

精
選

2000年世界劳动报告

WORLD LABOUR REPORT 2000



国际劳工局
日内瓦

变化世界中的
收入保障和社会保护

中国劳动社会保障出版社

2000 年世界劳动报告

变化世界中的收入保障和社会保护

国际劳工局

日内瓦



公共新闻局

2000 年 6 月

《2000 年世界劳动报告》可从国际劳工局出版处获得

地址: International Labour Office, 4 route des Morillons, CH - 1211 Geneva 22, Switzerland

传真: 4122/799 - 6938;

电子信箱: pubvente@ilo.org; 网址: www.ilo.org/publns.

书号: ISBN 92 - 2 - 110831 - 7

价格: 45 瑞士法郎

版权所有

翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

2000年世界劳动报告：精要 / 国际劳工局著；劳动和社会保障部国际合作司译. —北京：中国劳动社会保障出版社，2000. 8

ISBN 7-5045-2868-4

I. 2000·…

II. ①国… ②劳…

III. 社会保障—报告—世界—2000

IV. C913.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 67215 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码：100029)

出 版 人：唐云岐

*

北京印刷集团有限责任公司印刷二厂印刷 新华书店经销

880×1230 毫米 16 开本 1.25 印张 36 千字

2000 年 8 月第 1 版 2000 年 8 月第 1 次印刷

印数：3000 册

定价：10.00 元

读者服务部电话：64929211

发行部电话：64911190

目 录

引言.....	(1)
社会保障支出与经济.....	(2)
老年收入保障.....	(4)
失业保险制度：少数失业者而且事实上贫困的 劳动者没有人从中受益.....	(6)
医疗保险：体面劳动的关键？	(9)
主要政策结论：社会保护网需要扩大、加强.....	(13)



引 言

全球化和贸易自由化的发展正在给许多劳动者带来更大的不安全。本研究报告审查了变化的大背景，在这一背景下，妇女和男人为了他们自己及家庭正在努力争取收入保障。《2000 年世界劳动报告》以世界范围内翔实的数据为依据，审查了社会保护在年老、丧失工作能力、孕育和抚养子女情况下，支持、补充和替代市场收入方面所起的至关重要的作用。医疗保健也在讨论之列——在发展中国家，许多人没有医疗保健就难以谋生。

本报告讨论了日益增加的失业和不充分就业，以及使越来越多的工人，特别是妇女从事低收入和危险工作的劳动力市场变化所带来的影响。报告还讨论了其他因素，如家庭结构的变化和人口趋势等，它们带来的新的需求也造成了新的困难。报告的重点放在消除那些不可接受的偏见应采取的措施上，这种偏见仍然使妇女享受的社会保护低于男子。

本报告认为，社会保护对经济的正面影响通常被忽视了，通过更好地协调社会保护、劳动力市场和反贫困政策可以强化这种影响。由于许多社会保障制度目前正在改革过程中，报告对今后的前景进行了描述，对养老基金的增长给全球金融市场造成的不稳定敲响了警钟。民间社会应同国家一道，高度重视寻求最有效的办法，以便将社会保护普及到仍未得到保护的大多数人，特别是在发展中国家。

高效的经济和有效的社会保护制度都是实现收入保障和社会稳定的基础。本报告强调了提供社会保护与体面劳动之间直接和紧密的关系，国际劳工局局长胡安·索马维亚 1999 年向国际劳工大会提交的第一份报告也强调了这种关系。

自由和民主能为工人参与影响他们利益的决策提供大环境。为了让社会保护计划反映工人的合法要求，应建立民主机制。良好的管理也是至关重要的。国际劳工组织承诺将不遗余力地工作，以建立一个所有工人都能从可负担水平的社会保护中受益的世界。本报告为实现这一目标提出了具体建议。



社会保障支出与经济

根据国际劳工组织《2000 年世界劳动报告》的统计，最近几十年来，大多数国家的社会保障支出占国民生产总值的比例都有增长。推动力来自人民的意愿而不是经济，因为繁荣社会的公民更愿意将更大部分的收入进行再分配，以应付社会风险。

高水平的社会保护、高水平的生产率和社会繁荣，至少在某种程度上看是相互促进的。本报告认为，“设计良好的社会保护制度对开放世界经济的长期增长前景至关重要”。

宏观经济预测确认，在今后 50 年中社会保障支出占国民生产总值的比例将增长，预测的支出增长比例约占平均收入实际增长的 20%。

在非洲和亚洲部分国家社会保护程度还很低，拉丁美洲则是扩大社会保护覆盖面趋势的明显例外。在绝大多数非洲国家，根本不存在失业保护，也几乎没有社会救助。绝大多数拉丁美洲国家有某种形式的养老保险和社会保障保护，但覆盖面在一些国家不到经济活动人口的 15%，很少覆盖到 50% 以上的人口。

