

## 学习贯彻党的十九届六中全会精神专栏

# 基于共同富裕的健康扶贫政策优化

何文炯,张 雪

(浙江大学 公共管理学院,浙江 杭州 310058)

**摘要:**经过长期不懈的努力,尤其是近几年的脱贫攻坚战,中国因病致贫、因病返贫的问题基本得到解决。在推进共同富裕的征程中,健康扶贫将长期持续,因而需要基于反贫困并促进人的全面发展,实现健康扶贫政策的三个转变:从“以治病为中心”到“以健康为中心”;从“医疗帮扶”到“疾病预防”;从“最少受惠者”扩展到“次少受惠者”。据此,现阶段健康扶贫政策优化的重点如下:一是基本医疗保障制度逐步实行个人医疗费用封顶制;二是加强基层医疗卫生服务供给;三是增强个人健康管理意识和管理能力;四是关注贫困人口的心理健康;五是建设有益于健康的环境。

**关键词:**健康扶贫;共同富裕;健康贫困

中图分类号:R197

文献标识码:A

文章编号:1005-6378(2022)01-0001-09

DOI:10.3969/j.issn.1005-6378.2022.01.001

健康是人类的一项基本需要<sup>[1]</sup>。健康也是重要的人类“可行能力”及“一种非常基本的自由”<sup>[2]</sup>。因此,健康权被公认为现代社会中社会成员的一项基本权利。当社会成员获取基本医疗卫生服务的能力被直接或间接地剥夺,个人健康水平降低、收入减少,从而导致贫困或贫困程度加剧,这种现象被视为“健康贫困”。长期以来,为了消除健康贫困,中国政府制定并实施了一系列健康扶贫政策,取得了显著的成效,尤其是通过脱贫攻坚战,因病致贫、因病返贫的问题基本得到解决。然而,疾病风险始终存在,这是许多家庭陷入贫困的重要风险因素,也是影响社会成员个人和家庭发展的重要障碍之一。因此,需要基于反贫困并促进人的全面发展,不断优化健康扶贫政策。学界关于这一问题的研究,主要从健康贫困的发生机制、健康扶贫的作用机制、政策治理机制等方面展开<sup>[3-5]</sup>,大多数研究将健康扶贫政策作为整体性反贫困政策的一个侧面,专注其反贫困效果。本文将从共同富裕的视角审视健康扶贫现行政策,旨在构建更加科学、更加有效的健康扶贫政策体系,成为扎实推进共同富裕的重要力量。

### 一、健康扶贫政策演进

中国的专项性健康扶贫政策至少在30多年前就开始实施。1984年,中共中央、国务院《关于帮助贫

收稿日期:2022-01-02

基金项目:国家社会科学基金重大项目“人口老龄化与长寿风险管理的理论与政策研究”(13&ZD163);浙江省哲学社会科学优势学科重大资助课题“走向去碎片化和去行政化:医疗保障局与新时代中国医疗事业的公共治理创新”(19YSXK02ZD)

作者简介:何文炯(1959—),男,浙江富阳人,浙江大学公共管理学院教授,主要研究方向:社会保障理论和政策。

张雪(1997—),女,四川仁寿人,浙江大学公共管理学院博士研究生,主要研究方向:社会保障理论和政策。

困地区尽快改变面貌的通知》提出“山区的科技、卫生工作也应有切实的规划”,对农村贫困地区的卫生工作进行专项扶持。此后,政府在贫困地区陆续展开了医疗卫生专项性扶持实践,如创建初级卫生保健基金会、发展合作医疗等。然而,那个时期的经济体制改革和医疗卫生体制改革均以市场化为导向,而健康扶贫则是“市场失灵”的领域,因此因病致贫、因病返贫问题一直没有得到有效解决<sup>[6]</sup>,所以前述专项性的健康扶贫实践没有达到预期的效果。

