

历史制度主义视角下中国健康扶贫政策变迁与动力机制

丁辉侠* 张紫薇

郑州大学政治与公共管理学院 河南郑州 450001

【摘要】健康扶贫政策是中国特色扶贫开发道路中积累的宝贵政策财富,健康扶贫政策的适时变迁也是巩固拓展脱贫攻坚成果和衔接乡村振兴的推动力量。以历史制度主义构建理论分析框架,中国健康扶贫政策的变迁历经了健康扶贫思想与政策萌芽、健康扶贫政策形成与发展和政策体系完善三个阶段,其变迁的动力机制表现为:宏观层面的政策环境、中观层面的路径依赖以及微观层面的行为主体互动。进入相对贫困时期后,新的时代任务将赋予健康扶贫更高的要求,中国的健康扶贫政策将朝着适应政策环境转变、强化正向路径依赖和加强行为主体互动的方向进一步演进。

【关键词】健康扶贫政策;历史制度主义;政策变迁;动力机制

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.05.005

Transformation and dynamic mechanism of China's health poverty alleviation policies from the perspective of historical institutionalism

DING Hui-xia, ZHANG Zi-wei

School of Politics and Public Administration, Zhengzhou University, Zhengzhou Henan 450001, China

【Abstract】 Health poverty alleviation policy is a valuable policy wealth accumulated in the road to poverty alleviation and development with Chinese characteristics. The timely changes in healthy poverty alleviation policy also constitute the driving force to consolidate and expand the achievements of poverty alleviation and link up rural revitalization. Based on the theoretical analysis framework of historical institutionalism, the transformation of China's health poverty alleviation policies have gone through three specific periods, namely, the germination of health poverty alleviation ideas and policies, the formation and development of health poverty alleviation policies and the perfection of policy systems. The dynamic mechanisms of the transformation are defined in the stages of policy background at macro-level, path dependence at meso-level and interaction of actors at micro-level, respectively. After entering the period of relative poverty, the task of the new era will endow the health poverty alleviation with higher requirements, and China's health poverty alleviation policy will further evolve in the direction of adapting to the change of policy environment, strengthening the positive path dependence and strengthening the interaction of actors.

【Key words】 Health poverty alleviation policy; Historical institutionalism; Policy change; Dynamic mechanism

1 问题提出

制度变迁是为适应内外环境变化,制度供给主体为满足制度需求而实施的旨在提高制度效能的行为。“一部中国史,就是一部中华民族同贫困作斗争的历史”^[1],中国反贫困制度是中国共产党为解决几

千年来困扰国家的贫困问题而进行的制度变革与创新。由于健康问题一直是贫困群体的主要困扰,因此健康扶贫一直是中国反贫困制度设计的重要内容,并且在扶贫实践中积累了宝贵经验。中国共产党历经百年艰苦奋斗与发展,取得脱贫攻坚的伟大成果,因地理位置、就业机会等致贫因素的影响减

* 基金项目:国家社会科学基金(19ZDA005)

作者简介:丁辉侠(1977年—),女,博士,副教授,主要研究方向为公共服务、反贫困和政府绩效管理。E-mail: hxding@zzu.edu.cn

通讯作者:张紫薇。E-mail:2906042248@qq.com

弱,而因病因残等健康问题凸显为致贫返贫的最大风险。截至 2020 年 6 月,在剩余未脱贫的近 100 万贫困户中因病致贫的比率高达 40%^[2],如果考虑因残致贫人口,这一比率还会更高。在相对贫困时期,为持续巩固脱贫攻坚成果,推进乡村振兴与农村健康服务现代化,健康扶贫将成为反贫困的重点工作,健康扶贫政策的转型与发展也将成为检验相对贫困时期贫困治理效能的重要因素。

中国健康扶贫的现有研究一方面从理论层面对健康扶贫的内涵和作用机制进行探讨^[3-5],另一方面从实践层面对健康扶贫的实践问题与效果进行分析^[6,7]。虽然也有研究关注健康扶贫政策,但缺乏对政策演变过程的考察,较少从历史背景与历史变迁进程中探索健康扶贫政策的演变逻辑,因此难以回答中国健康扶贫政策为何产生、为何变迁以及如何变迁的问题。本文以历史制度主义为视角,立足中国的基本国情和不同时期的贫困治理需求,构建健康扶贫政策变迁的理论框架。在梳理健康扶贫政策变迁历程的基础上,分析健康扶贫政策变迁的背景与逻辑,揭示政策变迁的动力机制,并指出中国健康扶贫政策的发展方向。

