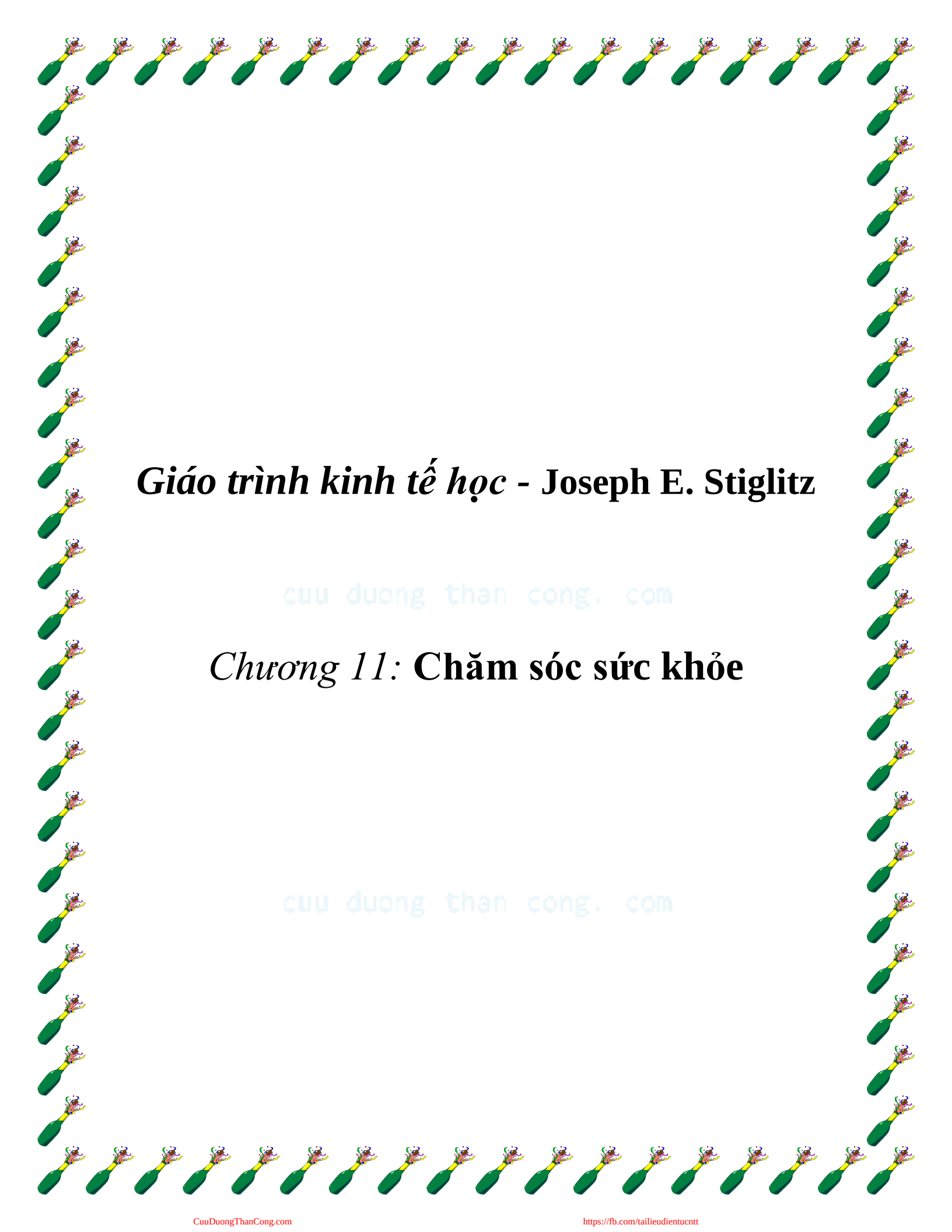




Giáo trình kinh tế học - Joseph E. Stiglitz

cuu duong than cong. com

Chương 11: Chăm sóc sức khỏe

cuu duong than cong. com

Một số nét về các chương trình y tế của chính phủ Hoa Kỳ

Hỗ trợ trực tiếp

Chương trình lớn nhất là chương trình Chăm sóc sức khỏe (Medicare). Chương trình này đảm bảo chăm sóc sức khỏe cho những người trên 65 tuổi và những người mất khả năng lao động. Tất cả những người trên 65 tuổi đều được hưởng chăm sóc sức khỏe: người có 1 triệu đôla tiết kiệm và đầu tư cũng được thụ hưởng lợi ích như người có ít tiền hoặc không có của cải gì. Medicare bao gồm hai phần: bảo hiểm bệnh viện và bảo hiểm y tế phụ được trả cho dịch vụ của các thầy thuốc. Người nhận phải có đóng góp một phần vào bảo hiểm phụ, nhưng đóng góp đó không thể đủ để trang trải chi phí chăm sóc sức khỏe. Phần còn lại lấy từ 2,9% thuế quỹ lương (do người lao động đóng góp coi như một phần thuế bảo trợ xã hội) và từ thu nhập chung. Hiện nay Medicare là chương trình bảo hiểm sức khỏe lớn nhất ở Hoa Kỳ.

Chương trình trợ giúp y tế (Medicaid) bảo đảm chăm sóc y tế cho những gia đình thu nhập thấp có nhiều con cái sống phụ thuộc và cho phần lớn những người nghèo lớn tuổi, người mù lòa, người mất khả năng lao động. Khác với Medicare, Medicaid do các bang quản lý. Tiêu chuẩn được hưởng do các bang định ra theo

hướng dẫn của liên bang; các bang và địa phương phải đảm bảo từ 20 đến 50% vốn, tùy vào thu nhập bình quân đầu người của bang. Những chỉ tiêu này cũng tăng rất nhanh, làm cho nhu cầu về các nguồ của địa phương và bang gặp phải những vấn đề nghiêm trọng.

Một chương trình y tế lớn nữa của chính phủ là chương trình do Tổ chức cựu chiến binh (VA) điều hành. Những bệnh viện VA chăm sóc y tế cho những người bị thương khi đang phục vụ trong quân đội cũng như những cựu binh khác. Trong những năm vừa qua, đã có sự quan tâm về khả năng chăm sóc sức khỏe của các bệnh viện này đối với các cựu chiến binh và chi phí cho công việc đó. Đối với những người chiến đấu trong thế chiến thứ hai đã già và cần được chăm sóc nhiều hơn, thì nhu cầu ngày càng tăng lên, và cũng là sức ép đối với chương trình này.

Loại chi phí thứ tư là nghiên cứu và giảng dạy về y tế đã tăng lên rất nhanh trong những năm 1950 và 1960, song lại giảm về giá trị thực hiện trong những năm vừa qua (20% từ năm 1975 đến năm 1986).

