



第八章

谋求新的社会政策纲领

当今社会生活受到各种不安全因素的影响。假如很少有人能够签署劳动合同并享有与工作相关的各种福利待遇，假如国内生产过程日益受到全球市场波动和衰退的影响，这种情况将更加突出。当失去工作、收入急剧下降的时候，人们几乎没有退路。在很多发展中国家，非正规经济的数百万从业者没有正式的社会保障机制，疾病、分娩和年老等问题都是导致贫困的重要因素。这是因为在日益商业化的社会中，人们的收入下降了，卫生保健开支耗尽了他们的资产。

近年来，社会各界对这些实际情况有了更多的认识。二十世纪九十年代，全球政策走向发生了重大变化，各国政府开始承认社会政策对于发展进程的重要作用。从图 8.1 中可以看出，这不仅仅是喊喊口号而已，提供给发展中国家的全部捐赠资金有将近三分之一被用于社会部门。¹ 这同八十年代初期风行一时的“市场原教旨主义”思想大相径庭，后者仅仅强调“价格正确”，从来不问社会后果如何。

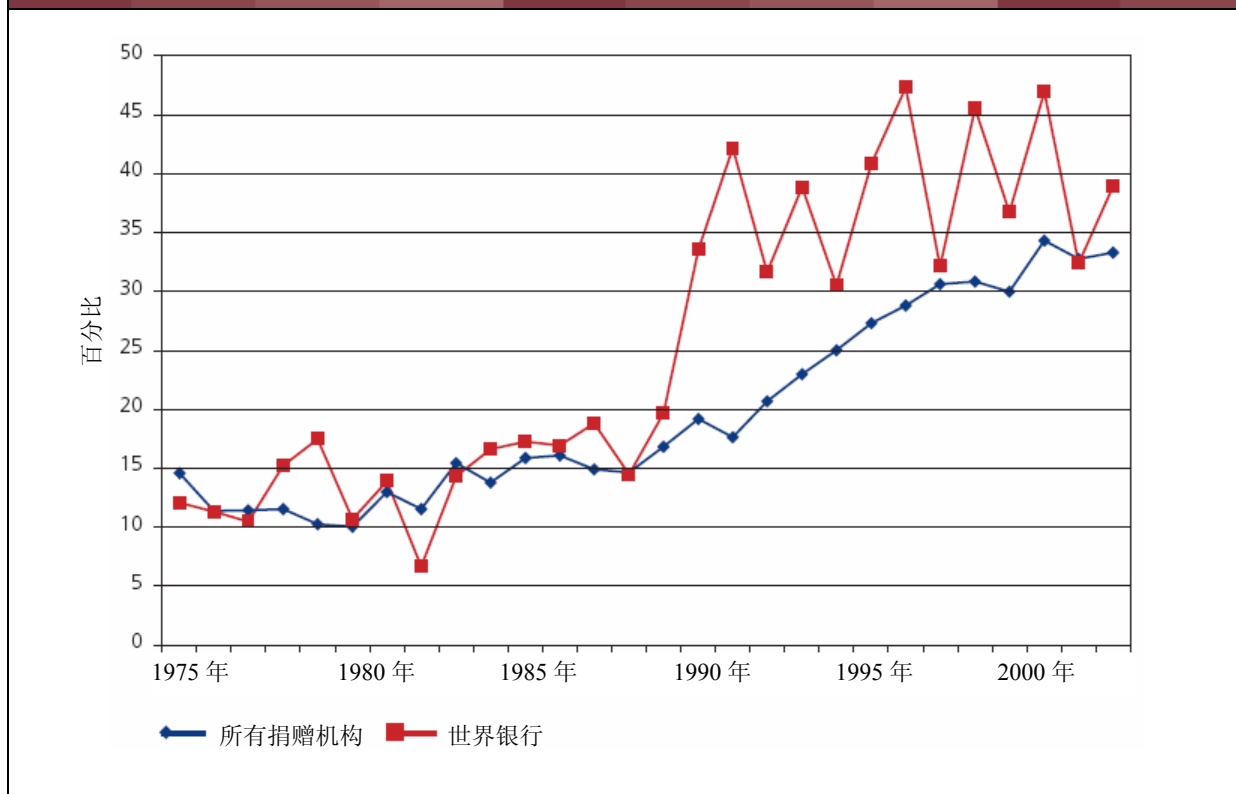
将实施改革作为提供贷款和一揽子调整措施的硬性条件，是一种普遍通行的标准做法，其直接后果是社会部门开始厉行节俭。社会开支被大幅度削减，卫生、教育和其他社会服务开始向民众收取“使用费”。按照国际金融机构最初的设想，稳定和调整措施所导致的贫困和社会动荡不过是“过渡现象”和“磨合问题”；但是到了二十世纪

八十年代末期，人们开始越来越清醒地认识到，这其实是一种长期、普遍和系统的现象。针对调整措施的影响以及公众对于重要调整措施的反对意见的调查发现，当时的正统政策规定有问题。²

到 1990 年，世界银行终于承认，一揽子调整措施对于社会贫困问题的关注太少，在调整过程中应当防止“人力资本的贬值”。要想在保持稳定和财政限度之内增加社会开支，办法是将社会开支的目标锁定为最需要帮助的社会群体。某些现有开支被重新分配，比如，从中等教育转向初等教育；为贫困人口制订了补充方案，并建立了“安全网”。社会部门改革所依据的是剩余主义理论——只有当“常规”供应结构（家庭和市场）失效的时候，社会福利机制才能发挥作用。³ 建立安全网的时间往往太迟，通常属于亡羊补牢，而不是未雨绸缪；安全网的覆盖范围过于狭窄，甚至会出现错误的目标群体；此外，安全网的规模和性质同调整时期出现的贫困现象也很不相称。⁴

二十世纪九十年代末，有越来越多的人开始相信欧洲福利国家发展史所验证的这样一种观点——要解决很多发展中国家面临的脆弱问题，必须将社会保障形成制度化。日渐增多的批评以及公民社会的积极活动使得很多国家的公共社会开支又恢复到了原有的水平，这其中包括智利、斯里兰卡、突尼斯和墨西哥（见表 3.3）。一些意想

