



集体化与合作医疗(1955—1962): 卫生政治的话语建构逻辑

张海柱

[摘要] 集体化时期(1955—1962年)农村合作医疗的快速发展是国家动员与推广的结果。以话语理论为视角进行的考察发现,在“集体化”话语中,合作医疗所要解决的“问题”被建构为医疗制度如何“适应农村形势(合作化—公社化)变化”的问题,合作医疗自身也被建构为“服务于农业生产的需要”“社会主义/共产主义性质的福利事业”“走向全民免费医疗的过渡形式”。伴随着多重意义的生产,在“国家—地方”互动的话语传播机制下,合作医疗被顺利整合到了国家农村发展战略中,从而为推广合作医疗的政策导向奠定了合法性基础。这种考察揭示出了“话语建构”这一重要的社会政治现象,它的本质是一种隐蔽的权力运作形态,也是一种重要的国家治理策略或技术。

[关键词] 集体化;合作医疗;卫生政治;话语建构

DOI:10.13240/j.cnki.caujss.2017.06.005

合作医疗是我国农村地区的一项医疗卫生筹资制度,于20世纪50年代中期兴起,在60至70年代惠及多数农村居民,被世界卫生组织誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”^{[1]210-211}。不过,该项制度并没有稳定延续下来,而是伴随着改革开放迅速衰落。2003年,政府开始推动建设“新型农村合作医疗”,由此“合作医疗”再次进入公众视野,相关问题也迅速成为学界研究的热点。尽管“新农合”代表了一种全新的制度模式,政府的实践热情也激起了学界对改革开放之前传统合作医疗制度的研究兴趣。就现有研究主题来看,一方面是对合作医疗自身的考察,例如合作医疗的制度或政策变迁^[2-3]、制度结构与效率问题^[4];另一方面是对影响合作医疗发展的宏观环境因素的考察,例如合作医疗与宏观国家建设之间的关系^[5-6]、合作医疗发展中的政府责任^[7]、国家财政状况与合作医疗兴衰的关联^[8],等等。此外,与宏观取向的历史梳理不同,还有一些研究者细致探讨了宏观环境变化与合作医疗发展之间的具体作用机理,例如合作医疗在宏观环境中的制度嵌入性问题^[9],以及政府如何通过学习机制调整合作医疗政策以适应宏观环境变化^[10]等问题。

合作医疗兴起与发展的时期(20世纪50年代中期至改革开放前)正是史家所称的中国农村“集体化”时代^{[11]4}。近年来,学界对集体化相关问题的讨论日益增多,研究取向从史学(党史、政策史)向政治学、社会学拓展,特别是许多医疗社会学、医疗社会史学者开始探讨包括合作医疗在内的医疗卫生实践在集体化时代的定位与发展问题^[12-13],从而丰富了合作医疗研究的视野。基于集体化时代特殊的政治社会环境,许多研究者指出“合作医疗体系与集体化密切相关”^{[5]153}，“没有农业合作化运动,就不会有合作医疗”^{[14]341}。至于“集体化”与“合作医疗”的内在关联,既有研究认为主要体现为集体经济与集体组织对合作医疗的支撑^{[4]92},高度集权的全能主义政治经济体制对合作医疗的推动^{[9]6},合作化运动对合作办医思路的启发^{[5]154},等等。

既有研究很大程度上丰富了我们对于集体化时期影响合作医疗发展的各种因素的了解。然而,当前还较少有研究者从政策制定的角度来对集体化时期合作医疗兴起与发展的内在逻辑进行解

[收稿日期] 2017-04-13

[基金项目] 本文系教育部人文社科青年项目“话语建构视角下的农村合作医疗政策变迁研究”(16YJC810017),以及中央高校基本科研业务费专项“中国农村合作医疗政策过程中的话语建构机制研究”(201613013)的阶段性成果。

[作者简介] 张海柱,中国海洋大学法政学院公共管理系讲师,邮编:266100。

释。这种政策视角的缺乏使得人们在很大程度上忽视了决策者的主观选择在合作医疗发展中的作用问题,而这恰恰是影响合作医疗兴衰的关键。尽管也有研究者指出政府在合作医疗发展中的重要作用^[6,15],但对政策行为的具体逻辑缺乏细致的探讨。

事实上,对合作医疗相关史实的考察表明,除最初作为农民自发的医疗互助实践而产生外,它在随后时期的发展,更多地是政府部门(特别是中央政府)自上而下动员与推动的结果,从而呈现为一项国家政策安排。医疗卫生政策“指涉过程与权力”^[16]¹¹,是社会价值与资源权威分配的体现。那么,作为地方实践的合作医疗是如何进入国家政策议程的?相较于其他可能的政策备选方案(例如自费医疗或公费医疗)而言,合作医疗政策选择的合理性或合法性是如何实现的?本文将围绕这些问题展开分析。

事实上,我国农村的集体化被称为“动员式集体主义”^[17]¹³,包括医疗卫生在内的多项改革并没有采取“一刀切”式的强制命令方式,而是诉诸于国家意识形态宣传下农民群体的认同与支持。为了更为清晰地呈现从国家意识形态宣传到农民认同之间的内在逻辑,本文选择“话语理论”(discourse theory)作为分析视角,考察集体化初期(1955—1962年)政府部门是如何为“合作医疗”赋予特定意义,从而建构起相关政策选择的合法性基础的。这种考察事实上揭示了“话语建构”(discursive construction)这一重要的社会政治现象,它的实质是一种隐蔽的权力运作形态。因此,本文的研究一方面有助于更为深入地理解集体化时期合作医疗发展的内在逻辑,另一方面也能够透过医疗卫生这一微观领域呈现国家权力运作的现实形态以及国家治理策略或技术的基本特征。

一、符号与意义:话语建构的理论逻辑

受20世纪西方哲学“语言学转向”(the linguistic turn)的影响,话语研究成为人文社会科学发展中的重要现象。对“话语”的关注不仅体现了人文社会科学研究对象的拓展,而且意味着一种研究范式上的根本性转换。