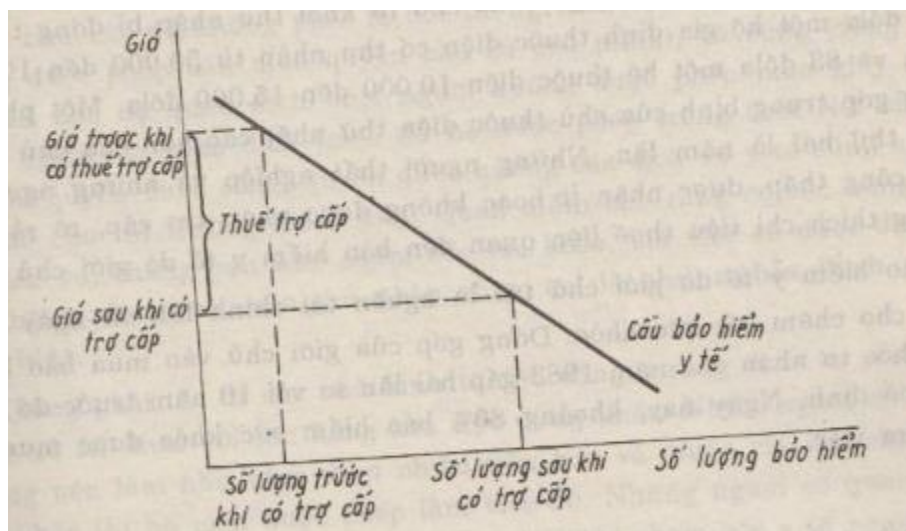
[Chi tiêu qua thuế](#)

Không chỉ có bốn chương trình trên đây là các hình thức trực tiếp trợ giúp công cộng đối với chăm sóc sức khỏe. Ngoài ra, còn hai loại hỗ trợ giúp gián tiếp chủ

yếu của chính phủ phát sinh do đánh thuế bảo hiểm sức khỏe (do giới chủ tài trợ) và thuế chi phí y tế vượt mức độ nhất định.

Nếu giới chủ trả tiền bảo hiểm cho nhân viên thì khoản chi tiêu này không phải là thu nhập bị đánh thuế của nhân viên và cũng phải là diện chịu thuế quỹ lương.

Chính phủ cho phép tất cả các cá nhân trừ các khoản chi tiêu vào bảo hiểm sức khỏe khi tính thu nhập bị đánh thuế. Rõ ràng là, điều này rất khuyến khích các khoản chi tiêu của giới chủ vào bảo hiểm sức khỏe. Mức độ giảm chi phí về mặt hiệu quả của bảo hiểm sức khỏe phụ thuộc vào nhóm thuế cận biên của cá nhân; tức là cá nhân đó sẽ phải trả thêm bao nhiêu tiền thuế nếu như công ty trả thêm cho các nhân đó khoản tiền thu nhập thay vì chi cho bảo hiểm sức khỏe. Ví dụ, giả định công ty chỉ có 1.000 đôla bảo hiểm sức khỏe cho một nhân viên; nhân viên này thuộc nhóm đóng thuế cận biên là 28%; do đó, nếu công ty trả trực tiếp 1.000 đôla này cho nhân viên thì đó là thuế gai tăng của anh ta sẽ là 280 đôla. Các nhà kinh tế học gọi khoản 280 đôla này là chi tiêu qua thuế; bởi vì sẽ không có gì khác nhau nếu chính phủ đánh thuế tiaoafn bộ thu nhập này rồi sau đó lại cấp lại cho cá nhân một khoản trợ cấp (miễn thuế) là 280 đôla đối với khoản chi bảo hiểm sức khỏe 1.000 đôla. Chi tiêu thuế thi nhập dự định của liên bang cho bảo hiểm y tế do giới chủ chi lên tới 23 tỷ đô la năm 1987.



Hình 11.3 : Các tác động của chính sách thuế đối với cầu bảo hiểm

Loại trợ giúp gián tiếp chủ yếu thứ hai hay chi tiêu qua thuế cho sức khỏe là miễn thuế thu nhập đối với các khoản chi cho y tế. Theo luật thuế mới năm 1986, chỉ có khoản chi phí cho y tế cao hơn 7,5% thu nhập của cá nhân mới được trừ, theo luật trước đây là 5%. Năm 1987 khoản chi thuế loại này là 3 tỷ đôla, chỉ bằng 1/8 trợ cấp thuế cho bảo hiểm.

Chi tiêu qua thuế khuyến khích cả mua bảo hiểm y tế lẫn chi tiêu y tế. Chúng làm giảm giá mà các cá nhân phải trả để mua bảo hiểm, như đã thể hiện ở hình 11.3. Giới chủ chỉ quan tâm đến tổng chi phí bồi thường, tức là thuê một công nhân sẽ tốn kém bao nhiêu. Hãy xem xét hợp đồng bảo hiểm của một cá nhân thuộc nhóm đóng thuế cận biên 28% cảm thấy chỉ đáng giá 72 đôla nhưng lại có giá 95 đôla. Do đó, công ty của cá nhân đó đang phải có chính sách để bù đắp bảo hiểm. Công

ty có thể giảm lương xuống 100 đôla (72 đôla sau khi nộp thuế bằng 100 đôla trước khi nộp thuế) và hợp đồng chỉ mất có 95 đôla. Hệ thống thuế giảm thực sự giá bảo hiểm y tế xuống 28%. Ngay cả một công ty bảo hiểm rất không có hiệu quả và phải chi ra những nguồn lớn để quản lý chương trình, vẫn nộp tiền cho hãng để mua bảo hiểm.

Bảo hiểm cũng khuyến khích các cá nhân sử dụng nhiều dịch vụ y tế hơn và ít quan tâm hơn đến chi phí chăm sóc sức khỏe, vì họ chỉ phải trả một phần khá nhỏ chi phí này. Do đó, chi tiêu thuế của chính phủ, bằng cách tăng mức độ bao trùm của bảo hiểm, có thể dẫn đến chi tiêu lớn hơn vào các dịch vụ y tế.

Những tác động này lớn đến mức độ nào, là lĩnh vực đang được nghiên cứu tích cực. Ảnh hưởng của chúng phụ thuộc một phần vào ảnh hưởng của bảo hiểm đối với sự cạnh tranh giữa những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và chúng ta sẽ thấy ở chương sau, và một phần phụ thuộc vào độ co giãn, tức là chi tiêu y tế không phải là tự nguyện mà tùy thuộc vào điều kiện sức khỏe, thì tác động của của chi tiêu thuế đối với cầu chăm sóc sức khỏe rất nhỏ. Nếu cầu co giãn, như trong giải phẫu sắc đẹp thì việc làm giảm giá hữu hiệu đối với người tiêu dùng có thể có tác động lớn.

Người ta không chỉ quan tâm tới hậu quả về hiệu quả của những chi tiêu qua thuế mà còn tới sự công bằng nữa. Lợi ích của thuế rõ ràng là lớn hơn đối với những

người có thuế suất cận biên cao hơn, tức là đối với những người giàu có hơn.

Những người thất nghiệp, những người có tiền công thấp được nhận ít hoặc không được nhận trợ cấp rõ ràng là không thích chi tiêu thuế liên quan đến bảo hiểm y tế do giới chủ trả. Ngày nay, khoảng 80% bảo hiểm sức khỏe được mua tại nơi làm việc.

Cơ sở để chính phủ có vai trò trong việc cấp tài chính, cung cấp và điều tiết chăm sóc sức khỏe

Sự bất công và tài trợ của chính phủ đối với các dịch vụ y tế

Lý giải quan trọng nhất đối với vai trò tăng lên của chính phủ trong việc trợ cấp dịch vụ y tế là do sự quan tâm đến hậu quả bất công về thu nhập. Nhiều người cho rằng, bất kể với mức thu nhập nào, không ai không được nhận sự chăm sóc sức khỏe thích hợp. Nếu như được lựa chọn, họ sẽ lựa chọn không phải trên cơ sở của cải mà là những thuộc tính khác nhau như tuổi tác, khả năng thành công trong hoạt động hay lựa chọn ngẫu nhiên. Quan điểm này cho rằng dịch vụ y tế khác với quần áo, phim ảnh, ô tô và hầu hết hành hóa tiêu dùng khác. Cũng giống như quyền bầu cử, nó không phải là đối tượng của thị trường (các cá nhân không được phép bán mua quyền bầu cử của mình), và cũng giống như khi còn chế độ quân dịch, mọi người không được phép mua giấy phép miễn nghĩa vụ quân dịch vậy thì quyền được sống, quyền được hưởng các dịch vụ y tế cũng không nên để cho thị trường

kiểm soát. Quan điểm cho rằng hàng hóa dịch vụ chẳng hạn như chăm sóc sức khỏe, mà việc có được dịch vụ đó không phụ thuộc vào thu nhập được coi là chủ nghĩa bình quân đặc biệt.

