

中共建政初期的防疫經驗與疾病治理： 「治療型國家」的觀點*

蔡儀儂

(國立政治大學國際關係研究中心博士後研究員)

摘要

關於 1949 年後中國早期防疫經驗，部分研究察覺防疫治理的動員特徵，與醫療實作的科學主義；但國家如何藉由防疫經驗，建構早期防疫體制與政權特性，則少有討論。為了補充既有文獻的空白，本文使用醫療史的治療型國家 (therapeutic state) 理論，解釋中國 1949~1957 年的防疫經驗。首先，由於民國時期雜揉式的公衛體制，與公衛資源短缺等問題，使中共建政以戰時防疫經驗為基礎建立防疫體制。其次，這種制度遺緒，使中共建立一套雙軌制度的防疫監控機制，防疫站即為這種制度下的例證。第三，這套防疫監控機制，受限於黨政體系冗長的議價過程，及職能疊床架屋的問題，使專業性的疫情監督系統，受到資源排擠與政治干預。整體而論，這對理解當代中國防疫體制的延續性特徵，尤其是近期中國的傳染病疫情的資源錯置與疾病監管難題，仍具意義。

關鍵詞：治療型國家、疾病治理、中國、公共衛生

* * *

註* 本文曾發表於 2020 年臺灣政治學會年會《防疫、發展與治理》專題場次，作者感謝評論人蔡中民教授，及與會先進的意見。兩位匿名審查人與編輯委員會的寶貴指正與建議，使本文更臻完善。蘇彥斌教授曾在本文寫作過程提供建議，作者謹此致謝。最後，作者必須感謝劉紹華教授在醫療人文議題的教育與啟發。本文所有文責，悉由作者自負。

疾病是蘇區中一大仇敵，因為它減弱我們的革命力量。如長岡鄉一樣，發動廣大群眾的衛生運動，減少疾病以至消滅疾病，是每個鄉蘇維埃的責任。

——毛澤東，1933，《長岡鄉調查》^①

壹、前言

創建美國加州大學洛杉磯分校（UCLA）衛生政策研究中心的 Richard E. Brown 在批評殖民者以公共衛生建設，鞏固其統治時，曾指出：「在追求同樣目標上，醫學與公共衛生遠比傳教士與軍隊有效。」（Brown 1976, 900）^②近代帝國主義的殖民，雖促成傳染病與地方風土病的全球擴散，但 19 世紀末後，隨著殖民地公衛設施的改善，當地死亡率有了顯著變化。如何控制傳染病與改善公衛條件，更成為殖民公衛官僚的優先課題。這種殖民主義的公衛傳統立意雖難稱良善，卻使開發中國家國民的健康，有顯著進步（Arnold 1988; 1993; Chakrabarti 2014; Headrick 1981）；但 1949 年後早期共產黨治下的中國，在不具類似條件下，仍取得相當進展。這種特殊的公衛與防疫史經驗，就引起許多討論（劉紹華 2013a; 2013b; Chen 2001; Gross 2016; Lampton 1974; 1977; Rogaski 2004; White 1998），不過，若要討論這時期中國公衛體制防疫的真實成效，其實存有疑慮。

從醫療史（history of medicine）的角度，現代公共衛生觀念的起源，與國家如何回應疾病（特別是傳染病）密不可分。醫療史學者認為，國家對細菌檢驗能力的成熟，與強制性預防接種政策這兩項條件，促成西方公衛觀念的革命（Waddington 2011; 劉士永 2013, 18-19）。因此，是細菌學（Bacteriology）的出現，使西歐地區擺脫中世紀瘟疫大流行時興的瘴氣論（miasma theory）解釋，國家的公衛防疫體制，以更「精準」防疫策略控制疾病散播。^③而西歐國家的公衛觀念，普遍在 19 世

註① 中共中央文獻研究室編（1993）。

註② Brown（1976; 2010）不同意這種公衛價值，但他也承認，20 世紀現代公共衛生領域的拓展，很大程度得歸功殖民主義的需要（Brown 1976）。

註③ 瘴氣論曾是西方醫學解釋人體生病的主流學說，這種學說認為疾病是空氣中不潔的粒子引起的，因此不潔的環境（如：潮濕、炎熱的風土條件），使人生病。如瘧疾曾被視為熱帶瘴氣引起的熱帶風土病，但萬巴德（Patrick Manson）等學者的研究，證明瘧疾是由瘧蚊傳播的寄生蟲（瘧原蟲）傳染病。這些學者的貢獻，推廣了醫學將疾病與特定致病因子連結，促成細菌學的興起（Waddington 2011）。國家的公衛防疫體制，也從改善基礎公衛建設（如：都市乾淨的用水、下水道建設等），

紀下半走進現代化（Rosen 1974; Waddington 2004; 2011）。若依此角度檢視，中國與西方進入現代公共衛生時間點的差異，至少有半個世紀落差。中國國家公衛級別的防疫體制，時間可追溯至 1917 年北洋政府因東北鼠疫設立的中央防疫處（隸屬內政部衛生司），但由於長年戰亂，沒有一個政權的公衛防疫體制，能在全國實行。若以嚴格定義，則國家完成大規模的預防接種政策，至少晚於 1949 年後了。部分觀察認為，這種公衛觀念的落差，在中共建政後，認為公衛體制應以預防醫學（preventive healthcare）優先。當時的醫療與公衛實作者，則認為從社會經濟條件思考，若將資源集中於臨床醫學（clinical medicine），會排擠到預防醫學在基層的投入（中華醫學會 2010, 96; 陳志潛 1980; 陳海峰 1993, 80）；^④但這種對立思維下建立的早期公衛防疫體制，卻未得到相應的成果。有些討論指出，以 1957 年大躍進時期傳染病的盛行狀況，與早期公衛體制的失能脫不了關係（Deaton 2013; Gross 2016; Lampton 1977）。

實際觀察中共早期的公衛防疫體制，保留了各種舊制度的遺緒，西方的公衛制度從未全面引進，戰時的社會主義防疫制度又貿然引入，致使政權的早期防疫實作，充滿國族主義情緒與強制性政治動員（曹樹基、李玉尚 2006；楊念群 2006；劉紹華 2013a; 2018；Gross 2016；Rogaski 2004）。就此，本文旨在從醫療史的角度，討論早期中國的公衛防疫體制實際上陷入何種困境，為何在防疫工作不彰。我們提出治療型國家的概念解釋，探討國家如何藉由防疫經驗，建構早期防疫體制與政權特性，並主要將討論範圍集中於 1949 年至 1957 年。^⑤具體而言，我們認為防疫體制受限於黨政體系冗長的議價過程，及職能疊床架屋等問題，使專業性的疫情

轉向如何防止病原體「宿主」散播疾病的課題，現代的防疫措施，包括傳染病通報系統、患者的隔離與檢疫、中央級檢驗中心與預防接種政策等，也在此時成形。

註④ 作者感謝編委會建議應界定預防醫學與臨床醫學兩者差異。有觀點認為預防醫學就是公共衛生，包括了生命統計、流行病學、衛生行政等次領域；臨床醫學負責患者診治，醫院各種專科（如內外科）是其次領域。就服務對象，臨床醫學著重個人與家庭，預防醫學著重社區（陳建仁 2002, 7-9）；但一些觀點認為，預防醫學是一門延緩患者病情惡化的醫學專科。從西方醫療史角度，公共衛生（預防醫學）在 20 世紀初的確沒有區別。這是由於當時公共衛生（預防醫學）只處理傳染病防治，但 20 世紀非傳染病死亡率提高，使預防醫學在 1940 年後曾嘗試轉向前述思維的專科，卻在臨床課程與住院醫師訓練發展始終不順。在當代醫學院體系，預防醫學多數被視為是一種醫療觀點，不具專科獨立性，或被當作公共衛生的一部分（江東亮 2017, 423-425）。本文使用預防醫學一詞，則是考慮歷史脈絡的決定。根據當時實作者的紀錄，他們不能區分公共衛生與預防醫學的差異，但有意識到預防醫學與臨床醫學的不同（陳志潛 1980）。

註⑤ 我們將討論集中於 1949 至 1957 年，排除「大躍進」運動的特殊情況。不可否認地，這時期一些傳染病的流行與防疫體制失能有關，但非本文的重點。

監督系統，受到資源排擠與政治干預。我們認為這也對長期中國的公衛體制的防疫經驗，造成不良影響。

以下各節，第二節首先討論中國現代公共衛生的起源，並解釋哪些制度遺緒在中共建政後仍留存；第三節則說明治療型國家的概念與理論，並對早期中國防疫體制提供一個分析框架；第四節則討論早期中國防疫體制的特徵；最後一節則為結論，摘述研究發現與可能理論意義。

貳、中國現代公共衛生的起源

1923 年，洛克菲勒基金會（The Rockefeller Foundation）委派的蘭安生（John B. Grant），向基金會提出了在北京協和醫學院（Peking Union Medical College）建立公衛學系的計畫（Bullock 1980, 134-161）。在這份計畫案中，分析中國死亡率為何遠高於西方國家時，他提出：「在每年多犧牲的六百萬人中，光是結核病與腸胃疾病的患者就占了三分之一。」（Grant 1923; 轉引自雷祥麟 2013, 121）。從死亡率考量，結核病的防治似乎刻不容緩，但在發展落後的中國，光乾淨用水都是種奢求，基礎公衛設施遠遠不足，他因此認為：「除非能在當地控制腸胃性疾病，將資源集中於結核病極其不智。」（Grant 1923; 轉引自 Lei 2010, 252-253）。蘭安生的分析，其實反映當時西化醫療人員的普遍思維。在當時的中國，由於社會與政治的局限性，如何做好公衛建制，遠比治癒患者的疾病來得急迫。

在之後醫療史的討論，蘭安生被稱作中國公衛之父（Bu and Fee 2008; 雷祥麟 2013, 120）。不過在當時，基金會不喜歡蘭安生的想法，這與他們打造協和醫學院成為世界一流醫學院的宏圖相悖。此外，他們認為當時中國不具備推廣公衛事業的條件（Brown 1976; 2010）。這有二個因素：一是在基金會立場，公衛事業應由政府籌劃，但戰亂問題使中國政權時常更迭，基金會對能否協助中國建立公衛事業存有疑慮；二是，設立公衛學系與協和醫學院的成立初衷相悖，得撥出額外資源推廣在華的公衛事業。^⑥但基金會仍基於拓展在華影響力的動機，對蘭安生的計畫抱

