

# 推进健康乡村建设的挑战及对策研究

史华新<sup>1</sup>, 李哲<sup>2</sup>, 肖梦熊<sup>2</sup>, 王硕<sup>1</sup>, 黄璐琦<sup>3</sup>

(1. 中国中医科学院医院管理处, 北京 100700; 2. 中国中医科学院中医药发展研究中心, 北京 100700;  
3. 中国中医科学院, 北京 100700)

**摘要:** “没有全民健康, 就没有全面小康”, 健康扶贫在脱贫攻坚中作用显著, 推进健康乡村建设是巩固拓展脱贫攻坚成果和实施乡村振兴战略的重要举措。我国乡村卫生健康事业较长时期内仍存在整体发展相对滞后、优质资源短缺、资源布局不合理等不足, 仍需持续加强。本文通过开展政策研究、实地调研、数据分析、专家研讨等, 总结了推进健康乡村建设的现实需求, 梳理了健康扶贫取得的成效及面临的主要问题, 提出了推进健康乡村建设的发展目标和方向, 前瞻性地提出了对策建议。为有效控制因病致贫、返贫风险, 更好满足人民群众对健康的多层次、多样化需求, 研究建议, 持续增加政府财政投入, 科学优化卫生资源和人才资源布局; 立足生命全周期、健康全过程, 开展健康服务; 发挥中医药的独特优势, 筑牢乡村疫情防控底线; 基于县域医联体/医共体机制, 做好药品保障; 建立医保基金区域调剂平衡机制, 提升保障政策的精准度、公平性; 实施乡村名医堂工程。

**关键词:** 健康乡村; 健康扶贫; 中医药

**中图分类号:** R-012      **文献标识码:** A

## Promoting Healthy Village Construction: Challenges and Countermeasures

Shi Huaxin<sup>1</sup>, Li Zhe<sup>2</sup>, Xiao Mengxiong<sup>2</sup>, Wang Shuo<sup>1</sup>, Huang Luqi<sup>3</sup>

(1. Department of Hospital Management, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China; 2. Research Center for Development of TCM, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China; 3. China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

**Abstract:** Healthcare is an important component for poverty alleviation in China, and it requires constant efforts as this sector in the rural areas in China will remain underdeveloped and short of high-quality resources for a long time. Moreover, promoting healthy village construction is crucial for consolidating and expanding the key achievements obtained in poverty alleviation and for implementing the rural revitalization strategy in China. This study uses policy research, field research, data analysis, and expert discussion methods. We first summarize the practical needs for promoting healthy village construction and present the achievements and main problems regarding healthcare improvement for poverty alleviation. Subsequently, we explore the development objectives and key tasks for healthy village construction and propose several countermeasures prospectively. To prevent the population that have been lifted out of poverty from returning to it due to illness and better meet their diverse needs for health, we suggest that China

**收稿日期:** 2021-07-20; **修回日期:** 2021-08-23

**通讯作者:** 黄璐琦, 中国中医科学院院长, 中国工程院院士, 研究方向为医药卫生体制改革、中药资源开发与保护等;

E-mail: huangluqi01@126.com

**资助项目:** 中国工程院咨询项目“2020年后减贫战略研究”(2020-ZD-06)

**本刊网址:** www.engineering.org.cn/ch/journal/sscae

should (1) increase government financial investment and scientifically optimize the layout of health resources and human resources; (2) provide health services based on the whole life cycle and the whole process of health; (3) maximize the unique advantages of traditional Chinese medicine to draw a bottom line for epidemic prevention and control in rural areas; (4) ensure drug security based on the healthcare service coordination mechanism within the country region; (5) establish a regional adjustment and balancing mechanism for medical insurance funds to ensure the accuracy and fairness of health policies; and (6) conduct rural doctors training programs.