Không phải tất cả các nhà kinh tế đều đồng ý rằng dịch vụ y tế phải được xử trí khác với các hàng hóa tiêu dùng khác. Nhiều người cho rằng không nên làm như vậy: ai có nhiều tiền hơn và muốn chi cho chăm sóc sức khỏe thì họ phải được phép làm điều đó. Những người có quan điểm như vậy thường chỉ ra rằng, mối quan hệ giữa chăm sóc y tế và sự sống (cái chết) rất bé nhỏ; rằng những nhân tố khác như hút thuốc, uống thuốc, thực phẩm và đặc biệt là giáo dục cũng đóng vai trò quan trọng tương tự, nếu không nói là quan trọng hơn, trong việc quyết định cuộc sống ngắn, dài hay tình trạng sức khỏe của mỗi người. Ở Anh chính phủ đảm bảo chăm sóc sức khỏe không mất tiền cho tất cả mọi người và làm việc này kể từ sau thế chiến thứ hai; và dường như không có sự chênh lệch đáng kể giữa giai cấp với tỷ lệ tử vong ở trẻ em, của sản phụ hay tuổi thọ nói chung. Còn một quan điểm thứ ba mà nhiều nhà dân chủ phương Tây có xu hướng theo đuổi là mọi người phải có quyền nhận được mức độ chăm sóc y tế tối thiểu. Việc thực hiện chương trình Medicaid có thể coi là điều phản ánh quan điểm này. Đồng thời những người giữ quan điểm này lại lo lắng về hậu quả đối với hiệu quả kinh tế của các phương pháp khác nhau đảm bảo để mọi người được nhận mức độ chăm sóc sức khỏe tối thiểu.

Những thất bại của thị trường

Những mối quan tâm mà chúng tôi vừa phác họa trên là một phần giải thích cho vai trò hiện tại của [chính phủ](#), còn có những thất bại khác của thị trường có thể là cơ sở để chính phủ can thiệp theo cách này hay cách khác. Đó là những lý giải khác nhau của đối với những loại chi tiêu khác nhau của liên bang.

Giống như những dạng nghiên cứu khác, nghiên cứu y tế thường gắn gũi với [HHCC thuần túy](#). Khi một trong số phát minh, chẳng hạn như tân dược, có thể được cấp bằng, thì vẫn có nhiều phát hiện khác không thể cấp bằng và ngay khi được cấp bằng thì vẫn bị đặt câu hỏi là có đáng cấp hay không. Giá loại tân dược này tăng có thể làm giảm nhu cầu sử dụng. Và có sự lo lắng về việc sẽ có một phần chi tiêu vào nghiên cứu của tư nhân tăng tỷ lệ nghịch nhằm sáng chế xung quanh phát minh để đưa ra loại tân dược cũng như loại đã được cấp bằng nhưng không thuộc những phát minh hiện hữu.

Có những yếu tố cận biên liên quan đến một số những căn bệnh nhất định cụ thể là những bệnh lây. Những căn bệnh này buộc phải có những quy chế đảm bảo và phổ cập tiêm chủng và là một phần lý do có dịch vụ sức khỏe công cộng.

Những khoản chi tiêu cho trợ cấp y tế của cựu chiến binh có thể xem là những khoản bồi thường chậm; mặc dù chính phủ trả tiền lương khá thấp cho những

người thực hiện trong quân đội, nhưng chính phủ đảm bảo bảo hiểm y tế cho họ cả sau thời kỳ tại ngũ. Bảo hiểm này gắn với những yêu cầu y tế liên quan đến phục vụ.

Khả năng trừ thuế đối với chi phí y tế được chứng minh là đúng trên cơ sở đánh thuế hợp lý là thước đo khả năng thanh toán. Chi phí y tế làm giảm khả năng thanh toán của các cá nhân (nếu họ không tự nguyện). Do đó, thu nhập trừ đi chi phí y tế (vượt một phần thu nhập nào đó) là thước đo tốt hơn khả năng thanh toán so với chính thu nhập. Nói cách khác, hệ thống thuế cố gắng bù đắp “thuế bất công” đánh vào các cá nhân bắt buộc dưới dạng chi tiêu y tế. Medicare có thể được biện bạch một phần trên cơ sở thất bại của thị trường để cung cấp bảo hiểm thích hợp cho người cao tuổi.

cuu duong than cong. com

Tại sao thị trường y tế không đáp ứng các điều kiện tiêu chuẩn cho thị trường cạnh tranh có hành vi đúng

Nêu bật những thất bại cụ thể của thị trường này và những bù đắp của công cộng là những thất bại khái quát hơn trong thị trường chăm sóc sức khỏe. Khác với các thị trường đã được miêu tả trong lý thuyết thị trường cạnh tranh, chăm sóc sức khỏe được đặc trưng bởi thông tin thiếu hoàn hảo và cạnh tranh không hoàn hảo. Để ôn lại, lý thuyết thị trường cạnh tranh chuẩn đưa ra một số giả định:

1. Có nhiều người bán, mà tất cả đều cố gắng tăng tối đa lợi nhuận.
2. Hàng tiêu dùng đang mua và bán đều giống nhau.
3. Người mua được thông tin đầy đủ: Họ biết giá cả và chất lượng hàng hóa được bán ra.
4. Người tiêu dùng là người mua; họ trả đủ giá cho cái mà họ tiêu dùng.

Trong những điều kiện như vậy, nếu một hãng phát hiện ra cách sản xuất một hàng hóa nào đó tốt hơn, thì nó có thể đơn giản hạ thấp giá của mình xuống, hút hết khách hàng về mình. Sản xuất luôn có hiệu quả và giá cả luôn phản ánh chi phí sản xuất của các nhà sản xuất có hiệu quả nhất.

Khi những điều kiện này không được thỏa mãn thì, những nhà sản xuất phi hiệu quả có thể sống được, và giá có thể cao hơn chi phí sản xuất. Ví dụ, nếu có nhà độc

quyền, thì nhà độc quyền có thể định giá mà thu nhập cận biên đúng bằng chi phí cận biên. Vì thu cận biên thấp hơn giá nên, giá của nhà độc quyền cao hơn chi phí sản xuất (cận biên).

Nếu hàng hóa không đồng nhất và các cá nhân không được thông tin đầy đủ thì họ khó có thể nói là liệu giá thấp hơn có phải là tín hiệu tốt hơn để mua, hay đó là do chất lượng hàng hóa kém hơn. Và khi người tiêu dùng không được thông tin về giá cả, các hãng có thể nâng giá lên cao hơn mức cạnh tranh và họ chỉ bị mất một ít khách hàng. Đáng tiếc là không một điều kiện cần thiết nào cho một thị trường cạnh tranh vận hành tốt đẹp được đáp ứng trên thị trường y tế, như trong Bảng 11.1.

