

上海市贫困人口就医问题及对策研究*

梁 鸿 程 远 田文华

【提要】 城市新贫困不仅构筑了社会经济发展的“陷阱”，而且明显地损害了社会公正，影响了社会的发展，并对社会稳定构成了直接的冲击。目前，城市贫困家庭就医问题已成为中国城市普遍面临的一项挑战。本文通过对上海市贫困家庭人口就医问题的调查，分析贫困人口就医问题现状与就医障碍，探讨了贫困人口就医问题的社会危害，提出了解决贫困人口就医的对策。

【作者】 梁 鸿 复旦大学人口研究所副所长、副教授；程 远 复旦大学人口研究所，在职博士研究生；田文华 复旦大学人口研究所，在职博士研究生。

一、研究背景

随着经济改革的深化和伴随而来的社会变迁，使诸多的社会问题不断显现，贫富差距及贫困问题也将不可避免地出现。城市新贫困以及由此引发的社会稳定话题在中国已经非常敏感。城市新贫困不仅构筑了社会经济发展的“陷阱”，而且明显地损害了社会公正，影响了社会的发展，并对社会稳定构成了直接的冲击。最新的研究进一步指出，城市贫困家庭就医问题已成为中国城市普遍面临的一项挑战。

按照国际经验，应对社会经济结构调整而导致的大规模的贫困问题，最有效的社会保障制度是社会救助而不是社会保险。上海市作为中国最低生活保障制度改革的原源地，对其贫困家庭就医问题的研究，将有助于我们更好地理解和把握中国城市未来贫困家庭医疗服务的变化趋势。

国际上从社会保障和社会救助的角度出发研究贫困问题，可回溯至 19 世纪英国的布什(Booth)和朗里(Rowntree)的著作。在最近的 20 年，有关反贫困，发达国家社会保障研究形成的政策建议主要包括以下几个方面：变被动保障为积极保障；社会保障水平的基线要低；要把社会保障的规模和费用控制在适当的范围；社会保障要量入为出，并与财政、税收政策挂钩；应建立社会保障与工作业绩的联系机制；社会保障的法规和条例要简明和透明。

和其他领域的改革一样，中国社会救济的制度创新同样发端于地方和基层，1993 年中国城市居民生活保障制度改革在上海拉开序幕。到 1999 年 9 月底，全国 668 个城市和 1 638 个县政府所在地的建制镇已经全部建立起最低生活保障制度。救助对象和保障资金与 1992 年相比，增加了 10 多倍(民政部救灾救济司、《中国社会报》)。作为政府对市民做出的“经济保底”的承诺，最低生活保障制度使中国城市中近 3 000 万弱能和贫困群体参与经济、社会发展成果的分享。中国城市贫困家庭的受助方式主要有：民政系统对贫困家庭的救助、社会机构的救助、企业单位对困难职工及家属的救助、工会系统的帮困扶贫。

* 本课题为复旦大学重点社科研究项目。参加课题的有梁鸿、孙晓明、孙小铭、程远、马笑东、张真、任远、田文华等。该课题还得到上海市民政、卫生、医保和浦东新区社会发展局等政府部门的大力支持。人口所的研究生对课题的资料收集做了大量工作。

现行的贫困救助政策还存在救助规模偏小、救助水平低、救助标准不统一、社会化程度有待进一步提高等问题。简而言之,尚只是雏形。但是,如同在其他市场经济国家发生过的一样,这次制度创新将最终完成传统的国家济贫向现代的社会救助的转变。本质上看,是救济理念由“国家权力”中心向“公民权利”中心根本性转变。

城市贫困群体主要包括失业、下岗无业和困难企业的退休人员以及他们赡养的人口。在以健康和生命为基本核心的社会中,既“吃饭难”又“看病难”的人群,最容易引起社会同情和关注。如果这一问题得不到很好的解决,缺乏正确的引导和处理,极易引起社会不满情绪的蔓延和滋长,从而影响社会的稳定。

面向贫困家庭的医疗服务,经济学上属于公共物品或公共资源的范畴:即对基本医疗服务的消费,不应存在竞争性(从医疗服务供给的角度,这一特性要求基本医疗服务应是在极低的价格水平下,也能有大量产出的服务);在技术上也应是非排他的(这一特性要求基本医疗服务的设计应与公共卫生和公共安全的目标相互配合)。基本医疗服务消费是与国家或地区的社会经济发展水平相联系的,以国家或地方财政以及其他社会资源为解决贫困人口就医可提供和可使用的资金规模为基础。

