

# 数字经济下的健康贫困治理：机理、挑战与策略创新

贾海彦，黄莹，王进明，赛晓妤  
(山东财经大学 公共管理学院, 山东 济南 250014)

**摘要:** 第三次技术革命推动了数字经济的飞速发展,这对贫困治理新时期健康扶贫策略优化必将产生深远影响。立足于数字经济迅猛发展和健康贫困治理亟待创新双重交叠的战略背景,从健康脆弱性、经济脆弱性、社会脆弱性三个维度构建分析框架,深刻剖析数字经济驱动健康减贫的内在机理,探索数字技术赋能我国健康贫困治理的工作规律和现实挑战,提出创新策略,包括提升贫困主体的数字化健康素养和技能、建立信息化基础设施建设的资金扶持长效机制、加强基层复合型人才队伍建设、推进数字网络监测平台建设以及建立信息共享机制,最终实现健康贫困的多主体协同共治。

**关键词:** 数字经济; 健康贫困治理; 策略创新

**中图分类号:** F126.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 2095-0098(2023)01-0016-09

## 一、引言

决胜脱贫攻坚战的伟大胜利,意味着我国因病致贫、因病返贫的问题基本得到解决(何文炯和张雪, 2022)<sup>[1]</sup>,健康贫困治理已进入巩固脱贫攻坚成果并转续相对贫困治理新阶段。回顾我国健康扶贫政策演变历程,早在2002年就展开了“以坚持预防为主,减少疾病发生,提高居民健康水平”为目标的健康扶贫工程,新型农村合作医疗制度、城乡医疗救助制度等相继建立。2015年,中共中央、国务院颁布《关于打赢脱贫攻坚战的决定》将健康扶贫工程纳入精准扶贫政策体系,构建了包含医疗保障、分类救治、医疗卫生服务能力建设、公共卫生和疾病防控在内的“四位一体”健康扶贫新格局(何文炯和张雪, 2022)<sup>[1]</sup>。2016年,卫计委等部门颁布的《关于实施健康扶贫工程的指导意见》以及此后的《健康扶贫工程“三个一批”》等系列政策文件,形成了城乡居民基本医疗保险、大病保险和医疗救助组成的多层次健康保障制度体系,覆盖贫困人口的比例持续稳定在99.9%以上,有力推动了贫困地区医疗卫生保健事业的发展,城乡居民健康差距持续缩小,健康贫困状况得到显著改善。

进入贫困治理新阶段之后,健康贫困治理政策体系也加速转型,从“疾病”“医疗”等传统医保扶贫观,持续向个体健康机会与权利平等、健康服务保障和健康福利增进等高阶范畴拓展。要求贫困治理的政策目标一方面要持续关注疾病风险,不断提高个体健康能力,保障贫困个体享有全生命周期健康服务与保障;另一方面要扎实推进多层次的健康贫困治理政策体系,切实提高医疗卫生服务资源配置的精准度,实现全民医疗服务与保障均等化和可及化,最终契合共同富裕的民生诉求。

第三次技术革命推动了数字经济的飞速发展,以互联网、云计算、大数据、人工智能为代表的新型数字技术在我国民生保障工作中发挥着重要作用。2016年,习近平总书记在网络安全和信息工作座谈会上提出

收稿日期: 2022-06-18

基金项目: 山东省社会科学规划研究项目“山东省‘健康贫困’农户的精准识别与内生脱贫动力机制设计研究”(20CGJ29)

作者简介: 贾海彦(1976—),女,山东潍坊人,博士,教授,研究方向为社会保障理论与政策。

“互联网+医疗”“互联网+教育”“互联网+文化”等基本公共服务均等化的数字模式,强调了互联网在脱贫攻坚中的推动作用。汉中市、驻马店、汝阳县、鹰潭市相继展开“互联网+健康扶贫”的应用试点,启动了健康扶贫工程的数字化建设。2019年,世界卫生组织(WHO)发布了《数字健康全球战略(2020—2024)》<sup>[2]</sup>,旨在通过数字技术加强医疗健康行业的快速发展,实现人人享有健康的愿景,使所有成员国都能获得普惠、便捷的健康服务。2022年,中共二十大报告提出“加快发展数字经济”“加快建设数字强国”“推进健康中国建设”,使健康贫困的数字化治理进入了飞速发展阶段。

网络信息技术的应用为多重医疗保障和多项资源整合提供了便捷,智能健康档案、远程医疗问诊、在线慢性病治疗、一站式服务、家庭医生等新型扶贫模式相应而生,提高了贫困个体公平获取医疗服务资源的便捷性和灵活性,有效弥补了贫困地区医疗基础设施落后、医疗资源供给短缺、医疗服务能力较低等问题。但也有研究发现,数字经济产生的结构性问题会使位于贫困线附近和贫困线以下的居民愈加贫困(何宗樾等,2020)<sup>[3]</sup>。可见,数字经济作为技术驱动,必将在短期内对传统健康贫困治理带来挑战,对重塑健康减贫理念、修正贫困个体健康素养和行为、创新贫困治理策略产生深远影响。

