

Giáo dục và Y tế

Tài liệu bổ sung

Lê Vũ Quân

Tài liệu đọc

- Banerjee, A. and E. Duflo (2011), *Poor Economics, A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*, Public Affairs. Chapter 4: “Top of the Class.”
- Lucas, R.E. (1990) “Why Doesn’t Capital Flow from Rich to Poor Countries?” *American Economic Review Papers and Proceedings* 80(2): 92-96.
- Banerjee, A. and E. Duflo(2011), *Poor Economics, A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*, Public Affairs. Chapter 3: “Low-hanging fruit for better (global) health.”
- Dao, T.H., H. Waters, and Q.V. Le (2008) “User Fees and Health Service Utilization in Vietnam: How to Protect the Poor?” *Public Health* 122(10): 1068-1078.

Chương 4: Cao nhất lớp

Banerjee and Duflo (2011)

- Câu chuyện ở Thổ Nhĩ Kỳ
- Cung về giáo dục
 - Không có trường học ở các làng vùng xa
 - Đường sá xấu và đi lại khó khăn
 - Thiếu giáo viên được đào tạo bài bản
 - Sĩ số lớp học lớn
- Cầu về giáo dục

Liệu cha mẹ sẽ gửi con đến trường khi không có giáo dục bắt buộc?
Điều gì hạn chế họ?

 - Nhu cầu lao động trẻ em
 - “không có nguồn lực kinh tế”
 - “cần lập gia đình”
 - Có hữu ích không? Cha mẹ có biết rõ không? Họ kỳ vọng gì từ giáo dục ?
 - Họ lo ngại gì về trường học?

