

大逆轉：中華人民共和國的醫療衛生體制改革

■陳美霞*

這篇論文是筆者2001年應美國社會學學者威廉·科克藍(William C. Cockerham)之邀而寫的英文論文，發表在一本由科克藍主編、跨國出版社Blackwell出版的大學及研究所層次的醫療社會學教科書上(英文書名：Blackwell Companion to Medical Sociology)。此教科書共二十六章，其中有九章討論醫療社會學理論，另外十七章則從社會學觀點分析美洲、歐洲、非洲、中東、與亞洲地區十七個國家的醫療衛生體系，各章由已經累積相當研究經驗的社會學者執筆，其中有關中國大陸之一章——即本文——由筆者負責。此書2004年再版。

筆者90年代初期在芝加哥大學教學作研究時開始研究中國大陸的醫療衛生，當時，西方學者早已陸續指出中國醫療衛生改革的一些問題。在芝加哥、或在中國大陸，我每當與大陸的學者或學生談論中國的醫療衛生改革，都會談起這些問題，我最常說的是，「中國大陸即使要走市場改革或資本主義的道路，也不見得必須把醫療衛生體系市場化、商品化，如，英國是資本主義國家，卻擁有非市場化、非商品化的公醫制。」然而，中國醫療衛生體系市場化的路就這樣義無反顧的、快速的走下去。

1996年，我回到臺灣，在成功大學醫學院

任教，仍繼續我對中國大陸醫療衛生的研究。同時，我觀察臺灣的醫療衛生體系，發現它也跟中國大陸一樣，急劇的往市場化、商品化的路滑下去。2001年，藉科克藍邀請的機會，我較系統的將中國醫療衛生改革的問題以改革前後歷史比較的觀點分析，寫出這篇「大逆轉」的論文。同時，我把寫成的論文給了中國大陸的學者，建議他們將它翻譯出來在大陸發表，或許有針砭的作用。但是，此事石沉大海，我也因全副精力投入批判臺灣醫療市場化、商品化的工作，而無暇追蹤了。

2005年夏天，我正在芝加哥大學短期研究，在芝大圖書館上網，赫然看到中國國務院發展研究中心「對中國醫療衛生體制改革的評價與建議」的研究報告及大量的相關報導，批判醫療衛生市場化改革的錯誤，我當時感慨萬千：這不就是我2001年論文提出來批判的嗎？當年八月，我去北京作研究，因緣際會認識了清華大學求是學會的同學，談起醫療衛生改革的問題，有共同的憤慨與憂心。我提起這篇「大逆轉」的論文，他們熱情的表達願意幫忙翻譯。本篇是近五年前寫的，部分資料需要更新(如，當時中國尚未加入世貿組織)，但是，因為論文是以歷史的角度分析的，仍有它以古鑒今的意義，而且文中所指出的問題至今

* 從1996至今是臺灣成功大學醫學院公共衛生研究所教授，是該所創所所長；1986至1996年間是美國芝加哥大學衛生行政研究中心暨研究所研究員、助理教授及副教授；1981至1986年間則是美國德州大學奧斯丁分校助理教授。

猶在，是以請清華同學翻譯發表。【作者】

摘要

在毛澤東時代，中華人民共和國成功發展出一個以預防為主、十分革新性的醫療衛生體系。這一體系包括：發展合作醫療制度；使用赤腳醫生；通過群眾運動執行全民保健計畫；中西醫結合；越來越注重農村人口的醫療衛生。然而，在過去20多年的市場改革中，中國將原有的醫療衛生體系改變得面目全非。醫療衛生事業的重點從預防為主轉變為醫療為主；合作醫療體系大部分解體；赤腳醫生不復存在，絕大部分轉為專業化的鄉村醫生，很多人轉而從事更賺錢的工作；官方不再注重群眾動員，反而重新強調醫療技術；中西醫結合的政策取向變為更依賴西醫；醫療資源日益從農村轉向城市地區。自1978年市場化改革以來，中國醫療衛生事業戲劇性的變化，的確說明毛時代的醫療衛生體系發生了「大逆轉」。

關鍵字

改革，醫療衛生，合作醫療，赤腳醫生，愛國衛生運動，中西醫結合

前言

1949年10月1日，毛澤東在首都北京的天安門城樓上宣佈中華人民共和國的成立。在接下來的30年時間裡，毛領導下的中國建立了中央計畫的社會主義制度。這個制度著重在發展國營經濟，重視公共福利事業，強調以發動群眾為基礎的集體主義以及社會平等精神，而在各種服務以及產品的分配上則刻意降低市場的角色。但是，1978年鄧小平掌握中國領導權後，卻將中國帶上了另外一條全新的道路：中

國戲劇性地開始了市場化改革，將原來的公有部門、企業和機構私有化，解散農村公社，強調個人責任制，容忍社會不平等的增長（Hinton 1990; Leung 1994; Wong 1994; Weil 1996; MacFarquhar 1997; Meisner 1999）。這一政治、經濟和社會的變革被一部經典作品《翻身：中國一個村莊的革命記實》（1966）的作者韓丁（Hinton）描繪為「大逆轉」（1990）。

在毛時代，中國以成功發展革新性的醫療體制和強調預防為主的醫療衛生體系給全世界以深刻印象。這一體系包括：發展合作醫療制度；使用赤腳醫生；通過群眾運動執行全民保健計畫；中西醫結合；越來越注重農村人口的醫療衛生。然而，在過去20多年的市場改革中，中國將原有的醫療衛生體系改變得面目全非。醫療衛生事業的重點從預防為主轉變為醫療為主；合作醫療體系大部分解體；赤腳醫生不復存在，絕大部分轉為專業化的鄉村醫生，很多人轉而從事更賺錢的工作；官方不再注重群眾動員，反而重新強調醫學技術；中西醫結合的政策取向變為更依賴西醫；醫療資源日益從農村轉向城市地區。自1978年市場化改革以來，中國醫療衛生事業戲劇性的變化，的確說明毛時代的醫療衛生體系發生了「大逆轉」。在這一論文中，我們將（1）討論在市場改革以前醫療衛生體系的主要組成，及其對全民健康狀況的影響；（2）分析市場化改革以後醫療衛生體系的變化，及其對人民健康和醫療狀況的影響；（3）討論醫療衛生事業的大逆轉對中國和世界的啟示。

市場化改革以前的醫療衛生狀況

解放前的一個世紀中，中國飽受內戰和反帝戰爭的蹂躪。中華人民共和國繼承的爛攤子

經濟蕭條、社會危機重重、民眾中傳染病、寄生蟲疾病、營養不良疾病肆虐 (Sidel and Sidel 1973)。在戰後初期，平均壽命不到35歲，嬰兒死亡率高達250‰ (Jamison et al. 1984)。醫療衛生從業人員總數少的可憐，無力解決當時人民群眾大量的健康問題。從事醫療服務的主體是傳統中醫和草藥醫生，許多都缺乏必要的培訓和鍛煉，無法應對和處理流行疾病和疫情 (Sidel and Sidel 1973; Sidel and Sidel 1982)。當時，全國性的預防計畫和體系是不存在的 (Sidel and Sidel 1973)。

