries) không chỉ là những thứ nhất thiết cần đến để duy trì cuộc sống, mà là tất cả những thứ, mà tập quán của đất nước cho rằng: nếu thiếu chúng thì ngay cả cuộc sống của người có địa vị thấp nhất cũng tỏ ra không xứng đáng (indecent)" (Smith [1776] 1937:821). Adam Smith dẫn ra khái niệm này từ các tiêu chuẩn xã hội có hiệu lực, chứ không phải từ các nhân tố vật lí hay sinh học. Nhu cầu cơ bản được thoả mãn bởi các hàng hoá và dịch vụ, mà theo các tiêu chuẩn xã hội hiện hữu là những thứ không thể thiếu đối với sự tồn tại của một người tử tế (decent).[4]

---

[3] Một phần của văn khoa về y tế coi tính chất bất đối xứng của thông tin trong quan hệ giữa bác sĩ và bệnh nhân là đặc tính số một. Tuy sự bất đối xứng này là quan trọng (và sẽ được thảo luận sau), song chúng tôi không đặt nó lên hàng đầu. Ngay cả nếu bác sĩ ngã bệnh và có chính xác thông tin như bác sĩ khác chữa trị cho mình, thì khi đó cũng trải qua kinh nghiệm sống như những con bệnh khác, cụ thể là, chẳng sao có thể so sánh giá trị của sức khoẻ của chính mình, giá trị của cái sống-cái chết với bất kể thứ gì khác.

[4] Rút ra từ *A Theory of Justice (Một lí thuyết về công bằng)* của Rawls (1971), Daniels (1985) phát triển một lí thuyết về chăm sóc sức khoẻ công bằng tương thích với sự phân biệt giữa nhu

Chính vì đặc tính được nhắc đến đầu tiên này, vì giá trị đặc biệt của sức khoẻ, của ngăn ngừa đau khổ, của bảo toàn sự sống mà đại bộ phận người dân chấp nhận *nguyên lí quân bình đặc thù* (*specific egalitarian*) đối với phân bổ các dịch vụ y tế.[5] Các nguyên lí này đã ăn sâu vào hệ thống tiêu chuẩn của xã hội hiện đại. Trong trường hợp một căn bệnh hiểm nghèo cùng giáng xuống một người giàu có và một người nghèo, thì chẳng một ai có thể bình tâm tuyên bố rằng, người giàu hãy sống và để người nghèo chết. Ngoài ra, người dân có thể coi là sự loạn đạo đức nếu một số người thiệt thòi về sức khoẻ lại phải trả gấp nhiều lần những người khác để nhận được bảo hiểm y tế cơ bản.

Tiêu chuẩn tiếp cận công bằng này có thể coi như việc áp dụng nguyên lí 2 vào bảo vệ sức khoẻ (định đề đạo đức về đoàn kết) được nêu trong chương 2. Người mạnh khoẻ đoàn kết với đồng loại đau yếu của mình, và mong muốn đảm bảo sự thực thi của sự đoàn kết này -bằng cơ chế kinh tế-xã hội thích hợp. Muộn hơn sẽ thảo luận chi tiết, làm sao có thể thực hiện trong thực tiễn chủ nghĩa quân bình đặc thù liên quan đến bảo vệ sức khoẻ.

Cái tiếp theo liên quan đến các đặc tính của khu vực y tế gắn liền với bất trắc và thông tin. Tuy cuốn sách này nói về cải cách ở Đông Âu, mà khởi điểm là đầu các năm 1990, khi đó khu vực y tế còn tập trung hoá và tài trợ đồng nhất từ thuế trung ương hoặc từ đóng góp bắt buộc, để truyền đạt thông điệp dễ hơn một cách rõ rệt nếu bỏ qua điều này một lúc. Giả thiết đưa ra trong các đoạn tiếp theo là công dân có thể mua khế ước bảo hiểm để thoả mãn nhu cầu của mình trên một thị trường bảo hiểm phân tán. Như các lập luận muộn hơn trong cuốn sách sẽ cho thấy, các đặc tính được thảo luận ở đây có tác động ảnh hưởng ngay cả

---

cầu và các dịch vụ cơ bản và bổ sung, với định nghĩa các dịch vụ cơ bản không thể tránh khỏi là tương đối-với xã hội.

[5] Tobin (1970) gọi tình trạng, mà trong đó xã hội coi việc hạn chế sự bất bình đẳng có ý nghĩa đặc biệt, là "*chủ nghĩa quân bình đặc thù - specific egalitarism*". Rất nhiều trong số những người thông thường phản đối tái phân phối có lợi cho những người nghèo hơn, cũng cảm thấy có thể chấp nhận được cả những thứ nếu chúng phục vụ cho bảo vệ sức khoẻ của những người nghèo hơn.

nếu hiện trạng, *status quo*, vẫn giữ nguyên, tuy tất nhiên ở dạng khác.

Bất trắc và cầu về bảo hiểm

Một đặc điểm quan trọng của khu vực y tế là nhu cầu về chăm sóc y tế phần lớn là không thể đoán trước được. Không giống như thực phẩm, giáo dục, hoặc nhiều hàng hoá khác được coi là nhu yếu phẩm của đời sống, nhu cầu của một cá nhân về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ là không chắc chắn. Tất nhiên một số chăm sóc y tế, như chăm sóc thai và đỡ đẻ, có thể dự đoán trước được, nhưng hầu hết bệnh tật và tổn thương đòi hỏi can thiệp y tế tức thời và mạnh mẽ là không thể dự đoán được. (Đường) Phân bố chi phí y tế là rất lệch. Các nhà nghiên cứu đã thấy rằng, nhìn chung với một cộng đồng lớn trong bất kể năm nào, nếu dân cư được phân loại theo mức chi tiêu về chăm sóc sức khoẻ của họ, thì 1 phần trăm số bệnh nhân tốn tiền nhất chiếm khoảng 30 phần trăm tổng chi phí cho chăm sóc sức khoẻ, và 10 phần trăm các bệnh nhân tốn kém nhất chiếm tới khoảng 75 phần trăm của tổng chi tiêu. Các cá nhân phải đối mặt với sự bất trắc cao liệu họ có thể bị rơi vào nhóm những người sử dụng nhiều dịch vụ y tế hay không trong bất kể giai đoạn cho trước nào.[6]

Đa số dân chúng, nhận biết sự bất trắc này về trạng thái sức khoẻ của họ trong tương lai, sẵn sàng mua bảo hiểm y tế tự nguyện. Bảo hiểm là một cơ chế chuyển tiền từ lúc cần ít sang cho lúc cần nhiều. Bảo hiểm là thiết thực hơn, hiệu quả hơn so với "tiết kiệm cho ngày mưa" riêng rẽ hoặc thử vay đủ tiền để trả cho các chi phí sau khi bệnh đã phát. Bằng cách chia chung rủi ro của mình với những người cũng mua bảo hiểm ở một hãng bảo hiểm, một cá nhân có thể bảo đảm một sự bảo vệ nào đó

[6] Ngoài ra, một khi đã lâm bệnh hay bị thương, bệnh nhân thường rất không chắc chắn về loại điều trị nào sẽ là hữu hiệu nhất để khôi phục sức khoẻ. Xem Arrow (1963).

chống lại rủi ro tài chính do đau yếu bằng cách trả một khoản vừa phải (phí bảo hiểm) tại các khoảng thời gian đều đặn.

Tất nhiên khu vực y tế không phải là lĩnh vực duy nhất trong đó sự bất trắc và bảo hiểm đóng một vai trò quan trọng. Nhưng có những khía cạnh quan trọng của bảo hiểm trong khu vực này, mà chúng kết hợp cùng các đặc tính khác, tạo ra những nét đặc trưng định chế khác biệt.

Thí dụ, khi chủ nhà mua bảo hiểm chống lại các rủi ro bất trắc do thiên tai, người tiêu dùng thường mua bảo hiểm cho toàn bộ giá trị của nhà và đồ dùng, trừ có lẽ một vài vật gia truyền "vô giá". Tuy vậy, như đã nhắc tới liên quan đến giá trị của sức khoẻ, vấn đề đền bù cho sự mất mát những thứ "vô giá" càng mạnh mẽ hơn đối với sức khoẻ. Thực sự, cái gọi là "bảo hiểm sức khoẻ" trên thực tế là "bảo hiểm chăm sóc y tế": nó cung cấp bảo hiểm chống lại rủi ro phải trả tiền cho các dịch vụ y tế làm giảm đau đớn hay kéo dài cuộc sống, nhưng thường là còn xa mới tới việc phục hồi hoàn toàn sức khoẻ. Đơn giản là không tồn tại hợp đồng bảo hiểm sức khoẻ "lí tưởng", bảo đảm rằng sức khoẻ sẽ được khôi phục, và chỉ trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ở mức mà bệnh nhân được hưởng lợi từ chăm sóc y tế.[7]

Sự bất trắc và cấu hình thành đối với bảo hiểm tạo ra một đặc trưng định chế cơ bản khác của các thị trường chăm sóc sức khoẻ (Ellis and McGuire 1993): bảo hiểm áp đặt một bên thứ ba-trả tiền giữa người tiêu dùng và nhà cung cấp. Như thế nét đặc trưng của khu vực chăm sóc sức khoẻ là bộ ba: người tiêu dùng, nhà bảo hiểm/người trả tiền, và nhà cung cấp. Sự hiện diện của bên thứ ba, nhà bảo hiểm, có nghĩa rằng giá cầu - giá mà người tiêu dùng đối mặt khi mua hàng hoá- có thể được định ở mức độ nào đó độc lập với giá cung -giá mà nhà cung cấp nhận được khi bán hàng. (Thực ra, trong hầu hết các trường hợp, cũng có một bên quan trọng thứ tư nữa, *nhà tài trợ -sponsor*, thí dụ như cơ quan

[7] Theo nghĩa này một "thị trường hoàn hảo" cho bảo hiểm sức khoẻ là không thể đạt được, và nhiều định chế xã hội khác có thể hay phải được phát triển để lấp lỗ hổng này (Arrow 1963).

chính phủ hoặc người sử dụng lao động, người dàn xếp luồng vốn giữa những người tiêu dùng và các nhà bảo hiểm hay các kế hoạch chăm sóc sức khoẻ, và cũng có thể hoặc không đóng góp vào chi phí bảo hiểm. Muộn hơn, chúng tôi sẽ thảo luận những hệ quả của việc này một cách chi tiết hơn.)

Cuối cùng, rất quan trọng phải nhận biết rằng, bảo hiểm khác các hàng hoá và dịch vụ khác ở chỗ, chi phí cung cấp bảo hiểm phụ thuộc vào ai mua bảo hiểm (Cutler and Zeckhauser 2000). Hãy xét một thị trường bảo hiểm phân tán, trong đó người tiêu dùng tự do lựa chọn mua khế ước bảo hiểm nào và các hãng bảo hiểm tự do quyết định phí bảo hiểm phải trả là bao nhiêu. Nếu những người tiêu dùng có chi phí cao (thí dụ, những người mắc bệnh kinh niên hay nhóm những người già cả thường hay bị ốm đau hơn và nghiêm trọng hơn) mua một khế ước bảo hiểm, thì để cung cấp khế ước đó sẽ rất đắt đỏ. Ngược lại, nếu những người hiếm khi dùng dịch vụ y tế (thí dụ, thanh niên khoẻ mạnh) tập trung trong một kế hoạch bảo hiểm cho trước nào đấy, thì việc cung cấp kế hoạch bảo hiểm đó là tương đối rẻ.

Bởi vì chi phí cung cấp bảo hiểm phụ thuộc vào đặc điểm của những người mua, rất quan trọng là xem xét thông tin về các đặc tính này được người mua và người bán biết đến mức độ nào. Điều này dẫn chúng ta đến vấn đề bất đối xứng của thông tin.

Thông tin bất đối xứng

Đây là một hiện tượng được nghiên cứu toàn diện nhất trong kinh tế học hiện đại. Bất đối xứng thông tin xuất hiện ở bất luận thị trường nào, ở nơi một bên của giao dịch, thí dụ như người bán, biết nhiều hơn về giao dịch, so với bên kia (người mua). Những bất đối xứng này là rất phổ biến và rất quan trọng trong khu vực chăm sóc sức khoẻ.

Thí dụ, trong thị trường bảo hiểm sức khoẻ, thường là phía cầu (người tiêu dùng muốn mua bảo hiểm) người có nhiều thông tin hơn về giao dịch -về trạng thái sức khoẻ hiện tại hay tương lai và xu hướng sử dụng chăm sóc y tế của mình- so với nhà cung cấp bảo hiểm. Xét cơ chế kinh tế của bảo hiểm thương mại. Rủi ro và/hoặc mức độ của thiệt hại khả dĩ càng lớn, và độ phủ (đền bù) cho người nhận bảo hiểm càng đầy đủ, thì hãng bảo hiểm đặt mức phí càng cao. Nếu hãng bảo hiểm và người được bảo hiểm cùng có thông tin chính xác về rủi ro tổn thất, thì phí bảo hiểm có thể được xác định công bằng về mặt kiểm kế bảo hiểm (tức là bằng chi phí kì vọng của tổn thất), không hơn không kém. Tuy vậy, nếu thông tin là bất đối xứng, thì phí bảo hiểm có thể cao hơn hoặc thấp hơn so với chi phí thực tế để bù đắp tổn thất, phụ thuộc vào ai mua bảo hiểm. Bất đối xứng thông tin về nhu cầu chăm sóc y tế của cá nhân có thể gây ra những vấn đề nghiêm trọng trong bất kể cơ chế bảo hiểm sức khoẻ nào, như sẽ được thảo luận chi tiết hơn trong mục sự chọn lọc có hại ở dưới đây.

Bất đối xứng thông tin cũng quan trọng trong phân bổ chăm sóc y tế. Phía cung (bác sĩ, tổ chức cung ứng dịch vụ y tế) thường biết nhiều hơn về đối tượng của giao dịch -về sự điều trị thích hợp đối với bệnh nhân, về ích lợi và toàn bộ chi phí của việc đó, kể cả các rủi ro và những tác động phụ- so với phía cầu (bệnh nhân và hãng bảo hiểm trả thay cho bệnh nhân). Sự bất đối xứng thông tin như vậy ảnh hưởng mạnh đến ứng xử của cả hai phía. Một nhà cung cấp dịch vụ y tế, thí dụ bác sĩ, có thể dựa trên hiểu biết thông tin nhiều hơn để khuyến khích chi tiêu vô độ, hoặc ngược lại, để từ chối một số chi tiêu, tuỳ thuộc hệ thống khuyến khích hiện hữu được áp dụng (xem tr. 84). Bệnh nhân thiếu khả năng chuyên môn và kinh nghiệm để có thể chất vấn các khuyến nghị của nhà cung cấp.

Nguyên lí 1, định đề đạo đức đầu tiên được liệt kê ở chương 2, về quyền tự quyết cá nhân, đòi hỏi rằng phải giảm sự bất đối xứng thông tin loại này, ở mức độ có thể. Điều này một phần còn phụ thuộc vào các quyền hợp pháp của bệnh nhân. Nó cũng phụ

thuộc vào những quy ước, quy tắc ứng xử và y đức hình thành trong ngành y. Nhưng bên cạnh đó cơ chế kinh tế cũng có vai trò. Với hầu hết bệnh nhân, sự tự do lựa chọn của họ càng lớn, và chi phí điều trị ảnh hưởng tới họ về vật chất càng nhiều, thì càng khuyến khích họ mạnh mẽ hơn để đòi hỏi và thu thập thông tin từ những người điều trị cho mình.

Sự chọn lọc

Đặc tính trước dẫn đến vấn đề chọn lọc. Tại đây (và trong mục hiểm hoạ đạo đức dưới đây) chúng tôi mô tả hiện tượng và nhấn mạnh các mối liên hệ với các nguyên lí trình bày ở chương 2, và hoãn thảo luận về bằng chứng kinh nghiệm, về kinh nghiệm thực tiễn, và về các biện pháp sửa chữa khả dĩ sang mục về những khuyến khích (tr. 87). Tất cả các cơ chế điều phối kinh tế đều chọn lọc giữa những người tiêu dùng tiềm năng. Các cơ chế điển hình của nền kinh tế kế hoạch hoá tập trung - phân phối hành chính, hệ thống tem phiếu hay xếp hàng - cung cấp cho một số người mặt hàng hay dịch vụ mong muốn và từ chối một số người khác, theo những tiêu chuẩn khác nhau (thí dụ, vị trí mà họ chiếm giữ trong hệ thống thứ bậc chính trị, các mối quan hệ mà họ có với bộ máy quan liêu đầy quyền lực hay bộ máy quan liêu y tế, liệu họ có muốn và có khả năng đút lót những người có quyền quyết định cho nhập vào bệnh viện không, v. v.). Nhưng cũng hiển nhiên là, cơ chế thị trường chọn lọc theo các tiêu chuẩn khác với những tiêu chuẩn của các cơ chế vừa nêu. Nó loại bỏ những người, không thể trả, hay không muốn trả giá thị trường.

Trong kinh tế học y tế, thuật ngữ tổ hợp "chọn lọc-selection" được sử dụng để chỉ một vấn đề đặc thù xảy ra khi các nhà bảo hiểm và các nhà cung cấp cố gắng để cung cấp bảo hiểm và dịch vụ chăm sóc y tế cho một nhóm người, những người có nguy cơ lâm bệnh khác nhau (rủi ro không đồng nhất) và những người

này có sự lựa chọn nào đó liên quan đến bảo hiểm và cung ứng chăm sóc sức khoẻ (Newhouse 1996). Tuy vấn đề này gãy gắt nhất dưới điều phối thị trường, song không nhà bảo hiểm nào, bệnh viện nào, hoặc nhà cung cấp khác nào, thậm chí trong một số bối cảnh cơ cấu-định chế khác, có thể hoàn toàn thoát khỏi nó. Chúng tôi sẽ mô tả ngắn gọn hai khía cạnh quan trọng của chọn lọc: chọn lọc có hại và chọn lọc rủi ro.

Chọn lọc có hại[8]

Dân chúng khác nhau ở tình trạng sức khoẻ và trong mong muốn sử dụng các dịch vụ y tế của họ. Những người có hay chắc sẽ có sức khoẻ xấu hiển nhiên cần điều dưỡng nhiều hơn, điều trị nhiều hơn, nhiều thuốc hơn, nhiều chăm sóc hơn. Mặc dầu, mối quan hệ giữa một mặt là tính nghiêm trọng và thời gian của bệnh và mặt khác là các chi phí điều trị, là phức tạp, nhưng chắc chắn quan hệ này là dương ở mức tính trung bình. Những người chắc cần nhiều chăm sóc y tế, vì vậy, sẽ hăm hở mua bảo hiểm hào phóng hơn để bù cho các khoản chi phí của họ. Ngược lại, những người trẻ khoẻ mạnh lại có thể bực dọc, khó chịu khi phải tiêu tiền mua ngay cả với một khế ước bảo hiểm xoàng xĩnh.

Sự tự chọn lọc thành những sơ đồ bảo hiểm khác nhau này được gọi là *chọn lọc có hại (adverse selection)* bởi vì vấn đề sau đây. Nếu các nhà bảo hiểm không được chia sẻ bí mật của chính thông tin về nhu cầu chăm sóc y tế như những khách hàng tiềm năng của họ (tức là có bất đối xứng thông tin như thảo luận ở trên), thì họ phải định giá bảo hiểm -phí bảo hiểm- ở một mức trung bình nào đó. Các nhà bảo hiểm cũng có thể được yêu cầu

[8] Trong nhiều loại giao dịch xuất hiện *chọn lọc có hại-adverse selection* (chọn lọc nghịch-reverse selection, hay chọn lọc ngược-counterselection). Nó liên quan chặt chẽ đến hiện tượng bất đối xứng về thông tin. Một nghiên cứu tiên phong về vấn đề này (Akerlof 1970) thảo luận thị trường ô tô cũ, một công trình khác thảo luận thị trường bảo hiểm (Rothschild and Stiglitz 1976), v.v. Hiện nay chúng ta chỉ thu hẹp thảo luận cho lĩnh vực bảo hiểm y tế. Tức là chúng ta giới hạn chỉ khảo sát một trường hợp đặc biệt của adverse selection, như một hiện tượng chung.

làm như vậy bởi các quy tắc được thiết kế để bảo vệ sự đoàn kết xã hội. Nếu một nhà bảo hiểm thu hút được nhiều khách mua mà chi phí của họ cao hơn mức trung bình này, thì nhà bảo hiểm sẽ bị lỗ và có lẽ buộc phải tăng phí bảo hiểm lên. Phí bảo hiểm cao hơn lại càng làm nản lòng các khách hàng khoẻ mạnh hơn trong việc chọn sơ đồ bảo hiểm đó, bỏ mặc nhà bảo hiểm với một chọn lọc có hại của các khách hàng bảo hiểm. Nếu nhà bảo hiểm phải đối mặt với ràng buộc ngân sách cứng- tức là, không thể tính đến các khoản trợ cấp để bù cho các khoản tổn thất tài chính- thì hãng bảo hiểm, người thu hút một cách nhất quán các khách hàng có chi phí cao hơn giá thành, cuối cùng sẽ có thể bị phá sản, bỏ mặc các khách hàng của mình chẳng được đền bù gì.[9] Chọn lọc có hại có thể làm cho các sơ đồ bảo hiểm sức khoẻ hào phóng tàn lụi, bởi vì chúng là nạn nhân của một vòng tử luẩn quẩn về phí bảo hiểm: người ốm yếu hơn mức trung bình được thu hút, chi phí tăng lên, và phí bảo hiểm phải tăng lên, cứ vậy cho đến lúc thậm chí ngay cả những người giàu có nhưng rất ốm yếu cũng chẳng có khả năng trả phí cao mà sơ đồ đòi hỏi để đạt điểm hoà vốn.

Chọn lọc có hại ngăn cản một số khách hàng khỏi mua bảo hiểm mà họ mong muốn, và buộc một số khách hàng phải trả phí bảo hiểm rất cao. Nếu vì vậy mà phần lớn dân cư bị loại trừ không tiếp cận được chăm sóc y tế cơ bản, thì chúng tôi coi đó là một sự sỉ nhục cho các nguyên lí đạo đức về cả quyền tự chủ cá nhân lẫn đoàn kết.

Chọn lọc có hại không xuất hiện giản đơn vì các nhà bảo hiểm thương mại "tham lam và muốn có lợi nhuận." Bất kể tổ chức nào muốn cung cấp bảo hiểm sức khoẻ, bao gồm cả các

[9] Một tổ chức quyết định về chi tiêu (thí dụ, một công ti, hay một bệnh viện) đối mặt với ràng buộc ngân sách mềm nếu tổng thu của nó thường xuyên dưới mức tổng chi, nhưng nó vẫn hoạt động, bởi vì một số định chế nào đó (như Nhà nước chẳng hạn) sẵn sàng cứu, bảo lãnh cho nó. Một tổ chức đối mặt với ràng buộc ngân sách cứng nếu nó không thể sống sót khi bị thâm hụt kinh niên. Về lí giải chi tiết của khái niệm ràng buộc ngân sách mềm và cứng và những vấn đề lí thuyết nằm sau vấn đề, xem Kornai (1980, 1986, 1998a) và Maskin (1996). (*hoặc có thể xem bản dịch của Kornai 1992b).

nhà bảo hiểm phi-lợi nhuận và chính phủ, đều phải đối mặt với chính nan giải đó: những người muốn gia nhập (bảo hiểm) nhất là những người có chi phí cao nhất.

Chọn lọc rủi ro

(Điều này -risk selection- cũng được biết đến như "hớt váng-cream skrimming", "hái quả-cherry picking" hoặc "thao túng sơ đồ-plan manipulation.") Xu hướng các khách hàng có chi phí cao ưa thích các sơ đồ bảo hiểm hào phóng, khuyến khích các nhà bảo hiểm cơ cấu lại các chính sách bảo hiểm của họ để làm nản lòng những người ốm yếu và động viên những người khoẻ mạnh tham gia bảo hiểm. Các nhà bảo hiểm được lợi về tài chính khi họ có thể chống lại chọn lọc có hại một cách hiệu quả và thay vào đó có khả năng "hớt váng" các khách hàng có rủi ro thấp, tương đối khoẻ mạnh. Trong một thị trường tự do, các sơ đồ bảo hiểm sức khoẻ có thể chọn lọc rủi ro bằng nhiều cách: chúng có thể loại trừ phạm vi dịch vụ được những cá nhân có rủi ro cao ưa chuộng (như thời gian chờ đợi ngắn đối với chuyên gia ung thư); chào các dịch vụ thu hút những người có rủi ro thấp (như hội viên câu lạc bộ thể dục); đặt các cơ sở, phương tiện thuận lợi ở gần những người khoẻ mạnh; quảng cáo có mục tiêu đối với các cộng đồng lành mạnh; thiết kế các lợi ích bảo hiểm bổ sung để thu hút khách hàng có chi phí thấp tham gia, v. v.

"Hớt váng" có thể xuất hiện không chỉ trong cư xử của các nhà bảo hiểm, mà cả trong ứng xử của các bác sĩ, các bệnh viện, và của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ khác nữa. Nếu những khuyến khích ảnh hưởng tới quyết định của họ, xui khiến họ làm điều này (thí dụ, nếu một bệnh viện phải giữ cho chi phí của mình trong phạm vi ngân sách, và ràng buộc ngân sách là cứng), họ có thể có lợi ích để làm ngơ các trường hợp tốn tiền. Họ luôn có thể biện bạch rằng một số nhà cung cấp khác nào đó có hiểu biết sâu hơn, tốt hơn về các vấn đề của một bệnh

nhân cá biệt. "Hớt váng" và những vấn đề chọn lọc khác được khảo sát ở đây và ở trang 96 trong bối cảnh của một hệ thống bảo hiểm phân tán, nhưng những sự lạm dụng tương tự cũng có thể xuất hiện trong các cơ chế khác (thí dụ, trong hệ thống tập trung được Nhà nước kiểm soát và tài trợ bằng thuế).

Quay lại với chủ đề bảo hiểm, kết quả của nhiều hiện tượng này là, trong thị trường tự do về bảo hiểm sức khoẻ, nhiều khách hàng -đặc biệt nhất là những cá nhân bị rủi ro cao có nhu cầu nhất- có thể thấy rằng bảo hiểm là đắt ghê gớm hoặc đơn giản là không với tới được. Tất cả các khách hàng, thậm chí cả những cá nhân có rủi ro thấp, sẽ bị tước đoạt mất khả năng bảo hiểm chống lại việc có thể trở thành rủi ro cao trong tương lai và phải chịu trả phí bảo hiểm cao hoặc trở thành không có bảo hiểm. Cuối cùng, nhiều người bị loại khỏi bảo hiểm nếu thị trường bảo hiểm phân tán được để tự nó, không có can thiệp từ bên ngoài. Cả hai hiện tượng, chọn lọc có hại và chọn lọc rủi ro (hớt váng) đều mâu thuẫn kịch liệt với nguyên lí 2, nguyên lí đoàn kết. Chọn lọc cũng vi phạm nguyên lí 1, nguyên lí quyền tự chủ của người tiêu dùng, bởi vì chọn lọc tước đoạt sự lựa chọn hiệu quả của một số người tiêu dùng về bảo hiểm sức khoẻ. Nó cũng chẳng thoả mãn đòi hỏi của nguyên lí 4, về khuyến khích tính hiệu quả. Chính vì vậy bất kể cải cách nào tán thành các nguyên lí nêu ở chương 2 không được phép bênh vực sự phát triển của các loại cơ chế, mà từ bản chất tự nhiên của nó tạo ra hiện tượng tiêu cực về chọn lọc có hại và chọn lọc rủi ro này. Kết luận không thể tránh được là, bảo hiểm y tế không thể giao phó chỉ riêng cho các hợp đồng bảo hiểm kí kết với các hãng bảo hiểm thương mại. Một khoản bảo hiểm nhất định phải là bắt buộc, và như thế hạn chế nguyên lí quyền tự chủ cá nhân ở ít nhất một chiều (dimension) nhằm đạt sự đoàn kết xã hội và sự lựa chọn cá nhân theo những chiều khác. Dưới ánh sáng của các đặc tính được liệt kê đến nay, hiển nhiên là bất kể xã hội nào muốn đảm bảo chăm sóc sức khoẻ cơ bản cho mọi người, phải bao cấp phí bảo hiểm cho những người không có khả năng chi trả, và phải

cưỡng bức những người có khả năng nhưng không muốn trả. Ngoài ra, còn cần đến nhiều biện pháp khác để loại bỏ, hay ít nhất cũng làm giảm đáng kể các tác động tiêu cực của chọn lọc có hại và chọn lọc rủi ro, đối với tất cả những người tham gia trong khu vực sức khoẻ.

Hiểm hoạ đạo đức

Một hậu quả được biết đến của mọi loại bảo hiểm là cái gọi là hiểm hoạ đạo đức (moral hazard). Tên gọi không mấy trúng này dẫn chiếu đến hiện tượng sau đây. Bảo hiểm càng bảo đảm thiệt hại đầy đủ bao nhiêu, thì động cơ thúc đẩy của người được bảo hiểm để ngăn ngừa tai hoạ, và để tối thiểu hoá thiệt hại sau khi tai hoạ đã xảy ra, càng yếu bấy nhiêu. Thí dụ nếu bảo hiểm nông nghiệp đền bù toàn bộ thiệt hại do sâu bệnh gây ra, thì không bõ chi mua thuốc phòng trừ sâu, cũng như khi đã bị sâu bệnh phá hoại thì không đáng ngăn sự lây lan của chúng.

Hiện tượng cũng có thể thấy trong lĩnh vực y tế, cả ở phía người bệnh, lẫn ở phía bác sĩ (nhà cung cấp dịch vụ), cụ thể là ở dạng đặc biệt căng thẳng.[10] Hãy xem trường hợp thuần khiết, khi bảo hiểm y tế trả toàn bộ chi phí điều trị (bất luận là bảo hiểm y tế thuộc sở hữu công cộng hay tư nhân). Một mặt, có lí do chính đáng để ngăn ngừa bệnh tật, bởi vì ngay cả khi được đền bù đủ về tài chính cũng chẳng bù được sự đau đớn thể xác và stress tâm thần của bệnh nhân. Hơn thế nữa, chẳng có gì đảm bảo sự hồi phục hoàn toàn, bất luận được điều trị thế nào. Mặt khác, hiểm hoạ đạo đức xuất hiện một khi vấn đề đã xảy ra. Chẳng có gì khuyến khích các bệnh nhân hãy sử dụng tiết kiệm các nguồn lực y tế.

Các bệnh nhân, thường do thiếu thông tin và bị lệ thuộc, hầu như cố gắng bảo vệ quyền lợi của riêng mình một cách mù

[10] Xem trước hết công trình tiên phong của Arrow (1963) về vấn đề này, ngoài ra xem thêm Feldstein (1973) và Pauly (1986, 1992).

quáng. Đại bộ phận bệnh nhân nghĩ rằng, sự điều trị càng đắt thì cũng càng tốt. Họ đã nghe ít nhất rằng, việc điều trị đắt hơn, ngoài những thứ khác, thì bao gồm những phương pháp chẩn đoán với chi phí cao hơn, sự tham gia của các bác sĩ khéo và lanh lợi nhất, có kinh nghiệm nhất được hưởng thù lao cao hơn, các phương pháp điều trị lâu hơn và tốn kém hơn, sử dụng các loại thuốc đắt hơn, và vì vậy có lẽ hiện đại hơn và hiệu quả hơn. Chính vì vậy giới người bệnh cũng gây áp lực với các nhà cung cấp và các hãng bảo hiểm hãy chi nhiều hơn.

Các nhà cung cấp thường cũng là đồng minh trong việc này. Lương tâm nghề nghiệp thúc đẩy họ muốn chữa trị bệnh nhân càng nhanh và càng hiệu quả càng tốt. Phụ thuộc vào việc được trả thế nào cho các dịch vụ của mình (xem trang 88), các bác sĩ chẳng có mấy quan tâm, nếu có, đến việc hạn chế chi phí chăm sóc.* Sự bất đối xứng về thông tin được nhắc tới trước đây, hiện tại xuất hiện trong mối quan hệ giữa liên minh bác sĩ-bệnh nhân đối đầu với hãng bảo hiểm. Hãng bảo hiểm ít có khả năng xem xét những chi tiết của việc điều trị và phán xét về tính hợp lí của việc chăm sóc trong mỗi trường hợp riêng. Thay vào đó, nhà bảo hiểm thường buộc phải tài trợ cho cầu do bác sĩ và bệnh nhân tạo ra (tức là chi trả đủ theo hoá đơn điều trị), bất luận chi phí đó có tiết kiệm hay hoang phí.

Khi các bệnh nhân, như một nhóm, sử dụng quá mức các dịch vụ y tế bởi vì chúng gần như là "miễn phí", thì cuối cùng chi phí để cung cấp bảo hiểm sẽ tăng lên. Tuy vậy, bệnh nhân lại hiếm khi nhận biết ra quan hệ giữa khoản chi riêng của mình và sự gia tăng chung trong phí bảo hiểm sức khoẻ, thậm chí ngay cả nếu họ mua các hợp đồng bảo hiểm riêng rẽ trong hệ thống bảo hiểm phân tán. Huống hồ, quan hệ giữa chi tiêu cho một cá nhân

* Mới đây lại có nhân tố nữa xuất hiện: một số nhà máy sản xuất tân dược cố gắng thuyết phục bác sĩ để kê thuốc của họ, ngay cả khi nếu giá thuốc đó có đắt hơn so với sản phẩm tương tự có cùng tác dụng. Họ không chỉ giới hạn ở mức giới thiệu và giải thích tính ưu việt thật sự của sản phẩm của họ, mà họ cố ảnh hưởng đến bác sĩ bằng cả lợi ích vật chất trực tiếp hay gián tiếp.

cụ thể và khoản đóng góp bảo hiểm xã hội bắt buộc hoặc thuế y tế sẽ càng trở nên lỏng lẻo nếu chi phí được trả bởi một quĩ bảo hiểm khổng lồ bảo hiểm cho hàng triệu bệnh nhân.

Các vấn đề liên quan đến hiểm hoạ đạo đức báo hiệu là, nguyên lí 4, nguyên lí khuyến khích các tác nhân tham gia hướng tới hiệu quả, thường không phát huy hiệu quả lắm trong khu vực y tế, đặc biệt là trong các nền kinh tế chuyển đổi trước cải cách. Để ngăn cản hiểm hoạ đạo đức thường đòi hỏi phải buộc bệnh nhân và/hoặc nhà cung cấp phải gánh chịu một số chi phí chăm sóc ở thời điểm sử dụng. Thí dụ, bệnh nhân có thể được yêu cầu trả một khoản cố định, hoặc khấu trừ, trước khi nhà bảo hiểm sẽ bù cho các khoản chi phí. Bệnh nhân cũng có thể phải trả một khoản cố định cho mỗi hàng hoá hay dịch vụ (đồng trả: co-payment) hoặc trả một tỉ lệ của toàn bộ chi phí y tế; điều này được biết đến như *đồng-bảo hiểm (co-insurance)*.

Bắt chịu khoản khấu trừ và đồng-bảo hiểm đối với các bệnh nhân, như vậy, sẽ hạn chế việc sử dụng chăm sóc y tế quá mức và không hiệu quả ở một mức độ nhất định. Tuy vậy, việc cải thiện hiểm hoạ đạo đức này có cái giá của nó. Các khoản khấu trừ và đồng-bảo hiểm lại áp đặt rủi ro tài chính lên người tiêu dùng và có thể làm giảm sự tiếp cận của họ tới chăm sóc y tế. Kết quả là, bảo hiểm sức khoẻ kéo theo mâu thuẫn giữa nguyên lí 2 và nguyên lí 4: một mặt, trải rủi ro và đảm bảo chăm sóc sức khoẻ cơ bản cho mọi người, và mặt khác đưa ra những khuyến khích thích hợp cho sử dụng có hiệu quả chăm sóc y tế. Chúng tôi sẽ quay lại vấn đề này chi tiết ở trang 87-88 dưới đây.

Quyền lực của phía cung và độc quyền

Các hệ thống tổ chức tạo độc quyền, hay dẫn đến tình trạng gần như độc quyền là khá phổ biến ở phía cung của khu vực y tế. Điều này, một phần là kết quả tự nhiên của sản xuất theo quy mô mà các dịch vụ công nghệ cao có thể đưa đến. Thí dụ, trong một

cộng đồng nhỏ, có thể là không thực tiễn để có nhiều hơn một bệnh viện. Trong các khu vực nông thôn dân cư thưa thớt có thể không có đủ khách hàng để hỗ trợ cho nhiều sơ đồ bảo hiểm khác nhau ganh đua nhau.

Quyền lực của phía cung trong khu vực y tế cũng thường là kết quả của số lượng ít các lực lượng đáng mong đợi. Các nhà cung cấp thu lợi tài chính và về uy tín và sự tự quản khi chúng có quyền lực thị trường. Trong nhiều nước, các bác sĩ cố gắng tập hợp trong các tổ chức giống như phường hội, loại trừ cạnh tranh thị trường.[11] Trong một hệ thống bảo hiểm phân tán, các hãng bảo hiểm tư nhân có thể cố tổ chức lại theo kiểu cartel. Không có điều tiết, khu vực y tế chính là mảnh đất tốt cho những nỗ lực như vậy nhằm hạn chế cạnh tranh một cách nhân tạo. Tất cả những khuynh hướng này mâu thuẫn với nguyên lí 3: yêu cầu phải phát triển cạnh tranh.

Những nan giải đối mặt với cải cách ở các nước Đông Âu là đặc biệt khó khăn. Định chế bảo hiểm xã hội nhà nước hay hầu như nhà nước thực tế, *de facto* có độc quyền: nó chẳng phải cạnh tranh trực tiếp với các nhà bảo hiểm khác. Đây là gia sản mà chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa nhận được như tình trạng ban đầu. Có đáng giữ nguyên độc quyền, hay phải phá bỏ nó? Chúng tôi sẽ quay lại câu hỏi này một cách chi tiết.

Sự không được bảo vệ (sự lệ thuộc) của bệnh nhân

Nếu có cạnh tranh hoàn hảo, người bán và người mua ngang hàng nhau, chẳng ai có quyền lực trên người khác. Thế nhưng trong lĩnh vực bảo vệ sức khoẻ, như đã rõ từ các đặc tính đã được

[11] Tổ chức ở dạng phường hội cũng có thể có các tác động thuận lợi nữa. Thành viên của hiệp hội hay phòng thương mại có cảm nhận trách nhiệm cho cả ngành nghề và có thể gây áp lực đồng nghiệp ngang vai đối với các đồng nghiệp của họ, nếu những người này làm việc cẩu thả. Bằng nhiều cách, những người trong cùng một nghề có khả năng giám sát thành tích của nhau tốt hơn nhiều so với các giám sát viên hành chính hay các bệnh nhân.

liệt kê đến đây, làm gì có chuyện cạnh tranh hoàn hảo, và cùng với nó càng không thể nói về sự ngang hàng của nhà cung cấp và bệnh nhân. Không phụ thuộc vào chế độ xã hội, không phụ thuộc vào các khuyến khích kinh tế, bác sĩ có quyền lực trên bệnh nhân.[12] Quyền lực phía cung này, một phần là do hiện tượng bất đối xứng thông tin được thảo luận ở trên, nhưng không phải chỉ vì nguyên nhân đó. Ngay cả khi người bệnh được thông tin thích đáng, thì người điều trị có nhiều khả năng quyết định hơn, và trong một số tình huống có nhiều nghĩa vụ quyết định hơn, so với người có mối quan tâm nhất là bản thân người bệnh. Bác sĩ, ngay cả khi muốn vậy, cũng chẳng thể kéo bệnh nhân vào mọi quyết định. Hãy nghĩ đến trường hợp cực đoan: đến sự lệ thuộc của bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật, hay khi vì một lí do nào đó bệnh nhân bất tỉnh. Hơn nữa chưa chắc là mọi bác sĩ, trong mọi trường hợp, muốn chia sẻ thông tin với bệnh nhân, muốn kéo bệnh nhân vào các quyết định, hoặc muốn giao cho chính bệnh nhân quyền quyết định, tức là tự nguyện hạn chế quyền hạn của riêng mình. Như vậy, ngay ở tình trạng tốt nhất, bệnh nhân ở trong tình trạng, trong đó nguyên lí 1, quyền tự chủ cá nhân bị vi phạm ít nhiều.

Bất chấp sự cần thiết phải uỷ thác một số quyền quyết định cho nhà cung cấp y tế, nhưng không thể bàng quan là sự vi phạm này ở mức độ nào và có thường xuyên không, tức là quyền tự chủ cá nhân bị hạn chế đến mức độ nào. Cơ chế y tế xã hội chủ nghĩa trước cải cách tạo ra các hạn chế ngặt nghèo đối với sự lựa chọn, và như vậy sự lệ thuộc của bệnh nhân ở mức độ rất cao. Trong một hệ thống như vậy, các cá nhân hoàn toàn bất lực, là người hưởng lợi-người chịu đựng thụ động của sự điều trị gần như được áp đặt một cách gia trưởng. Người ta quy định bằng con đường hành chính cho cá nhân: ai là bác sĩ khu vực của mình. Và hoàn toàn phụ thuộc vào người bác sĩ này, liệu có được

[12] Xem công trình xuất sắc của Losonczi (1986) về vấn đề này.

chuyển đến bác sĩ chuyên khoa không, liệu người ta sẽ tiến hành những xét nghiệm nào, sẽ chuyển vào bệnh viện nào, v.v. và v.v.

Sự lệ thuộc cùng cực này được nhẹ bớt, tuy không mất hẳn, nếu cải cách tạo ra nhiều khả năng lựa chọn hơn. Mức độ lệ thuộc, trong nền y tế được cải cách, phụ thuộc vào các luật điều chỉnh quan hệ bác sĩ-bệnh nhân, vào các quy định nội bộ thành văn và bất thành văn của nghề y, nhưng cũng phụ thuộc vào những nét cụ thể của cơ chế kinh tế (trong đó vào việc áp dụng nguyên lí 3, vào sự tạo ra tình thế cạnh tranh), vào cả những khuyến khích vật chất tác động đến bác sĩ và các nhân viên phục vụ khác.

Chi phí tăng cao

Chi tiêu cho y tế ở hầu hết các nước liên tục tăng lên. Sự gia tăng này có thể phân làm hai thành phần. Một mặt, tổng chi phí tăng lên, tính bằng giá trị thực tế. Mặt khác, các khoản chi phí cũng tăng một cách tương đối, so với sự tăng giá chung. Tác động chung của cả hai loại biến đổi được minh hoạ trong các *bảng 3.1* liên quan đến các nước OECD.

Không có sự thống nhất trong giới chuyên môn về lí giải của sự tăng chi phí. Nhiều loại nhân tố khác nhau có vai trò.

- Một xu hướng quan trọng, dễ thấy trong khu vực y tế nhưng cũng xuất hiện trong các lĩnh vực khác nữa, đó là sự phát triển công nghệ ngày càng tốn kém hơn. Nguyên nhân cơ bản của tăng chi phí là sự gia tăng các khả năng của y tế (Newhouse 1992). Sự thay đổi công nghệ - ở dạng các loại thuốc mới, các quy trình mới, và các thiết bị mới- đã cách mạng hoá việc điều trị đối với nhiều điều kiện sức khoẻ, làm

tăng cả sự sử dụng lẫn chi phí của một mức sử dụng cho trước.[13]

- Trong khi những tác động tăng chi phí của tăng thu nhập và phát triển công nghệ áp dụng cả cho các khu vực khác nữa, có ba nhân tố áp dụng đặc biệt hơn cho khu vực y tế. Nhân tố thứ nhất là phát triển công nghệ vừa được nhắc tới. Sự phát triển to lớn về công nghệ trong lĩnh vực y tế thường không đi cùng với việc giảm lao động, mà thường tăng hiệu suất điều trị lên với cùng lượng hay số lao động nhiều hơn. Sự phòng ngừa thường xuyên hơn và kết quả hơn, cũng như việc điều trị để cải thiện đáng kể tình trạng của bệnh nhân hay để lành bệnh hoàn toàn làm cho công việc của bác sĩ và của những người giúp việc không giảm đi. Về khía cạnh này khu vực y tế không phải là khu vực duy nhất, sự phát triển công nghệ mang tính cải thiện tương tự cũng xảy ra ở một số ngành dịch vụ khác nữa. Tuy vậy, ở hầu hết các khu vực "bình thường" sự phát triển kĩ thuật (cũng) đi liền với sự tiết kiệm lao động. Chính vì vậy đầu ra của khu vực y tế (và của một vài khu vực tương tự) sẽ tăng lên một cách tương đối đắt đỏ hơn so với sản phẩm của các khu vực "bình thường" khác. Sự tăng lên tương đối này của giá là không thể tránh khỏi ngay cả khi, nếu những khuyến khích kinh tế có tác động chống lại sự phân bổ hoang phí các khoản chi tiêu.[14] Nói cách khác, khu vực y tế, giống như nhiều ngành công nghiệp dịch vụ, là ngành tốn nhiều lao động và có sự tăng năng suất thấp hơn so với nhiều ngành công nghiệp tốn nhiều vốn.
- Sự kéo dài tuổi thọ (chính do kết quả thành công của khu vực bảo vệ sức khoẻ) làm tăng chi phí. Chi phí chăm sóc sức

[13] Một điều tra 50 nhà kinh tế y tế hàng đầu ở Hoa Kì cho thấy 81 phần trăm thống nhất với khẳng định rằng "nguyên nhân chính đối với tăng tỉ lệ của khu vực y tế trong GDP suốt 30 năm qua là sự thay đổi công nghệ trong y khoa" (Fuchs 1998:227). Kornai and McHale (1999) tìm thấy bằng chứng thống kê mạnh mẽ của tác động công nghệ, mang lại thêm 1,4 phần trăm điểm cho gia tăng chi tiêu y tế của các nước OECD từ năm 1990.

[14] Xem công trình tiên phong, cổ điển của Baumol (1963).

khoẻ trung bình cho những người già hơn là cao hơn nhiều so với cho những người trẻ hơn.[15]

- Cuối cùng một nhân tố khác, đã được bàn luận, là vấn đề của hiểm hoạ đạo đức. Hệ thống bảo hiểm y tế càng bảo đảm chi phí đầy đủ bao nhiêu, thì bệnh nhân và bác sĩ cảm thấy rằng chi phí có thể đẩy sang cho những người tham gia bảo hiểm khác càng nhiều hơn bấy nhiêu, và vì vậy không nỗ lực kiềm chế chi phí.[16] Một phần của tăng chi phí chung có thể xuất phát từ sự phổ biến của bảo hiểm, và ảnh hưởng động của hiểm hoạ đạo đức lựa chọn liệu pháp điều trị đắt hơn khi người khác chịu chi phí. Tại điểm này, thường có sự vi phạm nguyên lí 4, khuyến khích hiệu quả.

Các nhân tố có xu hướng kéo chi phí y tế tăng lên ở các nước phát triển cũng có tác động tương tự ở Đông Âu.

Đến đây kết thúc việc liệt kê các đặc tính của khu vực y tế. Tổ hợp của các đặc tính này làm cho khu vực y tế thật khác biệt. Cần phải nhắc lại lời cảnh cáo: những nhà chuẩn bị cải cách đừng áp dụng một cách máy móc các hình mẫu được sử dụng thuần thục ở các lĩnh vực kinh doanh "bình thường", ở nơi mà tình hình tương đối gần với mô hình lí thuyết về cạnh tranh hoàn hảo, sang cho lĩnh vực y tế. Phải tính toán, cân nhắc một cách cẩn trọng đến những nét đặc biệt của ngành y tế.

Tuy nhiên, sau khi đã nhấn mạnh thích đáng những nét đặc biệt của khu vực y tế, cần phải nói thêm rằng, trong nhiều khía cạnh, khu vực này cũng ứng xử y hệt như các khu vực khác của nền kinh tế. Sẽ là sai lầm nếu hầu như thần bí hoá các nét đặc biệt

---

[15] Chi tiêu trung bình về y tế cho một người về hưu cao hơn so với chi tiêu trung bình cho một người đang làm việc, là gần hai lần rưỡi ở Hungary, và hơn hai lần ở Slovenia (xem bảng 6.1 và 6.2 ở trang 215 và 216). Kornai and McHale (1999) ước lượng rằng đối với các nước công nghiệp hoá, thì già tăng 1 phần trăm trong tỉ phần dân cư ở tuổi giữa 65 và 74 sẽ làm tăng 0,7 phần trăm chi tiêu y tế quốc gia.

[16] Sự gia tăng chi phí sử dụng quá mức do hiểm hoạ đạo đức là đặc biệt nghiêm trọng nếu hãng bảo hiểm chi trả, mà chẳng kêu ca gì, bất kể hoá đơn nào mà nhà cung cấp thấy đòi trả là hợp. Đây là trường hợp rất thường xuyên trong hệ thống thanh toán "phí-cho dịch vụ: fee-for-service" sẽ được mô tả chi tiết ở trang 92.

này, mà không đếm xỉa đến sự thật là, trong lĩnh vực này các quy luật (tính đều đặn) cơ bản đã được biết kĩ, đã được kinh tế học khám phá cũng có giá trị. Tại đây chúng tôi chỉ nhắc đến một mối liên hệ, quan hệ ba-chiều quen biết giữa giá, cầu và cung. Thí dụ, nếu những người mua ở bên cầu trả chi phí từ túi của mình, thì giá cao hơn sẽ làm giảm cầu. Điều như vậy cũng áp dụng cho các người mua là các định chế, chừng nào mà ràng buộc ngân sách là cứng. Về phía cung, nếu nhà cung cấp quan tâm đến tăng hiệu số giữa doanh thu và chi phí, thì giá cao hơn sẽ làm tăng cung, các nhân tố khác để như nhau. Điều này áp dụng cho các tổ chức trực tiếp hướng tới lợi nhuận thuộc sở hữu tư nhân, cho các bác sĩ và các nhân viên y tế khác hành nghề tư nhân, và cho các bệnh viện và phòng khám công hoạt động với ràng buộc ngân sách cứng.

Cuối cùng, các nhà cải cách đồng thời phải chú ý tới các thuộc tính mà khu vực y tế cùng chia sẻ với các khu vực khác cũng như các thuộc tính đặc thù của nó.

Bảng 3.1 *Giá và sản lượng trong tăng trưởng chi tiêu y tế ở các nước OECD, 1980-1990 (Mức tăng hàng năm tính bằng phần trăm)*

Nước	Tỉ lệ THE[1] trong TDE[a] năm 1980	Tăng danh nghĩa chi tiêu y tế	Hệ số giảm phát giá y tế	Hệ số giảm phát giá của TDE	Tăng giá đặc thù y tế[b]	Tăng sản lượng y tế	Tăng dân số	Tăng lợi ích y tế trên đầu người	Tỉ lệ THE[1] trong TDE[a] năm 1990
Úc	7,1	11,8	7,6	7,3	0,3	3,9	1,5	2,3	8,3
Áo	7,7	6,6	5,1	3,7	1,4	1,5	0,2	1,2	8,4
Bỉ	6,5	7,9	4,9	4,2	0,6	2,9	0,1	2,7	7,9
Đan Mạch	6,7	7,2	6,1	5,9	0,2	1,0	0,0	1,0	6,7
Hoa Kì	9,2	10,4	6,9	4,1	2,7	3,3	1,0	2,3	12,2
Phần Lan	6,4	12,7	8,8	7,1	1,7	3,5	0,4	3,1	7,8
Pháp	7,5	10,4	5,2	6,2	-0,9	5,0	0,5	4,5	8,8
Hi Lạp	4,0	22,6	16,9	18,3	-1,2	4,9	0,5	4,4	4,9
Hà Lan	8,0	4,4	2,5	2,0	0,5	1,8	0,5	1,3	8,4
Ai Len	8,1	7,7	9,1	6,8	2,2	-1,3	0,3	-1,6	7,6
Island	6,5	40,1	32,9	32,3	-0,2	5,4	1,2	4,2	8,5
Nhật	6,5	6,0	2,4	1,5	0,9	3,6	0,6	3,0	6,7
Canada	7,5	10,7	6,9	5,1	1,8	3,5	1,0	2,5	9.5
Luxemburg	6,8	8,7	5,4	5,0	0,4	3,2	0,4	2,8	7,0
Anh	5,9	9,8	7,6	6,1	1,3	2,1	0,2	1,9	6,0
Đức	8,4	5,0	3,4	2,6	0,7	1,5	0,3	1,2	8,8
Na Uy	7,1	10,0	7,1	7,2	-0,1	2,8	0,4	2,4	8,0
Italia	6,6	14,8	10,7	10,0	0,6	3,8	0,2	3,5	8,1
Bồ Đ. Nha	5,1	22,6	17,5	17,1	0,4	4,3	0,0	4,3	6,1
Tây B. Nha	5,4	14,4	9,3	8,9	0,4	4,6	0,4	4,2	6,4
Thuỵ Điển	9,2	8,9	7,1	7,6	-0,6	1,7	0,3	1,4	8,6
Thuỵ Sĩ	7,0	7,1	4,4	3,5	0,9	2,6	0,6	1,9	7,9
Thổ Nhĩ Kì	3,7	51,7	47,9	45,0	2,0	2,6	2,4	0,2	3,8
NewZeland	7,2	12,3	11,5	9,8	1,6	0,6	0,7	-0,1	7,3
Châu Âu	*6,8*	*12,3*	*9,1*	*8,6*	*0,5*	*2,8*	*0,4*	*2,5*	*7,5*
OECD	*7,0*	*11,8*	*8,7*	*8,8*	*0,7*	*2,9*	*0,5*	*2,4*	*7,8*

Nguồn: OECD (1993: 23)

Chú thích: [a] TDE = Total Domestic Expenditure = Tổng Chi tiêu Quốc nội (trong nước); [b] "Tăng giá đặc thù y tế" = sự gia tăng giá của chi tiêu y tế vượt mức gia tăng giá chung của tất cả hàng hoá và dịch vụ; [1]THE=Total Health Expenditure = Tổng chi tiêu y tế. Một vài tỉ lệ 1990 và số liệu của 1980-90 là các ước lượng trên cơ sở kết quả có thể coi là chắc. Chuỗi số thống kê làm cơ sở là nhất quán cho cả thập kỉ, nhưng không loại trừ những bất liên tục có thể không thấy được. Trung bình Châu Âu và trung bình OECD là các số liệu trung bình số (bình thường). Số liệu của Thổ Nhĩ Kì không xuất hiện trong tính toán các số trung bình này.

Cung ứng và cấp tài chính: phân loại

Mục này tiến hành phân loại các hình thức có thể chọn lựa tổ chức và cấp tài chính của khu vực y tế trên bình diện trừu tượng. Chúng tôi tập trung vào các phương pháp tổ chức, các hình thức sở hữu, và cấp tài chính, không nhấn mạnh vấn đề các cấu hình nào đặc trưng cho các dạng thức kinh tế-xã hội, cho các nước, cho các thời kì lịch sử khác nhau. Muộn hơn chúng tôi dùng sự phân loại này trong thảo luận những khuyến khích, những kinh nghiệm của các nước, và các kiến nghị cho cải cách khu vực y tế.

Bốn thực thể chủ yếu

Đúng như trong các lĩnh vực khác của nền kinh tế, với khu vực y tế sự tách biệt cơ bản có thể được vạch ra giữa bên cung và bên cầu. Trong y tế, "bên cung" dẫn chiếu đến cung cấp (provision) (hay phân phối:delivery) các dịch vụ y tế cho bệnh nhân. "Bên cầu" dẫn chiếu đến phương pháp cấp tài chính y tế và đến các tổ chức đại diện cho người tiêu dùng trong việc mua bảo hiểm y tế.[17]

Trong các hệ thống y tế đơn giản nhất, bệnh nhân mua dịch vụ trực tiếp từ các nhà cung cấp y tế. Chỉ có hai tác nhân: bệnh nhân như người mua và bác sĩ hay nhà cung cấp khác hành nghề cá nhân như người bán. Tuy vậy, như được nhấn mạnh ở trang 56, sự bất trắc liên quan đến nhu cầu về các dịch vụ y tế đắt tiền dẫn đến việc người tiêu dùng muốn mua bảo hiểm y tế, đưa những người trung gian vào giữa những người tiêu dùng và các

[17] Chúng tôi buộc phải sử dụng một số khái niệm ở phần trước của cuốn sách mà ý nghĩa của chúng vẫn còn chưa rõ cho đến mục này. Sở dĩ như vậy là vì chúng tôi nghĩ rằng khi đó dừng lại và định nghĩa chúng sớm hơn sẽ làm gián đoạn dòng lập luận.

nhà cung cấp.[18] Một trong những người trung gian đó là nhà bảo hiểm y tế hoặc là (sơ đồ) kế hoạch sức khoẻ (health plan). Trong trường hợp này khu vực y tế đặc trưng không phải chỉ với phân loại giữa người mua và người bán, mà là "bộ ba chăm sóc sức khoẻ" gồm người tiêu dùng, nhà bảo hiểm, và nhà cung cấp.

Như đã thảo luận trước đây, nhiều người sẽ trở nên không có bảo hiểm nếu thị trường bảo hiểm được để tự nó, không có can thiệp từ bên ngoài. Tiêu chuẩn tiếp cận công bằng như thế làm sinh ra một nhà trung gian khác nữa giữa bệnh nhân và nhà cung cấp. Chúng ta gọi tác nhân cơ bản thứ tư này là *nhà tài trợ (sponsor)*. Thí dụ các nhà tài trợ bao gồm các cơ quan chính phủ và các nhóm người sử dụng lao động, hoặc các nhà sử dụng lao động lớn mua bảo hiểm y tế nhân danh cho những người thụ hưởng, như cho các nhân viên của mình. Chức năng chính của nhà tài trợ là làm trung gian giữa những người thụ hưởng của mình và các nhà bảo hiểm. Nó hoạt động thay mặt những người tiêu dùng của mình nhằm thu thập thông tin, chọn ra một vài nhà bảo hiểm có uy tín để cho những người tiêu dùng của mình có thể lựa chọn, và giám sát chất lượng. Nhà tài trợ đòi hỏi nhà chức trách đặt ra các "quy tắc chơi" (như không được phân biệt đối xử có hại cho các bệnh nhân tốn phí cao) và phân phối lại ngân quỹ giữa các nhà bảo hiểm cạnh tranh nhau (để chống lại chọn lọc); nhà chức trách giống như người điều tiết này thường là một cơ quan chính phủ hoặc là một nhà sử dụng lao động có quyền lực thị trường đối với các nhà bảo hiểm. Vai trò khả dĩ khác của nhà tài trợ là đóng góp cấp tài chính cho các chi tiêu y tế. Điều này nhà tài trợ có thể làm bằng nhiều cách, thí dụ bằng cách trả một phần hay toàn bộ chi phí bảo hiểm của bệnh nhân, chi trả trực tiếp cho nhà cung cấp, hoặc chi trả một phần hoá đơn của nhà cung cấp. Nhà tài trợ cũng có thể có vai trò thứ ba, chức

[18] Các cá nhân tham vấn một bác sĩ có thể được gọi đúng là "bệnh nhân". Tuy vậy, phần lớn những người mua bảo hiểm y tế là những người khoẻ mạnh, và vì thế chúng tôi nói chung ưa dùng thuật ngữ rộng hơn, trung lập hơn là "người tiêu dùng" để chỉ họ.

năng điều tiết chung hơn (như cấp phép cho các nhà cung cấp) mà không được xem xét ở đoạn này.[19]

Muộn hơn, chúng tôi sẽ quay lại vai trò của các nhà tài trợ và mức độ tích hợp (liên kết) của các nhà tài trợ, các nhà bảo hiểm, và các nhà cung cấp. Đầu tiên, tuy vậy, chúng ta xem xét "thực đơn lựa chọn" cơ bản về tổ chức và cấp tài chính các dịch vụ y tế. Bảng 3.2 được thiết kế để cho việc xem xét này dễ dàng hơn.

Bảng 3.2 *Cung ứng và cấp tài chính: phân loại các cơ chế lựa chọn*

Cầu (Cấp tài chính)	Cung (Cung ứng)			
	(1) Các tổ chức			(2) Các nhà kinh doanh tư nhân
	(1.1) Sở hữu nhà nước	(1.2) Tư nhân phi lợi nhuận	(1.3) Tư nhân vì lợi nhuận	
(A) Nhà nước cấp tài chính	- Cục Y tế Quốc gia (Anh) - Cung ứng công cộng (Liên Xô)		Bảo hiểm y tế quốc gia (Canada)	
(B) Bảo hiểm bắt buộc			Bảo hiểm xã hội (Đức)	
(C) Bảo hiểm tự nguyện			Chủ yếu bảo hiểm tư nhân (Hoa Kì)	
(D) Bệnh nhân trả trực tiếp				

Ghi chú:
Về sự khác biệt giữa mô hình Anh và Xô viết, xem chương 5, đặc biệt là chú thích 2 (tr. 138)

[19] Chức năng điều tiết được bỏ qua ở đây bởi vì sự điều tiết cũng có thể được thực hiện bởi một định chế (thí dụ, một ban giám sát nhà nước) không hề có liên quan đến cấp tài chính cả. Một hệ thống phân loại phức hợp đáng nào cũng đã phức tạp sẽ trở nên càng phức tạp hơn nếu các hình thức điều tiết có thể lựa chọn cũng được đưa vào nữa.

Bên cung (cung cấp hoặc phân phối)

Tất nhiên cuối cùng thì các bệnh nhân nhận các dịch vụ y tế từ các nhà cung cấp cá thể- các bác sĩ, y tá, và các nhân viên y tế khác- nhưng bây giờ chỉ quan tâm đến khuôn khổ định chế-tổ chức và các hình thức sở hữu trong đó các cá nhân hoạt động. Có các hình thức thuần khiết sau đây (xem các cột của bảng 3.2):

(1) *Các tổ chức*. Những người trực tiếp cung cấp dịch vụ ở đây, bác sĩ, y tá hay nhân viên y tế khác là nhân viên làm việc của một tổ chức nào đó (thí dụ xí nghiệp, bệnh viện công, trường đại học, v.v.). Người trả chi phí dịch vụ, thường không trả trực tiếp cho nhân viên cung cấp dịch vụ mà trả cho tổ chức mà họ làm việc.

Các tổ chức như vậy được phân loại theo tiêu chí, ai thực hiện quyền sở hữu đối với chúng. Ba trường hợp thuần khiết có thể được phân biệt:

(1.1) *Các tổ chức thuộc sở hữu Nhà nước*. Các tổ chức cung cấp thuộc sở hữu công hoặc nhà nước lại có thể phân tiếp ra nữa. Có thể là một nhà cung cấp độc quyền - tức là một tổ chức quốc gia, có thứ bậc, quan liêu duy nhất hoạt động trong cả nước- hoặc một tập hợp phân tán loại nào đó của các tổ chức được sở hữu, thí dụ, bởi chính quyền địa phương.

(1.2) Các tổ chức có chủ sở hữu *phi lợi nhuận, phi nhà nước* (thí dụ thuộc quĩ từ thiện hay nhà thờ).

(1.3) Các tổ chức thuộc sở hữu *tư nhân* hoạt động *vì lợi nhuận*.

Trong cuộc sống thực tế, có nhiều trường hợp pha trộn, bao gồm các yếu tố của các dạng thuần khiết, mà chúng

lại có thể kết hợp với nhau theo nhiều cách. Sau đây là một số thí dụ:

- Bệnh viện hay phòng khám ngoại trú thuộc sở hữu nhà nước hay thuộc tổ chức phi lợi nhuận không phải của nhà nước cung cấp dịch vụ không chỉ bởi những nhân viên của riêng mình, mà có thể giao một số nhiệm vụ trên cơ sở hợp đồng cho một tổ chức thuộc sở hữu tư nhân, như cho một "nhà thầu phụ", thực hiện (thí dụ giao một số xét nghiệm labo cho hãng tư nhân thực hiện).
- Cũng tồn tại trường hợp ngược lại. Hãng y tế tư nhân, tức là hợp doanh của riêng các bác sĩ thực hiện việc cung cấp các dịch vụ y tế trong khuôn viên của một bệnh viện công hay của một phòng khám thuộc sở hữu nhà nước, hợp doanh trực tiếp thu tiền dịch vụ phí, nhưng ngược lại họ trả tiền thuê sử dụng nhà xưởng, thiết bị hay cơ sở hạ tầng cho đơn vị nhà nước.
- Có thể phân biệt trường hợp, khi một công ti cổ phần hoạt động vì mục tiêu lợi nhuận, thí dụ một bệnh viện tư, khỏi trường hợp một xí nghiệp hoạt động vì lợi nhuận tổ chức dịch vụ y tế chỉ cho riêng người lao động của mình, thí dụ phòng khám của xí nghiệp. Trong trường hợp sau, xí nghiệp không làm vì mục đích kiếm lợi nhuận thêm, mà để cung cấp trợ cấp bằng hiện vật thêm vào thu nhập lương cho nhân viên của mình.
- Cũng vẫn cá nhân đó, có thể là bác sĩ, y tá hay nhân viên y tế khác có thể chia thời gian làm việc của mình, một phần thời gian làm cho một hình thức sở hữu này, và một phần thời gian làm cho hình thức sở hữu khác (kể cả dạng thứ 2 sau đây).

(2) *Hành nghề tư.* Các nhà cung cấp y tế thường cung ứng dịch vụ như các chuyên viên độc lập tự hành nghề tư hoặc như nhà kinh doanh tư nhân. Tiêu chuẩn ở đây, trước mắt không quan trọng, là bác sĩ, y tá, nhà thể dục chữa bệnh, người xoa bóp có đăng kí kinh doanh hay không, và có đóng thuế với danh nghĩa như vậy không, v.v. Điều cơ bản ở đây là, người đó cung cấp dịch vụ không dưới danh nghĩa nhân viên của một tổ chức, mà làm một cách độc lập. Trong trường hợp này chính cá nhân tự hành nghề được bệnh nhân, nhà bảo hiểm hoặc nhà tài trợ trả tiền.[20]

Tuy chúng ta chú ý ở đây đến tổ chức và chủ sở hữu của các nhà cung cấp, hệ thống phân loại tổ chức giống hệt như vậy cũng có thể được sử dụng cho các nhà tài trợ và các nhà bảo hiểm. Thí dụ, nhà tài trợ có thể là (1.1) một tổ chức nhà nước (như một cơ quan nhà nước hay chính quyền địa phương); (1.2) một tổ chức tư nhân phi lợi nhuận (như quĩ bảo hiểm sức khoẻ khu vực hay quốc gia); hoặc (1.3) tổ chức tư nhân vì lợi nhuận (như một người sử dụng lao động lớn). Các nhà bảo hiểm hay các sơ đồ sức khoẻ cũng có thể được liệt vào bất kể loại nào trong các loại như vậy.

Bên cầu (cấp tài chính)

Người tiêu dùng, sử dụng dịch vụ cuối cùng tất nhiên là bệnh nhân. Nhưng, khi khảo sát cơ chế kinh tế, chúng ta không hỏi ai là người sử dụng, mà hỏi ai trả tiền cho dịch vụ. Tại đây chúng ta tập trung vào nguồn của ngân quĩ cuối cùng được dùng để chi trả

[20] Trong nhiều trường hợp, một bác sĩ hành nghề tư sử dụng một nữ y tá hay một thư kí được trả công từ tiền túi của bác sĩ. Bởi vì loại này gồm một người sử dụng lao động và một hay vài người lao động, nghiêm túc mà nói nó phải được phân loại như một tổ chức. Bất chấp điều đó, cuốn sách này để các "tổ chức" tối thiểu này vào loại "tư nhân hành nghề tư", còn để khái niệm "tổ chức" cho các đơn vị lớn hơn như bệnh viện hay phòng khám.

các nhà cung cấp dịch vụ y tế. Có thể phân biệt các trường hợp thuần khiết sau (xem các hàng của bảng 3.2):

(A) *Nhà nước cấp tài chính.* Ngân sách nhà nước cấp tài chính cho dịch vụ y tế, lấy từ các nguồn thu thuế chung. Như vậy việc cấp tài chính không lấy từ một quĩ đặc biệt, "được đánh dấu" cho mục đích y tế, nằm ngoài ngân sách và từ các nguồn thu riêng cho mục đích này.

(B) *Bảo hiểm bắt buộc.* Nghĩa vụ của cá nhân, được luật quy định, là phải mua bảo hiểm bắt buộc. Lựa chọn này có thể tiếp tục phân ra các trường hợp con: có một tổ chức độc quyền duy nhất toàn quốc hoạt động như tổ chức bảo hiểm xã hội bắt buộc, hay hệ thống bảo hiểm bắt buộc phân tán. Người được bảo hiểm có thể lựa chọn xem nên mua bảo hiểm bắt buộc với hãng bảo hiểm nào.

Lưu ý rằng thường phân biệt cấp tài chính "công cộng: public" khỏi cấp tài chính "tư nhân", nhưng các thuật ngữ này làm mờ sự phân biệt giữa (A) và (B) như các hình thức lựa chọn của cấp tài chính công và giữa (C) và (D) dưới đây như các biến thể của cấp tài chính tư nhân.

(C) Bảo hiểm tự nguyện. Cá nhân (hay cá nhân và người sử dụng lao động như nhà tài trợ-sponsor) mua bảo hiểm tự nguyện ở một hãng bảo hiểm thương mại.

Trong trường hợp (A), (B), và (C), thông thường nhà tài trợ hoặc hãng bảo hiểm trả tiền cho nhà cung cấp thay cho bệnh nhân. Một số hệ thống bảo hiểm quy định rằng, bản thân người được bảo hiểm cũng góp phần vào việc trả tiền này. (Phần đóng góp này được gọi là cùng trả, *co-payment*).

Sự phân biệt hình thức (B) và (C) có tầm quan trọng căn bản đối với hoạt động của cơ chế y tế. Trong một số nước, bảo hiểm bắt buộc có thể mua ở các hãng bảo hiểm tư nhân, nhưng ở phần lớn các nước thì phải mua ở một tổ chức phi lợi nhuận, nửa nhà nước, được lập ra riêng cho mục đích

này, trong khuôn khổ của cái được gọi là "bảo hiểm xã hội". Về loại hình này sẽ còn trình bày chi tiết hơn.

D) Cá nhân trực tiếp thanh toán. Bản thân bệnh nhân lấy tiền túi của mình trả cho nhà cung cấp. Hình thức tài trợ này thường được gọi là "tự trả".

Cũng như ở phía cung, có nhiều hình thức tổ hợp khác nhau của các trường hợp thuần khiết. Quan trọng nhất là sự kết hợp của hình thức (D), trả trực tiếp, với (A), (B) hay (C), chi trả bởi sponsor (thí dụ Nhà nước) hoặc hãng bảo hiểm. Sự kết hợp này có thể là một phần hợp pháp của hợp đồng bảo hiểm, theo đó bệnh nhân trả một phần chi phí (một khoản cố định có thể khấu trừ -*deducible payment*- hay đồng trả một tỉ lệ xác định-*co-payment)*. Mặc khác nó có thể là hình thức nửa hợp pháp hay bất hợp pháp, theo đó bảo hiểm trả, nhưng bệnh nhân bổ sung thêm từ "túi của mình". Hiện tượng sau cùng này, hiện tượng "tiền trả ơn" này sẽ còn được đề cập đến muộn hơn.*

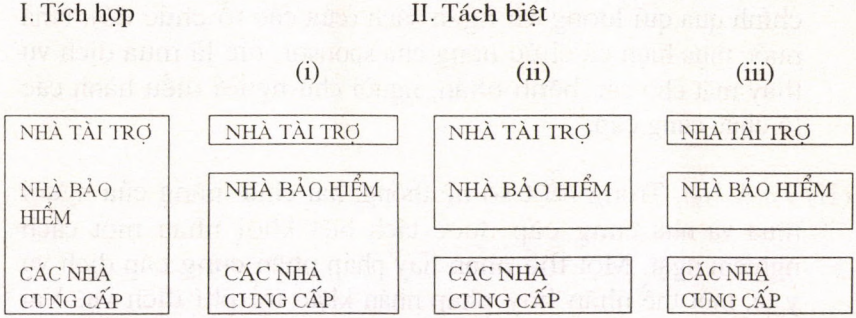
Nhìn chung, các hình thức cấp tài chính khác nhau không loại trừ nhau. Một cá nhân có thể tham gia vào các hình thức khác nhau cùng một lúc. Thí dụ, một người tiêu dùng có thể có bảo hiểm tự nguyện cũng như bảo hiểm bắt buộc, trong khi đó lại trực tiếp chi trả một số dịch vụ nhất định, và cũng hưởng các dịch vụ được Nhà nước tài trợ.

Mức độ tích hợp (liên kết) giữa những người mua, các nhà bảo hiểm, và các nhà cung cấp

Cuối cùng, nên làm rõ các mối liên hệ lựa chọn giữa cung-cầu, cung cấp và cấp tài chính. Một đặc trưng quan trọng của hệ thống y tế là mức độ tích hợp (liên kết) giữa các nhà tài trợ-

* Tiếng Hungary gọi là "tiền trả ơn - hálapénz", ở Việt Nam được gọi là tiền bồi dưỡng, tiền lót tay, tiền biếu.

sponsor, các nhà bảo hiểm, và các nhà cung cấp (xem hình 3.1). Hai hình thức thuần khiết có thể được phân biệt:



Hình 3.1 Các loại tích hợp (liên kết)

Ghi chú: Hình dẫn chiếu đến nhà tài trợ (sponsor) và nhà bảo hiểm ở số ít. Với một số cơ chế, có thể có đồng thời nhiều hơn là một nhà tài trợ và nhà bảo hiểm. Trong mọi trường hợp có nhiều nhà cung cấp.

(I) *Tích hợp.* Cả hai chức năng, tài trợ và cung cấp, cùng do một pháp nhân thực hiện. Thay vì có các vai trò tách biệt cho người mua và cho nhà cung cấp, một hệ thống y tế tích hợp thực hiện cả hai vai trò (hoặc tất cả ba vai trò của người mua, người bảo hiểm, và người cung cấp). Đây là hai ví dụ:

- Hệ thống y tế xã hội chủ nghĩa cổ điển, trước cải cách, kết hợp hình thức (1.1) (độc quyền nhà nước ở phía cung cấp) ở bên cung với hình thức (A) ở bên cầu (ngân sách nhà nước chi trực tiếp các chi phí y tế) vào một bộ máy khổng lồ duy nhất.
- Mô hình Cục Y tế Quốc gia (National Health Service) có xuất xứ từ Vương quốc Anh, và được chấp nhận làm theo trong nhiều nước thuộc địa của Anh và các nước đang phát triển khác, như ở Ấn Độ, Bangladesh, Nigeria, Kenya, và Sri

Lanka (Hsiao 1999). Hệ thống này cũng kết hợp các phương tiện y tế thuộc sở hữu nhà nước ở bên cung (1.1) với cấp tài chính nhà nước từ nguồn thuế chung ở bên cầu (A). Các bệnh viện công và các phương tiện ngoại trú được cấp tài chính qua quĩ lương và ngân sách (của các tổ chức đó). Nhà nước thực hiện cả chức năng của sponsor, tức là mua dịch vụ thay mặt cho các bệnh nhân, người chủ-người điều hành các tổ chức cung cấp.

(II) *Tách biệt*. Trong một số hệ thống, hai chức năng của người mua và nhà cung cấp được tách biệt khỏi nhau một cách nghiêm ngặt. Một thể nhân hay pháp nhân cung cấp dịch vụ y tế, một thể nhân hay pháp nhân khác trả phí dịch vụ. Vai trò của người mua có thể được thực hiện bởi, thí dụ, một cơ quan nhà nước hay quĩ bảo hiểm quốc gia (kết hợp vai trò của sponsor và nhà bảo hiểm). Nhà tài trợ (sponsor) cũng có thể tái phân phối ngân quĩ giữa các nhà bảo hiểm để đảm bảo rằng, tuy những người tiêu dùng trả cùng một suất phí bảo hiểm, song các nhà bảo hiểm được thanh toán với suất phí phản ánh rủi ro mà họ đã bảo hiểm.

Có ba biến thể của các hệ thống tách biệt vai trò của người mua và nhà cung cấp.

Trong loại thứ nhất (II.i), vai trò nhà tài trợ được tách biệt, nhưng vai trò nhà bảo hiểm và nhà cung cấp được tích hợp. Hình thức này thường được dẫn chiếu tới (một cách hơi lẫn lộn) như là sự tích hợp của cung ứng và cấp tài chính. Thí dụ, một hãng bảo hiểm tư nhân, một mặt có thể có cả các bác sĩ riêng của mình, các bác sĩ này cung cấp các dịch vụ cơ bản nhất và quyết định gửi bệnh nhân ra các tuyến ngoài (thí dụ vào phòng khám chuyên khoa hay bệnh viện nào). Loại tổ chức này kết hợp hình thức (1) ở bên cung (một tổ chức như nhà cung cấp), với các hình thức (C) và (D) ở bên cầu (hãng bảo hiểm trả tiền, bệnh nhân đóng góp). Tổ chức nhà bảo hiểm-nhà cung cấp có thể hợp

đồng trực tiếp với một nhà tài trợ. Thường nhiều tổ chức nhà bảo hiểm-nhà cung cấp như vậy cạnh tranh nhau vì khách hàng. Hình thức hiện đại và ngày càng phổ biến này ở Hoa Kì, ở đó nó được gọi là các tổ chức chăm sóc sức khoẻ được quản lí (managed care organization) như *Health Maintenance Organization* (HMO - Tổ chức bảo dưỡng sức khoẻ). (Về loại tổ chức này sẽ còn thảo luận kĩ hơn). Tuy vậy, đừng tin rằng đây là sáng chế mới của Mĩ. Trước đó nó đã tồn tại, không chỉ ở Hoa Kì, mà cả ở Châu Âu. Thí dụ, đó là tình trạng ở Hungary trước thời xã hội chủ nghĩa. Trong khuôn khổ của hình thức này đã hoạt động ở Hungary Hiệp hội y tế của một số nghề (thí dụ của các nhà báo), tổ chức bảo hiểm của một số xí nghiệp nhà nước hoặc tư nhân lớn (thí dụ của Xí nghiệp Đường sắt Nhà nước Hungary, MÁV), v.v. Cũng tương tự, đã có ba định chế bảo hiểm lớn ở Croatia trước chiến tranh: một cho các thợ mỏ, một cho những người lao động tư nhân, và một cho các nhân viên nhà nước. Mỗi định chế đã có mạng lưới các nhà cung cấp của mình (WHO 1999b: 4). Trong các định chế cũ trước chiến tranh và các HMO hiện nay, các bác sĩ nội bộ có thể không cung cấp đủ loại dịch vụ y tế. Nhà bảo hiểm giữ quyền chuyển bệnh nhân đến các tổ chức khác để thực hiện các dịch vụ đặc biệt, trên cơ sở khuyến nghị của các bác sĩ riêng của mình. Điều phân biệt chủ yếu ở đây là chức năng bảo hiểm được tích hợp với tổ chức nhà cung cấp, ít nhất cho một dải rộng các dịch vụ y tế.

Như một lựa chọn khác, nhà tài trợ và nhà bảo hiểm có thể được tích hợp, nhưng tách biệt khỏi các nhà cung cấp (II. ii). Thí dụ, ở Hệ thống Bảo hiểm Sức khoẻ Quốc gia (National Health Insurance) của Canada, mỗi tỉnh có một chương trình bảo hiểm bắt buộc cho dân cư của mình theo những nguyên tắc chỉ đạo của liên bang, chi trả các nhà cung cấp độc lập. Tại Hoa Kì, một số người sử dụng lao động lớn là người tự bảo hiểm, hợp đồng trực tiếp với nhóm các nhà cung cấp để cung cấp các dịch vụ y tế cho nhân viên của mình. Dưới hình thức này, sự tích hợp của nhà

tài trợ và nhà bảo hiểm nói chung loại trừ sự cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm khả dĩ có thể lựa chọn được, tuy bệnh nhân có thể có sự lựa chọn phong phú các nhà cung cấp.

Cuối cùng, tất cả ba vai trò của nhà tài trợ, nhà bảo hiểm, và nhà cung cấp có thể được thực hiện bởi các thực thể pháp lí tách biệt (II.iii). Nhà tài trợ thường dàn xếp cạnh tranh giữa nhiều nhà bảo hiểm có thể lựa chọn. Khi đó người tiêu dùng có thể chọn giữa các nhà bảo hiểm cạnh tranh nhau. Thí dụ, một hiệp hội công nghiệp hoặc một người sử dụng lao động lớn có thể hoạt động như nhà tài trợ cho các nhân viên của mình. Nó hợp đồng với nhiều nhà bảo hiểm y tế từ đó nhân viên có thể chọn, và nó cũng trả một phần phí bảo hiểm. Các nhà bảo hiểm, đến lượt mình, lại hợp đồng với các nhà cung cấp độc lập và các tổ chức nhà cung cấp để thực hiện các dịch vụ y tế cho các bệnh nhân.

Việc liệt kê đơn thuần các loại kể trên là cần thiết, để cho việc phân tích hiện trạng sau này được sáng tỏ hơn, dễ theo dõi hơn, và để đảm bảo có thể diễn đạt đơn nghĩa những kiến nghị một cách rõ ràng hơn. Tổng quan đã có thể mang lại ích lợi cho ngay một mục đích: làm sáng tỏ ra là, "thực đơn" của các khả năng là phong phú đến nhường nào. Không phải chỉ là lựa chọn giữa hai khả năng: y tế nhà nước *hoặc* tư nhân hoá. Có nhiều hình thức cả ở bên cung lẫn bên cầu; chúng lại có thể kết hợp với nhau theo nhiều cách; có nhiều khả năng hỗn hợp và song song. Sẽ là sai lầm nghiêm trọng, nếu quá đơn giản hoá vấn đề lựa chọn.

Những khuyến khích của hệ thống thanh toán

Những khuyến khích là rất quan trọng trong xác định khu vực y tế biểu hiện đến mức nào những mục tiêu mà một xã hội muốn nó thực hiện. Chúng tôi đã gợi ý trong chương 2 một loạt các mục tiêu hay các nguyên lí cho cải cách ở các nền kinh tế chuyển đổi. Tuy trọng tâm chính ở đoạn này là nguyên lí 4 - nhu cầu về các hình thức sở hữu, thanh toán, và điều tiết nhằm khuyến khích tính hiệu quả- song các nhà cải cách phải nhận thức rằng các cơ chế khuyến khích cũng hết sức quan trọng trong nâng cao hay huỷ hoại sự lựa chọn, sự đoàn kết, cạnh tranh, tính bền vững tài chính, và các nguyên lí khác đã được xem xét. Thí dụ, những khuyến khích là then chốt trong việc xác định xem các bệnh nhân, đặc biệt là những người thiệt thòi do gặp những vấn đề y tế nghiêm trọng và đắt tiền, có thể tiếp cận đến mức nào tới sự lựa chọn hữu hiệu các nhà bảo hiểm và các nhà cung cấp (nguyên lí 1). Thêm nữa, những so sánh quốc tế về chi tiêu y tế nhấn mạnh tầm quan trọng của các khuyến khích trong lí giải mức độ và sự gia tăng chi tiêu trực tiếp ảnh hưởng đến tính bền vững tài chính của một hệ thống y tế (nguyên lí 9).

Bất luận các đặc trưng khác -cơ cấu sở hữu, mức độ phi tập trung hoá, hình thức thanh toán chiếm ưu thế- của cơ cấu kinh tế được lựa chọn cho khu vực y tế ra sao, đều sẽ có các vấn đề khuyến khích. Những đánh đổi (trade-offs) là không thể tránh khỏi để cân đối các nguyên lí đua tranh nhau. Trong đoạn này chúng ta tập trung vào những đánh đổi ở bên cầu sau đó đến ở bên cung. Các khuyến nghị chính sách được hoãn lại đến các chương sau.

Thuật ngữ *hệ thống thanh toán (payment system)* được dùng chung ở đây để chỉ cả bảo hiểm khách hàng và hoàn trả cho nhà cung cấp. Tức là, một hệ thống thanh toán có hai thành tố chủ yếu: những người tiêu dùng được bảo hiểm ra sao để chống lại

những rủi ro chi tiêu y tế như thế nào, và các nhà cung cấp dịch vụ y tế được chi trả cho dịch vụ của mình ra sao. Hệ thống thanh toán xác định những khuyến khích nào được áp dụng cho những người tiêu dùng, nhà bảo hiểm và nhà cung cấp. Điều mong muốn là cơ cấu hệ thống sao cho các dịch vụ y tế được sản xuất ra và sử dụng một cách hiệu quả (không "quá ít" cũng chẳng "quá nhiều"), và sao cho các bệnh nhân tiếp cận được sự phân tán rủi ro và chăm sóc y tế có chất lượng. Cần phải ngăn ngừa chọn lọc có hại và chọn lọc rủi ro, vì chúng làm tổn thương đến sự lựa chọn và sự đoàn kết.

Các vấn đề khuyến khích ở bên cầu xoay quanh vấn đề *hiểm hoạ đạo đức (moral hazard)* (được đưa ra ở trang 65), tức là những người tiêu dùng được bảo hiểm toàn phần, thường có thiên hướng sử dụng quá mức các dịch vụ có biểu hiện như dịch vụ "miễn phí". Vấn đề này sẽ là nghiêm trọng nhất khi nhà cung cấp có động cơ để thoả mãn hay kích thích lạm dụng (như sẽ được thảo luận trong những khuyến khích ở bên cung dưới đây). Các khoản trả có thể khấu trừ, đồng-chi trả, và đồng-bảo hiểm - một *khoản chia sẻ chi phí* nhất định *ở bên cầu*- sẽ ngăn chặn sự lạm dụng phung phí mà không làm nản lòng quá mức việc sử dụng các dịch vụ cần thiết.

Tuy chia sẻ chi phí ở bên cầu có thể giúp để đạt tới sử dụng hiệu quả, nhưng cũng có vấn đề khác: như đã lưu ý trước đây, sự chia sẻ chi phí ở bên cầu có chiều hướng làm tiêu tan mục đích của bảo hiểm bằng cách buộc người tiêu dùng phải trả các khoản đồng-chi trả không phải nhỏ, không thể dự đoán được. Nói cách khác, nó gây ra rủi ro cho người tiêu dùng, người muốn tránh (hoặc bảo hiểm chống lại) rủi ro. Chính vì vậy, bảo hiểm y tế kéo theo một sự đánh đổi cơ bản giữa việc đưa ra các khuyến khích thích hợp cho sử dụng hiệu quả dịch vụ y tế và phân tán rủi ro (Zeckhauser 1970). Tăng sự hào phóng của bảo hiểm trải rủi ro ra rộng hơn, nhưng cũng dẫn đến thiệt hại bởi vì các cá nhân lựa chọn nhiều chăm sóc hơn (hiểm hoạ đạo đức) và các

nhà cung cấp cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc hơn *mọi thứ khác giữ nguyên-ceteris paribus* (Cutler and Zeckhauser 2000). Các khế ước bảo hiểm y tế được thiết kế khéo tính đến một thang trượt, với tỉ lệ đồng-bảo hiểm giảm dần khi tổng chi tiêu y tế của cá nhân được bảo hiểm tăng lên. Hợp đồng bảo hiểm như vậy cũng sẽ giới hạn tổng trách nhiệm tài chính của bệnh nhân với một trần chi phí.

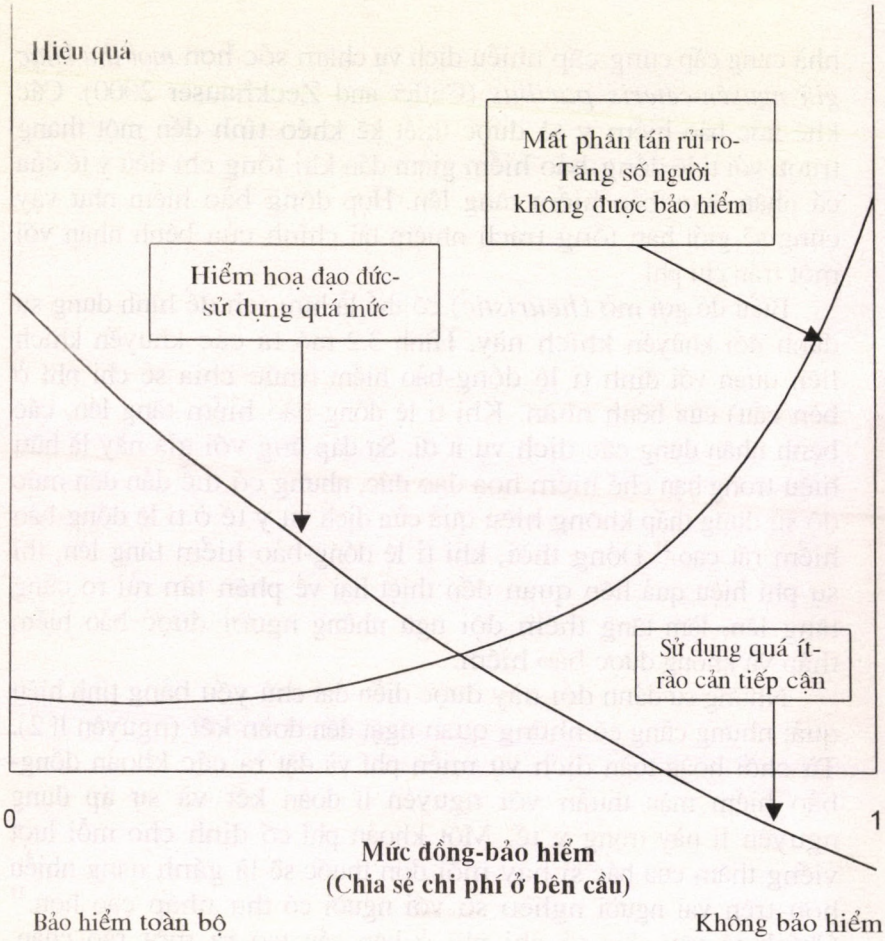
Biểu đồ gợi mở (*heuristic*) có thể là hữu ích để hình dung sự đánh đổi khuyến khích này. Hình 3.2 mô tả các khuyến khích liên quan với định tỉ lệ đồng-bảo hiểm (mức chia sẻ chi phí ở bên cầu) của bệnh nhân. Khi tỉ lệ đồng-bảo hiểm tăng lên, các bệnh nhân dùng các dịch vụ ít đi. Sự đáp ứng với giá này là hữu hiệu trong hạn chế hiểm hoạ đạo đức, nhưng có thể dẫn đến mức độ sử dụng thấp không hiệu quả của dịch vụ y tế ở tỉ lệ đồng-bảo hiểm rất cao.[21] Đồng thời, khi tỉ lệ đồng-bảo hiểm tăng lên, thì sự phi hiệu quả liên quan đến thiệt hại về phân tán rủi ro cũng tăng lên, làm tăng thêm đội ngũ những người được bảo hiểm thấp và không được bảo hiểm.

Những sự đánh đổi này được diễn đạt chủ yếu bằng tính hiệu quả; nhưng cũng có những quan ngại đến đoàn kết (nguyên lí 2). Từ chối hoàn toàn dịch vụ miễn phí và đặt ra các khoản đồng-bảo hiểm mâu thuẫn với nguyên lí đoàn kết và sự áp dụng nguyên lí này trong y tế. Một khoản phí cố định cho mỗi lượt viếng thăm của bác sĩ hay mỗi đơn thuốc sẽ là gánh nặng nhiều hơn trên vai người nghèo so với người có thu nhập cao hơn.[22] Chính vì vậy chia sẻ chi phí ở bên cầu tạo ra một rào chắn, *barrier*, đối với tiếp cận các dịch vụ y tế, và đó có thể là gánh nặng không cân xứng đối với những người nghèo.

---

[21] Với giới hạn, 100 phần trăm đồng-bảo hiểm có nghĩa là bệnh nhân trả toàn bộ chi phí y tế bằng tiền túi của mình, và như vậy là không được bảo hiểm. Trong trường hợp này một số lượng lớn bệnh nhân có thể bỏ chăm sóc cần thiết.

[22] Bằng thuật ngữ kinh tế học, sự chia sẻ chi phí ở bên cầu là một hình thức cấp tài chính luỹ thoái, bởi vì nó buộc người nghèo hơn phải trả tỉ lệ phần trăm thu nhập cao hơn cho y tế so với tỉ lệ mà người giàu hơn phải trả.



Hình 3.2 Sự đánh đổi trong định tỉ lệ đồng-bảo hiểm

Chứng cơ kinh nghiệm

Vấn đề hiểm hoạ đạo đức đáng kể đến mức nào? Nhiều nhà nghiên cứu đã khảo sát sự đáp ứng của bệnh nhân với những

khuyến khích bên cầu.[23] Trọng tâm là về đáp ứng giá của cầu về y tế của người tiêu dùng. Các nhà kinh tế đo độ đáp ứng giá này bằng sự thay đổi phần trăm của sử dụng tương đối so với sự thay đổi phần trăm của giá, tỉ lệ này được gọi là *độ co giãn giá*. Độ co giãn giá được mong đợi là một số âm: một sự tăng lên của giá sẽ kéo theo một sự giảm xuống của sử dụng.

Những khảo sát sớm ban đầu cho thấy các ước lượng về độ co giãn giá y tế rất khác nhau (từ khoảng -0,1 đến -1,5). Cuộc thử nghiệm Bảo hiểm Y tế của RAND - một thử nghiệm lớn về xã hội ở Hoa Kì trong các năm 1970 phân định một cách ngẫu nhiên gần 6000 người vào các sơ đồ bảo hiểm y tế khác nhau và khảo sát việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ của họ trong khoảng từ 3 đến 5 năm- cho kết quả độ co giãn giá chung của dịch vụ y tế là khoảng -0,2 (Newhouse and the Insurance Experiment Group 1993:121). Nói cách khác, sự tăng giá các dịch vụ y tế 10 phần trăm sẽ làm giảm 2 phần trăm cầu của các dịch vụ đó. Con số này ngày nay được chấp nhận rộng rãi.

Tất nhiên, các dịch vụ đặc thù nhất định có thể có mức đáp ứng giá khác nhau. Thí dụ, cầu về điều trị các ca khẩn cấp cần phải nằm viện thì chẳng mấy nhạy cảm với giá. Ngược lại, cầu về chăm sóc răng và cầu về chăm sóc bệnh tâm thần ngoại trú lại được thấy là nhạy cảm hơn với giá so với các dịch vụ y tế khác. Điều này gợi ý rằng, tuy thật là ẩu khi mong đợi rằng đồng-chi trả cho các dịch vụ nội trú sẽ làm giảm chi tiêu một cách đáng kể, nhưng có thể là phù hợp khi áp các khoản đồng-chi trả cao hơn cho các dịch vụ tế nhị.

Tóm lại, có rất nhiều chứng cớ kinh nghiệm xác nhận rằng cầu về dịch vụ y tế là nhạy cảm với giá. Một vấn đề then chốt trong thiết kế một hệ thống thanh toán là lựa chọn (các) mức phù hợp cho chia sẻ chi phí bên cầu đối với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ khác nhau. Mức rất cao sẽ ngăn chặn quyết liệt sự lạm

[23] Để có tổng quan về những nghiên cứu này, xem Zweifel and Manning (2000); Cutler and Zeckhauser (2000).

dụng hoang phí, nhưng cũng tạo ra rủi ro và là một khoản thuế đối với người bệnh, một rào cản đối với tiếp cận.

Những khuyến khích ở bên cung

Các hệ thống thanh toán cũng tạo ra các khuyến khích nhất định ở bên cung. Có khá nhiều bằng chứng gợi ý rằng cơ cấu hoàn chi cho nhà cung cấp ảnh hưởng đến số lượng và chất lượng của các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Tương tự, ở bên cung, của đồng-bảo hiểm của bệnh nhân ở bên cầu, là nhà cung cấp chịu chia sẻ chi phí ở tại điểm dịch vụ: *chia sẻ chi phí* (hoặc *rủi ro) ở bên cung*. Điều này có nghĩa là sự chia sẻ rủi ro về chi phí chăm sóc giữa người trả tiền và nhà cung cấp. Người trả tiền có thể là nhà bảo hiểm, hoặc một nhà tài trợ chi trả một tổ chức bảo hiểm-cung cấp được tích hợp. Như sẽ thấy, mức độ chia sẻ chi phí ở bên cung càng cao thì ràng buộc ngân sách đối với nhà cung cấp càng cứng khi quyết định liệu pháp điều trị phù hợp cho một bệnh nhân cho trước.

Một cách trả tiền cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế là hoàn chi. Nếu nhà cung cấp được bồi hoàn toàn bộ chi phí chăm sóc - hoàn chi toàn bộ- thì nhà cung cấp không có rủi ro nào. Trong thực tế, người trả tiền không biết chính xác các chi phí chăm sóc, mà chỉ biết cái mà nhà cung cấp đòi trả cho một tập hợp dịch vụ cho trước. Chính vì vậy hoàn chi thường dựa trên cơ sở một bảng giá. Một loại hợp đồng rất thông dụng là trả *phí cho mỗi dịch vụ (fee-for-service: FFS)*, theo đó nhà cung cấp được trả một khoản phí định trước cho mỗi dịch vụ được thực hiện. Các phí có thể tương xứng với các giá thị trường cạnh tranh, hoặc, phổ biến hơn là các giá được thương lượng hoặc do Chính phủ hay cơ quan bảo hiểm xã hội định ra một cách đơn phương. Thường thường các phí là bằng hoặc vượt chi phí cung cấp dịch vụ.

Bởi vì với cách thanh toán hoàn chi toàn bộ hay FFS nhà cung cấp không chịu rủi ro gì về chi phí chăm sóc, những cách thanh toán này không bao hàm chia sẻ chi phí ở bên cung. Như thế, thực ra nhà cung cấp đối mặt với ràng buộc ngân sách mềm. Chẳng có khuyến khích tài chính nào để kiểm soát chi phí hay để hạn chế số các dịch vụ được cung cấp, bởi vì mọi chi phí đều được hoàn trả. Thực ra, nếu phí cho dịch vụ cao hơn chi phí cung ứng, thì nhà cung cấp được lợi về tài chính khi cung cấp số lượng lớn dịch vụ, bất luận lợi ích của bệnh nhân có biện minh cho chi phí đó hay không. Bởi vì các nhà cung cấp hầu như luôn luôn được thông tin tốt hơn so với bệnh nhân và có ảnh hưởng lớn đến bệnh nhân, liên quan đến những lựa chọn liệu pháp chữa trị, cho nên bệnh nhân thường triệt để tôn trọng các khuyến nghị của nhà cung cấp, và những khuyến nghị đó có thể bị ảnh hưởng bởi lợi ích tài chính. Cách chi trả phí cho dịch vụ, FFS, chính vì thế, thường đi kèm với mức sử dụng cao và có thể kích thích lạm dụng, đặc biệt với các dịch vụ có lợi nhuận nhất. Thuật ngữ *cầu do nhà cung cấp gây ra (supplier-induced demand)* dẫn chiếu đến hiện tượng gây tranh cãi, là nhà cung cấp dịch vụ y tế (bác sĩ hay người cung cấp khác) thao túng bệnh nhân để họ nhận nhiều dịch vụ hơn là họ muốn, và như vậy người cung cấp có thể tăng thu nhập (Cutler and Zeckhauser 2000). Cách chi trả, phí cho dịch vụ, FFS, với một khoản lợi nhuận dương cho mỗi dịch vụ sẽ khuyến khích cầu do nhà cung cấp gây ra.

Để thảo luận giải quyết thiên hướng FFS dẫn đến các chi phí cao và vô giới hạn thông qua sự gia tăng số lượng của các dịch vụ được cung cấp, nhiều nước kết hợp FFS với các biện pháp khác. Thí dụ, ở Nhật Bản, Chính phủ cho đến nay đã khá thành công trong việc hiệu chỉnh bảng phí nhằm giữ cho tổng chi phí tương đối thấp. Cách tiếp cận phổ biến hơn là áp đặt một trần chung hoặc một ngân sách tổng thể cho việc hoàn trả nhà cung cấp. Cách tiếp cận thanh toán này giữ được nhiều ưu điểm của FFS, song lại cố chế ngự tổng chi phí trong khuôn khổ của một ngân sách. Khâu mấu chốt trong các hệ thống như vậy là hiệu

chỉnh các phí, sao cho khi số lượng tăng lên thì giá trên một đơn vị giảm xuống để giữ tổng chi tiêu nằm trong khung ngân sách.

Hệ nổi bật nhất trong các hệ thống sử dụng FFS với trần là hệ thống điểm ở Đức. Trong hệ thống này các thủ tục y tế được gắn cho các điểm số chứ không phải giá hay phí trực tiếp. Các thủ tục phức tạp hơn và tốn nhiều thời gian hơn được tính điểm cao hơn. Số tiền hoàn trả cho nhà cung cấp là kết quả nhân tổng số điểm ghi trên hoá đơn với hệ số chuyển đổi tiền tệ cho một điểm. Thí dụ, nếu bác sĩ ghi hoá đơn một thủ tục y tế là 200 điểm và hệ số chuyển đổi là 1 $ cho một điểm, thì khoản hoàn trả là 200 $. Giá trị tương đối (bằng điểm) của các liệu pháp điều trị khác nhau được giữ nguyên (thực vậy, các biểu phí này thường được gọi là các thang giá trị tương đối[24]); thế mà tổng khoản hoàn trả vẫn có thể hiệu chỉnh để nằm trong khuôn khổ ngân sách bằng cách hiệu chỉnh hệ số chuyển đổi tiền tệ, thậm chí ngay cả khi số lượng thay đổi đáng kể. Phí trên một điểm tỉ lệ nghịch với tổng số lượng dịch vụ được tất cả các bác sĩ cung cấp. Một sự gia tăng tổng số lượng gắn với sự giảm của giá cho một đơn vị dịch vụ.

