

BẢO HIỂM Y TẾ TRONG CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DÂN TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Hải Đường*, Nguyễn Thị Chính**

Ngày nhận: 29/01/2016
Ngày nhận bản sửa: 11/2/2016
Ngày duyệt đăng: 25/4/2016

Tóm tắt:

Nghiên cứu tập trung đánh giá kết quả thực hiện chính sách bảo hiểm y tế toàn dân trong tổng thể chương trình Chăm sóc sức khỏe toàn dân tính đến thời điểm hiện tại: sự gia tăng về mức độ bao phủ bảo hiểm y tế, gia tăng về qui mô quỹ bảo hiểm y tế, tác động của bảo hiểm y tế đối với vấn đề nghèo hóa do các khoản chi phí y tế mang tính thảm họa tại Việt Nam. Các hạn chế của chính sách bảo hiểm y tế được nêu ra trong bài viết như thiếu yếu tố cạnh tranh trong cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế nhà nước, phạm vi bảo hiểm chưa linh hoạt. Dựa trên cơ sở thực hiện bảo hiểm y tế tại một số nước tiên tiến và các nước trong khu vực, đề xuất mô hình bảo hiểm y tế đa tầng với nhiều nhà cung cấp, phạm vi bảo hiểm nhiều lớp nhằm khắc phục các hạn chế của mô hình bảo hiểm y tế của Việt Nam.

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe toàn dân, bảo hiểm y tế toàn dân, bảo hiểm y tế nhà nước, bảo hiểm y tế thương mại, phạm vi bảo hiểm.

Health insurance in the Universal Health Coverage in Vietnam

Abstract:

This study concentrates on assessing universal health insurance performance in the Universal Health Coverage in Vietnam. The paper points out the weaknesses of Vietnam's universal health insurance policy, such as lack of competition in state health insurance market, and inflexibility in insurance coverage. Based on experiences of some countries in developing health insurance system, the study proposes multi-level model for health insurance system in Vietnam.

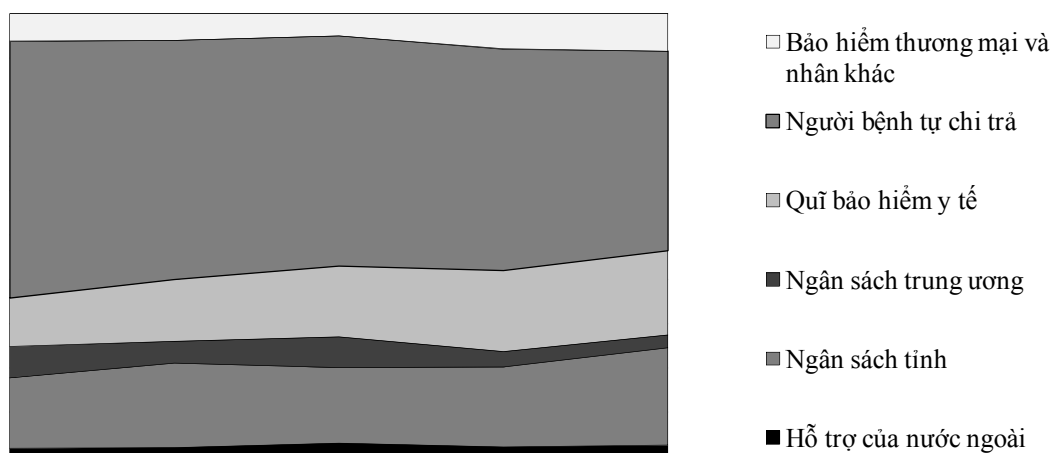
Keywords: Universal health coverage, universal health insurance, state health insurance, commercial health insurance, insurance coverage.

