

Nhập môn chính sách công và phân tích thể chế

Ghi chú Bài giảng 8

Sự phụ thuộc vào lối mòn

Hôm nay chúng ta bắt đầu bằng các thí nghiệm về xác suất. Có một lọ thủy tinh đựng 20 viên kẹo nâu và 20 viên kẹo trắng. Chúng ta sẽ bốc một viên kẹo, sau đó bỏ trở lại và lại bốc một viên kẹo khác. Xác suất của việc bốc được hai viên kẹo nâu trong lượt đầu là bao nhiêu? Câu trả lời khá đơn giản:

Khả năng bốc được viên kẹo nâu đầu tiên = $20/40 = 1/2$

Khả năng bốc được viên kẹo trắng đầu tiên = $20/40 = 1/2$

Khả năng bốc được viên kẹo nâu thứ hai = $20/40 = 1/2$

Khả năng bốc được viên kẹo trắng thứ hai = $20/40 = 1/2$

Như vậy xác suất là:

$$NT = 0.5 \times 0.5 = 0.25$$

$$NN = 0.5 \times 0.5 = 0.25$$

$$TN = 0.5 \times 0.5 = 0.25$$

$$TT = 0.5 \times 0.5 = 0.25$$

Xác suất của việc bốc hai viên kẹo nâu trong một lượt là $0.5 \times 0.5 = 0.25$. Chúng ta có một phần tư khả năng bốc được hai viên kẹo nâu, $1/4$ khả năng được hai viên kẹo trắng, và $1/2$ khả năng có được một trắng một nâu.

Nếu không bỏ lại vào lọ viên kẹo thứ nhất thì sao? Lúc đó tình huống sẽ rắc rối hơn. không bỏ vào lại thì xác suất thay đổi theo lần bốc thứ hai:

Nếu lần bốc đầu tiên là viên kẹo nâu:

Khả năng bốc được viên kẹo nâu đầu tiên = $20/40 = 0.50$

Khả năng bốc được viên kẹo trắng đầu tiên = $20/40 = 0.50$

Khả năng bốc được viên kẹo nâu thứ hai = $19/39 = 0.487$

Khả năng bốc được viên kẹo trắng thứ hai = $20/39 = 0.513$

$$NT = 0.5 \times 0.513 = 0.2565$$

$$NN = 0.5 \times 0.495 = 0.2475$$

$$TN = 0.5 * 0.505 = 0.2565$$

$$TT = 0.5 * 0.495 = 0.2435$$

Như vậy xác suất bốc hai viên kẹo nâu là $0.5 \times 0.495 = 0.2435$, hơi thấp hơn 25% trong một lần.

Giả sử ta chọn NN trong hai lần bốc thứ nhất. Xác suất của việc bốc trúng một viên kẹo nâu khác là gì?

$$\text{Khả năng bốc viên kẹo nâu trong lần thứ ba} = 18/38 = 0.474$$

Nói cách khác, càng ít viên kẹo nâu còn lại, thì khả năng bốc được kẹo nâu càng thấp. Chúng ta không cần tính toán hết, nhưng nếu tính đủ thì sẽ thấy việc chọn được viên kẹo trắng và nâu là có thể đoán được. Có hoặc không có bỏ lại thì chúng ta sẽ bốc được kẹo nâu với khả năng là $\frac{1}{2}$, và có khuynh hướng không đi lệch xa khỏi xác suất này. Việc chọn kẹo nâu hay kẹo trắng trước là không quan trọng. Hệ xác suất khá ổn định và luôn có khuynh hướng 50-50 cho việc bốc kẹo trắng hay nâu.

Nếu thí nghiệm khác đi thì thế nào? Lần này chúng ta sẽ thay thế mỗi viên kẹo chọn được với hai viên có cùng màu. Ví dụ, nếu bốc được kẹo nâu trước:

$$\text{Khả năng bốc được viên kẹo nâu đầu tiên} = 20/40 = 0.50$$

$$\text{Khả năng bốc được viên kẹo trắng đầu tiên} = 20/40 = 0.50$$

$$\text{Khả năng bốc được viên kẹo nâu thứ hai} = 21/41 = 0.512$$

$$\text{Khả năng bốc được viên kẹo trắng thứ hai} = 20/41 = 0.487$$

$$NT = 0.5 * 0.487 = 0.2435$$

$$NN = 0.5 * 0.512 = 0.256$$

$$TN = 0.5 * 0.487 = 0.2435$$

$$TT = 0.5 * 0.512 = 0.256$$

Như vậy xác suất bốc hai viên kẹo nâu là 0.256, nhỉnh hơn $\frac{1}{4}$ khả năng.