鉴于此,立足于数字经济迅猛发展和健康贫困治理亟待创新双重交叠的大背景,从健康脆弱性、经济脆弱性、社会脆弱性三个维度构建分析框架,深刻剖析数字经济驱动健康减贫的内在机理,探索数字技术赋能我国健康贫困治理的工作规律和现实挑战,旨在构建更加科学、有效的健康贫困治理长效机制,巩固健康扶贫成果,助推共同富裕伟大目标的实现。

## 二、文献综述

健康平等是一项基本人权。持续改善贫困群体的健康状况、提升健康服务和保障均等化,最终实现全民健康福祉最大化,是全人类共同努力的目标。随着多维贫困理论的拓展,研究人员发现健康贫困也具有明显的多维特点。健康易受到经济、社会、卫生环境以及公平效率等多重因素的共同影响,健康减贫的政策效果存在明显的外溢性、关联性和不确定性,内在机理十分复杂。因此,健康与贫困的双重因果关系、健康减贫的逻辑机理以及新时期贫困治理策略创新等问题,一直是学界重点探索的领域。

对于健康与贫困的关系内涵,学界普遍认为健康风险冲击是致贫的重要因素。健康与贫困之间的双向因果关系也被置于“循环累积因果关系”等理论中加以分析。Michael(1972)<sup>[4]</sup>认为,健康贫困是由于健康水平低下而导致人力资本存量降低而产生的贫困;邓睿和焦锋(2020)<sup>[5]</sup>认为健康贫困是身体疾病和经济贫困的恶性循环,主要表现为疾病风险加大和健康能力削弱两个方面,且二者呈现动态递进关系;贾海彦(2020)<sup>[6]</sup>利用我国家庭入户调查大样本数据实证分析发现,健康与贫困间存在自我强化效应,在条件成熟时可转化为内生脱贫动力。在健康减贫逻辑机理方面,Banerjee et al.(2004)<sup>[7]</sup>、Haushofer & Fehr(2014)<sup>[8]</sup>等认为更好的健康水平和医疗保障能降低医疗支出,减缓灾难性医疗支出,赋能人力资本,进而提高收入并摆脱贫困;翟绍果和严锦航(2018)<sup>[9]</sup>认为健康风险是诱发贫困的逻辑起点,健康机会是健康扶贫的作用逻辑,健康治理通过健康服务可及性得以实现;郑继承(2020)<sup>[10]</sup>认为疾病对健康的冲击主要通过显性(人力资本降低、疾病救治)和隐性(心理偏差)两种传导机制引发贫困。在健康贫困治理策略方面,国内学界主要立足于贫困治理转型新时期进行策略创新探索,如翟绍果和严锦航(2018)<sup>[9]</sup>、马婷和唐贤兴(2020)<sup>[11]</sup>等认为,政策目标应从防止“因病致贫”“因病返贫”转型为提高个体健康能力、消除健康风险、享有全生命周期卫生与健康服务;汪三贵和刘明月(2019)<sup>[12]</sup>、李棉管和岳伦(2020)<sup>[13]</sup>等认为,政策内容应从单维扶贫手段转型为健康、经济与社会的多维干预、多重保障服务的耦合叠加和多元健康资源的协同治理。孙海婧(2021)<sup>[14]</sup>从卫生健康对口支援角度出发,提出增进政府与社会的主体协同、医疗卫生的职能协同、制度保障的环境协同多维度发力,共同构建卫生健康对口支援的协同路径。

数字经济飞速发展,越来越多学者强调健康贫困治理中数字信息技术的应用。有学者认为,数字健康扶贫的理论逻辑在于平台依托、数字赋能、资源下沉三大路径(李韬等,2021)<sup>[15]</sup>。首先,在平台依托方面,翟绍果和丁一卓(2021)<sup>[16]</sup>提出,通过构建互联网大数据平台,并结合“互联网+教育”“互联网+医疗服务”和产

业扶贫,促进健康资源的优化配置与经济的长效发展。吴炜(2021)<sup>[17]</sup>认为应完善扶贫数据平台,完善个人电子健康档案,推动健康与医疗信息共享。其次,数字赋能方面,贾海彦和李程鹏(2021)<sup>[18]</sup>认为,区块链技术切实为贫困治理提供了底层技术支持,提高了我国贫困治理效能。张鹏和高小平(2022)<sup>[19]</sup>提出,开发应用程序,集成多部门多系统数据,基层干部和医生能够及时获取健康、医疗等信息,进而提供帮扶服务。最后,在资源下沉方面,郭梦真(2020)<sup>[20]</sup>认为远程医疗及分诊治疗的本质是利用优质资源的下沉实现贫困治理。韦艳和杨婧(2022)<sup>[21]</sup>提出作为新技术的远程医疗对于基层卫生事业的发展具有推动和创新的作用,要持续推进乡村远程医疗标准化建设,完善远程医疗卫生服务体系,全面提升农村贫困地区卫生基础设施条件和医疗服务质量。

