

中国尘肺病农民工 调查报告（2019）

中华社会救助基金会大爱清尘基金
项目支持：行走的力量 x 爱奇艺

序

“大爱清尘”创始人王克勤先生发来《中国尘肺病农民工调查报告（2019）》，嘱我写一序言。白天忙完工作，晚上细读这份报告，百感交集，长久难以下笔。

这是一份沉甸甸的调查报告：数据翔实、描述细致、分析深入。算起来，这已经是“大爱清尘”自2014年以来发布的第6份尘肺病农民工调查报告了。这一份份调查报告，直面尘肺农民工的生存困境和防治困境，在“盛世强国”的一派喧嚣和狂欢中，有些刺眼，甚至不合时宜；但这些报告顽强地提醒我们，只要这多达数百万的尘肺农民工群体的生存困境得不到根本解决，只要源源不断地产生出尘肺病的机制不能有效阻断，我们离一个真正的盛世强国有多么遥远。

最近七八年来，我在不同场合反复申明一个观点：尘肺不是病，是人为的伤害。这话听起来同样刺耳，但是冷静下来思考，我相信大多数人会接受这一判断。以今天的经济发展水平和科技条件，本可以为采矿业、建筑业、珠宝加工业等接尘行业的工人提供充分的劳动保护，使得尘肺几乎不可能发生。但是，最近这些年来，我们看到的却是相反的情况，即便是严重低估的官方通报数字也始终维持在每年两万例的高位，真实的数字无从获得，如果参考这些年“大爱清尘”完成的案例调查去估算，每年新增尘肺病人数量当在十万人左右。换句话说，这种人为的伤害每年都在大量发生，其规模甚至超过到目前为止新型冠状病毒肺炎的感染者人数。

尘肺农民工问题进入公众视野起始于2009年张海超开胸验肺事

件。我本人也是在这一年，因为介入湖南耒阳和张家界尘肺农民工在深圳的集体维权事件，开始深度关注尘肺农民工问题。那一年，我和我的同事们向国务院领导提交了耒阳和张家界尘肺农民工调查报告，得到李克强和张德江两位副总理的批示。李克强副总理高度重视这份报告，责成相关部门妥善解决，并要求研究“治标治本”之策。之后这两批工人中大多数获得或多或少的赔偿，对于缓解他们本人和家庭的生存困难起到了一定的作用。

不过，治本之策一直步履蹒跚。这十年来，尤其是最近两三年，在国家相关部门和包括“大爱清尘”在内的民间组织的推动下，尘肺农民工问题得到社会各界越来越多的关注，相关政策相继出台，尤其是2019年7月全国性的尘肺病防治攻坚行动全面启动。《中国尘肺病农民工调查报告（2019）》也反映了一些政策举措的成效，但是，客观评估，治本之路仍然任重道远。

久久为功，共同努力吧！

北京大学社会学系教授 卢晖临

2020年2月21日

目 录

序.....	1
1. 报告背景.....	1
1.1. 研究背景.....	1
1.2. 研究设计.....	2
1.2.1. 研究目的.....	2
1.2.2. 研究对象.....	3
1.2.3. 研究方法.....	3
1.3. 研究成果.....	4
1.3.1. 数据回收.....	4
1.3.2. 部分名词释义及数据处理.....	5
1.3.3. 章节分布.....	6
2. 中国尘肺农民概况.....	8
2.1. 中国尘肺农民群像.....	8
2.1.1. 年龄构成：中壮年居多.....	8
2.1.2. 性别构成：男性占绝大多数.....	9
2.1.3. 受教育程度：小学及以下文化程度占近七成.....	10
2.1.4. 家庭状况：“上有老下有小”.....	10
2.1.5. 尘肺分期：叁期患者约占四成.....	11
2.2. 尘肺农民的打工历史——我国经济快速发展的功臣.....	12
2.2.1. 从业时间：集中在上世纪 90 年代打工.....	12
2.2.2. 工作时间：高负荷长时间工作.....	15
2.2.3. 从业行业：矿山开采为主.....	15
2.2.4. 择业原因：劳动致富梦的破碎.....	16
2.3. 尘肺农民的生活现状——身心受挫，入不敷出.....	16
2.3.1. 健康状况自评：身心状态不佳且愈来愈差.....	16

2.3.2. 尘肺农民医疗：沉重的医疗压力.....	18
2.3.3. 尘肺农民经济状况：入不敷出，养家压力大.....	20
3. 尘肺病应有工伤保障.....	23
3.1. 尘肺病是一种职业病，应享受工伤保障待遇.....	23
3.2. 基本信息对比.....	24
3.2.1 年龄构成：工伤职工平均年龄超出未认定工伤患者 15 岁左右.....	24
3.2.2 受教育程度：工伤职工的学历高于未认定工伤患者.....	25
3.2.3. 尘肺分期：工伤职工分期靠前且更明确.....	25
3.2.4. 家庭状况：未认定工伤患者养家压力更大.....	26
3.2.5. 户口类型：工伤职工中城镇户口更多，未认定工伤患者中农民占绝大多数.....	27
3.3. 工伤职工与未认定工伤患者的保障情况对比.....	27
3.3.1. 患病后整体保障情况：差异显著.....	27
3.3.2. 医疗保障：工伤职工有更充分的医疗待遇.....	28
3.4. 工伤职工与未认定工伤患者的生活情况对比.....	33
3.4.1. 经济状况：未认定工伤患者入不敷出，工伤职工收入略有盈余.....	33
3.4.2. 需求情况对比：未认定工伤患者面临诸多生活困难.....	37
3.4.3. 健康状况自评：未认定工伤患者身心自评均更低.....	38
3.5. 工伤认定中存在的难点.....	38
3.5.1. 诊断情况对比：诊断方式的明显不同.....	38
3.5.2. 工作地点与单位类型：未认定工伤患者劳务关系不稳定.....	40
3.5.3. 工作时间和从业原因：两种体制下的两种人群.....	43
3.6. 工伤职工面临的困难.....	46
4. 精准扶贫及各类政策效果显著.....	47
4.1. 精准扶贫与尘肺农民.....	47
4.1.1. 精准扶贫方略惠及尘肺病农民.....	47

4.1.2. 尘肺病农民中的精准扶贫实施.....	48
4.2. 尘肺病人享受的保障政策.....	49
4.2.1. 尘肺病农民专项救助政策陆续出台.....	49
4.2.2. 《尘肺病防治攻坚行动方案》出台.....	50
4.2.3. 各地保障政策一览.....	51
4.3. 政策效果显著，兜底难题仍待解决.....	55
4.3.1. 明显缓解的医疗压力.....	56
4.3.2. 逐渐缓解的经济负担.....	62
5. 尘肺病农民的保障需求与救助难题.....	65
5.1. 尘肺农民的保障需求.....	65
5.1.1. 医疗需求：医药费用需求大，基层医疗水平需关注.....	65
5.1.2. 经济需求：整体入不敷出，不同地区有所差异.....	68
5.1.3. 心理需求：尘肺病导致了希望缺失.....	71
5.2. 保障满意度：减轻生活压力可令人更满意.....	72
5.3. 救助困境——法律缺位，政策补偿.....	74
5.3.1. 整体救助情况：尘肺农民法律意识与途径欠缺.....	74
5.3.2. 定责困难：疾病晚发与流动性大.....	76
5.3.3. 帮扶途径：自救与社会帮扶相结合.....	80
6. 尘肺患者务工时的工作环境.....	81
6.1. 尘肺病预防共识：三级预防与八字方针.....	81
6.1.1. 国际职业病预防层级理论：三级预防.....	81
6.1.2. 我国尘肺病预防：防尘八字方针.....	83
6.2. 尘肺农民的务工环境.....	84
6.2.1. 管——工作时间长，患者务工少见“粉尘安全规定”.....	84
6.2.2. 宣——企业宣传不到位，个人防护意识匮乏.....	84
6.2.3. 护——个人防护缺乏，防护氛围差.....	85

6.2.4. 查——体检不到位.....	87
6.2.5. 工友患病情况——尘肺病在同一用人单位中大量发生.....	88
6.3. 工伤职工与未认定工伤尘肺患者务工情况对比——尘肺病预防本可以做得更好.....	89
6.3.1. 工友患病情况：未认定工伤患者工友患病者多.....	89
6.3.2. 务工环境：工伤职工明显更好.....	89
6.4. 尘肺期别影响因素——前期预防影响病情发展.....	92
7. 农民工尘肺病预防现状及困境.....	96
7.1. 我国职业卫生服务体系简述.....	96
7.1.1. 我国职业卫生服务体系及其职能：政府、用人单位、职业卫生服务机构互联作用于劳动者.....	96
7.1.2. 预防层级理论下的职业卫生服务.....	98
7.2. 农民工尘肺病预防现状概览.....	99
7.2.1. 尘肺病预防整体情况：整体改善明显，部分行业仍是重点难点.....	99
7.2.2. 调研数据显示：职业危害控制情况不容乐观.....	100
7.3. 涉尘岗位农民工特点.....	101
7.3.1. 基本信息：年龄偏大，文化程度偏低.....	102
7.3.2. 务工特点：熟人圈、流动性较大.....	103
7.4. 涉尘岗位农民工职业病预防意识.....	106
7.4.1. 职业卫生服务体系“共识”：农民工防护意识差.....	106
7.4.2. 农民工职业危害防护意识：初步了解却不实践.....	106
7.4.3. 农民工对尘肺病的认识：片面知晓.....	107
7.4.4. 农民工个人防护用品佩戴观念：佩戴意愿较强.....	109
7.4.5. 农民工对自身健康的关注：意识有待加强.....	110
7.4.6. 农民工意识的养成：用人单位需负责.....	110
7.5. 第三级预防——各方重视体检，但实际情况仍不如意.....	112

7.6. 第二级预防——工作习惯及个人防护	113
7.6.1. 个人防护用品发放：严重不足.....	113
7.6.2. 工作环境营造与宣传：有很大的提升空间.....	113
7.6.3. 第二级预防困境：需创新思路.....	114
7.7. 第一级预防——技术性预防	115
7.7.1. 用人单位设备使用：设备多数已投入.....	115
7.7.2. 对用人单位的监管：困难重重.....	116
7.7.3. 职业卫生服务：难以盈利，触角未展开.....	117
7.8. 原始预防——结构性预防	118
7.8.1. 用人单位职业卫生管理制度：中小企业意识欠缺，能力不足.....	118
7.8.2. 执法机制：机构调整的过渡期.....	119
7.8.3. 法制根源：职业卫生能否上升到安全生产高度.....	120
8.总结与建议	122
8.1. 中国尘肺病农民工调查报告总结	122
8.2. 政策建议	124
8.2.1. 修订《尘肺病防治条例》以适应涉尘行业情况.....	124
8.2.2. 完善《职业病防治法》以提高执行力度.....	125
8.2.3. 建立国家部署、地方统筹的尘肺病防治专项资金.....	125
8.2.4. 尽快摸清底数.....	125
8.2.5. 通过精准扶贫多项举措帮扶丧失劳动力的尘肺农民.....	126
8.2.6. 保障尘肺农民医药支出.....	126
8.2.7. 创新宣教方式，拓宽尘肺病防治宣传深度及广度.....	126
8.2.8. 营造良好氛围，培养全民预防文化.....	126
致谢	128

1. 报告背景

1.1. 研究背景

根据国家卫生健康委员会规划发展与信息化司发布的《2018 年我国卫生健康事业发展统计公报》，2018 年全国共报告各类职业病新病例 23497 例，职业性尘肺 19468 例，^①占到职业病总新增的 82.9%，截至 2018 年年底，我国累计报告职业病 97.5 万例，其中，职业性尘肺病 87.3 万例，约占报告职业病病例总数的 90%。^②

而在实际情况中，自上世纪 90 年代起，大量农民工或临时工涌入到煤炭生产、有色金属、石棉、水泥生产等行业中，由于种种原因，他们在罹患尘肺之后无法走上法定职业病的诊断鉴定程序，被掩盖在了报告病例之下。有数字显示，福建省仙游县东湖石英厂 2000—2003 年，共查出矽肺 109 人，被确诊为尘肺病的 46 人，均为农民工。^③尘肺病农民工群体的庞大程度可见一斑。

依《职业病防治法》和《工伤保险条例》的有关规定，尘肺病患者应当享受医疗费用报销、住院补助、医疗辅助器具、停工留薪、生活护理费等待遇与赔偿。然而由于农民工流动性大、劳动关系难鉴定等原因，尘肺病农民工（简称尘肺农民）往往极难依法获得工伤保障。

与此同时，在尘肺病预防端，伴随着生产条件的相对进步及防护意识的相对提高，近年来不少厂矿已经开始使用防尘降尘设施，工人们也开始佩戴防护用品。不过，由于生产技术有限，有些行业的粉尘目前仍然防不胜防，再加上劳动者的忽视，农民工尘肺病预防现状仍然堪忧。国家卫健委的抽样调查数据表明，我国约有 1200 万家企业存在职业病危害，超过 2 亿劳动者接触各类职业病危害。^④

令人欣喜的是，越来越多的人大代表、政协委员在两会中建言，尘肺病农民问题受到社会广泛关注。党中央已经将尘肺病防治工作摆上了议事日程，2019 年 5 月 5 日，国务院总理李克强主持召开国务院常务会议，听取职业病防治工作汇报，要求聚焦重点病种尘肺病，更有力地保障职工健康权益，建立和完善职业

^① 规划发展与信息化司. 2018 年我国卫生健康事业发展统计公报.

<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201905/9b8d52727cf346049de8acce25ffc0d0.shtml>

^② 央视网.国家卫健委：我国累计报告职业病 97.5 万例.

<http://news.cctv.com/2019/07/30/ARTIztjhDCCpAJwYB12HcOOR190730.shtml>

^③ 郭雁飞, 周建新, 陈卫红. 粉尘危害事件调查分析[J]. 中国安全生产科学技术, 2009(8):81..

^④ 央视网.国家卫健委：我国累计报告职业病 97.5 万例.

<http://news.cctv.com/2019/07/30/ARTIztjhDCCpAJwYB12HcOOR190730.shtml>

病防治体系，加大职业病专项经费投入，对患者实施分类救治，研究运用工伤保险、医疗救助等手段加强兜底保障。随后，在5月13日国务院新闻办公室针对中国职业病防治形势与对策举行国务院政策例行吹风会上，卫健委指出组织开展“尘肺病防治攻坚行动”是当前最重要最紧迫的工作。7月18日，国家卫生健康委等十部委正式公布《尘肺病防治攻坚行动方案》。该项国家行动是迄今为止有关尘肺病农民问题最有针对性，执行要求最明确，行动范围最广的国家层面举措。

那么，在尘肺病问题被各方重视的当下，政策实施的情况究竟如何？尘肺病农民的生活得到了哪些改善？农民工尘肺病预防还存在哪些困境？

2019年，大爱清尘再次启动中国尘肺病农民工调查，其中不仅包括尘肺病患者生存现状及需求调查，也将就目前国内职业卫生服务体系中的各个环节进行梳理与调研，试图理顺尘肺病从防到治各个环节中的内在逻辑，并为之后的防治工作提供参考。

1.2. 研究设计

1.2.1. 研究目的

“尘肺病农民工”这一议题涉及到多个方面：法律条例、政策规定、生产力水平、企业规范与责任、职业健康观念等等。因此，对于中国尘肺病农民工问题的调查是对多个领域社会议题的调查。大爱清尘自2014年起每年就“尘肺病农民工”议题的不同方面进行研究。2019年《中国尘肺病农民工调查报告》的调研目的如下：

1. 对如今中国尘肺病农民群体的生存现状及需求进行描述和分析；
2. 对比认定工伤及未认定工伤尘肺患者情况，分析其健康状况及生活医疗保障方面的差异，并根据其以往务工状况等因素分析造成未认定工伤患者难以被认定工伤的可能原因；
3. 本报告将梳理与尘肺农民保障相关的国家行动、精准扶贫情况及地方政策，并通过对比相关数据几年间的变化，简析这些政策的成效及落实情况；
4. 描述尘肺病患者务工时的尘肺病预防情况；

5. 理顺我国目前职业卫生服务体系的各环节及其分工，简单阐释各环节各相关方在预防工作中面临的困境；

6. 结合以上调研发现，总结目前尘肺病防治中出现的问题并形成相关建议。

1.2.2. 研究对象

基于“有利于达成研究目标，有利于实地调查工作的开展，有利于节省人力、物力和财力”^①的研究要求，本报告调查对象为：尘肺病患者、涉尘岗位工作的农民工；卫生行政部门、基层政府、医疗机构、涉尘企业、职业卫生技术服务机构或组织中与尘肺病防治相关部门主管或工作人员。

本报告在四川进行了预防方面的预调研，在河南进行了整体试调研，并在我国 9 省开展了实际调研^②。以下是本次调研的地区分布情况。

表 1-1: 大爱清尘 2019 调研地区一览表

省/直辖市/自治区	调研主要县市
河南	平顶山市、洛阳市栾川县、三门峡市灵宝市、济源市、南阳市镇平县
山西	忻州市代县、忻州市繁峙县、太原市古交县、吕梁市交口县、晋城市、阳泉市
辽宁	葫芦岛市南票区、葫芦岛市连山区
福建	泉州市安溪县、泉州市惠安县
湖南	郴州市永兴县、益阳市、娄底市、娄底市涟源市
广西	南宁市、南宁市马山县、河池市南丹县、河池市都安县、河池市东兰县
重庆	重庆市、重庆市涪陵区、重庆市城口县、重庆市奉节县
青海	西宁市、西宁市大通县、海东市互助县、海东市民和县、海西州格尔木市
陕西	咸阳市、商洛市丹凤县、商洛市商州区、商洛市商南县、商洛市镇安县
甘肃	兰州市、陇南市西和县、甘南州卓尼县、甘南州临潭县、武威市古浪县

1.2.3. 研究方法

1.2.3.1. 问卷调查

本次调研共运用两套问卷，一套是针对已经患病的患者问卷，一套是针对正

^① 魏建国,卿菁,胡仕勇编著.社会研究方法[M].北京,清华大学出版社:41.

^② 为了对全国范围内的尘肺病防治工作有一个较全面的认识，我们在选择 2019 年研究地区时，按照中国自然地理分区及患者的集中程度与可接触性，先选出了 7 个省份作为各区域（华北、东北、华东、华中、华南、西南、西北）的代表。另外，考虑到矿产行业造成的尘肺病占大多数，我们在此基础上增加了一个矿产发达地区。同时，由于很多患者患病后丧失劳动能力，因病致贫、因病返贫现象出现，为更好地探讨尘肺病与贫困之间的关系，我们又添加一个“三区三州”地区。在正式调研开始之前，为提前发现调研计划中的问题，调整并完善调研方案，我们在正式调研之前还进行了一次试调研。

在涉尘岗位工作的农民工尘肺病预防问卷。患者问卷共包括基本信息、以往务工状况、健康状况及医疗服务、经济状况及社会保障四部分。而农民工预防问卷则包括基本信息、工作场所职业危害情况、个人防护与个体宣传、个人认知四部分。在采集数据时，采用抽样调查法，综合运用便利抽样和雪球抽样，在尘肺病人住院的医疗机构、病人聚集的乡镇收集患者问卷，在可接触到的涉尘企业收集农民工尘肺病预防问卷。

1.2.3.2. 访谈

在问卷调查的定量研究同时，对于其他研究对象，则采用定性访谈法。对于医疗机构的访谈包括基础信息、尘肺病诊断、尘肺病治疗及保障、尘肺病预防；对卫生行政部门的访谈包括基础信息、机构职能调整、尘肺病预防、尘肺病诊疗保障；对基层政府的访谈包括基础信息、尘肺病保障、尘肺病预防；对涉尘企业的访谈包括基础信息、企业职业卫生情况、尘肺病预防困境；对职业卫生技术服务机构的访谈包括基础信息、检测评价、企业预防现状和困境等。

1.2.3.3. 比较研究

在对回收数据进行分析之后，本报告将运用比较法进行如下三组分析，以期获得对当前尘肺农民群体最全面的认知：工伤职工和未认定工伤患者的比较、2019年调研所得的尘肺农民生存状况与2015年调研数据的纵向比较、以及当前各地区尘肺农民之间的横向比较。

1.3. 研究成果

1.3.1. 数据回收

大爱清尘2019尘肺病农民工调查自2019年5月底启动，在全国10个省市自治区进行，共回收尘肺患者问卷1945份、农民工尘肺病预防问卷92份，进行医疗机构访谈28次，卫生行政部门访谈26次，基层政府访谈16次，涉尘企业访谈10次，职业卫生技术服务机构访谈9次。在数据录入过程中，检测出一些问卷填答率不超过50%的作废卷处理，因此最终进入到分析阶段的患者问卷为1930份，农民工尘肺病预防问卷85份，有效率均在90%以上。以下是各

地区的有效数据量。

表 1-2: 大爱清尘 2019 调研有效样本总量

省/直辖市/自治区	患者问卷(份)	预防问卷(份)	医疗机构访谈(次)	卫生行政部门访谈(次)	基层政府访谈(次)	涉尘企业访谈(次)	职业卫生技术服务机构访谈(次)
河南	229	7	3	2	2	2	1
青海	205	0	2	5	3	1	1
辽宁	208	0	4	2	7	2	0
福建	87	50	1	4	1	2	0
陕西	215	0	1	1	1	0	0
甘肃	161	14	2	3	0	0	2
湖南	212	0	3	1	1	0	0
重庆	258	14	8	2	0	1	0
山西	197	0	1	4	0	1	2
广西	158	0	3	2	1	1	3
总计	1930	85	28	26	16	10	9

*注：问卷的总样本量指的是这些问卷的填答率在一半以上，可以进行数据分析，不过，在分析具体每个变量时，存在数据缺失或无效的情况，具体变量样本量小于或等于总样本量。

1.3.2. 部分名词释义及数据处理

1.3.2.1. 尘肺病

尘肺病是在职业活动中长期吸入生产性粉尘，并在肺内滞留而引起的以肺组织弥漫性纤维化为主的疾病。^①尘肺病是一种职业病。

1.3.2.2. 尘肺病患者

尘肺病患者中有许多人因种种原因无法获得职业病诊断，这些病例在没有职业病诊断资质的机构进行医学检查时，往往得到的是不够明确的诊断。根据大爱清尘多年来对中国尘肺病农民救援的经验及持续观察分析，将当下中国尘肺病患者分为如下三类：

法定尘肺病，指的是经过有职业病诊断资质的机构确诊，已经取得“职业病诊断证明书”的尘肺病患者；

医学尘肺病，指的是有涉尘工作史，经过医院临床医学检查，影像学显示有

^① 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 中华人民共和国国家职业卫生标准——职业性尘肺病的诊断 (GBZ70-2015) [S]. 2015:1-2.

尘肺样改变的患者。尘肺样改变的描述主要包括：纤维化结节影；弥漫结节影；分布广泛的点状阴影；或有的医学诊断书上提示“尘肺？疑似尘肺？”等；

疑似尘肺病，指有咳嗽、气喘、胸闷、胸痛等尘肺病临床症状，且在高粉尘环境下工作时间较长，但从未经过任何医学检查的患者。

本报告所指“尘肺病患者”包括“法定尘肺病”及“医学尘肺病”患者。

1.3.2.3. “尘肺农民”

本报告将符合上述“尘肺病患者”要求，且在拿到诊断（职业病诊断证明或医学诊断）时户籍为“农业户籍”者称为“尘肺农民”。本报告中，尘肺农民的样本总量为 1754。

1.3.2.4. “工伤职工”及“未认定工伤患者”

按照我国《工伤保险条例》：“患职业病的职工应当认定为工伤”。尘肺病患者依法应经历职业体检、职业病诊断、工伤认定申请、劳动能力鉴定、获得赔偿或保障流程。本报告中我们将获得“工伤认定决定书”的患者称为“工伤职工”，未拿到该决定书的称为“未认定工伤患者”。筛选发现，未认定工伤患者的样本总量为 1743 份，工伤职工样本总量为 187 份。

1.3.2.3. “涉尘岗位农民工”及“涉尘企业”

本报告将从事非农业涉尘岗位工作且户口在农村的劳动者称为“涉尘岗位农民工”。鉴于以尘肺病为研究课题，本报告中不考虑有机性粉尘，仅考虑生产过程中产生无机性粉尘者。这些行业分布在金属矿山/非金属矿山开采、机械制造、金属冶炼、建筑材料（包括耐火材料、玻璃、水泥制作，石料开采、粉碎等）、建筑、水利建设、石材/玉石打磨与加工、陶瓷制造业等。涉尘岗位包括：凿岩工、矿工、炮工、电焊工、风钻工、出渣工、水泥工、掘井工、模具喷砂、切割工、打磨、装修工等。产生较多无机粉尘类职业危害因素的企业称为“涉尘企业”。

本调研共收集“涉尘岗位农民工”有效样本 85 份。

1.3.3. 章节分布

本报告期望为读者立体化呈现我国尘肺病防治现状，涉及尘肺病治疗、保障及预防的方方面面。

第二章将对尘肺农民的生活现状做概述，读者可通过该章初步了解尘肺农民是一群怎样的人，他们正过着怎样的生活。

第三章将简析尘肺病患者依法应享受的工伤保障，对比分析当患者获得工伤认定和未获得时的不同生活境遇，同时简单分析许多尘肺病患者难以获得工伤认定的原因。

第四章将叙事重点回归尘肺农民。近年精准扶贫力度很大，而许多对尘肺农民的保障政策也纷纷出台。本章将简述这些政策的出台、实施情况。并通过与早年间对尘肺农民的调研结果对比，体现精准扶贫及各项政策的成效。

第五章将简述在政策成果喜人的情况下，尘肺农民仍面临的生活需求和救助难题，同时对此做出一定分析和建议。

第六章将目光倒回过去，介绍尘肺病的预防方式并描述尘肺患者当年的务工环境。从预防角度尝试解释尘肺病如今大量出现的原因。

第七章将目光再放回今日，简析我国职业卫生服务体系并描述目前涉尘岗位农民工在尘肺病预防上的困境。

第八章将对本报告做出总结并提出一些建议。

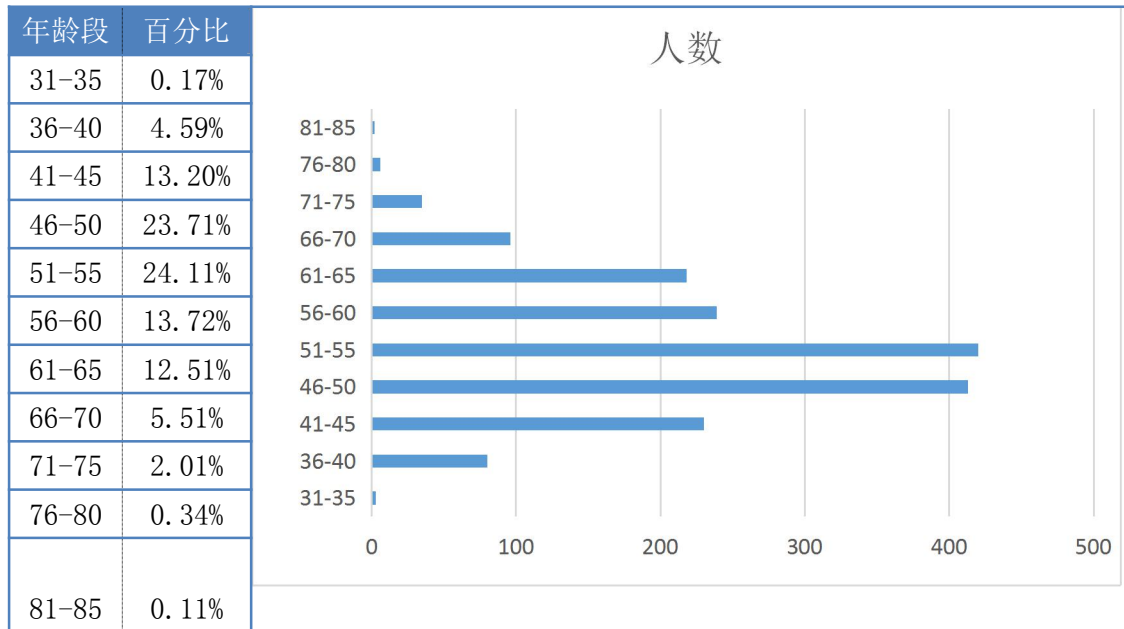
2. 中国尘肺农民概况

2.1. 中国尘肺农民群像

2.1.1. 年龄构成：中壮年居多

2019 调研中，年龄最大的尘肺农民 83 岁，年龄最小的 32 岁，平均年龄是 52.94 岁，中位数是 52 岁（N=1739）。根据大爱清尘《中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2015）》的数据，在当时调查的湖南、湖北、陕西、贵州、四川、河北 6 省中，尘肺农民的平均年龄在 48.56 岁（N=1770）。^①而《中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2016）》中对全国 26 省尘肺农民的抽样调查显示其平均年龄为 49.54 岁（N=2277）。2019 年所调研患者平均年龄比 2015、2016 年分别大 4.38 岁、3.4 岁，且 2015、2016、2019 三次全国尘肺农民调查，均采用随机抽样调查法。本次调查中尘肺农民年龄结构分布如下，46-55 岁的中壮年居多，占总数的 47.82%。

图表 2-1：尘肺农民年龄构成



对比 2016 年调查结果可得出下表：

^① 中华社会救助基金会大爱清尘基金.中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2015）[R].北京:中华社会救助基金会大爱清尘基金,2015:4.

表 2-2：尘肺农民年龄构成 2016/2019 对比表

2016 年数据		2019 年调查结果			
年龄组	占比	年龄组	占比	年龄组	占比
30 及以下	1.2%	33 及以下	0.17%	30 及以下	0.00%
31-45	34.0%	34-48	30.42%	31-45	17.97%
46-60	51.3%	49-62	54.59%	46-60	61.54%
61-75	13.0%	64-78	11.60%	61-75	20.03%
76 及以上	0.5%	79 及以上	0.17%	76 及以上	0.46%

下图是本次调研 10 个省份的平均年龄对比，我们发现河南、陕西、青海、重庆、甘肃、广西的患者年龄低于全国均值，而辽宁、福建、山西、湖南的患者平均年龄则高于全国平均值。

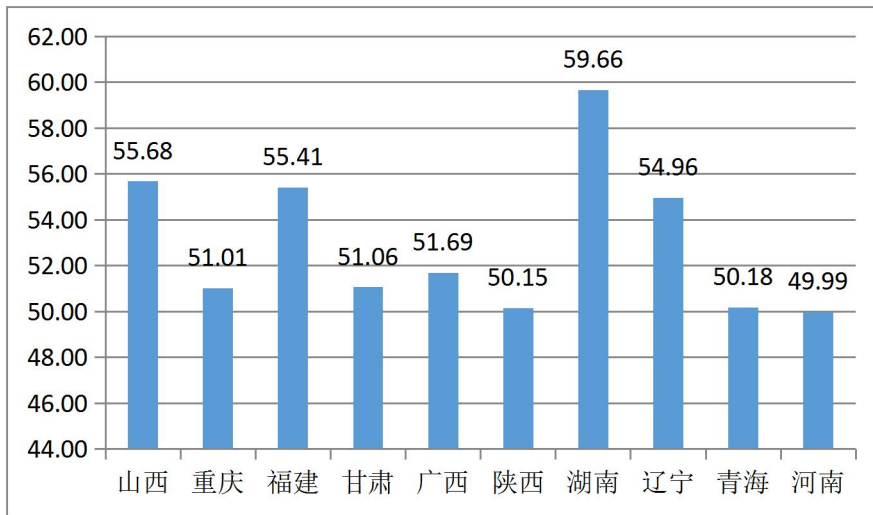


图 2-3：各地尘肺农民的平均年龄

(山西 N=175；重庆 N=215；福建 N=85；甘肃 N=155；广西 N=123；陕西 N=214；湖南 N=209；辽宁 N=207；青海 N=171；河南 N=175)

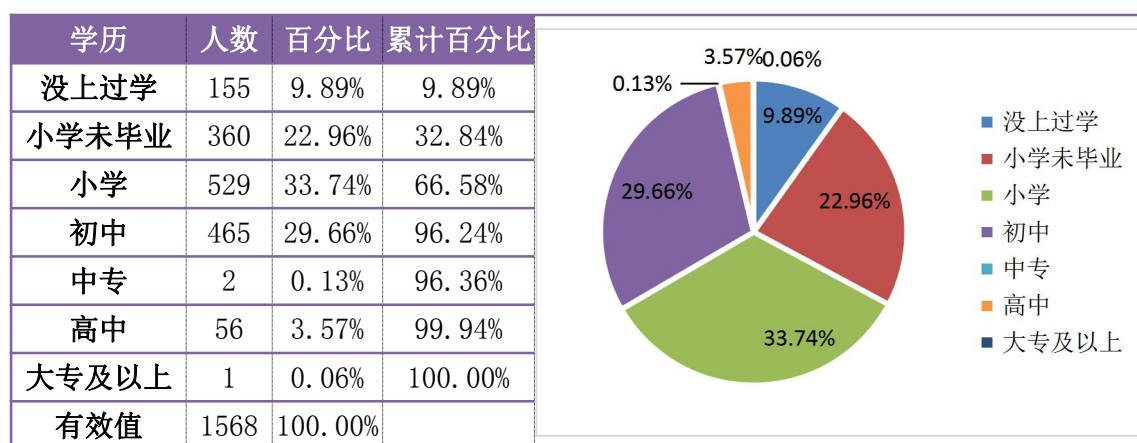
2.1.2. 性别构成：男性占绝大多数

在调查的 1731 个有效尘肺农民样本中，男性占 99.19%。有效样本中女性仅有 14 人，女性患者多数集中在石材加工行业。出现这种情形与农民工的工种属性有明确的关系。

2.1.3. 受教育程度：小学及以下文化程度占近七成

下图展示了接受本次调查尘肺农民的受教育程度。在 1568 个有效样本中，小学及以下文化程度者占 66.58%，高中及以上学历 56 人仅占 3.61%，大专学历仅 1 人，在国家统计局发布的 2018 年农民工监测调查报告中，全国农民工中未上过学的占 1.2%，小学文化程度占 15.5%，初中文化程度占 55.8%，高中文化程度占 16.6%，大专及以上占 10.9%。^①可见，尘肺农民的受教育程度远低于当前全国农民工平均水平。

图表 2-4：尘肺农民受教育程度



在青海调研期间，我们遇到了不少当地尘肺农民在写自己的名字时，从口袋里拿出身份证，对照着把自己的名字画出来的情形。这从另一个角度反映出该群体受教育水平低，帮扶难度大。

2.1.4. 家庭状况：“上有老下有小”

调查结果显示，尘肺农民中，已婚人士占有效计数的绝大多数（87.00%）。尘肺农民大多数都处在上有老人需赡养，下有子女需抚养的状况，家中总人口数平均在 4.60 人（见表 2-6）。可以想到由于患者罹患尘肺给家庭造成的经济压力应该不小。

^① 国家统计局. 2018 年农民工监测调查报告.
http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201904/t20190429_1662268.html

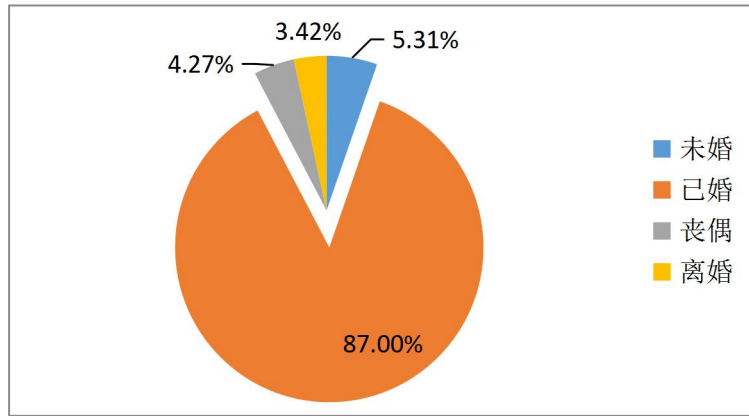


图 2-5：尘肺农民的婚姻状况 (N=1701)

表 2-6：尘肺农民的家庭状况

尘肺农民的家庭状况	最大值	最小值	均值	中位数	有效计数
健在的父母	4	0	1.18	1	1586
需要赡养的父母	4	0	0.94	1	1481
子女数	6	0	2.13	2	1731
上学的子女数	6	0	0.91	1	1329
工作的子女数	6	0	1.46	1	1404
家中总人口	14	1	4.60	4	1708

以下两图展现了农村尘肺家庭需要赡养老人和供养孩子上学的情况。近一半（48.88%）尘肺农民要赡养家中 1 到 2 位老人；超过半数（55.71%）的农村尘肺家庭孩子正在上学。

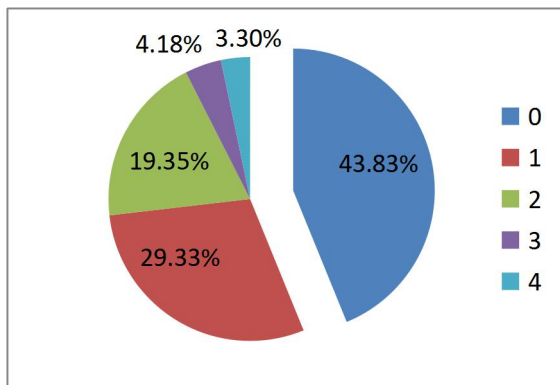


图 2-7：尘肺农民需要赡养父母的数量 (N=1493)

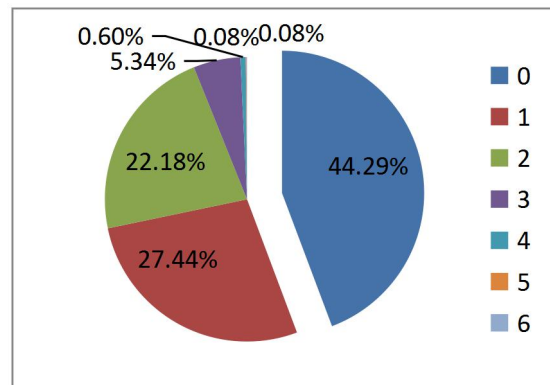


图 2-8：农村尘肺家庭中子女在上学的数量 (N=1330)

2.1.5. 尘肺分期：叁期患者约占四成

国家卫生和计划生育委员会（现国家卫生健康委员会）2015 年发布的《职

业性尘肺病的诊断》(GBZ70-2015)指出,依据 X 射线胸片上小阴影、密集度、大阴影、小阴影聚集、胸膜斑、肺区的不同表现,将尘肺病分为尘肺壹期、尘肺贰期、尘肺叁期。^①考虑到实际诊断的复杂情况,我们把 2015 年之前诊断的零加(观察对象),其他情况都纳入进来。在接受调查的尘肺农民中叁期患者较多,占到有效计数的 37.82%。另外有 25.15%的尘肺农民不清楚自己的尘肺期别,他们中的绝大多数进行检查的医疗机构没有职业病诊断资质,拿到的是医学诊断而非职业病诊断。

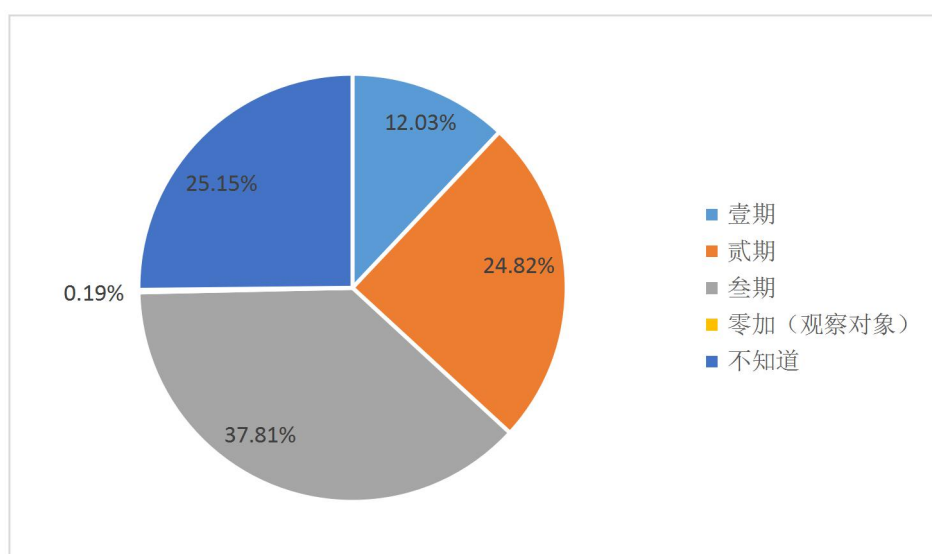


图 2-9: 尘肺农民的尘肺程度 (N=1563)

2.2. 尘肺农民的打工历史——我国经济快速发展的功臣

2.2.1. 从业时间: 集中在上世纪 90 年代打工

自上世纪中下叶起,尘肺农民陆续开始从事高粉尘工作,90 年代开始从事粉尘工作的人数达到峰值。尘肺农民首次从事高粉尘工作的年龄主要集中在 18-25 岁,占到有效计数的 43.00%。值得关注的是由于过去用工制度不规范,有 18.90%的尘肺农民表示,自己在未成年阶段就开始了高粉尘工作之路。

^① 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.中华人民共和国国家职业卫生标准——职业性尘肺病的诊断 (GBZ70-2015) [S],2015:1-2.

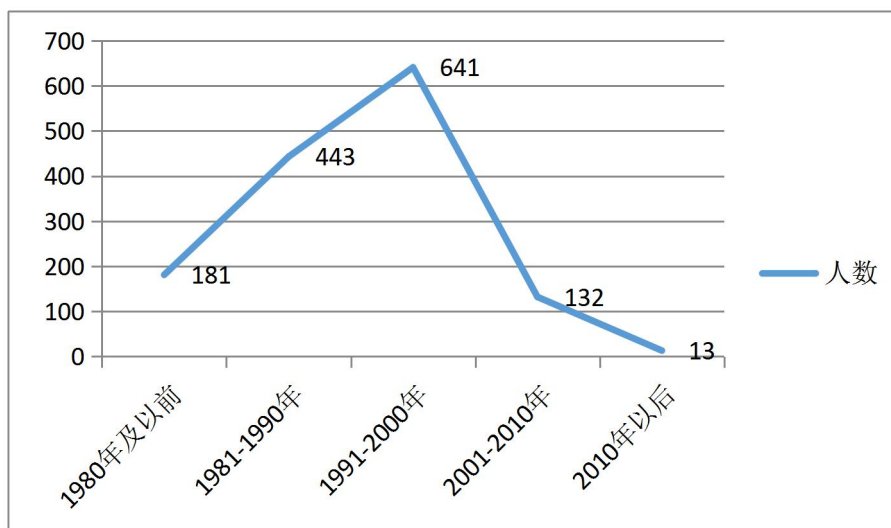


图 2-10：尘肺农民首次从事高粉尘工作的年份 (N=1410)

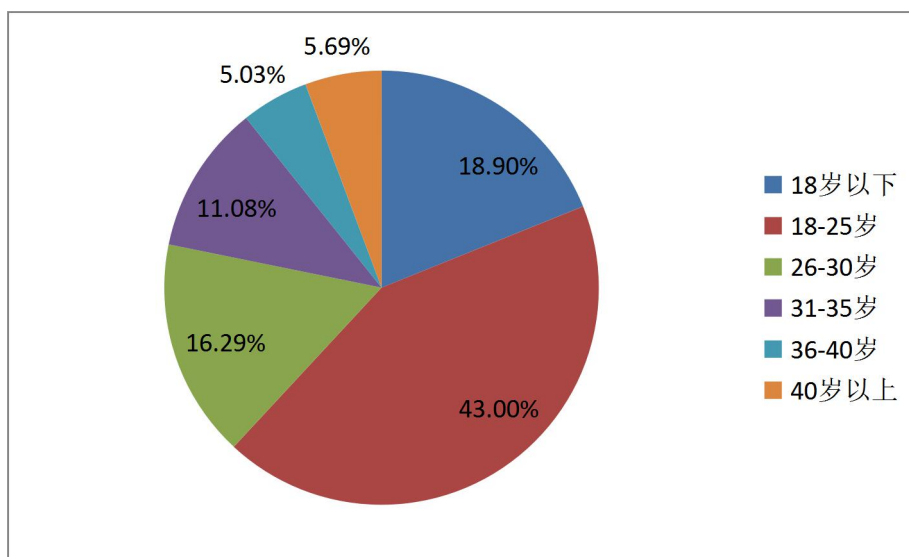


图 2-11：尘肺农民首次从事高粉尘工作的年龄 (N=1651)

尘肺农民共从事高粉尘工作的时间在 10 至 20 年的人数最多（图 2-13）。他们平均在涉尘岗位工作 17.33 年，其中最长的达 52 年（1956 年-2008 年）。

表 2-12：尘肺农民从事高粉尘工作的时间（年）

	最大值	最小值	均值	中位数	有效计数
涉尘工作年限	52	0.5	17.33	17	1636

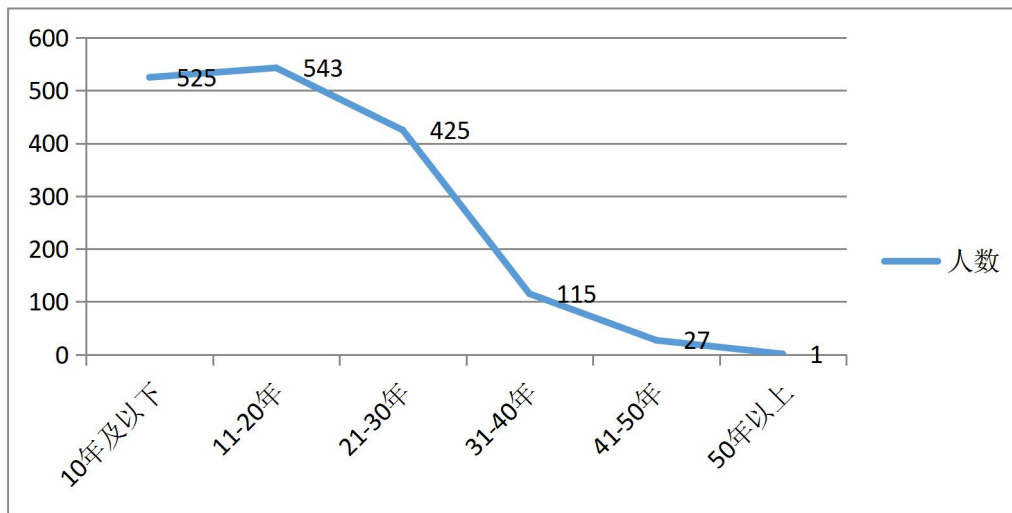


图 2-13: 尘肺农民共从事高粉尘工作的时间 (年) (N=1636)

根据被调查者提供的其在涉尘岗位工作的年份，调研组整理出了不同年份里正在涉尘岗位打工的尘肺农民人数（图 2-14）。在被调查的 1352 位完整回答相关问题的尘肺农民中，最早涉尘的尘肺农民自 1947 年开始从事涉尘工作。1947-1999 这 52 年间，每一年在涉尘岗位工作的尘肺农民数量在持续增加。其中 1947-1965 年增速十分缓慢，1966-1978 年左右增速相对提高，1978 年后增速明显加快，1999 年时被调查的尘肺农民中有 74.04%（1001 位）在涉尘岗位工作。1999 年之后，随着尘肺农民病情发作、年龄增长、产能转型、厂矿关闭等种种原因，被调查者在涉尘岗位工作的越来越少。2005 年后的涉尘岗位打工人数近乎直线下降。

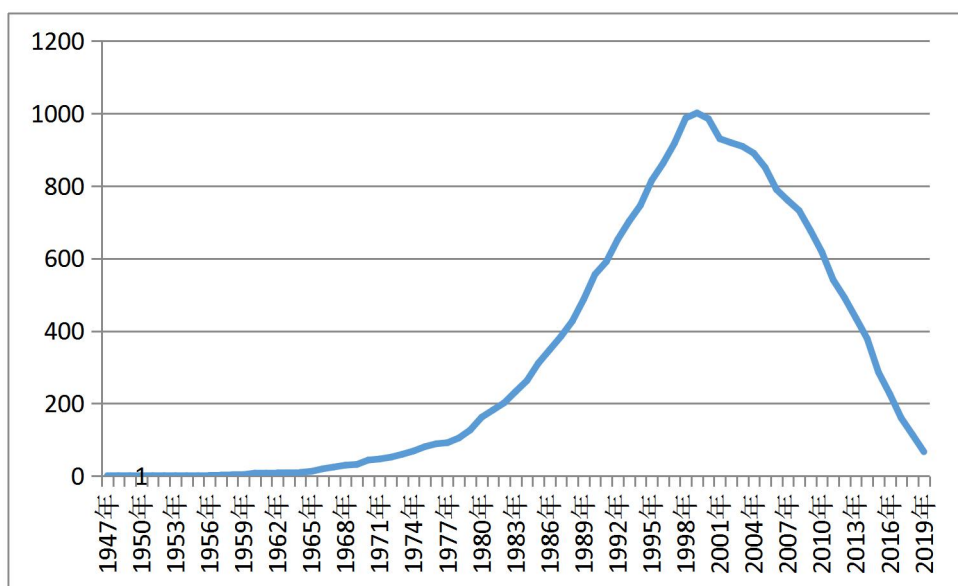


图 2-14: 1947-2019 年涉尘工作的尘肺农民数量 (N=1352)