面對這些狀況，新中國必須發展醫療衛生體系，以有效解決人民當前迫在眉睫的健康問題。當時，世界上其他面臨同樣問題的國家最常用的解決途徑是採取西方模式或修正的西方模式。這種模式主要的特點包括：(1) 嚴重依賴通過昂貴財力投入培養出來的高技術的專科醫生；(2) 非常強調較高的醫療技術水準；(3) 治療為主的導向；(4) 關注個人醫療服務，而不是建設公共衛生計畫 (Li and Wang 1995; Wilenski 1976)。這種模式對已經完成工業化的國家也許適合，因為在這些國家裡人口死亡率隨人民生活 and 醫療水準的提高、衛生設施的改善而下降。然而，對於發展中國家，實踐證明這種模式是不恰當的。有限的國家資源使得發展中國家無法培訓足夠數量的高技能的西醫醫療人員，以完成當時大量的、緊迫的醫療任務。而且，一旦這些醫療人員從學校畢業了，大部分都會呆在城市裡，農村居民仍然得不到充分的醫療；昂貴的醫療技術，多半也只有城市居民才能負擔得起；以極少數高技能的醫療人員提供個人醫療以及個人衛生服務的方式，無法有效解決在農村貧困人口中傳染性疾病蔓延和營養不良疾病充斥的問題 (Wilenski 1976)。

新中國是少數幾個選擇異於西方醫療模式的國家之一，它發展了具有重大革新性的公共

衛生體系：主要依靠經過很短時間就可培訓出來的較低技能醫護工作者；發展了勞力密集而不是資本密集的醫療技術；強調預防和初級保健；集中精力實施公共衛生計畫，而不是單純關注個體健康 (Rifkin 1972; Rifkin 1973; Wilenski 1976; Maru 1977; Wilenski 1977; Blendon 1979; Sidel and Sidel 1982)。

革命後很短的時間內，新中國提出了醫療衛生事業的四項指導方針 (Wilenski 1976; Sidel and Sidel 1983)。這些指導方針確定了接下來30年時間內新中國醫療衛生事業的發展框架。這四項指導方針是：

1. 醫療衛生體系為工農兵服務；
2. 預防為主；
3. 中西醫相結合；
4. 衛生工作與群眾運動相結合。

面向工農兵與預防為主

建國前，農民和工人在社會經濟地位上處於最弱勢，傳染病、寄生蟲疾病、營養不良性疾病在工農群體中肆虐。在建設社會主義的過程中，新中國把工人、農民、士兵作為最重要的服務對象 (註一)，這一點也反映在醫療衛生體系的發展方向上 (Sidel 1975; Wu 1975)。同時還強調預防為主，而不是治療為主。在建國後的三十年時間裡，與世界上其他國家相比，新中國實際上把更多的人力、物力投入到預防而不是醫療部門 (Jamison et al. 1984)。

為了改善環境衛生狀況，新中國發動了公共衛生運動：消滅了「四害」——老鼠、蒼蠅、蚊子、臭蟲 (註二)；消滅了性病；控制住了瘧疾、血吸蟲病等主要地方病的傳染源；給民眾注射多種預防傳染性疾病的疫苗，使人們免受天花、白喉、肺結核等疾病侵害 (Heller 1973; Sidel and Sidel 1973; Wilenski 1976; Jamison et al. 1984; The

Editorial Committee for New China's Historical Experience of Preventive Medicine 1991, 應為「《新中國預防醫學歷史經驗》編委會」, 譯者註)。為了保證這些運動能取得成效, 在全國範圍內發展了以預防為主的基層組織。許多公共衛生工作者受到培訓, 傳染病預防中心或防疫站也在農村人民公社和城市地區建立起來, 並配置了必要的衛生設施(註三)(Heller 1973; Rifkin 1973; Sidel 1975)。這些防疫站同生產隊衛生站、公社衛生院以及其他醫療機構的醫務人員相互緊密配合, 成功的執行了公共衛生計畫, 發動了公共衛生運動(Rifkin 1972; Heller 1973)。這些運動最為顯著的特徵就是, 通過動員群眾、發動群眾來完成。動員群眾、發動群眾是公共衛生運動取得成功的最重要原因, 後面的章節將專門討論這一議題。

合作醫療體系

合作醫療體系是中國農村為公社的農民提供預防性的服務、基礎醫療和疾病治療服務的籌措資金和支付系統。在1949年, 大約85%的中國人生活在農村地區(Sidel 1975; Hu 1976)。在合作醫療體系建立之前, 農民看病必須自己掏錢支付醫療費用(Feng et al. 1995)。然而在農業合作化之後, 這種個體支付方法同集體經濟之間越來越不協調(Zhang 1960)。結果在50年代中期, 當時正值農業合作化高潮, 很多合作社開始實驗性的、為解決農民醫療保健而建立起合作籌措資金及支付體系(Zhang 1992; Feng et al. 1995)。由於合作醫療制度在執行疾病預防計畫方面非常有效, 可以保證病人在早期就得到診斷、治療, 並且進一步鞏固人民公社的基層衛生組織, 因此, 黨和政府大力鼓勵農村合作醫療的發展, 並為之創造便利條件(Zhang 1959)。從60年

代到70年代的文革運動期間, 合作醫療制度取得長足發展, 相繼在很多人民公社建立起來。到1976年為止, 大約93%的人民公社建立了合作醫療制度(Zhang 1985; Feng et al. 1995; Carrin et al. 1999)。

公社福利基金和公社成員繳費是合作醫療體系的兩大資金來源。在不同的人民公社當中, 集體基金的比例也各不相同, 從30%到90%不等, 平均水準大約為50%。每年公社成員從自己的收入中提取0.5%~2%, 繳納給合作醫療體系(Carrin et al. 1999)。公社成員繳費標準, 以上一年合作醫療支出情況為依據進行計算, 經過一段時間標準就會發生變化(註四)。在大多數人民公社裡, 如果農民患嚴重一些的疾病, 合作醫療體系因為不具備相應的技術設備條件, 而需要轉到縣醫院進行治療時, 農民必須支付基本的掛號費和部分醫療費用。合作醫療體系提供衛生教育、家庭生育計畫、預防注射、傳染病監測及報告和其他預防性的服務, 同時備有基本的醫療設備和藥物(Zhang 1966; Zhu 1989)。合作醫療體系的管理由大隊幹部、赤腳醫生和農民組成的管理委員會負責(Zhang 1966; Zhu 1989)。赤腳醫生——後面會專門討論——是合作醫療體系的核心衛生工作者。

由於公社是合作醫療體系的資金來源(主要就是公社合作基金和成員繳費), 公社具有非常強烈的動機降低合作醫療體系的開銷(Wen and Hays 1976)。這種降低作用體現在四個方面: 首先, 中央和地方政府鼓勵公社確保成功執行「預防為主」政策和開展公共衛生運動, 以便減少公社中疾病和疫情的發生, 自然而然合作醫療體系的醫療費用就減少了; 其次, 在病情加重以前, 合作醫療體系努力為病人提供預防性的和基本的醫療服務, 並提醒農民一旦病情惡化, 治療費用會更高, 督促農