图 8.1 用于发展中国家社会基础设施和服务的官方发展援助份额（1975 至 2002 年）



注：社会基础设施和服务包括：教育、卫生、人口方案、供水和卫生设施、政府和公民社会、以及其他社会基础设施和服务。

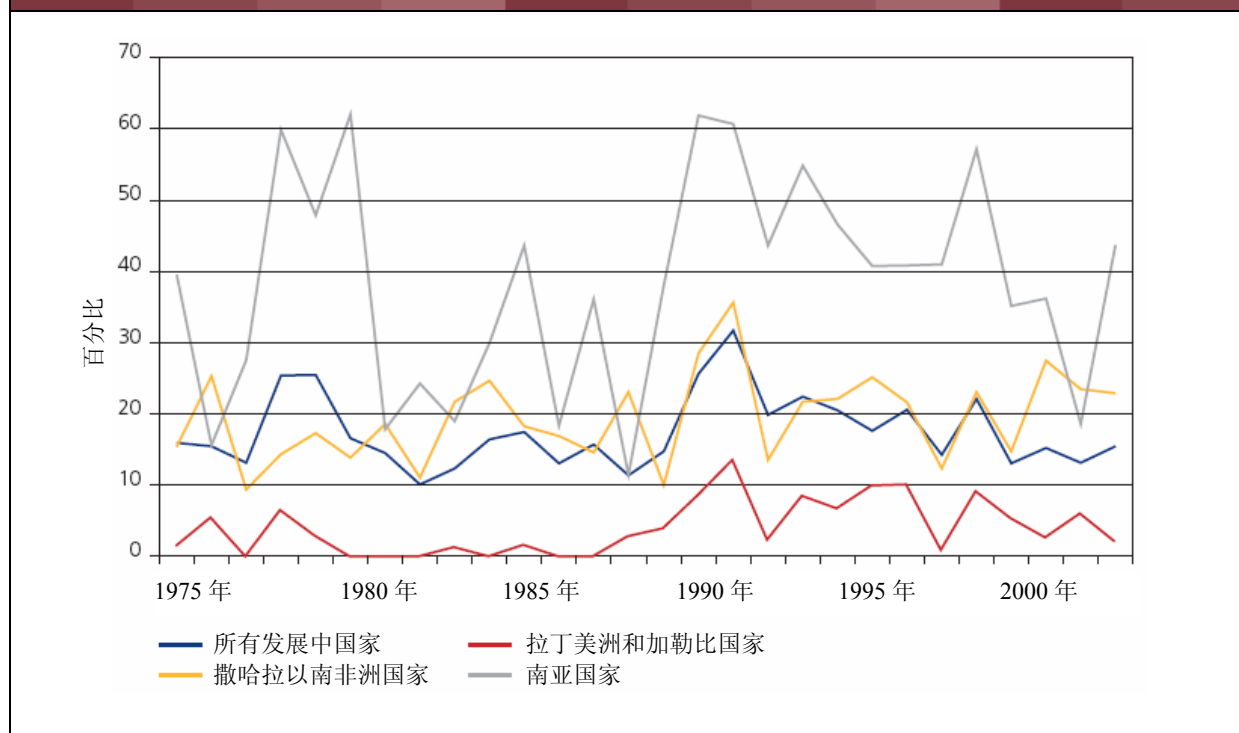
资料来源：根据经济合作与发展组织2004a数据计算。

不到的领域开始再次关注社会层面；就连国际货币基金组织也不得不明确承认社会政策的重要意义。⁵ 世界银行《2000/2001年世界发展报告：与贫困作斗争》的主题表明，世界银行已经转变了态度，这份报告明确指出，“社会风险管理”是消除贫困的最持久的基础。⁶ 报告以人们对于慈善事业的批评意见为基础，吸取“参与”思想，提出应该避免“依赖文化”，培养贫困人口掌握“处理、减轻、减少”风险的能力。

“贫困”、“社会保障”、“参与”、“公民责任

与权利”等词汇随处可见，但这些词汇所体现出的共识却仅仅流于形式。人们对于社会劣势的起因有着种种不同的解释，对于应该采取何种必要的社会政策，也有着各自不同的看法，一时间依然众说纷纭。世界银行在国际政策领域位高权重，原因有二：首先，世界银行是发展中国家社会部门获得贷款的重要渠道，特别是南亚国家和撒哈拉以南非洲国家（见图8.2）；其次，世界银行从1999年开始推行“减贫战略文件”进程，并在其中发挥着领导作用。但在政策层面，世界银行对于社会政策采取剩余主义态度，其基本思想是将

图 8.2 世界银行贷款在用于某些地区社会基础设施和服务的官方发展援助总额中所占份额（1975 至 2002 年）



注：各地区变量的计算方法为：用于社会基础设施与服务的世界银行官方发展援助数额除以用于社会基础设施和服务的所有捐助方提供的官方发展援助总额。社会基础设施与服务包括：教育、卫生、人口方案、供水和卫生设施、政府和公民社会、以及其他社会基础设施和服务。

资料来源：根据经济合作与发展组织2004a数据计算。

国家作为“填补器”，这种思想同社会政策概念相矛盾，后者认为社会政策的目的是进行重新分配，国家必须发挥重要作用。众多组织、活动分子和学术界都反对世界银行的立场。⁷

“社会风险管理”框架只要求国家在私营部门缺失的情况下提供“应对风险的社会安全网”和“风险管理手段”；这同较早的最低限度安全网有着密切的关系。《2004年世界发展报告：让服务惠及穷人》承认，政府有必要“投资购买重要的服务，用以保护贫困家庭”。此外，报告还指出：“让服务惠及穷人，就意味着为所有人提

供服务，同时要确保穷人能够获得这些服务。”⁸ 这份报告表达了多种不同意见，但其对于世界银行社会部门贷款业务准则的影响，还很不明朗。

与此相反的是，社会政策的再分配观点则强调公平和社会普遍供应的重要性。这种观点认为，在发展中社会，国家应起到主导角色，国家不仅是机构和组织的规范者，同时也是重要的提供者。在人们普遍贫困、穷人的保险机制不起作用、私营供应部门的服务严重不足的情况下，国家有必要进行公共干预。⁹

国际金融机构近年来的社会政策文献中存在这样一种假设：有针对性的公共供应（政府供应）是促进社会融合的途径。但这一假设引发了争议。在不平等的社会里，经济情况调查和确定目标群体往往是迫不得已的手段；这种做法不是通过再分配来解决不平等，反而可能加剧不平等，让人们陷入贫困；此外，采取这种政策对于国家的执政能力提出了很高的要求。另一方面，在包容性更强的社会制度下，资源获取问题可以交由公众讨论，人们可以获得交叉补贴，不同社会阶层处于同一种制度之下；在这样的社会里，国家行为更为进步。¹⁰

欧洲的经验表明，贫困率最低的国家有一套收入转移制度，其中包括：全民基本定额津贴，由普通税收提供资金；公共收入津贴，由雇主和雇员共同缴纳；以及提供给贫困群体的社会补助。全民基本养老金和子女津贴在帮助老人、多子女家庭和单身母亲等弱势群体摆脱贫困方面功效显著。全面改善大多数人口生活境遇的第二条重要途径是，提供高质量的、全民共享的教育和医疗保健服务。

社会政策的根本原则是，要解决风险和脆弱性问题，就要做出集体反应。这是因为有很多人，尤其是低收入群体，没有能力支付现代私营部门所提供的卫生服务、教育服务以及各种类型的保险费。由于手头拮据，通过低收入者自身或外部机构的各种正式或非正式长期储蓄努力往往以失败告终。如果没有包括富人在内的更为广泛的社会群体对风险进行分担，仅仅在贫困人口当中推行共同保险的做法必然会因为缺乏社会保险核心本金而失败（根据收入缴纳，根据需求受益）。因此，以普遍和团结（共担风险）为基础的社会政策（再加之来自富裕阶层的大量交叉补贴），在财政和政治两个方面都具有更强的可持续性。¹¹

上述关于各项重要原则的论述为人们分析社会政策中的性别问题提供了一个背景。基于各种看似无法解释的原因，社会政策改革纲领的性别意义以及性别影响往往被忽略。

性别：“沉默的词语”

