

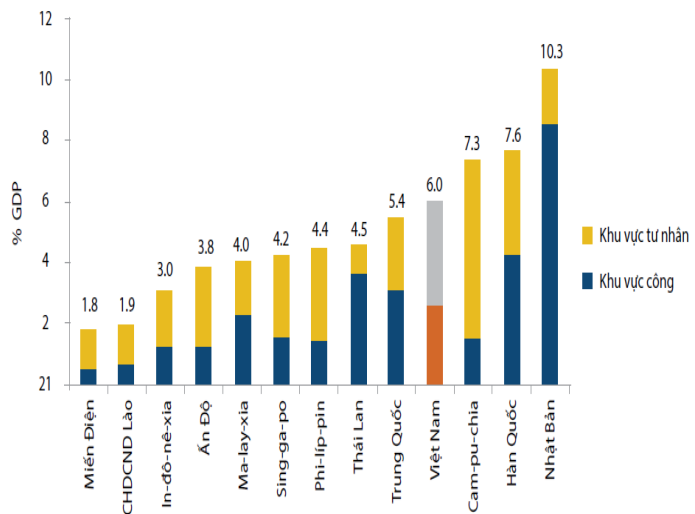


Bài giảng 6: Chính sách chi tiêu cho y tế và bảo trợ xã hội

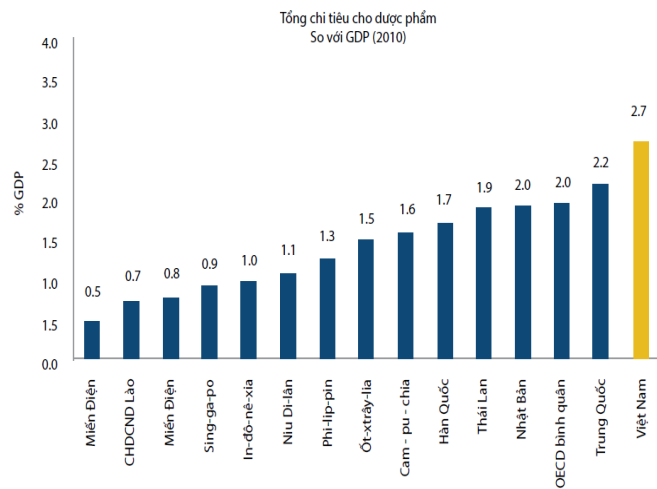
Đỗ Thiên Anh Tuấn

CHI TIÊU Y TẾ

Hình 7.1: Tổng chi tiêu cho y tế của Việt Nam cao hơn hầu hết các quốc gia ở châu Á

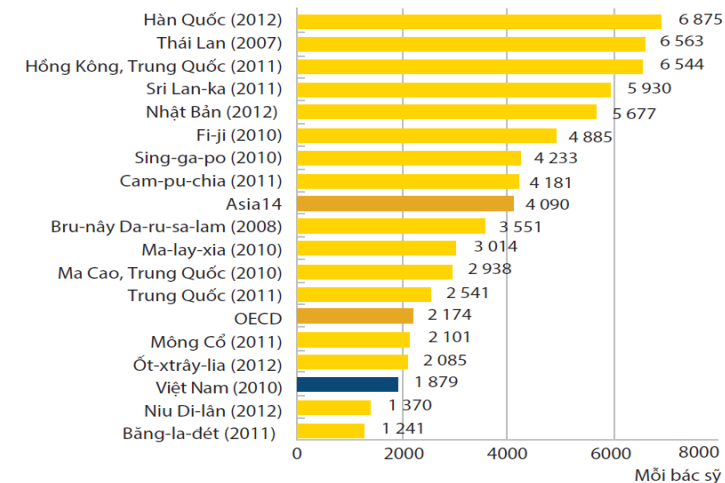


Hình 7.2: Mức chi cao cho dược phẩm tại Việt Nam



Nguồn: OECD 2014.

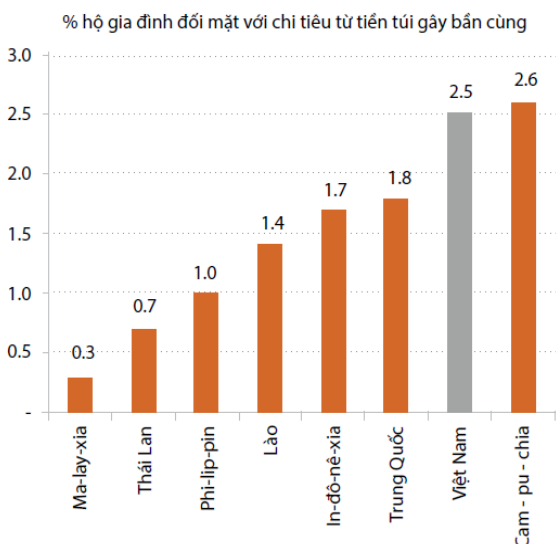
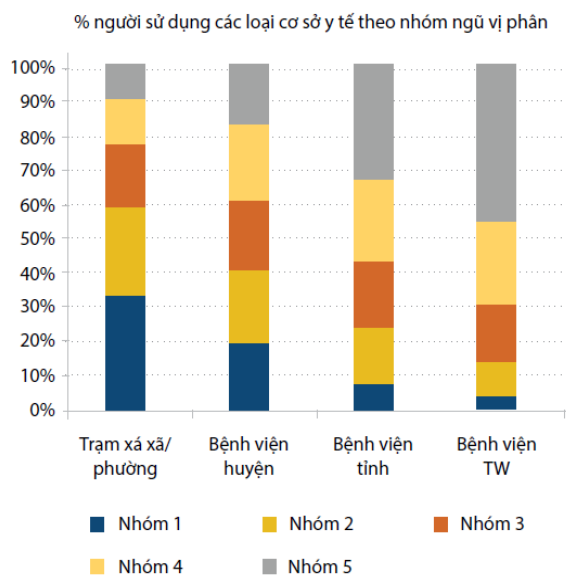
Hình 17: Số lần thăm khám bệnh nhân của một bác sỹ thông thường thấp hơn so với các quốc gia Đông Á khác



Ghi chú: Số liệu gần nhất có được theo năm ở mỗi quốc gia.

Nguồn: Thống kê y tế của OECD.

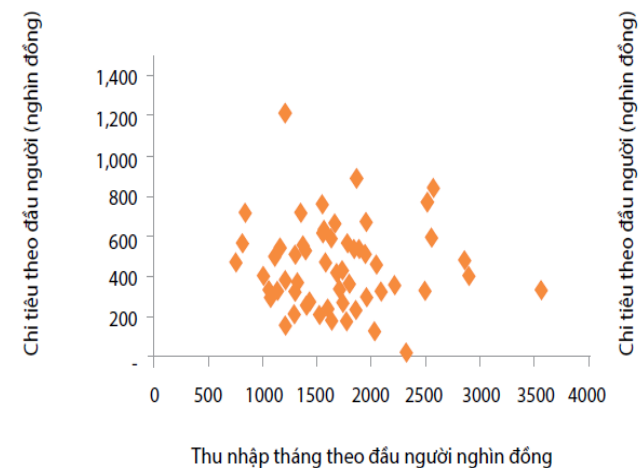
Hình 7.3: Người nghèo sử dụng các cơ sở y tế tuyến dưới với tỷ lệ bất tương xứng, tỷ lệ các hộ gia đình bị bần cùng hóa do chi trả bằng tiền túi hiện cao hơn hầu hết các quốc gia



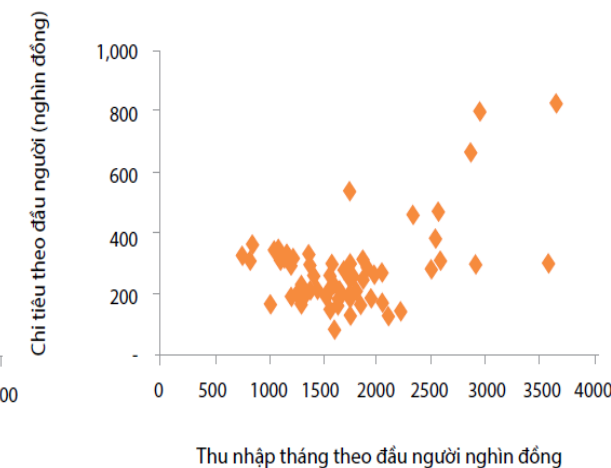
Nguồn: TCTK/ Khảo sát mức sống hộ gia đình: Rannan-Eliya và đồng sự 2013 cho Châu Á.

Hình 7.5: NSNN dành cho chi thường xuyên trong lĩnh vực y tế tại các địa phương cấp tỉnh chưa hoàn toàn ưu ái người nghèo, còn ngân sách của BHXH cho các địa phương phần tương đối ưu ái cho người giàu

Chi thường xuyên nguồn NSNN (trừ BHXH) trên đầu người so với thu nhập ở địa phương, 2012



Chi của BHXH trên đầu người so với thu nhập ở địa phương, 2012



Nguồn: Bộ Tài chính và TCTK.

