

【专题研究】

集体化时期农村合作医疗制度评析

——以河北省深泽县为个案

王 胜 刘英琴

【摘 要】集体化时期的合作医疗制度始终坚持缓解农村医疗困境的大方向，通过发挥集体经济的优势、进行医务人员“在地化”培训以及坚持“预防为主”等方式，让有史以来人数最多的农民有了制度化的健康保障，充分体现了社会主义制度的优越性，并赢得国际社会的广泛赞誉。取得如此成就的原因，国家领导人的高度重视、国家的政策倾向，以及“文化大革命”的推动缺一不可。而这些因素发挥作用，又必须以集体经济为依托。虽然合作医疗制度在具体操作中也存在基层干部及赤脚医生玩忽职守、营私舞弊等问题，但其在国家一穷二白的条件下所取得的成就依然是共和国医疗卫生史上的制高点。

【关键词】集体化时期 农村合作医疗制度 深泽县

【中图分类号】D632.1；C913.4 【文献标识码】A 【文章编号】1005-4952（2009）02-0026-10

晚近以来，集体化时期的合作医疗制度逐渐受到学术界的关注，研究成果日益增多。就笔者管见所及，已有成果多从宏观角度入手，微观研究相对缺乏。当时该制度是在生产大队和人民公社内部实行的，社、队究竟是怎样落实国家卫生政策的，落实程度如何，农民受益率如何，存在哪些问题等等，只有亲历者才最有发言权，而以往研究对他们的关注明显不足。在对合作医疗制度的分析评价方面，学者们采用多学科综合研究方法，分析较为全面，但是，受研究角度和资料限制，深度尚嫌欠缺，甚至有的评价出现偏颇。故本文选取河北省经济发展水平一般、以农业为主的平原小县——深泽县为个案进行微观研究，通过查阅地方档案和对当事人进行访谈，挖掘大量第一手材料，力求在厘清史实的基础上，对集体化时期合作医疗制度的实效及促其兴衰的因素进行深入分析，以期得出较为客观、公允的结论。

—

集体化时期的农村合作医疗制度一般是以生产大队为单位，由生产大队、生产队和社员共同集资办医疗的集体医疗保健制度。这一制度由山西省高平县米山乡联合保健站于1955年5月1日首创，经历了“大跃进”和人民公社运动的初次高潮后，到国民经济调整时期，由于来自集体的投入急剧减少，1964年，只有不到30%的社队还维持合作医疗。^[1]1965年6月26日，毛泽东发出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，直接催生了农村半农半医

【收稿日期】2008-04-28

【作者简介】王胜，博士研究生，首都师范大学历史学院，100037；刘英琴，副教授，河北青年管理干部学院，050031。

(1968年后改称赤脚医生)培训制度,当年全国培训人数达23万余人,^[2]均充实到县以下医疗机构,为“文化大革命”(以下简称“文革”)期间合作医疗制度在全国普及奠定了坚实的基础。1968年底,湖北省长阳县乐园公社的合作医疗制度因具有“解决了贫下中农看不起病、吃不起药的困难”、“使‘预防为主’的方针真正落实在行动上”^[3]等四大好处,引起毛泽东的重视,从而登上《人民日报》头版。此后,在中央大力倡导下,合作医疗制度迅速实现了全国“一片红”。

深泽县的合作医疗制度即是在这样的社会背景下产生的。1969年1月1日,该县响应国家号召,开始实行合作医疗制度。具体步骤是:先在条件较成熟的南冶庄头大队试行,然后由点到面,逐步推广。筹资方式及标准为:生产队从公益金中每人提取1元,社员每人缴纳5角,不足部分大队补齐。为吸引社员参加,初期实行看病全免,后改为部分免费,遵循大病免多、小病免少的原则。^①3月,深泽县在南冶庄头大队召开现场会,推广其经验。年底,全县123个大队中就有118个实行了合作医疗,创办率高达96%。但是,由于有些大队干部对合作医疗的重要性认识不足,加之缺乏筹集和管理资金的经验,合作医疗初期发展几经波折,1970年创办率下降到58%,次年虽有所恢复,但随后两年又连续下跌至53%,只剩65个大队坚持实行。经过多方努力,从1975年开始,深泽县合作医疗工作进入鼎盛期,并连续4年普及率高达100%。

合作医疗制度在为农民提供最基本的医疗保障,包括培训赤脚医生、开展卫生宣传和爱国卫生运动、医疗救治和预防接种、大搞“三土四自”(土医、土药、土方;自采、自种、自制、自用)、推广使用中草药以及妇幼保健等方面,均取得了很大成效。

首先,合作医疗的普遍推行不同程度地减轻了农民看病的经济负担。深泽县的合作医疗制度基本推广了南冶庄头大队的筹资方式,但各大队依据各自经济实力制定了不同的免费标准。以西古罗大队为例,该大队实行“正三七”、“倒三七”^②免费标准,平均免费率为60%左右,具体数字如表1所示。