社会政策改革进程及其结果都不可避免地带有性别色彩，两者往往会对妇女、尤其是最贫困妇女造成伤害。然而，有关社会政策的主流辩论并没有涉及这些问题；事实上，性别始终是一个“沉默的词语”。¹² 无论是世界银行所主张的剩余主义和针对性政策观点，还是再分配和普遍主义学派，参与辩论的双方不约而同地忽略了性别问题。

那么，性别观点将会给当前的社会政策讨论带来哪些影响呢？首先应该强调的是，虽然社会部门改革在整体上对妇女不利，但如果就此认定妇女在新自由主义政策风行之前作为享有社会权利的公民曾经是社会政策的受益者，也是错误的。事实上，从性别观点来看，二十世纪六、七十年代并非“黄金时代”。大多数发展中国家的正式经济规模很小，这就意味着在大多数国家，工作保障以及工作福利只是一小部分工人阶层的特权，而且其中大多为男性。

在拉丁美洲，由男性控制的工会是集体社会契约的主要受益者，工人可以通过工会同资方谈判，以争取工资、工作条件和社会保障。¹³ 妇女作为“养家糊口的男人”的妻子或女儿，或许可以从受益，但对于大多数女性来说，享有养老金和产假仍是遥不可及的梦。仅有的一点保障来自为数不多的有偿工作、婚姻、亲戚、社区、教堂、以及非正式雇主所提供的“保护和恩惠”。¹⁴ 在撒哈拉以南非洲国家，由妇女组成的非正式小型信贷和互

助团体非常普遍，特别是在经商妇女当中。但由于资金基础薄弱，这种办法在提供社会保障方面的功效十分有限。

很多发展中国家的正式社会保障工作应该已经实现了改革、扩展和巩固，以便扩大覆盖面，让更多的人受益；但实际上，近二十年来的情况却发生了逆转，很多地区都出现了社会服务和社会保障的商品化趋势，而且发展势头强劲。在这种情况下，“男性养家糊口模式”不是因为国家福利方面的性别平等改革而受到削弱，而是因为福利的大大减少而受到影响。取而代之的是基于市场并需要购买的个人化福利：私人养老金、私人医疗保险、私立医院、私立学校、私立养老机构、以及私立部门为儿童和老人提供的有偿照料服务。¹⁵

福利商品化对于妇女的冲击可能是最大的。以下几项因素解释了这种压力之所以会对男性和女性产生不同影响的原因：

- 家庭内部的资源分配存在性别偏见：全球很多地区的社会规范在家庭内部的资源分配问题上重男轻女，尤以东亚和南亚地区为甚。假如低收入家庭需要支付一笔紧急医疗费用，首先考虑的是男性的需要，而不是女性。
- 市场上存在性别之分：由于妇女在劳动力市场和信贷市场上通常处于劣势，她们的经济拮据状况要甚于男性，这很可能会限制妇女为其本人及其子女获取市场服务和社会保障。在非洲很多地区，传统上由妇女负担其本人及其子女的大部分医疗和教育费用，这就使得问题更加严重。即便妇女有工作，但由于她们的工作年限较短，薪水较少，而且大多为非正式就业，她们能够积累下来的社会就业福利也会少于男性。

- 无偿护理经济中存在性别之分：在正式服务遥不可及的情况下，母亲、姊妹、祖母和女儿等非正式护理员不得不无偿护理服务。至于女性是否有“空闲”时间从事护理工作，社会部门改革往往会做出毫无道理的假设。
- 公共社会护理部门存在性别之分：改革所带来的工作压力，包括公共部门服务业工资的减少，可能会对女工产生最严重的影响，这是因为大多数女工在技能、权利和报酬方面都处于最底层。

稍后章节将深入探讨上述这些问题。

性别划分和制度改革

由于篇幅有限，本章重点论述以下几个方面：卫生部门改革（涉及众多低收入发展中国家）；养老金改革（主要涉及中等收入国家）；吸纳非正式工人的社会保障制度改革与革新（同时涉及中等收入和低收入国家）；以及针对低收入妇女的扶贫方案。关于教育部门的各类文献和分析文章已经很多，因此不在本章的论述范围之内。¹⁶

下文将就社会部门的系统改革进行分析，表明制度改革是如何对男性和女性产生不同影响的。“福利制度”文献的重要贡献之一是不再对公共开支进行简单的衡量，而是从资格条件、覆盖面和福利性质等方面深入分析福利国家的制度层面。¹⁷ 制度在调节公共开支和福利结果之间的关系时所起的重要作用，如今已经得到广泛认可。正如《2004年世界发展报告》强调指出，卫生及教育方面的公共开支和结果之间不存在任何简单的因果关系；真正发挥作用的是制度，《世界发展报告》认为，重要的是服务提供机构对于贫困服务对象的责任。本章将从性别观点出发，就当前社会部门改革所带来的某些制度变化进行评

析，无论是《2004年世界发展报告》还是第一代“福利制度”理论家都从未以这个视角来考虑问题。按性别分列的社会部门公共开支（以及捐助）分析不在本章论述范围之内。

卫生部门改革和性别问题¹⁸

卫生一直是社会部门改革的重点领域。从性别观点来看，卫生问题尤为重要，这不仅是因为男性和女性需要不同类型的卫生支持来保持健康，最典型的例子就是女性生殖保健服务，而且从制度上说，卫生系统属于性别差异机构，反映出社会中普遍存在的性别不平等。卫生服务部门存在等级制度，男性往往身居高位，比如医生、决策者和行政管理人员；而女性则大多从事地位较低职业或工作，比如护士、辅助医务人员和勤杂工。

社会文化规范剥夺了妇女在健康问题上的行为决策权，比如性关系以及为保持生育间隔而采取避孕措施，但是，为妇女提供的各种服务往往没能认识到这一点。另一方面，假如有关服务和人员能够了解妇女的需求，特别是处于严重劣势的妇女的需求，则将有助于解决妇女所面临的困难，减轻她们所遭受的歧视。假如医疗工作者和服务对象之间的日常工作关系类似于妇女之间的关系，则更有助于解决妇女的问题；妇幼保健机构就属于这种情况。在日常交往中逐步建立起来的妇女之间的信任有助于提供各种机会，促进健康行为的变化。

在发生经济危机的很多国家中，捐赠者深入参与了卫生部门的改革规划工作。标准一揽子方案的核心基础是：放开临床治疗和药品供应，强调商品化和市场机制运作；减少政府干预；在服务系统中推行权利下放；在政府开支方面更加注重成本效益。这种模式通常包括以下某些或全部

特征：

- 削减政府职能，主要负责监管和确定事务的轻重缓急，直接提供公共卫生服务，确保最贫困群体能够获得基本医疗服务。
- 放开私营临床治疗和药品销售，促进公立、私营和志愿医疗机构的“并存”。
- 将政府资助的服务机构承包给独立的团体和公司。
- 提高医院在管理和资金方面的自主权，有些医院实行私有化。
- 从以税收为基础的融资机制转向保险，包括相互保险计划。
- 将开办卫生服务系统的权利下放给地方政府。
- 公立卫生服务机构、政府提供的药品和用品、以及社区卫生服务向用户收取使用费。