进入21世纪,政府关于健康扶贫对扶贫事业重要性的认识逐渐深化,通过发展医疗卫生事业以促进扶贫事业的思路,进入了国家扶贫战略的规划之中。2002年,中共中央、国务院《进一步加强农村卫生工作的决定》提出,建立新型农村合作医疗制度和医疗救助制度以解决医疗卫生“支出性贫困”,这标志着中国开始将医疗保障纳入农村扶贫开发事业中,真正大规模地实施健康扶贫。新农合的资金来源于政府资助和个人缴费,通过医疗费用报销帮助农民减轻因疾病带来的经济负担,降低灾难性医疗支出生率,进而减少贫困的发生<sup>[7]</sup>。2003年以来,城乡医疗救助制度逐步建立,资金主要来源于政府拨款,救助范围从农村五保户、贫困农民扩展到其他经济困难家庭,重特大疾病的救助病种数量不断增加、救助水平持续提高,政府责任不断强化。

2015年,中共中央、国务院《关于打赢脱贫攻坚战的决定》提出,要开展医疗保险和医疗救助脱贫,“健康扶贫”作为精准扶贫的一项重要政策被正式提出。2016年,卫健委等部门颁布《关于实施健康扶贫工程的指导意见》,对开展健康扶贫的总体要求、重点任务和保障措施做出了具体规定,从医疗保障、分类救治、医疗卫生服务能力建设、公共卫生和疾病防控等内容同时发力,形成了“四位一体”的健康扶贫格局,将健康扶贫政策全方位地融入脱贫攻坚战略之中。

健康扶贫工程实施以来,各地政府围绕贫困人口“基本医疗有保障”这一目标,积极落实精准扶贫、精准脱贫的基本方略。中国形成了由城乡居民基本医疗保险、大病保险和医疗救助组成的三重医疗保障制度体系,为医疗保障扶贫工作的开展提供了多层次的制度保障。首先,资助有困难的贫困人口参加基本医保,对通过医保报销后仍无力负担医疗支出的患者,加大医疗救助及其他保障措施的帮扶力度,补助其大额自付医疗费用防止贫困。截至2020年底,全国基本医保参保率超过了96%,总参保人数达到了13.6亿人,其中贫困人口参保率持续稳定在99.9%以上<sup>[8]</sup>。可见,中国基本实现了全民医保,社会成员公平地获得基本医疗保障的机会,参与健康保障的权利得到了保障。其次,加大医疗救助力度,提高基本医疗保险的待遇水平,减轻了贫困群体的医疗负担。近年来,中国医疗救助的救助人次和资金投入都在持续增加,2020年,医疗救助制度资助参加基本医疗保险达9984.2万人,直接救助8404.2万人次,支出救助资金共计541.2亿元<sup>①</sup>。如表1所示,2016年,中国农村贫困人口的人均自付医疗费用为3536元,自付比率为42.4%;2017年的人均自付费用就减少至1062元,人均自付比率减少至15.8%,贫困群体的看病经济负担得到大幅缓解。最后,为贫困人口就医提供便捷高效的结算服务,在县级以下的定点医院住院的全面实施先诊疗、后付费政策,并在定点医院设立专门的服务窗口,全面推进各项医保政策“一站式”信息交换和即时结算。

除了多层次的医疗保障扶贫,健康扶贫还通过提供可获得的医疗卫生服务资源、对贫困人口分类救治和精准帮扶发挥作用。一方面,各地通过加大财政投入,引导优质医疗资源加速下沉,贫困地区的医疗卫生资源明显聚集,贫困地区医疗服务能力得以提高。2016—2018年上半年,中央财政累计支出

① 数据来源:国家统计局《中国统计年鉴2021》,中国统计出版社,2021年。

618.2 亿元,用来建设贫困地区所在省的 4 391 个医疗卫生基础设施项目,致力于提高基层医疗卫生服务能力<sup>①</sup>。另一方面,政府对农村贫困人口中的大病、慢病和重病患者进行精准识别,依据不同类型进行分类救治、精准帮扶。2016 年分类救助的人数以及产生的医疗费用分别为 225.8 万人、188.4 亿元;2017 年救治人数和医疗费用增加到 495.6 万人、333.5 亿元。