许多地方在上世纪末曾有大规模生产的情况。辽宁省葫芦岛市南票区仅钢屯一个镇在上世纪末便有 16 家矿。重庆市奉节县据当地医疗机构称，上世纪煤炭产业最盛时十万人同时下井。

2.2.2. 工作时间：高负荷长时间工作

被调查的 1738 位尘肺农民中，有 1458 人表示当时涉尘工作平均每日常的工作时长在 8 小时及以上，占样本量的 83.89%，高强度的粉尘作业让他们厂矿有了更多产出，工人赚了更多钱，但却也为现在的病情埋下了祸根。

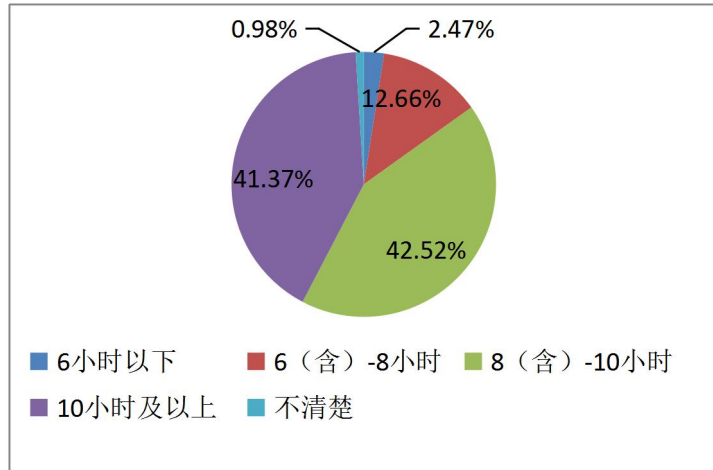


图 2-15: 尘肺农民平均每日涉尘工作时间 (小时) (N=1738)

2.2.3. 从业行业：矿山开采为主

就从业行业而言，尘肺农民中曾从事矿业开采的占 82.91%，占样本量的 82.91%。其后是从事过石材加工(7.20%)、建筑材料(6.91%)、金属冶炼(5.89%) (见图 2-14)。

此外，有 15.76% 的尘肺农民曾在超过一个行业中打工。最多者曾在 6 种不同的涉尘行业中打工。

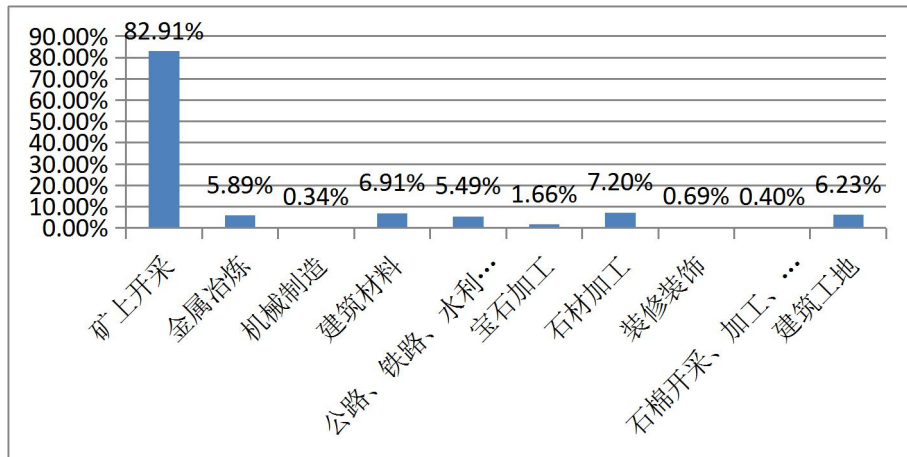


图 2-14: 尘肺农民从事高粉尘工作的工作类型 (N=1750)

2.2.4. 择业原因：劳动致富梦的破碎

经济原因是尘肺农民从事高粉尘工作的首要原因，因为“收入相对较高”而选择涉尘工作的占到样本量的 55.19%。很多尘肺农民反映他们从小就家庭贫困，他们曾经希望通过自己的双手改善家庭经济，没想到劳动最后致病致残。另外，其他原因中比较常见的诸如当地就有相关涉尘行业，其他工作机会少、离家近、父辈就开始从事此行等等。

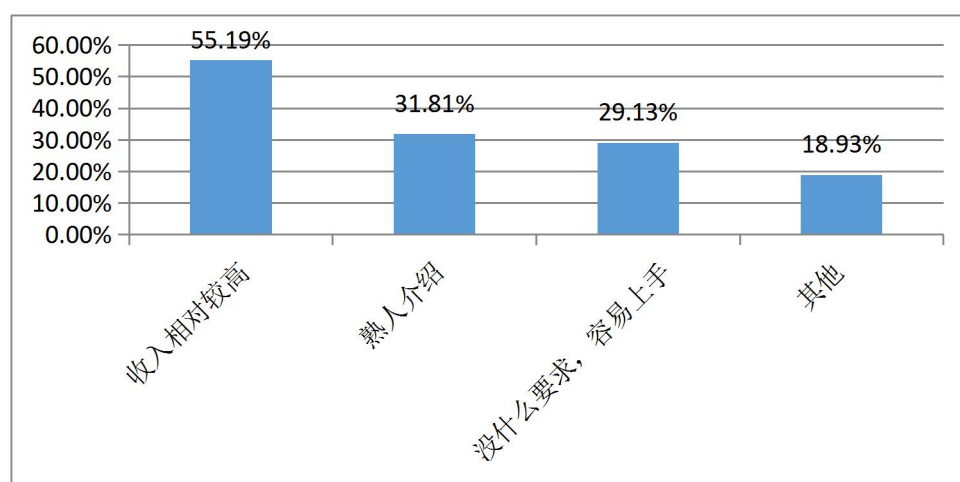


图 2-15：尘肺农民从事高粉尘工作的原因（N=1754）

综合上文有关尘肺农民打工历史的描述可以看出，尘肺农民群体的出现与我国从计划经济到市场经济的转型这一历史时期有很大关系。尘肺农民所在行业多为各工业行业原材料的挖掘与加工，或涉及工业生产的重要环节，他们的劳动成果为我国经济快速发展提供了基础保障。然而，在市场经济转型初期，制度规范尚未健全，务工环境未得到应有保障，经过一段时间的疾病晚期，造成了如今患者增多而对应的社会保障难以覆盖的问题。

2.3. 尘肺农民的生活现状——身心受挫，入不敷出

2.3.1. 健康状况自评：身心状态不佳且愈来愈差

在调查中，我们请尘肺患者就五个指标对自己目前的健康状况进行自我评价，前三项指标主要与身体有关：行动能力（指走路）、自我照顾能力（穿衣、

吃饭)、日常活动能力(如工作、家务、休闲活动),第四项指标心理状态指的是缓解压力的能力、信心等,最后一项自我总评则是与同龄人相比,得出的健康状况总评,为了更直观地了解尘肺患者的健康状况,我们对自评程度进行赋分:1-5 分别代表“很弱”、“较弱”、“一般”、“较强”、“很强”。同时,为了对个人健康状况有一个全面的评价,我们还把每个人的单项得分相加得出“总分”(总分最大值理论上为 25),最后为了观察方便,再将所有指标换算成了百分制(即前五项单项指标分别乘以*20,最后一项“总分”*4)。

结果显示,尘肺农民除了自我照顾能力尚可之外,另外两项与生理健康相关的评价结果都比较糟糕,尤其是行动能力,仅 1.50%的尘肺农民认为自己的行动能力很强。而就心理状态而言,自评结果也不够乐观,评价为“很差”和“较差”的占 44.03%,评价为“很好”和“较好”的仅占 23.46%。在五个指标中,最后一项自我总评(即与同龄人相比自认自己的身体状态)呈现出的结果是最差的,尘肺农民的平均年龄基本是中壮年,而与其他没有患病的人相比,他们的健康无疑是非常糟糕的,“很弱”与“较弱”的占到总调查对象的 72.04%。

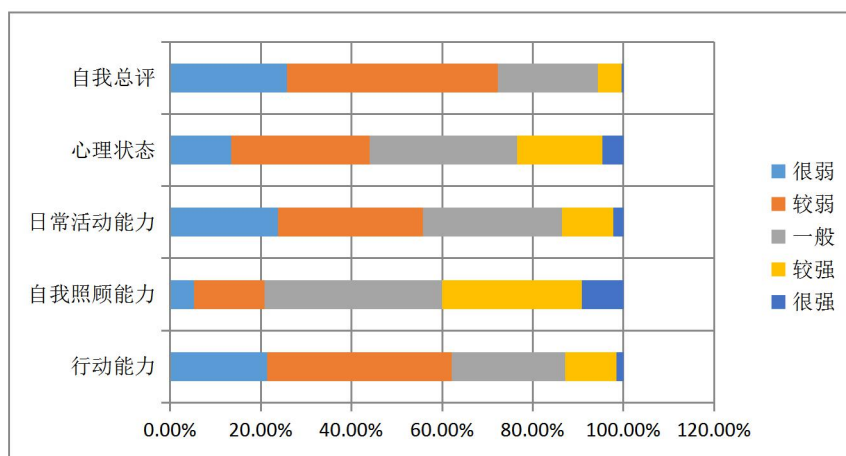


图 2-16: 尘肺农民对于目前健康状况的自我评价

(行动能力 N=1739; 自我照顾能力 N=1738; 日常活动能力 N=1734; 心理状态 N=1726; 自我总评 N=1733)

表 2-17: 尘肺农民健康状况自评得分 (百分制)

健康状况自评	行动能力	自我照顾能力	日常活动能力	心理状态	自我总评	总分
最大值	100	100	100	100	100	100
最小值	20	20	20	20	20	20
平均数	46.2	64.6	47.2	54.2	41.6	50.7
中位数	40	60	40	60	40	52
有效计数	1711	1711	1711	1711	1711	1711

通过上表可以直观地看出，尘肺农民的五项单项指标中除了自我照顾能力自认“一般”外，其他四项均自认“很弱”或“较弱”，自我总评的得分最低，平均仅为41.6分。再把五项指标进行等比例加权，算出尘肺农民健康状况总分平均值为50.7分（N=1711）。

为了解尘肺病情（尘肺分期）与健康状况自评之间的关系，我们把尘肺壹期贰期叁期的尘肺农民健康状况自评得分整理如下。

表 2-18：不同分期的尘肺农民健康状况自评平均分（百分制）

健康状况自评均值	行动能力	自我照顾能力	日常活动能力	心理状态	总评	总分
尘肺壹期	57.76	72.02	59.55	58.57	47.80	59.14
尘肺贰期	49.45	67.98	50.86	56.59	45.16	53.99
尘肺叁期	39.97	59.28	39.28	52.35	37.45	45.66

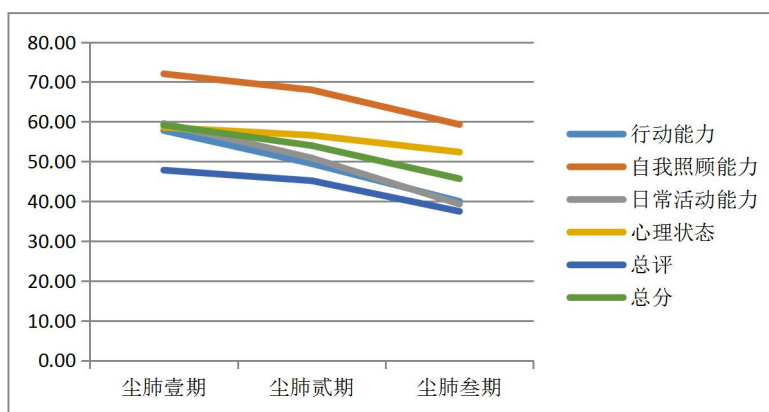


图 2-19：尘肺农民健康状况的自我评价与尘肺分期的关系（尘肺壹期 N=223；尘肺贰期 N=452；尘肺叁期 N=667）

由以上图表可以看出，随着病情加重，尘肺农民各项健康指标的自评平均分都在下降。其中变化最明显的是行动能力与日常活动能力，随着病情加重，这两项能力几乎是直线式下滑。而另外三项单项指标：自我照顾能力、心理状态和总评，尘肺贰期到叁期的下降幅度明显大于壹期到贰期的。

2.3.2. 尘肺农民医疗：沉重的医疗压力

通过将尘肺农民过去一年的门诊次数和住院次数进行对比，我们发现在样本量相近的情况下，尘肺农民不住院的人数明显高于不看门诊的人数。

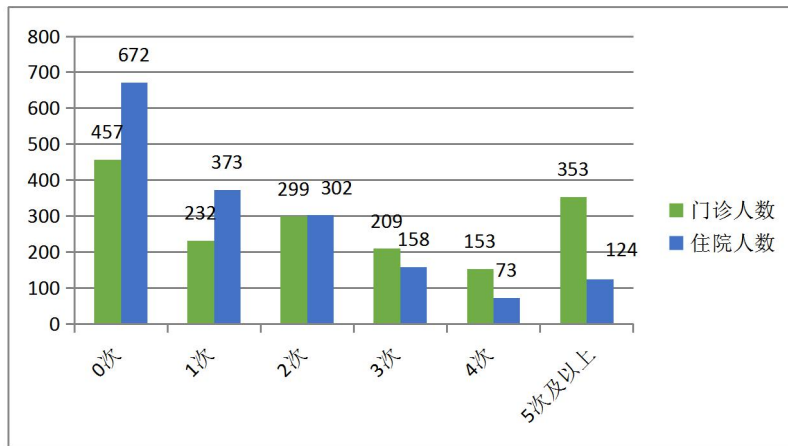


图 2-20：尘肺农民过去一年门诊次数和住院次数的人数对比
(门诊人数 N=1703；住院人数 N=1702)

首先，在看门的次数方面，尘肺农民呈现出一定的两极性：去年一次门诊都没看过的为 457 人，占 26.83%，而一年内看过 5 次及以上的为 353 人，占 20.73%。90.09% 的尘肺农民反映，最近一次看门的诊断与尘肺病有关（N=1414），如抵抗力下降引发的感冒、咳嗽、呼吸困难等。尘肺农民中，共有超四成（42.01%）的人在过去两年内，较多或很多次出现了没钱看门诊的情况。

与门诊不同，住院上整体呈现出随着次数增多就诊人数减少的趋势（见图 2-20）。另有 124 人（占 7.2%）因病情较重、报销顺利等因素，一年会住院 5 次以上。90.10% 的患者表示最近一次住院的原因是和尘肺病有关的（N=1293），诸如治疗尘肺病并发症肺气肿、肺大泡、肺结核等等。

另外，在本次调研中，有 37.02% 的尘肺农民在过去两年中存在医生建议住院治疗，但自己没有住院的情况（N=1610）。这些患者没有住院的原因如下：

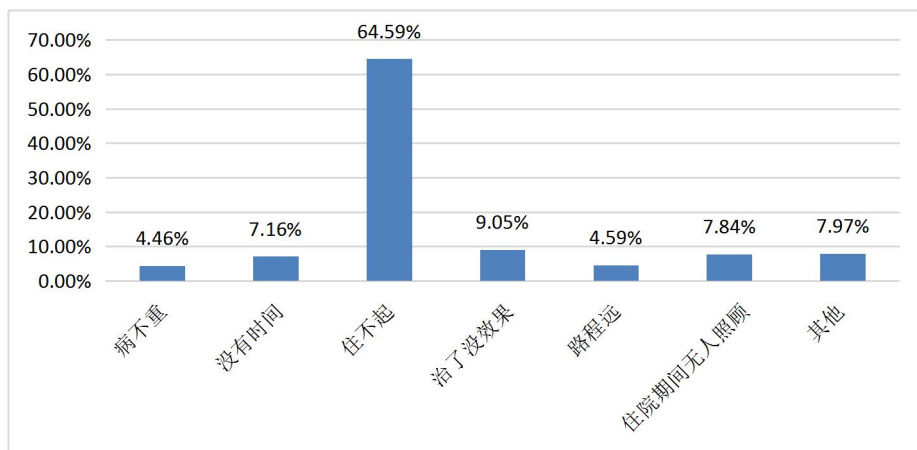


图 2-21：尘肺农民没有住院的原因（N=740）

可以看出，除了住不起院这个经济因素外，治了没有效果这种消极心理的影响也较大，此外住院期间无人照顾、没有时间也成了挡在患者治病路上的困难。

2.3.3. 尘肺农民经济状况：入不敷出，养家压力大

2.3.3.1. 自己及配偶目前的工作状况——自身劳动能力的降低与因病增加的家庭负担

由于尘肺农民丧失劳动能力，目前他们中有 56.44% 的人不干活休息，即便是目前仍在干活的，也是以做家务、打零工一些轻松活儿为主。同时，通过与其配偶的工作状态对比，我们发现，为了维持生计，很多患者的配偶（绝大多数为女性）承担起家庭重担，无论是做家务、干农活、还是在本地打工、在外地打工的比例都高于患者本人。

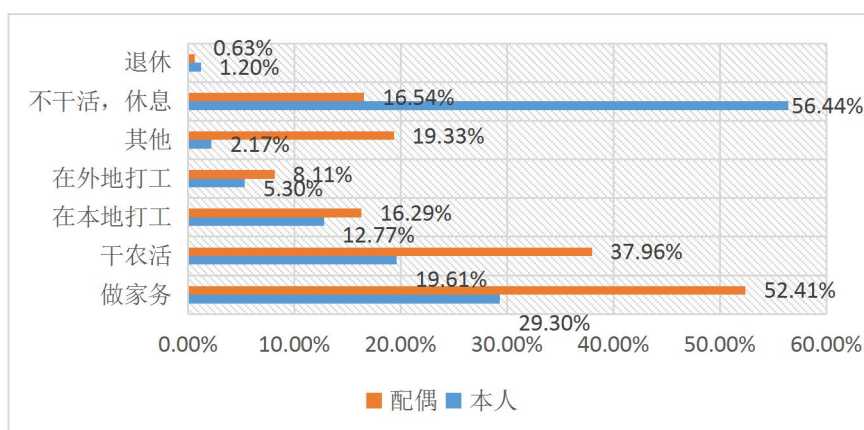


图 2-22: 尘肺农民及其配偶目前的工作状况 (本人 N=1754; 配偶 N=1578)

2.3.3.2. 尘肺农民家庭的收入与支出

根据调查，尘肺农民去年一年的年平均总收入为 20639 元、中位数为 20000 元 (N=1616)，年平均总支出为 29995 元、中位数为 25000 元 (N=1635)，整体入不敷出。调研中有 64% 在上一年处于入不敷出状态，即支出总额高于收入总额 (N=1578)。

计算其家庭年度收入支出差后，可以看出尘肺农民家庭上一年度经济状况明显向负债一

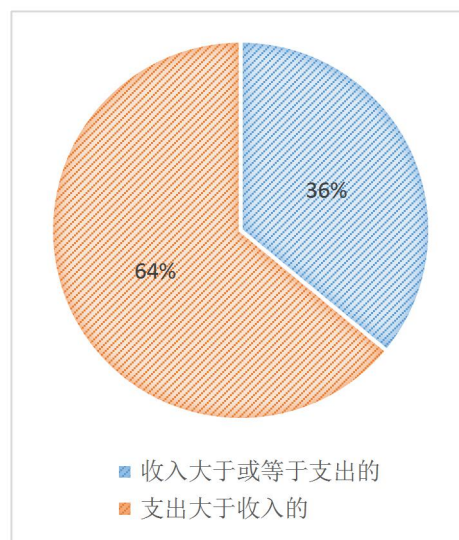


图 2-23: 尘肺农民家庭上年度收入与支出基本 (N=1578)

段倾斜，在收入大于支出的人中，收入超过支出 5000 元以内的占据多数，整体上以收支相近者居多（见图 2-24）。

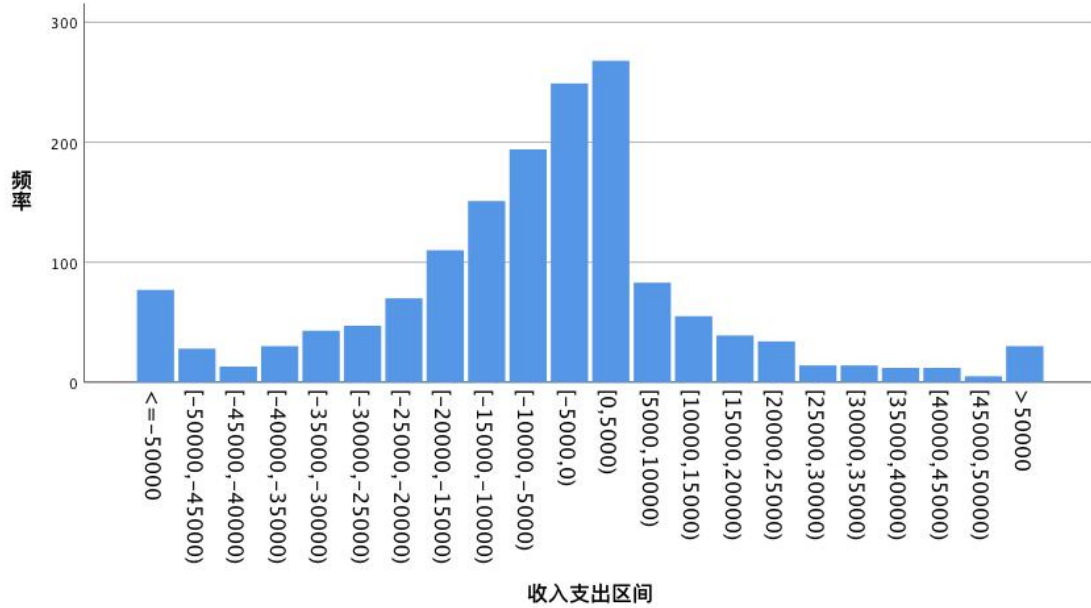


图 2-24：尘肺农民家庭上一年度收入与支出差（N=1578）

2.3.3.3. 存款与欠债

除了收入支出，存款欠债也在很大程度上反映了尘肺农民的经济状况。调查显示尘肺农民存款率为 10.07%，欠债率为 62.51%。有存款的 147 个尘肺农民的平均存款为 17291 元；而有欠债的 1034 个尘肺农民的平均欠债为 49536 元。

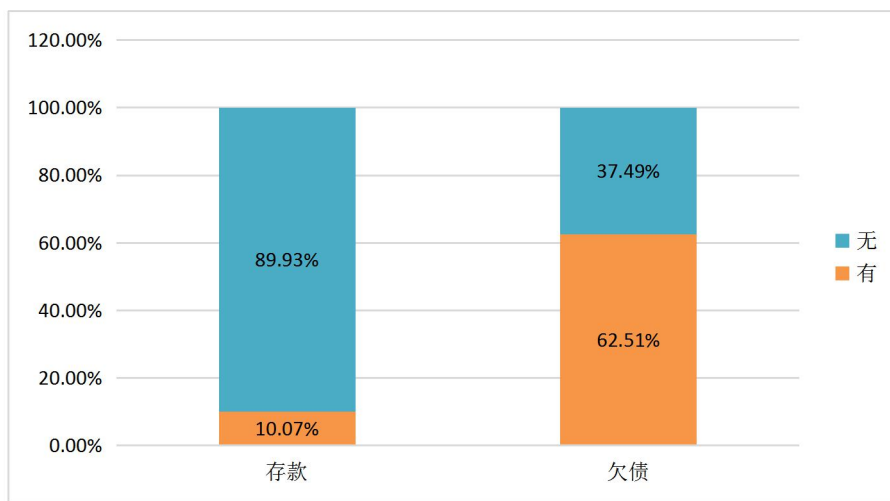


图 2-25：尘肺农民的存款欠债情况
(存款 N=1688；欠债 N=1715)

表 2-26: 尘肺农民存款欠债情况

尘肺农民存款/欠债	最大值	最小值	均值	中位数	有效计数
存款	250000	0	17290.75	5000	147
欠债	1000000	0	49536.03	30000	1034

在对家庭的影响上，2019 调研发现 9.75% 的尘肺农民患病后变卖过家产 (N=1692)；13.92% 的农村尘肺家庭子女因家人患尘肺病辍过学 (N=1702)。因此，农村尘肺家庭相对其他家庭来说，整体生活水平仍然低下，61.52% 的尘肺农民表示，与亲友邻居相比，自家的生活水平很差或较差。

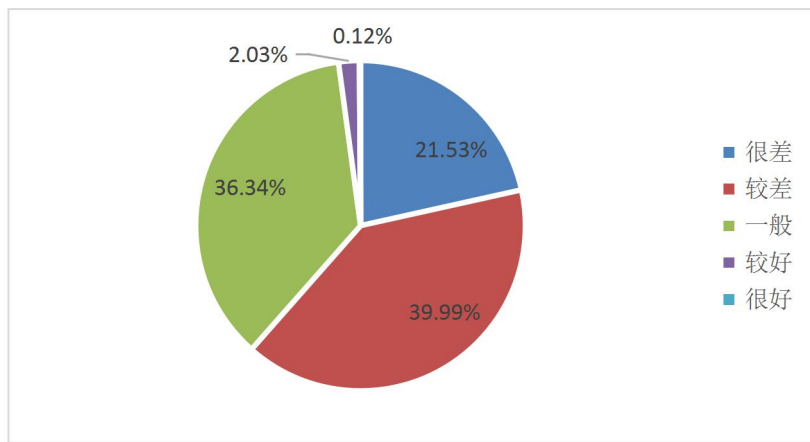


图 2-27: 尘肺农民对于生活水平的认知 (N=1728)

在这样的医疗、经济现状下，尘肺农民中只有 4.79% 的人表示他们“对目前状况相对满意，无需求”，其余人均表示有一些如看病需要花很多钱、没有收入来源、孩子需要钱上学等自己无法解决的困难。

3. 尘肺病应有工伤保障

3.1. 尘肺病是一种职业病，应享受工伤保障待遇

按照我国《职业病防治法》第五十六条的规定，“职业病人依法享受国家规定的职业病待遇，”^①而《工伤保险条例》规定的“工伤保险待遇主要包括医疗康复待遇、伤残待遇和死亡待遇。医疗康复待遇包括诊疗费、药费、住院费用，以及在规定的治疗期内的工资待遇。”^②同时，《职业病防治法》第五十八条还规定“职业病人除依法享有工伤保险外，依照有关民事法律，尚有获得赔偿的权利的，有权向用人单位提出赔偿要求”^③，即尘肺病作为一种职业病，患者依法享受“先工伤，后民事”的保障待遇。图 3-1 和 3-2 展示了法律及条例规定的尘肺病的待遇与赔偿，根据已知的一些案例，尘肺壹期一般被认定为 7 级伤残；尘肺贰期一般被认定为 4 级伤残；尘肺叁期一般被认定为 1-3 级伤残。



图 3-1：职业病患者依法应享受的保障与待遇

	工伤医疗待遇	停工留薪	生活护理费	一次性补助	伤残津贴	辅助器具	工亡近亲-丧葬补助	工亡近亲-供养亲属	工亡近亲-一次性
工伤保险基金支付	1级	诊疗、药品、住院费用；	按月支付，分等级 50%，40%，30%统筹地区上年度职工月平均工资	27月本人工资	90%本人工资	生活或就业需要，劳动能力鉴定委员会确认	6个月统筹地区上年度职工月平均工资	职工生前提供主要生活来源、无劳动能力的亲属：配偶40%其他30% 孤寡老人或儿童，上基础加10%（本人工资）	上一年度全国城镇居民人均可支配收入20倍（2016年，为33616元）
	2级			25月本人工资	85%本人工资				
	3级	饮食；统筹地区外食宿；指定医疗机构的工伤康复；以上均需按标准		23月本人工资	80%本人工资				
	4级			21月本人工资	75%本人工资				
	5级			18月本人工资	70%本人工资				
	6级			16月本人工资	60%本人工资				
	7级			13月本人工资	合同期满或解除的，工伤保险基金支付“一次性医疗补助金”，用人单位支付“一次性伤残补助金”。具体标准由统筹地区政府规定				
	8级			11月本人工资					
	9级			9月本人工资					
	10级			7月本人工资					
用人单位支付		停工留薪（薪+护理）不超过12个月							

图 3-2：工伤保险保障情况

^① 全国人大常委会. 中华人民共和国职业病防治法（2018年修正）. <http://www.lawtime.cn/faguizt/216.html>
^② 中国法制出版社编. 工伤保险条例：实用版[M].北京:中国法制出版社,2017::9.
^③ 全国人大常委会. 中华人民共和国职业病防治法（2018年修正）. <http://www.lawtime.cn/faguizt/216.html>

那么，是什么导致了尘肺农民整体呈现出了缺少医疗与生活保障的现状？

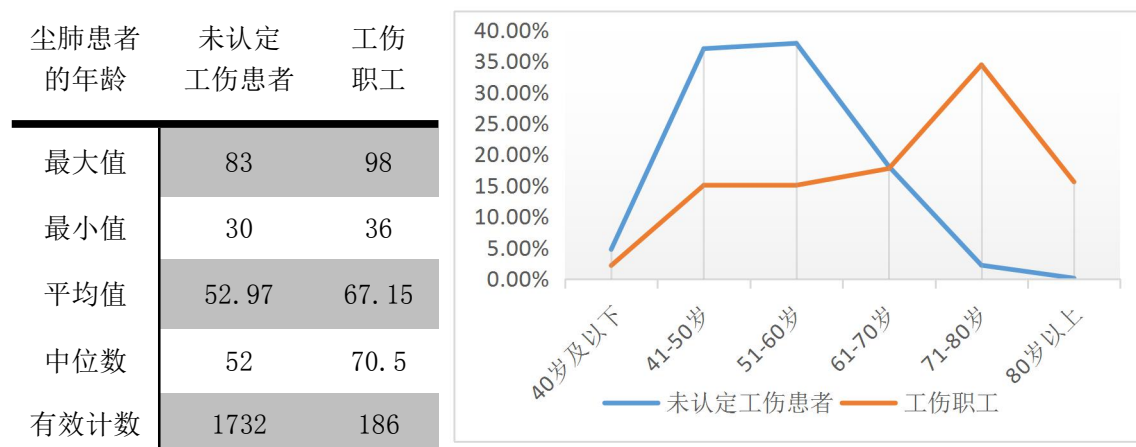
3.2. 基本信息对比

为了更清晰地看出尘肺病患者中认定工伤与未认定工伤的保障差别并分析造成这一现象的原因，本章将对这两群体的情况进行对比。另外需要注意的是，尘肺患者中既有农业户口也有非农业户口，他们均在本文“工伤职工”、“未认定工伤患者”范畴中；上文中描述的“尘肺农民”这一群体中也有少部分拿到工伤认定书的患者。因此，应特别注意，本章中“未认定工伤患者”不等于前文的“尘肺农民”。

3.2.1 年龄构成：工伤职工平均年龄超出未认定工伤患者 15 岁左右

被调查的没有拿到工伤认定决定书的尘肺患者中，年龄最大的是 83 岁，年龄最轻的是 30 岁，平均年龄为 52.97 岁，中位数为 52 岁。而接受调查的拿到工伤认定决定书的工伤职工中，年龄最大的是 98 岁，年龄最轻的是 36 岁，平均年龄为 67.15 岁，中位数是 70.5 岁。

图表 3-3：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的年龄及分布对比



通过将拿到工伤认定决定书的患者与没有拿到的患者的年龄分布对比，可以发现 70 岁是两个群体年龄分布的分水岭。被调查的未认定工伤患者在 70 岁之前的比例要高于工伤职工，而 70 岁之后的比例明显低于工伤职工。可见，工伤职工的年龄普遍高于没有拿到工伤认定决定书的患者。

3.2.2 受教育程度：工伤职工的学历高于未认定工伤患者

如图 3-4 所示，无论是否拿到工伤认定决定书，初中及以上学历的患者均不超过 40%。而通过对比可以得出的结论是：在尘肺患者受教育程度普遍偏低的情况下，工伤职工的学历总体上比未认定工伤患者高些，中专、高中、大专及以上学历的比例均高于未认定工伤患者。

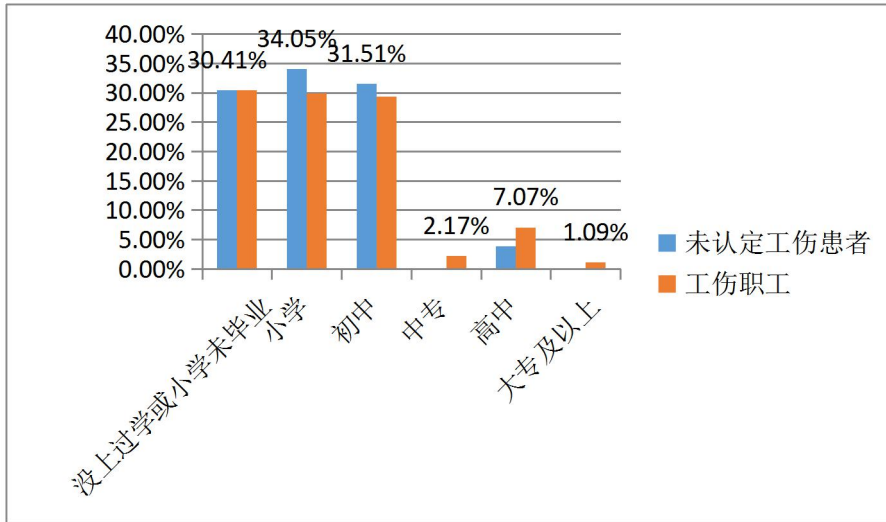


图 3-4：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的受教育程度对比
(未认定工伤患者 N=1733；工伤职工 N=184)

3.2.3. 尘肺分期：工伤职工分期靠前且更明确

如图 3-5 所示。工伤职工中，壹期患者比例远高于未认定工伤患者，而未认定工伤患者中，叁期患者的比例明显高于工伤职工。同时，工伤职工的分期显然比未认定工伤患者更明确，在被调查的未认定工伤患者中有 25.09% 的患者不知道自己的尘肺分期。尘肺分期一般见于职业病诊断中，未认定工伤职工对自身期别不明确一般情况下与缺少职业病诊断证明书有关。

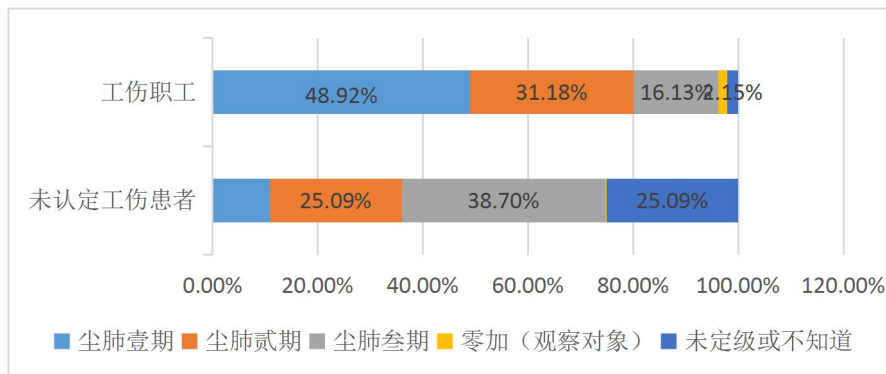


图 3-5：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的尘肺分期对比
(未认定工伤患者 N=1726；工伤职工 N=186)

3.2.4. 家庭状况：未认定工伤患者养家压力更大

两大群体在婚姻状况上的差别不大，未认定工伤患者中，在婚的占样本量的91.61%（N=1692），87.03%的工伤患者处于在婚状态（N=185）。不过，或许由于两个群体年龄上的不同，尤其在赡养父母和供养子女上学的情况上产生了一定的差别。

表 3-6：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的家庭状况对比

尘肺患者家庭状况	平均值		中位数		有效计数	
	未认定工伤患者	工伤职工	未认定工伤患者	工伤职工	未认定工伤患者	工伤职工
健在的父母数	1.18	0.70	1	0	1576	118
需要赡养的父母数	0.94	0.61	1	0	1475	100
子女数	2.13	2.56	2	2	1720	168
上学的子女数	0.91	0.67	1	0	1322	72
工作的子女数	1.46	2.17	1	2	1392	138
家庭总人口	4.57	4.11	4	4	1699	173

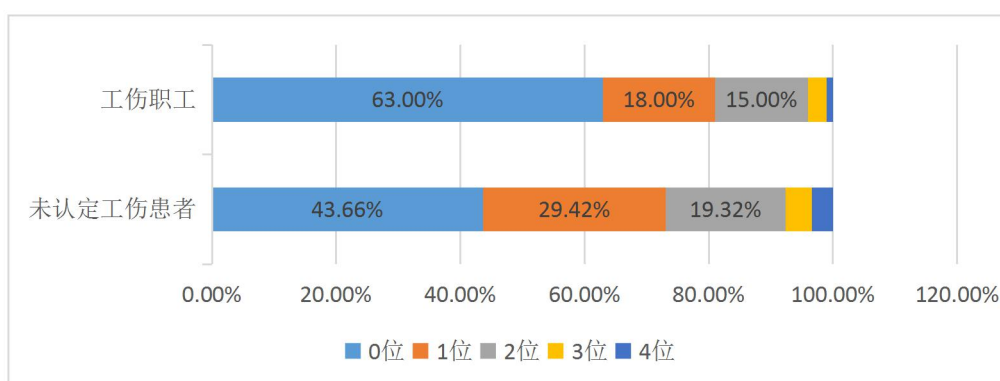


图 3-7：未认定工伤尘肺患者与工伤职工赡养父母的数量对比
(未认定工伤患者 N=1475；工伤职工 N=100)

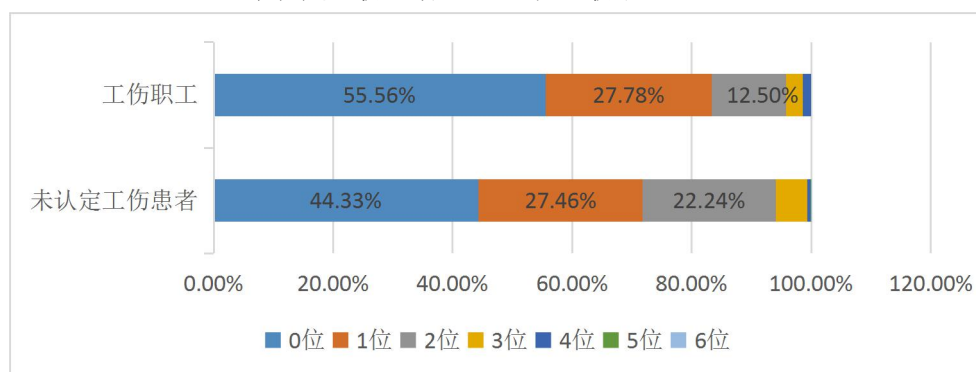


图 3-8：未认定工伤尘肺患者与工伤职工家庭子女上学情况对比
(未认定工伤患者 N=1322；工伤职工 N=72)

在赡养父母上，未认定工伤患者的压力明显大于工伤职工，56.34%的未认定工伤患者有赡养父母的任务，而工伤职工还需赡养父母的占样本量的37.00%。在供养子女上学上，55.67%的未认定工伤家庭子女还在上学，而工伤职工对应的比例是44.44%，压力略小。

3.2.5. 户口类型：工伤职工中城镇户口更多，未认定工伤患者中农民占绝大多数

在户口类型上，未认定工伤患者与工伤职工的差别十分显著。工伤职工中，70.11%的户口类型为城镇，而97.98%的未认定工伤患者为农村户口。农民与无工伤认定决定书之间的高度相关也正是促使本报告将重点放在尘肺农民上的原因。关于绝大多数尘肺农民无法拿到工伤认定决定书的原因将在后面章节中详细论述。

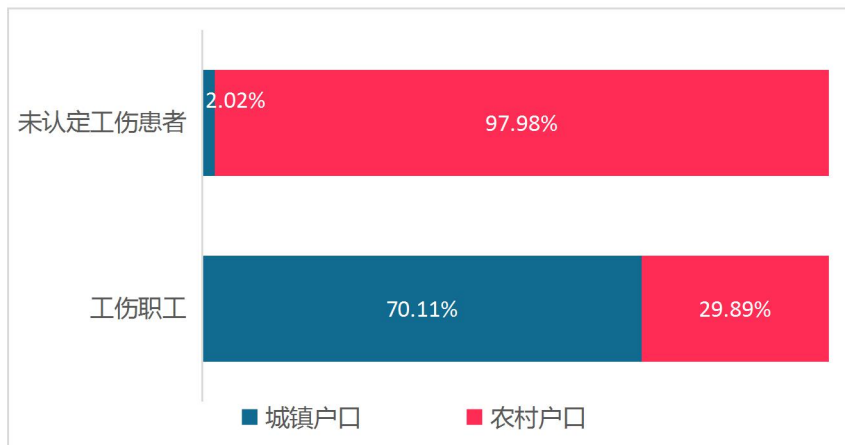


图 3-9：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的户口类型对比
(未认定工伤患者 N=1734；工伤职工 N=184)

3.3. 工伤职工与未认定工伤患者的保障情况对比

3.3.1. 患病后整体保障情况：差异显著

在“患病后享受的保障”一题中我们发现，医疗报销是工伤职工感受最为深刻的，有87.70%的工伤职工表示他们享受了医疗报销的保障。在已有一些扶助政策的情况下，未认定工伤的患者享受医疗报销（不等同于工伤职工的全报销）的仅为64.66%。患者住院时，除了医疗费用报销外，工伤职工有49.20%表示自

已享受住院补助，该比例在未认定工伤患者群体中极低。另一项差异明显的是伤残津贴（退休后体现为养老保险待遇），工伤职工中有 41.71% 享受了这一待遇，未认定工伤患者有类似待遇者极少。

对于工伤职工而言，工伤保险待遇所涵盖的医疗保障、住院补助、生活护理费、伤残津贴、一次性赔付、劳动关系保留、停工留薪、医疗辅助器具都有相对较高的获得比例。反观没有拿到工伤认定决定书的患者，除部分医疗报销外，他们更多地享受的是由政府提供的建档立卡贫困户、低保、生活补助或者由政府或社会公益组织提供的子女助学金等补偿性待遇，分别占了有效计数的 29.15%、23.58%、15.49% 和 10.67%。

最后，值得关注的是，5.11% 的未认定工伤患者患病后尚处在没有任何保障与赔偿的情况下，而工伤职工中则没有人选择这一选项。

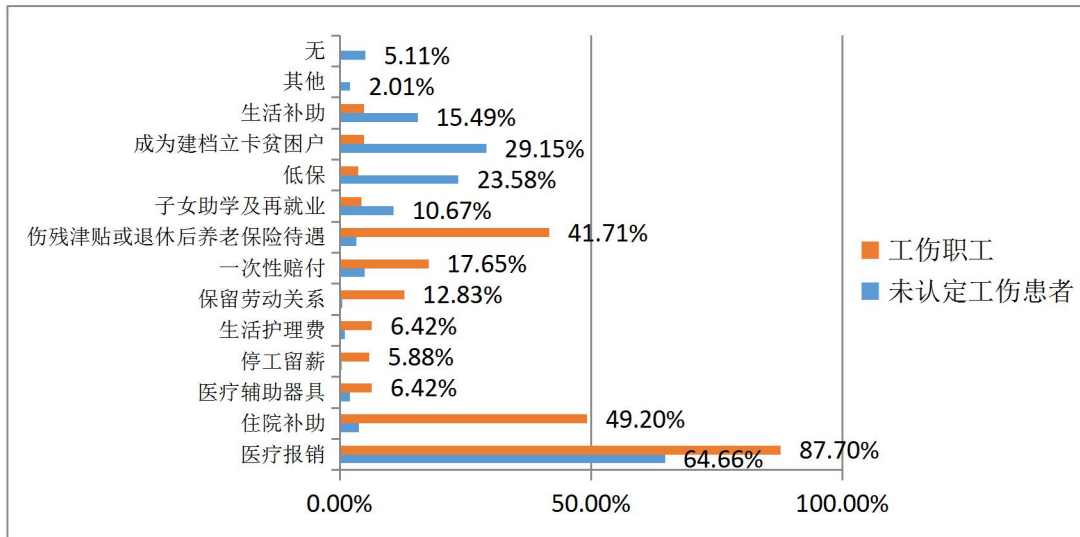


图 3-10：未认定工伤尘肺患者与工伤职工患病后的保障对比
(未认定工伤患者 N=1743；工伤职工 N=187)

3.3.2. 医疗保障：工伤职工有更充分的医疗待遇

3.3.2.1. 医疗花费——工伤保险保障了医疗费用支出

首先在住院费用报销形式上，工伤职工大多处于既有基本医疗保险也有工伤保险的状态^①。81.82% 的工伤职工表示他们住院可通过工伤保险报销，而未认定

^① 该题统计的是包括尘肺病在内的各类病种住院报销方式，所以基本医疗保险的比例才如此之高。需要注意的是，工伤职工在因尘肺病住院时原则上均使用工伤保险，而因其他与工伤无关的病症住院时，一般使用基本医疗保险。

工伤患者中仅有 0.23% 的人^①提到了工伤保险。在未认定工伤患者无法使用工伤保险报销的前提下，由于各地出台相关政策，有些地方放开了基本医疗保险不能报销尘肺病的限制，并且综合运用大病统筹、民政城乡医疗救助等手段，不过除了基本医疗保险之外，以上提到的其他报销方式均未超过 10%。另外，需要说明的是，确实有 2.48% 的未认定工伤患者（N=1743）明确表示其没有任何医疗保险。

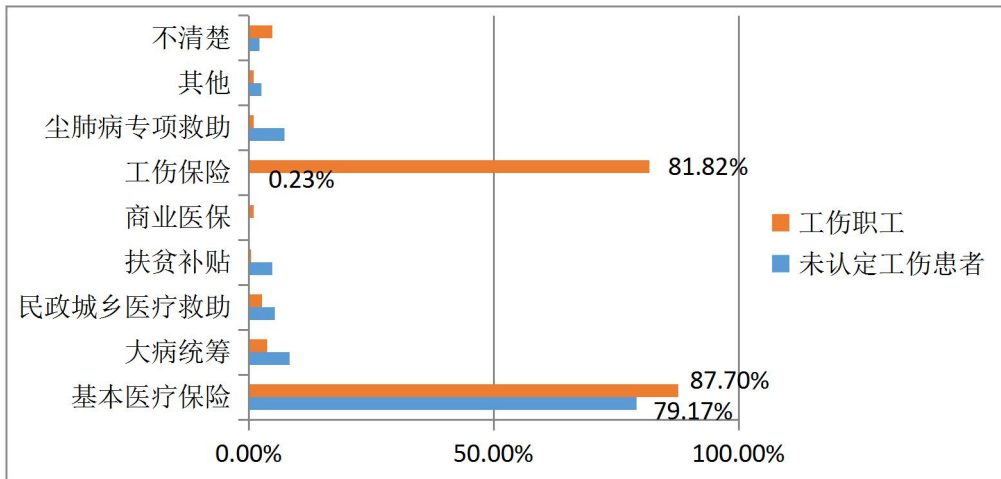


图 3-11: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工住院报销形式对比
(未认定工伤患者 N=1743; 工伤职工 N=187)

其次，在医疗报销的顺利程度上，工伤职工群体明显比未认定工伤患者群体自认更为顺利。工伤职工中认为医疗报销“很顺利”的占 64.33%，超过未认定工伤患者将近 20 个百分点。

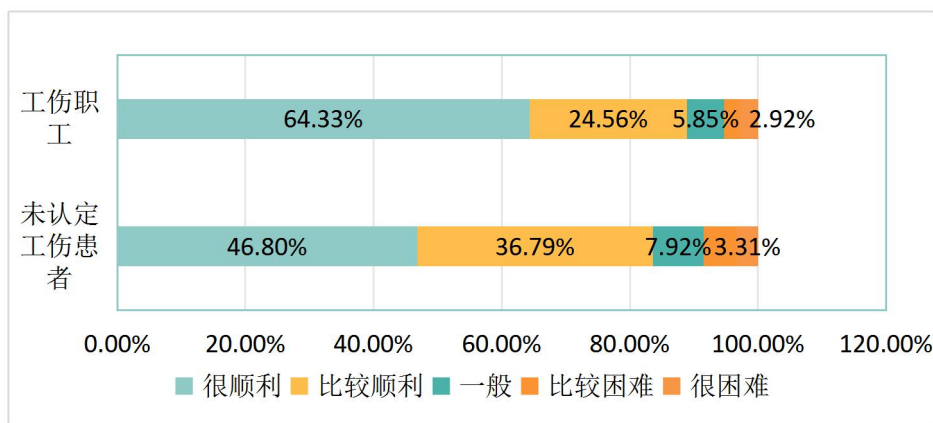


图 3-12: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工医疗报销顺利程度对比
(未认定工伤患者 N=1389; 工伤职工 N=171)