1. Đặt vấn đề

Chăm sóc sức khỏe toàn dân (Universal Health Coverage) là chương trình mà nhiều quốc gia trong khu vực và trên thế giới theo đuổi. Ngoài việc đảm bảo an sinh xã hội, chăm sóc sức khỏe toàn dân còn là chính sách đảm bảo sự phát triển bền vững cho nền kinh tế, nâng cao thể chất và chất lượng sống cho người dân. Để đảm bảo sự thành công của chính sách chăm sóc sức khỏe toàn dân, bảo hiểm y tế là

một trong những nhân tố trọng yếu quyết định sự ổn định và bền vững của nguồn tài chính cho việc thực hiện triển khai chính sách, đồng thời giảm gánh nặng tài chính cho ngân sách quốc gia. Theo Báo cáo Tổng quan ngành Y tế năm 2013 (JAHR 2013), mục tiêu của các Chương trình Chăm sóc sức khỏe toàn dân mà các quốc gia theo đuổi là: Tạo sự công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế; Cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản, toàn diện; Bảo vệ người sử dụng trước rủi ro tài chính (Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, 2014).

Hình 1: Cơ cấu các nguồn chi cho Chăm sóc y tế của Việt Nam



Nguồn: Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014), 106

Rõ ràng, bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam được coi là nhân tố mũi nhọn, vừa đảm bảo tất cả người dân được tiếp cận dịch vụ y tế, vừa đảm bảo giúp họ loại trừ được các rủi ro tài chính khi chi phí y tế/chăm sóc sức khỏe quá cao so với khả năng tài chính.

Trên thực tế, có quy định của Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2008), bảo hiểm y tế nhà nước ngày càng giữ vai trò đáng kể trong việc đảm bảo tài chính cho Chương trình Chăm sóc y tế toàn dân mà Việt Nam đang theo đuổi. Cụ thể, chi bảo hiểm y tế nhà nước trong tổng chi chăm sóc sức khỏe toàn dân của Việt Nam có xu hướng tăng đáng kể từ khi Việt Nam triển khai Bảo hiểm y tế toàn dân, góp phần giảm nhẹ gánh nặng cho ngân sách (hình 1). Trong báo cáo đánh giá tổng quan của Bộ Y tế và Nhóm đối tác (2014), số liệu thống kê giai đoạn 2006-2010 cho thấy tỷ lệ tự chi trả chi phí y tế của người dân giảm đáng kể trong năm 2009, 2010 và tương tự cho những năm gần đây. Ngoài ra, tỷ lệ tài trợ cho chi phí y tế từ Ngân

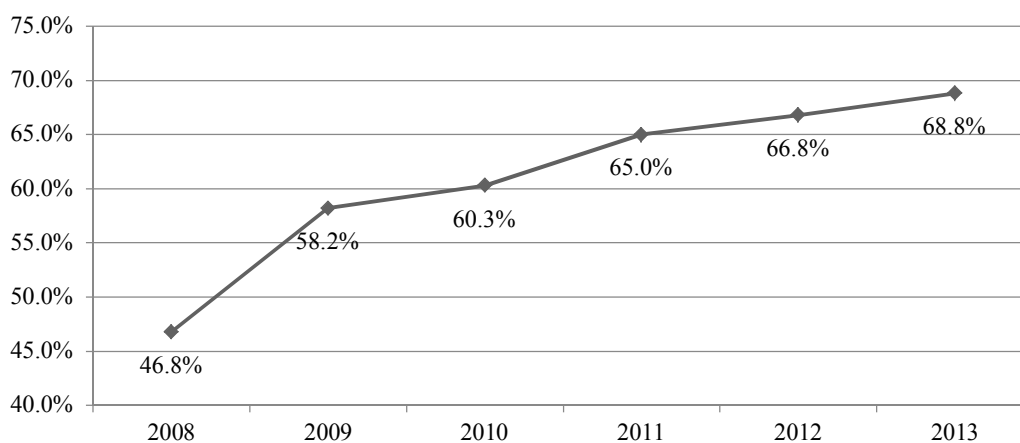
sách Nhà nước cũng giảm đáng kể. Nguồn chi từ quỹ bảo hiểm y tế tăng dần, hỗ trợ cho các khoản chi trả của một số nguồn khác.