这一节将重点论述卫生服务改革在以下几个方面的影响：妇女作为医疗服务用户（为自己及其受抚养人）在获取和利用医疗卫生服务时受到的影响；妇女作为卫生部门工作者的工作条件所受到的影响；妇女作为无偿护理服务的提供者所受到的影响，尤其是在正规机制不能满足其护理需求的情况下。

医疗收费：对用户的影响

很多国家卫生部门的改革是在人口普遍极度贫困的情况下进行的，而且往往发生在造成膳食恶化、工作量加重的经济危机之后。¹⁹ 此外，改革期间还面临着艾滋病毒/艾滋病的传播问题以及这种传染病给家庭造成的身体、经济和社会压力，尤其是在非洲国家。就在需求不断增长的同时，要获得免费或者比较便宜的医疗服务却更加

困难了。二十世纪八十年代初，医院开始收取使用费；此后，这种收费制度开始向更低一级的公立卫生机构延伸，比如提供基本医疗服务和紧急救治服务的医疗中心和卫生所。有多项研究证实，使用费和执行不利的免费制度使得那些没有支付能力的人被挡在医院门外。很少有研究专门分析收费制度对于男女所产生的不同影响；但是，津巴布韦、坦桑尼亚和尼日利亚等国的生殖卫生情况研究表明，妇幼保健机构的收费同孕妇住院人数的减少以及母婴在分娩前后的患病率的提高，有着直接的关系。²⁰

二十世纪九十年代，印度私立医疗机构大幅度增加，致使公共医疗保健服务备受打击。²¹ 医疗服务的日益私有化已将农村人口排除在外，或使其处于边缘位置，受影响最严重的是年龄在15至29岁的妇女以及部落人口。这说明相对于男性而言，社会对于女性不够重视。尽管男性和女性都会因为没有便宜的医疗服务而受到影响，但经济拮据的家庭可能会竭尽全力带男孩去看病，女孩的病痛则不会受到同样的重视，往往被忽略。穷人生病而得不到治疗是一种普遍现象，在女性当中尤为常见。²² 但在另一方面，随着时间的推移，生殖健康设施的普遍改善确实对母婴死亡率及患病率产生了重要的积极影响。

由于妇女及其幼儿需要得到母婴保健服务，妇女的现金和创收机会有限，假如所有专业医疗服务都要收取费用，对妇女的影响最大。在撒哈拉以南大部分地区，通常由妇女负担子女的大部分开销，比如食品、医疗、衣服和学费，这就使得妇女的缴费负担更加沉重。贫困社区组织起了多种形式的医疗互助，比如为助产士提供实物报酬；为贫困母亲提供免费护理；分担家务，以便让其他人外出挣钱；以及互助贷款和赠送。为妇女服务、并且由妇女管理的各种互助储蓄计划在

非洲社会非常普遍。但有证据表明，收入的下降和经济危机的爆发损害了妇女参与这种互助式资金支持网络的能力。²³

医疗保险的增长

由于使用费制度普遍受到强烈反对，近年来的卫生融资改革开始将重点放在医疗保险计划上。为正式就业人员提供社会医疗保险，关键是两性之间的平等问题。只有一小部分人口拥有正式工作，而这些人属于技能最先进、受教育程度最高的社会阶层，从这个意义上讲，社会医疗保险计划的主要受益者劳动力队伍中地位相对较高、负责养家糊口的男性成员。这些保险计划通常将家属也包括在内，但能够得到保险的妇女人数还是很少。

鉴于社会医疗保险的覆盖面有限，于是出现了另一种医疗保健融资机制——旨在将穷人和弱势群体也包括在内的互助医疗保险。近年来，此类保险计划如雨后春笋般不断涌现；在撒哈拉以南非洲国家，这种保险已经演变成成为以社区为基础的自愿预缴计划。保险费可以分期支付；地方委员会有权决定让无支付能力者免交保险费；对于收入不稳定者或季节性收入者给予一定融通，可将缴费日期推迟到收获季节之后，或者按约定日期支付。

此类保险计划很有发展前途，但同时也体现出与其他社区储蓄和贷款计划一样的缺陷。计划的起步工作很快，但各种问题接踵而来：成员逐渐减少；无力缴纳保险费；收款困难。²⁴ 事实表明，以现有的合作储蓄和贷款机制为基础的保险计划获得成功的可能性更大一些，这是因为可以利用现有的合作模式，还能节省某些行政管理开支。印度古吉拉特邦自营职业妇女联盟推出的综合保险计划就是一例（下文将具体论述）。但是，

捐赠者往往更愿意支持新的、独立的计划。

卫生部门改革和女性卫生工作者

关于卫生服务私有化及其对医疗工作者影响的各项研究忽视了性别问题，至少表面上看来如此。在大多数国家中，医疗工作者以女性为主，而妇女又大多从事地位较低的职业，工资下降的压力对女工的冲击尤其严重。高级私人诊所为护士提供的工作条件常常优于公共部，但条件较差的私人诊所则不然，后者的老板通过降低工资和放弃培训的办法来压低成本。有些诊所以较高的薪水聘用经过培训的员工，而不这样做的诊所反而在竞争优势上占先。²⁵ 由此便形成了性别劣势的恶性循环：最贫困的妇女要向那些工资低、技能差的女性医疗工作者支付其无力支付的医疗费用。

自由化、私有化和商品化的出现加剧了医疗卫生系统的危机，造成公共医疗机构的护士压力增大，士气降低。人们时常指责医疗机构态度粗暴，尤其针对低收入病人和社会地位低

下的病人。²⁶ 此外，护士每天都面对各种各样的问题。方框8.1是坦桑尼亚一家妇产医院护士长的笔记，我们可以从中了解医院的一些内情。

卫生部门自由化进一步扩大了医生和护士在工资和工作条件上的差距。很多医生可以通过私下行医获取好处，支付给医生的非正式“出诊费”往往比护士高出很多。此外，护士和病人的接触更多（方框8.1阐述的主要问题之一），当服务机构解散时，护士承受的压力最大。因此，在发达国家的吸引力和发展中国家不利条件的双重作用下，很多护士选择出国工作（见第七章）。在通常情况下，旨在鼓励医疗工作者留在本国的奖励机制大多都是针对医生的。由于护士和辅助人员实际上是各地医疗服务机构的骨干力量，人员不断的外流会造成严重影响，波及为众多低收入妇女提供基本医疗服务的保健站和诊所。²⁷

无论其收入情况如何，卫生部门改革被其提倡者称为变革的动力，改变以员工利益为出发点的管理方式，转而以病患的要求作为服务方针。但是，国际劳工组织近日在东欧开展的调查研究

