

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN

NGHIÊM XUÂN NAM

THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ
CỦA NGƯỜI DÂN NÔNG THÔN HIỆN NAY

(Nghiên cứu trường hợp tại xã Yên Thường - huyện Gia Lâm - Hà Nội)

Chuyên ngành Xã hội học
Mã số: 60 31 30

LUẬN VĂN THẠC SĨ XÃ HỘI HỌC

Người hướng dẫn khoa học: TS. NGUYỄN THỊ KIM HOA

HÀ NỘI – 2009

MỤC LỤC

MỞ ĐẦU	- 4 -
1. Lý do chọn đề tài	- 4 -
2. Ý nghĩa của đề tài.....	- 6 -
2.1. Ý nghĩa lý luận	- 6 -
2.2. Ý nghĩa thực tiễn	- 6 -
3. Mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu.....	- 6 -
3.1. Mục đích nghiên cứu	- 6 -
3.2. Mục tiêu nghiên cứu.....	- 7 -
3.3. Nhiệm vụ nghiên cứu	- 7 -
4. Đối tượng, khách thể, phạm vi nghiên cứu	- 7 -
4.1. Đối tượng nghiên cứu.....	- 7 -
4.2. Khách thể nghiên cứu.....	- 8 -
4.3. Phạm vi nghiên cứu	- 8 -
5. Giả thuyết nghiên cứu.....	- 8 -
6. Phương pháp nghiên cứu.....	- 8 -
6.1. Phương pháp phân tích tài liệu	- 8 -
6.2. Phương pháp phỏng vấn theo bảng hỏi	- 8 -
6.3. Phương pháp phỏng vấn sâu cá nhân	- 9 -
7. Khung lý thuyết	- 10 -
8. Cấu trúc luận văn.....	- 11 -
Chương 1. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THỰC TIỄN CỦA ĐỀ TÀI	- 12 -
1.1. Cơ sở lý luận và cách tiếp cận của đề tài.....	- 12 -
1.1.1. Cơ sở lý luận.....	- 12 -
1.1.2. Lý thuyết tiếp cận	- 13 -
1.2. Tổng quan vấn đề nghiên cứu	- 18 -
1.2.1. Vấn đề Bảo hiểm Y tế trong hệ thống ASXH ở Việt Nam nói chung -	18 -
1.2.2. Một số nghiên cứu liên quan đến vấn đề BHYT trong thời gian qua -	22 -
1.3. Các khái niệm công cụ	- 25 -
1.3.1. An sinh xã hội.....	- 25 -

1.3.2. Bảo hiểm Y tế..... - 26 -

1.3.3. Nhu cầu..... - 27 -

Chương 2 . THỰC TRẠNG THAM GIA BHYT CỦA NGƯỜI DÂN NÔNG THÔN

..... Error! Bookmark not defined.

2.1. Nhận thức của người dân nông thôn về BHYTError! Bookmark not defined.

2.1.1. Nhận thức của từng nhóm đối tượng về tầm quan trọng của BHYT

Bookmark not defined.

2.1.2. Nhận thức về quyền lợi và trách nhiệm khi tham gia BHYT

Bookmark not defined.

2.1.3. Nguồn thông tin nhận được về BHYT

Error! Bookmark not defined.

2.2. Thực trạng tham gia BHYT của người dân nông thôn hiện nay..... Error!

Bookmark not defined.

2.2.1. Vấn đề tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân

Error! Bookmark not defined.

2.2.2. Mức độ tham gia và sử dụng BHYT của người dân

Error! Bookmark not defined.

2.3. Một số nhân tố tác động đến mức độ tham gia BHYT của người dânError!

Bookmark not defined.

2.3.1. Chính sách BHYT

Error! Bookmark not defined.

2.3.2. Thái độ của nhân viên y tế.....

Error! Bookmark not defined.

2.3.3. Dịch vụ khám chữa bệnh BHYT.....

Error! Bookmark not defined.

Chương 3. NHU CẦU THAM GIA VÀ KHẢ NĂNG MỞ RỘNG BẢO HIỂM Y TẾ

Ở NÔNG THÔN..... Error! Bookmark not defined.

3.1. Nhu cầu tham gia BHYT của người dân nông thôn ...Error! Bookmark not defined.

defined.

3.1.1. Nhu cầu tham gia loại hình BHYT.....

Error! Bookmark not defined.

3.1.2. Nhu cầu về việc gia tăng các giá trị sử dụng

Error! Bookmark not defined.

3.1.3. Nhu cầu về mức phí đóng góp BHYT.....

Error! Bookmark not defined.

3.2. Khả năng mở rộng BHYT ở khu vực nông thônError! Bookmark not defined.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ Error! Bookmark not defined.

1. Kết luận Error! Bookmark not defined.

2. Kiến nghị Error! Bookmark not defined.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO..... - 29 -

Phụ lục 1: Phiếu thu thập thông tin

Phụ lục 2: Khung hướng dẫn Phỏng vấn sâu

MỞ ĐẦU

1. Lý do chọn đề tài

Ở nước ta, vấn đề an sinh xã hội (ASXH) được đặt ra từ rất sớm. Là một nước chủ yếu là nông nghiệp, nền kinh tế còn chưa phát triển, lại thường phải gánh chịu nhiều thiên tai, dịch họa nên niềm mong về an sinh xã hội đã có trong các câu ca dao như: “lá lành đùm lá rách”, “thương người như thể thương thân”, hoặc “bầu ơi thương lấy bí cùng, tuy rằng khác giống nhưng chung một giàn”, v.v... các câu thành ngữ ấy đã thể hiện tính cộng đồng ở nước ta; góp phần điều chỉnh các hành vi trong xã hội về các hoạt động mang nội dung an sinh xã hội và dần dần được Nhà nước (kể từ thời phong kiến cho đến nay) xây dựng thành các chính sách.

Chính sách phúc lợi xã hội và hoạt động của mạng lưới an sinh xã hội được coi là một trong những tiêu chí quan trọng đánh giá trình độ phát triển, tiến bộ của các quốc gia. Nói cách khác, đây chính là một trong những hình thức cơ bản thể hiện sự quan tâm và chăm lo của Nhà nước đối với công dân của mình.

Bảo hiểm Y tế (BHYT) là một hình thức trong toàn bộ hệ thống an sinh xã hội. BHYT đã và đang có những chuyển biến tích cực trong việc đóng góp vào sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân và thực sự là một cột trụ của an sinh xã hội quốc gia.

Chính sách Bảo hiểm Y tế của Đảng và Nhà nước mang ý nghĩa nhân đạo, có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc, góp phần quan trọng thực hiện mục tiêu công bằng xã hội trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân. Quan điểm của Đảng và Nhà nước là tiến tới mục tiêu Bảo hiểm Y tế toàn dân đã được xác định từ Hiến pháp năm 1992. Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X Đảng Cộng sản Việt Nam tiếp tục nhấn mạnh: *“Phát triển và nâng cao chất lượng Bảo hiểm Y tế, xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới Bảo hiểm Y tế toàn dân, phát triển mạnh các loại hình Bảo hiểm Y tế tự nguyện, Bảo hiểm Y tế cộng đồng. Mở rộng diện các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập khám bệnh, chữa bệnh theo Bảo hiểm Y tế. Hạn chế và giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh”*.

Những thay đổi về kinh tế - xã hội Việt Nam gần đây cũng đã ảnh hưởng không nhỏ tới nhận thức và nhu cầu tham gia bảo hiểm của nhân dân. Điều đó đặt ra cho lĩnh vực Bảo hiểm Y tế phải có những hình thức, phương thức hoạt động phù hợp hơn nhằm đáp ứng được nhu cầu của người dân, cũng như nhanh chóng mở rộng độ bao phủ.

Để đáp ứng với nhu cầu thực tiễn về chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân trong thời kỳ Đổi mới, Đảng ta cũng đã chỉ rõ quan điểm xã hội hóa y tế nhằm chia sẻ trách nhiệm tới tất cả các ban, ngành, tổ chức xã hội và cá nhân. Một số chính sách đã được ban hành nhằm huy động nguồn tài chính cho CSSK nhân dân, v.v... Trước khi có Nghị định 299 của Hội đồng Bộ trưởng về BHYT, nhiều địa phương đã thí điểm BHYT tự nguyện (BHYTTN) cho nông dân. Song, BHYTTN cho nông dân ở các địa phương đều không bền vững.

Bà Trương Thị Mai - Ủy viên Ban chấp hành Trung ương Đảng có nhận định: “Thực tế bảo hiểm xã hội đã chứng minh được vai trò an sinh xã hội, v.v... Tuy nhiên, mục tiêu để tiến tới Bảo hiểm Y tế toàn dân được hoạch định vào năm 2020 sẽ khó trở thành hiện thực. BHYT đang phải đối mặt với rất nhiều thách thức về cả nguồn lực lẫn khả năng tổ chức thực hiện. Chính sách BHYT dù liên tục được bổ sung và hoàn thiện nhằm đáp ứng nhu cầu CSSK (chăm sóc sức khỏe) nhân dân ngày càng tốt hơn, song vẫn còn ở tình trạng manh mún, thiếu đồng bộ và không đủ cơ sở pháp lý cần thiết để ràng buộc trách nhiệm, của các tổ chức và cá nhân tham gia BHYT, v.v... Bên cạnh đó, hoạt động của y tế cơ sở ở nhiều nơi, nhiều lúc còn chưa được như mong muốn. Nhu cầu và yêu cầu của người dân chưa được đáp ứng, đặc biệt đối với người nghèo và người dân ở các vùng sâu và vùng xa. Sự phân hoá giàu nghèo nhanh chóng đã giảm khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế của người nghèo. Ngoài nguyên nhân về đầu tư kinh phí cho hạ tầng và trang thiết bị, có lúc, có nơi nhận thức chưa đúng, chưa đầy đủ bản chất và nội dung của xã hội hoá trong công tác chỉ đạo, điều hành chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân”.