Tuy nhiên, nếu nhìn từ góc độ người sử dụng dịch vụ y tế và mục tiêu giảm chi trả trực tiếp cho dịch vụ y tế thì có thể thấy phần chi trả chi phí y tế trực tiếp từ người dân sử dụng dịch vụ y tế còn chiếm tỉ trọng quá lớn trong tổng chi cho y tế và chăm sóc sức khỏe, chi từ bảo hiểm y tế thương mại không đáng kể. Đây chính là vấn đề cần làm rõ của nghiên cứu: vai trò của bảo hiểm y tế nhà nước đạt đến đâu? Bảo hiểm y tế tại Việt Nam nên triển khai theo mô hình nào? Trước tiên, nghiên cứu sẽ tiến hành đánh giá kết quả quá trình triển khai Bảo hiểm y tế toàn dân tại Việt Nam trong thời gian qua, làm rõ các khó khăn và hạn chế của Bảo hiểm Y tế toàn dân hiện nay.

2. Chính sách bảo hiểm y tế toàn dân của Việt Nam

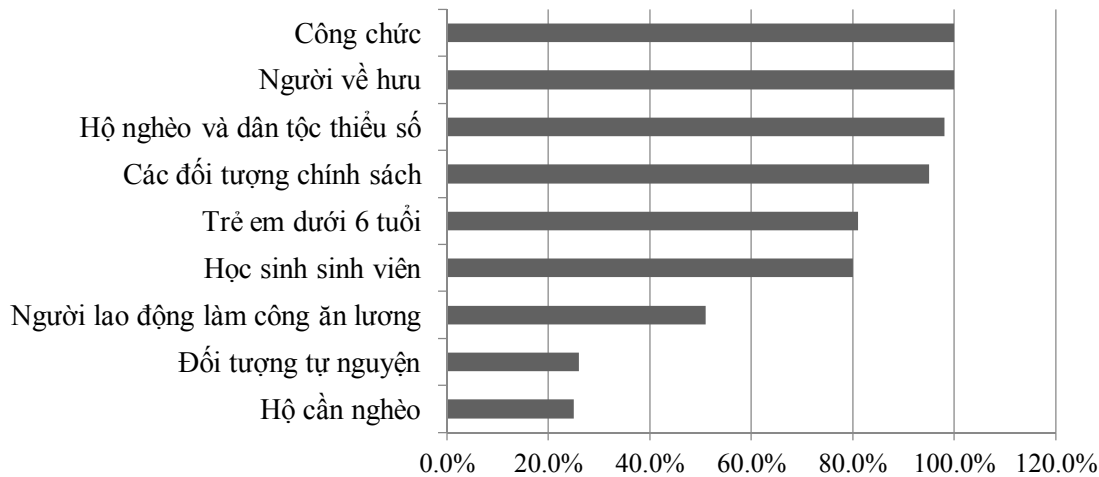
Như đã đề cập, bảo hiểm y tế chính là nhân tố mũi nhọn để đảm bảo các mục tiêu của Chương

Hình 2. Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế Nhà nước tại Việt Nam giai đoạn 2008-2013



Nguồn: Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014).

Hình 3: Tỷ lệ bao phủ y tế theo nhóm đối tượng tham gia, năm 2011



Nguồn: Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014)

trình Chăm sóc sức khỏe toàn dân (Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, 2014), đảm bảo an sinh và phát triển bền vững của nền kinh tế. Bảo hiểm Y tế toàn dân được triển khai ở Việt Nam từ năm 2009, cùng với quá trình triển khai chính sách, tỷ lệ dân được bảo hiểm y tế tăng đều hàng năm.

Theo số liệu của Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014) tỷ lệ bao phủ Bảo hiểm y tế nhà nước tăng từ 46,8% năm 2008 lên 58,2% năm 2009 - năm đầu tiên triển khai bảo hiểm y tế toàn dân, và đạt 68,8% vào năm 2013. Mục tiêu bao phủ y tế Việt Nam đặt ra năm 2015 là 75% và ít nhất là 80% vào năm 2020 (Quốc hội, 2013).

