

地方病型贫困治理：基于贫困双向恶性循环模型的研究

许源源, 刘俊琦

(中南大学公共管理学院, 湖南长沙, 410083)

摘要：地方病是贫困地区致贫的一大根源，有效治理地方病型贫困是实现精准脱贫目标过程中不可回避的责任。在贫困恶性循环理论的基础上，通过构建地方病型贫困的双向恶性循环模型，深入分析地方病型贫困生成的供给与需求逻辑。在贫困地区的自我脱贫与发展能力欠缺的现实背景下，对地方病型贫困治理提出了供给与需求两方面的制度要求。供给性制度障碍与需求性制度障碍都严重制约着地方病型贫困的有效治理。前者包括不完善的地方病型贫困脱贫制度和较弱的政府治理能力，后者表现为居民守旧的生活习惯和落后的思想观念。应通过加大地方病型贫困治理制度的供给力度，提升地方病型贫困治理能力的供给水平，重塑地方病型贫困群体的脱贫需求，优化地方病型贫困的治理效果，助力农村贫困人口实现脱贫，进一步促进全面小康社会的建成。

关键词：地方病型贫困；贫困治理；贫困双向恶性循环；供给性制度障碍；需求性制度障碍

中图分类号：D669.7

文献标识码：A

文章编号：1672-3104(2018)05-0129-09

一、问题的提出

地方病作为具有明确地域特异性的疾病，不仅是一个医学问题，更是一个备受关注的社会问题。我国是地方病多发且严重的国家，《全国地方病防治“十二五”规划》的数据显示，饮水型地方性氟中毒的人数最多，高达8728万；人数最少的燃煤污染型地方性砷中毒也有近122万。贫困地区的经济不发达、卫生保健条件差，使之成为地方病高发区。在全国592个国家扶贫工作重点县中，就有576个是地方病流行的重病区^[1]。地方病不仅影响个人的身体健康和劳动能力，而且会损害一个家庭，甚至会影响整个地区的健康和经济状况，从而引起个人、家庭乃至一个地区的贫困。而遭受地方病致贫的群体也成为精准扶贫工作中最为艰难也最不容忽视的部分。为完成到2020年我国现行标准下农村贫困人口实现脱贫，贫困县全部摘帽的目标，治理好地方病型贫困，帮助地方病型贫困群体脱贫致富是精准扶贫必须要跨过的坎。

早在1998年，张菊芬就指出了地方病与贫困之间

的孪生关系。地方病使所在地区的人口陷于贫困，也使很多脱贫者返贫。而防治地方病是扶贫工作的重要环节，必须对两者同时进行攻坚^[2]。鉴于绝大多数地方病病区都是贫困地区的特点，赵传圣等研究者也提出“病根”“穷根”要一起挖，必须坚持防病治病与脱贫致富相结合的方针^[3]。分析地方病群体陷入贫困的原因是地方病治理的前提。陈南岳认为脆弱的生态环境导致较高的地方病发病率和智力障碍人口比率^[4]。李涛将地方病与贫困联系在一起，首次提出了“地方病型贫困”的概念，以贵州省的氟中毒为例，将因病致贫分为生活饮水型致病致贫、生活燃料型致病致贫、农业生产型致病致贫、知识缺乏型致病致贫和扶贫不力型致病致贫五种类型^[5]。但是对于导致地方病群体贫困的原因分析拘泥于表面现象，欠缺理论基础。在地方病防治措施上，学者们大多以加强领导、防治机构建设、部门协调、深化改革等方面为核心内容进行探讨^[6]。

关于因病致贫群体反贫困的研究也相对较多，主要从健康和医疗两个角度来展开，对贫困群体后续的帮扶及脱贫少有涉及，也缺少专门指向地方病群体的脱贫和反贫困论述。汪辉平等人立足于健康扶贫理念，

收稿日期：2018-04-07；修回日期：2018-05-22

基金项目：湖南省社会科学成果评审委员会重点课题“湖南易地扶贫搬迁对象安置与脱贫政策研究”(XSP17ZDI034)；湖南省社会科学基金重点项目“我省加快精准扶贫与精准脱贫的体制机制与政策创新研究”(16ZDB02)

作者简介：许源源(1974—)，男，湖北黄梅人，中南大学公共管理学院教授、博士生导师，主要研究方向：农村扶贫，联系邮箱：xuyuanj@163.com；刘俊琦(1994—)，女，湖北荆州人，中南大学公共管理学院硕士研究生，主要研究方向：农村扶贫

认为要制定和实施健康扶贫专项规划,提高贫困地区的医疗服务水平和能力,精准识别需要保障的贫困群众,完善农村大病救助体系^[7]。陈成文指出,要通过推进农村医疗保障制度改革,增强农村医疗保障制度的契合度,践行大病治疗付费与结算机制,健全社会力量参与机制,从而摆脱“因病滞贫”的现实困境^[8]。

整体来看,已有文献多是从比较微观的层次来进行研究,从某个特殊的地区或者某种地方病类型出发,层次单一,难以将地区的特殊情况推广到其他地区或是整个国家,地方病的防治手段也没能上升到法律制度层面。另外,关注的焦点局限于地方病防治的措施和评估上,没有深入阐述地方病与贫困的关系,对如何治理地方病型贫困较少有积极的讨论。本文认为,地方病是导致地区贫困的重要因素。保障地方病型贫困群体的生存与发展,不仅要通过防治地方病来减缓贫困,还要将地方病防治工作与贫困治理和社会保障相结合,通过扶贫手段和社会医疗保障制度来带动地方病型贫困群体有效摆脱贫困,寻求发展。