2 中国健康扶贫政策变迁的分析框架

历史制度主义将制度历史作为研究对象,强调制度是如何在具体的时间过程中产生和嵌入的^[8],其在分析制度变迁时既重视宏观因素又强调个体影响,将历史性、制度性、行为性因素纳入制度变迁的分析中^[9]。历史制度主义通过关注制度,实现社会学制度主义“深层结构”和理性选择制度主义“行为主体”的连结,建构起“宏观结构—中观制度—微观行动者”的全方位分析基础^[10],在制度的影响因素和制度变迁之间建立起逻辑联系。

宏观层面,历史制度主义主张通过制度发展脉络或者宏大的制度背景理解、分析制度生成及变迁的因果关系与动力机制^[9],外部环境是制度变迁中最基本的影响因素,主要包括制度发展过程中政治、经济与社会的基本背景与制度安排。中观层面,历史制度主义关注制度本身及其演变过程,认为制度并非突然降生,而是历史基础上的延续和继承^[11],具有路径依赖特点。学习效应、协调效应、适应性预期是导致路径依赖的主要因素^[12]。微观层面,历史制度主义认为,制度行为主体与制度间相互影响、相互塑造^[13],制度变迁最终归结为行为者的推动和作

用^[14]。当制度与社会需求失衡达到一定阈值时,行为主体基于追求利益最大化的理性诉求,会随环境做出影响既得和潜在利益的行为变化^[15],并引发行为主体间互动。

历史制度主义的理论核心在于关注制度的历史与行为的脉络,强调制度是在一定的历史和制度环境中形成、发展与变迁。因此,要了解一项具体政策的变迁路径,需要在历史的视野和相关行为脉络中进行分析。中国的健康扶贫政策也是在一定的历史背景下产生,其历史演进与动力机制既体现制度变迁本身的特点,也直接体现行为主体的价值取向。因此,历史制度主义的理论分析框架可以较好地解释健康扶贫政策的产生、发展与演化,揭示健康扶贫政策变迁的驱动因素。本文结合历史经验归纳法与逻辑分析法,以历史经验归纳法探索健康扶贫政策的历史发展脉络,并运用逻辑分析法进一步构建诠释健康扶贫政策发展规律的理论分析框架。通过对于健康扶贫政策历史演进的梳理与分析,探究中国健康扶贫政策变迁的动力机制。宏观层面,根据中国扶贫开发进程,分析不同时期影响健康扶贫政策变迁的政治、经济和社会背景。中观层面,从路径依赖视角,分析学习效应、协调效应、适应性预期对中国健康扶贫政策变迁的影响。微观层面,分析中央政府、地方各级政府、社会力量和贫困群体等行为主体在健康扶贫政策变迁过程中的互动作用。三个层面共同构成健康扶贫政策发展与演化的基本逻辑与动力机制,在形塑健康扶贫政策的同时也确定了未来健康扶贫政策变迁的基本方向(图 1)。

3 中国健康扶贫政策变迁的历史演进

回顾中国健康扶贫政策的历史演进是历史制度主义探究其动力机制的基本进路。健康扶贫政策的变迁是中国农村扶贫开发向精准化和纵深化发展的体现,主要表现由健康扶贫政策思想萌芽发展为完善健康扶贫政策体系的变迁路径。依据中国扶贫实践的关键节点与健康扶贫领域重要政策文本的发布,将中国健康扶贫政策的历史演进划分为三个阶段。健康扶贫的探索起始于改革开放时期^[16],在大规模的扶贫开发中萌生健康扶贫思想,并在之后发展中迎来两次重要节点。第一次是 21 世纪初,在解决温饱问题后,中国扶贫对象瞄准到未解决温饱问题的贫困群体,医疗健康问题凸显,健康扶贫思想与实践探索开始嵌入为国家政策。2001 年实施的《中