二、资料来源与方法

本研究将“贫困家庭”定义为:调查当时享受社会最低生活保障金救助的居民家庭。其主要原因是:(1)从政府的行政程序看,这一部分家庭同时被他们自己和社会确认为“贫困”的。(2)在居民收入、财产和纳税等方面,上海市尚未积累起可供实际研究操作使用的资料,目前没有可能根据其他方面来做出更合适的定义。(3)借鉴了国内已有的有关城市贫困问题的研究。

问卷调查研究分为两个阶段,首先在全市范围内,整群地随机抽取街道,对抽中街道中所有享受最低生活保障的家庭进行访问,完成问卷 A 的调查。第二阶段,根据问卷 A 的调查结果,从中抽取问卷 B 的调查对象,这部分调查对象要求至少符合以下一种条件:在过去两周内,家中有人生病;在过去三年中,家中有人生大病、住院就医。

2000 年 9 月 20 日至 10 月 22 日,复旦大学人口研究所的 14 名硕士研究生在杨浦区的控江街道、闸北区的彭浦街道和浦东新区的梅园街道完成问卷调查。问卷调查采取面对面方式,并一般要求单独填写,以避免他人影响。回收后凡是半数以上选题不回答或选题答案前后矛盾的问卷均作为废卷处理。在有效问卷中,问卷 A 为 1 400 份,问卷 B 为 350 份。

在问卷 B 的调查基础上,我们进一步抽取 30 个贫困家庭,进行深度访谈。深度访谈由复旦大学人口研究所教师完成。调查前,课题组对访谈提纲进行了极为详尽的讨论,统一口径,要求访谈语言尽量简易、精确。访谈后及时记录访谈场景、被访人态度,以控制内容信度。最后,问卷统一编码由 SPSS 软件处理。

三、上海市贫困家庭就医状况

(一)上海市贫困家庭的数量、结构与特征

根据上海市民政局 2000 年 9 月份的统计,全市享受最低生活保障救助的市民为 17.5 万人。上海市最低生活保障救助的标准和范围在最近几年一直处于频繁的调整之中,同时,最低生活保障救助本身也存在一些遗漏和错误,但根据专家的评估,17.5 万这个数字大体上可以代表上海市贫困人口的规模。

本次调查所涉及的 1 400 个贫困家庭的 4 088 位市民,约占整个上海市贫困人口群体的 2.33%。贫困家庭以三口之家为主,占 56.7%;6.6%为独居;四口及以下的家庭占 94.4%;72.12%

的贫困家庭生活有18岁以下的青少年;平均家庭规模为2.92人。

导致城市家庭贫困的前3位因素依次为:失业(60.3%)、疾病(52.9%)和收入低(35.6%)。非自愿的失业不仅意味着收入的减少,导致营养不良,还意味着在许多情况下“你将需要自理医疗费用”。52.9%的家庭认为疾病是导致贫困的主要因素之一。

包括各类的社会保障金、救济金,被访贫困家庭2000年8月户均收入为645.63元,人均收入为225元,低于上海市政府所规定的280元“托底线”,这其中,除了有被访贫困家庭低报收入外,另一重要原因是,贫困家庭中往往有一些非上海籍的人口(这批人不符合救助要求),同时不排除现行的最低保障救助存在漏洞。需要强调的是,即使达到了人均280元的“托底线”,这一收入水平也不具备抵御疾病风险的能力。“托底线”设计也没有考虑将一定的医疗费用包括进来。

调查表明,仅有2.3%的贫困家庭,其全部的家庭成员为医疗保险所覆盖。即使将18岁以下的青少年排除之后,医疗保险可以完全覆盖的家庭仍不足两成(18.2%)。49.5%的贫困家庭家中无人享受医疗保险。34.5%的贫困家庭由于生病、住院而欠有债务,户均就医债务规模为6574元(债务中位数为3000元);贫困家庭主要向亲友借债,“欠医院”的情况微乎其微。仅12%贫困家庭认为在最近两年内有摆脱贫困的希望,绝大多数患病贫困家庭(88%)不认为“在最近两年有摆脱贫困的希望”。

