

doi:12.3969/j.issn.1672-0598.2012.01.016

关于完善我国农村弱势群体医疗救助制度的思考^{*}

吴芳芳

(西南大学 文化与社会发展学院, 重庆 400715)

摘要:本文从医疗救助制度本身出发,分析了金融危机带给农村弱势群体医疗的新困境,并发现农村弱势群体医疗救助存在资金筹集、病种类型和制度设计三个方面的不足。在此基础上,笔者提出从全面构建农村潜在疾病的预防机制、完善医疗救助与新农村合作医疗的衔接、合理规划医疗救助制度的配套保障措施等三个方面来完善我国农村弱势群体医疗救助制度,进一步促进新农村的建设和农村和谐社会的构建。

关键词:金融危机;农村弱势群体;医疗救助制度;农村合作医疗

中图分类号:F323.89 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-0598(2012)01-0090-06

农村弱势群体是指获取社会资源的能力和机会处于困难地位的农村群体,造成弱势的原因是由于社会结构急剧转型或部分社会成员因自身的某种原因(竞争失败、失业、年老体弱、残弱等)而造成对于现实社会的不适应,并且出现了生活困难的人群共同体。一般来说,农村弱势群体包括生理性弱势群体(老年人、残疾人、儿童、特殊病患者)和社会性弱势群体(贫困农民、失地农民与农民工)两类^[1]。随着我国城市化的进程的发展,那些抗风险能力弱的农村弱势群体,在面对看病就医时会出现与以往不同的新困境。党的十六届五中全会通过的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十一个五年规划的建议》,明确了今后5年我国经济社会发展的奋斗目标和行动纲领,提出了建设社会主义新农村的重大历史任务,

党的十七大报告对“统筹城乡发展,推进社会主义新农村建设”进一步作了重要论述,为做好当前和今后一个时期的“三农”工作,进一步推进社会主义新农村建设提出了新的要求。而关注农村弱势群体的医疗救助是中国共产党以人为本和推进新农村建设的重要体现。

一、我国现行农村医疗救助制度面临的主要问题

医疗救助作为一种支持和帮助贫困人群获得基本卫生服务的社会政策安排或实体资源,是社会救助体系的重要组成部分,它促进了医疗资源分配在机会和结果上的公平,也对劳动力市场的供给和消费产生了重大影响。自从我国农村医疗制度从2003年开始实施以来,在不断完善的同时

* [收稿日期]2011-10-22

[基金项目]国家社科基金项目(10BSH034)“30年社会转型中乡村精神生活的嬗变与重建研究”;西南大学基本科研专项资助项目(SWU909509)“身份认同:重庆农民工下一代城市融入问题研究”

[作者简介]吴芳芳(1985—),女,贵州荔波人;西南大学文化与社会发展学院硕士生,主要从事组织社会学,社会工作研究。

也存在许多问题,主要体现在以下几个方面:

(一) 资金筹集困难使农村医疗救助水平偏低

农村医疗救助资金筹集困难主要表现在资金筹集渠道不稳定和管理的失衡。我国农村医疗救助资金由于投资分散,投资力度小,缺乏统一的管理,满足不了贫困人口对医疗救助的需求。中央和地方财政投入的农村医疗救助资金远远不能满足实际需要,资金供给与需求之间存在较大缺口。而在2004年的13个多亿的资金中,只有17456.8万元来自社会捐助^[2]。从某种意义上讲,这说明农村医疗救助缺乏社会力量的动员和宣传,发动社会力量参与医疗救助的空间还很大。另一方面,资金的筹集、管理、报销和补偿等一系列管理环节缺乏系统的、科学的管理规定和制度,管理带有很多的随意性,造成了不少消极影响和后果。资金管理方法落后,没有形成信息系统化管理,在相当程度上造成了农村医疗救助运行过程中的矛盾,影响了农村医疗救助、救济金的有效筹集。

(二) 病种类型多样性与农村医疗救助范围的矛盾

由于财政支出的困难,现行救助政策对农村医疗救助病种范围限制较大,致使那些没有在救助范围内的患病者,得不到有效地医疗救助。而且,大病救助还划出一个“病种”范围,将可以得到救助的疾病限制在几种或者十几种,使一些急需救助的贫困家庭被排除在救助范围之外。而且目前我国农村绝大多数常见病、多发病、慢性病等都没有被列入可救助的病种。由于受医疗救助病种限制,在未开展新农合地区,不少患病困难群体既得不到新农合补偿,也得不到相关医疗救助,只能放弃治疗或有病不去就医;在开展新农合地区,许多困难群体虽然参加了新农合,能够得到新农合医疗补偿,但由于得不到适当医疗救助,承担不起高额医疗费用,而不得不中断治疗^[3],结果使部分弱势患病者陷入“有病没得救”的困难境地。

