

Quản lý phi tập trung đối với hệ thống bảo hiểm xã hội và cơ chế huy động sự tham gia của người dân vào việc quản lý hoạt động bảo hiểm xã hội một mô hình phù hợp với các nước cho thu nhập thấp

Alain Letourmy

Cán bộ nghiên cứu CNRS

ĐỀ CƯƠNG THAM LUẬN

Giới thiệu chúng

1. Mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân đối với hoạt động bảo hiểm xã hội

a) Nhà nước phúc lợi chung và mô hình quản lý tập trung đối với hoạt động bảo hiểm xã hội.

b) Các hình thức quản lý phi tập trung đối với bảo hiểm xã hội trong mô hình “Nhà nước phúc lợi chung”.

c) Sự đa dạng của các hình thức quản lý hệ thống bảo hiểm xã hội

d) Quản lý tư nhân và phi tập trung đối với hoạt động bảo hiểm xã hội

e) Các Hội bảo hiểm tương tế - cơ sở xây dựng mô hình “Nhà nước phúc lợi chung”

2. Căn cứ áp dụng, ưu điểm và hạn chế của mô hình quản lý hệ thống bảo hiểm xã hội theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân tại các nước đang phát triển

a) Quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân: Phải chăng là một sự lựa chọn bắt buộc do điều kiện lịch sử?

b) Những ưu điểm của mô hình quản lý bảo hiểm xã hội theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân.

c) Những hạn chế của mô hình quản lý bảo hiểm xã hội theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân.

3. Tình hình hoạt động của các tổ chức bảo hiểm được áp dụng cơ chế quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân

a) Các tổ chức bảo hiểm xã hội quy mô nhỏ

b) Bảo hiểm y tế: sự đa dạng các loại hình tổ chức tham gia bảo hiểm

c) Bảo hiểm y tế: Loại hình bảo hiểm phát triển độc lập hoặc có sự kết hợp với các hoạt động khác

d) Vấn đề phổ biến mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân

e) Điều kiện phát triển các Hội bảo hiểm tương tế trong lĩnh vực bảo hiểm y tế.

Kết luận

GIỚI THIỆU CHUNG

Hiện nay, các ý kiến đều thống nhất cho rằng xây dựng hệ thống bảo hiểm xã hội phải theo sát quá trình phát triển của đất nước. Trong các nước có thu nhập thấp, bảo hiểm xã hội

được coi là một trong những nội dung quan trọng trong các chương trình quốc gia về xoá đói, giảm nghèo. Tuy nhiên, vấn đề đặt ra cần giải quyết là xác định phạm vi bảo hiểm đến đâu? Bảo hiểm cho những đối tượng nào và những loại rủi ro nào? Bảo hiểm xã hội sẽ được tổ chức theo mô hình nào? Quan sát tình hình tại các nước đang phát triển, có thể thấy rằng Chính phủ của các nước này thường phải đặt ra và giải quyết các vấn đề sau: Bằng cách nào để xây dựng được hệ thống bảo hiểm xã hội cho toàn dân? Bảo hiểm những loại rủi ro nào? Vai trò, vị trí và mối quan hệ giữa bảo hiểm xã hội bắt buộc của Nhà nước và bảo hiểm tự nguyện của tư nhân? Bảo hiểm xã hội được tổ chức và quản lý theo mô hình nào? Mô hình tập trung hay phi tập trung? Cần phải xác định như thế nào mối quan hệ giữa người được bảo hiểm và cơ quan bảo hiểm (của Nhà nước và của tư nhân)?

Trong bài tham luận này, chúng tôi sẽ tập trung trình bày mô hình phân cấp quản lý bảo hiểm xã hội (quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân), một mô hình đang được áp dụng rộng rãi tại nhiều nước có thu nhập thấp. Có thể nói đây là mô hình tổ chức, quản lý bảo hiểm xã hội rất phù hợp với điều kiện kinh tế, xã hội của các nước này nhưng lại chiếm một vị trí hết sức khiêm tốn tại các nước phát triển. Trên thực tế, tùy theo tình hình cụ thể của mình mà mỗi nước xác định phạm vi áp dụng mô hình tổ chức, quản lý này cho phù hợp và cũng không loại trừ khả năng kết hợp với các mô hình quản lý khác đối với hoạt động bảo hiểm xã hội.

Trong phần 1 của tham luận, chúng tôi sẽ trình bày những đặc điểm cơ bản của mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân đối với hoạt động bảo hiểm xã hội và những điểm khác so với các hình thức quản lý khác đối với hệ thống bảo hiểm xã hội. Phần hai sẽ nêu rõ những ưu điểm và nhược điểm của việc áp dụng mô hình này tại các nước có thu nhập thấp, đồng thời trình bày một số nguyên nhân lý giải cho sự áp dụng rộng rãi mô hình này tại các nước có thu nhập thấp. Cuối cùng, chúng tôi giới thiệu qua về tình hình thành lập và hoạt động của các tổ chức bảo hiểm xã hội được tổ chức và quản lý theo mô hình phi tập trung, đặc biệt là đối với loại hình bảo hiểm y tế, để qua đó chúng ta có thể hình dung được thực tế tình hình.

1. Mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân đối với hoạt động bảo hiểm xã hội

Để có thể hình dung những nét đặc thù của mô hình phân cấp quản lý bảo hiểm xã hội, chúng tôi xin giới thiệu qua về một số hệ thống bảo hiểm xã hội chủ yếu đang được áp dụng tại các nước công nghiệp phát triển. Hầu hết các mô hình tiêu biểu đang được áp dụng tại các nước này, qua đó chúng ta có cái nhìn tổng thể hơn về mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân.

a) Nhà nước phúc lợi chung và mô hình quản lý tập trung đối với hoạt động bảo hiểm xã hội.

Rất nhiều nước công nghiệp phát triển áp dụng mô hình bảo hiểm xã hội bắt buộc cho toàn dân và bảo hiểm đối với nhiều loại rủi ro. Mô hình này chưa hẳn đã là mô hình lý tưởng nhất, tuy nhiên cũng có thể sử dụng làm mô hình mẫu cho các nước đang phát triển hay đang trong quá trình chuyển đổi tham khảo. Bên cạnh đó, năm 1952, Tổ chức lao động quốc tế (ILO) đã thông qua Công ước số 102 xác định những mục tiêu tối thiểu cần đạt được trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội và khuyến nghị các quốc gia thành viên mở rộng diện bảo hiểm hiện tại và bảo hiểm đối với 9 loại rủi ro xã hội chính: thất nghiệp, bệnh tật, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, tuổi già, mất sức lao động, tử vong, thai sản và gia đình.

