

### （一）人口老龄化需要退休年龄更有弹性的多支柱养老保障体系

中国已经进入了老龄社会的门槛，但也要面对老龄化社会的各种保障压力。欧洲从 19 世纪末开始建立老年保障制度，尽管在 25 个成员国中老年保障的具体模式和运转机制各不相同，但均建立了面向劳动者和所有国民的养老保障体系，并且成为社会福利制度甚至福利国家的重要支柱。欧洲老年保障体系在调节收入分配，防范老年贫困，促进社会团结，保持社会安定等方面发挥了重要作用。但是，欧洲的老年保障体系在人口日益老龄化、经济增长迟缓和日益激烈的国际经济竞争压力下，日益成为欧洲劳动力市场和社会模式改革的重点。

里斯本战略的起草人罗德里格斯指出，欧洲社会模式面临的主要挑战有：经济全球化和国际竞争压力，向知识经济的转型，人口日益老龄化，新家庭模式，欧洲一体化进程等。面临挑战，欧洲社会保护模式需要进行根本的结构变革。为适应知识经济时代，需要激发个人的主动性，同时使个人在使用各种社会福利时具有更大的灵活性。为应对经济全球化和国际竞争压力，需要把建立一个更加有效的积极劳动力市场政策置于优先位置，使人们具有劳动的积极性而不是仅仅依赖社会福利，以减少失业，强化社会保护体系的财务基础。针对老龄化，欧盟要实施积极的老年保障政策，引入弹性退休时间制度，为人们继续工作提供更多的激励，减少提前退休现象。同时，要保障养老保障的财务负担在不同代际之间的平衡，需要更加仔细地设计养老保障三支柱体系之间的平衡。面对家庭模式变迁，要扩展家庭服务范围，使工作时间更具灵活性以保证工作与家庭生活的平衡。在欧洲一体化进程中，一方面要为欧盟共同市场内部建立一个基础法律框架，另一方面又要使这一标准与各国社会保障体系的改革有机协调起来。

欧方学者对里斯本战略的基本原则表示赞同。但如何落实里斯本战略，还需要各成员国从本国实际出发，在协调各方意见的基础上进行。欧方专家认为，欧洲社会保护模式改革的直接动因是促进经济增长和扩大就业，而不是为了降低目前各国社会保障的水平。与贫困做斗争，促进经济社会之间的良性发展，本身就是建立社会保障体系的重要目标，也是实现经济社会全面协调发展的支柱。社会保障制度保证了欧洲人享有较高质量的生活水平和生活品质。欧洲各国社会保障制度在这方面的作用值得借鉴。但是，欧洲社会保护模式的一个重要教训，是在老年保障制度建立初期尤其是在战后经济繁荣时期实施了刺激提前退休的养老金政策、失业保障和社会福利政策。这一政策在人口老龄化和经济增长乏力的情况下显现了一些不良后果，因此不得不进行改革。延迟退休年龄，延长工作年限，激活接近退休年龄阶段的劳动力继续留在或者返回劳动力市场，是从北欧开始的一个改革措施，已经逐步向各成员国扩展。提前退休制度的改革是应对上述挑战的重要举措，也是中国从欧洲可以借鉴的一个教训。职工提前退休，不仅减少劳动供给和养老金的积累，还提高了养老基金赡养比例并使老年保障水平难以提高，加剧了老年保障负担。欧洲目前已经注意促使 50-67 岁的人口继续参与劳动，这是中国可以从欧盟学习的一个经验。

在建设多支柱老年保障体系方面，曼海姆大学老龄化研究所所长苏潘（Axel BORSCH\_SUPAN）教授认为，老年保障体系必须走向多支柱，否则难以应对老龄化的危机。目前欧洲老龄化是人们寿命延长和生育率下降的共同结果，传统的老年保障制度难以适应这个变化，因为很多问题是制度本身随时间产生的。在这种情况下不仅要延长退休年龄，还必须建立合理的养老金结构，以保证制度具有财务上的可持续性。欧洲一些国家尤其是新加入欧盟的新成员国已经根据世界银行推崇的“三支柱”养老保障模式进行了一些改革。但是，要建立全面覆盖的老年保障体系，仅仅依靠“三支柱”是不够的，因为总有一些社会成员难以覆盖在“三支柱”体系之内。因此，要实现养老金财务的可持续性及其扩大社会保障覆盖面的双重目的，应当建



立比“三支柱”更多的支柱，比如在社会化的养老保险体系之外，还应当建立以税收为基础的社会最低养老金制度以及建立以家庭为基础的非正式老年保障体系。他认为这是“五支柱”体系，对于中国来说可能比“三支柱”体系更有推广价值。