可见,数字技术赋能健康贫困治理,孕育出了巨大的政策创新驱动红利,必将切实提高我国健康贫困治理效能。已有研究或者从健康贫困治理理论,或者从贫困治理实践出发,有的聚焦健康与贫困的因果关系,有的关注技术与策略的创新,从不同维度探索了我国健康减贫的理论内核与路径构建。但作为一项技术革新,数字经济毕竟刚刚起步,对数字经济如何融入健康贫困治理,内在的逻辑机理到底如何发生,在技术突破和实践操作上可能面临的挑战,如何从激发内生脱贫动力视角进行策略创新等问题,前沿研究明显不足。因而,针对上述问题展开探索,并尝试健康贫困数字化治理的策略创新,以丰富现有研究。

### 三、数字经济融入健康贫困治理的内在机理

根据前人研究成果,健康贫困一般指由于受到疾病风险冲击致使健康能力及健康机会被剥夺而无法摆脱疾病—贫困恶性循环的综合性脆弱状态,具体表现为健康脆弱性、经济脆弱性、社会脆弱性,三者互为交织并产生连锁反应(翟绍果,2018)<sup>[22]</sup>。而数字技术手段通过有效融入贫困治理诸环节,使健康资源配置更为精准、服务可及范围更广、普惠群体更多,从而有效改善贫困群体的健康状况,提升健康人力资本,进而催生内生脱贫动力。从健康脆弱性、经济脆弱性、社会脆弱性三大维度构建分析框架,梳理数字技术应用于健康贫困治理的内在逻辑机理,为后文研究提供理论基石(见图1)。

#### (一) 数字技术助力健康资源均等化配置,抗击健康脆弱性

健康脆弱性是贫困群体遭受健康风险冲击而发生健康剥夺的首要表现。从客观视角看,主要原因在于健康资源配置存在不均等问题,阻碍了贫困个体健康权利与机会的获得。如与职业或户籍挂钩的医疗保障制度设计、医疗资源的市场化分配机制等原因,导致资源分布出现城乡差异、地区差异和群体差异,优质医疗卫生资源过度集中于发达地区,偏远落后地区供给不足,贫困人口难以有效获取公共卫生医疗服务机会,从而加重小病拖成大病或者罹患大病重病后得不到有效医治的健康风险概率。

针对健康资源配置效率低下和供给不足等问题,数字技术可以通过医疗云、5G专区等区域智慧医疗信息化建设促进健康资源在区域、结构配置与存量供给上的公平化与可及性。首先,数字化健康扶贫能够有效增加贫困个体的健康资本储蓄存量,例如,健康电子档案可记录贫困人口的整个生命周期健康历程,自动记载、自动归类整理、自动存储进入健康档案数据库,并实时更新,实现健康早期干预。健康数字信息的不断累积可产生强大的规模效应;家庭医生线上签约、线上健康宣传工作、传染病大数据分析平台、线上专家义诊等方式可推动贫困关口前移,提高贫困人口的疾病预防能力,间接提高健康资本存量;借助区域大数据和智能环境监测系统来分析贫困地区环境卫生问题,改善贫困地区人居环境,根据数据结果建立防范联系点,从源头采取干预措施,及时控制疾病风险。其次,打造基层医疗信息化服务一体化平台,加强贫困地区远程医疗能力建设,实现发达地区医疗机构的精准对口帮扶,推动高质医疗资源向贫困地区乡镇医院全面覆盖,实现优质医疗资源逐级下沉,规范医疗服务项目标准,由信息化驱动区域公共服务资源由行政空间非均衡配置转向信息空间一体化、均衡化与共享化(汪波和赵丹,2018)<sup>[23]</sup>,减少偏远地区贫困患者跨域寻医问诊所消耗的经济成本和时间成本,保障人人享有健康服务。

#### (二) 数字技术精准匹配医疗需求,降低经济脆弱性

健康贫困的经济脆弱性是指当贫困个体遭受健康风险冲击,在为治疗疾病而发生一系列的医疗、保健、

康复等费用支出后,因收不抵支或收入能力下降导致的贫困(洪秋妹和常向阳 2010)<sup>[24]</sup>。经济脆弱性本质上体现为支出型贫困。如何减少个人或家庭的医疗支出费用,提高其经济负担能力,是缓解健康弱势群体经济脆弱性风险的关键抓手。

人工智能、大数据等信息技术通过与医疗保险、医疗救助、商业保险等多层次医保制度相结合,可以在疾病预防环节瞄准健康风险源头,利用信息传递和反馈快速灵敏的优势,在诊疗环节提高医疗服务资源与贫困群体需求之间匹配的精准度,在付费环节解决“最后一公里”问题,实现先诊疗后付费或者灵活调整报销比例等手段,切实降低贫困群体因病就诊而产生的经济负担(汪三贵和刘明月 2019)<sup>[12]</sup>。如运用大数据平台精准计算扶贫对象个体信息,根据其经济负担能力测试医疗成本压力,将经济费用稳固在其可承受范围之内;运用数字化技术创新医疗报销制度,简化治疗期间的门诊费、手术费、住院费、化验费等报销程序,缩短线下报销周期,实现“最多跑一次”;建立贫困患者诊疗全过程精准追踪信息管理平台,提供包括应急与预防、保健与护理、治疗与康复、健康教育与健康管理等全方位的健康信息管理服务,有效提高医疗服务的供给质量。