Tính đến hết năm 2014, sau 6 năm triển khai bảo hiểm y tế toàn dân, bảo hiểm y tế bắt buộc của nhà nước đã bao phủ được 76% dân số Việt Nam, một số nhóm đối tượng như công chức, hưu trí, người nghèo dân tộc thiểu số, đối tượng chính sách, học sinh, sinh viên có tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế nhà

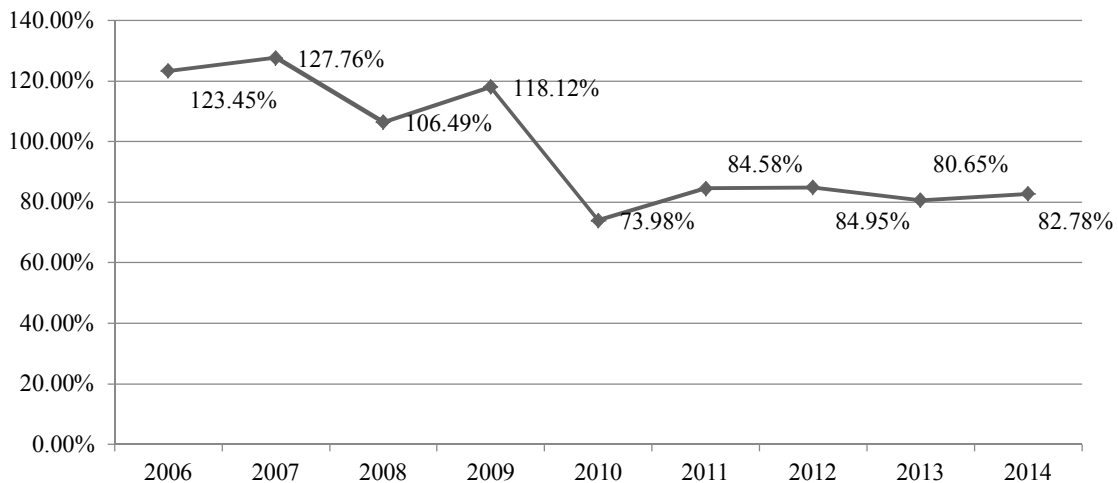
nước 80% đến 100% từ năm 2012. Nhóm có tỷ lệ bao phủ thấp và cũng là nhóm đối tượng cần triển khai bảo hiểm y tế nhà nước trong thời gian tới là các hộ cận nghèo và các hộ/đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện (lao động tự do, các hộ buôn bán nhỏ,...) (Hình 3).

Xét trên góc độ cân đối quỹ, theo số liệu tổng hợp của ban thu và ban chi của Cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, trước khi triển khai bảo hiểm y tế toàn dân, quỹ bảo hiểm y tế thường xuyên bội chi, với mức bội chi trên dưới 20% thu. Tuy nhiên, từ năm 2010 đến nay, quỹ bảo hiểm y tế đã kết dư.

Cùng với việc góp phần giảm tỷ lệ tự chi trả của dân cư, bảo hiểm y tế cũng có tác động nhất định đến việc giảm các khoản chi phí y tế thảm họa của các hộ và góp phần giảm tỷ lệ nghèo hóa dân cư (Hình 5).

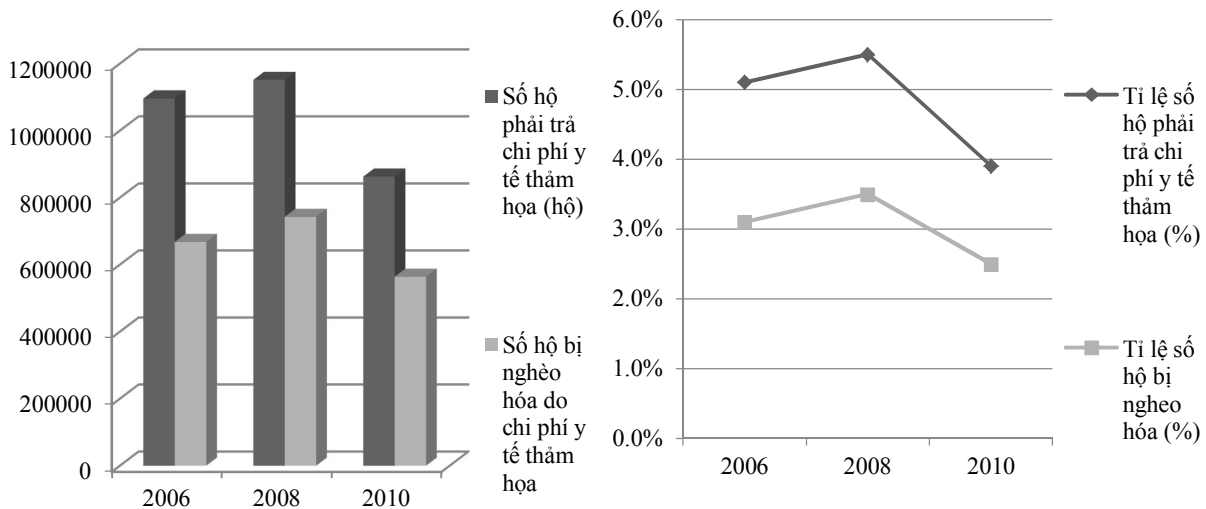
Xem xét từ khía cạnh đảm bảo an sinh, bảo hiểm y tế toàn dân đã đảm bảo được một số mục tiêu đặt