Các hệ thống như vậy cố gắng làm cụt hứng những khuyến khích đẩy chi phí lên cao của các chi trả FFS bằng cách áp ràng buộc ngân sách cứng cho toàn bộ chi phí. Rất đáng tiếc, trong các nước áp dụng sơ đồ này, ràng buộc ngân sách được áp ở mức rất tổng hợp. Điều này dẫn đến các khuyến khích hơi tai quái. Nếu tất cả mọi người tham gia hợp tác với nhau trong hạn chế số lượng, thì họ sẽ có lợi. Nhưng mỗi người lại có động cơ để đi trệch - trong trường hợp này là tăng số điểm tính trên hoá đơn thông qua thực hiện nhiều thủ tục có điểm cao và năng nổ tính hoá đơn nhằm nâng cao thu nhập. Mỗi nhà cung cấp cố gắng tăng thu nhập của riêng mình làm tổn hại đến người khác. Chính vì thế, chẳng có gì đáng ngạc nhiên là các hệ thống FFS với trần,

[24] Biểu phí dùng trong Medicare ở Hoa Kì được dẫn xuất ra từ một thang giá trị tương đối trên cơ sở nguồn lực, tức là, thang giá trị tương đối đo mức tương đối của nguồn lực đầu vào được tiêu dùng khi các bác sĩ sản xuất các dịch vụ và các thủ tục (Hsiao *et al.* 1988).

như ở Đức hay Canada, đã trải qua sự gia tăng đáng kể về khối lượng và lập hoá đơn.[25] Tác động tương tự, có thể dự đoán được, đã xuất hiện trong hệ thống thanh toán FFS với trần của Hungary cho những chăm sóc chuyên khoa ngoại trú: sự gia tăng số lượng các điểm được tính trên hoá đơn và giảm giá trị bằng tiền của mỗi điểm (Orosz, Ellena and Jakab 1988).

Một phương pháp khác để kiểm soát số lượng các dịch vụ, có thể là đưa ra một khoản tường minh nào đó của chia sẻ chi phí ở bên cung, nó sẽ cứng hoá ràng buộc ngân sách với các nhà quyết định liên quan - tức là các cá nhân nhà cung cấp (hoặc một nhóm nhỏ nhà cung cấp). Một nhà cung cấp, người bị rủi ro về một số chi phí chăm sóc, sẽ có động cơ để kiểm soát các chi phí đó.

Một hình thức phổ biến của chi trả nhà cung cấp có chia sẻ chi phí ở bên cung là *thanh toán trên cơ sở trường hợp* (*case-based payment*, cũng thường gọi là *thanh toán triển vọng-prospective payment*). Đây là chi trả một khoản phí cố định cho điều trị một trường hợp bệnh nhân hay cho một điều kiện y tế cho trước. Mức của phí cố định phụ thuộc vào sự phân loại trước của các trường hợp, thường dựa trên các chẩn đoán bệnh nhân. Trong dạng thuần khiết nhất của nó, bởi vì chi trả cho một trường hợp cho trước được cố định về sau, việc thanh toán như vậy làm cho nhà cung cấp bị rủi ro về chi phí chăm sóc trong nội bộ loại trường hợp cho trước đó. Thí dụ, nhà cung cấp được trả x$ cho điều trị một bệnh nhân bị đau tim, bất luận điều trị gồm phẫu thuật hoặc chỉ có trông nom y tế. Nếu điều trị có chi phí ít hơn x$, nhà cung cấp giữ lại phần chênh lệch như thu nhập. Nếu chi phí điều trị vượt x$, nhà cung cấp bị thiệt hại tài chính. Chi trả theo trường hợp như vậy thường được dùng để hoàn trả các bệnh viện. Có lẽ hệ thống chi trả theo trường hợp được biết đến nhiều nhất là Hệ thống Thanh toán Triển vọng, PPS (Prospective

[25] Như David Naylor lưu ý liên quan đến chi trả cho bác sĩ ở Canada, "kết hợp hệ thống khuyến khích thúc đẩy khối lượng với một rổ cố định các quỹ đã chứng tỏ là một quy định đầy mâu thuẫn và thất vọng. Cả công chúng lẫn nghề y đều công nhận rằng 'đảo lộn tập quán' để tối đa hoá thu nhập đã xuất hiện" (Naylor 1999:18).

Payment System), ở Hoa Kì cho các bệnh viện trên cơ sở các Nhóm Chẩn đoán Gần nhau, DRG (Diagnosis-Related Group), mà chúng tôi sẽ thảo luận chi tiết hơn ở sau.

Một hình thức chi trả khác bao hàm mức độ chia sẻ cao về chi phí ở bên cung là hình thức *theo đầu người (capitation)*, hay là chi trả một khoản cố định cho mỗi khách hàng tham gia trong một thời kì nào đó (thí dụ, cho một tháng hay một năm). Phương thức chi trả theo đầu người có thể hoặc có thể không kết hợp với một số hoàn trả chi phí nào đó cho dịch vụ thực sự cung cấp cho bệnh nhân. Mức độ chia sẻ chi phí ở bên cung càng cao thì nhà cung cấp đối mặt với ràng buộc ngân sách càng cứng khi quyết định liệu pháp điều trị thích hợp. *Hình thức thuần theo đầu người (Pure capitation)*, theo đó nhà cung cấp được trả một khoản cố định cho mỗi bệnh nhân không phân biệt giữa bệnh nhân sử dụng nhiều dịch vụ với bệnh nhân sử dụng ít hay không sử dụng dịch vụ gì, là hình thức *chia sẻ đầy đủ chi phí ở bên cung (full supply-side cost sharing)*. Chi trả theo đầu người có lợi về tài chính nhất nếu khách hàng được đăng kí không sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ nào cả: nhà cung cấp giữ lại toàn bộ khoản chi trả theo đầu người đó như lợi nhuận. Một bệnh nhân sử dụng các dịch vụ càng đắt bao nhiêu, nhà cung cấp được càng ít lợi nhuận hay phải chịu càng nhiều tổn thất bấy nhiêu.

Chia sẻ chi phí ở bên cung, thí dụ như theo đầu người đầy đủ hay một phần, như thế sẽ khuyến khích các nhà cung cấp sử dụng ít dịch vụ hơn và tạo các dịch vụ đó với chi phí ít nhất. Loại khuyến khích này chống lại sở thích sử dụng nhiều quá của khách hàng có bảo hiểm, giúp giải phóng hệ thống khỏi sự phi hiệu quả do hiểm hoạ đạo đức. Tuy vậy, khuyến khích để kiểm soát chi phí lại có thể là quá mạnh. Cũng như hình thức chi trả phí theo dịch vụ, FFS, có thể dẫn tới "quá nhiều" dịch vụ, thì chia sẻ rủi ro cao như chi trả theo đầu người lại có thể dẫn đến "quá ít" dịch vụ, đặc biệt là với các bệnh nhân những người cần đến các dịch vụ đắt tiền. Nhà cung cấp được trả theo đầu người

sẽ được hưởng lợi về tài chính bằng cách hớt váng trên số lượng, hạn chế các dịch vụ có lợi cho bệnh nhân, và phân biệt giữa các bệnh nhân qua tiến hành chọn lọc rủi ro.

Nhà cung cấp càng đối mặt với rủi ro nhiều hơn, thì khuyến khích để kiểm soát chi phí càng lớn hơn. Có sự đánh đổi căn bản liên quan đến chia sẻ chi phí ở bên cung: nó mang lại khuyến khích có lợi để cải thiện tính hiệu quả, nhưng đồng thời nó tạo ra khuyến khích tai hại về hớt váng và chọn lọc rủi ro (Newhouse 1996). Và kết quả là, cách thanh toán có mức độ chia sẻ chi phí cao ở bên cung có thể gây ra các vấn đề về tiếp cận cho các bệnh nhân có rủi ro cao và sự phân khúc đáng kể về rủi ro, theo đó người khoẻ mạnh tham gia trong các sơ đồ bảo hiểm rẻ và người ốm yếu trong các sơ đồ đắt tiền. Tất nhiên nếu chỉ có một nhà bảo hiểm, thì các rủi ro không thể bị phân đoạn giữa các nhà bảo hiểm khác nhau. Nhưng trong trường hợp đó sự lựa chọn của người tiêu dùng sẽ bị cắt xén một cách nghiêm trọng.

Khi có sự lựa chọn gây ra phân đoạn rủi ro, những người yếu hơn sẽ phải trả nhiều hơn nhiều cho bảo hiểm sức khoẻ so với người khoẻ mạnh hơn. Sự thanh toán phân biệt này cho bảo hiểm sức khoẻ có thể coi là đáng lo ngại về hiệu quả và công bằng. Trong một mức độ nhất định, các quy chế có thể cấm những hình thức phân biệt đối xử quá xá, thí dụ như các điều khoản hiện hữu từ chối điều trị đối với một số điều kiện sức khoẻ xuất hiện trước khi tham gia (bảo hiểm). Tuy vậy, rất nhiều hình thức khác của chọn lọc rủi ro vượt quá phạm vi điều chỉnh của các quy chế nhưng vẫn có ảnh hưởng lớn đến sự tham gia và các quyết định điều trị. Chính vì thế, phải thận trọng trong sử dụng hình thức chia sẻ rủi ro ở bên cung.

Bởi vì nhu cầu về các dịch vụ y tế là không dự đoán được và một số dịch vụ là cực kì đắt đỏ, nên chi trả theo đầu người áp đặt rủi ro rất lớn cho các nhà cung cấp. Rủi ro này, và khuyến khích liên quan hòng cung cấp chăm sóc dưới mức cần thiết, có thể được giảm nhẹ khi nhà cung cấp có một khối khá lớn các bệnh nhân để có thể phân tán rủi ro. Chính vì lí do này mà hình thức

chi trả theo đầu người thường được áp dụng đối với các nhà cung cấp hay nhóm các nhà cung cấp phục vụ cho khối lượng tương đối lớn người bệnh. Rủi ro cũng bớt hơn nếu các nhà cung cấp chỉ chịu trách nhiệm về một phạm vi tương đối hạn chế các dịch vụ, thí dụ như các dịch vụ chăm sóc ban đầu (primary care).[26]

Một cách để giữ khuyến khích kiểm soát chi phí mang tính tốt lành của chia sẻ rủi ro ở bên cung và sự lựa chọn của người tiêu dùng, mà không có ảnh hưởng khuyến khích tai hại của hớt váng và chọn lọc rủi ro, là dùng kĩ thuật được biết đến với cái tên *điều chỉnh rủi ro -risk adjustment*. Để hiểu được logic của kĩ thuật, hãy xem xét sự tương tự của việc chi trả một nhà thầu xây dựng để làm một cái nhà. Nếu bạn chào cho nhà thầu xây dựng ít hơn số tiền mà họ ước lượng cần để xây ngôi nhà, có lẽ nhà thầu xây dựng đó sẽ từ chối. Nhà thầu xây dựng sẽ chỉ đồng ý xây nhà cho bạn nếu số tiền bạn chào đủ bù cho các chi phí dự tính, kể cả các chi phí phụ thêm do chậm trễ vì thời tiết xấu, v.v.

Cũng lập luận như vậy áp dụng cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Nếu bạn muốn một nhà cung cấp chăm sóc có chất lượng cho một bệnh nhân mà việc điều trị sẽ tốn kém, bạn phải trả chi phí dự kiến của điều trị. Nếu không thì nhà cung cấp sẽ chỉ ưa điều trị các bệnh nhân ít tốn kém hơn và sẽ bị bất

---

[26] Cuốn sách sẽ sử dụng thuật ngữ "bác sĩ chăm sóc ban đầu: primary-care physician" (PCP), hiện đang được dùng ở Hoa Kì, cho các bác sĩ điều trị trực tiếp cho bệnh nhân ở mức cơ bản. Thuật ngữ để chỉ các bác sĩ như vậy thay đổi tuỳ theo nước. Đó có thể là bác sĩ gia đình, bác sĩ khu vực, bác sĩ địa phương. Thuật ngữ "bác sĩ đa khoa-general practioner" (GP) được dùng ở Vương quốc Anh. Thuật ngữ bác sĩ chăm sóc ban đầu, PCP, sẽ chỉ được thay bằng các thuật ngữ đồng nghĩa khác ở những nơi mà chủ ý muốn chỉ ra các đặc trưng riêng của một nước hay một thời kì cụ thể nào đó.

Các bác sĩ chăm sóc ban đầu,PCP, được chi trả theo đầu bệnh nhân có khuyến khích để chuyển các bệnh nhân tốn kém cho các nhà cung cấp chuyên khoa nhằm tránh trách nhiệm đối với chi phí của họ. Ngược lại, nếu trách nhiệm tài chính về chuyên khoa và chăm sóc nội trú được bao gồm trong chi trả theo đầu người, như với "GP fundholding- quỹ giữ bác sĩ đa khoa" được đưa ra tiên phong ở Vương quốc Anh, thì bác sĩ đa khoa GP phải tiếp tục cân nhắc đến lợi ích của bệnh nhân khi chuyển các dịch vụ như vậy với chi phí của chúng. Mức độ, mà hình thức thanh toán theo đầu người tạo ra các khuyến khích cho chăm sóc phòng ngừa (nhằm tránh các bệnh tật hoặc thương tật phải chi tốn kém trong tương lai) và cho chăm sóc toàn diện được điều phối, chính vì vậy phụ thuộc rất căn bản vào phạm vi các dịch vụ bao gồm trong phương thức thanh toán theo đầu người.

lợi về tài chính đối với việc cải thiện chất lượng (bởi vì chất lượng cao sẽ thu hút các bệnh nhân nghèo túng và không mang lại lợi nhuận). Để tạo cho nhà cung cấp khuyến khích nhằm chấp nhận và điều trị cho mọi bệnh nhân, người trả tiền phải điều chỉnh các khoản chi trả để phản ánh chi phí của *mỗi* bệnh nhân. Một sự điều chỉnh thanh toán theo chi phí dự kiến của bệnh nhân như vậy được gọi là *hiệu chỉnh rủi ro -risk adjustment*. Sự ước lượng chi phí dự kiến dựa trên cơ sở các đặc tính có thể quan sát được và kiểm tra được của các bệnh nhân, mà các đặc tính đó có tương quan với sự sử dụng chăm sóc sức khoẻ, thí dụ như tuổi tác, giới tính, và tình trạng tổ chức. Các đặc tính này được biết đến như các *hiệu chỉnh rủi ro-risk adjuster*.

Những kĩ thuật hiệu chỉnh rủi ro hứa hẹn làm cho chọn lọc rủi ro trở nên không có lời, như thế cho phép lựa chọn đồng thời bảo vệ cả sự đoàn kết (tiếp cận công bằng) và giữ được những khuyến khích về hiệu quả và cải thiện chất lượng. Đáng tiếc là, ngay cả các sơ đồ khuyến khích tinh vi được phát triển ở Hoa Kì và các nước phát triển khác, cũng không có khả năng hoàn toàn để sửa chữa mọi sự méo mó.[27] Tuy nhiên, một số hình thức điều chỉnh rủi ro là một thành tố hứa hẹn -nếu không nói là không thể thiếu được- của bất kể hệ thống thanh toán nào đồng thời muốn đẩy mạnh sự lựa chọn, hiệu quả, và chất lượng.

Dạng thông dụng cuối cùng của sự đền bù cho nhà cung cấp, đặc biệt ở các nền kinh tế chuyển đổi, là trả lương. Bởi vì lương không gắn trực tiếp tới chất lượng của dịch vụ được cung cấp, theo một nghĩa nào đấy nó mang tính trung lập, loại trừ cả khuyến khích lạm dụng của phương thức phí cho dịch vụ, FFS, lẫn khuyến khích hạn chế cung cấp và chọn lọc của phương thức trả theo đầu bệnh nhân.

---

[27] Các hình thức hiệu chỉnh rủi ro chính xác nhất dựa trên cơ sở chẩn đoán bệnh nhân hay trên toàn bộ tập hợp của các chuẩn đoán. Tuy vậy, nhưng chúng chỉ tiên đoán được một phần nhỏ sự khác biệt trong chi tiêu y tế cá nhân mà một cái điều chỉnh rủi ro lí tưởng có thể tiên đoán (van de Ven and Ellis 2000).

Các khuyến khích thăng chức có thể thúc đẩy chất lượng và tạo danh tiếng giữa các đồng nghiệp và bệnh nhân. Tiền thưởng gắn với số bệnh nhân hay theo những tiêu chuẩn thành tích cụ thể được đo lường sẽ khuyến khích tăng số bệnh nhân hay nỗ lực theo những tiêu chuẩn thành tích (có lẽ lại có hại cho những tiêu chuẩn chất lượng khác không được đo lường). Trong mức độ mà một bác sĩ ăn lương gắn với giảng dạy hay nghiên cứu, thì thậm chí lại khuyến khích họ hăng hái điều trị các trường hợp hiếm và phức tạp (đối ngược với chọn lọc rủi ro). Tuy thế trong nhiều trường hợp những khuyến khích với nhà cung cấp ăn lương cũng sẽ tương tự như với nhà cung cấp trả theo đầu bệnh nhân. Nhà cung cấp ăn lương "bị rủi ro" với các nỗ lực liên quan đến điều trị các trường hợp khó và phải hi sinh một phần nhàn rỗi trong công việc. Cả các nhà cung cấp ăn lương và được trả theo đầu bệnh nhân đều có khuyến khích để hạn chế chăm sóc và chuyển các trường hợp phức tạp sang nơi khác. Nói cách khác, khi thanh toán không gắn trực tiếp với thành tích toàn thể, thì sẽ có ít khuyến khích cho thành tích tốt. Thang lương y tế cố định không phản ánh thoả đáng hiểu biết, kinh nghiệm, và sự tận tâm của cá nhân các bác sĩ- nói cách khác, sự khác biệt trong thành tích của họ. Quy tắc áp dụng thang thù lao càng cứng nhắc, thì nó càng ít khả năng phản ánh điều này hơn. Đặc biệt ở Đông Âu, các thang lương cứng nhắc và ít phân biệt được thừa hưởng từ cơ chế quan liêu xã hội chủ nghĩa có thể dự tính là sẽ vẫn còn tồn tại. Vì những lí do này, một bác sĩ không thật chân thật có thể hưởng cuộc sống tốt bằng cách tối thiểu hoá nỗ lực công tác.

Tóm lại, xác định mức chia sẻ chi phí ở bên cung là một lựa chọn chính sách quan trọng, bởi vì nhà cung cấp có thể đưa ra các quyết định điều trị đáp ứng với hình thức thanh toán. Các quyết định cung ứng này ảnh hưởng trực tiếp đến các mục tiêu của chính sách như tính hiệu quả, chia rủi ro, và ngăn chặn chi phí. Những khuyến khích tài chính gắn với các phương thức thanh toán có thể khác nhau rất nhiều. Thanh toán phí cho dịch vụ, FFS, với một khoản lợi nhuận cho mỗi đơn vị, thí dụ, sẽ làm

lợi về tài chính cho các nhà cung cấp để đưa ra số lượng lớn về dịch vụ. Ngược lại trả theo số bệnh nhân lại khuyến khích các nhà cung cấp hạn chế số lượng dịch vụ được cung cấp.

Nếu, như chúng ta đã thấy, FFS khuyến khích sử dụng quá mức và làm tăng cầu do nhà cung cấp gây ra, trong khi trả theo đầu bệnh nhân và (ở một mức độ nhất định) trả lương lại khuyến khích hạn chế cung cấp và chọn lọc rủi ro, thì một sự kết hợp của các trường hợp cực đoan này lại có thể thích hợp hơn. Những lợi ích của các mức trung gian về chia sẻ chi phí ở bên cung, thường được gọi là thanh toán hỗn hợp, được nhấn mạnh bởi nhiều nhà kinh tế y tế (đặc biệt là Joseph Newhouse). Bằng cách chia rủi ro giữa người trả tiền và nhà cung cấp, thanh toán hỗn hợp khuyến khích những nỗ lực kiểm soát chi phí của nhà cung cấp đồng thời loại trừ những khuyến khích cực đoan về chọn lọc rủi ro và về hạn chế cung ứng gắn với cơ chế chia sẻ chi phí đầy đủ ở bên cung.

Một biến thể khôn ngoan của chia sẻ rủi ro, được thực hiện với mức độ nhất định ở Hà Lan, là phương thức triển vọng bắt buộc chịu chung những rủi ro cao (prospective -mandatory pooling of high risks). Trong hệ thống này, các nhà cung cấp-nhà bảo hiểm được thanh toán một khoản phí cố định được hiệu chỉnh cho phần lớn các bệnh nhân mà họ điều trị. Để làm nhẹ khuyến khích tránh né những trường hợp rủi ro cao, các nhà cung cấp-nhà bảo hiểm được phép đưa ra trước, tại thời điểm bắt đầu của giai đoạn bàn đến, một tỉ lệ nhỏ của các bệnh nhân trong nhóm rủi ro cao. Chi phí chữa trị các bệnh nhân rủi ro cao này được hoàn trả hào phóng hơn, có thể là toàn bộ.[28]

Cũng như ở bên cầu, những đánh đổi khuyến khích ở bên cung liên quan đến xác định mức độ chia sẻ chi phí ở bên cung có thể tóm lược bằng một biểu đồ gợi mở (xem hình 3.3). Với sự

[28] Sơ đồ này là khôn khéo bởi vì các nhà cung cấp được hoàn trả một cách hào phóng chỉ cho các trường hợp có chi phí cao mà họ *đã dự kiến trước* là sẽ có chi phí cao và đưa vào nhóm chi phí cao dự kiến trong tương lai, chứ không phải được thanh toán hào phóng cho *tất cả* các các trường hợp có chi phí cao (điều sẽ hi sinh nhiều khuyến khích hơn để kiểm soát chi phí).

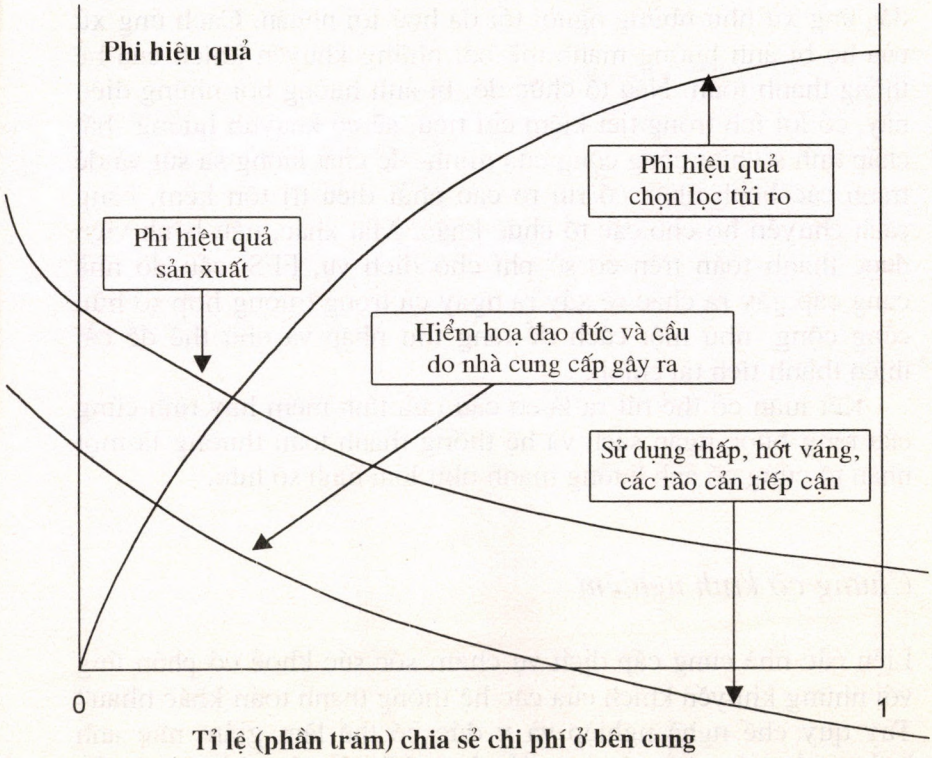
gia tăng của mức độ chia sẻ chi phí ở bên cung, thì những khuyến khích kiểm soát chi phí cũng tăng. Điều này thúc đẩy hiệu quả trong sản xuất các dịch vụ y tế, trả giá bằng sự leo thang của các khuyến khích chọn lọc rủi ro và sự tổn thất về lựa chọn và đoàn kết đi kèm. Tỉ lệ chia sẻ chi phí cao hơn của nhà cung cấp cũng tạo ra các khuyến khích hạn chế sử dụng lớn hơn. Trong các thái cực, thanh toán phí cho dịch vụ FFS (minh hoạ với mức chia sẻ chi phí ở bên cung là âm) có thể tạo ra sự sử dụng quá mức (lạm dụng) phung phí và "cầu do nhà cung cấp gây ra", còn thanh toán theo đầu bệnh nhân thuần có thể dẫn đến sử dụng thấp và hớt váng những điều trị có lợi.

Những khuyến khích hệ thống thanh toán và quyền sở hữu

Thật đáng suy nghĩ về mối liên hệ giữa những khuyến khích của hệ thống thanh toán, các quan hệ sở hữu, và tính mềm hoặc cứng của ràng buộc ngân sách, đặc biệt trong phạm vi của cuốn sách này. Một trong những nan giải của cải cách y tế ở Đông Âu là quyết định, liệu có đưa sở hữu tư nhân vào thay cho sở hữu công cộng còn đang thịnh hành. Toát ra thật rõ từ dòng lập luận trên là, tư nhân hoá tự nó không đảm bảo những khuyến khích cho hiệu quả. Thí dụ, nếu bệnh viện được tư nhân hoá, nhưng tất cả các dịch vụ của nó được chi trả trên cơ sở phí cho dịch vụ, FFS, thì triệu chứng ràng buộc ngân sách mềm sẽ xuất hiện hệt như nó vẫn còn trong sở hữu công cộng và ràng buộc ngân sách sẽ bị mềm đi bởi bao cấp từ ngân sách nhà nước.

Khẳng định này có thể đảo ngược. Nếu bệnh viện vẫn thuộc sở hữu công cộng, nhưng hệ thống thanh toán được đổi thành hệ thống thanh toán trên cơ sở trường hợp triển vọng được áp đặt cứng nhắc, thì ràng buộc ngân sách sẽ cứng lên. Một vấn đề khác là, ràng buộc ngân sách mềm ở quĩ bảo hiểm xã hội (xem

chương 5, tr. 168-69), sẽ làm lơi lỏng kỉ luật tài chính của các nhà cung cấp thuộc sở hữu nhà nước, như các bệnh viện công. Một người mua với ràng buộc ngân sách mềm sẽ chẳng thể hiện là một người mua nghiêm khắc. Nó sẽ sẵn sàng là người khoan dung dễ dãi, và như thế căn bệnh ràng buộc ngân sách mềm cuối cùng sẽ lây lan sang cả các nhà cung cấp nữa.



Hình 3.3 Sự đánh đổi trong xác định tỉ lệ chia sẻ chi phí của nhà cung cấp

Những người bênh vực cho sở hữu công cộng thường lập luận chống lại các doanh nghiệp vì lợi nhuận và tư nhân hoá với giả thiết rằng, các tổ chức thuộc sở hữu công cộng sẽ chỉ xem xét lợi ích công cộng, hoặc chính xác hơn là, lợi ích của bệnh nhân. Thực ra, không phải vậy! Hãy giả thiết rằng, ràng buộc ngân sách cứng được áp dụng kiên định cho bệnh viện hay phòng khám công. Trong trường hợp đó, lãnh đạo của các tổ chức này, và những người ra quyết định dưới quyền họ, sẽ bắt đầu ứng xử như những người tối đa hoá lợi nhuận. Cách ứng xử của họ bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi những khuyến khích của hệ thống thanh toán. Nếu tổ chức đó, bị ảnh hưởng bởi những điều này, có lợi ích trong tiết kiệm chi tiêu, sẽ có khuynh hướng -bất chấp tính sở hữu công cộng của mình- để chất lượng sa sút và để tránh các bệnh nhân có rủi ro cao phải điều trị tốn kém, bằng cách chuyển họ cho các tổ chức khác. Mặt khác, nếu bệnh viện được thanh toán trên cơ sở phí cho dịch vụ, FFS, cầu do nhà cung cấp gây ra chắc sẽ xảy ra ngay cả trong trường hợp sở hữu công cộng, như một cách để tăng thu nhập và như thế để cải thiện thành tích tài chính.

Kết luận có thể rút ra là cơ cấu của tính mềm hay tính cứng của ràng buộc ngân sách và hệ thống thanh toán thường là một nhân tố cũng có ảnh hưởng mạnh như loại hình sở hữu.

Chứng cớ kinh nghiệm

Liệu các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ có phản ứng với những khuyến khích của các hệ thống thanh toán khác nhau? Tuy quy chế nghề nghiệp và y đức có thể làm giảm nhẹ ảnh hưởng của các phần thưởng tiền bạc đối với các nhà cung cấp, song có khá nhiều bằng chứng kinh nghiệm cho thấy các nhà cung cấp có phản ứng với những khuyến khích. Một số đã được

nhắc tới thoảng qua (thí dụ tăng khối lượng và hoá đơn trong hệ thống thanh toán FFS với trần). Khảo sát thống kê chi tiêu y tế trong các nước OECD chỉ ra đúng như lí thuyết tiên đoán, trong chăm sóc ngoại trú "các hệ thống thanh toán theo đầu bệnh nhân có xu hướng dẫn tới chi tiêu trung bình thấp hơn khoảng 17 đến 21 phần trăm so với hệ thống FFS" (Gerdtham and Jönsson 2000: 46).

Chứng cớ tiếp là từ phân tích ảnh hưởng từ 1984 của hệ thống Medicare ở Hoa Kì về thanh toán cho các bệnh viện theo DRG (các Nhóm Chẩn đoán Liên quan). Hệ thống Thanh toán Triển vọng, PPS, này là hệ thống thanh toán được dẫn chiếu và bắt chước nhiều nhất trong các thập kỉ vừa qua. Như đã nhắc tới ở trên, trong các hệ thống như vậy các bệnh viện có khuyến khích để giảm chi phí và cải thiện tính hiệu quả, thí dụ như giảm thời gian nằm viện. Nhưng hệ thanh toán PPS cũng khuyến khích hạn chế chăm sóc trong nội bộ một nhóm chuẩn đoán, tăng tỉ lệ thâu nạp các trường hợp ít nghiêm trọng và gạt bỏ các trường hợp nghiêm trọng hơn, và cho bệnh nhân xuất viện sớm một cách không thích hợp (tức là cho xuất viện "sớm hơn" và "đau yếu hơn"). Những khuyến khích xấu này được làm nhẹ bớt bởi sự thực là PPS thực tế là một hệ thanh toán hỗn hợp, bởi vì nó bao gồm nhiều tính chất, như thanh toán ngoại lệ cho các trường hợp hiếm thấy và các nhóm chẩn đoán, DRG, được định nghĩa bằng thủ tục, là các tính chất khác biệt với một hệ thanh toán triển vọng thuần tuý.[29]

Nghiên cứu tiếp đã cho thấy rằng những tác động có lợi được dự kiến nhất của PPS về chi phí và cường độ chăm sóc đã được thực hiện, trong khi các ảnh hưởng phụ đáng lo ngại đã ở mức tối thiểu cho đến nay (Coulam and Gaumer 1991; Cutler and Zeckhauser 2000). Tỉ suất nhập viện có giảm đôi chút, trong khi đầu vào giảm đáng kể trong nhiều trường hợp. Những nghiên

[29] Thí dụ, bệnh viện nhận được một khoản thanh toán lớn cho một bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành trải qua phẫu thuật so với một bệnh nhân tương tự song không phải điều trị phẫu thuật.

cứu về ảnh hưởng đến thời gian nằm viện hầu như đều thấy rằng sự thay đổi hệ thống thanh toán trong nhiều năm đã kéo theo sự giảm thời gian nằm viện khoảng một phần năm cho đến một phần tư của mức trước PPS. Chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân trung bình không thấy thay đổi mấy, tuy tỉ lệ tử vong ở bệnh viện nhỏ hơn và giảm tỉ lệ tử vong. Nhiều nhà nghiên cứu phát hiện ra chứng cứ của việc gạt các bệnh nhân có chi phí cao từ PPS sang cho các bệnh viện (thường là chuyên khoa) không thanh toán theo PPS. Tóm lại, PPS dường như đã đóng góp vào sự gia tăng chậm của chi phí bệnh nhân mà không ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng chăm sóc, tuy một số tác động phụ có hại cũng đã xuất hiện.

Kết luận

Các hệ thanh toán y tế được lập ra để thoả mãn nhiều mục tiêu xã hội thường hay mâu thuẫn với nhau. Không hề có một hệ thanh toán "lí tưởng" duy nhất; bất kể hệ thanh toán nào cũng phải tìm sự cân đối giữa các mục tiêu cạnh tranh nhau.

Bởi vì có khá nhiều bằng chứng cho thấy, người tiêu dùng và các nhà cung cấp có phản ứng với những khuyến khích tài chính, các nhà hoạch định chính sách phải nhận thức được những khuyến khích gắn với các lựa chọn hệ thanh toán khác nhau, được tóm lược ở bảng 3.3. Thí dụ, tăng chia sẻ chi phí ở bên cầu sẽ cắt giảm sự lạm dụng do hiểm hoạ đạo đức. Nhưng nó cũng áp đặt việc chịu rủi ro không hiệu quả, làm cho một số người được bảo hiểm thấp hoặc thậm chí không được bảo hiểm. Tăng chia sẻ chi phí ở bên cung cũng cắt giảm hiểm hoạ đạo đức, cũng như thúc đẩy hiệu quả sản xuất, nhưng với cái giá là tạo khuyến khích để cung ứng thấp (hạn chế các dịch vụ có ích) và chọn lọc rủi ro.

Các nhà hoạch định chính sách cũng phải xem xét các nhân tố thêm, như thực hiện hệ thống hiệu chỉnh rủi ro và thúc đẩy

đạo đức nghề nghiệp. Cải thiện độ chính xác điều chỉnh rủi ro giúp để ngăn ngừa chọn lọc rủi ro. Đạo đức nghề nghiệp của các nhà cung cấp y tế - được xác định bằng sự trung thành với các lợi ích của bệnh nhân chứ không nhấn mạnh đến phần thưởng tài chính - có thể làm cho vấn đề hiểm hoạ đạo đức tồi tệ hơn (bởi vì các bác sĩ có thể chiều theo những đòi hỏi của bệnh nhân đối với nhiều dịch vụ hơn và các dịch vụ đắt tiền hơn), nhưng cũng có thể dẫn đến nhiều ích lợi: cắt giảm "cầu do nhà cung cấp gây ra", giảm nhẹ sự cung ứng thấp, và giảm chọn lọc rủi ro.

Như thế, khuyến khích rõ ràng là việc quan trọng. Phải chú ý giải quyết các vấn đề khuyến khích, bất chấp các khía cạnh khác của cơ chế kinh tế được lựa chọn (như cơ cấu sở hữu). Những đánh đổi là không thể tránh khỏi: chuyển dịch theo một hướng giúp thoả mãn một nguyên lí nhưng sẽ làm tổn hại đến việc đạt được các nguyên lí khác. Các giải pháp cực đoan có thể sẽ phản tác dụng. Các nhà hoạch định chính sách phải tìm kiếm những thoả hiệp hợp lí, tạo ra một số khuyến khích tài chính và đạo đức cho mọi người liên quan, cả bệnh nhân lẫn các nhà cung cấp.

Bảng 3.3 *Tác động khuyến khích của các công cụ chính sách hệ thanh toán*

Công cụ chính sách	*Lợi ích từ*	*Chi phí liên quan tới*
	Nhiều công cụ chính sách hơn	
Chia sẻ chi phí ở bên cầu (thí dụ, tỉ lệ đồng bảo hiểm của bệnh nhân)	Hạn chế sử dụng quá mức (cắt giảm hiểm hoạ đạo đức)	Gánh chịu rủi ro không hiệu quả Thuế đánh vào người đau yếu
Chia sẻ chi phí ở bên cung (tích hợp bảo hiểm và cung ứng)	Hạ chế lạm dụng Khuyến khích giảm chi phí (hiệu quả sản xuất)	Cung ứng dưới mức Chọn lọc rủi ro
Đạo đức nghệ nghiệp (sự trung thành của nhà cung cấp với lợi ích của bệnh nhân)	Cắt giảm cầu do nhà cung cấp gây ra Làm nhẹ bớt cung ứng dưới mức Giảm chọn lọc rủi ro	Hiểm hoạ đạo đức
Hiệu chỉnh rủi ro	Ngăn chặn chọn lọc rủi ro	
Nhà cung cấp cạnh tranh vì bệnh nhân	Khuyến khích các nỗ lực của nhà cung cấp (thí dụ giảm chi phí và cải thiện chất lượng)	Chọn lọc rủi ro

4. Một vài kinh nghiệm quốc tế

Chương này giới thiệu kinh nghiệm quốc tế chỉ ở một vài phương diện. Chủ yếu chỉ xét khu vực y tế của các nước OECD - trừ các thành viên mới đây như Cộng hoà Czech, Hungary và Ba Lan - trong hệ thống tư bản chủ nghĩa truyền thống, không phải hậu xã hội chủ nghĩa. (Từ đây về sau thuật ngữ các nền dân chủ "phát triển" hoặc "công nghiệp hoá" luôn có nghĩa là liên quan đến các nước này). Ngược với chương trước, chương đã phân loại ở mức trừu tượng nhằm có cái nhìn tổng thể về "thực đơn" của những lựa chọn định chế, nhiệm vụ của chương này là nhấn mạnh, ở dạng khái quát hoá nào đó, một vài nét đặc trưng của các cơ chế kinh tế hoạt động thực sự trong các nước OECD.[1]

Các cơ chế kinh tế ở các nền dân chủ công nghiệp hoá

Hai đặc điểm quan trọng của các hệ thống chăm sóc sức khoẻ là hình thức sở hữu chiếm ưu thế của các tổ chức chăm sóc sức

---

[1] Tổng quan về trạng thái của khu vực y tế trong các nước OECD, về các cơ chế áp dụng, các đặc trưng của nó, và những xu hướng thay đổi có thể thấy trong các công trình sau: OECD (1992, 1993, 1994a); Saltman and Figueras (1977).

Như một phần của nghiên cứu tiến hành trước khi viết cuốn sách này, những nghiên cứu mô tả và phân tích đã được thực hiện về khu vực phúc lợi của Argentina, Australia, Áo, Chile, Cộng hoà Czech, Pháp, Đức, New Zealand, và Ba Lan, và về các cuộc tranh luận cải cách khu vực phúc lợi của Hungary. Chúng tôi chân thành cảm ơn sự hợp tác của Barát Mária, Gál Róbert, Gedeon Péter, Nagy András, Pete Péter, Rimler Judit, Tóth Margit, và Urbán László. Chúng tôi đã sử dụng trong cuốn sách này các bài học rút ra từ những nghiên cứu (vẫn chưa được công bố) của họ.

khoẻ (ở bên cung) và nguồn cấp tài chính chiếm ưu thế cho chăm sóc sức khoẻ (ở bên cầu). Bảng 4.1 cho ta tổng quan về các hình thức sở hữu đang hiện hành trong khu vực y tế ở các nước phát triển. Chúng ta xếp loại các nước sao cho, kể cả ở bên cung lẫn bên cầu, bắt đầu bằng các nước mà sở hữu Nhà nước là chính, và kết thúc với các nước mà ở cả hai bên sở hữu tư nhân chiếm ưu thế. Các chọn lựa hỗn hợp và kết hợp là trường hợp của các nước nằm ở giữa.

Tiêu đề của các cột dùng tính từ *ưu thế*. Hai trường hợp thực sự cực đoan, cơ chế *thuần khiết* Nhà nước và *thuần khiết* sở hữu tư nhân không tồn tại trong thực tiễn. Tại mọi nơi đều xuất hiện các hình thức khác hẳn với hình thức trội chiếm ưu thế; đúng, là trong nhiều nước chúng chỉ có tác động biên. Có thông tin chi tiết ở một số nước về vai trò của các hình thức sở hữu không chiếm ưu thế, cả ở bên cung cấp lẫn bên tài trợ (cầu); những số liệu này có thể thấy ở bảng 4.2 và 4.3. Trong các bảng này, để tiện theo dõi, các nước được phân nhóm như trong bảng 4.1, và để dễ so sánh cột đầu tiên (1) (nhà cung cấp chiếm ưu thế) và cột thứ (2) của bảng 4.1 (người cấp tài chính chiếm ưu thế) được lặp lại.

Có thể rút ra kết luận quan trọng từ kinh nghiệm quốc tế được tóm lược ở ba bảng này. Không có một mô hình duy nhất nào của cơ chế kinh tế y tế, ít nhất trong những nét chính, có thể đặc trưng cho các nước phát triển. Cũng chẳng đúng là, có hai mô hình: một mô hình "Châu Âu" mạnh về "xã hội", "tập thể", và một mô hình Châu Mĩ (chính xác hơn là Hoa Kì) mạnh về "cá nhân chủ nghĩa" hay "tư bản". Châu Âu bản thân nó cũng hỗn tạp, và ở Hoa Kì cấp tài chính của nhà nước có vai trò to lớn.

Bảng 4.1. *Các hình thức sở hữu chiếm ưu thế của các nhà cung cấp y tế, các nước OECD, 1992*

Nước	Nhà cung cấp chiếm ưu thế (1)	Nguồn tài trợ chính (2)	Chú thích (3)
Đan mạch Phần Lan Hi Lạp Iceland Ireland Na Uy Bồ Đào Nha Tây Ban Nha Thuỵ Điển Vương Q. Anh	Công cộng	Thuế	
Áo Bỉ Pháp Đức Nhật Luxemburg	Công cộng và tư nhân	Bảo hiểm xã hội	
Italia	Công cộng	Bảo hiểm xã hội và thuế hầu như bằng nhau	
Canada Hà Lan	Tư nhân	Bảo hiểm xã hội và Bảo hiểm tư nhân	
Thổ Nhĩ Kì	Công cộng và tư nhân	Không có nguồn tài trợ chiếm ưu thế	
Thuỵ Sĩ Hoa Kì	Tư nhân	Bảo hiểm tư nhân	Bảo đảm cho người già và người nghèo (chiếm 23% dân số) là từ thuế và bảo hiểm xã hội

Nguồn: OECD (1994a: 11)

Ghi chú: Bảng này dùng thuật ngữ sử dụng trong công trình nguồn. Thuật ngữ sở hữu công cộng (public) có thể phỏng đoán là dẫn chiếu chủ yếu đến sở hữu nhà nước, nhưng không thể loại trừ là nó bao hàm cả các tổ chức phi lợi nhuận.

Bảng 4.2. *Các hình thức sở hữu bổ sung trong dịch vụ y tế, một số nước OECD, các năm 1990*

Nước	Nhà cung cấp chiếm ưu thế (1)	Tỉ lệ giường bệnh của bệnh viện tư trên tổng số giường bệnh (2)	Chú thích (3)
Đan mạch	Công cộng	0,7	Các bác sĩ tư cung cấp 20% dịch vụ ngoại trú
Phần Lan		4,7[2]	
Hi Lạp		29,6[1]	
Italia		21,9[1]	
Na Uy		0,1	
Bồ Đào Nha		21,7	
Tây Ban Nha		32,5[2]	
Thuỵ Điển		23,6	8% bác sĩ chỉ hành nghề tư và 40% nha sĩ hành nghề tư
Vương Q. Anh		3,7[3]	
Áo	Công cộng và tư nhân	30,3	51% bác sĩ hành nghề tư nhân[5]
Bỉ		61,9[4]	
Pháp		35,2	
Đức		51,5	
Nhật		65,2	
Thổ Nhĩ Kì		5,2	70% nha sĩ và 32% bác sĩ chuyên khoa khác làm tư
Canada	Tư nhân	0,9	
Hà Lan		85,0	
Hoa Kì		66,8	

Nguồn: Thông tin về các nhà cung cấp chiếm ưu thế lấy từ cột bảng 4.1. Tỉ lệ của giường bệnh nội trú tư nhân lấy từ OECD (1999b). Các số liệu khác thu thập từ OECD (1992, 1993: 276-277).
Ghi chú: [1] 1996; [2] 1995; [3] 1993; [4] 1992; [5] 1989.

Bảng 4.3. *Hình thức cấp tài chính bổ sung cho y tế, một số nước OECD, 1992*

Nước	Nguồn tài chính chiếm ưu thế (1)	Tỉ lệ chi tiêu y tế không từ ngân sách (1992, %) (2)	Tỉ lệ người có bảo hiểm tư trong tổng số dân (%) (3)	Chú thích về điều kiện của bảo hiểm tư (4)
Đan mạch	Thuế	18	26	
Phần Lan		20,7	<10	
Hi Lạp		23,9	-	
Iceland		14,8	-	
Ireland		23,9[1]	30	B.H. công cộng độc quyền chào bán bảo hiểm tư nhân
Na Uy		5,2	Marginal	
Bồ Đào Nha		30,2	5	
Tây Ban Nha		19,5	10	
Thuỵ Điển		14,4	Marginal	
Anh		15,6	11	
Áo	B.H. xã hội	34,8	38	
Bỉ		11,1	70	
Pháp		25,2	80	
Đức [3]		28, 5	10	
Nhật		28,8	Marginal	
Luxemburg		8,6[2]	Marginal	Chỉ liên quan đến co-payment và dịch vụ y tế nước ngoài
Italia	B.H.X.H. và thuế gần như nhau	24,8	-	
Canada	B.H. xã hội	27,3	-	
Hà Lan	và B.H. tư	23,4	32	
Thuỵ Sĩ	B.H. tư nhân	32,1	35,2	
Hoa Kì		54,3	70,1	Chủ yếu trên cơ sở việc làm; 16% dân số không có bảo hiểm
Thổ Nhĩ Kì	Không có	34,3[2]	0,5	

Nguồn: Thông tin về nguồn tài trợ chính lấy từ bảng 4.1. Cột (2): OECD (1994a: 38). Cột (3) và (4): thu thập từ OECD (1992, 1994), của Hoa Kì lấy từ US Census Bureau được Kuttner (1999) trích dẫn.
Ghi chú: [1] 1991; [2] 1990; [3] số liệu không bao gồm phần Đông Đức cũ.

Bảng 4.4. GDP thực tế trên đầu người, tỉ lệ chi tiêu y tế trong GDP, và phần công cộng trong tổng chi tiêu y tế, 1992, so sánh quốc tế

Nước	GDP trên đầu người [1] (1000 $US) (1)	Chi tiêu y tế (phần trăm GDP) (2)	Chi tiêu y tế công trên tổng chi tiêu y tế (%) (3)
Luxemburg	33,1	7,0	91,8
Hoa Kì	29,4	13,9	46,4
Na Uy	26,8	7,5	82,2
Thuỵ Sĩ	26,0	10,0	69,9
Đan Mạch	25,5	8,0	83,8
Iceland	24,9	7,9	83,8
Nhật	24,6	7,2	79,9
Canada	23,7	9,2	69,8
Bỉ	23,2	7,6	87,6
Áo	23,1	8,3	73,0
Hà Lan	22,6	8,5	72,6
Australia	22,6	8,4	66,7
Đức	22,1	10,7	77,1
Pháp	21,3	9,6	74,2
Italia	21,3	7,6	69,9
Phần Lan	20,5	7,4	76,0
Ireland	20,4	6,3	76,7
Vương quốc Anh	20,4	6,8	84,6
Thuỵ Điển	20,4	8,6	83,3
New Zealand	17,9	7,6	77,3
Tây Ban Nha	16,0	7,4	76,1
Bồ Đào Nha	14,6	7,9	60,0
Hàn Quốc	14,5	6,0	45,5
Hi Lạp	13,9	8,6	57,7
C. H. Czech	13,1	7,2	91,7
Hungary	9,9	6,5	69,1
Mexico	7,7	4,7	60,0
Ba Lan	7,5	5,2	90,4
Thổ Nhĩ Kì	6,5	4,0	72,8

Nguồn: OECD (1999b)

Ghi chú: [1] Được tính toán trên cơ sở sức mua. Hiệu chỉnh sức mua PPP (Purchasing Power Parity) bù những chênh lệch của chi phí sống ở các nước bằng cách so sánh giá trên cơ sở một rổ hàng hoá cố định. Rổ hàng hoá sử dụng để hiệu chỉnh là một độ đo khá rộng của các hàng hoá để hiệu chỉnh GDP chứ không phải chỉ cho hàng hoá chăm sóc sức khoẻ. Như thế những khác biệt trong chi tiêu chăm sóc sức khoẻ phản ánh những khác biệt về *nguồn lực* dành cho chi tiêu y tế chứ không phải sự khác biệt về *chất lượng của các hàng hoá y tế*. Sự khác biệt về nguồn lực là một chỉ số không hoàn hảo của sự khác biệt chất lượng khi giá tương đối của hàng hoá y tế thay đổi trong các nước.

Cột (3) của bảng 4.4 cho thấy tỉ lệ chi tiêu của nhà nước chiếm bao nhiêu phần trăm của tổng chi y tế. Số liệu này ngay cả ở Hoa Kì cũng không dưới 45% và ở Luxemburg là nhiều hơn 90%. Nhưng trong dải này thì số liệu của các nước khá tản mác. Là đủ khi ta đối sánh cột (3) và cột (1) để thấy rằng: không có mối quan hệ giữa mức độ phát triển kinh tế và tỉ lệ chi tiêu công cộng cho y tế ở các nước OECD. Nghiên cứu các xu hướng toàn cầu trong thời đại sau Chiến tranh Thế giới thứ II, tuy vậy, cho thấy rằng các nước có thu nhập cao hơn có xu hướng có phần chi tiêu công cộng cho y tế lớn hơn.[2]

Dường như không có lí giải đơn giản và hiển nhiên nào cho sự tản mác lớn của phân bố các hình thức sở hữu và nói chung của các loại cơ chế kinh tế. Bảng 4.1 cho thấy các nước khá gần nhau về độ phát triển và về văn hoá (thí dụ Bỉ và Hà Lan) nằm trong các nhóm khác nhau, trong khi đó các nước khác nhau về độ phát triển và văn hoá (thí dụ Đan Mạch và Hi Lạp) lại ở trong cùng một nhóm. Có lẽ giả thiết có vẻ hợp lí nhất để lí giải sự hỗn tạp không đồng nhất này là: diễn tiến lịch sử đặc thù của mỗi nước, diễn tiến của cuộc đấu tranh và sự chung sống của các giai cấp và các tầng lớp, sự hình thành mối quan hệ giữa người sử dụng lao động và người lao động, và nhiều hoàn cảnh khác đóng vai trò trong việc hình thành và sắp xếp cụ thể các định chế và tổ chức của khu vực y tế trong mỗi nước. Và nếu một nước đã lạc vào một đường mòn nào đó, thì đi trệch khỏi nó là việc khá khó khăn. Không phải là không thể thay đổi hướng, nhưng những hoàn cảnh trước đây hạn chế rất mạnh bước tiếp theo.[3] Từ bỏ ý

---

[2] Theo số liệu của Ngân hàng Thế giới cho các năm giữa 1990, thì độ co giãn thu nhập đối với chi tiêu công cộng cho chăm sóc sức khoẻ là 1,21, điều này gợi ý rằng tỉ phần chi tiêu công cộng trên tổng chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ tăng lên khi thu nhập quốc dân tăng lên. (Schieber and Maeda 1999: 199). Cũng xem thêm Kornai and McHale (đang in). Sẽ còn đề cập đến vấn đề này ở chương 8 (trang 334).

[3] Đây là quan điểm đại diện bởi xu hướng trong lịch sử kinh tế học và trong lí thuyết kinh tế học, xu hướng nhấn mạnh đến ảnh hưởng của giai đoạn vừa qua (tiếng Anh là path-dependence) của sự phát triển. Không chỉ điểm xuất phát và đích (điểm cần tới) là quan trọng, mà những việc xảy

tưởng bảo hiểm xã hội phổ quát ở Pháp và Đức là rất khó khăn, nhưng cũng chẳng ít khó hơn khi muốn đưa chính điều này vào Hoa Kì.

Ghi nhớ tính đa dạng này và "sự phụ thuộc vào con đường", tuy nhiên vẫn rất hữu dụng để xem xét các tính chất cơ bản của nhiều hệ thống chăm sóc sức khoẻ có ảnh hưởng đặc biệt, bất kể như những thí dụ hay phản thí dụ cho các nhà hoạch định chính sách ở các nơi khác nhau trên thế giới. Chúng tôi giới thiệu ở đây một hệ thống hình mẫu của sáu "mô hình". Mỗi mô hình có một cấu hình riêng của các tính chất, và có thể đồng nhất với một nước.[4] Tuy mỗi nước được dẫn chiếu trong hình mẫu, đều đã thay đổi các cơ chế chăm sóc sức khoẻ của mình nhiều lần trong lịch sử và còn đang tiến hành cải cách, các nước đó về cơ bản là các nước biểu hiện các tính chất chính của mô hình. Họ là các nước tiên phong, và có lí khi gọi tên mô hình theo tên của họ.

Năm trong sáu mô hình được tóm lược trong bảng 3.2 (trang 79).

1. *Mô hình Cục Y tế Quốc gia (national health service): Mô hình Anh.* Vương quốc Anh đi tiên phong, ở dạng thuần khiết của nó, mô hình này kết hợp các cơ sở chăm sóc sức khoẻ của Nhà nước ở bên cung với cấp tài chính từ thuế chung của Nhà nước ở bên cầu. Trọng tâm là tiếp cận phổ quát và công bằng tới các dịch vụ y tế cơ bản. Các bệnh viện công và các cơ sở ngoại trú thường được cấp kinh phí qua ngân sách và lương. Chính phủ đóng vai trò kép như người mua các dịch vụ thay mặt cho các bệnh nhân và như người chủ-người điều hành các tổ chức nhà cung cấp. Một hệ thống như vậy cũng được gọi là một "mô hình tích hợp công cộng" để nhấn mạnh sự kết hợp của cấp tài chính *công cộng* với sự *tích hợp* các

---

ra giữa "đường" cũng có vai trò quyết định. Xem Arthur (1989), Krugman (1994) và Stark (1992).

[4] Đoạn này dựa trên OECD (1992) và Hsiao (1999).

vai trò người mua và nhà cung cấp (OECD 1992).[5] Một hệ thống như vậy có thể đặc trưng cho cả khu vực chăm sóc sức khoẻ quốc gia hoặc chỉ cho các thành phần của nó,[6] và có thể được kết hợp với bảo hiểm tự nguyện cho các dịch vụ không được phủ.

2. *Mô hình Bảo hiểm sức khoẻ Quốc gia: Mô hình Canada.* Điểm nổi bật là một gói lợi ích tiêu chuẩn bảo hiểm sức khoẻ quốc gia với cấp tài chính công cộng, một định chế chi trả duy nhất (ở địa phương), và các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân. Không giống như mô hình dịch vụ y tế quốc gia, các chức năng người mua và nhà cung cấp được tách biệt ở đây, tuy các chức năng của nhà tài trợ (sponsor) và nhà bảo hiểm được tích hợp vào người mua địa phương duy nhất (các chính phủ tỉnh). Mỗi tỉnh của Canada cho hoạt động một chương trình bảo hiểm bắt buộc cho dân cư của mình với những chỉ đạo của liên bang, và chi trả cho các nhà cung cấp độc lập chủ yếu trên cơ sở phí cho dịch vụ, FFS. Hệ thống này cũng đặt trọng tâm vào tiếp cận phổ quát và công bằng tới các dịch vụ cơ bản và có thể kết hợp với bảo hiểm tự nguyện bổ sung cho các dịch vụ không được phủ.
3. *Mô hình Bảo hiểm xã hội: Mô hình Đức.* Được phát triển ở Đức ở thế kỉ thứ mười chín dưới thời Bismarck, hệ thống chăm sóc sức khoẻ này kết hợp bảo hiểm bắt buộc cấp tài chính ở bên cầu với sự cung ứng dịch vụ mang tính đa thành phần ở bên cung.[7] Chức năng bảo hiểm được phân tán hơn so với mô hình bảo hiểm sức khoẻ quốc gia, ở chỗ là có nhiều

---

[5] Bắt đầu với cải cách đưa ra năm 1989, Vương quốc Anh đã dịch chuyển từ mô hình tích hợp công cộng thuần tuý sang mô hình hợp đồng công cộng (public contract model được bàn tới dưới đây) với sự tách nhau của người mua và nhà cung cấp.

[6] Thí dụ, Cục Cựu chiến binh Hoa Kì (US Department of Veterans' Affairs) đại diện một hệ thống tích hợp công cộng trong nội bộ hệ thống chăm sóc sức khoẻ đa nguyên rộng hơn của Hoa Kì.

[7] Trước giai đoạn xã hội chủ nghĩa, một hệ thống bảo hiểm xã hội tương tự như của Đức đã hoạt động ở một số nước Đông Âu trong nhiều thập kỉ. Đó là trường hợp, thí dụ, ở các vùng lãnh thổ hiện nay là Cộng hoà Czech (OECD 1998a), Ba Lan (Koronkiewicz and Karski 1997), và Slovenia (Tóth 1997).

quĩ gộp rủi ro theo ngành hay khu vực và trong một số trường hợp có thể cạnh tranh vì người tham gia. Để đảm bảo đoàn kết, gói dịch vụ phủ được chuẩn hoá cho các quĩ. Thường bệnh nhân được tự do lựa chọn các nhà cung cấp, với các quĩ hoạt động như nhà bảo hiểm-người mua đối mặt với (*vis-à-vis*) các nhà cung cấp công cộng và tư nhân. Hệ thống như hệ thống này với sự kết hợp cấp tài chính *công cộng* (bảo hiểm xã hội) với *hợp đồng* giữa các người mua và các nhà cung cấp (chứ không phải cung ứng tích hợp) cũng được biết đến như "mô hình hợp đồng công cộng" (OECD 1992). Như phần lớn các hệ thống, bảo hiểm xã hội có thể kết hợp với bảo hiểm tự nguyện cho các dịch vụ không được phủ hoặc cho toàn bộ các dịch vụ đối với những người được phép không tham gia hệ thống bắt buộc (như cho những người cư trú có thu nhập cao ở Đức).

4. *Mô hình Bảo hiểm tự nguyện: Mô hình Mĩ.* Một hệ thống chăm sóc sức khoẻ có thể dựa trên cơ sở tự nguyện mua bảo hiểm y tế, tạo ra phạm vi tăng cường tự do cá nhân, sự lựa chọn, và trách nhiệm, với cái giá tổn hại đảm bảo tiếp cận phổ quát và đoàn kết. Thí dụ tiêu biểu là hệ thống chăm sóc sức khoẻ của Hoa Kì. Tuy vậy, chúng tôi muốn chỉ ra rằng thuật ngữ "mô hình Mĩ" là không thực chính xác. Tuy phần của bảo hiểm tự nguyện là rất lớn và đây là nét khu biệt của hệ thống Mĩ, nhưng gần như một nửa của các khoản cấp tài chính là từ các nguồn công cộng. Những vấn đề đặc thù của khu vực y tế Hoa Kì sẽ được xem xét chi tiết hơn ở trang 128.

   Đáng nhắc đến là Hà Lan, trong những năm vừa qua, đã đưa ra một cải cách cơ chế chăm sóc sức khoẻ gần hơn với mô hình Mĩ ở khía cạnh lựa chọn và những khuyến khích (van de Ven *et al.* 1994), tuy tính bắt buộc của bảo hiểm sức khoẻ vẫn giữ nguyên. Cải cách dựa trên cơ sở lí thuyết cạnh tranh được quản lí (theory of managed competition) được

phát triển bởi nhà kinh tế học y tế Mĩ Alain Enthoven (1978), nhưng không được thực hiện thật sự ở Hoa Kì.[8]

5. *Các Tài khoản tiết kiệm y tế: Mô hình Singapore.* Singapore đi tiên phong với một hệ thống kết hợp một biến thể đặc biệt của cấp tài chính công cộng, đóng góp bắt buộc cho các tài khoản tiết kiệm y tế, với hệ thống cung ứng mang tính đa thành phần.[9] Bệnh nhân dùng ngân quĩ trong tài khoản tiết kiệm y tế của mình để mua các dịch vụ y tế từ các nhà cung cấp tư nhân và công cộng cạnh tranh nhau. Hệ thống này cũng nhấn mạnh trách nhiệm và lựa chọn cá nhân. Bởi vì chia sẻ chung rủi ro là rất quan trọng đối với các chi phí thảm hoạ lớn như nằm viện, người dân Singapore cũng buộc phải mua bảo hiểm thảm hoạ, trả phí bảo hiểm từ các tài khoản tiết kiệm y tế của mình. Để ngăn chặn khuynh hướng bất bình đẳng mà một hệ thống "người mua-nhà bảo hiểm cá nhân" gây ra, Singapore bao cấp mạnh một số loại nhà cung cấp công cộng (thí dụ một số khu trong các bệnh viện công) để thúc đẩy tiếp cận công bằng tới các dịch vụ cơ bản.
6. *Cung ứng công cộng các dịch vụ y tế: Mô hình Xô viết.* Mô hình này được bàn tới chi tiết ở chương 5, trang 143 và được liệt kê ở đây chỉ để hoàn tất hình mẫu.

Có thể rút ra bài học cho các nền kinh tế chuyển đổi từ sự đa dạng này, ngay ở cái nhìn thoáng qua.

Thứ nhất, không có "nước làm tấm gương" nào đại diện cho "Phương Tây phát triển" cả, tức là không có tấm gương để noi theo mà không cần đắn đo gì nhiều. Ngay cả việc xác định một

---

[8] Cạnh tranh được quản lí hình dung một sự "quản lí" tích cực bởi nhà tài trợ (sponsor) hành xử thay mặt cho những người tiêu dùng, bao gồm việc lựa chọn các chương trình bảo hiểm sức khoẻ, khuyến khích cầu co giãn với giá, và giảm nhẹ chọn lọc có hại và chọn lọc rủi ro thông qua gói lợi ích được chuẩn hoá và hệ thống thanh toán hiệu chỉnh rủi ro. Chương trình chăm sóc sức khoẻ thất bại của Clinton (xem trang 135) dựa trên cạnh tranh được quản lí. Colombia cũng tìm cách thực hiện cạnh tranh được quản lí trong khu vực y tế của mình.

[9] Trung quốc cũng chấp nhận một hệ thống các tài khoản tiết kiệm y tế cho cải cách y tế đang được tiến hành của mình, và thử nghiệm với các tài khoản như vậy cũng được tiến hành cả ở Hoa Kì nữa.

nước như hình mẫu hay tấm gương để noi theo cũng dựa trên sự đánh giá về giá trị. Các nhà hoạch định chính sách nên xem xét chấp nhận các khía cạnh khác nhau từ các hệ thống khác nhau để xây dựng một thể nhất quán phù hợp nhất cho đất nước mình.

Thứ hai, phải hết sức chú ý đến xuất phát điểm lịch sử của từng nước hậu xã hội chủ nghĩa: cơ chế y tế được thiết lập dưới chế độ xã hội chủ nghĩa. Nó chỉ có thể được cải tạo; không thể và cũng không được phép phá bỏ nó trước khi một hệ thống lựa chọn khác có thể tiến hoá để thế chỗ cho nó. Lời cảnh cáo này gắn với nguyên lí 7, đòi hỏi phải có thời gian cho các tổ chức và cá nhân hiệu chỉnh và thích ứng với tình hình mới.

Các bảng 4.1-4.4 giới thiệu bức tranh tĩnh về trạng thái đầu các năm 1990 của cơ chế y tế trong các nước phát triển. Bức tranh tỏ ra khá phức tạp. Những cải cách hệ thống chăm sóc sức khoẻ gần đây và đang được tiến hành ở hầu hết các nước công nghiệp hoá khác nhau ở nhiều khía cạnh. Có thể đặt câu hỏi: kể từ đó liệu có những chuyển động theo một hướng chung không? Liệu có đang được chuẩn bị, hay sẽ hình thành các loại cải cách hội tụ về một mô hình chung không?

Tuy một số chuyên gia có thể trả lời khá dứt khoát là có (thí dụ Besley and Gouveia 1994), song có thể nói một cách thận trọng hơn là có những xu hướng khá rộng rãi, nhưng còn xa mới thật thuần nhất và phổ biến. Về phương diện này nên tách các nước phát triển Châu Âu khỏi các nước OECD khác, đặc biệt là khỏi Hoa Kì.

Đối với tuyệt đại đa số các nền dân chủ công nghiệp hoá Châu Âu, ý thức mãnh liệt về đoàn kết trong chăm sóc sức khoẻ đã duy trì vai trò ưu thế của khu vực nhà nước hay gần như-nhà nước (quasi-state) cả trong cấp tài chính lẫn cung ứng dịch vụ. Tuy nhiên, trong những năm gần đây các hình thức khác nhau của dịch vụ tư nhân và bảo hiểm tư nhân đã xuất hiện, lan rộng và được củng cố ở mức độ nào đó. Chúng hẳn vẫn chưa chiếm vị trí ưu thế, song đã vượt ra khỏi phạm vi hoàn toàn không đáng kể. Thí dụ, ở nước Pháp, nơi có những cội nguồn lịch sử sâu xa

của sự gánh vác tích cực của Nhà nước, thì hai phần ba số bệnh viện, một phần ba số giường bệnh không do Nhà nước cai quản, và 83 phần trăm dân số có bảo hiểm y tế bổ sung (OECD 1993). Tại Đức 48% các bệnh viện thuộc sở hữu công cộng, phần còn lại là các tổ chức tư nhân và phi lợi nhuận (xem bảng 4.2).

Trong nội bộ mảng thuộc sở hữu công cộng, các hình thức "gần như-thị trường", "gần như-tư nhân" mạnh lên. Thí dụ bác sĩ khu vực, PCP, nhận được một Quĩ tiền từ tổ chức y tế nhà nước, và phải tự "xoay xở" với quĩ tiền đó để lo chi phí cho toàn bộ những người bệnh thuộc địa hạt mình phụ trách.[10] Hoặc bệnh viện công tuy vẫn thuộc sở hữu nhà nước, nhưng tính tự chủ của nó được tăng cường. Đồng thời người ta đưa ra những hạn chế chi tiêu của các định chế thuộc sở hữu nhà nước nhằm cứng hoá ràng buộc ngân sách của chúng. Bảng 4.5 cho, ít nhất, cái nhìn sơ bộ về những cải cách gần như-thị trường được thực hiện ở các nước OECD.[11]

---

[10] Xem thảo luận về "GP fundholding-Quĩ giữ bác sĩ đa khoa" ở chương 3 (chú giải số 26).

[11] Điều này hoàn toàn tạo cảm giác *déjà vu (thấy rồi, biết rồi)* ở Hungary, Ba Lan hay Czech với thế hệ đã quan sát hay đã tham gia trong các cuộc tranh luận cải cách dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa, và đã chứng kiến các thử nghiệm tựa-cải cách. Họ đã bắt gặp mọi dạng và mọi biến thể cải cách trong đời, nếu không phải trong khu vực y tế, thì trong các lĩnh vực kinh doanh của nền kinh tế.

Bảng 4.5. *Một số cải cách sau 1984 của các nước OECD*

Nước	Thay đổi	Chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ (nếu không có chỉ dẫn thêm thì là số liệu 1993)
Australia	Chia sẻ chi phí ở bên cầu [1]	16% là từ thanh toán trực tiếp của khách hàng trong 1989-90
Áo		6 $US/ngày ở bệnh viện, trả trung bình 21,5% giá thuốc
Phần Lan[4,5]		Bác sĩ chăm sóc ban đầu cực đại 50 FM/lần với trần, hoặc 100 FM khấu trừ được trong 1 năm; chăm sóc ngoại trú 125 FM/ngày; 20% tổng chi phí y tế là từ trả trực tiếp (1997)
Iceland		Chăm sóc ban đầu cực đại 9 USD/lần; bác sĩ chuyên khoa và chăm sóc ngoại trú 17 USD + 40% chi phí còn lại cho một lần
Nhật		Tỉ lệ chia sẻ chi phí theo % của hoá đơn: Nhân viên: 10%; Người phụ thuộc: 20%; Người kinh doanh tư nhân: 30%
Luxemburg		5% giá chăm sóc ban đầu và chuyên khoa, 20% giá thuốc
Na Uy		11 $US/lần chăm sóc ban đầu, 16 $US/lần chuyên khoa
Bồ Đào Nha		10% chi phí chăm sóc ban đầu và chuyên khoa ngoại trú
Thuỵ Sĩ		Cực đại 6-19 $US/lần chăm sóc ban đầu và chuyên khoa; chăm sóc nội trú 8 $US/ngày nằm viện
Thuỵ Điển		10,7% là thanh toán trực tiếp của khách hàng năm 1989.
Đan Mạch Hà Lan Ireland Anh Italia Tây Ban Nha Thuỵ Điển Na Uy Phần Lan[4] New Zeland	Đối với bác sĩ chăm sóc ban đầu trả một phần theo đầu bệnh nhân (capitation basis) thay phí-cho-dịch hoàn toàn (*full FFS*)[2]	
Áo Australia Na Uy Bồ Đào Nha Thuỵ Điển	Thanh toán cho bệnh viện bằng các hệ thống thanh toán trên cơ sở các trường hợp liên quan (case-related payment systems) tương tự như DRG thay cho ngân sách hàng năm hay trả theo ngày	
Hi Lạp Thuỵ Điển Đan Mạch Na Uy	Dựa vào các bệnh viện tư nhân để giảm thời gian xếp hàng vào viện[3]	

Nguồn: [1] OECD (1994a:18), [2]OECD (1994a: 24, 42), [3]OECD (1994a: 20). [4] Finland Ministry of Social Affairs and Health (1996). [5] OECD (1999b).

Ghi chú: FM = Mark Phần lan. DRG (Diagnosis Related Groups) là hệ thống tài trợ bệnh viện dựa trên cơ sở phân nhóm bệnh. Nhu cầu chi tiêu trung bình của mỗi nhóm được tính bằng các phương pháp thống kê. Bệnh có nhu cầu kinh phí trung bình có giá trị là một, và các chi phí khác với giá trị này được biểu đạt bằng các trọng số.

Những xu hướng khác có tính tổ chức, thí dụ như tách vai trò người mua và nhà cung cấp, hoặc quy định rằng các bác sĩ chăm sóc sơ bộ, PCP, cũng phải hoạt động như những "người gác cổng" đối với các bệnh nhân để vào hệ thống chăm sóc sức khoẻ. Tức là, bệnh nhân phải nhận được đơn chuyển của PCP của mình trước đối với mọi điều trị chuyên khoa (trừ cấp cứu).[12] Phân tích thống kê các chi phí chăm sóc sức khoẻ của OECD, cả ở một thời điểm lẫn theo thời gian, phát hiện ra rằng "gác cổng" chăm sóc ban đầu dường như liên đới tới chi phí y tế thấp hơn, kiểm soát đối với thu nhập đầu người và các tính chất nhân khẩu học và định chế khác của các hệ thống chăm sóc sức khoẻ (Gerdtham and Jönsson 2000: 46).[13]

Những khuyến khích thanh toán cũng biểu lộ một sự hội tụ nhất định. Hầu hết các nước phát triển đòi hỏi các khoản đồng-thanh toán giới hạn để giải quyết nan giải về khuyến khích ở bên cầu nhằm tăng hiệu quả đối lại với phân tán rủi ro và đoàn kết. Nhìn tổng thể, việc chi tiêu từ tiền túi của khách hàng thường chiếm phần nhỏ nhưng không hề tầm thường của tổng chi tiêu y tế quốc gia (xem bảng 4.6). Chỉ có một số ít nước như Hàn Quốc, Bồ Đào Nha, Thổ Nhĩ Kì, và Thuỵ Sĩ đòi hỏi tỉ lệ lớn về chia sẻ chi phí ở bên cầu.[14] Bảng 4.7 liệt kê các hệ thống thanh toán cho nhà cung cấp đối với một số nước lựa chọn, minh hoạ rằng nhiều nước đã áp dụng các hệ thống chia sẻ chi phí ở bên

---

[12] Như đã giải thích ở chương 3 (tr. 95-96), sự chia sẻ cao về chi phí chăm sóc ở bên cung đối với một dải rộng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, thí dụ như thanh toán theo đầu bệnh nhân với cả các dịch vụ ngoại trú lẫn nội trú, sẽ khuyến khích nhà cung cấp kiểm soát chi phí, thí dụ bằng cách xác định các đòi hỏi, điều kiện "canh cổng" để giảm chăm sóc trùng lặp hay không cần thiết.

[13] Điều này phù hợp với bằng chứng ở Hoa Kì, ở nơi các HMO (hầu hết đều có "gác cổng") được thấy là đã giảm chi phí chăm sóc sức khoẻ đi 10 phần trăm so với hệ thống thanh toán phí cho dịch vụ, FFS, điều chỉnh sự khác biệt trong tổng số người tham gia hai loại sơ đồ này (Cutler and Zeckhauser 2000: 604).

[14] Lưu ý rằng bảng 4.6 liệt kê chi tiêu tiền túi như tỉ lệ phần trăm trên tổng chi tiêu, nó bao gồm không chỉ các khoản đồng-thanh toán của bệnh nhân về các dịch vụ cơ bản mà gồm cả thanh toán từ tiền túi cho các dịch vụ theo ý mình (thí dụ như giải phẫu thẩm mĩ) nữa, đối với loại này thì không có mấy mâu thuẫn với nguyên lí đoàn kết cả.

cung (chia sẻ rủi ro) và thanh toán hỗn hợp.[15] Một vài nước đã thực hiện hệ thống điều chỉnh rủi ro, chủ yếu là trong các năm 1990 và sử dụng các bộ điều chỉnh đơn giản như tuổi và giới tính, thường được kết hợp với các sơ đồ chia sẻ rủi ro khác nhau (xem bảng 4.8).

Bảng 4.6 *Thanh toán từ tiền túi, một số nước OECD, 1997*

Nước	Thanh toán từ tiền túi trên tổng chi tiêu y tế (%)
Áo	25,1[1]
Canada	16,5
Cộng hoà Czech	8,3
Đan mạch	12,6[1]
Phần Lan	19,9
Pháp	12,6[1]
Đức	10,8[2]
Hungary	15,1[1]
Iceland	16,2
Ireland	12,9[2]
Hàn Quốc	52,0[2]
Luxembourg	7,0
New Zealand	23,5[1]
Bồ Đào Nha	44,6[2]
Thuỵ Sĩ	29,8[2]
Thổ Nhĩ Kì	31,7[1]
Vương Quốc Anh	2,7[2]
Hoa Kì	17,2

Ghi chú:
[1] 1996
[2] 1995
Nguồn: OECD (1999b).

[15] Hệ thống thanh toán hỗn hợp trên cơ sở các nhóm chuẩn đoán, DRG, có sự quyến rũ lớn được minh chứng bằng sự chấp thuận (hay xem xét nghiêm túc để chấp nhận) nó ở nhiều nước bên cạnh Hoa Kì, gồm có Đức, Pháp, Vương Quốc Anh, Canada, Australia, Áo, Bỉ, Đan mạch, Phần Lan, Hungary, Ireland, Na Uy, Bồ Đào Nha, Tây Ban Nha, Thuỵ Điển, và Thuỵ Sĩ (OECD 1994a: 46).

Dư luận công chúng trong các nền dân chủ công nghiệp hoá xem ra có vẻ khá chia rẽ về vấn đề cải cách y tế. Bảng 4.9 cho một bức tranh bổ ích về vấn đề này. Chỉ có một thiểu số các câu trả lời trong năm nước được khảo sát, từ 9 đến 25 phần trăm, cảm thấy cơ chế hiện tại là cơ bản thoả đáng và chỉ cần hiệu chỉnh nhỏ. Phần còn lại thấy cần đến các cải cách căn bản hoặc phải xây dựng lại hệ thống một cách triệt để. Cách đặt câu hỏi không cho phép rút ra từ các câu trả lời là công chúng muốn thay đổi theo *chiều hướng* nào. Năm nước được khảo sát bao phủ ít nhất ba "mô hình" theo phân loại trước đây trong chương này. Tỉ lệ thoả mãn và bất mãn không khác nhau mấy ở mỗi nước, nhưng sự phê phán có thể từ phía "tả" ở nước này và từ phía "hữu" ở nước khác.

Tuy khảo sát dư luận gợi ý rằng nhiều người ủng hộ sự thay đổi mạnh mẽ, song tốc độ thay đổi thực sự là chậm. Hầu hết các biện pháp không mang lại thay đổi triệt để, mà chỉ là sự biến đổi thận trọng mang tính tiến hoá.[16]

Ngay cả nếu có những thay đổi tương tự ở tất cả các nước phát triển châu Âu, thì bức tranh vẫn cứ là khá hỗn tạp. Tuy vậy, vẫn có thể đánh bạo đưa ra một dự báo. Có lẽ các nước phát triển Châu Âu như một tổng thể sẽ tiến gần hơn tới một cơ chế "hỗn hợp" nhiều trụ cột trong đó (1) sở hữu công cộng không những không còn độc quyền, mà tỉ trọng của nó sẽ giảm, trong khi đó (2) cấp tài chính công cộng vẫn sẽ chiếm ưu thế nhưng còn xa mới là nguồn tài chính duy nhất cho chăm sóc sức khoẻ; và (3) những khuyến khích thanh toán sẽ được chú ý hơn để sắp xếp các lợi ích của người tiêu dùng và của nhà cung cấp với các mục tiêu chính sách.

---

[16] Diễn tiến cải cách ở các nền dân chủ công nghiệp hoá gợi ý rằng có lẽ sự thận trọng được bày tỏ trong nguyên lí số 7 được thực hiện quá đầy đủ, có lẽ do những khó khăn chính trị.

Bảng 4.7 *Các hệ thống thanh toán cho nhà cung cấp, một số nước, cuối các năm 1990*

Nước	Chăm sóc sơ cấp	Chuyên khoa ngoại trú	Chăm sóc nội trú
Australia	FFS	FFS	Ngân sách với trần chi phí được chỉ số hoá, một số bang chọn thanh toán trên cơ sở trường hợp
Canada	FFS, với ngân sách toàn thể cho hiệp hội bác sĩ, thương lượng bởi các tỉnh		Ngân sách và lương
Đan mạch	28% capitation; 63% FFS; 9% trợ cấp	Capitation và FFS	Ngân sách tổng thể
Đức	FFS, với ngân sách tổng thể cho hiệp hội bác sĩ; hệ thống điểm với giá trị của điểm thấp hơn nếu vượt ngân sách		Ngân sách có mục tiêu và thanh toán trên cơ sở trường hợp
Nhật	FFS	FFS	FFS (đề án thử thanh toán theo trường hợp)
Hàn Quốc	FFS	FFS	FFS
Hà Lan	FFS nếu thu nhập cao; capitation (hiệu chỉnh theo tuổi) nếu thu nhập thấp; dự trù trước các trường hợp rủi ro cao	FFS và lương	Ngân sách tổng thể, thương lượng ở từng địa phương
New Zealand	FFS, capitation, ngân sách	Hợp đồng và FFS	Hợp đồng và FFS
Na Uy	Capitation, lương, FFS	FFS và lương	Ngân sách tổng thể
Tây Ban Nha	Lương và capitation (hiệu chỉnh theo tuổi)	Lương	Ngân sách tổng thể cho bệnh viện thuộc Bảo hiểm xã hội; công nhật cho các bệnh viện khác
Thuỵ Điển	Lương; thanh toán hỗn hợp ở một số quận	Lương + ngân sách	Ngân sách
Anh (sau cải cách 1989)	Capitation (hiệu chỉnh theo tuổi) và FFS; các quĩ giữ GP sau 1989; Các nhóm chăm sóc ban đầu do GP lãnh đạo như người mua/người giữ quĩ sau cải cách 1999	Hợp đồng và FFS	Hợp đồng và FFS
Hoa Kì	FFS (thang giá trị tương đối trên cơ sở nguồn lực); capitation với chia sẻ rủi ro, v. v.	Chủ yếu là FFS	Chủ yếu trên cơ sở trường hợp (DRG)

Nguồn: Greiner and Schulenburg (1997); Hakansson and Nordling (1997); Krasnik and Vallgarda (1997); Maarse (1997); Saltman and Figueras (1997); Scott (1997); Hall (1999); Ikegami and Campbell (1999); Liu and Jakab (1999); Naylor (1999); OECD (1999b).

Bảng 4.8 *Hiệu chỉnh rủi ro và chia sẻ rủi ro, một số nước, 1972-2000*

Nước (chương trình)	Năm bắt đầu	Bb/ Tn	Các nhân tố hiệu chỉnh rủi ro	Chia sẻ rủi ro
Bỉ	1995	Bb	Tuổi/giớitính/khu vực/tàn tật/ thất nghiệp/tử suất	Chia sẻ rủi ro tỉ lệ, ít nhất 85%
Colombia	1994	Tn	Tuổi/giới tính/khu vực	Không (fscs)[1]
Czech	1993	Bb	Tuổi	Không (fscs)
Đức	1994	Bb	Tuổi/giới tính/khu vực	Không (fscs)
Ireland	1996	Tn	Tuổi/giới tính/nằm viện tính trọng số với chi phí hiện hành	Một phần; xem cột trước
Israel	1995	Bb	Tuổi	Các bệnh hiểm nghèo (6% chi phí)
Hà Lan	1991	Bb	Tuổi/giới tính/khu vực/tàn tật	Ngoại lệ[2] và chia sẻ rủi ro theo tỉ lệ
Nga	1993	Bb	Nhiều thử nghiệm ở các địa phương	
Thuỵ Sĩ	1993	Bb	Tuổi/giới tính/khu vực	Không (fscs)
Anh	1991	Tn	Tuổi/giới tính/sử dụng trước đó/ các nhân tố địa phương	Chia sẻ rủi ro ngoại lệ[2]
Hoa Kì				
Medicare	1972	Tn	Tuổi/giới tính/khu vực(quận)	Không (fscs)
HMO 1997			Tình trạng cơ quan/tình trạng phúc lợi	
HMO 2000	2000	Tn	Tuổi/giới tính/khu vực(quận)/tình trạng phúc lợi/ PID[2]	Không (fscs)
New York Medicaid	1993	Tn	Tuổi/giới tính/khu vực	Chia sẻ rủi ro cụ thể có điều kiện
Health insurance Plan of California	1992	Tn	Giới tính/số con/120 chuẩn đoán mẫu	Không (fscs)
Minesota Buyers Health Care Action Group	1997	Tn	Trên cơ sở chuẩn đoán	Ngăn tổn thất với các trường hợp tai hoạ
Colorado Medicaid	1997	Tn	Tuổi/giới tính/khu vực; cơ sở chuẩn đoán (Disability Payment System)	Không (fscs)
Washington (state) Health Care Authority	1998	Tn	Tuổi/giới tính/trạng thái việc làm từ 1989; cơ sở chuẩn đoán từ 2000	Hạn chế

Nguồn: Bertko and Hunt (1998); Dunn (1998); Knutson (1998); Wilson *et al.* (1998); van de Ven and Ellis (2000).

Ghi chú: [1] fscs = full supply-side cost sharing = chia sẻ chi phí hoàn toàn ở bên cung.

[2] Outlier = trường hợp nằm riêng có thể coi như ngoại lệ

Bảng 4.9 Dư luận chung về chăm sóc sức khoẻ, một số nước, 1998

	Úc	Canada	New Zealand	Anh	Mĩ
Sự thoả mãn: phần trăm người nói					
Cả hệ thống hoạt động tốt, chỉ cần sửa chút ít để tốt hơn	19	20	9	25	17
Có những điểm tốt trong hệ thống, song để hoạt động tốt hơn cần phải có thay đổi cơ bản	49	56	57	58	46
Hệ thống quá sai trái cần phải xây dựng lại hoàn toàn	30	23	32	14	33
Tiếp cận: tỉ lệ người phàn nàn khó tìm bác sĩ chuyên khoa và tư vấn khi họ cần					
Cực khó hay rất khó	14	16	17	10	15
Hơi khó	21	30	18	19	24
Không quá khó	25	22	26	30	24
Không khó gì cả	29	25	30	25	32
Chi phí: phần trăm số người nói có khó khăn thanh toán hoá đơn y tế năm vừa qua	10	5	15	3	18

Nguồn: Donelan *et al.* (1999:208, 210), dựa trên số liệu của *Khảo sát Chính sách Sức khoẻ Quốc tế* năm 1998 của Commonwealth Fund, khảo sát mẫu tiêu biểu của mỗi quốc gia gồm khoảng 1000 người lớn mỗi mẫu trong khoảng tháng 4-6 năm 1998.

Một trường hợp đặc biệt: khu vực y tế của Hoa Kì

Không phải nhiệm vụ của cuốn sách này là phân tích chi tiết khu vực y tế của Hoa Kì.[17] Nhưng vì trong những cuộc tranh luận hậu xã hội chủ nghĩa người ta nhắc đi nhắc lại đến nó, mà chủ yếu như là một thí dụ kinh khủng để lí giải cho việc giữ nguyên hiện trạng, *status quo*. Chính vì thế việc nêu ngắn gọn một vài nét chính của hệ thống này là điều quan trọng.

[17] Có rất nhiều công trình về vấn đề này; bạn đọc có thể tham khảo Fuchs (1996), Newhouse (1996) và Iglehart (1999).

Bảng 4.10 *Cơ cấu sở hữu của khu vực y tế ở Hoa Kì, phần trăm*

Dịch vụ	Đơn vị/Thời gian	Công cộng	Phi lợi nhuận	Vì lợi nhuận
Tất cả các bệnh viện	Nhập viện/1997	18	70	12
Bệnh viện nằm ngắn ngày	Giường bệnh/1997	17	69	14
Bệnh viện tâm thần	Giường bệnh/1991	91	3	6
Các HMO	Người tham gia/1966	0	42	58
Các PPO	Sơ đồ bảo hiểm/1995	0	20	80
Các phương tiện giải độc máu (hỗ trợ thận) - dialysis	Phương tiện/1997	-	-	65

Nguồn: Rose-Ackerman (1996: Table 4: 710); National Center for Health Statistics (1999); đối với tất cả bệnh viện và PPO, Claxton et al. (1997: 12); đối với gia nhập HMO, Gabel (1997: 135); đối với các phương tiện dialysis, Nissenson and Rettig (1999: 172).

Đầu tiên hãy khảo sát bên cung. Một sự hiểu đúng, trong công chúng của nhiều nền kinh tế chuyển đổi, là hệ thống y tế Mĩ rất phân tán. Không có một tổ chức quan liêu thứ bậc được tập trung với quyền lực cao ở trung ương điều khiển nó. Nhưng, mặt khác cho rằng, hầu như chỉ có các tổ chức tư nhân hoạt động vì mục đích lợi nhuận cung ứng các dịch vụ y tế, thì lại là sai lầm. Các số liệu về hình thức sở hữu trong khu vực y tế Hoa Kì được giới thiệu trong bảng 4.10 và 4.11. Chúng cho thấy sở hữu phi lợi nhuận chiếm ưu thế trong phần lớn của hệ thống Hoa Kì, đặc biệt đối với chăm sóc nội trú, tức là có nhiều bệnh viện thuộc nhà thờ, thuộc các Quĩ, các trường đại học không của Nhà nước. Tỉ trọng của khu vực tư nhân vì lợi nhuận là đáng kể song không áp đảo. Đáng chú ý là trong khoảng thời gian của bảng 4.11 (1980-96) tỉ phần của bệnh viện công tăng lên. Các hình thức sở hữu không phải là cứng nhắc. Những nghiên cứu chi tiết chỉ ra rằng, chủ sở hữu của nhiều bệnh viện thay đổi; thí dụ từ bệnh viện tư thành bệnh viện công, hoặc ngược lại (xem Needleman, Chollet and Lamphere 1997; Melnick, Keeler and Zwanziger 1999).

Bảng 4.11 *Thay đổi sở hữu của số giường bệnh ở Hoa Kì, 1980-1996*

	Phần trăm số giường bệnh nội trú trong mỗi loại sở hữu ở thời điểm		
Loại bệnh viện	1980	1990	1990
Công cộng	21	18	33
Tư nhân	79	82	67
Phi lợi nhuận	-	74	57
Vì lợi nhuận	-	8	10

Nguồn: OECD (1999b).

Về phía cấp tài chính, bên cầu, tình hình cũng không đến nỗi cực đoan như nhiều người vẫn tưởng. Hãy xem lại bảng 4.4, từ đó thấy rằng khoảng 46% chi tiêu y tế là chi tiêu công cộng. Hai khoản chính của cấp tài chính công cộng này là các chương trình bảo hiểm sức khoẻ cho những người cao tuổi (Medicare) và cho những người nghèo (Medicaid) được chính thức coi là những người cần trợ giúp. Ngoài ra chính quyền cũng còn trực tiếp tài trợ cho nghiên cứu y khoa và đào tạo bác sĩ. Tuy vậy, chắc chắn đúng là các nguồn tư nhân cung cấp tài chính với tỉ lệ lớn hơn nhiều so với các nước phát triển Châu Âu (xem bảng 4.4).

Ít được biết hơn, nhưng cũng là một nét quan trọng của hệ thống cấp tài chính ở Hoa Kì, là có sự tái phân phối đặc biệt được tiến hành. Các sơ đồ bảo hiểm do Chính phủ điều hành có các đặc tính tái phân phối quan trọng. Một số người sử dụng lao động không khấu trừ một khoản gọn từ lương của người lao động như phí bảo hiểm, mà là khoản đóng góp liên quan đến chi trả trong các dải hoặc trên một thang trượt. Điều này cũng bao hàm một sự tái phân phối có lợi cho người có thu nhập thấp, tuy nhìn chung hệ thống bảo hiểm trên cơ sở việc làm là luỹ thoái- tức là áp đặt một tỉ lệ gánh nặng lớn hơn cho người lao động có thu

nhập ít hơn.[18] Nhiều bệnh viện áp dụng trợ cấp-chéo, sử dụng thu nhập từ các bệnh nhân có bảo hiểm và của các bệnh nhân trả trực tiếp, để chi một phần cho chữa trị những bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc để chi cho nghiên cứu.[19] Sự gia tăng của áp lực cạnh tranh, tuy vậy, hạn chế khả năng của các nhà cung cấp tiếp tục tập quán này.

Trong cơ chế của khu vực y tế Mĩ, trong một thời gian dài, cung ứng và bảo hiểm là hai lĩnh vực được tách biệt rất rõ ràng. Việc cấp tài chính (cầu) chủ yếu được tiến hành qua các hãng bảo hiểm tư nhân, hãng bảo hiểm hoàn trả cho bệnh nhân theo hoá đơn y tế. Phí bảo hiểm một phần do người được bảo hiểm trả, một phần do người sử dụng lao động trả. Trên bình diện quốc gia, sự dàn xếp bảo hiểm bồi hoàn trên cơ sở việc làm bao phủ một tỉ lệ rất cao của những người lao động.

Trong những năm vừa qua các hình thức tích hợp hay nửa tích hợp khác nhau ngày càng thịnh hành (xem, thí dụ, Feldstein 1994; Glied 2000). Nét chung của chúng là, hãng bảo hiểm kiểm soát hoặc "quản lí" bằng cách nào đấy việc điều trị, để loại bỏ các khoản chi phí được đánh giá là không hợp lí, từ đó có tên là "chăm sóc được quản lí". Hãng bảo hiểm hoặc là có các bác sĩ riêng của mình, hay có quan hệ hợp đồng với các nhà cung cấp nhất định. Ngôn ngữ chuyên môn ở Hoa Kì gọi chúng là các hình thức bảo hiểm-cung ứng "được quản lí". Bảng 4.12 giới thiệu các loại chính và sự thịnh hành của chúng.

Một hình thức tích hợp, Health Maintenance Organization (HMO- Tổ chức Bảo dưỡng Sức khoẻ), chiếm ưu thế theo truyền thống và đại diện cho chăm sóc được quản lí. Như đã nhắc tới

---

[18] Tính luỹ thoái (regressivity) của bảo hiểm trên cơ sở việc làm của Mĩ xuất phát từ hai nhân tố: phần lớn các nhà sử dụng lao động khấu trừ một khoản đóng góp phí bảo hiểm *cố định* từ lương (giống như một khoản thuế thân cố định trên đầu người có nghĩa là gánh nặng lớn hơn đối với người có thu nhập ít hơn), và sự miễn thuế thu nhập trên khoản bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động đóng (thưởng các lợi ích lớn hơn cho những nhân viên có thu nhập cao hơn với thuế suất cao hơn). Xem Reinhardt (1998).

[19] Dĩ hiển nhiên không phải là đặc điểm riêng của Mĩ, mà cách này được áp dụng ở cả nhiều nước khác nữa.

trong các chương trước, một HMO kết hợp kết hợp chức năng của một nhà bảo hiểm ở bên cấp tài chính (bên cầu), với chức năng chăm sóc sơ cấp ở bên cung ứng. Nhiều HMO cũng có cả các bác sĩ chuyên khoa của mình, ít nhất trong các chuyên khoa chính, và sở hữu hoặc hợp đồng với một hoặc nhiều bệnh viện. Các thành viên (tham gia bảo hiểm) chỉ có thể lựa chọn các bác sĩ thuộc mạng lưới HMO. Ngoài ra, bác sĩ riêng của HMO (bác sĩ đa khoa "chăm sóc sơ cấp- primary care" hay bác sĩ chuyên khoa của HMO) quyết định về việc bệnh nhân có bảo hiểm sẽ nhận thêm được chăm sóc ngoại trú hay nội trú như thế nào. Chính xác hơn là, loại điều trị ngoại trú hay ở bệnh viện nào HMO sẵn sàng chi trả. Trong ý nghĩa đó HMO là hình thức tích hợp- nhưng vẫn mang tính phân tán; các quyết định điều trị không bị ảnh hưởng bởi một tổ chức trung ương thống nhất toàn quốc. Thay vào đó, các HMO dựa vào những khuyến khích về mặt tổ chức và thanh toán để hướng các lợi ích của từng nhà cung cấp với các lợi ích của tổ chức lớn hơn.

Gần đây hơn, các hình thức chăm sóc được quản lí cung cấp cho bệnh nhân một phạm vi lựa chọn rộng hơn, thí dụ như "PPO: Preferred Provider Organization- tổ chức nhà cung cấp được ưa chuộng" và "POS: Point-Of-Service -Điểm dịch vụ", đã chiếm được thị phần đáng kể (xem bảng 4.12). Các HMO và các tổ chức tích hợp nhà bảo hiểm-nhà cung cấp được quản lí khác cạnh tranh với nhau và với các hình thức bảo hiểm khác.

Cơ chế hiện hành ở Mĩ có những thành quả và yếu điểm như thế nào? Nét trái ngược nhất của cơ chế này là, một phần đáng kể dân chúng, theo ước lượng là 15% hay trên 40 triệu người, không có bảo hiểm y tế. Hơn thế nữa, còn có vấn đề ít được biết đến nhưng cũng nghiêm trọng là vấn đề "bảo hiểm thấp: under insurance" đẩy hàng triệu người Mĩ phải đối mặt với mức độ cao về rủi ro tài chính do chi phí y tế. Trong trường hợp nguy hiểm tính mạng hay rất khẩn cấp, thì một số cơ sở công cộng và tư nhân được chỉ định cho việc này cũng sẽ phục vụ những người không có bảo hiểm, nhưng đối với các trường hợp ít nguy hiểm

hơn, với điều trị có thể trì hoãn thì họ có thể bị từ chối một cách không thích đáng. Đối với các dịch vụ thông thường không khẩn cấp, những người này nhiều nhất chỉ có thể dựa vào các tổ chức từ thiện hoặc các bệnh viện và phòng khám công thường xuyên chật ních. Các nghiên cứu cho thấy là người không được bảo hiểm "trung bình chỉ nhận được 60% dịch vụ y tế mà người Mĩ có bảo hiểm nhận được", sau khi đã hiệu chỉnh các nhân tố khác có thể lí giải sự chênh lệch, thí dụ như thu nhập và nhân khẩu học (Altman, Reinhardt and Shields 1998: 5).

Bảng 4.12 *Phân bố của những người làm công tham gia các hình thức bảo hiểm sức khoẻ, Hoa Kì, 1987-1995, phần trăm*

Loại Bảo hiểm	Phần trăm những người lao động được bảo hiểm 1987	1990	1993	1995
Hình thức FFS không được quản lí	41	5	m[1]	m[1]
Hình thức FFS được quản lí	32	57	49	27
HMO	16	20	22	28
PPO	11	13	20	25
POS	-	5	9	20

Nguồn: Ighlehart (1992: 745) cho 1987 và 1990; Jensen et al. (1997: 125) cho 1993 và 1995.

Ghi chú: Sự phân biệt hình thức không được quản lí và được quản lí, cũng như hình thức HMO được làm rõ trong văn bản.

PPO (Preferred Provider Organization, Tổ chức Nhà cung cấp được ưa chuộng). Tổ chức bảo hiểm kí hợp đồng với nhóm các nhà cung cấp thực hiện dịch vụ với giá thoả thuận trong hợp đồng, họ thường được trả tiền trên cơ sở FFS, phí cho dịch vụ, được giảm giá đổi lại PPO đảm bảo cho họ số lượng khách hàng (số bệnh nhân). Những bệnh nhân tham gia PPO có thể đến thẳng bác sĩ chuyên khoa nằm ngoài mạng lưới bảo hiểm nếu bệnh nhân sẵn sàng trả phần chênh lệch so với giá đã quy định bằng tiền túi của mình.

POS là Poit-of-Service (Điểm Dịch vụ). Đây là loại bảo hiểm hỗn hợp của HMO và PPO. Nó cho phép người tham gia chọn bác sĩ ở ngoài mạng lưới, nếu bệnh nhân sẵn sàng tự trả phần cao hơn nhiều từ tiền túi của mình.

[1] m: marginal = không đáng kể

Tầng lớp người không có bảo hiểm này không giống với nhóm người chính thức được công nhận là những người nghèo phải được trợ cấp, bởi vì như đã nhắc tới trước đây nhóm sau nhận được dịch vụ y tế nhà nước miễn phí qua chương trình Medicaid. Phần lớn những người không có bảo hiểm là những người "lao động nghèo". Chỉ có 16% những người không có bảo hiểm trong năm 1992 là ở các gia đình mà chủ hộ không làm việc; số còn lại ở trong các gia đình mà chủ hộ là người lao động toàn thời hoặc một phần thời gian (Rowland, Feder and Keenan 1998: 28). Đa phần họ ở trên mức, nhưng cũng chẳng xa mấy mức nghèo khổ chính thức. Chi phí cao của bảo hiểm y tế tư nhân là một rào cản thực đáng kể để họ có thể được bảo hiểm. Những người khác có thu nhập, và có lẽ có khả năng mua bảo hiểm cho mình và cho gia đình từ thu nhập, nhưng vì lí do nào đó đã bỏ qua. Họ có lẽ hi vọng rằng, sẽ không cần đến nó, và thường tiêu số tiền đằng nào cũng ít ỏi của mình vào việc khác.[20] Nhiều người do thiếu giáo dục sơ đẳng nên không thấy sự cần thiết của bảo hiểm y tế, hoặc coi nó đi ngược với niềm tin tôn giáo của họ.[21] Khá nhiều người thực sự cơ nhỡ, nhưng sự e thẹn và tự trọng về nhân phẩm ngăn cản họ tự thú nhận tình trạng nghèo đói ô nhục của mình một cách công khai chính thức. Bất luận vì lí do gì đi chăng nữa, thật là hổ thẹn cho xã hội Mĩ giàu có lại để một phần đáng kể dân chúng không có khả năng được bảo hiểm. Đây là một sự vi phạm nghiêm trọng định đề đạo đức số 2, nguyên lí đoàn kết. Nó vi phạm cảm nhận bình quân đã

[20] Nhiều người không mua bảo hiểm tự nguyện bởi vì họ biết rằng luật mạng lưới chăm sóc sức khoẻ cung cấp chăm sóc miễn phí trong các trường hợp cấp cứu. Họ tin rằng các bác sĩ sẽ hiểu "điều trị khẩn cấp" khá rộng rãi trong trường hợp của mình, và rằng trong mọi trường hợp họ chẳng cần đến điều trị thêm.

[21] Năm 1993, 7% của những người lớn không có bảo hiểm nói rằng họ không có bảo hiểm do lựa chọn hoặc bởi vì họ không tin vào bảo hiểm (Rowland, Feder and Keenan 1998: 29).

