

# 当代中国农村合作医疗制度起源探论

许三春

[摘要] 合作医疗是我国农村广泛实行的一项医疗制度,自20世纪二三十年产生,历经变革,至今仍在沿用。关于它的起源,多数学者认为是源自陕甘宁边区的医药卫生合作社,也有学者提出是形成于民国时期的农村卫生实验区。然而考察民国时期卫生实验区的发展以及国外的研究成果,可知合作医疗在中国的发展实际上有着更为复杂的背景。中国卫生医疗制度近代以来基本上受到西方国家的影响,合作医疗制度也不例外,其中受东欧国家农村合作医疗制度的影响较大,同时其话语建构也蕴含了社会及文化的变迁。

[关键词] 制度移植;合作医疗;农村

合作医疗是我国农村历时较长的一项卫生医疗制度,不少领域的学者都进行了深入的研究,分析其缘起流变、兴衰成败,取得了大量研究成果<sup>①</sup>,但是对其起源却看法不一。检诸文献,主要观点大致有二,一是起源于陕甘宁边区举办的医药卫生合作社;一是起源于民国时期的农村卫生实验区。然而,这两者都没有看到西方卫生制度对中国的影响,而只是强调了内部的因素。“中国中心观”提醒我们,中国的问题必须立足中国社会来加以探讨,但并不是说,我们可以将中国的问题局限在中国一隅这样狭隘视角下来理解。毫无疑问,缺乏国际视野,不将中国合作医疗置于国际视域下来加以认识,就如同我们不立足中国自身社会来探究中国一样,都无法让我们获得全面而恰当的认识。因此,如何两者兼顾来探讨其起源,这是本文所要努力解决的问题。

## 一、合作医疗的概念及其特征

什么是合作医疗,实际上并没有统一的说法。1979年卫生部、财政部等单位颁布的《农村合作医疗章程(试行草案)》指出,合作医疗指人民公社社员依靠集体力量,在自愿互助的基础上建立起来的一种社会主义性质的医疗制度,是社员群众的集体福利事业。这一官方规定表明合作医疗是在人民公社范围内实施的社会主义性质的医疗制度。周寿祺是较早研究合作医疗制度的学者,他认为所谓的合作医疗是“群众在自愿互助的基础上,依靠集体经济的一种社会主义福利性质的医疗制度”<sup>[4]</sup>。张自宽认为合作医疗是“具有保险性质的医疗保健制度”<sup>[5]</sup>。朱玲则提出,合作医疗只是“在村庄范围内,由农村集体生产/行政组织和个人出资购买基本医疗保健服务、实行健康人群和患病人群之间医药费用再分配的一种互助组织形式”<sup>[6]</sup>。多数学者基本都持以上类似的观点,不过,无论他们之间有多少不同,都是把合作医疗制度看作社会主义性质的医疗制度或福利事业,只是强调了其社会主义与互助性质,而缺乏对其本质内容的整体分析与概括。

事实上,要给合作医疗下一个精确的定义并不容易,但是可以概括出它的主要特征。刘纪荣认为,从本质上看,合作医疗的核心就是“合作+医疗”,以合作的形式实施医疗保健<sup>[7]</sup>。但这个说法

[收稿日期] 2013-03-04

[作者简介] 许三春,辽宁石油化工大学马克思主义学院讲师,历史学博士,邮编:113001。

① 有关合作医疗的研究成果可参见文献[1-3]。

太过笼统,并没有概括出合作医疗具体的实质内容。从1970年代普遍施行的合作医疗来看,其核心内容是:(1)以生产大队为单位,通过合作的方式来解决医疗费用问题。(2)培养赤脚医生等非专业的村民医务人员来解决医生缺乏问题。(3)建立村、乡、县三级卫生保健体系解决医疗的覆盖面和技术问题。(4)重视公共卫生与疾病预防以减少疾病的发生。(5)赤脚医生大量采用中西医结合的方式进行治疗,尤其是重视发挥中草药的作用。如果不能把握合作医疗的以上几个核心特征,则很难分析其起源何处,只能是各执一词。

