

Lối sống, những thói quen ảnh hưởng đến sức khỏe của người dân Matxcova và luật bảo hiểm y tế 1991 - 1993

I.MC. KEEHAN, R. CAMPBELL, X. V. TUMANOV

Quỹ tiền tệ quốc tế (IMF) đã giúp nước Nga duy trì những hoạt động chuẩn mực, nhằm đưa qui luật thị trường của cung và cầu vào cuộc sống. Luật bảo hiểm y tế đã cố gắng thực hiện điều này trong hệ thống bảo vệ sức khỏe, và những cải cách về nó đã bắt đầu từ tháng 10.1991. Luật Bảo hiểm gắn liền việc trả tiền bảo hiểm với lối sống có ảnh hưởng đến sức khỏe con người. Tháng 9.1991 đã tiến hành một cuộc trưng cầu ý kiến của 2000 người dân Matxcova có điện thoại để xác định những cơ sở của mối liên hệ qua lại giữa lối sống của một con người cụ thể với tình trạng kinh tế - xã hội và quan hệ đối với sức khỏe. Có 82% trong số 2000 người kể trên đã đồng ý tham gia vào cuộc trưng cầu đó. 83,6% người Matxcova sẵn sàng trả tiền túi để được đến khám ở những bác sĩ theo lựa chọn của mình, mặc dù 85,1% họ được chữa bệnh tại các cơ sở y tế của nhà nước. Theo ý kiến của người dân Matxcova, chất lượng phục vụ y tế tốt có thể giao cho các bác sĩ tư, chứ không phải cho những nhân viên của trạm y tế nhà nước. Gần 1/2 số người dân Matxcova (41,9%) không hài lòng về chất lượng phục vụ y tế. Và sự hình dung, sự hiểu biết về sức khỏe và về sự chăm sóc y tế của người dân Matxcova và người dân Mỹ có một sự khác nhau đáng kể. Luật Bảo hiểm y tế hoàn toàn phù hợp với nhu cầu của người Matxcova. Sử dụng những kết luận cơ bản thu được của cuộc điều tra nói trên có thể tiến hành những nghiên cứu tiếp theo, điều chỉnh các cuộc trưng cầu ý kiến và nghiên cứu những tác động của luật Bảo hiểm y tế đến sự hiểu biết về sức khỏe và lối sống của người dân Nga trong tương lai.

Tổng thống Elsin đã ký văn bản luật pháp đầu tiên về luật Bảo hiểm y tế vào tháng 6.1991, bắt đầu có hiệu lực vào tháng 10 năm đó và được thi hành cho đến tháng 1.1993.

Ngài Giám đốc IMF đã vạch ra một chiến lược về chương trình trợ giúp quốc tế cho nước Nga và cho các nước Cộng hòa xô viết của Liên Xô cũ cho đến ngày 15/4/1992. IMF sẽ cố gắng trợ giúp trên 3 vấn đề cơ bản sau đây: thứ nhất, những cuộc cải cách về mặt cấu trúc và sự ổn định nền kinh tế vĩ mô, bao gồm việc thiết lập cơ chế luật pháp - dân chủ, hành chính và những cơ chế khác... để có thể tiến hành những cải cách chính trị; thứ hai, cải tổ hệ thống bảo vệ xã hội và bảo đảm sự an toàn cần thiết cho những tầng lớp dân cư ít được bên vực nhất trong xã hội. Lĩnh vực này sẽ bao gồm những chương trình đào tạo để hình thành những đặc tính mới, thí dụ như biết cách lựa chọn, dám mạo hiểm và khả năng nhận thức đúng đắn những hậu quả của chính sách xã hội; thứ ba, giải quyết những vấn đề tiền tệ dân tộc trong những nước cộng hòa cũ của Liên Xô trên cơ sở bảo tồn sự thống nhất dân tộc. Quỹ tiền tệ quốc tế tập trung sức lực vào việc ổn định đồng rúp, đồng thời không ngăn trở việc thiết lập đồng tiền dân tộc.