(三) 制度设计的局限性使农村医疗救助保障不足

农村医疗救助制度的局限性主要体现在两个

方面:一是给付水平不合理。从现有农村医疗救助实施办法来看,存在着“两低一高”(起付线高、封顶线低、救助比低)的门槛制约。数百元甚至上千元的起付线,对已经陷入贫困的救助对象来说,是一道难以逾越的障碍,将大部分贫困救助对象拒于医疗救助的大门之外;封顶线的限制使救助标准被压缩在一个狭小的范围之内。大病患者几乎得不到应有的医疗救助额度,得益甚微;救助病种的范围限制使未列入规定病种范围的大病患者得不到救助,最终被排除在救助范围之外。二是救助效果不明显,在医疗救助基金不足的制约下,面对急需救助的庞大对象,政府部门只能针对性地对弱势群体施以救助,使得医疗救助对象有限,覆盖面窄。在覆盖对象中,享受救助减免医疗费用的力度偏低(20%~50%),个人负担依然较重,对患大病的贫困农民来说,救助显得杯水车薪,根本起不到缓解因病致贫、因病返贫的目的^[4]。

二、我国农村弱势群体医疗的新困境

亚洲银行首席经济学家、中国发展研究基金会副秘书长汤敏认为中国现在的经济发展总体上非常健康,没有太大的风险,但亟须解决的是“三农”问题^[5]。随着城市化进程不断发展,农村弱势群体的医疗救助又面临新的困境,使政府解决“三农”问题陷入雪上加霜的境地。

(一) 农村弱势群体的经济收入低下,加剧了其医疗的经济负担

城市的不断发展而农村发展滞缓,也间接地给农村弱势群体的经济收入带来了较大的影响。相对而言,农村弱势群体的经济收入大多处于贫困线以下,他们的收入还不到城市居民收入的一成半,仅相当城市居民收入的13.6%,还不及农村居民平均收入的二分之一,抗疾病风险能力弱。另据国家农调总队调查分析,低收入农户与高收入农户收入差距进一步扩大^[6]。农村弱势群体的经济收入仅能维持基本的生存需要,根本无法顾及其他的消费需要和个人发展的需要。可想而知,对于大多数农村弱势群体而言,一旦面临疾病的困扰,他们的处境非常令人担忧。

(二) 政府救济金的支付能力分散,降低了其医疗救助的有效性

中国农村人口多,底子薄,致使政府在农村公共卫生事业中常常表现为“力不从心”。政府对农村医疗缺乏行之有效的制度保障,对城乡医疗卫生资源投入不公平。据有关数据表明,目前约占中国总人口20%多的城市人口享受着2/3的卫生保障服务,而约占70%的农村人口却只能享用不到1/3的医疗卫生保障服务。同样,根据世界卫生组织2001年公布的《2000年世界卫生报告》,中国在卫生费用负担的公平性方面,排在191个成员国中的第188位^[7]。

(三) 卫生系统运营经济成本加重,提高了农民就医的相关费用

农村医疗卫生系统运营的经济成本提高,再加上医疗卫生系统在财政投入上的不足,导致许多地方医院把这样的经济风险转嫁给农民,致使农民看病医疗费用居高不下。一方面,我国绝大多数财政卫生支出用于医疗机构的改造和设备购置、人员工资等形式的供方补助,而直接用于需方的补助很少,这就意味着加大财政投入并不能使低收入群体直接从中受益^[8]。另一方面,药品流通环节问题多,运营成本大。药品从药厂进入消费者的手里,中间要经过批发商、医院、药房三个环节。高回扣、大处方,使药物的价格成倍地增长。再加上医院的改制,包括改革所有制和公立医院经营模式的改变,使医院经营以盈利为主,把每一位病人都当作赚钱的机会,致使地方医院运营成本变相上升,提高了农民就医的治疗价格。

三、完善我国农村弱势群体医疗救助制度的思考

弱势群体历来是世界各国政府关注的焦点。最常用的、最直接、最有效满足贫困人口的最基本的健康需求的方法是对贫困人口实施医疗救助。医疗救助作为一种支持和帮助弱势群体获得基本卫生服务的制度,是社会救助体系的重要组成部分,是多层次医疗保障体系中的最后一道保护屏障。因此,如何完善我国农村弱势群体医疗救助制度,是落实科学发展观,坚持以人为本的重要体现。其基本思路图如下:

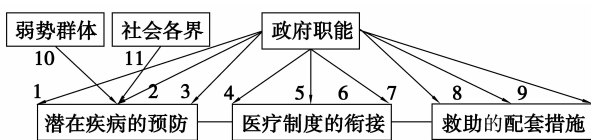


图1 完善我国农村弱势群体医疗救助制度的基本思路图

(一) 全面构建农村弱势群体潜在疾病的预防机制

1. 以政府职能为主导,多方面预防潜在疾病的发生

(1) 加强相关医疗卫生保健知识的宣传教育。医疗卫生保健知识宣传是潜在疾病预防的首要措施。例如健康宣传教育与儿童免疫和产妇住院分娩这一类医疗型预防措施,宣传的作用在于通过知识和信息的传播,影响乃至改变个人行为,减少健康风险因素(Phelps, 1978)^[9]。健康教育的这种特性,使它能够预防慢性非传染性疾病和肝炎、性病、艾滋病等传染性疾病方面发挥关键作用。此外,由于这些疾病给患者家庭和整个社会造成的直接和间接经济负担极为沉重,故而健康教育的作用不仅在于降低家庭风险,而且还能防范公共风险,这就赋予它以低成本高效益的特点^[10]。

(2) 加强三级医疗卫生服务网络枢纽的建设。农村县乡村三级医疗卫生服务网络是我国医疗服务体系的重要组成部分。《十七届三中全会决定》就“建立健全农村三级医疗卫生服务网络”部署了许多带有关键性的新举措。按照《决定》的要求,建立健全农村三级医疗卫生服务网络的重点,一是“坚持政府主导,整合城乡卫生资源”,建立健全以县级医院为龙头、乡镇卫生院为骨干、村卫生室为基础的农村三级医疗卫生服务网络,发挥好公共医疗卫生机构提供基本医疗卫生服务的骨干作用。“重点办好县级医院”,使其发挥县域服务和培训中心的作用;“在每个乡镇办好一所卫生院”,使其发挥医疗卫生服务的枢纽作用;采取多种形式,“支持村卫生室建设”,使其发挥服务网点的基础性作用。

(3) 加强基层政府卫生工作执行情况的监察。卫生监督是公共卫生的重要组成部分,是政府管理卫生事务的重要职责和手段,是保证卫生

法律法规有效实施、维护正常公共卫生和医疗服务秩序、维护人民群众健康权益的重要保证。当前,卫生监督承担着食品、职业、放射、环境、学校等五大方面的卫生管理和监督职责,同时还担负着传染病防治监督、医疗机构和采供血机构执业活动监督等医疗卫生监督职责。这些管理和监督领域,与广大人民群众的生命安全密切相关。

2. 弱势群体主体应养成良好的卫生习惯,提高自身的疾病抵抗能力

农村弱势群体应有自我保健意识,养成良好的卫生习惯,主动接受健康教育和采取健康行为,依靠自己的努力,增强体质,在日常生活中保护自身的健康,预防疾病的发生。其具体做法主要有以下几个方面:首先,通过各种宣传媒介、书籍、社区卫生服务中心组织的健康教育课程等,增加自我保健知识,学习常见病、多发病的原因、特点、诊治及预防措施,提高自我保健能力。其次,保持和增进有利健康的行为,例如:不吸烟、少饮酒;合理营养,平衡膳食;合理安排学习、工作和日常生活,坚持运动,保持正常体重;保持乐观、积极向上的健康心态。以及提高自我预防、诊断、治疗的能力。再次,树立家庭健康观念,每个家庭成员都采取健康的生活方式和行为习惯。传播家庭健康知识,提高每个家庭成员的自我保健意识和水平。实施家庭卫生监督、评价,维持家庭成员的健康。通过自我保健的方式能提高全民的身体素质和生活质量,对常见病、多发病早发现、早诊断、早治疗。

3. 社会各界应该营造良好的社会卫生环境,共同抵御社会流行疾病

一方面,提高群众自我保健意识,形成全民参与的局面,积极争取新闻媒体和社会各界的支持,采取各种形式,有针对性地开展各项疾病预防知识的宣传,通过各种干预措施,提高群众卫生知识水平,引导群众培养良好的卫生习惯,加大宣传工作力度,通过电台、网络、宣传栏等,从多角度全方位宣传疾病预防控制事业,巩固健康教育成果;另一方面,组织开展艾滋病、结核病等防治政策宣传教育培训班,通过健康教育和健康促进,消除危险因素,帮助人们采取有效预防措施,提高人们的防