国扶贫

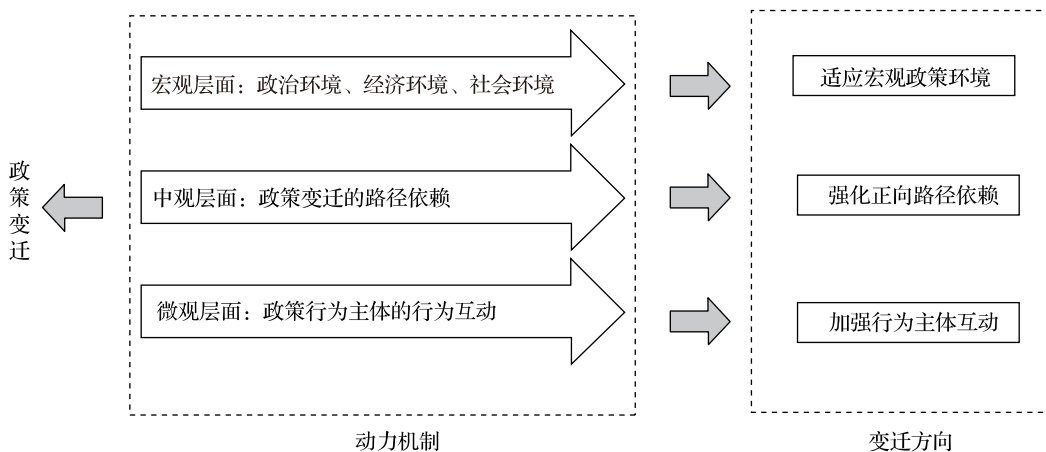


图1 中国健康扶贫政策变迁的理论分析框架

开发纲要(2001—2010年)》提出,构建覆盖城乡的健康保障体系战略目标。第二次是2013年底精准扶贫战略思想提出后,中国进入精准扶贫和脱贫攻坚时期,因病致贫、因病返贫问题受到重点关注。2015年《关于实施健康扶贫工程的指导意见》的发布标志着健康扶贫进入政策体系发展完善的新阶段。

3.1 健康扶贫思想与政策萌芽阶段(1979—2000年)

按照中国政府1985年确定的贫困标准测算(1978年人均纯收入100元),1978年农村贫困发生率为30.7%,贫困人口规模为2.5亿人^[17],消除贫困成为检验社会主义制度优势的重要标尺。为改善普遍性的极端贫困状况,党和政府做出了改革开放的重大决策,经济体制改革、工业化和城镇化构成了该时期缓解贫困的基础动力。但同时,经济体制改革造成建立在集体经济基础上的农村合作医疗制度逐渐解体^[13],加重了因病致贫、因病返贫问题。中共中央、国务院在1984年发布的《关于帮助贫困地区尽快改变面貌的通知》中首次提出健康扶贫思路,为健康扶贫政策的产生奠定了思想基础。1986年,国家启动大规模、系统性的扶贫工作,并推动以解决温饱问题为目标的扶贫进入攻坚阶段。1994年,《国家八七扶贫攻坚计划》提出要改变贫困地区教育文化卫生落后状况,并细化了健康扶贫内容,提出加强医疗卫生建设、防治和减少地方病、预防残疾等基本目标,推动贫困地区公共卫生条件的改善。1996年,《关于尽快解决农村贫困人口温饱问题的决定》提出发展合作医疗、建立农村基本医疗保障制度的健康扶贫思路,标志着中国开始探索通过医保制度预防和缓解部分群体的贫困问题。

在健康扶贫思想和政策萌芽阶段,扶贫总目标为缓解极端贫困、解决基本温饱问题。健康扶贫思想源自于党和国家开展系统全面扶贫的决心,体现出党和政府对于贫困群体健康问题的关注,从对公共卫生工作的简单规划到关注卫生医疗服务、疾病预防保健、医疗队伍建设、残疾人康复救助以及建立基本医疗保障制度等关键举措,为之后健康扶贫政策的发展规划了基本方向。

3.2 健康扶贫政策的形成与发展阶段(2001—2012年)

