



农民健康权保障目标下乡村医疗资源配置路径研究

王 珺

安徽医科大学法学院,安徽 合肥 230032

摘要:农民健康权保障是“乡村振兴”与“健康中国”战略目标的共同价值诉求,也是乡村医疗卫生资源配置制度创新的关键所在。文章解读了健康权的复合属性,并依据自由权和社会权属性深入挖掘农民健康权保障对医疗卫生资源配置的积极影响,在此基础上全方位审视规范体系与配置机制的缺陷,并着重关注农民参与积极性及其机制的不足。从保障农民健康权出发,文章提出在法理上明确政府健康权保障职责属于行政给付行为,其法律关系为行政法律关系,进而精准定位乡村医疗资源配置的规范体系、配置机制,提升与健全农民自主参与意识、参与机制,以实现乡村医疗卫生资源公平有效配置的法治化发展目标。

关键词:农民健康权;乡村医疗卫生;资源配置;行政给付

中图分类号:D922.16

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)01-001-007

doi:10.7655/NYDXBSS250328

随着我国城镇化进程的不断推进,乡村医疗卫生资源配置的不足逐渐凸显,农村地区医疗卫生基础薄弱,存在长期以来卫生投入不足的历史遗留问题,城乡发展差距使医疗资源高度集中在城镇地区,农村缺乏优质医疗资源。且乡村医疗卫生资源配置难以满足农民日益增长的健康需求,其配置制度亟须优化。现有研究主要关注点在乡村医疗卫生资源配置制度本身,多聚焦于医疗机构、人力资源、物力资源及财力资源等具体的资源配置领域,缺乏对乡村医疗卫生资源配置的整体把握,且这些研究多数是以经济学、社会学等学科视角,缺乏法学视角的权利义务研究。因此,本文试图对农民健康权进行深入研究,发掘健康权视野下乡村医疗卫生资源配置存在的不足,以此为基础,提出完善乡村医疗卫生资源配置制度的有效路径。

健康是人民向往和追求的美好生活的重要内容^[1]。健康权是人类最基本的一项人权,也是公民享有一切权利的基础之一。健康权的保护在世界范围内受到广泛重视,不同国家和地区,针对实际情况建立了不同的健康权保障措施,力图改善国民的健康水平,提高健康权的实现程度。从整体来看,我国对于公民健康权的保障不断推进并取

得了丰硕的成果,但针对农民健康权的保障尚存在不足。从保障农民健康权的角度探索乡村医疗卫生资源公平配置成为进一步推进“健康中国”战略和“乡村振兴”战略的应有之义。

一、农民健康权与乡村医疗卫生资源配置

健康是人民的基本需求,是经济社会发展的基础。人民健康应置于优先发展的战略位置。党的二十大报告指出:人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。把保障人民健康放在优先发展的战略位置,完善人民健康促进政策。“乡村振兴”和“健康中国”建设进入新时代之际,我国乡村医疗卫生体系亟待创新,其中资源配置的优化显得尤为重要,强化在资源配置中对权利的保障是制度创新的必由之路。因此,正确解读农民健康权、有效保障农民健康权是优化乡村医疗卫生资源配置的必然要求。

(一)农民健康权的基本内容

总结立法与制度实践,健康权是一项复合型权利,从权利属性上看,既包含自由权又体现为社会权。自由权层面的健康权要求国家尊重公民的健康权,从人权角度出发要求国家履行消极不作为义

基金项目:安徽省高等学校科学研究重点项目“乡村医疗卫生资源配置制度研究”(2023AH050525)

