

农户健康风险管理过程、传导机制与治理路径

——以安徽省岳西县 G 村为例¹

赵梦媛 张开云

(华南农业大学, 广东 广州 510642)

【摘要】:随着农村地区现代化进程的不断推进,农村居民的生产方式和生活方式快速变化,农户所面临的健康风险成为值得关注的致贫风险之一。健康风险表现产生变化,分化为疾病风险、劳动伤害与工伤风险和生育风险。如果处理不当,健康风险就会在个体和家庭两个层面进行向后传导,从而最终引发家庭的贫困问题。风险应对资源的充足性、处理风险损失的及时性以及全过程中主体保持积极的风险意识,都是影响风险传导路径的重要变量,也是帮助家庭成功应对风险冲击、防止风险致贫的关键。采取事前-公共型风险应对策略可以获得较好的公共效益。在乡村振兴中应当积极建立完善农村地区健康风险监测预警机制、加强风险预防,通过将风险应对成本向外转移来增加农户应对风险瞬时冲击的能力,以及建立包含更多责任主体的农村医疗保障体系来帮助农户提高风险冲击后的持续恢复能力。

【关键词】:农户;健康风险;风险致贫;风险治理;农村医疗保障

【中图分类号】:F323.89 **【文献标识码】**:A **【文章编号】**:1002-6924(2023)1-0106-08

随着我国脱贫攻坚顺利收官与乡村振兴战略的全面实施,我国农村地区发展迈入了新阶段。我们应该看到,在新阶段快速变化的社会环境中仍然会有许多不确定因素,农村绝对贫困问题得到解决但部分社会弱势群体和相对贫困现象仍然需要长期关注。当前,农村公共治理依旧需要聚焦于民众最迫切和最基本的需求满足,农村居民的健康保障问题亦是其中重要议题。

一、文献简述与问题的提出

健康风险可以被定义为因负性健康风险事件而造成的经济损失及非经济损失的可能性,这里负性健康事件不仅仅指疾病伤害和失能,也指基本公共卫生服务的缺乏^[1]。基于此种定义,本文所讨论的“农户健康风险”主要是指在农村地区生活的居民及其家庭所面临的健康风险问题^①。健康问题与每个人息息相关,因此健康风险与健康保障一直是学术研究的热点问题。健康风险的诱发因素首先存在于外部环境之中,例如土壤^[2]、水源^[3]和空气^[4]污染都会增加暴露在其中的个体患病和患癌症的可能性。就农村地区来说,农村居民健康风险意识落后于风险实际水平,导致了实际承受的风险损失较大^[5];通过对农村扶贫实践的探索可以发现,农村居民的疾病与贫困境况之间存在着因果循环的关系^[6]。而从风险管理流程来看,现有研究主要着眼于健康风险的评价与评估^[7],而对于如何将家庭外部健康风险与家庭内部私人健康行为相结合整合进公共治理政策视野的分析较少。而在对于农户健康风险问题的公共治理方面,现有研究中强调了应当重视建立健康风险评估体系^[8]、促进完善基层医疗卫生体系和农村社会

¹ **【基金项目】**:国家自然科学基金项目“农村相对贫困家庭生计脆弱性测度、形成机理与消减政策优化研究”(72074083);广东省高校科研平台和项目“突发公共卫生事件应急治理体系的短板与优化路径研究——以广州、武汉、深圳为考察样本”。

【作者简介】:赵梦媛,博士,华南农业大学公共管理学院讲师,广东省减贫治理与乡村振兴研究院研究人员,主要研究方向:农村减贫与社会保障政策实践;张开云,博士,华南农业大学公共管理学院教授,主要研究方向:社会保障政策、减贫治理与乡村振兴。

保障制度体系在提升健康风险治理能力方面的重要作用,以及应当将健康风险问题与未来的健康乡村建设紧密结合^[9]。总的来看,农户健康风险正在得到农村公共治理的重点关注,现有研究对于环境健康风险、职业健康风险的识别与评价都有了丰富的探索,而对于以农户为单元进行的健康风险分析不多;对于农户健康风险与疾病风险的研究着重于从技术层面进行探讨,而从公共管理角度对农户健康风险在当前社会发展阶段表现形式的多样化、健康风险如何引发了家庭的贫困问题,以及如何基于此种变化来探究健康风险的公共治理方式等问题仍有较大的探索空间。

在居民的诸多基本需求中,保障生命安全、促进健康人力资本提升始终是核心需求之一,尤其在低收入家庭和特殊困难群体中,因家庭成员疾病治疗、健康资本缺乏导致的发展受阻问题更加明显。尽管因病致贫问题在精准扶贫过程中得到了充分的政策关注,但由于农村现代化的快速推进,农户所面临的健康风险的表现为何,会不会、如何因病返贫,以及如何对农户健康风险通过政策途径予以治理,这些都是需要政界、学界在乡村治理、乡村振兴战略实践研究中深入探究的重要议题。

