



【全民医保与健康中国专题研究】

# 健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化

翟绍果,严锦航

(西北大学公共管理学院,陕西西安 710069)

**摘要:**健康扶贫是健康中国战略与精准扶贫战略的重要内容。本文从健康风险的差别化发生、健康机会的公平性弥补、健康服务的可及性提升等方面,分析了健康扶贫的发生逻辑、作用逻辑与实现逻辑,探讨了健康扶贫过程中所面临的现实挑战,即健康扶贫的目标理念偏差、健康扶贫的瞄准对象不精准、健康扶贫对口帮扶的效果不明显、健康服务的递送体系不完善、健康扶贫制度可持续发展能力不足。最后以健康扶贫的现实问题为导向,提出优化健康扶贫的具体路径。

**关键词:**健康扶贫;治理逻辑;现实挑战;路径优化

中图分类号:C979 文献标识码:A DOI:10.16152/j.cnki.xdxbsk.2018-03-007

## 一、引言:健康扶贫的缘起

贫困问题的产生是多种因素共同作用的结果。从人力资本的理论视角来看,贫困产生的原因可概括为人力资本因素与非人力资本因素两部分,外在的非人力资本因素对贫困的作用路径通过人力资本因素得以发挥。教育和健康所体现出来的人力资本是影响农民收入水平的关键因素,但农村居民对体力劳动的依赖性更强,健康对于其收入的边际作用更明显,健康水平的提升不仅可以提高农户收入,还可以缩小农户之间的收入差距<sup>[1]</sup>。与教育相比,健康人力资本在农户脱贫过程中发挥着更为基础的作用。然而,自然环境差、医疗卫生资源缺乏、“急、重、危”疾病易生等多重问题耦合叠加的现象在农村地区仍较为普遍,加之农村居民的经济能力低下、社会网络单一、可获取外界的资源渠道有限,使农村居民成为健康贫困的高发群体。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,半数缺乏基础医疗服务<sup>[2]</sup>。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%<sup>[3]</sup>。由此可见,因病致贫返贫是阻碍贫困居民脱贫的重要因素。基于此,本文基于健康中国战略和精准扶贫战略的背景,分析健康扶贫的治理逻辑与现实挑战,探讨推动健康扶贫可持续发展的优化路径。

## 二、从健康公平到健康可及:健康扶贫的治理逻辑

由于社会经济环境的复杂影响,农村居民面临着更高的健康脆弱性、经济脆弱性与社会脆弱性,多

收稿日期:2018-03-12

基金项目:陕西省软科学项目(2017KRM197),西北大学“三大系列”专项研究项目(17ZX09)

作者简介:翟绍果,男,河南邓州人,西北大学副教授、博士,从事社会保障和公共管理研究。

重脆弱性交织作用,导致农村居民面临着更高的健康风险。新医改实施以来,国家虽然加大了对农村医疗卫生资源的投入,但农村居民医疗卫生资源的占有总量依旧不足,农村居民的健康公平性和健康服务可及性不足。因此,针对健康风险的差别化发生,需要进行健康机会的公平性弥补和健康服务的可及性实现,由此构成了健康扶贫的治理逻辑。

### (一) 健康风险的差别化发生: 健康贫困的发生逻辑

健康风险的发生是诱发健康贫困的逻辑起点。受制于生存环境、地理空间、医疗资源配置、经济能力等多重因素的影响,农村家庭在应对健康风险方面具有天然的脆弱性特征,具体表现为健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性。其中,健康脆弱性是指由于农村医疗卫生资源分布不均等,导致农村居民面临健康风险冲击的概率更大,表现为大病、重病患者多发;经济脆弱性是指农村居民处于经济收入弱势地位,应对疾病经济负担能力弱,容易形成灾难性医疗支出;社会脆弱性是指农村居民由于社会因素导致其获取健康资源的成本较大。经济脆弱性和社会脆弱性共同导致农村居民的健康机会缺失,应对健康风险冲击的能力不足。由于健康资源占有不足、收入低下以及获取健康资源成本等障碍,导致了健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性的链式反应。

