

城市外来务工人员医疗保障与卫生服务需求

——基于上海市 487 名外来务工人员的调查

刘柏惠*

上海财经大学公共经济与管理学院 上海 200433

【摘要】以上海为例分析城市外来务工人员的医疗保障和卫生服务使用特点,为制定完善的针对外来务工人员的医疗保障制度提供实证参考。结果显示,上海现行的外来从业人员综合保险效果不理想,基层医疗机构是满足外来人口医疗需求的主要力量,但财政配套措施不健全,费用和配套服务是影响外来人口就医的主要问题。为应对这些问题,对外来务工人员的医保要覆盖门诊,并制定合理的报销比例引导合理消费,尝试在社区建立首诊制度,开展就医指导,对外来人口集中的社区卫生机构提供专项补贴。

【关键词】外来务工人员; 社会医疗保险; 卫生服务; 社会保障

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.01.007

Social medical insurance and health service demand of out-of-town employees: On the basis of questionnaire survey of 487 out-of-town employees

LIU Bai-hui

School of Public Economics and Administration, Shanghai University of Finance and Economics, Shanghai 200433, China

【Abstract】In order to give references to formulating a better medical insurance for out-of-town employees, this paper analyzed their health service demand and medical insurance status on the basis of questionnaire survey taking Shanghai as an example. It is founded that the current comprehensive insurance is unsatisfactory, primary medical institutions are the major force to satisfy out-of-town employees' medical demand, price and supporting services are main problems arresting medical service utilization. For this reason, outpatient services should be covered, reasonable reimbursement ratio should be made to guide rational consumption, a gate keeping referral system should be established at the community level, medical guide services should be carried out, and special subsidies should be given to communities where out-of-town employees concentrated.

【Key words】Out-of-town employees; Social medical insurance; Health services; Social security

城市外来务工人员已经成为一个日益庞大的人口群体,由于各地社会医疗保险制度的差异和保险统筹层次的限制,他们的医疗保障和健康权益问题一直是各方讨论的焦点。虽然社会保障一卡通政策的酝酿和提出加快了社保统筹层次提高的进程,但医保资金跨省转续还存在很多困难,为了制定有效的针对外来务工人员的医疗保险制度,对现行医疗保险效果和医疗卫生服务使用特点的调查分析具有重要的理论和实践意义。

1 研究背景、目的和数据来源

1.1 研究背景和目的

沿海发达地区经济的迅速发展和产业结构的优化为外来劳动力流入提供了越来越大的空间;服务经济的繁荣,创造了更多的就业机会,构成了区域人口迁移的巨大拉力。外来务工人员一方面能够为城市发展提供充足的劳动力,促进人力资本的聚集,推动城市经济增长;另一方面,他们作为城市的主要构

* 基金项目:教育部人文社科规划基金项目(10YJAZH109),上海市卫生政策研究公开招标项目(2009HP004)

作者简介:刘柏惠,女(1984年—),博士研究生,主要研究方向为卫生经济政策。E-mail: liubaihui0515@163.com

成人群之一,要消耗一部分公共资源。相对于城市户籍人口,外来务工人员有一些鲜明的特点。首先,文化程度相对较低,只能从事低技能工作,待遇相对较低,并且由于劳动力市场的二元结构特点,外来务工人员主要就业于非正规部门,即使在正规部门就业,在劳动关系、社会保障、工资待遇和工作环境等方面也往往被非正规化。^[1]其次,外来务工人员就业流动性较大,工作地区和工作内容转换频繁,这增加了为他们提供基本保障的难度。外来人口基本保障欠缺,不利于他们在城市中稳定生活,有研究表明,外来务工人员的失业率在上升,缺乏最低生活保障和社会保险会使他们更加脆弱并走向犯罪,推动城市犯罪率上升。^[2]