Hình 4. Cân đối thu chi quỹ bảo hiểm y tế nhà nước (2006-2014)



Nguồn: Tổng hợp số liệu của Cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam, từ năm 2007 đến 2015

Hình 5. Chi trả chi phí y tế mang tính thảm họa và tỷ lệ nghèo hóa do chi phí y tế mang tính thảm họa tại Việt Nam (2006-2010, đơn vị: %/hộ)



Nguồn: Nguồn: Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014)

ra ở một mức độ nhất định: tỷ lệ tự chi trả chi phí y tế của người dân giảm đáng kể từ khi Bảo hiểm y tế toàn dân được triển khai; các khoản chi trả chi phí y tế mang tính thảm họa giảm dần; tỷ lệ tài trợ cho chi phí y tế từ Ngân sách Nhà nước cũng giảm đáng kể, chỉ duy trì ở mức trên 3%. Nguồn chi từ quỹ bảo hiểm y tế tăng dần, hỗ trợ cho các khoản chi trả của một số nguồn khác.

Tuy nhiên, nếu đánh giá tổng thể có thể thấy việc triển khai Bảo hiểm y tế toàn dân vẫn còn rất nhiều vấn đề tồn tại, vướng mắc. Thứ nhất, tỷ lệ phải chi trả trực tiếp chi phí y tế của người sử dụng dịch vụ còn quá cao (Hình 1). Thứ hai, kết dư quỹ bảo hiểm y tế có chiều hướng giảm (Hình 4) do sự gia tăng về giá của của dịch vụ y tế. Thứ ba, các đối tượng còn lại chưa được bao phủ bảo hiểm y tế là những nhóm đối tượng khó triển khai bảo hiểm y tế nhà nước do vấn đề khả năng tiếp cận quản lý đối tượng, thu nhập không ổn định hoặc thấp của các nhóm đối tượng này, các khó khăn về địa lý. Thứ tư, bảo hiểm y tế thương mại vẫn còn rất mờ nhạt khi chỉ đóng góp chưa đến 4% tổng chi chi phí y tế tính đến năm 2010 và trên thực tế cũng không tăng nhiều trong những năm gần đây.

3. Mô hình bảo hiểm y tế đa tầng với chương trình Chăm sóc sức khỏe toàn dân

Mô hình bảo hiểm y tế phụ thuộc vào đặc điểm và chính sách của từng quốc gia. Tại các một số nước phát triển như Mỹ, bảo hiểm y tế được thiết lập theo 3 tầng: Bảo hiểm y tế của chính phủ/bảo hiểm y tế công, bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động và người lao động cùng tham gia đóng góp trên cơ sở bắt buộc theo luật định thông qua các chương trình

bảo hiểm nhóm, bảo hiểm tư nhân (bảo hiểm sức khỏe) do các công ty bảo hiểm cung cấp mang tính tự nguyện (Baranoff, 2004).

Bảo hiểm Y tế nhà nước gồm 02 mức: Chương trình Chăm sóc y tế A (Medicare Part A) và Chương trình Chăm sóc y tế B (Medicare Part B), trong đó chương trình A cung cấp phạm vi bảo hiểm là các dịch vụ y tế cơ bản điều trị nội ngoại trú, các dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà sau khi ra viện, chăm sóc y tế tuổi già, Chương trình Chăm sóc y tế B được mở rộng hơn kèm theo việc đóng thêm phí cho phần bảo hiểm mở rộng. Trên thực tế, hai Chương trình A và B được cung cấp cho những người hưởng bảo hiểm xã hội sau khi về hưu (Baranoff, 2004).

