

援助、互助与共融:1949年以来民族地区医疗卫生事业的发展

方静文

(中国社会科学院 民族学与人类学研究所,北京 100081)

摘要:中华人民共和国成立以来,民族地区医疗卫生事业的发展呈现出从援助到互助再到共融发展的良好态势,这归功于国家、发达地区和民族地区的合力。国家组织的巡回医疗在各个历史时期扮演了不同的角色;发达地区的对口支援是促进民族地区医疗卫生事业发展以及调节城乡、区域不平衡的重要助力;民族地区的传统医药在临床和产业化方面的优势则在健康中国的战略背景下转化为民族地区可持续发展的内生动力,并惠及全国其他地区甚至全人类。这种合力不仅最终促成了民族地区医疗卫生事业的当下成就,也是各民族交往交流交融的重要途径和生动体现。

关键词:巡回医疗;对口支援;传统医药;医疗卫生事业

中图分类号:C958 **文献标识码:**A **文章编号:**1674-6627(2021)02-0080-09

医疗卫生服务的重要性不言而喻,这种重要性在抗击新冠肺炎疫情的过程中得到凸显。健康是各族人民的共同期待,应对疾病、守护健康的医疗卫生事业成为民族交往交流交融的重要纽带,也是中华民族共同体建设的重要内容。

进入新世纪以来,我国民族工作面临许多新的问题,呈现出阶段性特征。习近平总书记形象地概括为五个并存,其中包括国家对民族地区支持力度持续加大与民族地区基本公共服务能力建设仍然薄弱并存。作为基本公共服务的重要方面,民族地区的医疗卫生服务呈现出上述特征。

中华人民共和国成立之初,战乱后的医疗卫生事业千疮百孔,且分布极不均衡,少数民族地区“医务人员奇缺,医疗点大量空白,卫生、防疫、保健、妇幼等事业太少”^[1]。经过从机构设置到疾病防治再到人员培养等一系列措施,民族地区医疗卫生状况有了明显改善,覆盖城乡的医疗卫生服务体系基本形成,疾病防治能力不断增强。以卫生机构、卫生技术人员、床位数等关键指标来衡量,民族地区医疗卫生事业的发展速度一度高于全国平均水平^{[2](189-212)}。但也应看到,民族地区与其他地区之间的差距依然存在,且近年来发展速度放缓^{[3](115-136)}。医疗卫生经费投入不足、医疗卫生设施设备不健全、人才技术缺乏等成为长期制约民族地区医疗卫生事业发展的几大因素。与此同时,人口老龄化,疾病谱从传染病转向慢性病,医疗卫生服务在城乡之间、区域之间发展不平衡等问题不断凸显。简言之,1949年以来,民族地区医疗卫生事业的发展成就有目共睹,但仍有提升的空间和有待解决的问题。70余年,从一穷二白到建立相对完备的医疗卫生服务体系,民族地区医疗卫生事业的

收稿日期:2020-12-19

基金项目:国家社会科学基金项目“产痛和癌痛的社会性与文化意义研究”(19CSH055)

作者简介:方静文(1985-),女,浙江淳安人,中国社会科学院民族学与人类学研究所铸牢中华民族共同体意识研究基地助理研究员,博士,主要从事医学人类学、民族社会研究。

引用格式:方静文.援助、互助与共融:1949年以来民族地区医疗卫生事业的发展[J].北方民族大学学报(哲学社会科学版),2021(2).

成就是如何取得的?为了实现可持续发展,当下民族地区医疗卫生领域所面临的新问题又该如何应对?

民族地区各项事业的发展繁荣有赖于国家、发达地区和民族地区三方力量形成合力,这一重要共识在历届中央民族工作会议上都得到强调。2014年9月28日至29日,中央民族工作会议强调,实现民族地区的跨越式发展,要发挥好中央、发达地区、民族地区的积极性,对边疆地区、贫困地区、生态保护区实行差别化的区域政策,优化转移支付和对口支援体制机制,把政策动力和内生潜力有机结合起来。民族地区医疗卫生事业的发展亦不例外,因此,本文将从上述三个方面呈现1949年以来民族地区医疗卫生事业的发展。

一、国家组织的巡回医疗

巡回医疗是指医务人员巡回流动,主动上门为患者送医送药的一种健康服务方式^{[4](620-623)}。根据工作重心的变化,针对民族地区的巡回医疗工作可大致分为三个阶段。