Hệ thống bảo hiểm xã hội được hình thành và phát triển tại các nước công nghiệp phát triển trên cơ sở của mô hình “Nhà nước phúc lợi chung” tại các nước này, ở đó có mối quan hệ

chặt chẽ giữa Nhà nước và bảo hiểm xã hội. Trong điều kiện như vậy, bảo hiểm xã hội được quản lý chủ yếu theo hình thức tập trung, xét trên cả hai khía cạnh: tỷ lệ người dân được bảo hiểm và nguồn tài chính giành cho bảo hiểm xã hội. Mô hình Quỹ bảo hiểm xã hội thời kỳ đầu được áp dụng để bảo hiểm rủi ro cho những người làm công ăn lương, sau đó, được mở rộng ra áp dụng cho nhiều đối tượng khác. Hiện nay, đây vẫn là mô hình tổ chức chủ yếu của bảo hiểm xã hội. Mô hình này được áp dụng lần đầu tiên tại nước Đức dưới thời của Thủ tướng Bismarck sau đó được phổ biến ra nhiều nước khác. Tại các nước này, quyền lợi của người dân trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội gắn với quy chế nghề nghiệp của họ và mô hình trên được sử dụng như là một công cụ để quản lý phần lớn các loại rủi ro. Bảo hiểm xã hội tại các nước này có mối quan hệ chặt chẽ với Nhà nước trung ương. Bảo hiểm xã hội được quản lý bởi một Hội đồng quản trị là cơ quan có quyền ban hành các quyết định có hiệu lực áp dụng trên toàn quốc, các quyết định này được chuyển xuống cho bảo hiểm xã hội ở các địa phương thi hành. Đối với một số loại rủi ro (ví dụ như rủi ro bệnh tật), đối tượng được bảo hiểm được xác định theo tiêu trí nơi cư trú: những người nào cư trú trên lãnh thổ quốc gia đều thuộc diện được bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, ngay cả trường hợp này cũng không làm thay đổi những nguyên tắc lớn về tổ chức và quản lý bảo hiểm xã hội: Hội đồng quản trị có toàn quyền ra quyết định, mô hình quản lý tập trung là mô hình chủ đạo. Hệ thống bảo hiểm xã hội của nước Anh là trường hợp điển hình cho mô hình này.

b) Các hình thức quản lý phi tập trung đối với bảo hiểm xã hội trong mô hình “Nhà nước phúc lợi chung”.

Tại các nước công nghiệp phát triển, hình thức quản lý tập trung đối với bảo hiểm xã hội là hình thức chủ đạo nhưng không phải là hình thức duy nhất, bởi bên cạnh đó, các nước này cũng áp dụng một số hình thức quản lý mang tính phi tập trung đối với hệ thống bảo hiểm xã hội. Về vấn đề này, chúng tôi có một số nhận xét sau đây:

Thứ nhất, tính chất tập trung trong cơ chế quản lý bảo hiểm xã hội không có nghĩa là các cơ quan và chế độ bảo hiểm xã hội được tổ chức tập trung thống nhất theo ngành dọc. Khi xem xét hệ thống bảo hiểm hưu trí bắt buộc, chúng ta thấy có sự tồn tại của một loạt các quỹ hưu trí khác nhau có quyền tự quản lý, tự hạch toán và mỗi quỹ có diện bảo hiểm bao gồm một ngành, nghề nhất định.

Thứ hai, bảo hiểm xã hội có thể được quản lý theo cơ chế tập trung nhưng lại được đặt trong bối cảnh của một nước theo cơ chế quản lý phi tập trung về chính trị và hành chính (phân quyền, phân cấp quản lý). Ví dụ đối với các nước theo mô hình Nhà nước liên bang hay các nước giao quyền tự chủ lớn cho chính quyền địa phương, thì mỗi địa phương đều có thẩm quyền quyết định riêng trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội (như trường hợp của Tây Ban Nha, Italia, Đức và Canada), Nhà nước trung ương chỉ giữ lại một số quyền hạn chủ yếu để đảm bảo sự phân bổ công bằng các nguồn lực giữa các vùng miền và các thành phần xã hội, còn các quyền hạn khác đều phân cấp cho địa phương thực hiện. Tại các nước này, bảo hiểm xã hội được quản lý tập trung trong phạm vi của từng địa phương. Như vậy, tính chất tập trung ở đây có thể là ở phạm vi quốc gia hoặc phạm vi một địa phương.

Thứ ba, có những nước vẫn duy trì các hình thức quản lý phi tập trung trong quá trình xây dựng hệ thống bảo hiểm xã hội. Mô hình quỹ bảo hiểm xã hội trung ương đã được thay bằng mô hình nhiều quỹ bảo hiểm xã hội cùng song song tồn tại, độc lập với nhau cùng tham gia cung cấp dịch vụ bảo hiểm xã hội và người dân có quyền lựa chọn đăng ký bảo hiểm của một trong các quỹ này. Ví dụ trường hợp của nước Đức với sự tồn tại của nhiều Quỹ bảo hiểm y tế khác nhau, mỗi quỹ đều có một số quyền hạn riêng trong việc tổ chức và quản lý các chế độ bảo hiểm của mình.

Thứ tư, một số nước đang có xu hướng đưa mô hình quản lý phi tập trung vào trong hệ thống bảo hiểm xã hội được quản lý tập trung trên phạm vi quốc gia, thông qua cơ chế ký kết hợp đồng giữa bảo hiểm xã hội trung ương và bảo hiểm xã hội của các địa phương. Bảo hiểm xã hội trung ương chỉ giữ quyền quyết định đối với những vấn đề cơ bản và quan trọng nhất (ví dụ quyền quyết định về ngân sách), còn đối với các vấn đề khác thì phân cấp cho bảo hiểm xã hội địa phương quyết định (trường hợp của nước Anh).

c) Sự đa dạng của các hình thức quản lý hệ thống bảo hiểm xã hội

Các nước công nghiệp phát triển vẫn duy trì và phát triển các hệ thống bảo hiểm xã hội bao gồm nhiều tầng, nhiều cấp độ khác nhau ở đó Nhà nước trung ương giảm dần sự can thiệp của mình. Tại các nước này, hệ thống bảo hiểm xã hội được tạo thành từ sự kết hợp của nhiều thành tố, nhiều bộ phận bao gồm các thành tố đặt dưới sự quản lý thống nhất của Nhà nước và các thành tố của khu vực tư nhân được phân cấp quản lý (sự kết hợp giữa cơ chế quản lý tập trung, thống nhất và cơ chế quản lý phi tập trung – phân cấp quản lý).

Mô hình tiêu biểu thể hiện rõ nhất sự kết hợp này là mô hình hệ thống bảo hiểm xã hội bao gồm ba thành phần: “Thành phần Nhà nước” bao gồm các chế độ bảo hiểm mang tính bắt buộc, “thành phần chuyên nghiệp” bao gồm các chế độ bảo hiểm xã hội bắt buộc hoặc tự nguyện và “thành phần tư nhân” bao gồm các chế độ bảo hiểm xã hội tự nguyện. Trong thành phần thứ hai và thành phần thứ ba, cơ chế quản lý chủ đạo là quản lý tư nhân và phi tập trung. Cùng với quá trình phát triển kinh tế, xã hội của đất nước, mô hình trên được điều chỉnh dần dần cho phù hợp với các loại rủi ro cần bảo hiểm. Ví dụ đối với “thành phần Nhà nước” (bảo hiểm bắt buộc), diện được bảo hiểm chỉ bao gồm một bộ phận dân chúng nhất định, điều này có nghĩa là bộ phận dân chúng còn lại không được bảo hiểm đối với các loại rủi ro đó. Thành phần thứ hai có thể tồn tại hoặc không tồn tại, hoặc nếu có tồn tại thì cũng rất khó phân biệt với thành phần thứ ba bởi có cùng các chế độ bảo hiểm như nhau. Bên cạnh đó, việc phân chia phạm vi bảo hiểm (phân chia các loại rủi ro được bảo hiểm, phân chia các đối tượng được bảo hiểm) giữa ba thành phần cũng thay đổi tùy theo từng thời kỳ. Thành phần thứ nhất có thể có diện bảo hiểm rộng cho toàn dân nhưng chỉ bảo hiểm đối với những loại rủi ro cơ bản nhất, như vậy, đối với các rủi ro còn lại, thì đối tượng được bảo hiểm lại phải tìm đến thành phần thứ hai và thứ ba.

d) Quản lý tư nhân và phi tập trung đối với hoạt động bảo hiểm xã hội

Những nội dung trình bày ở trên cho thấy có sự tồn tại của cơ chế quản lý phi tập trung đối với bảo hiểm xã hội ngay cả ở những nước áp dụng mô hình “Nhà nước phúc lợi chung”. Vai trò quản lý được giao cho các cơ quan, tổ chức bảo hiểm tư nhân. Tuy nhiên, cơ chế quản lý đó chiếm vị trí quan trọng nhiều hay ít còn tùy thuộc vào mô hình thể chế tại nước đó. Chúng ta biết rằng tại các nước này, một trong những vấn đề chủ yếu được đặt ra cần giải quyết đó là Nhà nước phân cấp quản lý cho các cơ quan, tổ chức bảo hiểm tư nhân đến mức độ nào?