收稿日期:2025-08-11

作者简介:王珺(1994—),女,安徽宁国人,博士,讲师,研究方向为卫生法学,通信作者,w_ang217@163.com。

务。从本质上来看,自由权层面的健康权是一项私权利,体现为《中华人民共和国宪法》人权条款对基本权利的宣告,及《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》(简称《卫健法》)等具体法律中规定承认和尊重公民健康权的有关条款。健康权的自由权属性表现为公民针对政府干预的防御权,健康权的防御权面向致力于维护公民个体健康和身体的完整性,这构成行使其他权利的基础^[2]。具体而言,从私法层面,需要关注到健康权的自由权属性,充分激发公民对自身健康权的关注,特别是农民对健康权意识的觉醒,进而发挥农民“健康第一责任人”的理念价值。健康权的自由权属性是其权利的基础,也是其社会权属性的前提。

社会权利是一种积极权利,需要国家施行积极作为,社会权利要求国家的积极创造,从而实现个人对其权利自由的发挥。作为一项基本权利的健康权,具有社会权的属性,即国家应当承担起保障义务,有效保护和实现公民权利,坚持和落实基本医疗权的实质公平要求。公法层面的健康权要求国家通过法律、政策等手段保护公民的健康权,要求国家履行积极的作为义务,将抽象的健康权通过立法转化为具体的权利予以保护。以立法的形式确认健康权,能有效防止公民的健康权被忽视、搁置。同时,健康权在立法上的不断完善能够赋予行政机关更强、更细致的执法依据,使公民健康权得以有效保障。在政策层面保障健康权亦是健康权社会权属性的体现。以医疗卫生资源的配置为例,国家通过制定政策,实现资源的合理有效配置,进而达到缩小因地域、经济、文化等因素而产生的差异,保障不同人群同等水平的健康。社会权属性的健康权,要求国家承担实现公民健康权利的义务,目的是保障公民真正享有健康权。社会权层面健康权的客体是公民从国家获得医疗保障的权利,而基本医疗卫生服务的公平性和可及性需要由政府提供相应的公共政策予以保障^[3]。

我国是农业大国,农民健康权的保障尤为关键,从社会权属性保障农民健康权需要进一步实现不同群体健康权的公平性与可及性。从立法和政策上赋予农民健康权更多的关注与保障,确保农民健康权的有效实现。农民健康权的自由权与社会权的复合属性要求其权利的实现不仅需要国家履行积极作为的职责,也需要公民积极维护自身健康权益。国家、社会和个人通力配合,从根本上保障农民健康权。

(二)农民健康权保障对医疗卫生资源配置的积极影响

从资源配置的本质属性来看,资源的稀缺性所

带来的人与物之间的配置关系只是形式,实际上体现资源所有和利用的是人与人之间的利益关系,而这种利益关系是通过权利的配置达到的^[4]。医疗卫生资源的配置背后是权利的配置,绕不开健康权的实施与保障。明晰健康权的基本内容,从立法和制度实践上完善对健康权,特别是农民健康权的保障,是优化乡村医疗卫生资源配置的必然要求。健康权的实现离不开医疗卫生资源的公平合理配置,同样农民健康权的有效保障也促进了乡村医疗卫生资源的有效配置。

医疗卫生资源作为一项特殊的资源,其配置长期由政府发挥宏观调控的作用,市场化程度有限,农民及其他利益主体参与程度不高。究其原因,主要是农民的健康权没有得到充分关注和有效保障。从健康权的属性来看,一方面,要关注到健康权的自由权属性,其作为一项基本人权,应当人人平等享有,城乡居民能够平等地享受医疗卫生服务,要求医疗卫生资源配置的公平性与可及性。但就目前的情况来看,我国城乡居民享有的医疗服务存在一定差距,基层医疗服务能力普遍偏弱,造成这一现象的根本原因在于医疗卫生资源配置没有将农民健康权作为核心价值取向。合理公平的乡村医疗卫生资源配置制度的底层逻辑是对农民健康权的保障。另一方面,健康权的社会权属性要求国家和政府以积极的作为保障权利的实现,但从现实来看,由于缺乏有效的乡村医疗卫生资源配置制度,农民始终面临着“看病难、看病贵”的窘迫局面,医疗资源在城乡之间存在严重失衡,究其根源在于农民健康权得不到有效保障。农民健康权从兼具自由权和社会权的属性而言,其保障单纯依靠个人、团体、组织是不可能完全实现的,只有政府通过调动各项社会资源,合理分配医疗卫生资源,才有可能有效保障农民的健康权。因此,农民健康权的保障需要的是以政府为主导、充分发挥农民自主意识的多元主体协同合作,而这种协同合作首先就体现在对城乡医疗卫生资源的合理配置上。关注并保障健康权,实现对政府宏观调控权力的有效制约,最终落实到医疗卫生资源配置的具体制度上,达到城乡医疗卫生资源平衡配置的目标。

