

PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ XÃ HỘI Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

I. PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ XÃ HỘI Ở CÁC NƯỚC CHÂU ÂU:

1. Mô hình Bắc Âu: (các nước Thụy Điển, Phần Lan, Na Uy, Đan Mạch)

Hệ thống phúc lợi xã hội của Bắc Âu đều tập trung giải quyết ba vấn đề chính: giáo dục miễn phí, chăm sóc trẻ em và bảo hiểm xã hội. Từ đó các dịch vụ xã hội được cung cấp với hiệu quả cao, trên phạm vi rộng, bao gồm: an sinh xã hội, các chế độ trợ cấp, chế độ lợi ích gia đình, các lợi ích thai sản, chế độ hỗ trợ xã hội, hệ thống y tế công cộng, chính sách thị trường lao động, hệ thống giáo dục, các dịch vụ xã hội khác và chính sách trợ cấp công cộng về nhà ở cho mọi người dân.

Hệ thống dịch vụ xã hội của mô hình Bắc Âu tương đối toàn diện. Các dịch vụ xã hội, lợi ích được thực hiện trên mọi lĩnh vực, cho mọi tầng lớp nhân dân. Các dịch vụ xã hội được nhà nước cung cấp là chủ yếu. Hệ thống chi trả trợ cấp xã hội là do nhà nước quản lý, số ít các tổ chức phi lợi nhuận tham gia thực hiện cung cấp dịch vụ, dựa trên nguồn lực trợ cấp của nhà nước hoặc theo hình thức nhà nước ký hợp đồng với các công ty tư nhân để thực hiện dịch vụ xã hội.

Hệ thống dịch vụ xã hội của Bắc Âu có các đặc điểm nổi trội như: thân thiện với công việc, việc làm; thân thiện với gia đình; thân thiện với trẻ em, người già. Các nỗ lực không ngừng phát triển an sinh xã hội, chính sách thị trường lao động tích cực và việc làm toàn dụng đã giúp cho các nước Bắc Âu giữ vị trí đứng đầu trong tỷ lệ lao động việc làm ở Tổ chức Hợp tác và Phát triển kinh tế.

Nguồn chi trả của hệ thống dịch vụ xã hội theo mô hình Bắc Âu dựa vào thuế với mức thuế thu nhập rất cao. Đây cũng là thách thức để nhà nước có nguồn tài chính lớn chi trả cho hệ thống an sinh xã hội nói chung và các dịch vụ xã hội nói riêng.

2. Mô hình nghiệp đoàn đại lục: (các nước Pháp, Đức, Bỉ, Hà Lan, Áo, Thụy Sĩ)

Vai trò quan trọng của hệ thống an sinh xã hội và các dịch vụ xã hội liên quan. Tại nước Đức, hệ thống này xuất hiện từ rất sớm và phát triển tốt với các cấu thành như: hệ thống bảo hiểm y tế 1883, bảo hiểm tai nạn lao động 1884, bảo hiểm hưu trí 1889, bảo hiểm thất nghiệp 1927, bảo hiểm chăm sóc y tế dài hạn 1995 và nhiều loại hình bảo trợ xã hội. Nhà nước xây dựng hệ thống dịch vụ xã hội rộng khắp dựa trên nguyên tắc căn bản là “hợp tác xã hội”, tức là quản lý

hệ thống thông qua các quỹ xã hội hoạt động độc lập, phần lớn được quản lý bởi tổ chức công đoàn và người sử dụng lao động chứ không phải do nhà nước.

Hệ thống dịch vụ xã hội Đức và mô hình nghiệp đoàn đại lục không tập trung dưới sự quản lý của nhà nước mà là một hệ thống phức hợp bao gồm các cơ quan cung cấp dịch vụ xã hội ở tầm quốc gia và các cơ quan độc lập ở bang và địa phương. Trong các cơ quan này, một số là của nhà nước, một số là bán công, một số do công ty tư nhân quản lý hoặc là tổ chức tự nguyện.

Vấn đề giải quyết chế độ cho người thất nghiệp và trợ cấp xã hội. Xu hướng hiện nay ở Đức là đang giảm dần tỷ lệ đóng góp bảo hiểm thất nghiệp. Việc cắt giảm đóng góp bảo hiểm nằm trong chương trình hạ thấp mức đóng góp bảo hiểm thất nghiệp của người lao động đến năm 2010 chỉ còn 4,2% lương từ mức 6,5% lương. Bắt đầu từ năm 2003, Đức đã cải cách mạnh mẽ về thị trường lao động và chế độ đối với người lao động. Sau khi cải cách, hệ thống bảo hiểm thất nghiệp đã được thay bằng hỗ trợ thất nghiệp, áp dụng cho tất cả những người có khả năng lao động nhưng không có việc làm. Ngoài ra, trợ cấp xã hội được áp dụng đối với các trường hợp không có khả năng lao động, người mất khả năng lao động, gặp hoàn cảnh khó khăn đột xuất.

