



中经管理文库·管理学精品系列

和谐社会的基本行为准则 弱势群体的基本人权体现
增进社会融合的必然选择 实现健康公平的保障路径

The theory and experience of
urban medical assistance in the
social transformation

社会转型期城市医疗救助的 理论和经验

徐祖荣 / 著



中国经济出版社
CHINA ECONOMIC PUBLISHING HOUSE

社会转型期 城市医疗救助的理论和经验

徐祖荣 著



中国经济出版社
CHINA ECONOMIC PUBLISHING HOUSE

北京

图书在版编目 (CIP) 数据

社会转型期城市医疗救助的理论和经验/徐祖荣著

北京: 中国经济出版社, 2010.9

ISBN 978-7-5136-0112-2

I. ①社… II. ①徐… III. ①城市—医疗保健制度—研究—中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 158733 号

责任编辑 徐子毅
责任印制 张江虹
封面设计 华子图文

出版发行 中国经济出版社
印 刷 者 三河市佳星印装有限公司
经 销 者 各地新华书店
开 本 710mm × 1000mm 1/16
印 张 16.25
字 数 225 千字
版 次 2010 年 9 月第 1 版
印 次 2010 年 9 月第 1 次
书 号 ISBN 978-7-5136-0112-2/F·8455
定 价 38.00 元

中国经济出版社 网址 www.economyph.com 社址 北京市西城区百万庄北街 3 号 邮编 100037
本版图书如存在印装质量问题, 请与本社发行中心联系调换(联系电话: 010-68319116)

版权所有 盗版必究(举报电话: 010-68359418 010-68319282)

国家版权局反盗版举报中心(举报电话: 12390)

服务热线: 010-68344225 88386794

前 言

目前我国正处于社会转型的加速期,一切政治与文化资源的配置和重新安排,都是以经济资源在社会成员、社会群体之间的配置或重新安排为基础的,它是我国目前整个社会利益格局调整的核心部分和支配力量。由于社会成员在经济体制转换过程中所处单位的体制性质不同,适应经济环境的个人能力不同,其获得收入、财富的能力、条件就出现了较大差异,社会个体在经济社会资源的占有方面逐渐呈现较大的差异格局,其两极就是引人注目的贫富群体,而收入分配差距的扩大过程就是城市贫困形成的过程。

生存权和健康权是人类的基本权利。扶贫济困、救死扶伤是社会最基本的行为准则。实施医疗救助制度是人类追求公平、增进社会融合的当然选择,也是贫困人口最基本的人权及政府责任,是整个医疗保障制度的最后一道安全网。我国《宪法》第45条明确规定:“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”

贫困人口的经济承受力和健康状况都比较脆弱,对医疗卫生服务资源的可得性和可及性差。面对重大疾病以及由此产生的高额医疗费用,他们的抵抗能力和复原能力与普通人群相比更加低下,因病致贫、因病返贫现象屡有发生。贫困人口的医疗问题是整个社会的一块“短板”,对社会和谐稳定产生重大影响。

医疗救助与城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险一起,成为城镇居民医疗保障的核心。医疗救助制度是在最低生活保障制度之外针对贫困人口疾病经济风险的专项社会救助。最低生活保障制度解决的是城市贫困人口的吃饭问题,医疗救助制度解决的是城市贫困人口的健康问题。城市医疗救助制度的实施无疑是对巩固城市最低生活保障制度的成果起到了积极的促进作用,反过来,城市最低生活保障制度也为城市医疗救助制度的实施提供了前提条件,由于两者具有高度的相关性,因此不可否认城市医疗救助制度在社会救助体系中的重要地位,它与其他社会救助一起,共同维



护贫困人口的利益需求。

在医疗救助中,应强调政府的责任,充分发挥社会成员的互助性,大力发展公益事业,积极拓宽筹资渠道,借助社会组织 and 个人的力量,建立医疗救助专项基金。积极推动有条件的社区、企业建立职工医疗互助制度,采取职工自愿的方式,设立医疗互助基金,开展医疗互助工作。在医疗救助的设计和制度安排上,应结合本地区的经济发展水平、社会文化、财政状况等实际情况,坚持公平原则、救急、救危原则,既要考虑到贫困人口对医疗服务的可及性,又要掌握适度性原则。同时,加快医疗卫生体制改革,采取有效措施抑制医疗费用的上涨,提高贫困人口医疗服务的可及性。

