

MỤC LỤC

KINH TẾ VÀ QUẢN LÝ

- 1. Nguyễn Thị Nguyệt Dung và Nguyễn Mạnh Cường** - Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả kinh doanh của các ngân hàng thương mại Việt Nam thực hiện hoạt động sáp nhập, hợp nhất. **Mã số: 147.1FiBa.11** 2
The Factors Affecting the Business Performance of Vietnam's Commercial Banks in M&A
- 2. Trần Thị Thu Trang** - Nghiên cứu mối quan hệ giữa quản trị vốn lưu động và hiệu quả tài chính của các công ty nhựa niêm yết trên thị trường chứng khoán Việt Nam. **Mã số: 147.1FiBa.11** 11
A Study on the Relationship between Working Capital Management and Financial Performance of Listed Plastic Enterprises on Vietnam's Stock Exchange
- 3. Lê Thanh Huyền** - Ảnh hưởng của tỷ suất sinh lời trong quá khứ đến hiệu quả tài chính đo lường bằng giá trị thị trường của các công ty niêm yết trên sàn chứng khoán ngành sản xuất, chế biến thực phẩm tại Việt Nam. **Mã số: 147.1FiBa.11** 17
The Impact of Lagged Profitability on the Financial Performance Measured by the Market Value of Listed Companies on Vietnam's Stock Exchange of Food Processing and Production
- 4. Lê Thị Mỹ Như và Nguyễn Tuấn Kiệt** - Sự sẵn sàng chi trả bảo hiểm y tế tự nguyện của các cá nhân trên địa bàn tỉnh Hậu Giang. **Mã số: 147.1GEMg.11** 26
Willingness to Pay for Voluntary Health Insurance of Individuals in Hậu Giang Province

QUẢN TRỊ KINH DOANH

- 5. Nguyễn Hoàng Việt và Đào Lê Đức** - Nghiên cứu tác động của tổ chức thực thi chiến lược đến kết quả kinh doanh của Tổng công ty thương mại Hà Nội. **Mã số: 147.2BMkt.21** 35
A research on the impacts of organizations/institutions implementing strategic markets on business results of Hanoi General commerce company
- 6. Chu Thị Thu Thủy** - Đặc trưng của hội đồng quản trị và giá cổ phiếu: nghiên cứu điển hình tại các công ty cổ phần niêm yết trên thị trường chứng khoán Việt Nam. **Mã số: 147.2FiBa.21** 46
Features of the Board of Directors and Share Price: a Case Study at Listed Joint Stock Companies in Vietnam Stock Market
- 7. Nguyễn Văn Anh và Nguyễn Thị Phương Thảo** - Tác động của căng thẳng nơi làm việc đến cảm xúc lao động và định hướng khách hàng: một nghiên cứu trong lĩnh vực khách sạn tại Việt Nam. **Mã số: 147.2TRMg.21** 53
The effect of workplace stress to labor emotions and customer orientation: A study in hospitality industry in Vietnam country
- 8. Nguyễn Minh Lợi và Dương Bá Vũ Thi** - Các yếu tố tác động đến sự hài lòng khách hàng đối với dịch vụ viễn thông di động của Viettel Quảng Trị: kiểm định bằng Mô hình PLS - SEM. **Mã số: 147.2BMkt.21** 62
Factors Affecting Customer Satisfaction with the Mobile Services by Viettel Quang Tri: PLS - SEM Applied
- 9. Nguyễn Đức Kiên và Nguyễn Thái Phán** - Phân tích mối quan hệ giữa áp dụng chiến lược quản lý rủi ro thị trường và thu nhập nông hộ: Trường hợp nghiên cứu của hộ nuôi tôm ở Thừa Thiên Huế. **Mã số: 147.2TrEM.21** 71
Analyzing the relationship between market risk management strategies and household income: A case study of commercialized shrimp producers in Thua Thien Hue

Ý KIẾN TRAO ĐỔI

- 10. Nguyễn Thị Nga và Hoàng Ngọc Quế Chi** - Vận dụng mô hình chấp nhận công nghệ tam và lý thuyết hành vi dự định để giải thích ý định mua đồng hồ thông minh của người tiêu dùng Nha Trang. **Mã số: 147.3BMkt.31** 80
Applying Technology Acceptance Model and Planned Behaviour Theory to Interpret the Intention to Buy Smartwatches by Consumers in Nha Trang

SỰ SẴN SÀNG CHI TRẢ BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN CỦA CÁC CÁ NHÂN TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH HẬU GIANG

Lê Thị Mỹ Như

Bảo hiểm xã hội tỉnh Hậu Giang

Email: mynhubhxhhaugiang@gmail.com

Nguyễn Tuấn Kiệt

Trường Đại học Cần Thơ

Email: ntkiet@ctu.edu.vn

Ngày nhận: 14/07/2020

Ngày nhận lại: 10/09/2020

Ngày duyệt đăng: 16/09/2020

Mục tiêu của bài viết là nghiên cứu về sự sẵn sàng chi trả bảo hiểm y tế tự nguyện của 170 người dân chưa tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện tại tỉnh Hậu Giang. Kết quả hồi quy Probit cho thấy yếu tố làm tăng xác suất sẵn sàng chi trả bảo hiểm y tế tự nguyện là số lần khám chữa bệnh trong quý, thái độ đối với rủi ro tài chính và thái độ đối với rủi ro sức khỏe. Ngược lại, các yếu tố làm giảm xác suất sẵn sàng chi trả bảo hiểm y tế tự nguyện gồm giới tính, học vấn và thu nhập. Ngoài việc tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn lòng chi trả cho bảo hiểm y tế tự nguyện, bài viết cung cấp bằng chứng thực nghiệm mới về mối tương quan thuận chiều giữa thái độ sợ rủi ro của người dân với sự sẵn sàng chi trả. Thêm vào đó, bài viết đề xuất các giải pháp nhằm giảm thiểu thái độ sợ rủi ro của người dân, từ đó khuyến khích người dân chủ động tham gia BHYT tự nguyện, hướng tới hoàn thành mục tiêu BHYT toàn dân và phát triển bền vững chính sách BHYT.

Từ khóa: Hậu Giang, bảo hiểm y tế tự nguyện, thái độ đối với rủi ro, sẵn sàng chi trả.