二、地方病型贫困的生成逻辑: 贫困双向恶性循环模型

地方病是指局限于某些特定地区发生或流行的疾病,或是在某些特定地区经常发生并长期相对稳定的疾病^[9]。目前,纳入我国政府重点防治管理的地方病有碘缺乏病、地方性氟中毒、地方性砷中毒、大骨节病和克山病五种。地方病按其病因可分为地球化学性(化学元素性)地方病、自然疫源性(生物源性)地方病和某些未明确病因的疾病三类。

地球化学性(化学元素性)地方病是外环境中某些元素或化合物通过水、粮等进入人体的量不足、过剩或比例失调所致的疾病。常见的有元素缺乏性疾病,如碘缺乏病(或称碘缺乏障碍);元素中毒性疾病(过剩性)疾病,如地方性氟中毒、地方性砷中毒等。自然疫源性(生物源性)地方病是微生物和寄生虫等导致的疾病,是一类传染性的地方病,常见的有鼠疫、布氏杆菌病、流行性出血热、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、黑热病、肺吸虫病、棘球蚴病等。目前,血吸虫病、鼠疫、布鲁氏杆菌病已从地方病管理转到寄生虫病和传染病管理,不列入地方病考虑范围。病因未明地方病,指如大骨节病、克山病等病因尚不明确的地方病。

地方病具有较为鲜明的特征及影响:第一,地方病首先是地方性的,有地域的特异性。在地方病病区

内,该种地方病的发病率、患病率都显著高于非病区,但是非病区健康人口进入该地方病区也可患同类疾病;第二,地方病基本发生在农村,我国地方病重病区在西部,全国绝大多数地方病病区都是贫困地区,其中国家级贫困县 576 个,占全部病区县(954 个)的 60.4%^[10];第三,总体上,我国地方病病情呈下降趋势,但地球化学性地方病病情仍较重。地方病不仅严重危害了病区群众的身体健康,还阻碍了病区经济的发展,成为当地居民因病致贫、因病返贫的重要原因。例如,碘缺乏病影响智力发育,严重缺碘会造成智力障碍;氟中毒主要影响青少年的骨骼发育,如果不及时控制,最终将导致骨关节变形、活动受限,直至出现弯腰驼背甚至瘫痪,完全丧失劳动和生活自理能力;长期的砷中毒可造成各种恶性肿瘤的高发;大骨节病轻者关节粗大、疼痛、活动受限,重者身材矮小、关节畸形,丧失劳动能力和生活自理能力,终身残疾。

阿马蒂亚·森认为,贫困不是单纯由低收入造成的,很大程度上是基本能力缺失造成的^[11]。本文将地方病型贫困定义为患有类似于碘缺乏病、地方性氟中毒和地方性砷中毒等地方病而导致的贫困,具体表现为物质生活条件的缺乏、自我发展能力或生存救济权利的缺乏。

人为什么会贫困?地区为什么会贫困?拉格纳·纳克斯认为,“穷国之所以穷,就是因为它们穷”。即发展中国家之所以贫困是因为这些国家存在贫困恶性循环。贫困循环产生的原因在于资本缺乏,资本形成不足。而资本形成不足的根源是资本的供求不足。从供给方面看,资本形成产生了“低收入-低储蓄-低资本形成-低生产率-低产出-低收入”的恶性循环。从需求方面来看,资本形成也形成了一个“低收入-低购买力-低投资引诱-低资本形成-低生产效率-低产出-低收入”恶性循环^[12]。这就是著名的“贫困恶性循环理论(vicious circle of poverty)”,如图 1 所示。本文将依据此理论分析地方病型贫困,从供给和需求两个角度解释地方病型贫困循环的生成逻辑,探讨制约地方病型贫困治理的制度性障碍,从而合理优化地方病型贫困治理的路径。

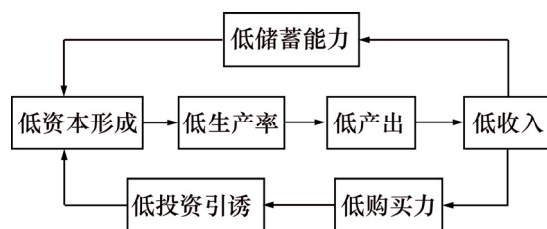


图1 贫困恶性循环

地方病型贫困存在着双向恶性循环的特征。患上地方病主要是因为当地生态环境异常导致居民身体当中的某种元素的缺乏或者过量;或者是燃烧高氟煤或高砷煤,排出大量有毒气体,引起燃煤型氟中毒或砷中毒;也可能是部分地区长期饮用含有高浓度无机砷或含氟量高的水,或是长期饮用含氟量很高的砖茶或用砖茶泡成的奶茶或酥油茶,引发砷中毒或氟中毒。当地居民受教育程度偏低,文化水平不高,对地方病缺乏科学认识,疏于防范,未及时救治也会导致地方病的发生,由此将贫困带入了地方病患者的家庭。

从供给方面来看,长期遭受地方病折磨的人们,身体健康状况下降,劳力、智力和精神都受到损伤,甚至造成身患残疾,家庭的劳动力质量和数量都大大降低,生产能力降低,经济收入锐减,导致整个家庭陷入贫困的境地。巨大的贫富差距导致医疗资源向少数经济发达地区集中,贫困地区人们的健康权及发展权得不到保障,医疗资源和卫生服务极度匮乏,难以满足地方病型贫困群体的基本医疗卫生服务需求,他们无法得到及时和正确的医治,从而加剧病情,将整个家庭卷入贫困的深渊,循环往复,一跌再跌。

从需求方面来看,贫困的家庭收入水平较低,为了满足家庭成员的基本生存需要,绝大部分可支配收入被用于衣食住行的生活消费,医疗卫生资金储备少,可支付能力弱。地方病患者固守错误的就医观念,听天由命,一拖再拖,对身体、智力和精神带来更大的创伤,进一步削弱了劳动能力,产出持续减少,加剧整个家庭的贫困程度。如此周而复始,形成地方病型贫困的恶性循环。

