近代北京公共卫生制度变迁过程探析(1905－1937)

杜丽红

提要:本文以1905－1937年间北京公共卫生制度变迁为具体个案,将其分为移植、扩散和转化三个阶段。通过对三个阶段的行动者、制度逻辑和制度环境的分析,揭示出近代中国制度变迁是一个复杂多变的过程,既是由上而下的强制性变迁与由下而上的诱致性变迁相结合的产物,也是受内外因素影响的渐变过程。但由于未能解决好嵌入性问题,公共卫生制度仅仅凸显出国家管理的特性,未能真正达成有效的卫生治理。

关键词:公共卫生　制度变迁　移植　扩散　转化

一、问题与分析路径

自1905年创设警察卫生,北京开始建立公共卫生制度,经过漫长的变迁过程,到1937年该制度逐渐形成了一套具有地方特色的运作机制。那么,这套制度是如何起源和演变的呢?本文试图对此做一学理上的阐释,旨在一方面从制度变迁的角度推进公共卫生历史研究,一方面以近代北京公共卫生的具体个案研究深化我们对中国制度变迁的认识。①

近代中国公共卫生日益成为历史学者关注的主题,涌现出一批研究成果。这些研究多以城市近代化为主题,从医学、思想、文化和社会等角度探讨各城市公共卫生的发展及其影响(MacPherson,1987;Yip,1995;Rogaski,2004;张泰山,2008)。更重要的是,邱仲麟对明清以来北京卫生状况的考察(邱仲麟,2004,2005),杨念群从身体、空间政治的角度对民国时期北京公共卫生的开创性研究(杨念群,1999,2000,

① 近代以来,尤其是民国时期,中央权力衰退,各地社会发展有着不同的路径,公共卫生制度在不同城市呈现出不同的变迁模式,北京无疑是其中较有代表性的城市之一。本文侧重从北京地方社会发展的角度对制度的变迁过程进行分析,尚无力比较各城市不同的制度变迁过程。

2006),为本文提供了坚实的基础。不过,总体来看,既有的研究较少关注公共卫生的制度属性,及其背后蕴含的近代国家治理转型的内涵。公共卫生是国家采用预防疾病的科学技术,通过有组织的形式制度化地为人民提供健康方面的公共服务。从本质上讲,它隶属于国家行政制度,是国家治理方式之一。作为一种中观层面的制度,它展现了宏观政治制度关于卫生治理的制度安排。因此,本文所讨论的公共卫生制度在近代中国的引入和演化,实际上是近代中国国家政权建设,即"治理角色和治理关系的制度(规则)改变"的问题(张静,2012:64)。在关于近代中国国家治理的制度变迁研究中,有关"法律移植"的研究已取得较大进展(强世功,1997;何勤华,2001,2002;何勤华、李秀清,2003;高鸿钧,2008;黄金兰,2010),但由于缺乏长时段的实证研究,往往拘囿于法律的引入阶段。本研究将近代北京公共卫生的制度变迁放在较长时段进行考察,将其视作相互关联的不同阶段,尝试形成对近代中国制度变迁的整体认知。

进一步而言,本研究试图为中国的制度变迁研究提供一个具体个案。制度变迁不仅仅是当代社会的主题,而且是清末民初中国社会的主题。那是中国从传统国家治理向民族国家治理转型的时期,也是一个制度变迁的时代,各个领域都发生着深刻变革。对历史过程的实证研究究竟在哪些方面不同于当代的研究呢?笔者以为,近代的制度变迁经过多年沉淀之后基本成型,可以划分出若干阶段,便于我们进行综合分析。

社会学研究者日渐认识到对制度变迁的研究不能拘泥于某一种机制,而应采用综合分析的方法,对其过程进行多重研究。周雪光认为,大规模的制度变迁涉及多重过程和各种制度要素间的安排组合,并提出了一个"多重制度逻辑"的分析框架(周雪光、艾云,2010:132-133)。还有学者提出应采取综合分析的范式,强调必须在制度与其文化、组织系统与其环境之间的多重关系中考察制度变迁的社会过程(李汉林等,2005:94)。此外,学者们认为在研究制度变迁时应强调要素分析。L. E. 戴维斯和 D. C. 诺斯在阐释制度变迁的理论时,将制度环境、制度安排、初级行动团体、次级行动团体和制度装置视作重要要素(戴维斯、诺斯,1994:270-276)。还有学者提出在制度分析的过程中,应注意嵌入性、路径依赖和意识形态等维度(李汉林等,2005)。受上述研究启发,本研究将制度变迁过程分为移植、扩散和转化三个阶

段,并关注每个阶段的行动者、制度逻辑和制度环境等要素之间的相互作用。下面对制度变迁的三个阶段做一简要说明。

关于社会制度的生成,有“自然演化生成”和“人为设计生成”两种解释。一些制度从根源上看是人为设计的结果,从其他人、其他组织甚至其他国家照搬和引入,这是一种制度移植过程。而之所以要生硬地移植某种制度,往往是移植者出于寻求某种合法性认同的需要,而非出于生产绩效的目的,因此这种制度往往缺少行业认知基础,也缺少一般民众的认同和社会基础。这种制度移植是一种通过命令和法律强制引入和实施的过程,因此属于强制性的制度变迁(林毅夫,1994:395)。而这种制度的受益者为了维持自己的既得利益,往往会建构出一套实施机制,从表面上来规制制度对象的行为模式,导致该种制度变迁的路径依赖。

制度扩散则是一种基于新思想的制度向特定行动者群体传播的过程,它往往属于诱致性的制度变迁(林毅夫,1994:394)。而且,制度扩散往往是行业或专业组织等主体,出于技术效率的逻辑而主动设计或引入并推行某种制度。由于其目的是直接增进技术水平或专业效率,因而,会使更多的行业从业者及其服务对象受益。制度扩散带有非常浓厚的专业化特征,并可能对行政官僚移植来的制度产生极大冲击从而替代之。

但是,制度扩散本身不会直接作用于地方,制度变迁还需要经过第三个阶段即地方性的制度转化才能最终实现。所谓制度转化,是指某种制度从一个地方向另一个地方扩散时,其接受者基于地方社会情境与制度环境,以不同的方式在不同的程度上接受这种制度,并将其与当地既有制度结合在一起,形成一种新的地方性实践。制度转化涉及从外部获得并接受新的制度要素,及这种新制度与从本地继承的制度要素之间的结合。制度扩散会制造出若干积极分子及专业组织协会,他们不仅质疑出于统治合法性的需要而由官僚引入的制度,而且努力促使国家对旧有制度进行革命性改造,按照新思想重构具有专业化和科层制特征的现代行业制度。但是,受制于既有制度环境,这种革命性改造在地方政府层次受到抑制,并以一种选择性治理方式存在着,从而形成一种混合形态的制度。

制度变迁的最终结果则体现为制度的绩效,包括制度的实施状况,特别是制度是否成为了支配日常生活秩序的规则。制度变迁的最终绩

效,往往是中央和地方权力精英、行业精英与社会民众多方博弈的结果,是国家选择性治理的产物。

在这样的思路下,近代公共卫生的制度变迁过程,既有自下而上的“变通”(制度与结构变迁研究课题组,1997),又有自上而下的“通变”(刘玉照、田青,2009),二者相互交替。此外,制度变迁不单单是外在动力作用的结果,也是一个内生性过程。

