

【社会现象与社会问题研究】

健康中国背景下农民健康治理参与模式重构*

——基于健康乡村的三重逻辑

王三秀 卢晓

摘要:促进公众健康有效参与已成为国际健康治理发展的新趋势。在健康中国建设背景下,健康乡村存在健康需求整体化、时序重心前移化及治理实践场域化的三重逻辑,迫切需要农村健康治理的创新转变。目前,农民健康治理参与模式存在观念、空间及效果保障三方面的缺陷,并引致多种不利后果。究其原因在于存在健康管理方式“路径依赖”、基层政府健康治理能力不足及立法制度建设缺位等问题。为此,应通过农民健康治理参与模式的观念重建、空间重塑以及制度重设,重构农民健康治理参与模式。

关键词:健康乡村;三重逻辑;农民健康治理参与;模式重构

中图分类号:C913.7

文献标识码:A

文章编号:1003-0751(2022)04-0055-10

一、问题缘起

健康乡村是实施健康中国战略的基础工程和重要组成部分。中共中央、国务院印发的《“健康中国2030”规划纲要》提出,以农村和基层为重点,推动健康领域基本公共服务均等化,逐步缩小城乡、地区、人群间的基本健康服务和健康水平的差异,促进社会公平。《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》在论及提升农村基本公共服务水平时特别指出,要全面推进健康乡村建设。但是,长期以来农村地区医疗卫生基础薄弱,推进健康乡村建设的任务十分艰巨,特别需要政府、社会及农民自身多主体参与的协同共治。目前,作为健康乡村建设主要力量的农民,其健康参与主要体现在“新农合”与家庭医生契约服务方面,其他参与方式采用较少且效果欠佳,不少地区存在“新农合”医保资金不足、家庭医生签约服务低效等问题。从健康中国战略的需求看,作为健康乡村建设

基本实践形式的农民健康治理参与模式,亟待对其目标、观念、形式、内容及效能保障等方面进行分析审视,并在此基础上将其新型模式的构建作为促进农民自身健康潜能发挥的基本路径,进而有效加快健康乡村建设进程。

进入21世纪以来,注重公众对健康治理的有效参与已成为国际健康政策制度建设与实践的新的趋势。2000年欧洲委员会指出,公民和患者参与决策过程的权利必须被视为任何民主社会的基本组成部分。^①英国2001年颁布的《卫生和社会保健法案》以及2003年英国卫生部发布的《加强问责制,让病人和公众参与:政策指导》等也体现了国家对公民参与健康治理的高度重视。从具体实践看,加拿大的公众参与实践形式丰富多样,包括担任健康项目规划“顾问”、对医疗卫生服务质量改进提出建议、作为资源分配的参与者和公众利益的保护者发挥作用等,同时加拿大还在联邦/省/地区协议中建立公众参与对话机制,最终目的是公平有效地实现

收稿日期:2022-02-21

* 基金项目:中央高校基本科研业务费资助项目—华中科技大学重大交叉培育项目(2019WKZDJC013)。

作者简介:王三秀,男,华中科技大学社会学院教授、博士生导师,管理学博士(武汉 430074)。

卢晓,女,华中科技大学社会学院博士生(武汉 430074)。

健康治理的预期目标。^②可见,公民健康治理参与涉及自身健康维护、项目设计、政策改善及强化执行效果等多方面。相关研究也显示,不同形式的健康参与的确能够在改善人的健康方面发挥一定的作用。以一项老年群体的调查结果为例,注重老年参与的协商型家庭中老年人的健康状况远比听从型家庭中老年人的要好。调查数据显示,前者“非常好”与“比较好”的比例分别占 41.5% 和 41.0%,后者则分别仅为 9.0% 和 12.8%。^③以上的梳理分析为本文议题的系统研究提供了重要启示。

目前国内学者关于健康乡村建设的研究,主要集中于如何推进健康服务的供给侧结构性改革方面,特别是医疗资源向农村下沉、推进县域医疗卫生共同体建设等方面,对农民自身的健康治理参与这一重要议题则关注较少。有学者已经意识到,国民健康治理的顶层设计及健康基本法所要处理的必然是国与民之间有关健康的基本关系,要解决如何动用整套国家机器、动员国家所有资源去尽可能地满足全体国民健康需求的问题。^④也有学者关注到农民在健康乡村建设中的角色变化与特殊作用,提出健康作为一种意识形态开始逐步占领农民的思想观念,农民的日常生活在这种意识形态的影响下正在逐步发生变化。^⑤在健康乡村建设的持续推进中,外部资源的扶持十分必要,但对农民自身健康潜能资源的充分激活释放和运用更具根本性意义。这就需要在客观审视目前农民健康治理参与模式现状的基础上,探索有效促进农民健康治理参与的新型模式。进行这一探索的基本前提就是要准确把握健康乡村的实践逻辑及治理需求。

二、健康中国建设推进中健康乡村的实践逻辑及治理需求

对任何社会问题的研究都不能脱离问题的特定场景,对健康治理问题的探索亦是如此。澳大利亚健康卫生学者 Jane Dixon 研究指出,不同人群之间的健康差异不是由卫生保健方面的差异而是由社会特征的差异带来的。健康梯度体现的不仅是贫困问题,而且是社会经济地位或社会分层结构问题。不是健康决定社会地位,而是社会地位决定健康。^⑥由于我国城乡医疗健康服务供需关系客观上存在一定的差别,受长期以来城乡二元化医疗卫生政策的影响,我国健康乡村实践具有自身的理论逻辑及治理