Bảng 11.1. Những điểm khác nhau giữa thị trường y tế và thị trường cạnh tranh chuẩn

<i>Thị trường cạnh tranh chuẩn</i>	<i>Thị trường y tế</i>
Nhiều người bán	Chỉ có một số ít bệnh viện (trừ một số thành phố lớn)
Các hãng tăng tối đa lợi nhuận	Hầu hết các bệnh viện không vì lợi nhuận
Hàng hóa đồng nhất	Hàng hóa không đồng nhất
Người mua được thông tin tốt	Người mua được thông tin kém
Người tiêu dùng thanh toán trực tiếp	Bệnh nhân chỉ trang trải được một phần chi phí

Thông tin không hoàn hảo

Người ta cho rằng khi một người đi mua máy thu hình hay xe hơi, người đó được thông tin khá đầy đủ (từ nhiều nguồn khác nhau), còn khi họ đến gặp bác sĩ thì trong nhiều trường hợp, cái họ mua là kiến thức và thông tin của bác sĩ. Bệnh nhân phải dựa vào quyết định của bác sĩ về loại thuốc nào cần, có nên phẫu thuật không, v.v. Việc đánh giá các bác sĩ khó hơn nhiều so với đánh giá máy thu hình. Đó là một lý do tại sao chính phủ lại có vai trò lâu nay trong việc cấp giấy phép và quản lý thuốc men mà các bác sĩ có thể cấp cho bệnh nhân. Đầu năm 1985, chính phủ đã thành lập những tổ chức để đánh giá hoạt động của các bác sĩ và tước giấy phép hành nghề của những người không đủ điều kiện.

Cạnh tranh hạn chế

Thông tin không hoàn hảo có ảnh hưởng giảm hiệu quả cạnh tranh. Một hang bán hàng tiêu dùng chuẩn, như máy thu hình Zenith, biết rằng nó có thể thu hút khách hàng từ các cửa hàng khác bằng cách hạ giá máy. Khách hàng dễ dàng tin rằng có thể mua được cái có giá trị nhất ở đâu đó với số tiền họ có.

Ngược lại, những bệnh nhân đến gặp bác sĩ có giá thấp hơn những bác sĩ cạnh tranh khác có thể ngầm hiểu rằng bác sĩ này có ít cầu, và vì vậy đang cố gắng thu hút thêm nhiều khách hàng; nhưng việc thiếu cầu có thể là do ông ta không phải bác sĩ giỏi.

Bằng sự tương tự, sự bất đồng nhất của các dịch vụ y tế làm cho việc so sánh giá và chất lượng thêm khó khăn và do đó hạn chế việc phổ biến thông tin. Hàng xóm của tôi có thể thỏa mãn với cách chữa bệnh mà ông đã chữa ở bác sĩ của mình. Nhưng nếu bệnh của ông khác với bệnh của tôi thì không chắc là tôi hài lòng. Và nếu tôi biết một bác sĩ này đặt giá cao hơn một bác sĩ khác, thì để đánh giá xem nên chữa ở bác sĩ nào, tôi phải biết chính xác xem sự phục vụ của mỗi bác sĩ ra sao.

Hoạt động hành nghề bác sĩ có thể là tổng hợp những hạn chế sự cạnh tranh không thể tránh khỏi do thiếu thông tin. Các bác sĩ đã từng không được quảng cáo. Trong một số trường hợp, những hạn chế quảng cáo đã tỏ ra là để nâng giá (bởi vì chúng hạn chế cạnh tranh). Do đó, hiện nay một số bang cho phép quảng cáo kính đeo mắt, và ở các bang đó giá kính đã giảm xuống rất nhiều.

Có nhiều biện pháp khác các bác sĩ sử dụng để hạn chế cạnh tranh qua giá. Ví dụ, người ta cho rằng “giảm phí có thể kích thích đồng nghiệp từ chối những đặc quyền của bệnh viện hoặc tìm cách làm tổn hại uy tín của bác sĩ đó”.

Việc các bác sĩ thường tham khảo ý kiến lẫn nhau và sử dụng chung cơ sở y tế cũng có thể giảm bớt sức ép cạnh tranh. Như Adam Smith đã viết (có lẽ là quá mạnh) trong cuốn *Sự giàu có của các quốc gia*, “Những người cùng nghề thường ít

khi gặp nhau, ngay cả chỉ để vui chơi giải trí, nhưng những câu chuyện của họ kết thúc ở ý đồ chống lại công chúng hoặc bằng thủ đoạn nào đó để tăng giá lên”.

Hơn nữa, còn có cả cạnh tranh hạn chế giữa các bệnh viện. Hầu hết những cộng đồng nhỏ hơn chỉ có một số ít bệnh viện. Trong những trường hợp cấp cứu, mọi người ít khi lựa chọn được đến bệnh viện nào. Và ngay cả khi có thời gian để lựa chọn thì sự lựa chọn đó không phải do họ, mà là do bác sĩ.

Bên thứ ba trả

Đối với những hàng hóa thông thường mà người tiêu dùng trực tiếp thanh toán hết, thì họ thường cho rằng ít nhất lợi ích của hàng hóa đó cũng bằng giá của nó. Chăm sóc sức khỏe khác với hàng hóa thông thường ở chỗ người tiêu dùng bị tách khỏi những cân nhắc về giá cả tại thời điểm tiêu dùng, một phần thông qua bảo hiểm đã trả tiền trước, một phần thông qua bảo hiểm của chính phủ và các chương trình hưu trí. Theo bảng 11.2, ngày nay người tiêu dùng trả trước (trực tiếp hoặc thông qua chủ) 32% chi phí chăm sóc sức khỏe dưới hình thức tiền mua bảo hiểm tư nhân, 41% do chính phủ trả, chỉ còn lại 27% là do người tiêu dùng trả trực tiếp. Như trong bảng cho thấy, tỷ lệ phần trăm này giảm liên tục kể từ năm 1973, lúc đó là 37%

Bảng 11.2. Nguồn chi tiêu vào chăm sóc sức khỏe của cá nhân

Năm	Bệnh nhân trả trực tiếp	Bảo hiểm sức khỏe tư nhân	Liên bang	Bang và địa phương	Khác (*)
1973	37,4%	24,0%	23,7%	12,5%	2,5%
1983	27,2	31,9	29,7	10,1	1,1
1985	26,8	31,6	31,2	9,3	1,2
1989	26,6	31,8	32,0	8,6	1,1

(*) Do các tổ chức từ thiện và các dịch vụ sức khỏe của xí nghiệp trả tiền

Việc phần lớn chi phí y tế do các bên thứ ba trả đã củng cố thêm cho kết luận trước đây của chúng tôi rằng thị trường y tế có đặc điểm là cạnh tranh hạn chế. Người tiêu dùng không chỉ lo lắng rằng bác sĩ lấy giá thấp là do dịch vụ có chất lượng kém, mà còn không quan tâm lắm về việc tìm bác sĩ giá thấp hơn; nếu bảo hiểm trả 90% chi phí theo hóa đơn của bác sĩ, thì người bác sĩ, đặt giá thấp hơn 30% cũng chỉ giúp người tiêu dùng tiết kiệm được có 3%, thật khó để có thể bù đắp cho sự lo lắng thêm của người đó.

Bảo hiểm sức khỏe

Tầm quan trọng của bảo hiểm sức khỏe

Mục tiêu cơ bản của bảo hiểm là giảm rủi ro mà các cá nhân phải chịu, chuyển chúng sang cho những người sẵn sàng hơn chịu các rủi ro đó (tức là những người có khả năng chịu hơn).

