



艾伦·克拉特(美) 著

社区福利与公共福利

公共保障系统管理：
理念、模式和准则之完善

Administration of Public Systems of Care:
Philosophy, Models,
and Guidelines for Improvement



NORTHEAST NORMAL UNIVERSITY PRESS

东北师范大学出版社

WWW.NENUP.COM

社区福利与公共福利

公共保障系统管理：
理念、模式和准则之完善

艾伦·克拉特(美) 著

麦哲伦国际公司译

东北师范大学出版社

长 春

图书在版编目(CIP)数据

社区福利与公共福利 / (美) 克拉特著; 麦哲伦国际公
司译. — 长春: 东北师范大学出版社, 2008. 9
ISBN 978 - 7 - 5602 - 5467 - 8

I. 社… II. ①克…②麦… III. 社区-社会福利-研究
IV. C913.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 143752 号

☐责任编辑: 魏芳华 ☐封面设计: 张 然
☐责任校对: 刘 芳 ☐责任印制: 张允豪

东北师范大学出版社出版发行
长春市人民大街 5268 号(邮政编码: 130024)

销售热线: 0431—85687213

传真: 0431—85691969

网址: <http://www.nenup.com>

电子函件: sdcbs@mail.jl.cn

东北师范大学出版社激光照排中心制版

长春市永昌印业有限公司印装

长春市义和路 25—1 号 邮编: 130021

2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 次印刷

幅面尺寸: 148 mm×210 mm 印张: 7.75 字数: 215 千

定价: 20.00 元

序

能够给艾伦·克拉特先生的经典之作《社区福利与公共福利》写序，是我感到非常荣幸的事。这部著作我几乎是未曾间断地读完的，我放下了原来的读书计划而聚精会神地读每一页，深深地为其中的精辟论述和观点所折服。

我和艾伦·克拉特先生相识缘于 ACA 与长春大学特殊教育学院合作完成“对残疾人及其他特殊人士援助体制改进的项目”。艾伦先生的敬业精神和处理复杂事务所表现出来的睿智给我留下了极深刻的印象。他对公共事业的深入研究和先进的理念使他将项目设计得非常完美，从国际主义的角度出发，他的视角已转向了发展中国家的公共事业，立意帮助发展中国家在残障人及特殊人士的公共福利方面快速发展。他不辞辛苦奔波于美国和中国的很多地区考察调研，设计项目寻求支持，同时又著书立说帮助立志公共福利的青年和残障人工作者更专业地和更有能力地从事他们选择的职业。将这部字里行间浸透着心血的著作《社区福利与公共福利》译成中文版与大家共享。

《社区福利与公共福利》引证了美国社会和政府方面的大量数据及在改进需要帮助的人士的援助体系案例，将历史的和现实的精神结合起来；将美国及有关国家和地区的先进做法介绍给读者。此书的观点明确，论证充分，适用性非常强，是不可多得的好书。正是基于这种认识，我向读者推荐本书。

中国·吉林省残疾人联合会主席团副主席

长春大学特殊教育研究所所长

王爱国

2008年7月于长春

简 介

艾伦·克拉特的大作客观评述了美国的公共保障系统，对美国公共保障系统政策、程序和实践进行了全面、直率的回顾。他说，“美国财政政策走的是一条不可持续之路”。根据克拉特的说法，目前仅医疗保险、医疗补贴和社会保障权益计划就占联邦支出的40%强，而且还在增加。

本书绝非简单的国家政策分析，它亦是一份出色的参考文献——包括详细的术语定义和组织章程。此外，克拉特还为我们提供了一个宝贵的“工具箱”，阐明了具体的方法、策略和战术，用于解决保障系统面临的复杂问题。

他的“六个重点”结构植根于日常观念、实用策略和经过时间检验的最佳实践。克拉特的解决之道先强调更好地为人民服务；其二，更好地规划与管理；其三，问责；其四，平衡；其五，完善决策；其六，避免冷漠与腐败。

艾伦·克拉特支持的模式基于以下两点：其一，将保障系统错综复杂的职能与政府实体整合在一起；其二，使与问题联系最近的相关方有权参与实施方案的制定。

医疗保险与权益计划的支出快速增长，成为全国从业者的主要负担，并不断威胁经济稳定性。我们期待着克拉特的新作。他提供的新思维、新方法触及与每位公民息息相关的福利部门。