最后，让我们看一下不同保障下患者看病到底要花多少钱。下图展示的是尘

^① 结合工伤保险相关条例，如果没有被认定为法定工伤，原则上无法使用工伤保险报销医疗费用，因此未认定工伤患者的这个比例可以理解为误差。

肺患者在不同医疗行为（住院、门诊、吃药）过程中需要自付的医疗费用比例。下图中所标出比例数据的为以上行为中自付 0%（即全部报销）的患者占比，以及自付 81-100%（即不予报销或报销额度极少）的患者占比。

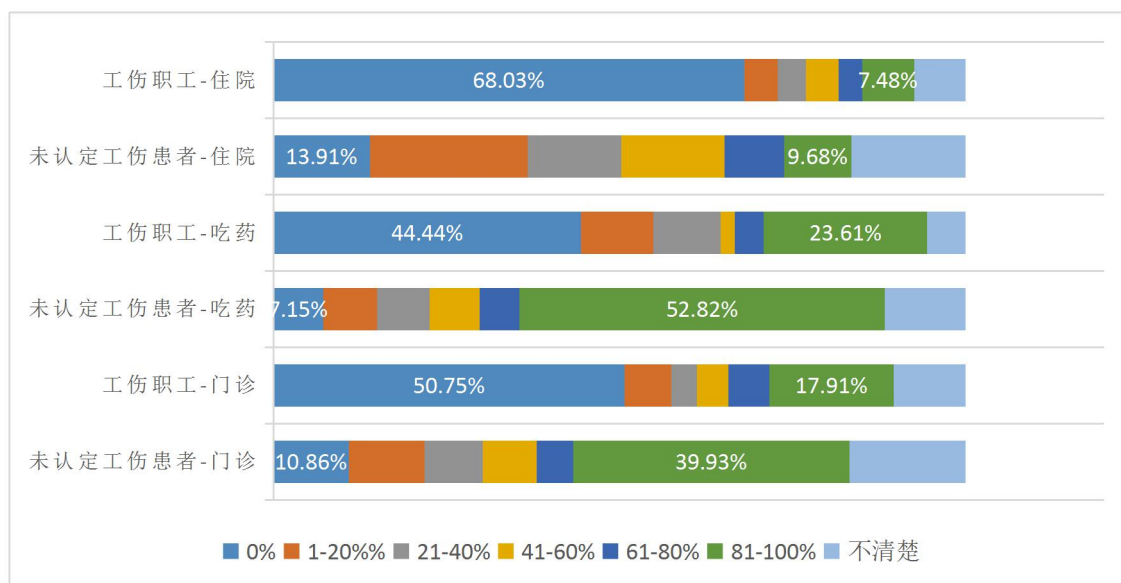


图 3-13：未认定工伤尘肺患者与工伤职工医疗自付比例对比
 （未认定工伤患者-门诊 N=1142；工伤职工-门诊 N=134；未认定工伤患者-吃药 N=1259；工伤职工-吃药 N=144；未认定工伤患者-住院 N=1136；工伤职工 N=147）

两个群体的共同点是，门诊和药品的自付比例相对住院来说都要高，且门诊、药品的报销比例趋同；而不同在于未认定工伤患者无论是门诊、药品还是住院的自付比例都远高于工伤职工。

未认定工伤患者的门诊或药品的自付比例主要集中在 81-100%（几乎全自费），门诊上此比例接近四成，药品更是超过一半都在此自付比例。工伤职工在门诊或药品的自付比例主要集中在 0%，51.75%接受调查的工伤职工门诊免费，44.44%的工伤职工药品免费。在住院上，由于分类救治等政策的出台，未认定工伤患者中七成左右的患者住院均可以按不同比例报销，不过距离 68.03%的工伤患者完全报销的情况仍然有很大距离。

根据调研时医护人员的反映，尘肺患者单纯门诊（仅做检查）的情况是很少的，一般是以拿药为主，而工伤患者的门诊和药品的自付比例相对未认定工伤患者而言可保持在一个相对较低的程度，在于工伤患者住院的次数较多，住院时间较长，因此可在住院时连同门诊检查费和药费包含进去。

3.3.2.2. 医疗行为——工伤保险为“康养”提供了更多可能

工伤保险的高报销比例使得患者在就医过程中没有额外负担，从而影响了患者的医疗行为。

由下图可知，在门诊次数上，工伤职工 5 次及以上的比例高于未认定工伤患者；而在住院次数上，未认定工伤患者去年一次医院都没住过的比例明显高于工伤者，相反地，5 次及以上住院的比例明显低于工伤者。

即，相比而言，工伤患者就医频率明显高于未认定工伤的患者。

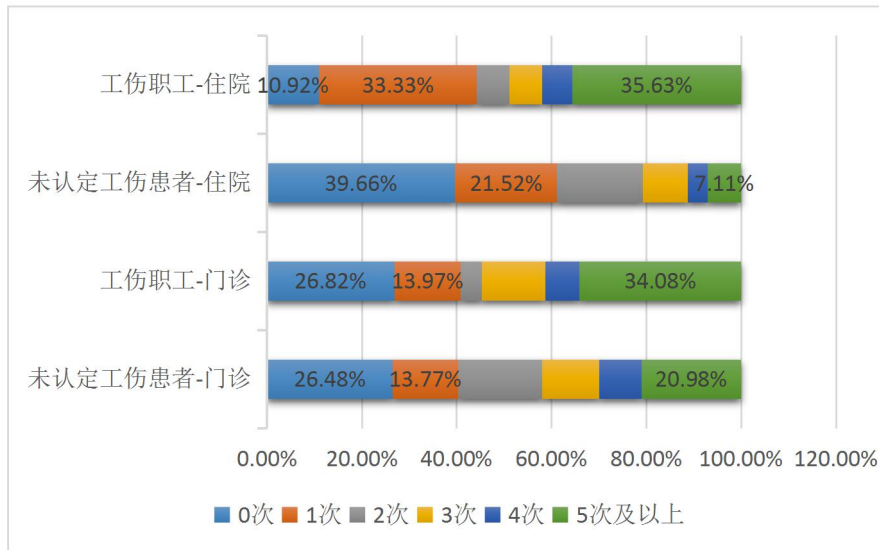


图 3-14：未认定工伤尘肺患者与工伤职工过去一年看门诊和住院的次数对比（非工伤门诊 N=；工伤门诊 N=179；非工伤住院 N=1687；工伤住院 N=174）

工伤和未认定工伤的区别不仅体现在门诊、住院的次数上，也体现在无钱就医情况的频率上。

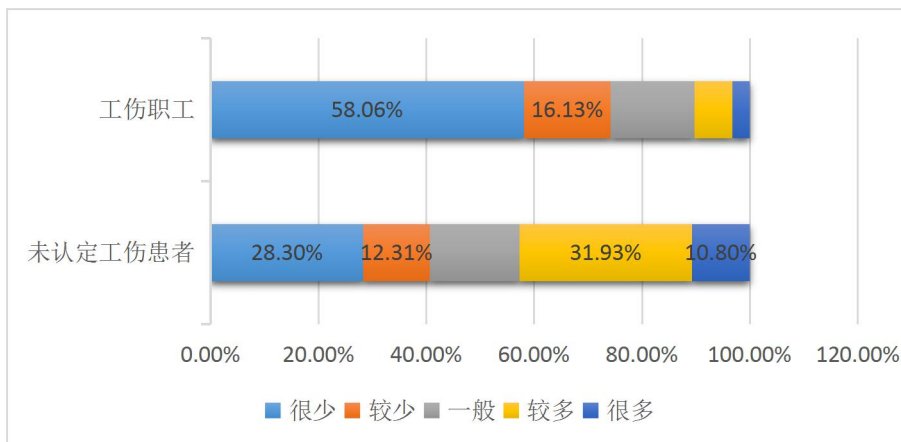


图 3-15：未认定工伤尘肺患者与工伤职工过去两年内无钱看门诊的情况对比（未认定工伤患者 N=1657；工伤职工 N=155）

过去两年内，工伤职工很少或较少面临无钱看门诊的情况，共占 74.19%；而对未认定工伤患者来说，很多或较多面临无钱看门诊的共占 42.73%。

与此同时，有 37.45% 的未认定工伤患者有过医生建议住院治疗，而本人没有住的情况（N=1597），而工伤者这一比例仅为 11.90%（N=168）。

表 3-16：未认定工伤尘肺患者与工伤职工最近一次住院时长（天）

住院时长（天）	最大值	最小值	均值	中位数	有效计数
未认定工伤患者	365	1	17.36	12	1235
工伤职工	3000	2	62.42	28	168

如表 3-16 所示，工伤与未认定工伤患者在住院时长上也有很大差别，接受大爱清尘调查的一位工伤职工表示自己在医院住院已有近十年时间，工伤职工住院的平均时长在 62.42 天，中位数 28 天（N=168）^①；而未认定工伤患者住院平均时长是 17.36 天，中位数是 12 天（N=1235）。故而在部分地方，医生认为工伤职工是以“疗养”的形式住院的。

尘肺病虽然是一种没有医疗终结的疾病，但依据《尘肺病治疗中国专家共识》（以下简称《专家共识》），通过综合干预康复措施，尘肺患者有望储备和改善呼吸功能，延缓病情进展，减少临床症状，减轻患者痛苦，增强患者抗病信心，最大限度地提高患者生活质量，实现带病延年的生存目标。^②而在尘肺病康复上，定期进行康复训练的工伤职工比例是未认定工伤者的 3 倍多。另外还有一点不容忽视，我国《职业病防治法》第五十七条规定“用人单位应当按照国家有关规定，安排职业病病人进行治疗、康复和定期检查”^③，然而在我们调查的已经拿到工伤认定决定书的患者中仍然有 52.87% 尚未进行过正规的康复训练。

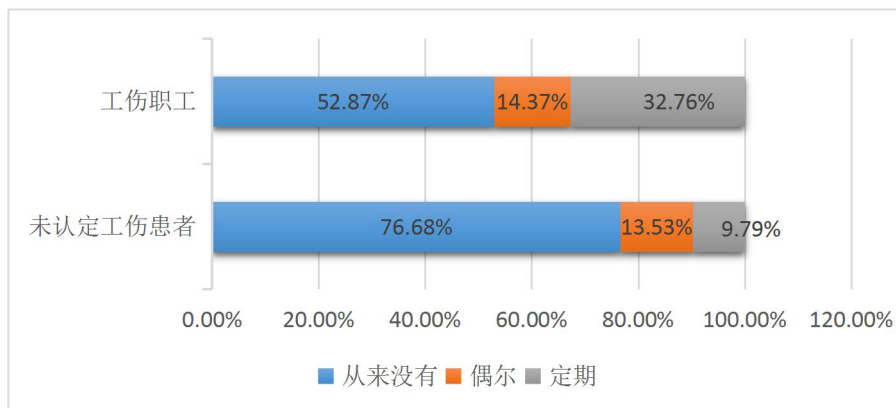


图 3-17：未认定工伤尘肺患者与工伤职工进行康复训练的情况对比

^① 在许多地区，工伤患者一次住院医疗期分为 8、18、28、38 天几个档。

^② 中华预防医学会劳动卫生与职业病分会职业性肺部疾病学组. 尘肺病治疗中国专家共识[J]. 环境与健康医学, 2018 (8):686.

^③ 全国人大常委会. 中华人民共和国职业病防治法(2018年修正). <http://www.lawtime.cn/faguizt/216.html>

(未认定工伤患者 N=1685；工伤职工 N=174)

3.4. 工伤职工与未认定工伤患者的生活情况对比

不同的保障政策让这两个群体呈现出了完全不同的生活状态。

3.4.1. 经济状况：未认定工伤患者入不敷出，工伤职工收入略有盈余

3.4.1.1. 目前工作情况对比

如下图所示，就目前的工作情况而言，由于丧失劳动能力，被调查的未认定工伤患者和工伤职工中分别有 53.13%和 47.59%的人目前的工作状态是“不干活，休息”，这成了尘肺病患者的常态。而这两个群体的不同主要有两点，一是工伤职工近一半的人（47.59%）的人处在“退休”状态，这意味着他们即便不干活，也可以拿到退休工资，而很多未认定工伤患者迫于经济压力更多地是在做家务、干农活或者在本地做一些轻松活儿，分别占到有效样本的 26.91%、17.27%和 9.81%。

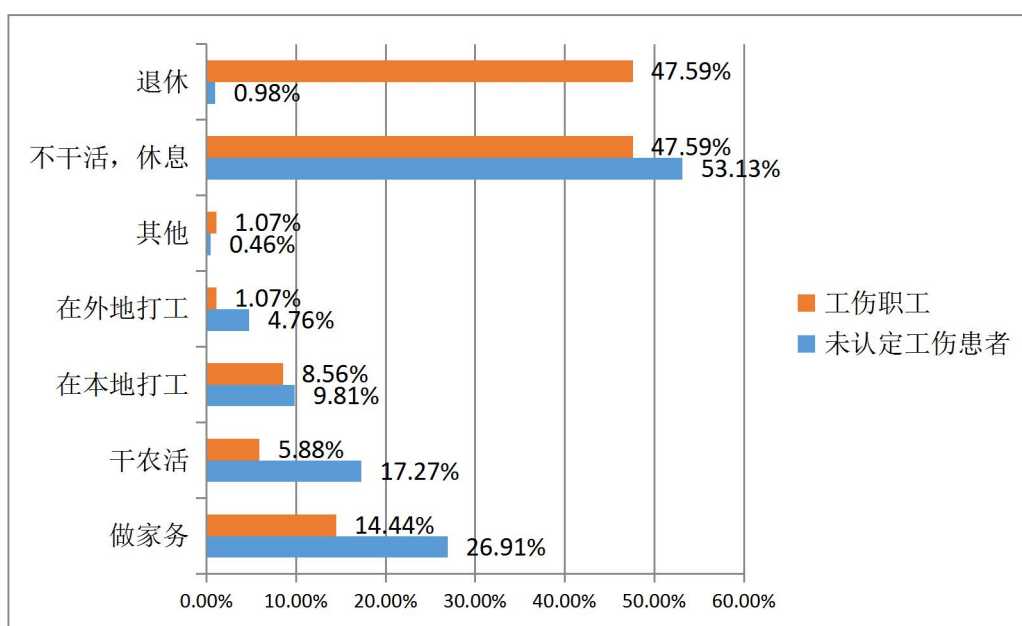


图 3-11：未认定工伤尘肺患者与工伤职工目前工作情况对比
(未认定工伤患者 N=1743；工伤职工 N=187)

3.4.1.2. 收入/支出对比

下表详细地反映了未认定工伤患者与工伤职工上一年的各项收入支出的平均值。首先在收入上，除了其他家庭成员可支配收入（多数为子女寄回）是未认

定工伤患者的平均年收入多一些外，其他收入均是工伤职工更胜一筹。本次调查的工伤职工在自己与配偶的年均工作收入以及保障年平均收入这两项上的优势最为明显，各超出未认定工伤患者一万三千余元，需要说明的是对于大多数工伤职工而言，工作收入与保障收入在调查中大多数是不兼得的。一般情况下，当工伤职工未到退休年龄或者未与用人单位解除劳动关系时，他们会享受停工留薪或是转离涉尘岗位的待遇，这时会继续领取工资；而当他们到了退休年龄，则更多的是以养老保险待遇的形式，计入到保障收入中。最终统计结果：未认定工伤患者去年一年的年平均总收入为 21333 元，工伤职工的年均总收入为 36288 元。

在支出上，除了生活支出和人情支出是工伤职工的平均年支出多于未认定工伤患者外，其余各项支出均是未认定工伤患者多于工伤职工。未认定工伤患者的医疗总支出（包括门诊、药品、住院）比工伤职工的年均支出多出 3500 元左右，而其他支出（主要是债务和房屋）也比工伤职工高出一大截。未认定工伤患者过去一年的年平均总支出在 30955 元，工伤职工的年平均支出为 28630 元。

仅从平均数来看，未认定工伤患者总收入低于工伤职工，总支出却较之高。未认定工伤患者处在严重的入不敷出状态，年均总支出超过总收入近一万元，而工伤职工还有盈余。

表 3-12：未认定工伤尘肺患者与工伤职工 2019 年收入/支出对比

尘肺患者年平均收入/ 支出		未认定工伤患者		工伤职工	
		平均值(元)	有效计数(个)	平均值(元)	有效计数(个)
收 入	农业收入	3876	817	5981	37
	工作收入	12435	844	25466	97
	子女寄回	15607	697	10338	37
	保障收入	4903	623	18065	51
	其他收入	3073	181	8986	14
	总收入	21333	1383	36288	106
支 出	农业支出	2308	790	1684	35
	生活支出	10526	1136	17545	98
	医疗支出-吃药	6953	1032	6368	73
	医疗支出-门诊	2981	577	1923	31
	医疗支出-住院	7922	691	5960	36
	教育支出	8945	756	6548	33
	人情支出	4069	829	4936	55
	其他支出	7238	169	2000	1
总支出	30955	1341	28630	102	

总收入-总支出	-9622	7658
---------	-------	------

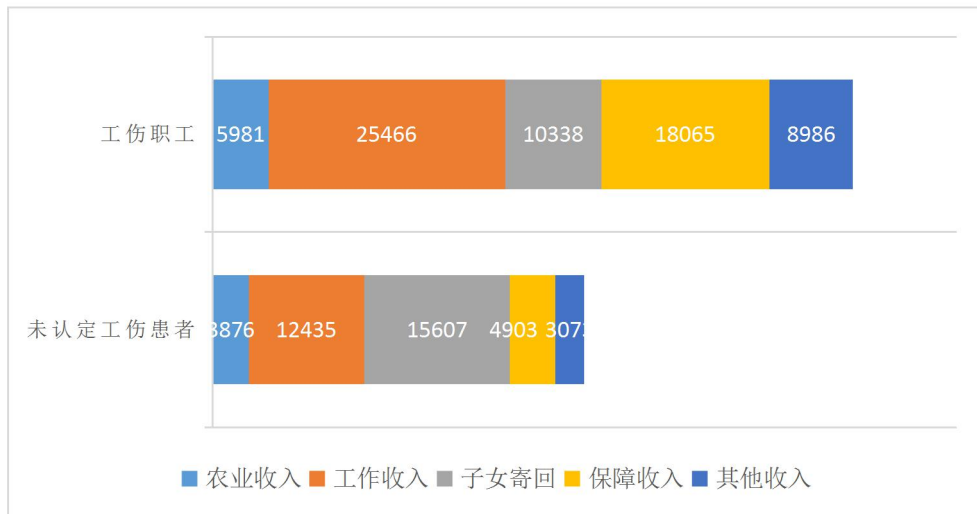


图 3-13: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工 2019 年各项收入平均值对比

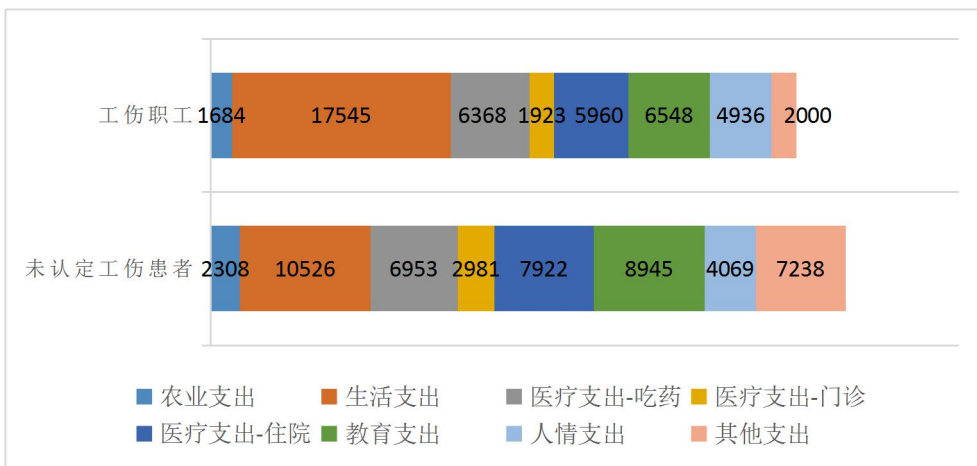


图 3-14: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工 2019 年各项支出平均值对比

3.4.1.3. 存款/欠债对比

21.15%的工伤职工明确表示他们有存款，比未认定工伤患者多出 10 个百分点。两个类别的患者在欠债上的差异尤为明显，22.22%的工伤职工表示他们目前有欠债，而未认定工伤患者中尚有欠债的占到近 62.91%。

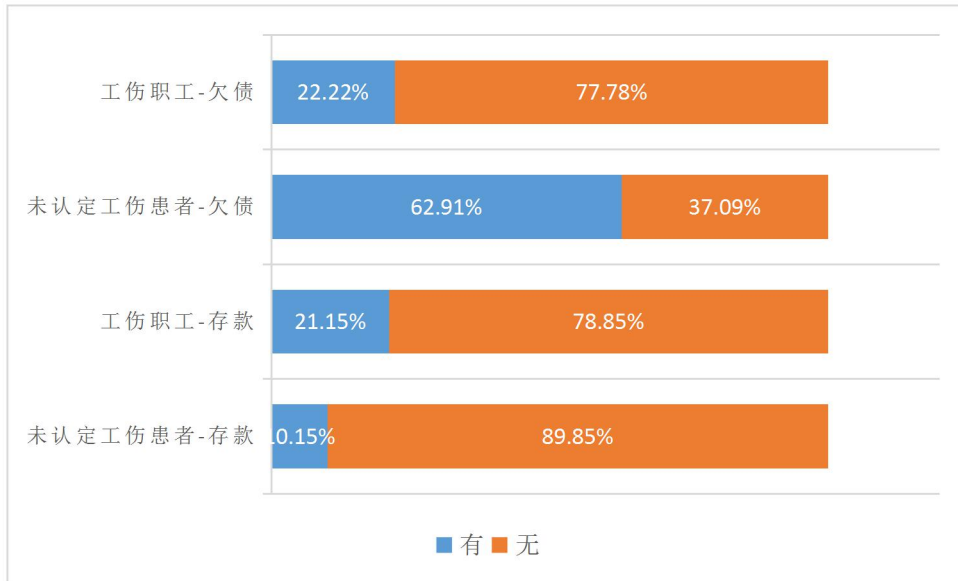


图 3-15: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工存款/欠债对比
 (未认定工伤患者-存款 N=1517; 工伤职工-存款 N=156; 未认定工伤患者-欠债 N=1545; 工伤职工-欠债 N=162)

同时，前述收支上的差异，还对两大群体家庭产生了不同影响：**9.41%**的未认定工伤患者患病后变卖过家产（N=1591），而工伤职工患病后变卖家产的比例是**4.91%**的（N=163）；**15.10%**的未认定工伤患者子女因家人患尘肺病辍学（N=1519），而**165**个有效工伤职工家庭中有**8**户家庭出现过子女辍学的情况，占**4.85%**。

3.4.1.4. 生活水平自我认知对比

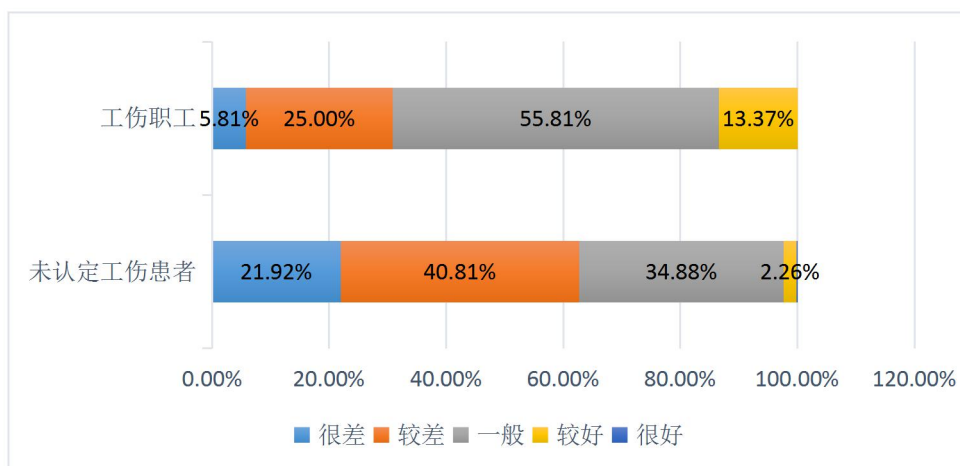


图 3-16: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工与亲友邻居相比的生活水平对比
 (未认定工伤患者 N=1551; 工伤职工 N=172)

保障差异除了带来身心与经济情况不同外，还影响了两个群体对自己生活水

平的认识。由上图可知，与亲友邻居相比，除了极个别情况，两类患者的生活水平不会出现“很好”的自我评价。总体来看，未认定工伤患者的生活水平自评显然是不如工伤职工的，主要有两点体现：一是工伤职工中仅有 5.81% 认为自己的生活水平很差，而未认定工伤患者的该项比例为 21.92%；二是 13.37% 的工伤职工认为与亲友邻居相比，自家的生活水平还是“较好”的，而认为自己生活水平较好的未认定工伤患者仅占样本量的 2.26%。

3.4.2. 需求情况对比：未认定工伤患者面临诸多生活困难

最后在调查尘肺患者的困难与诉求时，我们发现 32.09% 的工伤职工对目前的状况是相对满意的，他们没有提出什么自身难以解决的困难，这个比重是未认定工伤患者的十倍之多。此外，就我们列出来的尘肺患者经常出现的困难中，未认定工伤患者感受到困难的程度确实多于工伤职工。排在头两位的难题分别是“看病需要花很多钱”和“无法打工赚钱，没有收入来源”，分别占比 69.36% 和 56.74%，而有 36.90% 和 17.65% 的工伤职工感受到了这两项困难。另外，除了图 3-16 列出的这些难点，患者们反映比较多其他困难还包括住房问题、欠债问题、子女婚配问题等等。

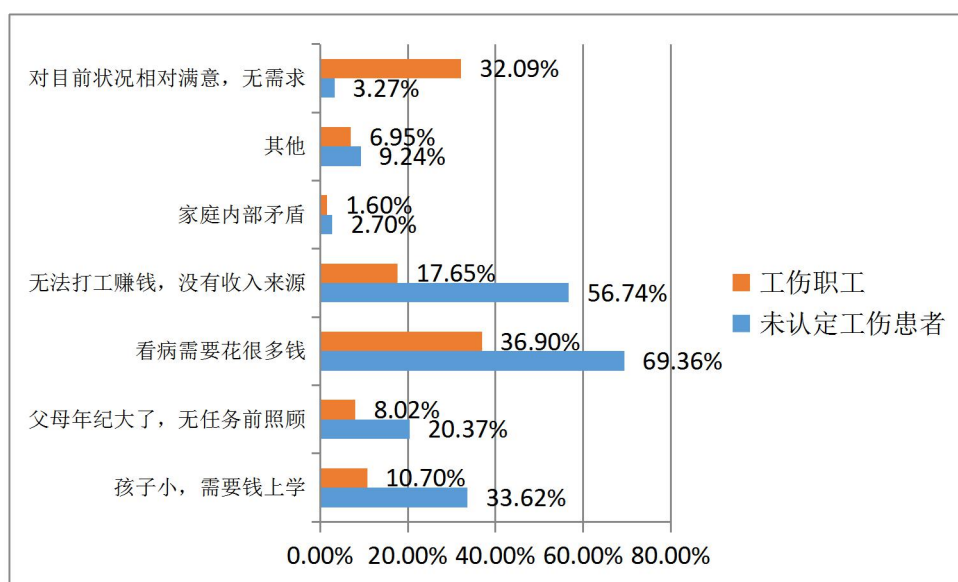


图 3-17：未认定工伤尘肺患者与工伤职工自己难以解决的困难对比
(未认定工伤患者 N=1743；工伤职工 N=187)

3.4.3. 健康状况自评：未认定工伤患者身心自评均更低

调研组用第二章所述方式请患者对自身健康状况做出自评。除了自我照顾能力是未认定工伤患者的平均得分与工伤职工相近外，其他各项指标包括总分都是工伤职工的平均得分高于未认定工伤患者。考虑工伤职工群体整体较未认定工伤患者更为年长，均患尘肺病的情况下反而较未认定工伤患者健康状态更好。可见，尘肺病虽然是一种没有医疗终结的疾病，但是只要有不错的医疗和生活保障，病人的生命质量还是会保持在一个较好的水平。

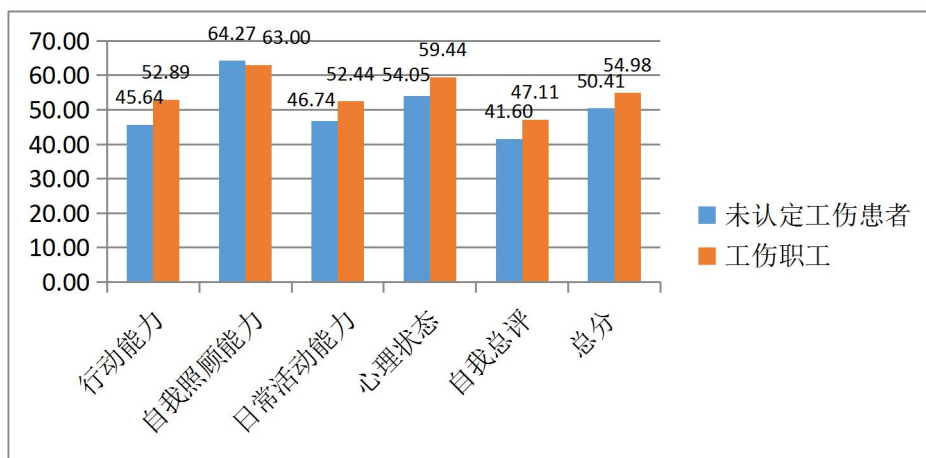


图 3-18：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的健康状态得分对比
(未认定工伤患者 N=1708；工伤职工 N=180)

3.5. 工伤认定中存在的难点

3.5.1. 诊断情况对比：诊断方式的明显不同

《职业病防治法》第四十四条规定，劳动者可以在用人单位所在地、本人户籍所在地或者经常居住地依法承担职业病诊断的医疗卫生机构进行职业病诊断。第四十六条规定了职业病诊断相关材料，包括病人的职业史；职业病危害接触史和工作场所职业病危害因素情况；临床表现以及辅助检查结果等。^①职业病诊断是认定工伤的第一步。

而在现实情况下，很多患者往往无法提供完整的材料进入到法定职业病诊断程序，他们中的一些人进行了用于政府救助的职业病诊断。考虑到上述复杂情况，

^①全国人大常委会. 中华人民共和国职业病防治法（2018年修正）. <http://www.lawtime.cn/faguizt/216.html>

我们将从医学诊断（即首次发现自己患病）和职业病诊断（既包括工伤认定，也包括政府救助的职业病诊断）两方面分析未认定工伤患者与工伤职工的尘肺病诊断差别。

3.5.1.1. 医学诊断对比

首先，两个群体在发现患病的途径上差异巨大，超过八成的工伤职工是通过单位组织体检检出的尘肺病，职业健康检查本身是符合图 3-1 反映的我国职业病防治法相关规定的。然而未认定工伤患者中只有 7.47% 的是在单位组织的体检中检出尘肺病，他们中更多的是自己体检、肺病病症就诊时发现或者其他途径发现患病，这里的其他途径很多指的是政府组织的筛查。

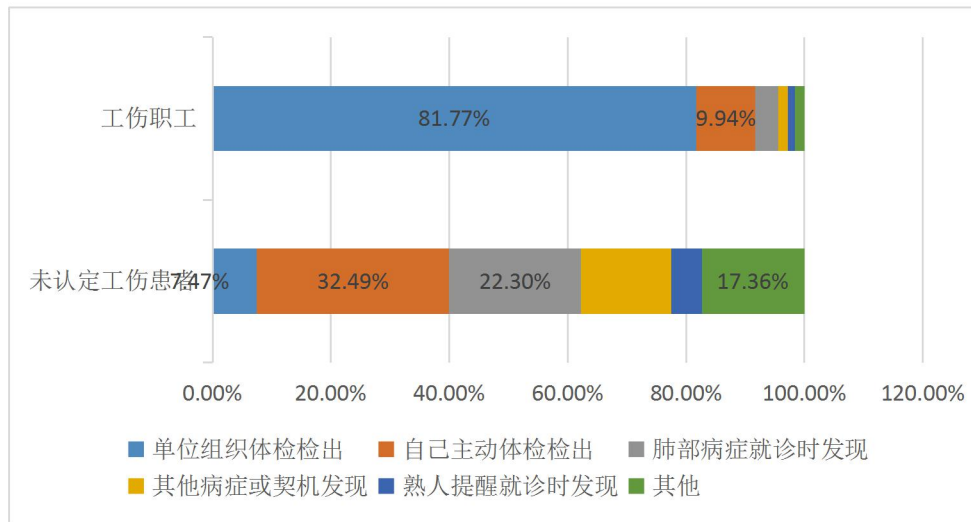


图 3-19：未认定工伤尘肺患者与工伤职工发现患病的途径对比
(未认定工伤患者 N=1659；工伤职工 N=181)

3.5.1.2. 职业病诊断对比

据统计，未认定工伤患者中做过职业病诊断的占样本量的 59% (N=1673)，工伤职工中做过职业病诊断的 86.74% (N=181)，其他为没做过职业病诊断和记不清楚的。而在做过职业病诊断的未认定工伤患者中拿到职业病诊断的占 93.01% (N=959)，工伤职工中拿到诊断证明的占 97.26% (N=146)。

以下是两个群体在进行职业病诊断过程中，确认劳动关系的材料。

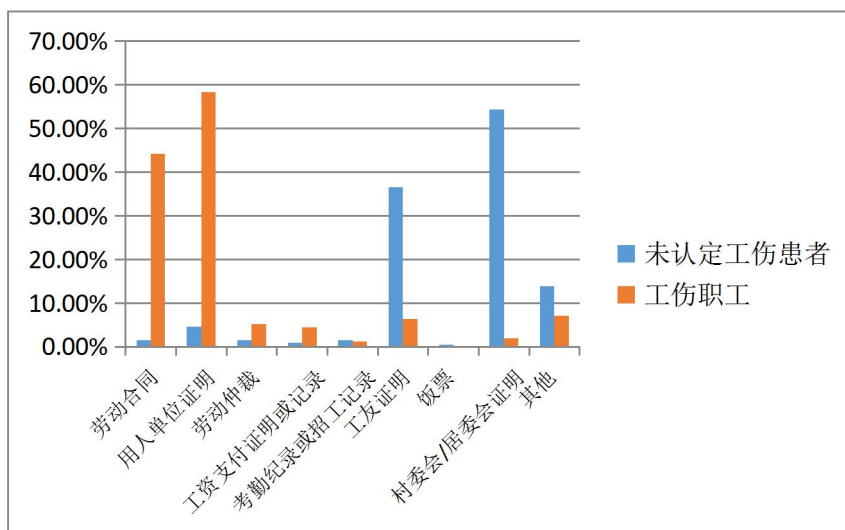


图 3-20：未认定工伤尘肺患者与工伤职工职业病诊断确认劳动关系的材料对比
(未认定工伤患者 N=956；工伤职工 N=156)

由上图可知，在被调查的尘肺患者中，运用劳动仲裁及相关材料如工资支付证明或记录、考勤记录或招工记录、饭票等材料的比例是较低的，均不到 10%。对于未认定工伤患者而言，他们主要提供工友证明，占 36.51%，54.39%的未认定工伤患者用到了村委会/居委会出具的证明。

而从结果来看，通过村委会证明拿到的职业病诊断往往不具备用于工伤认定的法定职业病诊断的效力，因为他们的用人单位要么找不到，要么已经不存在，诊断只能用于政府救助，这也是这个群体没有拿到工伤认定决定书的直接原因。

另一方面，对工伤职工而言，在进行职业病诊断时，他们中 44.23%的人提供了劳动合同，58.33%的用人单位开具了劳动关系证明。此外，未认定工伤患者提到的“其他”材料主要还有胸片，工伤职工中有人提到了“工会证明”。

3.5.2. 工作地点与单位类型：未认定工伤患者劳务关系不稳定

上文解释了尘肺病患者在拿到职业病诊断后为何有些人无法以此做出工伤认定。而对于没有做职业病诊断的人，他们无法诊断的原因往往在于劳动关系不确定。这与其务工流动性和单位类型密切相关。

3.5.2.1. 工作地点——未认定工伤患者的流动性更强

两个群体在从事高粉尘工作的主要地点上的区别是非常显著的。绝大多数 (94.62%) 的工伤职工是在本市县或者本省其他市县从事高粉尘工作，而未认

定工伤患者这两个比例相加为 65.57%，低于工伤职工近 30 个百分点。21.68% 的未认定工伤患者在外省（或直辖市）打工，另有 12.75% 的未认定工伤患者的工作地点是不固定的。通过工作单位数量对比，可以更明确发现未认定工伤患者的流动性远高于工伤职工这一特点。

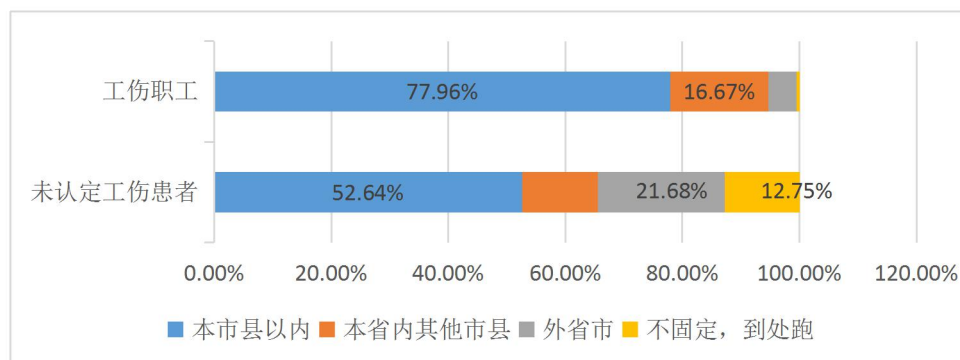


图 3-21：未认定工伤尘肺患者与工伤职工工作的主要地点对比
(未认定工伤患者 N=1725；工伤职工 N=186)

由下图所知，超过四分之三的工伤职工只在一家工作单位工作，而未认定工伤患者的这个比例不到三成。与此同时，有接近一半的未认定工伤患者的涉尘单位数量超过 5 个。

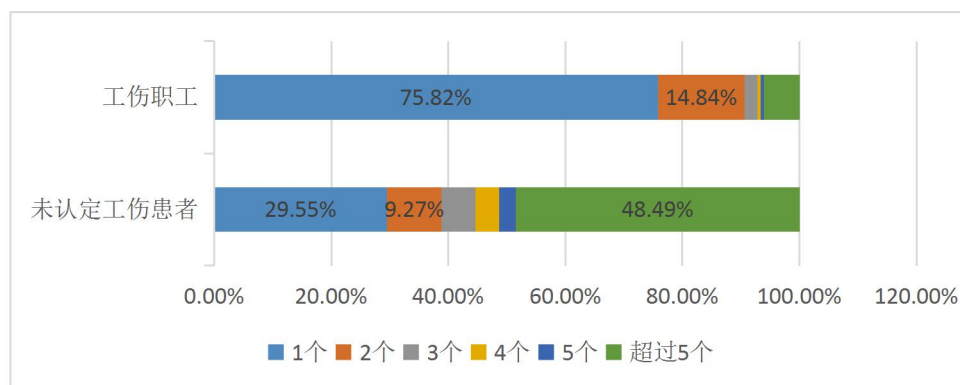


图 3-22：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的涉尘单位数量对比
(未认定工伤患者 N=1726；工伤职工 N=182)

尘肺病具有晚期，如果务工流动性较高则进一步加大追责难度，可能形成患者因 A 厂家用工条件差而患上尘肺病，而后辗转 B、C、D 多个厂家后在 E 处打工时发病的情况。目前的追责制度一般情况下要求 E 作为用人单位对该病人负责。调研过程中有卫生行政部门官员表示其认为尘肺病的追责是“击鼓传花”式追责。而只有确认了劳务关系、职业危害因素接触史后，患者才可以做职业病诊断，许多患者便因此卡在了职业病诊断的门外。

3.5.2.2. 劳务关系——稳定规范的国企工伤职工与流动无序小微企业未认定工伤患者

如图 3-23 所示，工伤职工和未认定工伤患者在工作单位类型的差异是显而易见的，81.42%的工伤职工从事高粉尘工作主要在国有企业。而不到一成的未认定工伤患者是在国企工作。未认定工伤患者中接近一半的是在私人小作坊工作，而工伤职工中主要在私人小作坊工作的仅为 6.01%。或许正是这种工作单位类型的差异，对下文所述截然不同的劳务关系产生了影响。

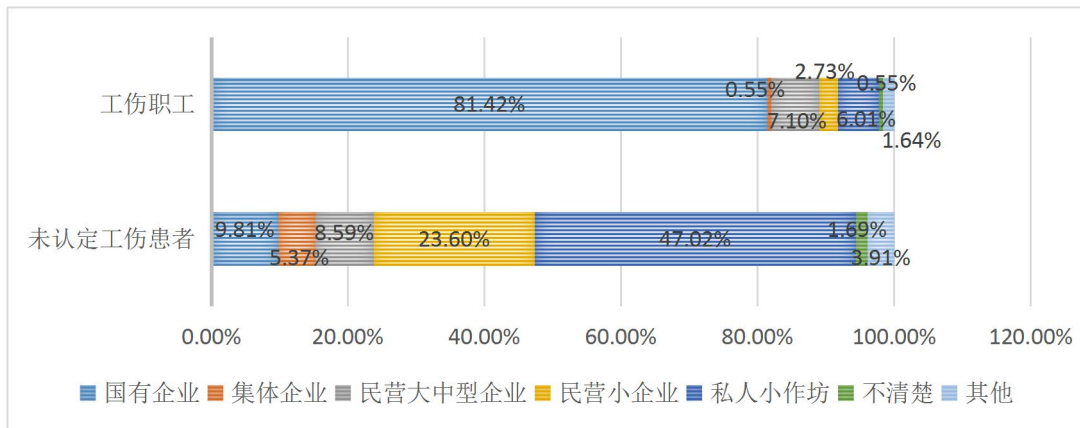


图 3-23：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的工作单位类型比较
(未认定工伤患者 N=1712; 工伤职工 N=183)

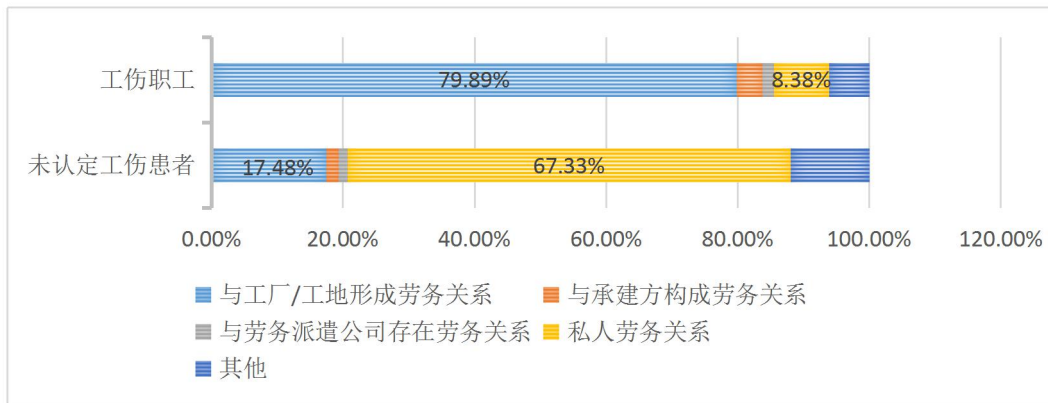


图 3-24：未认定工伤尘肺患者与工伤职工的劳务关系对比
(未认定工伤患者 N=1659; 工伤职工 N=169)

通过上图的比较可以发现，未认定工伤患者与工伤职工在劳务关系上的差别呈现出突出的两极性，即绝大多数（79.89%）的工伤职工是与用人单位本身形成的劳务关系，而多数（67.33%）未认定工伤患者则是与如包工头形成的私人劳务关系。劳务关系上的差别也直接导致了这两个群体在劳动合同和工伤保险上

的差异。

表 3-25：未认定工伤尘肺患者与工伤职工劳动合同与工伤保险情况对比

劳动合同与 工伤保险情 况	劳动合同				工伤保险			
	未认定工伤患者		工伤职工		未认定工伤患者		工伤职工	
	频数	频率	频数	频率	频数	频率	频数	频率
所有都有	43	2.57%	125	69.83%	42	2.51%	121	68.36%
大部分有	11	0.66%	4	2.23%	16	0.96%	4	2.26%
部分有	33	1.98%	8	4.47%	43	2.57%	10	5.65%
小部分有	56	3.35%	5	2.79%	29	1.73%	5	2.82%
从来没有	1515	90.72%	30	16.76%	1500	89.66%	25	14.12%
不清楚	12	0.72%	7	3.91%	43	2.57%	12	6.78%
合计	1670	100.00%	179	100.00%	1673	100.00%	177	100.00%

可以看出劳动合同签订和工伤保险缴纳具有一致性，即劳动合同签订越普遍，工伤保险缴纳越及时。不到一成的未认定工伤患者有过劳动合同或工伤保险，这也直接导致了这一群体在病发后进行职业病诊断鉴定与申请保障赔偿上的难度。另外，值得注意的是，工伤职工中也有一定比例（16.76%；14.12%）的劳动者表示自己从来没有过劳动合同或工伤保险。

3.5.3. 工作时间和从业原因：两种体制下的两种人群

3.5.3.1. 工作时间——计划经济为主的工伤职工与市场经济初期的未认定工伤患者

在首次从事高粉尘工作的年份上，未认定工伤患者与工伤职工呈现出两种不同的趋势。从上世纪中下叶起，未认定工伤患者从事高粉尘工作的比例逐渐上升，至 90 年代达到峰值，被调查的 1395 个有效样本中，46.38% 的在 1991-2000 年开始从事高粉尘工作，而到了 21 世纪，这个比例就开始下降。

然而，被调查的工伤职工在上世纪 70 年代以前开始从事高粉尘的比例最高，70 年代后开始从事高粉尘工作的，除在本世纪初稍有回升外，总体呈现下降趋势。而在两个群体首次高粉尘工作年龄的对比上，我们发现 18-25 岁对两个群体来说都是从事高粉尘工作比例最高的年龄段。而不同点在于，未认定工伤患者从事高粉尘工作的年龄较工伤职工而言更分散。一方面，未认定工伤患者在未成年

时期从事高粉尘工作的比例要高于工伤者；另一方面，未认定工伤患者在 25 岁之后从事高粉尘工作的比例也高于工伤者。

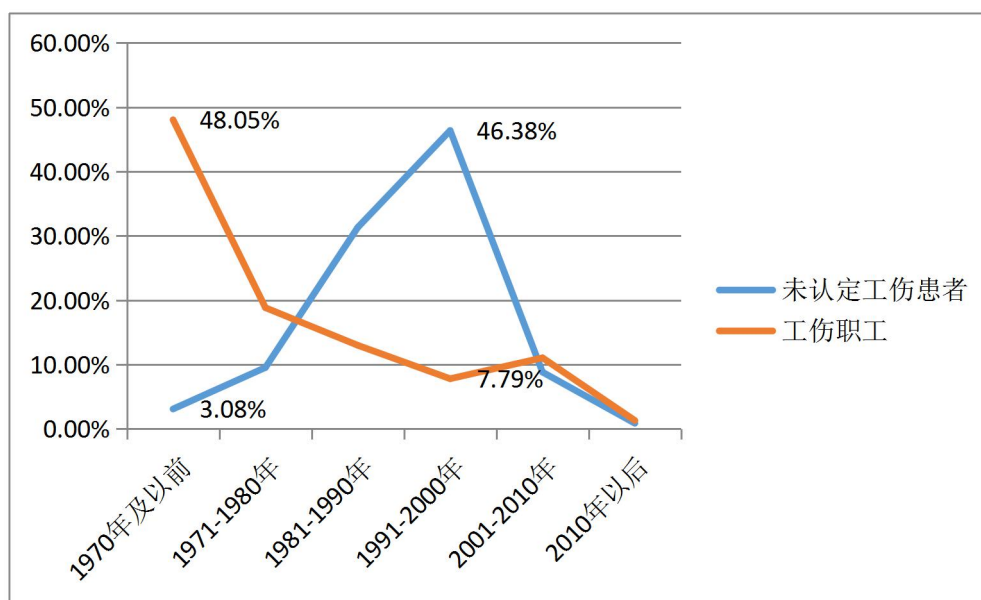


图 3-26: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工首次从事高粉尘工作的年份对比
(未认定工伤患者 N=1395; 工伤职工 N=154)