民採取預防措施；再次，為了減少藥物的花費，合作醫療體系儘量避免過度使用或濫用藥物，公社種植、採集、加工、使用具有廣闊前景的當地藥草、藥材，而減少使用昂貴的西醫藥物；第四，合作醫療體系限制送到縣醫院去的病人的推薦數量，因為縣醫院比農村合作醫療診所的費用高昂得多。赤腳醫生充當這些推薦病人的「看門人」，決定病人是否需要轉送縣醫院（Zhang 1965a; Zhang 1965b; Kwangchow Provincial Institute of Maternal and Child Health Care 1978，應為「廣州省婦幼健康照護所（1978）」，譯者註；Hu 1981; Zhu et al. 1989）。

不論農民們的經濟地位怎樣貧困，合作醫療體系都提供給他們基本的醫療服務。這也為農民節省了不少時間，在之前，農民為了取得醫療，他們必需要花很多時間走遠路；在生產大隊和生產隊裡，合作醫療體系使赤腳醫生和其他醫護工作者很容易取得初級醫療服務技術，使醫療服務在空間上同農民生活融為一體。此外，合作醫療體系還加強了公社衛生所的地位，通過公社基金確保衛生所人員獲得必要的培訓（Zhang 1965a; Feng et al. 1995）。

在城市裡，存在兩種主要的醫療資金籌措和支付體系，分別是公費醫療和勞保醫療。公費醫療建立於1951年，由政府承擔經費來源，主要面向國家幹部和學生提供醫療服務，這部分受益群體約占全國總人口的2%。勞保醫療也建立於1951年，主要由國營企業提供資金，為工廠中的工人和職員承擔全額的醫療花費，並為職工的家庭成員承擔50%的醫療花費（Hu 1976）。

赤腳醫生

赤腳醫生（註五）的詞語原是50年代末上海郊區農民對身邊半農半醫的同伴的親切暱稱

（Report of An Investigation from Shanghai 1968）。在1958年——大躍進的開始階段（註六）和農業集體化運動、社會主義理想信念的高潮時期（Zhu et al. 1989; Meisner 1999）——大量的上海醫師組織起來奔赴農村，辦短期培訓班，將大量農民培養成衛生工作者。主要的想法是，這些受培訓的農民醫護人員，會以不脫產的方式為當地的農民提供衛生與醫療的服務（Report of An Investigation from Shanghai 1968; Peking Review 1974; Peking Review 1975）。在文革期間，農村合作醫療體系在人民公社中迅速發展，赤腳醫生數量引人注目的大幅增加（Zhu et al. 1989）。到1978年，中國農村大約活躍著180萬赤腳醫生（Chen et al. 1993），平均在每個生產大隊中有3個赤腳醫生（Wang 1975）。

每個生產隊都會選拔他們自己的赤腳醫生。最重要的標準是被選拔的人大公無私，願意「為人民服務」。其他標準，比如教育程度、年齡和個人興趣是比較次要的（Sidel 1972a; Ronaghy and Solter 1974; Huang 1988）。在各個公社之間，培養赤腳醫生的方式各不相同。然而，所有的公社都強調預防和治療常見疾病，培訓期也都在3~6個月之間（Wang 1975）。培訓計畫大多在縣醫院執行，有的時候也在公社衛生所或生產大隊由城裡來的流動醫療隊進行培訓（Lyle 1980）。合作醫療體系十分注重在職經驗的監督和指導以及在職繼續教育（註七），也承擔這些活動所需的費用（Wang 1975; Lyle 1980）。

赤腳醫生的工作內容因不同的公社或生產大隊而有所不同（Sidel 1972a）。但是，他們通常有共同的工作任務，包括預性的工作，例如健康教育、衛生防疫、環境衛生、急救、公共衛生運動，以及為一般病人提供基本醫療服務等（Sidel 1972b; Hu 1976）。因為赤腳醫

生需負責完成合作醫療體系的工作，上面這些職責也是合作醫療體系的主要工作內容。赤腳醫生的收入計算方式跟其他農民差不多。公社成員的收入取決於所在公社的總收入和個人的「工分」數量。赤腳醫生的醫療衛生的工作也被視為農業勞動的一部分，以「工分」方式計算（Sidel and Sidel 1983; White 1998）。

同西方醫療模式相比，中國農村的赤腳醫生系統有幾個鮮明的特徵。首先，赤腳醫生為數眾多，經過短期培訓可以滿足農村地區緊迫的衛生醫療事業需要。其次，赤腳醫生同農民同吃同住同勞動，對誰患有什麼病症、什麼季節會復發瞭若指掌，比從城市來的西醫更瞭解實際情況。再次，作為農民，赤腳醫生同他的病人有同樣的階級地位，比那些來自其他地方技術高超的醫師有更強烈的為本階級成員奉獻一生的願望。此外，半農半醫的工作方式縮小了醫護工作中的腦體差距，阻止了脫離群眾的精英醫師的出現，而在西方模式中，這種精英醫師大量存在，社會地位都是明顯高人一等的（Report of An Investigation from Shanghai 1968; Wei 1975; Miao 1976; Sidel and Sidel 1983）。第四，赤腳醫生的推行不僅僅讓醫療服務普及化，也讓衛生知識普及化，使醫療工作不再成為專職醫療工作者的特權（Chinese Medical Association 1974; Chu and Tien 1974; Wang 1975）。

最後，赤腳醫生的推行促進醫療服務人員的去專業化，對傳統的西方醫療教育進行了革命性改造（註八）。西方醫護專業通常排斥培訓那些較低技能的醫療人員從事簡單醫療工作、治療常見疾病，因為他們認為這會降低他們的專業水準（Kao 1974; Wilenski 1976）。赤腳醫生的推行打破了這種專業排斥行為，為醫療衛生工作人員創造出一種新的角色。總體上講，新中國充分發揮人民的創造力，在相對

較短時間內培訓出大量的赤腳醫生，使其人力資源豐富的優勢最大化，而使其對昂貴的醫療高科技或高技能醫療人員的依賴最小化。這一政策的實行的結果，使得新中國可以從容面對農村專業醫療人員嚴重短缺形成的挑戰（Wang 1975; Wilenski 1976）。

醫療衛生工作中的群眾運動

對於共產黨來說，革命戰爭只有發動群眾依靠群眾才能進行下去並取得勝利（Mao 1934; Xu 1960; Wilenski 1976）。這種認識的基礎在於他們深信普通群眾只要被賦予正確的認識，適當的動機和權力，就可以解決各種複雜的問題。「群眾路線」同樣被應用到衛生事業中，因為中國領導人認識到，要迅速地改變中國大多數人的衛生面貌，沒有群眾的全力參與是不可能的。在全民參與衛生運動的過程中，人們增加了衛生知識，更清楚他們自己的健康問題，因此為了保護自己的健康，他們更傾向於改變平時的不衛生的習慣。在毛領導下，「自力更生」是新中國國家建設的另一個顯著主題。在衛生方面的群眾路線，同樣被貫徹了中國式的「自力更生」政策，群眾被動員起來自己解決自己的衛生問題。