(二) 贫困家庭的医疗服务需求与利用

根据调查,60.3%的贫困家庭报告,在调查前两周有成员身体不舒服(包括慢性病)^①。从1999年9月到2000年8月,20.6%的贫困家庭发生过生大病、住院的情况,其中65.6%的家庭的住院费用完全自理。贫困家庭的病人生活自理率和需专人照看率均为16%。这一比率要高于正常家庭中病人的水平。18.5%的贫困家庭在患病后由于经济困难既不去医院看病、也没有吃药;去医院看门诊的占26.2%;31.3%的家庭选择自己去药店买药吃(包括向有医保的邻居、亲朋要些药吃),有21%的家庭既去医院看病也自己去药店买药。

贫困家庭的医疗服务利用可以总结为“一高三低”:即医疗服务需求高;医疗利用程度低、医疗花费低和治疗满意度低。

造成“一高”的主要原因是:失业、低收入、居住环境恶劣,造成人的精神紧张、营养不良;一部分家庭本身就是因病致贫的;没有医疗保险,小的疾病得不到治疗最后发展成大病等等。这些都直接推动了贫困人口医疗服务的高需求。

“三低”中的“医疗利用程度低”,主要指受经济条件的限制,贫困家庭就医表现为“有病不看(18.5%)”、“大病小看”、“大人不看病”、“老人不看病”以及“自己买药治病(51%)”的比例高等等;“医疗花费低”则主要表现为“没钱看不起病”、“治疗不完全”(被调查的贫困家庭年住院医疗花费中位数为2500元)、“辅助药物基本不用”、“治了一半,决定不治了”等等;“治疗满意度低”则突出表现为,相当一部分的贫困家庭一旦患病很难彻底得到治疗(大病治愈率仅为21%),发生了巨额的医疗债务后,得不到必要的医疗救助,陷于更深的贫困之中(见表1)。

(三) 贫困家庭求助的途径

向亲戚朋友寻求帮助是当前贫困人口解决就医问题最主要的途径。此外,有17.5%的贫困人口自认为是无人可求,有2.7%的贫困人口认为只能借高利贷。虽然比例很小,但也应引起重视(见表2)。

① 1998年年底,中国社会科学院社会政策研究中心和民政部政策研究室对上海市“低保”家庭健康状况的评价是:社会救助对象中患有慢性病和遗传病的占34%;家中孩子患有慢性病和遗传病的占9%;有17%的孩子因为营养不良经常生病。生病时不去医院看病的占50%,孩子生病时不会马上带他去看病的占21%。救助对象有病不看的原因是医药费太贵。

另外,患病的贫困家庭对医疗救助程序知晓程度很低,仅 7.4% 的家庭知道。知道一点的家庭为 7.9%。而 85.6% 的家庭完全不知道医疗救助。如果地段医院能够提供低价格的医疗服务,有 97.7% 的贫困人口非常愿意到地段医院治疗。

四、上海市贫困家庭就医面临的主要障碍

调查发现,低收入家庭就医方面遇到的各种困难主要包括:没有医疗保险(55.94%);门诊看病费用高(55.53%);家庭经济困难,借钱借不到(51.54%);住院费用太贵,住院住不起(38.3%);承担不起长期治疗费用,疾病得不到持续完全的治疗(25.2%);病一时难以治好,还需要许多钱去医治(30.84%);债务沉重(38.1%);生病无人护理(11.9%)。

研究贫困家庭就医面临的障碍,可以发现,由于贫困家庭特殊的人口学、社会学因素,各种类型的风险往往交互联系、相互作用。分析贫困人口就医所面临的各种障碍,对于制定相应的对策,更具有参考价值。有关贫困家庭就医障碍的分析,主要基于以下的考虑,并逐步展开:首先我们对问卷调查所收集的各种“障碍”进行罗列、排序;统计信息与深度访谈形成的整理材料交相印证,以澄清统计数值隐藏的“意义”;对“意义”的表达、叙述则遵从“障碍”在时空坐标上出没的先后,即按就医行为发生前、就医行为发生过程中、就医行为结束后三个层次对我们的研究发现进行总结。