Như ngài Giám đốc IMF Camdesus nhấn mạnh, đặc điểm cơ bản của một xã hội dân chủ lành mạnh là sự hoạt động đều đặn của một hệ thống bảo vệ xã hội phát triển. Trong

bước chuyển sang nền kính tế thị trường với qui luật cung - cầu, nước Nga cần phải bảo đảm sự bảo vệ cần thiết, trước hết cho những tầng lớp dân cư ít được bảo vệ nhất từ xưa đến nay, chứ không phải là sự cố gắng để chia đều sự bảo vệ đó thành những phần không bằng nhau cho mọi công dân. Điều này đặc biệt quan trọng trong thời kỳ của những sự thay đổi chóng nhoáng, khi mà mức sống đã thay đổi một cách đáng kể. Quốc hội Nga đã chấp nhận những điều kiện của IMF và đã thiết lập những nguyên tắc cơ bản trong việc chuẩn bị (soạn thảo) Luật Bảo hiểm y tế 1991- 1993: đó là việc chấp nhận sự tồn tại song song giữa hệ thống chữa bệnh và bảo vệ sức khỏe nhà nước không mất tiền và chế độ bảo vệ sức khỏe tư nhân phải trả tiền. Hệ thống phải trả tiền này nhìn chung là với giá phải chăng (giá vừa phải) và có chọn lọc, nó phụ thuộc vào giá cả và chất lượng phục vụ y tế (1).

Luật Bảo hiểm y tế Nga đã sẵn sàng chuyển từ việc phục vụ y tế ở cấp nhà nước sang bảo hiểm tư nhân. Đây là bước đầu tiên của hình thái phân quyền của hệ thống bảo vệ sức khỏe nhà nước. Nó sẵn sàng xây dựng mạng lưới các cơ sở đại lý (chi nhánh) bảo hiểm y tế của các tổ chức tương tự như "Tám khiên xanh - Thanh kiếm xanh". Dự tính sẽ thành lập bảo hiểm dưới 2 hình thức: bắt buộc và tự nguyện. Bảo hiểm bắt buộc sẽ được thực hiện như kiểu ở Haoai: theo chỗ làm việc hoặc là theo những tổ chức nhà nước trực tiếp cho người về hưu hoặc người thất nghiệp. Còn bảo hiểm tự nguyện sẽ phục vụ bổ sung theo cách trả tiền riêng đối với những người có nhu cầu. Luật Bảo hiểm y tế cũng dự tính bảo hiểm bắt buộc đối với tất cả những người đang có việc làm. Bảo hiểm y tế sẽ bảo hiểm những đặc quyền cơ bản như: quyền được lựa chọn cơ sở y tế và bác sĩ trong phạm vi nhất định và khả năng bồi thường tử vong nếu chất lượng phục vụ kém. Người dân Nga hiện nay cần phải đến những cơ quan y tế gần với nơi ở của họ, những cơ sở này nằm trên sự cân đối của chính phủ.

Khả năng thay đổi phí bảo hiểm phù hợp với sự thay đổi tình trạng sức khỏe sau thời hạn 3 năm có liên quan đến những qui luật thị trường. Phần đóng góp có thể được góp vào cổ phần thương mại, những cổ phần này hoạt động trong hệ thống bảo hiểm y tế cho các công dân. Mặt khác, các công dân có trách nhiệm, có ý thức giảm bớt những phiêu lưu, mạo hiểm đối với sức khỏe của chính mình.