建立多支柱的老年保障体系将使在职人员为自己的老年进行积累和储蓄，这也意味着老年保障体系从现收现付制向部分积累制或者积累制转变。来自伦敦经济学院的巴尔教授认为，向部分积累制或者积累制转变的养老金有利于提高储蓄率以促进经济增长，并有利于实现不同代际之间的收入平衡。但是，建立了部分积累制或者积累制的养老金制度必须与有效的投资结合在一起才能发挥上述作用，这就需要有一个完善的资本市场与之相适应。如果不具备上述条件，建立一个空账运行的记账式积累制也是有价值的，这是一些欧盟成员国尤其是一些经济体制转轨国家的做法。这样做有利于明确个人的养老保障权益，实现保障模式的转换，又不需为账户资金（实际为空账）进行投资。当然，这仅仅是一种权益之计。针对中国的养老金制度改革，巴尔教授认为不同的养老金制度应当有不同的目标，中国养老金制度目前聚集的因素太多，不同地区之间还存在不同的供款制度，而且面临着资本市场不健全，储蓄率居高不下和经济体制转轨等多种因素的制约，将基本养老保险制度中的个人账户部分转变为完全的积累制是否有必要值得研究。他认为，根据一些欧洲国家的经验，没有必要将个人付费的个人账户制度做成实际的积累基金，作为记账使用的名义账户可能更好。由于仅仅具有记账作用，因而不可能有实际的养老金基金收益。当然，这只是暂时的、阶段性的做法，希望对中国老年保障体系的建设有所借鉴。

## （二）日益增长的医疗费用需要改革卫生服务模式和医疗保障制度

遍及所有居民的医疗保障制度是欧洲社会模式的重要组成部分，也是欧洲福利国家和社会保障体系的重要支柱。但是，由于医疗保障制度涉及医疗服务供需双方、经费筹集、质量监管、费用控制等多因素、多环节影响，使其成为十分复杂、管理难度最大的一种社会保障制度。世界各国国情各异，医疗保障制度设计和运行机制千差万别。在欧盟内部，以英国为代表的国家医疗服务体系模式（包括爱尔兰、丹麦、瑞典、芬兰、意大利、西班牙、葡萄牙、希腊、马耳他、塞浦路斯等国）和以德国为代表的社会医疗保险模式（包括比利时、法国、奥地利、卢森堡等）是最具有代表性的两大模式。其他欧盟成员国的医疗保险和医疗服务体系在某种程度上糅合了上述两种典型模式的要素，同时又在某些环节上有所创新，形成了一些新的医疗保障类型，比如目前广受推崇的荷兰新医疗保险模式。

英国国家医疗服务体系 NHS 建立于 1948 年，经历半个多世纪的运行，体现了其优越性，也暴露出一些问题。英国国家医疗服务体系旨在为英国的全体国民提供免费医疗服务。国家医疗服务体系由英国各级公立医院、各类诊所、社区医疗中心和养老院等医疗机构（也称为联合体）组成。这些医疗单位能够提供国民日常所需的医疗服务，能够满足大多数患者的需要。联合体通过健康中心和门诊部提供服务，有时还会到患者家中进行诊疗。这些预约和治疗都是免费的。支持国家医疗服务体系的资金 82% 由政府财政拨款，12.2% 出自国民保险税，其余部分来自社会及慈善机构的捐款和少量的非免费医疗收入。在医药管理方面英国实行医药分离制，除牙科收取少量治疗费外，国家医疗服务体系下的医院门诊基本上不收费，约 85% 的处方药免费。儿童、孕妇、一年期的哺乳妇女、60 岁以上的老人、低收入者和欠发达农村地区人群一律享免费医疗。患者可以在国家医疗服务三级体系中得到医疗服务。一般常见病患者就医必须先一级机构即基本护理机构（医疗保健和社会关怀在内的综合服务机构，数量最多，其资金使用约占英国卫生总预算的 75%）看医生，然后根据病情的需要转到相应的上一级医院治疗。一级医疗机构在转诊的时候，如果认定病情复杂可以直接转给三级，而二级医疗机构也可以转给三级。地区医院（第二级医疗机构）通常就是这个地区的医疗中心，而地区医院有的是好几家，由同一套管理层管理。地区医院接待医治从第一级机构转诊来的患者。三级医疗机构是教学医院，以紧急救治和重大疑难病医院为主。卫生部是最高决策和管理部门，负责统筹规划英国的整体医疗发展蓝图，负责医疗服务战略制定和管理。英国国家卫生服务体系的