本文基于对安徽省岳西县的实地调研^②,梳理了当前农户所面临的健康风险的具体表现以及农户在进行健康风险管理时的不同做法,并基于农户健康风险实际情况深入分析了农户健康风险治理路径。岳西县位于安徽省安庆市西南部大别山区,总人口41.25万,是安徽省唯一集革命老区、脱贫地区、纯山区、国家级生态示范区、生态功能区“五区”于一体的县份^[10]。此次选择的调研村G村位于岳西县中部偏北区域,为非贫困村,村内总面积9.4平方公里,户籍人口2080人。在历史上岳西县曾长期面临严重的农村绝对贫困问题,2015年建档立卡时因病致贫人口占总贫困人口的34%^③,据当地镇政府工作人员介绍,G村居民患大病以及因病致贫的情况较为突出。由于脱贫攻坚的大力推进,岳西县健康扶贫工程采取了多样化的治理策略,取得了较好的帮扶效果。由于健康扶贫帮扶对象不止于贫困人口,因此不仅仅是贫困人口的健康保障水平得到了提高,岳西县区域内非绝对贫困的农村居民可以获得的医疗卫生资源也显著增加了,健康风险问题由此也得到了有效治理。因此,分析其实际情况和做法对于在更广范围内治理农户健康风险问题具有一定的参考借鉴意义。

二、农户健康风险的表现

随着农村地区的经济发展水平不断提高、农村现代化的生产生活方式逐渐普及,农民生计模式不断变化,从事非农职业的人越来越多,由此会使得健康风险的诱发因素增加,健康风险表现形式更加多样化。研究发现,G村居民所面临的健康风险具体可分为以下几种:与日常生活紧密相关的疾病风险、与劳动紧密相关的劳动伤害风险和工伤风险,以及与性别的特殊性紧密相关的生育风险^④。这几类风险暴露时,都会对居民个体的健康资本造成直接损害,并且同样都会产生较高医疗费用,直接冲击家庭生计稳定。

(一) 日常生活中的疾病风险

疾病对于农村居民生命安全以及农户生计稳定性的威胁长久以来都受到重视,随着社会的不断发展,对居民健康造成威胁的主要疾病种类也从传染病逐渐转变为了慢性病^{[11]93}。2020年岳西县24个乡镇卫生院开展的死因监测报告表明,在死亡病例1631例中,死因前三位分别为脑血管疾病、心血管系统疾病以及恶性肿瘤^[12]。通过对G村F组与S组农户的访谈可以发现,村中居民患有慢性病的情况十分常见,在全部41例农户中有28例报告了家庭成员中正在患有不同种类、不同程度的疾病,占到总农户案例的68.3%;在这些案例中最常见的几种疾病为高血压、中风、腰椎和骨关节疼痛以及由既往病史造成的后遗症性疼痛等。此外,通过对两个组近30年内因大病去世的人员进行统计后发现,在1989-2018年30年间,所有因大病去世的14人中,因肝癌、胃癌、肺癌三种癌症去世的人数有7人,为较为高发的癌症类型^⑤。有研究认为,农村居民的慢性病可以被划分为过度损耗和过量摄取两大类^{[11]104},即一方面是由于过去的过度损耗,而另一方面是由于现在营养物质的不合理摄入;除了饮食外,中医病因学认为慢性病是来源于意识、饮食、过度劳累等个体生活多方面的综合^[13]。而就G村的情况来看,缺乏干净的饮用水、长期食用腊肉等腌制品、过度饮酒等这些居民常见的生活习惯都是使得健康风险增加的原因。

(二) 农业生产活动中的劳动伤害风险

农业生产作为一种劳动方式，必然存在着由劳动导致伤害的风险。G村的农户家中普遍使用着装备有锋利刀刃的小型葛根切割机，以及锋利的小型柴油茶叶修剪机器(当地称为“茶剪”)，但其中存在的致伤风险和相应的劳动保护措施却没有被提前告知给使用者。再者，从劳动环境来看，摘茶是G村内居民主要农业收入来源，茶山陡峭且完全无防护，使用茶剪也没有任何劳动保护工具，摔伤、切割伤等事故较为常见。

尽管劳动伤害普遍存在，但如何界定“农业劳动伤害”则鲜有定论。不同于部分职业的劳动伤害有较为明显的发生空间阻隔和特定的职业病表现形式，在G村这样分散化小农生产仍是主流的农村地区，农业劳动伤害可以发生在农田或家中的任何场所，并且伤害的表现与日常生活的疾病表现有许多重叠之处^[14]。从现实情况来看，一边是不断上升的劳动风险水平，另一边是落后的职业性劳动保护机制，农民一旦受伤多数只能获得“农民”作为一种户籍身份的医疗保障，而无法获得针对职业伤害的劳动力损伤补偿。

