

健康扶贫政策的历史变迁及演进逻辑

——基于历史制度主义的考察

范逢春 王彪

摘要:健康扶贫关涉人力资本开发和社会公平正义,科学认知健康扶贫政策的历史变迁及演进逻辑是贫困治理和推进共同富裕的重要论题。历史制度主义视角下,我国健康扶贫政策经历了扶贫救济局部工作、扶贫开发专项行动、脱贫攻坚重大工程三个重大历史阶段。我国健康扶贫政策演进,一方面是宏大制度背景下增量改革、整体效益和权责跟进综合作用所决定的渐进式结构调整,另一方面又是主体互动关系中过热竞争、良性合作和思想定势交互影响所形塑的延展性框架调适。展望未来,健康扶贫政策演进要统筹增量改革与存量优化的整体部署,把控路径稳定与节点创新的决策节奏,形成协同合作与良性竞争的治理网络。

关键词:健康扶贫 扶贫政策 贫困治理 历史制度主义

DOI:10.13501/j.cnki.42-1328/c.2021.06.010

基金项目:国家社会科学基金重大研究专项项目“国家治理现代化场域中的社会治理问题研究”(17VZL007)。

作者简介:范逢春,四川大学公共管理学院教授、博士生导师;王彪,四川大学公共管理学院研究生。

一、问题提出:健康扶贫政策历史考察的必要性

“人本身是他自己的物质生产的基础,也是他进行的其他各种生产的基础。”^①人在社会权利和发展机会方面的完整条件,以及在生理基础和精神生活方面的完好状态,共同组成了人的自由发展和社会持续进步的动力源泉。“社会上有社会性和生物性两种贫穷,分别指向机会的缺失和生存的威胁”^②,贫困表现为物质资源的缺少和社会权利的缺失,其实质是发展能力的缺乏,贫困治理是国家现代化建设过程中最重要的议题。健康贫困是受经济支付能力不足引致的医疗卫生服务获取和生活发展资料持有的机会丧失,其最终表现为健康水平下降和贫困程度加剧的恶性循环。健康扶贫是系统性健康部门在扶贫领域针对健康问题而展开的综合性健康项目,在以普惠发展和共同富裕为终极追求的服务型政府建设过程中,关涉人力资本开发和社会公平正义的健康扶贫,始终是政府的重要职能和社会的必要实践。

党的十九届五中全会提出了“健全多层次社会保障体系,全面推进健康中国建设”的具体要求。身心健康是经济高质量发展和人的全面发展的根本动力源泉,为补齐贫困人口在基本医疗卫生服务

^① 《马克思恩格斯全集》第33卷,北京:人民出版社,2004年,第50页。

^② 尤瓦尔·赫拉利:《人类简史:从动物到上帝》,北京:中信出版社,2017年,第247页。

方面的发展短板,发挥基本医疗卫生服务对脱贫致富的助益功能,改革开放以来,我国在贫困治理领域循序实践了许多相应的健康促进措施。政策既是“未来的引领”,又是“过去的遗产”,健康扶贫政策是国家贫困治理稳健存续和动态调整的典型案例,随着健康扶贫由传统“以治病为中心”向现代“以人民健康为中心”转型,在历史发展脉络中把握健康扶贫政策的历史变迁及演进逻辑是不可回避的现实问题。通过对健康扶贫政策变迁进行全景式扫描,可以为远景规划下的健康扶贫政策的发展创新提供一种历史镜鉴,对于巩固拓展脱贫攻坚成果、衔接推进乡村振兴战略、提质加速健康中国建设具有重要意义。

二、研究设计:分析框架、数据来源与技术路线

健康扶贫对贫困地区实行医疗卫生资源倾斜,是在普惠发展理念指导下针对贫困地区弱势群体的一种扶贫开发模式。作为国家贫困治理体系的重要组成部分,健康扶贫政策是一种介于宏观扶贫规划与微观扶贫行为之间的历时性中观制度。研究对象特质要求适配科学的分析过程,对健康扶贫政策的变迁过程及演进逻辑展开研究,要在清晰稳定的分析框架中准确把握其变迁规律,要在充分翔实的经验数据中完整勾勒其历史脉络。

(一)分析框架

历史制度主义以时间理论和制度理论为主要内容,“时间理论关注制度的发展过程;制度理论关注政治因素如何影响制度变革,以及制度框架如何影响行动者选择”^①。历史制度主义建构起了“宏观结构—中观制度—微观行动”^②的全方位分析基础。宏观的结构分析方面,历史制度主义以具体制度安排之间的结构关系为考察对象,探寻政治变量对正式制度安排的影响方式和影响程度。中观的制度分析方面,历史制度主义聚焦制度变迁过程中的路径依赖和关键节点,观察制度变迁的历史脉络和发展规律。微观的行动分析方面,历史制度主义认为价值偏好由特定制度所塑造,制度框架下的行动者互动关系反作用于制度变迁。