本书基于健康公平是社会进步的重大标志的理念,从剖析城市贫困现状、社会救助,尤其是最低生活保障制度运行入手,研究城市贫困人口社会人口学特征、疾病经济负担、健康状况、卫生服务利用情况。指出贫困人口健康状况恶劣,卫生服务利用率低,原因在于个人医疗负担过重、医疗费用增长过猛、医疗保障水平偏低。城市医疗救助的广泛试点和迅猛发展有效提高了贫困人口卫生服务的可及性,缓解了贫困人口“看病贵、看病难”的问题,受到了社会广大群众的普遍欢迎。可由于我国城市医疗救助尚处于摸索和试验的阶段,各地医疗救助普遍面临救助项目单一、救助病种较少、受益面比较狭窄、救助利用水平偏低、资金使用率低等问题。接着,通过文献和实证资料,比较和分析了包括杭州在内的国内外医疗救助模式,对发达国家和发展中国家贫困人口医疗救助制度的具体措施(救助对象、资金筹集、资金支付以及救助服务的提供)作了全面总结,提出发展和完善我国城市医疗救助制度应遵循的基本原则。在遵循基本原则的前提下,强调救助主体应实现多元化,确立以社区卫生服务中心为运行平台,扩大医疗救助覆盖面,开展综合医疗救助模式,以财政救助资金为支柱,以社会筹集资金为补充的城市医疗救助总体发展思路,从而保证城市医疗救助发展策略顺利实施,切实解决贫困人口的医疗困境。



第一章 绪论 1

第一节 研究背景 /1

- 一、社会转型期是社会风险高发期 /2
- 二、健康公平是社会进步的重大标志 /7

第二节 基本概念的厘清 /8

- 一、贫困 /8
- 二、社会救助 /12
- 三、医疗救助 /16

第三节 主要理论依据阐述 /19

- 一、需求层次理论 /19
- 二、社会公平理论 /20
- 三、公共产品理论 /22
- 四、三次分配理论 /23
- 五、福利经济学理论 /24
- 六、城市社会变迁理论 /25
- 七、贫困者应得权利理论 /26

第四节 医疗救助的国内外研究综述 /26

- 一、国外研究综述 /26
- 二、国内研究综述 /28

第五节 医疗救助的价值蕴涵 /31

- 一、促进个人发展,体现社会公正 /31
- 二、完善社保体系,强化社保功能 /32
- 三、维护社会稳定,促进社会和谐 /33
- 四、提高健康水平,实现卫生目标 /34



第二章 贫困和社会救助概述	35
第一节 贫困概述 /35	
一、我国城市贫困的基本概况 /35	
二、城市贫困人口的致贫因素 /40	
第二节 社会救助概述 /46	
一、构建城市社会救助体系的现实意义 /46	
二、我国城市社会救助事业发展现状 /49	
第三节 杭州构建新型社会救助体系的实践探索 /62	
一、救助主体多元化 /62	
二、动态调整低保标准 /63	
三、形成阶梯式“四级救助圈”制度 /64	
四、探索分层救助基础上的分类救助 /64	
五、帮扶举措各具特色 /65	
第三章 城市贫困人口的医疗困境	67
第一节 城市贫困人口的健康与卫生服务利用状况 /67	
一、健康与贫困 /67	
二、贫困人口健康状况恶劣 /69	
三、贫困人口卫生服务利用率低 /71	
第二节 城市贫困人口陷入医疗困境的原因 /74	
一、个人医疗负担过重 /75	
二、医疗费用增长过猛 /76	
三、医疗保障水平偏低 /79	
四、健康知识贫乏 /82	
第四章 城市医疗救助的实施现状	83
第一节 城市医疗救助的发展历程 /83	
一、各地探索实验阶段:20 世纪 90 年代—2005 年 3 月 /83	
二、试点推进与基本覆盖阶段:2005 年 3 月至今 /86	
第二节 城市医疗救助方案的确立 /88	
一、医疗救助对象 /88	
二、医疗救助资格 /90	