第一,农村地区大多地广人稀,医疗资源分布的辐射半径较大,健康资源占有量少,导致农村居民具有较高的健康脆弱性。中国统计年鉴数据显示,截至2016年底,我国城市每千人口卫生技术人员为10.79人,而农村仅为4.04人;城市每千人口医疗卫生机构床位为8.41张,而农村仅为3.91张<sup>[4]</sup>。2017年全国医疗机构共有床位785万张,但乡镇医院的床位拥有量却不到总额的16%<sup>[5]</sup>。相比城市,农村居民对于健康资源的可获得性更差。与此同时,农村地区集中式供水覆盖率、生活垃圾无害化处理率、卫生厕所普及率都还有待提高。受制于健康资源分布不均和基础设施发展的不足,农村地区健康风险因素更加密集,加之农业劳作的特殊性,农村居民易受危、急、重疾病风险冲击,健康脆弱性更高。在个体全生命周期贫困视域下,疾病风险不仅会造成累积财富损失而致贫,还会造成生命价值蕴含的潜在财富损失而致贫<sup>[6]</sup>。农户因病致贫并非是暂时性冲击,其对家庭未来贫困具有着显著的动态影响,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<sup>[7]</sup>。

第二,农村居民收入低下,导致其在应对疾病经济负担方面显现出更高的经济脆弱性。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<sup>[8]</sup>。中国民生调查2016综合研究报告显示,“医疗”连续3年被城乡居民视为家庭支出压力最大的项目,2013年到2015年分别占17%、27.2%和24.4%。由于医疗支出压力较大,经医生诊断应进行住院治疗但未进行住院的比例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。另外,农村家庭年医疗费用负担在其家庭生活开支中的占比显著高于城市<sup>[9]</sup>。因此,农村家庭相比于城市家庭更容易发生灾难性医疗卫生支出,而灾难性医疗卫生支出又会进一步加剧家庭的经济脆弱性,导致家庭陷入贫困或更加贫困的地步<sup>[10]</sup>,人均住院费用每增加1%,会导致家庭人均收入减少16.21%<sup>[11]</sup>。

第三,健康保障政策分散,报销程序繁琐复杂,导致农村居民在获取健康资源上显现出一定的社会脆弱性。从理论上来说,城乡居民基本医疗保险、大病保险、民政救助等政策叠加所形成的综合保障效应,能够极大的降低居民疾病经济负担。但在实践中,由于健康保障政策分散在各个部门,而各个部门对于保障人群、保障方式、待遇标准等又都有独立的政策规定,导致健康保障政策出现“重复保障”和“保障盲点”并存的现象。同时,保障待遇申请材料复杂、手续繁琐和周期过长,导致农村居民在获取健康资源上显现出一定的社会脆弱性。同时,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%<sup>[12]</sup>,而就业率下降又会进一步加深农村居民的经济脆弱性与健康脆弱性。总之,健康脆弱性、经济脆弱性与社会脆弱性既可以单独诱发农村居民发生健康贫困,又可以耦合叠加引致农村居民陷入更深层次的健康贫困状态,形成了健康、经济与社会脆弱性的链式反应。

## (二) 健康机会的公平性弥补: 健康扶贫的作用逻辑

享有公平的健康权是公民的基本权利。个体受制于自然属性的约束和社会属性的调整,导致了健康权的不公平,这一现象在农村表现得尤为明显。基于健康风险的差异化发生、健康机会的不均等化发展,通过降低农村居民的健康脆弱性、经济脆弱性与社会脆弱性,斩断“健康风险发生—健康存量下降—健康机会缺失—经济脆弱性加深—健康能力持续下降—贫困程度继续加深”的健康贫困恶性循环传递链条,化解因病致贫返贫的现实困境,构成了健康扶贫的作用逻辑,具体表现在以下三方面。