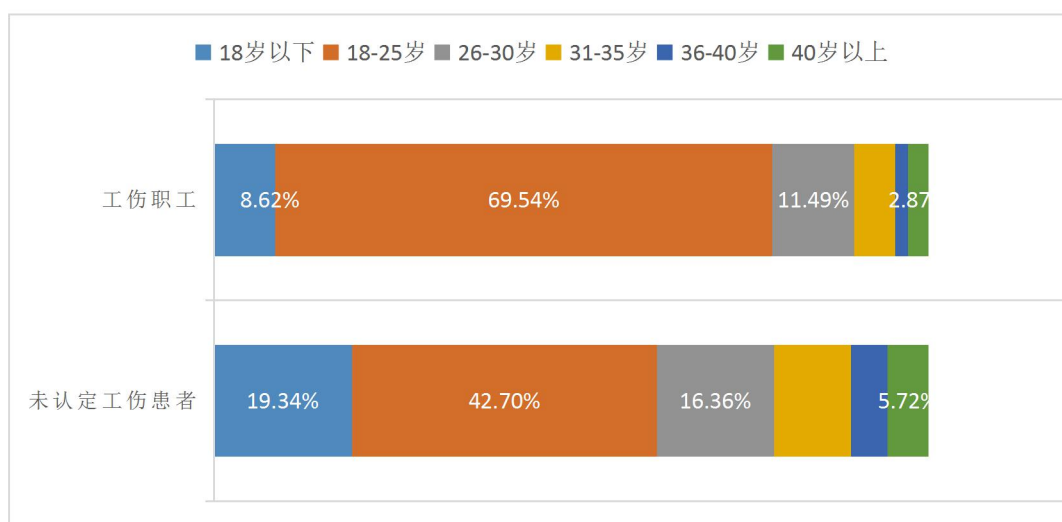


图 3-27: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工首次从事高粉尘工作的年龄对比
(未认定工伤患者 N=1644; 工伤职工 N=174)

就总涉尘年限来看，工伤职工的 170 个样本中，最多从事高粉尘工作 47 年，最少从事 2 年，平均从事 24.31 年；未认定工伤患者的 1671 个样本中，最多从事高粉尘工作 52 年，最少从事半年，平均从事 17.63 年。

表 3-28：未认定工伤尘肺患者与工伤职工共从事高粉尘工作的时间对比（年）

共从事高粉尘工作的时间（年）	未认定工伤患者	工伤职工
最大值	52	47
最小值	0.5	2
均值	17.63	24.31
中位数	18	26
有效计数	1671	170

3.5.3.2. 从业原因——未认定工伤患者倾向于高收入，工伤职工受统一招工影响较大

在询问这两个群体从事高粉尘工作的原因时，我们发现接近六成的未认定工伤患者都选择了“收入相对较高”这一项。而工伤职工中仅有 25.67%把这一点作为自己选择该职业的原因，他们中超过四成的人从事高粉尘工作的原因在于用人单位统一招工，这或许与工伤职工中多数是在上世纪 90 年代之前从事高粉尘工作有关，因为那时尚在计划经济时期，“统一招工”现象更为普遍。此外，无论是未认定工伤患者还是工伤职工，都提到的从事涉尘工作的其他原因包括：本地矿产丰富，其他工作机会又少，出于离家近的考虑选择该行，或者是家族传承的原因，父辈就从事涉尘工作。而小部分工伤职工还提到了部队转业到涉尘单位。

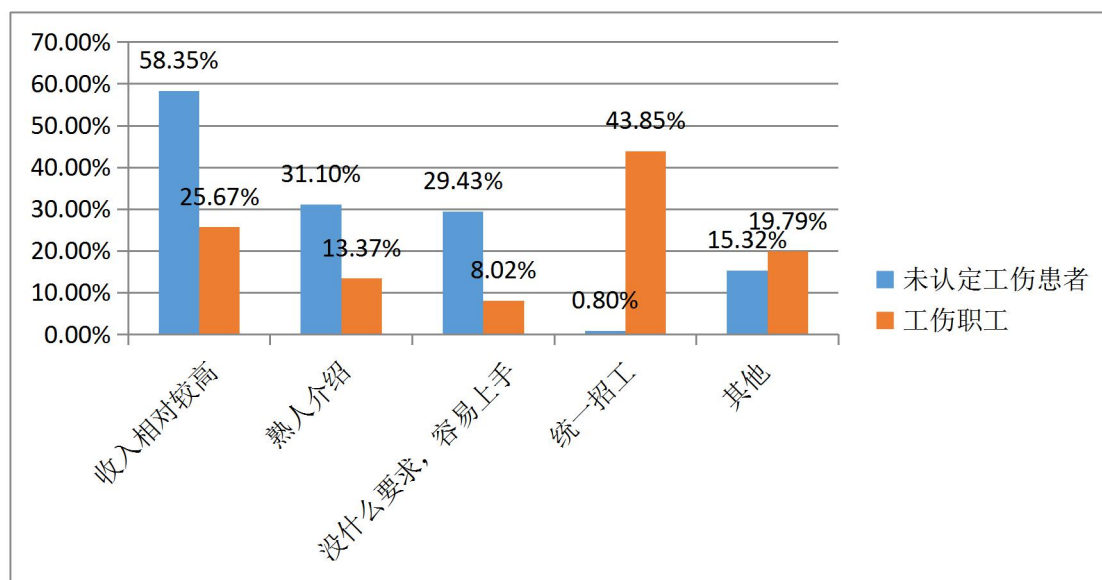


图 3-29：未认定工伤尘肺患者与工伤职工从事涉尘工作的原因对比（未认定工伤患者 N=1743；工伤职工 N=187）

3.6. 工伤职工面临的困难

同时，我们也要注意。工伤职工虽然相对未认定工伤患者有更好的保障，但他们的不少基本生活需求仍未能满足。在实际操作的过程中，有着各种各样的问题。

在调查过程中，出现了工伤职工向调查人员“诉苦”的情况。

某地有许多工伤职工对调查人员说，用人单位“骗”他们在他们是壹期尘肺时解除了劳动合同，给了一次性的赔偿。然而一次性赔偿金额对于无收入又需长期医疗的患者而言几年便用完了。因工伤入院需要用人单位安排，他们也没有任何医疗保障，再去打工也没人肯要，生活陷入困境。

另有某地一县，上世纪煤矿产业发达，经济迅速发展的同时却造成了尘肺病的爆发。工伤认定的患者人数远超该县城的接诊能力。与此同时，许多患者反映称，他们的住院补助、生活护理费、退休金等均拿不到法律规定应有的标准，工亡待遇没有明确规范。当地工伤定点医院医生称，“本地在工伤上已经没有资金，对医院的欠账就已经高达上千万元，而患者所说的一些情况也确属实情。”

4. 精准扶贫及各类政策效果显著

4.1. 精准扶贫与尘肺农民

4.1.1. 精准扶贫方略惠及尘肺病农民

自 2013 年中央提出“精准扶贫”，全国上下掀起了精准扶贫的热潮。2015 年 11 月 29 日，中共中央、国务院颁布了《关于打赢脱贫攻坚战的决定》，明确提出了“实施精准扶贫方略，加快贫困人口精准脱贫”。自此，各级政府也纷纷出台系列政策落实精准扶贫有关具体要求。

尘肺病农民因病丧失了部分或全部劳动能力，导致家庭收入显著减少，同时又因疾病治疗加大了家庭支出，成了农村地区（尤其是贫困地区）因病致贫、返贫的脆弱群体。在精准扶贫全国一盘棋的格局下，很多地区将尘肺病农民的因病致贫问题纳入了政策视野。2016 年 4 月 28 日，原国家卫生计生委与国务院扶贫办联合启动了农村贫困人口“因病致贫、因病返贫”调查工作，将“尘肺”专项列为两种“呼吸系统疾病”中的一种（另一种为“慢性阻塞性肺气肿”），作为 45 个重点病种中的一项专门予以调查。此次调查为健康扶贫政策的制定提供了重要依据。

精准扶贫包含了产业扶持、转移就业、易地搬迁、教育支持、医疗救助等全方位扶贫措施，因此被纳入建档立卡贫困户的尘肺病农民能获得上述诸方面的扶贫政策支持。仅以健康扶贫政策为例，2017 年 4 月 12 日，原国家卫生计生委等 6 部委联合印发了《健康扶贫工程“三个一批”行动计划》，各省也陆续制定了对应的实施方案。例如：2017 年 6 月 30 日，湖南省《健康扶贫工程“三个一批”行动计划实施方案》，率先将“农民工尘肺病患者”纳入健康扶贫工程。2018 年 11 月，国家卫健委等联合印发《健康扶贫三年攻坚行动实施方案》，提出“2018 年，将尘肺病纳入大病专项救治范围”。山西省的《健康扶贫三年攻坚行动实施方案》，提出自 2019 年起，将“尘肺”专项列入大病救治病种，充分利用对口支援、巡回医疗、大病集中救治月活动，对大病贫困患者分类分批开展救治。广西壮族自治区制定《进一步加强健康扶贫工作若干措施》，同样提出对罹患尘肺的建档立卡贫困人口进行集中救治。

此外，多地还通过将尘肺病纳入慢性病管理的方式，让尘肺病农民获得了一

定程度上的药物报销优惠和慢性病管理服务支持。

4.1.2. 尘肺病农民中的精准扶贫实施

调查结果显示，在 1580 个有效样本中，27.85% 的尘肺农民目前正在城乡居民最低生活保障范围，每户平均获得 425.16 元/月，2015 年调研时拥有低保的尘肺农民占 21.23%，^①可见低保在尘肺农民中的覆盖率有所提高。

2019 年调研的 1481 个样本中，39.64% 的尘肺农村家庭是建档立卡贫困户，图 4-28 展示了他们印象深刻的扶贫类型。

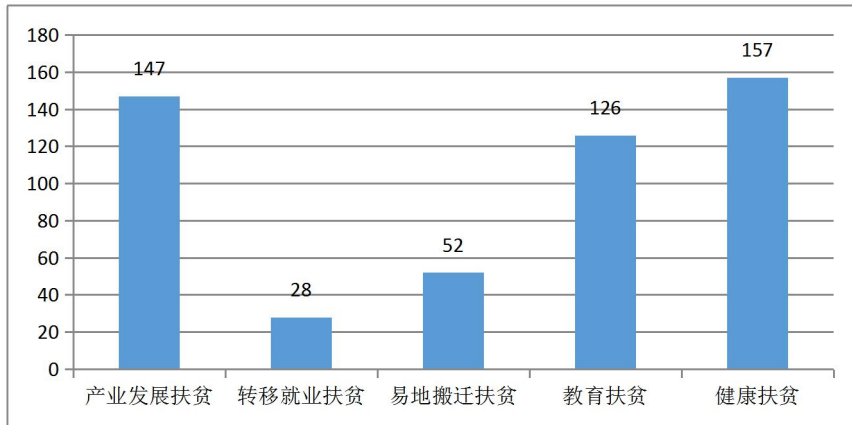


图 4-1：尘肺农民印象深刻的府扶贫类型（人次）（N=684）

显然，对于患者来说，健康扶贫是最息息相关的，以山西省为例，2017 年 8 月 6 日，《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》正式出台，从提标、控费、兜底和衔接四个方面入手，通过建立“三保险、三救助”（基本医保、大病保险、补充医疗保险，个人缴费救助、免费适配辅助器具救助、特殊困难帮扶救助）兜底保障长效机制，有效破解因病而贫“支出型”贫困。在门诊慢性病保障上，患 35 种慢性病的按病种支付限额内 100% 报销；在住院治疗保障上，县、市、省三级医疗机构住院时，个人年度医保目录内自付费用分别不超过 1000、3000、6000 元，医保目录外费用按 85% 的比例报销。^②

^① 中华社会救助基金会大爱清尘基金.中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2015）[R].北京:中华社会救助基金会大爱清尘基金,2015:35.

^② 山西经济日报. 病致贫、因病返贫是影响农村贫困户脱贫的重要因素。我省聚焦深度贫困地区和特殊贫困群体的健康状况，以问题和需求为导向，抓热点，定焦点，攻难点，探索走出一条具有山西特色的新路径——山西为健康扶贫“把脉开方”。http://www.shanxi.gov.cn/yw/sxyw/201809/t20180901_473867.shtml

其次，产业发展扶贫和转移就业扶贫是帮助尘肺患者及其家庭增加收入，直接实现“造血”的方式，各地也纷纷发力，如2016年陕西省镇安县推行了大户带、企业带、“三社”带(即供销社、信用社、专业合作社)，联产、联业、联股、联营的“三带四联”产业脱贫模式，所谓联产就是贫困户利用自己承包经营的土地、林地及自身拥有的资源等，参与专业合作社、村级产业发展公司、龙头企业的基地建设，享受土地流转租金等收益。所谓联业就是组织贫困户到龙头企业就业务工，增加工资性收入；或者由龙头企业提供种苗、技术服务，签订收购合同，统一收购，统一销售，增加经营性收入。所谓联股就是对无产业项目、无就业渠道的贫困户，将所承包的土地、林地等经营权，以及房屋等财产权经评估后入股到企业、合作社，享受固定收益分红。所谓联营就是建设公益性项目，为城镇贫困户提供就业岗位，引导诚信贫困户入股或财政扶贫资金配股，增加收入来源。^①

易地搬迁扶贫通过为贫苦户提供搬迁或危房改造的补贴，改善了贫困户的居住条件，这也是2019年尘肺农民生活支出（尤其是住房支出）相比四年前下降^②的原因之一。另外，如前文所说，有超一半的尘肺农民家中有孩子在上学，类似于“两免一补”的政策^③也减轻了尘肺家庭的经济负担。

4.2. 尘肺病人享受的保障政策

4.2.1. 尘肺病农民专项救助政策陆续出台

2016年1月8日，原国家卫计委等十部委印发《关于加强农民工尘肺病防治工作的意见》，是我国近年来首个面向尘肺病农民工群体的专项政策。该《意见》第五款专门提出“切实解决特困尘肺病农民工医疗和生活问题”。此后，各级地方政府在不同政策中落实了上述要求。

一是将医疗救助和社会救助写入《职业病防治规划》。2016年12月26日，

^① 商洛日报. 从“三带四联”到“户分三类”镇安县产业扶贫调查报告.

<http://www.zazf.gov.cn/zaxw/mbgz/80313.htm>

^② 后文将详述。

^③ “两免一补”是指国家向农村义务教育阶段（小学和初中）的贫困家庭学生免费提供教科书、免除杂费，并给寄宿生补助一定生活费的一项资助政策，简称“两免一补”。参见

http://www.gov.cn/banshi/2006-09/04/content_376956.htm

国务院办公厅印发《国家职业病防治规划（2016-2020年）》，在强调工伤保险这一法定应有保障的同时，提出了“完善大病保险和医疗救助制度，及时将符合条件的职业病患者纳入大病保险和城乡医疗救助体系，加大救助力度”。甘肃省人民政府《甘肃省职业病防治“十三五”规划》，明确提出“完善工伤保险和社会救助体系”，其中在社会救助体系方面专门强调了“基本医疗保险、大病保险、医疗救助、慈善救助、商业保险等有效衔接”，和“将符合条件的职业性尘肺病等职业病人家庭及时纳入最低生活保障范围”。其他各省级政府制定的规划大致与之相似。

二是开展尘肺病农民工基本医疗救治救助项目。原湖南省卫计委等5部门于2017年3月21日印发了《尘肺病农民工基本医疗救治救助实施方案》，以“应治尽治、应保尽保、应助尽助”的原则，在全国范围内率先对符合救治救助条件的农民工尘肺病患者开展医疗救治救助服务。在省级层面开展尘肺病农民专项医疗救助，为解决尘肺病农民所面临的“诊断难”“治疗难”“保障难”等问题，在资金筹措、职能部门协作、尘肺病临床诊断、救治救助程序等方面积累了一定的经验。

三是开始探索尘肺病农民工救治救助长效机制。陕西省人社厅等6部门于2016年印发了《关于进一步做好我省矽肺病农民工救治救助工作的通知》，推动解决矽肺病农民工的生活和医疗问题。提出要将矽肺病农民工纳入城乡居民基本医疗保险保障范围。要充分发挥城乡居民基本医疗、工伤保险、社会救助等多层次、多渠道的保障作用，建立解决矽肺病农民工救治救助问题的长效机制。此后陕西省内市、县级地方政府还制定了《矽肺病患者救治救助实施方案》等，提出开展矽肺病农民工调查摸底工作，开展矽肺病农民工救治救助工作，在生活、教育、就业等方面做好救助工作等举措。

湖南、陕西两省的政策实施与落实情况将于后文详述。

4.2.2. 《尘肺病防治攻坚行动方案》出台

2019年7月11日，国家卫健委等10部门联合制定了《尘肺病防治攻坚行动方案》，提出了包括粉尘危害专项治理、尘肺病患者救治救助、职业健康监督执法、用人单位主体责任落实以及防治能力提升等五项行动，其中“尘肺病患者

救治救助行动”拉开了尘肺病患者救治新阶段的序幕，可谓尘肺病农民保障的重大利好政策。其中提到“对诊断为尘肺病的患者实施分类救治救助”，其中“对于已经诊断为职业性尘肺病，但没有参加工伤保险且相关用人单位已不存在等特殊情况的，以及因缺少职业病诊断所需资料、仅诊断为尘肺病的患者，将符合条件的纳入救助范围，统筹基本医保、大病保险、医疗救助三项制度，做好资助参保工作，实施综合医疗保障，梯次减轻患者负担；对基本生活有困难的，全面落实生活帮扶措施。医疗保障部门、人力资源社会保障部门要按照程序将符合条件的尘肺病治疗药品和治疗技术纳入基本医疗保险和工伤保险的支付范围。（国家卫生健康委、人力资源社会保障部、民政部、国家医保局按职责分工负责，地方人民政府落实）。”

同时，在保障措施上，明确提出了“落实地方政府责任”，各地方政府据此成立了一般由省长为组长的防治工作领导小组，“研究落实各项防治措施，及时协调解决防治工作中的重大问题”，同时明确提出“尘肺病防治目标与脱贫攻坚任务同步完成”。^①这一相当高规格的组织设置，有望为各地尘肺病农民问题的属地化解决提供强有力的支持与保障。

4.2.3. 各地保障政策一览

有不少地区做过针对尘肺病农民工的专项救助政策尝试，本节将对调研地区的尘肺病保障政策进行总结。首先，放开职业病诊断中关于劳动关系的“严苛要求”，以村委会/居委会/工友证明的方式，让尘肺农民进行职业病诊断，拿到明确期别的职业病诊断证明是对患者实施无论是医疗还是生活救助的第一步。据了解，本次调研的地区中，截至 2019 年 8 月，已放开诊断的有河南栾川县、青海、辽宁葫芦岛市、陕西商洛市、甘肃古浪县部分、湖南、重庆城口县、广西马山县部分。调查发现，这些地方放开诊断的共同点往往是一段时间内尘肺病的集中爆发、新闻舆论的热潮以及集体性上访维权事件引起了政府的重视，但后期由于政府财力不够等原因，并不是所有放开诊断的地区都出台了相应的专项保障政策，已了解到的地方政策如下。

根据 2005 年的媒体报道，广西职业病防治研究所针对马山县赴海南东方市

^① 国家卫健委职业健康司. 尘肺病防治攻坚行动方案.
<http://www.nhc.gov.cn/zjyks/pqt/201907/761eaa530f6f482bbd7b1669aecca399.shtml>

和乐东金矿打工农民的普查结果令人震惊：在对 348 人进行检查和诊断后，专家们诊断出矽肺病 152 例，检出率竟高达 42.22%，合并肺结核率也高达 25.66%。^①有关专家表示，按照综合检出率高和其他因素推算，马山县农民工职业病情有可能成为当时全国最大的一起职业病案例。这件事引起了广西壮族自治区政府的高度重视，区里组成了农民工维权的领导小组，积极开展各方面的救助工作。^②14 年后，在我们进行调研时，相关人士表示已由当地财政出钱，让这些外出海南金矿打工的马山县农民得到了类似于工伤患者的医疗费用全报销的待遇，病人可到广西工人医院进行免费治疗。

类似案例还发生在甘肃省古浪县，自 2008 年 11 月起，甘肃媒体陆续接到古浪尘肺病患者反映 300 多名农民集体患上矽肺病的情况。2009 年底，《中国经济时报》介入调查，并于 2010 年 1 月 20 日刊发《甘肃“尘肺村”揭秘 黑松驿镇惊现近百尘肺病农民工》的文章，甘肃古浪尘肺病群体开始进入公众视野。2011 年 3 月，古浪县利用社会各界募集来的 480 多万慈善资金和酒泉市垫支的 600 万应急救济资金一并设置为尘肺病医疗救治专项资金，对于当时查出来的 179 名患者进行医疗费用全报销，为呼吸困难的患者发放制氧机。同时中共古浪县委办公室、古浪县人民政府办公室印发《古浪县尘肺病患者家庭生产扶持方案》，一户一方案，发展尘肺病农民工家庭经济。^③

按照陕西省山阳县 2016 年 1 月印发的《山阳县人民政府办公室关于进一步做好矽肺病患者家庭救治救助工作的通知》，山阳县共有 4 项措施对尘肺农民实施生活救助：①由镇社保站同县民政局对接，按照“应保尽保”的原则，对符合城乡低保政策的矽肺病患者家庭，按程序按类别纳入城乡低保保障范围；对不符合城乡低保政策的矽肺病患者家庭，可申请 3000 元/户·年的临时救助。同时，按照每户每月 500 元标准对矽肺病患者家庭生产生活予以补助。②由镇中心校同县科教局对接，将矽肺病患者家庭困难子女就学纳入救助范围，对上义务教育阶段学校的，享受农村义务教育阶段营养改善计划和寄宿生生活困难补助；对上中等职业学校的，免除学费并享受国家助学金；对上普通高中的，享受贫困生国家助学金并免除高中学费；对上大学的，优先提供大学生生源地助学贷款。③由镇农

^① 新华社南宁。广西马山县 152 名民工遭矽肺病折磨。

<http://news.sina.com.cn/c/2005-07-19/07396469641s.shtml>

^② 中国法治报道。广西马山县矽肺病调查。 <http://www.cctv.com/program/zgfbzd/20060110/101697.shtml>

^③ 央视网。聚焦三农|农用车安全状况调查(20111217)。

<http://tv.cntv.cn/video/C10380/6391b82be3104e52bc8eb20d78a33db5>

业综合服务站同县扶贫局对接，对建档立卡贫困库的矽肺病患者家庭子女，上中等职业学校的，每年资助生活费 3000 元；对上二本以上的大学生，给予一定的生活费资助。^④由镇工会联合会同县总工会对接，对入会的矽肺病患者子女当年考入本科大学并提出申请的，纳入工会“金秋助学”范围，给予一次性救助。^①类似政策《商洛市矽肺病患者救治救助实施方案》曾由商洛市人民政府办公室印发，意在全市实施。不过，由于政府财力有限等原因，未能普遍推广开来。^②

2017 年 3 月 22 日，湖南省卫生计生委、人力资源和社会保障厅、财政厅、民政厅、总工会印发了《湖南省尘肺病农民工基本医疗救治救助实施方案》：“将《诊疗规范》内的药品和诊疗项目全部纳入城乡居民基本医疗保险范围，城乡居民基本医疗保险按限额标准的 65% 给予报销。超过限额标准的医疗费用由医疗机构承担，未超过限额标准的按照限额标准执行。”同时，对于“城乡居民基本医疗保险支付后的费用，由尘肺病农民工基本医疗救助资金和患者共同支付。按照省财政厅等部门制定的《湖南省尘肺病农民工基本医疗救助资金管理暂行办法》，符合条件的患者中属于建档立卡贫困户的，救助资金按照 100% 的比例予以救助；其他符合条件的患者救助资金按照 80% 的比例予以救助，患者个人按费用标准的 20% 付费，救助资金补助不超过 5000 元/年/人。”^③根据媒体报道，截至 2019 年 8 月底，全省累计临床诊断尘肺病农民工 1.8 万余例；救治救助患者 3.8 万余人次。全省救治救助总医疗费用 3.1 亿元，患者自付费用只占总费用 5.1%，人均自付仅 416.47 元。^④

在医疗方面，另外值得一提的还有河南省栾川县，从 2017 年开始，凡在栾川县建档立卡贫困人口系统内且参加城乡居民基本医疗保险的尘肺病患者，经卫计委、扶贫办审核后，可持本人身份证、病例、城乡居民基本医疗保险证等相关材料，到县人力资源和社会保障局办理《栾川县贫困人口尘肺病救助卡》。凭“救助卡”可免挂号费用，直接至科室就诊。对办理救助卡的贫困患者门诊药物治疗，参考《职业性尘肺病的诊断》(GBZ70-2015)标准，每月由县财政部门按照疾病

^① 山阳县人民政府. 关于进一步做好矽肺病患者家庭救治救助工作的通知.

http://shy.gov.cn/info/egovinfo/1209/xxgk_content/yhz-30/2016-0628003.htm

^② 据镇安县患者反映，镇安的生活补助政策也是按照病情分期标准发放，不过 2019 年起就未见补贴到账，这一政策的文件未在网络渠道找到。商南县卫生健康局表示，由于底数尚未摸清，无法确定能拿出财力落实，只能搁置。

^③ 湖南省卫生健康委员会. 关于印发《湖南省尘肺病农民工基本医疗救治救助实施方案》的通知.

http://wjw.hunan.gov.cn/xxgk/tzgg/201705/t20170504_4208870.html

^④ 湖南日报. 为尘肺病农民工解“三难”近两年累计救治救助患者 3.8 万多人次[N]. 湖南日报, 2019-09-25. 参见 http://hnrbc.voc.com.cn/hnrbc_epaper/html/2019-09/25/content_1413601.htm?div=-1

诊断分期定额补助，对于一期尘肺患者每月定额补助 200 元，二期尘肺患者每月定额补助 400 元，三期尘肺患者每月定额补助 600 元。超过限额补助标准的医疗费用患者自付，未超出限额补助标准的据实结算，患者每月不超过三次到定点医院在限额内免费救治。(人社局)^①

生活补助方面，辽宁省葫芦岛市在《葫芦岛市职业病防治规划（2017-2020 年）》中的保障救助措施中指出“及时让符合条件的职业病病人按规定享受大病保险待遇和纳入医疗救助范围。将符合条件的尘肺病等职业病病人家庭及时纳入最低生活保障范围；对遭遇突发性、紧迫性、临时性基本生活困难的，按规定及时给予救助。探索工伤保险基金在职业病预防、诊疗和康复中的作用。（牵头单位：市人社局、市总工会、市民政局；配合单位：市安监局、市卫生计生委、市财政局）。”^②在实际调研中，我们了解到在低保救助的基础上，葫芦岛市按照患病程度制定了补贴标准，即壹期矽肺每月补贴 100 元，贰期每月补贴 200 元，叁期每月补贴 300 元。此外，连山区钢屯镇凡在镇办钼矿工作过、有工资单凭据的患者壹期 340、贰期 540、叁期 940，对于合并肺结核的患者，每月补助的钱会更多。

重庆市城口县人民政府印发的《城口县尘肺病防范和控制专项行动计划（2018-2020 年）》中提到：“鼓励用人单位、慈善机构和爱心人士开展对无生活保障尘肺病患者的救助，实现政府救助与社会关爱相结合。（县医保局、县卫生健康委、县慈善总会）”，虽然政策中没有明确说明，但在实际调研中，据患者反映，在检查出尘肺病的那年及转年分别拿到了 2000 元的生活补助金。

而对于那些放开诊断未出台专项救助政策的地区，则是将尘肺病纳入基本医疗保险的范围，结合精准扶贫、城乡居民最低生活保障相关政策，给予患者医疗或生活保障；对于那些 19 年 8 月前尚未放开诊断的地区，在医疗上是把尘肺病并发症如“慢性阻塞性肺病”作为基本医疗报销病种，并主要以扶贫、低保相关政策，给予贫困的尘肺农民以保障。以下是对 2019 年调研地区的尘肺农民保障政策梳理。

^① 洛阳网.栾川县为尘肺病困难群众免费办理门诊定额补助.
<http://xianqu.lyd.com.cn/system/2017/07/26/030316988.shtml>

^② 疾控科 杨志利.《葫芦岛市职业病防治规划（2017-2020 年）》.
http://wsjk.hld.gov.cn/jcgk/201905/t20190513_827290.html

表 4-2: 2019 调研地区尘肺农民保障政策一览表 (截至 2019 年 8 月)

地区	尘肺病诊断	尘肺病医疗		生活保障	
		普通患者	贫困/低保患者	普通患者	贫困/低保患者
河南栾川	放开	基本医疗保险	《栾川县贫困人口尘肺病救助卡》	无	精准扶贫相关
河南其他	未放开	并发症作为第一诊断的基本医疗	健康扶贫相关	无	精准扶贫相关
青海	放开	基本医疗保险	健康扶贫相关	无	精准扶贫相关
辽宁葫芦岛	放开	基本医疗保险	健康扶贫相关	《葫芦岛市职业病防治规划(2017-2020年)》	
福建	未放开	并发症作为第一诊断的基本医疗	健康扶贫相关	无	精准扶贫相关
陕西商洛	放开	基本医疗保险	健康扶贫相关	《商洛市矽肺病患者救治救助实施方案》	
甘肃古浪部分	放开	《古浪县农民工尘肺病患者伤残治疗和工伤保险相关待遇的实施意见》		《古浪县尘肺病患者家庭生产扶持方案》	
甘肃其他	未放开	并发症作为第一诊断的基本医疗	健康扶贫相关	无	精准扶贫相关
湖南	放开	《湖南省尘肺病农民工基本医疗救治救助实施方案》		无	精准扶贫相关
重庆城口	放开	基本医疗保险	健康扶贫相关	《城口县尘肺病防范和控制专项行动计划(2018-2020年)》	
重庆其他	未放开	并发症作为第一诊断的基本医疗	健康扶贫相关	无	精准扶贫相关
山西	未放开	并发症作为第一诊断的基本医疗	健康扶贫相关	无	精准扶贫相关
广西马山部分	放开	医疗全报销, 类似工伤待遇		无	精准扶贫相关
广西其他	未放开	并发症作为第一诊断的基本医疗	健康扶贫相关	无	精准扶贫相关

4.3. 政策效果显著, 兜底难题仍待解决

通过上文可以看出, 自 2015 年至今无论是尘肺病各项保障政策还是精准扶贫的力度都有明显的加强。调查发现, 与 2015、2016 年相比, 尘肺病农民所得保障有明显提高, 但是基于劳动能力丧失、因病致贫返贫等因素, 尘肺病农民仍面临许多待解决的需求与问题。本节将通过 2019 年调研与往年调研结果的对比以分析这些政策的成效。

4.3.1. 明显缓解的医疗压力

4.3.1.1. 尘肺病诊断：保障政策“诊断”先行，无政策地区仍堪忧

接受调查的 1685 名尘肺农民中，有 60.06%的做过职业病诊断（指结果为三人或以上签字，并由合资质医疗机构盖章的“职业病诊断证明”），而剩下的则是未做过或不清楚的。做过诊断的尘肺农民中拿到诊断证明的占 93.18%，这意味着总调查人数中有超半数(55.96%)的尘肺农民拿到了职业病诊断证明。2016 年时这一比例仅为 33.8%^①，三年来该比例提高了两成。以下是 2019 年调查中，尘肺农民不做职业病诊断的原因。

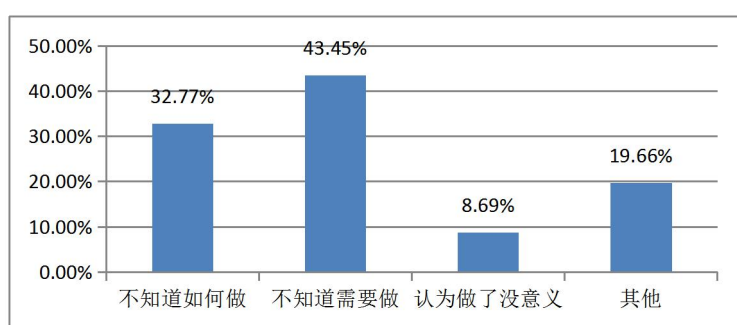


图 4-3：尘肺农民不做职业病诊断的原因（N=656）

有 43.45%的尘肺农民不进行职业病诊断的原因是他们不知道需要做诊断，32.77%的患者则是不知道如何做诊断，还有 19.66%的尘肺农民选择了其他原因，主要包括“贵，没钱”、“麻烦”、“用人单位找不到”、“医院不给做”等等。

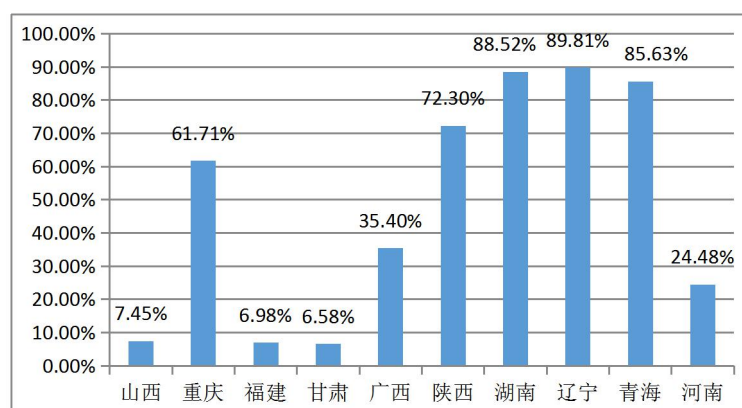


图 4-4：各地尘肺农民拿到职业病诊断的在该地有效样本中的比例

（山西 N=188；重庆 N=217；福建 N=86；甘肃 N=152；广西 N=113；陕西 N=213；湖南 N=209；辽宁 N=206；青海 N=174；河南 N=143）

^① 中华社会救助基金会大爱清尘基金.中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2016）[R].北京:中华社会救助基金会大爱清尘基金,2016:11.

图 4-4 展示了 10 省尘肺农民拿到职业病诊断证明情况，正如前文所说，放开诊断是实施专项救助政策的第一步，而上图中拿到职业病诊断占当地患者比例比较大的也正是出台了（或曾计划出台）相关政策的地区，如重庆市城口县，陕西省商洛市、湖南省、辽宁省葫芦岛市、青海省、这些地方拿到职业病诊断的占当地尘肺患者的六至九成，而其他地区除特殊情况外拿到职业病诊断者不到一成。

与此同时值得警惕的是，调研过程中我们发现有个别尘肺患者集中地区的卫生行政部门不了解法定尘肺病以外医学尘肺患者的存在，进而否定本地区有除法定尘肺病外的患者事实。

表 4-5：尘肺农民拿到诊断证明的时长

最大值	最小值	平均值	中位数、	有效计数
16 年	当月	0.34 年（4.06 个月）	当月	744

在被调查的 744 个有效样本中，有 516 人是在去做职业病诊断的当月拿到了诊断证明。由于部分地区尘肺病专项政策的出台，一些尘肺农民可以凭借工友证明或村委会证明来确认劳动关系，拿到职业病诊断证明书。

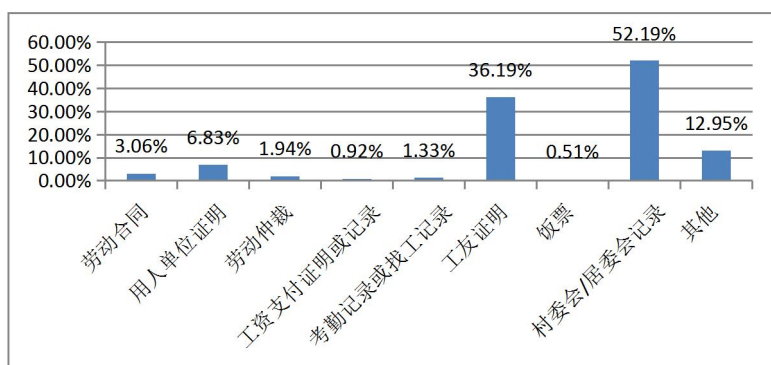


图 4-6：尘肺农民进行职业病诊断时，确认劳动关系的材料（N=981）

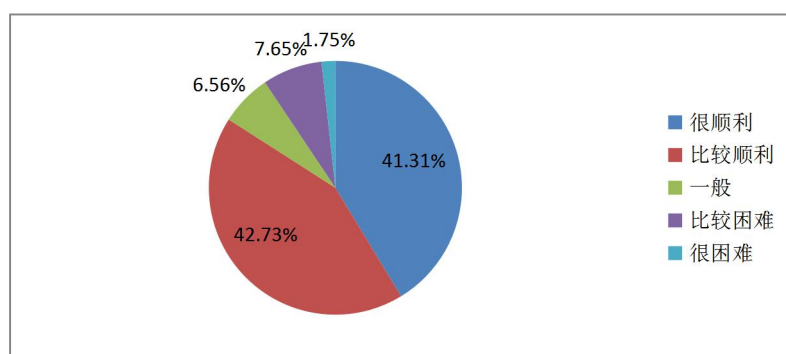


图 4-7：尘肺农民职业病诊断鉴定难易程度（N=915）

如图 4-7 所示，84.04% 的尘肺农民认为职业病诊断鉴定过程很顺利或比较顺利（N=915）。而少部分认为职业病诊断有困难的人中，认为难点主要在于没有劳动合同、证明劳动关系的证据不足、用人单位阻挠、找不到用人单位等等。

4.3.1.2. 尘肺农民医疗行为——“看病难”问题得到了明显改善

第二章曾叙述有关尘肺农民没钱看病的情况，实际上，这一情况已经随着各项政策的实施有了明显的改善。

首先，从就医情况而言，2015 年尘肺农民较少或很少出现无钱门诊的占 31.45%，^①2019 年这个比例为 40.98%，相比 2015 年调研时上升了近 10 个百分点，这说明从门诊角度看尘肺农民的看病难有所缓解（见图 4-13）。

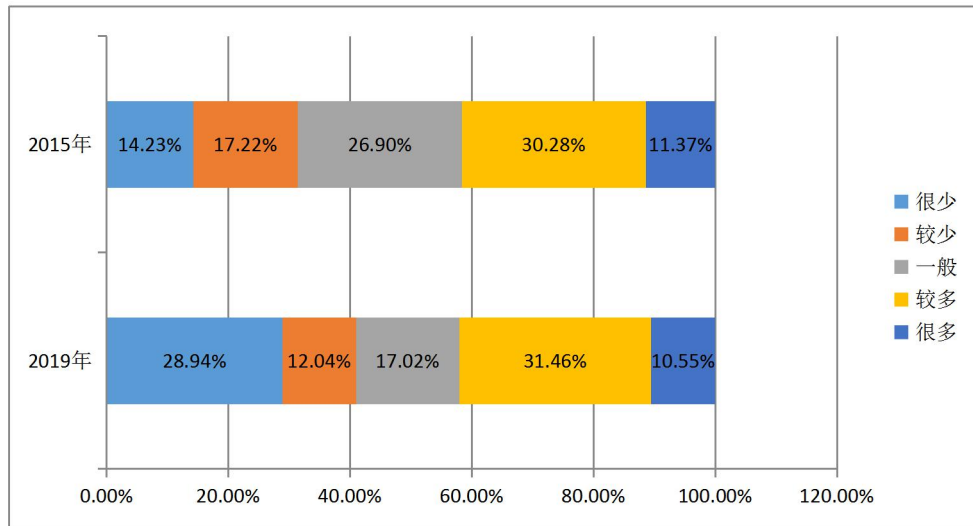


图 4-8：尘肺农民有病痛无钱去看门诊的情况
(2015 年 N=1539；2019 年 N=1703)

在住院方面的改善更为明显。2015 年调研中过往两年有医生建议住院治疗而没有住院的情况占到 63.27%（N=1394），2019 年调研中这一数字下降到 37.02%（N=1610）。在这些曾出现没有遵医嘱住院的患者中，因住不起院而选择不住院的人占比也有明显减少，2015 年有 75.61% 未遵医嘱住院的尘肺农民表示他们是因“住不起”而不住，这一比例在 2019 年未见变化。图 4-10 展现了 2019 年调研中尘肺农民未遵医嘱住院的原因。除了所列明者之外，“其他”中有很多患者表示因家里有老人小孩要照顾未能住院，也有一些人表示因病床不够未能住院的。

^①中华社会救助基金会大爱清尘基金.中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2015）[R].北京:中华社会救助基金会大爱清尘基金,2015:18.

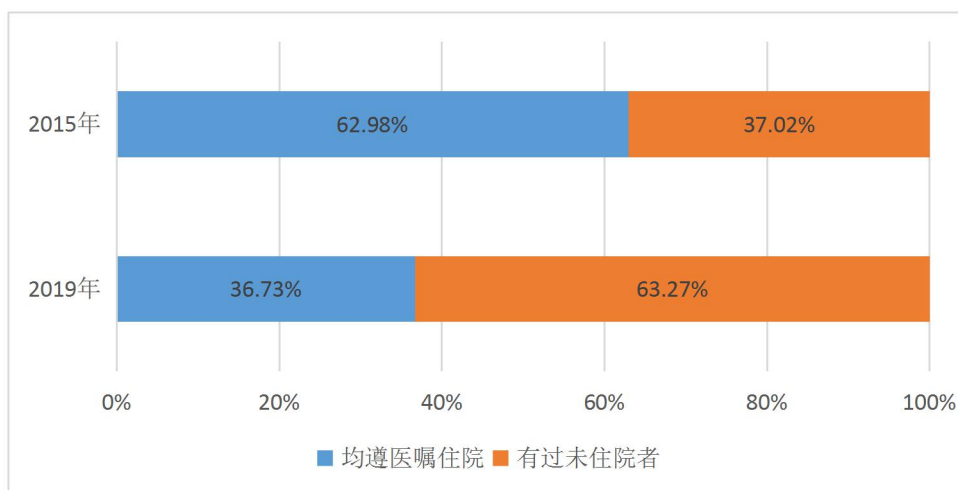


图 4-9：2015 年及 2019 年尘肺农民过往两年内是否有医生建议而没有住院的情况
(2015 年 N=1394, 2019 年 N=1610)

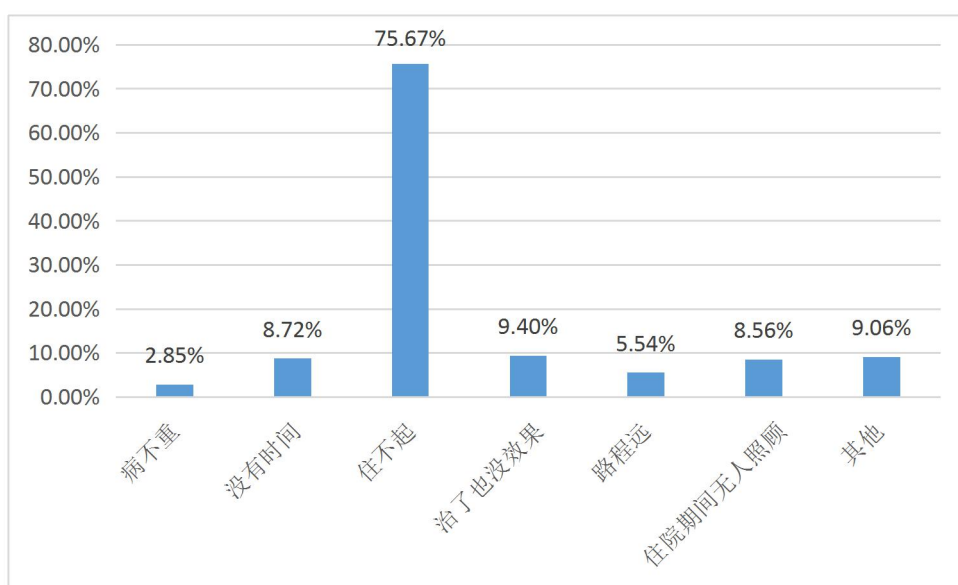


图 4-10：2019 年尘肺农民未遵医嘱住院原因 (N=596)

4.3.1.3. 尘肺农民治疗观念——康复人数有明显增长

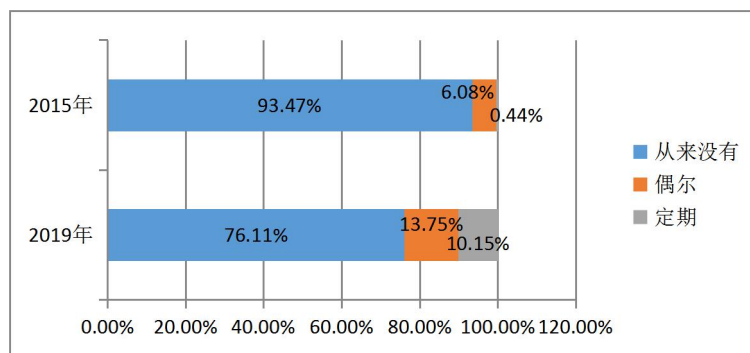


图 4-11：尘肺农民进行康复训练的频率 (2015 年 N=1578; 2019 年 N=1695)

在接受 2019 年调查的 1695 名尘肺农民中，有 1290 人从来没有进行过康复训练，占有效计数的 76.11%。2015 年调查时从未进行过康复训练的农民工高达 93.47%，^①可见这四年当中，通过政策引导与社会组织的支持，尘肺病康复在农民群体中还是有了一定的普及。

4.3.1.4. 尘肺农民的医疗花费——住院报销比例明显提高

2019 年调查发现，在门诊和吃药方面，39.22% 的尘肺农民表示过去一年在看尘肺病相关门诊时，自我承担约占总数的 81-100%；在尘肺病相关的药品花费上，更是有超半数（52.11%）的尘肺农民表示，自付比例在 81-100%。

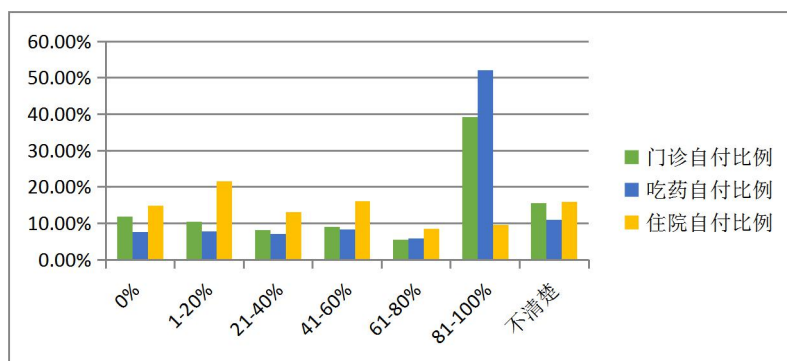


图 4-12: 尘肺农民门诊、吃药、住院自付比例
(门诊自付比例 N=1280; 吃药自付比例 N=1401; 住院自付比例 N=1265)

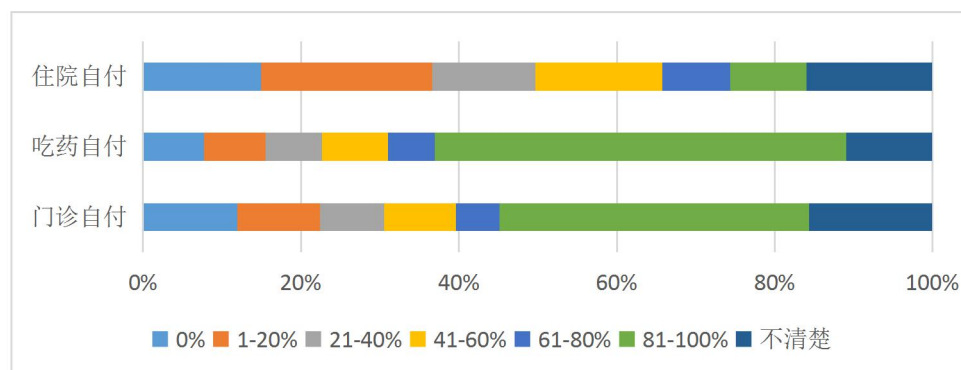


图 4-13: 尘肺农民门诊、吃药、住院自付比例
(门诊自付比例 N=1280; 吃药自付比例 N=1401; 住院自付比例 N=1265)

在住院的花费上，由于各地陆续出台尘肺病救助相关政策，如上文提到的湖南农民工尘肺病救助行动、健康扶贫相关政策，因此尘肺农民在住院上的自付比例相对门诊、吃药来说要低一些。需要全额或负担住院花销 80% 以上的患者只占不到 10%，而完全不用自己负担或只负担 20% 以下的患者占 36.6%。不考虑

^①中华社会救助基金会大爱清尘基金.中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2015）[R].北京:中华社会救助基金会大爱清尘基金,2015:19.