三、医疗救助标准 /91	
四、医疗救助类型 /93	
五、医疗救助方式 /95	
六、医疗救助时机 /96	
七、医疗救助资金 /98	
八、医疗救助主体 /103	
第三节 城市医疗救助的实施效果 /104	
一、各地推进医疗救助工作的基本措施 /105	
二、医疗救助促进健康公平与社会和谐 /107	
第五章 国内外城市医疗救助模式分析	111
第一节 国内城市医疗救助模式分析 /111	
一、典型城市医疗救助模式介绍 /111	
二、典型城市医疗救助模式的经验启示 /115	
第二节 国外医疗救助模式分析 /117	
一、发达国家医疗救助模式介绍 /117	
二、发展中国家医疗救助模式介绍 /121	
三、国外医疗救助模式的经验启示 /124	
第六章 杭州城市医疗救助的实证研究	131
第一节 杭州城市医疗救助的政策与方案 /131	
一、医疗救助政策 /131	
二、医疗救助方案 /133	
三、杭州现行城市医疗救助制度的特点 /138	
第二节 杭州推进城市医疗救助工作的基本经验 /140	
一、四大体制联动改革 /140	
二、社区卫生服务“收支两条线”改革 /145	
三、“惠民医院”丰富医疗救助内涵 /151	
第七章 城市医疗救助存在的问题及成因	155
第一节 城市医疗救助存在的问题 /155	
一、医疗救助理念滞后 /156	
二、医疗救助思路不清 /157	



- 三、缺乏统一的医疗救助制度保障 /157
- 四、医疗救助覆盖群体有限 /159
- 五、医疗救助资金总量小,使用率低 /161
- 六、医疗救助标准偏低 /163
- 七、医疗救助内容重大轻小,重治轻防 /165
- 八、医疗救助介入时机偏后,程序烦琐 /166

第二节 城市医疗救助问题产生的成因 /167

- 一、前期医改公益性减弱,出现市场化偏向 /168
- 二、公共财政体制不健全 /169
- 三、行政管理条块分割格局的长期存在 /170
- 四、公共服务意识不强 /170
- 五、排斥流动人口 /172
- 六、对医疗卫生机构监管乏力 /172
- 七、预防保健意识不强 /173
- 八、政策宣传力度不够 /174

第八章 城市医疗救助模式的创新路径 175

第一节 社区卫生服务机构是城市医疗救助的重要平台 /175

- 一、社区卫生服务的兴起与发展 /176
- 二、社区卫生服务的功能 /178
- 三、社区卫生服务发展现状 /181
- 四、社区卫生服务的改革取向 /193

第二节 民营医疗机构是城市医疗救助主体多元化的必然选择 /199

- 一、医疗救助主体多元化的基础分析 /199
- 二、民营医疗机构发展现状 /204
- 三、民营医疗机构面临的挑战 /212
- 四、民营医疗机构的改革取向 /216

第九章 完善城市医疗救助的基本原则和基本策略 223

第一节 确立城市医疗救助的基本原则 /223

- 一、公平原则 /223
- 二、政府责任原则 /224

三、适度原则 /226

四、可及性原则 /226

五、效益原则 /226

六、共济原则 /227

第二节 城市医疗救助发展的基本策略 /228

一、在医药卫生体制改革中统筹医疗救助政策 /228

二、大力推行全民医疗保险制度 /229

三、加快医疗救助法制建设 /231

四、拓展筹资渠道 /233

五、规范医疗救助管理制度 /233

六、注重与相关制度的衔接 /236

七、加强和谐医患关系建设 /237

八、合理设计救助方案 /239

结语 /244

参考文献 /245

绪 论

随着我国社会经济的发展和人民生活水平的提高,健康以及医疗卫生服务问题已经成为社会关注的热点。在人民健康状况普遍提高,医疗卫生服务水平不断改善的情况下,城乡之间、区域之间和不同人群之间的健康状况和卫生服务可及性差距越来越大,健康和卫生服务不公平现象日益突出。提高经济社会落后地区和贫困人口卫生服务可及性,成为完善医疗保障体系,加强卫生服务系统建设和构建社会主义和谐社会的重要内容。在城乡发展存在巨大差距的同时,城市贫困人口背负着沉重的疾病负担和医疗费用压力,卫生服务利用和可及性明显低于城市一般人群,如何改善城市贫困人口卫生服务成为重要的政策和实践问题。

