

赤腳醫生與合作醫療制度

——浙江省富陽縣個案研究

● 方小平

赤腳醫生與合作醫療制度是1960和70年代中國農村實行的醫療衛生制度，一直備受廣泛讚譽。它被認為是「從我國實際情況出發，解決八億農民看病吃藥問題的成功經驗」^①；被譽為「成功的衛生革命」^②；也有學者認為「文革時也是衛生的最好時期之一」^③。

在中國二元社會體制中，城鄉之間的醫療衛生資源相差巨大，因此，赤腳醫生與合作醫療制度也是中國農民依靠自身力量、以互助合作的方式所享受到的微薄醫療服務。本文試從中國二元社會體制的視角出發，以浙江省富陽縣為研究個案，運用地方檔案與文獻，梳理和分析1949至83年中國農村醫療衛生體制的變遷，對比城鄉差距，評述赤腳醫生與合作醫療制度的產生、推行、發展和瓦解的過程，分析該制度成功與失敗的因素，評價它的作用和意義^④。

一

新中國成立之初，醫療衛生資源匱乏，而且城鄉之間差距懸殊，城市和農村平均每千名人口中分別有0.63張及0.05張醫院牀位，分別有專業衛生技術人員1.87人及0.73人^⑤。農村缺醫少藥，寄生蟲病、傳染病和地方病流行。當時的聯合國救濟總署稱之為世界上「最大的、最棘手的公共衛生問題」^⑥。新中國政府面臨着如何在衛生資源匱乏與經濟水平極低的情況下解決龐大農村人口的醫療衛生問題。

鑒於醫療衛生資源有限，1952和53年，政務院相繼頒布實施《關於實行公費醫療預防的指示》和《勞動保險條例》向全國各級人民政府、黨派、工青婦等團體、各種工作隊以及文化、教育、衛生等事業單位的國家工

新中國成立之初，醫療衛生資源匱乏，農村缺醫少藥，傳染病流行。當時的聯合國救濟總署稱之為世界上「最大的、最棘手的公共衛生問題」。1952年，政務院向全國國家工作人員提供公費醫療。對廣大農民的醫療衛生，則實行自費看病的辦法。從此，城鄉醫療衛生資源相去懸殊的現象，長期成為中國二元社會福利保障制度的基本特點。

* 本文在寫作過程中得到了美國巴特勒大學(Butler University)韓孝容助理教授、南京大學高華教授、計秋風教授、陳紅民教授、朱寶琴教授、中共中央編譯局俞可平教授、北京師範大學陳寶良教授、浙江大學羅衛東教授、新加坡國立大學克蘭西(Gregory K. Clancey)助理教授、劉宏副教授、鄭永年高級研究員、黃堅立副教授、何包鋼高級研究員、朋友興博士、蔡永順助理教授、澳洲塔斯馬尼亞大學(Univesity of Tasmania)高默波教授等人的指導，謹此致謝。

大躍進運動開始以後，全國形成了比較完整的農村醫療衛生體系。一些地方開始實行人民公社社員集體合作醫療制度：每年由社員交納一定的保健費，公社、生產隊的公益金補助一部分，社員看病只交部分掛號費和藥費。許多地方在人民公社「看病吃飯不要錢」的供給制影響下，甚至開始實行免費醫療。

作人員和革命殘廢軍人提供公費醫療，向廠礦企業職工提供勞保醫療^⑦。對於在中國人口中佔絕大多數的廣大農民的醫療衛生工作，根據第一、二次全國衛生工作會議提出的面向工農兵、預防為主、團結中西醫、衛生工作與群眾工作相結合的衛生工作方針，除了為消滅天花、傷寒等急、烈性傳染病而實行全民性計劃免疫免費制度之外，基本上採取依靠群眾路線，依靠群眾辦醫，實行農民自費看病的辦法^⑧。從此城鎮居民享有國家醫療保障、農民沒有國家醫療保障的現象，長期成為中國二元社會福利保障制度的基本特點。

以浙江省富陽縣為例，1952年10月，富陽縣開始實施公費醫療和勞保醫療制度，服務對象為富陽縣國家機關與全民所有制事業機構的工作人員、長期撫恤的二等以上殘廢軍人，以及糧食局、縣政府招待所等單位員工共1,199人，佔全縣總人口的0.005%^⑨。

對於農村的醫療衛生，建國初期，國家首先在縣一級投資建立衛生院，在縣以下農村，將原先的個體中西醫組織成聯合診所，農民到聯合診所自費看病^⑩。同時運用群眾運動的方式大力開展愛國衛生運動，改善農村衛生環境；以低成本的勞動力，大規模投入地方病、流行病和傳染病的防治工作。在農業合作化運動中，農業生產合作社開始興辦保健站，由經過十天至半個月左右培訓的保健員宣傳衛生政策，協助衛生部門開展預防接種，為社員提供傷口包紮和急救之類的簡單醫療服務^⑪。聯合診所則仍然是農村的主要醫療機構。從1952年開始，在浙江省富陽縣開業的個體中西醫陸續組成聯合診所。農業合作化運

動中，富陽縣衛生院舉辦保健員訓練班，教授外傷急救和宣傳衛生的知識，訓練班為期十五天，為國營農場、農業生產合作社培訓保健員五十一名。到1956年，共有農業社保健員305名，聯合診所三十六個^⑫。

