

城乡居民基本医疗保险制度改革引发的理论思考

王禄生* 苗艳青

卫生部卫生经济研究所 北京 100191

【摘要】本文阐述了我国目前“新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险制度衔接”(简称“两制”衔接)的必要性、可行性以及当前“两制”并轨模式构想,提出了在“两制”并轨基础上建立城乡居民基本医疗保险制度的设计理念、制度内核以及管理模式选择。研究认为,我国现阶段“两制”并轨模式应该实行城乡“2+2”制度板块,即在以农业生产为主和农业人口占比重大的地区将城镇居民医保并入新农合,实行“新农合+城镇职工医保”两个板块模式的城乡居民基本医疗保险体系;在城市化发展水平较高或发展速度较快的经济发达地区,实行“城镇居民医保+城镇职工医保”两个板块模式的城市居民基本医疗保险体系。并指出城乡居民基本医疗保险制度的发展应从目前的医疗保险向健康保险过渡,基层医疗卫生服务与健康保险应该实行捆绑式运作。

【关键词】新型农村合作医疗;城镇居民基本医疗保险;健康保险;捆绑式运作

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.04.002

A theoretical concern of urban-rural basic health insurance reform

WANG Lu-sheng, MIAO Yan-qing

China Health Economics Institute, Beijing 100191, China

【Abstract】 This paper analyzes the necessity, feasibility and convergence model of New Rural Cooperative Medical Scheme(NRCMS) and Basic Medical Insurance of Urban Residents (convergence of “two health insurance institution”). The design concept, the core content and the selection of management model of urban-rural basic health insurance institution are suggested. It is concluded that the urban-rural “2+2” institution model should be chosen to form a universal urban-rural basic medical security system. The Basic Medical Insurance of Urban Residents should be integrated into NRCMS in the areas where rural residents are the majority. In addition, the NRCMS should be integrated into Basic Medical Insurance of Urban Residents in the urbanized area which should implement the “Basic Medical Insurance of Urban Residents plus Basic Medical Insurance of Urban Employee” model, and its developing direction should realize transition from disease insurance to health insurance, and grass-root unit health services and health insurance should be bound.

【Key words】 New Rural Cooperative Medical Scheme; Basic Medical Insurance of Urban Residents; Health insurance; Bond

新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度衔接(以下简称“两制”衔接)为解决我国现阶段城乡非正式就业居民由于身份变化及居住地变动所带来医疗保险转移和接续问题提供了新思路。本

文首先阐述了“两制”衔接的必要性、可行性及现阶段“两制”并轨模式构想;其次分析了从医疗保险向健康保险过渡的理念及制度内核;最后讨论了健康保险管理模式的选择。

* 基金项目:卫生部“新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险制度衔接研究”课题。

作者简介:王禄生,男(1943年-),研究员,卫生部卫生经济研究所副所长,卫生部新新型农村合作医疗技术专家指导组副组长,主要研究方向为卫生服务体系和医疗保障制度。E-mail:wls@nhei.cn

1 “两制”衔接的必要性和可行性分析

1.1 必要性

在应对我国城乡统筹发展和人口结构转变带来的参保人员身份和就业状况不断转变的过程中,独立运行的三大基本医疗保险制度已经难以满足这一需求,制度的条块分割管理使得医疗保险关系跨城乡、跨地区转移与接续困难重重,成为制约经济发展和劳动力流动的瓶颈。为了解决上述问题,2010 年 1 月,人力资源和社会保障部、卫生部和财政部就城乡流动农民工的医疗保险关系转移和接续问题出台了《关于印发流动就业人员基本医疗保险关系转移接续暂行办法的通知》(人社部发[2009]191 号),做出如下规定:第一,关于新农合与城镇居民医疗保险的衔接办法是:居民自愿选择参保类型,按年度缴费并享受相应待遇;第二,关于新农合与城镇职工医疗保险的衔接办法是:农民工可以申请退出新农合,参加城镇职工医疗保险或城镇居民医保;农民工返回农村可以先退出城镇职工医疗保险或城镇居民医保,然后申请参加当年的新农合,并全额补交保费。