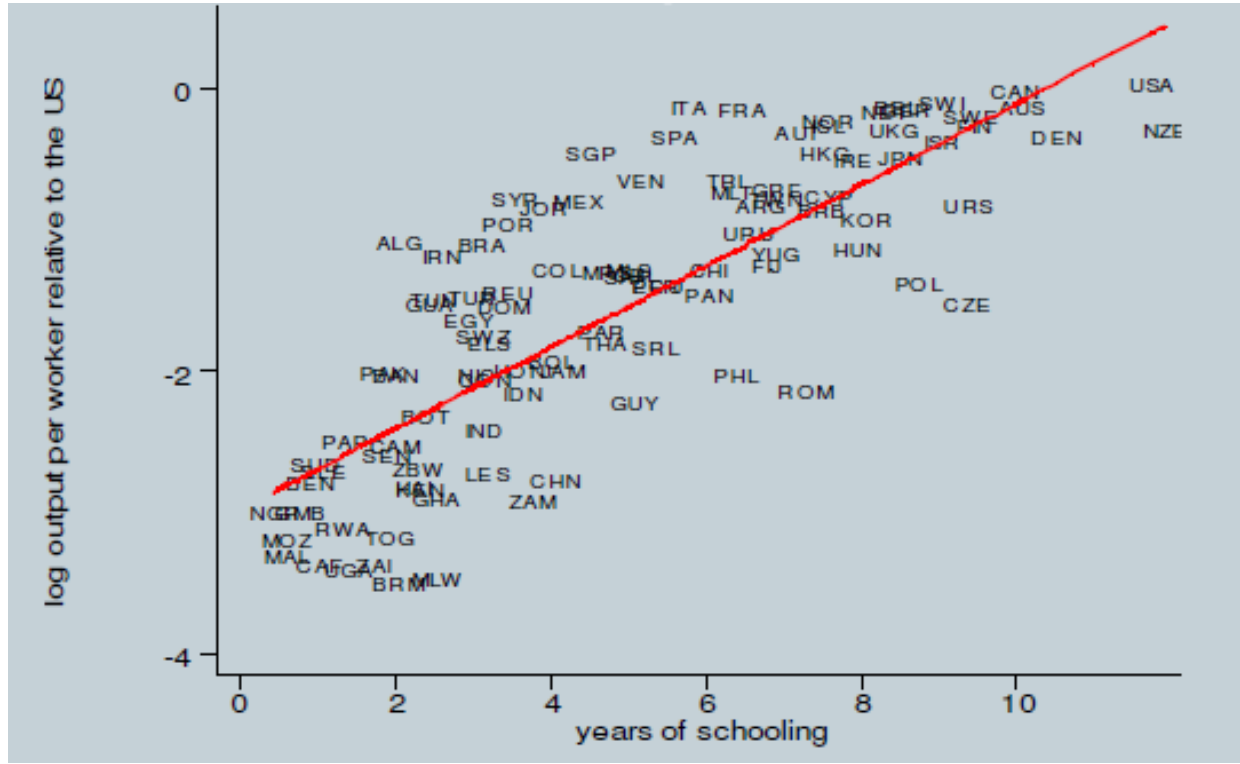
Giáo dục để làm gì

- Lợi ích của giáo dục?
 - Để có việc làm, lương cao hơn: Thường người ta mong đợi con gái sẽ trở nên thế nào? Có phải mọi người đều trở thành như vậy?
 - Để cải thiện cuộc sống theo hướng phi tiền tệ (“con gái sẽ tham gia các hoạt động trong xã hội nhiều hơn”, “biết cách ứng xử khi đi đâu đó”, “kế hoạch hóa gia đình”)
 - Học những điều mà bạn có thể đem dạy lại người khác

Định hướng theo phía cung

- Chính sách định hướng cung
 - Giáo dục miễn phí ở nhiều nước châu Phi
 - Quyền giáo dục ở Ấn Độ
- Thành công của định hướng theo phía cung
 - Từ 1999 đến 2006: Tỷ lệ nhập học ở trường tiểu học tăng từ 54 % lên 70 % ở SSA; từ 75 lên 88 % ở Đông và Nam Á.
 - Trên toàn thế giới, số trẻ em trong tuổi đến trường bỏ học giảm từ 103 triệu năm 1999 xuống 73 triệu năm 2006

Giáo dục và thu nhập đầu người



Source: Angrist and Acemoglu

“Suất sinh lợi” của giáo dục

- Trường học làm tăng giáo dục
- Giáo dục làm tăng tiền lương
- Tiền lương tăng phải do tăng giáo dục:

Điều này cho phép chúng ta suy ra tác động của giáo dục lên tiền lương: Lương tăng khoảng 8% nếu thêm mỗi năm đi học: Trường học thực sự đem lại lợi ích!

Tại sao dòng vốn không dịch chuyển từ nước giàu sang nước nghèo?”

Lucas, R.E. (1990)

- Xét hai quốc gia cùng sản xuất một loại hàng hóa với cùng hàm sản xuất có suất sinh lợi không đổi theo quy mô, xem quan hệ đầu ra với đầu vào về vốn và lao động đồng nhất.
 - Nếu sản lượng trên mỗi công nhân khác nhau giữa hai nước, đó phải là vì họ có mức vốn trên mỗi công nhân khác nhau, giữ mọi thứ khác không đổi.
- Quy luật lợi suất giảm dần ngụ ý rằng sản phẩm biên của vốn sẽ cao hơn ở nền kinh tế kém năng suất hơn (tức nghèo hơn).
 - Nếu như vậy, nếu thương mại về hàng hóa vốn là tự do và cạnh tranh, đầu tư mới chỉ diễn ra ở nền kinh tế nghèo hơn, và điều này sẽ tiếp tục đúng cho đến khi tỷ lệ vốn – lao động, và do đó tiền lương và suất sinh lợi vốn, được cân bằng.

Dòng vốn từ nước giàu sang nước nghèo: Mỹ và Ấn Độ

- Theo Robert Summers và Alan Heston (1988, Table 3, pp. 18-21), sản lượng trên đầu người ở Mỹ cao hơn ở Ấn Độ khoảng 15 lần.
- Giả định rằng sản xuất ở các nước này tuân theo công nghệ suất sinh lợi hằng số kiểu Cobb-Douglas với một giới hạn chung:

$$y = Ax^{\beta},$$

Mô hình với riêng vốn vật chất

Hàm sản xuất:

$$y = Ax^\beta,$$

Trong đó y là thu nhập trên công nhân và x là vốn trên công nhân. Khi đó sản phẩm biên của vốn là:

$$r = A\beta x^{\beta-1},$$

Tính theo vốn trên công nhân :

$$r = \beta A^{1/\beta} y^{(\beta-1)/\beta}$$

Mô hình với riêng vốn vật chất(tt.)

