

BẢO HIỂM SỨC KHỎE

Bảo hiểm sức khỏe (BHSK) (health insurance), còn gọi là bảo hiểm y tế (BHYT) tại Việt Nam, đang là vấn đề được mọi người quan tâm. Tìm hiểu về mặt cầu và mặt cung bảo hiểm sức khỏe là trọng tâm của bài viết này, tạo cơ sở cho các trao đổi về chính sách y tế nhằm giúp dân chúng dễ dàng tiếp cận (access) với hệ thống y tế trong nước. Các khái niệm cơ bản này đã được Kenneth Arrow, đồng giải thưởng Nobel về kinh tế năm 1972, trình bày trong một bài viết kinh điển vào năm 1963.¹

Rủi ro và bảo hiểm

Một câu hỏi cơ bản là tại sao người dân lại cần có bảo hiểm sức khỏe. Phần lớn trong chúng ta đều không thích rủi ro (risk averse). Xác suất mắc bệnh, mặc dù có thể biết được trong chừng mực nào đó trong một quần thể lớn, nhưng lại là bất định đối với mỗi cá nhân. Ngoài ra, chi phí về y tế trong các bệnh hoặc thương tích nặng thường rất lớn so với ngân sách cá nhân hoặc gia đình. Do đó, để tránh việc không biết chừng nào mình bị bệnh nặng, khiến cho lợi tức hoặc tài sản bị giảm nhiều, dân chúng đánh đổi lại bằng việc mua bảo hiểm, nhằm biết chắc rằng khi mình bị bệnh thì đã có sẵn một đền bù đủ để trang trải các chi phí săn sóc sức khỏe. Ngược lại, các công ty bảo hiểm sức khỏe đứng ra gánh vác sự rủi ro này vì họ có thể biết được trong một chừng mực nào đó xác suất mắc bệnh trong một quần thể lớn cùng với chi phí y tế cho bệnh đó. Cơ sở cho việc kinh doanh này là “Luật số lớn (Law of large numbers)” trong môn xác suất, và được biết trong dân chúng dưới tên gọi “lá lành đùm lá rách” (risk pooling).

Nhu cầu bảo hiểm sức khỏe

Các kinh tế gia y tế thường dùng lý thuyết tiện ích mong đợi (theory of expected utility) để giải thích nhu cầu mua bảo hiểm sức khỏe của một cá nhân. Trong kinh tế vi mô, từ tiện ích (utility) nhằm chỉ các khái niệm tổng quát như sức khỏe, hạnh phúc, lợi ích, v.v. Hình 1 được dùng để giải thích lý thuyết tiện ích mong đợi qua một thí dụ. Trục hoành là tài sản (wealth), trục tung là tiện ích và đường biểu diễn lõm về phía dưới (concave) phản ánh tính né tránh rủi ro của cá nhân này. Phần dưới của biểu đồ này trình bày khái niệm tiện ích biên tế (marginal utility) của tài sản, nói nôm na như trong tục ngữ Việt Nam “một miếng khi đói bằng một gói khi no”, nghĩa là một đồng khi nghèo (tài sản ít) có giá trị nhiều hơn một đồng khi giàu (tài sản nhiều).

Thí dụ:²

1. Tài sản ban đầu 20.000 USD với tiện ích $U_{20000} = 200$ (điểm B)
2. Xác suất mắc bệnh $p = 0.05$
3. Chi phí y tế 10.000 USD
4. Tài sản cuối cùng 10.000 USD với tiện ích $U_{10000} = 140$ (điểm A)

5. Phí bảo hiểm thuần túy (pure premium) = $0.05 \times 10000 = 500$ USD (đoạn CE)
6. Điểm tương đương chắc chắn (certain equivalent) D với tài sản 19.500 USD và tiện ích $U_{19500} = 199$. Nói cách khác, nếu cá nhân này mua bảo hiểm với giá 500 USD một năm thì người này hưởng được một tiện ích 199 một cách chắc chắn.
7. Tiện ích mong đợi được tính như sau (điểm C)