**Keyword:** healthy village; poverty alleviation through healthcare improvement; traditional Chinese medicine

### 一、前言

没有全民健康，就没有全民小康。2016年，在第一次全国卫生与健康大会上，我国做出了推进健康中国建设的战略指引，将人民健康放在优先发展的战略地位。2019年，习近平总书记在重庆考察并主持召开解决“两不愁三保障”突出问题座谈会上强调，基本医保、大病保险、医疗救助是防止老百姓因病返贫的重要保障，这个兜底作用很关键。因病返贫、因病致贫是扶贫的主攻方向，这是一项长期的、不随2020年消灭绝对贫困就会消失的工作任务，需要长效的综合治理和“靶向治疗”。

健康是经济社会发展的重要基础。联合国人类发展指数（HDI）的三大核心指标中，位列第一的是反映健康水平的人均期望寿命。国民健康水平与国家发展能力密切相关，健康的居民是乡村振兴的重要发展势能。目前，在乡村卫生健康服务空白点已经消除的基础上，统筹推进乡村卫生健康服务体系，满足群众多样化的健康需求，为乡村振兴提供建设主力军，同时也可让人民群众享受到建设成果。健康扶贫建设是巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接阶段的新命题，对进一步研究及推进健康乡村建设意义重大。

为此，本文针对脱贫攻坚期间乡村卫生健康体系建设存在的短板与不足以及体制机制障碍，通过实地调研、数据分析、专家访谈等方法，开展健康乡村建设的需求分析，梳理健康扶贫取得的成效和存在的问题，提出推进健康扶贫建设的发展目标和关键任务，并前瞻性提出对策建议。

### 二、推进健康乡村建设的需求分析

#### （一）脱贫地区解决因病致贫返贫的需要

在贫困地区的贫困成因中，疾病是乡村贫困人口最为突出的致贫因素。开展脱贫攻坚以来，全国

832个贫困县中，累计纳入建档立卡管理的贫困户有2566万户，共计9899万人，其中因病致贫返贫的贫困户有981万户、约2856万人，占比分别为38.23%、33.97%；截至2019年年底，尚未脱贫的98万户、266万人中，因病致贫返贫的有38万户、97万人，占比分别达38.40%、36.35% [1]。因病致贫返贫在贫困户中的占比、人口占比都较大，在增加贫困户经济负担的同时，也造成劳动能力受限或者丧失，影响了贫困家庭的创收。

#### （二）加强乡村卫生健康体系建设的需要

综合《中国卫生健康统计年鉴2020》[2]的数据来看（见表1），我国的村卫生室及县级（县级市）专科疾病防治站的机构数量仍不充足，医务人员及仪器设施配备亟待扩充，医疗资源不均衡、医疗服务同质化不足现象较为突出。在一定时期内，我国乡村地区的心脑血管疾病、慢性呼吸系统疾病、糖尿病、肿瘤、慢性肾病等慢性非传染性疾病的发病率仍较高，对乡村地区居民生活质量和生命健康的威胁加剧，医药费用负担将增大，为此，医疗保障乃至综合性保障政策需要更加科学、精准、公平、可持续，公共卫生服务能力需要提高。乡村卫生健康服务体系迫切需要最大化发挥医疗资源效能，提质增效，实现方便就医、安心用药。

#### （三）将健康政策融入乡村振兴大局的需要

健康是人民幸福之本、社会发展之基，发展为了人民，发展造福人民。以人民健康为中心，把健康融入乡村振兴全局，体现了以改善人群健康和健康公平为目标的公共政策导向，是巩固拓展健康扶贫成果与乡村振兴有效衔接的必要举措。坚持新时代卫生健康的工作方针，坚持公益性导向，遵循大卫生大健康理念，保障人民生命健康权，推进健康中国建设，助力中华民族伟大复兴，更好实现人民对美好生活的追求。

### 三、健康扶贫取得的成效和面临的问题

研究发现,我国脱贫攻坚阶段实施的健康扶贫政策取得了显著成效,明显提升了乡村地区的卫生健康水平。但与此同时,乡村卫生健康事业整体发展相对滞后,仍存在若干短板和不足,需要持续推进。

#### (一) 健康扶贫取得的成效

脱贫攻坚战以人才培养、资金投入、项目建设为抓手,以县级医院能力建设、县乡村一体化机制建设、乡村卫生室标准化建设为重点,着力提升了贫困地区的医疗卫生水平,改善了贫困地区的的基本医疗、药品供应、医疗保障情况,有效解决了因病致贫返贫问题。