- Cho $\beta = 0.4$ (tỷ lệ vốn trung bình ở Mỹ và Ấn Độ), cho cả hai nước. Khi đó sản phẩm biên của vốn ở Ấn Độ phải bằng khoảng $(15)^{1.5} = 58$ lần sản phẩm biên của vốn ở Mỹ.
- Nếu mô hình này gần chính xác, và nếu thị trường vốn thế giới gần đạt tự do và hoàn chỉnh, rõ ràng là, khi gặp phải chênh lệch suất sinh lợi ở mức độ này, hàng hóa đầu tư sẽ chảy nhanh chóng từ Mỹ và các nước giàu có khác vào Ấn Độ và các nước nghèo khác.
- Thực ra, người ta sẽ kỳ vọng rằng không có đầu tư xảy ra ở các nước giàu khi gặp phải chênh lệch suất sinh lợi ở mức độ này.

Mô hình với khác biệt về vốn con người

Lợi ích bên ngoài của vốn con người

Hàm sản xuất có dạng:

$$y = Ax^\beta h^\gamma,$$

Trong đó y là thu nhập trên một công nhân hiệu dụng, x vốn trên một công nhân hiệu dụng, và h là vốn con người trên một công nhân. Đại lượng h^γ như là một tác động bên ngoài.

Mô hình với khác biệt về vốn con người(tt.)

Năng suất biên của công thức vốn là:

$$r = \beta A^{1/\beta} y^{(\beta-1)/\beta} h^{\gamma/\beta}.$$

Với tỷ lệ của vốn, $\beta=0.25$, những con số này hàm ý $\gamma=0.36$.
Thí dụ y của U.S. bằng 3 lần y của India, và h của U.S. bằng 5 lần h của India.

Lập luận của phần này và phần trước cho rằng điều chỉnh chênh lệch về vốn con người sẽ làm giảm tỷ lệ suất sinh lợi được dự báo giữa các nước rất giàu và rất nghèo từ khoảng ít nhất 58 xuống khoảng dưới 5.

Kết luận

- Ý tưởng trung tâm của hầu như tất cả các chính sách hậu chiến là để kích thích chuyển giao hàng hóa vốn từ nước giàu sang nước nghèo.
- Trong một thế giới lao động đa phần không di chuyển, các chính sách tập trung vào tác động lên tích lũy vốn con người chắc chắn sẽ có một tiềm năng lớn hơn nhiều.

Chương 3: “Trái cây tầm thấp cho y tế (toàn cầu) tốt hơn”

Banerjee and Duflo (2011)

- Y tế dự phòng: trái cây tầm thấp
- Một số công nghệ được biết là hiệu quả và là những cách ít tốn kém để phát triển một nền y tế tốt :
 - Màn (mùng) khi ngủ để phòng bệnh sốt rét
 - Tiêm ngừa
 - Nuôi con bằng sữa mẹ
 - ORS
 - Chất tẩy trắng

Suất sinh lợi cao?