方框 8.1 坦桑尼亚女性卫生工作者一瞥

这种事情（不良行为）确实存在，这是由于士气低、责任心差、工作负担过重和低工资造成的。试想一下，如果你是一位护士，每天工作 12 小时，上午 6 点上班，晚上 7 点半下班。你可能需要看护 40 至 60 位病人。如果你在妇科，很可能要面对几个急诊、若干手术、术后病人、危重病人。这里最多只有两名经过培训的专业人员，而你就是其中之一。你如何分身？你长时间在压力下超负荷工作，同时还要担心家庭问题，考虑责任问题。在这 12 个小时里，你不知道自己的孩子怎么样了，连喝杯水的时间都没有。还有其他员工的责任心问题。你的职业是一名护士。本应当负责的医生一到下班时间就走了，等着人叫他。有人正在流血，有人需要动手术，而你眼睁睁地看着，无能为力。病人在受苦，而医院里没有设备，其他人也都下班了，没有办法抢救这位女病人。如果本该值班的人不在现场，作为一名护士，你能怎么办呢？没有注射剂，没有急救药品。亲戚们匆匆忙忙将病人送到医院，但我们却没有能力抢救病人。

资料来源：Mackintosh 和 Tibandebage，2004b（工作笔记，1998）。

表明，这种转变可能导致员工丧失适当的工作条件和工资。²⁸ 另一种方法试图从性别角度出发来解决这些问题。非洲和其他一些地区的“卫生工作者推动改革”项目认为，人际关系（比如尊重病人和倾听病人的需求）对于医疗质量至关重要，而且这种关系具有性别特点，于是努力从这方面着手，改善医疗质量。女性卫生工作者的工作风格不同于男性；女性病人有着特殊的需求，某些病患（比如性病患者）担心受到歧视或指责。为此，“卫生工作者推动改革”项目努力在医护人员和病人之间建立起合作关系，在提高性别问题敏感意识的基础上转变行为方式。

无偿护理和护理危机

在大多数国家，妇女依然承担着大部分无偿工作和护理工作。据估计，每年有价值16万亿美元的各种活动没有纳入全球经济统计，其中69%（11万亿美元）是妇女在家庭内部和非正规部门进行的默默无闻的活动。²⁹ 妇女在严酷的经济条件下努力承担起日益沉重的有偿及无偿劳动负担，农村地区的妇女还要承受环境资源的不断萎缩，她们的身体状况可能会因此受到影响。她们从事的有偿工作通常是为了生存，而不是自由选择；具有讽刺意味的是，她们工作所赚的钱可能还不足以弥补她们额外的实际需求。另一方面，卫生部门改革提议将卫生医疗活动适度下放到社区。³⁰ 这一策略没有意识到，这样做将进一步加重志愿者的无偿工作负担，而志愿者无一例外地总是由妇女担当。就这样，由于改革造成社会服务减少，妇女被迫承担起随之而来的社会后果以及无形的额外经济压力。

艾滋病毒/艾滋病问题让很多非洲国家不堪重负，并且使得现有的医疗保健危机更加突出。2001年，全球大约有4 000万艾滋病毒感染者，其

中2 800万在非洲，占总数的70%。在死于艾滋病的58 000名15岁以下儿童当中，非洲儿童占了90%。这些数据背后的大量护理工作基本上全部由女性承担。由于从事经济活动的年龄组（15至49岁）的感染病毒率最高，很多负担便落到了老年人身上。艾滋病使得1 200多万名非洲儿童沦为孤儿，家中的老人负责照料这些父母双亡的孙辈，并提供经济支持。在卫生和福利资源极其匮乏的地区，以家庭和社区为依托的卫生保健服务是一种退而求其次的政策选择。总的说来，在新自由主义政策纲领的推动下，正规医疗服务机构已将责任下放给非正规机构，与之相呼应的是前文就工作场所进行的分析（见第五章）。在艾滋病毒的问题上，有关提供医疗服务和药物疗程的政策决定对于妇女都会产生特别严重的影响。“社区医疗”概念看似不带任何性别色彩；但在社区内部，这种医疗方式在时间、工作和责任等方面都对妇女不利。³¹

由此可见，卫生部门的改革方案背后隐藏着很多性别假设，其中包括：妇女可以从家庭资源或外部互助网络当中获得足够的支持，有能力支付各种费用；可以增加妇女的工作负担，让她们承担更多的护理工作；医护人员（特别是底层员工）的需求和病患的需求肯定是彼此矛盾的。此外还有其他一些含糊其辞的假设，比如，为分散管理卫生系统所确定的管理结构必然能比以前的集中管理制度更好地满足妇女的需求。另一个重要因素是资金问题：中央政府在下放责任的同时是否分配了充足的资源；如果中央政府将权利下放仅仅作为减少开支的一个手段，那么贫富社区之间的医疗服务质量差距则很可能增大。即便不考虑艾滋病毒/艾滋病造成的破坏性影响，现有证据显然没能证实上述任何一条假设能够成立。

养老金改革的性别影响

近十年来，全球很多国家都对公共养老金计划进行了改革。在很多发展中国家和转型期国家，养老金计划一直面临着严重的问题，即使在二十世纪八、九十年代的经济危机爆发之前也是如此。以拉丁美洲为例，到七十年代末，养老金制度的到期使得缴费者与领取者之间的比例严重失调。雇主和雇员，尤其是自谋职业者，都拒绝缴纳自己应缴的份额。此外，由于向军人等享有特权的养老金领取者支付巨额开支，向管理养老金计划的散漫官僚支付高额行政管理费，养老金计划正在被逐渐榨干。一旦发生经济危机，这些问题就更加严重。正规部门的就业萎缩致使养老金的缴费者人数突降。另一方面，通货膨胀率意味着实际工资的下降和缴费实际价值的减少。所有这些因素都让人们认为养老金制度陷入了危机。³²在国际金融机构的大力推动下，养老金制度改革成为结构调整计划的必要内容。

人们普遍认为现有制度已经破产，迫切需要改革，但各界对于理想的替代方案却没有达成一致意见。在很多国家，国际金融机构和国内改革人士指出，私有化是向前的方向，他们的理由如下：私有化可以确保财政稳定；使得缴款和福利之间的关系更为密切；降低行政开支；以及促进资本市场。值得注意的是，私有化的拥护者在讨论上述问题的时候没有提及不同年龄、不同阶层和不同性别之间的公正和再分配。

近日针对八个拉丁美洲国家养老金制度改革所进行的比较分析表明，新自由主义改革派的势力还不够强大，他们所推崇的模式尚未在所有国家得到实施。³³新自由主义改革联盟的对手包括工会、养老金领取者和反对党，这两个阵营的权力均势决定了此次改革的性质。在八个国家当中，

只有智利（被视为私有化制度的原型）和墨西哥这两个国家采取了完全私有化模式；在秘鲁、阿根廷、哥伦比亚和乌拉圭等四国，这种模式被稀释了；在哥斯达黎加和巴西，这种模式遭到强烈的反对。中欧和东欧三个国家的养老金制度改革也有过类似的经历。³⁴只有捷克共和国抵制住了国际金融机构的私有化压力，另外两个国家——波兰和匈牙利选择了部分私有化，成为这一地区养老金改革的激进先行者。

在上述两个地区，围绕改革进行的所有讨论都没有涉及到两性公平问题。然而，私有化进程会产生重大的性别影响。私有化制度下的养老金福利完全取决于被保险人缴纳的总金额。由于妇女的收入水平和工作年限都不及男性，这就意味着妇女能够得到的福利要大大少于男性。大多数私营制度都考虑到妇女的预期寿命较长，她们的福利因此被进一步缩减。

