

新中国卫生防疫制度与合作医疗制度的协同演进论略*

◎ 李洪河

内容提要 新中国成立以后,面对各种急慢性传染病、多发病、地方病等流行和肆虐的严峻挑战,党和政府把卫生防疫制度纳入到国家建设的总体设计之中,不仅初步建立起了较为完善的法规体系,逐步推进新中国卫生防疫的制度化,而且尊重群众首创,建立起适合当时国情的具有中国特色的合作医疗制度,为卫生防疫制度的落实提供了组织和资源保障。国家卫生防疫制度演进表现为遵循传染病防控一般规律的国家行动;合作医疗制度的演进则表现出基层为解决卫生防疫实际困难而开展持续探索,进而被国家识别、推广的扩散特征。坚持四个基本遵循是卫生防疫制度与合作医疗制度相容并协同演化的准则,也是当代中国卫生防疫制度的建设与发展从历史中获得的镜鉴与启示。

关键词 新中国 卫生防疫制度 农村合作医疗 协同演化

(中图分类号)K27 (文献标识码)A (文章编号)0447-662X(2020)07-0036-09

DOI:10.15895/j.cnki.rwzz.2020.07.018

新中国成立后,党和政府在面临政治、经济、文化等重大建设任务的同时,也面临着多种疫病流行和肆虐的严峻考验。1950年9月8日政务院第49次政务会议上的报告指出,这一时期“我国全人口的发病数累计每年约一亿四千万人,死亡率在千分之三十以上,其中半数以上是死于可以预防的传染病上,如鼠疫、霍乱、麻疹、天花、伤寒、痢疾、斑疹伤寒、回归热等危害最大的疾病,而黑热病、血吸虫病、疟疾、麻风、性病等,也大大侵害着人民的健康”。^①为此,中共中央和中央人民政府将发展卫生防疫事业作为与土地改革同等重要的巩固新生政权、赢得人民群众政治认同的重要着力点,先后颁布了涉及传染病预防、海港检疫、学校卫生、工厂卫生、饮食卫生等多个领域的几十种卫生防疫法规,构建了相对完备的卫生防疫制度。既有研究已经广泛关注到新中国传染病防治过程中的制度建设、组织机构、社会动员、防疫行为等,^②但较少考察卫生防疫制度与其

他相关制度间的关系。回顾新中国卫生防疫制度建设历程,不难发现:当时的卫生防疫制度落实存在诸多困难。党和政府汲取人民群众的办医经验,为卫生防疫工作较为薄弱的农村地区量身定做了合作医疗制度。民办公助模式运行的合作医疗制度为国家落实卫生防疫制度提供了资源保障,奠定了卫生防疫制度的执行基础。改革开放后中国卫生防疫制度的改革与重构成绩斐然,离不开新中国卫生防疫制

* 基金项目:河南省宣传思想文化战线“四个一批”人才项目“中国共产党创新社会治理的历史经验研究”(豫宣通(2016)13号);河南省高等教育教学改革研究与实践重点项目“档案资源在中华人民共和国史教学中的应用研究”(2019SJGLX070)

① 中央人民政府政务院秘书厅《中央人民政府政务院政务会议文件汇编》第3册,1953年12月内部印行,第172页。

② 相关研究可以参见李洪河《建国初期的卫生防疫事业探论》,《党的文献》2006年第4期;王冠中《20世纪50年代中共整合组织资源防控血吸虫病的实践及启示》,《党史研究与教学》2011年第3期;王小军《疾病、社会与国家——20世纪长江中游地区的血吸虫病灾害与应对》,江西人民出版社,2011年;杨念群《防疫行为与空间政治》,《读书》2003年第7期,等等。



度建设的经验积累。

本文主要基于制度史的研究方法,试对新中国卫生防疫制度的演进历程做一简要梳理,并在此基础上分析卫生防疫制度与合作医疗制度间的协同演化关系,将国家卫生防疫制度建设视为随传染病防治规律变化而开展的顶层设计性质的国家行动,将合作医疗制度建设视为传染病防治资源不足情境下基层探索出的、具有合作生产(Co-product)特征^①、因地、因时的制度创新及其扩散过程。考察新中国卫生防疫制度和合作医疗制度演进的差异化路径及其协同关系,可以为当代中国卫生防疫制度的建设与发展提供些许镜鉴与思考。

一、新中国卫生防疫制度的演进历程

新中国的卫生防疫制度发轫于中国共产党在江西局部执政的土地革命时期,抗日战争时期和解放战争时期又有一定程度的发展,其间制订了一些有关卫生防疫的条例、办法和规章,为战时卫生防疫工作的有效开展提供了制度依据和保障。但囿于战时条件,新中国成立前中国共产党领导的卫生防疫制度并未形成健全的体系。新中国成立以后,国家的卫生防疫制度建设进入新的探索期。

