

社会福利及其国际比较

郭 士 征

社会福利事业在我国实行改革开放以来有了长足的发展,但也还存在着许多问题。本文作者较系统地介绍了美国、日本,以及英国、德国、瑞典等欧洲国家社会福利的发展状况,从社会福利的行政、老人的福利、母子福利、残疾人福利、家庭福利等几个方面进行了比较、介绍,并对我国社会福利事业的发展提出了一些建设性的意见,对发展和完善我国的社会福利事业具有一定的借鉴作用。

作者:郭士征,男,1943年生,上海财经大学经济系副教授。

通常来说,所谓“社会福利”就是以提高国民或地区居民的生活幸福为直接目的而进行的有组织的社会性活动的总称。也就是说,它面对的是整个社会,是为全体社会成员谋福利的,其突出的表现就是公共性福利,诸如教育、文化、体育、卫生、环保以及大量的公共事业等等,都可列入社会福利的范围,这是从广义上去理解社会福利的含义,由于公共性社会福利事业的发展,极大地提高了全社会及其成员的整体生活水准。与此同时,社会福利还有另一个不可缺少的专门领域,它的对象是社会成员中具有特别需要关怀照顾而又具备某种条件的人们,这些特定人群(老人、儿童、残疾人等),不论从数量还是从需要度来看,都具有很大的普遍性和社会性的特点,为他们提供生活所必需的某种特别关怀,应被视为社会福利事业向纵深发展的表现,事实上它已成为当今社会福利的主要内容和衡量标准。

这里必须指出,社会福利即使是专门领域社会福利,与社会救济、社会优抚等是完全不同的,其最大区别是社会福利的最终目的不是为了济贫,在广泛的社会保障中,社会福利具有高层次的保障意义,从这种意义上说,它是人们在满足基本生活需要方面对社会的一种更新、更高的要求。社会福利不是恩赐而是一种权利,是具体人权(福利权)的集中体现,所以国家有满足公民的福利要求以及不断改善和提高其整体社会福利水准的义务。

社会福利的最初理论基础,虽主要来自凯恩斯主义、费边主义和福利经济学,但战后剑桥大学的教授威廉·贝弗利奇的理论,对推动现代社会福利的发展更具重要影响。当然,战后各国经济的迅速发展,使各国综合供给能力、新兴社会价值观和社会性功能得以加强,应是社会福利在各国普遍推行的重要原因。此外,人们对于生活提高和消除市场经济下各种社会弊病的期望,也是社会福利事业前进的动力之一。目前,社会福利的发展,已在世界范围内构成一种水平由低向高、范围从小到大的趋势,应该说这是人类社会进步的表现。虽然一些所谓“福利国家”,由于高福利已导致这些国家陷入了困境,但是发展社会福利是社会发展的必然结果,是人类文明发展的需要,因此继续努力发展与本国国情和国力相适应的社会福利事业应是无可置疑的。

综观社会福利专门领域的实施内容,有现金给付、实物给付和社会服务三大类,如从对象来划分,应有老人福利、母子福利、残疾者福利、家庭福利等等。社会福利的主体并不仅仅是国家和地方政府,企业、社区和公共团体也可以承担社会福利的供给和管理重任。

为了能对当前国际上“社会福利”的最新发展实态有一个比较全面的了解,进行横向的国际比较分析是十分必要的,本文主要以英、美、法、日、德、瑞典等国,且主要是欧洲国家为例进行比较分析,目的是汲取其有益经验,推动我国社会福利事业的发展。

一、社会福利的行政及其比较

(一)福利立法

英国是福利立法方面最齐备的国家,除有一部包括社会福利在内的“社会保障法”(1989年)外,其它立项的福利法也相当多。从1946年开始,先后颁布了“国民健康服务法”、“国民扶助法”、“地方福利服务法”、“儿童福利法”等等。

美国和法国也有比较完整的“社会保障法案”,并且制定该法早于英国(分别是1934年和1956年),但除此之外分别立项的福利法律较少。美国仅有针对老人和残疾者的福利法,法国也仅有针对残疾者和家庭的福利立法。

日本虽没有一部完整的社会保障法,但分门别类的福利法律相当多,并且制定的时间也较早,如“儿童福利法”是1947年颁布的,在随后不到20年中又连续制定了8个法律,它们是“身体残疾福利法”、“社会福利事业法”、“精神衰弱者福利法”、“老人福利法”、“母子及寡妇福利法”、“老人保健法”、“生活保护法”、“社会福利、医疗事业法”等等。

瑞典和德国在福利立法上相对落后,瑞典虽是高福利的典型国家,但立法上仅有“社会服务法”一项,德国也仅有“社会扶助法”和“青少年福利法”。

(二)福利行政机构

世界上许多国家都有中央、州县郡、市镇村三级管理机构。由中央一级主管福利部门的国家有瑞典(社会部)、德国(联邦劳动社会部和青少年家庭保健部)、法国(社会问题及雇佣部)、英国(保健社会保障部)、美国(保健人类服务部)、日本(厚生省)。同时,各国在地方一级都设有相应机构,在州县郡设社会福利局或卫生社会问题局等,而在最基层的市镇村一般都在该地区行政机构设福利事务所。

社会福利的政策和具体实施主要由地方负责,中央一般都只负责社会福利的有关法令制定、监督实施和财政补助金的提供,即在宏观上进行调控。例如美国和德国的联邦政府主要职责是监督福利计划的实施以及向地方行政提供财政支援,而把具体实施责任都委于地方政府或议会,财源也主要来自“地方税”。在法国和德国更把具体实施的责任委于州县郡以下的市镇村等最基层的自治体行政。