作为生存发展的基础,医疗卫生服务是人们的基本需求,也是基本的民生问题之一,但我国的基本医疗保险制度还不能对流动就业人口的特征做出有效反应。目前我国多数地区的医疗保险还是地市级统筹,跨省的医保报销多以城市间协议的方式实现,在这种情况下,由于医疗服务消费在时间和空间上的不可选择性,即使外来务工人员在户口所在地有社会医疗保险^①,跨区域诊治和报销依然是很难实现的。《国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》将社会保障一卡通纳入国家总体部署,力争在第十二个五年计划内实现统一的社会保障卡覆盖 60% 人口的目标。2011 年 7 月 26 日,人力资源社会保障部联合中国人民银行发布了《关于社会保障卡加载金融功能的通知》,为社保一卡通的实行提供了技术基础,医疗费用的即时结算、养老保险异地缴费领取等问题都有望得到解决。但医保跨区域的统筹尚有诸多制约因素,其中一个就是各地政策的差异,医保各地的报销待遇水平、财政补贴差异较大,利益难以平衡。在这种背景下,如何在未实现全面统筹阶段尽量减轻城市外来务工人员的医疗负担,提高他们的福利水平,是外来人口流入地区,特别是东部大中型城市需要周全考虑的问题。

为了给制定适合外来务工人群的医疗保险制度提供实证参考,了解城市外来务工人员医疗保障和

卫生服务使用现状,本研究对上海市范围内外来务工人员进行抽样调查,主要目的在于分析现阶段这部分人群的医疗保险参保选择、保障水平及参保情况,并找出其医疗服务需求特点,通过对比分析,明确现阶段医保体系和医疗卫生体系在满足外来务工人员就医需求上的薄弱点,提出相关建议。

1.2 现有研究回顾和本文的数据来源

人们的健康状态、疾病发生和医疗市场的供需均衡存在很大的不确定性,采取合适的保险方式是人们在市场经济条件下进行有保证的健康投资的合理选择。^[3]在大多数发达国家,医疗保障制度在城乡和地域间具有较高的统一性和可转接性,流动人口在享受医疗服务和保障方面上不存在制度上的限制。特别是欧洲一些福利主义国家,虽然近些年随着福利多元主义的发展,政府的绝对主导地位有所淡化,但公共部门、家庭、社区、市场共同参与下的保障体系保障水平仍然很高。^[4-5]一些发展中国家也已经实现了城乡统一的医疗保险制度,如墨西哥的全国职工社会保险协会,面向所有企业工人、农业工人及其家属和贫困人群提供保险,农民与城镇居民享受同等的医疗服务。

由于城乡二元经济结构和户籍制度壁垒,城乡间保障制度的差别在我国是一个比较突出的问题。对外来务工人员医疗保障问题的研究主要集中在以下两个方面:一是对保障模式的研究,目前学术界的观点大体分为四类。华迎放、郑功成等提出应该分类分层提供保障;李迎生指出要对农民工实行阶段性相对独立的社会保险制度;杨立雄则认为应该将农民工纳入农村的社会保障制度中;杨翠迎认为应该纳入现有城镇医疗保险制度内。^[6-10]从实践上来看,全国大部分地区的做法是要么纳入城镇社会保险体系,要么置之体系之外完全无保障;上海和成都是仅有的两个对外来务工人员提供专门社会保险的城市。第二个研究角度是对覆盖情况和参保意愿的调查研究,由于城市外来务工人员群体有明显的流动性和不稳定性,各地差异也比较大,不仅没有全国

① 2009 年 12 月 31 日人力资源和社会保障部出台《流动就业人员基本医疗保障关系转移接续暂行办法》,规定城镇基本医疗保险个人账户部分可以通过社会(医疗)保险经办机构随流动人员转移划转,但真正的资金接续还远未实现。

