从病有所医到健康中国的历史逻辑、机制体系与实现路径

翟绍果

［摘　要］　基于公共健康政策转型的全球趋势和中国语境，从病有所医到全民健康的历史逻辑在于，从疾病治疗到预防保健的理念转型、从病有所医到全民健康的目标转化、从生存维持到生命自由的内容转换以及从健康不均到健康公平的价值转变，从而实现从城乡统一的全民医保走向健康中国的健康治理。基于“共生健康风险–共识健康需求–共建健康秩序–共治健康行为–共享健康中国”的健康共治机制，构建突发性公共健康应急体系、持续性医疗卫生干预体系、常规性健康管理预防体系、稳定性健康资本提升体系和适度性健康保障支持体系等健康协同体系。通过健康资源均衡化配置、健康服务结构性改革和健康网络协同性治理，推动从全民医保的结构性改革走向健康中国的高质量发展，实现从健康中国建设到构建人类卫生健康共同体，以达成人类健康共生共识共建共治共享的治理目标。

［关键词］　病有所医；健康中国；共建共享；健康治理；健康公平

病有所医与全民健康关乎民生福祉，是人类社会发展的永恒议题和核心目标。新医改 10 余年来，中国逐步建成了世界上规模最大的基本医疗保障体系，病有所医的目标基本实现。面对人民群众健康需求的日益增长，以解除人民疾病医疗后顾之忧、普遍提高人民健康水平为目标的全民医保制度，需要逐步从实现病有所医的城乡统一，走向推动健康中国的健康治理。习近平总书记强调，“要把人民健康放在优先发展的战略地位”；党的十九大报告明确指出，“实施健康中国战略，完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务”。从宏观层面来讲，健康不仅是一种身体状态，也是一种重要的治理能力①。从病有所医的全民医保到健康中国的健康治理，实质上蕴含了“有病可医”和“健康可及”的美好治理愿景，不仅意味着人民健康福祉水平的新高度，也是推进国家治理体系和治理能力现代化的必经之路。实施健康中国战略是大势所趋、使命所系与民心所向，是功在当代、利在千秋的伟大事业。作为一项系统工程，健康中国的建设非一朝一夕之功，需要充分凝聚健康共识，稳步完善健康体系，持续推

［作者简介］　翟绍果，西北大学公共管理学院教授、博士生导师。主要研究方向：社会保障和公共管理。
［基金项目］　国家社会科学基金项目“健康扶贫视角下西部农村老年人因病致贫返贫的协同治理研究”（18BSH047）。

① 杨立华、黄河：《健康治理：健康社会与健康中国建设的新范式》，《公共行政评论》2018 年第 6 期。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

进健康治理；需要在人类命运共同体理念指引下，构建从病有所医到全民健康的卫生健康共同体，实现共享“健康中国”和“全球健康”的美好愿景。

一、公共健康政策转型下从病有所医到全民健康的历史逻辑

人类应对疾病的公共健康政策经历了议题转化、理念转型和内涵升华的发展历程。19 世纪工业革命对自然环境与人类健康造成的负效应推动了法国流行病学和英美公共健康革命的兴起，此后整个20世纪福利国家逐步建立起社会经济治理与健康治理相契合的公共政策协同治理机制，由此公共健康及其政策纳入全球视野。[①]20 世纪 80 年代起，公共健康政策从单一的临床流行病学、临床医学为核心向涵盖人口论、社会学、疾病预防等多元化、前瞻性的研究范式转变。[②] 促进健康意识觉醒[③]、逃离健康不平等[④]、提高健康资源可及性、推动公共健康体系可持续[⑤]，逐步成为公共健康政策的内容。基于公共健康政策转型的全球趋势和中国语境，从疾病治疗到预防保健的政策理念转型、从病有所医到全民健康的政策目标转化、从生存维持到生命自由的政策内容转换以及从健康不均到健康公平的政策价值转变，构成了从病有所医到全民健康的历史逻辑。

（一）政策理念转型：从疾病治疗到预防保健

随着医疗技术的发展和健康需求的转变，公共健康政策理念经历了从疾病治疗到预防保健的转型。人类健康与医疗在工业革命之前属于垄断性行业，具有医疗资历的医生享有对医疗与健康的解释权，此阶段出现的医疗资源浪费、医生误诊、种族及社会阶层的医疗不平等，将人类健康与医疗发展推入第二个时代，即基于政府主导、行业内部自发动力双重作用下形成的行业规范和公共医疗评价与管理体系，其相应政策核心立足于治病救人的传统诉求、医疗资源的有效供应和医疗技术的推进发展。在国际公共卫生组织的不断发展更迭中，人类健康与医疗迈入以健康公平、健康人权、健康质量为核心的第三个时代。[⑥] 尽管中国卫生投入规模逐年增长，2018 年全国医疗救助基金支出达到 424.6 亿元，医保个人自付比例不断下降，2018 年职工医保全国平均住院费用个人实际负担 28.2%，居民医保全国平均住院费用个人实际负担比例为 43.9%[⑦]，但个体在面临疾病侵袭时仍表现出较高的经济脆弱性，因病致贫返贫问题时有发生。随着老龄化形势的加剧，目前中国 1/3 左右的疾病总负担来自于 60 岁及以上老年人的健康问题，

① Simon Szreter, "The Population Health Approach in Historical Perspective," *American Journal of Public Health*, 2003, 93(3).