(三)民间团体及其作用

各国基本都有特别的民间社会福利法人和民间福利团体,其中有全国性的(英国的NCVD全国民间团体协议会),有公私联合的(德国的公私福利联盟),也有纯粹自助性的(瑞典的生活协会)等等。

各国的民间社会福利团体,除一般担当各种福利服务外,还进行募集福利基金的活动,同时在民间福利团体中,都有一大批献身于社会福利的义务人员。

有些国家民间福利产业和有关设施相当发达,这以美国和法国最突出。美国的福利产业水

平是所有发达国家中最高的;法国的有关社会福利设施,约有半数是由民间非营利团体设置和管理的,并且设施和相关设备之齐备,也是各国中出类拔萃的。

(四)社会福利士和护理福利士

1. 资格的取得及其方法

①社会福利士。德、日、英、法四国都有国家资格制度。美国有分设的三种资格制度,即根据各州登记、认定、许可等州资格,通过学位考试(*BSW*、*MSW*)取得资格,由全美福利士协会负责的民间登记和最终认定资格。各国资格取得的方法不同,大致可分为二类:全国统一考试(日、法、美等);在综合大学、专门单科大学学习3~4年课程合格者(德、瑞典、英、法等),或在研究生院获得硕士学位者(美国)。

②护理福利士。仅有日本和德国有国家资格制度,瑞典和美国没有有关制度,英、法仅根据职业训练结果给予适当的资格。由此各国资格取得的方法很不相同,但是又都有几个类似的条件:文化专业程度(高中以上乃至福利专业毕业);实习经历(需有护理实习1~2年);学分的取得(经考试取得有关课程的学分)。

2. 主要活动领域

①社会福利士。公私社会福利设施的职员(日本);在福利事务所、医院、学校、社会保险机构的行政部门,从事医疗福利以及家属与企业内援助等工作(法国);民间福利团体指导员,地方行政福利部门职员(美国);公的咨询援助机构职员、社会事务所、民间福利团体、儿童福利设施、教育设施的指导职员(德国)。

②护理福利士。公私社会福利设施的管理员,公私家庭援助的工作者(日本);老人在宅和有关设施内的专门护理人员,家务、家政的代行者(德国);主要以培育孩子为中心的全部家政的代行者,老人残疾者的在宅护理员(瑞典);儿童福利设施的保育人员,福利设施的节假日服务人员,家庭照顾服务人员(英国);综合性家庭援助和商谈业务,对重度残疾儿童及老人的医疗、心理治疗辅助人员,医院、在宅和老人公寓的护理人员(法国)。

二、老人福利及其比较

出生率和死亡率的低下,带来了老龄人口大幅度增长,使许多国家特别是发达国家人口结构发生了重大变化,明显呈现出人口老龄化倾向。据联合国1992年世界人口统计,65岁以上人口占总人口的比率瑞典18.1%、英国15.4%、德国14.9%、法国14.2%、日本13.8%,相对较低的美国也达12.6%,并且各国老龄化的速率相当快,如日本的高龄化率从7%到14%仅花了25年。老龄人口的普遍增长,给各国带来十分严峻的社会问题,同时高龄者的健康和护理、余暇生活与社会活动等老人福利问题,也被提到重要的位置,可以说这是对经济成长和社会发展的一种挑战。

目前,各国的老人福利主要包括两大部分,一是现金支助,一是福利服务,且以后者为主。实行现金支助的国家属少数,主要是有关日常生活和医疗方面的费用支助。如美国是把福利性现金支助作为一种补充性所得保障措施来推行的,对象是所有65岁以上的高龄者和残疾者中低所得者,内容包括福利性日常生活费的现金支助(*SSI*),以及相当现金支助的食品券提供(*FS*);日本是对70岁以上老人和65~70岁瘫痪老人,实行特别医疗费支付制度,1994年支付标准是门诊1000日元/日、住院700日元/日;德国等少数国家对在宅护理老人家庭提供护理津贴(德国是750马克/月),这也应归入现金支助范围。但是,正如前述老人福利主要还是集中

围绕在各种福利服务上,其中包含:1. 生活服务。生活商谈、咨询指导、提供信息等是普遍的,还有饮食的配送(美、德、瑞典、英等国),以及促进余暇生活的服务(法);2. 医疗服务。住院和疗养性医疗服务(美),护理扶助(德、法);3. 在宅服务。慰问家访(美),家务等在宅代行(德、日),配备家庭服务员(英);4. 设施服务。收容设施(美),老人公寓(法、英、瑞典),高龄者住宅和中长期滞留中心(法,前者由自立的老人入居,兼有饮食和护理服务,后者对象是慢性病老人患者,以提供医疗服务为主),食堂、美容理发室、劳作室、谈话室等设施的利用(英),特别护理养老院(瑞典,对象是不能生活自立的老人)。

在上述多种福利服务中,以前最为突出的是包含了上述四类服务的护理服务,由于老人平均寿命的延长,老人的医疗和护理服务需求迅速增加,尤其是失去自理能力的老人,更需要护理服务,它已构成了当今世界老人福利的中心课题,也是衡量老人福利水准的一个重要标志,因此把老人福利中的护理问题进行比较分析,具有现实的特殊意义。