(一)疫病防控与妇幼保健(1949~1964年)

根据中华人民共和国成立初期的调查,当时少数民族地区危害最大的疾病包括疟疾、性病和其他传染病,以及产科和小儿科疾病^[1],疫病防控和妇幼保健问题突出,发展医疗卫生事业迫在眉睫。为此,1951年召开的第一次全国少数民族卫生工作会议做出了《关于建立和发展少数民族地区卫生工作的决定》,民族地区的医疗机构由此开始了恢复和新建的过程。有鉴于当时民族地区医疗卫生事业的基础过于薄弱,实践中采取了比较变通的办法,即争取建立固定的医疗机构和专业的公共卫生机构,但在条件尚未成熟的地方,辅以机动的巡回医疗队和疫病防治队,以解燃眉之急。这些流动的卫生队深入民族地区,开展巡回医疗、疫病防治、妇幼保健和人员培训等,效果显著,影响广泛,中央民族卫生大队即为突出的例子。中央民族卫生工作大队由中央卫生部会同中央民族事务委员会抽调人员组成,共有成员130余名,他们在接受为期一个多月的民族政策和业务学习之后,奔赴西康省藏族自治区(今四川省甘孜藏族自治州)。在两年多的时间里,中央民族卫生工作大队走遍了全区20个县,共诊治患者20多万人次,为38000人接种了牛痘,为477名孕妇进行了新法接生,培养了40名中级卫生人员和500多名新法接生员。这不仅改善了当地缺医少药的状况,也增进了民族团结^[5]。

(二)缩小城乡差距(1965年~20世纪70年代)

1949年以来,虽然国家十分重视包括广大民族地区在内的乡村医疗卫生事业的发展,将“面向工农兵”确立为卫生工作的第一方针,但有限的卫生资源仍然难以在短期内惠及广大乡村社会^[6]。乡村缺医少药的状况不仅迟迟未能得到改善,与城市之间差距反而日益加大,这一现状引起了中央对卫生工作的不满。

1965年1月,毛泽东同志对当时卫生部的工作提出质疑:“卫生部想不想面向工农兵?”对此,卫生部迅速做出回应,于1965年1月19日上报《关于城市组织巡回医疗队下农村配合社会主义教育运动、防病治病的报告》,称正在重点抓两项工作:一是多快好省地为农村培养医生和不脱产的卫生人员;二是巡回医疗队下农村,配合社会主义教育运动,进行防病治病工作。在报告得到中央批转后,卫生部随即组成北京第一批巡回医疗队共12支队伍,分赴湖南省湘阴县及北京市郊区开展巡回医疗^[7]。

这样的努力无疑是一个好的开端,但显然还不够。1965年6月26日,毛泽东同志发出了把医疗卫生工作的重点放到农村去的“六二六指示”。同年9月3日,卫生部向中央提交《关于把卫生工作

重点放到农村的报告》，认为毛泽东同志的意见是中肯的，统计数据显示当时无论是卫生技术人员的分布还是卫生经费的使用均显现出巨大的城乡差距。为了改变这一状况，该报告提出了一系列应对措施，包括继续组织巡回医疗队到农村特别是到山区和偏僻的地方去工作。

以1965年为起点，这场城市到农村的巡回医疗热潮前后持续了近十年，先后有110多万人次投身其中^[4]。与中华人民共和国成立之初的第一轮巡回医疗相比，此次巡回医疗旨在改善包括民族地区在内的广大农村地区的医疗卫生状况。除了单纯的防病治病，此次巡回医疗还加入了疾病普查、推动爱国卫生运动和农村合作医疗，以及培训当地赤脚医生队伍等工作内容，因此对当地的影响更加长效和持续。至1980年，全国90%以上的农村都成立了合作医疗组织，形成了较为完善的三级医疗保健网^{[8](156)}，世界卫生组织和世界银行盛赞其为“以最小投入获得了最大健康收益”的“中国模式”^{[9](210-221)}。

(三)“老少边穷”地区(20世纪80年代以来)

改革开放以来，虽然少数民族地区的医疗卫生状况总体而言已经得到了很大改善，但医疗卫生事业的薄弱点依然零星存在，集中分布在“老少边穷”地区，其中，少数民族地区不仅位列其中，而且往往与边境边疆以及贫困地区在地理空间上相互交叠，成为巡回医疗的重要关注点。