Khả năng bốc được kẹo nâu thứ ba sau khi đã bốc hai viên nâu trước đó là $22/42 = 0.524$. Nói cách khác, chúng ta càng chọn nhiều kẹo nâu thì càng có khả năng sẽ bốc được kẹo nâu lần tiếp theo.

Thí nghiệm sau cùng này được gọi là “bài toán lọ xác suất của Polya”. Kết quả là nội dung bên trong lọ thủy tinh thay đổi theo thời gian một cách khó đoán. Giá trị quan sát được là càng có khả năng quan sát được lần nữa. Mỗi lần chọn lại làm tăng xác suất chọn cùng màu, cho nên kết quả là không ổn định. Chúng ta gọi đây là sự phụ thuộc lối mòn, vì những lần chọn trong tương lai không bằng nhau về khả năng nhưng lại phụ thuộc

vào những gì đã xảy ra. Ý chính của khái niệm này là lịch sử là quan trọng. Chúng ta chỉ biết được mình đến hiện trạng này bằng cách nhìn vào con đường đã đi qua.

Sự phụ thuộc lối mòn là khái niệm quan trọng trong kinh tế học và trong hoạch định chính sách. Một trong những ví dụ nổi tiếng nhất là việc nghiên cứu thay đổi công nghệ. Trong một bài báo được nhiều người biết đến, nhà kinh tế Paul David cho thấy một khi công nghệ được chọn thì nó trở nên “khóa chặt”, khiến cho ngay cả những công nghệ ưu tú hơn cũng khó thay thế.¹ Ví dụ của tác giả là bàn phím đánh máy QWERTY mà chúng ta sử dụng ngày hôm nay. Bạn có thể tự hỏi tại sao các chữ cái có trật tự như trên bàn phím máy tính của chúng ta. Có phải để đánh chữ nhanh? Để sử dụng? Không, thực tế trật tự chữ cái được thiết kế để đánh *chậm hơn*, không phải nhanh hơn. Căn nguyên là những máy đánh chữ thời sơ khai thường bị kẹt khi người sử dụng đánh quá nhanh. Do đó, mặt bàn phím được thiết kế để đảm bảo rằng người dùng không đánh máy quá nhanh.

Nhưng một khi người ta đã học quen với bàn phím mới, thì họ muốn duy trì nó. Họ không muốn mất thời gian học đánh chữ trên bàn phím mới, ngay cả khi bàn phím mới có thể giúp họ đánh máy nhanh hơn.

Phụ thuộc lối mòn do đó liên quan đến khái niệm *suất sinh lợi tăng dần theo qui mô*. Khái niệm này phát sinh khi chi phí sản xuất vật gì đó giảm đi theo sự gia tăng sản lượng, hay lợi nhuận tăng trên mỗi đơn vị được sản xuất thêm. Ví dụ, hoạt động sản xuất thường có suất sinh lợi tăng dần theo qui mô. Người ta thường hiểu phổ biến là hoạt động lắp ráp ô tô sẽ rẻ hơn trên mỗi đơn vị khi có thêm đơn vị ô tô được lắp ráp ngay cả khi đã ở cấp độ sản xuất cao.

Sự phụ thuộc lối mòn liên quan thế nào đến suất sinh lợi tăng dần theo qui mô? Lấy ví dụ máy đánh chữ QWERTY. Nếu chỉ có 10 người sử dụng bàn phím QWERTY thì sẽ dễ dàng thay thế nó với một thiết kế khác hiệu quả hơn. Nhưng một khi cả triệu người đã học cách sử dụng nó, thì chi phí đào tạo lại những người này là rất lớn. Do đó bàn phím được thiết kế tốt hơn phải chứng minh được lợi thế hiệu quả cho những người dùng mới phải đủ lớn để bù đắp *chi phí đào tạo lại* cho tất cả người dùng bàn phím QWERTY. Khi tổng số người dùng QWERTY đã đạt đến một tỉ, thì công nghệ này hầu như không thể thay thế. Chi phí đào tạo lại là quá lớn.

Sự phụ thuộc lối mòn cũng tác động đến thương mại. Paul Krugman đã chỉ ra rằng các nước và khu vực chuyên môn hóa vào sản xuất một số sản phẩm nhất định là vì họ đã có một khởi đầu sớm. Một khi quốc gia đó đã tự thiết lập trên thị trường, thì nó sẽ thu hút các doanh nghiệp cung ứng và lao động có tay nghề. Chính phủ cũng sẽ đầu tư vào

¹ Paul David (1985) “Clio and the Economics of QWERTY,” *American Economic Review*, 75, 332-337.

cơ sở hạ tầng chuyên môn hóa để giúp các ngành phát triển.² Các doanh nghiệp cạnh tranh sẽ chọn cùng địa điểm này để hưởng lợi từ hệ thống cơ sở hạ tầng. Do đó thung lũng Silicon ở California chuyên môn hóa vào công nghệ thông tin, còn Thụy Sĩ thì nổi tiếng về đồng hồ.

