PHÁP LUẬT VỀ BẢO HIỂM VI MÔ TẠI ẤN ĐỘ VÀ MỘT SỐ KHUYẾN NGHỊ CHO VIỆT NAM

ĐÀO ÁNH TUYẾT
PHẠM NGUYỆT THẢO
Trường Đại học Luật Hà Nội

Nhận bài ngày 04/5/2025. Sửa chữa xong 08/5/2025. Duyệt đăng 12/5/2025.

Abstract

This article analyzes the experience of developing and implementing microinsurance law in India a pioneering country in establishing a legal framework to protect low-income populations. By examining the role of the Insurance Regulatory and Development Authority of India (IRDAI), specific legal instruments such as the 2015 Guidelines, and the participation of various actors including insurance companies, civil society organizations, and microinsurance agents, the article provides practical legal recommendations for Vietnam in improving its regulatory framework for microinsurance.

Keywords: *Microinsurance, India, legal lessons.*

1. Đặt vấn đề

Bảo hiểm vi mô được định nghĩa loại bảo hiểm nhằm bảo vệ những người có thu nhập thấp để đối phó với những hiểm hoạ đặc biệt thông qua việc đóng một khoản phí bảo hiểm thường xuyên, tỷ lệ thuận với xác suất và chi phí của rủi ro phát sinh [2]. Tại Việt Nam, bảo hiểm vi mô bắt đầu triển khai độc lập với các chương trình tài chính vi mô từ cuối thập niên 90 của thế kỉ XX. Từ năm 1998, bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam và Hội nông dân Việt Nam đã tiến hành thử nghiệm bán bảo hiểm cho nông dân tại Nghệ An [3]. Sau đó, nhiều mô hình thí điểm được triển khai, tiêu biểu như Dự án Quỹ tương trợ của Tổ chức tài chính vi mô Tình thương (TYM). Tuy nhiên, phần lớn các sáng kiến này chưa đạt hiệu quả như kỳ vọng, chủ yếu do thiếu khung pháp lý đầy đủ và ổn định. Trong khi đó, Ấn Độ là một hình mẫu điển hình về phát triển bảo hiểm vi mô nhờ hệ thống pháp luật tiến bộ và mạng lưới triển khai sâu rộng đến các nhóm thu nhập thấp. Do đó, việc nghiên cứu kinh nghiệm pháp lý của Ấn Độ là cần thiết để hỗ trợ Việt Nam xây dựng chính sách phù hợp trong lĩnh vực này.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Thực trạng pháp luật về bảo hiểm vi mô và thực tiễn triển khai bảo hiểm vi mô tại Ấn Độ

2.1.1. Thực trạng pháp luật về bảo hiểm vi mô tại Ấn Độ

Có thể thấy rằng quá trình hình thành và phát triển của pháp luật kinh doanh bảo hiểm vi mô ở Ấn độ đã trải qua nhiều giai đoạn. Cụ thể: Năm 1938, Luật bảo hiểm của Ấn độ đã ra đời, đây là nền tảng ban đầu cho việc quản lý các hoạt động bảo hiểm tại Ấn Độ. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, bảo hiểm vi mô chưa được quy định cụ thể mà chỉ nằm trong khuôn khổ chung của ngành bảo hiểm. Cho tới năm 1999 Cơ quan Quản lý và phát triển bảo hiểm Ấn Độ (IRDAI) được thành lập thông qua Luật IRDA, 1999. IRDAI chịu trách nhiệm giám sát và điều chỉnh ngành bảo hiểm, bao gồm bảo hiểm vi mô. Việc hình thành IRDAI đánh dấu một bước tiến quan trọng trong việc xây dựng khung pháp lý rõ ràng hơn cho bảo hiểm vi mô.