如图2所示,地方病与贫困的相互推动是供给和需求的双向运动,仅从一个方面进行调整和改善,很难打破恶性循环,必须采取双向平衡优化的方式。在供给上,地方病型贫困群体要有基本的健康权和发展

权,且能够享受到足够的医疗资源和卫生服务,这就需要对地方病型贫困群体的健康权和发展权进行制度层面的保护,补充地方病病区的医疗资源和卫生服务,改善病区的经济状况,扶持地方病型贫困群体的脱贫与发展;在需求上,要有较高的医疗卫生可支付能力和正确的就医观念。这不仅是对居民自身的要求,也是对制度的要求,既要从完善地方病型贫困群体的医疗保障制度入手,减轻贫困群体的经济负担,也要引导居民转变错误的思想观念,正确消费与储蓄,合理就医。由此,从供给和需求两个方向共同迈进,切断地方病型贫困的双向恶性循环链条,形成双向推进、协同优化的格局。

三、地方病型贫困治理的制度性障碍

贫困不仅仅关乎个人、家庭,更与地区、社会、国家息息相关。地方病型贫困作为脱贫攻坚中的关键环节,也面临着诸多阻碍其治理效果的制度性因素,包括一切正式的、非正式的法律制度、制度设置、政府治理、观念文化、个人生活等有形和无形的障碍^[13]。根据贫困双向恶性循环模型的分析,将地方病型贫困治理的制度性障碍分为供给性制度障碍和需求性制度障碍。从供给性和需求性两个角度揭示地方病型贫困治理的制度障碍,是改善地方病型贫困治理效果的前提。

(一) 地方病型贫困治理的供给性制度障碍

依据地方病型贫困的双向恶性循环模型发现,在供给方向上,存在着制约地方病型贫困治理的制度因素,可以称之为地方病型贫困治理的供给性制度障碍,主要在法律制度和政府治理能力两个方面对地方病型贫困治理形成约束作用。

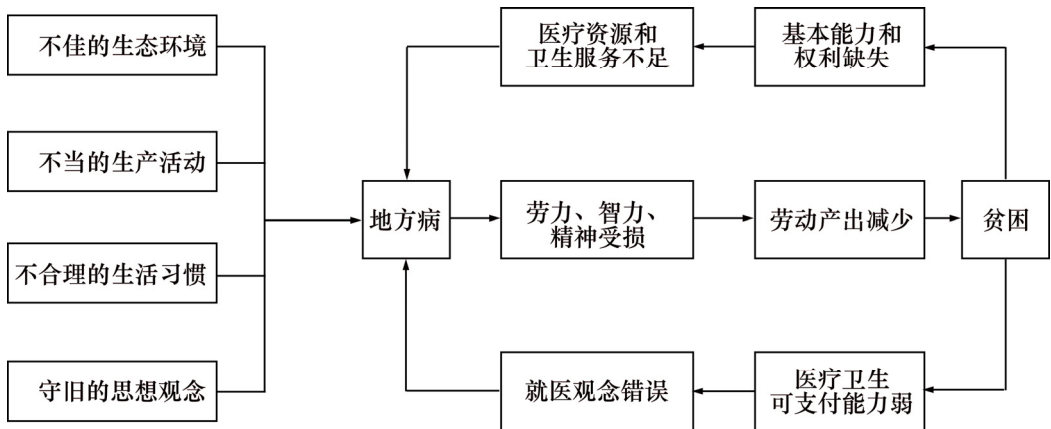


图2 地方病型贫困的双向恶性循环模型

1. 地方病型贫困脱贫制度的不完善

地方病型贫困的脱贫制度是扶贫工作的依据和基础,是被正式确认的帮助地方病型贫困群体摆脱贫困的制度的总称,包括法律、法规、政策、规章和契约等成文规范。目前,完善且可持续的脱贫制度供给不足阻碍了地方病型贫困群体的健康权和发展权的保护,限制了医疗资源和卫生服务的提供,减少了脱贫发展的机会,成为地方病型贫困治理的供给性制度障碍。

《“十三五”全国地方病防治规划》提出全国各省到2020年持续消除碘缺乏危害状态、保持基本消除克山病状态等7种地方病的防治目标^[14]。《关于实施健康扶贫工程的指导意见》中指出,要加大贫困地区慢性病、传染病、地方病防控力度^[15]。《“健康中国2030”规划纲要》也强调,要强化覆盖全民的公共卫生服务,保持控制和消除重点地方病^[16]。《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》也明确提出,要开展重大疾病和突发急性传染病联防联控,提高对传染病、慢性病、精神障碍、地方病、职业病和出生缺陷等的监测、预防和控制能力^[17]。总体来看,现有的成文规范大多以规划和工作方案的形式出现,对于地方病型贫困治理的描述也只有寥寥数语,未上升到法律制度的高度进行约束。这就使得地方病型贫困的治理缺少准确的法律支持和行为规范,容易出现“钻空子”、投机取巧等行为,降低了地方病型贫困的治理效果。同时,制度设置缺乏可持续性。地方病的防治工作到位并不意味着地方病型贫困的自然消除。有效的地方病防治措施能够从源头上减少地方病的发生,但是地方病型贫困家庭的健康状况和经济状况都已遭受巨大的挫伤,单纯的防治措施无法满足现阶段的需要。而现有的制度内容局限于地方病的预防、控制与治疗,忽视了对地方病型贫困群体的脱贫与发展权利的保护,在医疗资源、卫生服务供给、脱贫扶持上少有涉及,地方病型贫困群体的基本健康权和发展权得不到保障,就难以从供给方向打破地方病型贫困。只有将地方病防治、医疗保障、经济扶持和脱贫发展四者有机结合,完善地方病型贫困的脱贫制度,构建长期且可持续的贫困治理格局,才能摆脱地方病型贫困,实现可持续的良性发展。