Vai trò của chính phủ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe y tế

- Thất bại thị trường:
 - Thông tin không hoàn hảo
 - Cạnh tranh hạn chế
- Ngay cả khi không có thất bại thị trường:
 - Một số người có thu nhập đến mức không thể chi trả hoặc chăm sóc sức khỏe không đầy đủ
 - Vấn đề chăm sóc sức khỏe cho người nghèo

Thông tin không hoàn hảo

- Bệnh nhân không thể đánh giá lời khuyên của bác sĩ một cách hiệu quả
- Vai trò của nhà nước:
 - Cấp bằng
 - Quy định tiêu chuẩn hành nghề
 - Danh mục thuốc khuyến dùng
- Y tế là “hàng hóa” hiếm khi lặp lại (ghép thận, phẫu thuật tim...)
- Các công ty bảo hiểm cũng đối mặt với tình trạng tương tự

Cạnh tranh hạn chế

- Các doanh nghiệp cạnh tranh bằng cách giảm giá bán
- Bạn sẽ suy diễn điều gì nếu một bác sĩ giảm giá dịch vụ của anh ta?
 - Không có nhiều người đến khám tại phòng khám của vị bác sĩ này?
 - Năng lực của bác sĩ này hạn chế?
 - Không bác sĩ nào muốn giảm giá vì nó làm hủy hoại danh tiếng của họ?
- Mỗi người có sự hài lòng khác nhau đối với từng bác sĩ do tình trạng bệnh tật và điều kiện chăm sóc khác nhau
- Câu hỏi: **Các bác sĩ có được phép quảng cáo hay không?**
 - Ngăn quảng cáo làm tăng giá dịch vụ. Vì sao?
- Sự cạnh tranh giữa các bệnh viện là rất hạn chế?
 - Trong trường hợp cấp cứu, người ta không có lựa chọn
 - Ngay cả khi có thời gian, bệnh nhân thường không được tự mình đưa ra lựa chọn

Sự thiếu vắng động cơ lợi nhuận

- Phần lớn bệnh viện có mục tiêu phi lợi nhuận
- Nhưng cũng có bệnh viện vì lợi nhuận
 - **Lý thuyết:** Phản ứng mạnh hơn với động cơ khuyến khích cải thiện hiệu quả
 - **Thực tế:** động cơ hạ thấp chất lượng (trong lĩnh vực khó đánh giá chất lượng), lợi nhuận dùng để trả cổ tức thay vì cải thiện chất lượng cung cấp
 - **Kết quả:** thị trường bị các bệnh viện phi lợi nhuận chiếm lĩnh
 - **Nguyên nhân:** do thông tin không hoàn hảo

Sự thất bại của thị trường dịch vụ y tế

- Tiêu dùng nhiều hơn mức cần thiết
 - Sự quá tải của bệnh viện
- Sử dụng nhiều dịch vụ không cần thiết
 - Bác sĩ chỉ định sử dụng nhiều dịch vụ không cần thiết dành cho bệnh nhân
 - Bù đắp tiền lương hoặc định suất => cung cấp dịch vụ quá ít
- Vấn đề chi trả của bên thứ ba (nhà nước, công ty bảo hiểm) cũng tạo ra tình trạng ăn theo hoặc gây ra sự “bất cần giả tạo”

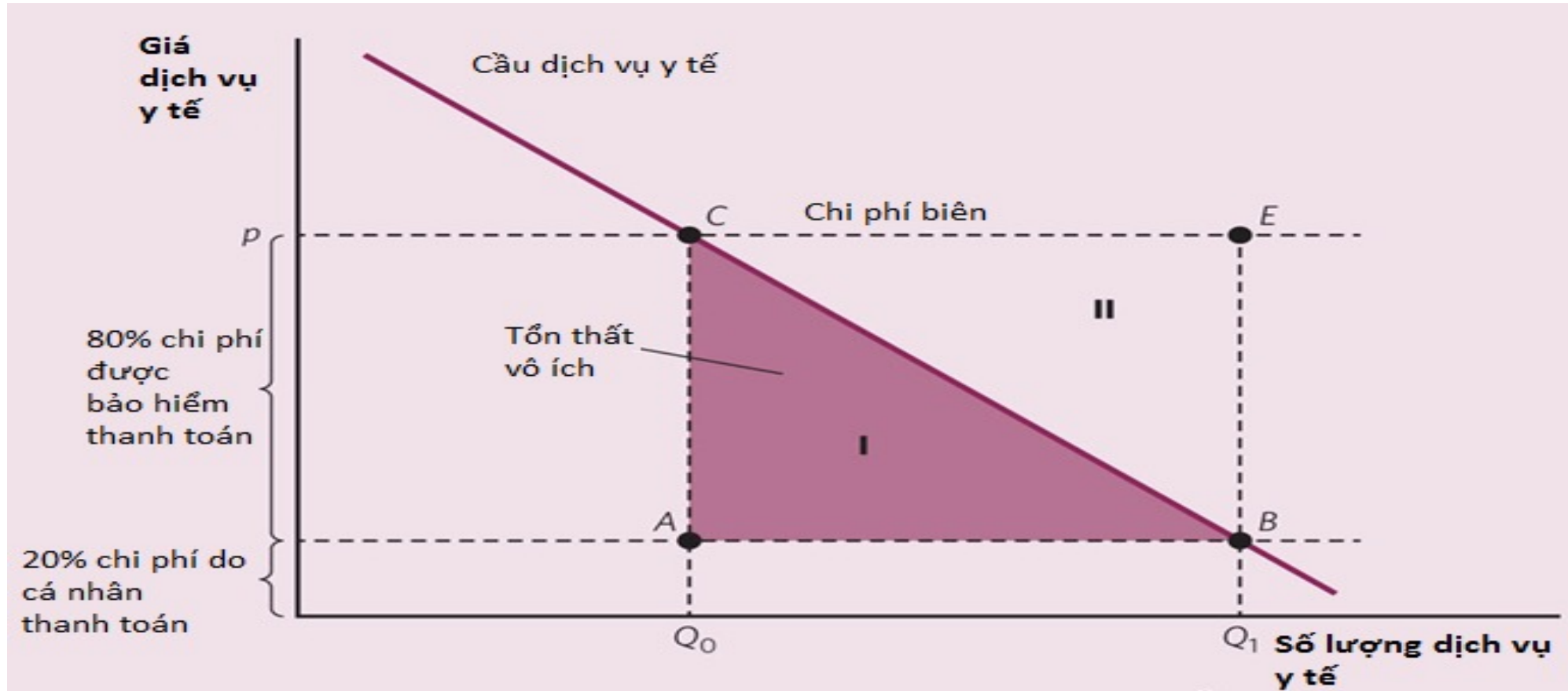
Vai trò của bảo hiểm

- Bạn là người sợ rủi ro hay thích rủi ro?
- Bạn sẽ lựa chọn:
 - Thà trả một số tiền nhất định mỗi năm cho công ty bảo hiểm để đổi lại được công ty thanh toán chi phí y tế?
 - Chấp nhận trải qua một năm với chi tiêu y tế ít nhờ may mắn không có bệnh tật và một vài năm khác chi nhiều hơn do kém may mắn?

MẶT TRÁI nếu bảo hiểm được cung cấp

- Một số người mua quá nhiều bảo hiểm => chi phí y tế quá mức
- Nhiều người không thể có bảo hiểm hoặc có bảo hiểm với chi phí cao
- Chi phí giao dịch, bao gồm lợi nhuận, là quá cao
- Cạnh tranh giữa các nhà cung cấp bảo hiểm là hạn chế
- Công ty bảo hiểm hạn chế lựa chọn của người tiêu dùng (hạn chế bác sĩ, hạn chế lựa chọn dịch vụ cần thiết)

Bảo hiểm và tình trạng chi tiêu quá mức

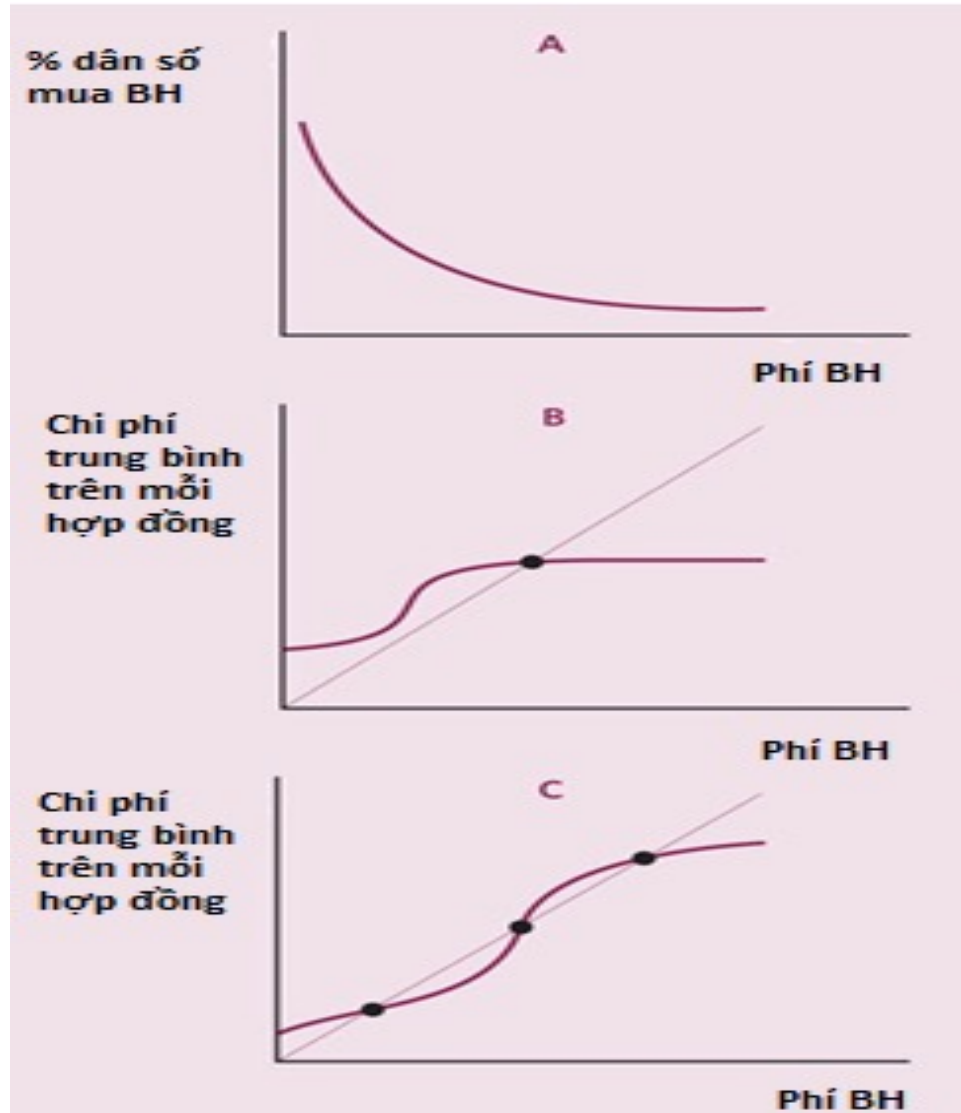


Bảo hiểm làm giảm mức giá mà cá nhân phải trả và do đó, làm tăng số lượng dịch vụ y tế được sử dụng, từ Q_0 lên Q_1 . Đối với mức tiêu dùng tăng thêm này, chi phí biên (phản ánh giá thị trường, p) vượt quá lợi ích biên của cá nhân (phản ánh mức sẵn lòng chi trả, được thể hiện bằng đường cầu cá nhân). Diện tích ABC đo lường tổn thất vô ích từ việc tiêu dùng tăng thêm này.