第一节 研究背景

所谓社会转型,就是社会结构和社会运行机制从一种形式向另一种形式转换的运动过程,是一切社会形态的质变、飞跃,社会革命、社会发展进程中的重大改革和变迁等都可视为社会转型的形式。^① 社会转型主要体现在三个方面:一是体制转轨,即从计划经济体制向市场经济体制的转变。二是社会整体的和全面的结构状态过渡,即结构转换、机制转轨、利益调整和观念转变,而不仅仅是某些单项发展指标的实现,在社会转型时期人们的行为方式、生活方式、价值体系都会发生明显的变化。三是指社会形态变迁,即社会从传统社会向现代社会、从农业社会向工业社会、从封闭性社会向开放

^① 杜是桦. 社会转型和转型期社会综合候症[EB/OL]. [2007-03-14]. 中国选举与治理网



性社会的社会变迁和发展。所以,社会转型是社会从传统型向现代型转变的过程,是社会的结构性变革和整体性发展,既包括经济基础的变革,也包括上层建筑的调整,通过确定新的社会经济秩序,整合社会资源,推动社会经济结构、政治结构、社会结构、文化结构的整体性变迁。

一、社会转型期是社会风险高发期

随着改革的深入和社会转型的加速,中国面临的社会风险日益增多。

(一) 贫富差距不断扩大

收入差距是市场机制的产物,但可以通过合理的制度设置来调节收入差距,避免贫富差距的扩大。然而在现阶段的中国,制度安排的不公正或缺失造成了贫富差距的进一步拉大,如利益协调机制的缺失。^① 目前我国收入分配失衡导致贫富差距拉大的风险主要表现在以下几个方面:

1. 基尼系数越来越高

根据经验数据,人们通常认为 0.4 是基尼系数的警戒线,一旦基尼系数超过 0.4,表明国民财富已高度集中于少数群体。基尼系数在 0.2 以下,表示社会收入分配“高度平均”,在 0.2~0.3 表示“相对平均”,在 0.3~0.4 为“比较合理”,在 0.4~0.5 为“差距偏大”,在 0.5 以上为“高度不平均”。我国基尼系数已从改革开放初的 0.28 上升到 2007 年的 0.48,在所公布的 135 个国家中名列第 36 位。近两年仍在不断上升,实际已超过了 0.5,这是情况十分严重的信号。

2. 两极分化极其严重

世界银行报告显示,美国是 5% 的人口掌握了 60% 的财富。^② 2008 年中国资产超过千万的富翁约有 30 万人,共持有 8.8 万亿元人民币的可投资资产,这相当于中国 2008 年全年国内生产总值 30 万亿元的 29%。^③

我国收入最高 10% 群体和收入最低 10% 群体的收入差距,从 1988 年的 7.3 倍已经上升到 2009 年的 23 倍。我国的奢侈品消费近两年增长 22%,上

① 姚亮. 中国社会转型期的社会风险及特征分析[EB/OL]. [2009-10-20]. 人民网.

② 丛亚平,李长久. 中国基尼系数超 0.5,已经影响社会稳定[EB/OL]. [2010-05-24]. 新华网.

③ 佚名. 中国内地千万富翁约 30 万人 资产总额达 8.8 万亿元[EB/OL]. [2009-03-31]. 中国新闻网.

