

KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ THIẾT KẾ VÀ VẬN HÀNH HỆ THỐNG AN SINH XÃ HỘI

TS. Bùi Văn Huyền

Viện Kinh tế

Học viện Chính trị - Hành chính quốc gia Hồ Chí Minh

Song song với tăng trưởng và phát triển kinh tế, đảm bảo an sinh xã hội (ASXH) luôn được các quốc gia chú trọng trong từng giai đoạn phát triển khác nhau. Sự thành công của mỗi chương trình an sinh cũng như việc đạt được mục tiêu của cả hệ thống ASXH quốc gia phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nguồn kinh phí, cơ chế, chính sách, đối tượng thụ hưởng, đặc điểm kinh tế - văn hóa - xã hội..., trong đó, lựa chọn mô hình, thiết kế cơ chế vận hành có ý nghĩa quyết định đến sự thành công cũng như mục tiêu của mỗi chương trình, của từng giai đoạn. Kinh nghiệm thiết kế và vận hành hệ thống an sinh xã hội ở châu Âu và Hoa Kỳ có thể có giá trị tham khảo trong bối cảnh Việt Nam đang tìm kiếm và lựa chọn một mô hình ASXH phù hợp với điều kiện thực tiễn hiện nay.

1. Hệ thống an sinh xã hội ở châu Âu

Hệ thống bảo trợ xã hội ở châu Âu hình thành từ cuối thế kỉ 19 do quá trình công nghiệp hóa tăng nhanh để lại nhiều hệ quả xã hội, trong đó có sự thống khổ của giai cấp công nhân. Sự phát triển chóng mặt của các loại hình rủi ro xã hội như tai nạn nghề nghiệp, bệnh tật, thất nghiệp ảnh hưởng lớn đến khả năng kinh tế của mỗi cá nhân, đã là động lực lớn cho sự hình thành và phát triển

một hệ thống an sinh công cộng nhằm mục đích bảo vệ tất cả mọi người. Hệ thống ASXH đầu tiên được thành lập với tên gọi bảo hiểm xã hội (BHXH) được chính Thủ tướng Đức Bismack ban hành vào năm 1883 – sau này thường gọi là mô hình Bismack. Hệ thống an sinh thứ hai được thành lập ở Liên hiệp Anh dưới ảnh hưởng của kinh tế gia Beveridge vào năm 1945.

Ngày nay, hệ thống an sinh xã hội ở châu Âu phát triển khá mạnh và từng bước điều chỉnh nhằm phù hợp với sự thay đổi kinh tế - xã hội trong từng giai đoạn. Mức chi tiêu cho ASXH chiếm tỷ lệ lớn, trung bình 27,7% GDP ở các quốc gia phát triển. Do đặc thù của sự hình thành khối Cộng đồng chung Châu Âu, hệ thống an sinh có tiêu chuẩn cao hơn so với mặt bằng chung của Liên minh Châu Âu. Tuy nhiên, hệ thống an sinh ở các quốc gia châu Âu cũng có sự khác biệt lớn về mô hình, cơ chế vận hành và hiệu quả hoạt động. Lý do là trình độ phát triển khác biệt, nhu cầu của đối tượng thụ hưởng cũng khác nhau và hoàn cảnh lịch sử, lựa chọn chính trị cũng không thể tương đồng. Điểm tương đồng trong hệ thống an sinh ở các quốc gia châu Âu là đều hướng tới mô hình hoàn thiện, đáp ứng những thay đổi của môi trường kinh tế - xã hội, kiểm soát

chi tiêu và tìm kiếm nguồn tài chính để chi trả.

Mặc dù có những điểm khác biệt trong mỗi hệ thống của từng quốc gia nhưng trên bình diện tổng thể, những thách thức đến mà các quốc gia phải đối mặt lại có nhiều điểm chung: Sự già đi của dân số; Bất bình đẳng tăng nhanh; Vận động không ngừng của thị trường lao động; Khó khăn trong việc tìm ra nguồn tài chính cần thiết cho việc duy trì hệ thống trước áp lực chi tiêu ngày càng tăng.

