

健康贫困的协同治理： 逻辑、经验与路径

□ 翟绍果

摘要: 在能力、机会与脆弱性的分析框架下,健康贫困是健康风险冲击致使健康能力剥夺和健康机会丧失而出现的一种脆弱状态,综合表现在健康脆弱性、经济脆弱性与社会脆弱性等方面。在“健康—保障—参与”的治理目标下,基于发生机理、干预机制和协调模式的治理主线,健康贫困的治理逻辑在于健康资源的公平配置、健康保障的多重叠加和社会网络的联结扩展,健康贫困的治理经验体现在对健康、经济和社会等领域的多维干预,健康贫困的治理路径在于通过全程干预服务式健康扶贫、多重保障叠加式健康减贫、多元协同参与式健康反贫等制度创新和政策优化,实现健康贫困的协同治理。

关键词: 健康贫困; 健康扶贫; 协同治理

中图分类号: C913 **文献标志码:** A **文章编号:** 1007-9092(2018)05-0053-008

DOI: 10.15944/j.cnki.33-1010/d.2018.05.008

一、引言: 健康及其贫困现象

健康是个体获取社会资源、实现自我发展的人力资本,是家庭乃至整个社会良性运行的重要保障。在当前贫困从单一经济贫困扩展到综合性贫困的背景下,由健康不佳而导致的贫困现象成为健康保障发展和贫困综合治理领域亟需关注的问题。由疾病因素所造成的贫困不仅体现为直接的收入贫困,更重要的是疾病对于居民可行能力

的剥夺而导致个体获取收入能力的降低,从而进一步形成健康与贫困之间的恶性循环,情况严重的甚至会发生代际传递性^①。世界卫生组织发布的《全民健康覆盖情况追踪: 2017 年全球监测报告》显示,当前全球有一亿人因病致贫^②。中国因病致贫返贫人员占总贫困人员的比例从 2013 年的 42.2% 增长至 2015 年的 44.1%^③。由此可见,无论是从全世界范围来看,还是立足我国现实情况,因病致贫返贫是反贫困的重大挑战,实施健康扶贫成为新时代经济社会发展的重要工作。2016

收稿日期: 2018-06-07

作者简介: 翟绍果, 西北大学公共管理学院教授。

基金项目: 国家社科基金一般项目“健康扶贫视角下西部农村老年人因病致贫返贫的协同治理研究”(编号: 18BSH047)。

① 王伟《重大疾病对贫困的作用机制及其应对策略研究》, 博士论文, 南京大学, 2013 年。

② World Health Organization and The World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report [R] 2017.

③ 国务院新闻办公室: 健康扶贫工程“三个一批”行动计划发布会, <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/35861/36544/wz36546/Document/1549077/1549077.htm>。

年6月,卫计委等15部门联合发布《关于实施健康扶贫工程的指导意见》,指出实施健康扶贫工程对于保障农村贫困人口享有基本医疗卫生服务,推进健康中国建设,防止因病致贫、因病返贫,实现到2020年让农村贫困人口摆脱贫困目标具有重要意义,通过健康扶贫为推进健康中国建设补短板。当前,我国居民健康贫困的演变经历了从绝对贫困走向相对贫困、从整体贫困走向区域贫困和个别贫困的过程^①。因此,需要实施健康贫困治理,推进健康扶贫以缓解当前因病致贫返贫的现象。本文基于发生机理、干预机制和协同模式的治理主线,干预分析因病致贫返贫的作用链条,明晰因病致贫返贫的影响因素即健康贫困的发生机制,探究健康贫困的治理逻辑,总结当前健康贫困干预的实践经验,提出健康贫困协同治理的具体路径。

二、发生机制:从因病致贫返贫到健康贫困

健康贫困是指个人和家庭因病致贫返贫的脆弱性状态,直接的衡量指标是疾病经济负担导致的家庭灾难性医疗卫生支出,是健康风险冲击、大额医疗费用支出、医疗保障与医疗服务缺失等因素综合作用的结果。