註⑥ 在基金會認知，公共衛生是一門建立在預防醫學的事業，由公衛學院培育專業的公衛人員，管理公衛系統、處理防疫與監控國民健康；醫學院負責臨床醫學教育，培育醫師與護理人員，診治病人。此外，基於專業領域分工，臨床醫療人員不應從事公衛人員的工作。這種基於學科分工形成的公衛與醫療體系，前者典型正是 1916 年基金會贊助成立的約翰·霍普金斯大學公共衛生學院（現名：彭博公共衛生學院）；後者典型則是基金會打造協和醫學院的藍本，當時先進醫學機構的代表：約

注資金。與基金會的巨額資助相比，其他國家在華投注的公衛資源，也顯得微不足道了（杜麗紅 2014, 14-16, 24）。這使原本在華公衛領域影響力領先的國家如日本，他們雖在中國城市占領了廣泛的租界地帶，卻逐漸輸掉這場公衛體制觀念上的戰爭。協和醫院推廣的公衛模式，則以一種在地化的過程，影響下一代的公衛實作。

一、在地化的過程

1925年，蘭安生在北京市掀起一場連結社區與協和醫院的公衛實驗（被稱為衛生試驗區）。實驗稍後以北京市為中心，向城市近郊輻散，在歷史被稱作蘭安生模式，是現代中國早期基層公衛建制的幾個重要典範。楊念群（1999; 2006）認為，蘭安生的實驗，使北京經歷兩次西方監控形式的轉換：日式的衛生警察系統與美式的醫療系統的結合。這種將「自然社區」與「醫療社區」疊合的方式（他稱此為「社區疊合」的概念），使城市公衛系統的監控滲透更為徹底，北京居民的生死健康，納入一個嚴格的檔案網絡中；而美式公共衛生觀念經蘭安生「改造」，在中國公衛體系頭角崢嶸，能和其他國家（尤其日本）一較話語權（杜麗紅 2014, 14-17; 劉士永 2013, 24-26）。^①稍後，蘭安生的學生、協和醫院本科畢業的陳志潛，改造蘭安生模式往鄉村深根。1932年，他來到河北定縣，與晏陽初建立衛生示範區，推廣更激進的鄉村醫療變革（李金錚 2004; 楊念群 2006, 251-269; 陳志潛 1980）。他繼承蘭安生模式將醫院與社區連結的試驗區設計，但使原本「醫療社區」概念，與更底層的行政區域結合（以村級「保健院」作為基層醫療與公衛的核心）。^②此外，為降低醫療成本，他建立以「縣-鎮-村」地方行政層級為準，依病情輕重依序往上的轉診制度（又稱三級「醫療保健網」），並訓練更「在地化」的

翰·霍普金斯大學醫學院。洛克斐勒基金會在世界推廣醫療公衛事業動機的討論見 Brown（1976; 2010）、Waddington（2011）、楊念群（1999）。蘭安生對中國公衛事業的回憶，可見美國洛克斐勒檔案館（Rockefeller Archive Center）口述訪談資料，見杜麗紅（2014, 22）。

註① 這場實驗長期仍是難以維繫的。蘭安生的實驗，模糊醫療與公衛兩種分工的差異性。相當比例的醫學院人員投入實驗區，而協和醫學院作為中國最先進的醫學機構，不可能將人物力一直投入北京的公衛體制改造。規劃成立的衛生試驗區機構，長期也有經費與人力短缺的問題，但這場實驗培育的公衛人才，仍對中國公衛事業的影響甚遠。相關討論見 Bullock（1980）、杜麗紅（2014）、楊念群（2006）。

註② 保健院實際承擔雙重的公衛功能：第一是「生命計算」的功能：包括建立個人生死檔、疾病流行周期監測，與衛生環境調查，並將上述資料歸檔，建立當地追蹤性的疫調與公衛資料；第二是「醫療」的功能：透過在地、短期訓練的保健員，執行簡單醫事行為，及第一點的工作。

短期醫事人員^⑨，替代在鄉村短缺的西式訓練醫療人員。這場實驗稍後在日本侵華的戰亂難以為繼，卻在中共建政後，成為農村醫療建制的典範。

一些討論認為陳志潛的實驗，是以更激進的形式，放棄醫學作為學科的首要目的：醫學人員的長期培育。保健院事實上是以短期（非專業性）醫療人員訓練與實作，換取公共衛生學科的核心意旨：「生命計算」，能真正在中國農村落實。這項策略，對 1949 年後苦於公衛資源人力短缺的中共，極具吸引力；陳志潛強調以社區為基礎的衛生實作，更傾向社會主義的意識形態，使中共能結合過去在蘇北、延安的農村衛生計畫，並在 1950 年代採取陳志潛的實驗，在農村廣泛推廣（Bullock 1980；楊念群 2006；2007；陳志潛 1980）。

二、社會主義醫學：蘇區經驗的探索

1927 年，英國教會主辦的汀州（今福建省長汀縣）福音醫院院長傅連璋，決定為「八一」南昌起義來汀的紅軍傷員救治，稍後他將捐出醫院所有的醫藥設備，獻身革命（曾慶豹 2019；劉紹華 2018, 109-110；霞飛 2018）。根據愛德加·斯諾（Edgar Snow）夫人的回憶錄，傅連璋在落後的陝甘邊區，開展邊區與部隊的防疫工作，他參與組建的中央蘇維埃醫院（後改組延安中央醫院），設備相當簡陋，卻是當時蘇區最好的醫院，直接負責延安高層的醫療服務（東平、王凡 2007；陳海峰 1993）。在本文，我們將這些中共於「蘇區」公衛經驗的探索，視為一種基於資源短缺條件下如何調適的方案。

根據當時紀錄，中共在蘇區的公衛資源極為短缺，1935 年陝甘寧邊區成立時，延安市沒有正規的醫療機構，只有少數的中藥鋪。這使中共只能從現有的軍隊編制劃分出衛生組織機構，包括中央系統、軍委與邊區三個系統，其中央系統直屬中央衛生部，負責中央幹部與支援後前線的醫療工作；軍委系統直屬軍委衛生部，支援前線的防疫與醫療工作；邊區系統則屬邊區政府衛生署領導，負責邊區群眾的防疫與醫療工作（陳海峰 1990, 36-37）。在這三者中，邊區系統的公衛工作，對建政後的基層公衛制度影響最大，具體措施包括建立一套完整的醫療服務系統，並運有中藥與中醫人員投入，改善周邊農村的醫療條件。不過醫務人員的短缺問題始

註⑨ 這些醫事訓練包括：1. 建立保健院的生命統計資料。2. 不超過三個月的醫療培育，執行基本看診與防疫工作（包括疫苗接種、投藥等）。3. 訓練舊式產婆以新法接生（避免胎兒感染產褥熱、霍亂）等，見楊念群（2006, 260-267）。我們能發現這些工作和中共建政後，鄉鎮衛生院衛生員的業務沒有區別，一些西方觀察因此將陳志潛稱為發明中國「赤腳醫生」的始祖（Bullock 1980, 162）。

終存在，延安當時少數的外籍醫生馬海德就回憶，在邊區、紅軍裡，受過大學訓練的醫生，用兩只手的手指頭就數完；因此當地幾乎所有的醫務工作，多是由 7 至 8 個月訓練的醫事人員來完成（楊念群 2006, 502）。在這種醫藥與人員皆短缺的條件下，如何動員群眾參與清潔衛生環境、改變公衛觀念與抑制傳染病，成了當時邊區公衛防疫的主要工作，而以群眾動員與預防醫學為主的防疫觀念，也成為建政後的防疫策略。

另一值得注意的制度遺緒是前線醫療勤務系統建立的防疫大隊制度，前線部隊普遍會在各級設立防疫委員會，負責防疫工作。軍區的防疫委員會則會設置多個直屬領導的防疫大隊，這類防疫大隊主要在戰時負責調查周邊區域的常見傳染病與季節流行病、部隊的預防接種及協助維護周邊環境清潔等（陳海峰 1990），這些工作在建政後也由防疫大隊轉型的防疫站所承接。整體而言，這些公衛防疫建制，在中共建政後，成為與民國政府公衛體系嫁接的基礎。不過值得注意的是，建政後雜糅式的公衛建制，是基於執政者因應情勢需求做出的選擇，譬如陳志潛的基層公衛實驗，能與邊區的基層醫療服務系統結合。此外，建政後的三級醫療保健系統，是透過更多「在地性」醫事人員的甄補（如：中醫醫事人員的任用）才得以實現。在下節，我們針對這種公衛制度的思維，提出一個解釋的視角。

參、概念的提出

許多觀察指出早期中國的公衛治理成就，是建立在結合醫藥投入與社會動員，部分觀點認為，這種經驗值得成為發展中國家的公衛典範（Chen 2001）。不過，從醫療史角度，這種解釋某種程度忽略公衛實作過程，對國家與公民關係，產生何種劇烈影響。當國家意圖控制疾病的傳播時，疾病就不再只是個人身體的病徵，而是國家介入個體生命層次，使其成為集體社會特徵的過程（Foucault 2008）。此外，所謂公共衛生，會因國家體制出現差異（Waddington 2011）。近代西歐經驗就顯示，細菌學的出現，與公衛行政系統的中央化過程，促成現代國家醫學（state medicine）的開端。¹⁰在醫療史的定義，這意指現代意義的國家開始透

註¹⁰ 國家醫學概念的出現，還可分做幾個歷史面向討論：1. 醫學技術革新，如 19 世紀下半巴斯德（Louis Pasteur）等人在細菌學的突破，強制接種政策成為 19 世紀歐洲各國重要公衛項目，嬰幼兒夭折率大幅下降。2. 近代公衛運動的推廣，促成城市中產階級對公衛議題與福利型國家概念的重視，使國家需對國民集體健康負起照護責任。3. 公衛行政體系由城市自治範疇，轉向由國家成立中央衛生部門