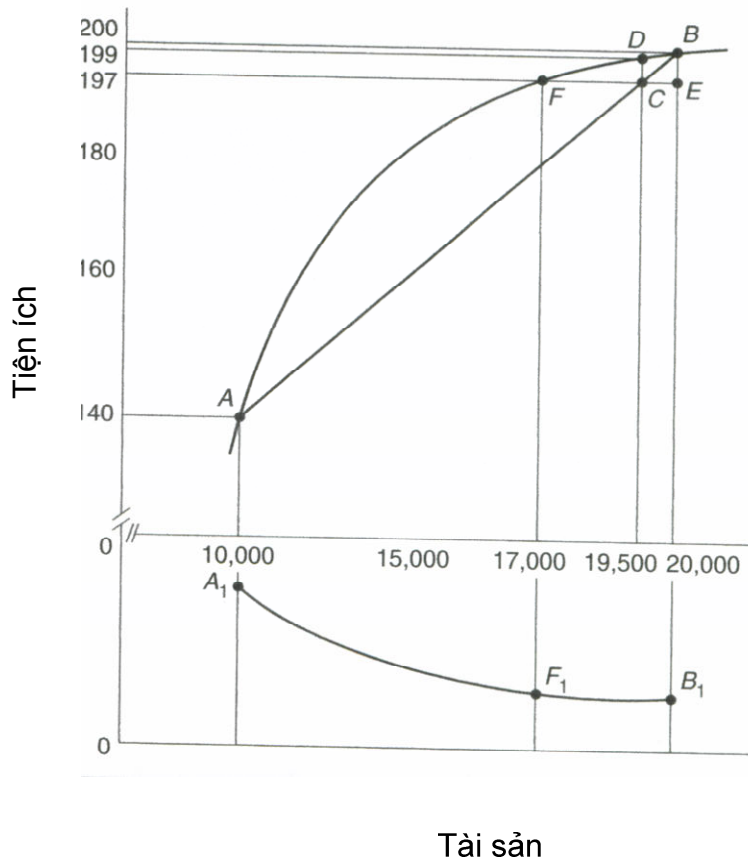
$$E = (1 - p) \times U_{20000} + p \times U_{10000}$$

$$E = 0.95 \times 200 + 0.05 \times 140$$

$$E = 190 + 7 = 197$$

Đường cung AB (AB chord) phản ánh tiện ích mong đợi và luôn luôn nằm dưới đường cong biểu diễn tiện ích thực tế (actual utility) của một cá nhân có tính tránh né rủi ro. Không có vấn đề bảo hiểm nếu cá nhân đó trung hòa với rủi ro (risk indifferent), nghĩa là “sao cũng được”, hoặc cá nhân đó thích tiềm kiếm rủi ro (risk seeking).

8. Vì điểm D với bảo hiểm có tiện ích 199 cao hơn điểm C không bảo hiểm với tiện ích 197, một người bình thường (a reasonable person) sẽ chọn mua bảo hiểm, nhằm mua sự bảo đảm về tài sản và tiện ích.
9. Trong thực tế, các công ty bảo hiểm sức khỏe không bao giờ bán bảo hiểm với giá bằng phí thuần túy vì còn lợi nhuận và chi phí quản lý. Một câu hỏi được đặt ra ở đây là liệu người tiêu dùng có chịu mua bảo hiểm nữa hay không nếu công ty bảo hiểm tiếp tục tăng giá bán trên mức phí bảo hiểm thuần túy 500 USD. Hình 1 cho thấy công ty bảo hiểm chỉ có thể bán bảo hiểm với giá tối đa là 3.000 USD, tức là điểm F với tài sản còn lại 17.000 USD và tiện ích 197. Nếu công ty bảo hiểm bán bảo hiểm với giá cao hơn 3.000 USD thì tiện ích đối với người tiêu dùng sẽ thấp hơn 197. Lúc đó, người tiêu dùng sẽ tự bảo hiểm cho mình (self insurance), nghĩa là chấp nhận rủi ro mắc bệnh với xác suất $p = 0.05$ và chi phí y tế 10.000 USD.
10. Một số yếu tố có thể ảnh hưởng tới nhu cầu mua bảo hiểm sức khỏe:^{3,4}
 - Xác suất bệnh theo như cá nhân nghĩ (subjective probability)
 - Chi phí y tế đối với tài sản/lợi tức
 - Độ tránh né rủi ro
 - Giá bán bảo hiểm
 - Lợi tức
 - Loại hình bảo hiểm



Hình 1 - Tiện ích của tài sản và ảnh hưởng của bảo hiểm y tế²

Cung cấp bảo hiểm sức khỏe

Đối với công ty bảo hiểm sức khỏe, một câu hỏi quan trọng là người tiêu dùng (consumer) phải đóng phí bảo hiểm bao nhiêu là vừa. Công ty bảo hiểm sức khỏe, cũng như các công ty khác trong kinh tế thị trường, đều nhắm vào lợi nhuận, được tính như sau:²

$$\text{Lợi nhuận (profit)} = \text{thu nhập (revenues)} - \text{phí tổn (expenses)}$$

Nếu gọi α là phí đóng bảo hiểm tính bằng phân số của số tiền bảo hiểm q , p là xác suất bệnh xảy ra, và t là phí tải (loading cost) thì công thức trên có được viết lại như sau:

$$\text{Lợi nhuận} = \alpha q - (pq + t) = \alpha q - pq - t$$

Trong môi trường cạnh tranh hoàn hảo (perfect competition), lợi nhuận bằng 0.

$$0 = \alpha q - pq - t$$

Hoán chuyển vị trí:

$$\alpha = p + (t/q)$$

Phí bảo hiểm thuần túy, còn gọi là actuarially fair premium trong tiếng Anh, khi $t = 0$, sẽ là

$$\alpha = p$$

Ngược lại, khi biết được $\alpha = p$ trong điều kiện cạnh tranh hoàn hảo, thì cũng có thể tính được số tiền bảo hiểm tối ưu q^{opt} . Thử trở lại thí dụ trên:

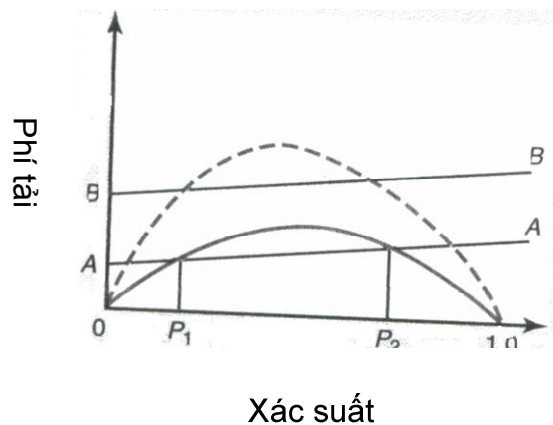
$$\begin{aligned} \text{Tài sản (khỏe)} &= 20.000 - \text{phí bảo hiểm} \\ &= 20.000 - \alpha q \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Tài sản (bệnh)} &= 20000 - \text{chi phí y tế} + \text{tiền bảo hiểm} - \text{phí bảo hiểm} \\ &= 20000 - 10000 + q - \alpha q \end{aligned}$$

Cân bằng hai phương trình:

$$\text{Tài sản (khỏe)} = 20000 - \alpha q = 20000 - 10000 + q - \alpha q = \text{Tài sản (bệnh)}$$

$$q^{\text{opt}} = 10000$$



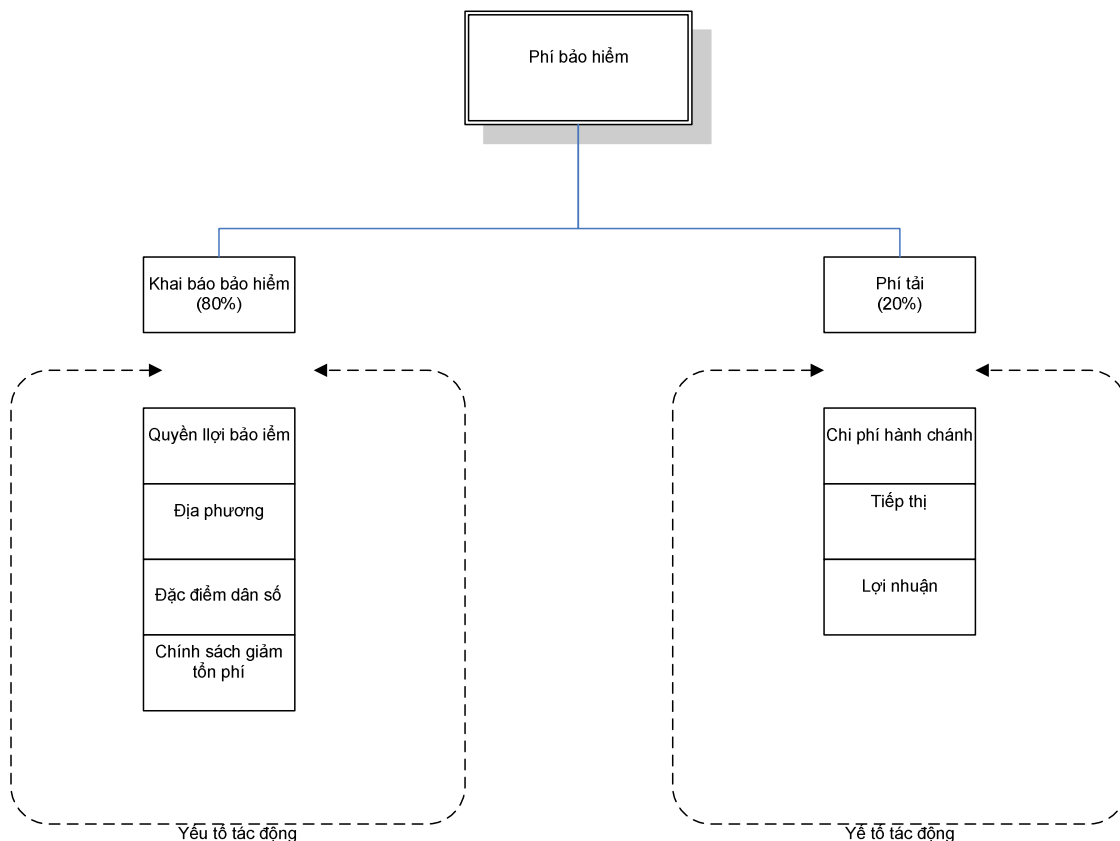
Hình 2 - Xác suất bệnh và phí tải³

Hình 2 trình bày mối tương quan giữa phí tải, xác suất mắc bệnh và độ lớn của tổn phí y tế.³ Đường cong 01 phản ánh mức chịu chi trên phí bảo hiểm thuần túy của người tiêu dùng. Đường ngang AA' phản ánh phí tải (loading charge), cũng có nghĩa là giá bảo hiểm (price of insurance). Khi xác suất mắc bệnh gần 1 hoặc gần 0, thì người tiêu dùng sẽ không mua bảo hiểm, biểu thị bằng việc giá bảo hiểm cao hơn mức chịu chi trên phí bảo hiểm thuần túy ở đoạn $0P_1$ và đoạn P_21 . Ở đoạn P_1P_2 , giá bảo hiểm thấp hơn mức chịu chi cho nên người tiêu dùng sẽ

