

马冀\著



北京农村传统合作医疗 制度研究

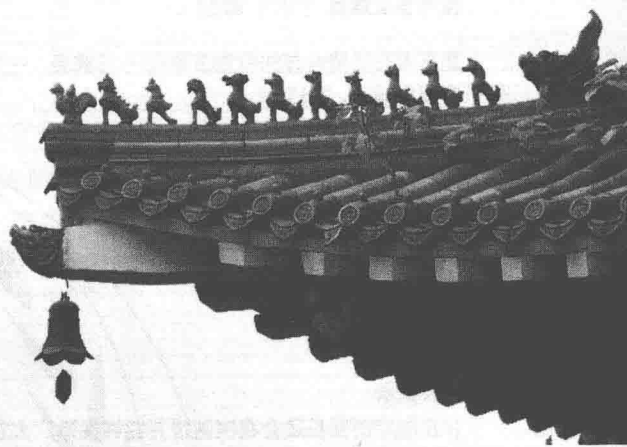
BEIJING NONGCUN CHUANTONG HEZUO YILIAO ZHIDU YANJIU



知识产权出版社

全国百佳图书出版单位

北京市属高等学校高层次人才引进与培养计划项目
(CIT&TCD201304077) 阶段性研究成果



北京农村传统合作医疗 制度研究

马冀\著

BEIJING NONGCUN CHUANTONG HEZUO YILIAO ZHIDU YANJIU



知识产权出版社
全国百佳图书出版单位

图书在版编目 (CIP) 数据

北京农村传统合作医疗制度研究 / 马冀著. —北京:
知识产权出版社, 2015. 11

ISBN 978 - 7 - 5130 - 3798 - 3

I. ①北… II. ①马… III. ①农村—合作医疗—医疗
保健制度—研究—北京市 IV. ①R197. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 223825 号

内容提要

合作医疗制度是适合我国国情并能够保障广大农民健康的一种有效选择。本书以北京市地方档案材料作为研究基础, 采用具体的分析方法, 将历史的整体考察与个案分析相互结合, 同时借鉴历史学、政治学、社会学等学科理论, 对农村传统合作医疗制度进行综合探究。

责任编辑: 张筱茶

封面设计: 刘 伟

责任出版: 孙婷婷

北京农村传统合作医疗制度研究

马 冀 著

出版发行: 知识产权出版社 有限责任公司

社 址: 北京市海淀区马甸南村 1 号

责编电话: 010 - 82000860 转 8180

发行电话: 010 - 82000860 转 8101/8102

印 刷: 北京中献拓方科技发展有限公司

开 本: 720mm × 1000mm 1/16

版 次: 2015 年 11 月第 1 版

字 数: 194 千字

ISBN 978 - 7 - 5130 - 3798 - 3

网 址: <http://www.ipph.cn>

天猫旗舰店: <http://zscqcbss.tmall.com>

责编邮箱: baina319@163.com

发行传真: 010 - 82000893/82005070/82000270

经 销: 各大网上书店、新华书店及相关专业书店

印 张: 13

印 次: 2015 年 11 月第 1 次印刷

定 价: 45.00 元

出版权专有 侵权必究

如有印装质量问题, 本社负责调换

前 言

农村传统合作医疗制度是集体化时期在我国农村广泛建立的一种依靠集体经济和个人共同筹资的方式,为广大农民群众提供的具有集体福利性质的初级医疗保障制度。作为中国农村医疗卫生保障的一项探索,传统合作医疗制度在初步解决广大农村长期缺医少药之需,提高农民的健康水平,改善农村医疗卫生条件方面发挥着重要的作用,被世界卫生组织等誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一范例”和“成功的卫生革命”。

北京市农村传统合作医疗制度的演变经过了在 20 世纪 50 年代中期兴起,60 年代末至 70 年代全面普及推行,以及 80 年代初期日趋衰落的历史进程。每个时期都有其自身特点,也留下了一些经验和启示。在研究的过程中,笔者力求以北京市地方档案材料作为研究的基础,采用具体的分析方法,使历史的整体考察与个案分析相结合,同时借鉴历史学、政治学、社会学等学科理论,对这一课题进行了综合探究。

本研究包括五个部分的内容,第一部分主要回顾了新中国初期京郊农村医疗卫生状况,以及在卫生工作四大方针的指导下如何开展农村医疗卫生工作。旧中国北京民众的生活是贫困的,乡村社会更为严重,长期缺医少药,各种传染疾病肆虐,农民的身体健康得不到保障。新政权很重视农民问题,关心农民的健康,确立卫生工作的基本方针以指导国家医疗卫生事业发展。北京市政府通过建立农村基层卫生组织,开展卫生防疫和爱国卫生运动,开展妇幼保健工作等来促进农村医疗卫生事业,取得了有效的成绩,为之后合作医疗的发展奠定了组织基础、卫生人员保障及卫生观念