二、农民健康权视野下我国乡村医疗卫生资源配置存在的不足

基于健康权的复合属性,健康权的保障特别是农民健康权的保障还存在诸多不足。同样,在健康权的视野下我国乡村医疗资源配置的不足亦凸显,具体而言,我国乡村医疗卫生资源配置存在的不足主要有以下几个方面。

(一)乡村医疗卫生资源配置的规范体系不完善

2023年2月,《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》明确指出,强化县域医疗卫生资源统筹和布局优化。在现有乡村医疗卫生体系框架下,强化县域统筹,合理配置乡村两级医疗资源,推动重心下移、资源下沉,分级分类解决不同问题。2025年中央一号文件强调完善农村公共服务体系,建设紧密型医疗卫生共同体。政策层面反映出对于乡村医疗卫生资源配置制度改革和完善的迫切需求,也表明了我国目前乡村医疗卫生资源配置的短板与不足。就目前的法律制度来看,没有一部专门的立法针对医疗卫生资源配置进行系统规范,且有关医疗卫生资源配置的立法主要是基于政府职权配置规则的阐述,缺少对公民健康权的回应。在立法上虽然强调了医疗卫生资源城乡配置的平衡,但对于城乡居民健康权的公平保障没有做出合理有效的安排,致使相关制度难以落实,在现实中城乡医疗卫生资源失衡的现象仍然十分严重。造成这一现象的原因首先就在于立法上没有实现对健康权的平等保护,且有关乡村医疗卫生资源配置的规范多以政策形式出现,政策的灵活性极大地推进了制度的实践发展,但其弊端也是显而易见的,乡村医疗卫生资源的配置缺乏必要的稳定性。

梳理现有医疗卫生资源配置制度的规范体系发现,健康权的规范保障体系还存在诸多不完善之处。从立法上来看,《中华人民共和国宪法》《中华人民共和国民法典》等相关法律中均对健康权进行了一定程度的强调和保障。《中华人民共和国宪法》在“公民的基本权利和义务”一章没有规定健康权,但在第21条中提及了“保护人民健康”;《中华人民共和国民法典》在第1004条、1005条规定了自然人健康权受保护,并在其他条款中针对健康权的保障做出规范。《卫健法》第4条明确了国家和社会尊重、保护公民的健康权。从立法上建立起对健康权的关注与保护机制。我国建立基本医疗卫生服务制度,建立健全了医疗卫生服务体系,以公共政策规范健康权的运行机制,从宏观层面、中观层面和微观层面实现公共卫生体系路径整合,建立具有中国特色的整合型医疗卫生服务体系,为健康权的保护提供更加有效的保障与支持^[5]。从权利属性来看,本文认同健康权具有自由权和社会权的双重属性,即健康权作为一项基本权利是能够同时容纳公、私法规范的综合性权利^[6]。无论是公法层面还是私法层面,健康权都受到广泛关注和有效定义。但无论是制度实践上还是理论研究上,对于健康权的关注都主要在于权利本身或权利的规范,缺乏从健康权实现角度对医疗卫生资源配置进行系统规范。一

