

城市贫困人群的医疗救助问题研究

刘仲翔

(中国人民大学 社会学系, 教育部百所重点研究基地社会学理论与方法研究中心, 北京 100872)

摘要: 随着城市居民最低生活保障制度的建立和完善, 城市贫困人群的基本生活已经得到很大改善, 但是他们在医疗方面处于双重缺失状态, 依然面临严重困难。通过对北京市低收入家庭生活状况调查资料的分析, 可以看出疾病在他们的生活中扮演了重要角色, 在现有体制下, 他们的医疗问题得不到解决。文章试图提出一种对城市贫困人群进行医疗救助的模式, 并且提出了对他们进行医疗救助的原则和具体的制度设计。

关键词: 城市贫困; 医疗救助; 体制性缺失

中图分类号: C913 **文献标识码:** A

目前, 我国城市中存在大量的贫困人口, 他们在就业、教育、医疗等方面都面临不同程度的困难。随着城市居民最低生活保障制度的实施和不断完善, 城市贫困人群的生活得到一定程度的改善。但是, 在现有体制下, 贫困人群的医疗问题日益凸显出来, 他们在医疗方面实际上处于一种双重缺失状态, 如果不解决好这个问题, 有可能会影响到整个社会保障制度的完善和社会的稳定。

一、城市贫困人群医疗缺失的实证分析

借助北京市民政局 2001 年底对北京市低收入家庭基本状况抽样调查所得来的资料, 我们可以比较清楚地了解城市贫困人群的医疗现状。调查显示, 在低收入家庭中, 就业比例很低, 只占 11.6%。相反, 下岗和失业的情况则比较严重, 占到了 39.8%。离退休、长期病体和提前内退的占 13.1%。此外, 主动辞职、务农或者家务劳动者占 10.1%。总之, 贫困人群的就业状况非常糟糕, 这也是他们之所以致贫的主要原因。由于他们就业的比例很低, 所以他们能够享受到的与就业有关的各种保障和待遇也就相应地非常少, 从而使得他们处于非常不利的地位。

那么城市贫困人群医疗方面的基本情况又是怎样的呢? 在本次调查中, 被调查者家庭平均月收入为 799.2 元, 家庭平均月支出为 702.1 元, 医疗平均月支出为 189 元。可见医疗支出在整个家庭支出中占相当高的比例。

结合几个与医疗相关的问题, 我们可以更清楚地了解城市贫困人群的医疗情况。

问题一: “平常, 家人得了头痛脑热这样的小病你会选择何种方式处理?” (复选)

表 1 城市贫困人群的看病方式

市、区级医院	社区卫生保健站	单位卫生所	私人诊所	自己买点药	自己挺着	其他
205	126	51	41	940	399	46
(16.6)	(10.2)	(4.1)	(3.3)	(75.9)	(32.2)	(3.7)

从上表中，我们可以看出，在低收入家庭中，生小病的时候他们采取的处理办法主要是自己买点药，还有很大一部分人选择自己挺着。去市、区级医院和社区卫生保健站看病的人并不多，原因恐怕主要是因为花不起看病的钱。至于不去单位卫生所，主要原因是这些低收入家庭往往都是由下岗或者失业者构成的，他们早就与单位脱钩。而私人诊所则更不能去，因为它们收费更高。

问题二：“你的医疗费主要支付形式是什么？”

表 2：城市贫困人群的医疗费支付形式

支付形式	频 数	有效百分比
公费医疗	120	9.7
劳保医疗	27	2.2
大病统筹	161	13.0
商业性医疗保险	1	0.1
合作医疗	18	1.5
自费	882	71.4
其他	26	2.1

由表 2 我们可以看出，在低收入家庭的医疗费用支付中，自费的占到了 71.2%，这说明在低收入家庭中，很少有钱参与医疗保险，所以他们也不能享受医疗保险。只有 11.6% 的被调查者处于就业状态，下岗、失业的占到了 39.8%，尽管我国目前的单位保障体制已经趋于瓦解，但是，不就业哪来收入？没有收入怎么投保参加医疗保险？贫困人群参加商业保险的情况是：

表 3：贫困人群参加商业保险的情况

具体险种	人寿保险	意外伤害	大病保险	教育保险	财产保险	没有
百分比	1.4	1.9	0.5	0.4	0.3	95.4

在表 3 中，贫困人群参加商业保险的比例只占 4.5%，造成这种局面的主要原因是他们的收入很低，经济很困难。不过这也说明贫困家庭通过商业保险途径实现自我保障和预防意外风险的意识比较淡薄，他们参加各种商业保险的总体比例非常低。根据美国人口普查局的调查，1992 年美国贫困人群享有的健康保险情况是：私人保险 22%，医疗照顾 13%，医疗资助 47%，军人保险 2%，没有享受任何保险 28%；非贫困人群享有的健康保险情况相应项目上的比例为 79%、13%、4%、4%和 12%^[1]。尽管美国贫困人群拥有私人保险的比例比非贫困人群低 57 个百分点，但是远远高于中国城市贫困人群在同类项目上的比例。尽管美国贫困人群中仍然有 28% 的人没有享受任何健康保险，但是与中国城市贫困人群看病 70% 以上的自费率来说，显然前者情况好得多。