Một trong những dịch vụ xã hội được quan tâm nhiều nhất là trợ cấp cho trẻ em. Hệ thống dịch vụ xã hội hỗ trợ cho cả bố và mẹ những mức độ khác nhau tùy theo thu nhập thực tế của gia đình để làm giảm gánh nặng nuôi con. Phúc lợi này nhìn chung được chi trả cho tới khi đứa trẻ lên 16 tuổi.

Dịch vụ xã hội dành cho người tàn tật: Những người tàn tật cũng được phụ vụ bởi các chương trình y tế và hướng nghiệp. Các chương trình bảo hiểm xã hội chịu trách nhiệm đáp ứng các nhu cầu của những người bị tàn tật. Mặt khác, cơ quan chính phủ liên bang, bang và địa phương tìm kiếm và cung cấp việc làm, giúp đỡ chỗ ở và di chuyển.

3. Mô hình tự do Anglo - Saxon: (ở các nước Anh, Ailen)

Mô hình tự do Anglo - Saxon đặt trọng tâm vào việc đề cao trách nhiệm của các cá nhân với bản thân mình. Từ cơ sở này, thị trường lao động theo mô hình tự do sẽ được thả nổi và chính sách cạnh tranh được xác lập với nhiều mục tiêu tham vọng.

Bảo hiểm hưu trí: Được thanh toán cho những người ở độ tuổi từ 60 đối với nữ và từ 65 đối với nam giới. Lợi ích của bảo hiểm hưu trí bao gồm những biện pháp để duy trì, bảo vệ và phục hồi khả năng lao động và trợ cấp về lương hưu cho các trường hợp giảm khả năng lao động hoặc trợ cấp cho thân nhân của

người quá cố. Các biện pháp bảo vệ và phục hồi khả năng lao động được ưu tiên hơn so với các khoản trợ cấp về lương hưu. Lương hưu chỉ được thanh toán khi không thể tiến hành các biện pháp phục hồi chức năng được hoặc chỉ có thể cấp ở một thời điểm muộn hơn.

Chăm sóc sức khỏe: Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, nhà nước đóng vai trò chủ đạo trong việc cung cấp toàn bộ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân. Ủy ban Dịch vụ sức khỏe quốc gia được thành lập vào năm 1948, có trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho người dân, từ chăm sóc sức khỏe ban đầu đến chăm sóc người bệnh, chăm sóc sức khỏe lâu dài, chăm sóc về mắt và nha khoa. Nước Anh còn tồn tại hệ thống chăm sóc sức khỏe tư nhân, được chi trả thông qua các quỹ bảo hiểm tư nhân nhưng số người sử dụng dịch vụ tư nhân rất ít, chỉ chiếm khoảng 8% dân số.

Trợ cấp ốm đau, mất sức lao động: Hệ thống an sinh xã hội dành cho người ốm đau và mất sức lao động được thực hiện theo nhiều cơ chế khác nhau. Lợi ích của những người không thể đi làm được do ốm đau được trợ cấp thông qua cơ chế thanh toán ốm đau theo đúng luật định. Những người mất sức lao động được thanh toán trợ cấp thông qua Cơ quan hỗ trợ thu nhập qua thẩm tra tài sản. Ngoài ra, người ốm đau, mất sức lao động còn được hưởng trợ cấp thông qua Cơ quan trợ cấp cho những người không còn khả năng lao động hoặc Cơ quan trợ cấp cuộc sống cho người tàn tật.

Bảo hiểm thất nghiệp: Những người thất nghiệp, sau khi đã mãn hạn chờ việc, có quyền xin tiền thất nghiệp theo mức thời gian làm việc có nghĩa vụ bảo hiểm trước kia và theo độ tuổi tính vào thời điểm đăng ký. Quyền hưởng tiền thất nghiệp cao nhất hiện nay là sáu tháng đối với người lao động trẻ. Trợ cấp thất nghiệp được nhận khi không còn quyền hưởng tiền thất nghiệp, khi thỏa mãn mọi điều kiện đặc biệt của nghĩa vụ và khi trình bày yêu cầu của mình với lý do không còn phương tiện sống nữa.