2009年，国家全面启动深化医药卫生体制改革，作为其中的重要内容之一，公立医院改革试点工作于2011年开始，并提出了“组建医疗小分队，为边远地区提供巡回医疗服务”的要求。为此，原国家卫生部制定了国家医疗队巡回医疗工作方案，优质医疗资源集中的城市医院成为巡回医疗队的派出单位。2011年第一批国家医疗队由北京协和医院等派出的19支医疗队组成，赴内蒙古自治区、云南省等18个省份的35个县(包括4个民族自治县)开展了巡回医疗，不仅为当地提供医疗服务，捐赠药品和书籍，同时还通过会诊、讲座等形式参与基层医疗机构的人才培养^[10]。自此，国家医疗队针对“老少边穷”地区的巡回医疗年年开展，已经成为一种长期实践。越来越多的城市医院参与其中，工作内容和方式也在不断拓展，比如，随着健康中国战略的推出，近年来的巡回医疗与健康扶贫工作紧密结合，并强调医疗服务的连续性，鼓励派出单位与基层医疗机构建立远程医疗协作。

回顾巡回医疗的发展历程可以发现，中华人民共和国成立之初，巡回医疗队扮演的是“救火队”的角色，迅速应对民族地区疫病横行、妇幼保健水平低等严重威胁少数民族群众生命安全的公共卫生问题，同时担负起宣传民族政策的任务，有利于民族团结和新政权的稳定。20世纪60年代开始的巡回医疗不是仅限于民族地区，而是着眼于包括民族地区在内的广大乡村地区，致力于缩减城乡医疗卫生事业发展的差距。随着民族地区医疗卫生事业的日益发展，新时期的巡回医疗着眼于医疗卫生服务能力的薄弱点，进行有针对性的“修补”和强化，在人员、技术构成方面更为精锐，地域空间上更加聚焦，服务内容更为丰富，成效也更为显著。

二、发达地区的医疗对口支援

对口支援，“泛指国家在制定宏观政策时为支持某一区域或某一行业，采取不同区域、行业之间结对形成支援关系”^{[11](140)}。对口支援的零星实践很早就已经出现，但上升为国家政策则是在20世纪70年代。1979年在北京召开的全国边防工作会议提出，要组织发达地区对边疆少数民族地区进行对口支援。此后，对口支援制度不断发展，从经济援助逐步扩展到科技、文化、教育和卫生等领域^[12]。根据1983年第二次全国少数民族卫生工作会议的界定，医疗卫生方面的对口支援是指地区与地区之间、部门与部门之间、单位与单位之间的专业性支援和协作。根据受援方的不同，医疗卫生领域的对口支援大致可分为两类，即城乡医疗对口支援和区域医疗对口支援。

(一)城乡医疗对口支援

早在中华人民共和国成立初期,国家就开始动员城市的医药卫生人员支援农村的卫生事业建设。自20世纪60年代开始,在医药卫生战线支援农业的运动中,以城乡医院协作为主要方式的城乡医疗对口支援逐渐发展^[13]。为了继续支持农业生产并逐步缩小医疗卫生领域的城乡差距,十一届三中全会之后,卫生部提出了“整顿建设三分之一县卫生事业”的任务,并重申要继续组织城市医疗卫生机构支援农村的卫生事业建设,以县级医疗卫生机构尤其是县医院为对口支援的重点,以技术指导和提高科学管理水平为主要任务^[14]。进入新世纪,医疗卫生的城乡对口支援得到一再强调。2002年《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》(中发[2002]13号)指出要组织城市大中型医疗机构通过双向转诊、合作管理等方式为基层医疗机构提供人员、技术、设备方面的对口支援。在总结城市卫生支援农村卫生工作历史经验的基础上,2005年,原卫生部等组织实施了“万名医师支援农村卫生工程”。2009年发布的《城乡医院对口支援工作管理办法(试行)》(卫医管发[2009]72号),不仅廓清了城乡医院对口支援的概念,即“支援医院与受援医院结成长期稳定的对口支援和协作关系,帮助受援医院提高服务能力和水平,改善和加强管理”,还对支援方和受援方的职责和任务、考核评估、监督管理等进行了规定,为进一步加强和规范城乡医院对口支援管理工作提供了指导。