Yên Thường là một xã lớn nằm ở phía Đông Bắc Hà Nội thuộc huyện ngoại thành Gia Lâm. Cho tới nay, Yên Thường vẫn được xem là một xã ngoại thành điển hình, ở đó có sự đan xen đa dạng nhiều loại hình sản xuất bao gồm nông nghiệp, thủ công nghiệp, dịch vụ, v.v... Toàn xã có 15.000 dân, bao gồm 10 thôn, trong đó 9 thôn mang tính chất làng cổ, 1 thôn và 1 xóm mới.

Ngày nay tỷ lệ hộ khá, hộ giàu của xã Yên Thường đã chiếm 30 - 40%; toàn xã chỉ còn 28 hộ nghèo trên tổng số 3.024 hộ; hộ đói không còn. Trong 10 cụm dân cư, Yên Thường đã có 2 nơi đạt danh hiệu Làng văn hoá. Đó là thôn Liên Đàm - Làng văn hoá cấp Thành phố và thôn Yên Thường - Làng văn hoá cấp huyện.

Kinh nghiệm từ thành công của xã Yên Thường nằm ở chủ trương phát huy sức mạnh đại đoàn kết dân tộc trong phát triển kinh tế, xoá đói giảm nghèo. Gần đây, Ủy ban

Mặt trận Tổ quốc xã đã phát động quyên góp xây dựng được hai nhà tình nghĩa giúp đỡ hộ nghèo thuộc diện chính sách, bảo trợ các em học sinh học giỏi, giúp đỡ học sinh nghèo; các hội nghị khuyến học của xã cũng được tổ chức thường xuyên.

Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu “*Thực trạng và nhu cầu tham gia Bảo hiểm Y tế của người dân nông thôn hiện nay*” là rất quan trọng và có ý nghĩa trong bối cảnh hiện nay. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần làm sáng tỏ hơn bức tranh về thực trạng BHYT của người dân nông thôn Việt Nam, đặc biệt dưới góc nhìn của xã hội học.

2. Ý nghĩa của đề tài

2.1. Ý nghĩa lý luận

Nghiên cứu “*Thực trạng và nhu cầu tham gia Bảo hiểm Y tế của người dân nông thôn hiện nay*”, đã sử dụng cách tiếp cận và kết hợp tổng thể các phương pháp nghiên cứu xã hội học. Qua đó nhằm tìm hiểu thực trạng và nhu cầu của quá trình tham gia Bảo hiểm Y tế của người dân ở khu vực nông thôn hiện nay. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa lý luận quan trọng, khẳng định tính hợp lý và ý nghĩa của việc vận dụng lý thuyết chọn lựa hợp lý, lý thuyết mạng lưới xã hội và lý thuyết về thứ bậc nhu cầu của Maslow trong nghiên cứu xã hội học.

2.2. Ý nghĩa thực tiễn

Dưới góc độ tiếp cận xã hội học, đề tài nghiên cứu không những có ý nghĩa thuần túy về mặt khoa học mà còn có ý nghĩa quan trọng về mặt thực tiễn. Kết quả nghiên cứu sẽ góp thêm trong bức tranh toàn cảnh về thực trạng Bảo hiểm Y tế hiện nay. Đồng thời cũng làm rõ hơn vai trò quan trọng của Bảo hiểm Y tế trong hệ thống an sinh xã hội. Qua đề tài cũng hy vọng đưa ra một vài gợi ý về chính sách và mô hình hoạt động đối với những nhà quản lý, nhằm đạt được mục tiêu xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới Bảo hiểm Y tế toàn dân, phát triển mạnh các loại hình Bảo hiểm Y tế tự nguyện, Bảo hiểm Y tế cộng đồng. Đồng thời mở rộng diện các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập khám, chữa bệnh theo Bảo hiểm Y tế trong thời gian tới.

3. Mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu

3.1. Mục đích nghiên cứu

Thực trạng và nhu cầu tham gia BHYT của người dân nông thôn hiện nay.

3.2. Mục tiêu nghiên cứu

- Tìm hiểu thực trạng tham gia Bảo hiểm Y tế ở nông thôn hiện nay, đồng thời, xem xét một số nhân tố tác động đến thực trạng tham gia Bảo hiểm Y tế của người dân.

- Đánh giá nhu cầu tham gia BHYT của người dân theo từng nhóm đối tượng khác nhau.

- Góp phần đưa ra một số khuyến nghị và chính sách nhằm tăng cường khả năng mở rộng chính sách BHYT như một sự bảo đảm xã hội cho cộng đồng trong chăm sóc y tế.

3.3. Nhiệm vụ nghiên cứu

- *Thực trạng tham gia Bảo hiểm Y tế ở nông thôn hiện nay và một số nhân tố tác động đến thực trạng tham gia Bảo hiểm Y tế của người dân.*

Thực trạng tham gia BHYT của người dân được đo qua một số các chỉ số như sau: Nhận thức của người dân về BHYT; độ bao phủ (tần xuất tham gia BHYT của người dân); Tính công bằng trong khám và điều trị khi sử dụng BHYT; Tỷ lệ % đối tượng nghiên cứu tham gia BHYT hài lòng với khám chữa bệnh bằng BHYT (Chất lượng, thái độ phục vụ của nhân viên y tế, v.v...).

Hai nhân tố chính tác động đến thực trạng này: Nhân tố chủ quan được đo qua các chỉ số: Tỷ lệ % người dân cảm thấy không cần thiết (do chưa hiểu biết đầy đủ về BHYT); Không có tiền mua, không biết mua ở đâu, lòng tin của người dân đối với BHYT chưa cao... Nhân tố khách quan được đo qua tỷ lệ % người dân thấy mức phí cao, phương thức thanh toán phức tạp, quyền lợi và khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế chưa tốt, có sự phân biệt đối xử...

- *Đánh giá nhu cầu tham gia BHYT của người dân theo từng nhóm đối tượng khác nhau: nhu cầu về tham gia vào các loại hình BHYT, nhu cầu về việc gia tăng các giá trị sử dụng, nhu cầu về mức phí đóng góp BHYT...*

- *Đề xuất một số khuyến nghị và chính sách nhằm tăng cường khả năng mở rộng chính sách BHYT như một sự bảo đảm xã hội cho cộng đồng trong chăm sóc y tế.*

4. Đối tượng, khách thể, phạm vi nghiên cứu

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Thực trạng và nhu cầu tham gia Bảo hiểm Y tế của người dân nông thôn.

4.2. Khách thể nghiên cứu

Thành viên trong các hộ gia đình tại một số thôn thuộc xã Yên Thường, Gia Lâm, Hà Nội.

4.3. Phạm vi nghiên cứu

- *Địa điểm nghiên cứu:* Xã Yên Thường, Gia Lâm, Hà Nội.

- *Thời gian nghiên cứu:* từ năm 2008 - 2009

5. Giả thuyết nghiên cứu

- Người dân nông thôn đã nhận thức được mục đích và ý nghĩa của BHYT. Các nhóm đối tượng khác nhau nhận thức về các loại hình BHYT ở mức độ khác nhau, tuy nhiên, đa số người dân chỉ biết loại hình BHYT dành cho người nghèo.

- Tỷ lệ tham gia BHYT của người dân nông thôn tương đối cao và chủ yếu tập trung vào nhóm đối tượng cán bộ công nhân viên tham gia BHYT bắt buộc.

- Mức độ tham gia Bảo hiểm Y tế của người dân bị tác động từ rất nhiều nhân tố, song dịch vụ khám chữa bệnh BHYT chưa tốt là nhân tố có tác động trực tiếp và mạnh nhất.

- Người dân có nhu cầu tham gia Bảo hiểm Y tế lớn hơn khi chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT được đảm bảo.

6. Phương pháp nghiên cứu

6.1. Phương pháp phân tích tài liệu

Các văn bản, tư liệu hiện có tại một số cơ quan, ban, ngành, tổ chức xã hội, các bài viết chuyên ngành, báo cáo, kết quả điều tra khảo sát, số liệu có liên quan đến vấn đề nghiên cứu.

6.2. Phương pháp phỏng vấn theo bảng hỏi

- Chúng tôi tiến hành phỏng vấn với 360 người theo bảng hỏi chuẩn bị trước. Mẫu bảng hỏi được dùng chung để phỏng vấn cho cả 3 nhóm đối tượng. Bảng hỏi dành cho đối tượng nghiên cứu được đính kèm trong Phụ lục 1.

- Cách chọn mẫu: Đề tài nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng (với tỷ lệ ngang bằng).

Do mỗi nhóm tuổi có nhận thức cũng như nhu cầu khác nhau về BHYT, do vậy đề tài nghiên cứu sẽ tiến hành nghiên cứu 3 nhóm đối tượng trong các độ tuổi như sau: Thiếu niên nam, nữ từ 15- 24 tuổi chưa lập gia đình, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) và nam giới tuổi từ 15-60.

Công thức sau được sử dụng để tính cỡ mẫu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên cho từng nhóm đối tượng:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 pq}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu chọn theo phương pháp ngẫu nhiên

$Z_{1-\alpha/2}$: Độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2}=1,96$); d: Chọn $d=0,09$

p: Tỷ lệ dân số với các đặc điểm nghiên cứu ($p=0,5$)

q: $= 1-p=0,5$: Tỷ lệ đối tượng không mang đặc tính nghiên cứu

Thay số vào công thức trên ta được cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm đối tượng là 120 người (120 thanh thiếu niên tuổi từ 15-24 chưa lập gia đình, 120 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có chồng và 120 nam giới trong độ tuổi 15-60). Tổng cỡ mẫu cho nghiên cứu là 360 đối tượng.

