

风险理论视角下健康贫困治理模式与路径探索 ——基于山西省“三区”项目的案例分析

王海漪^{1*} 杜 婷²

1. 中国人民大学中国社会保障研究中心 北京 100872

2. 山西医科大学人文与社会科学学院 山西太原 030001

【摘要】目的:探讨风险认知和风险偏好异质性对农村居民健康行为的影响机制,据此提出健康贫困治理模式与路径。方法:对山西省“三区”项目进行案例分析,运用风险理论框架,描绘因病致贫、因病返贫逻辑图,发现健康贫困治理框架。结果:在风险认知层面识别出健康风险认知有偏和无偏两类,在风险偏好层面识别出风险爱好者、风险中立者和风险厌恶者三类。进而根据健康风险认知和风险偏好两种模式,分别提出干预路径。讨论:基于风险认知和风险偏好理论,从意识和行为两个层面提出“模式—路径—策略”的健康贫困治理框架,并揭示出该治理框架的适用情景。

【关键词】健康风险;健康贫困;风险认知;风险偏好;贫困治理

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.01.001

Exploration on the mode and path of health poverty governance under the perspective of risk theory: A case study of “Three-Districts” project in Shanxi Province

WANG Hai-yi¹, DU Ting²

1. China Social Security Research Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. School of Humanities and Social Sciences, Shanxi Medical University, Taiyuan Shanxi 030001, China

【Abstract】 Objective: To explore the mechanism of impact from risk perception and risk preference heterogeneity on health behaviors of rural residents, and propose the model and path of health poverty governance. Method: A case study was conducted for the “Three-Districts” project in Shanxi Province. Based on the framework of risk theory, the logic diagram of internal cause for poverty and return to poverty due to disease was drawn, and the framework of health poverty governance was found. Results: From the perspective of risk perception, individuals were identified as biased and unbiased in health risk perception. From the perspective of risk preference, they were identified as risk lovers, risk neutrals and risk averters. Then, according to the two modes of health risk perception and risk preference, the intervention paths therefor were proposed respectively. Discussion: According to the theory of risk perception and risk preference, the health poverty governance framework based on “mode-path-strategy” is proposed from two levels of consciousness and behavior, and the applicable situations of the poverty governance framework was revealed.

【Key words】 Health Risk; Health poverty alleviation; Risk perception; Risk preference; Poverty governance

1 引言

2020年底,我国如期完成了新时代脱贫攻坚目标任务。^[1]进入后扶贫时代,我国健康贫困人口将由

以救治重特大疾病患者为主转向农村的残疾人、孤寡老人、长期患病者等慢性贫困群体,健康贫困群体形态将发生根本性变化。随着健康中国和乡村振兴战略的推进,后扶贫时代的治理视野应当更加广阔,

* 基金项目:山西省社会科学联合会年度重点课题研究项目(SSKLZDKT2017063)

作者简介:王海漪(1987年—),女,博士研究生,主要研究方向为医疗保障理论与实务。E-mail:wanghaiyi@ruc.edu.cn

实现由解决疾病负担到改善人民全生命周期健康的目标转变,由解决短期问题到建立长效贫困治理机制的思路转变,由后端费用补偿逐步向前端健康风险预防的重点转移。

我国于 2016 年提出“看得起病、看得好病、看得上病、少生病”四个健康扶贫目标^①,并通过提高家庭应对疾病风险经济能力,推动城乡医疗服务均等化,提升基层服务能力,加强贫困地区公共卫生体系建设^[2-9]等系列举措,在“看得起病、看得好病、看得上病”三个方面取得了显著治理成效。在“少生病”方面,中央和地方政府虽然出台了疾病预防、健康教育等系列政策,但仅停留在被动预防层面,贫困群体的主体健康风险意识未被重视,主动性仍然没有被激发。农民健康风险认知匮乏、风险防范责任意识缺失、预防动力和能力不足等问题长期存在。有报告指出,低收入群体倾向于在发生健康风险时向朋友和亲戚借钱,通过购买保险分散风险的倾向在所有群体中最低。^[10]由于大部分贫困老年人没有动力和能力知晓政策,等靠要的思想严重^[11],低收入群体中被动预防倾向较为普遍,甚至“小病不治、大病等死”的案例仍有发生。在后扶贫时代,这些问题将成为健康领域的突出短板和因病返贫的重要致因。