1. 国家卫生防疫制度的初步构建

1950年,中共中央先是明确提出了“面向工农兵”“预防为主”“团结中西医”的三大卫生工作方针,随后在新中国的卫生防疫实践中又总结出了“卫生工作与群众运动相结合”的卫生方针,指明了新中国卫生工作的基本原则和发展方向。遵循这些方针,在新中国初期相关法律法规还不完善的情况下,中央人民政府通过颁布一系列具有法律效力的通令、通知和指示来指导新中国的卫生防疫工作,规范社会群体的行为。如针对天花、流行性脑脊髓膜炎、麻疹、白喉、猩红热、百日咳等时疫流行,1950年2月10日,中央人民政府卫生部和中央人民政府革命军事委员会卫生部联合发出《关于开展军民春季防疫工作给各级人民政府及部队的指示》,要求“各疫区及邻近的县以上政府负责同志,应亲自动手,组织包括各方代表人员参加的防疫委员会,动员并指挥一切卫生工作者结合群众,向疫病作斗争,在非疫

区亦应有所准备及动员,最好能组织起来,以进行一般卫生工作,特别是普通种痘,切实防止在疫病尚未发生以前的麻痹现象,及至因无准备而疫病蔓延传播严重后的张皇失措现象”。^②随后中央人民政府卫生部又陆续发出预防霍乱、血吸虫病、流行性乙型脑炎、痢疾、白喉、鼠疫、麻风病等传染病的专项指示、通知、通令或通报,以积极防治旧中国遗留下来的严重危害人民健康的各种传染病。同年12月,卫生部还颁布了《交通检疫暂行办法》共25条,对鼠疫、霍乱、天花、斑疹伤寒、黄热病、麻风、炭疽病、流行性脑炎等10种应行检疫传染病的隔离、留验等情形作了详细规定。^③1951年2月,卫生部又发布执行《民用航空检疫暂行办法》,防止天花传染;同年4月,卫生部在全国防疫专业会议上研究制订了鼠疫、天花等19种危害严重传染病的防治方案,供各地参考。^④

1954年中华人民共和国第一部宪法颁布后,随着新中国各项制度建设的全面推进,卫生防疫制度的建设也步入发展的黄金期。1955年3月,中央人民政府卫生部召开了第二届全国卫生防疫工作会议。会议确定继续大力开展爱国卫生运动,提高各级卫生防疫机构首先是卫生防疫站的工作质量,积极开展卫生监督等几项基本任务,并要求进一步做好急性传染病的防治工作,加强对寄生虫病尤其是对血吸虫病的防治工作。^⑤根据会议精神,中央人民政府卫生部还从新中国成立以来防治传染病的经验出发,制订了第一部卫生防疫方面的综合性法规——《传染病管理办法》,以防止并控制传染病的发生和流行,保障人民的生命安全和身体健康。该办法1955年6月1日经国务院批准,同年7月由卫生部发布执行。它将常见的传染病暂定为甲、乙两类共18种,并对传染病的疫情报告及防治处理措施

^① 朱春奎、易雯《公共服务合作生产研究进展与展望》,《公共行政评论》2017年第5期。

^{②③} 中央人民政府卫生部《卫生法令汇编》第1辑,1951年内部印行,第73~74、124页。

^④ 蔡景峰、李庆华《中国医学通史》(现代卷),人民卫生出版社2000年,第38页。

^⑤ 新中国预防医学历史经验编委会《新中国预防医学历史经验》第1卷,人民卫生出版社,1991年,第278页。



作了具体规定,要求地方各级人民委员会督促和指导所属卫生行政机关负责贯彻落实,各地文教、公安、交通机关、部队和群众团体等应予配合。^①1956年9月6日,卫生部又发出通知,将血吸虫病、钩虫病、疟疾等7种传染病纳入传染病管理办法的乙类传染病中进行管理,并要求相关部门将其列入疫情旬报表、月报表,按期报告。^②1957年12月,卫生部再将钩端螺旋体病和传染性肝炎列入乙类传染病。同时,各省、自治区、直辖市根据本地区的特点制定了传染病管理实施细则。^③至此,一部对各种传染病进行分类管理的较为完善的法规体系初步建立起来。

2. 急慢性传染病专项整治制度的颁行

根据《传染病管理办法》,中共中央和人民政府还对与工农业生产密切相关、对人民生命健康造成重大危害的血吸虫病、麻风病、急性传染病和职业病进行专项整治,制订了一些有效的规定和办法。如针对血吸虫病严重危害人民健康,严重阻碍农业生产发展的情形,中共中央不仅专门成立了“中共中央防治血吸虫病领导小组”,制订了《防治血吸虫病工作条例》,还将其纳入1956-1967年《全国农业发展纲要草案》,作为有效防治、彻底消灭的对象之一;^④针对麻风病盛行,1957年第一次全国麻风病防治会议提出了“积极防治,控制传染”的方针,同时决定建立麻风病院、麻风村及培养防治技术人员的措施及技术标准;^⑤面对急性传染病的肆虐,卫生部、总后勤部卫生部和中华医学会于1959年联合召开了全国急性传染病学学术会议,分析了麻疹、流行性脑脊髓膜炎、传染性肝炎等8种常见多发的急性传染病的流行情况及其流行规律,研究制订了急性传染病防治方案;^⑥由于1950年10月《种痘暂行办法》的颁布推动了全民免费普种牛痘工作的开展,使天花在几年内得到基本控制,此后中央政府又有计划地扩大了预防接种的范围,先后控制了伤寒、斑疹伤寒等烈性传染病。^⑦此外,在检疫和饮用水卫生方面,1957年12月第一届全国人民代表大会常务委员会第88次会议通过了《中华人民共和国国境卫生检疫条例》,对海、陆、空港卫生检疫做了全面的说明;^⑧1956年国家建设委员会和卫生部颁发