Chăm sóc trẻ em: Ngay từ năm 1946, Anh đã ban hành Luật trẻ em, trong đó chính quyền địa phương có trách nhiệm cung cấp các dịch vụ chăm sóc trẻ em theo nhiều hình thức khác nhau. Vào năm 1963, Luật trẻ em và thanh niên ra đời, cung cấp nhiều hình thức chăm sóc trẻ em như tư vấn, giúp đỡ, chỉ dẫn và cung cấp phúc lợi xã hội cho trẻ em. Vào năm 1969, Luật trẻ em và thanh niên sửa đổi đã đem lại nhiều quyền hạn cho người mẹ trong thời kỳ mang thai và chăm sóc trẻ nhỏ. Luật trẻ em sửa đổi từ năm 1970 đã lập ra những kế hoạch chăm sóc trẻ em tự nguyện đối với các tổ chức, cá nhân và người mẹ mang thai được hưởng nhiều quyền lợi hơn từ hệ thống phúc lợi xã hội. Vào năm 1989,

Luật trẻ em lại được sửa đổi một lần nữa, trong đó quy định trẻ em cần phải được bảo vệ toàn diện, người mẹ có trách nhiệm nuôi dưỡng, chăm sóc đứa trẻ cho đến khi trưởng thành và các cơ quan dịch vụ xã hội cần phải có những biện pháp can thiệp và bảo vệ trẻ em trong những tình huống cụ thể.

4. Mô hình Địa Trung Hải: (ở các nước Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha, Italia, Hy Lạp)

Mô hình phát triển xã hội của Tây Ban Nha và hệ thống các dịch vụ xã hội được xây dựng theo nguyên tắc của học thuyết phúc lợi Bismarck - nguyên Thủ tướng Đức, người khởi đầu cho chương trình phúc lợi xã hội tại Đức vào những năm 1880; và đường lối, chính sách chung thể hiện cách thức vận hành truyền thống của mô hình Nhà nước phúc lợi Beveridge - Nhà cải cách xã hội, nhà kinh tế học người Anh với Báo cáo Beveridge nổi tiếng công bố năm 1942, trở thành nền tảng cho việc xây dựng nhà nước phúc lợi tại châu Âu thời kỳ hậu Chiến tranh thế giới thứ hai. Đánh giá của các nhà nghiên cứu hiện đại cũng cho rằng, cách làm của Tây Ban Nha có thể được coi như con đường trung dung để tạo dựng các chế độ an sinh xã hội tại quốc gia Nam Âu này.

Trong mô hình Địa Trung Hải qua trường hợp của Tây Ban Nha, tính điển hình thể hiện ở chỗ đưa ra sự kết hợp giữa cách tiếp cận phổ quát và cách tiếp cận có mục tiêu để xây dựng hệ thống dịch vụ xã hội. Đồng thời, nhân tố cốt yếu nhất tạo nên tiền đề cho sự phát triển của Nhà nước phúc lợi tại Tây Ban Nha chính là tầm quan trọng của quá trình phi tập trung hóa và phân cấp mạnh mẽ trong quản lý xã hội.

Mô hình Địa Trung Hải qua trường hợp Tây Ban Nha cũng cho thấy những đặc điểm riêng liên quan đến sự tương phản giữa hai nhóm yếu tố tạo nên sức ép cần được điều chỉnh trong cơ cấu quản lý nhà nước. Đó là sự can đối và điều tiết hài hoạt giữa tốc độ tăng trưởng chi tiêu cho an sinh xã hội, dịch vụ xã hội với tốc độ tăng trưởng kinh tế, sức ép từ cơ cấu độ tuổi của dân số, vấn đề giải quyết việc làm và sự tham gia của khu vực tư nhân vào cung cấp các dịch vụ xã hội.

An sinh xã hội là lĩnh vực được quan tâm đầu tư mạnh mẽ trong quá trình phát triển của Tây Ban Nha thời gian gần đây, cho thấy sự tiến bộ vượt trội của Tây Ban Nha so với các quốc gia khác thuộc mô hình phát triển Địa Trung Hải. Luật về các biện pháp an sinh xã hội đã được Quốc hội Tây Ban Nha thông qua vào tháng 2/2007 chính là kết quả của cuộc đàm phán giữa các đối tác xã hội về các vấn đề rất quan trọng liên quan tới an sinh và trong đó làm rõ các nội dung như chế độ phúc lợi, các dịch vụ xã hội, vấn đề lương hưu, trợ cấp thất nghiệp và một loạt các phương thức thực hiện khác.