第一,基于医疗卫生资源的公平配置,提升农村居民的健康能力,降低其健康脆弱性。医疗卫生资源的公平性配置是医疗卫生服务水平提升的基础,也是农村居民提升健康能力的重要保障。通过提升农村地区公共卫生与医疗服务水平,加强农村环境卫生综合整治,从而降低农村居民健康脆弱性。国家相关政策举措为实现农村健康资源的均等化配置提供了有利保障,例如1996年首次全国卫生工作会议指明了“以农村为重点”的工作方针,2002年发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,2009年出台《关于深化医药卫生体制改革的意见》,2016年全国卫生与健康大会提出“以基层为重点”和“人民共建共享”,2017年多个省(市)相继出台健康扶贫政策,2018年对卫生健康部门进行重组并对其职能进行调整,等等。此外,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。与此同时,人均公共服务经费不断提高,12类45项基本公共卫生服务项目覆盖城乡居民生命周期全过程,7大类重大公共卫生服务项目逐步规范,覆盖人次也逐年提升,人人享有基本健康服务的目标正逐步实现。同时,为加强健康贫困源头治理,减少农村健康风险源,农村环境卫生综合整治项目也在逐步推进。《健康中国“2030”规划纲要》明确指出,继续实施农村饮水安全巩固提升工程,强化农村饮水安全保障体系建设,加快无害化卫生厕所建设,实施以环境治理为主的病媒生物综合预防控制策略。

第二,有基于基本医保、医疗救助与大病保险叠加作用的有效发挥,降低农村居民应对疾病经济负担时的经济脆弱性。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。依托多种医疗保障,可以为因治疗疾病而将要或已经陷入贫困的农村居民提供有效保障。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<sup>[13]</sup>,农村居民基本医疗保险中的住院统筹通过降低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%<sup>[14]</sup>。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,在一定程度上起到缓解家庭因病致贫返贫的作用<sup>[11]</sup>。因此,通过医疗救助、大病保险和基本医保等制度叠加,实现对贫困人口疾病经济负担的多重保障,提高其应对疾病风险冲击的经济能力,降低因病致贫返贫发生率。

第三,整合归并健康保障政策,引导社会组织参与健康扶贫,从而减少居民获取健康资源的社会脆弱性。通过整合归并健康保障的相关政策,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、误工甚至是失业而带来的间接成本。同时,积极吸引社会组织参与健康扶贫,还可以使贫困的患病居民扩展自身的社会网络,促进其增加经济保障、进行政治参与并加快社会融合。社会经济参与有助于增加其收入,社会政治参与有助于其知晓和运用社会政策资源,社会网络拓展则有助于帮助其积累非正式社会资源,转扶贫输血为社会参与造血,提高贫困人口应对疾病风险的社会适应性。

## (三) 健康服务的可及性实现: 健康治理的实现逻辑

通过健康机会的公平性弥补,化解由于健康、经济和社会脆弱性导致的健康风险差异,实现全生命周期健康服务的可及性,是健康治理的实现逻辑。我国农村地区正面临老龄化快速发展、卫生资源配置

不合理等诸多问题,因而在健康扶贫过程中亦需破除现有体制弊病,对健康服务要素进行整合,实现健康服务资源的优化配置。

基于现代健康保障模式理念,健康服务的可及性实现需要满足如下几个条件:第一,健康服务理念现代化。理念是服务的先导,只有健康服务理念紧随社会发展变化,健康服务的供给才会有效。第二,健康服务主体多元化。当前农村居民多样化多层次的健康服务需求,绝非单一服务供给主体可以提供与满足的,健康服务的有效供给必须立足于健康服务主体的多元化。第三,健康服务对象精准化。为促进健康服务的公平可及,有必要做到健康贫困对象的应保尽保,而且在健康扶贫过程中对健康服务对象应进行精准分类。第四,健康服务内容全面化。健康服务内容可细分为应急与预防、保健与护理、治疗与康复、健康教育与健康管理等,健康扶贫过程中应更加注重预防保健,实施全民健康管理,通过健康干预指导,让城乡居民尽量少生病。第五,服务递送体系健全化。健康服务应继续完善以县医院为龙头、乡镇卫生院为骨干、村卫生室为基础的、布局结构合理、层次分工明确、比较健全的健康服务网络<sup>[15]</sup>。第六,健康服务监测有效化。完善的监督保障体系是健康扶贫可持续发展的不竭动力。