问题三：“目前，你对生活各方面感到最不满意的是什么？”（最多选三项并按不满程度排序）

表 4：贫困人群生活中不满意的事情排序

项 目	第一位	第二位	第三位
-----	-----	-----	-----

家庭收入低，生活水平低	43.6%	18.3%	7.7%
没钱供子女上学	10.7%	21.2%	7.0%
身体不好，没钱治病	21.3%	18.0%	12.7%
主要劳动力再就业困难	8.9%	10.7%	7.4%
得不到他人的尊重，在社会上受歧视	0.7%	1.4%	1.7%
感到未来的生活没有保障，心理压力大	5.9%	9.9%	15.4%
政府和社会对低收入家庭的帮助不够	2.7%	4.1%	7.4%
其他	2.5%	0.9%	1.1%

由表 4 我们可以看出，“身体不好，没钱治病”这一项被提及率很高：有 21.3% 的被访者把它放在首位，有 18.0% 的被访者把它放在第二位，有 12.7% 的被访者把它放在第三位。可见，低收入家庭中，他们对没钱治病非常的不满意。原因在于，健康的身体是工作的保证，如果身体有病，那么试图通过就业摆脱贫困的梦想就难以实现，实际上，只要看看他们的住房条件以及其他环境条件，就不难明白为什么贫困者中患病的比例会很高。

问题四：家庭困难的原因

为了弄清低收入者认为他们家庭困难的最主要原因所在，问卷中设计了这样一道题：“您家生活困难的最主要原因是什么？”多项选择，并且对它们进行排序，结果如下：

表 5：贫困人群家庭生活困难的原因

项目	第一位	第二位	第三位
家里有长期患病的病人和老人，医药费负担太重	29%	12%	4.9%
家里有残疾人或精神病人，负担重	19.4%	13%	2.3%
家里劳动力太少，需要养活的人口多	6.9%	12.2%	6.5%
工资低，不够开销	15.3%	15.1%	9.3%
主要劳动力下岗或失业，而且目前找工作比较困难	21.6%	16.1%	9.5%
退休金收入低	2.5%	3.6%	4.8%
其他	4.1%	2.7%	2.3%

由表 5 我们可以看出，低收入者自己认为家庭生活困难的最主要原因除了收入低之外，还有一个重要原因就是负担重。在第一位的原因中，“家里有长期患病的病人和老人，医药费负担太重”比例最高，为 29%，其次才是“主要劳动力下岗或失业，而且目前找工作比较困难”这一项，为 21.6%，另有 19.4% 的低收入者认为“家里有残疾人或精神病人，负担重”是生活困难的主要原因，实际上，与疾病有关的这两项总的比例达到 48.4%。不难看出，疾病以及由疾病带来的各种负担，成了压在低收入家庭肩上的主要负担。

贫困人群的生活实际上面临着低收入和高支出（相对于他们的收入而言）的矛盾，造成这种矛盾的关键原因在于贫困人群就业状况不理想，收入很低。在这种情况下，医疗费用和教育费用成了他们的重大生活难题，况且，贫困人群的抚养比往往很高，所以，贫困人群陷

入生活困境也就成了顺理成章的事情。

二、城市贫困人群医疗缺失的制度分析

现有的城市管理体制并没有有意识地使贫困人群边缘化,各项制度也没有明确地把家庭收入作为能否享受该制度的前提条件。可是,由于制度设计本身的漏洞,以及制度之间缺乏衔接,客观上造成一些制度空白,使得部分社会成员游离于制度之外,造成社会成员在享受社会政策时处于不公平的地位,这种状况同时也带来了一系列的社会问题。就城市贫困人群的医疗来说,与他们的医疗直接相关的制度有两类,一是医疗保险制度,一是城市居民最低生活保障制度。