được nhắc đến trước đây, đòi hỏi là tất cả mọi người ít nhất phải được phục vụ y tế cơ bản.[22]

Trong xã hội và chính trường Mĩ từ lâu đã có tranh luận về cách khắc phục những sai sót nghiêm trọng này. Tổng thống Clinton trong nhiệm kì lần thứ nhất đã chuẩn bị đưa ra một hình thức nào đấy của quyền phổ quát liên quan đến hưởng thụ dịch vụ y tế. Dự định này của ông bị thất bại; ông vấp phải sự chống đối gay gắt ở quốc hội và phải thoái lui. Trong nhiệm kì hai của ông, ý tưởng về quyền phổ quát, hay tương đương với nó là ý tưởng về bảo hiểm y tế bắt buộc đã không có cả trên chương trình nghị sự nữa, tuy vậy những thay đổi gia tăng được tiến hành mau lẹ.[23]

Có nhiều phân tích về nguyên nhân thất bại của kế hoạch Clinton. Các quan điểm là khá phân tán (xem, thí dụ, Skocpol 1996). Thật đáng chú ý nhắc đến lập luận chính do những người chống khuyến nghị Clinton. Họ nói, đưa quyền phổ quát vào sẽ dẫn tới việc hình thành một bộ máy tập trung quan liêu khổng lồ, và kéo theo là sự tăng thuế. Mà điều này lại không thể hoà nhập với truyền thống lâu đời đã ăn sâu ở Hoa Kì, là tư tưởng về phi tập trung hoá, về cạnh tranh, về lựa chọn cá nhân, về Nhà nước Liên bang có thẩm quyền hạn chế, đi cùng với nó là về gánh nặng thuế khoá thấp.

Ngay cả nhiều người, đứng về phía Tổng thống Clinton trên bình diện chính trị và ủng hộ ý tưởng của ông về phúc lợi, cũng nghĩ rằng, giải pháp cho vấn đề của 15% dân số không có bảo hiểm cũng không đòi hỏi dịch vụ y tế phổ quát do Nhà nước tài trợ. Nó thể được giải quyết bằng loại can thiệp của Nhà nước hướng trực tiếp tới 15% người bị bỏ qua này.

---

[22] Bảng 4.9 cho thấy Mĩ, nước giàu nhất trong 5 nước được khảo sát, là nước với tỉ lệ cao nhất những người trả lời là có khó khăn trong chi trả hoá đơn y tế.

[23] Thí dụ, Chương trình Bảo hiểm Sức khoẻ Trẻ em ở Bang, được thông qua như một phần của Luật Ngân sách Cân đối năm 1997, cung cấp hơn 20 tỉ đôla trợ cấp trong nhiều năm cho các Bang để mở rộng diện phủ của bảo hiểm sức khoẻ trẻ em.

Sự thất bại của kế hoạch Clinton cho một bài học rằng, một chương trình cải cách, bất luận ý định tốt lành thế nào, không thể tách rời khỏi trạng thái xuất phát ban đầu -trong trường hợp này cơ chế hiện hành phân tán và phần lớn chi tiêu không phải do Nhà nước tài trợ. Các nhà cải cách thực dụng phải rất chú ý đến các truyền thống đã ăn sâu và đến những kì vọng.

Tất nhiên, sẽ là sai lầm khi đánh giá khu vực y tế của bất kể nước nào mà chỉ dựa trên đánh giá một nét duy nhất, trong trường hợp này là đặc trưng "quyền tiếp cận bình đẳng", đánh giá theo tiêu chuẩn đặc thù bình quân chủ nghĩa, bất luận tiêu chuẩn đó quan trọng đến thế nào đi chăng nữa. Còn phải khảo sát và đánh giá thành tích của ngành y tế Mĩ ra sao theo các tiêu chuẩn khác nữa.

Sự phi tập trung và cạnh tranh trong nội bộ ngành tạo ra sự tự do lựa chọn phong phú đáng kể cho cá nhân, ủng hộ và đề cao nguyên lí 1 về quyền tự quyết cá nhân. Hầu hết dân Mĩ có thể thực thi quyền rút lui của mình: nếu không vừa lòng, họ có thể chọn bác sĩ mới, bệnh viện mới, hãng bảo hiểm mới thay cho cái cũ. Tất nhiên, sự tự do này là hạn chế do các lí do địa lí, thí dụ, như độc quyền địa phương. Và hạn chế mạnh hơn là việc, đối với nhiều người, những người sử dụng lao động tổ chức việc bảo hiểm, thường thì họ tham gia đóng góp vào bảo hiểm - và tất nhiên hạn chế sự lựa chọn bảo hiểm phù hợp với quyền lợi của chính họ (người sử dụng lao động). Đôi khi chỉ có một sự lựa chọn duy nhất tương đối rẻ.[24] Tuy vậy, bất chấp các hạn chế kể trên, đối với nhiều người, khả năng lựa chọn vẫn còn khá rộng, và điều này được phần lớn dân chúng Mĩ đánh giá cao.

---

[24] Một khảo sát mẫu đại diện của những người lớn có bảo hiểm không cao tuổi năm 1997 cho thấy 42 phần trăm chẳng có khả năng lựa chọn sơ đồ bảo hiểm nào, còn trong số những người có một sự lựa chọn nào đó thì 20 phần trăm phàn nàn là không đủ đa dạng (Gawande *et al.* 1998: 187).

Bảng 4.13. *Tăng trưởng chi tiêu y tế, các nước OECD, 1960 và 1997*

Nước	Tổng chi tiêu y tế trên tổng chi tiêu trong nước (phần trăm)	
	1960	1997
Australia	4,8	8,4
Áo	4,3	8,2
Bỉ	3,4	8,0
Canada	5,3	- [1]
Đan Mạch	3,6	8,7
Phần Lan	3,8	8,2
Pháp	4,3	10,0
Đức	4,9	10,9
Hi Lạp	3,4	7,8
Iceland	3,2	8,0
Ireland	3,6	7,7
Italia	3,6	7,9
Nhật	3,0	7,2
Luxemburg	-	7,8
Hà Lan	3,9	9,2
New Zealand	4,2	7,6
Na Uy	2,9	8,1
Bồ Đào Nha	-	7,3
Tây Ban Nha	1,6	7,5
Thuỵ Sĩ	3,1	10,5
Thuỵ Điển	4,6	9,3
Thổ Nhĩ Kì	-	3,8
Vương Quốc Anh	3,9	6,8
Hoa Kì	5,3	13,7

Nguồn: OECD (1999b),
Ghi chú: [1] của Canada năm 1991 là 9,9

Tình trạng cạnh tranh, cũng như trong các ngành kinh tế khác, ở đây cũng thúc đẩy cải thiện hiệu quả và phát triển kĩ thuật, phù hợp với nguyên lí 4, đòi hỏi có những khuyến khích cho tính hiệu quả. Những khả năng to lớn về tự do sáng kiến, tạo

ra những thành tích khoa học có một không hai. Không thể chối cãi, Hoa Kì là nước đi đầu trên thế giới trong lĩnh vực áp dụng vào thực tiễn những kết quả nghiên cứu y khoa.[25]

Khảo sát sự thoả mãn của công chúng phát hiện ra tính nước đôi của dư luận công chúng Mĩ về khu vực chăm sóc sức khoẻ, thường coi việc chăm sóc sức khoẻ của cá nhân mình là tuyệt vời, nhưng cả hệ thống như một tổng thể thì lại coi là sai lầm. Tuy vậy, trong những thăm dò mới đây so sánh với các nền dân chủ công nghiệp hoá khác, cho thấy sự bất mãn ở Hoa Kì dường như chẳng cao hơn hay thấp hơn một cách nổi bật so với nhiều nước khác (xem bảng 4.9).

Đáng chú ý là, ở Hoa Kì tổng chi tiêu y tế *trên đầu người* là lớn nhất, và tỉ lệ chi tiêu cho y tế trên GDP cũng cao trội nhất. (Xem cột thứ 2 của bảng 4.4). Tỉ lệ này tăng nhanh đặc biệt từ 1975. Bảng 4.13 so sánh sự tăng trưởng chi tiêu y tế trên tổng chi tiêu của Hoa Kì với các nước OECD khác giữa 1960 và 1997. Nó cho thấy tỉ lệ của Mĩ tăng nhanh hơn nhiều so với mức trung bình OECD, và tăng nhanh hơn bất kể nước OECD nào, trừ Tây Ban Nha. Đúng là ở Tây Ban Nha năm 1960 tỉ phần cho y tế mới chỉ là 1,6% GDP, rồi sau khi tăng gần năm lần cũng chỉ đạt 7,5%, chẳng hơn một nửa của tỉ lệ ở Mĩ là mấy.

Nhiều nhân tố tạo ra sự tăng nhanh liên tục của chi tiêu y tế ở Hoa Kì, đáng liệt kê một vài trong số đó.

Thứ nhất, khi chính công dân tự quyết định, ở quy mô lớn, xem chi cho bảo vệ sức khoẻ bao nhiêu từ tổng chi tiêu của hộ gia đình, thì khoản chi tiêu này hưởng ưu tiên cao hơn nhiều, so với khi nhà chính trị quyết định về phân chia các khoản chi tiêu ngân sách. Như vậy một lí do vì sao tỉ lệ chi tiêu y tế trên GDP

[25] Theo lời của Donna Shalala, người giữ chức Bộ trưởng Bộ Sức khoẻ và Con người lâu nhất trong lịch sử Hoa Kì, "ở trên cùng, hệ thống của chúng ta là hệ thống chăm sóc sức khoẻ tốt nhất trên thế giới. Chẳng có gì thay thế được các trung tâm sức khoẻ hàn lâm Mĩ vĩ đại. .. Tuy vậy, ở dưới cùng, hệ thống của chúng ta có thể là tệ hại, đặc biệt là với những người không được điều trị đủ sớm" (Shalala and Reinhardt 1999: 47).

của Hoa Kì cao hơn so với nơi khác, bởi vì ở đó quyền tự quyết của người tiêu dùng được áp dụng đầy đủ hơn.

Nhân tố thứ hai như đã nêu ở trên, trong mối quan hệ khác, Hoa Kì là nước dẫn đầu về phát triển công nghệ y học. Cũng như trong các ngành khác, ở đây cũng chính việc áp dụng công nghệ tiên phong là đắt nhất. Muộn hơn, khi mà phương pháp đã lan rộng, khi mà tân dược hay thiết bị mới đã được sản xuất hàng loạt, thì việc áp dụng chúng trở nên rẻ hơn, tuy nhiên giảm chi phí trên một đơn vị có thể bù lại bằng số lượng người dùng lớn hơn. Xã hội Mĩ, trong đó là những bệnh nhân chi trả nhiều nhất, đóng góp phần lớn chi tiêu để nghiên cứu-phát triển phục vụ tiến bộ khoa học. Và các chính sách thúc đẩy sự phổ biến và tiếp cận rộng rãi tới các công nghệ mới nhất có xu hướng gây áp lực đẩy tổng chi tiêu cho sức khoẻ lên.

Nhân tố thứ ba là mức thu nhập của bác sĩ cao. Các bác sĩ Mĩ kiếm được khoảng 5 lần so với trung bình quốc gia, thậm chí cao hơn ở Đức, ở nơi (tuy đã là rất cao) tỉ lệ này chỉ là 4 lần so với trung bình (xem bảng 5.12, trang 176).

Lí do thứ tư của tỉ lệ chi tiêu cao cho chăm sóc sức khoẻ ở Mĩ là các chi phí hành chính gắn với bảo hiểm sức khoẻ phân tán. Các chi phí này bao gồm chi phí marketing và chi phí hợp đồng với các nhà bảo hiểm và các nhà cung cấp cạnh tranh nhau, cũng như chi phí giao dịch của các bệnh nhân và các nhà cung cấp phải điền đủ loại đơn đòi hỏi khác nhau cho những người trả tiền khác nhau.

Lí do thứ năm của tỉ lệ chi tiêu y tế cao bởi vì một số dịch vụ mang tính hoang phí, không cần thiết, và thậm chí có hại. Đầu ra của khu vực y tế đã đắt lên hơn so với mức hợp lí. Đặc biệt trước khi xuất hiện rộng rãi các HMO và các hình thức bảo hiểm-cung ứng được quản lí, trong cơ chế kinh tế y tế phân tán, chẳng ai được kích thích đủ để ngăn chặn sự chi tiêu quá đáng. Thậm chí, khi đó một số bác sĩ đã có lợi ích để đặt nhiều xét nghiệm hơn, thực hiện nhiều phẫu thuật hơn so với cần thiết.

Cả bác sĩ lẫn bệnh nhân đều đẩy chi phí điều trị đắt đỏ cho hãng bảo hiểm, còn hãng bảo hiểm thì đẩy tổng số tiền bảo hiểm sang cho người trả tiền (người sử dụng lao động và người được bảo hiểm) thông qua phí bảo hiểm cao hơn. Mặt khác, trong hầu hết các nước Châu Âu phần lớn chi phí chăm sóc sức khoẻ được cấp tài chính trực tiếp hay gián tiếp từ ngân sách, như thế áp lực tài khoá cuối cùng hạn chế quy mô chi tiêu.

Điều này gắn với nhân tố thứ sáu: thường xuyên xảy ra các vụ kiện tụng về sơ suất y tế, trong đó các toà án thường tuyên những khoản bồi thường rất cao, gây áp lực thêm lên phí để bù đắp các chi phí liên quan. Hơn thế nữa, khả năng của các vụ kiện tụng như thế có thể thúc đẩy các nhà cung cấp đặt nhiều khám nghiệm và tư vấn thừa và vô dụng (được gọi là *y học phòng thủ-defensive medicine*), để tự bảo vệ chính mình chống lại những cáo buộc khả dĩ về sai sót.

Vẫn chưa thể nói chắc chắn, liệu có phải áp lực tài khoá của việc cấp tài chính nhà nước là cách khả dĩ duy nhất để hạn chế sự sống chi tiêu chăm sóc sức khoẻ. Dường như là, các tổ chức được quản lí có thể có khả năng ngăn chặn quá trình đùn đẩy-đẩy lên này của chi phí, bằng cách đồng thời kích thích cả bệnh nhân, bác sĩ và nhà bảo hiểm có lợi ích trong giảm chi phí. Bệnh nhân được khuyến khích tiết kiệm bằng việc phải đồng-thanh toán (mặc dù các yêu cầu chia sẻ chi phí ở bên cầu ở các tổ chức được quản lí thường là ở mức tối thiểu), và bởi vì họ có thể lựa chọn giữa các hình thức bảo hiểm đắt và rẻ tiền khác nhau được chào mời. Hầu như chắc chắn có tầm quan trọng lớn hơn là khuyến khích đối với các bác sĩ và các nhà cung cấp khác nhằm giữ cho chi phí thấp (xem chương 3, tr. 96). Ngoài ra, tổ chức này can thiệp trực tiếp vào việc chi tiêu- quản lí chăm sóc- theo nhiều cách. Thí dụ, trong những hoàn cảnh nhất định đòi hỏi phải có ý kiến của bác sĩ thứ hai để chuyển vào bệnh viện hay để tiến hành một số phẫu thuật. Nó kiểm tra thời gian điều trị ở bệnh viện, hậu kiểm tra xem liệu điều trị có phù hợp không v.v. và v.v. Việc thắt chặt chi phí cũng có thể có tác động phụ có hại.

Có thể xảy ra, là để tiết kiệm chi phí người ta có thể từ chối một số xét nghiệm, điều trị hay thuốc thiết yếu đối với bệnh nhân.[26] Các nhà cung cấp có động cơ để lảng tránh bệnh nghiêm trọng nhất dẫn đến chọn lọc rủi ro và tiếp cận bất công bằng. Có nhiều phàn nàn có lí, như thế cần nghiên cứu tìm ra cách tốt hơn để hoà hợp các đòi hỏi của bệnh nhân, để tăng chất lượng chăm sóc, và để ngăn sự gia tăng chi phí.[27]

Sự phổ biến rộng rãi của các HMO và các hình thức được quản lí khác, tinh thần phê phán sắc bén và các cuộc tranh luận sôi nổi về hoạt động của chúng, các biện pháp thực tiễn nhằm sửa chữa ngay những thiếu sót của cơ chế này, tất cả đều chứng tỏ tính năng động, sẵn sàng thử nghiệm, và đổi mới đặc trưng cho khu vực y tế Mĩ.

---

[26] Xem chương 3 (tr. 96) về các hậu quả tiêu cực khác.

[27] Ngành lập pháp có thể được kì vọng, và thực ra đã thảo luận khá rộng rãi, nhằm điều tiết loại cung ứng nào một HMO hoặc tổ chức chăm sóc được quản lí khác có thể từ chối và loại nào là bắt buộc phải cấp tài chính. Như đã nhắc đến, những thông lệ linh hoạt hơn là đã khá phổ biến, khi mà việc điều trị thêm do bệnh nhân yêu cầu có thể được đưa ra nếu bệnh nhân chi trả phần chi phí chênh lệch, như ở các PPO và POS.

5. Khu vực y tế ở Đông Âu: trạng thái ban đầu

Giống như cơ cấu chính trị, và các lĩnh vực khác của nền kinh tế, khu vực y tế được thừa kế từ hệ thống xã hội chủ nghĩa ở các nước Đông Âu có sự khác biệt nhau ở nhiều khía cạnh. Tuy vậy, chương này chỉ tập trung vào các điểm tương đồng chứ không vào những dị biệt. Những tính chất chung nhất được mô tả ở đây, trong khi một số khác sẽ được làm rõ muộn hơn, khi thảo luận về những kiến nghị cải cách.

Cơ chế kinh tế của "chủ nghĩa xã hội cổ điển"

Hệ thống xã hội chủ nghĩa trải qua nhiều thay đổi trong vài thập kỉ lịch sử. Mô hình của thời kì Stalin, trước thời kì được gọi là "chủ nghĩa xã hội thị trường", được nhắc đến như hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển.[1] Tất nhiên, đã có những khác biệt giữa các nước ngay cả trong thời kì cổ điển. Sự miêu tả này tự hạn chế ở những đặc trưng chung chủ yếu. Chúng tôi đã bỏ qua ở chương 4 (tr. 119) việc mô tả mô hình thứ sáu, "Cung ứng công cộng các dịch vụ y tế: Mô hình Xô viết", điều này được tiếp tục ở đây.

Khu vực y tế là một bộ phận cấu thành của nền kinh tế mệnh lệnh. Trong cơ chế kinh tế, nó chẳng khác gì các khu vực khác. Tất cả mọi hoạt động của khu vực được kiểm soát tập trung. Bộ trưởng Bộ Y tế ở trên cùng, người lại được các cấp trên của mình trong Đảng Cộng sản và Nhà nước chỉ huy. Các mệnh lệnh từ Bộ trưởng ngấm qua bộ máy thứ bậc đến tận các viên chức kiểm soát các tổ chức ở cấp thấp nhất: các bệnh viện, các clinic ngoại

[1] Về sự phân biệt giữa chủ nghĩa xã hội cổ điển và chủ nghĩa xã hội cải cách cũng như về những đặc trưng chính của hai giai đoạn, xem Kornai (1992b).

khoa, và các trạm bác sĩ khu vực cung cấp chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Đến lượt mình họ lại chỉ huy các bác sĩ, y tá, và nhân viên y tế khác bằng mệnh lệnh của họ (trong các đơn vị nhỏ họ chỉ huy trực tiếp và ở các đơn vị lớn hơn thì thông qua một mức nữa của bộ máy bao cấp quan liêu).

Tất cả các định chế cung cấp chăm sóc y tế là thuộc sở hữu nhà nước. Việc các tổ chức chính phủ trung ương hay địa phương sở hữu chúng, là khác nhau ở các nước khác nhau. Tất cả những người làm việc trong khu vực y tế là nhân viên nhà nước. Quan chức cấp trên quyết định ai sẽ được phân công về đâu, ai sẽ được cất nhắc, và ai sẽ bị sa thải. Thang bảng lương được xác định một cách tập trung.

Tất cả các công trình kiến trúc và thiết bị liên quan đến chăm sóc sức khoẻ đều thuộc sở hữu nhà nước, với nguồn lực và thiết bị cần thiết cho hoạt động của chúng được phân bổ cho khu vực y tế bởi tổ chức tập trung quản lí nguyên vật liệu. Việc ra quyết định về các dự án đầu tư cũng do cơ quan trung ương thực hiện, chủ yếu quyết định năng lực của mỗi định chế y tế (thí dụ, bệnh viện hay clinic).

Việc phát triển khu vực y tế được quyết định ở mức chính trị cao nhất, về số lượng tổng nguồn lực của nền kinh tế phân cho khu vực là bao nhiêu. Nhà độc tài và các cộng sự thân cận của mình, hoặc về mặt hình thức là Ban Chấp hành Trung ương hoặc thậm chí một giới hẹp hơn, Bộ Chính trị, quyết định tỉ trọng tương đối của khu vực so với các khu vực khác là bao nhiêu. Công dân thường chẳng có tiếng nói gì.

Ban lãnh đạo chính trị trong thời kì cổ điển Stalinist đưa ra những ưu tiên khác nhau cho các ngành khác nhau của nền kinh tế. Thí dụ, ưu tiên cao cho công nghiệp nặng, đặc biệt là công nghiệp quân sự, trong khi khu vực y tế luôn nằm trong các ngành có độ ưu tiên thấp. Mặc dù tổng nguồn lực dành cho khu vực y tế được tăng lên theo đà tăng trưởng của nền kinh tế, phần của nó trong phân bổ vẫn thấp một cách nhất quán. Sự bỏ rơi liên tục khu vực y tế là một thí dụ điển hình về việc hệ thống cổ điển vi

phạm thế nào nguyên lí 8, đòi hỏi sự tăng trưởng hài hoà. Điều này, cùng với những khuyến khích sai lệch, đã là một nhân tố lớn gây ra chất lượng cung ứng kém và sự lạc hậu về kĩ thuật.

Hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển là biểu hiện tột bực của chủ nghĩa gia trưởng: ý thức hệ và thực tiễn đó mâu thuẫn nghiêm trọng với nguyên lí 1, với ý tưởng về quyền tự chủ cá nhân. Triết lí của Đảng Cộng sản là, "chúng tôi sẽ lo cho anh. Anh sẽ nhận được chăm sóc sức khoẻ miễn phí. Mặc khác, chúng tôi sẽ quyết định anh sẽ nhận được loại chăm sóc nào và bao nhiêu". Như thế một đặc trưng chính của mô hình Xô viết cổ điển là quyền hưởng thụ phổ cập đối với chăm sóc sức khoẻ miễn phí.

Các bệnh nhân không hề có sự tự do lựa chọn. Thí dụ, ở Hungary và Nam Tư, các bác sĩ làm việc tại các trạm y tế quận huyện được tổ chức theo khu vực, và mỗi bệnh nhân được ấn định một cách rõ ràng đến một và chỉ một bác sĩ mà thôi. Bác sĩ khu vực này (tương đương với PCP-bác sĩ chăm sóc sơ bộ ở Mĩ) hoạt động như "người giữ cổng", quyết định liệu có chẩn đoán và điều trị hoặc gửi bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa hay đến bệnh viện để xem xét tiếp, và cũng quyết định bệnh viện hay clinic nào là nơi cần chuyển đến. Nếu bác sĩ chỉ định chuyển bệnh nhân lên, thì ở đó cũng lại có một bác sĩ phụ trách và quyết định về các biện pháp tiếp theo. Trong một hệ thống như vậy, không có chỗ cho sự thỉnh cầu.

Tại các nước khác, như Bulgary, Cộng hoà Czech, Slovakia, Ba Lan, và Rumani, một mạng lưới của các phòng khám đa khoa, polyclinic, được phát triển để chăm sóc sơ bộ và chăm sóc chuyên khoa. Tuy vậy, tình trạng không khác như vừa được mô tả: cá nhân không có tự do lựa chọn. Bác sĩ ở polyclinic chịu trách nhiệm điều trị hay chuyển bệnh nhân.

Hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển là một nền kinh tế "bán-tiền tệ hoá". Các giao dịch đầu vào-đầu ra được thanh toán bằng tiền, nhưng rất đại thể, cho các tổ chức kinh tế như một tổng thể. Có các tài khoản để chỉ ra liệu thu nhập từ ngân sách vượt quá

hay không đủ so với chi tiêu. Tuy vậy, sự chênh lệch giữa thu nhập và chi phí của một tổ chức chẳng mấy quan trọng. Chẳng ở mức nào trong hệ thống thứ bậc các nhà quyết định lại hoạt động như "người-tối đa hoá lợi nhuận" hoặc "người-tối thiểu hoá chi phí". Như đã nhắc đến ở trước, nguồn lực được phân phối chủ yếu ở dạng hiện vật trực tiếp, như những quyết định quan liêu tập trung, hạn ngạch đầu vào, phân bổ vật liệu, hạn mức nhân viên (với sự phân công nhân viên cho những công việc cụ thể ở một số nước và một số thời kì). Hoạt động thực sự dính líu đến phân bổ đầu vào và đầu ra hiện vật, so với nó thì phân bổ ngân sách bằng tiền và các giao dịch tiền tệ nhiều nhất chỉ là cái đi kèm.

Với cơ chế này, sự tích hợp của cung ứng và cấp tài chính được thảo luận ở chương 3 (trang 82-83) là khó lí giải, bởi vì cấp tài chính không gắn với giao dịch chăm sóc sức khoẻ cụ thể nào và vai trò của nó cũng chẳng quan trọng trong bất kể trường hợp nào. Tuy vậy, cung ứng và phân bổ đầu vào cần thiết có thể nói là được liên kết; ở mức độ đó, mô hình Xô viết là một hệ thống tích hợp.[2]

Thiếu hụt kinh niên xuất hiện trong khu vực y tế, hệt như ở các khu vực khác của hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển. Chỉ riêng việc tất cả mọi công dân đều được hưởng chăm sóc miễn phí đã gây ra thiếu hụt rồi. Hiện tượng "hiểm hoạ đạo đức" xuất hiện ở dạng cực đoan; các bệnh nhân chẳng có khuyến khích gì để tiết chế cầu của họ. Các triệu chứng thông thường của nền kinh tế thiếu hụt là đặc biệt rõ rệt: bệnh viện và phòng khám chật ních, hàng dài người trong các phòng đợi, danh sách dài chờ để có giường bệnh, để khám, để điều trị, và phẫu thuật bị trì hoãn dài. Sự thay thế bắt buộc là phổ biến: bác sĩ chuyên khoa hay

[2] Điều này tự nó cũng có nghĩa là sẽ không chính xác khi đánh đồng cơ chế kiểu Xô viết cổ điển với loại tập trung được cấp tài chính từ thuế của Vương quốc Anh. (Về loại sau, xem chương 4, tr. 116). Có sự tương đồng là cả hai hệ đều tập trung và dưới sự kiểm soát của Nhà nước- cả hai đều được "tích hợp". Tuy vậy, ngoài sự khác nhau về khung cảnh chính trị, chúng còn khác nhau ở chỗ phân bổ tài chính nhà nước ở loại kiểu Anh là phân tán, còn điều đó chỉ có vai trò thứ yếu ở mô hình Xô viết.

thuốc cần thiết bị thiếu, thay vào đó là hội chẩn hoặc kê đơn với chất lượng thấp.

Hai hoàn cảnh làm mờ hoặc che khuất bề ngoài của các hiện tượng thiếu hụt. Một là thiếu thông tin y tế. Tuyệt đại đa số bệnh nhân chẳng hề có ý tưởng gì về cái gì bị từ chối đối với họ. Nhân tố quan trọng thứ hai liên quan đến vai trò của người "giữ cổng". Các điều kiện nghiêm ngặt được áp đặt cho những người xét chuyển bệnh nhân đi kiểm tra hoặc điều trị ngoại trú hoặc ở bệnh viện hay các thủ tục đặc biệt trong một bệnh viện (như với một phẫu thuật). Các bác sĩ biết năng lực là khan hiếm thế nào trong các phòng khám hay bệnh viện, như thế họ hạn chế việc chuyển và điều đó làm giảm sự quá đông người ở phòng khám hay bệnh viện.

Dưới các điều kiện của nền kinh tế mệnh lệnh và thiếu hụt kinh niên, tất cả các lĩnh vực của nền kinh tế thiếu những khuyến khích thúc đẩy phát minh và đưa ra các sản phẩm, thủ tục, và công nghệ mới. Nhận xét chung này áp dụng đầy đủ cho cả khu vực y tế nữa. Ngoại trừ một vài nhà tìm tòi đổi mới đặc biệt say mê và có tài, phát triển khoa học và kĩ thuật thấy ở mô hình Xô viết cổ điển thường có đặc trưng nhái theo. Mục tiêu là sao chép những đổi mới được phát triển trong khu vực y tế và công nghiệp thuốc của các nước phát triển Phương Tây, một cách hợp pháp hoặc vi phạm quyền sáng chế, và thường sau một thời gian trễ đáng kể.

Hãy tóm tắt những điều được nói đến đây. Nguyên nhân là độc quyền nhà nước và tập trung quan liêu, gắn với nền kinh tế thiếu hụt. Hệ quả là bệnh nhân hoàn toàn bị lệ thuộc, chất lượng chăm sóc thấp, sự trì trệ của phát triển khoa học và công nghệ. Có những khoản tiêu cực nặng nề đè lên một bên của cái cân.

Mặt khác, sẽ là sai lầm nếu quên đi những khoản tích cực ở phía bên kia: sự an toàn, đoàn kết, và sự công bằng, tuy ở mức độ thấp. Một khía cạnh của vấn đề này là một hệ thống tương đối toàn diện và hiệu quả của các dịch vụ y tế công cộng cơ bản, thí dụ như tiêm chủng miễn dịch. Nhìn chung, bản thân Nhà nước

hoạt động như một định chế bảo hiểm chung toàn diện. Công chúng quen với điều này và coi đó là tự nhiên. Người dân luôn mong đợi Nhà nước thực hiện vai trò này. Sự mong đợi này là một trong những di sản của hệ thống xã hội chủ nghĩa, mà với nó mọi chính sách sau này phải tính đến như một thực tế chính trị.*

Tuy vậy, sự an toàn mang tính gia trưởng và tiếp cận công bằng ở giai đoạn cổ điển, trước cải cách bị mất uy tín nặng bởi sự biểu hiện của căn bệnh tham nhũng và thói đặc quyền đặc lợi. Có thể nhận được chăm sóc kĩ lưỡng hơn, điều trị ngoại lệ (không theo thứ tự xếp hàng), các dịch vụ lẽ ra bị từ chối, hoặc thuốc đắt tiền hơn, nếu có quan hệ cá nhân, có chức vụ cao, làm việc ân huệ gì đó cho bác sĩ, hoặc thậm chí đút lót bằng tiền hay biếu xén quà cáp. Có các bệnh viện đặc biệt (hoặc khu riêng trong bệnh viện) dành cho các cán bộ cao cấp của bộ máy, ít chật chội hơn và thiết bị tốt hơn. Có nhiều thang bậc của đặc quyền đặc lợi ở nhiều nơi, từ bệnh viện tốt nhất dành riêng cho tầng lớp ưu tú cao nhất, bệnh viện ít tốt hơn, nhưng vẫn vượt xa mức trung bình, cho phần còn lại của giới ưu tú, v.v. và v.v.** Chẳng có lí do gì để mong đợi rằng ngành y tế được miễn dịch khỏi tham nhũng và đặc quyền đặc lợi tiêm nhiễm vào mọi giao dịch trong xã hội dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển.

Cần phải nhấn mạnh ở cuối mô tả cơ chế y tế xã hội chủ nghĩa cổ điển, rằng cơ chế đã chẳng sống sót mà không có thay đổi gì ở bất kể nước Đông Âu nào. Tuy vậy, những tàn dư của nó vẫn có thể cảm thấy ở nhiều khía cạnh.

---

* Tình hình ở Việt Nam có lẽ hơi khác và các nhà hoạch định chính sách chắc sẽ ít phải đau đầu với thực tế như vậy hơn.

** Hãy nghĩ tới Bệnh viện Việt-Xô và các bệnh viện lớn khác trước đây. Ngày nay tình hình ở Việt Nam cũng chẳng mấy khác. Quan chức cao cấp của Bộ Y tế phải thừa nhận rằng "nhiều cán bộ cao cấp, cán bộ quan trọng thường được điều trị với dịch vụ hạng nhất mà lại không phải thanh toán bất kì khoản phí dịch vụ nào" (Phạm Mạnh Hùng, Trương Việt Dũng, Göran Dahlgren: "Cải cách ngành y tế theo định hướng công bằng và hiệu quả- Quan điểm của Việt Nam về một số vấn đề cơ bản", tr. 56 trong Phạm Mạnh Hùng *et al. Chăm sóc sức khoẻ nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả*, Hà nội 1-2001).

Tái xác định quyền thụ hưởng

Sự dịch chuyển khỏi hệ thống cổ điển đã không đồng đều. Cải cách được đưa ra ở đâu và khi nào, thay đổi ở từng nước.[3] Cuốn sách không cung cấp báo cáo cập nhật về cải cách, bởi vì tình hình biến động liên tục theo cách ở mỗi nước một khác.

Thay vào đó, sự chú ý nhằm phác hoạ những xu hướng chung. Khởi đầu của những thay đổi đáng chú ý trước thời điểm bước ngoặt chính trị của các năm 1989-1990 chủ yếu chỉ giới hạn ở các nước Hungary, Ba Lan, và Nam Tư trước đây. Quá trình được tăng tốc trong các năm 1990 ở nhiều nước, nhưng vẫn còn kém kịch tính xa so với cải cách được thực hiện ở các khu vực khác của nền kinh tế.

Một vài mục tới chỉ cung cấp một tổng quan ngắn gọn về một số chiều hướng thay đổi chính. Chúng tôi sẽ quay lại từng xu hướng này muộn hơn. Chương này mang tính mô tả. Phân tích phê phán đối với các cơ chế hiện hành sẽ xuất hiện ở các chương sau mô tả những kiến nghị cải cách.

Khía cạnh đầu tiên để nghiên cứu là, hệ thống pháp luật ở Đông Âu xác định quyền với chăm sóc sức khoẻ như thế nào. Dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển, mọi công dân đều có quyền hưởng chăm sóc sức khoẻ miễn phí (được Nhà nước xác định) và ngoài ra không có gì nữa. Bệnh nhân không thể mua

---

[3] Goldstein *et al.* (1996) và PHARE (1998) cung cấp tổng quan chung về cải cách chăm sóc sức khoẻ ở các nước Đông Âu. Tóm tắt do Saltman, Figueras and Sekallarides (1998) cung cấp về cải cách y tế ở Châu Âu chứa đựng nhiều thông tin đáng chú ý và phân tích về các vấn đề đặc thù của Đông Âu nữa. Các tổng quan về Hungary là Orosz, Ellena and Jakab (1998) và Mihályi (2000); về Bulgary là WHO (1999a); về Croatia là WHO (1999b); về Cộng hoà Czech là OECD (1998a); về Ba Lan là Chawla, Berman and Kawiorska (1998); về Slovakia là WHO (1996b); và về Slovenia là Toth (1997).

Các tác giả nhận được sự giúp đỡ to lớn trong thu thập thông tin về các nước Đông Âu từ Andrea Despot (Croatia), Matjaz Nachtigal (Slovenia), và Christian Pop-Eleches (Rumani), cả ba người đều là sinh viên ở Đại học Harvard, và từ Ventsislav Voikov (Bulgary, Agency for Economic Analysis and Forecasting).

thêm dịch vụ bằng tiền, ít nhất đó là theo câu chữ của luật.[4] Không nước nào còn giữ quyền phổ quát vô giới hạn này sau khi thay đổi chế độ. Bảng 5.1 thể hiện các quyền đó đã được thay đổi ra sao: (1) Hầu hết các nước xác định cụ thể giới những người có quyền hưởng. Tư cách công dân chưa phải là điều kiện đủ. Cung ứng chủ yếu cho những cá nhân có đóng bảo hiểm xã hội và thành viên trong gia đình của họ. Nhà nước đảm nhiệm trả đóng góp bảo hiểm cho một số nhóm lớn không có việc làm khác.[5] (2) Nhiều nước đã loại bỏ một số dịch vụ (như chăm sóc răng) khỏi phạm vi điều trị miễn phí. Nói cách khác, họ bắt đầu quá trình phân biệt giữa *chăm sóc cơ bản, basic care*, được cung cấp miễn phí (hay gần như miễn phí) dưới hệ thống bảo hiểm xã hội và *chăm sóc bổ sung, suplementary care*, có thể mua được bằng tiền, tuy điều này chỉ ở một phạm vi tương đối hẹp. (3) Nhiều nước đã chấm dứt cung cấp các dịch vụ khác nhau hoàn toàn miễn phí. Họ đã đưa ra hệ thống đồng-thanh toán, để làm tăng thêm cho đóng góp bảo hiểm xã hội.

Bất chấp các hạn chế này, phần rất lớn công chúng vẫn nhận chăm sóc sức khoẻ hầu như miễn phí. Người dân thường, người không tuân theo các quy định chi tiết, có cảm giác là quyền hưởng phổ quát vẫn còn, và đại bộ phận họ tiếp tục hi vọng như vậy. Đây là một trong những điều kiện ban đầu quan trọng nhất cho cải cách chăm sóc sức khoẻ tiếp theo. Đa số dân chúng sẽ coi như họ bị tước đoạt mất quyền lợi nếu có những hạn chế triệt để hơn về quyền hưởng phổ quát so với những hạn chế đã xảy ra.*

---

[4] Trong hầu hết các nước xã hội chủ nghĩa, hiến pháp tuyên bố rằng công dân có quyền được chăm sóc sức khoẻ. Hai nước Ba Lan và Bulgary có hiến pháp quy định rằng chăm sóc sức khoẻ *miễn phí* là một quyền con người, còn ở nước thứ ba, Czechoslovakia, một đạo luật riêng cũng quy định như vậy. Về so sánh các quyền hiến định như vậy, xem Hofmann *et al.* (1998).

[5] Đảm bảo sự tuân thủ quy chế này là khó khăn ngay cả với dân chúng có khả năng làm việc. Thường chỉ có kiểm tra sơ sài liệu bệnh nhân xin điều trị có sổ bảo hiểm xã hội hay không. Không hề có kiểm tra xem liệu họ có thực sự đóng góp hay không, hoặc họ có đóng góp đúng như luật định không, v. v.

* Chắc các nhà cải cách Việt Nam không phải đau đầu đến như vậy vì điều kiện này, do sự khác biệt to lớn về mức độ phổ quát ở ta so với các nước Đông Âu.

Bảng 5.1 *Quyền hưởng chăm sóc sức khoẻ,* Đông Âu, *cuối các năm 1990*

Nước	Quyền hưởng cơ bản[1]	Độ bao phủ cơ bản[2]
Bulgary	Tư cách công dân đến 6-1999, sau đó phải đóng góp	Hầu như phổ quát
Croatia	Đóng góp	Đồng-thanh toán đối với mời bác sĩ hay y tá đến nhà, tất cả các cuộc đến khám ở văn phòng bác sĩ, và một số khám nghiệm phòng ngừa.
C.H. Czech	Đóng góp	Phổ quát trừ chăm sóc trị răng và giải phẫu thẩm mĩ.
Hungary	Đóng góp	Phổ quát trừ chăm sóc trị răng và giải phẫu thẩm mĩ.
Ba Lan	Tư cách công dân đến 1998, từ đó đóng góp.	Hầu như phổ quát
Rumani	Tư cách công dân đến 1998, từ đó đóng góp.	Hầu như phổ quát
Slovakia	Đóng góp	Phổ quát trừ chăm sóc trị răng và giải phẫu thẩm mĩ.
Slovenia	Đóng góp	Hầu như phổ quát với đồng-thanh toán phổ quát.

Chú thích: [1]Tại những nơi mà mô hình Đức được sử dụng, thì đều quy định nguyên tắc ai đóng góp cho ai. Các nước khác nhau ở chỗ liệu con cái được bảo hiểm thông qua đóng góp của bố mẹ (như thí dụ ở Hungary và Bulgary) hoặc đóng góp do Nhà nước trả (thí dụ, ở C.H. Czech và Slovakia). Các khoản đóng góp chăm sóc sức khoẻ cho người già về hưu thường do Nhà nước, hoặc do Quĩ hưu chi trả. Trong thực tiễn, nhà nước ở nhiều nước (C.H. Czech, Hungary, và Slovakia) đã cắt khoản đóng góp của mình làm giảm thâm hụt ngân sách trung ương và làm tăng thâm hụt ngân sách của bảo hiểm xã hội.
[2] Thuốc đã chấm dứt miễn phí ở tất cả mọi nơi. Về điều này xem bảng 5.6 (tr. 155).
Nguồn: WHO (1996a, 1996b, 1999a, 1999b, 1999c); Toth (1997); NERA (1999); OECD (1999a).

Sự tách cấp tài chính khỏi cung ứng

Nền kinh tế mệnh lệnh bị phá bỏ trong các năm 1990 ở tất cả các nước Đông Âu ngay cả ở những nơi chưa có thay đổi sớm hơn, như đã xảy ra ở Nam Tư, Hungary và Ba Lan. Điều đó không thể tránh khỏi làm tăng vai trò của tiền và thanh toán tài chính của phân bổ nguồn lực. Để áp dụng dạng thức đưa ra ở chương 4 (bảng 3.2), sự thay đổi trong khu vực sức khoẻ có thể được mô tả, ở phía thanh toán, như sự dịch chuyển từ mô hình Xô viết ("cung ứng công cộng") sang mô hình Vương quốc Anh ("Cục Sức khoẻ Quốc gia"). Tuy vậy, trong từng trường hợp sự thay đổi đã không nhất quán:

- Có nhiều dịch vụ chăm sóc sức khoẻ không có giá để cho người mua (bất kể là một tổ chức nhà nước nào đó, bảo hiểm xã hội, hoặc bệnh nhân) có thể tổ chức và chi trả và nhà cung cấp có thể nhận. Thay vào đó, các dịch vụ riêng biệt được trả như một phần đền bù cho một số dịch vụ tổng hợp nào đó.
- Sự đền bù được xác định để ít nhiều có thể bù được các chi phí của nhà cung cấp, nhưng lại không bù cho chi phí đổi mới và phát triển các tài sản cố định. Tính toán không bao gồm các khoản khấu hao. Điều này gắn với sự thật, đã được nhắc tới trước đây, là hoạt động đầu tư tổng thể trong khu vực y tế được tập trung cao độ. Một lí do vì sao định chế nhận đền bù cho cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ (thí dụ một bệnh viện hay clinic) không thể đưa ra các quyết định về đầu tư, là nó không nhận được thu nhập để chi cho đầu tư. Nguồn tài chính cho đầu tư phải đến từ tổ chức trung ương; nó phải mặc cả để lấy trợ cấp Nhà nước. Nhưng nếu nó vẫn quyết định về chi tiêu như vậy, thì nó sẽ phải cất giấu tiền cho việc này từ ngân quĩ nhận được cho những đầu vào

bất chấp luật pháp. Thí dụ, nó có thể không trả được các khoản làm ngoài giờ cho bác sĩ và các nhân viên khác để có tiền mua một thiết bị mới. Thực tiễn này làm méo mó một cách nghiêm trọng các tính toán cần thiết cho phân bổ nguồn lực.

- Tính toán hợp lí bị ngăn trở bởi mớ bòng bong của các loại trợ cấp phân biệt khác nhau.

Điều này đưa chúng ta đến vấn đề quen thuộc từ các cuộc tranh luận về chủ nghĩa xã hội thị trường. Theo lập luận thuần tuý lí thuyết, có thể tưởng tượng ra một cơ chế kinh tế giữ nguyên sở hữu công cộng, nhưng các tác nhân trong đó ứng xử *giả như thể* chúng là những chủ sở hữu tư nhân tối đa hoá lợi nhuận. Điều này làm cho có thể áp dụng cơ một chế thị trường giúp đảm bảo một sự phân bổ hữu hiệu các nguồn lực. Vấn đề với ý tưởng này (không chỉ với cả nền kinh tế như một thể thống nhất, mà cả trong khu vực y tế nữa) là, nó không tính đến những hình mẫu ứng xử thực thực tế của các hình thức sở hữu đặc thù. Những người chủ thật sự sẽ không chấp nhận tình trạng trong đó mức đền bù cho đầu ra của họ không bù đắp khấu hao và tạo nguồn để đổi mới và phát triển tài sản. Các định chế chăm sóc sức khoẻ Đông Âu, mặt khác, lại chịu đựng điều này, bởi vì đó là điều đòi hỏi ở họ. Nếu ít nhất một số dịch vụ giả như được cung cấp bởi các định chế ở trong tay tư nhân, cuối cùng điều đó buộc có sự thay đổi triệt để trong hệ thống thanh toán, mang lại một chế độ tính giá chăm sóc sức khoẻ, tạo cơ sở cho các tính toán giá hợp lí có thể tiến hành được. Điều này là cần thiết ngay cả nếu hầu hết các nhà cung cấp vẫn thuộc sở hữu công cộng.

Các nước Đông Âu thường chuyển từ một cơ chế tích hợp sang một hệ thống tách biệt cung ứng và cấp tài chính. Họ phát triển một cơ chế giống như mô hình Đức, từ hai quan điểm. Thứ nhất, quĩ bảo hiểm xã hội cho chăm sóc sức khoẻ có nguồn thu nhập riêng, tách biệt của mình - đóng góp mà công dân phải nộp

một cách hợp pháp cho chính mục đích đó.[6] Thứ hai, quĩ như *người mua* trả tiền cho nhà cung cấp như *người bán*, chúng là các thể chế tách biệt.

Phương pháp thanh toán trước khi tách đã kết hợp các mô hình Xô viết và Anh quốc (xem dạng thức trong chương 4, tr. 79) với những tỉ lệ khác nhau ở các nước khác nhau. Những tỉ lệ này phụ thuộc vào việc phân bổ tập trung các đầu vào còn tồn tại ở mức nào và đến bao lâu, cũng như vào việc các quá trình kinh tế được tiền tệ hoá - áp dụng thanh toán bằng tiền- được tiến hành từ bao lâu và có nhất quán không.

Các năm nêu ở bảng 5.2 chỉ ra khi nào mỗi nước chuyển sang mô hình Đức. Điều này để ngỏ vấn đề là người mua, quĩ bảo hiểm xã hội, có địa vị pháp lí ra sao ở mỗi nước. Nó có thể là một định chế nào đó tách biệt khỏi chính phủ và ngân sách của chính phủ, với bộ máy cai quản riêng của mình. Như lựa chọn khác, nó có thể nằm dưới chính phủ và hoạt động như một bộ phận của bộ máy quan liêu (trong khi đó, trong nội bộ bộ máy chính phủ, tách biệt khỏi bộ máy quan liêu kiểm soát và giám sát những người "bán hàng", các nhà cung cấp chăm sóc sức khoẻ). Các cột của bảng 5.2 mô tả địa vị pháp lí, ghi "Có" khi sự phân biệt có thể xác định rõ ràng. Thí dụ, ở Hungary quĩ bảo hiểm xã hội đã hoạt động như một người mua độc lập từ 1991, và hầu hết nguồn thu của nó là từ một quĩ được đánh dấu. Trong mức độ đó, nó giống mô hình Đức. Quĩ là tự chủ cho đến giữa năm 1998, kể từ khi đó nó trực thuộc chính phủ (WHO 1999b).

[6] Cuốn sách này thường bỏ qua tính ngữ "chăm sóc sức khoẻ" khỏi cụm từ "quĩ bảo hiểm chăm sóc sức khoẻ", bởi vì ngữ cảnh đã làm rõ phải chăng lập luận dẫn chiếu tới quĩ chăm sóc sức khoẻ hoặc tới các qui hưu trí và chăm sóc sức khoẻ như một thể thống nhất.

Bảng 5.2 *Chuyển sang mô hình bảo hiểm xã hội kiểu Đức*

Nước	Năm đưa ra	Tự quản	Chính phủ kiểm soát	Ghi chú
Bulgary[2]	1999-		Có, cho đến 2000	
Rumani[2]	1999-	Có		Từ 1999, các SIF phân tán theo địa lí
Ba Lan	1999-	Có		Từ 1999, các SIF phân tán theo địa lí
Albani	1994-		Có	Hạn chế SIF cấp tài chính cho chi trả thuốc và PCP
C.H. Czech	1992-	Có		Từ 1993, các quĩ bảo hiểm y tế phi lợi nhuận, phân tán, cạnh tranh nhau
Slovakia	1994-	Có		Từ 1993, các quĩ bảo hiểm y tế phi lợi nhuận, phân tán, cạnh tranh nhau
Hungary	1991-	Có, đến 7-1998	Có, từ 8-1998	
Croatia[2]	1945-(1993)	Có		
Macedonia[2]	1945-(1991)		Có	
Slovenia[2]	1945-(1992)	Có		

Ghi chú:
[1] SIF = Social Insurance Fund = Quĩ Bảo hiểm Xã hội (giải nghĩa xem thảo luận trong văn bản tr. 147)
[2] Về giải thích xem văn bản chính
PCP = Primary Care Physician = Bác sĩ chăm sóc sơ cấp
Nguồn: WHO (1996a, 1996b, 1999a, 1999b, 1999c); Toth (1997); OECD (1999a); thông báo riêng của Bộ Y tế Rumani.

Trong Liên Bang Nam Tư của Tito, mỗi nước cộng hoà có khu vực y tế riêng của mình, và hoạt động ở dạng phân tán theo vùng lãnh thổ. Không giống như các nước xã hội chủ nghĩa khác, Nam Tư không bỏ các quĩ bảo hiểm xã hội có từ trước 1945 dưới thời Đức chiếm đóng. Có thể nói, ở mức độ đó, hệ thống thanh toán giống mô hình Đức, tuy vậy mặt khác cơ chế đã rất bị cắt khúc và không hiệu quả. Croatia, Macedonia, và Slovenia đã thay thế nó bằng một quĩ bảo hiểm xã hội quốc gia vào đầu các năm 1990.

Sau nhiều năm chuẩn bị, năm 1999 Ba Lan đưa ra một cơ chế giống mô hình Đức ở các thủ tục cấp tài chính và thanh toán, Rumani và Bulgary có kế hoạch đưa mô hình Đức vào năm 1999, nhưng việc đưa ra chắc sẽ bị chậm lại, tuy các quy định pháp lí về tách thanh toán khỏi cung ứng đã có hiệu lực.

Cấp tài chính

Đầu tiên hãy xem xét bên cầu. Hãy xét qua các nguồn cấp tài chính khả dĩ, theo hệ thống phân loại nêu ở chương 3 (tr. 80).

(A) Ngân sách nhà nước

Khi khu vực chăm sóc sức khoẻ ở Đông Âu dịch chuyển từ cơ chế áp dụng trong hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển, nó đã chấp nhận mô hình Đức ở mức độ ít nhiều, và giảm đáng kể phần của chăm sóc sức khoẻ được cấp tài chính trực tiếp từ ngân sách nhà nước. Tuy vậy, Nhà nước không rút lui khỏi việc cấp tài chính: vai trò của nó thay đổi tuỳ từng nước, nhưng vẫn còn rất đáng kể.

Ngân sách nhà nước trung ương tiếp tục cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ cộng đồng (như tiêm chủng phòng ngừa và chụp soi ngực). Nó vẫn còn ủng hộ hoặc trợ cấp mạnh các định chế quốc gia lớn, đặc biệt (như nghiên cứu ung thư, các viện cấy

ghép), phần lớn nghiên cứu và đào tạo y học. Việc tài trợ từ ngân sách nhà nước cho các hoạt động này được biện hộ trên cơ sở chúng có các tác động ngoại lai mạnh (ngoại cảnh hoặc những khía cạnh lợi ích công cộng).

Như đã nhắc đến, ngân sách nhà nước còn là nguồn tài chính chủ yếu cho các đề án đầu tư lớn.

Các định chế địa phương, phân tán, được tài trợ từ ngân sách nhà nước có vai trò lớn hơn trong cấp ngân sách cho chăm sóc sức khoẻ so với hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển: đó là các cơ quan chính phủ địa phương cấp cao hơn (tỉnh hay hạt) hoặc cấp thấp hơn (thị xã, xã). Điều này cũng kéo theo sự chuyển giao một số quyền sở hữu. Tuy vậy, quá trình là mâu thuẫn mang tính nước đôi. Nó tăng cường trách nhiệm của các tổ chức chính phủ địa phương về cung cấp chăm sóc sức khoẻ cho dân chúng và quyền hạn can thiệp của họ, nhưng các nguồn lực tài chính để làm như vậy không luôn luôn tăng tương ứng. Trong khu vực y tế, cũng như trong các lĩnh vực khác, có những căng thẳng gay gắt giữa chính phủ trung ương và địa phương.

(B) Bảo hiểm xã hội bắt buộc

Một khi bảo hiểm xã hội được đưa ra, tất cả những người sử dụng lao động và người lao động buộc phải đóng góp bảo hiểm xã hội.

Qui mô của chúng và sự phân chia danh nghĩa giữa người sử dụng lao động và người lao động thay đổi tuỳ từng nước (xem bảng 5.3).

Các khoản đóng góp bắt buộc tạo thành nguồn thu nhập chính của quĩ bảo hiểm xã hội, gồm cả quĩ bảo hiểm y tế, tuy thường không phải là nguồn duy nhất. Đối với toàn bộ khu vực y tế, các quĩ bảo hiểm xã hội đã trở thành nguồn tài chính chính cho chăm sóc sức khoẻ ở Đông Âu vào cuối các năm 1990.

Thoạt đầu, dường như quĩ bảo hiểm xã hội phải bù đắp những chi phí của mình bằng thu nhập, nói cách khác có ràng buộc ngân sách. Ràng buộc ngân sách này cứng hay mềm thế nào?

Bảng 5.3 *Qui mô của đóng góp bảo hiểm sức khoẻ và phân bổ đóng góp giữa người sử dụng lao động và người lao động,* Đông Âu, *cuối các năm 1990.*

Nước	Qui mô đóng góp (phần trăm của lương)	Phân chia đóng góp giữa người sử dụng lao động và người lao động
Albani	3,4	50:50
Bulgary[1]	6,0	50:50
Croatia	16,0	50:50
C.H. Czech	13,5	66:33
Hungary[1]	14,0	79:21[3]
Macedonia	3,6	100:0
Ba Lan[1]	7,5	0:100
Rumani[1]	14,0	50:50
Slovakia	13,7	66:33
Slovenia[2]	12,8	50:50

Ghi chú:
[1] Từ 1999
[2] Qui mô của đóng góp giảm mạnh từ 18 phần trăm năm 1992
[3] Tại Hungary, người sử dụng lao động trả một khoản cố định mỗi tháng như khoản đóng góp bảo hiểm y tế cho mỗi người lao động vào quĩ bảo hiểm y tế. Khoản phải đóng góp trong năm 2000 tương đương với khoảng 5 phần trăm lương trung bình.
Nguồn: Saltman and Figueras (1997): NERA (1999); WHO (1999a, 1999b, 1999c).

Hình 5.1 cho thấy thâm hụt ngân sách của quĩ bảo hiểm xã hội cho chăm sóc sức khoẻ ở ba nước. Thâm hụt là khá cao ở hai nước và rất thấp ở nước thứ ba, Slovenia. Lí giải trở nên hiển nhiên khi xem xét kĩ bảng 5.4, bảng cho thấy ở đâu luật pháp buộc Nhà nước phải tự động bù cho thâm hụt ngân sách bảo hiểm y tế. Slovenia là nước duy nhất trong ba nước được nêu trên hình 5.1 không có luật buộc ngân sách nhà nước trung ương

hoặc địa phương phải cứu lấy khu vực y tế thâm hụt.[7] Các quĩ bảo hiểm xã hội ở hai nước kia -Croatia và Hungary- có được ràng buộc ngân sách mềm rộng rãi nhất. Như bảng 5.4 cho thấy tình trạng là tương tự ở nhiều nước hậu xã hội chủ nghĩa khác. Các lĩnh vực khác phải lobby để có thể được cứu và gây áp lực

Bảng 5.4 *Bảo đảm của Nhà nước để duy trì khả năng thanh toán của các quĩ bảo hiểm y tế*

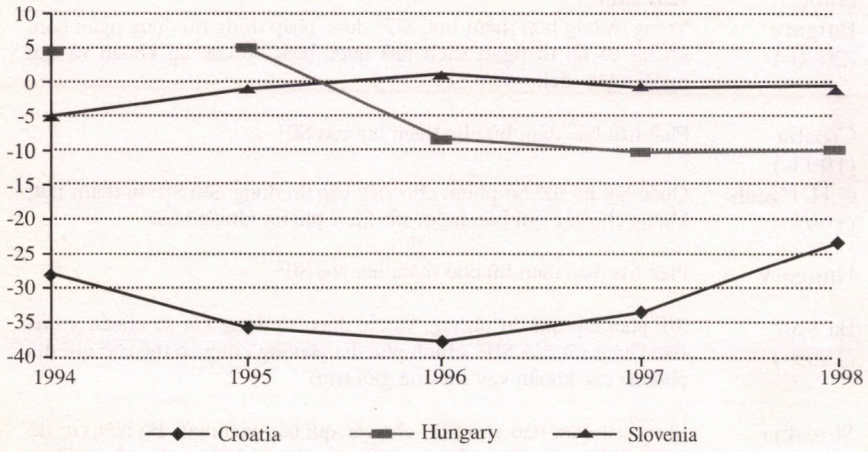
Nước	Bảo lãnh
Bulgary (2000-)	Trong trường hợp thâm hụt, SIF[1] được phép dùng tín dụng ngắn hạn, không có lãi từ ngân sách nhà nước hoặc từ các tài khoản và quĩ ngoài ngân sách.
Croatia (1993-)	Phát luật bảo đảm bù cho thâm hụt của SIF
C.H. Czech (1993-)	Quốc hội có thể bỏ phiếu cho việc cấp tín dụng nếu SIF bị thâm hụt; không cho các quĩ bảo hiểm sức khoẻ phi lợi nhuận khác.
Hungary	Phát luật bảo đảm bù cho thâm hụt của SIF
Ba Lan (1999-)	SIF phải lập quĩ dự phòng, và chỉ được sử dụng với sự chuẩn y của Ban Giám sát của SIF; chính phủ địa phương cũng có thể cho quĩ địa phương các khoản vay (không giới hạn)
Slovakia	Pháp luật đảm bảo cho SIF, cho các quĩ bảo hiểm của Bộ Nội vụ, Bộ Quốc Phòng, Bộ Giao thông và Truyền thông, không cho các quĩ bảo hiểm y tế phi lợi nhuận khác.
Slovenia	Không có đảm bảo

Ghi chú: [1] SIF là Quĩ Bảo hiểm Xã hội (về giải thích xem văn bản tr. 147)
Nguồn: WHO (1996a, 1996b, 1999a, 1999b, 1999c); Toth (1997); OECD (1999a).

với các tổ chức cấp trên. Trong khu vực y tế, luật đảm bảo rằng Nhà nước sẽ cứu một định chế bị thâm hụt. Chính bản thân quy

[7] Bảng 5.4 cho thấy việc bảo lãnh không phải là bắt buộc ở Cộng hoà Czech, nhưng cũng chẳng cấm. Thâm hụt có thể được bù nếu đa số ở Quốc hội (tức là các đảng nắm quyền) được thuyết phục về sự cần thiết phải làm vậy.

tắc này khuyến khích việc chấp nhận lãng phí, và nó gây nghi ngờ liệu việc cấp tài chính qua bảo hiểm xã hội có thực sự tách khỏi cấp tài chính trực tiếp từ thuế hay không, bởi vì thâm hụt tự động đòi đến thuế.



Hình 5.1 Thâm hụt của các quĩ bảo hiểm xã hội y tế, Croatia, Hungary, và Slovenia, 1994-1998.

Nguồn: PHARE (1998: Appendix), Statistical Office of the Republic of Slovenia (1998), Banka Slovenje (1999), Central Bureau of Statistics (1999), OECD (1999a).

(C) Bảo hiểm tự nguyện

Loại này có nhiều biến thể. Trong khi bảo hiểm xã hội là bắt buộc đối với mọi người lao động, kể cả người lao động cá thể tự làm chủ, thì các nhóm khác trong xã hội có thể có khả năng chọn lựa tham gia. Họ chỉ có thể sử dụng các dịch vụ phủ bởi bảo hiểm xã hội nếu họ đã đóng góp bảo hiểm xã hội.

Trong hầu hết các nước hậu xã hội chủ nghĩa đã xuất hiện các nhà bảo hiểm thương mại tư nhân vì lợi nhuận và phi lợi nhuận chào bán bảo hiểm y tế. Tình trạng được phác hoạ ở bảng 5.5. Những người không đủ tư cách hưởng bảo hiểm xã hội (như một số loại người nước ngoài cư trú), và những người muốn phủ các dịch vụ bổ sung không được tài trợ bởi bảo hiểm xã hội có thể mua các hợp đồng bảo hiểm tư nhân. Chúng tôi sẽ quay lại vấn đề này chi tiết hơn về sau.

Cột (3) của bảng 5.5 là đáng chú ý: vai trò của bảo hiểm tư nhân vẫn còn ở mức tối thiểu.

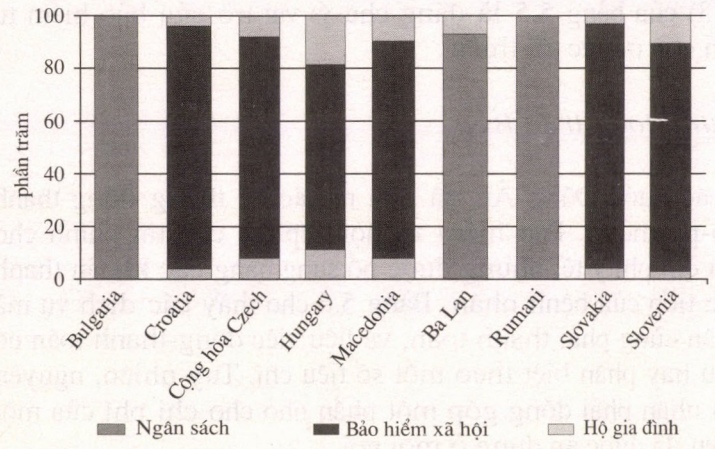
(D) Thanh toán trực tiếp

Tất cả các nước Đông Âu đã đưa ra các hệ thống đồng-thanh toán (co-payment). Bảo hiểm xã hội tiếp tục cấp tài chính cho phần lớn chi phí y tế, nhưng được bổ sung bằng các khoản thanh toán trực tiếp của bệnh nhân. Bảng 5.6 cho thấy các dịch vụ mà bệnh nhân cùng phải thanh toán, và liệu việc đồng-thanh toán có đồng đều hay phân biệt theo một số tiêu chí. Tuy nhiên, nguyên tắc bệnh nhân phải đóng góp một phần nhỏ cho chi phí của một số dịch vụ đã được áp dụng ở mọi nơi.

Trong khuôn khổ bảo hiểm xã hội, bệnh nhân có quyền lựa chọn bác sĩ chăm sóc sơ cấp, PCP (bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa) trong tất cả các nước Đông Âu trừ Bulgari. Các bác sĩ này hoạt động như những "người giữ cổng": bảo hiểm xã hội chỉ đảm bảo thanh toán chi phí của bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện

nếu PCP chỉ định bệnh nhân như vậy. Tuy vậy, ở hầu hết các nước có cách để tránh người giữ cổng và đi trực tiếp đến bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện, nếu trả một khoản đồng-thanh toán đặc biệt. Khoản đồng-thanh toán này là khá cao ở một số nước, như Bulgari, Hungary, và Slovenia.

Đáng nhấn mạnh rằng, việc đưa đồng-thanh toán ở Đông Âu nói chung và trong khu vực chăm sóc sức khoẻ của từng nước là vẫn rất rời rạc và chỉ áp dụng cho một bộ phận nhỏ của các dịch vụ y tế. Các bệnh nhân trả trực tiếp cho chăm sóc hợp pháp của tư nhân, thí dụ như của bác sĩ, y tá, hoặc nhà vật lí trị liệu hành nghề tư hoặc trong bệnh viện tư, v.v. Đưa tiền trả ơn (bồi dưỡng) nửa hợp pháp hay bất hợp pháp cho các bác sĩ và các nhà cung cấp y tế khác cũng là khá thường xuyên. Điều này sẽ được đề cập muộn hơn.



Hình 5.2 Nguồn cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ, Đông Âu, 1997.

Nguồn: Tóth (1997); Bútora and Skladony (1998); OECD (1998a, 1999a); PHARE (1998: Appendix); WHO (1999a, 1999b, 1999c); thông báo riêng của Bộ Y tế Rumani

Bảng 5.5 *Phần của bảo hiểm y tế tư nhân*, Đông Âu

Nước	Cung cấp bởi (1)	Cho mục đích gì (2)	Chi tiêu cho bảo hiểm y tế tư (3)
Bulgari	Các nhà bảo hiểm thương mại	Các tiện nghi	Nhỏ
Croatia	Các nhà bảo hiểm thương mại Các nhà bảo hiểm phi lợi nhuận	Các tiện nghi không nằm trong chăm sóc cơ bản, đồng-thanh toán	Nhỏ
C.H. Czech	Các nhà bảo hiểm phi lợi nhuận Các nhà bảo hiểm thương mại Các công ti chăm sóc được quản lí nước ngoài	Các tiện nghi không nằm trong chăm sóc cơ bản, chăm sóc ở các bệnh viện tư	Nhỏ
Hungary	Các nhà bảo hiểm thương mại Các quỹ sức khoẻ tự nguyện Các công ti chăm sóc được quản lí nước ngoài	Các tiện nghi, chăm sóc ở các bệnh viện tư, mất lương khi ốm, tiền biếu[1]	Nhỏ
Macedonia	Các nhà bảo hiểm thương mại Các quỹ sức khoẻ tự nguyện		Nhỏ
Ba Lan	Các nhà bảo hiểm thương mại Các công ti chăm sóc được quản lí nước ngoài	Các tiện nghi không nằm trong chăm sóc cơ bản, chăm sóc ở các bệnh viện tư	Nhỏ
Rumani	Các nhà bảo hiểm thương mại		Nhỏ
Slovakia	Các nhà bảo hiểm thương mại Các công ti chăm sóc được quản lí nước ngoài		1 phần trăm của THE (1995)
Slovenia	Quỹ bảo hiểm sức khoẻ Slovenia Các nhà bảo hiểm thương mại trên cơ sở tự nguyện	Đồng-thanh toán, thuốc men, chăm sóc khẩn cấp ở nước ngoài	12 phần trăm của THE (1997)

Ghi chú:
[1] Thuật ngữ không chính thức"bảo hiểm tiền biếu" là khá phổ biến với một số khế ước bảo hiểm có sẵn trên thị trường.
THE = Total Health Expenditure = Tổng chi tiêu cho Chăm sóc sức khoẻ
Nguồn: PHARE (1998: Appendix); WHO (1999b).

Bảng 5.6 *Sự hiện diện hay không, qui mô và lĩnh vực của đồng-thanh toán,* Đông Âu, *cuối các năm 1990.*

Nước	Thuốc	Chăm sóc ngoại trú	Chăm sóc nội trú
Albani	Có, các loại hoàn trả khác nhau.[1] Trung bình 25%	Không	Không
Bulgari	Có, với mọi chăm sóc ngoại trú, và trong thực tế cả trong bệnh viện nữa	Đáng kể, trừ khi được PCP chỉ định. Kế hoạch: 1% lương tối thiểu/1lần thăm	Đáng kể, trừ khi được PCP chỉ định. Kế hoạch: 2% lương tối thiểu/ ngày, cho cực đại 20 ngày một năm
C.H. Czech	Có, các loại hoàn trả khác nhau.[1] Trung bình 10%	Không, trừ chi phí vật chất của một hay hai điều trị răng	Có, đối với bệnh nhân liệt giường kinh niên và dịch vụ phòng riêng
Croatia	Có, đáng kể	10%	Có, đáng kể
Hungary	Có, các loại hoàn trả khác nhau.[1] Trung bình 30%	Đáng kể trừ trường hợp được PCP chỉ định	Có, đối với bệnh nhân liệt giường kinh niên và dịch vụ phòng riêng
Macedonia	20%	20%	10%
Ba Lan	Có, các loại hoàn trả khác nhau.[1]	Không	Không
Rumani	Có, đáng kể	Không	Không
Slovakia	Có, các loại hoàn trả khác nhau.[1]	Không	Không
Slovenia	Có, các loại hoàn trả khác nhau.[1]	Bác sĩ gia đình, 0-25%; Chăm sóc răng, 0-85% Chăm sóc ngoại trú khác, 0-85%	5-15%

Ghi chú: [1]Hầu hết các nước đều đưa ra hệ thống trợ cấp phân biệt với các loại thuốc. Đồng-thanh toán có thể thay đổi theo loại thuốc và theo tình trạng xã hội của bệnh nhân. Một số phải trả toàn bộ, một số nhận trợ cấp nhà nước theo khoản định trước.

Nguồn: Chen and Mastilica (1998); NERA (1998a); PHARE (1998: Appendix); thông báo riêng của Ventsistav Voikov, Bulgari.

Hình 5.2 cho bức tranh chung về cơ cấu cấp tài chính phân theo nguồn. Đó là tình hình năm 1997. Như đã nhắc trước đây rằng Bulgari, Ba Lan, và Rumani đã hoặc chuẩn bị đưa ra những cải cách, và như vậy tình hình cấp tài chính vào năm 2000 chắc chắn sẽ chuyển dịch sang cột giữa. Phần trên, theo định nghĩa, là toàn bộ đóng góp của công chúng ở dạng đồng-thanh toán, thông qua trung gian của bảo hiểm tư nhân, như phí trả cho hành nghề tư nhân hợp pháp, hoặc như tiền trả ơn bán hợp pháp. Những con số này được công bố do thiếu thông tin chính xác hơn, nhưng cảm giác của chúng tôi là chúng ước lượng dưới khá thô chi tiêu trực tiếp của công chúng.

Cung ứng: các định chế công cộng

Sau khi đã lược tả tình trạng bên cầu, hãy mô tả bên cung. Liên quan đến các quan hệ sở hữu, tuyệt đại đa số các định chế cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ (các bệnh viện và clinic) vẫn thuộc sở hữu công cộng ngay cả ở những nước mà cải cách là tiến bộ nhất. Tuy nhiên, phải xem xét là kinh tế học phân biệt giữa sở hữu theo ý nghĩa pháp lí và sự thực thi thực tế của những quyền sở hữu khác nhau, bao gồm quyền kiểm soát. Nếu cách tiếp cận này được xem xét cho tình hình của các bệnh viện, clinic, và các định chế khác thuộc sở hữu công cộng, thì thấy có sự dịch chuyển đáng kể từ thời xã hội chủ nghĩa cổ điển. Cả ở đây nữa có thể thấy kinh tế mệnh lệnh đã tan rã.

Đáng nhắc đến tình trạng của các doanh nghiệp sở hữu nhà nước ở Hungary, và muộn hơn ở Ba Lan, Liên Xô, và Trung Quốc, trong giai đoạn khi mà các thử nghiệm với chủ nghĩa xã hội thị trường được tiến hành. (Điều này còn đang xảy ra trong khu vực quốc doanh ở Trung Quốc). Một sự lai tạp kì lạ của điều phối quan liêu và điều phối thị trường đã nổi lên. Các xí nghiệp đã có được một mức độ độc lập, nhưng vẫn còn sự phụ thuộc vào các tổ chức cấp trên, các tổ chức can thiệp vào hoạt động của họ

bằng trăm cách khác nhau. Các quan hệ sở hữu của các định chế y tế thuộc sở hữu công cộng ở Đông Âu ngày nay, với sự kết hợp kì lạ của sự độc lập với sự phụ thuộc, làm hồi tưởng lại thời kì xã hội chủ nghĩa thị trường.

Hãy xét, thí dụ, trách nhiệm của giám đốc bệnh viện. (Cũng hoàn toàn có thể áp dụng cho lãnh đạo của các tổ chức chăm sóc sức khoẻ công cộng khác). Họ có quyền hạn rộng lớn trong nhiều quyết định một phần, giống hệt như giám đốc các nhà máy thời chủ nghĩa xã hội thị trường, nhưng vẫn còn các tổ chức cấp trên với quyền lực lớn lao ở trên đầu họ:

- Các tổ chức nhà nước nắm quyền bổ nhiệm. Việc này thay đổi theo từng nước liệu thuộc thẩm quyền của Bộ Y tế hay của chính quyền địa phương (khu vực). Bất luận là trường hợp nào, sự nghiệp của một người quản lí y tế nằm trong tay bộ máy quan liêu.
- Các tổ chức nhà nước quyết định về đầu tư trong bệnh viện. Sự tập trung ở đây thậm chí còn mạnh hơn so với các khu vực khác dưới thời chủ nghĩa xã hội thị trường. Nó giống hơn với sự tập trung cực đoan của nền kinh tế mệnh lệnh cổ điển, trước thời cải cách xã hội chủ nghĩa thị trường. Về cơ bản, tất cả các quyết định đầu tư nằm trong tay chính phủ trung ương hay địa phương. Quyền quyết định chủ yếu là ở chính phủ trung ương, bởi vì chính phủ địa phương có ít tiền cho các mục đích này. Một số đầu tư thu hút sự tham gia của quĩ bảo hiểm xã hội. Hầu như không có cơ hội tự đầu tư của bệnh viện hay cơ sở.
- Hoặc là nhà nước hoặc là bảo hiểm xã hội định ra ngân sách chi tiêu hiện hành. (Bảng 5.7 điểm lại quyền lực nhà nước với đầu tư và chi tiêu hiện hành).
- Tại nơi các thủ tục thanh toán nghiêm ngặt hơn đã được chấp nhận, hội đồng nhà nước (hoặc có thể là hội chuyên nghiệp của các bác sĩ, như một "cartel" của các nhà cung cấp)

thường quyết định giá "tương đối" hoặc điểm thành tích của các thủ tục y tế khác nhau.[8]

Bảng 5.7 *Trách nhiệm phân bổ ngân sách,* Đông Âu, *1998*

Nước	Ngân sách cho chi phí hoạt động	Ngân sách cho chi phí vốn
Albani	QBhXh + BTC	BTC
Bulgari[1]	BYT + các bộ khác	Chính quyền địa phương, BYT
Croatia	QBhXh	Chính quyền địa phương, BYT
C.H. Czech	Các QBhXh	Chính quyền địa phương, BYT
Hungary	QBhXh	Chính quyền địa phương, BYT,
Macedonia	QBhXh	QBhXh
Ba Lan[1]	BYT	Chính quyền địa phương, BYT
Rumani[1]	BTC	Chính quyền địa phương, BYT
Slovakia	Các QBhXh	BYT, QBhXh
Slovenia	QBhXh	BYT

Ghi chú: BTC = Bộ Tài Chính; BYT= Bộ Y Tế; QBhXh = Quĩ Bảo hiểm Xã hội.
[1] Từ tháng 1-1999, ở Ba Lan ngân sách cho hoạt động được phân bổ bởi các quĩ bảo hiểm xã hội địa phương. Trách nhiệm bù chi phí vốn vẫn là của Bộ Y tế. Tại Bulgari và Rumani, từ 2000 phân bổ ngân sách cho chi phí hoạt động sẽ thuộc quĩ bảo hiểm xã hội.
Nguồn: PHARE (1998: Appendix); WHO (1999b).

- Trong hầu hết các nước, bác sĩ làm việc trong các bệnh viện và các định chế y tế công cộng khác có tư cách viên chức nhà nước, xếp hạng trong bộ máy thứ bậc quan liêu theo vị trí và thâm niên của họ[9] (xem bảng 8.3, tr. 318). Lương của họ nhìn chung phụ thuộc vào ngân sách phân bổ cho trả lương nhân viên, nó phu thuộc vào tình trạng tài khoá của

[8] Đối với hệ thống điểm áp dụng trong mô hình Đức, xem chương 3 (tr. 93-94).
[9] Tuy vậy, các PCP (bác sĩ chăm sóc sơ cấp, bác sĩ gia đình) ở Hungary không được coi là viên chức nhà nước, và cả các PCP lẫn các bác sĩ khác làm việc với các bệnh nhân ngoại trú cũng không được coi là viên chức nhà nước ở Cộng hoà Czech và Slovakia.

nhà nước, và đặc biệt vào cấp bậc được gắn với từng cá nhân trong cơ cấu lương quan liêu.

- Mặc dù về nguyên tắc giám đốc có sự độc lập trong ra quyết định hoạt động, các cấp trên của giám đốc can thiệp bằng nhiều cách. Đôi khi, họ sử dụng các phương pháp quen thuộc trong nền kinh tế mệnh lệnh, để áp đặt các mục tiêu "hiện vật". Tại Hungary, thí dụ, tỏ ra rằng đã có nhiều giường bệnh thừa. Giả như có khuyến khích kinh tế thích hợp, các bệnh viện đã có thể rất có lợi ích thiết thực để giảm số giường bệnh của họ (và tỉ lệ chi phí bảo dưỡng chúng). Thay vào đó, một lệnh hành chính đã được đưa ra năm 1994, chỉ định mỗi bệnh viện phải loại bỏ bao nhiêu giường, và khi chiến dịch này thất bại, trần về số giường bệnh được đưa ra cho mỗi hạt vào năm 1996 (OECD 1999a:121-2). Những can thiệp hành chính tương tự đã xảy ra ở Bulgari và Cộng hoà Czech trong thời gian 1997-1998.
- Nguyên tắc ghi rõ là các bệnh viện phải bù chi phí của mình bằng thu nhập; họ không có quyền vượt quá ngân sách được phân bổ. Nhưng trong thực tiễn điều này xảy ra lặp đi lặp lại nhiều lần. Bệnh viện lâm nợ, tiêu hết sạch tiền của cả năm mấy tháng trước khi hết năm. Nếu tìm được nguồn tín dụng, nó có thể bị mắc nợ nghiêm trọng. Kết quả thường là sự cứu thoát, ngân sách nhà nước trung ương (hoặc địa phương) bù cho khoản thâm hụt. Những cố gắng từ chối sự trợ giúp như vậy tạo ra những áp lực kinh khủng lên các tổ chức cấp trên, mà các tổ chức này thường hay mủi lòng. Khu vực y tế Ba Lan đã tích tụ các khoản nợ nần lên đến nhiều tỉ đôla vào cuối năm 1998. Khi đó Bộ Tài chính đã tiến hành đợt cứu vớt rộng rãi. Một số khoản nợ được chuyển đổi thành trái phiếu chính phủ và một số chuyển cho các ngân hàng bằng thoả thuận, trong khi một số nợ các nhà cung cấp được trả bằng tiền mặt (OECD 2000: 151). Như đã nhắc tới ở trước liên quan đến cấp tài chính, rằng quĩ bảo hiểm xã hội thường có

ràng buộc ngân sách mềm. Điều này cũng đúng đối với các tổ chức cung ứng. Ràng buộc ngân sách của các định chế y tế công cộng là khá mềm- nhà nước không đòi hỏi kỉ luật tài chính với khu vực. Điều đó để ngỏ đường cho phung phí.

Tất cả các tiết mục trên là rất quen thuộc với những người đã nghiên cứu các thử nghiệm xã hội chủ nghĩa thị trường ở các nước xã hội chủ nghĩa cải cách, khi những nỗ lực đưa các doanh nghiệp nhà nước vào môi trường quasi(tựa)-thị trường.

Cung ứng: hoạt động tư nhân hợp pháp

Các bệnh viện, polyclinic, clinic, và các nhà cung cấp y tế khác không thuộc sở hữu công cộng đầu tiên đã xuất hiện ở một số nước, như Cộng hoà Czech, Hungary, Ba Lan, Slovakia, và Slovenia. Một số thuộc sở hữu của nhà thờ và các quĩ tư nhân và hoạt động trên cơ sở phi lợi nhuận. Loại khác là các định chế thương mại vì lợi nhuận. Trong loại sau, đáng lưu ý là hầu hết các thủ đô ngày nay có các định chế y tế sở hữu nước ngoài với các thiết bị hiện đại và các bác sĩ nói tiếng nước ngoài thông thạo, chủ yếu phục vụ cho người nước ngoài cư trú. Trong toàn khu vực Đông Âu nói chung, phần của khu vực phi công cộng trong tổng khối lượng dịch vụ cung cấp bởi các bệnh viện và các định chế khác được ước lượng là rất nhỏ, nhiều nhất là một vài phần trăm (đo, thí dụ, bằng số giường bệnh hoặc số trường hợp điều trị).

Một ngoại lệ là Cộng hoà Czech với 9,4 phần trăm của tổng giường bệnh là ở các bệnh viện tư nhân năm 1997. Hungary cũng có tỉ lệ khu vực tư nhân cao đối với một số chuẩn đoán và điều trị đặc biệt. Năm 1996, 80 phần trăm của 5,4 tỉ forint Hungary chi riêng cho chạy thận nhân tạo được trả cho khu vực tư nhân, và 75 phần trăm các máy CT (quét cắt lớp) và 56 phần trăm các máy MRI nằm trong tay tư nhân. (xem bảng 5.8).

Bảng 5.8 *Số liệu về khu vực dịch vụ y tế phi nhà nước, Hungary, 1966, số liệu lựa chọn*

Loại dịch vụ	Mô tả	Phần trăm
Chăm sóc nội trú	Tỉ lệ chi của bảo hiểm xã hội cho chăm sóc nội trú ở các bệnh viện tư so với tổng chi chăm sóc nội trú	1,3
Chạy thận nhân tạo	Thị phần của khu vực tư nhân trong tổng chi ngân sách 5,4 tỉ Forint về khoản mục này	80
Chẩn đoán CT	Tỉ lệ máy CT tư nhân trên tổng số máy CT	75
Chẩn đoán MRI	Tỉ lệ máy MRI tư nhân trên tổng số máy MRI	57
Cấp cứu	Tổng chi cho các tổ chức tư nhân trên tổng chi cho cấp cứu của bảo hiểm xã hội	8
Chăm sóc chuyên khoa tại nhà	Tỉ lệ bảo hiểm xã hội chi trả cho tư nhân về chăm sóc tại nhà trên tổng chi cho chăm sóc tại nhà	0,8
Chữa răng	Tỉ lệ bảo hiểm xã hội trả cho nha sĩ tư trên tổng chi về nha khoa	6,5
Chăm sóc sơ cấp[1]	Số bác sĩ gia đình kinh doanh tư có hợp đồng với bảo hiểm xã hội trên tổng số bác sĩ gia đình do bảo hiểm xã hội chi trả	76

Nguồn: Số liệu do Molnár Virág sắp xếp trên cơ sở thông báo của Quĩ Bảo hiểm Y tế Quốc gia.

Ghi chú: [1]Số liệu bác sĩ gia đình là của tháng 5-1997, các số liệu khác của năm 1996.

Đã có sự thay đổi lớn hơn nhiều về các bác sĩ hành nghề cá nhân. Ba loại có thể được phân biệt ở đây:

Các bác sĩ chăm sóc sơ cấp, PCP

Trước cải cách, các PCP được bảo hiểm xã hội chi trả đã là các viên chức nhà nước, hệt như các đồng nghiệp của mình trong các bệnh viện hoặc các clinic chuyên khoa.[10] Trong một số nước Đông Âu (Cộng hoà Czech, Hungary, Rumani, và Slovakia), dịch vụ này đã được "tư nhân hoá", nói cách khác, các bác sĩ được chuyển đổi từ viên chức nhà nước thành các nhà chuyên môn tự hành nghề, làm việc với hợp đồng từ nhà bảo hiểm và từ chính quyền địa phương (hay khu vực), chính quyền cung cấp phòng ốc và thiết bị.

Bác sĩ nha khoa

Tư nhân hoá chăm sóc nha khoa là khá rộng ở hầu hết các nước Đông Âu.
Tỉ lệ tư nhân hoá ở hai loại này có thể thấy ở bảng 5.9.

Các bác sĩ khác trong hành nghề tư nhân

Trong hầu hết các nước dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển các bác sĩ không được phép hành nghề tư nhân, tuy nó có được tiến hành bất hợp pháp hay nửa hợp pháp.[11] Đầu các năm 1990 hành nghề tư nhân được hợp pháp hoá ở các nước Đông Âu, làm cho hành nghề tư nhân lan rộng ở khắp nơi. Điều này đặc biệt xảy ra ở các nơi có phong trào tư nhân hoá, như ở Cộng hoà Czech năm 1993, Slovakia năm 1995, và Croatia năm 1996.

---

[10] Thuật ngữ "bác sĩ khu vực" (quận, huyện) được dùng ở trang 137 để chỉ các bác sĩ được ấn định một cách bắt buộc cho mọi người bệnh trong hạt đó trong hệ thống xã hội chủ nghĩa. Sau khi chức năng này được chuyển sang cho khu vực tư nhân, thì sẽ thích hợp hơn khi chấp nhận thuật ngữ hiện thời, PCP, dùng trong các nền kinh tế thị trường phát triển.

[11] Hành nghề cá nhân tồn tại dưới thời Stalinist ở một vài nước, như Hungary và Đông Đức, tuy chỉ là lác đác.

Bảng 5.9 *Phần của các nhà cung cấp y tế tư nhân, Đông Âu, 1997,[1] phần trăm*

Nước	PCP	Nha sĩ	Hiệu thuốc
Bulgari	Thứ yếu	82	70
Croatia	Thứ yếu	96	~ 100
C.H. Czech	95	~ 100	~ 100
Hungary	76	40[1]	~ 100[1]
Ba Lan	Thứ yếu	~ 100[1]	93
Rumani	Thứ yếu	~ 100	75
Slovakia	98	~ 100	100
Slovenia	14	37	68

Ghi chú:

[1] Phần của giường bệnh nội trú là không đáng kể ở tất cả các nước, trừ Cộng hoà Czech với 9,4 phần trăm.

[2] 1998

Nguồn: Bútora and Skladony (1998); Gyenes and Kastaly (1998); Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (1998); Health Insurance Institute of Slovenia (1999); National Statistical Institute (1999a); WHO (1999b, 1999c); Romanian National Commission for Statistics (1999).

Không tiếp cận được đến số liệu toàn diện cho cả khu vực, nhưng thông tin từng phần có thể nhận được gợi ý rằng tỉ lệ chăm sóc chuyên khoa của khu vực tư nhân là thấp ở hầu hết các nước, với một số ngoại lệ. Số liệu về các dịch vụ chuyên khoa trong khu vực tư nhân và công cộng ở Cộng hoà Czech và Budapest, Hungary được giới thiệu ở bảng 5.10 và 5.11. Bảng 5.11 cho thấy ở một số chuyên khoa tỉ lệ là trên 50 phần trăm, tuy số liệu Hungary là không so sách trực tiếp được với số liệu của Czech (xem ghi chú ở bảng 5.11). Sự lan rộng của các hoạt động tư nhân hiện diện dưới dạng chi phí thời gian của các bác sĩ, trong một khảo sát tiến hành ở Krakow (Chawla *et al.* 1999: 10). Nó cho thấy 1.096 bác sĩ chuyên khoa làm việc trung bình 10,8 giờ một tuần trong hành nghề tư nhân, trong khi mỗi người

đều có công việc tại một tổ chức công cộng.* Sẽ nhắc tới ngay về hành nghề tư nhân nửa hợp pháp, được che đậy, rối lẫn vào hoạt động của công chức.

Bảng 5.10 *Phân bố nhân viên y tế, theo khu vực tư nhân và công cộng, Cộng hoà Czech, 1997, phần trăm*

Nhân viên y tế	Thuộc Chính phủ trung ương	Chính quyền địa phương	Khu vực tư nhân
Bác sĩ	39,4	5,8	54,8
Dược sĩ	10,1	n.a.	89,1[1]
Nhân viên y tế phụ trợ có trình độ cao học	55,8	8,3	35,9
Tổng nhân viên y tế	52,7	n.a.	47,3[1]

Ghi chú: [1]Bao gồm cả những người làm việc cho chính quyền địa phương.
n.a. : không có số liệu
Nguồn: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (1998).

Sau khi đã xét việc tư nhân hoá chăm sóc sức khoẻ, đáng nhắc tới sở hữu của các hiệu thuốc. Mặt này của chăm sóc sức khoẻ đã được tư nhân hoá hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn trong hầu hết các nước (xem bảng 5.9).

Bức tranh là khá pha tạp. Các nét chính là: tư nhân hoá các dịch vụ y tế được cung cấp bởi các tổ chức quy mô nhỏ là khá phổ biến (ở một số nước, được làm rất mạnh). Hầu hết các hoạt động lớn, cỡ bệnh viện, vẫn thuộc sở hữu công cộng. Cơ cấu sở hữu trong khu vực y tế của các năm 1990 cũng giống như tình hình trong công nghiệp và thương mại dưới thời cải cách xã hội chủ nghĩa thị trường.

* Tức là khoảng 21 phần trăm (10,8/(10,8+40) của tổng thời gian lao động là hành nghề tư nhân.

Bảng 5.11 *Phần của các nhà cung cấp chuyên khoa tư nhân, Hungary và Cộng hoà Czech*

	Budapest[1]			C.H. Czech
	Số bác sĩ chuyên khoa có giấy phép năm 1999[2]		Giấy phép tư trên tổng giấy phép [3] (phần trăm)	Bác sĩ chuyên khoa tư nhân trên tổng bác sĩ chuyên khoa (phần trăm)
Chuyên khoa	Tổng số	Tư nhân		
Nội	1.892	1.217	64	48
Phẫu thuật	726	166	23	42
Sản/phụ	485	289	60	62
Nhi	478	324	68	76
Phổi	155	38	25	-
Tai mũi họng	188	107	57	56
Mắt	228	131	57	59
Da liễu và hoa liêu [5]	176	132	75	64
Tâm thần[6]	278	69	15	64
Tiết niệu	131	59	45	33
Răng	1.974	1.877	95	-
Thể dục chữa bệnh và mát xa	129	82	64	-

Ghi chú:

[1] Không có số liệu toàn quốc, chỉ có của thủ đô Budapest

[2] Giấy phép được cấp dưới nhiều loại: bác sĩ hành nghề tư, doanh nhân y tế, clinic tư, đơn vị của một bệnh viện công cộng hay tư nhân, phi lợi nhuận, hay tư nhân vì lợi nhuận.

[3]Từ cơ chế cấp phép thì tỉ lệ này không phản ánh số bệnh nhân được điều trị ở khu vực tư nhân, cũng chẳng phản ánh số bác sĩ làm việc ở khu vực này.

[4] Bao gồm cả các bác sĩ chuyên khoa làm việc tại các cơ sở ngoại lẫn nội trú.

[5] Chỉ là da liễu ở Cộng hoà Czech

[6] Không có thần kinh học

Nguồn: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (1998); thông báo riêng của Felmérai István từ National Public Health and Officers' Service of Hungary (2000).

Thu nhập của bác sĩ và "tiền trả ơn"

Còn có một sự tương tự khác, cuối cùng, giữa thời kì xã hội chủ nghĩa thị trường và khu vực y tế của các năm 1990, và đó là sự căng thẳng rành rành giữa thu nhập hợp pháp và bất hợp pháp (nửa-hợp pháp). Thời xã hội chủ nghĩa thị trường cho thấy sự phát triển mạnh mẽ của một lĩnh vực kinh tế mà vẫn còn quan trọng cho đến ngày nay, được biết dưới nhiều tên gọi khác nhau như nền kinh tế "thứ hai", nền kinh tế "bóng tối", nền kinh tế "xám", nền kinh tế "phi chính thức", hoặc nền kinh tế "che dấu". Hầu hết mọi người đều có một thu nhập "thứ nhất" hoàn toàn hợp pháp: thư nhập từ lao động, hoặc có lẽ từ lương hưu, trợ cấp chăm sóc trẻ em, trợ cấp thất nghiệp, hay tiền nghỉ ốm đau. Họ cũng có thu nhập thứ hai. Chúng được trả cho một số dịch vụ nhất định, nhưng không được khai báo thuế thu nhập hoặc để đóng bảo hiểm xã hội.[12]

Tính nước đôi này thể hiện ở dạng mạnh nhất (hơn thế nữa, ít có thể chấp nhận nhất) trong khu vực y tế ở các nước Đông Âu. Hiện tượng này cũng động chạm đến y tá và các nhân viên y tế khác, nhưng chú tâm ở đây chỉ tới các bác sĩ, nơi mà hiện tượng phổ biến nhất.

Một khía cạnh của hiện tượng là lương của các bác sĩ làm việc tại các định chế công cộng là thấp một cách không cân xứng: Bảng 5.12 và 5.13 cho thấy bác sĩ nằm trong giới những chuyên gia được trả lương cao nhất trong các nền kinh tế thị trường truyền thống ở các nước công nghiệp phát triển. Tại Đông Âu, lương của bác sĩ ở nơi làm việc chính thức vào giữa các năm 1990 chỉ ở mức 1,3 đến 2 lần lương trung bình. Tỉ lệ tương đối thấp này làm nghề y cay đắng và bực dọc. Tình trạng lương của

[12] Nhiều người sống hoàn toàn bằng thu nhập từ nền kinh tế thứ hai và hoàn toàn không có thu nhập chính thống (được khai báo thuế).

bác sĩ bị đè nén tỏ ra ngày càng ít có thể chịu được đối với họ, bởi vì sự phát triển nền kinh tế thị trường gây ra sự phân biệt không ngừng về thu nhập ở các lĩnh vực khác.

Bảng 5.12 *Thu nhập của bác sĩ so sánh với thu nhập của tất cả người lao động, 1992-1999, so sánh quốc tế*

Nước	Năm	Thu nhập trung bình của mọi người làm công = 100
Cộng hoà Czech	1998	170
Huangary	1998	127
Ba Lan	1996	133
Rumani	1997	121
Slovakia	1998	165
Slovenia	1997	211
Áo	1997	169
Phần Lan	1998	208
Đức	1992	404
Thuỵ Điển	1997	170
Vương quốc Anh	1999	243
Hoa Kì	1993	496

Ghi chú:
Các số liệu là mới nhất có được đối với mỗi nước.

Nguồn: Varga János giúp tập hợp. Số liệu được thu thập từ Physician Payment Review Commission (1996); US Bureau of the Census (1996); Czech Statistical Office (1999); Office for National Statistics (1999); ILO (1996, 1998, 1999a, 1999b); OMMK (1999); Romanian National Commission for Statistics (1999); Statistical Office of the Slovak Republic and VEDA (1999a, 1999b).

Bảng 5.13 *Thu nhập của bác sĩ so với các loại chuyên nghiệp khác (thu nhập của một nghề hay của một nhóm nghề được coi là cơ sở so sánh =100),*[1] *1996-1999, so sánh quốc tế*

Nước	Năm	Mọi nghề[2]	Kế toán	Kiến trúc sư	Lập trình viên	Kinh tế[4]	Luật[5]
Czech	1998	90	-	101	121	91	80
Hungary	1998	98	44	106	90	55	51
Ba Lan	1996	113	77	85	104	-	61
Rumani	1997	-	26	-	118	-	-
Slovakia	1998	128	86	-	97	-	94
Slovenia	1997	101	205	155	127	97	77
Áo	1997	-	95	-	92	-	-
Phần Lan	1998	-	140[6]	137	154[6]	129	116
Đức[7]	1998	-	132	214[8]	144	-	140[8]
Thuỵ Điển	1997	132	-	120	-	122	104
V.Q. Anh[9]	1999	185	165	179	187	-	133
Hoa Kì	1998	152	172	133	137	128	95

Ghi chú:

[1] Số liệu mới nhất về thu nhập thô trung bình. Số liệu của Hoa Kì là số trung vị, như là số giữa. Số liệu Hoa Kì thuộc loại nghề chuyên nghiệp (Professional speciality).

[2] C.H. Czech: học tập đại học. Slovenia: nhân viên có kiến thức đại học; Anh: nghề chuyên nghiệp; Hoa Kì: số liệu của loại nghề chuyên nghiệp.

[3] Thuỵ điển và Ba Lan: Kiến trúc sư, kĩ sư, và chuyên nghề liên quan.

[4] Slovenia: Nhà kinh tế-phân tích-lập kế hoạch. Thuỵ Điển: chuyên ngành khoa học xã hội và ngôn ngữ.

[5] C.H. Czech và Phần Lan: Luật sư; Hungary: Luật sư, cố vấn luật. Slovakia: Luật sư trừ biện hộ và phán xử. Slovenia: quan toà luật cơ bản; Hoa Kì: Luật sư và thẩm phán; Đức:luật gia.

[6] Số liệu 1995; [7] Số liệu của các bang thuộc Tây Đức cũ; [8] Số liệu 1989.

[9] Số liệu tháng 4-1999

Nguồn: ILO (1996, 1998, 1999a, 1999b); Bureau of Labor Statistics of United States (1999); Czech Statistical Office (1999); Office for National Statistics (1999); OMMK (1999); Romanian National Commission for Statistics (1999); Statistical Office of the Slovak Republic and VEDA (1999a, 1999b); Romanian National Commission for Statistics (1999); Statistical Office of the Republic of Slovenia (1999).

Mặt bên kia chính là hệ thống được biết đến như "tiền trả ơn", "tiền biếu". Hãy bắt đầu làm rõ khái niệm tiền biếu, tiền trả ơn có nghĩa là gì ở đây.

(a) Theo nghĩa hẹp người ta thường gọi khoản tiền phí, mà bệnh nhân hay người thân của bệnh nhân trả cho bác sĩ hay cho nhân viên y tế vì các dịch vụ được coi là miễn phí trong khuôn khổ của cơ chế hiện hành, là "tiền trả ơn", "tiền biếu".[13] Các dịch vụ này do nhà nước hay bảo hiểm xã hội chi trả. Tiền công được tổ chức thuộc sở hữu công cộng (thí dụ bệnh viện) trả cho bác sĩ hay nhân viên y tế ở dạng lương rồi. Người nhận tiền trả ơn không trả tiền cho việc sử dụng nhà xưởng, thiết bị, thuốc men, v.v., bởi vì chúng được tài trợ từ công quĩ. Sự tương tự gần nhất của tiền trả ơn: là tiền boa (*buộc boa- pour bois*, tiếng Pháp hay *tip* trong tiếng Anh) cho người hầu bàn ở một cửa hàng ăn của nhà nước. Sự tương tự thứ hai là các lái xe trong nền kinh tế xã hội chủ nghĩa thiếu hụt "chuyên chở chợ đen", chở khách trên xe của nhà nước và đút túi khoản tiền nhận được. Dẫu có xúc phạm đến đâu đi nữa, đó là những sự tương tự thật trúng.

(b) Phải phân biệt tiền trả ơn, ít nhất ở mức làm rõ khái niệm, với phần phí mà bác sĩ hay người làm công tác y tế khác hành nghề tư nhân (thí dụ nữ y tá phục vụ tại gia, nhà thể dục chữa bệnh, người xoa bóp) từ chối (khai báo), chủ yếu để trốn thuế. Người cung cấp dịch vụ không đưa, và người nhận dịch vụ cũng không yêu cầu hoá đơn. Điều này thực ra không khác gì sự lách thuế "kinh tế xám" quen thuộc; nó tương tự như nhiều lái xe taxi, nhà tiểu thủ công, chủ hiệu ăn và những người làm dịch vụ khác tiến hành.

(c) Hiện tượng *(a)* và *(b)* có thể đan xen với nhau một cách đặc biệt, chủ yếu trong quan hệ bác sĩ-bệnh nhân. Bệnh nhân

[13] Trong giới bác sĩ Hungary thường cũng dùng thuật ngữ Latin hoá "*paraszolvencia*". Thuật ngữ Ba Lan dịch ra là "tiền phong bì".

> xuất hiện tại phòng khám tư của bác sĩ và về hình thức trả phí hợp pháp cho việc thăm bệnh ở đó. Nhưng thực tế bằng cách trả phí đó bệnh nhân muốn mua sự ưu đãi của bác sĩ, mong đợi rằng tại chỗ làm việc chính, trong bệnh viện công hay phòng khám của nhà nước, bác sĩ sẽ lưu tâm đặc biệt đến; sẽ giúp để được khám trước mà khỏi phải xếp hàng; để được nằm ở phòng bệnh tiện nghi hơn, v.v.[14] Từ đây trở đi chúng tôi dùng thuật ngữ "tiền trả ơn" theo nghĩa rộng, bao gồm cả hiện tượng *(a)* lẫn *(c)*.

Hiện tượng loại *(b)*, lách trốn thuế, không phải là món chỉ đặc biệt của Đông Âu; nó tồn tại ở mọi nơi trên thế giới.[15] Nhưng, các hiện tượng *(a)* và *(c)*, thì có lẽ là thói xấu riêng của Đông Âu xã hội chủ nghĩa và hậu xã hội chủ nghĩa (cũng như ở các nước Liên Xô trước đây và Trung Quốc), hay ít nhất là ở đó hiển hiện hơn so với các nơi khác.

Các chuyên gia về đề tài này coi các thanh toán bán hợp pháp cho bác sĩ là rất phổ biến ở Hungary, Rumani, Ba Lan và Bulgari, và ít hơn nhiều ở Cộng hoà Czech, Slovakia, Croatia, và Slovenia. Nghiên cứu ở Ba Lan cho thấy tổng tiền biếu mà các bác sĩ nhận được năm 1994 đại thể tương đương với tổng lương chính thức của họ. Khoảng 60-70 phần trăm người điều trị ở bệnh viện biếu tiền cho bác sĩ (Chawla, Berman and Kawiorska 1998: 8).

