

生物政治權力與文化意識形態--以「赤腳醫生」政策為例

邵軒磊¹

摘要

中國大陸農村問題是民生問題中的關鍵，而醫療衛生問題關係是農村問題中的關鍵。在文革時期針對「缺醫少藥」的需要，推廣「合作醫療/赤腳醫生」模式，一般認為使農村的基本醫療得以穩定實施，但實行改革開放後，農民的醫療服務水準卻反而倒退，這樣的反差原因為何？雖然，赤腳醫生制度是否在「真正成功」值得商榷，本文討論此一制度所帶來的政治利益與維繫穩定的可能，用以討論「此一制度與國家發展之關係」。本文以傅柯（Michel Foucault）的生物權力理論，同時以政治管理和意識形態兩種視角，整理了關於赤腳醫生與合作醫療的種種現象與研究，包括赤腳醫生的歷史、赤腳醫生與合作醫療的制度分析，赤腳醫生的特色與其意識形態背景。本文發現，生物政治學途徑能夠關注「權力/身體」的關係，將國家力量與社會福利政策結合討論，擁有特殊「政治/經濟/意識形態」模式，同時相較於其他的研究途徑更能有效解釋中國赤腳醫生行為。

關鍵詞：方法論、文革、生物政治、合作醫療、赤腳醫生

¹ 國立台灣師範大學東亞學系專任助理教授

通訊作者：邵軒磊，E-mail: hlshao@ntnu.edu.tw，如有任何問題或指教，歡迎與本文作者聯繫

壹、研究源起

在金融風暴之前，「民生議題」成爲中國大陸政府政策的重心。從新華社針對當時兩會的前置報導〈破解 12 道民生考題〉(新華社，2007a)中，可以看出民生作爲中共當局的重點宣傳方向。而更進一步將預算草案稱爲〈一份引人注目的民生清單〉(新華社，2007c)以及對政府報告的「解題式」報導〈六大民生新亮點〉(新華社，2007b)中更可以看中國大陸政府宣示建設民生問題的決心。農村是民生問題中的關鍵，而醫療衛生問題更是農村問題中的關鍵，也是現階段最「切身」¹的問題。中國政府宣稱現存合作醫療制度已經納入了半數以上²的農民，並且在未來「要加快衛生事業改革發展，著眼於建設覆蓋城鄉居民的基本衛生保健制度。」(溫家寶，2007)目標放在 80% 的覆蓋率，投入預算也增加兩倍以上成爲 101 億元(溫家寶，2007)，用以建設縣、鄉、村三級農村衛生服務網絡。

現今各個農村的醫療衛生制度並不相同，由中共中央發佈〈中共中央國務院關於進一步加強農村衛生工作的決定〉³決定政策方針之後，衛生部、財政部、農業部擬定〈關於建立新型農村合作醫療制度的意見〉⁴。並且中華人民共和國國務院辦公廳 2003 年 1 月 16 日以「3 號檔」轉發給各省、自治區、直轄市人民政府，國務院各部委、各直屬機構。其中主要設定「新型農村合作醫療制度實行個人繳費、集體扶持和政府資助相結合的籌資機制」(中國國務院衛生部、財政部、農業部，2003)，但也依照各地民情不同，以「先行試點逐步推廣」的原則進行，並且以縣(市)爲單位(條件不足之處以鄉鎮爲單位)進行統籌的方法(中國國務院衛生部、財政部、農業部，2003)，衛生部辦公廳於 2003 年 3 月 24 日發佈〈衛生部辦公廳關於做好新型農村合作醫療試點工作的通知〉⁵開始試點運

1 農民的主要表現在三個方面，頁一是「看不起病」，一年收入不能支付大病住院費用，因看不起病我國中西部農民死於家中的比例高達 60~80%；二是「看不了病」，有些地方因爲距離醫院較遠，交通不便、基礎設施不力，因而無法看病；三是「看不好病」，許多地方的鄉村醫生和鄉鎮醫院的醫療設施與技術水準令人不敢恭維，從而導致鄉鎮醫院、鄉村醫生與患病農民之間的醫療信任度阻隔。(陳潭，2005)

2 報告中稱，頁「已經啓動了農村衛生服務體系建設，中央財政安排 27 億元國債資金用於縣、鄉、村三級醫療衛生基礎設施建設。新型農村合作醫療試點範圍擴大到 1451 個縣(市、區)，占全國總數的 50.7%，有 4.1 億農民參加；中央財政支出 42.7 億元，地方財政也相應增加支出，較大幅度提高參加合作醫療農民的補助標準。以社區爲基礎的城市醫療服務體系建設加快推進。城鄉醫療救助工作有所加強。中央財政安排 51 億元，用於支持地方加強公共衛生服務，愛滋病等重大疾病防控取得明顯進展。」(溫家寶，2007)。

3 詳細內容請參考，中共中央、國務院，〈中共中央國務院關於進一步加強農村衛生工作的決定〉，2002 年 10 月 19 日，<http://www.moh.gov.cn/newshtml/8347.htm>。

4 詳細內容請參考，中國國務院衛生部、財政部、農業部，〈關於建立新型農村合作醫療制度的意見〉，《中華人民共和國衛生部官方網站》，2003 年 1 月 10 日，<http://www.moh.gov.cn/newshtml/8348.htm>

5 詳細內容請參考：中國國務院衛生部，〈衛生部辦公廳關於做好新型農村合作醫療試點工作的通知〉，《中華人民共和國衛生部官方網站》，2003 年 3 月 24 日
<http://www.moh.gov.cn/newshtml/8350.htm>

行，地方主要由衛生、財政、農業、民政、審計、扶貧等部門組成的合作醫療協調小組執行。2006年1月，由衛生部等7部委局聯合下發〈關於加快推進新型農村合作醫療試點工作的通知〉⁶，除了強調「完善試點加大扶貧」之外，也提及「動員紅十字會、基金會等社團組織、慈善機構和各類企/事業單位等社會力量」(中國國務院衛生部等7部委局，2006)，但總的來說現在還是摸索階段，並未有一套正式體系或確定辦法。

在政府大力推動新合作醫療的同時，2007年兩會期間山東省臨朐縣政協委員發表了通過調查問卷、訪談等形式對「農民如何看待新型農村合作醫療體制」做出專題調查報告。結果卻發現農民對於70年代的合作醫療制度十分懷念，原因在於「免費打預防針、減免部分醫藥費、村衛生室依靠中草藥預防病」等對農民負擔較輕的措施。(張永宏，2007)相對於之後主要由農民攤派衛生費用⁷，政府補助的措施⁸。這樣一來，農民自然從經濟理性出發，而對舊合作醫療制度懷念⁹，也就是一般所說的赤腳醫生制度。廣義的「赤腳醫生」，主要指的是「文革時鄉村裏沒有納入國家編制的非正式醫生」¹⁰。

與1985年合作醫療覆蓋率的5%以及2007年的50.1%(溫家寶，2007)相比，據稱舊合作醫療(赤腳醫生)制度在1970年代覆蓋了全國行政村的90%¹¹，由於具有不增加財政負擔的好處，因此效果卓著。這種制度不僅影響其他發展中國家的醫療模式(Gong Youlong, Andreas Wilkes, and Gerald Bloom, 1997:320-328)，甚至世界銀行1993年對此表達高度評價(谷加恩，2006，頁28)，聯合國前秘書長安南也表示，「像中國赤腳醫生那樣的初級醫務人員是解決非洲愛滋病問題

6 詳細內容請參考：中國國務院衛生部等7部委局，〈關於加快推進新型農村合作醫療試點工作的通知〉，《中華人民共和國衛生部官方網站》，2006年1月10日 <http://www.moh.gov.cn/newshtml/11283.htm>

7 90年代醫療對農民而言，更是絕對性無法承受的民生項目，頁1990-1999年，農民平均純收入增長了2.2倍，但同期次均門診費用和住院費用，分別由10.9元和473.3元增加到79元和2891元，增長了6.2倍和5.1倍。(張德元，2005，頁20)

8 以《中西部地區5縣(市)實施新型農村合作醫療制度社會心理研究》的定性數據中，湖北武穴，重慶巫溪，安徽嶽西、甯國、望江共5個合作醫療典型縣(市)的繳交費用制度，表現為「政府投入與農民自籌相結合，可以是政府拿一點、農民掏一點、富人捐一點、企業貼一點。」資金來源上則是，頁中央已明確每人每年10塊，地方各級可以是省6塊、市3塊、縣鄉共1塊。(汪時東等，2007)。負擔更高的案例也有，以江蘇省2006年為例，年人均籌資額最低將達到50元。王靖元等，2007。