Hiện nay, mô hình và cơ chế vận hành hệ thống ASXH ở các quốc gia châu Âu khá đa dạng nhưng đều được thiết kế dựa trên nền tảng của mô hình Đức (Bismarck) và kiểu Anh (Beveridge).

Nguyên tắc của hệ thống an sinh kiểu Bismarck là một hệ thống kiểu lấy BHXH làm nòng cốt (trong đó có các trụ cột chính là bảo hiểm y tế, bảo hiểm tuổi già và bảo hiểm cho người thu nhập thấp). Tất cả các "bảo hiểm" này đều dựa trên nguyên tắc *Việc làm là trung tâm*, tức là hệ thống có nguồn tài chính chính là những đóng góp của người lao động và của người sử dụng lao động. Hệ thống kiểu Đức đã được lấy làm mẫu cho các nước như Áo (1888), Đan Mạch (1891), Bỉ (1894) và Pháp (1930). Sau năm 1945, nguyên tắc BHXH bắt buộc được nhân rộng cho toàn thể người lao động và gia đình họ, bất luận họ có hay không hưởng lương (trừ ở chính nước Đức).

Nguyên tắc của hệ thống an sinh kiểu Beveridge lúc khởi đầu là một bộ phận của

chính sách tổng quát: Nâng cao hiệu quả kinh tế hướng đến xóa bỏ đói nghèo (theo trường phái Keynes). *Nguyên tắc của hệ thống là bao trùm toàn bộ các tầng lớp nhân dân, không bắt buộc phải đóng góp ban đầu cũng như không liên quan đến việc làm.* Nguồn tài chính của hệ thống chủ yếu lấy từ thuế.

Trong những năm 1945 đến 1980, các nước thuộc Liên minh Châu Âu đã xây dựng những mô hình mang tính học hỏi lẫn nhau. Trên bình diện toàn bộ châu Âu, các nước Bắc Âu chọn mô hình kiểu Beveridge (Ý, Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha, Hy Lạp). Duy chỉ có Pháp, Đức, Bỉ, Áo lựa chọn mô hình của Bismarck. Chính những điểm chung trong lịch sử đã dẫn đến việc các nước châu Âu đều có những hệ thống an sinh khá hào phóng. Trong những năm 90, những nỗ lực liên quan đến hệ thống an sinh luôn được coi trọng với bằng chứng là chi tiêu cho ASXH đã liên tục tăng. Trong thực tiễn vận hành, các quốc gia Bắc Âu chú trọng kiểm soát chi tiêu trong khi các quốc gia Nam Âu chú ý nhiều hơn đến hiệu quả của những chi tiêu (kết quả và những cải thiện do hệ thống an sinh mang lại)¹.

Trên bình diện tổng thể, các quốc gia châu Âu nỗ lực hướng tới một hệ thống an sinh theo hướng liên minh, mặc dù đến nay chưa đạt được kết quả như kỳ vọng. Mặc dù vậy, những nét riêng biệt mang tính đặc thù quốc gia vẫn tồn tại như một đặc trưng xuất phát từ việc học hỏi, lựa chọn, lồng ghép

¹ Nguồn: Eurostat, *Chi và thu của hệ thống ASXH*.

những đặc điểm riêng biệt của hệ thống Bismarck và Beveridge. Cho dù tồn tại nhiều điểm khác biệt, những vấn đề chung mà các quốc gia đều phải đối mặt là những rủi ro liên quan đến bệnh tật, tuổi già, thất nghiệp, gia đình. Riêng hưu trí, các quốc gia có sự lựa chọn khác nhau. Có thể khái quát vấn đề hưu trí trên 3 mô thức: (1) Chi trả toàn bộ, nguồn kinh phí được lấy từ tiền đóng thuế (Phần Lan, Thụy Điển, Hà Lan và Liên hiệp Anh); (2) Chi trả hưu trí dựa trên nền tảng nghề nghiệp theo việc làm của cá nhân (Đức, Pháp); (3) Chi trả dựa trên tự do lựa chọn (các sản phẩm tương hỗ, bảo hiểm nhân thọ...). Mô thức này thường thấy ở những nước tư nhân hóa các hệ thống hưu trí.