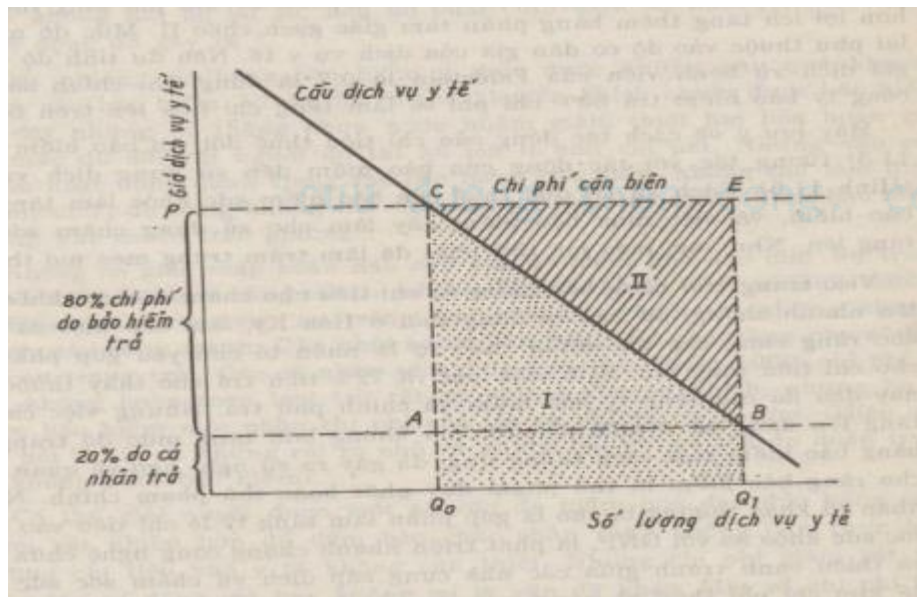
Hãy xem xét trường hợp một người có thể gặp xác suất tai nạn ở mức độ 19% và tai nạn đó có thể phải tốn 1000 đôla để chữa chạy. Chúng ta nói khả năng phải chi (dự tính) của anh ta là $0,19 \times 1.000 = 190$ đôla. Nếu không có bảo hiểm, một người

có thu nhập là 10.000 đô la với xác suất 10% tai nạn xảy ra sẽ có thể chỉ còn được 9.000 đôla để chi mua hàng hóa khác. Nếu người đó gặp tai nạn thì sẽ khó khăn trong chi tiêu cho tiền nhà, chi cho xe hơi... Hầu hết mọi người đều không thích xảy ra những hoàn cảnh như vậy; chúng tôi nói rằng họ là những người tránh mạo hiểm. Họ thích hàng năm trả cho công ty bảo hiểm 100 đô la hơn, bất kể có bị tai nạn hay không và công ty bảo hiểm sẽ chi trả bảo hiểm nếu xảy ra tai nạn. Nếu không có những chi phí hành chính thì trung bình công ty bảo hiểm sẽ hòa vốn ở mức đóng hàng năm là 100 đôla. Nhưng đa số mọi người sẵn sàng đóng trên 100 đôla để công ty bảo hiểm có thể đảm nhận toàn bộ rủi ro. Trong thị trường bảo hiểm có cạnh tranh, bảo hiểm sẽ được cấp ở mức tiền đóng cho phép công ty hòa vốn, có tính cả chi phí hành chính; do đó, nếu chi phí hành chính chiếm 10% khoản trả trung bình thì tiền đóng bảo hiểm sẽ là 110 đôla. Một người rất không thích rủi ro có thể muốn đóng 150 đôla để công ty bảo hiểm chịu trách nhiệm về toàn bộ rủi ro của mình. Khoản chênh lệch 40 đôla được coi là lợi ích từ trang trải bảo hiểm.

Mức độ lợi ích này phụ thuộc vào mức độ rủi ro và mức độ dự đoán rủi ro. Ví dụ, mặc dù rất tốn kém, hầu hết những trường hợp có thai đều theo kế hoạch; đó không phải là rủi ro không thể dự đoán trước được. Chỉ khi bị biến chứng mới gây ra rủi ro.

[Hậu quả của bảo hiểm sức khỏe](#)

Mặc dù bảo hiểm có vai trò quan trọng trong việc làm giảm rủi ro của các cá nhân, nó vẫn có hậu quả quan trọng: bảo hiểm khuyến khích chi tiêu nhiều hơn vào dịch vụ y tế. Trong ví dụ trên chúng tôi coi kế hoạch bảo hiểm sức khỏe như thể là một khoản trả cố định nếu tai nạn hoặc ốm đau xảy ra. Nhưng trong hầu hết các kế hoạch bảo hiểm y tế hiện hữu, khoản trả chính xác phụ thuộc không chỉ vào tai nạn mà người đó gặp phải hay chuẩn đoán sức khỏe của người đó, mà còn phụ thuộc vào số tiền người đó chi tiêu thực sự vào chăm sóc y tế...



Hình 11.5: Bảo hiểm và chi phí cho dịch vụ y tế

Nếu cá nhân biết rằng công ty bảo hiểm của mình sẽ chi 80% viện phí khi anh ta nằm viện thêm một ngày, thì anh ta sẽ nằm thêm một ngày nữa, mặc dù thực ra không cần thiết. Và anh ta cũng không phản đối lắm nếu viện phí là 300 đôla 1

ngày 1 phòng, chứ không phải là 200 đôla vì biết anh ta chỉ mất thêm 20 đôla. Các bác sĩ của anh ta không ngại ngần gì mà không chữa cho anh ta loại thuốc đắt tiền, bởi họ biết rằng bệnh nhân của họ không phải trả tiền. Những chi phí này được chia toàn bộ cổ phần bảo hiểm và mỗi cá nhân chỉ phải chịu một phần đáng kể.

Do đó, việc bảo hiểm dẫn đến các cá nhân mua các dịch vụ y tế đến điểm mà thu cận biên thấp hơn rất nhiều so với chi phí xã hội cận biên của các dịch vụ này. Họ sẽ mua dịch vụ y tế đến khi lợi ích cận biên bằng chi phí cận biên cá nhân của họ, đó là khoản họ phải trả thêm, đó là một phần nhỏ trong tổng chi phí thêm.

Chúng tôi biểu thị điều này trong hình 11.5. Chúng tôi đã vẽ đường cầu cá nhân đối với dịch vụ y tế với điều kiện cá nhân bị ốm. Trục hoành biểu thị chất lượng hoặc số lượng dịch vụ. Với giá thấp hơn, cá nhân đòi hỏi dịch vụ y tế nhiều hơn và tốt hơn. Chúng tôi đã vẽ chi phí cận biên của việc cung cấp thêm dịch vụ y tế (chất lượng cao hơn). Để đơn giản, chúng tôi đã giả định rằng những chi phí đó cố định. Nhưng cá nhân được trang trải bằng bảo hiểm không phải trả toàn bộ chi phí cận biên mà chỉ một phần thôi. Giống như trên, giải sử chính sách bảo hiểm trả 80% viện phí cho cá nhân đó, thì giá cận biên mà anh ta trả chỉ là 20% của toàn bộ giá trị mà anh ta được hưởng. Điều đó làm cho anh ta tăng cầu của mình từ Q0 lên Q1. Nhưng điều quan tâm đặc biệt là giá trị của các dịch vụ thêm thấp hơn chi phí cận biên, do đó việc cung cấp Q1 không hiệu quả.