9 依照張永宏的分析，主要表現在三個層次上，一是經濟上，目前許多村集體經濟已沒有了積累，農民個人經濟承受能力較低，面對廣大的農村弱勢群體，僅靠中央、地方財政和農民個人集資，資金來源有限；二是思想觀念上，在農民中廣泛存在僥倖心理，因為看病的支出不屬於剛性支出，因此，相當部分農民社會醫療保障意識不強，同時，農民害怕交了錢而不得病，錢被別人使用，心理上不平衡。三是醫療服務水準上，目前鄉村衛生院醫療技術水準整體不高，衛生專業技術人員缺乏，相當數量的農民認為即使有病鄉村衛生院也不一定治好，從而影響他們參加合作醫療的積極性。張永宏，〈農民呼喚新型農村合作醫療體制〉。

10 赤腳醫生，是一般人們對鄉村醫生的稱呼。細分的話，頁農村不脫離生產的衛生員叫赤腳醫生，工廠、街道的業餘衛生員叫「紅醫工」。

11 這個90%的數字，在中國合作醫療的研究文獻中一再被引用，是一致的說法。諸如(張德元，2005，頁20)；(韋黎兵，2007)；(張開寧，2002，頁10)。

的一個好辦法。」(何洪澤、鄒德浩, 2004) 較諸中國大陸現在日益增長的收入差距和衛生服務差距, 城鄉居民健康狀況在經濟轉軌期間的差距正在不斷擴大, 農村居民的醫療保障覆蓋率反而急劇下降(Liu et al., 1999:1349-1356)。

面對此一現象, 首先會想要瞭解「赤腳醫生制度是什麼?」本文由此出發提出生物政治學(bio-politics)作為一種理解架構, 對文革時期的赤腳醫生合作醫療制度做出圖像建構的過程。本文從回顧中國大陸赤腳醫生的歷史出發, 針對當時赤腳醫生的任務和實踐特色, 指出其中的醫療制度如何作為政治權力的思維, 從而被納入管理的歷程; 醫療不僅是國家對於人民生產力量的訓練和提升, 也是國家對人民意識形態控制的途徑。

貳、先行研究回顧

從時期來看, 1966 年隨著文革開始到人民公社解體, 是「合作醫療」制度的輝煌時期, 其中農村的覆蓋率高達 90%, 而 1983 年開始到 1992 年則是合作醫療「迅速滑坡」的時期(谷加恩, 2006, 頁 28)。¹²由於現今對中國赤腳醫生的具體研究尚在起步狀態, 除了「讚美/懷念」式的記錄文獻之外, 多半成為在討論「現代合作醫療」的論文中, 作為背景而以敘述性的文字呈現, 但即使如此, 依然可以由這些理論的對照中發現對於合作醫療得以發展的觀點。主要分為三種路徑, 頁首先是政治學的觀點, 谷加恩分析其成功的原因為: 政府的強力推動、城市對農村的支援、穩定的赤腳醫生隊伍以及低成本的運行體制。(谷加恩, 2006, 頁 28) 而大部分對赤腳醫生的文獻均屬於這樣的觀點。亦即就政策面由中央主導並加以推動, 但對於之後的歷史觀察者而言, 則無法回答「若是政府的主導方式能夠成功的話, 為何在之前成功的政策, 現在不繼續使用?」的質疑。

對於此一質疑, 有論者使用制度經濟學的分析工具, 指出因為「農村合作醫療是人民公社員依靠集體力量, 在自願互助的基礎上建立起來的一種社會主義性質的醫療制度, 是社員群眾的集體福利事業。」(中國大陸國務院衛生部, 1979) 而由於人民公社解體之後, 合作醫療失去了制度支持而逐漸消失 (Victor C.W. Wong & Sammy W.S. Chiu, 1997:76-92), 世界銀行也持相似看法 (World Bank, 2005)。但這樣一來, 在論理上集體經濟在中國未來發展中已經不可能重現, 那麼對於醫療保險的問題要怎麼處理呢? 於是就誕生了「在中國經濟體制改革過程中, 醫療衛生領域中出現了市場化過度和市場化不足並存的情況, 也即經濟學上講的市場失靈和政府失效雙重因素。」(候劍平、李宏偉, 2006, 頁 55)¹³因此

¹²詳細數字, 請參考(陳家貴, 2001, 頁 279-287)。

¹³這種矛盾的現象指的是:「市場化過度是指一些本應由政府承擔提供的服務和產品轉由市場提供, 由於這些物品本身存在的非競爭性、非排他性以及正的外部性等特徵, 僅靠市場無法有效提供, 並且會加劇醫療保健的不公平性。市場化不足是指政府提供了本應由市場提供和分配的服務和資源。」(候劍平、李宏偉, 2006: 55)

現在的主張是由融合政府主導與市場機制相結合，充分發揮兩者在不同衛生領域的職能和作用，政府在保障公平的基礎上利用市場解決效率問題。(候劍平、李宏偉，2006，頁 57) 劉麗杭從「看病貴」方面思考，認為造成醫療系統下降的原因有：缺乏有效的費用制約機制與社會化程度低。(1999，頁 58) 從以上這種觀點來看，認為赤腳醫生的成功性質在於解決了成本的問題，而現行醫療體制也必須靠市場化讓資源更有效率應用，達到成本降低，在其中的轉型期則需要由政府財政支出來彌補缺口¹⁴。但是這種政策除了在實踐上被批評為容易失效¹⁵之外，在理論上則誕生新的疑問：醫療得以發展若是必須以「成本」作為核心觀念，然而「成本」在集體經濟制度與市場制度下是否同一種理念的產物？更具體來說，赤腳醫生的「成本」在當時是怎麼被理解的則是變成必須從政治、文化甚至意識形態來說明的觀念。

第三種理解途徑是從社會與文化理解，農民群眾對赤腳醫生給予了政治上的信任和 cultural 上的崇敬(溫益群，2002：316)，具體而言，政治上要求「出身」好，社會上又有各種關係¹⁶以及家人幹部的支持，使得醫病之間呈現和諧相處的關係，並且使得赤腳醫生制度能照顧到多數農民。張開寧的文獻也支持這個觀點(2002：10)。但總體看來，社會文化與運作成功的關係，本身在因果關係上就可能被質疑，也許有倒因為果的謬誤；其次，「社會文化和諧」的認定本身就相當主觀，無法科學的被認知；第三，即使能夠在方法論上成立，在邏輯上，制度之運行非文化單一面向所能決定。也就是說僅是「必要條件」而非「充分條件」。現將三種對於赤腳醫生的解釋途徑整理如下(參看表 1)：

表 1 赤腳醫生分析之先行研究整理

研究途徑	強調赤腳醫生制度特色	代表文獻
政策研究途徑	政府支持、動員能力好	谷加恩(2006)
福利經濟學途徑	成本低、效率高	劉麗杭(1999)，候劍平、李宏偉(2006)等
社會文化途徑	社群互動和諧、醫病關係好	溫益群(2006)、張開寧(2002)

資料來源，由作者自製

由文獻回顧中可以看出，這三種途徑所具備的獨特面向，都以政治、經濟、文化層次解釋了一部份成因，但是有沒有一種政治理論能夠兼具這三種層次的說明。而且平心而論，赤腳醫生是否「真正成功」，學術界與歷史界尚有爭論，本文不擬詳細說明這一部份，若僅「統治是否有效？能否滲透？」來看，赤腳醫生

14也就是被批判為「政府缺位/過度干涉」兩者同時存在的樣態。(候劍平、李宏偉，2006：55)
15過去中國政府撥款給醫院，希望醫院發揮社會福利載體的作用，減輕病人就醫的經濟負擔，實踐證明這樣是無效的。只有富人和有單位保障的職工能享受，窮人反而沒有辦法享受(杜樂助，2004：5)。

16在農村，赤腳醫生和病人之間。除了醫患關係之外。還有著多種的關係——鄉親關係、鄰居關係、親戚關係、熟人朋友關係……。所以，病人在一般的傷風感冒、頭疼腦熱來向赤腳醫生求醫時，對醫生在情感上的信任程度，自然也就比大醫院的醫生高。(溫益群，2006：318)