二、源起:警察卫生制度的移植

作为基于科学医学的国家治理制度,公共卫生对中国来讲是一种完全的舶来品,产生于清末新政时期政府对日本警察制度的移植。作为警察制度移植的副产品,它既不是“自然演化”的结果,也不是“人为设计”的结果。自移植后,由于缺乏变通,未能按照所处的社会结构环境做出相应的修正和改变,公共卫生长期未能嵌入本地社会结构,基本处于一种若有若无的状态。

新政时期,清政府主动全面学习日本警察体系,警察卫生作为警察制度的组成部分被建构起来,出现了相关的科层组织及卫生法规。光绪三十一年九月,巡警部成立,警保司下设卫生科,主管“考核医学堂之设置,医生之考验给凭,并清道、检疫计划及审定一切卫生保健章程”(徐世昌,1973:139)。北京城设立内城巡警总厅和外城巡警总厅,均有卫生处之设,下辖清道股、防疫股、医学股和医务股。次年九月二十日(1906 年 11 月 6 日),巡警部改为民政部,内、外城巡警总厅改隶民政部,下设卫生处专职办理卫生警察,负责凡清道、防疫、检查食物屠宰、考验医务药科各事项(徐世昌,1973:403)。不久,内、外城巡警总厅更名为京师内外城巡警总厅,总理北京城巡警事务。总厅下设总务、行政、司法和卫生四处,卫生处仍设清道、防疫、医学和医务四科,分别办理相关事务。北洋时期,公共卫生仍归京师警察厅卫生处管理,下设三科,第一科负责保持环境卫生,第二科负责有关医学事务的管理,第三科主要负责体检和化验事项(京师警察厅,1915:9-12)。

以上便是北京警察卫生的最初组织形式。警察卫生的制度安排从形式上来看基本成型,不仅已有职责明确的科层组织,而且颁布了详细的制度规则,具备执行的法理依据。但是,形式完备的制度能否起到应

有的作用呢？其实然的状态如何呢？

警察卫生制度移植的行动者是中央政府。清政府引进外国行政制度,但仅仅停留于文本的移植,远未涉及制度背后的知识体系,对究竟应如何落实制度亦无整体考虑。因此,警察卫生制度的相关行动者并非制度的设计者,对制度及其背后的知识体系知之甚少。更有甚者,历任卫生行政长官既非公共卫生专家,又非医界中人。北京政府内务部卫生司成立后,“十七年中换了九个司长,除第一任未就职的林文庆是一个医学博士,及第二任伍晟为日本某医校药科毕业外,其余七个都不是医界中人。前京师警察厅卫生处处长换过四人,没有一个是医界中的”(朱季青,1929:287)。由不懂公共卫生的人担任领导,很难注意到制度移植过程中的在地化问题,源于西方的规则与中国社会现实之间的鸿沟也就难以弥合。

在日常生活中,基层巡警是警察卫生制度实施的直接行动者。他们因自身卫生知识的缺失,对什么是公共卫生知之不多,难以胜任执行公共卫生的职责。如时人所指出的那样:巡警“无非是弄几辆破土车,撮撮胡同的脏土,敷衍了事,只顾眼前”,卫生局也仅是暂时专管收妓娼烟灯捐,连妓女的卫生都不管(《要强种先得讲卫生》,1906)。

无论领导者还是具体执行者都不具备推行公共卫生的能力,美国公共卫生专家兰安生对此评价道:北京公共卫生“设在警察厅内,颁布了一些卫生法规,并未采取真正技术性措施,严重违背卫生的原则,对今天而言很大程度上是警察手段”。①

此时行动者遵循的合法性机制,可从国际范围的“组织同形”和依法行政两个层面予以分析。从宏观上来看,晚清政府抱着学习借鉴的态度,照搬外国行政制度,旨在藉此改变中国的落后状态。这种行为实质上遵循的是一种合法性机制,即为寻求政权合法性,清政府采纳国际承认并接受的组织结构和理念规范,以此来获取人们对政权本身的认同。因此,这个时期的警察卫生制度移植在某种程度上是国际范围的组织同形。

在制度移植过程中,政府秉承法规先行的逻辑:由国家行政机构颁布卫生法规,规范和指导人们的行为,同时对违背卫生原则的行为

---

① “Saul Benison Interview with Dr. J. B. Grant.” *Oral Histories*, RG13, RF, Rockefeller Archive Center, p180.

进行制止和惩罚。制度移植对法规的重视,体现出西方官僚制的合法性权力的基础在于:正规规则的“法律性”,以及对掌权者根据条例发布命令的权力的信任。清末民初,京师警察厅颁布的若干公共卫生法规,主要涉及清道、防疫、饮水、食物卫生及公共场所卫生等,为巡警的卫生执法提供了法理依据(田涛、郭成伟编,1996;京师警察厅,1915)。这些卫生法规属于建构性规则,旨在保障一种规范性规则在社会中得以执行,实质上是国家推行的强制性制度变迁(董炯,2001:16-18)。

卫生法规规定的多为强制私人行为及不行为之义务,需行政强制保证实施。这种强制在清末由“违警律”提供法律依据。清政府“其时急于变法,以图法治,警政为法治首要之制度,故虽一切重要法典未立,而违警律居然占先颁布”(黄琛生,1933:1),为警察依据行政法规执法提供了法律依据。《大清违警律草案》规定了对卫生违警行为的处罚措施。从内容来看,警察要制止的违法行为包括:非法售卖含有毒质的药剂、在城市及人烟稠密地方开办粪厂、污染供公众饮用的净水及水源和在街道随意倾倒垃圾,以及惩罚拒诊的悬牌行术的医生或稳婆。① 这种违警章程同样习自外国,时人指出其不过是从西方的违警章程中“摘了几条”(《违警罪贵在实行》,1906)。但是,近代中国国家的合法性基础并非国家颁布的正式法规,而是更多在于人们对官府权力的崇拜,即来自传统权力。也就是说,合法性来自于人们自身对一种神圣不可侵犯的古老传统的信仰,以及根据这些传统行使权力者的地位合法性的既定信念。由于中西合法性基础的不同,移植而来的法规既不具有实质性权威,也无具体机制予以落实,仅仅停留于文本之中(强世功,2003:9)。卫生领域的依法行政不能真正实现,正式法规也就难以成为日常生活的规范。

从制度环境看,制度移植阶段的卫生既不具备完整独立的制度形态,也难以嵌入北京地方社会文化之中。作为警察制度的一个分支,卫生警察处于非常边缘的位置。卫生行政仅仅依靠罚款和停业等强制手段推行。由于法规缺乏必要的社会基础,这种约束人们行为的消极行政方式实难起到应有的效果(苏力,1996:10)。更为现实的是,社会中的封建等级制和官僚制使违警章程根本无法执行,收不到预期效果。