由表1可计算出,1971年1月、2月参加合作医疗的群众平均每人次看病收费约0.14元,相当于当时一斤小麦的价格,远远低于同期未参加合作医疗的平均每人次0.6元的费用。

为节省合作医疗资金和广辟药源,赤脚医生经常深入民间收集土方、单方、验方,如“鸡毛烧成灰用于小伤口止血,止血快又不感染;枣树皮焙干研成末冲服治腹泻”^③等,这些方法操作简便,经济实用。“三土”上马、“四自”创业,充分发挥了“一根针、一把草”的作用,使群众可以“少花钱治大病、不花钱也治病”,减轻了合作医疗的负担。1976年春,深泽县合作医疗免费率在50%以上的有114个大队,免费率在30%以上的有9个大队。^[4]

为解决队办合作医疗经济力量相对薄弱、难以承受大病报销的问题,1975~1981年,深泽县普遍实行了社队联办和社办合作医疗制度。^④社队联办是由队办向社办发展的过渡形式,资金主要由社员、生产队和大队筹措,公社提取一部分用以解决重伤、大病医疗费报销,实

① 2006年4月5日,笔者与原马里公社南冶庄头大队赤脚医生翟银开的访谈纪录。

② “正三七”、“倒三七”即花费较高的大病和需要长期服药的慢性病免30%,急病和小病免70%;如有家境极差的病人可全免或适当提高免费率。

③ 2006年4月4日,笔者与原马里公社东北马大队赤脚医生刘如凯的访谈纪录。

④ 深泽县的社办合作医疗始于1977年下半年,实际只有耿庄等少数几个公社给予投资,是真正的社办合作医疗,大部分公社没有投资或投资不足30%,只是改变了核算方式,实为社队联办。因此社队联办又被称为“队办社管”。

表 1		1970 年 8 月至 1971 年 2 月西古罗大队卫生室接诊人次及药费收入						单位：元	
		1970 年					1971 年		
		8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	
参加 合作医疗	接诊人次						1884	1690	
	应收款	174. 67	338. 08	300. 83	320. 5	493. 66	569. 54	537. 1	
	实收款	62. 81	121. 59	120. 41	140. 05	207. 44	264. 07	248. 17	
	免收款	111. 86	216. 49	180. 42	180. 45	286. 22	305. 47	288. 93	
	免费率（%）	64	64	60	56	60	54	54	
未参加 合作医疗	接诊人次						372	397	
	收 款	25. 57	12 2. 26	47. 55	107. 51	210. 99	236. 07	231. 42	

资料来源：根据原古罗公社西古罗大队赤脚医生信锡刚保存下来的药房收费记录绘制。其中，1970 年 8 月只包括 14～31 日的药费收入。另空白处为无记录（下表同样，不再注出）。

说明：当时在已创办了合作医疗的大队中，也不是所有人都参加了合作医疗，仍有一小部分人未加入，特此说明。

表 2 深泽县部分公社社队联办及社办合作医疗报销情况统计表

		1975 年	1976 年	1977 年	1978 年	1979 年	1980 年	1981 年	最终结余
马里公社	报销比例	减 50 元后 报 80%	减 30 元后 报 50%～80%		70%	70%～ 80%	同上年	同上年	743.25 元
	报销人次	17	55	54	58	55			
耿庄公社	报销比例	50 元以内 20%， 超出部分报 60%		减 40 元后 报 70%	70～80%	减 40 元后报 60%			461.71 元
	报销人次	26	42	86	148	42	7	30	
留村公社	报销比例			减 30 元后 报 70%		70%	60%		507.91 元
	报销人次	9	24	19		77	76		
城关公社	报销比例						减 10～15 元后报 70%	同上年	
	报销人次						125		8998.21 元
铁杆公社	报销比例			70%	70%				
	报销人次			21	9				-13.54 元
羊村公社	报销人次	2	13						
	报销比例	减 50 元后 报 50%	同上年						

资料来源：根据乡镇医院保存的原公社卫生院会计档案制成。

说明：1. 1978 年耿庄公社报销比例与 1977 年相同，下半年坐底费调整为 20 元，报销比例增至 80%。

2. 1975 年马里公社从 5 月起办；耿庄公社从 6 月 26 日起办；留村公社从 11 月 29 日起办。以上三个公社资料保存较完整。城关公社 1980 年前会计档案被全部销毁。羊村公社从 11 月 10 日起办，目前仅保留了 1975 年 11 月至 1976 年 6 月的资料，故 1975 年报销人次为 11～12 月两个月，1976 年为上半年报销人次。铁杆公社 1977 年报销人次可见的仅为 12 月份，1978 年仅为 1 月份，其他均已散失。

3. 报销比例完整计算公式为（可免部分－坐底费）×报销百分比，其中，可免部分＝看病总费用－住院费－陪床费（包括取暖费）。表格内所减数字为坐底费，没有注明的为取消坐底费。留村、羊村公社的坐底费亦由各大队卫生室按自己的标准给予报销。

