

由母儀天下到代理孕母

——質疑父權觀點的終戰後台灣醫療政治經濟史

蔡篤堅

一、研究問題

1997年9月12日，新任衛生署長詹啟賢於立法院答詢時宣佈支持開放代理孕母。這宣佈揭露了詹於衛生署主管會報的指示：「保健處研擬的人工生殖法草案，開放代理孕母為時勢所趨，應予許可；但可開放的條件，宜就醫學、倫理、法律等各層面詳加規範，以杜爭議。」¹無庸置疑，正如報章媒體所報導的：「這個消息傳出，讓長年推動代理孕母合法化的醫界及不孕婦女欣喜不已。」²這項人工生殖法的重大變革的確滿足了某些醫界人士與不孕症婦女的願望，然而，政策宣佈的背後卻引發更多的爭議，意味著代理孕母政策本身，仍然蘊涵相當複雜的意義和權力關係。

如果說，自人口政策由國家禁忌化變為國家政策後，台灣對美國傳入的醫療高科技呈現相當的高接受度；那麼在代理孕母方面卻展現了相當保留的一面。早在1986年7月衛生署公告實施人工生殖技術倫常綱領時，原則上即禁止「代理孕母」；1994年公佈的人工協助生殖技術管理辦法，則甚至明文禁止代理孕母；1996年元月舉行首次人工生殖技術諮詢委員會，討論「人工協助生殖法」草案時，

¹ 聯合晚報，1997.9.12。

² 聯合晚報，1997.9.12。

也決議排除代理孕母；直到 1996 年 5 月，有關代理孕母的公共論述才出現支持的力量。不孕婦女在立委的支持下，1997 年 6 月司法院大法官戴東雄草擬的人工協助生殖法將代理孕母以一案禁止，一案有條件放寬的方式並陳，代理孕母首次浮出檯面，但仍以禁止的方案為優先考慮³。在法案沿革的過程中，民法親屬編的相關規定及這些規定所伴隨的倫理道德體系是一般視為禁止代理孕母的主要理由，而詹啟賢署長的施政方針似乎有促使代理孕母擺脫民法親屬編束縛的意義。但民法親屬編所代表的主流政治思維是如何被挑戰呢？新任署長又以什麼方式挑戰民法親屬編呢？新政策實踐又如何重塑和轉變了女性與家庭的關係呢？

如前所述，代理孕母政策開放的宣示，並非全然由政府或醫學專家主導，不孕婦女的遊說和不孕家庭的爭取社會支持，促使此議題浮現公共舞臺，甚至顛覆了支持民法親屬編強力制約力的主流論述。這一切都以「要有自己的小孩」為出發點。對開放代理孕母遊說最力的，可說是自身受困於先天性子宮發育不全而經歷求子困境的孫逸仙醫院藥劑科主任陳昭姿。兩年多的時光，陳挺身而出，希望藉由科技之助，解除不孕婦女婚姻生活中的種種困境。而關於代理孕母可能造成家庭社會衝擊的討論，則以各式的風貌呈現在大眾媒體。政策宣佈開放當時，中視劇場的「姻緣花」連續劇，描繪代理孕母介入別人家庭的劇情⁴，即相當類似 7 月 10 日報載不孕的女子在找尋代理孕母的過程當中失去丈夫的新聞⁵。聯合報記者楊珮玲也描繪了一對台灣夫妻遠赴美國花一兩百萬元，歷經波折尋找代理孕母的求子生涯。不論是政策遊說或求子嘗試，皆蘊涵著對生兒育女的渴望，對此類渴望的同理心可見於當時的政策討論中，當時任婦女新知基金會常務理事長的王如玄律師即言：「不孕者當然也可以透過『收養』等方式獲得小孩，但這樣的要求陳義過高，忽略『想

³ 中國時報，1997.9.13。

⁴ 民生報，1997.9.30、青年日報，10.4。

⁵ 台灣日報，1997.7.10、自立早報，1997.7.10。

要擁有自己小孩的心理滿足感』是人類天性，不論男女皆然。」⁶ 然而，在同理心的導引下，作為現代科技之一的代理孕母是否成了政策變革中解放婦女先天限制的良方，卻值得深入探討。

婦運支持者對開放代理孕母政策所秉持的態度，從有條件的支持到全盤否定不等，其中共同的擔憂皆是害怕代理孕母制度演變成商業買賣，造成女性身體商品化的情境。表態有條件支持的，可以當時婦女新知秘書長倪家珍的看法為代表，倪表示：「台灣很多女子在環境的父權道德下已透不過氣來，如果新的制度可以讓女子在人生道路上有一個幸福的選擇，她贊成代理孕母的制度，如果是因為父權加諸在女子傳宗接代的壓力，則代理孕母也可減輕其壓力。」倪的觀點是由前述對不孕婦女的同理心出發。⁷ 然而，持全盤否定的女權會理事長黃淑英認為：「如果這些婦女的痛苦是來自父權社會的壓力，代理孕母的合法化未根本解決壓力本源，反而增加為尋找代理孕母前往第三國或貧窮國家的問題。」⁸ 簡錫階、劉毓秀、徐佳青指出，「代理孕母是由父權體制的『傳宗接代』觀念所催生，女性在此項法律中只淪為服務父權的生育工具。」⁹ 反對父權和反對女性子宮商品化，成為反對代理孕母政策的主要理由。醫療科技究竟如何和父權價值與經濟邏輯產生關聯性？其間又是否會促成女性子宮的商品化呢？衛生署署長積極推動代理孕母政策，又是在什麼樣的醫療觀下進行的？在現有的父權體制下，這醫療觀開創了什麼樣的醫療與政治經濟的關係？現代醫療科技又代表了什麼樣的父權統治？本文進一步探討，主流政治中社會性別的女性在台灣又呈現了什麼樣的演變，使支持代理孕母想法得以呈現公共領域？這樣的呈現，代表什麼樣的父權統治內涵？而醫學在其中又扮演了什麼角色？

⁶ 聯合報，1997.9.13。

⁷ 自立晚報，1997.9.19。

⁸ 台灣立報，1997.9.27。

⁹ 台灣立報，1997.9.27、民眾 1997.9.26、中時晚報 1997.9.24。

二、文獻回顧與理論探討

這篇論文回顧終戰後台灣政治經濟和醫療政策發展的互動關係，分析詮釋父權統治內涵的演變，與醫療政策所蘊涵的性別權力不平等的關係。本文提醒讀者留意，父權統治發展具「全球化」和「區域化」兩個緊密關聯，且各具自主性的面向。就父權政治的全球化而言，自英國工業革命及法國大革命以來的現代化過程中，「全球化」的政經演變過程蘊涵著特殊的性別權力關係，於維多利亞時期英國中產及資產階級生活中出現的家庭形式成為現代化過程中男女分工的常模，也成為所謂現代社會維持某種特殊男女權力關係的基本單位（Bordo, 1993；Hobsbawm, 賈士衡譯, 1997：279-316）。就「區域化」的面向來說，理性的思維顛覆了原本存在東方社會的政治經濟結構，但父系社會中具權力者的性別分工慾望卻成了奠立現代社會的基礎，使得女性角色成為台灣與中國彰顯傳統文化時最具特色的部份之一（呂秀蓮, 1990；楊翠, 1993：10；Broadwin, 1997）。這其中，現代男女社會性別角色的奠立，或許是台灣在進入現代「全球化」和「區域化」過程中與歐美共通的文化經驗（周慧玲, 1996；De Lauretis, 1987）。這與生物性別不同；在日常生活中多數人都會同意，某些時候或某些男人具有女性的特質，反之亦然，更重要的是，日常熟悉的社會性別角色也常依隱喻或明喻的形式，描繪不同族群、階級、性別等社會類別（Parker et al., 1992；Jordan & Weedon, 1995）。此時才可更深刻地體會，現代男女的社會性別主要不是因生物性別而決定，而是由權力不平等的關係來界定。可見的是，擁有權力者的表現多符合社會性別中的男性，而居權力劣勢的人的表現則多被歸類成社會性別的女性。啟蒙運動的理性原本就為許多思想家界定成男性的特質（Bryson, 1992；Shanley, 1991）。在台灣父權政治體的現代化過程中也延續並合理化既存的性別不平等關係。為求瞭解台灣現代父權政治的演變，不能不留意台灣的國際關係在全球現代化的過程中，與主流政治變遷的互動。

在頌揚多元認同的今日，本文著重「全球性」的觀點，意在支持Spivack對系統性的權力不平等關係保持警覺（Spivack, 1988）。在此提醒大家，醫學也是這類系統之一。形塑這類全球性系統的首要動力在於雙元革命後的歐洲文明，其中政治經濟關係扮演著舉足輕重的媒介（Hobsbawm，賈士蘅譯，1997）；然而，號稱自由主義的國家，為何內有種族歧視、外有殖民擴張呢？性別不平等關係又如何延續？文化認知是形塑新國際關係不可輕忽的力量（Cooper & Stoler, 1997；Hobsbawm，賈士蘅譯，1997：279-316），但也須留意每個社會在現代化過程中都蘊涵著不同的趨勢，也可能造成截然不同、甚至相衝突的社會結果（Tilly, 1984）。Hobsbawm撰述西洋現代史時即提醒我們，社會分工或富裕的生活已開創出女性就業、交遊、或公共參與的機會，然而醫療專業化的過程卻再度剝奪女性公共參與的機會，而極端威權的家庭分工特質也容易成為男女職業類別或專業分工的形塑基礎（Rothman, 1978；Hobsbawm，賈士蘅譯，1997：279-316；Fraser, 1989）。傅科提醒世人，醫學論述所寓含的學術政治複雜關係，是個依權力不平等關係來排除其它代表不同社會文化經驗論述的結果（Foucault, 1975, 1977, 1979）。後殖民學者薩伊（Edward Said）接續指出：類似論述的發展是以一個特殊的人際組織關係為基礎，排除它種論述的可能後，造就了近現代殖民帝國的特色——依學術政治論述的發展，合理化西方帝國對殖民地的壓迫，也提供帝國內統治者以階級、性別、種族等社會類別造成社會中不平等權力關係的權力基礎（Cooper & Stoler, 1997）。如果民族國家文化是由西方理性思惟和本土經驗於歷史脈動中融鑄變遷（Fanon, 1967；Chatterjee, 1985），那麼醫學之進入本地社會，也可能受國際主流視野的影響而呈現具時序性的演化模式。與歐洲發展經驗不同的是，模仿「成長」的現代化過程中，醫療政策的推行將與本土歷史文化交錯而呈現混雜的形式（Chatterjee, 1985；Bhabha, 1994：85-92）。如何整體地來思考現代史中主要醫療政策所蘊涵的父權政治邏輯與性別不平等關係，是本文欲解決的課題。

回顧歷史，Hobsbawm 認為過去是一個凝聚的整體，而非如國別史、政治史、經濟史、文化史等等許多單獨题目的集合（Hobsbawm，賈士蘅譯，1997），這與柯林烏（Collingwood）在《歷史的理念》一書中所主張的相符。