在绝大多数阿拉伯国家，社会保障覆盖长期险种和工伤，但只有极少几个国家提供疾病和生育保险。多数社会保险计划都是 70 年代中期建立的，其覆盖面一般仅限于受雇于正规部门的工人，在许多情况下只包括本国国民。社会保障支出占国民生产总值的比例一般都非常低。

亚洲的社会保障制度种类很多，但该地区没几个国家建立了失业保险计划，社会保障的特点是覆盖面窄。例如，印度为 8% 的劳动力，泰国为 10%，中国为 18%。社会保障占国民生产总值的比例一般很低。但在较高和中等收入国家（如马来西亚、韩国、泰国和新加坡）社会保障支出占国民生产总值的比例有实际增长，覆盖面也有所扩大。

在经济合作与发展组织国家，1960—1990 年间社会保障支出几乎翻了一倍，但自那以后增长速度有所减缓。绝大多数欧洲国家在社会保障方面的支出占国民生产总值的比例在 20% ~ 30% 之间，养老和医疗保险各占社会保障支出的 40% 和 25%。

在中、东欧，社会支出占国民生产总值的 10% ~ 20%，但 1989 年以后这一比例有所增加。养老金仍是主要支出项目，尽管由于高失业率，支出结构略有变化，但社会救助和失业津贴仍只占很小份额。

国际劳工组织的报告审查了不同国家之间社会支出的巨大差距，试图发现社会支出同经济效益之间是否存在某种联系，并了解这对改革社会支出的努力有何影响。

报告承认，“社会保护和经济效益之间既有正面的也有负面的联系。”

例如，“社会保险能够吸引人们进入正规劳动力市场，但会使他们在失业或患病后延迟回去工作。根据收入调查提供的救助可能不利于单亲父母出去工作，但有条件地提供单亲父母补贴可能会产生积极影响。”

但报告得出的结论是，“同大家的想法相反，社会保护支出同诸如失业和劳动生产率等经济行为之间没有必然的联系。”引用的研究报告表明，社会保障缴费或工资税对就业并没有任何长期影响。

报告注意到，拥有最佳社会保护制度的国家也是生产率水平极高的国家。高收入社会往往为保障而征收费用。国际劳工组织的报告认为，这些国家在对他们的劳动力提供良好保护的同时，还加强了他们的经济生产潜力。对于实施医疗保险计划和为帮助失业者渡过难关并寻找新工作提供补贴和服务而言，情况更是这样。

较高的保障水平对迎接竞争和适应必要的生产和技术变化，也能产生积极的效果。如果工人得到较好的失业保护，对巨大的技术和结构变化所产生的担忧就要少得多，遇到的阻力也要小。如有基本收入保障，社会紧张状态就不太可能导致冲突和中断正常的经济活动。报告认为，对社会保护支出骇人听闻的预测在很大程度上是缺乏依据的。

因此，社会保护措施改革的关键应是“弱化其妨碍经济活动的一面，强化其对经济行为有积极影响的另一面。”



老年收入保障

根据国际劳工组织《2000 年世界劳动报告》，“即使在工业化国家，虽然社会保障养老保险制度取得了极大成功，但对某些人口群体而言，老年仍意味着不安全。”报告指出，妇女特别容易受到没有养老保险的影响，因为她们的年金权利往往大大低于男性，而她们的预期寿命却更长。

老年人贫困问题在非洲撒哈拉以南的发展中国家和其他发展中世界尤为突出，因为这些地方社会保障养老保险的覆盖面不足劳动力的 10%。

非正规部门的工人由于低工资和几乎没有任何形式的养老保险，也面临贫困危险或只能依赖一般的老年社会救助。

国际劳工组织的报告指出，“养老保险制度还有很多未竟事宜：它们需要调整以便同时适应预期寿命的延长，劳动力市场和性别角色的变化。”

到目前为止，最紧迫的需要是“在绝大多数发展中国家向老年人提供更大的收入保障。”本报告探讨了两种选择：一种是由政府出资的非缴费型养老保险，是向达到一定年龄的所有居民提供的普惠计划；另一种是以参保劳动者的收入为基础的缴费型养老保险。

非缴费型养老保险在预算资金少、税收制度通常薄弱的发展中国家遇到了许多障碍。然而，国际劳工组织坚持认为，“只要确定的领取养老金的年龄足够高，此类计划的支出就不会过高。”此类计划提供的待遇普遍很低，尽管不可能替代工作时的收入，“但对受益者而言仍很重要”。

在南非，养老金采用根据经济情况调查结果进行支付的方式，主要对象是年满 60 岁的妇女和 65 岁以上的男子，最高给付额为相当于 100 美元的南非兰特（约为制造业平均收入的 10%）。虽然养老保险最初是为社会中一小部分人设计的，主要是贫困的白人，但现在已不再与种族挂钩，即使农村地区，也已通过最新的现金提取机和保障技术广泛发放养老金。