Mở rộng đối tượng được hưởng chế độ an sinh xã hội để người lao động ở độ tuổi 59 vẫn có thể thụ hưởng phúc lợi của nhóm tuổi 60 - 64. Áp dụng các biện pháp khuyến khích lao động trẻ trở thành lao động tự tuyển dụng: những người ở độ tuổi dưới 30 nếu đăng ký là lao động tự tuyển dụng sẽ được thụ hưởng mức miễn giảm 25% đối với đóng góp an sinh xã hội tối thiểu trong hai năm đầu tiên. Hệ thống an sinh xã hội đối với những người lao động tự tuyển dụng được điều chỉnh để có thể đóng góp nhiều hơn bằng cách thiết lập một mức đóng góp tối thiểu cao hơn mức thông thường đối với những lao động có thời gian đóng góp cho hệ thống an sinh xã hội dưới 5 năm trước khi đạt đến độ tuổi 50. Lập ra một đơn vị đặc biệt để giám sát các trường hợp nghỉ ốm, nghỉ chữa bệnh, nghỉ để hưởng các dịch vụ xã hội của người lao động, từ đó kiểm soát tốt hơn các khoản chi tiêu công cho nội dung này.

II. MÔ HÌNH PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ Y TẾ VÀ QUẢN LÝ PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ Y TẾ CỦA TRUNG QUỐC:

1. Bảo hiểm y tế tự nguyện nông thôn:

Công cuộc cải cách kinh tế của Trung Quốc từ cuối thập kỷ 70 của thế kỷ XX đã đem lại thành quả to lớn về phát triển kinh tế, đưa Trung Quốc lên vị trí các quốc gia có tốc độ phát triển kinh tế hàng đầu thế giới.

Mô hình hợp tác xã (CMS) cũ được áp dụng đầu tiên từ năm 1950, gắn liền với sự lớn mạnh của các hợp tác xã nông nghiệp. Kinh phí hoạt động của chương trình y tế hợp tác xã được cấp từ Chính phủ Trung ương và chính quyền địa phương, xã và hộ gia đình. Kinh phí này trả cho thuốc thiết yếu, vật tư và chi lương cho nhân viên y tế tại các trạm y tế thôn, bản để đảm bảo dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và hoạt động phòng bệnh cho toàn dân. CMS cũng thanh toán một phần chi phí khi người bệnh sử dụng dịch vụ tại các cơ sở y tế trên tuyến thôn, bản.

Hệ thống CMS mới được chính thức thiết lập từ tháng 7/2003 tại hơn 300 quận/huyện. Chương trình này đã được đưa vào một trong những ưu tiên hàng đầu của Đảng và Chính phủ Trung Quốc trong chương trình phát triển kinh tế - xã hội. Trong định hướng chính sách gần đây, Đảng Cộng sản và Chính phủ Trung Quốc đã dành sự quan tâm đặc biệt cho mục tiêu mọi người dân Trung Quốc đều có sức khỏe khá tốt và xã hội phát triển hài hòa. Chính phủ Trung Quốc đã cam kết tăng ngân sách nhà nước cho y tế đạt mức 1 - 1,5% GDP, định hướng ưu tiên cho việc đảm bảo cung cấp chăm sóc y tế cơ bản toàn dân.

Tỷ lệ bao phủ của CMS mới được đưa vào là một trong số 22 chỉ số phát triển kinh tế - xã hội của kế hoạch 5 năm lần thứ 11 và là một trong tám chỉ số bắt buộc. Chính nhờ sự cam kết và hậu thuẫn chính trị mạnh mẽ mà chương trình CMS mới đã đạt được những thành tích ấn tượng về độ bao phủ. Tỷ lệ bao phủ dân số vùng nông thôn của chương trình đã tăng lên nhanh chóng, từ 23,5% năm 2005 lên 85,9% cuối năm 2007. Mặc dù chương trình CMS vận hành trên nguyên tắc tham gia tự nguyện của các hộ gia đình nhưng trên thực tế tại nhiều địa phương chính quyền đã vào cuộc tích cực để vận động và thậm chí yêu cầu các hộ gia đình tham gia.

2. Quản lý phát triển dịch vụ y tế:

Bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em là một ưu tiên trong kế hoạch cải tổ y tế của Trung Quốc. Chính quyền trung ương cam kết cải thiện các khâu từ phòng chống dịch bệnh, kiểm tra điều trị, giáo dục y tế, đặc biệt quan tâm đến vấn đề sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em, nâng cao mức độ quản lý cũng như hệ thống phân phối thuốc đến những vùng sâu, vùng xa và nhất là cung cấp thuốc với giá chính thức để trên nguyên tắc, mọi người đều được bình đẳng như nhau...