2. 政府的地方病型贫困治理能力不足

贫困治理是任何一个现代政府都不可推卸的责任,政府的贫困治理能力是对脱贫制度的有效执行,也是贫困治理效果提升的应有之义^[18]。政府的地方病型贫困治理能力供给不足,导致脱贫制度无法得到良好执行,出现资金使用效益低下与“碎片化”治理的问题,

地方病型贫困群体的健康权和发展权得不到保障,在供给侧上制约着地方病型贫困治理效果的提升。

地方病防治工作的经费依据分级负担原则,由中央和地方共同承担。中央资金来源于公共卫生服务专项补助资金中的地方病防治项目资金,地方各级人民政府根据当地实际情况和防治工作需要,将防治必需经费纳入财政预算。通过对财政部2010—2016年关于中央公共卫生服务专项资金的数据进行整理发现,如图2所示,中央对公共卫生服务的专项资金补助总体呈上升趋势,2011年涨幅最大,同比上涨85.6%。通过对《“十二五”全国地方病防治规划》和《“十三五”全国地方病防治规划》的数据进行比较分析发现,如图3所示,2016年已达到消除碘缺乏病目标的部分地区出现工作滑坡,全国尚有163个县未达标,相比于2010年97.9%的覆盖率^[1,14],如图4所示,地方病的防治效果不增反降。2015年山西省对于地方病区的改

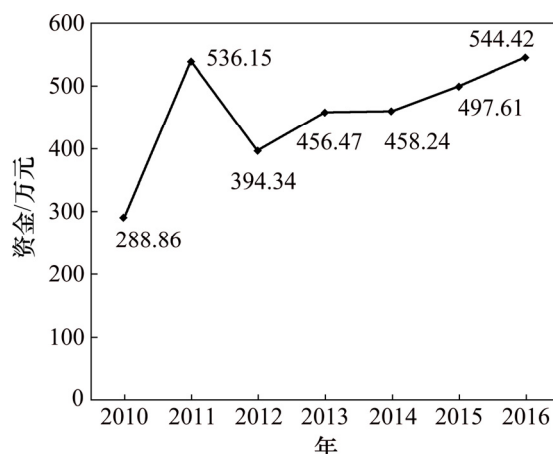


图3 2010—2016年公共卫生服务专项补助资金

(数据来源:中华人民共和国财政部,2010—2016年中央对地方税收返还和转移支付决算表)

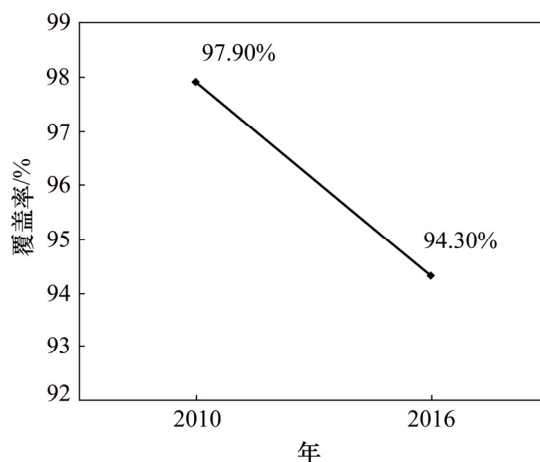


图4 2010—2016年碘缺乏病消除情况(数据来源:《“十二五”全国地方病防治规划》《“十三五”全国地方病防治规划》)

水工程的调查发现, 全省氟中毒病区的改水工程非正常使用率达到 12%, 砷中毒病区的改水工程非正常使用率达到 20%, 保守估计, 不能正常使用的改水工程涉及资金有上亿元^[19]。公共服务项目与公共服务资金没能真正地服务到地方病病区和地方病患者, 造成了资金和资源的巨大浪费, 使用效益低下, 影响了地方病型贫困的有效治理。

地方病型贫困治理目标具有多重性, 其治理牵扯到卫生计生、发展改革、财政、水利、林业、教育、扶贫、民政等多个部门, 甚至涉及企业、社会组织等不同治理主体, 指导政策冲突、治理手段矛盾、信息不对称、管理混乱等问题层出不穷, 呈现出管理分割和碎片化的状态。与此同时, 地方政府有效资源整合的管理制度及实践经验十分稀缺, 地方病型贫困的治理能力依然有很大的不足, 难以发挥统筹协调作用, 极易造成政出多门、相互扯皮、推诿、重复浪费以及竞争消耗等弊端, 脱贫制度执行效果差, 成为严重阻碍地方病型贫困治理的供给性制度障碍。

(二) 地方病型贫困治理的需求性制度障碍

地方病型贫困治理的需求性制度障碍是指在需求方向上阻碍地方病型贫困治理的制度因素(主要表现为地方病型贫困群体的生活习惯与思想观念这两个非正式制度因素)带来的居民需求欠缺。

1. 地方病型贫困群体不良的生活习惯

长期生活在某一环境中的人们, 会逐渐形成具有典型特征的生活方式, 从而养成不易改变的习惯。不良的生活习惯会对人们的衣、食、住、行以及休闲带来隐患, 地方病型贫困群体固守其不良的生活习惯, 将会在需求上制约地方病型贫困的治理。

个人和社会群体的性质和经济条件以及自然地理条件决定了个人、社会群体的方式和特点。地方病病区多是经济不发达、自然地理环境恶劣的偏远、贫困地区。受地方病区的经济、地理和风俗条件的影响, 地方病型贫困群体自然而然地形成了一系列有害的生活习惯, 极易遭受地方病的威胁。例如, 云南、贵州等省的居民长期使用“无排烟道”的土炉或土灶, 燃烧高氟煤或高砷煤来取暖、做饭或烘烤粮食、蔬菜等, 导致室内空气受到严重的氟污染或砷污染, 使人体摄入过多的氟或砷, 引发氟中毒或砷中毒; 四川、青海等省的居民长期饮用含氟量很高的砖茶或用砖茶泡成的奶茶或酥油茶, 造成体内的氟大量蓄积, 从而引起慢性氟中毒。另外, 地方病病区交通不便, 居民文化水平偏低, 导致信息传播渠道相对闭塞, 居民对健康生活方式的接受度不高。部分地方病患者在患病后, 仍旧燃烧高氟、高砷煤来取暖或者烘烤食物; 仍然经