過區別與監控，形塑公民身分與社會關係的醫療化（medicalization）。在國家醫學的趨勢下，國家對疾病概念的「指涉」與醫療實作有其專斷權，疾病的社會意義，某種程度是由國家形塑。^⑩這種趨勢促成 20 世紀後西方的公衛系統，國家角色愈形重要。一個全面性的疾病監管體制，是隨著公衛系統對公民個人健康的照護介入，才能夠完全落實。這種監管過程，絕不全是正面的。

在晚近，對國家醫學的討論，治療型國家（therapeutic state）則成為頗具影響力的觀點（Nolan 1998; Polsky 1991; Szasz 1974; 2003）。這種觀點受 Foucault 影響，強調公衛醫療體系與國家體制的權力互動過程。他們認為現代國家是透過公衛體制的監管，使醫療成為落實政治支配的方式（Foucault 2008），譬如疾病定義，是透過醫療化過程（即醫療人員對病人身體的診斷與治療）納入學科的知識系譜，當國家認可知識系譜的地位，疾病對社會來說就是能被診斷的（diagnosable diseases），能由國家介入、矯正與照護。Szasz（1974; 2003）將這種以醫療落實國家社會控制模式，稱之為醫權政治（pharmacracry）。整體而言，治療型國家可視為 18 世紀後國家醫學出現後，描述醫療如何落實社會控制的知識典範，旨在描述醫療如何與國家體制在協調過程達成「共謀」，及醫療如何以國家權威，藉由疾病診斷廣泛介入社會（個人）場域（Waddington 2011）。^⑪

早期中國的公衛經驗，能觀察到類似的跡象，中共防疫經驗，是以一種粗糙的方式，雜揉既有的醫療體系，並以透過動員強制集體化的方式，重塑國家與個人的關係，強迫個人的身體受國家的監管。正如劉紹華（2013b, 35-36）從中國麻風

統籌，如 18 世紀晚期日耳曼各邦建立中央集權的衛生行政體系，19 世紀初英法等國在本土遭遇多波殖民地風土病的大流行後，制定全國公衛制度與法令（如：人口普查、港口檢疫規定等）。相關討論可見劉士永（2013, 14-18）、Chakrabarti（2014）、Waddington（2004; 2011）。

註⑩ 根據醫療社會學學者 Conrad（2007）的定義，醫療化是指某些人類行為或狀態，如何被界定為醫療問題，並以醫療方式處理。這項定義涵蓋醫療者基於臨床診斷做出病徵界定，及界定的病徵，如何形塑了患者的病痛體驗、疾病的社會意義等面向。部分觀點認為醫療化的概念源自 Foucault（1973）關於 18 至 19 世紀臨床醫學體系起源的分析，在 Foucault 晚期討論，將醫療化延伸至國家權力如何介入醫療的知識體系，國家與醫療兩者體系結合為一套干預個人身體的實作與論述，此即國家如何在當代落實治理性（governmentality）的課題（Foucault 2008）。

註⑪ 有關治療型國家的討論，如最早提出概念的 Szasz（1974; 2003），及晚近 Polsky（1991）、Nolan（1998），都以美國為例，批評國家對疾病界定的專斷，及醫療實作者與政治系統的共謀。他們認為當代的治療型國家無所不包，包括藉由防疫體制、健康照護、與社會矯正措施等介入社會運作。持左翼觀點的 Szasz（1974; 2003）認為治療型國家的出現與國家意識形態無關（譬如：自由放任與社會福利的爭論），而是 20 世紀資本主義社會興起後的普遍「病徵」；但在醫療史學者 Waddington（2004）的討論，指出治療型國家的起源早於 20 世紀，他以 19 世紀英國維多利亞時期的公衛體制改革與立法思維為例，說明治療型國家的現象，是國家落實公衛體制現代化的過程。

防治經驗指出的：「早期的麻風防治，是以科學意識形態與政治動員操作為名，展開的追逐細菌與病人的大規模衛生運動」。防疫模式的基礎是建立在動員群體對愛國主義的熱誠，並誇大科學主義的有效性，使群體回應國家監管的需求（劉紹華 2018）。^③動員過程的政治儀式與獎勵，使醫療者有更強的同儕凝聚力與自我認同，也使具麻風專業的醫療人員，願意負擔更辛勞且低階的工作（譬如投訴對患者長期治療與照護、進駐偏遠區域的麻風村等）。因此，醫療人員與患者雙方，事實上是以前一種強迫集體化的形式，陷入被國家支配的困境（劉紹華 2013b; 2018）。

概括來說，這種防疫經驗，是建立在資源短缺下，以意識形態開展的群眾動員式防疫。防疫實作的邏輯，可說是執政者達成國家醫學目的，採取的局部轉型（partial reform）策略。雖欠缺醫療資源支持，但介入基層的程度極為顯著，這使國家透過防疫動員策略，落實對社區（個人）的衛生監控。這種與西方經驗有別，卻又有類似的發展邏輯，彰顯早期中國在防疫經驗的獨特性，卻鮮少被研究者重視，發展相應的分析架構。用這種角度檢視早期的中共防疫體制，某種程度是適切的。早期中共的國家醫學觀念、公衛與防疫體制，同樣具有醫療化的特徵。社會主義意識形態對醫療知識體系、疾病的界定與實作，及防疫體制模式，影響顯著。

就此，本文將治療型國家的概念用於解釋早期共產中國的公衛防疫體制。我們並以意識形態、國家醫學結構、防疫模式三個面向來解釋。具體來說，意識形態的概念差距，決定國家公衛醫療體系的內在思維邏輯；而國家醫學面向，涉及了國家在實現特定公共衛生福祉，所設計的公衛體制的樣貌；防疫模式的概念，則涉及在這樣公衛體制下，防疫的體制設計與工作實踐。表 1 提出了治療型國家理論模型（ideal type）與早期共產中國適用性的比較，並以意識形態、國家醫學結構、防疫模式三個面向分別解釋。整體來說，我們認為傳統治療型國家的概念，必須做出概念適用上的調整。

根據 Nolan（1998）與 Polsky（1991）討論，治療型國家的概念，與意識形態取向無關，但在早期共產中國，社會主義的意識形態確實決定國家整體的發展方向，且產生極大影響；而極便是社會主義國家，國家醫學比較觀點最常提起的蘇聯醫學（Soviet Medicine），在意識形態和中國也存在差異。故即使在本文，我們將國家醫學的面向界定為與蘇聯相同的「社會主義醫權政治」，但在後續討論，我們

註③ 這些科學主義迷思，包括推廣歐美逐步廢除的隔離政策，學習蘇的過時療法。此外，由於防疫人員訓練時間過短，簡化的醫療知識在傳遞過程，淪為儀式性的防疫口號與低階技術。見劉紹華（2013a; 2018）。

也指出由於意識形態、公共衛生觀念的差異，中國繼承的不僅是蘇聯醫學傳統，而具有某些「中國特色」。以國家醫學角度，兩者雖同樣以列寧式科層醫療體制為核心，但中國不重視技術官僚的角色，此外，中國也更有意維持醫療化原則受社會主義意識形態影響，及黨（軍）對醫療科層體制的領導。在防疫模式上，蘇聯在二戰後已從軍事化防疫，朝專業分工化的防疫過渡（譬如重視醫院治療 / 公衛監控系統的分工，防疫是以臨床醫學優先，而非預防醫學），但這種模式在中共建政後維持極長時間，並與基層合作醫療體系結合，這類模式約至 1980 年代市場化改革後才逐漸揚棄（Mason 2016）。而蘇聯在戰後就不再重視基層公衛體系的平等式分配，走入與歐美國家相似的路徑，並將大量資源投入與西方國家的醫學競賽（Waddington 2011）。^⑭

在下節，我們進一步以國家醫學結構、防疫模式兩個面向在中國實踐的內容與實際模式，對早期共產中國的防疫體制，做出闡釋。

表 1 治療型國家理論模型與早期共產中國的樣態

	治療型國家	早期共產中國的樣態
意識形態	無特定偏好	社會主義
國家醫學結構	醫權政治 - 內涵： 1. 道德共同體的公共衛生 2. 醫療化原則：疾病界定與實作需由「國家 - 醫療」認可。 - 實際模式： 1. 法理式的科層醫療體制：公衛治理由「國家 - 醫療」共謀	社會主義醫權政治 - 內涵： 1. 集體主義的公共衛生 2. 醫療化原則：疾病界定與實作具社會主義意識形態指涉。 - 實際模式： 1. 列寧式的科層醫療體制：公衛治理受黨（軍）領導

註⑭ 蘇聯在建國早期曾有多次大規模撲滅疾病的疫苗施打運動，是當時少數幾個實施疫苗免費接種、落實全民醫療免費的國家，但約在 1950 年代後公衛體系資源分配出現轉向，以類似計畫經濟模式將資源全力投入臨床醫學的疾病治癒與突破（Field 2000）。

	治療型國家	早期共產中國的樣態
防疫模式	專業分工化防疫 - 內涵： 1. 監管式的防疫策略 2. 臨床醫學為主導 - 實際模式： 2. 醫院治療 / 公衛監控系統的分工	軍事化防疫 - 內涵： 1. 動員式的防疫策略 2. 預防醫學為主導 - 實際模式： 2. 軍事防疫體系與基層合作醫療體系兩者的結合
代表案例	- 疾病管制中心 (CDC) - 醫療產業複合體	- 中央防疫委員會 (中央愛國衛生運動委員會) - 基於疫情需要的防疫委員會與防疫站 (如：中央防治血吸蟲病九人小組等設計)

資料來源：作者自行整理。

肆、早期中國防疫體制

一、國家醫學結構：社會主義醫權政治

(一) 內涵

在本文，我們將落實集體主義的公共衛生，視為國家所以採取社會主義醫權政治的目標，這與中共意識形態特殊性有關。在許多公衛史討論，雖然認為中國與蘇聯在公共衛生內涵，屬於集體主義範疇，但兩者略有差異 (Chen 2001; Lampton 1977)。在蘇聯，這項觀念被詮釋為基於群體的健康福祉，國民享有免費的醫療照護，這使蘇聯在二次大戰期間，以計畫經濟體制為基礎，建立一套針對全民的免費醫療照護制度 (Field 2000; Waddington 2011)。中國的計畫經濟體制並不成熟，在毛澤東時期，集體主義的公共衛生則被視為一種改善廣泛農村衛生問題的社會互助模式 (劉紹華 2018)。在 1950 年中國的第一次全國衛生會議，官方強調公共衛生工作必須「面向工農兵，以預防為主」時，意味醫療照護體系必須優先服務特定群體，並以此基礎，對基層醫療資源短缺問題發展調適的策略 (中華醫學會 2010, 96; 陳海峰 1993, 80)。因此，官方開始透過重建醫療化原則，改造既有的醫療公衛體制等策略，以達到上述的公衛目的。