运转费用主要来源于财政拨款，在控制费用方面具有很硬的约束机制，英国医疗费用在欧盟内部和发达国家中几乎是最低的。

英国模式对中国有一定的借鉴价值。但是，一些专家学者也批评了英国模式存在的问题：主要是转诊看病等待时间长，医疗服务总体质量有待提高。不少患者为了及时得到治疗只好选择私立医院，近 13% 的公民购买个人医疗保险。在控制费用与保证医疗服务的高质量的平衡方面侧重于控制费用，对其他欧洲国家来说，英国模式在保障患者的医疗服务质量方面并不高。由于国家医疗服务体系工作积极性不高，各类医疗事故索赔案件不断增加，导致非正常开支过高。2003 年理赔金额高达 40 多亿英镑，且以每年 12.5% 的速度增加。另外，根据 2003 年通过的“基础医院法案”，英国对基础医院的管理监督权下放到由选举产生的各社区代表委员会管理，同时允许基础医院向私营者融资、投资、借贷以及高薪引进优秀医护人员。这些改革措施的方向受到质疑（担心导致国家卫生服务体系瓦解和私有化），其实际效果还需要进一步观察。

德国是世界上最早实施社会医疗保险制度的国家，其基本原则是通过这个体系实现团结、互助、社会共济。该制度以法定医疗保险为主、私人医疗保险为辅两大系统组成。凡收入在一定标准之下的人都有强制性参加法定医疗保险的义务，收入超过该标准的人可以自由选择加入法定医疗保险或私人医疗保险。参加法定医疗保险者保险费由雇员和雇主各付一半，按照一定百分比从工资中扣除。缴费基数设有封顶线和保底线，即超过封顶线的部分不再征缴，工资收入在保底线以下的可免除缴费义务。儿童原则上跟随父母名下，不需要缴纳保险金。政府每年根据情况对封顶线和保底线的标准进行调整。保险费取决于投保人的经济收入，收入多者多缴，少者少缴，无收入者不缴，但投保人享受的医疗服务没有不同。法定医疗保险提供的服务主要包括：各种预防保健服务、各种医疗服务、各种药品及辅助用品费用、各种康复性服务等。保险公司还承担疗养的全部或部分费用，支付最长 78 周的病休补贴，以及就医部分交通费用等。德国的医疗保险体制曾被德国人引以为骄傲。一是保障水平高，二是服务质量好。但由于德国经济近些年来发展缓慢以及人口老龄化问题日益严重，德国的医疗保险体制也暴露出很多弊端。在这种“吃大锅饭”体制下，投保人、医院、药房、保险公司都没有降低医疗费用的意识，结果是医疗费用年年增长，保险费率也年年增加。收缴保险费的增长速度赶不上医疗保险费用支出的增长速度，法定医疗保险公司赤字严重，不得不靠财政弥补。汉堡大学冈特·丹纳教授认为，目前仅德国法定的各种医疗保险基金会每年支付大约 1500 亿欧元。加上约 10% 高收入人口的医疗保险，德国医疗费用已经超过 GDP 的 10%，已经成为一个成本仅次于美国的运行体系，并成为德国经济的沉重负担。近年来，德国政府通过了不少新的医疗改革方面的法律，尝试对医疗保险体系进行革新，主要强调增加国民的“自我责任”，要求投保人个人分担部分医疗费用，但在具体改革措施等方面还存在不少分歧，能否进行下去还有不少障碍。从德国医疗体制上，中国可以借鉴的经验教训也不少。一方面，要扩大医疗保障的覆盖面，尽量促使人人享有医疗保障，真正实现人们共享发展成果。另一方面，又必须注意控制医疗费用的不断攀升。否则，在人口日益老化的情况下再进行旨在降低医疗费用和医疗待遇水平的改革，难度极大。

面对英、德两国医疗保障体系出现的问题，尤其是人口老龄化和医疗费用持续上涨的压力，欧盟各国都试图从本国实际出发进行医疗保障体系的改革。荷兰就业和社会事务部的让·郎格恩（Theo LANGEJEN）介绍了荷兰社会福利尤其是医疗保障体系改革的情况。面对人口老龄化压力，改善就业市场，一方面严格 55 岁-60 岁人群的退休制度，另一方面提高就业率尤其是促进妇女和移民妇女就业，以减轻社会保障系统的压力。在健康保障方面，传统医疗保障由政府提供公共资金，经常导致卫生机构费用和卫生服务设施不足，不能满足人民的需要。如何在适当控制费用的前提下提供较高质量和恰当的服务，是荷兰政府进行医疗改革的目的。事实上，医疗保障体系不会自动最佳，必须在保险公司、医疗服务体系和参保人之间进行恰当的安排。荷兰新的医疗保险改革法律规定，所有人都必须根据收入状况（低收入群体通过个人收入退税机制参加）参加法定医疗保险（过去 20% 的高收入群体可以选择不参加），其目的是使富裕人口参加法定保险，保证医疗保险基金的可持续性，所有人都得到公平的医疗服务。为了促使保险公司节约费用、提高服