常饮用高氟砖茶或是用砖茶泡成的奶茶和酥油茶; 甚至拒绝使用统一规定的合格炉灶, 炉灶破损也不及时修理。居民不主动改变乃至放弃不良生活习惯, 依旧固守以往落后的生活方式, 对地方病型贫困的治理造成较大冲击。

2. 地方病型贫困群体守旧的思想观念

观念是人们在长期的生活和生产实践中形成的对事物的总体的、综合的认识。作为非正式制度, 它看不见、摸不着, 却又深深地嵌入人们的头脑中, 无形之中影响着人们的行为。遭受地方病型贫困的居民的守旧观念主要包括守旧的消费观念、储蓄观念和就医观念, 都影响着地方病型贫困群体的行为。

地方病多发生在经济不发达、卫生保健条件差的偏远、贫困地区。居民受教育程度偏低, 文化水平相对落后, 对地方病缺少科学的认识, 疏于防范。《中国 2015 农村统计年鉴》的数据显示, 2014 年农村居民在医疗保健上的消费支出为平均每人 753.9 元, 占全部消费支出的 8.9%, 仅为衣、食、住、行等消费支出总和的十分之一左右^[20]。居民固守老旧的消费和储蓄观念, 近 90% 的支出花在日常生活的消费上, 忽视了疾病预防与医疗保健, 用于医疗卫生储备的资金更是少之又少, 医疗卫生可支付能力弱。由此, 一人患病产生的庞大医疗费用就会促使整个家庭陷入地方病型贫困的恶性循环。另外, 居民因循守旧的就医观念也在需求上影响着地方病型贫困治理。《2011 中国农村贫困监测报告》中的数据显示, 因为本人不重视而不及时就医的比例在 2002 年至 2010 年逐年上涨, 2005 年至 2010 年, 因不重视和小病不用医而不及时就医的比重之和也呈不断上涨的趋势^[21]。总体来看, 居民普遍认为地方病是小病, 没必要医治, 对地方病的重视程度低, 有病不及时就医, 错过了最佳治疗时间, 进一步损害地方病患者的身体状况, 极易造成地方病型贫困的发生。

四、地方病型贫困治理的优化路径

要实现精准扶贫、脱贫攻坚的目标, 治理好地方病型贫困, 就要从破除地方病型贫困的供给性制度障碍和需求性制度障碍入手, 围绕贫困治理的制度供给、治理能力供给和贫困群体的脱贫需求三个方面, 加快地方病型贫困治理的步伐, 帮助地方病型贫困群体摆脱贫困, 带动地方病病区的可持续发展。

(一) 加大地方病型贫困治理制度的供给力度

任何制度都必然是内在约束和保障性的有机统

一, 制度对运行主体和作用对象都同时具有保障和约束作用^[22]。我国的贫困治理已进入攻坚阶段, 为从根本上保障贫困治理的成果, 政府要加强相关的制度建设, 加大地方病型贫困治理制度的供给力度, 从法律层面推进贫困治理, 将地方病防治与医疗保障、贫困治理结合起来, 对原有的防治制度进行延伸, 打破法律制度不完善的障碍, 切断地方病型贫困恶性循环的供给链条, 共同构建更加全面的地方病型贫困治理格局。

1. 继续坚持地方病的防治措施不动摇

地方病的发生是地方病型贫困的源头, 预防和控制地方病的产生, 降低地方病的威胁, 是加大地方病型贫困治理制度供给的首要任务。因此, 要继续坚持地方病的防治措施不动摇, 将地方病的防治工作放在地方病型贫困脱贫制度中的首位, 明确各部门进行地方病预防和控制的责任。根据《“十二五”全国地方病防治规划》《“十三五”全国地方病防治规划》等政策文件的规定, 卫生计生部门、食品药品监管部门、水利部门、农业部门、林业部门、科技部门等相关部门, 要从持续改善地方病地区生产生活环境, 对高危地区重点人群采取预防和应急干预措施, 及时开展地方病传播风险评估等方面入手, 落实地方病的综合防控、监测评估工作, 准确反映和预测地方病病情和流行趋势, 强化监测与防治干预措施的有效结合, 切实减少地方病的发生。

2. 保护地方病型贫困群体的健康权

保障地方病型贫困群体的基本健康权, 是加大地方病型贫困治理制度供给中的重点任务, 也是阻断地方病型贫困双向恶性循环的重要方式。其健康权的保护主要体现在医疗资源的投入和医疗保障水平的提高上。目前, 贫困地区的医疗机构、设备与人员明显供不应求, 截至2015年, 全国832个贫困县, 每千人医疗卫生机构床位数为3.66张, 每千人执业(助理)医师数为1.28人^{[23](82)}。距离最近医疗机构在1公里以内的比例, 农村低于城市, 西部农村仅为47.1%, 低于中部农村(60.0%)和东部农村(63.2%)^[24]。贫困群体和重大疾病患者的医疗保障能力也有限, 尽管“新农合”的住院费用报销比例规定达到了75%, 但次均实际报销比例只有50%左右; 身患重大疾病患者的实际报销比例更低, 多数只有20%~30%。而且贫困患者个人和家庭还需要承担异地交通与食宿费用等附带费用^{[23](83)}, 这些都严重增加了个人以及家庭的经济负担。因此, 要逐渐加大对地方病病区医疗资源的投入。《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》要求, 每个乡镇建立1所乡镇卫生院, 每个行政村设