(一)老人护理的一般比较

1. 老人护理的服务方式。主要有两种:在老人设施进行护理和上门看护在宅护理。老人设施因国而异,英国主要是老人公寓,德国则相当部分在急诊医院和精神病医院的老人病房,美国长期性老人设施主要是私立医院。当前各种老人设施的入住率一般都较低,荷兰和瑞典是发达国家中进住老人设施比率最高的两个国家,分别达到12%和10%,其它国家都较低,英、法都是5%,德国是4.1%,意大利更低仅1.5%。这说明这种服务方式不是目前老人护理服务的主要途径,在宅护理才是当今老人护理服务的主流。由于绝大部分老人在家居住,且老人独居相当普遍。仅据1986年统计,德、丹麦、英、瑞典、法国老人独居率都超过35%,其中女性独居率更高,德国高达55%。因此,老人对于在宅护理服务更为殷切。作为当前老人福利的一个发展标志,就是65岁以上老人中接受上门访问看护的比例正在逐年提高,在欧洲各国最低的国家也达到10%以上,最高的是丹麦高达39%。依照目前发展趋势,这种比例在各国还将继续增高,从而使在宅老人护理成为老人福利中最主要的组成部分。

2. 老人护理的财政费用。老人护理的服务费用相当可观,特别是随着老人入院(所)长期化而剧增。因此,各国采取了两项重要措施,一是政策上向在宅护理服务倾斜;二是提供护理服务必须具备所得(以下)条件。前项是减少了老人对有关设施的依赖,从而有效地减轻了费用负担,后项的实施则严格了服务对象,最终也限制了费用的支出。在大多数国家里,有着一个共同的现象,即在医院等设施的老人护理服务费用,完全是由公的医疗保险提供,而在宅护理未被纳入非医疗服务范围,因此一般不列入或很少列入保险的对象,所以在宅护理服务费用主要由地方政府提供(部分可从国库中获得偿还)。

3. 老人护理的家属作用。正如前述,现在多数发达国家,其服务方式越来越向上门看护和在宅护理发展。在宅护理服务中,政府部门和家属的作用是不同的,政府虽承担了上门看护及其费用,但家属一般仍是老人护理服务的最大供给者。这两者的作用在不同的国家是不一样的,少数国家政府采取包下来做法,但多数国家的老人护理服务仍主要是依靠家属。这里也必须指出,随着各国的家庭规模普遍缩小,女性就业机会的扩大,家属护理能力也正在逐步低下,这也给老人护理提出了尖锐的现实问题。但是,不论从需要护理的老人进一步增加,还是从老人护理财政费用考虑,国家是无法长期承担起这份重负的,所以非常有必要研究防止家属护理意欲减退,以及提高家属的护理能力等具体办法,这是在许多国家老人护理服务问题上所遇到的新课题。

(二)老人护理的具体比较(英、丹麦、德三国为典型)

1. 老人护理服务的指导思想。首先,英国社会保障的指导思想虽然是无论哪个国民都予以平等的保障,但国家保障的仅仅是最低水准。因此,老人护理服务的责任也一直强调“第一是家庭”,国家的介入总是停留在最低限度上,并且总是尽量把推动地区老人的自立生活作为政策性支援方向,从而逐步实现从充实公的服务,向强调家属和志愿人员的作用转移。在英国,公的社会保险不太发达,如与其它欧洲国家比较,英国属于低支出、低负担的国家。

其次,丹麦是与瑞典一起被公认为高福利、高负担的典型国家,从指导思想上看它与英国有相同之处,即所有国民都应得到平等的保障,但是保障水准是英国不能比拟的极高水准。因此,老人护理不论是服务水准还是质量水准,都处于极高状态,而且与英国不同的是,认定这是国家和社会的责任,不强调家庭的作用。支持这种高水准社会服务的当然就是高负担,丹麦的老人护理服务财源几乎来自一般税收,社会保险所占比例极少,但负担的税收多少,不是其获得服务水准高低的依据。丹麦的指导思想是:不管其负担的税收是多少,都能平等地获得相同的服务和给付。他们认为社会保险是根据支付保险费的多少来决定给付额的,因此是不平等的制度。

再次,德国的社会保障基本是社会保险,它虽也是高福利、高负担的国家,但是只要付出高的保险费,便能得到高的利益。同样老人护理服务也被纳入社会保险轨道,是社会保险的责任。对于不能支付保险费的老人,还有社会保险以外的济贫性制度,负责包括老人护理服务费用在内的支付。如与英国相比,其共同之处就是“家属护理第一”,不存在如丹麦那样,从家庭外部获得公的服务是理所当然的观念。

2. 老人护理服务的管理运营。首先,在英国医疗福利服务的财源筹措和服务实施,都是属于公的部门责任,志愿人员也起了很大作用,私的部门作用只是最近才被开始强调。老人护理分为医疗服务和在宅服务两大部门,其财源都是通过税收筹集。医疗服务是在国家行政性监督下,直接由地方保健局负责实施。地方保健局的具体运营与决策,是在中央指示下,来自由医疗部门人员、劳动工会、志愿人员团体,以及卫生保健局长指名的有关人员共同组成的集体领导体制。社会保险机构没让参加,就是地方政府也仅仅是间接关系,这说明英国的医疗服务管理系统具有中央集权化的特征。而在宅护理服务的责任,则主要是地方政府,换言之,地方政府负有向有护理需求的老人提供一定设施和在宅服务的义务,但对具体的服务水准没有很强的约束力。由于医疗服务属中央政府,在宅服务属地方自治体(政府)管理,两者的携手合作存在一定难度,这是管理运营系统上的缺陷。

其次,丹麦的医疗及福利服务在某种程度上与英国相似,几乎完全由公的部门垄断。包括老人在内的国民对公的服务有着很强的依赖性,接受给付和护理服务是老人的公民权利,谁都能获得平等的保障,不存在交纳保险费这样的条件。但是,从管理运营系统来看,所有护理服务的实施责任主要是地方政府,这与英国稍存不同,地方政府具有因向老人提供服务而征收独立税收的权力。正如前述,在丹麦的老人护理上,除配偶外,没有把家属作为主要护理承担者。公的在宅护理服务作为权利是谁都能享用的,因此在老人护理服务上非正式部门的作用未被重视,造成了过多不必要的住院,并使老人的社会性孤独感增大,为此丹麦也正在正视护理管理运营中的弊病,加速采取了必要的改革措施。