《饮用水水质标准》,1959年又颁布了《生活饮用水卫生规程》,详细规定了自来水的卫生标准和对水源进行必要的卫生防护。^⑨

3. 卫生防疫制度的法制化建设

“文化大革命”期间,卫生防疫工作一度停顿,以致“四害”回升,一些曾被控制的传染病又有流行。以1978年中共十一届三中全会召开为起点,国家的卫生防疫制度建设也进入全面发展的新阶段。1979年12月,卫生部召开了全国卫生防疫工作会议,讨论和研究了如何贯彻“预防为主”的方针,加强卫生防疫工作等问题。^⑩此后,卫生部陆续制订颁发了有关鼠疫、霍乱、结核病、麻风病、性病、血吸虫病和丝虫病等数十种传染病的专项防治条例、规则、办法或技术标准。尤其是在地方病防治方面,相关部门不仅先后制订、出台了《食盐加碘防治地方性甲状腺肿暂行办法》《防治布氏杆菌病暂行办法》《改水防治地方性氟中毒暂行办法》以及各种地方病的监测方案,使各部门各方面力量都能按照统一的规范和法规进行工作,而且还相继制定了《克山病防治工作标准》《地甲病防治工作标准》以及《大骨节病防治效果判定》等7种地方性疾病的10多个标准,成为专业防治人员进行技术活动的规范。^⑪在此基础上,1989年2月,第七届全国人民代表大会常务委员会第六次会议通过了《中华人民共和国传染病防治法》,使中国的传染病防治纳入了法

① 国务院法制办公室《中华人民共和国法规汇编(1953-1955)》第2卷,中国法制出版社,2005年,第732、733页。

② 河北省卫生厅《卫生防疫法令规章选编(1951-1963)》,1964年内部印行,第21页。

③④ 邓铁涛《中国防疫史》,广西科技出版社,2006年,第588、589页。

⑤ 参见新中国预防医学历史经验编委会《新中国预防医学历史经验》第1卷,人民卫生出版社,1991年,第279页。

⑥ 当代中国丛书编辑委员会《当代中国的卫生事业》(上),中国社会科学出版社,1986年,第12页。

⑦ 蔡景峰、李庆华《中国医学通史》(现代卷),人民卫生出版社,2000年,第38页。

⑧⑩ 中国卫生年鉴编辑委员会《中国卫生年鉴(1983)》,人民卫生出版社,1984年,第17、77页。

⑨ 参见广东省卫生厅卫生防疫局技术资料室《卫生防疫法规选辑》第1册,1964年内部印行,第59-86页。

⑪ 中国地方病防治四十年编委会《中国地方病防治四十年》,中国环境科学出版社,1990年,第12页。



治轨道。^①

4. 卫生防疫制度的改革与重建

1980年代中期以后,国家在实践的基础上对原有的医疗卫生法律法规重新修订,并根据新的需求制订了一系列新的卫生法律法规,加快了卫生立法步伐,卫生法制逐步完善。国家以传染病防治法为纲构筑的现代化卫生防疫法律体系虽然较为完备,但面对突如其来的非典型肺炎、禽流感等公共卫生事件,这一体系仍有缺漏之处,卫生部、国务院于2003年紧急制定《传染性非典型肺炎防治管理办法》和《突发公共卫生事件应急条例》来弥补1989年传染病防治法之不足。2004年8月28日,第十届全国人大常委会第十一次会议表决通过了修订后的《中华人民共和国传染病防治法》。该法在法定传染病种方面,增加了传染性非典型肺炎(SARS)、禽流感两种,列入乙类;在疫情通报制度方面,规定传染病暴发、流行时,由国务院卫生行政主管部门负责向社会发布传染病疫情信息,隐瞒、谎报、缓报者将受惩处;在疫情控制方面,有关规定则更加具体等。^②到2008年,国家已经颁布实施了《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品卫生法》《中华人民共和国母婴保健法》等10部卫生法律,《医疗机构管理条例》《公共场所卫生管理条例》等37部卫生行政法规和《处方管理办法》等180余件部门规章,组织制订了18000余项卫生标准,形成了比较完善的卫生法制体系。全国还有98.3%的市(地)和96%的县(区)建立了卫生监督机构,综合执法能力不断提高,依法行政能力不断增强,切实维护了公众健康权益。^③至此,较为完备的卫生防疫制度及卫生执法监督制度等相关的配套制度已基本上建立健全。

总之,新中国的卫生防疫制度经历了新中国初期的尝试与探索、改革开放以来的改革与重构,才得以逐步建立、健全,它对中国医疗卫生制度的发展、急性传染病的防治、医疗卫生服务的均等化、国家卫生面貌的改观等都产生了深远影响。卫生防疫制度的建构是一个渐进性的过程,更不可能一劳永逸。但是一旦具备了法制化的基础,这一制度就能灵活应对复杂多变的新情况、新问题。因此,国家应不遗