虽然向所有达到领取养老金年龄的居民发放养老金的普惠计划增加了政府的开支，但确实有其优点，包括行政管理便利，能赢得社会各方的政治支持，以及高水平的公众信心。

缴费型养老保险计划一般不覆盖没有工作收入的人员和许多有工作但不愿意缴纳社会保障费的人员。国际劳工组织认为，“许多发展中国家社会保障计划的管理十分薄弱，甚至连法律规定应予覆盖的有限工人群体也难以保证令人满意的缴费率。”

强制性退休储蓄计划最近受到较多关注，但同其他缴费型计划一样，它们也有覆盖面有限的问题。

题。更重要的是，这种计划的待遇水平不可预测。由于妇女的预期寿命更长，给付她们的养老金往往更低，而且这种计划的行政管理成本特别高。报告指出，在一个拉丁美洲国家参加此种制度的工人，平均每储蓄一美元就要支付 36 美分行政管理费，对收入较低者来讲，负担甚至更重。虽然存在这些问题，拉丁美洲和中、东欧各国在国际金融机构的鼓励下，还是采用了强制性储蓄计划。

尽管在绝大多数国家“私营职业年金在提供退休收入方面起的作用很小”，但工业化国家越来越多地采用“公共—私营”混合型养老保险方式。这种计划在十几个高收入国家确实起着重要作用，特别是在日本、荷兰、英国和美国。但即使在这些国家，私营年金对绝大多数退休者来说，仍然没有社会保障待遇重要。一些国家，如瑞士，这种计划则成了对覆盖所有雇员社会保障计划的强制性补充。

在绝大多数国家，养老金是社会保护支出的最大项目，一般超过医疗保险开支的数额。但各国养老保险占国民生产总值的比例有很大差别。几乎在所有国家，随着领取养老金人数的增长和待遇的提高，养老保险计划逐渐进入成熟期。由于出生率下降和寿命延长，人口正在老龄化。

为了谋求养老保险制度的承诺与其可供使用资金之间的平衡，目前正在研究一些改革方案，包括：提高缴费率；降低津贴水平；修改领取待遇的条件，如提高领取养老金的年龄，或要求达到一定的缴费年限，或采用经济状况调查的方法。

国际劳工组织认为，在改革计划中应特别关注的是养老保险与性别的关系。许多达到退休年龄的妇女只享有很低的或甚至是根本没有养老金，因为她们从事的职业是不付报酬的工作或其他相关的原因，如很多女性从事边缘化、临时性或非正式性质的工作。

尽管社会保护制度依旧将从事无收入职业的人作为挣工资者的家属对待，但国际劳工组织的报告援引了各国采取的不同措施，旨在加强对从事无收入工作者的社会保护，这些人绝大多数是妇女。包括德国、挪威和瑞典在内的一些欧洲国家，退休金账户中从事护理活动期也记作缴费期。在爱尔兰和英国，一种叫做家庭责任保护的程序在计算养老金待遇时对低收入年份给予补偿。在包括美国和绝大多数欧盟成员国在内的许多国家，已废除了社会保障制度中支付遗属津贴时存在的性别歧视。

国际劳工组织的分析结论是，虽然老年收入保障对妇女产生的问题常常大于男子，“男女待遇平等正被逐步引入社会保护法律”。但前面的路还很长，平等有时使妇女遇到更多的麻烦。

面对日益成熟的养老保险计划，国际劳工组织认为应谨慎对待“用私人管理的强制性退休储蓄制度替代社会保险的激进改革”，坚持认为“此种制度作为一种补充可能被证明比替代社会保险更为有效”。

国际劳工组织的报告指出，“政府应认识到，他们也有责任向没有其他收入的老年人提供最低社会福利，政府应提供一种框架，使人们能够自己为老年做补充保险”。

国际劳工组织的分析结论是，“缴费型社会保障计划作为大多数国家工人退休收入的主要来源仍是最适合的做法。”报告认为，关键需要优先考虑的是扩大养老保险的覆盖面和改善管理。



失业保险制度：少数失业者而且事实上贫困的劳动者没有人从中受益

在全球 1.5 亿失业者中，从失业保险中受益的不超过 1/4。其中绝大多数是正规部门有工作合同的工人。但对于在农村或城镇非正规部门工作的劳动者——贫困的工作者来说，包括 7.5 亿至 9 亿失业人员，几乎没有任何形式的保护……

有幸被失业保险制度覆盖的工人主要集中在工业化国家，它们可以被分为高或中等失业保护两种类型。《2000 年世界就业报告》指出，“最慷慨的失业保护制度”在奥地利、比利时、丹麦、芬兰、法国、德国、冰岛、卢森堡、荷兰、挪威、葡萄牙、西班牙、瑞典和瑞士。