mua bảo hiểm. Đường ngang BB' quá cao, không cắt đường cong 01 ở bất cứ điểm nào. Điều này có nghĩa là người dân không thể mua bảo hiểm được vì giá bán ra vượt quá sức chịu chi. Đường cong đứt khoảng cho thấy trong trường hợp hợp tổn phí y tế lớn, người tiêu dùng có thể mua bảo hiểm, ngay cả khi giá bán ra cao.

Hình 3 chia phí bảo hiểm ra thành hai phần: phần tương đương với quyền lợi bảo hiểm và phần tương đương với phí tải.³ Tỷ lệ quyền lợi/phí bảo hiểm (benefits/premium ratio) phản ánh mức độ hữu hiệu (performance) của công ty bảo hiểm. Một tỷ lệ 0,8 có nghĩa là cứ 10.000 VND thì 8.000 VND được dùng cho chi phí y tế của thành viên và 2.000 VND cho chi phí hành chính và lợi nhuận. Trong môi trường cạnh tranh hoàn hảo, tỷ lệ này tiến tới 1. Tỷ lệ quyền lợi/phí bảo hiểm còn được biết dưới tên medical loss ratio trong tiếng Anh. Ngoài việc tìm cách giảm chi phí hành chính, các công ty bảo hiểm còn cạnh tranh với nhau bằng cách giảm chi phí y tế.

$$\text{Phí bảo hiểm (premium)} = 1 + [\text{phí tải (loading charge)/chi phí y tế (benefits)}]$$

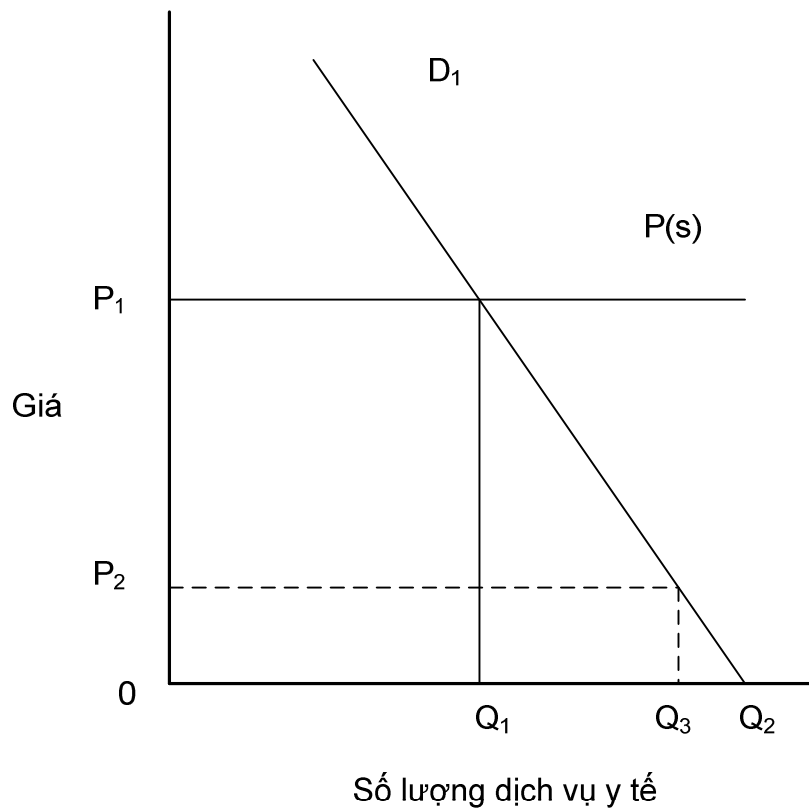


Hình 3 – Các yếu tố tác động lên phí bảo hiểm

Các sản phẩm bảo hiểm sức khỏe có nhiều dạng, khác nhau tùy theo đối tượng, mức cùng chi trả (coinsurance rate), tiền chi trước (deductible), mức trần tối đa (maximum cap), có được tự do lựa chọn bác sĩ và cơ sở y tế hay không (free choice of providers), dịch vụ y tế nào (benefit package), có phải có sự ưng thuận trước của công ty hay không (prior authorization), v.v.