首先,因病致贫返贫起源于健康风险冲击带来的健康资本存量下降,从而引发疾病治疗的医疗服务需求,发生医疗消费支出。健康资本存量低、健康能力不足的个体面临健康风险冲击的概率更大,个体的健康脆弱性是产生因病致贫返贫的源头。例如,老年期共患病的风险高,共患病对个体机能和医疗卫生资源及相关费用造成的影响,常常比这些疾患各自产生的影响总和要高得

多^②。老年人健康状况弱于年轻人,由此老年人的人均卫生支出是年轻人的三到五倍^③。同时,健康水平与家庭收入具有负相关关系,人均住院费用每增加1%,会导致家庭人均收入减少16.21%^④。

其次,疾病经济负担是个体和家庭因病致贫的直接因素,同时贫穷带来的经济脆弱性也是导致健康不佳的风险因素。健康与贫困二者关系密切,贫困易滋生疾病,健康不良的状态又容易导致贫困,贫困人口极易陷入“贫困—疾病—贫困”的恶性循环^⑤。社会经济水平往往会抑制居民投资自身健康的积极性,较低社会经济地位群体往往面临着更高的疾病风险^⑥。贫困家庭较非贫困家庭更容易遭受疾病冲击,且对疾病所造成经济风险的分散程度更弱^{⑦⑧}。中国民生调查2016综合研究报告显示,由于医疗支出压力较大,经医生诊断应住院而未住院的比例2014年为25.5%,2015年为19.6%,其中50%的患者都是因为经济原因而放弃住院^⑨。由于农村居民对体力劳动的依赖性更强,健康状况得不到改善,不仅会降低农户收入,而且还会拉大农户之间的收入差距^⑩。同时,农户因病致贫并非是暂时性冲击,而是会对家庭未来贫困具有显著的动态影响,因病致贫农户在未来两年内陷入贫困的概率至少是非贫困农户陷入贫困的2.2倍^⑪。由此可见,家庭的经济脆弱性与个人健康脆弱性互相关联,形成了“因病致贫、因贫致病”的恶性循环。

最后,如果缺乏获取社会性制度保障的机会,缺失可及性、高质量的医疗服务,个体在罹患疾病之后既不能依靠个体能力化解健康风险,也缺乏群体间的风险分担机制,受限于社会资源获取能

① 陈化《健康贫困与卫生公平》,《学术论坛》2010年第7期。

② Bredenkamp C, Mendola M, Gragnolati M. Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans [J]. Health Policy & Planning 2011 26(4).

③ Reinhardt U E. Does the aging of the population really drive the demand for health care? [J]. Health Affairs 2003 22(6).

④ 黄薇《医保政策精准扶贫效果研究——基于URBMI试点评估入户调查数据》,《经济研究》2017年第9期。

⑤ 陈楚、潘杰《健康扶贫机制与政策探讨》,《卫生经济研究》2018年第4期。

⑥ 方黎明《农村中老年居民的健康风险及其社会决定因素》,《保险研究》2017年第5期。

⑦ Dercon S. The Impact of Economic Reforms in Rural Households in Ethiopia: A Study from 1989 to 1995 [R]. World Bank Publications 2002.

⑧ Kenneth Silverman. A potential role of anti-poverty programs in health promotion [J]. Preventive Medicine 2016 92: 58-61.