升至世界第二。^① 中国城镇居民人均可支配收入和农村居民人均可支配收入比,由 1995 年的 2.46 倍扩大到 2009 年的 3.33 倍。若将城市居民的一些隐性福利、优惠,如教育、医疗、养老等折算成收入,中国城乡居民收入差距则达到 6:1。^② 区域间的收入差距也相当明显,东部地区的居民家庭人均年收入平均是西部与中部的 2.03 倍和 1.98 倍。^③ 这种不断拉大的贫富差距引起了广大公众强烈的不满。据《人民论坛》的千人问卷调查显示:68.45% 的受调查者表示目前自己的付出与收入不成正比例。对目前社会贫富差距现象,公众表示难以接受。^④

正是由于收入分配的失衡,导致我国内需拉力不足,被迫严重依赖国外的消费和市场。发达国家消费开支占 GDP 的比重达 60% ~ 75%。而我国消费开支占 GDP 的比重却呈逐年下降趋势,由 1985 年的 52% 下降到 2008 年的 35.3%。经济增长面临下滑过快危险的时候,转变增长方式,扩大内需,逐步提高居民收入在国民收入分配中的比重,提高劳动报酬在初次分配中的比重,成为亟待解决的问题。

总之,贫富差距问题已成为引发各类社会矛盾和冲突的重要因素,它削弱了社会成员对于经济增长的认同,容易引起心理不平衡,潜伏社会动荡的危险。

(二) 社会矛盾空前尖锐

近年来,随着经济的高速增长和社会结构的巨大变迁,发展不平衡和利益不平衡的问题比较突出,加之在许多方面存在体制机制不完善、不配套问题,一些历史遗留的和长期积累的社会问题逐渐显露,因征地、拆迁、企业改制、环境污染、劳动争议等问题而发生的社会利益矛盾增多。2008 年,信访量明显增加,仅全国民政部门,第一季度接受信访 14 万人次,第二季度 31.4 万人次,第三季度 44.6 万人次,总计 90 万人次,而 2007 年全年为 81 万人次。全国群体性事件在 2005 年一度下降,但从 2006 年起又开始上升,2006 年全国发生各类群体事件 6 万余起,2007 年上升到 8 万余起。2008 年的形

① 佚名. 中国居民贫富收入差距达 23 倍[N]. 广州日报,2010-03-04.

② 张劲松,陈璐. 论仇富现象的原因及化解[J]. 中共宁波市委党校学报,2009(1).

③ 汝信,等. 2008—2009 年中国社会形势分析与预测总报告[M]. 北京:社会科学文献出版社,2008.

④ 艾芸. 社会公平调查:96% 民众对权力造成的不公不满[J]. 人民论坛,2008(21).



势仍不容乐观,6月28日发生的贵州瓮安事件,7月3日发生的陕西府谷事件,7月16日发生的广东惠州事件,7月19日发生的云南孟连事件,是在不到1个月的时间内发生的数起重大群体性事件。^①

这些事件表现出一些值得关注的新型群体性事件的特征:事件由偶然意外事件引发,蔓延速度很快,绝大多数参与者与最初引发事件的原因并没有直接利益关系,往往是为了发泄对一些长期积累的问题的不满。这些情况表明,要认真研究新形势下的社会矛盾,注意倾听人民群众的诉求,及时解决一些关系人民群众切身利益的民生问题,彻底扭转社会矛盾增多的态势。

(三) 社会保障非常滞后

社会保障作为现代社会中的一个重要制度安排,是一个社会的稳定器和减振器。它可以保障每个公民最基本平等的生存权,消除或缓解现代社会每个社会成员所面临的各种风险,从而维护社会的稳定。然而,在改革开放后的一段时期内,由于我国重经济政策而轻社会政策,过度追求经济效益而忽视人的基本权利的发展状况,导致我国在社会保障方面的公共投入比例过小。2004年我国人均GDP达到1532美元,已与西方发达国家1960年的水平大致相当,而我国社会保障支出水平仅占GDP总量的4.16%,远远低于这些国家1960年的支出水平。1960年,英国的人均GDP为1363美元,瑞典为1641美元,法国为1297美元,德国为1345美元。四国社会保障支出水平分别占各自GDP总量的13.9%、12.8%、13.4%和20.5%。^②近几年我国社会保障支出在不断增加,但社会保障的总量依然不足,且还存在不公平之处,例如大部分农民被排斥在社会保障之外。数据显示,当前我国城镇养老保险的覆盖率接近53%,而农村社会养老保险仅只有5.7%的覆盖率。^③这种社会保障的缺失会使得民众的基本需求无法得到满足,民众容易产生对社会的不满情绪,从而损害党和政府执政的社会基础,进而引发社会矛盾和冲突。可见,社会保障问题已成为严重影响我国社会经济发展和稳定的重要因素。

① 汝信,等. 2008—2009年中国社会形势分析与预测总报告[M]. 北京:社会科学文献出版社,2008.