Các cơ quan, tổ chức tư nhân tham gia quản lý bảo hiểm xã hội có mục tiêu và quy chế hoạt động rất khác nhau. Trước tiên phải kể đến các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm tham gia lĩnh vực bảo hiểm xã hội. Trong một số nước công nghiệp phát triển, các cơ quan, tổ chức kinh doanh bảo hiểm chiếm một tỷ trọng rất lớn trên thị trường bảo hiểm, kể cả trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội. Các cơ quan, tổ chức này chính là nơi triển khai cơ chế quản lý phi tập trung đối với bảo hiểm xã hội, bởi mỗi cơ quan, tổ chức cung cấp một sản phẩm bảo hiểm khác nhau tùy theo lĩnh vực bảo hiểm họ tham gia kinh doanh và việc quản lý của các cơ quan, tổ chức này là hoàn toàn độc lập trên cơ sở tuân thủ các quy định pháp luật có liên quan. Nước Mỹ là trường hợp điển hình cho thấy vai trò và tiềm lực kinh tế quan trọng của

các tổ chức bảo hiểm tư nhân.

Bên cạnh các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm nêu trên, cơ chế quản lý tư nhân đối với bảo hiểm xã hội cũng có thể được đảm nhận bởi các tổ chức khác, được gọi là tổ chức kinh tế xã hội hoạt động không vì mục đích lợi nhuận, có quy chế như một hiệp hội, ở đó tất cả các thành viên đều tham gia vào các quyết định tập thể. Các Hội bảo hiểm tương tế là những trường hợp điển hình cho loại tổ chức bảo hiểm tập thể này. Với các tổ chức bảo hiểm loại này, bảo hiểm xã hội được quản lý theo cơ chế phi tập trung đồng thời có sự tham gia của tất cả các hội viên vào quá trình quản lý mang tính tập thể. Hội bảo hiểm tương tế là một tổ chức được thành lập trên cơ sở tự nguyện: Các thành viên tự nguyện đóng góp vào Hội để cùng phòng ngừa và giải quyết hậu quả của các rủi ro có thể xảy ra đối với hội viên và gia đình họ. Hội có toàn quyền quyết định về các vấn đề liên quan đến các hội viên của mình. Đại hội thành viên có thẩm quyền ban hành quyết định về những vấn đề quan trọng nhất liên quan đến tổ chức, hoạt động của Hội theo đề xuất của Hội đồng quản trị. Hội đồng quản trị bao gồm đại diện do các hội viên bầu ra để điều hành hoạt động hàng ngày của Hội.

e) Các Hội bảo hiểm tương tế - cơ sở xây dựng mô hình “Nhà nước phúc lợi chung”

Qua nghiên cứu lịch sử phát triển của các hệ thống bảo hiểm xã hội, có thể thấy rằng các Hội bảo hiểm tương tế là một trong những yếu tố ban đầu góp phần hình thành nên các chế độ bảo hiểm xã hội tại nhiều quốc gia. Các Hội bảo hiểm tương tế đã đặt nền tảng đầu tiên cho sự ra đời của hệ thống bảo hiểm xã hội, thời kỳ đầu, chúng cung cấp nguồn cán bộ cho sự hoạt động của hệ thống bảo hiểm xã hội. Hoạt động của các Hội này đã giúp người dân nhận thức được tác dụng của bảo hiểm trong việc phòng ngừa và khắc phục các rủi ro xã hội và từ đó chuẩn bị tâm lý để người dân làm quen với các hình thức bảo hiểm bắt buộc. Tại một số nước, các Hội tương tế đến nay vẫn duy trì được vai trò quản lý của mình bên trong hệ thống bảo hiểm xã hội (như trường hợp của Bỉ và Pháp), mặc dù phần lớn trong số chúng đều đã chuyển sang lĩnh vực bảo hiểm tự nguyện (thuộc thành phần thứ hai và thứ ba trong hệ thống bảo hiểm xã hội như nêu trên).

Về cơ chế quản lý tập thể trong các Hội bảo hiểm tương tế, cơ chế này đến nay không có gì thay đổi nhiều so với thời kỳ trước chiến tranh thế giới lần thứ hai, nhất là tại các nước châu Âu nơi các Hội này chiếm một vị trí quan trọng. Tuy nhiên, trình độ quản lý của các Hội này đã được chuyên nghiệp hoá rất nhiều so với trước đây trước yêu cầu hoạt động ngày càng cao, quy mô hoạt động ngày càng lớn và những khó khăn gặp phải trong quá trình huy động sự tham gia của các thành viên. Mặc dù vậy, một số nước (như trường hợp của nước Bỉ) và một số khu vực vẫn duy trì mô hình Hội bảo hiểm tương tế trước đây (quản lý tập thể), tức là vẫn duy trì một mô hình hoạt động khá độc đáo trong hệ thống bảo hiểm xã hội đương đại.

Trên thực tế, các hình thức quản lý khác như đã trình bày trong các phần trên tạo ra ít cơ hội cho sự tham gia của người dân vào việc quản lý hoạt động bảo hiểm xã hội. Duy chỉ có mô hình các Quỹ bảo hiểm xã hội còn duy trì được một chút sự tham gia này: tham gia quản lý Quỹ bao gồm đại diện của chủ sử dụng lao động và đại diện người lao động, trong một số trường hợp có thêm đại diện của Nhà nước. Tuy nhiên, cho đến nay, sự tham gia này cũng chỉ còn mang tính biểu tượng (bầu người đại diện). Đối với các tổ chức bảo hiểm thuộc ngành hành chính, cũng có đại diện của người dân tham gia vào quá trình quản lý hoạt động nhưng chỉ giữ vai trò là “quan sát viên” (trường hợp của nước Anh). Sự tham gia là hết sức hạn chế, nhất là tham gia vào quá trình ra quyết định. Đối với các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm, họ chỉ thuần túy tính đến quy luật của thị trường, tính đến nhu cầu của người mua bảo hiểm.

Nhìn chung, mô hình “Nhà nước phúc lợi chung” không tạo điều kiện thuận lợi cho việc áp dụng cơ chế quản lý có sự tham gia của người dân (quản lý tập thể), mặc dù vẫn có một số nước nơi có truyền thống sống theo cộng đồng vẫn cố gắng duy trì cơ chế quản lý đó trong một số lĩnh vực của đời sống xã hội và trong hệ thống bảo hiểm xã hội (các nước Bắc Âu, vùng Kêbêch thuộc Canada). Khi sự can thiệp của Nhà nước được thu hẹp, thì cơ chế quản lý đó lại có cơ hội được hồi phục.

2. Căn cứ áp dụng, ưu điểm và hạn chế của mô hình quản lý hệ thống bảo hiểm xã hội theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân tại các nước đang phát triển

Đối với các nước có thu nhập thấp, mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân tỏ ra có nhiều ưu điểm qua thực tế áp dụng hiện nay và nhất là so sánh với các giải pháp đã từng thử nghiệm trước đây trong quá trình xây dựng hệ thống bảo hiểm xã hội.

a) Quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân: Phải chăng là một sự lựa chọn bắt buộc do điều kiện lịch sử?