余力地推进卫生防疫的制度化进程。

二、新中国合作医疗制度的缘起、扩散和发展

作为国家卫生防疫制度的重要组成部分,这一制度起源于陕甘宁边区初创的医疗合作社。早在1938年,陕甘宁边区政府民政厅为解决药物缺乏、军民看病难的难题,便领导建立了由西北局保健委员会及民政厅投资的第一个医救并举的机构——保健药社;后为防治时疫、反对封建迷信,边区政府和延安市政府还应群众要求又筹建了民办公助的卫生合作社,^④其建立和运作机制已具备了合作医疗制度的一些基本特征,为以后合作医疗制度的发展做好了铺垫。

1. 合作医疗制度的基层探索

新中国成立以后,在东北人民政府卫生部的倡导下,东北大行政区首先开展了建立农村卫生实验县(区)的工作,全区6个省共建立了40个卫生实验县。在这些实验县的区一级,各地根据经济情况试办了不少公营、公私合营、合作社营或群众集资的区卫生所,卫生部还积极提倡把散在的个体开业的医务人员组织起来成立私人合作性质的联合诊所。截至1952年,东北大行政区的40个卫生实验县共建立了146所区卫生所,其中公有制的51所,联合诊所性质的95所。^⑤1950年初,上海市南汇县坦直乡人民诊疗所规定本地区农民每户每月可交大米3斤(每3人作一户)作为医药费用,凡参加者一律免费就诊。该诊疗所其后虽因经验不足、筹资困难等因素而停办,但其群众性的合作医疗性质亦是农村

^① 中华预防医学会、中华预防医学会河北省分会《卫生防疫法规汇编(1949-1988)》(下),人民卫生出版社,1987年,第2233~2234页。

^② 中国法制出版社《医药卫生法律适用全书(含标准规范)》第4版,中国法制出版社2012年,第435页。

^③ 中国卫生思想政治工作促进会、中国医院管理杂志社:《回顾与展望:新中国医药卫生事业发展60周年纪念文集》,2009年内部印行,第15页。

^④ 武衡《抗日战争时期解放区科学技术发展史资料》第5辑,中国学术出版社,1986年,第351~352页。

^⑤ 《参与东北地区农村卫生实验县(区)建设的体会》,《亲历农村卫生六十年——张自宽农村卫生文选》,中国协和医科大学出版社2011年,第2、3页。



合作医疗在这一地区的初次尝试。^① 1951年5月召开的全国医政工作会议,肯定了组织私人开业医生举办联合诊所的经验。河北省通县乡村卫生实验区积极响应,当即在该县一区丁各庄试点,成立了第一个农村联合诊所。这个经验很快在全县推广,当年就建立了19所。到了1954年,通县私人开业医务人员自愿组成的联合诊所的总数发展到40余所。^② 这些具有合作医疗性质的实践,由人民群众的自发到新政府的积极引导和推广,其改变农村地区卫生防疫落后面貌的作用和影响日益凸显,为其向合作医疗制度的成功转型奠定了基础。

随着农业合作化高潮的到来,“生产、资金、农具、技术上的互助合作启发农民把互助合作扩大到医疗融资领域”,^③与联合诊所相适应的私有经济逐渐被集体经济所取代,联合诊所的根基动摇,再加上经营不善、问题暴露,农民群众又开始了新的探索和尝试。如1953年成立的山西省高平县米山乡联合诊所在开展防病治病、满足农民群众的医药需求方面曾起了重要作用,但因经营不善、病人减少,该诊所1954年即出现严重亏损,陷入困境。这时,高平县米山、南竹庄、下冯庄的18个农业生产合作社的农民群众为了更好地解决防病治病问题,纷纷要求“联合起来自己办个保健站”。这一要求得到了县、乡党政领导的支持。经过一段时间的筹备,米山乡联合保健站于当年5月1日正式宣告成立。该保健站的建站资金主要有三个来源:一是将原联合诊所资财的私有部分,合理作价,半年内还清,公有部分转入保健站使用;二是由18个农业社的每个社员每年出保健费5角,其中3角由农业社公积金统一支付,另外2角折合成劳动工分在年终分配时扣除;三是农业社的公益金也适当给予支持。^④ 保健站的工作任务是贯彻预防为主方针,坚持防治结合,积极开展群众性卫生保健工作,防治各种传染病、多发病,为社员群众健康和农业生产服务。

2. 合作医疗制度的全国扩散

米山乡联合保健站模式一经诞生,就受到了山西省委、省政府和卫生部以及国务院文教办的高度重视。当年11月,卫生部、国务院文教办和山西省卫生厅组成了由卫生部党组书记、常务副部长徐运