“话语”问题的产生源自对“人”(作为主体)与“世界”(作为客体)关系的思考。传统行为主义理论假设人的行为遵循的是动物的“刺激—反应”模型,这种理论忽视了人的主观意识作用,受到了符号互动论的批判。作为符号互动论的先驱,米德(George Mead)将人类行为模型修正为“刺激—诠释—反应”。人是具有“心灵”的动物,只有对外在世界的“刺激”进行感知、体会与诠释之后,才会做出相应的行为选择。基本上,米德“承认客观世界的现实性以及它在人类发展中的作用,但是他同时也承认处于客观世界中的个人对客观世界所做的主观解释的重要性”^[18]²⁸⁵。米德的学生布鲁默(Herbert Blumer)则更进了一步,他并不重视作为客体的自然世界之“客观性”,而是认为“人类是以某些事物对他们具有的意义(meaning)为基础,而对这些事物产生行动的”,“这些意义产生于人与人之间所发生的社会互动之中”^[18]²⁸⁹⁻²⁹⁰,此即符号互动论的基本主张。

“意义”即人类主体对外在世界之于自身所具有的“价值”的认知与诠释。在符号互动论中,“意义”成为联系人与世界的“桥梁”。在伯格(Peter Berger)与卢克曼(Thomas Luckmann)看来,对“意义”问题的思考则产生了对“现实社会”的重新认识。他们指出,社会具有“客观的事实性与主观意义”的“双重特征”,“社会就是在活动所能表述的主观意义中建立起来的”^[19]¹⁶。人类不是认识或“发现”世界,而是“经由认识和发现过程本身不断赋予这个世界以意义结构”^[20]²¹,从而创造着这个世界。

意义的表述需要一定的媒介,即特定的象征性“符号”。在符号互动论看来,“语言是最重要的符号”^[18]²⁸⁵。本文则认为,作为意义表述媒介的应当是“话语”这种更具包容性的符号。所谓“话语”指的是一个由概念、措辞、范畴、观念或框架等所构成的集合体,个人据以理解和体验社会现实,并在特定的历史与社会情境中展开各种实践活动^[21]²⁹⁻³⁰。话语“被视之为将意义固定化及确定化的过程及媒介,只有在论述之后,具有可塑性的客观情境,其背后所隐藏的意义才能确定,此一情境才在人们的生活领域中产生意义,成为生活经验的一部分”^[22]²⁴⁹。由此,话语不再仅作为一个

语言学单位或传播信息的载体,而成为一种“理解世界的共享方式”^{[23]9},它们“构成了一种就某一特定问题进行谈论和书写的方式,由此形塑了人们理解并采取行动应对该问题的方式”^{[24]1131}。

由于人与人之间在成长环境、教育经历、权力地位、利益需求以及认知思维等方面存在各种差异,不同的人在对同样的“世界”进行感知与体验时,将会产生不同的意义。当这种意义的差异涉及到稀缺资源或利益的分配时,就会产生意义之间的冲突与竞争。从这个角度来看,人类社会中与利益、权力、冲突等主题密切相关的“政治”现象事实上也是一种围绕着“意义”的竞争现象。一些学者注意到了这一问题,提出了“意义政治”(the politics of meaning)的概念,“政治由所有试图控制共享意义的努力所构成”^{[25]ix}。

这种“意义政治”在许多社会政治理论家眼中,则体现为对话语与权力、意识形态之间关系的思考。福柯(Michel Foucault)的话语观展现的是知识与权力的内在关联,话语是一种在各种权力交锋争执中所暂时形成的知识陈述。“话语的政治性——权力斗争发生在话语之内和话语之外”是福柯的基本观点^{[26]52}。话语竞争将产生一种“话语秩序”(order of discourse),它是社会权力关系的直接呈现,因此话语可以作为“权力的标志”^{[23]9}。拜肖(Michel Pêcheux)则将话语视为意识形态的特殊形式,“话语是通过物质生产、社会生活和意识形态斗争而逐步形成的,它们彼此也处于冲突纷争状态”,话语成为了“意识形态霸权争夺与冲突的场所”^{[27]100}。正是由于话语与意识形态的这种内在关联,“经由意识形态的支配”成为许多话语研究分析上的起点^{[28]353}。

综上,作为一种哲学范式,话语理论关注的是“话语”这一“承载意义的符号”在“社会现实”产生过程中的建构性作用。作为一种社会政治理论,话语理论关注的是“意义”的竞争性以及权力与意识形态的关联。在此基础上,本文主要将话语理论作为一种社会科学研究途径或分析视角,重点关注的是在特定的历史时期与特定的政治社会环境下,话语对社会现实进行“意义赋予”的过程及机制,以及这种“意义赋予”行为在国家政治或政策运作过程中的作用。在以集体化时期(1955—1962年)的合作医疗为例进行的考察中,本文将详细分析在“集体化”话语体系中,合作医疗是如何被赋予各种意义的,这些意义又是如何构成了国家政策选择的“现实”基础的。

二、从地方实践到国家政策:合作医疗的早期发展(1955—1962)

20世纪50年代中期以前的中国农村以农民自费医疗为主。针对农村地区“缺医少药”的状况,1950年卫生部副部长苏井观在全国农村卫生座谈会上指出,“今后卫生建设的重点在农村”^[29]。1951年卫生部颁布的《关于健全和发展全国卫生基层组织的决定》规定“人民政府首先应该有步骤地发展和健全全国的卫生基层组织,特别是工矿区和农村的卫生基层组织”。可见,建国初期中央政府并没有“忽视”农村医疗卫生问题,只是没有通过直接财政投入的方式建立面向农村居民的医疗卫生融资制度,从而与城市的公费医疗、劳保医疗等健康保障制度形成了鲜明对照。

到1950年代中期,随着农业合作化运动的开展,一些农村地区出现了具有保险性质的合作医疗实践,一定程度上改变了长期以来的自费医疗模式。1955年,河北、山西、河南等地农村出现了一些由农业生产合作社举办的保健站,其中有少数保健站开始实行某种形式的“集体医疗保健”制度,比较典型的是山西省高平县米山乡的做法。保健站由合作社、农民和医生三方集资兴建,农民每年缴纳5角钱的“保健费”,即可享受预防保健服务,看病时免收挂号费、门诊费、出诊费和注射费,但须支付药费^{[10]117}。这种“合医合防不合药”的集体医疗保健制度成为合作医疗制度的雏形。