Trong phần lớn các nước có thu nhập thấp, hầu hết người dân đều không được hưởng một biện pháp bảo hiểm xã hội nào. Những người được coi là có bảo hiểm xã hội (công nhân, viên chức Nhà nước) thì cũng chỉ được bảo hiểm ở mức độ tối thiểu và cơ chế quản lý bảo hiểm xã hội cũng nảy sinh nhiều bất hợp lý.

Trên thực tế, đối với nông dân và những người làm việc trong khu vực ngoài quốc doanh, chỉ một số trường hợp cá biệt được hưởng bảo hiểm xã hội. Và nếu có, họ cũng không được bảo hiểm một số loại rủi ro như tuổi già, gia đình, thất nghiệp. Loại hình bảo hiểm chủ yếu là bảo hiểm y tế. Đối với những người làm việc trong khu vực quốc doanh, họ được bảo hiểm đối với các rủi ro như tuổi già, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, gia đình và một số trường hợp có bảo hiểm y tế. Tại một số nước, các loại hình bảo hiểm này được cung cấp từ các tổ chức bảo hiểm xã hội hoặc thông qua các cơ chế đặc thù (chủ yếu trong lĩnh vực bảo hiểm y tế). Đối với công chức, loại hình bảo hiểm tuổi già, gia đình và y tế được cung cấp theo những cơ chế đa dạng khác nhau (Quỹ bảo hiểm độc lập, bảo hiểm của Nhà nước). Nhìn chung, tại phần lớn các nước đang phát triển, tỷ lệ người dân được bảo hiểm xã hội chỉ là 10%. Vấn đề chủ yếu đặt ra hiện nay là củng cố chế độ bảo hiểm đối với những người này và mở rộng diện bảo hiểm ra những đối tượng còn lại (nông dân, những người làm việc trong khu vực ngoài quốc doanh).

Cho đến cuối những năm 80, diễn biến tình hình cho thấy có vẻ như mục tiêu xây dựng mô hình “Nhà nước phúc lợi chung” là có thể thực hiện được, quá trình xây dựng hệ thống bảo hiểm xã hội phải theo sát quá trình phát triển của đất nước và diện được bảo hiểm xã hội được mở rộng dần cho mọi thành phần dân chúng (số lượng người làm công ăn lương tăng lên, tổ chức bảo hiểm giành cho nông dân). Trong một số lĩnh vực bảo hiểm, ví dụ như bảo hiểm y tế, Nhà nước muốn giữ vai trò vừa là người thanh toán, vừa là người cung cấp dịch vụ trong một hệ thống bảo hiểm xã hội do Nhà nước bao cấp hoàn toàn giành cho tất cả mọi người dân. Cách làm này đã tỏ ra thiếu cơ sở thực tế. Các quốc gia thường thất bại trong việc mở rộng phạm vi bảo hiểm và duy trì sự bền vững của các chế độ bảo hiểm hiện có đối với công chức và những người làm việc thuộc khu vực Nhà nước. Trong một số lĩnh vực bảo hiểm, như bảo hiểm y tế, một số người đã có ý kiến phản đối việc duy trì cơ chế khám chữa bệnh miễn phí trước thực trạng xuống cấp của các cơ sở y tế của Nhà nước và những khó khăn gặp phải trong việc cung ứng thuốc. Trước thực trạng đó, cơ chế khám chữa bệnh miễn phí đã được thay bằng cơ chế người bệnh phải thanh toán tiền viện phí. Tuy nhiên, với cơ chế này, sẽ có nhiều người bệnh không đủ khả năng đến điều trị tại bệnh viện, như vậy, cơ chế này cũng không cải thiện được nhiều tình hình tài chính đảm bảo cho sự vận hành có

hiệu quả của các cơ sở y tế của Nhà nước.

Trong bối cảnh đó, cần phải xây dựng một hệ thống bảo hiểm xã hội mới, không dựa nhiều vào Nhà nước cũng như các chế độ bảo hiểm truyền thống. Đối với Nhà nước, việc huy động sự tham gia của khu vực ngoài quốc doanh là không thể tránh khỏi, nhưng nếu hoàn toàn đi theo cơ chế thị trường thì cũng không khả thi do mức thu nhập của người dân còn thấp và khả năng cung ứng dịch vụ bảo hiểm đối với các rủi ro xã hội cũng hạn chế. Xét trên một khía cạnh nào đó, bảo hiểm xã hội phải lấy cơ sở từ người dân. Lựa chọn mô hình mang tính kinh tế xã hội có lẽ là cách lựa chọn thực tế hơn, thậm chí là cách lựa chọn duy nhất trong khi chờ đợi tìm kiếm ra các mô hình khác. Kể từ giữa những năm 90 của thế kỷ 20, các Hội bảo hiểm tương tế đã có bước phát triển mạnh mẽ, nhất là trong lĩnh vực bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, hiện nay, tình hình đã ít nhiều thay đổi. Chúng tôi sẽ đề cập đến vấn đề này trong phần kết luận.

b) Những ưu điểm của mô hình quản lý bảo hiểm xã hội theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân.

Về mặt lý thuyết, cơ chế quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân đối với hệ thống bảo hiểm xã hội tỏ ra có nhiều ưu điểm và phù hợp với điều kiện đặc thù của các nước đang phát triển.

Ưu điểm thứ nhất đó là tính hiệu quả trong quản lý bảo hiểm xã hội. Cơ chế quản lý phi tập trung cho phép thu các khoản đóng góp bảo hiểm một cách hợp lý hơn và cung cấp dịch vụ bảo hiểm có chất lượng tốt hơn (chi trả tiền bảo hiểm, tiền trợ cấp các loại, thanh toán phí dịch vụ cho các nhà cung cấp dịch vụ). Để bác lại quan điểm này, một số người cho rằng cơ chế quản lý tập trung ở trung ương nhưng có chân rết ở địa phương cũng cho phép mang lại mức độ hiệu quả tương tự. Nhưng thực tế cho thấy không hẳn như thế. Với cơ chế quản lý tập trung ở trung ương, các trình tự, thủ tục được quy định thống nhất cho tất cả các địa phương, như vậy, các trình tự, thủ tục này có thể phù hợp với điều kiện của địa phương này nhưng không phù hợp với điều kiện của địa phương khác. Mặt khác, để đảm bảo hiệu quả hoạt động của cơ chế này, cần phải có sự thông tin thông suốt và thường xuyên giữa các chân rết ở địa phương và cơ quan quản lý ở trung ương. Đây là điều thường khó thực hiện ở các nước đang phát triển. Qua ý kiến đánh giá của người dân về hiệu quả hoạt động của các cơ quan hành chính, thì cơ chế quản lý phi tập trung tỏ ra phù hợp và có hiệu quả hơn. Với cơ chế này, người nghỉ hưu được nhận lương hưu tại nơi mình cư trú, người được bảo hiểm y tế sẽ không bị rơi vào tình trạng bị thiếu thuốc chữa bệnh tại các trung tâm y tế nếu quản lý theo cơ chế tập trung ở trung ương.

Ưu điểm thứ hai: Cơ chế quản lý phi tập trung cho phép điều chỉnh kịp thời mức thu phí bảo hiểm và mức bảo hiểm phù hợp với điều kiện của địa phương. Trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, sự phát triển của các Hội bảo hiểm tương tế cho thấy khá rõ vấn đề này. Mỗi Hội sẽ tự mình xác định những mục tiêu bảo hiểm phù hợp với nhu cầu của mình, tùy theo khả năng cung cấp dịch vụ và khả năng đóng góp của các hội viên (có Hội lựa chọn bảo hiểm cho những trường hợp thành viên phải nằm viện điều trị bệnh, có Hội lại lựa chọn bảo hiểm cho các trường hợp thái sản và sinh nở). Hội bảo hiểm tương tế tự xác định phương thức thanh toán phí bảo hiểm tùy theo đặc điểm nghề nghiệp của từng thành viên. Đối với các thành viên là nông dân, thì sẽ đóng phí bảo hiểm hàng năm sau vụ thu hoạch. Đối với các thành viên là người buôn bán nhỏ, thì sẽ nộp phí bảo hiểm hàng tuần với một khoản tiền không đáng kể. Có những nhóm thành viên được hình thành trên cơ sở mối quan hệ gia đình hay nghề nghiệp. Cơ chế quản lý và hoạt động của các Hội bảo hiểm tương tế có tính mềm dẻo cao do đó rất phù hợp với khu vực kinh tế ngoài quốc doanh và người dân nông thôn.