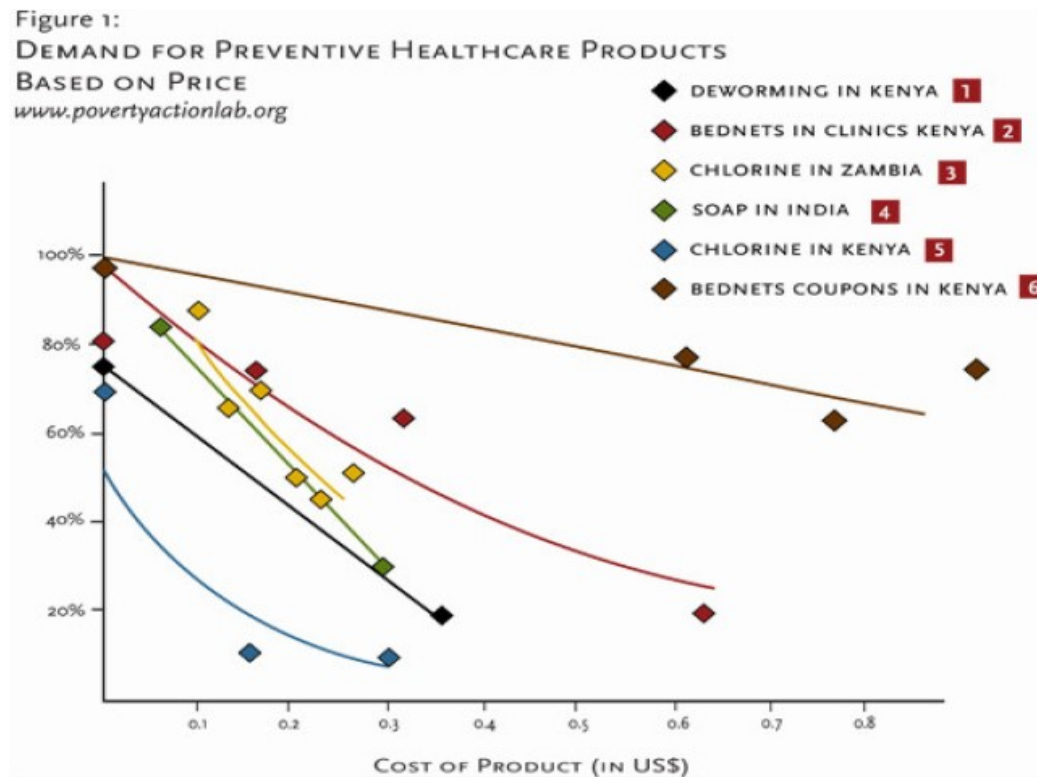
- Những can thiệp y tế mang lại suất sinh lợi tài chính cao:
 - Diệt trừ sâu bọ mang lại suất sinh lợi tài chính cao
 - Jeff Sachs: các nước bị nạn sốt rét nhiều là các nước nghèo.
 - Nếu kiểm soát các yếu tố khác, GDP các nước bị sốt rét thấp hơn 30% so với các nước không bị sốt rét.

Có phải sốt rét gây ra nghèo hay là ngược lại?

- Jeffrey Sachs kết luận rằng sốt rét gây ra nghèo.
- Một đứa trẻ không bị sốt rét khi còn nhỏ sẽ có thu nhập cao hơn 50% trong toàn bộ cuộc đời so với một đứa trẻ bị sốt rét
- Đầu tư vào các biện pháp kiểm soát sốt rét dường như có hiệu quả cao về chi phí:
 - Tại sao các nước không làm như vậy?
 - Tại sao người ta không làm như vậy?

Nhu cầu về y tế dự phòng thấp

- Nhu cầu thấp
- Độ nhạy về giá cao, hoặc là tích cực...hoặc là tiêu cực (khuyến khích nhỏ)



Người dân có quan tâm đến sức khỏe của mình?

- Có, họ có quan tâm:
 - Một lượng tiền lớn được chi tiêu vào y tế (lên đến 7% /tháng trong khảo sát Udaipur)
- Nhưng phần lớn khoản này được chi tiêu vào chữa trị bệnh.
 - Chi phí lớn
 - Thường cho những sản sóc y tế xâm lấn cao và chất lượng thấp: chữa trị quá nhiều.

Chính quyền có lỗi không?

- Theo một tiêu chí nào đó thì có :
 - Điều dưỡng thường xuyên vắng mặt : trung bình 35% trong một khảo sát do Ngân hàng Thế giới thực hiện.
 - Ngay cả khi họ có mặt, các bác sỹ và điều dưỡng thuộc khối Nhà nước cũng không đối xử tốt với bệnh nhân.
 - 3 phút, 3 câu hỏi, 3 loại thuốc!
- Nhưng ngay cả khi dịch vụ tốt, người dân cũng không phải lúc nào cũng tiếp cận được: ví dụ ở các trại tiêm chủng, chỉ 12% người dân được tiêm đầy đủ tất cả các mũi : có gì đó trục trặc từ phía cầu, không chỉ về phía cung!