贫困主体健康风险的治理需求已经非常紧迫,但当前研究仅是从实践经验上肯定了贫困群体健康风险预防的重要性^[3,12],提出了源头治理等概念^[3],治理模式、机制和路径仅停留在列举式论证之中,未形成系统论述,其理论研究和实践研究都十分匮乏。那么,进入后扶贫时代,健康风险内涵到底是什么?基于主体健康风险的贫困治理模式和路径又有哪些?如何识别健康风险个体并对其干预?健康风险干预应当如何指导实践?这一系列问题需要作出学理判断和实践总结。

因此,基于“战略—学理—手段”的研究路径,本文试图回答上述问题,从健康风险概念和理论入手,选取山西的地方实践作为案例,层层剖析个体健康风险意识与健康行为的逻辑关系,以贫困主体为对象,通过逻辑模型探索出健康贫困的治理模式和路径,为指导健康贫困治理提出理论基础、治理框架和实践借鉴。

2 理论框架与研究方法

2.1 理论框架

健康风险发生是因病致贫、因病返贫链条的逻辑起点。^[13]健康风险产生按照与风险主体的关系可分为内因和外因。外因是指主体无法预知和无法控制的各种外部客观因素,比如天灾、疾病或意外事故等,而内因是指主体对健康风险的判断、抉择的主观因素,以及由此产生的行为。^[14]风险理论认为,共同决定主体风险决策的内因包括个体风险认知和风险偏好两个方面。^[15,16]风险认知是风险主体对风险的主观性判断。^[17,18]学界普遍认为,风险认知是鼓励在风险之下采取保护行动的关键性措施。^[19]例如,个体采取维护自身健康行动的关键之一就是提高对疾病风险的认知。很多健康行为理论都将风险认知作为核心,已有实证研究表明,风险认知是影响健康行为的关键因素。^[20]

风险偏好源于经济学中的期望效用理论,该理论认为在风险环境中,风险认知确定的前提下,风险偏好是对风险做出的个体选择,分为风险爱好、风险中性和风险厌恶三种类型。微观经济学风险偏好理论认为,风险厌恶者和中性者会主动采取措施或者被动防范风险,主要途径有两个:第一,购买保险;第二,获取更多的健康信息。^[21]对于风险爱好者而言,由于这些预防疾病风险的策略需要付出代价,所以他们尽量减少成本花费,抱着侥幸的心理面对客观存在的风险。

风险认知、风险偏好以及健康结果的逻辑关系如图 1 所示。风险认知是风险主体对风险的主观性判断。风险偏好是基于风险认知的基础之上,对风险做出的个体的倾向性选择。这两个因素共同决定风险个体是否最终采取维护自身健康行动,如果健康行为负面,则提升健康风险发生概率,从而提高健康贫困发生概率。由此,本文将从风险认知和风险偏好两个层面出发,对贫困个体进行评估,并从意识层面和行为层面进行干预,最终提出风险理论视角下,健康贫困治理的模式和路径。

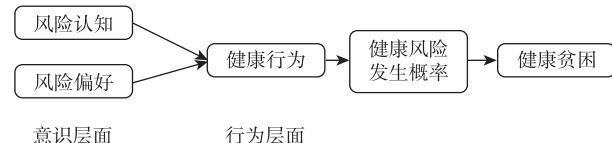


图 1 风险理论视角下健康贫困的简化生成逻辑^②

^① 2016 年 6 月 21 日,国务院新闻办公室就实施健康扶贫工程有关情况举行新闻发布会上,国家卫生计生委副主任王培安的讲话。

^② 简化起见,本图仅展示健康风险主体的风险认知和风险偏好与健康贫困的逻辑链,未将其他因素纳入。

2.2 研究方法

2.2.1 风险认知与风险偏好的测量

风险认知识别依赖于测量,学界对风险认知的测量做了详尽考察。Sitkin 和 Weingart 将风险认知的测量维度界定为评估情境不确定性程度的概率估计、不确定性有多少可控制性以及对这些估计的信心度。^[18] Sitkin 和 Pablo 将风险认知的维度概括为三个方面:决策者如何描述情境、对风险的控制性和概率估计以及对估计的信心度。^[19] Kira 和 Anne 认为风险认知隐含的三个问题分别是:被感知的概率、结果对于个体和群体的严重程度、风险的社会建构。^[22] 以上结论都是基于国外理论和实证得出的。鉴于国内外环境有所差别,本文采用我国学者李金平的研究结论,将影响风险认知的因素归纳为个体因素、期望水平、风险沟通、风险的可控程度、风险的性质、知识结构、成就动机、事件风险度。^[23] 由于本文探讨的是个体对待疾病风险的内在机制,风险类别不能改变,因此剔除事件风险度和风险性质两个因素,修订后的测量因素见表1。为了便于开展测量,根据案例的实际情况,将风险认知水平分为有偏差和无偏差两个维度,有偏差分为超度和失度两种类型。