Đáng chú ý hơn cả là lần đầu tiên Chính phủ Trung Quốc dự trù một hệ thống bảo hiểm y tế nhằm vào tất cả mọi thành phần xã hội, từ giới công nhân lao động ở thành phố đến những người sống ở nông thôn. Nhu cầu cấp bách của nền kinh tế là phải phát triển tiềm năng tiêu thụ trong nước. Với khủng hoảng kinh tế hiện nay, mô hình phát triển kinh tế của Trung Quốc dựa trên xuất khẩu cho thấy đây là một mô hình quá lệ thuộc vào những yếu tố bên ngoài.

Một nỗ lực của Trung Quốc là mở rộng diện bảo hiểm y tế. Ở thành phố, chi phí chăm sóc sức khỏe thường rất cao, đặc biệt là khi phải nhập viện. Chính vì vậy, kế hoạch cải tổ y tế dự trù xây dựng thêm 3700 trung tâm điều trị, mở thêm hoặc nâng cấp 11.000 phòng y tế ở các thành phố lớn, đồng thời Nhà nước sẽ quản lý các hiệu thuốc ở ngay trong bệnh viện, ấn định giá thuốc để đảm bảo cho tất cả mọi người cùng được cung cấp thuốc như nhau.

Ở nông thôn, chính quyền trung ương dự trù tăng lương cho giới y tá và bác sĩ để đảm bảo dịch vụ y tế tối thiểu cho người dân nông thôn, vốn không tin tưởng vào giới y sĩ và trang thiết bị tại các bệnh xá, bệnh viện ở cấp tỉnh, huyện vì thường đơn sơ và cũ kỹ.

III. VÀI NÉT VỀ MÔ HÌNH PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ Y TẾ CỦA HOA KỲ:

1. Hệ thống dịch vụ y tế của Hoa Kỳ:

Hệ thống chăm sóc sức khỏe của Hoa Kỳ lớn hơn mức chi tiêu của mọi quốc gia, tính theo chi tiêu bình quân đầu người và tỷ lệ trong GDP. Hệ thống chăm sóc sức khỏe của Hoa Kỳ không hoàn toàn xã hội hóa mà dựa vào sự phối hợp của cả Nhà nước và tư nhân.

Ở Hoa Kỳ, bảo hiểm y tế tư nhân phát triển rất mạnh và cung cấp đa dạng các gói bảo hiểm. Phần đông người lao động được chủ sử dụng lao động mua bảo hiểm y tế do các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp với số lượng ước tính khoảng 140 triệu người.

Do nền kinh tế Hoa Kỳ đang gặp khó khăn, số lượng cần được bao cấp y tế cho người nghèo tăng lên nên Chính phủ và các tiểu bang đang gặp khó khăn trong việc chi ngân sách cho chương trình này. Bên cạnh đó, chi phí y tế ngày càng tăng đồng nghĩa với việc Chính phủ phải chi ngày càng nhiều cho chương trình bảo hiểm y tế người cao tuổi và bảo hiểm y tế cho người nghèo.

2. Chương trình cải cách dịch vụ y tế toàn diện của Tổng thống Obama:

2.1. Các mục tiêu cụ thể của tiến trình cải cách y tế

- Giảm tình trạng chi phí y tế ngày càng tăng mà doanh nghiệp và Chính phủ đang gánh chịu.
- Bảo vệ hộ gia đình trước nguy cơ bị phá sản hoặc nợ nần do chi phí y tế.
- Đảm bảo cho người bệnh được chọn lựa thầy thuốc và chăm sóc sức khỏe phù hợp với điều kiện của bản thân.
- Tăng đầu tư cho lĩnh vực dự phòng.
- Cải thiện sự an toàn cho bệnh nhân và chất lượng chăm sóc sức khỏe.
- Đảm bảo bao phủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng và có thể chi trả cho tất cả người dân Hoa Kỳ.
- Duy trì sự ổn định khi người được bảo hiểm thay đổi việc làm hoặc thất nghiệp.
- Chấm dứt tình trạng người bệnh bị các hãng bảo hiểm từ chối thanh toán bảo hiểm hoặc từ chối cung cấp bảo hiểm.

2.2. Một số nội dung cụ thể trong kế hoạch cải cách y tế toàn diện

- Quy định mọi người dân Hoa Kỳ phải có bảo hiểm y tế. Những người có hoàn cảnh khó khăn sẽ được hỗ trợ chi trả chi phí y tế.
- Tăng cường vai trò giám sát và điều phối của Chính phủ đối với các công ty bảo hiểm y tế tư nhân.
- Tăng độ bao phủ đối với người trong độ tuổi lao động trẻ.
- Trẻ em sẽ tiếp tục thuộc diện hưởng bảo hiểm y tế theo gia đình cho đến 26 tuổi.
- Ưu đãi thuế cho cơ sở kinh doanh nhỏ để khích lệ các chủ doanh nghiệp mua bảo hiểm y tế cho người lao động.
- Cho phép nhập các loại thuốc chữa bệnh rẻ tiền, những loại thuốc có tính năng tương tự như thuốc ở Mỹ với giá thành rẻ hơn nhiều.