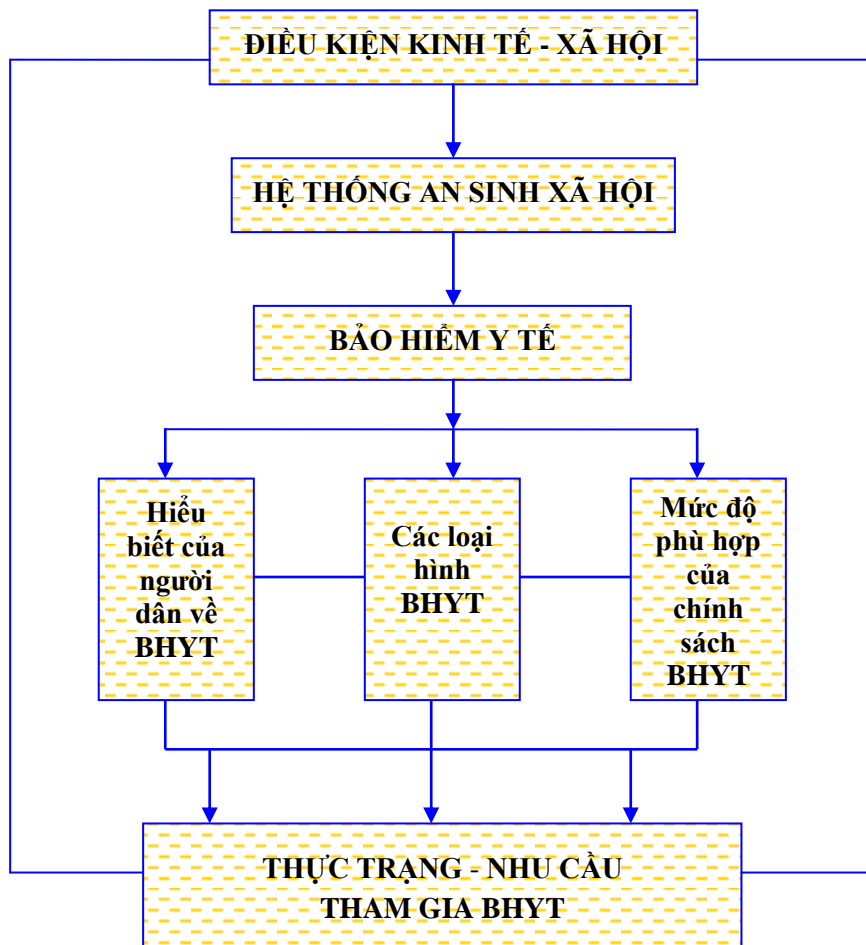
Cách chọn mẫu như sau: Tại xã Thường Yên được lựa chọn, chọn ngẫu nhiên 4 thôn bằng cách bốc thăm, sau đó mỗi thôn tiến hành phỏng vấn bằng bảng hỏi với 90 người được lựa chọn ngẫu nhiên (trong đó, 30 thanh thiếu niên từ 15 đến 24 tuổi chưa lập gia đình, 30 phụ nữ 15-49 tuổi có chồng và 30 nam giới trong độ tuổi 15-60).

- Số liệu sẽ được nhập và xử lý theo chương trình SPSS 13.0.

6.3. Phương pháp phỏng vấn sâu cá nhân

Để làm rõ hơn vấn đề thực trạng Bảo hiểm Y tế nông thôn hiện nay và đặc biệt là quan tâm sâu sắc những nhân tố tác động đến thực trạng và nhu cầu tham gia bảo hiểm của người dân. Chúng tôi tiến hành 10 cuộc phỏng vấn sâu với những người dân tại xã Yên Thường, Gia Lâm, Hà Nội nhằm tìm hiểu thêm về nhận thức cũng như nhu cầu tham gia BHYT của người dân nông thôn tại địa phương.

7. Khung lý thuyết



8. Cấu trúc luận văn

Luận văn bao gồm ba phần chính, mỗi phần bao gồm các chương, mục sau:

Phần mở đầu:

Trong phần này giới thiệu một số thông tin cơ bản của luận văn bao gồm lý do chọn đề tài; ý nghĩa lý luận và thực tiễn của đề tài; mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu; đối tượng, khách thể và phạm vi nghiên cứu; giả thuyết nghiên cứu; phương pháp nghiên cứu và khung lý thuyết.

Phần nội dung:

Bao gồm 2 Chương với nội dung của mỗi Chương như sau:

Chương 1. *Cơ sở lý luận và thực tiễn của đề tài*

Nội dung của chương nhằm làm rõ những vấn đề về cơ sở lý luận và cách tiếp cận của đề tài, tổng quan các vấn đề nghiên cứu và trình bày một số khái niệm công cụ.

Chương 2. *Kết quả nghiên cứu*

Nội dung của chương nhằm mô tả thực trạng và nhu cầu tham gia BHYT của người dân xã Yên Thường - huyện Gia Lâm - Hà Nội đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ tham gia BHYT của người dân nông thôn hiện nay.

Phần kết luận và kiến nghị:

Phần Kết luận: Đưa ra những kết luận khái quát về thực trạng và nhu cầu tham gia BHYT của người dân nông thôn hiện nay và một số yếu tố liên quan.

Phần Kiến nghị: Đề xuất một số kiến nghị nhằm khuyến khích sự tham gia của người dân cũng như bổ khuyết về mặt chính sách cho hoạt động triển khai và thực hiện BHYT hiện nay.

Phần tài liệu tham khảo và phụ lục.

Chương 1.

CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THỰC TIỄN CỦA ĐỀ TÀI

1.1. Cơ sở lý luận và cách tiếp cận của đề tài

1.1.1. Cơ sở lý luận

Đề tài vận dụng quan điểm chủ nghĩa duy vật biện chứng và chủ nghĩa duy vật lịch sử làm phương pháp luận nghiên cứu.

Chủ nghĩa duy vật biện chứng không chỉ nhìn nhận thế giới tồn tại xung quanh chúng ta là thế giới vật chất không ngừng vận động, phát triển mà còn vạch ra những quy luật khách quan chi phối đến sự vận động và phát triển đó. Như vậy, khi xem xét thực trạng và nhu cầu tham gia BHYT của người dân nông thôn, chúng ta không chỉ dừng lại ở bên ngoài sự vật, hiện tượng mà cần nhận thức được bản chất bên trong như quy luật khách quan của nó. Mặt khác, các sự vật, hiện tượng cần được xem xét trong mối liên hệ với nhau vì mọi sự vật, hiện tượng trong xã hội không phải do một nguyên nhân duy nhất gây nên. Để xem xét được thực trạng và nhu cầu tham gia BHYT, trước hết phải tìm hiểu được nhận thức của người dân về các loại hình BHYT, lợi ích của BHYT, v.v... Bên cạnh đó, cần tìm hiểu mức độ hài lòng và chỉ ra nhu cầu của họ khi tham gia vào mạng lưới BHYT.

Chủ nghĩa duy vật lịch sử cũng chỉ ra rằng, khi xem xét một vấn đề cần phải nhìn nhận đối tượng nghiên cứu trong những bối cảnh và điều kiện lịch sử cụ thể. Nghiên cứu về thực trạng và nhu cầu tham gia BHYT của người dân nông thôn, chúng ta phải nhìn nhận vấn đề trong quá trình vận động và phát triển kinh tế - văn hoá - xã hội chung của đất nước, đặc biệt là các quan điểm, chính sách của Đảng và Nhà nước về BHYT trong suốt những năm qua. Việc đặt vấn đề nghiên cứu vào một bối cảnh cụ thể sẽ giúp chúng ta có những cơ sở để phân tích một cách sâu sắc và toàn diện hơn về vấn đề nghiên cứu.

1.1.2. Lý thuyết tiếp cận

a, Lý thuyết chọn lựa hợp lý

Tiêu điểm của lý thuyết chọn lựa hợp lý là các actor. Các actor được xem là có các mục đích hay mục tiêu về cái mà hành động hướng tới. Các actor cũng được xem là có các sở thích (như các giá trị, các tiện ích). Lý thuyết chọn lựa hợp lý không quan tâm đến tính chất các sở thích này hay các nguồn gốc của chúng. Cái quan trọng là hành động được thực hiện để đạt được các đối tượng phù hợp với hệ thống giá trị, tiện ích của actor.

Mặc dù thuyết chọn lựa hợp lý bắt đầu với các mục đích hay dự định của actor, nó phải quan tâm đến ít nhất là hai sự kìm hãm đối với hành động. **Thứ nhất** là sự hiếm hoi của các tiềm năng. Các actor có những tiềm năng khác nhau cũng như cách thâm nhập khác nhau vào các tiềm năng khác. Đối với những người có nhiều tiềm năng, thành quả cuối cùng có thể tương đối dễ. Tuy nhiên, đối với những người có ít tiềm năng, sự đạt được mục đích có thể khó khăn hoặc là bất khả. Liên quan đến sự hiếm hoi các tiềm năng là ý tưởng về các giá phải trả của cơ hội, hay “các giá đó gắn liền với chuỗi hành động lôi cuốn kế tiếp”. Trong việc theo đuổi một mục đích đưa ra, các actor phải để mắt tới cái giá của hành động lôi cuốn nhất kế tiếp của họ. Một actor có thể chọn cách không theo đuổi mục đích có giá trị cao nhất nếu tiềm năng của cô ta không đáng kể, nếu kết quả là các cơ may để đạt được mục đích đó quá mỏng manh, và nếu trong việc cố gắng để đạt tới mục đích đó cô ta hủy hoại các cơ may đạt được mục đích giá trị nhất kế tiếp của mình. Các actor được xem là cố gắng tối đa hóa các điều lợi của họ, và mục tiêu đó có thể bao gồm việc đánh giá mối quan hệ giữa các cơ may đạt được một mục đích sơ khởi, và điều mà thành tựu đó thực hiện đối với các cơ may để đạt được đối tượng giá trị nhất thứ hai.