歷史擁有其自成發展的主體性，其內在邏輯也可為人類知覺感性所體會；它並不倚賴任何世俗場域定義下的權威，包括具權力所代表或公認的史料，也不倚賴零碎片斷之歷史人物或研究者的記憶。記憶與歷史之別在於——過去，在記憶中只是一番景象，在歷史中則是在現在的思想中重演的東西。唯有當人們「歷史地」思考歷史事件的時候，才稱得上是歷史證據，否則，它只是被知覺到的事實——歷史的啞巴。而歷史家透過先驗的想像，為它的主題，進行構圖，企圖達到前後條貫且連織的圖案、一幅可理解的圖案。（王億雯、蔡篤堅，1998，引自 Collingwood, 1956，陳明福譯）

如此的歷史書寫，自然成了思想史的表現，蘊涵著理論整理的功夫。進一步以如此的知覺感性為基礎來描繪新政治經濟趨勢中演變的現代文明，Hobsbawm 做了一個結合理論建立和歷史書寫的範例（賈士蘅譯，1997）。然而，Hobsbawm 建議我們將其著作視為一個理論的展現時，本文並不同意他讓讀者透過沒有清楚導引連貫的章節來追蹤同一主題的作法。筆者認為解構傳統馬克斯主義史學，以多元、多變的方式鋪陳歷史風貌，是史學創作和思想上重要的一步；筆者更主張以更具彈性的理論導引來與讀者對話，建立整體的時代感依然重要，故決定採用文化研究的典範作為瞭解歷史的嘗試。

霍爾描繪當今文化研究探究文化內部機制和歷史脈絡時的兩個典範，可供我們進一步了解醫療政治的內涵（Hall, 1996）。其中，文化主義者的典範源自英國學者威廉斯對文化馬克斯主義者葛蘭西文化霸權概念的再詮釋，強調霸權本身為一蘊含內部衝突的不平等權力關係之形成過程，於每一時地的文化變遷瞬間形成一整體式的支配結構，而主流支配文化、新興文化、殘餘文化的遞嬗過程鋪陳了歷史的脈動（Williams, 1977）。另一類為源自阿圖塞的結構主義

典範，延續馬克思基底和上層結構的模型，視文化內涵為多重互動抽象社會結構之不平等關係所構成（Althusser, 1970；Grossberg, 1983）。文化主義者認為，經驗是一切文化形成的基礎；結構主義者則認為經濟是最終的決定因素。霍爾採取文化主義者的典範後，仍強調保留結構主義的多重結構觀點來分析權力不平等的文化內涵，並以站在葛蘭西為弱勢舌喉的有機知識分子立場，來介入當代主流的文化變遷（Grossberg, 1983；蔡篤堅、李玉春，1997）。如此的理論視野不僅導引我們重訪醫療政策發展史，也幫助我們選擇合適的面向，以對性別權力關係更為警覺的立場來分析台灣醫療政策，深入瞭解醫療政策本身與主流政治的互動關係。

首先，我們重視的是父權政治如何在醫療政策論述與政治公共領域所代表的主流政治論述互動中形成。蔡篤堅、李玉春即以傅科（Foucault）的《政府論》為導引架構，詮釋分析台灣醫療政策與主流政治的互動過程。指出台灣醫療政治發展的歷史脈絡，乃是歷經了統治者所塑造的主權國家、主權－財務管理、主權－財務管理－市場國家的政府統治模式，和醫師融合市民社會變遷脈動所塑造的科學紀律、科學紀律－財務協商、和科學紀律－財務協商－社區統合導向的社會組成模式等等歷史轉折；這些轉折也凸顯了台灣現代化過程中社會發展和國家統治間的緊張關係。此研究延續蔡篤堅依哈伯瑪斯（Habermas）公共領域的概念來分析詮釋台灣主流政治民族認同的變遷（Habermas, 1989，蔡篤堅，1996），著重文化差異並注意到民主運動與民族認同形塑的關係，但因錯過對公、私領域互動關係的探究，也使得這研究淪入「性別盲」的缺陷。更重要的是，當代女性主義者 Fraser 以私領域中性別不平等關係的視野重訪 Habermas 的理論時發現，公領域的性別不平等關係源自私領域，而公領域中的性別分工又與私領域互動而形塑了整體的性別歧視機制（Fraser, 1989；Calhorn, 1992）。而蔡篤堅、李玉春陳述醫療政治發展的脈絡中究竟呈現了什麼樣的性別不平等關係和社會性別內涵，是本文探討的第一面向。

其次，探討台灣的醫療政策，不可不反省終戰後，尤其是退出聯合國之後，台灣的統治者與知識份子以較無質疑的態度模仿美國的政策，以帶引台灣走向現代化的歷程（蔡篤堅、李玉春，1997；蔡篤堅，1998a）。本地官僚知識份子在政策模仿的同時，有意識或無意識地創造了先進國家指標數值為優、而落後國家指標數值為劣的現代發展階梯；未開發國家被類比成嬰兒、孩童在同一端，已開發國家和成人在另一端。這階梯式的認知標繪勾勒出一種極為特殊的價值，卻在視數據指標為客觀性可靠判準的社會科學研究中，使得政策研究者將自己的心靈安穩地放在所謂「被肯定而無爭議的」白種人對東方世界的殖民懷舊思緒中（Fanon, 1967）。這樣的認知階梯也將一切模仿挪移西洋典章制度來制訂醫療政策的嘗試合理化，以致於誤將其他國家於特殊歷史情境中成就的政策視為普遍真理，所延續的不僅是外來政權統治下國家與市民社會衝突的文化政治邏輯（Tsai, 1996；蔡篤堅、李玉春，1997；蔡篤堅，1998a），也賦予父權政治新的意涵和生命（王億雯、蔡篤堅，1998；蔡篤堅，1997）。最顯著的例子便是世界衛生組織的 Alma Ata 宣言對我國 1980 年代以來的衛生政策演變有著深遠的影響（葉金川，1993；衛生署，1989）。藉由 Alma Ata 宣言來探討國際主流思潮與台灣醫療政策思想之關係，是本文探討的第二面向。

最後，我們將檢視「性別盲」的國家衛生政策施政理念，反省其所蘊涵的以政經考量支持父權統治轉變及延續的統治機制。這是本文作者延續過去研究年金政策所蘊涵性別不平等關係的心得，以檢討當今醫療政策的發展趨勢。根據王億雯、蔡篤堅對國民年金的研究，發現國民年金浮現公共領域的過程呈現了一個由下而上、由邊陲而中央、反父權政治、卻又促成新父權政治的歷史脈絡。就主流父權政治的轉型而言，執政黨呈現了黨政官僚為主的「家天下」父權統治的「恩賜」福利觀，轉變為以財經官僚為主導之父權統治的「財務管理、預算控制」福利觀。在民進黨方面，面對選戰的壓力，使得具「福利國家」建立視野的年金政策推動，轉變成純粹為

勝選的宣傳對抗，失去了整體性觀點的年金視野，讓父權政治成為重塑年金政策的基礎。在不自覺的主流政治掌權思維中，資深者和男性常被賦予決策的特權，而年資和性別差異所蘊涵的權利不平等關係，是父權政治結構形塑及維持的基石（王億雯、蔡篤堅，1998）。蔡篤堅、李玉春的論文也指出，看似客觀中立的醫學準則往往無可避免地承載某種文化價值偏見，因此呼籲我們不應再視科學為普遍的真理，而現代化過程中、支持某種國家統治模式的科學宣稱，不過是欲達成科技官僚或財經官僚等等不同統治方式的藉口。衛生署長詹啟賢於1998年二月，在衛生署的機關刊物《衛生報導》中提出了他的「衛生政策基本理念」，當前行動內閣所持的這個衛生政策施政方針究竟隱涵了什麼樣的政經權力關係？對性別權力關係有何影響？其間又蘊涵了什麼樣的父權政治轉變？是本文探討的第三個面向。

藉由探討醫療政策主流政治互動、國際主流思潮對台灣政策內涵的影響、與當今財經內閣衛生政策的理念等三面向，本文將鋪陳台灣醫療政策中所蘊涵父權政治演變的脈絡，和現時性別不平等權力關係的機制。據此，本文將重訪前述代理孕母的討論，瞭解什麼樣의思想和社會機制支持開放代理孕母的施政方針？代理孕母與當前醫療霸權呈現了什麼關聯？而意圖打破現時性別不平等權力關係、挑戰父權統治的人們又可由哪些角度來重省代理孕母政策？

三、研究方法

本文的研究主題為醫療政策的論述，父權政治則為本文欲探討的理念型概念。了解其於不同的歷史變遷發展過程中意義的轉變，尋找此理念型概念的內涵，並分析建立其轉變的社會機制——前述三個研究面向也導引我們選取分析對象：人口計畫實施初期性別關係的轉變，Alma Ata 宣言與辦理群體醫療中心計畫蘊涵思想的關聯，及署長所擬的施政理念分析。這三個案例的選擇分別滿足本研

究的歷史學目的和社會科學目的。就歷史學目的而言，人口計畫實施的時間為 1950-1970 年代，Alma Ata 宣言對國內衛生政策產生影響則是 1980 年代到 1990 年初期，而新內閣的組成及署長的上任，則是 1996 年才發生的事件，延續性構成了本土醫療政治發展的脈絡。但如傅科於《政府論》中所呈現的，前個歷史時期存在的機制會延續至下個時代，然而新的社會機制也持續形成，與舊機制混成為新歷史時期整體政府的統治機制（Foucault, 1991；蔡篤堅、李玉春，1997）。如此的概念也導致本研究所重視的社會學科面向，從主流政治的轉變、國內與國際衛生思想的關聯，和新形成的醫療文化霸權等三個方向，來瞭解醫療政策所蘊涵的父權內涵和機制，以便進一步分析代理孕母政策爭議的意義。

本文採取「介入社會」的立場發展學術，我們應自省式地反問自身，如此學術客觀性的基礎何在？回顧現代人文社會學科，嘗試找尋客觀的意義，發現在以社會學、歷史學、和文化人類學為代表的現代學科思想中，客觀性常與科學的概念合在一起談，指的是由研究者跳脫個人層次的主觀偏好，站在社會系統性的角度來分析、了解問題（王晴佳，1998；Appleby & Hunt et. al., 1994；Keith Jenkins 著，賈士衡譯，1996；Clifford & George, 1986；McDonald, 1996；Somers, 1992）。韋伯和涂爾幹方法學的對話所代表的是詮釋學派（interpretative school）和實證主義（positivism）對客觀性不同的認識（Morrison, 1995；Somers, 1992；蔡篤堅，1998b）。而於 1970 年代蘊育，1980 年代發展的當今美國政策研究深受實證主義的影響，將科學客觀性定義為自然科學邏輯下的量化研究，如此的科學觀點與本世紀初務實主義的科學觀非常不同（Seigfried, 1996；蔡篤堅，1998a；蔡篤堅、李玉春，1997）。如此的研究將一切的社會現存現象視為合理的存在，無視其背後蘊涵的意義及不平等的權力關係；並以研究者主觀架構出來的「因果關係」，視為分析社會現實的全部，沈淪於研究設計之時便已預設結論的「套套邏輯」之中（Harding, 1991；蔡篤堅，1997；蔡篤堅，1998a）。更重要的是，對