JEL Classifications: H00,I13,I18

1. Giới thiệu

Bảo hiểm y tế (BHYT) cũng như các loại hình bảo hiểm khác là theo nguyên lý quản lý và chia sẻ rủi ro. Sau 27 năm tổ chức thực hiện, BHYT đã khẳng định tính đúng đắn của một chính sách xã hội của Nhà nước, phù hợp với tiến trình đổi mới đất nước. Việc tham gia BHYT không chỉ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, mà còn chia sẻ gánh nặng tài chính đối với người dân. Tuy nhiên, mức độ hiểu biết và sự sẵn sàng tham gia BHYT tự nguyện của người dân còn hạn chế, nghĩa là có tình trạng lựa chọn ngược (Adverse selection) không đúng bản chất của chính sách BHYT là tính chia sẻ, tính cộng đồng. Cụ thể, đa số những người dân mua BHYT tự nguyện là những người có tình trạng sức khỏe không tốt (Nguyễn Văn Phúc và Cao Việt Cường, 2014); người mua BHYT sẽ có xu hướng mua nhiều hơn khi họ xảy ra bệnh trước thời điểm mua bảo hiểm (Lammers and Wamerdam, 2010); người dân có thẻ BHYT tự nguyện đi khám bệnh nhiều hơn so với những người có thẻ BHYT khác hay không có thẻ BHYT (Nguyễn Văn Ngãi và Nguyễn Thị Cẩm Hồng, 2012).

Bên cạnh đó, tính đến ngày 31/12/2019, số người tham gia BHYT tại tỉnh Hậu Giang đạt tỷ lệ bao phủ là 87,82% dân số và 12,18% dân số chưa tham gia BHYT, tương đương khoảng hơn 89.000 người (Bảo hiểm xã hội tỉnh Hậu Giang, 2019). Có thể thấy rằng, tỷ lệ người dân chưa tham gia BHYT ở tỉnh Hậu Giang còn khá nhiều. Tuy nhiên, nguyên nhân người dân chưa tham gia BHYT vẫn chưa rõ cũng như chưa có giải pháp để xử lý vấn đề thực tế này.

Mặt khác, một vài tài liệu nghiên cứu cho thấy rằng việc tham gia vào bảo hiểm bị tác động rất lớn bởi thái độ đối với rủi ro về thu nhập, sức khỏe và các vấn đề khác của con người ở hiện tại cũng như cả trong tương lai trong suốt vòng đời của mình. Nghiên cứu của Pratt (1964), Arrow (1965) và Szpiro (1985) cho thấy về mặt lý thuyết, cá nhân sợ rủi ro càng cao thì số tiền mua bảo hiểm càng cao. Schlesinger (1981) chứng minh rằng một quyết định bảo hiểm tối ưu liên quan trực tiếp đến mức độ sợ rủi ro của người được bảo hiểm. Có thể thấy tâm lý sợ rủi ro và quyết định mua bảo hiểm của cá nhân có mối tương quan cùng chiều.

Tại Việt Nam, tài liệu nghiên cứu về BHYT đa số tập trung vào phân tích các khía cạnh như yếu tố ảnh hưởng đến quyết định tham gia BHYT (Lê Cảnh Bích Thơ và cộng sự, 2017), thực trạng tham gia BHYT (Vũ Ngọc Huyền và Nguyễn Văn Song, 2014), thông tin bất cân xứng (Nguyễn Văn Ngãi và Nguyễn Thị Cẩm Hồng, 2012), nhu cầu BHYT tự nguyện (Nguyễn Văn Song và Lê Trung Thực, 2010), sử dụng thẻ BHYT trong khám chữa bệnh (KCB) (Bùi Thị Tú Quyên và Đào Hồng Chinh, 2016). Tuy nhiên, các nghiên cứu này chưa quan tâm đến thái độ đối với rủi ro của đối tượng khảo sát. Do đó, bài viết này nhằm mục đích đóng góp vào khe hồng nghiên cứu trên và đề xuất giải pháp định hướng nhằm khuyến khích người dân tham gia BHYT tự nguyện.

Phần còn lại của bài viết được chia thành 4 phần như sau: phần 2 trình bày lý thuyết, phần 3 trình bày phương pháp nghiên cứu, phần 4 kết quả nghiên cứu và phần 5 kết luận.

2. Cơ sở lý thuyết

Mỗi người tiêu dùng có những ảnh hưởng, suy nghĩ khác nhau trong việc ra quyết định tiêu dùng sản phẩm. Theo lý thuyết hành vi tiêu dùng của Kotler (2005), quá trình quyết định mua hàng của người tiêu dùng thường sẽ trải qua 5 giai đoạn: nhận thức nhu cầu; tìm hiểu sản phẩm và những thông tin liên quan; đánh giá so sánh các sản phẩm thuộc các nhãn hiệu khác nhau; mua sản phẩm; đánh giá sản phẩm sau khi sử dụng. Tuy nhiên, trong cuộc sống luôn tồn tại rủi ro không lường trước được, điều này đã ảnh hưởng đến hành vi của con người.

Theo lý thuyết về rủi ro và bảo hiểm, người ta thường sẵn lòng trả một số tiền nào đó để tránh “đỉnh” vào rủi ro. Đó là lý do vì sao người ta mua bảo hiểm (Lê Khương Ninh, 2016, trang 364). Mặt khác, theo mô hình lý thuyết hữu dụng kỳ vọng (Expected utility theory) của Neumann and Morgenstern (1944) khi buộc phải đưa ra lựa chọn thì con người có xu hướng lựa chọn phương án giúp họ tối đa hóa lợi ích. Dựa trên mô hình này, Schlesinger (1981) chứng minh rằng một quyết định bảo hiểm tối ưu liên quan trực tiếp đến mức độ sợ rủi ro của người được bảo hiểm. Smith (1968) chỉ ra

rằng khi giá bảo hiểm trên mỗi đô la bảo hiểm nhỏ hơn 01 và xác suất có tổn thất lớn hơn 0 thì có thể quyết định mua bảo hiểm. Trong khi đó, lý thuyết triển vọng (Prospect theory) của Kahneman and Tversky (1979) thì chứng minh rằng khuynh hướng sợ rủi ro là tác nhân ảnh hưởng đến một cá nhân không chấp nhận mạo hiểm và quyết định lựa chọn phương án chắc chắn. Ngoài ra, lý thuyết hối tiếc (Regret theory) của Bell (1982), Loomes and Sugden (1982) là một trong những mô hình phổ biến nhất của quyết định dưới sự không chắc chắn. Braun and Muermann (2004) đã sử dụng lý thuyết này để giải thích tại sao các cá nhân có khuynh hướng mua bảo hiểm.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thang đo đo lường thái độ đối với rủi ro

Bài viết sử dụng hai phương pháp đo lường thái độ đối với rủi ro là thang đo danh mục giá (Multiple price list - MPL) được phát triển bởi Galizzi et al. (2016) và thang đo thái độ

rủi ro đối với sức khỏe được phát triển bởi Blais and Weber (2006).