的官方数据,实地调查也存在很多困难。目前,对外来务工人员医疗保障情况的研究以区域内调查研究的形式为主。任健萍等对杭州市 930 位农民工的参保意愿进行调查,结果表明过半数的调查对象愿意参加保险,希望保障范围扩大。^[11]王明慧等对唐山市 665 名外来农民工的调查表明为农民工提供医疗保障是必要的,并认为纳入城镇医保是可行的。^[12]另外,有对某地餐饮业 200 名农民工的调查显示医保参保率不足三分之一,思想认识和年龄是重要的影响因素。^[13]这些研究从影响参保的因素入手,分析农民工参保现状,探求提高参保率的方法,但均没有触及对实际医疗需求特点的分析,由于医保和卫生实务部门息息相关,要得出全面的结论,对医疗服务供需特点进行分析是极为必要的。

本文在以上研究的基础上,基于对上海市 487 名外来务工人员的调查数据展开,内容包括基本背景信息、参加医疗保险情况、接受医疗服务情况三个部分,调查对象限定为无上海市户口,且靠从事技术含量较低的工作在上海生活的人。共发放问卷 500 份,回收有效问卷 487 份,有效率为 97.4%,统计分析采用 SPSS 软件。表 1 为样本基本情况。

2 上海外来务工人员医疗保险参保选择、保障水平及参保情况

2.1 上海市对外来务工人员的医疗保险制度

上海是最早专门对外来务工人员开展独立的社会保险的城市。2002 年,上海市颁布《上海市外来从业人员综合保险暂行办法》对在沪务工的外来人员提供保障,办法中所称的外来务工人员指符合上海市就业条件,在上海市务工或经商,不具有上海市常住户籍的外省、自治区和直辖市人员,但不包括从事家政服务和农业劳动的人员以及按照《引进人才实行〈上海市居住证〉制度暂行规定》引进的人员。费用由用人单位缴纳^①,缴费基数为单位雇佣外来人员

表 1 调查对象的基本情况

	人数(人)	构成比(%)
性别		
男	325	66.74
女	162	33.26
年龄(岁)		
18~	203	41.70
31~	121	24.80
40~	163	33.50
文化程度		
文盲(半文盲)	35	7.20
小学	92	18.90
初中	213	43.70
高中(技校)	78	16.00
中专	18	3.70
大专	20	4.10
大学及以上	31	6.40
职业		
企业职工	83	17.00
工厂务工	62	12.70
家政服务	49	10.10
建筑施工	157	32.20
小个体经营者	112	23.00
其他	24	4.90
来沪时间		
半年以内	128	26.30
半年至一年	92	18.90
一年以上	267	54.80

数乘以上年度全市职工月平均工资的 60%,无单位外来人员的缴费基数为全市月均工资的 60%,缴费比例均为 12.5%,外地施工企业的缴费比例为 7.5%。外来人员综合保险分为工伤、住院医疗和老年补贴三项保障内容^②,其中的工伤保险在发生意外后一次性支付,老年补贴在达到规定年龄后一次性领取补贴,真正对外来务工人员日常性保障起作用的是住院医疗保障部分。

① 根据规定,符合条件的用人单位包括经批准使用外来务工人员的国家机关、社会团体、企业(包括外地施工企业)、事业单位、民办非企业单位、个体经济组织。

② 其中,用人单位使用的外来务工人员,享受工伤、住院医疗和老年补贴三项待遇;无单位的外来务工人员,享受意外伤害、住院医疗和老年补贴三项待遇;外地施工企业的外来务工人员,享受工伤、住院医疗两项待遇。12.5%的缴费比例没有在这三项内容间进行详细的划分。

表 2 上海市现行各类社会医疗保险制度对比

保险类别	门诊		大病和住院		
	起付线(元)	报销比例	起付线(元)	封顶线(万元)	报销比例
城镇职工医疗保险(在职职工)	1 500	50% ~ 70%	1 500	7	85%
城镇居民医疗保险	18 ~ 60 岁:1000 其他: 0	50% ~ 60%	无	无	50% ~ 70%
小城镇保险	无		住院有	每年调整	70% ~ 80%
新型农村合作医疗	无	村卫生室:80% 社区卫生机构:70% 二级医院:60% 三级医院:50%	无	6	一级医院:70% 二级医院:60% 三级医院:50%
外来从业人员综合保险	每月 20 元买药补助		1 500	缴费 3 个月:年社会平均工资 6 个月:年平均工资 2 倍 9 个月:年平均工资 3 倍 1 年:年平均工资 4 倍	80%

