

公共服务均等化促进中华民族共同体建设的内在逻辑

——以医疗卫生为例

彭建军 汪化睿

【摘要】铸牢中华民族共同体意识是党的民族工作的主线,要赋予所有改革发展以彰显中华民族共同体意识的意义,需要在各项公共政策制定和具体实施中充分体现。民族地区基本医疗卫生服务水平的不断提高及其均等化,是实施健康中国战略、推动民族地区现代化建设的重要步骤,能够为各族群众实现获得感、幸福感、安全感创造条件,对铸牢中华民族共同体意识、强化“五个认同”具有重要支撑意义。基本医疗卫生服务均等化具有作用于中华民族共同体建设的逻辑基础、作用机理和社会效应,应从财政能力、医疗资源、健康水平三个方面聚焦基本医疗卫生服务均等化,通过增强公共卫生服务能力、充实医疗卫生人才、规范中医药发展、优化帮扶和互助互惠机制,充分展示民族地区各项事业进步和各民族共同发展对铸牢中华民族共同体意识、建设中华民族共同体的价值。

【关键词】中华民族共同体;医疗卫生服务;均等化;公共政策

【作者简介】彭建军,中南民族大学编审,主要研究宪法学与行政法学;汪化睿,中南民族大学硕士研究生(湖北武汉 430074)。

【原文出处】《中南民族大学学报》:人文社会科学版(武汉),2024.3.28~37

【基金项目】国家社会科学基金项目“中华民族共同体建设与相关法律规范调整完善研究”(23BMZ003);四部委铸牢中华民族共同体意识基地项目“民族地区公共服务均等化促进中华民族共同体建设研究”(2021ZLKF001)。

推进基本公共服务均等化是推动民族地区经济社会发展的重要内容,是提升各族群众获得感、幸福感、安全感的基本保障。习近平总书记强调“要赋予所有改革发展以彰显中华民族共同体意识的意义”^[1],揭示了国家改革举措、发展目标、发展路径与提升各民族福祉、铸牢中华民族共同体意识的深层次关系。有学者提出,国家认同的构建需要深入公众的日常生活实践中,实现国家认同构建机制与人民生产生活的日常实践有效对接^[2]。公共服务均等化关联共同体成员的福祉和每一个个体利益,“人们正是通过公共服务来感知国家并认同国家的,引导各族群众铸牢中华民族共同体意识离不开公共服务供给”^[3]。基本公共服务均等化是实现社会公平、不

断消除不平衡不充分发展的基础性和保障性工程,也是各民族共同实现现代化的重要事务领域。作为国家提供的公共产品,基本公共服务均等化缘何能够作用于铸牢中华民族共同体意识,推进中华民族共同体建设,学界还可进一步拓展研究空间。本文在公共服务均等化推动中华民族共同体建设的研究基础上,对民族地区基本医疗卫生服务均等化的实现状况进行分析,围绕铸牢中华民族共同体意识、推进中华民族共同体建设的逻辑及路径进行阐释。

一、基本医疗卫生服务均等化促进中华民族共同体建设的内在逻辑

在推进社会治理体系和治理能力现代化背景下,服从并服务于国家战略,是当前各项公共政策的

重要使命和内在要求。如何赋予所有改革和发展以国家共同体建设、铸牢中华民族共同体意识的意义,在公共政策领域尤为突出。基本医疗卫生服务是由国家公共财政投入,覆盖和惠及最广大人群的公共制度和社会保障,蕴含着国家共同体价值观及互助、互惠、共享的运行逻辑。

1. 制度和政策相互促进和提升。在制度建设上,党的领导为提升基本医疗卫生服务水平提供了有力的政治引领和制度保障。针对医疗卫生工作,习近平总书记提出了“以基层为重点,以改革创新为动力,预防为主,中西医并重,把健康融入所有政策,人民共建共享”^[4]的方针。习近平总书记在强调发展中国现代医疗水平的同时,还极为重视对中华传统医药资源的保护、传承和发展。民族地区推进基本医疗卫生服务均等化的政策实践贯彻了这一方针,以“基本”医疗卫生服务为着力点,树立“大卫生、大健康”的观念推进“医防融合”,建立分级诊疗制度使医疗资源下沉,为基本医疗卫生服务均等化提供制度保障。党的执政理念和价值观深刻影响着民族地区医疗卫生事业的发展,立足我国基本国情和基本矛盾的变化,站在实现中华民族伟大复兴战略全局的高度,为基本医疗卫生服务指明了方向和道路。从低水平覆盖提升到现代化国家建设和中华民族共同体建设的保障性、支撑性和基础性的制度安排,不断推动医疗卫生服务水平高质量发展,保障和改善民生,促进民族地区的各项事业发展和社会公平。