群眾廣泛參與到「愛國衛生運動」中，這些衛生戰役通常都是全國範圍的。儘管衛生運動每年會有四到五次，最深入的運動通常是在工農業生產間隙期間展開。在中央、各省市、縣區、公社、以及小隊層次，都有愛國衛生運動委員會，負責運動的執行（貴州東南苗族侗族自治州區史編輯委員會1993；廣州地方史編輯委員會1995）。農村小隊的委員會通常由赤腳醫生來領導（Jamison et al 1984）。在運動期間，各種資訊傳播手段（如報紙，收音機，小冊子，壁報，漫畫，講演，小組討論，戲劇，街道宣傳，展覽等等）都用來鼓動人們參與到

簡單的公共衛生行動中，從清掃街道到滅殺釘螺（Wilenski 1976; Sandbach 1977; Schwartz 1977; Sidel and Sidel 1982）。衛生運動的重點在於預防疾病，包括預防注射，環境衛生，消滅傳播疾病的昆蟲等。

中國傳統醫學與西醫的結合

從世界歷史上看，中醫是最古老的關於醫學知識和實踐的學問。在四千多年的中華文明中，中醫對於保持中國人民健康以及保證中華民族的生存有著不可磨滅的作用。但是隨著19世紀末西方醫學傳入中國以來，中醫的功效和中醫大夫們受到嚴重的挑戰。受到西方科學思想和西方顯著的先進技術的強烈影響，許多中國人更樂於用西醫藥，而置傳統中醫於不顧。西醫大夫們、還有社會中其他一些人士批評中醫「不科學」，「迷信」，「不可靠」（Croizier 1968; Lee 1981）。同樣的，在許多發展中國家，傳統醫學也都受到嚴重的破壞。很少有國家，在發展全國衛生保健系統中，能夠維持傳統醫學工作者的待遇和地位，或把這些大夫成功有效的整合到正式的國家衛生保健系統中（Wilenski 1976）。在中國也是，新政權承繼下來的衛生保健系統是以西醫為基礎的，中醫受到非常厲害的壓迫（Chen 1947; Wilenski 1976）。

新中國建立之初，只有少量受到西方醫學訓練的人才，而大多數又都在城市。然而，還有數量在十倍以上的中醫大夫們活躍於鄉村與城市中（Sidel and Sidel 1973; Wilenski 1976）。为了更好的服務人民群眾，必須要依靠他們的參與。結果，新中國在二十世紀50年代初就宣佈了中西醫結合作為新中國衛生醫療系統組織的四大基礎指導方針之一（Wilenski 1976; Sidel and Sidel 1982; Guangzhou Local History Editorial Committee 1995）。

中醫的深入研究，包括針灸和草藥治療方法，得到加強，人們不斷發現新的治療方法。

鄉村作為醫療衛生工作的重點

新中國的許多公共衛生計畫，如愛國衛生運動，在國家建立之初就在城市和農村同時實行。儘管如此，針對農村醫療衛生服務的國家政策直到1965才算真正建立起來（Hu 1976; Wilenski 1977）。在50年代培養的公共衛生工作者都集中的城市裡面，興建的醫療衛生設施也集中在市區中（Heller 1973），同時國家衛生部的資源也大部分用到城市裡面（Lyle 1980）。這種情況引起那些關注農村人民需要的國家領導者的不滿。到1955年，毛已經開始批評國家衛生部只關注城市醫療，而不管農村的醫療需要（Lampton 1977）。實際上，到60年代中期，還只有20—40%的醫生呆在農村，而農村人口當時占到總人口的85%（Hu 1976）。毛的著名的1965年「6·26」指示開始嚴厲的批評衛生部的城市偏向，並指出了新的以農村為主體的指導方針。毛的指示說：

告訴衛生部，衛生部的工作只給全國人口的百分之十五工作，而這百分之十五中主要還是老爺。廣大農民得不到醫療。一無醫生，二無藥。

衛生部不是人民的衛生部，改成城市衛生部，或老爺衛生部，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！

毛的指示也激發了大量的城市醫療衛生工作者在「下鄉」的運動中到鄉村去（Qien 1965; The Chinese Communist Party Committee of the Peking Tuberculosis Research Institute 1975; Yuan 1975）。據估計，在一些城市醫院，多達1/3的醫務人員到農村工作鍛煉。這些醫務人員——通常是在流動醫療小組中——花費半年到一年時間在農村。

他們下鄉過程中，提供醫療和疾病預防服務，訓練赤腳醫生，加強農村的衛生組織，提高其教育程度，同時也在學習農民健康問題過程中接受「再教育」(Sidel 1972b)。這些來自城市的醫療衛生工作者中許多——大約有10萬——定居在農村 (Maddin 1974; Wu 1975)。毛的指示發出之後，國家開始更加關注農村的醫療衛生工作。例如，中央政府在文革之後有60%的衛生預算花費在農村。這與1965年之前的20—30%形成鮮明對比 (Hu 1980)。

醫療衛生體系的影響

上文中提及的市場化改革前中國的醫療衛生體制，雖然在很多的方面讓人印象深刻，但是依然存在著問題。比如，即使在毛澤東對偏向城市的公共衛生部門進行批評近十年之後，城市醫療仍然更方便，醫療技術品質水準也更高 (Sidel and Sidel 1983)。合作醫療體系財政上的自給自足在醫療保障和疾病預防上，給予了公社完全的控制自由，但這樣也導致了公社之間水準的不一致。富有的公社一般會得到比較充分的醫療衛生保障，而窮困的公社則條件相對不足 (Huang 1988)。同時由於赤腳醫生的訓練由各地方決定，他們的水準也因此良莠不齊。一些赤腳醫生有時會因為嘗試超出他們能力的治療而遭到批評 (Hsu 1974; Sidel and Sidel 1983)。另外，在較窮的公社裡，由於收入較低，工作又重，赤腳醫生的流失率比較高。此外，雖然國家提倡中西醫結合，傳統醫學從業者地位依然低於西醫。

然而，正如Sidel and Sidel (1983) 指出的一樣，相對於中國發展出這樣一套國際公認、成功的醫療衛生體制的成就，上面提到的問題都是微不足道的。它丟棄傳統的西方模式，而發展出一套有創意、適應中國建國後三十年內的實際情況的體制。的確，世界衛生組

織有感於這樣偉大的成就，在1978年召開的、著名的阿馬阿塔 (Alma Ata) 會議上，將中國的醫療衛生體制推崇為世界範圍內基層衛生推動計畫的模範 (Jamison et al. 1984; Yang et al. 1991; Chen et al. 1993; White 1998)。此外，中國獨特的醫療衛生體系創建，深刻的影響了其他國家的醫療改革，啟發那些改革者們多多發展適合自己的醫療衛生制度，而不是盲目照搬其他國家的制度 (Jamison et al. 1984)。