历史制度主义以探索制度变迁规律为研究目的,以时间序列分析为研究方法,“是研究制度变迁的一种较有解释力的理论分析工具”^③。结合理论内容与分析层次可知,历史制度主义以路径依赖和关键节点为焦点呈现中观的制度变迁过程,以宏观的制度背景和微观的行动关系为抓手分析制度变迁原因。基于本文的研究旨趣,

本文采用历史制度主义作为分析健康扶贫政策历史变迁及其演进逻辑的理论视角,构建健康扶贫政策的历史制度主义分析框架(见图1)。在该框架中,本文以路径依赖和关键节点为焦点呈现健康扶贫政策的变迁过程,以国家宏大制度背景和制度主体互动

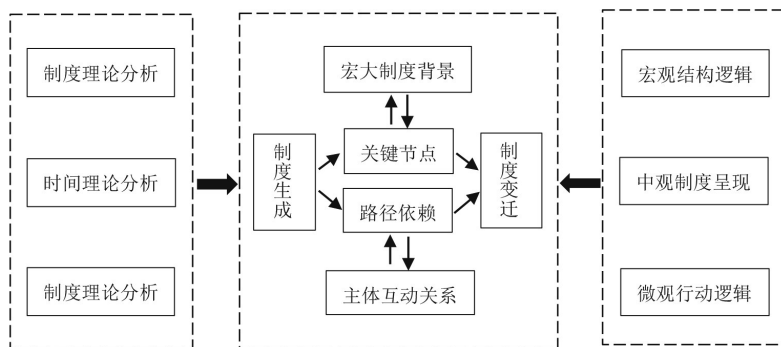


图1 健康扶贫政策的历史制度主义分析框架

① 刘圣中:《历史制度主义:制度变迁的比较历史研究》,上海:上海人民出版社,2010年,第2页。

② 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》,《理论与改革》2020年第1期。

③ 李青、钱再见:《历史制度主义视角下民主党派民主监督制度变迁逻辑》,《学习论坛》2021年第2期。

关系为抓手分析健康扶贫政策的演进逻辑。

(二) 数据来源

政策文本是政策内容在现实上的主要物理载体,具有留痕记录、组织管理、信息沟通、价值宣示等功能。健康扶贫政策文本作为政治体制改革和经济社会发展在健康贫困治理领域的集中体现,必然能够清晰地反映健康扶贫政策的时代特征和演进规律。作为国务院办公厅面向社会公开发行的政府出版物,《国务院公报》全面准确地汇总了国务院及其各部门公布的政策文件。为保证数据采集的有效性和数据内容的权威性,本文以 1978—2020 年间《国务院公报》刊登的健康扶贫政策文件作为数据来源,经粗略通读、筛选剔除、下载存档等文本数据收集工作后,得到了有效的健康扶贫政策文件共计 56 个(如表 1 所示)。

表 1 1982—2020 年健康扶贫文件汇总(节选)

编号	政策名称	发文字号	发文时间
1	《国家经委 民政部等关于认真做好扶助农村贫困户工作的通知》	民[1982]农 104 号	1982/12/15
2	《中共中央 国务院关于帮助贫困地区尽快改变面貌的通知》	/	1984/9/29
3	《卫生部关于卫生工作改革若干政策问题的报告》	/	1985/4/25
4	《国务院贫困地区经济开发领导小组关于九十年代进一步加强扶贫开发工作的请示》	国发[1990]15 号	1990/2/23
5	《卫生部等关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》	国发[1991]4 号	1991/1/17
6	《“八五”期间扶贫开发工作部署》	国办发[1991]24 号	1991/4/15
7	《国家八七扶贫攻坚计划(1994—2000 年)》	国发[1994]30 号	1994/4/15
.....			
51	《关于实施健康中国行动的意见》	国发[2019]13 号	2019/6/24
52	《解决贫困人口基本医疗有保障突出问题工作方案》	国卫扶贫发[2019]45 号	2019/7/10
53	《关于服务乡村振兴促进家庭健康行动的实施意见》	国卫人口发[2019]53 号	2019/9/4
54	《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》	/	2020/2/25
55	《深化医药卫生体制改革 2020 年下半年重点工作任务》	国办发[2020]25 号	2020/7/16
56	《中共中央 国务院关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的意见》	/	2020/12/16