(三) 雇佣劳动中的工伤风险

数据显示，2012-2017年间，我国农村居民可支配收入结构中，工资性收入占比呈持续上升态势，由2013年的38.73%上升至2017年的40.93%^⑥，农村人口中以非农职业为主要生计来源已成为普遍现象。本文调研显示，在G村S组与F组全部住户中，年轻人在村外务工的人数大约占到组内总人数的1/4；常年在外、仅在过年时返家的长期务工人员约占总人数的1/10。有近三分之一的受访者从事的是高风险行业(建筑外墙装修、高速路修建、打桩、建筑工地散工等)。有5例受访户明确报告了经历过工伤事件，其中有2例受访户正在经历工伤理赔过程，1例报告了工伤补偿不足所导致的身体损伤恢复缓慢的实际问题。就村内情况来看，在乡村中的农民以“被雇佣者”的身份从事兼业工作(例如在农产品生产企业中从事农业劳动、跟随包工队从事未签订正式劳动合同的建筑工程工作)的情况也日益增加，但与此同时，由此产生的新的工伤风险却很难获得社会工伤保险制度的覆盖和保障^⑦，他们在受伤后的医疗费用仍旧主要由城乡居民医疗保险(原“新农合”)来分担，很容易出现劳动损伤补偿不足、无法完全康复进而影响家庭整体的生计稳定性的问题。

(四) 具有生物和社会双重属性的生育风险

生育风险主要是指由于女性的生育行为导致损失的可能性或风险因素。从生育风险的内涵来看，生育风险包含了生物意义与社会意义的双重属性——从生物意义上来说，生育风险体现为待孕妇女和胎儿的风险^[15]，而从社会意义上来说，生育风险则更多地表现为由于女性职工的生育行为导致的失业风险，在社会分工细化、社会医疗条件逐渐提高的如今，生育风险中的社会意义属性不应被忽视。

G村中居民所面临的生育风险问题不仅表现为由生育带来的损伤及后续恢复问题，也表现为由生育行为所带来的失业问题。例如一位女性受访者(代称CG,女,49岁)生育后上节育环后期处理不当引发子宫炎症，经治疗尚未完全恢复时子宫又长了恶性肿瘤，一年中花费过万元的治疗费用，且身体机能损伤从此不能干重活^⑧。另一些受访者表示，之前因为生育不得不辞去工作，希望把孩子带大些后继续出去打工，但在没有任何外力帮助的情况下再次就业的前景并不乐观。

对于农户来说，一方面生育风险的生物内涵在农村地区仍然有所体现，另一方面由生育行为导致的女性劳动力失业、家庭收入剧减的情况也已经不是个例，这会加剧农户生计的脆弱性、进而引发相对贫困问题。现有研究也认为农村女性的生理和生育需要更多的健康资源，然而现有政策在实施过程中却缺乏将社会性别意识融入健康促进的措施^[16]。因此生育风险作为健康风险表现之一，在农村地区具有一定的特殊性，它是地区医疗资源不足、劳动力就业质量低下、农村女性人力资本缺失综合引发的结果。

三、农户健康风险自我管理的过程及其传导机制

在面对健康风险时农户会根据自身情况自主采取必要的自我管理措施。在多数情况下，健康风险会由于个体采取的应对措

施而保持在一个“隐而未发”的状态；而当健康风险的程度超出了个体和家庭的承受范围时，就会发生较为严重的后果，例如个体的死亡、家庭面临灾难性的医疗支出水平甚至落入贫困。在 G 村所有 41 户农户案例中，有 28 例 (68.3%) 报告了家庭成员近 3 年内曾有或者正在经历身体不适或精神不适的情况 (包含 2 例家中有精神疾病患者正在接受治疗的情况)，其中，大部分患者采取了一定的自我管理措施 (就诊、用药、办理慢病卡等)，将健康风险控制在了可接受范围内；有多例报告了近 1 年内家中有成员因疾病死亡的情况。本文选取 G 村内具有代表性的 4 户案例、分为 2 个对比组，参考管理科学中的风险管理的流程分析框架^⑥以及 ISO31000 风险管理标准^[17]，来展现两个家庭在进行健康风险管理的详细过程，探析健康风险问题如何诱发了风险致贫的问题，即健康风险的传导机制。