采取固定福利的公立系统通常也存在类似的性别差异。但是由于最低保证养老金的数额较高，预期寿命不影响福利水平，在照顾子女期间可以获得津贴，所有这些都可以缓解妇女的不利地位。在前社会主义国家，上述最后一项特点尤为突出，保育津贴由自养老金系统内部的交叉补贴负责融资。在波兰和匈牙利，有关“保育津贴”的规定已经发生了变化。现在，员工请假就意味着养老金的数额会降低。这其实是一种倒退的做法：发放保育津贴并非慈善行为，而是承认人在一生当中的社会和经济“缴款”可以多种形式。

养老金制度改革对于妇女的影响不尽相同。对于那些活跃在劳动市场上、拥有较高的收入、并且不必因为照料他人而请假的妇女而言，私有化和个人化进程是有利的。但是由于绝大多数妇女在劳动市场上处于弱势地位，或

者由于需要照顾子女或年迈亲属而只能断断续续地工作，养老金制度改革对她们而言就是一种严重的倒退。

关于社会政策（以及这是所指的养老金政策）的基本价值观认为，在融资完全实现私有化的养老金计划中，再分配和社会团结没有用武之地。但是，私营系统无法实现公平和社会包容，提高效率对此也无济于事。事实上，有大量证据表明，私营系统的工作效率还赶不上被其取而代之的公立系统。有观点认为，养老金制度的私有化将减少行政成本的浪费，但事实却并非如此。竞争压力要求为数众多的销售人员以业绩提成作为工资，公司要投入巨额广告预算，所有这些都促使行政费用上升。³⁵

近几年来，养老金的私有化发展势头强劲，但在此有必要强调各国提供养老保障的多种方式。下文将谈到南非向老年人提供国家社会援助的制度，这属于不必缴纳保险费的养老金计划。在巴西，将社会保险扩展到非正式农村工人的做法极大地拓宽了保险的覆盖范围。这些计划代表着发展中国家在养老金提供模式方面的革新。³⁶

非正式工人社会保障的革新

非正规经济领域的工人享受不到正式保险计划，他们遇到的障碍包括：高额的保险费；必须提供工资条；以及死板的程序，比如要求工人全年十二个月都交纳相同的金额。但是，有多种方法可以为非正式工人构筑起社会保障系统。国际劳工组织正在协调各方的力量，努力让新型工人同样能够享受到现有的社会保障福利。小额保险注重制订基层计划。人们对于各种社会保险、特别是针对医疗保险，已经进行了大量尝试。很多工作的目的是将妇女、尤其是贫困妇女纳入保险范围。

下文的例子说明，可以建立各种计划将很多非正式工人纳入社会保障范畴。在实际工作中，各类社会保障计划在不同年龄、不同阶层和不同性别之间的实际再分配程度存在很大差异，但这些计划的基本思想都是相同的——国家有责任提供社会保障，而且这种保障应该至少在某种程度上促进再分配。有关方面正在努力拓宽现有社会保障方案的覆盖面，将新型非正式工人纳入其中，推广交叉补贴，目的是提高现有社会保障机制的包容性。在曾经出现激烈的社会斗争和反思社会责任的国家（智利、巴西、南非），以及在信守社会公正理想的国家（哥斯达黎加），包容性更强的社会制度正在形成之中。

自营职业妇女联盟为非正式女工提供的综合社会保险³⁷

20多年前，印度古吉拉特邦的自营职业妇女联盟制订了综合保险计划，并大获成功。印度政府向两家大型保险公司提供补贴，让保险公司为弱势群体提供某些服务，其中就包括自营职业妇女联盟的成员。通过这种方式，自营职业妇女联盟以优惠的条件同政府及保险行业建立了合作关系，其不断满足成员需求的能力令人惊叹。综合保险计划如今向10万多名非正式女工提供一揽子社会保险福利。

自营职业妇女联盟综合保险计划的成功还得益于该联盟下属各项方案的相互作用：自营职业妇女联盟银行负责收取年度保险费；健康教育负责提高联盟成员的健康意识；以及扫盲培训。该联盟确实接受捐赠，用于支付保险计划的行政管理费用，但联盟内部的团结氛围起到了重要作用，大部分行政管理工作均由联盟成员负责。

自营职业妇女联盟面临的困难之一是，综合保险计划以贫困妇女为目标群体，联盟当中某些

最贫困的成员无力缴纳保险费，但保险费的额度必须让综合保险计划能够长期运作下去。另一个问题是，医疗保险所提供的卫生设施还远远不能满足需求。

智利临时女工的健康福利³⁸

正如第六章指出，拉丁美洲园艺产品的出口量近年来大幅度增长，随着而来的是季节性女工（临时女工）的增多。在智利，原本由全日制工人独享的社会保障福利近来已经惠及临时女工。

绝大多数男女临时工的工资都低于法定最低工资标准；有些妇女在短时期内能够赚到高额工资，但妇女的平均收入低于男性，最低收入群体中的女性人数也大大多于男性。智利工人可以选择私营医疗保险或公共医疗保险，但购买保险需要全年缴纳保险费。为此，临时工不愿加入任何一种保险计划，他们只能作为“穷人”向卫生机构申请得到医疗保健服务。

在智利国家妇女事务办公室的推动下，女临

时工的工作条件逐渐发生了变化：为园艺工人和其他农业工人提供保育设施；建立四个国家委员会——工作健康与安全委员会、保育委员会、农药委员会、培训委员会，从政策层面着手解决临时工的工作条件问题。2000年，国家修订了医疗保险法规，缴纳期从全年缩短到三个月，后来又减少到60天，目的是让临时工也能参与进来。

将极其脆弱、没有任何保障的家政工人纳入劳动保护机制，是将保障覆盖范围拓展到非标准工人和非正式工人的另一个例子（见方框8.2）。

哥斯达黎加为非正式工人提供新型健康和养老保险³⁹

由政府制订计划，将没有资格享受正式社会保障的非正式工人纳入社会保障的保护伞，哥斯达黎加为我们提供了一个相当特殊的例证。与智利为临时工提供的法定计划不同，哥斯达黎加采取自愿计划，其中包括医疗卫生服务和养老金储蓄计划。

方框 8.2 将家政工人纳入保险机制

将家政工作视为正式工作还是非正式工作，各国做法不尽相同。尽管实际上存在雇佣关系，但很多国家都将家政工人作为“自营职业者”。绝大多数家政工人都是女性，年龄通常在十几岁或更小，她们远离家庭，工作时间长，工资低，没有自主权。

雇主与家政工人之间的关系是相互依赖和家长权威的复杂混合体。家政工人对于自己的生活没有发言权，但可以得到雇主主动提供的某些援助，比如医疗费用、学费、培训费（如果家政工人还很年轻）及其子女的学费。这并不是合同规定的义务，主要取决于雇主的一时心血来潮，没有长期保障。

家政工人分散工作在雇主家中，很难接触到她们或是把她们组织起来，为她们提供社会保障有困难。但在某些国家，尤其是拉丁美洲，正式组织和非正式组织都已经注意到家政工人的窘境。2002年，南非家政工人（和季节农业工人）被纳入失业保险基金。要享受这种保险，既需要工人站出来维护自己的权力，同时还有确保雇主向基金缴款。