需求特质。

(一) 健康乡村的三重逻辑

自 2018 年《中共中央 国务院关于实施乡村振兴战略的意见》首次提出“健康乡村”的概念以来,国内学者已进行了一定的研究,并对此概念形成了广义与狭义的理解。广义上,健康乡村涵盖身心健康、经济发展、社会保障、生态宜居等乡村各方面的健康状态;狭义上,健康乡村主要关注通过医疗健康卫生服务实现农民的身心健康状态。本文将健康乡村界定为通过特定医疗卫生政策的具体实践使乡村实现可持续化的健康状态。基于政策实践通常具有的“目标—过程—结果”的特点,健康乡村具有以下内涵:一是健康目标的整体性。依据我国 2016 年全国卫生与健康大会的“大健康”精神,借鉴国际健康新理念,健康整体性基本上包括农民身体、心理及社会关系三个方面,这三个方面形成紧密联系和相互影响的整体。WHO 认为,尽管很难制定一个精确、统一的健康乡村的评价指标和标准,但可从居住环境健康卫生的改善、适宜医疗卫生服务的提供、农民自身健康知识知晓率和健康行为形成率、社会关系的健康促进和发展等方面来制定各地的健康乡村指标。可见,健康乡村指标包括基本医疗及环境卫生完善、人文和谐等方面^⑦,体现出整体性特点。二是实践过程的多主体参与性。即健康乡村建设实践不是某个单一主体的行为,而是多主体协同共治。对于广大农民,健康乡村不仅是一个区域或空间概念,更是一个主体概念,而非单纯的受益者或被动的客体。三是质量结果的发展性。这意味着不仅要满足农民当下的健康需求,而且要不断丰富健康内涵并提升农民的健康质量。以上健康乡村的概念内涵蕴含着健康乡村的以下三重实践逻辑。

1. 需求满足逻辑

健康需求满足整体化具有必然性。整体健康观是有别于无疾病健康观念的新健康观念,具有丰富的内涵。世界卫生组织将健康定义为不但包括身体没有疾病或虚弱,还包括良好的生理、心理状态和社会适应能力。可见,整体健康意味着身体的、精神的和和社会的完好状态。这是健康最好的选择。^⑧这一观念也体现出“生命系统的进化发展有着基本的连续性,包括有机体层次和社会文化之间的各种连续性”^⑨。在我国健康乡村建设实践中,对整体健康观的秉持与实践具有必然性。因为目前农民疾病谱系

已发生了明显变化,慢性以及非生理性疾病日趋增加,涉及家庭遗传、生活方式、社区社会环境等多种因素。如若仍坚持传统的身体健康观念,将健康获得单纯寄希望于对疾病的医疗,很容易引起多种不良后果。如过于依赖医疗会增加农民的经济负担,加大农民“因病致贫”和“因病返贫”的风险,加剧农民对疾病的心理恐慌等。长期的消极心态和情绪有可能导致生理的疾病。^⑩健康人一旦患病,很容易身体失序,出现自我否定等心理状况的改变。^⑪相对于城市居民,农民由于医学知识的不足与健康观念的不正确,更容易丧失自我健康维护的意识和决定权利。因此,有效推进健康乡村建设,就需要转变传统的身体健康观念,以整体健康思维满足农民的健康需求。

2. 治理时序逻辑

健康治理重心前移具有必要性。治理时序逻辑主要指健康治理重心前移。这种前移主要包括两方面的含义:其一,政策策略重心前移。即以有效政策将健康乡村建设的重点从传统的以“治疗为中心”前移到“以疾病预防为中心”,即“健康管理向前,医疗服务殿后”^⑫。在健康社会学视野下的健康管理应该面向大多数处于健康或亚健康状态的人群,形成健康管理的国家与社会的协同行动。这种政策理念在农村地区迫切需要普及。众所周知,患慢性病会直接降低人们的劳动参与率并增加家庭的医疗负担。广大农村地区受生态环境、卫生条件等因素的影响,慢性疾病的发病率相对较高,这就使得农村地区疾病预防与早期干预的需求比较迫切。而且,由于农村人口老龄化速度加快、农村老年群体人数持续增加,传统家庭养老照护功能日渐衰微,农民在健康保障方面更需要从“重治疗”向“重疾病防范”转变,农村需要构建关于农村老年健康贫困风险预防的长效治理模式。其二,生命历程重心前移。即强调在生命早期阶段对疾病进行预防与干预。研究表明,一些老年疾病的发生正是在其幼年、青年时期初现端倪。农村地区存在比例较高的亚健康人群,疾病的早期发现和干预不仅可以提升其生活质量,而且能够促使其养成健康的生活习惯,减少其生命后期损害健康的行为发生。同时,慢性疾病的早期干预也更易于使病人恢复正常的社会角色。^⑬目前,农民整体的健康素养相对较低,进入老年期前对疾病预防的忽视是形成老年健康问题的重要因素。有学

者在对 1255 户居民的调查中发现,经常考虑健康问题的农村居民仅占 13.7%。^⑭对此,应引起足够重视,努力使农民形成对生命历程前端健康风险防范必要性的普遍认识。

3. 实践场域逻辑

农民自身健康潜能的激活与运用具有迫切性。当代法国著名社会学家布迪厄认为,场域意味着特定时空下的主体网络关系或构型,其内含力量和潜力,各参与主体借助场域,按照自身逻辑发挥作用。健康乡村亦是如此,其需要在农村特定的场域下,政府、社会力量及农民发挥各自的作用。激活与运用农民的健康潜能之所以具有迫切性,具体体现在:其一,农民有着不可忽视的潜在健康资源或资本亟待激活和运用。布迪厄把场域内的资本分为物质性经济资本、知识技能性文化资本、社会交换交往的社会资本和被尊重认同的符号资本四种类型。健康资本同样如此。与城市居民相比较,当前农民拥有的健康资本虽然较少,但仍不可忽视。有学者将健康解释为“已社会化的个人完成角色和任务的能力处于最适当的状态”^⑮,农民也能够以不同的形式发挥自己在健康方面的能动角色作用。如大多数人似乎能够在自我感觉的基础上对他们的生理状况做出准确的评价。^⑯同样,农民对自身健康状况的感知评价及其合理行动的选择应视为健康乡村建设实践的重要资源,他们与日常生活的家庭和社区形成良好的社会关系,也直接利于其身心健康及社会和谐。其二,农民健康潜能的激活与运用可缓解农村健康资源的供需矛盾。我国城乡卫生资源的配置差距长期存在,农村健康资源难以满足农民的整体性健康需求。人口老龄化及疾病谱系变化等趋势使农村健康问题尤为严峻。如果将健康治理重心仅置于疾病治疗,资源供需关系则会更为紧张,将农民视为健康乡村的基本主体并激活与运用其资源,有利于缓解这种紧张关系。因为疾病的根源和对疾病的管理应更多地归于个人,而非社会和集体。^⑰其三,农民健康潜能亟待加强。随着我国农村医疗卫生事业的发展和新农村建设的有序推进,近年来农村地区家庭医生签约服务及其他农村医疗卫生政策的实践在一定程度上改变了农民长期不良的生活习惯、思维方式和对疾病的误解,农民的自律健康行为逐渐得到塑造。但是,农民健康潜在在得到初步激活与运用的同时,其作用发挥得还不够充分,仍存在不少制约因