Thất bại của thị trường bảo hiểm

- **Rủi ro đạo đức (moral hazard):** giảm động cơ phòng tránh các sự kiện được bảo hiểm.
 - Khi có bảo hiểm, động cơ để giữ gìn sức khỏe và tiết giảm chi phí y tế bị yếu đi.
- **Lựa chọn ngược (adverse selection):** những người chọn mua hợp đồng bảo hiểm có đặc điểm rủi ro khác với những người khác.
 - Định mức phí bảo hiểm cao
 - Người khỏe mạnh sẽ không tham gia bảo hiểm
 - Chỉ có người ốm yếu mới tham gia
 - Chi phí hóa đơn tăng => cá nhân sẽ phải trả chi phí cao cho việc không tham gia bảo hiểm

Lựa chọn ngược



A. Khi phí bảo hiểm tăng, tỷ lệ phần trăm số người mua bảo hiểm giảm, với rủi ro thấp nhất – những người rất ít khi cần bảo hiểm – rời khỏi thị trường đầu tiên. Kết quả là số tiền thanh toán trung bình tăng khi phí bảo hiểm tăng.

B. Cho thấy điểm cân bằng thị trường, tại đó phí bảo hiểm bằng với số tiền thanh toán trung bình. Tại điểm cân bằng, hoặc là tương đối ít hoặc là tương đối nhiều cá nhân vẫn chưa được bảo hiểm.

C. Cho thấy có nhiều điểm cân bằng: ở điểm cân bằng với mức phí cao, có tương đối ít người được bảo hiểm; ở mức phí thấp, hầu hết mọi người đều được bảo hiểm

Hạn chế rủi ro đạo đức và lựa chọn ngược

- Ràng buộc điều kiện được bán bảo hiểm
 - *Hái cherry* (cherry picking) hay *gạn kem* (cream skimming)
 - Lựa chọn điều có lợi và bỏ qua điều bất lợi
- Giới hạn phạm vi bảo hiểm
 - Sử dụng chế độ đồng thanh toán và miễn thường.

HẬU QUẢ CỦA SỰ THIẾU HIỆU QUẢ TRONG THỊ TRƯỜNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

- Cung tạo ra cầu của chính nó
- Tăng cung bác sĩ làm giảm giá dịch vụ y tế
 - Nhiều người sử dụng dịch vụ y tế
 - Các bác sĩ tăng số lượng dịch vụ của họ để bù vào
 - Có thể không đúng do các bác sĩ không muốn bị xếp vào bác sĩ hạng 2
- Bác sĩ tự tăng cầu dịch vụ của họ do bệnh nhân không biết dịch vụ nào là cần thiết
- Có bằng chứng cho thấy sự gia tăng số lượng bác sĩ phẫu thuật dẫn đến sự gia tăng số ca phẫu thuật ngay cả khi giá không đổi
- Dịch vụ chăm sóc không phù hợp
 - Có nhiều khoản chi tiêu cho y tế là không thích đáng
 - Các bằng chứng so sánh giữa các bệnh viện ở Hoa Kỳ và các nước OECD cho thấy điều này

NGHÈO ĐÓI, ĐỘ BAO PHỦ THẤP VÀ VAI TRÒ CỦA CHÍNH PHỦ

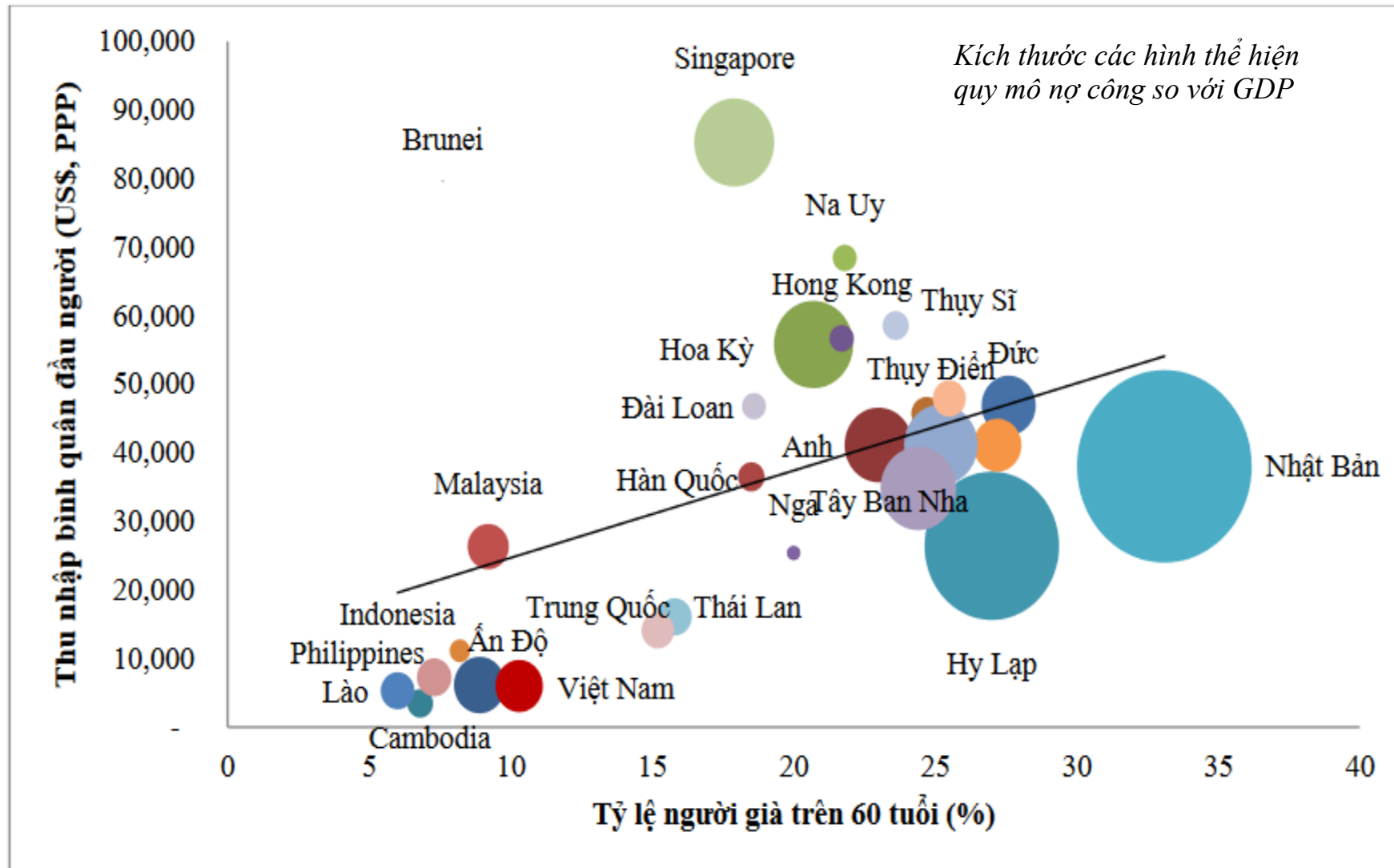
- Ngay cả khi thị trường hiệu quả, vẫn có lo ngại rằng những người nghèo không được chăm sóc sức khỏe đầy đủ.
- Không có cá nhân nào, bất kể thu nhập là bao nhiêu, đáng bị từ chối chăm sóc y tế. => Chủ nghĩa bình quân đặc trưng (**specific egalitarianism**)
- Nên dựa trên các yếu tố khác, như tuổi tác, khả năng điều trị thành công, hoặc có thể là lựa chọn ngẫu nhiên.
- Quyền được tiếp cận dịch vụ y tế không nên để thị trường kiểm soát:
 - Như quyền bầu cử (không được phép mua bán phiếu bầu)
 - Chế độ quân dịch (không được phép mua quyền không thực hiện nghĩa vụ quân sự)
- Lập luận phản bác: những người có nhiều tiền hơn và muốn chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe cần được phép làm điều này.
 - mối tương quan giữa chăm sóc y tế và sự sống (cái chết) là rất yếu
 - các yếu tố khác như hút thuốc, uống rượu,... có tác động mạnh hơn đến sức khỏe
 - Nếu muốn cải thiện sức khỏe, giải pháp hiệu quả hơn là thực hiện chiến dịch chống hút thuốc và uống rượu
- Quan điểm thứ ba: mọi người đều có quyền được chăm sóc ở một **mức độ tối nhiều** nhất định.

Một số thách thức đối với ngành y tế VN hiện nay và trong tương lai

- Già hóa dân số/tỷ lệ sinh thấp
 - Mất cân bằng giới tính khi sinh
 - Quá tải bệnh viện
 - Nhân lực y tế
 - Mở rộng độ bao phủ BHYT
 - Cải cách các chương trình chăm sóc sức khỏe cơ bản
 - Cải tiến công tác quản lý y tế
 - Các vấn đề khác có liên quan:
 - Vấn đề di cư
- Ô nhiễm thực phẩm
 - Ô nhiễm môi trường
 - Biến đổi khí hậu
 - Hút thuốc lá, sử dụng rượu, bia quá mức, chế độ ăn không hợp lý, hoạt động thể lực, nghiện ma túy, các bệnh truyền nhiễm,...

