

陕西省眉县地震灾后医疗救助制度调查与分析

梁 鸿* 仇思隽 仇育彬

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘 要】陕西省眉县作为“5·12”地震受灾较轻的地区,灾后医疗救助政策与其他受灾较重地区存在一定区别,眉县的灾后医疗救助政策与常态情况下相近,因此本文通过考察眉县灾后医疗救助政策,寻找在政策制定和实施中存在的问题,并提出相应的解决对策。

【关键词】灾后医疗救助;因病致贫;实施效果

中图分类号:R129 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)05-0011-05

The investigation and analysis of the post-earthquake-disaster medical assistant system in Mei county Shanxi province

LIANG Hong, QIU Si-jun, QIU Yu-bin

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】Mei county in Shanxi province is a region which is less destroyed by the “5·12” earthquake, thus its medical assistance policies after disaster have some differences with other serious disaster-stricken areas. In other words, it should be similar to normal circumstances. Therefore, through the inspection of its medical assistance policies, this paper aims to find out the problems in the policy-making and implementation, and to propose solutions.

【Key words】Post-earthquake medical assistance, Poverty caused by illness, implementation effect

1 眉县基本情况分析

1.1 眉县灾前经济社会概况

眉县的经济地位处于宝鸡市 12 个区县的中下游。据调查,眉县在宝鸡市三区九县中,国民生产总值、工业总产值和财政收入均排名第七,在宝鸡市属于中下游水平,既不是经济发展较好的县区,也不是国家或陕西省的贫困县。

眉县的城镇居民收入位于全市的第六位,略低于全市城镇居民人均可支配收入,但与排名靠前的几个区县差距不大。而眉县的农民人均纯收入位于宝鸡市的第五位,并且高于全市平均水平。^[1]

1.2 眉县受灾情况分析

眉县在这次地震中,共有受灾人员 24 500 人,人员伤亡情况较轻,共有 5 人因灾受伤,经治疗已全部痊愈。因灾倒塌房屋 300 间,需拆除的危房 7 560

间,一般受损房屋 14 342 间。其中受损房屋基本以土坯房为主,抗震性较差,但即便倒塌对人体的伤害也不大。企业、厂矿停产 1 家,企业资产损失总额达到 32 万元,停产企业占眉县工业产值的比例为 0.008%。由此可见,地震对当地的企业基本没有造成破坏。

经过对眉县的实地调查,以及对相关负责领导的访谈,笔者有以下几点发现:(1)由于眉县距离震中较远,受地震影响相对较小。(2)地震发生在下午 2 点半左右,大多数群众基本在地里干活,房屋倒塌没有对百姓的生命安全造成严重伤害。(3)眉县倒塌或经鉴定成为危房的房屋大多为土坯房,经济价值不高,并且即便倒塌也对人体伤害较小。(4)企业用房的抗震性稍好,因此企业受灾损失不大。(5)受伤群众多数是以皮外擦伤为主,并且也不了解灾后紧急医疗政策,因此多数受伤群众并没有进行认定,

* 基金项目:中国卫生政策支持项目(HPSP)。

作者简介:梁鸿,男(1962 年-),复旦大学社会发展与公共政策学院副院长,教授,博士生导师,研究方向为社会保障、医疗卫生政策,E-mail:lianghong@fudan.edu.cn。

而进行事后认定在程序上存在较大困难。眉县的灾后医疗冲突很小,这也主要是由于受伤群众以轻伤为主,医疗费用较低。

因此,陕西省眉县作为“5·12”地震受灾较轻的地区,灾后医疗救助政策与其他受灾较重地区存在一定区别,眉县的灾后医疗救助政策与常态情况下相近。

2 眉县城乡医疗救助制度的建设情况

2.1 医疗救助制度

农村医疗救助是指“政府拨款和社会各界自愿捐助等多渠道筹资,对患大病农村五保户和贫困农民家庭实行医疗救助的制度”。眉县的医疗救助政策是按照宝鸡市的规定执行的,具体表现在城乡医疗救助政策覆盖范围是全县参加了城镇职工、居民医疗基本保险和新型农村合作医疗保险的人员。^[2-4] 2007年眉县给医疗救助的财政配套为3万元,款项直接拨到民政部门。2007年共救助108人,救助总金额69.76万元,人均救助6500元。