1. 在现有医疗保险制度下,城市贫困人群处于缺失状态

我国以公费医疗、劳保医疗、农村合作医疗为主要内容的医疗保险制度基本形成于 20 世纪 50 年代。在这种医疗保险制度下,城市居民医疗保险具有几个特点:首先,它带有明显的单位保障的特征。这种体制下,能不能分享到医疗保险资源取决于该城市居民是不是某个单位的员工,只要是企业员工就能够享受劳保医疗,是国家工作人员就能够享受公费医疗。少量游离于单位之外的城市居民也能够通过临时救助的办法得到解决,所以说,这种单位保障的医疗保险制度又具有明显的身份制的特征。其次,它带有鲜明的计划体制色彩。医疗资源的配置是通过计划的途径进行,国家财政包揽公费医疗,劳保医疗则通过企业提留的方式,从福利开支中支取。而与个人利益并不挂钩,是一种大锅饭式的医疗保险。最后,它具有连带性。所谓“一人得保,全家得保”,也就是说,公费医疗也好,劳保医疗也好,都缺乏必要的监督机制,对于病人和病情的认定并不严格。1993 年以来,我国有关部门颁布了一系列条例和意见,对医疗保险制度进行改革,把原有的公费医疗体制改成医疗保险制度,这显然是符合国情的做法,但是医疗保险制度中个人账户的建立、医疗基金的支出、医疗机构的改革,以及如何解决医疗保险与企业效益的二律背反,如何扩大医疗保险制度的覆盖面,这些问题目前都还没有比较成功的答案。所以,至少到目前为止,这种改革还不是很成功,还有很多的问题需要解决。

目前,城市中参加基本医疗保险的并不多。1999 年我国从业人员年末人数为 70,586 万人,其中城镇从业人员为 21,014 万人,参加基本医疗保险人员中,在职职工年末人数为 4,599,555 人,其中企业在职职工为 3,918,009,事业单位在职职工为 461,190 人,机关在职职工为 201,444 人,其他 18,912 人;退休人员为 1,240,773 人。在职职工参加基本医疗保险的平均人数为 4,475,278 人,退休人员参加基本医疗保险的平均人数为 1,220,385 人^[2]。在我国的社会保险体制中,社会保险是其中的主要组成部分,社会保险主要又是由养老保险、医疗保险、失业保险、工伤保险和生育保险组成,可是我国医疗保险实施的情况并不理想。

1999 年末,我国城镇从业人员中参加基本医疗保险的职工只占其中的 2.2%。可见即便是在城镇各行业的从业人员中,参加基本医疗保险的比例也是很低的。但是,不管怎么样,他们是属于医疗保险所管理的对象。而基本医疗保险实际上是不包括贫困人群的医疗的。因为贫困群体收入很低,甚至没有收入。他们没有资格参加医疗保险,因为他们没有单位,所以没有机构给他们缴纳统筹部分的费用,他们没有收入,所以不能投钱建立个人账户。如果说,在职职工和退休人员中一部分还可以依赖于医疗保险的话,贫困人群则是无依无靠,他们只能“自己买点药”或者“自己挺着”,他们的医疗费主要是自费。北京市低收入家庭基本状况调查发现,在他们的家庭消费支出中每个月的医药费超过 100 元的占 33.5%,200 元以上的占 19.3%,400 元以上的占 8.4%。可见,疾病成了城市贫困人群身上驱之不去的幽魂,造成了疾病与贫困的无限循环,只有打破这种循环,才能使贫困人群走上正常的生活轨道,重返主流社会之中。毫无疑问,医疗保险他们是参加不了的,因为保险首先得要投入,而贫困人群缺的正是钱。所以说,他们在医疗保险制度中处于缺失状态。

2. 现行城市居民最低生活保障制度下，城市贫困人群的医疗处于缺失状态

为什么说，在城市居民最低生活保障制度的框架内无法解决城市贫困人群的医疗救助问题呢？按照人们的常规解释，城市居民最低生活保障制度作为我国社会救济制度的主体，在整个国家的社会保障体制中的定位只是社会救济制度，是社会保障体系中最后一道“安全网”，其保障水平是最低的，只能保障城市居民最低标准的生活。《城市居民最低生活保障条例》明确规定，“城市居民最低生活保障标准，按照当地维持城市居民基本生活所必需的衣、食、住费用，并适当考虑水电燃煤（燃气）费用以及未成年人的义务教育费用确定。”可见，医疗并没有包括在城市居民最低生活保障范围之内。