CHÍNH SÁCH XÃ HỘI

Việt Nam: Già trước khi giàu?



Nguồn: Tác giả tính toán từ cơ sở dữ liệu của UN, IMF và WDI

Nội dung

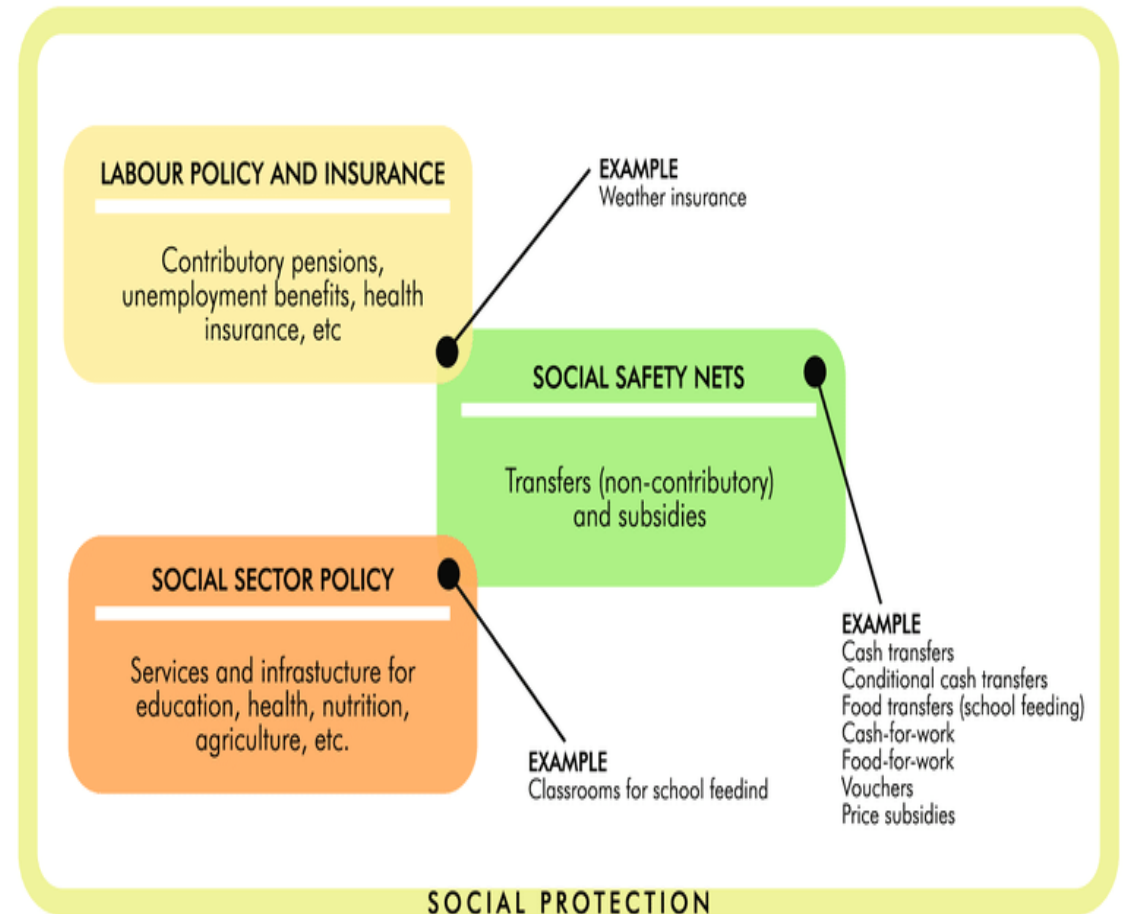
- Hiểu như thế nào về bảo trợ xã hội?
 - Các công cụ của bảo trợ xã hội là gì?
 - Những tổn thương mà chính sách bảo vệ xã hội hướng đến “bảo vệ.”
 - Kinh nghiệm từ các chương trình phúc lợi xã hội của Mỹ.
 - Cơ sở của các chương trình phúc lợi của chính phủ là gì?
-
- Bảo hiểm xã hội là gì? Vì sao chính phủ cung cấp bảo hiểm xã hội?
 - Thất bại cụ thể nào của thị trường là cơ sở cho sự can thiệp của chính phủ?
 - Những vấn đề tài chính mà các chương trình bảo hiểm xã hội phải đối mặt?
 - Những vấn đề bất bình đẳng và không hiệu quả liên quan đến thiết kế chương trình BHXH là gì?
 - Nên giải quyết những vấn đề này như thế nào?

AN SINH XÃ HỘI

- Hiểu như thế nào về an sinh xã hội, bảo trợ xã hội?
- Các công cụ của bảo trợ xã hội là gì?
- Những tổn thương mà chính sách bảo trợ xã hội hướng đến “bảo vệ.”
- Kinh nghiệm từ các chương trình phúc lợi xã hội của Mỹ.
- Cơ sở của các chương trình phúc lợi của chính phủ là gì?
- Đánh giá các chương trình này như thế nào?

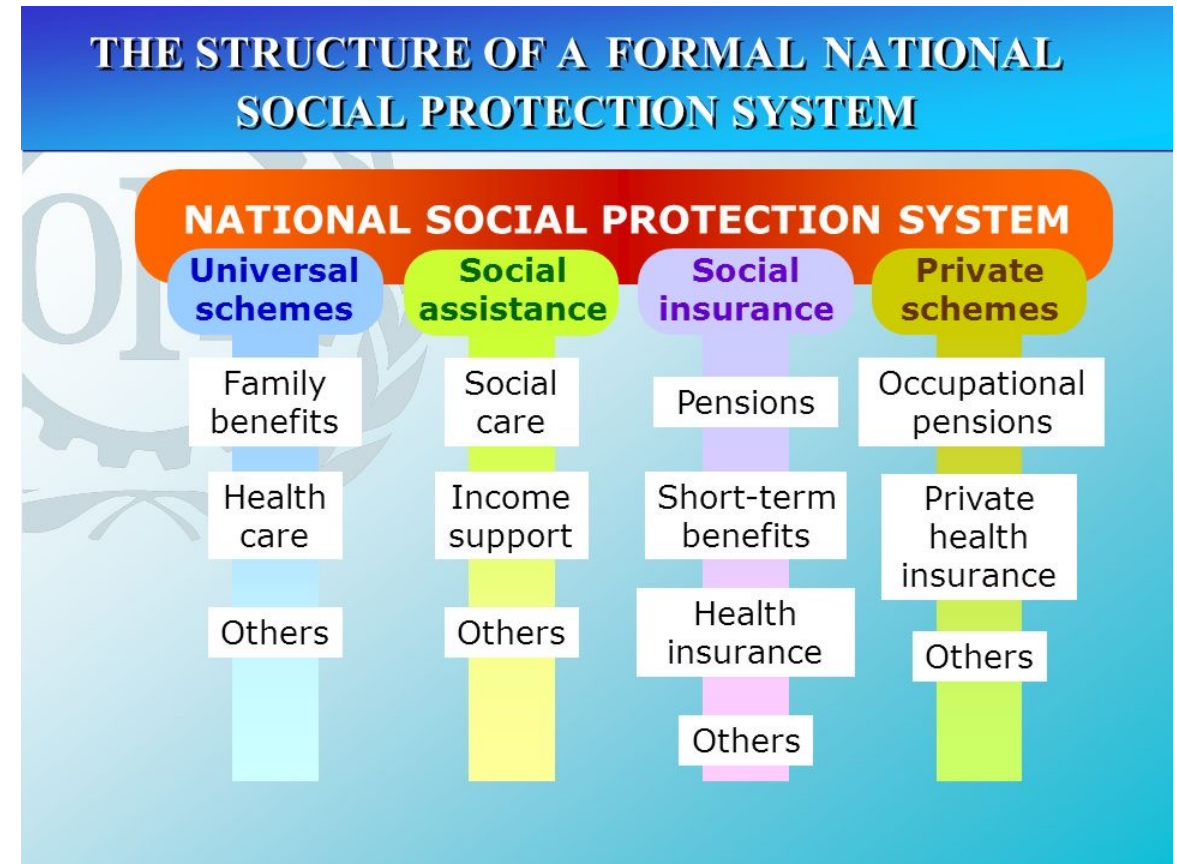
Hiểu như thế nào về bảo trợ xã hội?

- Một số hiểu bảo trợ xã hội theo nghĩa hẹp, tức là chính sách chuyên giao phúc lợi cho các nhóm đối tượng dễ gặp tổn thương.
- Một số nhà hoạch định chính sách đánh đồng bảo trợ xã hội với mạng lưới an sinh xã hội hay những can thiệp nhằm tạo cái đệm để người nghèo chống lại các cú sốc trong quá trình sản xuất và tiêu dùng.
- Một số khác có cách tiếp cận rộng hơn, bao gồm trợ cấp giáo dục, y tế, tạo việc làm, các chương trình tín dụng vi mô, cũng như mạng lưới an toàn cho các nhóm có thể dễ bị tổn thương trước những cú sốc, nhưng thường không được xem là những người nghèo nhất trong xã hội.
- Một quan điểm có thiên hướng ‘chính trị’ hay ‘chuyển hóa’ (transformative) mở rộng bảo trợ xã hội đến những khía cạnh công bằng, nâng cao năng lực, quyền hoạt động kinh tế, xã hội và văn hóa, thay vì chỉ bó khung trong vấn đề chuyên giao thu nhập và tiêu dùng cho xã hội.