一是形成了中央统筹、科学谋划、一体部署、整体推进的体制与机制,探索出了一条具有中国特色的健康减贫道路。

二是动态消除了“卫生服务空白点”。基本实现乡村医疗卫生机构、人员配置、基本医疗保障制度全覆盖,推动了基本医疗卫生服务的公平可及、系统连续。

三是优质医疗资源下移。通过对口支援、联盟协作、技术帮扶等形式,向贫困县及乡村地区延伸和辐射,提升了医疗卫生服务的能力,基本实现了百姓“大病不出省、小病不出县”的目标。

四是精准预防。按照大病救治一批、慢病签约一批、重病兜底保障一批的要求,及时发现、精准救治、应治尽治、有效保障、动态管理,有效预防了因病致贫返贫问题的出现。

五是缓解了看病贵的现状。通过综合开展大病专项救治、医保支付方式改革、药品集中带量采购

等,确保人人看得起病;科学引导分级诊疗,压缩药品流通环节的不合理费用,大幅降低了药品价格。

六是推动健康扶贫关口前移。开展爱国卫生运动、健康科普宣传、疾病筛查、传染病防治等,提升重点人群的健康水平,提高乡村地区的整体健康素养。针对重大传染病和地方病,实行一地一策和一病一策,开展综合防治。

#### (二) 健康乡村建设存在的问题

乡村卫生健康事业整体相对滞后,在较长时期内仍存在优质资源短缺、资源布局不合理、服务能力不强、忽视预防康复与卫生应急管理短板、基本医疗服务与公共卫生脱节、医疗保障政策统筹不足等系列问题,这些问题的解决不能一蹴而就。尤其是在不平衡不充分问题依然突出的情况下,一些地区、领域的卫生健康和医疗保障还存在发展不足的问题,为此,在提高服务效能、增强公平性、适应流动性、保证可持续性方面仍需加强,基层基础建设和公共服务能力水平有待提高,医疗服务能力水平和医保基金的平衡问题仍要完善。

1. 优质高效的卫生健康服务体系尚未建立,大健康服务能力不足

乡村卫生健康服务体系中的优质医疗资源短缺,多以简单化的医疗救治为主,健康全周期的服务能力不足,忽视预防、康复等关键阶段和环节,既增加了财政费用和医疗资源负担,也增大了因病致贫返贫的风险隐患,制约了劳动力资源潜力的释放,进而影响当地整体经济社会的发展,阻碍乡村振兴战略的推进。“引进来、留得住”的医疗人才机制尚未形成,乡村地区群众健康第一责任人的意识没有建立,健康乡村的内在活力没有有效激发。

表 1 全国各级医疗机构数量统计 [2]

机构名称	分类	2018 年各级医疗机构数量/个	2019 年各级医疗机构数量/个
医院	县医院	10 516	11 007
	县级市医院	4958	5168
基层医疗机构 (不含社区)	乡镇卫生院	35 841	36 478
	村卫生室	622 001	616 094
专业公共卫生 机构	县级(县级市)专科疾病防治院(所、站)	700	686
	县级(县级市)妇幼保健院(所、站)	1907	1903



2. 药品供应保障体系较弱，在一定程度上存在品种不齐全、周转运行缓慢等问题

目前，乡村地区的医保目录用药、常用药等供应保障尚可。在实行药品零差价后，存在基层药品供应的补助补偿不足，部分地区药品周转运行较慢，基层群众用药不便捷等问题 [3]。绝大多数乡村公立医疗机构，几乎不具备合格中药饮片的储存、管理能力，县级公立医疗机构的中药房存在（中药材饮片或颗粒）品种单一、质量管控弱、没有配送能力等问题。