《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第1条规定:“为了发展医疗卫生与健康事业,保障公民享有基本医疗卫生服务,提高公民健康水平,推进健康中国建设,根据宪法,制定本法。”基本医疗卫生服务要求医疗服务的公共性、公平性和无差别待遇,对每一个公民都能够形成保障。医疗卫生服务资源的均等化与社会公平,是党和国家制度的具体体现,是社会公平机制在区域和人群中的理性分配。同时,国家的制度理性和公平机制也会塑造和强化国民对国家的理性期待和认同观念。国家作为政治主体,需要履行基本的职责,为本国公民提供公共卫生和医疗服务,也为各族人民共享改革发展成果、共同走向现代化确立方向和目标,并在精神领域提供价

值观引领。这为基本公共医疗服务发展提出了新的要求。

该法第15条规定:“基本医疗卫生服务包括基本公共卫生服务和基本医疗服务。基本公共卫生服务由国家免费提供。”基本公共卫生服务的国家免费供给制度,安全有效的基本医疗卫生服务制度,不断提高的疾病预防和均等化制度,体现了“人民至上,健康至上”的宗旨。如习近平总书记所强调的,要“始终把广大人民群众健康安全摆在首要位置”^[5],“将人民健康放在优先发展的战略地位”^{[6]370},要“着力解决人民群众看病难、看病贵,基本医疗卫生资源均衡配置等问题”^[7]。各族人民能够在推动实现基本医疗卫生服务均等化的国家政策和法律中平等享有健康权,感受党和国家对每一个公民健康需求的重视,孕育并滋养对身为中华民族共同体一员和对实现中国式现代化、实现中华民族伟大复兴的归属感。通过不断发展中国现代医疗技术,传承和发展传统医药资源和特色,完善各项制度和公共政策,务实推进民族地区卫生健康事业和医疗服务水平,能够使各族群众亲身体验和不断提升对共同体的认知和认同。

2. 功能上不断拓展。公共服务均等化是现代国家对公共资源配置的一种重要形式,是实现国民福祉、持续推进国家认同和社会整合的重要形式。公共政策学的创始人哈罗德·拉斯韦尔认为:“公共政策为一种含有目标、价值和策略的大型计划。”^[8]戴维·伊斯顿提出:“公共政策就是对全社会的价值作权威的分配。”^[9]在国家建设和社会发展领域,基本公共政策的功能不仅是社会公平、社会保障和国民福利,而且是长期、持久建设现代化国家,在意识形态上强化国家意识、增强制度自信、建设国家共同体的重要载体。基本医疗卫生、教育、住房、养老、就业、体育文化等基本公共服务均等化、可及性的有效推进,能够使各族群众共享发展成果,促进民生问题的改善,从而凝聚向心力,增强对党和国家各项发展规划和具体政策的认同。

新时代以来,党和国家对铸牢中华民族共同体意识提出了整体性要求,强调需要在“十二个必须”的基础上拓展各项工作,尤其是要将这一工作与党和国家关于国家发展方位的认识、中国式现代化、中

中华民族伟大复兴等重大战略方向、国家发展规划相衔接,并就在具体领域中体现和强化中华民族共同体意识提出了要求。中华民族共同体意识既含有意识层面的学习、浸润和知识提升过程,也需要通过公共政策以具体的参与感、获得感的反复体验形成认同归属和内化结果。

基本公共服务的功能具有多样性,尤其应重视其对国家共同体建设的效能。将基本医疗卫生服务的资源配置、互助互动互惠的社会组织形态、实践形态进行充分阐释,梳理其对铸牢中华民族共同体意识和中华民族共同体建设的内在机理,对基本医疗卫生服务和均等化过程中资源配置方式、互助互惠路径等方面存在的不足和现实问题进行辨析并提出对策,有利于进一步发挥基本医疗卫生服务的国家整合和社会互助功能,不断促进和提升国家认同和中华民族共同体价值在普通民众中的认知程度和价值塑造。

3. 体现多元互动效应。在基本公共医疗和卫生服务领域,国家和地方的各项公共政策与中华民族共同体建设具有双向互动的功能。国家通过总体战略—制度设计—公平配置—共享福祉的路径,实现国家战略、国家制度向国民利益的普及和覆盖;国家在通过公共资源配置体系提供基础性保障和兜底式保障的基础上,地方也需要提供和发挥满足各地群众公共福祉和具体需求的执行和协调功能。此外,不同地域的医药公共资源和传统经验,各具特色,各有优势,也能够发挥相互补充、互助互惠的效应,这是基本医疗公共服务不断发展完善、促进国家和社会整体利益不断实现和优化的重要基础。在各项制度和政策实践中,国家援疆援藏与兴边富民行动,边疆与内地的各种互动互惠支持,在基本医疗卫生服务等各个领域都有体现。医疗资源供给、健康卫生的维护,并不是一个单向度的、线性的发展路径。中国自古即有守望相助、兼济天下的传统,在现代治理体系下,发展出更多的政府或民间的互动互惠方式,如跨区域合作、各种对口援助、民间和社会公益行动、企业社会责任行动,等等,在不同地域、行业、人群中展示超越个体和地区的价值。