Các công cụ của bảo vệ xã hội

- **Hỗ trợ xã hội [Bảo trợ]**
Trợ cấp bằng tiền mặt hay hiện vật cho người nghèo
Miễn phí y tế, giáo dục cho người nghèo
- **Bảo hiểm xã hội [Phòng ngừa]**
Hệ thống lương hưu
Bảo hiểm sức khỏe, thất nghiệp, mùa màng
- **Nâng cao năng suất [Thúc đẩy]**
Trợ giúp xã hội, dinh dưỡng học đường, phổ cập giáo dục
- **Khuôn khổ pháp lý [Chuyên hóa]**
Lương tối thiểu, chế độ thai sản, chống tham nhũng ...



Sự tổn thương



- Các khía cạnh khác nhau của sự tổn thương:
 - Kinh tế, chính trị, xã hội, văn hóa
- Sự tổn thương phụ thuộc vào:
 - Mức độ “phơi nhiễm” trước điều kiện tổn thương
 - Mức độ nhạy cảm trước điều kiện tổn thương
- Ví dụ: Tổn thương về mặt kinh tế
 - Khả năng duy trì thu nhập chấp nhận được một cách ổn định
 - Thu nhập tự mình sv. thu nhập từ bên ngoài
 - Khả năng sử dụng các cơ chế bảo hiểm:
 - Cá nhân, công cộng, phi chính thức
 - Đặc điểm (mức độ, tần suất) của các cú sốc
- *Tình trạng nghèo kinh niên và bị bỏ rơi về mặt xã hội làm khuyếch đại sự tổn thương về mặt kinh tế và xã hội*

Sự tổn thương

- Tình trạng dễ bị tổn thương làm tăng mức sợ rủi ro
 - Chuyển sang ngành nghề có thu nhập thấp nhưng ổn định
- Những rủi ro không được bảo hiểm làm giảm thu nhập, tài sản và tiêu dùng
 - Bán tài sản để chữa bệnh
- Những biện pháp chống đỡ với rủi ro có thể khiến người ta giảm mức sống tương lai, rơi vào bẫy nghèo đói
 - Giảm chi phí khám chữa bệnh, cho con thôi học
- Bảo trợ xã hội có thể giúp những người dễ bị tổn thương giảm rủi ro, và do vậy giảm tính dễ bị tổn thương



Một số chương trình phúc lợi chính ở Mỹ (1): AFDC và TANF

- AFDC là chương trình tiền mặt đầu tiên trong hệ thống phúc lợi của Mỹ, ra đời năm 1935
 - Kết hợp chương trình liên bang với tiểu bang
 - Chương trình đối ứng (matching programs)
- Thay thế bởi TANF năm 1997
 - Trợ cấp cả gói (block grants)
 - Chuyển cá nhân từ nhận phúc lợi sang lao động (gọi là từ phúc lợi đến việc làm)
- Chi tiết chương trình đã thay đổi:
 - Chương trình hỗ trợ có thẩm tra tài chính (means-tested): giảm phúc lợi khi thu nhập tăng

Một số chương trình phúc lợi chính ở Mỹ

(2): EITC

- **Tín dụng thuế thu nhập từ lao động (EITC)***: Hỗ trợ cho những gia đình thu nhập thấp và có con cái một khoản tiền tùy vào thu nhập và số con của họ.
 - EITC tăng dần khi thu nhập tăng (đạt đến 5.751 USD năm 2011), sau đó giảm dần khi thu nhập tăng.

Một số chương trình phúc lợi chính ở Mỹ

(3): SNAP

- *Chương trình tem phiếu thực phẩm* (Food Stamps Program - FSP): ra đời năm 1964, hỗ trợ người nghèo mua thực phẩm
 - Chính quyền liên bang chịu toàn bộ chi phí, quy định mức trợ cấp thống nhất
 - Trợ cấp phụ thuộc vào thước đo thu nhập
- Thay bởi *Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung* (Supplemental Nutrition Assistance Program – SNAP) năm 2008
- *Chương trình Bổ sung Dinh dưỡng Đặc biệt cho Phụ nữ, trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ* (Special Supplement Nutrition Programs for Women, Infants, and Children – WIC)

Một số chương trình phúc lợi chính ở Mỹ

(4): Medicaid

- Chương trình nhằm hỗ trợ y tế cho người nghèo, đặc biệt là trẻ em nghèo, dịch vụ chăm sóc y tế cho người khuyết tật, dịch vụ dưỡng lão cho phần lớn người già.
- Medicaid là chương trình đối ứng: chính quyền liên bang thanh toán từ 50-83% chi phí, tùy theo thu nhập bq. đầu người tiểu bang.
- Tiểu bang được quyết định điều kiện về tư cách nhận trợ cấp và phạm vi bảo hiểm.
- Tiêu chuẩn tham gia Medicaid dựa vào kiểm tra ngưỡng (threshold test): người có thu nhập trên ngưỡng không đủ tiêu chuẩn

Một số chương trình phúc lợi chính ở Mỹ (5): Nhà ở

- *Chương trình Tem phiếu Lựa chọn Nhà ở (Housing Choice Voucher):*
 - người thụ hưởng nhận được một khoản tiền cố định để chi tiêu cho nhà ở.
- *Chương trình nhà ở công cộng:*
 - Nhận tài trợ từ Bộ nhà ở và phát triển đô thị (HUD) để xây dựng, vận hành, sửa sang nhà ở thuộc sở hữu của người địa phương)
 - được thay bằng các chương trình khác nhằm cải thiện động cơ khuyến khích.
- *Chương trình tín dụng thuế nhà ở thu nhập thấp (LIHTC):*
 - trợ cấp cho việc mua, xây dựng hoặc cải tạo nhà thuê cho hộ gia đình thu nhập thấp).

Các chức năng của chính sách phúc lợi

- **Chức năng bảo vệ**
 - Chống lại hậu quả tiêu cực từ công việc
 - Duy trì khả năng làm việc và bảo vệ khỏi sự lạm dụng
 - Các tác động bên ngoài
- **Chức năng phân phối**
 - Thu nhập là phương tiện sống và tái sản xuất sức lao động
 - Phúc lợi và của cải
- **Chức năng phân phối lại**
 - Giữa các cá nhân và liên thời gian
- **Chức năng nâng suất**
 - Nâng cao năng suất lao động (y tế, giáo dục, đào tạo v.v.)
 - Tạo ra sự ổn định xã hội để duy trì và cải thiện năng suất



Tại sao phải thực hiện chính sách phúc lợi xã hội?

- Đầu tư vào con người giúp nâng cao năng lực và năng suất của lực lượng lao động, cải thiện môi trường đầu tư.
- Tăng thu nhập cho người nghèo góp phần làm tăng sức cầu, từ đó khuyến khích tăng trưởng; tiêu dùng nhiều hơn cũng đóng góp làm tăng quy mô thị trường.
- Xã hội càng bất bình đẳng thì càng dễ kìm hãm sức tăng trưởng kinh tế.
- Đối với trẻ em, nghèo đói và suy dinh dưỡng làm tổn hại đến sức khỏe, thể chất và trí thông minh, từ đó ảnh hưởng đến năng suất và sự sáng tạo.
- Bảo vệ phụ nữ và trẻ em gái mang lại nhiều tác động tích cực đối với phát triển kinh tế và xã hội.
- Bất bình đẳng xã hội sẽ không đảm bảo cho một xã hội ổn định trong dài hạn.
- Bất bình đẳng hay căng thẳng xã hội thường dẫn đến các xung đột bạo lực mà kết cục là gây mất ổn định, là mầm mống hình thành nên các đối tượng chống đối hay các hành vi khủng bố.
-

Cơ sở của các chương trình phúc lợi của chính phủ

- Các thị trường có thể dẫn tới kết cục hiệu quả nhưng không nhất thiết là sự phân phối thu nhập được xã hội chấp nhận.
- Các chương trình phúc lợi tập trung vào một khía cạnh của sự phân phối thu nhập: những người ở đáy.
- Quan điểm: Xã hội văn minh không thể để mặc cho những cá nhân chịu đói, chịu chết do không được chăm sóc sức khỏe đầy đủ.
- Sự hiểu biết rằng có một mạng lưới an toàn (safety net) làm tăng cảm giác về an ninh kinh tế, và do đó làm tăng sự hài lòng.
- Chương trình phúc lợi không phải là một phần của bảo hiểm xã hội (cá nhân phải đóng một phần chi phí) nhưng chúng thực hiện chức năng của bảo hiểm: cấp vốn để cá nhân vượt qua khó khăn.
- Các chương trình mạng lưới an toàn và bảo hiểm xã hội gọi chung là **Bảo vệ xã hội** (social protection).