Việc trang trải bằng bảo hiểm và chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe tăng lên nhanh chóng, đã xảy ra ở Hoa Kỳ, làm cho một số người cho rằng cung cấp bảo hiểm thực sự là nhân tố chủ yếu góp phần làm cho chi tiêu tăng lên. 91% viện phí và 72% trả cho thầy thuốc hiện nay đều do các công ty bảo hiểm và chính phủ trả.

Hiểm họa đạo đức

Sự ảnh hưởng của bảo hiểm đến hành vi đôi khi là vấn đề hiểm họa đạo đức. Thuật ngữ hiểm họa đạo đức nảy sinh từ quan điểm cho rằng việc một cá nhân có hành động vì mục đích duy nhất là nhận lợi ích bảo hiểm là phi đạo đức. Ví dụ, sẽ là phi đạo đức nếu một người đốt nhà mình chỉ để nhận bảo hiểm hỏa hoạn. Nhưng dù những hành động như thế vẫn bị coi là phi đạo đức và thực chất là phi pháp thì vẫn có vấn đề hậu quả của khuyến khích chẳng hạn như phải thận trọng để cá nhân đó ngăn ngừa một vụ hỏa hoạn. Mỗi hiểm họa đạo đức này đã được coi là một loạt hiệu ứng khuyến khích.

Bảo hiểm không chỉ ảnh hưởng đến số lượng và chất lượng chăm sóc y tế mà các cá nhân khi họ ốm đau như vừa bàn đến ở trên. Nó cũng có thể có ảnh hưởng đến “giữ gìn sức khỏe”. Bởi vì các cá nhân không phải trả giá tất cả chi phí chữa bệnh, cho nên có thể họ thiếu thận trọng trong việc bảo vệ sức khỏe. Liệu họ có ít hút thuốc không hay ít uống rượu không khi họ lái xe, nếu họ phải chịu toàn bộ hậu quả do những hành động đó gây ra?

Tất nhiên, các hãng bảo hiểm ý thức được những hậu quả khuyến khích của bảo hiểm. Ví dụ, họ có thể khuyến khích người được bảo hiểm lắp đặt những hệ thống phun nước nhằm giảm thiệt hại hỏa hoạn gây ra, mặc dù đối với người đó thì lợi ích ít hơn chi phí. Nhưng vẫn còn nhiều hoạt động quan trọng mà các hãng bảo hiểm không thể làm được gì nhiều. Ví dụ hãng không thể chắc chắn được rằng người được bảo hiểm không hút thuốc trên giường.

Không có giải pháp hoàn hảo cho vấn đề hiểm họa đạo đức. Sự trang trải bằng bảo hiểm càng tốt thì những khuyến khích kinh tế bình thường vì hiệu quả càng kém; sự trang trải càng kém thì những khuyến khích này càng mạnh. Cần phải có sự cân bằng. Sự cân bằng này sẽ hạn chế sự trang trải. Các cá nhân sẽ không được hưởng bảo hiểm 100% chi phí, vì thế không hoàn toàn loại trừ tất cả những khuyến khích, nhưng họ sẽ được bảo hiểm một phần chi phí của tất cả những rủi ro lớn.

Những cải cách trong việc bảo đảm và tài trợ cho chăm sóc sức khỏe

[Giảm bớt mức độ trang trải thông qua bảo hiểm](#)

Nhiều nhà kinh tế cho rằng vấn đề hiểm họa đạo đức do bảo hiểm quá mức gây ra là nhân tố chính gây ra chi phí y tế cao. Thị trường tư nhân khi cung cấp bảo hiểm nhận thấy vai trò mang tính quyết định của vấn đề đạo đức; các thị trường đã giải

quyết những vấn đề này bằng cách chỉ trang trải một phần rất hạn chế, ví dụ, bằng cách chú ý đến các điều khoản gọi là cùng bảo hiểm. Theo các điều khoản này, người mua bảo hiểm vẫn phải trả một phần lớn chi phí. Những phê phán chính sách của chính phủ cho rằng khi xây dựng các chương trình Medicaid và Medicare đã thiếu chú ý đến vấn đề đạo đức và những đòi hỏi về cùng bảo hiểm phổ biến hơn cần được đưa vào áp dụng. Hơn thế nữa, việc đối xử bằng thuế đặc biệt của các chương trình bảo hiểm sức khỏe tư nhân; việc xóa bỏ trợ cấp qua thuế sẽ làm giảm mức độ bảo hiểm thuế tư nhân và buộc các cá nhân chú ý nhiều hơn đến chi phí.

Những người tin rằng nhu cầu đối với dịch vụ y tế không co dãn theo giá, nhưng lại chịu tác động lớn bởi cái mà các bác sĩ kê đơn, cho rằng việc yêu cầu các cá nhân trả 20 hoặc 25% chi phí thôi cũng không thể giải quyết được nhưng vấn đề mà ngành y đang gặp phải .

Cải cách phương thức hoàn trả cho bệnh viện

Những nhà phê bình chương trình Medicare và Medicaid và hãng bảo hiểm tư nhân lớn Blue Cross-Blue Shield, kêu ca rằng cách hoàn trả các chi phí của bệnh viện được quyết định ban đầu đã để lại rất ít động cơ khuyến khích hiệu quả. Những khoản hoàn lại này dựa trên chi phí của bệnh viện, đến một mức tối đa nào đó mà các bệnh viện đã định ra trong năm trước. Ngược lại, nếu giá các dịch vụ khác

nhau khi chữa các bệnh tật khác nhau là cố định, thì mỗi bệnh viện đều có động cơ giảm chi phí cung cấp dịch vụ bởi vì bệnh viện đó có thể tiết kiệm để có lãi. Tất nhiên đó là loại động cơ vẫn có ở các thị trường khác để các hãng tìm ra những con đường ít tốn kém hơn cho việc cung cấp hàng hóa và dịch vụ. Hệ thống này đã được đưa vào áp dụng với chương trình Medicare năm 1983. Theo hệ thống mới này, dựa vào cá nhóm gắn với chuẩn đoán (DRG), bệnh viện được nhận một khoản ấn định trước cố định dựa chủ yếu vào dự đoán của bệnh nhân về chi phí nảy sinh. Ví dụ, hoàn trả cho việc chăm sóc một bệnh nhân đau tim nhẹ được định ngay từ khi bệnh nhân vào viện và không phụ thuộc vào thời gian bệnh nhân nằm điều trị. Hệ thống này ấn định một khoản tiền mà nếu chi vượt, bệnh viện sẽ chịu lỗ. Đây là sự thay đổi lớn về phương pháp thanh toán tiền cho bệnh viện, và nó đã đặt các bệnh viện vào cái mà nhà kinh tế về sức khỏe của Trường ĐHTH Princeton là Uwe Reinhardt gọi là cú sốc DRG. Những người ủng hộ hệ thống mới này cho rằng nó sẽ đảm bảo cho các bệnh viện có động cơ mạnh mẽ trong việc có lợi ích trong việc chăm sóc sức khỏe tốt hơn tính trên 1 đôla. Trong khi đó những người phê bình lo lắng rằng hệ thống đó sẽ tác động ngược lại đến chất lượng chăm sóc y tế. Bệnh viện có thể từ chối những chuẩn đoán hoàn trả tiền thấp hơn. Và họ có thể có động cơ miễn phí cho các bệnh nhân chữa ngăn ngày, bởi vì có thể họ vẫn được trả tiền khi bệnh nhân quay lại và không được trả tiền cho những ngày họ ở thêm. Có bằng chứng cho rằng những mức giá DRG khoảng 500 đang được sử dụng là mức quá

thô thiển để tính một cách chính xác và phải chăng cho mức độ nghiêm trọng trung bình của bệnh tật mà các bệnh viện tư chữa chạy.