1958年，大躍進運動開始以後，國家在縣設人民醫院；在公社將聯合診所、農業社保健站和區衛生所合併成人民公社衛生院，由公社經營管理；在大隊設保健室，生產隊配保健員、接生員和保育員，這樣形成了一個比較完整的農村醫療衛生體系^⑬。一些地方還借鑑根據地時期的衛生保健合作社和農業合作化時期個別地方的經驗，開始實行人民公社社員集體合作醫療制度：每年由社員交納一定的保健費，公社、生產隊的公益金補助一部分，社員看病只交部分掛號費和藥費^⑭。這種醫療制度是1968年以後中國農村合作醫療制度的雛型。許多地方在人民公社「看病吃飯不要錢」的供給制影響下，甚至開始實行免費醫療。富陽縣也不例外，1958年，縣委發出了《關於鄉鄉辦醫院，社社辦保健站的指示》，全縣二十三個公社全部實行了合作醫療制度，社員可以報銷五成的醫藥費^⑮。

1959年11月，衛生部在山西省稷山縣召開全國農村衛生現場工作會議，認為這種新型的集體保健醫療制度不僅是依靠群眾自己解決自己問題的好辦法，而且是將來逐步邁向全體社員免費醫療的良好過渡形式，同時也指出「誰看病，誰出錢」是當前大部分地區採取的主要形式^⑯。次年，《中共中央關於衛生工作的指示》進一步指出：根據目前的情況，以實行人民公社社員集體保健醫療制度為宜，並強調只有極少數經濟富裕的人民公社

仍可繼續實行社辦公費醫療的辦法，但不要忙於推廣^①。然而在大躍進運動中，實行合作醫療或免費醫療更多的是出於高漲的政治熱情，而沒有考慮到當時當地的經濟水平，加上沒有一套完善的管理制度，因而很難有效地推行。

在隨後的經濟調整中，縣、區衛生院重新由國家投資；人民公社衛生院、生產大隊保健室，由集體經濟負責；同時削減生產大隊保健室和生產隊衛生人員，從人民公社衛生院中重新分出聯合診所，採取「看病收費、獨立核算，自負盈虧，民主管理」的原則，並以此作為農村衛生組織的主要形式^②。集體合作醫療制度也不再繼續推廣和實施。在富陽縣，聯合診所再次成為農村主要醫療機構，直到1968年。

但是這次調整過多地削減了大隊保健室和生產隊「三員」，並且國家對縣以下醫療衛生單位的投資幾近於無^③。與此相比，從1960到63年，全國衛生事業經費支出總額為31.8億元，其中公費醫療經費支出為十億元以上，佔總支出的31.4%^④。1964年，在衛生技術人員分佈上，69%的全國高級衛生技術人員在城市，31%在縣以及縣以下的農村，其中縣以下僅佔10%；中級衛生技術人員中，城市佔57%，農村佔43%，其中縣以下農村僅佔27%^⑤，而1964年的農村人口佔全國總人口的81.6%^⑥。

1965年初，衛生部門為配合四清運動，組織城市巡迴醫療隊下鄉為農民治病，結合生產開展群眾愛國衛生運動，進行計劃生育的宣傳指導，為生產大隊培訓不脫產衛生員和接生員，提高農村基層衛生員的業務水平，每次一到三個月^⑦。然而，這種

短期的城市下鄉巡迴醫療隊不能從根本上改變農村缺醫少藥、城鄉之間醫療衛生資源差距懸殊的狀況：1965年，城市平均每千人所得的醫院牀位以及專業衛生技術人員數目，分別是農村的7.4倍和3.7倍^⑧。而農村人口是城市人口的4.6倍^⑨。

同年6月26日，毛澤東在和身邊的工作人員談話中措辭嚴厲地說^⑩：

告訴衛生部，衛生部的工作只給全國人口的百分之十五服務，而這百分之十五中主要還是老爺。廣大農民得不到醫療。一無醫，二無藥。衛生部不是人民的衛生部，改成城市衛生部或城市老爺衛生部好了……把醫療衛生工作的重點放到農村去嘛！

毛澤東的講話在一定程度上客觀地指出了城鄉間醫療衛生的巨大差距，對以後的醫療衛生工作有重要影響，這是農村醫療衛生體制的轉折點^⑪。此後，組織城市巡迴醫療隊下鄉和培訓農村半農半醫衛生員成為農村衛生工作的中心任務^⑫。這些農村半農半醫衛生員就是赤腳醫生的前身。在富陽縣，從1965年12月至翌年，全縣共培訓生產隊衛生員743名^⑬。

1965年，城市平均每千人所得的醫院牀位以及專業衛生技術人員數目，分別是農村的7.4倍和3.7倍。而農村人口是城市人口的4.6倍。毛澤東措辭嚴厲地說：「告訴衛生部，衛生部的工作只給全國人口的百分之十五服務。廣大農民得不到醫療。衛生部不是人民的衛生部，改成城市衛生部或城市老爺衛生部好了。」



1968年夏天，《文匯報》記者到上海川沙縣江鎮公社採訪，並發表了《關於上海郊縣赤腳醫生發展狀況的調查報告》，稱江鎮公社的半農半醫衛生員「不拿工資，幫助種地，亦工亦農，赤腳行醫」，並第一次提出了「赤腳醫生」這一名詞^⑧。9月14日，《人民日報》轉載了《文匯報》的調查報告，題為〈從「赤腳醫生」的成長看醫學教育革命的方向〉^⑨。從此以後，農村的半農半醫衛生員被稱為「赤腳醫生」。12月5日《人民日報》又發表了〈深受貧下中農歡迎的合作醫療制度〉的文章，介紹了湖北省長陽縣樂園公社實行合作醫療制度的做法^⑩。此後，赤腳醫生和合作醫療在文化大革命中成為社會主義的新生事物，被迅速推廣至全國各地。