Năm 2005, IRDAI ban hành các quy định cụ thể đầu tiên về bảo hiểm vi mô, trong đó có một số quy

Email: daoanhtuyet@hlu.edu.vn

định nổi bật như: (1) Các sản phẩm bảo hiểm vi mô phải đơn giản và dễ hiểu; (2) Quy trình định giá và phê duyệt sản phẩm bảo hiểm vi mô được tối giản; (3) Các tổ chức tài chính vi mô (MFIs), NGOs, và hợp tác xã được phép tham gia phân phối sản phẩm bảo hiểm vi mô.

Đến năm 2015, IRDAI đã cải tiến các quy định liên quan đến phân phối bảo hiểm vi mô, khuyến khích các công ty bảo hiểm thương mại hợp tác với MFIs và NGOs để mở rộng mạng lưới tiếp cận. Từ năm 2020 tới nay, IRDAI tiếp tục cải tiến pháp luật để thúc đẩy số hóa và công nghệ trong bảo hiểm vi mô. Các chính sách hỗ trợ như bảo hiểm y tế qua các nền tảng số (Digital India) được đưa vào ứng dụng nhằm giảm chi phí và tăng tính hiệu quả.

Hiện nay, các quy định về kinh doanh bảo hiểm vi mô tại Ấn Độ được ghi nhận cụ thể tại Hướng dẫn về Bảo hiểm vi mô của Cơ quan quản lý và phát triển bảo hiểm Ấn Độ (IRDAI) năm 2015 [6]. Các quy định này gồm các nội dung cơ bản sau:

Thứ nhất, quy định về định nghĩa và phạm vi của bảo hiểm vi mô. Theo đó Bảo hiểm vi mô được định nghĩa là các sản phẩm bảo hiểm với mức phí thấp, được thiết kế phù hợp với nhu cầu của các nhóm dân cư có thu nhập thấp, bao gồm cả bảo hiểm nhân thọ và phi nhân thọ như bảo hiểm tài sản, vật nuôi hoặc cây trồng, bảo hiểm tai nạn cá nhân, bảo hiểm y tế... Như vậy, quy định này đã đặt ra giới hạn tối đa về phí bảo hiểm và mức độ bảo hiểm nhằm đảm bảo tính phù hợp và khả năng chi trả của người mua.

Thứ hai, quy định về các kênh phân phối: các quy định này đã khuyến khích sử dụng các đại lý bảo hiểm vi mô như tổ chức phi chính phủ (NGOs), nhóm tự lực (SHGs), và tổ chức tài chính vi mô (MFIs) để mở rộng phạm vi tiếp cận. Đồng thời các đại lý này được phép phân phối cả sản phẩm bảo hiểm nhân thọ và phi nhân thọ dưới khung pháp lý đơn giản, với yêu cầu đào tạo và đăng ký cụ thể. Cơ cấu hoa hồng cho đại lý được quy định rõ ràng với mức trần cụ thể để duy trì tính hợp lý về giá cả cho người tiêu dùng

Thứ ba, quy định về việc thiết kế sản phẩm bảo hiểm vi mô: văn bản này khuyến khích phát triển các sản phẩm bảo hiểm kết hợp như bảo hiểm nhân thọ, sức khỏe, tai nạn, và tài sản, nhằm giải quyết các rủi ro đa dạng của hộ gia đình có thu nhập thấp. Đồng thời các công ty bảo hiểm được yêu cầu thiết kế các hợp đồng bảo hiểm đơn giản và dễ hiểu để cải thiện khả năng tiếp cận.

Thứ tư, yêu cầu về vốn: Để tạo điều kiện cho sự tham gia của các nhà cung cấp bảo hiểm vi mô độc lập, mức vốn yêu cầu được đề xuất giảm từ 100 INR xuống 20 INR. Điều này nhằm thu hút thêm các nhà cung cấp chuyên biệt vào lĩnh vực bảo hiểm vi mô.