上海市人口数量多,结构复杂,针对不同人群的医保制度规定也非常繁琐,为了与其他人群的医疗保障制度进行对比,表 2 列出了现行各类医保制度较为详细的规定。社会保险的一个根本特点是分散风险,上海城镇职工医保缴费比例为 12% (单位 10%,个人 2%),综合保险为 12.5%,这一比例没有在三个主要保障内容间详细划分,由于老年补贴的几率和份额都比较小^①,二者用于医疗的缴费比例是接近的,但相对于城镇职工,外来务工人员工资普遍偏低,在大病和住院方面要承受相同的起付线,外来务工人员群面临的风险是偏高的。在门诊方面,外来人员综合保险每月补贴 20 元,数额较低,并且只能用于药房买药,相对于其他医疗保险类型,缺乏弹性且适用范围有限。另外,封顶线依据连续缴费时间调整,鉴于外来就业人员就业的不稳定性,这实际上又进一步限制了其能够享受的保障水平。

另外,外来从业人员综合保险报销程序较为复杂,无论是个人办理还是单位代办都需提供多项材料(个人报销需提供单位证明、身份证及复印件、出院小结、收据原件、病史材料等;单位代办的需提供身份证原件及复印件、单位介绍信等),发生的费用需要先垫付,区县医保中心在受理 20 个工作日内完成审核结算及支付,大额医疗费用需要 30 个工作日。

2.2 外来从业人员综合保险实行情况分析

通过对抽样调查数据的分析,可总结得出上海市外来从业人员综合保险使用情况的几个特点。

第一,参保率低。在所调查样本中,无外来人员综合保险者所占的比例达到 70%。企业、工厂务工的人群拥有保险的比例明显高于其它行业,没有工作单位自我雇佣经商者无保险比率非常高,可见外来务工人员自己主动参保的积极性较低(表 3)。

表 3 被调查人员综合保险拥有情况(%)

职业	有保险	无保险
企业职员	71.10	28.90
工厂务工	58.10	41.90
家政服务	12.20	87.80
建筑施工	16.60	83.40
小个体经营者	10.70	89.30
其他	25.00	75.00
合计	29.80	70.20

第二,对综合保险制度的满意率不高。在拥有保险的 145 人中,使用过保险的为 128 人,占总数的 88.3%,表示满意的为 71 人,仅占 55.5%。对保险不满意的原因主要有三个:认为保障面窄的占 28.6%,认为保障水平低的占 42.9%,认为报销程序复杂的占 22.2%。

^① 用人单位和无单位的外来从业人员连续缴费满一年的,外来从业人员可以获得一份老年补贴凭证,其额度为本人实际缴费基数 5%。

第三,外来务工人员没有综合保险的主要原因是信息不对称和用人单位推卸责任。在没有保险的342人中,42.1%的人表示不知道有这一保险制度,27.5%的人所在的企业不为其缴纳保险金。其他原因包括不属保障人群、有其他保险(新农合、商险)以及认为没必要,比例分别为19.2%、8.0%和3.2%,可以发现,在户口所在地所享有的新农合等社会保险对是否购买综合保险影响甚微,虽然新农合在全国的覆盖率已经达到94.19%^[14],报销制度的区域性阻隔限制了其保障作用的发挥。

第四,综合保险没有明显增加外来人口的就医比例。对于一般病,无论有无保险,人们大都选择自己买药治疗,20元的补助对人们的就医意向影响不大。对于大病^①,回家乡治疗仍是人们最主要的选择。综合保险并没有起到足够的保障作用(表4)。

表4 综合保险对就医意向的影响分析(%)