以上办法在解决城乡流动农民工医疗保险转移和接续上发挥了重要作用,但并不是解决问题的最优制度安排。理由如下:(1)自愿选择医疗保险制度原则使得城乡居民倾向于选择筹资标准低但补偿水平高的新农合,将会削弱城镇居民医疗保险制度的抗风险能力,不利于城镇居民医疗保险制度的可持续发展。(2)虽然上述办法打通了城镇居民医保和新农合在转移和接续上的通道,但仍未解决医疗保险制度条块分割的低效率和高管理成本,以及制度间不公平的问题。(3)对于失地农民和“农转非”人口医疗保险的转移和接续问题,并未给出相应的制度安排。^[1]

可见,当前的制度安排不是城乡统筹医疗保障制度发展的长久之计,也不是未来城乡统筹医疗保障体系发展的方向。^[2]未来城乡统筹医疗保障体系发展的方向从理论上讲,就是消除城乡在医疗保障制度上的二元结构,消除正式就业人员和非正式就业人员之间的补偿差距和隔阂,实现真正的“全民医保”。但实现“全民医保”并不能一蹴而就,要根据各地的经济发展

阶段和城乡差异,分阶段分区域整合这些多样化的制度,进而设计出适合不同经济发展阶段和区域发展模式的、覆盖城乡居民的基本医疗保障制度,从而使分散的“碎片化”医疗保障制度安排最终走向统一。由于城镇职工医保制度的筹资机制与补偿水平与新农合制度和城镇居民基本医保制度差异较大,目前实现三种基本医保制度整合的时机还未成熟,但是,整合新农合制度与城镇居民基本医保制度的社会经济条件已经存在,可从下述分析中看出。

1.2 可行性

对于制度并轨或制度整合,大多研究都会探讨各种制度之间是否具备同质性,即制度间是否具备了并轨和整合的可能。针对医疗保险制度而言,医疗保险制度安排、筹资机制及保障水平的设计要考虑的最重要因素有两个,一是制度覆盖群体的可支付能力,二是当地的医疗服务可及性。如果两种医疗保险制度的上述两个因素存在同质性,则两种制度就有并轨或整合为一种制度的可能。根据以上两个因素,具体分析如下:

第一,从城乡经济发展水平上看,在“两制”统筹区域内,非正式就业城镇居民和农村居民的收入水平差异较小,为“两制”并轨奠定了经济基础。如在试点地区嘉兴海宁市于 2005 年底对全市非正式就业的城镇居民收入状况进行了摸底调查。调查结果显示,城镇居民的家庭人均收入为 13 263.67 元,同期农村家庭人均纯收入为 10 200.32 元。可见,城乡居民的收入能力差异较小,为“两制”并轨提供了必备的经济条件。^[3]

第二,从城乡医疗服务体系建设水平上看,“两制”统筹区域内,随着农村三级卫生服务网建设水平不断提高,城乡居民医疗服务可及性差异不断缩小,无论是经济发达地区,还是经济较落后地区,就县域或区域的范围来说,城乡居民的医疗服务可及性差异较小,这就为“两制”并轨提供了第一个社会条件。

第三,从覆盖人群的人口结构和职业特点看,“两制”统筹区域内,“两制”覆盖人群都是以无固定单位、无固定工资报酬和无雇主的“三无”人群为主,因此城乡居民的人口构成结构几乎一致;另外,“两制”覆盖人群都是以个体经营者、非正式就业者为

主,因此城乡居民的职业特点也几乎一致。可见,城乡居民差异较小的人口结构和职业特点为“两制”并轨提供了第二个社会条件。

第四,从制度的筹资机制上看,两种医疗保险制度的筹资机制都采取定额筹资,无论参保者的收入水平是否存在差异,所缴纳的保费都是相同的。可见,相同的筹资机制为“两制”并轨提供了第三个社会条件。