Một số lệch lạc về bảo hiểm sức khỏe

Có ba lệch lạc về bảo hiểm sức khỏe thường được nhắc tới trong các báo cáo: hiểm họa đạo đức (moral hazard), chọn lựa bất lợi (adverse selection) và cầu kích động bởi y bác sĩ (supplier-induced demand).^{2,3,4,5,6}

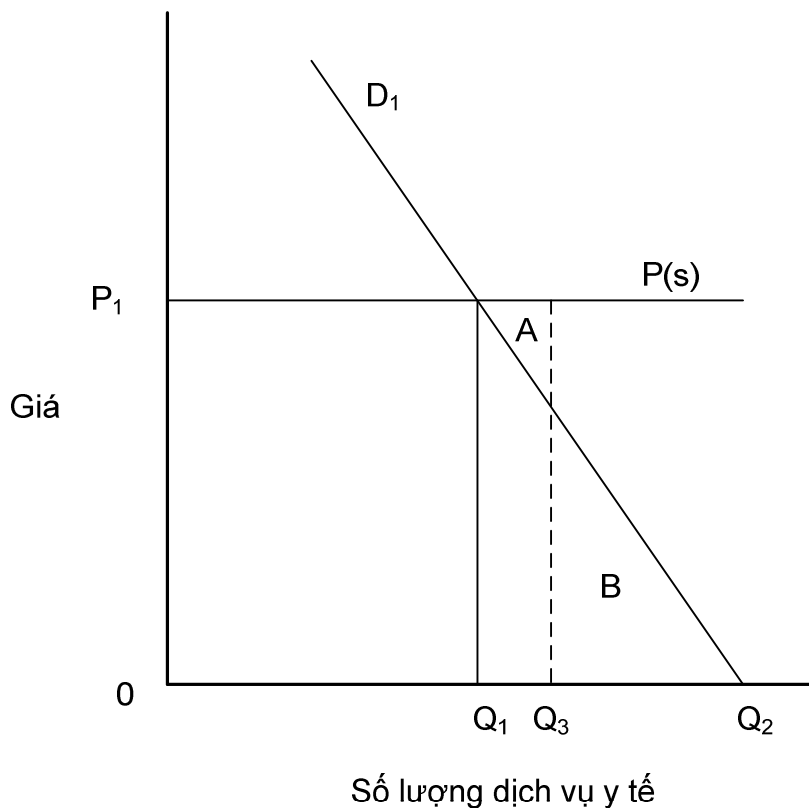


Hình 4 - Hiểm họa đạo đức

Khái niệm về hiểm họa đạo đức trong kinh tế y tế tương đương với khái niệm “tiền chùa (other people's money – OPM)” trong đời sống hàng ngày. Vì là “tiền chùa” nên mặc sức tiêu xài. Thông thường, khi giá dịch vụ là P_1 , thì người bệnh tiêu thụ Q_1 theo luật cung cầu. Khi bảo hiểm y tế bao biện hết mọi chi phí y tế, nghĩa là mức cùng chi trả là 0 thì người tiêu thụ sẽ tiêu thụ Q_2 dịch vụ y tế, vì đối với người bệnh, giá của dịch vụ y tế là 0, trong khi giá thực của dịch vụ này là P_1 . Do đó, để hạn chế hiểm họa đạo đức, công ty bảo hiểm sức khỏe thường thiết lập mức cùng chi trả (coinsurance rate), hoặc số tiền cùng chi trả (copayment).

Lúc đó, giá của dịch vụ đối với người bệnh là P_2 , chứ không phải là 0 nữa, nên dịch vụ y tế tiêu thụ tương ứng là Q_3 , ít hơn Q_2 (Hình 4).

Một biện pháp nữa thường được áp dụng nhằm hạn chế hiểm họa đạo đức là số tiền cần phải trả bởi người tiêu dùng trước khi bảo hiểm y tế can dự vào. Số tiền này, trong tiếng Anh, được gọi là deductible. Số tiền này cần phải được thiết lập khá cao, sao cho người tiêu dùng không thể lợi dụng được bảo hiểm. Một câu hỏi được đặt ra là liệu người tiêu dùng có chịu mua bảo hiểm hay không khi công ty bảo hiểm sức khỏe thiết lập tiền chi trước = $P_1 \times Q_3$ trong hình 5. Người tiêu dùng sẽ vẫn tiếp tục mua bảo hiểm chừng nào tam giác A nhỏ hơn tam giác B. Tam giác A được gọi là sự mất phúc lợi (welfare loss) còn tam giác B là thặng dư tiêu dùng (consumer surplus).



Hình 5 - Ảnh hưởng của tiền chi trước lên mức tiêu thụ dịch vụ y tế

Chọn lựa bất lợi (adverse selection) xảy ra khi công ty bảo hiểm sức khỏe bán ra cùng một giá bình quân cho mọi người trong cộng đồng mà không phân biệt được người nào có nguy cơ cao và người nào có nguy cơ thấp. Người có nguy cơ cao sẽ mua bảo hiểm vì có lợi hơn. Người có nguy cơ thấp có khuynh hướng không mua bảo hiểm nữa vì họ phải trả nhiều hơn mức chịu chi cho bảo hiểm. Về lâu dài, công ty bảo hiểm chỉ còn những người có nguy cơ cao, khiến cho phí bảo hiểm bị đẩy lên cao. Các công ty bảo hiểm sức khỏe đối phó bằng nhiều

cách: không bảo hiểm người tiêu dùng có bệnh mạn tính hoặc nan y có sẵn, người tiêu dùng phải chờ một thời gian trước khi bảo hiểm cơ; hiệu lực, v.v.