Thứ năm, quy định về quy trình yêu cầu bồi thường đơn giản. Theo đó, văn bản này đã đưa ra quy định yêu cầu quy trình xử lý bồi thường đơn giản, với thời gian cụ thể nhằm đảm bảo hỗ trợ kịp thời cho người tham gia bảo hiểm. Đồng thời khuyến khích ứng dụng công nghệ để giảm thiểu thủ tục giấy tờ và nâng cao hiệu quả. Theo đó, các chủ thể cung cấp bảo hiểm vi mô phải hoàn tất việc bồi thường trong vòng 7 ngày kể từ khi nhận đủ tài liệu cần thiết và báo cáo của giám định viên. Giám định viên phải nộp báo cáo trong vòng 15 ngày kể từ khi được giao xử lý vụ việc. Quá trình giao việc này được thực hiện trong vòng 24 giờ kể từ khi yêu cầu bồi thường được báo cáo. Để áp dụng quy trình bồi thường đơn giản, văn bản này đã khuyến khích các chủ thể áp dụng quy trình bồi thường đơn giản nhằm giảm bớt thủ tục giấy tờ và các cản trở hành chính. Đồng thời yêu cầu các công ty bảo hiểm phải cung cấp thông tin rõ ràng về quy trình và thời gian xử lý bồi thường ngay khi phát hành hợp đồng bảo hiểm. Hệ thống quản lý giám định viên do Hội đồng Bảo hiểm Phi Nhân thọ phát triển giúp tăng tốc độ và minh bạch trong việc xử lý bồi thường.

Thứ sáu, quy định về các hoạt động kết hợp khi cung cấp bảo hiểm vi mô, theo đó các công ty bảo hiểm vi mô được phép hoạt động như các công ty bảo hiểm tổng hợp, cung cấp cả sản phẩm bảo hiểm nhân thọ và phi nhân thọ dưới một thực thể duy nhất.

Thứ bảy, đưa ra các quy định về giám sát hoạt động bảo hiểm vi mô: theo đó IRDAI đảm bảo rằng các hoạt động bảo hiểm vi mô tuân thủ các tiêu chuẩn an toàn tài chính, đồng thời vẫn duy trì sự linh

hoạt cần thiết để đổi mới trong thiết kế sản phẩm và phân phối. IRDAI yêu cầu các công ty bảo hiểm báo cáo riêng các hoạt động bảo hiểm vi mô để theo dõi hiệu suất và đảm bảo tuân thủ hướng dẫn.

Như vậy, có thể thấy rằng, Hướng dẫn về Bảo hiểm vi mô năm 2015 do IRDAI ban hành đã mở rộng phạm vi tiếp cận bảo hiểm tới các khu vực nông thôn và nhóm dân cư chưa được phục vụ. Đồng thời giúp tăng cường tài chính toàn diện bằng cách giảm thiểu rủi ro đối với các nhóm thu nhập thấp. Bên cạnh đó, khuyến khích sự tham gia của các bên liên quan, bao gồm cả các công ty bảo hiểm thương mại và các tổ chức cộng đồng cơ sở, vào hệ sinh thái bảo hiểm vi mô.

2.1.2. Thực tiễn triển khai bảo hiểm vi mô tại Ấn Độ

Trên cơ sở khung pháp lý về bảo hiểm vi mô ngày càng được hoàn thiện, Chính phủ Ấn Độ đã sớm triển khai nhiều chương trình bảo hiểm xã hội hướng tới các nhóm dân cư dễ bị tổn thương và đạt được nhiều hiệu quả rõ nét, có thể kể đến như: Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) và Pradhan Mantri Jan Suraksha Bima Yojana (PMSBY)**.**