支持。

第二部分主要考察了京郊农村传统合作医疗制度的演变。随着农业合作化运动的发展,合作医疗也悄然兴起,联合诊所和农业社保健站的建立方便了群众就医。在“大跃进”和人民公社化运动的影响下,合作医疗也在跃进,而随后的调整使其处于低潮阶段。1965年,毛泽东发出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示,京郊农村医疗卫生的重点由城市转向农村,通过开展农村巡回医疗、培训半农半医人员,以及农村三级卫生网的建立,促进了传统合作医疗制度的发展。1969年,在京郊大地合作医疗也“遍地开花”。20世纪80年代初,国家进入改革开放时期,人民公社的解体使集体经济的力量弱化,合作医疗失去了资金支持,赤脚医生队伍也逐渐退出历史,国家卫生政策回到“以城市为中心”的格局,传统合作医疗制度衰落。

第三部分主要分析了京郊农村传统合作医疗制度的运行状况,包括其组织形式、组织管理及资金的筹集和分配。考察赤脚医生队伍的建设,包括其选拔、培训、管理及待遇问题。探究“三土”“四自”群众运动的开展情况及其历史作用。

第四部分主要对京郊农村传统合作医疗制度绩效进行了具体的分析,以及从制度自身的缺陷以及制度外围环境的变化分析了合作医疗制度衰落的原因,并总结了传统合作医疗制度的基本历史经验。

第五部分通过对北京市新农合10多年发展现状的梳理,分析了制度推行中存在的一些问题,指出要在以人为本的理念下,加强政府的主导作用,将制度建设纳入公共卫生体系中,坚持因地制宜原则,提高地方农业经济,加强法制化建设,以促进新型合作医疗制度的可持续发展。

总之,北京的个案表明,合作医疗制度是适合我国国情的能够保障广大农民健康的一种有效选择。并且,推行和实施合作医疗制度要以当地农民实际的健康需求为出发点,适应农村生产力发展水平。如此,才能确保合作医疗制度可持续地实施,保障农民的健康,促进农村社会的全面发展。

绪 论

一、选题的缘由及意义

(一) 选题缘由

对于农村合作医疗的最初印象，始于和邻居父亲的闲聊之中。锥大伯是陕西宝鸡凤翔县人，一个地地道道的农民，在一次聊天中说到了农民看病的问题，他说农民就怕得病，不过现在村民都参加了新农合，一些疾病也能得到治疗，大家还是比较满意的，就是期望医疗条件能更好一些。后来他又和我谈起了20世纪70年代农村实行合作医疗的情况，并自豪地说他的姐姐就是村里的赤脚医生。这次闲聊引起了我对农民医疗保障问题的关注，并产生对此进行学术探究的最初动因。

带着这个强烈的兴趣，我查阅了有关农民医疗保障的一些资料，也心生感慨。1965年6月26日，毛泽东发出了“把医疗卫生的重点放到农村去”的指示，中国人仅仅用占世界1%的卫生费用投资解决了占世界22%的人口的医疗保健问题，中国农村传统合作医疗制度成为“发展中国家群体解决卫生经费的唯一成功范例。”^①1978年，《阿拉木图宣言》中提出了“2000年人人享有初级卫生保健”的全球卫生战略目标，187个世界卫生组织成员国对此目标做出了庄重的承诺。与此同时，中国的改革开放也拉开了帷幕，经过30多年的巨大社会变迁，中国农民摆脱了贫困，农村发生了可喜的变化。但是在今天，农村、农民的现实状况距离我国全面建设小

① 陈佳贵：《中国社会保障发展报告》，社会科学文献出版社2001年版，第280页。

康社会的目标还有相当长的路要走。其中，尤为突出的就是农民的健康保障问题，成为当前中国改革发展道路上的一个严峻的现实。可以说，农民的医疗健康保障已逐渐成为“三农”问题中一个重要的现实问题。2003年，中央政府把农村和卫生作为两项重点工作，因此，农村的医疗卫生问题也被提到了前所未有的高度。新时期，如何解决农民的医疗保障成为“三农”问题的“难中之难、重中之重”，无疑是当前农村社会改革的首要问题。对于一个研究者来说，关注“三农”问题，关心农民的健康保障，探究农村医疗保障问题，自然也是本研究的最大缘由。

