



□ 刘东杰

抓住关键问题推动基层社会治理创新

70年来,我国社会治理从模仿到创新,走出了一条具有中国特色的社会治理发展之路。党的十八大以来,我国进入了全面深化改革纵深推进阶段。国家治理体系和治理能力现代化目标的确立,使得改革创新成为一个高频热词。在肯定70年来我国基层社会治理改革创新所取得的成就的同时,我们还必须正视因为认识偏差和发力方向偏颇,带来基层社会治理改革创新一系列效果不彰的问题。要解决这一问题,当前基层社会治理创新需要实现四个转向。

从“任务型”创新向“事业型”创新转向。在我国,基层是任务落实的一线,也是各种社会矛盾集中的前沿,基层处于社会治理关口位置,基层政府则是社会问题最直接的感知者和回应者。基于此,许多地方为推动社会治理创新,往往会通过压力型将社会治理创新工作层层分解,分配给基层政府。在这种压力下,基层政府通常一方面要按部就班地做好既定的工作职责,同时又不得不疲于奔命地去完成上级分解的“创新”,最终致使此类创新成了基层政府的负担,往往被虚与委蛇地应付,使得许多所谓的创新,成了“概念”、变换“形式”与重置“流程”等不触及治理变革核心的表面工作,造成大量的行政资源浪费。要改变这种状况,亟须将这种压力驱使的“任务型”创新,转向为动力推动的“事业型”创新。也就是说,将基层社会治理创新转变为一项能够提振基层干部成就感、公共事业来做,而不是希望尽早摆脱压力来落实,以此增强改革创新的动力。在把握社会治理创新实质,统筹考虑本地政治、经济、社会以及民心等各种资源的基础上,设定本地社会治理改革创新切实可行的目标,以激励手段而非惩罚手段来推进实现创新目标的具体举措,以此来推动“任务型”

创新向“事业型”创新转向。

从“隔离型”创新向“融合型”创新转向。所谓“隔离型”创新,是指仅仅将基层社会治理创新限定在政府管理范畴,通过政府职能调整、组织结构优化以及政府工具变革等途径来实现基层社会治理创新的模式。毫无疑问,基层社会治理创新的主导力量应当是基层政府,但却不能因此而仅仅将社会治理创新锁定在政府管理创新的范畴。治理本身就具有社会网络治理的意涵,是政府与社会力量通过面对面的合作方式组成的网络管理系统。它强调多方主体共同参与、共同协作的集约化管理。虽然在治理网络中“政府是主要的行动者”,如果基于此,便仅仅将基层社会治理创新视为基层政府的管理创新,那么事实上也就是在政府与社会之间做了泾渭分明的区隔,这自然不利于充分利用社会各方治理资源。现实中,“隔离型”社会治理创新现象并不少见。要实现各领域创新资源的集约化利用,就必须破除将社会治理创新视作政府管理创新的“隔离型”创新,实现向政府与市场、社会合作的“融合型”创新转向。这需要在发挥政府“掌舵把向”作用的前提下,鼓励市场与社会多元主体就各类触手可及的社会矛盾处理、社会事业发展以及社会福祉共享等方面的问题进行自主的治理“创新”。涉及政府职能调整、流程再造、制度变革等方面的问题,由政府统筹解决,其余的应全权交由市场与社会。这样做有助于形成党委领导、政府负责、市场社会协同、公众广泛参与的社会治理创新格局。实现“隔离型”创新向“融合型”创新的转向,将会极大地释放基层社会各类主体参与社会治理创新的热情,为在节约公共资源的前提下,有效地推进基层社会治理创新注入持

续的动能。

从“宏观型”创新向“微观型”创新转向。当前,在我国基层社会治理创新方面存在的一个很大认识误区,即是将社会治理创新的内涵简单地等同为治理制度的创新。这种认识更倾向于从颠覆性、革命性的制度变革的视角来理解社会治理创新。这一认识误区使基层社会治理创新陷入了“只见森林,不见树木”的“宏观化”的陷阱,使“新制度安排或政策的目标与实践之间偏差较大,存在较严重的‘脱耦’现象”。同时,因为制度变革通常具有较大的影响幅面,既可能涉及上下级政府之间关系的调整,也可能涉及政府与社会之间关系变化,通常干涉较为复杂的利益重置,牵一发而动全身,这一任务往往是基层政府难以独自承担的,至少是难以做到令人满意的。于是这便大幅增加了基层社会治理创新推动的难度,使许多地方基层社会治理创新陷入困境。当然,这里并不是否定基层社会治理制度创新的必要性和重要性,而是说,在基层社会治理创新方面,在从制度着手存在难度的情况下,我们更应当换个视角,将创新工作新微观化,去发掘和推动更多的“微观型”创新。“微观型”创新“不属于从无到有的创造,也没有颠覆性的变革,而是在框架之内、从小处着眼,针对细节、流程、节点、技术等等进行改进提高”。在基层社会治理创新中,更多的触手可及的创新应当属于“微观型”创新。做好“微观型”创新,亦可以“积跬步,以至千里”,实现社会治理的成本降低、效率提升、效果彰显,以及过程与结果的正义。因此,这就要求我们不应过分偏颇的渲染创新的制度内涵,而应将有更大的精力放在现有制度框架内的“微观型”创新上。