⑨ 李伟、张军扩等《中国民生调查2016综合研究报告——经济下行背景下的民生关切》,《管理世界》2016年第10期。

⑩ 程名望、Jin Yanhong、盖庆恩等《农村减贫:应该更关注教育还是健康?——基于收入增长和差距缩小双重视角的实证》,《经济研究》2014年第11期。

⑪ 陈在余、王海旭、蒯旭光《农户因病致贫的动态变化及其影响因素分析》,《湖南农业大学学报(社会科学版)》2017年第6期。

力的社会脆弱性使得个体不能得到及时的健康干预,从而陷入健康贫困状态。因病致贫本质上是一种支出型贫困状态^①,而健康保障链是支出型贫困的有效化解机制,也是截断贫困循环和防止“因病致贫、因贫致病”现象的重要途径^②。然而,恶劣的自然环境、农村家庭先天性或遗传性疾病、不良的生活习俗、不公平的卫生体制以及预防性社会保障制度缺乏等,带来农村家庭应对健康风险的脆弱性,导致相当数量农村家庭处于健康贫困状态^③。此外,高医疗成本与低支付能力导致参与医疗保障与卫生保健、享受基本公共卫生服务的机会丧失,由此引发健康水平下降从而造成自身或家庭成员参与经济活动能力被剥夺^{④⑤}。研究表明,家庭成员患病所产生的疾病照料负担会使农村困难家庭的劳动力就业概率显著下降 25%~53%^⑥。

总之,在健康风险的冲击下,自然环境较差的地区、健康资本存量较低的人群容易罹患疾病,这种健康脆弱性导致了其健康能力的下降。面对健康能力的下降,收入状况差、医疗服务可及性不足以及缺乏完善医疗保障报销机制的群体,更容易丧失参与医疗保障与卫生保健、享受基本公共卫生服务以及获取健康照护服务的机会,最终引发因病致贫。由此,健康贫困是由于健康风险冲击致使健康能力剥夺和健康机会丧失从而出现的一种综合脆弱状态,其作用机理与生成机制体现在“健康风险-健康能力剥夺和健康机会丧失-健康贫困”,具体体现在健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性等方面。其中,健康脆弱性是指自身的健康资本存量低,面临健康风险冲击的概率更大;经济脆弱性是指经济收入、消费获取方面的弱势,难以应对疾病经济风险甚至构成灾难性医疗支出;社会脆弱性是指社会制度性保障、医疗服务资

源获取方面的不足,使得风险处理成本上升,进一步恶化健康状况和经济状况,加大疾病经济负担。总之,健康脆弱性导致个体健康能力不足,经济脆弱性和社会脆弱性共同导致个体获得健康的健康机会缺失,最终在健康风险的冲击下由于低应对能力而陷入健康贫困状况^⑦。

三、治理逻辑:能力提升、机会保障与社会参与

随着经济发展、疾病谱变化与社会交往的日益频繁,全体社会成员在健康风险面前成为相互依赖的共同体,健康贫困治理已成为贫困治理和健康中国建设的关键问题。基于健康贫困的生成机制,健康贫困的治理逻辑在于通过健康资源的公平配置、健康保障的多重叠加和社会网络的联结扩展,提升贫困居民的健康能力,保障贫困居民的健康机会,促进贫困居民的社会参与。

(一) 健康能力提升:健康资源的公平配置

当前,优势的医疗卫生资源主要集中于经济发达地区,贫困地区的健康资源发展能力不足。因此,健康贫困治理首先需要以健康资源的公平配置来实现居民的健康能力提升。长期以来,我国健康资源配置上的“虹吸效应”致使健康资源效能处于一种不断散溢或治理收益边际递减的状况。贫困地区医疗卫生公共产品供给和公共服务提供面临“质”和“量”上的不足。西部农村地区是我国贫困集中区(当前全国14个集中连片特困区9个主要分布在西部),且是医疗资源配置的薄弱区域,也是健康指标相对落后的区域(见表1)。可见,贫困地区存在着医疗资源配置不足与健康能力弱化的双重问题。虽然这种健康资源配置模式是在特定的历史时期形成的,也可收获一定的短期之效,但健康资源配置上的不均等会直接制