Trước tiên, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) là một chương trình bảo hiểm y tế vi mô do chính phủ Ấn Độ khởi xướng vào năm 2008 nhằm mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho các hộ gia đình nghèo và lao động khu vực phi chính thức. Cho tới 25 tháng 3 năm 2013, chương trình đã phát ra 34,285,737 thẻ bảo hiểm và 5,097,128 được sử dụng để nhập viện[1]. RSBY hướng đến mục tiêu giảm thiểu gánh nặng tài chính do chi tiêu y tế không chính thức, đặc biệt cho các hộ gia đình dễ bị tổn thương. RSBY được xem là một mô hình điển hình của bảo hiểm y tế dựa vào cộng đồng (Community-Based Health Insurance – CBHI), trong đó các nhóm cộng đồng tự tổ chức và quản lý quỹ bảo hiểm để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các thành viên. Mô hình này phát huy hiệu quả đặc biệt trong các khu vực nông thôn và thu nhập thấp, nơi bảo hiểm y tế chính thức khó tiếp cận. Các thành viên trong cộng đồng đóng góp khoản phí bảo hiểm định kỳ với mức thấp để cùng chia sẻ rủi ro và chi phí chăm sóc y tế. Sự tham gia tích cực của cộng đồng trong việc thiết kế và vận hành chương trình đảm bảo tính phù hợp với nhu cầu thực tiễn của địa phương.

Cụ thể, RSBY cung cấp mức bảo hiểm lên tới 30.000 INR mỗi năm cho mỗi hộ gia đình, áp dụng cho các chi phí điều trị nội trú. Đối tượng thụ hưởng là các hộ nghèo theo chuẩn BPL (Below Poverty Line) và các nhóm dân cư dễ bị tổn thương do chính phủ xác định. Mỗi hộ có thể đăng ký tối đa 5 thành viên, bao gồm cả cha mẹ và người phụ thuộc. Chương trình sử dụng hệ thống thanh toán không dùng tiền mặt thông qua thẻ thông minh, đồng thời hỗ trợ chi phí đi lại lên tới 1.000 INR mỗi năm, với mức 100 INR cho mỗi lần khám bệnh.

Về cơ chế tài chính, Chính phủ Trung ương chi trả 75% phí bảo hiểm hằng năm (tối đa 565 INR/hộ) và chịu trách nhiệm cung cấp thẻ thông minh, trong khi Chính quyền bang đảm nhận 25% còn lại và các chi phí hành chính. Người thụ hưởng chỉ cần đóng khoản phí danh nghĩa là 30 INR/năm dưới dạng lệ phí đăng ký hoặc gia hạn.

Như vậy, về tổng thể, RSBY đã góp phần quan trọng trong việc mở rộng độ bao phủ bảo hiểm y tế tại Ấn Độ, đặc biệt ở các vùng nông thôn và đô thị nghèo. Chương trình không chỉ giảm thiểu chi phí y tế cá nhân mà còn tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho các nhóm dân cư dễ bị tổn thương.

Jan Suraksha Bima Yojana (PMSBY) [4] là một chương trình bảo hiểm vi mô khác, được chính phủ Ấn Độ triển khai vào năm 2015 như một phần trong các sáng kiến an sinh xã hội. Chương trình này tập trung vào bảo hiểm tai nạn, nhằm bảo vệ các hộ gia đình dễ bị tổn thương trước các rủi ro về tai nạn, thương tật, hoặc tử vong. PMSBY tập trung vào các nội dung chính là: (1) Bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn với mức bồi thường 200.000 INR; (2) Bảo hiểm thương tật một phần vĩnh viễn với mức bồi thường 100.000 INR; (3) Phí bảo hiểm hàng năm chỉ 12 INR (rất thấp, dễ tiếp cận); (4) Chương trình dành cho công dân Ấn Độ từ 18 đến 70 tuổi, có tài khoản ngân hàng.

Như vậy PMSBY không chỉ góp phần làm giảm thiểu tác động tài chính do tai nạn bất ngờ mà còn

1) Xem thêm tại: Rashtiya Swasthya Bima Yojna, https://www.india.gov.in/spotlight/rashtriya-swasthya-bima-yojana

thúc đẩy việc sử dụng tài khoản ngân hàng, qua đó hỗ trợ các mục tiêu tài chính toàn diện. Chương trình đã đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao nhận thức và mở rộng phạm vi bao phủ bảo hiểm trong các nhóm dân cư thu nhập thấp.