1968年9月，浙江省富陽縣三山公社三聯大隊在全縣率先實行合作醫療制度。次年10月，縣革命委員會在三山公社三聯大隊召開富陽縣農村衛生革命現場會，到會二百餘人。會後，全縣農村掀起了大辦合作醫療的熱潮^⑪。

富陽縣農村實施合作醫療的具體辦法是：由生產大隊設合作醫療站，社員代表、大隊幹部和赤腳醫生組成大隊合作醫療管理委員會，由赤腳醫生主持。合作醫療經費由大隊、生產隊、社員個人三方面集資：各社員每年交五角至三元的保健費；生產隊和大隊每年按參加合作醫療的人數，從社隊公益金中提取每人一元，每年籌集一次，以大隊為核算單位，社員在合作醫療站就診時，根據各隊經濟條件按一定比例減免醫藥費：一般為二

至五成，富裕的大隊五成以上，慢性病的醫藥費一般只報銷五成，因不正當行為（如打架）致病和擅自外出就醫所花醫藥費不予報銷^⑫。在生產大隊合作醫療站之上的公社衛生所和縣人民醫院負責培訓和指導赤腳醫生，並開設門診接收生產隊合作醫療站轉來的病人。這樣形成了比較完備的縣、公社、大隊三級醫療衛生體系。

1969年，富陽縣各生產隊中原先的保健員、衛生員、接生員經培訓後成為赤腳醫生，以後從貧下中農子女和下鄉知青中選拔政治思想好，熱愛衛生工作，有小學或中學文化程度的男女青年當赤腳醫生，使一般生產大隊有三名以上赤腳醫生為社員服務。他們負責簡單治療、轉診病人、預防接種、計劃生育、傳染病管理與血吸蟲病防治。各大隊均設一名女赤腳醫生負責產婦產前護理和接生。赤腳醫生的勞動按工分算，以不低於同等勞力的大隊幹部為準。他們每年接受初訓、複訓，培訓時間為一到三個月，以《赤腳醫生手冊》為教材^⑬。這樣，三級醫療衛生體系、赤腳醫生與合作醫療構成了當時中國農村醫療衛生的三大支柱。

赤腳醫生和合作醫療制度在當時得以推行，最重要的是國家通過「三級所有，隊為基礎」的人民公社制，建立縣、公社、大隊三級醫療衛生網。而且，在文化大革命中，它被認為「是醫療衛生戰線上的一場大革命，是毛澤東思想佔領農村醫療衛生陣地的偉大勝利」^⑭。是否實行農村赤腳醫生與合作醫療制度被看作是農村衛生戰線上兩個階級、兩條路線的鬥爭，各級政府從政治上對此高度重視。

1968年夏天，《文匯報》記者到上海川沙縣江鎮公社採訪，並發表調查報告，第一次提出了「赤腳醫生」這一名詞。在文化大革命中，赤腳醫生和合作醫療制度被認為「是醫療衛生戰線上的一場大革命，是毛澤東思想佔領農村醫療衛生陣地的偉大勝利」。是否實行農村赤腳醫生與合作醫療制度被看作是農村衛生戰線上兩個階級、兩條路線的鬥爭。

其次，採用低成本的方法。一方面，提倡「以預防為主」的方針，由赤腳醫生向生產隊社員宣傳各種衛生知識，開展愛國衛生運動，實行「兩管」、「五改」（管水、管糞；改良水井、改良廁所、改良畜廄、改良爐灶、改良環境），通過低成本的預防來降低發病率；另一方面，提倡「自力更生，勤儉辦醫」的原則，重視中醫和中草藥，提倡「一根針，一把草，一雙手」（針灸、中草藥、推拿）。以漁山公社為例，該社組織赤腳醫生向老藥農學習草藥治病的方法，社隊組織採藥隊上山採藥，並設立中草藥配方部，加工藥材，用中草藥可以醫治五十七種常見病^⑳。這些做法解決了藥品來源問題，符合當時的農村經濟條件，使赤腳醫生和合作醫療制度能夠在低經濟水平下得以實施。

第三，國家對農村醫療衛生的投資，確保面向農村的中西成藥和醫療器械的生產供應與質量，並幾次降低供應農村的藥品價格，並派遣城市醫療隊下鄉培養赤腳醫生。1969年，富陽縣革命委員會發出通知：凡經濟收入歸集體所有的大隊保健站（室）和生產大隊不脫產衛生員（保健員）所需的藥品（含中成藥和西藥）一律按批發價供應^㉑。1972年1月，杭州市衛生局革命委員會發出《關於市屬醫療衛生單位醫務人員下放農村的意見的通知》^㉒。同年，杭州市四所市屬醫院派出近百名醫務人員到富陽縣的縣、區兩級醫療單位工作，大大充實了全縣醫療衛生隊伍^㉓。城市醫務人員被下放到農村，他們自身的利益受到了嚴重損害，然而從客觀效果上來說，他們對於培養農村衛生人員、改善農村醫療衛生狀況起了重要作用。