	有保险		无保险	
	一般常见病	大病	一般常见病	大病
自己买药	64.60	1.40	69.90	0.30
社区卫生机构	20.30	2.70	15.90	3.70
二级医院	6.30	19.20	5.30	15.90
三级医院	6.30	27.40	3.10	23.00
回家乡	0.00	39.70	0.80	49.40
其他	2.50	9.60	5.00	7.70

调查结果证实了较低的保障水平和有限的保障范围无法调动人们参保的积极性。另外,宣传不到位导致的信息不对称和企业的投机行为加剧了保险的缺失。整体来看,综合保险对外来务工人员就医并未产生良好的保障效果。

3 外来务工人员医疗服务需求特点和财政补助

3.1 外来务工人员医疗服务需求特点

在综合保险保障不完善的情况下,外来务工人员的医疗服务需求几乎没有在卫生体系中得到体现。对现行制度的改进和完善,必须建立在深入了解外来务工人群患病和就医特点的基础上。通过对调查数据的分析,可以总结出以下几点。

3.1.1 外来务工人员医疗需求集中在对常见多发病的诊治服务

外来务工人员一般身体较为健康,所得疾病大多为一般病和常见病,大多只需要门诊服务。在487名受访对象中,有228名曾在上海患过病,比例为46.8%。在这228名曾经患病人群中,有215名患过一般病,21名患过大病,按照患病人次来计算,一般病患病率为91.1%,大病患病率为8.9%。

3.1.2 基层和二级医疗机构在满足外来就业人口医疗需求方面发挥着关键作用

对曾经在沪患病人群看,一般病患者中有超过一半的人选择不就医,一般小病采取扛、拖的办法,自己买药解决,到医疗机构就诊的患者大部分选择社区卫生服务机构;大病患者中半数人选择二级医院,选择三级医院的仅为28%。总体来看,不去任何医疗机构的占患病总数的57.1%,基层和二级医疗机构在满足外来务工人员的医疗需求中发挥着重要的作用(表5)。

从对所有被调查对象就医意向的调查得出了类似的结论(表6),对于一般常见病,倾向于选择社区卫生中心的比例远远高于其他医疗机构。而对于大病,虽然大部分愿意留沪就医的人口选择三级和二级医院,但更大比例的人表示在城市治疗费用高,选择回家乡接受治疗。

表5 调查对象中曾患病人群的就医选择(%)

就医选择	一般常见病	大病
未去任何机构	60.50	8.00
社区卫生机构	20.00	8.00
二级医院	10.00	56.00
三级医院	7.10	28.00
其他	2.40	0.00

表6 所有调查对象的就医意向(%)

就医意向	一般常见病	大病
自己买药	48.90	0.60
社区卫生机构	36.60	3.40
二级医院	5.60	16.90
三级医院	4.10	24.30
回家乡	0.60	46.60
其他	4.20	8.20

① 指需要住院治疗的疾病,包括需住院的急性病,下同。

3.1.3 费用高和配套服务欠缺是困扰外来务工人员就医的主要因素

对曾就医人群对医疗机构满意度的调查显示,表示满意和比较满意的比例仅为 31.6%,其原因主要是外来务工人员认为医疗费用高和医护人员服务态度差(表 7)。

针对曾在上海患病但不去医疗机构的人群分析发现(表 8),这部分人选择自己买药的主要原因并非完全是认为自己所患的是小病没必要就医,有相当比例的人还是因为无力承担高昂的医疗费用。另外,外来务工人群对医疗程序不了解导致的畏惧心理也是他们不就医的主要原因。

表 7 各级医疗机构需改进之处(%)

	社区卫生机构	二级医院	三级医院
医疗水平	9.30	2.90	0.00
服务态度	21.90	41.20	18.10
药品设备	4.70	2.90	5.60
收费	50.10	50.10	70.80
其他	14.00	2.90	5.60

表 8 患病而不去正规医疗机构的原因(%)