Có thể thấy, cả RSBY và PMSBY đều là các sáng kiến quan trọng trong việc thúc đẩy phát triển bảo hiểm vi mô tại Ấn Độ. Trong khi RSBY tập trung vào bảo hiểm y tế cho các hộ nghèo và lao động phi chính thức, thì PMSBY hướng đến bảo hiểm tai nạn với mức phí tối thiểu. Cả hai chương trình đã góp phần quan trọng vào việc củng cố hệ thống an sinh xã hội quốc gia, đặc biệt là đối với các nhóm dân cư dễ bị tổn thương.

Bên cạnh hoạt động của Chính phủ, các tổ chức phi chính phủ, chẳng hạn như Self-Employed Women's Association (SEWA)[2], đã đóng vai trò tiên phong trong việc thiết kế và thực hiện các sản phẩm bảo hiểm vi mô dành riêng cho các nhóm dân cư yếu thế, đặc biệt là phụ nữ. Được thành lập năm 1972 như một công đoàn dành cho phụ nữ tự kinh doanh, SEWA hướng đến mục tiêu nâng cao an sinh xã hội và trao quyền kinh tế cho phụ nữ nghèo, thông qua các sáng kiến tài chính phù hợp với hoàn cảnh thực tiễn của họ. Nhận diện rõ sự dễ tổn thương của phụ nữ thu nhập thấp trước các rủi ro tài chính, SEWA đã phát triển ba loại hình bảo hiểm vi mô chính: bảo hiểm sức khỏe, bảo hiểm tính mạng và tai nạn, và bảo hiểm tài sản. Các sản phẩm này được thiết kế đơn giản, chi phí thấp, linh hoạt về phương thức đóng phí (hàng ngày/tuần), đồng thời tích hợp với các chương trình quốc gia như RSBY để tăng cường mức độ bao phủ [5].

Khác với các mô hình truyền thống, SEWA áp dụng phương pháp bảo hiểm dựa vào cộng đồng, trong đó các thành viên – chủ yếu là phụ nữ được tham gia trực tiếp vào quy trình thiết kế, vận hành và giám sát sản phẩm. Điều này đảm bảo rằng các gói bảo hiểm phản ánh sát nhu cầu thực tế, đồng thời thúc đẩy tính sở hữu và sự bền vững của chương trình. SEWA còn tổ chức các hoạt động đào tạo nhằm nâng cao hiểu biết và kỹ năng quản lý rủi ro tài chính trong cộng đồng. Mặt khác, thông qua hợp tác với các công ty bảo hiểm, cơ quan chính phủ và tổ chức quốc tế như Ngân hàng Thế giới, SEWA không chỉ nhận được hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính, mà còn góp phần xây dựng các chuẩn mực đổi mới trong thiết kế và triển khai bảo hiểm vi mô tại Ấn Độ.

Tác động của các sáng kiến bảo hiểm vi mô của SEWA là đáng kể. Hàng nghìn phụ nữ ở cả khu vực thành thị và nông thôn đã được tiếp cận các công cụ bảo vệ tài chính thiết yếu, từ đó tăng cường khả năng đầu tư vào sinh kế và giảm thiểu rủi ro trước các cú sốc kinh tế. Không những vậy, các mô hình của SEWA còn góp phần định hình chính sách quốc gia trong việc tích hợp bảo hiểm vi mô vào các chương trình an sinh xã hội rộng hơn.