在上述国家，“失业保护包括不同层次的津贴”。第一也是最重要的保护为在失业初期支付的失业津贴，“平均净替代率超过全国平均收入的 60%”，这些高保护水平国家的津贴水平大大高于另一保护类型的国家。此外，高保护水平国家还有第二层次的失业津贴，通常叫失业补助，受益对象包括那些享受失业津贴期限已过的工人，在他们进入待遇稍低的社会救济计划之前提供一段宽限期。

澳大利亚、加拿大、爱尔兰、日本、新西兰、美国和英国属于报告确定的“中等保护制度类型”。在这些国家能领取失业津贴的失业人员更少，津贴标准也比第一类型的国家要低，“净替代率从 23%（新西兰）到 58%（加拿大和美国）不等”。在加拿大、英国和美国，“支付失业津贴的期限更短，短于 12 个月”，在两个北美国家，没有第二层次的失业补助。

中等保护水平制度国家的法律“显然很少或没有提供法定就业保护”，招聘和解雇“相对更少受到法律的限制”。

“由于不断增大的资金短缺和各种出版的研究成果（……）都将失业率同失业津贴这一变量相联系，90 年代几乎所有经济合作与发展组织国家^{*}都削减了失业保险制度提供的保护”。报告指出，今天在欧洲“减少保护性劳动力市场政策的分量，增加积极政策的分量已成为工作日程的优先重点”。进一步严格享受津贴的资格条件，缩短享受津贴的期限，降低替代率，并加大力度通过积极的劳动力市场政策帮助失业人员重新就业。面对有时被称为“工作福利”的发展新趋势，许多国家规定领取津贴须满足一定的条件，须参加培训、接受失业津贴管理部门认为适合的工作或证明在积极寻找工作。

^{*} 经济合作与发展组织由 29 个国家组成：澳大利亚、奥地利、比利时、加拿大、捷克、丹麦、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、冰岛、爱尔兰、意大利、日本、韩国、卢森堡、墨西哥、荷兰、新西兰、挪威、波兰、葡萄牙、西班牙、瑞典、瑞士、土耳其、英国和美国。

中、东欧

对中、东欧多数国家来说，1989年以前失业一词实际上不为人所知。在失业率依旧很低的经济转轨初期，该地区许多国家建立了“基金，提供失业津贴和劳动力市场支持”。在保加利亚、匈牙利、波兰和斯洛伐克，日益增长的失业很快就使这些制度捉襟见肘，“导致严格资格条件，降低替代率，缩短领取津贴期限和降低受益率”。报告指出，这“造成了部分失业人员日益贫困”。

在该地区，“领取失业津贴或社会救助的失业人员不会超过一半”。根据作者引用的一项研究，1991年至1995年间，“失业津贴受益人的比例在保加利亚从80%下降到了40%，在波兰从75%下降到了55%，在斯洛伐克从82%下降到了27%”。

报告强调指出，面对持续的经济困难，在本地区一度得到青睐的提前退休和残疾计划“不再是解决问题的办法”，“从长远来看，这两种办法的代价都比失业保险计划高，而且会造成雇员退出生产性工作”。

“由于过去的社会主义背景”，中、东欧国家的就业保护法律一般比较严格。但报告同时还指出，“情况正在发生变化，在有些国家变化很大，正在修改法律放松招聘和解雇的程序”。此外，“在工会力量较弱的日益迅速壮大的私营部门”，还缺乏实施就业保护法律的有效手段，“在这一部门许多工人并不知晓自己的权利”。

拉丁美洲和加勒比地区

大多数拉美国家“依靠就业终止补偿计划”向失业人员支付一次性津贴，“以帮助他们渡过失业期”。报告指出，近年来作为对离职计划的补充实施了失业保险方案，但资格条件依然“限制严格”。建筑、家政、农业和青年工人等最弱势工资劳动者通常被排斥在外。“在墨西哥，计划对象仅限于60~64岁的工人”。

该地区的津贴替代率为工资的40%~80%。在阿根廷和智利，津贴“随失业期的延长而逐步降低”，享受津贴期限从4个月到1年不等。

近年来，工作重点越来越放在通过加强空缺岗位和短缺技能信息沟通、便利工人流动、管理培训计划和提供工作补贴来发展为失业人员的就业服务上。90年代采用此类积极的劳动力市场政策的国家有：阿根廷、巴巴多斯、巴西、墨西哥、秘鲁和乌拉圭。

亚 洲

国际劳工组织的报告指出，到1998年亚洲有四个经济体——中国、蒙古、韩国和中国的香港“建立了某种形式的失业保险计划”。津贴水平一般不高，只有香港是全覆盖。在韩国，“只覆盖一半的劳动力”，“而在其他地方则只覆盖正规部门的少数雇员”。