(一) 健康风险管理的两种结果：人员死亡或人员存活

基于家庭经历的健康风险事件的前后情况对比，本文设立对比组，将四个代表性农户案例的基本情况做如下归纳^⑥：

表 1 对比组代表性农户经历健康风险冲击的过程对比

对比组	名称	人物	健康风险事件	事前家庭状况	健康风险事件过程描述	事后家庭状况
第一组	案例 A	户主 YG, 丈夫 FJ	丈夫 FJ 胃癌去世	非贫困户, 中等水平	FJ 起初是胃溃疡, 在镇卫生院开药治疗, 之后持续胃痛在县医院确诊胃癌。经化疗有所好转, 之后病情恶化转合肥医院救治。后回到县医院仅靠输液维持, 一个月后去世。	主劳力死亡, 因病致贫困户
	案例 B	户主 FC, 妻子 WL	妻子 WL 乳腺癌转为慢性疾病	非贫困户, 中等水平	在本县医院确诊为乳腺癌早期并开始治疗, 期间接受 2 次手术、6 次化疗, 花费医疗费 6 万元 (自费部分), 一年后转为良性慢性病, 需长期吃药和定期复查。	主劳力 WL 无法干重活。治疗费欠数万元外债, 家庭消费水平显著下降
第二组	案例 C	户主 FW	户主 FW 因心脑血管疾病在就医过程中去世	非贫困户, 中等水平	生前有高血压, 持续服用降压药 (每月 20 元), 但没有进行全面体检筛查。发病当天先去了村卫生室随后去了镇卫生院, 病情突然加重后去世。	主劳力 FW 死亡
	案例 D	户主 FY, 丈夫 BJ	丈夫 BJ 有心血管疾病, 正在持续治疗	非贫困户, 中上等水平	BJ 发病当天先后在村卫生室、镇卫生院、岳西县医院、合肥市某医院就医, 其中在县医院某医院自费 1000 元, 在合肥市某医院自费医疗费 6000 元; 治疗时间约 1 个月, 共计花费 1 万元。	BJ 不能持续劳累, 需要长期吃药和定期复查; 家庭资产水平显著下降

在四个代表性农户案例中，四户原本都是非贫困户，家庭经济水平各有不同但都在中等或以上；在健康风险暴露、家庭经历风险冲击方面，其时间长短也各有不同，最长 1 年、最短 1 天；在风险冲击之后，案例 A 和 C 中经历了人员的死亡，而案例 B 和 D 在花费了较大治疗成本后患者得以存活，但患者的劳动能力受损、家庭储蓄水平下降，家庭生计的脆弱性大大提高，贫困风险显著上升。案例 A 和 B 的风险冲击都经历了一个较长的应对时期，最终在人员存活结果方面显著差异；案例 C 和 D 的风险暴露时间都具有瞬时性、前期的潜伏期较长，同样在人员存活结果方面显著不同。

从案例描述可以看出，四个案例在多个关键节点上展现出了处理策略的差异，从而使得健康风险管理结果各异。在四个案例中再选取风险应对过程较详细的第一组两个案例进行对比分析，利用 ISO31000 风险管理标准流程框架对其应对过程进行拆解可以得到图 1。以案例 A 和案例 B 感受到身体不适识别出风险、进入风险管理流程为起点事件，随后，以确定病种作为进入“评价-应对”循环的起点。在此过程中，以“检查指标变化”作为风险监测的方式，推动“评价-应对”循环的两次重复；最终，以一个案例中人员的死亡为时间截点，作为两个案例健康风险管理事件的结束。