再次,德国的社会保障基本是社会保险,在社会保险里当事者自治原则被有效贯彻,国家仅仅担当保护、助成等辅助角色,与丹麦、英国相比,德国国家对经济社会的介入程度是相当小

的。在社会福利领域,特别是老人护理服务上,庞大的非营利的志愿人员组织起了很大作用。包括老人护理在内的社会福利服务,虽是由联邦政府、州政府及保险机构分担管理运营,但根据“社会扶助法”的规定,有关老人护理服务国家仅有原则上的辅助职责,家属的护理责任相当明确,也就是只有在没有家属或志愿人员的情况下,才能接受公的护理服务。同时,对于护理重病在宅老人的家属,政府也给予必要的休假,以年度4周为限,疾病金库提供护理津贴1800马克。此外,作为医疗保险的对象,对老人的福利服务也是相当严格的,1989年德国施行“在宅护理给付制度”,用极其严格的法定手段限制支出费用的增长,具体规定了派遣护理员的条件,并对护理期限分别严格限定,长期者以一年4周为限,短期者为一年25小时(每次1小时)。

综合上述三国的老人护理服务,其管理运营都强烈地受其指导思想的影响。在具体操作,英国与丹麦可同属一类,即是由中央政府或地方政府实行几乎是垄断性地管理,以及供给必要的医疗和福利服务,因此具有一定的集中性特征。德国是由地方政府、保险机构、非营利组织、医学专家等多种部门分别管理,因此具有相对分散的特点。

三、母子福利及其比较

母子福利是社会福利的重要组成部分,同时又是涉及面最广的福利项目,各国对于母子福利普遍重视,因此比较母子福利的实施现状,更能体现出各国社会福利的水准。所谓母子福利基本包括两大部分内容,一是母子的保健,二是儿童的保护。两者都有实物给付和现金给付,虽然前者相同之处不少,但后者的操作处理有着明显区别。

(一)母子保健

1. 实物给付。主要包括:对孕妇、儿童的保健服务实行免费,保健家访,幼儿保育所的提供(英国);在怀孕和生育期间,提供所得保障和医疗服务(瑞典);对孕妇和婴幼儿的健康诊查,提供母子健康手册(日本);提供母子保健设施和母子宿舍(法国);孕妇的检诊,分娩的照应(德国);孕妇、婴幼儿的定期检查和访问护理(美国)等等。所有这些实物给付都有一个中心,这就是围绕母子的健康提供及时的实物性服务,其中生育方面的给付服务占有特殊的地位,虽然并不都是免费的,但是被作为母子保健的主要措施而普遍实施的。从费用负担来看,根据各国实施情况,主要有三种形式:①以英、德、瑞典等国为代表,分娩的全部费用由医疗保险机构支付,被保险者本人不负担;②以法国为代表,生育费用是由医疗保险制度与被保险者本人共同分担,法国本人负担部分的法定比例是25%(如住院是20%,因分娩而住院则12日内免费);③以日本和美国为代表,日本原则上没有生育给付,仅在异常分娩情况下才有免费诊疗待遇;美国在全国不存在统一的生育给付,实际上在大部分州也没有这类规定。

与此同时,基于有关法律和法令,各国基本都有育儿休假制度,目的自然主要还是为了母子健康,从其形式来看,应划入实物给付之列,是一种服务性保障,在大部分国家里都有在育儿休假期间禁止解雇,或在休假结束后严禁不予复职的规定,违者将被处以从罚款到拘留不等的处罚,因此这种福利性保障母子利益的制度,一般都得到认真执行。从执行情况来看,又可分为全休和半休:①全休——大部分国家实行全休制度,如瑞典、德国、法国、比利时、意大利、丹麦等,但休假期不等,瑞典和德国最长均为一年半,德国还有在重大理由下的延长规定,法国原则上是一年,比利时稍短是6~12个月,意大利和丹麦等国都是6个月,这也是各国中最短的起码休假期。②半休——真正实行这种半休制度的国家很少,主要是有些国家针对全休期满后所作延长的辅助制度。瑞典、比利时和法国均属这种情况,瑞典的半休期可延至子女8岁止(或小

学一年级);比利时和法国也很长,分别是5年和3年。但也有不少国家没有这种半休规定,如德国、丹麦、意大利等国仅有全休制。

2. 现金给付。有关母子保健的现金给付,主要是分娩费和生育津贴。

①分娩费。除美国外上举各国如英、法、德、日、瑞典等国都有,并一般都为现金给付,美国仅在4个州内有此项给付。分娩费的给付水准以具有代表性的日本为例,一般为产妇本人标准报酬月额的50%左右,但不能低于20万日元(近2000美元)。

②生育津贴。既是母子福利又属医疗保障范畴,各国对此几乎都有法定的津贴规定,由于产假期和津贴比率不同,所以生育津贴额差别不小,因为津贴比率是相对于本人工资,所以即使产假期接近,生育津贴额也有区别。目前,在产假期规定上,除瑞典最长可达一年半之外,其它各国大致都在14~18周之间,相当接近,但津贴比率却相差较大,高的如德国规定可在产假期内获百分之百原工资收入,并且限定每日的津贴额不得低于3.5马克。瑞典和法国也可列入高比率国家,分别是90%和84%。但是,相比之下的美国和日本就比较低,都在60%左右,美国在有生育津贴规定的4个州中,数新泽西州最高也仅66%,纽约则只有50%。日本的生育津贴是产妇本人标准报酬月额的60%,与美国一样也属低水准国家。英国的做法比较特殊,不规定津贴比率,仅设定每周最低津贴额34.25镑(1992年),此水准基本接近法国,也是比较高的。