3. 医疗保障可持续性差、协同效应发挥不够，存在二次救助比例偏低等问题

随着我国人口老龄化趋势日益明显，人民健康需求不断升级，卫生健康成本逐步提高，医疗费用支出持续增长，对医疗保障服务的期待更高。与之带来的是，政府治理主体负担过重、支出结构不够合理、补充性保障发展滞后，医疗保障制度碎片化、主动预警机制欠缺、化解灾难性医疗支出风险能力不足，人群之间、地区之间的筹资水平、权益水平存在较大差距。《2019 年全国医疗保障事业发展统计公报》数据显示 [4]，医疗救助支出占政府医疗保障支出的比例约为 2%，占比偏低，对弱势群体的倾斜照顾有限，因病致贫返贫风险防范不足。就脱贫地区来说，财政收入有限，产业稳定度不够，再加上所在市县的医保资金底子薄，商业保险多来自于各种捐赠、支援性质的资金，资金的延续性和稳定性偏弱。医保基金可持续运行面临压力，医保基金的使用效率、投资运营效率有待提高。

4. 平疫结合的疫情防控体制机制、公共卫生应急管理体系等方面存在明显短板和不足

从新型冠状病毒肺炎疫情的医疗救治与防控经验来看，乡村公共卫生体制尤其薄弱，医疗服务与公共卫生脱节，卫生应急人员缺乏、物资储备不够、卫生应急处置能力不足，缺乏专业的防控力量和有效的防控手段及方案，与复杂多变的公共卫生安全形势的要求不相适应 [5]。公共卫生服务保障不足，如健康教育、预防康复的指导处置，乡村公共卫生环境的消毒等，需要加强宣传；卫生健康融入乡村综合治理的体制机制还不够健全，需要持续建设。

5. 中医药“简便廉验”的特色优势发挥不足

一是中医药基本公共卫生服务内容有待充实。《2019 年中医药事业发展统计提要报告》中的数据 displays [6]，我国约有 50% 的中医医院设立了老年病科，75.92% 的县级及以上公立中医医院设置了治未病科，而治未病服务人次仅有 2011.5 万；全国 65 岁以上老年人的中医药健康管理率为 62.17%；基本公共卫生服务的中医药项目只有“中医药健康管理”一项。中医药作用的发挥仍有巨大空间。二是中医药服务总量仍然偏少，覆盖不足。在基层医疗机构中，以中医和中西医结合为主的约占 39.60%；可以提供中医药服务的乡镇卫生院、村卫生室的占比分别为 97.14%、71.28%，存在一定的“空白点” [6]。在实地调研时也发现，基层医疗机构的中医药人才仍然短缺，“简便廉验”的中医适宜技术使用不足，基层中医药服务内涵建设仍需加强，服务质量有待进一步提高。三是个别地区存在中医药服务弱化的问题。在医共体中，中医医院服务功能定位模糊、中医药服务碎片化；中医医院与综合医院按照统一的疾病诊断相关分组（DRGs）进行管理，中医诊断的地位被弱化，中医药仅成为一种治疗方法。一些地区通过制定省级、地市级、县级分级诊疗病种目录推进分级诊疗，导致省级、地级市中医医院无法开展一些病种的正常诊疗活动收费，必要的数种中医药技术联合使用不予报销等。四是中医药服务项目种类少、收费低，技术劳务价值体现不足，存在个别地区的医保对中医非药物疗法的使用给予限制、中医药服务有关的商业健康保险产品开发缓慢等问题。五是中药供应保障制度、质量管理标准体系尚不健全，流通与追溯体系仍需加强，中药材以次充好、以假乱真现象仍有发生。中药饮片零加成的政策导向在一定程度上增加了中药保障供应的难度。

## 四、推进健康乡村建设的发展目标和建设方向

### （一）发展目标

围绕乡村振兴战略全局，提供公平可及、系统连续的全生命周期卫生健康服务，确保人民群众健康服务的获得感不断增加。到 2025 年，乡村卫生

健康服务体系进一步提质增效，与健康中国战略有效衔接，“基本医疗有保障”不断深化，健康素养不断提升，人民健康权得到有效保障。

## （二）建设方向

### 1. 将创新作为健康乡村建设的新动力

积极推进健康乡村建设过程中的制度创新、机制创新、措施创新，提供更加优质、高效、便捷的卫生健康与医疗保障服务，推动医疗公平和精准施治。通过乡村地区公共卫生事业创新水平的提升，持续促进健康乡村建设的不断发展。