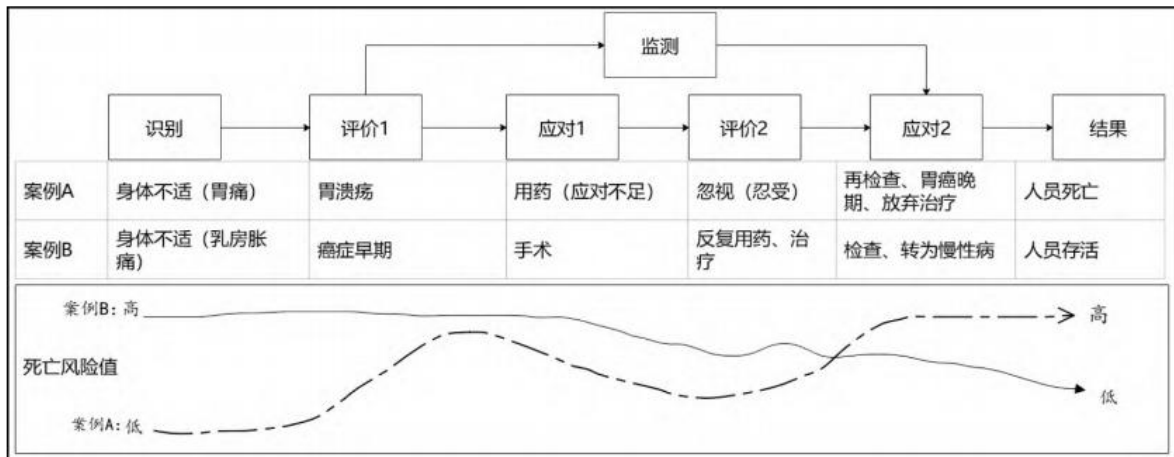


图 1 健康风险变化过程的第一组案例对比

资料来源:笔者根据访谈记录整理绘制

在两个案例中，在健康风险显露的前期——识别与初次评价时，案例 B 相比于 A 来说，其所面临的由健康风险导致的人员死亡风险更高，但最后案例 A 由于应对措施不足，最终导致了风险暴露、人员死亡，而 B 则应对成功，将死亡风险降低至可控范围内。由于健康风险本质上是对患病的个体的生命延续性的威胁，因此可以将健康风险管理成功结果简化解为“个体存活”，而失败的结果是“个体死亡”，在此过程中可能会伴随着家庭在经济和成员完整性等多个维度上的损失。

案例 A 中，FJ 在初期所面临的只是常见疾病“胃溃疡”，致死几率较低，但由于在第一轮风险“评价-应对”过程后，FJ 忽视了风险预警信号，没有及时采取措施，直至疼痛无法忍受时才进入到第二轮的“评价-应对”过程，而此时已错过最佳治疗时间，因此疾病风险已经暴露到家庭无法承受的程度。胃癌在晚期阶段如果实施姑息性切除手术，则患者仍可以延长生存率、提高生存质量^[18]，但在此阶段，案例 A 家庭再次选择了消极应对，即放弃治疗、等待死亡^①，从而最终导致了疾病风险暴露的最差结果：人员死亡。

而在案例 B 中，W 起初所面临的健康风险从统计学上来说死亡风险较高——据 2011 年全国性统计数据显示，乳腺癌位居女性死亡原因排名第 6 位^[19]。但由于案例 B 家庭中及时采取了积极的应对策略(手术)，并且在第一轮“评价-应对”过程之后始终选择了成本较高但更加积极的应对策略——根据检查结果(监测信息)及时更新治疗方案，从而逐步降低了因癌症而导致的死亡风险，最终在本次健康风险事件应对中，避免了最坏的结果。

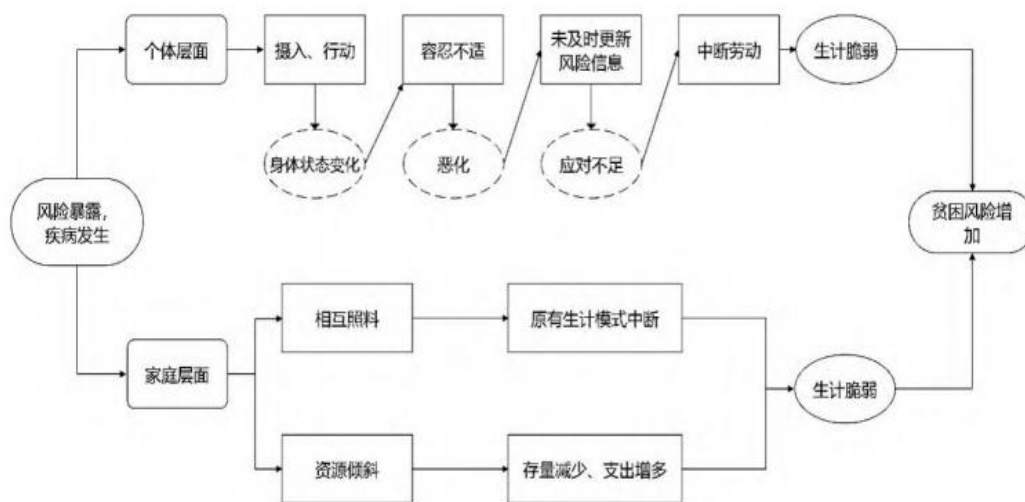
(二) 农户健康风险管理过程中的风险传导机制分析

如果将疾病作为一种风险暴露的结果向前拓展，则可以来考察健康风险是如何从风险管理的识别环节逐步传导至危机结束后的恢复环节的问题。就传导的结果来说，公共管理主要关注于损失性结果可能会导致的家庭贫困问题，希望通过公共治理途径来防止新的贫困问题的发生。