Đã có nghiên cứu rộng rãi về quy mô và tần suất của các khoản tiền biếu ở Hungary năm 1998, sử dụng hai mẫu, một của

---

[14] Hệ thống thanh toán ở Czech loại trừ sự liên kết nửa-hợp pháp giữa hai loại sở hữu. Nhà bảo hiểm sẽ chi trả cho bác sĩ tư người không làm việc cho nhà nước.

[15] Scitovsky Tibor, nhà kinh tế nổi tiếng thế giới gốc Hungary, trong hồi kí tự sự của mình mô tả sự lan truyền hiện tượng (b), sự trốn thuế trong giới bác sĩ Pháp. Hiệp hội Bác sĩ Pháp chỉ sẵn sàng đứng ra bảo vệ pháp lí cho thành viên của mình đối với sự kết tội trốn thuế của các nhà chức trách, nếu bác sĩ đó chỉ từ chối (khai báo) nhiều nhất 30 phần trăm của thu nhập thực của mình. Nếu lờ đi quá mức này, thì họ bỏ mặc bác sĩ đó - quá quắt lắm là không được. Xem Scitovsky (1977:197-8).

dân chúng và một của các bác sĩ.[16] Như dự kiến, tần suất của các khoản biếu phụ thuộc vào loại dịch vụ y tế nhận được. Hãy xem xét các tình thế mà tiền biếu là phổ biến nhất. Trong khảo sát mẫu của dân chúng, hơn ba phần tư các câu trả lời nói rằng thông lệ là trả tiền biếu cho một cuộc giải phẫu, sinh nở, hoặc gọi bác sĩ đến thăm bệnh tại gia vào ban đêm. Khi hỏi các bác sĩ kết quả cũng giống hệt: các nhà phẫu thuật nhận tiền biếu từ 75 phần trăm của bệnh nhân và bác sĩ phụ khoa nhận tiền biếu từ 85 phần trăm.

Khảo sát cũng hỏi về độ lớn thông thường của các khoản biếu chi trả hay nhận được. Sinh con, bề ngoài là miễn phí, kéo theo tiền biếu khoảng từ 11.000 đến 19.000 HUF (Forint Hungary) theo dân chúng và các bác sĩ. Để so sánh, thu nhập thuần trung bình của người lao động là 45.162 HUF (KSH 1999:93).

Dựa trên cơ sở trả lời của dân chúng, các nhà nghiên cứu ướng lượng tổng thể khoản tiền biếu nhận được trong khu vực y tế. Không thể tránh khỏi có những bất trắc về ước lượng như thế. Tuy vậy, kết luận là ở mức vĩ mô tổng khoản tiền biếu mà các bác sĩ hành nghề nhận được là hơn một lần rưỡi so với tổng thu nhập chính thức của họ, và ước lượng này có nhiều khả năng bị méo thấp đi chứ không phải méo tăng lên. Tỉ lệ ở Hungary có thể là cao nhất trong khu vực. Các ước lượng vi mô tỉ mỉ về các khoản biếu không được tiến hành ở các nước khác.

Hai mặt của hệ thống tiền biếu được giải thích ở đoạn này- tiền lương chính thức thấp không thể chấp nhận được và sự phổ biến cũng như qui mô kinh khủng của các khoản tiền biếu nửa hợp pháp- là gắn chặt với nhau.

---

[16] Những phát hiện của khảo sát, thực hiện bởi viện nghiên cứu TÁRKI và do Bognár Géza, Gál Róbert và Kornai János lãnh đạo, được tổng kết trong Bognár, Gál and Kornai (2000). Tất cả các số liệu về Hungary của đoạn này là lấy từ công trình nghiên cứu đó.

Bảng 5.14 *"Giá" trung bình của các khoản tiền biếu về chăm sóc y tế, 1999, HUF*

Dịch vụ	Ước lượng của công chúng	Ước lượng của bác sĩ
Gọi bác sĩ thăm bệnh ban đêm	857	763
Khám phụ khoa bình thường	860	1.231
Tiêm tại văn phòng bác sĩ	206	146
Cho bác sĩ phẫu thuật, với mổ ruột thừa hoặc phẫu thuật bàng quang-túi mật	6.001	8.879
Bác sĩ sản khoa, ca đẻ	10.982	19.340
Nếu bác sĩ đưa một người khoẻ mạnh vào danh sách bị bệnh	-	2.063
Nếu bác sĩ xác nhận một bệnh nhân lành lạn để hưởng trợ cấp mất sức	-	32.086

Ghi chú:
Những người được hỏi, trong công chúng hay trong nghề y, "Người ta thường trả bao nhiêu tiền biếu?" chứ không phải "Bạn đã trả bao nhiêu?", hoặc "Bạn đã nhận được bao nhiêu?". Điều này động viên người được hỏi trả lời trung thực hơn. Hai câu hỏi sau có thể coi, dẫn chiếu tới luật, như hành vi đút lót, vì vậy chúng không được hỏi với công chúng.
Nguồn: Bognár, Gál and Kornai (2000: 307)

Đa số dân chúng tin rằng các bác sĩ mong đợi tiền biếu. Tuy nhiên, điều này chỉ có thể khẳng định chắc chắn với một thiểu số các bác sĩ; có nhiều bác sĩ không chia sẻ loại mong đợi này. Họ sẵn sàng đối xử công bằng, chu đáo và cẩn trọng với mọi bệnh nhân, bất luận có tiền biếu hay không; có đến và trả tiền ở phòng khám riêng hay không. Nhưng chỉ ngay sự thực trần trụi, là bệnh nhân *nghĩ rằng* có thể mua được sự lưu tâm đặc biệt của bác sĩ bằng phương pháp *(a)* hay *(b)* hay *(c)*, đã có tác động huỷ hoại y đức và đạo đức. Bảng 5.15 làm rõ xem công chúng và nghề y coi vấn đề đạo đức của tiền biếu ra sao ở Hungary.

Bảng 5.15 *Ý kiến của các bác sĩ và công chúng Hungary về tiền biếu*

Ý kiến	Tán thành		Không tán thành	
	Hoàn toàn	Một phần	Hoàn toàn	Một phần
Đưa tiền biếu làm an lòng bệnh nhân, bởi vì họ cảm thấy họ mua sự chú ý riêng:				
Các bác sĩ	19,4	44,2	19,5	16,9
Công chúng	26,1	26,4	19,8	25,7
Tiền biếu không tạo ra khác biệt trong điều trị:				
Các bác sĩ	32,0	17,6	23,7	26,7
Công chúng	14,4	17,1	30,0	38,5
Tiền biếu làm xói mòn sự tin cậy thiết yếu trong quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân:				
Các bác sĩ	17,8	17,6	31,9	32,7
Công chúng	15,1	21,7	33,2	30,1
Tiền biếu là một sự cần thiết tai hại:				
Các bác sĩ	58,0	22,2	9,8	10,1
Công chúng	52,3	30,1	9,2	8,4
Khi nhà nước còn trả lương không thích hợp, thì bác sĩ có quyền nhận tiền biếu:				
Các bác sĩ	54,4	27,5	11,0	7,1
Công chúng	39,1	28,4	17,5	15,0
Đáng bị chỉ trích đối với các bác sĩ nhận tiền biếu:				
Các bác sĩ	3,6	7,5	29,4	59,6
Công chúng	16,6	17,7	33,3	32,4
Tiền biếu làm khó chịu và mất phẩm giá đối với cả bác sĩ lẫn bệnh nhân:				
Các bác sĩ	68,0	21,8	7,1	3,1
Công chúng	30,0	32,4	22,6	15,0
Sự tồn tại của tiền biếu cho thấy xã hội coi các bác sĩ được trả lương thấp:				
Các bác sĩ	72,6	17,5	6,7	3,2
Công chúng	41,6	28,1	17,0	13,3
Tiền biếu không phải là vấn đề đạo đức:				
Các bác sĩ	42,2	29,1	18,1	10,7
Công chúng	33,5	29,3	19,4	17,8

Nguồn: Bognár, Gál and Kornai (2000: 295)

Tiền trả ơn được phân chia rất bất công giữa những người lao động y tế.[17] Ai cũng biết, là thí dụ trong một phẫu thuật thì bệnh nhân hay thân nhân của họ đút tiền cho bác sĩ phẫu thuật chính, tuy phẫu thuật là công việc của một nhóm. Có bác sĩ phẫu thuật, chia số tiền nhận được theo tỉ lệ cho các thành viên của nhóm; nhưng không phải ai cũng làm như vậy. Có những nghề y, như X-quang, bác sĩ gây mê, nhân viên phòng xét nghiệm, phần lớn không có tiền trả ơn.

Tiền biếu gây rối loạn cho các bệnh nhân. Thị trường không minh bạch, biểu giá không rõ ràng. Ai cũng lấn cấn: biếu quá nhiều ư hay quá ít? Các bệnh nhân đua nhau và đẩy biểu tiền biếu lên.

Sự phổ biến của tiền trả ơn và tác động huỷ hoại đạo đức của nó là một cản trở chính đối với sự phát triển của kinh doanh y tế tư nhân lành mạnh và của việc hình thành các mối quan hệ kinh doanh ngay thẳng trong khu vực chăm sóc sức khoẻ.

Các chỉ số kinh tế đối với khu vực y tế và tình trạng sức khoẻ của dân chúng

Tóm lại, có thể nói đã có những thay đổi đáng kể trong khu vực y tế của các nước Đông Âu so với cơ chế trước 1990 thừa kế từ hệ thống xã hội chủ nghĩa. Một số nước đã tiến hành một vài bước theo con đường cải cách, trong khi các nước khác đã đi những bước dài to lớn. Tuy vậy, kết quả ở mọi nơi còn chưa nhất quán, và còn rất cần đến những cải cách tiếp theo.

Mặc dù có vượt quá đề tài trực tiếp của cuốn sách này, song đáng kết thúc sự phác hoạ này về tình thế xuất phát với vài lời về phạm vi và thành tích cuả khu vực y tế. Điều này sẽ để lộ ra một bức tranh lo ngại ở nhiều khía cạnh. Tuy vậy, nó chỉ đơn giản là

[17] Losonczi (1997), tr. 23 dẫn ra các số liệu sửng sốt của một cuộc điều tra ở một bệnh viện lớn ở tỉnh lẻ. Ngoài các vấn đề khác còn làm rõ rằng chỉ có khoảng 10 phần trăm bác sĩ làm việc ở đó nhận được tiền trả ơn, và trong nhóm đó cũng chỉ có một nhóm rất nhỏ, khoảng 2 phần trăm các bác sĩ nhận được 80 phần trăm tiền trả ơn.

bức tranh của tình hình hiện tại, mà các nhà cải cách phải ghi nhớ khi soạn thảo các kiến nghị cải cách. Không có cố gắng phân tích nhân quả ở đây. Là tốt, để biết ở mức độ nào sự chưa đầy đủ của cải cách định chế và khuyến khích có thể giải thích thành tích mơ hồ của khu vực y tế. Có thể nghi là có một sự liên kết nhân quả, nhưng nhiệm vụ làm rõ nó không thể thử làm ở đây.

Bảng 5.16 *GDP và chi tiêu y tế*, Đông Âu, *1990-1994*

	GDP *trên đầu người*, USD 1990 (PPP)[1]				
Nước	1990	1991	1992	1993	1994
Bulgari	5.296	4.157	3.764	3.812	3.914
C.H. Czech	9.754	8.363	7.970	7.623	8.058
Hungary	6.514	5.657	5.535	5.605	5.756
Ba Lan	4.504	4.234	4.206	4.260	4.605
Rumani	4.433	3.706	3.321	3.363	3.454
Slovakia	7.315	6.273	5.977	5.829	5.986
Slovenia	-	8.920	8.191	8.520	8.979
	Chi tiêu y tế *trên đầu người*, USD 1990 (PPP)				
Bulgari	275	226	256	196	185
C.H. Czech	527	443	430	556	612
Hungary	436	385	398	415	455
Ba Lan	230	246	265	-	309
Rumani	124	122	116	101	114
Slovakia	393	310	304	371	422
Slovenia	-	461	608	653	700

Ghi chú:
[1]PPP = Purchasing Power Parity (giải thích xem ghi chú của bảng 4.4, tr. 106)
Nguồn: Kornai and McHale (2000: 383).

Một cách tiếp cận để tóm tắt phạm vi kinh tế của khu vực y tế là xem số liệu về chi tiêu y tế quốc gia. Bảng 5.16 cho thấy chi tiêu y tế *trên đầu người* ở Đông Âu, sử dụng các giá hiệu chỉnh sự khác biệt về chi phí cuộc sống, và như thế là có thể so sánh được giữa các nước. Như một sự so sánh, bảng 5.17 chứa các số liệu

Bảng 5.17 *Chi tiêu y tế* trên đầu người, *các nước OECD, 1970-1994*[1]

Nước	1970	1982	1994
Australia	672	1.077	1.453
Áo	512	926	1.432
Bỉ	425	1.009	1.471
Canada	813	1.267	1.791
Đan Mạch	690	1.237	1.496
Phần Lan	531	894	1.153
Pháp	662	1.198	1.671
Đức	566	1.059	1.765
Hi Lạp	189	294	565
Iceland	445	1.027	1.408
Ireland	316	688	1.011
Italy	502	924	1.402
Nhật	419	904	1.330
Hàn Quốc	45	141	386
Luxemburg	475	976	1.753
Hà Lan	653	1.098	1.481
New Zealand	568	777	1.068
Na Uy	428	994	1.529
Bồ Đào Nha	141	445	839
Tây Ban Nha	263	542	909
Thuỵ Điển	869	1.390	1.364
Thuỵ Sĩ	814	1.313	2.052
Thổ Nhĩ Kì	72	107	170
V.Q. Anh	464	733	1.083
Hoa Kì	1.159	1.880	3.246
Trung bình	508	916	1.353

Ghi chú:
[1] Tất cả các giá trị được đo với giá ở Hoa Kì, hiệu chỉnh cho GDP PPP.
Nguồn: OECD (1998b).

về các nước OECD trong thời kì 1970-1994, với giá so sánh được với giá ở bảng 5.16. Chỉ có ở Cộng hoà Czech và ở Slovenia là có chi tiêu y tế *trên đầu người* năm 1994 vượt trung bình OECD năm 1970. Trong các nước khác, nó thấp hơn mức

trung bình này, và ở xung quanh mức chi tiêu 24 năm trước ở các nước OECD nghèo hơn. So sánh tình trạng của hai nhóm trong năm 1994, các nước Đông Âu cho thấy một sự phân tán lớn về chi tiêu y tế *trên đầu người*: giữa 8 và 52 phần trăm của trung bình ở các nước công nghiệp phát triển.

Nguyên nhân chính của sự khác biệt giữa hai nhóm nước, tất nhiên, là Đông Âu có thu nhập GDP *trên đầu người* thấp hơn nhiều. Khối phía trái của bảng 5.18 cho thấy chi tiêu y tế như phần trăm của GDP.

Chi tiêu y tế của Đông Âu, được đo như vậy, so sánh ra sao với cái được coi là "bình thường" đối với các nền kinh tế thị trường? Chúng ta có thể nhận được câu trả lời chính xác vừa phải cho câu hỏi quan trọng này bằng cách bám theo dòng tư duy sau. Thứ nhất, hãy giả sử rằng một nước Đông Âu, thí dụ Slovakia, giả như có một hệ thống chính trị và kinh tế giống như của các nền kinh tế thị trường "bình thường". Trong trường hợp đó, tỉ lệ "bình thường" của chi tiêu y tế trên GDP có thể được tiên đoán dựa trên (a) các đặc trưng riêng của Slovakia về kinh tế và nhân khẩu học, và (b) cách mà các đặc trưng này liên hệ với chi tiêu y tế trong các nền kinh tế thị trường. Quan hệ sau-chi tiêu y tế trong các nền kinh tế thị trường liên hệ ra sao với tăng trưởng GDP và với những thay đổi của các biến số khác (như cơ cấu tuổi của dân cư)- là một đề tài của nhiều nghiên cứu kinh tế.[18] Cuốn sách dẫn chiếu đến phân tích của tác giả thứ nhất và John McHale. Nghiên cứu đó khảo sát tỉ mỉ tính đúng đắn của nhiều dạng quan hệ kinh tế lượng khác nhau. Hãy tập trung vào những kết quả của một phân tích hồi qui sử dụng một chuỗi thời gian hợp nhất, mẫu tiêu biểu cho các năm 1970-94 và 25 nước OECD (các thành viên OECD hiện tại trừ Cộng hoà Czech, Mexico, và Ba Lan). Ngoài GDP trên đầu người, các biến số giải thích khác

[18] Gertham and Jönsson (2000) khảo sát một cách toàn diện văn khoa về những nghiên cứu như vậy.

Bảng 5.18 Chi tiêu y tế thực tế và tiên đoán, các nước Đông Âu, 1990-1994[1]

	Chi tiêu y tế thực tế, phần trăm GDP					Chi tiêu y tế dự đoán, phần trăm GDP					Hiệu số của chi tiêu thực tế và dự đoán				
Nước	1990	1991	1992	1993	1994	1990	1991	1992	1993	1994	1990	1991	1992	1993	1994
Bulgari	5,2	5,4	6,8	5,2	4,7	4,7	4,2	4,2	4,2	4,2	0,5	1,3	2,7	0,9	0,5
C.H. Czech	5,4	5,3	5,4	7,3	7,6	6,2	5,8	5,9	5,8	5,8	-0,8	-0,5	-0,5	1,5	1,8
Hungary	6,7	6,8	7,2	7,4	7,9	4,8	4,5	4,7	4,7	4,7	1,9	2,3	2,5	2,7	3,2
Ba Lan	5,1	5,8	6,3	-	6,7	4,0	3,9	4,0	4,1	4,2	1,1	1,9	2,3	-	2,5
Rumani	2,8	3,3	3,5	3,0	3,3	3,9	3,6	3,5	3,6	3,5	-1,1	-0,3	0,0	-0,6	-0,2
Slovakia	5,4	5,0	5,1	6,4	7,1	5,2	4,9	5,0	5,0	4,9	0,1	0,1	0,1	1,4	2,1
Slovenia	5,6	5,2	7,4	7,7	7,8	-	5,7	5,7	5,9	5,8	-	-0,5	1,7	1,8	1,9

Ghi chú:
[1] Các số liệu tiên đoán trên cơ sở ước lượng hồi qui. Các biến số giải thích trong hồi qui là: GDP trên đầu người, tỉ lệ phụ thuộc của người già, và tỉ lệ nữ/nam trong lực lượng lao động.
Nguồn: Kornai and McHale (2000: 384).

là cơ cấu tuổi và sự tham gia lực lượng lao động của phụ nữ. Mối quan hệ được phép trượt theo thời gian đáp lại những gia tăng chi tiêu y tế do công nghệ mới gây ra. Lấy kinh nghiệm của các nước này như dấu chuẩn, tỉ lệ "bình thường" của chi tiêu y tế trên GDP cho một nước Đông Âu, như Slovakia năm 1994, có thể được tiên đoán bằng cách nhồi vào phương trình hồi qui các tham số của Slovakia năm 1994 là GDP, cơ cấu tuổi, và sự tham gia lực lượng lao động nữ.[19]

Kết quả có thể thấy trong mảng giữa của bảng 5.18; với Slovakia là 4,9 phần trăm. Nói cách khác, mảng giữa là các giá trị tiên đoán bởi phương trình hồi qui.

Mảng phía phải ở bảng 5.18 là hiệu số giữa các giá trị ở mảng trái và mảng giữa, cho mỗi nước và mỗi thời gian. Có thể thấy năm 1994 chỉ Rumani là nước có chi tiêu thực tế ít hơn giá trị tiên đoán bởi hồi qui. Đối với các nước Đông Âu khác trong bảng, các giá trị thực tế vượt các con số tiên đoán. Đặc biệt đáng nhắc tới là Hungary, bởi vì sự khác biệt giữa chi tiêu thực tế và tiên đoán là lớn nhất, như bảng 5.18 và hình 5.3 cho thấy.[20]

Sự chênh lệch giữa mẫu hình "bình thường" được tiên đoán và chi tiêu y tế thực tế ở Đông Âu gắn chặt với sự chuyển đổi xã hội và kinh tế chưa từng thấy trong một số năm vừa qua. Sự sa sút nghiêm trọng trong sản xuất ở Đông Âu trong các năm 1990 là suy thoái sâu nhất trong lịch sử kinh tế của các nước này. Tuy vậy, chi tiêu phúc lợi, bao gồm cả chi tiêu y tế, giảm chậm hơn GDP. Đây là một nỗ lực mà tất cả các chính phủ trong khu vực

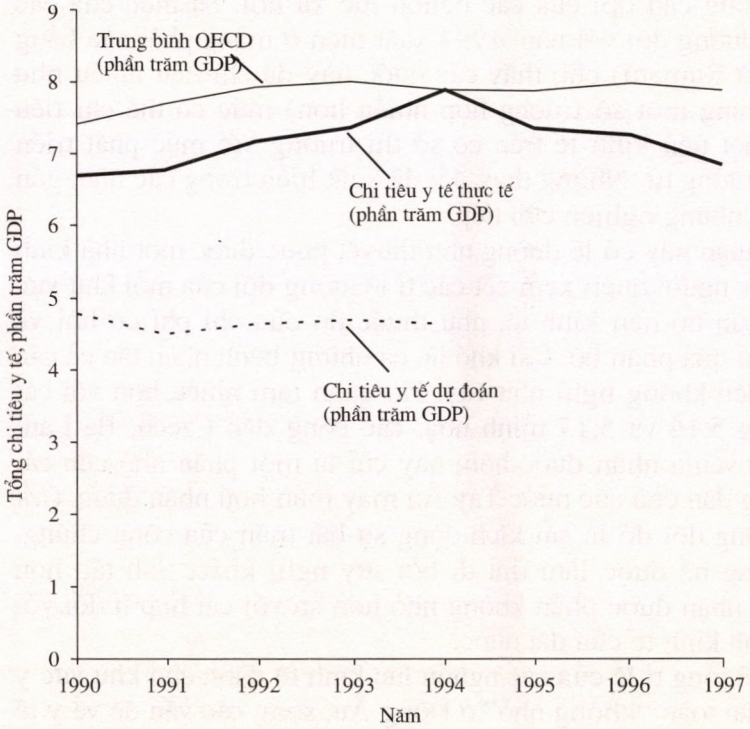
---

[19] Báo cáo chi tiết về nghiên cứu xuất hiện trong Kornai and McHale (2000). Bảng 5 của công trình này được sao lại ở đây như bảng 5.18.

Có rất nhiều bất trắc thống kê về các số liệu Đông Âu dùng trong nghiên cứu. Cũng có tranh luận xuất hiện trong văn khoa về các kĩ thuật kinh tế lượng thích hợp cho so sánh quốc tế. Tuy những khó khăn này cảnh báo phải thận trọng, những kết quả tính toán được công bố ở đây tỏ ra là thích hợp để rút ra những kết luận định tính.

[20] Chính sự phát hiện ra sự chênh lệch này đã gợi ý cho tác giả thứ nhất gọi Hungary là "một nhà nước phúc lợi đẻ non" trong nghiên cứu của ông (1992a). Những bối cảnh lịch sử khác nhau đã dẫn Chính phủ Hungary, trước khi hệ thống xã hội chủ nghĩa sụp đổ, tiến tiếp trong phát triển khu vực phúc lợi so với các nước có cùng trình độ phát triển kinh tế.

đã tiến hành nhằm làm dịu đi một mức độ nhất định sự giảm sút mức sống do suy thoái gây ra.[21] Như thế ở điểm đáy (thấp nhất) của suy thoái, chi tiêu của khu vực y tế tăng lên như một tỉ lệ của GDP. Việc tỉ lệ này còn tiếp tục cao (hoặc thậm chí tăng nữa) hoặc không sẽ phần lớn phụ thuộc vào các chính sách cải cách, cả các chính sách cải cách khu vực y tế lẫn những cải cách thúc đẩy tăng trưởng kinh tế nói chung.



Hình 5.3 Hungary, số liệu chi tiêu y tế thực tế và tiên đoán trong thời kì chuyển đổi, 1990-1997.
Nguồn: Kornai and McHale (2000: 385).

[21] Trong khoảng 1991-94, chi tiêu y tế ở Croatia giảm chậm hơn nhiều so với GDP. Đáng chú ý hơn là ở Bulgari, Rumani, Slovakia và Slovenia chi tiêu y tế thực ra đã tăng lên trong khi GDP giảm xuống (Kanavos and McKee 1998: 33).

Đáng nhắc nhớ lại nguyên lí 8, đòi hỏi tỉ lệ giữa chi tiêu cho khu vực phúc lợi và chi tiêu để thúc đẩy tăng trưởng kinh tế phải hài hoà. Có thể có sự lệch nào đó (theo từ ngữ của tính toán hồi qui vừa mô tả) khỏi tỉ lệ "bình thường", khỏi tỉ lệ GDP thường được chi tiêu cho y tế ở các nước với các đặc trưng tương tự, nhưng sẽ là rủi ro nếu lệch quá xa và quá lâu. Có quá nhiều những quan tâm cấp thiết để cho phép chi tiêu y tế chiếm phần tăng không cân đối của các nguồn lực xã hội. Sự thực của các con số dương đối với năm 1994 xuất hiện ở mảng phải của bảng 5.18 (trừ Rumani) cho thấy các nước này đã chi tiêu nhiều như (hoặc trong một số trường hợp nhiều hơn) mức có thể chi tiêu trong một nền kinh tế trên cơ sở thị trường với mức phát triển kinh tế tương tự. Những thay đổi đã xuất hiện trong các năm gần đây cần những nghiên cứu tiếp.

Lập luận này có lẽ dường như thuyết phục được một nhà kinh tế vĩ mô, người quen xem xét các tỉ lệ tương đối của mỗi khu vực trong toàn bộ nền kinh tế, như thước đo của chi phí cơ hội và tính hiệu quả phân bổ. Cái khó là, cả những bệnh nhân lẫn cả các bác sĩ đều không nghĩ như vậy. Họ quan tâm nhiều hơn với cái mà bảng 5.16 và 5.17 minh hoạ: các công dân Czech, Ba Lan, hoặc Slovenia nhận được hôm nay chỉ là một phần nhỏ của cái mà công dân của các nước Tây Âu may mắn hơn nhận được. *Cái* tỉ lệ tương đối đó là cái kích động sự bất mãn của công chúng. Nó chẳng hề được làm dịu đi bởi suy nghĩ khác, tỉnh táo hơn rằng họ nhận được phần không nhỏ hơn so với cái hợp lí đối với sức mạnh kinh tế của đất nước.

Bởi vì tổng tỉ lệ của các nguồn lực kinh tế dành cho khu vực y tế là hoàn toàn "không nhỏ" ở Đông Âu, song các vấn đề về y tế vẫn đầy rẫy, có nhu cầu bức bách đối với chính sách để tăng "giá trị trên một đôla" chi tiêu y tế. Đòi hỏi hiệu quả lớn hơn này càng được nhấn mạnh bởi di sản của kế hoạch hoá xã hội chủ nghĩa trong hệ thống cung ứng chăm sóc sức khoẻ của khu vực. Một triệu chứng quen thuộc của nền kinh tế thiếu hụt kinh niên dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa là thiếu hụt và dư thừa cùng song

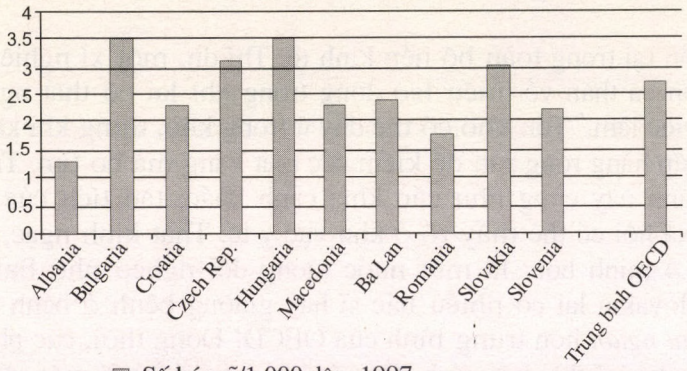
song tồn tại trong toàn bộ nền kinh tế. Thí dụ, một xí nghiệp có thể luôn ca thán về thiếu lao động trong khi lại có thất nghiệp trong việc làm.* Tồn kho có thể đầy ứ trong kho, trong khi khách hàng xếp hàng rồng rắn để kiếm các mặt hàng mà họ tìm. Trong khía cạnh này cũng như các khía cạnh khác, tàn tích của chủ nghĩa xã hội có thể thấy rõ ở khu vực y tế. Thật kinh ngạc, như hình 5.4 minh hoạ, là một nước tương đối nghèo như Bulgari hoặc Slovakia lại có nhiều bác sĩ hay giường bệnh ở bệnh viện *trên đầu người* hơn trung bình của OECD! Đồng thời, các phòng chờ của bác sĩ thì chật ních. Có các hàng dài đối với một số loại xét nghiệm và danh sách chờ dài đối với một số loại điều trị (thí dụ, với các thủ tục phẫu thuật khác nhau). Có nhiều năng lực chưa được sử dụng và phạm vi sử dụng hiệu quả hơn của cả vốn hiện vật và vốn con người.

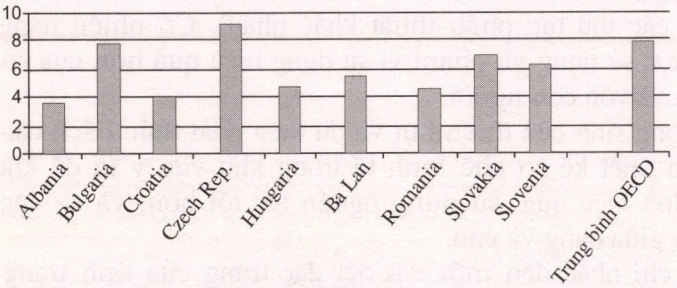
Sự cộng sinh của thiếu hụt và dư thừa phải thúc bách các nhà cải cách thiết kế cơ chế kinh tế trong khu vực y tế để khuyến khích tính hiệu quả, sử dụng nguồn lực tốt hơn, và sự cân đối gần hơn giữa cung và cầu.

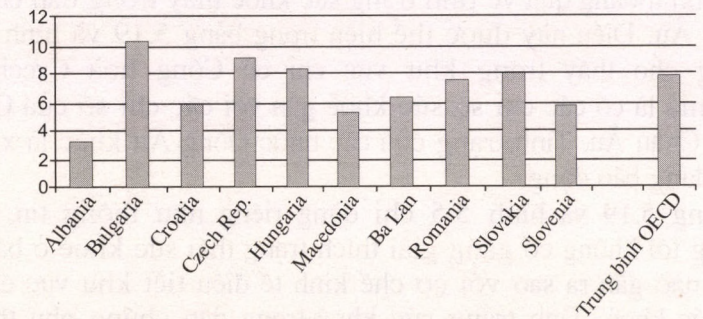
Mới chỉ nhắc đến một vài nét đặc trưng của tình trạng của khu vực y tế. Để bổ sung, chúng tôi muốn cung cấp cho bạn đọc cái nhìn thoáng qua về tình trạng sức khoẻ thấy trong dân chúng Đông Âu. Điều này được thể hiện trong bảng 5.19 và hình 5.5, chúng cho thấy trong khu vực chỉ có Cộng hoà Czech và Slovenia là có các chỉ số sức khoẻ gần với các chỉ số của Cộng đồng Châu Âu. Tình trạng của các nước Đông Âu khác là xấu ở mức đáng báo động.

Bảng 5.19 và hình 5.5 chỉ dùng riêng như thông tin nền. Chúng tôi không cố gắng giải thích trạng thái sức khoẻ ở bất kể nước nào gắn ra sao với cơ chế kinh tế điều tiết khu vực chăm sóc sức khoẻ. Tình trạng sức khoẻ trong dân chúng phụ thuộc vào các tác động kết hợp của nhiều nhân tố. Cơ chế kinh tế chỉ là một trong các nhân tố diễn giải đó và không nhất thiết là nhân tố

* unemployment on the job: có chỗ làm nhưng không có việc, tức là thất nghiệp.







Hình 5.4 Các nguồn lực trong cung ứng chăm sóc sức khoẻ, Đông Âu, 1995-1997
Nguồn: WHO (1999d).

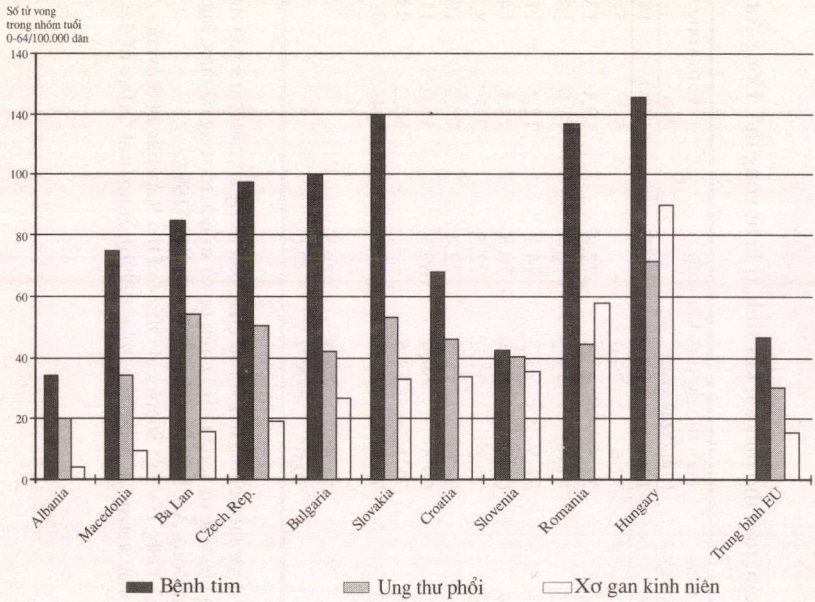
Bảng 5.19 Tỉ lệ tử vong trẻ em, tuổi thọ dự kiến khi sinh, tỉ lệ tử vong thô, Đông Âu, 1990-1997

	Tỉ lệ tử vong tre em (số tử vong trên 1.000 trẻ sinh ra còn sống)			Tuổi thọ dự tính khi sinh tính bằng năm			Tỉ lệ tử vong thô[1] trên 1.000 dân		
Nước	1990	1994	1997	1990	1994	1997	1990	1994	1997
Albani	30,9[2]	32,9	-	72,6	73,0	-	5,5[2]	5,3[4]	-
Bulgari	14,8	16,3	14,4[6]	71,5	70,8	72,8[6]	12,1	13,2	14,7
Croatia	10,7	10,2	8,2	72,6	73,2	72,6	10,9	10,4	11,4
C.H. Czech	10,8	8,0	6,1	71,5	73,2	74,1	12,5	11,4	10,9
Hungary	14,8	11,6	9,9	69,4	69,5	70,8	14,1	14,3	13,7
Macedonia	31,6	22,5	15,7[5]	71,8[3]	71,9	72,5	7,7[2]	8,1	8,3
Ba Lan	16,0	15,1	12,2[5]	71,0	71,8	72,4	10,2	10,0	10,0[5]
Rumani	26,9	23,9	22,0	69,8	69,4	69,1	10,7	11,7	12,4
Slovakia	12,0	11,2	8,8[6]	71,1	72,5	-	10,2	9,6	9,8[5]
Slovenia	8,3	6,5	5,2	74,1	74,2	75,3	9,4	9,7	9,6
OECD Trung vị	7,9	6,2	5,9	-	-	-	7,6	7,1	7,1
Nam				72,6	73,5	74,5			
Nữ				79,0	79,7	80,6			

Ghi chú: [1] Tỉ lệ tử vong thô là tỉ lệ tử vong không được hiệu chỉnh đối với sự khác biệt trong cơ cấu dân số có thể lí giải chênh lệch về tỉ lệ tử vong, như giới tính và tuổi. Giá trị trung vị của tỉ lệ tử vong OECD trên cơ sở số liệu tử vong đã được hiệu chỉnh theo tuổi, và như thế không thể so sánh trực tiếp với các số liệu Đông Âu. [2]1989. [3]1991. [4]1993. [5]1996. [6]1998.

Nguồn: Central Statistical Office (1998); OECD (1998b, 1999b); Statistical Office of the Republic of Slovenia (1998); WHO (1998, 1999d); Central Bureau of Statistics (1999); National Statistical Institute (199a, 1999b); Statistical Office of the Slovak Republic and VEDA (1999c).

Hình 5.5
(in lanscape vào 1 trang riêng)



Hình 5.5. Tỉ lệ tử vong chuẩn với nam giới (tuổi 0-64/100.000 dân)

Ghi chú: Tỉ suất tử vong chuẩn có nghĩa là tỉ lệ tử vong thô sẽ ra sao nếu dân cư có phân bố tuổi giống như phân bố chuẩn của dân cư Châu Âu. Số liệu cho Albani 1993, Bulgari 1994, Trung bình EU: 1995; các mức khác 1996.
Nguồn: WHO (1998)

mạnh nhất (Adler et al. 1993). Tuy vậy, có thể nói chắc chắn rằng nếu hoạt động của khu vực y tế có thể làm cho hiệu quả hơn, thì nó sẽ giúp cải thiện tình trạng sức khoẻ của dân chúng, cùng với những thay đổi thuận lợi khác. Dứt khoát có nhu cầu lớn về cải thiện, như bức tranh đáng lo ngại nêu ở bảng 5.19 và hình 5.5 phơi bày.

Phần II

Những nguyên tắc chỉ đạo cho cải cách

Dẫn nhập phần II

Phần I của cuốn sách gồm những điểm xuất phát cho cải cách: các nguyên tắc hướng dẫn, những đặc tính của khu vực y tế, những kinh nghiệm quốc tế, và những điều kiện ban đầu chung của Đông Âu. Ngay cả nếu các nhà cải cách ở mọi nước Đông Âu đi theo những nguyên tắc hoàn toàn như nhau, các kế hoạch thực tiễn của họ tại bất kể lúc nào cũng sẽ khác nhau, bởi vì mỗi nước phải đối mặt với tình hình khác nhau - về pháp lí, cấu trúc, kinh tế, và về thái độ của công chúng cũng như những ưu tiên chính trị. Đó là một lí do vì sao cuốn sách này không thể giới thiệu các chương trình thực hành một cách chi tiết.

Phần II giới hạn để mô tả cách tiếp cận chung và những chỉ dẫn rõ ràng cho cải cách mà các tác giả coi là hợp lí và đáng mong mỏi. Là thích hợp để nhắc lại ở đây một điểm được đưa ra đầu tiên trong dẫn nhập chung cho cuốn sách (tr.6): chúng tôi thừa nhận một cách có ý thức rằng những cải cách mà chúng tôi kiến nghị phản ánh các giá trị của mình. Đây không phải là một thực đơn, danh mục *à la carte*, của những cải cách từ đó người ta có thể chọn một cách hú hoạ hay có chọn lọc - những cái này cho những người bảo thủ, những cái nọ cho những người ôn hoà, những cái khác cho các nhà xã hội cánh tả,... Nếu hệ thống các

giá trị được phát biểu ở chương 2 là có thể chấp nhận được, độc giả có thể sử dụng tốt gói của những cải cách phụ thuộc lẫn nhau nêu trong phần còn lại của cuốn sách. Nếu không thể chấp nhận được, thì tất cả cái mà độc giả có thể thu được từ phần II là kiến thức về những thay đổi thực tế nào sẽ kế theo các nguyên tắc trình bày trước đây. Cho nên, sẽ không có phân tích toàn diện, từng vấn đề một, của tất cả những lựa chọn trọng yếu được thảo luận trong văn khoa về đề tài này. Nếu chỉ thấy có một giải pháp phù hợp với tập hợp các nguyên tắc đó, sẽ chỉ có giải pháp đó được kiến nghị. Những chọn lựa khả dĩ sẽ được đưa ra chỉ khi chúng cũng đều phù hợp với các nguyên tắc chỉ đạo, như các lựa chọn làm thăng bằng những cân đối khác nhau giữa các nguyên tắc có thể đòi hỏi sự đánh đổi (thí dụ, giữa lựa chọn cá nhân và đoàn kết xã hội).

Các chương 6 và 7 và phần đầu của chương 8 tạm thời không để ý đến việc những người liên quan ủng hộ ra sao đối với những cải cách sẽ được kiến nghị và các thế lực chính trị khác nhau có lập trường ra sao đối với chúng. Khía cạnh này, chính trị kinh tế học của cải cách chăm sóc sức khoẻ, được thảo luận ở nửa cuối của chương 8 và trong chương 9. Trình bày một cách khác, các chương 6, 7 và nửa đầu chương 8 hạn chế ở những kiến nghị. Chương 9 kết thúc bằng đưa ra những dự đoán về mức độ mà quá trình cải cách có thể thành công, và có thể gặp phải những khó khăn chính trị và xã hội thế nào.

6. Bên cầu: cấp tài chính, lợi ích và tổ chức bảo hiểm

Những ý tưởng chỉ đạo các khuyến nghị

Đoạn này tóm tắt ngắn gọn những ý tưởng chỉ đạo những cải cách được kiến nghị cho cơ chế kinh tế ở bên cầu. Muộn hơn, các đề nghị sẽ được phân nhỏ một cách có hệ thống và sẽ thảo luận những chi tiết và những hạn chế cần thiết.

Các dịch vụ y tế được phân ra làm hai phần: chăm sóc cơ bản và bổ sung. Tất cả mọi công dân phải được tiếp cận tới chăm sóc cơ bản. Quyền này phải được đảm bảo bằng luật. Ngoài ra, Nhà nước phải đảm bảo, về mặt kinh tế và tổ chức, rằng sự đảm bảo pháp lí này được giữ vững.

Ngược lại, chăm sóc bổ sung thì bệnh nhân phải mua. Phải có các điều kiện pháp lí và tổ chức để cho điều này có thể phát triển một cách hợp pháp với những điều kiện mua bán thương mại.

Nguồn cấp tài chính chủ yếu cho chăm sóc cơ bản là thuế do công dân đóng và/hoặc các khoản đóng góp bắt buộc thu từ họ như thu thuế. Nói cách khác, chăm sóc cơ bản được cấp tài chính từ tiền công cộng. Đây là nguồn chiếm ưu thế, nếu không phải là nguồn duy nhất.

Nguồn cấp tài chính chủ yếu cho chăm sóc bổ sung là tiền của các cá nhân hoặc gia đình. Một nguồn quan trọng khác, có thể là sự đóng góp tự nguyện của người sử dụng lao động (ngoài và trên mức đóng góp cho chăm sóc sức khoẻ do luật định). Trong cả hai trường hợp, nguồn là tiền tư.

Đâu là đường ranh giới giữa chăm sóc cơ bản và chăm sóc bổ sung? Thảo luận sẽ đề cập đến vấn đề này nhiều lần. Là đủ khi nói trước ở đây rằng đường ranh giới không phải là nhu cầu

chăm sóc sức khoẻ hay khả năng y tế, bởi vì chúng là vô độ. Phân bổ vĩ mô tiền công cộng để cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản, giống như cho giáo dục, quốc phòng, hoặc bảo vệ môi trường, phải được quyết định trong lĩnh vực chính trị. Khoản tiền có thể dùng cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản là khoản mà các tổ chức được uỷ quyền theo hiến pháp, các hội đồng lập pháp trung ương và địa phương, phân bổ cho mục đích đó. Những người phàn nàn rằng tổng chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản là không đủ, bất luận họ là bệnh nhân, bác sĩ, hoặc bất kể ai khác, phải đấu tranh trên mặt trận chính trị.

Tuy vậy, lĩnh vực chính trị không quyết định trực tiếp chi tiêu cho chăm sóc bổ sung. Điều này chủ yếu được quyết định bởi liệu các hộ gia đình và những người sử dụng lao động muốn và có khả năng chi cho loại chăm sóc này ra sao.

Chương 2 đã nêu bật một số nan giải nghiêm trọng gây ra bởi các mâu thuẫn giữa nguyên lí 1, quyền tự quyết cá nhân, và nguyên lí 2, sự đoàn kết. Cải cách phải đưa ra thoả hiệp tỉnh táo giữa hai nguyên lí này.

Đề xuất ở đây là nguyên lí 2 và sự áp dụng nó cho chăm sóc sức khoẻ - nguyên lí bình quân chủ nghĩa đặc thù- phải được áp dụng ở mức chăm sóc sức khoẻ cơ bản. Phải có tiếp cận phổ quát và công bằng tới một gói lợi ích cơ bản. Mức chăm sóc sức khoẻ cơ bản phải phù hợp với mức phát triển kinh tế của đất nước (nguyên lí 8). Cấp tài chính phải duy trì được (nguyên lí 9) cả về mặt kinh tế lẫn chính trị. Các khoản thu nhập của nhà nước và phân bổ ngân sách cần thiết phải có thể chấp nhận được không chỉ đối với những người đóng thuế và các nhà lập pháp ngày nay, mà, ở mức có thể dự liệu được, cũng phải có thể chấp nhận được đối với những người nộp thuế và lập pháp tương lai nữa.

Chỉ có ngân sách vĩ mô cho chăm sóc cơ bản được quyết định trong lĩnh vực chính trị. Phân bổ vi mô - ai nhận được bao nhiêu và khi nào- bao gồm hàng triệu quyết định chi tiết, chủ yếu đạt được và trong hầu hết các trường hợp bởi các nhà quyết định trong bản thân khu vực y tế - tức là các nhà cung cấp và bệnh

nhân. Tuy vậy, cần phải có cơ chế thích hợp để đảm bảo, ở mức có thể, rằng tổng chi phí cần thiết cho tất cả những quyết định vi mô vừa khớp với ngân sách tổng thể cho chăm sóc cơ bản. Cuốn sách này không định nghĩa chăm sóc cơ bản bằng một danh mục những can thiệp y khoa hay thuốc men. Thay vào đó, nó gợi ý một định nghĩa mang tính thủ tục của hai loại chăm sóc quan trọng căn bản, chăm sóc cơ bản và chăm sóc bổ sung, và đưa ra những kiến nghị liên quan đến các định chế nào và cá nhân nào được uỷ quyền quyết định và cập nhật gói lợi ích cơ bản đó (tr. 226).

Đối ngược với chăm sóc cơ bản, không có đảm bảo về tiếp cận phổ quát và công bằng tới chăm sóc bổ sung. Đúng hơn, là các dịch vụ nằm ngoài gói lợi ích cơ bản là có sẵn cho những người sẵn sàng trả tiền để sử dụng chúng. Các dịch vụ được coi là bổ sung vì thế sẽ được phân bố không đồng đều giữa các thành viên của xã hội. Nó có tương quan mạnh với thu nhập và sự giàu có, nói cách khác, với khả năng hộ gia đình có thể chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ ra sao. Tuy vậy, nó không chỉ phụ thuộc vào điều đó. Cũng quan trọng là những ưa thích của cá nhân và gia đình là gì, và người dân muốn dành bao nhiêu thu nhập cho mục đích này, trả giá bằng giảm các loại chi tiêu khác.

Sự không bình đẳng trong phân phối các chi tiêu chăm sóc sức khoẻ xúc phạm đến ý nghĩa công lí của nhiều người, không hề phủ nhận là kể cả của các tác giả. Mặt khác, cũng là sỉ nhục về mặt đạo đức nếu ngăn bất kể ai tiêu tiền của mình hay của gia đình mình cho sức khoẻ của chính mình hoặc cho những người thân yêu của mình. Nếu một nền kinh tế thị trường cho phép mọi người tiêu dùng chi tiêu cho thực phẩm, nhà ở, nhu cầu văn hoá, hoặc giải trí mà họ thấy phù hợp, thì với quyền gì Nhà nước lại ngăn họ chi tiêu, mức mà họ cho là phù hợp, cho chăm sóc sức khoẻ? Đó sẽ là một vi phạm nghiêm trọng nguyên lí 1, quyền tự quyết cá nhân. Hơn thế nữa, đó sẽ là đạo đức giả, bởi vì những bệnh nhân giàu có đằng nào cũng sẽ mua các dịch vụ thêm, nếu không bằng cách hợp pháp, thì trên thị trường "xám" hay "đen".

Chính vì thế, các hình thức pháp lí và hữu hiệu để cho phép sự lựa chọn cá nhân về chăm sóc bổ sung phải được thiết lập.

Với cùng nguyên lí đó, không được từ chối quyền của những người sử dụng lao động chi nhiều hơn mức tối thiểu bắt buộc cho sức khoẻ của nhân viên của họ.

Những lo ngại đạo đức liên quan đến bất bình đẳng sẽ được dịu đi với nhận thức rằng, sự mong muốn mua dịch vụ bổ sung của những người giàu có thể có tác động ngoại lai thuận lợi. Nó có thể giúp các bác sĩ và các nhà cung cấp y tế khác thu được kinh nghiệm trong áp dụng các thủ tục mới, khởi đầu khá đắt tiền; nó có thể tạo thêm nguồn thu để mua các thiết bị đắt tiền hơn, các thiết bị này có thể được sử dụng rộng rãi hơn bởi những bệnh nhân mà bằng cách khác họ không thể tiếp cận nổi; và nó cho phép việc cấp tài chính công hướng vào những người ít may mắn hơn một cách hữu hiệu hơn. Phối hợp với các chính sách được thiết kế để đảm bảo rằng, sự sử dụng chênh lệch các dịch vụ bổ sung không làm xói mòn tính nhất quán của tiếp cận phổ quát và công bằng tới gói lợi ích cơ bản được xã hội xác định, và lưu ý để buộc tuân theo một giới hạn tổng thể về chi tiêu chung, sự cho phép chăm sóc bổ sung là một đòi hỏi thẳng thắn của quyền tự quyết cá nhân. Các công dân phải được phép lựa chọn, không chỉ liệu có tiêu tiền của mình cho chăm sóc sức khoẻ bổ sung hay không, mà còn cả trong lựa chọn nhà bảo hiểm và nhà cung cấp mang lại giá trị tốt nhất cho đồng tiền của họ nữa.

Tóm lại, những đề xuất cải cách dựa trên cơ sở cấp tài chính công cho chăm sóc cơ bản, cấp tài chính tư nhân cho chăm sóc bổ sung, cung ứng dịch vụ một cách đa thành phần, và cạnh tranh được quản lí, với chú ý tới những khuyến khích và điều tiết để áp đặt ràng buộc cho tổng chi tiêu (cơ bản và bổ sung, công cộng và tư nhân). Phần còn lại của chương này thảo luận chi tiết hơn cải cách bên cầu của khu vực y tế, bao gồm cấp tài chính, phạm vi của những lợi ích, và tổ chức bảo hiểm. Cấp tài chính là đầu tiên, và đáng được thảo luận thích đáng (tr. 205-226), bởi vì nó là cốt tử, và thường được đánh giá không đúng mức, là công

cụ chính sách để thiết kế một hệ thống đồng thời giữ vững các nguyên lí đoàn kết (2) và có thể duy trì được (9) cũng như lựa chọn (1) và hiệu quả (4). Mặc dù dường như thiếu trật tự khi thảo luận cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản trước khi xác định gói lợi ích cơ bản (tr. 226-238), nhưng đây chính là điều cốt lõi mà chúng tôi đề xuất: phạm vi của chăm sóc cơ bản phải được xác định chủ yếu qua việc cấp tài chính cho nó - tức là, xã hội, thông qua các định chế dân chủ của mình, quyết định chi bao nhiêu cho chăm sóc cơ bản. Ai nhận được dịch vụ y tế gì, như chăm sóc cơ bản, được xác định bằng ba cách phụ thuộc lẫn nhau: thứ nhất, bởi cơ chế xác định *tổng chi tiêu* cho chăm sóc cơ bản (tr. 206), với sự tái phân phối nó kéo theo (tr. 211) và ảnh hưởng bởi một số tài trợ từ đồng-thanh toán của bệnh nhân (tr. 223); thứ hai, bởi quá trình thể chế xác định *các dịch vụ y tế nào* nằm trong gói lợi ích cơ bản (tr. 226); và thứ ba, bởi các bác sĩ và các nhà cung cấp y tế khác (cùng với bản thân các bệnh nhân) khi họ quyết định *ai nhận được dịch vụ nào*, dưới sự ràng buộc áp đặt bởi giới hạn của tổng chi tiêu, phạm vi của gói lợi ích cơ bản, và ảnh hưởng của tổ chức và những khuyến khích (tr. 238-273 và chương 7 và 8).

Cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản

Ai phải xác định khoản nguồn lực xã hội dành cho chi tiêu về chăm sóc sức khoẻ cơ bản? Cuốn sách này kiến nghị rằng việc xác định tổng mức chi tiêu hoặc phân bổ-vĩ mô cho chăm sóc cơ bản không được để cho các nhà cung cấp y tế ("những người bán") hoặc cho các bệnh nhân ("những người mua") quyết định. Nhà nước phải có nghĩa vụ đảm bảo một sự phân bổ-vĩ mô phải chăng cho chăm sóc cơ bản, và từng người sẽ sử dụng nó như

một quyền công dân.[1] Trong khía cạnh này, cơ chế được khuyến nghị gần giống hệ thống Đức, hoặc nói chung hơn, gần giống hình mẫu Châu Âu và Canada hơn, chứ không phải hệ thống Mĩ. Nó giữ lại những quyền đã giành được trong luật ở hầu hết các nước Đông Âu dưới thời xã hội chủ nghĩa và vẫn không bị rút lại trong chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa trong khu vực.

Phương pháp cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản được gợi ý ở đây khác thế nào so với cách được sử dụng trước khi chuyển đổi chế độ? Sự khác biệt chính, là quá trình chính trị đã trở thành *dân chủ*. Các nhà quyết định không còn là nhóm lãnh đạo trong Đảng Cộng sản nữa, mà là các định chế lập pháp hợp pháp: Quốc hội và các nhà chức trách địa phương được bầu ra một cách tự do.

Không có chủ ý lí tưởng hoá quá trình ra quyết định này. Không thể nói "ý chí của nhân dân" được thể hiện tự thân trong pháp luật điều chỉnh thu nhập và chi tiêu của khu vực y tế. Có ma sát lớn trong cơ chế truyền động nối công dân với cơ quan lập pháp. Sự ưa thích thật sự của công chúng thường xuyên bị bóp méo trong các quyết định của các hội đồng trung ương và địa phương. Vấn đề này của chăm sóc sức khoẻ cơ bản cũng mắc vào những tranh cãi chính trị về tất cả các quyết định ở quốc hội. Các nhà lập pháp và các cơ quan chính phủ chuẩn bị các dự thảo luật bị ảnh hưởng bởi lợi ích đảng phái, bởi các nhóm áp lực, và lobby, và bị cám dỗ bởi tính bình dân và mị dân rẻ tiền. Ngay cả như vậy, vẫn là một cơ chế chính trị hợp pháp hoạt động, mà nó có thể được mô tả bằng nhắc lại lời Churchill nói trước Hạ viện năm 1947, "Chẳng ai khẳng định rằng dân chủ là hoàn hảo hoặc thông hiểu hết. Thực ra, người ta nói rằng dân chủ là hình thức

[1] Đáng xem xét liệu quyền này có cho cả những công dân vi phạm luật do không chịu đóng góp bảo hiểm xã hội hay thuế. Thậm chí họ không thể bị từ chối với chăm sóc cấp cứu; hiển nhiên trẻ em không thể bị trừng phạt do tội của bố mẹ chúng. Thích hợp hơn là không từ chối quyền công dân của "những kẻ đi với vé lậu này (free-riders)", mà phải cải thiện tính hiệu quả của thu đóng góp hay thuế.

tối tệ nhất của Chính phủ trừ tất cả các hình thức khác đã được thử lúc này lúc nọ".[2]

Để cổ vũ những ý nguyện của công chúng kết tinh lại và áp dụng càng đầy đủ hơn, nguyên lí 6, *tính minh bạch*, phải được thực hiện nhất quán hơn. Có một số kĩ thuật để làm như vậy:

1. Là thiết thực nhằm thu được phần càng lớn càng tốt của các khoản thu cần thiết ở dạng thuế hoặc đóng góp bắt buộc được đánh dấu. Phải đảm bảo bằng luật rằng tổng số tiền, mà công dân nộp cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản, chỉ có thể được dùng cho mục đích đó. Những khảo sát kinh nghiệm cho thấy người dân cảm thấy có thiên hướng nhiều hơn để đóng thuế nếu họ biết chính xác mục đích sử dụng của tiền họ đóng.[3]

   Trong thực tiễn, không thể tiến tới quan hệ một-một giữa thu nhập được đánh dấu và các chi tiêu cho chăm sóc cơ bản. Không có chuyện từ chối các nguồn khác. Tuy nhiên, phần thuế y tế hay đóng góp bắt buộc được đánh dấu, được dùng càng cao bao nhiêu, thì mối liên hệ, giữa khấu trừ thuế ở một bên và các tiêu chuẩn chăm sóc ở bên kia, càng rõ ràng hơn đối với công dân.[4] Dòng tư duy đơn giản sau được gợi ý: Nếu bạn không thoả mãn với gói lợi ích cơ bản hiện hành, công cụ chính (nhưng không phải là duy nhất) để thay đổi nó là đóng nhiều thuế y tế hơn. Để giảm thuế bạn phải đóng, hãy chấp nhận những hệ quả: trong tương lai tự bạn sẽ phải trả cho các dịch vụ mà đến nay nhà nước vẫn trả.

---

[2] Nguyên văn: "No one pretends that democracy is perfect or all-wise. Indeed, it has been said that democracy is the worst form of Government except all those other forms that have been tried from time to time". *The Oxford Dictionary of Political Quotations*, Anthony Jay (ed.), Oxford University Press, 1996, p. 93.

[3] Một khảo sát ở Hoa Kì trên cơ sở thăm dò dư luận công chúng tại Maryland (Haynes and Florestano 1994) cho thấy nhiều người đồng ý với thuế được đánh dấu cho các mục đích cụ thể hơn là chống lại nó. Sự ủng hộ mạnh nhất là cho các loại thuế được đánh dấu cho chăm sóc sức khoẻ.

[4] Quan niệm và ý tưởng này thúc dục nhiều nhà kinh tế y tế ở các nước công nghiệp phát triển ủng hộ việc định ra một loại thuế được đánh dấu cho y tế. Thí dụ, Victor R. Fuchs, Chủ tịch năm 1995 của Hội Kinh tế Hoa Kì, một trong những nhà kinh tế hàng đầu nghiên cứu y tế, tuyên bố ủng hộ một loại thuế y tế chung trong diễn văn nhậm chức của mình. Fuchs (1996: 16-20).

2. Vấn đề thứ nhất gắn với một số ảo tưởng tài khoá ảnh hưởng đến ý nghĩ của phần lớn dân chúng. Mặc dù độ rộng của khoản đồng-thanh toán bắt buộc và tiền biếu đã làm lung lay niềm tin của họ rằng chăm sóc sức khoẻ là miễn phí, nhiều người vẫn không hiểu rằng chỉ với riêng khoản đóng góp trực tiếp chưa làm cho lời hứa về chăm sóc miễn phí tỏ ra là sai. Nguyên nhân chính là chăm sóc cơ bản cuối cùng vẫn được chi trả bằng thuế và đóng góp thu được từ công dân. Nhiều người không ý thức đầy đủ về chăm sóc cơ bản tốn hết bao nhiêu, và của ai đóng góp với mức độ nào, thông qua đóng góp và thuế của họ.[5] Việc nâng cao nhận thức về thuế là thiết yếu nếu muốn công dân phản ánh ý kiến có hiểu biết của mình về thuế y tế và các khoản chi tiêu.
3. Ngay cả nếu thuế hay đóng góp được đánh dấu là nguồn chiếm ưu thế, thì cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản được tiến hành qua một mạng rất phức tạp của các kênh. Điều này càng làm cho việc, phải theo dõi các khoản thu và chi một cách minh bạch nhất có thể, để công khai cho việc xem xét kĩ lưỡng, càng thêm quan trọng.
4. Các nhà chính trị ở tất cả mọi nước, khi tranh đua vì phiếu bầu, thường rất thích hứa hẹn, ở mức hoa mĩ khoa trương chung chung, về chăm sóc phong phú hơn và với chất lượng tốt hơn *đồng thời* với giảm thuế. Thật chẳng dễ cho các cử tri hiểu nghĩa chính xác các lời hứa của họ. Nhiệm vụ hỏi các câu hỏi hóc búa để làm cho tính minh bạch cao hơn là thuộc về nghề y, báo giới, giới hàn lâm, và không kém quan trọng là các nhà kinh tế nghiên cứu khu vực y tế. Phải làm cho các chính trị gia bộc lộ ra, càng cụ thể càng tốt, xem họ chuẩn bị

[5] Như đã nhắc tới ở chú thích số 6 của chương 2 (tr. 17), một nhóm nghiên cứu dưới sự bảo trợ của viện TÁRKI đã bắt đầu đo nhận thức về thuế và ảo tưởng tài khoá của công chúng. Khoảng 14 phần trăm dân chúng không hiểu rằng đóng góp bảo hiểm xã hội được khấu từ lương của họ hay không biết chắc về điều đó. Trong nhóm những người ý thức được về khoản khấu lương, thì 16-24 phần trăm không biết tỉ lệ đóng góp. TÁRKI đã lặp lại khảo sát vào năm 1999 và thấy phân bố vẫn như thế.

làm gì và họ trụ đỡ cho các lập luận của mình bằng các con số có thể kiểm tra được.

Bây giờ hãy kiểm qua các nguồn lực tạo thành ngân sách vĩ mô cho chăm sóc cơ bản.

(a) Tại nơi mà gợi ý 1 được chấp nhận như vừa được mô tả, khoản lớn nhất là thuế y tế hoặc đóng góp bảo hiểm xã hội cho y tế được đánh dấu, mà luật phải quy định rằng chỉ được dùng cho mục đích y tế.

(b) Có các khoản chi được đánh dấu cho mục đích y tế trong ngân sách trung ương. Cơ cấu ngân sách là khác nhau ở mỗi nước, nhưng trong hầu hết các nước, các khoản mục như vậy xuất hiện dưới nhiều tiêu đề - trong ngân sách cho bộ y tế và trong ngân sách của các bộ khác và các chương trình nữa. Đáng tiếc, điều này làm cho tình trạng thêm khó khăn hơn trong phân loại chi tiết.

(c) Những bình luận y hệt có thể đưa ra với các nhà chức trách địa phương, mà chi tiêu y tế của họ cũng xuất hiện dưới nhiều tiêu đề.

(d) Đóng góp cho khu vực y tế cũng có từ các định chế công cộng ngoài ngân sách, như từ quĩ hưu trí nhà nước.[6]

(e) Bệnh nhân trả phần đồng-thanh toán cho chăm sóc cơ bản. Những khoản này là từ tiền túi của bệnh nhân nhưng tính chung vào tổng cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản.

(f) Những khoản biếu, hiến tặng cho chăm sóc cơ bản của các cá nhân, các công ti, và các quĩ. Như khoản trước, số tiền này là từ túi tư nhân, nhưng được đưa vào quĩ (cái ví) chung. Loại này vẫn chỉ là lác đác ở Đông Âu, nhưng không phải không có. Đáng mong muốn là tăng qui mô các khoản này.

---

[6] Các khoản mục (a)-(d) có thể trùng lặp một phần. Tách chúng ra phụ thuộc vào cơ cấu ngân sách của nước liên quan. Từ quan điểm nội dung kinh tế của mỗi khoản mục, thì điểm duy nhất cần nhấn mạnh ở đây là *ngoài và vượt quá* nguồn chủ yếu (a), còn có thể có các nguồn khác được tính như cấp tài chính công.

Cộng tất cả các khoản trên lại cho ta ngân sách vĩ mô cho chăm sóc cơ bản. Tổng này không thể được chi tuỳ ý, như khu vực y tế cho là phù hợp, nếu không phải vì các lí do khác thì là bởi vì một số nguồn của nó đã có nghĩa vụ gắn vào. Tiền do quĩ hưu trí góp phải được chi cho chăm sóc y tế cho những người về hưu, tiền của địa phương phải được tiêu ở đó, khoản đồng-thanh toán của bệnh nhân là để bù đắp hoá đơn của người bệnh, v.v. Tuy nhiên, có khả năng tiến hành một số loại sắp xếp, ràng buộc bởi giới hạn trên cuối cùng của ngân sách vĩ mô.

Nhân vật chính trong quá trình ra quyết định về phân bổ tổng ngân sách cho chăm sóc cơ bản là bộ máy y tế, trong đó ngành y có tiếng nói chính. Tuy vậy, bởi vì liên quan đến tiền công cộng, hợp lí để có các tổ chức nhà nước và xã hội dân sự có năng lực thực hiện giám sát việc phân bổ. Các tổ chức này có thể là các định chế, các hội đồng, các nhóm công tác nhất thời được lập ra ở cấp cao và các cấp thấp hơn, bao gồm các bác sĩ, những người sử dụng lao động, các nhà bảo hiểm, các luật sư có kiến thức về y tế, các nhà kinh tế y tế, và đại diện của các nhóm bệnh nhân khác nhau. (Thí dụ của các tổ chức như vậy ở các nước khác được đưa ra trong thảo luận về các định chế ưu tiên hoá chăm sóc cơ bản ở tr. 236).

Phạm vi giám sát và ảnh hưởng của xã hội dân sự là một cách, trong đó phân bổ tài trợ công cộng cho chăm sóc cơ bản dưới các điều kiện dân chủ, khác với (hoặc, đúng hơn là phải khác với) cái được tiến hành trong phân nhỏ một cách quan liêu các hạn mức tập trung dưới nền kinh tế mệnh lệnh xã hội chủ nghĩa. Cả hai quá trình phân bổ kéo theo sự tranh giành giữa các nhóm vì tiền công cộng, nhưng dưới các điều kiện dân chủ thì việc này phải nhận được sự công khai lớn hơn và xảy ra dưới sự kiểm soát xã hội mạnh hơn.

Tất nhiên, những người tham gia lấy quyết định về phân bổ vi mô sẽ không chấp nhận phân bổ vi mô với sự từ chức. Họ có nhu cầu lớn để cho tiếng nói của họ được nghe thấy. Họ có thể thử gây áp lực lên các nhà lập pháp, để thay đổi tổng ngân sách cho

chăm sóc cơ bản, nhưng họ phải nhận thức được rằng họ không quyết định ngân sách đó. Quyết định được các hội đồng hợp pháp đưa ra trong lĩnh vực chính trị, đại diện cho quyền lợi của những người đóng thuế và những người khác trong xã hội.

Tái phân phối thông qua cấp tài chính

Chăm sóc cơ bản phổ quát được bảo đảm không thể được cung cấp bởi một sơ đồ bảo hiểm hoạt động trên cơ sở thương mại. Đã được nhắc tới ở chương 3 (tr. 64-65) rằng phương pháp cấp tài chính phải kết hợp bảo hiểm với các nhân tố tái phân phối giữa các nhóm xã hội. Điều cuối này là quan trọng, ít nhất ở ba mặt:

1. Một số người mắc các bệnh bẩm sinh hoặc dễ mắc bệnh, hoặc vào đời với một số khuyết tật thân thể. Những người khác, trong suốt đời mình không chống nổi bệnh tật gây ra tàn tật vĩnh viễn. Khả năng của người dân với sức khoẻ hay đau yếu - những rủi ro sức khoẻ- là không đồng đều. Một số người ở thế bất lợi về sức khoẻ suốt đời hay trong phần còn lại của đời mình.

   Với một hệ thống bảo hiểm thuần tuý thương mại, những người bất lợi phải trả phí bảo hiểm cao hơn so với những đồng bào may mắn hơn của họ. Tiếp cận đồng đều đến chăm sóc cơ bản chỉ có thể đạt được nếu có một sự tái phân phối có lợi cho những người ở thế bất lợi, với cái giá phải trả của những người không bị bất lợi vĩnh viễn về sức khoẻ. Loại tái phân phối này biểu hiện một loại đoàn kết riêng, *đoàn kết rủi ro - risk solidarity* (van de Ven and Ellis 2000).
2. Tác động ảnh hưởng của tuổi tác gắn với điểm 1, nhưng có thể xem xét riêng biệt. Quan hệ giữa chi tiêu về chăm sóc sức khoẻ và tuổi được minh hoạ bằng các số liệu của Cộng hoà Czech trên hình 6.1, nhưng quan hệ có hiệu lực chung. Đường cong bắt đầu với chi tiêu y tế cao hơn: chăm sóc trẻ

sơ sinh đắt hơn nhiều so với chăm sóc trẻ trên bốn tuổi.[7] Sau đó, chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ giảm liên tục cho tới độ 10-14 tuổi, kể từ đó lại bắt đầu tăng, mới đầu tăng chậm và sau tăng nhanh hơn. Tăng mạnh nhất là sau 64 tuổi, khi mà những can thiệp rất đắt có thể được thử để kéo dài cuộc sống.[8]

Với một hệ thống bảo hiểm thuần tuý thương mại, phí bảo hiểm sẽ phụ thuộc vào qui mô và cơ cấu tuổi của gia đình. Chắc chắn nó có xu hướng tăng với tuổi. Thực ra, dưới cạnh tranh thị trường tự do không được điều tiết giữa các nhà bảo hiểm, người dân có thể sẽ hoàn toàn không có khả năng mua bảo hiểm sau một độ tuổi nào đấy. Để đảm bảo rằng tất cả mọi người có tiếp cận đến chăm sóc cơ bản bất chấp tuổi, thì lại cần phải có tái phân phối, có lợi cho người cao tuổi và cho gia đình có trẻ em phụ thuộc, với cái giá phải trả bởi phần còn lại của dân chúng.

3. Điểm 1 và điểm 2 liên quan đến chi tiêu nhất thiết là không đồng đều, căn cứ vào gen trời cho, vào quá trình lão hoá tự nhiên, v.v. Bây giờ hãy xem bên cấp tài chính. Với một hệ thống thương mại, tất cả mọi người trong cùng một nhóm rủi ro (với chi phí chăm sóc dự kiến như nhau) sẽ phải trả cùng một mức phí bảo hiểm, bất luận thu nhập hay tài sản thế nào. Với một sơ đồ bảo hiểm thông thường hơn, rủi ro có thể tập hợp đồng chịu sao cho mỗi người trả cùng một phí bảo hiểm bất kể rủi ro cá nhân ra sao, nhưng điều này vẫn là vấn đề nếu phí không phụ thuộc vào thu nhập. Thí dụ, giả sử (tính với tái phân phối phác hoạ ở điểm 1 và điểm 2) rằng đã xác

---

[7] Cột đầu tiên trên hình 6.1 đại diện cho nhóm tuổi từ 0-4 tuổi. Chi thanh toán ở giai đoạn này là cao nhất khi có nỗ lực cứu đứa trẻ đẻ non. Đứa trẻ càng đẻ non hơn thì chi phí để cứu nó càng cao hơn.

[8] Cuốn sách này không bàn tới mối nan giải đạo đức nghiêm trọng là đường cong có thể và phải đi xa đến đâu, trong khuôn khổ giới hạn của chăm sóc cơ bản được chi trả từ công quĩ, ở cả hai phía đến gia tăng nhanh nhất của chi tiêu. Chăm sóc càng hào phóng hơn bao nhiêu cho một số nhóm, như những người già, thì càng nhiều nguồn lực bị hút đi khỏi chăm sóc cho những nhóm tuổi khác.

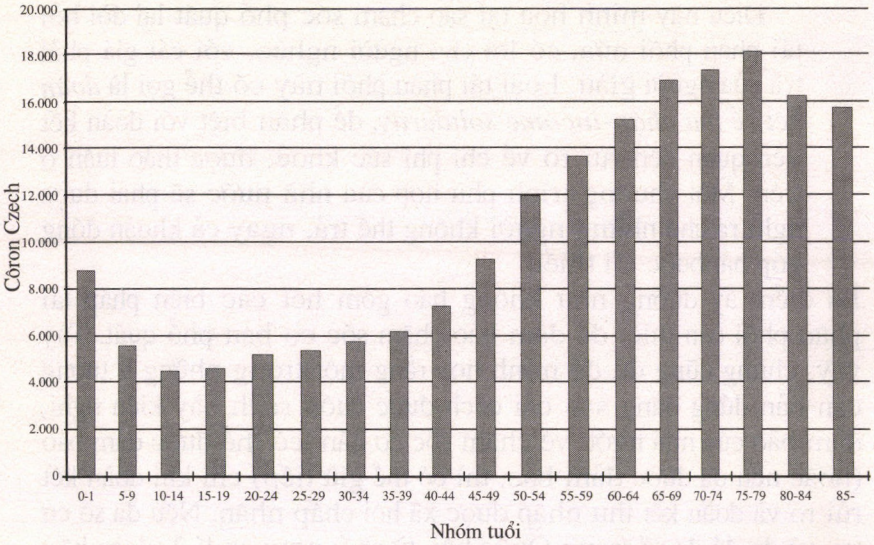
định phí bảo hiểm trung bình cần thiết trên một người được bảo hiểm để bù cho tất cả chi phí y tế, tập hợp chịu rủi ro chung cho toàn dân. Nếu mọi người buộc phải trả phí trung bình này, bất chấp thu nhập của họ, thì nhiều người sẽ không có khả năng trả, và như vậy bị loại khỏi chăm sóc cơ bản.

Điều này minh hoạ tại sao chăm sóc phổ quát lại đòi hỏi tái phân phối nữa, có lợi cho người nghèo, với cái giá phải trả của người giàu. Loại tái phân phối này có thể gọi là *đoàn kết về thu nhập-income solidarity*, để phân biệt với đoàn kết liên quan đến rủi ro về chi phí sức khoẻ, được thảo luận ở trên. Một chương trình phù hợp của nhà nước sẽ phải được nghĩ ra cho những người không thể trả, ngay cả khoản đóng góp bắt buộc tối thiểu.

Ba điểm ấy dường như không bao gồm hết các biện pháp tái phân phối cần thiết để đảm bảo chăm sóc cơ bản phổ quát. Tuy vậy, chúng cũng đủ để minh hoạ rằng một trong những ý tưởng căn bản đứng đằng sau cải cách được cuốn sách này kiến nghị, đảm bảo của nhà nước về chăm sóc cơ bản, có thể được đảm bảo (hoặc nếu đã được đảm bảo, thì có thể giữ tiếp) chỉ khi đoàn kết rủi ro và đoàn kết thu nhập được xã hội chấp nhận. Nếu đa số cử tri, và do đó đa số trong Quốc hội, từ chối nguyên lí 2 (đoàn kết) và tái phân phối bình quân chủ nghĩa đặc thù cho chăm sóc cơ bản đi cùng, thì những cải cách phác hoạ trong cuốn sách này không thể đưa ra được hay không thể duy trì được.

Những lập luận tiếp theo giả thiết rằng, sự từ chối đoàn kết này không xảy ra, và rằng tái phân phối đặc thù gắn vào cấp tài chính để ủng hộ đoàn kết rủi ro và đoàn kết thu nhập cho chăm sóc cơ bản là chấp nhận được về mặt chính trị và có thể duy trì được. Ngay cả như thế, vẫn còn nhiều vấn đề bỏ ngỏ, trong số đó một vài sẽ được xem xét ở đây.

Hình 6.1
(landscape)



Hình 6.1 Chi phí y tế trung bình của mỗi người được bảo hiểm, theo nhóm tuổi, Cộng hòa Czech, 1997

Nguồn: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (1998)

Bảng 6.1 *Phân bố chi tiêu y tế được cấp tài chính bởi bảo hiểm xã hội, Hungary, 1995*

Nhóm người được bảo hiểm	Tỉ lệ dân số (phần trăm)	Tỉ lệ cấp tài chính (phần trăm)	Tỉ lệ của tổng chi (phần trăm)	Chi tiêu trung bình *trên đầu người* (HUF)
Người lao động	31,1	68,0	24,3	20.708
Người già về hưu[1]	23,2	21,3	44,8	51.350
Người tự kinh doanh	7,5	3,3	5,9	20.708
Người Thất nghiệp	2,2	1,7	1,6	18.474
Người khác[2]	36,0	5,7	23,4	17.300

Chú thích:
[1]Đóng góp của những người về hưu không khấu trừ từ lương hưu, mà do hệ thống bảo hiểm hưu trí trả từ ngân sách của mình theo tỉ lệ của lương hưu. Liên quan đến cuốn sách, sơ đồ này đã chấm dứt trong năm 1997.
[2] Nhóm "người khác" bao gồm tất cả những người được bảo hiểm như người phụ thuộc vào người được bảo hiểm chính, phần đóng góp của họ do ngân sách góp.
Nguồn: World bank (1997b).

Các bảng 6.1, 6.2 và 6.3 cho cái nhìn sâu, xem các chi phí và chi tiêu chăm sóc sức khoẻ được phân bố ra sao theo các nhóm dân cư ở Hungary, Slovenia và Cộng hoà Czech. Đáng tiếc là cấu trúc của ba bảng này khác nhau, như thế chúng không thể so sánh trực tiếp được. Ngoài ra, phân loại nhóm dân cư cũng không may mắn. Các nhóm người còn lại bao gồm các nhóm phải được quan sát riêng rẽ nếu muốn nghiên cứu phân bố sâu hơn. Đây chẳng phải là chính các tác giả của cuốn sách này hoặc các nhà nghiên cứu khác không nhận được bức tranh rõ ràng về tình hình. Đòi hỏi về minh bạch không được thoả mãn: công chúng không có khả năng theo dõi ai trả cho ai.

Bảng 6.2 *Phân bố chi tiêu y tế được cấp tài chính bởi bảo hiểm xã hội, Slovenia, 1998*

Nhóm người được bảo hiểm	Tỉ lệ dân số (phần trăm)		Tỉ lệ cấp tài chính (phần trăm)	Tỉ lệ của tổng chi (phần trăm)	Chi tiêu trung bình *trên đầu người* (SIT)
Lao động, sử dụng lao động, tự kinh doanh	63,1			49,2	95.000
Không có người phụ thuộc		39,1	80,2		
Người già về hưu[1]	26,6			43,8	184.000
Không có người phụ thuộc		23,5	16,7		
Nông dân	1,9			1,2	68.000
Không có người phụ thuộc		1,2	0,5		
Người khác[2]	8,4			5,8	48.000
Không có người phụ thuộc		6,7	2,6		
Tổng	100	70,5			

Chú thích:
[1]Đóng góp của những người về hưu không khấu trừ từ lương hưu, mà do Viện Bảo bảo hiểm hưu trí trả từ ngân sách của mình theo tỉ lệ của lương hưu.
[2]Nhóm "người khác" bao gồm những người thất nghiệp, những người hưởng hoa lợi ngân sách, và những người mà đóng góp của họ do chính quyền thành phố trả.
Nguồn: Health Insurance Institute of Slovenia (1999).

Do thiếu một nguồn thông tin tốt hơn, hãy thử rút ra một vài kết luận từ các bảng này. Số liệu từ Hungary và Slovenia trụ đỡ cho điều được nói trước đây ở đoạn này: chi phí trên đầu người cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản với người già về hưu là lớn hơn nhiều so với những người còn ở độ tuổi lao động. Theo tinh thần của các lập luận nêu ra trước đây, chẳng ai sẽ trông đợi những người

già chi trả những chi phí cao này bằng tiền túi của mình. Tuy vậy, tái phân phối từ những người lao động đóng thuế cho người già là không minh bạch bởi vì chỉ có một phần nhỏ của chi tiêu y tế cho người già được bù bằng hệ thống hưu bổng. Phần còn lại của cấp tài chính là không theo dõi nổi. Chương trình cung cấp chăm sóc sức khoẻ cho người già phải được tách biệt rõ ràng, sao cho chương trình này có thể được cấp tài chính từ tiền công cộng, với sự chấp thuận của Quốc hội.

Bảng 6.3 Phân bố của đóng góp bảo hiểm xã hội, Cộng hoà Czech, 1994

Nhóm người được bảo hiểm	Phân bố của dân chúng được bảo hiểm (phần trăm)	Phân bố của tổng thu nhập từ đóng góp bảo hiểm xã hội (phần trăm)
Người tự trả cho mình:		
Lao động	41,0	73,4
Tự kinh doanh	4,5	4,6
Khác	1,7	1,0
Người do Chính phủ trả:		
Về hưu	21,5	8,5
Trẻ em	24,2	9,6
Thất nghiệp	2,7	1,1
Nghỉ trông con	2,5	1,0
Khác	1,9	0,7

Nguồn: NERA (1996).

Tương thích với các nguyên lí đạo đức chủ trương bởi cuốn sách này, và thực là một đòi hỏi cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản để giữ đoàn kết thu nhập, là xã hội phải chi cho chăm sóc cơ bản đối với người nghèo và người thất nghiệp. Nhưng nguyên lí minh bạch đòi hỏi rằng những khoản chi tiêu này phải được theo dõi riêng tách bạch. Hãy để cho rành mạch nhà chức trách nào hoặc chương trình nào đảm bảo chăm sóc cho những người nghèo khổ.

Minh bạch không phải là vấn đề duy nhất. Các bảng phản ánh, và đôi khi ở mức cường điệu, những méo mó chung của hệ thống thuế trong các nước hậu xã hội chủ nghĩa, đặc biệt liên quan đến sự phân bố bất công của gánh nặng thuế khoá. Thu nhập của dân cư có khả năng lao động phân ra hai nhóm chính. Nhóm thứ nhất là thu nhập hợp pháp từ việc làm thường xuyên. Loại thu nhập này dễ xác định, và như vậy thuế hay khoản đóng góp phụ thuộc vào thu nhập có thể thu một cách đơn giản. Với loại thu nhập này, khá dễ áp dụng loại tái phân phối thứ ba thảo luận ở đoạn này, đơn giản thông qua một loại thuế hoặc một khoản đóng góp bảo hiểm xã hội tuyến tính trên lương. Những người kiếm được nhiều thì đóng nhiều. Loại thu nhập thứ hai, bao gồm tất cả các thu nhập khác, là khó đánh thuế và có thể tránh thuế hoàn toàn. Nhiều người có thu nhập "vô hình". Thí dụ, người sử dụng lao động, thoả thuận với người lao động, chỉ báo cáo một phần lương cho các nhà chức trách và phần còn lại trả trực tiếp bằng tiền mặt để tránh thuế. Nhiều người tự doanh, từ người làm thời vụ nghèo khổ cho đến nhà doanh nhân triệu phú, che dấu toàn bộ hay chỉ báo cáo một phần thu nhập của mình. Nông dân là một trường hợp đặc biệt, một phần họ trùng với những người tự doanh. Dân cư nông nghiệp ở tất cả các nước Đông Âu đóng góp cho ngân quĩ chung ít hơn phần của mình, và điều đó đúng cả với đóng góp cho chăm sóc sức khoẻ nữa.[9]

Quyền hưởng thụ phổ quát không chỉ có nghĩa là *tất cả mọi người* nhận được chăm sóc sức khoẻ cơ bản, mà cũng còn có nghĩa là tất cả mọi người phải có nghĩa vụ đóng thuế y tế hoặc đóng góp bắt buộc, trừ khi đoàn kết xã hội quy định khác đi. Trong khía cạnh sau, tính phổ quát về quyền hưởng chăm sóc sức khoẻ cơ bản ở Đông Âu bị méo mó. Không phải tất cả những người có thu nhập thoả đáng *có đóng góp* cho tài trợ chăm sóc sức khoẻ cơ bản. Có nhiều người hưởng khống (free rider). Công

[9] Thí dụ, ở Albani dân cư có khả năng lao động và là người tự doanh ở vùng nông thôn chiếm 54 phần trăm dân chúng có khả năng lao động. Chỉ có một phần mười số này đóng góp cho chăm sóc sức khoẻ trong năm 1997. (Health Insurance Institute of Albania 1998).

luận bằng lòng với sự tồn tại của những người hưởng khống nếu họ đều là những người nghèo một cách tuyệt vọng, nhưng thực ra nhiều người hưởng khống có mức sống có thể chấp nhận được hoặc thậm chí giàu có. Sự phân loại thành hai nhóm thu nhập này được phản ánh ở dạng phóng đại trong các hàng liên quan đến người lao động của ba bảng 6.1-6.3. Những người lao động chiếm 30-40 phần trăm dân số, song họ phải chịu gánh nặng cấp tài chính 60-80 phần trăm. Gánh nặng cấp tài chính đó sẽ có thể chấp nhận được hơn nhiều nếu giả như nó được trải ra cho một tỉ lệ dân cư lớn hơn, cả đối với những người thực ra là người làm công trong nhiều trường hợp nhưng lại không đóng thuế trên thu nhập của mình.

Một số khuyến nghị có thể được hình thành theo tinh thần của những điều vừa nói.

Một cơ sở rộng hơn

Mở rộng các nguồn lực tài chính cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản là một phần của nhiệm vụ chung trong chương trình nghị sự của bất kể nước Đông Âu nào: mở rộng cơ sở (diện) đóng góp. Phải nỗ lực để chuyển các hoạt động trốn, lách thuế, chuyển nền kinh tế phi chính thức, bán-hợp pháp hay hoàn toàn bất hợp pháp thành một bộ phận của nền kinh tế hợp pháp, có đóng thuế, tham gia vào gánh vác gánh nặng chi tiêu công cộng. Điều đó bao gồm các biện pháp chống lại những kẻ hưởng khống chăm sóc sức khoẻ cơ bản.

Thuật ngữ "đóng góp cho chăm sóc sức khoẻ" dùng cho đến nay, vẫn để ngỏ vấn đề liệu khoản nộp bắt buộc này là thuế hoặc là đóng góp bảo hiểm xã hội. Tuy vậy, tại điểm này sự lựa chọn hẹp lại. Nếu ý định là mở rộng cơ sở đối với khoản thu bắt buộc cho các mục đích y tế, để phủ, thí dụ, cả các khoản thu nhập không dính với công việc, thì thiết yếu là đưa ra một loại thuế y tế chung và toàn diện, và nhập đóng góp bảo hiểm xã hội hiện tại

vào loại thuế này. Mở rộng cơ sở của thuế y tế chứ không tăng thuế suất, là một phương pháp được ưa chuộng để tăng thu.[10] Nếu cơ sở đánh thuế được mở rộng, tỉ suất đóng góp có thể được giảm xuống mà vẫn giữ được mức chăm sóc cơ bản hiện hành, hoặc như một lựa chọn, tiêu chuẩn chăm sóc có thể tăng lên mà không phải tăng thuế suất.

Một quy tắc đơn giản, minh bạch được kiến nghị: thuế y tế hãy "trung lập"; mọi khoản thu nhập được đối xử như nhau không phân biệt nguồn gốc. Thu nhập từ bất kể đâu, vì bất cứ lí do gì, đều phải có bổn phận đóng thuế y tế, một loại thuế được đánh dấu. Không cần phải lập ra các loại mới cho mục đích này hoặc các thuật ngữ mới. Định nghĩa cần thiết về thu nhập chịu thuế phải theo các tập quán tài khoá hiện hành. Thuế y tế ủng hộ các nguyên lí hướng dẫn những khuyến nghị này và có ưu điểm giản đơn là loại thuế tuyến tính, có một thuế suất duy nhất áp dụng cho mọi loại thu nhập bất kể nguồn xuất xứ. Trong khi chắc chắn không thể tránh khỏi phải có các ngoại lệ đối với quy tắc chung, quan trọng là phải giữ số ngoại lệ thấp.

Đòi hỏi tối thiểu

Để làm cho việc trốn thuế y tế thêm khó hơn, tất cả mọi công dân tiến hành hoạt động có thu nhập hoặc nhận thu nhập theo quyền của mình phải đóng một khoản thuế cố định tối thiểu, để được quyền hưởng chăm sóc sức khoẻ cơ bản cho bản thân mình và cho những người phụ thuộc của mình. Nói cách khác, phải có

---

[10] Một ý tưởng tương tự cũng đã được đưa ra trong quá trình tranh luận về cải cách khu vực phúc lợi ở Pháp. Nhiều chuyên gia kiến nghị rằng, như với thuế, nghĩa vụ phải nộp phải được mở rộng. Lập luận của họ là, do chăm sóc sức khoẻ đã được mở rộng ra toàn xã hội, như thế chẳng có lí lẽ nào bào chữa cho việc chỉ có lương và tiền công phải gánh chịu việc tài trợ cho chăm sóc đó thông qua đóng góp. Xem Nagy (1997: 34).

Sự bất bình về hệ thống phúc lợi hiện hành dựa quá nặng vào lương và dân làm công ăn lương cũng vang lên trong các cuộc tranh luận ở Đức. Điều này có nghĩa là những người làm công ăn lương ủng hộ cả, thí dụ, những người không cần giúp, bởi vì họ sống bằng thu nhập từ vốn (tư bản) của họ. Xem Henke (1988: 67).

Các lập luận tương tự cũng thấy ở Hoa Kì (xem chú thích số 4 ở trên).

một khoản cố định đóng cho tới một trần thu nhập, trên mức trần thu nhập đó phải đóng thuế tỉ lệ, có thể lại đến một mức ngưỡng thu nhập cho trước (sẽ thảo luận dưới đây).

Tính đồng đều của quy chế được kiến nghị để chi phối khoản cố định và phần thuế tỉ lệ với thu nhập. Tuy đánh thuế qua khoản cố định tối thiểu có tính luỹ thoái, cũng như cấp tài chính bằng đồng-chi trả của bệnh nhân, các biện pháp đó là hữu ích vì ảnh hưởng kỉ luật của chúng trong liên kết cấp tài chính với phạm vi cung ứng. Trong cả hai trường hợp, sẽ miễn trừ cho những người mà thu nhập thấp của họ làm cho khoản đóng góp, không (muốn) tạo khó khăn tài chính thái quá, này bị loại trừ. Phần thu nhập liên quan đến những miễn trừ này và qui mô của nhượng bộ sẽ phải nhỏ hơn nhiều so với phần hiện nay của tổng thu nhập được miễn trừ khỏi đóng góp bắt buộc. Đây là một trong những mục đích: mở rộng cơ sở thuế bất chấp có những miễn trừ. Bằng cách hiệu chỉnh mức của khoản thuế cố định và sự luỹ tiến của phần thuế-thu nhập còn lại, các nhà quyết định dân chủ được uỷ quyền ở mỗi nước có thể quyết định lấy loại cân đối nào giữa các mục tiêu tái phân phối và khuyến khích khác nhau của cấp tài chính.

Đã có ý tưởng được đưa ra là nếu công dân muốn, thì để cho họ có thể tự nguyện rút khỏi hệ thống chăm sóc sức khoẻ chung. Những người như vậy sẽ không đóng góp và họ không sử dụng dịch vụ chăm sóc được tài trợ bằng tiền công cộng. Quan điểm của các tác giả là quyền rút khỏi này không thể cho họ được ở mức độ phát triển hiện tại trong khu vực. Tái phân phối căn bản là ở quy mô lớn, như vậy sự rút khỏi của những người đóng góp lớn sẽ gây ra thiệt hại nghiêm trọng cho hệ thống. Mặt khác, sẽ không đúng khi áp dụng công thức đóng góp tuyến tính ở qui mô không hạn chế. Đến một mức thu nhập nào đó, đóng góp phải tỉ lệ với thu nhập, nhưng trên mức đó nó phải giảm xuống đột ngột hoặc thậm chí bằng không. Loại công thức đóng góp này được sử dụng ở nhiều nước Phương Tây và ở cả một số nước Đông Âu nữa.

Đồng-thanh toán

Bởi vì đồng-thanh toán của bệnh nhân là một loại thuế trên người đau ốm, bất chấp thu nhập, nó làm yếu đi các tác động tái phân phối của cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản thông qua đánh thuế với cơ sở rộng. Tuy vậy, như đã thảo luận ở chương 3 và sẽ thảo luận chi tiết ở đoạn sau, đồng-thanh toán phổ quát là rất có ích vì nó khuyến khích hạn chế cầu.[11] Để cân đối những cân nhắc này, có lí cho việc đặt các mức đồng-thanh toán tương đối thấp, để làm giảm nhẹ các tác động luỹ thoái.

Đóng góp được đánh dấu

Phần ngân quĩ có thể và lớn nhất cần cho chăm sóc cơ bản phải được đảm bảo từ các khoản đóng góp (hoặc, ở nơi có thể đưa ra, thuế y tế) được đánh dấu riêng cho chăm sóc sức khoẻ, và càng ít càng tốt từ các khoản thu ngân sách chung. Nhận được sự chấp thuận chính trị cho dạng cấp tài chính trước (đóng góp hoặc thuế) sẽ dễ hơn.

Tính trung lập với khu vực và hiệu chỉnh rủi ro

Một khi mọi khoản thu nhập đều bị đánh thuế để cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản, thì tất cả mọi người đều có quyền nhận nó, kể cả những người, thí dụ, sử dụng điều trị ở bệnh viện tư nhân và các bác sĩ tư. Quyền hưởng chăm sóc cơ bản phải mang tính "trung lập với khu vực"- không có các hạn chế phân biệt các nhà cung cấp công cộng hay tư nhân. Đề tài này sẽ được xem xét chi tiết muộn hơn.

Tất cả mọi thứ nói ở đoạn này đơn giản chỉ cho chăm sóc cơ bản, chứ không phải cho chăm sóc bổ sung, ở đó nguyên lí 1,

[11] Không có ý định đưa ra các quy tắc cứng nhắc ở đây. Trong những trường hợp khi đồng-thanh toán gây ra gánh nặng lớn cho những người nghèo khó, thì phải có miễn trừ.

chứ không phải nguyên lí 2, chiếm ưu thế. Như một đoạn sau (tr. 246) sẽ thảo luận chi tiết hơn là, cải cách được kiến nghị sẽ cho phép mọi cá nhân (và mọi người sử dụng lao động sẵn lòng chi trả một phần chi phí cho nhân viên của mình) có thể có bảo hiểm bổ sung, mà họ có khả năng và mong muốn mua, chỉ phải chịu những điều tiết chung được thiết kế để đấu tranh với khuyết tật thị trường.[12]

Đồng-thanh toán

Phương pháp thanh toán này được nhắc đến trước đây như *chia sẻ chi phí ở bên cầu* hoặc *đồng-thanh toán*. Như đã nhắc thoáng qua nhiều lần, bây giờ là lúc xem xét kĩ hơn vấn đề này.

Như đã nhắc tới ở chương 3, một điều nan giải của thiết kế hệ thống thanh toán (cũng như của thiết kế cấp tài chính và ích lợi) là sự đánh đổi giữa sử dụng hiệu quả, phân tán rủi ro, và sự đoàn kết gắn với các mức khác nhau về đồng-thanh toán của bệnh nhân. Các nguyên lí 8 và 9 về tỉ lệ chi tiêu hài hoà và cấp tài chính bền vững, thực ra không đòi hỏi đồng-thanh toán. Chăm sóc cơ bản phải được cấp tài chính hoàn toàn bởi thuế y tế hoặc đóng góp bắt buộc. Điều này có lẽ sẽ có ưu điểm về hành chính, bởi vì thu và theo dõi các khoản đồng-thanh toán kéo thêm nhiều công việc. Nó cũng đảm bảo sự phân tán rủi ro tối đa cho các bệnh nhân và sự đoàn kết giữa những người tiêu dùng có rủi ro khác nhau về nhu cầu các dịch vụ cơ bản.

Tuy vậy, nguyên lí 4- nhu cầu khuyến khích tính hiệu quả- tạo một động cơ vững chắc cho việc đưa ra đồng-thanh toán. Một hiển nhiên kinh tế là, cho không, miễn phí, không phải trả tiền đẻ ra phung phí và thiếu hụt. Mặc dù hiểm hoạ đạo đức gắn liền với mọi loại bảo hiểm, đối với chăm sóc sức khoẻ bổ sung "giá làm trong sạch thị trường" cuối cùng sẽ xuất hiện với cả phí

[12] Nếu một người sử dụng lao động sẵn sàng đóng góp tài chính cho bảo hiểm bổ sung theo nhóm được tổ chức cho nhân viên của mình, thì vẫn có thể có nhân tố tái phân phối. Điều này có thể lí giải như sự thể hiện đoàn kết giữa những người lao động trong cùng một tổ chức.

bảo hiểm phải trả ngay lẫn với khoản đồng-thanh toán ở điểm dịch vụ, và như thế cơ chế thị trường sẽ làm trung gian điều hoà giữa nhà bảo hiểm, nhà cung cấp, và người dùng. Điều này không như vậy với chăm sóc cơ bản, bởi vì tài chính công được dùng để đảm bảo sự đoàn kết rủi ro và đoàn kết thu nhập. Chính vì vậy những người dùng các dịch vụ cơ bản có khuyến khích tài chính rất yếu để hạn chế cầu của họ so với trường hợp nếu họ trả giá thị trường tại thời điểm dùng dịch vụ. Tuy vậy, cho dù khuyến khích là yếu, sẽ không đúng nếu loại bỏ hoàn toàn chia sẻ chi phí ở bên cầu. Ngay cả một khoản đồng-thanh toán danh nghĩa cũng có tác động kỉ luật. Chính vì lí do này cho nên sẽ rất hữu ích là, không chỉ đưa ra đồng-thanh toán phải chăng cho chăm sóc cơ bản, mà cũng qui định rằng bệnh nhân không được mua bảo hiểm bổ sung để bảo đảm hoàn toàn cho các khoản đồng-thanh toán, vì như thế sẽ loại bỏ tác động giữ kỉ luật đáng mong muốn.

Đáng lưu ý là vai trò của đồng-thanh toán trong cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản được tăng lên ở nhiều nước phát triển. Thí dụ, ở Pháp, chia sẻ chi phí ở bên cầu có dạng đồng-bảo hiểm, bệnh nhân có trách nhiệm với một phần của số được chi tiêu cho bệnh nhân đó (chứ không phải một khoản đồng-thanh toán cố định). Các bệnh nhân được phép mua bảo hiểm bổ sung để đảm bảo những chi phí phụ thêm. Đã có khuyến nghị là, bệnh nhân không được miễn trừ hoàn toàn khỏi chia sẻ chi phí ở bên cầu ngay cả nếu họ có bảo hiểm như vậy (OECD 1994b). Đối với điều trị ở bệnh viện, ở Đức, người được bảo hiểm trả một khoản cố định hàng ngày cho hai tuần đầu; sau thời gian đó, điều trị được đảm bảo hoàn toàn bằng bảo hiểm (Pfaff, Busch and Rindsfüsser 1994).

Chương 5, mô tả tình trạng hiện tại của cải cách ở Đông Âu, đã tường thuật ngắn gọn về tình trạng của mỗi nước liên quan đến đồng-thanh toán. Bảng 5.6 cho thấy một số nước trong khu vực không gắn kết nhiều dịch vụ cơ bản với bất kể một loại đồng-thanh toán nào. Mặc dù những bước đầu tiên tiến đến

đồng-thanh toán đã được đưa ra trong cung cấp thuốc, những bước này chưa đi đủ xa ở hầu hết các nước trong khu vực. Theo các tác giả, cần phải có các bước tiếp.

Các nhà hoạch định chính sách cần phải hành động thận trọng và ghi nhớ một cách tận tình những đòi hỏi về phân bố chi phí và thu nhập một cách công bằng, khi tăng cường các khuyến khích về sử dụng hiệu quả và ngăn chặn hiểm hoạ đạo đức. Có nhiều cách bổ sung cho nhau để làm việc này:

- Điều quan trọng nhất là mức đồng-thanh toán nên nhỏ, như vậy chúng không là một gánh nặng lớn cho bất kì ai. Việc cần đưa ra đồng-thanh toán không phải vì các lí do "tài chính", mà để hoạt động như một khuyến khích nhằm hạn chế chi phí.
- Phải cân nhắc cẩn trọng, từ khía cạnh y tế và tài chính, về khoản đồng-thanh toán qui định cho mỗi loại dịch vụ. Sự hấp tấp có thể dễ dẫn tới các biện pháp sai lầm làm hại cho bệnh nhân mà lại không có tác động kinh tế mong muốn.
- Đồng-thanh toán không được đưa ra ở thời điểm khủng hoảng kinh tế.[13] Nếu có thể, hệ thống nên được đưa vào hoạt động trong thời kì kinh tế mở mang, khi mà gánh nặng thêm được bù bởi sự gia tăng thu nhập thực tế.
- Hãy có một trần cho tổng các khoản đồng-thanh toán mà bất kể một bệnh nhân nào phải trả trong một năm. Nhiều khế ước bảo hiểm thương mại có điều khoản "dừng tổn thất-stoploss" như vậy. Một khi đạt đến trần này (hoặc khi các thành viên gia đình đạt trần kết hợp của họ) họ không phải trả thêm bất kể khoản đồng-thanh toán nào nữa. Trần này có thể khác nhau tuỳ theo thu nhập của gia đình.

---

[13] Dường như đã là một sai lầm khi thử đưa ra đồng-thanh toán lần đầu tiên ở Hungary như một phần của chương trình ổn định và hiệu chỉnh năm 1995. Chính phủ đã phải rút lại do sự chống đối gặp phải. Xem Losonczi (1997: 93).

Đồng-thanh toán đưa ra ở Croatia đầu các năm 1990 và loại trừ một số phương thức phòng ngừa khỏi gói dịch vụ cơ bản đã dẫn đến việc những người ở trong tình trạng tài chính xấu nhất đã mất khả năng tiếp cận tới chăm sóc phòng ngừa và chăm sóc ban đầu. Điều này có thể gây tác hại dài hạn (Chen and Mastilica 1998).