### 三、从目标偏移到效率缺失: 健康扶贫的现实挑战

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,各省逐渐为贫困人口建立健康卡并实行签约服务;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;在应对经济脆弱性方面,中央和地方逐渐加大对贫困居民的保障力度,四川、安徽、江西等省份分别通过实施基本医保兜底、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年三省贫困居民的实际报销比例可达93%、85%、90%<sup>[16]</sup>。2018年全国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%用于购买大病保险<sup>[17]</sup>,以分散居民重大疾病经济负担。同时,中央将安排220亿元的转移支付资金作为专项基金,用于提高贫困人口的救助水平;在应对社会脆弱性方面,各省通过理顺行政体制,归并整合政策,从而为贫困人口提供“一单式结算、一站式服务”,极大降低了居民看病就医的直接和间接成本。与此同时,国家还积极鼓励社会组织参与健康扶贫项目,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”<sup>[18]</sup>。虽然各省的健康扶贫政策取得了一定成效,但在服务理念、瞄准对象、对口支援、递送体系以及可持续发展等方面面临着一定的现实挑战。

#### (一) 健康扶贫的目标理念偏差

当前各省健康扶贫政策对健康风险因素消除和健康服务能力提升关注度不够,更多强调事后补偿,即以降低直接疾病负担为目标,依靠事后补救的消极救助手段,无法从根本上解决因病致贫返贫问题。健康扶贫的目标不仅在于降低就医经济负担,还在于瞄准减少健康风险源,提高医疗服务供给效率和供给质量。如果影响农村居民健康的风险因素未消除,医疗服务水平质量未提升,那么从整体上讲,通过健康扶贫实现脱贫的压力并没有减少,反而会进一步上升。当前很多地方的健康扶贫方案明确规定了贫困居民的实际报销比例不得低于90%,但对于贫困地区健康风险源的规避、医疗服务的供给效率和质量标准却没有做出规定。

#### (二) 健康扶贫的瞄准对象不精准

精准识别、建档立卡是健康扶贫工作开展的重要依据,但是由于存在着部门体制障碍、信息不通、精

英俘获等众多不利因素,导致建档立卡存在较大的瞄准误差。中国人民大学和国家扶贫办2014年对乌蒙山片区云贵川60个贫困村的调查研究发现,其建档立卡的瞄准失误率高达33%<sup>[19]</sup>。建档立卡不精准导致“贫困户”非贫,但“非贫困户”贫困的现象大量存在。同时由于分类不精准,由此存在因病致贫户非“因病致贫”,而非因病致贫户却“因病致贫”的现象。此外,当前农村老年人、慢性病患者等已成为健康贫困的高发群体,而且基本医疗保险在降低慢性病、老年家庭灾难性卫生支出方面作用有限<sup>[20]</sup>,健康扶贫过程中对于老年人群体的关注度依旧有限。由于健康扶贫对象不精准,影响了健康扶贫的实施效果。

### (三) 健康扶贫对口帮扶的效果不明显

贫困地区基层医疗机构诊疗技术和服务能力不足,导致患者医疗需求无法得到有效满足,其中最主要的表现之一就是域外就诊率较高,而域外就诊又会加剧居民疾病经济负担。为解决此问题,国家大力鼓励三甲医院进行对口支援。近年来,虽然对口医疗帮扶力度逐年加大,但帮扶效果不明显。一是基于就诊风险、医疗技术等多重因素影响,被帮扶医院医护人员缺乏动力和能力使用远程诊疗设备进行诊疗实践。目前虽然有些贫困地区配有远程诊疗系统(含部分地区乡镇卫生院),但使用率极其低下,资源严重浪费。二是健康扶贫对口帮扶缺乏长效机制,帮扶医院由于缺乏明确的帮扶考核指标而缺乏动力帮扶基层医院,帮扶虚化导致贫困地区医疗机构诊疗服务水平长期得不到提升。总之,健康扶贫对口支援的帮扶效果不明显,贫困地区医技人员依旧匮乏,科室功能不全,诊疗技术落后,医疗设备陈旧。

### (四) 健康服务的递送体系不完善

贫困地区优质村医缺乏,大医院优质医疗资源难以下沉,导致农村多层次的健康服务递送体系难以有效建立。由于资源配置不均衡且政策体系不健全,国家虽然加大了贫困地区政策倾斜力度,但由于历史欠账过多,基层医疗机构和民营医疗机构的服务能力在短时间内难以改变。此外,由于激励机制未形成,法律法规不完善,部分家庭医生在医疗风险压力以及多方因素的制约下,不愿意或无能力为农村居民尤其是农村老年人提供“进家”的健康服务。总之,在现有多重因素制约下,农村多层级健康服务网络难以形成。