健康扶贫政策的各项措施落地生效,提高了贫困地区的医疗卫生服务水平、贫困人口的医疗服务可及性和疾病风险应对能力,对这类困难人群进行多维干预,降低了贫困人口的健康脆弱性和经济脆弱性,为减少因病致贫、因病返贫做出了贡献。从整体扶贫效果来看,到 2017 年年末,最初建档立卡因病致贫返贫 981 万户、2 856 万人,其中 58.2% 的贫困户摆脱了贫困状态,脱贫户数和人数分别为 571 万户、1 730 万人<sup>②</sup>。到 2020 年底,中国已经完成农村绝对贫困人口的全部脱贫,健康扶贫政策在扶贫事业中发挥了重要的减贫作用。

表 1 2016—2017 年中国建档立卡贫困患者医疗费用情况

年份	救治人数/ 万人	救治人次/ 万人次	医疗费用/ 亿元	人均费用/ 元	人均自付费用/ 元	人均自付比率/ %
2016	225.8	262.4	188.4	8 342	3 536	42.4
2017	495.6	750.4	333.5	6 729	1 062	15.8

资料来源:中国人口与发展研究中心《中国健康扶贫研究报告》,人民出版社,2019 年。

## 二、共同富裕视角下健康扶贫政策的缺陷

2020 年,中国脱贫攻坚战取得全面胜利,其中健康扶贫政策为贫困人口“基本医疗有保障”发挥了作用,取得了显著的扶贫成效。然而,对于每一个社会成员而言,疾病风险始终存在,因而健康扶贫依然是反贫困的重要任务之一。但是,现行健康扶贫政策尚未从根本上解决因病致贫返贫之顽疾。2016—2019 年,城乡居民因病致贫返贫的比率始终保持在 40% 左右<sup>③</sup>。从政策推进历程来看,健康扶贫是在脱贫攻坚的战略目标下推行的政策,具有阶段性和任务性,这一阶段的重点是通过医疗保障制度为贫困人口的医疗负担兜底,而对医疗服务供给、公共卫生与健康促进的资源投入较少。在肯定健康扶贫政策历史贡献的同时,我们必须认识到现行健康扶贫政策无论是其实施效果还是其设计思路,与共同富裕的要求尚有差距。

### (一) 医疗保障扶贫的长效机制尚未形成

一直以来,医疗保障扶贫是中国健康扶贫最主要的手段。医疗保障制度通过扩大基本医保惠及范围、资助贫困人口参保、降低起付线、提高封顶线和报销比率的方式,一定程度上降低了贫困人口的自付医疗费用支出。但是,医保扶贫的政策资金主要来源各级财政,财政支出压力较大。贫困人口的基本医保缴费水平低,医疗保险基金收入少,但保障待遇水平较高,医疗保险基金支出多,各级财政对贫困人口的参保缴费进行大量补助,对个人自付医疗费用支出进行直接救助,财政负担较重。2017 年,中国健康扶贫医疗总费用为 333 亿元,其中新农合为 210 亿元,医疗救助、临时救助、扶贫资金等直接财政支出

① 数据来源:中国人口与发展研究中心《中国健康扶贫研究报告》,人民出版社,2019 年。

② 数据来源:中国人口与发展研究中心《中国健康扶贫研究报告》,人民出版社,2019 年。

③ 数据来源:中国人口与发展研究中心《全国健康扶贫数据监测报告(2016—2020)》,人民出版社,2020 年。

40.9亿元,慈善资金仅为5731万元,占比不到1%<sup>①</sup>,财政负担比率过高,社会力量支持不足。另外,面向贫困人口的医疗保障政策缺乏有效的控费机制,部分贫困患者小病大治、短病长治、挂床治疗等过度医疗现象明显存在,从而导致基本医疗保险基金支出增加、资源浪费。从惠及范围来看,这些医疗保障政策为贫困人口提供低缴费或免缴费、高水平的保障,他们的因病致贫问题得到缓解。而低收入群体、贫困边缘群体同样面临着严峻的因病支出型贫困风险,却被排除在健康扶贫的政策覆盖范围之外,同一地区的贫困人口和非贫困人口的医疗保障待遇差距悬殊。