患者不清楚报销比例的情况，住院方面患者自付比例中位落在 21%-40%区间，吃药方面自付比例落在 81-100%区间，门诊方面落在 61-80%区间。可认为一般情况下当前尘肺农民的医疗报销比例为：住院报销额度在 60%-80%区间，吃药报销在 20%以下，门诊费用报销在 20%-40%区间。根据各区间中位数粗略估算，平均报销额度约为住院报销 65%，门诊报销 44%，吃药报销 34%。

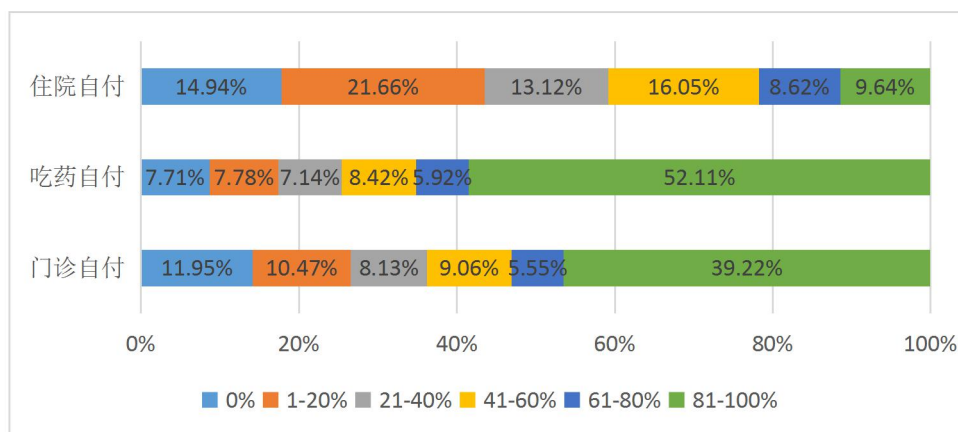


图 4-14: 尘肺农民门诊、吃药、住院自付比例（排除“不清楚”者）
（门诊自付比例 N=1080；吃药自付比例 N=1248；住院自付比例 N=1063）

在 2015 年的调研数据中，获得医疗救助的尘肺患者比例只占 19.9%；住院花费方面花费 5000 元以上的占 64.4%，而报销 2000 元以上的只占 48.5%^①。可见当时的住院报销比例远远不足且远低于当前水平。

表 4-15: 2015 年尘肺病农民工住院花费和报销情况:

		N	%			N	%
住院 花费	5000 元以下	260	36.6	住院 报销	2000 元以下	310	51.5
	5001-10000 元	202	28.4		2001-4000 元	128	21.3
	10001-15000 元	62	8.7		4001-6000 元	56	9.3
	15001-20000 元	76	10.7		6001-8000 元	30	5.0
	20001 元以上	111	15.6		8001 元以上	78	13.0
	总计	711	100.0		总计	602	100.0

如今，绝大多数（82.61%）的尘肺农民认为医疗报销的过程是比较顺利或很顺利的，而他们认为医疗报销的最大难点在于保险或合作医疗不报销部分医疗开支（如门诊、药品），其他难点还包括报销时间长、少数地区尘肺病无法作为第一诊断使用基本医疗报销。

^① 中华社会救助基金会大爱清尘基金.中国尘肺病农民工生存状况调查报告（2015）[R].北京:中华社会救助基金会大爱清尘基金,2015:37-38.

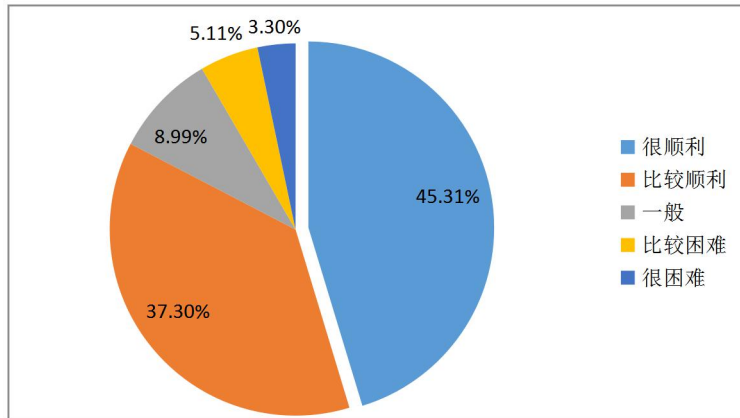


图 4-16: 尘肺农民医疗报销的顺利程度 (N=1547)

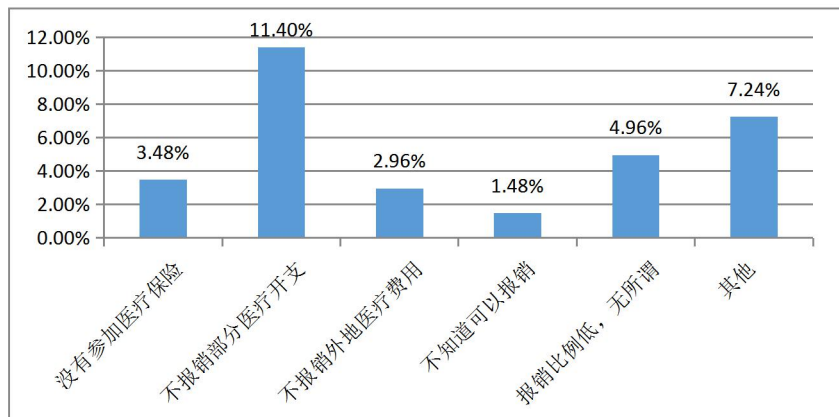


图 4-17: 尘肺农民认为医疗报销的难点 (N=1754)

虽然自付比例降低,但是由于尘肺病及并发症带来的医疗花费本身不低,因此尘肺农民最终的医疗负担仍然较重。具体情况将于第五章详述。

4.3.2. 逐渐缓解的经济负担

4.3.2.1. 收入与支出

如前文所述,尘肺农民去年一年的年平均总收入为 20639 元 (N=1616),年平均总支出为 29995 元 (N=1635),支出较收入高出 9356 元。而根据大爱清尘《中国尘肺病农民工生存状况调查报告(2015)》的数据,当时尘肺农民的年平均总收入为 13563 元 (N=1621),年平均支出为 26820 元 (N=1583)^①,支出较收入高出 13257 元。相比之下,如今尘肺农民群体的收入有了明显提高,虽然支出也有小幅增大,但是入不敷出的情况有了明显缓解。

为了解尘肺农民在各项收入支出上的变化,我们将 2015 和 2019 年调研的

^① 中华社会救助基金会大爱清尘基金.中国尘肺病农民工生存状况调查报告(2015)[R].北京:中华社会救助基金会大爱清尘基金,2015:16.

各项收支最大值、最小值、均值列在如下所示的表格中。

表 4-18：尘肺农民家庭 2015 年与 2019 年的各项收入支出对比

尘肺农民家庭 年平均收入/ 支出		2015 年				2019 年			
		最大值	最小值	均值	样本量	最大值	最小值	均值	样本量
收入	农业收入	80000	0	4071	444	50000	0	3732	819
	工作收入	80000	0	12364	464	200000	0	12835	861
	子女寄回	55000	0	8731	420	138000	0	15147	693
	其他收入	40000	0	3737	243	100000	0	4966	707
	总收入	125005	0	13563	1621	200000	0	20639	1616
支出	农业支出	30000	0	1189	521	60000	0	2233	798
	生活支出	400000	0	12450	670	60000	0	10261	1130
	医疗支出	220000	0	11418	1117	200000	0	12020	1021
	教育支出	50000	0	8653	638	85000	0	8842	759
	人情支出	40000	0	5330	660	67000	0	4081	837
	其他支出	96000	0	3808	268	380000	0	7058	173
	总支出	419000	0	26820	1583	466000	270	29995	1635

首先，在收入方面，除了农业收入平均降低了 300 元左右外，其他各项收入相对 2015 年来说均有增长，自己或配偶的工作收入增长了 500 元左右，在子女寄回方面，2019 年有了显著提升，这与尘肺农民的年龄增长有一定关系，子女成年后会把自己的一部分收入用于赡养家中的尘肺患者，这也成了 2019 年农村尘肺家庭年平均收入一个显著的增长点。另外，由于这几年各地陆续出台尘肺病救助政策，一些尘肺家庭可以享受低保或专项生活补助，因此其他收入也增长了 1200 元左右。

在支出方面，尘肺家庭的生活支出相比四年前降低了 2000 元左右，调查发现主要是由于尘肺家庭在住房上的花销降低，这几年由于易地搬迁扶贫与危房改造扶贫，农村在住房上的支出降低；而在农业、医疗、教育、其他支出上，尘肺家庭有了或多或少的增加，相比四年前，农村尘肺家庭的总支出增加了 3000 元左右。

4.3.2.2. 存款与欠债

前文提及，在 2019 年的调查中，有存款的尘肺农民占 10.07%，而有欠债的尘肺农民则高达 62.51%。2015 年的调查中，有存款和有欠债的尘肺农民分别占 3.8%和 74.5%。我们可以欣喜地看到，虽然目前的数字仍不容乐观，但是

相较之前已有了改善。同样的趋势可见于子女因家人患病而辍学的比例中，该比例由 2015 年的 16.4%降到了如今的 13.92%。患病后变卖家产的情况没有明显变化，由 2015 年的 9.6%变为如今的 9.75%。

存款与欠债具体数额的对比情况如下表所示：

表 4-19：2015 年与 2019 年的尘肺病农民存款欠债数额

	2015 年				2019 年				
	最大值	最小值	均值	有效计数	最大值	最小值	均值	中位数	有效计数
存款	10000	1000	22333.3	33	250000	0	17290.75	5000	147
欠债	750000	1000	55558.6	1265	1000000	0	49536.03	30000	1034

随着收入支出水平的改变，尘肺农民对生活的自我认知也有了轻微的改善。认为自己生活一般、较好、很好的尘肺农民由 2015 年时的 30.5%增加到如今的 38.49%。

5. 尘肺病农民的保障需求与救助难题

5.1. 尘肺农民的保障需求

本次调查发现，在接受调查的 1754 位尘肺农民中，仅 4.79%表示“对目前状况相对满意，无需求”，下图展示了他们自己无法解决的困难。

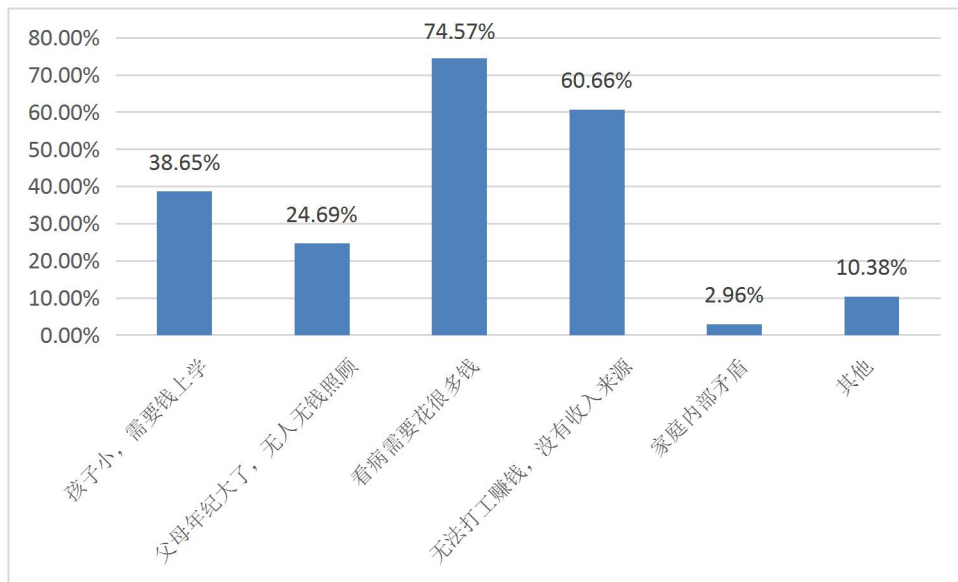


图 5-1：尘肺农民面临的自己无法解决的困难（N=1754）

“看病需要花很多钱”和“无法打工赚钱，没有收入来源”成了尘肺农民目前生活中排在头两位的难题，分别占到样本的 74.57%和 60.66%，其他困难则包括子女的婚配问题、自己的欠债问题、住房问题等等。

本节将从医疗、经济、健康状况情况分析尘肺农民的生活情况以解析他们的基本需求。

5.1.1. 医疗需求：医药费用需求大，基层医疗水平需关注

5.1.1.1. 医学诊断情况——尘肺病晚发，患者倾向基层就诊，整体误诊率较高

首先从距离首次从事高粉尘工作的时间上看，1243 个有效尘肺农民样本中，有 9 位距离首次从事高粉尘工作仅 1 年后就发现自己得了尘肺病，有一位患者在首次涉尘 59 年后才发现自己患病。尘肺农民平均在距离首次涉尘作业 21.03 年后发现自己患病，可见尘肺病的晚发性。

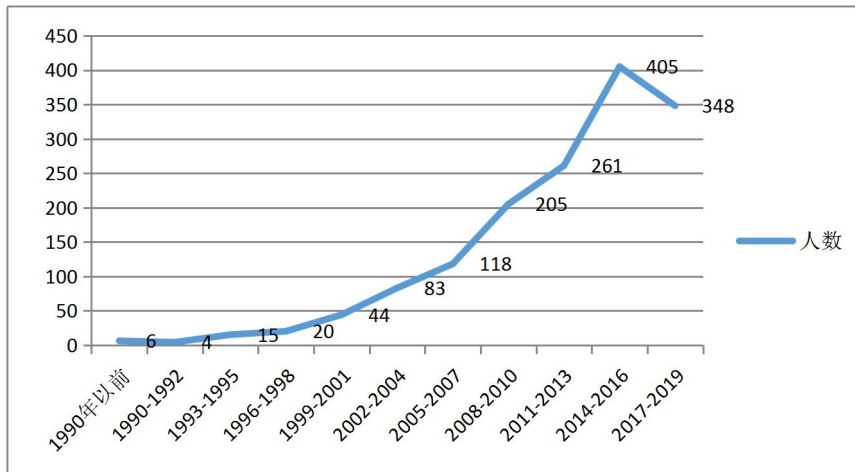


图 5-2：尘肺农民医学诊断尘肺病的年份分布（N=1509）

截至调研结束的 2019 年 8 月，尘肺农民医学诊断出患病的人数逐年增长，在 2014-2016 年达到峰值。但由于调研时 19 年仍未结束，加之《尘肺病防治攻坚行动方案》对于“监测、筛查、随访”^①的要求，不能乐观认为尘肺病农民新增人数已有下滑。

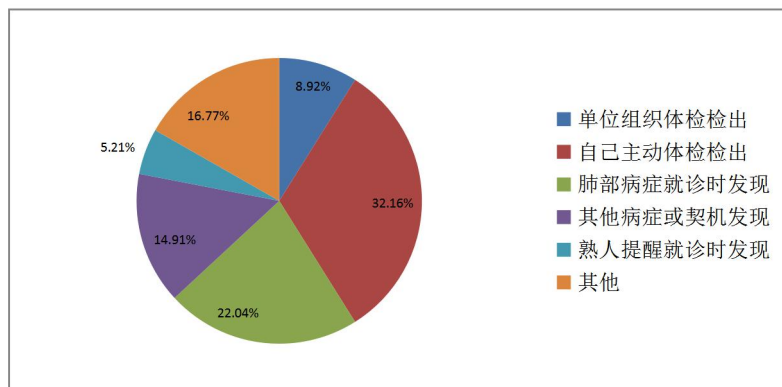


图 5-3：尘肺农民发现患病的途径（N=1670）

在发现自己患病的途径上，尘肺农民通过单位组织体检检出的仅占 8.92%，他们主要是自己主动体检检出、肺部病症就诊时发现或其他途径发现的较多，分别占 32.16%、22.04%及 16.77%。而其他途径则主要有政府组织的筛查、公益组织联合医院组织的义诊等等。这与法定途径相去甚远。

^① 国家卫健委职业健康司. 尘肺病防治攻坚行动方案：“加强尘肺病监测、筛查和随访。在现有重点职业病监测方案基础上，增加目标疾病病种，将《职业病分类和目录》中的 13 种尘肺病全部纳入重点职业病监测内容；加强尘肺病主动监测，开展呼吸类疾病就诊患者尘肺病筛查试点；对所有诊断为尘肺病的患者建立档案，实现一人一档。对已报告尘肺病患者进行随访和回顾性调查，掌握其健康状况。通过职业病信息管理系统逐级上报相关信息，汇总至中国疾病预防控制中心，同时各级卫生健康行政部门统计汇总后报送本级人民政府。（国家卫生健康委负责，财政部配合，地方人民政府落实）”。参见 <http://www.nhc.gov.cn/zjyks/pqt/201907/761eaa530f6f482bbd7b1669aecca399.shtml>

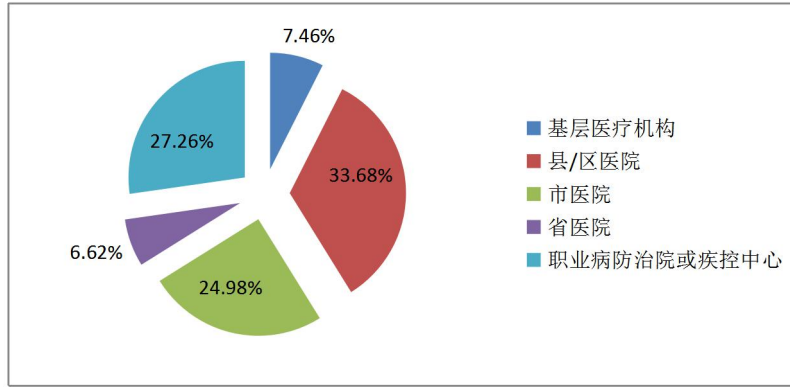


图 5-4: 尘肺农民发现患病的医疗机构 (N=1541)

在尘肺农民首次检查的医疗机构中,县/区综合医院占首位,比例为 33.68%,职业病专科医院排在第二位,占 27.26%,市医院以 24.98%的比例位于第三位。

同时,在诊断过程中,尘肺农民中表明尘肺病曾被误诊过(即尘肺曾被诊断为单纯肺结核或其他病症)的达 20.22%(N=1711)。这一比率在通过职业病防治院或疾控中心确诊的患者中较低,其他群体中均较高。

尘肺病的高误诊率与尘肺农民基层医疗首诊的偏好提醒我们需要关注尘肺病多发地区各级医疗机构的诊疗能力,尤其需要关注基层医疗机构。

5.1.1.2. 仍然高昂的医疗负担——注重药品费用需求

如前文所述,尘肺农民的住院费用报销额度已有上升,但门诊和药费仍然是主要问题:整体而言目前在一般情况下,尘肺农民住院报销额度在 60%-80%区间,吃药报销在 20%以下,门诊费用报销在 20%-40%区间。

尘肺病是一种没有医疗终结的疾病,需要长期用药。

尘肺病农民过去一年自我承担的尘肺病相关医疗费用中,门诊(以拿药为主)的平均花费为 3226.24 元,中位花费为 1100 元;药品平均花费为 4826.98 元,中位花费为 3000 元;住院费用平均花费 6419.02 元,中位花费为 2000 元(见表 5-5)。可见,在现行保障政策下,单纯药品的花费许多时候高于住院费用。而门诊和药品费用的总和则明显高于住院费用。除了个别地区针对药品有专门政策,部分地区将尘肺病纳入慢病管理外,门诊和药品花费成为了令尘肺病人倍感压力的一项支出。

表 5-5: 尘肺农民过去一年尘肺病相关医疗自付费用

尘肺病医疗花费(元)	最大值	最小值	均值	中位数	有效计数
------------	-----	-----	----	-----	------

门诊花费	50000	0	3226.24	1100	593
药品花费	80000	0	4826.98	3000	728
住院花费	100000	0	6419.02	2000	580

5.1.1.3. 尘肺农民的医疗习惯——需要注重基层医疗水平

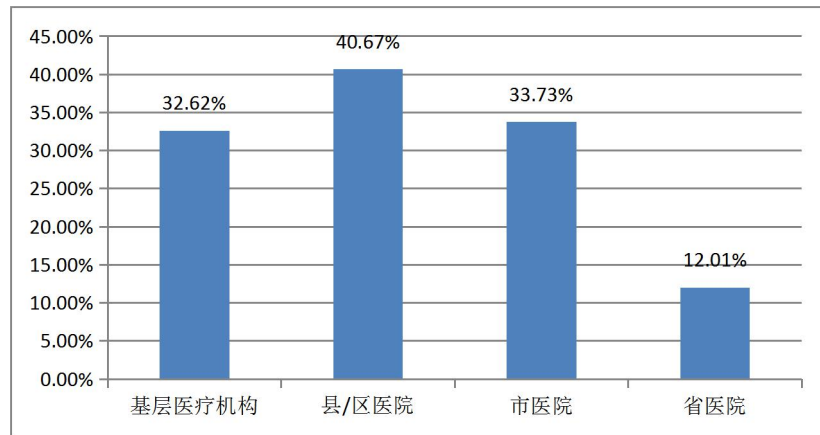


图 5-6: 尘肺农民过去一年住院的医院类型 (N=1082)

过去一年，住过院的尘肺农民中 40.67%的曾在县/区医院住院，在基层医疗机构（乡镇、村卫生室/社区医院）和市医院住过院的比例类似，分别是 32.62% 和 33.73%，在省级医院住院的人次最少，仅占 12.01%。联系前文尘肺农民首次检查尘肺病的医疗机构，可以发现县/区级及以下的基层医疗机构主要承担着尘肺农民医疗的任务。

然而，许多尘肺病患者聚集地区的尘肺病诊治能力及意识并不到位，过度医疗或滥用药物的现象频现。辽宁省葫芦岛市患者倾向于在基层私立医院就医，那里的医生表示“患者了解自己，他们点名开什么药我们就开什么药”，而患者所了解的治疗方法多是每天多瓶抗生素输液。甘肃省古浪县一位患者每天要给自己注射五针药剂，吃二十多种药物，仅为“预防感冒”。这些用药不仅有让病情加重的风险，也拖垮了本就贫困不堪的家庭，基层医疗规范的制定迫在眉睫。

5.1.2. 经济需求：整体入不敷出，不同地区有所差异

虽然与 2015 年相比，尘肺农民经济状况有了一定的改善，但是全国各地的尘肺农民仍处在入不敷出的窘迫状态。以下是分地区的农村尘肺家庭的过去一年的收入支出情况。

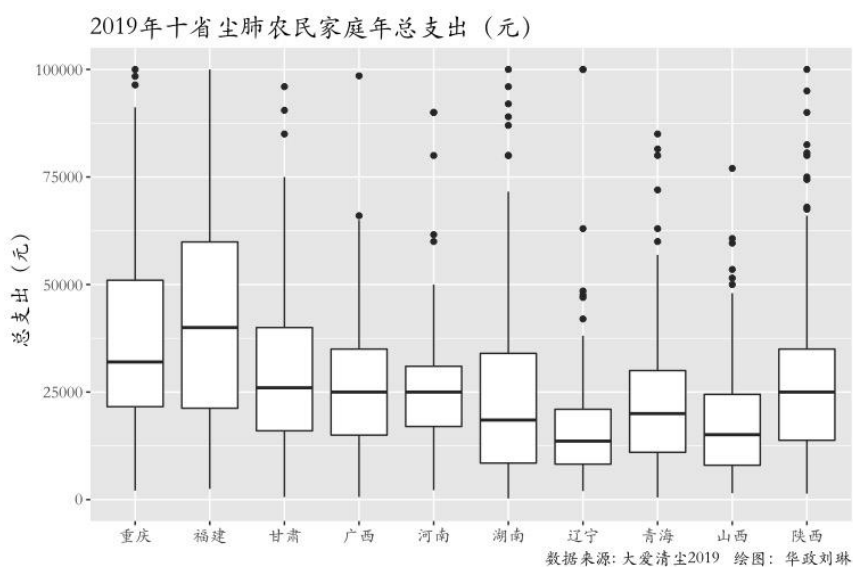
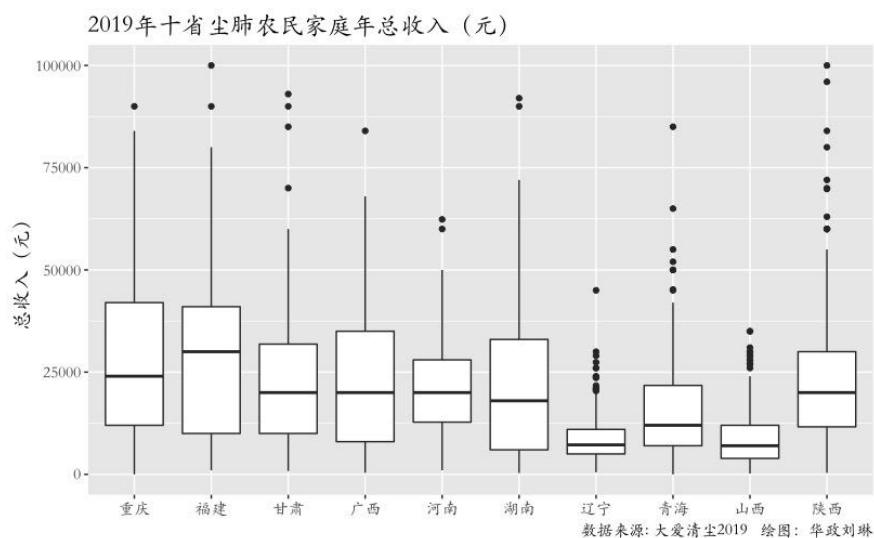
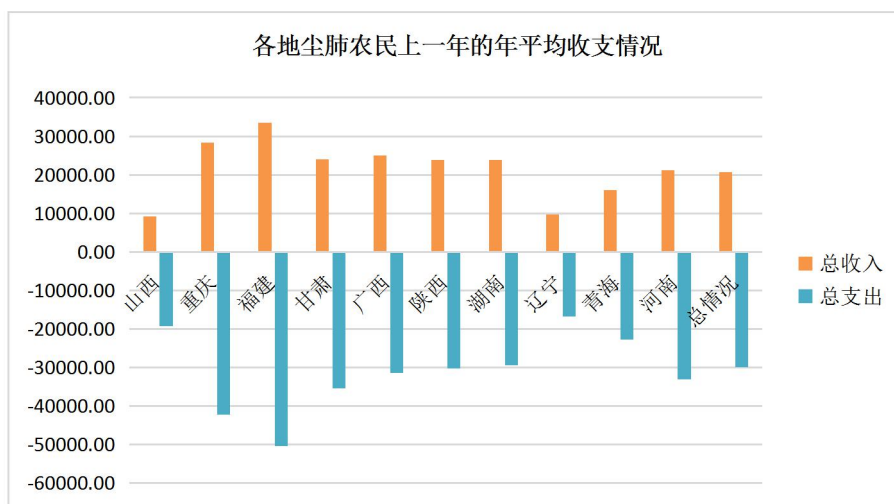


图 5-7（上）/5-8（下）：2019 年各地尘肺农民家庭年总收入支出
注：以上箱形图展示了 2019 年各地尘肺农民家庭年总收入/支出的上四分位数、下四分位数、中位数、上限、下限和异常值。



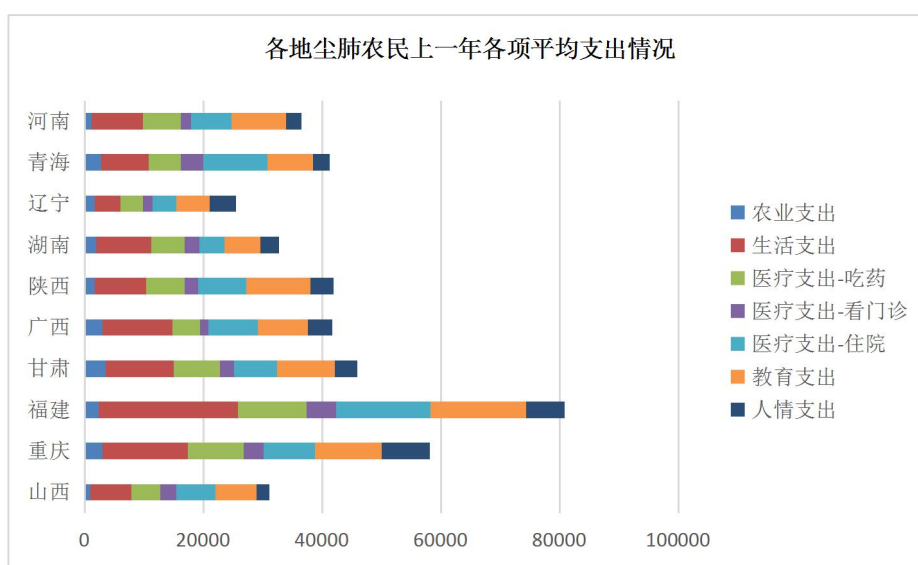
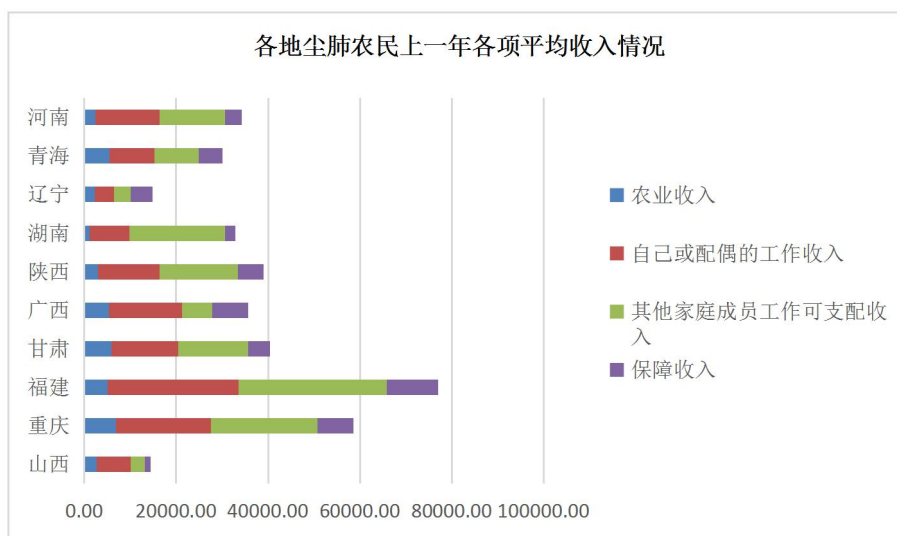


图 5-9(上)、5-10(中)、5-11(下)：各地农村尘肺家庭上一年的平均收支情况

就各项收入来看，各地的情况有所差别，在有尘肺病专项救助的辽宁葫芦岛地区，保障收入所占比重明显高出其他地区。而在患者年龄偏大的湖南郴州、湖南娄底和福建泉州地区，其他家庭成员工作可支配收入（多数为子女寄回）在年平均收入的所占比重高于其他地区。而在支出方面，全国呈现出来的普遍情况是，生活支出（衣食住行）与医疗支出（吃药+门诊+住院）是家庭支出的两个大头。不过，像在有尘肺病专项救助政策的湖南，住院支出的比重相对其他省份来说就会低一些。

可见，如果想保证尘肺农民的基本生活需求，需要一方面提高尘肺农民的收入，一方面降低其医疗性支出。

5.1.3. 心理需求：尘肺病导致了希望缺失

前文曾提到，尘肺农民的心理状态自我评价不好。为了解尘肺农民心理状态的影响因素，我们进行了回归性分析，结果见表 5-10。

在显著性水平为 5% 的情况下，共发现了六项尘肺农民心理状态的影响因素：

1. 没有收入来源——因为无法打工赚钱，没有收入来源而感到生活困难的人，心理状况更差；
2. 遵医嘱住院——没有出现医生建议住院治疗但没有去住院这一情况的，患者心理状况更好；
3. 看病难——因为看病开销大而感到生活困难的人，心理状况更差；
4. 门诊次数——门诊看得越少，心理状况越好；
5. 家庭内部矛盾——因为存在家庭内部矛盾而感到生活困难的人，心理状况更差。
6. 变卖家产的情况——没有因患病而变卖过家产的人，心理状况更好；

我们可以看到，尘肺农民的心理状况与他们所面临的因自己患病而造成的困难十分相关。最相关的几项分别是：无法打工赚钱没有收入来源，医生建议住院却没有住院，看病需要花很多钱是无法解决的困难，门诊次数过于频繁。这些因素反映出了一种缺乏希望的面貌。而通过加强医疗保障，提供可持续的经济扶持便可对这些情况作出改善。

表 5-12：心理状态影响因素分析结果

	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
门诊次数	-.0926129	.0375986	-2.46	0.014	-.1663047	-.018921
医生建议住院，但没有去	.4259325	.1487823	2.86	0.004	.1343246	.7175404
因患病变卖家产	.4863886	.245966	1.98	0.048	.0043041	.9684731
看病需要花很多钱是困难	-.4714321	.1903888	-2.48	0.013	-.8445876	-.0982769
无法打工赚钱，没有输入来源是困难	-.5239269	.1583919	-3.31	0.001	-.8342693	-.2133846
家庭内部矛盾是困难	-.76142	.3827634	-1.99	0.047	-1.511623	-.0112175

5.2. 保障满意度：减轻生活压力可令人更满意

本次调研，我们就青海、甘肃、福建、山西、广西、重庆、湖南、陕西、辽宁 9 省尘肺农民的保障满意度进行了调查，这种保障既包括尘肺农民很少获得的工伤待遇，也包括政府提供的补偿性政策。被调查对象按照“非常不满意”、“较不满意”、“一般”、“较满意”、“非常满意”五个级别进行评价，下图是分地区的尘肺农民保障满意度。

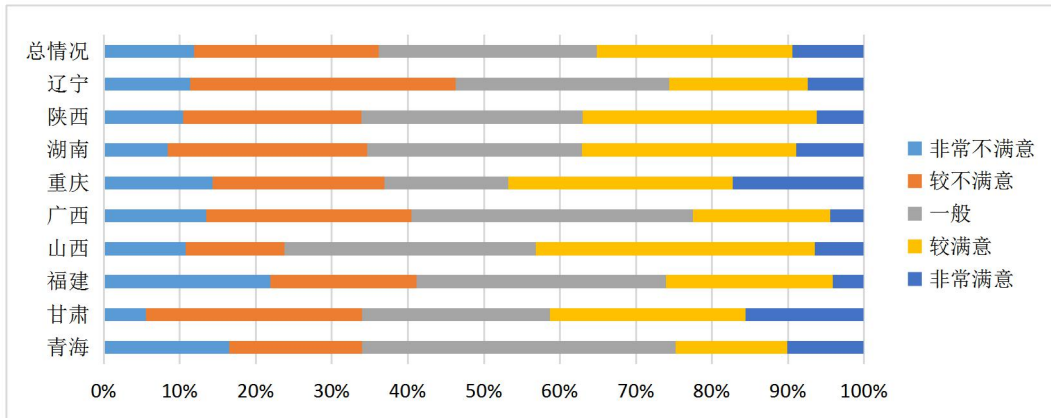


图 5-13：各地尘肺农民的保障满意度

(青海 N=109；甘肃 N=109；福建 N=73；山西 N=139；广西 N=89；重庆 N=203；湖南 N=202；陕西 N=192；辽宁 N=203；总情况 N=1319)

总体上，对保障非常不满意或较不满意的共占 36.16%，一般的占 28.66%，较满意和非常满意的占 35.18%。分地区看，在不满意的程度上，山西省的不满意占比是最低的，很不满意的或较不满意的共占 23.74%，远低于全国平均值。而在满意的程度上，重庆市较满意或非常满意的共占 46.80%，高出全国平均值 10 个百分点以上。为了观察有无尘肺病专项救助政策地区的保障满意度的差别，我们将有无专项政策地区的保障满意度分开展示如下。

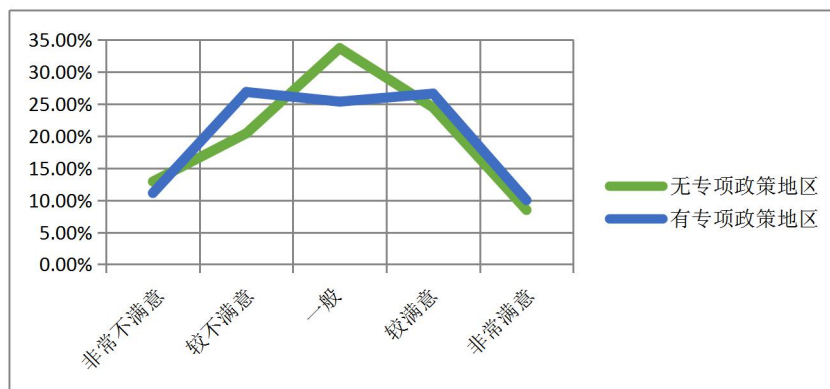


图 5-14：有无专项救助政策地区尘肺农民的保障满意度对比

(无专项政策地区 N=519; 有专项政策地区 N=800)

*注: 无专项政策地区指青海、甘肃、福建、山西、广西; 有专项政策地区指福建、湖南、陕西、辽宁。

通过对无专项政策 5 省和有专项保障政策 4 省的保障满意度比较, 我们发现专项政策地区对于保障非常不满意、一般的比例要低于无专项政策地区; 而较不满意、较满意和非常满意的比例要高于无专项政策地区。为了解保障满意度的影响因素, 我们进行了回归分析, 以下是分析结果。

表 5-15: 保障满意度影响因素分析结果

	Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
			Beta			Tolerance	VIF
供养人数	-0.064	0.023	-0.097	-2.807	0.00511	0.773	1.294
心理状态	0.074	0.037	0.068	1.994	0.04645	0.779	1.283
患病后是否享受医疗报销	0.414	0.089	0.149	4.673	0.00000	0.901	1.110
患病后是否有住院补助	0.462	0.170	0.102	2.711	0.00683	0.650	1.540
患病后是否有子女助学及再就业	0.339	0.110	0.105	3.073	0.00218	0.779	1.283
患病后是否有低保	0.369	0.097	0.133	3.821	0.00014	0.754	1.327
患病后是否成为建档立卡贫困户	0.352	0.089	0.141	3.952	0.00008	0.722	1.385
患病后是否有生活补助	-0.289	0.108	-0.086	-2.663	0.00787	0.873	1.145
与亲友邻居相比的生活水平	0.186	0.049	0.128	3.827	0.00014	0.821	1.217

我们先列举出了可能会影响尘肺农民保障满意度的因素, 包括基本信息、经济状况、健康和医疗状况、以往务工状况及保障状况等方面。结果发现, 以上表格所展示的 9 项因素与尘肺农民的保障满意度显著相关, 其中有 8 项 $p < 0.01$ 显示极为相关, 这些因素按相关性显著水平排序分别是:

1. 患病后享受医疗报销——十分显著正相关;
2. 患病后成为建档立卡贫困户——十分显著正相关;
3. 与亲友邻居相比的生活水平——十分显著正相关;
4. 患病后有低保——十分显著正相关;

5. 患病后子女助学或再就业——一般显著正相关；
6. 供养人数——一般显著负相关；
7. 患病后享受住院补助——一般显著正相关；
8. 患病后享受生活补助——一般显著负相关；
9. 心理状态——显著正相关。

此外，也发现了一些与保障满意度没有明确显著相关的因素，包括：尘肺期别、身体健康情况评价、工伤保险待遇相关的保障、家庭收入支出净收入、子女是否因此辍学、门诊或住院次数等。

从患者自身生活水平来看，相对亲友生活水平越好、需要供养人数越少、心理状态越好的人对保障现状的满意度越高。可以看出，这与家庭生活环境所给予的压力有着明确的关系，压力越小的满意的可能性越高。

而从保障本身的内容来看，医疗报销、建档立卡、低保是最明显的影响因素，子女助学或再就业、住院补助有一般影响，越是享受这些保障的对于现状越满意；而生活补助政策与保障满意度呈轻度负相关。无论是建档立卡、低保还是住院补助政策都可以较持续地享受医疗保障。可见医疗相关政策对尘肺农民至关重要。纵观整体保障政策与尘肺农民对保障现状的满意度的关联，可以看出，对应前文所说的患者自身情况，越能减轻患者生活压力的政策，越能显著提升其满意度。另外，生活补助与保障满意度呈现轻度负相关的原因有待进一步研究。

5.3. 救助困境——法律缺位，政策补偿

5.3.1. 整体救助情况：尘肺农民法律意识与途径欠缺

在报告的第三章，我们通过对工伤职工保障现状的描述，详细介绍了法律规定的工伤待遇和赔偿，不过聚焦到尘肺农民群体，我们发现，除了多数（68.70%）获得了医疗报销（不等于工伤全报销的医疗待遇）之外。极少数尘肺农民获得了住院补助、医疗辅助器具、停工留薪、生活护理费、保留劳动关系、伤残津贴（退休后体现为养老保险）的法定工伤待遇。他们更多获得的是子女助学、低保、建档立卡贫困户、生活补助或其他（如残疾证、民政临时救助）由地方政府或者公益组织提供的补偿性救助。同时，值得注意的是，仍然有 4.96% 的尘肺农民患病

后仍然处在无丝毫保障的境地。

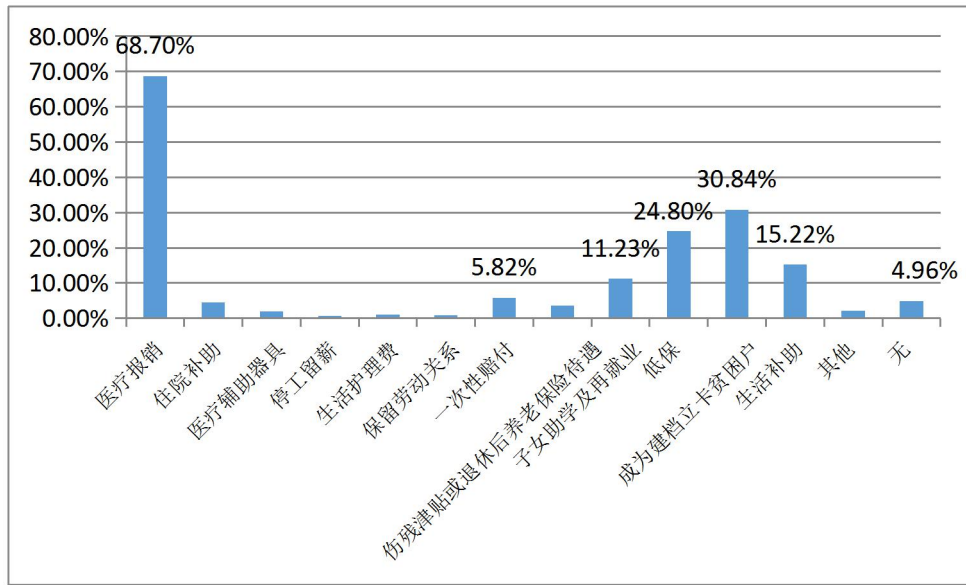


图 5-16：尘肺农民患病后享受过的保障 (N=1754)

在争取患病后赔偿与保障的过程中，近半数（47.60%）的尘肺农民仅靠自己，29.98%的人获得了政府的帮助，25.92%的获得家人亲戚的帮助，17.87%获得来自社会公益组织的帮助，而其他方式包括用人单位和爱心人士等。调查发现，在1628个样本中，仅14人寻求了律师的援助，仅5人寻求了媒体援助，可见尘肺农民的法律意识是较低的，渠道也是较窄的。

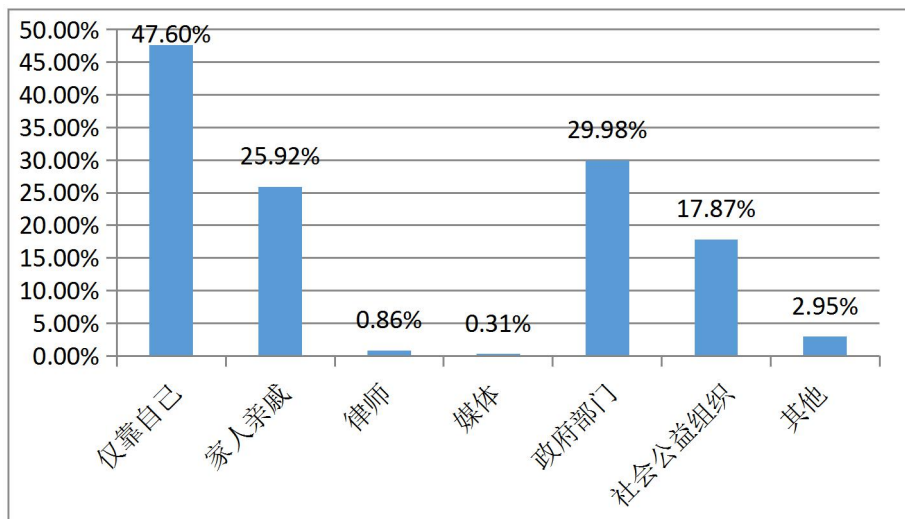


图 5-17：尘肺农民患病后寻求保障的途径 (N=1628)

5.3.2. 定责困难：疾病晚发与流动性大

5.3.2.1. 尘肺农民工单位——频繁更换，劳务关系不规范

如前文所述，基于人体的代偿功能，尘肺病存在多年的晚发。根据 2018 年《专家共识》，尘肺病发生多需要 10~20 年甚至更长的接尘工龄，且脱离粉尘接触后仍可以发病。接触不同类型的、不同浓度的粉尘会对尘肺的病程产生不同影响。二氧化硅粉尘（矽尘）致肺纤维化的能力最强，其所致矽肺也是尘肺病中病情最严重的。矽肺一般在接尘后 20~45 年间均可能发病，故也称为慢性矽肺。接触粉尘浓度高的发病较快，可在 5~15 年发病，其病程进展也较快。^①

而在漫长的晚发期中，尘肺农民可能已经换了多少份工作。调查显示有接近一半（47.30%）的尘肺农民曾在 5 个以上的涉尘单位工作过，有 1 位接受调查的尘肺农民表示工作单位达 100 个之多。

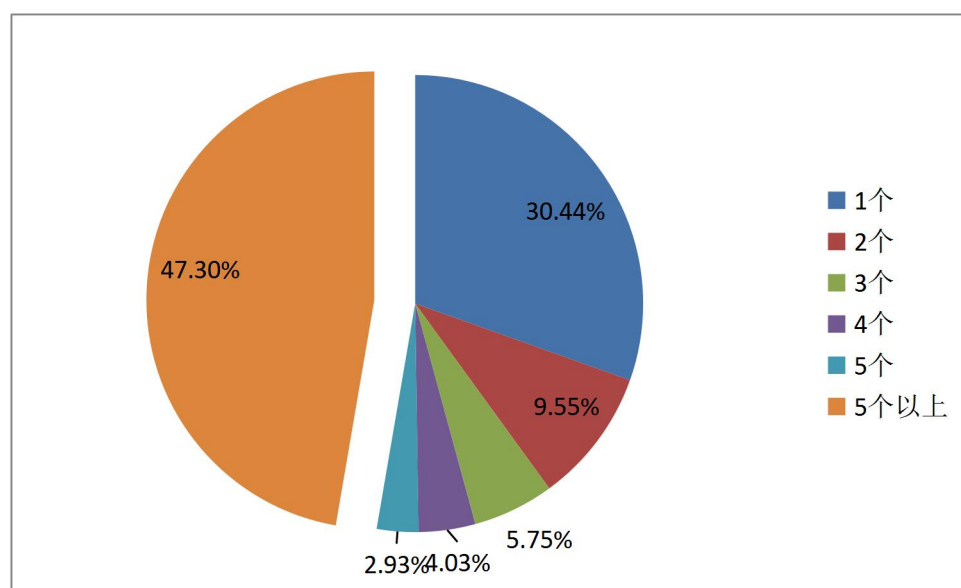


图 5-18：尘肺农民涉尘单位数量（N=1738）

就工作单位类型而言，在私人小作坊从事高粉尘工作的尘肺农民接近半数，达到了总样本的 46.19%。此外还有 23.18% 的尘肺农民从事高粉尘工作的主要单位类型为民营小企业（100 人以下），在国有企业工作的尘肺农民仅占一成左右。也许正是因为在这种朝生夕死的小微企业轮换工作，才直接导致了尘肺农民极不稳定的劳务关系。

^① 中华预防医学会劳动卫生与职业病分会职业性肺部疾病学组. 尘肺病治疗中国专家共识[J]. 环境与健康医学, 2018 (8) :686.