在孟加拉国、印度和巴基斯坦，由雇主责任计划在终止雇用时向工人支付离职或下岗费，但“只有效覆盖少数如正规部门大型企业的雇员”。

韩国的失业保险计划建立于 1995 年，为了解决亚洲金融危机造成的大量失业人员问题，1998 年得到迅速发展。报告认为这次发展“是政府和雇主组织所做让步的一部分，目的是要换取工人组织对修正法律的支持，以方便在特定的情况下解雇雇员”。确定的失业津贴为失业前一个月工资的 50%，但不得低于最低工资的 70%。享受津贴的期限根据解雇时的年龄和参保期限而定。

报告认为，“最近的金融危机清楚地表明失业保险计划在应对因失业急剧增加造成的难以接受的生活困难时，发挥了实质性的作用”。

国际劳工组织 1998 年在泰国开展的一项可行性研究估计，“一个支付期限为 6 个月、津贴标准为失业前工资的 50% 的失业保险计划，第一年所需缴费率为工资的 2.5%，但到第 7 年将降至 0.6%”。国际劳工组织认为，“这种水平的缴费率能保证有一定的结余基金，可以满足支付一年津贴所需”。

针对工作穷人的收入保障

报告认为，“失业保险的最大优点是能提供收入保障，有利于保障消费和有效地寻找工作”。尽管这符合中高收入国家的情况，但是对于发展中国家的穷人来说能设计何种收入保障呢？

国际劳工组织的报告认为，一般来讲多数人可以从就业密集型基础建设计划的临时就业中获得帮助，“如养路，垦荒，修建小型堤坝，挖井，修建灌溉、排水、排污工程（……）学校和保健中心”。报告认为此类计划的规模“可能会令人吃惊”。在印度，收入创造计划提供的就业岗位“1995 年达到 10 亿个工作日，覆盖到全国 350 个欠发展地区中的 123 个地区”。在孟加拉、加纳和马达加斯加也有类似的计划，在玻利维亚、智利和洪都拉斯计划的规模则要小些。

现在在博茨瓦纳、肯尼亚、坦桑尼亚和南非有一些国际劳工组织资助的就业密集型计划，其他讲法语和葡萄牙语的非洲国家则得到了世界银行的资金支持。

报告认为，“就业密集性计划的一个明显特征是自己选择参加计划的穷人，从而避免了其他社会救助机制所特有的行政安排昂贵和繁重的问题”。由于计划支付的工资低，“只有低收入家庭技能较差的工人”才感兴趣。许多研究表明这种有针对性的方法“更加有效”，“而且比没有针对性的食品补贴对穷人更有效果”。

国际劳工组织的报告指出，此类计划提供的就业“可以较好地予以组织，以保证工人每年能获得一定天数的就业”，从而为受益人提供一些收入保障。不过，报告现在也承认在印度之外，成功的例子很少，印度是 1977 年开始实施此类计划的。

还需要了解不同方法的有效性和生命力。国际劳工组织的“社会经济保障国际重点计划”在该领域启动了一个深入研究项目。



医疗保险：体面劳动的关键？

国际劳工局局长在向 1999 年国际劳工大会提交的报告《体面的劳动》中指出，“更健康、受到更好教育和具有更高技能的人口是迈向更高生产率和更好生活的通途。”但是，在缺乏健康劳动力的情况下，怎样才能实现体面的劳动呢？长期以来，国际劳工组织对改善职业卫生——在岗和非在岗的卫生，给予了巨大的关注。近几十年来，医疗费用的增长不仅对个人产生了影响，而且给社会保障制度造成了资金困难，威胁挤占其他支出特别是收入替代津贴方面的支出。《2000 年世界劳动报告》介绍了政府如何才能确保所有人员获得医疗保险，并保护个人免遭较差的卫生条件对收入保障带来的不利影响。

尽管在过去几十年医疗和卫生服务取得了重大进步，但穷人和富人在医疗保险上的巨大差异依然存在。随着人口的增长，这种不平等也明显增加。今天，尽管经济全球化创造了大量的财富，但就获得体面的医疗保险的不平等、日益增长的开支和较高的患病率和死亡率而言，穷人还承受着特别不相称的社会负担。

研究表明在各年龄段穷人的死亡率都高于富人，婴儿和儿童时期的差异尤其明显。对生活在 20% 最富国家的人口和 20% 最穷国家的人口比较表明，0~4 岁，穷人的死亡率是富人的 9 倍，5~14 岁为 10 倍；15~29 岁为 3.9 倍，年龄越大差异越小，到 70 岁或 70 岁以上，这种差异降为 1.4 倍。