中共的集體公共衛生思維，大致確立在延安時期。無論是蘇區或新占領區，是以群眾衛生運動的方式，動員基層群眾改善農村社區周邊環境的公衛條件，與村民的迷信思想。不過若仔細審視，這種衛生運動的模式，還包括教育幹部群體，學習適應農村的困境（Watt 2014; 陳海峰 1993, 34）。有些觀察則指出，這種思維與國民政府衛生教育存在差異，譬如進入延安的知識分子其個人的衛生觀念必須接受改造，這類群體必須學習與農村生活接軌，融入農村的團體生活（雷祥麟 2013, 140-141）。這種集體思維未擺脫傳統農村社群的想像，不僅與當時世界的公衛觀念不易找到「嫁接」的基礎，也與蘇聯的公共衛生概念存在落差，致使中共打造一個順應中國現實的列寧式的科層醫療體制。

因此，中國列寧式的科層醫療體制雖然同樣是建立在以黨領政的基礎，但更重視服務「工農兵」與群眾路線需求，制度設計更傾向基層。如何透過公衛制度，將資源與人力下放基層，成為其首要課題。¹⁵當體制將資源人力下放至基層時，為避免過去公衛觀念教育的醫事人員出現反抗，不斷對醫事人員進行政治忠誠的「再教育」，使其順應現行的體制運作，則成為這體制另一特點。

（二）實際模式

探討列寧式的科層醫療體制的實際樣貌，不能忽略的是主管全國公衛事務的國家部門：政務院衛生部在 1950 年代於中共黨政體系角色的弱化。從許多角度，衛生部是個受到多方力量抑制的機構。制約衛生部的第一個因素，是中共的公衛系統在建政後，仍受戰時軍陣後勤體系影響極深。當 1949 年 3 月中共中央進駐北京時，中央軍委後勤部下轄的衛生部已在北京展開公衛醫療機構的接收工作。這使許多建政後原屬中共中央軍委衛生部的下轄機構，雖劃歸衛生部管轄，但仍維持共同管理的形式（李志綏 2015, 40-45; 陳海峰 1993; 衛生部辦公廳編 2013）。

中央軍委衛生部與政務院衛生部間的關係，長期相當隱晦，但從官方資料顯示，衛生部官僚交叉任職情況非常嚴重。表 2 臚列了 1954 年時衛生部的組織情況，多位副部級官員都具軍職身分，而部長李德全由於是黨外人士，這說明他無法參與衛生部黨組運作，實權極為有限（衛生部辦公廳編 2013, 55-56）。此外，衛生部工作實際受到多個上級黨政組織「口」的干涉（可參照下節圖 1）。在政務院

註¹⁵ 蘇聯在 1940 年代後雖也有城鄉醫療資源落差的問題，但從預期壽命指標觀察，戰後人口的預期壽命普遍提升，顯示類似問題不如想像中嚴重；有些觀察則指出，帝俄時代沙皇推行農奴改革設立的地方自治局（zemstvos）制度，就在許多鄉村建立以免費的醫療照護系統（Solomon and Hutchinson 1990; Waddington 2011）。

部門，必須接受主管衛生工作的文教委員會領導，在黨內慣例又必須接受主管文教事務中宣部的「歸口」管制（中共中央組織部等編 2000）。^{①⑥}

表 2 政務院衛生部領導幹部（1954 年）

職務	姓名	兼任職務
部長	李德全（民盟）	中國紅十字會會長 中華醫學會名譽理事長
常務副部長	賀誠（開國中將）	中共中央軍委總後勤部副部長兼下轄衛生部部長 中華醫學會名譽理事長 衛生部黨組書記
副部長	蘇井觀（軍）	中華全國總工會醫務工會工作委員會主任 中華醫學會名譽理事長 衛生部黨組副書記
副部長	傅連璋（開國中將）	中共中央軍委總後勤部衛生部第一副部長 中共中央保健委員會主任 中華醫學會理事長 衛生部黨組成員
副部長	徐運北	中共中央防治血吸蟲病九人小組副組長 衛生部黨組成員
副部長	王斌（軍）	衛生部黨組成員
副部長	賀彪（軍）	衛生部黨組成員
副部長	崔義田（軍）	衛生部黨組成員
副部長	張凱（軍）	衛生部黨組成員

資料來源：中共中央組織部等編（2000），衛生部辦公廳編（2013），作者自行整理。

制約衛生部的第二個因素，是衛生部人員的整合問題，接管後吸納的舊體制幹部，忠誠度遠不如解放軍衛生體系培育的幹部，但當時中國的公衛系統，醫療人力極度欠缺，這類國民政府時期的公衛幹部，在觀念與實作經驗與共黨幹部有嚴重落

註①⑥ 譬如當時中共衛生工作指示文件的遞送流程，是由中共中央（或毛澤東本人）直接向中央軍委會衛生部批示文件，再轉呈政務院文教委員會黨組，並向衛生部下達指示；或中央中宣部直接越過政務院系統，直接向衛生部下達指示（宋永毅主編 2013c）。

差。^{①⑦}這在當時是全國衛生系統普遍的問題，譬如在 1953 年 10 月衛生部黨組對中共中央黨組的檢討就指出：

全國解放以後，我們接收了不少舊中國遺留下來的攤子，加以新成立的機構很多，吸收了很多新人員，因而政治情況很複雜。即以中央衛生部及其直屬單位而論，百分之八十以上是留用人員和新吸收的人員；其中北京生物製品研究所的工作人員，參加過反動黨團會道門者占全體人員六分之一強。東北鼠疫防治院人員中，參加反動黨團和有政治問題的占百分之四十二。各地情況大體相仿……（宋永毅主編 2013c）。

衛生部配合當時的政治運動進行內部整肅，強化對幹部控制。毛澤東私人醫生李志綏回憶，整肅層級涉及了當時負責高層個人醫療的中央保健局^{①⑧}，由於中央保健局的醫療人員與資源，是由衛生部協助調配，名義上掛靠於衛生部，可能顯示當時的清洗程度極為激烈。這些清洗策略，也能視為打擊醫事人員專業自信，培育其服從性格的手段。

最後一個因素，是「中央愛國衛生運動委員會」（以下簡稱：中央愛衛會）機構的設立（中共中央文獻研究室編 1997, 252）。中央愛衛會前身是 1952 年因應「細菌戰」攻擊成立的「中央防疫委員會」，源自過去戰時的臨時防疫建制（中共中央文獻研究室編 1997, 247-248; 陳海峰 1993, 133），但在同年 12 月 31 日，政務院發出《關於一九五三年繼續開展愛國衛生運動的指示》，中央愛衛會列入政府機構序列，不再是臨時編制。在中共黨政體系，中央愛衛會是最早幾個政務院隸屬的議事協調機構，且持續至今（Tsai and Wang 2019）。表 3 臚列了中央愛衛會成立時的組織成員，這種組成反映了中共政策制定典型的「領導小組」特徵，即基於

註①⑦ 如蘭安生學生、曾任民國政府衛生部長的金寶善，在 1957 年反右運動，遭北京醫學院同僚揭發兼任衛生部技術主任的他，批評衛生部幹部：「目前衛生部的司局長很弱，不太解決問題，比以前國民黨時（他當衛生署長時）的衛生部差得遠」，還批評防疫體制：「對危害人民健康極為嚴重的寄生蟲病如血吸蟲病及瘧疾等沒有及早給以足夠的重視，……，從衛生部直到中共中央的領導人沒有預防思想」（宋永毅主編 2013a）。他因此遭褫職去官方職務。但金寶善具有約翰·霍普金斯大學公衛碩士的海外經歷，這些批評是基於專業見解。毛澤東私人醫生李志綏就回憶，當時中共黨內有海外留學經驗的公衛醫療幹部非常稀缺，有海外留學經驗的幹部多數集中於黨外（李志綏 2015）。金寶善生於中央研究院近代史研究所（2014）的「近代婦女期刊資料庫」，及劉世杰等（1993）。

註①⑧ 中央保健局是由負責高層醫療照護的中共中央保健委員會（由衛生部副部長傅連暉兼任主任）與中央辦公廳共同管轄。李志綏認為這場整肅涉及中央辦公廳警衛局局長汪東興與傅連暉的權力鬥爭（李志綏 2015, 59-60; Tsai 2018）。

「歸口管理」原則，決策過程領導系統的「多駕馬車」情況（Lieberthal 1995, 193; 周望 2015, 98）。再來，則是解放軍在防疫體系的特殊地位得到認可。名義上，中央愛衛會辦公室設於政務院衛生部，由衛生部副部長賀誠擔任辦公室主任，但賀誠同時兼任中央軍委衛生部部長，領導解放軍衛生工作（中共中央組織部等編 2000; 陳海峰 1993, 80-82; 衛生部辦公廳編 2013, 28）。從組織角度，中央愛衛會加深了軍方後勤醫務系統與衛生部的橫向聯繫，並削弱衛生部在整個公衛決策體系的重要性。藉由愛國衛生運動，則使大量的醫事人員下放至農村基層的健保服務系統。在官方立場，這是透過戰時動員的編制，打造一個服從黨指揮的公衛機器。¹⁹

表 3 中央愛國衛生運動委員會成員（1952 年 12 月）

職務	姓名	原職務
主任	周恩來	政務院總理
副主任	郭沫若	政務院副總理兼文化教育委員會主任
副主任	聶榮臻	中共中央軍委副總參謀長（兼華北軍區司令員）
成員兼辦公室主任	賀誠	政務院衛生部副部長兼黨組書記 中共中央軍委總後勤部副部長兼下轄衛生部部長
成員	章漢夫	政務院外交部副部長
成員	陸定一	政務院文化教育委員會副主任 中共中央宣傳部部長