素。研究表明,受教育程度越高的人对卫生服务的消费取向越强,对医生的依赖也越弱。^⑮农民受教育程度较低,直接影响着其健康潜能的发挥。

健康乡村的三重逻辑分析表明,在健康乡村建设中,无论是需求满足逻辑还是时序及场域逻辑,其都意味着需要对传统医疗健康保障模式进行创新突破。这迫切需要选择科学合理的目标与策略,特别是进行新型农村健康治理模式的探索与实践,以有效吸引农民主体性能动参与,充分激活并整合利用农民自身的健康资源,政府以最小的资源投入获得最大和可持续化的实际效果。这与我国乡村振兴战略激发农民内生动力的政策逻辑具有一致性。

(二) 健康乡村内在逻辑蕴含的农村健康治理转变需求

客观来看,健康乡村三重逻辑的具体实践对长期以来农村行政化的健康管理方式提出了新的挑战,引入并践行健康治理理念显得愈发重要。Inez Mikkelsen-Lopez 等学者明确指出,对发展中国家来说,理解健康治理的概念和提升健康治理能力尤为重要。^⑯不仅如此,在健康乡村的内在逻辑下,健康治理转变的需求也愈发明显,主要体现在以下方面:其一,治理理念目标从重身体疾病治疗向实现农民的整体健康转变,不断提升农民的健康水平,注重疾病风险防范,尤其是“强化底线思维,增强忧患意识,时刻防范卫生健康领域重大风险”^⑰。其二,治理过程由单纯重政府行为向重视多主体协同合作共治行为转变,以充分整合运用各种健康资源,满足农民的整体健康需求,发挥包括农民在内的各社会主体主动参与的优势,弥补政府治理能力水平的不足,避免习惯性沿袭以往的管理方式。其三,效果保障注重新实践方式的引入和运用,并形成制度规范,注重治理模式的优化,尤其是注重农村重点人群健康制度创新建设。国家卫生健康委等 15 个部门在《“十四五”健康老龄化规划》中提出,到 2025 年,老年健康服务资源配置更加合理,综合连续、覆盖城乡的老年健康服务体系基本建立,老年健康保障制度更加健全。这是农村老年健康治理转变的基本保障,积极老龄化理念背景下的老年健康治理参与是其中的重要内容。

国内外的相关研究成果与政策经验为以上健康治理转变的深入探索提供了有益启示。如 Arnstein 提出公民参与阶梯论,将公民参与历程划分为政府

操纵公民无参与、寻求公民信任的象征性参与、授予公民自主权利的合作伙伴参与。^⑱其中,最后一种显然是最优的参与模式。在经验方面,如日本注重借助新制度强化地方自治,将健康等公共服务下放至离居民较近的地方政府,以促进公民对政府决策的直接参与。^⑲国内学者提出,医疗卫生领域一直执行自上而下的由政府指导的改革,社会参与方式较为单一,公民健康参与不足。可通过试点带动效应,在医疗卫生领域建立完善的公民参与机制,包括公共政策及公共项目的制定与实施等内容。^⑳在医患关系方面,医院建立绩效管理体系要充分考虑双方利益,纳入“人文关怀”“医患沟通”等新指标。^㉑

当前,我国农村健康治理模式创新研究涉及多个方面,其核心问题应该是对目前农民健康治理参与模式进行系统审视,客观分析其存在的问题及原因,并以此为基点进一步探索真正契合健康乡村逻辑的新型农民健康治理参与模式。

三、健康乡村逻辑下农民健康治理参与模式 审视:缺陷及原因

在健康中国和健康乡村建设中,农民自身已有一定的健康治理参与行为,并形成了特定模式。从一般意义看,模式意味着对一种实践行为的理念、内容、效果及相关制度规制等特点的整体性概括。这有别于具体的实践经验模式,在此意义上模式具有更高层面的理论归纳和更全面的要素把握。基于此,在健康乡村逻辑下审视目前的农民健康治理参与模式,可发现其存在多种缺陷,难以满足健康乡村逻辑下农民健康治理转变的新需求。

(一) 农民健康治理参与模式的现实缺陷

1. 理念缺陷:被动性参与观念

目前农民直接健康参与的基本形式是“新农合”及家庭医生契约服务参与,其他参与形式较少运用。这与理念的欠缺有着密切关系。无论是从管理人员还是从农民自身来看,其都存在被动性的参与观念。一些基层管理者习惯性地认为农民只是农村健康治理的客体或受益者,难以发挥主体作用,其参与也未必有实际价值,他们只需要服从相关政策即可。但从国外的相关实践来看,情况并非如此。民众在健康治理中扮演着不同的参与角色,较充分地体现了能动性的参与观念。如民众承担着代表自己发言的公民角色、代表所在组织利益或表达弱者