② 参见 Lucy Gilson, et al., *A Health Policy Analysis Reader: The Politics of Policy Change in Low- and Middle-Income Countries*, Geneva, World Health Organization, 2018.

③ Damon Francis, et al., "How Healthcare Can Help Heal Communities and the Planet," *British Medical Journal*, 2019, 365.

④ Chentel Ramraj, et al., "Equally Inequitable? A Cross National Comparative Study of Racial Health Inequalities in the United States and Canada," *Social Science & Medicine*, 2016, 161.

⑤ Harald Schmidt, et al., "Public Health, Universal Health Coverage, and Sustainable Development Goals: Can They Co-exist?" *The Lancet*, 2015, 386.

⑥ Danald M. Berwick, "Era 3 for Medicine and Health Care," *The Journal of American Medical Association*, 2015, 315(13).

⑦ 《2018 年全国基本医疗保障事业发展统计公报》，国家医保局官网：http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/6/30/art_7_1477.html，2019 年 6 月 30 日。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

然而其中大部分都可以通过健康行为来预防或延缓其发生[①]，且预防是保障健康最具经济性的行为，控制医疗费用的重点应该在于疾病发生的苗头，做到少生病和生病后及时就诊，而不仅仅是生病后的诊疗技术[②]。伴随人们对于疾病原因、治疗手段、健康价值的认识走向全面与成熟，疾病的前期预防与后期康复愈加受到关注，医学模式由重治疗的“疾病医学”开始向重预防的“健康医学”转变，轻食健身、运动康复、生态养老等各类健康业态如雨后春笋般兴起，“不治已病治未病”的传统理念重获生机。目前，公共健康服务已涵盖预防、治疗和康复的全过程，公共健康政策理念也由疾病治疗深化至预防保健[③]。

（二）政策目标转化：从病有所医到全民健康

近年来，整体医学观的复兴与大健康理论的兴起，正在推动公共健康政策目标从病有所医的初级卫生保健走向全民健康的健康治理。传统公共健康的任务主要是由卫生部门承担，包括健康教育、预防医学措施（免疫接种、疾病筛查和治疗）以及卫生执法三大方面[④]，以“病有所医”为目标，公共健康政策的靶向始终是疾病本身。大量的人力、物力与政策资源被投入到与疾病治疗直接相关的领域，用于大力发展医疗技术与提高医疗水平，属于“头痛医头，脚痛医脚”的阶段。健康是与疾病截然不同的一种状态，不仅仅是指身体无病，也不仅仅是公共卫生机构的责任，还包括了完整的心理、生理状态和社会适应能力[⑤]。从健康资本角度看，健康作为天然资本在人的一生中不断投入到个人生产中，以此产生个人生存效用。随着年龄增长，健康资本在个人生产函数中的总效用和边际效用逐渐递减，但任何有效的健康投资行为都将弥补此递减效应。[⑥]构建良好的健康环境与推行有效的健康政策，是一种有效的国家健康投资行为。针对健康中国的时代要求，公共健康的政策目标从运用日新月异的医疗技术被动纾解疾病后果，到开始以更加主动的姿态面对潜在的疾病风险，将健康融入万策，尽量消除威胁健康的各种因素，构建富有韧性的健康生态系统。

（三）政策内容转换：从生存维持到生命自由

由传染病为主到慢性病为主的疾病谱变化推动着公共健康政策内容从维持基本生存扩展至保障生命实质自由。健康是人类功能性活动的基本要素，在很大程度上决定了个体所享受的实质自由。人类健康作为社会发展的重要资源，是与生俱来并逐渐贬值的，任何维持肌体与心理健康的行为都属于对健康的直接或间接投资行为，可以提高生存效用价值。[⑦]个体因病就医是对健康的直接投资行为，健身保健、调整饮食、冥想等任何促进身心愉悦的行为也是对健康的间接投资。个体在患病初期虽然健康资本遭受了损害，但只要账户尚有“盈余资产”，就能维

① 参见世界卫生组织：《关于老龄化与健康的全球报告》，2015 年。

② 王冬：《基于价值医疗的医疗保险支付体系改革创新》，《社会保障评论》2019 年第 3 期。

③ 翟绍果、王昭茜：《公共健康治理的历史逻辑、机制框架与实现策略》，《山东社会科学》2018 年第 7 期。

④ 谭晓东、彭曌：《预防医学、公共卫生学科概念探讨》，《中国公共卫生》2005 年第 1 期。

⑤ 参见 World Health Organization, *What is the WHO Definition of Health?* Constitution of the World Health Organization Basic Documents, Forty-fifth Edition, Supplement, 2006.

⑥ Semla J. Mushkin, "Health as an Investment," *Journal of Political Economy*, 1962, 70(2).

⑦ Michael Grossman, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, 1972, 80(2).