Về nguồn tài chính cho vận hành hệ thống có sự khác biệt nhất định giữa các quốc gia châu Âu. Trên bình diện tổng thể, nguồn tài chính được huy động từ những đóng góp liên quan tới việc làm và thuế. Tính trung bình ở Liên minh Châu Âu, những đóng góp liên quan đến việc làm (của người lao động và người sử dụng lao động) chiếm tới 60,9% nguồn tài chính so với 35,4% những đóng góp liên quan đến thuế. Tính riêng từng quốc gia có thể thấy, tỷ lệ đóng góp liên quan đến việc làm chiếm tỷ lệ cao ở Bỉ, Tây Ban Nha, Pháp, Đức (trên 65%) nhưng ở các nước khác như Đan Mạch, Ailen, Liên hiệp Anh, Thụy Điển thì nguồn tài chính chủ yếu từ thuế². Trong những năm gần đây, xu hướng chung của các nước thuộc Liên minh Châu Âu là tăng phần

đóng góp từ thuế và giảm tương ứng đóng góp từ việc làm với lý do được giải thích là các chính phủ muốn giảm gánh nặng lên việc làm của người lao động.

Về chức năng của hệ thống: Đặc điểm kinh tế xã hội của quốc gia và những lựa chọn chính trị quyết định đến mô hình và chức năng của hệ thống ASXH. Trên khía cạnh này có thể nhận thấy những nét khác biệt căn bản trong ưu tiên của mỗi quốc gia. Nếu như ở Italia, chức năng của hệ thống ASXH quan trọng nhất là phục vụ *Tuổi già* (tỉ lệ người già là 18% so với mức 16% trung bình của các nước trong Liên minh Châu Âu) thì ở Bồ Đào Nha, Ailen và ở Phần Lan, chức năng *Bệnh tật* được xem là hàng đầu. Nhóm chức năng *Gia đình* giữ một vị trí ưu tiên ở Luxembourg, Đan Mạch, Phần Lan, Ailen so với mặt bằng chung của châu Âu; Nhóm chức năng liên quan đến *Thất nghiệp* lại vô cùng quan trọng ở Tây Ban Nha và ở Ailen trong khi Italia thì không thấy điều này.

Xu hướng chung ở các quốc gia châu Âu là nhóm chức năng *Tuổi già* và *Gia đình* cùng với nhóm *Nhà ở* và *Không nơi nương tựa* từng bước được ưu tiên. Ngược lại, nhóm chức năng *Bệnh tật* lại trở nên cân bằng sau những biện pháp giảm chi tiêu ở hầu hết tất cả các nước.

Về những thách thức, do những điều kiện và ưu tiên khác nhau nên thách thức cũng không giống nhau ở các quốc gia châu Âu. Trên bình diện tổng thể, các thách thức chung mà các quốc gia phải đối mặt bao

² Nguồn: Eurostat, *Các khoản mục chi trợ cấp xã hội*.

gồm:

- *Sự già đi của dân số.* Với những tiến bộ của y học, chế độ dinh dưỡng và giảm tỷ lệ sinh, nhóm người cao tuổi tăng nhanh trong những năm gần đây. Hiện tại, nhóm dân số trên 65 tuổi chiếm khoảng 20% (+/- 2%) trong toàn Liên minh Châu Âu và dự báo sẽ còn tăng đến 29% vào năm 2020 (+/- 3%)³. Sự gia tăng của nhóm này kéo theo những khó khăn: (1) Mức chi trả tiền hưu trí tăng nhanh trong tương lai; (2) Chi trả cho y tế cũng sẽ tăng cao (người già và những người không thể tự lo cho mình); (3) Khó khăn do giảm tỷ lệ dân số trong độ tuổi lao động trong mối tương quan với nhóm hưu trí.

- *Khoảng cách giàu nghèo tăng nhanh, tỷ lệ thất nghiệp cao.* Hơn 60 triệu người được coi là nghèo trong toàn Liên minh. Một trong những nguyên nhân hàng đầu của đói nghèo là tình trạng thất nghiệp và tỷ lệ này ở châu Âu tăng đột biến vào những năm 90, hiện nay có giảm nhưng vẫn ở mức xấp xỉ 10%.