① 稳婆指民间以替产妇接生为业的人。

当时人们基本没有法治观念,更遑论卫生执法了。巡警部所做的不过是要求巡警厅“设立木牌,张贴在路口儿上”,让人人周知而已(参见《违警罪贵在实行》,1906)。

因为缺乏起码的社会认同,移植而来的警察卫生制度基本依赖于国家强制力推行,与现实社会生活存在着巨大的“断裂”。深陷政治危机的国家无力推行这套制度,导致公共卫生长期停留在字面,未嵌入社会之中。虽然如此,但公共卫生所引发的社会问题却悄然改变着人们对公共卫生的认知。

首先,城市生态环境和政治环境的双重恶化使公共卫生问题凸显。一方面,从 1912 年到 1928 年间,北京城区人口从 725153 人增至 929277 人,[①]产生大量的生活垃圾、秽水和粪便,给城市自我清理能力增加了巨大压力。政府无力应对,北京的环境卫生日趋恶化,引发社会各界的批评和关注。另一方面,北京政府财政状况恶化,经费开支受到严重冲击,警察薪资朝不保夕,公共卫生经费难以为继,警察的卫生执法实际处于瘫痪状态。北京公共卫生出现“供不应求”的状况,引起地方舆论的高度关注。

其次,疫情的冲击促使公共卫生组织逐步完善。1910 年末爆发的东北大鼠疫促成国家对防疫的重视;1915 年北京爆发的地方性白喉、猩红热等疫情,促使国家采取必要的防疫措施,建立传染病医院,开展预防接种;1917 年爆发的山西、绥远鼠疫促成中央防疫处的设立。上述历次疫情使各界社会人士意识到公共卫生的重要性,热切关注由此引发的社会问题,积极宣传卫生知识。社会各界的关注不仅促进了北京公共卫生教育的发展,而且从社会认知的角度改善了公共卫生的制度环境。

北京的公共卫生最初是由国家通过命令和法规的形式建立起来的,是一种强制性的制度变迁,国家在其中扮演了主导角色。公共卫生附属于警察制度,具有强烈的移植特色。这是一种自上而下推行的制度,一开始设有较为健全的科层组织和法规体系,并有执行机制,但是,

---

① 本文所引北京城区人口数据来自《北京历史人口地理》(韩光辉,1996:133－134)一书。1912－1925 年的数据直接引自书中《民国时期北京(北平)市历年人口统计》一表。该表自 1926 年起将四郊人口纳入统计,因此笔者根据书中《民国初期北京四郊人口》一表得出 1912－1925 年间北京四郊人口的平均增长率,推算出 1926－1937 年四郊人口数目,然后将历年人口统计中四郊人口扣除,从而得出 1925－1937 年北京城区人口数字。

由于缺乏必要的制度环境,这种制度实际未能嵌入到北京社会,既未改善环境卫生,也与现代公共卫生的旨趣相去甚远。从另一个角度来讲,这种警察卫生制度形成了公共卫生的制度环境,成为未来制度演化的路径依赖,制约着未来行动者的选择范围(李汉林等,2005:101)。也就是说,公共卫生无论是革命性变化还是渐进式演变,都必须始于警察卫生的科层组织。

三、外来动力:美式公共卫生思想的扩散

自北洋政府面临着严峻的财政危机之后,依赖于中央财政拨款的北京警察经费时常面临被裁减的威胁,边缘化的卫生事务成为京师警察厅削减经费的对象。国家建立的公共卫生制度不能行之有效,甚至连环境卫生都难有改进,更遑论医疗保健。国家作为行动者已失去变革处于停滞中的卫生行政的动力和能力,既缺乏新的思想观念也缺乏物质基础。在这种状况下,北京公共卫生需要新的行动者带来新要素推动制度变迁。1920 年代初,美式公共卫生思想向世界范围的扩散不仅带来新观念,而且由于具有这种思想的行动者致力于与地方社会相结合,因而形成一套在地化的认知范式和规范框架,成为制度变迁的外来动力。这是一种由医学技术进步带来的诱致性制度变迁,国际组织及其在华代表扮演了关键行动者的角色,可将其看作是由下而上的制度变迁。

20 世纪初,洛克菲勒基金会大力资助公共卫生学科的发展,1916–1927 年间共捐给美国及海外各公共卫生学校 2500 万美金(Brown,1976:901)。在资助公共卫生学科大力发展的同时,基金会极力在世界范围内推广公共卫生新思想,花费几百万美金为外国医学工作者提供公共卫生培训。1913 年 6 月 27 日,洛克菲勒基金会创立国际卫生委员会,致力于在美国之外推行公共卫生项目,旨在“提升公共卫生,传播科学医学知识”。该基金会成为在公共卫生领域文化—认知性、规范性和规制性制度领域实施权威的重要行动者,应用有限资源制定规则、设定标准、传播原则等,垄断了公共卫生话语体系。毕业于霍普金斯大学公共卫生学院的兰安生成为基金会在华的重要代表。他的积极活动促使美国公共卫生制度扩散进入中国,开启了本地化的进

程,进而推动了已有警察卫生制度的转化(Schon,1971)。

在兰安生的推动下,协和医学院建立公共卫生系,在完全美式科学医学教育的基础之上,中国的现代公共卫生学科得以发展,公共卫生的认知范式具备了坚实的物质基础,形成一套具有科学权威的话语系统。兰安生提出,公共卫生一方面是提升健康和预防疾病的科学,另一方面是一种机构,通过努力医学应该成为人人可以平等享用的福利。这种观念与警察卫生制度有着很大的不同:前者提倡应用预防医学防治疾病,后者强调维持环境卫生预防疫病;前者将公共卫生视作一种公共服务,强调国家治理的技术性,后者依靠国家强制力规制人们行为;前者注重通过卫生教育改变个人的日常生活习惯,后者以惩罚改变人们的不卫生行为。

公共卫生系的教师和学生们逐步成为新公共卫生制度在中国扩散的关键行动者。作为一种科研组织,它为公共卫生提供了一套系统的新认知范式,推广具有建构作用的科学话语。此后,由专业语言、概念和逻辑规则构成的话语系统,成为公共卫生领域的主流话语。人们只能采用特定的基于预防医学的公共卫生概念来理解和阐明相关事务。正是通过这种话语生产和控制,新公共卫生的认知范式塑造了人们对公共卫生基本范畴的理解,进而影响到后来的制度转化。

新的认知范式要得到社会大众的支持并成为社会共识,需要一个普及化过程。丙寅医学社成为将建立在科学医学基础上的公共卫生新思想从象牙塔向社会延展的重要行动者。1926 年,以杨济时为首的协和医学院的学生和青年医生组成丙寅医学社,为报纸撰写文章,发行通俗医学刊物《医学周刊集》,向人们宣传科学医学知识。他们运用掌握的科学医学知识,对北京公共卫生的方方面面进行深入浅出的分析,不仅批判旧的公共卫生观念,宣传新的公共卫生思想,而且抨击既有公共卫生制度,讨论如何建立起符合科学医学原则的公共卫生,为未来的发展提供可选择的路径(陈志潜,1987:441－443)。