2.3. Giải pháp chính trong cải cách dịch vụ y tế của Hoa Kỳ

- Chính phủ tạo điều kiện thuận lợi cho các doanh nghiệp vừa và lớn tiếp tục thực hiện bảo hiểm y tế cho người lao động nhờ vào các giải pháp giảm chi phí y tế và thực hiện tái bảo hiểm. Giải pháp này giúp giải quyết được vấn đề trước đây, không ít doanh nghiệp do phải chi trả chi phí y tế thảm họa của người lao động vượt quá khả năng tài chính, mất khả năng tiếp tục đảm bảo quyền lợi y tế cho người lao động.

- Doanh nghiệp vừa và lớn nếu chưa thực hiện bảo hiểm y tế cho người lao động sẽ phải đóng góp một tỷ lệ nhất định từ quỹ lương vào ngân sách của Chính phủ để Chính phủ hỗ trợ cho những người lao động này mua bảo hiểm y tế từ những quỹ bảo hiểm y tế khác.

- Các doanh nghiệp nhỏ hiện chưa có khả năng đảm bảo bảo hiểm y tế cho người lao động do chi phí y tế đang quá cao sẽ thực hiện bảo hiểm y tế cho người lao động nhờ chi phí y tế bình quân đầu người giảm xuống sau khi thực hiện cải cách và nhờ cơ chế tái bảo hiểm y tế. Mặt khác, các doanh nghiệp này sẽ được hỗ trợ để mua bảo hiểm y tế từ các chương trình bảo hiểm y tế của Nhà nước.

- Các doanh nghiệp quá nhỏ và các doanh nghiệp bắt đầu thành lập có thể được miễn trừ trách nhiệm đảm bảo chi phí y tế cho người lao động. Người lao động trong các doanh nghiệp này sẽ được Chính phủ hỗ trợ tham gia các chương trình bảo hiểm y tế Nhà nước hoặc tư nhân.

- Mọi gia đình sẽ được hướng dẫn để đăng ký bảo hiểm y tế cho trẻ em thông qua các chương trình bảo hiểm y tế cho người lao động của các doanh nghiệp, bảo hiểm y tế cho người nghèo, bảo hiểm y tế cho trẻ em và các chương trình bảo hiểm y tế Nhà nước khác với sự hỗ trợ của Chính phủ.

- Người lao động tự do có thể mua bảo hiểm y tế ở các quỹ bảo hiểm y tế Nhà nước được thành lập mới trong khuôn khổ chương trình cải cách, với gói quyền lợi tương tự như gói quyền lợi của công chức và đại biểu Quốc hội. Ngoài ra, họ cũng có thể mua bảo hiểm y tế ở các công ty bảo hiểm y tế tư nhân theo những quy định mới của Chính phủ, với mức phí bảo hiểm y tế trong khả năng đóng góp của người dân.

- Các quỹ bảo hiểm y tế do Nhà nước vận hành sẽ được củng cố và mở rộng đối tượng.

- Hệ thống các công ty bảo hiểm y tế tư nhân sẽ được cải cách, tuân thủ theo các quy định và chuẩn mực mới nhằm đảm bảo mức phí bảo hiểm y tế ở mức chấp nhận được. Các quỹ bảo hiểm y tế tư nhân sẽ phải chi trả chi phí cho các bệnh có trước khi tham gia bảo hiểm y tế, với một mức phí bảo hiểm ổn định, ở mức chấp nhận được, không phụ thuộc vào tiền sử bệnh tật của người dân.

IV. QUẢN LÝ VÀ PHÁT TRIỂN DỊCH VỤ XÃ HỘI Ở NHẬT BẢN:

1. Tiếp cận dịch vụ xã hội ở Nhật Bản:

Mặc dù chưa thống nhất nhưng về cơ bản, nội dung khái niệm dịch vụ xã hội ở Nhật Bản được hiểu là: Dịch vụ xã hội cơ bản là hệ thống cung cấp dịch vụ đáp ứng những nhu cầu cơ bản của con người nhằm đảm bảo các giá trị và chuẩn mực xã hội và được xã hội thừa nhận. Như vậy, tham gia vào thực hiện dịch vụ xã hội sẽ bao gồm nhiều chủ thể chứ không phải chỉ có Nhà nước. Sự có mặt của nhiều thành phần sẽ tạo nên hệ thống cung cấp dịch vụ cho xã hội mà trực tiếp là cho nhu cầu của người dân.