基于从疾病发生到家庭贫困的因果路径，结合风险管理的环节划分，本文对于四个典型案例中影响风险管理行为的因素作出如下分析：首先，在进入本轮风险评价阶段之前(风险识别之前，风险的潜伏阶段)，四个案例中均存在着前期风险预防不足的问题，这或许是与家庭成员的文化水平不高以及G村所处区域所具备的医疗卫生资源的可及性较差有关。其次，在风险评价开始后(评价1、应对1与应对2)，案例A和C的慢性病属性对于患者主动采取措施避免死亡的行动力要求反而较高，而案例B的癌症属性，以及案例D的检查结果(压迫心脏血管，有较高猝死风险)则更容易唤醒患者对死亡的风险厌恶，从而在客观结果上即刻开始行动；对于短时死亡风险的高度厌恶反过来促使风险主体突破了小区域内部医疗条件约束、采取了更加积极的应对方案，从而突破了外部环境对于健康管理的阻碍；而从经济条件来看，案例B和D的患者家庭经济条件较好，也有能力负担较高的治疗费用。第三，在此后的风险应对的第二阶段(应对2)，案例A和C由于前期风险的累积水平较高，已经失去了健康风险管理的最佳时机。如果案例A此时终止冷处理、及时多方寻求家庭外部的风险分摊，则仍有避免死亡的可能，但此时处理的成本已经超过了他们认知水平中的承受极限。案例C则由于瞬时爆发，受到外界医疗环境的限制，同样难以采取有效应对措施。而案例B和D选择了保持积极的应对方式、尽管这样的成本较大(需要频繁地中断生产、外地就医花费更大)，由此风险管理的效果进一步出现分化。

由于在健康风险应对中个体和家庭成员之间频繁互动、密不可分，因此，本文将健康风险在家庭内部的传导链划分为两个层面：个体和家庭(见图2)。在个体层面，健康风险被不断向后期传导、导致贫困的关键行为在于：对于不适感的高度容忍、对于风险变化信息的滞后掌握，以及劳动收入的长期被迫中断；在家庭层面，家庭成员患病会同时带来家庭在劳动力分工(由分别劳动转为相互照料)和资源存量(存款和固定资产)两方面的调整，其中相互照料会直接导致照料者原有的生计方式的中断，而资源倾斜则会使得家庭中原有的存量减少和支出增多。最终，两个层面的传导链都会使生计模式的脆弱性提高、稳定性下降，而主劳力的死亡则更直接引起生计模式的断裂式转变。由此，家庭总的贫困风险被增加了。

通过案例对比分析可以发现，风险应对资源的充足性、处理风险损失的及时性以及全过程中主体保持积极的风险意识，都是影响风险传导路径的重要变量，也是帮助家庭成功应对风险冲击、防止风险致贫现象的关键。为了缓解贫困农户的健康风险冲击问题，岳西县曾在农村扶贫中根据本地实际情况实施了层次丰富、形式多样的健康扶贫工程^[20]，取得了较好的治理效果^[21]。笔者曾对岳西县的健康扶贫的政策实施进行了系统总结，并认为岳西的成功经验在于“将国家健康扶贫宏观框架与本地实际情况充分结合、针对健康风险进行的全过程管理”^[22]。因此在脱贫攻坚结束后的乡村振兴阶段，应当尝试继承和发扬成功的治理经验，帮助更多的农村家庭提高其健康风险的自我管理能力和。



四、农户健康风险治理的有效路径

2019年印发的《国务院关于实施健康中国行动的意见》中提出,到2030年要实现全民健康素养水平大幅提升、健康公平基本实现的目标[23],其中必然包括同步提升农村居民的健康素养与健康水平的要求。因此,农户健康风险管理成功与否关系到健康中国战略能否顺利实现,必须加以重视。尽管在进行健康风险管理的过程中,风险的变化主要取决于患者本人的决策^⑩,但健康风险从识别、评价到应对,都需要家庭不断向外部组织寻求帮助,这种帮助既包括医疗机构提供的医疗服务,也包括由政府提供的各类医疗保障政策,其中医疗保障政策的形式和水平都会显著影响农户处理健康风险时的成本和收益;而政府则可以同时影响医疗机构的服务供给和居民的医疗保障水平,因此,作为公共福利的主要供给者,政府有必要关注农户健康风险的变化、提升政策干预手段与居民福利需求的契合性。

(一) 建设健康风险监测机制,提升农户的健康风险防范能力

通过上文对比性分析可以发现,在发现身体不适后及时就医、在用药一段时间后及时复诊作为健康风险管理中“风险监测”的具体形式,对于防止疾病进一步恶化、缓和风险暴露提供了十分关键的参考信息。但在信息化和医疗现代化水平发展相对较慢的农村地区(尤其是西部欠发达地区、山区),这种健康信息获取的及时性很差,而较为匮乏的基层诊疗条件又会加剧这种信息获取的滞后性。

为了提升健康风险预防的及时性,政府应当帮助农村居民增强对于健康风险的动态监测能力,尤其需要重点照顾高健康风险的人群(例如患有慢性病的老年人、残障人士等社会弱势群体),来帮助高风险群体将健康风险干预的时机提前。健康风险信息监测的具体实践形式包括了针对贫困人口推行的家庭医生签约服务制度、上门体检、通过手机软件和智能穿戴设备及时反馈身体变化信息等措施。健康风险信息的公共监测预警机制在此前的新冠疫情防控中得到了快速的发展(例如进出测温、高中低风险区域动态调整等),这些对于保护农村弱势群体、促进医疗公平都起到了积极作用,因此在未来的农户健康风险问题的治理中可以尝试探索技术手段的更加精细化的运用场景。