在基本医疗卫生服务的互助互惠关系中,中医

药服务是十分重要也较为典型的组成部分,蕴含着各民族智慧。《中华人民共和国中医药法》第2条规定:“本法所称中医药,是包括汉族和少数民族医药在内的我国各民族医药的统称”。第49条规定:“县级以上地方人民政府有关部门应当按照国家规定,将符合条件的中医医疗机构纳入基本医疗保险定点医疗机构范围,将符合条件的中医诊疗项目、中药饮片、中成药和医疗机构中药制剂纳入基本医疗保险基金支付范围。”早在2009年,《促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》就强调,“要积极应用中医药预防保健技术和方法,充分发挥中医药在公共卫生服务中的作用”。此后,基本医疗卫生服务的若干相关规划都强调了中医药在基本公共卫生服务和基本医疗服务中的重要性。习近平总书记强调:“中医药学包含着中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验,是中华文明的一个瑰宝,凝聚着中国人民和中华民族的博大智慧。”^[10]其用药理念、健康观念和治疗方法受到中华民族独特思维方式和人文精神的深刻影响,凝结了中华民族几千年的传统智慧^[11],是文化为体、医学为用的生动写照。

民族地区是我国中医药文化的集合地。植根于此的藏医药、蒙医药、傣医药等与汉族医药共同构成了多元一体的中医药体系^[12]。民族医药中蕴含的中华文化内涵,随着医疗卫生服务实践被不断挖掘和释放,民族医药成为中华各民族交往的媒介、交流的桥梁、交融的润滑剂和助推器^[13],促使各族人民不断深化对医药文化相互促进相互影响的认知和文化同源的自觉。

二、民族地区基本医疗卫生服务均等化现状

在提升基本医疗卫生服务中推进中华民族共同体建设,需要不断提高民族地区的均等化程度,使各族人民群众平等地享受到医疗卫生改革和发展带来的成果,并需要对民族地区基本医疗卫生服务均等化的现状及问题进行专门分析,以更好地完善相关制度,在健康中国战略背景下推进各民族共同发展,促进中华民族共同体建设。

对民族地区(指广西、宁夏、西藏、新疆、内蒙古5个自治区和贵州、云南、青海3个省份)基本医疗卫生服务均等化的程度进行测算,需要对基本医疗卫生

服务的范围(人群覆盖范围)、均等化的内涵(均衡水平)以及数据的可及性(适应社会发展的满足公众需求的信息化建设水平)进行综合考虑,以有效展示民族地区各族群众的健康发展水平和均等化程度。按照《基本医疗卫生与健康促进法》第15条中“基本医疗卫生服务”的定义,本文将测算对象限定为“基本医疗服务”与“基本公共卫生服务”两个方面,测算重心严格围绕“均等化”的具体内涵,即“每个公民可享受的基本公共服务水平达到一致”^[14],并按照财政能力公平、机会公平与结果公平的逻辑展开(见表1),对民族地区基本医疗卫生的财政投入情况、医疗卫生机构和人才的基本情况以及居民健康状况进行分析。

1. 民族地区基本医疗卫生服务财政支出持续增长,财政能力大体均等。对基本医疗卫生服务的财政投入,是作为公共产品的基本医疗卫生服务发展的动力源头,它直接影响了基本医疗卫生服务的供给水平;同时,财政投入的多少也反映了政府对该项政策的重视程度以及政策本身的整体性与公平性。要实现基本公共服务均等化,需要通过财政的宏观调控来实现各地方公共服务的均等化,保障不同区域、不同人群在基本医疗卫生服务发展水平上的一致性。财政投入最终用之于民,通过提升各族群众的获得感和对中华民族的归属感,实现各族群众的中华民族共同体认同。

通过考察民族地区每万人平均政府卫生支出情况发现,2011年到2020年的大部分时间里,除了广西略低于全国平均水平外,其他民族地区都高于全国每万人财政投入的1553.83元的水平(见图1)。其中西藏、青海两地高出全国平均水平两倍以上,分别为每万人4019.4元和3147.7元。考虑到民族地区医

疗卫生条件基础薄弱,我国财政卫生支出主要集中在基础设施建设方面,财政支出的差异反而体现了基本医疗卫生服务的财政能力公平,即通过差异化补助实现地区间财政能力的平衡^[15]。具体在基本公共卫生服务补助方面,依据《国务院办公厅关于印发医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案的通知》,中央财政通过一般性转移支付的方式对财政自给率低、基本公共卫生水平相对落后的民族地区进行差异性补助,以减轻民族地方基本公共卫生的财政支出压力,保证民族地区达到国家统一人均补助标准。不仅如此,为提高我国基本公共卫生服务水平,基本公共卫生服务人均补助标准不断提高,从2011年的人均25元增长至2020年的74元,在最低标准上保障了各地区间基本医疗卫生服务财政能力的大体均等。