Liên minh Châu Âu không chỉ là một liên minh về tài chính mà còn là một liên minh về pháp lý và xã hội nên tình trạng đói nghèo được đặt trong một bối cảnh mới. Một bộ phận dân số không theo kịp sự biến động của xã hội thường bị tập trung lại trong những không gian riêng và bị cô lập. Bối cảnh kinh tế - xã hội của các quốc gia khác

nhau cùng với những biến động về kinh tế thời gian qua làm cho một bộ phận cư dân không tìm kiếm được việc làm, kéo theo tình trạng bất bình đẳng - hệ quả của một châu Âu "nhiều tốc độ". Hầu hết các quốc gia châu Âu đều cố cứu chữa thách thức nan giải này bằng cách tạo ra các mức thu nhập tối thiểu (Pháp, Anh), lương tối thiểu (Đức, Hà Lan, Liên hiệp Anh) và đã xây dựng các hệ thống hỗ trợ cho các đối tượng này.

- *Thách thức về nguồn tài chính của cả hệ thống an sinh và sự hoài nghi về hiệu quả của các chương trình chi tiêu.* Sự gia tăng các khoản thuế liên quan đến an sinh trong tổng thuế thường bị chỉ trích rất gay gắt bởi các tổ chức quốc tế như OECD. Nhìn chung, các khoản thuế liên quan đến chi tiêu cho an sinh thường bị chỉ trích là thiếu hiệu quả kinh tế và được coi như là một yếu tố quan trọng dẫn đến tình trạng các doanh nghiệp châu Âu "tháo chạy" khỏi lãnh thổ các nước này.

Xu hướng vận động của hệ thống an sinh ở các quốc gia châu Âu trong thời gian tới có thể theo hướng tư nhân hóa bởi sức ép chi tiêu ngày càng lớn cho các chương trình y tế, thất nghiệp, hưu trí trong khi nguồn tài chính đang ngày càng cạn kiệt do chênh lệch thu chi ngày càng lớn và tăng trưởng kinh tế ở mức thấp kéo dài. Bên cạnh đó, các nhà kinh tế trường phái tự do liên tiếp chỉ trích tình trạng lạm chi, quản lý công quỹ yếu kém và vai trò của Nhà nước bộc lộ những bất cập.

³ Nguồn: Eurostat. *Thông tin về dân số châu Âu.*

2. Hệ thống an sinh xã hội ở Hoa Kỳ

Cuối thế kỉ XIX và đầu thế kỉ XX, nhiều quốc gia châu Âu thiết lập những chương trình bảo trợ xã hội, nhưng ở Hoa Kỳ, tiến trình này đã diễn ra rất chậm chạp. Điều này được lý giải là do cả chính phủ và nhân dân đều tin rằng, với tốc độ công nghiệp hóa nhanh chóng, với diện tích đất đai rộng lớn, công dân sẽ có nhiều lựa chọn và nhiều cơ hội việc làm, thu nhập. Tuy nhiên, khi khủng hoảng kinh tế bắt đầu diễn ra vào năm 1929, hàng loạt doanh nghiệp Hoa Kỳ đóng cửa và một phần đáng kể dân số rơi vào tình trạng thất nghiệp. Đối mặt với những khó khăn do đại khủng hoảng kinh tế gây ra, chính quyền của Tổng thống Franklin Roosevelt đã thực hiện nhiều chương trình trợ cấp tạm thời cho các nhóm người gặp khó khăn và một trong các chương trình đó đã được thể chế hóa, đó là *Những dịch vụ trợ cấp xã hội*. Trong những năm tiếp theo, Tổng thống Lyndon B. Johnson với sáng kiến mang tên *Xã hội vĩ đại* đã cho thiết lập các chương trình hỗ trợ xã hội. Đến những năm 80 của thế kỉ XX, hệ thống *Hỗ trợ xã hội* của Hoa Kỳ chịu sự chỉ trích mạnh mẽ đã làm tiền đề cho sự ra đời của bộ Luật về Trách nhiệm cá nhân và sự Hòa hợp với cơ hội nghề nghiệp⁴ năm 1996. Bộ luật này thiết kế lại các biện pháp hỗ trợ xã hội bằng cách chuyển về cho các bang quyền quản lý các trợ cấp mang tính Liên bang.