本研究选取北京市作为个案，主要基于如下几个方面的考虑：

第一，目前在学位论文中对农村传统合作医疗制度的个案研究大多集中在硕士论文中，并且大多都是对合作医疗制度进行一般的历史考察，缺乏深入地探究制度的运行和实施状况。博士论文中多是“宏大叙事”式的中央有关政策和文件的梳理研究，极少用大量的地方档案资料进行个案研究。

第二，北京作为首都，在共和国发展历程中具有重要的典型意义和示范作用。经过学术史的梳理，以及对北京市相关部门的档案资料收集、调查及研读后，笔者认为研究北京市农村传统合作医疗制度，无论是在学术价值上，还是档案资料的获取上，都值得去探究。因此本研究选取以北京市作为个案来探讨农村传统合作医疗制度的发展历程及运行和实施的情况。以此探究，既可以丰富当代北京史的研究，又可以弥补学位论文研究中的不足之处。

最后，需要强调的一点是，笔者选题时，对于研究对象力求把握三个统一的原则，即价值性、量力性、可行性的相互统一。价值性原则是指本研究内容是否具有开创性，是否能够发展前人的研究内容，是否能够适应当前社会发展的现实需要；量力性原则是指研究者能否掌握与研究内容相适的档案资料，并且能够合理科学地运用；可行性原则是要求研究者在选题时务必考虑研究对象对自身知识水平、理解能力的合适程度。总而言之，作为一名研究者，本研究不仅力图还原历史情景，尽量展现出一个京郊农村传统合作医疗制度发展和实施的原本面貌，同时还努力把历史当作一面镜子，用以作为现实社会发展的参照和借鉴。

（二）学术价值和研究意义

第一，学术价值。从国史来看，学术界对农村社会的研究多是政治、经济以及社会文化等方面的探究。近几年，日益兴起了对乡村社会史的研究，但是对于基层民众日常生活的关注还是比较少的，特别是对农民医疗保障问题的探究更是不足，这就为本研究留下较为广阔的空间。北京，由于其首都地位，在当代中国史的发展中有着不容忽视的典型意义和示范作用。因此，对集体化时期北京农村合作医疗进行深入的探究，不仅可以了解京郊农村传统合作医疗制度演变的历史进程以及制度的构建和运行状况，而且可以以此透视地方政府在农村社会制度建设的具体情景，从中提供一个思考的历史基础。

从北京地方史来看，对北京当代史研究也具有重要学术价值。本课题以北京市集体化时期的合作医疗制度为研究对象，无疑有助于深化这一时期北京地方史的研究。并且，本研究挖掘了大量的地方档案史料和文献资料，对农村巡回医疗队、农业社保健站、不脱产卫生员、半农半医等具体问题进行深入的分析，填补了当前传统合作医疗制度研究中的一些空白和不足，丰富了当代北京史的研究。

第二，现实意义。本研究具有一定的现实意义。随着近年来全社会对“三农”问题的关注，农民的健康保障和农村的医疗卫生发展日益成为一个严峻又亟须解决的现实问题。可以说，农村的医疗条件如不抓紧改善，就不能算解决了农民和农村问题，就不可能有农村的稳定和全面进步。^①因此，在新时期，如何破解农民医疗保障问题成为“三农”问题的“难中之难、重中之重”，无疑是关系党和国家全局的根本问题，是能否顺利实现全面建设小康社会的目标，以及首都北京和谐稳定社会建立的重要保障。

基于此，本研究试图通过对集体化时期京郊合作医疗制度演变历程的考察，分析制度的实施以及制度的成效，力求做到实事求是、客观评价其成功和失误，并为当前我国农村医疗体制改革工作的顺利开展提供若干借鉴和启示。此外，北京是我国的首都，在当时它的经济水平高于全国其他城市，并且拥有比其他城市更多更好的社会资源。在新中国建立后，新生

^① 苏涛：《中国社会保障事业发展研究》，经济管理出版社2004年版，第223页。

的地方政权对农村社会医疗卫生工作的建设,一方面具有全国农村卫生工作的共性特征,另一方面又具有北京市的独特性。本研究将着重对此加以厘清,将为地方政府的制度建设提供可借鉴的经验,为促进北京市社会主义新农村建设以及和谐新北京建设,提供一些有借鉴意义的现实启示。