Tại sao cầu thấp

- Hai khó khăn với y tế dự phòng:
 - Rất khó để biết được cái gì hiệu quả
 - Lợi ích nằm ở tương lai, và chi phí lại ở hiện tại
- Hiểu biết về y tế
 - Phần lớn các loại bệnh đều tự giới hạn: chúng sẽ trở nên tốt hơn sau khi qua giai đoạn tệ nhất
- Y tế dự phòng là xấu nhất
 - Bạn phải có hành động phòng ngừa một sự việc xảy ra...rất lâu sau hành động đó. Vẽ ra mối liên kết là rất khó khăn.
 - Bạn cần phải tin tưởng vào những gì được nghe, và niềm tin này rất mong manh

Tại sao cầu thấp (tt.)

- Bây giờ hoặc sau này
 - Chi phí cho y tế dự phòng xảy ra hôm nay, nhưng lợi ích lại nằm ở tương lai
- Con người thường có khuynh hướng coi trọng hiện tại quá nhiều, khi so sánh tương đối với toàn bộ tương lai.
- Cùng vấn đề với y tế dự phòng: mỗi tháng cha mẹ có thể cảm thấy rằng họ sẽ phải đi tiêm chủng vào tháng sau....Nhưng nếu có chuyện gì phát sinh, rất tiếc họ lại không làm như vậy

Điều này có nghĩa là gì đối với chính sách

- Lợi ích lớn từ việc làm cho mọi thứ dễ dàng/tự động đối với người dân
 - Thu một khoản phí nhỏ có thể phản tác dụng
 - Cung cấp cho người dân những khuyến khích nhỏ có thể tiết kiệm tiền
- Vai trò của hiểu biết và lòng tin là then chốt
- Có thể có thêm nhiều lợi ích từ trợ cấp sớm, nếu trợ cấp này dẫn đến hiểu biết về lợi ích.
 - Ví dụ mừng (màn) khi ngủ (Dupas, 2010)
 - Người dân đã có mừng thường sẽ mua cái thứ hai cho tương lai
 - Hàng xóm của người có mừng miễn phí sẽ thường chịu mua một cái nếu phải mua.
- Vì y tế dự phòng khó giảng dạy, nên cần duy trì lòng tin : điều này quan trọng cho chính quyền khi phải lựa chọn cuộc chiến. Ấn Độ đã đánh mất lòng tin khi lừa dối người dân về việc khử trùng, và khôi phục lòng tin rất khó khăn .

Phí người sử dụng và Ứng dụng dịch vụ y tế ở Việt Nam: Làm thế nào để bảo vệ người nghèo?”

Dao, T.H., H. Waters, and Q.V. Le (2008)

- Chính sách về phí người sử dụng
 - Cả điều trị nội trú và ngoại trú
 - Bao gồm các loại thuốc, xét nghiệm, dịch vụ kỹ thuật và giường bệnh
 - 70% doanh thu được sử dụng để hỗ trợ trang trải chi phí thuốc men và thiết bị và 30% để trợ cấp cho nhân viên y tế
 - Nguồn tài chính cho y tế : thuế 58%, bảo hiểm y tế bắt buộc 16%, phí bệnh viện 13% và nhà tài trợ 13%

So sánh hiệu quả y tế

Nước	Bệnh sởi, quai bị và Rubella trên 100,000 dân	Tuổi thọ kỳ vọng đối với phụ nữ	GDP đầu người theo PPP	Chi phí y tế công, % GDP	Chi phí y tế công, % của tổng chi phí
Vietnam	100	70	2,240	1.75	22
Philippine	170	69	3,840	1.5	45.5
Thailand	40	68	6,788	2.1	65.4

Phí người sử dụng và rào cản ở bệnh viện công

- Tăng thu nhập cho nhân viên y tế
- Không có bằng chứng về cải thiện chất lượng trong y tế
- Chi trả không chính thức: gánh nặng cho bệnh nhân
- Các chi trả khác ngoài phí người sử dụng