Luật Bảo hiểm y tế cố gắng thiết lập sự cân bằng giữa người dùng bảo hiểm, bác sĩ và công ty bảo hiểm theo luật Bảo hiểm y tế, những công ty Bảo hiểm y tế không thể đồng thời vừa là cơ quan bảo vệ sức khỏe (như phòng khám đa khoa, bệnh viện) lại vừa phục vụ theo chế độ bảo hiểm. Các công ty bảo hiểm có thể lựa chọn những cơ quan y tế, điều đó là cần thiết cho việc thực hiện kế hoạch và tham gia vào việc xác định qui chế của nó, xác định mức (giá) bảo hiểm phí, những lĩnh vực chữa bệnh, thời hạn và chất lượng của phục vụ y tế trong phạm vi kế hoạch đã xác định. Những cơ quan y tế, bác sĩ và các trung tâm nghiên cứu có quyền gia nhập vào thành phần những người sáng lập công ty bảo hiểm và thông qua những lợi ích riêng của cá nhân có thể gây ảnh hưởng đến hoạt động của công ty bảo hiểm.

Cùng thời gian đó ở Mátxcova đã diễn ra cuộc tranh luận về sự cải cách bảo hiểm y tế, mức sống và phúc lợi của nhân dân, tháng 5 - 1992 các bác sĩ Nga đã đình công biểu tình chống lương thấp, phản đối việc bảo quản không tốt những chế phẩm thuốc và việc cấp kinh phí y tế quá ít ỏi. Năm 1990, trong tổng số thu nhập ngoại tệ quốc gia của Liên Xô cũ người ta chỉ chi có 3,6% cho những nhu cầu cần thiết của y tế, trong khi đó vào năm 1988, chỉ số này ở Mỹ là 10,6%, và ở Anh là 6% (3). Thu nhập ngoại tệ quốc gia là một trong những nhân tố cơ bản - trên cơ sở đó có thể so sánh quỹ phúc lợi của nhân dân ở các nước khác nhau .

Sức khỏe của nhân dân là một trong những nguồn lợi kinh tế có giá trị nhất của xã

hội. Nhưng như ông M. Feshbach nhận xét, tuổi thọ của người đàn ông ở Liên Xô (cũ) là 63,8 năm (4) so với 71,8 năm ở Mỹ (5) Tiến sĩ Feshbach nhận xét rằng, tuổi thọ trung bình của người Mátxcova năm 1990 đã trang bị rút ngắn lại 10 năm so với năm 1970. Nhưng cũng phải lưu ý rằng Mátxcova tập trung nhiều trung tâm y tế với trang thiết bị kỹ thuật hiện đại nhất, trong đó chữa trị cho những bệnh nhân nặng nhất của hầu hết các vùng trong cả nước, nên dễ hiểu rằng vì sao, mức tử vong sơ sinh ở Mátxcova năm 1989 đã cao hơn 2-3 lần so với các thủ đô khác của Liên Xô (cũ), và số tượng trẻ em mắc bệnh bẩm sinh cũng cao hơn 1,5 lần so với toàn Liên Xô. Tuy nhiên không thể không để ý đến việc là ở Mátxcova, số dân chết đi nhiều hơn số dân sinh ra(6).

Tháng 9.1991 một tháng sau khi bắt đầu những cải cách về bảo vệ sức khỏe, những nhà nghiên cứu từ trường Đại học Tổng hợp Colombia (Mỹ) và trường Đại học Tổng hợp Mátxcova đã tiến hành cuộc trưng cầu ý kiến 2000 người dân Mátxcova qua điện thoại. Những thông số khác nhau về mức sống và phục vụ y tế đã được nghiên cứu. Bảng hỏi được xây dựng nhằm xác định mối quan hệ giữa lối sống, các thiết chế kinh tế - xã hội và tình trạng sức khỏe. Những câu hỏi này được vay mượn từ bảng hỏi của trung tâm quốc gia nghiên cứu sức khỏe và trung tâm vùng Alameda, là những trung tâm đầu tiên đã tiến hành những nghiên cứu ảnh hưởng của lối sống và những thói quen có hại đến tình trạng sức khỏe (7) .