方面,忽略了健康权的私法属性,在立法上虽然有对健康权的定义和保护,但是这些私法规范没有体现在医疗卫生资源的配置上,特别是在实现城乡医疗卫生资源配置的平衡上,缺乏对农民健康权的重视。我国是农业大国,健康权虽非专属于农民,但由于城乡医疗卫生资源的长期失衡,农民健康权的保护需要在规范体系上加以强化,保障农民基本权益。另一方面,健康权政府保障职责的不明确。《卫健法》明确规定了国家负有“提升公民全生命周期健康水平”的职责。政府对健康权予以保障既是其应有的法定义务,也是健康中国战略目标的基本要求。但对于政府保障健康权的职责没有进行有效的定性,导致目前仍存在医疗卫生资源布局不够合理、医疗资源分布失衡、医疗服务社会公平性差等现实问题。政府在健康权保障方面的规范主要是宏观的、指导性规范,以《卫健法》为例,该法仅从宏观角度规定了政府对健康权保障的需求与义务,缺乏对于保障公民健康权职能缺失法律责任的明确表述。

(二)乡村医疗卫生资源配置机制不健全

医疗资源配置是公共卫生服务管理的重要一环,我国乡村医疗卫生资源配置存在诸多不完善,面对突发公共卫生事件,基层医疗、农村医疗的短板愈加明显。乡村医疗资源分布不均衡和配置不公平现象尤为突出^[7],主要体现在两方面。一方面是长期以来城乡医疗卫生资源配置的失衡,医疗卫生资源由于各种因素的作用集中于城市公立医院,也导致病患集中于城市医院,农民面临“看病难、看病贵”的困局。同时,因为城市医院对优质医疗卫生资源特别是优质人力资源的虹吸作用,削弱了基层医疗卫生机构(社区卫生服务中心,乡镇卫生院,村卫生室、站)的服务能力。另外,我国乡村医生队伍流失严重,乡村医生和卫生员总量由2009年的105.1万减少到2021年的69.68万。另一方面是乡村内部医疗卫生资源配置的失衡。由于广大农民在看病过程中对城市医院的青睐,基层医疗卫生机构出现与大医院截然相反的“门可罗雀”现象。现有的乡村医疗卫生资源,如新增的设备和储备的药品都出现了大量的闲置与浪费,且由于缺乏患者,乡村医生队伍面临着严重的职业危机,导致以乡村医生为代表的医疗从业人员流失严重,乡村医生队伍也面临着老龄化、年轻后备力量匮乏等问题。在甘肃、河北和福建等省份,乡村医生主体年龄在40至50岁,在岗的超龄村医比例占20%至30%^[8]。这些现象暴露出我国乡村卫生健康治理体系存在的固有缺陷。

从农民健康权的实现情况来看,国家和政府更多地从宏观层面强调农民健康权的实现,但基层组

织作为具体落实的一环存在缺位现象,导致有关政策难以落到实处。现有的乡村医疗卫生资源规划中缺乏必要的可持续性。在涉及具体的规划中更多表现为“专项规划”,这种指令性“专项规划”常因政策的短期时效或投入资金不连续而中断^[9]。政府行使保障健康权的职责规划和配置医疗卫生资源,在通常情况下均被认定为抽象行政行为,因此,在权利救济上存在明显缺陷。农民作为权利人,在政府规划不合理,配置不公平的情况下,难以实现权利救济。此外,资源的优化配置还离不开市场的作用,但我国医疗卫生资源配置更多的是依靠政府。不同类型医疗机构之间实际上是“竞争”关系,不同层级医疗机构之间的协作主要依靠行政手段推动,现有的协同机制难以最大化地发挥市场竞争机制的优势,县域医共体也没有真正建立资源服务共享的协同机制。