Hệ thống ASXH Hoa Kỳ có thể khái

quát trên 2 nội dung lớn là dịch vụ xã hội và bảo trợ xã hội.

a/ *Những dịch vụ xã hội (Social Security theo nghĩa của người Mỹ)*

Dịch vụ xã hội được quy định bởi bộ Luật về Các dịch vụ xã hội⁵ năm 1935, trong khuôn khổ những cải cách kinh tế và xã hội của "New Deal" tiến hành bởi Franklin D. Roosevelt. Thiết chế này sẽ thiết lập lương hưu từ 65 tuổi cho những người đi làm và một khoản tiền cố định cả gói cho những người chết trước 65 tuổi. Vào năm 1939, Quốc hội Hoa Kỳ đã thiết lập một khoản trợ cấp riêng rẽ cho những người có quyền được hưởng cùng (vợ hoặc chồng, con cái, góa phụ, cha mẹ) mà người thuê lao động phải chi trả. Năm 1965, một số quy định trong bộ luật nêu trên được mở rộng, theo đó, cho phép bổ sung một số dịch vụ BHYT trong khuôn khổ chương trình Medicare, đồng thời quy định việc trợ cấp cho các bang để thiết lập cơ chế bảo hiểm thất nghiệp. Các trụ cột chính của hệ thống dịch vụ xã hội Hoa Kỳ bao gồm:

- *Bảo hiểm Tuổi già, Góa bụa và Tàn tật (OASDI)*⁶

Tiền trợ cấp thuộc thành phần OASDI đều là những trợ cấp xã hội (TCXH) có tên gọi chung ở Hoa Kỳ là dịch vụ xã hội – *social security*. Những khoản trợ cấp này được cung cấp hàng tháng cho người về hưu, cho các gia đình có người được hưởng đã

⁵ *Social Security Act.*

⁶ *Federal Old Age, Survivor, and Disability Insurance.*

⁴ *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act.*

chết, cho những người bị mất việc làm do tai nạn hoặc bệnh tật. Đối tượng thụ hưởng của các chương trình trợ cấp này cần thỏa mãn các điều kiện tối thiểu như thời gian làm việc tối thiểu hoặc những đóng góp tối thiểu của chính đối tượng thụ hưởng.

OASDI là một chương trình Liên bang, nguồn kinh phí của chương trình này được lấy từ thuế đánh vào người lao động, người sử dụng lao động và những lao động tự do. Mức đóng góp dựa trên thu nhập trước thuế của người lao động. Người lao động và người sử dụng lao động phải đóng một mức giống nhau. Riêng đối với những người lao động tự do (như luật sư, bác sĩ), mức đóng góp được quy định cao gấp 2 lần mức trung bình.

- Chương trình Medicare

Đây là chương trình BHYT đã được thông qua vào năm 1965. Medicare cung cấp các dịch vụ cốt yếu liên quan đến sức khỏe của những đối tượng được hưởng dịch vụ xã hội, được chi trả dựa trên sự đóng góp, dựa trên những phụ phí do đối tượng thụ hưởng trả và dựa trên các quỹ Liên bang. Việc được chúng nhận là đối tượng thụ hưởng của chương trình này không phụ thuộc vào thu nhập. Tất cả mọi người được nhận dịch vụ xã hội đều tự động được hưởng cơ chế này, tức là hầu hết mọi người từ 65 tuổi trở lên và người tàn tật dưới 65 tuổi. Tuy vậy, trường hợp đối tượng thụ hưởng có thời gian làm việc ít hơn theo quy định sẽ phải đóng một khoản phí hàng tháng nếu muốn thụ hưởng các dịch vụ này.