Vào năm 1959 , một năm trước khi bắt đầu cấp kinh phí cho chương trình bảo vệ sức khỏe, Viện bảo vệ sức khỏe quốc gia đã đặt vốn vào phòng thí nghiệm Berkli nơi chuyên nghiên cứu những vấn đề dân cư, để tiến hành nghiên cứu ở vùng Alameda, bang Califoornia theo những hướng chủ yếu

- 1) Nghiên cứu mức độ sức khỏe thể chất và tinh thần sức khỏe xã hội theo sự xác định của B03.
- 2) Thử thiết lập mối quan hệ qua lại giữa các mức độ khác nhau của sức khỏe.
- 3) Xây dựng mối quan hệ giữa lối sống cá nhân, các số liệu về dân số học và tình trạng sức khỏe.

Những nghiên cứu ở vùng Alameda tiến hành đã hơn 30 năm, nghĩa là từ khi bắt đầu thực hiện thực hóa chương trình bảo vệ sức khỏe quốc gia, đã chứng tỏ rằng, mối quan hệ chặt chẽ giữa quan hệ cá nhân đối với sức khỏe và mức khuôn khổ bảo hiểm - là một vấn đề không còn phải tranh cãi gì nữa đối với tất cả mọi người (8). Việc xác định những nhóm mạo hiểm (đối với sức khỏe của chính mình - N.D), những nguyên tắc phân chia thuốc men đã trở thành một vấn đề cơ bản khi soạn thảo cấu trúc các văn bản về bảo hiểm và cũng là đối tượng thường xuyên của các cuộc tranh cãi trong mỗi cuộc vận động bầu cử Tổng thống (9) và giờ đây, người ta lại nghe thấy những cuộc tranh cãi như thế trong Quốc hội Nga khi thảo luận Luật Bảo hiểm y tế 1991.

Cuộc trưng cầu dân ý tháng 9.1991 đã cho thấy rằng, 60,5% người Mátxcova nhận được sự giúp đỡ y tế ở các phòng khám đa khoa và chỉ có 8,8% đến các bác sĩ tư, 83,6% nói rõ rằng, họ sẵn sàng bỏ tiền túi để được quyền lựa chọn bác sĩ. Những khuynh hướng này có phản ánh trực tiếp trong Luật Bảo hiểm y tế. Người Nga không chống lại những thay đổi nếu như họ có thể cảm nhận được trực tiếp những kết quả của sự thay đổi đó. 1/3 số người được hỏi (36,7%) cho rằng, bác sĩ tư nhân có thể chữa bệnh tốt hơn, và chỉ có 6% khẳng định rằng, họ có thể chữa bệnh tốt chỉ ở các phòng khám đa khoa của nhà nước, hầu như một nửa người dân Mátxcova (41,9%) không hài lòng về chất lượng phục vụ y tế của nhà nước (10)

Nhu cầu đối với việc bảo vệ sức khỏe phụ thuộc phần lớn vào tình trạng sức khỏe của

chính người được hỏi. Chỉ có 2,5% người Mátxcova cho rằng mình hoàn toàn khoẻ mạnh, trong khi đó hơn một nửa (56,7%) nghĩ rằng tình trạng sức khỏe của họ là không tốt lắm hoặc là hoàn toàn tồi tệ (11). Có thể so sánh câu trả lời này với những câu trả lời của người Mỹ trong cuộc dân cầu trưng ý của Viện Bảo vệ sức khỏe quốc gia tiến hành năm 1990: 39,5% cho rằng mình hoàn toàn khoẻ mạnh, và chỉ có 9,5% thừa nhận là tình trạng sức khỏe của họ không tốt lắm hoặc là hoàn toàn tồi tệ. mức độ sức khỏe thể chất được đánh giá theo 7 thang đo đã chứng tỏ rằng, ít nhất cũng là 77,8% người Mátxcova có vấn đề sức khỏe: 15,4% phải chịu đựng những căn bệnh hiểm nghèo, 27,6% mắc từ 2 - 3 bệnh mãn tính, 34,8% có 1 hoặc 2 chứng rối loạn sức khỏe. Ngoài những hậu quả về chất lượng phục vụ y tế, của việc bảo đảm và nhu cầu bảo vệ sức khỏe, những thói quen có hại còn ảnh hưởng trầm trọng hơn nữa đến sức khỏe của người dân Mátxcova.