表1 风险认知的测量因素

特征分类	测量因素	影响机理
个体特征	人格特征	人格特征会影响对风险损益比的感知
	过往经验	过往的行为经验在一定程度上也会左右其行为反应的方式
	知识结构	公众对特定风险相关知识了解的全面性和客观性及其影响决定面临风险的行为
风险互动特征	风险沟通	信息的缺乏会引起公众的高度焦虑,如果风险沟通的方式不当,易导致公众认知偏差
	风险的可控程度	当个体可以控制他们的行为或事物互动的结果时,个体是属于收益取向的,即重视可能的好处更胜于避免可能的损失,反之相反
期望水平	个体对风险的期望值不同,会导致他们对风险的态度差异。当个体的期望低于参照点时,个体处于欲望未获满足的状态,因此会将情景知觉为“损失”的特征;反之相反	
成就动机	主要体现在个体回避失败的动机越强,其在风险情景中的行为倾向越趋于保守,对此情景的威胁认知水平也越高	

资料来源:刘金平,周广亚,黄宏强,风险认知的结构、因素及其研究方法[J].心理科学,2006(2):370-372。根据研究需要对模型进行适当修正。

风险偏好的测量。采用访谈法通过受访者是否愿意购买保险和是否愿意花费成本获取健康信息的

主观态度判断风险偏好的类型,分为风险爱好、风险中立和风险厌恶三个维度。

对于风险认知和风险偏好的测量采用量表结合访谈的方式测量。这样设计出于以下两个方面考虑。第一,心理学研究领域对于“风险认知和风险偏好”的测量多采用实验法或者问卷调查的方法,本文赞同实验和定量做法更加客观,但风险认知和风险偏好属于主观性变量,采用访谈法对于风险认知和偏好的测量也是一种有益尝试。第二,由于研究对象主要是农村健康扶贫对象,多数有身体残疾和智力障碍,无法采用实验法进行测量,因此退而求其次选择了量表结合访谈和观察法,以尽量保证结果稳健。

2.2.2 健康行为的回溯与干预——基于个案工作和小组工作的案例分析法

健康行为的回溯与干预更加强调个体行动的“意义”,采用强调行为意义的定性方法比实验和定量实证的方法更为适当。^[24] 因此,本研究主要采用社会工作实践中常用的方法——个案社会工作和小组社会工作方法形成的案例材料进行描述。因为上述两种社会工作是由专业社会工作者通过直接的、面对面的沟通方式,其不仅展现了扶贫对象干预之前的风险偏好和风险认知,而且也展现了社工干预手段及健康结果,为本研究的结论提供了证据。

2.2.3 资料来源及案例情况

本文选取的案例来源于山西省民政厅委托山西省A社会工作服务中心(以下简称机构)主持开展山西省“三区”社会工作专业人才支持计划服务的案例。“三区”计划是中组部、民政部等六部委联合部署的一项社会工作专项计划,旨在选派专业社会工作者去边远贫困地区、边疆民族地区和革命老区开展社工服务。该计划开始于2013年6月,当年8月机构在J镇建立了省内第一个农村社会工作站。站点每年开展一个主题项目,每个周期为期一年。截至2018年6月,已连续服务5年。为了提高研究的信度和效度,本文使用多来源数据:档案资料及实际参与。档案资料来源于2013—2017年的各个项目的年度总结报告以及优秀案例申报,其详细记载了该案例的背景、负责社工及督导、辅导关系、辅导策略、服务内容、服务评估和跟踪总结等内容。实际参与方面,文章的第二作者就是该机构的参与社工,参与了“健康·运动”项目的实施过程,并且在国内交流会议上报告了机构该项目健康扶贫的做法。

本研究共选取案例 26 个(表 2)。社工对下列案例进行了详细记录,包括案主基本情况、工作初期评估、工作计划书、工作策划等。基于个案和小组工作记录,按照上述研究设计进行了风险认知、风险偏好水平的评估,并在个案中梳理改变其风险认知和风险偏好状态的干预行为和健康结果^①,揭示出风险认知理论下健康贫困干预路径和手段。