## 二、合作医疗的缘起

从世界范围内来看,许多国家的农村都实行过合作医疗,如联合国公布的调查报告所言,在20世纪二三十年代,医疗方面的合作社运动在一些地区迅速扩展。日本、美国、加拿大等国的农业合作社都在医疗方面起到重要作用。在东欧,农民社区为本的医疗合作社制度首先在南斯拉夫兴起并迅速扩散,继而伸展到波兰<sup>[8]</sup>。

在此大背景下,中国合作医疗的产生很难说没有受其影响,特别是国际联盟卫生组织起到了关键作用。1928年国民政府成立了卫生部,向国际联盟卫生组织寻求援助以改善中国农村落后的卫生状况。东欧国家农村合作医疗的成功经验被推荐给国民政府,主要内容有建立农村卫生合作保险机构和南斯拉夫式的流动医疗队,培养农民卫生工作者,群众卫生教育运动等。此外,为国际联盟卫生组织工作的两位南斯拉夫公共卫生专家(Borislav Borcic和Andrija Stampar)在1930年代到1940年代为中国卫生部门提供诸多卫生建设指导意见<sup>[9]</sup>。在国际联盟卫生组织的影响下,1931年,卫生部保健司长金宝善赴欧洲考察,比较各国卫生制度后,结合中国的实际,决定参照南斯拉夫模式推行中国的医疗卫生建设<sup>[10]</sup>。因此,民国时期所建立的众多农村卫生实验区基本上都受此影响。

而对于南斯拉夫农村合作医疗运动的成功经验,中国当时的报刊杂志也多有宣传。李孟麟等是这样介绍的:卫生合作社的资本是由社员们出资筹集的;一个村子或几个村子设一个健康所;大多数只有一个医生或一个护士,并住在村里;医生的薪金是由合作社支付;看病免费或比较便宜,药品也比平时便宜30%;卫生合作社重视预防,致力于种痘与传染病预防注射;从事所谓“社会病”的治疗,如花柳病、砂眼等;农村清洁化也是合作社的工作;重视训练民众的卫生习惯<sup>[11-12]</sup>。从以上内容来看,培训农民卫生工作者,建立卫生合作机构,使用流动医疗队,注重公共卫生与预防,这与民国时期的农村卫生实验区的做法以及1949年后实行的合作医疗制度基本相同。由此而言,中国的农村卫生制度发展是受到了东欧国家,尤其是南斯拉夫模式的影响。

从国内来看,1928年,在国民党第二届中央第四次全体会议上,通过了《组织合作运动委员会建议案》。从此,农村合作运动被列为国民党的七项国策运动之一(其他六项是保甲、国货、新生活、筑路、造林、识字)。蒋介石认为这种合作形式可以推广到农村的一切领域,如交通、教育、卫生、育婴、娱乐等,从而造成一个合作的社会<sup>[13]</sup>。这对农村合作医疗的实行产生了积极的影响。1929年,上海市卫生局在高桥镇举办了一个乡村卫生实验区。同年秋,河北定县实验区设立卫生教育部办理乡村卫生事宜。以后,南京晓庄、汤山及河北清河镇都相继举办较有组织的乡村卫生实施工作。江苏的江宁县,山东的邹平县及浙江、湖南、江西、甘肃、陕西等省设有县立医院或县卫生院,办理各县的乡村卫生事宜。1932年国民政府第二次全国内政会议决定,各省设立县政建设研究院和县政建设实验区,确定地方卫生制度,于每县设立卫生机关,以为治疗与预防中心,使全国国民都享有健康<sup>[14]</sup>。全国经济委员会卫生实验处有鉴于乡村卫生的重要,所以在1933年就设立了社会医事系,管理并推行全国各处的乡村卫生工作<sup>[15]</sup>。由此可见,在国际联盟卫生组织的帮助下,

国民政府力图推进农村卫生工作的发展与完善。尽管范围有限,但是这些实验区实行合作医疗、培训农村卫生工作人员、重视公共卫生与免疫接种,无疑为后来农村卫生的发展积累了经验。