Bộ Y tế và Các vấn đề xã hội Liên bang Hoa Kỳ chịu trách nhiệm quản lý chương trình Medicare. Cơ chế quản lý chương trình này cũng khá gọn nhẹ, thay vì thành lập một bộ phận hành chính để quản lý, Chính phủ Liên bang thường ký hợp đồng với các công ty bảo hiểm tư nhân để thuê họ quản lý các dịch vụ.

- Bảo hiểm thất nghiệp

Chương trình này được quản lý bởi các bang trong định hướng chung của Liên bang. Bảo hiểm thất nghiệp cung cấp một mức trợ cấp nhất định cho người lao động bị mất việc mà không vi phạm các quy định tại nơi làm việc. Mức trợ cấp mang tính chất đền bù này sẽ bù đắp một phần những thiệt thòi về mặt tài chính trong thời gian người lao động đi tìm kiếm việc làm mới. Hầu hết các bang đều chỉ cung cấp trợ cấp này tối đa là 26 tuần. Để giải quyết vấn đề tài chính, chính phủ Hoa Kỳ dùng cả thuế Liên bang và thuế địa phương đánh vào doanh nghiệp. Những quỹ Liên bang cũng có thể được sử dụng để thanh toán các chi phí hành chính và xây dựng các văn phòng giúp đỡ những người mất việc tìm lại việc làm phù hợp. Để được hưởng chế độ bảo hiểm thất nghiệp, người lao động phải có thời gian làm việc tối thiểu tính bằng tuần nhất định và nhận một khoản tiền lương tối thiểu theo luật của mỗi bang.

b/ Trợ cấp xã hội

Tính đến trước cuộc khủng hoảng 1929-1933, chính quyền các bang rất ít khi tham gia vào việc chống đói nghèo, công việc này

thường do các tổ chức tự nguyện thực hiện. Với sự xuất hiện của hàng triệu người thất nghiệp trong cuộc đại khủng hoảng, chính quyền các bang đã thực hiện nhiều chương trình nhằm trợ giúp những người thất nghiệp. Tuy nhiên, do những tác động trên quy mô lớn của khủng hoảng, đối tượng thụ hưởng các chương trình tăng nhanh và khả năng tài chính của các bang không đủ để chi trả và các chương trình của Liên bang phải đảm nhiệm nhiều "phân đoạn" khác nhau như chăm sóc y tế, nhà ở xã hội, thẻ lương thực và các thu nhập phụ.

Các khoản trợ cấp được duy trì đến những năm 80 của thế kỷ XX, trước khi vấp phải những chi trích mạnh mẽ về tính thụ động của đối tượng thụ hưởng cũng như hiệu quả thực của chính sách. Kết quả là, hàng loạt các chương trình trợ cấp được sửa đổi với mục đích chấm dứt văn hóa "ăn sẵn"⁷. Nội dung sửa đổi theo hướng hạn chế về thời gian thụ hưởng, cắt các trợ cấp nếu như không đáp ứng các điều kiện tìm việc mới, xóa bỏ một vài chương trình Liên bang và đưa nhiều quyền hơn về các bang. Nội dung chính của các chương trình TCXH bao gồm:

- *Trợ cấp tạm thời cho các gia đình khó khăn*

Ban đầu, chương trình vốn được thiết kế để giúp đỡ các trẻ em mất bố, sau đó, cơ chế này tỏ ra hiệu quả và dần trở nên quan trọng. Sau đó, chương trình này trở thành nguồn thu nhập chính của hàng triệu gia đình chỉ có

bố hoặc mẹ có thu nhập thấp. Mặc dù bị xóa bỏ khỏi hệ thống trợ cấp Liên bang sau khi Bộ luật 1996 được phê chuẩn, nhưng các chương trình này vẫn được duy trì ở các bang. Chương trình trợ cấp tạm thời này được quản lý bởi phòng Trợ giúp Gia đình của Bộ Y tế và Các vấn đề xã hội. Trong khuôn khổ của chương trình này, các chính quyền bang có quyền độc lập trong việc quy định các chế độ về đối tượng thụ hưởng cũng như mức thụ hưởng. Hiện tại, các hình thức trợ cấp bao gồm tiền mặt, trông trẻ, đào tạo nghề, trợ giúp di chuyển. Điều kiện bắt buộc là gia đình phải có bố hoặc mẹ đang làm việc, có con trên 1 tuổi và tiền nhận được không quá 5 năm.