病意识。

(二)完善农村弱势群体的医疗救助与新农村合作医疗的衔接

1. 针对农村弱势群体的特殊性,降低其缴纳的参合费和起付线

目前我国农村许多困难群体虽然能得到资助参加新农合,但是由于新农合起付线较高,而被拒之于新农合门外,所以适当地降低救助对象的起付线是可以让农村困难群体享受到新农合待遇的一项重要举措。但是由于新农合制度必须考虑到全体参合农民都能公平受益的实际情况,降低救助对象的起付线则需由医疗救助制度来解决,解决方法可以采取民政部门救助对象支付起付线以下的医疗费用或由定点医院事先垫付,事后再由民政部门审核结算。同时医院也可以采取一些扶贫措施,如减免诊疗检查费或部分医疗费,提供免费医疗服务等等,间接地降低起付线,减轻贫困群体的医疗费用负担。

2. 因重病、大病造成贫困的新农村弱势群体,医疗救助和新农合可以进行双重救助

在我国广大农民脱贫致富奔小康的今天,重大疾病所导致的高额医疗开支,已经在相当程度上影响了广大农民的脱贫致富进程。贫与病往往是一对孪生体,在我国贫困人中,因病致贫的大约占1/3甚至更多。农村的贫困户无力支付医疗费的现象更是屡见不鲜,为缓解农村特困居民患重大疾病的医疗困难,保障特困居民的基本生活权益,进一步促进农村社会保障制度的完善和经济与社会的协调发展。对于因重病大病造成贫困的新农村弱势群体除了受到新型农村合作医疗的救助外,还应配合农村医疗救助给予救助,真正使困难的农村弱势群体得到救助。因此,对于因重病大病造成贫困的新农村弱势群体,国家可以根据其实际情况让其享受医疗救助和新农合的双重救助。

3. 根据疾病产生费用的实际情况,合理制定救助比例和合作医疗封顶线

虽然各地在实行合作医疗过程中,侧重点都放在大病住院的费用上,这虽然符合“大病统筹为主”的原则,但是合作医疗以县为单位进行统

筹,加上当前覆盖面小,资金不足,很多试点县在参保农民的费用结报上限制很多,农民得不到很多实惠,生病住院得到的补助部分往往不能解决看病问题,更无法解决“因病致贫”和“因病返贫”问题。基于医疗费价格过高,有些农民因患特大病治疗费用往往要数十万,而大病统筹资金报销的封顶线对他们来说是杯水车薪。由于新型合作医疗中存在的大病保不住的问题,需要建立农村贫困人口医疗救助体系,根据疾病产生费用的实际情况,制定合理的救助政策和比例作为大病统筹的补充措施,使农村医疗救助制度统筹面扩大,避免以大病统筹为主的合作医疗制度在实际运行中形成大病保不住,小病没顾上又发展成大病,两头难以兼顾的局面^[11]。

(三)合理规划农村弱势群体医疗救助制度的配套保障措施

1. 定保医院可以提供定期免费的身体检查和保健知识的咨询

目前我国各地都在采取选定定点医院的方式提供新农合的医疗服务,定保医院可以提供定期免费的身体检查和保健知识的咨询。这就要求定保医院提供优质高效人性化的医疗服务。医疗救助的最终落脚点是救助对象可以方便有效地获得优质的医疗服务。高超的医疗技术、合理的医药价格,是医疗救助得以有效开展的重要条件。因而,加强对医疗救助定点医疗机构医护人员的教育,提高其医德、医技水平,是非常有必要的。并且,定保医院可以提供定期的免费的身体检查和保健知识的咨询。

2. 针对不同弱势群体,提供临时困难补助和最低生活保障

现阶段中国社会弱势群体的构成状况比较复杂,概括起来主要有以下几个方面:一是贫困群体。贫困者群体是一种生活弱势群体,这一群体的典型特征是群体成员已经陷入生活贫困状态;二是失业者群体。失业者群体是一种就业弱势群体;三是残疾人群体。这是一种生理性弱势群体,由于自身的生理缺陷,这一群体在社会竞争中处于不利地位,就业困难,生活贫困。四是老年群体。老年人群体是一种年龄弱势群体,也可以说