Dịch vụ tư nhân

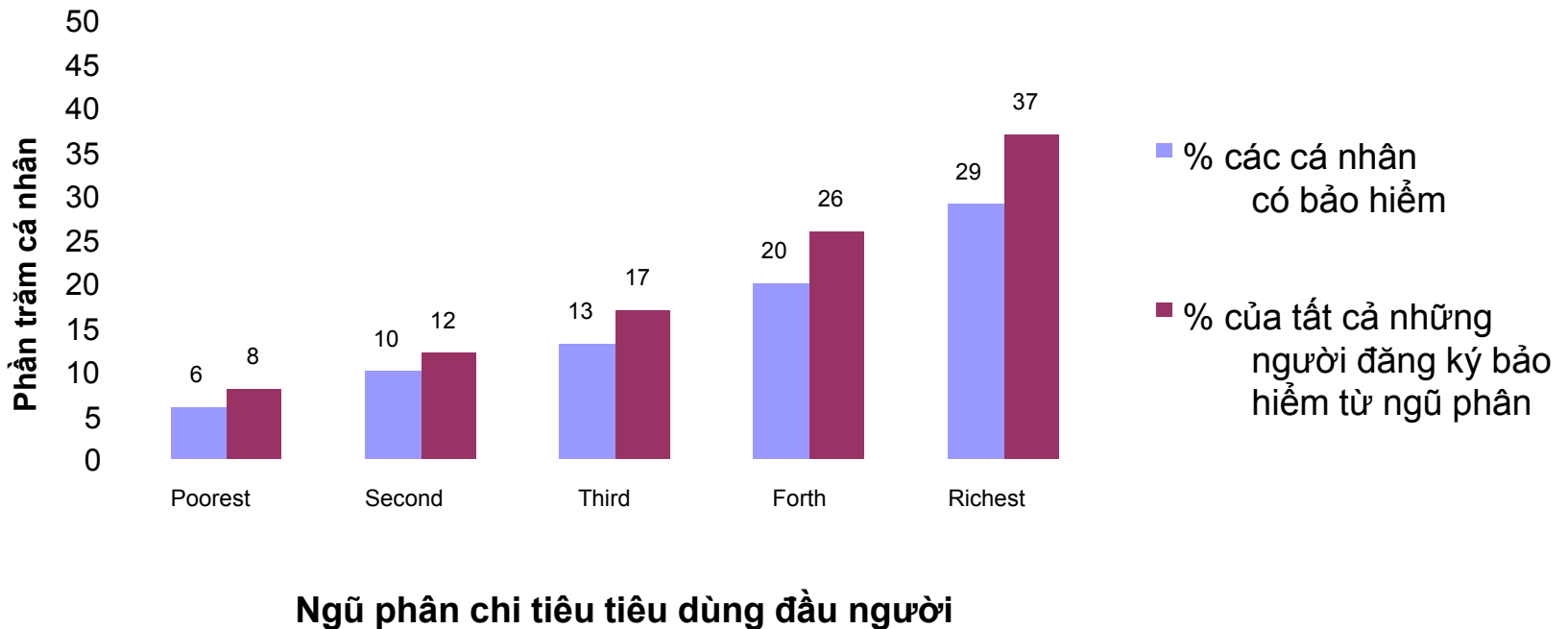
- Từ quan điểm nhà cung cấp: Dịch vụ tư nhân được xem là lựa chọn chủ yếu, chi trả cho phòng mạch tư khác so với chi trả cho các dịch vụ khu vực công
- Phần lớn bác sỹ tư nhân làm việc toàn thời gian trong ngành y tế công và bán thời gian ở các phòng mạch tư
- Phòng mạch tư trang bị yếu kém, không có giám sát và không có hệ thống lưu trữ hồ sơ