### (三) 数字技术打造多元协同治理环境,抵御社会脆弱性

社会脆弱性是指贫困群体因缺乏足够的获取健康资源和社会帮扶的能力,不得不亲自承担家庭成员的疾病照料责任,从而丧失劳动就业、社会交际乃至政治参与等个人内在发展机会。这种社会参与的脆弱性,反过来又会加剧贫困群体的经济脆弱性和健康脆弱性,从而陷入健康与贫困陷阱无法自拔。因此,需要健康贫困治理政策与产业发展政策、就业创业政策等实现联动,发挥一揽子政策对贫困群体的协同帮扶效应。为此,如何打破政府部门间信息资源各自为政的僵化格局,建立起职能部门间的联动机制,同时引导市场、社会主体力量积极参与健康贫困治理,是有效抵御健康贫困群体社会脆弱性的政策核心要义。

首先,数字经济作为稳定经济增长的关键动力,在提升创新能力、提高全要素生产率、推动产业结构升级、促进绿色可持续发展等(艾小青和田雅敏 2022)<sup>[25]</sup>领域的作用令人瞩目,可以为贫困群体创造更多的就业创业渠道,贫困群体也可以使用互联网拓展社交边界,获取更多的就业信息,尽快实现岗位匹配,推进个人内在能力的发展。其次,利用信息通信技术,可以助力职能部门结构优化,理顺行政体系,构建起布局结构合理、层次分工明确、职能体系健全的多部门联动健康服务网络(万筱明和陈燕刚 2008)<sup>[26]</sup>,为国家治理体系和治理效能赋能。再次,数字经济创建的社会共享合作模式,可以汇聚政府相关职能部门、医疗机构、医养康养企业、商业保险公司以及社会公益组织等主体,实现数据同质同步、资源共享,推动产业、行业和部门的跨界融合,创新市场高质量、多样化的健康产品和服务,满足贫困群体多层次多元化的健康服务需求。最后,通过构建社会参与的多元网络信息平台,积极引导贫困群体参与基层社区的管理、监督与服务,增加政治参与机会,加快社会融入。

## 四、数字经济下健康贫困治理的现实挑战

数字经济作为一种新兴经济形态和技术全面融入贫困治理,在有效缓解健康贫困人口的健康脆弱性、经济脆弱性和社会脆弱性、激发内生发展动力的同时,也会遭遇来自贫困个体数字素养低、医疗数字基础设施落后、医疗数字服务管理人才短缺、法律建设滞后以及多元主体协同联动困难等挑战,阻碍着反贫困事业的顺利进程。

### (一) 认知偏好阻碍,存在数字鸿沟

数字鸿沟是指个体受年龄、区域、认知水平、性别、学历、职业等因素制约,在获取、利用信息技术以及通信技术方面的不平等现象,这种差异可能会增强社会排斥(Castells 2002)<sup>[27]</sup>。如今,数字鸿沟更多体现于信息技术使用和信息素养的差异上。在信息落差和贫富差异的两极分化之下,贫困偏远地区的健康弱势群体,尤其是留守儿童、孤寡老人、女性群体等,由于经济文化水平偏低、年龄较大、身体羸弱等原因,对互联网、大数据、智能手机、计算机、多媒体等新生事物接触甚少,数字健康素养普遍低下。第50次《中国互联网络发展状况统计报告》数据显示,截至2022年6月,我国60岁及以上非网民群体占非网民总体的比例为