(一) 第一类障碍

由于贫困家庭的经济收入很低,因而他们无论在主观感觉上还是客观支付能力上,都比普通家庭感到医疗费用的昂贵。从而在贫困人口的就医上构筑了很高的“就医门槛”。这种“就医门槛”导致了贫困人口就医的一大障碍。贫困人口在发生疾病或身体不适时,往往采取了放弃医疗的方式。表现为“生病不去看医生”,尤其是一些被认为是“小毛小病”的大都不会去看医生,采用“抗一抗,挺一挺”的做法。

(二) 第二类障碍

在生病时,贫困人口开始寻求并得到了医疗服务,但由于多方面的原因,如因第一障碍——“就医门槛”导致贫困人口“小病不看成大病”,引起就医治疗费用上升等;由于无法承受“高额”的医疗费用,而不得不放弃和终止医疗诊治。第二类障碍导致了贫困人口就医过程不完全。当贫困人口在疾病较为严重时,需要住院医疗,或者需要做一些费用较高的检查时,由于家庭经济困难,付不起钱,而不得不放弃和终止医疗诊治,最后连究竟得了什么病也不知道。有 51.54% 的贫困家庭因借钱借不到而放弃医疗诊治;有 38.3% 的贫困家庭因住院费用太贵,住不起,而放弃了住院医疗。

(三) 第三类障碍

这类障碍主要包括治疗不完全、大病得不到充分的治疗。由于一些大病需要较大或较长时间的治疗,往往需要较高的医疗费用;医疗保障制度的不完备,使得绝大多数贫困家庭无法承担全部的医疗费用或医疗全过程的费用。最终因缺少资金而不得不停止治疗。同时这种不完全的治疗不仅

表 1 贫困家庭的就医效果

就医效果	百分比
治愈	21.7
难以治愈	29.0
还需要一大笔钱	28.5
还需要一段时间	5.7
经济困难停止治疗	15.2

表 2 贫困家庭就医求助的基本途径

基本途径	百分比
亲朋	83.5
工作单位	30.6
街道、居委会	23.7
无人可求	17.5
高利贷	2.7
新闻媒体	2.1
其他	5.2

耗尽了他们全部的积蓄,而且导致了无力偿还或可能偿还的沉重的家庭债务,家庭及社区关系也开始全面恶化。反过来,又使得他们借钱看病变得越来越困难。

从医疗保障制度与政策角度分析,导致贫困人口就医障碍的主要原因可分为三个方面:

第一,贫困家庭的成员往往不享有医疗保险。不享有医疗保险的原因多种多样。有的是不具备医疗保险资格,如未成年的儿童、待业在家的青年、从未工作的老人等。政策规定这部分人由其直系亲属或直系亲属的单位予以适当解决。对许多贫困家庭来说,这种政策规定只是意味着不能解决。理论上,既然是领取最低生活保障金的家庭也就意味着他无能力参加社会保险。不享受医疗保险也可能是由于医疗保险不能落实引起的。

第二,我们的医疗体系缺乏与低收入家庭相对应的医疗服务供给。既没有医疗保险、又没有充裕的收入,贫困家庭就医最为现实的出路便是谋求廉价的医疗服务。但在市场化的进程中,这类医疗资源已几乎消失殆尽。在市场经济的大背景下,医院的市场经营行为十分明显。尽管对医院的这种经营行为无可厚非,但是,医疗市场竞争的不完全性和市场经营行为的过度性,形成了许多市场盲角和经营行为的误区。缺乏向贫困人口提供低价格医疗服务,就是典型的一例。

第三,现时的医疗救助政策不充分。由于种种原因,目前居民知道贫困医疗救助政策的人不多。另一方面,救助政策实施的条件,以及救助政策实施程度,限制了贫困救助政策的效用发挥,并且在程度上并不足以帮助贫困人口解决就医问题。只能说是解决了一部分,甚至是一小部分。

综上所述,贫困人口在就医中主要面临三类障碍,一是较高的“就医门槛”,被迫放弃医疗。二是因医疗费用高,被迫终止医疗。三是无法承担长期或巨额费用,导致治疗不完全、大病得不到充分的治疗,被迫拒绝接受治疗。形象地讲是“看不起”、“医不起”、“治不起”。

五、贫困人口就医问题的现实与潜在的危害

需要指出的是,贫困人口就医问题,不仅仅单纯地涉及到贫困人口的医疗服务是否得到满足的问题。由于社会问题的联动效应,贫困人口就医问题若不能及时、有效地加以解决,将会引发一些更为严重的现实与潜在的社会问题。