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

持机体的生命形式与基本功能，这也是早期公共卫生的基本目标。实际上，传统公共卫生面临的主要挑战仍然是应对烈性传染病带来的生存危机。发端于传染病研究的流行病学长期占据着公共卫生研究的正统地位，传染病的防治成为延续数个世纪的卫生工作重点，控制发病率或死亡率往往成为衡量地方治理绩效的指标。20 世纪 60 年代开始，中国先后消灭了本土的天花与脊髓灰质炎，成功培育乙肝疫苗，有效遏制了鼠疫、肺结核、麻疹、白喉、伤寒、血吸虫等历史上长期肆疟的传染病，取得了惠及全体人民的历史性成就。进入 21 世纪以来，高血压、心脏病、脑卒中、癌症等慢性非传染性疾病风险正在替代传染病成为影响人民生活的更普遍风险因素。目前我国慢性非传染性疾病死亡人数占总死亡人数的 88%，导致的疾病负担占总疾病负担的 70% 以上，诸多环境污染引发的健康损害以及自杀、交通事故等意外伤害也正在成为不可忽视的公共健康议题。相应地，社会的风险化与预期寿命的不断提高，也使得人们更加重视不良健康状况带来的实际福利损失，公共健康在保护生命形式的基础需求之上更加强调保障生活质量，以确保全人群全生命周期都可以享受到最大程度的生命尊严与实质自由。

（四）政策价值转变：从健康不均到健康公平

从健康不均到健康公平是公共健康治理的必然选择。健康不均来自于与社会经济因素相关的健康不可及。[①] 健康公平关乎基于个人需求的健康资源分配和使用，健康权益来源于伦理原则和人权原则，没有种族、社会地位、财富、权力差别之分。[②] 因此，人人有权享有能达到的最高标准的身心健康，是一项普遍的人权，正如全人类分担疾病的负担一样。依托中国巨大的医疗保障安全网和基本医疗卫生体系，疾病引发的经济与社会负担得到一定程度的化解，无数曾经的病患得以消减或免受疾厄之苦，人民生命财产安全得到保障，但健康不均现象仍然影响着健康服务的公平可及，导致健康权益在城乡、地区与人群间存在差异，健康资源的存量供给、结构配置与空间分布呈现着不平衡特征，健康保障制度体系存在碎片化问题。习近平总书记指出，“没有全民健康，就没有全面小康”。《中国健康事业的发展与人权进步》白皮书指出，“健康权是一项包容广泛的基本人权，是人类有尊严地生活的基本保证，人人有权享有公平可及的最高健康标准”[③]。保障人们享有基本可行能力的健康权，实现健康公平，需要通过健康中国建设，以完善城乡统筹的医疗保险制度为重点，稳固健康中国建设的基础性制度支撑[④]；以健康扶贫为基点，缩小城乡基本健康服务和健康水平的差距，促进健康服务均等化[⑤]。

二、从病有所医到健康中国的健康共治机制

共建共享是人类社会成员间基本关系的呈现，正是以此为基础的合作秩序不断实现与扩展，

① Braveman P. Gruskin, "Defining Equity in Health," *Theory and Methods*, 2002, 57 (4).

② 参见 Angus S. Deaton, *Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*, Princeton University Press, 2013.

③ 国务院新闻办公室：《中国健康事业的发展与人权进步白皮书》，国务院新闻办官网：http://www.scio.gov.cn/ztk/dtzt/36048/37159/index.html，2017 年。

④ 郑功成：《健康中国建设与全民医保制度的完善》，《学术研究》2018 年第 1 期。

⑤ 申曙光、曾望峰：《健康中国建设的理念、框架与路径》，《中山大学学报（社会科学版）》2020 年第 1 期。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

人类历史才得以演进。实现从病有所医的全民医保到健康中国的健康治理，需要基于共建共享理念，形成“共生健康风险 – 共识健康需求 – 共建健康秩序 – 共治健康行为 – 共享健康中国”的健康共治机制，构建共生共识共建共治共享的全民健康治理体系。

（一）共生健康风险

健康风险因素的共生来源于健康的正外部性和疾病的负外部性，以及健康资源有限性所带来的条件约束。社会成员总是生活在共同体的健康风险之中，包括疾病的传染性、健康信息的相互传递、健康资源的彼此依赖等。面临外部健康风险会导致医疗费用增加、劳动收入减少、生活质量下降、身体不适及心理压力等不良后果。首先，天灾人祸等意外因素引致的疾病往往具有客观性特点，无法预知也不以人的意志为转移；其次，特定的生命周期更容易遭遇某一类特定的疾病风险，这是所有个体从生命准备到养老准备的过程中都无法逃避的；最后，健康具有极强的外部性，个体生活方式会作为一种文化理念对周围社群产生潜移默化的影响，而个体的疾病也可能会传染至群体。因此，健康既事关个人基本生存与发展权，也关乎整个社会的良性运行。伴随着社会交往的不断拓展与人口流动的日益加剧，个体与全社会的健康联系必将更加密切。同时，健康资源有限性会为社会成员带来共同的内在约束，人们的各项健康决策实际上都是在约束性条件下进行的适应性选择。健康资源的供给状况极大地决定着健康需求的满足程度。因此，健康风险与健康资源相互作用、不可分割，共同塑造了某一生活环境下人群的总体健康水平，全体社会成员随之结成了健康共同体。

（二）共识健康需求

健康需求是从全民医保到健康治理转型升级的动力所在。人们对健康的需求不同于其他商品的需求，因为人们既可以生产健康又可以消费健康资本，增加了的健康资本又可以进行消费和生产的再循环。健康需求的拓展又能够促进个人健康投资，从而使个人能够反复享受健康投资的生产红利。[①] 健康需求并不简单等同于看病就医的需求，而是人民追求美好生活、实现健康长寿的内在需要，包含了疾病消除、健康维护与健康促进等多方面内容。其一，健康状况反映了生命的基本状态，从根本上影响着个体的主观生活感受，成为人民幸福与社会福祉的重要内容。健康权已在全球范围内被确认为一种基本人权，是全人类的基本需求之一。其二，作为不可或缺的人力资本，健康也是个体开展各类生产生活活动的基本支撑，奠定了个人追求美好生活的基础条件。以健康资本为纽带，个体才得以功能完好地扮演各类社会角色，不断积累经济、社会与健康资本，形成与社会系统的互动互惠。其三，健康能力也是劳动者素质的基本构成，群体的健康能够为社会生产提供更多合格的劳动力。国民预期寿命对劳动生产率具有促进作用，并且呈现螺旋式上升的相互关系。[②] 新时代人民健康需求日益增长，由以往主要追求生命安全扩展至更加强调生活质量，呈现出多样化、多层次的特点，但化解健康风险、改善健康状况和增进健康福利仍是社会成员的共同诉求，贯穿在全人群全生命周期。人类健康需求及威胁共同