Một nguồn kìm hãm **thứ hai** lên hành động của cá thể là các thể chế xã hội. Như Friedman và Hechter xác định, một cá thể hành động một cách khuôn sáo, tìm ra các hành động của anh ta được kiểm soát lại từ đầu đến cuối bởi các nguyên tắc, các thể chế, các chính sách cứng rắn, v.v... Các kìm hãm có tính thể chế này giúp cho việc động viên các hành động nhất định và khước từ các hành động khác.

Friedman và Hechter liệt kê ra hai ý tưởng khác mà họ coi là cơ sở cho thuyết chọn lựa hợp lý. Đầu tiên là một tập hợp cơ cấu, hay quá trình qua đó “các hành vi cá thể riêng biệt được kết hợp để tạo ra kết quả xã hội”. Thứ hai là nhận thức đang lớn dần về

tầm quan trọng của thông tin trong việc thực hiện các chọn lựa hợp lý. Ở mỗi thời điểm, giả sử rằng các actor có thông tin hoàn hảo, hay tối thiểu là đầy đủ để thực hiện các chọn lựa theo mục đích giữa các chuỗi hành động có thể thế nhau bỏ ngỏ cho anh ta. Tuy nhiên, có một nhận thức đang lớn dần rằng chất lượng hay số lượng của các thông tin có sẵn rất đa dạng khác biệt và sự đa dạng có một ảnh hưởng sâu sắc đến các chọn lựa của actor.

Áp dụng vào vấn đề nghiên cứu, ngày nay, BHYT có ý nghĩa quan trọng hơn khi chi phí y tế và nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng. Không ai có thể phủ nhận những thành tựu của ngành y học mở ra cho con người những hy vọng mới, nhiều bệnh hiểm nghèo đã tìm được thuốc phòng và chữa bệnh. Nhiều trang thiết bị y tế hiện đại được đưa vào để chuẩn đoán và điều trị. Nhiều công trình nghiên cứu về các loại thuốc đặc trị đã thành công. Tuy nhiên không phải ai cũng có thể tiếp cận với những thành tựu đó đặc biệt là những người nghèo. Đại đa số người dân bình thường không có đủ khả năng tài chính để khám chữa bệnh, còn những người khá giả hơn cũng có thể gặp - bẫy - đói nghèo bất cứ khi nào. Chính vì vậy, mỗi cá nhân, đặc biệt là người nghèo, khi nhận thức được các thông tin đầy đủ về BHYT sẽ lựa chọn việc có tham gia vào BHYT hay không để có thể được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ.

b, Lý thuyết mạng lưới xã hội

Khái niệm mạng lưới xã hội dùng để chỉ phức thể các mối quan hệ xã hội do con người xây dựng, duy trì và phát triển trong cuộc sống thực của họ với tư cách là thành viên xã hội.

Trong xã hội học, các đặc điểm và tính chất của mạng lưới xã hội được nghiên cứu từ nhiều hướng tiếp cận khác nhau. Lý thuyết tương tác xã hội của Georg Simmel tập trung vào phân tích các kiểu, hình thức của mạng lưới gồm các mối liên hệ của các cá nhân đang tác động lẫn nhau. Theo lý thuyết cấu trúc chức năng, Emile Durkheim phân biệt hai kiểu đoàn kết xã hội hữu cơ và máy móc trên cơ sở hai hình thức phân công lao động phức tạp và đơn giản tạo nên những kiểu quan hệ và liên hệ tương ứng giữa các cá nhân và nhóm người. Mạng lưới quan hệ chức năng đặc trưng cho kiểu đoàn kết hữu cơ của xã hội hiện đại và mạng lưới quan hệ phi chức năng đặc trưng cho kiểu đoàn kết máy móc của xã hội truyền thống. Theo lý thuyết hệ thống xã hội, một số tác giả tập trung vào giải quyết một nhiệm vụ trung tâm của xã hội học là nghiên cứu cốt lõi bên trong của xã

hội. Với tư cách là kiểu mối liên hệ và quan hệ giữa các thành tố xã hội, mạng lưới xã hội là biểu hiện cụ thể, trực tiếp và rõ rệt nhất của cấu trúc xã hội. Phân tích mạng lưới xã hội trở thành một phương pháp tiếp cận cấu trúc xã hội.

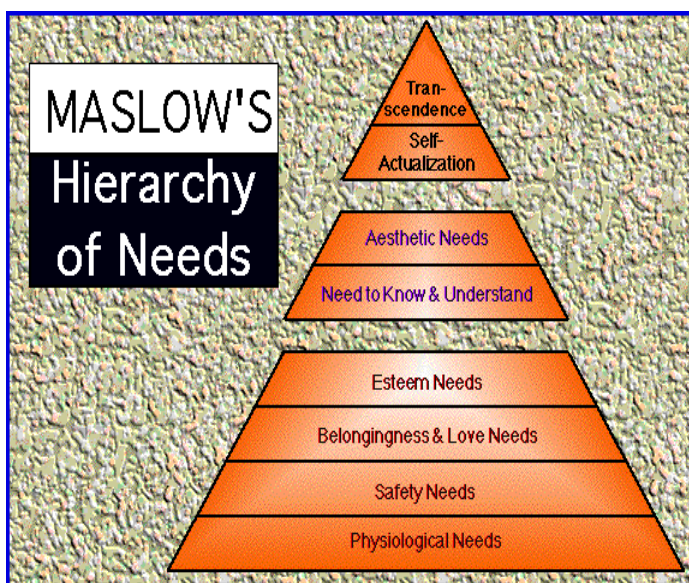
Khi nghiên cứu các kiểu mạng lưới xã hội, Mark Granovetter cho biết, mật độ và cường độ của các mối liên hệ xã hội có tác dụng khác nhau đối với giao tiếp và sự hội nhập xã hội. Trái với quan niệm thông thường, ông cho rằng những người có mạng lưới xã hội dày đặc khép kín trong đó mọi người đều quen biết và thân thiết nhau có thể sẽ tạo ra sự hạn chế trong việc trao đổi thông tin và cản trở sự liên hệ với thế giới bên ngoài. Ngược lại, một mạng lưới xã hội gồm các mối quan hệ yếu ớt, lỏng lẻo, thưa thớt, luôn luôn mở lại tỏ ra có lợi cho sự trao đổi thông tin và tạo ra sự hội nhập với xã hội cũng như tạo cơ hội cho cá nhân theo đuổi mục đích của họ. Granovetter gọi đó là “hiệu ứng mạnh của các mối liên hệ yếu ớt”.

Trong nghiên cứu này, mối quan hệ của các thành viên tham gia vào hệ thống BHYT là các quan hệ xã hội yếu ớt, lỏng lẻo nhưng cũng chính từ đây mở ra những cơ hội cho các thành viên được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là những người nghèo không có khả năng chi trả cho chi phí khám chữa bệnh hiểm nghèo. BHYT là sự san sẻ rủi ro của mọi người trong cộng đồng, là giải pháp hữu hiệu để mọi người vượt qua bệnh tật. Theo đó người khỏe mạnh giúp đỡ người bị bệnh về mặt tài chính để họ được sử dụng thuốc men, trang thiết bị y tế sớm bình phục sức khỏe. Đó chính là sức mạnh của các mối liên hệ yếu ớt trong mạng lưới tham gia BHYT.

Vai trò quan trọng của mạng lưới xã hội được nhấn mạnh trên nhiều phương diện, chẳng hạn mạng lưới di cư được coi là nhân tố quyết định toàn bộ quá trình di cư trong nước và quốc tế. Nhiều chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội đã cụ thể hoá khái niệm mạng lưới xã hội thành khái niệm “mạng an toàn”, “mạng sức khỏe” để chỉ hệ thống các dịch vụ và các mối liên hệ nhằm hỗ trợ và đáp ứng những nhu cầu, lợi ích của những nhóm nhất định. Sự phát triển vượt bậc của khoa học công nghệ thông tin và truyền thông hiện nay đang mở ra những mạng toàn cầu và “thời đại mạng”. Nhưng ngay cả khi internet hoá, mạng hoá thì cốt lõi của thời đại mạng vẫn là mạng lưới xã hội, bởi không phải máy móc mà chính là con người liên hệ với nhau, kết lại với nhau thành mạng lưới thông qua các phương tiện công nghệ hiện đại.

Áp dụng trong nghiên cứu này ở cấp độ rộng lớn hơn, ASXH là một mạng lưới được cấu thành từ các lưới khác nhau, mỗi lưới là một chi nhánh hay một chế độ bao gồm: chăm sóc y tế - sức khỏe, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, tuổi già, trợ cấp tiên tuất, gia đình.v.v... Mạng lưới này hiện nay và trong tương lai không chỉ dừng lại ở đây mà còn tiếp tục phát triển, mở rộng, can thiệp vào nhiều lĩnh vực khác trong xã hội nhằm thúc đẩy sự tiến bộ và công bằng xã hội.

c, Lý thuyết về thứ bậc nhu cầu của Maslow



(Nguồn: www.cit.gu.edu.au/~davidt/self-actualisation.htm)

Lý thuyết thứ ba mà tác giả sử dụng để phân tích vấn đề là “Thuyết thứ bậc nhu cầu” của A.Maslow (1908 – 1970).

Theo lý thuyết của ông thì nhu cầu của con người hình thành tạo nên một hệ thống và có thứ bậc từ cấp thiết đến ít cấp thiết hơn. Hệ thống đó được trình

bày như sau:

- Physiological: các nhu cầu cơ thể như đói, khát, mệt, v.v...;
- Safety/security: nhu cầu được an toàn, không bị nguy hiểm;
- Belonginess and Love: nhu cầu sở hữu và yêu thương, liên hệ với người khác và được chấp nhận;
- Esteem: nhu cầu được tôn trọng, được tán thành, được biết đến;
- Cognitive: nhu cầu nhận thức, khám phá;
- Aesthetic: nhu cầu thẩm mỹ, vươn tới cái đẹp;
- Self-actualization: nhu cầu tự hoàn thiện, tự khẳng định mình;
- Self-transcendence: nhu cầu tham gia vào những mối liên hệ liên cá nhân, vượt

ra khỏi cái tôi của mình, giúp người khác tự khẳng định họ và tự nhận ra những giá trị của họ.