Những người ủng hộ chương trình nhằm khuyến khích hơn nữa việc tiết kiệm chi phí đáp lại rằng , việc giám sát các bệnh viện của các cơ quan chính phủ cũng như của các bác sĩ sử dụng bệnh viện là đủ để không có sự lạm dụng, và họ đã chỉ ra sự thành công của một số bệnh viện tư hoạt động lấy lợi nhuận trong việc giảm chi phí cung cấp một số dịch vụ nhất định.

Việc hầu hết các bệnh viện không vì lợi nhuận đã làm giảm sức mạnh của một số động cơ này, nhưng đồng thời cũng cho thấy nhiều động cơ nâng cao hiệu quả cũng rất hạn chế, ngay cả với hệ thống hữu hiệu trong việc giảm chi phí ở các bệnh viện vì lợi nhuận.

Bằng chứng sơ bộ cho thấy hệ thống mới rất có hiệu quả trong việc giảm chi phí, đồng thời không phải không có những vấn đề và những sợ hãi xấu nhất của các nhà phê bình chưa được vật chất hóa. Đồng thời hệ thống mới này không có ảnh hưởng trực tiếp đến nhiều vấn đề mà ngành dịch vụ sức khỏe đang gặp phải, mặc dù nó có thể hạn chế tốc độ tăng chi tiêu vào Medicare.

[Quản lý các thầy thuốc](#)

Một số cá nhân cho rằng có thể kiểm chế chi phí bằng cách quản lý lượng tiền trả cho bác sĩ cung cấp những dịch vụ nhất định. Có thể đề ra một chương trình vừa kiểm chế được chi phí vừa đảm bảo được chất lượng. Khoảng thời gian cần cho bác sĩ chữa bệnh rất thay đổi, nếu chương trình công cộng làm giảm tiền trả công một dịch vụ nào đó, thì họ có thể đơn giản giảm bớt thời gian thực hiện dịch vụ đó đi. Nếu có các dịch vụ nào đó mà tiền công cao hơn so với lượng thời gian tối thiểu cần thiết để thực hiện dịch vụ đó thì các bác sĩ sẽ thực hiện nhiều dịch vụ đó hơn. Nếu tiền do bảo hiểm công cộng trả thấp hơn số tiền trả cho dịch vụ tương tự ở ngoài thị trường tư nhân thì chỉ có bác sĩ kém mới chọn nơi làm việc chỉ để nhận tiền công. Vấn đề tổ chức hệ thống bảo hiểm quốc gia trên cơ sở phí dịch vụ đủ lớn vào lúc nước Anh lập hệ thống của họ. Theo hệ thống đó, họ quyết định trả cho các bác sĩ trên cơ sở số bệnh nhân được phục vụ chứ không phải số lượng dịch vụ.

Một phương pháp không toàn diện khác nữa là quản lý xét nghiệm theo đơn của bác sĩ. Năm 1987, hãng bảo hiểm Blue Cross-Blue Shield đã đưa ra những hướng dẫn cụ thể về việc sử dụng những xét nghiệm y tế. Hãng bảo hiểm có thể từ chối trả tiền xét nghiệm mà theo hướng dẫn là không cần thiết.

[Thay đổi tổ chức của ngành y tế](#)

Nhiều người cho rằng bác sĩ là người chủ yếu xác định dịch vụ y tế nào sẽ được sử dụng, và họ tin rằng phương pháp thay đổi thích hợp là cải thiện toàn bộ các biện

pháp khuyến khích đối với bác sĩ. Họ cho rằng chúng ta cần phải lưu tâm đến đảm bảo sức khỏe chứ không phải đến việc cấp thuốc. Để giữ gìn sức khỏe, cần phải thực hiện những biện pháp phòng bệnh. Các tổ chức bảo vệ sức khỏe (HMO) đảm bảo chăm sóc y tế toàn diện dựa vào những khoản trả trước theo định kỳ. Khác với các công ty bảo hiểm, HMO trực tiếp cung cấp các dịch vụ sức khỏe cùng với việc thanh toán chi phí cho dịch vụ y tế mà các tổ chức bên ngoài thực hiện. Các bác sĩ thường là người được trả lương. Những người đề xướng ra hệ thống này cho rằng những tổ chức này đã tạo ra những động cơ tốt hơn là những dịch vụ y tế truyền thống, nhằm đảm bảo sức khỏe một cách có hiệu quả, tức là cấp thuốc phòng bệnh và kết hợp phục vụ bệnh nhân nội trú và ngoại trú một cách thích hợp hơn. Đó là bởi vì HMO có lợi về mặt tài chính nếu chi phí trang trải nghĩa vụ hợp đồng của nó thấp hơn thu đã được trả trước.

Nhà kinh tế học về sức khỏe Uwe Reinhardt tóm tắt kết quả thử nghiệm có kiểm soát đã so sánh việc sử dụng chăm sóc sức khỏe theo hệ thống HMO với biện pháp cấp thuốc truyền thống. Nghiên cứu này đã lấy mẫu ngẫu nhiên 1580 bệnh nhân chọn thầy thuốc không phải trả tiền theo ý họ hoặc chọn đến HMO. Ngoài những người được đưa vào HMO một cách ngẫu nhiên, nghiên cứu còn đi theo những kiểu sử dụng người đã được chọn vào HMO.

Nghiên cứu cũng đã đánh giá ảnh hưởng của sự khác nhau trong việc sử dụng dịch vụ sức khỏe đối với trạng thái sức khỏe. Đối với phần lớn thành viên tham gia không có những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trước khi được nghiên cứu, cho nên sự giảm sút sử dụng vụ theo HMO không gây ảnh hưởng gì xấu đến sức khỏe. Đối với những người thu nhập cao có vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trước khi tham gia thí nghiệm thì HMO thực sự đem lại tình trạng sức khỏe siêu hạng so với những người tham gia chữa bệnh theo hệ thống truyền thống. Tuy nhiên, kết quả ngược lại đối với những người thu nhập thấp có bệnh nặng trước khi tham gia thí nghiệm. Những cán bộ điều tra suy luận rằng kết quả ngược lại này phản ánh những điểm khác nhau về khả năng của bệnh nhân đối phó với cơ cấu tổ chức có tính hình thức hơn của HMO.

Trong 15 năm qua, theo luật pháp liên bang, HMO được khuyến khích phát triển và đã trưởng thành nhanh chóng. Năm 1970, HMO chỉ có 6 kế hoạch y tế trả trước tương tự đã đạt 30 triệu người Mỹ, bằng 13% dân số, trong số đó 1 triệu là những người được hưởng chương trình chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người già nào chọn tham gia HMO. Xét từ góc độ tuổi già, lợi thế của việc tham gia HMO là có thể giảm bớt phần chi phí mà họ phải chịu theo hợp đồng Medicare truyền thống. Đương nhiên có sự bất lợi là hạn chế trong việc lựa chọn bệnh viện và bác sĩ và quan hệ lâu dài giữa bác sĩ và bệnh nhân có thể bị mất đi. Song, hãy còn quá sớm

để đánh giá tác động của những sáng kiến này của chính phủ đối với chi phí của Medicare và đối với sự thỏa mãn của bệnh nhân.