(三) 技术路线

首先,将确定纳入选择范围的健康扶贫政策文本作为研究对象,按照发文前后时间对其进行排序;其次,按照时间序列逐一分析所有健康扶贫政策文本,对其进行政策背景归纳、政策目标总结及政策地位判断;再次,对政策背景相似、政策目标相合、政策地位相同的文本进行类型化处理,将时间序列上异质性前强后弱的政策文本标注为关键节点,廓清我国健康扶贫政策的时代特征和发展阶段;最后,考察宏大制度背景下的政治变量及制度关涉主体上的互动关系对我国健康扶贫政策的实际影响,厘清我国健康扶贫政策的变迁逻辑。

三、历史变迁:从局部工作、专项行动到重大工程

对收集到的政策文件进行累计频数分布处理(如图 2 所示)后,可知 1982—1996 年间,国家层面出台的相关政策文件共计 8 个,年均增长约 0.53 个;1997—2010 年间,相关政策文件数量激增至 24 个,年均增长约 1.14 个;2011—2020 年间,该政策文件数量继续增长至 56 个,年均增长约 3.2 个。在深入分析各增长长期健康扶贫政策文本内容的基础上,结合“解决温饱—巩固温饱—全面小康”的扶贫

目标嬗变、“扶贫救济—扶贫开发—脱贫攻坚”的扶贫方法转变以及“以治病救人中心—以人民健康为中心”的卫生价值蜕变,可将我国健康扶贫政策的历史变迁过程划分为扶贫救济局部工作(1982.12—1996.12)、扶贫开发专项行动(1997.01—2011.10)、脱贫攻坚重大工程(2011.11—2020.11)三个阶段。

(一) 扶贫救济局部工作(1982.12—1996.12)

贫困地区医疗卫生事业的倾向性扶持始于改革开放初期,国家在切实解决贫困地区人民群众温饱问题的同时,也开始考虑解决特困群众基本医疗卫生资源极度短缺的现实问题。这一时期,健康扶贫政策开始吸纳政治注意力资源,国家通过医药卫生资源统筹调配和医疗技术人才定向培养等救济性措施支援贫困地区卫生事业发展,健康扶贫逐步成长为扶贫救济事业的局部工作。1982年12月,《关于做好扶助农村贫困户工作的通知》提出,“地方卫生

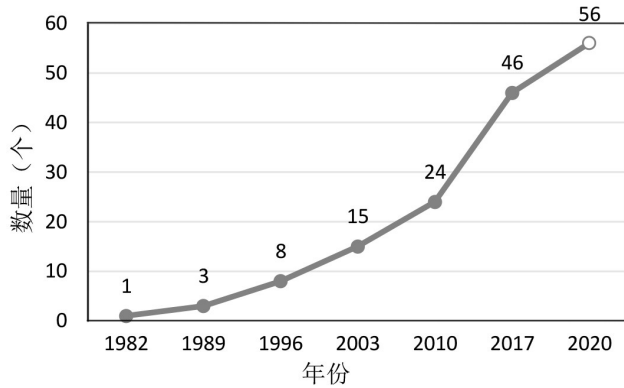


图2 1982—2020年健康扶贫文件的累计频数分布图

部门积极帮助贫困户防病治病,并减免一定的费用……这些做法,各地可以结合自己的实际情况,逐步加以推广”,实际上指明了医药卫生救济在扶贫工作中的重要作用。《关于帮助贫困地区尽快改变面貌的通知》提出,“山区的卫生工作也应有切实的规划,有关部门均应围绕山区开发的目标,采取措施,逐步实现”,这是中央出台的第一个专门针对贫困地区的扶持性文件,由此正式启动了中国农村贫困地区医疗卫生事业的帮扶工作。《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》提出,“把医疗卫生工作的重点放到农村,对于贫困地区的卫生事业建设,尤应予以必要的扶持”。健康扶贫建立了贫困群众获取医疗救助的有效途径,确立了政府部门与贫困群众的有效联系,在良好的绩效反馈下,健康扶贫从“扶贫救济政策重要内容”逐步成长为“医药卫生政策重要关切”,并相应提出了政策结构化的要求。

(二) 扶贫开发专项行动(1997.01—2011.10)