① 陈成文《从“因病滞贫”看农村医疗保障制度改革》,《探索》2017年第2期。

② 左停、徐小言《农村“贫困-疾病”恶性循环与精准扶贫中链式健康保障体系建设》,《西南民族大学学报(人文社科版)》2017年第1期。

③ 徐月宾、刘凤芹、张秀兰《中国农村反贫困政策的反思——从社会救助向社会保护转变》,《中国社会科学》2007年第3期。

④ 孟庆国、胡鞍钢《消除健康贫困应成为农村卫生改革与发展的优先战略》,《中国卫生资源》2000年第6期。

⑤ 李树森《中国农村居民健康收入效应的经验研究》,博士论文,吉林大学,2010年。

⑥ 戈艳霞、李强《疾病照料负担对困难家庭劳动力就业的影响》,《人口与经济》2018年第1期。

⑦ 翟绍果、严锦航《健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化》,《西北大学学报(哲学社会科学版)》2018年第3期。

约居民健康能力的发展。因此,突破“历史瓶颈”,通过促进健康资源在存量、结构与空间分布上的均等性,形成系统化、均等化的健康资源配置体系,减少贫困地区的健康风险因素,提高贫困居民

的健康资源可及性,让居民少生病、生病后能看上病,提升贫困地区居民的健康能力,是健康贫困治理的逻辑起点。

表1 2012-2016年卫生资源与健康指标

年份	每千人口卫生技术人员(人)		新生儿死亡率(‰)		婴儿死亡率(‰)		5岁以下儿童死亡率(‰)		人均医疗保健支出占消费性支出比例(%)		
	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村	
2012	8.54	3.41	3.9	8.1	5.2	12.4	5.9	16.2	6.4	8.7	
2013	9.18	3.64	3.7	7.3	5.2	11.3	6.0	14.5	6.1	8.9	
2014	9.70	3.77	3.5	6.9	4.8	10.7	5.9	14.2	6.54	8.99	
2015	10.21	3.90	3.3	6.4	4.7	9.6	5.8	12.9	6.7	9.2	
2016	10.42	4.08	2.9	5.7	4.2	9.0	5.2	12.4	7.1	9.2	
	医院数量(个)			卫生技术人员(万人)			每千人口医疗卫生机构床位(张)				
	东部	中部	西部	东部	中部	西部	东部	中部	西部	城市	农村
2012	8965	6998	7207	297.8	197.5	171.6	4.16	4.21	4.42	6.88	3.11
2013	9500	7309	7900	320.7	210.2	189.2	4.41	4.54	4.83	7.36	3.35
2014	9937	7552	8371	334.8	221.4	201.7	4.62	4.88	5.16	7.84	3.54
2015	10586	8051	8950	352.0	233.9	213.9	4.85	5.19	5.44	8.27	3.71
2016	11221	8500	9419	371.1	245.3	228.0	5.08	5.46	5.71	8.41	3.91

数据来源:历年《中国卫生和计划生育统计年鉴》

(二) 健康机会保障:健康保障的多重叠加

医疗卫生资源的均等化配置既是提高居民健康能力的途径,同时也是对获取医疗服务机会的保障,但在收入不均的约束下,城乡居民对医疗服务的消费能力具有差异性。很多农村居民因病致贫返贫,表现为疾病造成家庭支出急剧增大,严重超出家庭累积收入的承受范围,致使其实际生活水平长期处于一种绝对贫困的状态。因此,需要以健康保障制度的组合叠加,降低家庭产生灾难性医疗卫生支出的风险,即在经济方面保障居民对健康服务的获取机会。研究表明,公共健康保险福利和保险补贴对低收入家庭具有重要的减贫效应^①。农村居民基本医疗保险通过住院统筹降低57%的自付住院费用,使农村居民的贫困发生率降低5%~7%,灾难性医疗支出发生率降低