原因	构成比
费用高	39.00
程序复杂	13.40
不了解	1.20
误工成本高	1.20
无人照顾	1.20
小病买药便能解决	42.20
其他	1.80

3.2 外来务工人员分布与财政补贴

社区卫生服务机构能够满足外来务工人员的大部分医疗需求,但由于在现阶段,外来务工人员综合保险保障范围还不包括门诊治疗费用,为了减轻外来务工人员就医压力,社区卫生机构应尽量为他们提供低成本的基本医疗服务。对社区卫生机构发展的相关政策直接影响到外来务工人口的利益,财政对社区的卫生补助对于缓解外来务工人员和服务提供方的压力有重要作用。

但调查结果和统计数据显示^①,上海市各区县的外来人口数量与人均社区卫生补助不匹配。外来人口大多聚集于经济相对落后的周边区县,浦东、闵行、松江等人均财政收入较低的区县吸收了大部分外来务工人员。但对照人均社区卫生补助来看,补助力度与外来人口的聚集程度基本成反比,在外来人口最多的浦东、闵行等区,人均补助水平在全市来看处于较低水平,而卢湾、静安等外来务工人员很少的区人均补助额却处于全市最高水平(图 1)。

4 结论和建议

由以上对调研结果的分析可以看出,上海现阶段针对外来务工人员的综合保险覆盖面窄,保障力度低,参保率不高,程序复杂,不能对缓解外来人员的医疗负担起到有效作用;由于外来务工人员年龄结构中年轻人占较大比重,他们身体比较健康,患大病几率较小,患一般常见病时,社区卫生服务机构和二级医院就能满足他们的医疗需求,但财政并没有

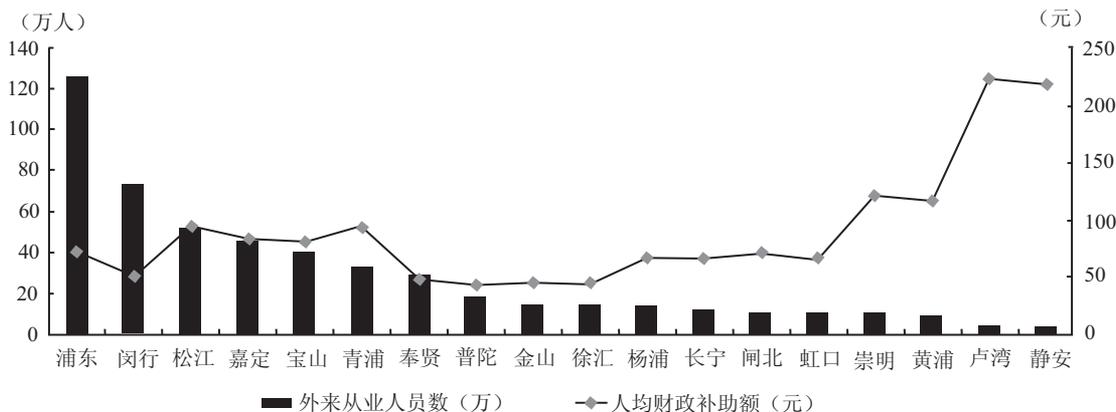


图 1 各区县间外来务工人员与人均财政补助额的比较

① 由于部分数据还未得到更新,本部分所用数据截至 2008 年,其中人口数据和财政数据来自《上海市统计年鉴》,社区财政补助额数据由上海市卫生局提供。

对外来务工人口聚集区县的社区机构进行有效补助;由于外来务工人员缺少社会医疗保险的保障,所从事的工作一般收入较低,费用问题是困扰他们就医的主要障碍;医护人员服务态度差加上对医疗程序的陌生,致使外来务工人员畏于就医,这也是就医率低的重要原因。

面对逐渐增长的外来务工人员数量,如何根据他们的需求特点制定配套的医疗保障和卫生服务制度,解决就医中的困难,在保证他们健康利益的同时避免已经超负运转的城市卫生服务体系遭受冲击,是医疗保险异地转接问题解决之前一个时期内要考虑的问题。从本研究调查得出的结论,提出以下建议。