米山乡的医疗制度实践引起了地方与中央政府部门的高度重视。1955年11月,卫生部、国务院文教办和山西省卫生厅组成了6人调查组,在卫生部党组书记、副部长徐运北的带领下,对米山乡进行了调研。调查组总结并肯定了米山乡的经验,“将米山乡依靠农村集体经济组织和社员群众出保健费而享受医疗保健费减免的办法定名为集体医疗保健制度”^{[14]282}。尽管米山乡的实践被称为“集体医疗”而非“合作医疗”,但是二者的实施方式并没有本质的差异,因此被调

查组视为“第一次”合作医疗的实践^①。随后,经卫生部报请国务院同意,这种联合保健站及合作医疗的经验在全国部分地区得以推广,从而出现了合作医疗覆盖率的第一次快速提升,到1958年全国行政村(生产大队)举办合作医疗的比重达到10%^{[10]118}。这也是合作医疗议题第一次进入国家政策的议程。

随着农业合作化进程的加速,特别是在“大跃进”以及人民公社化运动中,许多农村地区的卫生事业取得了快速发展,“其中尤以山西省稷山县的经验最为突出”^{[14]18}。为了总结稷山的经验,1959年春,卫生部组成了调研组,在副部长贺彪的带领下深入稷山蹲点调研。随后,调研组成员张自宽撰写了一份调查报告,引起了卫生部党组的重视。调查报告总结了稷山的“集体保健医疗/合作医疗”制度经验,并指出“稷山的经验极为重要,具有普遍意义。如能把稷山的经验推广到全国,必将对全国各地的农村卫生工作产生重大影响和促进。因此,我们建议,应当在稷山召开一次全国农村卫生现场会议,在全国范围内认真学习和推广稷山的经验”^{[14]11}。

1959年11月,卫生部在稷山县召开了全国农村卫生工作会议,参加会议的有27个省、市、自治区的卫生厅长、副厅长,以及中央有关部委代表。会议在重点参观了太阳村等地的医疗卫生实践之后,代表们形成了“学稷山、赶稷山、超稷山”的热潮。会后,卫生部党组上报党中央《关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告》。在报告及其附件《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》中,均对集体医疗或合作医疗制度实践进行了肯定:“根据目前的情况,以实行人民公社社员集体保健医疗制度为宜,即现在各地所说的‘保健费’办法或‘合作医疗’,每年由社员交纳一定的保健费,看病只交药费或少量挂号费,在可能的范围内,由公社、生产队的公益金补助部分。”这是“合作医疗”的措辞第一次见诸中央政府文件。

卫生部的政策倡议得到了党中央以及毛泽东本人的认可。1960年2月2日,中央“70号文件”转发了卫生部党组的报告,在批语中肯定“卫生部党组关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议的报告及其附件很好”,要求各地参照执行^{[2]23}。在发现一些地方领导没有对合作医疗给予足够重视后,毛泽东在随后3月份代党中央起草的“关于卫生工作的指示”中明确要求要把文件发到农村基层去,“各省、市、地、县、社要由党委第一书记挂帅,各级党委专管书记和有关部门党组书记也要在党委第一书记领导之下挂起帅来;立即将中央二月二日批示的文件发下去,直到人民公社”,并且“一定要于1960年,1961年,1962年这三年内做出显著的成绩”^{[30]80-81}。由此,推行合作医疗正式作为一项国家政策在全国开始实施。毛泽东以及中央推动下的合作医疗取得了快速发展,到1962年在全国农村的覆盖率已经达到46%^{[10]120}。

综上,我国农村的合作医疗实践最初于20世纪50年代中期在一些地方出现,在受到卫生部为代表的中央政府部门的“注意”后,先后于1955年底和1959年底两次进入国家政策议程,其决策形式均是对地方实践的认可和推广。正是由于中央政府的大力动员与推广,才促成了合作医疗早期的快速发展。

三、集体化话语中的合作医疗:意义生产与合法性建构

医疗卫生政策的选择是一个充满竞争与冲突的政治过程。为了保证政策的顺利实施,政府决策者面临的一项重要任务是“为政策的采纳给出好的理由(good reasons)”^{[31]3},也即,必须对所选择的政策进行“合法性”或“合理性”论证。那么,合作医疗政策的合法性或合理性是如何实现的呢?下文将从话语建构的角度,对“集体化”话语中合作医疗的意义生产与合法性建构过程进行考察。

^① 当时六人调查组成员之一、任职卫生部的张自宽在回忆米山乡调查情况时指出:“这次是我们第一次正式地接触合作医疗的例子,卫生部和国务院都是肯定了的”,参见[14]564。

(一) 集体化话语

从1953年个体农业的社会主义改造到1962年中共八届十中全会通过《农村人民公社工作条例修正草案》的10年时间,是建国初期农村经济社会变革最为深刻、激烈的时期。在此期间,中国农村“先完成由个体农业向集体所有制的转变,实现合作化,继而又立即从合作社向规模更大、公有化程度更高的组织形式——以‘一大二公’为目标、‘政社合一’为特征的人民公社转变”^{[11]1}。这一巨大社会变革,被杜润生称为“以集体化为核心的社会主义大试验”^{[32]83}。由此反映出“集体化”话语在该时期农村政策领域中的重要影响。

“集体化”话语在中国社会的产生起源于以毛泽东为核心的中国共产党对建国后农村发展道路的认知。消灭私有制、建立以单一公有制和按劳分配为基础的“社会主义”农村土地制度是中国共产党领导农村革命与建设的“最高纲领”。“集体化”成为实践这一纲领的现实选择。