此外,协和医学院还与京师警察厅署合作,设立公共卫生试验所,将社区卫生思想付诸试验,真正将公共卫生新思想与北京地方社会结合起来,创制出一套新的规范框架,为制度转化提供了范本。兰安生认识到,新公共卫生思想若要在地方实施,必须与已有制度结合,特别是要得到警察厅的支持。他利用与中央防疫处处长方擎的私交,于 1925 年 5 月 29 日与京师警察厅合作建立试办公共卫生事务所,开始将公共

卫生思想付诸地方实践。该所得到洛克菲勒基金会的资助,1925 年资助经费 25413.96 元,占总支出的 58.17%。[①] 该所兼具两项任务,一是发展出适合在中国推行的小区卫生模式,一是设计出既适合医学生又适合护士生实习的方案。[②] 卫生事务所试图使医学生通过实习了解中国最需要的公共卫生工作是什么,在现有条件下什么方法是可行的,什么方法是最可能成功的(Greene,1927:12)。作为公共卫生新思想的试验场,公共卫生事务所对此后中国公共卫生的制度转化有着重要作用,不仅创建了一套规范框架,而且培养了各级行动者,既有精英领袖,也有基层官僚。

公共卫生事务所在公共卫生制度框架设计方面进行了有益的尝试,该所组织的规范框架成为制度转化的模型。在兰安生指导下,事务所遵循预防医学原则开展疾病预防和保健事务,不再仅仅停留在保持清洁等简单市政事务上。公共卫生事务所开办时,设立了卫生、统计、防疫和保健四科,每科都有相对完善的规范性制度。

更重要的是,公共卫生事务所为制度转化培养了专业行动者,成为中国公共卫生领导人才的孵化器,各科科长和科员后来都成为该领域的领导和专家,或担任中央、地方卫生机关的负责人,将公共卫生新思想推行到其他地方;或成为卫生统计、妇幼保健的专家,促进中国预防医学各项事业的发展。此外,事务所注重培训基层专业公共卫生人员,尤其是自 1926 年 10 月起正式开始系统地培训公共卫生护士。公共卫生护士需要走进家庭,走入小区,因此为期两个月的培训特别注重教授家庭卫生服务的知识。

在肯定美国公共卫生扩散的积极作用的同时,还应认识到其隐含的两大制约因素。一是这种扩散带有显著的政治目的,实际是美国与日本在华文化竞争的重要内容。自一战后,日美在东亚形成竞争态势,医学领域成为双方争夺的重要领域,美国旨在以此削弱日本对华的影响力。一是美式公共卫生的扩散带有科学霸权的思想,往往忽略当地已有的文化系统。兰安生是美式公共卫生的坚定信仰者,但他忽视中国具体的社会条件,忽视已有的医学文化传统,反而将其视为没有传

---

① "Letter from Roger Greene to M. K. Eggleston." January 22nd, 1926, Rockefeller Archive Center, CMB. INC., Box66, Folder 465.

② "Saul Benison Interview with Dr. J. B. Grant", *Oral Histories*, RG13, RF, Rockefeller Archive Center, p197.

统,认为能够轻而易举地建立起新的公共卫生实践,实际上将坚守传统文化信仰的普罗大众推向自己的对立面(杨念群,1999)。

四、转型:组织演变与制度转化

虽然制度扩散带来新的思想观念,但新思想要作用于制度变迁,必须依靠行动者通过政治程序进行制度转化。美式公共卫生的扩散及其在北京的试验,形成一套具有指导作用的认知范式和规范框架,培养了专业的行动者,但是,这些对制度变迁来讲并无决定性作用,有关内容仍停留在认知层面,对制度本身尚未发生实质影响。只有当决策者们,也就是政府部门的政策和程序制定者,接受扩散而来的新思想,并将其传播到决策场合,进而改造既有地方性制度,才能称之为制度转化。当接受公共卫生新思想的专业人士担任决策者后,就开启了制度转化过程,但并非一蹴而就,而是经历了顶层设计与向下扩散的复杂过程。首先,接受新思想的行动者成为决策者,领导进行了组织的变革,使之成为具有工具理性的科层组织。作为基于公共卫生新思想而成立的新组织,卫生局在成型的过程中需要解决好内、外两种关系:内部需处理好其作为技术性组织与官僚机构的内在矛盾,外部需处理好与其他组织之间的利益关系。其次,在向下扩散的过程中,制度转化受制于已有制度环境,只能在已有组织网络内部谋求改变,采取选择性策略,择要举办公共卫生事务。

1928 年 8 月,北平特别市政府组设卫生局,统一管理此前由京师警察厅和京都市政公所两机关分别负责的卫生事项。最初,由内城官医院院长陈祀邦代理局长。9 月,由曾任试办公共卫生事务所卫生科主任黄子方担任局长。黄子方在 10 个月的任职期间,按照现代公共卫生的观念完成了组织和规则层面的制度转化,确定了卫生局的基本组织原则和规范。此后近 10 年的时间内,北平卫生局更换了 4 任局长,[①]除任职两个月的赵以宽是军人外,其余三人均具有现代医学教育

① 1930 年 4 月－1934 年 7 月,卫生局被裁撤,重新成为公安局的下设机构(北平市政府卫生处,1934)。

背景。[①] 这表明具有制度转化权力的决策者基本都是接受公共卫生新思想的人士,使新思想可能实质性而非象征性地转化到组织实践中。

这些接受公共卫生新思想的决策者引导了组织的演变:在既有制度基础上实现科层组织的专业化。我们可从以下两方面分析:一是专业人士掌握领导决策权力,促使公共卫生的科层组织从警察机构独立出来,成为与之平级的行政组织;一是科层组织内部注重工具理性,培养专业基层工作人员,注意制度内部监督机制及实施细则等程序性问题。公共卫生组织的独立并非一帆风顺,1928 年始设的公共卫生组织——卫生局——一直处于变动中,难以保持稳定状态,直到 6 年后才固定下来。这表明组织的演化是制度转化的重要内容。

按照新思想设立的组织具有现代民族国家治理的特点。公共卫生制度诞生于前近代的西方社会,是现代民族国家反思性控制的手段之一(吉登斯,1998:219 - 222)。作为现代社会主要的控制方式,反思性控制的基本手段是各种各样的现代科学知识。这些知识是现代统治者监控被统治者的重要手段,同时也是统治者自身实行自我监控、自我调整的基础。但是,清末民初之际的中国,没有全面建立起文字、档案、书写等理性知识基础上的控制,缺乏执行反思性控制的基本条件,更多的控制办法还是来自于直接的街头暴力控制。例如,在食品卫生管理中,对食品生产者、售卖者无法进行登记、细菌检验和质量监控,只能依靠卫生稽查或警察在街头偶尔拘留摊贩、没收售卖物的方式进行管理。公共卫生需要技术化程序和手段,需要专家指导日常工作,收集信息、知识,并紧跟医学技术的发展,对各种信息进行归纳,提出多个可行的决策方案以及论证等等。因此,卫生局是兼具官僚管理和专业技术性的组织。

官僚管理和专业技术工作的制度逻辑是相互对立的。官僚管理的制度逻辑强调等级制权威的首要性,强调个人的自足性从属于标准的、简单化的规则与程序,个人必须对组织负责,并忠诚于组织。相反,专业技术活动的制度逻辑则强调专业权威的优先性,鼓励以个人技术专长为基础的个人自主性,以及个人根据不同复杂情况,以适当和独特的方式运用规则与程序,强调对专业工作的责任和忠诚(坎贝尔,2010:

---

① 李学瀛毕业于北洋军医学堂,方颐积毕业于协和医学院,谢振平毕业于北平陆军军医学校(北平市政府卫生处,1934;《四郊医院次第成立》,1936)。

111)。这种对立在卫生组织中体现得较为明显。附属于警察体系的公共卫生缺乏专业技术性,实为传统官僚管理。这时候的公共卫生是按照国家权力逻辑来理解的,将卫生理解为警察事务,依靠官府的权威,采取惩罚和许可证制管理方式,并未意识到其主要职能是为社会提供公共服务,以减少死亡率。虽设有官医院,但其背后遵循的仍是"以曲施救济、惠及穷黎"的理念(参见《民政部奏续行开办外城官医院日期折》,1908)。1928 年后,北京公共卫生的领导者们更强调专业权威,根据具体情况采取不同的规则和程序进行治理,而非简单地处罚。卫生局的组织结构由公共卫生专业人士规划设计,有着非常明确的分工,开始从简单管理向提供医疗公共服务的转变,尤其是在妇婴保健和卫生教育方面进行了开拓性尝试。

北京公共卫生的制度转化虽由专家规划设计,却苦于无人在街头层面执行,只能是一种停留在纸面的制度,缺乏社会化的机制。这彰显出清末以来城市基层政权建设的缺失,未能建立起有效机制,保证国家权力直接作用于社会或个人。为解决这一问题,在组织专业化过程中,卫生局注重培训基层人员,建立起一套层级化的行政制度。在专家领导下,接受过专业训练的人员从事基层工作。在此,引入利普斯基的"街道层官僚"的概念对这种状况进行分析。利普斯基将那些在其工作进程中直接与市民互动的公共服务人员,以及对任务执行具有实质性判断力的公职人员,称为街道层官僚。他们对人们的日常生活具有相当重要的影响,他们迫使市民适应对政府服务的期待,适应在政治共同体中的个人处境;他们决定市民对政府利益和制裁的适用;他们负责对市民从政府项目中接受处理(或服务)的情况实施监督(利普斯基,2008:51－52)。卫生稽查和公共卫生护士都可视为公共卫生的街道层官僚,他们直接为市民提供公共卫生的服务,直接指导他们日常生活的可为与不可为。他们走街串巷,将公共卫生渗入到每个家庭、学校和社会团体,是将公共卫生从字面制度转化成为日常运作的社会制度的基石。当时的公共卫生学者和官员都非常重视基层官员的专业化培训。自卫生部成立后,着力开办若干公共卫生人才培训班,以解决"街道层官僚"的专业技能问题。在协和医学院和北京医科大学的协助下,北京在制度转化过程中重视专职工作人员的培训,使他们成为将制度社会化的重要工具。如此一来,在公共卫生领域形成了两个层级的行动者,即专业领导者和街道执行者,他们成为制度转化的力行者。

与此同时,在卫生局逐步从警察制度独立出来的过程中,还必须要解决组织之间职权划分的重要议题。卫生局成立后,并未完全接管前京师警察厅负责的卫生事务。卫生局获得了颁布卫生法规的权力,却未能获得执行卫生处罚的权力,该权力仍在公安局之手,故卫生局"惟执行手续须先与公安局商定,以免分歧"(参见《北平特别市市报》,1929a:10)。在街道清洁从公安局移交给卫生局的过程中,卫生局局长黄子方不得不请公安局分期移交各胡同清洁事项,并需要在各区署的配合中方可顺利完成(参见《北平特别市市报》,1929b:9)。

在逐步独立的过程中,卫生局成为领导北京公共卫生从警察管治向公共医疗服务转化的主角。这表明组织在制度变迁过程中发挥着极其重要的作用:既是制度变迁的直接推动者,又是制度变迁的结果(诺思,2008:6)。但是,组织作用的发挥受制于当时的制度环境,组织是否具有支持制度实施的财政、行政资源和实施能力,将决定其能否进行实质的转化(坎贝尔,2010:78-81)。因此,为更好地了解公共卫生的制度转化,需跳出公共卫生本身,探究当地社会政治、经济和文化等制度环境,更好地理解卫生局在制度转化过程中采取的选择性策略。

首先,相对于棘手的社会治安和财政等问题,卫生是一项交易费用极低的事务,往往在市政决策中居于末位。虽然卫生部门强调公共卫生的重要性,但从国家的角度来看,并未将其视作一项必不可少的事务。卫生取缔事宜必须得到警察合作方可执行,难免会因观点各异而起分歧,卫生当局常感心有余而力不足。曾有办理卫生人员发现人民违反卫生法令,带赴区署请求惩办,而区署竟视此办理卫生人员为原告,同留区讯问,让人感叹"同为公家服务人员,乃与违警人民同立于原被告地位受区讯问,不但办事者裹足不前,而卫生法令亦失其尊严之效力"(众一,1929:125-127)。此外,卫生经费由地方长官拨给,卫生部门不得不俯仰听命于市政当局。后者考虑最多的是社会稳定的问题,即如何维持其统治,维护社会秩序。在这样的背景下,当卫生事务可能引起社会矛盾时,市政当局就会从权考虑,放弃严格执法。近代以来北京百业日渐萧条,社会经济恶化,谋生不易。加之中国社会素有保护下层民众的传统习惯,卫生当局若严厉取缔严重违反卫生法规的简陋商店或摊担,舆论往往主持公道,认为卫生不能不顾及贫民的生活。在公共卫生与贫民生计之间,市政当局常常选择维护后者。

其次,财政问题一直是制约近代中国有效治理的重要因素,公共卫

生亦不例外。虽然公共卫生发展停滞,但并不妨碍其成为市政收入,尤其是警察收入的重要来源之一,因此卫生局很难与警察局进行切割。在警察制度中,卫生处虽居于无关紧要的位置,被视为一份闲差,但公共卫生却成为了警察局敛财的名目,设立了若干收费项目。在北京市政收入中,与卫生相关的名目包括:牲畜检验费、公厕捐、粪厂捐和自治公益捐等四项。1930 年,上述与卫生相关的税收占市财政收入的 7.28%(雷辑辉,1932:73、81、82、100、104)。为保证自身的经济收入,公安局并未放弃管理能获取警捐收入的卫生事务。例如,牲畜检验费一直是公安局警饷的主要来源,1933 年占到警饷总额的 21.3%,却根本没有用于任何公共卫生事务(北平市公安局,1934:11)。