仔细考察发展中国家的情况表明，从各年龄段和死亡原因看，分年龄别死亡率穷人都高于富人，只有死于肿瘤（癌症）的情况例外。穷人的传染病和孕期并发症的死亡率尤其偏高。

医疗保险和其他社会津贴

医疗保险津贴和其他社会津贴之间有很重要的区别。医疗保险津贴是实物津贴，比从其他社会保护中转移现金更复杂。对认为有必要向以前没有定期收入者提供现金津贴这种观点可以提出质疑，但就医疗保险而言，这是无需争论的。不管他们收入和/或以前的保险和就业状况如何，病人都需要服务。报告认为“人们对医疗服务的需求是由他们的健康状况决定的”。

社会保护面临的一个巨大挑战是提供充分的保健。发达国家的人口享有几乎是普惠的由第三方资助的医疗保险。在爱尔兰、北欧国家、南欧和英国，国家医疗服务的资金来源是国家税收。但在大多数中低收入国家，全民覆盖是少有的。有些国家甚至未能改善基础医疗建立必要的基础设

施。例如，在孟加拉国农村，已具备足够为所有人口提供基础医疗保健的设施，但服务质量问题未得到解决。在另一些国家，还有资金不足、医疗保健设施区域分布不平衡和边远地区缺乏训练有素的医务人员等问题。例如，在韩国的首都每 1 000 居民拥有 91 位医生，而在农村地区只有 12 位（见下表）。政治因素和私营部门倾向于只为高收入群体提供服务也会造成差异。

90 年代初部分拉美国家服务最好和最差地区的医疗保险覆盖率

国家	覆盖率（最好地区）	覆盖率（最差地区）
阿根廷	100	6
智利	95	39
哥斯达黎加	100	54
厄瓜多尔	20	3
墨西哥	100	17
巴拿马	75	11
秘鲁	27	3
乌拉圭	68	17

其他问题包括服务机构分散和官僚机构臃肿等。在墨西哥，只要按年度名义收入缴费，非正规部门的工人就可以享受社会医疗保险保护，但是在宣传介绍该计划上存在的问题以及官僚制度上的障碍，限制了人们参加这种本来很有利的计划。

这些因素通常会对文盲和非正规部门工人等弱势群体造成最不利的影响。在一些国家，文化和语言（包括移民和少数民族）可能会给医疗服务造成额外的障碍。在美国的罗得岛州，1990 年的一项研究发现不同少数群体在获得服务上存在很大的差异，西班牙白人（大多是非合法移民）比非西班牙白人和黑人更有可能缺乏正常的医疗保健渠道。同样，在澳大利亚的拉美女难民据称也存在文化障碍，从而限制了她们获得医疗服务。

在低收入国家，已发现难以获得生育和儿童保健服务是生育率和儿童死亡率高的一个重要原因。一项 1998 年在玻利维亚、埃及和肯尼亚的研究发现，妇女能否获得这些服务很大程度上受到她们的教育水平和农村/城镇状况的影响。

最后，就业的不规范和收入模式也起了关键作用，如果是在非正规部门就业、自谋职业或工作不规范，则纳入医疗保险的情况少。考虑到要从这些不规范就业者那里收取保费存在行政困难，上述情形是可以理解的，但是，正是这些收入不规范者需要保护以免遭因生病带来的额外风险。

医疗保险服务筹资

国家的医疗筹资模式不仅影响个人的健康状况，而且影响个人的收入保障。个人医疗保险采用的筹资体制很多，但公共医疗服务一般由政府出资，并且由政府控制的系统来提供。根据不同的机制还可以获得个人医疗保险，政府、社会和私营保险计划、外国捐款者、非政府组织、社区、家庭和个人都有不同程度的资金参与。

尽管人们一般认为在医疗方面的费用越高间接表明卫生状况越好，但从整个人口有效利用个人医疗服务来看，情况并不一定是这样，上面引述的美国的例子就是证明。不过，总体消费水平的下降一般表明医疗质量的下降。在欧洲许多前社会主义国家，转轨初期人均实际卫生消费指数大幅度下降了（匈牙利和捷克共和国例外）。以 1990 年的指数为 100，1993 年实际人均卫生消费阿尔巴尼

亚为 37.7，立陶宛为 44.9，斯洛文尼亚为 98.2（从 1991 年的 65.7 攀升），土库曼斯坦为 42.2。在捷克共和国和匈牙利，实际人均卫生消费从转轨开始则一直稳步上升。

为个人医疗服务提供资金的三个主要机制为税收、保险（社会、私营和其他形式，包括微型保险）和非保险基金制度。

税收型制度包括直接税（比如所得税）、间接税（比如增值税）、专项税，或其他政府收入来源。在税收总负担相对较低的地区，如拉美，增加利用税收的余地还是很大的。在美国，税收型筹资在理论上讲——但从政治上讲不一定——会对医疗保险制度增加交叉补贴的可能。