资料来源：Lund，2004。

哥斯达黎加的人口相对较少，民族构成也比较单一，国家长期以来为本国民众提供广泛的社会保障。但是，人口和劳动市场的变化正在给社会保障提出新的问题。其中一项变化是从事有偿工作和就业的妇女人数迅速增多，而且大多集中在服务部门，工作条件比男性相对较差。随着非正规经济的不断发展以及妇女的积极参与，哥斯达黎加劳动者队伍当中享受不到社会保障的工人比例逐年上升。二十世纪九十年代中期，养老金制度的私有化遭到公民社会团体的激烈反对，这些团体组织起来，建立了“全国协调论坛”。在这种情况下，国家通过了《工人保护法》，其中就包括自愿保险计划。

该计划面向独立工作者、自营职业者以及没有薪水或工资的人，比如家庭劳力、家庭主妇和学生，主要对象是从未缴纳医疗和养老保险的人，以及因缴款时间太短而无法获得充足福利的人。凡家庭人均收入低于国家统计局确定的基本菜篮子标准者均有权加入这项计划。国家提供0.25%的基准收入，独立工作者缴纳7.25%；个人缴纳比例因人而异，最低可为4.75%。

该计划目前属于自愿性质，到2005年之后将成为法定计划，所有独立工作者都必须参加。此举的目的是为增加缴费人数：目前已有高达74%的独立工作者缴纳医疗保险，而缴纳养老金保险者仅为24%。这其中部分是由于哥斯达黎加贫困人口能够享受不必缴费的养老金计划。作为社会保障机制历来健全的国家，哥斯达黎加正在努力通过灵活的方式进行调整，以适应劳动市场的变化，在缴费计划和非缴费计划之间建立联系。

南非养老保险计划⁴⁰

这项计划由针对穷困白人的安全网养老金计划演变而来，其覆盖范围在1928年延伸至有色人

种，又在1944年扩展至非洲人。在种族隔离时期，针对非洲人口的经济情况调查更为严格，而他们拿到的养老金福利却比白人低很多。种族隔离制度结束之后，实现了全面的权力平等，领取养老金的非洲人比例迅速上升。在通过收入情况调查之后，女性从60岁开始、男性从65岁开始就可以每月从国家领取养老金。

对于养老金领取者及其家人来说，养老金为缓解贫困立下了汗马功劳，这已是不争的事实。南非的大部分老年人生活在三代同堂的大家庭中，在低收入农村地区，这种情况更是普遍。养老金是领取者的个人福利，但大多数家庭会将收入集中起来，因而有很大一笔养老金成为家庭共有资金。在这种情况下，非正规经济中的老年女工、退休的家政工人、寡妇等处于劣势地位的老年妇女在晚年将享有一定的经济保障，帮助她们凭借自身的能力抵御年老所带来的各种不利因素，并在家中保有一席之地。该系统目前覆盖了80%的非洲老年人口以及一小部分白人。

这项养老金计划属于非缴费性质，所需资金取自国家总收入，事实证明，计划不仅行得通，而且负担得起。在财政方面，政府的财政拨款逐年增加，而且近几年始终处于实际增长状态。在人口方面，老龄人口所占的比例很小。艾滋病毒/艾滋病的肆虐缩短了民众的寿命，达到合格年龄的人数也会相应地减少。但有很多已经达到养老金领取年龄的老人正在抚养和照料因艾滋病而成为孤儿的儿童。对于他们来说，养老保险已经成为重要的家庭保障。

新型保险计划的经验教训

自营职业妇女联盟制订的综合保险计划充分说明，非正式工人的社会保险计划可以获得成功，并且能够持续发展。但如此成功的例子并不多见。

另一个罕见例子是为坦桑尼亚达累斯萨拉姆的非正式工人和街头小贩设立的专项保险计划——“非正规部门医疗保险互助社”。1995年，这项计划在国际劳工组织的干预下开始启动，其成员迅速发展 to 大约1 500名工人及其4 500名家属。这项计划的参与者可以在指定的私营机构享受基本医疗卫生服务，并可转入政府医院接受治疗。为保证成员能够交得起费用，“非正规部门医疗保险互助社”目前面临着一些财政困难，但在保持成员人数方面，这项计划比其他很多互助医疗计划要成功得多。⁴¹

成功秘诀之一是针对成员的需求做出对策，自营职业妇女联盟在这一点上就做得非常出色。智利和哥斯达黎加政府措施的一个重要特点是灵活变通。智利将医疗保险的覆盖范围延伸到了以前从未涉及的工作群体——季节性雇佣工人。哥斯达黎加为独立工人和没有收入的工人制订了自愿医疗和养老保险计划。但这些计划都是近些年才推出的，现在对其功效进行评价还为时过早。

将分散的非正式工人纳入社会保障系统，势必会增加行政管理开支。智利和哥斯达黎加的做法是将新型保险计划纳入现有的社会保障管理体系，而且两国的人口都相对较少。自营职业妇女联盟利用多年积累下来的内部团结力量，大部分行政费用由联盟成员自行承担。上述个案研究没有分析如何保证雇主缴纳保险费。假如没有有利的组织环境，很可能需要长期补贴来维持保险计划的财政稳定。

哥斯达黎加的例子表明，非正式工人认为购买医疗保险比为老年储蓄更为容易一些。自营职业妇女联盟也发现，医疗保险往往会吸引年龄较长的成员，这些人的患病几率高于普通成员。这是保险计划的一个通病。自营职业妇女联盟的另

一条经验教训是，在邀请人们加入保险计划时，必须慎重考虑该计划所提供的医疗服务质量。

上述几个新颖的例证还表明，国家通过现有机制和创新机制为众多人口提供社会保障的作用至关重要。南非的养老保险计划以及智利和哥斯达黎加的计划都充分说明了这一点。因此，我们不仅要呼吁国家“恢复干预”，承认国家如何“进行干预”，而且还要设法提高这些干预措施的成效。最后一点，提供某种形式的基本收入可以避免社会歧视，限制官僚自作主张，比如，可以为全民或大部分人发放定额养老金或子女津贴。这种做法的另一个好处是管理方法简单，成本低。

扶贫方案：将目标锁定为妇女，但又存在性别盲区？

近几十年来，一些政府组织和非政府组织实施了专门针对贫困妇女的扶贫方案，其中最著名的是小额信贷方案。另有一类扶贫方案专门针对作为社区成员、母亲和护理人员的贫困妇女，但国际社会对这类方案的关注程度比较低。以拉丁美洲为例，严重的社会危机和结构调整迫使很多低收入妇女参与各种各样的社区项目。这些项目旨在满足城乡贫困家庭的日常需要，其根源可以追溯到同基督教慈善事业有关的社区福利。⁴²二十世纪八十年代，某些扶贫方案获得成功，捐赠机构和政府纷纷给予关注及资金。

近年来，有关方面努力将“参与”和“授权”等在全球及国际政策中风头正劲的流行概念纳入扶贫某些方案。这些民主化特征是否仅限于华丽的辞藻，是否已经成功地实现制度化，对于性别平等究竟会产生哪些影响，所有这些都是扶贫计划中值得探讨的问题。本文在此仅就一个相关的国家方案进行简要分析：墨西哥的“机遇方案”，