Người làm công ăn lương và lao động tự do chủ yếu tham gia bảo hiểm y tế theo một trong hai hệ thống HMOs và PPOs. HMOs là các nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế khép kín, người tham gia bảo hiểm chỉ có thể sử dụng dịch vụ của các nhà cung cấp trong hệ thống, trong khi PPOs được xây dựng theo hình thức mở, người tham gia bảo hiểm tại hệ thống này có thể sử dụng dịch vụ của các nhà cung cấp trong hệ thống hoặc ngoài hệ thống (Baranoff, 2004).

Phạm vi bảo hiểm được thiết kế theo các mức: Phạm vi bảo hiểm cơ bản (Basic Medical Coverage): liên quan đến các chi phí điều trị nội trú, chi phí điều trị ngoại trú, phạm vi bảo hiểm này áp dụng mức khấu trừ thấp, loại trừ một số chi phí y tế và có mức chi trả trần thấp; Phạm vi bảo hiểm y tế chủ yếu (Major Medical Insurance): phạm vi bảo hiểm được mở rộng so với bảo hiểm cơ bản nhưng không giới hạn các loại chi phí, hạn mức chi trả cao có thể

lên đến 1 triệu USD, mức khấu trừ cao từ 300 đến 2000 USD/năm và áp dụng cơ chế đồng bảo hiểm ở một mức nhất định; Phạm vi bảo hiểm y tế toàn diện (Comprehensive Medical Insurance): phạm vi bảo hiểm này toàn diện bao gồm tất cả các chi phí điều trị nội và ngoại trú, áp dụng mức khấu trừ thấp từ 100 đến 300 USD/năm, sản phẩm này chỉ cung cấp cho khách hàng nhóm (khách hàng doanh nghiệp) (Baranoff, 2004).

Với ba tầng bảo hiểm theo hai nhóm đối tượng, bảo hiểm y tế của Mỹ mang tính bắt buộc, nhưng các công ty bảo hiểm tư nhân cũng tham gia vào quá trình cung cấp các gói (chương trình) bảo hiểm y tế bắt buộc. Ngoài ra các công ty bảo hiểm tư nhân còn cung cấp thêm các sản phẩm bảo hiểm y tế tự nguyện cho một số dịch vụ không được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm y tế bắt buộc (ví dụ như bảo hiểm nha khoa, nhãn khoa, bảo hiểm y tế cho khách du lịch,...).

Mô hình bảo hiểm y tế của Mỹ đảm bảo các mục tiêu của một chương trình Chăm sóc sức khỏe toàn dân: mọi người dân đều được tiếp cận dịch vụ và sử dụng dịch vụ thuận lợi và phù hợp, giảm thiểu tối đa việc chi trả trực tiếp các chi phí y tế từ người sử dụng dịch vụ, nguồn tài chính cho chi phí khám chữa bệnh của người sử dụng dịch vụ bền vững. Trong mô hình bảo hiểm y tế 3 tầng của Mỹ, tất cả người dân đều phải tham gia bảo hiểm y tế, các nhà cung cấp phải cạnh tranh thông qua nâng cao chất lượng dịch vụ để duy trì mở rộng thị trường khách hàng, người tham gia được lựa chọn nhà cung cấp, phạm vi bảo hiểm theo yêu cầu tùy thuộc vào thu nhập và hưởng dịch vụ toàn diện hơn khi chấp nhận trả phí bảo hiểm cao hơn.

Tại một số nước Châu Á, mô hình bảo hiểm y tế đa tầng cũng được triển khai và phát huy tác dụng. Nhật và Hàn Quốc là hai quốc gia đảm bảo 100% dân cư được bảo hiểm y tế theo ba tầng: Nhà nước chi trả từ thuế gián tiếp, thuế trực tiếp và bảo hiểm xã hội. Tại các quốc gia như Philippines, Indonesia, Thái Lan, bảo hiểm y tế nhà nước, bảo hiểm y tế tư nhân và nhà nước (chi trả từ thuế gián tiếp, thuế trực tiếp) chi trả cho các chi phí y tế, phần tự chi trả của người bệnh chiếm tỷ lệ tương đối thấp (trên dưới 20%) trong tổng chi cho y tế (Langenbrunner & Somanathan, 2011).