(二)儿童保护

1. 实物给付。各国实施内容包括:儿童谈心服务、对寄养的孩子或养子加入保育所的特殊照顾(美);对婴幼儿、学龄儿童学校教育以外的培养指导、保育所和幼儿园等儿童福利设施的提供(德);儿童保护所、儿童商谈所、婴儿院、集体和家庭托儿所等儿童设施的免费服务(法);儿童健康咨询、儿童福利设施的设置、免费午餐(日);儿童检诊、教育免费、保育所和向多子女家庭提供专门公寓(瑞典);儿童的保护和监护、双亲权的行使(英)等等。

2. 现金给付。应该指出,有关儿童保护方面,现金给付是更普遍的形式,而且种类繁多,水准也相当高,这是现代社会对儿童保护问题重视的具体表现,是人类面对未来挑战的重大战略措施。各国具体的现金给付有:英国——“单亲给付”,其对象是因死别、离婚或永久分居而造成单独抚养儿童的单亲。瑞典——“儿童抚养津贴”,是针对母子家庭的,除要求离婚后的父亲负担部分养育费之外,国家还提供一定的抚养费用,津贴额相当于一般儿童标准生活费用的一半左右;“住宅津贴”,主要是根据儿童数、所得水准、该地区市场价格三个要素决定其给付额度。据1991年规定一个儿童(16岁以下)给付相当住宅费的57%(上限3500克朗),二个或三个儿童分别给付住宅费的64%(上限4000克朗)和70%(上限4500克朗)。日本——“儿童抚养津贴”,给付对象是因离婚等原因没父亲的母子家庭,儿童在18岁以下(残疾可延至20岁),以及家庭年收入在192.9万日元以下,给付额是每个儿童定额津贴每月3.7万日元(1991年);“育儿津贴”,儿童出生后一年内,父母可领取每月2000日元的津贴。法国——“育儿津贴”,给付期限是妊娠后4个月到产后3个月之内,津贴月额是813法朗(1992年);“婴幼儿津贴”,给付期限是妊娠4个月后到婴幼儿满3周岁止,但前期有所得限制,产后4个月起无所得限制;“遗儿津贴”,主要支給抚养丧失双亲一方或双方,未被双亲一方或双方确认的儿童,以及被遗弃的儿童的家庭,没有所得限制;“单亲津贴”,是支給抚养有死、离别、遗弃等原因造成的单亲儿童;此外还有“特别教育津贴”(对象仅是未满20岁的残疾儿童)、“新学年津贴”(6~16岁的所有儿童)、“特别抚养津贴”和“在宅儿童保育津贴”等等。德国——“育儿津贴”,是从1989年开始实

施。出生 1—15 个月的幼儿,可领取月额 600 马克的津贴。美国——“扶养儿童家庭援助”(AFDC),对象是因父母劳动所得不足、死亡、去向不明等原因而陷入贫困状态的家庭中未满 16 岁的儿童。按 1989 年联邦平均,每一个家庭的援助月额为 380 美元;“住宅津贴”,对象是所有扶养有未满 16 岁儿童的家庭,联邦与地方政府共同给予适当津贴,即对公营住宅居住者房租减额,民间住宅居住者根据一定房租基准补助其差额。

综上可知各国儿童保护方面的现金给付是相当繁多的,有些国家如法国的给付种类更是给人留下深刻印象。但是,各国实施的儿童保护现金给付都各有侧重,给付项目也各不相同,因此这给整体比较带来一定的困难,然而各国共有的儿童保护项目还是存在的,例如“儿童津贴”在大多数国家都是具备的,由于它不仅是当今世界最为普遍的儿童福利措施,而且它的水准也在一定程度上反映了各国的儿童福利状况,所以对“儿童津贴”进行国际性比较有一定意义,现在就以德、瑞典、日、英、法等五国为例进行比较,大致可见发达国家“儿童津贴”实施之一斑(比较数据中,日本为 1992 年,德国和瑞典为 1990 年,英国和法国为 1989 年)。

① 儿童津贴支給月额比较(按 1992 年汇率)

第一子女——最高是瑞典达 560 克朗(合 12869 日元),其次是英国 31.5 镑(合 7919 日元),日本和德国差不多,分别是 5000 日元和 50 马克(合 4261 日元),法国对第一子女没有儿童津贴。

第二子女——相对第一子女,某些国家的第二子女津贴额变化较大,并且额度也较高,如法国虽第一子女没有津贴,但第二子女的津贴额是上述五国中最高的,达到 578 法郎(14718 日元),其次德国的第二子女津贴额显然比第一子女增加许多,达到 130 马克(11077 日元)。但是,瑞典、英国、日本三国的第二子女津贴额仍同第一子女。

第三子女——各国的津贴额增加更快,瑞典、法国和德国三国支付水准已十分接近且都很高,瑞典为 840 克朗(19303 日元)、法国为 741 法郎(18857 日元)、德国为 220 马克(18764 日元),连水准一直较低日本也有所增加,达到 10000 日元,只有英国仍维持在 31.5 英镑上,因此也是上述五国中最低的。