在这些农村卫生实验区中,定县的卫生实验无疑是极具代表性的。陈志潜在定县大量培养农村卫生员,设立了村、乡、县三级卫生保健体制。因此,也被刘纪荣等学者视为合作医疗的萌芽。但从时间上来看,如前所述,国际联盟卫生组织是1928年向国民政府提出卫生建议的,卫生部于1931年就决定采用南斯拉夫模式来推进中国的医疗卫生建设,而陈志潜是在1932年才开始在定县进行卫生实验的,所以只能说是陈志潜实践了或改进了南斯拉夫合作医疗制度,而不是他创建了这一制度。从陈志潜个人因素来看,1930年至1931年他在美国哈佛大学公共卫生学院完成一年的研究生学习,对其他国家实行农村合作医疗制度应不至于不了解。在他担任定县卫生局局长的时候,有许多机会与国内外从事公共卫生、社会医学和医学教育工作的人们相识与交流。安淮加·斯坦帕(Andrija Stampar)博士是一位南斯拉夫的公共卫生专家,其代表国际联盟卫生组织指导中国卫生工作,曾在宋子文的带领下,到定县访问,调查农村地区情况<sup>[16]</sup>。因此,如果说陈志潜对南斯拉夫农村合作医疗制度一无所知,恐怕是难以令人信服的。从制度内容上来看,定县采用了在农村设立保健所、培训农村卫生员的方法,这恰是南斯拉夫合作医疗最突出的特征。

陈志潜接受的是西方现代医学训练,他积极提倡国家医学与公共卫生理念,试图在农村建立起组织化的医疗体系。这种教育经历以及医学科学化的时代背景决定了他采用西医而不是中医的医疗方法,因此,传统的医疗资源被排除出他的医疗体系。然而,他还是结合当时农村具体的社会经济条件,充分挖掘可利用力量。比如保健员皆是从平教会毕业的学员中选拔,注重预防,竭力降低农村的医疗成本,并把农村卫生实验与其他农村重建运动结合起来。关于卫生的组织化在卫生界早有讨论。黄子方1927年提出“于每一城市设一卫生院。其卫生院之制度,一如各地方之有警察厅然。厅下分区,区下分所。卫生所掌简单之治疗并介绍较重病人至区诊疗所就诊,卫生区署掌诊疗所及医院等事。地方卫生院则掌更重大之医疗及手术各务,又总管传染病医院,疗养院及试验所等。”<sup>[17]</sup>这种卫生院、卫生区诊疗所、卫生所的等级划分实质上就是以后卫生组织化的雏形。陈志潜的三级医疗保健体系,更是把卫生组织延伸到村级,故更增加了卫生保健服务的可及性。

综上所述,中国农村合作医疗制度从某种意义上是从东欧国家移植来的。所谓的制度移植指的是“某个制度或一组制度从其原生地转移到其他环境并被实践的过程”<sup>[18]</sup>。中国和南斯拉夫农村的卫生与经济状况基本相似,所以南斯拉夫实行的农村合作医疗制度具有“示范性”和“普适性”。不过,制度移植并不是照搬,而是要和本地的具体情况和制度环境相适应。陈志潜的突出贡献在于在培训农村卫生员的基础上,建立了村、乡、县三级卫生保健体系,把乡村卫生建设理论变成现实。这一体系为国民政府肯定,后来一直被沿用。至于国际联盟卫生组织提出的建立卫生合作保险机构,多数实验区都没有建立,这一方面由于中国农村的极端贫困,农民吃饭都成为问题,哪里会有钱去吃药,所以采取向农民收取保健费的办法是非常困难的。另一方面,这些实验区都属于实验性质,经费有一定的保证,也不需要向农民收取保健费。尽管如此,这种方法在无锡惠北实验区还是进行了实验。至此,培养农民卫生员、建立三级卫生保健体系、以合作方式解决医疗费用都出现了,或者说中国农村合作医疗制度逐渐形成了。而刘纪荣没有看到这种国际背景,却把河北深泽县马户生村社“施药局”看作是合作医疗的萌芽<sup>[7,19]</sup>。这种“施药局”实质上是中国古代慈善事业的一种延续,不论是否是社员都可以享用,体现了中国守望相助、患难相恤的传统互助精神,这跟现代的合作医疗制度似无直接的关联。