這三個因素也是1968年以後的農村合作醫療制度與大躍進時期社員集體合作醫療不同之處^㉔。然而，在赤腳醫生與合作醫療制度被當作社會主義新生事物大張旗鼓地宣傳與推廣的同時，它也暴露了各方面存在的嚴重問題：

首先，從合作醫療基金方面來看，合作醫療基金來自社員交納的保健費和社隊公益金，它們與各生產大隊的經濟條件密切相關，是該制度能否得以推行的關鍵。一般來說，經濟條件較好的生產大隊實行的就會好些，反之則很難實施；同時，合作醫療基金的統籌面向生產大隊，統籌面小，造成基金不足，但是在當時的政治形勢下，一些地方不顧實際經濟條件和農民是否自願，採取行政命令的辦法推行合作醫療制度，片面追求減免率和報銷比例一刀切，使得原本有限的合作醫療基金很快被花光；再則，由於缺乏一套完整有效的合作醫療基金財務管理制度，賬目混亂、挪用基金的現象時有發生，導致基金入不敷出，藥品買不進，社員外出看病的醫藥費也付不出^㉕。

其次，從赤腳醫生方面來看，他們從一開始就因為沒有受過嚴格的醫學訓練，導致醫療水平普遍很低，再加上文革時期一再強調赤腳醫生參加集體生產勞動，提倡「扛起鋤頭能種田，背起藥箱能治病」^㉖，使他們不能有效地提高業務水平。另一方面，由於他們在生產隊中的待遇優於一般社員，所以社隊幹部在挑選人員時任人唯親，頻繁撤換赤腳醫生，導致他們的整體醫療水平很低^㉗。

從社員方面來看，首先，社員能夠承受一般傷風感冒之類的小病的治療費用，不能承受的是大病的治

赤腳醫生沒有受過嚴格的醫學訓練，導致醫療水平普遍很低，再加上文革時期一再強調赤腳醫生參加集體生產勞動，使他們不能有效地提高業務水平。另一方面，由於他們在生產隊中的待遇優於一般社員，所以社隊幹部在挑選人員時任人唯親，頻繁撤換赤腳醫生，導致他們的整體醫療水平很低。

合作醫療只能減免社員治療小病的費用，支付大病的費用則無能為力，故此，社員認為合作醫療的作用不大；其次，社員懷疑中草藥的藥效，總感到土方、草藥難治病。同時，各生產大隊還普遍發生幹部優先享受轉診和用西藥的現象，於是社員的積極性被挫傷。大隊因而難以從社員那裏繼續籌集到合作醫療基金，影響了合作醫療的發展。

療費用，但是由於基金少，合作醫療一般只能減免社員治療小病的費用，支付大病的費用則無能為力，故此，社員認為合作醫療的作用不大；其次，社員懷疑中草藥的藥效，總感到土方、草藥難治病。勤功大隊合作醫療站在推廣使用中草藥時，有的社員說：「草藥能夠治好病，天下沒有死的人。」有的說：「豬草怎麼能醫治人的病呢？」有的社員則乾脆把從大隊合作醫療站配來的中草藥一包包地拋在路邊^⑤，社員「不進醫院不安心，不打針不放心，不吃西藥不放心」^⑥，但生產大隊合作醫療站顯然不能滿足這些要求；同時，各生產大隊還普遍發生幹部和社員同樣交費，但是幹部優先享受轉診和用西藥的現象，於是社員的積極性被挫傷。因而在合作醫療推行一兩年以後，大隊就難以從社員那裏繼續籌集到合作醫療基金，從而影響了合作醫療的發展^⑦。

這些因素導致赤腳醫生和合作醫療制度在實行了兩三年之後陸續停辦。到1973年，富陽縣僅有7.6%的大隊還繼續實行合作醫療。因而，儘管

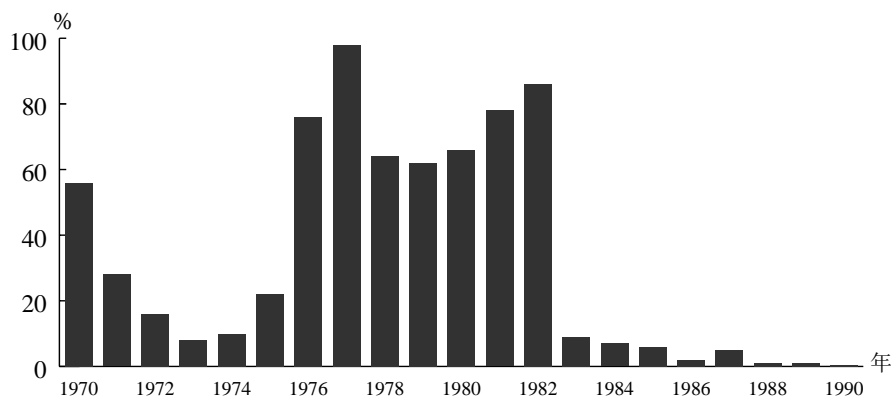
在文革時期，全國大張旗鼓地宣傳赤腳醫生與合作醫療制度，但是富陽縣的赤腳醫生與合作醫療制度並未能有效推行，這種現象也同樣存在於其他地方^⑧。