务质量，荷兰政府规定，投保人可以自由选择保险公司，2006年约有20%的投保人改变了保险公司。在医疗服务方面，确定重要疾病的标准化保单，建立费用风险分担体系。承担风险较高的公司及时得到适当的补偿，鼓励保险公司正确评估风险状况，增加了医疗保险风险的透明度，使保险基金更加关注风险控制而不仅仅是费用控制，促使医疗服务机构更加关注疾病预防、基本保健和总体费用的控制。医疗保险体系改革的重点是在保证提供优质医疗保护的前提下，强化市场竞争的作用，形成受到监管约束下的市场化结构。

荷兰新法律是2006年1月1日开始生效的，目前评价其效果为时尚早。荷兰医疗改革是在医疗保险机构之间引入竞争机制，试图用新的方式将私营公司、市场效应和社会公平结合起来。这种出发点是好的，这也是中国今天医疗卫生改革必须借鉴的。医疗服务等公共服务改革面对着两个基本命题：公平和效率。前者是公共服务的基本特征，而后者则是公众为这项服务付出的代价。如果把医疗服务变成一个政府包底的全民服务，这很好，不过代价很大，甚至会无限大，这样做能解决公平的问题，不过，不能解决效率的问题。但是，如果仅仅为了控制政府的财政成本而减少甚至弱化对公民提供公共服务，可能使“这项改革的所有指标都实现了，惟一失败的是民众”，也就是说将导致牺牲公平并最终影响效率的后果。

### （三）欧盟社会保障制度改革对中国和谐社会建设的一些启示

欧洲在几百年工业化之后尤其是近100多年来，通过不断建立和完善社会保障体系，形成了现代福利国家和遵循社会团结理念、协商对话和互助共济机制的欧洲社会模式，这对中国和谐社会建设有很大的启发和借鉴。

中国建设和谐社会，必须要发展尤其是经济发展，但是经济发展必须与社会发展有机协调起来。健全和完善社会保障体系就是达到经济社会协调发展的战略举措，必须纳入国家发展的宏观战略层面考虑，纳入新的体现科学发展观要求的经济社会发展规划和考核指标之中。我们目前仍处于快速发展的战略机遇期，意味着必须抓住有利时机加快改革和建设中国的社会保障体系，为今后的长远发展奠定坚实基础。

欧洲经验表明，促进就业的失业保险和社会福利制度，具有持续性的老年保障制度，维持健康和生活质量的医疗保障制度，作为现代社会保障制度的三大支柱，需要紧密结合现实进行及时有效的改革。改革要遵循几大原则：公平与效率兼顾、不能偏废；政府主导与市场及社会力量协同配合；普遍覆盖与激励贡献有机结合等。

从欧洲社会保障发展的历史与现实可以看出，社会保障必须覆盖到全社会，哪怕是外来移民甚至国际移民。如果覆盖面有缺口，不仅有违社会保障制度的宗旨，也将限制其作用的发挥。借鉴欧洲经验，我国目前应当把扩大社会保障覆盖面作为首要目标。在这方面，政府应当承担更加积极的作用，加大对社会保障制度改革和建设的投入（社会保障支出占GDP和财政的比例应当进一步提高），尽快实现“社会保障全覆盖”和“人人享有社会保障”。

在老年保障方面，中国家庭体系的至关重要作用仍需要重视和强调。但是，鉴于中国城乡之间、地区之间巨大的发展差异以及经济社会结构的剧烈变革，不能把全部力量放到城镇基本养老保险制度和家庭老年保障制度这两个重点上，必须树立“多支柱”（不是仅仅拘泥于“三支柱”理论），加快制定符合多支柱老年保障体系的法律法规和相关政策。其中对高龄老人尤其是贫困老人实施以国家税收（或者以收入为前提的社会保障税）为基础的国家基础养老金制度，这应当成为我国完善社会养老体系的重要支柱而加紧推进。上海市2006年已经开始实施这个制度，应当认真总结其经验，提出切实可行的推广政策和措施。

加快医疗保障体系建设可不容缓。从欧洲经验出发，要让医疗卫生体制起作用，需要医生的承诺，需要药商、医疗提供者和病人的共同参与。要形成社会各阶层共同拥有的医疗保障价值观：保障医疗的质量和公



平性，形成合理的利益机制和激励机制。均衡分配有限资源。可以借鉴许多国家已经采取的降低医疗费用的多种有效措施。比如，不能使医疗保障资金的使用和提供的医疗卫生服务绝对分开，但可以借用适当竞争的机制促使服务者提高效率，使接受服务方拥有更大的自主权，可以在数量与质量方面选择保险及医疗卫生服务的提供商。全民医疗和基本医疗是医疗保障的根本目标，满足每个人的基本医疗需求是建立医疗卫生服务体系的基本出发点。除了利用市场和社会力量之外，国家尤其是财政要利用国家经济发展成果，对发展全民卫生保障给予更多资金，把公共服务与有监管的市场有机结合起来。这是建立完善的医疗保障体系的最基本途径。