資料來源：參照中共中央組織部等編（2000），部分資料由作者蒐集整理，部分成員不詳，實際成員數可能超過。

這些因素，使列寧式的科層醫療體是透過黨（軍）機制，滲透至政府的公衛系統，強化醫事人員對黨國的服從。醫事人員的訓練、診斷與療法，更服從政治指示，譬如西方訓練的醫事人員，重新學習中醫傳統療法與用藥，或將中醫納入新的公衛體制（Chakrabarti 2014; 楊念群 2006）。²⁰根據衛生部內部文件，中醫人員納

註¹⁹ 如中共中央 1953 年 1 月的〈中央關於加強黨對衛生工作領導的指示〉就批評：「中央衛生部除事物性問題很少向中央請示報告，而中央文委和宣傳部對衛生部的檢查也很少。……許多衛生機關的黨組織和負責幹部，也不重視黨對衛生事業的領導。必須堅決改變這種狀況，才能保障衛生事業的健全發展。」就此，中共中央強調要解決以上問題要：「衛生機關黨組織的工作必須加強，中心是正確領導黨內外的政治時事業務學習（黨對衛生人員的業務學習應取積極負責態度，不可用政治學習去擠業務學習）」（宋永毅主編 2013b）。

註²⁰ 衛生部曾普遍有反對中醫納入醫療體系的雜音，解放軍系統的副部長賀誠就持反對立場，但由於毛

入醫療體系，是填補短缺的醫療人力，為基層醫療體系提供支援的方式（宋永毅主編 2013b; 2013c）。類似陳志潛「定縣實驗」的三級醫療保健系統，在 1950 年代得以重現（中央人民政府衛生部編 1950; 楊念群 2006, 508）。大量短期訓練的中西醫事人員，下放基層衛生機構（衛生院），並組織與訓練更多初級衛生員，與動員群眾衛教工作等。^①這種「醫療保健網」構建的成功，最終是以犧牲國家對專業醫事人員的培育為代價。

二、防疫模式：軍事化防疫

（一）內涵

本節說明軍事化防疫的內涵，許多討論將這種策略解讀為以社會動員及預防醫學為主的防疫模式。這種模式在建政後的愛國衛生運動首次落實，並號召群眾對周邊環境撲殺害蟲與清潔環境工作，以阻絕境外勢力「細菌戰」的威脅。部分分析認為，這場運動的結果多數是負面的（李尚仁 2009; 李洪河 2007），譬如 Rogaski（2004）從中共接管天津的歷史指出，天津市的愛國衛生運動，成為缺乏城市治理經驗的共產幹部，掩飾基層公衛資源短缺與戰後傳染病持續蔓延的手法。這場動員雖使中共對城市的公衛控制深入基層，卻也使部分舊公衛體制的幹部遭到整肅，對

澤東支持中醫的主觀意志，包括質誠在內，多位前國民政府幹部遭到整肅，金寶善在 1957 年的自我檢查被迫承認：「我對中醫問題的荒謬言論，更犯了原則性的錯誤。中醫政策是黨和政府在人民衛生事業中的基本方針之一。……在我國解放以前，一直遭受了統治階級的摧殘，我也是其中負責人之一。」（宋永毅主編，2013d）。

註① 這些舉措包括：第一，全國醫療機構與院校組織與人力的重組，包括將戰前醫療機構與院校，以接管、徵用與由私轉公的模式統一由省（市）政府衛生局管轄，再根據規模與專業程度，配合「劃區醫療」方式進行組織整併，並將管理權逐級下放縣（區）、鎮衛生局，以達到各行政級別都配置醫療院所的目標。建政前醫療機構較少的偏遠區域，則以城市醫療機構以動員搬遷、包建（協助成立機構並支援人力）的模式解決，以醫療資源較豐富的上海市為例，1950 年代有 14 個醫療機構與院校搬遷至其他省分（上海衛生志編纂委員會編 1998, 566）。第二，在人力資源上，將城市的醫療機構人員、醫學生以抽調、巡迴醫療與畢業分派方式，支援基層或偏遠區域。抽調與巡迴醫療方式，會配合政治運動的周期進行，如三反五反、肅反運動期間，醫事人員以這類名義下放至基層工作（上海衛生志編纂委員會編 1998; 山東省地方志編纂委員會編 1995）。在畢業分派方式，1950 年代，包括高等醫學教育（學制 5 至 6 年的大學醫學院校，多集中在城市）在內的醫療院校畢業生，根據國家統配制度分派，不一定會留在當地工作。城市的醫療院校畢業生則直接承擔政務院衛生部指示，支援偏遠區域醫療，以上海市 1949 至 1957 年的中級醫學校畢業生為為例，約 53.9% 畢業生分配至外地（上海衛生志編纂委員會編 1998, 571）。第三，快速的人力培育。參照蘇聯經驗發展「中級醫學教育」，成立或改造建政前中級醫學校（增設公共衛生醫士、醫士專業），並縮短學制與課程內容。此外，培育不具學歷的短期公衛人員（在官方稱呼，被稱作不脫產的「車間保健員」及農村的「生產大隊保健員」）。

長期發展帶來不良的影響。^②在一些觀察，則著重於這場運動如何將戰時的防疫體制，轉型為常態性疫情監控機制的過程，而這種轉化過程，並未增強體制抑制疾病的能力（Gross 2016）。

不過這些解讀，可能忽略了群眾動員之於中共政治體制的必要性。雖然這種動員式防疫策略，確實不符合科學精神，從其他疾病的防疫經驗觀察，功過更難以論斷（曹樹基、李玉尚 2006; 劉紹華 2018; Gross 2016），但以當時的時空背景，這種模式確實較能迎合基層群體的需要。楊念群（2006, 484-497）就指出愛國衛生運動後期的動員策略，目標已轉變為如何能迎合群眾利益，譬如動員防疫隊下鄉向民眾服務、協助環境衛生打掃與疾病監控，或配合耕作周期協助清理害蟲等，這些工作不僅強化幹部與基層群體的情感連結，也改善基層的衛生條件。在官方，則將這種防疫動員模式，詮釋為一種遵循「群眾路線」的展現。遵循「群眾路線」在中共黨內的語彙也意味著，要學習如何與群眾溝通，使群眾認識身利益所在，並使其共產黨的長遠統治利益結合（楊念群 2006, 499）。就此角度，這種防疫模式的落實，確實強化執政者在基層的合法性。

（二）實際模式

就此，這種防疫體制的先天限制，體現在其神經中樞：「防疫站」的角色。在一般說法，「防疫站」的概念是繼承自蘇聯醫學，是以區域為分界，對區域內居民落實防疫管理與監督，執行傳染病的預防通報、撲滅及防止蔓延等措施。^③在官方解釋，防疫站的設計源自過去軍方後勤醫療體系的防疫大隊，這類大隊在編制受軍區防疫委員會領導，並隨軍方戰時接管，進駐城市與農村區域，支援當地的疫病防治（中央人民政府衛生部編 1950）。1952年後，包括原直屬各級衛生部、軍區的防疫大隊，就地歸建成防疫站的建制。^④與過去的防疫大隊相比，防疫站負擔更多工作，包括對社區衛生的檢查與監督，及原本的疾病監督工作。在毛澤東時期，這種工作更被詮釋為要迎合群眾路線的需要，積極支援基層的預防醫學建設。同時，

註② Rogaski (2004) 指出由於中共對留美醫事人員與教會醫療系統的不信任，使其在運動過程掀起多波的整肅行動。

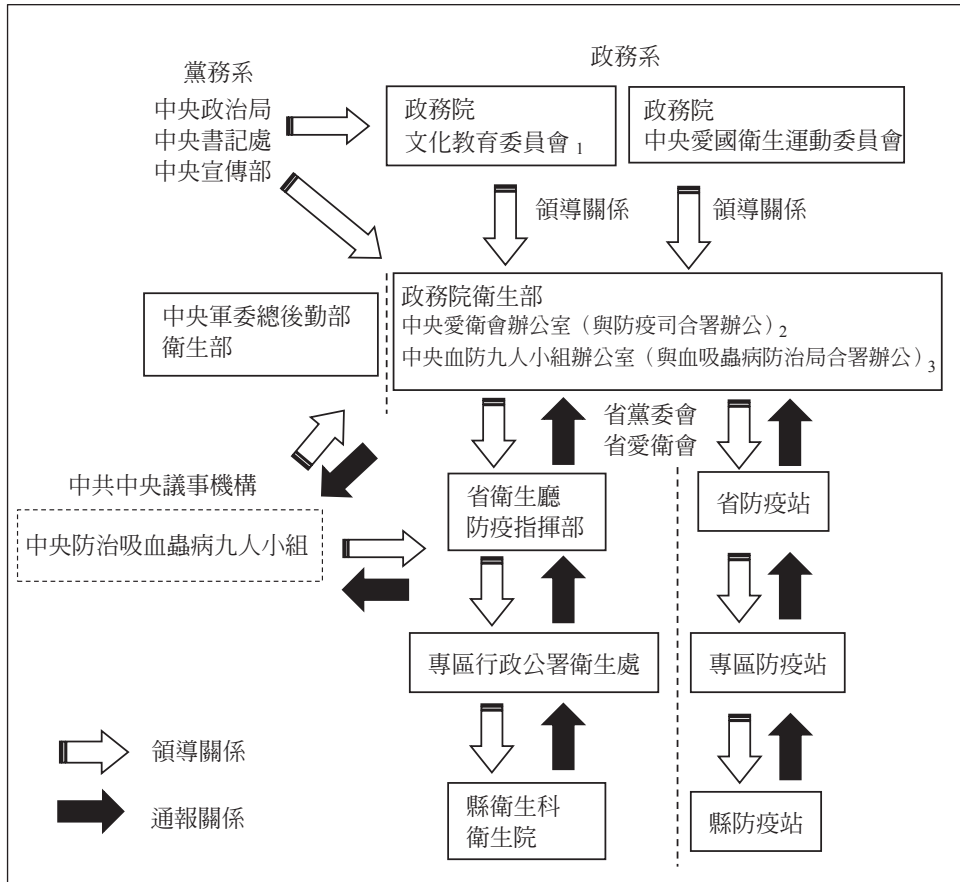
註③ 在官方文獻，中國第一個「防疫站」是 1949 年原東北中長鐵路局根據蘇聯經驗建立鐵路防疫站，並在其他東北地區進行試點（陳海峰 1993, 108; Zhang 2010）。