北带队的6人调查组,他们经过调研,充分肯定了这种办医形式,并将米山乡依靠农村集体经济组织和社员群众出保健费而享受医疗保健费减免的办法定名为集体保健医疗制度。是年,山西、河南、河北、湖南、贵州、山东和上海等省市的一些农村地区也出现了一批由农业合作社举办的保健站和医疗站。^⑤ 虽然这一时期不同地区的叫法不一,融资比例也不尽相同,但这种以集体经济为基础,集体与个人结合互助的医疗制度就是真正意义上的合作医疗制度。

1958年以后,刚兴起的合作医疗制度被迅速推向全国,广大农村地区掀起了一股兴办合作医疗的热潮。其中比较典型的是山西省稷山县太阳村的合作医疗。该村参加合作医疗的社员每人每年交纳两元钱的合作医疗费(五保户由社队给付),社队也从公益金中安排合作医疗补助经费予以补贴。这就使疾病防治和社员健康有了较好的保障。太阳村保健站主动服务到每家每户,并为每家每户建立了健康档案,深受太阳村村民好评。由于稷山县在开展合作医疗方面成绩突出,1959年11月卫生部在该县召开了全国农村卫生工作会议,会议向党中央的报告附有《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》,提出目前“以实行人民公社社员集体保健医疗制度为宜”。其要点是:社员每年交纳一定的保健费;看病时只交药费或挂号费;由公社、大队的公益金中补助一部分。具体作法各地可根据当地条件制定。^⑥ 1965年6月26日,毛泽东“把医疗卫生工作的重点

^① 上海卫生工作丛书编委会《上海卫生》(1949-1983),上海科学技术出版社,1986年,第658页。

^② 《关于通县乡村卫生实验区情况的调查》,《亲历农村卫生六十年——张自宽农村卫生文选》,中国协和医科大学出版社,2011年,第6页。

^③ 王绍光《学习机制与适应能力:中国农村合作医疗体制变迁的启示》,《中国社会科学》2008年第6期。

^④ 《农村基层卫生组织办医形式和医疗保健制度的创新——米山乡联合保健站实行集体保健医疗制度》,《亲历农村卫生六十年——张自宽农村卫生文选》,中国协和医科大学出版社,2011年,第282、283页。

^⑤ 中国卫生思想政治工作促进会、中国医院管理杂志社:《回顾与展望:新中国医药卫生事业发展60周年纪念文集》,2009年内部印行,第224页。

^⑥ 转引自蔡景峰、李庆华《中国医学通史》(现代卷),人民卫生出版社,2000年,第64页。



放到农村去”的指示发出后,一时间“上山下乡”的热潮兴起,医疗卫生资源开始向农村倾斜,有力地推动了合作医疗制度的发展。其后由于政治运动的因素,合作医疗制度的健全与完善较为舒缓,甚而陷于停滞状态。

3. 合作医疗制度的规范发展

1978年3月第五届全国人大一次会议通过的《中华人民共和国宪法》规定“劳动者在年老、生病或丧失劳动能力的时候,有获得物质帮助的权利,国家逐步发展社会保险、社会福利、公费医疗和合作医疗等事业,以保证劳动者享受这种权利”。^①根据宪法精神和实践经验,卫生部和农业部、财政部于1979年12月共同制定并联合下发了《农村合作医疗章程(试行草案)》。《章程》指出农村合作医疗是人民公社社员依靠集体力量,在自愿互助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;举办合作医疗的形式要根据当地实际情况,经社员群众充分讨论确定;合作医疗基金由参加合作医疗的个人和集体(公益金)筹集,具体金额应根据需要和可能经社员群众讨论决定;合作医疗基金主要用于社员的医疗费等等。^②《农村合作医疗章程》的颁布对合作医疗制度的发展具有重要意义。但此时与其相对应的经济体制正在悄悄地发生变化,合作医疗制度的重要支撑——农村集体经济力量逐渐削弱,相关的公共财政支持很长一段时期内难以到位。随着家庭联产承包责任制的推行,“合作医疗赖以生存的农村集体经济纷纷解体”,公共财政支付一时无法实现,1980年代初期以后“合作医疗开始大面积萎缩,濒临崩溃”。^③据统计,农村合作医疗的覆盖率由1970年代鼎盛时期的90%,1980年代猛降至10%以下,最低时覆盖率只有5%左右。^④至此,农民群众又回到了自费医疗的状态。

4. 合作医疗制度的改革与转型

受改革开放前“平均主义”“大锅饭”的分配方式的影响,医疗卫生服务缺乏积极性、没有活力以及效率低下的问题日益凸显。农村合作医疗制度的改革与重构较为迟缓。为了克服这一问题,国务院于1985年4月25日批转了卫生部《关于卫生工作改