### (五) 健康扶贫中兜底保障的可持续发展能力不足

维护公众健康权益公平是政府不可推卸的责任,但健康公平的错位追求可能导致健康扶贫制度的可持续发展能力不足。当前健康扶贫过程的兜底保障制度,通过极大提高贫困人口的保障待遇,虽然在一定时间内能够促进农村健康扶贫工作的快速开展,但从长期看会产生诸多不利影响。第一,高标准待遇会产生福利的棘轮效应。兜底保障可能导致农村建档立卡贫困居民的脱贫意愿和动力下降,对政府依赖度增强,这与制度本身的设计理念——增强脱贫的内在动力是矛盾的。此外,即使农村居民的脱贫意愿和动力没有受到影响,当其退出贫困群体后,如何进行平稳过渡也是健康扶贫过程中需要考虑的重要问题。第二,兜底保障可能加剧“贫困线”边缘居民的健康不平等。健康扶贫过程中对建档立卡贫困患者给予一定政策倾斜,在一定程度上提高了贫困居民获取健康资源的可及性,有助于促进健康机会均等。值得注意的是,不少非建档立卡居民处于贫困线边缘,收入水平与建档立卡贫困人口相差不大,但是在健康扶贫后所享受的医疗保障待遇却存在明显区别。第三,兜底保障可能会加剧医保基金的不平衡。从制度表面来看,这是对居民参加基本医疗保险的政策补助,是一种惠民措施;但是从制度内在运行来看,这将在一定程度上加剧居民的逆向选择问题。那些患病率较低、自觉身体状况较好的非建档立卡居民便会策略性的退出基本医疗保险,长此以往基本医疗保险制度的资金平衡将受到影响,制度的可持续发展将受到严重威胁。在多重压力叠加下,毫无疑问会导致健康扶贫可持续发展能力不足。

## 四、从精准帮扶到多方协同联动:健康扶贫的路径优化

健康扶贫是大力推进健康中国与精准扶贫战略的重要举措。基于健康扶贫的治理逻辑,瞄准健康

扶贫的现实挑战,从而提出健康扶贫的优化路径。

#### (一) 优化健康扶贫理念,制定健康扶贫远期规划

理念是行动的先导,健康扶贫理念革新是优化健康扶贫路径的首要突破点。健康扶贫的本质是基于政府主导,通过多元主体协同合作,帮助社会成员消除生活中的健康风险因素,解决其生活中遇到的疾病经济负担困难,保障其基本健康需求。因此,着重对居民疾病经济损失给予保障的短期健康扶贫目标,已不能满足社会发展的需求。在健康扶贫攻坚期,必须对原有的健康扶贫理念进行优化,并制定健康扶贫的远期规划。基于机构改革契机,卫健委与医疗保障局应牵头组织,综合协调人社、民政、扶贫办、商业保险公司等部门及社会组织,着力做好提标、兜底、衔接和控费四个方面的顶层设计。同时,明晰各部门权责,推动各部门协同合作,着力做好区域内健康扶贫远期发展规划,包括区域医疗卫生人才发展计划、基本医疗卫生服务提升计划、区域重点科室建设计划、健康扶贫资金可持续发展计划、健康扶贫综合评估计划等。

#### (二) 建立科学的识别机制,细分瞄准健康扶贫对象

为促进健康服务的公平可及,必须做到健康贫困对象的应保尽保。首先,建立科学动态的因病致贫人员识别机制。一是要充分发挥大数据的作用,建立动态的识别机制,确保健康扶贫对象及时享受保障待遇;二是要充分调动贫困人员的积极性,推动建立参与式识别机制,从而降低信息不对称而带来的瞄准误差;三是要建立起第三方监督机制,依托高校、行业协会、学会等第三方机构,通过专项调查、抽查、核查等多种方式对健康扶贫的考核指标进行评估。其次,在健康扶贫过程中要对健康服务对象精准分类。在生存环境、地理空间、经济收入等多重约束条件下,不同个体的疾病发生率是不同的,因此政策设计过程中应通过经济和健康的双维度进一步细分健康扶贫对象,并针对特定的弱势群体给予相应的政策倾斜。最后,在农村老龄化、高龄化、空巢化加快发展的背景下,在健康扶贫过程中需要将农村老年人作为重点关注对象。