对贫困地区医疗卫生事业进行倾向性扶持后,健康扶贫对贫困治理的综合梯次减负作用逐渐凸显,国家开始探索促进贫困地区医疗卫生事业稳定发展的具体政策措施。这一时期,健康扶贫政策稳定吸纳政治注意力资源,国家通过建立农村医疗保障制度和实施农村医疗救助制度对贫困地区医疗卫生事业进行专项扶持,健康扶贫发展为扶贫开发规划的专项行动。农村医疗保障制度方面,1997年1月,《关于卫生改革与发展的决定》强调了农村合作医疗制度对于“保证农民获得基本医疗服务、防止因病致贫”的重要作用。在此基础上,中国初级卫生保健基金会开始推动“健康扶贫行动”,支持贫困地区建立、发展合作医疗制度。《关于发展和完善农村合作医疗的若干意见》要求各地“把发展完善农村合作医疗当成农村工作的一件大事来抓”。在较为有效的高位推动下,农村合作医疗制度推进迅速成为地方政府的年度工作重点。农村医疗救助制度方面,《关于实施农村医疗救助的意见》将政策对象定位为最困难的贫困农民和最急需的医疗支出,明确了中央财政转移支付对贫困地区医疗救助的必要专项支持。持续增持中央财政转移支付的农村医疗保障制度和农村医疗救助制度,强化了政府财政在贫困人口医疗支出领域的兜底作用和监管职能,使得健康扶贫与深化医药卫生体制改革紧密结合在一起,成为了检验地方卫生事业发展水平的重要指标。

(三) 脱贫攻坚重大工程(2011.11—2020.11)

基于贫困地区医疗卫生事业专项扶持的实践探索,贫困地区医疗卫生服务体系得到完善,贫困群体健康保障体系基本建立,我国开始着力于致贫因素的精准打击和深层清理。这一时期,健康扶贫政策大量吸纳政治注意力资源,我国迅速建立起识别精准、服务高效、管理科学、保障充分的医疗卫生扶贫体系,健康扶贫发展为脱贫攻坚战略的重大工程。2011年11月,《中国农村扶贫开发纲要(2011—2020年)》将总体目标定为“扶贫对象不愁吃、不愁穿,保障其义务教育、基本医疗和住房”。《中共中央 国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》提出“实施健康扶贫工程,保障贫困人口享有基本医疗卫生服务”。自此,健康扶贫的全局性地位得到了深入扩展,健康扶贫的纲领性指导得到了全面明确。健康扶贫工程的正式提出强化了身心健康在脱贫攻坚工作中的战略地位,使其上升为国家贫困治理的关键组成部分。此后,国家陆续出台《关于实施健康扶贫工程的指导意见》《健康扶贫三年攻坚行动实施方案》等文件,通过加快贫困地区医疗卫生服务体系标准化建设、降低贫困人口医疗费用负担、实施全国三级医院与扶贫开发工作重点县县级医院一对一帮扶等具体措施,建立了相对完善的健康扶贫政策体系和运行机制。2020年11月,全国832个贫困县全部脱贫摘帽,“两不愁三保障”全面实现,2000多万贫困患者得到分类救治,曾被疾病困扰的家庭重获生产发展的稳定劳动力。

四、演进逻辑:政治变量渐进调整与主体关系延展调适

健康扶贫通过医疗卫生、医疗保障、健康教育、公共卫生基本服务等方面的倾斜性扶持,推动贫困地区医疗卫生事业发展,提升贫困群众整体就医水平,改善贫困群众的生存质量和发展条件。健康扶贫政策是国家贫困治理在健康领域的政策总和,其演进规律在整体上契合国家贫困治理的战略节奏,在细节上呈现健康促进行动的阶段特征。作为中观制度的健康扶贫政策,在具体历史脉络中表现为宏大制度背景下的政治变量结构和制度关涉主体上的互动关系框架,两者都是健康扶贫政策出于自我发展需要而产生的能动反应。

(一) 宏大制度背景下的演进逻辑

历史制度主义者“尤其倾向于将制度与其他因素一道定位于因果链之中”^①。政治变量的排列方式对政治后果有决定性影响,作为国家行政力量对医疗卫生资源的强制分配,健康扶贫政策需要适配能够实现资源优化、社会整合与部门协同的政治系统。与政治制度共嵌于因果链条之中的经济发展水平、观念意识形态、部门职能设定等政治变量,共同构成了健康扶贫政策演进的宏大制度背景,紧密制约着健康扶贫的政策选择、政策维持与政策演进。

1. 经济发展水平:增量改革决定渐进升级

“随着经济基础的变更,全部庞大的上层建筑也或慢或快地发生变革。”^②经济基础的发展变化是制度变迁的根本动力,改革开放后,国家通过综合全面的制度变革调整社会生产关系,国民经济得到了恢复和发展,全社会的贫困问题得到了及时缓解。进入20世纪80年代中期,农村改革释放的外溢效应开始递减,在充分考虑经济薄弱现状和区域发展布局的基础上,国家着手解决贫困人口温饱问题。90年代后期,我国经济发展加快进入新一轮增长周期,国家贫困治理综合考虑健康、教育等深层致贫因素,开始实施以医疗保障和医疗救助为主的健康保障专项行动。进入新时期后,贫困人口分布