二、时空和概念界定

关于研究对象地域的界定。本研究对象北京市农村指的是从1949年北平市解放时期的近郊区农村,以及在20世纪50年代随着北京市行政区划的变迁划归为北京市所辖范围的远郊区农村(文中简称京郊农村)。新中国成立初期,由于首都政治、经济、文化、教育等发展建设的需要,北京市在20世纪50年代曾先后五次扩大市界的范围。它们分别是:1949年7月,划入长辛店、丰台、石景山、门头沟、南苑等地。1952年7月,划入苑平县和房山县的75个村以及良乡的3个村。1956年3月,随着北京社会主义建设的快速发展,划进昌平县以及通县所属7个乡。1958年3月和10月,这次扩界范围最大,其中,3月扩入了通县、顺义、大兴、良乡、房山五个县和通州市;10月又扩入了怀柔、密云、延庆、平谷四个县。1960年1月,将昌平、通州、顺义、大兴和周口店五个区改设为县,其中周口店区改为房山县,通州区改为通县。调整后,至1960年年底,全市共有东城、西城、崇文、宣武、朝阳、海淀、丰台、门头沟8个区,房山、大兴、顺义、平谷、密云、怀柔、昌平、延庆、通县9个县。^①因此,本研究对象北京市农村既涉及1949年北京近郊区的范畴,如朝阳、海淀、丰台、门头沟等地,又包括远郊区,如房山、大兴、顺义、平谷、密云、怀柔、昌平、延庆、通县9个县的范围,并且把后者关于传统合作医疗制度实施的状况作为侧重点。

关于研究对象时限的界定。本研究对象的时限是从1955年至1983年。1955年,在农业合作化大潮的裹挟下,传统乡村社会中原有的个体行医方式发生了革命性的转变,开始逐渐走上了集体行医的方式,合作医疗也因此兴起并发展起来。到1982年,随着人民公社体制解体,以集体经济为依

① 北京市民政局主编:《北京市行政区划手册》,中国旅游出版社2008年版,第76页。

托的农村合作医疗制度也逐渐式微。笔者选择以这两个时间点作为本研究的上限和下限时间,这一期间也正是农村集体化时期。国内学术界根据合作医疗制度实行时间的先后不同,将其划分为传统合作医疗和新型合作医疗,集体化时期实行的即为传统合作医疗制度,20世纪90年代以及21世纪初期实行的为新型合作医疗制度。本文研究的范围是集体化时期的合作医疗制度,即传统合作医疗制度(以下简称传统合作医疗或合作医疗)。

关于研究对象概念的界定。现代汉语词典对制度有两种解释,一是指由大家共同遵守的一种办事规程或行动准则。二是指在一定社会历史条件下形成的政治、经济、文化等方面的体系。^①传统合作医疗制度是在一定的社会政治、经济条件下形成的时代产物,属于后者。关于合作医疗一词,最早见于1959年12月卫生部颁布的《关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告》的附件中,把人民公社时期社员的集体保健医疗制度称为“合作医疗”。1979年12月,在卫生部等联合发布的《农村合作医疗章程(试行草案)》中明确把农村合作医疗定义为:“它是人民公社社员依靠集体的力量,在自愿自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”。^②

需要指出的是,其一,传统合作医疗制度是在集体化时期,随着农村医疗卫生制度的不断完善,适应农村社会实际需要的基础上形成的。它是依据互助共济的原则,由社员个人和集体经济共同筹资,实行按一定比例报销医药费的一种农村医疗保障制度。在20世纪70年代全面盛行时期,农村医疗卫生制度和农村合作医疗制度在概念上是相吻合的。例如《人民日报》组织的107期关于农村医疗卫生制度的讨论中,就把二者划为同一概念进行论述。其二,传统合作医疗制度的保障范围不仅包括为广大农民提供疾病医治服务,还包括妇女孕产期保健、儿童计划免疫、卫生防疫、地方病和传染病防治等一系列农村卫生工作。可以说,农村传统合作医疗制度就是以合作医疗为主体,并结合公共卫生的一整套农村医疗卫生保障制度体系。