制度是當時統治權力之具體象徵，乃無疑問。本文提出傅柯(Michel Foucault)的生物權力理論，試圖統整性詮釋此一現象。

參、生物政治學

近年來傅柯(Michel Foucault)的理論被廣泛的應用在政治管理以及權力的研究中，在他的著作《規訓與懲罰》(原名 *Surveiller et punir : Naissance de la prison.*) 當中，提出來古典權力和現代權力的分別¹⁷。簡言之，古典權力注重的是以毀滅身體來達到威嚇和恐怖的效果，現代權力注重將身體視為工具來合理的支配，並藉由管理機制來增加生產力。「權力至此不再是殺戮，而是徹底的控制生命。」(Foucault, 1984:183)，也就是說在政治管理的過程中，必須考慮經濟能力與意識形態的滲透。而在醫學層次上，更體現了權力滲透的機制，傅柯指出「一旦涉及對疾病、醫療經驗和醫生對社會結構進行分配的這種第三種型態，就會要求確定醫學的政治地位、建構國家層次的醫學意識。」¹⁸之後，「各式各樣的政治、經濟、軍事、思想、教育和公共衛生的力量正試圖透過他們所掌握的細微管道，在肉體已然存在的情形下，主宰或影響身體的建構過程。」(黃金麟，2000：6)

而且除了對醫療制度的控制之外，對「身體」的看法也歷經改變：「當身體的生成不單牽涉到一個生物性的存在，還牽涉到文化性的區辨和認定時，各種政治和社會的任意性就可能滲入身體的建構過程中。這種未確定、成為某種狀態的發展流程，體現在各種身體的生產過程中(黃金麟，2000：6)。也就是說，在中共在推行赤腳醫生的同時，也同時意味著針對身體健康做出定義，甚至將每個做為個人的赤腳醫生，視為黨意識形態的延伸¹⁹。在生物政治學中，身體乃是各種力量拉扯、競爭與衝突的所在，一方面身體被賦予身形外貌、形塑出各種的運作規範，使人們得以使用身體，並使社會能夠在身體使用的基礎上運轉。個人由於受到文化、政治、社會權力的擠壓，所呈現的身體形象及所賴以依存的系統都與權力/政治息息相關，而權力是以規訓身體，使其成為有生產能力的一部份為目的，這樣的理論不把權力視為單純的直線權力觀，在赤腳醫生的案例中更能得到體現。

17古典的權力認為是權力的展現是以死亡做為終點的「死的權力」，君主可以奪去生命，而以君主的名要求臣民赴死，權力是獲取物件、時間、肉體、生命，以一個具體的字來表示便是「稅」；而近代權力被認為是「生的權力」，從十七世紀以來表現為兩種形式，其一是做為機器的肉體，包括對肉體的矯正、能力的提高、體力的利用和個性的管理；其次是作為物種的肉體，是環繞著生物學的繁殖、出生、死亡、健康和長壽等等要素，以及使這些要素產生變化的條件，並對這些加以調整及控制來完成的。(Foucault, 1979:32)。

18這三者以「身體」作為結點，醫學意識除了原有「觀察」的層次之外，還出現了一種更高的層次……他需要一個檢察官、一種員警還應該有一種行政權力。(Foucault, 2001:35)

19以周恩來，〈在首都「把醫療衛生的重點放到農村去」誓師大會的講話〉(1968年1月7日)為代表，都強調了赤腳醫生除了醫病救人之外，也要擔任「教育」的任務。

在中國大陸國務院衛生部所頒佈的《農村合作醫療章程（試行草案）》²⁰為例：「國家積極支持、發展合作醫療事業，使醫療衛生工作更好地為保護人民公社社員身體健康，發展農業生產服務。對於經濟困難的社隊，國家給予必要的扶植。」這種理念體現了「在改善個體和大眾福利的幌子下社會各領域不斷增長的秩序化因素，但每個人不斷捲入其中，其唯一的結局則是權力和秩序本身的增長。」(Dreyfus and Rabinow, 1992.:xxvi)也就是說，在生物權力的面向上，醫療衛生領域與戶籍、稅收相同代表著國家權力的滲透性，也有著接近的行為模式。「生物權力」的具體表徵便是醫療。根據傅柯的研究，醫療與現代國家的權力策略息息相關，政府主導著醫生的教育、管理、聘僱、給付；而具體的政策表現在主導醫學教育政策、醫師資格認定、醫療管理、醫療給付，現代醫療的歷史幾乎和現代國家的歷史一般長久。因此做為權力延伸物的「醫療」對於國家權力有雙重目的，第一、國家權力要藉由對生命的管理以保證生產力的充足；第二、國家權力要藉由醫療機制來與意識形態結合，這兩點都可以從赤腳醫生的研究中來獲得論證。中國在持續增加權力控制的同時，也同時體現在醫療政策之上，本文在接下來的兩節中就分別說明赤腳醫生在這兩個面向上的意義。

肆、赤腳醫生的制度面分析

茲將基層醫療之制度面簡述如下：1952年鄉村開始自發辦理的聯合診所與愛國衛生運動等，1958年後，由人民公社為基礎，在公社中設置「人民公社衛生院」由聯合診所、農業社保健站、和區衛生所組成。²¹隨後嚴格的「半工半農衛生員」存續時間為1965年至1983年。然而正式提出這個名詞，則是1968年夏天，的一篇報導稱「上海川沙縣江鎮公社」的衛生員「不拿工資，幫助種地，亦工亦農，赤腳行醫」，因此有了「赤腳醫生」一詞，後來就通稱1965年開始的這些衛生員為赤腳醫生。²²在文革期間，隨著龐大的政治熱情運行，但或有宣傳性質，具體效果至今無法確定。1979年後，經過考試頒佈「赤腳醫生證」，1981年，經過考試頒發「鄉村醫生證」，1983年隨公社正式解體，赤腳醫生也消失。

20詳細內容請參考：中國國務院衛生部，〈農村合作醫療章程（試行草案）〉，《醫藥法規》，1979年12月15日，<http://www.newhealth.com.cn/law/yy002.htm>

21聯合診所是1952年起，國家僅投資到縣一級衛生院，縣以下僅有自發「聯合診所」，同時，也用大量低成本勞動力，以社會運動方式投入疾病防治工作。方小平，「赤腳醫生與合作醫療制度—浙江省富陽縣個案研究」，《二十一世紀雙月刊》，79期，2003年10月，頁88。

22方小平，「赤腳醫生與合作醫療制度—浙江省富陽縣個案研究」，《二十一世紀雙月刊》，79期，2003年10月，頁87-97。

表 2 赤腳醫生及其相關制度演變表

時期：	主要困難	基層醫療制度主要機構	特色
1952~	國家僅到縣一級，行政滲透力不足。	聯合診所	互助保險，但結構鬆散。
1958~	以人民公社為前提建立，改組衛生保健系統，並非因實際需要。	人民公社衛生院	自籌經費，遇到財政缺口
1965~	三面紅旗運動失敗後，爆發城鄉差距。	半工半農衛生員（赤腳醫生）	以意識型態，政治動員為核心。
1979~	個別醫生醫療水準不齊，缺乏管理。	引進證照考試	重新過濾衛生員水準
1983	人民公社解體，赤腳醫生與合作醫療制度消失。		

資料來源：由作者自製

從表中可以明顯看出，基本上，赤腳醫生制度有兩個基礎：其一、需要有人民公社作為其運行場域；其二、需要有文革期間意識型態主導一切的前提下，赤腳醫生制度才能存續。這兩者，都是中共毛時期的兩個最重要的體制特色。在以下的篇幅中：本節說明赤腳醫生制度的健康管理與經濟面向：在第一部分中先介紹當時農村所實行的「合作醫療」制度，作為赤腳醫生政治制度上滲透的基礎；第二部分則是說明赤腳醫生作為生產力的經濟分析層面，用以說明在現實面上生物政治的成因。

一、赤腳醫生與合作醫療

若將醫療制度看成是國家的控制力量，由於財政與技術的不足，中國大陸在 60 年代之前沒有辦法將國家的控制深入鄉村衛生領域。農村的醫療環境關鍵在於資源缺乏，也就是「缺醫少藥」，而中共滲透力量還未能深入鄉村醫療，所以一般而言都是由農村自行負責醫療機構和醫生。50 年代，基層幹部就不成文的實行「互助」式的醫療形式，以集體所有制形式供養鄉村醫生，醫生平常也下田，只是多記一些「工分」，並不增加國家成本，由農村自行吸收，文化大革命前稱「半農半醫」。各村之間因應各地的情形，而有不同的管理辦法，但並未成為政府所推行的原則。（張開寧，2002：11）至於中共所推行的合作醫療制度的原型，是始於 1966 年由覃祥官²³所建立的農村合作醫療試點「樂園公社杜家村衛生室」制度：