1949年之後中國人民在健康狀況方面的改善在世界範圍內有目共睹：很多流行性疾病，如天花、霍亂、性病等得到較徹底的消除，而寄生蟲病如血吸蟲病和瘧疾等得到了大幅度的削減。平均壽命從1949年左右的35歲增加到了80年代早期的70歲。出生嬰兒死亡率也從1950年估計的約千分之二百五十減少到1981年的低於千分之五十。1980年，中國的平均壽命高於很多收入水準比中國高的國家。1960到1980年人民平均壽命的增長幅度在很大程度上超過了其他國家 (註九)。世界銀行的一份報告對於中國衛生部分的討論直接稱呼中國的成功為「中國第一次衛生保健革命 (Jamison et al. 1984)」。但是，需要注意的是，中國在醫療衛生方面的成功並不是人民健康狀況快速改善的唯一原因。教育水準增加，食品供應充足及平均分配，供水和衛生設施的改善都對此作出了貢獻 (Jamison et al. 1984)。的確，中國在衛生與醫療方面所做的工作只不過是整個中國社會的改造的其中一部分——雖然是很重要的部分。

任何一個國家的醫療衛生體制都是由其政治及經濟制度所決定的 (Hsu 1977; Albrecht and Tang 1990)。正如很多學者 (如, Liang et al. 1973; Vogel 1973; Hsu 1977; Bledon 1979; Parmelee et al. 1982; Sidel and Sidel

1982) 指出的, 中國在建國後三十餘年時間內發展的這種特有的醫療衛生體制很大程度上是由當時的政治、經濟、社會和意識形態基礎所決定的。然而, 由鄧小平領導和決策的市場經濟改革徹底的動搖了這些基礎, 並會隨之引發紮根於這一基礎上的醫療衛生體制的瓦解。反過來, 改革後的醫療衛生體制將會體現出鄧小平和其他市場經濟改革者所創建的新型社會體制的政治、經濟、社會和意識形態特徵。

市場改革下的醫療衛生系統

70年代末, 當鄧和他的政權開始市場改革時, 中華人民共和國的衛生條件遠比1949年好。不過這個時期的中國人民依然為許多新老疾病所苦。寄生蟲和傳染性疾病依然在中國一些地方流行, 尤其在鄉下。此外, 那時中國正經歷一個疾病形態的變化時期, 諸如癌症、心臟病、中風等等慢性病正取代傳染病和地方病成為死亡的主要原因 (Jamison et al. 1984; Burngarner 1990; Zhang and Chen 1996; Ministry of Health 1997)。

然而, 中國的改革者從毛時代繼承了優良的醫療衛生體系, 因此這個疾病形態的變化雖然嚴重但其實不難應付。這個優良體系包括 (1) 組織良好的醫療衛生體系, 實踐也證明它對增進人民健康很有效果; (2) 比49年之後的一、二十年還要更充足的醫療衛生人力 (註十)。因此似乎理所當然的, 中華人民共和國會利用已經建成的醫療衛生體系來繼續先前的努力, 以根除在鄉下流行的傳染病和地方病。為預防、控制和治療新出現的慢性病, 衛生部門自然應當一方面繼續採用已有的方案 (例如「預防為主」和群眾動員), 同時提高醫務衛生工作者的水準並發展新的預防、控制慢性病的方案。但是中國的改革者沒有沿著這條路走。

市場改革的結果是農村公社制度在80年代

早期解體, 農業生產被去集體化, 而新的「家庭聯產承包責任制」出臺 (註十一)。市場改革和責任制同樣席捲城市。中國將經濟決策轉交給了個體企業和組織, 遵循追逐利潤的原則 (Meisner 1999)。城鄉的市場改革破壞了醫療衛生保健系統的政治、財政、經濟和意識形態的基礎, 從而破壞了這個體系。此外, 改革者——其中許多人在文革中受害 (最典型的就是鄧, 他在1966—1976兩度被驅逐出權力中心)——把文革中發展壯大或普及的所有政策廢除, 包括醫療衛生保健的創建 (Zhu et al. 1989; Chen et al. 1993)。因而改革後, 上節所述毛時代的衛生政策和方案迅速被拋棄。改革者將中國的醫療衛生保健體系改向, 變成個人保健導向的、高科技導向的、醫院導向的、資本密集的、商品化的、和偏向城市的西方模式。而這正是建國當初所拋棄的模式 (Yang et al. 1991; Smith 1993; Henderson et al. 1994)。

輕忽公共衛生和偏重醫療服務

與市場改革一致的, 政府規定醫療保健財政必須基於自負盈虧的原則 (World Bank 1992)。全中國市場改革產生的經濟環境已經不適合於公共衛生的目標了。衛生防疫站不再能從政府獲得充足的資金 (註十二) 進行普遍的監測、建立公共衛生設施、控制疫病或預防注射計畫。自負盈虧的一個結果是, 衛生防疫站提供可以增加收入但是衛生價值低的服務 (註十三), 而不再提供沒有利潤的基本預防服務或公共衛生計畫 (註十四) (World Bank 1992)。防疫站甚至對預防注射這樣的預防性服務和治療肺結核這樣的傳染病的服務收費。結果窮人接受這類服務的機會被縮小了 (Hsiao 1984; World Bank 1992, 1997; Tang and Gu 1996)。由於每個醫療機構都是財政獨立的, 衛生防疫站不再有能力請求其他醫療機構的協

作(註十五)(World Bank 1992)。

許多其他的醫療機構也已經是偏向醫療服務的提供而輕忽公共衛生的預防計畫了，因為前者更有利可圖(Wegman 1982; World Bank 1992; Cheung 1995; Bloom 1998; Cai et al. 1998; Henderson and Stroup 1998)。衛生部門也增加對醫院和治療的投入，而減少對預防計畫的投入。越來越多的衛生經費被用於購買先進的醫療技術，而疾病預防的經費增長卻停滯不前(Henderson et al. 1988)。簡單說，預防在衛生預算內的優先順序非常低(Hu 1987; World Bank 1992)。

合作醫療體系的瓦解

合作醫療體系與集體化密切相關(White 1998)。「沒有農業合作化運動就不會有農村的合作醫療，」中國前衛生部長錢信忠坦率地指出(Qien 1993)。伴隨農村公社的消失和集體化的瓦解，國家對合作醫療在政治上、意識形態上、以及財政上的支持也腐蝕了(Young 1986; Zhu et al. 1989; Chen et al. 1993; Liu et al. 1995)。不顧農民對合作醫療的強烈支持，合作醫療被完全拆除。事實上，一些村莊想維持他們的合作醫療，但卻被阻止(Chen et al. 1993)。結果有合作醫療的村莊比例從1976年的超過90%減少到1986年的4.8%(Feng et al. 1995)。在90年代，即使有地方政府的支持和中央的鼓勵，這個比例在1997年也只增長到7%(Tang 1997)。

隨著合作醫療的瓦解，多數村莊付不起他們的醫療工作者的工資，因而這些醫療工作者只好改行。許多鄉村的生產隊衛生站賣給個體醫生或承包給他們，市場改革前所有的診所都是集體所有的，但到1990年這個比例就降到只有47%(Feng et al. 1995)，鄉村的初級醫療保健已經大部分落在私人控制之下(Aldis