克拉特对保障系统深刻的政治本质所作的评述令人耳目一新，为之一振。值此美国总统大选白热化阶段，政府官员考虑克拉特的观点实为明智之举。政府的过失——特别是健康保健，已是多年沉痾。全世界各个国家的领导人都会从克拉特的作品中获益。

致 谢

我对帮助我将此书的中文版呈现给中国读者的所有人表示感谢。并特别感谢以下人员：

✍ 我富有思想的助手李丽杰和赵曦，他们确保了本书所要表达的内容和原意在翻译过程中得以全权保留，忠于原作。

✍ 我的女儿凯西，她准备了用于翻译的原稿。

✍ 完美，富有热情的挚友李建伟，她的建议和关心帮助我了解现代中国的许多现状。

✍ 我富于智慧的朋友赵广波，他在中国语言、历史和文化方面的深厚造诣帮助我更好地做到了“入乡随俗”。

前 言

中共中央主席胡锦涛在中国共产党第十七次全国代表大会的主题讲话中提出要“扭转收入分配差距扩大趋势”，特别关注加强社会福利援助，尤其要重视关键性的社会福利事业和公共健康问题，包括但不限于：

✎ 加速健全社会保障体系的发展，该体系建立于社会保险、援助和福利之上，其中基本养老保险金、基本医疗卫生服务和最低生活保障是重中之重，并且该体系由慈善团体或商业保险所补充；

✎ 改善廉租房制度及加快解决城市低收入家庭的住房困难问题；

✎ 坚持公共医疗卫生保健服务的公益性质；

✎ 关注社会发展，尤其重视改善民生问题，同时确保全民享有教育、工作、医疗、养老保障及住房的权利，并藉此建立和谐社会；

✎ 深化财税、金融等体制改革，推进基本公共服务；

✎ 合理的收入分配制度是社会公平的重要体现。^①

中国领导层早已认识到建立综合社会福利体系的必要性，其领导层人员及国际社会也一直强调此问题。例如，2000年2月，来自中国民政部的消息谈到了日益增长的社会保障服务方面的需求与日

^① 来自人民网和美国国会研究机构的报告。

渐紧缺的现有福利服务供给之间存在尖锐矛盾的问题。据统计, 2000 年初, 中国社会福利只能满足全国 5% 的需求。

尽管中国政府在积极促进社会福利事业的发展, 通过各种渠道为老年人、孤儿与残疾人筹集资金以提供社会福利方面一直不遗余力, 但是, 为了使中国公共福利体系能达到稳定及可持续发展, 以及公共福利系统的益处可以达到可预知和合理统一的程度, 中国还有很长的路要走。例如, 统计数据表明, 年龄大于 60 岁的中国老年人数已 超过 1.26 亿, 占全国人口 10%。据预计, 该数字将于 2025 年达到 2.8 亿, 占据全国人口 18%; 2050 年将达到 4 亿; 这将大大削弱家庭对老年人赡养的传统功能, 并且急剧增加对老年人的社会扶助需求。

为了能够合理解决公共福利的问题, 中国应在以下几个关键问题上着手:

- ✎ 在提供公共福利援助方面, 务必使各级政府机构做到制度化、标准化;

- ✎ 在公共福利项目管理方面, 务必建立有效的政府管理模式;

- ✎ 务必确定并执行合适的公共福利援助工作的指导方针;

- ✎ 在确定权利及酌情享受公共福利项目的范围方面, 务必做到公开、统一, 不得因人而异;

- ✎ 务必确定为公共福利项目提供资金的职责;

- ✎ 务必发展并贯彻公共福利项目资金分配的原则;

- ✎ 在政府参与公共福利筹集资金时, 务必使政府参与制度化;

- ✎ 务必确定特殊群体与优先群体;

- ✎ 务必确定优先提供资金及紧急资源分配的特殊计划、项目和措施;

- ✎ 务必确定政府收入来源及是否可能用于资助公共福利体系。

中国国家统计局汇编的现有信息的分析表明,人口基本状况存在不平等的现象,在全国范围内提供公共福利援助方面也有诸多异常。同样,通过表 A 与表 B 的数据对比,可得到如下结果:^①