行社包重点、队包一般。社办是以公社为单位举办，在全公社范围内实行医药合作，把公社卫生院纳入合作医疗体制，由公社实行统一领导，两级核算、两级管理或在统一核算下两级管理，社办合作医疗公社投资要在30%以上（包括社办药园收入、器械购置、工资补贴等）。社队联办后，公社卫生院成立合作医疗总站，大病由总站报销，小病由大队卫生室报销。

由表2可见，此间的报销比例虽不断调整，但均保持在50%~80%之间，且没有医院级别的限制。1978年后，大部分公社都免去了坐底费或降低了起付标准，提高了社员的受益率和受益面。这一时期合作医疗制度比较完善，社员大病、小病都有保障，且资金较为充裕。到1981年合作医疗制度基本停办时，除铁杆公社和羊村公社外，其他各公社合作医疗资金均结余数百元不等，最高达8998.21元。因此，从深泽县的情况来看，这一时期老百姓享受的医疗服务绝不是“微不足道”^①的。

其次，培养了一大批以群众健康为己任的赤脚医生。1969年，深泽县在“五七”农业技术学校开设赤脚医生培训班，开始定期对赤脚医生进行较为正规的系统培训。到1975年，深泽县已有赤脚医生470人，平均每390人中就有一名赤脚医生，生产队卫生员达到1179人，^[5]已超过了卫生部提出的“一般可按每五百人左右设一名赤脚医生”的要求，^[6]实现了“小病不出村，大病不出队”，而且赤脚医生随叫随到，极大地方便了患者求医治疗。

由于培训赤脚医生时注重“活学活用”毛泽东思想，“以毛泽东思想武装头脑”，绝大多数赤脚医生能够做到“视病人为亲人”，“完全、彻底、全心全意为人民服务”，因而赢得了老百姓的尊重与信任。如女赤脚医生王彩棉，丈夫在外地工作，自己带着两个不到十岁的女孩，半夜需要出诊时，她总是毫不犹豫地起身就走，有时甚至一个晚上就出诊五六次，回来时经常是两个孩子扒着窗台哭哑了嗓子，但她从没因个人困难耽误病人的医治。^②其他赤脚医生也是如此，流行病爆发期间，有的甚至双脚都磨出血泡。^③由于当时医疗条件较差，为治好社员的病，赤脚医生还经常在自己或家人身上试验土方、验方。赤脚医生刘如凯就曾试用“烟锅油”^④治绕虫病。烟锅油毒性大，他就先在自己也患绕虫病的孩子身上试验。开始由于剂量过大造成中毒，抢救了一夜孩子才脱险。但他并未因此停止试验，而是分析原因，总结经验教训，最后终于获得成功。当笔者问及这样做有没有后悔时，老人不假思索地说：“这在当时是平常事，是医生应该做的。我又是党员，应该把群众的利益放在第一位。那时我们参加培训也是一心掌握技术，为人民服务，根本不考虑报酬。不像现在有的医生以钱为主，开大方、卖贵药，只为赚钱。”^⑤这些事例今日看来似乎有些不可思议，但在当时却屡见不鲜。

再次，坚持贯彻“预防为主”方针，降低了发病率。1950年第一届全国卫生会议制定的“预防为主”方针，在此期间受到高度重视，主要通过卫生宣传、爱国卫生运动以及预防接种来贯彻落实。不但使群众具有了一定的卫生知识和防病意识，还通过饮水卫生、粪便管理、生活环境等方面的改善，从源头上遏制了肠道传染病的爆发流行，从而掌握了医疗卫生工作的主动权，做到防患于未然。1973年，省、地、县先后恢复重建卫生防疫站并开始实行计划免疫。

① 方小平通过合作医疗与公费医疗的对比，认为农民通过合作医疗所获得的医疗服务是微不足道的。参见方小平《赤脚医生与合作医疗制度——浙江省富阳县个案研究》，香港《二十一世纪（网络版）》2003年。

② 2005年8月3日，笔者与原大直要公社大直要大队赤脚医生王彩棉的访谈记录。

③ 2007年8月15日，笔者与原城关公社小贾庄大队赤脚医生贾根国的访谈记录。

④ “烟锅油”是吸完烟后烟斗吸管里的残留物，黑色黏稠，有毒。

⑤ 2006年4月4日，笔者与原马里公社东北马大队赤脚医生刘如凯的访谈记录。

当年，深泽县全部完成石家庄地区分配的“麻疹”、“乙脑”、“流感”、“五联”、“中（种）痘”、“炭疽”、“小儿麻痹”等的预防接种任务，部分公社还建立了预防接种卡片登记制度。^[7]同时，深泽县各公社卫生院和大队合作医疗站还按上级要求指定了 1 名专司防疫的赤脚医生，形成较严密的防疫网络。除接种疫苗外，广大赤脚医生还在流行病季节到来之前，把板蓝根、金银花等中药材免费分发到户，或用大锅煮好后送到学校、田间地头，以预防流感、肝炎等传染病，取得了良好效果。