Bảo hiểm y tế

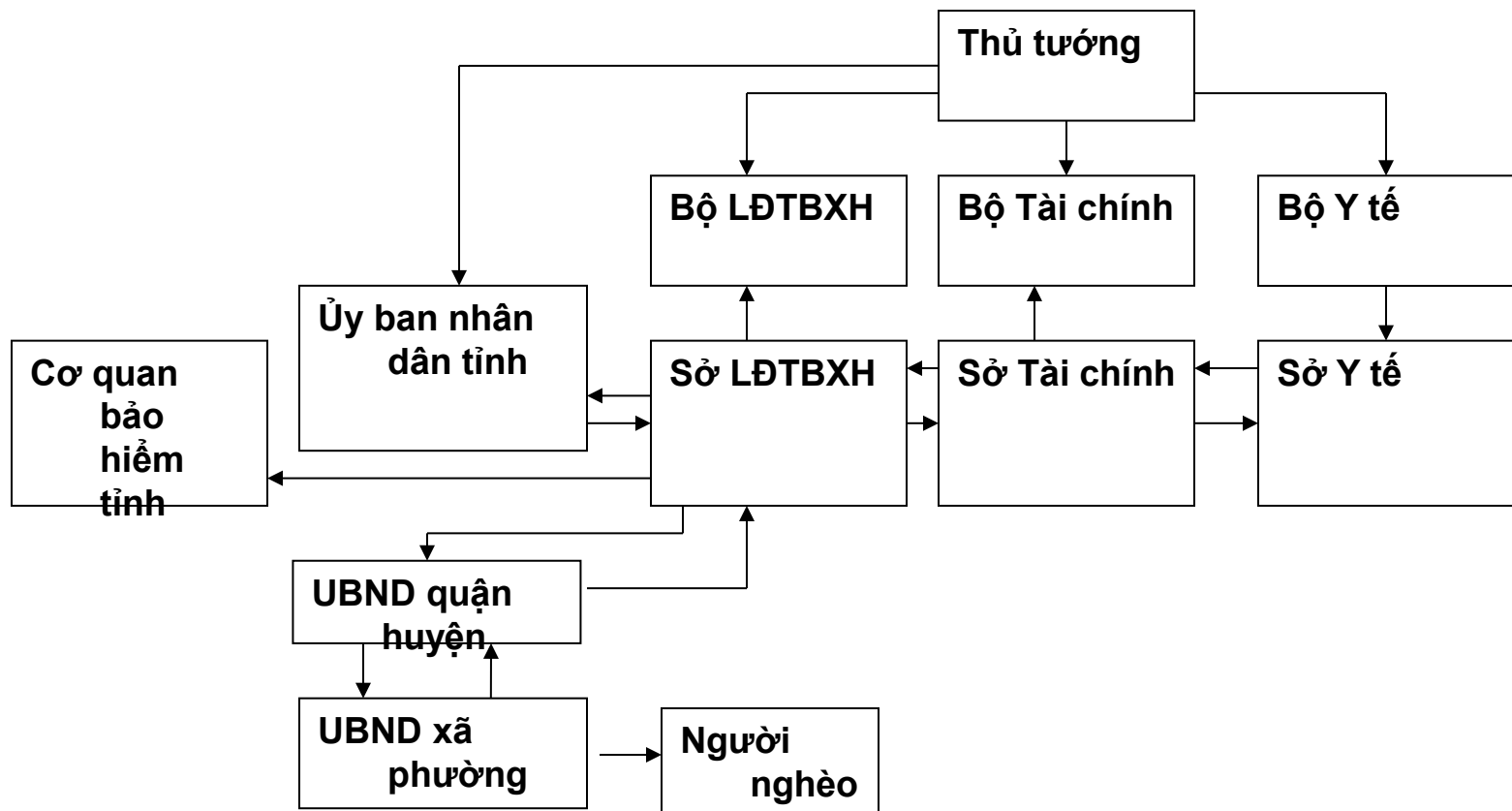
- Chiếm 12% dân số
- Bao gồm bảo hiểm bắt buộc (bảo hiểm y tế và bảo hiểm xã hội) cho người làm việc hưởng lương và bảo hiểm tự nguyện (chủ yếu cho học sinh)
- Bất bình đẳng về số lượng người tham gia bảo hiểm
- Đối tượng và bảo hiểm
 - 9.5% người nghèo nhận sổ bảo hiểm cho hộ nghèo và 9.9% nhận thẻ bảo hiểm y tế
 - Trở ngại: thủ tục hành chính, tiêu chuẩn đối tượng không nhất quán và thiếu thông tin để đòi lợi ích