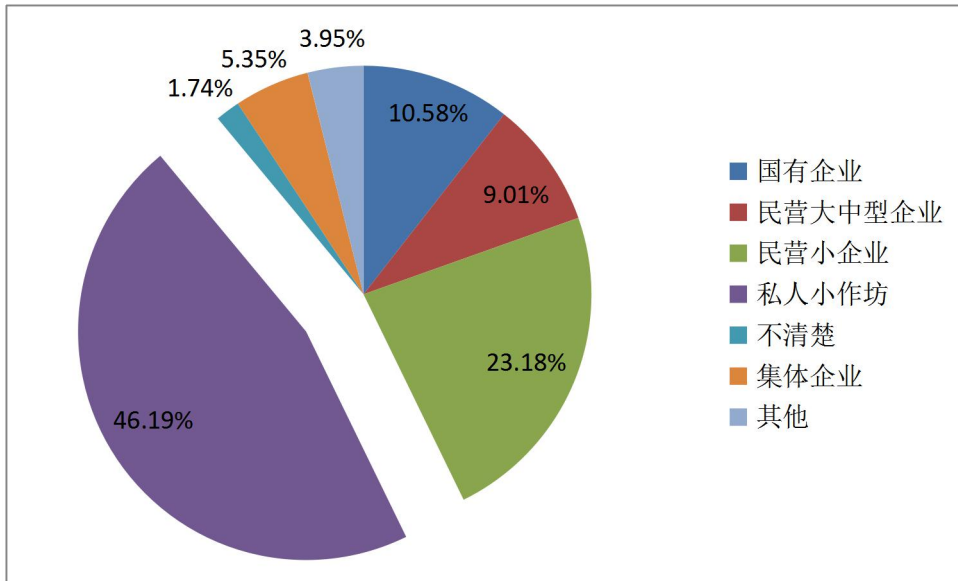


图 5-19：尘肺农民从事高粉尘工作的主要单位类型 (N=1750)

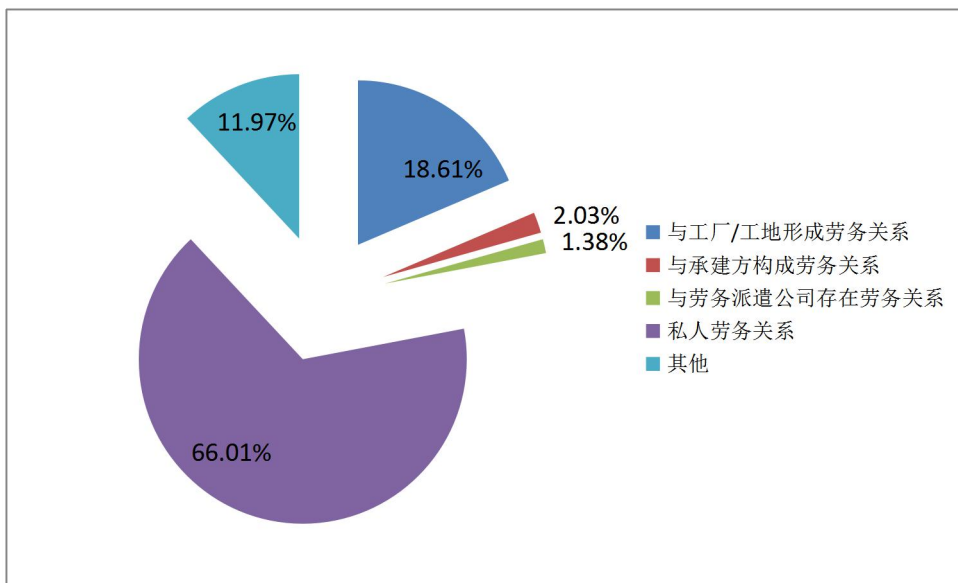


图 5-20：尘肺农民的劳务关系 (N=1671)

调查显示，66.04%的尘肺农民与涉尘单位是私人劳务关系，然而即便有22.02%的尘肺农民或与工作单位本身、承建方、劳务派遣公司有过劳务关系，这也不意味着他们拥有劳动合同或者工伤保险。

调查发现尘肺农民劳动合同签订及工伤保险缴纳情况几乎趋同，尘肺农民中表示他们从来没有过劳动合同和工伤保险的分别占到样本量的90.04%和90.47%，这也是这一群体在患病后极少获得工伤待遇的根本原因。

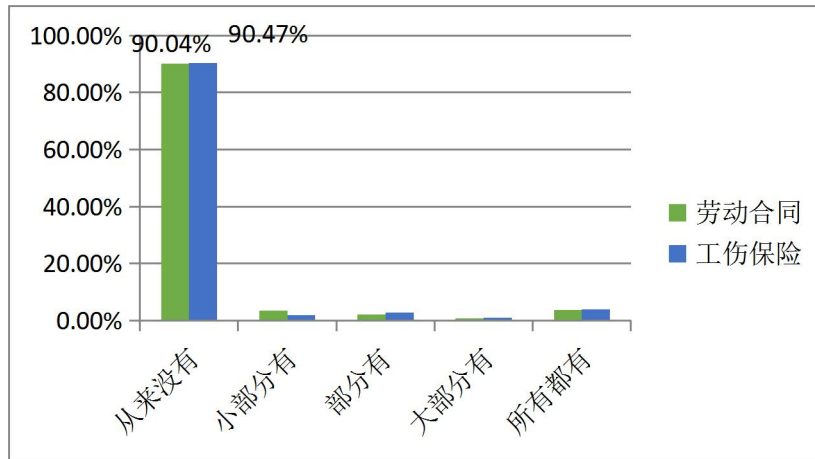


图 5-21: 尘肺农民的劳动合同签订和工伤保险缴纳情况
(劳动合同 N=1681; 工伤保险 N=1684)

5.3.2.2. 尘肺农民务工地点——整体流动性高，不同地区因产业差异大

调研的 10 个省份中，超过一半（53.54%）的尘肺农民主要是在本市县以内工作，逾三成（33.39%）尘肺农民在外省市务工或“不固定，到处跑”。

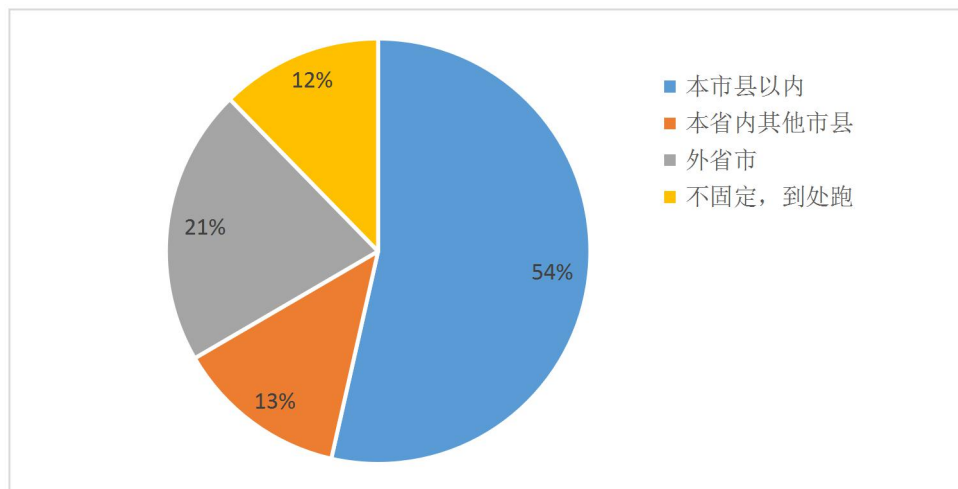


图 5-22: 尘肺农民务工地点 (N=1737)

不过通过将各地情况进行分别统计可以发现，各地在涉尘工作地点上展现出的流动性差异很大，这主要是由当地的产业类型，本地有没有适合的产业（如本地矿产、本地手工艺）决定的。例如青海互助县、民和县的农民们集中在外省的新疆罗布泊金矿打工；而陕西、重庆两地除了在本省如陕西潼关、重庆本地等矿产丰富地区打工之外，还有数量不少的患者曾在外省的河南灵宝金矿打工。而辽

宁葫芦岛、湖南郴州、福建泉州、山西忻州地区，由于本地有涉尘行业如钼矿、煤矿、石雕、金矿，更多的选择留在本市县内从事高粉尘工作。而广西、甘肃两省，不仅当地存在涉尘行业，同时也有不少外出打工者，在呈现上则比较逼近全国平均值。另外，河南的尘肺农民中表示“工作地点不固定，到处跑”的情况更为突出，占到 31.43%，远超全国平均的 12.32%，这也与当地的外出务工文化与氛围有一定关系。

在河南栾川县调研的时候，我们碰到一个不确定自己得没得病的农民工，他年龄在四十岁以下，不仅在国内四处跑，甚至还到老挝“镀金”。最近几年，体检越来越严，在山西打工时，岗前检查出了尘肺病（医学层面），矿上便决定不再用他，他跑到另外一家医院做检查，这家没能检查出来尘肺病，他便带着新的体检报告换了一家单位，这种打工方式仿佛是游击战。

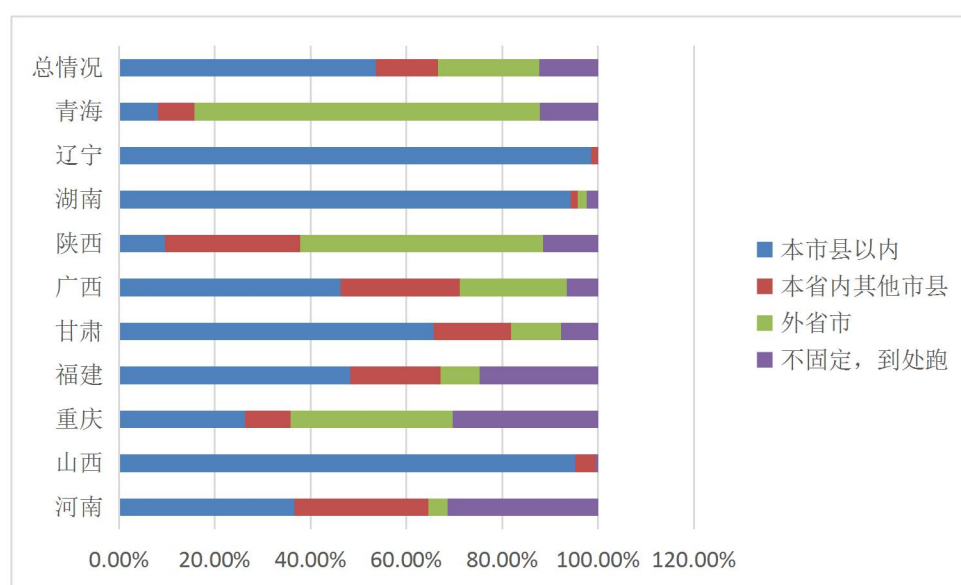


图 5-23：各地尘肺农民工的主要地点

（总情况 N=1737；青海 N=172；辽宁 N=205；湖南 N=209；陕西 N=209；广西 N=121；甘肃 N=154；福建 N=85；重庆 N=221；山西 N=175）

上文所述的定责困难指的是，对于尘肺农民群体保障政策制定而言，不仅需要考虑到其难以认定工伤的实际情况，也需要考虑到其地域流动性带来的地区责任划分问题。

5.3.3. 帮扶途径：自救与社会帮扶相结合

本次调查中，43%尘肺农民表示自己没有接受到过任何物质帮助。而从接受帮扶的途径来看，主要是来自亲戚(29%)、当地政府(29%)和社会组织(23%)，获得工作单位帮助的仅占1%。除下图列明方式外，也有患者提及来自对口帮扶单位、医院的帮助。

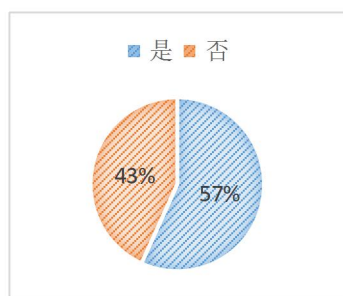


图 5-24: 尘肺农民是否获得过物质帮助 (N=1532)

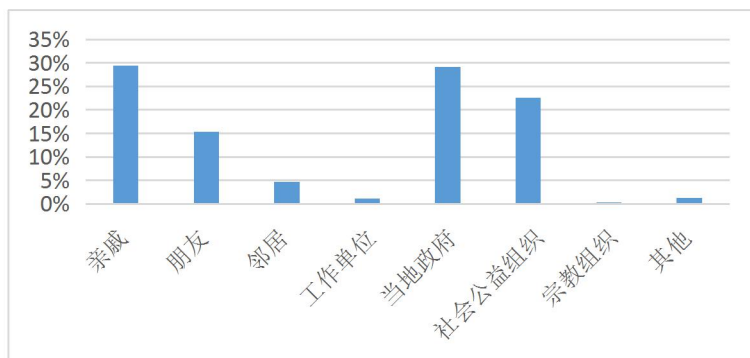


图 5-25: 尘肺农民获得过物质帮助的途径 (N=1532)

6. 尘肺患者务工时的工作环境

尘肺病目前是一种没有医疗终结的职业病，虽然无法治愈但是可以预防。我国疾病预防控制中心职业卫生所职业性呼吸系统疾病室原室主任、原副所长李德鸿曾明确指出：“尘肺病是完全可以预防 and 控制的，无论何时何地何种讲坛，在尘肺病防治问题上，都必须把预防放在首位……必须贯彻预防为主的方针，这是解决我国尘肺病高发的根本之策。”^①

回顾过去，是什么让尘肺患者患病，以致其后的诸多问题的呢？

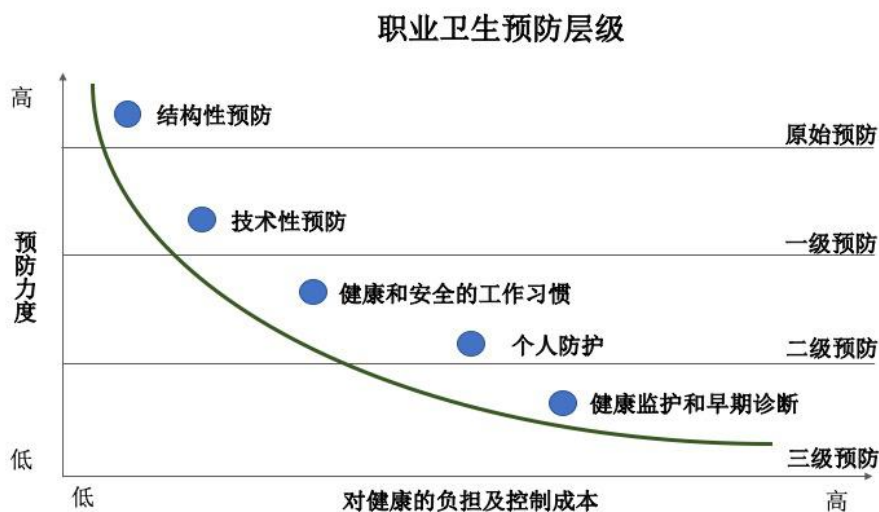
6.1. 尘肺病预防共识：三级预防与八字方针

早在上世纪，有关职业病、尘肺病的预防理论便已有明确模型。这些模型虽自提出后随时代有新的更新，但是整体逻辑未发生过很大变化。

6.1.1. 国际职业病预防层级理论：三级预防

上世纪末，国际劳工组织与世界卫生组织联合提出了“全球消除矽肺的国际规划”，目标在 2010 年实现矽肺发病率显著降低，2030 年消除矽肺病这个职业卫生问题。可见，尘肺病问题在国际上其他国家也是一项备受关注的公共卫生议题。^②

在本节中，我们引用了伦特纳乔玛（Jorma Harri Rantanen）^③的职业卫生预防层级理论来说明职业卫生预防力度与对健康的负担及控制成本之间的关系。



^① 李德鸿. 不要把尘肺病防治引入歧途[J]. 环境与职业医学, 2018, 35(4): 283-285.

^② Fedo. L. ILO/WHO 全球消除矽肺的国际规划[J]. 工业卫生与职业病, 1998, 24(1):16-17.

^③ 伦特纳乔玛 (Jorma Harri Rantanen) 曾任国际职业卫生联盟主席，芬兰国家职业卫生研究所所长。

图 6-1：职业卫生预防层级理论（来源：伦特纳乔玛, ICOH, 2018）

乔玛将预防层级分为了原始预防、一级预防、二级预防以及三级预防，他认为随着预防力度的不断降低，职业危害对劳动者的健康负担以及社会为此付出的控制成本（赔偿、补助、医药费等）会不断升高：

（一）原始预防（结构性预防）：利用立法手段、法规政策、行业督促，改变社会认知、涉尘企业现状、劳动者的习惯和观念；企业建立合理的职业卫生管理方式——合理组织、安排劳动过程，建立、健全职业卫生管理制度，贯彻执行国家制定的卫生法规。

（二）一级预防（技术性预防）：通过改进技术生产工艺和生产设备，以无毒物质代替有毒物质；使用远距离操作或自动化、半自动化操作，防止有害物质跑、冒、滴、漏；加强通风、除尘、排毒措施，从根本上消除和控制职业病危害因素，防止职业病的发生；做好就业前体格检查，发现易感者和就业禁忌症。

（三）二级预防（健康和安全的的工作习惯，个人防护）：企业做好卫生宣传、健康教育，营造良好的工作环境；劳动者合理利用防护设施及个人防护用品，树立健康和安全的的工作习惯，时刻怀揣自我保护的意识。

（四）三级预防（健康监护和早期诊断）：为劳动者建立职业健康监护档案，并按照规定期限妥善保存；通过早期发现、早期诊断、早期治疗防止病损的发展——1. 对职业接触人群，开展普查、筛检、定期健康检查；2. 确诊的患者，能够得到及时、合理的处理，不论是医疗方面的建议还是工作上的转岗等，防止疾病恶化。

不同于我国常说的三级预防理论^①，乔玛的预防层级理论加入了原始预防（结构性预防）的概念，将预防力度整体提前了一个脚步。职业卫生的预防关注的是减少以及杜绝劳动过程中职业性有害因素的接触，因而职业病预防与其他疾病的预防不同，若要产生预防效益，更要从法律制度、社会效益等根本问题上加强管理和约束。另外，乔玛将个人防护归类于二级预防，而将我国二级预防中的“三早预防”归属到三级预防中，而且没有将“康复治疗”纳入到预防层级中。由此可见，职业病防治工作中“预防”的重要性，且职业卫生预防是一项由政府、企

^① 一级预防亦称病因预防，是疾病尚未发生时针对病因而采取的措施；二级预防又称“三早预防”，早发现、早诊断、早治疗；三级预防又叫临床预防，是在疾病的临床期为了减少疾病的危害而采取的措施，包括对症治疗和康复治疗。

业、劳动者和全社会共同作用的、系统的、长期的工程。

6.1.2. 我国尘肺病预防：防尘八字方针

早在五十年代，我国的冶金工业^①中已经总结出了防尘综合措施八字方针经验：“宣、革、水、密、风、护、管、查”：

(1) 宣：做好宣传教育，使防尘工作成为职工的自觉行动。

(2) 革：革新包括作业方式和原料在内的生产工艺技术是消除尘肺的根本措施。

(3) 湿：湿式作业。

(4) 密：通过生产过程机械化、密闭化、自动化，将粉尘发生源密闭起来

(5) 风：通风除尘。

(6) 护：加强个人呼吸防护措施。佩戴符合国家标准的防尘口罩、防尘安全帽、送风头盔、送风口罩等呼吸防护用具。

(7) 管：建立并严格执行防尘工作管理制度。

(8) 查，依法对工作场所的粉尘浓度定期进行检测，对接尘职工进行定期职业健康检查。

可以看出，无论是国际上对职业病预防的认知还是我国的防尘方针，都从管理体制、技术、个人防护、体检诊断几个方面做出要求。

表 6-2：“三级预防”与“防尘八字方针”对照表

预防层级	三级预防内容	八字方针
原始预防	结构性预防（管理体制）	“管”
一级预防	技术性预防（技术革新与防护）	“革”、“湿”、“密”、“风”
二级预防	工作习惯/个人防护（培训及宣传、个人防护用品）	“宣”、“护”
三级预防	健康监护和早期诊断	“查”

上文曾提到，尘肺农民主要在上世纪九十年代打工，那时距离我国提出防尘

^① 矽肺病的防治[J]. 劳动安全与健康, 2001(07):16.

八字方针已有三十余年，那时的八字防尘做得如何呢？

在本次对尘肺患者的调研中，因行业复杂，未对技术层面做出询问。下一节将针对尘肺患者务工时“管”、“宣”、“护”、“查”的执行情况做阐述。

6.2. 尘肺农民的务工环境

6.2.1. 管——工作时间长，患者务工少见“粉尘安全规定”

前文曾提到，被调查的 1738 位尘肺农民中，有 1458 人表示当时涉尘工作平均每日的工作时长在 8 小时及以上，占样本量的 83.89%，整体工作时间长。

据尘肺农民对以往工作场所的反映，曾有 74.62%的用人单位从来没有过粉尘作业安全规定，反映了尘肺农民的用工单位对粉尘危害重视程度不够的问题。

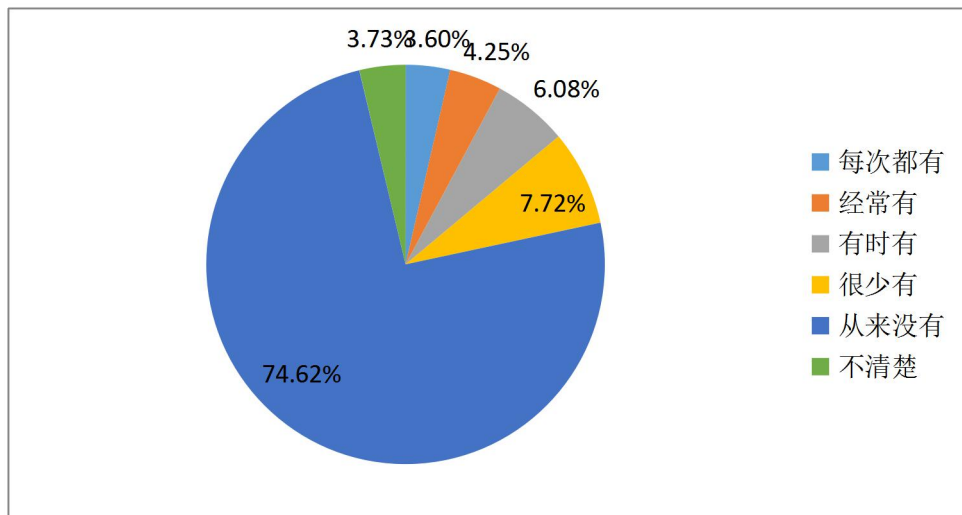


图 6-3: 尘肺农民工作场所粉尘作业安全规定情况 (N=1529)

6.2.2. 宣——企业宣传不到位，个人防护意识匮乏

调查发现，尘肺农民对于粉尘危害的知晓情况与用人单位的宣传有一定的一致性，一般情况下，用人单位宣传比较到位的，本人知晓情况也较好。但是根据尘肺农民的反映，在对于粉尘危害知晓普遍较低的前提下，66.42%的尘肺农民在工作时完全不清楚粉尘的危害；83.14%的农民患者表示工作时用人单位从来没宣传过粉尘的危害，可见本人知晓情况甚至略好于单位宣传情况，即尘肺患者务工时有些人曾通过其他渠道了解到了尘肺病。

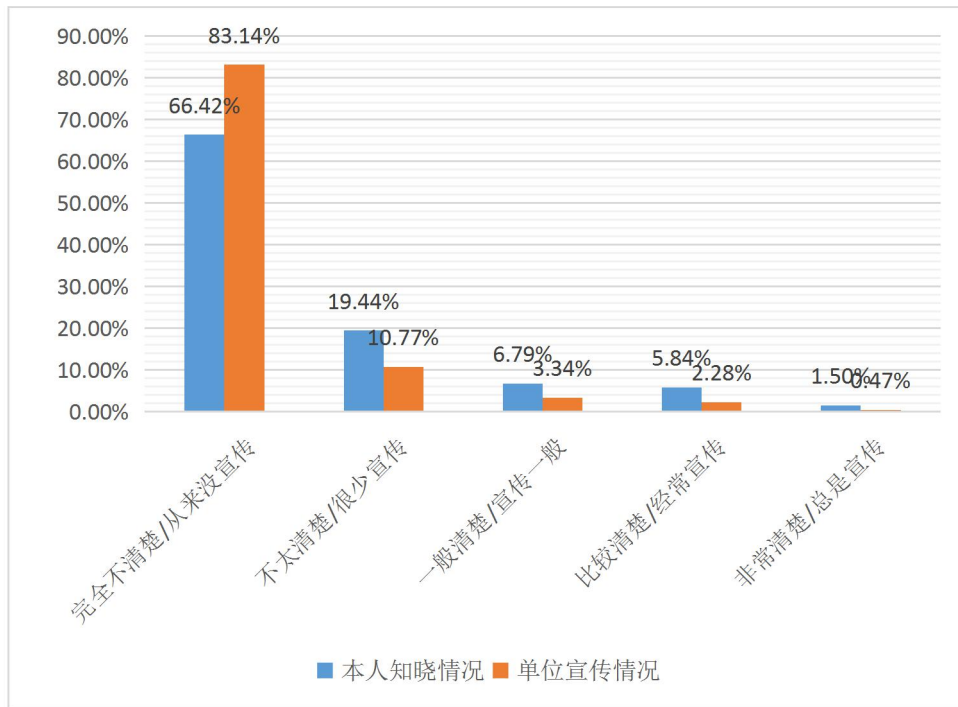


图 6-4：尘肺农民对于粉尘危害的知晓情况及用人单位宣传情况
(本人知晓 N=1739；用人单位宣传 N=1708)

与此同时，有 16.44% 的尘肺农民表示自己查出尘肺病后仍然在涉尘岗位工作过(N=1553)，在查出疾病后工作平均时长达 4.58 年，最长工作时长 21 年(N=222)。可见其对尘肺病的了解和防护意识十分匮乏。

6.2.3. 护——个人防护缺乏，防护氛围差

个人防护用品是阻挡尘肺病进入呼吸道的最后一道防线，十分重要。然而尘肺患者在务工过程中接受过单位所提供口罩的不足四成，而能按照相关规定经常发放的极少，仅有 5.66%。

从表 6-5 及图 6-6 可以发现，个人实际佩戴防护用品的情况要好于用人单位的提供和检查情况，不过通过进一步的调查我们发现，在佩戴过口罩的尘肺农民(N=1064)中，曾使用过防尘口罩的患者占 49.06%，不足一半；还有 48.30% 的患者曾使用过棉纱口罩，15.04% 的患者曾使用的是一次性口罩。

表 6-5：尘肺农民的个人防护用品提供、检查与佩戴情况

个人防护用品的使用情况 程度	用人单位提供与否		用人单位检查与否		个人实际佩戴与否	
	频数	频率	频数	频率	频数	频率

总是	95	5.66%	33	4.60%	220	12.78%
经常	140	8.34%	40	5.58%	240	13.94%
有时	197	11.73%	93	12.97%	362	21.02%
很少	198	11.79%	131	18.27%	321	18.64%
从来不	1049	62.48%	420	58.58%	579	33.62%
合计	1679	100.00%	717	100.00%	1722	100.00%

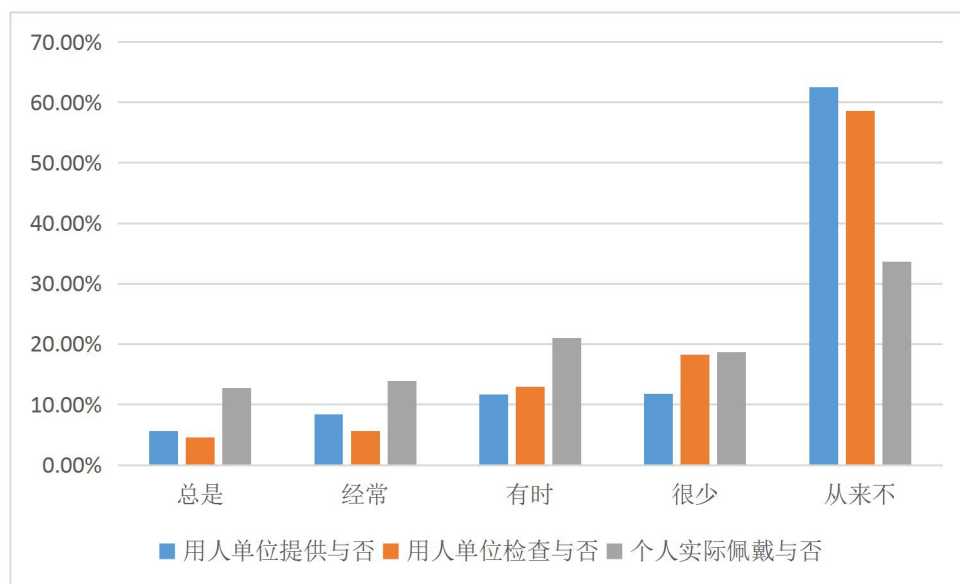


图 6-6：尘肺农民的个人防护用品提供、检查与佩戴情况
(用人单位提供 N=1679；用人单位检查 N=717；个人实际佩戴 N=1722)

而在 1240 位非每次工作都佩戴个人防护用品的尘肺农民中，觉得戴口罩憋气难受成了首要原因，占 34.27%，觉得佩戴个人防护用品做事不方便居次位，占 27.58%。

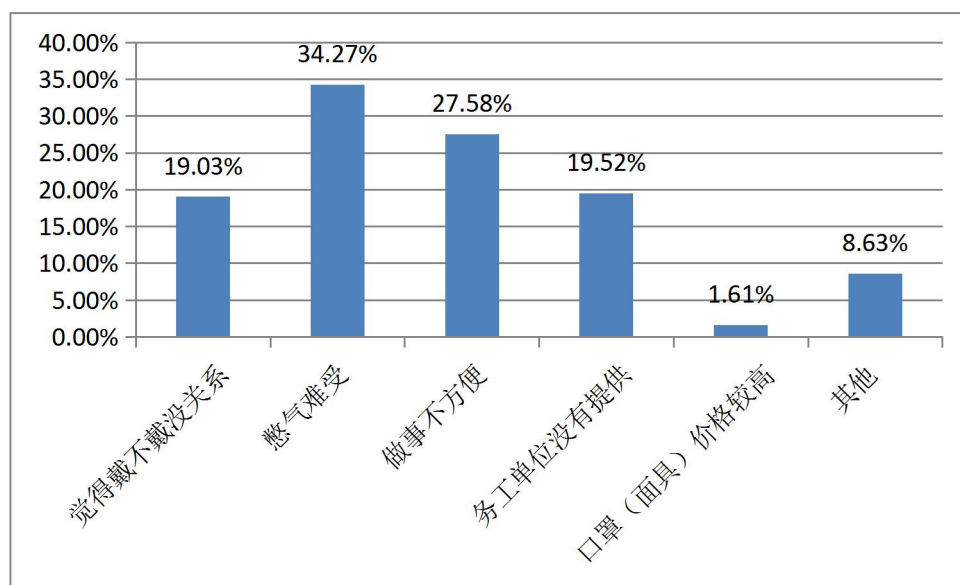


图 6-7：尘肺农民不佩戴个人防护用品的原因 (N=1240)

而对于所调查的尘肺农民的工友们，佩戴个人防护用品的情况也不如意。尘肺农民中，工友经常或总是佩戴防护用品的仅占 20%。这说明了尘肺农民所在的用人单位的防护氛围亦不如意。

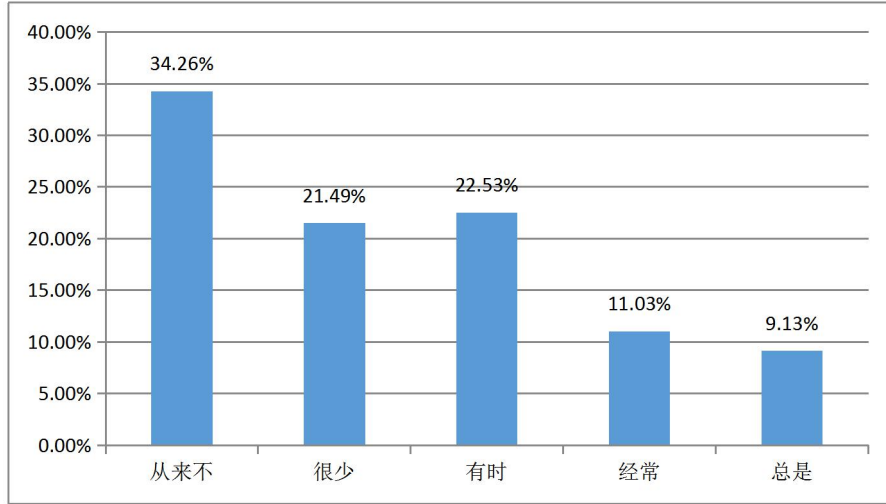


图 6-8：尘肺农民工友防护用品佩戴情况 (N=1731)

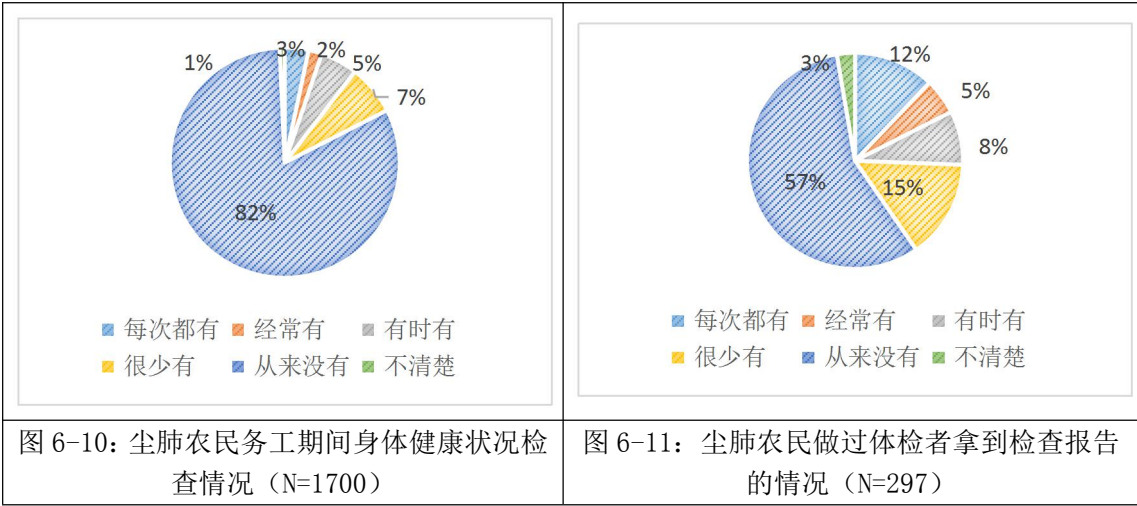
6.2.4. 查——体检不到位

关于尘肺病的预防，除了上述提到的用人单位的宣传教育、本人防护意识的培养，防护用品的佩戴，还应当包含对于身体状况的定期检查。前文曾提到，尘肺农民中仅有 8.92%通过单位组织体检检出患病，这已经说明了体检不到位的情况。对其在务工期间情况的询问印证了这一点。

调查显示，有 81.28%的尘肺农民在从事粉尘工作时，从来没有进行过岗前、岗中或离岗体检，即便是做过体检的尘肺农民中，也有 67.22%的尘肺农民从来没有拿到过体检报告。

表 6-9：尘肺农民务工期间身体健康状况检查及体检报告获得情况

程度	身体健康状况检查情况		身体状况检查		体检报告获得	
	频数	频率	频数	频率	频数	频率
每次都有	57	3.35%	36	12.12%	36	12.12%
经常有	32	1.88%	16	5.39%	16	5.39%
有时有	89	5.24%	24	8.08%	24	8.08%
很少有	119	7.00%	44	14.81%	44	14.81%
从来没有	1391	81.82%	169	56.90%	169	56.90%
不清楚	12	0.71%	8	2.69%	8	2.69%
总计	1700	100.00%	297	100.00%	297	100.00%



完全符合相关要求，入职/离职都有体检且每次都能拿到体检报告的仅有 18 人，占 1%。

6.2.5. 工友患病情况——尘肺病在同一用人单位中大量发生

超半数（50.98%）的尘肺农民介绍说，有绝大多数的工友也患上了尘肺病。由此可见，对于尘肺农民群体而言，其发病情况与自身关系不大而与务工环境关系较大。

同时值得注意的是，声明表示绝大部分工友患病的比例较声明称“一起工作的工友从来不佩戴防护用品的工友”的比例（34.26%）要多，这可能提示个人防护用品（PPE）并无法起到决定性作用。正如前文所述，个人防护在预防层级的最末端，是“最后一道防线”，尘肺病预防相关方不能一味将防控不力的责任推到“务工者个人不愿佩戴口罩”一事上。

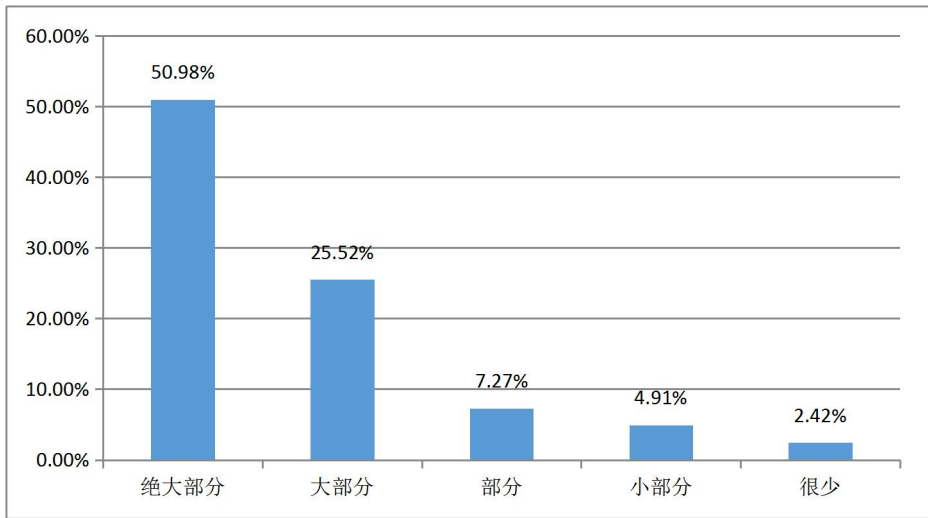


图 6-12: 尘肺农民工友患尘肺病的情况 (N=1732)

注：绝大部分、大部分、部分、小部分、很少部分分别指指 75-100%、50-75%、30-50%、5-10%、5%以下的工友患病。

6.3. 工伤职工与未认定工伤尘肺患者务工情况对比——尘肺病预防本可以做得更好

前文曾提到，工伤职工与未认定工伤尘肺患者显示了两种不同人群从事粉尘工作的情况。从目前情况来看，工伤职工较未认定工伤患者年龄更长，尘肺期别却更靠前，即从结果而言工伤职工的防控效果相对更好。实际上，工伤职工从事涉尘工作的年代相对未认定工伤者要早，如果这一群体在当时（指上世纪五六十年代）就可以做好尘肺病预防，那么一定程度上说明当时在尘肺病预防上的技术和管理逻辑已相对成熟。那么，工伤职工的防控情况如何呢？

6.3.1. 工友患病情况：未认定工伤患者工友患病者多

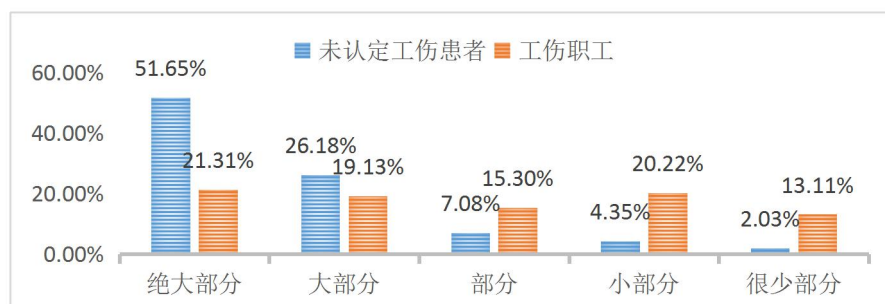


图 6-13：未认定工伤尘肺患者与工伤职工工友患病情况对比
(未认定工伤患者 N=1723；工伤职工 N=183)

从被调查者表述的工友患病情况来看，未认定工伤患者群体的工友患病情况明显比工伤职工的严重。

6.3.2. 务工环境：工伤职工明显更好

整体而言，对于同样的“管”、“宣”、“护”、“查”相关问题，工伤职工所处务工环境和防护意识要明显比未认定工伤者更好。

管理方面，工伤职工超时劳累务工情况相对较少；其务工环境的粉尘安全规定制定要明显优于未认定患者。

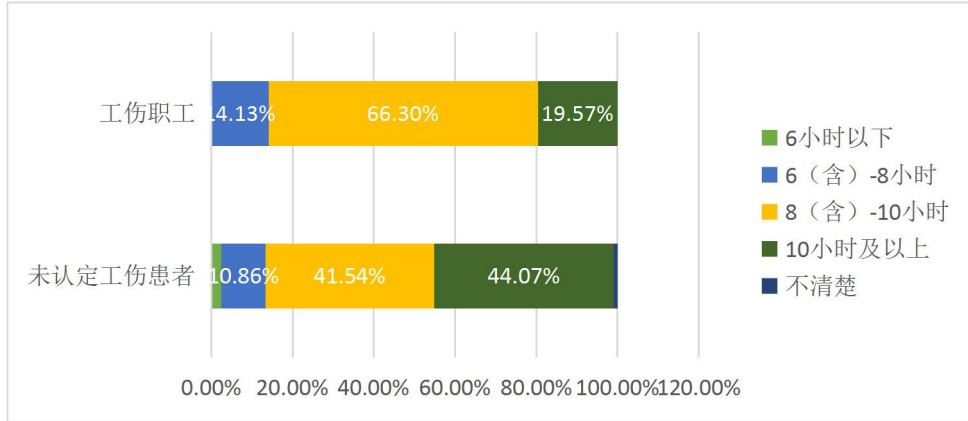


图 6-14：未认定工伤尘肺患者与工伤职工平均每天工作时间对比（小时）
（未认定工伤患者 N=1620；工伤职工 N=184）

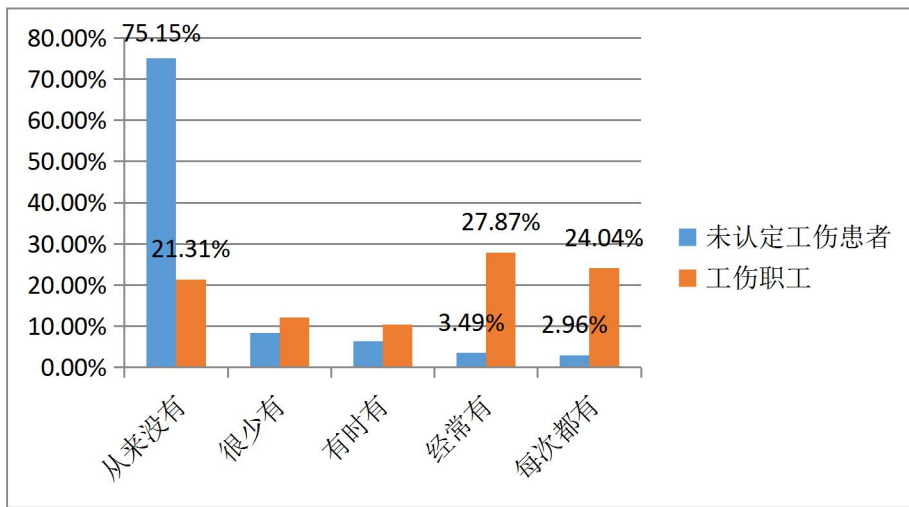


图 6-15：未认定工伤尘肺患者与工伤职工工作单位粉尘作业安全规定情况对比
（未认定工伤患者 N=1690；工伤职工 N=183）

宣传方面，工伤职工工作单位宣传更多，这让劳动者本身对职业病的认识也更清楚。

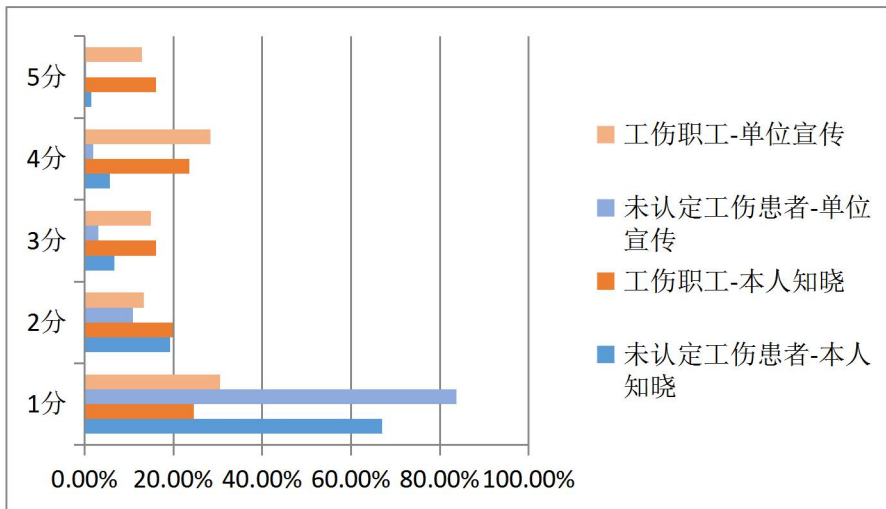


图 6-16: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工对于粉尘危害的个人知晓及单位宣传情况对比
(未认定工伤患者本人知晓 N=1728; 工伤职工本人知晓 N=187; 未认定工伤患者-用人单位宣传 N=1697; 工伤职工 N=187)

*注 1-5 分代表本人知晓或单位宣传的情况, 分数越高, 情况越好。

个人防护用品佩戴方面, 工伤职工务工单位提供及检查的情况明显更多, 因此劳动者实际佩戴情况也好很多。被调查者的工友个人防护用品使用情况也有类似趋势。

表 6-17: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工单位提供与检查个人防护用品情况对比

未认定工伤尘肺患者与工伤职工单位提供及检查个人防护用品	单位提供频次				单位检查佩戴情况频次			
	未认定工伤患者		工伤职工		未认定工伤患者		工伤职工	
	频数	频率	频数	频率	频数	频率	频数	频率
从来不	1058	63.43%	38	20.43%	416	59.86%	30	19.61%
很少	194	11.63%	21	11.29%	132	18.99%	23	15.03%
有时	192	11.51%	26	13.98%	89	12.81%	20	13.07%
经常	137	8.21%	45	24.19%	30	4.32%	49	32.03%
总是	87	5.22%	56	30.11%	28	4.03%	31	20.26%
总计	1668	100.00%	186	100.00%	695	100.00%	153	100.00%

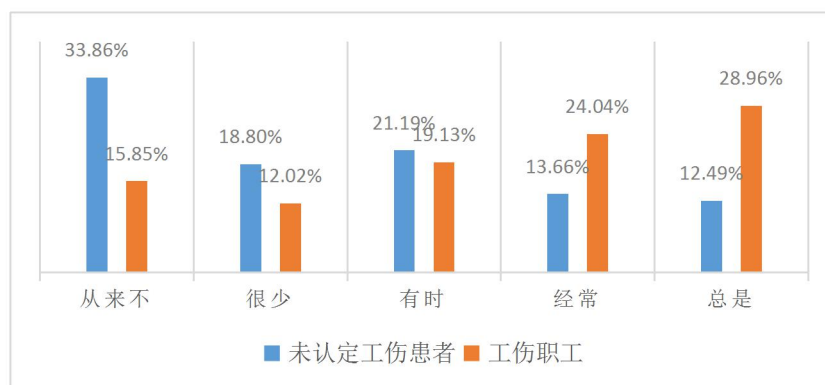


图 6-18: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工个人实际佩戴防护用品使用情况对比
(未认定工伤患者 N=1713; 工伤职工 N=183)

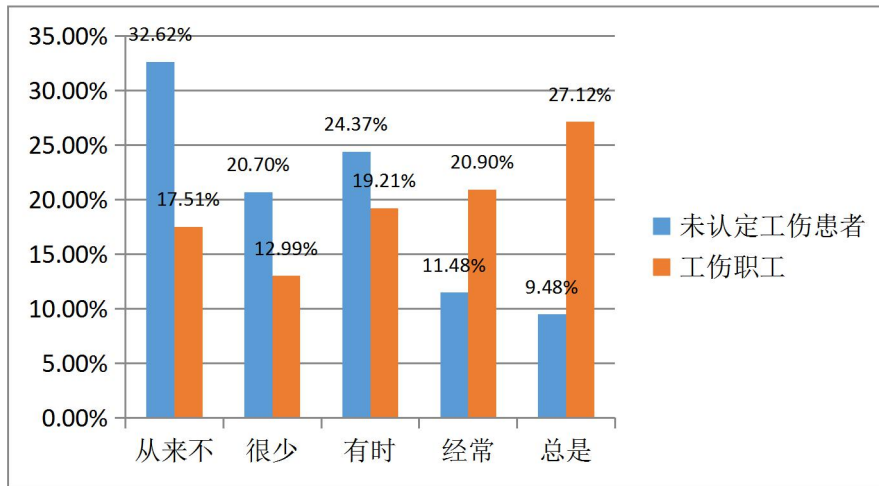


图 6-19: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工工友个人防护用品使用情况对比
(未认定工伤患者 N=1551; 工伤职工 N=177)