(二) 向外转移农户的风险应对成本,提升抗冲击的瞬时能力

一个区域内的基层医疗卫生条件是实现健康风险有效治理和自我管理的物质基础。政府通过公共财政大力投入到农村基层医疗卫生软硬件的建设当中,在本质上是将原本由农村居民个人在面对健康风险问题时所要付出的成本^⑪部分地转移至公共主体之上,即通过正式机制实现了风险分担效果。与此相应,政府和社会也会获得更大的正外部性——居民的整体健康资本水平提高、生活更幸福、政府的公信力提高等,而政府公信力的提高又会反过来提升健康风险问题公共治理的有效性^[24],从而形成健康风险保障的良性循环。当农户面临健康风险冲击时所要付出的成本被控制在可接受范围内时,其抵抗风险瞬时冲击的能力就被间接地提高了。

(三) 完善风险分担正式机制,帮助农户在健康风险冲击后快速恢复

建设乡村地区健康风险正式分担机制,充足的医疗服务供给与适度的医疗保障水平缺一不可。其中医疗服务供给主要通过建设充实基层医疗卫生资源来实现,而适度的医疗保障水平则需要改进完善农村社会医疗保障体系来实现,双管齐下才能避免出现健康风险治理中的漏桶效应。

社会医疗保障制度对于农村居民健康风险的降低作用已经得到了实证研究的支持[25]。通过前文中分析也可以发现,随着农村现代化的不断推进,仅仅依靠政府的财政投入和居民缴费的城乡居民医保制度已经越来越难以满足农村居民日益增长的医疗保障需求:一方面,农户的健康风险来源中以户为单位的农业劳动伤害是核心,同时雇佣劳动伤害正在迅速增加,但另一方面,以企业为代表的劳动雇佣方却没有承担起对于农村劳动人口的劳动伤害的补偿责任。过度的健康损耗和匮乏的健康补偿水平共同造成了当前农村居民健康风险较高的局面,因此在未来,需要从风险共担的角度重新构建起包含更多责任主体、适合于

全体农村居民的健康风险保障体系，不断丰富资金来源、提升政策设计的科学性。

注释

①在现有研究中“农户”和“农村家庭”概念之间既有区别又有联系,但在本文中两个概念之间的差异不影响研究结论,因此两个概念在本文中可以互换使用。

②这项实地调研的开展时间段为2018年12月至2019年7月,期间笔者三次进入岳西县调研点,实地调研总时长73天,对多个调研对象开展了半结构化访谈,访谈对象包括县级部门(包括扶贫办、医保局等)、镇政府(包括民政所、社保所等)、镇卫生中心、村卫生室、村两委、村民等,形成了41个农户案例和11个其他类人员访谈案例。对于G村的调研集中于人口密集、交通相对便利的两个生产组F组和S组。

③数据由岳西县扶贫办提供。

④本文中并没有对近年发生的新型冠状病毒疫情(简称新冠疫情)做出讨论,首先是因为实地调研的时间点是在疫情发生之前,其次新冠疫情对于此次讨论来说可以归为日常疾病类之中,再者由于新冠疫情的影响巨大,笔者认为应当被归入公共健康风险问题的治理之中另行探讨。

⑤数据来源:主要通过常年生活在村内、常年负责村内事务的村干部回忆获得,少部分通过直接询问组内居民获得。统计时间:2019年6月20日。

⑥数据来源:国家统计局《中国统计年鉴2018》表6-11, <http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/2018/indexch.htm>。

⑦从实地调研了解到情况来看,对于从事兼业的农民,企业一般不会为其购买社会保险,常见的做法是单独投保商业性意外伤害保险,或者完全无作为。

⑧访谈时间:2019年6月26日,访谈地点:位于G村的CG家中。

⑨管理科学中的风险管理是指风险管理单位通过风险识别、风险衡量、风险评估、风险决策管理等方式,对风险实施有效控制和妥善处理损失的过程。参见刘钧著《风险管理概论》,清华大学出版社,2008年版第1页。

⑩在笔者开展调研时,案例A和C户中的家庭成员刚去世不久,其中案例C的FW是在笔者第二次进入实地前半个月才去世。出于对家属情绪的照顾,笔者没有对其治病过程深度追问。