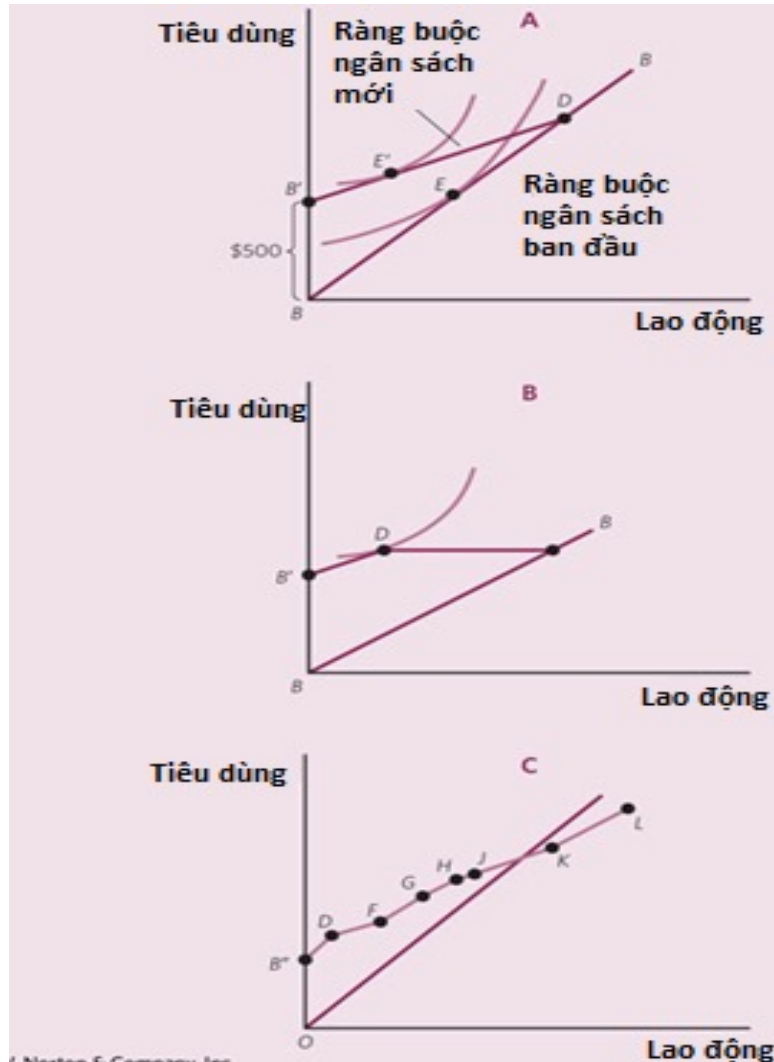
Vấn đề phân tích

- Tranh luận tập trung vào khía cạnh công bằng và động cơ khuyến khích
 - Chương trình phúc lợi có khuyến khích lao động không?
 - Làm sao để cá nhân chuyển từ nhận phúc lợi sang lao động một cách hiệu quả?
 - Các chương trình trợ cấp bằng tiền mặt có gây ra tác động bất lợi không?
 -



Khía cạnh cung lao động

Tác động của chương trình phúc lợi đến cung lao động



(A) Phiên bản được cách điệu hóa của chương trình phúc lợi trước năm 1979, các khoản trợ cấp bị cắt giảm nếu cá nhân kiếm được nhiều tiền hơn. Cả hai tác động thu nhập và thay thế đều dẫn đến lao động giảm.

(B) Phiên bản được cách điệu hóa của chương trình phúc lợi sau năm 1979, khi phúc lợi giảm theo tỷ lệ 1:1, với điều kiện là thu nhập vượt quá mức tối thiểu. Không ai làm việc nhiều hơn mức này.

(C) Phiên bản được đơn giản hóa của hệ thống hiện tại, với TANF, EITC và tem phiếu thực phẩm.

Tác động khuyến khích của các chương trình phúc lợi

- EITC tạo động cơ khuyến khích tích cực để tham gia vào lực lượng lao động.
- Các chương trình phúc lợi không khuyến khích làm việc với thời gian dài hơn; khi làm việc với thời gian dài hơn, thuế suất biên ở mức cao.
- Trợ cấp với các mức ngưỡng – nó sẽ biến mất nếu thu nhập vượt quá một mức nhất định – có tác động khuyến khích ngược gần với mức cắt giảm.

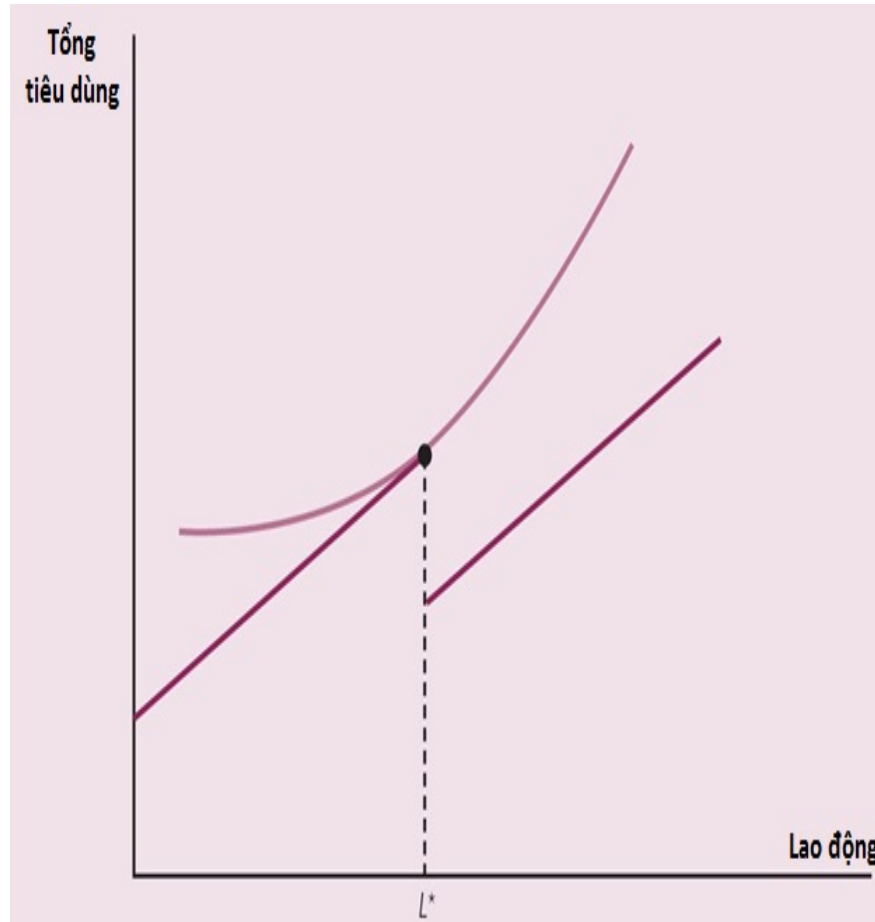
Tái phân phối bằng tiền mặt so với bằng hiện vật

- Một số chỉ trích với chương trình trợ cấp bằng hiện vật:
 - Phân bổ nguồn lực **kém hiệu quả** khi có tác động thay thế
 - Cố gắng thay đổi quyết định tiêu dùng của cá nhân là không thích đáng, mang tính **gia trưởng**
 - **Tồn kém chi phí** quản lý (tiêu chí để xác định và phân loại người được nhận hỗ trợ)



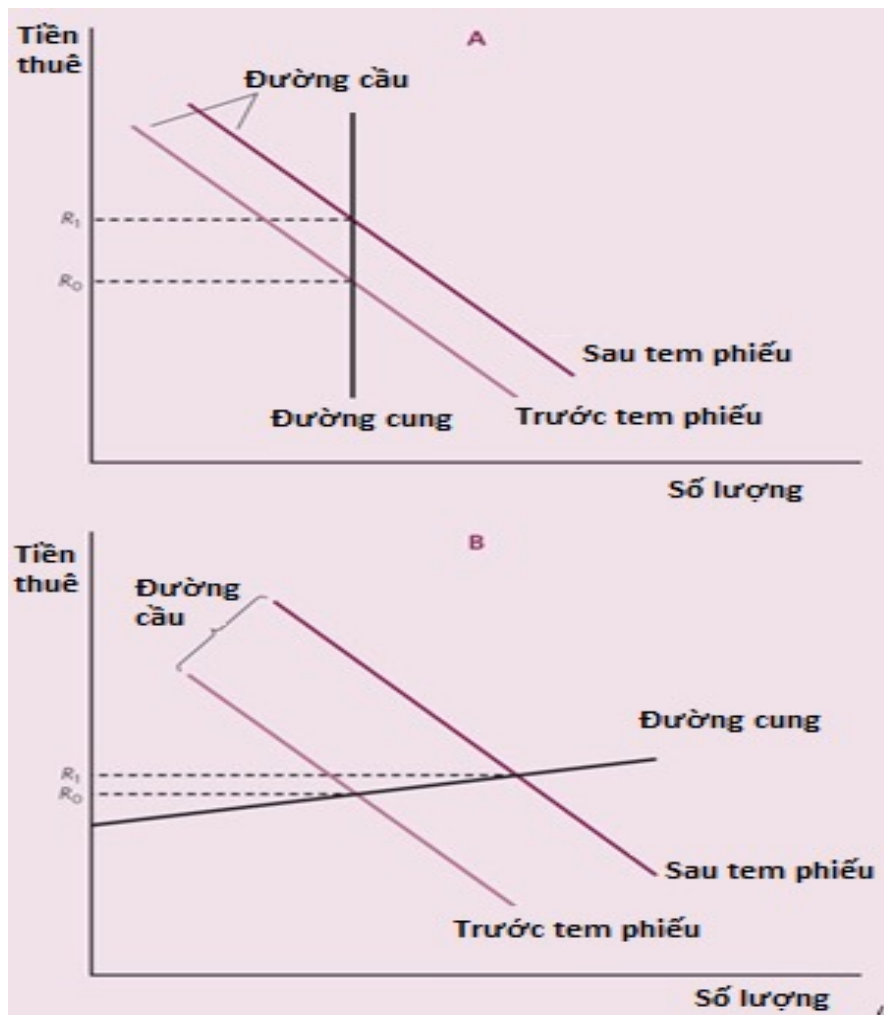
Medicaid và tác động của ngưỡng

Tác động của ngưỡng đến cung lao động



Các chương trình như Medicaid, với quy định về mức thu nhập mà cá nhân trên mức này sẽ mất tư cách nhận trợ cấp, không khuyến khích lao động.

Cân bằng thị trường nhà ở khi có tem phiếu



Tem phiếu làm dịch chuyển đường cầu sang phải. (A) Trong ngắn hạn, cung là không co giãn. Tác động chủ yếu là lên giá. Những người không được nhận tem phiếu bị thiệt do tiền thuê tăng.

(B) Trong dài hạn, cung co giãn hơn. Tuy nhiên, trừ khi đường cung dài hạn nằm ngang, tiền thuê vẫn sẽ tăng lên.