當時農民每人每年交 1 元合作醫療費，村裏再從集體公益金中人均提留 5 角錢作為合作醫療基金。除個別老痼疾病需要常年吃藥以外，群眾每次看病只交 5 分錢的掛號費，吃藥就不要錢了。同時，以「三土」（土醫、土藥、土藥房，也有說是土醫、土藥、土洋

23覃祥官被譽為「赤腳醫生之父」，他的傳奇事蹟包括：獲毛澤東 3 次接見，赤腳出席 WHA，從農民直接任命為衛生廳長等，並被中央電視台於 2006 年 8 月的《見證》節目中報導。詳細內容請參考（胡振棟，2006，頁 47-50）。

結合)、「四自」(自種、自採、自製、自用)為特點,村衛生室和村民小組土藥房都開闢了藥園,種植了大量的常用易植藥物。(唐亮,2002)

具體而言,中國大陸鄉村的醫療體系在 60 年代之前,是在國家不能也不管的情形下進展的。簡單來說,由於社會主義必須負責人民福利,但在初期國家權力並沒有滲透到鄉村,服務(或是說管理)只能以城市為主,1964 年國家全年的醫療衛生事業費共約 9 億 3 千萬元,其中公費醫療佔了 2 億 3 千萬(約 30%)而農村佔 2 億 5 千萬(27%),但縣以下的僅佔 16%,當時 830 萬公費醫療城市居民所享受國家資源的比 5 億農民還多。(溫益群,2002:314)毛澤東對此相當不滿,在 1965 年對於資源的分配不均以及醫生培養過程太慢,做出很強烈的抨擊,也就是被視為赤腳醫生誕生「法源」的「六二六指示」²⁴,其中主張要立刻培養出醫生來到鄉村服務,他說:

「醫學教育要改革,根本用不著讀那麼多書。華陀讀的是幾年制?明朝的李時珍醫學教育不用這麼多年、、、,主要要在實踐中學提高。這樣的醫生放到農村中,就算本事不大,總比騙人的醫生或巫醫要好,而且農村也養的起。」(毛澤東,1965)

由此講話為根據,從 1965 年開始,就甄選赤腳醫生,原則上是由每個鄉村推派一兩名當地人選出,因此該年上半年所創辦的第一屆就有 11000 人,在加上城市縣醫院下去的 17000 人,中國農村醫療解決了人力的問題。當時強調的是「根正苗紅」,教育程度較低的人也可以選上,學習內容上也是以農村的常見病症為主,經過數個月的培訓之後就發了一個藥箱、一本醫學教材讓他們下鄉去。

合作醫療直到 1968 年 11 月 30 日才進入中央層次,中央有關部門將關於湖北省長陽縣樂園公社合作醫療的一篇報導以及有關的兩次座談會整理了一個材料。毛看了這份報告後即在上面親筆批示「此件照辦」(唐亮,2002)。12 月 5 日,《人民日報》以毛主席「要把醫療衛生工作的重點放到農村去」這段語錄作標題,以頭版頭條轉發了這篇題為《深受貧下中農歡迎的合作醫療制度》的調查報告,稱讚覃祥官是「白求恩式的好醫生」。²⁵從此合作醫療制度伴隨文革熱潮,在各地普遍展開,合作醫療的形式要根據當地的實際情況和條件,以大隊辦為主,確有條件的地區也可以實行社、隊聯辦或社辦。

自種藥材²⁶解決了「少藥」的問題,再配合大量的赤腳醫生解決「缺醫」,

24 1965 年的 6 月 26 日毛澤東做出了〈對衛生工作的指示〉,主要內容一是「把醫療衛生工作的重點放到農村去」,二是「衛生部的工作只給全國人口的百分之十五服務,而且這百分之十五中主要還是老翁。廣大的農民得不到的醫療,一無醫,二無藥,衛生部不是人民的衛生部,改成城市衛生部或老翁衛生部或城市老翁衛生部好了。」這一指示 1965 年作為內部傳達,但 1968 年文革時為紀念該指示發表三周年由《解放軍報》將其公開。標題為毛澤東,〈關於衛生工作的三次談話〉,《解放軍報》,1965 年 6 月 26 日。

25 之後,1976 年 9 月上旬,「世界衛生組織西太平洋區委員會第 27 屆會議」、「世界衛生組織太平洋區基層衛生保健工作會議」在菲律賓首都馬尼拉隆重召開,參加會議的有 33 個國家和地區的代表。在會上,覃祥官以中國代表團副團長的身份,用半天時間作了題為《中國農村基層衛生工作》的報告。(唐亮,2002)

26 在規定中將縣、社、大隊、生產隊要把合作醫療種藥納入農業生產規劃,要統籌安排藥地、肥料以及必要的物資。土地較少的地區要提倡利用閒散土地和實行林藥、果藥、糧藥間作等辦法,

就能初步解決農村的困難。由於大量的廉價中草藥和自製成藥充實了衛生室、土藥房，減少了合作醫療經費的開支，減輕了農民的負擔。由於當地有了在地醫療的服務，自然「小病不出組，大病不出村」也就產生了「分層醫療體系」的雛形。樂園公社向縣衛生局局長梅宏毅彙報後，迅速在全公社 6 個村推廣。縣委辦公室幹部鄭子華、縣衛生局幹部曾慶佩等人深入樂園公社，進行實地調查採訪。(唐亮, 2002)合作醫療制度自此開始普及進入農村。首先在全國各縣成立人民醫院，在公社一級成立衛生院，大量聚集在城市的醫療衛生人員被下放到這兩級醫療衛生單位；其次經常組織巡迴醫療隊到農村進行巡迴醫療和普及衛生知識；第三，大城市裏的一些醫學專業和農林專業的學校被遷往較小的縣城，或者在縣城成立半工半讀的衛生學校和農業學校。赤腳醫生配合合作醫療所建立的縣、社、隊三級醫療衛生網，同時擔任是農村中的知識份子，技術人員，腦力勞動者²⁷，主要從事衛生預防、治療疾病和計劃生育的任務，數量曾發展到 146 萬人。(李森、蔡建波, 2004: 36)

合作醫療和集體化是赤腳醫生得以成立的基礎，從記載中看來，赤腳醫生主要領的是「工分」²⁸，至於赤腳醫生看病的薪水則是由每戶的「集體公益金」中強制提留，看病時也要交一些²⁹。雖然赤腳醫生還是得下田工作，但相對而言收入比同村的農民要多，同時也受農民的敬重(張開寧, 2002: 10)，這也是在艱困環境中赤腳醫生制度得以繼續生存的一個原因。

種植需用的中草藥。鼓勵社員群眾利用房前屋後種植一些藥材。採挖野生藥材，要注意保護藥源。

27以中國大陸國務院衛生部所頒佈的《農村合作醫療章程(試行草案)》為主要說明，當中記載赤腳醫生的主要執行任務有，頁 1.宣傳和執行國家制訂的各項衛生工作方針、政策。

2.發動群眾開展以除害滅病為中心的愛國衛生運動，搞好「兩管五改」(管水、管糞，改水井、廁所、畜圈、爐灶、環境)的技術指導，做好預防接種、傳染病管理和疫情報告。

3.認真做好醫療工作，努力提高醫療質量，全心全意為廣大社員服務。

4.積極開展采、種、制、用中草藥工作，充分利用當地藥源防病治病。

5.對生產隊衛生員和接生員進行業務培訓和技術指導。

6.宣傳晚婚和計劃生育，落實節育措施。

7.指導婦女「四期」(經、孕、產、哺乳)勞動保護、新法育兒和托幼組織的衛生保健業務，做好新法接生。

8.宣傳衛生科學知識，破除迷信，防止農藥中毒、食物中毒、觸電和外傷事故；開展戰傷救護和「三防」(防原子、防化學、防細菌)的訓練。

28對於赤腳醫生的勞動和所得方面的規定是，《農村合作醫療章程(試行草案)》第十四條赤腳醫生要實行亦農亦醫，堅持參加一定的農業集體生產勞動(包括採種中草藥)，參加集體分配。參加勞動的形式和天數應在保證赤腳醫生進行正常防病治病工作的情況下，由各地確定。赤腳醫生的報酬要體現按勞分配多勞多得的原則，可以採取工分或工分加現金補貼等方式，一般應相當於同等勞動力，技術水準高、服務態度好的也可以高於同等勞動力。男女要同工同酬。對於表現突出，完成任務好的，應比照社員的獎勵辦法，給予適當獎勵。