1989; Hillier and Zhang 1990)。到90年代末，已經大約有90%的農民自費看病(Aldis 1989; World Bank 1997)，在貧困農村醫療和醫療保險的缺乏顯得尤為嚴重(Handerson and Cohan 1982; Gu et al. 1993)。私營者追逐利潤，從而忽視預防服務，偏重醫療服務的提供，因為後者更有利可圖。農民甚至要為預防注射和婦幼健康等預防性服務付錢(Aldis 1989; Zhu et al. 1989; Chan et al. 1993; Feng et al. 1995)。

中國政府警覺到農村——尤其貧困地區——醫療的嚴重財政問題，開始推行農村醫療預付方案——類似美國的健康維護組織(HMO, Health Maintenance Organization)(Cretin et al. 1990; Ho 1995; Tang 1997; Bloom and Tang 1999)。然而這個方案是自願參加的，研究顯現，很少有農民為保險方案的價值所動，因而很多人不願意參加這些風險分擔的方案。事實上，一些被推出來的這樣的計畫已經破產(Tang 1997; Bloom and Tang 1999; Cartin et al. 1999)。這個保險計畫在有高利潤率的成功企業的鄉村或許能實現(Khan et al. 1996)，但在貧困地區很難(Gu et al. 1993; Tang 1997)。

市場改革對城市的醫療保健也有重大衝擊。兩個保險系統——公費醫療與勞保醫療——已發生深刻變化。兩個保險系統的費用隨著改革越來越高，其中因素有通貨膨脹、人口老化、醫療高科技的飛速擴張、昂貴藥品的濫用等(Liu and Hsiao 1995)。例如，1952-78, 1978-85和1985-97各個時段的年增長率分別為3.1%, 8.2%和24.4%(Liu and Hsiao 1995)。成本的增加以及國家向醫保系統投入充足資金能力的減弱致使國家採取合理化措施來維持這個系統，包括建立全國性的部分負擔政策以及把財政負擔分散到城市和企業身上(Bo and

Dong 1993; Gu and Liang 1993; Ding 1994; Cai 1995; Grogan 1995; Zhou 1995)。

因此，公務員、事業機構職工和國營企業工人不再享有免費醫療服務。還有，上述合理化措施造成城市之間和企業之間的醫療可獲性的極不平等；貧困城市的公務員及國家職工和低利潤或無利潤企業的職工需要付出更高比例的部分負擔、而卻享有較少有給付的醫療項目。更甚的是，當移居城市的人口越來越多、同時合資、集體和私營企業（政府沒有要求他們提供醫保）的數量也在增長時，城市裡沒有任何形式醫保的人群越來越龐大（Grogan 1995）。

從赤腳醫生到鄉村醫生

改革前，公社的工分制度和合作醫療的集體基金支持赤腳醫生們完成工作（Cheung 1995）。毫不奇怪的，當公社和合作醫療瓦解後，赤腳醫生的數量從1975年的180萬降到1982年的140萬再到1984年的120萬（註十六）（Sidel and Sidel 1983; Zhu et al. 1989; Smith 1993）。家庭聯產承包責任制和農產品價格的提升使得1978年後農業勞動更加有利可圖。因此，許多赤腳醫生把更多的時間花在幹農活而不是衛生工作上，並且好多人到鄉鎮企業找工作、或忙於經商或者搬到城裡找更高收入的工作（Zhu et al. 1989）。

鄧的改革一個最重要的主題就是重視「專」（專業技能）甚於「紅」（政治態度）（Meisner 1999）。改革中，赤腳醫生被規定要參加測試，通過鑒定的就成為「鄉村醫生」。培訓時間比改革前更長了——六個月或更多（Zhu et al. 1989）。提升赤腳醫生的技術確實是必要的，因為人們對更高品質醫療服務的要求增強，而盛行的慢性病的治療也比較複雜。然而現在的訓練更多集中在理論上而非實踐上，更

多在臨床和治療上而非預防上（Sidel and Sidel 1982; Koplan et al. 1985）。許多赤腳醫生希望通過鑒定，因為這意味著可以提升名聲、帶來更高的收入、因而成為國家職工、得到升等或更多的津貼（Chen et al. 1993; Smith 1993; White 1998）。許多鄉村醫生私營開業，因此是利潤導向的。很多報導指出這些現象的存在：開大處方、打不必要的注射劑以及人為的創造醫療需求。結果從業者忽視例如提供預防服務這樣的、獲利少的工作（Young 1989）。總之，使赤腳醫生轉變成鄉村醫生的專業化，以及後來的醫療保健的私有化，已經使赤腳醫生制度原有的創新的精髓丟失——事實上它就是為滿足農民的需求而設計的一個去專業化的、草根階層的醫療保健系統。醫療保健重新被專業醫療工作者所控制。

群眾運動退出醫療衛生工作

衛生事業與群眾運動結合的政策已經很明顯的從國家衛生工作方針中去除了（請見，如，World Bank 1992; Xu 1995）。在毛時代，公社會通過工分制對參加愛國衛生運動的農民予以補貼。現在取消了這種制度，參與衛生運動的農民從數量和參與時間上都明顯地下降了（Sleigh et al. 1998）。各級愛國衛生運動委員會都缺乏號召工人農民參與衛生運動的威信。這問題部分源於資金的短缺以及村、鎮、縣各級衛生單位的不配合。改革之前幫助進行衛生動員的群眾組織，包括婦女聯合會和共青團，政府都不再支持他們開展衛生運動（Cheung 1995）。多數組織在市場改革後都縮編了，結果他們參與衛生群眾運動的能力下降了（註十七）。通過合作提高公共衛生水準的鼓舞人心的氛圍以及為人民服務的意識形態，是毛時代群眾衛生運動成功的一個組成因素，而這些在改革開放後被競爭觀念和「致富光榮」

的意識形態所取代了 (Sidel 1993; Cheung 1995)。

從中西醫結合到以西醫為主

支持傳統中醫仍然是中國國家衛生方針的一個重要面向 (World Bank 1992; Xu 1995)。但相比改革前，很清楚，中醫的作用已經不那麼顯著了，醫療越來越依賴於西醫 (Zhang 1981; New 1982; Sidel and Sidel 1982; New and Cheung 1984; Zhu et al. 1989)。由於改革的影響，草藥種植園現在不如以前普遍了 (New 1982)。許多草藥店鋪關閉了。有關中草藥的研究在地方政府的衛生規劃裡是十分次要的 (Zhang 1981)。由於公社的解體，不再有集體基金支援組織群眾採集、種植、生產中草藥。以雲南省西南部的農村為例，在改革開放前，這些農村所用的藥品有40%到80%是中藥；但是90年代後，80%的藥品依賴西藥 (White 1998)。外國制藥公司與當地醫院勾結，向中國醫藥市場出售大量西藥。中藥的生產相比之下沒有競爭力，逐漸失掉他們的市場份額 (China Times 1998)。

重點從鄉村轉移到城市

在毛澤東時代，城鄉之間在醫療資源和衛生設施方面的不平等下降了，特別是在毛澤東1965年6月26日指示發表之後。然而，這個趨勢在鄧的市場改革之後被逆轉了 (Henderson 1999)。改革之後，國家醫療衛生預算對城市的投入相比對農村的投入大大提高了 (Smith 1993; Liu et al. 1995; Hillier and Shen 1996; Bloom 1998)。政府的醫療衛生資源多被用於培訓高技能的醫療工作者、建設資本密集型的醫療設備和醫院以及購買高價儀器，所有這些都傾向集中於城市地區 (Young 1989; Hsiao 1995; Bloom 1998; Liu et al.