表 A 华东、华中、西部及东北地区农村家庭的基本状况 (2005 年)^②

项 目	地 区			
	华东	华中	西部	东北
人均年收入 (元)	6 226.58	4 051.78	3 646.02	5 783.68
人均年开支 (元)	5 095.32	3 518.26	3 447.80	5 578.19
收支平衡 (元)	1 131.27	533.52	198.22	205.50
剩余收入与人均 收入的比例 (%)	18.17%	13.17%	5.44%	3.55%
现金支付的医药及 医疗服务费用 (%)	7.08%	7.60%	8.85%	10.14%

表 B 华东、华中、西部及东北地区城市家庭的基本状况 (2005 年)^③

项 目	地 区			
	华东	华中	西部	东北
人均年收入 (元)	14 584.60	9 393.22	9 418.36	9 295.57
人均年消费 生活开支 (元)	9 922.42	6 540.92	6 963.54	6 835.46
收支平衡 (元)	4 662.18	2 852.30	2 454.82	2 460.11
剩余收入与人均 收入的比例 (%)	31.97%	30.37%	26.06%	26.47%
现金支付的医药及 医疗服务费用 (%)	7.16%	7.26%	7.49%	10.05%

- ① 应注意,此处所反映的农村与城市家庭费用为《2006 年中国统计年鉴》中所采用的数据,可能不具备完全的对比性。
- ② 根据由中华人民共和国国家统计局编写、中国统计出版社出版的《2006 年中国统计年鉴》10—28 (第 376 页) 和 4—1 (第 99 页)。
- ③ 根据由中华人民共和国国家统计局编写、中国统计出版社出版的《2006 年中国统计年鉴》10—8 (第 352 页) 和 4—1 (第 99 页)。

✎ 2005 年，华东地区城市家庭的人均年收入是同地区农村家庭的 2.34 倍。对于华中地区，该比例为 2.32；西部为 2.58；东北为 1.61。这反映中国四大主要地区城市与农村收入严重不平衡的关系。

✎ 在这些区域中，华东地区的收入水准最高（包括城市与农村）。图 I 深入揭示出收入水平的不平等情况。

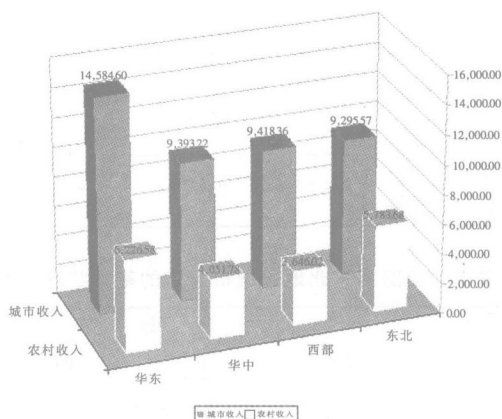


图 I 平均收入水平的差异

✎ 收支平衡（收入减去支出）表现出令人吃惊的差距，东部城市家庭竟为西部农村家庭 23.5 倍。同时，全国城市家庭剩余收入与总收入的比例跨度相对较小（31.97%—26.06%），而农村却显示出极大的差距（18.17%—3.55%）。

✎ 现金支付的医药和医疗服务费用占据了收入相当可观一部分（7.06%—10.14%之间），因此收支平衡小的人需要在医药和医疗服务上花费（与总支出相比）更多。这也表明人们对卫生保健的需求并不完全依靠政府提供的资源。图 II 说明了各地区家庭在医药和医疗服务上的现金消费模式。