4.1 从保障类型看,适当覆盖门诊服务

外来务工人员的医疗费用主要产生于门诊服务,无论对他们提供何种性质的医疗保险,采取何种方式筹集资金,为了保障其福利水平,都应该覆盖门诊费用。上海现行的外来从业人员综合保险只提供对大病住院治疗费用的比例报销以及提供每月20元的药费,不覆盖门诊,参保积极性不高在所难免。

4.2 从保障水平看,利用差异化的报销制度引导合理消费

大型城市的三级医疗机构汇集了全国优秀的医疗资源,在承接来自全国的重症和疑难病症患者中起着重要作用,目前三级医院挂号难、候诊时间过长等问题日渐突出,已经成为医患矛盾的主要触发点。外来务工人口的医疗需求集中在常见病和多发病诊治上,一般区属基层医疗机构和二级医院所提供的门诊服务便能满足需求,如何提供激励让他们在实现医疗保险异地报销后不会小病大治,更多地使用基层医疗卫生服务,避免资源浪费,减轻卫生系统的负担,是制度制定时要注意的问题。

医疗保险的报销制度作为主要的控费手段,在调整服务利用选择中发挥着关键作用,新农合费用报销比例虽然未实现统一,但一般均遵循医疗机构“由低到高,逐级递减”的模式,就是这一思想的体现。^[15]为了引导外来务工人员在基层医疗机构就诊,可以考虑在报销制度上按照医疗机构的等级设置明显的报销差别,将外来务工人口的医疗需求稳定在基层和二级医疗机构。同时,建立专门的大病补贴

基金,为医疗费用较高的大病重病提供额外补贴。

4.3 建立社区首诊制度,开展对外来务工人员的就医指导服务

外来务工人员在融入城市生活过程中会遇到各类困难,调查中所显示的对就医程序的陌生就是他们在享受公共服务中经常会遇到的问题,由此带来的疏离和畏惧心理限制了他们对城市公共资源的利用。为此,可以考虑在社区卫生服务中心设置首诊医师诊室,这既能够满足外来务工人员的一些基本医疗需求,避免大量患者无目的地大量涌向高一级的医疗机构,更重要的是在必要的时候为外来务工人员提供就医建议和就医路径指导。

4.4 对外来务工人员聚集的区县给予专项补贴

目前外来务工人员的就医压力主要落在社区,社区卫生服务机构提供低成本的基本医疗服务对缺乏医疗保障的他们来说非常重要,但分析相关统计数据发现,上海各区的人均社区卫生财政补助力度与外来人口的数量基本成反比,这加剧了区县间的差距,外来人口承受了更高的医疗成本。可以考虑根据外来人口的分布情况,对外来人口集中的区县提供社区卫生发展专项补助,从市级财政的角度缓解和平衡外来务工人员的医疗负担和社区卫生机构的压力。

参 考 文 献

- [1] 袁志刚,封进,张红. 城市劳动力供求与外来劳动力就业政策研究——上海的例证及启示[J]. 复旦学报, 2005(5): 202-212.
- [2] 章元,刘时菁,刘亮. 城乡收入差距、民工失业与中国犯罪率的上升[J]. 经济研究, 2011(2): 59-72.
- [3] Arrow K J. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. The American economic review, 1963, 53(5): 941-973.
- [4] Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism [M]. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- [5] Buti M, Franco D, Pench L R. The Welfare State in Europe: challenges and reforms[M]. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 1999.
- [6] 郑功成. 农民工的权益与社会保障[J]. 中国党政干部论坛, 2002(8): 22-24.
- [7] 杨立雄. 建立农民工社会保障制度的可行性研究[J]. 社会, 2003(9): 40-43.