29有趣的是為了體恤實在很窮的人，在《農村合作醫療章程(試行草案)》中規定「個人和集體可以用採、種的藥材折價交付合作醫療基金。」還有「暫時無力減免藥費的，可先實行按批發價收取藥費，免收掛號、注射、針灸、出診等各項勞務費，以保證合作醫療站有一定的藥品存量和周轉資金。隨著集體經濟的發展和合作醫療的鞏固，再逐步擴大醫藥費的報銷範圍和減免比例。

然而文革結束轉為改革開放後，本制度漸漸消失。於是在 1981 年 2 月國務院頒佈的《國務院批轉衛生部關於合理解決赤腳醫生補助問題的報告的通知》中將凡經考核合格、相當於中專水準的赤腳醫生，進行培訓、考試後發給「鄉村醫生」證書。原則上給予相當於當地民辦教師水準的待遇，執業時也能計算工分，並且由地方縣衛生局財政給予適當補助，改善待遇。至此「赤腳醫生」這個名稱開始退出歷史舞臺，改稱「鄉村醫生」或「衛生員」。直到 2003 年 7 月 30 日國務院第 16 次常務會議通過的《鄉村醫生從業管理條例》，規定鄉村醫生必須註冊在村醫療衛生機構從事預防、保健和一般醫療服務的鄉村醫生。《條例》也規定國務院衛生行政主管部門負責全國鄉村醫生的管理，縣級以上地方人民政府衛生行政部門負責本行政區域內鄉村醫生的管理工作。從此開始，鄉村醫生與一般醫生相同都由國家衛生部門加以統籌管理，赤腳醫生制度正式告一段落。

二、赤腳醫生制度之經濟面特色，成本最小、效率最大

一般評論，赤腳醫生是邊際成本十分小的一種制度，在當時被譽為是以「最適取代最優」（溫益群，2002：315）的思考模式。這些財政支出的節省，表現在：

（一）赤腳醫生不拿工資、只拿工分，同時也要下田耕種。

在這樣的制度設計下，不需要額外的人事和管理支出，基本上實行合作醫療的社隊是由幹部、社員代表、衛生人員組成的合作醫療管理委員會或管理小組，基本上以生產大隊為主，每個大隊培養 1-2 名赤腳醫生³⁰。這樣的條件下使得人事不可能複雜，而赤腳醫生的邊際成本也能是最小的。赤腳醫生所領的工資和配給中，是分為公益金、工分和掛號費（藥費）三部分支付的：培養赤腳醫生的相關設備和部分工資則是由公益金中直接扣除。在心理上對農民來說比較沒有「從手上拿走」的感覺，至於赤腳醫生所領的工分則是無形中就由人民攤派。這樣一來，第三部份「掛號費」就可以壓到很低，而在有的案例之中，特別窮的病人還可以用別的東西代替藥費，或是先欠著（溫益群，2002），同時交通來往成本無形中也節省下來。

（二）對於赤腳醫生不需要解決戶口，福利問題，不增加財政支出。

由於牽涉資源福利的分配，中國戶口制度³¹一向有雙重作用，首先是對內部移民的控制，其次重點人口的政治經濟管理。對於赤腳醫生的戶口管理也延續了這樣的理念，但赤腳醫生並不落籍³²城市，也不用拿補貼，不需要增加的財政上的福利負擔。

30中國大陸國務院衛生部，〈農村合作醫療章程（試行草案）〉。

31戶口政策一向是中國國家機器的重點項目，將在經濟成長、社會、政治穩定發揮作用。(Fei-Ling Wang, 2004)戶口主要的表現在社會福利上，成為國家財政的負擔。

32中國的戶口制度始於 1951 於城市試行，1955 擴大至鄉村，而 1958 在全國嚴格執行。學術界認為當時的「重重輕輕」政策使得有必要在農村與城市做出嚴格區隔，而戶口制度則是體現了這種政策，城鄉之間呈現高度的不平衡。張力，〈中國的戶口制度和城鄉人口遷移〉，楊汝萬等編，〈邁向廿十一世紀的中國城鄉與區域發展〉（香港，中文大學香港亞太研究所，1999），頁 201-203。

(三) 赤腳醫生不需要養成時間、資源與設備。

從 1968 年開始大量招收赤腳醫生，基本上經過簡單的訓練，一年內就可以讓他們下鄉。由於貧窮落後資源缺乏，醫療設備十分簡陋。除了一個藥箱，一本「赤腳醫生」教材，幾片普通的藥片，一支針筒，幾塊紗布，幾根銀針，其他的就得就地取材，自己想辦法，因此赤腳醫生就大量使用中醫或民俗療法，包括：針灸³³、中草藥³⁴與其他民俗療法。

總的看來，赤腳醫生關鍵在於農村初期建設時，衛生保健較諸醫療的邊際效用大的情形。而成本上之所以能夠最小，首先是當時不存在「市場經濟」，以農村集體所有制養活醫生，「各盡其能各取所需」的情況下，合作醫療得以實踐。更重要的則是國家以「資格」限制從事醫療的人員，使得醫療作為職業成本增加，醫療做為「商品」的價格也就上升，等於是國家在「醫療市場」上進行抽稅。具體表現在，中國大陸在 2003 年頒佈第 386 號國務院令，公佈〈鄉村醫生從業管理條例〉³⁵之後徹底實行鄉村醫生執業註冊制度後，由縣級人民政府衛生行政主管部門負責鄉村醫生執業註冊工作。³⁶之後有執照的醫生取代了赤腳醫生執業，也讓赤腳醫生制度告終。醫療制度始終隨著中共政權對農村部分的控制力上升而轉變，也就是說，赤腳醫生一方面是作為中共政權權力滲透至農村的承載物，另一方面也是滲透的同時會出現的對立物，也就是會被取代的制度。從下一節對意識形態的承載分析中，能夠更進一步看出這種滲透機制的實踐。

伍、赤腳醫生的意識形態分析

作為權力載體的赤腳醫生，為了傳遞意識形態的需要，對於政治忠誠（紅）的要求，要過於技術能力（專）的要求。因此本節探討分析中共意識形態在這個制度上所發生的作用，國家的最高權力在運用公共衛生的投資來使人民健康的同時，更大的資源被使用作為對於「醫生」資格的管理，在決定醫生資格的同時，

33若要說節省成本，針灸可能是最不需要成本的醫療工具了，只要經過充分消毒，銀針便可充分使用，而銀針的消毒通常也都是使用火烤就可以了（張開寧，2002），不必在交通不便的農村中另外找尋新的藥品消毒。於是在「一根銀針治百病」的口號之下，赤腳醫生大力推行了針灸療法，其中更有「毛主席的精神」感召下「以身試針」的熱情。請參考：（人民出版社編，1971a）；（人民出版社編，1971b）；（人民衛生出版社編，1969）。

34由另一部分也強調中草藥療法，由於中草藥在農村取得方便，又不需要高科技的生化技術，所以大量鼓勵合作醫療使用中草藥，甚至如同前面已經強調過的，可以用中草藥代替看診的費用。

35請參考：中國國務院令第 386 號，〈鄉村醫生從業管理條例〉，《中華人民共和國中央人民政府官方網站》，2003 年 8 月 5 日 http://www.gov.cn/banshi/2005-08/02/content_19251.htm。

36罰則為未經註冊在村醫療衛生機構從事醫療活動的，由縣級以上地方人民政府衛生行政主管部門予以取締，沒收其違法所得以及藥品、醫療器械，違法所得 5000 元以上的，並處違法所得 1 倍以上 3 倍以下的罰款；沒有違法所得或者違法所得不足 5000 元的，並處 1000 元以上 3000 元以下的罰款；造成患者人身損害的，依法承擔民事賠償責任；構成犯罪的，依法追究刑事責任。（中國國務院令第 386 號，〈鄉村醫生從業管理條例〉。）