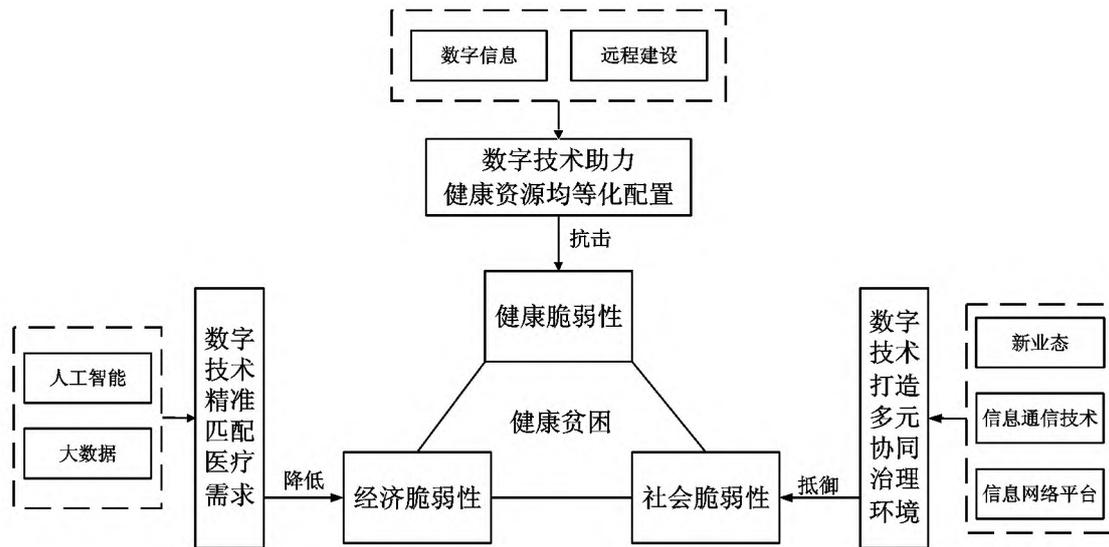


图1 数字经济融入健康贫困治理的内在机理

41.6% 城镇地区互联网普及率达82.9% 农村地区仅为58.8% 城乡之间存在较大差异。<sup>①</sup> 因此 相较于线下问诊、望闻问切等传统医疗方式 所谓的健康档案、远程医疗、网上问诊等线上医疗健康服务资源和方式 对偏远地区的健康弱势群体而言 更像是一种虚拟存在。如果贫困治理的数字化进程过快 会导致该群体产生数字技术恐惧或焦虑 进而加剧该群体盲目就医或拖延就医等问题 甚至产生新的“数字”健康贫困。

### (二) 医疗数字基础设施落后 资金支持力度不足

新型医疗数字基础设施是实现健康贫困数字化治理的必备基础性条件。我国贫困地区多为偏远山区，且住户分散、人烟稀少。受历史、地理位置、经济条件、环境复杂等因素影响制约，多地存在网络基础设施较为落后、通信网络覆盖面较低、光纤布设受阻、网络服务效率低下等问题，导致基层医疗机构普遍存在软硬件设施的短缺和落后。在硬件上，部分偏远乡镇基层医疗机构缺少互联网医疗终端设备、医疗健康检测设备、远程医疗设备等高端医疗设备；在软件上，贫困区各级医疗机构网络建设难以统一，新型软件设施运维水平较低，业务断联、网络卡顿、数据分散等问题突出，严重限制了远程医疗的便捷性、高效性、延续性。基础设施或服务的匮乏会持续拉大健康服务资源分布的群体差异、地理差异和城乡差异，进一步引发数字化物理贫困（赵安琪和付少雄 2019）<sup>[28]</sup>。

持续高效的资金支持是推动落后地区医疗数字基础设施建设的重要物质保障。贫困地区通常地处偏远、环境恶劣、勘测难度大，面对基础设施建设成本高、施工周期长、利润空间低等难题，市场化数字主体缺乏持续介入的动力，需要外部力量的干预。但是，目前贫困区域的医疗基础设施建设仍主要依赖上级援助或部分社会公益项目捐赠，单一的政府财政支持导致资金缺口较大，基础设施建设也成为无源之水。

### (三) 数字人才短缺 激励机制不健全

基层医疗人员队伍是我国健康扶贫事业的主力军，所扮演的健康“守门人”角色直接关系到贫困治理成效。在线问诊、医联共同体、智能健康检查等诊治方式对工作专业技术能力要求较高，亟须兼具医疗健康专业知识和高级数字技术的复合型人才，但我国贫困地区基层卫生人员普遍配备不足，更遑论高端数字技术人才。首先，贫困偏远地区的基层医疗机构缺乏职业吸引力，人才引进机制匮乏，激励机制不完善且福利保障不足，人才聚集能力和效应差，经济条件落后、生活条件艰苦、薪资待遇较低等现实客观条件的制约，使得基层医疗人员和专业技术人员“引进难”和“留不住”同时并存，基层卫生机构一方面很难吸引到市场上高端运营管理人才和技术人才，另一方面信息化人才流失问题突出（李韬和冯贺霞 2022）<sup>[29]</sup>。其次，贫困地区的基

<sup>①</sup> 中国互联网信息中心，CNNIC 发布第 50 次《中国互联网络发展状况统计报告》<http://www.cnnic.net.cn/n4/2022/0916/c38-10594.html>

层医疗人员多为本地村医团队,学历低、职称低、专业水平低现象普遍(方鹏骞,2020)<sup>[30]</sup>。基层政府和社会所能提供的数字经济技术实操培训甚少,人员数字专业素养不足,人才梯队比例失调,即使配备了新型数字智能医疗设施,也无法有效驾驭,造成资源浪费。

#### (四) 法律法规薄弱,良性发展滞缓

在健康贫困治理领域,我国颁布的政策文件,如《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》《关于印发解决贫困人口基本医疗有保障突出问题工作方案的通知》等,多属于政策的指导规划层面,法律法规体系建设缓慢。但是,健康贫困治理隶属于医疗范畴,如果不能清晰界定健康扶贫、医疗援助的责任边界,很可能会引发更为复杂的医疗法律纠纷。如远程医疗的收费和报销体系、线上问诊医疗关系的法律责任、利益相关者的利益分配、医联共同体的风险分担、患者信息的保密规范以及数据安全维护等方面,都亟需法律法规的明确规范(李伟群和郭宇,2021)<sup>[31]</sup>。另外,在扶贫实践中,远程医疗、医联体、分级治疗制度等模式各行其是,“三医联动”缺乏有效衔接的协同机制,监管手段落后,数字医疗的制度化、规范化、标准化体系建设尚未起步,也限制了健康贫困数字化治理模式的稳定实施。