2.2 医疗保险与医疗救助的政策衔接

主要是参合资助,农村五保户和享受A类农村低保待遇的,每人每年个人缴付的参合费,由宝鸡市民政局、财政局从社会医疗救助资金中支付。县民政局每年底将农村五保户和享受A类农村低保待遇的对象人数上报宝鸡市民政局。宝鸡市财政局每年根据民政局审核后提供的资助人数,将参合救助资金拨付到县财政局医疗救助资金专户,县财政局按县民政局提供的资助花名册,将资金直接拨付到新型农村合作医疗个人账户。

2.3 眉县地震前后城乡医疗救助政策的变化

由于眉县受地震影响不大,仅有5人因灾受伤,因此没有针对地震修改医疗救助政策。而眉县于2008年7月1日实施了宝鸡市新制定的《宝鸡市社会医疗救助实施细则》。该政策与之前的变化主要体现在:新政策规定所有户籍在宝鸡市范围内参加了城镇职工、居民医疗保险和新型农村合作医疗保险的人员都可以享受医疗救助政策,使得医疗救助政策达到全民覆盖。救助标准除了原有的医后救助以外还新增了参合资助、日常救助和医前救助三项。^[5] 由于新政策刚实施不久,老百姓的知晓程度还不高,需要进一步加大宣传。

但是,这项新政策把医疗救助的覆盖面扩大到

了全民,这种做法是值得商榷的。首先,原本只有贫困人口才能享受的政策现在扩大到了所有人,那么新政策实施后,贫困人口接受救助的比例、救助的标准是否会出现下降。其次,由于把覆盖面扩大到了全民,那么救助的资金问题就尤为突出,如果投入大笔资金财政是否能够支持,如果无法投入大笔资金,那么扩大覆盖面也就成了一句空话。

3 贫困医疗救助实施的效果

2007年全年眉县共有108人获得了社会医疗救助,其中农村低保户共有31人,农村一般村民76人,城市低保户1人。救助的总金额为69.76万元,人均救助6500元,人均民政救助占个人总费用的18%。

2008年1至4月,眉县共有103人获得了社会医疗救助,其中农村五保户3人,农村低保户22人,城市普通居民3人,农村一般村民75人。救助的总金额为68.14万元,人均救助6616元,人均民政救助占个人总费用的19%。

从目前的实施效果来看,眉县接受救助的人群在不断扩大,救助的总金额和人均救助金额都有明显提高,但是从接受医疗救助的人群分类来看,贫困人口能够获得医疗救助的比例仍然很低,2007年接受医疗救助的贫困人口占救助总人数的比例为29.6%,2008年1至4月接受医疗救助的贫困人口占救助总人数的比例为24.2%。

4 眉县医疗救助面临的问题

4.1 医疗救助的知晓度仍然不高

2007年接受医疗救助的贫困人口占救助总人数的比例为29.6%,2008年1至4月接受医疗救助的贫困人口占救助总人数的比例为24.2%。由此可见贫困人口对于医疗救助的利用率不高,其中的主要原因是政策的知晓度不高。

表1 对医疗救助的知晓情况

知晓情况	人数	构成比(%)
知道	64	14.9
不知道	366	85.1
合计	430	100.0

数据来源:汶川地震灾后紧急医疗救助评估基线调查。

从入户调查的数据来看,在被调查的430人中,有366人表示不知道医疗救助,所占比例高达85.1%,可见百姓对于医疗救助政策的了解十分欠缺。

表 2 不同收入居民对医疗救助的知晓情况

收入	知晓人数	知道百分比(%)
高	33	51.56
中	27	42.19
低	4	6.25
合计	64	100

数据来源:汶川地震灾后紧急医疗救助评估基线调查

从上表来看,贫困居民知道医疗救助政策的比例仅为 6.25%,与高、中收入居民的差距非常大,这一结论在居民访谈和座谈会中可以得到验证,在参加访谈的农村居民中,100% 的人表示不知道医疗救助的政策。