Cầu kích động bởi y bác sĩ xảy ra nhiều hơn trong chế độ mua trả trực tiếp (fee for service). Nguyên do cơ bản của lệch lạc này là do sự bất cân xứng về thông tin (asymmetry of information). Bệnh nhân đặt niềm tin vào y bác sĩ và cũng không đủ kiến thức chuyên môn như y bác sĩ. Do đó, để tăng lợi tức, một phương cách mà y bác sĩ thường dùng là tăng cường các xét nghiệm, cho bệnh nhân nằm viện lâu hơn, v.v. Các công ty bảo hiểm đối phó lại bằng cách chi trả cho y bác sĩ hoặc cơ sở y tế theo đầu người (capitation), khiến cho gánh nặng tài chánh chuyển qua vai của y bác sĩ, làm cho y bác sĩ phải đấn đo khi yêu cầu các xét nghiệm mắc tiền hoặc cho bệnh nhân nằm viện lâu, kiểu “lời ăn, lỗ chịu” thường thấy trong dân gian. Ngoài ra, các công ty bảo hiểm còn đặt ra chính sách duyệt trước (prior authorization) đối với nằm viện hoặc xét nghiệm cao cấp, chính sách xem lại sự sử dụng (utilization review), lý lịch bác sĩ (physician profile), v.v.

Tình hình bảo hiểm sức khỏe tại Việt Nam

Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization; WHO) về trạng mục sức khỏe quốc gia (national health account; NHA) của Việt Nam cho thấy năm 2005 chi phí y tế trực tiếp từ tiền túi (out-of-pocket money; OPM) của người dân chiếm 68% tổng chi phí quốc gia về y tế (total expenditures on health; THE).⁷ Tỷ lệ chi phí y tế từ tiền túi chiếm một phần lớn của chi phí y tế quốc gia là một hiện tượng phổ biến ở các nước đang phát triển, trong khi tại Hoa Kỳ, tỷ lệ này chiếm 13%.⁸ Nếu tính thêm các tiêu cực phí mà gia đình bệnh nhân phải chi thì tỷ lệ chi phí từ tiền túi có thể còn cao hơn nữa. Mặt khác, chi phí y tế công mang tính chất lũy thoái (regressive); 20% người giàu nhất sử dụng 1/3 dịch vụ tại bệnh viện công.⁹

Với kinh phí chính phủ chi cho y tế khoảng 1% GDP, trong tổng số 5,5% GDP về tổng chi tiêu y tế, việc tìm kiếm các nguồn tài trợ ngoài chính phủ là điều đương nhiên, trong đó có bảo hiểm y tế. Tại Việt nam hiện nay, có các hình thức sau đây về tài trợ y tế (health care financing):

1. Bảo hiểm bắt buộc dành cho công nhân viên chức chính phủ và các công nhân tại các doanh nghiệp có từ 10 công nhân trở lên. Đây là khu vực chính thức (formal sector), không quá 10% dân số 84 triệu.
2. Bảo hiểm tự nguyện dành cho khu vực không chính thức (informal sector) và khu vực nông nghiệp. Loại hình bảo hiểm này đôi khi được gọi nhầm tên là bảo hiểm y tế cộng đồng (community-based health insurance; CBHI) trong khi thực tế là loại hình được điều hành bởi các cơ quan của chính phủ. Năm 2006, số thành viên của bảo hiểm tự nguyện khoảng 3 triệu người,¹⁰ trong khi số người trong khu vực không chính thức và nông nghiệp năm 1999 là 38 triệu.¹¹ Sau khi dư kết được 1.400 tỷ đồng VN trong 14 năm, quỹ BHYT tự nguyện đã bội chi trong vòng 2 năm sau khi

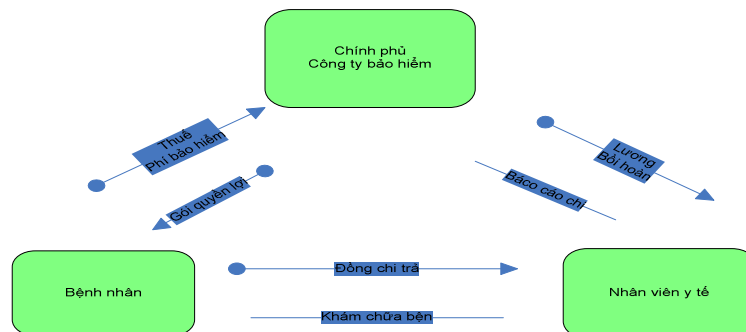
bãi bỏ chính sách đồng chi trả và mở rộng quyền lợi khám chữa bệnh. Đây là kết quả tai hại của hiểm họa đạo đức, chọn lựa bất lợi¹² và kích cung bởi y bác sĩ đã được bàn ở trên.