Theo ông, tầm quan trọng của các nhu cầu được sắp xếp theo thứ tự từ dưới lên trên theo thang nhu cầu: từ mức thứ nhất đến mức thứ năm. Bốn mức nhu cầu đầu tiên ông gọi đó là nhóm nhu cầu thiếu hụt. Còn ở mức thứ năm, ông chia nhỏ hơn: nhu cầu thẩm mỹ, nhu cầu sáng tạo, nhu cầu hiểu biết, v.v..., ông gọi là nhóm các nhu cầu phát triển. Sự phân chia này tuy theo thang bậc, nhưng nó không phải là cố định mà chúng linh hoạt, thay đổi tùy theo điều kiện cụ thể.

Vấn đề sức khỏe đối với mỗi cá nhân con người là rất quan trọng bởi không chỉ nó có liên quan đến khả năng sống như đi lại, làm việc... mà còn liên quan đến thu nhập, tâm lý, khả năng phát triển, v.v... Do vậy, một trong những nhu cầu thiết yếu của mỗi con người là được chăm sóc sức khỏe - y tế. Tuy nhiên, không phải ai, bất cứ lúc nào cũng đủ điều kiện để được chăm sóc y tế một cách tốt nhất. Trong xã hội còn không ít những người không có khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà họ cần đến sự giúp đỡ của cộng đồng, Nhà nước và các tổ chức xã hội. Bảo hiểm là một trong những hình thức hiệu quả giúp đỡ các thành viên của cộng đồng tránh được những rủi ro về sức khỏe và tài chính, không chỉ vậy, đối với những người được khám chữa bệnh bằng BHYT thì họ được chi trả một phần hoặc toàn bộ, những chi phí đáng lẽ ra phải trả cho lần khám chữa bệnh đó được dành cho các hoạt động quan trọng khác như giáo dục, đào tạo nghề, v.v...

1.2. Tổng quan vấn đề nghiên cứu

1.2.1. Vấn đề Bảo hiểm Y tế trong hệ thống ASXH ở Việt Nam nói chung

Hiện nay, các quốc gia nhìn nhận, đánh giá đúng hơn với vai trò của BHYT bởi lẽ đây vừa là một mô hình, kiểu tổ chức nhóm có tính cộng đồng, tương tế và nhân văn cao, đồng thời lại là mô hình tài chính y tế phát triển theo định hướng công bằng và hiệu quả. Khi xã hội còn tồn tại những vấn nạn như nghèo đói, bất bình đẳng trong thu nhập và chăm sóc y tế thì BHYT như một “cứu cánh” cho những người nghèo khổ cần được hỗ trợ, những nhóm yếu thế, bị thiệt thòi trong xã hội, v.v... giảm bớt gánh nặng chi phí, tạo điều kiện cho họ được tiếp cận với các dịch vụ y tế cao, tăng thêm chi phí cho học tập, nâng cao trình độ kỹ năng nghề nghiệp, v.v... Không chỉ vậy, BHYT còn hướng tới tất cả các đối tượng khác là cá nhân trong xã hội nhằm mục đích hỗ trợ trong chăm sóc sức khỏe trên nguyên tắc “lấy số đông bù số ít”. Vấn đề y tế - sức khỏe liên quan đến tất cả các cá nhân, là một vấn đề mà bất kỳ quốc gia, dân tộc nào cũng đặt lên vị trí hàng đầu. Nó không chỉ đơn thuần là vấn đề sức khỏe sinh học, sinh lý mà còn ảnh hưởng rất lớn đến mọi mặt của đời sống kinh tế xã hội, an ninh quốc gia, v.v... Chính vì vậy, trong chính sách an sinh xã hội, vấn đề chăm sóc sức khỏe được quan tâm đặc biệt mà BHYT có sự tham gia rất lớn. BHYT hiện trở thành một kiểu lưới an sinh xã hội quan trọng trong việc thực hiện chính sách xã hội bởi tính ưu việt của nó:

- BHYT tiếp tục đóng vai trò mở rộng hệ thống ASXH vốn mang bản chất đoàn kết, cộng đồng và tương trợ, mang lợi ích thiết thực cho con người về khía cạnh chăm sóc sức khoẻ và tiếp cận các dịch vụ y tế, đặc biệt là với những nhóm yếu thế trong xã hội như người nghèo, diện chính sách, trẻ em, phụ nữ, v.v...

- BHYT thúc đẩy sự tham gia và phát huy quyền tự chủ của người dân trong quá trình thực hiện sự nghiệp CSSK nhân dân, đồng thời huy động sự đóng góp về nguồn lực nhằm cải thiện điều kiện và chất lượng các dịch vụ y tế.

- Một đặc trưng quan trọng nữa thể hiện tính ưu việt của BHYT đối với cuộc sống con người là nguyên tắc khám chữa bệnh theo yêu cầu của tình trạng sức khoẻ chứ không phải do người bệnh đã đóng góp trước đó bao nhiêu. Nguyên tắc này giúp cho những người không có năng lực về tài chính vẫn có thể được tiếp cận những dịch vụ y tế có chi phí cao gấp nhiều lần khả năng chi trả của họ.

Như vậy, xét về nhiều khía cạnh, đặc biệt là tính nhân văn của chính sách BHYT cho thấy, đây là một mạng lưới ASXH có nhiều đóng góp vào sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ nhân dân. Sự mở rộng và phát triển chính sách ASXH này là xu hướng tất yếu và phù hợp nhất trong bối cảnh kinh tế - xã hội của Việt Nam hiện nay và trong tương lai.

** Một số quan điểm của Đảng và Nhà nước về Bảo hiểm Y tế*

BHYT là một trong những hình thức của các quỹ tương tế ra đời nhằm mục đích “đổi phó với những hậu quả rủi ro của xã hội, chỉ thông qua việc đóng phí quỹ” [25]. Do sự đòi hỏi của thực tế xã hội và những ưu điểm nổi trội của nó nên BHYT được triển khai từ rất sớm, đặc biệt ở các nước phương Tây như Đức (1883), Áo (1889), v.v... Ở các nước Châu Á, BHYT ra đời muộn hơn vào những năm 90 của thế kỷ XX như Nhật Bản (1992), Hàn Quốc (1977), v.v... [22].

Ở Việt Nam, trong suốt một thời gian dài đất nước phải đối phó với hai cuộc chiến tranh xâm lược, sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân hoàn toàn theo mô hình “thời chiến”, mọi chi phí trong chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân được bao cấp bởi nhà nước hoàn toàn. Đảng và Nhà nước đã tiến hành sự nghiệp đổi mới mọi mặt của đời sống kinh tế xã hội, trong đó có lĩnh vực y tế được đổi mới theo hướng xã hội hoá, xoá bỏ hoàn toàn cơ chế bao cấp như tinh thần của Báo cáo Chính trị Đại hội Đảng lần thứ VI: “...sức khoẻ của nhân dân, tương lai của giống nòi là mối quan tâm thường

xuân của Đảng và Nhà nước, là trách nhiệm của tất cả các ngành, các đoàn thể, là trách nhiệm và lợi ích thiết thân của mỗi công dân...". Thời điểm đánh dấu sự công nhận vai trò to lớn của BHYT đối với sự nghiệp chăm sóc sức khỏe của nhân dân là khi Hiến pháp nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam năm 1992 có ghi tại Điều 39: “...*thực hiện BHYT là tạo điều kiện để mọi người dân được chăm sóc sức khỏe...*” và Điều 61: “*Công dân có quyền được hưởng chế độ bảo vệ sức khỏe. Nhà nước quy định chế độ viện phí, chế độ miễn giảm viện phí, v.v...*”. Để cụ thể hoá các chính sách này, ngày 15/8/1992, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã ký Nghị định 299/HĐBT ban hành Điều lệ về BHYT. Sau 6 năm triển khai thực hiện và rút kinh nghiệm, ngày 18/8/1998 Chính phủ đã ký Nghị định 58/1998-CP thay thế Nghị định 299/HĐBT nhằm tăng cường hơn nữa hiệu quả hoạt động của hệ thống BHYT Việt Nam. Trong Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ IX, một lần nữa Đảng và Nhà nước ta khẳng định vai trò của BHYT và tiếp tục đẩy mạnh phát triển BHYT lên một tầm cao mới, coi đây như một nhiệm vụ chính trị cần thực hiện “...*công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe nhân dân tiến tới BHYT toàn dân, v.v...*”. Năm 2002, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 20 về việc sáp nhập BHYT Việt Nam vào BHXH Việt Nam nhằm mục đích quản lý tập trung các đầu mối và đồng thời nâng cao tính công bằng trong quá trình KCB và việc chi trả dịch vụ y tế thông qua bảo hiểm. Nhận thấy nhu cầu KCB của nhân dân bằng thẻ BHYT ngày càng cao cùng với sự hoàn thiện hơn về cơ chế quản lý, ngày 16/5/2005, Chính phủ ban hành Nghị định số 63/2005/NĐ-CP về điều kiện BHYT. Nghị định này có hiệu lực từ ngày 01/07/2005 và sẽ thay thế cho Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13/08/1998 và các quy định trước đây về BHYT. Nghị định mới ban hành có 09 chương và 35 điều hướng dẫn chi tiết về việc thực hiện BHYT. Trong Nghị định này, BHYT được quy định là một chính sách xã hội do Nhà nước tổ chức thực hiện nhằm huy động sự đóng góp của người sử dụng lao động, người lao động, các tổ chức và cá nhân để thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo quy định của điều lệ bảo hiểm cho người có thẻ bảo hiểm khi ốm đau. Điều lệ mới của BHYT sẽ mang lại nhiều quyền lợi cho người dân tham gia mà trước đây không được hưởng như thành phần được tham gia rộng hơn (mở rộng cho đối tượng là người nghèo và các đối tượng khó khăn khác). Chi phí KCB được chi trả 100% thay vì người bệnh phải trả 20% như trước đây. Người có thẻ được thanh toán những dịch vụ y tế có chi phí cao như chẩn đoán hình ảnh, can thiệp tim mạch, những ca bệnh cần biệt được đất tiên, v.v...