是一种生理性弱势群体。这一群体由于年龄的原因,生理上处于纯粹的衰退期。所以,政府在提供医疗救助的同时,可以针对不同弱势群体,提供临时困难补助和最低生活保障,以保障其最基本的生活能力^[12]。

3. 健全医疗救助政策法规体系,保障农村弱势群体的合法权益

医疗救助政策法规体系由于社会保障、社会救助,包括医疗救助实践过程较短,因此立法的成熟度不高。对此,在医疗救助政策法规体系建设中,要根据实际情况,先制定政策,解决眼前急需解决的问题。社会医疗救助的法律体系完善与否,直接关系社会医疗救助制度改革的成败和社会保障制度的健全,因此,当务之急就是要积极推动社会医疗救助的法制建设,提升社会医疗救助的立法层次,尽快把软性的建议变成刚性的法律条款,制定和颁布系统、全面的《社会医疗救助法》,从总体上对社会医疗救助的实施主体、对象、范围、期限、条件、监督、责任、义务等方面做出有效的法律规范,使救助工作有法可依、有章可循、健康发展,完善我国社会医疗救助的法律体系^[13]。

随着中国经济形势的不断好转,“以人为本”和“统筹兼顾”的科学发展理念的不断推广和实行^[14],从保障农村弱势群体基本医疗权利出发,多层次构建农村弱势群体医疗救助体系,预防农村潜在疾病的发生,辅以新农村合作医疗制度的实施,合理规划救助配套措施的开展,以此来完善农村弱势群体医疗救助制度,对促进城乡统筹战略的实施、社会主义新农村建设和农村和谐社会的构建有着重要的意义和作用。

[参考文献]

- [1] 孟宏斌,陈城英.农村弱势群体医疗保障制度研究[J].延安大学学报(社会科学版),2007(2):44.
- [2] 马其波,唐根富.我国农村医疗救助资金筹集现状研究[J].中国公共卫生,2007(7):869.
- [3] 关丽苹.无缝衔接:农村医疗救助与新型农村合作医疗[J].湖北经济学院学报(人文社会科学版),2008(7):26.
- [4] 孟宏斌.反贫困视角的西部农村医疗救助制度优化研

- 究[J]. 商洛学院学报, 2007(9):3.
- [5] 张丽丽. 金融危机下关于非师范类毕业生就业的几点思考[J]. 中国商界, 2008(8):237.
- [6] 王志霞. 农村弱势群体分析[J]. 法制与社会, 2007(12):699.
- [7] 刘双红, 姜巍. 解决农民“看病难”的思考[J]. 卫生软科学, 2005(10):298.
- [8] 刘民军. 解决“看病难、看病贵”的政府投入对策研究[J]. 地方财政研究, 2008(3):7.
- [9] Phelps, C. (1975), *Illness Prevention And Medical Insurance*[J]. *Journal of Human Resources*, Vol. 13, PP. 183-207.
- [10] 朱玲. 农村健康教育和疾病预防[J]. 中国人口科学, 2002(5):29.
- [11] 崔静, 黎玉柱. 农村贫困人口医疗救助制度研究[J]. 湖北经济学院学报(人文社会科学版), 2007(5):98.
- [12] 熊项斌. 农村弱势群体的现状及对策分析[D]. 郑州大学硕士学位论文, 2006:5-6.
- [13] 王卫平, 等. 社会救助学[M]. 群言出版社, 2007:175-176.
- [14] 龙琛. 中国医疗体制改革[J]. 重庆交通大学学报(社会科学版), 2006(01).

(责任编辑:杨 睿)

Pondering on Completing the Medical Rescue System of Vulnerable Groups in Rural Areas

WU Fang-fang

(School of Culture and Social Development, Southwest University, Chongqing 400715, China)

Abstract: Starting with medical rescue system itself, this paper analyzes the new difficult situation of medical treatment of rural vulnerable groups brought by financial crisis, and finds that there are three deficiencies in rural vulnerable groups medical rescue system such as funds raising, medical treatment for different types of diseases and system design. On the basis of this, the author proposes that China's rural vulnerable group medical rescue system can be perfected from such three aspects as overall constructing rural prevention mechanism for potential diseases, perfecting the suitability of medical rescue to new rural cooperative medical service and rationally planning matched security measures for medical rescue system, in order to further boost village reconstruction and rural harmonious society construction.

Key words: financial crisis; vulnerable groups in rural areas; medical rescue system; rural cooperative medical service