### 2. 将协调作为健康乡村建设的新特点

推动健康乡村建设与社会各部门的协同发展，着力将健康乡村建设与卫生健康及医疗保障工作密切联系起来，与财政、民政、社会保障、食品安全、市场监管、人力资源、文化教育、就业等的改革统筹协同起来，做好与县域内外的管理部门、专业机构的有效贯通。通过协调发展，为健康乡村建设赋能。

### 3. 将绿色发展作为健康乡村建设的新业态

树立个人是健康第一责任人的理念，逐步推动以治病为中心向以健康为中心转变。优化疾病防治策略，重视妇女、老人、儿童等重点人群的健康监测和服务，通过健康教育讲座、专家咨询服务、科普文化宣传等形式，倡导科学的生活方式，降低人群患病率，科学合理用好医疗资源。

### 4. 将开放作为健康乡村建设的新引擎

处理好公益性导向与市场化机制的关系，引导和规范社会资本科学有序投入卫生健康事业。政府在基本医疗卫生服务领域要发挥主导作用，在非基本医疗卫生服务领域激发市场活力 [7]；在医疗保障方面，在基本医保、大病统筹、社会救助等之外，促进商业健康保险发展，鼓励商业保险与基本医疗保险衔接，开发补充型医疗保险产品，支持工会等社会团体开办互助保险等。

### 5. 将共享作为健康乡村建设的根本目的

坚持发展成果惠及人民的理念，完善制度、扩展服务、提高质量、提升效能，实现政策导向由特惠向普惠转变，让医疗服务体系更加公平可及、系统连续，让预防、治疗、康复、健康促进等各种健康服务更加方便服务百姓。

## 五、对策建议

### （一）持续增加政府财政投入，科学优化卫生资源布局

提高卫生健康费用在政府预算支出中的比例，尤其是在增加信息化建设、公共卫生、绩效奖励等方面的资金投入。发展远程医疗、“互联网+医疗”等新型医疗服务模式，优化卫生资源布局。推行卫生室（所）等标准化建设，针对本地多发病、常见病等实际情况，将卫生室（所）的设置与人口密度、年龄结构、疾病谱、就诊量等相适应。持续保障卫生室（所）业务支出及有关人员的基本收入，发挥绩效考核的指挥棒作用。科学考核乡村地区的卫生健康工作，调动乡村卫生技术人员积极性，开展基层医护人员职称评审与聘用改革，激发人才活力。

### （二）立足生命全周期、健康全过程，开展健康服务

开展健康教育、健康促进、健康管理、预防康复等健康服务，提升乡村居民健康素养，引导乡村医生角色从疾病治疗向疾病预防、健康促进转变；树立“未病先防、已病防变”的理念，启动乡村预防保健服务工程，推进“治未病”服务向乡村居民延伸，以县级疾控中心、专科疾病防治院（所、站）和乡镇卫生院、村卫生室等卫生机构为依托，以公共卫生服务的政策和项目为保障，探索“治未病”服务实现的有效途径；建立立体化、多样化健康知识科普体系，针对乡村低文化程度人群和老年人群特点做好分类指导，组织专家开展相关科普工作，提供内容科学、通俗易懂的健康科普作品，提升居民健康素养。

### （三）发挥中医药的独特优势，筑牢乡村疫情防控底线

加强中医医疗保健服务机构、中医综合服务区建设，加强村卫生室的中医药服务，推广中医非药物疗法，发挥在常见病、多发病和慢性病防治中的独特优势与作用，发展中医特色康复服务。在疫情防控常态化要求下，建好公共卫生事件的“哨点”，落实四方责任，早发现、早报告、早处置，同时做好信息沟通、物资储备、资金保障、人员配置等工

作；建议以地方财政支出为基础，保障应急医保资金，构建医保基金紧急情况预拨机制，提高一定的支付比例，确保医疗机构及患者不因费用问题影响就医与疫情防控。

### （四）基于县域医联体 / 医共体机制，做好药品保障

贯彻落实药品集中招标采购规定，加强药品调剂配备管理。统一采购、发放和调剂药品，统筹解决行政辖区内药品管理；建立和健全短缺药品供应保障工作会商联动机制，完善短缺药品监测预警机制，建立短缺药品清单，分级、分类做好短缺药品供应保障；制定药品采购目录动态调整机制，对采购目录内药品的品规及价格实行动态调整；鼓励和引导医保定点药店开展连锁经营，完善药品供应保障机制；提升药品供应动态保障水平，尤其是针对偏远交通不方便的、采购量不大的乡村强化配送管理服务。