* Bảng 1 trình bày nội dung của thang đo thái độ rủi ro sức khỏe. Thang đo đưa ra 10 tình huống trong cuộc sống đo lường mức độ sợ rủi ro bằng Likert 7 mức độ.

* Bảng 2 trình bày nội dung thang đo MPL như sau:

- Cột PA là 8 quyết định, mỗi phương án có hai lựa chọn “an toàn” và “rủi ro”

- Lựa chọn A là lựa chọn chắc chắn (an toàn);

- Lựa chọn B là lựa chọn rủi ro;

- Cách thực hiện:

Điều tra viên sẽ giới thiệu cụ thể hình thức tham gia trò chơi và lợi ích mà người tham gia có thể nhận được từ lựa chọn A hoặc B. Trong 8 phương án lựa chọn được thiết kế theo một danh sách giá trị

Bảng 1: Thang đo thái độ đối với rủi ro sức khỏe

TT	Tiêu chí đo lường	Đo lường
1	Ăn thực phẩm đã hết hạn sử dụng mà nhìn có vẻ vẫn “ôn”	Likert 7 điểm
2	Thường xuyên uống rượu/bia quá chén (say)	1 = Không rủi ro
3	Không đi bác sĩ và cố chịu một số cơn đau dai dẳng trong cơ thể	2 = Ít rủi ro
4	Dùng thuốc y tế có khả năng xảy ra các phản ứng phụ cao	3 = Hơi rủi ro
5	Quan hệ tình dục không sử dụng các biện pháp bảo vệ sức khỏe	4 = Rủi ro vừa phải
6	Tắm nắng mà không cần kem chống nắng	5 = Rủi ro
7	Không bao thắt dây an toàn khi ngồi xe hơi	6 = Rất rủi ro
8	Không có báo cháy trong hoặc bên ngoài phòng ngủ của bạn	7 = Vô cùng rủi ro
9	Đi xe máy mà không đội mũ bảo hiểm	
10	Mỗi ngày hút một gói thuốc lá	

Nguồn: Blais and Weber (2006)

Bảng 2: Thang đo MPL - thái độ đối với rủi ro tài chính

PA	Lựa chọn A	Lựa chọn B	Chọn
1	Chấn chấn được 100.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
2	Chấn chấn được 70.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
3	Chấn chấn được 60.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
4	Chấn chấn được 50.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
5	Chấn chấn được 40.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
6	Chấn chấn được 30.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
7	Chấn chấn được 20.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
8	Chấn chấn được 10.000 đồng	Được 100.000 đồng nếu mặt hình xuất hiện Được 0 đồng nếu mặt chữ xuất hiện	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

Nguồn: Nhóm nghiên cứu thiết kế, 2020

tiền thưởng giảm dần từ 100.000 đồng đến 10.000 đồng. Nếu chọn A, người chơi chắc chắn nhận được giá trị tiền thưởng tương ứng với lựa chọn. Nếu chọn B, người chơi sẽ tiên hành tung đồng xu với xác suất là 50% nhận 100.000 đồng và 50% là 0 đồng. Sau khi người chơi hiểu rõ luật chơi thì họ sẽ được điều tra viên hỏi lần lượt 8 phương án lựa chọn để đưa ra 8 quyết định chọn A hoặc chọn B trong phiếu trả lời (Bảng 2).

Người chơi được yêu cầu ra quyết định tuân tự cho mỗi lựa chọn và quyết định của người chơi phải nhất quán cho đến phương án lựa chọn chuyển từ “An toàn” sang “Rủi ro”. Ví dụ một người chơi có quyết định như sau: chọn A cho các Phương án từ 1 đến 3, nhưng đến Phương án 4, người chơi chọn B tức là họ quyết định mạo hiểm tung đồng xu để có cơ hội 50% nhận được 100.000 đồng. Như vậy số lựa chọn an toàn của người tham gia được ghi nhận từ phương án 1 đến 3, và tại phương án 4 được ghi nhận mức độ tìm kiếm rủi ro.

3.2. Phương pháp đánh giá ngẫu nhiên

Phương pháp định giá ngẫu nhiên (Contingent Valuation Method - CVM) xây dựng dựa trên lý thuyết tối đa hóa hữu dụng và lý thuyết hành vi người tiêu dùng (Mitchell and Carson, 1989). Thông qua xây dựng các kịch bản về thị trường giả định (Hypothesized Market Scenario) và thu thập thông tin về hành vi và sự lựa chọn tiêu dùng của cá nhân đối với kịch bản giả định này. Bài viết sử dụng CVM

để tìm hiểu về sự sẵn lòng chi trả BHYT tự nguyện của người dân dựa trên các lợi ích tiêu dùng một cách trực tiếp, đầy đủ các thuộc tính mà BHYT tự nguyện đem lại dựa trên sự quan tâm cũng như điều kiện cụ thể của từng cá nhân. Người được phỏng vấn, trước tiên sẽ được giới thiệu để hiểu rõ quyền lợi, nghĩa vụ của việc tham gia BHYT tự nguyện và một tình huống thị trường giả định. Theo Champ et al. (2012), phương pháp định giá ngẫu nhiên sử dụng một trong bốn phương pháp hỏi chính được phân thành hai nhóm, gồm

nhóm câu hỏi mở và nhóm câu hỏi đóng. Bài viết sử dụng phương pháp giới hạn đơn (Single Bounded), cụ thể người trả lời phỏng vấn sẽ được hỏi “Với mức giá tham gia BHYT tự nguyện được Chính phủ quy định hiện nay là 804.600 đồng/người/năm, Ông/Bà có sẵn lòng chi trả để mua BHYT tự nguyện với mức giá đó không?”, sau đó người trả lời phỏng vấn đưa ra câu trả lời “có” hoặc “không”.