Các chính sách cũng có tính sinh lợi tăng dần và “khóa chặt” vì chúng lập ra những qui định và các thể chế vốn rất tốn kém để thay đổi.³ Chăm sóc y tế là một ví dụ tốt cho thấy một khi chúng ta xác định hướng đi và thực hiện theo hướng đi đó thì việc đổi hướng sẽ càng tốn kém như thế nào. Đại đa số người Mỹ đều đã có bảo hiểm cho mình và gia đình, nên họ không muốn thay đổi. Chủ lao động đã chi trả hoặc trợ cấp cho việc chăm sóc y tế của họ. Giới chủ lao động sẽ muốn những hợp đồng bảo hiểm này ít tốn kém, nhưng họ e rằng nếu chuyển sang cơ chế chỉ một bên chi trả, thì hệ thống được nhà nước tài trợ sẽ đồng nghĩa với việc tiền thuế của họ sẽ tăng lên. Những người về hưu muốn bảo vệ chương trình Medicare mà chính phủ dành cho họ nhưng họ lại không muốn mở rộng ra cho những người trẻ hơn. Các công ty bảo hiểm kiếm hàng tỉ đô-la nhờ bán bảo hiểm y tế, chắc chắn họ không muốn mọi chuyện thay đổi. Giới bác sĩ và bệnh viện cũng lo lắng hệ thống chăm sóc y tế phổ cập sẽ áp dụng với những hạn định về phí và lệ phí, hay hạn định về số lượng qui trình xét nghiệm tốn kém mà họ có thể thực hiện.

Chúng ta có lẽ đã đọc thông tin trên báo chí về cuộc tranh luận y tế ở Mỹ. Chính quyền Obama đưa cải cách y tế làm ưu tiên hàng đầu trong nước. Không khó để thấy tại sao. Có khoảng 57 triệu người Mỹ hoặc gần 20% dân số không được bảo hiểm y tế. Có nghĩa là nhiều người Mỹ không thể đi bác sĩ hay bệnh viện khám bệnh. Hiệp hội y khoa Mỹ, hiệp hội bác sĩ chuyên nghiệp quan trọng, ước tính rằng có 45 ngàn người chết trẻ hàng năm vì không có bảo hiểm y tế. Một triệu người bị buộc phá sản vì không đủ tiền trang trải cho bác sĩ hay viện phí.

Người ta có thể nghĩ rằng khi nhiều người không thể tiếp cận chăm sóc y tế, thì ít ra chi phí y tế không phải là gánh nặng lớn đối với nền kinh tế. Nhưng thực tế diễn ra ngược lại. Mỹ chi 18% GDP cho chăm sóc y tế - gấp đôi tính theo tỉ trọng thu nhập của hầu hết các nước công nghiệp khác. Nhưng khoản chi tiêu thêm này không chuyển thành kết quả y tế tốt hơn. Người Mỹ có tuổi thọ kỳ vọng thấp hơn công dân hầu hết các nước giàu khác, và có nhiều trẻ em chết trước khi được 5 tuổi.

Điều gì đang xảy ra? Vấn đề chính là hầu hết người Mỹ có bảo hiểm y tế từ hai nơi. Đa số người làm công ở độ tuổi lao động được bảo hiểm bởi công ty tư nhân, và chủ lao động sẽ trả tất cả hay phần lớn chi phí bảo hiểm. Người Mỹ tuổi trên 65 nhận bảo hiểm cơ bản từ chính phủ thông qua chương trình Medicare, và họ cũng có thể có bảo hiểm

² Paul Krugman (1991) “History and Industry Location: The Case of the Manufacturing Belt,” *American Economic Review*, 81, 80-83.

³ See Paul Peirson (2000) “Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics,” *American Political Science Review*, 94:2, 251-266.

bổ sung từ chủ lao động trước đây. Những người hưởng bảo hiểm xã hội hoặc là người khuyết tật hoặc là những bà mẹ thất nghiệp nuôi con, có thể được hưởng thêm một chương trình bảo hiểm khác do nhà nước cung cấp là Medicaid. Medicare và Medicaid là các chương trình phổ biến đối với những người nhận trợ giúp (hưu trí, người nghèo và khuyết tật) nhưng rất tốn kém. Ngân sách các chương trình này chiếm khoảng 1/4 chi tiêu của chính phủ liên bang, và cứ 10 năm thì tăng qui mô gấp đôi. Mỹ phải giảm tốc độ tăng trưởng của các chương trình này nhằm giảm tốc độ thâm hụt ngân sách.