2. 民族地区基本医疗卫生资源供给加大,医疗卫生服务均等化不断优化。民族地区基本医疗卫生服务资源的分配,关系到各族群众接受基本医疗卫生服务的机会公平,促进区域均衡、增强各族群众医疗卫生服务水平,对不断促进各族群众的国家认同

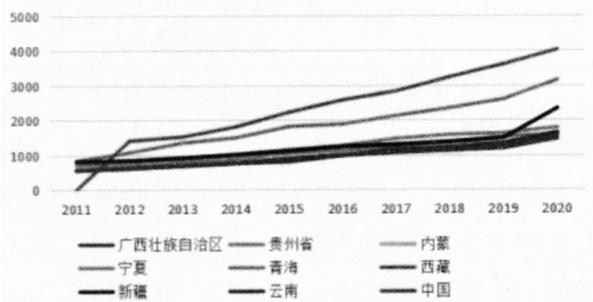


图1 民族地区人均财政卫生支出
 数据来源:《中国卫生健康统计年鉴》(2012-2021年),经笔者测算得出(下同)。

表1 基本医疗卫生服务均等化测算指标

均等化维度	测算指标
财政能力公平	每万人政府卫生支出
	每万人口基层医疗卫生服务机构数
机会公平	每千人口基层医疗卫生机构执业(助理)医师数
	每万人全科医生数
结果公平	孕产妇死亡率
	甲、乙类法定报告传染病发病率
	地方病发病率

意识和中华民族共同体建设具有重要意义。

(1)基本医疗卫生服务机构增长迅速,乡镇村实现全覆盖。基本医疗卫生服务机构主要是指专门提供基本医疗卫生服务的医疗机构及公共卫生服务机构。在此取如下测算指标:医疗机构包括一级医院和基层医疗机构,公共卫生服务机构包括疾控中心、妇幼保健站等。将测算指标体系细化,与直接将人均医疗机构数作为一级指标的测算方法区别开来,更加符合基本医疗卫生服务均等化的内涵。

根据测算显示,民族地区基本医疗卫生服务机构数量可观:2020年,每万人基本医疗卫生服务机构数为7.11,高于全国平均的7.03,西藏、青海等地区该数值尤为突出,西藏为18.41,青海为10.33。民族地区多处西部边远地区,地广人稀,聚居区较为分散,单位医疗卫生服务机构接纳的人员数量较少,而东部地区城镇化水平高,人口密集,单位医疗卫生服务机构接纳的人员数量较多,因此,民族地区人均基本医疗卫生服务机构数量较高。此外,民族八省区为实现“人人享有初级医疗保健”的目标,2011-2020年建立了数量众多的基本医疗卫生服务机构,十年间实现了上万家机构的的增长,尤其在广大农村地区实现了乡镇医院与村卫生室的全覆盖^[6]。从域均医疗机构的角度而言,民族地区实现了均等化。

(2)民族地区基本医疗卫生服务人才显著增长。基本医疗卫生服务人才资源的分析主要聚焦于全科医生数和基层医疗机构的执业(助理)医师数。

根据测算显示,民族地区不论是全科医生数还是基层医疗机构的执业(助理)医师数都有显著的增

长,且增速均超过全国平均水平。全科医生数在2012年至2020年,从11691人增长至46056人,增长了3.94倍,高于全国平均增长水平的3.72倍;民族地区基层医疗机构的执业(助理)医师,2012年至2020年从123445人增长至191321人,增长了1.54倍,高于全国平均增长水平的1.52倍。在均等化方面,民族地区八个省份中,除了贵州省人均全科医生数为每万人1.96,其他地区全部达到了《“十三五”全国卫生计生人才发展规划》中要求的“2020年实现全科医生每万人口2人”的规划目标,实现了最低标准的均等化目标(见图2、图3)。不仅如此,民族地区内部人均全科医生数均等化趋势明显,变异系数^①从2012年的0.47减少到了2020年的0.13。需要注意的是,民族地区人均全科医生数与全国平均水平的差距逐渐拉大,截至2020年,由2012年每万人相差0.24名全科医生扩大到相差0.6名全科医生。对此,国家和卫生部门采取了灵活措施,通过一定的制度安排和工作计划,弥补均等化的不足,即中央和各省市统一医疗专家资源,筛选出需求地区和人群,针对某一类疾病或疑难杂症等进行定期的门诊、会诊,优秀医疗人员和医疗工作者下乡进村、开展异地诊疗,以满足偏远地区、特定疾病医疗需求人群。

基层医疗机构的人均执业(助理)医师数也有同样的趋势,民族地区内部均等化趋势加强(见下页图4、图5),变异系数从2012年的0.27降至2020年的0.14;但需要重视的是,其与全国平均水平的差距还没有缩小的趋势。截至2020年,从2012年每万人相差0.98名执业(助理)医师扩大到相差1.38名执业(助理)医师。