革若干政策问题的报告》,提出中央和地方应当逐步增加卫生经费和投资;同时必须进行改革,放宽政策,简政放权,多方集资,开辟发展卫生事业的路子,把卫生工作搞活。^⑤据此,政府部门将市场经济理论引入了医疗卫生事业领域,有效调动了医疗机构与医务人员的积极性和创造性,医疗卫生服务的供需矛盾有了很大程度的缓解。但也由此导致“卫生公共事业变成了卫生产业,政府投入逐渐减少,提出了对医疗预防保健机构断奶、断粮的口号,致使卫生防疫工作举步维艰,生存与发展的矛盾使卫生服务组织陷入‘既要马儿跑,又想马儿不吃草’的怪圈。”^⑥受此影响,到1989年,全国农村合作医疗的覆盖率跌至4.8%,乡卫生院总数为47523个,比1984年下降8026个,下降14%;1985年,村级卫生员还有65万人,到1989年已经减少到9万人。^⑦农村卫生院、卫生防疫队伍受到较大影响。经过中央和各省市1990年代初以来的反复宣传、号召,合作医疗出现了重建的趋势,但总的来讲进展十分缓慢,覆盖农村人口还不足10%。2002年以后,党和政府再度发力,下定决心探索农村合作医疗的新模式。2002年10月19日,中共中央、国务院发布《关于进一步加强农村卫生工作的决定》,要求各级政府积极组织引导农民建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,重点解决农民因患传染病、地方病等大

① 全国人民代表大会常务委员会办公厅编《〈全国人民代表大会常务委员会公报〉停刊期间 全国人民代表大会及其常务委员会制定或者批准的法律及部分文件》(1966-1979年卷),中国法制出版社2004年,第119页。

② 全国人民代表大会常务委员会法制工作委员会《中华人民共和国法律 行政法规 规章 司法解释分卷汇编》(21),北京大学出版社,1998年,第39~41页。

③ 中国卫生思想政治工作促进会、中国医院管理杂志社:《回顾与展望:新中国医药卫生事业发展60周年纪念文集》,2009年内部印行,第227页。

④ 张自宽、赵亮、李枫《中国农村合作医疗50年之变迁》,《中国农村卫生事业管理》2006年第2期。

⑤ 国务院法制局《中华人民共和国现行法规汇编(1949-1985)》(教科文卫卷),人民出版社,1987年,第578、579、581~583页。

⑥ 汤红兵《解读新农村建设:以监利县政为个案的研究》,华中师范大学出版社,2007年,第120~121页。

⑦ 参见张神根《中国农村建设60年》,辽宁人民出版社,2009年,第168、169页。



病而出现的因病致贫、返贫问题。^①之后经过多地政策试点和调整,到2010年,新型农村合作医疗制度基本覆盖农村居民。这是中央第一次系统地提出并建立新型农村合作医疗制度,实现了合作医疗在新的时代背景下的转型与升级,且一直持续至今。

三、卫生防疫制度和合作医疗制度的协同演进及其历史镜鉴

新中国的卫生防疫制度和合作医疗制度的协同演进对中国医疗卫生制度的发展、急慢性传染病的防治、医疗卫生服务的均等化、国家卫生面貌的改观等都产生了深远影响。

1. 卫生防疫制度: 传染病应急防控情景下的国家行动

新中国成立以后,卫生防疫制度因其与政治、社会的密切关系,总是作为医疗卫生制度的先导首先建立起来,在医疗卫生制度的全面建设中起着重要的引领作用。以《中华人民共和国传染病防治法》的立法为例,新中国初期卫生法律体系还没建立起来,新政府就根据以往经验制订了一些具有时效性的卫生政策指导防治时疫的工作。1955年7月5日卫生部《传染病管理办法》虽指出“前有各地自行制定的传染病管理条例或办法等与本办法有抵触的应即废止”,^②却还允许各地根据实际情况制定实施细则向卫生部备案,这既给了地方一定的自主权,又确保了法令统一。1956年和1957年卫生部又根据新情况先后对上述办法加以补充。1978年为恢复被十年“文革”打乱的传染病防治秩序,国务院在1955年《传染病管理办法》基础上颁布了《急性传染病管理条例》;1989年2月、2004年8月全国人大常委会又先后修订《中华人民共和国传染病防治法》增列传染性非典型肺炎(SARS)、禽流感为乙类传染病,增加了保护个人权益的条款。所以,卫生防疫制度的建立与健全为医疗卫生制度的全面发展与完善积累了经验。

事实上,这一演进历程更多地展现出具有顶层设计性质的国家行动。原因在于新中国初期面临的传染病应急防控压力。正如时任卫生部部长李德全所述“天花、麻疹、斑疹伤寒、回归热、黑热病等几

乎遍及全国”,它们造成每年30‰的人口死亡,而其中半数以上是死于可以预防的传染病。^③传染病防控的突发性、复杂性和不确定性亟需国家推动卫生防疫的制度建设,唯此才能为后续的组织动员和防疫行动提供制度保障。传染病的突发性亟需国家协调才能在第一时间启动跨越行政区划、部门、军地、政社边界的协同抗疫行动;传染病的复杂性体现在防控控制传染源、切断传播渠道所需要的国家统一指挥;传染病的不确定性则需要国家统筹、整合研发力量开展传染病防控攻关,通过专家咨询、全面的流行病学调查为传染病防控决策提供支持。这些国家行动的开展建立在完善的卫生防疫制度的基础上。