Người Mỹ có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ nào mình muốn, và họ chỉ cần gọi hóa đơn đến công ty bảo hiểm, công ty này trả một phần hay tất cả hóa đơn thuốc bằng tiền phí bảo hiểm của người thụ hưởng. Chi phí hành chính và lợi nhuận của các công ty bảo hiểm làm tăng thêm khoản 180 tỉ đô-la mỗi năm vào chi phí chăm sóc y tế ở Mỹ. Các công ty bảo hiểm cố gắng hạn chế cạnh tranh bằng cách giới hạn sự tham gia của các công ty bảo hiểm khác ở những bang mà họ hoạt động. Họ cũng làm tăng chi phí cho các bác sĩ khi yêu cầu thanh toán chi phí bằng cách kéo dài thủ tục và qui trình. Họ không có động lực để kiểm soát chi phí y tế, vì họ có thể chuyển giao chi phí cao hơn cho chủ lao động và người lao động mua bảo hiểm. Trong khi đó, do giới bác sĩ ngại sẽ bị bệnh nhân kiện vì hành nghề sai trái, nên họ cũng loại ra phần bảo hiểm tai nạn nghề nghiệp của mình, mà đây là khoản khá tốn kém khiến chi phí của họ tăng lên, và tạo động cơ để họ trở nên cẩn thận quá mức khi đưa ra các quyết định. Do đó họ chỉ định nhiều qui trình xét nghiệm tốn kém cho bệnh nhân, và làm cho chi phí chăm sóc y tế tăng lên nữa. Đồng thời các bác sĩ cũng biết rằng bác sĩ tổng quát thường có lợi nhuận thấp, trong khi bác sĩ chuyên khoa thì có lợi nhuận cao. Do đó tình hình hiện nay cho thấy có quá nhiều bác sĩ chuyên khoa đắt đỏ trong khi rất ít bác sĩ tổng quát.

Kết quả là phí bảo hiểm y tế rất cao, một số người không kham nổi. Các công ty bảo hiểm cũng từ chối bảo hiểm cho những người đã bệnh hay khuyết tật. Ngày 23/03/2010 Tổng thống Obama ký Đạo luật Chăm sóc y tế cho người nghèo. Đạo luật này không mang lại những thay đổi lớn trong hệ thống chăm sóc y tế tư nhân của Mỹ, mà nó khiến cho việc các công ty bảo hiểm từ chối bảo hiểm cho những người có tiền sử bệnh hiện hữu là bất hợp pháp. Các cơ chế "trao đổi" bảo hiểm y tế sẽ được thiết lập năm 2014 sao cho những người không được bảo hiểm có thể tìm kiếm nơi nào bảo hiểm rẻ nhất. Nhà nước sẽ ấn định một số giới hạn lên mức phí mà các công ty bảo hiểm có thể thu. Một số hoạt động chăm sóc phòng ngừa sẽ miễn phí.

Tuy nhiên, luật mới lại không thiết lập hệ thống chăm sóc y tế phổ cập. Mỹ thuộc số nước công nghiệp hóa cuối cùng có được chăm sóc y tế phổ cập. Na Uy thuộc số nước đầu tiên cung cấp cho tất cả người dân bảo hiểm y tế của nhà nước. Từ đó hầu hết các nước tiến bộ về kinh tế đã áp dụng một số hình thức trang trải phổ cập. Chi phí phổ cập y tế tính theo phần trăm GDP là thấp hơn hệ thống các công ty bảo hiểm y tế tư nhân ở Mỹ vì các hệ thống phổ cập tập trung kiểm soát chi phí. Họ đầu tư nhiều vào chăm sóc phòng bệnh hơn là những xét nghiệm và qui trình không cần thiết.

Nhưng hình thức chính xác thì rất khác nhau giữa các nước. Một số nước như Anh cung cấp dịch vụ do nhà nước vận hành miễn phí cho tất cả mọi người tại điểm dịch vụ. Các nước khác như Pháp sử dụng các công ty bảo hiểm phi lợi nhuận trong nước để đảm bảo rằng mọi người được chính phủ tài trợ bảo hiểm từ tiền thuế. Vẫn có một số nước khác cung cấp bảo hiểm cơ bản trả bằng tiền thuế, trong khi người dân có thể mua các mức bảo hiểm cao hơn trên thị trường tư nhân.