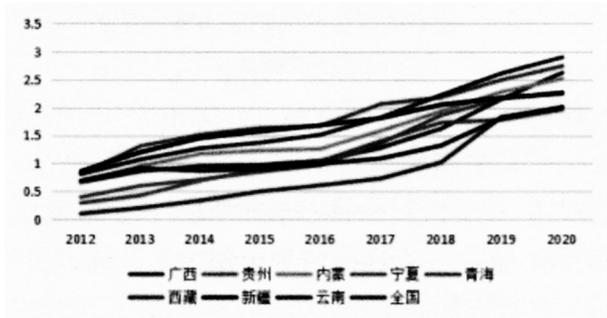


图2 民族地区每万人全科医生数

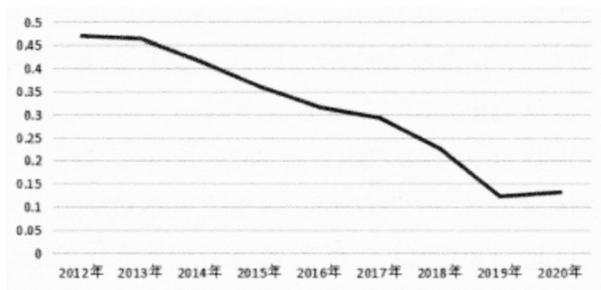


图3 民族地区人均全科医生数均等化程度(民族地区内部)

3. 民族地区总体健康水平不断提高,但与全国平均水平仍有差距。健康水平是各族群众共同追求美好生活的基石。其中,孕产妇死亡率、传染病发病率等与基本医疗卫生服务的水平具有密切联系,深刻影响着人民群众的幸福感和获得感。对民族地区基本医疗卫生服务之于结果公平的均等化考察,主要从孕产妇死亡率,甲、乙类法定报告传染病发病率以及地方病发病率三个维度展开。

首先,根据测算,民族地区的孕产妇死亡率均有不同程度的下降(见图6);区域内部的均等化差距也大体呈下降趋势,变异系数从2011年的1.14降至2020年的0.66。但民族地区孕产妇死亡率与全国平均水平相比仍有一定差距(见图7)。直至2020年,只有广西达到了全国平均水平,而西藏、青海等地尚未达到全国平均水平。

其次,关于甲、乙类传染病的发病率情况(见图8),民族地区除新疆自2018年后出现明显的下降外,其他省、自治区的发病率并没有明显的下降,西藏地区有小幅上升。在均等化方面(见图9),新疆自2018年甲、乙类传染病发病率的降低,体现了该领域民族地区内部的均等化程度,但与全国平均水平相比,仍有降低空间。

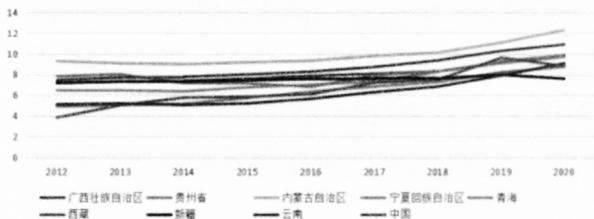


图4 民族地区每万人基层医疗机构执业(助理)医师数

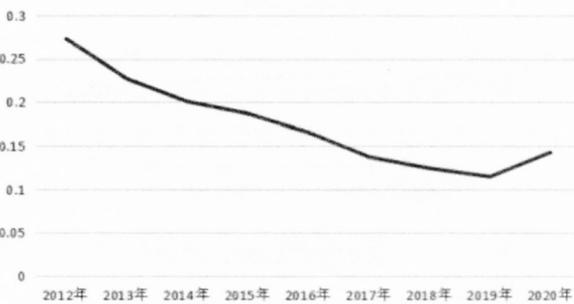


图5 民族地区人均基层医疗机构执业(助理)医师数均等化程度(民族地区内部)

最后,针对民族地区的地方病状况,根据《关于印发地方病防治专项三年攻坚行动方案(2018-2020年)》显示,在全国地方病病区中,民族地区分布较多。其中,燃煤污染型氟中毒病区52个、饮水型砷中

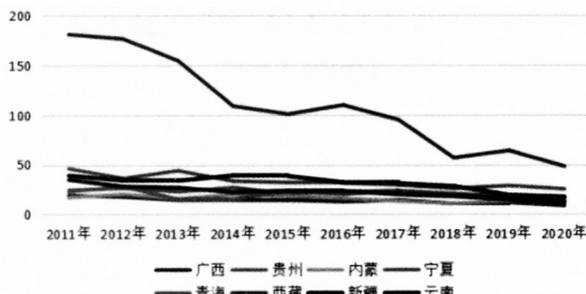


图6 民族地区孕产妇死亡率(1/10万)