- Vấn đề định các tiêu chuẩn để miễn trừ, khỏi phải trả đồng-thanh toán, cần cân nhắc kĩ lưỡng. Các biện pháp tái phân phối được biện minh bởi nguyên lí 2. Cách áp dụng nguyên lí này phụ thuộc vào việc liệu khu vực phúc lợi nói chung và hệ thống y tế nói riêng sẽ đối xử với các trường hợp khốn khổ ra sao. Nếu, thí dụ, người cơ nhỡ nhận được trợ giúp về tài chính, thì độ lớn của khoản trợ giúp này sẽ có vai trò trong quyết định. Với chừng mực liên quan đến khuyến khích kinh tế, nếu trợ giúp là đủ cho đảm bảo đồng-thanh toán nữa, thì những khuyến khích sẽ được duy trì, thậm chí trong nội bộ nhóm đó. Tuy vậy, chi các khoản trợ giúp như vậy không phải luôn luôn khả thi, trong các trường hợp đó những người nghèo khó phải được miễn trừ các khoản đồng-thanh toán.

Đưa ra các biện pháp thực tiễn cụ thể không phải là nhiệm vụ của cuốn sách này. Tất cả những điều chúng tôi thử làm, chỉ là minh hoạ điều chúng tôi nghĩ nhằm làm nhẹ bớt những khó khăn do hệ thống đồng-thanh toán gây ra, có nghĩa thế nào. Tuy vậy, trong khi nhấn mạnh điều này, cần phải lặp lại rằng từ bỏ chăm sóc "miễn phí" hoàn toàn và phổ biến là thiết yếu để ngăn chặn tăng chi phí và để khắc phục thiếu hụt kinh niên về ngân quĩ cho chăm sóc cơ bản. Đưa ra chia sẻ chi phí ở bên cầu, ngay cả khi phải đối mặt với sự bất bình của dân chúng, là một thước đo của lòng can đảm và kỉ cương của lãnh đạo chính trị, và của cam kết của Chính phủ và Quốc hội nhằm cải cách khu vực y tế.

Gói lợi ích cơ bản

Các đoạn trước đã làm rõ ý tưởng chính liên quan đến ranh giới giữa các dịch vụ cơ bản và các dịch vụ bổ sung. Giới hạn trên của chi tiêu cho các dịch vụ cơ bản là ngân sách vĩ mô khả dĩ về mặt chính trị. Đoạn này đề cập đến vấn đề khó là, nội dung của

gói lợi ích cơ bản phải được xác định ra sao (ngoài yêu cầu một phần đồng-thanh toán vừa được thảo luận). Ai là người xác định, dịch vụ y tế nào được bao gồm trong quyền hưởng của công dân đối với chăm sóc cơ bản?

Với sự khan hiếm nguồn lực trong bất kể xã hội nào, một số phương pháp phân phối (theo đầu người-rationing) là không thể tránh khỏi. Thực tế phổ biến với bảo hiểm nhằm đảm bảo mọi dịch vụ "cần thiết về mặt y học" chẳng tránh được nhu cầu phải phân phối. Vì sao cái "cần thiết về mặt y học" lại là khác nhau giữa Đức và Albani? "Hầu hết các cách thức chúng ta phân phối chăm sóc y tế là vô hình, không thấy được, bị che mờ đi bởi các giả định về văn hoá, bởi sự hiểu biết chính trị và các thực tiễn kinh tế" (Mechanic 1997: 83-4). Mức độ "cái gì là cần thiết về mặt y học" đẩy gánh nặng quyết định lên các bác sĩ hoặc những nhà cung cấp y tế khác. Thế nhưng nhà cung cấp lại hoà nhịp nhất với các nhu cầu của từng bệnh nhân, và khá xa (chẳng biết mấy về) các ràng buộc ngân sách vĩ mô. Chắc chắn chẳng có lí do gì để tổng cầu về chăm sóc sức khoẻ được xác định phù hợp với sự "cần thiết về mặt y học" của từng bệnh nhân sẽ nằm trong khung khổ của ngân sách vĩ mô, trừ trường hợp các dịch vụ được phân phối một cách ngầm định thông qua các phương pháp như thời gian xếp hàng chờ đợi và điều chỉnh chất lượng chăm sóc. Chính vì vậy, định nghĩa chăm sóc cơ bản phù hợp với sự "cần thiết về mặt y học" là vô định, không rõ, hoặc thậm chí sai lạc. Các tiêu chí cụ thể hơn là cần thiết.

Chúng tôi đề xuất xem xét một qui trình minh bạch, có thể chấp nhận được về mặt xã hội để xác định thứ tự ưu tiên một cách tường minh nhằm xác định một gói lợi ích cơ bản. Phải công nhận ngay từ đầu rằng tiêu chí để ra các quyết định đưa vào/loại ra trong chăm sóc sức khoẻ chẳng bao giờ là trọn vẹn và thật rõ ràng cả. Sẽ luôn có phạm vi và nhu cầu đối với suy xét y học. Không danh mục nào của các ưu tiên, chỉ dẫn, hoặc thủ tục điều trị có thể định rõ mọi tình huống, mọi bất thường khả dĩ. Đây chính là lí do vì sao chúng tôi nhấn mạnh, trong suốt công

trình này, đến tầm quan trọng của các khuyến khích. Cuối cùng các bệnh nhân và các nhà cung cấp phải quyết định về sử dụng các nguồn lực chăm sóc sức khoẻ, và các quyết định đó được ngả màu bởi các khuyến khích họ đối mặt. Tuy nhiên, sự bất lực trong chỉ rõ trước mọi thứ, không phủ định giá trị của việc xác lập một qui trình minh bạch và hợp pháp để hướng dẫn sự lựa chọn xã hội về những dịch vụ chăm sóc sức khoẻ nào cần phải đưa vào gói lợi ích cơ bản.

Các nền kinh tế chuyển đổi có thể sử dụng các kinh nghiệm khác nhau của nhiều nước khác ở khía cạnh này. Có các nỗ lực tường minh để xác định các ưu tiên cho đảm bảo công cộng ở nhiều nước phát triển. Thí dụ, Thuỵ Điển thiết lập một Uỷ ban các Ưu tiên của Quốc hội để xem xét vấn đề này. Báo cáo của Uỷ ban Dunning, ở Hà Lan năm 1991, khuyến nghị xác định ưu tiên theo bốn tiêu chí: chăm sóc y tế phải là cần thiết, có kết quả, và hiệu quả; và phải có một phần trách nhiệm của bệnh nhân. New Zealand thiết lập một Uỷ ban các Dịch vụ Cốt lõi (Core Services Committee, sau đó đổi tên là National Health Committee- Uỷ ban Sức khoẻ Quốc gia) và thực hiện một loạt các hội thảo đồng thuận để giúp xác định các ưu tiên chăm sóc sức khoẻ. Bang Oregon ở Hoa Kì mở rộng diện phủ tới các gia đình có thu nhập thấp hơn bằng cách hạn chế gói lợi ích cơ bản Medicaid trong một danh mục cụ thể các dịch vụ. Isralel vật lộn với việc xác định chăm sóc cơ bản khi thực hiện Bảo hiểm Y tế Quốc gia năm 1995.

Hãy khảo sát ngắn gọn logic của các cách tiếp cận khác nhau nhằm xác định chăm sóc sức khoẻ cơ bản:

(1) Như một phép xấp xỉ đầu tiên, hiện trạng có thể coi như gói lợi ích cơ bản. Các bệnh nhân tiếp tục nhận được tất cả các dịch vụ mà họ đã quen trong đời. Thí dụ, ở New Zealand, "các dịch vụ cốt lõi" được định nghĩa bao gồm mọi dịch vụ hiện hành được chào, bởi vì chúng được lấy làm hiện thân cho "các giá trị và ưu tiên của các thế hệ trước của những

người New Zealand" (Honigsbaum *et al.* 1995: 26). Bảo hiểm Sức khoẻ của Israel chấp nhận, như gói lợi ích cơ bản của mình, danh mục toàn diện các dịch vụ của quĩ lớn nhất (Chinitz and Israeli 1997). Mặc dù chấp nhận thực trạng (như gói lợi ích cơ bản) còn xa mới không có vấn đề (thí dụ, nó có thể gắn với sự phi hiệu quả và bản thân có thể là mập mờ từ bao phủ "tất cả các dịch vụ cần thiết về mặt y học"), tuy nhiên nó có tính hợp pháp xã hội và nhìn chung là khả thi về mặt chính trị. Cách tiếp cận này có thể là một điểm xuất phát tốt ở Đông Âu, ở nơi mà đa phần dân chúng cảm nhận là được quyền hưởng tài trợ công cộng cho tất cả các dịch vụ y tế sẵn có. Nếu gói lợi ích cơ bản được khởi đầu bằng mức chi tiêu hiện trạng, thì thảo luận tiếp có thể tập trung vào phân bổ vi mô của bất kể khoản tăng ngân sách vĩ mô nào.

(2) Gói lợi ích cơ bản sẽ được hạn chế bởi năng lực thực tế của khu vực y tế, cả về vốn vật lí lẫn vốn con người. Sự phổ biến phù hợp các công nghệ y tế mới là vấn đề đặc biệt quan trọng trong xác định các dịch vụ cơ bản bị ràng buộc bởi ngân sách vĩ mô. Hầu hết các nước OECD đều có hệ thống đánh giá công nghệ y tế nào đó, bao gồm các chương trình điều tiết nghiêm ngặt để đảm bảo sự an toàn của các loại thuốc và dụng cụ y học mới. Mặc dù thảo luận chi tiết về chính sách nhân sự và đánh giá công nghệ vượt ra ngoài phạm vi của công trình này, cần phải nhắc tới rằng các quyết định đầu tư và đào tạo y học sẽ có tác động trực tiếp thiết yếu đến các dịch vụ nào là sẵn có và trở thành được chấp nhận về mặt xã hội như một phần không tách rời của chăm sóc cơ bản.

(3) Một cách tiếp cận để xác định chăm sóc cơ bản là phát triển một danh mục ưu tiên của các dịch vụ y tế được bao gồm. Một tiêu chí được chủ trương và logic cho sắp xếp các dịch vụ trong danh mục như vậy là một số đo nào đó về "giá trị của đồng tiền bỏ ra", chẳng hạn như tính hiệu quả-chi phí. Tính hiệu quả-chi phí là khoản lợi thuần về sức khoẻ từ một

dịch vụ y tế (so với không làm gì) chia cho chi phí của dịch vụ đó. Xếp loại các dịch vụ theo tính hiệu quả-chi phí là công việc tốn nhiều thông tin. Mặc dù đo lường chi phí một cách chính xác có những khó khăn nhất định, khía cạnh có vấn đề nhiều hơn thường là đánh giá tính hiệu quả bằng các kết quả sức khoẻ. Một số hình thức hiệu chỉnh nào đó là cần thiết bởi vì sự thực là, một khi bệnh tật hay thương tật xảy ra, thì cá nhân có thể chẳng bao giờ lấy lại sức khoẻ hoàn toàn được (tức là, có thể có những tác động vĩnh viễn lên chất lượng cuộc sống). Các số đo của tính hiệu quả-chi phí với những hiệu chỉnh như vậy bao gồm "Số năm sống được hiệu chỉnh theo chất lượng" (QALY = Quality-Adjusted Life Years) và "Số năm sống được hiệu chỉnh theo sự tàn tật" (DALY = Disability-Adjusted Life Years). Khi có các số liệu, chúng có thể được dùng để xếp hạng các dịch vụ phù hợp với chi phí bao nhiêu để đạt được thêm một năm của cuộc sống khoẻ mạnh. Tức là, chi phí cho mỗi DALY có được càng thấp, thì dịch vụ càng có tính hiệu quả-chi phí cao.[14] Lập kế hoạch có thể khởi động bằng việc "lấp đầy" ngân sách vĩ mô bắt đầu bằng các dịch vụ có hiệu quả-chi phí nhất và xuống dần trong danh sách xếp hạng để phủ từng nấc các dịch vụ có hiệu quả-chi phí thấp hơn.

Một "thuật toán" hiệu quả-chi phí như vậy được dùng ở Oregon để ưu tiên hoá các dịch vụ cho những người hưởng Medicaid trong danh mục ban đầu (1990). Danh mục được thực hiện thực tế vào năm 1994, tuy vậy, chỉ dựa trên cơ sở tiêu chí tính hiệu quả-chi phí một cách lỏng lẻo (Tengs 1996). Có 743 cặp điều kiện y tế/điều trị trên danh mục hiện hành. Ngân sách 1999-2001 tài trợ cho các cặp điều kiện/điều trị từ dòng 1 đến dòng 574 (Trang chủ của Office

[14] Ưu tiên hoá theo tính hiệu quả-chi phí bằng DALY, thí dụ, được Ngân hàng Thế giới khuyến nghị trong báo cáo năm 1993, *World Development Report* (World Bank 1993).

for Oregon Health Plan Policy and Research Homepage 2000).

Mặc dù xếp hạng theo tính hiệu quả-chi phí là quyến rũ trong thời đại của y học trên cơ sở chứng cứ (evidence-based), tiêu chí này không thể được áp dụng một cách máy móc để xác định danh mục cuối cùng của các dịch vụ cho một gói cơ bản. Những sự lệch khỏi sự xếp hạng nghiêm ngặt theo tính hiệu quả-chi phí hầu như luôn luôn là cần thiết để tính đến các giá trị xã hội khác. Thí dụ, sự xếp hạng ban đầu các cặp điều kiện/điều trị năm 1990 ở Oregon đặt ưu tiên cao cho một số điều trị có thể coi là không quan trọng, như điều trị mút ngón tay và đau đầu cấp tính. Thậm chí còn đáng chê trách hơn là việc xếp hạng thấp cho điều trị một số điều kiện trầm trọng và đe doạ tính mạng, như AIDS và xơ nang (Tengs 1996). Uỷ ban các Dịch vụ Sức khoẻ Oregon đã chuẩn bị một danh mục được soát lại, nó ưu tiên hoá các dịch vụ đầu tiên theo chiều "thiết yếu" (thí dụ, cấp tính chết người) đối sánh với dịch vụ "rất quan trọng" (thí dụ, kinh niên không chết người) hoặc "có giá trị với một số cá nhân nhất định" (thí dụ, dịch vụ triệt sản). Sự xếp hạng sau đó được "hiệu chỉnh bằng tay" bởi các uỷ viên hội đồng, được hướng dẫn bởi công luận và đánh giá chuyên môn. Qui trình này minh hoạ những hạn chế của sự xếp hạng kĩ thuật một cách nghiêm ngặt.[15]

Oregon không phải là thí dụ duy nhất của danh mục tường minh của các dịch vụ. Như đã nhắc tới, ở Israel gói cơ bản cho bảo hiểm quốc gia là một danh mục chi tiết các dịch vụ khởi đầu sử dụng ở một quĩ bảo hiểm bệnh tật lớn nhất. Nhưng cách tiếp cận Oregon nổi bật ở cam kết nguyên khai của nó theo xếp hạng hiệu quả-chi phí. Thảo luận kinh

[15] Uỷ ban các Dịch vụ Cốt lõi của New Zealand cho rằng một danh mục " không được rộng đến mức trở nên mất ý nghĩa, hoặc không được cứng nhắc đến mức trở thành không mềm dẻo và không công bằng"; Chính phủ Anh tuyên bố nêu danh mục tường minh các dịch vụ là "một sự diễn tập đầy nguy hiểm" (Ham 1997: 61-2).

nghiệm Oregon thường tập trung vào xếp hạng các cặp điều kiện/điều trị. Song trọng tâm này có lẽ đã bỏ qua điểm mạnh quan trọng nhất của cách tiếp cận Oregon, đó là *qui trình* định nghĩa danh mục và cách thức nó nhận được sự hợp pháp hoá cho những người hoạt động dưới phạm vi của nó (tức là, các bệnh nhân, các luật sư của họ, các nhà cung cấp, và các nhà bảo hiểm sức khoẻ).[16] Có sự tham khảo công chúng rộng rãi và có sự thừa nhận công khai rằng tính hiệu quả-chi phí hoặc phân hạng chi phí-lợi ích, mặc dù là hữu ích, song không thể tạo thành tiêu chí duy nhất để quyết định loại trừ. Cần phải có ý thức nào đó của sự chấp nhận xã hội rộng rãi hơn.

Là quan trọng để nhắc rằng một sự xếp hạng các dịch vụ không nhất thiết phải loại trừ việc đảm bảo phủ các dịch vụ phụ vào, *nếu* một nhà cung cấp hữu hiệu có thể cung cấp các dịch vụ đó với chi phí không lớn hơn chi phí trên đầu người cho phép đối với các dịch vụ cơ bản mà không gây ra chọn lọc rủi ro. Bằng cách này, tất cả các bệnh nhân có thể hưởng lợi một cách tiềm năng từ chăm sóc hiệu quả mà không làm tổn hại đến ràng buộc về tổng chi tiêu y tế. Thí dụ, ở Oregon hơn ba phần tư của những người hưởng lợi tham gia vào các sơ đồ chăm sóc được quản lí. Các sơ đồ này nhận được thanh toán theo đầu người (capitation) dựa trên cơ sở chi phí dự kiến của những lợi ích cơ bản đảm bảo bởi Danh mục Ưu tiên (Prioritized List). Bởi vì các sơ đồ chịu toàn bộ rủi ro tài chính, các giám đốc y học của họ có thể- và thực hiện- cho phép chăm sóc đối với các chuẩn đoán "dưới tuyến"- tức là cho các dịch vụ không được bao gồm một cách tường minh trong gói cơ bản (Bodenheimer 1997: 654). Điều này lại

[16] Người ta có thể chê trách rằng Kế hoạch Oregon chứa đựng sự phân phối (theo đầu người) cho mảng những người nghèo nhất trong dân cư chứ không phải cho toàn bộ dân cư và trên cơ sở đó nó có thể bị chê trách về mặt đạo đức (thí dụ, Daniels 1998). Chúng tôi có thiện cảm với quan điểm này, và lưu ý rằng những thứ chúng tôi khuyến nghị là cải cách toàn hệ thống, sâu rộng hơn cho các nền kinh tế chuyển đổi, trong đó sự phân biệt giữa các dịch vụ cơ bản và các dịch vụ bổ sung được áp dụng cho mọi giai tầng xã hội.

minh hoạ thêm nữa là, các khuyến khích thanh toán tương tác ra sao với các quyết định đưa vào/loại ra. Sử dụng thanh toán theo đầu người để chuyển rủi ro sang các tổ chức nhà cung cấp tích hợp, Chính phủ tạo ra ràng buộc ngân sách cứng trong khi vẫn cho phép các bệnh nhân hưởng lợi ích từ những cải thiện hiệu suất có thể lí giải sự đảm bảo rộng hơn. (Tuy nhiên cảnh báo phải đảm bảo liên quan đến chọn lọc rủi ro). Nhiều nhân tố khác cũng làm nhẹ bớt những tranh cãi về Danh mục Ưu tiên Oregon.[17]

(4) Hệ thống pháp lí thường có vai trò quan trọng trong xác định phạm vi của chăm sóc sức khoẻ cơ bản. Thí dụ, ở Oregon, danh mục đầu tiên đã phải sửa đổi bởi vì thuật toán xếp hạng dường như đã đánh giá thấp chất lượng cuộc sống gắn với các trạng thái tàn tật khác nhau và có khả năng vi phạm Luật về những Người Mĩ bị Tàn tật (Americans with Disabilities Act). Tại Israel, một nghiên cứu tình huống về vai trò của toà án trong thay đổi gói lợi ích cơ bản xuất phát từ cuộc tranh cãi về thuốc Betaseron, một loại thuốc dùng điều trị multiple sclerosis,* một loại bệnh rõ ràng được phủ bởi luật Bảo hiểm Sức khoẻ Quốc gia Israel. Năm 1995 nhiều bệnh nhân bị từ chối không được cấp thuốc này đã kiện và đã được toà án ủng hộ đòi hỏi của họ, buộc bảo hiểm phải chi trả cho tiếp cận loại thuốc này. Năm 1996 Bộ Y tế kiến nghị, với sự chấp thuận của Bộ Tài chính và Uỷ ban về Lao động và Phúc lợi, thuốc Bataseron chính thức trở thành bộ phận của gói lợi ích cơ bản. Bộ Y tế ra hướng dẫn (làm theo Hoa Kì) liên quan đến ai sẽ có thể tiếp cận được đến thuốc này. Sau đó toà án đã lật nhào hạn chế này, thực ra qui định rằng "những cân

[17] Độ bao phủ đã được mở rộng, ở cả phương diện dân cư được phủ lẫn cả ở phương diện của một số dịch vụ (thí dụ, chăm sóc răng và cấy ghép cơ quan) mà trước kia bị loại bỏ. Ngoài ra, bởi vì một chuẩn đoán là cần trước khi một điều trị có thể bị từ chối, nhiều điều kiện (thí dụ, viêm phế quản) mà điều trị không được phủ về mặt kĩ thuật, tuy nhiên vẫn có thể được điều trị trong khi thăm chuẩn đoán được phủ (Bodenheimer 1997: 653-4).

* bệnh xơ cứng-căn bệnh nguy hiểm phá hoại dần hệ thần kinh làm suy yếu cơ thể, khó đi, thường gây ra nhìn kém và nói chậm chạp.

nhắc về chi phí có thể được dùng để đưa toàn bộ một khoản mục ra khỏi gói, nhưng không được quyết định ai sẽ nhận được dịch vụ một khi nó đã nằm trong gói. Chỉ có bác sĩ kê đơn mới có thể xác định việc sử dụng một dịch vụ được phủ" (Chinitz and Israeli 1997: 208).

(5) Những nguyên tắc chỉ dẫn lâm sàng ngày càng là phương pháp thông dụng để ưu tiên hoá, thường bổ sung cho các phương pháp khác để xác định gói lợi ích cơ bản. Có những lí do hợp lí cho việc đưa một dịch vụ vào, nhưng chỉ với những hạn chế. Thí dụ, xếp hạng hiệu quả-chi phí của một dịch vụ có thể thay đổi nhiều tuỳ thuộc vào ai là người nhận dịch vụ đó (thí dụ, chụp X-quang vú cho phụ nữ có tuổi so với phụ nữ trẻ). Tại Hà Lan, cả nhóm các dịch vụ thường hiếm khi bị loại ra; thay vào đó, mức độ phủ được giới hạn (Ham 1997: 61). Uỷ ban Dịch vụ Sức khoẻ ở Oregon phát triển sáu hướng dẫn lâm sàng để "làm rõ ý định của các cặp điều kiện/điều trị" (Oregon Health Service Commission 1999: ix). Các chỉ dẫn có thể được coi như nỗ lực để phát triển một mối liên kết trên cơ sở chứng cứ giữa, đánh giá chuyên môn của một nhà cung cấp về những nhu cầu của một bệnh nhân, và mục tiêu xã hội rộng hơn của việc ưu tiên hoá sử dụng các nguồn lực hạn chế.

Các nhà bảo hiểm đã được thiết lập vững vàng (như các tổ chức chăm sóc được quản lí lớn ở Hoa Kì) có các thủ tục tài chính cho các quyết định bao gồm và loại ra. Các thủ tục này nêu các chỉ thị chính xác cho các bác sĩ, trên cơ sở thực tiễn y học và những cân nhắc tài chính. Cách tiếp cận này để định nghĩa các lợi ích, có thể coi như hợp nhất về mặt tổ chức những hướng dẫn lâm sàng và các khuyến khích thanh toán của nhà cung cấp để ảnh hưởng đến phạm vi các dịch vụ thông qua quyết định lâm sàng của các nhà cung cấp.

(6) Một cách tiếp cận khác là lập một danh mục các dịch vụ bị loại ra một cách rõ ràng khỏi sự bao phủ. Trong OECD, chăm sóc răng và mắt, khám nghiệm thể lực thường xuyên

và tiêm chủng, thụ tinh nhân tạo, v.v. thường không được phủ bởi các gói lợi ích cơ bản công cộng. Một biến thể của đề tài này là định nghĩa một gói cơ bản bằng cách xem xét liệu có tiền lệ đối với thị trường bảo hiểm tư nhân có thể hoạt động được đối với các dịch vụ bị loại khỏi đảm bảo cơ bản được cấp tài chính công cộng không. Mặc dù bảo hiểm tư nhân sẽ có khuynh hướng xuất hiện một cách tự nhiên với rất nhiều dịch vụ, song có một số dịch vụ y tế mà các nhà bảo hiểm tư nhân hiếm khi phủ hoặc là rất khó điều tiết trong một thị trường bảo hiểm tư nhân. Sử dụng dòng tư duy này, Hà Lan đã xác lập một thang bậc đảm bảo cơ bản trong Luật về Phí tổn Y tế Ngoại lệ cho các phí tổn "ở nơi mà rủi ro không thể được gánh chịu bởi cá nhân hoặc được đảm bảo một cách thích hợp bởi bảo hiểm tư nhân", bao gồm cả chăm sóc lâu dài ở các nhà chăm sóc, các bệnh viện tâm thần, v. v. (Netherlands Ministry of Health, Welfare, and Sport 1998: 5).

Rõ ràng có nhiều cách tiếp cận khác nhau để định nghĩa chăm sóc cơ bản. Các quyết định bao gồm và loại trừ thường gây rất nhiều tranh cãi và mang đặc tính chính trị. Các nhà thiết kế gói lợi ích cơ bản thường bị áp lực lobby bởi các nhóm người hưởng hay nhà cung cấp, những người cảm thấy các dịch vụ họ coi trọng bị loại bỏ một cách không công bằng.[18] Mỗi xã hội phải thiết lập cho mình một cách tiếp cận phù hợp với hoàn cảnh riêng của mình về văn hoá, chính trị, và kinh tế.

Chúng tôi thuyết phục các nhà hoạch định chính sách Đông Âu phát triển một qui trình để ưu tiên hoá chăm sóc cơ bản mà nó ủng hộ nguyên lí *minh bạch*. Né tránh những khó khăn của xác định ưu tiên tường minh chỉ dẫn đến dạng phân phối không

[18] Thí dụ, ở Israel, "nhiều thủ tục đắt tiền và thấy rất rõ được đưa vào trong gói do áp lực của một số nhóm quan tâm đến các bệnh đặc biệt" (Chinitz and Israeli 1997).

minh bạch.[19] Sự tham gia của công chúng là thiết yếu. New Zealand dùng bản câu hỏi thăm dò, các cuộc gặp gỡ công chúng, các hội thảo đạo đức, và nghe điều trần công khai các chuyên gia tư vấn. Thuỵ Điển và Oregon cũng sử dụng các nhóm công tác để nghiên cứu và thảo luận các vấn đề. Hà Lan có chương trình truyền thông sâu rộng, bao gồm các phong trào thông tin cho công chúng, các bản trả lời cho báo cáo tóm tắt được gửi cho tất cả các chuyên gia y tế, và các phương tiện thông tin đại chúng được thông tin rộng rãi (Ham 1997).

Các thể chế phù hợp phải được thiết lập để điều phối sự tham gia của công chúng và mặt khác để theo dõi quá trình liên tục về xác định và cập nhật phạm vi của chăm sóc cơ bản. Trong nhiều nước các thể chế như vậy đã tồn tại; với những nước khác chúng phải được thiết lập. Thường thì cơ quan lập pháp có thẩm quyền cuối cùng, nhưng nhiều nước cố để việc liệt kê các dịch vụ y tế cụ thể ra ngoài tranh cãi chính trị. Có thể hữu ích để mô tả một chút chi tiết về cách dàn xếp thể chế trong một vài trường hợp.

Tại Oregon, cơ quan lập pháp bang thiết lập Uỷ ban Dịch vụ Sức khoẻ Oregon để phát triển và rà soát Danh mục Ưu tiên của các Dịch vụ Y tế. Uỷ ban gồm mười một thành viên (năm bác sĩ, bốn đại diện người tiêu dùng, một nữ y tá công, và một cán bộ xã hội). Sự sửa đổi Danh mục hiện tại được tiến hành từng nửa năm một để hợp pháp hoá những thay đổi và hàng năm để xem xét các công nghệ y học mới. Sự rà soát kĩ lưỡng hơn, hai năm một lần, được tiến hành trước phiên họp của cơ quan lập pháp bao gồm tổng quan về các nhà cung cấp và điều trần công khai. Tiểu ban Kết quả Sức khoẻ (gồm các thành viên bác sĩ của Uỷ ban) đầu tiên xem xét lại các chứng cớ và sau đó khuyến nghị cho toàn bộ Uỷ ban. Một hãng kiểm kế bảo hiểm (actuarial) độc lập xác định tác động tài chính của bất kể sự thay đổi nào của Danh mục. Nếu sự thay đổi kéo theo bất kể sự thay đổi quan

[19] Nhà triết học Norman Daniels gợi ý bốn điều kiện để thiết lập sự hợp pháp và tính ngay thẳng của các quyết định xác lập giới hạn trong chăm sóc sức khoẻ, bao gồm cả cơ sở quyết định phải được công bố cho công chúng và phải có thể được khiếu nại.

trọng nào về chi phí, Uỷ ban phải đưa yêu cầu lên cho Hội đồng Lập pháp Khẩn cấp của Oregon. Thậm chí nếu không có thay đổi dự kiến về chi phí, Uỷ ban phải báo cáo cho lãnh đạo cơ quan lập pháp bang. Trước Luật Cân đối Ngân sách năm 1997, Oregon cũng phải nhận được sự chấp thuận từ các nhà chức trách Liên bang (tức là từ Cơ quan cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ- Health Care Financing Administration). Uỷ ban cũng đã lập ra một tiểu ban về qui trình để làm rõ phương pháp luận của danh mục ưu tiên.

Tại Israel, việc thực thi luật bảo hiểm sức khoẻ quốc gia được giám sát bởi một Hội đồng Sức khoẻ Quốc gia, do Bộ trưởng Bộ Y tế làm Chủ tịch, và bao gồm các đại diện của các quĩ ốm đau (sickness fund), những người tiêu dùng, các chuyên gia chính sách y tế, và các quan chức chính phủ khác. Hội đồng y học bao gồm những nhà thực hành y học hàng đầu, cấp đầu vào cho việc rà soát lại gói lợi ích cơ bản. Bộ trưởng Bộ Y tế có thể kiến nghị bổ sung cho gói cơ bản, nhưng "nếu chúng đòi hỏi các nguồn lực phụ thêm, thì Bộ trưởng phải đảm bảo, cùng với Bộ trưởng Bộ Tài chính, sự sẵn có của chúng. Việc đưa bất kì khoản mục nào ra khỏi gói cơ bản phải được phê chuẩn của Uỷ ban về Lao động và Phúc lợi Xã hội của Quốc hội" (Chinitz and Israeli 1997: 206-7).

Tương tự, ở Hà Lan, Hội đồng các quĩ Bảo hiểm Sức khoẻ (hoặc Hội đồng Bảo hiểm Chăm sóc sức khoẻ) đưa ra các kiến nghị cho Bộ Y tế, Phúc lợi, và Thể thao, và cuối cùng là cơ quan lập pháp, liên quan đến các quyết định bao gồm/loại trừ. Hội đồng có 38 thành viên bao gồm các đại diện của những người sử dụng lao động, người lao động, các nhà bảo hiểm y tế, và các nhà cung cấp (Netherlands Ministry of Health, Welfare, and Sport 1998).

Slovenia là nước Đông Âu duy nhất áp dụng thủ tục minh bạch để thiết lập các ưu tiên. Hàng năm, có các cuộc thương lượng giữa Bộ Y tế, các nhà cung cấp, và công ti bảo hiểm y tế, kết quả là một thoả thuận về chất lượng và giá của chăm sóc và

các khoản thanh toán phải trả. Thoả thuận bao gồm, thí dụ, bao nhiêu thay thế xương chậu, bao nhiêu phẫu thuật nhân mắt và tim, bao nhiêu xét nghiệm MRI, v.v và v.v. nhà bảo hiểm sẽ chấp nhận chi trả. Số lượng có thể của bệnh nhân được ước lượng từ số liệu năm trước và độ dài của các danh sách chờ đợi. (Đáng lưu ý là số liệu chính xác về những vấn đề này là sẵn có). Các số liệu này tạo cơ sở cho việc quyết định số lượng bao nhiêu của mỗi thủ tục (điều trị) được tài trợ. Các nhà cung cấp có thể xin phân bổ ngân quĩ. Nhà bảo hiểm không chi trả đối với các thủ tục vượt trên số lượng đã được thoả thuận.

Năm 1998, tổng số bệnh nhân ở bệnh viện cao hơn kế hoạch dự kiến là 8 phần trăm, nhưng tổng khối lượng cung ứng được thực hiện là 95,3 phần trăm của kế hoạch. Các bệnh viện không đạt các chỉ tiêu số lượng kế hoạch được nhà bảo hiểm bồi thường, để tránh các bệnh viện cố chi tiêu hết tất cả chi phí cho đủ số họ đã đề nghị (Health Insurance Institute of Slovenia 1999).

Tổ chức bảo hiểm: sở hữu, phi tập trung hoá, và cạnh tranh được quản lí

Trong phần còn lại của thảo luận, giả thiết rằng những người chuẩn bị cải cách đã chấp nhận những khuyến nghị được đưa ra cho đến đây trong chương này. Họ sẵn sàng coi chăm sóc cơ bản như một quyền phổ quát được tài trợ bởi tiền công cộng. Ngay cả như thế, họ vẫn có trước mặt mình nhiều chọn lựa, mà chúng có thể được phân loại theo nhiều quan điểm.

Sự lựa chọn đầu tiên là liệu chăm sóc cơ bản phải được cung cấp trực tiếp bởi Nhà nước trong một tổ chức dịch vụ y tế quốc gia tích hợp, hoặc phải được mua từ các nhà cung cấp tách biệt, thông qua một hệ thống bảo hiểm xã hội. Như đã nhắc tới trước đây, trường hợp cổ điển của loại đầu là hệ thống Anh chính gốc,

còn của loại thứ hai là hệ thống Đức. Để cho thí dụ rõ ràng như một lời nhắc nhở, chi phí bệnh viện được đảm bảo trực tiếp bởi ngân sách nhà nước ở hệ thống thứ nhất (thông qua một nhà chức trách hành chính). Trong hệ thống thứ hai, hầu hết tài chính công được thu dưới tiêu đề đóng góp bảo hiểm xã hội từ những người về mặt pháp lí buộc phải đóng góp, và sau đó chảy vào kết của một định chế bảo hiểm (hoặc một số định chế như vậy), và họ chi trả cho bệnh viện. Dưới hệ thống này "tiền theo bệnh nhân" chứ không phải được phân bổ trực tiếp bởi ngân sách trung ương cho nhà cung cấp.

Cuốn sách này khuyến nghị sự lựa chọn thứ hai. Nó mềm dẻo hơn, minh bạch hơn, và mở ra nhiều con đường dẫn tới các biến thể cải cách tiếp theo. (Như đã nhắc tới ở chương 4, thậm chí ngay Vương quốc Anh cũng đã rời khỏi mô hình tích hợp thuần khiết, bằng cách tách các vai trò người mua và nhà cung cấp khỏi nhau trong nội bộ National Health Service). Lí lẽ thuyết phục nhất, tuy vậy, là bảo hiểm xã hội là điểm xuất phát của hầu hết các nước Đông Âu (xem bảng 5.2, tr. 155). Các nước này đã thay mô hình Xô viết tích hợp cung ứng và cấp tài chính tập trung sang mô hình Đức rồi, mô hình bảo hiểm xã hội với sự tách biệt cung ứng khỏi cấp tài chính, điều đó làm cho có ít lí lẽ để tái tích hợp.[20] Về mặt các loại hình được đưa ra ở chương 3 (xem hình 3.1, tr. 83), Đông Âu đã chuyển đổi từ loại "I. Tích hợp" sang loại "II. Tách biệt" và chúng tôi tin rằng đây là một bước tích cực đầu tiên trong cải cách. Điều này để ngỏ vấn đề của mức độ còn lại của tích hợp giữa (các) nhà tài trợ, và (các) nhà cung cấp - II.i, II.ii, hoặc II.iii- vấn đề mà chúng ta sẽ đề cập tới.

Sự lựa chọn thứ hai liên quan đến cái, thường được nhắc tới trong văn khoa về đề tài này, như quyết định giữa hệ thống "một

[20] Thảo luận muộn hơn sẽ quay lại vấn đề liệu có bõ xem xét việc tích hợp bảo hiểm và cung ứng trong các đơn vị nhỏ như các HMO ở Hoa Kì không, trong khung cảnh của một hệ phân tán của các nhà bảo hiểm và các nhà cung cấp. Đó là vấn đề quan trọng ở Ba Lan trong suốt quá trình thương lượng kéo dài về cải cách chăm sóc sức khoẻ (Bossert and Wlodarczyk 2000).

người trả tiền duy nhất" và hệ thống "nhiều người trả tiền", và gắn với mức độ tập trung hoá hoặc phân tán hoá. Phải chăng chỉ nên có một nhà bảo hiểm y tế duy nhất cho chăm sóc cơ bản, người tập hợp rủi ro của tất cả những người tiêu dùng và chi trả các nhà cung cấp cho tất cả hoặc hầu như mọi chi phí của chăm sóc cơ bản? Hoặc bảo hiểm phải được phân tán hoá, với những tập hợp nhỏ hơn về rủi ro và các nhà bảo hiểm có thể cạnh tranh?

Dưới hệ thống một người chi trả duy nhất, các vai trò của nhà tài trợ và nhà bảo hiểm được tích hợp một cách tự nhiên (II.ii). Chính phủ hoặc quĩ trung ương phi thương mại chịu trách nhiệm giải ngân các khoản đóng góp bắt buộc cho chăm sóc cơ bản nhân danh những người tiêu dùng (tức là, nhà tài trợ) cũng hoạt động như nhà bảo hiểm. Có nhiều người ủng hộ ý tưởng rằng bảo hiểm cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản phải giữ nguyên trong khuôn khổ bảo hiểm xã hội phi thương mại như vậy, nhưng được phân rã thành các tổ chức khu vực lãnh thổ để ngăn chặn sự tập trung quá mức. Thay cho một tổ chức khổng lồ duy nhất, sẽ có các tổ chức bảo hiểm xã hội khu vực nhỏ hơn và giám sát chúng sẽ dễ hơn (World Bank 1993; Bossert and Wlodarczyk 2000). Chúng sẽ không cạnh tranh với nhau. Tất cả những người có quyền hưởng, cùng với những thành viên gia đình phụ thuộc, sẽ nộp đóng góp bảo hiểm xã hội một cách tự động cho, và nhận được bảo hiểm từ, nhà bảo hiểm xã hội ở vùng lãnh thổ mình sinh sống. Như vậy sự phân tán hoá vẫn giữ sự độc quyền bảo hiểm, mặc dù là ở trong vùng lãnh thổ chứ không phải ở mức quốc gia. Đã có một số tranh luận liệu có đáng phân tán theo vùng không trong khi vẫn giữ độc quyền bảo hiểm. Đây đơn giản chỉ là vấn đề hành chính, không phải là một vấn đề tế nhị về chính sách xã hội. Những người ủng hộ phân tán hoá theo vùng trước hết biểu dương rằng nó cổ vũ cho sự thích nghi mềm dẻo với các điều kiện địa phương. Tại những nơi tác động hữu ích

này có thực, thì chẳng có sự phản đối gì với nó.[21] Vấn đề chính sách cốt yếu hơn là, liệu phải giữ độc quyền bảo hiểm, hay đáng để cho các nhà bảo hiểm cạnh tranh nhau.

Một hệ thống nhiều người thanh toán, theo định nghĩa, phá vỡ độc quyền bảo hiểm: nhiều nhà bảo hiểm cùng tồn tại và cạnh tranh vì người tiêu dùng; các nhà cung cấp nhận thanh toán từ nhiều người chi trả.[22] Mặc dù trên lí thuyết các nhà bảo hiểm có thể đều là thuộc sở hữu nhà nước, trong thực tiễn các hệ thống nhiều người chi trả hầu như luôn luôn đặc trưng bởi các nhà bảo hiểm tư nhân cạnh tranh nhau. Tuy vậy, vẫn tiếp tục có thể có một nhà tài trợ quốc gia duy nhất, một quĩ trung ương, người trung gian dàn xếp giữa những người tiêu dùng và các nhà bảo hiểm bằng cách chuyển cấp tài chính công cộng cho các nhà bảo hiểm phù hợp với việc những người tiêu dùng nào chọn các nhà bảo hiểm nào. Trong trường hợp này, chức năng nhà tài trợ tách khỏi chức năng bảo hiểm (các hình thức II.i hoặc II.iii trong hình 3.1).[23] Các nhà bảo hiểm tư nhân sẽ cạnh tranh trong bán bảo hiểm sức khoẻ. Chúng chắc chắn sẽ cạnh tranh với nhau, nhưng chúng sẽ có quan hệ ra sao với tổ chức bảo hiểm xã hội phi thương mại (khởi đầu đã hoạt động như cả nhà tài trợ và nhà bảo hiểm)? Chúng sẽ đơn giản gia tăng thêm hoạt động của nó, hoặc chúng sẽ cạnh tranh với nó?

---

[21] Liệu có bõ công nhắm tới phân tán hoá theo vùng lãnh thổ không chắc sẽ phụ thuộc vào qui mô của nước đó. Dân số của hầu hết các nước hậu xã hội chủ nghĩa Đông Âu vào khoảng 10 triệu dân hoặc ít hơn. Vấn đề có sự chú ý lớn hơn ở Ba Lan, nước có 38,5 triệu dân. Phân tán hoá theo vùng lãnh thổ được nêu lên trong tất cả các khuyến nghị cải cách khác nhau ở Ba Lan.

[22] Với bảo hiểm xã hội độc quyền được phân tán hoá xuống mức vùng, các nhà cung cấp chuyên khoa đặc biệt ở một vùng nào đó (như các bệnh viện với các thiết bị công nghệ cao ở thủ đô quốc gia) có thể nhận bệnh nhân và các khoản thanh toán đi kèm từ nhiều nhà bảo hiểm khu vực khác nhau, và như thế đưa vào một nhân tố của một hệ thống nhiều người chi trả. Để phân biệt trường hợp này khỏi trường hợp nhiều nhà bảo hiểm trong một khu vực, chúng tôi tiếp tục dẫn chiếu đến trường hợp trước như hệ thống một người chi trả trong vùng.

[23] Cũng có thể là nhà tài trợ tự tổ chức các sơ đồ bảo hiểm của riêng mình, và đồng thời vẫn duy trì cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm tách biệt, mặc dù điều này có thể làm cho nhà tài trợ thiếu khách quan hơn đối với (*vis-à-vis*) các nhà bảo hiểm cạnh tranh. Tái phân phối ở Cộng hoà Czeck được thực hiện bởi một nhà bảo hiểm duy nhất, Viện Bảo hiểm Sức khoẻ Chung, như thế nó có chức năng nhà tài trợ. Tại Ba Lan, một quĩ cào bằng riêng biệt được thiết lập, hoạt động độc lập với những người chi trả duy nhất trong khu vực.

A. Với sự lựa chọn (A) này, sẽ vẫn tiếp tục có độc quyền công cộng về bảo hiểm cho chăm sóc cơ bản, cho dù rủi ro có thể được tập hợp ở mức quốc gia hoặc mức khu vực. Ngược lại với độc quyền bảo hiểm này cho chăm sóc cơ bản, phải có các cơ hội hợp pháp cho cạnh tranh trong bảo hiểm và cung ứng chăm sóc bổ sung. Bảo hiểm cho các dịch vụ bổ sung có thể được cả các nhà bảo hiểm công cộng và tư nhân cùng chào bán.[24]
B. Với sự lựa chọn (B) này, sẽ chấm dứt độc quyền công cộng đối với bảo hiểm cho chăm sóc cơ bản. Các nhà bảo hiểm tư nhân sẽ được tự do chào bán bảo hiểm phủ chăm sóc cơ bản lẫn chăm sóc bổ sung. Sự lựa chọn này sẽ đưa bảo hiểm sức khoẻ vào lĩnh vực trong đó cạnh tranh có thể cảm nhận thấy trong mọi nhánh.

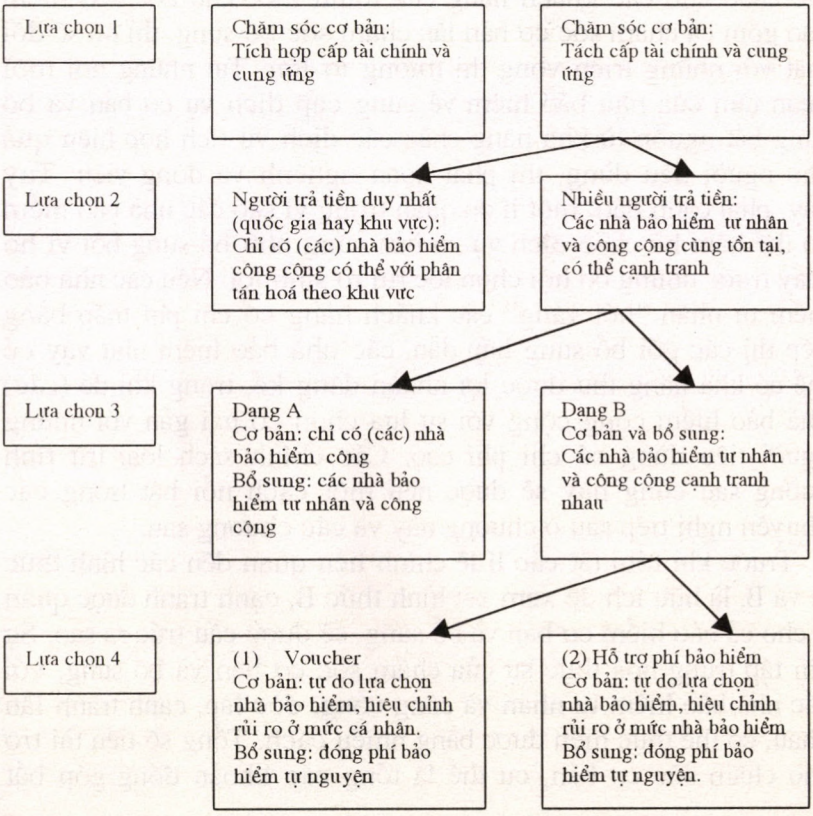
Hình 6.2 giới thiệu dưới dạng biểu đồ xem bốn lựa chọn quan trọng liên quan đến tổ chức bảo hiểm được phân loại và liên hệ với nhau ra sao. Một lập trường đã được đưa ra về nan giải thứ nhất; cái tiếp theo liên quan đến những lựa chọn còn lại sau khi sự tách biệt cấp tài chính và cung ứng đã được thực hiện.

Có tranh luận đáng kể trong văn khoa về các ưu điểm tương đối của các hệ thống một người chi trả duy nhất và hệ thống nhiều người chi trả.[25] Hầu hết các vấn đề này nổi lên liên quan đến lựa chọn 3, hình thức trong đó một hệ thống nhiều người chi trả được cấu trúc, và sẽ được thảo luận ngay. Lí do căn bản vì sao một hệ thống nhiều người chi trả có thể được khuyến nghị cho Đông Âu là ở khả năng của nó ủng hộ các nguyên lí chọn

[24] Điều này gây ra vấn đề rắc rối về thuật ngữ. Thuật ngữ "bảo hiểm xã hội" nguyên thuỷ chỉ mô hình Bismarck "thuần tuý", trong đó thu nhập của nhà bảo hiểm chỉ là từ đóng góp của các thành viên của mình và nhà bảo hiểm có độc quyền với bảo hiểm chăm sóc cơ bản. Nếu các nhà bảo hiểm tư nhân cũng được phép tham gia chào bán bảo hiểm cho chăm sóc cơ bản hoặc chăm sóc bổ sung, thì sẽ đáng ngờ liệu có nên giữ khái niệm bảo hiểm xã hội cho các nhà bảo hiểm phi thương mại thuộc sở hữu công cộng nữa không. Để tránh tranh cãi về thuật ngữ, từ điểm này trở đi thuật ngữ "nhà bảo hiểm công cộng" sẽ đối lập với "nhà bảo hiểm tư nhân".

[25] Về những ưu việt và khuyết điểm của bảo hiểm tập trung và phân tán, xem Saltman and Figueras (1997: 43-58).

lựa, cạnh tranh, và khuyến khích hiệu quả. Nếu chăm sóc bổ sung là được phép, và cho phép người tiêu dùng mua bảo hiểm cho các dịch vụ ấy, thì hệ thống nhiều người chi trả đi theo hầu như một cách tự động. Nhà chi trả công cộng duy nhất cũng có thể chào cho người tiêu dùng bảo hiểm bổ sung, nhưng người tiêu dùng sẽ có ít lựa chọn; một khu vực chăm sóc bổ sung sôi động sẽ cho phép người tiêu dùng lựa chọn giữa các nhà bảo hiểm (công cộng và tư nhân) cạnh tranh lẫn nhau.



Hình 6.2 Những cách lựa chọn phân tán hoá hệ thống bảo hiểm

Cái quan tâm thực tiễn cho Đông Âu là khả năng hoạt động của một hệ thống nhiều người chi trả, nếu công dân ưa thích một hệ thống như vậy. Những sự dận dữ chưa trở nên gay gắt về việc liệu các nhà bảo hiểm tư nhân có được phép chào các gói bảo hiểm bổ sung. Điều lo ngại là, ý tưởng này chưa kích thích đủ sự nhiệt thành giữa bản thân các nhà bảo hiểm. Thực ra, các cơ hội này chưa được khai thác mấy. Cái thật sự làm các nhà bảo hiểm tư nhân quan tâm là tham gia vào chăm sóc cơ bản. Nếu họ có thể chào cho các khách hàng của mình một khế ước bảo hiểm bao gồm cả chăm sóc cơ bản lẫn chăm sóc bổ sung, thì họ sẽ đối mặt với những triển vọng thị trường to lớn. Tại những nơi mối quan tâm của nhà bảo hiểm về cung cấp dịch vụ cơ bản và bổ sung bắt nguồn từ khả năng chào các dịch vụ tích hợp hiệu quả cho người tiêu dùng, thì phải hoan nghênh và động viên. Tuy vậy, phải cảnh báo: một lí do quan trọng vì sao các nhà bảo hiểm có thể hăm hở chào dịch vụ cơ bản cũng như bổ sung bởi vì họ thấy trước những cơ hội chọn lọc rủi ro sinh lợi. Nếu các nhà bảo hiểm tư nhân "hớt váng" các khách hàng có chi phí thấp bằng tiếp thị các gói bổ sung hấp dẫn, các nhà bảo hiểm như vậy có thể có khả năng thu được lợi nhuận đáng kể, trong khi để (các) nhà bảo hiểm công cộng với sự lựa chọn có hại gắn với những người tiêu dùng có chi phí cao. Các chính sách loại trừ tình huống sau cùng này sẽ được nêu một cách nổi bật trong các khuyến nghị tiếp sau ở chương này và các chương sau.

Trước khi tóm tắt các lí lẽ chính liên quan đến các hình thức A và B, là hữu ích để xem xét hình thức B, cạnh tranh được quản lí cho cả bảo hiểm cơ bản và bổ sung, sẽ được cấu trúc ra sao. Sự phi tập trung hoá thực sự của chăm sóc cơ bản và bổ sung, với các nhà bảo hiểm tư nhân và công cộng, độc lập, cạnh tranh lẫn nhau, có thể thực hiện được bằng nhiều cách. Tổng số tiền tài trợ cho chăm sóc cơ bản, cụ thể là tổng các khoản đóng góp bắt

buộc của công dân, sẽ chảy vào một quĩ nhà nước trung ương.[26] Người tiêu dùng sẽ lựa chọn giữa những nhà bảo hiểm cạnh tranh nhau. Ngân quĩ cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản, được để trong quĩ trung ương, sẽ đưa cho nhà bảo hiểm được chọn thế nào? Hai khả năng lựa chọn được giới thiệu ở lựa chọn 4 trên hình 6.2, và được minh hoạ ở hình 6.3.

Một kĩ thuật là *hệ thống voucher (phiếu)*. Hàng năm, quĩ trung ương, hoạt động như nhà tài trợ, sẽ phát cho tất cả những người được quyền hưởng chăm sóc cơ bản một tấm phiếu, họ sẽ chuyển phiếu đó cho nhà bảo hiểm họ lựa chọn. Giá trị của phiếu sẽ khác nhau, chủ yếu phụ thuộc vào tuổi, nhưng cũng phụ thuộc vào giới tính, nghề nghiệp và có thể vào các tiêu chí khác. Nói cách khác, các phiếu sẽ được hiệu chỉnh rủi ro từng loại một. Thí dụ, phiếu của một người tiêu dùng 70 tuổi sẽ mang lại cho nhà bảo hiểm nhiều tiền hơn nhiều so với cái của người 30 tuổi. Sự hiệu chỉnh rủi ro từng loại một sẽ được tính toán sao cho tổng giá trị của tất cả các phiếu bằng với ngân sách vĩ mô cho chăm sóc cơ bản. Những người tiêu dùng sẽ lựa chọn từ một dải những khế ước bảo hiểm, chúng phủ cùng một gói cơ bản như nhau, song có thể khác nhau về chăm sóc bổ sung được phủ (loại dịch vụ nào được phủ, bệnh nhân phải gánh vác bao nhiêu chia sẻ chi phí ở bên cầu, bệnh nhân được quyền lựa chọn bác sĩ ra sao, v. v.). Tiền mà nhà bảo hiểm thu được từ mỗi người tiêu dùng sẽ gồm hai khoản: giá trị đã được hiệu chỉnh rủi ro của phiếu mà người tiêu dùng giao cho nhà bảo hiểm, và khoản thanh toán thêm cho phí bảo hiểm bổ sung từ tiền túi của khách

---

[26] Sự tiếp tục của vấn đề thuật ngữ được nêu lên ở chú thích 24 phải được nhắc đến ở đây. Các khoản đóng góp bắt buộc của công dân cho chăm sóc cơ bản được gọi với cái tên gì? Tại những nơi bám chặt theo mô hình Đức, chúng được biết đến ở hầu hết các nước như "đóng góp bảo hiểm xã hội". Nếu kiến nghị ở trang 207-208 được chấp nhận, thay vào đó chúng phải được gọi là "thuế sức khoẻ" (thuế y tế). Đồng thời, như chú thích 24 đã chỉ ra, thật đáng ngờ là phạm trù "bảo hiểm xã hội" còn có thể giữ lại, một khi có sự cạnh tranh trong mọi nhánh của bảo hiểm y tế giữa các nhà bảo hiểm thuộc sở hữu tư nhân và công cộng. Trong phần còn lại của cuốn sách, thuật ngữ mang tính bình phong "đóng góp bắt buộc" sẽ được sử dụng. Thực ra, bổ ngữ "bắt buộc" thường được bỏ đi, nếu có thể luận ra từ ngữ cảnh rằng đó là khoản phải nộp, chứ không phải phí bảo hiểm tự nguyện.

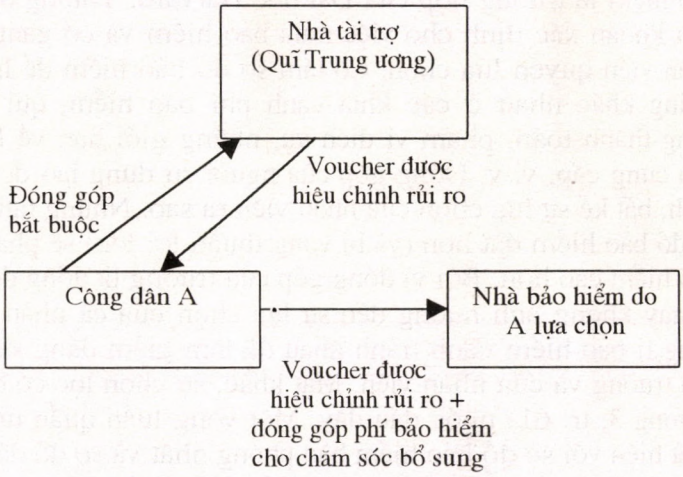
hàng. Trong một sơ đồ phiếu, một nhà bảo hiểm sẽ đòi những cá nhân khác nhau trả giá khác nhau cho cùng một gói dịch vụ. Thí dụ, phí bảo hiểm cơ bản của một cá nhân sẽ bằng giá trị đã được hiệu chỉnh rủi ro của phiếu của người đó.

Hỗ trợ phí bảo hiểm là một cách lựa chọn khác để tổ chức luân chuyển vốn từ quĩ trung ương cho các nhà bảo hiểm cạnh tranh nhau. Mỗi hãng bảo hiểm đòi tất cả người sử dụng trả giá như nhau cho một tập hợp dịch vụ cho trước. Quĩ trung ương sẽ hứa cho mỗi công dân một khoản tiền cố định để hỗ trợ mua bảo hiểm cho chăm sóc cơ bản. Khoản này là giống nhau cho tất cả những người được quyền hưởng chăm sóc cơ bản. Những người tiêu dùng sẽ so sánh các gói bảo hiểm và chọn nhà bảo hiểm mà mình ưa thích. Nếu phí bảo hiểm cho gói bảo hiểm được chọn cao hơn khoản mà quĩ trung ương hứa, thì người mua trả phần phụ trội. Điều này làm cho người tiêu dùng có ý thức về chi phí khi lựa chọn nhà bảo hiểm, và như thế khiến các nhà bảo hiểm cải thiện để kiếm nhiều người tham gia hơn. Không giống như hệ thống phiếu, quĩ trung ương không trả từng khoản hỗ trợ phí bảo hiểm cho cá nhân, mà trả cho nhà bảo hiểm của cá nhân đó. Để tránh việc cạnh tranh của nhà bảo hiểm trên cơ sở chọn những rủi ro tốt chứ không phải hạ thấp chi phí và/hoặc cải thiện chất lượng, các khoản chi trả *dự tính trước* (*ex ante*) cho các nhà bảo hiểm phải được hiệu chỉnh rủi ro để phản ánh rủi ro của tập hợp những người tham gia. Sự lựa chọn có thể làm nhẹ bớt thêm bởi sự thanh toán hỗn hợp và tập hợp rủi ro cao bắt buộc.[27]

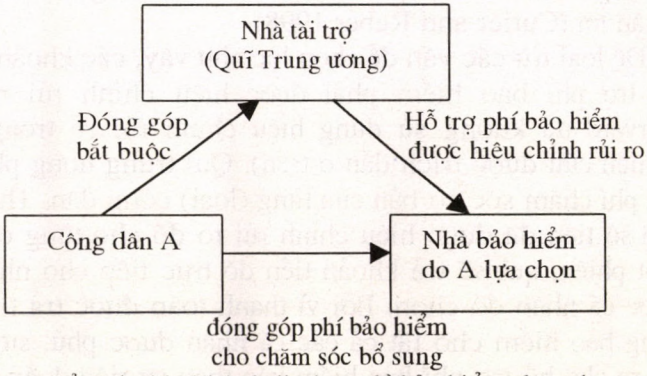
---

[27] Thanh toán hỗn hợp bổ sung thanh toán trước (*ex ante*) cho phí bảo hiểm từ quĩ trung ương bởi một khoản trả *sau* (*ex post*) nào đó cho nhà bảo hiểm dựa trên cơ sở các dịch vụ thực sự được dùng bởi các bệnh nhân tham gia bảo hiểm. Dưới mục tập hợp rủi ro cao bắt buộc (madatory high-risk pooling), các nhà bảo hiểm sẽ nhận được các khoản trả thêm cho những bệnh nhân mà họ đã dự đoán (và báo lên) từ trước rằng họ sẽ là những bệnh nhân có chi phí cao. Các nhà bảo hiểm được yêu cầu đóng góp cho quĩ (pool of funds) để phủ các bệnh nhân có rủi ro cao và được phép đưa ra, ở đầu thời kì đó, một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân của mình trong tập hợp rủi ro cao này. Những chi phí điều trị các bệnh nhân rủi ro cao này sẽ được hoàn trả từ tập hợp các quĩ này hào phóng hơn nhiều so với trường hợp khác, có lẽ được hoàn trả hoàn toàn. Các khái niệm thanh toán này đã được đưa ra ở chương 3 (tr. 101) và sẽ được thảo luận chi tiết hơn ở chương 8.

(1) Hệ thống phiếu (voucher)



(2) Hệ thống hỗ trợ phí bảo hiểm



Hình 6.3 Luân chuyển cấp tài chính dưới các sơ đồ bảo hiểm phân tán

Ghi chú: Để đơn giản, ở đây chỉ vẽ một công dân và một nhà bảo hiểm, mặc dù tất cả công dân đều có thể chọn từ các nhà bảo hiểm cạnh tranh nhau dưới cùng một sơ đồ. Đóng phí bảo hiểm bổ sung là tự nguyện. Các nhà cung cấp (không được thể hiện trên hình vẽ) có thể tích hợp với các nhà bảo hiểm hoặc là các đơn vị tách biệt được nhà bảo hiểm chi trả cho các dịch vụ được cung cấp.

Một thí dụ về cạnh tranh được quản lí trên cơ sở hỗ trợ phí bảo hiểm là trường hợp của Đại học Harvard. Trường đóng góp một khoản xác định cho việc mua bảo hiểm và cố gắng để cho nhân viên quyền lựa chọn. Có tám sơ đồ bảo hiểm để lựa chọn, chúng khác nhau ở các khía cạnh phí bảo hiểm, qui mô của đồng-thanh toán, phạm vi dịch vụ, những giới hạn về lựa chọn nhà cung cấp, v. v. Đóng góp của người sử dụng lao động là cố định, bất kể sự lựa chọn của nhân viên ra sao. Những người chọn sơ đồ bảo hiểm đắt hơn (và hi vọng thuận lợi lơn) sẽ phải trả phí bảo hiểm cao hơn. Bởi vì đóng góp của trường là đồng đều, nhân tố này không ảnh hưởng đến sự lựa chọn của cá nhân. Để các công ti bảo hiểm cạnh tranh nhau đã làm giảm đáng kể chi phí của trường và của nhân viên. Mặt khác, sự chọn lọc có hại (xem chương 3, tr. 61) ngóc đầu dậy. Một vòng luẩn quẩn tử thần đã xuất hiện với sơ đồ bảo hiểm hào phóng nhất và sơ đồ đó đã phải rút lại. Điều này loại trừ sơ đồ hấp dẫn nhất khỏi tập hợp lựa chọn của nhân viên. Bất chấp hiệu ứng phụ tiêu cực này, sự cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm xem ra đã mang lại kết quả chung thuận lợi (Cutler and Reber 1998).

Để loại trừ các vấn đề chọn lọc như vậy, các khoản thanh toán hỗ trợ phí bảo hiểm phải được hiệu chỉnh rủi ro. (Trường Harvard đã không sử dụng hiệu chỉnh rủi ro trong thời gian nghiên cứu được trích dẫn ở trên). Quĩ trung ương phải dự đoán chi phí chăm sóc cơ bản của từng (loại) công dân. Thay cho việc cấp số tiền đã được hiệu chỉnh rủi ro đó cho từng cá nhân như một phiếu, quĩ sẽ trả khoản tiền đó trực tiếp cho nhà bảo hiểm được cá nhân đó chọn. Bởi vì thanh toán được trả trực tiếp cho hãng bảo hiểm cho tất cả các cá nhân được phủ, sự hiệu chỉnh rủi ro cho hỗ trợ phí bảo hiểm kéo theo sự tiên đoán chi phí cho một tập hợp (pool) chứ không phải cho từng cá nhân riêng biệt.

Lựa chọn 4 (hình 6.2), giữa hệ thống phiếu và hỗ trợ phí bảo hiểm, kéo theo nhiều vấn đề kĩ thuật mà đến nay chưa có các bằng chứng về lí thuyết và thực nghiệm được thu thập, đặc biệt vì chưa có mấy kinh nghiệm với phiếu voucher. Có lẽ một sơ đồ

voucher có thể được ưa thích hơn nếu nguyên lí 1 được cho trọng lượng cao hơn so với nguyên lí 2, và hệ thống hỗ trợ phí bảo hiểm được ưa thích hơn nếu tỉ trọng tương đối là ngược lại. Vấn đề nghiên cứu chiến lược hiệu quả nhất để cấu trúc hình thức B chắc chắn đáng nghiên cứu tiếp.[28]

Hãy quay lại với lựa chọn thứ ba, giữa các lựa chọn hình thức A và B. Đây là một vấn đề lựa chọn còn xa mới đơn giản. Các ý kiến ở một số nước đã va nhau chát chúa rồi, trong khi ở các nước khác thì vẫn còn đang chờ sẽ nổ ra. Một khảo sát dư luận đáng chú ý được tiến hành ở Hungary về đề tài này (xem bảng 9.2-9.4, tr. 348-349). Tỉ lệ mẫu khá cao ủng hộ sự thay đổi từ hình thức A sang hình thức B ngay cả nếu phải đóng góp cao hơn, nhưng nhiều người cũng ủng hộ chỉ khi nếu mức đóng góp vẫn như cũ, và một số gạt bỏ mọi ý nghĩ về cạnh tranh.

Giữ hình thức A cũng gây ra các vấn đề nhìn từ quan điểm luật công. Ai là người ra quyết định hợp pháp về các vấn đề của tổ chức bảo hiểm xã hội độc quyền, cơ quan lập pháp hay chính phủ? Hay phải có một cơ quan điều khiển riêng cho hệ thống bảo hiểm xã hội? Trong trường hợp sau, thủ tục nào cần được áp dụng để lập cơ quan điều khiển đó? Nó phải được bầu bởi những người được bảo hiểm, hay nó phải bao gồm đại diện của các tổ chức xã hội (như của những người sử dụng lao động, của người lao động, hoặc các hiệp hội y tế)?[29] Mục đích ở đây chỉ đơn giản

---

[28] Tác giả thứ hai cảm thấy rằng một hệ thống hỗ trợ phí bảo hiểm sẽ được ưa thích hơn hệ thống phiếu nhằm đảm bảo sự lựa chọn mà vẫn loại trừ các vấn đề chọn lọc. Nguyên nhân cơ bản là, dựa vào các phiếu được hiệu chỉnh rủi ro riêng biệt trong khi công nghệ hiệu chỉnh rủi ro còn hạn chế thì có thể dẫn đến các vấn đề chọn lọc rủi ro nguy hiểm, và nó có thể trở thành cái bám chặt về mặt thể chế và khó đảo lại về mặt chính trị.

[29] Trạng thái luật công của hệ thống bảo hiểm xã hội tập trung ở Đông Âu khác nhau tuỳ theo nước. Thí dụ, ở Bulgari, Quĩ Bảo hiểm Sức khoẻ Quốc gia bắt đầu thực thi quyền luật định của mình trong năm 2000. Cơ quan điều khiển nó bao gồm đại diện của người được bảo hiểm, người sử dụng lao động, và người lao động theo tỉ lệ ngang nhau. Luật được thông qua ở Rumani năm 1998 đảm bảo quyền tự quản của Quĩ Chăm sóc sức khoẻ, được lãnh đạo bởi đại diện của người được bảo hiểm và người sử dụng lao động. Cũng có cơ quan tương tự theo luật định để lãnh đạo bảo hiểm xã hội ở Slovenia. Mặt khác, ở Hungary, Quĩ bảo hiểm xã hội từ trước vẫn là tự quản, quyền tự quản lại bị chấm dứt năm 1998, khi chính phủ trực tiếp quản lí. Sự chỉ trích cho sự thay đổi này là giám sát công cộng của cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản là không hiệu quả.

là nêu vấn đề, chứ không đi vào các khuyến nghị cụ thể. Cái cần được nhấn mạnh, ở khía cạnh rằng tổ chức độc quyền này hoạt động bằng tiền công cộng, rằng sự giám sát công cộng là vô cùng cần thiết.

Hình thức A, dựa trên cơ sở một tổ chức độc quyền về chăm sóc cơ bản, có hai ưu điểm lớn. Nó đơn giản cho quản lí, như vậy việc quản lí nó có thể rẻ hơn nhiều so với hoạt động của các tổ chức song hành cạnh tranh lẫn nhau, mỗi cái cần bộ phận hành chính riêng, nó cũng có nghĩa là các nhà cung cấp phải thu tiền đồng thời từ nhiều nơi.[30] Ưu điểm lớn khác là nó phủ - tập hợp phân chia rủi ro- là toàn bộ dân cư. Đặc biệt là với một nhà chi trả quốc gia duy nhất chứ không phải các nhà chi trả khu vực, công chúng, mà từ đó rủi ro được phân tán, có quy mô cực đại. Mặt khác, hình thức A có những yếu điểm liên quan đến độc quyền: khuynh hướng làm cho khách hàng không có khả năng tự vệ. Độc quyền tước đoạt phương tiện rút lui của khách hàng, mà sự từ bỏ đó của khách hàng lại là một động lực mạnh để buộc nhà bảo hiểm phải đạt thành tích cao hơn, phải đổi mới, và phát triển kĩ thuật. Không có khuyến khích kinh tế nào đối với tổ chức bảo hiểm độc quyền nỗ lực đạt thành tích tối đa, bất luận trong quản lí riêng của mình hay trong tương tác với các nhà cung cấp. Có ít lí do để tiết kiệm chi phí. Hình thức A này hiển nhiên mâu thuẫn mạnh với nguyên lí 3, đến nhu cầu phát triển cạnh tranh.

Chính ở điểm này lại là ưu điểm lớn của hình thức B. Tại đây cũng như trong các lĩnh vực khác, cạnh tranh sẽ đem lại sự khôn khéo, đổi mới, và chú ý đến nhu cầu của người tiêu dùng lớn hơn. Một yếu điểm là chi phí hành chính lớn hơn, nhưng rõ ràng là nếu đây chỉ là cái bóng tối duy nhất phủ lên hình thức B, thì sự lựa chọn sẽ là dễ dàng. Trong mọi lĩnh vực của nền kinh tế,

[30] Với gói cơ bản, tổ chức bảo hiểm xã hội độc quyền ở Slovenia tiêu 2,2 phần trăm tổng chi tiêu cho hành chính, tổ chức tương tự ở Hungary tiêu 3,8 phần trăm (Health Institute of Slovenia 1999, National Bank of Hungary 1999). Các con số này cho thấy mức chi phí hành chính đúng là nhỏ.

quản lí hành chính kết hợp của nhiều tổ chức song song luôn luôn tốn hơn, ở mức tổng hợp, so với quản lí hành chính của một tổ chức độc quyền duy nhất. Trong trường hợp của một tổ chức vì lợi nhuận, thu nhập phải bù được cho chi phí và cả lợi nhuận nữa. Vấn đề lại tái sinh, trong khuôn khổ của một ngành (y tế), sự tương phản quá quen thuộc giữa chủ nghĩa xã hội và chủ nghĩa tư bản, giữa kế hoạch hoá tập trung và cạnh tranh thị trường. Thoạt nhìn, nhân tố đầu tiên trong các cặp này, sự tập trung hoá và độc quyền hành chính, dường như là "rẻ hơn" từ quan điểm tĩnh. Tuy vậy, sự ganh đua của hai hệ thống trong nhiều thập kỉ đã chứng minh rằng, thực ra nó là "đắt hơn" xét ở tầm dài, bởi vì nó dẫn đến sự biếng nhác, bảo thủ về kĩ thuật, và trì trệ.

Xét về quan điểm phân tán rủi ro, sự so sánh giữa các lựa chọn là khó hơn nhiều. Ngoài các lí lẽ chung được đưa ra trong tất cả các cuộc tranh luận về tập trung hoá và phi tập trung hoá, về độc quyền và cạnh tranh, có một số vấn đề đặc thù đối với khu vực y tế cần xem xét. Đã được ám chỉ ở trên, và thảo luận chi tiết ở chương 3, rằng cạnh tranh kết hợp với chịu rủi ro dẫn đến các khuyến khích mạnh mẽ đối với chọn lọc có hại, chọn lọc rủi ro, và hớt váng. Các nhà bảo hiểm ganh đua, và cạnh tranh nhau có thể cố gắng để kiếm lợi bằng cách tránh những người được bảo hiểm có rủi ro cao. Phận sự của bản thân các nhà quyết định là xác định, và động viên các nhà tài trợ giám sát, các "quy tắc chơi" cho các nhà bảo hiểm cạnh tranh nhau, sao cho các vấn đề chọn lọc có thể được tối thiểu hoá. Thảo luận sẽ quay lại vấn đề này ở các chương 7 và 8, nhưng có thể là hữu ích phác hoạ ở đây một vài chính sách quan trọng hơn cần để đấu tranh chống chọn lọc:

- Phải quy định bằng luật rằng một nhà bảo hiểm, muốn tham gia thị trường bảo hiểm cơ bản, không thể từ chối một khế ước đối với bất kể ai muốn mua. Phải có một thời kì đều đặn cho thu hút công khai người tham gia, và không được phép

có các điều khoản có điều kiện "tồn tại trước" nào (các điều khoản loại trừ đảm bảo đối với các bệnh nhân đã có hợp đồng một tình thế y tế từ trước được tham gia sơ đồ bảo hiểm đó). Tất cả những người mua một gói bảo hiểm cho trước phải có khả năng trả phí bảo hiểm như nhau. Ngược lại, bảo hiểm cho chăm sóc bổ sung là một giao dịch tự nguyện: nếu khách hàng không muốn trả phí bảo hiểm mà nhà bảo hiểm đòi, hợp đồng không được kí kết.

- Đây sẽ là một ngành công nghiệp được điều tiết; tham gia sẽ không phải là hoàn toàn tự do. Các công ti muốn tham gia thị trường phải thoả mãn nhiều đòi hỏi về chuyên môn và tài chính. Cuối cùng, đáng mong muốn là chỉ có vài nhà bảo hiểm lớn, có uy tín hoạt động trong một phạm vi thị trường cho trước, mỗi hãng phải có số thành viên lớn tham gia.[31] Điều đó làm cho việc phân tán rủi ro dễ hơn, mà không làm tổn hại đến các khuyến khích cạnh tranh vì người tham gia.
- Các nhà sử dụng lao động có ý định đóng góp bảo hiểm y tế cho nhân viên của mình sẽ mang một nhóm lớn cá nhân đến cho nhà bảo hiểm. Điều này làm tăng mức tập trung hoá và qui mô của tập hợp phân chia rủi ro, và cho phép người sử dụng lao động thực hiện một số chức năng nào đó của nhà tài trợ, đặc biệt như một sức mạnh đối trọng để mặc cả với các nhà bảo hiểm. Sẽ nói nhiều hơn về vai trò của người sử dụng lao động như nhà tài trợ ở trang 268.
- Hệ thống thanh toán, đặc biệt là hiệu chỉnh rủi ro, sẽ là thiết yếu để làm giảm nhẹ các khuyến khích cho chọn lọc rủi ro. Sự phân biệt thích hợp thanh toán mà một nhà bảo hiểm nhận

[31] Tại cộng hoà Czech, ở nơi quyết định có lợi cho hình thức B được đưa ra năm 1992, khởi đầu nhiều công ti bảo hiểm nhỏ ra đời. Đến 1995, đã có 27 hãng bảo hiểm, trong đó một số có ít hơn 5.000 thành viên. Các hãng này chứng tỏ không thể đứng vững được. Phá sản, sát nhập đã giảm số các nhà bảo hiểm y tế xuống còn mười và tăng số thành viên trung bình lên 301.000, hạ thấp tầm quan trọng của người thừa tự độc quyền cũ, Viện Bảo hiểm Sức khoẻ Chung.

Slovakia đưa hình thức B vào năm 1995. Học được kinh nghiệm của Czech, luật pháp Slovakia quy định rằng một nhà bảo hiểm phải có ít nhất 30.000 thành viên, tăng lên 300.000 trong vòng hai năm nếu nó muốn tiếp tục hoạt động (Lawson and Nemec 1998: 245).

được cho những người được bảo hiểm khác nhau sẽ tự nó làm giảm sự kháng cự việc chấp nhận những người được bảo hiểm có rủi ro xấu. Hệ thống thanh toán càng nắm giữ được các yếu tố rủi ro nhiều hơn, thì khuyến khích sẽ càng lớn hơn để các nhà bảo hiểm chấp nhận, hay thậm chí tìm kiếm, những người tham gia có lẽ kéo theo chi tiêu lớn hơn. Bởi vì hiệu chỉnh rủi ro là phức tạp và hạn chế, chia sẻ rủi ro và các hệ thống thanh toán hỗn hợp phải được khuyến khích, bao gồm cả tập hợp rủi ro *dự kiến trước (ex ante)* bắt buộc. Những lựa chọn chính sách thanh toán này, được nhắc đến ở chương 3 (tr. 100-101), sẽ được thảo luận chi tiết hơn ở chương 8 dưới liên kết giữa cầu và cung. Là đủ để lưu ý ở đây rằng một sự kết hợp của các chính sách như vậy, được thiết kế và thực thi thận trọng, có thể làm giảm đáng kể các cơ hội của các vấn đề chọn lọc, những vấn đề trở nên nghiêm trọng đến mức chúng phủ bóng tối lên các ưu điểm thúc đẩy đổi mới của cạnh tranh.

Tất cả các điểm trên có thể làm giảm các khuyết điểm của hình thức B, nhưng chúng không đảm bảo rằng các khuyết điểm này chấm dứt hoàn toàn. Chẳng có giải pháp nào là hoàn mĩ cả. Hình thức B mang trong mình nguy cơ của khuyết tật thị trường (market failure). Mặt khác, hình thức A, mang theo nguy cơ của khuyết tật chính phủ (government failure) và các nhược điểm của độc quyền.

Quan điểm của các tác giả là, không phải các nhà cải cách là những người phải quyết định về điều này. Thực ra, cơ quan lập pháp cũng chẳng nên giải quyết mối nan giải này. Các quan toà có đủ thẩm quyền và có khả năng duy nhất chính là bản thân các công dân. Cải cách hãy tạo ra các điều kiện trong đó các cá nhân có thể lựa chọn, và không phải chỉ đơn giản bằng trả lời các phiếu thăm dò, hay bầu chọn quốc hội, bằng cách bỏ phiếu cho chương trình y tế của đảng này hay chính khách nọ. Hãy để cho

họ bầu bằng đôi chân của mình, bằng cách thực hiện quyền tham gia và rút lui thực sự.[32]

Điểm xuất phát có thể là hình thức A. Nhà bảo hiểm công cộng độc quyền đã từng cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản vẫn phải tiếp tục hoạt động, bất luận như một tổ chức tập trung hay chia nhỏ thành các nhà bảo hiểm theo vùng lãnh thổ. Bên cạnh nó, hãy để các nhà bảo hiểm tư nhân xuất hiện, chào các khế ước bảo hiểm bổ sung khác nhau cho người tiêu dùng. Hình thức này đã tồn tại ở hầu hết các nước Tây Âu. Mặc dù tỉ lệ của các dịch vụ bổ sung còn có thể chưa cao, phạm vi và qui mô của nó đang tăng lên.

Con đường dẫn tới hình thức B sẽ phải được dọn sạch bởi sự giám sát cẩn trọng và mẫn cán. Bước đầu tiên sẽ là thu thập số liệu và bắt đầu phát triển một hệ thống có khả năng hiệu chỉnh thanh toán theo rủi ro một cách chính xác từ quĩ độc quyền cho các nhà bảo hiểm, ngay cả khi nếu ban đầu tất cả mọi người vẫn được chính nhà bảo hiểm đó đảm bảo. Cần phải có một số kinh nghiệm, trong so sánh các phí bảo hiểm được hiệu chỉnh rủi ro cho mỗi cá nhân với các chi phí thực tế phát sinh, sao cho sau đó việc hiệu chỉnh rủi ro có thể được điều chỉnh một cách chính xác. Nhà bảo hiểm công cộng nguyên thuỷ phải có khuyến khích để giúp tinh chỉnh hiệu chỉnh rủi ro và các chiến lược khác để ngăn ngừa chọn lọc, bởi vì nếu không nó sẽ là nạn nhân của chọn lọc có hại nếu hệ thống thanh toán không thể ngăn chặn các nhà bảo hiểm tư nhân khỏi việc "hớt váng" các cá nhân sinh lợi.

Sau đó phải đảm bảo về pháp lí sao cho các nhà bảo hiểm tư nhân (nếu có thể, các công ti đã chứng tỏ là đáng tin cậy trong các hoạt động ngoài khu vực y tế và đã có tiếng trong cung cấp bảo hiểm bổ sung) chào cả bảo hiểm cho chăm sóc cơ bản nữa.

---

[32] Cho công dân quyền chọn giữa hình thức A và B gợi ý rằng độc quyền bảo hiểm công cộng cho chăm sóc cơ bản dưới hình thức A sẽ không phải là một độc quyền được thực thi, mà là một nhà bảo hiểm đơn độc trong một thị trường có thể đua tranh. Sẽ là không thể được khi có cả một hình thức A độc quyền được thực thi và sự tự do lựa chọn để chuyển sang hình thức B.

Khi đó các công dân sẽ tự do từ bỏ nhà bảo hiểm độc quyền cũ và tham gia bảo hiểm tư nhân do họ lựa chọn.

Một lời cảnh báo: mặc dù sẽ có thể rút khỏi nhà bảo hiểm y tế thuộc sở hữu công cộng, nhưng các cá nhân không có quyền chấm dứt trả khoản đóng góp bắt buộc (thuế sức khoẻ, đóng góp bảo hiểm xã hội, v.v.) Nói cách khác, dưới tất cả các khuyến nghị của cuốn sách này, sẽ luôn luôn còn sự tập hợp chia sẻ rủi ro toàn xã hội để cấp tài chính công cho chăm sóc cơ bản.

Rồi sẽ rõ ra, liệu các nhà bảo hiểm có nắm lấy các cơ hội của mình bằng cách tham gia vào bảo hiểm chăm sóc sức khoẻ cơ bản hay không.[33] Cũng sẽ sáng rõ, liệu công dân có thích từ bỏ bảo hiểm độc quyền trước kia và chọn một nhà bảo hiểm mới trong khu vực bảo hiểm phân tán hay không. Cuối cùng, tương tự cũng sẽ hiện ra, liệu xem các nhà sử dụng lao động có sẵn sàng đóng góp bảo hiểm sức khoẻ ngoài mức đóng góp bắt buộc cho chăm sóc cơ bản, họ chọn các nhà bảo hiểm nào cho mục đích đó, và xem liệu họ có hoạt động như các nhà tài trợ có trách nhiệm nhân danh nhân viên của mình mà không làm tổn thương đến sự đoàn kết xã hội rộng rãi hơn cho chăm sóc cơ bản hay không.

Mặc dù cải cách bảo hiểm sức khoẻ khác cải cách hưu trí ở nhiều khía cạnh, thật lí thú khi lưu ý rằng một sự lựa chọn khá giống nhau đã mở ra ở Hungary thông qua cải cách hưu trí. Nó làm cho có thể đối với một số nhóm tuổi nhất định được "bỏ phiếu bằng đôi chân của mình" bằng cách chuyển quyền về hưu đã được tích luỹ đến khi đó sang một quĩ hưu bổng tư nhân. Nổi rõ lên là một số rất lớn dân cư đã hăng say làm điều đó - thực ra, hơn nhiều so với mức mà những nhà chủ trương cải cách đã mong đợi (Economic Intelligence Unit 1998: 24).

---

[33] Tất nhiên, đáng khuyên là nên có thảo luận trước với các nhà bảo hiểm tư nhân, trước khi sơ đồ hiệu chỉnh rủi ro đối với thanh toán hỗ trợ phí bảo hiểm được đặt ra. Sẽ chẳng có lí gì để đi sâu vào tất cả các công việc tổ chức và hành chính nếu các nhà bảo hiểm tư nhân tỏ ra ít quan tâm đến chào bảo hiểm kết hợp cả bổ sung lẫn cơ bản.

Lựa chọn một cải cách bảo hiểm y tế là khó hơn việc lựa chọn một sơ đồ hưu bổng ở một số mặt. Giống như hưu bổng, nó khó, bởi vì nó không đơn giản chỉ là về tiền. Chăm sóc sức khoẻ liên quan đến vấn đề sống chết. Hơn thế nữa, các sơ đồ hưu trí không phải giải quyết các phí tổn tai hoạ không dự đoán trước được với cùng cách như sơ đồ bảo hiểm sức khoẻ phải đối mặt. Như đã nhắc tới ở trên, phải có thời kì đều đặn cho kêu gọi tham gia công khai cho tất cả những nhà bảo hiểm. Những người tiêu dùng (và những người sử dụng lao động nếu họ kí hợp đồng có tuyển chọn thay mặt cho nhân viên của họ) có thể thay đổi các công ti bảo hiểm, thậm chí có thể thường xuyên như một lần mỗi năm). Điều đó bao gồm cả trường hợp khi người tiêu dùng không thoả mãn với một nhà bảo hiểm tư nhân và quyết định quay trở lại với nhà bảo hiểm thuộc sở hữu công cộng. Thay đổi nhà bảo hiểm có thể có nghĩa là thay đổi cả bác sĩ nữa, điều đó làm cho việc ra quyết định càng thêm khó khăn hơn.

Nếu bảo hiểm y tế tư nhân bắt rễ, điều đó không phải xảy ra trong một hai năm. Nó xảy ra từ từ, trong nhiều năm, với đà phát triển của công nghiệp bảo hiểm, với nhịp độ người dân làm quen với ý tưởng. Các nhà bảo hiểm tư nhân phải cạnh tranh vì khách hàng với (các) nhà bảo hiểm công cộng. Sẽ là vô cùng tai hại nếu hi sinh sự cạnh tranh lành mạnh và màu mỡ này vì thiên vị cho sự tư nhân hoá ép buộc ồ ạt hệ thống bảo hiểm y tế như trong một cuộc chiến chớp nhoáng (*Blitzkrieg*).

Sự tái tổ chức có thể kéo theo những khó khăn. Nếu số rất đông dân cư chuyển từ tổ chức độc quyền cũ sang các nhà bảo hiểm mới, sự di chuyển rất có thể gây nguy hiểm cho sự ổn định tài chính của nó, bởi vì những người ở lại chắc có lẽ là một sự chọn lọc rủi ro, như thế chi phí của nó sẽ giảm ít hơn so với cơ sở khách hàng của nó bị giảm đi.

Cách duy nhất để ngăn cản chọn lọc có hại và một "vòng tử" luẩn quẩn về phí bảo hiểm của nhà bảo hiểm nguyên thuỷ sẽ là thông qua hiệu chỉnh rủi ro chính xác và các khuyến khích thanh toán hỗ trợ (thí dụ, tập hợp chia sẻ rủi ro cao dự kiến trước, *ex-*

ante, như đã giải thích ở trên). Ngoài ra, cùng với sự giảm tổng doanh thu của nhà bảo hiểm công cộng có thể kéo theo sự giảm tầm quan trọng xã hội và chính trị của nó. Những người mà quyền lực gắn với độc quyền đã là quan trọng có thể sẽ chống cự.

Sự khó khăn cũng có thể dự kiến cả với các nhà cung cấp nữa. Trước kia, khả năng của họ tính đến bệnh nhân và thanh toán từ nhà bảo hiểm độc quyền tất cả hay hầu như tất cả năng lực của họ, đã tạo ra sự an toàn cho họ. Nay họ phải đối mặt với nhiều người mua, gây áp lực với họ phải cung cấp nhiều dịch vụ hơn với thanh toán ít hơn. Điều này có thể rắc rối hơn và căng thẳng hơn đối với họ, mặc dù nó cũng làm cho họ ít bị lệ thuộc hơn. Họ chắc chắn phải chấp nhận một thái độ định hướng thị trường hơn nếu họ muốn bán các dịch vụ của họ. Sự thay đổi thái độ này hứa hẹn là một trong những ưu điểm chính của hình thức B.

Theo tinh thần của những điều vừa nói, phải động viên việc thử nghiệm. Ngay cả như vậy, hình thức B không được phép áp đặt cho xã hội bằng mệnh lệnh hành chính hay bằng sắc lệnh pháp lí. Một nỗ lực làm điều đó nhanh chóng, một cách triệt để đã được thực hiện ở Cộng hoà Czech năm 1992, mà không có sự chuẩn bị phù hợp hay một quá độ thích hợp. Nó đã gây ra nhiều hỗn loạn, và một số lạm dụng nghiêm trọng trong một số trường hợp. Như đã mô tả ở chú thích số 31 ở trên, nguyên lí 5 đã không được áp dụng và vai trò mới của nhà nước đã không được cơ cấu một cách đầy đủ. Có lẽ cũng là sai lầm không áp dụng nguyên lí số 7: không cho đủ thời gian để chuẩn bị. Tất cả những người tham gia, bao gồm cả các nhà tài trợ lẫn các nhà điều tiết được giao phó việc điều khiển một quá độ êm thấm, phải cần đủ thời gian để thích ứng với hệ thống mới.

Không có một lí do gì, để cho các công dân bị phó mặc cho các nhà bảo hiểm tư nhân không được điều tiết. Phải cần có sự giám sát, và nếu cần, sự can thiệp của nhà nước. Phù hợp với nguyên lí 5, nhà nước phải đứng đằng sau dân chúng như nhà bảo hiểm cuối cùng. Ngay cả khi nếu một nhà bảo hiểm tư nhân

trở thành mất khả năng thanh toán, những cá nhân được bảo hiểm của nó vẫn phải có quyền được chăm sóc cơ bản. Trong những trường hợp như vậy, nhà nước - hoặc nói chính xác hơn, là quĩ trung ương thu các khoản đóng góp bắt buộc- sẽ phải thanh toán hoá đơn. Phải lập quĩ dự trữ đủ lớn, như một quĩ, để đảm bảo cho mục đích này, và phải bắt buộc các nhà bảo hiểm tư nhân tham gia vào quĩ dự trữ đó.

Đây là lúc tóm tắt lại những khuyến nghị liên quan đến tổ chức bảo hiểm. Hãy để cho cạnh tranh được quản lí phát triển, đầu tiên chỉ cho các dịch vụ bổ sung, và sau đó cho các gói toàn diện của chăm sóc cơ bản và bổ sung. Tại những nơi mô hình Đức được áp dụng, nó phải được gia tăng thêm với hình thức A. Nói cách khác, phải có cơ hội cho mua tự nguyện, cho bảo hiểm chăm sóc sức khoẻ bổ sung, ngoài và trên mức bảo hiểm cho chăm sóc cơ bản được đảm bảo bởi cấp tài chính công cộng. Các điều kiện tổ chức và pháp lí cho phát triển hình thức B, hình thức cạnh tranh được quản lí giữa các nhà bảo hiểm phủ cho cả chăm sóc cơ bản lẫn chăm sóc bổ sung, phải được thiết lập. Bởi vì công chúng là khá chia rẽ về việc chọn hình thức A hay hình thức B (xem các bảng 9.2-9.4, tr. 348-349), nhưng quyền tự do lựa chọn cũng không được phép bị ngăn trở. Các công ti bảo hiểm tư nhân, những người sử dụng lao động, và trước hết là công chúng sẽ quyết định bằng sự lựa chọn thực sự của mình xem họ muốn đi xa tới đâu trong phi tập trung hoá bảo hiểm sức khoẻ.

Phạm vi và cấp tài chính cho chăm sóc bổ sung

Một công việc đã được trì hoãn ở các đoạn trước là xem xem các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ nào có thể bị loại khỏi "gói cơ bản". Hãy lấy một số thí dụ minh hoạ, mà không cố đưa ra một danh mục đầy đủ:

(a) Các xét nghiệm chuẩn đoán và khám sức khoẻ chung có tính chất phòng ngừa, ở mức thường xuyên theo yêu cầu của bệnh nhân, vượt quá điểm mà chúng được cung cấp như chăm sóc cơ bản.

(b) Các dịch vụ bảo vệ sức khoẻ nhằm duy trì hay tăng cường thể lực, thí dụ như thể dục, xoa bóp, điều trị bằng tắm hay xông, loại mà đảm bảo y tế cơ bản chỉ tài trợ cho điều trị các bệnh nhân cần can thiệp trực tiếp hay ở thời kì hậu điều trị.

(c) Trong trường hợp các bệnh cấp tính, việc đảm bảo điều kiện thoải mái hơn so với đảm bảo y tế cơ bản. Nếu việc vào viện là không thể tránh khỏi, thì chỗ nằm tiện nghi hơn mức đảm bảo y tế cơ bản cung cấp (nằm phòng riêng, thiết bị tốt hơn, phòng có máy lạnh, TV, radiô, ăn uống khá hơn, v.v.). Sự tiện nghi, thoải mái hơn này có thể có nhiều cấp độ với các mức phí khác nhau.

(d) Việc kiểm tra lại các chuẩn đoán được tiến hành trong khuôn khổ đảm bảo y tế cơ bản, trên cơ sở hội chuẩn của các bác sĩ khác, cả trong những trường hợp mà đảm bảo y tế cơ bản không đài thọ chi phí.

(e) Nếu việc quyết định y học chưa rõ là có cần điều trị ở bệnh viện hay không, hoặc nếu có thì với thời gian bao nhiêu, khi đó hãy chú ý đến sở thích của bệnh nhân. Điều trị tại gia, nếu không có phản đối của bác sĩ và bệnh nhân tự chịu chi phí thêm.[34] Và trong trường hợp ngược lại: kéo dài thời gian điều trị ở bệnh viện theo yêu cầu riêng của bệnh nhân, mà theo quan điểm y học thì không nhất thiết cần đến, với điều kiện bệnh nhân trả phần chi phí thêm.

(f) Phần hậu điều trị mà đảm bảo y tế cơ bản không chi trả (thí dụ điều trị tại an dưỡng đường hay tại gia, yêu cầu thêm chăm sóc của bác sĩ hay y tá).

---

[34] Tại một số nước chăm sóc tại gia được cung cấp như một chăm sóc cơ bản trong một số hoàn cảnh, và chỉ yêu cầu bệnh nhân trả một khoản tiền khiêm tốn. Điều này có thể được cung cấp như chăm sóc bổ sung ngay cả trong các trường hợp nó không được đảm bảo bởi chăm sóc cơ bản, hoặc nếu bệnh nhân yêu cầu chăm sóc tại gia với chất lượng cao hơn so với chăm sóc cơ bản.

(g) Bác sĩ thăm bệnh nhân tại nhà, ngay cả trong trường hợp khi thăm bệnh được phủ bởi chăm sóc cơ bản nếu bệnh nhân tự đến phòng khám của bác sĩ.
(h) Trong các loại thuốc có thể thay thế nhau về mặt y học, và bệnh nhân chọn thuốc đắt hơn thay cho thuốc rẻ hơn được đảm bảo y tế cơ bản chi trả (với điều kiện tất nhiên là nó không có tác dụng kém hơn thuốc rẻ).
(i) Phẫu thuật thẩm mĩ và phẫu thuật chỉnh hình vì mục đích thẩm mĩ. Tất nhiên, trong một số trường hợp như sửa các vết sẹo hay biến dạng do tai nạn, chúng sẽ là một phần của chăm sóc cơ bản, chứ không phải chăm sóc bổ sung.
(j) Nhiều nước phân loại chăm sóc răng như chăm sóc bổ sung, trong khi ở một số nước khác chỉ có một số chi phí của chăm sóc răng được coi là chăm sóc bổ sung.[35]

Trong tất cả các trường hợp được liệt kê, chẳng có đường ranh giới đưa ra cho một lần và mãi mãi giữa cái gì thuộc chăm sóc cơ bản và cái gì không, tức là được tài trợ bởi các nguồn tư nhân. Với đà tăng trưởng của GDP, và đồng thời dân chúng sẵn sàng đóng nhiều thuế hơn cho mục đích này, thì phạm vi của các dịch vụ thuộc chăm sóc y tế cơ bản cũng được mở rộng. Thế nhưng, ở mọi thời điểm có thể vạch ra đường ranh giới. Và cần cố gắng vạch đường ranh giới thực sự, bởi vì nó sẽ góp phần ngăn chặn ngay từ đầu các cuộc tranh cãi chua chát và cả sự tham nhũng.

Chúng ta không dự tính có sự phản đối mạnh với sự phân loại như chăm sóc bổ sung các khoản mục chi tiêu nêu ở các điểm (a)-(j) kể trên. Tuy vậy cần nhắc tới hai loại khác dễ gây tranh luận:

(k) Cũng giống như trong các nghề khác, trong ngành y cũng vậy, hai bác sĩ có quá trình đào tạo, có số năm kinh nghiệm

[35] Có nhiều tranh luận về vấn đề này. Một số cho rằng việc loại bỏ triệt để chăm sóc răng khỏi chăm sóc cơ bản dẫn đến việc dân chúng lơ đãng chăm sóc răng của mình, và cuối cùng gây ra thiệt hại xã hội vượt quá sự tiết kiệm trong chi tiêu công cộng.

và có địa vị gần như nhau cũng không tạo ra thành tích như nhau. Các cá nhân khác biệt với nhau ở tài năng, ở các khả năng trí tuệ và chân tay, ở kiến thức tích luỹ được, ở thực tiễn, ở sự hiểu biết cuộc sống, ở trong quan hệ ứng xử với bệnh nhân, ở khả năng lãnh đạo, v.v. và v.v. Chẳng có lí do gì, cả về đạo đức lẫn về kinh tế, để họ được hưởng cùng một mức lương. Sẽ không đúng khi tính với cùng một biểu phí công việc mổ "thông thường" được phẫu thuật bởi một bác sĩ phẫu thuật hàng đầu và bởi một bác sĩ phẫu thuật trung bình, hay với việc xử lí chân răng "bình thường" bởi một nha sĩ bậc thầy và bởi một nha sĩ trung bình, bởi vì ngay các công việc "tầm thường" đó họ cũng không thực hiện với cùng một trình độ. Điều này càng đúng hơn với các công việc không phải là "tầm thường".

Chắc chắn, phải để cho tiền công của các bác sĩ có sự chênh lệch, tản mác nhiều hơn hiện nay ở Đông Âu. Các thang lương chính thống thường ít phân biệt hơn, mặc dù chúng được tăng lên bởi các khoản tiền biếu và từ hành nghề tư bán hợp pháp. Thay vào đó phải là sự chênh lệch và tản mác thu nhập công khai. Người giỏi hơn hãy kiếm được nhiều tiền hơn. (Hay người mà người ta nghĩ là giỏi hơn; ở các nghề khác cũng có sự tách biệt nhất định giữa thành tích thật sự và thành tích được người sử dụng giả định là như vậy). Thu nhập cao hơn là phần thưởng xứng đáng của tài năng và sự chăm chỉ, đó là khuyến khích không thể thiếu được đối với việc dám đảm nhận hi sinh và học tập.

Ai trả phần thu nhập thêm cho bác sĩ giỏi hơn (hay được cho là giỏi hơn)? Ngay cả đối với các nhân viên làm việc trong hình thức sở hữu nhà nước, thì thang bảng lương của họ cũng phải kéo dãn ra (chấp nhận chênh lệch) nhiều hơn nhiều so với hiện nay. Một phần của sự phân biệt phải chuyển sang lĩnh vực được tài trợ bởi tư nhân. Không phải nhiệm vụ của cuốn sách này đi chuẩn bị chi tiết giải pháp kĩ thuật. Thay vào đó, đoạn này chỉ phác hoạ một cách tiếp

cận. Đối với các bác sĩ cung cấp các dịch vụ phủ bởi gói lợi ích cơ bản, thu nhập cơ bản, thông qua lương, thanh toán theo đầu người (capitation), hay bằng cách khác, phải được bù từ cấp tài chính công cộng cho chăm sóc cơ bản. Bệnh nhân, với sự lựa chọn tự do của mình, có thể yêu cầu bác sĩ "đắt hơn" điều trị cho mình, với điều kiện là bản thân bệnh nhân trả (trực tiếp như một khoản đồng-thanh toán lớn hơn so với khoản đồng-thanh toán bình thường, hay gián tiếp qua bảo hiểm tư nhân cho chăm sóc bổ sung) phần chi phí phụ trội. Nói cách khác, các bác sĩ được phép "cân đối hoá đơn" với bệnh nhân.

Có thể có nguy cơ là, các bác sĩ "ngôi sao" sẽ chỉ điều trị cho các bệnh nhân khá giả, những người trả nhiều hơn cho việc điều trị. Quy chế pháp lí quan liêu là không thích hợp để ngăn cản điều này. Sẽ là đủ, liên quan đến việc này, nếu kêu gọi đến y đức lành mạnh của các bác sĩ; ngành y sẽ phải đưa điều này vào quy định y đức của mình. Phải yêu cầu tất cả các bác sĩ, kể cả các bác sĩ xuất sắc nhất, hãy thực hiện các công việc không phân biệt bệnh nhân giàu với bệnh nhân nghèo, bệnh nhân trả tiền hay bệnh nhân không trả tiền trong một phần thời gian đáng kể của mình. Phải thiết lập các điều kiện tổ chức để bác sĩ cũng có thể thực hiện nhiệm vụ của mình một cách không phân biệt đối xử, có lợi cho các bệnh nhân không chi trả, các bệnh nhân phải nương nhờ.

Khoản cũng gần gũi với vấn đề (k) là mục sau.

(l) Cho trước một năng lực eo hẹp của nền y tế, thí dụ một thiết bị chuẩn đoán hay chữa trị, mà chỉ có số lượng hiếm hoi. Liệu có cho phép không, việc một người trả giá thoả đáng, có thể được tiếp cận việc sử dụng nó trước những người phải đợi từ lâu không?