#### (三) 完善法律规范并建立考核机制,促进对口帮扶有效落实

健康扶贫实施过程中要逐步健全法律法规,完善医疗服务对口支援的长效机制,切实推动基层医疗机构提升诊疗技术和服务能力。由于远程诊疗所产生的医疗责任风险无法有效界定,抑制了基层医疗机构进行远程诊疗的动力。因此,当前亟需完善远程诊疗等医疗服务相关法律法规,确保被帮扶方有动力提高医疗技术水平。同时,各级帮扶医院缺乏明确的考核机制,导致其缺乏帮扶动力。为此,在健康扶贫过程中要明确责任,设定合理的帮扶退出机制,从而确保帮扶的有效性。对口帮扶双方应签订一对一帮扶责任书,明确帮扶期限与目标任务,帮扶期结束要进行第三方评估,评估合格才可选择结束帮扶工程。此外,支援医院在帮扶结束后还需每半年再对被支援医院进行业务指导一次,从而保障被帮扶医院医疗水平稳步提升。二级医院对乡镇卫生院的帮扶过程中,应以乡镇卫生院的申请为依据进行精准帮扶,帮扶过程中要明确最低帮扶期限,帮扶人员的待遇要根据帮扶年限进行动态调整。另外,鼓励基层帮扶人员在镇域医联体内多点执业,从而充实基层健康服务能力。乡镇卫生院要对镇辖村的所有卫生室安排固定业务人员进行专门业务督导,定期派出医疗队,协助村医为农村贫困人口提供集中疾病筛查与诊疗服务。

#### (四) 提升基层健康服务能力,建立健全健康服务递送体系

提高医疗卫生服务的可及性和有效性,让贫困人口能够就近看病,及时得到便捷的医疗卫生服务,是影响健康扶贫成效的关键。提升基层健康服务能力,建立健全健康服务递送体系,需要从基础设施建设、健康服务人才建设与制度建设三方面来考虑。在基础设施建设方面,应继续坚持以政府为主导,统筹社会力量支持基层医疗机构建设,逐步实现贫困地区村卫生室标准化建设全覆盖,县级医疗机构基本服务设施配备齐全。在卫生人才建设方面,要以现实问题为导向,鼓励医生多点执业,促进优质医疗卫

生资源下沉;加强卫生人才订单培养并完善违约惩罚机制,确保有人为贫困人口服务。在制度建设方面,在推进村医签约制度、多层次医疗保障制度、分级诊疗制度的同时,要出台配套政策,防止村医签而不约、多重保障不能应保尽保、分级诊疗华而不实的问题,从而切实提高贫困地区医疗卫生服务能力和可及性,建立起稳定的多层级健康服务递送体系。

#### (五) 多措并举,协同行动,增强健康扶贫制度的可持续发展能力

协同行动是健康扶贫行动取得理想成效的关键条件。当前健康扶贫过程的兜底保障制度已显现出一定的不足,因此需要对其进行优化改革。第一,政府财政应继续加大公共卫生基本药物与基本医疗卫生服务的投入力度,确保贫困居民能够享有较为公平的健康福利。同时,健康扶贫应与区域经济、教育协同发展,从而促进个人提升收入水平以及内在发展能力。第二,依据科学的识别机制,对贫困边缘群体给予一定的政策保障,一方面防止其陷入贫困境地,另一方面也可以促进健康公平,增强制度的内在发展能力。第三,加强医疗保障制度与其他制度的协同发展。农村老年群体、慢性病群体已成为健康贫困的高发群体,因此在继续完善基本医疗保险、医疗救助、大病保险等多重健康保障计划的同时,应该加强医疗保险与养老保险、长期护理保险等不同类别保险制度的有效衔接和动态平衡<sup>[21]</sup>。基于多重保险协同发展,可以通过大数法则促进基金积累,从而实现年轻人和老年人群体、健康和非健康群体、富裕和贫困群体的疾病经济负担共担,降低健康扶贫基金压力。总之,增强健康扶贫的可持续发展能力,需要在制度上做出调整,在政策上实现协同。