从“移植型”创新向“首创型”

创新转向。现在许多地方的基层社会治理创新,往往更注重参考成熟的创新经验,寄希望于成熟经验的学习借鉴,将其他地方的创新性做法移植到本地,“依葫芦画瓢”来推进本地的基层社会治理创新。这种做法的背后多半有着缺少“首创”勇气和“急功近利”的动因。无论成熟经验的学习如何重要,“他山之石”具有怎样的吸引力,在其被引入之前必须对本地的实际情况进行分析,从而实现外部经验与本地现实的良好对接。这是因为任何创新都要与当地政治、经济、社会、文化,甚至于社会心理等各种外在环境相适应,忽视了这一点,移植过来的创新经验多半是会“水土不服”而失败。在重视“移植型”创新的时候,很多地方往往会忽略掉本地的各种“首创型”做法,或者因为这些“首创型”做法因正在探索而缺少系统的经验总结,或者是因为这些“首创型”做法没有形成广博的社会影响力,总之这些本土化的社会治理“首创型”创新并没有得到应有的重视。事实上,恰恰是这些本土化的“首创型”社会治理创新更有利于实现当地社会治理成本的降低、社会治理效率的提升、社会治理效果的彰显,以及社会治理过程与结果的正义。这种过于重视“移植型”创新,而忽视本土化“首创型”创新的做法往往是缘木求鱼,本末倒置,最终得不偿失。因此,当前首要解决的是,基层社会治理创新从过于倚重“移植型”创新向重视“首创型”创新转向。



村民议事协商的四重价值

□ 徐岑琛

有效的乡村治理维系于健全完善的公共参与。实践证明,作为一种行之有效的公共参与方式,村民议事协商从四个方面彰显其对推动乡村治理的重要价值。

有助于促进基层民主政治发展。协商民主不仅是实现党的领导的重要方式,还是我国社会主义民主政治的特有形式和独特优势,从各层次、各领域扩大公民有序政治参与,是拓展协商民主实践场域的必然要求。从组织的角度看,农村因为规模小、人口较少、统战工作任务轻等因素,《中国人民政治协商会议章程》只规定,“省、自治区、直辖市设中国人民政治协商会议的省、自治区、直辖市委员会;自治州、设区的市、县、自治县、不设区的市和市辖区,凡有条件的地方,均可设立中国人民政治协商会议各该地方的地方委员会”,没有规定在乡镇、街道、农村设立政协组织,但这不代表协商民主工作不需要向基层拓展。党的十九大报告明确指出,发挥社会主义协商民主重要作用,统筹推进政党协商、人大协商、政府协商、政协协商、人民团体协商、基层协商以及社会组织协商七种重要协商渠道,其中基层协商、社会组织协商是必不可少的关键环节。在中国乡村,村民委员会是基层群众性自治组织,也是国家基层政权联系乡村群众的重要纽带。其在承担管理乡村各项政治、经济、文化和社会事务等相关职能的同时,也肩负着实行民

主选举、民主协商、民主决策、民主管理、民主监督等一系列工作。这意味着,在进一步推进乡村治理现代化的过程中,必须健全党组织领导的村民自治机制,加强村民自治组织建设,同时配合以形式丰富的村民议事协商活动,将社会主义协商民主贯穿于乡村治理的全过程、全方位。