21世纪初,在解决基本温饱问题后,少数特困人口和部分残疾人依然徘徊在“温饱线”。在贫困群体现实需求的推动下,《中国扶贫开发纲要(2001—2010年)》将未解决温饱问题的贫困人口作为扶贫的主要对象,并要求把残疾人纳入扶贫范围。同时,在健康领域提出更加明确的目标:改善贫困地区医疗卫生条件,实现“大多数贫困乡有卫生院、贫困村有卫生室,基本控制贫困地区的主要地方病”,健康扶贫逐渐成为中国扶贫事业的重要组成部分。2002年,中共中央、国务院发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,要求推进农村卫生服务体系建设,建立医疗救助制度和以大病统筹为主的新型合作医疗制度,标志着中国健康扶贫进入实质性实施阶段。同年,中国正式启动新型农村合作医疗制度改革,并在2009年将其确定为农村基本医疗保障制度。这一时期,伴随社会文明进步,中国开始重视残疾人扶贫,要求开展残疾预防、残疾医疗康复等工作。

在健康扶贫政策的形成与发展阶段,中国扶贫目标从以解决温饱为主转变为:重点关注剩余特殊贫困群体,改善贫困地区基础设施,提高地区发展能

力。国家主导的扶贫工作得到积极开展,对于贫困问题的关注更加精准细化,形成了专项健康扶贫政策。同时,医药卫生体制改革与新型农村合作医疗制度改革为健康扶贫政策带来了新的发展机遇。

3.3 健康扶贫政策体系完善阶段(2013 年至今)

第一个十年扶贫开发纲要目标的实现极大地鼓舞了中国的扶贫开发实践。为进一步推进减贫事业,《中国农村扶贫开发纲要(2011—2020 年)》提出“两不愁三保障”的基本目标。为克服扶贫实践中贫困人口底数不清、情况不明、针对性不强等问题,2013 年中国开启精准扶贫,推动健康扶贫政策发展到一个新的阶段。截至 2013 年底,在农村贫困人口中,因病致贫返贫户占贫困户总数的 42.2%,这一比例在 2015 年提高至 44.1%^[18],因病致贫、因病返贫成为致贫的首要因素。为实现“基本医疗有保障”的目标,党的十八届五中全会提出“推进健康中国建设”,并将其上升为国家战略,为健康扶贫提供了良好的政策环境。2015 年,《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》提出医疗救助脱贫和完善农村贫困人口医疗保险,正式实施健康扶贫工程。2016 年 6 月,国家卫计委等部门印发的《关于实施健康扶贫工程的指导意见》提出“实施健康扶贫工程”是打赢脱贫攻坚战、实现农村贫困人口脱贫的一项重要举措,明确健康扶贫工程的具体目标、任务和保障措施等。在此基础上,国家又相继发布了《关于印发健康扶贫工程“三个一批”行动计划的通知》《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018—2020 年)》等重要文件。

在健康扶贫政策完善阶段,中国创新性地提出精准扶贫工作机制,对于贫困人口的精准识别与致贫成因分析驱动了健康扶贫政策体系的完善与成熟。中国第一次提出了健康扶贫的明确目标,形成了健康扶贫政策体系和运行机制,将其上升为健康扶贫工程,成为健康中国战略的重要组成部分,健康扶贫顶层设计基本成型,政策体系趋于完善。

4 中国健康扶贫政策变迁的动力机制

4.1 宏观层面:政治、经济与社会环境是健康扶贫政策产生与变迁的基础动力

历史制度主义强调在制度的历史过程和宏观环境中把握制度,认为制度如果脱离其所处的政治、经济与社会环境,便会失去其应有的解释力。^[19]中国健

康扶贫政策处在扶贫开发的大背景中,政治、经济与社会环境是健康扶贫政策产生与变迁的基础动力。

4.1.1 政治环境:社会主义的本质要求和中国共产党的领导

一方面,“贫穷不是社会主义”^[20],社会主义制度是中国的根本制度,消灭贫困是社会主义的本质要求,也是中国特色社会主义制度优越性的彰显。为生动诠释这一本质要求,中国始终致力于扶贫开发,并在实践中推动中国健康扶贫政策的产生与发展。另一方面,消除贫困也是中国共产党的重要使命,中国共产党在任何发展阶段均未忘记这一任务,并在扶贫实践中始终坚持以人民为中心的价值理念。生命健康权是人民最基本的权利和诉求,健康扶贫政策的产生是中国共产党对因病致贫、返贫群体追求生命健康权的回应。因此,社会主义的本质要求、中国共产党的领导以及以人民为中心的价值理念是健康扶贫政策从初步提出到逐渐完善的根本性政治动力。