## (二) 医疗卫生服务供给不均衡

健康扶贫的核心任务之一是为贫困地区、贫困人口提供充分、公平的医疗卫生服务。现行健康扶贫政策通过改善医疗卫生机构设施条件、三级医院对口帮扶县医院、增加财政资金投入等措施,提高了基层医疗卫生机构的服务能力。然而,当前中国医疗卫生服务供给仍然十分不均衡,突出表现为医疗卫生资源分布存在较大的城乡差距和地区差距。医疗卫生资源供给的城乡差距主要包括三个方面:一是卫生经费投入不均等。近年来,中国城市居民的人均卫生费用明显高于农村居民,人均卫生费用的城乡差距也呈现出逐渐拉大的态势。2016年,城市居民的人均卫生费用为4472元,而农村居民的这一指标仅为1846元<sup>②</sup>。二是卫生技术人员配置不均。从表2可以看出,中国农村和城市地区每千人口卫生技术

表2 2007—2020年中国每千人口医疗卫生机构床位数和卫生技术人员数

年份	每千人口医疗卫生机构床位/张			每千人口卫生技术人员/人		
	全国	城市	农村	全国	城市	农村
2007	2.83	4.90	2.00	3.72	6.44	2.69
2008	3.05	5.17	2.20	3.90	6.68	2.80
2009	3.32	5.54	2.41	4.15	7.15	2.94
2010	3.58	5.94	2.60	4.39	7.62	3.04
2011	3.84	6.24	2.80	4.58	7.90	3.19
2012	4.24	6.88	3.11	4.94	8.54	3.41
2013	4.55	7.36	3.35	5.27	9.18	3.64
2014	4.85	7.84	3.54	5.56	9.70	3.77
2015	5.11	8.27	3.71	5.84	10.21	3.90
2016	5.37	8.41	3.91	6.12	10.42	4.08
2017	5.72	8.75	4.19	6.47	10.87	4.28
2018	6.03	8.70	4.56	6.83	10.91	4.63
2019	6.30	8.78	4.81	7.26	11.10	4.96
2020	6.46	8.81	4.95	7.57	11.46	5.18

资料来源:国家统计局《中国统计年鉴2021》,中国统计出版社,2021年。

① 数据来源:中国人口与发展研究中心《中国健康扶贫研究报告》,人民出版社,2019年。

② 数据来源:国家卫生健康委员会《中国卫生健康统计年鉴2020》,中国协和医科大学出版社,2020年。

人员数量差距较大,农村地区的技术人员数量低于全国平均水平,且这一城乡差距逐年增加。三是医疗机构床位配置不均。2007年,中国城市每千人医疗机构床位数为4.90张,农村为2.00张;2020年分别为城市8.81张、农村4.95张,虽然城乡比值从2.45%下降到1.78%,但是城乡之间差距仍然较大。医疗卫生资源供给的地区差距主要体现为东中西部在医院数量、医疗卫生机构床位数等方面存在较大差距。2019年,中国东中西部的医院数量分别为13 445个、10 019个和10 890个,其中三级医院数量分别为1 249个、708个和792个<sup>①</sup>。