Sau đó, ngày 30/3/2007, Thông tư số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ra đời. Bên cạnh nhiều quy định “siết chặt” đối tượng tham gia, điều kiện triển khai BHYT tự nguyện và tăng phí bảo hiểm tự nguyện lên 50%, theo Thông tư này BHYT sẽ chỉ thanh toán 100% chi phí khám chữa bệnh ngoại trú dưới 100 ngàn đồng một lượt. Tất cả các chi phí khác (ngoại trú trên 100 ngàn và các chi phí nội trú) bệnh nhân phải đồng chi trả ở mức 20% (kể cả dịch vụ kỹ thuật cao không quá 20 triệu đồng một lượt). Nói cách khác phục hồi lại cơ chế “đồng chi trả”.

Ngày 14/11/2008, Quốc hội thông qua Luật BHYT số 25/2008/QH12. Luật này quy định về chế độ, chính sách Bảo hiểm Y tế, bao gồm đối tượng, mức đóng, trách nhiệm và phương thức đóng Bảo hiểm Y tế; thẻ Bảo hiểm Y tế; phạm vi được hưởng Bảo hiểm Y tế; tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia Bảo hiểm Y tế; thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm Y tế; quỹ Bảo hiểm Y tế; quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến Bảo hiểm Y tế. Mở rộng thêm nhóm đối tượng vốn trước đây không nằm trong diện được xét hưởng, đây được xem là điểm mới nhất của Luật BHYT. Nhóm đối tượng được bổ sung để được thanh toán Bảo hiểm Y tế gồm: Những người mắc bệnh tim bẩm sinh, người nhiễm HIV, các dị tật bẩm sinh [8]. Luật BHYT chính thức có hiệu lực từ ngày 01/07/2009. Có thể nói rằng, đây là bước tiến bộ quan trọng trong khởi đầu để thực hiện chủ trương của Đảng và Nhà nước ta trong việc tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2014.

Như vậy, quá trình hình thành và phát triển của BHYT Việt Nam càng thấy tầm quan trọng của chính sách mở rộng BHYT, đặc biệt trong giai đoạn thực hiện Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ Sức khỏe Nhân dân giai đoạn 2001 - 2010 được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt theo Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg ngày 19/03/2002.

Về đặc điểm của BHYT ở nước ta, theo Điều lệ BHYT Việt Nam hiện hành quy định có hai loại hình BHYT, đó là BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện [1]. Tuy nhiên, phân theo đối tượng tham gia bảo hiểm thì có 3 loại hình BHYT sau:

- BHYT bắt buộc: được quy định áp dụng với tất cả công nhân viên chức Nhà nước và những người làm công ăn lương;
- BHYT tự nguyện: Chủ yếu bao gồm BHYT dành cho học sinh, sinh viên;
- Các loại hình BHYT được Nhà nước hỗ trợ: BHYT dành cho người nghèo, BHYT dành cho đối tượng chính sách, có công với Cách mạng, v.v... [31].

Sở dĩ phải phân chia thành các đối tượng do quy định mức độ đóng góp và được chi trả từ quỹ BHYT trong KCB là khác nhau và xuất phát từ khả năng chi trả, hoàn cảnh sống, sự đóng góp với xã hội, v.v... Có như vậy mới đạt được tính công bằng trong chi trả KCB cho người dân.

Đảng và Nhà nước ta đã nhận định rằng con người là nguồn tài nguyên quý báu của đất nước. Một xã hội muốn phát triển phải cần đến những con người khoẻ mạnh, vì vậy cần phải đầu tư cho sức khoẻ của nhân dân. Đầu tư cho sức khoẻ là đầu tư cho sự phát triển của kinh tế xã hội. Tại đại hội Đảng IX Đảng ta đã chỉ rõ: “thực hiện đồng bộ các chính sách bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ nhân dân nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ và phát triển giống nòi. Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế, đặc biệt là y tế cơ sở. Xây dựng một số trung tâm y tế chuyên sâu. Đẩy mạnh sản xuất dược phẩm, bảo đảm các loại thuốc thiết yếu đến với mọi địa bàn dân cư. Thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khoẻ, đổi mới cơ chế chính sách viện phí, có chính sách trợ cấp và BHYT cho người nghèo, tiến tới BHYT toàn dân”. Như vậy, tiến tới BHYT toàn dân là một trong những nhiệm vụ chiến lược quan trọng mà toàn Đảng, toàn dân phải phấn đấu thực hiện.

1.2.2. Một số nghiên cứu liên quan đến vấn đề BHYT trong thời gian qua

Để đáp ứng với nhu cầu thực tiễn về chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân trong thời kỳ Đổi mới, Đảng ta đã chỉ rõ quan điểm xã hội hoá y tế nhằm chia sẻ trách nhiệm tới tất cả các ban, ngành, tổ chức xã hội và cá nhân. Cũng chính vì vậy, trong suốt thời gian qua có khá nhiều các nghiên cứu về vấn đề này.

Với mục tiêu (1) nghiên cứu thực trạng và những bài học kinh nghiệm từ việc triển khai BHYTTN cho nông dân ở một số địa phương; (2) làm cơ sở đề xuất giải pháp nhằm tăng cường khả năng để người dân sống ở nông thôn có thể tham gia BHYT, nghiên cứu *Thực trạng BHYT nông dân tại Hải Phòng và Thái Bình năm 2002* do Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tiến hành qua phân tích tài liệu thứ cấp với điều tra cắt ngang và đánh giá nhanh bằng bộ câu hỏi bán cấu trúc đã chỉ ra rằng: Số người tham gia BHYT toàn quốc tăng dần hàng năm (Năm 1993 mới bao phủ 5,4%, năm 2001 là 14% dân số); Nguồn thu BHYT bằng khoảng 50% ngân sách Nhà nước dành cho KCB. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy: BHYT tự nguyện cho người nông dân tại hai địa phương này được triển khai ngay từ những ngày đầu có BHYT. Tuy nhiên, có nhiều nguyên nhân dẫn đến không bền vững như: chưa có sự hỗ trợ từ Nhà nước; chưa hiểu biết

đầy đủ; quyền lợi và khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế chưa tốt; có sự phân biệt đối xử; lòng tin của người dân đối với BHYT chưa cao; tình trạng lựa chọn ngược; không cân đối được quỹ, v.v... [30].

Năm 2003, đề tài cấp Nhà nước về *Nghiên cứu thực trạng và xây dựng mô hình huy động xã hội thực hiện xã hội hoá y tế đảm bảo công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân* nhằm mục tiêu: Xây dựng mô hình chăm sóc sức khoẻ nhân dân phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội Việt nam, và huy động xã hội thực hiện xã hội hoá y tế, đảm bảo công bằng và hiệu quả trong CSSK [15]. Nghiên cứu đã tập trung mô tả và phân tích các chính sách về khám chữa bệnh cho người nghèo, người trong diện chính sách, các chính sách với những vùng khó khăn. Việc CSSK cho người nghèo đã được quan tâm thực hiện với nhiều hình thức khác nhau như: chương trình y tế quốc gia hướng tới các vùng có khó khăn, chính sách miễn giảm phí KCB, thẻ KCB và thẻ BHYT cho người nghèo. Ngoài ra còn có nhiều hình thức từ thiện khác như: Bệnh viện miễn phí cho người nghèo, phòng khám từ thiện... Nghiên cứu cũng đã nêu những khó khăn gặp phải trong thực tế khiến cho các chính sách này chưa thật sự mang lại hiệu quả như mong muốn và người nghèo vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh.

Năm 2006, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tiến hành cuộc điều tra *Tình hình BHYT, sử dụng dịch vụ y tế và chi tiêu y tế tại hai tỉnh Hải Dương và Bắc Giang* với tổng số 2.394 hộ gia đình được phỏng vấn. Bên cạnh điều tra hộ gia đình, thông tin về BHYT như độ bao phủ, doanh thu, tình hình sử dụng và chi tiêu cho khám chữa bệnh của các thành viên BHYT đã được khảo sát tại cơ quan BHYT và bệnh viện huyện thông qua các mẫu khảo sát được thiết kế sẵn. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Độ bao phủ của BHYT tại các huyện nghiên cứu dao động từ 40-50%. Học sinh, sinh viên là thành phần chủ yếu tham gia BHYT tự nguyện. Có khoảng 70% nông dân chưa có BHYT. Người nghèo chiếm tỷ trọng cao trong tổng số người tham gia BHYT, tuy nhiên vẫn còn khoảng 20-30% hộ gia đình báo cáo thuộc diện hộ nghèo nhưng vẫn chưa được cấp thẻ BHYT. Những biểu hiện lựa chọn ngược trong việc tham gia BHYT của đối tượng hội đoàn thể biểu hiện khá rõ. Hiểu biết và nhận thức về BHYT trong người dân còn rất hạn chế. Khó khăn về tài chính là lý do chủ yếu không tham gia BHYT tự nguyện. Về hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế, tỷ lệ ốm không đi khám bệnh thấp nhưng tỷ lệ tự điều trị vẫn cao, đặc biệt tại Hải Dương. Người có BHYT sử dụng dịch vụ y tế nhiều hơn người không có thẻ

BHYT. So với năm 2005, người nghèo đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế nhiều hơn. Mức độ hài lòng với dịch vụ y tế trong số các bệnh nhân BHYT thấp hơn bệnh nhân tự trả phí. Hai vấn đề chủ yếu làm bệnh nhân ít hài lòng là điều kiện cơ sở vật chất và thái độ của nhân viên y tế. BHYT đã giảm rõ rệt chi phí khám chữa bệnh cả ngoại trú và nội trú. Tuy nhiên, bệnh nhân BHYT vẫn phải trả một khoản đáng kể khi đi khám chữa bệnh.