第三,一般人对公共卫生的理解与专业化认知之间存在着巨大的文化差异,这是制约公共卫生实施的最重要因素。人们对公共卫生有着各种各样的认识。有的将公共卫生看作贵族的饰物,物质文明的排场,租界公园式的艳福(江东,1926)。有的往往将公园式、租界式"清洁","粪车加盖"作为"公共卫生"的大政,把"洒扫街衢"、修理厕所、粪车加盖的事美其名曰卫生。这些看法受到公共卫生专家的批评,认为"真是侮辱了公共卫生"(贾魁,1928:47)。杨济时更是直接指出,人们所讲的清洁和卫生并非公共卫生,清道、粪桶加盖和胡同口不准便溺,是市政,不是公共卫生(杨济时,1929a:280)。从学理的角度来讲,真正的公共卫生与城市生活有着非常密切的联系,不是个人的疾病问题,而是人群的问题,必须从公共的角度来预防传染病(杨济时,1929b:85)。正是由于人们将公共卫生简单视作清洁问题,没有从预防医学的角度来理解其价值和意义,因此基于预防医学创立的公共卫生制度很难得到社会的理解和认同,也就无法成为社会公认的规则。

自 1928 年北平成立市政府开始,警察卫生制度开始了转化的历程。接受公共卫生新思想的专家担任卫生局的领导,按照扩散而来的新模式重新进行顶层设计,重建独立的科层组织,引领制度转化。不过,受制于制度环境,无论是组织演化还是制度转化及其向下扩散的过程,都是漫长且不彻底的。经过 6 年的时间,卫生局才真正成为独立的与公安局平级的市政机构,但有很多事务仍归公安局办理,难以真正按照公共卫生新思想进行治理。经过转化的公共卫生制度实际上兼具了"警察卫生"和"公共卫生"两种特性。

五、选择性治理:实际运作的公共卫生

经历制度转化的北京行政卫生,开始了从字面法规到社会实际运行规则的演变。在此过程中,国家基于制度环境,在实践中采取选择性治理的策略。当时的政府没有一个长远的公共卫生理念,只有就事论事地选择事务进行项目型管理。这种选择性不仅体现在具体事务上,而且体现在管理方法上。也就是说,什么需要管理,如何管理,都是国家根据地方实际状况做出的权宜之计。这彰显了近代以来中国学习西方制度的特色之一:国家在运用西方系统的技术性制度进行管理时,常采取选择性策略,致使新制度的实施是破碎的,缺失了制度本身所具有的系统性特征。

由于近代中国国家未能建构出一套有效的系统的行政体系,公共卫生难以得到来自整个国家机构的支持,既缺乏行政权威,也缺少资金支持。因缺乏有效的制度环境,在国家投入过少的背景下,卫生机构在推行公共卫生时,将卫生教育和宣传作为主要手段,以学生和妇婴作为主要对象,以增加有效性。1930 年代,北平市公共卫生的主要方式是召开卫生运动大会和推广卫生教育。在不增加成本的基础上,这些措施彰显出国家对公共卫生的重视。此外,卫生机构选择性地办理公共卫生事务,大力推行具有一定社会基础且能迅速见效的事务,如疫苗注射、妓女检治和妇婴保健等。对于那些尚不具备实施基础的事务,如生死统计、疾病统计、食品监控等,则采取逐步推进的策略。

在国家力推之下,尤其是劝导学生养成卫生习惯的学校卫生教育,公共卫生观念逐步取得话语权,成为人们日常生活中应遵守的规则。上述情况表明,1930 年代北京的公共卫生不再仅仅停留于字面上,而是已经被国家选择性地实施,成为日常生活某些方面的规则。虽然制度与实施之间仍存在着巨大的断裂,但在选择性治理过程中,部分制度得到实施。不过,由于没有严格遵循专业设计,制度只能以一种破碎的形式存在。这种制度状况较为接近历史的真实,反映了国家政权建设的举步维艰。

公共卫生制度在国家与人们日常生活之间架起一座桥梁,影响到千家万户的生老病死,牵涉到社会生活的方方面面。虽然国家对公共卫生缺乏足够的重视,但不能否认卫生机构及卫生专家们的努力。正

是他们的积极工作,使公共卫生逐步从法规形式的存在变为日常生活的存在,成为一种社会制度。那么,到1937年北平社会实际运作的公共卫生制度是什么样的呢?

首先,食住卫生已有具体规则和要求,并有专门机构监督管理。在食品方面,到1937年时,北平市已有一套虽不能说有效但却运作着的食品卫生管理制度:进入北平城的牲畜必须经受检验,取得许可方准屠杀(《警厅设牲畜检验所》,1926);汽水制造商营业必须首先通过卫生检查(田涛、郭成伟编,1996:135);饭馆、摊担不能随便使用添加剂和色素(田涛、郭成伟编,1996:227)。在饮水方面,自1934年4月1日起,传染病医院,第一卫生区事务所及第二卫生区事务所分别担任自来水化验工作,就地采取水样,每日化验一次。化验结果由卫生部门直接送达自来水公司,促令其参照改善消毒,并在《世界日报》、《新北平报》等报公布。1932年夏,北平市开始对饮水井试验漂白粉溶液消毒法,保证饮水卫生。此外,在卫生运动大会期间,卫生局力推住户清洁监查。

其次,生老病死有了国家的参与,尤其是妇婴卫生和学校卫生作为关系民族国家未来的事务,得到重视。九·一八事变之后,公共卫生更是时常与民族国家的命运相连的话题。人们认识到抗击暴日,必须提倡预防医学,降低婴儿死亡率,提高人口健康水平(陶济安,1932)。妇婴健康主要由保婴事务所和卫生区事务所办理。学校卫生逐步开办,1930年起在市立小学和幼儿园举办学校卫生,1935年开始办理市立中等学校卫生。学校卫生主要内容包括对学生进行体格检查、预防注射、按期量体重、晨间疾病监查和传染病管理等内容。身体检查成为入学的必要手续,学校开始将身体健壮、无传染病作为入学资格的第一条(卢永春,1930:17)。

1937年,北平市公立医疗体系已渐成型,以市立医院为核心,包括一些分支机构等,为北平市内及四郊居民提供廉价的医疗服务。在这些机构接受门诊服务的人数逐年增加。1934年4月有3854人次,1935年4月有6063人次,1936年4月有7178人次,1937年4月增至8405人次。① 与此同时,北平疫病防治方式也发生了革命性转变。在

① 《北平市政府卫生局附属各院所门诊疾病简要分类月报》(1935年4月),北京市档案馆藏,北平市政府档,J1－3－82;《北平市政府卫生局附属各院所门诊疾病简要分类月报》(1937年4月),北京市档案馆藏,北平市政府档,J1－3－100。

疫病防治技术发展潮流的影响下,中央防疫处自成立起,就致力于研制各种疫苗制品,极力推行疫苗免费注射,以预防各种疫病。从1934年起,北平市卫生机构开始普及疫苗预防注射,每年以运动的形式开展疫苗预防注射活动,有针对性地预防天花、霍乱、伤寒、白喉和猩红热等疫病。

第三,国家开始管理与卫生有关的行业。根据公共卫生的要求,卫生机构开始设立规则管理传统行业(如粪业、水业和屠宰业等),但当管理与相关社会团体发生利益争执时,常受到抵制。造成这一现象的原因在于,卫生局没有考虑到这些行业自身的经济利益,反而将其作为谋利的对象,希望能够将其收归市办,不仅管理该行业事务,而且寄望于将该行业的赢利收归己有,以补充财政拨款的不足。这种想法当然受到行业组织的极力抵制,甚至形成城市罢工风潮,无论是粪夫还是水夫都走向街头,抗议国家对他们权益的觊觎。在政治斗争的压力之下,卫生局不得不进行妥协,在保证不侵害相关行业利益的条件下,取得他们的合作。因此,我们必须意识到卫生局是一个拥有自身利益的组织。它的所作所为并不单单是为了推行公共卫生,而且可能涉及与其他社会团体的利益纠葛,折射出近代国家权力扩张中的利益取向。