作为城市最低生活保障制度直接管理机构的民政部门认为，城市居民最低生活保障只负责解决城市贫困居民的最低生活问题，至于医疗，并不在他们管理的范围之内。在中国目前的再分配体制下，单位资源依赖于单位的行政权力，这种行政权力构成了它们与中央权威的谈判能力，这种谈判能力实际上并不取决于它们的绩效或者在市场上的盈利能力，而是取决于中央权威的判断。在目前中国的政府部门设置中，民政部门被认为是对维持社会稳定做出重大贡献的机构，它们在保护社会弱势群体方面确实发挥了重大的作用，但是不可否认它在整个政府体系中处于一种边缘的地位，因此从财政部门拿到的资金非常有限，根据民政部7月份公布的数据，截至2002年7月10日，全国享受城市最低生活保障的人数达到了1930.8万人^[3]，初步实现应保尽保。实际上，标准化的救助制度与个性化的需求之间存在很大的矛盾，因为各种原因没有能够享受最低生活保障制度的人口还有很多。造成这种局面的主要原因有两个：一是资金投入问题，中央财政投入的钱能够到位，但是，地方配套的钱却不一定能够到位；二是认识问题，部分领导以及广大民政部门的干部认识不到城市最低生活保障工作的重大意义，认识不到享受最低生活保障是公民的权利和政府的责任，而把最低生活保障当成他们对贫困者的一种施舍，工作中随意性比较大，没有服务意识。

在目前这种局面下，最低生活保障制度中，民政部门从保障标准的制定到发放最低生活保障金的过程中根本就没有考虑过贫困人群的医疗需求，但是，各地在执行最低生活保障制度的时候，有一种共同的做法，那就是争取其他部门的配合，对贫困者实施一些优惠政策。在最低生活保障对象的就医方面，争取医疗卫生部门给予优惠，如减免挂号费、门诊费、住院床位费等。但是这种非制度化的东西随意性很大，而且变动性也很大，往往因为一些人为的因素而变化甚至取消。随着市场转型的深入，国家资源部门化的现象越来越严重，各部门尽可能地从再分配中获得最大的份额，同时又想尽办法使本部门的利益不至于无偿转让给其它部门，所以，在最低生活保障制度执行的过程中，争取其它部门配合的做法并不是长久之计。

总之，我国的城市贫困人群医疗目前处于一种双重缺失的状态，其实质是体制性缺失。一方面，现有的城市医疗保险体系中，他们处于边缘状态，因为医疗保险是一种先投入后受益的制度，城市贫困人群连最低生活都难以保证，自然没有钱参与投保，所以他们几乎享受不了医疗保险，况且这种基本医疗是以就业为前提的，城市贫困人群就业的比例很小，即便是就业，他们的收入也非常低^[4]，无力投保，所以，他们的医疗保险处于缺失状态。另一方面，作为他们收入的重要来源，甚至是唯一来源的城市居民最低生活保障制度中又不包括医疗的内容。更严重的是，由于贫困人群的收入很低，他们的住房条件和居住环境，生活和工作环境很差（由于他们是社会上的弱势群体，即便是能够找到工作，工作条件也非常差，工作量大且报酬低），这反过来又造成他们生病的机率很高。这种“穷→病→穷”和“病→穷→病”的循环必须要打破，否则，我国城市中将会长期存在一个庞大的“病困”群体，而这个特殊的弱势群体的人数只能是越来越多，而不会自动减少。打破这种循环的关键在于理顺我国的社会保障体制，建立起“医疗保险+医疗救助”医疗保障体制。

三、适合中国国情的城市贫困人群医疗救助模式探讨

我国目前城市贫困人群数量庞大,贫困人群的医疗需求很大,但是由于他们往往没有工作,收入很低。所以无法参加基本医疗保险和其他商业医疗保险等其他补充医疗保险。在这种医疗保险体制下,他们很难有康复和重新就业、重返主流社会的机会。所以必须要对目前医疗保险体制进行改革,增加医疗救助的内容,这种医疗救助专门针对城市贫困人群。同时,在制度设计上也要进行相应的改变,把这种专门针对城市贫困人群的医疗救助同城市居民最低生活保障结合起来,而不是把它作为医疗保险的一部分,这种做法是可以利用民政部门对城市贫困人群收入、支出、病患、环境等情况的熟悉,并且可以充分利用现有民政工作的网络,有利于使医疗救助落到实处。转变社会救助观念,把对城市贫困人群的医疗救助当成一种政府的责任,当成一种落实公民健康生存权的措施。同时,创造社会氛围,鼓励社会成员互助互济,鼓励社会成员对城市贫困人群进行慈善医疗救助活动。在医疗体制方面,应当建立医院的分级制度,建立慈善医院和社区医院,方便城市贫困人群就医,开展社区医疗服务,为城市贫困人群提供医疗护理和预防服务。