Trợ cấp bằng hiện vật

- **Ứng hộ:**

- Mục tiêu viện trợ nơi nào cần thiết nhất
- Chủ nghĩa bình quân đặc trưng
- Lợi ích chính trị

- **Phản đối:**

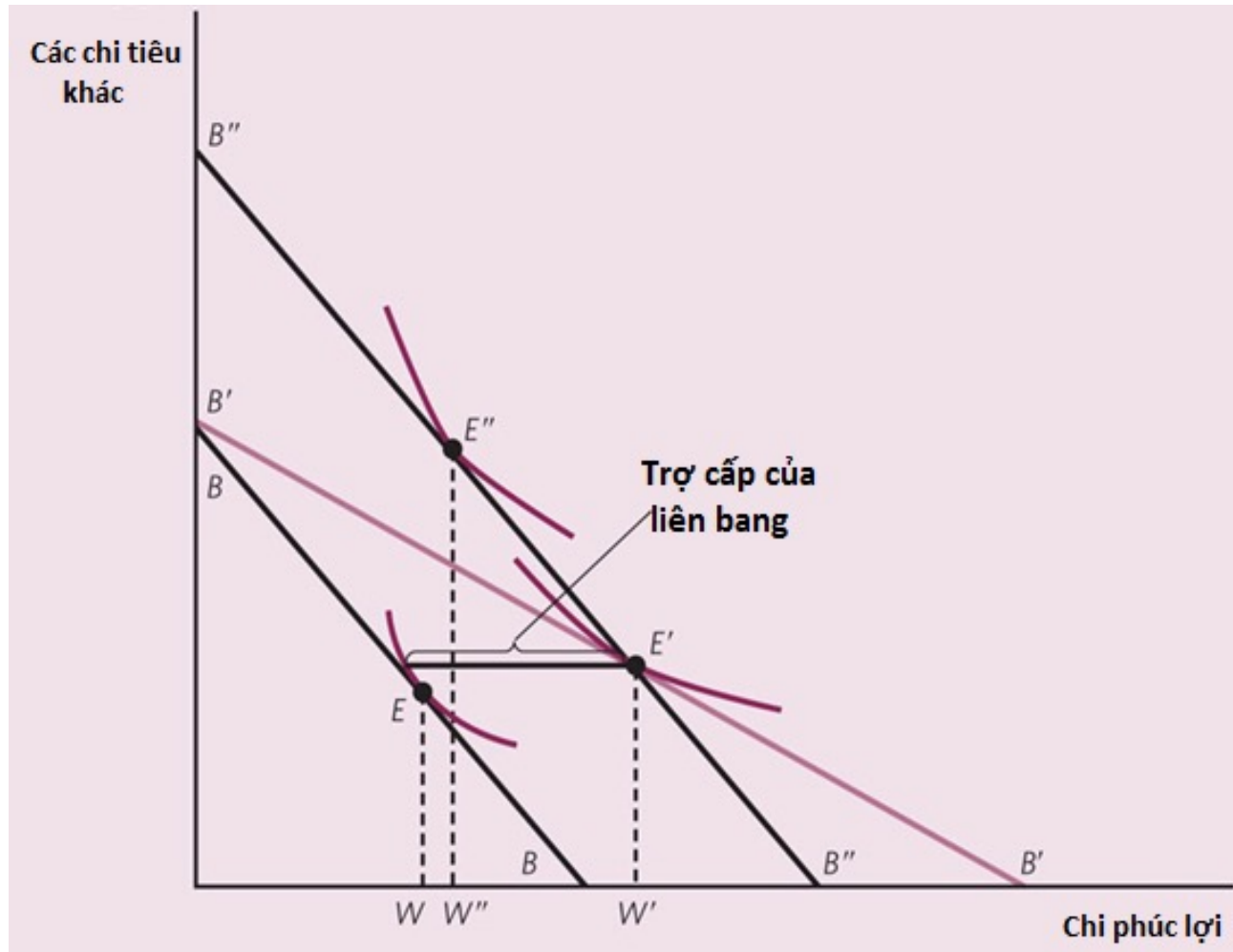
- Chi phí quản lý cao
- Không hiệu quả (biến dạng): người nhận trợ cấp có thể đạt được thỏa mãn tương đương với chi phí thấp hơn
- Các luật lệ làm biến dạng trầm trọng hơn: SNAP khuyến khích tiêu dùng cho nhà ở
- Không hiệu quả (chi tiêu cho những mặt hàng như thực phẩm thường không tăng nhiều)
- Mang tính gia trưởng



Trợ cấp chọn lọc so với trợ cấp trên diện rộng

- Ủng hộ trợ cấp chọn lọc:
 - Mục tiêu viện trợ nơi nào cần thiết nhất, giảm tác động biến dạng và chi phí
- Phản đối trợ cấp chọn lọc:
 - Không công bằng khi đối xử với những người nghèo khác nhau theo cách khác nhau
 - Tác động biến dạng trong việc đáp ứng tiêu chuẩn hưởng trợ cấp (tác động của TANF đến sự chia rẽ gia đình)
 - Chi phí quản lý cao

Phản ứng của chính quyền địa phương đối với trợ cấp trọn gói



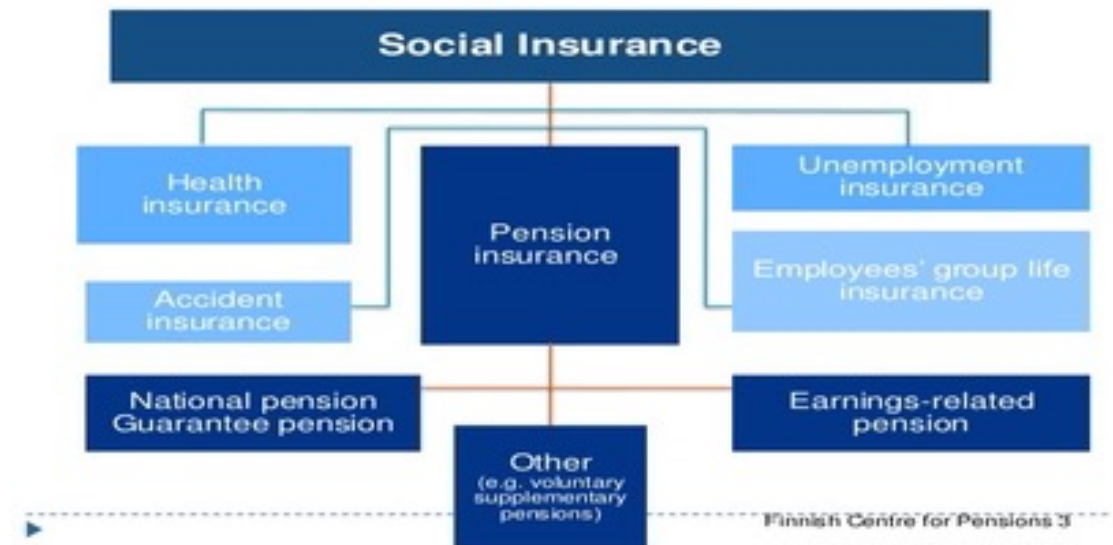
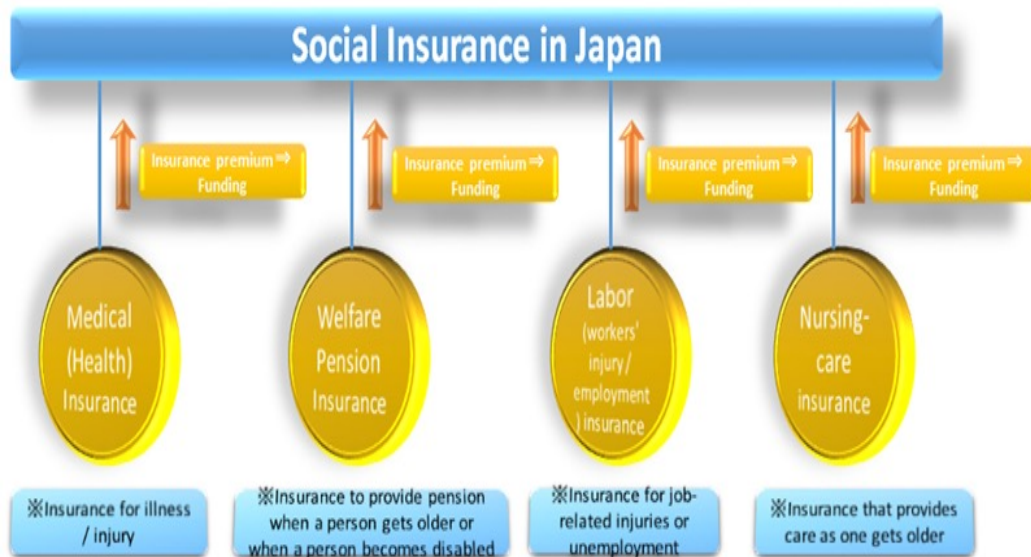
Việc chuyển từ hệ thống trợ cấp đối ứng sang trợ cấp cả gói với một số tiền như nhau nhiều khả năng sẽ làm giảm chi tiêu cho phúc lợi.

BẢO HIỂM XÃ HỘI

- Bảo hiểm xã hội là gì? Vì sao chính phủ cung cấp bảo hiểm xã hội?
- Thất bại cụ thể nào của thị trường là cơ sở cho sự can thiệp của chính phủ?
- Những vấn đề tài chính mà các chương trình bảo hiểm xã hội phải đối mặt?
- Những vấn đề bất bình đẳng và không hiệu quả liên quan đến thiết kế chương trình BHXH là gì?
- Nên giải quyết những vấn đề này như thế nào?

Nguồn gốc bảo hiểm xã hội

- Trước 1935, tư nhân cung cấp bảo hiểm nhân thọ chứ không phải bảo hiểm hưu trí.
- Đại suy thoái: nhiều người cao tuổi bị mất việc làm và gần như không có viễn cảnh được tuyển dụng trở lại cũng như không có tiềm lực hỗ trợ.
- Hệ thống an sinh xã hội được dự định là đảm bảo cho tất cả mọi người cao tuổi có ít nhất một mức hỗ trợ tối thiểu.



Tại sao nhà nước phải can thiệp?