4.1.2 经济环境:市场经济的快速发展

一方面,市场经济的快速发展是健康扶贫政策得以提出和完善的物质基础。健康扶贫政策具有救济性质,涉及到对贫困群体的“减负增保”。政策的制定与实行需要国家财政的大力支持,在国家经济高速增长和大规模扶贫开发共同作用下,中国的健康扶贫政策才得以发展。另一方面,为解决好效率与公平的关系,在发达的市场经济背景下,维护社会公平与贫困人口健康权的健康扶贫得到更多重视。十一届三中全会后,党中央通过经济体制改革促进生产力发展的同时,也通过激发市场主体活力缓解普遍贫困问题。但经济发展无法帮助疾病风险极高的特殊贫困群体摆脱因病致贫、返贫的困境,且经济转型造成原有农村合作医疗的解体加大了农村贫困群体的贫困风险,为平衡市场效率与社会公平,保障贫困人口的基本权利,健康扶贫思想应运而生。2013 年,为进一步深化改革,党和政府提出市场在资源配置中起决定性作用,与此同时中国也开启了精准扶贫道路,推动新阶段健康扶贫政策的发展。因此,市场经济的发展在为健康扶贫政策提供物质基础的同时也激励着政策的完善变迁。

4.1.3 社会环境:高质量发展的社会需求

扶贫目标反映中国健康扶贫政策发展的社会需求。健康扶贫政策产生于扶贫实践,不同时期的扶贫目标反映出社会对于健康扶贫政策的发展要求。

中国扶贫目标的演变大致经历了由“基本解决温饱问题”到“解决少数贫困人口温饱问题,为小康水平创造条件”再到“加快贫困地区发展,促进共同富裕,全面建成小康社会”的目标转变,体现了社会扶贫标准的逐步提高。而因病致贫、返贫的现实问题与消除绝对贫困的矛盾,不平衡不充分的健康扶贫政策与社会对公共卫生服务需求之间的矛盾,都推动着中国健康扶贫政策的变迁发展。因此,健康扶贫政策的产生是社会逐步追求更全面、高水平、高质量发展的结果。

4.2 中观层面:路径依赖是健康扶贫政策自我维持与强化的内生动力

历史制度主义认为,制度变迁受学习效应、协调效应与适应性预期的影响,显示出路径依赖的特点。^[21]健康扶贫政策在政策环境的要求下不断发展,但其变迁同时受到路径依赖的影响,呈现出自我维持与强化的特征。

4.2.1 学习效应:健康扶贫政策变迁源于持续的学习与经验总结

学习效应是指一旦某一制度规范被颁布或实行,在其实施过程中所积累的有效经验将引发对于该制度规范的持续性学习强化。中国健康扶贫政策的变迁过程表现出三个方面的学习效应:第一,健康扶贫政策本身是在中国扶贫制度基础上的深化学习,是为完成脱贫攻坚目标在对扶贫对象进一步瞄准细化的过程中产生,延续了精准化的扶贫经验,具有政策优势。第二,健康扶贫政策各阶段的发展都是随着时代需求不断学习的结果,是在前期扶贫成果上的总结和再起步。从萌芽阶段的公共卫生基础设施的改善到发展阶段多种倾向性政策的扶持再到完善阶段健康扶贫制度体系的建成,都是健康扶贫政策在萌芽阶段所提出的医疗卫生服务、疾病预防保健、医疗队伍建设、残疾人康复救助等方面内容的延续和拓展。第三,在中央政府的主导下,相关健康扶贫政策一经颁布,各地方政府便进行政策解读与深入学习,并在此基础上颁布本地的实施细则。这一过程已成为健康扶贫由中央到地方的政策落实常态,强化了健康扶贫政策的学习效应,并增强健康扶贫政策的路径依赖。