11%^②。城镇居民基本医疗保险能够促进同期家庭人均收入增长13.78%,这对分散疾病风险对家庭的冲击非常有效,在一定程度上起到了缓解家庭因病致贫、因病返贫的作用^③。因此,通过整合归并多重健康保障的相关制度,理顺厘清多重保障制度的体制机制,促进多重保障服务的耦合叠加,不仅有助于降低居民获取健康资源的直接成本,还可以降低居民因获取健康资源而产生的交通、住宿、误工甚至是失业而来带来的间接成本。基于健康保障的多重叠加,通过推动保险、救助、慈善等多重健康保障在政策、体制和服务上实现整合、磨合与耦合,增强贫困居民应对疾病风险冲击的经济能力,让居民生病后能看得起病,实现对居民的健康机会保障,是健康贫困治理的重要环节。

① Korenman S, Remler D K. Including health insurance in poverty measurement: The impact of massachusetts health reform on poverty [J]. Journal of Health Economics, 2016, (50).

② 黄薇《医保政策精准扶贫效果研究——基于URBMI试点评估入户调查数据》,《经济研究》,2017年第9期。

③ 鲍震宇、赵元凤《农村居民医疗保险的反贫困效果研究——基于PSM的实证分析》,《江西财经大学学报》,2018年第1期。

(三) 健康社会参与: 社会网络的联结扩展

健康资源的公平配置与健康保障的多重叠加,分别在医疗服务的可及性与医疗费用的保障机制方面实现对贫困地区居民的健康能力提升和健康机会保障。在当前健康扶贫的背景下,多方资源流向贫困区域,实现对贫困地区医疗卫生发展的“输血”功能,与此同时还需要扩展贫困居民的社会网络,引导居民积极参与或获取健康服务,将健康能力和健康机会的被动建设转为健康素养提升的主动参与,实现健康贫困治理的自我“造血”。《中国农村扶贫开发纲要(2011-2020年)》提出,充分发挥贫困地区、扶贫对象的主动性和创造性,尊重扶贫对象的主体地位,提高其自我管理水平和能力,立足自身实现脱贫致富。《“健康中国2030”规划纲要》中以共建共享健康为主题。可见,贫困治理不能单独依靠外部的资源输入,健康需要个体的主动参与,健康贫困治理是被动性的健康资源输入、主动性的健康机会获取和健康能力提升的协同组合。因此,需要扩展贫困居民的社会网络,提高其社会参与的能力和动力,提升贫困居民的社会融合程度,推动其在社会参与中自觉提高健康意识,关注生活中的健康危险因素,实现健康改善的良性发展。

四、治理经验:

健康、经济与社会的多维干预

当前,我国健康扶贫已进入深水区和攻坚期,具体表现为因病致贫人员的总体数量在下降,但是因病致贫人员占有所有贫困人员的相对比例却逐渐增加,健康贫困人员的脱贫难度在加大。为此,各地依据实际情况出台了相应的健康扶贫措施,旨在降低贫困人口的健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性。其中,在应对健康脆弱性方面,以促进健康资源均等配置为手段,提升居民健康能力。当前,各省逐渐为贫困人口建立健康卡并实行签约服务,加强贫困人口健康管理服务水平;同时,