有助于充分保障村民民主权利。有事好商量,众人的事情由众人商量,是人民民主的真谛。将选举与协商有效结合,是中国社会主义民主政治建设的宝贵经验。时至今日,中国村民选举的程序愈发制度化和标准化,但在实践中乡村民主依然存在很大差异,特别是在一些落后地区,村民对农村公共事务的管理、决策和监督仍然缺位。推动乡村治理现代化,进一步深化乡村改革,破解“三农”发展瓶颈,提高农民收入,全面改善乡村面貌,须充分凝聚村民力量,且这一过程必须以保障村民民主权利为基石。在以往的乡村自治组织中,村委会成员和主任由村民选举产生,但是基于选举民主本身的内在缺陷,如何保障乡村公共事务和资源分配过程中村民的决策意见被合理吸纳,成为乡村治理现代化过程中不可回避的重要问题。丰富村民议事协商形式,就是要把协商民主引入乡村,是对乡村民主形式的重要补充。目的是充分保障村民的管理权、决策权、监督权等一系列民主权利,将民主贯穿于村民日常生活的每时每刻,解决好关系到村民切身利益的各种问题,避免不必要的社会冲突。

有助于推动完善乡村协商民主制度建设。健全村级议事协商制度,形成民事民议、民事民办、民事民管的多层次基层协商格局,是推动乡村治理现代化的重要举措。乡村协商民主制度不是空中楼阁,它是村民在议事协商实践中产生、发展并走向成熟的。上世纪我国就已经开始了村民议事协商的相关工作,但至今在一些乡村仍存在一定程度的超范围议事、不合规议事、违背群众意愿议事的现象。表面因素在于部分村干部民主意识淡薄,缺乏依法办事理念,对政策、法规吃不透,工作中经验主义色彩重,习惯大包大揽。从根本原因来看,是村民议事协商过程缺乏制度化、规范化、程序化。就目前来看,已经有不少地区在村民议事协商的实践中逐步开展制度建设,如村民议事会制度,定期组织村民参与乡村重大事项的决策讨论;议事监督制度,形成监督网络,定期收集村民反馈意见等等。除此之外,不少地区对议事协商的内容和边界也有了进一步的规范和明确,如对村民普遍关注的实际困难问题和矛盾纠纷,涉及民生改善的公共事务,牵扯到乡村集体资源、资金使用分配的问题必须议;对明显违反党纪国法,明显带有歧视性、不公正的事项绝不议。村级议事协商制度的不断健全,是丰富村民议事协商形式的重要保证,对实现工作程序的规范化,岗位责任的法规化,管理方法的科学化有重要推动作用。丰富村民议事协商形式,不断开展议事协商实践,也是促进乡村议事协商制度形成

并走向成熟的关键。

有助于激发村民参与议事协商的积极性。推动乡村治理现代化,要不断探索人民群众喜闻乐见的议事协商形式。就目前来看,村民议事协商积极性还有待进一步被激发。从乡村人口构成特点来看,不少农村外出务工人员众多,留守的大多为老弱人群,该类人群参与议事协商的积极性普遍不高。甚至部分地区村民的利己思想较重,对自己有利的事情就议、否则不议,或者是对不满意的决议拒绝执行,加之部分村干部存在怕麻烦、怕惹事的“尾巴主义”思想,给乡村治理带来了一定阻碍。丰富村民议事协商形式,一方面须鼓励乡村开展村民说事、民情恳谈、百姓议事、妇女议事等各类协商活动,充分听取村民切身困难,针对不同的主体、事务开辟不同的议事形式,实现矛盾和矛盾主体的精准对接,避免村民出现“事不关己高高挂起”的消极态度;另一方面,可以根据各乡村客观条件搭建多种协商平台,如在村内建立协商议事会议室、利用现代网络技术搭建即时协商平台等,实现“留守村民方提议、外出村民可以议”,把村民议事习惯从“议论纷纷”转变为“纷纷议事”。



改革开放以来,我国的扶贫减贫取得了巨大成就,特别是党的十八大以来,脱贫攻坚取得了决定性进展,谱写了人类反贫困历史的光辉篇章。据国家统计局全国农村贫困监测调查,按现行国家农村贫困标准测算,2018年末,在全国农村贫困人口1660万人因病致贫返贫的就占40%以上,虽然贫困人口在减少,但因病致贫比例在增加,因病致贫返贫成为脱贫攻坚战的主攻方向。许多研究都表明,低收入群体罹患重大疾病的可能性大于高收入群体,贫困人口即使脱贫了也可能面临患病风险,导致再次返贫。同时非贫困户也面临因病致贫而成为新贫困户的风险。贫困与疾病通过许多联结相互影响,反复循环,只有将这一恶性循环中的某一联结切断才能打破贫困与疾病的相互作用。从当前全国各地的情况来看,更好地做好健康扶贫工作、夯实脱贫攻坚的基础,需要做好以下四方面的工作。