### 三、1949年后合作医疗的演变

民国时期农村的卫生实验由于时局的变化而中止,而此时共产党领导的边区也组织了农村的

保健服务,成立了一些医药合作或卫生合作社。陈志潜指出,“那时南京政府已推荐定县模式为全国的农村卫生组织范例,不知道在共产党控制的地区那时关于他们创造性的工作的信息是否被利用了”<sup>[16]</sup>。这是他比较委婉的说辞,实际上,他认为后来的合作医疗就是采用了定县的做法。考察边区政府的医药合作社,可以发现,它们是在面临战争威胁的特殊背景下产生的一种临时性的措施。医药合作社是政府主导,群众自愿入股,盈利分红的模式,既与定县等卫生实验区的做法不同,也有异于后来的合作医疗制度。但是,这种以合作方式来解决农村医疗问题,却为以后的联合诊所与农业社保健站打下了一定的基础。

1949年后,农村基层卫生组织比较匮乏,主要有三种形式。一种是国家办的区卫生所,另外两种是群众办的联合诊所和农业社保健站。1949年前的医药合作社或卫生合作社,按照周寿祺的说法,1949年后就叫联合诊所了,或者说联合诊所的前身是原来的医药合作社<sup>[20]</sup>。联合诊所实质上是医疗服务提供者之间的一种合作方式,主要集中在集镇上,分布不合理;巡回医疗和出诊缺乏经验和计划,所以远不能满足广大农民的看病需要。因此,在合作化运动中,有的农业社就自己办起了保健站,或是接办了联合诊所。保健站采用新的保健办法,有效地解决了农民的医疗卫生问题,受到了群众的欢迎。农业生产合作社变为生产大队后,农业社保健站也成为大队保健站或保健室。在大跃进时期,生产大队保健站普遍建立起来。

1955年,在农业合作化高潮时期,一些地方的保健站采取由社员交保健费和生产合作社公益金补助相结合的办法。如山西省高平县米山乡联合保健站,采取由社员出保健费的办法建立集体保健医疗制度,受到了卫生部的肯定,在全国部分地区得到了推广。据1958年9月13日《健康报》报道,河南省70%的公社已经实行或正在试行群众性的合作医疗。实质上与集体保健制度相差无几。1959年12月卫生部《关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告》附件《关于人民卫生工作几个问题的意见》有以下内容:人民公社目前主要有两种医疗制度,一种是谁看病谁出钱,一种是实行人民公社社员集体保健医疗制度。即交“保健费”的办法,或“合作医疗”。其主要特点是:社员每年交纳一定的保健费;看病只交药费或挂号费;另由公社、大队的公益金中补助一部分。我国制度移植的一个特点是,移植路径多采用局部“试点”,然后总结经验,大范围推广的做法。通过中央权威号召或要求各地之间相互学习,减少制度学习成本以及制度移植不适应地方情况的问题<sup>[21]</sup>。合作医疗正是这样,1960年,中共中央转发了卫生部关于全国农村卫生工作会议的报告及其附件,并要求各地参照执行<sup>[5]</sup>。但是,由于卫生政策调整,合作医疗并没有得到广泛实施。直到1968年湖北长阳县乐园公社的合作医疗事迹被《人民日报》报道后,合作医疗才在全国范围内推行。

与民国时期不同的是,1949年后的合作医疗借助政治的力量得到全面推广,虽然几经起落,但始终得以存续。此外,为了克服经济困难、资源有限与农民巨大的医疗需求之间的矛盾,后来的合作医疗充分利用了传统的医疗资源,如不花钱的土单验方、针灸,随处可得的中草药,培养保健员与赤脚医生更注重数量的增加,也赋予更多的卫生任务,即不仅重视预防,也承担起了治疗的责任。合作医疗的这种变动与国内的政治经济形势变化密切相关。新中国成立后,统一的国家政权保证了农村卫生组织化与制度化的实现,同时,经济的困难又不得不采用中西医结合的治疗手段来挖掘传统医疗资源,并动员群众来承担一些卫生的责任。