#### 参考文献

- [1] 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[J]. 经济研究, 2014 ( 11 ).
- [2] World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Tracking universal health coverage [R]. 2017 global monitoring report 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 [EB/OL]. <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/35861/36544/wz36546/Document/1549077/1549077.htm>.
- [4] 国家统计局. 中国统计年鉴 2017 [EB/OL]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2017/indexch.htm>.
- [5] 国家统计局. 中华人民共和国 2017 年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201802/t20180228\\_1585631.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201802/t20180228_1585631.html).
- [6] 吴传俭. 公共健康保险政策优化研究——基于应对全生命周期因病致贫风险视角[J]. 中国行政管理 2016 ( 11 ).
- [7] 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[J]. 湖南农业大学学报: 社会科学版, 2017, ( 6 ).
- [8] 方黎明. 农村中老年居民的健康风险及其社会决定因素[J]. 保险研究, 2017 ( 5 ).
- [9] 李伟, 张军扩. 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[J]. 管理世界 2016( 10 ).
- [10] BREDEKAMP 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 ).
- [11] 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[J]. 经济研究 2017 ( 9 ).
- [12] 戈艳霞, 李强. 疾病照料负担对困难家庭劳动力就业的影响[J]. 人口与经济 2018 ( 1 ).
- [13] 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 ).
- [14] 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[J]. 江西财经大学学报, 2018, ( 1 ).
- [15] 万筱明, 陈燕刚. 多元参与的全民医保模式研究[J]. 中国卫生经济 2008 ( 6 ).

- [16] 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](http://paper.people.com.cn/rmrb/html/2017-05/18/nw.D110000renmrb_20170518_6-16.htm).
- [17] 新华社. 2018 政府工作报告 [EB/OL]. [http://www.gov.cn/premier/2018-03/22/content\\_5276608.htm](http://www.gov.cn/premier/2018-03/22/content_5276608.htm).
- [18] 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.nhfpc.gov.cn/zhuz/gjll/201711/9a6088b4c1e6460285f962fc3ca35c50.shtml>.
- [19] 胡联, 汪三贵. 我国建档立卡面临精英俘获的挑战吗 [J]. 管理世界, 2017 (1).
- [20] 周钦, 臧文斌, 刘国恩. 医疗保障水平与中国家庭的医疗经济风险 [J]. 保险研究, 2013 (7).
- [21] 翟绍果. 长期护理保险核心问题之辨析: 日本介护保险的启示 [J]. 西北大学学报: 哲学社会科学版, 2016 (5).

[责任编辑 陈萍]

## The Logical Mechanism , Realistic Challenges and Approaches to Rural Poverty Alleviation

ZHAI Shao-guo ,YAN Jin-hang

( School of Public Management ,Northwest University ,Xi'an 710069 ,China)

**Abstract:** The implementation of the healthy China strategy is an important measure to improve people's livelihood and strengthen social governance. In the new era , the rural health poverty alleviation project should be an important starting point for the realization of a healthy China and an accurate poverty alleviation strategy. Firstly , this paper starts with the following three three aspects: the differentiation of health risks , the remediation of the fair health opportunities and the accessibility of health services. From the theoretical perspective , this paper systematically analyzes the systems of occurrence , operation , and realization of the health poverty alleviation. Secondly , the paper explores the major challenges in the process of poverty alleviation in health , namely , the concept of health poverty alleviation is not accurate , the targets for health poverty alleviation are inaccurate , the effect of health assistance for poverty reduction is not obvious , the delivery system of health services is not perfect , and the capacity for sustainable development of the health poverty alleviation system is insufficient. Finally , based on the practical challenges of health poverty alleviation , and guided by the basic issues of health governance , this paper proposes concrete approaches of the reform of health poverty alleviation goals and the optimization of ideas.

**Key words:** health poverty alleviation; governance logic; challenge; optimization path