註④ 根據 1952 年 12 月北京召開的全國衛生行政會議，會議提出：「重點建立衛生防疫站、防疫所及研究機構，對於吸血蟲病、鉤蟲病、瘧疾與黑熱病的防治，組織專門的衛生系統與防治機構」（陳海峰 1993, 108）。政務院在 1953 年 1 月聽取全國衛生行政會議報告後，決定以各級防疫站與特定疾病防疫站為骨幹的專業防疫工作體制。

各種初中階的短期醫療人員訓練班，雖因應防疫站設置的需要開設，但訓練的醫事人員專業性普遍不足。

圖 1 說明早期中國的防疫體制的整體樣貌，顯示疾病的通報系統是以雙軌制在運作，一軌是一般性的疫情通報系統（即衛生廳、處、科系統），另一軌是專業性

圖 1 早期中國的防疫體制



說明：1. 1954 年第一屆全國人大通過《中華人民共和國國務院組織法》裁撤，領導權在 1958 年轉移至新成立的中共中央文教小組，文教小組組長由中央書記處分管文教「口」的書記陸定一兼任（陸定一仍兼任中宣部部長），業務工作交辦新設立國務院第二辦公室（周望 2015；鍾延麟 2013，38-50）。2. 中央防治血吸蟲病九人小組辦公室掛靠在國務院衛生部下。

資料來源：作者自行整理。

的疫情通報系統（即省、專區、縣防疫站）。雙軌並行的三級通報機制，兩者共通點是醫事人員專業性低，且隨層級逐級下降。這使疾病監督的專業性，在兩者間差異不大，都有專業不足的問題。^⑤雙軌的醫事人員配置與流動，必須遵循「黨管幹部」的委任制（*nomenklatura*）原則，政治考核會決定醫事人員所處的位階，許多醫事人員因身分問題，下放至最底層的防疫站，或負責具污名的疾病工作（劉紹華 2018）。在毛澤東時期，政治考核也表現在醫事人員對運動展現熱情，如防疫站積極支援醫療隊下鄉、配合農村衛教動員等，防疫站承擔許多不必要業務，疾病監督職能遭到削弱（Gross 2016）。

這種情況，在建政初期血吸蟲病失敗的防疫經驗可為例證。中共對血吸蟲病的防疫最初是以戰時疫情的角度出發，在建政前解放軍南下時，華東野戰軍有大量感染血吸蟲的問題。1949年末，以華東軍區衛生部為基礎籌建血吸蟲防治委員會（設於上海市），各部隊也相應成立防治委員會。此外，由駐軍接管華東地區各大城市醫學院校、血吸蟲病防治機構設施與藥物（接管自日本統治時期的防治機構），並推廣防疫隊下鄉宣傳衛教與防治措施（陳海峰 1993, 68）。至 1953 年，上海市周邊在以防疫隊為基礎下，建立以縣一級特殊疾病防疫站，這是中國最早針對特定疾病專設的疾病防疫站（Gross 2016, 23-25）；但在軍區外，既有行政區域的一般性疫情通報系統同時在執行疾病防治工作，由軍方主管的特殊疾病監管系統與衛生部主管的一般性的疫情通報系統，出現管轄衝突，開始爭奪當地有限的醫療資源。這種情況引起了毛澤東的重視，在 1955 年末杭州召開的中央政治局擴大會議，決定成立中央防治血吸蟲病九人小組，嘗試整合現有資源，以小組統一領導南方 12 個省（市）的吸血蟲病工作。^⑥實際上，在小組成立前，雙軌制的衝突，正是由於防疫站負擔過多非疫病業務的結果（Gross 2016）。中央在處理這類問題的處置方式，卻不是嘗試投入更多資源改善以上狀況。

註⑤ 蘇聯的防疫站在二戰後也有同樣困境。蘇聯防疫站雖在疫苗施打、衛教執行與急性傳染病防治有表現較佳，但醫事人員長期仍往大型專業醫療機構集中，1960 年代後，蘇聯的基層衛生所、防疫站充斥能力較差的醫事人員。計畫經濟體制與個人醫療待遇掛鉤的結果，也使醫療照護體系的「平等性」削弱，個人所屬單位若待遇較佳，有更好醫療照護（Field 2000; Solomon and Hutchinson 1990; Waddington 2011）。

註⑥ 這個小組組長、副組長分別由柯慶施（上海市委第一書記、中央政治局委員）、魏文伯（上海市委書記）、徐運北（衛生部副部長）擔任，小組辦公室仍設上海（1957 年加掛衛生部血吸蟲病防治局牌子，合署辦公）（衛生部辦公廳編 2013, 37-38）。這種以地方政治局級別的省（市）書記「掛帥」領導，衛生部支援的防疫體制，在文革前趨於常態，同樣案例還有 1960 年成立的中央北方地方病防治領導小組（衛生部辦公廳編 2013, 39）。

血吸蟲病防治在 1956 年後，仍是以群眾運動與預防醫學為導向，隨著 1950 年代後期農村走入人民公社化階段，防疫淪為改善公衛環境的舉措（如：動員清理糞便、避免糞便施肥、設立公廁等）。短期訓練的防疫醫生無法提供有效的醫療服務，使農民根本上抗拒診治（Gross 2016）。^⑦Gross（2016）認為血吸蟲病能在 1980 年代後根除，關鍵仍在當時對感染者的治療能夠奏效，透過這個案例，顯示了防疫體制陷入一個違背設計初衷的循環，意圖「集中力量辦大事」，卻不斷在動員過程中，分散與錯置資源。這種體制的內生侷限，是中共在部分疾病防疫失能的主因。

伍、結論

本文主要討論中共建政後，早期中國防疫經驗與治理。我們首先討論中國現代公共衛生的歷史背景，與中共蘇區治理經驗的遺緒。大致上，我們認為中共的公衛體制，是建立早期中國公衛體制的雜糅性之上，許多制度都有延續性。具體來說，建政後公衛體制是根基於戰時經驗的實踐，保留原有蘇區群眾動員與預防醫學的特徵，並吸納部分西方公衛系統「在地化」的實踐，以尋求更大程度落實對基層公衛系統的建制。

據此，我們使用治療型國家（therapeutic state）概念，解釋早期中國的防疫體制運作。這種概念下防疫體制的建置，包括社會主義醫權政治、軍事化防疫策略的實踐。具體來說，這體現在原有國家公衛部門（政務院衛生部）在中共黨政體系角色的弱化，以及強化黨（軍）領導原則，與對公衛部門的橫向干預能力等。此外，則是防疫體制的雙軌並行的制度困境：一個是一般性疫情通報系統，一個是專業性疫情通報系統，兩者職能存在差異度不高，與專業度不足的問題。我們認為這種雙軌制的疫情通報系統設計，部分是源於蘇區制度的遺緒，部分則是意圖強化對基層的動員與監管能力；但從運作結果觀察，組織的疊床架屋與人力資源的錯置，譬如：「黨管幹部」委任制（nomenklatura）原則下的醫事人員有限流動與政治考核、及維持週期性的政治運動等，都使全中國的防疫人力與資源，在防疫體制的運作過程，持續被消耗。此外，從血吸蟲病的防治經驗觀察，我們發現主事者解決上述問

註⑦ 由於和農民生活習慣不合，1950 年代防疫運動，在基層幹部、衛生人員與農民普遍都有抗拒心態。因此，在農村有指派政治成分問題的「壞分子」，去做清理糞便這類低階衛生工作的現象（Gross 2016; 劉紹華 2018, 82-84）。

題的方案卻是成立集權式的領導小組（中央防治吸血蟲病九人小組），以求更大程度的調動資源，但基層的資源與人力短缺始終未解決。這類領導小組機制更未根除疾病，只是使防疫人員應付額外的政治運動目標，致使基於專業防疫工作體制的設計，始終未發揮應有的效果。

過去中國研究涉及 1950、1960 年代有關城市、農村的衛生運動的討論，多數著重於衛生運動本身意義，或討論共黨如何透過有關運動深入基層建制，或為其基層建置的革命面向提供解釋（Lampton 1974; 1977; Walder 2015）。不過從醫療史角度，類似討論忽略這種運動特徵對中國的公衛系統，與對防疫體制形塑了何種特殊性，與種種負面影響。透過討論這種體制的特殊性，進一步檢視早期中國的防疫經驗與治理經驗，絕非部分想像樂觀（Chen 2001）。就此，近期有關中國防疫經驗的討論，如 Mason（2016）即指出防疫站在 1980 年代後面臨的轉型困境：約在 1990 年代後，各級防疫站都在公衛體制改造需求下，改組成美國模式的疾病管制中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC），防疫體制經歷長期的陣痛期。此外，這對理解中國新冠肺炎（COVID-19）疫情面臨的部分防疫困境，也有啟發，譬如面對疫情，舉國上下雖配合國家軍事化防疫的動員策略，但醫療專業未受到重視（如：中央應對新型冠狀病毒肺炎疫情工作領導小組，小組成員都不具醫療公衛專家背景），各種防疫亂象層出不窮：譬如地方官僚一方面使用粗暴、侵犯個人權利的防疫手段，卻又對疫情監控推諉責任、甚至爭搶防疫資源。整體而論，這反映國家與地方公衛體制遵循的「以黨領政」原則，其實不利疫情通報系統朝專業化轉型，過去體制的疊床架屋問題也未有效解決，而當代的醫療公衛實作者所處的困境，與過去歷史並無二致。就本文立場，這說明探究早期中國基層防疫體制與實作經驗，仍具啟發意義。

* * *

（收件：110 年 1 月 8 日，接受：111 年 1 月 25 日）

Epidemic Prevention Experience and Health Governance in Early Years of the People's Republic of China: A “Therapeutic State” Perspective

Yi-nung Tsai

Postdoctoral Research Fellow
Institute of International Relations
National Chengchi University

Abstract

Some studies on the early-stage epidemic prevention efforts in post-1949 China have observed the characteristic of mobilization in epidemic governance and scientism in healthcare practices. However, little research has explored how the state drew on its epidemic prevention experience to develop an epidemic prevention system and regime nature in the early years. To fill this gap in the literature, this study expounds on China's experience in epidemic prevention from 1949 to 1957 using the therapeutic state theory of the history of medicine. First, in view of hybrid public health institutions implemented during the Republican era and a shortage of public health resources, among other problems, the Chinese Communist Party (CCP) established an epidemic prevention system based on its experience in wartime epidemic prevention. Second, this study contends that such institutional legacies led the CCP to establish a double-track system combining epidemic prevention and surveillance mechanisms. Third, this epidemic prevention-surveillance system was confined by the prolonged bargaining process of the party-government system and the problem of overlapping functions, which in turn subjected the professional

epidemic monitoring system to resource crowding out and political interference. In general, this holds some significance for understanding the continuity of China's epidemic prevention systems in contemporary times, particularly in regard to misallocation of resources and difficulties with disease monitoring and control confronting China during recent infectious disease outbreaks.