Ưu điểm thứ ba: cơ chế quản lý phi tập trung cho phép thiết lập mối quan hệ trực tiếp giữa các thành viên tham gia bảo hiểm và những người quản lý bảo hiểm. Người quản lý bảo hiểm không phải chịu sự quản lý, điều hành của một cơ quan xa xôi ở trung ương, và như vậy, nhiệm vụ, quyền hạn của họ được gắn trực tiếp với tổ chức bảo hiểm mà họ quản lý. Các thành viên tham gia bảo hiểm và các cán bộ quản lý bảo hiểm thường là những người biết rõ về nhau. Các cán bộ quản lý bảo hiểm trước đây cũng là các thành viên tham gia bảo hiểm được bầu lên chức vụ hiện nay. Chính mối quan hệ quen biết và trực tiếp này là yếu tố đảm bảo cho sự hoạt động có hiệu quả của tổ chức bảo hiểm.

Sự tham gia của các thành viên vào quá trình quản lý tổ chức bảo hiểm còn có nhiều ưu điểm khác rất có ý nghĩa đối với các nước đang phát triển. Ưu điểm lớn nhất đó là nó cho phép tổ chức và quản lý bảo hiểm xã hội trong những điều kiện tốt nhất và phù hợp nhất với tình hình thực tế của địa phương, có thể tận dụng được những yếu tố đã có sẵn và sự tương trợ lẫn nhau ở địa phương. Người dân địa phương có thể dễ dàng chấp nhận việc đóng góp bảo hiểm mà không cần hưởng tiền chi trả bảo hiểm nếu như họ thấy rằng việc làm đó của họ mang lại lợi ích cho cộng đồng ở địa phương mà họ là thành viên. Đây là mô hình lý tưởng, bởi trên thực tế không đạt được đến mức như thế. Cơ chế đoàn kết nêu trên chỉ giới hạn trong một cộng đồng người nhất định và vận hành theo những phương thức hoàn toàn không phù hợp với cơ chế tái phân bổ theo chiều dọc cũng như theo chiều ngang là cơ chế vốn có của hệ thống bảo hiểm xã hội. Nhưng, sự đoàn kết, gắn bó giữa các thành viên trong cộng đồng và vai trò của những người lãnh đạo cộng đồng chính là những thế mạnh để phát triển hệ thống bảo hiểm xã hội có sự tham gia của người dân vào quá trình quản lý. Xét trong những điều kiện như nhau, thì khu vực nông thôn phù hợp với việc áp dụng cơ chế trên hơn là khu vực đô thị. Các thành phố tại các nước đang phát triển là nơi tập trung của những người dân đến từ khắp nơi, điều này không cho phép xây dựng được cơ chế tương trợ cộng đồng và hình thành các mạng lưới xã hội. Chính sách phát triển các Hội bảo hiểm y tế tương tế tại các vùng đô thị của Mali cho chúng ta nhiều bài học bổ ích về vấn đề này. Liên hiệp các Hội tương tế Mali đã đề xuất và thực hiện song song hai chính sách: đối với các Hội bảo hiểm tương tế tại các vùng đô thị, Liên hiệp đề xuất các Hội này tập trung vào loại hình bảo hiểm y tế theo cơ chế “chìa khoá trao tay” (Liên hiệp quản lý hoạt động còn Hội có chức năng cung cấp dịch vụ). Tại các vùng nông thôn, Liên hiệp dựa vào mạng lưới các Hội bảo hiểm tương tế hiện có tại các cộng đồng làng xã. Hội bảo hiểm tương tế của mỗi làng tự xác định chế độ bảo hiểm riêng của mình và tự quản lý. Như vậy, để đặt tên cho hai chính sách này, thì một là chính sách chính phục thị trường bảo hiểm mới (ở các khu đô thị) và hai là chính sách phát triển bảo hiểm dựa trên một mạng lưới sẵn có.

Sự tham gia của người được bảo hiểm vào quá trình quản lý cũng là một yếu tố cần thiết nhằm đảm bảo sự vận hành có hiệu quả của các tổ chức bảo hiểm và xây dựng cơ chế quản lý rủi ro. Sự kiểm tra, giám sát của những người có trách nhiệm cũng được tạo điều kiện dễ dàng hơn, ngăn chặn và xử lý có hiệu quả hơn các trường hợp vi phạm, gian lận. Ví dụ trong lĩnh vực bảo hiểm tương tế tự nguyện, các thành viên của Hội tương tế được tham gia vào quá trình quản lý Hội, do đó những khó khăn trong việc huy động phí bảo hiểm sẽ được giải quyết dễ dàng hơn so với trường hợp của các tổ chức bảo hiểm khác, kể cả của Nhà nước và tư nhân, ở đó người được bảo hiểm đứng ngoài quá trình quản lý của tổ chức bảo hiểm đó. Thành viên của Hội khi được kết nạp đều đã đọc và nắm nội dung Quy chế hoạt động của Hội, trong đó có các quy định về thời hạn đóng bảo hiểm mà không hưởng quyền lợi bảo hiểm (gọi là thời gian thử thách), về giới hạn mức độ sử dụng dịch vụ (mức độ sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế được bảo hiểm thanh toán), và về việc cấp phát thẻ điều tiết bảo hiểm. Khi chấp nhận trở thành thành viên của Hội cũng có nghĩa là chấp nhận tuân thủ các

quy định trên. Bên cạnh những ưu điểm gắn với hoạt động hàng ngày của tổ chức bảo hiểm, cơ chế quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân còn mang lại những lợi ích trung và dài hạn. Thứ nhất, nó giúp Nhà nước giảm nhẹ gánh nặng trong việc quản lý hoạt động hàng ngày của các tổ chức bảo hiểm. Chúng tôi đề cập điều này hoàn toàn không có ý ủng hộ việc tư nhân hoá hệ thống bảo hiểm xã hội, mà xuất phát từ khả năng thực tế của Nhà nước trong việc quản lý. Các ý kiến đều thống nhất cho rằng tại các nước có thu nhập thấp, Nhà nước không thể ôm đồm được tất cả mọi lĩnh vực vì không đủ nguồn tài chính và nhân lực. Nhưng điều này không có nghĩa là Nhà nước bỏ rơi lĩnh vực bảo hiểm xã hội nói riêng và an sinh xã hội nói chung, mà đơn giản là Nhà nước phải thay đổi phương thức quản lý của mình. Nhà nước thu hẹp sự can thiệp của mình để thu hút sự tham gia của xã hội dân sự vào việc quản lý các lĩnh vực trước đây vốn thuộc độc quyền quản lý của Nhà nước và điều này cũng nằm trong quá trình dân chủ hoá đời sống xã hội. Điều này rất có ý nghĩa tại các nước có thu nhập thấp, bởi các thành phần kinh tế, xã hội cũng tham gia với Nhà nước đầu tư phát triển và quản lý hệ thống bảo hiểm xã hội.

c) Những hạn chế của mô hình quản lý bảo hiểm xã hội theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân.

Bên cạnh những ưu tiên nổi bật trên, mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân cũng bộc lộ một số nhược điểm.