表 31969 ~ 1980 年深泽县常见病统计表单位：例

	肠炎	菌痢	乙脑	流脑	百日咳	肝炎	流感	伤寒	猩红热	麻疹
1969		106	16	71	1000		1287	7		629
1970		117	10	12	23	26	3516	2		917
1971		465	18	8		1	227			5
1972	3012	3163	1	21	257	505	2950		4	146
1973	1318	722	6	24	907	603	990	1		3202
1974		4361	1	24	37	55	990	7		81
1975		4815		8	16	169	4311	3	2	10
1976		5482	2	15	126	751	1818	3		22
1977		4024	13	15	63	692	311	48	1	401
1978		921	4	23	25	352	142	1	1	214
1979		600	3	16	5	85	42	1		
1980	111	968	2	3	2	96	402			4

资料来源：根据《石家庄地区卫生志》（河北人民出版社 1990 年版）第 207 ~ 260 页相关数据绘制。

以上数字虽然中间有反弹现象，但仍可看出常见病的发病率在不断下降，肠炎、流脑、百日咳等大部分疾病得到有效控制，与发病率最高年份相比分别下降为原来的 3.7%、4.3% 和 0.2%，乙脑、菌痢、肝炎、流感的发病率也大幅下降。此外，1979 年，全县无一例麻疹和小儿麻痹症患者。同期农药中毒、食物中毒、中暑等现象也明显减少。

最后，妇幼保健工作普遍开展，使产妇和新生儿的发病率、死亡率大为降低。集体化时期，妇幼保健的重点是推广新法接生。经过几年的努力到 1976 年，深泽县有“女赤脚医生 149 人，会接生 114 人，新法接生员 16 人，无接生员大队减少到 2 个，新法接生率提高为 94%。新生儿破伤风发病 10 人，占总数的 3.47%。产妇产褥热 1 人，发病率 0.35%”。^[8]1979 年，新法接生率达到 100%，全县没有发生“四六风”和产褥热，无产妇死亡；新生儿死亡率降至 9.5%。同时，儿童保健和托幼工作也相应发展，1979 年，全县已有 94 个大队办起了托幼组织，入托人数 6785 人，入托率为 36%。^[9]

由于缺乏有效监督机制，在取得上述成效的同时，合作医疗制度运行中也难免出现部分基层干部和赤脚医生玩忽职守、营私舞弊等行为。有的大队干部不重视合作医疗工作，导致筹资不力、账目不清以及挪用资金、贪污盗窃等现象。20 世纪 70 年代后，赤脚医生选拔任用中出现了严重的任人唯亲现象。裙带关系的盛行导致部分赤脚医生因技术过低、优亲厚友、不坚守岗位而引起群众不满。有顺口溜云：“赤脚医生不赤脚，手拿针头到处跑，小病不愿看，大病看不了，有病干着急，经常找不到。”^[10]

然而，瑕不掩瑜，由于集体化时期的合作医疗制度始终定位于解决农民看病难、看不起病的问题，在国力不及的客观条件下，通过发挥集体经济的优势、进行医务人员“在地化”培训以及坚持“预防为主”等方式，让有史以来人数最多的农民有了制度化的健康保障，充分体现了社会主义制度的优越性。群众赞曰：“合作医疗就是好，众人拾柴火焰高。赤脚医生好，走上门来送医药，何时有病何时到，又治病，又采药，少花钱，病能好，贫下中农养得起，革命生产双飞跃。社会主义好，全靠党领导。”^[11]20世纪80年代初，世界银行组织和世界卫生组织曾派专家组来我国考察农村卫生，认为“中国在占80%人口的农村地区，发展了一个成功的基层卫生保健系统，向人民提供低费用和适宜的医疗保健技术服务，满足大多数人的基本卫生需求，这种模式很适合发展中国家的需要”，并赞誉中国“在落后国家的经济水平上达到了先进国家的卫生水平”，取得了“低收入发展中国家举世无双的成就”。^[12]

二

即使站在经济高速发展的今天回望整个共和国医疗卫生史，集体化时期合作医疗制度的成就依然是其制高点。以人均寿命为例，1965~1980年，中国的人均期望寿命从60岁增加到68岁多。1980~1998年间，人均寿命仅增加2岁，而1980年时人均寿命基数比中国内地高的香港特别行政区、澳大利亚、日本、新西兰和新加坡增加了4~6岁；与中国基数相同的斯里兰卡增加了5岁。在传统病和地方病的防治方面，在建国头30年，虽然资源比较匮乏，结核病的发病率下降了60%~70%；后20年的发病率不仅没有下降，反而有上升的趋势。在地方病方面，20世纪五六十年代已被送走的瘟神血吸虫病又卷土重来。^[13]“文革”期间，国家在医疗方面的花费只相当于GDP的3%，远低于世界平均水平，但占全国人口80%的农民却大部分得到了基本的医疗保障，合作医疗制度的成效不言自明。