第一,由于在贫困家庭成员发生疾病时,使得其原本就较为贫困的生活,更加贫困。自古以来,“贫病交加”就是贫苦家庭生活最悲惨的写照。疾病无疑使得贫困人口家庭的生活贫困程度进一步加深,生存环境和生存条件进一步恶化,从而使基本生存权利面临严峻挑战。

第二,由于对贫困人口医疗救助宣传不够,许多贫困家庭不知道有该项政策,大大限制了该项政策效用的发挥。此外,由于多种原因,贫困人口的就医障碍是客观存在的。贫困人口基本的医疗权利难以得到充分保障。

第三,贫困人口的就医问题在一定程度上导致了社会不平等现象的加剧。一方面,贫困人口家庭的就医问题使其陷入了“贫困的陷阱”。或丧失了追赶时代步伐的机会,或得到的资源被迫用于疾病的治疗,而无法改善和提高自己的生活。“因病致贫”、“因贫致病”构成了循环因果使其深深地陷入贫困的深渊,而难以摆脱。另一方面,贫困人口的就医问题,使其生活的贫困程度加深,生存环境和生存条件进一步恶化,基本生活水平进一步降低到一个最低的限度。从而在现实生活中,构成了更为强烈的反差。

此外,贫困人口表现出对社会和生活的悲观、消极和无奈,导致了对社会不满情绪的滋长。从而人为地夸大了现实问题、丑化了现实。贫困人口的低生活水平,使得社会犯罪成本降低、社会不稳定因素加大。

六、相关政策的评估

(一) 医疗保险政策的评估

根据此次调查,接近 50% 的贫困家庭中无人享受医疗保险。上海市的经济发达水平足以支撑多高的医疗保险覆盖率,现时的医疗保险覆盖率还有进一步提高的空间吗?这些问题的答案在一定程度上决定着许多家庭的命运。

上海市财政每年用于困难企业清欠职工医药费的资金在最近 3 年一直保持在 1 亿元左右。关于这项“只操作、不宣传”的“社会工程”,基本(主要)用于困难企业已死亡职工的医药费清欠。

新的医保政策出台,强化了“权利”与“义务”的关系是“医保”无可非议的改革方向,贫困人群因为贫困不能尽义务,恐怕最主要的还只能依赖“医疗救助”,“医保”需要着力解决的是“业已存在的历史遗留问题”。

(二) 医疗救助政策的评估

上海市对贫困家庭提供医疗救助始于 1956 年。1990 年,针对变化了的形势,上海市对 1956 年的条例做了全面的修订;1996 年前后,正式提出社会救助的“六个点”(政府救助一点、社会援助一点、医疗机构减免一点、亲友同事资助一点、银行借贷一点、自己支付一点)及“四个助”(政府救助、单位帮助、亲友资助、社会互助)原则。1998 年初,上海市医疗保险局和上海市民政局联合印发《1997 年度上海市市民医疗救助的意见》的通知:凡本市城镇无业居民中,因大病(重病),1997 年度已发生金额在 1 000 元以上的医疗费,其家庭无力承担,导致影响基本生活的,可以申请医疗救助。要求获得医疗救助的,可获得的救助金原则上占其医疗费总数的 1/4,最高不超过 5 000 元。根据这一通知,上海市财政在 1998、1999 两年每年提供 500 万元的资金,各区县又按 50% 的比例每年配套提供资金约 250 万元,由民政部门具体操作医疗救助。每年实际发生的救助费用大约在 700 万~750 万元之间;2000 年,上海市民政局部门动用福利彩票募集款 1 000 万元用于医疗救助(财政不再提供支持)。救助对象不再局限于城市无业居民,也包括农村的贫困家庭。在发放方式上,将过去的年度发放改为季度发放。从 1998 年到现在,民政部门发放出去的救济款近 2 500 万元。

在上海市,还有大量的、难以计量的社会保障资金以各种各样的形式参与社会救济。由医保局操作的困难企业医疗费拖欠救济和由工会操作的回沪职工医疗救助,是目前发生费用最为庞大的两部分,1998、1999 年上海市财政安排的资金都在 1.02 亿元左右。