需求的代表者角色、作为病人或被服务者的消费者角色^⑤以及针对自身健康的管理者角色。那些易患疾病的老年人的自我健康管理体现出积极的心理调节机制,即“适老调整”^⑥。在“医患关系”方面,Keller提出了E4沟通模式,此模式包含Engage(尽力理解)、Empathize(共鸣)、Educate(教育)和Enlist(帮助支持)四要素。Engage要求医生设法使患者融入医患沟通当中;Empathize强调医生细致体察患者的感受;Educate注重使患者获得与自身疾病治疗有关正确、充分的信息;Enlist促使医生与患者沟通商定治疗方案并配合治疗。^⑦医疗保健的整体治理也体现了这种主动性观念,如让每位成员都有机会对特定问题直接行使发言权,进行直接选择,提出问题的解决办法。^⑧在健康参与主体能力提升中涉及身体近况、需求程度以及采取行动时所付出的心理、金钱与时间代价的评价等方面^⑨,这些参与内容与形式在我国农村地区较少开展,加上受掌握的信息、知识文化、机会等不利因素的制约,农民很难形成健康治理中的主体能动观念。

2. 内容缺陷:参与空间运用不足

空间理论是观察分析健康行为开展过程特点的重要视角。社会理论家米歇尔·福柯指出,在医疗实践中有两种不同的趋势,即“物种医学”和“社会空间医学”。前者以生物学为基础,后者则强调“医学诊视”必须与其他更广泛的社会空间中的问题相结合,如收入、生活方式、饮食、习惯、就业、教育和家庭结构,这些主要存在于家庭与社区空间。相应地,

农村健康治理也存在三个基本空间,即家庭空间、生活的社区空间以及整个社会空间,它们都不是孤立存在的。正如哈贝马斯分析指出的,私人领域同样包含真正意义上的公共领域,因为它是由私人组成的公共领域。^⑩理想的健康空间关系是家庭、社区及社会三种空间充分发挥作用并互动结合。但就农村健康治理实践看,三者虽有一定的运用与结合,但总体上处于作用不足及断裂状态。从农民来看,其对家庭及社区空间的作用重视不够,对政府存在依赖心理,缺少主动参与社区健康事务的责任感,“参与—反馈—再参与”的连续互动机制并未形成。^⑪从基层政府来看,其也未能以有效的资源投入促进家庭、社区及社会三重健康资源空间作用的充分发挥与互动整合,从而难以为农民提供更多空间参与的机会并提升其参与能力。例如,社区卫生室并未成为农民健康参与的重要空间,健康教育、就医意愿的需求交流及意见反馈等目前作用比较有限。主要原因在于:一是基层政府承担了种类繁多的工作任务,在组织和促进农民健康参与方面精力有限。二是农村医疗卫生人员数量不足。从2010年以来农村社区不同类型卫生室发展情况看,其总体数量不仅没有增加,而且处于下降趋势。农村医务人员在家庭及社区空间应当对农村健康参与发挥重要的促进作用。但从目前情况看,这部分人员力量明显不足,近年来还出现了卫生人员如乡村医生等人数不增反降的情况,乡村医生及卫生员的人数从2019年的84.2万余人,下降至2020年的79.5万余人(见图1)。

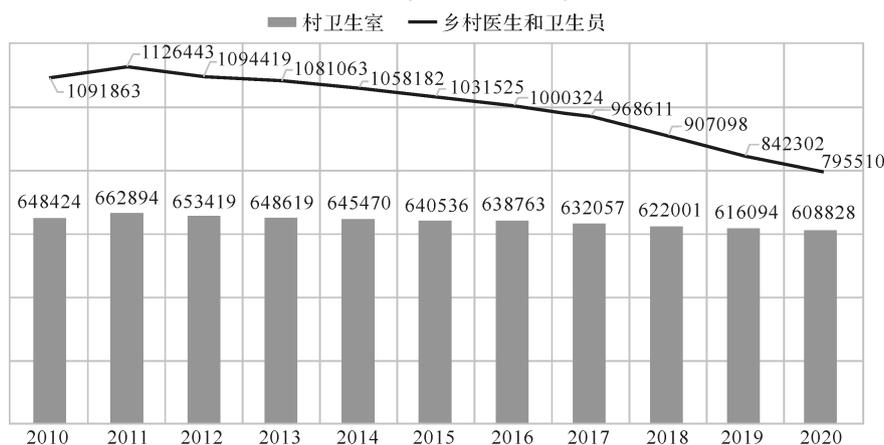


图1 2010年以来全国乡村卫生室、乡村医生和卫生人员数量统计

注:资料来源于《中国统计年鉴2021》,中国统计出版社,2021年。

3. 效果缺陷:资源供给存在缺位

实现农民健康参与的良好效果需要多种资源的

支持,包括机会、平台、场所及信息等,从目前看农村地区这些方面的发展都比较薄弱甚至处于缺位状

态。作为基本条件的参与信息平台建设不充分的问题比较突出。以笔者在河南省 N 市的调研为例。该市成立了健康教育资源管理和健康教育业务管理平台,可以进行线上信息统计,有健康科普专家库、资源库、知识库及各类健康教育业务信息。但作为汇聚市、县、乡、村四级医疗机构诊疗信息的健康大数据平台,其主要还是以管理为目的,关于居民健康尤其是健康参与意愿与能力等方面的信息明显不足。同时,因医疗机构注册联网管理系统、医师执业注册联网管理系统、护士执业注册联网管理信息系统和卫生统计网络直报系统均属国家级系统,市级平台无法与之实现信息互通,从而难以实现卫生服务资源共享。在民间组织方面,社会办医疗机构、公益健康组织、心理健康服务组织等与居民更具亲和性,有利于促进农民的健康参与,但从目前看政府和民众对此均不够重视。调查发现,民间医疗机构与政府也曾开展过一些合作,合作目标与内容多为临时性的,如新冠肺炎疫情暴发以来协调对接核酸检测工作等,其潜能的发挥远远不够,更未能发挥促进农民健康治理参与的作用。