那么，究竟是什么原因使得集体化时期合作医疗制度在“一穷二白”的条件下创造出如此辉煌的成就呢？首先，合作医疗制度的普及得益于国家领导人的高度重视和国家力量在农村医疗卫生方面的强制介入。作为消灭社会“三大差别”的措施之一，1965年至20世纪70年代末，“六·二六”指示一直是确保农村医疗卫生事业迅速发展的“尚方宝剑”，使合作医疗制度在“文革”期间得到迅速发展，并顺利实现了医疗资源由城市到农村的重大转移。1965~1971年，培训农村半农半医和下放城市医务人员工作相继完成，农村医疗队伍得到空前壮大，“缺医”问题基本解决。为强化三级医疗保健网的中枢——公社卫生院，加强大队合作医疗站的组织管理和技术指导，1971年卫生部提出公社级医疗卫生机构实行国办和社办国助两种形式，即农村地区卫生院（1972年改称县分院）和公社卫生所（1972年改称公社卫生院）的国家工作人员，包括贯彻“六·二六”指示以来从县以上医疗机构下放的国家工作人员、国家分配的毕业生一律由国家包工资，吃商品粮。农村卫生院（所）的非国家人员的工资，国家给予50%~60%补助，其余由业务收入补足，吃公社集体粮，并于1972年开始实行。^[14]

人员报酬问题解决后，当年县分院和公社卫生院的装备问题即正式纳入建设轨道。至1974年，河北省就已装备1800个县分院和公社卫生院，占全省总数的48%。^[15]1975年，为纪念“六·二六”指示发出10周年，河北省财政局、卫生局提出“把大量的人力、物力、财力用于农村卫生工作建设，坚定不移地把医疗卫生工作的重点放到农村去。重点装备公社卫生院和县防疫站、妇幼保健站等卫生机构”的要求。次年，全省公社卫生院装备数已达81%

强。^[16]在国家强有力的支持下,1966~1976年,石家庄地区医疗卫生机构增加了60%,全区共有4000多张病床,农村占80%。国家用于卫生事业的经费逐年增加,1976年比1965年增长近两倍,其中70%以上用在了农村。^[17]1977年,深泽县被列入全省重点装备的34个县之一。1979年,石家庄地区分批装备了全区的县医院,拨给每个县医院经费5万元,用于被服、医疗器械装备和房屋修缮。^[18]

正是由于国家的大力支持,才使县、社两级医院尤其是公社卫生院免去后顾之忧,在合作医疗管理、赤脚医生培训中发挥了至关重要的作用。以培训赤脚医生为例,当年的马里分院合作医疗总站负责人如是说:

一是响应国家的号召,再一个就是国家发工资,收入有保障,没有经济顾虑,就能把来这儿实习的赤脚医生们毫无保留地教会,他们技术提高了,反过来显着你这个医生也不错,他有了疑难病还是会继续来找你。这样社会效益也有,经济效益也有。

1975年前还实行过赤脚医生和卫生院医生换岗,就是赤脚医生抽调到卫生院增加实践经验,卫生院医生到大队卫生室指导工作,为期半年。这是上头的任务。但是全公社有11个村没轮完就结束了。这样做确实提高了赤脚医生的业务水平。比较受益的是赵庄、东北马,大兴、前马里等大队的赤脚医生。他们回去后平常复杂一些的内科病都能看,冠心病、老慢气(老年慢性气管炎)、慢性胃病这些都跟卫生院抗衡劲不小。这样做对下边有好处,对老百姓有好处。但如果考虑经济效益的话,就不合适了。赤脚医生技术提高后,卫生院的业务量出现了下降。为什么现在就有点封闭的意思呢?比如县医院,我们去学习B超技术人家就不让学。现在如果村里的医生到我这儿来学,就只能在病房里呆着,别的地方不让去。因为你学了我就没病人了,所以现在就是有点技术上的保守,都教会了别人自己就没法开业了。^①

其次,集体化时期“三级所有、队为基础”的人民公社体制为合作医疗制度的施行提供了必要的物质保证。深泽县大部分大队合作医疗资金都是生产队和个人两级筹款,少数为大队、生产队、个人三级筹款。生产队作为农村最基本的生产和经济核算单位,确保了生产队和社员个人两级合作医疗资金的到位。而当时的公社和生产大队除少数有副业收入,可以对合作医疗进行财力支持外,大多只起到领导和管理合作医疗的作用。故合作医疗实际是与生产队集体经济相辅相成的。合作医疗制度解体与生产队解散同步而非与生产大队和公社解散同步也证明了这一点。根据笔者在深泽县的调查,社办合作医疗体系坍塌首先源自于1979年部分生产队解体,大队筹集不到资金,无法上交公社。1980年,生产队全部解散,社办合作医疗仅靠往年结余勉强支撑。“1981年底,全县有96%的生产大队实行联产承包责任制,农村行政组织不再直接管理农业生产。”^[19]医疗卫生工作也因之受到影响,办合作医疗的大队数急剧下降,1982年3月,“坚持实行合作医疗制度的有6个大队,占全县大队总数的4.8%”。^[20]