Không những vậy, bảo hiểm vi mô của Ấn Độ còn có sự phát triển tích cực nhờ nỗ lực của các công ty bảo hiểm. Điển hình là mô hình đại lý bảo hiểm vi mô (MIA) của Bajaj Allianz[3]. Mô hình MIA của Bajaj Allianz được phát triển nhằm mở rộng tiếp cận các dịch vụ bảo hiểm đến các nhóm dân cư thu nhập thấp, đặc biệt tại khu vực nông thôn và bán thành thị ở Ấn Độ – nơi mà mức độ thâm nhập của bảo hiểm truyền thống còn hạn chế. Mô hình này tập trung cung cấp các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ, sức khỏe và tai nạn có thiết kế đơn giản, dễ tiếp cận và phù hợp với khả năng tài chính của người dân, với mức phí dao động từ 50 đến 100 INR. Một đặc điểm then chốt của mô hình là sử dụng mạng lưới đại lý bảo hiểm địa phương làm kênh phân phối chính. Các đại lý này thường là thành viên trong cộng đồng như doanh nhân nhỏ, tổ chức phi chính phủ (NGO), hoặc nhóm tự giúp đỡ, có vai trò không chỉ phân phối sản phẩm mà còn nâng cao nhận thức cộng đồng về tầm quan trọng của bảo hiểm. Việc lựa chọn các đại lý từ nội bộ cộng đồng giúp tăng cường sự tin tưởng, tạo điều kiện thuận lợi cho việc tư vấn và triển khai chính sách bảo hiểm một cách hiệu quả.

Bên cạnh đó, Bajaj Allianz chủ động thiết lập các mối quan hệ hợp tác chiến lược với các cơ quan nhà nước và tổ chức phi lợi nhuận nhằm thúc đẩy quy mô triển khai và tăng cường tính bền vững của chương

2) Xem thêm tại: https://sewabharat.org/?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIwIGp-yfigMV024PAh0BLDJWEAAYASAAEg JuSPD_BwE
3) Xem thêm tại: https://www.bajajallianz.com/blog/health-insurance-articles/discover-the-benefits-of-micro-health-insurance.html

trình. Cách tiếp cận này giúp mở rộng phạm vi tiếp cận đến các nhóm dễ bị tổn thương, đồng thời củng cố vai trò của bảo hiểm vi mô như một phần trong chiến lược an sinh xã hội quốc gia. Thành công của mô hình MIA có thể được lý giải qua việc kết hợp hiệu quả giữa các sản phẩm giá rẻ, mô hình phân phối dựa vào cộng đồng và sự am hiểu bối cảnh văn hóa – kinh tế địa phương. Nhờ đó, MIA đã đóng góp quan trọng trong việc thu hẹp khoảng cách bao phủ bảo hiểm, tăng cường khả năng chống chịu tài chính trước các rủi ro như bệnh tật, tai nạn và tử vong cho hàng triệu người dân có thu nhập thấp.