① 中国社会科学院语言研究所词典编辑室编:《现代汉语词典》,商务印书馆2002年版(增补本),第1622页。

② 《农村合作医疗章程(试行草案)》,卫生部基层卫生与妇幼保健司编:《农村卫生文件汇编1951—2000》,(内部资料),第590页。

三、研究现状和思考

（一）研究概况

第一，随着各地档案的逐步公开，一些研究者开始利用省级和县级的档案资料进行研究，为传统合作医疗制度的个案和区域研究提供了极为重要的第一手资料以及研究论文。

近年来，利用地方档案资料进行学术研究的趋势逐步上升。其中学位论文成为传统合作医疗制度研究领域一支不可小觑的队伍。特别是2003年以来，形成了一个利用地方档案资料进行研究的热潮，如对福建、湖北、山东、山西、河北、浙江、河南等地农村合作医疗制度及赤脚医生进行的考察和描述。这些研究多以个案为视角，运用政治学、经济学、社会学、历史学等多学科方法来审视制度的演变，得出了较为丰富并且符合历史事实的结论，有助于我们拓宽研究视野，激发灵感。例如有研究者在博士论文中对医疗社会文化史进行尝试，选取了河北深泽县为考察中心，挖掘了大量的地方一手材料，具体分析了集体化时期合作医疗制度的实施及其兴衰原因。^① 有研究者考察了山东省农村合作医疗事业的发展历程，并分析了制度的实施与操作方式，以及制度外围的环境状况。^② 还有研究者以文化大革命时期福建赤脚医生为研究对象，通过对赤脚医生的产生、发展、退出历史舞台的整个过程及其存在的两面性分析，探讨赤脚医生对当今社会医疗改革的启发性。^③ 还有论文从宏观视角梳理了合作医疗制度的演变，并分析合作医疗的兴衰及赤脚医生的产生和发展原因，只是研究中一手档案资料支撑不足。^④

第二，国内出版了一些有关合作医疗的文件、大事记、年鉴、地方志、回忆录等资料，具有重要学术参考价值。

文献资料是史学研究的基本要素。有两部资料的编撰为农村医疗卫生研究奠定了重要基础，一是由卫生部基层卫生与妇幼保健司主编的《农村卫生文件汇编（1951—2000）》（内部资料）（2000年），二是由卫生部编

① 王胜：《集体化时期农村医疗卫生制度研究》，首都师范大学博士学位论文，2009年。

② 庞新华：《山东省农村合作医疗制度的历史考察》，山东大学硕士学位论文，2005年。

③ 刘颖：《“文化大革命时期”福建赤脚医生研究》，福建师范大学硕士学位论文，2007年。

④ 李德成：《合作医疗与赤脚医生（1955年—1983年）》，浙江大学博士学位论文，2007年。

撰的《建国40年全国卫生统计资料》（内部资料）（1989年）。它们收集了新中国成立后中共中央关于农村医疗卫生方面的重要文件、统计资料等，史料价值不言而喻。还有一些诸如《中国卫生年鉴》（人民卫生出版社，1999年）、《中国卫生国情》（上海医科大学出版社，1994年），《中国卫生五十年历程》（中医古籍出版社，1999年）、《毛泽东、周恩来关于卫生防疫和医疗工作的文献选载（1951年9月—1972年9月）》（党的文献，2003年第5期）等著述，也整理公布了大量详尽而丰富的农村医疗卫生特别是合作医疗的史料。此外，一些前卫生部官员的回忆及研究性的成果，也为合作医疗研究提供了不容忽视的独到观点和丰富资料。^①

关于赤脚医生口述史的研究，无论是从研究理念及方法还是在研究对象与资料的收集上，都推动和深化了合作医疗的研究。其代表作有《从赤脚医生到乡村医生》（云南人民出版社，2002年），该书通过田野调查，用口述史学的方法对49名赤脚医生进行深入访谈，收集了关于合作医疗及赤脚医生的宝贵资料。还有一个令人兴奋的研究进展是由首都医科大学师生历时一年著成的《碧流琼沙——赤脚医生时期口述史》（北京燕山出版社，2010年），该书通过对通州、大兴、昌平、怀柔、密云5个郊区县35个乡村的走访，以及上海、湖北等地的调研，访谈61人，对村医、村民和村落进行“植入式”观察研究，撰写成有重要学术价值的口述史。

第三，出版了一批研究合作医疗制度的著作，发表了相当多的学术研究成果。

据初步统计，国内出版的专门和涉及研究合作医疗制度的专著主要有：陈志潜的《中国农村的医学——我的回忆》、张卫平的《中国农村健康保障的选择》和顾昕的《诊断与处方：直面中国医疗体制改革》等，^②这些论著涉及社会保障学、政治学、经济学、社会学等多学科门类。还有一些研究论

① 前卫生部医政司张自宽从20世纪60年代起就对合作医疗进行深入研究，其代表成果有：《论合作医疗》（山西人民出版社，1993年）、《对合作医疗早期历史的回顾》、《中国卫生经济》1992年第6期。还有前卫生部副部长钱信忠也致力于合作医疗的研究，代表成果有：《中国卫生事业发展与决策》（中国医药科技出版社，1992年）。

② 陈志潜：《中国农村的医学——我的回忆》，四川人民出版社1998年版。张卫平：《中国农村健康保障的选择》，中国财政经济出版社2002年版。顾昕：《诊断与处方：直面中国医疗体制改革》，社会科学文献出版社2006年版。