表 2 案例基本情况

命名	性别	年龄	残疾及疾病情况
A	女	17	肢体残疾一级
B	男	69	哑巴、耳聋、智力低下
C	男	24	工伤、右脚无知觉
D	男	70	耳聋
E	女	79	眼睛
F	男	52	耳聋
G	男	70 +	耳聋
H	男	27	说话吃力
I	女	21	腿脚不便
J	男	77	腿骨折 3 年、拄双拐
K	男	44	哑巴、智力缺陷
L	女	50	脑瘤、因发烧神经病
M	女	63	肢体残疾、四级
N	男	42	肢体残疾、四级
O	男	6	先天性脑瘫
P	女	93	耳聋、与子女生活、能自理
Q	男	46	肢体残疾、四级
R	女	88	耳聋
S	男	87	同子女居住、有白内障疾病
T	男	87	耳聋、女儿照顾
U	女	86	生活不能自理、拄双拐
V	男	36	脑梗
W	男	50	脑瘤、智力问题
X	女	81	脑血栓、半身瘫痪
Y	女	—	身体亚健康、未发生疾病风险
Z	男	86	先天性痴呆、语言障碍、胃穿孔手术

注:Y 不是一个个体,是参与“三区”健康扶贫项目小组社会工作的 J 村中老年妇女群体,共计 22 人,年龄 40~50 岁。

3 研究结果

本文对其中一家专业社会工作组织参与健康贫困治理的案例深入分析,在风险认知和风险偏好理论之上,通过案例分析的逻辑模型,探索出社会力量参与健康扶贫的风险认知和风险偏好两种模式下的干预路径。

3.1 风险认知模式及干预

3.1.1 风险认知结果描述

个体风险认知偏差在个体特征和风险互动特征

两个因素均有体现,个体特征的影响更加明显,包括人格特征、过往经验和知识结构三个方面。风险互动特征主要体现在风险的可控程度、期望水平、成就动机,少见风险沟通方面的因素。

从结果看,个体的风险认知水平普遍有偏,而且呈现失度和超度两极分布特点。一是风险认知超度主要体现在过度敏感,对于健康风险过度恐慌,并且十分关注疾病带来的损失,导致丧失治疗信心,这类人群以年轻的女性群体为主。如 17 岁的 A 天生残疾,过往经历使得 A 十分关注疾病带来的损失,更加关注预防疾病带来的收益,对于疾病存在很大的畏惧,具有很强的预防疾病成就动机。同时 A 是正处于青春期的女孩,对于外界较为敏感,导致 A 较为自闭,不愿与外界交流,进而高估健康风险。二是其他案例中农村居民群体的认知水平失度也表现较为明显。认知水平失度的群体年龄普遍较大,教育水平较低,由于疾病进程相对缓慢,治疗无明显效果后更加倾向于回避疾病,导致逐步丧失对健康风险认知的动力和能力。如 Q 由于常年卧床,患病二十余年来没有基本的保健常识,而且由于治疗过程并不顺利,对治疗十分漠视。社工通过个案发现,Q 虽然常年有伤,但从来不会护理伤口,任其发展。“Q 对自己的身体情况并不清楚,也不想知道,只是知道自己疼,不能坐,只有躺着才能舒服一点。”显然,Q 对自己的疾病风险不仅是由于知识的匮乏,更多是对疾病威胁的回避。

3.1.2 因病致贫路径及干预

在识别风险认知是否有偏之后,基于风险认知的健康贫困治理路径由此展开。如图 2 所示,如果风险认知无偏,则风险认知干预路径结束。如果风险认知超度或者失度,都属于风险认知有偏,虚线左侧,是基于案主对于风险认知的纠偏,此为意识干预路径;如果干预失败或者未干预,只能被动干预,此为行为干预路径。通过案例汇总发现,风险认知偏差会产生两种诱发因病致贫的负面后果,即治疗信念下降和不采取保健行动。

在案例中,社工分别采取了两种策略进行风险认知纠正。首先,通过改变人格特征、修正对经历的看法以及完善知识结构来帮助树立积极的治疗理念。例如,社工先后七次到访 A 家,从相互认识到了

^① 由于疾病风险很大程度上是外部风险,例如先天残疾等,因此,改变风险认知和风险偏好只能从一定程度上激发个体能动性,改变健康结果,但这仍具有重大意义。

解 A 的日常习惯和爱好,教 A 写一些常用字和名字来注入学习的成就感,A 的自信心在逐步提高,“A 会主动写出自己会写的字,并且有时候会说‘这个字写的好’。”再如,Q 的风险认知偏差源于成就动机不足,致使其治疗信念不强,社工链接到山西医科大学骨科医生来为 Q 入户进行免费义诊,义诊专家在查看病情之后提出治疗方案,给予 Q 治疗信心。Q 在干预后认为“自己应该给年迈的母亲一点希望,自己不能总是躺着看房顶的天花板了,没事儿就要多去