以上农民健康治理参与模式的缺陷在客观上带来了一定的不利后果。如农村医保资金支付持续增长,农民就诊费用居高不下且呈现增加趋势。《2020 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示,2019 年,基层医疗卫生机构病人门诊和住院费用在社区服务中心为 142.6 元,在乡镇卫生院为 77.3 元;2020 年在社区服务中心增加到 265.9 元,在乡镇卫生院为 84.7 元。国家统计局数据也显示,2019 年农村居民医保基金支出达 8191 亿元,比 2018 年增长 1.15 倍。^②农民用于疾病治疗的开支在相对贫困的农民家庭支出中占较高比例,一些农民慢性疾病尤其是老人心理精神疾病仍难以得到有效应对。

(二) 农民健康治理参与模式缺陷之原因分析

近年来,我国的立法政策日益重视农民的健康治理参与。2019 年通过的《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》及《健康中国行动(2019—2030 年)》均涉及农民的健康治理参与,特别强调在以治病为中心向以人民健康为中心的转变中注重农民的参与。但是,实践中农民健康治理参与模式存在一定缺陷,是有着错综复杂的深层次的原因的。基于实地调查及其他相关因素的整体分析,本文将原因概括为以下三个方面。

1. 农村健康管理方式存在“路径依赖”

这种“路径依赖”主要是指采取传统的单向性健康管理方式,对参与主体相互间的合作互动缺乏足够重视。其通常的做法是上一级政府机构制定健康促进方面的政策方案,然后向下一级政府机构进行层次分解。具体说,市卫生健康委员会每年制定全市的健康教育和健康促进工作计划要点,并通过各县(区)卫生健康委员会进行工作落实;市卫生健康委员会所属的市健康教育所承担具体工作,对全年工作任务进行分解,安排工作时间和进度,并下达各县(区)卫生健康主管部门和业务承担机构;市、县(区)两级卫生健康行政部门组织开展广泛的健康教育和健康促进活动,组织开展相关的评价工作。以笔者调研的中部某市的实践为例。为推动落实健康中国战略和健康中原行动,市一级成立了以副市长为主任的健康行动推进委员会,涉及卫健委、教育局、体育局、中医药发展局、宣传部、网信办、发改委、妇联、残联等 31 个市直单位,该市的所有县(区)均成立了负责落实健康行动的议事协调机构,乡镇和村两级基本没有成立相应机构。这种健康治理行动是以往科层化管理方式的一种延续。从管理关系看,县级卫生健康委属县(区)政府下设的行政部门,更多只是被动执行相关政策和上级的决策部署,体现出较强的“路径依赖”,乡镇政府和村委会未能在健康治理行动中发挥主体能动创造的作用。而乡镇政府和村委会与农民的关系是最为密切的,更便于了解农民的参与意愿并有效组织农民的参与行动。乡镇卫生院作为一个兼具卫生行政和医疗预防工作的综合性机构,其主要任务是组织群众卫生运动,同时担负卫生技术人员的培训、基层卫生医疗机构的业务指导和会诊等多种任务,在组织民众健康治理参与方面的精力十分有限。另外,关于农民健康治理参与的评价方面,健康治理效果的评价标准不够科学,主要集中于对居民健康素养水平的评价,缺乏整体健康观念下对农民健康治理参与机会、能力、条件提供及参与效果的全面评价。这也是“路径依赖”的一种表现。

2. 基层政府健康治理能力需要提升

目前,基层政府在健康治理能力方面的问题比较突出,提升能力面临诸多的制约因素。如政府促进公民健康教育和参与能力不足,专业技术人员队伍建设滞后,提供健康专业化服务能力有限,尤其是

对民众健康治理参与需求的了解与回应能力不足。具体而言,无论是开展面向患者的就诊满意度调查工作,还是收集群众对政府卫生健康服务满意度的意见,采用的方式都是组织患者在各医院扫描二维码并进行在线调查。这种方式比较随意、单一,内容也不够全面。另外,必要的专业化知识缺乏也是能力不足的重要表现。虽然一些地方已经开始对相关负责健康管理的人员进行健康知识专业培训,但从促进公民健康参与能动性的角度看,这种培训还十分不足,需要多学科知识的融合与传递。具体到积极心理学方面,其对健康的自我效能感具有独特的理解,把自我效能感作为影响个体身体和心理的健康直接因素,因为它能够引导我们的行为并进行包括身体功能和社会地位的预期,更加关注个人能力的判断,能够从自己的成功体验、别人的替代经验、社会劝告及身体与情绪状态等方面对身心健康产生积极影响。^③但是,目前这类知识教育在农村健康治理实践中开展较少,对农民健康参与的动员大多体现为表层化的健康宣传,难以激活与运用农民自身的健康潜能。

3. 相关立法制度存在缺陷

一般而言,立法制度对公民参与具有双重作用:一是提供规范依据;二是促进价值内化和作为行为指引。正如帕森斯概括的,社会结构中一种真正的行为动机整合只有依靠制度化了的的价值内化才会产生。^④同样,健康治理中公民参与只有成为一种制度化的权利才能得到有效的保障。我国公民健康治理参与虽然已有一定的制度,如“新农合”制度与家庭医生签约服务制度等,但总体看关键性的立法制度仍处于缺位状态,主要体现在相关专门立法制度的缺乏上。《“健康中国 2030”规划纲要》虽然将公民健康权益问题提升到了国家战略的高度,《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》明确规定了国家和社会要尊重、保护公民的健康权,但在公民健康权的参与权方面规定并不明确,也不系统,主要是保障身体健康的医疗卫生服务获得的权利,健康治理参与与功能导向不强。从国外实践看,其立法制度的相关规定比较具体,具有较强的参与指引和规制作用。如英国 2007 年制定的《地方政府和公共参与卫生法案》在医疗保健等领域对增加和鼓励公民参与的政策有效性以及提升个人参与能力方面都有具体的措施要求。在医患关系方面,一些国家制定了

专门的患者权益保障法,明确保障患者的具体权利,使患者和医生实现良性的沟通与合作。这些制度在我国目前也比较缺乏。此外,一些制度内容在设计上也存在一定的缺陷,如目前健康教育制度只注重生物医学知识教育,忽视了“生物、心理、社会一体”的整体性健康知识教育等。