(三)农民参与积极性不足,缺乏必要的话语权

尽管乡村医疗卫生资源的配置需要规范体系的保障和政府职权的发挥,但也离不开各个群体的通力协作,特别是作为健康权主体的农民,更要积极参与其中,成为“共治”的主体之一^[10]。我国大多数乡村地区的医疗卫生资源配置都呈现“自上而下”的政府主导模式和政府管制形式。这一模式对于医疗资源的有效配置发挥了关键性作用,但政府配置手段的失灵也是造成城乡医疗资源配置失衡的重要原因。在某些领域,政府管制手段甚至起到了相反的作用,导致乡村医疗资源的闲置与浪费。

现有的乡村医疗资源配置机制已经尝试建立农民参与的具体机制,如农民听证机制、农民意见箱、政策文件公示等形式,但农民总体参与程度仍然不高,且参与意识较为薄弱,即他们可以在一定程度上意识到健康权保障的重要性及医疗资源配置与切身利益紧密关联,但是没有真正以“主人翁”的状态参与到医疗资源配置的各个具体事项中。究其原因,农民参与医疗卫生资源配置主要依赖于政府主导,如政府对农民参与的重视程度高,采取了相应的支持措施,则农民参与效果较好,反之农民参与效果则较差。农民对于健康权的重视程度不高,没有真正形成权利意识。随着《中华人民共和国民法典》实施工作的不断深入,公民特别是城镇居民对于自身权利的关注和保护得到大幅度提升,但是广大农民的健康权意识及其他人身权意识还有待提高。此外,农民参与机制尚不健全,医疗资源配置的内容具有技术性和专业性较强的特点,在现有机制下,农民的参与很难发挥实质性作用。政府部门在决策设计中怠于切实考虑农民的健康权及相关权益,没有真正设计出能够激发农民主体

性的参与流程,农民参与形式大多比较单一,所涉及的内容要么过于宽泛,让其无从下手,要么过于狭窄,让其只能被动选择同意,很难调动农民群众的积极性^[11]。

三、我国乡村医疗卫生资源配置的未来展望与路径论析

《健康中国2030规划纲要》指出,以农村和基层为重点,推动健康领域基本公共服务均等化,维护基本医疗卫生服务的公益性,逐步缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异,实现全民健康覆盖,促进社会公平。党的二十届三中全会通过《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》(以下简称《决定》),把深化医药卫生体制改革作为进一步全面深化改革、推进中国式现代化的一项重要任务予以部署。而乡村医疗卫生资源配置的优化与改革是深化医药卫生体制改革的重要组成部分,是公益性卫生健康事业发展的应有之义,是加快建立分级诊疗体系的关键工作。以农民健康权保障为导向,笔者认为应当从以下三方面优化乡村医疗卫生资源配置机制。

(一)完善乡村医疗卫生资源配置的规范体系

梳理现有的制度规范体系,根据历史发展脉络和实践经验设计乡村医疗卫生资源配置的具体法律规则,实现乡村医疗卫生资源配置的规范化管理,为发挥乡村医疗资源配置的最大作用保驾护航。医疗卫生资源配置涉及政府、医疗机构、医疗卫生消费者等多个主体,关系主体的多样性导致配置关系的复杂性和多层次性。需要关注的是,医疗卫生资源配置必须始终将保障公民健康权作为基本价值取向^[12]。资源配置在法学语境下可以被解读为权利的配置,因此,对于医疗卫生资源的配置需要协调好不同主体之间的权利和权力关系。

从传统意义上来看,卫生健康被概括归入公共行政范畴,由政府依法统一管理、统一负责,医疗卫生资源的配置一直以来也呈现出政府主导的状态。但随着治理现代化进程的不断推进,完全依赖政府主导的资源配置开始不再适应人的个性化需求,不再能够满足发展的现实需要。因此,医疗卫生资源配置需要首先在规范体系上关注到私主体的权益,从健康权保护的视野进一步完善医疗卫生资源配置的规范体系。以立法的形式明确农民健康权的内涵和外延,《中华人民共和国宪法》虽然没有明确表述“健康权”的概念,但通过宪法解释的方式进一步规范健康权具有重要意义。根据健康权的实现机制,健康权不仅需要从公民基本权利的角度进行确立,还需要运用法律手段规范国家的健康管理职责,将《卫健法》中的政府保障公民健康权的