Tại Việt Nam, bảo hiểm y tế toàn dân do nhà nước thực hiện. Đối tượng là toàn bộ dân cư nhưng chia thành các nhóm: do ngân sách nhà nước tài trợ (cho trẻ em dưới 6 tuổi, đối tượng chính sách), Bảo hiểm xã hội trả phí bảo hiểm y tế (cho các đối tượng hưu trí), người lao động và sử dụng lao động đóng

phí bảo hiểm y tế bắt buộc của nhà nước, các đối tượng còn lại hiện đang là đối tượng tự nguyện và đang trong quá trình triển khai bảo hiểm y tế toàn dân. Về phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm y tế nhà nước có một phạm vi bảo hiểm cơ bản, người sử dụng dịch vụ y tế muốn được bảo hiểm y tế với chất lượng và phạm vi bảo hiểm cao và rộng hơn cần thông qua bảo hiểm y tế thương mại, tuy nhiên lĩnh vực này mới phát triển ở Việt Nam và hoạt động còn rất khiêm tốn.

Trên cơ sở quy định của Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2010 và 2014), có thể thấy, bảo hiểm y tế của Việt Nam hiện nay được tổ chức theo mô hình kép: Bảo hiểm y tế Nhà nước và Bảo hiểm y tế thương mại nhưng trọng tâm nhấn mạnh vào Bảo hiểm y tế nhà nước với chính sách Bảo hiểm y tế toàn dân. Tuy nhiên, bảo hiểm y tế nhà nước quá công kênh và bao phủ nhóm đối tượng quá lớn trong khi bảo hiểm y tế thương mại chưa phát triển và chưa được chú trọng.

Bất cập của mô hình bảo hiểm y tế hiện tại dẫn đến một số hạn chế: Thứ nhất, sự quá tải của hệ thống bảo hiểm y tế trong mối quan hệ kết nối với các nhà cung cấp dịch vụ y tế (điển hình là sự quá tải trong việc khám chữa bệnh cho khách hàng có bảo hiểm y tế tại các bệnh viện công lập); Thứ hai, phạm vi bảo hiểm không linh hoạt, cứng nhắc gây ra sự không hài lòng của người muốn được sử dụng dịch vụ có phạm vi bảo hiểm rộng và từ đó mất lòng tin với bảo hiểm y tế nhà nước, lãng phí cho người tham gia bảo hiểm; Thứ ba, việc quản lý quỹ, và tình trạng trực lợi có chiều hướng gia tăng liên quan đến vấn đề kiểm soát và quan liêu của bộ máy.

Xuất phát từ các phân tích trên có thể nhận thấy để đảm bảo được các mục tiêu của Chăm sóc sức khỏe toàn dân, việc xây dựng mô hình bảo hiểm y tế đa tầng và khuyến khích kêu gọi các công ty bảo hiểm thương mại cùng tham gia vào quá trình cung cấp dịch vụ bảo hiểm là vô cùng cần thiết (theo mô hình của Mỹ, các nước như Indonesia, Philippines, Trung Quốc). Theo mô hình bảo hiểm y tế đa tầng, sẽ có nhiều đơn vị tham gia cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế: cả cơ quan bảo hiểm xã hội và các công ty bảo hiểm, cần thiết có thể tách bảo hiểm y tế nhà nước ra khỏi bảo hiểm xã hội (Việt Nam đã thực hiện việc này một thời gian trước khi luật Bảo hiểm Y tế được ban hành). Khi các công ty bảo hiểm tham gia cung cấp bảo hiểm y tế, họ sẽ phải tuân thủ theo các qui định của luật Bảo hiểm y tế về phạm vi bảo hiểm, mức thu. Đây chính là động lực tạo sự cạnh tranh cho các đơn vị cung cấp dịch vụ, mặt khác là cơ hội để người tham gia bảo hiểm lựa chọn nhà

cung cấp có dịch vụ tốt, trên thực tế đây cũng chính là xu hướng quản lý công mới đang được thực hiện tại các nước đang phát triển như Úc, Mỹ, New Zealand (Hughes, 2003; Rose, 2005).