如果我们将上述有三个子女家庭的儿童津贴合计来看,上述五国的排列顺序是:瑞典(1960 克朗,合 45041 日元)、德国(400 马克,合 34084 日元)、法国(13.9 法郎,合 33575 日元)、英国(94.5 英镑,合 23757 日元)、日本 2000 日元。日本虽最低,但原因据说是日本企业中普遍存在家属津贴,是根据儿童数发给的,性质类似儿童津贴,据统计 1000 人以上的大企业普及率达 92%,平均月额为 2 万日元左右,而且日本的所得税制中还有扣除扶养儿童费用的优惠(每个儿童可每年扣除 35 万日元)。

此外,对儿童实行同额津贴方面,英国是典型,它从第一子女起始终给付 31.5 英镑的同额津贴。法国和日本都是从第三子女起开始实施同额津贴,即 741 法郎和 10000 日元。德国和瑞典则分别从第四子女和第五子女开始支付同额津贴,即 240 马克和 1994 克朗。这种不同的实施规定,不仅体现了这些国家儿童福利水准,同时也部分地反映了它们的人口发展战略。虽然发达国家一般都因生育率低下,而采取鼓励生育的措施,因此子女越多津贴也就越多似乎是理所当然的,但各国也都根据本国具体情况,即人口、财政、就业等国情以及福利传统,分别对儿童津贴实行有区别、有分寸的规定,实际也正是其人口政策的一部分。

② 儿童津贴支給期限比较。除法国外,其余四国都是从第一子女开始支給儿童津贴。除日本是 3 岁止外,其余四国都支給到 16 岁,并且对超过 16 岁的学生还作延长处理,瑞典、法国是

延至 20 岁,英国延至 19 岁,最长的要数德国可延至 27 岁(22 岁以下的失业者也可享受津贴),相比之下,日本不仅支給额低而且支給期限也最短。

③ 儿童津贴占国民所得和社会保障给付费的比率比较。儿童津贴占国民所得之比率(1986 年):瑞典最高达 6.28%,其它依次是法国 4.34%,英国 1.70%,德国 0.91%,最低的是日本 0.06%。儿童津贴占社会保障给付费之比率(1986 年):瑞典最高达 15.45%,其次是法国 11.39%,英国 6.67%,德国 3.12%,最低的仍是日本 0.42%。儿童津贴占社会保障给付费比率的变化(1977~1986 年):瑞典是上述五国中提高得最快的国家,特别是进入 80 年代后增长迅猛,1977 年还只占 5.08%,1986 年已跃升至 15.54%,这说明儿童津贴在社会保障中地位的上升。德国与瑞典有着截然不同的变化,从 70 年代中期起便连年下降,从 1977 年的 5.17%,下降到 1980 年的 4.93%,1986 年再降至 3.12%,这主要是社会保险给付剧增,从而导致儿童津贴在社会保障给付费中的比率下降。英国是前增后降,也就是 80 年代前增长较快,1977 年仅占 3.88%,而 1980 年已达 7.85%,但是进入 80 年代后却出现逐年下降局面,1983 年降为 7.23%,1986 年更降至 6.67%。英国的儿童津贴特别是人均同额,随着出生率的下降和老人保障费用的增加,儿童津贴占社会保障给付费的比率下降是必然的。法国变化不大,比较平稳,如把 1977 年的 11.10%与 1986 年的 11.39%相比,相当接近略有增加,所占比率处于高水准状态,这与法国历来重视儿童保护与儿童福利的传统和指导思想有关。日本是上述五国中水准最低的,但是儿童津贴占社会保障给付费比率却在逐年下降,1977 年为 1.01%,1980 年降至 0.7%,此后 1983 年为 0.52%,直至 1986 年更降至 0.42%。究其原因主要有三:一是生育率一直呈下降趋势,1986 年为 1.72(育龄妇女生育孩子数),已低于除德国外的其它各国(1993 年降至 1.45),这导致儿童总数下降,1973 年出生儿童为 209 万人,而 1992 年已降至 122 万人;二是“重老轻少”观念作用的结果,由于日本的老龄化速度和长寿率都列世界前列,所以指导思想就比较轻视儿童的福利问题;三是日本的整体福利水准不如其它西方国家,并且是一种以老人福利为中心的体制,因此包括儿童津贴在内的儿童福利水准,一直徘徊在较低和相对下降的状态中。

最后必须指出,包括社会福利在内的社会保障体系,是以所得保障为基础的,由于扶养的子女数不同,家庭生活支出也显然不同,为了减少因子女数的不同而造成生活水准差异,同时也为了使那些有子女的国民能健康地生育和抚养孩子,由社会提供一定的儿童津贴,应是完全必要的,即使从培育未来国家人材和劳动力来看,也是一种必需的投资,它不应属于救济贫困范畴,应有其广泛的适用性。儿童津贴的实施,表明了社会对儿童出生后健康成长的直接关心,是人类延续和社会文明的需要。

四、残疾人福利及其比较

残疾人一般可分为身体残疾和精神残疾两大类,就残疾人的福利来说,其最终目的是为了帮助残疾人能最大限度地康复,援助其生活以使其自立,并为他们参加社会所有领域的活动(与其他社会成员一样)而创造条件。鉴于上述目的,各国在对待残疾人福利的指导政策上也就出现了三种类型,并以此作为主要的福利导向。

(一) 康复型。以治疗为主,创造条件提供医疗方便以及相关设施和辅助器具,促进其身体或精神的功能恢复,这以美国和德国为代表。美、德都有较完善的康复医疗服务和残疾人专用的康复设施,美国的“访问护士制度”和德国的“在宅护理制度”是这两个康复型国家残疾人福

利的主要支柱。同时相应的专用设施和人员配置,无疑给残疾人的治疗提供了有利条件,分布点很广的以精神残疾人为对象的美国精神卫生中心便是一例,它在精神残疾人的治疗和恢复功能方面起了卓著的作用。