“1个经济条件+3个社会条件”的具备最终为“两制”并轨为城乡居民基本医疗保障制度提供了可能和可行性。

2 现阶段“两制”并轨模式构想:城乡“2+2”制度板块

任何一种制度的建立都有其特定的社会背景和客观需要。在建立城乡居民基本医疗保障制度的过程中,要充分考虑地区经济发展水平、社会结构、城乡居民医疗服务需求的变化、各种制度板块的运行完善程度和管理能力等。由于城镇职工医保和城镇居民医保、新农合的人口结构、职业特点以及收入水平差距较大,因此现阶段和今后相当长一段时间内“三板块”并轨为统一的基本医疗保险制度还不具备社会经济条件。但是,如前所述,城镇居民医保和新农合并轨时机已经成熟,也具备了可行条件,但并轨模式并不是唯一的。

基于试点地区“两制”衔接进展情况,并根据我国城乡经济发展水平和发展阶段,综合考虑当地的人口结构、城镇居民医保和新农合的发展趋势等因素,本文提出现阶段我国基本医疗保障制度应该实行“2+2”的制度并轨模式。具体而言,在城市化发展水平较高或发展速度较快的经济发达地区,如省会和大中城市的行政区,城镇居民占绝大多数,农村居民比重较低,从参保人数上看,城镇居民医保是“大板块”,新农合是“小板块”,比如北京市海淀区,全区户籍人口209.9万,城镇居民为200.3万,农民只有9.6万。^[4]在这样的地区,可以将新农合并入城镇居民医保,实行“城镇居民医保+城镇职工医保”两个板块模式的基本医疗保障体系(图1A);在以农业生产为主和农业人口占比重大的地区,如县

和县级市,农业人口占绝大多数,城镇居民比重较低,从参保人数上看,新农合是“大板块”,城镇居民医保是“小板块”,比如青海的互助县,全县户籍人口37.8万,农业人口34.85万,城镇居民2.95万,参加城镇居民医保的对象人口仅有1.04万。^[5]在这样的地区,可以将城镇居民医保并入新农合,实行“新农合+城镇职工医保”两个板块模式的基本医疗保障体系(图1B)。

上述“两制”并轨模式构想得益于试点地区“两制”并轨衔接的启示。需要进一步指出的是,在一个县域内,虽然农村居民的收入水平较低,但是非正式就业城镇居民收入水平也不高,城乡居民收入差距较小,将城镇居民医保并入新农合存在适宜性;而在大中城市的市辖区内,虽然非正式就业城镇居民的收入水平较高,但是城郊农村居民的收入水平也相对较高,城乡居民的收入差距也较小,将新农合并入城镇居民医保也存在适宜性。

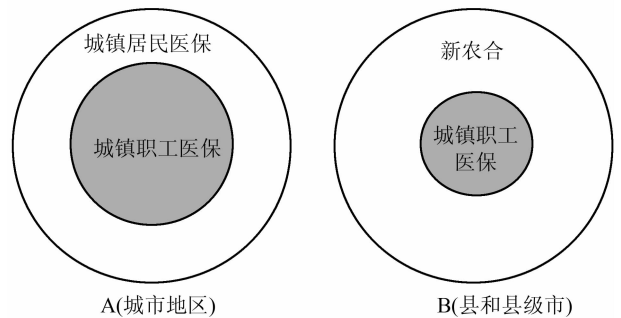


图1 “两制”并轨模式构想:城乡“2+2”制度板块

3 从医疗保险到健康保险:设计理念、国际经验、制度内核

3.1 设计理念

传统的医疗保险是为了建立一种疾病经济风险共担机制,集中所有参保者的预防性医疗支出为一些不幸的患病者支出部分医疗费用,从而减轻患病者的疾病经济负担。因此,其设计理念是减少患病者的医疗费用支出,降低疾病经济负担,而不是降低人群发病率,提高健康水平,因此被称为“治标型”的医疗保险制度安排。但随着经济发展水平的不断提高和人民生活质量的不断改善,健康在经济发展中和人民生活中的作用越来越凸显。健康作为人力资本,能促进经济发展,是阿玛蒂亚·森提出的人的可