#### (五) 信息孤岛横亘,协同共治困难

反贫困事业的协同共治并不是简单地把相关机构和组织聚合起来,而是要求在各主体之间形成可持续的互动机制,其中信息互通互用互享是保障各主体协同共治的必要前提。然而在数字技术的现实应用中,“信息孤岛”问题较为普遍存在,阻碍了多元共治效用的有效发挥。首先,在政府部门层面,我国健康扶贫工作涉及卫健、民政、扶贫等多个部门,各部门多按照上级分派的扶贫任务各司其职,并建立隶属本部门的信息平台。但受传统“管控型”理念的影响,我国政府对于数据管理一直在“私密性”和“公共性”之间徘徊,没有建立起有效的信息共享机制(曲延春,2020)<sup>[32]</sup>,导致隶属不同职能部门的基层工作人员在采集贫困患者的诊治状况、健康档案、医学影像资料等个人信息时,无法互联互通,难以实现扶贫资源的瞄准匹配。其次,在医疗机构层面,医疗机构作为网络医疗信息的发布源,对网络医疗信息尚缺乏系统性整合(沈奇泰松等,2021)<sup>[33]</sup>,所建立的信息系统多为独立系统,无法与医保等实现有效关联,“医疗信息孤岛”丛生,系统业务对接壁垒较多,反复多次的信息录入、整理,不仅增加了基层医疗人员的工作负担,而且给患者在不同医疗机构间的转诊徒增障碍,甚至出现利益纠葛与博弈。

## 五、数字经济驱动健康贫困治理的策略创新

数字经济是经济社会发展的必然趋势,既要正视数字技术对健康贫困治理带来的挑战,也要积极推动实现健康贫困治理的智能化、信息化、数据化赋能,实现两者的深度融合,打造健康贫困治理新模式。具体可以在以下五个方面开展策略创新。

### (一) 大力提升贫困主体的数字化健康素养和技能,填补“数字鸿沟”

针对贫困群体因“数字鸿沟”引发的数字贫困新问题,首先,应根据《关于切实解决老年人运用智能技术困难的实施方案》《互联网应用适老化及无障碍改造专项行动方案》等文件指导,加大互联网医疗知识的宣传与普及,通过入户讲座、宣传手册等方式加强政策解读和宣传引导,指导贫困群体运用智能手机、可穿戴设备等方式享受数字技术红利,提高贫困患者对于在线问诊、远程医疗等健康扶贫方式的认知。其次,在合理保留传统医疗模式的前提之下,循序渐进式引导贫困群众接受数字化健康扶贫模式,同时实现线上医疗高效化以及线下医疗服务化,例如在推广网络平台的预约渠道以及家庭医生、亲人、朋友的代约渠道时,要保留一定比例的线下号种。再次,对于高龄老人、留守儿童、女性等特殊贫困群体,要切实了解他们的健康情况和健康需求,按照村民名单有针对性地到户走访入诊,建立电子健康档案,配予家庭医生,以随时追踪其健康状况,为贫困群体提供全生命周期的数字健康服务。

### (二) 建立资金扶持长效机制,加快医疗数字基础设施建设

中共二十大报告提出要“促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局”“提高基层防病治病和健康管理能力”。针对贫困偏远地区医疗数字基础设施建设薄弱、资金缺口大等问题,积极拓宽多元资金筹集与保障渠

道,建立起资金扶持长效机制。首先,一方面发挥政府主导作用,建立国家专项预算等长效机制,持续推进贫困区域数据存储、云计算、区块链、人工智能等基础医疗健康设施的建设力度,另一方面放宽新基建产业的市场准入制度,使用财政补贴、税收优惠、特许经营等政策激励医疗健康领域的企业、行业协会、基金会、研究机构、社会组织等积极进入,发挥市场作用,引导、鼓励其加大向贫困区域投资力度,拓展多主体资金筹措与保障渠道,尤其支持数字型高新技术型企业推动网络基础设施资源下沉,激励大型电子通信企业提供虚拟网络、互联网专线等优质服务。其次,通过完善互联网健康贫困治理领域的收费体系,降低网络提速费用,提供贫困区专项使用优惠,引导电信企业加强对贫困区域基层医疗机构的费用支持,确保贫困区基层医疗机构网络费用低于其他使用平台的平均水平,缓解其成本压力。