职责细化,并形成相对性的实施细则和配套规范,进一步强化政府在健康权保障方面的权力配置与职责履行。具体到城乡医疗资源配置层面,则是要建立起政府医疗资源配置的有效规范。通过修订《卫健法》实施细则或制定“乡村医疗卫生服务保障条例”等相关规范,明确政府保障公民健康权所实施的给付行为性质为行政给付,通过立法明确行政给付基准,合理规划和配置医疗卫生资源,以基层为重点,采取多种措施优先支持县级以下基层医疗卫生机构的发展^[13]。明确政府的财政投入是履行该项给付责任的法定支出,在规范上形成专项财政支出并予以足额保障。基层医院是乡村医疗卫生服务的“守门员”,而基层医疗卫生技术人员则是“守门员”发挥作用的保障。因此,针对基层医疗机构和基层医疗卫生技术人员的保障措施必须在规范上予以重视,建立起基本医疗卫生人力保障的规范体系^[14]。“有权利必有救济”,没有救济的权利不算是真正的权利。将政府保障健康权的职责定位于行政给付,一旦出现政府不作为或给付实施机构在提供服务中因过错造成公民权益损害的,需要在立法上将这一侵权行为纳入《中华人民共和国国家赔偿法》的调整范围。以此,从根源上厘清其与民事服务的界限,构建起以公法责任为核心的制度框架。

此外,医疗卫生资源配置始终离不开政府政策的灵活协调,政府需要对规范体系内的诸机制进行统筹协调、有效衔接,形成良好的公共政策。在健康中国的战略背景下,我国在健康领域的服务型政府应进一步构建有效的协同机制,为健康权的保护提供更加充分和可操作性的依据,让农民健康权保障成为公平合理的医疗卫生资源配置制度的价值导向。因此,在乡村医疗卫生资源配置制度的完善中,政策与法律缺一不可,没有“一条腿走路”的可能性。

(二)健全乡村医疗卫生资源配置机制

制度之治,徒法不足以自行,仅有纸上规范却无制度载体,必然导致治理的低效与无能^[15]。乡村医疗卫生资源的配置离不开静态的法律制定,但更离不开动态的法律实施。《决定》把深化医药卫生体制改革作为进一步全面深化改革、推进中国式现代化的一项重要任务予以部署。医药卫生体制改革应当以基本公共卫生服务均等化为目标,实现基本项目均等、区域均等、城乡均等、户籍人口和流动人口均等^[16]。城乡均等则需要补足农村公共卫生服务的短板,实现城乡医疗卫生资源配置的平衡。而实现城乡医疗资源配置的协调与平衡需要政府发挥健康保障职权,并与市场运行机制进行有机结合。

基层医疗卫生高质量发展是医改成功的基础和关键,也是优化城乡医疗卫生资源配置的基本要义^[17]。国家和政府应当采取积极措施,强化在资源配置中对农民健康权的保障。其中,政府健康权保障职能的载体在于合理分配区域间医疗卫生资源,政府健康权保障职责从本质上可以视为行政给付^[14],加大对广大农村地区的倾斜力度,建立健全政府主导下的多元投入机制,拓宽乡村医疗公共服务资金来源,构建乡村医疗卫生领域的专项财政支出体制机制。真正建立起以保障健康权为核心的治理机制,完善乡村健康治理体系,充分发挥政府的作用,依法补足农村公共卫生服务短板,强化政府法定支出责任,增加乡村卫生投入,完善政府官员政绩考评机制,变革卫生支出的投放方向,保障基层医疗人员的工资待遇和福利,将核心乡村医生队伍纳入“员额管理”或“准技术型公务员”序列,有效分配卫生资源,健全城乡公共卫生服务体系,建立规范转移支付制度,最终建立统一的城乡健康保障制度^[18]。完善健康权保障的行政救济机制,一是提高行政机关的自我纠错能力,落实《卫健法》等相关立法中的政府责任机制,加强行政机关的内部监督机制,与社会监督形成相互合力,建立更加强效的监督体系。二是扩大行政复议的受案范围,一旦出现政府规划配置乡村医疗卫生资源不合理不公平的情形时,无论是农民本身抑或是集体组织、村委会,都有权通过行政复议的方式维护其健康权的实现。