^① 彼得·豪尔、罗斯玛丽·泰勒、何俊志:《政治科学与三个新制度主义》,《经济社会体制比较》2003年第5期。

^② 《马克思恩格斯选集》第2卷,北京:人民出版社,2012年,第2-3页。

呈现出分散化与碎片化特征,在体量厚实经济实力支撑下,国家在健康、教育等致贫根源领域实施精准脱贫战略。

“从增量改革出发,稳定持续且适度增长的经费投入是确保农村医疗福利政策有序运行的基本条件。”^①市场机制是社会资产高效增长和社会资源有效配置的基础条件,经济增量会自然形成对体制存量的吸引力,推动相应的政治经济势力完成利益诉求制度化的任务。为有效规避激进变革带来的体制动荡风险,我国通过市场机制引导资产增量配置实现体制的稳健改革。健康扶贫内嵌于改革开放以来的增量改革路径,其最主要的特点是以经济发展为基础、以政府改革为主导,通过不断增加财政投入和资源供给,扩大贫困患者医疗福利供给的规模和总量,从而实现医疗健康领域的整体福利增长和社会公平扩张。健康扶贫增量改革策略兼顾了各个群体的利益需求和各个时期的发展需要,使得健康扶贫政策在发展中实现渐进升级。

2. 观念意识形态:整体效益决定间断均衡

长期以来,解决贫困人口的温饱问题是农村扶贫开发工作的首要任务,对检验和服务国家经济高速发展具有重要作用。《国家八七扶贫攻坚计划》指出,“尽快解决贫困地区群众的温饱问题……关系到中西部地区经济的振兴……和整个国民经济的健康发展”。伴随着经济总量的高速增长和扶贫开发的深入推进,贫困人口温饱问题得到基本解决,社会整体对于贫困人口在医疗卫生、文化教育等发展性资源方面的公平性弥补和可及性实现提出了更高要求,基本公共卫生服务均等化成为扶贫开发的重要目标。我国的贫困治理主要思路可以概括为:在经济实力较为薄弱的发展初期,着力解决由普遍的经济落后造成的资源型贫困问题;在经济实力较为雄厚的发展中后期,着力解决由相对的福利剥夺造成的发展性贫困问题。

“新观念一旦被制度结构之下的成员接受之后,就会在既定的制度结构下产生原有制度框架下不可能产生的新政策。”^②健康扶贫对贫困地区实行相应的政策倾斜和政策优惠,以提升贫困群众健康水平为整体目标,予以贫困群众医疗资源、卫生服务、健康知识等方面的支持。健康扶贫是在普惠发展理念指导下针对贫困地区弱势群体的一种扶贫开发模式,其最终目的是追求公共卫生福利增长和实现社会公平正义扩张,带有较强的政策针对性。从扶贫救济事业的局部工作到扶贫开发规划的专项行动,再到脱贫攻坚战略的重大工程,政治注意力资源不断加持强化的健康扶贫政策,客观反映了国家在不同发展阶段中的扶贫事业价值取向——由关注温饱和收入问题的效率价值取向转变为关注发展和质量问题的公平价值取向。

3. 部门职能设定:权责跟进决定断续转型

政府职能设定是政府各个政策制定机构之间的联结方式,其实质是制度与制度之间的结构关系。“制度间的相互配合,使得不同制度形成了相互拱卫和高度联结的状态,进而造成数项制度共同铸就的制度模块走上路径依赖的结果。”^③健康扶贫通过适配能够实现行动协同和资源整合的系统性健康部门,提供分类救治、医疗保障、医疗服务和卫生教育等综合性健康项目,是系统性健康部门在扶贫领域针对健康问题而展开的综合性健康项目。历史脉络上,健康扶贫政策演进既是卫生健康和扶贫开

① 徐向文:《从增量改革到存量优化:托底性农村医疗福利政策建构》,《华东理工大学学报(社会科学版)》2016年第3期。

② Peter A. Hall, *The Political Power of Economic Ideas: Keynesianism Across Nations*, Princeton: Princeton University Press, 1989, pp.383-384.

③ Peter A. Hall, David Soskice, *Variety of Capitalism, The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. New York: Oxford University Press, 2001. Preface.