② 财政部课题组. 社会保障支出水平的国际比较[J]. 财政研究,2007(10).

③ 汝信,等. 2008—2009年中国社会形势分析与预测总报告[M]. 北京:社会科学文献出版社,2008.

(四)贫困人口医疗问题日益突出

新中国成立以前,城市贫困人口占城市总人口的比重不低于60%,城市贫困人口相当普遍。到20世纪80年代中后期,城市中基本上不存在贫困人口,存在的是与全国农村基本一致的“共同贫困”人口,全国人民都在“共同贫困”的状态下生活着。进入改革开放以来,允许一部分人、一部分地区先富裕起来以带动全体人民共同富裕的政策号召,打破了“共同贫困”的局面,人们的生活水平有了很大的提高,出现了许多百万富翁,但随之也产生了社会收入分配不均的问题,城市中贫困人口逐年上升。随着改革开放的进一步扩展,社会转型和城市社会结构的急剧变迁,城市经济体制改革的不断深化,国有企业进行了全面的改组和调整,城市下岗职工迅速增加。在当前社会救助制度和失业保险尚未健全的条件下,相当一部分的失业和下岗人员在再就业之前就已经进入城市贫困人口的行列,同时,一些退休较早和仅依赖退休金生活的老年人也极易陷入贫困。除此以外,在社会转型这一特殊历史时期,城市中还存在着大量农民工,他们往往收入较少、缺乏社会保障,也容易成为城市中的贫困人口。

城市贫困问题的出现引发了城市贫困救助体系的建立与发展。历经十余年时间,城市贫困救助政策已经从最初只用于缓解原有福利体制崩溃产生的消极影响,转变为涵盖基本生活、医疗、教育、住房等多个内容的制度体系。其中,城市居民最低生活保障制度已经成为政府应对城市贫困问题的最主要手段,并且这项制度已经取得比较突出的成绩,基本实现了对贫困人口“应保尽保”。

能够获得基本的医疗保障以减轻或免除病痛的折磨,既是人类最低层次的生理需要之一,也是维持人的基本生存的一项必要条件。对于我国城市贫困人口而言,享有基本的医疗保障,意义尤其重大。这是因为,贫困人口由于收入低下,在饮食的营养摄入水准上,往往达不到维持机体健康的基本要求。1998年底,由中国社科院社会政策研究中心和民政部研究中心联合在上海、天津、武汉、兰州、重庆等5城市开展的低保对象生活状况调查数据显示,5城市低保家庭每星期吃肉的天数平均在1~2天,八成以上的家庭食用的副食以素菜(蔬菜)为主,并且总是买最便宜的蔬菜吃。5城市低保家



庭在食品支出上是节省第一,基本不考虑营养,即使对孩子也不例外。^① 5 城市的调查结果作为一个缩影,反映出我国城市低保家庭的饮食营养状况是比较糟糕的,而这又会直接影响低保对象的身体健康状况。此外,低保对象中的相当部分人员由于(曾经)长期在劳动环境比较恶劣的场所工作,身体健康遭受了比较严重的损害,易患各类慢性病、职业病。据“全国百城万户低保抽查”数据显示,64.9%的低保户中有 1 个或 1 个以上的慢性病或大病患者。^② 由此可见,就自身的身体健康状况而言,低保对象对基本医疗保障的需求实际上比普通居民更迫切、更强烈。

但是,贫困家庭拮据的医疗保健支出根本无法满足他们的基本需求。造成贫困家庭医疗保健支出少、增长慢的主要原因在于家庭收入极其有限,必须优先满足食品支出这一维持生存的最基本需求。只有在这一最基本需求得到满足后,贫困家庭才能够适当顾及医疗保健这一本来“重要”却不得不退居“次要”的基本需求。而“非自愿性”压缩医疗保健支出的后果,则是低保对象“有病不看”现象的大量发生。据 5 城市调查数据显示,低保对象生病时不去医院看病的要占 50%~70%。^③ “有病不看”往往使得小病拖成了大病,严重的还可能造成低保对象伤残、丧失生活自理能力,甚至死亡的严重后果。出现这样的情况,贫困家庭的生活境况无疑会进一步恶化。