晒晒太阳，扶着墙活动活动腿脚，感觉自己又有了生活的激情和希望”。其次，对于不主动采取保健行动的案主，社工开展“养身保健”讲座、健康工作坊等动态宣传形式，引导村民关注健康，主动预防。例如，社工组织了 Y 跑团、关节操学习和体检等一系列针对 Y 群体特征的预防活动，帮助 Y 形成预防疾病的生活习惯。Y 中大部分成员接受了正确的预防理念并采取了积极主动的预防措施。

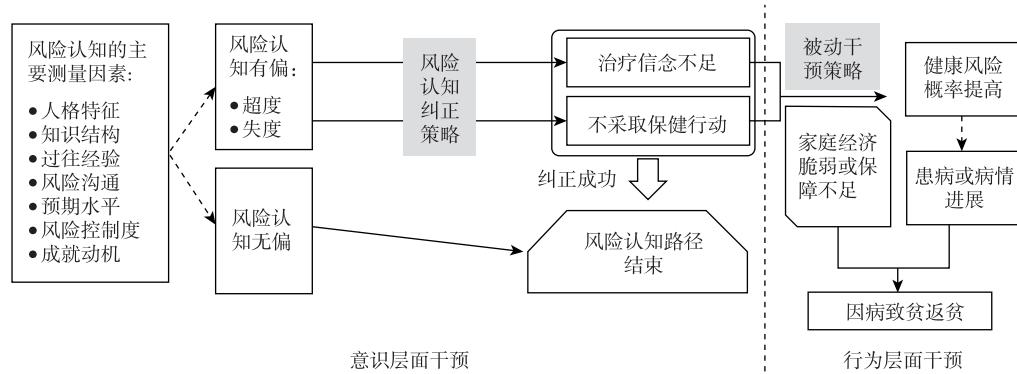


图2 风险认知模式的健康贫困治理路径图^①

3.2 风险偏好模式及干预

3.2.1 风险偏好结果描述

根据上文理论分析,风险厌恶者会主动采取措施防范风险,主要途径有两个,一是购买保险;二是获取更多的健康信息。通过案例分析发现,案例在风险偏好方面表现出三种不同的态度,总体偏好倾向于爱好,即存在侥幸心理。有的居民表示,“有个别购买健康商业保险的妇女是孩子支付的,具体情况不清楚。”“生死有命,富贵在天”。而且,基本不会花费成本购买健康保险、体检和健康信息。但同时存在风险厌恶者,例如,天生受疾病风险困扰的案主会表现强烈的治疗和预防意愿,属于典型的风险厌恶者,但由于贫困不得不放弃治疗,暴露于疾病风险之下。

3.2.2 因病致贫路径及干预

在识别风险偏好之后，基于风险偏好的健康贫困治理路径由此展开。如图 3 所示，风险厌恶者无需干预，风险偏好干预路径结束。如果是风险爱好者或中立者，风险偏好路径则通过干预最终将其转

变为风险厌恶者。虚线左侧,是基于案主对于风险偏好的纠偏,此为意识层面干预路径,干预失败或失去干预机会,只能被动降低信息和保险成本,此为行为层面干预路径。

通过案例汇总分析,如果风险偏好倾向于爱好和中立,会产生两种诱发因病致贫的负面后果,即购买保险和购买健康信息意愿较低,转变风险偏好主要通过认知提升和参保意愿提升两个路径实现。首先,购买健康保险路径。对保险知识和理念的宣传帮助看到信息的村民建立起保险理念,在此基础上,政府补贴措施和商业保险税收优惠措施得以顺利开展。其次,意识提升策略。提升健康意识,除了宣传健康知识之外,义诊和体检是针对身体的生理特征开展的最客观的提升途径,因为通过体检和义诊可以直接帮助居民识别健康需求,促进关注健康。该案例中,社工机构借助自身优势,邀请医生和有经验的乡村医生、志愿者一起为村民们体检和义诊,帮助居民识别健康需求,从而根据需求增加对健康信息等相关资源的投入。