Phản ứng tức thì của đại bộ phận dân chúng là không. Điều này vi phạm gay gắt tinh thần của chủ nghĩa quân bình đặc thù.

Loại trả lời thứ hai có lẽ là phẩy tay một cách vô liêm sỉ: bất luận tán thành hay không, thì nó vẫn xảy ra trong nhiều trường hợp. Sự đút lót vật chất và móc ngoặc có sức nặng lớn trong quyết định ai được hưởng ưu tiên.

Tốt hơn, nếu thay cho sự chấp thuận vô liêm sỉ ta đi tìm giải pháp đạo đức và hiệu quả cho vấn đề phân bổ nan giải này. Không đi sâu vào chi tiết hành chính của vấn đề, mà chỉ nêu suy ngẫm chính, ẩn ở đằng sau, trước hết minh hoạ thông qua một thí dụ. Thí dụ có vẻ khiên cưỡng, nhưng chính ở dạng nhân tạo này nó cho phép biểu đạt vấn đề đạo đức và kinh tế một cách sắc nhọn.

Giả sử rằng, ở nước Đông Âu nào đó người ta vẫn chưa dùng một thành quả công nghệ mới, rất hữu hiệu, và rất đắt. Một người khá giả đề xuất: anh ta mua thiết bị, hãy nhập khẩu về để sử dụng điều trị cho anh ta - nhưng anh ta biếu cho bệnh viện để có thể dùng điều trị cho cả các bệnh nhân khác nữa. Không nghi ngờ gì là anh ta được hưởng ưu đãi, bởi vì từ trước đến nay ở trong nước chẳng ai được chữa trị bằng thiết bị đó cả. Thế nhưng, cùng với sự ưu đãi cho anh ta, thì là ảnh hưởng ngoại lai rất có ích; những người khác cũng được hưởng lợi ích của thiết bị.[36]

Khái quát hoá thí dụ ở mức đầu tiên: phải cho phép việc đầu tư được thực hiện bởi các khoản tiền hiến tặng, ngay cả khi người hiến có nêu ra một số điều kiện riêng về sử dụng đi nữa. Vốn cho đảm bảo y tế cơ bản tương đối eo hẹp; các khoản tặng như thế tỏ ra rất có lợi.

Đi tiếp, sang một mức khái quát hoá cao hơn, khả năng "trợ giúp chéo" đã nhắc đến trước đây. Đây là một điều rất

[36] Một bác sĩ bệnh viện kể cho tác giả thứ nhất câu chuyện sau đây, khi bác sĩ khám cho ông bằng một thiết bị nhập khẩu hiện đại và đắt tiền. Thời gian trước ông ta điều trị cho một vị lãnh đạo Đảng Nhà nước, và nói với vị này: thật tốt nếu có thể khám cho vị đó bằng một thiết bị như vậy, mà khi đó bệnh viện chưa có. Vị lãnh đạo lập tức giải quyết, người ta nhập khẩu và giao cho bệnh viện.

Câu chuyện này tương tự như thí dụ trên, với sự khác biệt là: nhà mạnh thường quân không phải dùng tiền túi của mình, mà dùng tiền công để tài trợ cho việc nhập khẩu ngoại lệ đó.

phổ biến ở các bệnh viện tư của Mĩ và Tây Âu. Từ các khoản thu của người khá giả để tài trợ cho các bệnh nhân không chi trả hay ít chi trả. Điều này phải nên cho phép và mong muốn cả ở khu vực hậu xã hội chủ nghĩa nữa. Giá của một phần dịch vụ được tài trợ bởi tiền tư nhân hãy được xác định, sao cho bao gồm cả khoản trợ giúp chéo này nữa.

Đến điểm này chúng ta có thể bỏ qua thí dụ minh hoạ kể trên và diễn đạt các nguyên tắc chung. Những điều vừa nói, có thể lí giải về mặt kinh tế như một loại thuế tái phân phối đặc biệt lần thứ hai. Sự tái phân phối thu nhập lần thứ nhất xuất hiện khi cá nhân đóng thuế y tế tỉ lệ với thu nhập cá nhân của mình (chứ không tỉ lệ với chăm sóc nhận được). Đây là loại tái phân phối kiểu thuế thu nhập. Nhưng bây giờ, ngoài khoản trên ra, sẽ đề xuất thêm một loại thuế tái phân phối thứ hai theo kiểu thuế tiêu dùng. Khi bệnh nhân sẵn sàng trả tiền để dùng một năng lực eo hẹp, thì hãy trả phí *thật cao*. Để với nó, không chỉ bù đắp cho điều trị của riêng mình, mà còn bù cho chi phí của những người khác nữa, những người không có khả năng chi trả hay đóng góp để mua sắm hay mở rộng năng lực hiện tại. Năng lực càng eo hẹp, thì giá nên càng cao. Và tất nhiên, những bệnh nhân mua ưu đãi như vậy không choán hết năng lực; phần lớn năng lực còn lại phải dành cho đảm bảo y tế cơ bản.[37]

Vấn đề ở điểm (1) có lẽ ít xảy ra ở Đông Âu ngày nay. Thế nhưng chúng tôi vẫn đề cập chi tiết hơn, bởi vì tại đây sự nan giải hồi hộp xảy ra một cách gay gắt giữa quyền tự quyết *đối lập với* (*versus*) đoàn kết, cũng như giữa tính hiệu quả *đối lập với* (*versus*) chủ nghĩa quân bình đặc thù. Chúng tôi đã cố gắng chỉ ra rằng, vấn đề này không chỉ có các giải pháp được che đậy mờ ám hay giải pháp vô liêm sỉ. Phải nỗ lực để

[37] Những trợ cấp chéo sẽ áp dụng cho đồng-thanh toán, chứ không cần thiết là phí mà nhà cung cấp nhận được cho mỗi dịch vụ, bởi vì một cơ cấu giá méo mó với khoản lợi nhuận thô lớn trên các thủ tục điều trị đắt tiền sẽ có thể dẫn đến sự méo mó đáng kể ở bên cung.

tìm ra các thoả hiệp hữu hiệu, đạo đức, minh bạch, và có thể bảo vệ được một cách hợp pháp.

Sự liệt kê và mô tả phạm vi các dịch vụ, ở trên, có thể coi là các dịch vụ "bổ sung", nhưng mới chỉ nhắc thoáng qua về cách thanh toán chúng.

Cách hiển nhiên nhất là bệnh nhân trả trực tiếp, từ tiền túi của mình, khi khoản chi tiêu xuất hiện. Điều này là khá phổ biến ở Đông Âu, ngay cả hiện nay. Trong một số trường hợp, nó xảy ra một cách hợp pháp, chủ yếu trong khu vực tư nhân. Phần lớn các dịch vụ bổ sung được liệt kê ở trên là sẵn có ở các phòng khám tư của các bác sĩ hành nghề tư nhân. Cũng xuất hiện rải rác các bệnh viện công và các tổ chức cung cấp y tế khác chào hay chuẩn bị chào các dịch vụ bổ sung một cách hợp pháp với khoản chi trả thêm (thí dụ, phòng riêng, đồ ăn tốt hơn, v.v.). Tuy vậy, một phần đáng kể dịch vụ bổ sung được các bệnh nhân mua một cách nửa hợp pháp, bằng cách biếu tiền cho bác sĩ. Điều đó đã được thảo luận ở chương 5 (tr. 175) và sẽ lại được dẫn chiếu tới muộn hơn.

Khả năng thứ hai là mua bảo hiểm cho một số dịch vụ bổ sung nhất định. Người tiêu dùng trả một tập hợp phí bảo hiểm, đổi lại hãng bảo hiểm đảm bảo một số chi phí được nêu trong khế ước bảo hiểm. Rất đáng tiếc, dải các khế ước do công nghiệp bảo hiểm chào còn hẹp.

Slovenia là nước trong khu vực hậu xã hội chủ nghĩa, nơi bảo hiểm y tế tư nhân tự nguyện là phổ biến nhất. Tại đó Viện Bảo hiểm Sức khoẻ Quốc gia và Công ti Bảo hiểm Adriatic (AIC) dàn xếp các sơ đồ bảo hiểm y tế bổ sung. Năm 1998, hầu như 70 phần trăm dân chúng có bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện với Viện, bất luận như cá nhân, hay thông qua công đoàn hoặc các hợp đồng hưu bổng đặc biệt. Tổng số tiền qua các khế ước bảo hiểm này cung cấp 12 phần trăm ngân quĩ cho chăm sóc sức khoẻ năm 1998. Tuy vậy, hầu hết các quĩ này đảm bảo cho đồng-thanh toán, và chỉ có một phần nhỏ được mua để đảm bảo

các dịch vụ phụ thêm ngoài phạm vi của bảo hiểm sức khoẻ bắt buộc (Health Insurance Institute of Slovenia 1999).

Bảo hiểm y tế tư nhân ở Hungary, Ba Lan, và ở các nước khác đang tăng lên nhưng đến nay vẫn còn ở qui mô rất nhỏ. Trở ngại cho sự phổ biến của bảo hiểm tư nhân là hiện tượng 'c' mô tả ở chương 5 (tr. 178). Trong khi tiếp cận đến những cung ứng được nhắc đến trước đây, tiềm năng có thể phủ bởi bảo hiểm bổ sung, vẫn có thể thực hiện được bằng cách chi trả từ tiền túi riêng cho vài lần viếng thăm của bác sĩ, không có rủi ro thực tế để cần bảo hiểm chống lại nó, như vậy không có cầu hàng loạt đối với bảo hiểm bổ sung (Tymowska 1997). Có lẽ đây là lí do vì sao các công ti lớn có kinh nghiệm ở các lĩnh vực bảo hiểm khác lại có cách tiếp cận hạn chế hơn và hẹp hơn đối với bảo hiểm y tế.[38]

Với một loại khế ước không bình thường, khá phổ biến ở Hungary, nhà bảo hiểm, thay cho việc hoàn trả hoá đơn y tế của bệnh nhân được bảo hiểm, lại trả bệnh nhân một khoản cụ thể tỉ lệ với độ dài của căn bệnh hay thời gian nằm viện. Trên đó, một số khế ước cũng trả người được bảo hiểm một khoản cụ thể cho một số loại phẫu thuật hay điều trị. Mặc dù hành văn của khế ước không hề nhắc tới điều này, ý ngầm định là rõ ràng rằng bệnh nhân phải trả tiền biếu từ tiền nhận được của hãng bảo hiểm. Đây có thể là một hành động có lí về giảm rủi ro bởi người được bảo hiểm, nếu tiền biếu được coi là phổ biến ở mọi nơi và là bắt buộc trong hoàn cảnh hiện nay. Những chi phí lớn gắn với bệnh tật được bảo hiểm bằng cách trả phí bảo hiểm hàng tháng. Đồng thời, tập quán bảo hiểm này hỗ trợ cho bảo tồn hệ thống trả tiền biếu, cùng với những tác hại của nó. Trong mọi trường hợp, tác động khuyến khích của giao dịch là đáng ngờ, bởi vì nó khuyến khích người được bảo hiểm và bác sĩ thông đồng để kéo dài thời gian được công bố, có lí hay phi lí, của bệnh tật và thời gian nằm viện. Hơn thế nữa, các khoản thanh toán như vậy có

[38] Hiện tại, các công ti bảo hiểm ở Hungary, thí dụ, liên kết các khế ước bảo hiểm nhân thọ với bảo hiểm y tế, bởi vì cầu về bảo hiểm y tế thuần tuý là không đủ.

thể được dùng để bù các đòi hỏi thanh toán chính thống, như đã nhắc tới trước đây, điều này nói chung là không thể được phép, nếu không thì tác động kỉ luật lên cầu sẽ bị tiêu tan.

Có một vòng luẩn quẩn giữa cầu đối với bảo hiểm tư nhân bổ sung và trả tiền biếu. Khi mà việc trả tiền biếu tiếp tục, thì cầu đối với bảo hiểm tư nhân bổ sung sẽ vẫn còn nhỏ (và cung cũng sẽ vậy). Mặt khác, sẽ khó xoá bỏ tiền biếu trước khi có cơ hội của bảo hiểm bổ sung được cung cấp.

Mười hai loại dịch vụ bổ sung được liệt kê, từ (a) đến (l), ở đầu đoạn này. Mỗi loại gây ra các chi phí có thể bảo hiểm được. Hãy hi vọng rằng cuối cùng các hãng bảo hiểm ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa sẽ tạo ra các sản phẩm bảo hiểm để phủ chi phí của một hay có lẽ nhiều nhóm dịch vụ bổ sung. Cung sẽ tạo ra cầu cho bảo hiểm bổ sung (và ngược lại), như vậy dải được chào càng được thay đổi và phân biệt bao nhiêu, thì số người mua sẽ càng lớn bấy nhiêu. Là một điều hổ thẹn khi đợi cho đến lúc các nhà bảo hiểm tư nhân có thể chào cả chăm sóc cơ bản và chăm sóc bổ sung cùng nhau (nói cách khác, đợi cho nhình thức B được thảo luận ở trang 242 được chấp thuận). Sẽ là lợi ích lớn của các nhà bảo hiểm tư nhân để bắt đầu nhận biết các đặc tính của bảo hiểm y tế càng sớm càng tốt, thu được kinh nghiệm về nó, và thuyết phục được sự tin cậy của người tiêu dùng. Một phương tiện tốt để làm điều đó là tạo lập một thị trường về bảo hiểm y tế bổ sung. Hi vọng rằng sự có thể mua được bảo hiểm như vậy cũng sẽ cho nhiều người tiếp cận đến các dịch vụ bổ sung, bởi vì ban đầu chỉ có những người khá giả hơn sẽ có sẵn tiền để trả các dịch vụ bổ sung khi điều không may xảy ra. Bằng cách phân tán rủi ro thông qua các khoản trả phí bảo hiểm nhỏ hơn với một thời gian dài hơn, bảo hiểm có thể tạo khả năng cho nhiều người hơn có tiếp cận tin cậy đến các dịch vụ này khi cần đến.

Vai trò của những người sử dụng lao động

Để thảo luận vai trò của những người sử dụng lao động trong cấp tài chính và tổ chức bảo hiểm y tế cho nhân viên của họ, cần phải phân biệt chăm sóc cơ bản và chăm sóc bổ sung. Thứ nhất, hãy giới hạn thảo luận về hình thức bảo hiểm A (xem tr. 242), tức là, về trường hợp trong đó có một nhà bảo hiểm công cộng độc quyền cho chăm sóc cơ bản.

Với một ngoại lệ, quy chế ở mọi nơi tại Đông Âu đều quy định một cách tách biệt các khoản đóng góp bắt buộc do người sử dụng lao động và nhân viên phải đóng.[39] Tuy vậy, sự phân biệt chỉ là danh nghĩa (xem Musgrave and Musgrave 1980: 494-6). Bởi vì sự đóng góp là bắt buộc, thực tế nó tạo thành một phần của chi phí lương, xét về mặt nội dung kinh tế của nó.

Tại nơi mà đóng góp bảo hiểm xã hội cho chăm sóc sức khoẻ được thay thế hoàn toàn hay một phần bằng thuế y tế, đáng xem xét khả năng xoá bỏ sự phân biệt giữa đóng góp bởi người sử dụng lao động và người lao động. Khoản đóng góp của người lao động phải được "thô hoá" bằng một khoản tăng lương danh nghĩa, đến mức nó bao gồm cả khoản đóng góp trước kia của người sử dụng lao động. Sau đó thuế y tế được khấu trừ từ lương được tăng lên, mà không làm ảnh hưởng đến lương ròng. Điều này sẽ xua tan ảo tưởng tài khoá là người sử dụng lao động tài trợ một phần cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản của nhân viên của họ.[40] Thực ra, gánh nặng tài chính thực tế rơi trên vai những người lao động (hoặc chính xác hơn là tất cả các công dân nộp thuế y tế). Bởi vì ngân sách vĩ mô được quyết định trong lĩnh vực chính trị, sẽ là cực kì hữu ích nếu nhận thức về thuế của nhân viên là rõ ràng hơn. Sau đó họ có thể lấy một lập trường cân nhắc hơn về liệu họ muốn một gói lợi ích cơ bản hào phóng hơn, và vì nó họ (chứ không phải người sử dụng lao động) phải trả

[39] Ngoại lệ là Ba Lan, ở đó toàn bộ đóng góp là do nhân viên nộp.

[40] Đây là lí lẽ do Bá tước Otto Lambsdorff, chính trị gia Dân chủ Tự do hàng đầu, đưa ra trong các cuộc tranh luận về cải cách chăm sóc sức khoẻ ở Đức (*Die Welt*, September 25, 1995)

nhiều thuế hơn, hoặc liệu thay vào đó họ sẽ nộp ít thuế hơn và phải thoả mãn với một phạm vi tương đối hẹp của chăm sóc cơ bản.

Bây giờ hãy quay về với tình trạng hiện nay. Quy chế chung quy định rằng đóng góp của người lao động được người sử dụng lao động khấu trừ từ lương của họ. Sau đó các khoản đóng góp của người sử dụng lao động và người lao động được nộp vào quĩ cần thiết. Người sử dụng lao động chỉ làm chức năng hành chính trong việc này, tương tự như việc họ thực hiện thu hộ thuế thu nhập cá nhân và nộp nó cho sở thuế. Có lẽ, họ sẽ tiếp tục phải làm như vậy.

Tình thế với chăm sóc bổ sung lại hoàn toàn khác. Người sử dụng lao động có một sự tự do lựa chọn. Họ có thể quyết định chẳng làm gì cả, hay quyết định đóng góp *một cách tự nguyện*. Mức độ đóng góp có thể tản mác nhiều. Đóng góp của người sử dụng lao động cho chăm sóc bổ sung tạo thành một phúc lợi phụ quan trọng. Người sử dụng lao động có thể được xui khiến thực hiện đóng góp thêm như vậy bởi những hoàn cảnh khác nhau. Theo lí thuyết lương hiệu quả, người sử dụng lao động có chủ ý thu hút và giữ nhân viên, họ có nhu cầu lớn về vấn đề này do cạnh tranh thị trường. Một số nhóm người lao động có thể giành được cho chính họ đặc quyền thông qua thương lượng lương. Hai nhân tố này có thể cùng tác động với nhau. Tại một số nơi, có thể là thuận lợi, cho người sử dụng lao động hay người lao động, hoặc cho cả hai, là một số chi phí liên quan đến lao động được ghi nhận như phúc lợi phụ thêm không bị đánh thuế, và không như thu nhập phải chịu thuế.[41]

Cho đến nay, mới chỉ có dấu vết nhỏ của sự tham gia của người sử dụng lao động ở Đông Âu, nhưng nó có thể đóng vai

[41] Những người nghĩ ra các luật thuế nhận thức được nỗ lực này và hành văn các quy chế sao cho chúng không thể được dùng như cách để trốn, lách thuế.

trò quan trọng trong những cải cách tương lai.[42] Như thế đáng suy ngẫm về những hệ quả một cách chi tiết.

Người sử dụng lao động không chỉ đóng góp tiền cho bảo hiểm bổ sung; họ cũng ảnh hưởng tới sự lựa chọn nhà bảo hiểm. Một công ti hay tổ chức lớn có thể mang hàng ngàn người tiêu dùng đến cho nhà bảo hiểm, cho phép nó phân tán rủi ro của mình ở mức độ lớn. Đây là một chức năng quan trọng ngay cả nếu trong hình thức A nó được hạn chế cho bảo hiểm bổ sung. Tầm quan trọng của nó càng tăng lên hơn nữa dưới hình thức B, khi mỗi nhà bảo hiểm, trong cạnh tranh với các nhà bảo hiểm khác, có thể cung cấp cả bảo hiểm cơ bản lẫn bổ sung.

Chắc rằng các nhà bảo hiểm sẽ cạnh tranh mãnh liệt để giành những người sử dụng lao động lớn mang lại số đông những người tiêu dùng tiềm năng, chứ không phải vì từng cá nhân người tiêu dùng. Họ sẽ có các chào hàng thuận lợi hơn (phí bảo hiểm thấp hơn và/hoặc các ích lợi tốt hơn) cho những người mang lại hàng ngàn người tiêu dùng một lúc. Bảo hiểm nhóm là rẻ hơn bảo hiểm cá nhân cho cùng các dịch vụ, và nhóm càng lớn, thì sự tiết kiệm càng nhiều. Sự tiết kiệm này được chia ở một tỉ lệ nào đó giữa người sử dụng lao động và người lao động.

Nói cách khác, người sử dụng lao động có thể đóng vai trò nhà tài trợ một cách hữu hiệu (chương 3, tr. 57-58), thương lượng với các nhà bảo hiểm và nhà cung cấp thay mặt cho người lao động của mình. Thông qua mặc cả này, người sử dụng lao động có thể nhận được, thí dụ, giá phí bảo hiểm thấp hơn. Người sử dụng lao động cũng có thể tự nguyện thực hiện vai trò thứ hai của một nhà tài trợ, cụ thể là đóng góp cấp tài chính tư nhân cho chăm sóc bổ sung. Có lẽ cả hai chức năng đều sẽ làm lợi cho người lao động.

---

[42] Một công ti chăm sóc sức khoẻ được quản lí theo kiểu Mĩ đã hoạt động trong khu vực từ 1995 cố gắng thử đưa ra bảo hiểm chăm sóc khoẻ tư nhân toàn diện, trả trước. Trong bốn năm nó đã thiết lập 15 trung tâm y tế ở Ba Lan. Khoảng 35.000 người trong khoảng 1.000 công ti được phủ, trong số đó có nhiều công ti Phương Tây có tiếng. Cũng công ti đó đã mở các trung tâm ở cả Hungary và Rumani (Medicover 2000).

Một số vấn đề có thể nổi lên khi người sử dụng lao động thực hiện vai trò này. Một vấn đề là người sử dụng lao động, thông qua tích cực mặc cả, nhận được một cách có hệ thống giá thấp hơn (và/hoặc chất lượng tốt hơn) đối với chăm sóc cơ bản cũng như chăm sóc bổ sung cho nhân viên của họ. Điều này có thể làm tổn hại đến chủ nghĩa bình quân đặc thù liên quan đến chăm sóc cơ bản, bởi vì những người không phải là nhân viên không thể mua cùng gói chăm sóc cơ bản có chất lượng cao đó với giá thấp. Những nhân viên hưởng sự lựa chọn thêm mà những người không phải là nhân viên lại bị từ chối tiếp cận.

Vấn đề khác có thể là, nhân viên sẽ trở nên do dự thay đổi chỗ làm việc, ngay cả khi có công việc hữu ích hơn đang chờ ở nơi khác, do sợ mất đảm bảo y tế hấp dẫn được cung cấp bởi người sử dụng lao động hiện thời. Loại "khoá việc làm" như vậy dẫn tới sự phi hiệu quả của thị trường lao động. Các quy chế phải được phát triển để ngăn ngừa sự tái tạo điều này và các vấn đề quen thuộc khác của một hệ thống bảo hiểm trên cơ sở việc làm (xem chương 4, tr. 130).

Các vấn đề ngược lại cũng có thể nảy sinh. Bởi vì người sử dụng lao động đàm phán với nhà bảo hiểm và có lợi ích trong tiết kiệm chi phí, có nguy cơ là cắt giảm chi phí sẽ trở thành quan trọng theo một chiều, không có sự bất lợi khả dĩ đối với chất lượng chăm sóc được xem xét. Ngoài ra, sự lựa chọn cá nhân có thể bị giảm nếu người sử dụng lao động chọn từ các công ti bảo hiểm sẵn có. Quyền tự chủ của cá nhân không bị hạn chế theo cách này nếu người lao động có thể lựa chọn tự do từ nhiều khế ước bảo hiểm khác nhau. Tuy vậy, trên thực tiễn, người sử dụng lao động thực hiện lựa chọn trước. Một mặt, sự lựa chọn trước này có thể làm tăng lựa chọn của người lao động, bằng cách làm cho một khả năng lựa chọn với giá thấp hơn trở thành sẵn có cho người lao động, mà như một người mua cá nhân chính nhân viên đó không thể mua nổi bảo hiểm đó. Mặt khác, sự chọn trước của người sử dụng lao động cũng có thể làm giảm phạm vi lựa chọn về mặt số khả năng lựa chọn. Thật vậy,

một số người sử dụng lao động sẵn sàng giao dịch chỉ với một nhà bảo hiểm duy nhất, để cắt giảm chi phí riêng của mình. Họ tuyên bố rằng họ sẽ đóng góp chỉ trong trường hợp nếu nhân viên sẵn sàng đến với nhà bảo hiểm đã được chỉ định. Như vậy, nguyên lí 3, cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm, hoạt động trong thực tế, nhưng nó vi phạm nghiêm trọng nguyên lí 1, chủ quyền của cá nhân.

Vấn đề này không thể loại trừ hoàn toàn, nhưng nó có thể được làm dịu bớt đáng kể thông qua cạnh tranh được quản lí giữa nhiều nhà bảo hiểm, như được minh hoạ bởi thí dụ của Đại học Harvard nêu trước đây.

Luật pháp tương lai ở Đông Âu về đóng góp của người sử dụng lao động phải quy định rằng phải cho người lao động một sự lựa chọn thực sự giữa các sự lựa chọn khả dĩ, sao cho họ không bị ép vào chiều hướng như vậy.

Mối quan hệ giữa nhà bảo hiểm, người sử dụng lao động, và người lao động vừa được mô tả áp dụng chủ yếu cho người sử dụng lao động lớn với hàng ngàn nhân viên. Tình hình là khác đối với các công ti nhỏ và vừa và các tổ chức khác sử dụng ít người hơn. Họ không mang một số lượng lớn khách hàng mới cho nhà bảo hiểm và như vậy họ không thể đòi được giao dịch thuận lợi. Cái có thể giúp là một hiệp hội các chủ nhỏ. Những liên minh giới chủ như vậy cũng phải được cho phép phát triển như những người mua được tổ chức thay mặt cho nhân viên của họ.

Vai trò gánh vác của người sử dụng lao động sẽ khuyến khích một quá trình mà nó có thể dẫn đến hình thức B trong thị trường bảo hiểm, nơi cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm được mở rộng. Thực vậy, dường như được biện minh để trình bày mạnh mẽ hơn: điều này có thể là một điều kiện trước cho hình thức B hoạt động hiệu quả.

Ngoài các công cụ đã nhắc tới đến nay (đóng góp tiền tự nguyện và bảo hiểm nhóm), còn có cách khác trong đó người sử dụng lao động có thể hợp tác trong chăm sóc sức khoẻ, và đó là

cung cấp các phương tiện tại cơ sở.[43] Một số công ti duy trì clinic của công ti, đôi khi không chỉ có các bác sĩ đa khoa (PCP), mà có cả nha sĩ, bác sĩ nhi khoa, hoặc bác sĩ chuyên khoa khác. Ở những nơi công việc có hại cho sức khoẻ, các nhân viên y tế có thể tổ chức bảo vệ sức khoẻ đặc biệt và những kì nghỉ điều trị cho công nhân. Các công ti dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa đã cung cấp chăm sóc sức khoẻ nghề nghiệp ở quy mô lớn. Nhiều cơ sở như vậy bị đóng cửa sau khi hệ thống sụp đổ, trong làn sóng đầu tiên, quá cuồng nhiệt của tư nhân hoá và thương mại hoá. Khi họ làm quen với kinh nghiệm Tây Âu và Nhật bản, các xí nghiệp lại tái phát hiện ra rằng mối quan tâm đến sức khoẻ của nhân viên là hoàn toàn tương hợp với chủ nghĩa tư bản. Ngay cả nếu nó kéo theo chi phí ở tầm ngắn hạn, cuối cùng nó có thể làm lợi cho công ti bằng cách củng cố sự trung thành với nơi làm việc.

Người sử dụng lao động tham gia cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ cho nhân viên của mình trong hình thức nào, và sự sẵn sàng của họ làm như vậy bị ảnh hưởng bởi các quy chế thuế. Các nước phát triển nhất cho giảm thuế để động viên người sử dụng lao động chịu các chi tiêu như vậy. Khi xem xét đưa ra các biện pháp tương tự ở Đông Âu, phải nhớ rằng giảm thuế hàm chứa một sự chuyển giao tái phân phối. Một cách gián tiếp, những người đóng thuế, như một tổng thể, giúp đỡ người lao động của các công ti có chương trình y tế có tiếp cận đến cung ứng bổ sung. Điều này thực tế không phù hợp với các ý tưởng chủ đạo của các kiến nghị cải cách được đưa ra trong cuốn sách này, chỉ cấp tài chính cho chăm sóc cơ bản bằng tiền công cộng. Bất chấp sự không nhất quán này, vẫn đáng xem xét một sự giảm thuế, bởi vì những ưu điểm của nó có thể vượt trội những nhược điểm. Đáng động viên, ở tầm quốc gia, người sử dụng lao động đóng vai trò trong tổ chức và tài trợ bảo hiểm.

---

[43] Đây là một hình thức thứ hai của đóng góp tự nguyện cho tài trợ tư nhân cho chăm sóc sức khoẻ, thông qua "thực hiện" cung ứng tại chỗ hơn là "mua" dịch vụ từ các nhà cung cấp riêng biệt.

7. Bên cung: sở hữu hệ thống cung ứng, tổ chức, và hợp đồng

Khuyến khích sáng kiến tư nhân

Cuốn sách này khuyến nghị một hệ thống cung ứng đa thành phần, phù hợp với nguyên lí cạnh tranh (nguyên lí 3) và với kinh nghiệm quốc tế. Chương này chủ yếu giải quyết vấn đề cải cách sở hữu, nhưng gắn với điều này, nó cũng đề cập đến các vấn đề kinh tế khác liên quan về tổ chức và hợp đồng giữa các nhà sản xuất (tức là, nhà cung cấp) và các nhà bảo hiểm.

Hãy bắt đầu bằng những thứ *không* được khuyến nghị ở đây. Không kiến nghị chuẩn bị một "kế hoạch" lớn vạch trước rằng: loại tổ chức dịch vụ nào hãy để nguyên sở hữu nhà nước, và cái gì nên chuyển sang tay tư nhân. Các tác giả khuyên kiên quyết nên tránh bất kể loại phong trào tư nhân hoá nào, mà trong đó xác định rõ trước: khi nào phải đạt được một giá trị tới hạn bằng số về tư nhân hoá. Mọi loại quyết định mong muốn tổ chức lại khu vực y tế từ "trên xuống" đều chỉ gây ra rối loạn.

Ngược lại phải hết sức khuyến khích, động viên mọi sáng kiến tư nhân từ dưới lên, mọi hình thức hợp pháp, đúng đắn về mặt đạo đức và phù hợp về mặt chuyên môn của các sáng kiến đó. Quyển sách này, ở nhiều chỗ, lên tiếng bảo vệ để cho nguyên lí 1 được áp dụng vì lợi ích của bệnh nhân. Nguyên lí này cũng áp dụng cho các nhà cung cấp, người có quyền tự chủ cá nhân và quyền đề xuất sáng kiến ở cương vị như bác sĩ, các chuyên viên y tế, cũng như các nhà kinh doanh trong khu vực y tế. Ngoài quy định cẩn trọng cơ bản của nhà nước, không cần các nhà cải cách phải quyết định trước về loại hình thức sáng kiến tư nhân nào là

hình thức đáng mong muốn. Phải để, thậm chí phải ủng hộ để họ làm thử nghiệm. Rồi sẽ tỏ rõ hình thức nào sẽ có khả năng sống nhất.

Tất nhiên, điều đó không có nghĩa là Chính phủ, cơ quan lập pháp, và bộ máy nhà nước sẽ chỉ theo dõi các sáng kiến tư nhân trong khu vực y tế một cách thụ động. Chúng chỉ có thể phát triển đầy đủ nếu nhà nước ủng hộ. Các quy định hiện hành phải được điều chỉnh một cách linh hoạt theo sự thay đổi về sở hữu. Các quy tắc hướng dẫn hoạt động hợp pháp của doanh nghiệp tư nhân trong khu vực y tế phải được thiết lập và một hệ thống giám sát nhà nước được lập ra để theo dõi, giám sát các nhà cung cấp tư nhân. Các hành động của nhà nước không nhất thiết cần đợi cho đến khi các doanh nghiệp tư nhân hoạt động đầy đủ. Trong nhiều trường hợp, chúng phải đi trước sự kiện, tạo dựng khung pháp lí thuận lợi cho sự phát triển lành mạnh của khu vực tư nhân. Cũng đáng xem xét liệu nhà nước có nên ủng hộ không sự bành trướng của khu vực tư nhân bằng cách cấp bảo lãnh tín dụng, đặc biệt là lúc ban đầu, khi các trường hợp lác đác đầu tiên của doanh nghiệp tư nhân xuất hiện. Điều này phù hợp với nguyên lí 5: vai trò mới cho nhà nước.

Nhiều nhà cải cách bị sự quyến rũ của nề nếp cầu kì và của mối quan tâm minh bạch làm cho trở thành khuôn sáo. Nề nếp, trật tự là đáng mong đợi, nhưng điều đó sẽ hình thành về sau, khi soát xét lại tình hình. Không có lí do gì ở giai đoạn này, để áp đặt sự thống nhất nghiêm ngặt, được thiết kế trước nào đó về các hình thức sẽ được phép hình thành trong tương lai; không cần đến việc liệt kê chúng vào vài loại khuôn mẫu có thể dễ dàng định nghĩa. Ngược lại, lành mạnh lại chính là, nếu có càng nhiều biến thể hình thành, và sự chọn lọc sẽ xảy ra một cách tự nhiên. Thực ra, trong các khu vực khác, thương mại, cạnh tranh cũng xảy ra cái đại loại như vậy.[1] Nếu một cách tiếp cận hữu cơ, từ

[1] Về vấn đề này khi đó, ở đầu các năm 90, nhiều tranh luận đã nổ ra trong giới các nhà kinh tế học. Trong cuộc tranh luận này tác giả thứ nhất đứng về phía những người ủng hộ việc phát triển khu vực tư nhân một cách tiến hoá, và đã tranh luận với những người (thí dụ một phần của các

dưới lên đã là tiến trình đúng đắn của các sự kiện ở đó, thì điều này phải hai lần đúng hơn với khu vực y tế, khu vực cần sự thận trọng đặc biệt trong thực hiện những thay đổi. Hãy bắt đầu bằng cách xem xét sự mở rộng của khu vực tư nhân như được phân loại bởi hình thức sở hữu của nó:

(a) Hiển nhiên, một trong những đường hướng chính là tiếp tục phát triển mở rộng loại quen thuộc - *hành nghề y cá nhân* thông thường. Trong một ý nghĩa kinh tế, các bác sĩ này là các nhà kinh doanh tự mình (tự doanh).[2] (Hoặc, như sẽ thấy ngay, một số trong số họ cùng nhau có thể lập ra một hợp doanh tư nhân).

Hành nghề tư có thể lan rộng rất nhanh trong chăm sóc sơ bộ, với sự tư nhân hoá cung ứng y tế khu vực dân cư. Chương 5 (tr. 171) đã giải thích việc này hầu như đã hoàn thành ra sao ở Cộng hoà Czech, Hungary, Rumani và Slovakia. Cũng đáng tăng tốc quá trình này ở nhiều nước hậu xã hội chủ nghĩa khác nữa.

Không dễ cắt cái dây rốn gắn các bác sĩ chăm sóc sơ bộ (PCP, bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa) với người sử dụng lao động cũ của họ (chính quyền địa phương hoặc cơ quan nhà nước). Khởi đầu, các hình thức lai tạp có thể xuất hiện. Thí dụ, các bác sĩ (riêng từng người hay như các đối tác) có thể hoạt động như các nhà tự doanh trả công cho những người giúp việc và những người làm công khác. Tuy vậy, cơ sở như nhà, thiết bị có thể vẫn thuộc sở hữu nhà nước, nhưng để cho các bác sĩ dùng miễn phí. Tình trạng như vậy gây ra sự lẫn lộn về sở hữu, vấn đề này cuối cùng sẽ phải làm rõ. Nếu các chủ sở hữu hiện thời muốn giữ nhà cửa và thiết bị trong sở

---

nhà kinh tế Tiệp Khắc) những người kiến nghị phong trào tư nhân hoá nhanh chóng và ép buộc. Về cuộc tranh luận xem Murrel (1995), Poznanski (1995) và Kornai (2000).*

* Xem thêm cả cuốn sách năm 1989 của tác giả đã được dịch ra tiếng Việt với tiêu đề "Con đường dẫn tới nền kinh tế thị trường" Hội Tin Học Việt Nam 3-2001.

[2] Trong khía cạnh này, sự thay đổi giống như quá trình mà nhiều luật sư, những người đã làm việc như các viên chức nhà nước, chuyển sang thành luật gia làm việc cho mình trong hành nghề tư (Mihály 2000: 139-45).

hữu nhà nước, thì họ nhất định phải đòi các bác sĩ trả tiền thuê chúng. Hoặc, họ phải tư nhân hoá các tài sản cố định, bằng cách bán chúng, chứ không chuyển giao miễn phí.

Cũng khá phổ biến ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa là nha sĩ hành nghề tư nhân.

Các bác sĩ chuyên khoa khác (như phụ khoa, nnãn khoa, tai, mũi và họng, hay da liễu) có thể cung ứng phần dịch vụ của họ chỉ ở các clinic tư nhân biệt lập. Là thiết yếu trong các chuyên ngành này của y khoa là để cho bệnh nhân nhận được các thành tố khác của dịch vụ chuyên khoa ở bệnh viện hay định chế khác (như phòng khám đặc biệt). Chắc chắn là có phạm vi rộng rãi cho hành nghề y tế tư nhân ở hầu hết các nước hậu xã hội chủ nghĩa, không chỉ ở chăm sóc ban đầu và chăm sóc răng, mà ở cả các chuyên khoa khác nữa.

(b) Nhiều loại hợp tác giữa các bác sĩ đa khoa tư nhân, PCP, và/hoặc các bác sĩ chuyên khoa hành nghề tư nhân sẽ nổi lên. Những hình hài ban đầu đã xuất hiện; cần phải động viên, khuyến khích để cho chúng phát triển rộng hơn nữa. Có thể hình dung ra nhiều loại hợp doanh:

(b1) Về mặt kinh tế, các bác sĩ vẫn là nhà kinh doanh cá thể, nhưng nhiều bác sĩ có thể *hành nghề chung theo nhóm*: họ cùng thuê chung một chỗ, cùng dùng chung một bộ máy nhân viên giúp việc, cùng mua chung và dùng chung máy đo và các trang thiết bị khác.

(b2) Hoặc, các bác sĩ đi một bước tiếp nữa trên đường hợp tác kinh doanh, và lập ra một loại "*hợp doanh*" riêng của mình, trong đó họ vừa là các ông chủ vừa là người lao động. Một tổ chức như vậy có thể có các nhân viên nữa, như các y tá, phụ tá, và thư kí.[3]

---

[3] Hợp doanh tư nhân, nhưng cũng là công ti y tế thuộc loại (d), sẽ được thảo luận muộn hơn, có thể rất phù hợp, ở một số nước, với khuôn khổ pháp lí hiện hành. Cũng có thể là, ở một số nước khác, cần phải có quy chế pháp lí mới, điều tiết tường minh các ràng buộc pháp lí và nghĩa vụ của các hợp doanh tư nhân và của các công ti trong khu vực y tế.

Hình thức (a), sự mở rộng của hành nghề cá nhân, có lẽ sẽ tiếp theo, sau một thời gian trễ, là hình thức (b), các loại khác nhau của hành nghề nhóm và hợp doanh. Chẳng có lí do gì để áp đặt nhịp độ cho sự liên kết như vậy, mà đối với nó những cân nhắc về kinh tế và chuyên nghiệp đằng nào cũng tạo ra các khuyến khích trong mọi trường hợp.

(c) Các điểm (a) và (b) ở trước dẫn chiếu đến các bác sĩ tiếp bệnh nhân ở ngoài bệnh viện, tức là trong hoàn cảnh ngoại trú. Phải mở ra các khả năng để cho các loại hợp doanh y tế cũng có thể hình thành trong nội bộ một bệnh viện, tức là trong hoàn cảnh nội trú. Có thể hình dung theo hai hướng:

(c1) Một là, bệnh viện hợp đồng với một nhóm (hợp doanh) để nhóm này thực hiện một chức năng nào đấy của bệnh viện, trong khuôn viên của bệnh viện, tự chịu trách nhiệm và tự hạch toán. Hợp đồng có thể phủ một nhiệm vụ chuẩn đoán cụ thể, thí dụ, cho hoạt động một phòng thí nghiệm xét nghiệm; thực hiện một số loại điều trị nhất định. "Người mua" ở đây là bệnh viện, "người bán" là nhóm bác sĩ hợp doanh.[4] Bệnh viện thay vì chỉ dựa vào các dịch vụ của chính nhân viên của mình, lại đi "hợp đồng thuê khoán" một số dịch vụ của các nhà cung cấp độc lập ở ngay tại cơ sở của mình cho các bệnh nhân.

(c2) Một khả năng khác: một hợp doanh y tế thuê một số địa điểm của bệnh viện, ngoài ra có thể thuê cả một số dịch vụ hạ tầng nữa. "Người mua" ở đây là hợp doanh, "người bán" là bệnh viện.

Tất nhiên, liên quan đến chi trả cuối cùng thì các vai được đổi. Trong trường hợp (c1), bệnh viện nhận tiền cho dịch vụ y tế từ người chi trả (bệnh nhân và/hoặc nhà bảo hiểm).

---

[4] Dạng này hơi giống "hợp doanh kinh tế trong nội bộ xí nghiệp (VGMK = Vállalati Gazdasági Munkaközösség, có thể thấy trong nội bộ xí nghiệp quốc doanh trong thời kì cải cách xã hội chủ nghĩa thị trường ở Hungary, trong đó một nhóm người của một xí nghiệp quốc doanh nhận "khoán" làm một số hoạt động kinh tế cho xí nghiệp.

Nhưng trong trường hợp (c2) thì hợp doanh y tế nhận trực tiếp tiền do dịch vụ mang lại. Chính vì vậy trường hợp (c2) có mức độ "tư nhân hoá" cao hơn.

Tác động của (c2), và các biến thể khả dĩ của (c), là để chuyển sang các hình thức giao dịch trước đây được che đậy trong sương mù của tiền trả ơn và kinh tế xám, thành các giao dịch hợp pháp, được điều chỉnh, ở dạng minh bạch. Đúng, bây giờ bác sĩ nhận được tiền bởi vì họ đã sử dụng vốn cố định của bệnh viện, dùng nhân viên của bệnh viện để phục vụ bệnh nhân- nhưng điều này diễn ra công khai.[5] Các hợp đồng hợp pháp điều chỉnh một cách nghiêm chỉnh việc, ai cung cấp cái gì và nhận được cái gì.

Phải động viên, khuyến khích không chỉ các bác sĩ, mà cả những người lao động y tế khác cũng hãy tận dụng các hình thức (a), (b) và (c). Điều này có thể xảy ra riêng hẳn khỏi các bác sĩ, thí dụ các nhà xoa bóp, các nhà thể thao chữa bệnh hay các y tá phục vụ tại gia có thể tập hợp lại và hoạt động như một hợp doanh riêng. Nhưng cũng có thể có các hợp doanh đa ngành, trong đó có cả các công việc của bác sĩ lẫn công việc khác.

Sự truyền bá của các hình thức như (c) - phát triển các quan hệ hợp đồng giữa các bệnh viện và các hợp doanh y tế- sẽ có thể khó nhọc hơn so với các hình thức (a) và (b). Sự chống đối có thể chính xác là các đặc tính được dẫn chiếu đến như các ưu điểm chính: tính hợp pháp và minh bạch. Tình trạng tù mù hiện tại của mối quan hệ giữa các hoạt động tư nhân và các bệnh viện thuộc sở hữu nhà nước mang lại lợi thế tài chính lớn hơn cho các bác sĩ và các nhà cung cấp y tế khác ở các bệnh viện đó, so với quan hệ hợp đồng thẳng thừng. Nềm kinh tế "xám" tạo ra các hoàn cảnh màu mỡ cho tiền trả ơn. Sự truyền bá của hình thức hợp đồng (c)

[5] Chương 6, đặc biệt là các trang 238 và 258, đề cập đến tổ chức bảo hiểm và luân chuyển tài chính giữa người thanh toán và các nhà cung cấp có thể được cấu trúc ra sao. Chương 8 sẽ khảo sát những khuyến khích của các phương pháp thanh toán khác nhau một cách chi tiết hơn.

phải được động viên bởi tất cả những ai ủng hộ cải cách, trong nghề y, trong các tổ chức nhà nước liên quan đến chăm sóc sức khoẻ, và trong lĩnh vực chính trị.

(d) Không được phép cản trở việc những người ở ngoài ngành y có thể là chủ của các tổ chức, có hình thức pháp nhân của công ti cổ phần tư nhân hay công cộng, tham gia vào các hoạt động của khu vực y tế.

Hình thức (b) và (c) khác với hình thức (d) ở mức là những chủ nhân của các hình thức trước là những người trong cuộc - các bác sĩ và các nhà cung cấp khác - còn tất cả hay hầu hết các chủ sở hữu của hình thức (d) là những người ngoài cuộc không có nền tảng y tế nào. Chủ của một bệnh viện tư nhân hay của tổ chức chăm sóc sức khoẻ khác có thể là một tổ chức phi lợi nhuận (một quĩ, một quĩ từ thiện, nhà thờ, hoặc một trường đại học). Cùng với họ, cũng có thể xuất hiện các chủ sở hữu vì lợi nhuận (trong hầu hết các trường hợp là các công ti cổ phần) những người coi khu vực này đơn giản chỉ là một mảnh đất đầu tư.

Có các cơ hội lớn ở đây. Các tổ chức tư nhân, mỗi cái chuyên về một lĩnh vực dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, chắc sẽ được thành lập sớm. Thí dụ, có thể là các phòng xét nghiệm, các phòng khám vận hành các thiết bị đặc biệt khác nhau, các cơ sở chạy thận nhân tạo, phòng khám và điều trị mắt, cơ sở phẫu thuật thẩm mĩ và phẫu thuật chỉnh hình, v.v. Cuối cùng, sẽ không còn là hiếm để tìm thấy các bệnh viện tư nhân thực hiện hàng loạt các hoạt động y tế.

Thực ra, ngày nay luật cũng không cấm các bệnh viện và phòng khám tư hoạt động trong khu vực hậu xã hội chủ nghĩa. Những trở ngại là những hạn chế khác nhau về cấp tài chính, cũng như sự thiên vị lệch lạc vi phạm nguyên lí "trung lập với các khu vực" (vi phạm nguyên lí mọi thành phần kinh tế đều bình đẳng). (Điều này sẽ được xem xét chi tiết hơn ở sau). Những định kiến chống lại khu vực tư nhân, có thể thấy trong bộ

máy y tế quan liêu và trong lĩnh vực chính trị, cũng hoạt động như những chiếc phanh (thắng) cản trở phát triển của các công ti tư nhân trong khu vực này.

Phải tính đến các định kiến. Tại sao doanh nghiệp tư nhân tư bản lại không hoạt động hiệu quả trong lĩnh vực này, như trong các lĩnh vực khác?[6] Không cần phải chỉ định vị trí của chúng, mà hãy để cho chúng tham gia cạnh tranh. Nếu họ muốn thiết lập tổ chức mới "được bật đèn xanh" với đủ vốn lớn, hãy để họ làm. Nếu họ kiến nghị rằng với các điều kiện thuận lợi họ mua toàn bộ một tổ chức sẵn có (thí dụ bệnh viện công hay phòng khám công), thì trong trường hợp đó sẽ chẳng đúng nếu từ chối ngay lập tức. Phải cân nhắc xem, họ đảm nhận nghĩa vụ như thế nào trong cung ứng dịch vụ y tế, họ có kế hoạch phát triển ra sao, họ đảm bảo trình độ chuyên môn ở mức nào, và họ trả giá mua bao nhiêu. Sự đảm nhận trách nhiệm này có tốt hơn không, so với sự hoạt động tiếp (đôi khi phải bù lỗ) của tổ chức hiện tại với quan hệ sở hữu như đến nay? Việc quyết định bán phải phụ thuộc vào những cân nhắc này. Như vậy không cần phải phát động một phong trào tư nhân hoá các tổ chức sở hữu công cộng. Nhưng, phải nhìn với con mắt thiện cảm, nếu các giao dịch tư nhân hoá xảy ra không chỉ với các điều kiện hoàn toàn yên tâm, mà cả với các điều kiện thật thuận lợi nữa.

Đáng rút ra các kết luận từ những kinh nghiệm của quá trình tư nhân hoá trong khu vực kinh doanh. Vào đầu các năm 1990, vẫn có nhiều người ủng hộ ý tưởng là các quyền sở hữu phải được phân phát miễn phí, như một cách để tăng tốc tư nhân hoá. Ngày nay chỉ còn ít người ủng hộ điều này. Đã có những kinh nghiệm không may ở Cộng hoà Czech, và trên hết ở Nga, với chiến lược "tư nhân hoá hàng loạt" được áp đặt, và thực hiện vội vàng, công cụ chính là phân phát cho không tài sản nhà nước.

[6] Đáng lưu ý là có một lượng lớn các tài liệu chuyên môn, văn khoa, so sánh thành tích (chất lượng, chi phí, chăm sóc không được đền bù, v.v) của các bệnh viện vì lợi nhuận và phi lợi nhuận, chủ yếu là ở Hoa Kì nhưng cũng cả ở các nơi khác, và nói chung cho thấy một vài khác biệt theo loại hình sở hữu (Sloan 2000).

Thế mà kế hoạch đã thất bại này lại diễn ra, bây giờ là ý tưởng tư nhân hoá các bệnh viện công, phòng khám và các cơ sở cung ứng y tế lớn khác, lại đang nổi lên ở nhiều nước Đông Âu. Các nhóm bác sĩ có ảnh hưởng sẽ vui vẻ nắm lấy các toà nhà và thiết bị có giá trị, miễn phí hay với giá danh nghĩa. Có nguy cơ là quá trình này có thể bị làm hoen ố bởi những móc ngoặc chính trị hay quan hệ cá nhân, và thậm chí hối lộ.

Thay cho phân phát cho không, việc tư nhân hoá phải bằng cách bán, với giá đứng đắn, các bệnh viện, phòng khám đa khoa và các tổ chức khác, cùng với vốn hiện vật và con người. Nếu có thể, điều này phải được tiến hành trên cơ sở cạnh tranh nào đó, với các chào giá tranh đua có thể so sánh được dưới các điều kiện ổn định và không thể trách được về mặt pháp lí. Có lẽ những người mua phải được phép trả dần làm nhiều đợt, hoặc tín dụng ngân hàng có thể dùng để tài trợ. Mặc dù các thủ tục chi tiết nhằm loại trừ các giao dịch không trung thực làm chậm quá trình tư nhân hoá, nhưng làm sao mà phải vội vã? Khía cạnh thiết yếu không phải là tốc độ, mà là sự cải thiện chất lượng và hiệu quả của chăm sóc sức khoẻ đi liền với chuyển đổi sở hữu. Một số người mua có thể là các nhà bảo hiểm muốn tích hợp bảo hiểm với cung ứng (tích hợp dọc), theo kiểu các HMO. Những người khác là các chủ ngoài quốc doanh của các tổ chức tương tự, tìm cách mở rộng phạm vi hoạt động của họ (tích hợp ngang). Cả hai hình thức đều phải được phép, cùng với những đổi mới khác về mặt tổ chức. Thời gian cần thiết cho chuyển đổi sở hữu tiến triển và chuyển thành sự cải thiện về cung ứng các dịch vụ y tế, là khá dài. Một sự tăng tốc áp đặt cho tăng trưởng tự nhiên sẽ không có kết quả tốt lành.

Phi tập trung hoá hệ thống bảo hiểm bắt đầu ở Cộng hoà Czech vào năm 1992 (xem chương 6, tr. 252, chú thích 31), cùng với phong trào tư nhân hoá ở bên cung. Sự tiến triển tư nhân hoá bên cung đã đặc biệt nhanh trong chăm sóc sơ bộ, chăm sóc răng, và hành nghề chuyên khoa ngoại trú. Các cơ sở y tế được phân ra nhiều loại khác nhau, mỗi loại nhận được một thời hạn

cho tư nhân hoá. Tuy vậy, quá trình bị dừng lại khi đến lượt các bệnh viện, bởi vì thiếu khung khổ pháp lí cần thiết (Vyborna 1995; Kokko *et al.* 1998).

Các nước Đông Âu khác không khởi động các phong trào tư nhân hoá được gia tốc bị áp đặt từ trên xuống như người Czech đã làm. Tư nhân hoá và phát triển khu vực tư nhân đã bắt đầu một cách rời rạc (xem tr. 169), nhưng hầu hết các nước trong khu vực đối mặt với vấn đề ngược lại. Các biện pháp hợp thời của cải cách sở hữu, mà đối với việc đó đã có khung pháp lí, vẫn bị trì hoãn.

Hoạt động của các bệnh viện tư và các cơ sở y tế tư nhân phải đặt dưới sự kiểm soát chuyên môn nghiêm ngặt. Việc thiết lập các định chế kiểm tra, thanh tra và sắp xếp vai trò pháp lí của chúng, là một nhân tố quan trọng của cải cách. Nhưng, phải nói thêm rằng, các tổ chức trong khu vực tư nhân không cần sự giám sát lỏng lẻo hơn hay sát sao hơn so với các tổ chức thuộc sở hữu công cộng. Những ví dụ về sự sơ suất, cẩu thả, và chữa trị sai có thể xảy ra ở cả hai loại.

Sự thay đổi trong phân bố các hình thức sở hữu kéo theo một sự thay đổi cả về qui mô của các doanh nghiệp nữa. Các xí nghiệp hình thức (a), theo định nghĩa, là các "doanh nghiệp tối thiểu". Các hình thức (b) và (c) bao hàm sự phát triển các doanh nghiệp nhỏ và vừa. Các doanh nghiệp hình thức (d) có thể có nhiều quy mô khác nhau, nhỏ, vừa, và lớn, hoặc một chuỗi khổng lồ của các bệnh viện. Cho dù cái gì xảy ra đi nữa, sự mở rộng của khu vực tư nhân sẽ làm giảm sự tập trung của các tổ chức lớn đặc trưng cho khu vực y tế xã hội chủ nghĩa. Sự thay đổi sẽ giống như cái đã xảy ra trong công nghiệp, giao thông và trong các ngành công nghiệp dịch vụ khác. Các xí nghiệp lớn vẫn sẽ còn quan trọng đáng kể, nhưng phần của các đơn vị có qui mô nhỏ và vừa sẽ tăng đột ngột, kể cả ở phía đầu vào và đầu ra, nói cách khác, trong tổng việc làm ở khu vực y tế và trong tổng cung chăm sóc sức khoẻ.

Tăng cường các nhân tố tựa-thị trường trong khu vực công cộng

Phần trên khuyến nghị tăng cường khu vực tư nhân trong chăm sóc sức khoẻ. Thậm chí ngay cả nếu mục tiêu này có đạt được, thì vẫn còn một khu vực công cộng khá lớn. Đó cũng là kinh nghiệm quốc tế, như chương 4 đã giới thiệu một ít chi tiết. Cần có những thay đổi sâu sắc trong tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, ở những nơi không xuất hiện sự thay đổi triệt để về sở hữu, để cải thiện hiệu quả chăm sóc. Các nhiệm vụ ở đây là giống với những thứ mà các nhà cải cách muốn đưa ra "chủ nghĩa xã hội thị trường" đã phải đối mặt. Sự tương đồng là hiển nhiên: các tổ chức vẫn thuộc sở hữu công cộng, nhưng chủ ý là để chúng chịu tác động, ở mức độ lớn hơn, đối với các lực lượng thị trường, thí dụ như thông qua áp lực cạnh tranh lẫn nhau và với khu vực tư nhân. Cạnh tranh sẽ không phải là hoàn hảo, bởi vì nhiều bệnh viện và các cơ sở chăm sóc sức khoẻ khác vẫn còn là các nhà cung ứng độc quyền quốc gia, hoặc ít nhất cũng ở mức vùng lãnh thổ. Nhà cung cấp phải đối mặt với một người chi trả độc quyền duy nhất, chứ không phải với hàng loạt người mua riêng rẽ, hoặc, nếu có tình trạng nhiều người chi trả, thì công nghiệp bảo hiểm cũng có lẽ sẽ là khá tập trung. Trước hết, trong các lĩnh vực quyền sở hữu và những trách nhiệm liên quan, so với đến nay cần phải phân định rạch ròi hơn, đơn nghĩa hơn các quyền hạn và nghĩa vụ giữa Chính phủ trung ương, chính quyền địa phương, bệnh viện hay tổ chức y tế khác thuộc sở hữu công cộng. Đối với những nhiệm vụ mà nhà nước phải làm, thì có lí lẽ cho mức độ phân tán cao hơn theo vùng và tăng trách nhiệm và quyền hạn của chính quyền địa phương. Cũng như với cải cách chủ nghĩa xã hội thị trường, đặc biệt quan trọng là để cho giám đốc, người điều hành chính, (CEO) của bệnh viện

hay của cơ sở chăm sóc sức khoẻ khác, có sự tự chủ nhiều hơn và quyền quyết định rộng hơn so với trước kia.[7]

Giám đốc, CEO không phải là bác sĩ giỏi nhất trong ngành. Điều kiện là năng lực quản lí tuyệt vời (Mihály 2000: 146-8). Có thể có trình độ hay kinh nghiệm y học, nhưng sẽ không đúng nếu coi đó là tiêu chuẩn bắt buộc cho người làm giám đốc. Tiêu chuẩn thực tế là năng lực, tài năng, và kinh nghiệm liên quan đến quản lí chăm sóc sức khoẻ.[8]

Trong nhiều khía cạnh, sự phân biệt giữa vì lợi nhuận và phi lợi nhuận là sai lạc. Một bệnh viện công cộng hoặc cơ sở chăm sóc sức khoẻ khác cần đủ thu nhập để bù cho chi phí hoạt động của nó, và ngoài ra còn cho sắm sửa, hiện đại hoá, và bảo dưỡng nhà cửa và thiết bị của mình. Nếu các chi phí và thu nhập được tính với giá hợp lí (xem chương 8, tr. 289) và tổ chức vẫn bị lỗ, thì điều đó chỉ ra những rắc rối kinh tế mà ban lãnh đạo không thể bỏ qua. Trong mức độ đó, một nhà cung cấp công cộng trong khu vực y tế không thể là một ngoại lệ đối với các quy tắc sơ đẳng của kinh tế học. Bổ ngữ "phi lợi nhuận" có thể dẫn chiếu đến sự hiện diện của một người chủ, người *không* điều hành cơ sở vì lợi nhuận tiền bạc, ngược lại với kinh doanh "vì lợi nhuận", trong đó tiền được đầu tư bởi người chủ với mục đích công khai là để kiếm lời.

Việc mặc cả của người mua (chủ yếu là các nhà bảo hiểm) về phí dịch vụ hãy nên quyết liệt hơn và sâu rộng hơn nhiều. Các nhà bảo hiểm không thể chấp nhận nguyên lí "tốn bao nhiêu thì tốn". Đây là một nhiệm vụ không được ưa chuộng, trong đó người mua đừng sa đà vào những điều quá đáng - nhưng hãy

---

[7] Các giám đốc bệnh viện dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa, cũng như các quan chức cấp cao khác và giám đốc xí nghiệp, được lựa chọn chủ yếu dựa trên sự trung thành chính trị của họ. Tập quán này vẫn còn đeo đẳng trong thời kì hậu xã hội chủ nghĩa. Theo một nguồn tin, thí dụ, mười lăm giám đốc của các bệnh viện ở Slovakia bị sa thải vào tháng 3-1995, nhưng trong đó chỉ có một trường hợp sa thải là có thể biện minh trên cơ sở chuyên môn nghiêm ngặt (Lawson and Nemec 1998: 248).

[8] Đào tạo thêm về vấn đề này đã được bắt đầu ở một số nước hậu xã hội chủ nghĩa. Học viên được lấy một phần từ các nhà chuyên nghiệp y khoa và một phần từ các nhà chuyên gia kinh doanh.

chiến đấu quyết liệt chống hoang phí. Nửa bên kia của cuộc mặc cả là người bán, tức là nhà cung ứng, hãy chứng tỏ có thể chỉ rõ, các công việc khác nhau có giá bao nhiêu. Rất cần đến phân tích chi phí, thống kê và báo cáo chi phí tin cậy hơn. Họ cũng sẽ cảm nhận thấy ảnh hưởng của cạnh tranh, đặc biệt là áp lực để kiếm được hợp đồng với nhà bảo hiểm nhằm có luồng bệnh nhân đều đặn. Các nhà cung cấp sẽ phải trở thành người thông thạo về các vấn đề hợp đồng và quản lí, bất luận qua việc phát triển kĩ năng riêng của mình hoặc thuê những người am hiểu và có kĩ năng về làm và thương thảo hợp đồng để phục vụ cho hoạt động của mình.

Hệ thống điều tiết lương tập trung được kế thừa từ hệ thống xã hội chủ nghĩa vẫn còn sống sót trong các bệnh viện công cộng ở hầu hết các nước Đông Âu. Đây là một lĩnh vực khác, mà mục tiêu phải cho giám đốc quyền lực ít nhất như các giám đốc công ti đã nhận được dưới thời cải cách xã hội chủ nghĩa thị trường: quyền tự quyết cao trong quyết định gói thù lao (lương và các thu nhập khác) cho nhân viên của mình.

Nên cân nhắc lại xem liệu những hạn chế hiện tại về mua sắm có quá nặng nề và phức tạp không. Liệu có thể bảo vệ một cách xác đáng chống lại những mưu toan tham nhũng bằng những ràng buộc thoáng hơn không?

Phải xem xét lại, một mặt, các quy định hiện hành về tính khấu hao, và mặt khác sự phân quyền quyết định về đầu tư, cải tạo và sửa chữa. Điều này liên quan chặt chẽ với điểm liệt kê đầu tiên, đến việc xem xét lại sự phân quyền sở hữu. So với sự tập trung quá đáng hiện nay, thì cần đến một sự phi tập trung hoá đáng kể. Thiếu nó thì không sao có thể thực hiện được nguyên lí 4 về đòi hỏi khuyến khích hiệu quả. Lãnh đạo của bệnh viện công và của cơ sở y tế công cộng khác phải chịu trách nhiệm về tài sản cố định và lưu động của tổ chức, về bảo toàn và phát triển chúng. Để có thể áp trách nhiệm cho họ, phải cho họ những quyền hạn cần thiết và các nguồn tài trợ.

8. Tương tác của cung và cầu: định giá, thanh toán, ràng buộc ngân sách cứng, và phát triển tổng thể khu vực y tế

Sau khi đã khảo sát tách biệt bên cầu và bên cung ở chương 6 và chương 7 về mặt cấp tài chính, lợi ích, sở hữu và cấu trúc của bảo hiểm, và cung ứng, bây giờ là lúc xem xét tương tác giữa chúng. Hãy bắt đầu bằng suy ngẫm lại các vấn đề giá cả, bởi vì chúng đóng vai trò đặc biệt quan trọng như những khuyến khích cả ở bên cầu lẫn bên cung và ảnh hưởng đến các quyết định phân bổ đầu tư trong lĩnh vực chính trị. Các chi phí nào phải bao gồm trong giá? Tại nơi thị trường không xác định giá cả, giá hành chính phải được định ra sao? Thảo luận sẽ quay sang các vấn đề rộng hơn của ràng buộc ngân sách và thiết kế hệ thống thanh toán (tức là, kỉ luật tài chính, ai gánh rủi ro, và giá được gộp chung lại ở mức độ nào) và sự đền bù cho các chuyên viên y tế (mức và sự chênh lệc lương của bác sĩ). Sau khi thảo luận ý tưởng về tính trung lập khu vực (được nêu lên đầu tiên ở chương 6), chương này kết thúc bằng mô tả xem các cải cách được kiến nghị sẽ trả lời ra sao cho câu hỏi, ai quyết định về sự phát triển của khu vực y tế quốc gia.

Giá cả phải chăng

Trong xem xét giá cả hợp lí phải dàn xếp ra sao giữa cung và cầu trong khu vực y tế, đặc biệt là các vấn đề của giá hành chính đối

lập, *versus*, giá thị trường, thảo luận chính sách đã đạt đến một điểm làm nhớ lại các tranh luận về cải cách kinh tế dưới chủ nghĩa xã hội. Nghiên cứu cổ điển của Hayek (1935) theo dòng tư duy sau. Không thể có tính toán hợp lí nào dẫn đến hiệu quả, nếu không có các giá biểu hiện sự khan hiếm tương đối. Các giá như vậy được phát triển chỉ bởi thị trường. Chủ nghĩa xã hội loại bỏ thị trường khi nó thủ tiêu sở hữu tư nhân và vì vậy trở nên bất lực trong việc định giá hợp lí. Kết luận phải là, chủ nghĩa xã hội không thể hoạt động một cách hiệu quả.

Các môn đệ của chủ nghĩa xã hội thị trường không từ chối rằng giá hợp lí là thiết yếu. Các học giả từ Oscar Lange cho đến ngày nay đã đưa ra nhiều khuyến nghị khác nhau để tiến tới các giá cả ít nhiều hợp lí mà không có một thị trường thực sự, bằng cách mô phỏng thị trường theo cách nào đấy.[1]

Sự khó khăn của định giá cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, làm nhớ lại vấn đề dưới chủ nghĩa xã hội, bởi vì nó không thể được xây dựng trên một cơ chế thị trường một cách toàn diện. Điều này nảy ra, một phần từ sự nhận ra rằng có các "khuyết tật thị trường" quan trọng trong khu vực y tế (xem thảo luận về thông tin bất đối xứng, hiểm hoạ đạo đức, và chọn lọc ở chương 3, tr. 58-67), một phần từ các mục tiêu tái phân phối, và một phần từ các lí do ít tốt lành của xuất xứ lịch sử và chính trị. Tỉ trọng của khu vực tư nhân càng nhỏ bao nhiêu ở bên cầu và bên cung, và nhà nước càng can thiệp vào hoạt động của cơ chế thị trường nhiều bao nhiêu bất luận vì các lí do nêu trên nào, thì càng không tránh khỏi bấy nhiêu là, các nhân tố phi thị trường sẽ đóng vai trò quan trọng trong định giá. Điều này áp dụng cho hầu hết các nền kinh tế Tây Âu nữa, nhưng là đúng với một mức cao độ ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa, được kế thừa từ hệ thống xã hội chủ nghĩa một cơ chế hầu như loại bỏ sở hữu tư nhân và thị trường.

---

[1] Một tổng quan tốt của văn khoa khổng lồ về chủ nghĩa xã hội thị trường và tình trạng tranh luận là cuốn sách do Bardhan và Roemer chủ biên (1993).

Thực sự ít nhiều, giá làm trong sạch thị trường phát triển chỉ trong một mảng hẹp của khu vực y tế, khi các giao dịch xảy ra một cách hợp pháp giữa những người bán tư nhân và những người mua tư nhân. Điều đó xảy ra trong hành nghề nha khoa, thí dụ, khi người tiêu dùng có thể đi dạo kiếm dịch vụ, thu được kinh nghiệm, đánh giá chất lượng, và trở thành người mua có hiểu biết. Nhiều giao dịch trong khu vực y tế ở Đông Âu hoặc là xảy ra mà không có một giá, trên cơ sở phân phối hiện vật, hoặc là với giá bị bóp méo nghiêm trọng.

Trước khi thảo luận tình trạng này và các khuyến nghị để cải thiện, phải làm rõ là, "giá" dẫn chiếu đến bất kể thanh toán nào cho một hàng hoá, dịch vụ, hoặc một gói của các hàng hoá và dịch vụ. Một số thí dụ tập trung vào các giá riêng lẻ, tính *sau (ex post)* đối với các dịch vụ cụ thể, như giá được sử dụng cho hoàn trả phí cho dịch vụ (FFS); nhưng cũng nguyên tắc đó có thể áp dụng cho các giá tính *trước (ex ante)*, như thanh toán theo trường hợp và thanh toán theo đầu người. Đoạn sau chú trọng vào các vấn đề khuyến khích liên quan đến lựa chọn giữa các mức độ "gói gộp" (bundling) trong thanh toán các dịch vụ y tế.

Hãy lần lượt xem xét một số méo mó đặc trưng của hệ thống định giá y tế ở Đông Âu và phác hoạ các nhiệm vụ cải cách mà chúng biểu thị:

1. Các bệnh viện và clinic công cộng ở Đông Âu nhìn chung không biết chính xác giá thành trung bình của các dịch vụ của họ là bao nhiêu. Họ bất lực trong đánh giá một ca sinh bình thường hay một thủ tục điều trị thường lệ tốn bao nhiêu. Họ không biết họ sẽ tốn bao nhiêu để chăm sóc tăng cường một bệnh nhân cho đến khi nguy hiểm cấp tính qua đi sau một cơn đau tim, v. v. Thế mà sự hiểu biết về các chi phí như vậy phải là điểm xuất phát ở bên cung để xác định giá hợp lí.

   Nhiệm vụ là hiển nhiên: tính toán chi phí cẩn trọng và phân rã chúng một cách chính xác để phản ánh chi phí thực

sự của sự cung cấp cho ít nhất các nhóm dịch vụ chính. Điều này nói thì dễ hơn làm. Nó đòi hỏi nhiều loại biện pháp khác nhau: từ sưu tập và áp dụng các chuẩn kế toán phù hợp với các đặc tính của khu vực y tế, đến tổ chức sổ sách cập nhật và kiểm toán thường xuyên. Các nhà cung cấp sẽ có khuyến khích để tiến hành những thay đổi này nếu họ phải đối mặt với ràng buộc ngân sách cứng hơn và áp lực cải thiện, để cho thiếu thông tin chính xác trở thành thế bất lợi trong cạnh tranh đối với họ.

Đây là một lĩnh vực mà Đông Âu phải học nhiều từ các nước phát triển. Đầu tiên hãy xem *kế toán chi phí*. Các phương pháp hiện đại và tinh vi về kế toán chi phí là cần thiết cho định giá chính xác các dịch vụ y tế và quản lí hiệu quả các bệnh viện và các nhà cung cấp khác. Một vấn đề khó khăn là định nghĩa rõ đầu ra, sản phẩm, hoặc dịch vụ (Berman, Kuka and Weeks 1994: 637). Mức độ tinh tế tương đối của hệ thống kế toán nhìn chung có thể đo lường bằng mức độ chi tiết của thông tin về chi phí, khả năng phân loại chi phí theo các loại hữu ích khác nhau, tính cập nhật và tính chính xác của thông tin, v.v. Phân loại các chi phí ra các chi phí cố định và chi phí khả biến và phân bổ chúng một cách hợp lí cho các dịch vụ cho trước, là rất quan trọng cho các bệnh viện, ở nơi mà phần lớn của tổng chi phí là chi phí cố định.[2] Các hệ thống tính chi phí tinh vi có thể phân bổ chi phí theo thủ tục hay ca (thí dụ, tất cả các chi phí liên quan đến điều trị của các ca trong một nhóm chẩn đoán liên quan).

[2] Hình thức phổ biến của kế toán chi phí, tính chi phí chuẩn, đầu tiên phân bổ chi phí cho các thành phần (vật liệu, lao động, và các chi phí gián tiếp cố định) và sau đó phối hợp các đơn vị giá trị tương đối và phân tích phương sai để đánh giá kết quả so với các chi phí chuẩn định mức (được phát triển thông qua những nghiên cứu kĩ thuật công nghiệp). Có nhiều phương pháp kế toán chi phí cơ bản để xử lí các chi phí cố định, như "phương pháp trực tiếp" hoặc "phân định nhiều lần" (Eastaugh 1992: 40-1). Tại Hoa Kì, các bệnh viện và các tổ chức chăm sóc tích hợp đã chấp nhận ngày càng tăng các hệ thống kế toán chi phí tinh vi tương tự như của các doanh nghiệp trong các khu vực kinh doanh khác cùng với sự lan rộng của thanh toán trên cơ sở trường hợp ở bệnh viện.

2. Mặc dù đã được nhắc đến trước đây, nhưng phải nhắc lại ở đây rằng khấu hao không thể hiện trong kế toán của khu vực công cộng ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa. Ngoài ra, khu vực bỏ sót tính vào các chi phí đầu ra khoản thu nhập ròng trên mức chi phí hoạt động (tính không có khấu hao). Sự bỏ sót này cướp mất cơ hội của các bệnh viện và các cơ sở thuộc sở hữu công cộng để tự họ quyết định về đổi mới, hiện đại hoá, và mở rộng các tài sản cố định, bởi vì họ chẳng có cách nào để tự tài trợ cho việc này. Hơn thế nữa, sự méo mó nghiêm trọng này thấm vào tất cả những tính toán kế toán trong khu vực y tế.

   Kinh nghiệm quốc tế là không đồng nhất trong khía cạnh này. Dưới các hệ thống bảo hiểm xã hội kiểu Đức, ngân sách hoạt động của bệnh viện thường có bao gồm quĩ cho khấu hao vốn (Saltman and Figueras 1997: 199). Phân bổ đầu tư mới được tập trung ở nhiều nước, như Vương quốc Anh, nơi cung ứng cơ bản được cấp tài chính từ thuế trung ương. Quyết định đầu tư ở Australia không hoàn toàn tập trung, nhưng gắn với sự cho phép của trung ương.

   Sự thay đổi thiết yếu tối thiểu dường như là đưa khấu hao vào chi phí và tạo đảm bảo cho việc này trong giá của các dịch vụ.[3] Điều đó để ngỏ vấn đề có thể tranh cãi là liệu thu nhập thuần giành cho các nhu cầu mở rộng có được bao gồm toàn bộ trong tính toán chi phí vào trong giá không, hay chỉ được bao gồm một phần.[4]

---

[3] Tại Ba Lan khoản trợ cấp vốn bù khấu hao được đưa ra năm 1999 (OECD 2000: 151).

[4] Về mặt lí thuyết có thể tưởng tượng ra một cơ chế trong đó thu nhập thuần chảy đầu tiên vào các nhà cung cấp, ở đó một phần của nó có thể được giữ lại như nguồn để tự đầu tư, và một phần được nộp vào quĩ trung ương (hay khu vực) và được tái phân bổ. Giải pháp này là giải pháp tốt nhất để đảm bảo tính minh bạch thông qua chi phí và giá, bởi vì nó làm cho sự phân biệt giữa hai khía cạnh được rõ ràng: tính chi phí và đặt giá ở một mặt, và mức độ tập trung đầu tư ở mặt khác. Có nguy cơ là những những người ủng hộ quyết định đầu tư tập trung sẽ sẵn sàng hi sinh tính minh bạch và mong muốn vốn đầu tư đến với họ một cách trực tiếp, chứ không theo đường vòng như nêu ở trên.

   Đã được nói đến là, những cân nhắc về quyền lực không phải là các tiêu chuẩn duy nhất biện hộ cho tập trung hoá một phần nào đó. Nó cũng giúp để đảm bảo rằng năng lực không bị trùng lặp một cách không cần thiết.

Hãy giả sử rằng đã có quyết định về tính khấu hao và thu nhập thuần. Nhiệm vụ đầu tiên hiển nhiên là thảo và áp dụng các quy định pháp lí cần thiết. Điều này không dễ, bởi vì sự thay đổi có nhiều khả năng là phải nâng giá các dịch vụ.

Cân đối của sự thay đổi trong gánh nặng cấp tài chính rơi cuối cùng lên các hộ gia đình sẽ là bằng không xét về mặt kinh tế vĩ mô. Đó đơn giản chỉ là một sự tái sắp xếp các chi phí, với chi phí đổi mới và hiện đại hoá nhà xưởng và thiết bị rơi vào các nhà cung cấp thay vào các định chế cấp tài chính trung ương. Các khoản thu để sử dụng tập trung và các khoản thuế tạo ra các khoản thu đó có thể được giảm tương ứng. Lại là chuyện khác, liệu chính phủ có chứng tỏ là có khả năng áp dụng giải pháp ngân sách cân bằng này một cách nhất quán hay không. Hơn thế nữa, một cân đối vĩ mô bằng không, không loại trừ khả năng là, một số hộ gia đình sẽ thấy chi tiêu của họ (tổng các khoản thuế chung và đóng góp được đánh dấu cho y tế) tăng lên, trong khi của các hộ khác lại giảm đi.

3. Tính toán và rà soát chi phí trở nên phức tạp do sự phân phối bất hợp lí và kì quái của các khoản trợ cấp cho khu vực y tế. Đôi khi chi phí đầu vào được trợ cấp, đôi lúc giá thật sự qui định cho hàng hoá (thí dụ, thuốc) hay dịch vụ (thí dụ, thủ tục chẩn đoán).

   Thay đổi điều này tỏ ra sẽ rất khó khăn, cùng với các lí do khác còn bởi vì, đòi hỏi về minh bạch kế toán chi phí có thể mâu thuẫn với đòi hỏi thực tế về phân bổ trợ cấp, mà điều đó là dễ chấp nhận nhất về mặt chính trị và có thể dễ nhận thấy nhất. Tính minh bạch đòi hỏi tất cả đầu ra phải được bán với giá hợp lí bù đủ chi phí, và trợ cấp phải được cấp bằng tiền cho những người trả đủ giá cho dịch vụ. Trong thực tế, có thể đơn giản hơn để giúp những người cơ nhỡ bằng cách trợ cấp một số đầu vào (như một số thuốc nào đó), nhưng điều đó sẽ lập tức làm méo mó chi phí. Nhiều thí dụ khác tương tự cũng có thể đưa ra.

Hi vọng duy nhất là khắc phục những ảnh hưởng làm méo mó một cách dần dần, từng cái một, trong từng bước nhỏ, và sử dụng trợ cấp trực tiếp thay cho trợ cấp gián tiếp để giúp người cơ nhỡ.

4. Giá trị của nhân công dùng trong cung ứng chăm sóc sức khoẻ chỉ được phản ánh một phần trong giá chính thức. Ngoài tiền công chính thức thể hiện trong báo cáo kế toán, còn có thu nhập ngầm của tiền biếu mà bệnh nhân biếu cho những nhà cung cấp y tế. Các báo cáo kế toán, ở bên cung, cho thấy cung ứng có chi phí ít hơn so với người mua thực tế đã phải trả (người mua chính thức, như quĩ bảo hiểm-người chi trả duy nhất, cộng với người mua không chính thức, bệnh nhân).

Các công cụ để loại bỏ hệ thống tiền biếu sẽ được thảo luận không lâu nữa.

Kết luận là khó có thể yên lòng. Không có nhà kinh tế nào thoả mãn khi thấy giá phản ánh sự khan hiếm tương đối lại được xác định bởi những ảnh hưởng nửa-quan liêu, nửa-thị trường thay cho bởi thị trường. Mô phỏng thị trường không phải là cái thực, nhưng chưa có thủ tục nào để kiến nghị mà nó làm yên lòng hơn. Phải chấp nhận rằng hình thành giá trong khu vực y tế là một trong những vấn đề lớn, không có lời giải tốt. Khi dẫn chiếu tới giá *hợp lí* trong cuốn sách này, thì những sự dè dặt này phải được hiểu cùng. Giá hợp lí là giá giúp lựa chọn những sự kết hợp hiệu quả của đầu vào và đầu ra.

Sẽ là ảo tưởng để hi vọng rằng một cơ cấu giá y tế mới, ít nhiều có thể chấp nhận được, xấp xỉ gần các giá trị tương đối hợp lí, sẽ xuất hiện ngay trong các nước hậu xã hội chủ nghĩa. Tuy vậy, phải khởi động từ đâu đó. Nếu tất cả những người quan tâm trong khu vực y tế đều có quyền lợi trong giảm chi phí (đó là đề tài của đoạn sau), sẽ có ai đó phản đối những méo mó trong giá cả hiện hành. Một khi những người tham gia này phát triển giá và sự nhạy cảm chi phí, tranh luận và thương lượng về giá,

thì điều đó sẽ dẫn đến giá cả hợp lí (bằng cách mò mẫm và chỉnh sửa nhiều lần). Điều này có thể dự kiến là một quá trình kéo dài, trong đó các giá trên cơ sở thị trường sẽ dần dần thay thế, nhưng không bao giờ thay thế hoàn toàn các giá hành chính, và các giá hành chính còn lại sẽ cho các tín hiệu tốt hơn về sự khan hiếm tương đối thật sự.

Tại đây kinh nghiệm của các nước khác về định giá hành chính hợp lí có thể là đặc biệt quan trọng, liên quan cả đến quy trình ra quyết định lẫn đến các định chế. Hãy xem xét quy trình ở hai nước với hai hệ thống khá khác nhau, Nhật và Hoa Kì. Nhật Bản sử dụng qui trình xem xét lại phí một cách hiệu quả để kiểm soát chi phí trong hệ thống FFS (phí cho dịch vụ). Bộ Y tế và Phúc lợi xét lại các phí trên cơ sở các khuyến nghị của Hội đồng Bảo hiểm Xã hội Chăm sóc Y tế Trung ương gồm hai mươi thành viên, được ảnh hưởng mạnh bởi Hiệp hội Y học Nhật Bản (Ikegami and Campbell 1999: 63). Để cập nhật giá thuốc hàng năm, Chính phủ khảo sát giá cả thị trường bán buôn và đặt biểu giá cao hơn một số phần trăm nào đó trên mức giá thị trường cạch tranh để cho phép một khoản lợi nhuận nhỏ (Ikegami and Campbell 1999: 64). Để cập nhật biểu phí của các thủ tục y khoa (cho cả bác sĩ và các bệnh viện), Chính phủ thẩm tra số liệu về các điều kiện tài chính của các nhà cung cấp và những đòi hỏi bảo hiểm để xác định sự gia tăng bình quân gia quyền-sản lượng cho tất cả các dịch vụ, và sau đó phân sự gia tăng thuần cho hơn 3.000 khoản biểu phí. Sự gia tăng hay giảm của các loại phí khác nhau được dùng để thử kiểm soát tổng gia tăng chi phí và để đền bù cho các nhà cung cấp về những thay đổi công nghệ dị biệt.

Tại Hoa Kì, một uỷ ban chuyên gia tiến hành phân tích và phát triển các khuyến nghị cho Quốc hội về các chính sách ảnh hưởng đến chương trình Medicare được cấp tài chính công, bao gồm những phương pháp luận để xác định và cập nhật các khoản thanh toán. Các nhà bảo hiểm tư nhân và các nhà cung cấp tư nhân cũng thường xuyên chấp nhận các phương pháp thanh toán này. Khởi đầu có hai uỷ ban riêng biệt; năm 1997 chúng được

nhập lại thành Uỷ Ban Tư vấn Thanh toán Medicare. Hệ thống tư vấn chuyên gia này trông coi, giám sát những thay đổi chính sách như thông qua một Biểu Phí Medicare, dựa trên Thang giá trị Tương đối trên Cơ sở Tài nguyên (Hsiao *et al.* 1988); Hệ thống Thanh toán Triển vọng, PPS, cho các bệnh viện; và, mới đây hơn, hiệu chỉnh rủi ro, thanh toán triển vọng cho các dịch vụ ngoại trú của bệnh viện, v.v.[5]

Một bình luận nữa cần được nhắc tới trước khi kết thúc thảo luận về giá cả. Hầu hết các nước Đông Âu chịu lạm phát ở mức độ ít nhiều. Một trong những nguyên nhân cơ bản là nỗ lực hiệu chỉnh giá cả tương đối bị méo mó được thừa kế từ hệ thống xã hội chủ nghĩa. Mặc dù về lí thuyết là có thể đối với một số giá sẽ tăng trong khi số khác sẽ giảm, trong thực tiễn có sự cứng nhắc về giá theo chiều xuống. Như thế sự hiệu chỉnh hệ thống giá tương đối trong quá độ hậu xã hội chủ nghĩa có nghĩa là, trong khu vực kinh doanh một số giá giữ nguyên, hoặc tăng chậm hơn, trong khi một số khác tăng nhanh hơn và liên tục. Đây chính là bối cảnh, trong đó hiệu chỉnh giá khu vực y tế nổi lên trong chương trình nghị sự. Mọi thay đổi, mà sự cần thiết của chúng được nhắc đến cho đến đây, có tác động làm tăng các chi phí kế toán và giá phải trả của những người mua trực tiếp. Điều đó bao gồm hiệu chỉnh giá để phản ánh khấu hao và thu nhập thuần, chuyển tiền biếu thành chi phí lương hợp pháp được ghi chép, chấm dứt trợ cấp trên một số đầu vào ủng hộ sự chuyển giao thu nhập công khai, v. v. Các nhân tố làm tăng giá này có thể được bù lại, ở một mức độ nào đó, bằng những tác động giảm chi phí của cạnh tranh mạnh hơn và của khuyến khích hiệu quả, nhưng chắc rằng không hoàn toàn, và không ngay lập tức. Điều này có nghĩa rằng, một trong những thách thức lớn nhất của cải cách giá trong khu vực y tế sẽ là sự tăng nhanh của nó ngược lại với các nỗ lực vĩ mô nhằm giảm và cuối cùng là loại trừ lạm phát. Điều

[5] Đã nhắc tới ở cuối chương 6 (tr. 237-238) đến qui trình sưu tập gói cơ bản được chấp thuận ở Slovenia. Nó bao gồm, trong những đặc tính, sự xác định giá hành chính hợp lí, ít nhất cho những điều trị trong gói cơ bản.

này làm giảm hi vọng thành công trong tầm ngắn hạn, và gợi ý nhu cầu thay đổi dần dần chứ không phải thay đổi nhanh.

Ràng buộc ngân sách cứng và các khuyến khích khác

Đã chỉ ra ở chương 3 và các phần khác của cuốn sách này rằng, thay đổi sở hữu và tổ chức của bên cung ứng là không đủ để cho khu vực y tế thực hiện tốt nhiệm vụ của mình. Không có các khuyến khích phù hợp, thì hành động của những người tham gia sẽ kéo, hoặc theo một chiều đến cầu không thể dừng được và sống chi phí - hoặc theo chiều khác đến cắt giảm chi phí không kiểm soát được làm tổn hại chất lượng và nỗ lực của các nhà cung cấp (hoặc, sau phi tập trung hoá, là các nhà bảo hiểm) né tránh điều trị hay bảo hiểm cho các bệnh nhân có rủi ro cao.

Có thể làm được cái gì? Hãy đừng ấp ủ những ảo tưởng: không có giải pháp hoàn hảo. Hệ thống khuyến khích cho dù được thiết kế cẩn thận đến đâu, cũng vẫn còn nguy cơ là các lỗ hổng sẽ bị phát hiện và khai thác bởi những kẻ hành động một cách ích kỉ vì quyền lợi riêng, làm tổn hại đến quyền lợi của các bệnh nhân hay của cộng đồng những người chịu gánh nặng cấp tài chính. Tuy nhiên, nếu cẩn trọng, sẽ có khả năng cho một hệ thống khuyến khích phức hợp phát triển mà lại tối thiểu hoá được khả năng lạm dụng:

1. Phải áp đặt kỉ luật tài chính. Thậm chí ngay trong một nền kinh tế thị trường truyền thống, một số nhà cung cấp công cộng hay nhà bảo hiểm phi lợi nhuận có thể cảm thấy rằng họ có quyền đạo đức để được đối xử đặc biệt, thí dụ được giảm thuế hay được cứu vớt trong trường hợp thâm hụt ngân sách, bởi vì họ phục vụ các mục đích cao thượng nhất, mục đích sức khoẻ. Những sự mong đợi như thế thậm chí còn thường xuyên hơn ở các nước hậu xã hội chủ nghĩa, ở nơi cách ứng xử này đã thành thông lệ trong quá khứ. Triệu

chứng ràng buộc ngân sách mềm phổ biến không chỉ trong dịch vụ y tế, mà tràn lan ở mọi lĩnh vực của nền kinh tế dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa.

Theo cách nhìn của các tác giả, không thể biện minh được nếu mong đợi sự cứu vớt tự động. Nhiều lĩnh vực khác cũng có thể tự cho là quan trọng đặc biệt theo cách tương tự. Buông lỏng kỉ luật tài chính không phải là cách tốt nhất cho xã hội để biểu lộ sự kính trọng với khu vực y tế. Nếu công chúng muốn bày tỏ điều đó ở dạng tài chính, những đại diện chính trị của họ phải bỏ phiếu cho khu vực y tế một ngân sách vĩ mô *ex ante* (dự tính *trước*) lớn hơn cho chăm sóc cơ bản. *Ex post (về sau)*, không được khuất phục trước những cầu xin hay hăm doạ để cho phép làm lỏng các ràng buộc ngân sách vĩ mô và vi mô hoặc cứu thoát.[6]

Không tổ chức thuộc sở hữu công cộng hay phi lợi nhuận nào được phép hoạt động với lỗ liên tục. Nếu lí do của thâm hụt là giá đầu vào và đầu ra bị méo mó, thì chúng phải được chỉnh sửa. Nếu lí do là gánh nặng của các ca có chi phí cao lớn hơn khoản chi trả cho chúng, thì hệ thống thanh toán phải được tinh chỉnh để phản ánh chi phí chính xác hơn (thông qua hiệu chỉnh rủi ro và các chiến lược khác, sẽ được bàn dưới đây). Nhưng, nếu có các tổ chức tương tự khác hoạt động với cùng giá cả và một tổ hợp tương tự của các bệnh nhân đau yếu hơn và các bệnh nhân khoẻ mạnh hơn, mà họ không thua lỗ, thì lỗi phải chính là hiệu quả thấp và phản ứng đúng là bổ sung hay sa thải ban quản lí và tái cơ cấu lại hoạt động. Trợ cấp tài chính, nhiều nhất, chỉ được cấp một cách nhất thời, cùng với lời cảnh báo kiên quyết rằng nó sẽ được loại dần ra và chấm dứt vào một thời điểm cụ thể.

---

[6] Một bệnh viện tỉnh ở Hungary đã vượt quá ngân sách của mình ở mức độ cực lớn vào năm 1998. Một trong những bác sĩ chính của bệnh viện, một bác sĩ chuyên khoa tim có tiếng trong nước, khi đó bắt đầu tuyệt thực, và các thứ trưởng Bộ Tài chính và Bộ Y tế buộc phải tiến hành thương lượng *in situ (tại chỗ)*. Cuối cùng, cuộc vận động của bác sĩ đã buộc Chính phủ phải bù cho các khoản lỗ của bệnh viện.

Cứng hoá ràng buộc ngân sách làm nảy sinh các vấn đề phức tạp về chính trị, pháp lí, và kinh tế trong lĩnh vực kinh doanh của nền kinh tế. Quá trình đã không bằng phẳng trong thời kì quá độ hậu xã hội chủ nghĩa, một số nước tiến bộ khá trong khi những nước khác lại chẳng tiến được mấy. Tuy vậy, đúng là trong toàn bộ khu vực, tính mềm của ràng buộc ngân sách thịnh hành hơn trong khu vực y tế, so với trong các lĩnh vực kinh doanh. Làm cứng ràng buộc ngân sách là một dấu hiệu mạnh mẽ của sự nhất quán mà các cải cách cải thiện hiệu quả được tiến hành.

Nếu kỉ luật tài chính nghiêm túc được áp dụng, một lần cứu trợ duy nhất là có thể biện minh được, như là cách để cải thiện điều kiện cho quá trình cải cách. Thế nhưng, nếu các tổ chức y tế trở thành mắc nợ và tổn thất lại tích tụ, thì chẳng còn có biện hộ tiếp nào cho sự cứu thoát một lần nữa.

2. Chương 3 giải thích vì sao áp dụng nguyên lí chia sẻ chi phí ở bên cung và ở bên cầu lại là thiết yếu. Về bên cầu, chẳng cần phải lặp lại các kiến nghị đã được lí giải chi tiết ở chương 6 (tr. 223), kêu gọi đưa đồng-thanh toán chung vào. Trong mức độ nhất định, ít nhất điều này làm cho bệnh nhân quan tâm đến tự kiềm chế trong tiêu dùng chăm sóc sức khoẻ của mình, ngay cả khi hầu bao công cộng vẫn phải trả hầu hết chi phí.
3. Hãy tiếp tục khai phá nguyên lí chia sẻ chi phí ở bên các nhà cung cấp, bắt đầu với các tổ chức tương đối lớn, các bệnh viện, và clinic ngoại trú. Bảng 8.1 và 8.2 giới thiệu tình hình năm 1997. Bảng đầu nhóm thông tin theo các hệ thống thanh toán, bảng sau theo các loại chăm sóc.

Bảng 8.1 *Các hệ thống thanh toán,* Đông Âu:
khảo sát theo các lựa chọn thanh toán, 1997

Nước	Ngân sách tổng thể (1)	Hoàn trả toàn bộ chi phí (2)	Phí cho dịch vụ FFS (3)	Thanh toán theo trường hợp (ca) (4)	Thanh toán theo đầu người (5)	Thanh toán theo ngày nằm (công nhật) (6)
Albani	OPC và IPC	-	-	-	PC	-
Bulgari	PC, OPC, và IPC	-	-	-	-	-
C.H. Czech	IPC[1]	OPC và IPC	PC, OPC, và IPC	Một số IPC	-	-
Croatia	-	-	OPC và IPC	-	PC	-
Hungary	-	-	OPC và IPC	IPC	PC	-
Macedonia	OPC và IPC	-	-	-	PC	-
Ba Lan	PC, OPC, và IPC	-	-	Một số IPC	-	-
Rumani[2]	PC, OPC, và IPC	-	-	-	-	-
Slovakia	-	OPC và IPC	OPC	Một số IPC	PC	IPC
Slovenia	-	-	PC, OPC, và IPC	-	PC	IPC

Ghi chú:
PC = Primary Care = Chăm sóc sơ cấp; IPC = Inpatient Care = Chăm sóc nội trú; OPC = Outpatient Care = Chăm sóc ngoại trú.
[1] Ngân sách tổng hợp lại được tái đưa vào tháng 7 năm 1997
[2] Các bệnh viện có các quĩ vùng lãnh thổ cho chăm sóc sơ bộ và chăm sóc cấp hai và phải chịu trách nhiệm về cấp tài chính cho các phòng khám bệnh và phát thuốc và các polyclinic.
Nguồn: NERA (1998b, 1999); PHARE (1998; Anex); WHO (1999b).

Bảng 8.2 *Các hệ thống thanh toán,* Đông Âu:
khảo sát theo ba mức chăm sóc sức khoẻ, 1997

Nước	Chăm sóc sơ cấp	Chăm sóc ngoại trú	Chăm sóc nội trú
Albani	Theo đầu người	Ngân sách tổng thể và lương; Kế hoạch: FFS	Ngân sách tổng thể và lương
Bulgari	Ngân sách tổng thể và lương	Ngân sách tổng thể và lương	Ngân sách tổng thể và lương
Cộng hoà Czech	FFS Kế hoạch: theo đầu người	FFS với trần quốc gia và hoàn trả toàn bộ với một số đầu vào	FFS với trần quốc gia và hoàn trả toàn bộ với một số đầu vào và phí công nhật. Từ 7-1997: Ngân sách tổng thể
Croatia	Theo đầu người và FFS	FFS và lương	FFS
Hungary	Theo đầu người	FFS với trần quốc gia	Thanh toán theo ca (DRG)
Macedonia	Theo đầu người	Ngân sách tổng thể và lương. Kế hoạch: FFS	Ngân sách tổng thể và lương. Kế hoạch: thanh toán theo ca
Ba Lan	Ngân sách tổng thể và lương. Từ 1999, theo đầu người và FFS	Ngân sách tổng thể và lương. Từ 1999, theo đầu người và FFS (theo sự lựa chọn của quỹ địa phương)	Ngân sách tổng thể và lương. Từ 1999, thanh toán theo ca (theo sự lựa chọn của quỹ địa phương)
Rumani	Ngân sách tổng thể và lương. Từ 1999, theo đầu người và FFS	Ngân sách tổng thể và lương. Từ 1999, theo đầu người và FFS	Ngân sách tổng thể và lương. Từ 1999, thanh toán theo ca và FFS
Slovakia	FFS Thử nghiệm: kết hợp với theo đầu người	FFS	Trả phí công nhật Thử nghiệm: thanh toán theo ca
Slovenia	Theo đầu người và FFS với trần quốc gia	FFS	Phí công nhật và FFS với trần quốc gia

Ghi chú: FFS = Fee For Service = Phí cho Dịch vụ
Nguồn: PHARE (1998; Anex); WHO (1999b).

Một bệnh viện hay clinic dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa được cấp một ngân sách tổng thể. Với hệ thống thanh toán này, người chi trả phân bổ một ngân sách toàn diện cho nhà cung cấp, chứ không phải chi trả cho các dịch vụ cụ thể được nhà cung cấp tiến hành cho mỗi bệnh nhân. Dưới chủ nghĩa xã hội, điểm xuất phát để thảo ra ngân sách *ex ante* là năng lực và chi phí quá khứ, nhiều nhất được hiệu chỉnh cho những thay đổi năng lực có thể nhận biết dễ dàng (thí dụ, như thêm giường bệnh mới) hoặc suất lạm phát. Cùng với ràng buộc ngân sách mềm, ít hoặc không có đòi hỏi về thành tích, và không có cạnh tranh, hệ thống ngân sách-tổng thể này tương tự như hoàn trả vô điều kiện các chi phí. Trước đó, những tổ hợp hiệu quả thấp của đầu vào và đầu ra đã được phê chuẩn lặp đi lặp lại nhiều lần, và đã chẳng hề có khuyến khích để hoạt động một cách hiệu quả.

Hệ thống thanh toán này được giữ lại khởi đầu trong chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa, như cột (1) của bảng 8.1 cho thấy rõ. Muộn hơn, nhiều nước bắt đầu gia tăng hay thay thế hệ thống này bằng các hệ thống khác.[7] Cũng toát ra từ bảng 8.2 là, từ cuối các năm 1990, hầu hết các nước đã chuyển sang các hệ thống thanh toán theo thành tích ít nhiều toàn diện.

Nhiều nước hậu xã hội chủ nghĩa vào cuối các năm 1990 đã chấp nhận các hình thức nào đó của thanh toán FFS trên cơ sở hệ thống điểm tương đối cho các bệnh viện và clinic ngoại trú. Bằng cách chi trả các nhà cung cấp theo số lượng và loại dịch vụ mà họ cung cấp, FFS liên kết thanh toán với thành tích được đo lường bằng sản lượng dịch vụ. Càng cung cấp nhiều dịch vụ càng nhận được nhiều thu nhập.

Chương 3 (tr. 92-108) đã cung cấp những phân tích và một số thí dụ thực nghiệm về việc hệ thống thanh toán ảnh hưởng đến thành tích của các nhà cung cấp ra sao. Mặc dù

[7] Về mô tả của các hệ thống thanh toán, xem chương 3 (tr. 84-93).

những ảnh hưởng của những thay đổi thanh toán cho đến nay chưa được phân tích thấu đáo ở bất kể một nước Đông Âu nào, có thể nói trong một số trường hợp rằng, những ảnh hưởng của các khuyến khích ở bên cung này là khá sâu sắc và đầy kịch tính. Cộng hoà Czech là một trường hợp đặc biệt có thể rút ra bài học. Lí thuyết và kinh nghiệm của các nước khác gợi ý rằng đưa thanh toán FFS vào kết hợp với hoàn trả toàn bộ chi phí của một số nguyên vật liệu nào đó sẽ dẫn tới tăng chi tiêu, có lẽ huỷ hoại tính có thể duy trì bền vững về tài chính của cải cách. Đúng vậy, sau khi đưa thanh toán bỏ ngỏ dưới hệ thống bảo hiểm xã hội, chi tiêu thực tế về chăm sóc sức khoẻ của Czech đã tăng hầu như 40 phần trăm trong hai năm (Marree and Groenewegen 1997: 64). Các bác sĩ hành nghề tư nhân, được chi trả trên cơ sở FFS, đã tính hoá đơn nhiều hơn đáng kể, trong mọi loại dịch vụ, so với các nhà cung cấp nhà nước (chủ yếu được trả lương) đã tính (Massaro, Nemec and Kalman 1994). Kinh nghiệm ban đầu của Czech cung cấp một minh hoạ sinh động cho các ảnh hưởng tăng chi phí của thanh toán FFS bỏ ngỏ và thiếu chia sẻ chi phí ở bên cung. Cuối cùng, lại quay về phương pháp ngân sách tổng thể ở giữa năm 1997, sau khi chẳng có độ tinh chỉnh nào tỏ ra có thể có khả năng cắt chi phí lại. Mỗi cơ sở được nhận như ngân sách quý này 100 phần trăm ngân sách của quý trước đó nếu thành tích của bệnh viện, đo chủ yếu bằng sản lượng, không nhỏ hơn 70 phần trăm của thành tích thời kì trước. Theo các bác sĩ Czech, tác động của sự thay đổi là tức thì, các dịch vụ tính vào thành tích của bệnh viện mà thanh toán được tính trên cơ sở đó đã giảm 30 phần trăm (Benedict 2000). Điều này lại một lần nữa minh hoạ phản ứng đối với các khuyến khích thanh toán có thể nhanh và thấu đáo đến thế nào.