① Frank J. Chaloupka, Rosallie L. Pacula, *Economics and Anti-Health Behavior*, Lawrence Earlbaum Associates, 2000, pp. 89-111.

② Samuel H. Preston, *Mortality Patterns in National Populations*, New York, Academic Press, 1976, pp. 123-130.

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

形成了公共健康的关注点，各个国家和族群的健康需求彼此密切相关。[①] 因此，对良好健康的需求是健康共同体内社会成员的共识，成为公共健康治理的思想基础和团结力量。

（三）共建健康秩序

从病有所医到健康中国的转型，需要政府、社会与市场等多元主体共建健康合作秩序。一般认为，健康状况受到先天禀赋与后天干预的共同作用。遗传因素及胎儿期间的营养、疾病预防等状况决定了个体幼年的生长发育质量，进而奠定了后天健康水平；家庭经济状况、营养、卫生习惯、体育锻炼、环境卫生、医疗水平等后天条件也直接决定了个体当期健康水平，并通过预期寿命、免疫能力和社会适应能力等间接调整着其未来健康水平。可见，影响健康的先天后天因素与整个社会环境息息相关，个体的健康状况是自身与社会互动的结果。因此，公共健康的治理责任需要多元主体共同参与分担。20 世纪初期，欧美国家公共健康政策制定者开始关注于不同公共健康体系参与者的角色定位和责任分担机制，去保护主义和去还原主义的逐渐发展进一步推动了公共健康体系治理的扁平化和主体参与的多元化，使政策更关注于公共健康及个人健康本身。[②]Tosun 呼吁国际公共卫生组织协调全球各国共同构建全球健康与安全网络，个人、社会、相关组织与国家应就不同公共健康政策、管理与评估形成项目事业部制的合力。[③] 总之，实现健康的治理生态和合作秩序，需要社会成员的共同努力，集结人人参与、同向同行的协同行动，形成多方互促、责任共担的健康共同体。

（四）共治健康行为

健康不仅表现为体格上的健康，还有行为和社会意义上的含义。例如，过度吸烟、酗酒、不合理饮食、缺乏锻炼等被认为是导致慢性病的主要原因，对健康有着累积性的负面影响，尤其是已经固定化了的行为模式[④]。世界卫生组织曾将影响健康的因素总结为：健康 =60% 生活方式 +15% 遗传因素 +10% 社会因素 +8% 医疗条件 +7% 环境因素。日常健康行为所汇聚的生活方式属于健康的决定性因素，而其他因素也会在特定条件下受到健康选择与健康行为的影响。事实上，这些健康行为不仅来自于个人，还会直接受到家庭单位的影响，关注家庭内部行为与健康的关系不容忽视[⑤]。作为社会治理格局的重要单元，社区等微观生活场域和企业等微观生产场域也存在自下而上的自主健康行为[⑥]。公共健康风险的跨空间传播与影响以及健康资源的跨区域配置与流动日益频繁，使得不同具体环境间人群健康水平有了越来越强的关联性，区域内和跨域间公共健康行为同样应该得到关注。总之，公共健康是公众的集体行为，需要社会公众共同创建维护健康的生活环境，不断提高健康素养，主动养成健康的行为习惯，传播健康的

① Theodore R. Marmor, Claus Wendt, "Conceptual Frameworks for Comparing Healthcare Politics and Policy," *Health Policy*, 2012, 107(1).

② Gill Walt, et al., "'Doing' Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges," *Health Policy Plan*, 2008, 23(5).

③ Jale Tosun, "Polycentrism in Global Health Governance Scholarship Comment on Four Challenges that Global Health Networks Face," *International Journal of Health Policy and Management*, 2018, 7(1).

④ 王甫勤：《地位束缚与生活方式转型——中国各社会阶层健康生活方式潜在类别研究》，《社会学研究》2017 年第 6 期。

⑤ 维克托·R. 福克斯：《谁将生存？健康、经济学和社会选择》，上海人民出版社，2000 年，第 172 页。

⑥ 刘丽杭：《国际社会健康治理的理念与实践》，《中国卫生政策研究》2015 年第 8 期。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

文明理念，形成广泛参与公共健康的集体行动，共同应对健康风险和增进健康福利。

（五）共享健康中国

通过健康风险的积极应对、健康需求的充分满足与健康治理的有效提升，能够为全体国民构筑健康的生活空间。在健康风险的约束下，个体健康会受到周围人及所处环境的影响，也能受惠于社会整体健康水平的提升。个体作为社会系统的鲜活细胞，既是自身健康的直接受益者，也会影响整个社会有机体的健康状况。可以说，健康个体的集结才能形成健康社会。健康需求是人民美好生活需求的基础要件，也是社会可持续发展的基本要求。对此，健康中国战略做出了最好的回应。薄弱的社会健康治理会加剧人口健康脆弱性、经济脆弱性与社会脆弱性，降低个体应对风险冲击的健康能力、经济能力和社会能力，导致群体更易陷入健康贫困。与之相反，现代化的治理体系则能带来健康福祉。通过健康福利的整体增益，保障人民不受疾病风险的侵扰，公平享受健康生活，完整维护生命尊严，无后顾之忧为个人理想与国家梦想奋斗，充分实现自我价值与社会价值。在健康公民、健康家庭、健康社区、健康城市到健康中国的内涵式发展过程中，合力结成“我为人人、人人为我”的健康共同体。