(二)自立型。主要是强调为残疾人的就业创造条件,以便残疾人也能与正常人一样自立地生活,这以英国为最典型。英国有具体的法律规定,凡雇佣 20 人以上的企业,有吸收一定比例残疾人就业的义务。英国政府还对残疾人进行登记分类,根据就业可能性,把登记的残疾人分为 A、B 两类,A 类是经过职业训练就可以就业,B 类是必须创造特别条件才能就业,然后分别处置,即对 A 类的残疾人加强职业训练,职业介绍以及职业环境的改善;对 B 类残疾人则是尽可能提供在特殊条件下的就业机会。为残疾人的就业提供帮助,这不仅可以改善他们的处境,提高其生存的能力,而且更主要是通过就业劳动,使残疾人与社会融合,从而达到生活自立和显示人生价值之目的。

(三)扶助型。不论是身体残疾者还是精神残疾者,在生活中存在许多常人所没有的困难,因此需要社会向他们伸出援手。实行扶助型的国家,其基本立场就是以扶助方式,减少残疾人生活中的困难,提供更多方便,促使残疾人也能安然生活。这种类型中以日本和法国为最突出,日本和法国都设有“残疾者手册”,凭此手册残疾人可获公共交通费、电讯使用费、航空费等的折扣或免费,尤其两国都有残疾人免交所得税和居民税的优惠规定,在多种公共费用上还可享受减额照顾。此外,日本不仅普设残疾人生活指导机构,而且还有派遣家庭服务员帮助料理家务的制度。法国还努力地向残疾人提供上班交通手段,帮助其改造住宅,以使他们能较易生活。日、法两国都还有向残疾人提供日常生活用具的规定。总之,扶助来自生活的各个方面,扶助既体现了社会的关心,同时也是残疾人福利的一个重要组成部分。

当然,即使以某种类型为主,对于残疾人的其它福利也都是兼顾的,例如各国普遍存在的残疾人及其家属的年金制度就是极好的实例。此外,医疗服务(包括康复医疗、咨询医疗、医疗辅助器具的提供,方便进入医疗设施等等)、改善居住(残疾人公寓、集体宿舍、改建住宅资金的贷给、优先入住公营住宅以及支付特别住宅津贴等等)、生活商谈(生活咨询和指导、提供解决生活困难的手段等等)、教育训练(义务教育、残疾儿童教育设施、教育援助等等)……,应该说也都是各国残疾人福利的重要内容,构成了当今世界残疾人福利的共同特征。

应该指出,以残疾人为对象的福利性现金给付制度,在不少国家也占有相当重要的地位。如以英国和日本为例,英国有三种残疾津贴:“重度残疾津贴”(31.25 英镑/周)、“残疾人移动津贴”(29.10 英镑/周)、“残疾人护理津贴”(31.25 英镑/周)。日本则有二种,即“残疾人特别津贴”(2.35 万日元/月)和“残疾儿童津贴”(1.28 万日元/月)。这些残疾人享受的社会福利津贴数额虽不大,但也体现了社会对作为平等一员的残疾人的关心,同时不仅在福利服务上,而且在经济上能向残疾人提供必要的援助,无疑是十分有助于残疾人正常生活的。

五、家庭福利及其比较

众所周知,家庭是构成社会的基本细胞,重视家庭在社会中的独特作用,向家庭提供社会福利,在许多国家无疑是社会保障事业发展的重要领域。特别是近年来由于社会意识和家庭构成的变化,家庭的传统功能已在萎缩,这也迫使必须加大社会性措施的力度,以弥补家庭功能之不足,因此发展家庭福利,强化社会性功能,在某种意义上适应了时代的发展和现实的需要。

所谓家庭福利,视其对象和内容都是相当广泛的,实际在前述的老人、母子、残疾人福利中

也多少包含了家庭福利的某些成份,不过它总是围绕在家庭这一特定的范围内实施,对象有其选择性,主要是低收入和多子女的家庭,内容也是与家庭生活贴紧,带有强烈的社会扶助性质。综观各国现状,家庭福利的实施内容主要有三:

(一)住宅扶助。对象一般有三种:仅有养老金收入的家庭;有未成年子女的家庭;低所得家庭。除依靠养老金收入的家庭外,其它一般都有所得限制。住宅扶助的具体内容在各国几乎大同小异,主要是住宅津贴(包括房租津贴和自有屋的负担补助)和住宅融资等。但是,各国在具体实施上也存在各自的特点,例如法国把适用对象分为劳动者和社会人两大类家庭,分别支付家属住宅津贴和社会住宅津贴;德国在住宅津贴的适用范围掌握上更宽,它是把住宅负担相对家庭所得的比率作为主要的依据,这种比率一旦超过社会平均水准,便可成为适用对象;又如英国是把适用对象分为单身、单亲、夫妇三类家庭,分别支付不同额度的住宅津贴,对于有子女、残疾、高龄、单亲等情况的还予以加算。

(二)生活扶助。生活扶助是实施家庭福利国家中最为普及的项目,即使从上述六国来看也是全部实行之。应该指出的是生活扶助不同于社会救济,仅从扶助面来看,比起救济对象要广泛得多,生活扶助的对象主要是多子女和能力、收入、资产相对低下者,即使家庭所得在贫困线以上,只要具备必要的条件仍可享受该福利。例如德国是把贫困线的所得标准,再加上当时食品费、光热费、房租、保险费等后作为生活扶助的衡量依据,可见生活扶助的标准和扶助面要远比社会救济宽得多,是一种较高层次而面又相对宽的社会援助。