### (三) 公共卫生服务和健康促进相对薄弱

公共卫生和个人健康管理着眼于疾病预防和健康素养提高,保证少生病,是阻断因病致贫返贫链条的根本措施。但是,中国健康扶贫政策的重心一直是解决贫困人口的治病经济负担,对公共卫生服务和健康促进的资源投入相对较少。相比其他群体,贫困人口受环境卫生、风俗习惯以及不健康行为方式的影响,患病率更高、健康水平更差,他们是最需要政策干预的群体。贫困地区的肿瘤、高血压、糖尿病等慢性病的发病率在逐渐攀升,大病与慢病的比例已经从健康扶贫初期的1:1变为2018年的1:4,说明大病贫困患者经过救治后变为慢病患者的情况较为普遍,而慢病管理和疾病预防却相对薄弱。疾病与贫困之间通过许多联结相互影响,贫困家庭更容易受到疾病风险的冲击,二者存在“贫困—疾病”恶性循环链<sup>[3]</sup>。2018年,低收入人口的两周患病率为38%,比全人口平均水平高出5.8个百分点<sup>[9]</sup>,说明贫困人口的健康状况低于社会平均水平,但缺乏有力的疾病预防和健康促进政策关照。此外,健康除了包括人的健康,还包括环境的健康。但目前健康扶贫政策中对健康环境的建设还远远不够,贫困地区健康环境的基础设施仍不完善、人居环境质量有待改善。

### (四) 贫困人口的心理健康未能受到重视

人的健康是全面发展的基石,不仅包括身体健康,也离不开心理健康。贫困人口更容易因为收入、健康、教育等方面的弱势地位处于社会边缘,遭遇社会排斥,产生心理健康问题。这类问题更加隐性化,较难被外界注意到,但心理健康问题的后果却是十分严重的。因此,健康扶贫政策的着力点不仅要关注贫困人口的身体健康,还要关注贫困人口的心理健康。而当前中国的健康扶贫政策集中资源改善贫困人口的身体健康,对贫困人口的心理健康不够重视,缺乏对贫困人口心理健康的政策干预。

## 三、基于共同富裕的健康扶贫政策优化思路

共同富裕的本质是要解决经济社会发展不平衡不充分问题,实现人的全面发展,满足人们对美好生活的需要。为了实现人的全面发展,共同富裕的测量指标需要考虑公共服务和人的发展能力。健康扶贫政策包括基本医疗保障、医疗服务和公共卫生服务等内容,这些属于国家基本公共服务体系的重要项目,有利于提高社会整体的福祉水平和共同富裕程度。同时,健康扶贫政策通过疾病预防和健康管理提高贫困群体的健康水平,增加贫困群体的人力资本,进而提高贫困人口的发展能力,有利于促进共同富裕目标的实现。享有基本的健康保障是国民的基本权利,国家应当保障社会成员不因健康保障机会的丧失而陷入健康贫困的状态。因此,健康扶贫政策需要基于疾病风险的整体性治理,既要重视疾病的治疗,又要重

<sup>①</sup> 数据来源:国家卫生健康委员会《中国卫生健康统计年鉴2020》,中国协和医科大学出版社,2020年。

视疾病的预防,满足贫困群体的健康保障需要,充分发挥反贫困和健康促进的作用。基于这样的理解,健康扶贫政策应当具有三重任务:一是加强贫困地区、贫困人口和贫困边缘群体的健康管理和健康促进,从根本上减少健康贫困的发生,实现更高水平的全民健康;二是提高贫困人口医疗服务可及性和贫困地区医疗卫生服务水平,保障低收入群体、弱势群体稳定获取健康资源的能力;三是减轻贫困人口看病的经济负担,防范灾难性医疗费用支出,防止因病致贫返贫的发生。因此,健康扶贫政策要实现三个转变。