三、从病有所医到健康中国的健康协同体系

基于疾病消除、健康维护与健康促进等目标，需立足于源头治理、过程治理与系统治理的全过程，从应急、治疗、预防、投资与保障等维度，构建从病有所医到健康中国的健康协同治理体系，包括针对突发公共卫生事件的突发性公共健康应急体系、针对患病人群的持续性医疗卫生干预体系、针对亚健康人群的常规性健康管理预防体系、针对健康群体的稳定性健康资本提升体系、针对全体国民的适度性健康保障支持体系。通过疾病筛查预防、慢病健康管理服务、失能照护、认知心理调适等健康照护计划增强健康风险应对能力，通过医疗保险、医疗救助、大病保险等多重健康保障计划减少因病致贫发生率，通过个体参与、社会帮扶、政府引导的多重健康参与计划保障健康机会和健康权益，突出留守高龄人群健康支持、残疾残障人群健康援助、失能失智人群健康照护、慢性疾病人群健康管理等重点人群和关键病种的协同治理。

（一）完善突发性公共健康应急体系

公共健康应急以降低突发性公共健康危机对生命财产和生活质量的负面影响为重点，分析预测全国范围或特定地区可能面临的公共健康事件尤其是突发性公共健康危机。目前，我国已经建立起世界上规模最大的法定传染病疫情和突发公共卫生事件网络直报系统[①]，在处于新冠疫情风暴之时也表现出了坚定的政治决心和快速的强效响应，但疫情初期暴露出的一些问题很值得反思。伴随着人口流动的加剧，社会风险性与脆弱因子不断累积，需要制定包括公共卫生服务体系、卫生法律体系、疾病预防控制体系、卫生救援体系、医疗服务体系等应急方案，完善能够应对各类严重事态的总体应急计划，重点推进高级别生物防护等级实验室与生物科技能

① 国务院新闻办公室：《中国健康事业的发展与人权进步白皮书》，国务院新闻办官网：http://www.scio.gov.cn/ztk/dtzt/36048/37159/index.html，2017 年。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

力建设[①]，重点加强危害巨大的传染性疾病、核辐射、中毒等应急队伍与制度的建设，重点推进有针对性的、常态化的应急培训计划，重点支持市（区、县）级公共卫生应急核心能力建设[②]。运用互联网技术建立全国公共健康危机事件信息库和监测体系，建立公共健康风险应对的预警防范机制，最终建成“以防为主、防治结合、综合治理”的公共健康应急体系。

（二）健全持续性医疗卫生干预体系

医疗卫生干预体系是疾病消除和健康治理的有效手段。当前，病有所医的实现依赖于医疗卫生体系尤其是基本医疗卫生制度的建设，在健康中国的建设过程中，持续性的医疗卫生干预体系仍需要稳定地发挥其重要作用。对健康的无限需求和有限医疗资源之间的矛盾是医疗卫生体制改革的核心问题，也是全球医疗卫生体制改革的难点所在。结合当前国情进行循序渐进的改革与探索，建设公共卫生、医疗保障、医疗服务与药品保障四位一体的制度体系，为解决医改这一世界性难题提供中国智慧和中国方案。因此，要实现持续性医疗卫生干预体系的稳定发展，需要加强医疗卫生体制改革的联动，巩固城乡卫生服务网络，完善基本医疗保险制度，发展社区卫生服务，控制严重危害人民身体健康的疾病，进一步改善医疗卫生设施条件，不断提高医疗服务水平。总之，通过医疗卫生干预体系的统筹配置，实现从“病有所医”到“病有良医”。

（三）整合常规性健康管理预防体系

健康管理通过常规性健康体检、慢病监测、疾病筛查等健康管理服务，对个体或人群的健康危险因素进行全面监测、分析、评估，以全生命周期的健康干预前移疾病关口，有效利用有限的资源来达到最大的健康改善效果。《柳叶刀》杂志上发表的一篇论文分析了 1990 年到 2017 年的数据后指出，中风、缺血性心脏病与肺癌已成为中国最主要的死亡原因[③]。但实际上，超过 50% 的慢性疾病都可以通过改变生活方式、控制行为风险加以预防。因此，在人群健康管理的链条上，需要建立城乡居民、公共卫生部门、医疗服务机构、药品供应厂商、医保经办机构、社区卫生服务中心、社会第三部门等多方参与的健康管理体系。针对高脆弱性人群，增强其抵御健康风险的能力，降低健康风险的冲击概率；尤其是脑卒中、高血压、糖尿病等需要长期进行医疗照护和医疗费用支出的人群，需要通过持续性的综合干预缓解其脆弱状态。同时，还应通过健康讲座、定期体检、保健咨询等方式，开展健康知识教育，强化健康责任意识，宣传健康生活理念，帮助国民形成有益健康的生活习惯，提高全人口健康素养。

（四）扩展稳定性健康资本提升体系

健康资本提升体系主要针对健康人群，通过提前采取健康促进手段进行早期干预，以达到减少疾病发生、提升健康资本的目的，主要包括健康宣传培训、日常健康促进、定期健康体检以及家庭健康保障等内容。首先，通过健康教育，宣传普及常见疾病的预防与干预知识，引导个体及时预防健康风险和及时止损，包括社区健康服务培训、家庭健康管理教育以及疾病应急

① 徐彤武：《埃博拉战争：危机、挑战与启示》，《国际政治研究》2015 年第 2 期。

② 王超男等：《中国卫生部门 IHR（2005）公共卫生应急核心能力现状分析》，《中国卫生政策研究》2014 年第 12 期。

③ Maigeng Zhou, et al., "Mortality, Morbidity, and Risk Factors in China and its Provinces, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study," *The Lancet*, 2019, 394.