證據資料的狹窄定義也排除了研究問題設定的方向，現實的研究工業已與維持現實社會不平等關係統治方式同為維繫當代文化霸權的重要機制。如此的學術政治關係剝奪了所有以多元認同為基礎的知覺感性關照社會的可能，也排除了分析性別不平等關係的可能 (McDonald, 1996；Clifford & George, 1986)。

本文於陳述問題與理論回顧時，特別強調東西方歷史脈絡的意義及學術論述的可能性與限制，並以於現代化趨勢中呈現本土特殊的歷史脈絡為首要關切。其次，本文以跨學科的方式從事研究，此原則的要旨在於回應前述：文化為整體性概念，社會現象不可如自然科學般切割來分析，因此必須打破學科畛域以對社會有一通盤的瞭解。本文所持的結構概念不同於結構主義者採多元決定論時，仍認為經濟為最終決定因子的看法。在多變的文化場域中，本文認為任何結構的內涵和範圍應與時俱變，必須採文崇一、Pernick 等認為歷史應先於理論的原則，來分析結構 (Pernick, 1985；蔡篤堅, 1998b)。就方法學而言，我們採用所有相關學科的研究成果為二手資料，來鋪陳整體的文化風貌和歷史脈動，以便深入瞭解醫學政治論述在社會整體和歷史脈動中的處境。在本文中，郭文華對台灣人口政策的性別意涵分析，及 Navarro 對 Alma Ata 宣言的質疑，成為我們重要的依據。

最後，本文分析衛生署長的施政理念，並將此文件置於連蕭新政權興起的現時政治場景，主要在探尋可供介入不平等權力關係的施力點。這是尋找醫療政策與主流政治互動中形構之制約和反抗的節點 (Foucault, 1977；何春蕙, 1996)。欲尋求有效的介入，不僅需要深入地探尋歷史變遷過程的意義，也應藉由分析來建立適當的理論視野。於本文中歷史書寫和理論建立相互依恃，每一階段醫學政治論述的探究可歸納出父權政治的性質，此性質又再度成為了解下一階段歷史演變的基礎。本文透過下列四個特徵的敘事重建過程——(1) 局部的相對性 (Relationality of Parts) 的思慮 (2) 因果情節編排 (Causal Emplottment) (3) 選擇性地運用 (Selective

Appropriation) 和 (4) 對時序、次序和空間 (Temporality, Sequence, Space) 的考量——建立起一組合適概念的敘事 (或稱分析的敘事) (Somers & Skocpol, 1980; Tsai, 1996)。在這樣的理念型概念中，歷史建構的過程也同時是理論化 / 理論建立的過程 (Somers, 1996; Somers & Skocpol, 1980)。

四、醫療政策與主流政治中的性別變遷

終戰後台灣主流政治可視為一個新中國民族國家重塑與建立的政治實踐。如同 Fraser 提醒我們的，如此的民族國家的公共領域，隱涵著由家庭 (私領域) 引伸的性別分工 (Fraser, 1989)，然而，這與全然由男性握有一切公共領域發言權，女子無才便是德的儒家傳統相當不同 (呂秀蓮, 1990)：不論是個別或者是以集體的形式呈現，女性在公共領域中有著一定的角色和地位。當時的第一家庭中，兩位對現代中國在台灣極具影響力的人士——蔣中正與宋美齡，對婦女在「反攻復國」大業中的角色認知卻有相當大的差距 (郭文華, 1997: 63-106)。1950 年 4 月 17 日，在中華婦女反共抗俄聯合會 (簡稱婦聯會) 的成立大會上，蔣介石的訓詞裡就對婦女的時代角色有三點具體指示：

「(首先) 婦女應在家督促她的父兄夫子反共抗俄。其次是共匪要破壞政府，必先破壞家庭。因此，婦女更要小心提防，檢舉匪諜。三是因國家需要反共，所以主管家庭的婦女，要格外勤勞節儉，以節約消費。」(黑體字為作者所加。郭文華 1997: 68)。¹⁰

在蔣介石眼底，婦女的活動範圍和關心國事的施力點應侷限於家庭。然而當時蔣宋美齡的致詞和大會安排婦女議題討論的方向，全都著重團體的公共領域參與。在這層次，宋美齡說明「婦女工作

¹⁰ 原文見張默君校訂，台北中華文物出版社出版之《蔣夫人與中國婦運》，1958

可分成宣傳，慰勞與組訓，包括各種勞軍、肅清匪諜、推行國語等各種公共活動。」（郭文華，1997：68）。在如此的婦女參政視野中，台灣的中國第一家庭的統治策略呈現了一個特殊的家國分工組合。第一家庭的父親蔣介石領有黨政軍等具強制性質的國家體系；母親宋美齡不僅於以美國為主的國際媒體上扮演支持夫君抵抗中俄共產赤焰的角色，其於國內婦聯會系統下達村里的動員網也成為婦女動員及干政的基石。而身為人子的蔣經國藉由中國青年反共救國團的成立也掌握著另一股動員勢力（黃嘉樹，1994：9）。主流政治呈現如此的家國統治模式，是歷史的產物，其內容和內部蘊涵的權力關係，也會與時俱變。

家國形象互換，譜成了執政當局建立公共形象的全部。誠如郭文華指出，第一家庭成了模範家庭，蔣介石、宋美齡也成了全國人民的父母；除了 50 年代的蔣經國扮演謙卑孝順的角色外，是沒有公共聲音的（郭文華，1997；黃嘉樹，1994）。當民族主義學者 Anderson 以印刷資本主義一辭，強調現代媒體為形塑國族社會群的基礎時（Anderson, 1983：1-46），我們可進一步看到 1950 年代中國民族國家在台灣的另一種意義。西洋維多利亞時代的「男主外、女主內」、一夫一妻制的核心家庭，成為此一新中國的模範。家庭分工的意義也在現代媒體技術與現代國家建立過程中成為統治階層性別分工的機制。經過黨、國、婦女、與救國團等等現代人民管理和動員系統的運作，延續帝王譜系的家天下思想——以「堯、舜、禹、湯、文武、周公、孔子、孫中山、蔣介石」為名——在台灣的現代中國保留了下來。所不同的是，女性在此家國體系中有著集體參與的媒介，有著蔣宋美齡所開創出來、脫離家庭制約的現代「母儀天下」社會角色。

形塑此主流論述中「母儀天下」的女性角色，不可單獨歸因於蔣宋美齡個人，而應著重她於國際政治結構、和台灣中國兩地歷史脈絡呈現的可能性與限制中，如何開創個人及社會婦女角色形塑的契機。1950 年代的美國政局，麥卡錫主義的恐共狂潮，逐漸成形

的冷戰局勢中的中美關係，及那時美國當局認為蔣介石該對戰局惡化負完全責任，是重要的時代背景（Department of State Publication 3573, USA）。此際於美國遊說的蔣宋美齡倚仗著優異的古典英文，於美國國會演說中及知識菁英依賴的媒體上，告訴人們一個深受基督教洗禮的柔順中國女子準備返鄉支持她的夫婿蔣介石，抵抗對自由主義及基督教世界深具敵意的共產赤焰¹¹。儘管這在新掌握世局之美國帝國主義的東方想像中（Kaplan and Pease, 1993），文化意涵值得另文深入探究；但美台關係成為宋美齡在台灣塑造新女性形象的重要支持力量卻是可理以解的（黃嘉樹，1994）。

而區域歷史脈絡中，性別關係的演變也同受國際政治的影響。於霍布斯邦所稱的帝國年代中（1880-1914），一方面，婦運爭取男女平權的政治保障；另一方面，主導世局變遷的列強在人口成長銳減的壓力下，產生對母性角色的重視與保障，造成各國主流政治對性別議題（尤其是母性角色）的重視（Hobsbawm 賈士蘅譯 1997；Valerie, 1992；Bock & Thane, 1991）。這波風潮也影響在歷經革命的現代中國以及日本統治下進行現代化的台灣；由國共兩黨 1949 年後的統治模式來看，歷經五四文化運動後的中國，對於女性在公共領域的地位已然肯定，只是方式不同。

如果說，宋美齡「母儀天下」是國民黨家天下統治的表現形式，採行人民公社抹煞女性特徵的勞動生產隊模式則成為共產中國女性公共角色的常模；兩地女性的自覺，在兩種不同的中國國家論述中，以不同的方式臣服於主流政治。蔣介石、蔣宋美齡所代表的民族主義中國將男尊女卑的家庭性別角色擴大為公共領域的性別角色分工，共產中國則以男性特徵為國民楷模，以消除女性的特徵來落實男女平等的社會政治實踐（Chou, 1997；周慧玲，1997）。

在台灣，女性自覺的概念也普見於台灣新文化運動中的公共論述，但台灣女性自覺的論述較少於對文化運動中所代表國族論述的

¹¹ 這段落受惠於與周慧玲討論蔣宋美齡於中國婦運史上的地位，於此致謝。

質疑，《民報》呈現男女知識份子眼中進步女性的觀點，和女性本身參與文化啟蒙運動的角色看來，仍存在思想與行動間的落差（楊翠，1993：10）。若以謝雪紅「先為台灣人，次為台灣女人」的公共參與角色來看（陳芳明，1991），男性主導的民族文化形成但也限制了女性自覺、甚至女性公共角色發展的內涵及可能。伴隨二二八及白色恐怖的統治方式阻隔了台灣女性自覺發展的脈絡，宋美齡的「母儀天下」楷模遂成為主流論述女性的模範角色。¹²

中美關係和第一家庭組成的統治體系建立了「母儀天下」的女性社會性別角色；女性公共參與的基礎，女性的社會意義和公共參與，也隨著中美關係內涵的改變和第一家庭內部的權力關係而改變。換句話說，來自美國經援的管道、人口科技政策的發展、蔣經國地位的崛起、與人際關係的建立，都促成了主流政治性別內涵和關係的轉變。二次戰後的美國帝國主義，對科技、教育、人口控制有著全球性的視野，美國的利益，除了政經考量外，還有包括民主制度、科技發展、人口控制方式等等的國家統治方式輸出（Kaplan & Pease, 1993；Tsai, 1996a）。醫學也因緣際會地結合經援，改變了主流政治的權力關係，也改變了「母儀天下」的婦女角色。這方面最主要的是醫療專業權力與地位提昇的同時所伴隨的婦女參政空間的縮減。

當社會動盪時，婦女的公共領域參與空間常隨之擴大，以發展面對社會問題的集體策略，但醫療專業的興起又常將婦女開創出之新領域，如婦幼保健等，重新規畫為男性主導的專業範疇，（Rothman, 1978；Hobsbawm, 1997）。在 1950 年代「母儀天下」為主流政治常模時的台灣，蔣宋美齡發起由衛生專家、社會名流和先進婦女組成的「環境衛生推行委員會」，到了 1960 年代卻為省衛生處取代即為一例。（郭文華，1997：125；行政院衛生署，1995：756-758）。舒子寬主導的中國計畫家庭協會推行家庭計畫的功能，在許世鉅的