① 该图描述了一个风险认知有偏的个体行为变化的假定过程。图中事件的发展变化反映于图中从左至右的一组方框和箭头中。其中，实线箭头表明发生的必然性，虚线箭头表明发生的或然性。

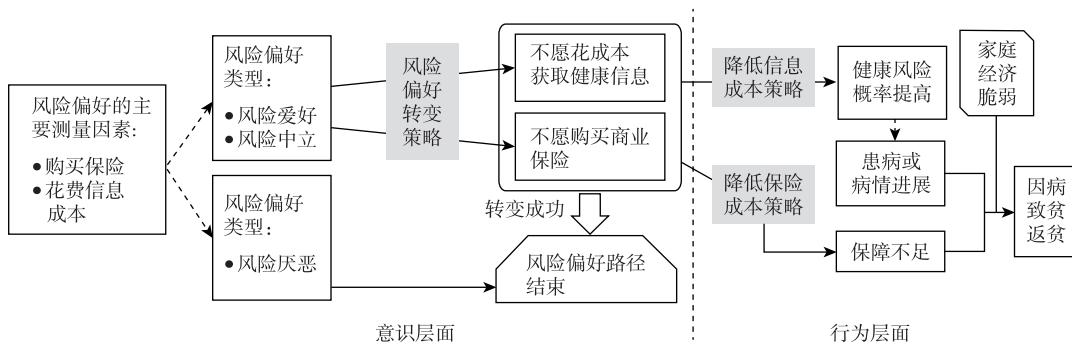


图 3 风险偏好模式的健康扶贫路径图

4 讨论

4.1 风险理论视角下健康贫困治理模式和路径

本文通过考察一个地方的实践案例,得出了风险理论视角下健康贫困治理的风险认知和风险偏好两种模式,并在不同的模式中识别出风险认知有偏和风险爱好者两类对象,将干预其健康行为归类为信息成本、预防干预、健康信念传播与参保意愿提升四种路径,并分别在意识和行为层面发展策略,最后提出风险理论视角下的健康贫困治理的整体框架(图 4)。



图 4 风险理论视角下的健康贫困治理体系

图 5 进一步展现了风险理论视角下的健康贫困治理体系的时序逻辑模型,各箭头上的数字构成了一个系列,每个数字代表一个机会,通过某种有计划

的干预(如社工服务或者政府救助)来防止风险偏差者和风险爱好者继续朝这个方向发展。这些干预行为共同构成了健康扶贫的四种机制路径。

一是信息成本路径。①认知提升策略。通过改变知识结构和人格特征等因素,改变对健康信息的认知度,提高为健康知识付费的意识。如果失败,则仍可以采取⑤降低信息成本策略来弥补,即提供免费或者低成本的健康信息中断此条发展逻辑线。二是预防干预路径,主要通过两个策略来执行。②预防知识宣传策略来提升个体行动力。如果失败,可采取⑥被动干预策略来弥补,如被动让个体采取预防行动、提供健康体检服务、健康运动参与等活动。三是健康信念传播路径,通过③健康信念传播策略完成。治疗信念不足不会引起风险暴露,但是当发生疾病风险时,容易放弃治疗,降低依从性,不利于身体康复。健康信念传播需要针对不同的行为和人群深入剖析影响行为的因素,实施有针对性的行为干预。如果失败,仍可采取⑦被动干预策略来弥补。四是参保意愿提升路径。通过④参保意愿提升策略和⑧降低保费策略共同完成。通过提高个体的风险意识、了解社会保险和商业保险,提升自身保障。如果失败,可以通过⑨降低保险购买成本,例如政府补贴等政策弥补。