### (一)从“以治病为中心”转向“以健康为中心”

2013年,世界卫生组织在《全民健康覆盖研究》中提出了“全民健康覆盖”,所有人都应当享有健康促进、预防、治疗和康复等医疗卫生服务,且个人和家庭都不因利用这些医疗卫生服务出现经济困难。而中国健康扶贫政策一直以治病为中心,通过减轻治病的经济负担实现扶贫目标。健康是促进人的全面发展的必然要求,是经济社会发展的基础条件,全民健康是全面小康的重要前提。随着脱贫攻坚的胜利,健康扶贫应从“以治病为中心”转向“以健康为中心”,将健康放在优先发展的战略地位,立足于全生命周期,提供公平可及、系统连续和有质量的健康服务。健康扶贫政策要落脚在提升贫困者的健康可行能力上,更加关注医疗卫生资源供给的均衡性和健康资源配置的公正性问题,致力于解决日益增长的健康需要与医疗卫生资源不均衡的矛盾,推动健康促进型社会的建设。

### (二)从“医疗帮扶”扩展到“疾病预防”

习近平在全国脱贫攻坚总结表彰大会上的讲话指出,要调动广大贫困群众积极性、主动性和创造性,激发脱贫内生动力。目前中国健康扶贫政策更多强调事后补救,包括对贫困群体患病之后进行治疗、发生灾难性医疗支出后进行救助等医疗帮扶行为,较少关注贫困群体的疾病预防和健康管理。医疗帮扶重点解决贫困患者的经济脆弱性问题,“看得起病”是健康扶贫的“兜底线”;而疾病预防和健康管理能够直接缓解其健康脆弱性,“少生病”是健康扶贫的“预防针”<sup>[10]</sup>。在健康扶贫政策中,事后兜底的政府责任是必要的,但是仍不能从根本上消除健康贫困。事前的疾病预防和政策干预,不仅可以直接降低因病致贫返贫这一风险事故发生的可能性,还能减轻事后救助的财政支出压力,推动健康扶贫政策的可持续发展。因此,健康扶贫政策应当从“医疗帮扶”扩展到“疾病预防”,从被动接受救助扩展为主动积极干预,强调个人自主脱贫意识的觉醒,将疾病预防的主要责任下放到个人和家庭,激发个人预防保健的积极性,促进贫困人口的基本健康水平的改善。

### (三)从“最少受惠者”扩展到“次少受惠者”

约翰·罗尔斯(John Rawls)在《正义论》中提出差别原则,即在应对社会和经济中的不平等时,要保障“最少受惠者”的最大利益<sup>[11]</sup>。健康扶贫政策自实施以来,始终集中力量帮助社会中最弱势、最困难的因病致贫返贫人口,这些政策正是对罗尔斯差别原则的实践。在这样的健康扶贫实践中,贫困人口享受的医疗保障福利明显高于非贫困人口,如较低的缴费水平、较高的报销比率,医疗保障政策在两类人群之间造成了突出的福利“悬崖效应”<sup>[12]</sup>。在共同富裕的要求下,健康扶贫政策除了精确瞄准和重点扶助“最少受惠者”之外,还要注意那些收入较低、尚不足以达到救助标准的边缘户群体,即“次少受惠者”。因此,健康扶贫政策要甄别和关注社会中的“次少受惠者”,政策应当灵活设置以防止出现低收入户与中低收入户之间的福利悬崖,采取一些事前干预措施来预防这类群体的向下流动。

#### 四、现阶段健康扶贫政策优化的重点

在共同富裕视角下,健康扶贫政策应当为贫困人口提供全生命周期的高质量健康保障,“治病”与“防病”两手抓,费用兜底、服务供给、公共卫生和健康促进四个方面共同发力,实现人的身心健康与全面发展。因此,现阶段健康扶贫政策优化的重点如下。

##### (一)基本医疗保障制度逐步实行个人医疗费用封顶制

目前中国基本医疗保险制度实施的是基金责任封顶制,医保基金只报销起付线和封顶线之间的一定比率的医疗费用,其余医疗费用由参保患者个人承担。在这样的制度下,一定会有部分低收入群体发生灾难性医疗支出,因而现行基本医疗保险制度无法从根本上解决因病致贫返贫的问题。如果转换思路,实行基本医疗费用个人责任封顶制,则可化解这一难题。事实上,许多发达国家或地区采用了这一方法。例如日本,无论何种疾病、何种医院,个人只需承担30%的医疗费用,剩下70%均由基本医疗保险基金负担;再依据家庭收入水平设定多个等级的个人自付费用封顶线。于是,参保人自付医疗费用最多占医疗费用的30%,并且不会超过对应收入水平下的固定封顶自付费用,这就能够从根本上消除因病致贫的现象。