- [8] 李迎生. 从分化到整合: 二元社会保障体系的起源、改革与前瞻[J]. 教学与科研, 2002(8): 17-22.
- [9] 华迎放, 张汉玲. 农民工医疗保险政策完善思路[J]. 中国劳动, 2010(7): 16-20.
- [10] 杨翠迎, 郭金丰. 农民工养老保险制度运作的困境及其理论诠释[J]. 浙江大学学报, 2006, 36(3): 108-116.
- [11] 任建萍, 徐玮. 城市农民工参加医疗保险及筹资意愿调查研究[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(8): 37-39.
- [12] 王明慧, 陆广春, 曹乾, 等. 农民工的医疗保障状况调查与分析——基于河北省唐山市的分析[J]. 农村经济, 2009(8): 75-78.
- [13] 欧阳静, 陈煜, 何霞英, 等. 某地区农民工医疗保障现状及影响因素分析[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 26(8): 545-546.
- [14] 卫生部. 2010 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010.
- [15] 李华. 新型农村合作医疗制度的效果分析——基于全国 30 省 1452 行政村 14510 户的实地调查[J]. 政治学研究, 2011(2): 115-123.

[收稿日期:2011-11-26 修回日期:2011-12-26]

(编辑 刘 博)

· 信息动态 ·

世界卫生组织:关于老龄化和生命历程的十个事实

1. 60 岁及以上的人口是增长最快的年龄组

老龄化是一个全球现象。到 2050 年,约有 80% 的老年人将生活在欠发达国家。人口老龄化与迅速的城市化是齐头并进的:2007 年,世界人口的半数以上生活在城市;到 2030 年,预期将提高到 60% 以上。

2. 人口老龄化是现代社会的成就之一

它反映了全球卫生状况的改善,但在 21 世纪给全球带来了特殊挑战。2005 年,日本和法国等国家的预期寿命已达到 80 岁以上;发展中国家的预期寿命也提高了,如智利、哥斯达黎加、牙买加、黎巴嫩、斯里兰卡或泰国预期寿命将达 70 岁以上。

3. 不同国家出生时预期寿命存在巨大差异

巨大的卫生不平等仍然存在,出生时预期寿命的差异清楚表明了这一点。例如,日本在世界上的预期寿命最高,达 82.2 岁;而非洲一些国家,比日本要低 40 岁。

4. 一国内部的卫生不平等也很明显

例如,在美国,较高社会经济群体的预期寿命最多比较低社会经济群体的预期寿命长 20 年。

5. 到 2050 年,预计 60 岁以上人群占总死亡人数的近 80%

卫生费用随着年龄增长而增加,但集中发生在生命的最后两年。随着生命的延长,确保在延长的时间内保持健康十分重要,以使卫生费用在可控范围之内。

6. 毕生投资于健康可给社会带来好处

健康老人是家庭、社区和经济的宝贵财富,毕生投资于健康可给社会带来好处。例如,在 60 ~ 75 岁戒烟,过早死亡的风险可减少 50%。

7. 立足社区有效的老年初级卫生保健,对促进健康、预防疾病和管理慢性病至关重要

总体说来,对卫生专业人员的培训很少涉及老年人的专门护理。然而,他们将会花费越来越多的时间护理这部分人口。WHO 认为,所有卫生提供者都应接受老龄化问题培训。

8. 灾害和紧急情况对老年人造成严重影响

例如,2004 年印度洋海啸造成的印度尼西亚的死亡人数中,60 岁及以上人群比例最高;2003 年欧洲热浪中的受害者,大多数为 70 岁及以上的老年人。

9. 进入老年以后,跌倒危险增加了,伤害也更为严重

这导致巨大的卫生、人力和经济成本。在澳大利亚,2001—2002 年,65 岁及以上的人每一例与跌倒有关的伤害的卫生成本平均为 3 611 美元。

10. 随着人口老龄化和社会形态的变化,虐待老人的情况有所加剧

WHO 估计,世界上约有 4% ~ 6% 的老人受到某种形式的虐待,包括生理、心理、感情和经济虐待,或受到忽视。

(来源:世界卫生组织网站)