- *Chương trình Medicaid*

Được khởi đầu vào năm 1965, chương trình Medicaid được quản lý bởi Bộ Y tế và Các vấn đề xã hội. Medicaid được tài trợ chính bởi cả chính quyền Liên bang và chính quyền Bang để giúp đỡ các đối tượng và gia đình gặp khó khăn trong việc chi trả các chi phí y tế. Điều kiện cho các đối tượng thụ hưởng là khác nhau giữa các bang. Trong khuôn khổ của chương trình này, các khoản bồi hoàn tiền phí sẽ được chuyển thẳng đến chủ thể cung cấp dịch vụ y tế chứ không phải đến bệnh nhân. Chỉ có các bác sĩ, nhà dưỡng lão, các cơ sở y tế được xác nhận là được nhận tiền từ chương trình này.

- *Chương trình BHYT trẻ em cấp Bang:*
Luật Cân bằng ngân sách năm 1997 đã cho ra một chương trình mới là BHYT trẻ em

⁷ Nguyễn Văn: Dependency Culture.

SCHIP⁸. Chương trình này cho phép các bang cung cấp BHYT cho trẻ em không được bảo hiểm ăn theo (bảo hiểm của bố mẹ chúng). Chương trình SCHIP được quản lý bởi các bang và của Bộ Y tế và Các vấn đề xã hội Hoa Kỳ.

- *Phụ cấp lương – SSI*: Được thành lập vào năm 1974, chương trình phụ cấp lương hướng đến các đối tượng là người tàn tật, khiếm thị, trên 65 tuổi và không có hoặc có ít thu nhập. Mục đích của chương trình nhằm cung cấp bằng tiền đủ cho các nhu cầu cơ bản như thức ăn, quần áo và chỗ ở. Kinh phí được tài trợ bởi nguồn thu thuế, không phải từ các khoản đóng góp xã hội bắt buộc. Khác với các dịch vụ xã hội, các khoản tiền dạng SSI không phụ thuộc vào thu nhập trước đó của người thụ hưởng hoặc gia đình của đối tượng đó.

- *Thẻ lương thực và các chương trình dinh dưỡng*: Chương trình được thành lập năm 1964 nhằm đảm bảo lương thực và dinh dưỡng thông qua việc phát các loại tem phiếu và thẻ ngân hàng chuyên dụng. Các thẻ này chỉ được sử dụng trong một số cửa hàng theo quy định. Kinh phí được chia sẻ giữa chính quyền Bang và chính quyền Liên bang, theo đó, chính quyền Liên bang sẽ chi trả số tiền phụ cấp còn chính quyền các bang sẽ chi trả kinh phí hoạt động quản lý.

- *Nhà ở xã hội*: Từ những năm 30 của thế kỉ XX, chính quyền Liên bang đã cung

cấp các quỹ cho việc xây dựng các khu nhà ở xã hội dành cho người có thu nhập thấp, người già và người tàn tật. Đến nay, các chương trình này tiếp tục được duy trì thông qua việc ký kết hợp đồng giữa Bộ Nhà ở và Phát triển Đô thị với các cơ quan địa phương nhằm thực hiện những nội dung nhất định. Để được thụ hưởng chương trình này, các đối tượng phải đảm bảo điều kiện về thu nhập thấp. Trong trường hợp đối tượng đang thụ hưởng có thu nhập cao hơn nhưng vẫn muốn ở trong các căn hộ nêu trên sẽ phải đóng một khoản phí nhất định.