### (三) 完善激励机制,加强基层复合型人才队伍建设

基层集医疗专业知识与数字技术于一体的复合型人员是数字经济驱动健康贫困治理有效运行的关键。党的二十大报告提出应当“发展壮大医疗卫生队伍,把工作重点放在农村和社区”。面对贫困地区基层医疗人员“留不住”“引不来”的现实困境,首先,应当建立科学的人才激励机制,提高他们的薪资待遇及社会福利,适当强化职称晋升、低职高聘、绩效奖励等政策倾斜,以此加强专业性人才队伍的稳定性和工作积极性。其次,创新高端人才引进模式,鼓励高校医疗专业毕业生到贫困地区就业,或采取异地挂职就医等制度实现人才共享。最后,应当加强对基层医疗人员在数字技术方面的实操性、专业化培训,让他们紧跟数字经济的大潮流,熟悉使用先进的在线医疗诊断、健康服务APP等数字工具,不断累积数字医疗经验。如可借助远程在线课程培训等方式,在专业培训、技术指导、阵地建设、医疗资源等方面,与城市大型医院建立一对一帮扶共同体;成立专业性的网络运营维护队伍,以便及时解答数字平台在应用期间的问题,帮助基层医疗人员能够规范化、便捷化地使用健康医疗数字平台。

### (四) 健全相关法规,推进数字网络监测平台建设

针对健康贫困数字化治理法律法规不健全、监管体制缺失等问题,首先,应当强化法治建设,以国家颁布的相关政策文件为指导,组织科研院所、医院、扶贫机构、互联网运营商等领域的专家学者共同参与,形成智库,研讨有关利益分配、责任边界、费用分担机制、信息安全等方面的相关法律法规,加快立法进程,使健康贫困数字化治理有章可循、有法可依。其次,利用数字技术驱动“三医联动”机制深化改革,规划建设医疗共同体、医联共同体等上下级医院的协同管理以及信息平台建设(沙小苹和李晨倩,2020)<sup>[34]</sup>。最后,加强网络服务质量监测平台建设,以建立健全数字化监管体制,设置网络动态监测、故障纠察、责任区分等工作任务,根据平台监测结果,划分运营商、生产商、基层医疗机构等利益主体的相关责任,避免出现互相扯皮及利益纠纷现象,确保医疗系统网络平台的服务质量。

### (五) 建立信息共享机制,实现健康贫困的多主体协同共治

根据中共二十大报告提出的要求,“完善网格化管理、精细化服务、信息化支撑的基层治理平台”“促进医保、医疗、医药协同发展和治理”等,应加强信息共享机制建设,消除“信息孤岛”问题,首先,打造智能化服务型政府,确保政府各职能部门之间实现信息互通共享,如上级主管部门可借助数字化优势,牵头建立多层级、全覆盖的信息共享平台和沟通反馈机制,确保各部门能共享并精准把握贫困患者的疾病状况、经济费用、家庭状况等信息,提高扶贫资源匹配的精准性。其次,在各级医疗机构之间构建“统一接口管理、统一资源管理、统一流程管理、统一财务管理”的标准化健康医疗服务信息体系,提高各级医疗机构的服务效率,减少医疗数据重复建设,避免信息资源杂糅。最后,通过政策引导、企业合作、财政补贴等方式,鼓励数字化技术企业在贫困地区投资,将健康产业链条式变为网络协同式,借助于更广阔、更开放的健康信息平台体系与生态体系,实现各经济主体间的合理分工和网络化协作,建立起更加高效的健康贫困协同治理体系。

#### 参考文献:

- [1]何文炯,张雪.基于共同富裕的健康扶贫政策优化[J].河北大学学报(哲学社会科学版),2022(1):1-9.