综合采取特岗计划、免费培养计划、定期分级培训计划等方式,加强基层医疗卫生人才队伍建设;依托三级医院的对口帮扶,建设重点科室,规范技术应用,开展远程诊疗,提升健康服务能力。目前全国1644家三级医院对3945家县级医院开展了对口支援,覆盖832个贫困县的县医院。在应对经济脆弱性方面,以降低居民就医负担为目标,提升居民应对疾病的经济能力。各省逐渐加大对贫困居民的保障力度,2016年四川、安徽、江西等省份在多层医疗保障叠加的基础上,通过基本医保兜底、政府直接兜底与补充保险兜底的方式,极大降低了居民的自付费用,2016年三省居民的实际报销比例可达93%、85%、90%^①。2018年城乡居民基本医疗保险的人均补偿额在420元的基础上再提高40元,并将其中50%用于大病保险^②,以分散居民重大疾病经济负担。同时,中央安排220亿元的转移支付资金作为专项基金,用于提高贫困人口救助水平,从而降低居民灾难性医疗卫生支出发生的概率。此外,机构改革方案将医疗保险和医疗救助职能统一整合到国家医疗保障局,通过理顺医疗保障的管理体制,归并整合保障政策,为贫困人口提供“一单式结算、一站式服务”,从而降低居民看病就医、获取健康资源的间接成本。在应对社会脆弱性方面,以扩展居民社会网络为目标,实现健康社会参与。主要体现在整合健康服务资源要素,通过多方联动为居民提供全生命周期的健康服务,对于特定疾病实施专项救治,积极鼓励社会力量开展健康扶贫专项项目。例如国家卫生计生委—盖茨基金会在凉山开展的为期3年的“支持社会力量参与凉山州艾滋病防治项目”、“中国农村卫生保健项目”和“凉山州儿童营养与健康项目”^③;国务院扶贫办、国家卫生计生委联合发起的“光明扶贫行动·白内障复明”项目聚焦60万贫困白内障患者^④。社会力量的参与既是对专业化诊疗救治项目的补充和优化,又是提高贫困地区群众社会参与的重要途径。

① 人民网:三种做法为大病兜底[EB/OL].http://paper.people.com.cn/rmrb/html/2017-05/18/nw.D110000renmrb_20170518_6-16.htm。

② 新华社:2018政府工作报告[EB/OL].http://www.gov.cn/premier/2018-03/22/content_5276608.htm。

③ 中国政府网:国家卫生计生委—盖茨基金会凉山州艾滋病防治和健康扶贫项目暨公益行动启动会召开[EB/OL].<http://www.nhpc.gov.cn/zhuz/gjil/201711/9a6088b4c1e6460285f962fe3ca35c50.shtml>。

④ 新华网“光明扶贫行动·白内障复明”项目在北京启动[EB/OL].http://www.cpad.gov.cn/art/2018/3/4/art_22_79550.html。

表2 健康贫困治理的实践模式

目的	措施	运作模式	典型地区
应对健康脆弱性	加强居民健康管理	为建档立卡贫困人口免费提供健康管理和签约服务	—
	提升基层服务能力	特岗全、专科医师招聘,订单定向免费培养;提升基层医师待遇;加强基础设施建设;加强远程诊疗;促进对口支援。	
应对经济脆弱性	降低直接疾病经济负担	基本医保制度兜底	四川省
		政府直接兜底	安徽省 山西灵丘县
		建立补充保险兜底	江西省、湖北省红安县、陕西省西安市 福建省
	降低间接疾病经济负担	整合制度资源	—
应对社会脆弱性	重点项目	大病集中救治、医养结合等	—
	专项项目	支持社会力量,开展“光明扶贫行动”项目、“凉山项目”项目等专项健康扶贫行动	凉山

资料来源:根据相关资料整理

虽然当前健康扶贫在应对居民健康脆弱性、经济脆弱性与社会脆弱性方面取得了一定的成效,但由于贫困地区的现实特殊性,当前健康贫困在治理理念、机制体制、方式方法等方面仍存在着一定的现实问题。具体表现为以下几个方面:第一,健康贫困治理理念难以迅速匹配社会的发展变化。当前各地的健康扶贫模式探索尽管取得了一定的成就,但与治理目标以及群众的期盼还有一定差距。受制于技术、人员等多重因素的影响,健康贫困治理理念难以迅速与社会发展变化相匹配。人本理念、智慧理念以及系统理念对健康贫困治理的导控作用仍比较有限,当前健康贫困治理理念更多的从短期、单一角度出发,医疗救助政策重点强调减轻贫困人群医疗费用负担,无法从根本上解决健康贫困问题,缺乏健康能力者难以彻底摆脱贫困^①。第二,健康贫困治理机制存在主体分散与参与不足等问题。当下健康贫困治理机制主要存在三方面问题:一是职能部门联动机制