城乡医疗对口支援自1949年以来持续存在,究其原因,一方面是国家坚持医疗卫生服务农业和农村的原则,另一方面则是试图改善城乡医疗卫生发展不平衡的状况。

(二)区域医疗对口支援

区域医疗对口支援主要是东部沿海经济相对发达地区对包括广大民族地区在内的欠发达地区进行的医疗援助,医疗援藏是其中的典型。

医疗援藏的历史远远早于对口支援制度的正式提出。1950年中国人民解放军进入西藏时就有大批医务人员一同进藏;1973年中央安排了8个省市进行卫生援藏^[15];1979年全国边防工作会议确定了“全国支援西藏”的方案^[12]。至2014年,先后有7批共计414名医疗卫生人才入藏,足迹遍及西藏7个地市,有力地推动了当地医疗卫生服务的发展^[16]。

2015年,在国家开展援藏工作21周年之际,医疗领域出现了一个新词——“组团式援藏”,指的是由国家和对口援藏省市指派医院,成批次选派医疗骨干,支持西藏受援医院的科室建设和医疗人才队伍建设。截至2018年年初,前后三批共计519名援藏医疗专家接续奋斗的成效初显,285种“大病”不出自治区、1824种“中病”不出市地、一些常见病在县区就能得到治疗,妇幼保健水平大幅提升。组团式援藏模式具有如下亮点和经验:第一,临床与管理并重、锐意改革,援藏医疗专家帮助完善制度、优化流程、打造重点临床专科、培养帮带本地技术骨干;第二,人才培养“请进来”与“走出去”相结合,全面落实“团队带团队”“专家带骨干”“师傅带徒弟”等培养机制,通过引进外来专家传帮带以及本地人才去外地学习交流等方式相结合,逐渐建立起一支本地医疗人才队伍;第三,在援助中促进民族交往交流交融^{[17][18]},人员、技术的互动和互助不仅推动了民族地区医疗卫生事业的发展,也促进了地区之间和民族之间的交往交流交融。

对口支援是民族地区医疗卫生事业发展的重要助力,彰显的是邓小平同志提出的沿海与内地“两个大局”战略思想^{[19](277-278)}。只有双方均顾全大局,守望相助,才能实现共同发展繁荣的目标。尤其值得指出的是,随着民族地区医疗卫生事业的发展,对口支援的内涵正在拓展和丰富,已经不限于发达地区对民族地区的单向援助,民族地区也具备了在医疗卫生领域援助其他地区的能力和条件,对口支援由此发展为民族地区与发达地区之间的双向互助。在平时,尤其在面对突发公共卫生事件的危难之际,这种双向奔赴和互助显现出巨大的力量。最生动的例子莫过于2020年年初新型

新冠肺炎疫情暴发后,各省市纷纷派出援鄂医疗队,而针对武汉市以外的湖北省其他市、州的对口支援,也不乏来自内蒙古、广西、云南、贵州、宁夏等民族地区的医疗队,如内蒙古自治区和浙江省一起支援荆门市,广西壮族自治区支援十堰市等,“守望相助”这一传统的大同理想正在当下借由对口支援的制度安排得以实现。

三、民族地区的内生潜力

就医疗卫生领域而言,民族地区有其独特的优势,最突出的莫过于民族医药。民族医药凝聚了各民族的医药知识和疾病应对智慧,是中华民族传统医药的重要组成部分,以下将从多元医学体系中的民族医学和民族医药产业化两个方面来呈现民族地区的上述优势,以及如何将这种优势转化为发展的内生动力。