文,具有代表性的有夏杏珍的《农村合作医疗制度的历史考察》、曹普的《1949—1989:中国农村合作医疗制度的演变与评析》和林闽钢的《我国农村合作医疗制度演变及其治理结构的转型》。^①此外,专门研究中央领导人农村卫生思想的,如丁名宝等的《毛泽东卫生思想研究》。^②以上研究既有宏观层面论述,也有中观和微观研究,既有卫生部门领导人的回忆,也有普通参与者的亲历记,研究内容涉及社会学、政治学、经济学、历史学等学科,促进了合作医疗研究视野的拓宽和研究内容的深化。

第四,国外及港台学者对中国农村医疗保障制度的研究。

相比较而言,国外学者对合作医疗制度的研究并不普遍,研究力量也比较分散。一是相关国际组织对我国合作医疗制度的评价性分析。例如:20世纪80年代初,世界卫生组织在考察我国农村医疗卫生发展后指出:“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,这种模式很适合发展中国家的需要”;并将传统合作医疗誉为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”“卫生革命”等。^③尽管这只是一些评价性的结论,少有学术研判,但也比较客观,对学术研究也有一定的借鉴意义。

二是一些国外学者对我国合作医疗制度的特征、运作机制,医疗政策及医疗保障机制等进行的专门研究。具有代表性的有:David M. Lampton认为“大跃进”时期医疗政策的失败,不仅是政策的“激进”,而主要在于领导政策缺乏一致性和连续性,以及“分割式决策体系”的运作特征所造成。^④陈美霞在研究中将改革开放前后中国医疗卫生现状进行了详细的比较分析,并指出了医疗卫生事业的大逆转对中国和世界的启示。^⑤G·布罗姆从现代公共政策角度指出,农村合作医疗制度作为社会保障体系的重要部分,其存

① 夏杏珍:《中国农村合作医疗保障制度的历史考察》,《当代中国史研究》,2003年第5期。曹普:《中国农村合作医疗制度的演变与评析》,《中共云南省委党校学报》,2006年第5期。林闽钢:《中国农村合作医疗制度的公共政策分析》,《江海学刊》,2002年第3期。

② 丁名宝、蔡孝恒:《毛泽东卫生思想研究》,湖北科学技术出版社1993年版。

③ 世界银行:《中国卫生部门报告》,人民卫生出版社1985年版。

④ 【美】David M Lampton,张志辉译:《“大跃进”时期的医疗政策》,《科学文化评论》2006年第1期。

⑤ 陈美霞:《大逆转:中华人民共和国的医疗卫生体制改革》,原文载 <http://blog.xuite.net/gl.p2/critique/>。

在和发展离不开政府的参与。^① Gerald Bloom 分析了中国农村合作医疗制度的解体以及可能带来的种种影响,并对新时期合作医疗的恢复进行了评析。^②显然,国外的研究在目前看来并不丰富,尚未形成成熟的研究观点,研究范围和力度与国内相差甚远,但这些研究为我们提供了一个可对比的参考视角,其学术理念与研究方法有一定的借鉴和启发意义。

(二) 研究述评

第一,关于合作医疗制度的起源与分期。研究者们对合作医疗制度的起源存在不同认识,大多学者同意合作医疗制度起源于在中共创建的根据地时期建立的卫生合作社的说法。例如史永丽等认为根据地时期卫生合作社的宗旨和新中国成立后合作医疗制度的目标一致,是其制度的渊源。^③也有研究追溯到民国时期,如刘纪荣等认为1923年河北香河出现的“雷发森式”信用合作社,既有合作医疗的实验,又是乡村保健制度的推行。^④还有学者把1955年农业合作化高潮开始兴起的合作医疗作为制度的起源。^⑤

关于合作医疗制度演变的历史分期,主要有“三阶段说”和“四阶段说”。杨华依据合作医疗在农业人口中的覆盖率将其分为三个阶段,一是合作医疗兴起和逐步发展的阶段;二是合作医疗制度的建立和普及阶段;三是合作医疗制度式微及新的合作医疗模式探究的阶段。^⑥曹普把合作医疗制度的演变分为四个阶段,一是合作医疗在农业合作化高潮中初步建立(1955—1958年);二是合作医疗在“大跃进”和人民公社化运动中快速发展(1958—1966年);三是“文革”时期合作医疗走向高潮(1966—1979年);四是合作医疗走向萎缩衰退(1980至今)。^⑦还有学者依据不同