尚不够健全通畅。健康贫困治理涉及多个部门、多领域,在治理中的联动频率、互动方式、服务有效性不足。尤其在医疗保障经办过程中,各个部门各自为政、互不衔接,导致了办理分散、群众看病报销不便、合力不强等问题^②;二是多元主体参与机制搭建不够完善。诸如在健康贫困治理中如何更加有效地提高社会组织的参与热情、参与质量和参与有效性,逐渐成为健康贫困治理可持续发展的问题;三是多领域协同合作机制需进一步创新完善,即促进健康贫困治理与其他类型的贫困治理协同发展,促进贫困地区各类公共资源的均等化。第三,健康贫困治理方式方法上相对滞后,制约了健康贫困治理效能发挥。当前贫困居民的健康信息、收入信息等尚不能在各个部门之间实现共享,治理方式方法与治理客体需求匹配性不足,健康贫困对象瞄准偏差率高,而且难以实现健康服务管理的一体化和健康贫困治理监督反馈的立体化,健康贫困治理总体上处于碎片化和

① 刘亚孔、方鹏莺、张霄艳《健康贫困视角下医疗救助政策目标转型分析》,《中国卫生经济》2017年第10期。

② 陈鹏《宁夏农村贫困人口精准健康扶贫案例分析及政策研究》,《宁夏社会科学》2017年第S1期。

被动式。第四,健康贫困治理体系构建尚不完善。当前健康贫困治理体系虽然已经包含了公共卫生、医疗服务与医疗保障三大体系,但各个体系的衔接机制仍不健全,贫困居民尚不能在一个系统内享受综合性的健康服务。与此同时,针对残疾、慢性病、老年等健康弱势群体的健康照护体系尚未纳入到统一的健康贫困治理体系。

五、治理路径:健康扶贫、健康减贫与健康反贫的协同治理

由健康能力不足与健康机会缺失导致的贫困现象是实现贫困人口脱贫的重要阻碍,健康贫困治理是推进“健康中国”建设与“精准扶贫”工程的战略举措。基于健康贫困治理的发生机制、治理逻辑与健康扶贫实践中的治理经验总结,推进健康贫困协同治理,缓解“因病致贫”“因病返贫”现象,需要探讨其治理机制与体系,优化健康贫困治理与健康精准扶贫的工具与路径。^①

首先,基于“健康风险-健康能力下降(健康脆弱性)-健康机会不足(经济脆弱性与社会脆弱性)-健康贫困”的健康贫困生成机制,健康贫困治理机制包括健康风险预防机制、健康能力提升机制、健康贫困救助机制与健康服务保障机制。即从健康贫困的风险源和风险传导过程进行健康贫困治理机制构建,其中,健康风险预防机制目标于健康贫困预防,作用于健康风险发生前,通过健康教育、健康锻炼、健康管理等健康促进策略,降低负健康事件概率,从源头治理健康贫困;健康能力提升机制与健康贫困救助机制目标于健康贫困的应激反应,作用于健康风险发生后尤其是传导过程中,通过医疗资源供给、医疗服务提供和医疗保障制度提高健康风险冲击后的应对能力,弱化健康风险的潜在影响;健康服务保障机制目标于健康贫困的全程干预,作用于健康风险的传导全过程,通过预防、治疗、康复各阶段的健康服务供给与健康保障支持,最终实现健康贫困的系统治理。

其次,基于健康贫困的源头治理、过程治理与系统治理,健康贫困治理体系包括稳定性健康资本提升体系、持续性健康扶贫干预体系、突发性健康贫困救助体系和常规性健康管理服务体系。其