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

干预与救治等；其次，政府通过制定适合不同人群的健康改善计划，包括饮食营养、行为习惯、家庭计划、体能活动与心理健康等，引导居民养成正确的健康观和良好的健康习惯；再次，通过定期健康体检收集居民健康信息，多方面、多层次评估个体陷入疾病状态的可能性与发展态势，制定个性化的健康管理方案；最后，家庭成员要充分发挥作为彼此健康主要守护者的作用，及时发现并控制家庭成员周围的健康风险因素，引导并陪护患病成员及时就医。总之，疾病是所有个体都可能面临的潜在风险，稳定性健康资本提升体系便是致病风险因素管理和健康不良状态矫正的手段，作用于全人群全流程全周期的健康资本提升。

（五）优化适度性健康保障支持体系

全民医保制度作为健康中国建设的基础性制度支撑，是我国健康保障体系的基本内容。要坚持以人民健康为中心，全面实施全民参保登记计划和制度统一的公平医保体系，逐步缩小城乡、地区、人群间医疗保障公共服务和待遇标准差异，最终实现以一个统一的医保制度覆盖全民，促进普惠公平。要坚持科学筹资、合理分担的权责匹配原则，逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的可持续筹资机制，建立个人缴费标准与居民收入相挂钩的动态调整机制，建立权利与义务相结合的缴费待遇机制，均衡各方主体缴费负担与费用分担，明确医保待遇清单，理性引领医保预期。此外，通过公共卫生、医药供应、医疗服务与医疗保障等健康保障体系内部的要素整合、相互间的协同配合与整体的结构优化，组合出优质可及、经济可支付的健康服务产品，通过大健康的共建共治共享，激励参保者的健康促进行为、医护人员的健康管理行为、利益相关者的健康适宜行为，从而推动健康中国建设。

四、从全民医保的结构性改革走向健康中国的高质量发展

健康治理是民生保障和国家治理的核心议题，是国民健康状态和健康能力的综合体现，表现为健康资源的效率配置、健康服务的公平可及和健康网络的协同治理。通过资源整合、服务融合和网络耦合等路径，推动健康资源均衡化配置、健康服务结构性改革和健康网络协同性治理，实现从全民医保的结构性改革走向健康中国的高质量发展，提升卫生健康治理能力。

（一）健康资源均衡化配置

健康资源的有效配置是健康服务水平提升的基础。以实现资源优化配置为理念导向，以医疗、医保、医药为基本形式，通过健康资源的市场交换，满足国民的健康消费需求；以公共健康利益为导向，以跨部门行动为主要形式，关注于公共健康的需求回应与健康资源的公正分配；以公共健康互惠共享为理念基础，以社会动员为核心形式，关注于全体社会成员的健康集体行动[①]。基于健康风险的共生，合理配置和系统整合健康资源，构建协同化网状型参与式卫生健康体系。例如，应对新冠肺炎疫情过程中卫生健康资源的条块化分割和链条式分布，在疫情初期带来了不利影响。随着疫情防治的联动协同，通过协同化合作和网状联结，结成了卫生健康

① 翟绍果、王昭茜：《公共健康治理的历史逻辑、机制框架与实现策略》，《山东社会科学》2018 年第 7 期。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

资源协同网络与公共卫生整合体系。向上是国家医疗卫生应急体制与政府联防联控机制，向下是落实到个体、家庭和社区的集体防疫与公共健康参与行动，达成了公共健康协同治理的合作秩序。此外，随着互联网、物联网、大数据、云计算和人工智能的发展，技术性进步带来的结构性改革成为健康治理创新的重要动力。数据互联以技术媒介为基础，以组织管理为平台，以层级互动为机制，带来健康数据的结构化、动态化和智能化机遇。资源互通以网络联结为型态，以资源配置为手段，以服务递送为目标，带来健康资源的均衡化、适度化和效率化挑战。健康共治以政策支持为本质，以健康共享为理念，以治理创新为逻辑，实现健康治理的协同化、持续化和法治化。通过数据互联倒逼资源互通，带来健康共治，达成技术进步、结构改革与政策创新，推动健康治理创新。