由于多数贫困人口不知道有医疗救助的政策,导致政策利用率较低。在眉县营头镇董家山村的村民座谈会中,与会的 10 位村民代表都表示从来没有听说过贫困医疗救助政策,也没有在电视、广播中看到或听到相关的宣传。并且不仅村民对于医疗救助不了解,甚至有个别乡镇长对贫困人口的医疗救助政策不了解。一旦没钱看病,居民们通常向亲戚朋友借钱而不是借助医疗救助手段。

4.2 贫困人口医疗负担沉重,因病致贫、因病返贫现象明显

实地调查发现,大多数村民都参加了新型农村合作医疗,70% 以上的村民反映合作医疗的政策虽然好,但是由于门诊没有纳入合作医疗报销范围、药价过高等原因,村民们的医疗负担依旧沉重,某些家庭一旦有家庭成员患上重病大病,那么所花费的医疗费用足以使一个小康家庭迅速沦为贫困户。而一些贫困家庭每月吃药看病的花销甚至远远大于生活成本,政府给的低保金也全部用在了看病吃药上,一旦没钱看病、买药时,贫困人口往往选择停止治疗。

案例:董家山村因病致贫典型案例

2008 年 8 月 8 日,眉县调查组对董家山村村民刘某进行了深度访谈。地震后刘某家受震灾影响较大,仅有的一间瓦房被鉴定为需要拆除的危房。墙面有数道手指宽的明显裂缝,房屋的东西两边还用木头作为支撑加固。但是刘某一家仍然居住在这间危房内,因为他们已经无力筹集重建的费用。屋里摆设稍显凌乱,家里有两台电风扇、25 寸彩色电视机等家用电器,说明这户人家曾经也达到过小康生活。

刘某 52 岁,患有肝硬化,从外表就可以很明显的看到由于肝腹水而导致的腹部鼓起,他是 2005 年

被查出肝硬化的,当时正值夏收,刘某感觉肚子胀,吃不下饭,但是地里农活比较多,就一直坚持到收完麦子,7 月份的时候才去县医院看病,被诊断为肝硬化,在县医院住了 10 天,共计花费 2 700 元。这次看病回来后到 2006 年这一段时间内没有住院,只是服药治疗,买药的花费合计大约有 17 000 元。

2007 年复查时发现疾病复发,刘某第二次住院,此后疾病开始逐渐加重,2008 年至今,就已经住了 5 次医院,但是由于公立医院治疗效果不明显,所以有 3 次住院是住在了民营专科医院,这 3 次住院不在新农合报销范围之内。为了给刘某看病家里已经陆陆续续花去了 7 万多元。

根据刘某介绍,在 2004 年得病之前,家庭生活条件达到了小康水平,家里已经准备在镇上盖房,还拥有 3 万~4 万元的存款,但是在他得病以后不仅花光了全部的积蓄,还开始向亲戚朋友借债看病,并且向村里申请了低保。

以上案例就是一个原本小康的家庭,因为某位家庭成员罹患重病而直接导致整个家庭回到贫困线以下的典型因病致贫的案例。

目前我们的政策目标是解决农民的因病致贫、因病返贫问题,但是从调研的情况来看,新农合及贫困医疗救助政策实际上并不能完全解决因病致贫、因病返贫问题。当政策开始发挥作用的时候,农民因病致贫、因病返贫就已经既成事实,也就谈不上解决这个问题了。

对此我们应当将医疗救助的目标从防止农民因病致贫、因病返贫的角度转移到防止因贫致病上。重点帮助农民摆脱贫困,提高农民的自我保健知识及健康意识。^[3]

4.3 制度与现实的冲突:“有制度,没医疗”

调研中发现,有部分贫困家庭参加了新型农村合作医疗,被纳入了制度保障的范围之内,但是由于过于贫困,虽然这些家庭在制度保障范围内,也迫切需要政策帮助,但却因为根本无力支付住院费用,而没有可能获得大病报销。^[6] 由于门诊也没有纳入到新农合报销范围内,贫困家庭在生活发生困难的时候总是选择放弃治疗。根据《宝鸡市社会医疗救助实施细则》的规定,农村五保户可以获得每人每年 200 元的日常救助,但是在具体实施中,这 200 元钱并没有花在购买药品上,而是用于补贴生活了。^[7] 这也就造成了虽然有制度,但是贫困家庭还是享受不