当然,正如上述生活扶助也不是面向所有国民,仍是局限于家庭生活相对困难者,由于多子女和低收入是造成这种困难的主要原因,因此各国生活扶助也就主要围绕这部分家庭展开。例如法国就是以多子女为中心,实施“家庭补充津贴”和“抚养儿童的双亲生活津贴”,前者是支付给所有抚养有三个3岁以上子女的所有家庭,没有所得限制;后者是特地为抚养有三个子女以上,而双亲又因某种原因停止了职业活动,或劳动时间缩短一半以上的家庭而设计的。又如英国的“家庭所得补充给付”也是以援助有子女的低所得家庭为目的的,首先由政府部门制定家庭生活基准额(1992年模型为62.25英镑/周),如果该家庭(家长劳动时间30小时以上/周)的纯所得(扣除税收、保险费后所得)低于基准额,则不足部分全额补付。父母基准额是固定的38.30英镑/周(1992年),而子女则根据年龄分别规定。再如美国的生活扶助是以所得能力低下,主要劳动力死亡、不明去向等原因处于困难状态的有未满16岁儿童的家庭作为对象,由联邦政府和州政府联手实施。据调查统计,1990年度全美有400万个家庭获得生活扶助,平均每个家庭获得约378美元的扶助给付。

(三)医疗扶助。关于医疗扶助由于各国都普遍实施了医疗保险等医疗保障制度,所以具有医疗扶助规定的国家不多,上述六国中仅美国和法国仍在实行,不过也只是作为医疗保健体系的补充。例如美国因没有面向全体国民的医疗保险,因此有必要对处于穷困状态的低所得家庭实施医疗扶助,美国的医疗扶助也分为实物与现金两部分给付,实物给付包括住院服务、门诊服务、诊疗服务、病理检查、护理服务等等;现金给付1988年度对象人均是516美元,由联邦政府和州政府共同负担(联邦政府负担55%)。又如法国的医疗扶助对象也是不能负担必要医疗费用的穷困家庭,包括在法居住3年以上的外国人及其家庭在内,医疗扶助的内容比较广泛,包括在宅医疗(出诊、访问护士、恢复机能训练、提供药物等);住院(在指定医院住院,定额负担医院费用);医疗津贴(在宅医疗可和高龄者同额,住宅则是费用的1/3);负担社会保险费(是针对任意加入的医疗保险),政府承担其全额或部分保险费,等等。

六、我国社会福利事业的发展现状及其改进意见

改革开放以来,我国社会福利事业经历了一个重要的发展时期,不说公共性社会福利,就是专门性社会福利也有了从未有过的长足进步。仅以发展中的各种社会福利院和福利企业为例已可见一斑。据1990年统计,全国各种社会福利院的床位已达70.7万张,收养人数达53.8万人,比起10年前的1980年,福利院数几乎增长3倍,收养人数也增长1.7倍。此外,福利企业仅在1988年就已达4万多个,职工人数达147.6万人,其中残疾职工占45%,达65.9万人。如果综合成果分析近数年来的发展特点,主要有以下两点:1.正在突破原先单一、封闭式的国家包办体制,出现了由国家、集体、个人即社会共办社会福利事业的良好格局;2.逐步划清了社会福利与社会救济、社会优抚的界限,使社会福利走向较高层次,真正成为人们生活改善的重要组成部分。

但是我们也应清醒地看到,我国还是个发展中国家,生产力发展水平还相当低,社会财力还很有限,因此我国的社会福利事业总体水准仍处于初步发展阶段,与许多国家比较差距是显而易见的,特别是用社会力量兴办社会福利事业的能力还相当薄弱。目前,社会福利的给付低水准、现有福利设施的条件差、经费拮据和福利工作人员待遇低的情况是极其普遍的,然而相对于社会福利的低水平,企业福利却相当偏重地得到发展,从而降低了福利在提高和改善人们生活中的社会意义。总之,问题与成绩是并存的,虽然都是些前进中的问题,但也需正视之,根据国际上社会福利发展的大势,结合我国的国情,我国社会福利事业至少应在以下几个方面要有大的改进:

(一)根据我国人多财薄的国情,在国家逐年增大投入的情况下,社会福利事业要继续放开,由社会、公共团体、企事业、甚至个人来创办,原则应是非盈利或低盈利。此外在进一步重视民间的作用,动员社会力量的同时,应有计划地组织一支志愿(或低报酬)的义务人员队伍,参加社会福利工作。

(二)社会福利事业的发展,要建立在长期规划上,中央、地方都应有相应的机构,统一管理社会福利事业的发展事宜,实是求是地制定出发展目标,尤其是对老人、儿童、残疾人几种重点对象,要有具体的和远景的实施方策。

(三)社会福利立法应提上日程,使我们的社会福利工作都能在法律的指导下进行,做到有法可依。在目前情况上,首先要努力制定出综合性的“社会福利法”,在此基础上再逐步制定出分门别类的其它有关法律。

(四)继续发展以市社区服务为主的中国式社会福利体系,城镇街道、居委会应是地区社会福利事业可以依靠的中坚力量,在社区范围内可以举办小型的社会福利院、老人活动中心、伤残儿童寄托所、家务劳动综合服务中心、中老年婚姻介绍所等等形式多样、方法灵活的社会福利设施,重点可放在老人服务上,对于有困难的病瘫老人,逐步实施低费处理的在宅护理和家务服务,地方财政应予适当补贴。

(五)随着市场经济和改革开放的深入发展,企业生活福利的社会化是必然的,也就是企业福利必须纳入到整个社会福利的网络中来,虽然难度不小,但这是打破企业福利孤立、封闭的小生产方式的唯一出路。第一步可将企业集体福利设施逐步实行对外开放,这不仅可提高设施的使用效率,同时也给企业带来经济效益。

责任编辑:张志敏