4.2.2 协调效应:健康扶贫政策具有强大的协调性并适应于社会发展需要

在正式制度产生后,相关正式或非正式制度也

随之确立,以补充或协调这项正式制度的实施。^[12]自健康扶贫思想产生以来,健康扶贫政策在实践过程中,与基本医疗保险制度、医药卫生体制改革、卫生人才激励机制等相互协调,形成了多制度衔接的协调效应。在政策完善阶段,国家又相继颁布多项辅助文件,协调补充健康扶贫政策体系。可以预见,未来健康扶贫政策的发展也将与乡村振兴战略以及健康中国战略有效衔接。因此,健康扶贫政策通过与多种制度协调衔接而产生巨大的协调效应、外部积累成本和自我强化的路径依赖。

4.2.3 适应性预期:健康扶贫政策具有长期适应性

适应性预期是指一旦某项制度被提出并具有逐步完善的趋势时,人们对该制度的适应性期待也会逐渐增强,并根据这一预期改变自身的行为模式,其结果是使制度延续并得到进一步强化。中国健康扶贫政策的发展是有迹可循的,其在各个发展阶段提出的健康扶贫目标都是具有长期适应性的制度安排。在政策萌芽和发展阶段对于健康扶贫领域的种种实践都在为健康扶贫工程的提出做铺垫,基本符合预期的政策效果,也不断强化党和政府深入完善健康扶贫的意愿。因此,适应性预期推动了健康扶贫政策的延续发展和统筹完善。

4.3 微观层面:行为主体基于利益追求的关系互动是健康扶贫政策变迁的直接动力

历史制度主义认为一项制度的存续是因为制度能使相关利益主体趋利避害^[22],理性行为主体出于利益导向会建构完善的制度,并追求其利益实现。健康扶贫是一项系统性和协同化的工程,涉及多个行动主体的配合与衔接^[23],在健康扶贫过程中各行为主体的目标追求与利益互动推动着健康扶贫政策的变迁。

4.3.1 中央政府:健康扶贫政策变迁的主导者和推动者

中央政府是中国健康扶贫政策的主要制定者,也是第一“推动者”,通过政策颁布与财政支持,在健康扶贫政策的各个阶段都发挥着主导作用。一方面,中央政府健康扶贫政策的更新是推动健康扶贫发展的直接动力。在健康扶贫顶层设计的安排下,各级地方政府及其部门在各个层面进行政策补充与落实,丰富并完善健康扶贫政策体系与实施机制。另一方面,党中央的财政支持系统保证健康扶贫政策的实施,并通过公共财政预算、公益金和社会捐助等渠道筹集用于医疗救助的专项基金。^[16]中央政府通过政策颁布与财政支持,引领健康扶贫政策的发

展方向,巩固其在健康扶贫中的主导地位。

4.3.2 地方政府与社会力量:健康扶贫政策变迁的助推者

地方各级政府是健康扶贫政策的主要执行者,中央政府通过发布各项健康扶贫政策将扶贫目标作为政治任务分配给地方政府,并由相应的职能部门执行,脱贫任务的完成将成为评价地方政府绩效的关键。地方政府在追求绩效与实现脱贫任务的双重压力驱动下,在追求地方利益实现的过程中推动健康扶贫政策体系的完善与扶贫任务的完成。一方面,地方政府实践推动健康扶贫政策体系的完善,通过对中央扶贫文件进行研读并在此基础上出台地方性的实施细则,丰富健康扶贫政策体系;另一方面,通过政策执行推动政策创新,在健康扶贫政策执行过程中地方政府往往会根据实践,发现问题并寻求相关的政策创新,为健康扶贫政策的创新发展提供可供学习的地方经验。此外,改革开放以来,社会力量得到了极大的释放,积极参与到健康扶贫领域,这些力量包括企业、高校、社工人才等,这一部分主体的加入助推了政社合作方向健康扶贫政策的发展。