(一)多元医学体系中的民族医学

民族医学作为一种独特的卫生资源,其优势和价值首先体现在其提供医疗卫生服务的能力上。民族医学是“在各民族发展过程中产生的有自身文化特点的疾病信仰与治疗实践”^{[20](490)},在中国,民族医学一般特指少数民族医学^[21]。“医学体系”是医学人类学的核心概念之一,指的是“在某一社会文化中,结构和模塑其成员获取保健和治疗之方式的信仰、知识、实践、人员、机构以及资源的组合”。复杂社会常常表现为多种医学体系的组合,即所谓的医学多元(medical pluralism)^{[22](109-115)}。在我国民族地区,医学多元往往表现为中医、西医等制度医学与民族医学的共存共生。据统计,我国55个少数民族中有47个拥有本民族的医学体系^[23]。这些民族医学体系由于历史和传承的差异,发展状况千差万别,大致可分为三类:已形成相对完备医药理论体系和临床经验的,如藏医药、蒙医药等;理论体系不完整,但具有医药历史文献和相对成熟的临床诊疗、用药技术的,如壮医药、苗医药等;临床诊疗好,用药有鲜明特色,但缺乏文献和理论或沿用中医药理论的,如白族医药等^[24]。无论发展程度如何,各民族医学体系的意义是相似的,均丰富了民族地区的多元医学体系,为民族地区民众提供了更多的求医选择。而且,许多民族医药在具有鲜明的本民族特色之外,也常常吸纳中医药和其他少数民族医药的理论和经验,因此,民族医药本身就是民族交往交流交融的成果。

近年来民族医学在临床医疗、人才培养、科研、产业化等方面都有所发展,无论是医疗机构数还是床位数,近三年来总体均呈上升趋势(见表1)。以新疆为例,至2015年,新疆维吾尔自治区中医医院和民族医院的数量已经达到111家^[25]。

表1:全国民族医医疗卫生机构数和床位数(2016~2018年)

机构类别	机构数(个)			床位数(张)		
	2016年	2017年	2018年	2016年	2017年	2018年
民族医医院	266	284	312	26 484	33 460	38 917
民族医门诊部	19	29	27	26	13	13
民族医诊所	526	585	608	-	-	-
民族医(药)学研究所	9	7	7	-	-	-
总计	820	905	954	26 510	33 473	38 930

注:根据国家卫健委规划发展与信息化司先后发布的《2016年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》《2017年我国卫生健康事业发展统计公报》《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》整理所得。

如若加入历时的视角就不难发现,民族医学在民族地区多元医学体系中的位置虽然几经变迁,

但却始终存在^[26],近年来还开拓了新的发展方向,其原因是多方面的。

首先,国家政策的支持和法律法规的保护。中华人民共和国成立以来,国家始终支持民族医药的保护和应用,这一立场甚至写进了《中华人民共和国宪法》。近年来,国家对民族医药的支持进一步强化,以期在发掘整理和保护传承等基础性工作之外,更充分地发挥民族医药的作用。2007年,国家中医药管理局等联合发布了《关于切实加强民族医药事业发展的指导意见》(国中医药发〔2007〕48号),要求“充分发挥民族医药在预防、保健、养生、康复等领域中的作用,充分发挥民族医药在农村卫生和社区卫生服务工作中的优势与作用”。2018年,国家中医药管理局、国家民族事务委员会等13个部委局联合发布《关于加强新时代少数民族医药工作的若干意见》(国中医药政发〔2018〕15号),提出“到2030年,要在民族地区建立较为完善的少数民族医药健康服务网络,提高健康服务能力,完善人才培养体系,提高产业化水平,健全标准化体系,加强国际交流,全面传承保护少数民族医药”。

其次,民族医药本身的优势。民族医药是我国少数民族长期与疾病作斗争的经验积累,由于各民族所处的自然环境、所操持的生计方式以及所面对的疾病种类的不同,其医药成就也各有所长,形成了一些优势特色专科,同时在一些疑难杂症方面也有所突破。比如,在高海拔地区和严寒环境中发展起来的藏医擅长治疗高原病、风湿病;蒙医对骨伤、白血病、牛皮癣、甲亢等疾病的治疗效果显著;瑶医在处理恶性肿瘤、红斑狼疮等疑难杂症方面有所心得;傣医长于治疗食物中毒、关节病、妇科病等;苗医在治疗妇科和儿科疾病、虫蛇咬伤等方面有经验积累;彝医除了治疗现代社会常见的心血管疾病之外,还长于应对各种眼疾^{[27]〔12〕}。在切实的疗效之外,民族医药还因价格低廉、药材简便易得、医患之间可以用本民族语言实现顺畅沟通等而具有无可替代的优势。