### （五）建立医保基金区域调剂平衡机制，提升保障政策的精准度、公平性

探索和推进医保基金省级统筹，市县级医保基金管理部门要对基本医疗保障资金池进行科学规划，完善相关政策和监督评估工作，建立可承受、可持续筹资和出资的相关机制；拓宽筹资渠道，均衡各方的责任分担，提高抗风险能力。提升保障政策的公平性和精准度，政府监管与市场机制要有机融合、商业保险与社会医疗保险要有机衔接，共同发力，防范和化解风险。引导和鼓励商业保险进行险种创新，在效率优先的基础上，引入公平机制，开发普惠型商业补充医疗保险，增加重特大疾病保险产品供给，实行自主经营、自负盈亏，与政府有关医疗保险既互相衔接又界线分明；加强对基本医疗保障、大病保险补偿后的自付医疗费用进行“二次救助”，健全疾病费用的风险预警和保障触发机制，减轻贫困人口自付费比重，真正发挥“托底”的保障效应和优化的减贫效应。

### （六）实施乡村名医堂工程

以医疗人才为重点，夯实乡村医疗资源服务保障基础。鼓励和引导高年资医师到乡村驻点，开展

诊疗、科普等多种形式的基层帮扶工作；针对来自周边城市医院的医师多点执业、开办或者连锁经营诊所等，要在土地使用、税收、药品管理等方面给予政策支持，支持广大中医、西医医师服务乡村。开展“互联网+”行动，将城市优质医疗资源通过现代信息技术赋能乡村，增强乡村地区的远程医疗服务能力，丰富远程医疗内涵，提升数字医疗应用的广度和深度。

### 参考文献

- [1] 中华人民共和国国务院办公厅. 人类减贫的中国实践 [R]. 北京: 人民出版社, 2021.  
The State Council Information Office of the People's Republic of China. Poverty Alleviation: China's practice and contribution [R]. Beijing: People's Publishing House, 2021.
- [2] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴2020 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2020.  
National Health Commission of People's Republic of China. China health statistical yearbook 2020 [M]. Beijing: Peking Union Medical College Press, 2020.
- [3] 张绍廉. 提高基层医疗服务能力推进健康乡村建设 [J]. 乡音, 2018 (10): 19.  
Zhang S L. Improving grass-roots medical service capacity and promoting healthy rural construction [J]. Xiangyin, 2018 (10): 19.
- [4] 国家医疗保障局. 2020年全国医疗保障事业发展统计公报 [EB/OL]. (2021-06-08)[2021-08-22]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art\\_7\\_5232.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art_7_5232.html).  
National Medical Security Administration. Statistical bulletin on the development of national medical security in 2020 [EB/OL]. (2021-06-15)[2021-08-22]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art\\_7\\_5232.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/6/8/art_7_5232.html).
- [5] 刘兵, 彭明强. 后疫情时代对我国国家公共卫生应急管理体系思考 [J]. 中国公共卫生, 2020, 36(12): 1697-1699.  
Liu B, Peng M Q. Consideration on improvement of national public health emergency management system in China post COVID-2019 epidemic [J]. China Public Health, 2020, 36(12): 1697-1699.
- [6] 国家中医药管理局. 2019年中医药事业发展统计提要报告 [EB/OL]. (2021-01-15)[2021-08-22]. <http://gcs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2021-01-15/19555.html>.  
State Administration of Traditional Chinese Medicine. Statistical summary report on the development of traditional Chinese medicine in 2019 [EB/OL]. (2021-01-15)[2021-08-22]. <http://gcs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2021-01-15/19555.html>.
- [7] 徐国平. 用大健康思维完善医改顶层设计 积极推进健康中国建设 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(28): 3385-3391.  
Xu G P. Improvement of top-level design of the healthcare reform with the "National wellbeing" concept to promote the building of healthy China [J]. Chinese General Practice, 2016, 19(28): 3385-3391.