4.3.3 贫困群体:健康扶贫政策变迁的参与者

贫困群体的利益追求与目标为自身贫困状况的改善,随着健康扶贫政策的变迁,贫困群体在健康扶贫中的角色也不断变化。在政策萌芽阶段,贫困群体是被动的接受者,健康扶贫政策的制定与执行缺乏贫困群体的信息反馈。在政策形成与发展时期,特殊贫困群体受到了更多的关注,新型农村合作医疗保险制度的建立为解决贫困人群的因病致贫、返贫问题提供了极大的激励与保障。并且,文化观念的进步与健康意识的增强,使贫困群体开始积极了解扶贫政策,并采取灵活方式寻求社会帮助,开始融入健康扶贫政策的行为者互动。在政策完善阶段,对于贫困人口精准识别与建档立卡系统的建立,以及贫困群体自主意识的增强,使健康扶贫政策与贫困群体健康需求得以衔接,贫困群体参与政策主体互动,健康扶贫政策进一步迈向精准化与人性化。

5 研究结论与健康扶贫政策变迁方向

本文以历史制度主义为理论视角,以中国健康扶贫政策为分析对象,结合历史经验归纳法与逻辑分析法,构建“宏观结构—中观制度—微观行动者”的动力机制分析框架,通过梳理中国健康扶贫政策的历史演进,并分析其变迁的动力机制,所得出的主

要结论如下:第一,中国健康扶贫政策的演变可划分为健康扶贫思想与政策萌芽阶段(1979—2000年)、健康扶贫政策的形成与发展阶段(2001—2012年)和健康扶贫政策体系完善阶段(2013年至今),每一阶段都涉及扶贫目标的承接和健康扶贫实践成果的延续,其政策变迁是具有整体性的历史发展脉络。第二,中国健康扶贫政策的变迁受到宏观层面的政治、经济和社会环境,中观层面学习效应、协调效应与适应性预期导致的路径依赖以及微观层面中央政府、地方各级政府与社会力量、贫困群体的行为互动这三个层面动力机制的深刻影响。第三,宏观层面的政策环境为政策变迁提供基础动力,决定变迁的趋势与走向;中观层面的路径依赖使政策在历史发展中延续完善;微观层面的行为主体在宏观背景下谋求政策创新与变革,为政策变迁提供直接驱动力,三个层面的动力交互作用共同推动政策变迁。

中国将进入相对贫困治理时期,根据社会发展要求与未来反贫困目标的调整,面对持续巩固拓展脱贫攻坚成果、接续推进乡村振兴的任务,《中共中央、国务院关于全面推进乡村振兴加快农业农村现代化的意见》提出全面推进健康乡村建设、加强重点人群健康服务和完善统一的城乡居民基本医疗保险制度等目标。中国健康扶贫政策在新的时代要求下将迎来变迁。

首先,适应政策环境转变,加强健康扶贫政策与乡村振兴战略的有效衔接。脱贫攻坚是乡村振兴的基础,乡村振兴是脱贫攻坚的后续^[24],推进健康扶贫政策与乡村振兴的衔接是下一阶段健康扶贫发展的必然要求。一方面,巩固前期健康扶贫成果,加强健康扶贫政策与医疗保险制度的衔接,保证贫困边缘群体能够平稳度过过渡期。另一方面,推进健康扶贫政策的转型,提高健康服务的供给质量,推动城乡基本公共卫生服务的均等化发展,逐步推进健康乡村建设。

其次,强化正向路径依赖,坚持对于健康扶贫政策经验的继承与发展。健康扶贫是解决因病致贫、返贫问题的“中国药方”,积累了有效的扶贫经验。由于健康风险的发生具有反复性与偶然性,抵御健康风险、满足人民健康需求的任务依然艰巨。因此,健康扶贫政策应汲取原有经验,在夯实深化结合医药卫生体制改革,完善落实“分类救治”、“先诊疗后付费”和“残疾人照护”等措施的基础上,逐步发展面向全民兼顾全生命周期的健康服务体系,提供公平

可及、系统连续的高质量健康服务。^[25]