发两大职能部门发展壮大的伴生活动,又是两大职能部门联合民政、财政、农业、金融、食药、社保等职能部门协同行动的共同结果,也是党中央和国务院在时局变化关键节点上做出的适时调整。

从关键节点标志性文件来看,《关于做好扶助农村贫困户工作的通知》由国家经委、民政部、财政部、中国农业银行、商业部、对外经济贸易部等十个部门联合发布,《关于卫生改革与发展的决定》《中国农村扶贫开发纲要(2011—2020年)》和《“健康中国2030”规划纲要》分别是中央在不同时期印发的决策性规定、纲领性文件和战略性规划。健康扶贫政策是以政府为主导的政策性公共产品,政策制定主体和政策文本内容的位阶升级,客观反映了健康扶贫政策产品供给对社会需求的有力迎合。政策制定在本质上是对过往经验的继承和对现实问题的应对,健康扶贫政策制定过程中的历时性权威加持现象,是政府在面对共时性职能饱和和问题时进行权责跟进所形成的断续转型结果。

(二) 制度关涉主体上的演进逻辑

历史制度主义者在进行制度变迁分析时,“倾向于强调某些集团的失利和其他集团的胜出”^①。权力游戏的非对称关系下,制度赋予一部分人以特权,并将另一部分人置于不利地位,形成了较为复杂的制度主体互动关系,并产生了多样的制度变迁可能性。制度和其关涉对象间的互动关系对制度的发展演进有着直接影响,健康扶贫参与者在既定的政策框架内交互行动,产生的利益博弈、协同合作和价值捍卫等多种互动模式对制度的发展演进起反作用。

1. 机会主义倾向:过热竞争致使制度否决

健康扶贫是国家贫困治理在健康领域的政策总和,政策主体是参与整个政策活动之中并起实际作用的行动主体,从政策运行阶段来看,健康扶贫主体包括政策制定主体、政策执行主体、参与补充主体以及最终受益主体。“制度为行动者提供机会,让行动者能够享有相关权力和职责,在制度规定的范围内执行团体或者个人的政治意志。”^②受政策信息不对称和心智能力不一致影响,个人政治意志主导下的健康扶贫政策行动主体,出于权益维护和福利增长的个体考虑,会在既定的制度框架内形成纷繁复杂的抗争和谈判活动。在政府部门居于权威主导地位的势力格局中,围绕政府行动而展开的对抗竞争活动较为明显。

在政府与群众的互动中,健康扶贫作为一种涉及较大社会福利的再分配型政策,给贫困人口带来了直接且丰厚的经济补贴,滋生了争当贫困户、不摘“贫困帽”的消极现象;在政府与卫生机构的互动中,政府监管对于规范医疗行为具有重要作用,但也会有基于对监管成本、脱贫进程的主观考虑而产生的妥协。制度的最大功能是在效力边际内为交互主体提供行动框架,当行动主体对抗竞争过热时,现有政策系统会因内部压力负荷与运行效能下降招致否决。历史脉络上的健康扶贫政策更新,政策制定主体充分关注并及时回应了贫困患者对医药降费的迫切期望、地方政府对资源帮扶的急切需求、卫生机构对工作减负的真切需要,其实质是制度关涉主体围绕报酬增长和福利扩张而展开的竞争谈判活动。

2. 行动绩效反馈:良性合作致使制度延续

“制度对行动者设定限制,保证了行动者都按照一定的原则来互相行动,而不至于超越规则之外,产生互相不利的后果。”^② 制度是人为设计的用于塑造行动者互动关系的规则,既定制度框架下,行动者不愿承担因改变规则而造成的“沉没成本”是制度延续的重要原因。健康扶贫是以政府为主导的多元主体参与的健康贫困治理活动,各参与主体间协同合作关系的实现是健康扶贫的内生要求,围绕

^① 彼得·豪尔、罗斯玛丽·泰勒、何俊志:《政治科学与三个新制度主义》,《经济社会体制比较》2003年第5期。

^② 刘圣中:《历史制度主义:制度变迁的比较历史研究》,上海:上海人民出版社,2010年,第140页。

合作强化和竞争管控而设置的激励机制是健康扶贫政策的重要内容。在参与绩效可预知和协同机制可强加的条件下,集体行动限制主导下的健康扶贫政策行动主体,出于权威认可和绩效期望的个体考虑,会积极学习和主动适应政策内容,在既定的制度框架内形成纵横交错的领导联动网络。

纵向领导方面,政府作为健康扶贫政策主导者,统筹引领健康扶贫政策的总体设计,组织协调健康扶贫主体的行动步骤,整合提升健康扶贫资源的综合效益。横向联动方面,健康扶贫需要政府部门积极作为,减少标准冲突、强化行动合力;需要卫生机构对照标准全力执行,面向扶贫对象提供医疗资源和医疗服务;需要受益主体积极配合,实现被动脱贫向主动脱贫的良性转变;需要社会组织参与跟进,充分调动社会参与积极性。诉求多样和利益多元的健康扶贫行动主体形成了综合而又复杂的政策系统,各主体间的协同合作将利益博弈控制在合理范围内,维持了健康扶贫政策系统的稳定性和有效性,健康扶贫政策行动者在既定行动框架内的良性合作促成了健康扶贫政策的延续运行。