Bảo hiểm y tế

Số lượng tham gia bảo hiểm y tế theo ngũ phân chi tiêu đầu người, 1998

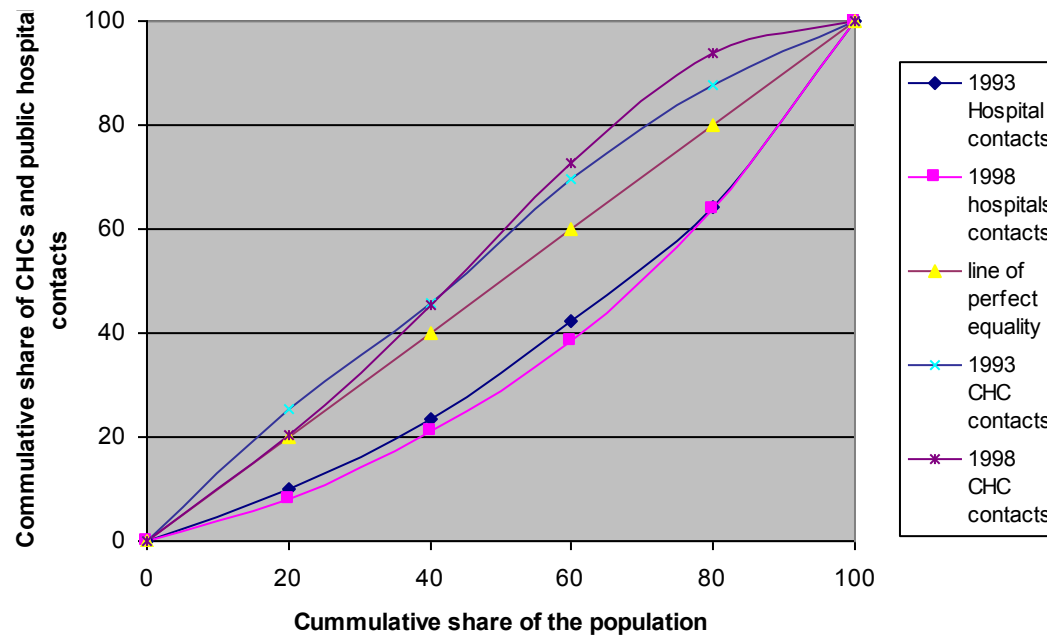


Hệ thống đối tượng: Người nghèo có thể bảo hiểm y tế như thế nào?



Các phương thức áp dụng sau khi cải cách y tế

Concentration curve of service contacts with CHCs and public hospitals, 1993 and 1998



Tác động của phí người sử dụng lên quá trình bầu cử hóa và kết quả y tế

- Nhiều người nghèo không có khả năng chi trả dịch vụ
 - 5% đến 10% dễ bị rơi vào nghèo do chi tiêu y tế
 - Tăng bất bình đẳng về suy dinh dưỡng ở trẻ em và bệnh tật giữa người nghèo và người khá giả
- Các lựa chọn chính sách: tiêu chí
 - Làm thế nào để bảo vệ người nghèo khỏi những thảm họa?
 - Làm thế nào để mở rộng bảo hiểm y tế lên toàn bộ dân số và bảo đảm bình đẳng cũng như hiệu quả?
 - Làm thế nào để cải thiện chất lượng y tế?
 - Làm thế nào để tránh chi phí dưới gầm bàn trong hệ thống y tế công?

Khuyến nghị

- Cải thiện hệ thống bảo hiểm
- Chuyển sang bảo hiểm phổ quát với hệ thống xác định đối tượng hiệu quả
- Cải thiện hệ thống thông tin và chất lượng y tế
- Tăng ngân sách chính phủ cho chi tiêu y tế
- Tăng hỗ trợ từ bên ngoài thông qua hệ thống bảo hiểm được quản lý tốt từ chính phủ