从优化资源配置的角度看,个人责任封顶制可以实现基本医疗保险与医疗救助制度整合。医疗救助一般通过两种途径发挥作用:一是资助贫困群体参加基本医疗保险;二是对贫困群体的自付医疗费用直接救助。如果实行个人责任封顶制,参保患者的灾难性医疗费用支出便有兜底保障,这就等于实现了医疗救助的第二种保障效果。实行个人责任封顶制的基本医疗保障制度,只需要资助贫困人口和低收入人群参加基本医疗保险,实现全民医保即可。这样的制度设计,不仅能够从根本上杜绝因病致贫返贫的现象,消除“最少受惠者”和“次少受惠者”之间的医疗保障待遇差距,而且还有利于降低医疗保障制度的运行成本,提高整体管理效率。值得注意的是,实行这样的制度,必须按照“保基本”的原则,明确基本医疗保障的责任范围,即必须有清晰的基本医疗服务范围,才能确保制度的可持续性。

##### (二)加强基层医疗卫生服务供给

目前中国存在医疗卫生资源分布不均衡的问题,应当进一步优化医疗资源配置,重点增加基层医疗卫生服务的供给,让贫困人口“看得上病、看得好病”。其一,深入推进三级医院对口帮扶县级医院,根据县级医院的能力短板和实际需求,统筹协调和分配帮扶资源,鼓励三级医院向县医院派驻专业水平更高的医务人员,切实提高县级医院的医疗服务水平。其二,利用数字化技术建立医院之间的远程诊疗网络,通过医疗资源“云端下沉”的方式,使贫困地区的患者能够享受较高质量的医疗服务。除了远程诊疗,进一步推动建立贫困地区县级医院与支援医院的医联体建设,建立双向转诊平台,为医联体中的基层医院将疑难危重患者转入三级医院提供便捷的转诊、住院、预约专家等服务。其三,增加基层医疗卫生的本土化人才培养,加强临床专业技术人才和医院管理人才队伍建设,对基层医务人员给予倾斜照顾。

##### (三)增强个人健康管理意识和管理能力

个人是健康的第一责任人,健康管理的重要性已经成为基本的社会共识,但贫困人口对于健康管理的个人履责意识薄弱、能力欠缺。加强健康管理,防范疾病风险,让贫困人口“少生病、不生病”是健康扶贫优先考虑的策略。首先,全方位开展健康教育与促进,在贫困地区有针对性地向弱势群体开展健康讲

座,普及饮食、运动、高危致病因素等健康知识,增强个人健康管理的意识。其次,倡导健康的卫生习惯和生活方式,将全民健身与全民健康融合,提高个人健康管理的能力,调动贫困人口保持健康的潜力和积极性,推动贫困人口从被动的疾病治疗向主动的健康管理和疾病预防转变,激发健康贫困人群的内生脱贫动力。最后,在贫困地区优先落实家庭医生签约服务,扩展家庭医生的服务内容,落实重点人群慢病管理、健康促进各项任务,探索建立新时期以健康管理和预防保健为重点的健康服务保障体系。