Hiện nay, hệ thống ASXH của Hoa Kỳ cũng phải đối mặt với hàng loạt những thách thức như sự gia tăng của nhóm người cao tuổi. Tỷ lệ người lao động so với người thụ hưởng cũng thay đổi rất nhanh: Nếu như trong những năm 50 của thế kỷ XX, tỷ lệ là 16,5/1 (Nghĩa là 16,5 người đi làm đóng góp nguồn kinh phí chi trả cho 1 người về hưu) thì tỷ lệ này năm 2010 là 3,4/1 và dự báo năm 2040 là 2/1. Bên cạnh đó, chi phí y tế tăng nhanh cũng gây ra áp lực lớn về huy động nguồn tài chính nhằm đảm bảo cân đối quỹ. Hơn nữa, còn một bộ phận không nhỏ không có khả năng chi trả BHYT nhưng lại không đáp ứng các điều kiện của Medicare và Medicaid. Mặc dù theo quy định, người dân được chữa trị miễn phí trong các dịch vụ khẩn cấp nhưng điều đó là không đủ cho những người có bệnh kinh niên hay những bệnh nhân có nhu cầu khám bệnh thường xuyên.

⁸ *State Children's health Insurance Program.*

KẾT LUẬN

Các quốc gia phát triển đã mất khoảng 200 năm để từng bước hoàn thiện các mô hình, chính sách an sinh và các biện pháp thực hiện khác nhau. Việt Nam là quốc gia đang phát triển với các điều kiện kinh tế eo hẹp nên rất khó để thiết kế một hệ thống an sinh hoàn hảo. Với những giá trị truyền thống "lá lành đùm lá rách", "bầu ơi thương lấy bí cùng"..., hệ thống an sinh trong lịch sử đã phát huy tác dụng trong một thời gian dài, nhất là trong những giai đoạn đất nước khó khăn. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển chung của đất nước và những đổi thay của cơ chế thị trường, thiết chế an sinh mang tính tự nguyện vẫn có những giá trị và đóng góp quan trọng nhưng không thể xem là mô hình chủ đạo của một quốc gia. Do vậy, hệ thống an sinh xã hội của Việt Nam với rất nhiều chính sách cụ thể đã được xây dựng và đang dần hoàn thiện.

Với lợi thế của quốc gia đi sau, qua kinh nghiệm quốc tế và nỗ lực của các bên liên quan, Việt Nam hoàn toàn có thể thiết kế được mô hình an sinh với các chính sách cụ thể, phù hợp với những điều kiện kinh tế xã hội hiện tại. Muốn thực hiện được điều này, một mặt cần nghiên cứu, học hỏi từ mô hình ASXH ở các quốc gia có bề dày kinh nghiệm, mặt khác cần xuất phát từ thực tiễn thông qua những khảo sát, đánh giá hiện trạng hệ thống an sinh, tìm kiếm những trở ngại và nguyên nhân để có những điều chỉnh về mô hình và chính sách phù hợp trong giai đoạn phát triển tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Ngọc Cường (2009), *Xây dựng và hoàn thiện hệ thống chính sách an sinh xã hội ở Việt Nam*, Nxb Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
2. Ngô Quang Minh, Phạm Văn Sáng, Bùi Văn Huyền, Nguyễn Anh Dũng (2009), *Lý thuyết và mô hình an sinh xã hội - phân tích thực tiễn ở Đồng Nai*, Nxb Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
3. Phạm Văn Bích (chủ nhiệm đề tài) (2005), *Tổng quan một số tài liệu về an sinh xã hội* (Đề tài tiềm năng năm 2005), Viện Khoa học xã hội Việt Nam.
4. Bùi Thế Cường (2005), *Trong miền an sinh xã hội*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội, 2005.
5. Lê Bạch Dương, Đặng Nguyên Anh, Khuất Thu Hồng, Lê Hoài Trung, Bach, Robert Leroy (2005), *Bảo trợ xã hội cho những nhóm thiệt thòi ở Việt Nam*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ.
6. Tô Duy Hợp (2005), *Một số vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản của việc kiến tạo hệ thống an sinh xã hội tam nông ở Việt Nam - Tầm nhìn 2020*, Đề tài nghiên cứu khoa học Viện Xã hội học, Viện Khoa học xã hội Việt Nam.
7. Cunberto Jose Maldonado (2005), *Income Security for our older citizens*, Vital Speeches of the day, Dec 15, 2005.
8. Magaret S.Malone, Staff Director (2001), *Angenda for social security: Challenges for the new congress and the new administration*, social security Advisory board, February 2001.