Báo cáo kết quả nghiên cứu định tính của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế năm 2007 về *Phát triển BHYT ở nông thôn công bằng và bền vững nhằm nâng cao chăm sóc sức khỏe người dân*: Mục tiêu nghiên cứu là nhằm tìm hiểu nhận thức của các nhóm đối tượng khác nhau về BHYT, tìm hiểu kiến thức/hiểu biết của người dân về các mô hình BHYT hiện tại, phân tích khả năng tham gia BHYT của người dân và nêu lên một số khuyến nghị phục vụ xây dựng các can thiệp hợp lý. Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính gồm phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Đối tượng đích nghiên cứu bao gồm đại diện chính quyền địa phương, đại diện ngành y tế và BHXH các cấp, đại diện các tổ chức xã hội, đoàn thể và các nhóm dân cư tham gia BHYT và không tham gia BHYT.

Kết quả nghiên cứu: (1) Hầu hết các đối tượng tham gia nghiên cứu nhận thức được mục đích và ý nghĩa của BHYT. Các nhóm đối tượng khác nhau nhận thức về BHYT ở mức độ khác nhau; (2) Hiểu biết về các mô hình BHYT của các đối tượng nghiên cứu khác nhau ở mức độ khác nhau. Nhóm tham gia BHYT bắt buộc hiểu biết khá đầy đủ về các mô hình BHYT trong khi các nhóm còn lại hiểu biết hạn chế hơn; (3) Trừ nhóm tham gia BHYT bắt buộc, các nhóm khác không hài lòng với các mô hình BHYT hiện tại. Lý do khiến các nhóm không hài lòng gồm: mức phí BHYT cao, thẻ BHYT được cấp phát chậm chễ, thông tin trên thẻ không chính xác, thiếu thông tin về BHYT và không có cơ chế phản hồi. Các đối tượng tham gia nghiên cứu không hài lòng với dịch vụ KCB BHYT do phải chờ đợi lâu, quy trình KCB phức tạp, dịch vụ kém chất lượng, quyền lợi được hưởng hạn chế, thái độ của nhân viên y tế thiếu tận tình; (4) Người dân không sẵn sàng tham gia BHYT do thuốc BHYT và các dịch vụ xét nghiệm tại bệnh viện còn hạn chế; (5) Nhiều người dân chỉ sử dụng thẻ BHYT khi đi KCB nội trú. Khi ốm đau, người dân lựa chọn KCB tại cơ sở y tế nhà nước hay tư nhân phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh. Người dân thường đến các cơ sở y tế tư nhân và mua thuốc tại nhà thuốc tư khi mắc các bệnh thông thường. Mua thuốc tại nhà thuốc tư là hiện tượng phổ biến đối với cả người có BHYT và không có BHYT; (6) Việc triển khai các chính sách

BHYT trên thực tế đang phải đối mặt với nhiều khó khăn về phía cả cơ quan BHXH và các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế. Về phía cơ quan BHYT, đội ngũ tuyên truyền cung cấp thông tin về BHYT không được tập huấn/đào tạo nâng cao kỹ năng truyền thông, kinh phí cho truyền thông còn hạn chế, cán bộ Bảo hiểm xã hội Việt Nam làm công tác giám định tại các cơ sở y tế còn thiếu, cơ chế giám sát triển khai BHYT chưa được thực hiện. Về phía các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế, trần thanh toán do bảo hiểm xã hội Việt Nam quy định còn hạn chế, nguy cơ bội chi và tình trạng quá tải tại bệnh viện thường xuyên xảy ra, Bảo hiểm xã hội Việt Nam chậm trễ hoàn phí BHYT và mức hoàn phí không đủ so với số chi, trang thiết bị và cơ sở vật chất còn hạn chế; (7) Người dân mong muốn cơ quan BHXH tăng cường cung cấp thông tin về BHYT, cải tiến các thủ tục hành chính, hỗ trợ tài chính cho các đối tượng tham gia BHYT tự nguyện. Người dân cũng mong muốn các cơ sở y tế nâng cao chất lượng dịch vụ, đầu tư nhiều hơn về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị cho tuyến xã, tổ chức KCB định kỳ cho người dân.

Như vậy, chúng ta có thể thấy rằng, có khá nhiều các nghiên cứu về thực trạng tham gia BHYT của người dân nhưng ít có nghiên cứu nào chỉ rõ từng nhóm tuổi có hiểu biết cũng như nhu cầu tham gia BHYT như thế nào. Chính vì vậy, thực hiện đề tài này, tác giả cũng nhằm tìm hiểu thực trạng và nhu cầu tham gia BHYT của người dân theo 3 nhóm tuổi khác nhau: nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) đã lập gia đình, nhóm nam nữ thanh niên tuổi từ 15-24 và nhóm nam giới từ 15-60 tuổi. Kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày rõ hơn trong chương 2 của luận văn.

1.3. Các khái niệm công cụ

1.3.1. An sinh xã hội

Theo quan điểm của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO), “*An sinh xã hội là sự bảo vệ mà xã hội thực hiện đối với các thành viên của mình thông qua hàng loạt các biện pháp công cộng để chống lại sự cùng quẫn về kinh tế và xã hội dẫn đến sự chấm dứt hay giảm sút đáng kể về thu nhập do ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, mất việc làm, mất sức lao động, tuổi già hoặc cái chết; những dịch vụ về chăm sóc y tế hay những quy định về hỗ trợ đối với những gia đình có con nhỏ gặp phải khó khăn trong cuộc sống*” [22].

Từ định nghĩa của ILO cho thấy ASXH có tầm quan trọng đặc biệt đối với xã hội, phạm vi và mức độ ảnh hưởng của nó rất rộng và gắn gũi với đời sống con người. ASXH trước hết là sự bảo vệ của xã hội đối với các thành viên của mình, thứ hai, sự bảo vệ này

thông qua các biện pháp công cộng và thứ ba, mục đích của sự bảo vệ này nhằm giúp đỡ các thành viên tránh được các rủi ro, biến cố xã hội. Như vậy, bản chất sâu xa của ASXH là góp phần bảo đảm thu nhập và đời sống cho các thành viên trong xã hội thông qua các biện pháp công cộng; mục tiêu là tạo ra một mạng lưới an toàn gồm nhiều tầng, lớp bảo vệ cho các thành viên trong xã hội. ASXH dựa trên nguyên tắc san sẻ trách nhiệm và thực hiện công bằng xã hội.

1.3.2. Bảo hiểm Y tế

Trong Từ điển Bách khoa Việt Nam có định nghĩa về BHYT như sau: “*Bảo hiểm Y tế là loại bảo hiểm do Nhà nước tổ chức, quản lý nhằm huy động sự đóng góp của cá nhân, tập thể và cộng đồng xã hội để chăm lo sức khoẻ, khám bệnh và chữa bệnh cho nhân dân*” [35].

Trong Điều lệ Bảo hiểm Y tế Việt Nam có định nghĩa: “*Bảo hiểm Y tế là một loại chính sách xã hội do Nhà nước tổ chức thực hiện, nhằm huy động sự đóng góp của người sử dụng lao động, người lao động, các tổ chức và cá nhân để thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ Bảo hiểm Y tế khi ốm đau*” [1].

Đây đồng thời là một trong 9 nội dung quan trọng nhất của bảo hiểm xã hội được quy định tại Công ước 102 ngày 28/06/1952 của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) về các tiêu chuẩn tối thiểu cho các loại trợ cấp bảo hiểm xã hội.

Khi nói đến BHYT là nói tới BHXH về y tế, là loại hình bảo hiểm của Nhà nước quản lý, khác với BHYT tư nhân hay bảo hiểm có tính chất thương mại. BHYT mang tính xã hội, không vì mục tiêu lợi nhuận, hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả trong khám, chữa bệnh và toàn dân tham gia. Sự tham gia của mọi người là trách nhiệm đối với những người lao động và tự nguyện với tất cả các đối tượng khác, không phân biệt giới tính, tuổi tác, tình trạng sức khỏe.v.v.

- Bảo hiểm Y tế bắt buộc: Là hình thức Bảo hiểm Y tế mà các đối tượng được xác định trong Luật có trách nhiệm tham gia

- Bảo hiểm Y tế tự nguyện: Là hình thức Bảo hiểm Y tế mà các đối tượng không thuộc diện Bảo hiểm Y tế bắt buộc tự nguyện tham gia.

Trong nghiên cứu này, tác giả sử dụng khái niệm BHYT như là một tổ chức cộng đồng đoàn kết, tương trợ, chia sẻ rủi ro của những người tham gia BHYT. BHYT có nhiệm vụ chăm sóc sức khoẻ cho người tham gia BHYT thông qua việc huy động đóng

góp của người sử dụng lao động, người lao động, các tổ chức và cá nhân để thanh toán chi phí khám chữa bệnh và bảo vệ quyền lợi chính đáng cho người tham gia BHYT. Đồng thời, người tham gia BHYT cần phải cùng có trách nhiệm với bản thân họ bằng cách tham gia vào các biện pháp rèn luyện và chăm sóc sức khỏe, phòng tránh hoặc ngăn cản bệnh tật cũng như tác động tích cực vào việc chữa bệnh và khôi phục sức khỏe và vượt qua những hậu quả do bệnh tật gây ra.

Một xã hội phát triển trước hết phải có những con người khỏe mạnh. Có sức khỏe con người mới có thể thực hiện các hoạt động sống phục vụ cho chính bản thân mình và cho cộng đồng. Nhưng không phải lúc nào con người cũng khỏe mạnh và không phải ai cũng có khả năng chi trả chi phí khám chữa bệnh khi không may gặp rủi ro bất ngờ như ốm đau, bệnh tật. Chính vì vậy ở hầu hết các quốc gia trên thế giới đều triển khai BHYT nhằm giúp đỡ và tạo ra sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe đối với người bệnh.