#### (四)关注贫困人口的心理健

世界卫生组织对健康的定义,不仅包括身体健康,还包括心理健康和良好的社会适应。其中,心理健康问题一直是健康领域被忽视的重点内容,而贫困地区更加缺乏对个人心理健康的关注。未来健康扶贫政策除了注重对贫困人口身体疾病的治疗,还要关注贫困群体心理健康状况,尽可能地提供心理咨询服务和心理疾病治疗条件。一方面,依托家庭医生签约服务,将心理咨询服务纳入其服务内容,利用村社场地建立小型的心理咨询室,为有需要的贫困群体提供服务。另一方面,重点关注心理健康问题的易发人群,如留守老人、留守妇女和留守儿童,鼓励他们积极参与村社集体活动,帮助他们保持乐观向上的精神状态。此外,社会力量参与是对政府主导型的健康扶贫政策的有效补充,鼓励各类社会团体、公益组织提供专业的心理咨询服务,充分发挥社会力量参与各项健康扶贫行动的活力与创造力。

#### (五)建设有益于健康的环境

健康扶贫政策除了关注人的身心健康,还应当致力于建设有益于健康的环境。健康环境不仅有利于促进人的身心健康、推动人的全面发展,还能够为经济社会发展创造有利的条件。目前中国已有一些健康环境建设的措施,如为农村居民提供安全的饮用水、改造农村厕所、传染病防控等。未来的健康环境建设除了彻底改善最基本的生存条件,还应该不断改善贫困地区居民的日常学习、工作和生活环境,如加强农村公共基础设施建设、综合治理各类污染、培养积极向上的健康观念等。

#### 参考文献:

- [1] 莱恩·多亚尔,伊恩·高夫.人的需要理论[M].汪淳波,张宝莹,译.北京:商务印书馆,2008:73.
- [2] 阿马蒂亚·森.以自由看待发展[M].任贇,于真,译.北京:中国人民大学出版社,2002:62-63.
- [3] 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[J].西南民族大学学报(人文社科版),2017(1):1-8.
- [4] 汪三贵,刘明月.健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择[J].新疆师范大学学报(哲学社会科学版),2019(3):82-91+2.
- [5] 翟绍果,严锦航.健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2018(3):56-63.
- [6] 张奎力,李晓丽.我国健康反贫困的政策演进及治理逻辑[J].中南民族大学学报(人文社会科学版),2021(7):27-37.
- [7] 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):90-105.
- [8] 中国社会保障学会.中国医疗保障发展报告(2021)[R].北京:社会科学文献出版社,2021:45.
- [9] 国家卫生健康委统计信息中心.2018年全国第六次卫生服务统计调查报告[R].北京:人民卫生出版社,2021:137.
- [10] 陈成文.牢牢扭住精准扶贫的“牛鼻子”——论习近平的健康扶贫观及其政策意义[J].湖南社会科学,2017(6):63-70.
- [11] 约翰·罗尔斯.正义论(修订版)[M].何怀宏,何包钢,廖申白,译.北京:中国社会科学出版社,2009:237.



- [12] 林万龙,刘竹君.变“悬崖效应”为“缓坡效应”?——2020年后医疗保障扶贫政策的调整探讨[J].中国农村经济,2021(4):53-68.

(责任编辑 郭玲)

## The Optimization of Policies of Health Poverty Alleviation Based on Common Prosperity

HE Wenjiong, ZHANG Xue

(School of Public Affairs, Zhejiang University, Hangzhou, Zhejiang 310058, China)

**Abstract:** After long-term efforts, especially in the fight against poverty in recent years, the problem of poverty caused by illness and returning to poverty due to illness has basically been solved in China. In the journey of advancing common prosperity, health poverty alleviation will continue for a long time. Therefore, based on anti-poverty and promoting people's all-round development, it is necessary to realize three changes in policies of health poverty alleviation: from "treatment-centered" to "health-centered", from "medical assistance" to "disease prevention", from "the least beneficiary" to "the second least beneficiary". Accordingly, the focus of optimizing the policies of health poverty alleviation at this stage is as follows: first, the basic medical security system gradually implements a capping system for personal medical expenses; second, strengthen the supply of primary health care services; third, enhance the awareness and ability of personal health management; fourth, pay attention to the mental health of the poor; fifth, build a healthy environment.

**Key words:** health poverty alleviation; common prosperity; health poverty