2000 年 11 月 8 日,上海市民政局、上海市财政局和上海市医疗保险局联合下发了《关于做好医疗救助工作的通知》,规定以下三种人员可申请医疗救助:(1)无生活来源、无劳动能力又无法定赡养人、扶养人或者抚养人的人员;(2)最低生活保障家庭中丧失劳动能力的无业人员以及最低生活保障家庭中本人虽有医保待遇,但因患大病重病,在享受基本医疗保险待遇和其他补贴后个人负担医疗费仍有困难的人员;(3)市人民政府规定的其他特殊贫困人员。三类对象中,第一种“三无”对象就医时发生的门诊、急诊挂号费和住院期间的伙食费由本人自理;门诊、急诊和住院所需的基本医疗费用酌情补助大部分或全部。第二种“低保”对象,门、急诊医疗费用原则上自理;住院期间的基本医疗费用在扣除各项医疗保险可支付部分及单位应报销部分后,累计金额超过 1 000 元以上的,其个人支付部分按 1/4 比例的额度给予补助。全年累计医疗救助额度一般不超过 5 000 元。第三种“其他贫困”对象,给予酌情补助。

2001 年上海市政府办公厅下达了《关于加强职工医疗互助救助工作》要求:(1)加强领导,加快完善职工医疗互助救助工作网络;(2)明确要求,用人单位应主动承担职工医疗互助救助工作的责任;(3)组织协调,民政部门要将职工医疗救助工作落到实处;(4)各方参与,形成社会共同关心职工医疗帮困救助工作的合力。还具体规定了“对已得到有关帮困,但仍无力支付基本医疗费用的

特困人员,民政部门通过组织社会资金,参照最低生活保障的要求,实施阶段临时性医疗救助。”“对已通过各种途径、各方救助后仍不能缓解困难的,由区、县民政部门组织有关单位对极度困难者实行医疗、药品、护理照顾等实物和劳务型的帮助”。

这些有关贫困人口就医的救助政策,对缓解贫困人口就医问题起到了明显的效果,对上海市社会稳定和社会发展起到了积极作用,取得了很好的社会效益。但是,现行的贫困人口就医救助政策尚不够完善:

第一,医疗救助在上海市同样存在宣传不到位。宣传不到位导致救助不规范,救助是否及时、是否合理,主要依赖街道、里委对社区贫困家庭情况的熟悉程度。根据这种工作机制,很难保证救助是提供给了最困难的家庭;其次,由于宣传不到位,社区无从提供必要的监督,救助的公平性从而无法衡量。更重要的是,目前居民知道贫困医疗救助政策的人不多。患病的贫困家庭对医疗救助程序知晓程度很低,仅7.4%的家庭知道,从而大大限制了贫困救助政策的效用发挥。

第二,救助保障不充分,不足以帮助贫困人口解决就医问题。只能说是解决了一部分,甚至是一小部分。目前贫困人口医疗救助,采用的“先支付,后报销”的形式。即在就医时先自己支付医疗费用,然后到政府有关部门申请“报销”。但事实上,许多贫困家庭根本无经济能力先期支付医疗费用。这就形成了十分明显的政策实施障碍。许多贫困人口由此丧失了获得贫困医疗救助的机会和权利。其次,目前“救助政策”规定,贫困人口的医疗费用分担是,个人承担75%，“政策”承担25%。如就医花费1万元,个人自付7500元,而“政策”支付2500元。这显然大大超出了贫困人口的实际经济负担能力。7500元相当于贫困人口家庭一年总的经济收入,更何况贫困人口家庭的收入本来就仅能维持“糊口”的水平,根本没有多大的收入剩余空间。即使倒过来,让其支付2500元,也仍然有相当大的困难。我们在调查中发现,贫困人口在就医上的困难不仅存在,而且较为普遍。

第三,救助的外部环境和相关政策不配套。尤其是社会医疗保险制度和医疗服务供给等方面的配套和协同存在一定问题。由于社会保障制度的不完善,社会救助有时不得不勉为其难充当起“第一道防线”的角色。过分的救助压力,自然会引起社会救助的构架与作用的扭曲与变形,从而影响到社会救助的效能发挥。另外,缺乏向贫困人口提供低价格医疗服务,这在客观上,极大地制约了有限的贫困医疗救助资金的效用发挥。从某种意义上讲,以“服务”或“实物”形式出现的医疗救助可能对贫困家庭有更实际的意义