另一个层面则在于如何发挥好市场机制的价值,使农民健康权能够得到有效保障,使乡村医疗卫生资源科学配置。医疗卫生资源是一项特殊的社会资源,党的十八届三中全会提出“市场在资源配置中起决定性作用”。但在基本医疗卫生服务这一行政给付领域,特别是医疗资源配置领域,市场的“决定性作用”应让位于政府的“决定性责任”,市场机制主要应在非基本医疗领域或作为政府购买服务的方式发挥作用。通过县域医共体、对口帮扶等机制,模拟和促进资源流动,通过建立完善的城乡医疗资源流动机制吸引市场力量,实现乡村医疗资源政府行政配置和市场自由交易的有效耦合。

(三)提升农民参与积极性与话语权

乡村医疗卫生配置机制体制的构建离不开农民的积极参与,赋予农民相应的话语权,让农民具备主体性地位,提升农民参与的主体条件。

一方面,要让农民制度化地参与公共决策。凡是涉及农民切身利益的公共政策,都应当征求农民意愿,与农民群众商量。要克服规则制定中排斥农民参与的单边主义倾向。在制度上设置农民参与的具体机制,拓宽农民参与渠道,农民的参与需求能通过合理、有效的途径和方式得到满足,才能使

农民参与的愿望更加强烈,真正实现农民参与到乡村医疗卫生资源配置中,进而实现“健康中国”和“乡村振兴”的战略目标。根据我国的实际情况,结合村级农村集体经济组织或村民委员会统一代行村、组两级集体事务的实践惯性,充分发挥集体经济组织的非经济职能,将其作为农民参与乡村医疗卫生资源配置的有效过渡,进一步发挥集体经济组织的“代理”职能。

另一方面,培养农民的参与意识和能力,充分发挥农民“健康第一责任人”的作用。明确乡村医疗卫生资源配置中保障农民健康权益的基本要求,理顺农民健康权的基本内容以及权利实现的具体保障,提升农民在乡村医疗卫生资源配置中的参与积极性和话语权。政府基于对农民健康权保障实施宏观调控,实现医疗卫生领域财政资源的有效配置和有计划地倾斜,农民基于对自身健康权的关注和认识,参与监督医疗卫生资源配置的相关制度实施。以此为基础,实现多元主体的共同参与,实现政府健康权保障和农民健康权自主维护的有效衔接,相互耦合。

乡村医疗卫生资源配置是一项系统工程,其核心在于农民健康权的实现,基于健康权的复合属性,社会权属性需要国家和政府积极履行职责,尊重、保护和实现农民健康权,自由权属性亦需要农民发挥主体作用积极维护自身健康权益。两种属性看似矛盾实则相互对应,是健康权完整之含义。而投射到乡村医疗卫生资源配置制度上,则需要进一步完善规范体系和机制体制,并激发农民健康权意识,从而实现国家、社会、农民个人通力合作。而实现这一合作的前提,是必须在法治框架内明确国家的“行政给付”责任,并在此基础上构建起包括财政支出法定责任、行政救济机制等在内的整套制度体系,最终真正实现乡村医疗卫生资源配置制度的法治化发展目标。