四、健康乡村逻辑下农民健康治理参与模式的重构策略

(一) 观念重建:从被动客体观念到能动主体观念

观念重建旨在达到农民健康治理参与三个层次的目标:一是通过自我健康维护参与,尽可能保持健康状态,减少疾病的发生。因为人一旦患病,就会形成特定的“病人—医生”交往模式,这种模式将受病人和家庭卷入程度的影响,影响关系扩大到生理、心理、社会、文化因素构成的复杂矩阵。^⑤二是疾病发生后通过有效参与获得最佳的治疗方案,减轻病人的医疗负担,加快其康复速度,以医疗健康服务监督提升医疗服务质量,农民发挥主体性能够在一定程度上避免过度医疗问题,同时视“疾病不仅是受难的史诗,而且也是某种形式的自我超越的契机”^⑥。三是通过农村健康政策及项目参与,全面提升健康资源的可获得性、公平性和利用效率。

从被动客体观念到能动的主体健康治理参与观念,这是哲学主体性概念的具体应用,意味着农民能够对自身健康问题进行理性思考,进而摆脱依赖走向独立和自主,突破义务本位走向权利与尊严,从身份生存向能力生存转变。^⑦积极心理学认为,作为主体的自我是一种有意识的行为施动者,他有理解、学习、交流和适应环境的能力,是自我选择应对策略和防御机制的使用者,是自我提供机会去获取目标的个体。^⑧以上观念的确立是农民积极能动的健康治理参与观念的基础。在此基础上,农民树立积极能动的健康治理参与观念,可以真正自觉、自主行动,充分发挥自身潜能,成为自己健康的第一责任人。

为实现观念重建,政府有必要采取有效措施培育农民的健康观念,如建构健康认知主体性,不仅使农民学习一定的医学健康知识,而且将整体医学知识观念嵌入其生活方式,从而使其把握疾病的发生与应对规律。政府与社区要积极探索新型的健康观念培育方式,如充分利用科技与社会网络使知识观

念的培育更具有便捷性和高效性。社会网络影响个体的求助行为,其同时还是照顾者和咨询者,也是“治疗管理群体”的一部分。^⑨

(二) 空间重塑:从离散分割到整合互动

空间重塑意味着转换以往对农民健康实现中个人生活的家庭、社区及社会空间分割化的认识和状态,注重三种空间作用的充分发挥和整合互动。为此,要关注三种生活空间中对农民产生直接影响的因素,如经济支持、社会地位、权力、社会关系及社会政策等,通过参与空间的重塑,使农民在家庭、社区、社会的不同空间中都能充分参与,通过空间资源的整合弥补家庭与社区资源的不足。《健康中国行动(2019—2030)》明确指出,政府、社会、个人协同推进,形成有利于健康的生活方式、生态环境和社会环境空间。这凸显了农民健康治理参与中多重空间整合的重要性。研究表明,人们在家庭、社区、社会三个空间场域的参与,既有差异性,又有趋同性。其差异性表现在:人们的参与程度在家庭场域最高,社区场域次之,社会场域再次之;其参与取向在家庭是责任取向,社区是身份取向,社会是道德取向,彼此之间相互补充。其趋同性表现在:一是参与水平的延伸性,即人们在家庭参与程度高,在社区与社会的参与程度也高;二是参与逻辑的趋同性,人们在三大空间中的参与在具体项目排序上呈现高度的一致性,参与均值的排序都是公共卫生、公共秩序、公共讨论、公共合作;三是影响因素的趋同性,即人们认为在家庭场域参与的重要项目,在社区场域和社会场域同样也很重要。^⑩以上分析总体上也适用于农民健康治理参与。

目前,一些地方已经就以上内容展开了有效实践。如广东省在全省开展 2021 年度家庭健康主题推进活动中,创立“南粤家庭健康大讲堂”品牌,为家庭健康需求提供精准服务,探索建立协会引导、家家参与、共建共享的群众健康治理新模式。同时,该省加强与当地卫生健康、农业农村、乡村振兴等部门的合作,根据当地新冠肺炎疫情防控的要求,灵活采取线上、线下等不同方式,开展主题鲜明、特色突出、形式多样的群众性家庭健康促进活动,使每个人都成为自己健康的第一责任人。“南粤家庭健康大讲堂”启动后,广东省计划生育协会每月在广州市越秀公园开展家庭健康知识讲座,每年带动各市开展 50 场、全省共计 1000 场以上的家庭健康大讲堂,不

断提升群众的参与度、获得感和家庭生活品质。^⑪

在发挥各个空间独特作用的同时,基层政府要创新促进三重空间的联动,这就需要转变健康治理思维,创新行动方式。例如,推进社区护工和家庭签约医生团队成立长期照护体系,为因年老、残疾而丧失生理功能者提供相应的看护服务。^⑫政府还可借助新媒体、新技术促进空间互动,如借助互联网、移动社交平台、大数据等新技术,促进县级医院、社区卫生组织、农民家庭三者健康乡村建设中的互动,为家庭提供远程会诊、精准医疗、健康管理、远程心理咨询等健康服务,提升农民对各种虚假健康信息的识别能力。随着农村人口老龄化程度的加深以及人们对健康需求的增长,医疗行业在养生领域日益呈现出巨大的商业价值,这就使得许多不法分子为了谋取利益,发布虚假的养生中医药信息。^⑬为此,需要通过构建家庭、社区、社会三个空间的整合互动机制,有效避免此类问题的发生。

(三) 制度重设:从缺位不足到建构弥合

目前我国相关立法制度的缺位或不足是造成农村健康治理行为特别是农民健康治理参与不够规范甚至被忽视的重要原因。也正因此,农民健康治理参与的效果难以得到保障。为此,应着力构建以下三种制度体系。

1. 构建农民健康参与权利体系

选择“法权化”模式以促进健康,本身便意味着对公民自由、权利、平等(衍生为“非歧视”要素)和生活品质的承认和尊重,这也构成了健康权的规范内涵,而从其功能考察可以认识到健康防御权、健康受益权与获得健康照护权等具体的权利类型。^⑭为此,需要规范农民享有的全面健康参与的权利,并提供相应的机会和条件,如依法保障个人获取和理解健康信息并运用这些信息维护和促进自身健康的能力权利。以上权利体系的意义在于其能够成为形成信任、规范及责任等嵌入性参与关系的关键因素^⑮,进而保障参与的效果。