然而,毛泽东本人的“集体化”方案在不断调整。他的最初设计是:通过合作化,由低级到高级逐步过渡;先组织互助组,中经初级社,最后进入高级社,实现社会主义集体化改造的目标^{[33]134}。这一逐步过渡的方案表明,在建国之初,毛泽东在社会主义发展问题上较为谨慎。然而,源于毛泽东思想中浓重的“大同”色彩,在受到建国后社会主义政权巩固以及农业合作化运动迅速发展的局面鼓舞之后,对于社会主义发展的认知发生了明显转变。1952年提出的“过渡时期总路线”标志着他已经完全放弃了建国后先实行一段新民主主义的设想,“要立即向社会主义过渡了”^{[11]52}。在农村,合作化的进程也在不断“提速”“只几年多时间,1956年秋天便在全国农村实现以高级社为主的农业合作化”^{[11]3}。

对于农业合作化的实现,毛泽东“感到的是从未有过的愉快”,“他立即提出了集体化下一步怎么搞的问题”^{[33]152}。随后发起的“大跃进”以及人民公社化运动为该问题提供了答案,它们也为“集体化”话语增添了新的内涵。这种“新内涵”一方面表现在朝向共产主义“理想”目标的“跃进”,“共产主义是天堂,人民公社是桥梁”的口号正是其真实写照;另一方面表现在摒弃“苏联模式”、对本国社会主义建设道路的探索^[34]。在这种“急于求成”的“冒进”心理以及缺乏可借鉴“榜样”的情况下,“集体化”话语中的理想主义与“左”的色彩日益凸显,使得农村经济社会政策不断偏离理性,最终导致“大跃进”的失败以及1959—1961年农业发展的严重受挫。

毛泽东的“领袖”地位赋予了“集体化”话语以权威性,借由该种“权威”,“集体化”话语迅速渗透到了农村经济社会的方方面面。然而,该种话语在彰显了其“吸引力”的同时,也遭到了一些“抵制”,例如一些地方出现的农民“闹社”“退社”风潮。此外,在中央高层与毛泽东意见相左的“异质”话语更是屡屡出现,例如刘少奇在集体化或社会主义实现路径上与毛泽东存在不同意见^{[11]33}。对“右倾机会主义”的批判、“反‘反冒进’”“反右倾”等运动的发起表明了各种话语间的激烈冲突。也正是经由这些运动,毛泽东主导下的“集体化”话语的权威性得以进一步巩固。直到“大跃进”失败后农村发展陷入困境之时,“集体化”话语的权威性才遭到了真正意义上的挑战。

(二) 合作医疗的多重意义生产

“集体化”话语最初产生于农村经济政策领域,是对土改后农业发展道路的一种探索。但是在“大跃进”以及人民公社化运动中,出现了“时时集体、事事集体”的现象。农村医疗卫生领域也呈现出了鲜明的“集体化”特征。具体而言,在“集体化”话语体系中,合作医疗被赋予了下述多重意义。

1. 意义之一:适应农村形势变化的需要

“集体化”是党和国家对我国农村经济社会发展的权威政策导向,在此背景下,以合作医疗为代表的农村医疗卫生工作的发展,成为适应“集体化”发展“趋势”的现实要求。

早在1953年10月,卫生部党组向中央的报告中就指出“今后卫生工作必须更好地为实现总路线服务……使农村卫生工作和互助合作运动密切结合”^[35]。1958年2月2日《人民日报》发表社论指出“我们国家现在正面临着—一个全国大跃进的新形势……文教卫生事业也要大跃进”^[36]。到了1960年,卫生部副部长贺彪撰文指出“人民公社化后,生产生活的集体性进一步增大,医疗制度必须与之适应”^{[37]18}。

改革医疗卫生制度以适应农村形势变化的需要,这一必要性已经毋庸置疑,关键是如何改革?对米山乡、稷山县等地方集体保健医疗(合作医疗)实践的“发现”不啻于为国家卫生部门提供了一剂“良方”。1955年卫生部调查组在对米山乡集体保健医疗制度的评价中特别指出“米山乡举办农业社联合保健站的经验,初步实现了走上集体化农民的无病早防,有病早治,省工省钱,方便可靠的理想”^{[2]22},从而表明了集体保健医疗制度与“集体化”形势之间的关联。

这种关联在人民公社时期得到了更明确的表述。1960年5月18日,为了贯彻稷山会议和中央批示精神,《健康报》刊发了题为《积极推行公社社员集体保健医疗制度》的社论,明确指出“随着形势的发展,‘谁看病谁出钱’这种旧的医疗制度,已经越来越显得不能适应了。必须逐步改变原来的老办法,积极倡导和推行人民公社社员集体保健医疗制度”^[38]。

在广泛的政治动员下,上述国家话语也渗透到了地方。1960年湖北某公社的一份合作医疗发展报告中,典型地体现了这一点“随着人民公社化生产持续大跃进……旧有的医疗制度是不太适应新形势的发展和满足人民需要,我们在各级党委领导下(通过)医务人员努力、群众的支持和拥护,全社基本上实现合作医疗化”^{[15]85}。

2. 意义之二:服务于农业生产的需要

在集体化时期,医疗卫生工作在国家决策者看来不再仅仅与“健康”问题相关,它还具有了特定的经济内涵。1955年卫生部针对米山乡的调查报告中明确指出“实行了集体保健医疗制度……有利于保护农民的健康,有利于提高劳动出勤率、提高生产力”^{[14]283}。

而在卫生部党组上报中央的《报告》中,则确立了“卫生工作必须从生产出发,配合生产,为生产服务”的指导思想。这一思想广泛地体现在各地创办合作医疗的实践中。1958年《人民日报》一篇介绍河南创办合作医疗的报道明确指出^[39]:

合作医疗制度的推行促使农村公社医疗卫生事业多快好省地发展,大大便利群众,更好地为生产服务。桐柏县在实行合作医疗前,群众因经济限制,不能及时治疗疾病而影响生产的每年达50万个劳动日,自实行合作医疗后,这种现象就没有发生。