置1个村卫生室, 每千常住人口基层医疗卫生机构床位数和卫生人员数要达到1.2张和3.5人以上, 每千服务人口不少于1名乡村医生, 每所村卫生室至少有1名乡村医生执业^[25]。这从供给上满足了地方病型贫困群体的医疗需求, 打破了供给性制度障碍。同时, 也要构建“新农合”基本医疗保险、大病保险、医疗救助、专项医疗扶助的“四重医疗保障”体系, 做到医疗保障在地方病型贫困群体中的全覆盖, 确保患病群体都能得到医疗救助, 切实降低患病群体的医疗费用, 减轻贫困家庭的经济负担, 从供给上增强地方病患者的医疗可支付能力。

3. 健全地方病型贫困群体的脱贫发展权

脱贫政策是帮助地方病型贫困群体摆脱贫困, 实现不愁吃穿, 义务教育、基本医疗和住房安全有保障, 收入和生活水平明显提高的长期政策, 是地方病型贫困治理制度的落脚点。地方病型贫困群体的身体健康状况不佳、劳动能力下降、收入减少、家庭支出增加, 基本生活水平骤降, 地方病防治的短期措施并不能长效帮助地方病型贫困群体摆脱贫困。因此, 要在地方病型贫困治理的脱贫制度中着重加强对后续脱贫和持续发展的重视, 将教育、就业和生产与发展纳入长期的脱贫政策中, 保障地方病型贫困群体的脱贫与发展的权利, 带动个人、家庭乃至地区走出贫困。要明确规定多元治理主体的责任, 以政府为主导, 结合企业、社会组织等社会力量来增强地方病型贫困群体的发展能力, 从而减少贫困的发生率、降低家庭的贫困程度。地方病型贫困群体应当享有接受教育和就业培训的权利和机会, 政府要根据地方病型贫困群体的身体状况和知识水平提供免费的教育和就业培训或者减免等政策的优惠, 提高地方病型贫困群体的劳动能力和水平。企业要积极参与产业扶贫, 承接农村改水改炉改灶工程、新型能源建设项目, 改善地方病病区的生活环境。依托地方病病区特有的山林和牧区特色, 发展种植业、畜牧业、旅游业、文化产业等多元产业, 既能提供大量的就业岗位和机会, 又能带动地方病病区的经济发展, 从根本上帮助地方病型贫困群体摆脱贫困。社会组织要主动链接社会资本, 向地方病病区居民传播健康的生产和生活方式, 组织如手工编织等技巧性的培训, 带动居民积极开发多种劳动方式, 迎合多元产业的发展, 培育居民的自身力量, 形成自我修复能力和可持续发展能力。

(二) 提升地方病型贫困治理能力的供给水平

地方病型贫困治理是贫困治理中重要且特殊的部分, 地方病型贫困治理能力是国家治理能力的重要体现, 地方病型贫困治理效果是检验和衡量治理能力现

代化的重要指标。提升地方病型贫困治理能力的供给水平, 是脱贫制度有效执行的重要保障, 是从供给方切断地方病型贫困的重要环节, 能切实增强地方病型贫困的治理效果。整体性治理能够打破贫困治理“碎片化”的状态, 提高扶贫资金的使用效率和效益, 促进地方病型贫困治理的有效开展。由此, 可以从主体和资源的整合、操作与管理的规范化和信息化两个方面来提升地方病型贫困治理能力的供给水平。

1. 多元主体和跨界资源的协同与整合

地方病型贫困治理涉及多元治理主体和不同的职能部门, 还牵涉到多方的跨界资源。对多元主体和跨界资源进行协同与整合是实现地方病型贫困治理“逆碎片化”的关键, 也是提升地方病型贫困治理能力供给水平的基础。首先, 不同治理主体和职能部门之间要培养统一的责任感与信任感, 这是提升治理能力的前提。政府在地方病型贫困治理中居于主导地位, 负主要责任, 协同企业、社会组织、患病群体一同参与; 治理工作的开展也要在政府的不同职能部门中进行。要打破不同主体的结构边界, 建立组织与组织之间和组织内部之间的信任, 从全局出发, 瞄准一致的贫困治理目标, 以结果为导向达成行动的一致。其次, 要打破组织边界, 整合跨界组织资源。要充分盘活、整合政府的公共卫生服务资金、专项扶贫资金、财政资金; 要整合产业与行业资金, 发挥各自专业优势, 带动社会组织、扩展社会帮扶, 达到合理分工、优势互补的效果; 通过动员作为治理对象的地方病型贫困群体, 塑造他们在贫困治理中的主体意识, 调动其积极性, 带动贫困群体自主参与, 保证地方病型贫困的扶贫资金与资源投入精准, 用到实处。最后, 要建立跨界政策的资源整合机制, 形成资源合力。地方病型贫困政策涉及范围广, 领域复杂, 要打好政策的组合拳, 包括地方病的防治政策、医疗保障政策、基础设施投入政策、教育与就业优惠政策、扶贫脱贫政策等, 不同政策之间要充分整合, 做好衔接, 打造资源集聚的政策高地, 带动地方病病区的整体发展, 增加地方病型贫困治理能力的供给。

2. 操作与管理的规范化和信息化

健全具体的操作化方式、搭建信息化的管理平台是保证地方病型贫困治理规范化与精准化的手段, 也是提升地方病型贫困治理能力供给水平的技术支持。第一, 通过具体的操作化方式来保障地方病型贫困治理能力的有效供给。根据地方病型贫困的复杂性和特殊性, 一般采取责任规制型和项目型的操作方式, 也可将两种操作方式进行整合。责任规制型规定了相关部门的具体责任方式, 将责任下达到具体的人或者部