参考文献

- [1] 王蔚. 人类健康权的实现及其限制[J]. 政法论丛, 2024(3): 58-72
- [2] 张冬阳. 健康权的权利体系和限制——兼评《基本医疗

- 卫生与健康促进法(草案)》[J]. 人权, 2019(5): 58-75
- [3] 庞新燕. 论健康权的属性——以《基本医疗卫生与健康促进法》为研究对象[J]. 中国卫生法制, 2022, 30(5): 86-92, 107
- [4] 周晓维. 资源市场化配置的法学分析[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2005: 15
- [5] 胡晓翔. 《基本医疗卫生与健康促进法》的核心价值初探[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2020, 20(5): 397-401
- [6] 温世扬, 刘景琪. 健康权的私法内涵与规范供给[J]. 国家检察官学院学报, 2025, 33(2): 130-145
- [7] 王勇, 侯梦瑶. 数字经济对乡村医疗卫生资源配置效率的影响[J]. 兰州财经大学学报, 2024, 40(4): 25-39
- [8] 罗姚, 谈在祥, 杨晶. 我国乡村医生和卫生员资源配置的时空差异及其影响因素[J]. 医学与社会, 2024, 37(9): 13-19, 26
- [9] 郝诗楠, 李明炎. 运动式治理为何“用而不废”——论作为一种治理工具的运动式治理[J]. 探索与争鸣, 2022(10): 165-176, 180
- [10] 申卫星. 公共卫生法治建设: 意义、价值与机制[J]. 暨南学报(哲学社会科学版), 2022, 44(1): 13-28
- [11] 储召云. 我国农村生态环境治理中的公民参与机制研究[J]. 乡村科技, 2020, 11(3): 17-19
- [12] 杜仕林. 医疗卫生资源配置法律制度研究——基于健康公平视域的思考[D]. 重庆: 西南政法大学, 2008
- [13] 张锐智, 任潇. 论公民健康权国家给付义务的履行[J]. 辽宁师范大学学报(社会科学版), 2023, 46(4): 65-70
- [14] 陈云良. 基本医疗服务法制化研究[J]. 法律科学(西北政法大学学报), 2014, 32(2): 73-85
- [15] 莫纪宏. “制度之治”是法治的内在逻辑述要[J]. 现代法学, 2020, 42(3): 3-13
- [16] 管仲军, 黄恒学. 公共卫生服务均等化: 问题与原因分析[J]. 中国行政管理, 2010(6): 56-60
- [17] 本刊特约评论员. 基层医疗卫生高质量发展是医改成功的基础和关键[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(12): 837
- [18] 郭为禄. 国民卫生健康治理法治化的内在逻辑与体系建构[J]. 法学, 2025(4): 32-45

(本文编辑: 姜鑫)

Research on the pathways for medical resource allocation in rural areas under the goal of protecting farmers' right to health

WANG Jun

School of Law, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

Abstract: Protecting farmers' right to health represents a shared value pursuit under both the "Rural Revitalization" and "Healthy China" strategic objectives, while also serving as the key focus for institutional innovation in the allocation of rural medical resources. The study offers a correct interpretation of the composite attributes of the right to health, along with an in-depth exploration of its positive impact on resource allocation based on the attributes of both civil and political rights as well as social rights, providing the foundation for a comprehensive examination of deficiencies in the normative system and allocation mechanisms. Particular attention is given to the lack of farmer participation initiatives and the inadequacies of corresponding mechanisms. Guided by the principle of protecting farmers' right to health, it is essential to first clarify that the government's responsibility to guarantee this right constitutes a form of administrative benefit provision, and the legal relationship involved should be considered as part of the administrative law. Accordingly, this clarification allows for the precise positioning of the normative system and allocation mechanisms for rural medical resources, while enhancing and refining farmers' awareness and mechanisms for autonomous participation. These measures ultimately aim to achieve the rule-of-law development goal of fair and efficient allocation of rural medical resources.

Key words: farmers' right to health; rural medical and health care; resource allocation; administrative benefit