Nhược điểm thứ nhất liên quan đến quy mô bảo hiểm, nhất là đối với hình thức bảo hiểm cộng đồng. Giả thiết lý tưởng nhất đó là mỗi một làng, mỗi một khu phố, mỗi một ngành nghề đều thành lập một Hội bảo hiểm tương tế riêng cho mình. Nhưng đối với các tổ chức bảo hiểm quy mô nhỏ như vậy thì khả năng đảm bảo tài chính lâu dài là rất hạn chế. Như vậy, để tránh rủi ro, lại phải hình thành các tổ chức hay các cơ chế tái bảo hiểm, điều này làm mất đi tính đơn giản trong mô hình quản lý và tính tự nguyện của các thành viên khi tham gia tổ chức. Như chúng ta đều biết, các Hội tương tế được xây dựng dựa trên sự liên kết, kết hợp của nhiều nhóm người, nhiều tổ chức có quy mô khác nhau để đạt được một số lượng thành viên cần thiết cho việc thành lập Hội và xây dựng các công cụ quản lý ở cấp độ một liên hiệp các Hội tương tế. Điều này không phải lúc nào cũng dễ dàng thực hiện được tại các nước có thu nhập thấp, vì những lý do gắn với điều kiện địa lý (khoảng cách địa lý), điều kiện kinh tế (chi phí giao dịch cao) và điều kiện xã hội (phụ thuộc vào việc các cộng đồng có muốn liên kết lại với nhau hay không?).

Nhược điểm khác của cơ chế quản lý có sự tham gia của người dân thể hiện ở chỗ: Hoạt động bảo hiểm xã hội là lĩnh vực đòi hỏi phải có trình độ chuyên môn cao, do đó không phải lúc nào cũng tìm được người đủ năng lực chuyên môn để đảm nhận trách nhiệm quản lý hoạt động của tổ chức bảo hiểm. Tất nhiên, nếu người đó chưa đủ kiến thức chuyên môn thì có thể gửi đi đào tạo một thời gian và trên thực tế cũng xuất hiện những người có trình độ học vấn thấp nhưng lại có khả năng quản lý rất tốt. Tuy nhiên, dù sao đó cũng vẫn là vấn đề thực tế cần phải lưu ý, nhất là trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội, một lĩnh vực không có nhiều điều kiện thuận lợi cho việc chuyên nghiệp hoá các chức danh quản lý. Nguyên tắc tham gia tự nguyện là một nguyên tắc mang tính lý thuyết. Trên thực tế, việc huy động các thành viên tham gia không phải lúc nào cũng dễ dàng. Nói cách khác, vấn đề đào tạo các chức danh quản lý trong các Hội bảo hiểm tương tế là không thể tránh khỏi. Khi đã được đào tạo rồi, lại đặt ra một vấn đề khác là những người đó có biết cách vận dụng những kiến thức đã học vào việc phục vụ cộng đồng hay không? Họ có đủ khả năng trở thành đầu tàu để chịu trách nhiệm quản lý và huy động mọi người tham gia? Phần lớn những người này khi được hỏi đều trả lời là chỉ muốn được đào tạo để trở thành một cán bộ quản lý bình thường hay nhân viên bán dịch vụ bảo hiểm trong Hội bảo hiểm tương tế. Như vậy sự thành

công của mô hình quản lý có sự tham gia của người dân phụ thuộc vào sự tham gia nhiệt tình của các thành viên trong nhóm. Trên thực tế, không phải lúc nào cũng duy trì được sự tham gia nhiệt tình này.

Ngoài ra, cũng cần phải kể đến những nhược điểm vốn có của cơ chế quản lý phi tập trung: Do mỗi tổ chức bảo hiểm có quyền tự quản, tự quyết định riêng và có những phương tiện hoạt động riêng, cho nên dễ gây ra tình trạng hoạt động không đồng bộ và kết quả đạt được cũng khác biệt nhau. Trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội, sự cách biệt này cũng có nghĩa là đang tạo ra sự bất bình đẳng, từ đó lại cần phải có những cơ chế để bù trừ. Những nhóm người có điều kiện kinh tế thì sẽ thành lập ra các tổ chức bảo hiểm có mức chi trả rộng rãi, và những nhóm người không có điều kiện kinh tế thì sẽ không đủ khả năng tiếp cận được các tổ chức bảo hiểm này. Xét trên khía cạnh này, ưu điểm của cơ chế quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân, như trên đã trình bày, là tạo cho tổ chức bảo hiểm sự độc lập cần thiết so với Nhà nước trung ương, thì ở đây, ưu điểm đó lại được bù trừ bằng nhược điểm là tạo ra sự bất bình đẳng giữa những nhóm người có điều kiện kinh tế và những nhóm người không có điều kiện kinh tế trong việc thụ hưởng các dịch vụ bảo hiểm. Rõ ràng, để khắc phục tình trạng này lại phải có vai trò can thiệp của Nhà nước nhằm hạn chế sự bất bình đẳng do cơ chế quản lý phi tập trung gây ra.

Xét trên khía cạnh nào đó, cần phải thừa nhận rằng hệ thống bảo hiểm xã hội được quản lý theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân thời gian đầu sẽ không phù hợp với điều kiện của các nước có thu nhập thấp ở đó tỷ lệ người nghèo còn cao. Đối với các Hội bảo hiểm tương tế, chúng khó có thể tồn tại và hoạt động được lâu dài nếu không có sự đóng góp thường xuyên. Xét trên khía cạnh này, Hội bảo hiểm tương tế chỉ có thể đảm bảo cho các hội viên và gia đình của họ, chứ không thu hút được những người bên ngoài tham gia bảo hiểm. Trên thực tế, người ta cũng đã tìm ra các giải pháp cần thiết để việc thành lập và hoạt động của các Hội bảo hiểm tương tế thu hút được cả sự tham gia của các gia đình nghèo. Thời gian đầu khi tham gia Hội, nếu những gia đình này không có tiền đóng bảo hiểm, thì các thành viên khác trong nhóm sẽ góp nhau lại để đóng thay (như trường hợp của Bênanh). Các Hội bảo hiểm tương tế ở nông thôn giải quyết trường hợp của những người nghèo là thành viên trong Hội bằng cách cho họ được hưởng một mức chi trả quy định trong Điều lệ. Hội bảo hiểm tương tế của những người trồng bông vùng Nongon (Mali) là một trường hợp điển hình về vấn đề này. Hội ấn định một khoản đóng bảo hiểm cả gói cho tất cả các thành viên trong Hội. Khoản đóng góp cả gói này được xác định dựa trên số tiền bán bông của cả làng (khoảng 10.000 dân). Bằng cách này, tất cả những người nghèo trong làng đều được tham gia bảo hiểm của Hội. Tuy nhiên, đó là đối với những người nghèo đói tạm thời, còn đối với những người nghèo đói triền miên, thì rất khó giải quyết trường hợp của họ trong khuôn khổ của các chế độ bảo hiểm tự nguyện. Theo ý kiến đề xuất của một số người, thì Nhà nước trung ương hoặc chính quyền địa phương sẽ đứng ra đóng phí bảo hiểm thay cho họ, như vậy sẽ tốt hơn là thành lập hẳn một cơ chế trợ cấp thường xuyên giành cho những người này. Giải pháp trên có thể chấp nhận được nếu số lượng những người nghèo đói thường xuyên không đáng kể so với tổng số người tham gia bảo hiểm. Nhưng trên thực tế, những người nghèo đói thường xuyên thường chiếm tỷ lệ khá cao tại phần lớn các nước có thu nhập thấp.