1. 城市贫困人群医疗救助的原则

城市贫困人群医疗救助专门针对城市贫困人群,这种救助有它的特殊性,这种特殊性来自两个方面,一方面,它是医疗救助,同医疗消费紧密相连,医疗消费具有即时性、不确定性、强制性等特点,什么时候生病,需要花多少钱都是不能由贫困人群本身控制的事情。另一方面,它所针对的对象是城市贫困人群,这一人群的收入很低,医疗需求很大,据调查,贫困人口中,健康者仅占 41%,身体一般者(即没有明显的疾病)占 25.2%,体弱者占 6.7%;一般疾病者占 13%;严重疾病者占 14.1%。在贫困家庭的总人口重,残疾人占 19.8%,其中盲聋哑占 2.4%,呆傻和精神病占 8.1%,肢残占 7.5%,其他残疾占 1.8%^[5]。其实这两方面是存在矛盾的,这种矛盾成了城市贫困人群医疗救助的难题。如何解决这种矛盾呢?我认为,城市贫困人群医疗救助应该遵循以下几个原则:

第一,救助对象的广覆盖原则。我国城市贫困人群数量庞大,截至 2002 年 7 月 10 日,全国享受城市最低生活保障的人数达到了 1930.8 万人。而这些人中,病患的比例又很高,而且依靠自己的力量根本无法解决医疗问题,所以贫困人群医疗救助应该覆盖全体城市贫困人群,保障他们健康生存的权利。

第二,救助方式的互助性。对于城市贫困人群的医疗救助不能仅仅只强调政府责任,如果这样的话,很容易造成政府的负担过重,应该鼓励社会成员之间的互助互济,共渡难关。居委会、邻里、亲戚等社会关系网络应该发挥积极的作用,帮助病人走出困境。

第三,救助目标的恢复性。对于有劳动能力的城市贫困人群来说,城市医疗救助应该着眼于恢复,而不是仅仅维持生命,对于他们来说医疗救助是城市医疗救助的重中之重。帮助他们恢复劳动能力可以使他们重新就业,从而最终减轻了救济的压力。作为一种过渡,可以考虑把救助标准定低一点,在条件成熟的时候再提高标准,实现恢复劳动力这一目标。

第四,资金来源的社会化。政府应该为这项工作投入资金,但是,仅靠政府的资金远远不能满足城市贫困人群的医疗需要,而且目前我国有些省份的城市居民最低生活保障都未能覆盖全体贫困人群,主要原因也是资金不能到位。所以,必须采取多种渠道,通过社会化筹款的方法争取更多的资金。只有这样才能使城市贫困人群的医疗救助走上长期化和正规化的轨道。

第五,救助管理的政事分开。长期以来,我国社会救助由民政部门管理,但是,其管理角色定位不够清楚,政事不分,实际效果并不理想。实际上,“任何政府计划都是由国家中的人民支付并且为了人民的利益,政府只不过是执行人民愿望的中间人。”^[6]在城市贫困人

群医疗救助中，应该实行政事分开，把有限的资金用在该用的地方。政府职能部门只起到提供部分资金，出台一些管理政策，进行监督检查，提供良好的救助环境的作用，具体的救助资金的管理和运作，具体医疗救助活动由相关的组织和机构去进行。这就要求对我国现有的救助机制进行重新设计，充实具体事务性机构的力量，让医疗救助的每一分钱都花在实处。

2. 城市贫困人群医疗救助模式的制度设计

城市贫困人群医疗救助如果走原来的救助老路，效果肯定会大受影响，应该对医疗救助的模式进行新的制度设计。原来的救助模式关键在于把社会救助当成一种政府行为，从而完全按照政府行为的模式去操作，管理机构庞大，而效果却不佳。没有充分调动其他力量参与社会救助活动，使得有限的资源得不到很好的利用。另外，管理方面的漏洞又致使很多救助资源流失。同时，民政部门在观念上并没有转变“施舍意识”，把社会救助看成是政府对贫困者的施舍，从而在工作中高高在上，没有服务意识。在救助对象的确定、救助金的发放等方面工作也比较随意。

城市贫困人群医疗救助的基本思路是：在大力发展民间救助事业的基础上，凭借社会化筹款机制和政府的投入，建立城市贫困人群医疗救助基金，组织福利医院和社区医院，大力开展社区医疗服务，采取规定一定限额以及超额还贷的方式开展医疗救助，鼓励和监督恢复后的贫困人群重返主流社会，偿还医疗费用，从而最终达到减少城市贫困人群，确保社会稳定，促进社会发展的目标。