也能夠控制對於醫生的意識形態控制。更深一層，赤腳醫生的形象，也藉由「治病」的行動，與「黨」的形象融合在一起，從而成爲生物權力的基礎。

一、赤腳醫生的選任與群眾運動

首先表現在選拔之上，人選一般而言是經由社員群眾討論，選取熱心爲群眾服務、勞動好、有一定文化程度的社員，經過培訓後擔任，受群眾歡迎的中草醫也可以擔任赤腳醫生。具體而言，在鄉村裏選拔赤腳醫生，一般是從以下二條件來選的。一是從醫學世家中挑選，二是從略懂醫術病理之高中畢業生中挑選出來後，集中到縣衛生學校培訓，結業後回到鄉村就算是赤腳醫生了，所以在研究中指出赤腳醫生有「世襲」的情形。(黃瑩、張開寧，2002：363)因此從選任上，能讓群眾「接受」是赤腳醫生人選的先決條件。而且也規定赤腳醫生要努力學習馬列主義、毛澤東思想³⁷，認真改造世界觀，密切聯繫群眾，「應該號召我們整個衛生系統，依靠群眾，發動群眾，教育群眾，一定要把眼睛擦亮。」(周恩來，1968)在赤腳醫生式的意識形態中，醫學空間會與社會空間重合，或者說能夠完全穿透社會空間，人們開始想像醫生無所不在，目視交織成了一種網路，時時處處實施一種連續不斷的監控。(Foucault, 2001:34)也就是說生物權力表現在「權力既不是被當作系統的媒介，也不是個人佔有的財產，而是通過貫穿社會關係的線或不斷在各種事件中發揮作用的技術。」(李猛，1999)

因此當時的醫療制度是建立在「群眾運動」基礎之上。「群眾出智慧，醫療衛生人把群眾的智慧集中起來，提高起來，系統的，科學的，然後再回到群眾中，經過考驗，不斷地集中起來，然後再堅持下去。這樣不斷地把治療的方法，積極預防的方法完備起來。」(周恩來，1968)群眾運動要求「到群眾中去」。在對赤腳醫生的回憶和訪談中，赤腳醫生給人最大的感覺就是「爲民服務」，而且不管對當時自己的行爲有何評價，也都會強調自己是響應毛主席的號召。他們常背著一個印有雞蛋般大的紅十字藥箱，穿著白褂，挨家串戶走訪群眾。(張開寧，2002：22)除了醫療之外，衛生領域也有赤腳醫生的服務，尤其是流感時期或流行腦炎時期，赤腳醫生的責任更大更辛苦，他們不但走家串戶發藥「翻山越嶺」，還得講解預防知識。充滿熱誠的另一種表現，就是「敢」字當頭，什麼都敢做，有人「以身試針」，也有人不顧兇險出診。³⁸

二、由「制度」到「文本」

赤腳醫生制度在「文化大革命」中登上頂峰，被大力宣傳推行成爲代表文革標誌的「新生事物」之一，初期是作爲政治鬥爭的「手段」，但後期就是政治鬥爭的「標準」。從毛的六二六指示開始，赤腳醫生就被賦予了鬥爭「城市老爺衛

³⁷ 赤腳醫生的讀物中都有「毛主席語錄」作爲開頭。

³⁸ 在張開寧的訪談中，赤腳醫生回憶最多的事情中也常包含著出診時遇到雪崩、橋被大水沖走等等意外。(張開寧，2002，頁23。)

生部」的任務，被認為是文革精神的展現，也是農村中階級鬥爭的代言人，被要求「自然界到思想上都要鬥爭」³⁹。並且藉由群眾運動過程，將意識形態傳遞出去。

中共在思想管理中一向有「治病救人」的傳統⁴⁰，這裡的「病」並不是身體的疾病，而是錯誤的思想。而赤腳醫生的治病形象，與「共產黨」的思想矯正目的重合，被賦予高度的解放意義。在文革時的宣傳中也有赤腳醫生幾近神話的表現，甚至能使「啞巴說話，盲人重見光明」⁴¹此處的「看見光明」和「能夠呼喊」也有強烈的隱喻，用來描述解放工農階級以前苦不堪言的生活，是當時文革赤腳醫生神話的重要因素。因此赤腳醫生作為意識形態的具象物同時又負擔實際的治病工作，對政治權力的滲透起了重要作用，變成讓黨意識深入基層的代表；甚至較諸其他的文革運動，赤腳醫生成為文革事物中少數能夠被懷念的部分。醫學強調的是健康，而非正常。他不是首先分析機體的常規運作，然後再探詢他何處發生了偏差，如何恢復到正常的生活秩序。醫學關注的是活力、柔軟和流動性等這些會在生病時喪失的特質，醫學便是將其恢復之。(Foucault, 2001:39)

後期此一運動與「批林批孔」運動結合⁴²，把赤腳醫生當成先進的革命衛生路線看待，而合作醫療的方法更與「走資派」對立起來，「從根本上批判了醫務界的資產階級法權思想和舊醫療作風」⁴³。而中醫的針灸，也與毛思想加以結合。其中訴諸唯心的力量，把〈實踐論〉也結合進去。更進一步，赤腳醫生「文本化」成為鬥爭的材料，隨著1970年上海市委要求按照「文藝要為工農兵服務」的精

39當時連衛生醫療也加上了政治軍事的意象：「衛生工作時時刻刻要有敵情觀念。他的敵情，是對自然界的敵情——疾病。但是衛生工作人員應該有政治，突出無產階級政治。現在是無產階級文化大革命期間，不僅要對自然界疾病作鬥爭，而且要對社會上的敵人作鬥爭。」(周恩來，1968)

40以中共「懲前毖後，治病救人」的說明為例說「這是1942年開始的延安整風運動中為反對主觀主義、宗派主義、黨八股而採取的兩條宗旨，也是正確地進行黨內鬥爭所採取的一項重要政策。」毛澤東在解釋這個方針時指出「.....我們揭發錯誤、批判缺點的目的，好像醫生治病一樣，完全是為了救人，而不是為了把人整死。」請參考：人民網，〈中共黨史上的80句口號〉，《人民網》，<http://www.people.com.cn/GB/shizheng/252/5303/5304/20010605/481867.html>。以毛澤東自己的話來說，就是「整風從一九四二年春天到一九四五年夏天，有三年半的時間。那是一次細緻的整風，採用的方法是民主的方法，就是說，不管什麼人犯了錯誤，只要認識了、改正了，就好了，而且大家幫助他認識，幫助他改正，叫做懲前毖後，治病救人。」請參考：毛澤東，〈在擴大的中央工作會議上的講話〉，1962年1月30日。可以看出在毛的認識中，「病與錯誤」相通，都是用唯心方法就可以改正。從而用唯心論治病也是可能的。

41在人民出版社的《衛生戰線的深刻革命》為代表的一書中在「啞門」穴下針使得啞巴能夠開口說話，而且啞巴不用受任何訓練，就能放聲高呼：「毛主席萬歲！」。(人民出版社編，1967)

42在毛主席六·二六光輝指示指引下，經過無產階級文化大革命和批林批孔運動，廣大人民群眾和醫務人員堅持黨的基本路線，狠批劉少奇、林彪反革命的修正主義衛生路線和孔孟之道。毛主席的革命衛生路線深入人心。億萬人民群眾同疾病和不衛生習慣作鬥爭的積極性大大發揚。全國掀起了群眾性辦醫辦藥的高潮，衛生戰線發生了一系列革命性變化。人民日報編輯部，衛生戰線的深刻革命——紀念毛主席六·二六指示十周年，1975年6月26日，《人民日報》。

43「赤腳醫生象雨後的春苗一樣茁壯成長；合作醫療不斷鞏固和發展。這就使醫療衛生工作的重點逐步地移到農村，開始改變了農村缺醫少藥的面貌。衛生革命從根本上批判了醫務界的資產階級法權思想和舊醫療作風，使白求恩同志那種毫不利己專門利人的共產主義精神得到發揚。」(梁效，1976)

神拍攝文藝創作。上海電影製片廠青年演員曹蕾，提出將以黃珏祥和王桂珍⁴⁴為代表的赤腳醫生的先進事蹟搬上銀幕的構想。甚至當時的市委張春橋積極予以支持，並表示：「我對赤腳醫生這個題材很感興趣，如果有時間的話，也願意和你們一起搞。」（應觀，2001：18），之後以1975年由上海電影製片廠攝製的名為《赤腳醫生》故事片（上映時改名《春苗》）為例，影片表現了「赤腳醫生」與「走資派」的激烈衝突。電影《赤腳醫生》強化的是六二六指示中有關「城市老爺衛生部」的斥責部分，體現了醫療與意識形態結合的典範。劇中強調的階級鬥爭⁴⁵劇情，不僅成為當時重要的政治文藝作品。甚至成為文革末期「打擊右傾翻案風」運動時，揭露鄧小平看《春苗》時，連呼「極左」並拂袖而去的情形（初瀾，1976），成為批判學習的材料。