以“服务于农业生产”为导向的农村医疗卫生改革导向获得了国家最高领导人的认可。在1960年《关于卫生工作的指示》中,毛泽东明确指出“把卫生工作看作孤立的一项工作是不对的”,“卫生工作之所以重要”的原因之一即在于“有利于生产”^{[30]81}。为了贯彻这一方针,《健康报》在1960年刊发的社论《积极推行公社社员集体保健医疗制度》中明确指出“推行集体保健医疗制度的根本目的,是为了在新形势下,使医疗卫生工作更好地贯彻从发展生产出发、为生产服务的方针,保障广大人民的身体健康,保证农业生产的持续跃进”^[38]。

3. 意义之三:社会主义/共产主义性质的福利事业

集体化被视为农村实现社会主义与共产主义理想的现实路径。在这一进程中,农村医疗卫生领域出现的各种形式的“集体”或“合作”医疗实践,也均被视为与“社会主义”或“共产主义”的追求直接相关。

“联合保健站”是早期合作医疗制度的“发源地”。1955年,卫生部在对米山乡进行调查后,指出联合保健站的经验“为农村的预防保健工作建立了可靠的社会主义的组织基础”^{[2]33}。在人民公社化运动中,推广和扩大合作医疗,成为各地人民公社建设的一项重要内容。公社中的“合作医疗”被与“共产主义”进行了关联。1958年9月13日,《健康报》刊发了一篇名为《让合作医疗遍地开花》的评论,指出合作医疗是“群众性的新的医疗制度,是具有共产主义性质的公共福利事业”。同年9月24日,《人民日报》上一篇题为《人民公社化带来的幸福》的文章,更是明确指出合作医疗是“通过共产主义协作,解除群众疾病痛苦,保证身体健康的最好方法”^[39]。

为了更好地推广合作医疗的经验,《健康报》编辑部于1958年出版了《介绍民办合作医疗的经验》一书,这成为许多地方创办合作医疗的“指南”。该书“前言”中特别对合作医疗的“共产主义”属性进行了说明^{[40]1}:

在工农生产全面大跃进的新形势下,人们的思想、行动上出现了“我为人人、人人为

我”的亲密团结、共同劳动、共同进步的共产主义新风格。伴随人民公社的建立和民办医疗卫生事业的发展,人民卫生事业又出现了新的飞跃,一个规模巨大的共产主义的互助运动——全民性的“合作医疗”正在成长。

4. 意义之四:全民免费医疗的过渡形式

在集体化特别是公社化运动中,“供给制”成为当时的追求目标之一。供给制强调按需分配,“免费”供给,典型例子是公共食堂。毛泽东在1958年曾指出“我们可以从吃饭、穿衣、住房子上实行共产主义。公共食堂吃饭不要钱,就是共产主义”^[41]。在毛泽东看来,供给制(吃饭不要钱)这件事“意义特别重大”,“它不仅是农民自身革命精神——向几千年私有观念、生活方式的挑战,而且还同破除资产阶级法权的思想密切联系在一起。既是对人的世界观的改造,又是在制度上推动更高级公有形式在中国得以实现的尝试”^{[42]186}。受此影响,合作医疗的发展中也出现了追求“免费”的倾向。

这种“免费”倾向典型地反映在当时的全国卫生模范村——稷山县太阳村中。太阳村于1956年遵照省里指示实施集体保健医疗制度,社员看病实行“六免费”(出诊费、挂号费、诊疗费、注射费、体检费、预防保健费),但药费仍由个人负担。到了1959年人民公社化后,该村实行合作医疗制度,社员看病只收五分钱挂号费,其余全免^{[14]13}。在当时,各地人民公社中普遍存在各种“7包”、“10包”甚至“12包”“13包”的“包干制”“包医疗”均是其中之一^{[33]162-163}。

从政府政策取向上看,合作医疗在一些地方被宣传为“减轻群众治病负担的唯一办法,是医疗制度的变革、过渡到全民免费的必经阶段”^{[15]86}。许多地方的政策文件中都强调要坚持“吃药打针不收费”这一条,将其奉为“合作”的标准、“社会主义的方向”,否则就“不算合作医疗,并斥之为方向不对,改变了性质”^{[12]378}。

现实中,由于各地集体经济状况的差异,很多地方并没有立即做到“全免费”,但仍将其作为最终目标。例如1960年初,河北省卫生厅为了响应“稷山会议”后卫生部与中央推广合作医疗的号召而制定了相应政策,其中涉及四种合作医疗方案,不同方案在收费规定上有所不同,其中最为推崇的是第一种方案“有条件的公社从公益金中把医疗机构的经费和社员的医药费全部承担起来,或减收药费逐步达到免收药费。这种方法是今后发展方向,应随着生产的发展和由队基本所有制向公社所有制的过渡情况逐步地实行”^{[43]42}。而其他三种方案均需要社员看病时缴纳部分费用,但文件中明确指出要“最终达到公社所有制下社员看病全免费的目标”^{[43]42}。

(三)“国家—社会”互动中的话语传播与合法性建构

就作为一项医疗筹资制度而言,合作医疗所要解决的是农民“无钱看病”问题,即依靠农民之间的“互助”以及农村集体经济的支撑来解决农民看病吃药时的支付能力问题。然而在“集体化”话语中,实施合作医疗所意在解决的“问题”被建构为医疗制度如何“适应农村形势(合作化—公社化)变化”的问题,合作医疗自身也被宣称为“服务于农业生产的需要”、“社会主义/共产主义性质的福利事业”、“走向全民免费医疗的过渡形式”。由此,作为符号的“合作医疗”实现了多重意义的生产,这些意义将合作医疗整合到了国家农村发展战略中,也为推广合作医疗的政策导向初步奠定了合法性或合理性基础。

然而,在现实中,合作医疗建设更多地强调农民自身的“互助合作”,国家财政的直接投入十分有限。因此有研究者指出“农村合作医疗制度中隐含了政府提供福利角色的最小化和最后出场人的角色”^{[44]92}。可见,在国家的医疗福利供给面前,农民群体(相较于享受公费医疗或劳保医疗的国家干部、工人等群体而言)的“应得”资格是十分有限的,他们更多地需要依靠自己(家庭或集体)的力量来寻求健康保障。合作医疗体现的是城乡有别的福利提供原则,广大农民在很大程度上成为被“忽视”的群体。