三

浙江省富陽縣農村赤腳醫生與合作醫療制度在1973年跌入低谷後，從1976年開始逐漸恢復，一直持續發展至1982年。儘管這一時期的農村社會政治經濟體制正處於大變革之際，但是各級政府針對初期赤腳醫生與合作醫療制度很快垮台的現象作出了符合實際情況的調整和改革，令該制度重新獲得較佳的成效。

1975年12月，富陽縣革命委員會在上官公社召開全縣衛生工作會議，重點討論農村合作醫療和赤腳醫生隊伍的鞏固和發展問題，會議提出合作醫療應該群眾辦，群眾管，發動和依靠群眾；堅持自力更生，勤儉辦醫的原則，大搞中草藥運動；建立健全必要的制度，嚴格手續，加強管理，杜

表1 1970-90年浙江省富陽縣農村實行合作醫療的行政村佔行政村總數百分比



資料來源：徐元根主編：《富陽縣衛生誌》（北京：中國醫藥科技出版社，1991），頁90。

絕貪污和浪費，提高赤腳醫生業務水平⁴⁹。

1976年，浙江省富陽縣實施合作醫療頗見成效。據統計，全縣共有590個生產大隊，其中451個大隊實行合作醫療制，醫藥費全報的二十個，報銷一半的267個，報銷一半以上的154個，中藥費全報而西藥費不報的十個。全縣合作醫療經費收支平衡以及收大於支的大隊合作醫療站為總數的81.1%。

1977年在浙江省赤腳醫生、合作醫療代表大會召開以後，富陽縣召開合作醫療、赤腳醫生工作座談會，重點討論了赤腳醫生的勞動報酬、中草藥使用、財務和藥品管理制度⁵⁰。年底，全縣有96.6%的行政村實行了合作醫療，是有最多行政村實行合作醫療的一年。

與此同時，富陽縣赤腳醫生隊伍沒有出現大起落，從1972年開始基本上呈持續增長態勢，1977年人數達到高峰，以後基本保持在1,200名左右，其中會接生的女赤腳醫生人數持續增長。

1978年底，農村經濟改革開始，國家對合作醫療與赤腳醫生制度進行相應的鞏固和改革。1978年12月，衛生部頒布《農村人民公社衛生院暫行條例(草案)》以整頓和建設人民公社衛生院，把鞏固和發展農村合作醫療、提高赤腳醫生的業務水平作為人民公社衛生院的主要工作⁵¹。1979年，浙江省根據衛生部、農業部、財政部、國家醫藥管理總局、全國供銷合作總社聯合頒布的《農村合作醫療管理章程(試行草案)》，制訂了《浙江省農村合作醫療管理辦法(試行)》，對合作醫療的舉辦形式、任務、基金和財務管理制度、赤腳醫生的培訓與業務要

求、中草藥的種植訂出更符合實際情況的規定⁵²。

為鞏固和改革合作醫療制度，國家着手提高赤腳醫生的業務水平。1979年富陽縣開始考核赤腳醫生，考核內容包括赤腳醫生必須掌握的基本技能(如注射、人工呼吸、預防接種、消毒隔離、飲水消毒、疫情報告等)和常見病、多發病的防治、急診處理的能力，向考核合格的赤腳醫生頒發「赤腳醫生證」，同時清退考核不合格者⁵³。1981年，在赤腳醫生考核發證的基礎上，富陽縣開始鄉村醫生考核發證工作。同年，該縣赤腳醫生參加杭州市衛生局組織的考核，有856人獲得鄉村醫生證書⁵⁴。

儘管赤腳醫生與合作醫療制度仍有一些問題，但總的來說，這一時期的富陽縣赤腳醫生與合作醫療制度是走在良性發展軌道之上。然而，1983年人民公社解體打斷了這一進程，使之既失去了運行的行政組織依託，也失去集體經濟的支撐。如表1所示，1983年，浙江省富陽縣實行合作醫療的生產大隊佔總數的比例從1982年的84%驟降到8.7%，以後逐年下降，到1990年，僅有0.8%的生產大隊(行政村)實行合作醫療⁵⁵。隨着合作醫療制度終止運作，赤腳醫生隊伍也隨之瓦解。在富陽縣，一部分經過考核成為鄉村醫生的赤腳醫生承包經營原來的合作醫療站或者自己集資籌建私人診所，有的則放棄行醫開始務農或經商⁵⁶。

赤腳醫生和合作醫療制度的瓦解使農村基層醫療衛生組織陷入癱瘓，國家失去了基層的衛生人員，農民失去了基本的醫療保障，醫藥費成為一項農民難以承受的開支，許多農民家庭因而陷入貧困，許多農民「小病拖，

1983年人民公社解體，合作醫療制度和赤腳醫生隊伍也隨之瓦解。國家失去了基層的衛生人員，農民失去了基本的醫療保障，醫藥費成為農民難以承受的開支，許多農民家庭因而陷入貧困，「小病拖，大病扛，重病等着見閻王」，農村醫療衛生狀況惡化。

大病扛，重病等着見閻王」，農村醫療衛生狀況惡化^⑤。

四

作為特定歷史時期的產物，赤腳醫生與合作醫療制度是中國農民在衛生資源匱乏且分配嚴重不公的情況下的一種創造。這種農民依靠自身力量所創造的互助合作性質的醫療保障制度，改善了農村醫療衛生狀況，使農民享受到一些微薄的醫療服務。