3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu dựa vào mức giá Chính phủ quy định hiện nay là 804.600 đồng/người/năm để nghiên cứu sự sẵn sàng chi trả BHYT tự nguyện đối với người dân chưa tham gia BHYT trên địa bàn tỉnh Hậu Giang cho mức giá này. Số liệu sơ cấp được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp người dân chưa tham gia BHYT tự nguyện thông qua bảng câu hỏi được thiết kế sẵn. Mẫu được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên, bước 1 dựa vào danh sách thống kê tỷ lệ người tham gia BHYT của cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh Hậu Giang để xác định số lượng quan sát (Bảng 3). Bước 2 phân theo đơn vị hành chính đến phường/xã, tại mỗi huyện (thành phố, thị xã) sẽ chọn ra 2 đơn vị phường/xã có tỷ lệ người dân chưa tham BHYT cao nhất. Bước 3 liên hệ với cán bộ phụ trách bảo hiểm xã hội tại mỗi xã/phường được chọn ở bước 2 để xin danh sách chi tiết về những người chưa tham gia bảo hiểm. Bước 4 nhờ cán bộ địa phương hỗ trợ giới thiệu các điều tra viên đến tại

nhà để phỏng vấn trực tiếp người dân. Theo Tabachnick and Fidell (2007), kích thước mẫu tối thiểu cho mô hình hồi quy đa biến được tính theo công thức: . Để đảm bảo độ tin cậy trong các bước tính toán, nghiên cứu xác định cỡ mẫu là 170 quan sát. Thời gian khảo sát từ ngày 01/05/2020 đến 31/05/2020.

3.4. Phương pháp phân tích số liệu

Để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện của người dân đối với mức giá Chính phủ quy định là 804.600 đồng/người/năm. Bài viết sử dụng mô hình hồi quy Probit (tương tự Oyekale, 2012) được thiết lập như sau:

$$WTP_i = \beta_0 + \beta_1 TUOI + \beta_2 GIOITINH + \beta_3 HOCVAN + \beta_4 THUNHAP + \beta_5 SOTHANHVIEN + \beta_6 NGUOICAOTUOI + \beta_7 TUYENKHAM + \beta_8 SOLANKHAM + \beta_9 THAIDORRTC + \beta_{10} THAIDORRSK + u_i$$

Trong đó: Biến phụ thuộc (WTP_i) là sự sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện của cá nhân i với mức giá 804.600 đồng/người/năm. WTP = 1 nếu sẵn sàng chi trả và WTP = 0 nếu không sẵn sàng chi trả. β₀ là hệ số chặn; β_{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10} là các tham số hồi quy; u_i là sai số ngẫu nhiên. Cơ sở lựa chọn các biến độc lập được trình bày ở Bảng 4.

4. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

4.1. Thông tin mẫu khảo sát

Số liệu Bảng 6 cho biết tổng số lượng quan sát giữa nam và nữ trong mẫu điều tra tương đối đồng đều. Độ tuổi trung bình giữa hai nhóm đối tượng khá tương đồng nhau. Học vấn và thu nhập trung bình hàng tháng của nhóm đối tượng không sẵn sàng cao hơn nhóm sẵn sàng chi trả BHYT. Ngược lại, số người cao tuổi trong gia đình và số lần đi KCB trong quý của nhóm đối tượng sẵn sàng cao hơn nhóm không sẵn sàng chi trả BHYT. Số lượng thành viên gia đình của hai nhóm trung bình là 4 người/hộ. Kết quả thống kê cũng

Bảng 3: Cỡ mẫu phân chia theo địa bàn khảo sát

STT	Địa bàn	Số người chưa tham gia BHYT tự nguyện	Số quan sát	Tỷ lệ (%)
1	Huyện Châu Thành A	12.175	25	14,71
2	Huyện Châu Thành	15.410	27	15,88
3	Huyện Phụng Hiệp	25.119	40	23,53
4	Huyện Vị Thù	9.513	20	11,76
5	Huyện Long Mỹ	5.271	10	5,88
6	Thị xã Long Mỹ	6.139	13	7,65
7	Thành phố Ngã Bảy	7.386	16	9,41
8	Thành phố Vị Thanh	8.301	19	11,18
Tổng cộng		89.314	170	100,00

Nguồn: Tính toán của nhóm nghiên cứu

Bảng 4: Cơ sở chọn biến trong mô hình định lượng

Biến độc lập	Cơ sở thực nghiệm
Tuổi	Oyekale (2012); Nguyễn Văn Phúc và Cao Việt Cường (2014); Vũ Ngọc Huyền và Nguyễn Văn Song (2014)
Giới tính	Lê Cảnh Bích Thơ và cộng sự (2017); Azhar et al. (2018)
Trình độ học vấn	Wright et al. (2009); Oyekale (2012); Lê Cảnh Bích Thơ và cộng sự (2017)
Thu nhập	Oyekale (2012); Azhar et al. (2018)
Số thành viên	Wright et al. (2009); Hanawi et al. (2018)
Số người cao tuổi	Nguyễn Văn Phúc và Cao Việt Cường (2014)
Tuyển khám bệnh	Vũ Ngọc Huyền và Nguyễn Văn Song (2014)
Số lần khám bệnh	Oyekale (2012); Lê Cảnh Bích Thơ và cộng sự (2017)
Thái độ rủi ro tài chính	Tác giả đề xuất
Thái độ rủi ro sức khỏe	Tác giả đề xuất

Nguồn: Tổng hợp tài liệu nghiên cứu

Bảng 5: Bảng tóm tắt biến độc lập và dấu kỳ vọng

Biến độc lập	Ký hiệu	Diễn giải và mã hóa	Dấu
Tuổi	TUOI	Tuổi của đáp viên tính đến thời điểm nghiên cứu (năm)	+
Giới tính	GIOITINH	Giới tính của đáp viên (1 = Nam; 0 = Nữ)	-
Trình độ học vấn	HOCVAN	Học vấn của đáp viên (số năm đi học)	+
Thu nhập	THUNHAP	Thu nhập của đáp viên (triệu đồng/tháng)	+
Số thành viên	SOTHANHVIEN	Số thành viên trong gia đình của đáp viên (người/hộ)	-
Số người cao tuổi	NGUOICAOTUOI	Số người trên 60 tuổi trong gia đình (người/hộ)	+
Tuyển khám bệnh	TUYENKHAM	Nơi khám chữa bệnh ban đầu (1 = Tuyển huyện; 0 = Tuyển tỉnh)	-
Số lần khám bệnh	SOLANKHAM	Số lần khám chữa bệnh trong quý (lần/quý)	+
Thái độ rủi ro tài chính	THAIDORRTC	Số lần chọn an toàn trong 8 phương án quyết định từ thang đo MPL	+
Thái độ rủi ro sức khỏe	THAIDORRSK	Likert 7 điểm (1 = không rủi ro; 2 = ít rủi ro; 3 = hơi rủi ro; 4 = rủi ro vừa phải; 5 = rủi ro; 6 = rất rủi ro; 7 = vô cùng rủi ro)	+