建立系统完备的落实机制。打赢打好健康扶贫这场硬仗,核心在于抓好脱贫攻坚责任落实、政策落实、工作落实,关键在于建立系统完备的落实机制。一方面,要建立压实责任链条的统筹协调机制。健康扶贫是一项庞大复杂的系统工程,各项工作环环相扣,只有加强统筹协调和部门联动,才能充分利用现有资源与条件,确保政治同心、目标同向、行动同步、执行同力。为此,贫困地区大多成立了由主管领导任组长,相关部门主要领导任成员的健康扶贫工作领导小组或攻坚小组,建立了健康扶贫工作的协调机制,为压实各方责任、实现部门协作、推动工作落实提供了组织保障。另一方面,要建立推动工作落实的压力传导机制。压力层层传导,不一定等于层层加压,往往层层递减。建立压力传导机制,打通落实的“最后一公里”,将激发基层干部担当作为的主动性和自觉性。比如,一些地方经常开展健康扶贫“回头看”,整改不达标不撤账,推动健康扶贫落地落实。

建立提升基层能力的长效机制。基层医疗服务能力薄弱是解决贫困地区群众看病难、看病贵等问题的突出障碍,必须从政府推动、市场牵引、社会帮扶等方面建立提升基层能力的长效机制。

首先,坚持政府主导,持续加强基层医疗卫生服务能力建设。党委政府对脱贫攻坚承担主体责任和政治责任,理应在基层医疗卫生服务能力建设方面发挥主导作用。

其次,深化医疗体制改革,推动优质医疗卫生资源下沉。医疗卫生工作重心下移、医疗卫生资源下沉,才能更好地实现城乡基本公共卫生服务均等化,为群众提供安全有效方便价廉的公共卫生和基本医疗服务,真正解决好基层群众看病难、看病贵问题。

再次,内引外联并举,建立各类主体参与的合力帮扶机制。近年来,贫困地区抓住定点帮扶、京津冀协同、东西部协作等政策机遇,争取三级医院“组团式”支援贫困地区县级医院,推动远程医疗覆盖贫困地区乡镇卫生院并向村卫生室延伸。

完善贫困群众医疗兜底保障机制。健康扶贫既是攻坚战,也是持久战,所以只有把完善贫困群众医疗兜底保障制度继续摆在重要位置,确保各项保障政策平稳有序衔接落地,为贫困患者释放最大政策红利,让他们看得上病、看得起病、看得好病,才能确保脱贫路上不落一人。

一方面,完善“基本医保+大病保险+医疗救助”三重保障线。有的地方通过设立补充保险,构建以新农合为基础、以大病统筹为保障、以大病救助为补充、以补充保险为托底的“四位一体”的兜底保障机制。有的地方扩大医疗救助范

健康扶贫落地的关键

□ 汪 鹏

围、提高保障水平等,有效解决“病倒一个、压垮全家”问题。

另一方面,实现大病慢性病集中救治和个性诊疗两结合。因患大病、特殊慢性病、长期慢性病致贫返贫,是健康扶贫“硬骨头”中的“硬骨头”,必须台账管理,靶向攻坚,务求见底见效。可集中救治的,引导其到省、市、县定点医院进行专项救治;不宜集中救治的,由乡镇卫生院家庭医生签约服务。

建立健康危险因素防控机制。斗赢“病魔”拔“穷根”,预防病魔驱“穷魔”。习近平总书记强调,要坚定不移贯彻预防为主方针,坚持防治结合、联防联控、群防群控,努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务。贫困地区更应树立大卫生、大健康的观念,从以治病为中心转变为以健康为中心,健全健康教育体系,强化健康服务,推动全民健身和全民健康深度融合,建立健康危险因素防控机制。

首先,建立覆盖贫困地区的健康教育工作网络。对贫困人口开展健康教育和行为干预,实现医防结合,是防止群众因病致贫返贫的第一道关口。

其次,加强对妇幼等弱势群体的健康服务。贫困地区要与实施乡村振兴战略相结合,开展人居环境整治行动,完善农村基本公共卫生健康服务,促进农村儿童早期发展,从源头上阻断贫困代际传递。

再次,制订实施全民健身计划。生命在于运动。全民健身是人民群众增强体魄、健康生活的基础和保障。贫困地区尤其要定期开展国民体质监测和群众体育活动状况调查,完善全民健身计划,建立全民健身组织网络,筑牢群众健康之基。

总之,贫困地区要聚焦贫困人口“看得起病、看得好病、看得上病、少生病”,从强化责任狠抓落实、提升基本医疗卫生服务能力、搞好政策配套衔接、坚持预防为主防治结合等方面“把脉开方”,确保健康扶贫落实落地落细。