(三) 上海市医疗服务供给结构的评估

上海是中国医疗资源存量最大的城市之一,在一定程度上,上海市的医疗资源不仅服务于上海市而且面向全国。一般认为,上海市医院市场化取向的改革也最为成功。但是,上海市的医疗供给在面向低收入人口就医这一层次上,资源的安排是不充分的。医疗费用和服务价格的迅速增长,降低了贫困人口的医疗可及性,并客观上成为贫困人口就医的一大障碍。

我们相信,随着上市的医疗事业改革的深入,医疗资源的使用效率会不断提高,居民的基本医疗服务也会得到保障,尤其是提供“价廉物美”的医疗服务。同时,我们也呼吁在改革的进程中,医院也要为贫困人口就医做出应有的贡献,为贫困人口提供低价格的医疗服务。

七、对策建议

(一) 高度重视贫困人口的就医问题,进一步完善医疗保险制度

进一步完善医疗保险制度,包括多层的政策含义:(1) 贫困人口医疗救助属于医疗社会保障下面的一个层次,如果上面的安全网漏洞太多,矛盾、困难都靠救济这张网解决,肯定是不现实的。应把即将出台的新的医保政策,当成宣传医疗保险、提高医疗保险覆盖率的一次契机,从保障职工合法权益的角度,落实企业、尤其是私营企业主的责任;(2) 如果社会配置在医疗社会保障方面的

资源相对固定,则医疗保险与医疗救助之间势必存在此消彼涨的关系。完善医疗保险制度既意味着提高医疗保险资金的利用效率,又意味着社会可分配在医疗救助方面的资金,一方面可能增加“量”,另一方面其稳定性、反应灵敏性也将提高。

(二) 大力发展社会慈善事业

基本医疗服务作为一种公共物品,它的提供只能来自政府或慈善团体。在政府投入一定的前提下,大力发展慈善事业成为社会救济发展的必由之路。

对发展社会慈善事业一般的认识是,要发展社会福利社团和慈善团体,发动国内外的社会捐助建立救助基金作为最低生活保障制度的补充。譬如,对患重病的救助对象,光靠政府救助是不能解决问题的,他们可以通过向慈善团体求助以发动社会捐款来解决大宗医药费的问题。

但在慈善事业具体的操作过程中,实际工作者往往面临很大的困难。西方国家慈善事业高度发达的同时,其背后往往配合有强大的宗教力量。宗教力量即使不是慈善事业所必需的,至少经验上,宗教的力量越强大、慈善事业对社会资源的动员能力也越强。在上海市,由于缺少宗教的配合,慈善事业必须、也只能立足于对现有的社会资源更好地加以组织。

上海作为中国经济实力最强、富人云集的城市,应该还能找到很多的善款募集途径。

通过慈善活动,不仅是“筹钱”,对贫困人口就医来说,更为现实的是要为他们筹到慈善型的医疗服务。上海市卫生系统在一定程度上存在着医疗器械利用不足、床位闲置,如果能加以组织和利用,置换成为慈善医院、慈善床位、慈善窗口,逻辑上是完全可行的,这其中最为关键的是医院系统需要一次从上至下的发动。目标是:在未来逐步地还“红十字医院”以本来面目,使其成为应对贫困人口就医最核心的技术支持。

(三) 完善贫困人口就医社会救助制度

本次研究尝试性地提出以下方案,解决上海市贫困人口的医疗救助问题。

1. 方案的目标

本方案作为上海市最低生活保障制度的补充,旨在为贫困家庭提供基本的医疗服务。参照国外的社会救助的制度结构,“综合的最低生活保障制度”除了包括“基本生活救助金”,还有非常重要的一块便是面向贫困家庭就医困难而设立的“特别需要救助金”。强调在上海市建立起“综合的最低生活保障制度”,是本方案一个总的背景。

所谓基本的医疗服务应着眼于保证社会成员实现其基本的健康权利;事实上已为社会绝大多数成员享有,少数的社会成员仅是因为贫困未能获得;基本医疗服务应是政府有能力承诺提供的服务,虽然事实上由非政府的机构提供,但政府在这一问题上必须要有承诺,以定人心。要把贫困人口医疗救助工作办成一项“花钱少、见效快、得民心的社会工程”。