也正是由于合作医疗缺乏政府财政支撑,导致其筹资来源的不稳定与制度上的“脆弱性”,风险分散面太窄、支出缺乏控制,最终导致制度缺乏可持续性^{[4]91}。特别是在追求“免费医疗”的过程中,许多地方的合作医疗创办不久就难以维系,只能恢复自费医疗。

上述表明,合作医疗事实上并不具备充分的价值正当性,也不具有明显的效率特征。然而在许多宣传报道中,它却被视为“是社会主义优越性的体现”^{[15]15},“显示出人民公社的无比优越,体现党对人民生活的具体关怀”^{[15]85}。伴随着各种意义赋予行为,合作医疗的“表达性现实”与“客观性现实”^[45]产生了背离,此即本文所谓的“话语建构”问题。

不过,尽管各级政府部门在大力推广合作医疗,然而基本的政策导向仍然是坚持自愿原则:“在推行集体保健医疗制度时,既要采取积极的态度,又要坚持自愿参加的原则。对于那些暂时还不愿参加的人,不要勉强地吸收他们参加”^[38]。在农民拥有“退出”权利的情况下,推广合作医疗政策的有效实施,还必须获得广大农民的认可。从话语建构的角度而言,国家政府部门对“合作医疗”所赋予的各种意义,还必须获得基层社会民众的认同,才能真正实现合作医疗的合法性建构。现实中,这种认同的构建有赖于有效的话语传播机制。

如前所述,“集体化”话语中合作医疗的意义生产主要体现在国家与地方部门的相关政策文件以及《健康报》《人民日报》等权威媒体的报道中。这些政策或报道主要体现为国家或政府话语文本,是国家或政府政策意志的体现。而集体化运动中各种形式的政治资源、组织资源的投入以及频繁的群众运动为话语的传播提供了便利条件。国家或政府话语能够很快渗透到农村基层社会中,从而让广大群众切身感受到国家的福利“关怀”。

同时,国家或政府话语文本的构建也多是以前基层社会创办合作医疗的“成功典型”作为基础,例如卫生部推广合作医疗的政策先后是以米山乡和稷山县作为“榜样”,同时期各种权威媒体对合作医疗的宣传也多是采取介绍某个地方“典型”的模式来进行。此外,各种农民口吻的叙事文本也经常出现在国家权威话语传播过程中,例如1958年《人民日报》对合作医疗的宣传中指出“合作医疗制度的推行受到了广大群众热烈拥护,他们说:实行合作医疗化,穷人治病不用怕,互助协作保健康,生产跃进劲头大”^[39]。1959年《健康报》对合作医疗的报道更是极具感染力^[46]:

参加合作医疗的社员,每人每年交纳两元钱的合作医疗费(五保户由社队给付),社队也从公益金中安排合作医疗补助经费。这种办法,对保护农民健康更为有利。例如今年上半年,社员郭永旺之妻患重病,转至县医院住院治疗,花了几十元,合作医疗全部予以报销。事后,他激动地说“若不是共产党领导的好,这样的好事打着灯笼也没处找”。

上述表明,合作医疗相关话语的传播并非简单的单向传播,而是体现了国家与社会、政府与民众的密切互动。话语传播中,冷冰冰的国家话语被更富乡土人情色彩的社会话语所替代,从而更有利于获得民众的心理认同。合作医疗所被赋予的各种意义正是在这种“国家—社会”互动中被反复传递并强化,从而进一步增强了其合法性。

另一方面,话语建构过程同时也是话语或意义竞争的过程。国家层面上,如前所述,“集体化”话语多次面临诸如“反冒进”等“异质”话语的挑战,这种话语竞争也反映在了国家卫生部门的政策导向中。1959年在稷山县召开的全国农村卫生工作会议上,卫生部副部长徐运北作了《反右倾、鼓干劲,继续组织农村卫生工作的大跃进》的报告,将推广合作医疗视为“反右倾”的重要体现。现实中,一些创办合作医疗的地方因为无法维系而停办的行为则被视为“修正主义”的体现,例如《人民日报》的报道^[47]:

群星大队实行和坚持合作医疗的过程,始终充满着两条路线的激烈斗争……第一个回合是在一九五七年。合作医疗制度实行还不到一年,叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人,推行修正主义医疗卫生路线,下令砍掉一大批农村医疗卫生人员,使农村基层医疗卫生工作几乎处于瘫痪状态。党支部坚定地站在毛主席革命路线一边,顶住了修正主义医疗卫生路线的逆流,坚决把合作医疗制度坚持下来。

除了宏观政治话语的冲突与竞争外,在各地农村推行合作医疗的过程中,也出现了许多农民对合作医疗的“顾虑”^{[15]79}:

一部分农民对合作医疗顾虑重重,他们认为制度虽好,但怕有些人拿不出钱来;一些农民担心实行合作医疗人多面广,有病得不到及时治疗;有些农民认为合作医疗是搞捐

献,主要是怕自己吃亏、别人沾光,这部分人行动消极、持旁观态度。

当各种“顾虑”面临政府动员推广合作医疗的压力,便产生了斯科特所谓的“农民反抗的日常形式”^[48],比如某地出现的情况“芦溪生产队十小队53岁的陈永秀未参加合作医疗,把她儿媳妇的合作医疗证拿来看病;永耀生产队2小队李光校口疼,没经过任何手续就到民主(另一管理区)去治,花了四元多钱回来也要求报销”^{[15]87}。

类似“逆向选择”与“道德风险”问题是医疗保险制度面临的普遍难题,而集体化时期各地的应对策略主要是依靠各种宣传与动员手段,“工作组和基层领导根据这些思想情况,通过电话会、广播会、干部会等形式,用真人真事开展宣传,解除各种顾虑”^{[15]79-80}。此外,各种思想教育也是解决上述问题的常用策略^{[49]36}:

针对这些人怕吃亏的思想,农庄及时召开群众大会,讲明参加合作医疗的好处,并以实例说服教育群众提高认识,最终动员100%的社员参加了合作医疗……召开医生座谈会,加强思想政治教育,查浪费算损失,查思想算贪污,改变医疗作风。