① G·布罗姆、汤胜蓝:《中国政府在农村合作医疗保健制度中的角色与作用》,《中国卫生经济》,2002年第3期。

② Gerald Bloom, and others, Cooperative Medical Scheme in comporary rural China Social Sciene&Medical Vol. 41, No8, pp. 1111-1118, 1995。

③ 史永丽、孙淑云:《农村合作医疗制度的起源及其法律性质分析》,《山西大学学报哲学社会科学版》,2006年第4期。

④ 刘纪荣、王先明:《二十世纪前期农村合作医疗的历史变迁》,《浙江社会科学》,2005年第3期。

⑤ 夏杏珍:《中国农村合作医疗保障制度的历史考察》,《当代中国史研究》,2003年第5期。

⑥ 杨华:《关于农村合作医疗保健制度的研究》,《中国初级卫生保健》,2002年第2期。

⑦ 曹普:《中国农村合作医疗制度的演变与评析》,《中共云南省委党校学报》,2006年第5期。

时期合作医疗制度的功能差异将其分为：战时管制型合作医疗、社队福利型合作医疗、新福利型合作医疗、风险型合作医疗、福利—风险型合作医疗、医改型合作医疗模式。^① 总的来说，以上划分法主要基于对合作医疗制度的性质以及功能认识的迥异，导致了对制度起源和演变的不同认识，但总的来说，这些观点大同小异，并不矛盾。

第二，关于合作医疗制度兴起的原因。合作医疗的变迁是伴随着乡村政治频繁转化的结果，许多研究者都把农业合作化运动作为理解合作医疗兴起的首要原因。一致认为合作医疗制度是随着农业互助合作化运动的兴起而逐步发展起来的。例如梁希震认为，国家推行农业合作化运动为合作医疗制度的产生奠定了客观基础。^② 张自宽等则认为在众多因素中，农业合作化运动对合作医疗的兴起起了决定性作用。但这些研究结论还是较为笼统含糊的，并未清晰揭示合作化运动和合作医疗之间的内在关联。^③ 在众多研究中，笔者认为胡宜的解释比较深入，即合作化运动本身启发了合作办医的基本思路；合作化使医疗卫生资源得到整合，为合作医疗制度的运行和发展提供了最基本的空间和人员前提；合作社的集体积累使合作医疗获得了必要的经济支撑；合作化使合作医疗具备了组织保障。^④

第三，关于合作医疗制度在 20 世纪 60、70 年代普及的原因。学者们认为合作医疗制度在 20 世纪 60、70 年代普及的原因是综合作用促成的。既是合作医疗制度本身的特点决定的，也与当时特殊时代的政治氛围、经济环境，以及主要领导人的重视和社会舆论宣传等因素相关。张自宽等认为政治因素导致了合作医疗的全面普及。由于各级政府把推行合作医疗当作一项政治任务，自上而下，一哄而起，很快实现合作医疗的“遍地开花”。^⑤ 朱俊生、顾昕等从制度经济学视角，认为促成合作医疗制度迅速普

① 陈伟诚、胡宏伟：《我国农村合作医疗制度变迁与评析》，《农村观察》，2006 年第 1 期。

② 梁希震：《中国农村医疗卫生保障制度研究》，中国人民大学博士论文，2005 年。

③ 张自宽等：《关于我国农村合作医疗制度的回顾性研究》，《中国农村卫生事业管理》，1994 年第 6 期。

④ 胡宜：《疾病、政治与国家建设》，华中师范大学博士论文，2007 年。

⑤ 张自宽等：《关于我国农村合作医疗保健制度的回顾性研究》，《中国农村卫生事业管理》，1994 年第 6 期。

及一是因为在人民公社体制下，为制度提供了制度变迁的经济背景；二是由于此制度为低成本的医疗服务递送体系；三是国家强大的政治动员是制度有利的政治环境。李华指出，农村基本经济制度不仅为合作医疗提供了适宜的制度环境，也为其创造了集体经济组织的支持。^①显然，合作医疗全面普及是多种因素作用的结果，只是由于各地农村的经济条件、农民思想意识、乡土文化等差异，使其在各地的形成和发展有所不同。笔者发现即便在同一区域的不同村庄间也是存在差异的，因此，就需要研究者具体分析，得出真实、客观的结论。