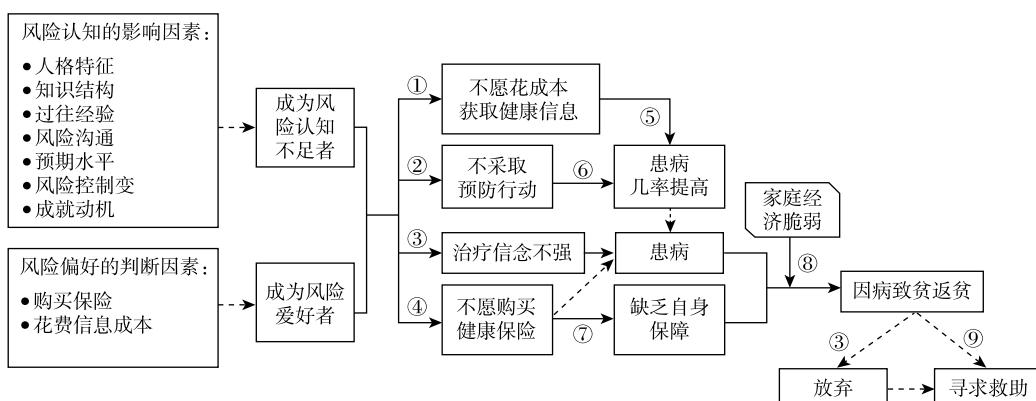


图 5 风险理论视角下健康贫困治理逻辑图

如果上述四条路径失败，则跳出健康风险贫困治理体系，走向健康贫困逻辑链条下一层次，即发生疾病风险时，家庭经济脆弱的情况可以采取⑧扶贫措施来改善患病个体及其家庭的经济状况。如果仍然失败，最终进入因病致贫、因病返贫困境。⑨通过政府扶贫政策和社会捐赠等方式来帮助贫困个体及家庭走出困境。⑧和⑨不是本研究探讨的范畴。

4.2 风险理论下的健康贫困治理模式和路径的适用情景、对象和主体

第一，适用情景。从案例分布可得出，大部分农村居民存在较大干预空间，证明健康风险的贫困治理具有较强的必要性和可操作性，但也存在以下两种例外。一是如果扶贫对象本身认知无偏或为健康风险厌恶者，则健康贫困治理需要寻求主体之外路径，如链接社会资源、提高制度保障等。二是即使贫困个体本身被识别为风险认知有偏或者风险爱好者，上述路径可能会部分失灵，例如，对于高龄老人、脑瘫患者、精神功能障碍患者等通过意识或行为干预难度较大，则该治理框架失灵。

第二，适用对象。该路径的适用对象主要有两方面需要关注。一是该路径对于农村居民和低收入居民更加适用。如上述研究显示，农村居民尤其是贫困或低收入居民的认知结构、生活场景、过往经验较为局限，风险沟通能力、对风险的控制能力较低，导致其风险认知水平普遍存在偏差，且容易存有侥幸心理，这为后期改变风险认知和风险偏好类型提供了较大空间。而且，意识与行为干预具有长效性。风险认知和偏好的扭转与事后补偿可发挥协同治理作用。二是该模式和路径适用于个体的全生命过程。健康风险是过去健康劣势的积累，贯穿于人一生之内的连续变量且会发生变化。^[25]在农村贫困群体中，将预防措施前移并且贯穿一生管理，对巩固脱贫攻坚成果具有更加积极长远的意义。进而，该路径不仅可以通过预防等手段降低疾病风险发生概率，而且对于已发生健康风险或者患有先天性疾病的农村贫困居民仍然有效，这极大地扩展了本研究的指导意义。

第三，治理主体。该健康贫困治理的模式和路径取得成效取决于是否能够有效地为个体提供社会服务。风险意识和风险偏好必须通过日常服务和交流培养和灌输^[26]，并且通过行为层面的干预加以巩固，而这些都只有通过社会组织提供社会服务方能

达成，社会组织充分参与是促成健康治理手段成功的必要保证。该治理模式需要政府、社会组织和个人共同参与，发挥合力。政府作为主导者和社会服务购买者，应当积极转变治理观念，激发社会活力，搭建制度框架，引导社会组织参与其中。

4.3 意义及展望

本文具有一定的理论意义和实践价值。理论意义在于以下三点。第一，基于健康风险的健康贫困治理是一个系统工程，本文不仅构建了基于健康风险的健康贫困治理各个路径的理论框架，而且梳理出各路径和策略及其逻辑关系，还深入到要素、主体、客体和情景层面，在以往肯定源头治理的基础上进一步探索。第二，以往的健康贫困治理对微观活动关注研究相对不足。本文从微观动态视角出发，通过观察项目活动，率先运用健康风险视角进行科学分类，为社会组织参与健康贫困治理提供了一定的理论视角和基础。第三，贫困治理研究方法的创新。国内外学者对健康贫困治理的研究大多采用理论推演与举例论证相结合的研究方法。本文采用社会工作中个案和小组社会工作案例相结合作为案例来源，实现对健康行为的回溯与干预的动态研究设计；在测量方面，对主体的风险认知和风险偏好等主观态度测量采用访谈与量表相结合的方法，较好达到了结果科学稳健和样本可收集的平衡；在案例分析方面，借助个案的逻辑模型，对案例各个路径和要素按照时序进行归类分析，展现了“原因—结果—原因—结果”的路径链条。本文的实践价值在于为源头治理实践提出可操作性工具箱。两个模式、四大路径和七个策略及使用情景作为工具箱内容在逻辑图中提供了可操作化的指导。基于不同情景，选择工具箱中所涉及的策略对于实践具有一定的指导意义，并且为实践补充和修正提供了基础框架，具有较强的可操作性和实践探索性。