¹² 本段落完成受惠於與周慧玲合開之「性別論述與女性主義」課程，及和周慧玲討論中國台灣婦女運動史，僅此致謝。

策略運用下，亦由醫學和公衛領導人組成的「中華民國婦幼衛生協會」所取代，則是另一個實例（郭文華，1997：121-131）。

在美國支持台灣醫學及公共衛生現代化的經援和學術交流脈絡下（熊秉真、江東亮，1990；Tsai, 1996a），女性的公共參與由計畫的指導者轉化為低層的家庭計畫訪視員（中華民國婦幼衛生協會，1994）；而原本可系統性反應女性對所推動避孕措施不舒服經驗的公共領域網絡也被剝奪了（郭文華，1997）。文化運動後的台灣民間社會的菁英階層似乎不見類似中國的女性公共領域參與空間，在由本省籍人士主導的醫療界，文化價值更左右了女性參與公共領域的可能。成令方的論文即指出，女醫學生因須從事家務而被台大醫院剝奪擔任內外婦兒科醫師的機會（Cheng, 1997）；而在醫學擴大版圖的社會中，助產士執業人數加速銳減，女性獨力執業的空間更為減少（Wu, 1996）。在主流政治上，伴隨蔣經國崛起執政的科技官僚，如民間專業的成形與壯大，更攔阻了1960年代後的女性公共參與空間與機會。

五、Alma Ata 宣言挪用於台灣的影響

回顧1950-70年代，透過美國的經援與主流政治中醫療公共衛生專業地位的建立，使得婦女由家庭計畫、婦幼衛生等公共領域的政策規畫領導者，降為男性為主的醫療公衛專家引領計畫之低階執行者。在這過程中，宋美齡代表公共參與的「母儀天下」形式已然不再為模範，女性角色不僅被制約成男性的支持者，也再度侷限於家庭。這是呂秀蓮於戰後首度號召新女性主義時的社會背景（呂秀蓮，1990；顧燕翎，1989）。如前所述，國家現代化的過程中，現代醫療體系建立的過程導致女性集體或個別公共參與的機會被直接或間接地剝奪；1980年代，國內學者專家與衛生技術官僚依循 Alma Ata 宣言的原則，以國家力量重塑國內醫療體系的努力，不僅加重了國內醫療政策對國外典章制度的依賴，也重塑了由上而下決策的父

權政治內涵。

中美斷交後，台灣對美國衛生政策的依賴是透過本地知識份子促成的。終戰後，美國透過經援，系統性的替代了台灣日據以來的醫學教育體制、教材、乃至製藥工業（熊秉真、江東亮，1990：27-67；Tsai, 1996a）。前述人口計畫的推行，可視為促成台灣醫療衛生現代化的本地知識分子意欲師法美國典章制度，主導國家政策重大的一步。在過程中，許多開發中國家也成了解決美國自身社會問題，政策研擬的實驗地（Tsai, 1996a）。1960年初，結合人口學和經濟學在台灣從事醫事人力規畫的大規模調查，都是台灣和美國學術界依賴關係歷史脈絡下的作品，然而這項研究也因美援的終止而無實際政策上的影響力（Barker & Perlman, 1967；Tsai, 1996a）。1970年代本土的公衛學者重複這一計畫，有著二方面的意義：一方面，藉由醫事人員與人口的比例，確立了台灣在現代化的階梯中有可計算年限的落差——台灣較美國發展落後約廿年。其次，如此的發展落差，可藉由移植或引用現代國家（尤其是美國）相當發展階段時的政策加以彌補¹³。

誠如葉金川於1990年代回顧時指出

「世界衛生組織和聯合國兒童基金會，於1978年在前蘇聯哈撒克共和國首都阿拉木圖（Alma Ata），宣示公元2000年全人類達到健康的目標，並且希望以基層醫療保健為手段，呼籲各國政府允諾達到此目標。世界各國對於這項宣言，都在實際推動執行中。當然我國也深深受到這種觀念和趨勢的影響，正朝向健康人權，和整合性健康保險的目標前進。」（葉金川，1993：112）。

葉金川說明了此宣言自1980年以來至今日對台灣醫療發展影響至鉅。阿拉木圖宣言在台灣能有如此影響，是台灣退出聯合國和與美斷交後，在蔣經國面對鄉土文學論戰、中壢事件等本土勢力的挑戰，新一代的知識份子和科技官僚在台灣建設現代中國的歷史場景

¹³ 沿用蔡篤堅博士論文訪談資料（Tsai, 1996c），訪談日期為1994年8月12日。

中所鋪陳的契機。1982年後，政府依序實施的「加強基層建設，提高農民所得方案—醫療保健計畫」、「醫療保健計畫第二期計畫」及籌建醫療網計畫，Alma Ata 宣言皆為政府落實的理想，落實基層醫療保健的措施（行政院衛生署，1989：1）。而在當時主事官員和參與的學者眼中最能代表 Alma Ata 宣言的，即為群體醫療中心的試辦與實施，藉由新機構伴隨的分紅獎勵等新措施，政府意欲解決長期存在又難以解決的偏遠地區醫療資源不足的問題。

在全球現代化的過程中，不論是由國際衛生組織的觀點，揭櫫「人人擁有健康」的原則或理想，或是在國內參考西洋的醫療措施典章制度，尋思國家建設的方向，皆是可取的。可是重要的差異是，我們是站在什麼立場或觀點來了解或促進人群健康，這樣的立場或觀點在國際社會或國內環境代表了什麼樣的權力關係，而決定採行的策略又有何意義。1980年代，西方學者對於 Alma Ata 宣言所處的歷史情境，有著相當的質疑。Navarro 提醒我們，Alma Ata 宣言發佈時的歷史情境：（1）1978 年全球有 8 億人口處於赤貧的狀態，小於 5 歲小孩的死亡率佔世界總死亡率的 1/3，低度開發國家中，有 1.1 億（相當於廿顆原子彈爆炸的人口數）的 5 歲以下小孩死於飢餓、營養不良，和傳染性疾病。（2）低度開發國家中有 80% 的人口群無法獲得任何個人的醫療照護，而這些國家所能提供的環境衛生照護，也在快速的減低當中。更重要的是，Navarro 提醒我們，考慮衛生水平必須放在整體政治經濟發展的歷史脈絡中（Navarro, 1986：212-213）。

就 1980 年代而言，在衛生官僚的眼中，台灣早已「超越」了 Navarro 所描述的普遍貧窮、傳染病流行、營養不良的發展階段。當時困擾台灣的是自小康運動以來偏遠地區長期缺乏醫療的問題，而更為難堪的是，長期以來利用大醫院支援偏遠地區衛生所的努力總是無法獲得村民的支持，然而較依民間自發性力量形成的貢寮鄉衛生所和鹿谷的農會醫院卻成功地立足於醫療不足的地區（Tsai, 1996c）。建立新式的醫療診所似乎不成問題，但如何獲得偏遠地區

民眾的信賴來解決該地的醫療問題，成為當局在實施大規模醫療體系整建前的主要考量。依 Navarro 所言，醫療衛生政策的拓展應考量整體政治經濟發展的歷史脈絡，本文認為，文化認知演變的脈絡也應予以並重。

一般相信經濟發展可帶動國內健康水準的全面提升，但 Navarro 和國內學者江東亮都舉出相反例證。Navarro 以伍氏對巴西首府聖保羅的研究（Wood's Study）為例，說明 1960 到 1970 年間的經濟快速成長期，也就是人稱的「巴西經濟奇蹟」（Brazilian Economic Miracle）事實上是大多數人口群遭致工時延長、工資降低、國家健康整體消費比例大幅下降（由 1969 年的 4.6% 降至 1977 年的 2.4%），而財富卻往布爾喬亞階層集中的結果。這些趨勢造成了國家總體經濟發展和新生兒死亡率同步增長的情況（Navarro, 1986：213）。江東亮研究近年來台灣健康水平的演變趨勢，發現國人的健康指標的差異隨著貧富差距而迅速擴大，死亡率也隨著貧富差距的地理分佈出現北部優於中、南部，更優於花東和離島的情境（江東亮，1998）。巴西過去的發展和台灣近年的經驗皆提醒我們，國家經濟發展並不能保障國民健康水平的全面提昇，應著重的是整體資源分配不均的問題。

可是認識資源分配不均是一回事，如何了解資源分配不均的因果關係，進而發展行動策略，則是另一回事。Alma Ata 宣言主張以合作代替對抗，強調已開發國家和低度開發國家有共同利益，應消除意識型態的對抗，以共同消滅貧窮。這是站在握有資源、政治經濟權力處於優勢地位者的期望。身為馬克思主義醫療經濟學者的 Navarro 指出，現時世界人口健康的問題在於造成整體資源分配不平均的世界關係中，少數人控制了大多數的資源，而大多數人只擁有少數的資源；在未面對資源分佈不平均的前提下，雙方的合作只是從握有多數資源之少數者的角度來共謀國家或世界的發展而已（Navarro, 1986：218）。蔡篤堅藉由台灣和美國衛生政策的比較，研究醫師公共認同的轉變發現，如此的制訂政策未能針對資源缺乏

者的需要解決問題，反而延續了台美二個不同的歷史脈絡中既存的衝突（Tsai, 1996c）。因此資源多寡的考量、與多元認同之需要兩方面的重視，代表對權力不平等關係的破除，是衛生政策形塑時不可缺少的。Alma Ata 宣言合理化了一種獨特的醫療政策的形塑模式——應向外國學醫療制度，而非向本土性別、族群等不同社會類別的人口群探尋需求。然而如何了解這權力不平等關係，又如何打破呢？

Navarro 提醒大家 Alma Ata 宣言所代表的新國際關係，也同時突顯了其中的困難。他認為過去東西對抗的歷史場景已然轉變，但南北貧富差異也不是新世界問題的徵結，重要的是一個新的世界資本主義市場形成了。這市場是由同一民族國家社會內的剝削，和國際交流的運作機制形成，是由一個了解自身利益，橫跨已開發國家和未開發國家的資產階級所構成的。在這國際環境中，Navarro 強調「世界人口蒙受瘧疾、貧窮、未開發的原因在於（國際體系的）階級關係和階級剝削」（Navarro 1986: 219）。我們不見得需要接受如此的世界階級的宣稱，但由國內衛生界的菁英對這項宣言的執著程度而言，整套醫療發展架構確有著與國際政經強權的現代化醫療觀扣聯，逐步參考美國為主的醫療政策，合理化管理者由上而下從事政策制定的位階與立場，從而排除本地由下而上歷史脈絡之思考可能性的社會效果，亦強化了以醫學為名的父權統治基礎。