Một hệ thống khuyến khích khác và ở nhiều mặt tinh vi hơn FFS là thanh toán theo trường hợp (ca). Trong trường hợp này thanh toán "gộp" các giá của tất cả các dịch vụ được

dùng để điều trị một ca cho trước. Tuy vậy, phương pháp thanh toán này cũng chẳng phải là không thể bắt bẻ được, như chương 3 (tr. 96) đã chỉ ra. Một thí dụ của các vấn đề của nó là từ Hungary, nơi mà hệ thống được đưa ra khá sớm từ 1993. Hầu như đồng thời, các bệnh viện dùng rộng rãi một hệ thống phần mềm được biết đến với cái tên Sámán (Lên đồng), nó tìm cách cung cấp chương trình tối đa hoá lợi nhuận cho bệnh viện. Thí dụ, khi các tổ hợp của bệnh tật hiện diện, nó nói rõ căn bệnh nào nên coi là "cơ bản" trong chuẩn đoán và tổ hợp nào là đáng báo cáo để tăng tổng số tiền trả cho điều trị đó. Đây là một ứng xử có thể hiểu được đối với các khuyến khích thanh toán, mà chúng cũng phổ biến ở các nước khác dùng thanh toán theo ca.

Một vấn đề khác ở Hungary là sự thiếu điều phối giữa thanh toán ở bệnh viện và thanh toán ngoại trú. Mỗi phòng của bệnh viện hay của clinic ngoại trú đều tìm cách xoay xở để kiếm nhiều điểm nhất có thể cho chính mình và xem xem liệu điều trị ngoại trú hay nội trú mang lại nhiều thu nhập hơn khi điều trị một bệnh nhân. Hoạt động này được biết đến như "săn điểm" (Féderer and Nemes 1999). Thí dụ, nếu một bệnh nhân được điều trị chứng chảy máu mũi dai dẳng như một bệnh nhân ngoại trú ở bệnh viện trẻ em, đây là một ca làm lỗ cho bệnh viện. Tuy vậy, nếu cũng bệnh nhân đó phải nằm viện vài ngày, thì lại sinh lợi cho bệnh viện. Lấy một thí dụ khác, nếu xét nghiệm tiến hành ở bệnh viện tỏ ra rằng người đó khoẻ mạnh, thì bảo hiểm xã hội sẽ không trả tiền. Như thế bệnh viện có lợi ích tài chính trong phân loại tất cả bệnh nhân có đến bệnh viện là người ốm đau. Các thí dụ này minh hoạ tầm quan trọng của điều phối các hệ thống thanh toán sao cho thanh toán cho một tổ hợp các dịch vụ cho trước (như điều trị chảy máu mũi dai dẳng) là "trung lập với địa điểm", không thưởng quá đáng cho chăm sóc nội trú so với ngoại trú.

Các tác động có hại của hệ thống thanh toán cho bệnh viện ở Slovakia dẫn tới nhiều sửa đổi từ 1993. Hơn một năm, thanh toán được tiến hành theo hệ thống điểm kết hợp với một mức công nhật (trên giường/ngày). Sau đó cho 13 tháng, lại là hệ thống kết hợp trả một khoản trọn gói với một mức công nhật. Cuối cùng, từ 1995, tất cả chi phí được trả ở dạng thanh toán công nhật, hệ thống này thỉnh thoảng được xem xét lại (Lawson and Nemec 1998: 247). Có thể tiên đoán rằng thanh toán công nhật sẽ dẫn tới thời gian nằm viện dài hơn ở Slovakia so với các bệnh nhân tương tự ở các nước có những khuyến khích khác, như các nước với thanh toán theo ca.

Tất cả các thí dụ này minh hoạ rằng hệ thống các khuyến khích cho các bệnh viện và clinic ngoại trú cần phải được tinh chỉnh thêm ở hầu hết các nước. Tại những nơi FFS được sử dụng, "các giá" tương đối (giá trị điểm tương đối của các giao dịch) cần được cải thiện. Trong một số trường hợp có thể nên phân rã ràng buộc ngân sách ("trần"), trên cơ sở đó phân bố thanh toán theo điểm được tiến hành, thành các đơn vị nhỏ hơn, chứ không phải chỉ áp dụng (trần) cho cả tổ chức như một tổng thể. Chắc sẽ hiệu quả hơn khi rời khỏi thanh toán FFS thuần khiết và đưa ra nhiều chia sẻ ở bên cung hơn, như chấp nhận thanh toán theo trường hợp với một số phí cho các dịch vụ nhất định.

Cùng với các khuyến nghị đã đưa ra đến đây, đáng xem xét liệu có áp dụng nguyên lí chia sẻ chi phí, cho mỗi bệnh viện hay clinic như một tổng thể và cho các đơn vị chính của chúng có các tài khoản tách biệt hay không. Điều này có nghĩa, thí dụ, là mỗi đơn vị nhận được một ngân sách *ex ante* sẽ được quyền hưởng (toàn bộ hay ở một mức được xác định trước) các khoản tiết kiệm *ex post* của mình. Mặt khác, nó phải buộc bù từ quĩ dự trữ của mình bất kể khoản thâm hụt *ex post* nào. Như đã được nhắc tới, tập quán này được áp

dụng cho các bệnh viện ở Slovenia từ nhiều năm (Health Insurance Institute of Slovenia 1999: 28), và đã giúp làm cho các bệnh viện ở đó hiếm khi bị thâm hụt ngân sách. Điều này minh hoạ, ngân sách tổng thể kết hợp với một ràng buộc ngân sách cứng (và có lẽ với giám sát thành tích và/hoặc cạnh tranh) có thể tạo ra khuyến khích lớn hơn ra sao đối với hiệu quả, so với hệ thống ngân sách tổng thể xã hội chủ nghĩa. Thế nhưng, tập quán này không được đi quá xa. Bắt buộc áp một ràng buộc ngân sách cứng và chia sẻ chi phí ở bên cung cho các đơn vị nhỏ hơn và nhỏ hơn sẽ làm tăng rủi ro của các đơn vị đó, và gây áp lực kiểm soát chi phí thông qua cắt giảm chất lượng và phân biệt đối xử với các bệnh nhân có chi phí cao.

4. Hình thức thanh toán theo đầu người, hay một số biến thể của nó, đã trở thành phổ biến nhất cho chăm sóc sơ cấp ở Đông Âu (xem bảng 8.2). Bệnh nhân đăng kí với bác sĩ chăm sóc sơ cấp, PCP, trên cơ sở dài hạn. Bác sĩ sau đó nhận một khoản chi trả theo đầu mỗi bệnh nhân, như thế, thu nhập của bác sĩ tỉ lệ với số bệnh nhân trên danh sách.[8]

   Nhược điểm của hệ thống theo đầu người, như bất kể hình thức chia sẻ chi phí hoàn toàn ở bên cung, là sự nhấn mạnh một chiều đến giảm chi phí trong phòng khám riêng của PCP, kể cả tiết kiệm thời gian của bác sĩ. Đáp ứng cho lợi ích nhất của bác sĩ khi đăng kí càng nhiều bệnh nhân có thể và chi càng ít càng tốt trong điều trị họ.[9] Điều này có thể dẫn đến khám qua loa. Tuy vậy, các xu hướng có hại có thể được giảm nhẹ và sự lưu tâm lớn hơn sẽ được khuyến khích nếu tư nhân hoá chăm sóc sơ cấp và đảm bảo quyền lựa chọn PCP tiếp theo cạnh tranh thực sự giữa các bác sĩ vì bệnh nhân

[8] Thanh toán theo đầu người giống như ngân sách tổng thể của một đơn vị nhỏ, như vừa được thảo luận.

[9] Các bác sĩ PCP ở Đông Âu chỉ được phép đăng kí một số lượng giới hạn bệnh nhân, thường ở khoảng 2.000. Tại Hungary, cũng có một ngưỡng đối với thanh toán theo đầu người, trên ngưỡng đó một hệ số hiệu chỉnh luỹ thoái được áp dụng nhằm ngăn đăng kí quá nhiều (OECD 1999 a).

(nguyên lí 3). Điều này có nghĩa là cấp một số lượng thoả đáng giấy phép hành nghề tư nhân như PCP, sao cho tổng năng lực (cung) vượt một chút cầu bình thường của các bệnh nhân đối với các dịch vụ PCP. Thanh toán theo đầu người tạo khuyến khích cho bác sĩ cạnh tranh vì bệnh nhân. Nếu quá ít giấy phép được cấp (có lẽ do áp lực lobby của các PCP đã được phép và đang hành nghề), tính độc chiếm nghề nghiệp sẽ tạo thiếu hụt kinh niên. Các tác động của dư cầu liên tục như vậy so với cung là khá quen thuộc với mọi người Đông Âu từ thời kì xã hội chủ nghĩa. Sẽ là không đủ khi công bố công khai rằng mọi công dân có quyền tự do lựa chọn bác sĩ của mình. Phải có cái cho họ chọn. Tại nơi có thiếu hụt, một số bệnh nhân sẽ buộc phải chọn các bác sĩ ít nổi tiếng hơn với hàng đợi ngắn hơn ở phòng khám của họ. Để loại trừ điều này, các cải cách về sở hữu, cạnh tranh, và thanh toán cần hoạt động cùng nhau để đảm bảo sự lựa chọn đích thực cho bệnh nhân.

PCP đóng một vai trò quan trọng trong cải cách, như "người gác cổng" ban đầu, người chuyển hay từ chối chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa. Họ được mong đợi quyết định những vấn đề như vậy theo đánh giá tốt nhất về mặt chuyên môn của mình, nhưng quyết định của họ sẽ hiển nhiên bị ảnh hưởng bởi lợi ích riêng. Nếu thanh toán theo đầu người chỉ bù cho thu nhập của họ và chi phí văn phòng của họ, thì họ sẽ có lợi ích chuyển bệnh nhân lên cho bác sĩ chuyên khoa càng nhanh càng tốt. Điều này sẽ tiết kiệm thời gian cho họ và cho các trợ lí của họ, và mang lại thu nhập lớn hơn do giảm chi phí phòng khám. Nó cũng có thể gây ấn tượng với bệnh nhân, như thế các bác sĩ cải thiện vị trí cạnh tranh của mình bằng cách tiến hành chính sách này. Chuyển -thường xuyên, quá đáng- cũng làm giảm rủi ro quyết định, bằng cách "bao phủ" mình khỏi những khiếu nại về đánh giá sai. Thế nhưng, các PCP theo đuổi chiến lược như vậy không hoàn thành công việc của mình như người gác cổng: họ để

cổng mở toang. Bởi vì điều này là rất đắt đỏ với toàn hệ thống chăm sóc sức khoẻ, dẫn tới làm quá tải các bác sĩ chuyên khoa và bệnh viện đắt tiền, các biện pháp khác nhau phải được sử dụng để làm nản lòng các PCP khỏi chuyển quá đáng.

Một cách tiếp cận là có tài liệu và hành chính. Các PCP cần nhận được hướng dẫn hoạt động, chỉ dẫn họ khi nào họ phải chuyển bệnh nhân đi xét nghiệm, đi tư vấn với bác sĩ chuyên khoa, hoặc đi điều trị ở bệnh viện. Tất nhiên, họ phải quyết định từng trường hợp theo hiểu biết và đánh giá chuyên môn của mình, nhưng càng có nhiều trợ giúp với các tiêu chí quyết định đúng đắn và thậm chí các chỉ thị cụ thể họ có thể nhận được, thì các quyết định của họ sẽ càng trở nên tin cậy hơn.[10]

Cách tiếp cận khác kéo theo các khuyến khích tài chính. Trong hệ thống "quỹ giữ bác sĩ đa khoa- GP fundholding" và "Nhóm Chăm sóc Sơ cấp- Primary Care Group" của Vương quốc Anh (nhắc tới ở chương 3, tr. 98, chú thích 26 và bảng 4.7 trang 126), GP nhận một quota chi tiêu (ngân sách hay quỹ) tỉ lệ với số bệnh nhân đăng kí với bác sĩ, để bù cho các chi phí của các bệnh nhân của mình. Quy chế quy định loại chi phí nào phải hay có thể được chi trả từ quota này. Các bác sĩ đa khoa (GP) phải quyết định cái để bù đắp từ quota này và cho bệnh nhân nào, tất nhiên trong khuôn khổ của các quy định. Hệ thống này thực ra biến các bác sĩ đa khoa thành cả nhà bảo hiểm cũng như nhà cung cấp, bởi vì họ chịu rủi ro tài chính về việc bệnh nhân nào cần các dịch vụ nào. Đáng

---

[10] Vấn đề giống với vấn đề được thảo luận ở chương 6 (tr. 226) về sưu tập gói cơ bản. Cũng có kiến nghị ở đó về cần đến các nguyên tắc chỉ đạo và chỉ dẫn cụ thể, song không lấy khỏi tay bác sĩ quyền cá nhân, cụ thể trong quyết định hoặc làm họ nhẹ bớt trách nhiệm cho các quyết định của mình.

Ngoài sự tương tự như vấn đề thảo luận ở chương 6 (tr. 226), vấn đề này chồng lên vấn đề đó. Lập luận ở đây chú trọng vào các bác sĩ gia đình cung cấp chăm sóc sơ cấp. Một tiêu chuẩn, theo đó PCP có thể không chuyển một bệnh nhân cho bác sĩ chuyên khoa hay cho một bệnh viện là, tư vấn hay điều trị đó không là một phần của gói cơ bản. Hoặc, PCP có thể chuyển nhưng kèm theo lời khuyên rằng tư vấn được khuyến nghị với bác sĩ chuyên khoa do bệnh nhân tự chi.

xem xét một hệ thống tương tự cho các PCP ở Đông Âu.[11] Thí dụ, nếu các bác sĩ ở phần này của thế giới phải đảm bảo điều trị chuyên khoa, xét nghiệm, và các chi phí bệnh viện từ một ngân sách cố định, điều đó sẽ ngăn chặn thiên hướng "chuyển" bệnh nhân không do dự. Nó sẽ làm tăng phạm vi cơ động của PCP và khuyến khích để giảm chi phí, nhưng nó cũng làm tăng quyền lực của họ với bệnh nhân và khuyến khích họ để tránh né các bệnh nhân có chi phí cao. Không cần hấp tấp đưa cơ chế mới này vào. Thời gian để đưa các khuyến khích xa hơn nữa sẽ đến một khi hành nghề của cá nhân hay nhóm PCP được củng cố và cả các nhà cung cấp lẫn các bệnh nhân đã có kinh nghiệm với tình hình mới.

5. Cơ chế được mô tả dưới điểm 4 (PCP như người gác cổng và vấn đề đảm bảo chi tiêu chuyên khoa và bệnh viện từ một quota chi tiêu được cấp cho PCP) là cách xa chỉ vài bước tới định chế của HMO. Dạng này, được giải thích trước đây, tích hợp bảo hiểm và cung ứng. Trên giấy, nó dường như có khả năng khắc phục cả hai xu hướng có hại: sống chi phí và giảm chất lượng. Sự thực, là các HMO cạnh tranh lẫn nhau để lấy thiện cảm của người sử dụng lao động và của các cá nhân được bảo hiểm, khiến họ cắt chi phí của mình và cung cấp cho bệnh nhân cái tốt nhất họ có thể. Tuy vậy, nó cũng tạo khuyến khích để cắt xén những khía cạnh chất lượng khó quan sát bởi người sử dụng lao động và bệnh nhân, và thưởng về mặt tài chính cho các nỗ lực tránh các bệnh nhân không sinh lợi.

Kinh nghiệm Mĩ gợi ý là có nguy cơ rằng cắt giảm chi phí với mọi giá có thể trở thành chiếm ưu thế. Chính vì thế, con đường này cần được theo với sự thận trọng. Sẽ không

[11] Nhiều thành phố lớn ở Ba Lan, bao gồm Krakow, đã thử nghiệm từ 1996 một hình thức tương tự như hệ thống Quỹ Giữ Bác sĩ Đa khoa của Anh, được biết đến ở Ba Lan như "hành nghề gia đình" (Windak *et al.* 1997, NERA 1998b). Các PCP ở Krakow hợp đồng với chính quyền địa phương nhận trách nhiệm cho một quận để nhận được thanh toán theo đầu bệnh nhân. Điều này không chỉ bao hàm chăm sóc sơ cấp, mà cả cung ứng chuyên khoa và chuẩn đoán nữa. Tuy vậy, loại thí điểm như vậy là lác đác ở Đông Âu.

đúng ở Đông Âu đi ngăn cản sự hình thành các HMO như sáng kiến tự nguyện. Khung khổ pháp lí, trong đó chúng có thể hoạt động, phải được xây dựng. Mặt khác, việc đưa chúng vào không được áp đặt hoặc là đề tài của một phong trào sâu rộng.[12]

6. Nhiều phương pháp thanh toán đã được nhắc tới - thanh toán theo trường hợp, theo đầu bệnh nhân, quỹ giữ bác sĩ đa khoa- kéo theo chia sẻ chi phí ở bên cung với mức cao, và vì thế có các khuyến khích mạnh để tránh các bệnh nhân có chi phí cao. Để giảm nhẹ những khuyến khích không mong mỏi này, những người chi trả phải hiệu chỉnh các khoản thanh toán cho các nhà bảo hiểm và các nhà cung cấp để phản ánh chi phí dự kiến của điều trị (xem chương 3, tr. 99).[13]

Hiệu chỉnh rủi ro không phải không thấy ở trong khu vực. Cộng hoà Czech đưa ra một cơ chế hiệu chỉnh rủi ro đơn giản, trên cơ sở tuổi, vào năm 1993. Đây là một bước theo hướng đúng, bởi vì các nhà cung cấp sẽ ít phân biệt đối xử hơn đối với những người già nếu họ được trả nhiều hơn cho điều trị các bệnh nhân này. Hơn thế nữa, thông tin về tuổi là dễ sưu tầm và sử dụng cho hiệu chỉnh thanh toán. Đáng tiếc, tuổi (và các chỉ số nhân khẩu học khác như giới tính) có thể giải thích chỉ một phần nhỏ sự chênh lệch về chi phí giữa các bệnh nhân. Các hệ thống hiệu chỉnh rủi ro tinh tế hơn đòi hỏi nhiều thông tin sâu về các cá nhân.

Thanh toán hỗn hợp, sử dụng mức vừa phải của chia sẻ chi phí ở bên cung, là một phương pháp bổ sung, và dễ sử dụng hơn ở một số mặt nào đó, để loại bỏ chọn lọc rủi ro. Nó

---

[12] Cách tiếp cận tiệm tiến và tự nguyện này là thiết yếu nếu muốn có quyền tự chủ cá nhân trong lựa chọn các khả năng bảo hiểm cạnh tranh nhau. Tuy vậy, nó cũng có thể làm cho vấn đề chọn lọc rủi ro trở nên tồi tệ hơn, bởi vì những người tự nguyện lựa chọn HMO có thể là những người khoẻ mạnh hơn nhiều so với trung bình. Vấn đề này có thể được đề cập tốt nhất bằng hiệu chỉnh rủi ro và thanh toán hỗ hợp, như được thảo luận ở điểm 6.

[13] Điều này sẽ là hữu ích ngay cả ở hình thức A, hình thức bảo hiểm độc quyền cho chăm sóc cơ bản. Nó sẽ trở thành càng quan trọng hơn dưới hình thức B, hình thức cạnh tranh được quản lí giữa các nhà bảo hiểm cả chăm sóc cơ bản lẫn chăm sóc bổ sung (xem chương 6, tr. 242).

cũng giảm nhẹ các khuyến khích cắt giảm chất lượng. Thanh toán hỗn hợp bao hàm cả một khoản thanh toán cố định *ex ante* và một số thanh toán *ex post* trên cơ sở sử dụng dịch vụ thực tế của bệnh nhân. Khoản thanh toán *ex ante* phải được hiệu chỉnh rủi ro. Các nước sẽ cần thí nghiệm với một tỉ lệ thích hợp của khoản chi trả cố định *ex ante* tương đối đối với khoản hoàn trả *ex post*.

Cuối cùng, các nước nên xem xét một hợp nhất chia sẻ rủi ro cao bắt buộc (mandatory high-risk pooling) (xem chương 3, tr. 101). Trong hệ thống này, các nhà bảo hiểm (và có lẽ các nhà cung cấp khác chịu rủi ro chăm sóc, như các PCP được thanh toán theo đầu bệnh nhân) được yêu cầu đóng góp cho một quỹ để đảm bảo chi phí cho các bệnh nhân có rủi ro cao. Đổi lại, các nhà bảo hiểm được phép đưa ra trước, ở đầu thời kì liên quan, một tỉ lệ nhỏ của các bệnh nhân của họ vào quỹ rủi ro cao. Các chi phí điều trị các bệnh nhân có rủi ro cao này được hoàn trả từ quỹ một cách hào phóng hơn so với bình thường. Với cơ chế này các nhà bảo hiểm không cần cố tránh các bệnh nhân có chi phí cao. Điều này sẽ giúp cho các bệnh nhân như vậy sự lựa chọn đích thực.

7. Các hình thức chế định tự bảo vệ cho bệnh nhân cần được phát triển để bù các khuyến khích gây thiệt hại một cách tiềm năng liên quan tới các HMO và tất cả các hình thức chia sẻ chi phí ở bên cung được mô tả trước đây.

Trong khung khổ của gói lợi ích cơ bản, phải có cách theo đó các bệnh nhân có thể phản đối một quyết định y học hoặc có thể khiếu nại. Trong các bệnh viện và các định chế lớn khác, cơ hội để làm như vậy được đảm bảo trong nội bộ hệ thống thứ bậc. Một bệnh nhân có thể thưa một bác sĩ lên cho một bác sĩ chính, bác sĩ cấp phòng, hoặc thưa kiện chống lại quyết định của bác sĩ chính lên giám đốc bệnh viện. Hệ thống PCP phi tập trung hoá sẽ phải phát triển các hình thức

tương tự cho sự khiếu nại, thưa kiện của bệnh nhân. Điều quan trọng nhất là sự can thiệp tiếp theo - hoặc, khi được biện minh, sự thay đổi một quyết định đã được đưa ra ở cấp thấp hơn - phải xảy ra một cách nhanh chóng.

Ngoài điều đó, khả năng lựa chọn của bệnh nhân phải được mở rộng thông qua tính sẵn có của chăm sóc bổ sung. Những người, không tin vào quyết định y khoa được đưa ra như một phần của gói lợi ích cơ bản, phải có khả năng để tham vấn một bác sĩ theo lựa chọn của mình, với điều kiện họ có thể trả chi phí từ tiền túi của mình hoặc thông qua bảo hiểm tư nhân. Cũng như thế áp dụng cho các bệnh nhân, không muốn đến bệnh viện mà họ không thích, muốn các xét nghiệm thêm mà không được kê, v.v.[14] Đơn giản sự nhận biết, rằng các bệnh nhân có thể kiểm tra các quyết định y khoa bằng cách tham vấn các bác sĩ chuyên khoa khác và có các xét nghiệm khác, sẽ thúc đẩy sự chú tâm hơn và thận trọng hơn trong các quyết định lâm sàng trong lĩnh vực chăm sóc cơ bản.

Đây là lúc tổng kết những gì đã nói về mức độ mà các khuyến khích có thể hoạt động để kìm hãm sự tăng vô độ của cầu và chi phí.

Nhu cầu về một một loại thuốc hay điều trị cụ thể hiển nhiên có thể bão hoà. Tổng số người bị bệnh tim có thể xác định cận trên cho các ca phẫu thuật tim có thể được tiến hành. Nhưng, nhu cầu tổng cộng của xã hội về giữ gìn sức khoẻ, về phòng ngừa bệnh tật, đối với các nguồn lực phục vụ cho chữa bệnh, thực tiễn là không thể bão hoà. Điều này lại đặc biệt đúng như

---

[14] Có nguy cơ là bệnh nhân có thể trở thành nạn nhân của "cầu do nhà cung cấp gây ra" (xem chương 3, tr. 93) thông qua hệ thống chăm sóc bổ sung, được kích thích bởi lợi ích tài chính của các nhà cung cấp đó (đặc biệt nếu với thanh toán FFS) và bởi những nỗ lực kiểm soát chi phí thông qua hạn chế gói lợi ích cơ bản. Một sự kìm hãm nào đó, đối với các xu hướng như vậy trong nội bộ chăm sóc bổ sung, sẽ có nếu người mua có khả năng và sẵn sàng chi trả. Các ràng buộc thêm là từ cạnh tranh được quản lí giữa các nhà bảo hiểm của chăm sóc cơ bản và bổ sung tích hợp, đặc biệt khi thanh toán cho nhà cung cấp gắn với chia sẻ chi phí ở bên cung chứ không phải FFS.

vậy, nếu chú ý rằng, sự phát triển của khoa học và kĩ thuật luôn luôn tạo ra các khả năng chữa trị mới hơn, hiện đại hơn. Vấn đề thực sự, như thế không phải là, khu vực này cần cung cấp gì, mà là, đừng cung cấp gì: là có thể đặt một ràng buộc thực tế đối với cầu? Ai là người có thể nói "không", và thực thi nó?

Có hai trường hợp thuần khiết ở đây.

Một trường hợp là độc tài chính trị, và đi cùng là nền kinh tế tập trung mệnh lệnh. Cá nhân, hay nhóm người nắm quyền lực quyết định: dành cho y tế ngần này - và chấm hết. Nó có khả năng nói không, tức là từ chối mọi nhu cầu thêm về y tế. Khá gần với loại mô hình lí thuyết thuần tuý này là chủ nghĩa Stalin, hệ thống xã hội chủ nghĩa cổ điển. Kết quả là vị trí thấp của sự nghiệp y tế trên thang ưu tiên. Hậu quả của điều này và của các nhân tố khác là: sự suy sụp của các chỉ số về sức khoẻ, sự thiếu hụt, xếp hàng, chất lượng dịch vụ yếu kém, các ngoại lệ, tham nhũng, v.v. và v.v.

Trường hợp thuần khiết khác là phó mặc sự nghiệp y tế cho cơ chế thị trường. Về mặt lí thuyết, chỉ có người trả được giá thị trường, mới có thể hưởng thụ đảm bảo y tế. Giá này nhiều khi cao hơn giá mà thị trường hoàn hảo tạo ra, bởi vì ở phía cung cạnh tranh là khá hạn chế. Người nói "không" chính là bệnh nhân muốn lành bệnh, từ quan điểm pháp lí là nói không một cách "tự nguyện". Nếu không thể trả được, thì không yêu cầu. Cơ chế thị trường thuần khiết sẽ tước đoạt những tầng lớp rộng lớn dân chúng khỏi lợi ích của sự nghiệp y tế .

Chủ nghĩa tư bản ở giai đoạn phát triển đầu tiên khá gần với kiểu thuần khiết này. Về mặt lịch sử nó còn tiếp tục tồn tại ở nhiều nước đang phát triển.

Các nền kinh tế tư bản phát triển và các nền dân chủ chính trị phát triển chối bỏ cả hai trường hợp thuần khiết cực đoan. Họ tìm kiếm và phát triển các giải pháp "hỗn hợp", "pha trộn" cố loại bỏ những tác hại ghê tởm của cả hai trường hợp thuần khiết. Nhưng, điều này có nghĩa một cách *không thể tránh khỏi được*,

là không có người nào có thể nói "không" một cách dứt khoát: ràng buộc cầu bị mềm đi.

Việc làm cứng hoàn toàn ràng buộc cầu bị loại trừ do các lí do đạo đức. Phần lớn những người có lòng thiện, từ chối trường hợp thuần khiết thứ nhất như sự chuyên quyền chính trị; và từ chối trường hợp thứ hai do nó loại bỏ những người nghèo hơn khỏi các dịch vụ y tế.

Những người tham gia cuộc sống chính trị dân chủ biết rằng, họ sẽ mất sự ủng hộ của các cử tri, nếu họ tỏ lập trường ủng hộ bất kể trường hợp nào trong hai trường hợp thuần khiết kể trên. Như vậy các trường hợp thuần khiết này không có triển vọng chính trị.

Tuy rằng có những người nghĩ là mọi vấn đề đều có giải pháp của nó - nhưng trong nền kinh tế tư bản dân chủ, vấn đề làm cứng hoá ràng buộc cầu chăm sóc sức khoẻ không có và cũng không thể có giải pháp hoàn hảo. Chúng ta chỉ có thể lựa chọn giữa các giải pháp không thật tốt lắm và các giải pháp còn tồi hơn.* Các khuyến nghị nêu ra ở đoạn này có một mục đích khiêm tốn. Chúng được thiết kế để đảm bảo rằng, ràng buộc cầu trở nên cứng hơn *rõ ràng* so với nếu không có các biện pháp mới này. Các ý tưởng chính để đạt được điều đó có thể tóm tắt như sau.

Khuyến khích càng nhiều người tham gia trong lĩnh vực chăm sóc cơ bản có thể "nói không". Chức năng (từ chối) này đừng chỉ thu hẹp ở một hay hai người tham gia: thí dụ chỉ Chính phủ, Quốc hội hay chính quyền địa phương; hoặc chỉ các tổ chức cung cấp, bệnh viện, phòng khám, các PCP; hoặc chỉ các nhà bảo hiểm; hoặc chỉ các bệnh nhân. Tất cả họ, riêng biệt và cùng

* Nghiên cứu lại cuộc tranh luận lí thuyết làm thức tỉnh suy nghĩ, xảy ra giữa cặp tác giả Galasi Péter và Kertesi Gábor với Csekő Imre mấy năm trước đây có thể lọc ra được kết luận là, sự thận trọng trên đây là có lí. Dường như là nỗ lực vô vọng đi tìm một giải pháp "tối ưu" cho cơ chế y tế, không chỉ trong thực tiễn, mà cả trong thế giới các mô hình lí thuyết với các giả thiết tỉnh táo. Với bất luận kiến nghị nào cũng có thể chỉ ra rằng, chỉ cải thiện tình hình với các điều kiện xác định, và luôn luôn có thể tranh cãi liệu các điều kiện đó có tồn tại không (chú thích của bản tiếng Hungary).

với nhau hãy thực sự cảm nhận những ràng buộc của khả năng chi trả. Nghiên cứu này kiến nghị thiết lập hay cho phép phát triển nhiều loại tổ chức hay định chế, mà tất cả chúng đều tham gia vào việc làm cho ràng buộc về cầu có hiệu lực.

Để cho khu vực tư nhân hãy phát triển lành mạnh cả ở bên cung ứng lẫn ở bên cấp tài chính. Trong khu vực này, do tính chất của hình thức sở hữu nên ràng buộc về cầu là cứng ngay từ đầu; bệnh viện tư, bác sĩ tư và hãng bảo hiểm tư nhân thường chống lại tốt hơn sự cám dỗ của cầu không thể thanh toán.[15] Các công cụ thêm để làm cứng ràng buộc cầu bao gồm các khuyến khích thanh toán, cạnh tranh được quản lí, và các định chế để đánh giá công nghệ và xác định gói lợi ích cơ bản.

Trong các thành viên tham gia đừng hình thành kiểu phân vai là, một số người đẩy chi phí lên, những người khác thì chống lại. Nếu có thể, mọi thành viên tham gia hãy có ứng xử nước đôi: hãy cảm nhận những ích lợi cũng như tác hại của cả việc tăng chi phí lẫn của giảm chi phí. Từ "nước đôi" (*ambivalent*) không được dùng với nghĩa xấu ở đây, mà như một sự công nhận: bởi vì tình thế có hai mặt, là nước đôi, cho nên phải đắn đo, dao động, cân nhắc trước khi lựa chọn. Yêu cầu về ứng xử này liên quan tới cả nhà chính trị, nhà bảo hiểm, bác sĩ và bệnh nhân (người đồng thời cũng là công dân đóng thuế và cử tri).

Không chỉ để thuần tuý cho nhận thức tỉnh táo và cảm giác đạo đức buộc các thành viên tham gia có ứng xử nước đôi và phải cân nhắc, mà họ phải có lợi ích cả trong tăng chi tiêu, lẫn trong giảm chi tiêu.

Mớ bòng bong lợi ích được phác hoạ ở trên không áp đặt một ràng buộc cứng đối với tổng cầu về chăm sóc sức khoẻ. Ngay cả khi các cải cách này được thực hiện hoàn toàn trong thực tế, mỗi xã hội vẫn phải tự đưa ra các quyết định liên quan đến một sự

---

[15] Tất nhiên, bảo hiểm tư nhân không đảm bảo sự bảo vệ hoàn toàn đối với ràng buộc cầu mềm. Bảo hiểm như một định chế, bản thân nó mang trong mình mối rủi ro của "hiểm hoạ đạo đức". (xem chương 3, tr. 65). Cả người được bảo hiểm lẫn các bác sĩ có thể cảm thấy rằng chẳng cần phải tiết kiệm các khoản chi tiêu, bởi vì nhà bảo hiểm sẽ trả.

cân đối giữa, cầu đối với chăm sóc sức khoẻ, và các nguồn lực hạn chế. Tuy thế, những cải cách được kiến nghị, trong chừng mực nhất định, tạo một số loại rào cản ngăn sự gia tăng không thể chịu đựng được về cầu (và đi cùng là các khoản chi tiêu), khuyến khích tiết kiệm ở một mức độ nhất định, và đồng thời đảm bảo một cách khá tin cậy cung ứng cơ bản cho mọi công dân.

Lương bác sĩ: nghề y và cải cách

Cuốn sách này đã thảo luận ở nhiều phần về thu nhập của các bác sĩ và các nhà cung cấp y tế khác và ảnh hưởng mà cải cách sẽ gây ra với nghề y. Bây giờ là lúc tổng kết những nhận xét này trong một khung khổ duy nhất. Hãy bắt đầu với hoàn cảnh vật chất.

Tiền trả công cho các bác sĩ ở Đông Âu, sau một thập kỉ của chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa, là từ ba nguồn chính. (Thảo luận ở đây tập trung vào các bác sĩ; những nguyên tắc tương tự cũng áp dụng cho các nhà cung cấp y tế khác. Ta hạn chế ở các bác sĩ cung cấp các dịch vụ y học - tức là các bác sĩ hoạt động lâm sàng - làm việc cho, hay kí hợp đồng với các nhà cung cấp và các nhà bảo hiểm. Và bỏ qua những người có bằng y khoa, nhưng làm việc trong bộ máy quan liêu nhà nước, hoặc ở các lĩnh vực khác như những người quản lí và người ra quyết định chứ không phải như bác sĩ lâm sàng. Loại bác sĩ thứ nhất chiếm phần tuyệt đại đa số của ngành y, và khi nhắc đến các "bác sĩ" tức là muốn chỉ đến họ).

Bảng 8.3 *Địa vị của các bác sĩ*, Đông Âu, *1998*

Nước	Khu vực công cộng	Khu vực tư nhân
Albani	Hầu hết bác sĩ	
Bulgari	Hầu hết bác sĩ	
C.H. Czech	Các bác sĩ trong các bệnh viện công	Các bác sĩ trong chăm sóc sơ cấp và ngoại trú
Croatia	Hầu hết bác sĩ	
Hungary	Các bác sĩ trong chăm sóc nội trú và ngoại trú	Các bác sĩ trong chăm sóc sơ cấp
Macedonia	Hầu hết bác sĩ	
Ba Lan	Hầu hết bác sĩ	
Rumani	Hầu hết bác sĩ	
Slovakia	Các bác sĩ trong các bệnh viện công	Các bác sĩ trong chăm sóc sơ cấp và ngoại trú
Slovenia	Hầu hết bác sĩ	

Ghi chú:
Không bao gồm các bác sĩ nha khoa
Nguồn: PHARE (1998: Annex); WHO (1999b).

1. Hầu hết bác sĩ ở Đông Âu là công chức (xem bảng 8.3). Lương của họ được điều tiết nghiêm ngặt, trong giới hạn của thang lương với các bậc hẹp ở mỗi cấp trong hệ thống thứ bậc. Sự chênh lệch của bậc lương cao nhất và thấp nhất cũng khá nhỏ. Làm việc trong khu vực công cộng có hai cái lợi về mặt ảnh hưởng và an toàn việc làm, nhưng không phải về lương chính thức, trong đó sự phân tán rộng về chất lượng trong công việc y- trong sự tinh thông chuyên môn, kinh nghiệm, sự chú ý, tận tâm và lịch sự với bệnh nhân- không được phản ánh trong lương chính thức.

   Các bảng 5.12 và 5.13 (tr. 176 và 177) trình bày so sánh số liệu thu nhập của bác sĩ ở Đông Âu và trong các nền kinh tế thị trường truyền thống, phát triển. Các số liệu Đông Âu chỉ là thu nhập nhận được từ nguồn 1, từ lương chính thức trong khu vực công cộng. Sự khác biệt bộc lộ khá ấn tượng.

Các bác sĩ ở các nền kinh tế thị trường phát triển nằm trong số những nghề được trả lương cao nhất. Điều này không chỉ đúng ở Hoa Kì, ở nơi hầu hết bác sĩ hành nghề tư, mà cũng ở cả những nơi, thí dụ như Đức và Áo, có tỉ lệ rất cao các bác sĩ làm việc trong khu vực công cộng. Ngược lại, sự đền bù chính thức cho bác sĩ ở Đông Âu lại tụt lại đều đặn, xuống mức gần trung bình của tất cả các nghề.

2. Những ngày này, nhiều bác sĩ ở Đông Âu hành nghề tư nhân hợp pháp. Nếu so sánh tiền lương của hai bác sĩ có cùng thâm niên, một người chỉ làm trong khu vực công cộng và người kia chỉ làm trong khu vực tư nhân, thì người sau hầu như luôn luôn kiếm được nhiều hơn đáng kể so với trung bình chung của nhóm của mình. Đáng tiếc, chúng tôi không có các số liệu có hệ thống để trụ đỡ cho nhận xét này.[16]

Không giống như thu nhập chính thức ở khu vực công cộng, các thu nhập cá nhân từ hành nghề y tư nhân rất chênh lệch. Chúng phụ thuộc vào liệu hành nghề tư mang lại thu nhập nhỏ, phụ mang tính nhất thời, hay là nguồn thu chính thường xuyên (như với các PCP tư nhân làm toàn bộ thời gian). Tiền kiếm được cũng phụ thuộc vào tình trạng thị trường của dịch vụ đó, và vào tất cả các quy tắc hành chính hoặc các nhân tố phi kinh tế khác (như một biểu phí bác sĩ được kiến nghị), những cái buộc phí lệch khỏi giá thị trường. Chủ ý ở đây không phải là lí tưởng hoá các giá tương đối được hình thành theo cách này, nói cách khác các thu nhập kiếm được từ cung cấp một dịch vụ này so tương đối với thu nhập từ cung cấp các dịch vụ khác. Tuy vậy, các giá này có thể nói, chúng phản ánh (một cách tốt hay tồi) sự khan hiếm tương đối trên thị trường đối với chăm sóc y tế và phán quyết giá trị của những người mua (bệnh nhân), không giống như

[16] Tại Ba Lan, nhân viên trong đơn vị cấp cứu của một công ti y tế tư nhân kiếm được trung bình 3.000 zloty một tháng, trong khi đó một bác sĩ phẫu thuật có 30 năm kinh nghiệm trong khu vực công cộng chỉ mang về nhà được 1.500 zloty tiền lương chính thức (Kocinska 2000).

thang lương chính thức chỉ chủ yếu phản ánh phán quyết giá trị của bộ máy quan liêu.

3. Hơn nữa, những thu nhập y tế lớn xuất hiện kế bên hành nghề tư nhân hợp pháp, trong vùng tranh tối tranh sáng giữa hợp pháp và bất hợp pháp. Khoản thu nhập chính liên quan là tiền biếu được thảo luận chi tiết ở chương 5 (tr. 178-183).

   Thu nhập từ các khoản tiền biếu có sự tản mác rộng. Tiền biếu phản ánh hình ảnh, đúng hay méo mó, mà các bệnh nhân hình dung về chăm sóc y tế họ nhận được và sự chú ý thêm họ hi vọng nhận được bằng tiền của mình. Nó cũng phản ánh uy tín của người nhận, trên cơ sở thành tích thật và sự tinh thông chuyên môn. Ngoài ra, bệnh nhân còn đền bù các bác sĩ theo vị trí quyền lực của họ, hoặc chính xác hơn, theo mức độ mà bác sĩ định dùng quyền lực đó đến đâu vì lợi ích của bệnh nhân biếu tiền: liệu bác sĩ có dành ưu ái cho bệnh nhân, điều trị kịp thời hơn, v.v. Sự phán xét giá trị của người mua bị méo mó nghiêm trọng do thiếu sự minh bạch trong các giao dịch này.

Bức tranh chung về ba nguồn này là vô cùng bất lợi. Ngay cả với nguồn 2 và 3 thêm vào, thu nhập trung bình của nghề y là thấp một cách không thể chấp nhận được ở khu vực Đông Âu. Nó không thưởng công cho sự hiểu biết chuyên môn sâu, cho trách nhiệm nổi bật, và cường độ căng thẳng của công việc này. Trong nội bộ nghề y, có những méo mó bất công trong dải rộng của các khoản thu nhập cá nhân.

Những thay đổi mà cuốn sách này kiến nghị có thể xoay chuyển thu nhập y tế theo chiều thuận lợi.

Sức mạnh vận động thực sự sẽ là tăng trưởng của khu vực tư nhân hợp pháp. Tỉ lệ cao hơn của các bác sĩ so với trước đây sẽ dịch chuyển toàn thời gian sang khu vực này ở dạng nào đấy, hành nghề tư nhân hay theo nhóm, như thành viên của một hợp doanh, hoặc như nhân viên của một tổ chức tư nhân.

Tiếp tục xu hướng đang tồn tại, nhiều bác sĩ chưa gia nhập khu vực tư nhân toàn thời gian sẽ đặt một chân trong khu vực tư nhân còn chân kia vẫn giữ ở khu vực công cộng. Những cải cách được kiến nghị tạo các khung khổ pháp lí khác nhau cho sự phân chia hoạt động làm việc như vậy (thí dụ, hợp doanh hoặc công ti y tế hợp tác với một bệnh viện hay clinic ngoại trú, hoặc các bác sĩ làm một phần thời gian ở một tổ chức công cộng và phần còn lại trong hành nghề tư nhân). Các hình thức "nửa ra, nửa vào" này có thể dự kiến sẽ phổ biến sau cải cách, chừng nào mà tất cả các nhà chức trách và cơ quan liên quan sẵn sàng đồng ý áp dụng chúng với sự linh hoạt cần thiết khi cố gắng thực thi sao cho nó không mang hình thức không mong mỏi và bất hợp pháp.

Sự mở rộng của khu vực tư nhân có tác động kép. Tiền lương trung bình của nghề y sẽ tăng lên tương đối so với các nghề khác, và sự tản mác của thu nhập y tế cá nhân sẽ tăng, nhưng sự chênh lệch sẽ tương quan tốt hơn với chất lượng và pháp quyết về giá trị của bệnh nhân. Sự thay đổi này không đến từ sự hiệu chỉnh được kiểm soát một cách tập trung đối với thang lương y tế. Nó sẽ là kết quả tự phát của thay đổi quan hệ sở hữu. Đây chính xác là cái cho nó cú hích. Trong ngữ cảnh này, không cần phải lobby để có lương y tế cao hơn. Thay vào đó, phân bổ sở hữu phải được cải cách.

Hơn nữa, quá trình được mô tả có thể tác động trở lại một cách gián tiếp đến nguồn 1, lương trong khu vực công cộng, nữa.[17] Chỉ có các nhà lãnh đạo chính trị và quan chức rất bướng bỉnh hoặc ngu đần mới khoanh tay nhìn các bác sĩ giỏi nhất chuyển sang khu vực tư nhân. Nơi mà xã hội muốn duy trì tính toàn vẹn của các định chế chăm sóc sức khoẻ công cộng, ở đó phải trả các bác sĩ tốt hơn, cuối cùng để ngăn họ bị cám dỗ bởi các cơ hội kiếm tiền của khu vực tư nhân. Tất nhiên, điều đó cũng có nghĩa là chấm dứt thang lương bắt buộc, xơ cứng, bị đè

[17] Đáng nhắc đến lương bác sĩ cao thế nào so với lương trung bình ở Đức, quê hương của bảo hiểm xã hội (xem bảng 5.12, tr. 176). Sự hiện diện của cơ hội từ bỏ khu vực công cộng đối với bác sĩ cũng đẩy lương có thể kiếm được ở khu vực công cộng lên.

nén đối với lương bác sĩ, và để rộng phạm vi cho thị trường lao động ảnh hưởng đến lương của họ. Và nó càng làm cho việc áp dụng các khuyến nghị của đoạn trước thêm quan trọng, liên quan đến làm cứng ràng buộc cầu đối với khu vực y tế, nếu không thì e rằng sự tản mác và mức trung bình của lương được tăng lên sẽ góp phần tăng chi phí không thể chịu đựng được.

Cũng có thể trông chờ là những thay đổi này, cùng nhau, sẽ làm cho việc xoá bỏ dần hệ thống tiền biếu trở thành khả dĩ. Khuyến nghị không phải là cần có các quy định pháp lí đột ngột cấm đoán hệ thống đáng chê trách này, nếu không phải vì các lí do khác, thì bởi vì có cách để lách nó. Nơi mà thiếu sự minh bạch về mua bán hợp pháp và có thiếu hụt kinh niên, thì nền kinh tế "bóng tối", và loại tham nhũng trong đó người mua đút lót người bán, sẽ xuất hiện. Tiền biếu phải được bù đắp, chuyển thành khoản thanh toán hợp pháp và minh bạch, chứ không phải bị cấm.

Có nhiều thay đổi cũng thúc đẩy bệnh nhân từ bỏ trả tiền biếu:

- Nhiều dịch vụ bổ sung trở thành có thể mua được một cách hợp pháp từ các bệnh viện và clinic công cộng hoặc từ khu vực tư nhân. Thanh toán được đảm bảo bởi bệnh nhân một cách trực tiếp hoặc thông qua bảo hiểm y tế bổ sung.
- Các hợp doanh hay công ti y tế hợp đồng với một bệnh viện có thể tạo khung khổ hợp pháp cho các quan hệ thường không rõ ràng nảy sinh giữa bệnh nhân, các bác sĩ điều trị, và bệnh viện công. Thí dụ, bệnh nhân thường dúi tiền vào túi bác sĩ để đảm bảo các xét nghiệm thêm được tiến hành trên thiết bị của bệnh viện công cộng. Trong khung khổ mới, bệnh nhân có thể trả cho nhóm tư nhân điều trị mình một cách hợp pháp, nhóm này lại trả tiền thuê sử dụng thiết bị cho bệnh viện. Như tiền phòng được trả cho thủ quĩ của bệnh viện, chứ không phải cho bác sĩ chính.

- Các khoản đồng-thanh toán bắt buộc cũng giúp người dân cai tật xấu trả tiền biếu.[18] Đây không phải chỉ bởi vì họ nhặt nhạnh một ít tiền của bệnh nhân và ăn bớt chi tiêu y tế khác. Nó cũng bởi vì nhiều bệnh nhân không có đủ tin cậy vào cái mà họ nhận được miễn phí.* Buộc họ cùng thanh toán, họ có thể không cảm thấy như phải trả lần nữa, ở dạng tiền biếu.

Tất cả những thay đổi này tác động cùng nhau và lẫn nhau. Không thể mong đợi kết quả mau chóng. Tuy vậy, có một thước đo đáng chú ý ở đây. Cải cách y tế nêu ở trên, có thể nói được thực hiện thành công hoàn toàn trong thực tế, một khi thói xấu thâm căn cố đế về đưa và nhận tiền biếu đã biến mất.

Chẳng nghi ngờ gì là cải cách làm thay đổi vị thế của bác sĩ, đi cùng với những cái được và những cái mất. Việc một cá nhân bác sĩ được gì và mất gì, phụ thuộc vào chuyên ngành hẹp, vào vị trí trong bộ máy thứ bậc, vào năng lực cá nhân và đôi chút vào sự may mắn. Trong mọi trường hợp hãy xét qua các loại được và mất chính.

Cơ chế y tế cho đến nay, nói một cách mỉa mai, đã tạo ra những đặc quyền phong kiến-đầu sỏ. Người, bác sĩ ở bệnh viện công, thí dụ có quyền định đoạt về việc sử dụng một số giường bệnh nhất định, sẽ hầu như được đảm bảo có quyền lực và nguồn thu tiền biếu chắc chắn. Thông qua chuỗi những việc làm ơn và trả ơn, bác sĩ này có thể đưa bệnh nhân riêng của mình và của bạn bè hay của đồng nghiệp mình đến những chỗ mà bác sĩ cho là thuận lợi. Người, trụ vững được trong mạng lưới quan hệ này, có thể sợ là cải cách có thể tàn phá mạng lưới và làm cho tiểu vương quốc của anh ta bị lung lay.

Tuy mối lo ngại này không phải là vô căn cứ, nhưng vẫn hoàn toàn có lí để có thể đưa ra những lí lẽ làm yên tâm hơn. Trong

[18] Nếp hằn sâu của thói quen biểu hiện ở cách một số bệnh nhân ở Ba Lan và Hungary thậm chí vẫn cho tiền biếu khi họ đã trả toàn bộ chi phí chăm sóc từ tiền túi của mình (Ba Lan: Chawla *et al.* 1999; Hungary: phỏng vấn riêng các bác sĩ).

* Có lẽ tâm lí "của cho không là của ôi" là tâm lí cố hữu của con người.

những giao dịch mở hơn, minh bạch hơn, hợp pháp hơn và đứng đắn hơn, thì người có chuyên môn giỏi hơn đồng nghiệp cũng sẽ tận dụng được lợi thế của mình. Hơn nữa, các bác sĩ kết hợp được sự hiểu biết chuyên môn thích hợp về y tế với những khả năng khác của mình cũng sẽ tìm được chỗ đứng: khả năng kinh doanh khéo và nhanh nhạy, tạo dựng quan hệ tốt, am hiểu về tài chính, về hành chính và về quản lí. Đừng có đánh giá thấp các năng lực đó; chúng không kém phần quan trọng trong lĩnh vực y tế so với bất kể lĩnh vực nào khác trong xã hội.*

Ngoài vấn đề vật chất còn một quan điểm nữa mà giới bác sĩ nên cân nhắc. Hệ thống y tế thời Stalin, cơ chế xã hội chủ nghĩa cổ điển trước cải cách đã làm thoái hoá các bác sĩ thành những chiếc ốc vít của cỗ máy quan liêu thứ bậc khổng lồ, được tập trung cao độ. Không chỉ vì quyền lợi của bệnh nhân, mà cả vì quyền lợi của bác sĩ và những người lao động khác trong ngành y, nên chúng ta phải dẫn chiếu đến tiên đề đạo đức số 1, đến yêu cầu đòi quyền tự chủ cá nhân. Sự phi tập trung hoá, nhiều loại hình sở hữu cùng tồn tại, sự lựa chọn tự do hơn giữa các nơi làm việc khả dĩ, sự cạnh tranh của những cơ sở kinh doanh sẽ củng cố và tăng cường sự tự chủ cá nhân của bác sĩ và của những người lao động y tế khác.

Tính trung lập giữa các khu vực

Chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa đã làm cho sự phát triển của khu vực tư nhân trong cung ứng và cấp tài chính của chăm sóc

---

* Phần lớn các bác sĩ chỉ nói về thu nhập một cách ngượng ngùng. Hãy nhìn thẳng vào vấn đề. Không có lí do để sợ rằng, khu vực tư nhân hợp pháp, cạnh tranh và sự lan rộng của thị trường sẽ làm giảm thu nhập của bác sĩ. Đúng là, tiền trả ơn sẽ ngày càng mất đi, nhưng thực ra phần đông bác sĩ vui mừng vì điều này, bởi vì nhiều khi nó đưa họ vào tình thế khó xử, thậm chí nhục nhã. Ngược lại không sớm thì muộn chắc chắn thu nhập hợp pháp sẽ tăng mạnh mẽ (đoạn văn này được bỏ đi trong bản tiếng Anh).

sức khoẻ trở thành có thể. Cuốn sách này muốn thuyết phục rằng phải khuyến khích chuyển đổi này. Tuy vậy, có nguy cơ là khu vực y tế bị phân làm hai do quá trình cải cách không nhất quán và bị méo mó. Các bệnh viện tư nhân và những người hành nghề y tư nhân sẽ phục vụ cho bộ phận giàu có hơn của xã hội, những người có khả năng chi trả trực tiếp hay mua bảo hiểm y tế tư nhân. Nhiều dịch vụ thuộc gói cơ bản cũng sẽ được trả riêng. Trong khi đó các bệnh viện và clinic ngoại trú công cộng, cùng với các PCP của chúng, sẽ phục vụ những người nghèo hơn, trả cho chăm sóc của mình từ quĩ công cộng.

Đã có một số dấu hiệu của sự chia tách như vậy rồi, điều có thể gây tác hại nghiêm trọng. Nó có thể trở thành một vòng luẩn quẩn. Giả sử rằng qui mô hẹp của bán hàng kìm hãm sự phát triển hợp pháp của khu vực tư nhân, tỏ ra không đủ sinh lợi đáng để cho các công ti y tế được thành lập. Nguồn duy nhất để tài trợ cho hiện đại hoá và phát triển các bệnh viện công là từ hầu bao công cộng, nhưng nó phân phối vốn rất còm cõi. Kết quả là cả khu vực tư nhân lẫn khu vực công cộng đều chẳng phát triển được một cách thoả đáng. Các nhà bảo hiểm tư nhân, nếu họ không được phép tham gia chăm sóc cơ bản, sẽ có ít lợi ích để gia nhập thị trường bảo hiểm y tế. Những người giàu có hơn, sau khi bị mất nhiều dịch vụ hầu như miễn phí do khu vực công cộng cung cấp, thay vào đó hi vọng sẽ nhận được dịch vụ tốt hơn từ các nhà cung cấp tư nhân, cảm thấy không lí giải được là họ vẫn phải đóng góp các khoản lớn cho hệ thống bảo hiểm xã hội. Điều này cuối cùng khiến họ, thông qua các đại diện chính trị của mình, giũ để thoát khỏi gánh nặng đó càng nhiều càng tốt.

Nếu một vòng luẩn quẩn như vậy hình thành, thì sẽ khó phá vỡ nó. Tốt nhất là ngăn cản nó hình thành hoặc trở nên cố kết. Đó là cái mà sự áp dụng nhất quán nguyên lí tính trung lập với các khu vực có thể giúp để đạt được. Cụm từ "tính trung lập khu vực- sector neutrality)* trở thành phổ biến trong các tranh luận ở

* Tại Việt Nam người ta nói về sự bình đẳng giữa các thành phần kinh tế.

Đông Âu, thí dụ ở Hungary, Ba Lan, và Liên Xô, trong thời kì thử nghiệm với cải cách xã hội chủ nghĩa thị trường. Đó là thời kì doanh nghiệp tư nhân bắt đầu tái xuất hiện (trong khu vực thương mại, tất nhiên không phải trong khu vực y tế). Các qui định pháp lí thời đó áp đặt sự phân biệt đối xử có lợi cho khu vực nhà nước: các doanh nghiệp nhà nước chỉ có thể mua từ doanh nghiệp nhà nước. Các doanh nghiệp tư nhân chỉ kinh doanh với các doanh nghiệp tư nhân hay với các hộ gia đình. Sự phân biệt đối xử này được tăng cường hay củng cố bởi hệ tư tưởng chính thống, qui định rằng một giám đốc nhà nước tin tưởng vào chủ nghĩa xã hội không được ủng hộ sự phát triển của chủ nghĩa tư bản bằng cách mua đầu vào từ các xí nghiệp tư nhân. Lập luận chống lại quan điểm và thủ tục này, những người ủng hộ cải cách lúc đó đã kiến nghị nguyên lí trung lập khu vực. Không được phân biệt đối xử với các hình thức sở hữu. Các doanh nghiệp nhà nước được tự do mua đầu vào từ bất kể nhà cung cấp nào chào các điều kiện tốt nhất.

Phải áp dụng thái độ không phân biệt đối xử này trong khu vực y tế trong giai đoạn hậu xã hội chủ nghĩa, trong cả cung ứng và bảo hiểm. Đã được nhắc tới ở các chỗ riêng biệt về nguyên lí này áp dụng ra sao trong các tương tác cụ thể. Bây giờ là lúc cho một tổng kết chung:

1. Các dịch vụ của gói lợi ích cơ bản phải được tài trợ chủ yếu bằng ngân quĩ công cộng bất luận chúng được cung cấp bởi một nhà cung cấp công cộng hay nhà cung cấp tư nhân. Định chế có quyền phân bổ tiền bạc công cộng cho mục đích này không được phép phân biệt đối xử với các nhà cung cấp theo hình thức sở hữu của chúng.[19] Hãy tôn trọng quyết định của bệnh nhân và bác sĩ trong trường hợp họ có thể chọn một nhà cung cấp một cách trực tiếp. Khi định chế cấp tài chính quyết

[19] Nguyên lí này áp dụng, thí dụ, trong hệ thống y tế Canada, ở nơi nguồn cấp tài chính chủ yếu là tiền công cộng, nhưng phần lớn chi cho chăm sóc cung cấp bởi các nhà cung cấp tư nhân.

định, sự lựa chọn của nó bị ảnh hưởng không phải bởi các định kiến chống lại các hình thức sở hữu khác nhau, mà bởi tiêu chuẩn hiệu quả. Các quy tắc cạnh tranh lành mạnh phải được áp dụng như nhau với các nhà cung cấp công cộng và tư nhân. Điều này có thể bao gồm bỏ thầu cạnh tranh và các hình thức đặc biệt của đấu giá cho các đơn hàng lớn hơn và các hợp đồng toàn diện.

Thực thi nguyên tắc trung lập khu vực sẽ không phải là dễ. Các cải cách ở Ba Lan bắt đầu năm 1999 đưa ra cấp tài chính trung lập với khu vực. Tuy thế, các quĩ bảo hiểm xã hội địa phương hướng về ưa thích các tổ chức công cộng, ngay cả nếu chúng cung cấp chăm sóc với giá đắt hơn và với chất lượng kém hơn so với các tổ chức tư nhân, và chỉ thỉnh thoảng mới kí hợp đồng với các công ti tư nhân cạnh tranh (Kocinska 2000).

Đôi khi có sự la ó của công luận đối với những báo cáo về việc định chế bảo hiểm công cộng, người chi trả duy nhất, đã giao một số việc cho một doanh nghiệp tư nhân, sử dụng tiền công cộng. Loại định kiến này, hiển nhiên còn đeo đẳng từ thời xã hội chủ nghĩa, đã biến mất hoàn toàn trong lĩnh vực kinh doanh. Thật rất đáng mong đợi là định kiến đó biến đi cả trong khu vực y tế nữa. Một trong những thông điệp của cải cách phải là cai quản tiền nên rất thận trọng, bởi vì đó là tiền của những người đóng thuế. Nếu một tổ chức tư nhân hay cá nhân có thể chào các điều khoản thuận lợi hơn một tổ chức công cộng, thì phải chọn cái trước.[20]

2. Định chế phân bổ ngân quĩ công cộng phải sẵn sàng ủng hộ chia sẻ cấp tài chính của bất kể hoạt động nào. Nếu biểu phí riêng của định chế quy định là, cho một hoạt động nào đó nó

[20] Nếu một công ti y tế tư nhân Hungary nhận tiền từ Quĩ Bảo hiểm Xã hội, thì nó không được phép nhận tiền một cách trực tiếp từ bệnh nhân. Mặt khác, nhiều tổ chức công cộng được cấp tài chính từ Quĩ Bảo hiểm Xã hội lại yêu cầu các khoản đồng-thanh toán đối với cung ứng ngày càng nhiều hơn. Tình trạng này là một sự lăng nhục nguyên lí trung lập khu vực và cũng tước mất tác động của khuyến khích đồng-thanh toán đối với các nhà cung cấp tư nhân (Nagy 2000).

chi trả 100 đồng cho một mục đích nào đó, nhưng bệnh nhân chọn người cung cấp dịch vụ đòi 150 đồng cho hoạt động đó, thì nhà cấp tài chính công cộng hãy chi trả 100 đồng theo biểu phí của mình, và chấp nhận để cho bệnh nhân chi trả phần 50 đồng còn lại.[21]

Hãy xem xét vấn đề này từ quan điểm của bệnh nhân- không phải một người giàu, mà là một người có thu nhập trung bình. Nếu nguyên lí trung lập khu vực không được áp dụng, bệnh nhân có thể lựa chọn giữa hai trường hợp cực đoan. Hoặc trả 0 đồng (thí dụ trong bệnh viện công), hoặc trả cả 150 đồng (thí dụ ở bệnh viện tư). Sự lựa chọn công bằng hơn sẽ là: hoặc trả 0 đồng, hoặc trả 50 đồng, tức là trong trường hợp thứ hai phải trả *chi phí thêm*. Điều này đưa các hình thức sở hữu khác nhau vào tình thế cạnh tranh lành mạnh.

Sự áp dụng nguyên lí trung lập với khu vực, như vừa được trình bày, sẽ gây ra sự chuyển dịch đáng kể trong phân bổ chi tiêu, giảm gánh nặng của các hộ gia đình và tăng chi tiêu được cấp tài chính công cộng. Đây là cái giá tài khoá kinh tế vĩ mô phải trả sao cho tất cả mọi người nộp thuế đóng góp cho chăm sóc cơ bản có thể cảm thấy họ nhận được sự đối xử công bằng trong hệ thống. Họ sẽ tham gia một cách công bằng trong các lợi ích bất luận họ chọn nhà cung cấp nào. Cảm nhận tính công bằng này của hệ thống sẽ làm tăng sự ủng hộ chính trị cho việc đóng góp cho chăm sóc sức khoẻ.

3. Các nhà cung cấp công cộng không được thoả mãn để toàn bộ các dịch vụ bổ sung cho các nhà cung cấp tư nhân. Chúng phải cố gắng thắng cạnh tranh với khu vực tư nhân không phải bằng cách củng cố chính mình bằng các quy định cho chúng các ưu đãi, mà phải bằng cách mở rộng các chọn lựa họ chào. Thí dụ, các bệnh nhân nằm viện có thể muốn có

[21] Trong văn khoa điều này thường được dẫn chiếu đến như cho phép các nhà cung cấp "cân bằng hoá đơn" với bệnh nhân của mình (tức là, phát hoá đơn trực tiếp cho bệnh nhân đòi trả phần chênh lệch 50 đồng trên mức phí chính thức).

phòng riêng tiện nghi. Cái đó không được để họ buộc phải kiếm ở bệnh viện tư nhân, hoặc đút lót cho bác sĩ trưởng của bệnh viện công. Điều đáng mong mỏi là để cho càng nhiều bệnh viện công cộng có thể chào các lựa chọn như vậy một cách hợp pháp.

Ngoài dịch vụ được nêu minh hoạ này, chương 6 (tr. 258) liệt kê một số loại dịch vụ có thể được coi là "bổ sung". Các bệnh viện và các nhà cung cấp công cộng khác phải đưa các dịch vụ này vào để mở rộng phạm vi cung ứng của mình, định giá phải chăng cho chúng và chào chúng một cách hợp pháp cho các bệnh nhân. Điều này đã bắt đầu, nhưng vẫn chưa trở thành một nguồn thu nhập quan trọng của các nhà cung cấp công cộng.

4. Nguyên lí trung lập khu vực cũng quan trọng đối với cạnh tranh được quản lí giữa các nhà bảo hiểm. Chương 6 (tr. 238-258) đã thảo luận chi tiết vấn đề phi tập trung hoá công nghiệp bảo hiểm. Để tóm tắt thảo luận đó, có sự phân biệt đối xử chống lại các nhà bảo hiểm tư nhân trong hình thức A, trong đó bảo hiểm cho chăm sóc cơ bản là độc quyền của một định chế công cộng. Mặt khác, hình thức B là trung lập đối với khu vực. Quyền hưởng của công dân được thể hiện bằng hỗ trợ phí bảo hiểm hay voucher mà họ nhận được. Còn việc dùng nhà bảo hiểm nào là quyết định của họ. Mặc dầu các tác giả *bảo lưu (reservation)* việc đưa hình thức B quá nhanh, điều đó được phát biểu ở chương 6 (tr.251), nhưng ở đây hai lập luận có lợi phải được đưa thêm, về trung lập khu vực. Một là, hình thức B sẽ làm cho công nghiệp bảo hiểm quan tâm hơn tới việc tham gia bảo hiểm sức khoẻ.[22] Đây là cách duy nhất để tạo cú hích thật sự cho bảo hiểm tư nhân đối với chăm sóc cơ bản nữa. Thứ hai, ưu điểm liên kết là nó sẽ làm tăng sự tự do lựa chọn cho các cá nhân người bệnh

[22] Mở rộng nguyên lí trung lập khu vực cho bảo hiểm là một điều kiện cần thiết trước khi bất kể tổ chức tích hợp bảo hiểm-nhà cung cấp tư nhân nào, chẳng hạn như một HMO, có thể hoạt động.

(miễn là, các bước để ngăn chặn chọn lọc rủi ro làm tổn hại đến các bệnh nhân có chi phí cao, được tiến hành).

Sự áp dụng tính trung lập khu vực sẽ mở rộng các cơ hội phát triển trong khu vực y tế. Đến cuối tóm tắt, thị trường sẽ được mở rộng cho khu vực tư nhân bởi những thay đổi 1 và 2, cho khu vực công cộng bởi thay đổi 3, cho bảo hiểm tư nhân bởi thay đổi 4. Các thay đổi 1-3 có thể làm nhanh. Sự thay đổi 4, như đã nhắc tới trước đây, cần thời gian dài hơn, ngay cả ở nơi đã lựa chọn phi tập trung hoá công nghiệp bảo hiểm sau những cân nhắc về ưu điểm và nhược điểm của hình thức B.

Ai quyết định về phát triển khu vực y tế?

Đã hứa trong phần dẫn nhập của cuốn sách rằng đề tài sẽ là cơ chế chính trị và kinh tế theo đó phân bổ được quyết định trong khu vực y tế, chứ không phải là tự thân các quyết định phân bổ. Câu hỏi đã được nêu lên là "ai được uỷ quyền quyết định?". Đoạn này, kết thúc các khuyến nghị, sẽ trình bày tóm tắt những trả lời cho câu hỏi đó.

Điểm xuất phát bao gồm các nguồn lực vật chất và trí tuệ hiện có của khu vực y tế. Không ai nghĩ đến việc giảm chúng. Vấn đề tăng chúng có thể được hành văn ở một dạng mạnh hơn. Ai là người đủ tư cách để quyết định về huy động các nguồn lực thêm, và thủ tục nào sẽ chi phối quá trình phân bổ các nguồn lực đó để tăng qui mô của khu vực y tế?

Kiến nghị sẽ phân vấn đề ra quyết định thành hai phần tách biệt nhau về mặt đạo đức, pháp lí và kinh tế. Những người, chấp nhận những khuyến nghị như nền tảng cho cải cách, thực sự đã lấy một quyết định cốt yếu rồi, bằng cách chấp nhận các nguyên lí đạo đức cơ bản 1 và 2, về quyền tự chủ cá nhân và về đoàn kết:

(i) Tất cả mọi người phải được đảm bảo tiếp cận tới chăm sóc cơ bản, được cấp tài chính chủ yếu bằng tiền công cộng. Điều này bao gồm một số nhân tố tái phân phối, tách hẳn khỏi khía cạnh bảo hiểm thương mại: thu các khoản đóng góp bắt buộc để đảm bảo cấp tài chính công cộng thoả đáng cho gói lợi ích cơ bản. Mức của các khoản đóng góp bắt buộc và qui mô của ngân sách vĩ mô cho chăm sóc cơ bản được quyết định trong khung khổ thể chế của quá trình chính trị dân chủ.

(ii) Phải có khả năng cho mọi người mua các dịch vụ y tế bổ sung cho gói cơ bản, dưới các điều kiện thị trường được điều tiết, bằng tiền riêng của mình hay thông qua bảo hiểm thương mại. Khung khổ pháp lí cho các giao dịch như vậy phải được thiết lập cả ở bên cung ứng và bên cấp tài chính.

Đề xuất đang đưa ra ở đây dự định để nâng cao quyền tự do lựa chọn của tất cả những người tham gia. Chúng mở rộng quyền của các bệnh nhân để lựa chọn bác sĩ một cách tự do. Các bệnh nhân, nếu không muốn chấp nhận quyết định của bác sĩ về chỉ định chuyển có thể kháng nghị, hoặc có thể trả tiền túi của mình để có ý kiến y khoa khác, mà không cần chỉ định, hoặc họ có thể thay đổi bác sĩ. Sẽ có nhiều clinic ngoại trú và bệnh viện chào cho họ chăm sóc có tiêu chuẩn tương tự. Việc chọn giữa các nhà cung cấp cạnh tranh nhau là việc của bệnh nhân hoặc của PCP, hành động nhân danh bệnh nhân. Phi tập trung hoá dưới cạnh tranh được quản lí cũng sẽ làm tăng sự lựa chọn về bảo hiểm.

Sự lựa chọn với bác sĩ cũng sẽ được mở rộng về mặt hình thức sở hữu, trong đó họ có thể hành nghề. Họ sẽ có khả năng lựa chọn xem liệu họ vẫn muốn là một phần của một tổ chức lớn hay muốn có sự tự trị nhiều hơn và các cơ hội cho lập doanh nghiệp.

Sự lựa chọn đối với những người sử dụng lao động cũng được mở rộng, ở phương diện các hình thức sẵn có với những người

muốn đóng góp cho một tổ chức hiệu quả và cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ cho nhân viên của họ.[23]

Sự lựa chọn của cá nhân sẽ được mở rộng, nhưng không phải hi sinh nguyên lí đoàn kết. Các cải cách đang được kiến nghị được thiết kế để cùng nhau hoạt động nhằm đảm bảo tiếp cận phổ quát công bằng tới gói lợi ích cơ bản.

Các đề xuất ủng hộ dứt khoát các ý tưởng chỉ đạo vừa được phác hoạ. Tuy vậy, chúng chủ ý để ngỏ nhiều quyết định tương đối phụ, và thay vào đó là cân nhắc những ưu điểm và nhược điểm của các cách giải quyết khác nhau.

Các tác giả có thiện cảm với ý tưởng về thuế y tế, ở bên cầu, bởi vì tính minh bạch của nó, song không chối bỏ ý tưởng đóng góp bắt buộc có hình thức khác (như đóng góp bảo hiểm xã hội bắt buộc). Bất chấp một số nhược điểm, phi tập trung hoá và cạnh tranh được quản lí trong bảo hiểm y tế dường như có những ưu điểm lớn, nhưng chỉ nếu có sự chuẩn bị chu đáo cho thay đổi và ý tưởng được sự ủng hộ của công chúng. Một số cơ chế khả dĩ đã được phác hoạ, nhằm đảm bảo nguyên lí tiếp cận công bằng tới chăm sóc cơ bản, dưới hệ thống cạnh tranh được quản lí giữa các nhà bảo hiểm, những người có thể chào các gói tích hợp các dịch vụ chăm sóc cơ bản và chăm sóc bổ sung. Cảm thấy là quan trọng để cho phép, thậm chí khuyến khích vai trò tích cực của những người sử dụng lao động trong quản lí cạnh tranh giữa các công ti bảo hiểm thương mại, mà chúng có thể có nhiều dạng.

Cũng chẳng có sơ đồ đồng đều được giới thiệu ở bên cung. Mục tiêu là sự đa dạng: các hình thức sở hữu khác nhau, các tổ chức cung ứng có qui mô khác nhau, và các hệ thống thanh toán khác nhau có thể cùng tồn tại cạnh nhau. Với các quyết định đầu tư, khuyến nghị là có mức độ phi tập trung hoá cao hơn nhiều so

[23] Tất nhiên sự gia tăng riêng trong lựa chọn đối với các người tham gia khác nhau cũng có thể dẫn đến mâu thuẫn và hạn chế sự lựa chọn của cá nhân. Thí dụ, phi tập trung hóa bảo hiểm làm tăng phạm vi của các cá nhân trong lựa chọn các nhà bảo hiểm và các khế ước bảo hiểm, nhưng một nhà bảo hiểm có thể cắt giảm sự lựa chọn các bác sĩ và các bệnh viện mà người được bảo hiểm sẽ chọn, và một người sử dụng lao động cắt giảm sự lựa chọn các nhà bảo hiểm sẵn có cho nhân viên của mình.

với trước đây. Tuy vậy, vấn đề phi tập trung hoá đến mức nào và các quyết định nào vẫn phải được đưa ra một cách tập trung, được bỏ ngỏ.

Hãy để chúng tôi đủ lạc quan để cho rằng có nước Đông Âu nào đó chấp nhận những đề xuất này. Tự thân điều đó cuối cùng sẽ không xác định mức độ mà khu vực y tế được phát triển. Cái cốt lõi của cách tiếp cận của cuốn sách này là, những nguyên tắc chỉ đạo được quyết định bởi toàn bộ cử tri thông qua quá trình chính trị, và bởi toàn bộ các hộ gia đình thông qua cơ chế thị trường. Tuy thế, đáng chịu rủi ro đưa ra một vài tiên đoán.

Không có sự gia tăng đột ngột nào trong cấp tài chính công cho chăm sóc sức khoẻ có thể được dự kiến. Hầu như tất cả các nước Đông Âu đều chịu đựng những vấn đề về tài khoá. Thâm hụt ngân sách kinh niên treo lơ lửng trên nền kinh tế. Thành công định kì trong giảm nhẹ thâm hụt ngân sách ở một thời điểm lại kéo theo sự tái phát lặp đi lặp lại. Hầu hết các lực lượng chính trị đều muốn giảm tỉ lệ chi tiêu nhà nước trên GDP, hay ít nhất ngăn tỉ lệ đó gia tăng. Trong tình trạng như thế, không có cơ sở nào để dự tính một sự tăng đáng kể tỉ lệ của GDP dùng cho chăm sóc cơ bản. Nếu tính toán trên cơ sở một tỉ lệ không đổi, chỉ có tăng trưởng GDP có thể mang lại một sự tăng lên của chi tiêu cho chăm sóc cơ bản.

Mặt khác, dường như chắc rằng, nhiều hộ gia đình sẽ sửa soạn tăng tỉ lệ chi tiêu của họ dành cho chăm sóc sức khoẻ, do tổng thu nhập (thuần, sau thuế và các khoản phải nộp bắt buộc khác) của họ tăng lên. Tổng hợp về mặt kinh tế vĩ mô, điều đó có nghĩa rằng phần GDP dành cho *tổng* chi phí chăm sóc sức khoẻ có thể tăng lên, đồng thời với một sự gia tăng của phần trong tổng chi tiêu y tế được cấp tài chính bằng tiền tư nhân.

Điều dự báo này không mong mỏi là phổ biến. Điểm xuất phát lịch sử trong các nền kinh tế thị trường truyền thống, một thế kỉ rưỡi hay hai thế kỉ trước đây, là, cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ đã bởi chính các hộ gia đình, với phần chi tiêu rất nhỏ của nhà nước. Vào một giai đoạn sau của sự phát triển tư

bản chủ nghĩa, phần của tổng chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ được trả từ tiền công cộng bắt đầu tăng lên. Sự dịch chuyển này trở thành nổi bật kể từ sau Chiến tranh Thế giới lần Thứ hai. (Xem Kornai and McHale 2000, sử dụng các số liệu từ 1990 về trước, và Schieber and Maeda 1999, sử dụng các số liệu mới đây hơn. Cũng xem chú thích số 2 ở chương 4, tr. 115). Trạng thái ban đầu ở Đông Âu, sau tan rã của hệ thống xã hội chủ nghĩa, là ngược lại. Cấp tài chính từ tiền công cộng chiếm ưu thế, làm còi cọc phần được chi trả bằng tiền tư nhân. Như thế việc triệt phá các rào cản định chế và các định kiến chắc sẽ giải phóng nguồn lực tư nhân to lớn và gia tăng cho phát triển y tế.

Để làm rõ xem dự báo này về Đông Âu liên hệ thế nào với khuynh hướng có thể quan sát được ở các nước phát triển, có thể sử dụng phân tích kinh tế lượng được nhắc tới ở chương 5 (tr. 188) (Kornai and McHale 2000). Hãy gọi tỉ lệ của phần chi tiêu bằng tiền công cộng cho chăm sóc sức khoẻ trên tổng chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ là "phần công cộng". Phân tích tìm một ước lượng bằng số của vai trò - một mặt, của các biến số diễn giải kinh tế và nhân khẩu học, và mặt khác, của các nhân tố chính trị- trong việc xác định phần công cộng. Chuỗi thời gian của các nước OECD được dùng như một mẫu hình. Lộ ra rằng kết quả tính toán phụ thuộc rất nhiều vào việc liệu Hoa Kì được để trong hay loại ra ngoài mẫu, bởi vì rõ ràng nó là trường hợp ngoại lệ (outlier).

Các chỉ số kinh tế và nhân khẩu học (GDP, cơ cấu tuổi, v.v.) giải thích khoảng một nửa phương sai trong phần công cộng của chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ. Những quan sát sau đây tỏ ra là những kết quả bền vững (robust) của nhiều kiểu tính toán:

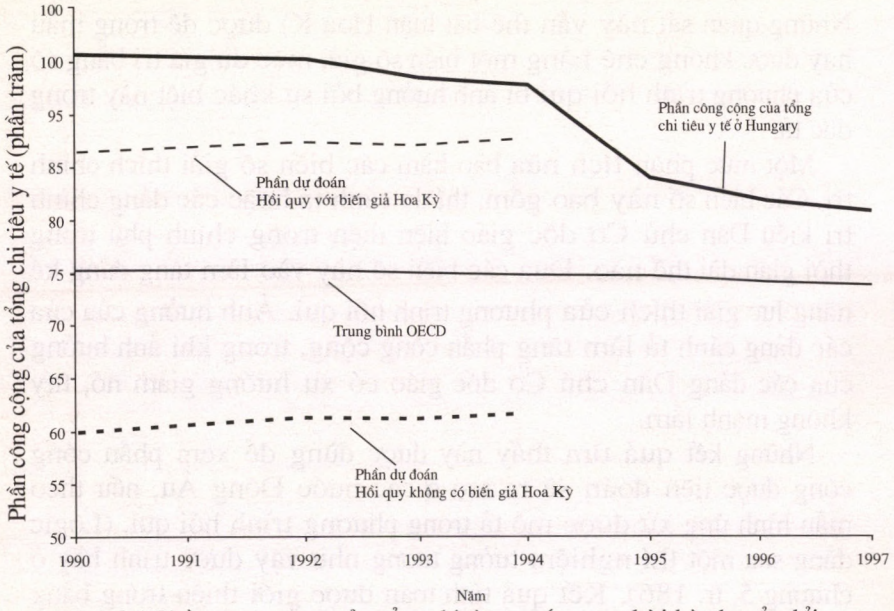
- Phần công cộng tăng theo sự tăng trưởng GDP (giữa các nền kinh tế phát triển này và trong thời gian gần đây, kiểm tra đối với các nhân tố khác làm thay đổi phần công cộng theo đà phát triển của nền kinh tế).

- Phần công cộng tăng lên khi tỉ lệ người cao tuổi trong dân cư tăng lên.
- Đô thị hoá dường như làm tăng phần công cộng.

Những quan sát này vẫn thế bất luận Hoa Kì được để trong mẫu hay được khống chế bằng một biến số giả, mặc dù giá trị bằng số của phương trình hồi qui bị ảnh hưởng bởi sự khác biệt này trong đặc tả.

Một mức phân tích nữa bao hàm các biến số giải thích chính trị. Các biến số này bao gồm, thí dụ cánh tả hoặc các đảng chính trị kiểu Dân chủ Cơ đốc giáo hiện diện trong chính phủ trong thời gian dài thế nào. Đưa các biến số này vào làm tăng đáng kể năng lực giải thích của phương trình hồi qui. Ảnh hưởng của của các đảng cánh tả làm tăng phần công cộng, trong khi ảnh hưởng của các đảng Dân chủ Cơ đốc giáo có xu hướng giảm nó, tuy không mạnh lắm.

Những kết quả tìm thấy này được dùng để xem phần công cộng được tiên đoán sẽ ra sao ở các nước Đông Âu, nếu theo mẫu hình ứng xử được mô tả trong phương trình hồi qui. (Logic đằng sau một thí nghiệm tưởng tượng như vậy được trình bày ở chương 5, tr. 186). Kết quả tính toán được giới thiệu trong bảng 8.4. Các tác giả của phân tích này kìm sự so sánh kết quả với phần công cộng thực tế lại, bởi vì các số liệu Đông Âu được cho là không đáng tin cậy cho việc so sánh như thế (không giống như các số liệu về tổng chi tiêu thực tế, được dẫn ra ở chương 5, trang 183-185, chúng có thể sử dụng được, bất chấp một số bất trắc). Chỉ có trường hợp Hungary các tác giả này mới dám so sánh phần công cộng được dự đoán (qua phương trình hồi qui) với phần công cộng thực tế, bởi vì trong trường hợp đó, đã có thể kiểm tra chéo các số liệu một cách kĩ lưỡng. Hình 8.1 cho thấy kết quả của sự so sánh này.



Hình 8.1 Phần công cộng của tổng chi tiêu y tế trong thời kỳ chuyển đổi 1990-1997, Hungary

Nguồn: Kornai and McHale (2000:394)

Bảng 8.4 *Giá trị tiên đoán của phần công cộng trong tổng chi tiêu y tế,* Đông Âu, *1990-1994, phần trăm*

	Tiên đoán trên cơ sở hồi qui không có biến số giả cho Hoa Kì				
Nước	1990	1991	1992	1993	1994
Bulgari	59,2	61,4	63,8	64,8	65,9
C.H. Czech	54,5	56,2	57,0	57,7	57,9
Hungary	59,9	60,8	61,4	61,4	61,8
Ba Lan	49,0	49,9	50,6	50,9	51,5
Rumani	54,4	55,6	57,6	58,1	59,1
Slovakia	52,1	52,6	55,9	56,1	53,9
Slovenia	-	50,7	52,1	52,7	53,2
	Tiên đoán trên cơ sở hồi qui với biến số giả cho Hoa Kì				
Bulgari	84,9	86,3	88,0	88,7	89,7
C.H. Czech	83,0	83,9	84,4	84,8	85,2
Hungary	86,5	86,7	87,2	87,1	87,5
Ba Lan	76,8	77,4	78,0	78,1	78,8
Rumani	82,1	82,7	84,2	84,5	85,4
Slovakia	81,0	81,0	83,5	83,5	81,8
Slovenia	-	80,1	80,8	81,3	81,8
Trung bình OECD	*75,3*	*75,3*	*75,3*	*75,0*	*75,0*

Ghi chú:
Tiên đoán chỉ dựa trên cơ sở các biến số phát triển và nhân khẩu học
Nguồn: Kornai and McHale (2000:393).

Cả bảng 8.4 và hình 8.1 cho thấy một cách rõ ràng là, kết quả phụ thuộc mạnh vào liệu số liệu Hoa Kì có bao gồm trong mẫu hay không. Nếu Hoa Kì "bị loại trừ" (tức là, được khống chế bằng một biến số giả [dummy]), phần công cộng thực tế của Hungary giảm xuống dưới mức tiên đoán ("phần tiên đoán với biến số giả cho Hoa Kì"). Nếu số liệu của Hoa Kì được bao gồm trong mẫu, phần công cộng của Hungary luôn nằm trên mức tiên đoán ("phần tiên đoán không có biến số giả cho Hoa Kì").

Cần phải nhìn nhận ra rằng đây không phải là vấn đề lấy mẫu thống kê, mà là cái gì đó có tầm quan trọng cơ bản hơn. Phương

trình hồi qui trong đó Hoa Kì "bị loại ra" bị chi phối bởi cấu trúc định chế quá khứ của các nước Châu Âu, hoặc của các nước ngoài Châu Âu giống như thế. Câu hỏi được nêu lên ở chương 4 (tr. 120) vẫn còn bỏ ngỏ: tình trạng ở Tây Âu, Canada, và các nước OECD khác sẽ không thay đổi? Nhiều dấu hiệu cho thấy xu hướng ở các nước này đang thay đổi một chút, theo hướng ủng hộ phạm vi tăng lên của cấp tài chính tư nhân. Như thế, nếu tính toán được lặp lại sau một hoặc hai thập kỉ sau, thì phương trình hồi qui "loại trừ Hoa Kì" sẽ có thể gần hơn với hình mẫu hiện tại cho mẫu bao gồm cả Hoa Kì.

Tất cả những điều này có nghĩa gì với Đông Âu? Chẳng có nước nào mà cơ chế chính trị và kinh tế tương lai cho chăm sóc sức khoẻ lại được xác định trước. Cũng thật rõ ràng từ phương trình hồi qui là, cơ chế chăm sóc sức khoẻ tương lai không được viết *từ trước (ex ante)* trong sách lịch sử của định mệnh. Nếu các xu hướng quốc tế được phân tích với sự kĩ lưỡng cần thiết, chúng có thể tương hợp với một cải cách cực kì-thận trọng hay triệt để. Ngay cả, nếu toàn bộ tập hợp của những cải cách phụ thuộc lẫn nhau, được chủ trương trong cuốn sách này, được chấp nhận, thì vẫn còn độ tự do đáng kể để quyết định - giữa các lợi ích cơ bản nhỏ hơn hay lớn hơn và phần công cộng liên quan; giữa các định chế có thể lựa chọn cho xác định và cập nhật gói cơ bản; giữa phát triển nhanh hơn hay ít nhanh hơn của cấp tài chính bổ sung và tổng số chi tiêu cho y tế đi kèm; và v.v. Cái gì thực tế sẽ được thông qua, là kết quả của sự tương tác giữa các lực lượng chính trị và xã hội trong mỗi nước. Mặc dù, không phải tất cả các chọn lựa có thể dễ dàng bị đảo ngược nếu muốn làm vậy, song các công dân tương lai cũng sẽ có tiếng nói trong định hình khu vực y tế của họ. Các thế hệ hiện tại và tương lai sẽ chịu trách nhiệm về cái mà họ lựa chọn.

Vài đoạn sau cùng và đặc biệt là mấy trang sau cùng đã chuyển từ loại các nguyên tắc chỉ đạo đặc trưng cho các chương 6-8 sang dự báo. Điều đó dẫn tới các vấn đề sẽ thảo luận ở chương cuối cùng.

9. Những nhận xét kết thúc

Vai trò của các nhân tố ngoài cơ chế kinh tế

Một ý tưởng xuyên suốt cuốn sách này là, khu vực y tế không thể được điều tiết một cách tin cậy chỉ bằng điều phối chính phủ, quan liêu thuần tuý hoặc bằng điều phối thị trường thuần tuý. Cái cần là một sự kết hợp của cả hai, và một sự kết hợp thuận lợi hơn nhiều so với cái hiện có đến nay. Chính vì thế mà nhiều thay đổi đã được khuyến nghị trong sở hữu, cơ cấu của cấp tài chính cho chăm sóc sức khoẻ và bảo hiểm, các khuyến khích, và giá cả, nói cách khác trong cơ chế kinh tế của chăm sóc sức khoẻ. Sau khi đã nói rằng, ngay cả sự kết hợp tốt nhất của các tổ hợp cũng chưa đủ để đảm bảo cho khu vực hoạt động suôn sẻ. Cũng cần đến các nhân tố khác nữa.

Giám sát và điều tiết của chính phủ đối với hệ thống y tế phải được tăng cường, cả ở bên cung ứng lẫn bên cấp tài chính. Việc giám sát phải bao trùm không chỉ khu vực tư nhân, mà cả khu vực công cộng nữa. Giả sử rằng một bệnh viện công hay clinic ngoại trú công cộng có nhiều tự chủ kinh tế hơn, phù hợp với các đề xuất của cuốn sách này, và rằng các khuyến khích tài chính khác nhau có ảnh hưởng mạnh hơn đối với ban giám đốc và nhân viên. Các hoàn cảnh đó sẽ làm cho họ có các dạng ứng xử giống như ứng xử có thể thấy trong khu vực tư nhân.

Người dân trong các nước hậu xã hội chủ nghĩa coi đề xuất này về sự giám sát nhà nước là hiển nhiên. Sự căm ghét và phản đối sự phổ biến của sở hữu tư nhân và thị trường sẽ bớt đi nếu

phát triển sự giám sát và điều phối nhà nước được nhấn mạnh trong các đề xuất cải cách. Sự căm ghét can thiệp nhà nước thường là từ một số cố vấn Phương Tây, hoặc, chính xác hơn, là từ các nhà kinh tế có thiên hướng tự do chủ nghĩa. Tuy vậy, nếu tất cả các nước trên thế giới đều thực hiện kiểm soát nhà nước đối với hàng không, vận tải đường bộ, hay với bảo vệ môi trường, thì hiển nhiên nhà nước phải đóng vai trò tương tự trong chăm sóc sức khoẻ.

Điểm xuất phát ở Đông Âu là khu vực y tế nhà nước được gắn vào trong nền kinh tế mệnh lệnh tập trung, mà bộ máy quan liêu y tế đã học được cách kiểm soát. Chức năng này phải được thay bằng một lĩnh vực mới của điều phối và giám sát. Trọng âm phải được chuyển từ việc ra các chỉ thị sang truyền bá thông tin, thanh tra, và điều phối. Sự tập trung hoá quá mức trước đây phải được đối lại bằng chuyển nhiều nhiệm vụ nhà nước cho chính quyền địa phương.

Ngoài vai trò điều tiết và giám sát của ngành hành pháp của nhà nước, *ngành tư pháp* cũng có vai trò lớn. Bệnh nhân dưới hệ thống xã hội chủ nghĩa không có khả năng kiện bác sĩ hay bệnh viện vì chỉ định điều trị sai. Cái nhiều nhất có thể xảy ra, là những người có lỗi làm theo thủ tục kỉ luật trong nội bộ bộ máy y tế, và điều này thường khá hiếm. Thiếu những phương thuốc tư pháp góp phần vào tình trạng không được bảo vệ của các bệnh nhân. Hiện nay tình hình ở các nước Đông Âu đã bắt đầu thay đổi. Pháp luật đã được đưa ra về các quyền của bệnh nhân, với các qui chế về thủ tục giải quyết những khiếu kiện của bệnh nhân. (Xem Calnan, Halik and Sabbat 1998: 321-31 về kinh nghiệm của Ba Lan về vấn đề này). Việc kiện cáo trở nên phổ biến hơn. Một số nước đã phát triển các hệ thống bảo hiểm để phân tán rủi ro của những thiệt hại phải đền bù, được toà phán quyết trong các vụ kiện về sai sót y tế.[1] Các vụ kiện như vậy xảy

[1] Sự phát triển của cái gọi là "y tế phòng ngự" gắn với chi phí bảo hiểm, gây ra sự gia tăng đáng kể chi phí chăm sóc sức khoẻ. Bảo vệ các bệnh nhân và giảm sự không được bảo vệ của họ không phải là việc không tốn tiền.

ra quá thường xuyên, thí dụ, ở Hoa Kì, hoặc thiệt hại được phán quyết bởi toà là quá cao. Cần phải đề phòng sự thái quá, nhưng hiện nay mối nguy hiểm lớn hơn nhiều là, các nạn nhân đưa ra toà quá hiếm.[2] Sự khởi tố pháp lí của toà án đối với sai sót là một trong những khuyến khích đối với bác sĩ để tôn trọng quyền lợi của bệnh nhân.

Có vai trò quan trọng chờ đợi giới truyền thông đại chúng. Vạch ra những điều trái bất thường trong khu vực y tế không phải là điều cấm kị đối với báo chí và các phương tiện truyền thông đại chúng khác trong các nước có truyền thống dân chủ lâu đời. Thí dụ, sau khi các HMO và các hình thức khác của chăm sóc được quản lí phổ biến ở Hoa Kì, đã trở thành thường xuyên hơn đối với các bác sĩ để tiết kiệm tiền bằng cách bỏ qua các xét nghiệm và can thiệp thiết yếu cho việc điều trị bệnh nhân. Sự thực là nhiều trường hợp như vậy được nêu trên báo và các phương tiện điện tử đã hướng công luận và giới chính trị chú ý tới vấn đề. Bất chấp những hạn chế của chúng cớ vụn vặt, sự chú ý này của phương tiện thông tin đại chúng đã có một vai trò hữu ích, nhắc nhở các giám đốc và các nhà cung cấp trong nội bộ các tổ chức chăm sóc được quản lí này đưa ra các biện pháp sửa chữa. Trong khi các nhà lập pháp và toà án tìm các phương tiện lập pháp và tư pháp để ngăn ngừa những méo mó như vậy.

Khu vực y tế có thể mong đợi rằng, công an, viện kiểm sát, toà án và báo giới hãy tôn trọng các điều kiện đặc biệt của ngành y, thí dụ tính bí mật, riêng tư của điều trị hay của quan hệ bác sĩ-bệnh nhân. Nhưng điều này, chẳng trong một nhà nước pháp quyền nào có thể đảm bảo được sự miễn trừ hoàn toàn, sự miễn trừ hoàn toàn khỏi nguyên tắc minh bạch. Cả sở hữu nhà nước, lẫn cạnh tranh thị trường đều không loại bỏ được những sự lạm dụng và sự cẩu thả. Có lí do xác đáng là, phải có khả năng để bệnh nhân có khả năng kiện bác sĩ hay bệnh viện vì sự điều trị

[2] Ngay cả ở Hoa Kì, nước thích kiện tụng, một nghiên cứu chi tiết hồ sơ y tế của 300.000 bệnh nhân ở Bang New York cho thấy chỉ có 1 khiếu kiện về sai sót được đệ trình trên 7,5 bệnh nhân bị thương do sơ suất (Weiler *et al.* 1993: 139).

sai. Cũng cần là, những sơ suất xảy ra được đưa ra công khai trước báo giới. Bất luận cơ chế kinh tế là thế nào, cũng cần đến sự giám sát, kiểm tra, động viên, khuyến khích của bộ máy tư pháp và của báo giới. Cùng với hoạt động điều tiết của nhà nước, toà án, và các phương tiện thông tin đại chúng, thì kiểm soát trong nội bộ cộng đồng y học cũng quan trọng. Nghề y phải đưa ra, một cách tự nguyện, mà không có bất kể sự cưỡng bách từ bên ngoài nào, các biện pháp để chống lại các đồng nghiệp, những người ứng xử không thích hợp, những người không tận tâm trong công việc, những người đối xử tồi tệ với bệnh nhân, những người không cập nhật kiến thức y khoa của mình thông qua đào tạo thường xuyên, những người lãng phí các nguồn lực. Nghề y ở khắp nơi trên thế giới được tổ chức trong các hiệp hội giống như các phường hội. Niềm kiêu hãnh nghề nghiệp là phổ biến, giống như "niềm kiêu hãnh của đơn vị"* trong các lực lượng vũ trang. Thí dụ, trong một vụ kiện tụng liên quan đến các quyết định y khoa, có thể khó lấy ý kiến chuyên môn khách quan; các bác sĩ cảm thấy khó khi phải làm chứng chống lại đồng nghiệp.

Mức độ mà các bác sĩ đặt kỉ luật cho nghề của họ càng lớn, thì càng ít cần đến sự can thiệp từ bên ngoài. Đã có nhiều loại hội đồng, uỷ ban ở mức quốc gia và địa phương, trong các bệnh viện và tổ chức khác. Có một xã hội dân sự đang được hình thành trong giới chuyên môn ngành y (bao gồm các y tá và các giám đốc, các luật sư, các nhà kinh tế, cũng như các bác sĩ). Bản tính của tổ chức này là, nó phải tự phát triển thoả ước riêng của mình, bằng các tư tưởng và hành động chung. Hi vọng rằng mạng lưới này của các tổ chức xã hội sẽ tiếp tục lan rộng, và tỏ ra có khả năng chống lại các tác động phụ có hại do các khuyến khích kinh tế gây ra (thí dụ, với các tuyên bố nguyên tắc và các can thiệp cụ thể có thể coi như tiền lệ).

---

* Nguyên văn "honor of the regiment": để bảo vệ niềm tự hào của đơn vị người ta giữ bí mật các vi phạm của các thành viên khỏi lọt ra ngoài và có thể chỉ xử lí "nội bộ" thôi.

Sự kiện cáo và công khai báo chí là vũ khí quan trọng trong tay *bệnh nhân*. Họ có thể sử dụng các dụng cụ này ngày càng tăng lên, nếu họ không bị cô lập, mà có các tổ chức dân sự đại diện lợi ích cho họ. Tốt nhất là hình thành các hội cho mỗi loại bệnh, bởi vì giữa những người chịu đựng cùng một loại bệnh và người thân của họ hình thành mối đồng cảm, do họ có nhiều mối lo chung. Các hội bảo vệ lợi ích có thể lên tiếng vì bệnh nhân, có thể tổ chức bảo vệ pháp lí cho họ.

Những người ủng hộ và chống đối cải cách

Một nỗ lực đã được đưa ra ở các chương 6-8 để hậu thuẫn cho các khuyến nghị bằng các lập luận đạo đức và kinh tế. Tuy vậy, các tác giả không có các ảo tưởng. Họ không tin rằng nếu các lí lẽ đủ tốt được giới thiệu cho tất cả mọi người, thì mục đích đã đạt được. Cho đến nay, chưa có một nước nào thực hiện được một cách dễ dàng và nhanh chóng các cuộc cải cách y tế toàn diện.

Một khó khăn trong thuyết phục chấp nhận tổ hợp các cải cách được kiến nghị, là một số tác động có lợi có thể của nó sẽ chỉ xuất hiện sau một thời gian trễ và không là "hữu hình" với người công dân trung bình. Các lực lượng thị trường mạnh hơn, sự phát triển của cạnh tranh giữa các nhà cung cấp, và một hệ thống cấp tài chính và thanh toán hợp lí hơn sẽ chắc chắn làm gia tăng phát triển kĩ thuật và cải thiện chất lượng chăm sóc sức khoẻ, nhưng không ngay lập tức. Tất cả mọi người cuối cùng sẽ cảm nhận được những lợi thế, nhưng chỉ gián tiếp và muộn hơn, trong khi một số nhóm người sẽ chịu đựng rủi ro và những trở ngại sớm hơn nhiều.

Một lí do khác để phản đối là mối lo âu chân thành và có lí trong giới chuyên gia y tế. Sự dịch chuyển sang sở hữu tư nhân và thị trường, cùng với sự phi tập trung hoá việc ra quyết định đi

kèm, chắc chắn gây ra các xu hướng nguy hiểm. Các bệnh nhân nghèo và bệnh nhân có chi phí cao có thể bị phân biệt đối xử và bị từ chối những điều trị cần thiết, hoặc chi tiêu y tế có thể bị sống. Cuốn sách này đã cố gắng đề cập đến các vấn đề này, bằng cách chỉ ra làm thế nào để có thể tránh chúng hoặc làm giảm các ảnh hưởng của chúng. Các tác giả tin tưởng rằng, cán cân sẽ nghiêng hẳn về những tác động thuận lợi của những thay đổi được kiến nghị so với các tác động phụ bất lợi, nếu chú ý đúng mức đến các khía cạnh của cải cách được thiết kế nhằm ngăn chặn các tác động phụ có hại này.

Bên cạnh những lo âu có lí, còn có một số định kiến không có cơ sở. Nói chung có chương trình được chấp nhận ở Đông Âu được thiết kế để chuyển sang sở hữu tư nhân trên cơ sở nền kinh tế thị trường. Về vấn đề này, ở mức toàn bộ *nền kinh tế*, tất cả mọi người đều đồng ý, trừ một số người cánh tả cực đoan và những người cộng sản chính thống, bảo thủ. Tuy thế, sâu thẳm trong tâm trí của nhiều người vẫn còn có những định kiến cũ kĩ chống lại sở hữu tư nhân và thị trường. Chúng lại nổ ra khi nói đến khu vực y tế.

Không được để cho các nhà cung cấp y tế tư nhân kiếm lời bằng sự thiệt hại của bệnh nhân. Đồng thời cũng phải chống lại bức tranh tưởng tượng khủng khiếp, một tàn dư của kiểu nhồi sọ, rằng mọi nhà tư bản đều là con đỉa hút máu người mua. Trong thực tế công ti tư bản cạnh tranh với các tổ chức khác (thuộc sở hữu tư nhân hay công cộng) vì người mua. Trong mọi ngành cũng có những người bán, những người cố kiếm thêm lợi nhuận một cách tạm thời bằng cách làm tổn hại đến chất lượng. Nhưng thành công lâu dài, thì chỉ có nhà kinh doanh tư nhân, người tạo ra chất lượng tốt hơn và phát triển kĩ thuật, và làm điều đó bằng cách giảm chi phí, mới có thể đạt được. Đúng, bệnh viện là một "xí nghiệp nguy hiểm", và xí nghiệp tư nhân muốn đạt lợi nhuận với chất lượng dịch vụ kém, thì có thể gây ra tai hoạ nghiêm trọng. Nạn nhân của họ, không thể tự an ủi mình rằng, cạnh tranh ở tầm dài hạn sẽ loại bỏ những kẻ tư bản thiển cận, tham

lam, lạm dụng vị trí của mình. Mối nguy hại là không thể chối cãi, nhưng - như đã nhấn mạnh trước đây- nguy cơ đó cũng vẫn thế khi bệnh viện thuộc sở hữu nhà nước; ở đó, sự giảm chi phí bằng mọi giá, và nói chung sự cẩu thả của con người cũng có thể gây ra tai hoạ. Không chỉ có bệnh viện là xí nghiệp nguy hiểm. Nguy hiểm tính mạng đe doạ người tiêu dùng bởi linh kiện hỏng trong máy bay, bởi ô tô buýt lái cẩu thả, bởi thực phẩm xử lí bất cẩn. Phải chăng hãy xua đuổi chủ nghĩa tư bản tư nhân và quay lại với sở hữu công cộng trong tất cả các lĩnh vực này?