Cùng với điều đó, lối sống có một ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe. Trong cuộc điều tra, các nhà nghiên cứu đã cố gắng xác định mối quan hệ giữa người dân Mátxcova đối với chính sách sức khỏe của chính họ. Đã rõ ràng là hành động của người Mátxcova trong mối quan hệ này phân biệt một cách đáng kể với hành vi của người Mỹ. Chúng tôi thường loại bỏ ngay giá trị thống kê của phương pháp nào dẫn đến việc giải thích không đúng các câu trả lời và câu hỏi hoặc có ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu (12) Tuy nhiên không thể không lưu ý đến những lỗi nảy sinh trong những cuộc điều tra xã hội học tương tự như vậy, đặc biệt là khi so sánh những nền văn hóa khác nhau.

Để kết luận, cần nhấn mạnh rằng, Luật Bảo hiểm y tế ở Nga có thể mở đầu cho những quan hệ mới với sức khỏe, nghĩa là, khuôn khổ của phí bảo hiểm phụ thuộc vào những thói quen có hại và dẫn đến những biện pháp phòng bệnh. Hệ vấn đề có liên quan đến mỗi tác động qua lại giữa cơ sở y tế và cuộc sống, tổ chức hệ thống bảo vệ sức khỏe, lối sống, xã hội văn hóa, sinh thái và những nhân tố khác có ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe sẽ luôn mang tính chất thời sự trong các cuộc thảo luận chính trị và những nghiên cứu trước kỳ vận động bầu cử ở Mỹ, ở EEC và bây giờ ở Nga. Hệ vấn đề nghiên cứu này là cơ sở để hướng đến hợp nhất những hiệp hội quốc tế của các quốc gia dân chủ.

Bảng 1. Những chỉ báo lựa chọn và lối sống có ảnh hưởng đến sức khỏe của người Mátxcova (10) (1991, mẫu 1640 người) và của người Mỹ (9) (1990, mẫu 33.630 người), %

	Matxcova	Mỹ
Ngủ từ 7-8 giờ/ngày	52,9	66,0
Thường xuyên ăn sáng	80,6	55,0
Hàng ngày đều có "nhậu" tí chút	22,9	39,0
Thường xuyên chơi thể thao	15,0	40,0
Không hút thuốc lá	71,6	45,0
Không có nhu cầu về trợ	44,0	36,0

Bảng 2: Chỉ báo lựa chọn và lối sống. Bảng hỏi Nottingham. Mátxcova. Mẫu 1629 người (10),%

Những gì diễn ra xung quanh làm cho tôi buồn bã chán nản	57,6
Tôi đã quên cảm giác về sự thoải mái	52,7
Tất cả những gì tôi làm đều đòi hỏi nhiều sức lực	20,5
Thời gian gần đây tôi thường xuyên mất bình tĩnh tự chủ	31,7
Những căng thẳng thần kinh dẫn đến mất ngủ	24,8
Tôi thường thức giấc trong tâm trạng chán nản, trầm uất	18,6
Tôi rất nhanh mệt	32,0

Tôi rất khó chịu khi đứng một lúc lâu	23,7
Tôi rất khó leo lên hoặc xuống thang gác	13,1
Thỉnh thoảng trong đêm tôi cảm thấy đau đớn (ở đầu gối)	26,6

Bảng 3: Chỉ báo lựa chọn về tình trạng sức khỏe. Mátxcova, 1991. Mẫu 1629 người (10),%

Tự đánh giá tình trạng sức khỏe

Rất tốt	2,5
Tốt	40,8
Tương đối tốt	47,2
Tồi tệ	9,5

Những chỉ báo riêng về sức khỏe thể chất (phỏng theo bảng hỏi ở Alameda)