第一，严格贯彻政事分开。政府扶贫具有一些固有的局限，具体表现在：政府行为的持续性难以保证；政府扶贫很难细致化；政府机构的层级性特征不仅很容易导致官僚主义，而且妨碍信息的流转，容易导致扶贫工作中的信息失真；在各种腐败的冲击下，政府机构的效率值得怀疑，很难保证其所掌握的资源能够真正有效地用于扶贫工作；政府扶贫由于具有全局性和政策性，试错的成本太高，抑制其扶贫的各种创新活动，不利于创造更加适用的扶贫模式^[7]。由于政府救助行为的局限，如果继续坚持政事不分的救助模式，必然会导致这种救助的低效益，不仅经济效益不好，而且社会效益也不好。上海市城市最低生活保障运行机制为我们提供了一个很好的榜样，上海市建立起“三级管理、四级服务”的社会救助和帮困工作网络。一是由市委、市政府建立“社会保障工作协调小组”。二是区县一级设立社会保障委员会等协调机构。三是加强街道（乡镇）一级专门的救助工作机构建设，组建领导机构、办事机构，并积极培育其他救助帮困的民间组织。四是在居委会设 1 至 2 名社会救助协理员，受街道委托开展工作。1998 年，上海市 311 个街道乡镇全部建立了社会救助（保障）管理所，街道、镇（乡）社会救助管理所分别按照 5—7 人和 3—5 人的要求配备工作人员，实行政事分开，具体管理社区救助帮困的事务性工作^[8]。上海市这种社会救助管理重心下移的做法收到了比较好的成效。城市贫困人群医疗救助的管理工作应该在政府的领导下，具体工作由社会救助事务所负责，这些人员应该具有社会工作的知识和经验，并且应该有帮助城市贫困人群的热心，他们的报酬从救助基金中划拨，比例不能超过 5%。

第二，大力开展民间救助事业。中华民族历来就有扶危济困、助人为乐的美德，中国人民的潜意识里有着追求“老有所养，壮有所用，幼有所长，鳏寡孤独废疾者，皆有所养”的理想。中国人讲究仁义，社会上扶贫帮困的行为很多，中国的贫困人群可以通过亲戚朋友等人际网络获得一定程度的帮助。可是事实上中国民间救助事业还不发达，这与我国的传统似乎不太符合。其实，这与我国长期以来，只强调政府责任，忽视社会互助互济的做法有很大的关系。在西方社会发展的历史上，教会对穷人的救助起到了很大的作用，西方个体主义贫困观很大程度上影响了政府对穷人的救助行为，这一点从 1601 年《济贫法》中对济贫的歧视性规定不难看出，社会发展中被抛出正常社会发展轨道的穷人得到教会的同情，然而，政府又害怕教会的力量因此而无限扩大，限制教会在这方面的作用。在西方社会的发展历史上，

穷人曾经是一支没有唤醒的力量，它也是政党斗争和政治斗争的砝码，所以，对穷人采取什么样的政策和态度也成了一种政治力量能否取得政治成功的关键之一。尽管如此，民间力量，包括教会组织、慈善组织以及其他民间组织在帮助穷人的过程中起了重要作用。长期以来，我国实行的是计划经济，单位制和行政制力量过于强大，体制外的力量非常薄弱，民间力量培育不够。解放前，国外教会组织在教育、济贫等方面曾经有一定的影响，建国后，这些组织逐渐被取缔。改革后，特别是近年来，民间力量在扶贫和社会救助方面所起的作用有所增强^[9]。只有充分调动广大民间组织的力量，才能更好地开展城市贫困人群的医疗救助工作，单凭政府的力量远远不够。