通过各种宣传策略的使用,合作医疗被部分心存质疑的群众所赋予的“消极”意义被否定,国家官方话语所赋予的各种“积极”意义则可以更为顺利地占据农村医疗制度场域中的主导地位,从而进一步巩固了合作医疗的合法性基础。

四、结论与讨论

以话语理论为视角,本文对集体化时期(1955—1962年)国家推广合作医疗的过程及其内在逻辑进行了考察,这种考察揭示了以“意义赋予”为核心的“话语建构”在合作医疗发展中的重要作用。正是由于合作医疗在“集体化”话语中被赋予的各种积极意义,将农村少数地区出现的医疗互助实践整合到了国家宏观农村发展战略之中,从而完成了“推广合作医疗”这一国家政策的合法性建构。因此,特定形态的话语建构及其变化成为理解合作医疗发展的关键。

现实中,“大跃进”的失败使“集体化”话语的权威性遭受了质疑,在各种竞争性话语体系中,“免费”合作医疗被视为“左”的体现,“一平二调”“共产风”^{[2]22}。意义的变化意味着合作医疗合法性的消解。1962年8月,卫生部下发《关于调整农村基层卫生组织问题的意见(草案)》,批评“治病方面,一个时期有公社包下来的倾向”,主张所有制形式的灵活性。受此影响,许多地方恢复了“看病收费”的自费医疗方式,集体合作医疗制度也不再继续推广和实施。

话语理论指出了符号意义的“浮动性”或竞争性,而话语建构则是特定意义的赋予或“固化”过程。在符号学看来,意识形态可以视为“为了某种目的而企图去对流动的意义加以固定(fix)的企图”^{[50]56}。就此而言,话语能够发挥意识形态的功能。正是由于这种意识形态功能,话语建构成为国家对乡村社会进行改造和控制的重要途径,也成为一种重要的国家治理策略或技术。同时,相较于其他国家治理方式而言,“话语建构”能够为特定的国家政策选择赋予合法性与合理性,因而有助于更为顺利地获得民众的认同。正如有研究指出的,“强大的国家力量并不完全来自于严密有序的政权结构及其所代表的暴力和压迫,而且也来自于由若干话语体系所代表的国家意识形态”,“从某种意义上说,国家依靠话语力量完成了对乡村的控制”^{[51]25}。集体化时期合作医疗的发展正是体现了“国家话语力量”与“基层民众认同”之间的互动过程。

话语总是与权力关联在一起,话语建构本身也是一种权力运作形态。话语建构权力的行使一般并不依赖强制或暴力,而是建立在人们的“同意”基础之上,因而具有隐蔽性。在话语建构的过程中,那些被忽视或被排斥者往往认为这种不对等的社会地位是“正常”的、“自然而然”的,而缺乏一种反抗甚至质疑的意识,这也是话语所具有的意识形态功能的主要体现。布迪厄将这种话语场域中支配与被支配的等级制度称之为“符号权力”(symbolic power)或“符号暴力”(symbolic violence)。在他看来,日常生活中的权力运用“并不都以由可见的专政机关,如监狱、法庭、军队来执行,权力更多的是转换为符号形式,它赋予对象以某种合法性、权威性”^{[52]119}。作为一种“暴力”形

态,“符号暴力”是“一种温和甚至对它的受害者而言是察觉不到的和无形的暴力”^[53]¹³⁹。

正因如此,各种诸如分配不公、权利剥夺、社会排斥等社会不公正现象往往是在某些隐蔽性话语建构机制的作用下,通过权力策略的操纵而获得了合法性地位。此时,非经话语式的解构与批判将无法认清这些现象的本质与深层根源。在集体化时期城乡分割的福利分配体制下,农民群体的医疗福利受到明显的不公平对待,但是长期以来并没有产生明确的质疑或反抗。相反,合作医疗在很大程度上获得了农民的心理“认同”并为新中国政权汲取了大量的正当性支持^[54]¹³⁹。这种看似矛盾的现象正是话语建构逻辑的作用使然。随着历史的发展,国家话语体系在不断转换,包括合作医疗在内的政策选择也在不断变化,本文所揭示话语建构视角可以帮助我们更好地理解这种变化背后的内在逻辑。

[参考文献]