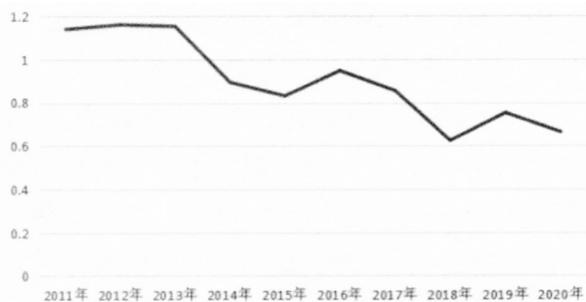


图7 民族地区孕产妇健康水平均等化程度(民族地区内部)

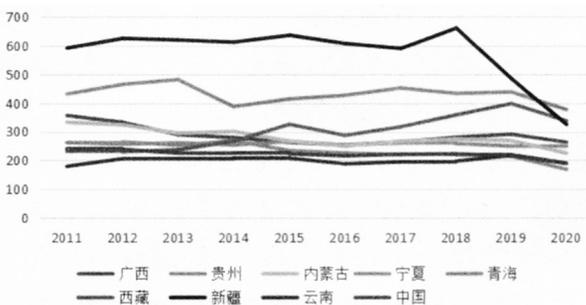


图8 民族地区甲乙类法定报告传染病发病率

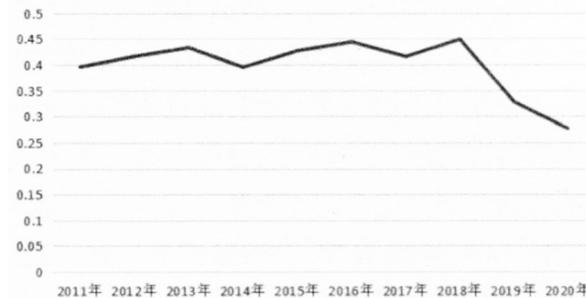


图9 民族地区传染病防治均等化程度(民族地区内部)

毒病区有58个、大骨节病病区75个、饮水型氟中毒病区197个。西藏作为大骨节病的重点病区,全区73个县中(含县级市、县级区),由该《行动方案》认定的病区县就有58个。党和政府聚焦这一社会痛点,经过三年地方病防治的专项攻坚,民族地区地方病现症病人数量大幅下降。截至2020年,西藏地区大骨节病临床I度及以上病人从2016年14771人下降至6980人;广西氟斑牙的现症病人数量从2019年的36432人下降至142人,氟骨症现症病人数量从2017年3577人下降至117人。总体来说,经过地方病防治专项三年攻坚,民族地区地方病防治卓有成效,但病区覆盖的县、乡、村仍然较多,要实现地方病防治的均等化仍存在较多挑战。

三、民族地区基本医疗卫生服务均等化推动中华民族共同体建设的优化路径

民族地区基本公共服务均等化取得了显著的成绩,疾病预防类型、医疗便利程度、特殊病防治、医疗资源跨地域协调等均有明显改善,但发展差距和资源配置等问题仍需重视。需要通过系统性、专门性政策的不断优化和完善,使公共医疗卫生服务及均等化在推进中华民族共同体建设中的功能不断体现。

1. 增强民族地区基本公共卫生服务供给能力,促进各族群众的归属感。随着健康中国战略的深入实施,基本医疗卫生服务正在实现从“以疾病为中心”向“以健康为中心”、从注重“治已病”向注重“治未病”的根本性转变,重医疗服务、轻公共卫生服务的状况正在扭转。国务院和国家卫健委等部门也积极出台了《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》《关于做好2023年基本公共卫生服务工作的通知》等相关政策,推进公共卫生建设。针对民族地区公共卫生水平与全国平均水平的差距,尤其是部分地区地方病和传染病偏高的发病率,均对基本公共卫生服务水平和均等化有一定影响,需要重视具体问题的解决对策。

在“医防融合”的背景下,众多公共卫生服务项目,如老年人健康管理、城乡居民健康档案服务等均

由基层医疗卫生机构承担,增加了基层医疗机构医务人员的工作量。考虑到民族地区医师数量短缺以及学历相对偏低的现状,基层医疗机构的医护人员很难全领域提供医疗卫生服务。与此同时,“医防融合”使得专业公共卫生机构的角色在逐渐弱化。一方面,疾病预防控制中心、专科疾病防治机构、妇幼保健机构、健康教育机构等专业公共卫生机构的工作职责范围大量缩减;另一方面,缺乏清晰的功能定位而使其发展受限。专业公共卫生机构面临的窘境在其机构数量的增减上也有反映。以贵州为例,从2011年到2020年的十年时间,专业公共卫生机构从333家迅速增至1498家,又逐渐减少到446家,这一变化过程造成了资源的浪费。

为改变民族地区公共卫生水平相对较低的局面,一是需要对基本医疗卫生服务的相关政策进行宏观统筹和体系化建设。如在“医防协同”与基本公共卫生服务均等化的综合背景下,要做好专业公共卫生机构角色定位,保障机构内部医疗卫生人才的发展与流动。二是要加大对民族地区公共卫生的财政投入。应加大公共卫生宣传力度,加强对现有基础设施的改造;结合城镇化建设和易地搬迁工作,科学布局县域的基本医疗卫生资源,不同的公共政策应相互对接和适应。