第四，关于合作医疗制度衰落的原因。学者们从经济、社会环境、政策导向和制度本身的缺陷等方面对合作医疗制度的衰落进行了有益的探讨。一些论者认为农村经济体制发生改变，是导致合作医疗难以为继的主要原因。如夏杏珍认为由于家庭承包责任制的推行，使集体经济弱化，合作医疗失去了主要经济来源而难以为继。^②作为合作医疗的亲历者，张自宽从组织行为角度出发，认为一些决策人在舆论导向和政策导向上的失误对合作医疗制度式微产生重要影响。^③朱玲则认为合作医疗制度的衰落是由于制度内在运行机制的缺陷造成的，主要包括财务制度和管理制度缺乏持续性，医务人员的减少与流失，以及干部和社员在享受医疗时的不平等待遇。^④沈寿文则从法制保障的角度提出，合作医疗制度的产生和维持依赖于强大的政治动员，它从一开始就带有人治模式的癌细胞，最终必然走向解体。^⑤显然，以上观点的不同是由于研究视角的侧重点不一造成的，曹普的分析综合了多种因素，认为合作医疗制度衰落的原因一是在人民公社体制下，合作医疗只能提供水平低下的医疗卫生保障，而且难以稳定持续地存在和发展；二是以政治运动方式将城市卫生资源转移到农村中，虽然也有一定的效果，但也缺乏内在的稳定动力和激励机制，尤其在“文革”结束后，许多来自城市的农村医护人

① 李华：《中国农村合作医疗制度研究》，经济科学出版社2007年版，第73页。

② 夏杏珍：《中国农村合作医疗保障制度的历史考察》，《当代中国史研究》，2003年第5期。
叶宜德等：《农村合作医疗制度》，《中国农村卫生事业管理》，1998年第6期。

③ 张自宽：《中国农村卫生发展道路的回顾与展望——为纪念建国50周年而作》，《中国农村卫生事业管理》1999年第9期。

④ 朱玲：《政府与农村基本医疗保健保障制度选择》，《中国社会科学》，2004年第4期。

⑤ 沈寿文：《政策与法制农村合作医疗制度演进浅论》，中国社会科学出版社2007年版。

员自然就返回了城市；三是由于集体经济的财力有限，并且缺乏合理的合作医疗费用分摊机制，使合作医疗制度体系难以为继。^①

第五，关于传统合作医疗制度的评价。大多数学者对合作医疗制度的评价是积极的。其中，张自宽等的分析较为全面，认为传统合作医疗制度的实施有利于贯彻“预防为主”的卫生方针；促进了农村妇幼保健、爱国卫生运动的开展，使许多传染病、地方病得到有效控制；完善了农村基层卫生组织，形成了成本低、覆盖广的卫生保障网络；改善了农村长期缺医少药的面貌，保障了农民的健康，提高了农民的医疗水平。^② 李德成也认为合作医疗制度在二元社会结构中最大地实现了农村社会的卫生公平，缓解了农民缺医少药之急，促进了农村社会的稳定发展。^③ 刘鹏从政治学的视角分析了合作医疗制度改善了我国医疗卫生资源分布不合理的现象，为国家提供了强大的政治合法性资源。^④ 也有一些学者持质疑观点，如顾昕等从制度嵌入的自愿性和强制性角度分析，指出传统合作医疗制度并不具有超乎寻常的制度创新意义。^⑤ 葛延风认为不能高估合作医疗制度的保障机制，即便没有出现合作医疗，农民的卫生健康依然可以得到基本保障。^⑥ 方小平以浙江省富阳县为个案，通过城乡对比研究，认为农民在合作医疗中所享受到的一些微薄的医疗服务与同时期享受国家公费医疗和劳保医疗相比是微不足道的。^⑦ 以上评价基于其着眼点的不同，结论大相径庭，笔者认为不能简单判断合作医疗的优劣，在具体研究中，研究者应该全面、客观、深入地审视合作医疗制度。

第六，关于赤脚医生群体的研究。近年来，对社会群体研究成为国史研究的关注点，赤脚医生作为合作医疗制度的主要执行者，许多学者把研

① 曹普：《中国农村合作医疗制度的演变与评析》，《中共云南省委党校学报》，2006年第5期。

② 张自宽等：《中国农村合作医疗50年之变迁》，中国农村研究网：<http://www.ccrs.org.cn/>。

③ 李德成：《合作医疗与赤脚医生研究》，浙江大学博士论文2007年。

④ 刘鹏：《合作医疗与政治合法性——一项卫生政治学的实证研究》，《华中师范大学学报》，2006年第2期。

⑤ 顾昕等：《自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析》，《社会学研究》，2004年第5期。

⑥ 葛延风等：《中国医改问题·根源·出路》，中国发展出版社2007年版。

⑦ 方小平：《赤脚医生与合作医疗制度——浙江省富阳县个案研究》，《二十一世纪》（香港），2003年第10期。