3. Bao cấp bởi chính phủ cho trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng thuộc diện chính sách và quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo.
4. Tiền viện trợ, chiếm 2,3% tổng chi phí y tế.
5. Tiền túi như đã bàn ở trên.

Một câu hỏi lý thú và chính đáng là tại sao số người tham gia bảo hiểm tự nguyện lại quá ít mặc dù người dân cũng nhận thức rằng tổn phí lớn cho các bệnh hiểm nghèo là gánh nặng tài chính cho gia đình mình. Có ba câu hỏi mà Jowett và Thompson¹¹ đề nghị nên có những nghiên cứu thêm:

- Động cơ nào khiến người dân mua bảo hiểm?
- Làm sao bảo đảm ổn định tài chính cho bảo hiểm tự nguyện?
- Làm sao bảo đảm tính công bằng trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế?

Các chính sách y tế

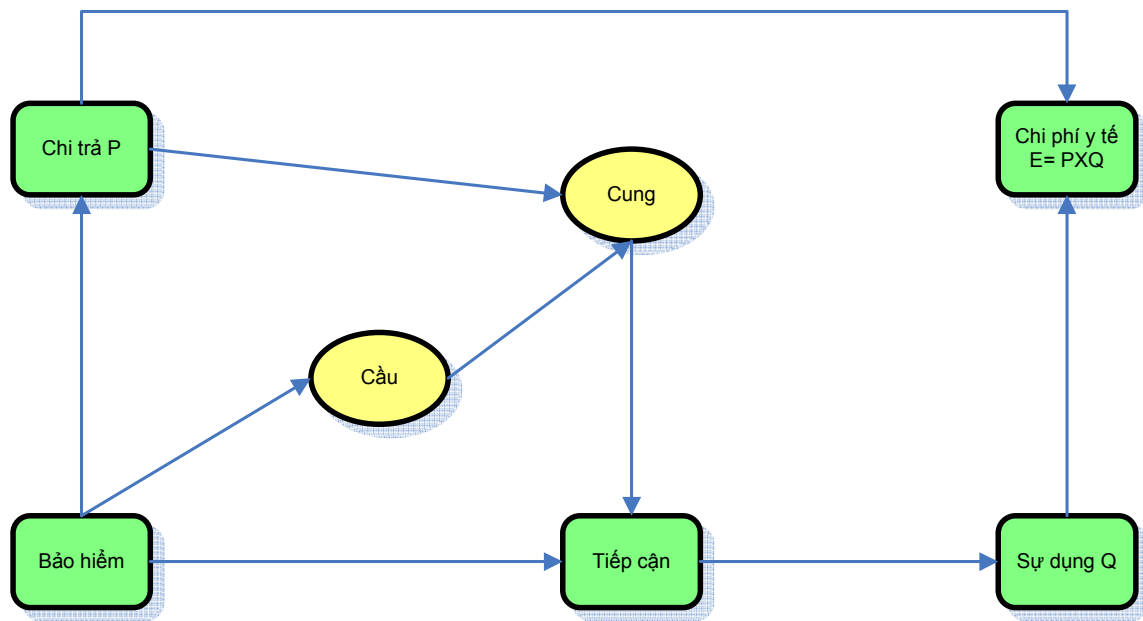


Hình 6 - Hệ thống y tế ba thành phần

Bất cứ một hệ thống y tế hiện đại nào trên thế giới hiện nay đều được cấu thành bởi ít nhất ba tác nhân tác dụng qua lại với nhau qua ba hoạt động (hình 6). Ba tác nhân lần lượt là người tiêu thụ (người bệnh), nhân viên y tế (providers) và chính phủ hoặc công ty bảo hiểm sức khỏe. Ở khía cạnh tài trợ, người tiêu thụ đóng phí bảo hiểm hoặc đóng thuế; ngược lại công ty bảo hiểm y tế hoặc chính phủ bảo đảm một gói quyền lợi dịch vụ y tế (a package of benefits). Ở khía cạnh phân phối dịch vụ y tế, người bệnh đóng số tiền đồng chi trả (copayment); và bác sĩ khám và trị bệnh. Ở khía cạnh bồi hoàn (reimbursement), các cơ sở y tế chuyển báo cáo tổn phí khám chữa bệnh (claims) lên cho công ty bảo hiểm y tế

hoặc chính phủ, và ngược lại họ nhận được tiền hoàn trả (reimbursement) hoặc lương bổng nếu là chính phủ.

Hoạt động tài trợ y tế là hoạt động cơ bản nhất vì hoạt động này chi phối các hoạt động khác như trong hình 7 cho thấy. Tuy nhiên, vì ba hoạt động này liên hệ lẫn nhau, nên khi cải tổ tài trợ y tế, bao gồm bảo hiểm y tế, thì cũng phải cải tổ hai hoạt động còn lại - hoạt động phân phối dịch vụ y tế và hoạt động bồi hoàn chi phí khám chữa bệnh. Sẽ thực sự không có ý nghĩa nào hết đối với người bệnh có bảo hiểm y tế mà phải đi từ chỗ mình đang ở lên tận thành phố lớn để được khám chữa bệnh, đồng thời còn phải chi những tiêu cực phí cho nhân viên y tế.