到医疗的奇怪现象。尽管现在也有了贫困人口的事前救助政策,但是操作手续繁复,一旦贫困人口发生急性病则难以迅速解决问题。

案例:“有制度,没医疗”

2008年8月7日,眉县调查组对横渠镇文谢村村民仁某进行了深度访谈。

仁某75岁,矮小精瘦,牙齿几乎全部掉光。家里原本只有一间小土房,做菜、吃饭、睡觉都在一间屋子里,地震后房屋外墙出现不少裂缝,但不影响居住。屋内收拾得比较整齐,除了一张土炕、一张桌子以及一个灶台以外几乎没有其它的家具,家里最值钱的东西是女儿淘汰下来的一个有着10多年高龄的9寸黑白电视机,这也是家中唯一的电器。

老人的伙食以玉米、小麦、馍为主,只有过年二女儿回家探望时才能吃上点肉喝上点酒。想吃米饭需要拿其它粮食交换,平均1到2个月才换一次。老人没有积蓄,即使有点余钱也用在改善生活上。家里总体情况是只能够保证吃饱饭,应付日常生活问题。

老人22岁来到村上做了上门女婿,妻子原来是渭河以北的人,后来因为入教得以住在一个窑洞里,解放后不久有了现在这所房子。但是女方家里也比较困难。妻子在结婚1年半,生完孩子后就突发精神疾病,不敢见人,只能在家里待着,丧失了劳动能力,家里几乎所有的钱都用在给妻子看病上,通过服药治疗,在上世纪70年代初老人妻子的病有所好转,但是依然没有劳动能力,只是生活可以自理,不用再接受治疗。但老人还需要照料爱人和小孩,一下减少了许多劳动时间,导致家庭经济状况变得更差。

老人的大女儿在14岁的时候腿疼得睡不着觉,老人带女儿去眉县医院看病,经过医生诊断,老人的大女儿患了骨髓炎,在县医院住了2个月,后来又转到周至县医院住了6个月,花费之多老人已经记不清楚了,看病的钱是老人通过卖粮、卖油、卖工分换来的,并且经常向别人借钱看病,也找信用社贷款。但是大女儿的病始终没有治愈,当看病的钱花完以后就放弃了治疗。回家后仍继续服药治疗,病情比原来稍轻一些。从2000年开始,大女儿不再服药,而是自己找路边、山上的中草药吃。每当疼得不行的时候就回家睡觉,把疼痛熬过去。

老人三年前肚子疼,坚持了一两个月才去看病,

经过检查是在肝脏和脾脏附近长了一个良性的肿瘤,每当疼得不行的时候才自己买药。老人在2007年检查出患有心脏病,通常自己购买丹参片吃。

老人和他的大女儿因为没有钱而住不起院,没有报销单据,也不发生医疗费用,因此尽管参加了新农合,但是从来没有报过一分钱,没有得到过新农合和医疗救助的任何帮助。

4.4 新农合起付线过高,门诊未纳入报销范围

在调研中,几乎100%的访谈对象都认为目前的新农合及医疗救助政策非常好,体现了党和政府对广大农民关心,但是在这些访谈对象中,有超过90%的访谈对象认为新农合的起付线太高,许多家庭都因为无法迈过这个门槛而导致无法享受到政策。有70%左右的访谈对象还认为目前普通百姓门诊医疗的支出比重高,但是不能得到报销,也会造成贫困家庭有病不去医治的情况。

4.5 贫困人口的确定,需考虑边缘家庭救助的问题

目前贫困人口的确定中存在的一个比较普遍的问题就是边缘人群的问题。边缘人群的收入水平没有达到规定的贫困线,却也只比贫困线水平高出一一点。而这部分人群的生活的确也相当贫困,却被排除在社会救助的政策之外。如果不对边缘户加以考虑,甚至有可能出现边缘户的生活状况还不如低保户的情况。