2.2. Một số bài học kinh nghiệm cho Việt Nam

Trong những năm gần đây, Việt Nam đã có những bước tiến đáng kể trong việc hoàn thiện khung pháp lý về bảo hiểm vi mô. Lần đầu tiên, Luật Kinh doanh bảo hiểm năm 2022 đã quy định riêng một chương về bảo hiểm vi mô, đánh dấu bước phát triển quan trọng trong việc thiết lập cơ sở pháp lý cho lĩnh vực này. Trên cơ sở đó, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 43/2023/NĐ-CP và Nghị định số 21/2023/NĐ-CP nhằm cụ thể hóa các quy định pháp luật, góp phần thúc đẩy khả năng tiếp cận bảo hiểm của các nhóm dân cư thu nhập thấp và thực hiện mục tiêu an sinh xã hội quốc gia. Tuy nhiên, thị trường bảo hiểm vi mô tại Việt Nam vẫn còn hạn chế cả về quy mô và tính đa dạng sản phẩm. Các sản phẩm hiện có chủ yếu tập trung vào bảo hiểm sức khỏe, tử vong và bảo hiểm liên quan đến tín dụng, trong khi nhu cầu thực tế về bảo hiểm tai nạn, khuyết tật, vật nuôi và nông nghiệp – những rủi ro phổ biến trong cộng đồng thu nhập thấp – lại chưa được đáp ứng đầy đủ. Hiện nay, chỉ có dưới 10 doanh nghiệp trong số 79 doanh nghiệp bảo hiểm đang hoạt động tại Việt Nam tham gia cung cấp bảo hiểm vi mô, và nhiều tổ chức đã rút lui do hiệu quả hoạt động không đạt kỳ vọng. Bên cạnh đó, trước năm 2023, vai trò của các tổ chức chính trị - xã hội trong việc phân phối và phát triển sản phẩm bảo hiểm vi mô còn tương đối mờ nhạt [1]. Trong bối cảnh đó, việc tham khảo kinh nghiệm quốc tế là cần thiết. Ấn Độ là một trong những quốc gia tiêu biểu trong việc phát triển bảo hiểm vi mô, nhờ thiết lập khung pháp lý linh hoạt, thúc đẩy hợp tác công – tư, và ứng dụng hiệu quả công nghệ số. Trên cơ sở nghiên cứu kinh nghiệm của Ấn Độ trong việc hoàn thiện pháp luật về bảo hiểm vi mô và phát triển bảo hiểm vi mô, có thể rút ra một số bài học kinh nghiệm dành cho Việt Nam như sau:

2.2.1. Xây dựng khung pháp lý rõ ràng và linh hoạt

Việt Nam cần học hỏi Ấn Độ trong việc ban hành quy định cụ thể về bảo hiểm vi mô, bao gồm định nghĩa đối tượng tham gia, sản phẩm phù hợp và quy trình bồi thường đơn giản, dễ tiếp cận. Khung pháp lý cần đảm bảo tính linh hoạt để các doanh nghiệp phát triển sản phẩm phí thấp nhưng vẫn đảm bảo chất lượng. Các nguyên tắc xây dựng gồm: (i) đảm bảo phù hợp với nhu cầu người dân thu nhập thấp thông qua các sản phẩm đơn giản, chi phí thấp; (ii) khuyến khích sự tham gia của các tổ chức xã hội, phi chính phủ và tổ chức tài chính vi mô; (iii) thiết lập cơ chế giám sát và bảo vệ quyền lợi người tham gia, đặc biệt trong quá trình bồi thường.

2.2.2. Phát triển mô hình hợp tác công – tư (PPP)

Ấn Độ đã triển khai hiệu quả các mô hình PPP trong bảo hiểm sức khỏe và nông nghiệp. Việt Nam có thể áp dụng bằng cách ban hành chính sách hỗ trợ pháp lý và tài chính nhằm khuyến khích khu vực tư nhân tham gia cung cấp bảo hiểm cho người thu nhập thấp, đặc biệt tại khu vực nông thôn.

2.2.3. Tăng cường giám sát và bảo vệ người tham gia bảo hiểm

Cơ quan quản lý cần xây dựng hệ thống giám sát chặt chẽ về phí, quyền lợi, chất lượng dịch vụ và minh bạch thông tin. Đồng thời, tăng cường kiểm tra định kỳ và xử lý nghiêm các sai phạm nhằm đảm bảo công bằng và quyền lợi của người được bảo hiểm.

2.2.4. Nâng cao nhận thức cộng đồng

Bài học từ các tổ chức như SEWA tại Ấn Độ cho thấy truyền thông và giáo dục cộng đồng đóng vai trò thiết yếu. Việt Nam nên phối hợp giữa chính phủ và các tổ chức phi chính phủ để triển khai các chương trình đào tạo, tuyên truyền nhằm nâng cao hiểu biết và niềm tin của người dân đối với bảo hiểm vi mô, đặc biệt ở nhóm dễ bị tổn thương.

Xem tiếp trang 284