检查方面, 认定工伤的职工进行过入职/离职体检的人, 拿到报告的人占比明显均更高。

表 6-20: 未认定工伤尘肺患者与工伤职工身体状况检查及体检报告获得情况的对比

未认定工伤尘肺患者与工伤职工进行身体状况检查及获得体检报告的频次	身体状况检查				体检报告的获得			
	未认定工伤患者		工伤职工		未认定工伤患者		工伤职工	
	频数	频率	频数	频率	频数	频率	频数	频率
从来没有	1403	82.97%	36	21.30%	279	69.75%	42	28.77%
很少有	120	7.10%	18	10.65%	47	11.75%	19	13.01%
有时有	89	5.26%	20	11.83%	25	6.25%	15	10.27%
经常有	28	1.66%	42	24.85%	13	3.25%	25	17.12%
每次都有	39	2.31%	52	30.77%	28	7.00%	37	25.34%
有效计数	1691	100.00%	169	100.00%	400	100.00%	146	100.00%

6.4. 尘肺期别影响因素——前期预防影响病情发展

为了解尘肺农民病情的影响因素, 我们采用了有序 Logistic 回归分析, 先进行单因素分析, 再选取有意义的自变量进行多因素分析, 结果发现, 从事粉尘工作时, 进行入职/离职身体健康状况检查越充分的人, 尘肺病情期别较重的风险越小。

表 6-21: 尘肺农民病情影响因素分析结果

单因素分析

因素编号	因素	回归系数	OR 值
1	年龄 (周岁)	0.03	1.03045453
2	从事高粉尘工作类型——金属冶炼业	-0.504	0.60410938
3	从事高粉尘工作类型——石材加工行业	0.682	1.97782944
4	从事高粉尘工作类型——装修装饰	-1.498	0.22357687
5	高粉尘工作年限	0.024	1.02429032
6	高粉尘工作单位的数量	0.056	1.05759768
7	劳动合同签署	0.211	1.23491236
8	工伤保险缴纳	0.294	1.3417839
9	工作单位宣传粉尘危害的情况	0.306	1.35798231
10	工作单位提供个人防护用品的情况	0.088	1.09198812
11	工作单位检查个人防护用品佩戴情况	0.208	1.23121317
12	身体健康状况检查情况	0.358	1.43046562
13	粉尘作业安全规定	0.156	1.1688262

多因素分析

10	工作单位提供个人防护用品的情况	-0.225	0.79851622
12	身体健康状况检查情况	0.282	1.32577872

作为自变量分析

12	身体健康状况检查情况	0.358	1.43046562
----	------------	-------	------------

首先通过单因素分析，找出了 13 项有显著相关性的因素。其次，将这些单因素同时纳入多因素构建回归模型，发现很多因素此时并无显著性意义。而工作

单位提供个人防护用品的情况、身体健康状况检查情况仍然具有显著性。

参数估算值

							95% 置信区间	
		估算	标准 错误	瓦尔德	自由度	显著性	下限	上限
阈值	尘肺壹期	2.271	.934	5.910	1	.015	.440	4.102
	尘肺贰期	4.182	.954	19.229	1	.000	2.313	6.051
位置	因素 1	.023	.014	2.589	1	.108	-.005	.051
	因素 2	.041	.396	.011	1	.918	-.735	.816
	因素 3	.310	.699	.196	1	.658	-1.061	1.680
	因素 4	-2.430	1.411	2.965	1	.085	-5.195	.336
	因素 5	.023	.012	3.321	1	.068	-.002	.047
	因素 6	.035	.052	.445	1	.505	-.067	.136
	因素 7	.090	.119	.570	1	.450	-.143	.323
	因素 8	.119	.120	.985	1	.321	-.116	.353
	因素 9	.125	.153	.666	1	.415	-.175	.424
	因素 10	-0.225	.107	4.416	1	.036	-.435	-.015
	因素 11	-.064	.112	.327	1	.567	-.285	.156
	因素 12	.282	.118	5.667	1	.017	.050	.514
	因素 13	.106	.097	1.192	1	.275	-.085	.297

最后，我们将这两项因素作为自变量纳入模型，再次进行回归分析。结果发现，因素 10——“佩戴个人防护用品情况”已不再有显著意义，真正对模型具有影响是因素 12——身体健康状况检查情况。

参数估算值

							95% 置信区间	
		估算	标准 错误	瓦尔德	自由度	显著性	下限	上限
阈值	尘肺壹期	.051	.304	.028	1	.866	-.545	.648
	尘肺贰期	1.698	.310	30.049	1	.000	1.091	2.306
位置	因素 10	.020	.046	.198	1	.656	-.070	.111
	因素 12	.355	.062	33.322	1	.000	.235	.476

该结果一方面提示尘肺加重与否与第三级预防——健康监护和早期诊断直接相关；另一方面，考虑本研究无法检查企业粉尘监测情况、达标情况、危害申

报率、监督检查率等情况，体检与否成为唯一可量化用人单位对职业危害因素预防控制情况的标准，该结果同样可能反映：用人单位对职业病防控的重视及执行程序直接影响工人尘肺病患病严重程度。

7. 农民工尘肺病预防现状及困境

7.1. 我国职业卫生服务体系简述

7.1.1. 我国职业卫生服务体系及其职能：政府、用人单位、职业卫生服务机构互联作用于劳动者

职业卫生以保护劳动者健康为宗旨，其目标是促进和保持从事所有职业活动的劳动者在身体上、精神上以及社会活动中最高度的愉悦；预防由于工作条件和有害因素对健康的伤害；安排并维护劳动者在其生理和精神心理上都能够适应的环境中工作。职业卫生服务则是为达到职业卫生目标的过程中，通过向劳动者提供职业卫生服务和向用人单位提供咨询来保护和促进职工健康，改善劳动条件和工作环境，从整体上维护劳动者健康。^①

目前我国已经建立了较为完善的职业卫生服务体系，它是以《职业病防治法》为核心、保护劳动者健康和权益为基础的体系，其中政府进行监督管理，企业/用人单位负主要责任，职业卫生服务机构提供职业卫生技术服务等。

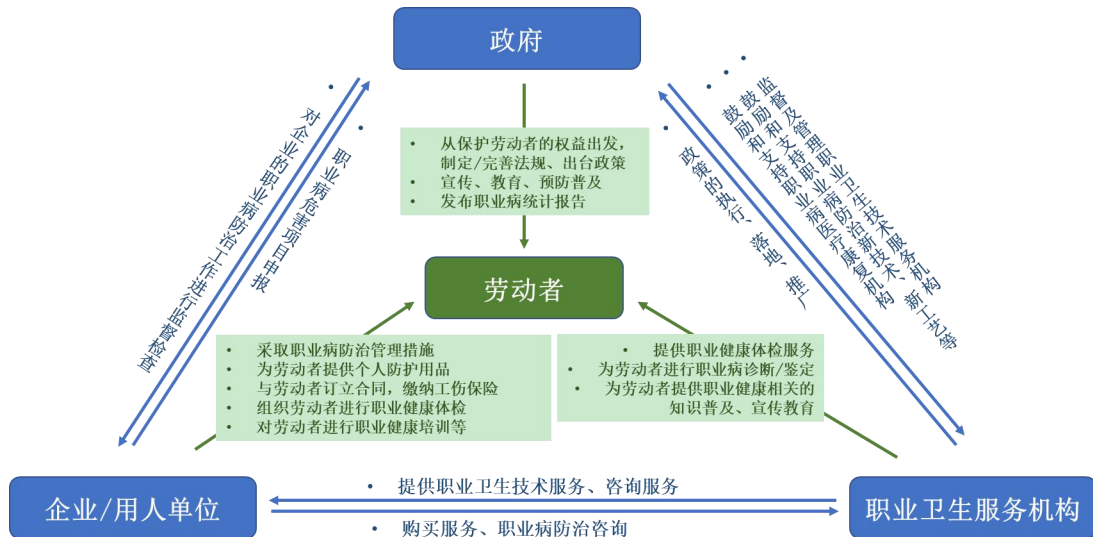


图 7-1: 我国职业卫生服务体系及其职能梳理^②

表 7-2: 职业卫生服务体系下的部门分类

^① 李德鸿. 人人享有职业卫生, 推进基本职业卫生服务体系建设[C]. 中华预防医学会第二届学术年会暨全球华人公共卫生协会第二届年会论文集. 中国预防医学会, 2006: 60.

^② 参见张海宏. 中国职业卫生服务体系研究[D]. 华中科技大学, 2010: 16-17. 并结合《职业病防治法》重新进行了梳理

政府	各级卫生行政部门、劳动保障行政部门	卫生健康委员会/人力资源和社会保障部
企业	涉尘企业	金属/非金属矿山、冶炼、建筑工地、石雕/宝石加工等
职业卫生服务机构	职业病防治技术支持机构	公立机构：职业病防治院、疾控中心、综合医院、其他卫生健康部门所属机构（卫生监督所等）
		专业机构：防尘、防毒、防噪和防电离辐射等“四防”相关的实验室、国企、事业单位、民营机构、高等院校等
	职业卫生服务机构	第三方检测评价机构
		职业病诊断机构
		职业健康检查机构

我国《职业病防治法》第三条规定：“职业病防治工作坚持预防为主、防治结合的方针，建立用人单位负责、行政机关监管、行业自律、职工参与和社会监督的机制，实行分类管理、综合治理”，第九条规定“国务院卫生行政部门、劳动保障行政部门依照本法和国务院确定的职责，负责全国职业病防治的监督管理工作”。^①

由此梳理我国职业卫生服务体系，各相关方的职能为：

1. 政府部门实行职业卫生的管理职责。包括立法、完善法规、出台政策，对涉尘企业的监督管理、面向劳动者和全社会的职业卫生知识普及/宣传教育、鼓励和支持职业卫生服务机构研发职业病防治的新技术、新工艺等；

2. 企业/用人单位需要向政府进行职业病危害项目申报，并在企业/用人单位内部采取科学的职业病防治管理措施，与劳动者订立劳动合同、为其缴纳工伤保险，对劳动者进行职业健康培训，提供个人防护用品，定期组织劳动者进行职业健康体检；

3. 职业卫生服务机构作为咨询服务机构以及技术支撑机构，其主要职能是为企业/用人单位提供职业卫生的技术服务和为劳动者提供体检及诊疗，内容包括建设项目职业病危害预评价和职业病危害控制效果评价、职业病危害因素监测与评价，劳动者的入职/岗中/离职体检，职业病诊断/鉴定等，同时还承担着政府政策的落实和执行，包括研发新技术、设立康复机构、患者随访和研究任务等。

^① 全国人大常委会. 中华人民共和国职业病防治法（2018年修正）. <http://www.lawtime.cn/faguizt/216.html>

7.1.2. 预防层级理论下的职业卫生服务

把我国职业卫生服务体系中的相关方及其职责放在伦特纳乔玛的预防层级理论中，便可清晰地看出：政府通过立法、出台政策以及对企业的监督管理是力度最强的预防层级；与此同时，企业的职责贯穿整个预防层级，对于劳动者的职业健康应做到全程监护。

表 7-3：我国职业卫生服务体系的相关方在预防层级中的职能

			三级预防： 健康监护和早期诊断
		二级预防： 工作习惯/个人防护	
	一级预防： 技术性预防		
原始预防： 结构性预防	企业：三同时、工程防护、改进工艺	企业： 营造良好的工作环境 职业健康培训及宣传 提供个人防护用品等	企业：定期组织劳动者进行职业健康体检、建立职业健康监护档案
政府：立法、完善法规、出台政策、行业督促	政府：监督管理、依法惩处		体检机构：职业健康检查并申报疑似案例
企业：先进的职业卫生管理制度，政策执行	技术支撑机构：研发新技术、工程咨询		诊断机构：进行职业病诊断并申报职业病案例

2019年7月，国家卫健委发布的《尘肺病防治攻坚行动方案》中明确了五项重点任务：1. 粉尘危害专项治理行动、2. 尘肺病患者救治救助行动、3. 职业健康监管执法行动、4. 用人单位主体责任落实行动、5. 防治技术能力提升行动。

^①用预防层级分解来看，其中1、3、5都属于一级预防内容范畴，第4条任务覆盖了一、二、三级预防。也可见国家卫健委对尘肺病预防工作的力度。

此次攻坚行动规定了要“集中开展煤矿、非煤矿山、冶金等重点行业粉尘危害专项治理工作；继续开展水泥行业安全生产和职业健康执法专项行动；对不具备安全生产条件或不满足环保要求的矿山、水泥、冶金、陶瓷、石材加工等用人单位，坚决依法责令停产整顿，对整治无望的提请地方政府依法予以关闭。”^②此种一级预防更能从根本上控制和消除粉尘危害，二级和三级预防层面中，劳动者

^① 国家卫健委职业健康司. 尘肺病防治攻坚行动方案.

<http://www.nhc.gov.cn/zyjks/pqt/201907/761eaa530f6f482bbd7b1669aecca399.shtml>

^② 同上

已经在工作过程中需要长时间接触粉尘等职业病危害因素，而像个体防护这样的措施几乎是控制粉尘危害的最后一道防线。因此，二级预防和三级预防需要企业更多的责任落实以及劳动者自我保护意识的提升。

本章将根据本次调研的访谈内容及部分涉尘岗位农民工调查问卷对农民工尘肺病的预防做简单的分析。基于本次调查的客观因素限制，涉尘农民工样本量十分有限且行业具有一定限制性，结果仅可作为初步参考。

7.2. 农民工尘肺病预防现状概览

7.2.1. 尘肺病预防整体情况：整体改善明显，部分行业仍是重点难点

在调查过程中，我们发现相比造成如今尘肺病大面积发生的上世纪末的务工情况，涉尘岗位工作规范已经有了很大程度的好转。不少不合规矿产已经关停。在询问患尘肺的农民有关务工情况的过程中，有很多尘肺农民表示诸如“粉尘作业相关规定”、“发放口罩”、“体检”等规定是在其 2015 年以后的务工经历中开始有的。多地服务机构和管理部门表示，这一改变与原安全生产与监督管理部门强有力的执法力度密切相关。

虽然如此，仍有一些行业或工种属于尘肺病预防的难点。四川一职业卫生技术服务机构工作人员表示：根据其经验，粉尘岗位的职业危害情况与行业关系很大，其中建筑、矿山及采石、建材、砂石行业是防控重点难点。建筑行业一个楼盘有几十个承包商不好管理，同时流动性大，工程防护实施困难，检查也因流动性大而难以落实，建筑行业中安全生产和环境的检查较多，职业卫生相关的很少。矿山则是工程防护措施难以将粉尘浓度降到无害标准，需要靠口罩做最后一道防护，然而劳动者体力劳动大流汗多，他们往往更不愿意戴口罩。在此基础上，许多涉尘岗位属于外包工种（如水泥厂的装袋工），管理上存在一定疏漏。

除此以外，卫生行政部门、涉尘企业、职业卫生服务机构从各自角度反应了诸多预防难点。

7.2.2. 调研数据显示：职业危害控制情况不容乐观

本次调研对 85 位在涉尘岗位务工的农民工进行了问卷调查，虽然在样本量、群体多样性上存在很大局限性，但这一数据对于整体的预防情况也有一定参考意义。

7.2.2.1. 采集样本——石材加工行业为主

本次调研中对涉尘岗位农民工进行了问卷调查，基于客观限制因素，本次样本主要采集于福建泉州、河南南阳、甘肃卓尼，分别是著名的石雕、玉石加工、洮砚生产地。除上述几地外，我们也在重庆、河南等地采集到的少量其他行业样本。故而本次受访的涉尘农民工中，69%从事石雕、宝石加工行业。除此以外的其他行业中从事建筑材料的农民工较多，占比为 18%。在企业规模上，受访的农民工中 96.3%受雇于私营企业或个体作坊，其中个体作坊的占比最高，为 40.7%。

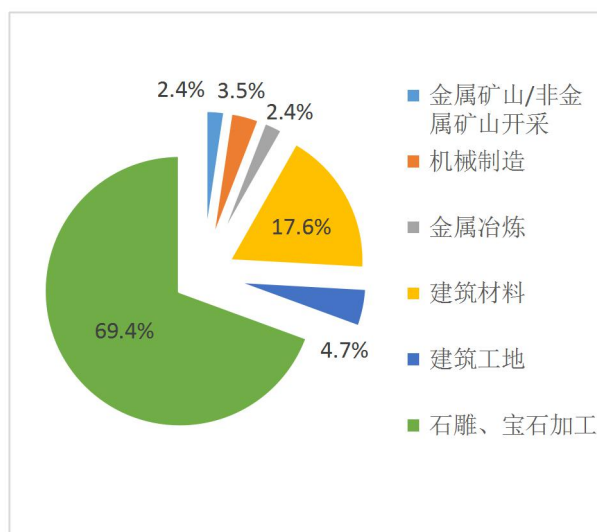


图 7-4：涉尘农民工从事的行业 (N=85)

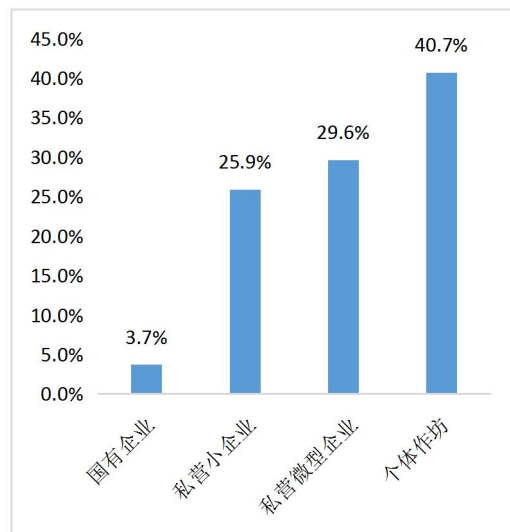


图 7-5：涉尘农民工工作的企业类型 (N=81)

7.2.2.2. 务工环境职业危害现状

我们请被调查农民工对自己所在的工作场所粉尘危害打分，10 分为十分严重，看不到两米内物体，5 分为有少量扬尘地上有积尘，0 为完全没有粉尘。农民工所打分显示平均分为 5.65，即偏向空气中有扬尘地上有积尘的情况，而这个情况对于规定的粉尘浓度标准而言，尤其是矽尘等更易致病的粉尘种类，是远不达标的。从整体打分情况可见，大部分农民工认为自身工作环境中有一定粉尘。

与此同时，仍有两成农民工认为自己所处务工环境粉尘十分严重。

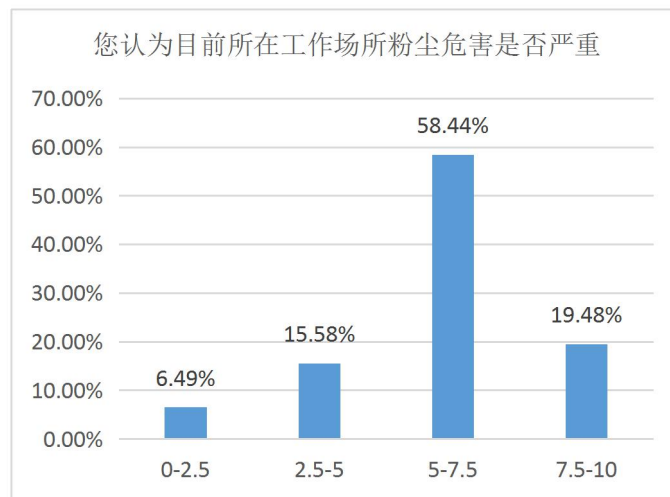


图 7-6: 涉尘岗位农民工对工作场所粉尘危害的自评 (N=77)

7.3. 涉尘岗位农民工特点

农民工，是指常年或大部分时间在城镇地区或乡村社区的国营或集体等企事业单位从事第二、第三非农业活动，但户口在农村，原则上家中还有承包地，不吃国家供应的平价粮，不享受城镇居民的各种补贴和福利待遇的农村劳动力。简言之，就是亦工亦商或亦商亦农的农村劳动力。^①

农业劳动力向非农产业和城镇转移，是世界各国工业化、城镇化的普遍趋势，是农业现代化的必然要求。我国存在数量众多的农村劳动力，尤其是实施联产承包责任制以来，有限的土地上产生了越来越多的富余劳动力。上世纪 80 年代以来我国爆发了农民大规模外出寻找就业机会的“民工潮”现象，劳动力在第一产业的分布逐渐减少，从事第二、第三产业的比重不断上升。2018 年农民工监测调查报告显示，从业第二产业的浓密焊工比重为 49.1%，其中制造业占到 27.9%，建筑业占到 18.6%。^②

那么，在涉尘岗位工作的农民工群体又存在哪些特点呢？本小节将结合调研访谈情况及农民工问卷收集情况做出简析。

^① 向洪, 张文贤, 李开兴主编. 人口科学大辞典[M]. 成都, 成都科技大学出版社, 1994.

^② 国家统计局. 2018 年农民工监测调查报告.

http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201904/t20190429_1662268.html

7.3.1. 基本信息：年龄偏大，文化程度偏低

调研过程中，有不少涉尘企业职业卫生管理人员表示如今年轻的农民工，特别是未结婚的农民工，对岗位环境条件要求高，他们不希望做粉尘多、噪音大、危险品或化学物质过多的工作。与此同时，上过本科的农民工大部分不愿意去车间，而上过高中的农民工大部分不愿做体力活。于是，四五十岁的、上有老下有小，文化程度偏低的农民工，是当前涉尘岗位的主要从业人员。

从调研样本来看，涉尘农民工的年龄段在 46-50 岁以及 50 岁以上的占比居多，二者合计占到四成以上，30 岁以下的新生代农民工^①占比仅有 16.4%。且因为年龄段的偏长，工作年限整体也偏高，工作达 20 年以上的涉尘农民工占到 47%。

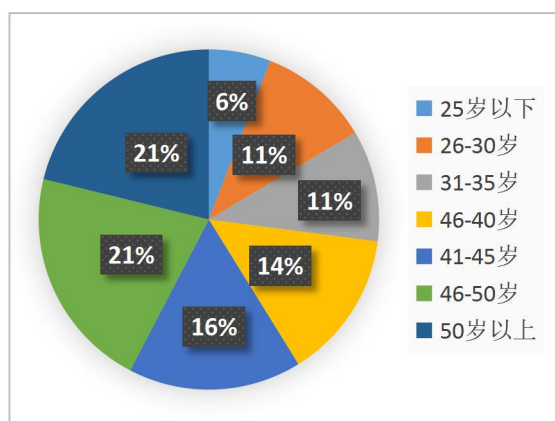


图 7-7：涉尘农民工年龄结构 (N=85)

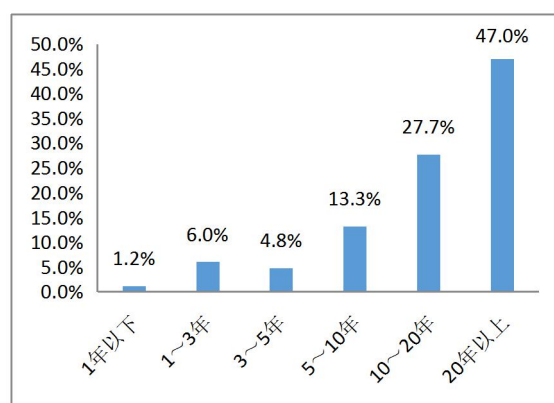


图 7-8：涉尘农民工工作年限 (N=83)

其次，从调查样本的受教育程度来看，接近一半的涉尘农民工的文化程度在小学以下，初中毕业的占到 43%，高中/大专以上的仅有 8%。

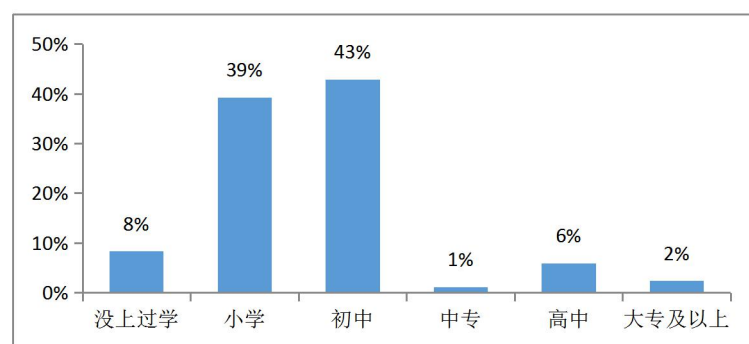


图 7-9：涉尘农民工受教育程度 (N=84)

农民工在面对继续教育和为家庭创收的选择题时，往往会选择后者，很多农

^① 新生代农民工指的是在 1980 年及之后出生的，进城从事非农业生产 6 个月及以上的，常住地在城市，户籍地在乡村的劳动力，是新时代的产业工人。参见国家统计局住户调查办公室. 新生代农民工的数量、结构和特点. http://www.stats.gov.cn/ztjc/zftx/fxbg/201103/t20110310_16148.html

民工小学或初中未毕业就选择外出务工。也正是因为自身文化程度较低、缺乏专业技能，他们只能选择建筑、矿山、金属冶炼等行业中容易上手、高强度、低技术的岗位。由此形成了一个越贫困读书越少，读书越少越贫困的循环。

这样的农民工特点也给职业病预防的执行带来了一定困难。陕西一医院职业病科主任表示：“在尘肺病防治过程中，遇到的困难是病人与农民工层次低、观念陈旧、经济问题。”广西一医院工作人员有同样的困惑：“农民工本身就不识字，又不会看报纸，又不看宣传，回到村里面电视信号还时好时坏的，你让他怎么宣传。”广西某矿的职业卫生管理部门主任则指出了更为实际的问题：“由于文化程度低，工人素质教育落后，本部门是做到了严格执行，按需培训、宣传，但是工人不听、听了也不会太重视。”所以很多企业采取的是强制性管理措施：“下矿查岗、监督、督促工人佩戴防尘用品等”，“在车间设置监控，随时监管他操作机器，穿防护鞋、戴口罩，如果有不按规定（佩戴防护用品）的就不让进车间”，“没戴口罩就罚款。”

7.3.2. 务工特点：熟人圈、流动性较大

在调查样本中 45.2%的农民工表示这是自己的第一份工作，其次是做过 2~5 份工作的占比为 34.5%，6~10 份工作的占到 14.3%。从图 6-7 看来，农民工的流动性也并非高得离谱，但需要说明的情况是，在实际询问中，很多农民工把一个工种理解为一份工作，例如泉州地区一直从事石材雕刻的农民工，虽然他辗转于不同的私人作坊、受雇于不同的私人老板，但做的事情都是石雕，他们会认为自己工作并没有实质性的变化。另外，从事石雕、玉石加工的农民工通常从小做学徒，或传承家族的作坊，多年才习得一身功夫，换工作或转行的可能性较小。

在从事过两份以上工作的样本中，“薪水无法满足生活需要”以及“工地更换或工厂破产”是农民工更换工作的主要原因，分别占到 37.0%以及 17.4%。在“其他”的原因中，还有距离原因、工厂效益问题、追求自由以及身体原因（如知道存在尘肺隐患）等。

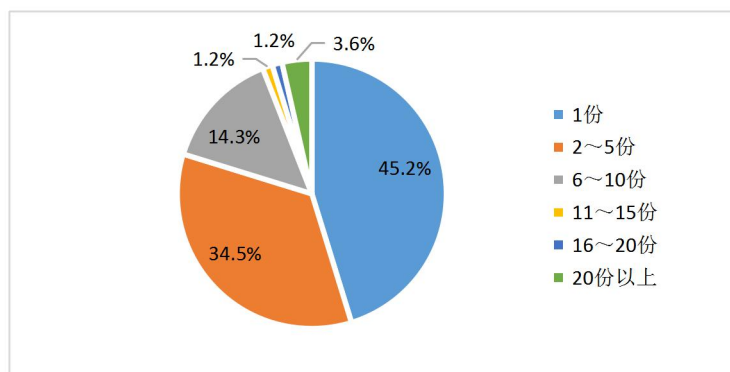


图 7-10：目前为止从事的工作份数（N=84）

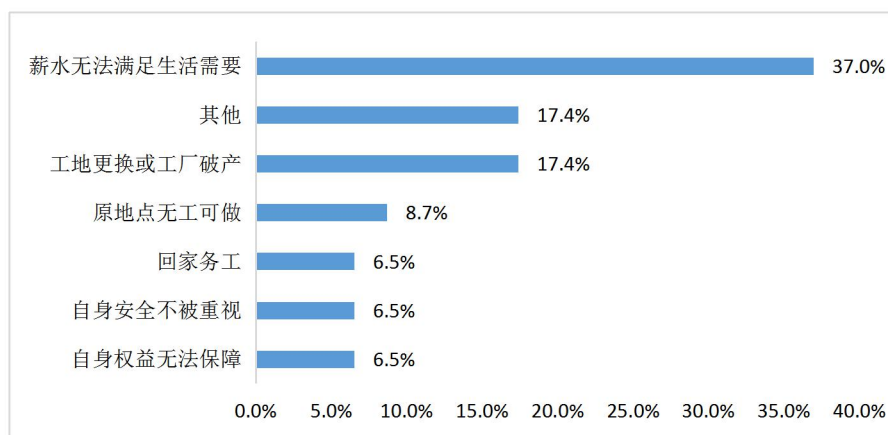


图 7-11：涉尘农民工换工作的原因（N=46）

涉尘农民工最主要的找工作途径是通过朋友/亲戚/工友介绍，占比达到 41%，也有 39.8%的农民工是自己应聘得到的工作，16.9%的“其他”类中主要是家族传承的案例较多。

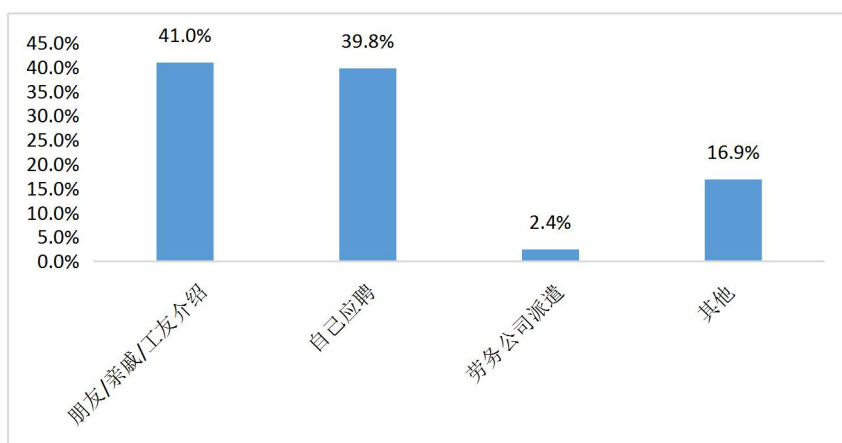


图 7-12：涉尘农民工找工作的途径（N=83）

不稳定的就业情况带来不稳定的劳动关系。调查中，八成农民工没有与用人单位签署劳动合同，绝大多数农民工与用人单位之间不存在法律上的劳动关系；

70.4%的农民工，没有办理工伤保险或不清楚、不关心工伤保险的缴纳。

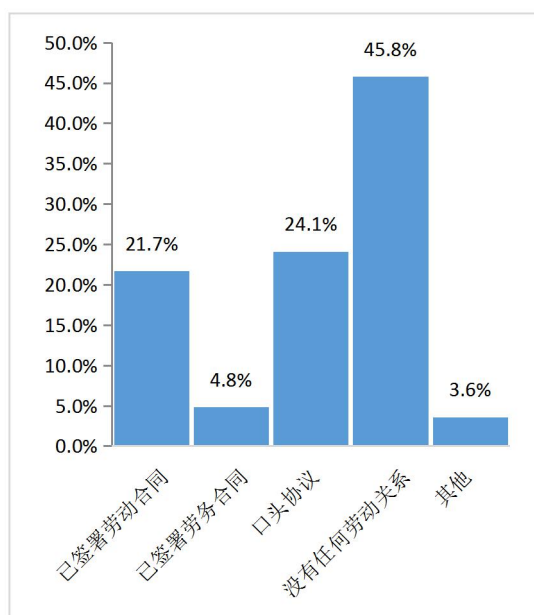


图 7-13: 是否签署了劳动合同 (N=83)

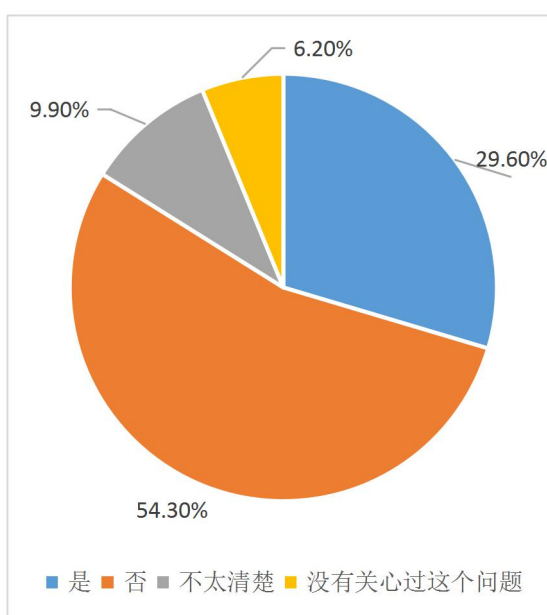


图 7-14 企业是否为员工办理及缴纳工伤保险 (N=81)

对于煤矿等大型厂矿而言，劳动合同签订的比率可能高于调查数据。湖南一政府工作人员表示：当地煤矿可能有 70%的农民签订合同。

农民工的高流动性，是由诸多原因造成的，郑赤建等人把其总结为四点：1. 城乡二元经济结构；2. 城乡分治的户籍制度；3. 农民工自身条件的限制；4. 社会保障欠缺且难以实行。^①其中，“农民工自身条件的限制”暨在上文中分析的教育水平、劳动观念等，而且涉尘农民工的工作又是最脏、最累、最苦的工种之一，长期处于底层岗位、没有职业生涯的规划，就造成了哪里工资高就流向哪里的高流动性。

这种流动就业使得他们的职业和收入处于波动状态，更不利于农民自身的职业生涯发展。^②通过与第二章尘肺农民集中务工的上世纪 90 年代对比，当前在涉尘岗位务工的农民身上仍然保留着 30 年前的部分特点。务工渠道上仍很少摆脱熟人圈，亲友邻居介绍、家族传承仍很大程度上决定了他们的工种。

较高的流动性带来的职业病预防管理困难在一些行业中十分显著。建筑工地、玉石打磨与加工、矿山、陶瓷行业被认为是这一现象的重难点。福建泉州市卫健委职业健康科科长举例称：“企业老板今天接到一个石狮子的单子，就需要

^① 郑赤建,刘露,谭君美. 农民工高流动性问题及其解决对策[J].企业研究.2013(10):77-78.

^② 郑赤建,刘露,谭君美. 农民工高流动性问题及其解决对策[J].企业研究,2013(19):77.

一些专业雕狮子的手工艺者；明天有其他的单子了（如雕柱子等其他技术），就需要其他的人，因此也造成了工作的频繁流动性。”有企业对这种流动性表现出了无奈，辽宁某矿负责人称：“（农民工）今儿干明儿不干的，没法上保险。”也有职业卫生服务机构认为高流动性是企业刻意造成的：“今年先招这几十号人来干，过了半年，全部换。他们就会采取这种换人的措施，很可能就会出现工人在这几个厂里不停地转。那不停地转呢，如果体检什么的没跟上，就会出现带病工作。像这些情况在矿山、陶瓷业特别多。”

7.4. 涉尘岗位农民工职业病预防意识

7.4.1. 职业卫生服务体系“共识”：农民工防护意识差

正如前文所述，涉尘岗位农民工普遍文化水平较低，基于此，他们的防护意识相对较差。对此，不少职业卫生服务体系工作人员有共鸣。

甘肃一矿山职业卫生技术服务机构表示：“劳动者会觉得口罩热，戴着不舒服”是管理的一大难点。”福建一卫生行政部门工作人员指出：“很多现在石材厂里打工者的意识/传统观念仍然是：‘我干这个活，我吃这碗饭，我得了这个病，我不能怪别人。’”广西某矿产集团的相关负责人认为：“（对农民工）说一遍两遍（影响）没有那么深刻，（农民工）意识不到位。文化水平不同，比较深度一些的知识不能理解。”青海一卫生行政部门工作人员认为：“农民工根本没有自我保护意识。”

那么，实际情况如何呢？

7.4.2. 农民工职业危害防护意识：初步了解却不实践

调查中有 97.6%的受访者明确知道自己的工作环境中存在粉尘危害和其他职业危害因素，77.4%的农民工知道长时间接触粉尘的危害，但现实中仍有将近 8 成的农民工平均每天的接尘时长超过 7 个小时，1/4 的农民工每天接尘时间高达 9 个小时以上。

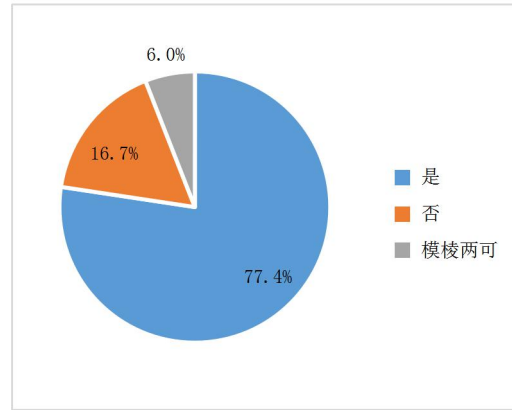
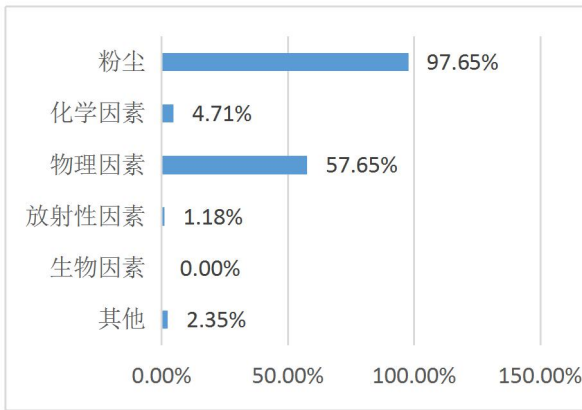


图 7-15: 工作场所存在的职业病危害因素 (N=85) 图 7-16: 是否知道长时间接触粉尘的危害 (N=84)

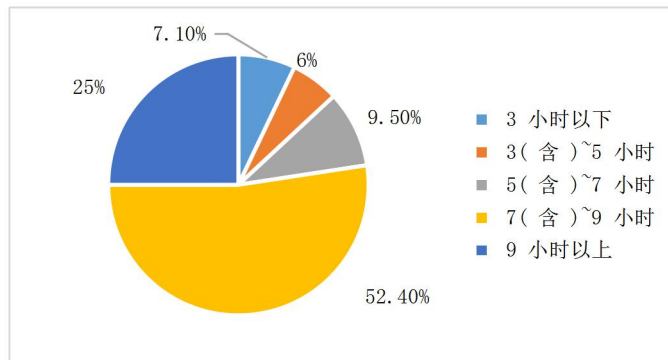


图 7-17: 每天的触尘时长 (N=83)

在对于工作中长时间接触粉尘的态度上，72.6%的农民工选择了“积极佩戴口罩，尽量保护身体健康”，说明绝大多数的农民工已经对粉尘危害有了初步的认识并开始意识到保护身体的重要性。

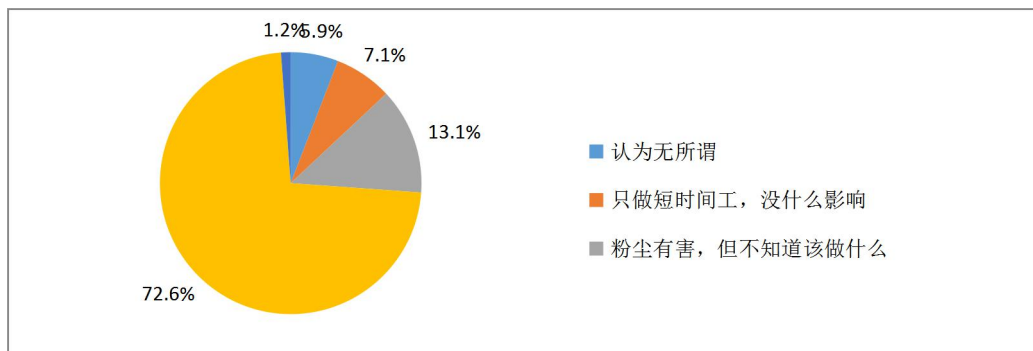


图 7-18: 对于工作中长时间接触粉尘的态度 (N=84)

7.4.3. 农民工对尘肺病的认识：片面知晓

对于尘肺病的态度而言，超过一半的受访者表示自己知道粉尘的危害，平时尽量注意，但仍有农民工认为防护措施太麻烦，感觉尘肺病离自己还很远。

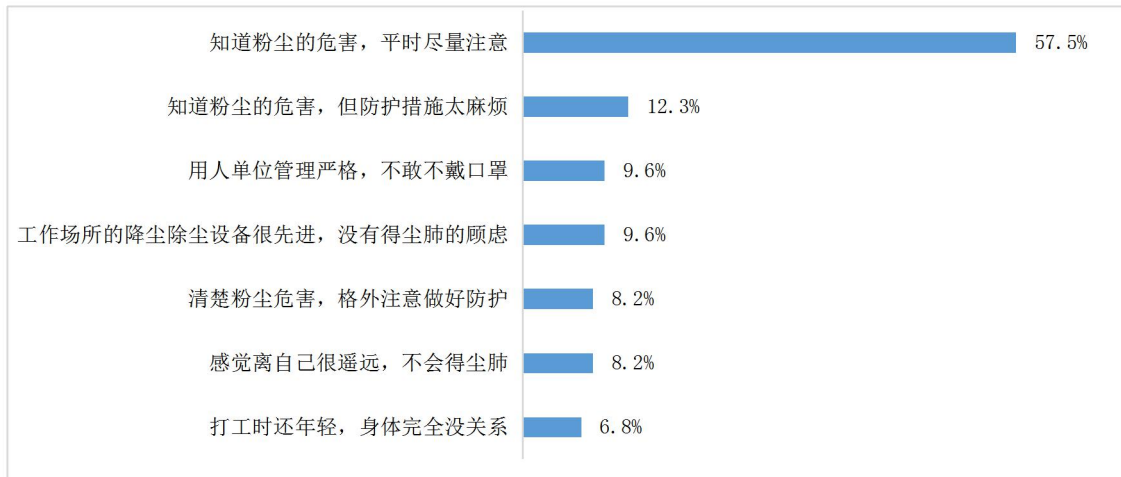


图 7-19：涉尘农民工对于尘肺病的态度（N=73）

我们将“您是否知道或了解尘肺病”、“您是否知道尘肺病属于职业病的一种”、“您是否知道尘肺病的诊断过程”、“您是否知道尘肺病属于工伤保险的保障范畴”这四个逐级深入的问题放在漏斗图中来分析。在所有的农民工受访者中，知道、了解尘肺病的占到 **85.7%**，知道尘肺病属于职业病一种的占到 **68.2%**，这两者之间的转化率为 **79.6%**，可见尘肺病作为职业病的一种在农民工群体中已有较高的知晓度。但“尘肺病诊断过程”和“尘肺病属于工伤保障范畴”的了解程度却呈现出断崖式的下降，知晓度仅分别为 **15.3%**和 **11.8%**，也就是说近九成的农民工不知道或不清楚尘肺病在工伤保障的范围内，这一比例比与用人单位“已签署劳动合同”的 **21.7%** 还要低 **9.9%**。

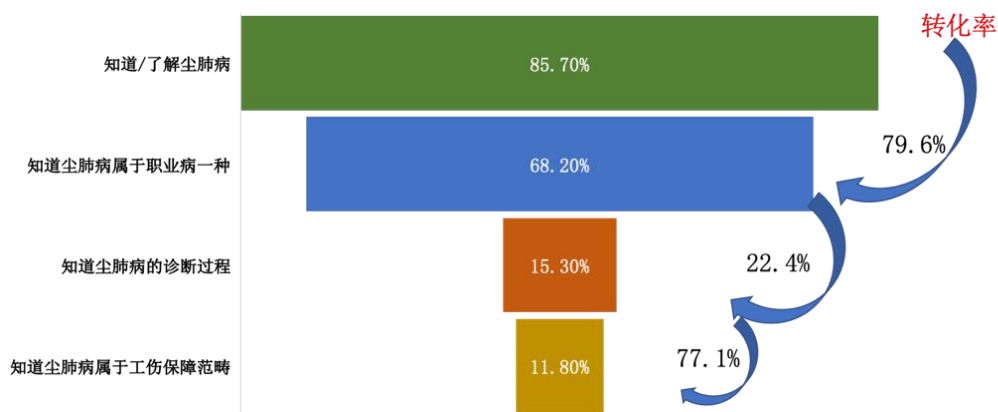


图 7-20：涉尘农民工对于尘肺病了解程度漏斗图（N=85）

为了解农民工对尘肺病实际的了解情况，我们设置了一道题询问其认为导致尘肺病的原因，只有 **43.8%**的农民工选择了正确答案——仅选择“工作环境中的

生产性粉尘”，其他人则是（或同时）选择了其他选项。

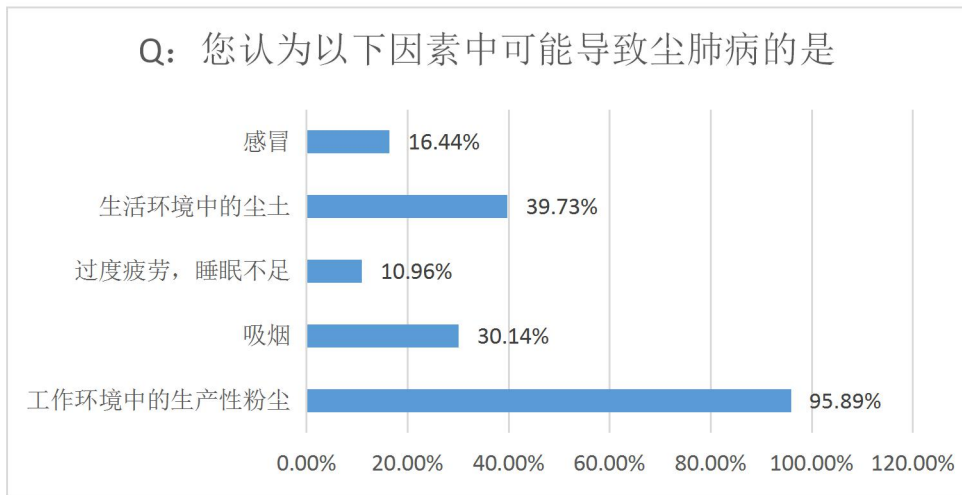


图 7-21: 涉尘农民工认为的尘肺病致病因素 (N=73)

从上述信息可以看出，涉尘岗位农民工虽然对尘肺病有了初步的知晓，但了解情况是浅层片面的。

7.4.4. 农民工个人防护用品佩戴观念：佩戴意愿较强

在个人防护用品的使用上，大部分农民工都选择了有效的防尘口罩，且超过一半的受访者表示如需自费，愿意花费高于 50 元的价钱为自己买一个防尘口罩。这体现出农民工对个人防护用品有一定重视度。

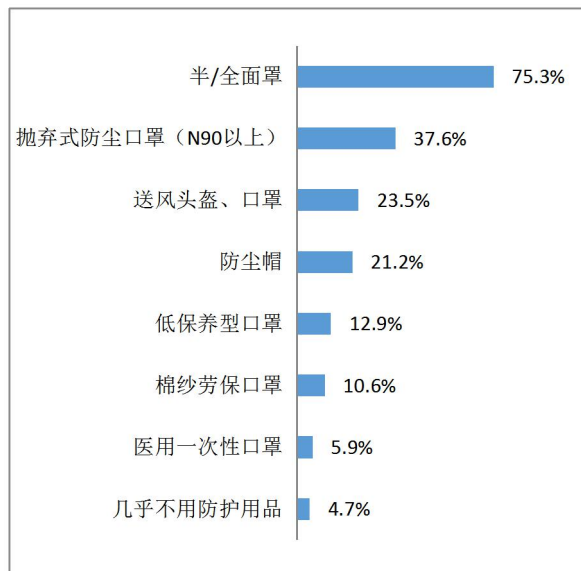


图 7-22: 涉尘农民工佩戴的口罩类型 (N=85)

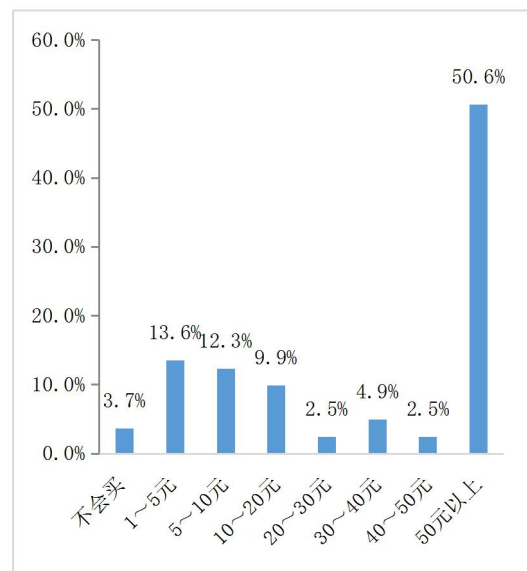


图 7-23: 涉尘农民工对口罩购买价钱的意愿 (N=81)