- [1] 世界银行. 1993年世界发展报告:投资于健康. 北京:中国财政经济出版社,1993
- [2] 张自宽. 对合作医疗早期历史情况的回顾. 中国卫生经济,1992(6):1-23
- [3] 曹普. 改革开放前中国农村合作医疗制度. 中共党史资料,2006(3):113-117
- [4] 朱玲. 政府与农村基本医疗保障制度选择. 中国社会科学,2000(4):89-99
- [5] 胡宜. 送医下乡:现代中国的疾病政治. 北京:社会科学文献出版社,2011
- [6] 张海柱. 国家建设、合作医疗与共同体认知:农村合作医疗政策过程研究. 当代中国政治研究报告,2013(11):109-132
- [7] 王延中. 试论国家在农村医疗卫生保障中的作用. 战略与管理,2001(3):15-24
- [8] 毛翠英. 财政压力视角下的中国农村合作医疗制度变迁. 中南财经政法大学学报,2008(4):49-53
- [9] 顾昕,方黎明. 自愿性与强制性之间——中国农村合作医疗的制度嵌入性与可持续性发展分析. 社会学研究,2004(5):5-17
- [10] 王绍光. 学习机制与适应能力:中国农村合作医疗体制变迁的启示. 中国社会科学,2008(6):111-133
- [11] 陈大斌. 从合作化到公社化——中国农村的集体化时代. 北京:新华出版社,2010
- [12] 杨念群. 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,2006
- [13] 王胜,刘英琴. 集体化时期农村合作医疗制度评析——以河北省深泽县为个案. 当代中国史研究,2009(2):26-35
- [14] 张自宽. 亲历农村卫生六十年——张自宽农村卫生文选. 北京:中国协和医科大学出版社,2011
- [15] 乐章. 制度、组织与组织化制度:长阳合作医疗个案研究. 北京:中国社会科学出版社,2010
- [16] Walt, Gillian. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books, 1994
- [17] Selden, Mark. *The Political Economy of Chinese Development*. Armonk: M. E. Sharpe, 1993
- [18] 石计生. 社会学理论——从古典到现代之后. 台北:三民书局,2006
- [19] 伯格,卢克曼. 现实的社会建构. 汪涌,译. 北京:北京大学出版社,2009
- [20] 闫志刚. 社会建构论视角下的社会问题研究:农民工问题的社会建构过程. 北京:中国社会科学出版社,2010
- [21] 米格尔·卡夫雷拉. 后社会史初探. 玛丽·麦克马洪,英译. 李康,中译. 北京:北京大学出版社,2008
- [22] 林水波,王崇斌. 政策论述与政策变迁的关联性——批判取向的分析. 台湾政治学刊,1998(3):245-273
- [23] 德赖泽克. 地球政治学:环境话语. 葡雪春,译. 济南:山东大学出版社,2008
- [24] Mats Alvesson, Dan Karreman. Varieties of Discourse: On the Study of Organizations through Discourse Analysis. *Human Relations*, 2000(9):1125-1149
- [25] Sederberg, Peter. *The Politics of Meaning: Power and Explanation in the Construction of Social Reality*. Tucson: University of Arizona Press, 1984
- [26] 费尔克拉夫. 话语与社会变迁. 殷晓蓉,译. 北京:华夏出版社,2003
- [27] 赵一凡. 阿尔都塞与话语理论. 读书,1994(2):94-103
- [28] Jacobs, Dirk. Discourse, Politics and Policy: The Dutch Parliamentary Debate about Voting Rights for Foreign Residents. *International Migration Review*, 1998(2):350-373
- [29] 关于农村卫生建设问题——记中央卫生部农村卫生座谈会. 人民日报,1950-7-25(001)
- [30] 中共中央文献研究室. 建国以来毛泽东文稿(第9册). 北京:中央文献出版社,1996
- [31] David Paris, James Reynolds. *The Logic of Policy Inquiry*. New York, N. Y.: Longman Inc., 1983

- [32] 杜润生. 杜润生自述——中国农村体制变革重大决策纪实. 北京: 人民出版社, 2007
- [33] 温锐. 毛泽东视野中的中国农民问题. 南昌: 江西人民出版社, 2004
- [34] 沈志华. 苏联对“大跃进”和人民公社的反应及其结果——关于中苏分裂缘起的进一步思考. 中共党史资料, 2003(1) : 27 - 36
- [35] 第三届全国卫生行政会议在北京举行 确定今后卫生工作的方针和任务. 人民日报, 1953-12-31(001)
- [36] 我们的行动口号——反对浪费 勤俭建国. 人民日报, 1958-2-2(001)
- [37] 贺彪. 卫生部门应把支援农业作为首要任务. 红旗, 1960(18) : 17 - 20
- [38] 张自宽. 积极推行公社社员集体保健医疗制度. 健康报, 1960-5-18(003)
- [39] 人民公社化带来的幸福——河南推行合作医疗制度. 人民日报, 1958-9-24(001)
- [40] 《健康报》编辑部. 介绍民办合作医疗的经验. 北京: 人民卫生出版社, 1958
- [41] 在北戴河中央政治局扩大会议上的讲话(1958-8-21) 毛泽东思想万岁(1958—1960) (非正式出版物), 1967
- [42] 宋连生. 总路线、大跃进、人民公社化运动始末. 昆明: 云南人民出版社, 2002
- [43] 王胜. 集体化时期农村医疗卫生制度研究——以河北省深泽县为个案. 首都师范大学博士学位论文, 2009
- [44] 林闽钢. 中国农村合作医疗制度的公共政策分析. 江海学刊, 2002(3) : 91 - 96
- [45] 黄宗智. 中国革命中的农村阶级斗争——从土改到文革时期的表述性现实与客观性现实. 国外社会学, 1998(5) : 17 - 32
- [46] 张自宽. 阳光普照太阳村——对全国卫生模范村稷山县太阳村的调查. 健康报, 1959-7-13(001)
- [47] 广东省、曲江县、群星大队坚持合作医疗制度十一年情况调查. 人民日报, 1969-1-11(002)
- [48] 斯科特. 农民的道义经济学: 东南亚的生存与反叛. 程立显, 译. 南京: 译林出版社, 2001
- [49] 曹普. 新中国农村合作医疗史. 福州: 福建人民出版社, 2014
- [50] 侯元钧. 解严前后台湾地区语文课程政策之批判论述分析. 台湾台北教育大学博士学位论文, 2010
- [51] 曹树基. 国家形象的塑造——以 1950 年代的国家话语为中心. 上海交通大学学报(哲学社会科学版), 2008(3) : 15 - 26
- [52] 张意. 文化与符号权力——布尔迪厄的文化社会学导论. 北京: 中国社会科学出版社, 2005
- [53] 卢克斯. 权力: 一种激进的观点. 彭斌, 译. 南京: 江苏人民出版社, 2012
- [54] Hsu, Robert. The Political Economy of Rural Health Care in China. *Review of Radical Political Economics*, 1977(9) : 134 - 140

Collectivization and the Cooperative Medical System (1955—1962) : the Discursive Construction Logic of Health Politics

Zhang Haizhu

Abstract The rapid development of the rural cooperative medical system (CMS) in the period of collectivization (1955—1962) was due to national mobilization and promotion. This paper uses discourse theory as the analytical perspective and found that, in the “collectivization” discourse, the “problem” to be solved by the CMS was constructed as the problem of “adapting to changes of rural situations (cooperation-commune)”, meanwhile, the CMS itself was constructed as “serving the needs of agricultural production”, “socialism or communist welfare”, “transitional form to universal free medical care”. With the production of multiple meanings above and the “state-local” discourse communication mechanisms, the CMS was successfully integrated into the national rural development strategy, which laid the legitimacy foundation for the national cooperative medical policy. This investigation reveals the important social and political phenomenon of “discursive construction”, which is a covert operation of power and an important national governance strategy or technology.

Key words Collectivization; the Cooperative Medical System; Health Politics; Discursive Construction