国家卫生防疫制度的演进是国家遵循传染病防控一般规律而做出的动态调整。传染病的防控防治建立在国家对传染病自身发展规律的认识上。除了突发性、复杂性和不确定性外,传染病防控面临的最大问题是传染的跨地域特性与防控的属地管理特性间的矛盾和冲突。任何一个地方属地管理责任的松懈或懈怠都可能导致全局性的蔓延。与卫生防疫制度相配套的发挥高位指挥、协调作用的领导小组成为解决突发性公共卫生事件应对中协调性困境的主要做法;^④因此,国家通过卫生防疫制度旨在确定卫生防疫的集中统一领导和不同情境下的应急响应。卫生防疫制度是国家卫生防疫事业健康发展的制度基础,它为卫生防疫工作的有序高效开展提供了长效机制,它的制订、施行、改革、重构以至废除都是以维护人民群众的生命健康权益为中心,旨在提高广大人民群众的身体及健康素质。这是中国卫生防疫制度演进过程中不变的底色。

2. 合作医疗制度: 传染病防控能力不足情景下的合作生产

新中国成立后,尽管国家对医疗卫生事业的支

^① 中共中央文献研究室《十五大以来重要文献选编》(下),中央文献出版社2011年,第756页。

^② 广东省卫生厅卫生防疫局技术资料室《卫生防疫法规选辑》第1册,1964年内部印行,第1页。

^③ 中央人民政府卫生部《卫生法令汇编》第1辑,1951年内部印行,第38页。

^④ 韩万渠《跨界公共治理与平台型政府构建》,《科学社会主义》2020年第1期。



持力度很大,但对于初期传染病防控及常态卫生事业发展来说,国家财力有限是不容回避的困境。合作医疗制度建设的情景是当时传染病防治的基层执行面临的防控能力、资源不足的严峻现实。合作医疗制度以及适用于农村地区的赤脚医生制度是党和政府受农民集体办医的启发逐步推广、建立的,惠及占当时总人口80%的广大农民的具有集体福利性质的制度,也是人民政府致力于改变当时落后的疫病和死亡威胁情况,开始公平地将当时并不十分完备的医疗卫生服务提供给每一位普通人民的一大创举。合作医疗制度的演进历程呈现出典型的基层探索特征,并随合作社制度变革而演变,进而作为经验被国家识别、推广开来,为卫生防疫制度的实施奠定了资源整合基础,一定程度上解决了制约当时情景下国家医疗卫生事业存在的诸多难题。

合作医疗的推行还有利于农村地区疫病防治工作的有效开展。如1970年代贵州省道真县丝虫病的防治。该病是道真县多年来的一种常见病、多发病。为了查明这种病的发病情况,1971—1976年该县96%的大队办起了合作医疗,培养了一支有600多人的赤脚医生队伍,对全县50000多户社员普查普治了3遍,有2/3的地区还普查普治4遍以上。由于防治工作抓得紧,道真县丝虫病发病率大幅下降,全县44个公社有29个公社在1970年代中期前后基本消灭丝虫病。^①合作医疗的最重要的一个作用就是依靠集体的力量互助互济,解决因病致贫的难题。据山东省昌潍地区艾山公社大王家和宋家两个大队调查,1976年参加合作医疗的共306户1412人,经合作医疗治过病的占97%。因病向集体借支负债的基本没有。^②虽然1980年代以后合作医疗一度趋向崩溃,某些疾病也有回升现象,但在2002年以后随着国家的重视和配套改革的推进,合作医疗重振雄风,新型农村合作医疗的施行在一定程度上实现了人民群众共享改革开放成果的宏愿。

新中国成立后的合作医疗制度在筹资模式上逐渐定型为“国家出一部分,集体承担一部分,个人负担一部分”,符合典型的合作生产特征。合作医疗制度的逐步完善、改革和重构为卫生防疫过程中国家、集体、个体围绕疫情防控的合作生产奠定资源基

础。合作医疗是农民群众首创的、在中国共产党领导下加以巩固和推广的、有效针对广大农村地区缺医少药现象的卫生防病制度。自新中国成立以来到改革开放早期,其在防病治病、维护执政党的合法性和巩固新生政权方面发挥了不可替代的作用,是卫生防疫制度建设的杰出成就之一。尽管当时的合作医疗制度在不同地区的筹资模式和保障水平存在较大差异,但这恰恰是因地制宜的基层探索的制度活力所在,也是传染病疫情防控所需医疗资源不足、不平衡的约束下的理性选择。经过改革与重构,较为完备的医疗卫生法律体系已经建成,科学的防病治病机制得以形成,多种急慢性传染病得到有效控制;合作医疗在新农村建设中又获得了新的生机与活力,农民医疗服务有了基本的保障,初步排除了影响国家安定团结的一个隐患,在人民群众中树立起了党和政府的新形象。