行能力的一种。可见,健康既是发展的手段,又是发展的目标。从这个意义上讲,未来的医疗保险制度安排与模式设计,理应以健康为导向、围绕健康而进行。因此,医疗保障制度设计理念应该是健康导向、预防优先、质量至上;保障范围应该由单纯的医疗服务向集医疗、预防和康复服务等综合的医疗卫生服务过渡。^[6]

3.2 国际经验

从医疗保险到健康保险过渡是国际发展趋势,美国的健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)、德国的社会医疗保险制度、英国的国家健康服务(National Health Service, NHS)等都是健康导向下的预防为主的健康保险制度。

3.2.1 美国的 HMO: 强调对参加者采取全程健康管理维护健康

虽然美国的医疗保险计划大多是商业保险,但却以维护健康为主,以便降低参保人发病率,进而减少基金支出。1973 年,美国国会制定了联邦健康维护组织法,鼓励建立健康维护组织。与传统的医疗保险和医疗服务相分离的状况不同,这个组织不仅经营保险业务,而且有自己稳定的医疗资源,是保险公司和医疗机构紧密结合型的健康保险组织。在 HMO 里,每个参加者都有自己的基层卫生保健医生。常见的小病首先由基层保健医生诊疗,重大疑难疾病才根据需要转诊到专科医生那里。由于 HMO 采用按人头付费制和按疾病种类付费制,将参加者的医疗费用一次性支付给医疗机构,出于降低医疗费用的动机,医疗机构除了控制现有患者的治疗成本外,非常重视参加者的预防保健。HMO 对参加者采取全程健康管理,通过开展预防保健、健康教育、体检等服务提高参加者健康水平。^[7]

3.2.2 德国的社会健康保险制度: 突出预防性卫生服务在保险中的地位

德国的健康保险从 20 世纪 80 年代开始就致力于为居民提供完善而高标准的医疗保障。^[8]除了支付疾病保障外,重视预防保健和健康促进等预防性服务的提供,并对预防保健和健康促进等服务制定了相关法律。2004 年通过的《法定医疗保险现代化法》对预防性医疗服务项目进行了强制规定,所有参

保人在 18 岁以上可以进行牙齿预防性检查;女性 35 岁以上可定期进行乳腺癌筛查;男性 45 岁以上可以进行前列腺预防性检查;所有参保人 55 岁以上可以进行结肠和直肠癌肠镜检查。德国的社会医疗保险制度虽然在名义上还是以疾病保险为主,但预防保健和健康促进等预防服务的地位在保险制度中的地位越来越高。

3.2.3 英国 NHS: 基层卫生保健、全科医生和部分医疗保险资金进行捆绑式运作

NHS 呈现金字塔式的三级卫生网络,由基层卫生保健、全科医疗和医疗专家服务构成。基层卫生保健由全科医生提供服务。NHS 规定患者需通过基层卫生保健才能向全科医疗服务转诊,然后才能向医疗专家服务转诊,这一任务由全科医生执行,这样的规定赋予全科医生守门人角色,使得大部分健康问题在基层卫生保健和全科医疗层面得以识别和解决,并通过健康等预防手段得到控制。政府通过预付制付给全科医生津贴,同时还将部分的医疗保险基金预付给全科医生,让全科医生向更高层次购买医疗服务。这样,全科医生不仅为国民提供基层的卫生保健和全科医疗,还成为掌握部分医疗保险基金的管理者。这种将基层卫生保健服务、全科医生和部分医疗保险基金进行捆绑式使用和管理,不仅降低了医疗费用支出,而且对维护国民健康发挥了很大作用。

以上三个国家的医疗保险制度都是以维护参保人的健康状况为主,不是只管发病后参保人医疗费用负担的减少,而是真正从源头上保障参保人的健康,强化预防保健和健康教育,降低发病率,降低医疗费用,是一种真正的健康导向下的以预防保健为主的健康保险制度。并且,已有研究表明,强化的预防措施能够有效消除绝大多数传染性和非传染性疾病^[9],进而降低疾病的经济成本。因此,从保“疾病治疗”过渡到保“健康维护”的健康保险制度不仅是一种国际趋势,更符合我国当前“广覆盖、保基本”的医疗保险现状。