Tăng cường lợi ích đối với những đối tượng không được bảo hiểm

Cuối cùng, có những người cho rằng vấn đề lớn nhất là một số người hiện nay không được nhận dịch vụ y tế một cách thích hợp. Trong vòng 10 năm hình thành, chương trình Medicare và Medicaid đã chứng tỏ được khả năng đảm bảo để người nghèo nhận được dịch vụ y tế. Trong khi đó, trước khi có các chương trình này, họ đã có nhiều hơn 20%/năm/người, khi có các chương trình này họ đã có được nhiều hơn 20% lượt bác sĩ đến thăm.

Nhưng vẫn còn một số lỗ hổng. Chương trình Medicaid không bao giờ trang trải được cho trên 2/3 số người nghèo. Năm 1983, khi thất nghiệp đạt tới đỉnh cao, 11 triệu người không được chủ trả bảo hiểm nữa. Theo dự tính của tổng điều tra, 15% dân số không được bảo hiểm sức khỏe và không được chính phủ hỗ trợ. Điều đó có nghĩa là trong một số trường hợp đã không được chăm sóc và chỉ còn dựa vào sự chăm sóc của tổ chức từ thiện... Các bệnh viện đã có khả năng hỗ trợ y tế không hoàn lại cho đến trước năm 1980, bởi vì họ có thể nâng giá phí đối với những người được bảo hiểm lên mức đủ để trang trải chi phí đó. Nhưng họ lại không thể tiếp tục việc đó trong môi trường cạnh tranh nhiều hơn như ngày nay. Nếu bệnh viện nào tìm cách tăng thêm giá để trang trải cho dịch vụ không trả tiền

thì có thể bị mất việc. Sự bỏ sót chưa được bảo hiểm hết, đã khuyến khích một số người trong quốc hội (như nghị sĩ Kennedy) đề xướng ra hệ thống bảo hiểm sức khỏe quốc gia thống nhất. Hiện nay, những đề nghị này ít được ủng hộ, một phần vì lo lắng có sự thâm hụt lớn trong ngân sách liên bang.

Trang trải những khoản chi phí y tế lớn

Một phần chưa được trang trải hiện đang rất được chú ý là trạng thái chi phí chữa bệnh hiểm nghèo. Chương trình Medicare và bảo hiểm sức khỏe tư nhân thường chỉ trả một phần chi phí của những kỹ thuật đắt tiền và mới, chẳng hạn như giải phẫu tim, tách thận, cấy các bộ phận, những công việc hầu hết đã trở nên thông thường. Ví dụ, chương trình Medicare chỉ trả toàn bộ viện phí cho 60 ngày đầu bị bệnh và trả nhiều nhất là 100 ngày hộ lý chăm sóc tại nhà, trong khi đó trung bình mỗi bệnh nhân nằm ở nhà phải chăm sóc 456 ngày. Bảo hiểm tư nhân rất ít khi trang trải chi phí cho hộ lý chăm sóc bệnh nhân tại nhà hay chăm sóc cá nhân lâu dài tại nhà.

Số lượng gia đình, những người chịu chi phí y tế “hiểm nghèo” đến mức rỗng túi, tất nhiên là phụ thuộc vào cách xác định như thế nào là hiểm nghèo. Cách hữu xác định dụng nhất cho mục đích của chúng ta là cách cho phép chúng ta xác định chi phí y tế cao đến mức buộc cá nhân và gia đình giảm đáng kể mức sống hiện tại hoặc trong tương lai. Cách xác định này cho phép so sánh một cách thích hợp các

hộ gia đình và đồng thời nắm bắt ý nghĩa của hiểm nghèo. Một cách xác định hợp lý “hiểm nghèo” là những khoản chi tiêu nhân túi cao hơn một con số cố định, ví dụ 2000 đôla năm 1987, cộng với 10% thu nhập của các hộ gia đình.

Năm 1987, Tổng thống Reagan đã đề nghị mở rộng mức độ trang trải của chương trình Medicare đối với viện phí và những chi tiêu liên quan cho người già. Một số người giữ ý kiến cho đó là sự lấn chiếm vào khu vực tư nhân. Còn những người khác cho rằng những kiến nghị đó chưa đủ xa bởi vì chưa trả tiền chi phí lớn cho những người không thuộc chương trình Medicare, cũng như không trang trải chi phí chăm sóc lâu dài, một khoản chi tiêu chi phí lớn duy nhất của tuổi già. Nhưng ngay cả những người có thể được chi phí chăm sóc tại nhà cũng lo lắng về chi phí. Tuy nhiên, mỗi người có quan điểm như thế nào đi chăng nữa thì mỗi quan tâm chính trị đang nổi lên về việc trang trải chi phí sức khỏe lớn sẽ làm cho chính phủ phải có hành động nào đó.

Tóm tắt

Mặc dù khó quyết định về sức khỏe, nhưng vẫn phải phân bổ nguồn lực, đó là những cách sử dụng nguồn tiền. Phân tích kinh tế có thể có lợi cho việc ra các quyết định này một cách thống nhất và có hệ thống.

Chi tiêu của quốc gia vào dịch vụ y tế, và chi tiêu công cộng vào y tế tăng lên rất nhanh trong những năm vừa qua. Chi tiêu vào y tế chiếm vị trí thứ ba trong các khoản chi tiêu công cộng sau quốc phòng và giáo dục. Hiện nay chính phủ chi trên 2/5 tổng chi tiêu vào sức khỏe.

Bốn chương trình công cộng lớn là Medicare, Medicaid, chăm sóc sức khỏe cựu chiến binh và hỗ trợ nghiên cứu và phát triển công cộng. Ngoài ra có hai loại chi tiêu qua thuế lớn là: bảo hiểm sức khỏe do chủ trả và miễn thuế đối với các khoản chi phí y tế cao hơn mức quy định.

Ngành chăm sóc sức khỏe được đặc trưng bởi một số thất bại của thị trường:

Người tiêu dùng thiếu thông tin

Cạnh tranh hạn chế

Những yếu tố ngoại lai liên quan đến bệnh truyền nhiễm

Hành vi tăng tối đa phi lợi nhuận

Nhà kinh tế cho rằng chi phí y tế tăng nhanh là do bảo hiểm tư nhân tăng quá nhanh, cộng với các chương trình trang trải chi phí y tế của chính phủ.

Những người cho rằng thị trường y tế là thị trường cạnh tranh tin rằng nếu các cá nhân phải chịu phần chi phí lớn hơn, nếu các bệnh viện được thanh toán theo cách

mà nó bảo đảm để họ có động cơ hoạt động có hiệu quả và giảm chi phí thì chi phí sẽ giảm.

Một số người cho rằng thị trường y tế không cạnh tranh thì có thể dùng quy chế để kiểm soát chi phí. Tuy nhiên các nhà kinh tế nghi ngờ về thành công của các quy chế này trong một thị trường phức tạp như thị trường y tế. Nhiều người cho rằng thay đổi về phương pháp cung cấp dịch vụ y tế là cách đáng hy vọng nhất để giảm chi phí y tế.

Có sự quan tâm vẫn là có sự chênh lệch lớn trong việc trang trải chi phí đặc biệt đối với chi phí cho người thất nghiệp và người bị bệnh hiểm nghèo.

[cuu duong than cong. com](http://cuuduongthancong.com)

[cuu duong than cong. com](http://cuuduongthancong.com)