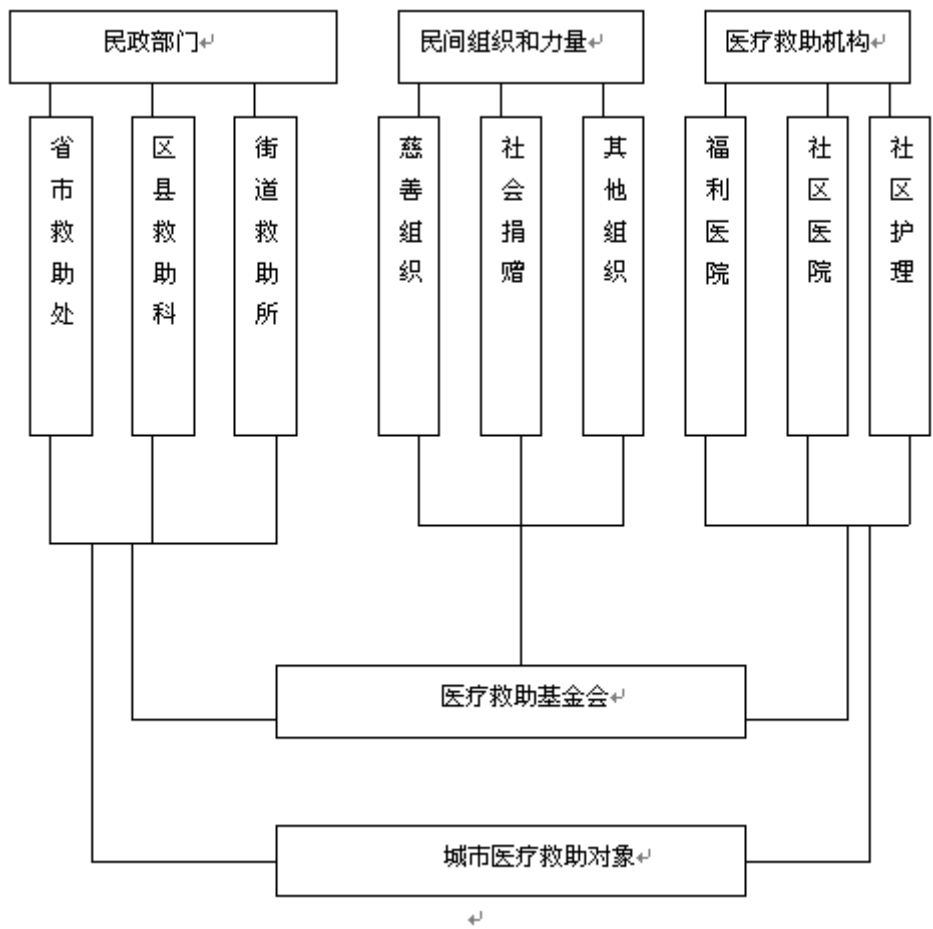
第三，采用基金会的形式。由于城市贫困人群患病的比例高，而且生病的类型、时间、费用等方面具有不确定性，所以，按照平均主义的做法把有限的资金分摊给贫困人群是行不通的。可以把国家下拨的医疗救济款和从其它渠道筹到的资金组成一个基金会，医疗救助基金由专门的机构负责运营。这个基金会负责同医疗机构打交道，进行医疗救助费用的结算。同时，该机构还要积极开展社会化筹款工作，国家可以考虑征收社会保障税，把其中的一部分下拨给基金会作为城市贫困人群医疗救助的稳定的资金来源。同时，把福利彩票所得的一部分划给基金会，成为基金会收入来源的一部分。在这两种资金的基础上，发动慈善组织和社会个人进行募捐，政府鼓励社会成员对医疗救助基金的捐赠行为，对于捐赠给医疗救助基金会的钱免征个人所得税。在基金的使用方面，严格资金使用程序，健全相关法制的建设，杜绝腐败和浪费现象。同医疗机构和管理机构保持密切联系，及时汇总基金运作情况。国家用于医疗救助的资金与最低生活保障金一起发放^[9]，提高现有的城市居民最低生活保障金的水平，各地在现有最低生活保障标准的基础上提高 10%，有条件的地方可以比这一比例更高，中央财政按照地方提高的标准相应地拨给所增加费用的一半，提高的部分不直接发给城市贫困人群，而是纳入到医疗救助基金中，统筹使用。为了保证基金的运作，鼓励受助对象重新就业，把基金分为两部分，一部分为偿还基金，一部分为无偿基金，前者的额度比后者高，是一种低息医疗贷款，在受助对象重新就业后的一段时间内偿还，条件是受助对象本人或者其家人签订协议，规定还款方式和期限；后者是无偿的，不要求受助对象偿还，但是数额有限，适当规定一个最高限额。医疗救助基金会的工作人员在审查受助对象的申请的时候，按照受助对象有没有重新恢复就业的可能性和其家庭有没有还贷的意愿和能力，分别同受助对象及其家庭签订不同的协议。在受助对象恢复劳动能力，重新就业以后，医疗救助基金会同其就业单位以及受助对象的家庭保持联系，督促还贷。

第四，组织专门医疗救助机构。现有的医疗机构中并没有专门针对城市贫困人群的医疗救助机构，在医疗救助机构的设置上，建立福利医院、社区医院和社区护理三级体制，分别担负不同的功能，福利医院主要担负比较严重的疾病的医疗，在医疗器械和医疗手段上要先进一些，各地现有的红十字医院应该成为福利医院的主体，社区医院主要负责不是很严重的疾病的医疗，而社区护理主要针对贫困人群中的老年人以及慢性病的长期护理，以及社区的健康和预防工作。从运作过程来看，贫困者在患病的情况下，首先应该接受社区护理人员的诊断，他们不能治疗和护理的病人再送往社区医院，社区医院无法治疗的病人再送往福利医院。这种层级设置有利于节约医疗费用，同时又能够根据病人的实际情况采取相应的措施，使得贫困者的疾病能够得到治疗，而医疗成本相应地又比较低。这种医疗救助机构的设置体现出以人为本的人道主义关怀，可以同时满足老年贫困者和因病暂时丧失劳动能力的贫困者不同需求。

最后，医疗救助制度的具体运作结构图。根据以上的思路，我们可以制出以下这样一个具体的运作结构图，它可以比较清楚地反映医疗救助制度的筹款、管理、监督等具体的运作情况。