又称“进步和机遇方案”，始于1997年，2000年文森特·福克斯总统执政后对其进行了重组和扩展。

“进步和机遇方案”是拉丁美洲同类方案中覆盖面最大的一个，为大约500万贫困农村家庭提供现金和食品，条件是这些家庭送子女入学，并且到当地的保健中心进行定期检查。这项方案目标明确，依照世界银行提倡的“社会风险管理”方针，努力将短期和长期扶贫目标结合起来。方案强调“共担责任”：参与者要获得方案提供的权利，就必须履行某些义务。参与者大多是贫困家庭的母亲，她们要负责确保子女上学和接受卫生保健。

方案的支持者认为，向妇女直接提供现金的做法是一种进步，因为在将现金用于家庭福利的问题上，妇女比男子更加可靠。这种方式可以“授权”给妇女，但方案评估还是发现了其他各种性别问题。⁴³除了锁定目标所造成的一些众所周知的各种问题之外，其他问题还包括：本应属于目标群体的某些家庭被排除在外；援助对象可能会遭受歧视；以及造成社会分化。此外，有些人担心这项方案可能会加重女性参与者的无偿劳动负担，对于提高她们的劳动力市场技能起不到任何作用。同那些置身方案之外的人相比，参与这个方案的妇女由于“拿了政府的钱”，可能会被要求承担一些社会工作，比如清扫学校和保健中心。⁴⁴

这项方案以妇女为中心，但没有体现出性别平等观点，比如要求父亲从事某些无偿志愿工作，送孩子去学校或是当地诊所。由此可见，方案不仅以传统的性别分工作为基本思想，并且愈加加重了这种性别分工；发放现金的前提条件是要求妇女做一个“好母亲”，这同上个世纪二十年代

的政策倾向是何等相似，在很大程度上反映出社会政策的延续。⁴⁵方案的制订和管理工作均未邀请妇女积极参与，也没有为方案成员提供机会采取集体行动。这种有组织的行动原本可以将要求落到实处，真正实现“授权”给妇女。

“进步和机遇方案”给我们提供了几点经验教训。政府扶贫方案日益认识到妇女为发展所做的贡献，但这种认识始终没能给妇女带来实实在在的裨益。在大谈特谈性别平等之余，捐赠机构在进行评估时却很少注意到，维护子女利益可能会以牺牲母亲的利益为代价。例如，《2004年世界发展报告》就将“进步和机遇方案”视为扶贫方案的典范。⁴⁶这项方案确实改进了儿童营养状况和小学入学率（尤其是女童的入学率），参与其中的很多妇女肯定会对方案的社会目标赞赏有加，但方案中还存在着盲点和偏见。方案借助、支持、并强化了一种极端不平等的家庭模式，使得妇女实际上成为“政策导体”，⁴⁷各种资源通过妇女之手用于改善儿童和家庭的福利。关于这一点，《世界发展报告》只字未提。

此类方案不仅利用了妇女的无偿劳动，而且没有认识到众多低收入妇女需要通过就业或自营职业来赚取现金。很多低收入妇女明确要求获得便宜、可靠的保育设施和工作培训，以便增强自主权和收入保障，但“进步和机遇方案”等扶贫方案对此却充耳不闻，从而丧失了实现变革的机会。在没有采取任何措施的情况下，以护理和子女为重点目标的方案很可能会进一步加重现有的性别不平等，使得妇女从事有偿工作和自主选择生活道路变得更加困难。

在对扶贫方案、社会保证计划和政府服务情况进行评估的过程中，必须提出这样一个重要问题：在强调参与、权利和公民素质的同时，能否

实现随之而来的各种预期目标。妇女能否获得必要的参与权和发言权，以便确保妇女利益被充分纳入决策过程？自由化政策以及国家受到的冲击在一定程度上可以解释为什么迟迟难以消除针对妇女的偏见。在政治、决策和服务规划当中占上风的各种观点和利益涉及到一些更为广泛的政治问题：什么是健全的社会以及妇女在社会中的地位如何？公民之间相互承担何种义务？国家对公民负有何种义务？本书第三编将探讨这些问题。

注释

- 1 “社会部门”的构成因素参见图8.1的注释。
- 2 Cornia et al., 1987。
- 3 MacPherson and Midgley, 1987:134, 转引自Vivian 1995:21。
- 4 Vivian, 1995。
- 5 IMF 1998 and 2000, 转引自Mkandawire, 2001。
- 6 World Bank 2001c; Holzmann and Jorgensen, 2000:28。
- 7 UNDP, 2003; 国际劳动组织核心方案中的社会—经济保障问题；联合国社会发展研究所关于发展背景下的社会政策方案；全球主义和社会政策方案。
- 8 World Bank, 2003a:133,60。
- 9 Devereux and Sabates-Wheeler, 2004。
- 10 Mackintosh and Tibandebage, 2004b:167; Huber, 2002。
- 11 Baldwin, 1990; Barr, 1998; Mkandawire, 2001; Lund, 2004。
- 12 Mackintosh and Tibandebage, 2004a。
- 13 Molyneux, 2004。
- 14 Molyneux, 2004。
- 15 Elson and Cagatay, 2000。
- 16 UNESCO, 2003; 2005年计划发表的其他报告将全面论述这些问题。
- 17 Esping-Andersen, 1990。
- 18 本节依据Mackintosh and Tibandebage, 2004a。
- 19 Jackson and Rao, 2004, 该书提供了印度的证据。
- 20 Kutzin, 1994; Walraven, 1996; Ekwempu et al., 1990; Abdullah, 2000。
- 21 Baru, 2003。
- 22 Sen, 2003。
- 23 资料转引自Mackintosh and Tibandebage, 2004b。
- 24 Tibandebage, 2004。

- 25 Tibandebage and Mackintosh, 2002。
- 26 Jewkes et al., 1998, 转引自Mackintosh and Tibandebage, 2004b。
- 27 Mensah, 2004。
- 28 Afford, 2003。
- 29 World Bank, 1995, 转引自Mackintosh and Tibandebage, 2004b。
- 30 World Bank, 2003a:144-5。
- 31 Lund, 2004。
- 32 Huber and Stephens, 2000。
- 33 Huber and Stephens, 2000。
- 34 Steinhilber, 2004。
- 35 Diamond and Valdes-Prieto, 1994:309。
- 36 Barrientos, 2004。
- 37 Chatterjee and Ranson, 2003; ILO, 2001, 转引自Lund, 2004。
- 38 Barrientos and Barrientos, 2002。
- 39 Martinez Franzoni and Mesa-Lago, 2003, 转引自Lund, 2004。
- 40 Ardington and Lund, 1995; Case and Deaton, 1998; Case, 2001; Lund, 2002。
- 41 Tibandebage, 2004。
- 42 Jelin, 1990; Molyneux, 2004。
- 43 评估综述见Molyneux, 2004。
- 44 Molyneux, 2004:29。
- 45 Molyneux, 2004:36。
- 46 World Bank, 2003a:30-1。
- 47 Molyneux, 2004。