Keywords: Therapeutic state, Epidemic governance, China, Public Health

參考文獻

- 上海衛生志編纂委員會編，1998，《上海衛生志》，上海：上海社會科學出版社。
Compilation Committee of the Gazetteer of Public Health in Shanghai. ed. 1998. *Shanghai weisheng zhi* [Gazetteer of Public Health in Shanghai]. Shanghai: Shanghai Academy of Social Science Press.
- 山東省地方志編纂委員會編，1995，《山東省志·衛生志》，濟南：山東人民出版社。
Shandong Provincial Local Chronicles Compilation Committee. ed. 1995. *Shandong sheng zhi · weisheng zhi* [Gazetteer of Shandong Province: Public Health]. Jinan: Shandong People's Press.
- 中央人民政府衛生部編，1950，《全國衛生情況參考資料》，北京：中央人民政府衛生部。
Ministry of Health of the Central People's Government. ed. 1950. *Quanguo weisheng qingkuang cankao ziliao* [Nationwide Health Situation Reference Material]. Beijing: Ministry of Health of the Central People's Government.
- 中央研究院近代史研究所，2014，《近代婦女期刊資料庫》，<https://mhdb.mh.sinica.edu.tw/ACWP/author.php?no=1374>，查閱時間：2020/09/20。Institute of Modern History, Academia Sinica. 2014. Jindai funü qikan ziliaoku [Authorship of Chinese Women's Periodicals]. (Accessed on September 20, 2020).
- 中共中央文獻研究室編，1993，《毛澤東文集（六）》，北京：中央文獻出版社。Central Chinese Communist Party Literature Research Office. ed. 1993. *Mao Zedong wenji (lu)* [Mao Zedong's Collected Works, vol. 6]. Beijing: Central Party Literature Press.
- 中共中央文獻研究室編，1997，《周恩來年譜（1949~1976）》，北京：人民出版社。Central Chinese Communist Party Literature Research Office. ed. 1997. *Zhou Enlai nianpu(1949~1976)* [Chronicle of Zhou Enlai (1949~1976)]. Beijing: People's Press.
- 中共中央組織部、中共中央黨史研究室、中央檔案館編，2000，《中國共產黨組織史資料（1921~1997）》，北京：中共黨史出版社。Organization Department of the Chinese Communist Party et al. 2000. *Zhongguo gongchandang zuzhishi ziliao (1921~1997)* [Material on the Organizational History of the CCP (1921~1997)]. Beijing: Chinese Communist Party History Press.
- 中華醫學會，2010，《中華醫學會會史概覽（1915~2010）》，北京：中華醫學學會。Chinese Medical Association. 2010. *Zhonghua yixuehui huishi gailan (1915~2010)* [A Brief History of the Chinese Medical Association (1915~2010)]. Beijing: Chinese Medical Association.

- 江東亮，2017，〈公共衛生與預防醫學的區別：歷史觀點〉，《臺灣公共衛生雜誌》，36（5）：423-426。Chiang, Tung-liang. 2017. “Gonggong weisheng yu yufang yixue de qubie: lishi guandian” [The Distinction between Public Health and Preventive Medicine: A Historical Perspective]. *Taiwan Journal of Public Health*, 36 (5): 423-426.
- 宋永毅主編，2013a，〈金寶善幹些什麼勾當？〉（1957年8月24日），《中國當代政治運動史數據庫》，香港：香港中文大學中國研究服務中心。Song, Yong-yi ed. 2013a. “Jin Baoshan gan xie shenme goudang” [What Shady Business Jin Baoshan Done?] (October 24, 1957). Databases on the History of Contemporary Chinese Political Movements. Hong Kong: The Universities Service Centre for China Studies.
- 宋永毅主編，2013b，〈中央關於加強黨對衛生工作領導的指示〉（1953年1月），《中國當代政治運動史數據庫》，香港：香港中文大學中國研究服務中心。Song, Yong-yi ed. 2013b. “Zhongyang guanyu jiaqiang dang dui weisheng gongzuo lingdao de zhishi” [Instructions of the Central Committee on Enhancing the Party Leadership of the Health work] (January 1953). Databases on the History of Contemporary Chinese Political Movements. Hong Kong: The Universities Service Centre for China Studies.
- 宋永毅主編，2013c，〈中央衛生部黨組關於四年來衛生工作的檢討和今後方針任務的報告〉（1953年10月），《中國當代政治運動史數據庫》，香港：香港中文大學中國研究服務中心。Song, Yong-yi ed. 2013c. “Zhongyang weishengbu dangzu guanyu sinian lai weisheng gongzuo de jiantao he jinhou fang zhen renwu de baogao” [Reports of the Party Groups of the Ministry of Health for Review of health Works in the Past Four Years and Future Guidelines and Tasks] (October 1953). Databases on the History of Contemporary Chinese Political Movements. Hong Kong: The Universities Service Centre for China Studies.
- 宋永毅主編，2013d，〈金寶善的檢查〉（1957年8月4日），《中國當代政治運動史數據庫》，香港：香港中文大學中國研究服務中心。Song, Yong-yi ed. 2013a. “Jin Baoshan de jiancha” [Jin Baoshan’s Introspection] (August 24, 1957). Databases on the History of Contemporary Chinese Political Movements. Hong Kong: The Universities Service Centre for China Studies.
- 李志綏，2015，《毛澤東私人醫生回憶錄》，臺北：時報文化。Li, Zhi-sui. 2015. *Mao Zedong siren yisheng huiyi lu* [The Private Life of Chairman Mao]. Taipei: Taipei Times.
- 李尚仁，2009，〈疾病、謠言與國家政治動員〉，《科學發展》，436：83-85。Li, Shang-jen. 2009. “Jibing, yaoyan yu guojia zhengzhi dongyuan” [Disease, Rumor, and

- State Political Mobilization]. *Science Development*, 436: 83-85.
- 李金錚，2004，〈晏陽初與定縣平民教育實驗〉，《二十一世紀》，85：64-73。Li Jinzheng. 2004. “Yan Yangchu yu dingxian pingmin jiaoyu shiyan” [James Y.-C. Yen and the mass education movement in Ding County]. *Twenty-First Century Bimonthly*, 85: 64-73.
- 李洪河，2007，〈新中國的疾病流行與社會應對（1949～1956）〉，北京：中共黨史出版社。Li, Hong-he. 2007. *Xinzhongguo de jibing liuxing yu shehui yingdui (1949~1956)* [The Social Response to the Epidemic Diseases in the New China (1949~1956)]. Beijing: Chinese Communist Party History Press.
- 杜麗紅，2014，〈制度擴散與在地化：蘭安生（John B. Grant）在北京的公共衛生試驗，1921～1925〉，《中央研究院近代史研究所集刊》，86：1-47。Du, Li-hong. 2014. “Zhidu kuosan yu zaidihua: lanansheng (John B. Grant) zai beijing de gonggong weisheng shiyan” [Institutional Diffusion and Localization: John B. Grant’s Public Health Experiments in Beijing, 1921~1925]. *Bulletin of the Institute of Modern History Academia Sinica*, 86: 1-47.
- 周望，2015，〈「領導小組」如何領導？對「中央領導小組」的一項整體性分析〉，《理論與改革》，2015（1）：95-99。Zhou, Wang. 2015. “Lingdao xiaozu’ ruhe lingdao? dui ‘zhongyang lingdao xiaozu’ de yixiang zhengtixing fenxi” [How do ‘Leading Small Groups’ Lead? A Comprehensive Analysis of ‘Central Leading Small Groups’]. *Theory and Reform*, 2015 (1): 95-99.
- 東平、王凡，2007，〈中共領袖與延安中央醫院往事〉，《黨史博覽》，2007（6）：17-23，56。Dong, Ping, and Fan Wang. 2007. “Zhonggong lingxiu yu yan’an zhongyang yiyuan wangshi” [Chinese Communist Leaders and Recollections of the Yan’an Central Hospital]. *General Review of the Communist Party of China*, 2007 (6): 17-23.
- 曹樹基、李玉尚，2006，〈鼠疫：戰爭與和平——中國的環境與社會變遷（1230～1960年）〉，山東：山東畫報。Cao, Shu-ji, and Yu-shang Li. 2006. *Shuyi: zhanzheng yu heping—zhongguo de huanjing yu shehui bianqian (1230~1960)* [The Plague: War and Peace—Environmental and Social Changes in China (1230~1960)]. Shandong: Shandong Pictorial Publishing House.
- 陳志潛，1980，〈中國農村的醫學：我的回憶〉，成都：四川人民出版社。Chen Zhiqian. 1980. *Zhongguo nongcun de yixue: wo de huiyi* [Medicine in Rural China: A Personal Account]. Chengdu: Sichuan People’s Press.
- 陳建仁，2002，〈流行病學：原理與方法〉，臺北：聯經出版。Chen, Chien-jen. 2002.