- Bệnh nặng trong 12 tháng gần đây (khó ăn, mặc quần áo, đứng dậy)	15,4
- Mắc bệnh tương đối nặng trong 12 tháng gần đây (phải chuyển chỗ vì bệnh)	4,4
- Có 2 hoặc nhiều hơn những bệnh mãn tính nặng trong 12 tháng gần đây (các bệnh loét, ung, viêm phế quản)	27,6
- Bệnh mãn tính nặng hơn phải can thiệp bằng phẫu thuật (không mất sức lao động, nhưng có mổ, hoặc mất thị giác)	4,1
- Có một hoặc vài triệu chứng bệnh trong 12 tháng gần đây (không mất sức lao động, không phải mãn tính, nhưng bị chấn thương ở chân, tim đập nhanh...)	34,8
- Không đủ sức (không mất sức lao động, bệnh mãn tính, mổ hay có triệu chứng - nhưng mất ngủ, ốm yếu)	8,1
- Tự cảm thấy khỏe hơn	5,3

Bảng 4. Chỉ báo lựa chọn về việc sử dụng hệ thống phục vụ y tế. Mátxcova, 1991.

Mẫu 1629 người (10) %

Không bao giờ đến bác sĩ răng	18,1
Không bao giờ đến bác sĩ nội khoa	21,5
Lần cuối cùng đến bác sĩ răng là hơn một năm trước	33,0
Lần cuối cùng đến bác sĩ nội khoa là hơn một năm trước	31,6
Tháng gần đây nhất không ốm	41,1
Không đến bác sĩ răng lần nào trong tháng vừa qua	87,2
Đến bác sĩ từ 1 - 7 lần trong tháng vừa qua	11,5
Tháng gần đây nhất không phải nằm viện ngày nào	98,8
Muốn được lựa chọn bác sĩ dù phải trả bằng tiền túi	83,6
Tôi cho rằng chính phủ phải bảo đảm việc chữa trị bệnh không mất tiền	72,1

+ Ghi chú: Do có những phạm trù quan hệ loại trừ nhau nên nhiều khi tổng số không đến 100% trong cả 4 bảng trên.

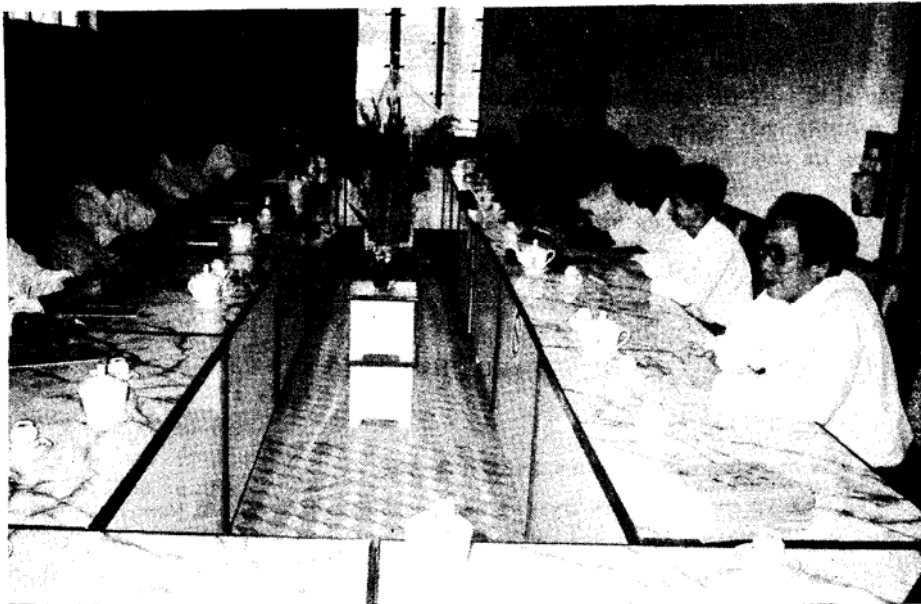
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. New York Time 1992 Ap. 16 AL A8
2. Luật Bảo hiểm y tế cho công dân. Mátxcova, 28.6.1991 No 1499 - 1
3. Tin tức thống kê. Phục vụ cho dân cư (tài chính và thống kê) 11.1991 trang 56 - 61. New York Time 1992 May 9 AL A6, Rowlan D. Halth status in East Euzopean camties // Halth affairs 1991, Fall:204
4. Feshbaoh M. Friendly Jr A. Ecocide ai the USSR heslth and nature under siege 1992 New York Basis Books 1992P.4
5. American Council of life insuzance. Washington D.C 1990. P 108
6. Feshbaoh F.Frendly Jr A.Ecooide in USSR p.9.
7. Wiley J. A. Camacho T.C. Lifestyle and future health: evidence from the Alameda country study // Prev Med 1980. V9.p 1- 21 Wiklund. I. The Nothingham health ptofile - a measure oi health - rela ted quality of life // Scand. J. prim health - related quality of life // Scand J. prim health care suppl 1990 V1.p 15 -18.
8. Berkman L. F. Brelow L. Health and ways of living. New York: Oxford University Press, 1983, p26.