由此观之,从民国时期到1949年后的合作医疗,其持续性是十分明显的。一是中国是一个发展中国家,有限的医疗资源与群众的巨大需求之间的矛盾始终存在。通过组织群众自己的力量依靠预防保健与环境卫生,而不是依赖昂贵的医疗手段来改善农村的卫生问题,这成为实行合作医疗的一个内在基础或功能性需求。另一个持续性是在组织医疗政策之间,包括使用由城市医疗人员组成的流动医疗队,低成本合作医疗农村卫生保险项目,发展多样的短期培训和复训,教育项目增

加数量和不断提高农村医疗人员的质量<sup>[9]</sup>。当然,如前所述,这并不意味着东欧国家的合作医疗模式从民国时期到1949年后是一成不变地沿袭下来。中国农村的极端贫困与疾病的盛行,还有可以利用的传统医疗资源,统一国家的成立,这一切都使合作医疗制度的内容与形式都有所改变,这也体现出我国在乡村医疗制度上的创新与发展。然而,更多的学者把合作医疗的起源归于共产党领导的陕甘宁边区的医药合作社,正如刘纪荣所说,是一种“历史误会”。由此可见,农村合作医疗制度是民国时期依照东欧国家合作医疗制度建立起来的一种农村卫生制度,在乡村卫生实验区得到进一步的发展,1949年后又在广大农村得以实施并不断改进、完善,所以,很难说合作医疗制度是由陕甘宁边区合作医药社发展而来的,更不用说是“新中国农民在长期与疾病的斗争中摸索出来的一个创举”<sup>[22]</sup>。因此,合作医疗实质上是在国际国内双重因素的作用下产生的一种医疗制度。余新忠关于中国近代卫生史研究的回顾表明,“现有的一些探究中国近代公共卫生的研究,往往存在着割裂传统和近代之嫌,不能从内外两个方面多视角地来认识中国近代公共卫生的演变”<sup>[23]</sup>。饭岛涉也认为,近代中国的卫生的“制度化”,是在欧美各国及日本的殖民侵略中发展起来的,促进了政治制度的重组,并最终成为国家建设的一个方面<sup>[24]</sup>。如果看不到这一点,只是片面强调自身的因素,很难说对合作医疗制度的起源认识是全面的,反之亦然。

#### 四、结语

道格拉斯·诺斯告诉我们,“制度的建立与毁灭并非发生在真空之中,而是人们长期以来从机会和价值中认知的结果”<sup>[25]</sup>。合作医疗正是在中国农村严重缺医少药的情况下所采取的一种有效医疗制度,这也是其得以发展的内在连续性的基础。但从外部因素来看,无疑是受到了国际联盟卫生组织的影响,尤其是把东欧国家农村合作医疗的成功经验移植到中国。不可否认,西方殖民国家的到来,给传统中国在卫生事业上带来了巨大的冲击。现代医学知识、国家医学的理念与公共卫生制度的引入,使卫生日益呈现出国家化的态势。国民政府力图建立国家控制的医疗体系,并把卫生建设当作是民族国家建设的一部分。但是,由于国家未能实现统一,卫生事业国家化的任务并没有完成,这使得新中国得以在此基础上继续前行。Ka-che Yip、杨念群、AnElissa Lucas等学者都十分重视民国时期卫生政策对后来的影响<sup>[9, 26-27]</sup>。新中国成立后,在农村卫生工作方面,继续采用巡回医疗,为农村培养保健员,建立合作性质的联合诊所、保健站,实行集体保健医疗。直至1958年人民公社化后,公社建立卫生院,国家医疗体系延伸至农村,中国卫生事业的国家化、组织化基本完成。由于大跃进的失败及随之而来的卫生政策的调整,合作医疗在早期发展得并不顺利,直到1968年才发生大转折。