3.3 制度内核: 基层医疗卫生服务和健康保险制度捆绑式运作

在以维护健康、强化预防保健理念的指导下,

健康保险制度的保障范围不仅是传统的医疗服务,而且应该包括预防保健和康复等医疗卫生服务项目。这种制度安排的健康保险制度有两个目标:一是降低发病率,维护健康;二是控制医疗费用的上涨,减少医疗卫生资源浪费。为实现上述目标,城乡居民基本健康保险制度的内核应该是基层医疗卫生服务和健康保险制度进行捆绑式运作(图2)。理由如下:

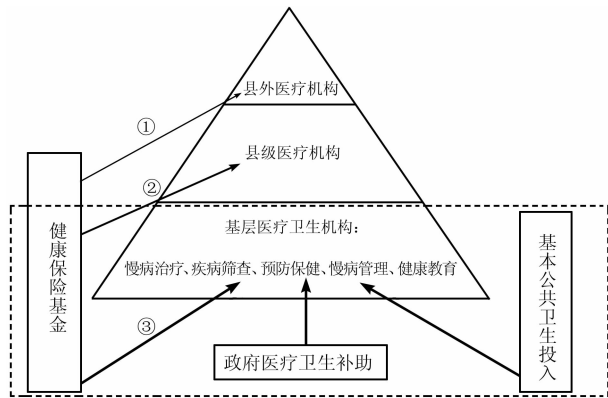


图2 基层医疗卫生服务和健康保险制度捆绑式运作

注:健康保险的箭头①表示保险基金分配给县外医疗机构的数额,箭头②表示分配给县级医疗机构的数额,箭头③表示分配给基层医疗卫生机构的数额,箭头越粗表示分配的数额越多。

第一,以维护健康为目标的健康保险制度设计理念由传统的重视疾病治疗向防治结合转变,管理模式也应该由单纯的疾病治疗向健康管理转变。而健康管理既是对疾病进行对症诊疗,同时又注重对致病因素的干预。对致病因素的干预就是常说的预防保健和健康教育等卫生服务。这些卫生服务通常都是在基层卫生机构进行,如社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院和村卫生室。可见,健康保险制度应依托基层卫生机构,形成基层医疗服务、预防保健、健康促进和健康保险为一体,防治结合为中心的健康管理模式。

第二,控制医疗费用上涨仍然是健康保险制度的重要任务之一,但控制医疗费用上涨的手段除了改革医疗费用支付方式外,更重要的是降低参保者发病率,最有效的方法就是开展预防保健、健康促进、常见病诊疗及康复服务,而这些卫生服务项目的提供和实施都要寄希望于基层卫生机构。目前,我国已经设计了覆盖全体国民的基本公共卫生服务

包,由社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院和村卫生室等基层卫生机构分别实施,政府按人头支付给基层卫生服务机构相应的津贴。^[10]如果政府能将基层医疗卫生服务提供和健康保险制度进行捆绑式运作,则将大大降低参保者的发病率,进而有效控制医疗费用的上涨。

总之,无论是以维护健康为中心,还是以控制医疗费用上涨为目标,健康保险制度都应该与基层医疗卫生服务提供进行捆绑式运作,实行一体化管理。

4 从“四位一体唇齿相依”谈健康保险管理模式选择

2009年4月的新医改方案规定我国要建立覆盖城乡居民的公共卫生服务体系、医疗服务体系、医疗保障体系和药品供应保障体系,形成“四位一体”的基本医疗卫生制度。在2010年全国卫生工作会议上,卫生部部长陈竺提出“四大体系唇齿相依”,要以科学发展观为指导,处理好四大体系之间的建设关系,并且四大体系要协作与融合,增加互动和支持。可见,四大体系的建设、完善和政策落实需要各部门之间紧密联系、相互促进,并且应该由一个大部门统筹推进。这是建立覆盖城乡居民基本医疗卫生制度的重要基础。而医疗保障制度作为整体中的个体,理应纳入这个大部门实行统筹管理。^[11]