门, 以达到人力、资金整合的目标, 保障贫困治理中充分的财政资金保障; 当涉及具体的扶贫项目开展时, 可以采取项目型, 依托特定贫困治理项目进行整合, 使各主体发挥相应作用。例如, 降氟改水项目就整合了责任规制型和项目型操作方式, 根据降氟改水工程的要求, 设定明确的项目目标, 财政部门、水利部门、卫生计生部门等部门共同参与, 根据统一的制度和规定将具体责任下达各个部门。财政部门提供资金支持, 水利部门进行项目的开展、实施和评估, 卫生计生部门对饮水性氟中毒病区进行病情的预防和监测。第二, 实现地方病型贫困治理的信息化是提高政府治理能力专业化和精准化的必然要求。针对地方病型贫困群体, 进行信息化管理, 每半年进行一次居民地方病患病情况检查, 每人建立一份地方病病区居民健康档案, 以家庭为单位编制成册, 详细记录居民的健康状况与患病情况。通过信息技术实现扶贫工作的无缝对接和信息的精准共享, 实时掌握地方病病区居民的最新动态, 提高监测、预防工作的效率和便捷度, 降低行政成本; 将居民健康档案与医院就诊记录、全国扶贫信息网络系统中的建档立卡贫困户统一, 对数据进行整合分析, 有助于实现地方病型贫困群体和潜在群体的精准识别与定位, 使得扶贫工作有的放矢, 能够及时回应和满足地方病型贫困群体的需求。

(三) 重塑地方病型贫困群体的脱贫需求

地方病型贫困群体作为贫困治理的服务对象, 其脱贫需求是影响地方病型贫困治理的主观因素。只有贫困群体主动接受, 自愿脱贫, 才能切实提升地方病型贫困治理的效果。生活习惯与思想观念深深地影响着地方病型贫困群体的生产、生活方式与行为选择, 也限制了贫困群体的脱贫需求。因此, 要通过加强宣传教育、开展健康促进活动, 转变地方病型贫困群体的守旧观念和不良习惯两个角度, 来熔断地方病型贫困的需求链, 有效促进地方病型贫困的治理。

1. 加强宣传教育, 开展健康促进活动

作为最靠近地方病型贫困群体的基层组织, 地方政府在健康教育与知识传播上具有不可推卸的责任。帮助地方病型贫困群体加强对地方病型贫困的了解, 能够重塑地方病型贫困群体的脱贫需求, 减少无知导致的贫困。地方政府要制定健康教育规划, 健全健康教育机制, 定期开展健康教育和促进活动, 充分利用新闻媒体、网络平台、宣传栏等形式对病区群众进行地方病危害和预防知识的宣传和普及, 把防治地方病的知识交给群众, 增强群众防病意识和参与防治工作的主动性。例如, 1993年9月, 我国将每年的5月15日设置为“碘缺乏病防治日”, 1993年至2018年, 已

持续开展相关宣传活动 24 年,通过宣传口号、宣传手册、教育课程等形式,宣传和普及防治碘缺乏病的重要性,对碘缺乏病的防治起到了积极作用。其他地方病的防治宣传和教育工作也可以借鉴设置“防治日”的形式,如期开展宣传工作。在进行地方病的健康教育活动中,应长期坚持宣传教育从孩子做起,采用社会与学校相结合的健康教育方式,高校、职业学校、中小学要把地方病防病治病知识纳入健康教育课程,定期进行授课教育,做到家喻户晓,深入人心。

2. 改变守旧的生活习惯与思想观念

地方病型贫困群体主动重视地方病型贫困,积极改变因循守旧的思想观念和行为习惯是优化地方病型贫困治理的必然要求。地方病型贫困群体要积极学习地方病危害及预防知识,主动参与到地方病防治工作中来,支持政府的降氟改水、改炉改灶工程;要选择健康的生活方式,改变有害健康的不良生产和生活习惯,减少开采低成本低质量的劣质煤炭的生产活动,拒绝燃烧高氟煤或高砷煤,减少饮用高氟的砖茶或用砖茶泡成的奶茶或酥油茶次数;可以借助政府提供的继续教育和就业培训优惠政策,积极学习多样化的生产经营方式,掌握多种工作技能,提高专业素质和技术水平,选择合适的工作方式,增加劳动收入,提高医疗卫生的可支付能力;要转变守旧的消费、储蓄观念,重视疾病预防与卫生保健,防患于未然,增加日常的医疗卫生储蓄,降低地方病型贫困的风险;要抛弃“小病拖,大病抗”的老思想,形成积极的就医观念,注重地方病的预防与及时控制,减少地方病型贫困的发生,改善地方病型贫困的治理效果。

五、结语

地方病型贫困治理是保障患有地方病的贫困人口享有基本医疗卫生服务的根本要求,也是推进健康中国建设,防止因病致贫、因病返贫,实现到 2020 年让农村贫困人口摆脱贫困目标的重要内容。本文以贫困恶性循环理论为指导,在供给和需求两方面构建了地方病型贫困的双向恶性循环模型。映射到我国当前的地方病型贫困治理,可以发现,脱贫制度不完善、贫困治理能力不足是影响地方病型贫困治理的供给性制度障碍,贫困群体不良的生活习惯和守旧的思想观念是制约地方病型贫困治理的需求性制度障碍。故而,加大地方病型贫困治理制度的供给力度,提升地方病型贫困治理能力的供给水平,重塑地方病型贫困群体的脱贫需求就成为必需的反贫困路径。当然,地方病

型贫困的双向恶性循环模型是基于相关文献提出的,没有经过实践检验,解释力度有限。这正如地方病型贫困区别于一般的因病致贫,对于不同的疾病类型,脱贫的举措就不能相同,决不能用同样的缓贫举措来对待特殊的地方病型贫困。今后的研究可以对该循环的实践运用情况进行适当的总结,并探究其内在作用机理和熔断机制。