儘管 Navarro 對世界資產階級的宣稱仍有爭議，階級的意識、位置、內涵、範圍本來就是個值得多方探討的主題。但是將宣言看成一個思想產物，由有機的知識分子塑造，有著整合區域和全球權力優勢者利益的效果，是 Navarro 給予我們重要的提醒。如果我們引申將此思想視為足以左右世局的文化霸權，Navarro 無疑擴大了我們侷限在民族國家層次上的思考，有助於將霸權的概念引申至國際關係的探討。然而這對台灣主流政治的統治模式及醫療政策等形塑的內涵效果有何影響呢？這些影響又開創及排除了台灣醫療政策什麼樣的發展可能？今日回顧，Navarro 對 Alma Ata 宣言的質疑又提醒了我們什麼樣的思考呢？站在質疑父權政治的觀點，我們又應如

何思考衛生政策？在此我們反省 1980 年代的主要衛生政策，尋找 1980 年代台灣衛生政策施政理念中與宣言所代表的醫療霸權相符之處，並藉由討論 Navarro 對宣言的質疑，反省本地醫療政策發展的脈絡。

首先，國內的醫療政策與 Alma Ata 相似，都在不改變目前權力關係的前提下，注重組織和科技改變的需要。Navarro 以婦女為例，他反對宣言主張婦女同時從事農業操作、家管和照顧小孩及嬰兒時應利用工具來減輕負擔、增加生產力；也抨擊宣言所認為的，婦女亦應充實營養的知識以便合適地運用可獲得的資源來撫育幼兒。在這裡，婦女飽受壓迫的社會角色再度被宣言視為理所當然。Navarro 明確地指出，在赤貧的環境中，要求婦女運用技術，補充知識，以照顧幼兒，無異是緣木求魚（Navarro, 1986：223）。除了貧窮、權力不平等的關係外，婦女的角色和地位也是問題的根源，我們更應同時注重婦女和階級的重要性。婦女的存在，不應只為小孩，也為她們自身。而健康資源的有無，不僅止於貧富，也存在權力的有無，否則再有財力的家庭婦女，也無法滿足其所需。承認任何存在的社會價值與權力關係，是與台灣社會政策制訂的常模相符的。而在台灣，類似的論點出現在群醫中心計劃在護理人員配置的思考上：

本項措施雖然每個社區（平均 3.8000 人口）需要配置的兩名護產人員，但就成本效益而言，仍是最經濟可行之方法，對於需長期治療或久佔醫院病床之慢性病患者，利用我國固有家庭倫理特性，實施經濟可行之居家護理服務，代替高費用之住院治療，發揮醫療人力設施之高度功能，更能使醫療服務工作深入「家庭」；同時，透過各項預防保健及協助輕度疾病治療服務之效果，可減少社區民眾之醫療需求，緩和當前及未來醫師缺乏現象。¹⁴

新社區醫療問題浮現後，女性的居家護理人員成為經濟可行的對應方法，而偏向加重女性負擔的家庭倫理也成為推行居家護理的

¹⁴ 行政院衛生署 1989：頁 20。

主要理由。

其次，完全信任醫療專業成為宣言與國內醫療政策的另一個相似點。而衛生所原本的處境於群醫中心計劃亦有所檢討，

本計畫推行之前，由衛生所構成之基層衛生服務網，仍屬完善，然由於時事變遷，工作內容及執行方法又未能適當配合調整，其服務功能及效率，已令人質疑。衛生所提出之醫療服務，民眾對其缺乏信心，許多衛生所門可羅雀，功能有待檢討。¹⁵

行政院衛生署的解決方式是積極籌畫並執行「群體醫療執業中心」及於社會中設置「基層保健服務中心」提供居家護理，以照顧老年人及慢性病病患，並提供一般衛生服務；專業上的協調則由衛生所主任兼醫師負全盤指揮監督之責。¹⁶ 這也就是說，政府賦予醫師全權的指揮責任，並全然以醫師來挽救民眾對衛生所信心的喪失。相似的思考也出現在 *Alma Ata* 宣言之中，只是權力媒介是透過工商業。宣言中要求對現代醫療專業和醫藥工業質疑反對的人們，與醫療專業和工業界合作，來尋找適合基層醫療的共同利益；在此，Navarro 指出，宣言不僅不質疑為何醫師團體不支持勞工團體所提出社會保險計畫或醫療社會化計畫，反而將最基礎的社會照護都置於醫療專業霸權之中 (Navarro, 1986: 224)。我們更應進一步了解，現代醫學在歷史中獨一無二的特徵，在於其建立在生物醫學模型上的意識型態，這意識型態構成了一套因果互為蘊含、包括三基本元素的套套邏輯：每一個疾病，都有一個生物性的致病原因，也都可找到一科學的方法治癒。這邏輯的最大問題在於未能認清疾病的認定須經過一套僵化價值的判斷，將致病因子限制於生物模型則從根本上排除了將社會文化機制列為病因的可能；對科學療法的全然執迷完全忽略了，由病名訂立開始，就已預設了遊戲架構的套套邏輯 (蔡篤堅，1997)。如此的醫療觀更容易將相異的價值和社會機制

¹⁵ 同註 14: 頁 2。

¹⁶ 同註 14: 頁 4。

造成的問題侷限在個人身上，交由醫學專業解決；如前所述，交由醫療專業解決的過程，也剝奪了女性參與的空間及降低其參與的位階。

第三、上述全然以醫療為主的思考也是 1980 年代的醫療政策和 Alma Ata 宣言共同的特徵。Navarro 指出，在宣言中健康、健康照護、健康照護部門、醫療照護、及健康體系被交互混用，而實際上，這些名詞的混用意味著醫療照護體系成為健康體系的核心。在這基本認知下，所謂加強醫療保健實則意指建立以基層醫療為主的三級醫療照護體系，於是這篇號稱公元 2000 年前將使所有人得到健康的 Alma Ata 宣言，指的是要使每個人都可得到現代醫學導向的健康服務。Navarro 總結地說，宣言引導我們，不要思考太多的政治、經濟、社會問題，提供醫療導向的衛生服務是應走的方向。Navarro 抨擊 Alma Ata 宣言以醫療為名，圖利世界資本主義持續對落後國家的剝削（Navarro, 1986：225-226）。而在台灣，國家主導的群醫中心，不僅地點的選擇深受選舉時派系領袖的影響，原本應座落於偏遠地區的群醫中心有許多未達偏遠區的認定標準，成為選舉時與派系領袖利益交換的籌碼（蔡篤堅，1997）。如此的醫療中心思考，不論是以經濟媒介或透過政治考量，皆促成了一種由權力擁有者決定一切的父權施政模式。

最後，台灣經過了整個 80 年代國家主導的醫療系統重建，然而偏遠地區的醫療仍未解決。「40 多年來多方嘗試，仍未得解決方式」成為一位衛生官員面對問題的感嘆；教會醫院重新被賦予新的期待，花蓮門諾醫院在健保局的支持下，以優勢的人力和經費取代當地衛生所的醫療功能（顏婉娟，1997）。然而當這被規劃為政府德政時，隱然是針對山地鄉未能自給自足的失望。這種對社區的期待，在 Alma Ata 宣言中也清晰可見。宣言中所描繪的社會參與，為一個「個人或家庭，自己負起自身健康及福利的責任，也和共同信念的人共同為社區發展努力的過程」（Navarro, 1986：225）。社區被視為純粹的個人集合體，而外部權力不平等關係不見了，貧窮被視為是社區及

個人不負責任的結果。在宣言撇清結構不平等關係的因素後，弱勢貧窮的群體被視為自身發展結果的罪人，現代化過程中的受害者反而受到譴責，這是 Navarro 強力抨擊的思考模式。更值得注意的是，懶惰、無紀律等不道德的標籤或酗酒等環境壓力產生的特質，也被作用於解釋低度發展的文化因素，合理化既有的種族、階級及性別歧視。¹⁷ 社會性別中的女性特質更容易在此時無分階級、種族等社會類別的差異，強加在權力關係較弱的群體之上。

1997 年，一位基層醫療出身的資深衛生工作者檢視當前門諾醫院主持的偏遠地區醫療計劃時，反省其早年於海濱從事基層醫療的經驗：

如果重新來過，我不會當醫生，醫療不見得能解決健康的問題，由社會局、民政科、交通改善、教育等，較醫療的提供更能提高偏遠地區居民的健康，…醫療的問題在於做不持久，短時間全面介入當然有立時的效果，但因財務負擔撤走後，居民健康會掉到比以前更糟的地步。¹⁸

這方面的思考是國內醫療政策的視野同於 Alma Ata 宣言之處，宣言列舉包括食物供給、教育、公共工作及交通、住宿，飲水等等問題，作為介入社區、改善人口健康的依據。與前述觀點不同的是，這一切措施都被陳列為獨立存在的客觀條件，不顧慮落實任何一項都緊密地牽涉到的結構及不平等的權力關係。Navarro 指出，沒有理論的引導來解決不平等的社會結構，這些介入措施無法與結構產生關連；沒有思考在如此的結構中誰能夠促成這些介入方式落實的社會變遷、阻力、或衝突時，想要改善居民健康無疑是緣木求魚。更何況這些措施必須因地制宜，於古巴成功的方式不見得適用於薩爾瓦多，可是 Alma Ata 宣言卻未留下探尋此類思考的空間，從而以經驗主義和不具理論視野的現實主義為其哲學思想的全部，假設世上存在一普遍代表進步的準則，可獨立於政治、社會經濟變遷之外，

¹⁷ 《醫望》試管中的原住民專題 第 23 期，1998。

¹⁸ 1997 年 12 月與醫望雜誌藍素禎共同訪談。

提高人群的健康水平。Navarro 指出，如此的觀點不僅是非常侷限的，更是錯的，當務之急在於不要將健康視為醫療發展的結果，更要瞭解，健康是政治議題，需要從經濟社會變遷的結構面來思考提升人群健康的方式（Navarro, 1986：226-228）。

如果說 Alma Ata 宣言所代表的文化霸權是站在國際政經體系優勢者的立場出發，提供了一個以醫療為媒介來維持權力不平等國際關係的視野，那麼台灣 1980 年代執政當局的醫療政策中更可見許多與此國際霸權相似的理念。尤為重要的是，這些理念也提供了一個具體的統治方針。就群體醫療中心的發展而言，1970 年代至 1980 年代初期，政府嘗試解決偏遠地區醫療缺乏的努力徒勞無功，以四湖為例，由大醫院支援，親政府的基金會支持，花費大量人力、物力的衛生所卻因無法獲得村民的認同而門可羅雀。1980 年代初期，反而是民間自發的努力，如李建廷經營的貢寮衛生所和許國敏於鹿谷籌設的農會醫院得以成功。現代國家的醫療體系如何納入社區民眾的生活圈中是推行偏遠地區醫療的重要關鍵。也正在此時，醫師公會提出「公辦民營」的構想，希望藉由醫師團體為媒介來克服此問題，然而陽明公費生受惠於經營貢寮衛生所的經驗，加上本身成功地建立四湖等群體醫療中心，促使政府原本同意開放的公辦民營模式因有了新的施力點而無法落實。而後，面對政權轉型，群醫中心成為選戰中籠絡地方派系的工具，使得群醫中心設立的地點有多處未達計劃中所設訂的群醫中心設立標準，而有許多也座落於交通便利、人口稠密的地區（Tsai, 1996c）。更重要的是，如此的決策過程塑造了「國家政策發展有國家政策自己的邏輯，與民間力量存在與否無關」的國家中心決策模式（蔡篤堅，1998a）。簡而言之，1970 年代末、1980 年代初，幾乎必須放棄的政府完全主導的施政模式因緣際會的由群醫中心的施行方式而益加壯大；藉由醫療政策融入全球化國際醫療霸權的台灣執政當局，Alma Ata 宣言為其合理化了排除民間團體參與政策制訂和施行的科技官僚父權政治型態。