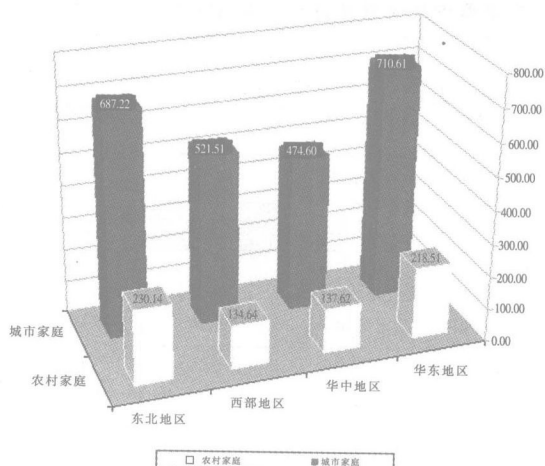


图 II 各地区医药和医疗服务现金消费情况 (元/家庭)^①

可以预料,经济的不平衡会导致人们无法享受卫生保健服务以及许许多多社会福利项目,一旦发生,也不会令人感到意外。一份关于城市社区公共服务设施情况(见表 C)基本统计的评论表明,如年鉴所述,在全国 31 个省份中,平均每个设备服务的人口从 756 人(浙江)到 30 908 人(云南)不等,相差近 41 倍。平均每个社区服务单位所服务的人口从 18 350 人(青海)到 933 730 人(海南)不等,上下限相差近 51 倍。

^① 根据由中华人民共和国国家统计局编写、中国统计出版社出版的《2006 年中国统计年鉴》10-8 (第 352 页) 和 10-28 (第 376 页)。

表 C 各省城市社会服务设施基本统计表 (2005 年)^①

省 份	人口 (千人)	社区服务设施、单位	平均每个设施所服务的人口 (万人)	社区服务单位的数量	平均每个单位所服务的人口 (千人)
全国总数	561 570	194 796	28.83	8 479	66.23
浙江	27 420	36 255	7.56	300	91.40
宁夏	2 520	2 622	9.61	42	60.00
新疆	7 460	5 867	12.72	347	21.50
江苏	37 420	23 506	15.92	454	82.42
湖南	23 380	14 265	16.39	955	24.48
陕西	13 840	7 038	19.66	239	57.91
上海	15 840	8 016	19.76	104	152.31
贵州	10 010	4 704	21.28	149	67.18
内蒙古	11 262	4 826	23.34	240	46.93
辽宁	24 770	8 898	27.84	341	72.64
福建	16 710	5 778	28.92	366	45.66
安徽	21 700	6 815	31.84	327	66.36
黑龙江	20 274	5 805	34.92	583	34.77
湖北	24 650	6 971	35.36	278	88.67
天津	7 831	2 139	36.61	111	70.55
四川	27 090	7 216	37.54	397	68.24
河北	25 800	6 602	39.08	231	111.69
甘肃	7 780	1 975	39.39	272	28.60
山东	41 580	9 563	43.48	399	104.21

① 根据由中华人民共和国国家统计局编写、中国统计出版社出版的《2006 年中国统计年鉴》23—31 (第 905 页) 和 4—4 (第 101 页)。

续 表

江西	15 935	3 053	52.19	299	53.29
青海	2 129	360	59.14	116	18.35
广东	55 730	9 044	61.62	665	83.80
北京	12 840	1 897	67.69	164	78.29
吉林	14 260	1 999	71.34	249	57.27
河南	28 720	3 799	75.60	346	83.01
重庆	12 640	1 644	76.89	98	128.98
山西	14 115	1 817	77.68	168	84.02
海南	3 735	434	86.06	4	933.73
西藏	740	70	105.71	5	148.00
广西	15 650	1 394	112.27	93	168.28
云南	13 105	424	309.08	137	95.66

关于表 C 平均数所暗含的问题不在本序言讨论范围之内。此处所用的数据跨度很大，而且各省每个设施所服务的平均人数相互之间也无太大关联，因此相互之间的比较并无意义。图Ⅲ通过 31 个省份的数值（各省一个数值）列表的升序排列表明了平均值情况。根据设施所服务的平均人口数情况，数据以递减方式排列，所以云南（每设施服务 30 908 人）排在顶端，而浙江（每设施服务 756 人）排在底端。值得注意的是，在每社会福利事业单位服务的平均人口数的列表中，浙江排在第 23 位，而云南排在 24 位。此两省份的数据在表 C 中分列上下，而在图Ⅲ中却相互接近。

贫富两极分化、老年人口以及农村到城市的移民类型进一步加剧及扩大了区域差别和城市与农村人口差距（见表 D）。例如，根据世界卫生组织（WHO）的调查，高达 80% 的医疗机构集中在城市，