3. Tình hình hoạt động của các tổ chức bảo hiểm được áp dụng cơ chế quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân

a) Các tổ chức bảo hiểm xã hội quy mô nhỏ

Phần lớn các nước có thu nhập thấp đều quan tâm đến mô hình quản lý hệ thống bảo hiểm xã hội theo cơ chế phi tập trung và có sự tham gia của người dân như đã phân tích ở trên.

Thậm chí một số nước, như trường hợp của Mali, còn xây dựng hẳn một chính sách nhằm hỗ trợ cho việc thành lập và hoạt động của các Hội bảo hiểm tương tế trong lĩnh vực bảo hiểm y tế. Các tổ chức quốc tế cũng ủng hộ việc áp dụng mô hình này tùy theo những mục tiêu riêng của mình. Rất nhiều dự án hỗ trợ việc thành lập các tổ chức bảo hiểm quy mô nhỏ đã ra đời và hiện đang tồn tại một số lượng lớn các tổ chức bảo hiểm quy mô nhỏ, mỗi tổ chức nhằm vào một đối tượng cụ thể và bảo hiểm một số loại rủi ro cụ thể. Các tổ chức bảo hiểm quy mô nhỏ này đã có những đóng góp đáng kể cho hệ thống bảo hiểm xã hội. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có con số thống kê chính thức về các tổ chức bảo hiểm này. Chúng có hình thức tổ chức rất đa dạng và thời gian tồn tại và hoạt động không được xác định một cách chính thức.

Qua nghiên cứu các tổ chức bảo hiểm quy mô nhỏ hiện đang tồn tại và hoạt động chính thức, có thể thấy mục tiêu hoạt động của chúng không phù hợp với các tiêu chuẩn tối thiểu quy định trong Công ước 102 của Tổ chức lao động quốc tế. Các loại rủi ro được bảo hiểm theo cơ chế tự nguyện bao gồm những chi phí phát sinh do sinh nở, cưới hỏi, tang lễ và các tục lệ tôn giáo, tức là các rủi ro nhỏ liên quan đến đời sống gia đình và sự kiện tử vong.

Bên cạnh đó, cũng có những Hội bảo hiểm tương tế nhận bảo hiểm những loại rủi ro có thể được coi là lớn. Ví dụ tại các nước Tây Phi, công chức thuộc từng ngành, lĩnh vực (giáo dục, bưu chính, hải quan, tài chính, quân đội, cảnh sát) tập hợp nhau lại để thành lập một Hội bảo hiểm tương tế thuộc ngành mình để bảo hiểm một số loại rủi ro gắn với tuổi già (bảo hiểm bổ sung bên cạnh bảo hiểm xã hội chính thức) và nhu cầu đảm bảo lương thực (trường hợp của Mali).

Đối với các vùng nông thôn và khu vực kinh tế ngoài quốc doanh, các tổ chức bảo hiểm quy mô nhỏ chủ yếu tập trung vào loại hình bảo hiểm y tế, thậm chí có hẳn các chương trình phát triển cho loại hình bảo hiểm này. Cho đến nay, vẫn chưa có số liệu thống kê chính thức về các tổ chức bảo hiểm này. Do vậy, chúng tôi chỉ có một số nhận xét rút ra từ thực tế hoạt động của chúng.

b) Bảo hiểm y tế: sự đa dạng các loại hình tổ chức tham gia bảo hiểm

Trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, nhận xét đầu tiên đó là sự đa dạng trong loại hình các tổ chức bảo hiểm cung cấp loại dịch vụ bảo hiểm này. Có thể kể đến một số loại hình chủ yếu như Hội bảo hiểm tương tế ở nông thôn, Hội bảo hiểm tương tế ở thành thị. Nhóm bảo hiểm dựa trên yếu tố nghề nghiệp trong khu vực ngoài quốc doanh, Quỹ bảo hiểm doanh nghiệp trong khu vực quốc doanh, Hội bảo hiểm tương tế của công chức. Quy mô của các tổ chức bảo hiểm này cũng rất đa dạng. Có tổ chức chỉ có mấy trăm người tham gia bảo hiểm, những cũng có những tổ chức có tới hàng trăm nghìn người tham gia. Mức phí bảo hiểm nhìn chung là thấp, nhưng cũng vượt quá khả năng của những người nghèo vì phạm vi bảo hiểm khá toàn diện (bao gồm cả trường hợp cấp cứu và nằm viện). Tuy nhiên, trên thực tế, mỗi tổ chức xác định một phạm vi bảo hiểm cụ thể: Bảo hiểm một loại dịch vụ y tế cụ thể (dịch vụ chăm sóc y tế cho bà mẹ và trẻ em, bảo hiểm các trường hợp sinh nở có nguy cơ cao, chi phí nằm viện điều trị) hoặc bảo hiểm thăm khám tại bất kỳ cơ sở y tế nào. Mức đóng góp của người tham gia bảo hiểm không đồng đều nhau. Một số Hội bảo hiểm tương tế được quản lý bởi chính những người đại diện của các hội viên, một số khác lại được quản lý bởi các nhà chuyên môn, vai trò, vị trí của các hội viên bị thu hẹp.

c) Bảo hiểm y tế: Loại hình bảo hiểm phát triển độc lập hoặc có sự kết hợp với các hoạt động khác

Nhận xét thứ hai đó là hoạt động bảo hiểm y tế có thể được tiến hành một cách độc lập hoặc có sự kết hợp với các hoạt động khác.

Đối với các Hội bảo hiểm tương tế, hoạt động bảo hiểm y tế chủ yếu được tiến hành độc lập, trên cơ sở vận động các hội viên tham gia bảo hiểm y tế một cách tự nguyện. Các hội viên sẽ thảo luận và đi đến thống nhất về phạm vi bảo hiểm, mức phí bảo hiểm, lựa chọn cơ sở y tế để đăng ký khám chữa bệnh có bảo hiểm. Khi Hội bảo hiểm tương tế được thành lập và được công nhận chính thức, hoạt động của Hội sẽ được đặt dưới sự quản lý của những người do các hội viên bầu ra. Các Hội bảo hiểm tương tế thuộc loại này tồn tại phổ biến ở các nước Tây Phi như Mali, Bénin, Xênegan.

Bên cạnh đó, hoạt động bảo hiểm y tế cũng có thể được tiến hành trên cơ sở kết hợp với các hoạt động khác. Có hai cơ chế kết hợp: hoặc là kết hợp với hoạt động khám chữa bệnh (cơ sở y tế đồng thời cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế) hoặc là kết hợp với một tổ chức tài chính quy mô nhỏ (tổ chức tài chính đồng thời cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế).

Trong trường hợp thứ nhất, cơ sở y tế hay bệnh viện sẽ vận động thành lập một Hội bảo hiểm tương tế, giúp đỡ những người tham gia bảo hiểm xác định các mục tiêu và tiêu chuẩn cần thiết cho hoạt động của Hội. Hội bảo hiểm tương tế loại này có hai đặc điểm cơ bản: Người được bảo hiểm bắt buộc phải khám chữa bệnh tại cơ sở y tế hay bệnh viện đã thành lập ra Hội; việc quản lý hoạt động của Hội sẽ do các cán bộ của cơ sở y tế hay bệnh viện đảm nhận, còn các hội viên, về mặt lý thuyết, vẫn giữ quyền quyết định đối với chế độ bảo hiểm. Một số Hội bảo hiểm tương tế loại này đã được thành lập ở châu Phi, trong đó Hội bảo hiểm tương tế của bệnh viện Bwamanda ở nước Cộng hòa dân chủ Côngô là trường hợp điển hình. Bên cạnh đó cũng phải kể đến trường hợp Hội bảo hiểm tương tế của bệnh viện Nkoranza ở Ghana. Đông Phi là khu vực có sự xuất hiện nhiều nhất của loại hình Hội bảo hiểm tương tế này.