Nguồn: Nhóm nghiên cứu thiết kế

Bảng 6: Thống kê các biến định lượng

Biến quan sát	Đơn vị tính	Không sẵn sàng		Sẵn sàng	
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Giới tính	Định danh	0,65	0,48	0,39	0,49
Tuổi	Năm	45	12	44	11
Học vấn	Năm	8	4	6	3
Thu nhập/tháng	1000 đồng	12.448	12.463	6.244	2.652
Số thành viên	Người	4	2	4	1
Số người cao tuổi	Người	0,31	0,60	0,36	0,72
Số lần khám	Lần/quý	0,78	0,77	1,17	0,99
Thái độ rủi ro tài chính	Số lần chọn A	4,64	2,33	6,44	1,61
Thái độ rủi ro sức khỏe	Likert 7 mức độ	4,7	68	5,2	34

Nguồn: Kết quả khảo sát 170 đáp viên tại tỉnh Hậu Giang năm 2020

cho thầy, trung bình, số lựa chọn an toàn từ thang đo MPL và điểm trung bình từ thang đo rủi ro sức khỏe của nhóm sẵn sàng chi trả đều cao hơn nhóm không sẵn sàng chi trả, điều này cho thấy xu hướng thái độ đối với sự rủi ro ảnh hưởng đến sự sẵn sàng chi trả BHYT tự nguyện của người dân.

4.2. Thực trạng tham gia BHYT tự nguyện của người dân tỉnh Hậu Giang

4.2.1. Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh

Qua bảng số liệu ở Bảng 7 cho thấy số người tham gia BHYT trên địa bàn tỉnh Hậu Giang có sự thay đổi giữa các năm, nhìn chung số người tham gia BHYT có xu hướng tăng, vì hiện nay bảo hiểm xã hội tỉnh đã có hệ thống đại lý đến tất cả các xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh làm cầu nối với người dân. Tuy nhiên kết quả này chưa thể khẳng

định là bền vững, bởi do nhiều nguyên nhân khách quan và chủ quan.

4.2.2 Nguyên nhân sẵn sàng chi trả cho bảo hiểm y tế tự nguyện

Số liệu Bảng 8 cho biết nguyên nhân người dân sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện. Kết quả khảo sát cho thấy có 32,90% và 32,40% ý kiến cho rằng sử dụng thẻ BHYT nhằm để

phòng ốm đau, bệnh tật trong tương lai và tiết kiệm được nhiều chi phí KCB. Lý do tiếp theo cũng được khá nhiều đáp viên lựa chọn là mong được chi trả 95% chi phí KCB và được hưởng chất lượng KCB tốt hơn (chiếm tỷ lệ lần lượt 11,90% và 9,30%). Bên cạnh đó, có 5,80% ý kiến sẵn lòng chi trả cho BHYT tự nguyện do gia đình ít người, mua thẻ BHYT sẽ có lợi hơn. Điều này cho thấy đa số người dân tham gia BHYT là để bảo vệ sức

Bảng 7: Tỷ lệ bao phủ BHYT trên địa bàn tỉnh Hậu Giang (2017 - 2019)

Chỉ tiêu	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019
Dân số (người)	773.828	776.547	733.017
Số người tham gia BHYT (người)	628.044	639.935	643.703
- BHYT bắt buộc	507.619	515.351	517.706
- BHYT tự nguyện	120.425	124.584	125.997
Tỷ lệ bao phủ BHYT (%)	81,16	82,41	87,82
- BHYT bắt buộc	65,60	66,37	70,63
- BHYT tự nguyện	15,56	16,04	17,19

Nguồn: Báo cáo tổng kết công tác năm 2017, 2018, 2019 của BHXH tỉnh

khỏe của chính mình. Ngoài ra, lý do gia đình có người cao tuổi mua để phòng rủi ro (chiếm tỷ lệ 4,80%) và đang bệnh tật cần điều trị tốn nhiều chi phí (chiếm tỷ lệ 2,90%). Có thể thấy rằng, vì thiếu thông tin nên cơ quan bảo hiểm không biết rõ tình trạng sức khỏe của người tham gia BHYT, nên những người có nguy cơ rủi ro về sức khỏe có khả

Bảng 8: Lý do sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện của người dân

Lý do	Số ý kiến	Tỷ lệ (%)
Để phòng ốm đau, bệnh tật trong tương lai	124	32,90
Do gia đình có người cao tuổi mua để phòng rủi ro	18	4,80
Do đang ốm đau, bệnh tật cần điều trị tốn nhiều chi phí	11	2,90
Do gia đình ít người, mua thẻ BHYT sẽ có lợi hơn	22	5,80
Sử dụng thẻ BHYT sẽ tiết kiệm được nhiều chi phí KCB	122	32,40
Mong được hưởng chất lượng KCB tốt hơn	35	9,30
Được chi trả 95% chi phí KCB	45	11,90
Tổng	377	100,00

Nguồn: Kết quả khảo sát 170 đáp viên tại tỉnh Hậu Giang năm 2020

năng tham gia BHYT nhiều hơn, đây cũng là lý do dẫn đến động cơ lệch lạc ở bên được bảo hiểm, người tham gia BHYT nhằm hưởng lợi ích từ việc KCB và giảm chi phí điều trị. Điều này sẽ làm tăng rủi ro cho công ty bảo hiểm (Lê Khương Ninh, 2016, trang 76-77).

4.2.3. Nguyên nhân không sẵn sàng chi trả cho bảo hiểm y tế tự nguyện

Số liệu Bảng 9 cho biết các lý do người dân không sẵn sàng chi trả BHYT tự nguyện. Kết quả khảo sát cho thấy có 10 lý do người dân không sẵn sàng chi trả BHYT tự nguyện. Trong đó, nguyên nhân phải chờ đợi lâu khi KCB theo BHYT (18,70%) và không được chọn nơi KCB ban đầu (15,9%) chiếm tỷ cao đáng kể. Tiếp đến, 14,7% ý kiến cho rằng chất lượng dịch vụ KCB BHYT không tốt và 11,10% ý kiến cho rằng thuốc trong danh mục BHYT thường không có chất lượng cao, thường là thuốc nội địa, kém chất lượng hơn thuốc ngoại nhập. Bên cạnh đó, 6,30% ý kiến cho rằng phí mua BHYT tự nguyện cao hơn khả năng chi trả. Ngoài ra, một nguyên nhân cũng rất đáng chú ý đó là 6,30% do chưa hiểu đúng về lợi ích của BHYT.