#### [参考文献]

- [1] 庞新华. 农村合作医疗制度研究述评. 许昌学院学报, 2004(3)
- [2] 李德成. 中国农村传统合作医疗制度研究综述. 华东理工大学学报:社会科学版, 2007(1)
- [3] 王胜. 我国集体化时期农村医疗卫生制度研究述评. 高校社科动态, 2010(3)
- [4] 周寿祺. 合作医疗制度的研究. 农村卫生事业管理, 1984(1)
- [5] 张自宽. 对合作医疗早期历史情况的回顾. 中国卫生经济, 1992(6)
- [6] 朱玲. 政府与农村基本医疗保障保障制度选择. 中国社会科学, 2000(4)
- [7] 刘纪荣. 再论民国时期农村合作医疗制度的萌芽诞生及其演进——兼与李华等学界同仁商榷. 浙江社会科学, 2008(7)
- [8] 施育晓. 合作医疗:世界发展与中国经验. 社会保障制度, 2006(5)
- [9] AnElissa Lucas. Changing Medical Models in China: Organizational Options or Obstacles? *The China Quarterly*, 1980

- (83):461-489
- [10] 侯杨方. 筚路蓝缕:民国时期的医疗卫生建设. 21世纪经济报道, 2007-09-10
- [11] 泣荼,译. 南斯拉夫之农村卫生及其卫生合作事业. 中法大学月刊, 1936(4)
- [12] 李孟麟. 巨哥斯拉夫的农村卫生合作运动. 农村合作, 1937(7)
- [13] 张士杰, 郭海儒. 蒋介石的农村合作经济思想. 民国档案, 2004(4)
- [14] 郑大华. 民国乡村建设运动. 北京: 社会科学出版社, 2000: 111-112
- [15] 金宝善. 我国乡村卫生实施现况及其将来之展望. 公共卫生月刊, 1935(1)
- [16] 陈志潜. 中国农村的医学: 我的回忆. 端木彬如, 译. 成都: 四川人民出版社, 1998: 66-69, 110
- [17] 黄子方. 中国卫生刍议. 社会学界, 1927(1): 187-203
- [18] 何自力, 编. 比较制度经济学. 北京: 高等教育出版社, 2007: 175
- [19] 刘纪荣, 王先明. 二十世纪前期农村合作医疗制度的历史变迁. 浙江社会科学, 2005(2)
- [20] 周寿祺. 中国保健事业中的联合诊所. 医学史与保健组织, 1958(2)
- [21] 杨雪冬. 制度移植与本土实践: 以立法听证为个案的研究. 华中师范大学学报, 2005(6)
- [22] 夏杏珍. 农村合作医疗制度的历史考察. 当代中国史研究, 2003(5)
- [23] 余新忠. 卫生何为: 中国近世的卫生史研究. 史学理论研究, 2011(3)
- [24] 饭岛涉. 鼠疫与近代中国. 日本: 研文出版, 2000
- [25] 道格拉斯·诺斯. 经济史的结构与变迁. 刘瑞华, 译. 台湾: 时报文化出版企业股份有限公司, 1995: 17
- [26] Ka-che Yip. Building a strong China: Perspectives on Health, Society and the State in the Republican Period. 民国研究: 第5辑, 1999: 41-53
- [27] 杨念群. 再造“病人”中西医冲突下的空间政治(1832-1985). 北京: 中国人民大学出版社, 2006: 29

## Research on the Origin of Cooperative Medical System in Modern Chinese Rural Areas

Xu Sanchun

**Abstract** The cooperative medical system is widely practiced in the Chinese countryside from the 1920s. As for its origin, majority scholars consider it was from medical cooperatives in Shan-Gan-Ning areas (northwest China), while others believe it was from rural health experimental areas in the Republic of China Period. After exploring the development of rural health experimental areas in the Republic of China Period and related overseas research achievements, it is easy to find the development of cooperative medical system in China actually has a more complicated background. It was basically affected by the western countries, especially Eastern European countries, at that time. Meanwhile, its discourse construction also contained abroad social and cultural changes.

**Key words** institutional transplant; cooperative medical system; countryside

(责任编辑: 陈世栋)