Trong trường hợp thứ hai, tổ chức tài chính tham gia cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế trên cơ sở tự quản lý và điều hành hoạt động bảo hiểm này. Ưu điểm của cơ chế này đó là Hội bảo hiểm tương tế được thành lập ra có thể sử dụng ngay đội ngũ cán bộ quản lý của tổ chức tài chính. Tuy nhiên, sự tham gia của các hội viên vào việc quản lý hoạt động của Hội lại tương đối hạn chế, bởi công việc này đã do các cán bộ chuyên môn của tổ chức tài chính đảm nhận. Mô hình này đã được thử nghiệm thành công ở các nước châu Á. Ví dụ trường hợp của Bangladesh, Ngân hàng Grameen Bank đã thành lập Hội tương tế Grameen Caylan cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế cho hàng triệu người. Ở Ấn Độ, Hội phụ nữ SEWA cũng đã xây dựng cơ chế bảo hiểm y tế với số thành viên tham gia lên đến 1 triệu người.

d) Vấn đề phổ biến mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân

Mức độ phổ biến của mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân hiện vẫn còn thấp, đặc biệt là tại các vùng có điều kiện thuận lợi cho việc áp dụng mô hình này. Tại các nước đã từng thử nghiệm mô hình quản lý trên, đến nay mới có chưa đến 1% dân số được hưởng bảo hiểm xã hội được quản lý theo mô hình này, trong khi đó, mục tiêu đặt ra là 70% đến 90% dân số được bảo hiểm. Tuy nhiên, những số liệu trên về tỷ lệ dân số được bảo hiểm cũng cần được điều chỉnh một chút. Việc thành lập các tổ chức bảo hiểm xã hội được quản lý theo cơ chế phi tập trung không phải được hoàn thành ngày một, ngày hai, hơn nữa, cũng cần phải so sánh số lượng người được bảo hiểm với số lượng người được vận động tham gia bảo hiểm. Như vậy, nếu xét số lượng người được vận động tham gia bảo hiểm, thì trong một số khu vực, có thể đạt tỷ lệ 20% dân số. Số liệu này cho chúng ta một cái nhìn lạc quan về triển vọng phổ biến mô hình quản lý phi tập trung nêu trên.

e) Điều kiện phát triển các Hội bảo hiểm tương tế trong lĩnh vực bảo hiểm y tế.

Việc phổ biến mô hình quản lý phi tập trung còn phụ thuộc vào các điều kiện phát triển của

các Hội bảo hiểm tương tế là loại tổ chức bảo hiểm áp dụng mô hình quản lý trên. Kinh nghiệm cho thấy việc huy động sự tham gia của người dân vào loại hình bảo hiểm y tế này không phải lúc nào cũng dễ dàng như chúng ta tưởng. Một trong những nguyên nhân lý giải cho tình trạng này đó là do điều kiện kinh tế eo hẹp của các gia đình. Nhưng đó không phải là nguyên nhân duy nhất. Vấn đề đặt ra là người dân phải được tuyên truyền, giải thích để hiểu rõ thế nào là bảo hiểm y tế, nhất là khi họ lại được yêu cầu tham gia vào việc quản lý hoạt động này. Ngoài ra, trong phần lớn các nước đang phát triển, khối lượng và chất lượng dịch vụ y tế đang là yếu tố kìm hãm sự phát triển của các tổ chức bảo hiểm quy mô nhỏ. Nhiều nhân viên y tế còn tỏ ra dè dặt và có cái nhìn không thiện cảm đối với cơ chế bình thường hoá quan hệ với người bệnh thông qua trung gian là tổ chức bảo hiểm (với vai trò là người thanh toán). Một vấn đề nữa đó là vai trò của Nhà nước trung ương trong quá trình thành lập các Hội bảo hiểm tương tế đã không được đánh giá đúng đắn, xuất phát từ tính chất của loại tổ chức bảo hiểm này. Nhà nước vẫn phải đóng vai trò là người quản lý, giám sát và tạo điều kiện. Nếu Nhà nước không thực hiện tốt vai trò này, các Hội bảo hiểm tương tế sẽ không đảm bảo ký kết được các hợp đồng mang tính công bằng với các cơ sở y tế của Nhà nước và sẽ không xây dựng được các nguyên tắc đảm bảo sự tồn tại và hoạt động lâu dài của Hội.

Kết luận

Những nội dung trình bày ở trên cho thấy mô hình quản lý phi tập trung và có sự tham gia của người dân đối với hệ thống bảo hiểm xã hội đã được áp dụng trên thực tế, nhưng còn bộc lộ nhiều hạn chế do đặc thù của các đối tượng được bảo hiểm và mức độ phức tạp của loại hình bảo hiểm. Mô hình này là một sự lựa chọn phù hợp với các nước có thu nhập thấp, mặc dù kết quả đạt được còn chậm, nhưng không phải vì thế mà chúng ta bỏ qua. Cần phải điều chỉnh lại quan niệm cho rằng có thể dễ dàng xây dựng được cơ chế bảo hiểm xã hội giành cho những nhóm người nghèo trong xã hội. Một mặt, cần phải có những tiêu chí cụ thể để xác định những người được coi là dân nông thôn và những người làm việc trong khu vực ngoài quốc doanh thuộc diện được bảo hiểm (trong khuôn khổ của Hội bảo hiểm tương tế) và cần được sự hỗ trợ của Nhà nước và các đối tác khác. Mặt khác, các nước có thu nhập thấp cần phải xây dựng một chính sách bảo hiểm xã hội ở đó có sử dụng nhiều mô hình quản lý khác nhau tùy theo đối tượng được bảo hiểm và loại rủi ro được bảo hiểm.

So với những năm 90 của thế kỷ 20 là thời kỳ phát triển mạnh của loại hình Hội bảo hiểm tương tế và mô hình bảo hiểm xã hội dựa vào cộng đồng, thì những năm đầu của thế kỷ này đang cho thấy những bước chuyển biến quan trọng. Rất nhiều nước đã thừa nhận sự cần thiết phải xây dựng hệ thống bảo hiểm xã hội và đã nhận thức được vai trò của Nhà nước trung ương cần có trong quá trình xây dựng hệ thống bảo hiểm này. Trong một số lĩnh vực, ví dụ như lĩnh vực y tế, bảo hiểm y tế đã mang lại lợi ích quan trọng. Nhiều nước đang đặt mục tiêu mở rộng diện bảo hiểm y tế ra toàn dân. Năm 2001, nước Bờ biển Ngà đã ban hành một Đạo luật quy định chế độ bảo hiểm y tế cho toàn dân. Gabon sau đó ít lâu cũng đã đi theo hướng này. Kenya cũng xác định mục tiêu xây dựng cơ chế bảo hiểm y tế toàn dân. Một số nước khác như Mali và Tanzania đang xem xét áp dụng chế độ bảo hiểm y tế bắt buộc đối với những người làm việc trong khu vực ngoài quốc doanh và công chức Nhà nước chưa có bảo hiểm. Mục đích ở đây không phải là xem xét tính khả thi của các dự án nói trên, mà đơn giản chỉ nói lên một thực tế là các dự án đó đều là các dự án của Chính phủ nhằm xây dựng các tổ chức bảo hiểm của Nhà nước, và điều đó cũng có nghĩa là mô hình quản lý đối với các tổ chức đó sẽ là mô hình quản lý tập trung và không có sự tham gia của người dân. Tuy nhiên, chúng ta vẫn hy vọng rằng các nước đang phát triển khác sẽ có những cải tiến cần thiết trong lĩnh vực này và sẽ vận dụng mô hình quản lý phi tập trung và

có sự tham gia của người dân vào quá trình xây dựng một hệ thống bảo hiểm xã hội hiệu quả và công bằng.