（二）健康服务结构性改革

高质量的健康服务是实现良好健康不可或缺的重要因素，需要基于健康需求的共识，有效提升和全面融合健康服务，推进全人群全方位全周期健康服务行动。首先，将人群精准分层分类，将应急与预防、保健与护理、治疗与康复、健康教育与健康管理等不同模块，以嵌入、合作、共享等融合方式，推动不同主体、不同类型、不同层次健康服务的深度融合，在服务主体、服务内容、服务水平、服务递送、服务监测等方面实现政策协同；其次，通过重构三级卫生服务网络，实现各级各类健康服务融合；再次，通过构建包对点的专业化服务，实现健康服务供给与联动机制的磨合，通过签约购买、政府补助等多种方式实现健康服务包“从近家到进家”的转变，从而提高国民享有健康服务的可及性，实现健康服务的高质量发展和优质化提升；此外，要依托现代信息技术，完善“互联网 + 医疗健康”服务体系，推动大数据、物联网、人工智能等与健康产业相结合，进一步释放技术资源优势，使城乡居民更便捷地享受常见病诊断治疗、健康咨询、预约挂号、康复护理、养生保健等各类健康服务。

（三）健康网络协同性治理

通过健康资源优化配置和健康服务联动供给，推动资源均衡化配置和健康服务结构性改革，最终实现全人群参与的健康网络协同性治理。在微观上以个体健康管理和家庭网络为支撑基点，在中观上以社区健康服务和社群网络为靶向，在宏观上以政府健康行动和政策网络为抓手，从而推动实现健康中国的全民行动。

医疗卫生体系是健康网络的承担载体，从“强医院”到“固基层”，提升医疗卫生网络耦合水平。长期以来，中国医疗供给侧形成了以医院尤其是大医院为中心的服务供给体系[①]。要强化医保制度在推进分级诊疗中的作用，重点完善药品目录、支付方式、支付比例等方面的具体规则[②]。在健康网络的耦合路径中，除了医疗服务体制机制优化外，还需要通过路径网络实现治理合力。首先，强化健康法治网络。要以公共健康利益为导向，健全公共健康法治，建立与实施健康中国战略相适应的政府考核评价体系[③]，通过跨部门合作形式，关注健康需求的积

① 顾昕：《“健康中国”战略中基本卫生保健的治理创新》，《中国社会科学》2019 年第 12 期。

② 申曙光、杜灵：《我们需要什么样的分级诊疗？》，《社会保障评论》2019 年第 4 期。

③ 李玲等：《从国家治理视角看实施健康中国战略》，《中国卫生经济》2018 年第 1 期。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

极响应与健康资源的公平分配。其次，突出健康产业网络。通过“资源圈 – 服务带 – 产业区”的扩散结构，实现以点带线带面的跨越式增长，打造不同区域各具特色的健康产业发展模式。最后，健全健康社区网络。发挥互惠互助的志愿作用，健全“四社联动”机制，鼓励与培育社会组织提供健康服务，尤其注重发挥社区的健康治理功能，形成多元主体健康共治的有序局面，维持社区为元单位的公共健康治理模式。总之，将公共健康作为一种理念融入所有政策设计，不断健全和深入完善健康网络，全方位全周期地保障全民健康。

（四）从三医联动的结构性改革到健康治理的高质量发展

医保、医疗和医药关乎健康福祉，成为新时代健康治理的重要领域。伴随着全民医保的深入实施，人民群众的医疗健康需要得到较大满足，但健康保障功能有限、健康服务结构失衡、健康治理绩效不优等问题依然存在。因此，需要从三医联动的结构性改革到健康治理的高质量发展。目前来看，医保筹资稳步增长但责任失衡，对财政收入的依赖性较高，面临着动态性均衡化挑战；医保待遇逐步提高但受益非均等，职居保人均受益差距大，面临着公平性适度化挑战；医保基金结余较多但结构失衡，地区间、人群间实际报销差异大，面临着效率性法治化挑战。因此，应当将重构均衡作为深化医保改革的重要任务，推进医保筹资均衡分担机制，根据适度待遇原则保障不同参保人群公平享有医保待遇，在推进以 DRGs 付费系统改革的进程中，通过强化市场治理、激活社会治理、改善行政治理推进医保支付改革[①]，提高医保基金效率和法治化水平，健全医保基金收支平衡机制。同时，基于生命周期设置动态缴费机制，根据可预测的待遇需求确定合理的缴费标准；基于疾病种类设置均衡待遇机制，根据可精算的筹资规模确定理性的待遇水平。此外，促进基本医保在不同生命阶段和不同统筹区域的权益转换，提高基本医保的流动性与可携性。最后，通过支付方式的优化，平衡病后报销和病前预防，强化健康结果激励，引导参保者形成良好的健康行为。

结构性改革与高质量发展有利于促进制度结构从分制走向同制，资源结构从分割走向均衡，服务结构从集聚走向协作。全民医保需要从病有所医的城乡统一走向健康中国的健康治理。以病有所医为目标，以城乡统一为手段，以健康中国为引领，实现健康治理的协同化、普惠化和法治化。在健康治理战略上，瞄准结构性改革和高质量发展，走向精细化管理和可持续运行。医保领域逐渐从费用管理走向医保治理，体现在强化全生命周期动态缴费与均衡待遇的关联机制，重视职业转换、跨域流动与权益衔接，激励参保者的健康促进行为；医疗领域逐渐从疾病治疗走向健康管理，体现在注重全生命周期健康管理服务，强化整合型服务内容，激励医护人员的健康管理行为；医药领域逐渐从药物研发走向健康适宜，体现在注重一致性评价和适宜性评估，强化治病疗效和社会经济性，激励利益相关者的健康适宜行为[②]。具体来说，建立多层次、多来源、科学支付的医疗保障制度；鼓励医疗服务市场公私竞争，促进各级医疗资源协同合作，提升医疗服务质量；加强药品生产、供应、流通、使用等各个环节的控制，完善药品质量和成