再次,患者的信任和认同。面对多元医学体系,除了疗效、经济状况、可及性等客观因素的影响之外,患者的求医选择还常常为个人所处的社会文化所左右。比如,内蒙古地区的多元医学体系至少包含了蒙医、西医及民间医疗^[28]。当地民众基于蒙医药疗效慢、能断根且没有毒副作用而西医见效快但可能治标不治本的认识,如果患急性病和一般的病,病人通常选择看西医,而患慢性病、迁延不愈的病则找蒙医^[29]。个体的求医选择如是,民族医学的整体发展同样有赖于民众的文化认同。面对来自现代化和城市化的冲击,民族共同体内对于民族医药的持续认同和信任成为民族医药发展最有利的条件^[30]。

基于民族医学的上述优势和近年来的发展状况,我们有理由相信,民族医学可以作为民族地区多元医学体系的重要组成部分,为民族地区的民众提供医疗卫生服务,并惠及民族地区以外的民众。

(二)民族医药产业化

除了作为民族地区多元医学体系的重要构成,民族医药在临床中为各族群众提供医疗卫生服务外,近年来伴随“一带一路”倡议以及健康中国、健康扶贫、公共服务均等化等国家战略和发展契机,各地纷纷开始进行民族医药产业化的探索。从产业分类角度而言,民族医药不是一个单一的产业,而是一个产业群,至少包含四大门类:民族医药药材的采集、种植或驯养,民族医药及保健产品制造,民族医药相关的服务行业,与民族医药相关的知识产业^[31]。

民族医药产业化的意义是显而易见的。它能吸引大量的资金、技术、人才投入其中,产生巨大的经济效益,不仅能够促进当地经济发展,还能够为民族医药的延续和民族医药文化的发掘、抢救、保护、传承等提供动力和支持^[32]。这是民族医药面对来自多元医学体系中其他制度医学冲击时实现自我存续的需要,也是回归自然、养生保健等健康概念兴起的大背景下利用自身优势实现新发展的必经之路。从宏观的角度看,民族医药产业不仅是民族地区的特色,也会为我国参与全球医药产业

竞争发挥一定的作用^[33]。

民族医药的产业化始于药的产业化。民族地区多样的生态环境,孕育出4700多种药物,少数民族聚居的广西、四川、云南、贵州被誉为我国中药材四大产区^{[27](230)}。依托丰富的药物资源,伴随制药企业的大量出现以及药品标准体系的建设,药的产业化进程得以推进。

民族地区制药企业的出现最早可追溯至20世纪60年代。其时,为了提升医疗卫生服务,西藏自治区于1964年批准藏医院扩建藏药厂。改革开放以后,药物的现代化生产快速推进,民营的民族医药企业也纷纷出现^{[27](12)}。据初步统计,目前全国共有少数民族传统药物生产企业约130家,比较突出的是藏药和苗药^{[27](13)}。与此同时,药品标准体系的建设也在持续推进。作为国家药品标准体系的核心,《中国医典》自1977年开始收录少数民族传统医药的成方制剂。最新的2015年版《中国药典》共收录相关成方品种39个,其中,处方药26个,非处方药13个^[34]。已经初步形成了以“藏药”“蒙药”“维药”“傣药”“彝药”“苗药”等六大药物为第一梯队,其他少数民族传统药物竞相发展的局面^[35]。

除了围绕药做文章,民族医药在治疗老年病、慢性病方面的优势也在医疗卫生领域面临新挑战的今天得以凸显^[36]。为此,各地纷纷利用这些优势,同时结合地方资源,并试图融入和利用“健康中国”战略、“一带一路”倡议等带来的整体契机打造大健康产业,从而作为地方经济新的增长点。以广西为例,广西依托沿边沿海的区位优势、丰富的药物资源以及生态旅游资源,着力推进中医药、壮瑶医药与养老、养生、旅游等领域的融合,发展健康服务业,先后制定出台了《“健康广西2030”规划》等一系列纲领性文件,为大健康产业的发展创造了良好的政策环境,也制定了未来健康产业发展的规划和目标^[37]。

在立足国内发展的基础上,民族地区也充分利用地处边疆的区位优势,积极与周边国家开展交流合作,探索健康产业“走出去”的路径。广西作为中国面向东盟的重要门户和前沿地带,致力于打造中国—东盟传统医药交流合作中心^[37];内蒙古着力开发俄罗斯、蒙古健康产业市场,扩大药品出口,提升蒙医药的国际影响力;新疆则面向“一带一路”沿线国家,试图打造丝绸之路经济带上重要的医疗服务中心^[38]。