Không phải sự ác cảm của mọi người đều có xuất xứ về mặt ý thức hệ. Nhiều người có đầu óc đa nghi thường phản đối mọi sự đổi mới. Họ thích cái không biết, ngay cả khi cái mà họ biết là cái rõ ràng không hoàn hảo.

Tuy vậy, nguyên nhân chính của sự phản đối cải cách là sự cảm nhận rằng, những thay đổi sẽ làm tổn hại đến lợi ích cá nhân. Sẽ thật tốt nếu có khả năng nghĩ ra cải cách tối ưu-Pareto, theo đó không có ai bị thiệt và có nhiều người được lợi. Điều này không thể đảm bảo được, tuy chương trình được kiến nghị trong cuốn sách này sẽ gần tới nó *ở tầm dài hạn*. Tuy vậy, trong tầm ngắn hạn, sẽ có những người bị thiệt hại, những người có lí do để có ác cảm với cải cách. Cần phải có đánh giá tỉnh táo về những lợi ích của ai bị vi phạm, và liệu những nhóm người đó có thể được đền bù từng phần, được trung lập hoá hay cô lập ra không:

- Nhóm lãnh đạo trong bộ máy quan liêu y tế sợ mất quyền lực không chia sẻ của họ, do phi tập trung hoá và cạnh tranh, và do quá trình dân chủ để phân bổ tiền công cộng. Sự chống đối của họ sẽ yếu đi, nếu họ nghĩ lại cái gì đã xảy ra trong quá độ chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa ở lĩnh vực công nghiệp, thương mại, hoặc tài chính. Những người thông minh, có chuyên môn, thích nghi đều đã kiếm được các vị trí tốt sau cải cách. Thực ra, ngày nay họ kiếm được nhiều hơn

so với khi họ còn giữ các chức vụ cao trong bộ máy quan liêu xã hội chủ nghĩa.

- Các bác sĩ, những người nhận được nhiều tiền biếu, lo sợ sẽ mất nguồn thu nhập mờ ám mà họ có thể lách thuế. Những kẻ đơn giản đã chỉ bòn rút bệnh nhân do quyền chức cao, họ có lí do để sợ cải cách, vì cải cách làm cho các quan hệ bác sĩ-bệnh nhân được rõ ràng hơn, minh bạch hơn. Sự chống đối của họ không thể tránh được. Mặt khác, những người nhận được tiền biếu từ bệnh nhân của họ do chuyên môn, do sự tận tâm, và do lòng nhân đạo, có thể yên tâm. Họ có cơ hội lớn để thành công cả ở trong hệ thống y tế đã được cải cách. Tổng thu nhập của họ, sau khi hệ thống tiền biếu đã bị loại bỏ, sẽ có thể tăng nhanh, và hầu như chắc chắn sẽ không giảm đi.[3]
- Có tình thế đối xứng với tình thế ở trên. Các bệnh nhân, những người đã xây dựng được các mối quan hệ của mình, qua gắn bó cá nhân và đưa tiền biếu, sợ cải cách sẽ phá vỡ chúng. Họ có thể yên tâm rằng tuy điều này có thể xảy ra một lúc, chắc chắn sẽ đơn giản hơn và lí thú hơn để xây dựng các quan hệ như vậy dưới hình thức mới của sở hữu và của cơ cấu tổ chức.
- Những thay đổi được kiến nghị sẽ đi ngược lợi ích của những kẻ "hưởng khống" dưới hệ thống cấp tài chính từ ngân quĩ công cộng. Đã được nhấn mạnh rằng cần có một sự phân bố công bằng hơn về gánh nặng thuế, bằng cách mở rộng cơ sở (diện) đánh thuế. Điều này sẽ bất lợi cho những kẻ cố lách thuế như vậy. Không cần phải đền bù cho họ; phải tiến hành cải cách bất chấp sự chống đối của họ.

---

[3] Có nguy cơ là quá trình ngược sẽ xảy ra. Có các nhóm áp lực y tế nào đó, những người ủng hộ cải cách chỉ vì các lí do tài chính, trong khi cố hướng sự thay đổi theo chiều có lợi cho họ mà không có lợi theo quan điểm xã hội rộng hơn. Thí dụ, họ thúc đẩy hệ thống thanh toán phí-cho dịch vụ không được điều tiết, điều sẽ dẫn đến lạm phát chi phí. Điều này đã xảy ra ban đầu với cải cách ở Czech (Vepřek, Pepes and Vepřek 1995). Các nhà chuyên môn Ba Lan cũng vận động cho một hệ thống thanh toán như vậy nhưng họ không được ủng hộ (Lawson and Nemec 1998; Bossert and Wlodarczyk 2000: 19).

Đã có một số điều tra về phân bố dư luận về những lựa chọn chính, ảnh hưởng đến các cải cách được kiến nghị ở đây.[4]

Bảng 9.1 *Thái độ về sự đánh đổi giữa chi tiêu phúc lợi và thuế thấp hơn, Hungary, Cộng hoà Czech, và Ba Lan, phần trăm của tất cả các câu trả lời*

Trả lời	Hungary	C.H. Czech	Ba Lan
Phải tăng thuế để tạo nguồn cho chi tiêu thêm về phúc lợi	8	14	2
Không cần thay đổi; mức thuế và chi tiêu phúc lợi phải giữ nguyên như hiện nay	32	47	36
Phải giảm thuế, ngay cả khi điều đó có nghĩa là giảm chi tiêu phúc lợi	43	19	60
Không biết	17	20	2

Ghi chú:
Những người được hỏi câu hỏi sau: "Tổng ngân sách chi tiêu của nhà nước phụ thuộc vào khoản thu được từ thuế. Nếu Chính phủ phải chọn giữa cắt giảm thuế hoặc tăng chi tiêu phúc lợi, bạn nghĩ họ phải làm thế nào?"

Điều tra được tiến hành vào tháng 9-1999 bởi Central European Opinion Research Group, được thành lập bởi TÁRKI của Hungary, CBOS của Ba Lan, và IVVM của Cộng hoà Czech.

Nguồn: TÁRKI (1999)

Bảng 9.1 cho thấy một so sánh quốc tế của một trong các nhóm vấn đề chính được thảo luận chi tiết trong cuốn sách này: xã hội

[4] Có một số nghiên cứu đáng chú ý về chính trị kinh tế học của cải cách y tế ở Đông Âu. Đặc biệt đáng lưu ý tới công trình của Nelson (2001) so sánh cải cách phúc lợi ở Hungary và Ba Lan; đến công trình của Bossert and Wlodarczyk (2000) về cải cách ở Ba Lan. Nhiều bài học từ các công trình đó được dùng trong chương 9 của cuốn sách này. Tựa đề "Unpredictable politics: Chính trị không thể tiên đoán được" do Bossert và Wlodarczyk lựa chọn phù hợp với kết luận mà cuốn sách này rút ra về các khía cạnh chính trị của cải cách.

muốn dành bao nhiêu "tiền công cộng" cho mục đích đoàn kết? Những người đặt câu hỏi đã không tập trung chú ý của những người được hỏi vào khu vực y tế. Họ cũng chẳng định nghĩa chính xác khái niệm "chi tiêu phúc lợi". Ngay cả như thế, thì sự phân bố của các trả lời là đáng chú ý. Các trả lời của người Hungary và Ba Lan có cơ cấu giống nhau. Khá nhiều người muốn giảm thuế, ngay cả khi tổn hại đến chi tiêu phúc lợi, so với những người muốn giữ nguyên hiện trạng hay muốn có thay đổi theo chiều ngược lại. Người Ba Lan đi xa hơn người Hungary ở khía cạnh này. Tỉ lệ người Czech muốn giảm thuế với cái giá giảm chi tiêu phúc lợi là nhỏ hơn nhiều.

Bảng 9.2 Phân bố dư luận về sự cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm y tế và về mức đóng góp bảo hiểm xã hội, Hungary, 1999

Trả lời	Phần trăm của tất cả các trả lời
Tôi ủng hộ cả tăng đóng góp và cạnh tranh	20,1
Tôi ủng hộ cạnh tranh nếu không tăng đóng góp	37,3
Tôi không ủng hộ cạnh tranh	31,5
Tôi không biết	6,9
Không trả lời	4,2
Tổng	100,0

Ghi chú:
Số người được hỏi: N= 1.478 người
Nguồn: TÁRKI (1999)

Cấu trúc của dư luận ở cả ba nước gợi ý rằng, một sự gia tăng gánh nặng tái phân phối sẽ nhận được ít sự ủng hộ từ công chúng (dòng 1). Nhiều người trong dân chúng muốn kiểm soát được thu nhập của mình nhiều hơn mức kiểm soát đã có đến nay. Điều này ủng hộ (dù là một cách gián tiếp) dự báo được đưa ra ở cuối chương 8: sự gia tăng vĩ mô của chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ sẽ đạt được chủ yếu bằng cách tăng phần của các hộ gia đình

trong chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ, chứ không phải thông qua việc tăng thuế và chi tiêu công cộng.

Bảng 9.3 Phân bố tuổi của những người ưa thích có cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm y tế, Hungary, như phần trăm của những người trả lời "có" hoặc "không", phần trăm, 1999

	Nhóm tuổi					
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-
Ủng hộ	55,3	54,2	54,2	41,8	38,2	37,4
Chống	44,7	45,8	45,8	58,2	61,8	62,6

Ghi chú:
Số các trường hợp được tính, trừ các trường hợp trả lời "không biết" và "không trả lời, là 1.322.
Nguồn: TÁRKI (1999)

Bảng 9.4 Tỉ lệ người ủng hộ cạnh tranh phân theo trình độ học vấn, như phần trăm của những người trả lời "có" hoặc "không", phần trăm, 1999

	Lớp tám hoặc dưới lớp tám	Cao học kĩ thuật	Cao học	Đại học	Toàn bộ
Ủng hộ	40,9	45,6	58,9	58	48,8
Chống	59,1	54,4	41,1	42,0	51,2

Ghi chú:
Số các trường hợp được tính, trừ các trường hợp trả lời "không biết" và "không trả lời, là 1.322.
Nguồn: TÁRKI (1999)

Đã được nhắc tới trước đây là TÁRKI, một viện nghiên cứu Hungary, đã thử khám phá dư luận về một số nan giải liên quan đến cải cách. Một nhóm các câu hỏi tìm hiểu xem, liệu những người trả lời có ủng hộ phi tập trung hoá bảo hiểm và cạnh tranh giữa các nhà bảo hiểm hay không. Phân bố trả lời được trình bày ở các bảng 9.2-9.4. Số trả lời chống ý tưởng phi tập trung hoá và cạnh tranh một cách dứt khoát là ít hơn một phần ba. Phần còn lại ủng hộ ý tưởng đó, một cách vô điều kiện hay có điều kiện, trừ 11 phần trăm số người không nêu lập trường. Tần suất ủng hộ tăng lên theo trình độ học vấn và giảm đi theo tuổi, nhưng không nhạy cảm đối với mức thu nhập. Thiện cảm với cải cách "theo định hướng thị trường" chẳng có tỉ lệ nhiều hơn hay ít hơn trong những người có thu nhập cao so với những người có thu nhập thấp hơn.[5]

Một nhóm khác của các câu hỏi đề cập đến thái độ đối với chăm sóc bổ sung. Chỉ nêu ra một sự phát hiện, 44 phần trăm dân chúng quan tâm đến chăm sóc bổ sung và không từ chối ý tưởng mua một khế ước bảo hiểm như vậy, tuy thiên hướng để làm thế phụ thuộc mạnh vào phí bảo hiểm cao ra sao.

Thái độ được bộc lộ này chưa thể coi là một mẩu nghiên cứu thị trường thực sự, bởi vì không có các chào hàng cụ thể về các khế ước bảo hiểm cho những người được hỏi. Sự khám phá chỉ đơn giản chỉ ra tỉ lệ từ chối dứt khoát và mối quan tâm là thế nào.

Một khảo sát ở Croatia (Chen and Mastilica 1998) chỉ ra rằng rằng có sự ác cảm khá cao đối với loại cải cách mở rộng phạm vi của sở hữu tư nhân và thị trường. Cơ cấu trả lời được giới thiệu ở bảng 9.5, phân theo các nhóm thu nhập. Điều này khác với những phát hiện ở Hungary, với các trả lời phụ thuộc mạnh vào thu nhập, có lẽ do câu hỏi được đặt ra một cách chung chung

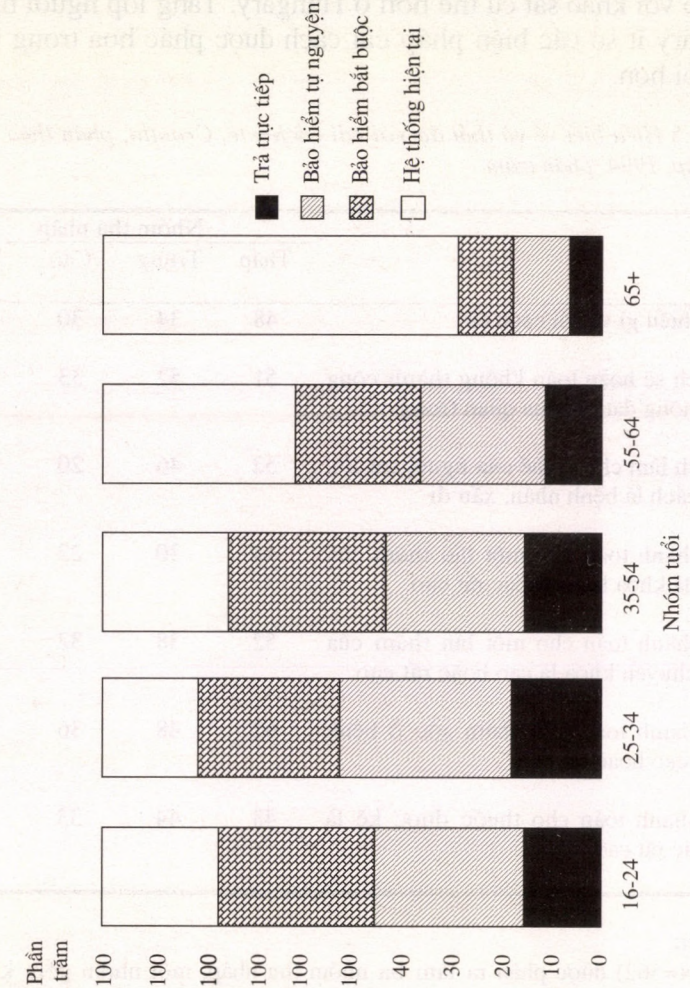
[5] Tỉ lệ của những người ủng hộ vô điều kiện hay có điều kiện phi tập trung hoá phân theo nhóm thu nhập là: nhóm thu nhập thấp 73,5 phần trăm, nhóm thu nhập trung 68,7 phần trăm, và nhóm thu nhập cao 73,7 phần trăm (TÁRKI 1999: 70)

hơn so với khảo sát cụ thể hơn ở Hungary. Tầng lớp người nghèo Hungary ít sợ các biện pháp cải cách được phác hoạ trong bảng câu hỏi hơn.

Bảng 9.5 *Hiểu biết về và thái độ với cải cách y tế, Croatia, phân theo nhóm thu nhập, 1994, phần trăm*

	Nhóm thu nhập			
	Thấp	Trung	Cao	Tổng hợp
Chẳng hiểu gì về cải cách cả	48	34	30	36
Cải cách sẽ hoàn toàn không thành công hoặc không đạt kết quả quan trọng	51	52	33	46
Cải cách làm cho vị thế của người trả lời, với tư cách là bệnh nhân, xấu đi	52	46	20	40
Đồng thanh toán cho một lần thăm của bác sĩ đa khoa là cao hoặc rất cao	44	30	22	31
Đồng thanh toán cho một lần thăm của bác sĩ chuyên khoa là cao hoặc rất cao	52	38	32	39
Đồng thanh toán cho chăm sóc ở bệnh viện là cao hoặc rất cao	62	48	36	48
Đồng thanh toán cho thuốc được kê là cao hoặc rất cao	48	44	33	42

Ghi chú:
Mẫu (N=562) được phân ra làm ba nhóm thu nhập, mỗi nhóm gồm khoảng một phần ba của toàn bộ mẫu. Thu nhập hàng tháng của nhóm thu nhập thấp là 740 kunas (khoảng 140 USD) hay ít hơn, thu nhập của nhóm trung là từ 740-1.480 kunas, thu nhập của nhóm cao là trên 1.480 kunas.
Nguồn: Chen and Mastilica (1998: 1158).



Hình 9.1 Sự ưa thích hệ thống cấp tài chính chăm sóc sức khoẻ, theo tuổi, Bulgari, 1995
Nguồn: Delcheva, Balabanova and McKee (1976:96)

Cuối cùng, một thăm dò dư luận ở Bulgari (Delcheva, Balabanova and McKee 1997) nhằm tìm hiểu nguyện vọng của công chúng trong dịch chuyển khỏi cách cấp tài chính kiểu xã hội chủ nghĩa cho chăm sóc sức khoẻ. Kết quả có thể thấy trên hình 9.1, phân theo nhóm tuổi. Thiện cảm với ý tưởng là cao nhất ở nhóm những người trẻ và giảm dần theo tuổi. Phân bố ở Bulgari giống phân bố ở Croatia trong hình mẫu ưa thích, cũng như trong độ nhạy cảm với thu nhập.

Có hai bài học chung đối với các thăm dò dư luận được trích dẫn. Thứ nhất, là cần cố gắng để cho công chúng ở Đông Âu biết các lựa chọn khả dĩ dễ phân biệt và càng cụ thể càng tốt. Đừng để những người được hỏi phải tìm học, từ người phỏng vấn được các nhà nghiên cứu hàn lâm uỷ quyền, về các khả năng là thế nào. Những người ủng hộ và chống đối các cách giải quyết khác nhau phải tranh luận công khai với nhau và giải thích những quan điểm của mình. Sau đó mới hỏi dư luận công chúng.

Các cuộc tranh luận rộng rãi và chu đáo đã đi trước những cải cách ở nhiều nước phát triển. Tuy luận chiến, tranh luận về các biện pháp, họ đảm bảo rằng dân chúng ý thức được. Trong chừng mực đó, không có nhiều tranh cãi, ít nhất là đối với những người tham gia *am hiểu*, liên quan đến các biện pháp cải cách y tế *cụ thể*, ở Đông Âu. Các chính khách và các phương tiện thông tin đại chúng thường chỉ giới hạn ở những nét chung không thể chấp nhận được, và điều đó làm lu mờ các lựa chọn khả dĩ đi. Điều này có nghĩa rằng khi dự luật được trình trước Quốc hội, thì phần đông dân chúng chẳng biết nó bao gồm cái gì. Các nhóm áp lực cố gây ảnh hưởng ở hậu trường. Nguyên lí 6, nguyên lí minh bạch, phải được áp dụng một cách nhất quán hơn cả ở đây nữa.

Bài học thứ hai cần phải rút ra, là đừng mong đợi có sự đồng thuận. Toát ra thật rõ ràng, từ một khảo sát những người chống đối tiềm năng, từ xem xét các ảnh hưởng của cải cách, và từ phân tích các thăm dò dư luận, rằng dư luận công chúng là phân liệt ở tất cả các vấn đề hóc búa. Không có đa số tuyệt đối về bất

kể các quan điểm đối kháng nào để có thể làm cho những nan giải có thể lựa chọn được. Ngay cả khi có đa số đối với một quan điểm nào đó, thì số phản đối cũng tương đối lớn.

Điều này đưa ta đến các vấn đề cốt lõi của nền dân chủ. Đa số hiện thời trong cơ quan lập pháp phải lợi dụng cơ hội, đến mức nào, để khẳng định quan điểm riêng của mình, mà không có bất cứ nhượng bộ nào? Vấn đề này là đặc biệt nhạy cảm khi đụng chạm đến sức khoẻ của dân chúng.

Theo cách tiếp cận như đã làm ở các lĩnh vực khác trong cuốn sách, câu trả lời là hãy tập trung vào khía cạnh thủ tục. Điều này đưa ta lại với điểm đã nói ở chương 2, về các nguyên lí đạo đức 1 và 2, các nguyên lí được thảo luận lại muộn hơn liên quan đến phi tập trung hoá bảo hiểm. Theo quan điểm của các tác giả, đa số trong cơ quan lập pháp không nên tìm cách áp đặt lựa chọn mà mình ưa thích, bằng mọi giá, lên những người không tán thành. Những người muốn cố nài bảo hiểm công cộng và lảng tránh các nhà bảo hiểm tư nhân sẽ có cách để làm như vậy. Mặt khác, không được ngăn cản dân chúng mua bảo hiểm ở một nhà bảo hiểm tư nhân. Những người chỉ trung thành với các bệnh viện công cộng sẽ tìm được các bệnh viện công để thoả mãn nhu cầu của mình. Tuy vậy, dân chúng phải được tự do chọn bảo hiểm tư nhân, nếu họ thích. Đối với những người sử dụng lao động quan tâm đến đóng vai trò trong tổ chức bảo hiểm y tế cho nhân viên của mình, họ phải có khả năng, song không buộc họ phải làm như vậy.

Hiển nhiên, sự lựa chọn mở này không có cho mọi thứ. Nếu đóng góp là bắt buộc, những người tự ý rút lui sẽ phải bị trừng trị. Nếu độc quyền bảo hiểm, người chi trả duy nhất, được bãi bỏ, không ai có thể đề nghị giữ nó. Tất cả mọi người sẽ mất các lợi thế có thể thu được từ độc quyền, và tất nhiên sẽ nhận được các lợi thế đi kèm với cạnh tranh, những điều nhiều người không đánh giá đúng.

Đề xuất cho lập pháp về cải cách, bây giờ có đủ tư cách nói chính xác hơn, được tiến hành như sau. Lĩnh vực chính trị, ở mọi

nơi có thể, hãy để cho công dân có sự lựa chọn giữa các khả năng khả dĩ. Nhà nước đưa ra quyết định hạn chế hay ngăn cản lựa chọn cá nhân chỉ khi bản chất của vấn đề làm cho việc đó không thể tránh khỏi. Đa số ở Quốc hội liệu sẽ có khả năng tự kiềm chế, tự hạn chế quyền lực một cách tự nguyện như vậy không? Thời gian sẽ trả lời. Cả hai cách, kết quả sẽ là một chỉ số tốt cho tầm quan trọng mà các nhà lập pháp gắn cho nguyên lí 1, nguyên lí quyền tự quyết cá nhân.

Sự phát triển có tính chất tiến hoá và "kiến thiết"

Trong thời kì đầu của quá độ hậu xã hội chủ nghĩa đã có các cuộc tranh luận sôi động về những nét kì vọng của quá trình chuyển đổi. Chúng ta đã đối sánh "giải pháp sốc" với "phương pháp tiệm tiến"; giữa phát triển mang tính "kiến thiết" và "tiến hoá".[6] Ngày nay chúng ta đã biết nhiều hơn về các vấn đề này, bởi vì nhìn lại chúng ta đã có các kinh nghiệm chuyển đổi của lĩnh vực cạnh tranh. Có thể rút ra từ chúng một số bài học có thể áp dụng cho những cải cách phúc lợi trong tương lai.

Sẽ là sai lầm nếu đặt sự chuyển đổi tự phát, tiến hoá từ từ - cách tiếp cận tiến hoá- đối kháng với sự xây dựng định chế trên cơ sở "thiết kế" của nhà nước - cách tiếp cận kiến thiết- như những kiểu phát triển lựa chọn loại trừ lẫn nhau. Cả hai đều xảy ra, mỗi cái trên vị trí của mình, và bổ sung cho nhau.

Tại một chỗ trước của cuốn sách này đã kiến nghị, đừng quy định một hình thức thuần nhất cho tư nhân hoá các tổ chức y tế nhà nước và một kế hoạch thời gian bắt buộc. Nhà nước bắt đầu giải quyết công việc của mình bằng việc xoá bỏ các cấm đoán, tạo lập các khả năng pháp lí cho sáng kiến và kinh doanh. Hãy

---

[6] Từ "kiến thiết-constructive" lấy từ Hayek (1935), ông dùng nó để chỉ các dạng thức được thiết kế từ trước và áp đặt lên xã hội bằng áp chế nhà nước.

Thay cho việc nhặt bất kể tựa đề nào từ thư viện của những tài liệu tranh luận về "chủ nghĩa tiệm tiến đối lại với liệu pháp sốc: gradualism *versus* schock therapy", chúng tôi dẫn ra hai phân tích hồi tưởng: Roland (2000) và Kornai (2000).

để cho các biến thể khác nhau, các hình thức đa dạng của các tổ chức cung cấp và bảo hiểm khác nhau, sự kết hợp đa dạng của các hình thức nhà nước và phi nhà nước hình thành. Rồi chúng ta sẽ thấy, cái nào có khả năng sống đến đâu trong hoàn cảnh của các nước Đông Âu. Đồng thời, tất nhiên cũng phải thiết lập các cơ sở hạ tầng pháp lí, các tổ chức giám sát và kiểm tra, v.v. và v.v.

Tình hình lại khác với những việc, mà theo những luận cứ cổ điển là mang tính nhà nước. Loại như vậy, thí dụ là công việc ngân sách nhà nước. Thật là ngu ngốc nếu tính đến sự tiến hoá của hệ thống đóng góp (bảo hiểm xã hội), hay của hệ thống thuế. Tất nhiên liên quan đến vấn đề này cần đến các kế hoạch chi tiết; sau khi nghiên cứu kĩ lưỡng kinh nghiệm quốc tế và tính toán cẩn trọng phải lập ra các luật. Cũng tương tự phải xây dựng, "kiến thiết" các tổ chức điều chỉnh việc sử dụng thuế và điều chỉnh vị thế pháp lí của chúng.

Các kiến nghị của cuốn sách này được rút ra một cách lôgic từ nguyên lí số 7: cần phải có thời gian cho các định chế mới của khu vực phúc lợi tiến hoá, cho công dân có thể thích nghi với tình hình mới. Điều này gợi ý, thí dụ, việc phân đoạn được kiến nghị của cải cách cấp tài chính cho chăm sóc y tế cơ bản: chỉ bắt đầu phi tập trung hoá nó, khi đã có mạng lưới các định chế cần thiết, trước hết là mạng lưới bảo hiểm tư nhân phải đạt một khối lượng tới hạn, đã được hình thành, và dân chúng đã làm quen với chúng. Cũng tinh thần này thấm đậm trong các kiến nghị liên quan đến tiền trả ơn. Phải tạo ra các khả năng, để quan hệ thanh toán hợp pháp, minh bạch hình thành giữa bác sĩ và bệnh nhân, mà cả hai phía đều thấy mãn nguyện thay cho quan hệ tài chính lộn xộn và bất tiện trước kia.

Tránh các hành động nôn nóng, hay cách tiếp cận kiên nhẫn tương hợp tốt với việc khẩn trương thúc đẩy xây dựng luật pháp cần thiết. Tất nhiên không cần đến các biện pháp gán ghép vội vã. Nhưng cũng không đúng, nếu như để chuỗi vô tận các cuộc

họp lê thê của các ủy ban làm cản trở việc chuẩn bị các luật mới đã trở thành thời sự từ lâu.

Trong cuốn sách này đã nhiều lần dẫn chiếu đến cách thức mà tranh luận về cải cách y tế lại nêu ra nhiều vấn đề đã được nêu ra về chủ nghĩa xã hội, đặc biệt là các tranh luận về "chủ nghĩa xã hội thị trường". Thực là có những sự tương đồng, nhưng có sự khác biệt căn bản giữa hai cuộc tranh luận. Khi đó vấn đề tranh luận là về cả nền kinh tế và xã hội, như *một tổng thể*, bao gồm cả cơ cấu chính trị, cái xác định phương pháp điều tiết nền kinh tế. Cuộc bút chiến sâu rộng và toàn diện đã dẫn đến tình thế nan giải sau đây: liệu hoạt động kinh tế có thể được điều phối một cách cơ bản bởi thị trường, trong khi Đảng Cộng sản vẫn giữ độc quyền về quyền lực và nền chuyên chính, và trong khi sở hữu nhà nước vẫn chiếm ưu thế? Những người, là những môn đệ của tự do cá nhân một cách nhất quán, đã trả lời câu hỏi trên một cách phủ định và chối bỏ chủ nghĩa xã hội thị trường. Hiện nay, ở đầu thế kỉ 21, cải cách khu vực y tế sắp tới ở Đông Âu liên quan đến *một phần* được xác định rõ của nền kinh tế. Bối cảnh chính trị cũng đã thay đổi, và như thế các cuộc tranh luận được tiến hành và cải cách pháp lí được chuẩn bị dưới các điều kiện của một nền dân chủ ít nhiều đã được thể chế hoá. Phần lớn nền kinh tế cũng đã thay đổi một cách triệt để, bởi vì nó hoạt động trong một nền kinh tế thị trường dựa trên sở hữu tư nhân. Được bao bọc bởi một môi trường dân chủ, kinh tế trên cơ sở thị trường như vậy, dường như có thể chấp nhận được hơn nhiều là, sở hữu công cộng và sự can thiệp hành chính vào khu vực y tế cần phải có vai trò hạn chế, với một sự cộng sinh thường xuyên giữa các hình thức sở hữu và các cơ chế điều phối khác nhau.[7]

[7] Tác giả thứ nhất của cuốn sách này cảm thấy cần đưa thêm một chú giải cá nhân ở điểm này, như một người tham gia tích cực vào các cuộc tranh luận trước đây về cải cách hệ thống xã hội chủ nghĩa, như một tổng thể. Ông đã bày tỏ một cách lặp đi lặp lại sự nghi ngờ dứt khoát về những cải cách và đã gợi ý trong công trình của mình ý tưởng rằng, các đặc tính rối loạn chức năng (dysfuntional) của nền kinh tế sẽ không thể khắc phục được nếu không có sự thay đổi *những nền tảng của hệ thống (foundations of the system)*. Thời kì đó, ít nhiều đã "đào luyện" ông để ghét các giải pháp "hỗn hợp" và ác cảm với những cải cách thận trọng.

Trong giai đoạn đầu của chuyển đổi hậu xã hội chủ nghĩa, nhiều người ủng hộ chân thành nhất của cải cách đã cảm thấy họ phải đưa ra các biện pháp càng nhanh càng tốt để cản đường các sự kiện đảo ngược có thể xảy ra. Có lẽ cái quan trọng nhất trong những biện pháp này là lập hiến pháp mới, dân chủ để tạo các rào cản ngăn chế độ độc tài quay trở lại, ngay cả nếu hiến pháp không loại trừ nó. Tại thời điểm *đó* là có thể hiểu được và nhiều công việc quan trọng là hợp pháp để phấn đấu cho tính không thể đảo ngược được. *Bây giờ*, trong giai đoạn phát triển liên tục, đã được củng cố, sẽ là sai lầm nếu lại làm như vậy, bởi vì giai đoạn sóng gió, ban đầu của phát triển hậu xã hội chủ nghĩa đã chấm dứt trước khi cần tiến hành một quá trình cải cách tương tự đối với khu vực y tế. Mà ngược lại, phải dùng cách tiếp cận thử và sai (trial-and-error). Chẳng có nhà nghiên cứu hay nhà chính trị nào có thể quá tự tin. Như đã nhắc tới trước đây, chẳng có nước làm gương nào, mà kinh nghiệm của nó có thể được dùng để kiểm tra tính đúng đắn của mọi kiến nghị. Chẳng có kế hoạch (trung lập) không mang tính giá trị nào có thể được chấp nhận về mặt đạo đức cho tất cả mọi người. Những xung đột lợi ích có nghĩa rằng chẳng thể trông đợi một sự đồng thuận toàn diện. Càng quan trọng hơn là các quy chế không được phép siết chặt bằng cách "trát xi măng vào" bất kể cơ cấu nào, mà nó có thể ngăn cản các giải pháp lựa chọn khả dĩ khác. Hãy để cho có khả năng thử nghiệm. Sự ưa thích phải được đưa ra với các giải pháp linh hoạt, có thể được thay đổi với ít thiệt hại và để ngỏ đường cho nhiều lựa chọn khả dĩ.

Một nỗ lực đã được thực hiện ở đây để tạo mối liên kết mạnh mẽ giữa các nguyên lí và các đề xuất thực tiễn, và đặc biệt là giữa niềm tin chắc chắn về đạo đức và các đề xuất về các định

---

Ông đã vượt qua được "phản xạ có điều kiện" này và tái rèn luyện nếp suy nghĩ của mình trước khi ông có thể thuyết phục mình chấp nhận một giải pháp hỗn hợp và một chiến lược thận trọng cho cải cách khu vực y tế như được trình bày trong cuốn sách bằng tiếng Hungary (Kornai 1998b) và trong cuốn sách này.

chế pháp lí và kinh tế. Trong khía cạnh này, nó khác biệt hoàn toàn với các tài liệu khác do các nhà nghiên cứu, các quan chức chính phủ, hay các chính trị gia soạn thảo, những tài liệu dùng cách tiếp cận có vẻ bề ngoài rất thực dụng, bắt đầu và kết thúc với những chi tiết thực tiễn.

Đến cuối cuốn sách này, các tác giả không chối từ là họ còn do dự, chưa chắc chắn trong nhiều vấn đề. Trong khi gắn bó với hệ thống giá trị của mình, họ nhận thức ra rằng họ không thể dẫn ra tất cả các quy định thực tiễn từ nó (hệ thống giá trị đó) *một cách dứt khoát*. Đó chính là một lí do nữa để đưa ra các đề xuất này với sự khiêm nhường thích đáng. Các tác giả không chùn bước trong kiến nghị một đề xuất cải cách, nhưng họ không muốn "bán" nó với bất kể giá nào. Điều gì sẽ xảy ra nếu chúng tôi sai? Nhận thức được những hạn chế riêng của mình và những rủi ro của một cải cách toàn diện buộc chúng tôi phải nhấn mạnh tới tầm quan trọng của thử nghiệm và sự cần thiết phải giám sát cẩn trọng bởi các định chế dân chủ được uỷ quyền nghiêm túc.

Chẳng đợi công việc chuẩn bị ngay trước việc làm luật, đã có sự chuẩn bị về trí tuệ cho cải cách y tế ở Đông Âu, cả trong giới chuyên gia, lẫn trong dư luận rộng rãi hơn. Chúng tôi muốn đóng góp cho quá trình tư duy này bằng quyển sách của mình.

Tài liệu tham khảo

Adler, Nancy E., Boyce, Thomas, Chesney, Margaret A., Folkman, Susan and Syme, Leonard S. *1993,* Socioeconomic inequalities in health, *Journal of the American Medical Association 269: 3140-5*

Akerlof, George A. *1970,* The market for "lemons," *Quarterly Journal of Economics 84: 81-108*

Altman, Stuart H., Reinhardt, Uwe E. and Shields, Alexandra E. *1998,* Healthcare for the poor and uninsured: an uncertain future, in Altman, Stuart H., Reinhardt, Uwe E. and Shields, Alexandra E. (eds.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?,* Chicago: Health Administration Press, pp. *1-22*

Andorka, Rudolf, Kondratas, Anna and Tóth, István György *1994, Hungary's Welfare State in Transition: Structure, Initial Reforms and Recommendations, Policy* Study no. *3* of the Joint Hungarian-International Blue Ribbon Commission, Indianapolis, Indiana: The Hudson Institute and Budapest: Institute of Economics

Arrow, Kenneth J. *1963,* Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review 63: 941-73* Arthur, Brian *W. 1989,* Competing technologies and lock-in by historical events: the dynamics of allocation under increasing returns, *Economics Journal 99: 116-31*

Atkinson, Anthony B. and Micklewright, John *1992, Economic Transformation in Eastern Europe and the Distribution of Income,* Cambridge University Press

Banka Slovenje *1999, Monthly Bulletin,* April, Ljubljana

Bardhan, Pranab K. and Roemer, John E. (eds.) 1993, *Market Socialism: The Current Debate,* Oxford University Press

Bator, Francis 1958, The autonomy of market failure, *Quarterly Journal of Economics* 72: 351-79

Baumol, William 1963, Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice, Public *Choice* 77: 17-28 1988, Containing medical costs: why price controls won't work, *The Public Interest* Fall 1988: 37-53

Beattie, Roger and McGillivray, William 1995, A risky strategy: reflections on the World Bank Report "Averting the old age crisis," *ISSA Review* 48: 3-4

Benedict, Ágnes 2000, A cseh egészségügyi reformról (On the reform of the health sector in the Czech Republic), *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38: 83-98

Berlin, Isaiah 1969, *Four Essays on Liberty,* Oxford University Press.

Berman, Howard J., Kukla, Seven and Weeks, Lewis 1994, *The Financial Management of Hospitals,* 8th edn., Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press

Bertko, John and Hunt, Sandra 1998, Case study: the health insurance plan of California, *Inquiry* 35: 148-53

Besley, Timothy and Gouveia, Miguel 1994, Alternative systems of health care provision, in Menil, George de and Portes, Richard (eds.), *Economic Policy: A European* Forum, Cambridge University Press, pp. 200-57

Bodenheimer, Thomas 1997, The Oregon health plan: lessons for the nation, *The New England Journal of Medicine* 337: 651-5

Bognár, Géza, Gál, Róbert Iván and Kornai, János 2000, *Hálapénz a magyar egészségügyben* (Gratuity money in the Hungarian health sector), *Közgazdasági Szemle* 47: 293-320

Bossert, Thomas and Wlodarczyk, Cesary 2000, *Unpredictable Politics: Policy Process of Health Reform in Poland,* Discussion Paper, no. 74, Boston: Harvard School of Public Health

Buchanan, James M. 1986, *Liberty, Market and the State: Political Economy in the 1980s,* Brighton: Wheatsheaf

Buchanan, James M. and Tullock, Gordon 1962, *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy,* Ann Arbor: University of Michigan Press

Bureau of Labor Statistics of the United States 1999, *Current Population Survey: Employment and Earnings* 1999, Washington, DC, pp. 213-18

Bútora, Martin and Skladony, Thomas W. (eds.) 1998, *Slovakia* 1996-1997: A *Global Report on the State of Society,* Bratislava: Institute for Public Affairs

Calnan, Michael, Halik, Janoz and Sabbat, Jolanta 1998, Citizen participation and patient choice in health reform, in Saltman, Figueras and Sekallarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 325-38

Cassel, Dieter 1992, Eine Kassenwahlfreiheit ist herzustellen, *Wirtschaftdienst* 72: 287-91

Central Bureau of Statistics 1999, *Statistical Yearbook of the Republic of Croatia 1998,* Zagreb

Central Statistical Office 1998, *Statistical Yearbook of the Republic of Poland 1998,* Warsaw

Chawla, Mukesh, Berman, Peter and Kawiorska, Dorota 1998, *Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures,* Harvard and Jagellonian Consortium for Health, mimeo

Chawla, Mukesh, Tomasik, Tonmasz, Kulis, Marzena, Windak, Adam and Rogers, Deirdre A.1999, *Enrollment Procedures and Self-selection by Patients: Evidence from a Family Practice in Krakow, Poland,* Discussion Paper, no. 66, Boston: Harvard School of Public Health

Chen, Meei-shim and Mastilica, Miroslav 1998, Health care reform in Croatia: for better or worse? *American Journal of Public Health* 88: 1156-60

Chinitz, David and Israeli, Avi 1997, Health reform and rationing in Israel, *Health Affairs* 16: 205-10

Claxton, Gary, Feder, Judith, Shactman, David and Altman, Stuart 1997, Public policy issues in nonprofit conversions: an overview, *Health Affairs* 16: 9-28

Coulam, Robert F and Gaumer, Gary L. 1991, Medicare's prospective payment system: a critical appraisal, *Health Care Financing Review* 13: 45-78

Csaba, Iván 1997, Fiskális illúziók és redisztribúciós csalás (Fiscal illusions and redistributive deception), *Századvég 4:* 109-18

Csontos, László, Kornai, János and Tóth, István György 1998, Tax awareness and reform of the welfare state: Hungarian survey results, *Economics* of *Transition* 6: 287-313

Culpitt, Ian 1992, *Welfare and Citizenship: Beyond the Crisis of the Welfare State,* London and Newbury Park, CA: Sage

Culyer, Anthony J. and Newhouse, Joseph P. (eds.) 2000, *Handbook of Health Economics vols. 1A and 1B,* Amsterdam: Elsevier Science BV (North-Holland)

Cutler, David M. and Reber, Sarah J. 1998, Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection, *Quarterly Journal of Economics* 113: 433-66

Cutler, David M. and Zeckhauser, Richard 2000, The anatomy of health insurance, chapter 11 in Culyer and Newhouse (ads.), vol. 1A: 563-643

Czech Statistical Office 1999, *Structure of Earnings Survey 1998,* Prague

Daniels, Norman 1985, just *Health Care,* Cambridge University Press

1998, Rationing health care - a philosopher's perspective on outcomes and process, *Economics and Philosophy* 14: 27-50

Davis, Lance E. and North, Douglass C. 1971, *Institutional Change and American Economic Growth,* Cambridge University Press

Delcheva, Evgenia, Balabanova, Dina and McKee, Martin 1997, Under-the-counter payments for health care in Bulgaria, *Health Policy* 42: 89-100

Diamond, Peter A. 1996, Government provision and regulation of economic support in old age, in *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995,* Washington, DC: The World Bank, pp. 83-103

Donelan, Karen, Blendon, Robert J., Schoen, Cathy, Davis, Karen and Binns, Katherine 1999, The cost of health system change: public discontent in five nations, *Health Affairs* 18: 206-16

Dunn, Daniel L. 1998, Applications of health risk adjustment: what can be learned from experience to date?, *Inquiry* 35:132-47

Eastaugh, Steven R. 1992, *Health Care Finance: Economic Incentives and Productivity Enhancement,* New York: Auburn House

Economist Intelligence Unit 1998, *EIU Country Report 3rd Quarter: Hungary,* London

Ellis, Randall P. and McGuire, Thomas G. 1993, Supply-side and demand-side cost sharing in health care, *Journal of Economic Perspectives* 7: 135-51

Enthoven, Alain 1978, Consumer choice health plan: a national health insurance proposal based on regulated competition in the private sector, *New England Journal of Medicine* March 23, pp. 650-8 and March 30, pp. 709-20

Epstein, Richard Allen 1997, *Mortal Peril: Our Inalienable Right to Health Care,* Reading, MA: Addison-Wesley

Féderer, Ágnes and Nemes, János 1999, Pontvadászat suvasztással: Mi minden látható a magyar egészségügy mély gödrében? (Hunting for points: what can be seen in the deep pit of Hungarian health care?), *Népszabadság,* February 13, p. 22

Feldstein, Martin S. 1973, The welfare loss of excess health insurance, *Journal of Political Economy* 81: 251-80

Feldstein, Paul J.1994, *Health Policylssues: An Economic Perspective on Health Reform,* Ann Arbor: Health Administration Press

Finland Ministry of Social Affairs and Health and WHO Regional Office for Europe 1996, *Health Care System in Transition (HiT) Profile for Finland,* updated April <http://www.vn.fi/stm/english/socinsur/socinsur_fset.htm>

Fuchs, Victor R. 1996, Economics, values, and health care reform, *American Economic Review* 86: 1-24

1998, *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice,* Singapore: World Scientific Publishing Company

Gabel, Jon 1997, Ten ways HMOs have changed during the 1990s, *Health Affairs* 16: 134-45

Gawande, Atul A., Blendon, Robert J., Brodie, Mollyann, Benson, John M., Levitt, Larry and Hugick, Larry 1998, Does dissatisfaction with health plans stem from having no choices?, *Health Affairs* 17: 184-94

Gerdtham, Ulf-G. and Jönsson, Bengt 2000, International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis, chapter 1 in Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A:11-53

Glied, Sherry 2000, Managed care, chapter 13 in Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A: 707-53

Goldstein, Ellen, Chellaraj, Gnanaraj, Adeyi, Olusoji and Preker, Alexander S. 1996, *Trends in Health Status, Services and Finance,* World Bank Technical Paper, no. 348

Greiner, Wolfgang and Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d. 1997, The health system of Germany, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 77-104

Gyenes, Monika and Kastaly, Ferenc 1998, Kérdőíves felmérések eredményei, elemzései (Results and analysis of questionnaire surveys), in Gyenes, Monika (ed.), *A fogászati privatizáció kézikönyve* (Handbook of Privatizing Dentistry), Budapest: Pénztár 2000 Kft

Hakansson, Stefan and Nordling, Sara 1997, The health system of Sweden, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized*

Countries, University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 191-225

Hall, Jane 1999, Incremental change in the Australian health care system, *Health Affairs* 18: 95-110

Ham, Chris J. 1997, Priority setting in health care: learning from international experience, *Health Policy* 42: 49-66

Hausner, Jerzy 2001, Security through diversity: conditions for successful reform of the pension system in Poland, in Kornai, János, Haggard, Stephan and Kaufman, Robert R. (eds.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in PostSocialist Countries,* Cambridge University Press, pp. 210-34

Hayek, Friedrich A. (ed.), 1935, *Collectivist Economic Planning,* London: George Routledge & Sons

Haynes, Don and Florestano, Patricia S. 1994, Public acceptibility of taxing alternatives: evidence from Maryland, Public *Administration Quarterly,* 15:447-67

Health Insurance Institute of Albania 1998, *Statistical Indicators for* 1997, Tirana

Health Insurance Institute of Slovenia 1999, *Annual Report of the Health Insurance Institute of Slovenia for 1998,* Ljubljana

Henke, Klaus-Dirk 1988, Auf dem weg zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen, *Wirtschaftsdienst* 76: 64-8

Hofmann, Rainer, Hollandar, Pavel, Merli, Franz and Wiederin, Ewald (eds.) 1998, *Armut and Verfassung. Sozialstaatlichkeit im Europäischen Vergleich,* Wien: Österreische Stattsdruckerei AG

Honigsbaum, Frank, Calltorp, Johann, Ham, Chris and Holmstrom, Stefan 1995, *Priority Setting Processes for Healthcare in Oregon, USA; New Zealand; The Netherlands; Sweden; and the United Kingdom,* Oxford: Radcliffe Medical Press

Hsiao, William C. 1999, *Primer on Health Care Policy for Macroeconomists,* prepared for the International Monetary Fund

Hsiao, William C., Braun, Peter, Dunn, Daniel L., Becker, Edmund R., DeNicola, Margaret and Ketcham, Thomas R.1988, Results and policy implications of the resource-based relative-value study, *New England Journal of Medicine* 319: 881-8

Iglehart, John K. 1992, The American health care system: managed care, *New England Journal of Medicine* 327: 742-7

1999, The American health care system (1): expenditures, *The New England Journal* of *Medicine* 340: 70-6

Ikegami, Naoki and Campbell, John Creighton 1999, Health care reform in Japan: the virtues of muddling through, *Health Affairs* 18: 56-75

ILO 1996, *Statistics on occupational wages and hours of work and on food prices: October Inquiry Results* 1994 *and* 1995, Geneva

1998, *Statistics on occupational wages and hours of work and on food prices: October Inquiry Results* 1996 *and 1997,* Geneva

1999a, *Statistics on Occupational Wages and Hours of Work and on Food Prices: October Inquiry Results 1997 and* 1998, Geneva

1999b, *Yearbook of Labour Statistics* 1998, Geneva

Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic 1998, *Czech Health Statistics Yearbook* 1997, Prague

Jakobs, Klaus 1991, Eine GKV-Organisationsreform ist dringlicher dens je, *Wirtschaftdienst* 71: 250-7

James, Estelle 1996, *Protecting the Old and Promoting Growth. A Defence of "Averting the Old Age Crisis,"* Policy Research Working Paper, no. 1570, Washington, DC: The World Bank Jensen, Gail A., Morrisey, Michael A., Gaffney, Shannon and Liston, Derek K. 1997, The new dominance of managed care: insurance trends in the 1990s, *Health Affairs 16: 125-36*

Kanavos, Panos and McKee, Martin 1998, Macroeconomic constraints and health challenges facing European health systems, in Saltman, Figueras and Sekallarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 23-52

Knutson, David 1998, Case study: The Minneapolis Buyers Health Care Action Group, *Inquiry* 35: 171-7

Kocinska, Anna 2000, Racing toward real reform, *Warsaw Business Journal* February 7, p. 1

Kokko, Simo, Hava, Petr, Ortun, Vincent and Leppo, Kimmo 1998, The role of the state in health care reform, in Saltman, Figueras and Sekallarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 289-307

Kornai, János 1972, Rush *versus Harmonic Growth,* Amsterdam: North-Holland

1980; *Economics of Shortage,* Amsterdam: North-Holland

1986, The softness of the budget constraint, Kyklos 39: 3-30

1992a, The post-socialist transition and the state: reflections in the light of Hungarian fiscal problems, *American Economic Review,* Papers and Proceedings 82: 1-21

1992b, *The Socialist System. The Political Economy of Communism,* Princeton University Press and Oxford University Press (*Hệ thống xã hội chủ nghĩa. Chính trị kinh tế học phê phán*, NXB Văn hoá Thông tin 2002).

1998a, Legal obligation, non-complience and soft budget constraint, in Newman, Peter (ed.), *New Palgrave Dictionary of Economics and the Law,* New York: Macmillan, pp. 533-9

1998b, *Az egészségügy reformjáról* (On the reform of the health care system), Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó

2000, *Ten Years After "The Road to a Free Economy": The Author's Self-Evaluation,* Washington, DC: The World Bank, mimeo (Chương cuối của cuốn *Con đường dẫn tới nền kinh tế thị trường*, Hội Tin học Việt Nam 2001, NXB Văn hoá Thông tin tái bản 2002).

Kornai, János and McHale, John 1999, *Income, Technology or Demographics? An Accounting for Trends in International Health Spending,* manuscript

2000, Is post-communist health spending unusual? A comparison with established market economies, *Economics of Transition, 8:* 369-99

Koronkiewicz, Andrzej and Karski, Jerzy B. 1997, *Reviewing the New Polish Health Care Insurance System,* Warsaw: National Centre for Health System Management, mimeo

Krasnik, Allan and Vallgarda, Signid 1997, The health system of Denmark, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 29-48

Krugman, Paul 1994, *Peddling Prosperity. Economic Sense and Nonsense in the Age of Diminished Expectations,* New York and London: W.W. Norton

KSH 1999, *Statistical Yearbook of Hungary 1998,* Budapest: Központi Statisztikai Hivatal

Kuttner, Robert 1999, The American health care system (2): health insurance coverage, *The New England Journal of Medicine* 340: 163-8

Lawson, C. Michael and Nemec, Jiri 1998, Central European health reform: the case of Slovakia, 1990-1997, *journal of European Social Policy* 8: 237-52

Lindbeck, Assar 1996, *Incentives in the Welfare State: Lessons for the Would-be Welfare States,* Seminar Paper, no. 604, Stockholm: Institute for International Economic Studies, Stockholm University, January

1997, The Swedish experiment, *Journal of Economic Literature* 35:1273-1319

Lindbeck, Assar and Weibull, Jörgen W. 1987, *Strategic Interaction with Altruism: The Economics of Fait Accompli,* Seminar Paper, no. 376, Stockholm: Institute for International Economic Studies, Stockholm University

Lindbeck, Assar, Molander, Per, Persson, Torsten, Petersson, Olof, Sandmo, Agnar, Swedenborg, Birgitta and Thygessen, Niels 1994, *Turning Sweden Around,* Cambridge, MA and London: MIT Press

Liu, Yuanli and Jakab, Melitta 1999, *Reforming the Health Care System in a Transitional Economy: Experiences from Hungary, Czech Republic, Poland,* Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing, mimeo

Losonczi, Ágnes 1986, A *kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben* (The anatomy of defenselessness in the health sector), Budapest: Magvető Kiadó

1997, *Utak és korlátok az egészségügyben* (Paths and constraints in the health sector), Budapest, manuscript

Maarse, J. A. M. Hans 1997, The health system of the Netherlands, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 135-62

Marree, Jorgen and Groenewegen, Peter 1997, *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition,* Aldershot: Avebury, Ashgate

Maskin, Eric S. 1996, Theories of the soft budget-constraint, *Japan and the World Economy* 8: 125-33

Massaro, Thomas A., Nemec, Jiri and Kalman, Ivan 1994, Health system reform in the Czech Republic: policy lessons from the initial experience of the General Health Insurance Company, *Journal of the American Medical Association* 271: 1870-4.

Mechanic, David 1997, Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing, *Health Affairs* 16: 83-92

Medicover 2000, *Medicover Health Care Provider,* <http://www medicoveLpl/indexen.htm>

Melnick, Glenn, Keeler, Emmett and Zwanziger, Jack 1999, Market power and hospital pricing: are nonprofits different? *Health Affairs* 18: 167-73

Mihályi, Péter 2000, Magyar egészségügy: Diagnózis és terápia (The Hungarian health-care sector: diagnosis and therapy), Budapest: Springer Orvosi Kiadó Kft

Milanovic, Branko 1996, *Income, Inequality, and Poverty during the Transition,* Washington, DC: The World Bank, mimeo

Murrell, Peter 1995, The transition according to Cambridge, Mass., *Journal of Economic Literature* 33: 164-78

Musgrave, Richard A. and Musgrave, Peggy B. 1980, *Public Finance in Theory and Practice,* New York: McGraw-Hill

Nagy, András 1997, *A jóléti rendszer Franciaországban* (The welfare system in France), manuscript

Nagy, György 2000, Magánklinikák gazdálkodása: Gyógyító tőke (Management of private outpatient clinics: capital that heals), *Heti Világgazdaság,* 2000/16

National Bank of Hungary 1999, *Annual Report* 1998, Budapest National Center for Health Statistics 1999, *Health, United States,* 1999, *with Health and Aging Chartbook,* Hyattsville, Maryland

National Statistical Institute 1999a, *Statistical Yearbook of Bulgaria* 1998, Sofia

1999b, *Statistical Reference Book of the Republic of Bulgaria* 1999, Sofia

Naylor, C. David 1999, Health care in Canada: incrementalism under fiscal duress, *Health Affairs* 18: 9-26

Needleman, Jack, Chollet, Deborah J. and Lamphere, JoAnn 1997, Hospital conversion trends, *Health Affairs* 16: 187-95

Nelson, Joan M. 1992, Poverty, equity, and the politics of adjustment, in Haggard, Stephen and Kaufman, Robert R. (eds.), *The Politics of Economic Adjustment,* Princeton University Press, pp. 221-69

2001, The politics of pensions and health care: reforms in Hungary and Poland, in Kornai, János, Haggard, Stephen and Kaufman, Robert R. (eds.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries,* Cambridge University Press, pp. 235-60

NERA 1996, *The Health Care System in the Czech Republic,* London: PPBH.

1998a, *The Health Care System in Hungary,* London: PPBH

1998b, *The Health Care System in Poland,* London: PPBH

1999, *The Health Care System in Romania,* London: PPBH

Netherlands Ministry of Health, Welfare, and Sport 1998, *Health Insurance in the Netherlands, available at* <http://www minvws.nl/index. asp/Language=International>

Newhouse, Joseph P. 1992, Medical care costs: how much welfare *loss?, Journal of Economic Perspectives* 6: 3-21

1996 Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature* 34: 1236--63

Newhouse, Joseph P. and the Insurance Experiment Group 1993, *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment,* Cambridge, MA: Harvard University Press

Niskanen, William A. 1971, *Bureaucracy and Representative Government,* Chicago: Aldine-Atherton

Nissenson, Allen R. and Rettig, Richard A. 1999, Medicare's endstage renal disease program: current status and future prospects, *Health Affairs* 18: 161-79

North, Douglass C. 1990 *Institutions, Institutional Change and Economic Performance,* Cambridge University Press

Nozick, Robert 1974, *Anarchy, State and Utopia,* New York: Basic Books

Oberender, Peter 1992, Anforderungen eine Neuordnung des Gesundheitswesens, *Wirtschaftdienst* 72: 283-7

OECD 1992, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven* OECD *Countries,* Paris

1993, OECD *Health Systems. Vol. 1: Facts and Trends* 1960-1991, Health Policy Studies no. 3, Paris

1994a, *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen* OECD *Countries, Paris*

1994b, OECD *Economic Survey: France* 1993-1994, Paris

1998a, *Czech Health Care System. Delivery and Financing,* Prague: Czech Association for Health Services Research

1998b, OECD *Health Data* 98: *A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries,* Paris

1999a, *Economic Survey,* 1999: *Hungary,* Paris

1999b, OECD *Health Data* 99: *A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries,* Paris

2000, OECD *Economic Survey: Poland,* Paris

Office for National Statistics 1999, *New Earnings Survey* 1999, London

Office for Oregon Health Plan Policy and Research Homepage 2000, *Prioritized List of Health Services,* April 1, 2000. <http://www.ohppr.state.or.us/>

OMMK 1999, *Munkaügyi Adattár* 1999/1, Budapest

Oregon Health Services Commission 1999, *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the 70th Oregon Legislative Assembly,* Office for Oregon Health Plan Policy and Research, Department of Administrative Services

Orosz, Éva, Ellena, Guy and Jakab, Melitta 1998, Reforming the health care system: the unfinished agenda, in Bokros, Lajos and Dethier, Jean-Jacques (eds.), Public *Finance Reform during the Transition: The Experience of Hungary,* Washington, DC: The World Bank, pp. 221-54

Pauly, Mark V 1986, Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy, *Journal of Economic Literature* 25: 629-75

1992, The normative and positive economics of minimum health benefits, in Zweifel, Peter and Frech III, H. E. (eds.), *Health Economics Worldwide,* Norwell, MA and Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 63-78

Pfaff, Anita B., Busch, Susanne and Rindsfüsser, Christian 1994, *Kostendampfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung,* Frankfurt and New York: Campus

PHARE 1998, *Recent Reforms in Organization, Financing and Delivery of Health Care in Central and Eastern Europe in Light of Accession to the European Union,* PHARE Conference, Brussels, May 24-26

Physician Payment Review Commission 1996, 1996 *Annual Report to Congress,* Washington, DC

Poznanski, Kazimierz Z. 1995, *The Evolutionary Transition to Capitalism,* Oxford: Boulder

Rawls, John 1971, A *Theory of Justice,* Cambridge, MA: Harvard University Press

Reinhardt, Uwe E. 1998, Employer-based health insurance: RIP, in Altman, Reinhardt and Shields (eds.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?,* Chicago: Health Administration Press, pp. 325-52

Roland, Gerard *2000, Transition and Economics,* Cambridge, Mass: MIT Press

Romanian National Commission for Statistics 1999, *Romanian Statistical Yearbook* 1998, Bucharest

Rose, Richard and Haerpfer, Christian 1993, *Adapting to Transformation in Eastern Europe: New Democracies Barometer - H,* Studies in Public Policy, no. 212, Glasgow:
Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde

Rose-Ackerman, Susan 1996, Altruism, nonprofits, and economic theory, *Journal of Economic Perspectives* 34: 701-28

Rothschild, Michael and Stiglitz, Joseph 1976, Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics* 90: 629-49

Rowland, Diane, Feder, Judith and Keenan, Patricia Seliger 1998, Uninsured in America: causes and consequences, in Altman, Reinhard and Shields (eds.), *The Future U.S'. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?,* Chicago: Health Administration Press, pp. 25-44

Saltman, Richard B. and Figueras, Josep (eds.) 1997, *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Saltman, Richard B., Figueras, Josep and Sekallarides, Constantino (eds.) 1998, *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, Philadelphia: Open University Press

Schieber, George and Maeda, Akiko 1999, Health care financing and delivery in developing countries, *Health Affairs* 18: 193-205

Scitovszky, Tibor 1997, *Egy büszke magyar emlékiratai* (Memoirs of a proud Hungarian), Budapest: Közgazdasági Szemle Alapítvány

Scott, Claudia D.1997, Reform of the health system of New Zealand, in Raffel, Marshall (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries,* University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 163-90

Sen, Amartya 1973, *On Economic Inequality,* Oxford: Clarendon Press and New York: Norton

1990, Individual freedom as a social commitment, Acceptance speech at the award ceremony for the second Senator Giovanni Agnelli International Prize in 1990, published by the Agnelli Foundation, and also in *The New York Review of Books,* June 14, pp. 49-54

1992,, *Inequality Reexamined,* New York: Russell Sage Foundation and Cambridge, MA: Harvard University Press

1996, Social commitment and democracy: the demands of equality and financial conservatism, in Barker, P (ed.), *Living as Equals,* Oxford University Press, pp. 9-38

Shalala, Donna E. and Reinhardt, Uwe E. 1999, Viewing the U.S. health care system from within: candid talk from HHS, *Health Affairs* 8: 47-55

Sipos, Sándor 1994, Income transfers: family support and poverty relief, in Barr, Nicholas (ed.), *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe. The Transition and Beyond,* published for the World Bank, Oxford University Press, pp. 226-59

Skocpol, Theda 1996. *Boomerang. Clinton's Health Security* Effort *and the Turn against Government in U.S. Politics,* New York and London: WW. Norton

Sloan, Frank A. 2000, Not-for-profit ownership and hospital behavior, chapter 21 in Culyer and Newhouse (eds.),vol. 1, pp. 1141-74

Smith, Adam [1776] (1937), *The Wealth of Nations,* New York: Modern Library

Stark, David 1992, From system identity to organizational diversity: analyzing social change in Eastern Europe, *Contemporary Sociology* 21: 299-304

Statistical Office of the Republic of Slovenia
1998, *Statistical Yearbook of the Republic of Slovenia 1998*, Ljubljana
1999, *Rapid Reports: Labour Market*, no. 81, Ljubljana

Statistical Office of the Slovak Republic and VEDA
1999a, *Statistical Yearbook of the Slovak Republic 1998*, Bratislava
1999b, *Structures of Wages of Employees in the Republic of Slovakia 1998*, Bratislava
1999c, *Slovak Republic in Figures,* Bratislava

Stiglitz, Joseph E. 1986, *Economics of the Public Sector,* New York and London: W.W. Norton

TÁRKI 1999, Adótudatosság, fiskális illúziók és az egészségbiztosítás reformjával kapcsolatos vélemények. Kutatási beszámoló "Az állam és polgárai II" című kutatás adatfelvétele alapján (Tax awareness, fiscal illusions, and opinions on the reform of health insurance. Report on "The state and its citizens" research project), eds., Janky, Béla and Tóth, István György, mimeo

Tengs, Tammy O. 1996, An evaluation of Oregon's medicaid rationing algorithms, *Health Economics 5: 171=81*

Tobin, James 1970, On limiting the domain of inequality, *Journal of Law and Economics* 13: 263-77

Toth, Martin 1997, *Health reform in Slovenia,* manuscript

Tullock, Gordon 1965, *The Politics of Bureaucracy,* Washington, DC: Public Affairs Press

Tymowska, Katarzyna 1997, *The Private Sector in Polish Health Care: Possible Scenarios,* Economic Discussion Papers, no. 35, Warsaw: Faculty of Economic Sciences, University of Warsaw.

US Bureau of the Census 1996, *Statistical Abstract of the United States:* 1996, Washington, DC

van de Ven, Wynand P.M.M. and Ellis, Randall P 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, chapter 14 in Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A: 755-845

van de Ven, Wynand P.M.M., van Vliet, Rene C.J.A., van Barneveld, Erik M. and Lamers, Leida M. 1994, Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands, *Health Affairs 13:* 120-36

Vepřek, Jaromfr, Papes, Zdanek and Vepfek, Pavel 1995, Czech health care in transformation, *Eastern European Economics 43: 45-79*

Viscusi, W. Kip 1992, *Fatal Tradeoffs: Public and Private Responsibilities for Risk,* Oxford University Press

Vyborna, Olga 1995, The reform of the Czech health-care system, *Eastern European Economics 43:* 80-95

Weiler, Paul C., Hiatt, Howard H., Newhouse, Joseph P., Johnson, William G., Brennan, Troyen A. and Leape, Lucian L.1993, A *Measure of Malpractice: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation,* Cambridge, MA: Harvard University Press

WHO 1996a, *Health Care Systems in Transition: Czech Republic,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1996b, *Health Care Systems in Transition: Slovakia,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1998, *Health for All Database,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999a, *Health Care Systems in Transition: Bulgaria,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999b, *Health Care Systems in Transition: Croatia,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999c, *Health Care Systems in Transition: Poland,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1999d, *Health for All Database,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Wilson, Vicki M., Smith, Cynthia A., Hamilton, Jenny M., Madden, Carolyn W., Skillman, Susan M., Mackay, Bret, Matthisen, James S. and

Fraazzini, David A. 1998, Case study: The Washington State Health Care Authority, *Inquiry* 35: 178-92.

Windak, Adam, Chawla, Mukesh, Berman, Peter and Kulis, Marzena 1997, Contracting family practice in Krakow. Early experience. Data for Decision Making Project. Boston: Harvard School of Public Health, mimeo

World Bank 1993, *World Development Report 1993: Investing in Health,* Oxford University Press

1994, *Averting the Old Age Crisis: The World Bank Policy Research Report,* Oxford University Press, published for The World Bank

1997a, *Financing Health Care: Issues and Options for China,* China 2020 Series, Washington, DC. The World Bank

1997b, Public *Finance Reform in an Economy in Transition: The Hungarian Experience. The Hungarian Health Care System in Transition: An Unfinished Agenda,* Budapest, manuscript

Yip, Winnie C. and Hsiao, William C. 1999, *Economic Transition and Social Safety Net: The Case of Chinese Urban Health Care,* Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing, manuscript

Zeckhauser, Richard j. 1970, Medical insurance: a case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives, *Journal of Economic Theory 2: 10-26*

Zweifel, Peter and Manning, Willard G. 2000, Moral hazard and consumer incentives in health care, chapter 8 in Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A: 409-59

Chỉ mục

n= *chú thích*; t= *bảng*

A

ảo tưởng tài khoá; *fiscal illusion* 36, 207, 208, n5, 268

B

bác sĩ; *doctors* 59, 63, 210, 234
~ hành nghề tư; *in private practice* 277-79, 319-20
~ hành nghề theo nhóm; *in group practice* 278-79, 320
~ như viên chức nhà nước; *as state employees* 167, 171, 318
xem cả PCP, bác sĩ chăm sóc sơ cấp
hợp doanh của các ~; *partnerships of* 278-80, 320-22
lương, thu nhập của ~; *earnings of* 139, 175-76, 261-62, 317-21
phường hội của ~; *guilds of* 68, 342
quan hệ với bệnh nhân; *relationship with patients* 66-7, 178, 182, t5.15, 341, 346
~ tự doanh; *self-employed* 80, n20, 171, 277-78
~ và cải cách; *and reforms* 320-24
bác sĩ chăm sóc sơ cấp; *primary care physicians (PCPs)* 98, n26, 171, 277-8, 307-8
như người gác cổng; *as gatekeepers* 123, 145, 161, 308
báo giới; *xem* phương tiện thông tin đại chúng
bảo hiểm *xem* bảo hiểm y tế
bảo hiểm bồi hoàn; *indemnity insurance* 131
bảo hiểm dưới mức; *underinsured* 89, 106, 132
bảo hiểm sức khoẻ *xem* bảo hiểm y tế
bảo hiểm thảm hoạ; *catastrophic insurance* 119, 256
bảo hiểm y tế; *health insurance* 55-6, 64-5, 72, 75-6, 88, 256, 265
phí ~; *premium* 57-59, 61-2, 64, 66, 84, 86, 211-3, 223-4, 245-49, 252, 254, 256, 265-67, 270
~ và chọn lọc; *and selection;* 61-65, 76, 88, 96
xem cả bảo hiểm thảm hoạ; bảo hiểm trên cơ sở việc làm; chăm sóc bổ sung; bảo hiểm y tế tự nguyện
bảo hiểm y tế bổ sung; *supplementary health insurance* 121, 242, 265, 265, 332
bảo hiểm y tế trên cơ sở việc làm; *employment-based health insurance* 130-31, n18
bảo hiểm y tế tự nguyện; *voluntary health insurance* 19, 56, 81-2, 117-8, 161, 265
Bất đối xứng về thông tin; *asymmetry of information* 54, n3, 58-60, 61, n8, 66, 69

Berlin, Isaiah 47

bệnh viện; *hospital*
~ công; *public* 78-9, 84, 102, 116, 165-69, 286, 318, 322, 329, 339, 354
~ tư; *private* 79, 112, 122, 129, 162, 169, 222, 264, 281, 284, 316, 325, 329, 344
~ và các hợp doanh y tế; *and medical partnerships* 279-80
~ và hệ thống thanh toán; *and payment system* 296-7, 300-303
các hình thức sở hữu của ~; *ownership forms* 102-4, 129
giám đốc ~; *managers* 166, 168, 287
giường bệnh; *beds* 168
nợ nần; *debts* 168, 300
thời gian nằm viện; *length of stay* 105-6, 140
tỉ suất nhập viện; *admission rates* 105
trợ cấp chéo; *cross-subsidies* 131, 263-4, n37
và PPS; *and PPS* 95, 105, 297

C

cải cách phúc lợi; *welfare reform* 23, 32, 40, 46, 48, 355
Cải cách tối ưu Pareto; *Pareto-optimal reform* 345
cạnh tranh (nguyên lí 3); *competition (principle 3)* 25-9, 38, 68, 70, 250, 272
~ giữa các nhà bảo hiểm y tế; *among health insurers* 86, 212, 241, n23, 248, 272, 348-50, t9.2, t9.3
~ giữa các nhà cung cấp; *among providers* 275, 285, 287, 307-8, 310, 324, 327-8, 331, 343
~ và những khuyến khích chọn lọc; *and incentives for selection* 251
~ và chủ nghĩa xã hội; *and socialism* 25, 29, 250
~ và những khuyến khích hiệu quả; *and incentives for efficiency* 30, 32, 137
~ và quyền tự chủ cá nhân (nguyên lí 1); *and individual sovereignty (principle 1)* 25, 28, 30, 136, 307-308
cạnh tranh được quản lí; *managed competition* 118-9, 204, 238, 244, 248, 258, 272, 311, n13, 313, n14, 316, 329, 331-32
cấp tài chính công; *public financing* 81, 125, 333-35, 356
cho chăm sóc cơ bản; *of basic care* 204, 331
Cấp tài chính có thể duy trì được (nguyên lí 9); *Sustainable financing (principle 9)* 45-46, 87, 202, 204-5, 223
cầu do nhà cung cấp gây ra; *supplier-induced demand* 93, 101-2, 104, 107, 108
chăm sóc được quản lí; *managed care* 85, 131-32, 140-41, 341
Chăm sóc bổ sung; *Supplementary care* 223, 258, 322, 329-9
bất bình đẳng trong ~; *inequality in* 203
cạnh tranh được quản lí trong ~; *managed competition in* 258, 332
~ và các nhà bảo hiểm tư nhân; *and private insurers* 329
~ và chăm sóc cơ bản; *and basic care* 201-3
~ và quyền tự chủ cá nhân; *and individual sovereignty* 203-4, 332
~ và tiền biếu; *and gratuities* 265-6, 322
cấp tài chính cho ~; *financing of* 201, 265-70
phạm vi các dịch vụ ~; *scope of services* 258-65
vai trò của người sử dụng lao động trong ~; *role of employers in* 255, 268-73
chăm sóc cơ bản; *basic care*
bảo hiểm tư nhân cho ~; *private insurance of* 235, 241-44, 254-58, 262, 266-67, 325, 329
cấp tài chính cho ~; *financing of* 201, 205-11, 222, 224, 245, 254, 273, 326-27
~ và cạnh tranh được quản lí: *and managed competition* 238, 244, 248, 258, 272, 313, 329, 331-2
~ và cấp tài chính có thể duy trì được; *and sustainable financing* 202
~ và chăm sóc bổ sung; *and supplementary care* 150, 201, 202, 244
~ và đoàn kết; *and solidarity* 211, 213, 217, 223-5
~ và đồng-thanh toán; *and copayments* 127, 223-24
~ và tăng trưởng hài hoà; *and harmonious growth* 202
~ và tính minh bạch; *and transparency* 207-10, 215, 217, 235
định nghĩa ~; *defined* 202-3, 205, 226-36
độc quyền bảo hiểm của ~; *monopoly insurance of* 240-42, 254, n32, 268

tiếp cận phổ quát và công bằng tới ~; *universal and equal access to* 202-4, 218, 331-2
vai trò của người sử dụng lao động trong ~; *role of employers in* 252, 268-69
chăm sóc miễn phí; *free care* 149-51, n4, 178, 207-8, 226
chăm sóc nội trú; *inpatient care* 98, 122, 126, 129, 164, 170, 279, 301-2, 305
Chăm sóc ngoại trú; *Outpatient (ambulatory) care* 91, 95, 132, 147, 164, 283, 300, 302, 305
chăm sóc phòng ngừa; *preventive care* 98, n26, 259
chăm sóc răng; *dental care* 150, 164, 234, 260, n35, 278, 283
chăm sóc sơ cấp, ban đầu; *primary care* 123, 144, 277, 303
chăm sóc sức khoẻ; *health care*
đóng góp *xem* thuế y tế; đóng góp bảo hiểm xã hội
cường độ lao động của; *labor intensity of* 71
kiểm soát chi phí; *cost control* 92, 96, 98, 101, 123, 140-41
quản lí; *management* 286-87
chế độ độc tài; *dictatorship* 33, 144, 314, 357-58
chọn lọc có hại; *adverse selection* 61-65, n8, 119,n8, 251
~ và sự đoàn kết; *and solidarity* 62, 64
~ và vòng tử luẩn quẩn về phí bảo hiểm; *and premium death spiral* 62, 248, 256
và những khuyến khích hiệu quả, *and incentives for efficiency* 64
và nhà bảo hiểm công cộng; *and public insurer*
và quyền tự quyết cá nhân, *and individual sovereignty* 62, 64
chọn lọc rủi ro; *risk selection* 61, 63-65
~ bởi các nhà bảo hiểm; *by insurers* 97, 244, 251
~ bởi các nhà cung cấp; *by providers* 96-7, 101, 232
~ và đoàn kết; *and solidarity* 88, 99, 102
~ và các khuyến khích hiệu quả; *and incentives for efficiency* 101-2, 105-6, 233
ngăn chặn ~; *prevention of* 88, 98-99, 100, 105-6, 252, 311
chọn lọc *xem* chọn lọc có hại; chọn lọc rủi ro
chi tiêu phúc lợi; *welfare spending* 39-43, 45, 46, 188, 190, 347-48
chi tiêu y tế; *health spending* 42-3, 71-2, 74, 76, 87-8, 105, 113-4, 123, 137-9, 184-6, 188-90, 209, 211, 215-17, 232, 323, 333, 337, 343
~ ở Hoa kì; *in the US* 138-39
chi trả trực tiếp của bệnh nhân (tự trả) *xem* đồng-thanh toán; khấu trừ
chia sẻ chi phí ở bên cầu *xem* đồng-thanh toán
chia sẻ chi phí ở bên cung *xem* hệ thống thanh toán
chủ nghĩa bình quân đặc thù; *specific egalitarianism* 55, 55,n5
chủ nghĩa cá nhân; *individualism* 23, 110
Chủ nghĩa gia trưởng; *Paternalism* 16, 17, 19, 42, 69, 145, 148
Chủ nghĩa Marx; *Marxism* 53
chủ nghĩa tư bản; *capitalism* 31, 49, 109, 251, 273, 314, 326
chủ nghĩa xã hội thị trường; *market socialism* 143, 153, 165-66, 169, 173, 175, 285, 290, 357
Clinic ngoại trú; *Outpatient clinics* 79, 116, 300, 303, 305-6, 321
Clinton, kế hoạch; *Clinton plan* 119, n8, 135-36
công luận; *public opinion* 23, 27, 125, 218-9, 249, 347-53
cơ chế kinh tế; *economic mechanism* 14, 55, 60, 70, 80, 107, 109-110, 115, 139, 143, 153, 191, 330, 338
cơ chế thị trường thuần tuý; *pure market mechanism* 314
cung ứng dưới mức (hớt vắng hay hạn chế cung cấp); *underprovision*

(skimping or stinting) 96, 99-102, 106-107
cùng trả *xem* đồng-thanh toán

D

DALYs *xem* Disability-Adjusted Life Years= số năm sống được hiệu chỉnh theo sự tàn tật
dân chủ, nền; *democracy* 23-4, 32-3, 36-7, 205-6, 314-5, 354, 357-8
dịch vụ phúc lợi; *welfare services* 16, 28, 30, 31, 35-8, 41, 43
dịch vụ theo ý; *discretionary services* 123, n14
DRG, Nhóm Chuẩn đoán Liên quan; *Diagnostic Related Groups* 95, 105, 124, n15
dư luận *xem* công luận
dừng tổn thất; *stop loss* 225

Đ

Đại học Harvard; *Harvard University* 248, 272
Đảng Cộng sản; *Communist party* 143, 145, 206, 357
đảng phái chính trị, các; *political parties* 32, 36, 335
đánh giá công nghệ; *technology assessment* 229, 316
đào tạo y khoa; *medical training* 130, 157
đầu tư; *investment* 31-32, 40, 43, 229, 263, 281, 287
~ dưới chủ nghĩa xã hội; *under socialism* 144, 152, 157, 166
điều khoản các điều kiện xuất hiện trước; *pre-existing conditions clauses* 97, 252
điều phối quan liêu *xem* hệ thống xã hội chủ nghĩa

định chế vì lợi nhuận; *forprofit institutions* 26, 30, 78, 169
~ như nhà bảo hiểm; *as insurers* 78, 161
~ như nhà cung cấp; *as providers* 78, 169, 281-82, 286
định giá; *pricing* 57-58, 223-24, 289, 291-95
~ dưới chủ nghĩa xã hội; *under socialism* 150, 153
~ và kế toán chi phí; *and cost accounting* 292
~ và lạm phát; *and inflation* 70-71, 297
~ và mặc cả, thương lượng; *and bargaining* 286, 295
~ hành chính; *administered* 296
xem cả giá cả hợp lí
đoàn kết (nguyên lí 2); *solidarity (principle 2)* 17-23, n9, 26, 64, 89
~ trong chăm sóc cơ bản; *in basic care* 211, 217, 224, 255
~ và đồng-thanh toán; *and copayments* 123, n14, 223
~ và chủ nghĩa xã hội; *and socialism* 19-20, 147
~ và hiệu quả; *and efficiency* 67, 89
~ và quyền tự quyết cá nhân; *and individual sovereignty* 18-23, 25, 47, 202, 249, 264, 330, 354
~ và tiếp cận đến chăm sóc sức khoẻ; *and access to health care* 55, 99, 134
~ và tái phân phối; *and redistribution* 212-13, 224, 226
độ co giãn giá; *price elasticity* 91
độc quyền; *monopoly*
~ bảo hiểm; *insurance* 68, 81, 240-42, 249-51, 254-57, 268, 354
~ ở bên cung; *supply side* 67, 78, 83, 250, 285
đồng trả *xem* đồng-thanh toán
đồng-bảo hiểm; *co-insurance* 67, 88-9, 90, 92
đồng-chi trả *xem* đồng-thanh toán
đồng-thanh toán; *co-payments* 30, n.17, 67, 82, 88-91, 123, 140, 150, 151, t.5.1, 161-2, 164, t.5.6, 165, 205, 207, 209-10, 222-27, n.11, n.13, 248, 262, 264, n.37, 265; *xem cả* tái phân phối

E

ex ante: từ trước, tính trước, dự trù trước (trước khi sự việc xảy ra)
ex post: về sau, tính sau (sau khi sự việc đã xảy ra)

F

FFS *xem* phí cho dịch vụ
Fuchs, Victor F. 47

G

GDP *xem* tổng sản phẩm quốc nội
giá bị méo mó; *distorted prices* 291, 295, 297, 299
giá cả hợp lí; *rational prices* 290, 294
giá cả phải chăng (hợp lí); *reasonable prices* 286, 289, 292-95
  định nghĩa ~; *definition of* 295
giá làm trong sạch thị trường; *market-clearing price* 223
giám sát nhà nước; *state supervision* 32, 210, 250, 257, 276, 339
Gói lợi ích cơ bản 226-38, *xem cả* chăm sóc cơ bản

H

hành nghề theo nhóm *xem* bác sĩ
hạn chế ngân sách *xem* ràng buộc ngân sách
hạn mức *xem* hạn ngạch
hạn ngạch; *quotas* 146, 210, 309
Hayek, Friedrich 290

hệ thống điểm; *point system* 93, 303, 306
hệ thống cung ứng mang tính đa nguyên; *pluralistic delivery system* 117, 119, 204, 275
hệ thống một người chi trả duy nhất; *single-payer system* 117, 240-42, 250, 327, 354
Hệ thống Nhóm Chăm sóc Sơ cấp; *Primary Care Group system* 309
Hệ thống nhiều người chi trả; *Multi-payer system* 241-44
Hệ thống Thanh toán Triển vọng; *prospective payment system (PPS)* 95-6, 105-6, 297
Hệ thống thanh toán; *Payment systems* 86-89
  ~ và bảo hiểm; *and insurance* 254-55
  ~ và các nguyên lí; *and principles* 87
  ~ và chia sẻ chi phí ở bên cầu; *and demand-side cost sharing* 87-89, 106
  ~ và chia sẻ chi phí ở bên cung; *and supply-side cost sharing* 92-96, 99-102, 104-105, 304-307, 310-11, *xem cả* FFS, PPS
  ~ và hoàn trả cho nhà cung cấp; *and provider reimbursement* 92-95, 303, 305-306
  ~ và thành tích của các nhà cung cấp; *and performance of providers* 99-102, 104-106, 304
  và các hình thức sở hữu; *and ownership forms* 102-104
hệ thống voucher; *voucher system* 245, 243, 247-9, 329
hệ thống xã hội chủ nghĩa; *socialist system* 13, 25, 29, 31, 36, 41, 43, 120, 121, 143, 150, 190, 206, 273, 287, 290, 297, 299, 303, 340
  ~ cổ điển; *classical* 69, 83, 143, 145-9, 156-7, 165, 171, 314, 324
  ~ và chủ nghĩa tư bản; *and capitalism* 31, 251
hệ thống y tế (các); *health systems*
  cung ứng công cộng chăm sóc y tế (mô hình Xô viết); *public provision of medical care (Soviet model)* 119, 143-48, 152, 154
  mô hình bảo hiểm sức khoẻ quốc gia (mô hình Canada); *national health insurance model (Canadian model)* 85, 117, 206
  mô hình bảo hiểm tự nguyện (mô hình Mĩ); *voluntary insurance model (American model)* 118, 128-41, 206
  mô hình bảo hiểm xã hội (mô hình Đức); *social insurance model (German model)* 117-18, 154, 156, 206

mô hình cục y tế quốc gia (mô hình Anh quốc); *national health service model (British model)* 84, 116, 152, 154
tài khoản tiết kiệm y tế (mô hình Singapore); *medical savings accounts (Singapore model)* 119
hiểm hoạ đạo đức; *moral hazard* 65-67, 88, 107
cách ngăn chặn ~; *ways to deter* 88, 225

tăng phí bảo hiểm; *rise in premiums* 72

hiệu chỉnh phí; *fee adjustment* 93, 296-97
hiệu chỉnh rủi ro; *risk adjustment* 90, 99, 106, 108, 222, 243, 245-8, 252, 254, 256, 297, 299, 311-2
hiệu quả *xem* khuyến khích hiệu quả
hiệu quả-chi phí, tính; *cost-effectiveness* 229-34, 286-7, 313, n14
hiệu thuốc; *pharmacies* 172, 173
hình thức nửa (tựa)-thị trường; *quasi-market form* 121, 169, 285-87
Hình thức sở hữu; Ownership forms 25, 26, 28-9, 34, 38, 75, 78, 80, 87, 109, 110-11, t4.1, t4.2, 115, 129, 153, 261, 277, 284, 316, 326-28, 331-32, 357
HMO (Health Maintenance Organization) 85, 123, 127, 129, 131-33, 139, 141
hoàn trả; *reimbursement* 87, 93-6, 101, 291, 301-2, 304, 312
hỗ trợ phí bảo hiểm; *premium support*
hợp đồng; *contract, contracting* 79, 82, 111, 126, t.4.7, 133, t.4.12, 275, 279-80, 287
hợp doanh y tế; *medical partnerships* 277-80, 320-22

K

kẻ hưởng không; *free riders* 218, 346
kiểm soát nhà nước; *state control* 25, 35, 340
khấu hao; *depreciation* 152-3, 287, 293, n3, 294, 297
khấu trừ, khoản có thể; *deductible* 67, 82, 88
khoá việc làm; *joblock* 271
không đồng nhất về rủi ro; *risk heterogeneity* 61
không được bảo hiểm; *uninsured* 64, 132, 134, 135
khu vực phúc lợi; *welfare sector* 13-16, 25-27, 29, 31-35, 37-40, 45, 49-50, 356
khuyến khích hiệu quả (nguyên lí 4); *incentives for efficiency (principle 4)* 29-32, 72, 87, 307
bên cung; *supply side* 97, 99-106
đồng-thanh toán; *co-payments* 123, 223
~ và cạnh tranh; *and competition* 30-31, 136, 243
~ và chọn lọc; *and selection* 64, 101-2
~ và chủ nghĩa xã hội; *and socialism* 31, 190-95
~ và đoàn kết; *and solidarity* 17-8, 31
~ và hiểm hoạ đạo đức; *and moral hazard* 67
~ và tư nhân hoá; *and privatization* 101, 283
phi tập trung hoá; *decentralization* 287
khuyết tật chính phủ; *Government failure* 35, 53, 253
khuyết tật thị trường; *market failure* 35, n21, 53, 223, 253, 290

L

laissez-faire 34
Lang, Oscar 290
lương hưu; *pensions* 27-8, 37, 42, 44, 215, 217, 255-6, 265
lương; *wages* 130, 268, 297

M

Medicaid 127, 130, 134
Medicare 127, 130, 296

N

Newhouse, Joseph 101

Nền kinh tế bán tiền tệ hoá; *semi-monetized economy* 145
Nền kinh tế bóng tối; *shadow economy* 175, 219, 322
Nền kinh tế mệnh lệnh; *command economy* 143, 147, 152, 166, 168, 210, 314, 340
nền kinh tế nửa tiền tệ hoá; *semi-monetized economy* 145
Nền kinh tế phi chính thức; *informal economy* 175, 219, 322
Nền kinh tế xám; *Gray economy* 175, 219, 322
Ngân hàng Thế giới; *World Bank* 27, n14, 115, n2, 230, n14
ngân sách nhà nước; *state budget* 34, 35, 37, 39, 45, 156-9, 168
thâm hụt ~; *deficit* 15, 45, 333
Ngân sách tổng thể; *Global budget* 93, 302-304, t8.2, 307
người sử dụng lao động; *employer* 58, 76, 80-81, 86, 115, 130-31, 136, 140, 157-58, 202, 223, 237, 248-49, 252, 255-56, 258, 268-73
nghiên cứu y học; *medical research* 130, 138, 156-57
ngoại lai, ảnh hưởng; *externality* 204, 263
nhà chuyên khoa; *specialists xem* chăm sóc ngoại trú
nhà nước phúc lợi; *welfare state* 13, 17, 25, 36, 39, 45, 46, 49, 188
Nhóm Chuẩn đoán Liên quan *xem* DRG
nhận thức về thuế; *tax awareness* 208, n5, 268-69
nhu cầu về thời gian (nguyên lí 7); *time requirement (principle 7)* 38-40, 125, n16, 257, 356
nước phát triển, các; *developed countries* 110, 120, 123, 125, 130, 147, 224, 228, 292

O

OECD, các nước; *OECD countries* 70, t3.1, 105, 109, t4.1, 115, 120-21, 137, t4.13, 138, 185-86, t5.17

P

PCP, Primary care physician *xem* bác sĩ chăm sóc cơ cấp
phát triển công nghệ; *technological development* 70-71, 139, 147, 188, 314, 343, 344
phân phối (theo đầu người); *rationing* 227, 232, n16, 235
phân tán rủi ro; *risk spreading* 223, 251-2, 267, 270
phương tiện thông tin đại chúng; *media* 341-42, 353
phần công cộng; *public share* 334-38
phi tập trung hoá; *decentralization* 36, 87, 135, 238, 244, 251, 287, 298, 324, 343, 345
~ cấp tài chính (~ bảo hiểm); *in financing (insurance)* 238, 258, 283, 329-33, 350, 354, 356
~ cung ứng; *in delivery* 238, 287, 298, 312
phí bảo hiểm công bằng về mặt kiểm kế, *actuarially fair premium* 59
phí cho dịch vụ; *Fee-for-service (FFS)* 92-96, 101-2, 104, 302-4, 306
PPO, Preferred Provider Organization, *xem* Tổ chức Cung ứng Ưa chuộng
PPS, Prospective Payment System, *xem* Hệ thống Thanh toán Triển vọng

Q

QALY, Quality-Adjusted Life Years *xem* Số năm sống được hiệu chỉnh theo chất lượng
Quan hệ sở hữu; *Ownership relations, xem* Hình thức sở hữu

quota *xem* hạn ngạch
Quốc hội Mĩ; *Congress* 135, 296
Quốc hội; *Parliament* 32, 39, 206, 213, 217, 226, 253, 296, 353, 355
quy mô sản xuất; *scale of production* 68
quy mô xí nghiệp; *size of enterprise* 284
quỹ bảo hiểm xã hội; *social insurance funds* 68, 81-2, 92, 102, 156, 159, 161, 167-8, 327

đóng góp; *contribution* 67, 150, 157, 175, 209, 217-9, 245, n26, 255, 268, 332
thâm hụt ngân sách của ~; *deficit of* 151, 158, 160
thu nhập của ~; *revenue of* 157-58
tính tự trị của ~; *autonomy* 153, 154
quỹ giữ bác sĩ đa khoa-GP; *GP fundholding* 98, n26, 309-10, n11
quyền hưởng phổ quát; *universal entitlement* 19, 20, 135, 145, 150, 218
quyền lực bên cung; *supply-side power* 67-68
quyền tự quyết cá nhân (nguyên lí 1); *sovereignty of the individual (principle 1)*: 16-9, 21, 23, 25, 38, 47, 59, 87, 136, 202-3, 222, 249, 330, 354
~ và bảo hiểm; *and insurance* 242-3, 249, 264, 272, 311, n12
~ và chủ nghĩa xã hội; *and socialism* 16, 145
~ và trách nhiệm; *and responsibility* 16-7, 23

R

ràng buộc cầu; *demand constraint* 315-16, 322
ràng buộc ngân sách mềm *xem* ràng buộc ngân sách
ràng buộc ngân sách; *budget constraint*
cứng hoá ~; *hardening of* 92, 95-6, 102, 121, 292, 300
~ của các nhà cung cấp; *of providers* 92, 95-6, 103-4,169
~ cứng; *hard* 62-4, 73, 94, 102, 104, 289, 298, 307
~ mềm; *soft* 92, 102-4, 159, 169, 299, 300, 303
~ và các hệ thống thanh toán; *and payment systems* 95-6, 102, 233, 289, 298
~và kỉ luật tài chính; *and financial discipline* 298-300
~ của nhà bảo hiểm; *of insurer* 62, 102, 158

S

sai sót, sơ suất trong hành nghề y tế; *medical malpractice* 140, 284, 340
sở hữu công cộng; *public ownership* 102, 104, 125, 165-9, 344, 357
sở hữu nhà nước; *state ownership* 25, 28, 31-2, 34-5, 110, 165-9, 341, 344, 357
số năm sống được hiệu chỉnh theo chất lượng; *Quality-Adjusted Life Years (QALYs)* 230
số năm sống được hiệu chỉnh theo sự tàn tật; *Disability-Adjusted Life Years (DALYs)* 230, n14
sơ đồ bảo hiểm POS; *point-of-service plans* 132, 133, 141
sự không được bảo vệ (lệ thuộc) của bệnh nhân; *defenselessness of patients* 68-70, 147, 340
suy thoái; *recession* 188

T

tái phân phối; *redistribution* 18, 19, 20, 50, 130, 205, 221
~ theo tuổi; *by age* 212, 217
~ và đoàn kết rủi ro; *and risk solidarity* 211, 213
~ và đoàn kết thu nhập; *and income solidarity* 213, 217-8
~ và đồng-thanh toán; *and co-payments* 222-26
~ và hệ thống thuế; *and the tax system* 218, 264, 273
~ và tính minh bạch; *and transparency* 217-18
tăng trưởng hài hoà (nguyên lí 8); *harmonious growth (principle 8)* 40-41, 144-45, 202, 223
~ và chi tiêu phúc lợi; *and welfare spending* 190
~ và chủ nghĩa xã hội; *and socialism* 41,144-45
~ và quyền tự quyết cá nhân; *and individual sovereignty* 42-3

tầng lớp trung lưu; *middle class* 20
tập hợp rủi ro (để cùng chia sẻ): *risk pooling* 56, 101, 119, 212, 246, 253, 255-6, 312
tập thể, chủ nghĩa; *collectivism* 19, 23, 110
tập trung hoá; *centralization* 43, n28, 50, 55, 240, 244, 251-2, 340
tham nhũng; *corruption* 148, 260, 287, 314, 322, *xem cả* tiền biếu
thanh toán hỗn hợp; *mixed payment* 101, 105, 124, 126, 246, 253, 311-12
thanh toán theo đầu người; *capitation* 95-8, n26, 99-102, 105, 291, 302, 307-8, n9, 310, n11, 311-2
thanh toán trên cơ sở trường hợp (ca) *xem* hệ thống thanh toán triển vọng
thay thế bắt buộc; *forced substitution* 146
thiếu hụt; *shortage* 146-7, 178, 190-1, 223, 226, 308, 314, 322
Thử nghiệm bảo hiểm y tế của RAND; *RAND Health Insurance Experiment* 91
Thuế *xem* thuế y tế
thuế y tế; *health tax* 207-9, 218-20, 222-3, 245, n26, 264, 268
  đòi hỏi tối thiểu đối với ~; *minimum requirement for* 220-21
  mở rộng cơ sở của ~; *broadening the base of* 218-20
  ~ và phân tán rủi ro; *and risk spreading* 223
  tính trung lập của ~; *neutrality of* 222
tích hợp; *integration* 82-86, 238-40
  ~ dọc; *vertical* 283
  ~ ở hệ thống y tế Hoa Kì; *in US health system* 131-33, 310
  ~ ngang; *horizontal* 283
  ~ trong mô hình bảo hiểm y tế quốc gia (Canada); *in national health insurance model (Canada)* 117
  ~ trong mô hình cục y tế quốc gia (Anh quốc); *in national health service model (Britain)* 116, 239
  ~ trong hệ thống y tế xã hội chủ nghĩa cổ điển; *in classical socialist health system* 146, 239
Tiêu chuẩn tiếp cận công bằng; *Norm of equal access* 54-55, 76
tiêu chuẩn xã hội; *social norms* 54-55
Tiền biếu, tiền trả ơn; *Gratuity (gratitude payment)* 162, 165, 175, 178-83, t5.14, t5.15, 207, 261, 266-7, 295, 297, 320, 322-23, 345-46
tiền trả ơn *xem* tiền biếu
tình trạng sức khoẻ; *health status* 183, 191, 195
tính minh bạch (nguyên lí 6); *transparency (principle 6)* 36-9, 207-8, 215, 217-9, 276, 280, 341
  ~ trong xác định ưu tiên; *in priority setting* 128, 227, 237
  ~ và các đảng chính trị; *and political parties* 36-7, 208, 235, 353
  ~ và giá cả; *and prices* 294, 320, 322
  ~ và thuế; *and taxes* 208, 220, 332
Tổ chức Cung ứng Ưa chuộng; *preferred provider organizations (PPO)* 133, t4.12
tổ chức nhà nước, các; *state organizations* 78, 81, 166
Tổ chức phi lợi nhuận, các; *Nonprofit organizations* 26, 30, 34, 78
  ~ như các nhà bảo hiểm; *as insurers* 80, 82, 161
  ~ như các nhà cung cấp; *as providers* 121, 129, 169, 281, 286
Tổng chi tiêu y tế; *Total Health Expenditure (THE)* 114, t4.4, 122, t4.5, 123, 124, t4.6, 137, t4.13, 138, 139, 163, t5.5
Tổng sản phẩm quốc nội; *Gross domestic product (GDP)* 43-44, 71, 114, t4.4, 138, 184-86, 188-90, 260, 333-34
trả lương; *salary payment* 99-101, 167, 175, 178-9, 261
trợ cấo thất nghiệp; *unemployment benefits* 13, 32, 175
trợ cấp; bao cấp; *subsidy* 62, 102, 152, 153, 164, 294-5, 297, 299, *xem cả* bệnh viện

trợ giúp công cộng; *public assistance* 20-1, 30, 34, 40, 130-1, 134, 226
trung lập với khu vực; *sector neutrality* 222, 281, 324-30
tư nhân hoá; *privatization*
~ các hãng bảo hiểm; *of insurers* 256
~ các tổ chức chăm sóc sức khoẻ; *of health care providers* 86, 169-74, 275, 280, 282-84
từ thiện; *charity* 18, 26, 50, 133, 281
tự doanh; *self-employment* 218, *xem cả* bác sĩ

U

Uỷ ban Dịch vụ Sức khoẻ Oregon; *Oregon Health Services Commission* 231, 234, 236

V

Vai trò mới của nhà nước (nguyên lí 5); *New role for the State (principle 5)* 32-36, 47, 257-8, 276
vòng tử luẩn quẩn về phí bảo hiểm; *premium death spiral xem* chọn lọc có hại

X

xác định ưu tiên trong chăm sóc sức khoẻ; *priority setting in health care* 227, 235
ở Hà Lan: *in the Netherlands* 228-229, 234-37
ở Israel; *in Israel* 229, 233-34, 237
ở New Zealand; *in New Zealand* 228, 236
ở Oregon, Hoa Kì; *in Oregon, US* 228, 230-34, 236-37
ở Slovenia; *in Slovenia* 237-38
ở Thuỵ Điển; *in Sweden* 228

Y

y học phòng thủ; *defensive medicine* 140

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG

Người dịch: **Nguyễn Quang A**

Chịu trách nhiệm xuất bản:
Vũ An Chương

Biên tập: **Bùi Văn Thu**

Sửa bản in: **Hồ Thu**

Trình bày: **Vũ Như**

In 1.000 cuốn khổ 14,5 x 20,5 tại Xưởng in Tạp chí Tin học & Đời sống.
Giấy phép xuất bản số 105-XB-QLXB/124-VHTT cấp ngày 30/1/2002.
In xong và nộp lưu chiểu tháng 7/2002.

Cuốn sách đưa ra các khuyến nghị cải cách khu vực chăm sóc sức khoẻ cho mười nước Đông Âu. Sau khi thảo luận các tính chất đặc thù về y tế, những bài học kinh nghiệm quốc tế, và các điều kiện xuất phát chủ yếu, các tác giả đề xuất những cải cách trên cơ sở: cấp tài chính công cho chăm sóc sức khoẻ cơ bản, cấp tài chính tư cho chăm sóc bổ sung, cung ứng dịch vụ đa thành phần, và cạnh tranh được quản lí. Các nhà hoạch định chính sách cần đạt sự cân đối, đảm bảo cả sự đoàn kết xã hội thông qua tiếp cận phổ quát tới các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cơ bản, lẫn sự mở rộng quyền lựa chọn và trách nhiệm cá nhân thông qua bảo hiểm bổ sung tự nguyện. Các tác giả cũng xem xét các vấn đề làm xói mòn tính hiệu quả của cạnh tranh trên cơ sở thị trường trong khu vực y tế.

"Đánh giá từ tiêu đề, Kornai János và Karen Eggleston viết một cuốn sách về cải cách y tế ở Đông Âu. Thực ra, họ làm nhiều hơn thế nhiều. Xuất phát từ tiên đề minh bạch, họ đưa ra các mục tiêu cho hệ thống chăm sóc sức khoẻ và các hệ thống phúc lợi khác một cách mới mẻ, và dựa trên các mục tiêu đó đưa ra các nhiệm vụ thực tiễn đối với cấp tài chính và tổ chức hệ thống chăm sóc sức khoẻ. Bằng cách đó họ đóng góp lớn lao, bằng một công trình phân tích so sánh các hệ thống chăm sóc sức khoẻ của nhiều nước cùng với các lời khuyên cho các nhà hoạch định chính sách, vào văn khoa tương đối hẹp của lĩnh vực này".

Joseph P. Newhouse, John D. MacArthur Professor of Health Policy and Management, Harvard University.

"Một cuốn sách gắn kết một nhà nghiên cứu lão luyện về chủ nghĩa xã hội và một nhà kinh tế y tế được đào tạo ở trình độ cao chắc sẽ tạo ra một sự khác biệt lớn hay tạo ra một chùm pháo hoa trí tuệ thông qua cách phân tích thấu đáo các luận điểm và những suy ngẫm thấu hiểu và khiêu khích đối với các vấn đề cũ. Những người yêu thích pháo hoa nên đọc"

Nicholas Barr, Reader in Economics, London School of Economics and Political Science.

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HOÁ THÔNG TIN

Giá: 40.000[đ]