中,稳定性健康资本提升体系针对潜在健康贫困人群,通过提升其健康资本存量,增强抵御健康风险的能力,降低健康风险的冲击概率;持续性健康扶贫干预体系针对因疾病而长期“滞贫”的健康贫困人群,主要包括高血压、糖尿病等慢性病、康复护理等需要长期进行医疗照护和高额医疗费用支出的健康贫困人群,通过持续性的扶贫干预缓解其健康弱势状态,并减轻其长期医疗经济负担;突发性健康贫困救助体系主要针对因意外伤害、突发大病等突发性健康风险造成家庭经济贫困的人群,表现为需要短期内支出大额医疗费用,甚至造成灾难性医疗卫生支出,通过医疗救助、商业保险、慈善帮扶等同基本医疗保险的衔接,共同发挥健康保障的托底作用;最后,常规性健康管理服务体系针对健康贫困边缘人群,通过常规性健康体检、慢病监测、疾病筛查等健康管理服务,尤其是全生命周期的健康干预前移疾病关口,对疾病高发、易发人群的健康进行合理规划与管理。最终,基于健康贫困成因的精准分析、健康贫困人员的精准分类,构建起覆盖全人群全生命周期的健康贫困干预治理体系。

再次,健康贫困的外在表现与生成机制体现在健康风险冲击下的健康能力不足与健康机会缺失,因此,健康贫困的治理目标为健康能力提升和健康机会保障,即提高健康资本存量,降低健康风险的冲击概率,保障健康获得的参与机会,增强健康风险的应对能力,最终减少健康贫困发生率。以健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性的健康贫困综合评价和精准识别为依据,根据原生遗传、后天致残、自然退化、环境因素、社会排斥等健康贫困多维成因,健康贫困治理工具包括健康脆弱性治理工具、经济脆弱性治理工具和社会脆弱性治理工具。其中,健康脆弱性治理工具包括疾病筛查预防、慢病健康管理服务、失能照护、认知心理调适等健康照护计划,增强健康风险应对能力;经济脆弱性治理工具,包括医疗保险、医疗救助、大病保险等多重健康保障计划,减少因病致贫发生率;社会脆弱性治理工具,包括个体参与、社会帮扶、政府主导的贫困人群多元健康参与计划,保障贫困人口健康机会和健康权益。

^① 翟绍果《贫困地区因病致贫返贫的治理路径》,《中国人口报》2018年7月19日。

最后,基于健康贫困治理工具选择,健康贫困治理路径包括全程干预服务式健康扶贫、多重保障叠加式健康减贫、多元协同参与式健康反贫,实现贫困人群的健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性的全方位治理以及扶贫、减贫、反贫的健康贫困多层次治理。其中,全程干预服务式健康扶贫需要通过公共卫生、医疗服务、健康管理、健康照护等医疗卫生体系建设实现对预防、治理和康复的全生命周期健康扶贫干预;多重保障叠加式健康减贫旨在建立并完善以城乡居民基本医疗保险为基础,以商业健康保险、社会慈善帮扶为补充,城乡居民医疗救助、大病保险为托底的相对完善的多层次的医疗保障制度,提高贫困人口对于疾病的经济适应性,减轻贫困人口健康消费与健康投资的后顾之忧;多元协同参与式健康反贫包括个体家庭健康参与、村域集体健康互助、医疗机构

健康照护、政府社会健康保障的多元主体对健康保障的协同参与。最后,突出留守高龄人群健康支持、残疾残障人群健康援助、失能失智人群健康照护、慢性疾病人群健康管理等关键人群、关键病种的分类治理,实现健康扶贫政策优化。

总之,健康贫困是多因素综合作用的结果,在健康中国与精准扶贫的战略背景下,需要基于健康贫困的综合评价与精准识别,评估健康贫困程度与规模,基于健康贫困传导的逻辑链条,探究健康贫困生成机制,并据此构建健康贫困的治理机制与体系,提出健康贫困的治理目标,选择健康贫困治理工具与实现路径,最终实现健康贫困的重点干预与协同治理,达成健康扶贫、健康减贫与健康反贫的协同发展。□

(责任编辑:徐东涛)