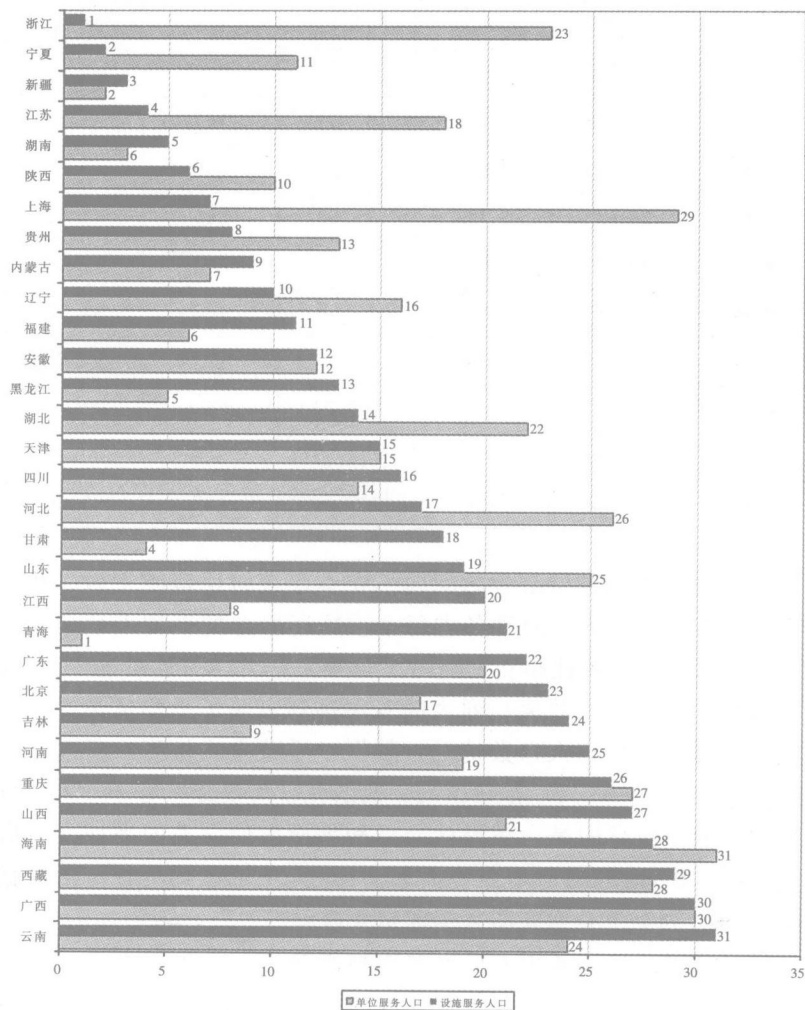


图 III 每个设施和单位所服务的平均人口数之间的关系

而在 2005 年城市人口只占全国人口总数的 35%。^① 如现有的移民模式继续发展下去, 城市会不会日益需要大量医疗机构, 以及是否意味农村人口的资源分配越来越不成比例?

表 D 人口及其组成 (千人)^②

年 度	总人口 (截至年底) ^③	城市		农村	
		人口	占总数的 百分比	人口	占总数的 百分比
1991 年	1 158 230	172 450	26.94	846 200	73.06
1992 年	1 171 710	191 400	27.46	849 960	72.54
1993 年	1 185 170	250 940	27.99	853 440	72.01
1994 年	1 198 500	295 400	28.51	856 810	71.49
1995 年	1 211 210	301 950	29.04	859 470	70.96
1996 年	1 223 890	312 030	30.48	850 850	69.52
1997 年	1 236 260	321 750	31.91	841 770	68.09
1998 年	1 247 610	331 730	33.35	831 530	66.65
1999 年	1 257 860	341 690	34.78	820 380	65.22
2000 年	1 267 430	351 740	36.22	808 370	63.78
2001 年	1 276 270	373 040	37.66	795 630	62.34
2002 年	1 284 530	394 490	39.09	782 410	60.91
2003 年	1 292 270	416 080	32.20	768 510	67.80
2004 年	1 299 880	437 480	33.66	757 050	58.24
2005 年	1 307 560	459 060	35.11	745 440	57.01