1.3.3. Nhu cầu

Từ lâu nhu cầu đã là đối tượng nghiên cứu của hầu hết các ngành khoa học nghiên cứu sinh học và xã hội. Cho tới nay chưa có một định nghĩa chung nhất cho khái niệm nhu cầu. Theo *Từ điển wikipedia*, nhu cầu được hiểu là sự cần thiết về một cái gì đó. Nhưng “cái gì đó” chỉ là hình thức biểu hiện bên ngoài của nhu cầu. Sau hình thức biểu hiện ẩn chứa bản chất của nhu cầu mà có thể tạm gọi là “nhu yếu”. Đối tượng của nhu cầu chính là cái mà nhu cầu hướng đến và có thể làm thỏa mãn nhu cầu đó. Một đối tượng có thể làm thỏa mãn một số nhu cầu, một nhu cầu có thể được thỏa mãn bởi một số đối tượng, trong đó mức độ thỏa mãn có khác nhau.

Tính đa dạng của đối tượng tạo nên sự vô hạn của nhu cầu. Alfred Marshall viết rằng: “Không có số để đếm nhu cầu và ước muốn”. Về vấn đề cơ bản của khoa học kinh tế - vấn đề nhu cầu con người - hầu hết các sách đều nhận định rằng nhu cầu không có giới hạn.

D.N. Uznetski là người đầu tiên trong tâm lý học Xô viết nghiên cứu về nhu cầu. Ông khám phá ra mối quan hệ giữa nhu cầu và hành vi. Tương ứng theo mỗi kiểu hành vi là một nhu cầu. Ông cho rằng: không có gì đặc trưng cho một cơ thể sống hơn sự có mặt của nó ở nhu cầu. Nhu cầu, đó là cội nguồn của tính tích cực, với ý nghĩa này thì khái niệm nhu cầu rất rộng, v.v... Nhu cầu là một thuộc tính tâm lý đặc trưng giữ vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy hành vi, ông quan niệm rằng: nhu cầu là yếu tố quyết định tạo

ra tính tích cực, nó xác định xu hướng, tính chất hành vi. Và ông cũng cho rằng: dựa vào nhu cầu của con người để phân loại hành vi của con người.

Henry Maslow, khi nghiên cứu về vấn đề nhu cầu cũng khẳng định: nhu cầu là một tổ chức cơ động, hướng dẫn và thúc đẩy hành vi. Nhu cầu ở mỗi người khác nhau về cường độ mức độ, đồng thời các loại nhu cầu chiếm ưu thế cũng khác nhau ở mỗi người.

Trong nghiên cứu này, do mỗi nhóm tuổi có những nhu cầu về KCB nhau nên chúng tôi tập trung nghiên cứu 3 nhóm đối tượng chính là nhóm thanh thiếu niên tuổi từ 15 - 24 chưa lập gia đình, nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có gia đình và nam giới trong độ tuổi từ 15 - 60 nhằm phân tích một cách cụ thể hơn về nhu cầu của từng nhóm này.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo chuyên đề “*Tình hình Bảo hiểm Y tế ở Việt Nam*” - Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, Nxb Y học, Hà Nội, 2003.
2. *Báo cáo kết quả điều tra y tế quốc gia năm 2001- 2002*, Nxb Y học, Hà Nội, 2003.
3. Báo cáo chung của các nhà tài trợ tại hội nghị tư vấn các nhà tài trợ Việt Nam, Báo cáo phát triển Việt Nam 2004, *Nghèo*, Hà Nội 12/2003.
4. Trịnh Hoà Bình và cộng sự (2005), *Bảo hiểm Y tế trong hệ thống an sinh xã hội Việt Nam: một số vấn đề lý luận và thực tiễn* (Đề tài cấp viện), Phòng Xã hội học sức khỏe, Viện Xã hội học.
5. Bộ Y tế, Điều lệ Bảo hiểm Y tế số 58/1998/NĐ-CP ngày 13/08/1998.
6. Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê, *Tình hình Bảo hiểm Y tế ở Việt Nam*, Nxb Y học, Hà Nội, 2003.
7. Bộ y tế, *Nghiên cứu phát triển chính sách Bảo hiểm Y tế*, Hà Nội, 2005.
8. Bộ Y tế, Luật Bảo hiểm Y tế số 25/2008/QH12 ban hành ngày 14/11/2008.
9. Các báo cáo tổng kết nghiệp vụ BHYT HS - SV từ năm 1998 đến năm 2004 của Ban Tự nguyện – Bảo hiểm xã hội Việt Nam.
10. Chiến lược phát triển thị trường bảo hiểm Việt Nam từ năm 2003 đến năm 2010 của Bộ Tài chính.
11. Đàm Viết Cương, Trần Văn Tiến, Nguyễn Khánh Phương, Trần Thị Mai Oanh, Hoàng Thị Phương, Dương Huy Lương và cộng sự, *Phát triển BHYT ở nông thôn công bằng và bền vững nhằm nâng cao chăm sóc sức khoẻ người dân – Báo cáo kết quả nghiên cứu định tính – Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*, 2007.
12. Bùi Thế Cường, Viện XHH, HN, 2003. *Phúc lợi xã hội ở Việt Nam – Hiện trạng, vấn đề và điều chỉnh*, Đề tài cấp Bộ, Hà Nội.
13. Phạm Tất Dong, Lê Ngọc Hùng, *Xã hội học đại cương*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
14. Lê Bạch Dương, Đặng Nguyên Anh, Khuất Thu Hồng, Lê Hoài Trung, Robert Lezoy Bach (2005), *Bảo trợ xã hội cho những nhóm thiệt thòi ở Việt Nam*, Nxb Thế giới, Hà Nội.

15. Đề tài cấp Nhà nước, *Nghiên cứu thực trạng và xây dựng mô hình huy động xã hội thực hiện xã hội hoá y tế đảm bảo công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân*, Hội đồng Bộ Khoa học và Công nghệ, 2003.
16. Martin Evans (2005), *Mức độ lũy tiến của hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam*. Trung tâm phân tích Chính sách Xã hội Đại học Bath, Vương quốc Anh.
17. Vũ Quang Hà. *Xã hội học đại cương*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
18. Vũ Quang Hà, *Các lý thuyết xã hội học*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
19. Tô Duy Hợp, *Xã hội học nông thôn*.
20. Tô Duy Hợp và cộng sự (2000), Báo cáo nhiệm vụ cấp Bộ năm 2000: *Luận cứ khoa học cho việc điều chỉnh chính sách xã hội nhằm phát triển nông nghiệp, nông thôn Việt Nam ngày nay*, Hà Nội.
21. Tô Duy Hợp, *An sinh xã hội tam nông – một số vấn đề lý luận cơ bản*, Tạp chí Xã hội học, số 1/2006.
22. Nguyễn Hải Hữu, Báo cáo khoa học về “*Hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam hiện nay*” trình bày tại Viện Xã hội học, Hà Nội, tháng 6 năm 2005.
23. Nguyễn Hải Hữu (2006), *Phát triển hệ thống an sinh xã hội hiện đại phù hợp với nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa*, Tạp chí Xã hội học, số 1/2006.
24. Matthew Jowett và Robin Thompson, tài liệu nghiên cứu “*Paying for health care in Vietnam: extending voluntary health insurance coverage*”, Đại học York (Anh), tháng 3/1999.
25. Alain Letourmy (Trung tâm nghiên cứu Khoa học Quốc gia Pháp (CNRS), Báo cáo khoa học “*Khía cạnh kinh tế và xã hội học của các quỹ tương tế*” (Trình bày tại viện Xã hội học), Hà Nội, 2003.
26. Niên giám thống kê từ năm 2001 đến năm 2004.
27. *Phát triển Bảo hiểm Y tế nông thôn công bằng và bền vững, đảm bảo CSSK cho mọi người dân* - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.
28. Jonathan Pincus, 2005, *Hướng tới một khuôn khổ hợp nhất cho an sinh xã hội ở Việt Nam*, Báo cáo trong Hội thảo khoa học: Hệ thống an sinh xã hội Việt Nam, do UNDP, Bộ LĐTB và XH, Viện KHXHVN đồng tổ chức tại Hà Nội, 22/7/2005.
29. Tạp chí Bảo hiểm Y tế Việt Nam từ năm 2001 đến năm 2002.

30. Nguyễn Thị Thanh, Trần Thị Mai Oanh, Khương Anh Tuấn và Nguyễn Phương Hạnh, *Nghiên cứu thực trạng BHYT nông dân tại Hải Phòng và Thái Bình*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội, 2002.
31. Nguyễn Xuân Thành, (2004-2007), Tuyển tập Luận án Tiến sỹ bảo vệ tại Thụy Điển, *Vòng xoáy tai nạn thương tích – đói nghèo ở nông thôn Việt Nam*.
32. Hoàng Kiến Thiết, *BHYT tự nguyện - không phải là giải pháp tiến tới BHYT toàn dân*, Tạp chí BHXH, số 6/2007.
33. Lưu Viết Tĩnh, *Tính nhân đạo cộng đồng trong BHYT tự nguyện*, Tạp chí BHXH, số 5/2007.
34. Thông tư liên tịch số 77/2003/TTLT – BTC – BYT ngày 07/8/2003 hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện.
35. Từ điển Bách khoa Việt Nam.
36. Hồ Sĩ Sà chủ biên - Giáo trình Thống Kê bảo hiểm - Nxb Thống kê, 2000.
37. <http://www.cit.gu.edu.au/davidt/self-actualisation.htm>
38. <http://www.hspi.org.vn>
39. www://tapchibaohiemxahoi.org.vn;
40. <http://vi.wikipedia.org>