综上,民族医药作为民族地区医疗卫生的独特优势,可以借由多元医学体系以及民族医药产业化的契机在当下焕发出无限生机,成为民族地区医疗卫生事业发展的重要内生潜力。基于民族地区医疗卫生的现状,民族医药的发展方向尤其值得关注,作为制度医学的重要补充,应对常见病、多发病,以及从药的产业化开始,延伸产业链条,结合大健康的理念,发挥其在养生保健、治未病、老年病等方面的专长等。

四、结 语

本文回顾了1949年中华人民共和国成立以来民族地区医疗卫生事业的发展历程,探讨了民族交往交流交融在医疗卫生领域的体现和实践。可以说,国家支持、经济发达地区的对口支援和民族地区的内生潜力所形成的合力共同促成了民族地区医疗卫生事业的当下成就,三者相互关联,各有分工。其中,国家扶持不仅从全局角度为发达地区外部支援的实施和民族地区自身潜力的发挥提供了政策支持、制度保障和发展契机,也体现于巡回医疗等具体实践之中;巡回医疗与发达地区的对口支援共同构成民族地区医疗卫生事业外部支援的重要来源和内容,这些不同形式的外部支援在国家建设初期是面对民族地区疫病流行却缺乏医疗卫生服务的应急之策,如今成为改善地区之间和城乡之间医疗卫生服务发展不平衡状况的重要方式,为民族地区医疗卫生事业的发展和民众

的健康作出了重要贡献;内生潜力是国家战略和外部支援的落脚点,也是民族地区医疗卫生事业发展的根本。随着民族地区的发展,上述三者之间的互动方式也出现了新的变化:对口支援的内涵正在拓展,已经从发达地区对民族地区的单向援助扩展为发达地区和民族地区之间有来有往的双向援助;民族医药的独特优势使其有望在未来走出民族地区,惠及全国乃至全球;国家支持更是从巡回医疗等具体的实践转向更普惠的国家战略。由此,民族地区医疗卫生事业的发展轨迹从援助和扶持走向了共融,全国各族人民将在这种共融的机制下守望相助,共同应对疾病威胁,共同守护健康,共享医疗卫生事业发展的成果。

参考文献

- [1] 方素梅. 新中国初期民族卫生工作的方针与措施——以全国民族卫生会议为中心的考察[J]. 青海民族研究, 2016(4).
- [2] 王延中, 宁亚芳. 民族地区社会发展报告[A]. 郝时远, 王延中, 王希恩, 主编. 中国民族发展报告(2015)[R]. 北京: 社会科学文献出版社, 2015.
- [3] 薛品. 民族地区社会发展报告[A]. 王延中, 主编. 中国民族发展报告(2016)[R]. 北京: 社会科学文献出版社, 2016.
- [4] 卫生部基层卫生与妇幼保健司. 农村卫生文件汇编(1951-2000)[M]. 北京: 卫生出版社, 2001.
- [5] 叶干运. 50年前一支防治性病的医疗队[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2002(3).
- [6] 马冀. 医疗下乡与国家建设——以1965年通县为中心的考察[J]. 党史研究与教学, 2014(2).
- [7] 曹普. 改革开放前中国农村合作医疗制度[J]. 中共党史资料, 2006(3).
- [8] 胡宜. 送医下乡: 现代中国的疾病政治[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2011.
- [9] 世界银行. 1993年世界发展报告: 投资于健康[R]. 北京: 中国财政经济出版社, 1993.
- [10] 匡绍华, 高学成, 杜冰. 组建国家医疗队赴“老、少、边、穷”地区开展巡回医疗工作体会[J]. 中国医院, 2013(1).
- [11] 国务院三峡建设委员会移民开发局. 三峡工程移民工作手册[Z]. 北京: 中国三峡出版社, 2001.
- [12] 钟开斌. 对口支援起源、形成及其演化[J]. 甘肃行政学院学报, 2013(4).
- [13] 贺彪. 卫生部门应把支援农业作为首要任务[J]. 山西医学杂志, 1960(4).
- [14] 张自宽. 认真做好城市支援农村的工作[J]. 医院管理, 1983(10).
- [15] 余翔. 对口支援少数民族地区的政策变迁与发展前瞻[J]. 华北电力大学学报(社会科学版), 2013(6).
- [16] 田昕, 于亚滨. 医疗人才组团式援藏对口支援模式主要做法与成效分析[J]. 西藏研究, 2017(4).
- [17] 精准发力托起健康家园——医疗人才组团式援藏开辟新局面[N]. 西藏日报, 2018-01-26(5).
- [18] “组团”发力同心撑起“健康西藏”朗朗晴空——医疗人才组团式援藏工作综述[N]. 西藏日报, 2018-01-31(7).
- [19] 邓小平. 邓小平文选: 第3卷[M]. 北京: 人民出版社, 1993.
- [20] 庄孔韶. 人类学通论[M]. 太原: 山西教育出版社, 2005.
- [21] 蔡景峰. 论“民族医学”的界定和民族医药文献的整理[J]. 中国民族医药杂志, 1999(4).
- [22] Baer, H. A. “Medical Pluralism”[A]. Ember, Carol R., M. Ember. Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures[M]. New York: Springer, 2004.
- [23] 朱根华, 熊耀坤, 钟国跃. 少数民族医药产业发展面临的困境及改革策略研究——以蒙、藏、维民族医药为例[J]. 西南民族大学学报(人文社会科学版), 2015(8).
- [24] 李志勇, 李彦文, 崔箭. 中国少数民族传统医药发展简史[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2011(7).
- [25] 宁静, 张媛媛. 丝路背景下新疆医疗服务中心建设研究[J]. 合作经济与科技, 2017(12).
- [26] 方静文. 民族医学何去何从——以连南瑶医药为例[J]. 广西民族研究, 2017(6).
- [27] 崔箭, 唐丽. 中国少数民族传统医学概论[M]. 北京: 中央民族大学出版社, 2007.