主流政治的變遷也導致醫療政策施政方針的改變。1993年連戰組織財經內閣後，與過去內閣由科技官僚引領的慣例呈現截然不同的施政風貌。首先，國民黨中常會改組，具財團背景的中常委名額大幅增加，全國工總和商總也於此時進入執政黨的決策核心；蕭萬長入主經建會後，立刻納入郭婉容、王昭明等財經官員為諮詢委員，但不續聘勞委會主委趙守博，原因是沒有多餘的名額給他，重企業、輕工會的施政優先順位明顯表露。¹⁹ 基本工資的調升幅度大致呈現逐年下降的趨勢。財經官僚崛起，伴隨的是施政與企業界財團利害相符的新方向，蕭萬長組閣後，新任衛生署長詹啟賢更將健保施行前、前行政院副院長徐立德推動未成的健保民營化立法努力再做嘗試。蔡篤堅與李玉春的研究即發現，健保民營化政策代表著新的財經官僚取代科技官僚主政的醫療政治論述變化。由連內閣至蕭內閣，呈現了一致的財經內閣主政的施政方向，福利政策方面的見解與李登輝有著相當大的差異（王億雯、蔡篤堅，1998），可視為新霸權的崛起，本文簡稱之為「連蕭新興政權」。

1998年2月，新任衛生署署長詹啟賢提出了五大施政理念「醫療法規鬆綁化(Deregulation)」、「醫療服務多元化(Diversification)」、「衛生行政分權化(Decentralization)」、「公立醫院轉型化(Privatization)」及「生藥科技產業(Industrialization)」(詹啟賢，1998)。如同1978年的Alma Ata宣言一般，署長的理念表現了對某方向歷史發展的反省，兩者都意識到檢討衛生問題「必須把視野放大、把眼光放遠、觀察到整體社會（尤其是政治經濟）的變遷。」(詹啟賢，1998：3；括弧字為筆者所提示)。如同Navarro所指，由於缺乏對權力不平等關係和現代醫學之限制的警覺，此施政理念所代表的新興連蕭政權的衛生政策，是站在鞏固現時醫療版圖中的既存勢

¹⁹ 中國時報，1994.3.11.

力所勾勒出的施政方針。

要了解詹啟賢五大施政理念的內涵，首先應了解這五大理念的提出承繼了對台灣社會發展的何種歷史感。詹回顧過去廿年台灣社會變遷的經驗，首先抨擊「大有為政府」的理念，批評的方向在於「近十年來，政府對於許多公共工程，無論用地的取得、預算的編列以及時程的掌控，陸陸續續遭遇許多困難，甚至有的公共工程還爆發一些引起爭論的弊病」。其次，詹文指出：「中小企業在國際市場上努力打拼，而為我國創造了鉅額的外匯收入，大型企業，如台塑、長榮、宏國電子、台積電等企業，也一一興起，使得我國民間企業漸漸成為帶動社會經濟發展的主要動力」。總結來說，詹啟賢認為民間企業的發展「挑戰所謂大有為政府的迷失」。詹啟賢進一步挑戰傳統統治者的父權思想和醫療的專業霸權，指出「過去我們常常站在政府官員的角色上認為『民可使由之，不可使知之』，或者站在科技官僚的專業角色上想像『消費者無知』。這種思考方式，很可能越來越站不住腳。」，就社會整體而言，詹文認為「現在民眾的水準是相當的高，整體民間力量的發展是不容低估的」。在這兒所說的民間力量侷限於大企業和中小企業，而抨擊的是「科技官僚」引導的「大有為政府」施政方式。

回顧過去的醫療施策，詹文指出「真正『大有為政府』的衛生政策，應該從許子秋先生接任署長才開始」，認為醫療網、醫療法、及醫院如專科醫師制度的實施為 1980 年代的三大衛生政策。談到全民健保規劃到開辦的過程，詹文提出健保為兩種趨勢下的產物，「一方面全民健保可以兌現政府長期以來所欲扮演照顧民眾的角色，另一方面在 70 年代末期與 80 年代，又是『大有為政府』理念破滅的時期，使得產官學界要求適度節制政府的規模」，也利用這趨勢來說明今日健保「公辦公營」「公辦民營」爭議的原因。而在其認為整體社會對「大有為政府迷思」的反省下，詹啟賢解釋政府未來的施政方向：「由於全民健保的開辦，已經實現了政府保障民眾醫療照顧的基本權利。因此未來，衛生政策受到整體政經情勢的影響，

將逐步調整政府的角色，走向尊重市場機制、鼓勵民間參與的政策方向，政府將精簡為有限而必要的監督角色，而政府功能也應集中在民間沒有意願或沒有能力提供的醫療保健服務項目。」。政府已然做了保障民眾的階段性任務，接下來整體政經情勢發展，將尊重市場機制。詹文也進一步預測：「全民健保有可能是我國政府在醫療保健政策上，擴張政府角色、膨脹政府規模的最後一次」，於是詹文思考如何「在現有的政府規模，甚至既有的衛生資源下，進行衛生計劃優先順位重調整及整體資源重分配」時，提出了前述的五大施政理念。

詹文呈現了政經變遷與衛生政策演變一致的歷史感，將政府與民間力量視為不相容的兩個對立面，其中代表政府的包括持「民可使由之，不可使知之」統治概念的一般黨政官僚，以及站在專業角色想像「消費者無知」的科技官僚。而挑戰「大有為政府迷思」的，是帶動社會經濟蓬勃發展的民間企業與民間人才。詹文中更呈現了政府與民間力量互補的角色。就衛生政策而言，政府「在 70 年代台灣的社會環境中，順應了『大有為政府』的理念，得到了民眾及產官學界相當程度的支持」，而現今政府的改革，則是政府主動順應民間勢力對「大有為政府迷思」的挑戰後，提出所謂順應民情的方針。然而，在此政府與民間功能互補的史觀中，忽略了在主流政治變遷和醫療衛生發展經驗中國家與市民社會在政治民主化及衛生政策實施方面相衝突的過程。

筆者首先不同意詹文的，在於反對其將「大有為政府」視為自然的產物；「大有為政府」應被視為台灣國家和市民社會衝突中的產物。終戰後，台灣醫界即要求政府拿出魄力嚴格管制密醫，提高醫療品質，但政府本著照顧榮民的精神，不願在照顧退伍軍醫——予其一張醫師執照以便退伍後籌謀生計——前貿然修訂實施新醫師法，使得醫師公會必須歷經 25 年的抗爭來落實「受正式的醫學教育，並須有醫師執照的人」才得行醫（吳基福，1980；Tsai, 1996b）。而其中，主流政治所受的挑戰也迫使政府在衛生政策的推動上採取較

積極的態度。如於 1970 年初保釣運動後，青年學生的愛國熱潮所帶動的社會參與，發現城鄉貧富不均和偏遠地區缺乏醫療的問題，促使政府開始整建衛生所，解決偏遠地區醫療資源不足的問題。於小康運動時期，醫師公會便以「仁愛服務隊」，實行偏遠地區巡迴醫療，作為爭取醫師法修改的籌碼，期待政府借重醫師公會的力量，來解決偏遠地區醫療資源不足的問題（Tsai, 1996c）。「大有為的政府」本可說是民間社會的期待，問題在於何時做？如何做？

1980 年代，也是在詹文所稱許子秋接任署長的大有為政府時代，以政府力量解決偏遠地區的醫療問題已然成為政府與醫界的共識；然而如前所述，政府與代表民間自發團體力量的醫師公會對「大有為的政府」有著截然不同的期待。醫界要求的是，由政府出資、醫師公會協調人力資源，以平均分配的「公辦民營」模式來解決偏遠地區醫師人力不足的問題。如詹文所指，代表政府的黨政和科技官僚分別站在威權掌控和科學管理的概念，執意以公辦公營的方式施行；民間的參與只限個別的開業醫與政府簽約，並不允許集體自主的民間力量來參與衛生政策的制定與施行（Tsai, 1996c）。民間與政府衝突的焦點，不在於是否積極建設台灣的大有為政府，而在於政府所發展的策略不僅排除了既存民間力量的參與，更是直接與民間團體的期待對抗。詹文忽略了由上而下的父權統治邏輯常使台灣衛生政策發展引發重大爭議。

在另一個層次上，詹啟賢呈現的政府民間功能互補的歷史觀，過度簡化了統治者施政理念為合理化當時施政取向的說辭，目前施政方針所創造的觀點，如同將「堯、舜、禹、湯、文、武、周公、孔子、孫中山、蔣介石」連成一氣所呈現的史觀一般，只是為現實政治服務。如果我們循 Alan Wolf 的觀點，將國家、市民社會、及市場分別視為依強制力、共識、及經濟邏輯為主的社會凝聚機制，做為台灣文化霸權結構分析的單位時（1989），詹文顯然忘卻了，不論在主流政治或者在醫療衛生界，與政府力量衝突而促成民主發展的——包括要求弭平城鄉差距，尊重社會、經濟、政治平等，並以

啟蒙運動的理性來重塑統治者與人民關係的種種面向——不能單純地歸因於市場機制中浮現的企業界崛起，而應多考慮市民社會發展出的自主力量。詹啟賢用民間企業取代包括推動民主改革的自發團體、及代表市民社會新形塑之事業團體，用以描述政府與民間的關係，是扭曲1980年代史實及其以偏概全的政治宣傳策略。藉分析詹文宣稱五大理念的內涵，本文嘗試了解如此創造官方歷史的目的。

首先，詹文主張醫療法規鬆綁化。這理念的提出是以對我國醫療發展的特殊了解為背景：「民國70年代，我們著手醫療網計劃與醫療法的規範，有效的增加了醫療資源，全面地提升了醫療品質，這些醫療政策已漸漸的完成了歷史性的階段性任務」。在這樣的問題理解下，詹文以務實的態度提出四點作法。其中定期檢討修正過時過多的法規、訂規不以防弊為唯一考量、並考慮執法成本及能力，是切中時弊的，代表著不僅是衛生界，也是國內法律規範的問題。然而就詹文主張「尊重民間產業自由發展」這項，主要依據為「未來隨著人口結構之改變與生活品質之提高，必須發展多元化的醫療衛生服務」，應於醫療衛生發展的歷史脈絡中詳加檢視其合適性。在此不難發現其所宣稱醫療網計劃與醫療法規「全面提升了醫療品質」的說法，是背離史實的。其實政府自前述保釣運動以來，嘗試解決偏遠地區醫療問題的努力並未因「大有為的政府」施政而落實；相反的，大有為政府的醫療政策反而加速了醫療資源往都市集中的趨勢，偏遠地區的基層醫療仍未解決，隨著醫院的興起，一般地區與都會區醫療資源的落差更是加大（江東亮，1998；中華民國家庭醫學會，1990；胡杏佳等，1995）。在如此的歷史脈絡中，放任民間產業自由發展，是相當值得爭議的。