1999)。結果，中央和地方政府對農村地區投入的資源一直在減縮中。城鄉人均醫療費用的差距從1981年的3倍擴大到90年代的5倍 (Hillier and Shen 1996)。農村衛生站也經歷了技術人員的嚴重短缺。甚至，他們幾乎沒有人指導也沒有在職培訓 (Young 1989; Shi 1993; Liu et al. 1995)。

儘管「為工農兵服務」仍然是政府宣傳的一部分，但農民、工人不再是國家醫療衛生體系主要考慮的對象。農民必須自己支付絕大部分的健康維護與促進費用。「鐵飯碗」政策曾經保障了工人的免費醫療和其他福利，現在則被完全廢除了 (Leung, 1994; Wong, 1994)。大多數工人不得不支付大部分醫療費用，許多人根本沒有保險。而且，由於中央和地方政府奉行利潤至上的政策，毛時代一直認真保障的工人在工作場所的健康和安全措施也惡化了 (Chen and Chan, 1999)。既然醫療和福利有顯著下滑，那麼許多農民和工人感到被政府出賣和拋棄就不奇怪了 (Weil, 1996; Hinton, 1990)。

市場改革對醫療保健投入及其狀況的影響

1978年之後的市場改革給中國帶來了經濟的巨大發展。GDP從改革伊始就以高達9%的速度增長 (Liu et al. 1999)，人均可支配收入在調整通貨膨脹之後也每年增長6.1%，這個速度至少是美國的三倍 (Hsiao and Liu 1996)。然而，經濟的增長沒有給中國人民的衛生保健和健康狀況以相應的改善。儘管共和國醫療支出在1978到1993年間每年以10.9%的速度猛增，這樣的投入卻並未給大多數人的醫療保健帶來改善。全國人口中未加入保險的比例從1981年的29%增加到1993年的79% (World Bank 1997)。沒有醫療保險的人大多數居住在

農村。此外，中央和地方政府把衛生資源從農村移到城市的舉動更激化了這個矛盾。

結果，在醫療的可獲性和健康狀況方面，城鄉間的差距逐漸拉大（Shi 1993; Liu et al. 1995; Bloom 1998）。而且，兩大健康保險系統——公保和勞保，雖然僅僅覆蓋了中國人口的15%，他們卻占了醫療衛生經費的2/3（World Bank 1997）。城鄉間的醫療衛生投入的差距愈演愈烈。在最近一次關於貧困縣的調查中，發現30%的村子沒有醫生；28%的農民因為付不起錢不去看病；25%不得不借錢，6%不得不賣掉財產以支付就醫費用（Hsiao and Liu 1996）。另一項在1994年進行的調查表明59%的農村病人拒絕住院，因為他們沒有支付能力，而城市病人則有40%是這樣（Liu et al. 1999）。另外，約30—50%的貧困農民是因為看病花錢而致貧（Hsiao 1995; Liu et al. 1999）。農村和城市裡面不同階層之間的醫療可獲性的差距因為收入差距的擴大而擴大了（World Bank 1992; Grogan 1995; Hsiao 1995; Bloom 1998; Liu et al. 1999）。

中國人民改革開放後健康狀況的變化比較複雜。總體的健康狀況是提高了，但是步伐比毛時代大大減緩了。傳染病的發生率減低了，而慢性病發生率則增高了（Liu et al. 1999）。最近的一個研究調查表明，從1975到1992年，2到5歲的兒童身高增長了，但是身高的增長在城鄉之間並不相等（Shen et al. 1996）。其他健康狀況指標事實上是令人擔憂的。儘管經濟增速很快，嬰兒死亡率在80年代早期就停止下降了（World Bank 1997; Liu et al. 1999）。5歲以下孩童死亡率——一個表徵國家健康狀況的可靠指標——的下降在1980年代中期就停滯了。這讓人憂慮，因為在相似經濟增速的國家他們的5歲以下孩童死亡率不會像中國這樣停滯的。一些地區曾出現過意想不到

的傳染病爆發（Zhang 1985; Zhu et al. 1989; Liu et al. 1995; Hillier and Shen 1996; World Bank 1997）。平均壽命幾乎沒有改變，從1982年的68歲到1993年的69歲（Hsiao and Liu 1996）。

在幾乎每個健康指標上，城市人口都比農村要好，而且差距顯著增大了（Bloom 1998; Liu et al. 1999）。舉例來說，城市嬰兒死亡率自從1980年代早期一直穩步下降，而農村則在90年代嬰兒死亡率卻增加了。事實上，對中國的30個貧困縣的一個調查發現令人難過的傾向：嬰兒死亡率從70年代的50‰上升到80年代末的72‰（Liu et al. 1999）。當不同群體的收入差距無論在城市或鄉村都在擴大時（Hinton 1999; Weil 1996; Meisner 1999），兩個地區內部的不同收入階層之間的健康差距也惡化了。

中華人民共和國醫療衛生體制改革的寓意

市場改革前後中國醫療衛生系統的大逆轉，是一個生動的例子，它表明政治、經濟和社會體制的重大變遷對醫療衛生系統的影響有多重大。大多數有關中國醫療衛生系統及其改革的研究，都讚揚改革前公共衛生和醫療保健計畫的設計和有效執行以及當時中國人民健康的改善，而對這樣的體系在改革開放後遭到瓦解感到遺憾。一些研究者警告中國選擇西方醫療模式所潛在的問題，那就是，發展醫療和第三級保健而犧牲公共衛生以及初級和次級保健；把重點放在城市醫療卻犧牲鄉村衛生保健；不斷增加的城鄉之間以及不同收入族群之間的健康不平等；不斷增加的醫療費用；還有像那些按照市場模式、採用西方模式運行醫療衛生系統的工業化國家所面臨的其他種種問題，等等。世界銀行關於中國衛生保健的三個

主要研究報告的作者 (Jamison et al. 1984; World Bank 1992; World Bank 1997) 就是這種既讚賞中國之前的衛生保健成就又對衛生保健改革發出警告的典型 (註十八)。這些作者告誡中國不要追隨西方的、主要依賴醫療與高科技的醫學模式 (註十九)，不要讓市場的力量控制衛生保健的供給 (註二十)。確實，可能是因了世界銀行的建議，或者害怕因為衛生保健的惡化使自己失掉統治的合法性——真正原因還有待考察——從1994年起，中國政府重新發動並鼓勵農村合作醫療系統的建設 (Bloom and Tang 1999; Carrin et al. 1999)。

中國重建在改革之前發展出來的成功的醫療衛生體系是否可能呢？不太可能，有幾個原因。第一，中國在市場改革下的政治、經濟和社會體制的大逆轉，如前面述及的，破壞了先前的醫療衛生體系的基礎。第二，中國得以建立自己的獨特的醫療衛生系統的另一重要因素是毛的獨立自主的政策所產生的強烈的民族自信。它滲入到人們的意識中，使他們認為中國人可以通過自己的努力鑄造一個獨特的未來。然而，對比鮮明的是，改革之後，盲目崇拜西方的思想再次抬頭，因而削弱了民族自信心 (Meisner 1999)。在衛生保健系統，中國終結了嚴格的獨立自主的科技政策，改革剛開始不久就從西方引進醫療技術。此外，在醫務工作