Cùng với việc thay đổi mô hình cung cấp dịch vụ, phạm vi bảo hiểm cũng cần được xem xét thiết kế theo nhiều lớp để đảm bảo hai yếu tố: cung cấp dịch vụ cơ bản nhưng vẫn đáp ứng nhu cầu của khách hàng theo tính chất dịch vụ. Như đã đề cập, khi kêu gọi cả các nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm thương mại tham gia, phạm vi bảo hiểm của bảo hiểm y tế nhà nước và bảo hiểm y tế thương mại sẽ thống nhất theo Luật phạm vi bảo hiểm cần được thiết kế chuẩn hóa theo lớp: phạm vi bảo hiểm y tế cơ bản, phạm vi bảo hiểm y tế mở rộng, phạm vi bảo hiểm y tế

toàn diện. Việc thiết kế cơ chế áp dụng khấu trừ, đồng bảo hiểm, trần bảo hiểm cho từng phạm vi bảo hiểm nhằm đảm bảo tất cả người sử dụng dịch vụ y tế đều có thể tiếp cận dịch vụ và hạn chế tối đa việc chi trả trực tiếp cho các chi phí y tế nhưng vẫn đáp ứng nhu cầu và khả năng của người dân tham gia bảo hiểm.

Triển khai mô hình bảo hiểm y tế đa tầng với phạm vi bảo hiểm nhiều lớp sẽ đặt ra các yêu cầu kỹ thuật cao trong việc thiết kế, định giá chi phí, bản thân các dịch vụ y tế cũng phải được chuẩn hóa phác đồ điều trị, qui trình khám chữa. Các nhà làm luật cần kết hợp với các chuyên gia bảo hiểm, chuyên gia y tế để đưa ra được các phạm vi bảo hiểm phù hợp nhất. □

Tài liệu tham khảo

Baranoff, Etti (2004), *Risk Management and Insurance*, Wiley, US.

Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014), *Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2013*, truy cập lần cuối ngày 20 tháng 4 năm 2015, từ <http://jahr.org.vn/downloads/JAHR2013/JAHR2013_Final_VN.pdf?phpMyAdmin=5b051da883f5a46f0982cec60527c597>.

Hughes, O. (2003), *Public Management and administration*, Third edition, Palgrave, London.

Langenbrunner, John C. & Somanathan, Aparnaa (2011), *Financing Health Care in East Asia and the Pacific*, World Bank, Washington, D.C.

Rose, R. (2005), *Learning from Comparative Public Policy*, Routledge, London and New York.

Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2008), *Luật Bảo hiểm Y tế số 25/2008/QH12*, ban hành ngày 14 tháng 11 năm 2008.

Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2010), Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Kinh doanh Bảo hiểm, số 61/2010/QH12, ban hành ngày 24 tháng 11 năm 2010.

Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2013), *Nghị Quyết đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân*, Nghị quyết số 68/2013/QH13, ban hành ngày 29 tháng 11 năm 2013.

Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2014), *Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13*, ban hành ngày 13 tháng 06 năm 2014.

Thông tin tác giả:

***Nguyễn Thị Hải Đường**, Tiến sỹ, Hội viên Hội Quản lý Bảo hiểm Nhân Thọ Mỹ LOMA (ALMI).

- Tổ chức tác giả công tác: Khoa Bảo hiểm, Đại học Kinh tế Quốc dân.

- Lĩnh vực nghiên cứu chính: Bảo hiểm, quản lý rủi ro và an sinh xã hội.

- Một số tạp chí tác giả đã đăng tải công trình nghiên cứu: *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, *tạp chí Nghiên cứu Tài chính kế toán*, *Tạp chí Quản lý Kinh tế*.

- Địa chỉ Email: duongnh@neu.edu.vn

** **Nguyễn Thị Chính**, Tiến sỹ.

- Tổ chức tác giả công tác: Khoa Bảo hiểm, Đại học Kinh tế Quốc dân.

- Lĩnh vực nghiên cứu chính: Bảo hiểm, quản lý rủi ro và an sinh xã hội.

- Một số tạp chí tác giả đã đăng tải công trình nghiên cứu: *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, *tạp chí Lao động xã hội*, *tạp chí Kinh tế Châu Á Thái Bình Dương*.

- Địa chỉ Email: chinhntbh@neu.edu.vn