Bảng 9: Lý do không sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện của người dân

Lý do	Số ý kiến	Tỷ lệ (%)
Phí mua BHYT tự nguyện cao	16	6,30
Gia đình quá đông người, nếu mua cho cả hộ sẽ rất tốn kém	10	4,00
Không có thói quen đi KCB tại các cơ sở y tế khi ốm đau	26	10,30
Không được chọn nơi KCB ban đầu theo nguyện vọng	40	15,90
Quy trình thủ tục rắc rối	24	9,50
Chất lượng dịch vụ KCB BHYT không tốt	37	14,70
Khám chữa bệnh BHYT phải chờ đợi lâu	47	18,70
Thuốc trong danh mục BHYT không có chất lượng cao	28	11,10
Đã mua gói bảo hiểm sức khỏe bảo hiểm nhân thọ	8	3,20
Chưa hiểu đúng lợi ích của BHYT	16	6,30
Tổng	252	100,00

Nguồn: Kết quả khảo sát 170 đáp viên tại tỉnh Hậu Giang năm 2020

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện

Số liệu Bảng 10 cho biết kết quả ước lượng hồi quy Probit các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng chi trả BHYT tự nguyện của người dân tại tỉnh Hậu Giang. Kết quả cho thấy yếu tố “Giới tính” tương quan nghịch chiều với biến phụ thuộc (hệ số -0,503 với $p < 0,05$). Tác động biên $dx/dy = -0,191$ có nghĩa là nam giới có xác suất sẵn sàng chi trả cho BHYT

tự nguyện thấp hơn nữ là 19,1%. Điều này hàm ý rằng giữa nam và nữ có sự khác biệt về suy nghĩ, lối sống và sở thích đối với rủi ro. Vì vậy nữ thường quan tâm đến an toàn sức khỏe cá nhân, trong khi nam thường chủ quan về sức khỏe. Kết luận này phù hợp với kỳ vọng và kết luận của Lê Cảnh Bích Thơ và cộng sự (2017); Azhar et al. (2018).

Yếu tố “Trình độ học vấn” tương quan nghịch chiều với biến phụ thuộc (hệ số -0,099 với $p < 0,05$). Kết quả này hàm ý rằng, những người có trình độ học vấn cao hơn, họ có thể có sự cân nhắc so sánh về chất lượng dịch vụ BHYT hiện tại của địa phương. Kết quả này cho thấy chất lượng dịch vụ y tế KCB thấp hơn kỳ vọng thực tế của họ. Hơn nữa, phân tích thống kê cho thấy trình độ và thu nhập có tương quan thuận, vì vậy những người trình độ học vấn cao có thể họ sẵn sàng trả một mức giá cao hơn để nhận được một chất lượng y tế tốt hơn, phù hợp với mong đợi của họ. Thực tế, khảo sát cũng cho thấy những đối tượng này đã sử dụng dịch vụ y tế tại các cơ sở KCB tốt hơn và sử dụng các sản phẩm bảo hiểm sức khỏe được cung cấp bởi công ty bảo hiểm nhân thọ. Nghiên cứu của Sepehri et al.

(2009) cũng cho kết quả người có trình độ học vấn càng cao có xu hướng không dùng thẻ BHYT. Nguyễn Văn Phúc và Cao Việt Cường (2014) cũng cho rằng trình độ học vấn có tác động tiêu cực đến tham gia BHYT tự nguyện, lý do là những người có trình độ học vấn cao thì hiểu biết cao, họ là những người có việc làm tốt, có thu nhập cao hoặc rất cao, vì theo điều kiện của họ thì họ sẽ đến và chọn những bệnh viện tư nhân, phòng khám tư để khỏi mất thời gian chờ đợi và hưởng được dịch vụ tốt hơn. Ngoài ra, nghiên cứu của Browne and Kim (1993) cho thấy trình độ học vấn cao hơn có thể dẫn đến mức độ sợ rủi ro lớn hơn và nhận thức rõ hơn về sự cần thiết của bảo hiểm.

Yếu tố “Thu nhập” tương quan nghịch chiều với biến phụ thuộc (hệ số -0,146 với $p < 0,01$). Tác động biên $dx/dy = -0,058$ có nghĩa là khi thu nhập tăng thêm 1 triệu đồng/tháng thì xác suất người dân sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện giảm 5,8%. Điều này cũng phù hợp với thực tế, bởi vì dịch vụ KCB

của hệ thống y tế là hướng đến phục vụ toàn dân và chính sách BHYT cũng nhằm mục đích nâng cao an sinh xã hội. Điều này thể hiện tính công bằng cho mọi người dân được hưởng quyền lợi từ chính sách của Nhà nước. Tuy nhiên, BHYT tự nguyện cũng là một loại hàng hóa được người tiêu dùng mua vì nhu cầu sức khỏe. Do vậy, khi thu nhập tăng lên nhu cầu chăm sóc sức khỏe cũng tăng lên (Jowett et al., 2003; Sepehri, 2013). Vì vậy người dân sẽ chuyển sang tiêu dùng các loại dịch vụ y tế tốt hơn. Điều này giải thích tại sao khi thu nhập cao thì xác suất mua BHYT tự nguyện giảm. Trong phần phân tích thực trạng tham gia BHYT cũng đã chỉ ra những nguyên nhân tại sao người dân không sẵn sàng chi trả mức giá BHYT hiện tại. Kết quả nghiên cứu này tương tự với Sepehri et al. (2009).

những người có số lần đi KCB trong quý nhiều lần dường như tình trạng sức khỏe kém hơn nên sẽ sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện. Kết quả tương tự với kết luận của Shafie and Hassali (2013) và Lê Cảnh Bích Thơ và cộng sự (2017).