① 国家卫生账户 (NHA)。世界卫生组织网址 <http://www.who.int/nha/country/>。

② 根据由中华人民共和国国家统计局编写、中国统计出版社出版的《2006 年中国统计年鉴》4-1 (第 99 页)。

③ 2001-2004 年的数据是根据每年国家对人口变动抽样调查的结果推定的。2005 年的数据是根据 1% 的全国人口抽样调查结果推定的。

美国医药协会杂志指出,在《2000 年世界卫生报告》所引用的五(5)个效益指标中,中国卫生系统在 191 个世界卫生组织的成员国中只排在第 144 位。^①该报告强调,医疗卫生系统缺乏足够的财政支持。从表 E 中可看出,居民个人开支占据公共卫生成本总数的 50%,与 1980 年的 21.6%相比,具有大幅度的攀升。

表 E 公共卫生支出^②

项 目	1998 年	1999 年	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年
公共卫生总支出 (亿元)	3 776.5	4 178.6	4 586.6	5 025.9	5 790.0	6 584.1	7 590.3
政府预算支出	587.2	640.9	709.5	800.6	908.5	1 116.9	1 293.6
社会支出	1 006.0	1 064.6	1 171.9	1 211.4	1 539.4	1 788.5	2 225.4
居民个人支出	2 183.3	2 473.1	2 705.2	3 013.9	3 342.1	3 678.7	4 071.4
公共卫生支出的 结构(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
政府预算支出	16.0	15.8	15.5	15.9	15.7	17.0	17.0
社会支出	29.1	28.3	25.5	24.1	26.6	27.2	29.3
居民个人支出	54.8	55.9	59.0	60.0	57.7	55.8	53.6

如新华社于 2005 年 1 月 7 日所报道,据估计,中国 60 岁及以上的人口比例将从 2004 年末的 7%上升到 2020 年的 11.8%。到本世纪中叶,65 岁及以上的人口将达 4 亿以上,而 80 岁及以上的人口将达 1 亿以上。^③

① 王厚力,医学博士;徐腾达,医学博士;许晋,医学博士于 2007 年 10 月 24—31 日发表于美国医学协会杂志 2007 年 298:1928,第 298 卷,第 16 号论文《促进高成本的因素及中国卫生医疗系统的不平衡》。

② 根据由中华人民共和国国家统计局编写、中国统计出版社出版的《2006 年中国统计年鉴》22—37(第 882 页)。

③ 《中国沉着应付老年人口问题》,http://www.china.org.cn/english/2005/Jan/117070.htm,上次登录时间 2008 年 3 月 19 日。

北京市老龄协会副主席陈宜（音译）在北京人口与发展论坛上说，老年人口问题给老年人、社会保障、社会福利和服务支持带来严峻挑战。当前，中国国内生产总值（GDP）分配给医疗保健所占的比例约为 5.55%，该比例可能稳步增长，逐步接近发达国家水平，其中大部分达到 8%—11%，直到接近美国的 16%。^①

管理公共福利援助的基本方法相当简单，可表述如下：

☞ 由社会决定哪一部分群体有权获得最初从广义角度定义的特定种类援助。

☞ 由社会建立起近似规模的资源，从而社会可以将上述援助发放给确认群体。

☞ 社会根据相关措施分配公共福利项目财政及管理的管理责任。

☞ 指定的公共福利项目管理人员制定项目执行与运作准则。这些准则包括统一性和人口—特定要素，以及项目执行监督规则。

☞ 制定并执行项目绩效和质量措施。

对于当代中国而言，上述每一个任务均带来极大挑战。自 1979 年以来，中国过渡到社会主义市场经济所采取的一系列改革措施影响了中国社会的方方面面。根据中国经济增长的历史背景，中国为解决无数急迫而又复杂的问题奋斗，其中，公共福利问题无疑是重中之重。

中国面临着严峻的挑战，其中一些挑战闻所未闻，毫无借鉴之法，但中国在依靠当地社区力量的能力与基于社区的支持经验上，具有强大的优势。此外，大有文章可作的还有建立全新体系的比较

① 王厚力，医学博士；徐腾达，医学博士；许晋，医学博士于 2007 年 10 月 24—31 日发表于美国医学协会杂志 2007 年 298：1928，第 298 卷，第 16 号论文《促进高成本的因素及中国卫生医疗系统的不平衡》。