Quan niệm và những nội dung cơ bản về dịch vụ xã hội ở Nhật Bản nêu trên tập trung vào ba nội dung chủ yếu:

- Dịch vụ xã hội tổng lĩnh vực giáo dục.
- Dịch vụ xã hội trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe.
- Dịch vụ xã hội đối với phụ nữ, người già, trẻ em và các đối tượng yếu thế.

2. Kinh nghiệm của Nhật Bản trong quản lý phát triển dịch vụ xã hội:

2.1. Dịch vụ giáo dục

Nâng cao chất lượng dịch vụ giáo dục:

Nhằm thực hiện tốt chế độ quản lý tổ chức trong trường đại học, Chính phủ Nhật Bản đã tiến hành các biện pháp đa dạng như tạo ra một hệ thống nghiên cứu giáo dục mềm dẻo và chuyển các trường công lập thành các đơn vị quản lý độc lập mới. Chính phủ đã cho phép các trường linh hoạt trong việc tuyển sinh, tuyển dụng, kế hoạch và lịch học, điều chỉnh chương trình và kiện toàn đội ngũ lãnh đạo nhà trường... Nhờ đó, các trường có thể sắp xếp giáo viên một cách linh hoạt hơn, không phải cố định vào các khóa học hay môn học đặc biệt nào. Giáo viên được tuyển dụng theo chế độ công khai, rộng rãi để thu hút những người tài, giàu kinh nghiệm, góp phần thúc đẩy chất lượng đào tạo và nghiên cứu của trường. Những biện pháp chủ yếu để nâng cao tính độc lập, tự chủ của các trường là xác định rõ tính chất và mục tiêu giáo dục, nâng cao quyền tự chủ, mời thành phần bên ngoài tham gia quản lý, nâng cao tính hiệu quả và tăng cường công khai thông tin.

Thực hiện cải cách quản lý hành chính và tài chính của giáo dục:

- Hoàn thiện tổ chức và phân định rõ ràng chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của các cấp quản lý hành chính và tài chính giáo dục. Bộ Giáo dục và các cơ quan trực thuộc là đối tượng đầu tiên cần phải cải tổ. Năm 1998 thành lập Cục Chuyên ngành về giáo dục thường xuyên, Viện Quốc gia về các vấn đề giáo dục được tổ chức lại,... Các viện, trường được rà soát lại chức năng, nhiệm vụ. Chính phủ kiên quyết loại bỏ những trường, viện yếu kém và hoạt động không hiệu quả.

- Phân cấp mạnh quản lý giáo dục cho các địa phương cũng là một hướng ưu tiên của cải cách. Nhà nước đã ban hành nhiều luật lệ nhằm bổ sung và hoàn thiện cơ sở pháp lý cho hoạt động giáo dục ở các địa phương, trong đó đáng chú ý là Luật tự trị giáo dục địa phương ra đời vào tháng 7/1999. Với luật mới này, các địa phương có quyền rộng rãi hơn trong việc quyết định các vấn đề giáo dục của mình.

2.2. Mở rộng, điều chỉnh và hoàn thiện các dịch vụ y tế

Tăng kinh phí và nhân lực cho lĩnh vực y tế:

Chi phí của Chính phủ cho các chương trình chăm sóc sức khỏe đã tăng lên nhanh chóng: năm 2003, chi phí y tế là 266.048 tỉ yên trong tổng số 842.582 tỉ

yên chi phí cho an sinh xã hội, thì năm 2007 các con số tương ứng là 289.462 tỉ yên và 914.305 tỉ yên. Mức tăng cho y tế là 3% so với mức tăng chung của chi phí an sinh xã hội. Ngày nay, Nhật Bản vẫn tiếp tục nằm trong số các nước phát triển có nền y tế tiên tiến.

Mở rộng chế độ bảo hiểm y tế cho toàn dân:

- Chương trình bảo hiểm sức khỏe của công nhân (63% dân số tham gia): Đây là chương trình bảo hiểm dành cho nhân viên của các công ty, các cơ quan Chính phủ và công nhân ở các nhà máy do công ty hoặc một nhóm công ty tổ chức. Nguồn tài chính của chương trình bảo hiểm này do người sử dụng lao động và người lao động đóng góp (8,5% lương).