第四,国家建立妓女检治制度,尝试运用公共卫生方式解决社会问题。通过将娼妓花柳病化,将娼妓所代表的社会问题疾病化,使人们不再去寻找出现此种问题的社会原因,而是通过技术性的手段就病论病,忽略了问题的复杂性和系统性。当时就有人批评说公共卫生不是万能良药,它受制于社会经济状况,必须通过改造社会、改进贫民生活才能普及公共卫生,使之真正发挥作用(威,1933:75-76)。但这些实非一朝一夕所能办到,因此在北京花柳病防治中,国家基于社会现实采取选择性治理策略,建立妓女检治制度。这一举措彰显了政府选择性地使用专业科学技术的特性。

经历从警察卫生到公共卫生制度变迁的北京公共卫生取得了一定的成果,主要表现在两个方面:一是以科学医学为基础的规则成为日常生活的基本要求,使相关的治理具有技术性,确立了社会的卫生标准,并延续至今;一是国家的管理范围得到扩展,以前被视为非公共性的事务现在受到国家的规制,并且这种规制遵循官僚科层的逻辑,开始深层改变国家与社会的关系。

六、结　语

本文将近代北京公共卫生制度的起源和演化划分为制度移植、扩散和转化的过程,并剖析实践中形成的具体制度形式。这些过程实际上是行动者、制度逻辑和制度环境三个变量综合作用的结果。在各个阶段,不同的行动者发挥着各自不同的作用,推动了制度的创立和变迁。行动者遵循着各自的制度逻辑,围绕着制度展开互动,促使制度演化,形成一套日常生活的规则。可以看到,制度变迁是受制度环境影响的复杂过程,既受已有制度路径依赖的限制,也受社会宏观环境的制约,尤其是受技术变迁的影响。这种基于制度过程的分析,对我们认识近代中国公共卫生历史和中国的制度变迁有何启示呢?

近代北京公共卫生制度变迁过程显示出,公共卫生本质上是一种国家治理制度,它与地方行政制度演变和社会经济文化的发展密切相关,反映出近代国家政权建设的特征。这样一来,我们不仅能揭示出公共卫生所代表的预防医学与临床医学是两种不同类型的医学模式,而且可以深入讨论公共卫生是不同于临床医疗的国家事务,是涉及国家与社会关系的主题。以制度变迁过程为主线,本文将国家层面的官制变革和社会层面的知识演化结合起来,概述出近代北京公共卫生的发展脉络,解释了实际运作的公共卫生制度是选择性治理的结果。基于这样的分析,近代北京公共卫生历史不再是关于医学问题的单向度叙事的历史,而是一个国家与社会渐进变迁的过程,是一系列程度不同变迁过程的交织。需要强调的是,近代中国因中央集权弱化,各地权力结构有很大的差异,遂使制度变迁呈现出多样性。北京的个案很难反映整个中国的状况,还需要其他区域的研究方能勾勒出近代中国公共卫生制度变迁的整体过程。

近代北京公共卫生制度变迁是一种渐进的变迁模式,是以小幅的、渐进的步伐沿着某一单一路径或特定方向进行的持续性变迁,后来的制度安排继承了旧有制度安排的很多特征。其演化的过程显示出近代中国新制度的建立多为外生型,行动者发挥能动性,推动内外因交汇,促成制度变迁。移植是中国政府主动向外学习的过程,虽生搬硬套,未能很好地落实制度安排,但显示出主动求变的心态;扩散则是外国组织对中国的主动影响,是一种全球性文化扩散,培养出一批接受新思想的

行动者;转化是相关行动者主动按照扩散而来的新思想改造旧有组织,改变治理方式的过程。在这些过程中,行动者的态度决定了移植、扩散和转化的结果。无论是制度移植还是制度转化,行动者都是主动的,基于自身的文化认知,他们重新阐释制度。同时,因为受制于制度环境,行动者只能在已有组织网络和社会经济条件下进行移植和转化,不可能超越制度之外另起炉灶。在这种状况下,行动者往往采取选择性策略,择要而行,部分落实了字面的制度。此外,制度扩散虽不能直接作用于地方,但通过建立教育体系培养严格遵从新思想的行动者,在可预知的未来可能对地方产生影响,而影响的大小则取决于行动者本身的能力和在地方权力系统中所取得的地位。需要强调的是,移植、扩散与转化都是低成本的制度变迁,不仅节省了制度设计的成本,而且由新技术带来低廉的产品,也降低了制度实施的成本。

基于科学医学的公共卫生深受世界技术变迁和制度创新的影响。20 世纪初,在清政府移植日本警察制度时,警察式的公共卫生是一种尚未受到质疑的制度安排。但到了 1920 年代,随着预防医学的发展,这种制度安排已不能达到新的技术要求因而受到挑战和质疑,新的制度安排开始涌现并被有组织地向全球扩散。在这种扩散的影响下,公共卫生领域的技术进步在中国得到认可。通过资助建立学科教育体系,制度扩散者不仅确立了公共卫生新思想的话语权,而且培养专业人才并使其逐步取得了公共卫生领导权。基于技术的发展,中国的公共卫生制度开始脱离警察体系,建立了独立的专业性组织,采取预防医学的方式致力于疾病的防治。从这个角度来讲,公共卫生的制度转化是一种跨越式发展,跟上了世界公共卫生的发展趋势。

近代北京公共卫生制度变迁最关键的是嵌入性问题,即能否有效地融入地方制度环境。制度建立之后,必须根据社会条件做出调整,才能适应社会的需要,成为规范人们日常生活的规则。北京公共卫生制度建立早期,仅仅凸显了国家管理的特性,成为地方财政收入不可或缺的部分,却既未改善北京城市糟糕的环境状况,也未很好地为社会提供公共卫生服务。后来,经过专业人士的重新设计,公共服务功能得以彰显,国家开始免费为妇婴、儿童、学生等人群提供医疗服务。自此公共卫生日渐得到社会认可和接受,成为一项不可或缺的社会制度。但是,由于社会对公共卫生的认知与公共卫生科学之间存在极大的知识鸿沟,而观念的改变必须基于生活状态的改变,这些都决定了将字面的公

共卫生变成日常生活的规则还需要漫长的历程。

最后,近代北京公共卫生制度变迁过程是复杂的,很难用一种机制加以概括。它既包含了自上而下的过程,也包含了自下而上的过程;既受外在动力影响,也是社会内在演化的结果,是内外因交汇的产物。在制度初创阶段,中央政权通过顶层设计,改革官制,自上而下地推行警察卫生制度,但因缺乏合适的制度环境而成为一纸空文。此后,美国公共卫生制度经兰安生扩散到北京,自下而上地创立出新的制度模式,成为一种地方性实践。基于这种实践,新制度开始影响到自上而下的制度,成为制度转化的目标。笔者认为,这一认识将有助于我们反思当代的制度变迁。若以时间为维度,可能会发现制度变迁在某一阶段可能是"变通",而在另一阶段则是"通变",各个阶段的主要行动者的活动则决定了到底是外在力量还是内在因素发挥作用。