保险型的计划，即投保人向保险公司或基金缴纳保险费，换取获得待遇确定的权利，是医疗服务筹资的另外一种方式。在一些国家，单一的社会保险计划覆盖所有人口。而在其他国家，国家医疗保险体系则由许多独立的计划组成，比如在德国，存在 1 000 多种不同的基金。在德国，社会医疗保险计划，从俾斯麦首相第一次实施此类计划以来，有的已有 100 多年的历史，涉及向独立于普通政府税收的机构缴纳强制性的和收入相关联的保险费。

社会医疗保险计划至少在 13 个非洲国家为很大比例的人口提供医疗待遇，包括肯尼亚，其覆盖率为 25%。主要亚洲国家（印度、印度尼西亚、菲律宾）的社会医疗保险计划，覆盖了千百万工人及其家庭成员。韩国于 1977 年在小型保险计划的基础上建立了社会医疗保险制度。泰国是最近建立社会医疗保险计划的国家之一。社会和私营混合医疗保险体系则有诸如津巴布韦和南非的医疗援助协会，或美国的做法。在美国，保险大体上是私营的，但像医疗和医疗援助这样的社会保障计划则覆盖了所谓的高风险群体——老年人、残疾人和贫困人口（在美国，没有私营保险，也没有资格享受医疗或医疗援助的人仍然没有被任何计划所覆盖：1997 年，有 4 300 多万人，或 16% 的人口，没有医疗保险）。

微型保险提供了一个补充性的战略，以使那些因为许多原因而被排斥在计划之外的人能公正地获得医疗服务，这些原因包括治疗和药品费用昂贵、暗中交易和交通费用，尤其是从农村地区往返的费用。最近，孟加拉国、贝宁、布基纳法索、喀麦隆、科特迪瓦、加纳、几内亚、印度、黎巴嫩、马里、摩洛哥、尼日利亚、菲律宾、塞内加尔、坦桑尼亚联合共和国、多哥、突尼斯、乌干达和拉美的几个国家建立了微型保险计划。在其他国家，这些基层机构则组成了联合体，如在阿根廷、马里、塞内加尔和乌拉圭。

其他筹资形式包括医疗储蓄账户，即存储收入的一定比例用于医疗和个人用费。在有些国家，如马来西亚和新加坡，医疗储蓄账户在筹集基金和改变支付医疗费用的时间方面发挥了作用。在中国，各地适用于城镇职工的计划也对账户的使用进行了探索。不过，由于治疗费用高，这种储蓄通常是不够的，从社会整体角度来看，在大多数国家，这种筹资方式效率不高。

20 世纪 80 年代以来，很多发展中国家引入个人用费，作为医疗筹资的另一种方式，以对公共开支下降作出回应。中非共和国、刚果民主共和国、加纳、洪都拉斯、牙买加、利比里亚、秘鲁、塞内加尔和乌干达将其作为结构调整计划的一部分，认为它能扩大服务的覆盖面，促进适当使用医疗服务。在其他国家，如玻利维亚、多米尼加共和国和萨尔瓦多，因为持续的费用危机，个人用费的运用更多地是在地方采用。根据世界卫生组织和联合国儿童基金会倡导的“巴马可举措”，一些国家引入了个人用费做法，力图提供可持续的初级医疗服务并提高质量，它们是贝宁、几内亚、喀麦隆、尼日利亚、塞拉利昂和一些亚洲国家，主要是越南。有些国家，如加拿大和丹麦，国家或地方医疗计划不予报销的费用可由职员或私营保险计划支付。个人用费也有不利的一面。在加纳和扎伊尔等国家这种方法使人们减少使用医疗服务。在美国和其他经合组织国家，以及在发展中国家的研究表明，个人用费方法对生病穷人的健康不利影响最大。相反，在喀麦隆，根据“巴马可举措”引进了个人用费方

法,那里的研究表明,如提高质量与引入个人用费方法同步进行,则会增加对健康中心的利用。

一些低收入国家依旧依赖于外部基金作为医疗保险的筹资渠道。全球卫生部门由外部或外国提供资金的比例从 1970 年的 0.5% 上升到了 1990 年的 3.0%。1990 年,大多数撒哈拉以南的非洲国家至少 25% 的医疗服务资金来源于外部。在加纳,1992 年向卫生部门提供捐款者有 199 个。最近几年,外部筹资的性质发生了变化,总的支持水平下降了,并朝着向受援国政府提出特定条件的方向转变。在 1995 年至 1997 年间,阿根廷收到了世界银行 3.5 亿美元贷款,用于医疗保险改革,1.01 亿美元用于省级卫生部门建设,美洲洲际银行提供了 1.5 亿美元贷款用于全面改革政府资助的服务。遇到经济危机、自然灾害或战争时,为了克服短期资金短缺,外部筹资也是很常见的。