选择就医治疗同样可能使低保家庭陷入“贫困—疾病—治病—更加贫困”的恶性循环之中。不断上涨的高额医疗费用已经成为城市居民严重的负担,其增长速度已经远远超过了人均收入增长速度。调查结果显示:费用偏高是医疗服务上群众反映比较强烈的问题,它不仅影响患者的就医用药,而且从长期看也影响医疗服务单位的经济效益和健康发展。据调查,根据居民收入,对目前医疗服务价格,除 2% 的居民未回答外,认为偏高的居民达 66.8%,认为合适和偏低的居民分别只有 29.6% 和 1.5%。同时,对将来投医问药的费用,表示很担忧的居民占 17.6%,表示有所担忧的居民占 65.8%,两者合计居民比例占 83.4%;而表示不担忧的居民只占 14.1%。

目前我国城市实行的以基本医疗保险制度为主要支撑的医疗保障体系无法保障贫困人口的医疗权益。根据国务院发展研究中心课题组的研究,

① 唐钧. 当前中国城市贫困的形成与现状[J]. 中国党政干部论坛, 2002(3).

② 潘跃. “低保”: 贫困群众逢甘霖[N]. 人民日报, 2003-04-03.

③ 陈佳贵. 中国社会保障发展报告(1997—2001)[M]. 北京: 社会科学出版社, 2001.

当前正在推进的城镇医疗保险制度本身存在三大问题:①在医疗保险制度中引入积累制的个人账户,不符合医疗保险制度设计的基本原则。②现行城镇医疗保险制度的目标人群只包括就业人员及符合条件的退休人员,将绝大部分少年儿童、老人以及其他无法就业的人员排除在外。③现行的医疗保险制度没有解决对医疗服务提供者的行为约束问题,以至于医疗服务费用无法控制。当前的城市贫困人口或者是困难企业的职工,或者为失业、无业人员,这些人不仅参加城镇医疗保险有困难,而且就是参加了城镇医疗保险体系,他们也往往因为无法承担医疗费用的个人部分而陷入医疗困境。由于城镇医疗制度的诸多缺陷,它无法帮助城市贫困人口抵御医疗风险。

可见,贫困和疾病在贫困人口中具有相当紧密的互为因果的联系。如何打破这种联系,使贫困人口得以摆脱贫病交织的循环,显然仅靠贫困人口自身的努力是办不到的,需要外力的帮助。因此,有必要建立针对于城市贫困人口的医疗救助制度,帮助患病的贫困人口不会因为疾病而面临生存危机,防止一般收入家庭因病致贫,从而保证社会公平与社会进步,维护社会的安全与稳定。

二、健康公平是社会进步的重大标志

健康是人的基本权利,其实质就是对健康公平的追求。健康公平是指每个人都应有公正的机会发挥其全部的健康潜能,任何人都不能被剥夺该权利。健康公平强调公正与合理,不单指每个人都有同等机会享受卫生服务、发挥健康潜能,同时注重到每个人之间或群体之间需要的不同。应该消除社会排斥现象,即由于没有钱、未受到教育、缺乏影响力而造成的排斥和无助及其对健康的不利影响。^①

城市医疗救助制度既是医疗保障体系中的最低层次,同时又是对社会救助体系的重要完善。贫困与疾病有明显的互动关系,疾病是贫困的原因,又是贫困的结果。科学发展观很重要的一点就是坚持以人为本,把人民的利益作为一切工作的出发点和落脚点。人民健康优先,建立城市医疗救助制度有助于增加贫困人口对卫生服务的可及性和对卫生服务的利用,并对改善全体人民的健康水平、提高全民的健康素质、构建和谐社会具有重要意义。

① 李敏. 对健康公平性及其影响因素的研究[J]. 中国卫生事业管理, 2005(9).