在调查中,有50%的村长提到了边缘家庭的问题,在基层的具体操作时,对于这部分家庭目前所能采取的只能是民政临时性补助,但是这种补助只是应急性、临时性的,并不能真正解决问题。

5 政策建议与对策

根据目前医疗救助施工过程中存在的问题,有以下几条建议:^[8-9]

(1)由于地震后贫困人口数量增多,提高医疗救助政策对于贫困人口的覆盖程度尤为重要。而关于贫困人口的认定方法比较复杂,由于农村人口的收入难以界定,因此现在普遍在百姓中实行的对贫困户进行排队的认定方法是可行的,也是百姓所认可的。从目前的情况来看,通过制定统一的贫困线来认定贫困人口存在很大的弊端,这主要基于三个方面的原因:首先是由于各地基本生活水平不同,很难用统一标准来确定全国的贫困线;其次是受到公共财政能力的制约,各地的财政水平不同,统一的贫困

线可能不能适应当地的经济水平;最后是统一的贫困线到基层难以操作。而全国认定贫困人口的方法应当由确定贫困线转变为以人群确定标准,通过人口比例法来认定贫困人口,这就可以很好的解决绝对贫困与相对贫困之间的矛盾。

(2)加大政策宣传力度。由于对于医疗救助政策的认知度不够,造成贫困人口的医疗救助利用率不高,一旦无力医治疾病时,往往选择放弃治疗。因此要加大针对农村居民的医疗救助政策的宣传。

(3)大力发展农村经济,帮助广大农民摆脱贫困现状。只有当农民有了一定的经济基础之后,有了迈过医疗救助的门槛的能力,才会更多的利用医疗救助政策。

(4)加大对农民的健康知识的宣传,提高农民健康意识及自我保健知识。

(5)适当降低个人自付医疗费用、减轻居民医疗负担。加大政府投入,适当降低起付线标准,让更多贫困人口迈过起付线,解决“有制度,没医疗”的问题,处理好贫困医疗救助与新农合之间的政策衔接。

(6)完善救助内容。由于公共财政资金有限,宝鸡市目前在全市范围内的做法会造成各区县财力更为紧张,目前政府应当着重解决的是保障贫困人口的医疗救助问题,而对于相对贫困人群的医疗救助

还是要依靠社会慈善的力量来解决。

参 考 文 献

- [1] 眉县政府公众信息网, <http://www.sxmx.gov.cn>.
- [2] 民政部,卫生部,财政部. 关于实施农村医疗救助的意见[Z]. 2003.
- [3] 宝鸡市民政局. 宝鸡市社会医疗救助实施细则[Z]. 2008.
- [4] 梁鸿, 吴晓峰. 农村合作医疗制度的风险识别与规避[J]. 人口研究, 2005, 29(5): 59-65.
- [5] 梁鸿, 赵德余, 曲大维. 中国贫困医疗救助模式的制度缺陷及其改进思路[J]. 中国卫生资源, 2008, (11): 32-34.
- [6] 郑功成. 中国社会保障 30 年[M]. 北京: 人民出版社, 2008.
- [7] 郑功成. 中国社会保障改革与发展战略——理念、目标与行动方案[M]. 北京: 人民出版社, 2008.
- [8] 张国庆. 现代公共政策导论[M]. 北京: 北京大学出版社, 1997.
- [9] 胡宁生. 现代公共政策研究[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2000.

[收稿日期:2009-05-09 修回日期:2009-05-14]

(编辑 何 平)

· 动态信息 ·

欢迎订阅《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊。

《中国卫生政策研究》杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,围绕卫生改革发展中的重点、热点和难点等重要政策问题,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,建设我国新型卫生政策研究体系和学术平台。适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者,卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。

本刊为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,每期 64 页,大 16 开本,定价 10 元/册,全年 120 元。国际标准连续出版物号为:ISSN 1674—2982,国内统一刊号为:CN 11—5694/R。编辑部可办理邮购,欢迎广大读者订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicy.cn@gmail.com

电话(传真):010-65256832