参考文献:

- [1] 中国新闻网.《全国地方病防治“十二五”规划》发布(全文)[EB/OL]. (2012-01-29) [2017-11-20] <http://www.chinanews.com/jk/2012/01-29/3626752.shtml>.
- [2] 张菊芬. 防治地方病是地区脱贫的重要环节[J]. 国土与自然资源研究, 1998(2): 9-10.
- [3] 赵传圣, 张廷秀, 冷佃颀, 等. 防病治病与脱贫致富相结合病区人民走上健康富裕道路[J]. 中国地方病防治杂志, 1991(1): 58.
- [4] 陈南岳. 我国农村生态贫困研究[J]. 中国人口·资源与环境, 2003(13): 42-45.
- [5] 李涛. 我国农村地方病型贫困的思考——以贵州省地方病氟中毒为例[J]. 湖北师范学院学报(哲学社会科学版), 2005(5): 55-57.
- [6] 张志新. 坚持防病治病与脱贫致富相结合方针做好地方病防治工作[J]. 中国地方病防治杂志, 1989(6): 383-384.
- [7] 汪辉平, 王增涛, 马鹏程. 农村地区因病致贫情况分析思考——基于西部 9 省市 1214 个因病致贫户的调查数据[J]. 经济学家, 2016(10): 71-81.
- [8] 陈成文. 从“因病滞贫”看农村医疗保障制度改革[J]. 探索, 2017(2): 74-80.
- [9] 姜庆五. 流行病学[M]. 北京: 科学出版社, 2005: 436-439.
- [10] 孙殿军. 中国地方病病情、防治与对策[C]//中国科学技术协会. 节能环保和谐发展——2007 中国科协年会论文集(三). 北京: 中国科学技术协会, 2007: 5.
- [11] 阿玛蒂亚·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.
- [12] 拉格纳·纳克斯. 不发达国家的资本形成问题[M]. 谨斋, 译. 北京: 商务印书馆, 1966.
- [13] 崔万田, 周晔馨. 正式制度与非正式制度的关系探析[J]. 教学与研究, 2006(8): 42-48.
- [14] 国家卫生计生委, 国家发展改革委, 财政部. 关于印发“十三五”全国地方病防治规划的通知[EB/OL]. (2017-03-16) [2017-11-20]. <http://www.nhfp.gov.cn/jkj/s5873/201703/67e87178addf4957b13d83f55583927d.shtml>.
- [15] 国家卫生计生委, 国务院扶贫办, 国家发展改革委, 等. 关于实施健康扶贫工程的指导意见[EB/OL]. (2016-06-21) [2017-11-20]. <http://www.nhfp.gov.cn/caiwusi/s7785/201606/d16de85e75644074843142dbc207f65d.shtml>.
- [16] 中国政府网. 中共中央国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要

- 要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2017-11-20]. <http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/201610/21d120c917284007ad9c7aa8e9634bb4.shtml>.
- [17] 中国政府网. 国务院关于印发“十三五”推进基本公共服务均等化规划的通知[EB/OL]. (2017-03-01) [2017-11-20]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-03-01/content_5172013.html.
- [18] 孙远太. 政府的贫困治理能力及其提升路径[J]. 开发研究, 2015(3): 31-34.
- [19] 王井怀, 程士华, 巩志宏. 安徽等地贫困地区存在吃水难, 三成群众喝不上干净水[EB/OL]. (2016-01-03) [2017-11-20]. <http://news.jxnews.com.cn/system/2016/01/03/014587698.Shtml>.
- [20] 国家统计局农村社会经济调查司. 中国农村统计年鉴(2015)[M]. 北京: 中国统计出版社, 2015: 284.
- [21] 国家统计局住户调查办公室. 2011 中国农村贫困监测报告[M]. 北京: 中国统计出版社, 2012: 35.
- [22] 林尚立. 制度创新与国家成长: 中国的探索[M]. 天津: 天津人民出版社, 2005: 559.
- [23] 张仲芳. 精准扶贫政策背景下医疗保障反贫困研究[J]. 探索, 2017(2): 81-85.
- [24] 国家卫生计生委统计信息中心. 2013 年第五次国家卫生服务调查分析报告[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2015: 183.
- [25] 中国政府网. 国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020 年)的通知[EB/OL]. (2015-03-30) [2017-11-20]. <http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/201503/6f403fed54754e4f916bceac28c197a.shtml>.

Governance of endemic disease type poverty: Based on the poverty two-way vicious cycle model

XU Yuanyuan, LIU Junqi

(School of Public Administration, Central South University, Changsha, 410083)

Abstract: Endemic diseases are a major source of poverty in poor areas. Effective governance of endemic disease type poverty is an unavoidable responsibility for achieving the goal of targeted poverty alleviation. The present essay, based on vicious circle of poverty, analyzes the generation logic of supply and demand for endemic disease type poverty by constructing the two-way vicious cycle model of endemic disease type poverty. In the realistic context of lacking self-reducing poverty and self-development capacity in poverty areas, institutional requirements for both supply and demand for governance of endemic poverty are demanded. Institutional obstacles in both supply and demand are seriously restricting the effective management of endemic disease type poverty. The former include imperfect poverty alleviation system and weak governance capacity, while the latter include residents' out-of-date living habits and backward ideas. It is necessary to improve the effectiveness of poverty governance in terms of increasing the supply of endemic disease type poverty governance systems, enhancing the supply level of endemic disease type poverty governance capacity and remodeling the poverty-reducing demand of the poor people caused by endemic disease. These optimization measures can help the rural poor achieve poverty alleviation and further promote the completion of a moderately prosperous society in all aspects.

Key Words: endemic disease type poverty; poverty governance; poverty two-way vicious cycle; supply institutional obstacles; demand institutional obstacles

[编辑: 谭晓萍]