3. 价值偏好建构:思想定势致使制度僵化

“制度能界定谁参与政治选择,建构行动者如何在政治背景下行动,最终形成信念和偏好。”^① 价值偏好是行动者对收益和风险的态度,是潜藏于行动者内心的非理性情感倾向,历史制度主义者认为制度是影响行动者目标确立和偏好形成的决定性变量。现有制度限定了行动者的信息范围和选择集合,塑造了行动者关于风险的厌恶程度,将行动者的组织思想禁锢于习惯势力和旧制框架中,在组织层面阻碍制度创新的发生和扩散。具体历史脉络上,健康扶贫政策在国家贫困治理领域经历了“局部工作—专项行动—重大工程”的工作地位跃迁,实现了卫生事业普惠发展和共建共享的价值依归,其政策系统适配了以工作目标、工作方法和工作流程为主要内容的价值偏好引导机制。

工作目标方面,健康扶贫政策经历了从治病救人到身心健康的转变;工作方法方面,健康扶贫政策经历了从救济开发到精准帮扶的转变;工作流程方面,健康扶贫政策经历了从部门合作到多元参与转变。制度的生命力在于问题导向下的学习创新,若将一种制度设计的共时性相对优势理解为历时性恒定优势,就极易导致思维定势和制度僵化。在健康扶贫政策的具体演进过程中,政策制定主体往往把大量的注意力资源分配在贫困患者对个人权益的全面获知以及地方政府对工作方法的有效认知上。健康扶贫政策系统对行动者在工作目标、工作方法和工作流程方面的价值偏好的及时引导和有效塑造,是规避健康扶贫政策结构僵化,实现健康扶贫政策更新发展的内生要求。

通过长时段和大视野的历史演进分析可知,服务于国家贫困治理的健康扶贫政策,在完成扶贫救济、扶贫开发和脱贫攻坚各个阶段历史任务的过程中,经历了“局部工作—专项行动—重大工程”的内容升级,实现了“以治病救人中心—以人民健康为中心”的价值升华。我国健康扶贫政策的历史演进既是国家宏大制度背景所决定的渐进式结构调整,又是制度主体互动关系所形塑的延展性框架调适。从国家宏大制度背景来看,以经济发展水平为基本面向的增量改革策略,以观念意识形态为

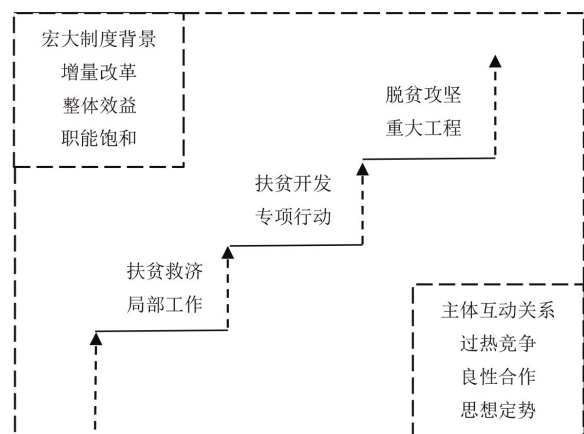


图3 健康扶贫政策的演进逻辑

^① Sven Steinmo, “Historical Institutionalism,” in Donatella Della Porta and Michael Keating, eds. *Approaches in the Social Sciences*, Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

根本导向的整体效益判断,以政府职能设定为直接指向的权责跟进要求,决定了健康扶贫政策演进的渐进式调整逻辑。从制度主体互动关系来看,以机会主义倾向为显著诱因的过热竞争否决,以行动绩效反馈为直接动因的良性合作延续,以价值偏好建构为根本原因的思想定势僵化,形塑了健康扶贫政策演进的延展性调适逻辑。

五、前景展望:整体部署、决策节奏及治理网络

党的十八大以来,国家对健康扶贫作出了全局性地位强调和指导性制度安排,我国迅速建立起了识别精准、服务高效、管理科学、保障充分的健康扶贫运行体系,“因病致贫,因贫致病”的恶性循环得到了有效应对。《关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的意见》要求“有效防范因病返贫致贫风险……过渡期内保持现有健康帮扶政策基本稳定”,发挥健康扶贫政策对于巩固拓展脱贫攻坚成果和衔接乡村振兴战略的综合梯次减负功能。展望未来,应客观审视健康扶贫政策演进路径上可能出现的风险挑战,通过统筹增量改革与存量优化的整体部署、把控路径稳定与节点创新的决策节奏、形成协同合作与良性竞争的治理网络,为巩固拓展脱贫攻坚成果、衔接推进乡村振兴战略、提质加速健康中国建设,提供高水平的人力资本条件、高标准的社会公平环境和高质量的经济新动能。