從赤腳醫生與意識形態結合的觀點來看，赤腳醫生從毛思想中誕生（六二六指示），之後成為體現黨思想的工具（治病救人、群眾運動），更進一步成為學習材料（文藝革命電影元素、批林批孔運動）。在這三段式的歷程中，赤腳醫生從制度、意識形態到「文本」的過程是中共黨意識最特別的具體體現⁴⁶。

陸、結論

國家機器開始接管醫療行為與醫療政策之後，就是「權力/身體」連結的高峰。而在中國這塊土地之上，唯有1949中共建政之後，才有整體且全面性的醫療政策實踐，這也是人類史上，第一次最大規模的統一「身體權力」展示場，具有相當之特殊性。

然而，在初期中共政府實踐上無法穿透農村與整體的落後性，遂採用「赤腳醫生」之克難方式。此一方式在部分解決了醫療問題的同時，也讓中共的統治權力滲透至基層，醫生也擔任了「意識型態黨機器」的部分功能—這對於資本主義社會，是難以想像的，此為第二層之特殊性。

固然，赤腳醫生制度是否在「真正成功」值得商榷，且由於研究資料限制，在此一階段，本文不試圖深究其實態為何，而本試圖討論此一制度所帶來的政治

441965年初，一篇名為《從赤腳醫生的成長看醫學教育革命的方向》的調查報告，反映了上海川沙縣江鎮人民公社衛生院知識份子代表黃珏祥大夫和貧下中農代表、赤腳醫生王桂珍，全心全意地為老百姓搞醫療服務的先進事蹟。（應觀，2001，頁18）

45把原先春苗和方明在出診回來的路上回憶父親之死以教育方明的一段戲，放在春苗嘗藥的關鍵時刻，有意將春苗爹在解放前臨死喝不上一口藥（起因於國民黨），與隨後杜文傑（走資派）打翻水昌伯的藥碗做對比。這樣改有利於突出春苗的政治素質，又把杜文傑走資派和國民黨畫上連接號。之後又刪掉了杜文傑改正錯誤的情節，將杜文傑描述成不肯改悔的走資派。（應觀，2001，頁18-22）

46有論者結合中共黨史中，瞿秋白與陳獨秀的權力鬥爭史，歸納出中共權力運行中「文本」的重要性，從而指出“CCP as a text-centered party”。請參考 Ven, Hans J. van de., *The Emergence of the Text-Centered Party*, Edited by: Tony Saich; Hans van de Ven *New Perspectives on the Chinese Communist Revolution* pp.5-33

利益與維繫穩定的可能，用以討論「此一制度與國家發展之關係」。僅就此一制度所帶來的政治利益來看，確實達到了安定基層的功能。這表示赤腳醫生能夠讓統治有效滲透，是當時統治權力之具體象徵。本文提出傅柯(Michel Foucault)的生物權力理論，試圖統整性詮釋此一現象。

尤其在在 SARS 和 AIDS 在農村蔓延後，中國大陸農村的醫療體系日漸受到重視，而農村醫療人事和物資的不足也是使目前當局頭痛的問題。中共也自 SARS 事件之後開始主張「以人為本」和「健康 GDP」為主軸的社會政策，並開始投入大量資源成爲重點政策項目。與此相反的是，很多民眾懷念起赤腳醫生與合作醫療爲農村服務的時期，相對於現今的醫療資源和科技，其實當時資源條件相當貧瘠，反而使得農民「認爲」醫療服務享受比現在更好，與其爲這樣的反差現象驚奇，毋寧藉此以「生物政治」觀點考察中國醫療衛生制度。

因此在本文中以生物政治研究途徑，同時以政治管理和意識形態兩種視角，整理了關於赤腳醫生的種種現象與研究，包括赤腳醫生的歷史、赤腳醫生與合作醫療的制度分析，赤腳醫生特色與當時文革意識形態與赤腳醫生的結合，用以強調「生物/政治結合」的面向。一方面國家提出「保衛人民的身體」是現代國家的具體任務，另一方面醫療不只在理論上與每個人都有切身的關係，在實際上醫生也常常被具體化「治病救人」的尊敬對象，意識形態藉由醫生作爲載體加以宣傳及詮釋。

合作醫療本來是屬於農村自力救濟形式下的產物，而在毛澤東批判「城市老爺衛生部」的六二六指示下，又加入了速成的赤腳醫生制度。然而因爲文革熱潮，赤腳醫生轉型成爲文革新生事物，變成肩負宣傳意識形態的任務。其實就制度面來看赤腳醫生不需要增加國家財政成本，又可以達到初步的治療小病，甚至是心理安慰作用，對於醫療方面是幫助很大的；而在衛生環境改善方面，赤腳醫生所協助的「兩管五改」⁴⁷，更爲農村衛生提供基礎衛生建設。而加上了意識形態之後，在文革熱情的鼓動之下，醫生不辭辛勞的爲民服務；而文革宣傳中往往將赤腳醫生加以神化，他們與毛澤東思想結合後彷彿無所不能，民眾也能服從赤腳醫生。「不是疾病發生變化，然後辨識他的方式也隨之變化，也不是特徵描述的體系變化而帶動理論的改變，他們是在疾病與目視的層次上同時改變。(Foucault.2001:98)」因此，赤腳醫生不僅代表著中國特色的醫療方式，更是當前「生物權力」歷史中的有力範例。

然而，作爲滲透載體的赤腳醫生並不可能長久實踐，在政府權力持續精緻，有能力直接接管農村醫療時，赤腳醫生制度就必然會被取消。生物政治學也預見了「醫學變爲一種封閉的職業，凡是沒有學院考試或專門委員會核可而行醫者，將受處罰。」(Foucault. 2001:87)從這個角度來看，現今北京當局的改革便是要回復以政府主導的現代國家合作醫療模式，稱爲「新型農村合作醫療制度」，與過去的合作醫療制度不同的是，政府承擔了合作醫療基金中大部分的出資比例，即

47管水、管糞，改水井、廁所、畜圈、爐灶、環境，都是屬於衛生的項目。

是以治療大病為主的農民醫療互助共濟制度。簡而言之就是「醫療市場化但政府擔任主要出資者」的方式，其財政補貼的困難不在話下，而且在生小病的時候所消耗的外部成本，容易使這種制度資源浪費，甚至失效；更不用說市場化對於農村基礎衛生問題自始缺乏處理的能力。

本文以赤腳醫生的整個「成長/衰亡」歷程，用以描繪出生物政治學的具體圖像，並試圖同時關注其「政治/經濟/意識形態」之三種層次。未來中國醫療作為不斷增長的權力體系，而且重視人事、技術、證照等等管理機制，反而取代了基本的衛生管理需求，必然會呈現財政缺口。這樣一來，農村醫療超速成長的結果過快的捲進了市場體制，反而成為不可逆轉的循環歷程：「政府越是介入，財政負擔就越是增長，醫療費用就越是昂貴。」證成了政治權力歷經將身體統攝進入新意識形態的進展方式，更正確的說，是配合整體國家發展而往「自由市場」意識形態出發，這樣一來在政府缺位的情況下使得基層與民眾的負擔更大。也就是現在一方面醫療行為被納入管理（執照、器材管理），二方面不以動員式的意識形態對底層民眾做出論述，而目前呈現的是對社會無處著力的狀態，也是現存中國醫療制度的困境。