其次，詹主張衛生服務多元化，指的是「未來隨著人口結構之改變與生活品質之提高，必須發展多元化的醫療衛生服務」、健保體制的多元化及開放非醫療專業的民間經營者擁有醫療機構，並允許民間自由轉移產業權及依法得以繼承。如此的施政理念意味著以科技導向、費用相當昂貴的醫療體系來滿足人口老化所產生的社會

需要。詹文所主張的「依照醫療產業垂直分工的概念，以急性醫療為基礎，向前可以發展預防保健服務、以及民間救護車體系；向後可發展護理之家、安養機構、日間病房及居家照護等各類型的長期照護設施」。這是一個以滿足生活的基本需要為名，事實上卻將老年人口所面臨的問題全面醫療化的構想。而以健保為媒介、一切可醫療化的需求卻產生巨大的商品利潤，新開放出的商機隨著開放保險人加入競爭、以及醫療機構商品化的兩項措施，將涉及醫療保險和醫療服務輸送的兩大體系皆置於現時已然龐大的醫療財團人脈掌控之中。²⁰

衛生政策施行時，衛生署傾向以民間企業為媒介來解決問題，而較少反省衛生行政體制本身的問題；事實上，衛生行政分權化，可視為反省現實主流政治管理常模的努力。如此的呼聲存在許久，自 1970 年代《大學雜誌》之始便有精簡政府層級、落實中央地方分權的呼籲，其能否實行端視主流政治整體的變化，恐非衛生署可獨自完成。但是公立醫院的轉型化（英文直稱為民營化），加上與經濟部財團法人生技中心雷同的生藥科技產業化的政策，更是直接將政府現有設施轉讓予民間企業。可見現時的衛生署長的施政理念，是向民間企業開放的醫療「民營化」。

簡而言之，詹的施政理念是以發展醫療導向的健康照護體系為主軸，以醫療體系民營化來滿足現代化過程中日益呈現的複雜人口需求。然而與過去他所說的「大有為政府」施政方針不同的是，透過民間企業來達成重建並擴大醫療體系的目的，這又是由醫院所有權的法規鬆綁、公立醫院民營化、及健保改制等三個方面來達成。在醫療院所所有權方面，開放民間持有醫療機構，允許民間自由轉移產業權，並得以合法繼承等措施，解開了醫療生產工具財團化的法律束縛，過去保障醫療本身為非營利的道德事業，不可受商業干擾的大門已被打開。在醫療提供者方面，積極促成公立醫院的轉型

²⁰ 關於醫療財團的人脈搜尋，詳見：《財訊》1998 二月號，醫院金權透視專題。

化已直接將政府現有設施轉讓予民間企業，而在全民健保的改制方面，開放多元保險人體制，允許民間企業集資參與，商業機制成為全面擴張醫療導向的健康照護體系基石。詹的理念因此具體落實了前述連蕭新興政權以自由市場、自給自足的方式推行國家衛生福利政策的趨勢。與市民社會中自發性團體反對健保公辦民營的主張相較，此施政理念的公佈，重複了政府與民間社會相衝突歷史脈動。比較王億雯、蔡篤堅對 1992-1995 年金議題浮現公共領域的研究發現，這同樣是一個由上而下而決策父權施政模式（王億雯、蔡篤堅，1998），但其自給自足的財務管理方式已全然為民間企業構成的市場機能取代。

七、回顧代理孕母爭議與結論

在衛生署長詹啟賢意圖透過民間企業的參與來重建並擴大醫療導向的醫療照護體系之理念下，回顧已完成草案中達成共識的條文，將可更深入了解目前代理孕母所蘊涵的意義。

首先，衛生署人工協助生殖諮詢委員會決議，代理孕母限制在 20 歲以上，40 歲以下，現有或曾有婚姻關係，且「現」育有子女者才合格。這些嚴苛的限制主要目的是要保護受助者預防被代理孕母帶走小孩。其次，代理孕母只是借用子宮，而在精子與卵子方面必須是先生的精子與太太的卵子；因此，血緣觀念成為一切判斷的基礎，凸顯了代理孕母子宮工具性的地位，而孕母本身也暫時成為受助家庭的生育工廠。在這裡，讓孕母成為工具、工廠的，不是政治經濟關係，而是血緣的觀念；政經邏輯只是落實藉科技延續血緣的媒介。最後，受助者必須提供一筆醫療費用給醫療院所，作為代理孕母的費用。²¹ 而政府促成醫療院所民營化以合適商業市場自由競爭時，女性子宮「商品化」難以避免；更重要的是，當以嚴苛的

²¹ 自立早報，1997.7.9。

限制來規範代理孕母時，血緣觀念成為一切判準的基礎，加上民間企業的介入，在父權與商機糾結的情境下，如何保障代理孕母或可能成為代理孕母的候選人，成為重要的課題。

然而，反對女性子宮商品化，絕非僅依個人自覺所能竟其功，因為所要對抗的是以醫療為名之系統性政經力量。回顧終戰後醫療與政治經濟關係互動中形塑的父權政治演變，發現現代醫療所蘊涵施政理念或權力不平等關係，相當程度地剝奪女性集體參與公共領域的空間，延續了特定的女性社會性別，甚而延續了父權政治的霸權。1950-1970年代家庭計畫的實施，限制了蔣宋美齡媒介中美關係和中國婦運經驗所奠立的「母儀天下」的婦女集體公共參與可能，結果造成了女性參與公共領域的空間被剝奪，形成以家庭為主的個別婦女活動。而現代醫學在台灣地位的持續鞏固也支持了台灣民間社會的女性社會性別認知，一度限制了女性擔任內外婦兒科醫師的機會（Cheng, 1997）。1980年代與 Alma Ata 宣言理念相近的「辦理群體醫療中心計畫」及「籌建醫療網計畫」等，不僅加強了女性勞動力應受限於家庭、並為較經濟方式解決社會問題的社會性別刻板印象，更合理化了執政當局由上而下的父權統治方式。更重要的是，本地醫政官僚菁英持著與 Alma Ata 宣言類似的理念，扮演台灣加入世界醫療霸權的有機知識份子角色，而 Navarro 所描述的全球化「國際資產階級」也有個限定甚而強化既存女性角色的父權面向。對台灣而言特殊的是，目前署長的施政理念仍是依著由上而下、不惜與民間反對勢力衝突的醫療民營化政策（行政院衛生署，1997；搶救全民健保聯盟，1998），在此施政理念下開放的代理孕母政策，是以公權力合理化市場機制延續家族血緣關係的意義。戰後台灣的醫療政策在追求現代化的世界趨勢中，合理化了由上而下的父權統治邏輯，不僅剝奪了女性集體公共參與的機會，更以公權力合法化市場機能與民間企業，有著將經濟上弱勢、但符合某些苛刻條件的女性拋到市場化的醫療院所間零售的社會效果。公共領域不僅缺乏女性集體參與的空間，反而引入商業機制延續血緣為主的父權家庭

觀。

討論代理孕母爭議時尤其應注重假科技之名，而背後有系統性的政治經濟力量。這些力量的存在意味著，若僅呼籲個人的自覺，而沒有相應對抗政經體系的策略，成效將相當有限。如何開創集體的力量，或超越前述政經邏輯賦予代理孕母極端血緣中心的父權意義；或形成有相同需要或經驗的婦女集體經驗交流的機會；或直接與統治政權做正面的對抗，都是可能的思考。然而，在台灣民間力量從未能成功地依集體的需要與期待、由下往上地形塑政策時，如何形成女性自覺或支持女性反省目前社會性別角色的力量，由不同方向喚起群體自覺，將是行動的重點。在此，支持婦運者應注意同理心可扮演的角色，如是否能在長期推動代理孕母的陳昭姿於激烈意見相左的公聽會中落淚時，予以集體的同情或支持。這或許是目前台灣女性主義運動多元化發展後，值得尋思的課題。

——本文部份原始構想，受惠於和楊翠華教授、傅大為教授、劉仲冬教授共同參與郭文華論文口試時的討論。論文部份觀點也受惠於與周慧玲和開之「性別論述與女性主義」課程，及參與「女性主義簡介」、「西洋現代史」、「西洋現代思想史」等討論課程之同學。此外也得力林香君、黃荊萍、王億雯、鄧方怡、羅華美、陳正騰、蕭佩秀協助，特此致謝。

參考文獻

- 中華民國家庭醫學醫學會執行、行政院經濟建設委員會委託，〈家庭醫師在全民健康保險及醫療網中的角色：現在與未來之探討〉，頁 21。
- 1990
- 行政院衛生署，〈加強農村醫療保健四年計畫〉。1978
- ，〈加強基層建設提高農民所得方案：醫療保健計畫（草案）〉。1983
- ，〈加強農村醫療保健四年計畫〉。1979
- ，〈衛生署保健計畫：籌建醫療網計畫（核定本）〉。1986
- ，〈群體醫療執業中心之計畫與執行〉。1989
- ，〈辦理全體醫療執業中心計畫〉。1985

- , <台灣地區公共衛生發展史(四)>。1997
- , <醫療保健計畫第二期(修正本)>。1985
- , <全民健康保險法:答客問>。1997
- , <醫療保健計畫、籌建醫療網計畫>。1985
- 搶救全民健保聯盟,財團健保、人民不保。1998
- 王晴佳,《西方的歷史觀念:從古希臘到現代》。台北:允晨,1998
- 王億雯、蔡篤堅,《九〇年代前期年金議題浮現公共領域過程之性別意涵》,發表於「東亞社會福利制度前瞻:健康照顧、年金制度與就業保障」國際學術研討會,國立暨南國際大學,1998。
- 呂秀蓮,《新女性主義》。台北:前衛,1990。
- 江東亮,台灣地區醫療照護的發展與問題,《中華民國公共衛生學會雜誌》,第8卷,第2期,頁75-89,1988。
- , <醫療照護問題>,載於楊國樞、葉啟政編《台灣的社會問題》。台北:巨流圖書公司,頁429-452,1991。
- , <台灣地區的醫師人力政策>,海峽兩岸衛生經濟研討會。北平:大陸衛生經濟學會,1994。
- , <衛生政策的未來與展望>,發表於許子秋逝世十週年紀念研討會。台北:台大醫學院,1998。
- 何春蕤, <色情與女/性動能主體>,《中外文學》,第25卷,第4期,頁6-40,1996。
- 田習如、蔡孟君等, <醫院金權總透視專輯>,《財訊》,第191期,頁182-221,1998。
- 吳基福,《國醫政史上的大革命——醫師法修正始末》。台北:中華民國醫師公會聯合會,頁1-52,1980。
- 周慧玲, <女演員、寫實主義、「新女性」論述:晚清到五四時期中國現代劇場中的性別表演>,《近代中國婦女史研究》,第4期,頁87-133,1996。
- 胡杏佳、徐素萍等,《山地離島地區民眾健康狀況調查與醫療需求研究》,台灣省公共衛生研究所出版。台灣省政府衛生處委託,1995。
- 陳芳明,《謝雪紅評傳:落土不凋的雨夜花》。台北:前衛,1991。
- 郭文華, <1950至70年代台灣家庭計畫:醫療政策與女性史的探討>,新竹:清華大學歷史研究所碩士論文。1997
- 詹啟賢, <衛生政策的基本理念>,《衛生報導》。第8卷,第2期,頁2-10,1998。
- 黃進興,《歷史主義與歷史理論》。台北:允晨,1992。
- 黃嘉樹,《國民黨在台灣》。台北:大秦出版社,1994。
- 楊翠,《日據時期台灣婦女解放運動:以台灣民報為分析場域(1920-1932)》。台北:時報文化,1993。