(一)统筹增量改革与存量优化的整体部署

稳定持续和适度增长的经费投入是确保困难群众共创共享医疗卫生福利的基本条件,在不平衡、不充分的发展格局中,以扩大财政投入和增加资源供给为基本特征的健康扶贫增量改革路径,在当前及今后一段时间内仍然是影响健康扶贫政策托底效能的重要因素。“福利政策偏差和政策运行低效是加重福利国家危机的重要原因”^①,公共政策在经费投入上具有绩效延迟反应和边际效益递减的特性,为保证政策绩效潜能的充分释放,政策设计在资源配置上既要重视必须的基础性投入,也要进行适时的结构性调整。在全面巩固脱贫成果和全力推进远景战略的政策背景下,健康扶贫政策应将工作重心从增量改革适时过渡到存量优化,统筹增量改革与存量优化的整体部署,推动政策资源的充分供给和有效利用。

(二)把控路径稳定与节点创新的决策节奏

“政策方案的自我强化机制会锁定自我优势效果,形成内部优势长期稳定再生产,直到下一个关键节点的到来。”^②稳定持续的政策实践是维护政策运行效力、释放政策绩效潜力、抵御政策环境压力的必然选择,但长期延续的政策实践可能会造成决策机制闭环老化和获利群体依赖强化,致使政策实践无视政策环境的发展变化、漠视关键节点的变革要求。以健康贫困问题为基本面向的健康扶贫政策,在实践过程中呈现了政策路径稳定性和政策节点创新性的本质矛盾。破解健康扶贫政策消极路径依赖,必须贯彻全面深化改革的时代要求,充分关注政策环境的发展变化,把控路径稳定与节点创新的决策节奏,及时将内部的成效经验和外部的变革要求上升为制度建设,形成权力均衡、制度规范、环境友好的良性路径依赖。

^① 奥平清:《福利制度是西方国家危机的根源吗?——兼论中国社会福利研究的理论自觉》,《教学与研究》2014年第2期。

^② James Mohoney, “Analyzing Path Dependence: Lessons from the Social Sciences,” In Andreas Weimer and Reinhart Kossler, edited, *Understanding Change: Models, Methodologies, and Metaphors*, Palgrave Macmillan, 2006, pp. 129–140.

(三) 形成协同合作与良性竞争的治理网络

“健康贫困的治理逻辑在于公平配置健康资源、多重叠加健康保障和联结扩展社会网络。”^①作为衔接乡村振兴战略和推进健康中国建设的重要体现,健康机会的公平性弥补和健康服务的可及性实现始终是健康扶贫政策的根本价值,针对弱势群体进行倾斜性资源供给和合作性扶贫开发仍然是健康扶贫政策的主要内容。为有效规避政策实践过程中可能出现的群体利益纠葛、部门联合谋利、个体福利过剩等风险,健康扶贫政策演进理应将行动主体间的协同合作与良性竞争列为制度设计的重大考虑,明确强化各行动主体在健康贫困治理领域的责任义务,及时扩大社会公众参与健康贫困治理的渠道内容,巩固健全精准识别、科学管理、有效诊疗和充分保障的协同治理机制,形成协同合作与良性竞争的健康贫困治理网络。

On the Historical Changes and Evolutionary Logic of Health Poverty Alleviation Policy

——Based on the Investigation of Historical Institutionalism

FAN Fengchun WANG Biao

Abstract: Healthy poverty alleviation involves human capital development and social fairness, scientific understanding of the historical changes and evolution logic of health poverty alleviation policy is an important topic in the process of poverty governance and the promotion of common prosperity. From the perspective of historical institutionalism, China's healthy poverty alleviation policy has gone through three major historical stages: the partial work of poverty relief, the special action for poverty alleviation through development, the major project of poverty alleviation. The evolution of China's healthy poverty alleviation policy is not only a progressive structural adjustment determined by the comprehensive effects of incremental reforms, overall benefits, and functional saturation under the background of the country's grand system, but also the malleable frame adaptation produced by the interaction of overheated competition, benign cooperation, and ideological stereotypes in the interactive relationship between institutional entities. Looking to the future, the evolution of healthy poverty alleviation policy should coordinate the overall deployment of incremental reforms and stock optimization, control decision-making rhythms of path stability and node innovation, form governance network of collaboration and benign competition.

Key Words: healthy poverty alleviation; poverty alleviation policy; poverty governance; historical institutionalism

责任编辑:李永诚

^① 翟绍果:《健康贫困的协同治理:逻辑、经验与路径》,《治理研究》2018年第5期。