Các nước nhìn chung không chọn hình thức chăm sóc y tế mình muốn. Thường chọn lựa của họ bị hạn chế bởi lịch sử. Ví dụ, cơ quan Dịch vụ y tế quốc gia tiền thân là Dịch vụ Sức khỏe Khẩn cấp trong thời chiến, được thiết lập để chăm sóc binh lính, dân thường và người tị nạn trong Thế Chiến thứ II. Đa số bác sĩ tham gia phục vụ chính phủ trong thời chiến, do đó việc tiếp tục phục vụ sau chiến tranh không phải là quyết định lớn với họ. Trong khi đó, phần lớn cơ sở hạ tầng vật chất về chăm sóc y tế đã bị tàn phá bởi chiến tranh. Do đó, chính phủ phải xây dựng lại bệnh viện và trạm xá để hệ thống hoạt động lại. Khu vực tư nhân không có vốn đầu tư vào bệnh viện, do đó ý tưởng dịch vụ y tế tư nhân là không thực tế.

Lịch sử cũng có vai trò lớn trong việc định hình hoạt động chăm sóc y tế ở Mỹ. Trong thời kỳ đại suy thoái thập niên 1930, giá cả và tiền lương đang giảm đi, chủ lao động không muốn trả lương cao cho công nhân, vì họ không thể chuyển giá cao sang cho người tiêu dùng. Vì thế họ thu hút lao động bằng cách trả bảo hiểm y tế. Người Mỹ trở nên quen với suy nghĩ là họ nhận bảo hiểm y tế từ chủ lao động của mình. Cũng khoảng thời gian đó, chính phủ thành lập chương trình Medicare cho người già về hưu. Họ cũng trở nên quen với ý tưởng cho rằng sau khi hưu trí, chính phủ sẽ là phía cung cấp bảo hiểm chính.

Một cách khác để mô tả tình hình là khi đã thiết lập được một số nguyên tắc hay thể chế điều chỉnh hoạt động chăm sóc y tế thì sẽ rất khó để đảo ngược lại và chọn cách khác để thực hiện hoạt động này. Nói cách khác, “chi phí rút lui” trở nên rất cao một khi luật hay thể chế đã định hình. Chúng ta gọi hiện tượng này là “sự phụ thuộc lối mòn”. Sự phát triển các hệ thống chăm sóc y tế trên thế giới bị phụ thuộc vào lối mòn, vì các nước thường xây dựng những hệ thống mới dựa vào những gì đã có sẵn. Họ không bao giờ giải thể những qui định thể chế hiện hữu và bắt đầu lại từ con số không.

Sự phụ thuộc lối mòn cũng là một yếu tố trong cải cách chăm sóc y tế ở Việt Nam. Hệ thống hiện nay là một sản phẩm của thời bao cấp. Chính phủ trợ cấp bệnh viện, bệnh viện có nghĩa vụ cung cấp dịch vụ với giá cố định. Nhưng trợ cấp của chính phủ hiện nay chỉ chiếm hơn nửa chi phí cung cấp chăm sóc y tế. Do vậy, bác sĩ và bệnh viện tính phí cao hơn mức qui định của luật, và người dân sẵn sàng chi trả để tiếp cận được dịch vụ. Tuy nhiên, các chương trình bảo hiểm do chính phủ cung cấp như Quỹ chăm sóc y tế cho người nghèo không hẳn là cho tất cả người nghèo. Theo VSI, 87% người nghèo ở

Việt Nam không có bảo hiểm y tế và 22% trẻ dưới 6 tuổi không có sổ sức khỏe. Hơn nữa, ngay cả những người có bảo hiểm y tế nhà nước cũng phải trả tiền túi mua thuốc, khoản này chiếm một tỉ lệ cao trong tổng chi phí.

Các bệnh viện cũng được trao quyền tự chủ lớn hơn trong các vấn đề tài chính và nhân sự để giúp họ giảm nguồn trợ cấp của chính phủ. Họ mở thêm hoạt động khám bệnh dịch vụ để thu phí, nghĩa là nhân viên y tế sẽ ưu tiên cho bệnh nhân trả tiền hơn là bệnh nhân trả phí cố định hay hưởng dịch vụ miễn phí. Họ cũng kê đơn những xét nghiệm và qui trình không cần thiết để thu thêm tiền.

Chi phí của một cải cách cấp tiến về chăm sóc y tế có lẽ sẽ quá cao đối với chính phủ. Nhưng loại hình cải cách nào có thể tận dụng các thể chế và qui định hiện hữu trong khi vẫn mang lại hệ thống chăm sóc y tế công bằng và hiệu quả hơn?