最后,加强行为主体互动,构建多元主体积极参与健康乡村建设的新格局。在实现健康扶贫的基础上完善健康乡村政策体系,推动多主体、开放性、宽领域的健康乡村政策发展,积极促进多元主体、多种形式的乡村医疗合作,在政策制度层面引导更多的医疗卫生资源与医疗人才向农村地区倾斜。此外,政府与社会应积极合作,帮助农村、农民树立积极正确的健康意识,激发健康乡村建设的内生活力,为建设健康乡村新格局并促进乡村振兴奠定坚实基础。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 习近平. 在全国脱贫攻坚总结表彰大会上的讲话[EB/OL]. (2021-02-25) [2021-04-09]. http://www.xinhuanet.com/politics/2021-02/25/c_1127138102.html

[2] 刘永富. 巩固提升健康扶贫成果高质量打赢脱贫攻坚战——在2020年全国健康扶贫工作电视电话会议上的讲话(2020年6月15日)[EB/OL]. (2020-10-23) [2020-11-10]. http://www.cpad.gov.cn/art/2020/10/23/art_106_184702.html

[3] 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.

[4] 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.

[5] 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.

[6] 王琳. 制度供给视角下的健康精准扶贫研究[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(11): 6-9.

[7] 郑敏科, 阎园, 张祖仪, 等. 基于政策工具和健康扶贫作用机制的健康扶贫政策文本量化分析[J]. 医学与社会, 2020(9): 20-24.

[8] Kathleen Thelen. Historical Institutionalism in Comparative Politics [J]. Annual Review of Political Science, 1999(2): 369-404.

[9] 马得勇. 历史制度主义的渐进性制度变迁理论: 兼论其在中国的适用性[J]. 经济社会体制比较, 2018(5):

158-170.

[10] 丁煌, 李雪松. 新中国70年机关事务治理的制度变迁: 一项历史制度主义的考察[J]. 理论与改革, 2020(1): 88-99.

[11] 刘圣中. 历史制度主义: 制度变迁的比较历史研究[M]. 上海: 上海人民出版社, 2010.

[12] 道格拉斯·C·诺思. 制度、制度变迁与经济绩效[M]. 刘守英, 译. 上海: 上海三联书店, 1994.

[13] 丁辉侠, 张绍飞. 从分割到融合: 建国以来我国城乡基本医疗保险制度的变迁过程[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(4): 1-9.

[14] 唐皇凤, 王锐. 在回应民意与规范秩序之间寻求均衡: 我国信访制度70年变迁的内在逻辑[J]. 行政论坛, 2019(4): 47.

[15] 陈恩伦, 郭璨. 新中国70年来高校教学管理制度的演变轨迹与演变逻辑: 以历史制度主义为分析视角[J]. 四川师范大学学报: 社会科学版, 2019, 46(5): 31-39.

[16] 郑继承. 中国健康扶贫的逻辑演进与新时代战略转型研究[J]. 云南社会学, 2020(5): 149-156, 189.

[17] 周彬彬, 高鸿宾. 对贫困的研究和反贫困实践的总结[C]. 中国扶贫基金会, 2001.

[18] 李木元. 我国因病致贫返贫贫困户占建档立卡贫困户总数超44%居所有致贫因素首位[EB/OL]. (2017-08-27) [2020-11-10]. <http://www.rmzxb.com.cn/c/2017-08-27/1750239.shtml>

[19] 河连燮. 制度分析: 理论与争议(第二版)[M]. 李秀峰, 柴宝勇, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2014.

[20] 邓小平. 邓小平文选(第3卷)[M]. 北京: 人民出版社, 1993.

[21] 何俊志. 结构、历史与行为: 历史制度主义的分析范式[J]. 国外社会科学, 2002(5): 25-33.

[22] 魏少亮, 郭丹. 历史制度主义: 理论与应用[J]. 中共济南市委党校学报, 2005(4): 32-34.

[23] 王高玲, 叶天瑜. 基于制度供给视角的健康扶贫政策探析[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(1): 17-20.

[24] 李晓嘉. 2020年后我国反贫困政策转型及展望[J]. 人民论坛, 2020(20): 65-67.

[25] 韦艳, 李美琪. 乡村振兴视域下健康扶贫战略转型及接续机制研究[J]. 中国特色社会主义研究, 2021(2): 56-62.

[收稿日期:2021-02-18 修回日期:2021-04-12]

(编辑 赵晓娟)