Hình 7 - Ảnh hưởng của bảo hiểm lên trên dịch vụ y tế¹³

Về tài trợ y tế dựa trên bảo hiểm có thể quy kết lại thành ba phương cách (Mossialos, 2002):⁶ bảo hiểm y tế tư nhân, quỹ bảo hiểm y tế xã hội (social health insurance) và bảo hiểm y tế toàn dân dựa trên thuế. Ít có quốc gia nào có thuần túy một loại bảo hiểm, mà thường là một tập hợp của nhiều loại hình bảo hiểm. Bảng 1 tóm tắt đặc tính của ba loại hình này. Dù cho Việt Nam lựa chọn hình thức bảo hiểm nào thì cũng phải tinh đến hiệu quả (efficiency) và công bằng (equity).

Đặc điểm chính	Bảo hiểm y tế tư nhân	Bảo hiểm y tế xã hội	BHYT dựa trên thuế
Quốc gia với loại hình này	Hoa Kỳ	Đức, Pháp	Các nước Bắc Âu, Anh
Đối phó với chọn lựa bảo hiểm	Đánh giá giá nguy cơ dựa trên cá nhân	Bảo hiểm bắt buộc	Bảo hiểm bắt buộc
Đối phó với hiểm họa đạo đức	<ol style="list-style-type: none"> đồng chi trả tiền chi trước bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh 	<ol style="list-style-type: none"> đồng chi trả tiền chi trước bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh 	<ol style="list-style-type: none"> bắt buộc cho toàn thể dân chúng thuế đóng góp cho chính phủ không dựa trên nguy cơ của từng cá nhân thuế trực tiếp hoặc gián tiếp; thuế quốc gia hoặc thuế từng địa phương
Đối phó với cạnh tranh không dựa vào giá (non-price competition)	<ol style="list-style-type: none"> đồng chi trả tiền chi trước bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh 	<ol style="list-style-type: none"> đồng chi trả tiền chi trước bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh 	<ol style="list-style-type: none"> đồng chi trả tiền chi trước bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh
Đối phó với quyền lợi giới hạn (incomplete coverage)	<ol style="list-style-type: none"> bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh 	<ol style="list-style-type: none"> đồng chi trả tiền chi trước bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh 	<ol style="list-style-type: none"> đồng chi trả tiền chi trước bồi hoàn theo từng ca hợp đồng riêng biệt với tổ hợp bác sĩ kết hợp chức năng bảo hiểm và khám trị bệnh

Bảng 1 - Các loại hình bảo hiểm sức khỏe

Huỳnh Tấn Tài
Đại Học Illinois tại Chicago (UIC)
Chicago, Illinois

và

Ủy Ban Liên Hợp (The Joint Commission)
Oakbrook Terrace, Illinois

Tham khảo

1. Arrow, K: Uncertainty and the Welfare Economics of Medicare. American Economic Review 53(3):941-73; 1963 in lại trong Hammer, PJ et al.: Uncertain Times: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care. Duke University Press: Durham, NC; 2003.
2. Folland S, Goodman AC, Stano M: The Economics of Health and Health Care. 3rd ed. Prentice Hall: Upper Saddle River, NJ; 2001.
3. Fedstein P: Health Care Economics. 6th ed. Thompson Delmar Learning: Clifton Park, NY; 2005.
4. Santerre RE, Neun SP: Health Economics. Theories, Insights, and Industry Studies. 3rd ed. Thompson Southwestern: Mason, OH; 2004.
5. Henderson JW: Health Economics & Policy. 2nd ed. Thompson Southwestern: Mason, OH; 2002.
6. Morris S, Devlin N, Parkin D: Economic Analysis in Health Care. Wiley & Sons: West Sussex, UK; 2006.
7. WHO estimates for country NHA data (1996-2005)
<http://www.who.int/nha/country/VNM.pdf>
8. Pauly MV, Zweifel P, Scheffler RM, Preker AS, Bassett M: Private Health Insurance in Developing Countries. Health Affairs. 2006; 25: 369-379.
9. Adams SJ: Vietnam's Health Care System. A Macroeconomic Perspective. International Symposium on Health Care Systems in Asia. Hitotsubashi University: Tokyo, JP; 2005.
10. Nhóm PVTS: Quỹ bảo hiểm y tế: Mất cân đối thu chi. Lao Động số 279 ngày 10/10/2006.
11. Jowett M, Thompson R: Paying for Health Care in Vietnam. Extending Health Care Coverage. Discussion Paper 167. University of York: York, UK; 1999
12. Nguyễn Quang A: Bảo hiểm y tế tự nguyện. Lao động cuối tuần số 14 ngày 15/04/2007.
13. Shi L, Singh DA: Delivering Health Care in America: A Systems Approach. Aspen: Gaithersburg, MD; 2001.