- Chi phí giao dịch cao
 - Đa số chương trình niên kim tư nhân có suất sinh lợi kỳ vọng thấp (so với lãi suất thị trường)
 - Chi phí hành chính cao, hoa hồng cho người bán bảo hiểm
 - Chính sách “hái cherry”: chọn rủi ro thấp nhất hoặc chấp nhận rủi ro cao với phí rất cao
- Giảm thiểu rủi ro
 - Mục đích của bảo hiểm là làm giảm rủi ro, nhưng tư nhân thường không làm tốt việc giảm rủi ro.
- Thiếu liên kết với thị trường
 - BH tư nhân gắn với chỉ số thị trường chứng khoán
 - BH nhà nước gắn với chỉ số giá thị trường (lạm phát)



Thất bại thị trường: Thông tin bất cân xứng

- Lựa chọn ngược
 - Quá trình mà theo đó chỉ có những người có rủi ro tồi tệ nhất mua bảo hiểm tư nhân
 - Nhà nước bắt buộc tất cả mọi cá nhân phải mua bảo hiểm.
- Tâm lý y lại
 - Bảo hiểm có thể làm giảm đi khuyến khích để cá nhân tránh sự cố đã được bảo hiểm
 - Nhà nước cũng đối mặt với vấn đề tương tự

Bảo hiểm hưu trí là hàng hóa khuyến dụng

- Nếu xã hội tin rằng nó không thể tán thành việc một người già chịu đau khổ vì anh ta hay cô ta đã thất bại trong việc dành dụm vật chất đầy đủ cho những năm hưu trí
- Và nếu một số các cá nhân không thể tự mình dành dụm vật chất đầy đủ cho thời gian hưu trí của họ, thì có tranh luận ủng hộ *việc thúc ép* các cá nhân phải là
- Những người dành dụm vật chất cho thời gian về hưu của họ có thể cảm thấy không công bằng đối với mình khi phải chịu gánh nặng của những người đã có thể dành dụm vật chất đầy đủ cho thời kỳ hưu trí của mình nhưng đã không nhìn xa để làm như vậy.
- Theo quan điểm này, bảo hiểm hưu trí (và bảo hiểm nhân thọ) là những hàng hóa khuyến dụng mà một chính phủ gia trưởng bắt buộc cá nhân này coi là hàng hóa riêng của anh ta hay cô ta.

Động cơ tiết kiệm

- An sinh xã hội có thể có tác động ngược lên tiết kiệm:
 - Giảm sự cần thiết đối với tiết kiệm cho hưu trí.
 - Tiết kiệm đã giảm có thể dẫn tới đầu tư thấp hơn và tăng trưởng năng suất lao động thấp hơn.
- GS. Martin Felstain (Đại học Harvard và nguyên Chủ tịch Hội đồng các nhà cố vấn kinh tế): An sinh xã hội có thể dẫn đến tiết kiệm tư nhân tại Hoa kỳ giảm tới 60%.
- Những người khác lại tranh luận rằng những tác động này nhỏ hơn nhiều và rằng hệ thống này có thể thực tế đã khuyến khích tiết kiệm (Danziger et al. 1981).

Cung lao động

- An sinh xã hội có thể có một tác động ngược lên cung lao động:
 - Tác động nói chung có lẽ nhỏ.
 - Tác động có thể lớn hơn đối với những công nhân già hơn.
- Michael Hurd (ĐH Tiểu bang New York tại Stony Brook) và Michael Boskin (ĐH Standford): suy giảm trong tham gia lực lượng lao động giữa năm 1968 và 1996, trên thực tế, chủ yếu là do gia tăng thực sự trong các quyền lợi An sinh xã hội.
- Các chương trình chính phủ có cả các tác động thu nhập và các tác động thay thế.
 - Tác động thu nhập: người già dùng một phần trong thu nhập gia tăng này dưới dạng có thêm thời gian rỗi rãi – nghỉ hưu sớm.
 - Tác động thay thế: An sinh xã hội làm thay đổi các khoản thu từ việc đi làm. => tạo ra tình trạng không hiệu quả.

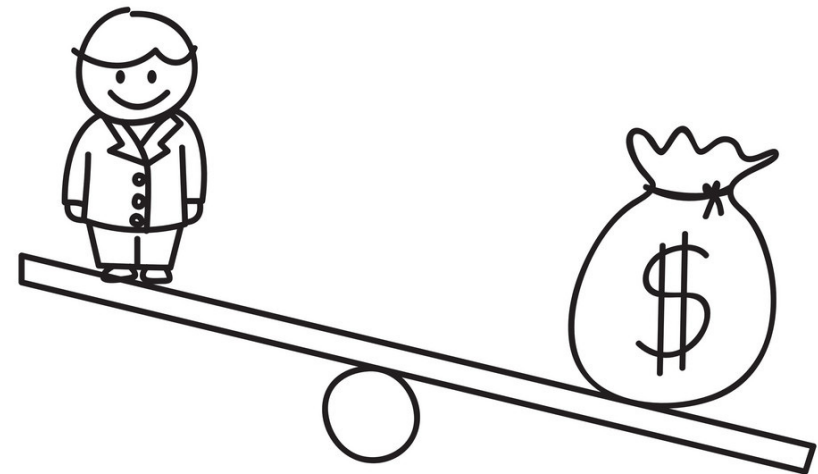
Bất bình đẳng

- Những người mua bảo hiểm cháy nổ mà không bị vụ cháy nào thì “bị lỗ”, và những người có nhà bị cháy thì “được lợi.”
- Những người sống lâu nhận lại nhiều hơn hẳn những gì họ đóng góp, trong khi những người chết trước khi về hưu nhận lại ít hơn.
- Đối với đa số nhà quan sát, điều này không phải là bất bình đẳng, khi mà những người nhận được sự tái phân phối này vẫn còn là “xứng đáng”, theo nghĩa nào đó.



Cải cách an sinh xã hội hướng đến cân đối tài chính

- Giảm chi tiêu
 - Thay đổi công thức tính quyền lợi
 - Điều chỉnh độ tuổi nghỉ hưu bình thường
 - Điều chỉnh chỉ số chi phí sinh hoạt
 - Kiểm định tiềm lực đối với quyền lợi bảo hiểm
- Tăng nguồn thu
 - Mở rộng các khoản thanh toán về thu nhập của an sinh xã hội vào diện chịu thuế
- Cải tổ cấu trúc
 - Đầu tư các quỹ tín thác vào cổ phần
 - Tư nhân hóa



Tư nhân hóa an sinh xã hội

CÁC LỢI ÍCH

Tăng tiết kiệm

Cưỡng chế giới hạn
cứng cho ngân sách

Tăng suất sinh lợi

CÁC BẤT LỢI

Có thể có cùng tác động như vậy bằng cách chuyển sang hệ thống An sinh xã hội được tài trợ trọn vẹn.

Giới hạn khả năng tham gia vào tái phân phối và chia sẻ rủi ro trong và giữa các thế hệ.

Các chi phí giao dịch cao hơn có thể thực ra làm giảm suất sinh lợi – có lẽ đáng kể.

Các suất sinh lợi cao hơn chỉ thu được là do rủi ro cao hơn, đưa bảo hiểm hưu trí vào thảm họa.

Việc chuyển hệ đòi hỏi các loại thuế để tài trợ cho trách nhiệm chưa được tài trợ, làm giảm phúc lợi đối với các thế hệ liên quan tới chuyển hệ.

Nếu các cá nhân đầu tư vào các đầu tư rủi ro quá mức thì họ có thể trở thành các gánh nặng cho xã hội khi về già; Việc tránh điều này đã là một lý do đưa An sinh xã hội lên vị trí hàng đầu.

Các trục trặc nảy sinh trong quá trình xây dựng và thực thi các chính sách an sinh xã hội của chính phủ

- **Thiếu thông tin:**

- Các chính sách được thiết kế trên nền tảng thông tin không rõ ràng hoặc là do một sự áp đặt chủ quan hoặc cái gọi là “ý tưởng” của một vài người.

- **Thiếu tương thích giữa các mục tiêu, các ưu tiên và ngân sách:**

- Lẫn lộn mục tiêu hoặc sự xung đột mục tiêu
- Mục tiêu đúng nhưng chiến lược và kế hoạch hành động không được thiết kế dựa vào đó;
- Chiến lược và kế hoạch hành động đúng nhưng không xác định được mục tiêu, các công cụ đánh giá và thời hạn chót;
- Mục tiêu, chiến lược và kế hoạch hành động đúng nhưng không đi kèm với sự ưu tiên trong phân bổ ngân sách phù hợp.

- **Thiếu sự tham gia:**

- Nhà nước, người dân, các tổ chức dân sự
- Không được tham gia, tham gia hạn chế, hoặc tham gia có tính hình thức.

- **Thiếu hiểu biết về sự tương tác giữa các chính sách kinh tế và xã hội:**

- Nhiều nhà hoạch định chính sách xã hội không hiểu biết về các chỉ báo kinh tế;
- Nhiều nhà hoạch định chính sách kinh tế thường không quan tâm đến khía cạnh phát triển xã hội và các vấn đề thuộc phạm trù công bằng.

Phạm vi đánh giá chính sách an sinh xã hội

- **Tác động xã hội**
 - Phạm vi của chính sách
 - Đối tượng hưởng lợi từ chính sách
- **Các lợi ích và chi phí**
 - Độ bao phủ
 - Chi phí chính sách
 - Chi phí quản lý
 - Lợi ích xã hội dài hạn và ngoại tác đối với phát triển
 - Chi phí cơ hội của chính sách và các lựa chọn thay thế
- **Các vấn đề quản trị**
 - Năng lực quản trị chính sách
 - Sự thất thoát nguồn lực
 - Sự tham gia và trách nhiệm đối với người dân
- **Tính bền vững và khả năng tài chính:**
 - Cam kết chính trị vững chắc?
 - Có đủ không gian tài khóa để thực thi và theo đuổi chính sách?