- Chương trình bảo hiểm sức khỏe quốc gia: Dành cho những người tự kinh doanh như nông dân, thợ thủ công, luật sư, bác sĩ, người thất nghiệp, người già. Trong chương trình bảo hiểm quốc gia, mức đóng góp dựa vào thu nhập cá nhân và tài sản, tiền đóng bảo hiểm có thể khác nhau giữa các địa phương. Các quyền lợi được hưởng tùy thuộc vào mức đóng góp, tuy nhiên không có quyền lợi trong việc nuôi trẻ và thương tật. Những người thuộc chương trình bảo hiểm sức khỏe quốc gia chỉ được chi trả 70% chi phí khám chữa bệnh. Năm 2000 có khoảng 3400 cơ sở của bảo hiểm sức khỏe quốc gia ở tất cả các vùng trong nước.

- Chương trình đặc biệt dành cho người già: Đây là bảo hiểm chăm sóc dài hạn. Trước đây, ở Nhật Bản đã có một chương trình chăm sóc cho người già được thực hiện từ năm 1983, nhưng do chi phí y tế cho người già ngày một tăng nên từ tháng 4/2000 đã có thêm chương trình bảo hiểm chăm sóc dài hạn tách rời bảo hiểm y tế. Chi phí cho dịch vụ ngoài việc khám chữa bệnh sẽ do ba cấp chính quyền đóng góp với tỷ lệ ngang nhau.

Điều chỉnh hệ thống phí dịch vụ, giá thuốc và chi phí y tế

Ở Nhật Bản, không có sự phân biệt rõ ràng giữa dịch vụ chính và dịch vụ phụ. Mặc dù các nhà cung cấp bị cấm không được thu nhiều hơn tỷ lệ cùng chi trả đã quy định cho các dịch vụ chính như họ có thể thu thêm từ các dịch vụ phụ không có trong danh mục. Trong thực tế, khó có thể phân biệt giữa hai loại đó nên dẫn tới sự lạm dụng. Các khoản chi bằng tiền mặt không chính thức thường đi kèm với việc cung cấp dịch vụ chính.

2.3. Dịch vụ xã hội đối với phụ nữ, trẻ em, người già và các đối tượng yếu thế

Với các bà mẹ, Nhà nước dành sự ưu tiên đối với các dịch vụ y tế tại nhà, học tập tại các trường và các chế độ phúc lợi xã hội khác. Với những gia đình không có cha hoặc mẹ đều được Nhà nước và cộng đồng tạo điều kiện giúp đỡ như: trợ cấp tiền nuôi dưỡng, học tập, đào tạo, cho vay vốn, giúp đỡ công ăn việc làm, miễn thuế... Trong trường hợp bị ốm đau, tùy theo yêu cầu có thể có người đến giúp tại nhà hoặc đưa đến những cơ sở dành riêng cho đối tượng này.

Không chỉ quan tâm đến các gia đình, phụ nữ và trẻ em nói chung mà các đối tượng có hoàn cảnh khó khăn cũng được Chính phủ và cộng đồng dành cho sự hỗ trợ đặc biệt. Trẻ em bị rối loạn tâm lý hoặc bị tâm thần đều được trợ giúp, nhất là về chăm sóc sức khỏe. Chế độ khám chữa bệnh với đối tượng này được thực hiện định kỳ và miễn phí. Các cơ sở, trung tâm nuôi dạy trẻ em tàn tật được xây dựng ở tất cả các địa phương để chăm sóc, điều trị cho các cháu. Ngoài ra, các trung tâm tư vấn, các chuyên gia tâm lý đã được huy động để giúp đỡ các cháu và gia đình ổn định cuộc sống, nhanh chóng vượt qua những khó khăn do bệnh tật và sự thiếu hụt về mặt tình cảm.

3. Hạn chế và thách thức:

Khả năng đáp ứng của dịch vụ xã hội không theo kịp sơ với nhu cầu của người dân. Đây là khó khăn và thách thức không riêng gì của Nhật Bản mà còn của các nước trên thế giới hiện nay.

Việc tìm kiếm các hình thức dịch vụ xã hội phù hợp và hiệu quả thực sự đang đặt ra nhiều vấn đề phải xem xét. Dù đã triển khai áp dụng nhiều hình thức dịch vụ mới ở nhiều lĩnh vực song khi nhu cầu ngày càng tăng thì việc xây dựng hệ thống hoàn chỉnh và có chất lượng quả là không dễ dàng.

Nhật Bản đang đi vào chu kỳ mới của sự thay đổi của một xã hội già hóa, nhiều vấn đề bất cập chưa giải quyết tốt trong khi xuất hiện những vấn đề bức xúc mới đã và sẽ là những thách thức đối với việc giải quyết các vấn đề xã hội nói chung, dịch vụ xã hội nói riêng ở nước này hiện nay và trong thời gian tới.