Yếu tố “Thái độ đối với rủi ro tài chính” (số lựa chọn an toàn từ thang đo MPL) tương quan thuận chiều với biến phụ thuộc (hệ số 0,197 với $p < 0,01$). Kết quả này cho thấy người dân có thái độ sợ rủi ro tài chính thì xác suất sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện tăng lên. Thực tế chi phí KCB sẽ thật sự gánh nặng về tài chính, bệnh tật không chỉ tổn kém về tài chính mà còn làm giảm đáng kể thu nhập của cá nhân và gia đình. Hơn nữa, dịch vụ KCB hiện nay rất cao vì vậy sẽ rất khó khăn đối với những người dân có thu nhập thấp hoặc trung bình. Do đó, mua

Bảng 10: Kết quả ước lượng mô hình hồi quy Probit

Biến độc lập	Hệ số hồi quy	Sai số chuẩn	Giá trị p	dy/dx
Giới tính (nam)	-0,503 ^{**}	0,239	0,036	-0,191
Độ tuổi	-0,020 ^{ns}	0,015	0,177	-0,008
Trình độ học vấn	-0,099 ^{**}	0,048	0,041	-0,039
Thu nhập/tháng	-0,146 ^{***}	0,035	0,000	-0,058
Số thành viên	-0,041 ^{ns}	0,083	0,619	-0,016
Số người cao tuổi	0,143 ^{ns}	0,188	0,447	0,057
Nơi khám (tuyến huyện)	-0,108 ^{ns}	0,269	0,689	-0,043
Số lần khám bệnh (quý)	0,451 ^{***}	0,169	0,007	0,180
Thái độ với rủi ro tài chính	0,197 ^{***}	0,069	0,004	0,079
Thái độ với rủi ro sức khỏe	0,904 ^{***}	0,309	0,003	0,360
Hệ số chặn	-2,985	1,744	0,087	-
Prob > Chi2		0,000		
Pseudo R2		0,406		
Log pseudolikelihood		-69,991		
Tỷ lệ dự báo đúng tổng quát (%)		81,18		

Chú thích: *, **, *** tương ứng với mức ý nghĩa 10%, 5%, 1% và ns tương ứng không có ý nghĩa thống kê

Nguồn: Kết quả khảo sát 170 đáp viên tại tỉnh Hậu Giang năm 2020

Yếu tố “Số lần KCB” tương quan thuận chiều với biến phụ thuộc (hệ số 0,451; $p < 0,01$). Tác động biên $dx/dy = 0,180$ có nghĩa là khi số lần KCB trong quý tăng thêm 1 lần thì xác suất sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện tăng 1,8%. Thực tế cho thấy,

BHYT tự nguyện có thể là một phương án phòng rủi ro tốt cho người dân.

Yếu tố “Thái độ đối với rủi ro sức khỏe” tương quan thuận chiều với biến phụ thuộc (hệ số 0,904 với $p < 0,01$). Tương tự thái độ đối với rủi ro tài

chính, khi người dân càng có thái độ sợ rủi ro về sức khỏe thì xác suất sẵn sàng chi trả BHYT tự nguyện của họ càng tăng lên (36%). Kết quả này tương tự với kết luận của Schlesinger (1981) và Min (2008), tức là thái độ sợ rủi ro ảnh hưởng đến quyết định mua bảo hiểm của cá nhân.

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy, người dân thường sẵn sàng trả một số tiền nào đó để tránh “đính” vào rủi ro. Cụ thể là người dân sẵn sàng chi trả mức giá BHYT 804.600 đồng/người/năm mà Chính phủ quy định để đảm bảo được hỗ trợ chi phí KCB trong tương lai. Kết quả này phù hợp với lý thuyết về rủi ro và bảo hiểm. Đồng thời, kết quả cũng cho thấy khuynh hướng sợ rủi ro của người dân có ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phương án chắc chắn (sẵn sàng trả BHYT tự nguyện). Kết quả này được giải thích theo lý thuyết triển vọng của Kahneman and Tversky (1979).

Ngoài ra, một trong những cách để giảm thiểu thái độ sợ rủi ro của người dân là việc tiến tới đa dạng hóa các gói BHYT là giải pháp để giúp người dân đỡ bớt áp lực khi không may mắc bệnh, cũng như khắc phục những rủi ro trong chi tiêu y tế. Cụ thể, để đa dạng các gói BHYT và tăng cường liên kết giữa BHXH với BHYT thương mại, Bộ Y tế nên cho phép các doanh nghiệp BHYT thương mại tham gia vào BHYT xã hội và cung cấp các sản phẩm ngoài phạm vi quyền lợi của BHYT. Thực tế cho thấy, trên thế giới, nhiều tổ chức BHYT tư nhân, thương mại đang triển khai các gói y tế bổ sung. Ở Úc, BHYT chi trả từ 75 - 80% chi phí KCB của người dân nên các tổ chức thương mại tham gia vào lĩnh vực bảo hiểm này cung cấp các gói y tế bổ sung với 20% chi phí còn lại (Hoàng Thái Bình, 2018; Xuân Thủy, 2019). Chính vì thế, Việt Nam hoàn toàn có thể thiết kế được loại hình BHYT thương mại với các gói y tế bổ sung, gói nâng cao, các gói sản phẩm theo yêu cầu.

5. Kết luận

Kết quả cho thấy các yếu tố làm tăng xác suất sẵn sàng chi trả BHYT tự nguyện là số lần KCB gần nhất trong quý, thái độ đối với rủi ro tài chính và thái độ đối với rủi ro sức khỏe; các yếu tố làm giảm xác suất sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện gồm giới tính, trình độ học vấn và thu nhập. Kết quả nghiên cứu đã cung cấp thêm bằng chứng thực nghiệm mới cho thấy rằng thái độ sợ rủi ro của người dân có tương quan thuận chiều với sự sẵn sàng chi trả cho BHYT tự nguyện. Bên cạnh đó, kết quả cũng cho thấy người dân vẫn chưa thật sự nhận thức đúng lợi ích và chất lượng của BHYT. ♦

Tài liệu tham khảo:

1. Oyekale, A. S., 2012, *Factors Influencing Households' Willingness to Pay for National Health Insurance Scheme (NHIS) in Osun State, Nigeria*. *Studies on EthnoMedicine*, 6(3), 167-172.
2. Arrow, K. J., 1965, *Aspects of the Theory of Risk Bearing*, Academic Publishers.
3. Azhar, A., Rahman, M. M., & Arif, M.T., 2018, *Willingness to Pay For Health Insurance in Sarawak, Malaysia: A Contingent Valuation Method*. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 17(2), 230-237.
4. Bảo hiểm xã hội tỉnh Hậu Giang, *Báo cáo tổng kết công tác năm 2017, 2018 và 2019*.
5. Blais, A. R., & Weber, E. U., 2006, *A Domain-Specific Risk-Taking (DOSPERT) scale for adult populations*, *Judgment and Decision Making*, 1, 33-47.
6. Braun, M., & Muermann, A., 2004, *The Impact of Regret on the Demand for Insurance*, *The Journal of Risk and Insurance*, 71(4), 737-767.
7. Browne, M. J., & Kim, K., 1993, *An International Analysis of Life Insurance Demand*, *The Journal of Risk and Insurance*, 60, 616-634.
8. Bùi Thị Tú Quyên & Đào Hồng Chinh, 2016, *Sử dụng thẻ BHYT và những yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tham gia BHYT hộ gia đình của người lao động phi chính thức quận Long Biên, Hà Nội*. *Tạp chí Y tế Công cộng*, 3(40), 181-188.
9. Champ, P. A., Boyle, K. J., & Brown, T. C., 2012, *A primer on nonmarket valuation* (Vol. 3), Berlin: Springer Science & Business Media.
10. Galizzi, M. M., Miraldo, M., & Stavropoulou, C., 2016, *In sickness but not in wealth: field evidence on patients' risk preferences in the financial and health domain*, *Medical Decision Making*, 36(4), 503-517.
11. Jowett, M., Contoyanis, P., & Vinh, N. D., 2003, *The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam*, *Social Science & Medicine*, 56(2), 333-342.
12. Lê Cảnh Bích Thơ, Võ Văn Tuấn, & Trương Thị Thanh Tâm, 2017, *Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định mua BHYT tự nguyện của người dân thành phố Cần Thơ*, *Tạp chí Khoa học trường Đại học Cần Thơ*, 48, 20-25.
13. Lê Khương Ninh, 2016, *Kinh tế học vi mô*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
14. Min, L., 2008, *Factors Influencing Households' Demand For Life Insurance*, A Thesis presented to the Faculty of the Graduate School at the University of Missouri-Columbia.

15. Mitchell, R. C., & Carson, R. T., 1989, *Using surveys to value public goods: The contingent valuation method*, Washington, D.C.: Resources for the Future.
16. Hanawi, M. K. A., Vaidya, K., Alsharqi, O., & Onwujekwe, O., 2018, *Investigating the Willingness to Pay for a Contributory National Health Insurance Scheme in Saudi Arabia: A Cross-sectional Stated Preference Approach*, *Appl Health Econ Health Policy*, 16, 259-271.
17. Hoàng Thái Bình, 2018, *Theo hướng mở rộng phạm vi chi trả, đa dạng hoá gói dịch vụ bảo hiểm?*, Tạp chí của Ban tuyên giáo trung ương. <http://tuyengiao.vn/bao-hiem-xa-hoi/theo-huong-mo-rong-pham-vi-chi-tra-da-dang-hoa-goi-dich-vu-bao-hiem-116127>
18. Nguyễn Văn Ngãi, & Nguyễn Thị Cẩm Hồng, 2012, *Thông tin bất đối xứng trong thị trường bảo hiểm y tế tự nguyện: Trường hợp tỉnh Đồng Tháp*, Tạp chí Khoa học trường Đại học mở thành phố Hồ Chí Minh, 4, 19-28.
19. Nguyễn Văn Phúc, & Cao Việt Cường, 2014, *Thông tin bất cân xứng, lựa chọn ngược và rủi ro đạo đức: Nghiên cứu trường hợp mua và sử dụng thẻ BHYT tự nguyện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh*, Tạp chí Kinh tế và Phát triển, 208, 9-16.
20. Nguyễn Văn Song, & Lê Trung Thực, 2010, *Xác định nhu cầu bảo hiểm y tế tự nguyện của nông dân huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên*, Tạp chí khoa học và phát triển, 6, 1037 - 1045.
21. Pratt, J. W., 1964, *Risk Aversion in the Small and Large*, *Econometrica*, 32(1/2), 22-136.
22. Schlesinger, H., 1981, *The Optimal Level of Deductibility in Insurance Contracts*, *The Journal of Risk and Insurance*, 48, 465-481.
23. Sepehri, A., Sarma, S., & Serieux, J., 2009, *Who is giving up the free lunch? The insured patients' decision to access health insurance benefits and its determinants: Evidence from a low-income country*, *Health Policy*, 92(2), 250-258.
24. Sepehri, A., 2013, *How much do I save if I use my health insurance card when seeking outpatient care? Evidence from a low-income country*, *Health Policy and planning*, 29(2), 246-256.
25. Shafie, A., & Hassali, M., 2013, *Willingness to pay for voluntary community-based health insurance: Findings from an exploratory study in the state of Penang, Malaysia*. *Social Science & Medicine*, 96, 272-276.
26. Szpiro, G. G., 1985, *Optimal Insurance Coverage*, *The Journal of Risk and Insurance*, 52, 704-710.
27. Smith, V. L., 1968, *Optimal Insurance Coverage*, *Journal of Political Economy*, 76, 68-77.
28. Xuân Thủy, 2019, *Tiến tới đa dạng hóa các gói bảo hiểm y tế*, Báo Đại đoàn kết, cơ quan trung ương của Mặt trận tổ quốc Việt Nam. <http://daidoanket.vn/suc-khoe/tien-toi-da-dang-hoa-cac-goi-bao-hiem-y-te-tintuc438924>
29. Vũ Ngọc Huyền, & Nguyễn Văn Song, 2014, *Thực trạng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện của nông dân tỉnh Thái Bình*, Tạp chí khoa học và phát triển, 12(6), 853-861.
30. Wright, E. G., Asfaw, A., & Gaag, J. V. D., 2009, *Willingness to Pay for Health Insurance: An Analysis of the Potential Market for New Low Cost Health Insurance Products in Namibia*, *Social Science & Medicine*, 69(9), 1351-1359.

Summary

The paper aims to study the willingness to pay for voluntary health insurance of 170 people who have not yet participated in voluntary health insurance in Hau Giang province. Probit regression results show that the factors raising the willingness to pay for voluntary health insurance include the number of medical visits in the quarter, the attitude to financial risks, and the attitude to health risks. In contrast, factors that reduce the willingness to pay for voluntary health insurance include gender, education and income. Besides exploring the influential factors in the willingness to pay, the study provides new empirical evidence of positive correlation between people's fear of risks and their willingness to pay for voluntary health insurance. Moreover, the paper proposes solutions to reduce people's fear of risks, thereby encouraging them to actively participate in voluntary health insurance helping to achieve the national health insurance target and sustainably develop health insurance policy.