如果上述命题成立,我们进一步考虑如何选择适合我国国情的医疗保障管理模式。选择医疗保障管理模式有两个出发点:一是有利于新医改提出的“四位一体”相互促进、协调发展目标的实现,四个体系要实现统筹管理;二是符合我国目前国情,减少医疗卫生体制改革成本。^[12]目前,国际上的医疗保障管理体制大致分为三种模式:(1)政府调控下的医疗保险部门和卫生部门分工合作模式。这种模式的主要特点是政府只制定法律框架,并通过主管部门进行宏观调控。医疗保险部门和卫生部门相互独立,并且通过市场达成交易合同。这种模式一般出现在社会医疗保险实施之前私人医疗服务市场就已经很发达的工业化国家。(2)社会保障部门主管模式。社会保障部门不仅负责筹集和管理基金,而且自己拥有部分医务人员和医疗设施,可以直接为参保人提

供医疗服务,但更多的是从社会上购买医疗服务,这种模式多出现在拉美等发展中国家。(3)卫生部门主管模式。其特点是卫生部门既管理医疗保险基金,又负责提供医疗服务,不仅有利于减少医疗资源的浪费,也有利于促成预防和治疗相结合,由国家财政资助的医疗保险制度一般采用这种模式,如英国、加拿大、新西兰等国家多数采用这种模式。^[13]

对于第一种模式,虽然实现了医疗保险和医疗服务的分工管理,但是由于医疗交易市场上天然的信息不对称导致了医疗保险部门和卫生部门之间会存在过高的交易成本,在交易成本随信息经济发展日益扩大的情况下必然对医疗保险和医疗服务交易行为造成不利影响;另外,医疗保险和医疗服务分工管理模式也不利于我国新医改中“四位一体”协调发展目标的实现,不符合一个部门统筹管理的构想。^[14]因此,政府调控下的医疗保险和卫生部门分工管理模式不是理想之选。

对于第二种模式,从医疗服务专业技术和监管能力角度看,社会保障部门识别诱导性需求带来的医疗费用增长能力远不如卫生部门,因此,由社会保障部门集中管理医疗服务和医疗保险没有显著优势;从新医改“四位一体”目标看,目前其他三种体系都由卫生部门管理,如果进行整合归属社会保障部门管理,将大大增加我国医疗卫生体制改革的成本,同时也会减缓我国医疗卫生体制改革的步伐,不利于我国医疗保障制度的可持续发展。

对于第三种模式,由于卫生部门不仅在专业技术上具备了监管医疗机构的能力,而且其他三种体系也都由卫生部门管理,因此,选择由卫生部门统筹管理我国四大体系的建设和完善,不仅有利于“四位一体”协调发展,而且也符合我国当前国情。另外,国际上对医疗服务和医疗保险大多都采取“一手托两家”的管理体制,卫生部新农合研究中心 2007 年完成的一项研究结果显示,全球有 101 个国家(地区)建立了法定的医疗保障制度^①,有 66.34% 的国家(地区)将医疗保障制度与医疗卫生服务交由大部门管理,其中,绝大部分是由卫生部门管理。在经合

组织国家和七国集团中,这一比例更是高达 86.7% 和 100%。^[15]这表明,国际上多数国家都采取了医疗保障制度和医疗卫生服务一体化管理,并且经济发展水平越高,社会保障制度管理越规范的国家,越倾向于采取这种管理模式。

5 总结

本文不仅回答了我国目前“两制”并轨的必要性、可行性以及并轨模式选择,而且还提出了在并轨基础上建立城乡居民基本医疗保障制度的设计理念、制度内核以及管理模式选择。从目前的研究进展和发展态势看,众多官员和学者都认为建立城乡居民基本医疗保障制度是大势所趋。但对城乡居民基本医疗保障制度的管理体制以及运行机制的研究还处在百家争鸣阶段,一些学者认为城乡居民基本医疗保障制度的管理工作应该交由社保部门,一些学者认为应该交由第三方机构独立管理,更多的学者和官员认为医疗保险和医疗服务应由卫生部门实现一体化管理。本文认为,无论最后选择哪一种管理模式,都应该建立在四个有利于的基础上,即有利于促进新医改中“四位一体”的建设和发展,有利于我国医疗卫生体制改革成本的减少,有利于医疗保障制度的可持续发展,有利于实现城乡居民利益最大化。