医疗保健筹资的改革趋势

卫生筹资改革源于两种推动力:一是对一种观点作出回应,该观点认为,在医疗保健方面,市场使经济中资源配置的总效用最大化的能力没有得到应有发挥。人们相信,这一点可以通过将医疗服务部门市场化加以克服,通过向医疗提供者和病人提供微观经济鼓励措施,提高他们的费用意识。第二种办法是建立规章以保证适当的人消费适量的医疗服务,或规范服务或商品价格。为此,使用了所谓的传统手段,比如,通过严格颁发经营许可证程序或简单削减服务提供者的收入等方法来限制提供的医疗服务。

例如,美国的私营保险公司通过将购买者职能与提供者职能相结合的方法,对提供医疗服务给予了更多的控制。这种有“管理的”医疗服务在美国增长迅速,在 1980 年到 1995 年间增长了 14 倍,覆盖了 1.41 亿多人。这就使得保险提供者能与医疗提供者就大量服务下的价格优惠进行谈判,指定其中某些服务提供者作为“看门人”,其主要作用就是减少使用昂贵的特殊医疗服务。

不过,卫生部门的改革并没有阻止医疗费用的上升,从绝对值和占国民生产总值中的比例来看都是如此,尽管增长率在经合组织国家从 80 年代开始减慢。在其他地区(比如中欧和东欧国家)卫生支出下降只是政府财政萎缩的反映,因为不能筹集到足额资金以支持体面的医疗体系。另外,医疗产品和服务的价格几乎在所有地方都提高了,表明随着社会或社会中的群体变得更加富有,医疗消费也会上升。

结 论

对人们来说,最重要的是能获得支付得起的医疗服务,以保护他们的健康,而不会使他们的经济崩溃。占主流的卫生部门改革常常忽视这一简单的事实。相反,最近大多数卫生部门改革集中在两个方面:科学提高医疗干预的质量和遏制医疗服务的总支出。

医疗服务筹资的成功办法可能是将不同的计划结合起来,包括新的和更传统的战略。它们应回应不同层次的需求和可能获得的资源,并考虑各国更为广泛的文化、经济、政治和历史背景。只要社会上存在较大的收入差距,就很难保证所有人都得到同等质量的医疗服务,医疗服务的多元化是一种现实,国家医疗政策和社会政策制定者都必须考虑到这一点。保证每个人都享有医疗最终是国家政府的责任。使用怎样的措施组合——公共的、私营的、合作社或基层的——是其次的,只要这种组合作为一个整体能真正做到人人都能获得医疗服务。



主要政策结论：社会保护网 需要扩大、加强

国际劳工局在其《2000 年世界劳动报告》中指出：“在许多发展中国家的绝大多数人口，包括非正规部门的工薪人员和自营就业者，没有任何社会保护。”该报告强调说，“主要焦点应该是扩大覆盖面”，以覆盖这些工人。

报告注意到千百万在非正规部门的劳动者“收入很低，向社会保护计划缴费的能力极其有限。”他们不可能从微薄的收入中省下太多的钱来缴费，因而不能享受医疗保险、养老保险等社会保护计划。他们也不愿意或者不能够从社会援助计划中得到帮助。

国际劳工局指出，对于低收入的发展中国家来说，“应该优先考虑为满足非正规部门工人的需要而特别设计的计划。”在此种努力中政府的支持是“不可缺少的”，可能的起点是扩大法定社会保险计划使其“覆盖更多的人——可能的话，覆盖所有的工人。”

实现此目标有三个选择方案，包括扩大现有的计划覆盖面、为非正规部门的工人创建新的计划、制定以税收为资金来源的社会津贴制度。

对于第一个选择方案，扩大现有计划的范围，报告建议说：“正规就业的没有被覆盖的工人是纳入计划的很好人选，其次是临时或间歇性工人。雇主缴费有保障的其他工人，如家庭工和家庭服务工人，也可以成为扩面的对象。”

将自营就业工人纳入此类计划很复杂，“因为他们中的许多人对主要的社会保障计划并未准备好或者还不能既缴纳工人，又缴纳雇主的两份费用。”为此，优先重点应该是为正规部门以外的工人制定（资金自筹的）社会保护计划。这些计划称为“微型保险”，已经有一些工人组织制定了这样的计划，通常得到了外部组织的支持，如非政府组织和工会。

政府和社会保障机构可以通过“为资金自给的计划创造法律和制度环境，促进透明的、参与性的管理结构”，以及提供技术援助，给它们予以支持。

以税收为资金来源的社会福利是扩大社会保障覆盖面的另外一种途径。根据国际劳工局的分析，“作为解决覆盖面不充分的一种办法，从定义上讲，全民计划是理想的解决方法。”其例子包括国家医疗服务、全民养老保险和儿童津贴计划。

报告警告说，考虑到公共财政严重短缺，“许多发展中国家没有资金或税收来支持一个全面的社会援助制度。”为此，“他们还可以考虑其他反贫困计划，比如公共就业计划和食品安全措施，