2. 构建农民健康参与规范体系

构建农民健康参与规范体系即在制度构成上形成健康参与立法的顶层设计、地方性立法、项目规划制度与非正式制度的乡规民约相结合的制度体系。其目的在于既注重基本制度设计的合理化,同时又注重具体制度的细化或操作化。在此方面,日本已有一定的成功经验。如日本 2002 年制定《健康促进

法》，规范公民健康参与的权利与义务，同时又以“健康 21 世纪”计划推动良好生活方式的形成，取得了较好效果。这些经验值得借鉴。

3. 构建农民健康参与责任体系

构建农民健康参与责任体系，需要着眼于农民自身、政府以及社会组织健康参与责任的细化与强化：其一，农民自身健康参与责任的细化与强化。这包括农民在维护自身健康及生命全程健康上承担全面责任，消除其对国家卫生健康服务系统的消极依赖。很多人相信，国家会在其面临严重健康问题和其他灾难时帮助他们，上述情况导致的轻率生活方式尤其危险。^{④⑥}家庭医生签约服务虽然已涉及部分参与责任，但需要进一步明确并加以拓展，如在不履行责任时应承担的后果等方面。其二，政府相关责任的细化与强化。这包括如何提供政策、资源、参与信息、权利维护和参与能力培育等方面的保障责任等。可考虑将调动农民健康参与的积极性、主动性和创造性的实践效果纳入政府健康治理绩效考核指标，并据此进行相应的奖惩。其三，村民自治组织责任的明确化。其责任内容可包括不断丰富社区健康参与空间的条件与资源，不断探索促进家庭健康参与的创新形式或项目，反馈农民健康参与新需求的调查和意见等，并以具体措施保障这些责任的有效落实。

基于以上内容的系统分析，健康乡村逻辑下农民健康治理参与模式重构的总体思路如图 2 所示。

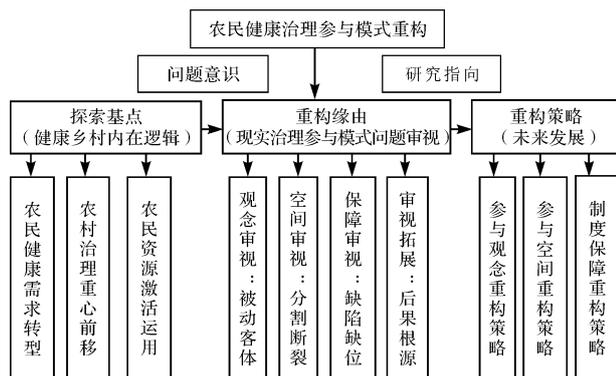


图 2 健康乡村逻辑下农民健康治理参与模式重构总体逻辑图

五、结语

加强健康乡村建设是推进乡村振兴和不断提升农民健康生活质量的内在要求。习近平总书记强调，“没有全民健康就没有全面小康”^{④⑦}。农村健康

治理参与模式重构的核心问题是突破传统政府包办型的健康管理模式，在农民整体健康的目标下，将其主体性治理参与及所需要的空间机会提供与观念能力培育置于农村健康治理的核心地位。世界卫生组织也提出，在“医学时代”，卫生政策关心的是怎样提供医疗服务和怎样为其付费，而在后“医学时代”，卫生政策将聚焦于怎样获得健康和安适。这意味着在后医学情境中，农民自身对健康的思维与行为在其健康实践中变得日益重要。健康乡村的目标能否最终实现，很大程度上取决于农民自律的健康行为能否得到有效塑造，健康活力能否得到充分激发，农民自身健康资源运用能否实现最大化。经济合作与发展组织(OECD)的研究也显示，如果沿用传统的加大卫生支出的方式，到 2050 年所有经济合作与发展组织成员国的卫生支出占 GDP 的比重将会增长 3.5%—6%。而卫生支出每增长 10%，仅延长 3—4 个月的人均期望寿命。^{④⑧}因此，在我国当前的健康乡村建设中，传统科层化和重大疾病治疗的政府健康管理思维与方式亟待改变。在注重农民健康治理参与的新型模式下，对农村地区医疗资源的下沉支持仍十分重要。不可忽视的是，在改善资源供给量的同时，还需要致力于充分激活与运用农民自身的潜力和主体能动性，使其获取相应的健康自我获得和提升能力，在健康权利、机会及能力等方面的状况得到全面改善，并精准嵌入农民的日常生活。这不仅是对传统医学中的“治未病”模式的重要突破，也将是在国家支持下开展的一个社会健康化的社会行动。^{④⑨}目前，健康中国战略的一系列政策法规的颁布实施也为这种思维与行动方式提供了良好的政策契机。从未来看，政府如何形成对农民及其家庭健康参与效度的评价标准，如何创新性地形成具有地方特色的农民健康治理参与效果的具体保障机制，农民家庭、社会组织及农民自治组织如何在其中发挥独特的作用，政府如何对其形成嵌入性政策支持等，这些新问题尚待进一步研究探索。

注释

①Caroline Mullen, David Hughes. The Democratic Potential of Public Participation: Healthcare Governance in England. *Social & Legal Studies*, 2011, vol.20, No.1, p.22.②Julia Abelson, John Eyles. *Public Participation and Citizen Governance in the Canadian Health System*. Published by Commission on the Future of Health care In Canada, 2002, pp. 10-11.③党俊武：《中国城乡老年人生活状况调查报告》，社会科学