2. 积极引导中医药规范发展,促进各族群众的认同感。民族地区和民族医药在疾病防控、健康教育、生育保健等事项上发挥了重要作用。习近平总书记强调,“人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志”^[17],“在基本医疗卫生服务领域政府要有所为”^[63],并要求全方位、全周期保障人民健康。公共服务能力的不足,是制约民族地区经济社会发展的突出短板。铸牢中华民族共同体意识,推进中华民族共同体建设,是当前民族工作的主线,也是各领域各区域工作的重要指南。在基本医疗卫生服务领域,通过具体的工作机制和目标设计,实现与中华民族共同体建设目标的有效衔接,医药卫生事业具有广阔的发展空间。

在民族地区医药的发展上,应遵循中医药发展

的总体规划,支持民族地区中医药学科和人才的建设和发展,推进民族医药的体系化、科学化,取其精华,将民族医药这一瑰宝传承和发展下去;在中医药人才的规范化上,既要借助中医药大学培养满足民族地区所需的医药人才,又要引导经验丰富的民族医药医务人员考取执业资格或接受行政主管部门指导监督;在民族医药的使用上,要尊重民族医药的诊疗特色,推动其科学健康发展。

医疗健康观念也是影响基本医疗卫生服务和均等化的重要主观因素。当地公共卫生部门要积极引导各族群众树立科学的医疗健康观念,注意防范在保护和传承民族传统医药中可能的舆情风险,引导各族群众在切身实践中体验和感受各项公共政策,塑造国民意识;在宣传方式上,通过增加公益广告、专题宣讲等多样化和群众喜闻乐见的方式进行现代传播,引导各族群众增加医学科学常识,普及健康的饮食观念和卫生知识。

3. 推进基本医疗卫生人才的培养,提升各族群众的获得感。卫生技术人才是医疗卫生资源中最重要的部分,其他医疗资源(资金、技术、设备等)只有通过人才进行转化才能充分发挥其效用^[8]。因此,基本医疗卫生服务均等化的最终效果,关键取决于医疗卫生人员的数量和质量。

根据测算,民族地区的医疗卫生人员的数量和质量与全国平均水平相比仍有较大差距,部分地方差距还在逐年递增。故而增加医疗卫生人员的供给、提升医疗卫生人员的素质是提高民族地区基本医疗卫生服务均等化质量的重要举措。

就民族地区医疗卫生人员的供给政策而言,《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》《关于做好“组团式”援藏医疗人才选派工作有关事项的通知》等政策发挥了积极意义,提高了乡村和基层的医疗卫生人员数量,但在推进基本医疗卫生服务均等化方面还需发挥更多作用。民族地区及广大的农村地区与中东部地区相比,在经济发展、公共服务供给方面存在较大差距,而虹吸效应增加了民族地区医疗卫生人才引进的成本。需要考虑为民族

地区提供更多发展资源,完善人才支持政策,以消解经济发展、公共服务供给差异对医疗卫生人才工作带来的不利影响。

考虑到相关现状的复杂性,可以按照《公共服务十四五规划》的要求,充分挖掘市场主体和公益性机构在基本医疗卫生服务领域的作用,使政府主导的公立医疗机构与之相辅相成,共同满足民族地区人民群众基本医疗卫生服务的需求。在具体措施上,一是积极引导市场主体和公益机构提供基本医疗卫生服务,并有效保障其服务质量;加强对市场主体、公益性机构的规范化监管;针对市场主体和公益性机构医疗卫生服务人员的培训需要加大财政投入。二是在基层公立医疗机构的招录条件上,对经验丰富、受认可度高的市场主体、公益性机构的医疗卫生服务人员实行差异化支持政策,以有效均衡和补充公立医疗机构的专业力量和技术人才。

4. 优化帮扶援助和互助互惠机制,不断拓展铸牢中华民族共同体意识的实践形态。为提高民族地区医疗卫生服务水平,《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》中要求在医疗卫生保障方面强化对口帮扶机制;《“十三五”促进民族地区和人口较少民族发展规划》中鼓励内地医学毕业生到民族地区工作,鼓励发达地区的医务人员到民族地区开展医疗帮扶。2023年《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》(国卫基层发[2023]41号)提出城乡联动、以县带乡、以乡带村,强调深化城市支援农村工作,二三级医院要通过专家派驻、专科共建、临床带教、远程协同、科研和项目协作等方式,提升县域医共体服务能力和管理水平。在以县带乡方面,《指导意见》提出牵头医院要向乡镇(街道)常年派驻临床、管理人才,帮助解决基层问题,面向乡村开展巡回医疗。长期的国家帮扶和各地区、各部门的对口支援,为各族群众交往交流交融提供了现实机制。一方面,民族地区医务人员去往东部城市和地区进行培训交流和学习,经济发达省份地区的医务人员与民族地区医务人员形成“团队带团队”“专家带骨干”“师傅带徒弟”帮扶协议,帮助民族地区的