9. Adams P F. Benson V. Current estimates from the national health interview survey. National Centre for health statistios // Vital health statistic 1991. C10. No 181. P 112.
10. (lược dịch) Danh sách 2000 số điện thoại được lấy ngẫu nhiên từ mạng lưới điện thoại của thành phố Mátxcova. 10% những người tham gia cuộc trưng cầu ý kiến được phỏng vấn lại để kiểm tra kết quả. Người ta đã dùng các bảng xác xuất để chọn lựa những người tham gia dự cuộc phỏng vấn khỏi danh sách những người thuê bao điện thoại. Và cũng chỉ phỏng vấn những người trên 18 tuổi. Danh sách là 2000 số điện thoại, nhưng chỉ có 82% tham dự (hoặc vì từ chối cuộc điều tra, hoặc là vì người lớn trong gia đình đi vắng vào thời điểm phỏng vấn). Một số người đã không điền đến cùng các câu hỏi trong bảng hỏi, nên kết quả là chỉ có 1629 người hay là 81,5% số lượng ban đầu.
- Các bảng mô tả người dân Mátxcova theo độ tuổi, giới tính và học vấn (hiện đại hoặc học vấn theo mong muốn bởi vì điều này sẽ đánh được những mắc phải do lựa chọn theo lựa chọn theo lứa tuổi và giới tính chưa có một khái niệm chung để có một phân biệt "sự từ chối trả lời" "câu trả lời negative" hoặc không trả là trong kết quả. Vì vậy, trong khi tính toán, người ta đã loại những phạm trù này ra khỏi bảng tần suất. Mo. Keehan Irina đã soạn thảo bảng hỏi trực tiếp trên cơ sở bảng hỏi về tình trạng sức khỏe và lối sống (được Viện nghiên cứu quốc gia sử dụng ở Alameda - California) và những chỉ số sức khỏe Nottingham (Anh) để có khả năng so sánh những chỉ bao của những người có nền văn hóa khác nhau.
11. Thornberry O, T. Wilson R. W Golden P. Health promotion date for the 1990 objectives, estimaths from the national interview survey of health promotion and disease prevention, USA. 1985 // Advanoe date from Vital and Health statistics september 19.1986. No126 DHHS Pub. No (PHS) 86 - 1250: 3
12. Mc Keehan I. Quality of life in post - cpup Moscow, 1991 (Tiếng Nga).

Người dịch: KỶ NGUYỄN

Nguồn: Tạp chí *Những nghiên cứu xã hội học* số 3.1993. Tiếng Nga



Tập huấn điều tra viên đề tài nghiên cứu về : Những biến động xã hội trong quá trình đổi mới từ cơ chế kế hoạch hóa tập trung, cao cấp sang cơ chế thị trường ở Quảng Nam - Đà Nẵng