- [28] 乌仁其其格. 多元医疗模式与人类健康——当代蒙古族医疗选择多样性的医学人类学考察[J]. 中央民族大学学报(哲学社会科学版), 2009(1).
- [29] 包红梅. 蒙古族公众的医疗选择: 对不同医学的不同认知[J]. 科学与社会, 2013(4).
- [30] 景军, 齐腾飞, 陈昭. 民族医学面临的挑战和机遇[J]. 广西民族大学学报(哲学社会科学版), 2017(3).
- [31] 黄福开. 西部开发形势下中国民族医药发展的五大战略[J]. 医药世界, 2004(9).
- [32] 吴道显, 叶世隆, 苗丽. 云南民族医药文化的历史传承及其特点[J]. 中国民族民间医药, 2015(10).
- [33] 杜艳艳, 贾谦, 仲海亮, 等. 振兴中医药和民族医药的路径分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2007(11).
- [34] 程阳阳, 于江泳, 林灵, 等. 《中国药典》收载民族药成方制剂的统计与分析[J]. 中成药, 2017(4).
- [35] 王润球. 中国民族医药产业化发展研究[J]. 黑龙江民族丛刊, 2015(5).
- [36] 周晓娜. 民族医药在医养结合模式下的优势[J]. 中国民族医药杂志, 2017(3).
- [37] 易蔚, 周蓓, 范丽丽, 等. 广西壮瑶民族特色的医养结合体系的研究与探索[J]. 中国民族医药杂志, 2018(12).
- [38] 王昊, 张毓辉, 王秀峰, 等. 我国民族地区健康产业发展现状及战略研究[J]. 中国卫生经济, 2018(3).

【责任编辑 冯雪红】

Support, Bilateral Help, and Mixture: the Development of Medical Treatments in Ethnic Regions after 1949

FANG Jing-wen

(Institute of Ethnology and Anthropology, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100081, China)

Abstract: After the establishment of the People's Republic of China, there's a trends of development of medical and health issues in ethnic regions: from support, bilateral help, then gathering development, the contributions should be attributed to the collaboration of government, developed regions and ethnic regions. The touring medical treatments played various roles in several historical periods; the precise support of developed regions improved the development of medical issues of ethnic regions and adjusted the imbalance of urban-country, and of regions; the advantages of traditional medical treatments in clinic and industrialization transformed into interior power of sustainable development under the background of Healthy China, and benefited other regions even the world. This gathering contributed to the merits of medical issues in ethnic regions nowadays, also vividly expressed the exchange, communication, and mixture of various groups.

Key words: Touring Medical Treatments; Precise Support; Traditional Medical Treatments; Medical and Health Issues