2. 面向贫困人口就医的社会救济框架

享受最低生活保障救助的市民均可从街道社保部门申请领取贫困人口就医“红卡”,一张“红卡”的有效期与最低生活救助同步,“红卡”可以更新;凭“红卡”,贫困人口可在地段医院接受基本免费治疗;贫困人口病情严重,超出了地段医院的业务能力,通过相应的程序,可将病人转院到红十字医院治疗;红十字医院仍无力解决的病人,由“贫困人口医疗救助专家组”确定下一步的治疗方案;专家组首先将确认哪一些病人可最优先地获得慈善治疗的机会,其次确定最经济的治疗方案;治疗方案获得批准的病人可得到卫生部门的慈善医疗服务;“红卡”制度实施后,原来的各种医疗救助将全面停止。

地段医院、红十字医院在医疗救助方面发生的费用由上海市贫困人口医疗救助基金负责结算;医院提供慈善医疗服务发生的费用,可部分地得到上海市贫困人口医疗救助基金的补偿(主要是治疗的直接成本,不可补偿的费用主要包括各种折旧费和药品利润等)。

3. 本方案主要涉及的政府部门

民政、医保、卫生是本方案主要涉及的政府部门。方案的成功实施有赖于每一个部门切实担起责任,以及部门间的通力配合。方案对各部门大致的要求,主要包括以下几方面:(1) 医保部门通过提高医疗保险的社会覆盖水平、改善医疗保险运作效率,一方面,减少医疗救助方面的压力,另一方面,减轻财政在医疗保险支出上的负担以保证医疗救助资金。(2) 卫生部门主要负责三方面的工作:一是向地段医院培训、补充一定数量的全科医生,改善地段医院的医疗条件,监督地段医院切实担负起向贫困人口提供基本医疗服务的责任;二是盘点医院系统内沉淀、闲置、低利用率的医疗设备。以“专业医疗志愿者”的形式,发动每家医院安排一定的时间、技术力量、床位、设备提供慈善医疗服务;三是“贫困人口医疗救助专家组”主要由卫生部门的专业人士担当,负责对治疗方案的可行性、必要性、社会性和经济性提出评估意见。(3) 民政部门负责发放贫困人口就医“红卡”,宣传医疗救助的政策,为医疗救助不涵盖的特殊就医困难者提供辅助性救助。

4. 上海市贫困人口医疗救济基金规模的估算与筹集

根据贫困家庭医疗费用研究,每年 8 000 万元的救助额度将可以很好地满足上海市贫困家庭需要。考虑到贫困人口就医问题不解决对整个社会形成的危害,每年 8 000 万元应该说是一个人均 GDP 已达到 3 000 美元以上的城市可以接受的数字。

控制基金需求的过度膨胀无疑是至关重要的,有多方面的经验可供借鉴。其中一条是,基金的使用应充分透明,基金的管理要设计成欢迎群众参与、便于群众参与。全面贯彻这一原则,是医疗救助基金不膨胀的最核心手段。

医疗救助基金属于社会救济的范畴,主要来自两个方面:一是政府财政出资;二是社会慈善捐助。一方面,通过各种途径从社会募集善款;另一方面,通过对医院系统资源有效组织,政府财政适当的再加以支持,上海市的医疗救助完全可以通过“社会化”而不是“政府化”来解决。

医疗救助基金必须是稳定提供的。政府在“社会救助社会化”中最主要的贡献,在于做出承诺:(1) 当救助基金运作发生困难时,政府将以财政作为后盾;(2) 所有的上海市民都可以在社会保障网中找到自己的位置;(3) 救助将是及时和免费的。

参考文献:

1. 唐均:《中国城市居民贫困线研究》,上海社会科学院出版社出版,1998年。
2. 尹世洪主编:《当代中国城市贫困问题》,江西人民出版社,1998年。
3. Nicholas Barr(1993), *The Economics of the Welfare State*, Oxford University Press.
4. Bhaskar Dutta(1993), *Welfare Economics*, Publish Oxford University Press.
5. Sally Baldwin, Jane Falkingham(1994), *Social Change and Social Security*, Harvester Wheatsheaf Published.
6. John Hills, John Ditch, Howard Glennerster(1994), *Beveridge and Social Security/An International Retrospective*, Clarendon Press, Oxford.

(本文责任编辑:朱 萍)