生产队存在与否还直接决定着合作医疗制度的主要执行者——赤脚医生的去留。集体化时期,赤脚医生报酬实行单一工分制,年终赤脚医生工分由其所在的生产队根据当年收成分配粮食、折合现金。生产队解散后,土地承包到户,赤脚医生待遇问题无法解决,导致了队伍的涣散。1982年春,深泽县即有48个大队卫生室停办,再次出现缺医少药、看病吃药难的情况,预防工作更是没有人管。^[20]尽管县卫生局组织力量对大队卫生组织进行整顿,但收效甚微,实

① 2007年7月4日,笔者与深泽县原马里分院合作医疗总站负责人李造圈的访谈记录。

行合作医疗的大队只增加了3个,还有14个大队仍然无医无药。1982~1984年底,全县赤脚医生总数由510人下降为329人。^[21]关于合作医疗解体的根本原因,与学者、官员的多方分析求证不同,其亲历者们用朴素的语言一语道破了“天机”：“合作医疗解体不是筹集不上资金没钱了,关键是体制变了。一分地,一散队,什么都归自己了,没有工分了,那会儿(政策)青黄不接,谁也不知道以后怎么办。卫生室都搬到自己家成个人的了,还怎么搞合作医疗?”^①

而合作医疗制度一直延续下来的地区大都是改革开放后集体经济依然保留且发展较好的地区。如广州市石牌村的“合作医疗制度一直延续到了现在。由于合作医疗制度与村的集体经济实力联系在一起,伴随着村集体经济的发展,合作医疗制度得到了进一步的发展与完善,因此,参与的人数也逐年增多。1985年,全村参加合作医疗的人数有4746人,1994年为6088人,1999年则达到了6984人”。^[22]

三

“文革”对合作医疗制度的影响也是学者们普遍关注的热点。“文革”时期的泛政治化席卷了社会生活的各个领域,医疗卫生也不例外。毛泽东倡导合作医疗时正值“文革”高潮,举办合作医疗被称为“卫生革命”,而且,办不办合作医疗亦被上升为“执行不执行毛主席革命路线”的政治问题。故原本群众自发自愿的合作医疗转变为具有潜在强制性的政治任务,自上而下逐级下压,导致了广为学者诟病的“一刀切”现象。不可否认,国家运用政治力量强制推行合作医疗制度的确有“一刀切”之嫌,但此“一刀切”主要体现在必须办合作医疗,且必须是“合医合防合药”的乐园模式,意即必须解决农民看病难、看不起病的问题。但具体到实际操作过程中,筹资方式、报销比例等却是依据各社、队的不同情况自己掌握,故不能因“一刀切”就将其全盘否定。可以说,在当时的社会经济条件下,正是借助“卫生革命”这种特殊方式和毛泽东的个人影响,才使合作医疗备受重视,各项政策上通下达,一直贯彻到最基层。关于这一点,赤脚医生王振庄如是说:“那时就是讲全心全意为社员们服务,县医院的批斗会和全县的斗私批修、右倾翻案风等对全县的医疗卫生工作没多大影响,反而是促进了卫生工作的发展,主要是从政治方面促进了。那时候就是讲政治,一切从政治出发,一切围着政治做,把什么都当成政治任务去完成,就是政治统帅一切。说实在的,到现在我还是说,毛泽东时代人们的思想单纯,上边有什么指示,我们就把它变成实际行动,不打折扣,就是完全、彻底为人民服务,完全按照主席的指示去做。”^②而合作医疗的普及形成了这样的社会心理:“实行合作医疗是毛主席对咱贫下中农的关怀和照顾,有了合作医疗,治病就有了保障,合作医疗是救命的制度”,^[23]故能充分调动蕴藏在民间的巨大潜能,有效弥补了国力不足。

另一方面,当时绝大多数赤脚医生良好的医德医风,除乡村文化网络的制约外,“文革”期间大学毛泽东思想的影响也绝对不可小视。以下是深泽县原马里分院合作医疗总站负责人李造圈的日记摘录(括号内为笔者修正补充):

即使我们的工作得到了极其伟大的成绩,也没有任何值得骄傲自大的理由。虚心使人进步,骄傲使人落后,我们应当永远记住这个真理。——毛泽东

① 2007年7月24日,笔者与深泽县原西河分院合作医疗总站负责人曹永谦的访谈记录。

② 2007年5月12日,笔者与深泽县原城关公社东关大队赤脚医生王振庄的访谈记录。

今天,我读过了毛主席的这条最高指示,头脑(中)浮现出很多的自己不符(符)合主席(要求)的事情和思想方法。

现在由于我们的卫生(工作)开展起来了,一个月来基本是平板而过的。但我总觉得自己事情少了,一个月来没问题成绩了。因而在各个角落里浮出骄傲的情绪。对群众是离远了,为什么呢?是不是只给病人看病、探视几个病人,算是和群众打成一片呢?不算,一万个不算。这样群众就不支持我们,我们也无法去解决群众所出现的问题。下去走一走、看一看,参加活生生的阶级斗争、参(加)轰轰烈烈的生产革命,在群众中吸收养分,在主席著作中找取灵魂,放下我们(因字迹无法辨认空缺5个字,),扛起革命的红旗前进。(1969年3月31日午)