3. 国家卫生防疫制度建设中的制度协同演化及其历史镜鉴

考察新中国成立后的国家卫生防疫制度建设问题,不能仅仅关注卫生防疫制度本身,还应该将其置于制度间关系的视角。一方面,制度建设随情景变化而做出的动态调整是传染病防控的应有之义。传染病防控的复杂性也需要制度建设不断趋于完善。在此过程中制度动态调整不可避免会与之前已经彼此磨合好的制度形成新的冲突需要调适。另一方面,制度建设并不能自然地解决问题,实现预期目标。制度执行面临着其他制度的制约,也需要其他制度的协同。从这两个方面出发,卫生防疫制度一方面需要合作医疗制度及其他相关制度的配套改革;另一方面合作医疗制度的发展也需要卫生防疫制度的协同演进。通过对卫生防疫制度与合作医疗制度的制度史梳理发现:二者的协同演化特征明显,并产生了较为显著的成效。尤其是新中国成立初期,各种急慢性传染病、寄生虫病及其他地方病等发生与蔓延的情况逐步降低甚而绝迹。鼠疫、天花、斑

^① 《发挥合作医疗和赤脚医生作用 道真县大力防治丝虫病》,《人民日报》1976年3月30日。

^② 《合作医疗根深叶茂——山东省昌潍地区的调查报告》,《人民日报》1974年1月11日。



疹伤寒、回归热、黑热病、钩虫病、血吸虫病等得到了有效控制。改革开放以后,旨在运用市场化手段提高医疗资源配置效率的医疗卫生体制改革,使得原有合作医疗制度和卫生防疫制度的协同演化处于中断停滞状态。这恰恰从反面验证了市场化导向的医疗体制改革难以推动卫生防疫制度和合作医疗的协同演化。2003年SARS后,公共卫生防疫工作重新受到高度重视,新型农村合作医疗制度也得以转型重建,并在后续的改革中逐步优化。时至今日,国家以合作医疗制度为依托,及时调整医保政策,明确确诊和疑似患者医疗保障策略,对确诊和疑似患者实行“先救治,后结算”,且为当下新冠病毒感染者提供无差别的免费救治政策等,无不彰显出中国特色社会主义制度的巨大优势。

但是,不同制度的演进逻辑有所不同。比如本文考察的卫生防疫制度的演进逻辑更多地需要遵循传染病防控的一般规律,而合作医疗制度的演进逻辑则呈现出其制度建设随政治、社会情境变化的复杂性。通过梳理国家卫生防疫制度和合作医疗制度的演进历程,可以发现:国家卫生防疫制度演化的路径更多地表现为国家行动遵循传染病防控一般规律的动态历程,而合作医疗制度的演进则缘起于基层为了解决卫生防疫实际困难而开展的探索。合作互助性质的基层探索顺应当时合作社制度的总体态势得以发展,并获得国家的认可和推广。因此,合作医疗制度的演进融合了基层社会自发探索和国家识别推广的逻辑,为不同制度情景下保障卫生防疫制度执行持续不断地提供资源支持。

由此观之,理顺制度间关系是保障制度形成合力的关键。对于国家建设而言,制度体系的相容问题至关重要。制度间的协同演化实质是,只要把握和平衡好了制度演进与旧制度的相容问题,也就把握和平衡好了不同制度之间的相容问题。梳理新中国卫生防疫制度和合作医疗制度的协同演化,为理解制度体系的相容问题提供了启示。第一,坚持以人民生命和健康为中心是中国共产党领导国家卫生防疫制度建设一贯秉持的核心理念。这一理念为疏解两个层面的制度相容问题奠定了价值基础。第

二,坚持以适应性治理为中心是中国共产党领导国家卫生防疫制度建设一贯秉持的方法论。这一方法论来自于中国共产党自成立以来的革命实践,也充分说明了在制度演化中解决制度相容问题并非一个完全可以预先设计出来的产物。尤其是对于复杂性、不确定性的传染病防控问题,相关的制度演化及组织行动无不是视情景而做出的适应性行动选择。第三,坚持顶层设计和基层探索的良性互动是中国共产党领导国家卫生防疫制度建设一贯秉持的治理之道。这一治理之道的核心是尊重群众的首创精神,是践行群众路线的体现。顶层设计贵在把握一般规律,基层探索贵在支持地方因地制宜。第四,坚持群防群控和合作生产是中国共产党领导国家卫生防疫制度建设一贯秉持的运行机制。不同时期卫生防疫制度的实施都有赖于群防群控的人民战、总体战的运行机制,合作医疗制度的实施方案更是体现出共建共治共享的合作生产运行机制。上述四点构成卫生制度建设与其他制度相容并协同演化的四个基本遵循。

综上所述,国家卫生防疫制度的变迁过程,既是中国共产党领导中国人民探索卫生防疫现代化道路的过程,也是党和政府与广大群众在实现现代化过程中复杂互动的一个侧影。卫生防疫制度的形成及其作用的发挥,往往要靠党和政府以制度化为抓手的组织、动员。本文着重从制度史的角度梳理了新中国卫生防疫制度的变迁及其与合作医疗制度的关系,发现不同制度间相容的四个基本遵循。当前,在党中央的统一部署下,中国的新冠病毒疫情防控工作已经取得了阶段性重要胜利。这一胜利的取得离不开在卫生防疫制度相关制度间相容的四个基本遵循。疫情防控是国家治理现代化的一场大考,完善卫生防疫制度也需要以四个基本遵循为参照,在大考中发现短板和不足并逐步调整优化。

作者单位:河南师范大学政治与公共管理学院、
公共政策与社会管理创新研究中心
责任编辑:黄晓军