然而，與同時期國家機關、事業單位工作人員以及廠礦企業職工所享受到的公費醫療與勞保醫療相比，農民通過合作醫療所獲得的醫療服務是微不足道的。比較1968至83年富陽縣農村合作醫療和公費醫療人均支出，可以發現兩者之間的巨大差距，而且這種差距呈不斷擴大的態勢。富陽縣人均公費醫療支出從1968年的三十二元增長到1983年的七十元。同期，富陽縣農村合作醫療人均支出為四元，這人均四元的合作醫療基金包括社員個人每年所交的五角至三元的保健費，剩下的一元是從社員集體勞動

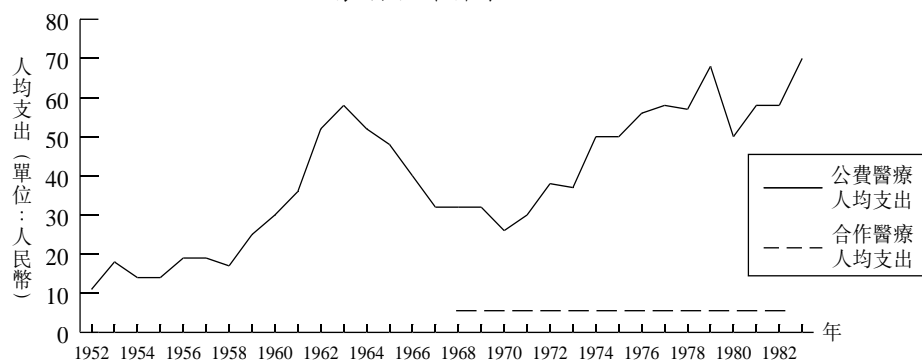
所創造出來的社隊公益金中提取的。因而農村合作醫療完全是農民依靠自身力量，通過互助合作的方式所享受到的。公費醫療則是由國家免費供給的。

而且公費醫療經費支出佔衛生事業經費的比例一直很高。1968至83年，富陽縣衛生事業經費財政撥款包括縣區醫療機構、鄉鎮醫療機構、衛生防疫、婦幼保健、藥政、科研醫教、村級衛生事業補助、貧病減免、公費醫療、計劃生育等十一個項目，但是僅公費醫療一項就佔衛生事業經費的23.6%^⑥。然而在這十四年中，全縣享受公費醫療人數佔總人口的比例僅僅在0.006%至0.01%之間^⑦。

富陽縣城鄉之間的醫療衛生差距只是全國的一個縮影。由於缺乏同期的全國公費醫療支出數據，以最能說明醫療衛生資源狀況的平均每千人口醫院牀位數目與專業衛生技術人員數目為例，從1965到83年，中國城鄉間醫療衛生資源差距懸殊，城市仍然集中了大部分的醫療衛生資源。理論上，農民患病後可以到城市醫院就醫，從而享用城市醫療衛生資源；然而，受經濟和交通條件的約束，當時

赤腳醫生與合作醫療制度使農民享受到一些微薄的醫療服務。與同時期國家機關、事業單位工作人員以及廠礦企業職工所享受到的公費醫療與勞保醫療相比，所獲得的醫療服務是微不足道的。1968至83年，富陽縣全縣享受公費醫療人數佔總人口的比例僅僅在0.006%至0.01%之間。富陽縣城鄉之間的醫療衛生差距只是全國的一個縮影。

表2 1952-83年富陽縣公費醫療人均支出與1968-83年富陽縣農村合作醫療人均支出



資料來源：《富陽縣衛生誌》，頁90；〈1952年至1990年富陽縣享受公費醫療人數和經費支出數〉，載《富陽縣衛生誌》，頁89。

表3 1949-83年全國城市與農村平均每千人口醫院牀位數目

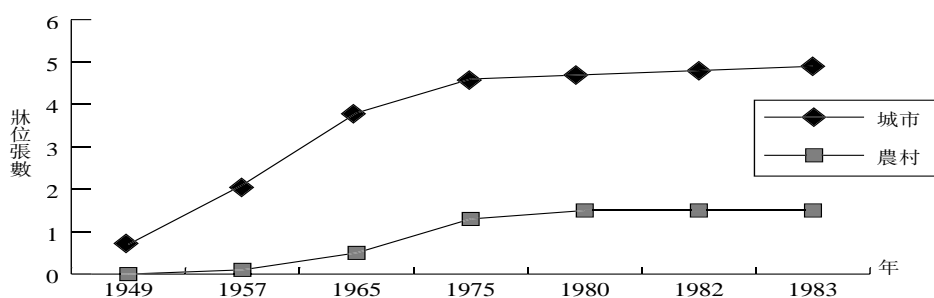
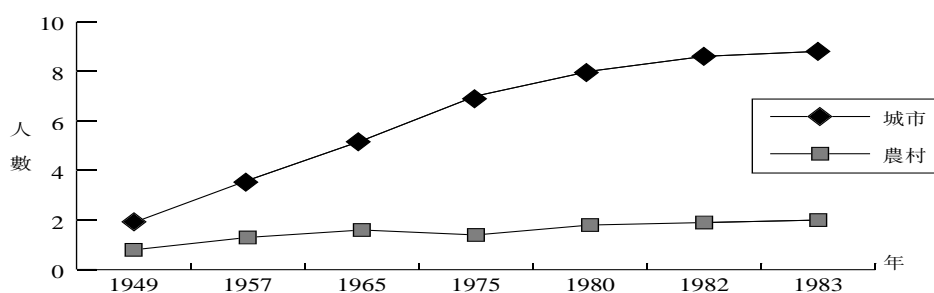