⑪在这一阶段FJ曾经进行了化疗但很快放弃,因此视为无效的应对策略,忽略不计。

⑫已有研究证实,农户在不确定环境中进行风险决策时,影响其最终选择的重要因素包括人力资本水平和家庭禀赋两方面。因此当讨论健康风险管理时,个体与家庭往往相互绑定、作为一个整体来予以分析。

⑬例如通过访谈发现,患者往往会为了获得更好的治疗条件而长途奔赴大城市,而如果住院治疗则一般需要家族中另一个劳动力中断工作来陪护(多为伴侣或儿女),这对家庭生计稳定造成了更大的冲击,亦会降低患者充分治疗的意愿。

参考文献

-
- [1] 马敬东, 张亮. 农村贫困家庭健康风险及其干预策略[J]. 中国初级卫生保健, 2005(5):35-36.
- [2] 鲍丽然, 邓海, 等. 重庆秀山西北部农田土壤重金属生态健康风险评估[J]. 中国地质, 2020(6):1625-1636.
- [3] 张晓晓, 李峥, 等. 山东某农村间歇式供水系统微生物健康风险评估[J]. 环境与职业医学, 2021(6):607-611.
- [4] 袁宏林, 杨梦妮, 等. 西安市冬季大气颗粒物中重金属污染特征及健康风险评估[J]. 环境工程, 2019(1):176-181.
- [5] 叶慧, 吴阳. 基于结构方程模型的武陵山区居民热浪健康风险认知与应对[J]. 科学技术与工程, 2021(19):7949-7955.
- [6] 徐小言, 钟仁耀. 农村健康贫困的演变逻辑与治理路径的优化[J]. 西南民族大学学报(人文社科版), 2019(7):199-206.
- [7] 李鹏, 张波, 等. 基于“四步法”的健康风险评估研究进展[J]. 中国人口·资源与环境, 2016(S1):553-556.
- [8] 吕忠梅. 控制环境与健康风险推进“健康中国”建设[J]. 环境保护, 2016(24):21-27.
- [9] 许源源, 王璘. 乡村振兴与健康乡村研究述评[J]. 华南农业大学学报(社会科学版), 2021(1):105-117.
- [10] 岳西县人民政府. 岳西概况[EB/OL]. [2022-07-02] (2021-09-26) <http://www.yuexi.gov.cn/mlyx/index.html>.
- [11] 余成普. 中国农村疾病谱的变迁及其解释框架[J]. 中国社会科学, 2019(9):92-114.
- [12] 中共岳西县委党史和地方志研究室. 岳西年鉴 2021[M]. 合肥: 安徽人民出版社, 2021:252.
- [13] 吴长汶, 朱龙, 等. 基于治未病思想指导下的疾病风险预警系统研究[J]. 中华中医药杂志, 2017(7):2848-2852.
- [14] 孙静, 杨小芝. 河南省部分地区农业劳动伤害流行病学及其直接经济负担研究[J]. 现代预防医学, 2010(1):23-25.
- [15] 邱佳琳, 魏洁玲, 等. 广州市海珠区待孕夫妇生育风险因素的分析[J]. 中国妇幼保健, 2017(15):3608-3612.
- [16] 韦艳, 李美琪. 农村女性健康贫困脆弱性及影响因素研究[J]. 湖北民族大学学报(哲学社会科学版), 2021(4):105-118.
- [17] ISO. ISO31000:2018(E). Risk Management-Guide-lines[EB/OL]. <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:31000:ed-2:v1:en>. 2021-10-09.
- [18] 袁松亮. 胃癌晚期姑息性切除可行性分析及对患者术后生存期限的影响[J]. 中国医药导刊, 2012(12):2102-2103.
- [19] 陈万青, 郑荣寿. 中国女性乳腺癌发病死亡和生存状况[J]. 中国肿瘤临床, 2015(13):668-674.
- [20] 胡戴平. 健康脱贫的岳西路径[EB/OL]. [2022-07-02] (2021-09-27) <http://ahyx.gov.cn/html/news/sz/sz/2018/08/348483.html>.
- [21] 岳西网. 岳西县健康扶贫工作表现突出被国家卫健委、国务院扶贫办通报表扬

[EB/OL]. <http://wjw.ahyx.gov.cn/wjxw/2018/10/360896.html>, 2021-9-27.

[22] 左停, 等. 岳西: 发展带动扶贫脱贫[M]. 北京: 研究出版社, 2020:268-287.

[23] 国务院 关 于 实 施 健 康 中 国 行 动 的 意 见
[EB/OL]. [2022-07-02] (2019-07-15) http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-07/15/content_5409492.htm.

[24] 黄懿慧, 王啸, 等. 政府信任对公共健康风险管理的影响——基于长生生物疫苗事件的创设情境研究[J]. 公共管理学报, 2019(4):83-95.

[25] 方黎明. 农村中老年居民的健康风险及其社会决定因素[J]. 保险研究, 2017(5):117-127.