參考文獻

- Dreyfus, Hubert L. & Paul Rabinow (1983/2005) *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*。錢俊。超越結構主義與詮釋學。臺北市：桂冠出版社。
- 人民共和國衛生部官方網站：<http://www.moh.gov.cn/newshtml/11283.htm>。
- 中共黨史上的80句口號。2007年5月10日，取自人民網：<http://www.people.com.cn/GB/shizheng/252/5303/5304/20010605>。
- 中共中央國務院關於進一步加強農村衛生工作的決定。2007年5月10日，取自中共中央國務院：<http://www.moh.gov.cn/newshtml/8347.htm>。
- 中國國務院令 386 號 (2003)。鄉村醫生從業管理條例。2007年5月10日，取自中華人民共和國中央人民政府官方網站：http://www.gov.cn/banshi/2005-08/02/content_19251.htm。
- 毛澤東 (1962)。在擴大的中央工作會議上的講話。
- 毛澤東 (1965, 6月26日)。關於衛生工作的三次談話。解放軍報。
- 王靖元、邵高澤、徐文彥、劉國章、王祥君、徐德斌 (2007)。5 縣市新型合作醫療的定性調查研究。2007年5月10日，取自新型農村合作醫療網：http://www.cncms.org.cn/Content.asp?ID=3904&LClass_ID=118。
- 何洪澤、鄒德浩 (2004)。聯合國關注愛滋病安南贊中國赤腳醫生防艾模式可用非洲。2007年5月10日，取自人民網：<http://www.people.com.cn/BIG5/keji/1058/3028498.html>
- 佚名 (1971a)。毛主席的哲學思想照亮了我國醫學發展的道路。北京：人民出版社。
- 佚名 (1971b)。衛生戰線的深刻革命。北京：人民出版社。
- 佚名 (1969)。合作醫療遍地開花怎樣辦好合作醫療三集。北京：人民衛生出版社。
- 李猛 (1999)。傅柯與權力分析的新嘗試。社會理論學報，2 (2)，375-413。
- 李森、蔡建波 (2004)。農村合作醫療制度面臨的制度約束。山東省農業管理幹部學院學報，20 (5)，36-37。
- 杜樂勛 (2004)。醫療衛生產業的內涵與外延。載於杜樂勛 (主編)，中國醫療衛生產業總報告 (頁 1-7)。北京：社會科學文獻出版社。
- 汪時東、葉宜德、汪和平、羅珏、嶽青 (2007)。中西部地區 5 縣 (市) 實施新型農村合作醫療制度社會心理研究。2007年5月10日，取自新型農村合作醫療網：http://www.cncms.org.cn/Content.asp?ID=1008&LClass_ID=130
- 谷加恩 (2006)。人民公社時期農村合作醫療事業成功的原因探析。武漢職業技術學院學報，5 卷 (1)，28-31。

兩會新華視點：《政府工作報告》的六大民生新亮點。2007年5月10日，取自新華網：http://news3.xinhuanet.com/misc/2007-03/05/content_5802365.htm

兩會新華視點：一份引人注目的民生清單。2007年5月10日，取自新華網：http://news3.xinhuanet.com/misc/2007-03/06/content_5805893.htm

周恩來(1968)。在首都「把醫療衛生的重點放到農村去」誓師大會的講話。

初瀾(1976)。堅持文藝革命反擊右傾翻案風。*紅旗*，3。

迎接兩會特稿：破解12道民生考題。2007年5月10日，取自新華網：http://news3.xinhuanet.com/politics/2007-02/25/content_5769491.htm

胡振棟(2006)。中國赤腳醫生之父。*西部大開發*，2006，(11)，47-50。

韋黎兵(2007)。另一種蘇南模式：全民醫保。*南方週末*。

候劍平、李宏偉(2006)。中國醫療保障制度的福利經濟學分析。*北方經濟*，2006(8)，55-57。

唐亮(2002)。首創赤腳醫生合作醫療的衛生廳長辭官始末。2002年12月3日，取自南方網：<http://big5.southcn.com/gate/big5/www.southcn.com/news/china/zgkx/200212030994.htm>。

張力(1999)。中國的戶口制度和城鄉人口遷移。載於楊汝萬(主編)，*邁向廿十一世紀的中國城鄉與區域發展*(頁201-222)。香港：中文大學香港亞太研究所。

張永宏(2007)。農民呼喚新型農村合作醫療體制。2007年5月10日，取自人民網中國政協新聞：<http://www.people.com.cn/BIG5/34948/34951/34953/2748811.html>

張開寧等(2002)。從赤腳醫生到鄉村醫生。昆明：雲南人民出版社。

張德元(2005)。中國農村醫療衛生事業的回顧與思考。*衛生經濟研究雜誌*，2005，(1)，19-21。

梁效(1976，2月22)。發展新生事物和限制資產階級法權。*人民日報*。

陳家貴(2001)。中國社會保障發展報告1997-2001。北京：社會科學文獻出版社。

陳潭(2005)。從湖南農民的病困看農村醫療衛生政策。2005年2期，取自當代中國研究：<http://www.chinayj.net/StubArticle.asp?issue=050211&total=89>

傅柯(1976,1992,1984/2005)。The History of Sexuality Vol. 1: The Will to Knowledge.; The History of Sexuality Vol. 2: The Use of Pleasure.; The History of Sexuality Vol. 3: The Care of Self. 余碧平。性經驗史。上海：上海人民出版社。

黃金麟(2000)。歷史、身體、國家：近代中國的身體形成1895-1937。臺北市：聯經出版社。

黃瑩、張開寧(2002)。鄉村醫生世襲現象對農村基層衛生服務質量影響探析。從赤腳醫生到鄉村醫生(頁363-371)。昆明：雲南人民出版社。

溫家寶(2007)。2007政府工作報告。2007年3月17日，取自中華人民共和國中央人民政府官方網站：http://www.gov.cn/2007lh/content_553165.htm

- 溫益群 (2002)。中國赤腳醫生產生的社會和文化原因分析。從赤腳醫生到鄉村醫生 (頁 316-334)。昆明：雲南人民出版社。
- 農村合作醫療章程試行草案 (1979)。醫藥法規。2007 年 5 月 10 日，取自中國國務院衛生部：<http://www.newhealth.com.cn/law/yy002.htm>
- 劉麗杭 (1999)。醫療保障制度改革與經濟體制改革的相互影響。湖南醫科大學學報(社會科學版)，1999，(1)，57-61。
- 衛生戰線的深刻革命——紀念毛主席六·二六指示十周年 (1975，6 月 26 日)。人民日報。
- 應觀 (2001)。春苗:陰謀影片的開山斧。大眾電影，2001，(05)，18-22。
- 關於建立新型農村合作醫療制度的意見。2007 年 5 月 10 日，取自中華人民共和國衛生部官方網站：<http://www.moh.gov.cn/newshtml/8348.htm>
- 關於加快推進新型農村合作醫療試點工作的通知。2007 年 5 月 10 日，取自中華人民共和國衛生部官方網站：<http://www.moh.gov.cn/newshtml/11283.htm>
- Dreyfus, Hubert L. and Paul Rabinow, (1982). *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, & Michel, (1979). *Discipline and Punish*, trans. by Alan Sheridan, New York: Vintage Books.
- (1984). *The Foucault's Reader*, edited by Paul Rabinow, New York: Pantheon.
- Gong Youlong, Andreas Wilkes, and Gerald Bloom. (1997). *Health human resource development in rural China. Health Policy and Planning*, 12(4), 320-328.
- Ven, Hans J. van de., (1995). The Emergence of the Text-Centered Party, Tony Saich; Hans van de Ven (Eds.), *New Perspectives on the Chinese Communist Revolution*. (pp. 5-33). M. E. Sharpe Armonk: NY. Publication.
- Yuanli Liu, William C. Hsiao, Karen Eggleston. (1999). Equity in health and health care: the Chinese experience". *Social Science & Medicine*, (49), 1349-1356.

Bio-political Power and Cultural Ideology -On the Village Cooperative Medical System of Mainland China

Hsuan-Lei Shao¹

Abstract

The village problem is the key point of livelihood, and the medial system is the key point of the village problem. Since the Culture Revolution period, Mainland China began to promote a model of health institution –“Collaborative Medial/Bare-foot Doctor” System. It was generally believed that the system had allowed peasants to access medical care more easily. This paper intends to use the perspective of biology, with the two approaches of political system management and ideology, to explore the phenomenon of “barefoot doctors” and collaborative medial system, including their history and the analysis of how they worked with the medical system, their characteristics, as well as its ideological base. Bio-politics focus on “power/body” relations, thus, the most important mission of modern nations is to interlink to public health policy and medical system for ensuring the increasing of production. So that, health institution of “Politic/Economic/Ideology” becomes the government’s demonstration of its care for the social welfare of the disadvantaged.

Keywords: Bare-foot Doctors, Bio-politics, Cooperative Medical System, Cultural Revolution, Mainland China.

¹ Assistant Professor, Department of East Asian Studies, National Taiwan Normal University
Corresponding author: Hsuan-lei Shao, Address: 162, Heping East Road Section 1, Taipei, Taiwan
E-mail: hlshao@ntnu.edu.tw