文献出版社,2018年,第91页。④董文勇:《国民健康治理顶层设计及健康基本法的战略定位——层次、视角和本位的立法选择》,《河北法学》2018年第11期。⑤刘仲翔:《论农民生活的医学化》,《江海学刊》2010年第3期。⑥Michael Marmot, Richard Wilkinson. *Social Determinants of Health*. Oxford University Press, 1999, pp.87-89.⑦Guy Howard, Claus Bogh. *Healthy Villages: A Guide for Communities and Community Health Workers*. Published by World Health Organization, 2002, p.62.⑧唐钧、李军:《健康社会学视角下的整体健康观和健康管理》,《中国社会科学》2019年第8期。⑨Parsons, Talcott. *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, New York: The Free Press, 1977, p.280.⑩Kokoro Shirai, Hiroyasu Iso. Perceived Level of Life Enjoyment and Risks of Cardiovascular Disease Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-Based Study. *Circulation*, 2009, Vol. 120, No.9, p.956.⑪江立华、袁校卫:《从身体到心理:慢性病对农村患者生命进程的破坏》,《湖南社会科学》2015年第3期。⑫唐均、李军:《健康社会学视角下的整体健康观和健康管理》,《中国社会科学》2019年第8期。⑬⑭⑮⑯[美]F. D. 沃林斯基:《健康社会学》,孙牧虹等译,社会科学文献出版社,1999年,第172、124、196、249页。⑰刘芳:《农村居民“健康堕距”问题的社会学成因与治理对策》,《东岳论丛》2019年第6期。⑱⑲⑳㉑[美]威廉·考克汉姆:《医学社会学》,高永平、杨渤彦译,中国人民大学出版社,2011年,第51、179、94、86页。㉒唐文佩:《医学化概念的构建及其演进》,《医学与哲学》2015年第3期。㉓Inez Mikkelsen-Lopez, Kaspar Wyss, Donde Savigny. An Approach to Addressing Governance from a Health System Framework Perspective. *BMC International Health and Human Rights*, 2011, Vol.11, No.13, p.2.㉔习近平:《构建起强大的公共卫生体系为维护人民健康提供有力保障》,《求是》2020年第18期。㉕Sherry R. Arnstein. A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 1969, Vol.35, No.4, pp.216-224.㉖足立泰美等:《公民参与社会福利事业和政府的责任——日本护理保险制度实施十三年的借鉴与启示》,《公共治理评论》2014年第1期。㉗包国宪、刘宁:《农村医疗保障制度建设中的公民参与研究——以新农合为例》,《甘肃行政学院学报》2019年第6期。㉘潘远航等:《基于因子分析法的医患信任危机成因研究》,《中国医院管理》2017年第

1期。㉙Craig Mitton, Neale Smith. Public Participation in Health Care Priority Setting: A Scoping Review. *Health Policy*, 2009, Vol.91, pp. 219-228.㉚Jodie Butler, Joseph Ciarrochi. Psychological Acceptance and Quality of Life in the Elderly. *Quality of Life Research*, 2007, Vol. 16, No.4, pp.607-615.㉛Vaughn F. Keller, J. Gregory Carroll. A New Model for Physician - patient Communication. *Patient Education and Counseling*, 1994, Vol. 23, pp. 131 - 140.㉜Caroline Mullen, David Hughes, Peter Vincent-Jones. The Democratic Potential of Public Participation: Healthcare Governance in England. *Social & Legal Studies*, 2011, Vol.20, No.1, pp.21-38.㉝[德]哈贝马斯:《公共领域的结构转型》,曹卫东等译,学林出版社,1999年,第113页。㉞⑳戴烽:《公共参与:场域视野下的观察》,商务印书馆,2010年,第4页。㉟此数据根据《中国统计年鉴2020》“24-30分地区基本医疗保险基金收支情况”核算得出。㊱㊲[美]卡尔:《积极心理学——关于人类幸福和力量的科学》,郑雪等译,中国轻工业出版社,2008年,第191-194、8页。㊳Thomas D. Parson. *Social Systems*. New York: Free Press, 1951, p.42.㊴[美]苏珊·桑塔格:《疾病的隐喻》,程巍译,上海译文出版社,2014年,第132页。㊵徐贵权:《当代中国人生存方式嬗变的主体性向度》,《毛泽东邓小平理论研究》2010年第9期。㊶郭祥倩:《探索建立家庭健康治理新模式》,《中国家庭报》2021年11月11日。㊷唐钧:《从医疗资源配置到健康服务资源配置》,《中国医疗保险》2017年第9期。㊸周静宜、许加彪:《伪健康信息在农村地区的传播乱象与治理策略》,《今传媒》2019年第6期。㊹李广德:《健康作为权利的法理展开》,《法制与社会发展》2019年第3期。㊺Janine Nahapiet, Sumantra Ghoshal. Social Capital, Intellectual Capital and the Organizational Advantage. *Academy of Management Review*, 1998, vol.23, No.2, pp.242-266.㊻《没有全民健康就没有全面小康》,人民网, <http://cpc.people.com.cn/n/2014/1215/c87228-26205452.html>, 2014年12月15日。㊼李昶达、韩跃红:《参与式健康治理对健康中国建设的启示》,《中国医院管理》2019年第11期。㊽唐钧:《社会健康化是提升医保公共服务质量的目标》,《中国医疗保险》2018年第7期。

责任编辑:海玉

Reconstruction of Farmers' Health Governance Participation Model in the Background of Healthy China

— Based on the Triple Logic of Healthy Countryside

Wang Sanxiu Lu xiao

Abstract: Promoting public health participation has become a new trend in the development of international health governance. In the context of building Healthy China, there are three logics in healthy villages: the integration of health needs, the forward shift of time sequence focus, and the localization of governance practice. There is an urgent need for innovative transformation of rural health governance. At present, the participation model of farmers' health governance has three defects in concept, space and effect guarantee, which leads to a variety of adverse consequences. The reason lies in the "path dependence" of health management, the lack of grass-roots government health governance capacity and the absence of legislative system construction. Therefore, we should reconstruct the participation mode of farmers' healthy governance through the concept reconstruction, space reconstruction and system reset of farmers' healthy governance participation mode.

Key words: healthy countryside; triple logic; farmers' participation in health governance; model reconstruction