- Liuxingbingxue: uanli yu fangfa* [Epidemiology: Principle and Methods]. Taipei: Linking Publishing.
- 陳海峰，1993，《中國衛生保健史》，上海：上海科學技術出版社。Chen, Hai-feng. 1993. *Zhongguo weisheng baojian shi* [History of Healthcare and Hygiene in China]. Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers.
- 曾慶豹，2019，〈長征路上的紅色基督徒醫生傅連璋〉，《漢語基督教學術論評》，27：141-172。Chin, Ken-pa. 2019. “Changzheng lushing de hongse jidutu yisheng Fu Lian-zhang” [Fu Lian-zhang: A Christian Communist Medical Doctor in the Long March]. *Sino-Christian Studies*, 27: 141-172.
- 楊念群，1999，〈「蘭安生模式」與民國初年北京生死控制空間的轉換〉，《社會學研究》，1999（4）：98-113。Ynng, Nian-qun. 1999. “‘Lanansheng moshi’ yu minguo chunian beijing shengsi kongzhi kongjian de zhuanhuan” [“Grant Model” and the Spatial of Life/Birth and Death Control in Early-Republic Beijing]. *Sociological Studies*, 2007 (8): 27-37.
- 楊念群，2006，《再造「病人」：中西醫衝突下的空間政治》，北京：中國人民大學。2006. Ynng, Nian-qun. 2006. *Zaizao “bingren”: zhongxiyi chongtu xia de kongjian zhengzhi* [Remaking “Patients”: Governing Space in the Conflict between Chinese and Biomedicine]. Beijing: China People’s University Press.
- 楊念群，2007，〈如何從「醫療史」的視角理解現代政治〉，《中國社會歷史評論》，2007（8）：27-37。Ynng, Nian-qun. 2007. “Ruhe cong “yiliaoshi” de shijiao lijie xiandai zhengzhi” [How to Understand Modern Politics from a Perspective of “History of Medicine”]. *Chinese Social History Review*, 2007 (8): 27-37.
- 雷祥麟，2013，〈衛生、身體史、與身分認同：以民國時期的結核病與衛生餐檯為例〉，祝平一主編，《健康與社會：華人衛生新史》：119-144，臺北：聯經。Lei, Sean Hsiang-lin. 2013. “Weisheng, shentishi, yu shenfen rentong: yi minguo shiqi de jiehebing yu weisheng cantai weili” [Hygienic, History of Body. and Self-Identity: An Example of Tuberculosis and the Chinese Hygienic Table in Republican China]. In Chu, Ping-yi, ed. “*Jiankang yu shehui: huaren weisheng xinshi*” [Health and Society: New Approaches to Chinese History of Health]. pp. 119-144. Taipei: Linking Publishing.
- 劉士永，2013，〈公共衛生（Public Health）：近代華人社會裡的新興西方觀念〉，祝平一主編，《健康與社會：華人衛生新史》：9-40，臺北：聯經出版。Liu, Michael Shi-yung. 2013. “Gonggong weisheng (Public Health): jindai huaren shehui li de xinxiing

- xifang guannian” [Public Health: Modern Chinese Society’s New West Concept]. In Chu, Ping-yi, ed. “*Jiankang yu shehui: huaren weisheng xinshi*” [Health and Society: New Approaches to Chinese History of Health]. pp. 9-40. Taipei: Linking Publishing.
- 劉世杰、李天霖、陳育德、張銳，1993，〈赤誠愛國的金寶善教授：紀念金寶善教授誕生一百週年〉，《中華預防醫學會雜誌》，27（5）：278-279。Liu, Shi-jie, Tian-lin Li, Yu-de Chen, and Xian Zhang. 1993. “Chicheng aiguo de Jin Baoshan jiaoshou: jinian Jin Baoshan jiaoshou dansheng yibai zhounian” [The Sincerity and Patriotic Professor Jin Baoshan: Commemorating the 100th Anniversary of Professor Jin Baoshan’s Birth]. *Chinese Journal of Preventive Medicine*, 27 (5): 278-279.
- 劉紹華，2013a，〈中國麻風病治理的科學主義與政治儀式〉，《臺灣人類學刊》，11（1）：35-64。Liu, Shao-hua. 2013a. “Zhongguo mafengbing zhili de kexue zhuyi yu zhengzhi yishi” [Chinese Scientism and Political Rituals in Leprosy Control]. *Taiwan Journal of Anthropology*, 11 (1): 35-64.
- 劉紹華，2013b，〈當代中國農村衛生保健典範的變遷：以合作醫療為例〉，祝平一主編，《健康與社會：華人衛生新史》：299-328，臺北：聯經。Liu, Shao-hua. 2013b. “Dangdai zhongguo nongcun weisheng baojian dianfan de bianqian: yi hezuo yiliao weili” [The Paradigm Shifts of Rural Health Care in Contemporary China]. In Chu, Ping-yi, ed. “*Jiankang yu shehui: huaren weisheng xinshi*” [Health and Society: New Approaches to Chinese History of Health]. pp. 299-328. Taipei: Linking Publishing.
- 劉紹華，2018，〈麻風醫生與巨變中國：後帝國實驗下的疾病隱喻與防疫歷史〉，臺北：衛城。Liu, Shao-hua. 2018. *Mafeng yisheng yu jubian zhongguo: hou diguo shiyan xia de jibing yinyu yu fangyi li shi* [Leprosy Doctors in China’s Post-Imperial Experimentation: Metaphors of a Disease and Its Control]. Taipei: Acropolis.
- 衛生部辦公廳編，2013，〈《衛生部歷史考證（1949~1996）》〉，北京：人民衛生出版社。The General Office of the Ministry of Health. 2013. *Weishengbu lishi kaozheng (1949~1996)* [The History Research of Ministry of Health (1949~1996)]. Beijing: People’s Health Press.
- 鍾延麟，2013，〈文革前的鄧小平：毛澤東的「副帥」（1956~1966）〉，香港：香港中文大學。Chung, Yen-lin. 2013. *Wenge qian de Deng Xiaoping: Mao Zedong de “fushuai”, 1956~1966* [Deng Xiaoping Before the Cultural Revolution: Mao’s “Vice Marshal”, 1956~1966]. Hong Kong: The Chinese University of Hong Kong Press.
- 霞飛，2018，〈陳雲介紹傅連璋入黨〉，《湘潮》，2010（8）：8-10。Fei, Xia. 2018.

- “Chen Yun jieshao Fu Lianzhang ru dan” [Chen Yun introduces Fu Lian-zhang Admission to the Party]. *Xiang Chao*, 2010 (8): 8-10.
- Arnold, David. 1993. *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Arnold, David. ed. 1988. *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Manchester, UK: Manchester University Press
- Brown, E. Richard. 1976. “Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad.” *American Journal of Public Health*, 66 (9): 897-903.
- Brown, E. Richard. 2010. *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*. Memphis, TN: General Books LLC.
- Bu, Liping, and Elizabeth Fee. 2008. “John B. Grant International Statesman of Public health.” *American Journal of Public Health*, 98 (4): 628-629.
- Bullock, Mary Brown. 1980. *An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Chakrabarti, Pratik. 2014. *Medicine and Empire: 1600~1960*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan Ltd.
- Chen, Meei-Shia. 2001. “The Great Reversal: Transformation of Health Care in the People’s Republic of China.” In William C. Cockerham, ed., *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, pp. 456-482. Malden, MA & Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Deaton, Angus. 2013. *The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton: Princeton University Press.
- Field, Mark G. 2000. “Soviet Medicine.” In Roger Cooter and John Pickstone, eds., *Medicine in the Twentieth Century*, pp. 1-43. London: Routledge.
- Foucault, Michel. 1973. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, Michel. 2008. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978~1979*. London: Palgrave Macmillan.
- Grant, John B. 1923. *A Proposal for a Department of Hygiene*. Rockefeller Foundation Archives (Box 75, Folder 531). Rockefeller Archive Center, New York.
- Gross, Miriam. 2016. *Farewell to the God of Plague: Chairman Mao’s Campaign to Deworm*

- China*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Headrick, Daniel R. 1981. *The Tools of Empire: Technology and European Imperialism in the Nineteenth Century*. New York: Oxford University Press.
- Lampton, David M. 1974. *Health, Conflict, and the Chinese Political System*. Ann Arbor, MI: Centre for Chinese Studies, University of Michigan.
- Lampton, David M. 1977. *The Politics of Medicine in China: The Policy Process 1949-1977*. Boulder, CO: Westview Press.
- Lei, Sean Hsiang-Lin. 2010. "Habituating Individuality: The Framing of Tuberculosis and Its Material Solutions in Republican China." *Bulletin of the History of Medicine*, 84 (2): 248-279.
- Lieberthal, Kenneth G. 1995. *Governing China: From Revolution Through Reform*. New York, NY: W.W. Norton.
- Mason, Katherine. 2016. *Infectious Change: Reinventing Chinese Public Health After an Epidemic*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Nolan, James L. Jr. 1998. *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*. New York: New York University Press.
- Polsky, Andrew J. 1991. *The Rise of the Therapeutic State*. Princeton: Princeton University Press.
- Rogaski, Ruth. 2004. *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rosen, George. 1974. *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*. New York: Science History Publications.
- Solomon, Susan Gross, and John P. Hutchinson. eds. 1990. *Health and Society in Revolutionary Russia*. Bloomington, Indiana University Press.
- Szasz, Thomas. 1974. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper Colins.
- Szasz, Thomas. 2003. *Pharmacracry: Medicine and Politics in America*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Tsai, Wen-Hsuan, and Zhou Wang. 2019. "Integrated Fragmentation and the Role of Leading Small Groups in Chinese Politics." *The China Journal*, 82: 1-22.
- Tsai, Wen-Hsuan. 2018. "Medical Politics and the CCP's Healthcare System for State Leaders." *Journal of Contemporary China*, 27 (114): 942-955.

- Waddington, Keir. 2004. "Health and Medicine." In Chris Williams, ed., *A Companion to Nineteenth-Century Britain*, pp. 412-429. Malden, MA & Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Waddington, Keir. 2011. *An Introduction to the Social History of Medicine: Europe Since 1500*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Walder, Andrew. 2015. *China Under Mao: A Revolution Derailed*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Watt, John R. 2014. *Saving Lives in Wartime China: How Medical Reformers Built Modern Healthcare Systems amid War and Epidemics, 1928~1945*. Leiden, Netherlands: Brill.
- White, Sydney D. 1998. "From 'Barefoot Doctor' to 'Village Doctor' in Tiger Springs Village: A Case Study of Rural Health Care Transformations in Socialist China." *Human Organization*, 57 (4): 480-490.
- Zhang, Shengfa. 2010. "The Main Causes for the Return of the Chinese Changchun Railway to China and Its Impact on Sino-Soviet Relations." In Thomas P. Bernstein and Hua-yu Li, eds., *China Learns from the Soviet Union, 1949~Present*, pp. 61-78. Lanham, MD: Lexington Books.