者間和政府部門裡瀰漫著對西方醫療模式的崇拜 (Blendon 1981; Sidel and Sidel 1983)。而且，中國將很快加入世貿組織 (譯者註：已在2003年加入)，因而更緊密地納入世界體系中去，這使得中國更加容易受西方影響的衝擊。第三，「為人民服務」和為集體利益努力是毛時代的意識形態準則，而市場的競爭價值觀卻主導了改革後的社會。第四，改革後的衛生保健系統已經在不同地域和階層間製造了巨大的差異，產生了國內外的既得利益集團，他們並且還不斷的從改革後的新體制中榨取利潤。基於上面四大因素的分析，這篇論文不得不引出一個悲觀的結論：沒有另一場社會革命，重建先前毛時代發展出來的醫療衛生體系是不可能的。因此，現有的改革了的、西方模式導向的道路會繼續下去，並決定未來中國醫療衛生體系的發展。

致謝

我要感謝芝加哥大學的東亞研究中心給予我研究員的資格使我能夠利用學校的圖書館資源，還要感謝韓丁給我提出有益的評論意見，以及斯特芬·丹尼爾·羅森柏格為我提供的編輯幫助和我的研究助理鄭萍萍提供的雜務方面的幫助。◎

注釋

註一：大多數戰士是來自鄉下的農民。

註二：麻雀開始被定為四害之一。不過，當人們發現消滅麻雀所帶來的生態問題後，使用臭蟲取代麻雀作為四害之一 (Horn 1969)。

註三：公社是中國農村基本的經濟、政治和社會組織，人口通常在1萬到6萬人。公社興起於五十年代後期、土地改革結束後發起的集體化運動中。公社

所轄的最小分支是生產隊，通常由居住在一起的數百社員所組成。幾個生產隊結合成一個大隊，通常對社員的健康和其他集體事務負有更廣泛的職責。一個公社通常包括10到30個生產隊。公社是農村最基層的正式國家權力機構，它對社員的教育、福利、健康等集體事務負責。公社之上是縣和省級的權力機關 (Sidel and Sidel 1982)。

註四：例如，浙江省的一個公社因為大病比以往減少以及中草藥種植和應用得到普遍的提高，每年每人的合作醫療入會費從1972年的1元（當時等於0.45美元）減少到1973年的0.35元（Hu 1976）。

註五：「赤腳」這個說法反映了這些醫務人員的主要身份是農民。不過通常——尤其當他們從事醫療工作時——是穿鞋的（Sidel and Sidel 1982）。

註六：大躍進是1958至1960年在中國開展的一場意識形態上和經濟上的運動。其意識形態基礎是經濟發展必須依靠廣大人民群众的「革命熱情」，經濟目標是促進農村地區的工業化，從而解決城市失業和農村不充分就業的潛在問題（Meisner 1999）。

註七：例如在福建的一個生產隊，一個赤腳醫生在她16年的醫療實踐中所接受的婦科、內科、外科、免疫學和中醫方面的繼續教育累積起來超過了4年（Huang 1988）。

註八：在西方的醫療體系下，從事醫療的人是專業化的：只有那些受過長期的專業教育並得到執照或從業許可的人才被法律允許提供醫療服務。

註九：根據世界銀行的估計，中華人民共和國的平均壽命從1960年到1980年提高了27歲，而同期低收入國家提高約為15歲，中等收入國家為9歲，工業化資本主義國家為4歲（Jamison et al. 1984）。

註十：例如，到1980年代，牙醫除外的中國醫務人員（包括西醫、醫生助理、中醫和護士）占人口的比例高於發展中國家的平均水準（Jamison et al. 1984），這是1949年後該比例不斷增長的結果（Sidel and Sidel 1982）。

註十一：在家庭聯產承包責任制中，農戶交夠國家規定的定量之後，可以在自由市場高價出售剩餘的農產品獲取利潤（Weil 1996）。

註十二：例如，國家為流行病防疫工作所提供的經費從1978年占GDP的0.11%下降到了1993年的0.04%（World Bank, 1997）。

註十三：例如，衛生防疫中心為增加收入，長期兼而從事為工廠測試水質、為企業驗證食物和化妝品的衛生，以及為廠礦職工進行收費的體檢等（World Bank, 1992）。更嚴重的是，1994年的一項調查表明，通過對疾病預防服務的收費和其他的、如實驗測試和收費體檢等專門服務實現的收入占到

縣級衛生防疫站預算的56%，更占到了縣級婦幼保健中心預算的67%（Bloom 1998）。

註十四：例如，環境衛生項目被忽視（World Bank 1992）。以血吸蟲防治工作為例，報導表明因為公共衛生專案被忽略，從1980年代早期開始，釘螺的棲息地便不斷增長、重災區擴散範圍極廣（World Bank 1992）。

註十五：在毛時代，來自生產大隊衛生站和公社衛生所的赤腳醫生和其他衛生工作者是從事公共衛生工作的主力。但他們在市場改革時期，成為分散的獨立的醫療從業者，這就使得傳染病防疫站不再有能力組織他們投身於公共衛生計畫中。

註十六：赤腳醫生的數量在不同的文獻中略有差別。例如楊的研究（Young 1986）指出1975年有近160萬，1986年有近128萬，這一資料就與其他研究不同。但無可爭議的是所有的研究都指出了人數下降的普遍趨勢。

註十七：慢性疾病部分與不健康的生活方式有關（如吸煙、過量食鹽攝入、動物脂肪占飲食比重增加等）。因為這些不健康習慣在中國很普遍，通過個人途徑的來促進健康行為是無效的。更有效的途徑是群眾動員、這一市場改革前廣泛使用的老策略。工作場所和環境的污染將同樣導致癌症、呼吸道疾病這樣的慢性病。提高大眾群眾對這些問題的警惕性並通過廣泛參與解決問題，群眾動員同樣是很有效的途徑。

註十八：世界銀行報告的作者們呈現顯著的例子，特別是在關於中國衛生保健的三篇報告中警告中國私有化、市場化會給衛生保健帶來的難題。世界銀行的這個立場是不尋常的，因為這與世界銀行長期以來在拉美和其他國家推進衛生保健和社會保障系統的私有化的立場是不一致，甚至是對立的（關於世界銀行推進私有化的情況可參考Danaher（1994）Paul and Paul（1995））。

註十九：世界銀行報告指出西方醫療模式偏重治療（而不是預防）、對慢性病依賴高科技手段，效率低下。

註二十：世界銀行的報告（World Bank, 1992）警告說，如果中國繼續現行的論量計酬醫療系統，並讓市場主導醫療系統，那麼醫療費用無法控制的飛漲、醫療保健極端不平等這樣的災難性的狀況很有可能發生。

（因篇幅所限，未刊登書目，有興趣者請參閱原文。）