局限性

本文虽然通过三区项目五年干预和观察，构建了基于健康风险的贫困治理框架，但是基于社会现实的复杂性，仅以案例的形式为健康贫困治理的路径提供了探索的方向和框架，具有一定的局限性，未来有待进一步调整、补充和发展。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 听取脱贫攻坚总结评估汇报[N]. 人民日报, 2020-12-04 (001).
- [2] 让贫困人口看得起病少生病[EB/OL]. (2016-06-22) [2020-12-15]. <http://health.people.com.cn/n1/2016/0622/c398004-28468324.html>
- [3] 翟绍果. 健康贫困的协同治理:逻辑、经验与路径[J]. 治理研究, 2018, 34(5): 53-60.
- [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, 40(3): 82-91.
- [5] 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, 38(1): 1-8.
- [6] 陈楚, 潘杰. 健康扶贫政策目标与因病致贫情境的确认评价——以贵州省赤水市健康扶贫实践为例[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(4): 71-79.
- [7] 黄国武. 关于健康扶贫的政策建议[J]. 中国社会保障, 2018(10): 81-82.
- [8] 王红波, 张素. 参与式扶贫理念下健康扶贫政策的优化探析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2018, 38(4): 417-419.
- [9] 王高玲, 刘军军. 政策工具视角下健康扶贫政策的文本量化研究[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(12): 3-6.
- [10] 健康风险意识调查报告[EB/OL]. (2014-12-24) [2020-12-22]. <https://www.cignacmb.com/huodong/jkfxysdebg.html>
- [11] 吴婷, 邹智宇, 廖望妍, 等. 制约健康扶贫的影响因素探析——基于江西省农村贫困老年人免费体检的实地调查[J]. 中国农村卫生事业管理, 2019, 39(12): 863-867.
- [12] 孙菊. 后扶贫时代应调整和规范医疗救助的目标定位[J]. 中国医疗保险, 2020(11): 32-33.
- [13] 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, 48(3): 56-63.
- [14] 石智雷, 吴志明. 早年不幸对健康不平等的长远影响: 生命历程与双重累积劣势[J]. 社会学研究, 2018, 33(3): 166-192.
- [15] Lopes L. Between hope and fear: The psychology of risk [J]. Advance in Experimental Social Psychology, 1987, 20(3): 255-295.
- [16] 程培堽, 殷志扬. 风险知觉、风险偏好和消费者对食品安全事件的反应——以瘦肉精事件为例[J]. 管理评论, 2012, 24(12): 128-136, 173.
- [17] Slovic P. The Psychometric Study of Risk Perception[J]. Risk Evaluation and Management, 1987, 6(4): 177-187.
- [18] Sitkin S, Weingart L. Determinants of risky decision-making behavior: A test of the mediating role of perceptions and propensity [J]. Academy of Management Journal, 1995, 38(6): 1573 -1592.
- [19] Sitkin S, Pablo A. Conceptualizing the determinants of risk behavior[J]. Academy of Management Review, 1992, 17(1): 9-38.
- [20] Brewer N T, Chapman G B, Gibbons F X, et al. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination[J]. Health Psychol, 2007, 26(2): 136-145.
- [21] 保罗·R·克鲁格曼, 罗宾·韦尔斯. 微观经济学[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2013.
- [22] Kira A, Anne G. Risk Perception in a Multi-Hazard Environment[J]. World Development, 2017, 97: 138-152.
- [23] 刘金平, 周广亚, 黄宏强. 风险认知的结构、因素及其研究方法[J]. 心理科学, 2006(2): 370-372.
- [24] 罗伯特·k·殷. 案例研究:设计与方法[M]. (第五版)重庆: 重庆大学出版社, 2017.
- [25] 谢志刚, 杨波. 基于全面风险管理的主动脱贫理论研究[J]. 保险研究, 2018(8): 3-12.
- [26] 吴宜蓁. 专家与民众:健康风险认知差距研究内涵检视[J]. 西南民族大学学报(人文社科版), 2007(10): 154, 157.

[收稿日期:2020-09-17 修回日期:2020-12-25]

(编辑:薛云)