表4 1949-83年全國城市與農村平均每千人口專業衛生技術人員數目



資料來源：《1983年中國衛生年鑒》(北京：人民衛生出版社，1984)，頁54；《1984年中國衛生年鑒》，頁18；《1985年中國衛生年鑒》，頁40。

的農民到城市醫院求醫是相當困難的。

因而，從1949到83年，不同時期內中國農村醫療衛生體制的變遷是在二元社會體制中城鄉之間醫療衛生資源存在巨大差距的背景下進行的。同時，農村醫療衛生政策的施行也依賴於國家權力對農村基層社會實施了前所未有的深入和有效控制。赤腳醫生與合作醫療制度使農民在中國二元社會體制的大背景下，依賴於國家對基層社會的控制和完善的行政組織，依靠自身力量通過互助合作的方式獲得了一些微薄的醫療服務。70年代末和80年代初的農村經濟改革和人民公社解體使國家對農村社會的控制變得鬆動，農村從而獲得較多的發展空間，但是國家沒有建立相應的、有效的農村基層組織負責原先由生產大隊

承擔的公共事務，因而赤腳醫生與合作醫療制度也隨之頃刻瓦解，農民失去了原先所享受到的微薄醫療服務，但是在二元社會體制中的城鄉醫療衛生差距仍然長期存在，並且在市場經濟改革中不斷擴大，中國農民的醫療衛生直到現在仍然是一個亟待解決的問題。

人民公社解體以後，國家沒有建立相應的農村基層組織負責原先由生產大隊承擔的公共事務。赤腳醫生與合作醫療制度頃刻瓦解，農民失去了原先所享受到的微薄醫療服務。城鄉醫療衛生差距在市場經濟改革中不斷擴大，農民的醫療衛生直到現在仍然是一個亟待解決的問題。

註釋

① 〈錢信忠同志在全國衛生局長會議上的總結講話(摘要)〉(1980年1月)，載《中國衛生年鑑》編輯委員會編：《1983年中國衛生年鑑》(北京：人民衛生出版社，1984)，頁39。

② 世界銀行中蒙局環境、人力資源和城市發展業務處：《中國：衛生模式轉變中的長遠問題與對策》(北京：中國財政經濟出版社，1994)，頁17。

③ 高默波：〈書寫歷史：《高家村》〉，《讀書》，2001年第1期，頁15。

④ 關於相關問題的最新論述，參見陸學藝主編：《內發的村莊》（北京：社會科學文獻出版社，2001）；Kim Taylor, "The History of the Barefoot Doctors" (Master's Thesis, University of Cambridge, 1994).

⑤②④ 〈全國平均每千人口醫院牀位數及專業衛生技術人員數〉，載註①《1983年中國衛生年鑑》，頁54。

⑥ Robert L. Felt, "The Modern History of Chinese Medicine, Part Two" (www.paradigm-pubs.com/MediaCenter/Background/ModHis2.htm).

⑦ 中共中央文獻研究室編：《建國以來重要文獻選編》，第三冊（北京：中央文獻出版社，1992），頁241；勞動人事部政策研究室編：《中華人民共和國勞動法規選編》（北京：勞動人事出版社，1988），頁393。

⑧ 《當代中國》叢書編輯部編：《當代中國的衛生事業》（上）（北京：中國社會科學出版社，1986），頁5-6；《當代中國的衛生事業》（下）（北京：中國社會科學出版社，1986），頁8。

⑨ 徐元根主編：《富陽縣衛生誌》（北京：中國醫藥科技出版社，1991），頁87-91；杭州市地方誌編纂委員會編：《杭州市誌》（北京：中華書局，1995），頁416。

⑩ 註⑧《當代中國的衛生事業》（下），頁6。

⑪ 浙江省衛生廳：《關於國營農場、農業生產合作社保健員訓練指示、課本和部分縣的總結》（1954），浙江省檔案館，卷號J165-4-100。

⑫⑬⑭⑮⑯⑰ 註⑨《富陽縣衛生誌》，頁269-70、248；72；16；90；46；17。

⑱ 浙江省衛生廳：《關於當前農村基層衛生組織體制調整及有關問題的意見》（1961），浙江省檔案館，卷號J165-11-18。

⑲ 浙江省衛生廳：《全國農村衛生工作稷山現場會議資料彙編及本省

參加會議材料》（1959），浙江省檔案館，卷號J165-9-49；張自寬、朱子會、王書城、張朝陽：〈關於我國農村合作醫療保健制度的回顧性研究〉，《中國農村衛生事業管理》，1994年第6期，頁5。