7.4.5. 农民工对自身健康的关注：意识有待加强

不到 1/3 的受访农民工非常关注自己的身体，且定期做健康检查；55.3%的农民工只有当身体不舒服时才会去医院。

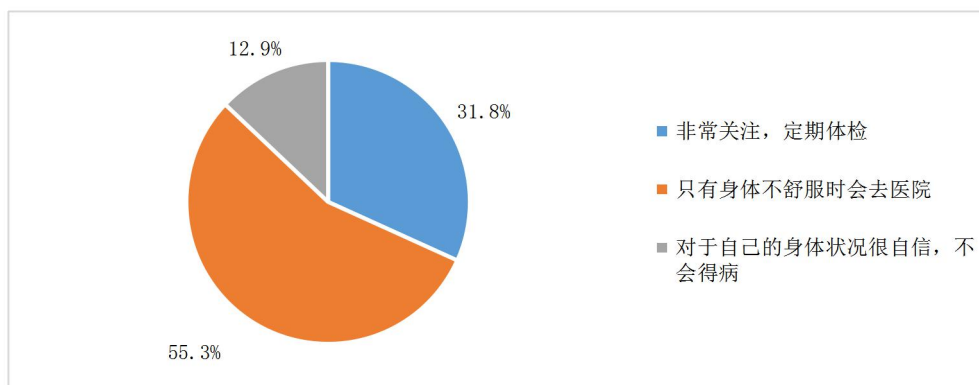


图 7-24：涉尘农民工对于自己身体的关注态度（N=85）

在被问及“假设您得知自己得了尘肺病，是否会为了家庭和生计选择继续现在的工作”时，近五成的农民工没有坚定地选择“不会继续选择涉尘岗位的工作”，1/3 的农民工明确表示会为了维持家庭和生计选择继续工作下去。可见在家庭压力面前，仍有许多农民工宁愿付出身体的代价，也要追求经济收入。

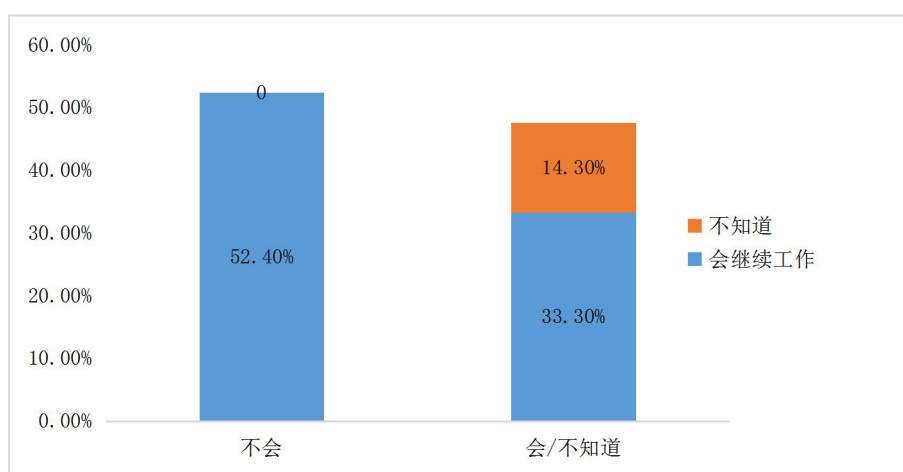


图 7-25：患病后是否会继续选择涉尘工作（N=84）

7.4.6. 农民工意识的养成：用人单位需负责

从上述几项数据可以看出，涉尘岗位农民工已有初步意识但需要进一步加强。前文曾述，很多用人单位/职业卫生服务机构/政府相关工作人员将农民工的意识作为开展工作的难点，但是正如前文职业健康模型所展示，农民工是所有服

务的被动接受方，农民工的意识也有赖各方负责助其养成。

在调查中，有 30% 的受访者在工作前就已经知道尘肺病了，“工作后”得知的选项总共占比达到了 64.4%。但值得注意的是“企业培训的时候才知道”这一途径占比仅为 1.4%，反而农民工更多的消息来源是靠自身和其他工友，工作后有人患病才知道的也占了 17.8%。这从另外一面说明了企业在职业卫生培训方面工作的缺失。获取知识渠道不科学、不规范也一定程度上解释了农民工对尘肺病了解的片面性。

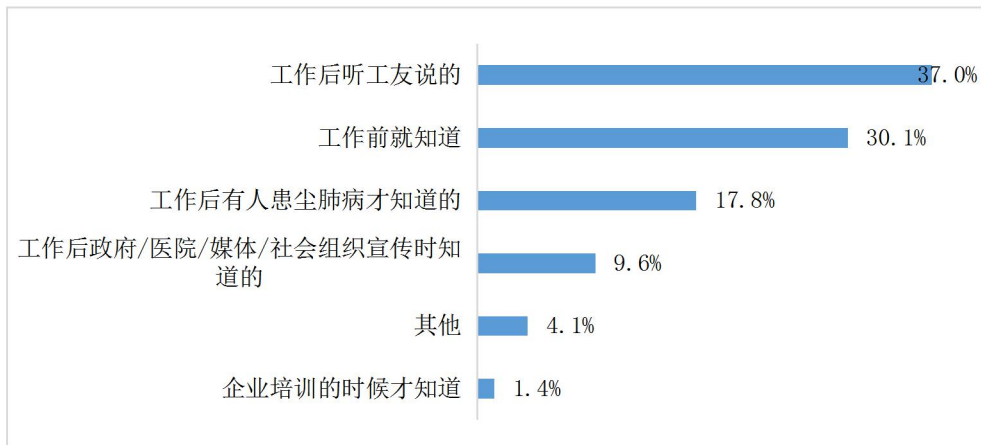


图 7-26：何时开始知道尘肺病（N=73）

调查中 75.6% 的农民工所在的用人单位在劳动者上岗后没有组织职业卫生相关的培训。而实际上，在用人单位组织了职业卫生相关培训的农民工中，用人单位均将培训作为强制要求，85% 的农民工“非常乐于”或“乐于”参加培训，70% 农民工将培训内容运用到了平时的工作中。当然，本次调研样本量小，同时不排除在问卷填写过程中农民工倾向于将自身描述得更好的情况。但这也依然提醒我们：农民工的意识培养需要用人单位、职业卫生服务机构、政府、全社会的共同努力，而非任由其“偶然意识到”。

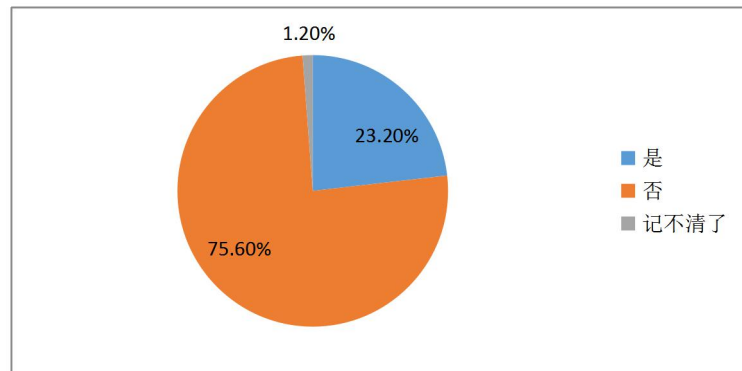


图 7-27：用人单位是否组织了职业卫生相关培训（N=82）

知道了农民工的预防意识和整体现状后。接下来的几节将从不同层级预防角度讲述目前尘肺病预防过程中的执行情况和困境。

7.5. 第三级预防——各方重视体检，但实际情况仍不如意

第三级预防指的是健康监护和早期诊断。诊断相关内容已在前几章有介绍，本节将重点讲述体检相关内容。

第六章曾将尘肺病期别与不同因素做相关性分析，得出入职/离职体检率是与期别进展最相关的因素。这说明了健康监护的重要性。青海一卫生行政部门同样认为：“预防工作的重点是：三个体检要做好，建好档案，一人一档”。在访谈过程中，我们发现确实有很多卫生行政部门工作人员将体检率视为重要指标。

但是实际情况并不如人意。在调查中，农民工接受入职体检和离职体检的比例相似，都是接近 8 成的农民工没有接受过入职/离职体检，其中用人单位告知入职体检结果并发放体检报告的比例为 76.5%，没有告知的为 23.5%（样本量较少，数据仅供参考）。在工作年限超过一年的 56 个样本中，分析岗中体检的次数来看，0 次体检的受访者为 53.6% 占大多数，能够得到 5 次以上体检安排的劳动者仅占 14.3%。

表 7-28：农民工接受入职和离职体检的情况

是否接受体检	入职体检	离职体检
是 (%)	23.2%	21.7%
否 (%)	76.8%	78.3%
有效计数	82	46

2 个月内	2.50%	}	0 次	53.60%
6 个月以内	19.80%		1 ~ 3 次	26.80%
6 个月 ~ 1 年	11.10%		3 ~ 5 次	5.40%
1 年 ~ 3 年	11.10%		5 次以上	14.30%
3 年 ~ 5 年	4.90%			
5 年以上	50.60%			

图 7-29：工作年限 (N=81) 及在岗体检次数 (N=56)

体检执行的难点曾在讲述农民工流动性中有所叙述。此外，卫生行政部门工

作人员也指出，体检率升高必然确诊人数也会上升，这两者之间存在某种矛盾。

7.6. 第二级预防——工作习惯及个人防护

前文提及在被调查对象中职业卫生相关培训有明显不足。在被调查者中个人防护用品的发放及检查情况也存在不达标情况。

7.6.1. 个人防护用品发放：严重不足

调查中有将近一半的农民工表示，单位没有发放过个体防护装备（例如口罩、面具、防护衣等）。对于单位发放的农民工而言，有半数表示用人单位经常检查其个人防护用品佩戴情况。

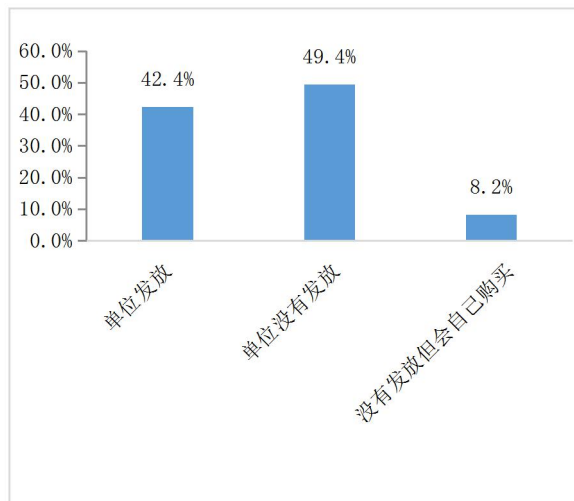


图 7-30：用人单位发放个人防护用品情况（N=85）

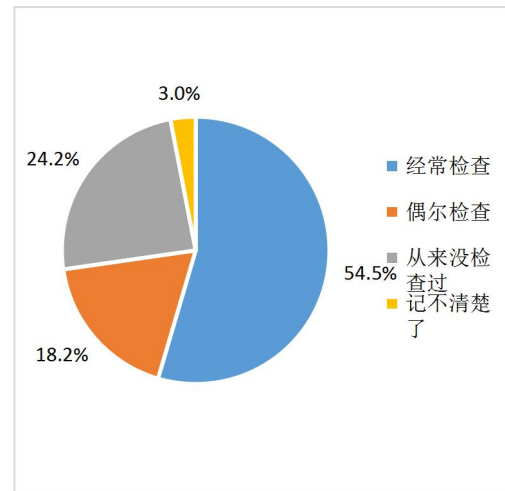


图 7-31：用人单位检查个人防护用品佩戴的频率（N=33）

7.6.2. 工作环境营造与宣传：有很大的提升空间

除了个人防护用品发放、检查，培训外，用人单位应当对职业危害因素进行提醒以营造良好的工作氛围。然而调查中，超过一半的农民工所在用人单位没有标志提醒劳动者该岗位所存在的职业病危害。

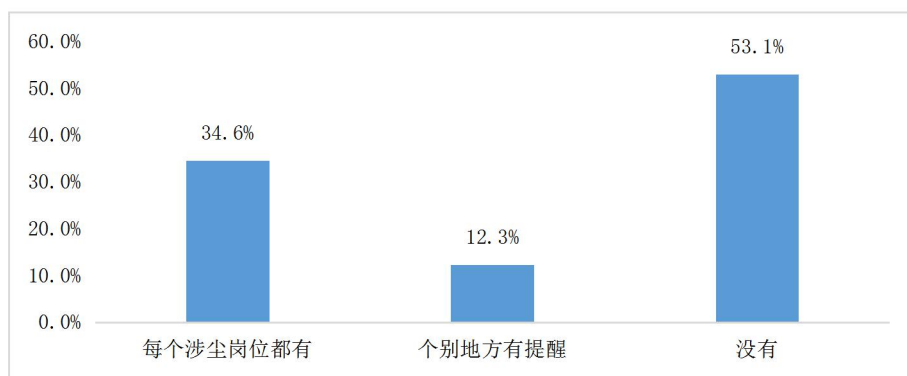


图 7-32：职业病危害因素提醒标志的覆盖程度（N=81）

与此同时，调查中 67.9%的农民工表示在平常的生活中没有接受过来自基层医疗机构（社区卫生所、乡镇卫生院、村卫生室等）的职业卫生宣传或培训，15.5%的受访者表示接受过这样的宣传，仅有 6%的农民工就诊时医生有提醒过尘肺病的危害、如何预防等。基层医疗机构对于职业卫生知识的普及还没有起到大面积的助推作用。

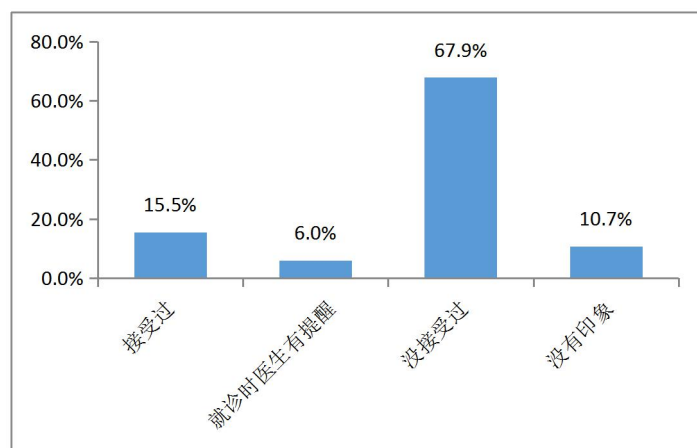


图 7-33：是否接受过基层医疗机构相关宣传（N=84）

7.6.3. 第二级预防困境：需创新思路

在个人习惯培养的过程中，存在一定客观难处。广西某矿相关负责人认为：“培训中存在一定困难：工人不认真听，觉得枯燥。”甘肃一职业卫生技术服务机构指出，除了劳动者因憋气难受不愿戴口罩外，有时个人防护用品会“影响安全和工作效率，比如耳塞，工作中要有“滴滴”的信号。（个人防护）设备目前比较单一。”同时，有卫生行政部门人员认为，工人有“用脚投票”的权利，如果让工人有更清晰的防护意识，那么企业将更易于管理。

对此，各相关方设计了不同的宣传方式。甘肃一医院指出：“医院会定期下乡

宣传，也会给病人带资料由病人下去宣传。”广西一矿负责人则表示：“这两年不断的说（预防宣传），特别是职防法宣传周。（通过）黑板报、小奖品，激励（农民工），寓教于乐。”四川一体育用品加工厂因客户要求提高职业卫生要求规范，形成全员健康氛围。无论是对个人防护用品的强制性严格要求，还是在培训过程中的寓教于乐或近年多地在工伤预防方面实践的“普思”（参与式职业与健康提升，Participatory Occupational Health and Safety Improvement），都是提升农民工工作规范和个人防护意识的途径。

7.7. 第一级预防——技术性预防

7.7.1. 用人单位设备使用：设备多数已投入

相对于其他不合规行为，在通风/除尘降尘设备使用方面，被调查对象所在用人单位做的相对较好。72.9%的受访者表示用人单位的很多场所都设置了通风/降尘设备，但仍有 14.1%的农民工所在用人单位完全没有通风或降尘设备。

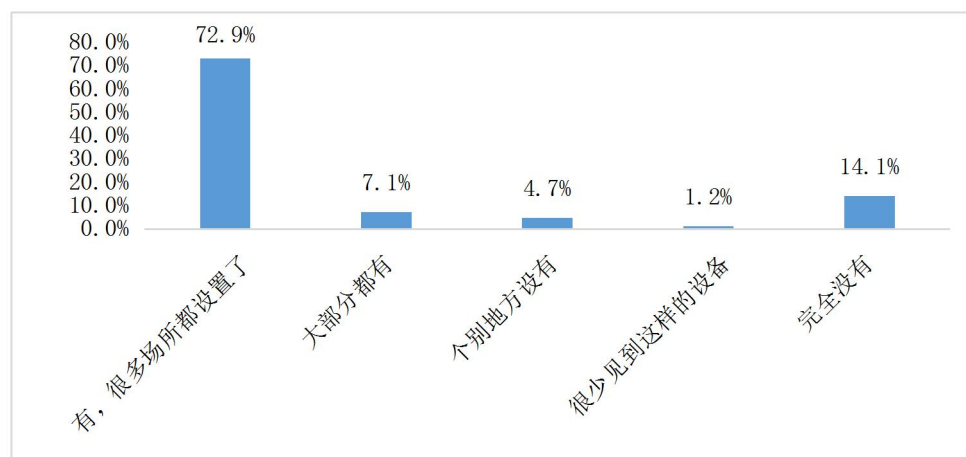


图 7-34：用人单位通风/降尘设备的使用频率（N=73）

许多企业表示相关设备的购置、维护、使用、消耗费用很大。某矿管理人员表示企业每年在职业卫生管理和预防方面投入大约在 1000 万元左右。一家工厂负责人表示每年在安全生产、职业卫生、环境保护上的投入占总支出的 10%，另一家则表示这一数字为 15%。

7.7.2. 对用人单位的监管：困难重重

调查中 34.6%的农民工表示从未看到过第三方检测机构或是政府相关部门进行职业卫生检测和评价。58%的农民工看到过，但他们表示大多数的情况是环保部门前来监督检查。

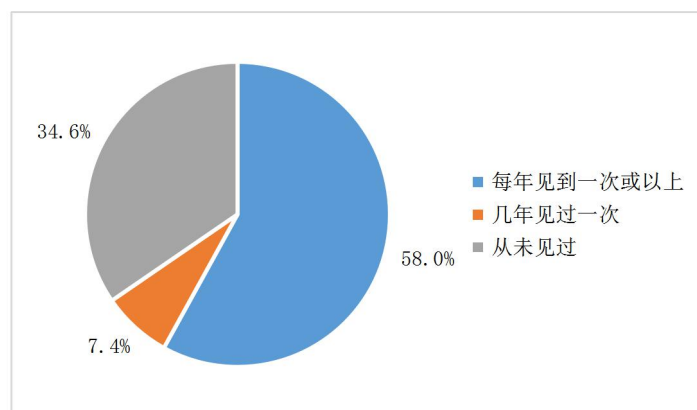


图 7-36：是否看到过第三方检测机构/政府相关部门进行职业卫生检测及评价（N=81）

在对用人单位的监管方面，其他相关方也吐露出了不同难点。

这些难点首先体现在职业病防治投入与市场逐利的矛盾性上。广西一职业病危害评价控制负责人表示：“这些防治的力度也是和当地的经济发展速度有关，（如果）完全按职业病防治法不能在超标的环境工作，那我们广西大部分的企业都要关，所以这种情况我们监管部门很多时候都睁一只眼闭一只眼，对超标处罚这一块是相对比较弱的。”甘肃一卫生行政部门管理人员面临类似困难：“企业认为‘宁可罚款’，执法有困难，故而劳动者处于绝对弱势状态。管理职业病预防会增加所有原材料成本。如果甘肃标准提高，每袋水泥提高 1 元，那会丧失与其他地方的竞争优势，导致的市场问题无法负责。”

其次体现在企业对法律法规的轻视导致的管理困难上。福建一医院工作人员认为：“政府关停了很多企业，所以这些企业走到了地下，地下的作业环境更是恶劣。”广西一检测人员举例称：“有一部分企业和技术人员，正是因为了解相关的流程和法律法规，在我们检测的时候，故意缩减产量，导致和实际的生产规模有偏差。”福建一疾控中心工作人员认为：“预防宣传最大的困境来自企业法律意识的淡薄。”福建另一地疾控中心工作人员则举出了更为实际的案例：“在下厂区检测的时候，也会不同程度收到来自工厂的阻碍称‘没有接到通知’。”

这样的难点也体现在了监管人力上，河南一职防院工作人员认为：“监管单位

的人力不足,并不能够完全支撑该地及周边管辖地区大大小小的矿山及其他涉尘企业的监管工作。”

7.7.3. 职业卫生服务：难以盈利，触角未展开

对于职业卫生技术服务机构而言,企业出钱请他们做职业危害因素的检测评价及报告,这为保障评价客观性与服务机构间竞争公平性带来一些困难。甘肃某职业卫生技术服务机构认为:“当有更多机构拥有检测资质时,开始出现了机构间无序竞争。(职业危害因素)评价、报告一万、五千都做。中介机构做出来如果超标,但是甲方要取报告就会有问题。曾经出现过恶性竞争,有的机构三年多没出过(检测评价结果为)不合格的报告。”广西一家机构也指出:“整个广西只有11家正常运作的第三方机构,因为(做职业危害因素检测)没有太多的利润。主要是企业不配合,做了不履行,(结果超标)严重了之后就不要这个报告了,就会不付款。超标太厉害的,提出整改(意见)又做不到需要做设备的投入,干脆就不要报告了。有时候我们的工作就是一个公益性的服务,没有太多利润。”

在访谈中我们了解到,职业卫生服务机构作为职业卫生服务体系中的专业机构和技术支撑,有着先进技术、研究能力和先进的职业卫生管理思想,在为整个体系提供技术服务的同时,对企业的宣传教育、对劳动者的意识提升和对整个职业卫生健康工作的推动都有着极其重要的意义。然而,郭泽强表示“我国职业卫生服务覆盖面只有20%左右,且常常限于少数的大型工业企业,中小型企业很难得到基本的职业卫生服务。”^①李德鸿也指出,在我国开展基本职业卫生服务的思路,重点就是使最需要得到职业卫生服务的中小型企业、私人企业、作坊式和家庭式生产及流动劳动力人群得到基本的职业卫生服务。职业卫生服务的触角未覆盖到所有的企业和劳动者^②,也是目前农民工尘肺病预防面临的困境之一。

^① 郭泽强.我国中小型企业职业卫生工作现状[J].职业与健康,2013(2): 498.

^② 李德鸿.人人享有职业卫生,推进基本职业卫生服务体系建设[C].中华预防医学会第二届学术年会暨全球华人公共卫生协会第二届年会论文集.中国预防医学会,2006:60.

7.8. 原始预防——结构性预防

7.8.1. 用人单位职业卫生管理制度：中小企业意识欠缺，能力不足

调查中约七成的农民工不知道自己的用人单位是否设有职业卫生负责人和其管理方式。

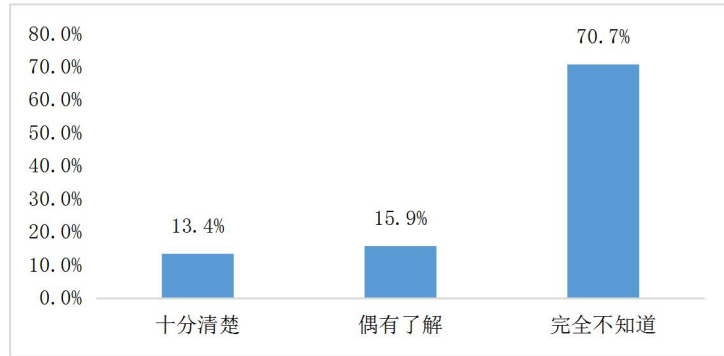


图 7-35：是否清楚工作场所的职业卫生负责人及职业卫生管理方式（N=82）

在调查访谈的过程中，不少相关方认为用人单位的管理意识和能力是职业病防护能否做好的关键。重庆一家涉尘企业表示“只要企业想做就没有难度。”与此同时，有许多企业不是不想做好而是不知道如何做。

在企业的能力方面，“企业自主招聘很难招到这方面的人才”是企业管理的一大困难。一涉尘企业认为自己管理上遇到的最大的困难是：“（企业管理人员）不是这个（职业卫生健康）专业。”青海卫生行政部门官员表示：“中西部地区产业欠发达，技术、资金都需要支持；人员上，教育欠发达，语言也不通，预防意识的形成需要很长时间。”

而这样的意识及能力与企业类型及企业资金来源不无关系。

甘肃一职业卫生技术服务机构表示：“国有企业一体化监管会做得更好，零散企业对此不了解，不知道怎么做，做得好不好是后话。民营企业，认识有问题，资金有问题，最主要的煤矿总在停产；同时农民工流动性大（一停产就走），追责溯源难度大。”一职防院监测评价中心负责人给出了类似意见：“大型国有企业的职业卫生工作可圈可点，而民营小企业缺乏职业卫生相关的专业知识和技能。”

中小企业/私人作坊的职业卫生监管向来是一根难啃的硬骨头。中小型企业法制意识相对较差，重经济效益，轻职业病防治，对职业卫生防护投入较低，导

致我国职业病危害突出反映在中小型企业^①。而我国中小企业数量众多，截至2018年已超过3000万家，个体工商户数量超过7000万家^②，这还不包括私人小厂、家庭作坊等。数量的庞大加大了监督管理的难度。

政府和职业卫生服务机构普遍认为对中小企业来说，企业主的意识是管理关键。有职业卫生技术服务机构指出：“（企业）对（职业病危害因素检测）报告的态度和企业重视程度有关，重视的会想一定要按建议（改进）；不重视的对提出的建议流于形式。企业重视程度与负责人思想、监管是否到位有关。”山西一职业卫生技术服务机构给出了类似的说法：“所有小型企业、私人企业管理都比较差，或者可以说是没有管理，本身企业规模就很小，老板又得顾生意又得顾安全，没有多余的精力。”广西一职业卫生技术服务机构工作人员也认为：“主体责任应该在企业，企业一把手的意识非常重要。”当问及私营企业做职业卫生的动力时，有受访者笑谈称：“大爱吧。”

企业意识源于企业的资本逐利性，河南一监测评价人员表示：“在面对企业利润/经济利益和职业卫生管理的成本时，他们通常会选择牺牲职业卫生管理从而保障短期的利益。”湖南一卫生行政部门人员则认为：“企业不履行主体责任，企业本着逐利的目的，在防护设备上的投入是不够的；企业的意识不到位。”

7.8.2. 执法机制：机构调整的过渡期

前文提及了企业意识对管理的重要性。许多职业卫生服务机构认为，企业的意识与执法力度关系很大：“企业对政策的重视仅限于了解、知道；但是实际做不做还是看执法力度。”

2018年3月，国务院机构改革方案公布，将职业病防治相关职能转移至“国家卫生健康委员会”；2018年年底，省市级陆续以“卫生健康”挂牌并设立相关部门；2018年12月，《职业病防治法》修改，将原安全监督管理部门负责部分移交为“卫生行政部门”负责；2019年年初，县级各地陆续挂牌并设立相关科室。但在基层调研的过程中，我们发现基层机构职能调整仍未完成并面临着部分执法困难的问题。

^① 郭泽强.我国中小型企业职业卫生工作现状[J].职业与健康,2013(2):497-498.

^② 中国网. 工信部：到2018年底我国中小企业的数量已超3000万家.

<http://finance.sina.com.cn/china/gncj/2019-09-20/doc-iicezueu7164785.shtml>

从企业意识来看，许多企业存在机构调整过渡期持观望态度的情况。甘肃职业卫生技术服务机构表示：“机构调整后，作为第三方机构，明显没有活，活少了。”另一机构称“小矿观望的很明显，（小矿负责人认为）‘卫健委如果执法力度不够，我就不做了’。”第三方检测业务量下降是许多地方职业卫生服务机构最为直观的感受。有一些机构指出，执法力度上明显不如从前。

从执法的人财物来看，有一些地方处于执法调整的过渡阶段。甘肃卫生行政部门官员表示：“需要配设备配人，设备由中央出钱，人力却没有跟进。只能有编制的配人，地方看个人能力。”陕西一官员表示：“职业卫生监督这一块之前就没有人在做（原由安监一并管理），现在职能已经划转，但没人没编制。”湖南也有官员表示：“职能刚刚划分，机构改革刚刚到位，科室成立才一个月时间，一共三个人，编制上只定了一个科长，其他人都是临时借用的，人员不够是一个问题。”陕西相关人员称：“检查罚款整改力度大，不过，现在只有两个女同志在负责职业卫生监督，跑了几家，现在还没有开始罚款。”青海一卫生行政部门也表达出了难点：“我们只有两个人，来不及跑（检查各个企业）。”

这样的人力困境在基层尤为明显。福建一官员表示：“机构改革之后，执法力度肯定有弱化。（原）安监局下设有安办，一是对企业的执法比较强势，二是对乡镇有一个考核，他们可以直接触达到乡镇的政府，安委会在年终考核时可以直接质疑乡镇政府没有作为。而卫健委对政府没有考核，很难调动乡镇政府的力量，而如果没有乡镇的支持，很难做。”重庆一官员有同感：“在乡镇一层还没有职业病意识，仍然在梳理应该由什么部门负责，目前还不知道谁来开会。”

这样“理不顺”的困境同样出现在了监督管理的分离上，有官员表示：“安监管的时候，监管一体，精力在企业上。然而卫生监督部门之前一直对医院，现在要重新学习企业的内容。安监是行政人员执法，卫生是参公人员执法。职业健康司有一条线，卫生监督司有另一条线，时间有滞后性。”青海也有官员提出：“之前监查一体。现在监督所执法大队负责监督执法，疾控中心负责危害因素申报，体检还是专门的医院……”

7.8.3. 法制根源：职业卫生能否上升到安全生产高度

机构调整后，执法的困境许多来源于法律法规或政策文件的调整，例如有职

业卫生服务机构指出：“煤矿执法按照《煤矿安全规程》，它 2016 年把职业卫生放进来了，但是机构转化后这部分就淡化了”。青海一行政部门负责人指出“我们原本是个执法部门，现在不知道原来安监出的 48.49.50 号文还能不能使用；我们是执行安监的还是卫生的法规；企业申报危害因素的系统也还没有……”同样的困惑也发生在各地不同部门中。

有受访者认为，执法困境的本质来源于《职业病防治法》与《安全生产法》的不同力度。

本身从追责难度上，有官员指出：“职业健康与安全互为姐妹，而安全生产好找责任。”这样的追责带来了不同的企业重视度。青海一官员直白地表示：“用人单位的法人对职业卫生的重视程度不够，不像安全生产，（职业卫生做不好）死不了人。”甘肃职业卫生服务机构认为：“即使在大矿，安全的重视程度也比职业健康高得多。”

而在此基础上，有职业健康科官员认为《职业病防治法》与《安全生产法》在资金投入、生产环节出现重大隐患等类似条目中的要求和力度差异巨大。这使得曾经要求“职业健康和安全生产提升到同一高度”时管理效果更好，而在没有执法权的现在则在政策延续上出现了很多问题。

8.总结与建议

8.1. 中国尘肺病农民工调查报告总结

通过以上数据和访谈资料分析，我们从多个角度呈现了尘肺病农民工这一议题的相关内容。保障方面，随着近几年精准扶贫力度加强，相关政策逐步出台，尘肺农民的生活难题已得到一定缓解，但需求缺口仍然很大。预防方面，上世纪五六十年代便已知的尘肺病预防方式在上世纪九十年代未得到落实；如今，职业病预防形势已经明显变好，但是因为法律和机制的变化带来的诸多困境仍是尘肺病预防的难点。

（一）尘肺农民特点

尘肺农民中以上有老下有小的已婚中壮年男性居多，文化程度普遍偏低。调研中尘肺农民平均年龄为 52.94 岁，初中及以下学历的占 96.24%，其中小学未毕业或没上过学的占 32.84%。

从务工情况来看，尘肺农民是我国上世纪末社会高速发展的功臣。尘肺农民集中在上世纪 90 年代打工，选择以矿山开采为主，另有石材加工、建筑材料、金属冶炼等涉尘行业，抱着劳动致富的想法高负荷长时间工作。83.89%尘肺农民在当时每天从事 8 小时以上涉尘工作。

（二）精准扶贫等政策成效显著

尘肺病农民与精准扶贫有着高度契合性，调研中 39.64%尘肺农民是建档立卡贫困户。与此同时，保障尘肺农民生活的国家行动和地方政策近几年出台落实了不少。

在这样的扶贫力度和政策条件下，诊断率提高，医保报销比例提高，报销难度降低，尘肺农民群体的生活有了明显改观。最明显的是“看病难”问题得到了明显改善，医生建议住院而没住的情况从 2015 年的 63.27%下降到 37.02%。入不敷出的经济情况也有了明显改观，年平均收入与支出差额由 2015 年的支出超过收入 13257 元降低至支出超过收入 9356 元。整体经济情况正得到逐步缓解，欠债与存款情况均有一定程度好转。

而从保障满意度的相关性分析来看，医疗保障是必需品，整体满意度也与尘肺农民是否缓解了自身生活压力有关。

（三）尘肺农民保障需求仍有很大缺口

欣喜于政策成效的同时，我们也要清醒地认识到，尘肺农民的保障需求仍有很大缺口。

首先他们**身心健康情况不佳**，认为相比同龄人自身状态很弱或较弱的占**72.04%**。心理状态也很差，认为自身心理状态较好或很好的仅有**23.46%**。通过相关性对比可以发现，尘肺农民的心理状态与其希望感的缺失息息相关。

其次，他们**仍面临沉重的医疗压力**。诊断方面，仍有四成尘肺农民尚未拿到“职业病诊断证明”，而医学诊断的整体误诊率高达**20.22%**。报销方面，虽然住院报销比例大但仍存在住不起院的情况。与此同时，作为需要长期治疗的没有医疗终结的疾病，尘肺病需要长期用药及就诊。**门诊及药费报销比例整体较低**，成为了尘肺农民的主要日常支出。门诊每年平均花费**3226.24**元，药品每年平均花费**4826.98**元，有**74.57%**尘肺农民认为看病需要花很多钱是自己目前难以解决的困难。与此同时，**基层诊疗的不规范甚至过度医疗**的情况亟需关注。

再次，他们经济情况仍然很差，**64%**尘肺农民家庭上年总收入低于支出，**62.51%**尘肺农民存在欠债情况。

（四）相对而言，工伤职工有更充分的保障

通过工伤职工与未认定工伤患者（不考虑其是否为农民）的保障和生存现状对比，可以看出工伤职工有更充分的保障，这使得他们无论是在身心状态、还是经济现状都更好一些。

（五）现行工伤认定方式脱胎于计划经济体制

通过对比工伤职工与未认定工伤患者两个群体，可以发现工伤职工的务工以计划经济体制下的务工形态为主。而本次调查中的尘肺农民的务工主要集中在市场经济体制初期，他们由于各种主客观原因，绝大多数未被认定为工伤，无法享受工伤保险待遇。

尘肺农民整体流动性高，劳动合同签订率低。**50.23%**尘肺农民曾在**5**个或**5**个以上涉尘单位务工；**69.37%**主要务工的单位类型为私人小作坊或民营小企业；**66.01%**是通过私人劳务关系务工，**90.04%**尘肺农民从未签订劳动合同。尘肺农民从首次从事涉尘工作到发病平均达**21.03**年。尘肺病的晚发与务工的高流动性决定了这一群体难以以现行职业病诊断鉴定要求认定为职业病，进而无法认定工伤这一事实：调查中仅**3.49%**的尘肺农民被认定为法定工伤。

（六）尘肺农民务工环境恶劣，不利于尘肺病预防

虽然在上世纪五六十年代，我国已经明确了尘肺病预防的“八字方针”，但尘肺农民的务工环境依然恶劣。74.62%尘肺农民表示用人单位从来没有过粉尘作业安全规定，83.14%尘肺农民称用人单位从来没宣传过粉尘危害，用人单位经常发放个人防护用品（口罩）的仅有5.66%，81.28%在从事涉尘工作时从未接受过岗前岗中离岗体检。因此，尘肺病在其用人单位中大量发生，75.5%尘肺农民表示工友中大部分或绝大部分也患上了尘肺病。

（七）现在的尘肺病预防，明显好转却仍不乐观

随着整改执法力度提高，如今的尘肺病预防情况已有了很大的进步。然而，当前涉尘岗位农民工的尘肺病预防情况仍不容乐观。

涉尘岗位农民工整体年龄偏大，文化水平低，对自身健康关注不足，以熟人关系找工作，仍呈现流动性大的特点，整体预防意识不足。然而在职业卫生服务体系中，农民工处于被动接受方。农民工对尘肺病的了解与预防欲望在一些情况下高于企业的培训宣传情况。在所调查样本中，通过企业培训了解尘肺病的农民工仅有1.4%，工作后听工友说或周围有人患病才了解尘肺病的占54.8%。

企业仍因资本逐利性或自身能力不足没有足够的职业病预防意识和能力。政府和职业卫生服务机构在职业病预防的执行中有各种困境，究其根源，与职业卫生 and 安全生产背后不同的法律效力息息相关。

8.2. 政策建议

8.2.1. 修订《尘肺病防治条例》以适应涉尘行业情况

《职业病防治法》自2002年5月生效以来，已修正了5次，其他法规或标准如《诊断与鉴定管理办法》、《职业性尘肺病的诊断》等也均有修订。然而，《尘肺病防治条例》自1987年实施以来未有修订且现行有效。

正如调研显示，现行法律无论在保障、追责、预防要求上均体现为在计划经济体制中更为有效。这也从另一层面反应了相关法律对于市场现实的滞后性。我们建议完善法律法规要求以更适应如今涉尘行业的市场情况。

8.2.2. 完善《职业病防治法》以提高执行力度

职业健康与安全生产的目的都是为了维护劳工健康，保障劳工权益，促进经济可持续性发展，两者异曲同工。国际劳工组织预测全球由于职业病导致的死亡人数是安全生产事故导致死亡的六倍。可见，职业病所产生的经济代价和社会负面影响并不亚于安全事故。

然而，无论是从《职业病防治法》和《安全生产法》的法律条文，还是现实中两者的执法力度、企业重视程度上，我们都能发现对于职业卫生的重视程度远达不到“安全生产同一高度”。因此，我们建议完善《职业病防治法》，健全职业卫生奖惩机制，提高执法力度。

8.2.3. 建立国家部署、地方统筹的尘肺病防治专项资金

基于尘肺病晚发性高，农民工劳动关系不稳定，工伤保险覆盖率低这一特点，尘肺病的保障与预防难以单纯通过工伤保险完全覆盖实施。而在已有尘肺病专项政策的地区，都是综合运用基本医疗保险、精准扶贫相关政策、联合社会力量来共同解决此问题。因此，借鉴境内外经验建立尘肺病防治专项资金不仅必要，而且可行。

通过对尘肺农民以往工作地点的调查，我们发现农民工群体的整体流动性强，有 33% 的尘肺农民在外省打工或不固定到处跑。同时各地区由于经济发展不平衡、产业结构的差异，在务工人数、患者人数、筹集资金的难易程度上也有差别。有的地方因原有涉尘厂矿关停，靠自身筹措资金解决尘肺病患者保障的政策已出现难以支撑的情况。因此，该专项资金可以由国家层面部署，各地依据实际情况进行统筹执行。本着“预防为主，防治结合”的原则，全方位持续性地解决尘肺病防治问题。

8.2.4. 尽快摸清底数

实现患者保障及对问题有更全面认知的前提是实现尘肺患者的确诊。在调研范围内，仍有 40% 左右的患者尚未得到职业病诊断。建议借鉴有优秀政策的地区经验，通过义诊、筛查等方式摸清尘肺患者底数。

8.2.5. 通过精准扶贫多项举措帮扶丧失劳动力的尘肺农民

正如前文所说，尘肺农民是上世纪末我国社会发展的功臣，他们抱着“劳动致富”的期待开始务工，不能让他们以“劳动致贫”做结。面对尘肺农民仍然很大的生活需求，需要对应性地做出行动。

尘肺农民贫困群体与精准扶贫群体高度契合，同时尘肺患者面临丧失劳动力，难以“造血”的问题。建议通过多项举措进一步帮扶丧失劳动力的尘肺农民并进一步研究对于丧失劳动能力者的长效帮扶机制。

8.2.6. 保障尘肺农民医药支出

从调研数据来看，虽然尘肺农民的看病难题近几年已得到大幅度减轻，但医疗负担仍然十分沉重。尽力保障尘肺农民的医疗需求是制定相关政策的必需项。在通过多种机制解决尘肺病患者大病救治的住院问题之外，可以考虑通过将尘肺病纳入慢病管理等方式缓解其门诊药费支出压力。

8.2.7. 创新宣教方式，拓宽尘肺病防治宣传深度及广度

在预防层面，《职业病防治法》宣传周活动自 2002 年起开始实施，职业健康培训工程近 10 年累计培训企业负责人和职业健康管理人员 430 万人次。^①这一看似较为充足的职业病防治宣传力度与调研中体现出的农民工对尘肺病的知晓率呈现反差。可见尘肺病防治宣教的深度与广度还需拓宽。

因涉尘岗位农民工本身的健康意识低、文化程度低，经常出现调研中所述“讲道理”不“接地气”，工人不接受的问题。故建议考虑运用当前农民工喜闻乐见的形式，传播通俗易懂的内容。

8.2.8 营造良好氛围，培养全民预防文化

中国仍处在社会主义初级阶段，一方面传统粗放的生产方式带来的伤痛仍未磨灭，另一方面新型的职业危害正在浮现。

然而涉尘行业仍处在农民工防护意识低，企业主视短期利益大于社会责任，

^① 规划发展与信息化司. 2018 年我国卫生健康事业发展统计公报.
<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201905/9b8d52727cf346049de8acce25ffcbd0.shtml>

市场轻视职业卫生投入成本的情况。正如文中所述，越早进行疾病预防，其所带来的负担越低。无论是尘肺病的预防还是其他职业病的预防，都需要培养更积极的预防文化。这一文化的氛围不仅涉及到农民工和企业主，也涉及到农民工的亲朋能否提醒其危害，工会能否行使权力，消费者能否接受提高职业卫生投入成本带来的消费上涨等等。良好的职业病预防氛围需要全社会的共同努力，需要政策的积极引导。

期望“天下无尘，自由呼吸”的愿景早日实现。

致谢

本报告的完成离不开所有参与者的投入与贡献。

首先感谢本调研经费的捐赠方——爱奇艺；同时感谢为调研团队志愿者捐助路费的社会各界爱心人士。

感谢参加十省调研的人员，

河南调研团：窦璐、潘麟玉、方晓星、张海超、王相卿、师艳娜、苏士岩、王铜锁、井冬梅、张庆龙、郭海霞、李遂平、袁淑华、帅俊英、史秀停、彤光杰、常红康、郭松阁、赵晓丽、常松霞、闫松民、关洋洋、杜兵兵、史秋丽、史金伟、王新红、张愿军、刘小国、王震、李军令等。

青海调研团：潘麟玉、陈雪、史佳迅、田歌、马晓燕、郭守文、展涵宇、杨小妹、苟梦宁、李泽远、强荣、郝子睿、吴炆炆、胡颖琦、李冬洁、冶平、樊志涛、毛永芳、马正虎、张霞、冶玉香、张兰、祁雪峰、马玉兰、冶文录、张永发、冶海俊、锁鸿海、韩军、任国、闵小燕、叶澜等。

辽宁调研团：窦璐、郭晓叶、张家铭、窦档录、丛逸雪、张天翼、边防、李文玉、张欣雨、孙露、韩占军、王乐迪、谷艳苓、周素云、包丽丹、丛日红、邸艳姝、娄慧丽等。

福建调研团：方晓星、陈中和、陈小丹、方梦媛、林志晖、甘丽玮、梁欣贤、黄可鉴、罗金鑫、王孜祺、周梦、徐建杭、曾一洲、黄浩栋。

陕西调研团：潘麟玉、张晓星、王璐瑶、孙江龙、陈保峰、杨浩、郭家伊、王湛鑫、彭心、李景冉、季庆、崔洁、毕安东、黄思鑫、桑丽君、王永前、曹东强、朱涛、熊启志、陈雪等。

甘肃调研团：窦璐、徐伟志、吴帅龙、曹正、刘琳、尤曼珊、安琪尔、韩烨羽、杨佳敏、李博一、程辉、纳欣悦、孙建勤、卢次瑞、李喜奎、武登范等。

湖南调研团：潘麟玉、师先存、元方、谭智艳、王崇军、谢楚、刘娜娜、姜畅、吴俊琛、饶赛亚、李钰瑄、冯玮、曾宇佳、李芷萱、胡兆萱、黄亚军、许建玉、何赛姿、邝光华、宾艳球、李喜芝、吴金泽等。

重庆调研团：窦璐、武圆圆、温清、倪姝、刘子潇、李腾飞、杨清林、王思思、程致远、毛腾霖、胡家学、甘华军、任明奎、刘书澄、杨家琼、刘睿、甘月西等。

山西调研团：方晓星、妥明英、骆萍、胡祺、赵振华、崔亮、张东方、王乐、王左、罗艺璇、李梦枝、陈竹、王建宇、闫佳康。

广西调研团：王克勤、王震、王睿璇、秦克江、李爱芳、贺高凌、朱中伟、孙威、刘涵、陆一丹、王科然、李泽远、王四梅、席华英、卢毅、詹少娟、钟子宁、陈志强、苏青、罗广福。

再者，感谢参与本次调研访谈的卫生行政部门、基层政府、医疗机构、涉尘企业及职业卫生技术服务机构：四川华锦珩科技有限公司；河南省职业病防治研究院、中国平煤神马集团职业病防治院、栾川县三川镇人民政府、灵宝市卫生和计划生育委员会、济源市王屋镇麻院村人民政府、济源市疾病预防控制中心、济源产城融合示范区应急管理局；辽宁省葫芦岛市疾控中心、葫芦岛市南票区缸窑岭镇医养结合医院、葫芦岛市钢屯镇职业病管理办公室、葫芦岛市钢屯镇拉拉屯村委、葫芦岛市钢屯兴达钼矿、葫芦岛市暖池塘镇镇政府、葫芦岛市唯美医院、朝阳市卫生健康委员会、沈阳市胸科医院；青海省卫生健康委员会、青海省第四人民医院、西宁市卫生健康委员会、互助县台子乡人民政府、大通县卫生健康局、青海大通红十字医院、河南鑫安利职业健康科技有限公司、青海能源鱼卡有限责任公司、民和县卫生健康局、民和县前河乡人民政府、格尔木市疾病预防控制中心；泉州市卫生健康委员会、泉州市疾病预防控制中心、泉州市第一医院、惠安县疾病预防控制中心；甘肃省卫生健康委员会、甘肃省第三人民医院、甘肃省矿山安全监察局、甘肃省科安矿山安全技术服务有限公司、甘肃省三泰安全工程技术咨询有限责任公司、甘肃省西和县疾病预防控制中心、甘肃省卓尼县洮砚镇卫生院；咸阳彩虹医院、商南县卫生健康局、商南县金丝峡镇人民政府；郴州市卫生健康委员会、湘南学院附属医院、永兴县樟树镇人民政府、益阳市第四人民医院、娄底市中医院；重庆市职业病防治院、重庆市九龙坡第二人民医院、尚美石材、重庆市城口县卫生健康委员会、重庆市城口县人民医院、重庆市城口县中医院、重庆市奉节县卫生健康委员会、重庆市奉节县中医院；山西省阳泉市卫生健康委员会、阳泉煤业有限公司、阳泉煤业集团公司职业病防治院、山西康益晟科技有限公司、晋城煤业集团总医院、忻州市卫生监督所；广西工人医院、南宁市疾病预防控制中心、广西化工研究院、广西德高仕安全技术有限公司、华锡集团铜坑矿、柳州市疾病预防控制中心、马山县百龙滩镇人民政府、罗城县中医

院.....

调研结果后，在数据分析及报告撰写环节，以下人员付出了大量精力，他们是：潘麟玉、窦璐、方晓星、李钰瑄、张欣雨、王湛鑫、纳欣悦、刘琳、刘涵、罗涵、龚中雯、王思思、倪姝、闫佳康、苟梦宁、王左、王绽蕾，季庆。

本次报告得以顺利完成，还要感谢为尘肺病农民工调查提供智力支持的大爱清尘政策专家委员会的成员，他们是卢晖临教授、郭于华教授、孟燕华教授、王才亮律师、孙树菡教授、黄乐平主任、乔庆梅副教授、郝亚超律师、

最后，祝愿这些“肺里装着中国国土”的尘肺病农民兄弟姐妹们平安幸福！

大爱清尘政策研究中心

2020年2月16日