- [2] World Health Organization. Draft Global Strategy on Digital Health 2020 – 2024 [J]. World Health Organization 2020.
- [3] 何宗樾, 张勋, 万广华. 数字金融、数字鸿沟与多维贫困 [J]. 统计研究 2020(10): 79 – 89.
- [4] Michael G. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health [J]. Journal of Political Economy, 1972(2): 223 – 255.
- [5] 邓睿, 焦锋. 时间、资本、环境三维视角下深度贫困地区健康脆弱性解析 [J]. 医学与社会 2020(11): 9 – 14.
- [6] 贾海彦. “健康贫困”陷阱的自我强化与减贫的内生动力——基于中国家庭追踪调查(CFPS)的实证分析 [J]. 经济社会体制比较 2020(4): 52 – 61 + 146.
- [7] Banerjee A., Deaton A., Duflo E. Wealth, Health, and Health Services in Rural Rajasthan [J]. The American Economic Review 2004(2): 326 – 330.
- [8] Haushofer J., Fehr E. On the Psychology of Poverty [J]. Science 2014(6186): 862 – 867.
- [9] 翟绍果, 严锦航. 健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化 [J]. 西北大学学报(哲学社会科学版) 2018(3): 56 – 63.
- [10] 郑继承. 中国健康扶贫的逻辑演进与新时代战略转型研究 [J]. 云南社会科学 2020(5): 149 – 156 + 189.
- [11] 马婷, 唐贤兴. “健康中国”战略下的健康权利平等: 一个健康扶贫政策的分析框架 [J]. 河南大学学报(社会科学版) 2020(6): 36 – 43.
- [12] 汪三贵, 刘明月. 健康扶贫的作用机制、实施困境与政策选择 [J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版) 2019(3): 82 – 91 + 2.
- [13] 李棉管, 岳经纶. 相对贫困与治理的长效机制: 从理论到政策 [J]. 社会学研究 2020(6): 67 – 90 + 243.
- [14] 孙海婧. 以卫生健康对口支援助力健康贫困治理 [J]. 宏观经济管理 2021(6): 70 – 74 + 90.
- [15] 李韬, 冯贺霞, 冯宇坤. 数字技术在健康贫困治理中的创新应用研究——以甘肃省临夏州数字健康扶贫实践为例 [J]. 电子政务 2021(9): 47 – 57.
- [16] 翟绍果, 丁一卓. 疾病冲击、代际互动与健康贫困——基于西部三省九县农户调查的实证分析 [J]. 西北大学学报(哲学社会科学版) 2021(2): 62 – 75.
- [17] 吴炜. 数字化驱动下健康扶贫推进研究——以江苏省为例 [J]. 长江论坛 2021(5): 37 – 42.
- [18] 贾海彦, 李程鹏. 区块链技术赋能相对贫困的长效治理机制研究 [J]. 金融教育研究 2021(3): 13 – 20.
- [19] 张鹏, 高小平. 数字技术驱动公共服务高质量发展——基于农村的实践与优化策略 [J]. 理论与改革, 2022(5): 82 – 93 + 149 – 150.
- [20] 郭梦真. 大数据在基层政府精准扶贫中的运用 [D]. 湛江: 广东海洋大学 2020.
- [21] 韦艳, 杨婧. 远程医疗对我国5省农村贫困地区居民健康状况的影响 [J]. 医学与社会 2022(5): 60 – 64 + 70.
- [22] 翟绍果. 健康贫困的协同治理: 逻辑、经验与路径 [J]. 治理研究 2018(5): 53 – 60.
- [23] 汪波, 赵丹. 互联网、大数据与区域共享公共服务——基于互联网医疗的考察 [J]. 吉首大学学报(社会科学版) 2018(3): 122 – 128.
- [24] 洪秋妹, 常向阳. 我国农村居民疾病与贫困的相互作用分析 [J]. 农业经济问题 2010(4): 85 – 94 + 112.
- [25] 艾小青, 田雅敏. 数字经济的减贫效应研究 [J]. 湖南大学学报(社会科学版) 2022(1): 50 – 56.
- [26] 万筱明, 陈燕刚. 多元参与的全民医保模式研究 [J]. 中国卫生经济 2008(6): 16 – 19.
- [27] Castells M. The Internet galaxy: Reflections on the Internet, Business and Society [M]. Oxford: Oxford University Press 2001.
- [28] 赵安琪, 付少雄. 欧盟数字化贫困治理战略、实践及启示 [J]. 图书与情报 2019(2): 1 – 10.

- [29]李韬,冯贺霞.数字键共体赋能基层卫生治理变革[J].行政管理改革,2022(8):56-63.
- [30]方鹏骞.多措并举破解基层医疗卫生人才短缺之困[J].人民论坛,2020(29):79-81.
- [31]李伟群,郭宇.健康医疗数据商业化运用法律问题研究[J].齐鲁学刊,2021(4):96-103.
- [32]曲延春.数字政府建设中信息孤岛的成因及其治理[J].山东师范大学学报(社会科学版),2020(2):125-132.
- [33]沈奇泰松,钱辉,张大亮.网络医疗信息风险的归因模型、定量评估及治理路径[J].管理工程学报,2021(5):102-109.
- [34]沙小苹,李晨倩.远程医疗助力健康扶贫事业发展:以上海对口支援省市为例[J].中国卫生资源,2020(6):537-541.

## Managing Healthy Poverty in the Digital Economy: Mechanism ,Challenges and Strategic Innovation

JIA Haiyan , HUANG Ying , WANG Jinming , SAI Xiaoyu

( School of Public Administration ,Shandong University of Finance and Economics ,Jinan ,Shandong 250014 ,China)

**Abstract:** The third technological revolution has promoted the rapid development of digital economy ,which will have a profound impact on the optimization of health poverty alleviation strategies in the new period of poverty management. Based on the double overlapping strategic background of rapid development of digital economy and urgent innovation in health and poverty management ,this paper builds an analytical framework from the three dimensions of health vulnerability ,economic vulnerability and social vulnerability ,profoundly analyzes the internal mechanism of health poverty reduction driven by digital economy ,explores the working rules and practical challenges of health poverty management enabled by digital technology ,and proposes innovative strategies. It includes improving the digital health literacy and skills of poverty - stricken subjects ,establishing a long - term financial support mechanism for the construction of information infrastructure ,strengthening the construction of grass - roots composite talent team ,promoting the construction of digital network monitoring platform and establishing an information sharing mechanism ,and finally realizing the multi - subject collaborative governance of health and poverty.

**Key words:** Digital economy; Health and poverty management; Strategy innovation

(责任编辑:黎 芳)