- 葉金川，〈我國健康照護體系〉，載於楊志良編《健康保險》。台北：巨流圖書公司，頁 111-151，1993。
- 趙既昌，《美援的運用》。台北：聯經出版社，1985。
- 熊秉真、江東亮，《魏火曜先生訪問記錄》。台北：中研院近史所，1990。
- 蔡篤堅，〈對 1980 年代台灣民族認同形成的文化分析〉，載於張炎憲、陳美蓉、黎中光編《台灣近百年史論文集》。台北：吳三連史料基金會，頁 303-330，1996a。
- ，〈台灣醫學史類觀點：由文化研究的視野看台灣醫學史的新航向〉，《台灣史料研究》，第 8 期，頁 76-87，1996b。
- ，〈現代父權醫療制度的歷史形構〉，《福利社會》雙月刊，4 月號，頁 28-35，1997。
- ，〈醫療網規畫過程中國家概念之重塑：台灣、美國歷史比較研究〉，國科會研究報告，1998a。
- ，〈目前台灣歷史社會學的實踐可能：一個後現代認同敘事分析的觀點〉，載於謝臥龍編《質化研究的簡介與應用》。台北：心理出版社，1998b。
- 蔡篤堅、李玉春，〈科學的政治，政治的科學：由比較歷史的觀點談台灣醫學政治之趨勢與歷史文化意義〉。發表於「科學、科學主義、與人」討論組「宗教、靈異、科學與社會」學術研討會。台北：中央研究院。1997
- 劉毓秀編，《台灣婦女處境白皮書》。台北：時報文化。1996
- 顧燕翎，〈女性意識與婦女運動的發展〉。載於中國論壇編委會編《女性知識分子與台灣發展》。台北：聯經。1989
- 顏婉娟，〈醫加醫等於？健保局試辦計畫，山地健康政策與醫師中心主義〉。《醫望》雜誌，第 23 期，頁 10。1997
- Collingwood R.G.著，陳明福譯，《歷史的理念》。台北：桂冠圖書公司。1984
- Hobsbawn, Eric J.，王章輝譯，《革命的年代》。台北：麥田。1997
- ，張曉華等譯，《資本的年代》。台北：麥田。1997
- ，賈士蘅 譯，《帝國的年代》。台北：麥田。1997
- Keith, Jemkins，賈士蘅譯，《歷史的再思考》。台北：麥田。1996
- Anderson, Benedict. *Imagined Communities*. London: Verso, 1991.
- Appleby, Joye & Lynn Hunt. *Telling the Truth About History*, 1994.
- Arthusser, Louis. *For Marx*. London: Verso, 1970.
- Barker, Timothy D. & Mark Perlman. *Health Manpower In a Developing Economy: Taiwan, a Case Study in Poanning 12*. Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press, 1960.
- Bhabha, Homi K., ed. *The Location of Culture*. New York: Routledge, 1994.
- Bock, Gisela & Pat Thane, eds. *Maternity and Gender Politics: Women and the Rise of the European Welfare States: 1880s-1950s*. New York:

- Routledge, 1991.
- Bordo, Susan. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. London: University of California Press, 1993.
- Broadwin, Julie. Walking Contradictions: Chinese Women Unbound at the Turn of the Century. *Journal of Historical Sociology*, vol.10, no.4, pp.418-443, 1997.
- Bryson, Valerie. *Feminist Political Theory: An Introduction*. New York: Paragon House, 1992.
- Calhorn, Crag. *Habermas and the Public Sphere*. London: The MIT Press, 1992.
- Chatterjee, Partha, ed. *Nationalist Thought and the Colonial World*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1985.
- Cheng Ling-fang. *En/Gendering Doctors: gender Relations in the Medical Profession in Taiwan 1945-1995*. Ph.D. Dissertation: University of Essex, 1997.
- Chin, H.Y. *History of Pharmacy Industry in the early period of Post-war Taiwan*. working paper. n.d..
- Chou, Hui-ling. Staging Revolution: Actresses, Realism & the New Women Movement In Chinese Spoken. Drama & Film, 1919-1949. Ph.D. Dissertation, New York University, 1997.
- Clifford & Marcus. *Writing Culture*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1986.
- De Lauretis, Teresa. *Technology of Gender*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 1987.
- Department of State, USA. *The China White Paper August 1949*. Palo Alto, CA: Stanford University Press, 1949.
- Dodd, Lawrence C. and Calvin Jillson. *The Dynamics of American Politics: Approaches and Interpretations*. Oxford: Westview Press, 1994.
- Fanon, Frantz. *The Wretched of the Earth*. Marmondsworth: Penguin, 1967.
- Foucault, Michel. Governmentality. in Graham Burchell, Colin Gordon, and Peter Miller eds. *The Foucault Effect: Studies in Governmentality with Two Lectures by and an Interview with Michel Foucault*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.
- . *The History of Sexuality, vol.1: An Introduction*. London: Allen Lane, 1979.
- . *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London: Allen Lane, 1977.
- . *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books, 1975.
- Fraser, Nancy. *Unruly Practices: Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota

- Press, 1989.
- Gramsci, Antonio. *Antonio Selection from the Prison Notebooks*. New York: International Publisher, 1971.
- Grossberg, Lawrence. Cultural Studies Revisited and Revised, in Mary S. Mander ed. *Communication in Transition: Issues and Debates in Current Research*. New York: Praeger, pp. 39-70, 1983.
- Habermas, Jurgen. *Structural Transformations of the Public Sphere*. Cambridge Mass: The MIT Press, 1989.
- Hall, Stuart. Cultural Studies: Two Paradigms, in John Storey, ed. *What is Cultural Studies?* New York: Arnold, 1996.
- Harding, Sandra. *Whose Science? Whose Knowledge Thinking from Women's lives*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1991.
- Jordan, Glenn and Chris Weedon. *Cultural Politics: Class, Gender, Race and the Postmodern World*. Cambridge: Blackwell, pp. 177-216, 1995.
- Kaplan, Amy & Donald E. Pease, eds. *Cultures of United States Imperialism*. London: Duke University Press, 1993.
- McClintock, Anne A Amir Mufti & Ella Shohat, eds. *Dangerous Liasons: Gender, Nation, and Post colonial Perspectives*. London: U of Minnesota Press, 1997.
- McDonald, Terrence J. ed. *The Historic Turn in the Human Sciences*. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Press, 1996.
- Morrison, Ken. *Marx, Durkheim, Weber: Formations of Modern Social Thought*. New Delhi: Sage Publications, 1995.
- Navarro, Vicente. A Critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the Who Alma Ata Declaration. in *Crisis, Health, and Medicine: A Social Critique*. London: Tavistock, 1986.
- Parker, Andrew, Mary Russo, Doris Sommer, & Patricia Yaeger. *Nationalisms and Sexualities*. London: Routledge, 1992.
- Pernick, Martin. *A Calculus of Suffering: Pain, Professionalism and Anesthesia in Nineteenth-Century America*. New York: Columbia University Press, 1985.
- Rothman, Sheila M. *Women's Proper Place: A History of Changing Ideals and Practices, 1970 to the Present*. New York: Basic Books, Inc, 1978.
- Said, Edward W. *Orientalism*. New York: Vintage Books and Porter, 1978.
- Scott, Joan Wallach. *Gender and The Politics of History*. New York: Columbia University Press, 1988.
- . *Feminism and History*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- Seigfried, Charlene Haddock. *Pragmatism and Feminism: Reweaving the Social Fabric*. London: The University of Chicago Press, 1996.
- Shanley, Marylyndon and Carole Pateman, eds. *Feminist Interpretations and Political Theory*. University Park, PA: The Pennsylvania State University Press, 1991.

- Skocpol, Theda. *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*. Cambridge, MA: Belknap, Harvard University Press, 1992.
- Somers, Margaret. Narrativity, Narrative Identity, and Social Action: Rethinking English Working-Class Formation. *Social Science History*, vol.16, no.4, 1992.
- Somers, Margaret & Skocpol, Theda. The Uses of Comparative History in Marosocial Inquiry. *Comparative Study of Society and History*, vol. 22, no.2, pp.174-197, 1980.
- Spivack, Gaytri Chakracorty. Can Subaltern Speak? in Cary Nelson and Larry Grossberg, eds., *Marxism and the Interpretation of Culture*. Urbana: University of Illinois Press, pp. 271-313, 1988.
- Stoler and Cooper *Tensions of Empire: Colonial Cultures in a Bourgeois World*. Berkeley: University of Berkeley Press, 1996.
- Tsai, Duujian. *Shaping Physicians Public Identities in the Politics of Health Manpower Regulations: A Comparative Analysis of Taiwan and the United States*. in Taiwan in Asia Conference, Center for East Asian and Pacific Studies. University of Illinois at Urban-Champaign, March 31-April 1, 1996a.
- . *Ideal Types, Public Identities, and Medical Professions: A Comparative Analysis of the Golden Age of Medicine in Taiwan and the United States*. Paper Accepted in the Session of Medicine in Asia: Anthropology and Sociology of Medical Sociology, the Annual Meeting of Midwest Sociology Society, Chicago, April 3-6, 1996b.
- . *Transformation of Physicians Public Identities in Taiwan and the United States: A Comparative and Historical Study of Ambivalence, Public Policy and Civil Society*. Ph.D. Dissertation, University of Michigan, 1996c.
- Tilly, Charles. *Big Structure Large Process Huge Comparisons*. New York: Russel Sage, 1984.
- Wiebe, Robert H. *Self-rule: A Cultural History of American Democracy*. London: The University of Chicago Press, 1995.
- Williams, Raymond. *Marxism and Literature*. Oxford: Oxford University Press, 1977.
- Wolf, Alan. *Whose Keeper: Social Science and Moral Obligation*. Berkeley: University of California Press, 1989.
- World Health Organization. *Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, U.S.S.R. Geneva: World Health Organization, 1978.
- World Health Organization. *Global Strategy for Health for All by the Year 2,000*. Geneva: WHO, 1981.
- Wu, Chia-ling. *Women and their Birth Attendants in the 1960s and 70s in*

Taiwan, paper presented in the First Annual Conference on Taiwan's History and Culture, Institute of Asian Studies, University of Texas, Austin, Aug. 8-12, 1996.