参考文献:

北平市公安局,1934,《北平市政府公安局业务报告(1933 年 7 月至 1934 年 6 月止)》,北平市公安局编印。

北平市政府卫生处,1934,《北平市政府卫生处业务报告》,北京:北平市政府卫生处编印。

《北平特别市市报》,1929a,2 月 19 日。

——,1929b,2 月 20 日。

伯,《市政与卫生》,1931,《北平晨报》7 月 10 日。

陈志潜,1987,《话说老协和》,北京:中国文史出版社。

戴维斯、诺斯,1994,《制度变迁的理论:概念与原因》,R. 科斯、A. 阿尔钦、D. 诺斯等《财产权利与制度变迁:产权学派与新制度学派译文集》,刘守英等译,上海:上海三联书店、上海人民出版社。

董炯,2001,《国家、公民与行政法》,北京:北京大学出版社。

高鸿钧,2008,《法律文化与法律移植:中西古今之间》,《比较法研究》第 5 期。

韩光辉,1996,《北京历史人口地理》,北京:北京大学出版社。

何勤华,2001,《法的移植与法的本土化》,北京:法律出版社。

——,2002,《法律移植与法的本土化》,《中国法学》第 3 期。

何勤华、李秀清,2003,《外国法与中国法——20 世纪中国移植外国法反思》,北京:中国政法大学出版社。

黄琛生,1933,《巡警罚法释义》,上海:大众书局。

黄金兰,2010,《法律移植研究——法律文化的视角》,济南:山东人民出版社。

吉登斯,安东尼,1998,《民族—国家与暴力》,胡宗泽、赵力涛译,北京:三联书店。

贾魁,1928,《甚么是"公共卫生"?》,《医学周刊集》第 1 卷。

江东,1926,《驳英庚款委员会之建议》(四),《顺天时报》8 月 1 日。

京师警察厅,1915,《京师警察法令汇纂》,北京:京师警察厅编印。

《警厅设牲畜检验所》,1926,《顺天时报》9 月 4 日。
坎贝尔,约翰,2010,《制度变迁与全球化》,姚伟译,上海:上海人民出版社。
雷辑辉,1932,《北平税捐考略》,北京:社会调查所。
利普斯基,迈克尔,2008,《街道层官僚与政策制定》,杰伊·沙夫里茨、卡伦·莱恩、克里斯托佛·博里克编《公共政策经典》,彭云望译,北京:北京大学出版社。
李汉林、渠敬东、夏传玲、陈华珊,2005,《组织和制度变迁的社会过程》,《中国社会科学》第 1 期。
林毅夫,1994,《关于制度变迁的经济学理论:诱致性变迁与强制性变迁》,R. 科斯、A. 阿尔钦、D. 诺斯等《财产权利与制度变迁:产权学派与新制度学派译文集》,刘守英等译,上海:上海三联书店、上海人民出版社。
刘玉照、田青,2009,《新制度是如何落实的?——作为制度变迁新机制的"通变"》,《社会学研究》第 4 期。
卢永春,1930,《北平的学校卫生问题》,《医学周刊集》第 4 卷。
《民政部奏续行开办外城官医院日期折》,1908,《政治官报》6 月 21 日。
诺思,道格拉斯·C.,2008,《制度、制度变迁与经济绩效》,杭行译,上海:格致出版社。
强世功,1997,《民族国家、宪政与法律移植——晚清国家转型中的合法性重建》,《战略与管理》第 6 期。
——,2003,《法制与治理——国家转型中的法律》,北京:中国政法大学出版社。
邱仲麟,2004,《风尘、街壤与气味:明清北京的生活环境与士人的帝都印象》,《清华学报》(台北)第 34 卷第 1 期。
——,2005,《水窝子:北京的民生用水与供水业者(1400-1937)》,王汎森、李孝悌编《中国的城市生活:十四至二十世纪》,台北:联经出版事业公司。
《四郊医院次第成立》,1936,《华北日报》4 月 2 日。
苏力,1996,《法治及其本土资源》,北京:中国政法大学出版社。
陶济安,1932,《长期抗日与预防医学》,《北平晨报》4 月 10 日。
田涛、郭成伟编,1996,《清末北京城市管理法则》,北京:燕山出版社。
威,1933,《怎样促进卫生事业》,《市政评论》第 1 卷。
《违警罪贵在实行》,1906,《京话日报》3 月第 597 号。
西伦,凯瑟琳,2010,《制度是如何演化的:德国、英国、美国和日本的技能政治经济学》,上海:上海人民出版社。
徐世昌,1973,《退耕堂政书》(一),《近代中国史料丛刊》第 23 辑,台北:文海出版社。
杨济时,1929a,《建设时代之公众卫生》,《医学周刊集》第 2 卷。
——,1929b,《公共卫生谈》,《医学周刊集》第 2 卷。
杨念群,1999,《"兰安生模式"与民国初年北京生死空间的转换》,《社会学研究》第 4 期。
——,2000,《北京"卫生示范区"的建立与城市空间功能的转换》,《北京档案史料》第 1 期。
——,2006,《再造"病人":中西医冲突下的空间政治(1832-1985)》,北京:中国人民大学出版社。
《要强种先得讲卫生》,1906,《京话日报》5 月第 555 号。
张静,2012,《社会冲突的结构性来源》,北京:社会科学文献出版社。

张泰山,2008,《民国时期的传染病与社会:以传染病防治与公共卫生建设为中心》,北京:社会科学文献出版社。

制度与结构变迁研究课题组,1997,《作为制度运作和制度变迁方式的变通》,《中国社会科学季刊》(香港)冬季卷(总21期)。

众一,1929,《公共卫生之警权及财权》,《中华医学杂志》第15卷第2期。

周雪光,2003,《组织社会学十讲》,北京:社会科学文献出版社。

周雪光、艾云,2010,《多重逻辑下的制度变迁:一个分析框架》,《中国社会科学》第4期。

朱季青,1929,《我国历年来公共卫生行政的失策》,《医学周刊集》第2卷。

Brown, E. Richard 1976, "Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad." *American Journal of Public Health* 66 (9).

Flexner, Abraham 1910, "Medical Education in the United State and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching." (http://www.carnegiefoundation.org)

Greene, Roger 1927, *China Medical Board: Twelfth Annual Report*. New York: The Rockefeller Foundation.

MacPherson, Kerrie L. 1987, *A Wilderness of Marshes: The Origins of Public Health in Shanghai, 1843－1893*. Hongkong: Oxford University Press.

Rogaski, Ruth 2004, *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*. Berkeley: University of California Press.

Schon, Donald A. 1971, *Beyond the Stable State*. New York: W. W. Norton.

Yip, Ka-che 1995, *Health and National Reconstruction in Nationalist China: The Development of Modern Health Services, 1928－1937*. Michigan: Association for Asian Studies, Inc.

作者单位:中国社会科学院近代史研究所

责任编辑:罗　琳