这些机构的具体运作情况是：民政部门代表政府提供资金，制定政策，对医疗救助基金会的运作进行监督，街道救助事务所负责管理本地贫困人群的登记、核实等工作，有义务向医疗救助基金会提交受助对象的名单和家庭详细情况，并且负责向救助对象发放医疗救助手册，为救助对象建立医疗档案。医疗救助基金会有义务定期向民政部门提供救助基金的使用情况，也有义务向社会公布医疗救助基金的使用情况，民政部门有权抽查基金的使用情况。医疗机构直接向城市医疗救助对象提供医疗服务，服务的内容和费用情况应该如实提交给医疗救助基金会，医疗救助机构的用药和服务设施的等级由医疗救助机构和医疗救助基金会在民政、财政、卫生、医药等管理机构的领导下共同研究决定，不能超出基本医疗保险医疗服务的水平，医疗救助机构必须为救助对象建立严格的医疗档案。医疗救助基金会在定点医疗

医疗救助制度结构图



救助机构设立办公室，负责同医疗救助机构的协调配合，医疗费用由医疗救助基金会同医疗救助机构直接结算，把结果通报受助对象，并向受助对象提供清单副本，并且登记到医疗救助手册上。民间组织和力量向医疗救助基金会提供资金，进行医疗救助的宣传，医疗救助基金会有义务向投资对象提供其投入资金的详细使用情况和基金会工作的情况。在民政部门进行生计调查的时候，受助对象有义务诚实地做出回答，在病愈并且重返就业岗位后，有偿还所借基金的义务，并且偿还所欠利息。

总之，通过这种制度设计，可以使城市贫困人群真正得到医疗救助，帮助其中有劳动能力的受助对象恢复劳动能力，重返就业岗位，从而最终减少城市贫困人群的规模，减轻国家财政的负担。笔者认为，这种思路比较符合城市贫困人群病患的实际情况，同时，鼓励贫困人群重新就业这种积极的扶贫思路从长远来看必将对我国市场体制改革起到积极地推动作

用，有利于摆脱社会救助的“道德陷阱”，也有利于改变社会对贫困人群的观念。

参考文献

- [1] 资料来源：美国人口普查局，美国的贫困：1992，参见施奇勒：贫困和歧视经济学[M]．普林提斯霍尔出版公司，1995．117．
- [2]数据来源：中国劳动统计年鉴（2000）[M]．中国统计出版社，2000．8、488．
- [3]资料来源：民政部救灾救济司。
- [4]关于这一点，国外学者已经过很多的研究，不妨参见“失业与二元劳动力市场”，公共利益[J]．1975，冬季卷；分割劳动力市场理论对传统理论的挑战：一项调查[J]．经济文献杂志，1976（11）．
- [5]尹志刚：中国的城市新贫困人群（上）[J]．北京：百科知识，2001（9）．43．
- [6]洪大用：“负所得税制”与我国社会救助制度改革[J]．北京：中国社会工作，1996（5）23．
- [7]洪大用，NGO 扶贫行为研究[M]．北京：中国经济出版社，2001．5．
- [8]民政部救灾救济司：城市居民最低生活保障文件资料汇编（三），387-388．
- [9]唐钧提出，参照国外社会救助的制度结构，把最低生活保障金分为：基本生活救助金、特别需要救助金和酌情发放的救助金。其中，基本生活救助金是满足生存需求的部分；特别需要救助金用于满足医疗、教育、住房以及老人、病人、残疾人所需要的护理费用等；酌情发放的救助金指用来购买比较耐用的家用物品的资金。按照这种思路建立起“综合的最低生活保障制度”（参见唐钧：中国的城市贫困问题与社会救助制度[J]．江海学刊，2001（2））。笔者认为，根据我国的国情，把前两者纳入最低生活保障完全具备条件，而且完全应该这么做，酌情发放的救助金可以不纳入最低生活保障制度，仍然放在临时救济中。

On medical salvation for the urban poor

Liu Zhong-xiang

(Research Center for Sociological Theory and Methodology of Renmin University of China. Beijing
100872, China)

Abstract: The basic living of the urban poor has been largely improved, with the establishment and improvement of the lowest living ensuring system for the urban citizens, but they are faced with a twofold absence in the aspect of medical care, so they are still experiencing severe hardships. By the analysis of investigating materials about the living conditions of families with low income in Beijing, we know that disease has played an important role in their lives. Medical aid for them is not available in the present system. The article is trying to suggest a mode of medical salvation for the urban poor, and puts forward principles and specific system plans for the salvation.

Key words: urban poverty; medical salvation; system absence

收稿日期：2003-09-20；

作者简介：刘仲翔，中国人民大学社会学和社会学理论与方法研究中心 2002 级博士生。