这个笔记本记录了1968年3月27日至1970年3月1日期间该赤脚医生学习毛泽东指示的内容及心得体会,从中我们可以看到,他的确是在以毛泽东思想为镜,比照自己的思想、行为,以提高自己的思想境界,改进工作方法。在笔者对赤脚医生所做的大量访谈中,“全心全意为人民服务”、“一不怕苦、二不怕死”、“发扬革命的人道主义精神”等颇具时代特色的话语出现频率之高,以及“那时人们思想单纯,不像现在……”等慨叹流露出的对毛泽东时代的怀念与对现状的无奈,说明毛泽东思想已经在一定程度上内化为他们自己的行为规范和道德标准。正是这样的赤脚医生大量存在,合作医疗制度才能够在国家没有或很少直接经济投入的情况下得以推行,农民的健康也才能够在物质条件极度贫乏的条件下得以保障。

此外,我们还必须看到“文革”运动的城乡差别。“文革”期间,中共中央明确规定“农民不要进城串联”。“县、人民公社、生产大队、生产队等单位,要普遍地举办毛泽东思想学习班。广大社员、干部和民兵都要参加学习。”那么,“六·二六”指示自然应该包括在学习范围之内,这在稳定农民思想的同时,也使农村的医疗卫生工作受到重视和加强。“抓革命、促生产”,“要学大寨经验”,“农村人民公社现有的三级所有、队为基础的制度、关于自留地的制度,一般不要变动,也不要搞捐献”,“生产队一般不搞夺权”等指示,为合作医疗制度的发展提供了必要的经济基础和相对稳定的政治环境。^[24]另外,“文革”期间通过“开展革命大批判”,批判“城市老爷卫生部”、批判“重城市、轻农村”、“下乡吃亏论”等思想,也使农村卫生工作得到了加强。

所以,关于“文革”对合作医疗的影响,笔者比较赞同这样的观点:“‘文革’也是有功有过,就农村医疗卫生来说,医生下乡、办合作医疗这都是‘文革’中发展起来的。现在为什么又恢复合作医疗呢?肯定是这个合作医疗对农村来说就是有益,所以要恢复。现在城市医生下乡也恢复了,主要是因为进主治医师职称,在农村待不了一年根本进不了。但现在的下乡就是挂个牌,到时候盖个章证明一下,其实人根本就不来。‘文革’那时候是必须来,想不来根本办不到,因为不来就等于抵抗毛主席的路线,反对毛主席,谁敢不来?”^①

综上所述,集体化时期的合作医疗制度之所以能取得举世瞩目的成就,国家领导人的高度重视、国家的政策倾向以及“文革”的推动缺一不可,而且必须以集体经济为依托。经济基础决定上层建筑,最初的农业合作化使合作医疗成为可能;“三级所有,队为基础”的人民公社体制使其巩固发展;而生产队解散则无异于釜底抽薪。归根结底,集体化时期的合作医疗制度是在国家搭建起来的集体化舞台上,由农民创意出演,由国家统一指挥的一幕参与人数众

^① 2007年7月4日,笔者与深泽县原马里分院合作医疗总站负责人李造圈的访谈记录。

多、场面极为宏大的历史剧。剧终的根本原因，是由于农村经济体制改革拆掉了演出赖以进行的历史舞台，破旧而无立新，结果使合作医疗制度失去了最后的凭借，皮之不存，毛将焉附？