⑳ 註⑨《富陽縣衛生誌》，頁12、72；王文治主編：《富陽縣誌》（杭州：浙江人民出版社，1993），頁60。

㉑ 同註⑱《全國農村衛生工作稷山現場會議資料彙編及本省參加會議材料》。

㉒ 〈中共中央關於衛生工作的指示〉，載註⑦《建國以來重要文獻選編》，第十三冊（北京：中央文獻出版社，1996），頁93。

㉓ 浙江省衛生廳：《上級轉發外省關於農村公社醫療保健組織規定的通知》（1961），浙江省檔案館，卷號J165-11-050。

㉔ 全國衛生廳局長會議：《一九六三年衛生基本建設計劃安排情況》（1962年12月），江蘇省檔案館，卷號3119-783-901。

㉕ 〈衛生部黨組關於改進公費醫療的報告〉（1964年10月），載註⑦《建國以來重要文獻選編》，第十九冊（北京：中央文獻出版社，1998），頁284。

㉖ 〈衛生部黨委關於把衛生工作重點放到農村的報告〉（1965年9月），載註⑦《建國以來重要文獻選編》，第二十冊（北京：中央文獻出版社，1998），頁527。

㉗⑸ 中國社會科學院人口研究中心《中國人口年鑑》編輯部編：《1985年中國人口年鑑》（北京：中國社會科學出版社，1986），頁811；811。

㉘ 浙江省人民委員會：《浙江省人民委員會關於醫療隊下鄉工作有關事項的通知》（1965年3月），浙江省檔案館，卷號J165-15-67。

㉙ 浙江省杭州市革委會：《貫徹毛主席「六·二六」光輝指示宣傳提綱》（1971年12月），浙江省淳安縣檔案館，卷號30-2-100-46。

㉚ 李志綏認為毛澤東在1964年下令中央衛生部撤銷保健局，高級幹部不准有專任醫生，取消保健工

作，因為毛得知劉少奇患了肺結核，參見李志綏：《毛澤東私人醫生回憶錄》（台北：時報文化出版企業有限公司，1994），頁399-400。林克等人認為毛澤東主要是着眼於醫療工作要面向廣大人民群眾，參見林克、徐濤、吳旭君：《歷史的真實：毛澤東身邊工作人員的證言》（香港：利文出版社，1995），頁211-15。

⑳ 浙江省衛生廳：《當前各地培訓農村衛生人員情況的彙報》（1965），浙江省檔案館，卷號J165-15-126。

㉑ 葛子長：〈中國第一個「女赤腳醫生」的曲折人生〉，《貴州文史天地》，2001年第2期，頁33。

㉒ 《人民日報》，1968年9月14日。

㉓ 《人民日報》，1968年12月5日。

㉔ 註⑨《富陽縣衛生誌》，頁70；對富陽赤腳醫生的訪談，2001年8月。

㉕④⑥ 中共富陽縣委：《批轉縣衛生局黨支部〈關於漁山公社鞏固和發展合作醫療的調查報告〉》（1972年5月），富陽縣檔案館，卷號1-5-39。

㉖ 杭州市革命委員會：《批轉市衛生局革委會〈關於醫務人員下放農村的意見的報告〉》，淳安縣檔案館，卷號105-54。

㉗ 轉診制度也是1968年農村合作醫療不同於大躍進時期社員集體合作醫療之處。

㉘ 中共富陽縣委：《縣政工組在全縣衛生、計劃生育工作會議上的總結講話》（1976年4月），富陽縣檔案館，卷號1-5-186。

㉙ 對村民和赤腳醫生的訪談，2001年8月。

㉚ 中共富陽縣委：《關於上官公社鞏固發展合作醫療的調查報告》（1980），富陽縣檔案館，卷號1-5-289。

㉛ 對村民的訪談，2001年8月。

㉜ 安徽鳳陽縣1969年開始試點，1971年全縣所有生產大隊都實行了合作醫療，但到了1973年底，只有15.8%的生產大隊實行合作醫療。參見朱玲：〈政府與農村基本醫療保健保障制度選擇〉，《中國社會科學》，2000年第4期，頁91。

㉝ 註⑨《富陽縣衛生誌》，頁17；中共富陽縣委：《關於加強領導，鞏

固發展合作醫療的意見》（1975），富陽縣檔案館，卷號1-5-172。

㉞ 中共富陽縣委：《批轉縣衛生局黨委〈全縣合作醫療、赤腳醫生工作座談會議情況報告〉》（1977），富陽縣檔案館，卷號1-5-510。

㉟ 衛生部：《全國農村人民公社衛生院暫行條例（草案）》（1978年12月），浙江省淳安縣檔案館，卷號30-2-3-155。

㊱ 浙江省衛生局：《浙江省農村合作醫療管理辦法（試行）》（1979年11月），淳安縣檔案館，卷號30-2-3-155。

㊲ 浙江省衛生局：《關於對農村赤腳醫生進行考核發證的通知》（1979年10月），富陽縣檔案館，卷號74-1-19。

㊳ 註⑨《富陽縣衛生誌》，頁73；杭州市衛生局：《關於認真做好鄉村醫生考試考核工作具體意見的通知》（1980），淳安縣檔案館，卷號30-2-4-232-6。

㊴ 〈1970至1990年富陽縣合作醫療數〉，載註⑨《富陽縣衛生誌》，頁90。

㊵ 該縣情況與雲南麗江地區虎泉村相似，參見Sydney D. White, "From 'Barefoot Doctor' to 'Village Doctor' in Tiger Springs Village: A Case Study of Rural Health Care Transformations in Socialist China", *Human Organization* 57, no. 4 (Winter 1998).

㊶ 王延中：〈試論國家在農村醫療衛生保障中的作用〉，《戰略與管理》，2001年第3期，頁15-24。

㊷ 〈1955-1990年富陽縣衛生事業經費財政撥款數〉，載註⑨《富陽縣衛生誌》，頁76。

㊸ 〈1952-1990年富陽縣享受公費醫療人數和經費支出數〉，載註⑨《富陽縣衛生誌》，頁89；〈市屬各縣年末人口變動情況〉，《杭州市誌》，頁416。