① 顾昕：《中国医保支付改革的探索与反思：以按疾病诊断组（DRGs）支付为案例》，《社会保障评论》2019 年第 3 期。

② 翟绍果：《结构性改革与高质量发展：从三医联动到健康治理的实现路径》，《中国劳动保障报》，2019 年 4 月 9 日第 3 版。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

本管理。通过医保与医药间医保药品目录谈判优化医药质量与价格，通过医保与医疗间医保费用支付机制提高服务效率，通过医疗与医药间药品招标采购制度治理药价虚高。结合健康中国战略，进行三医内部的要素整合、三医之间的结构优化与三医外部的协同联动，最终实现健康治理。总之，从三医联动的结构性改革到健康治理的高质量发展，体现的是基本医保标准化、基本服务均等化、基本健康质量化的理念，是健康中国战略下为实现健康保障功能提升、促进健康服务均衡、优化健康绩效的联动治理，本质上体现了健康共生共识共建共治共享。

五、从健康中国建设到构建人类卫生健康共同体

中国在基本实现“病有所医”的全民医保基础上，创造性提出了“健康中国”建设的宏伟蓝图，并实施了健康中国的行动计划与治理方案。健康福祉是人类的共同目标，在应对全球重大公共卫生事件面前，中国又提出了“打造人类卫生健康共同体”的新倡议，尤其是应对新型冠状病毒感染疫情更是为世界防疫贡献了中国力量。因此，基于共建共享“健康中国”战略，将健康融入万策，通过公共健康在政府、社会与市场等方面的跨域跨界合作治理，在参与全球健康治理、构建人类卫生健康共同体的过程中，结成全球健康合作治理网络，形成促进人类健康的全球合作行动。

公共卫生危机是人类面临的共同挑战，疾病是全世界的共同威胁，健康福祉是人类的永恒追求，健康促进是国际社会的共同责任。由于工业化、城镇化、人口老龄化的发展趋势，加之疾病谱、生态环境、生活方式的不断变化，不断迎接健康问题的挑战和促进健康生活的可持续是人类社会的共同使命。全球化背景下，随着世界各国之间多层次、多领域交往的日益深入，环境污染、气候变化、传染性疾病等问题在世界范围内无国界传播，全球健康治理格局不断多元化与复杂化，全球的健康合作行动成为必需。越来越多的国家日益认识到全球重大流行病和非传染性疾病对健康和社会经济发展的影响，特别是发展中国家也认识到有必要逐步实现全民医保，深入了解公共卫生、贸易与竞争规则之间的交叉，通过合作与创新建立人类卫生健康共同体，实现全民健康。西方国家也曾历经“治病就医”为核心的医疗体系到“全民健康”为核心的健康治理理念及相应机制设计转变。[①] 当前，国际公共健康目标导向于构建全球分享式健康治理模式，该模式以规划公共健康世界路线图、聚焦公共健康核心议题、强化公共健康紧密牵动为目的，优化全球健康合作执行力，促进全球健康平衡。[②] 随着全球人口流动、经济互动和社会联动的日益增进，公共健康将影响世界发展格局。健康全球化将汲取各国相关研究范式和政策推行经验，共同解决不同地区面临的具有可传性、可透性的公共健康威胁。[③] 新型冠状病毒在全球蔓延与共同应对，充分佐证了国际公共健康应走向多组织合作、多部门协调、多国

① Nora Y. Ng, Jennifer P. Ruger, "Global Health Governance at the Crossroads," *Global Health Govern*, 2011, 3(2).

② Jennifer P. Ruger, "Global Health Governance as Shared Health Governance," *Journal of Epidemiol Community Health*, 2012, 66.

③ Dodgson Richard, et al., "Global Health Governance—a Conceptual Review," *Global Health*, 2017, 8.

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

家协同治理的必然道路，更加需要构建共生共识共建共治共享的人类卫生健康共同体。

作为全球最大的发展中国家，中国以强有力的治理能力应对着纷繁复杂的健康风险，在完善基本卫生服务体系、开展“健康扶贫”行动、推动“健康中国”建设、提升人民健康水平等许多领域取得了卓然成果，也积累了丰富的实践经验。事实上，中国人民在共同建设健康中国的同时，也一直致力于深化卫生国际合作、促进全球健康行动。因此，推进健康中国建设既是提升中国人民民生福祉的路径措施，也是参与全球健康治理的重大举措。在人类命运共同体理念指引下，从健康中国建设到构建人类卫生健康共同体，将“健康中国”作为全球医疗卫生事业发展的“中国方案”，为实现全球健康共享提炼中国模式、提供中国理论、贡献中国智慧，提升人类健康福祉水平。

From Minimum Essential Health Coverage to a Healthy China: Historical Logic, Mechanism and Approach

Zhai Shaoguo
(School of Public Management, Northwest University of China, Xi'an 710127, China)

Abstract: Based on global trends and the Chinese context of the transformation of public health policy, the logic of the development from minimum essential health coverage to a "Healthy China" lies in the transformation of ideas, goals and values, which is expected to result in effective governance in public health policies. Based on the mechanism of joint governance in health, it is necessary to build a coordinated system of health governance, which consists of a public health emergency response system, a continuous healthcare intervention system, a regular health management system, a stable health capital improvement system and an appropriate health insurance system. The final goal is to build a healthy China and a community of shared future for all mankind in the area of health.

Key words: minimum essential health coverage; Healthy China; joint contribution and shared benefits; health governance; health equity

（责任编辑：仇雨临）

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net