〔参引文献〕

- [1] 曹普：《改革开放前中国农村合作医疗制度》，《中共党史资料》2006年第3期。
- [2] 中华人民共和国卫生部：《全国半农（工）半医培养工作座谈会纪要（1966年3月）》，石家庄市档案馆 49-1-204。
- [3] 《深受贫下中农欢迎的合作医疗制度》，《人民日报》1968年12月5日。
- [4] 《石家庄地区一九七六年第一季度合作医疗基本情况统计表1（1976年4月30日）》，石家庄市档案馆 49-1-343。
- [5] 杨淑欣：《以阶级斗争为纲深入批邓，反击右倾翻案风，推动卫生革命的深入发展（1975年）》，深泽县档案馆 16-1-11。
- [6] 《中华人民共和国卫生法规汇编（1978~1980）》，法律出版社1982年版，第140页。
- [7] 深泽县革命委员会卫生局：《深泽县爱国卫生运动情况的汇报（1973年9月9日）》，深泽县档案馆 16-1-24。
- [8] 深泽县革命委员会：《关于加强妇幼保健工作的通知（1977年1月31日）》，深泽县档案馆 2-2-357。
- [9] 深泽县卫生局：《1979年工作总结（1980年1月3日）》，石家庄市档案馆 49-1-390。
- [10] 深泽县革命委员会文教局、石家庄地区革命委员会文教卫生办公室：《关于赵八公社文教卫生战线政策方面存在若干问题的调查报告（1978年3月24日）》，石家庄市档案馆 49-1-376。
- [11] 深泽县革命委员会卫生局：《1974年工作总结（1975年1月）》，深泽县档案馆 16-1-10。
- [12] 转引自蔡仁华《中国医疗保障制度改革实用全书》，中国人事出版社1998年版，第346页。
- [13] 王绍光：《人民的健康也是硬道理》，《读书》2003年第7期。
- [14] 河北省石家庄地区革命委员会卫生局、财政局：《关于县以上医院和县以下农村卫生院（所）工资补助办法的通知（1972年5月20日）》，石家庄市档案馆 49-1-236。
- [15] 河北省革命委员会卫生局、商业局：《关于下达一九七五年农村公社卫生院重点装备计划的通知说明（1975年4月17日）》，石家庄市档案馆 49-1-283。
- [16] 河北省革命委员会卫生局：《关于一九七七年农村重点装备计划分配通知说明》，石家庄市档案馆 49-1-353。
- [17] 《马化民同志在石家庄地区卫生革命经验交流会议上的讲话（1976年5月19日）》，深泽县档案馆 2-1-345。
- [18] 河北省石家庄地区行政公署财政局、卫生局：《关于下达一九七九年县医院、妇幼专款经费的通知（1979年5月15日）》，石家庄市档案馆 49-1-383。
- [19] 《中国共产党河北省深泽县组织史资料1925~1987》，河北人民出版社1991年版，第179页。
- [20] 深泽县人民政府：《转发县卫生局关于农村卫生组织情况和整顿意见的报告（1982年3月3日）》，深泽县档案馆 2-2-473。
- [21] 深泽县卫生局：《一九八四年卫生基本情况年报综合表（续二）》，石家庄市档案馆 49-1-486。
- [22] 郑孟植主编《城市化中的石牌村》，社会科学文献出版社2006年版，第145页。
- [23] 深泽县革命委员会：《关于巩固建立农村合作医疗制度的通知（1969年6月24日）》，深泽县档案馆 3-1-41。
- [24] 中国共产党中央委员会：《关于今冬明春农村文化大革命的指示（1967年12月4日）》，石家庄市档案馆 49-1-212。

〔责任编辑：杨文利〕

the development of agriculture and lightened the burden on the state, constituting a key link in the national economy readjustments in Jiangsu Province.

Keywords: Jiangsu Province, national economy readjustments, employees, urban population, reduction

* Special Topic Studies *

Analyses of Cooperative Medical Care Systems in Rural Areas in the Period of Collective

Transformation: A Case Study of Shenze County of Hebei Province

..... Wang Sheng & Liu Yingqin (26)

Abstract: The cooperative medical care system in rural areas during the collective transformation always adhered to the general direction of alleviating the straightened circumstances of rural medical care and, through giving full scope to the advantages of collective economy, "locally-oriented" training of medical staff and relying "mainly on prevention", provided historically unprecedented institutionalized health security for the largest population of peasants, which fully demonstrated the superiority of socialism and won widespread international approval. These achievements were scored due to the factors of great importance attached by the state leaders, the national policy orientation and the promotion by "the Cultural Revolution". And these factors were brought into full play with the backing of collective economy. True, in the practice of cooperative medical care system the grassroots cadres and barefoot doctors sometimes neglected their duty and engaged in fraud for selfish ends, but the results achieved in the conditions of "poverty and blankness" of our country at that time have remained the most glorious in the medical and health history of the Republic.

Keywords: period of collective transformation, cooperative medical care systems in rural areas, Shenze County

Reform of Cooperative Medical Care System in Rural Areas in the New Period:

A Review Yao Li (36)

Abstract: Cooperative medical care system in rural areas experienced twists and turns in its development in the new period. With the spread of household-based contracted operation the cooperative medical care system in rural areas collapsed rapidly: its coverage rate shrank from 90% in the late 1970s to 5% in 1985. Beginning from the early 1990s the Party and government made great efforts to restore the cooperative medical care system, but the setbacks came one after another. Paying for their own medical care by the peasants caused serious social problems. A new cooperative medical care system in rural areas came out in the beginning of 2003, the trial application and popularization in the past several years have proved that the new system conforms with the actual situation in China and is of great significance to guaranteeing the peasants' health, maintaining social harmony and promoting economic development. And building a perfect medical security system in rural areas is an arduous undertaking that requires joint efforts from all sides and long years to accomplish.

Keywords: new period, cooperative medical care system in rural areas, medical security

Changes in the Safety Supervision System of Coal Mines Since the Founding of New

China Yan Ye (42)