医务人员实现个人的成长;另一方面,发达地区的医疗队伍走进民族地区,与各民族医务人员一同为当地民众提供优质的医疗卫生服务。在这种双向互动交流中,两地医务人员在工作中相互协同、情感上相互支持,共同为实现各族群众的身心健康和卫生事业作出贡献。在共同维护各族群众健康、不断优化对口援助的互动机制和责任意识中,促进了各民族人民更加紧密地连在一起,为持续深入地巩固和发展平等团结互助和谐的社会主义民族关系开拓了新领域。

习近平总书记强调,在中华民族复兴伟大征程中,“一个民族都不能少”^[19]。要赋予改革发展“以改善民生、凝聚人心的意义,让中华民族共同体牢不可破”^[20]。这需要理论和实务部门对基本公共服务开展系列研究,既要重视中华民族共同体建设的历史性、宏观性问题,也要重视不同类型公共政策及均等化发展对共同体建设的促进功能,在政策实践中不断铸牢各族群众的中华民族共同体意识,推进中华民族共同体建设。

注释:

①根据国家统计局官网《如何对基本公共服务均等化进行统计监测》一文中的介绍,变异系数为无量纲测度,用于表示变量的离散程度。当变量均值为正数时,变异系数越趋近于0,表明变量离散程度越低,即均等化程度越高;反之,变异系数越大,表明变量离散程度越高,均等化程度越差。通过比较不同年份同一指标的变异系数,可以看出均等化程度的变化趋势。变异系数是一组数据标准差与其平均数之比,计算公式为:变异系数 C_v =标准差/平均数。

参考文献:

- [1]中共中央统一战线工作部,国家民族事务委员会.中央民族工作会议精神学习辅导读本[M].北京:民族出版社,2022:115.
- [2]高永久,邢艺譔.国家治理现代化与铸牢中华民族共同体意识的关系——基于国家认同的研究视角[J].中南民族大学学报(人文社会科学版),2022(2):19-27.
- [3]李俊清,付秋梅.在公共服务中感知国家——论铸牢中华民族共同体意识的公共服务路径[J].公共管理与政策评论,

2022(3):3-15.

[4]中共中央文献研究室.习近平关于社会主义社会建设论述摘编[M].北京:中央文献出版社,2017:101.

[5]习近平对埃博拉出血热疫情防控总结表彰作出重要指示 强调始终把广大人民群众健康安全摆在首要位置 切实做好传染病防控和突发公共卫生事件应对工作[N].人民日报,2015-11-26.

[6]习近平谈治国理政:第2卷[M].北京:外文出版社,2017.

[7]习近平.在会见世界卫生组织总干事陈冯富珍时的谈话[M]//习近平关于全面建成小康社会论述摘编.北京:中央文献出版社,2016:132.

[8]H D LASSWELL, A KAPLAN. Power and society[M]. New Haven: Yale Univ. Press, 1970: 71.

[9]戴维·伊斯顿.政治体系:政治学状况研究[M].马清槐,译.北京:商务印书馆,1993.

[10]习近平对中医药工作作出重要指示 强调传承精华守正创新 为建设健康中国贡献力量[N].人民日报,2019-10-26(1).

[11]王国强.以高度文化自信推动中医药振兴发展[N].人民日报,2017-02-24(7).

[12]郑进,罗艳秋,龚谨.关于“中医学”定义的重新思考[J].中国中医基础医学杂志,2010(4):265-266.

[13]邱冬,梅崔为.中华民族共同体视阈下满族说部载录医药神话研究[J].民族论坛,2021(4):33-40.

[14]刘磊,许志行.基本公共服务“均等化”概念辨析[J].上海行政学院学报,2016(4):55-62.

[15]王伟同.财政能力与横向公平:两种均等化模式关系辨析——兼论中国公共服务均等化实现路径选择[J].经济社会体制比较,2012(6):111-119.

[16]杨彦帆.党的十八大以来,健康扶贫取得显著成效——全面实现农村贫困人口基本医疗有保障[N].人民日报,2022-05-27(12).

[17]习近平谈治国理政:第3卷[M].北京:外文出版社,2020:38.

[18]李志农,蓝文思,刘虹每.云南藏区基础医疗卫生服务非均等化调查研究[J].贵州民族研究,2018(8):55-60.

[19]习近平在新疆考察时强调 完整准确贯彻新时代党的治疆方略 建设团结和谐繁荣富裕文明进步安居乐业生态良好的美好新疆[N].人民日报,2022-07-16(1).

[20]习近平在中央民族工作会议上强调 以铸牢中华民族共同体意识为主线 推动新时代党的民族工作高质量发展[N].人民日报,2021-08-29(1).