参 考 文 献

- [1] 何秋洁. 中国农村医疗保障制度多元化分析[J]. 经济体制改革, 2009(3): 157-161.
- [2] 关志强. 从疾病保险到健康保险[J]. 医院院长论坛, 2009(1): 6-8.
- [3] 国家统计局. 1978—2009 年全国年度统计公报[EB/OL]. [2010-02-20]. <http://www.stats.gov.cn/>.
- [4] 北京市统计局. 2009 年北京市统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社, 2009.
- [5] 青海省统计局. 2008 年青海省统计年鉴[M]. 北京: 中国统计出版社, 2008.
- [6] 胡苏云. 健康与发展: 中国医疗卫生制度的理论分析[J]. 社会科学, 2005(6): 64-71.

① 这 101 个国家是指 2006 年人类发展报告中人类发展指数排在前 101 位的国家。

- [7] 胡德伟. 美国的卫生系统和健康维持组织的作用[C]. 2009. (第七届世界卫生经济大会)
- [8] 邵晓军. 德国健康保险与预防性医疗服务[J]. 中国卫生产业, 2006(2): 80-81.
- [9] Lopez A D, Mathers C D, Ezzati M, et al. Global burden of disease and risk factors [M]. Oxford: Oxford University Press and World Bank, 2006.
- [10] 世界银行. 中国农村卫生改革[R]. 2009.
- [11] 王海荣, 周绿林, 曹蓉, 等. 基于大部制的我国医疗保障管理体制变革构想[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 25(6): 265-267.
- [12] 王保真. 新时期我国覆盖全民的医疗保障体系与发展战略[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(10): 21-26.
- [13] 许正中. 社会医疗保险: 制度选择与管理模式[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2002.
- [14] 张亚东. 医疗费用控制与医疗保险纵向一体化研究[D]. 2003.
- [15] 卫生部新型农村合作医疗研究中心. 国际卫生管理体制概论[G]. 2007.
- [收稿日期:2010-03-04 修回日期:2010-03-14]
(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

联合国报告: 全世界近四成人口仍未获得改良的卫生设施

世界卫生组织和联合国儿童基金会联合监测项目《安全饮用水和公共卫生设施 2010 年度报告》于 2010 年 3 月 15 日发布。报告指出, 全世界共有大约 59 亿人口使用安全饮用水, 占总人口的 87%, 有望达到或提前实现千年发展目标中设定的安全饮用水目标。然而, 还有超过 26 亿人未使用改良的公共卫生设施, 占世界人口近 39%。报告还指出, 目前距离实现千年发展目标的期限仅剩 5 年的时间, 但全世界仍有近四成人口尚未获得改良的卫生设施, 如果目前的状况不改变, 到 2015 年将有 10 亿人不能达到千年发展目标中的卫生指标, 为了接近千年发展目标的卫生设施指标, 还需做更多的努力。

卫生设施和安全饮用水资源的城乡分布不均衡, 贫富差距影响大。尽管世界上城市和农村的人口数量大致相当, 但绝大多数没有获得水和卫生设

施的人口生活在农村地区。农村居民中平均每 10 人就有 7 人没有基本卫生设施, 平均每 10 人有 8 人以上的饮用水源未获得改善。撒哈拉以南非洲对最富有和最贫穷的 20% 人口进行比较后发现, 富有人口使用改良安全饮用水的可能性是贫穷人口的 2 倍, 富有人口使用改良卫生设施的可能性是贫穷人口的 5 倍。

世界卫生组织强调, 目前全世界近 8.84 亿人无法获得安全饮用水, 另有 3 倍左右的人缺乏基本卫生设施, 全球社会必须付出更多的努力、投入更多的资金, 才有望如期实现 2015 年千年发展目标中设定的卫生指标。

(来源: 世界卫生组织网站, 摘编: 田晓晓)