

# 制度与参与：参合农民的现代性研究

——以湖南省 H 镇为例

[寇建岭](#)

**[摘要]**采用个案研究的方法，对参合农民带着怎样的认知、态度和行为参与新型农村合作医疗制度的运行进行考察发现，参合农民将健康保障视为恩惠而非权利，对相关信息掌握不足，对专家系统不甚了解。同时，在参合农民的心理体验中，社会整合依靠权力和金钱，自己是弱者，人卑言轻，不愿也不会以一种自下而上式的方式将自身的体验、要求和困惑反馈给相关机构，其在现实生活中以一种消极被动的方式参与新型农村合作医疗。参合农民的现代性尚未生成，对于新型农村合作医疗的运行来说，其只是被动适应，而非主动参与，其并没有赋予新型农村合作医疗制度以可更新和发展的生命力。推进农民现代性的培育和生成是赋予新型农村合作医疗以蓬勃生命力的关键。

**[关键词]**新型农村合作医疗 农民 现代性

新型农村合作医疗制度是我国政府为了缓解农民的“看病贵、看病难”问题，缩小城乡医疗卫生服务差距，使农民共享改革发展成果而启动的一项农村医疗保障制度。2003 年至今取得了可观的成绩。截至 2009 年 9 月底，全国开展新型农村合作医疗的县（市、区）达 2716 个，参加新农合人口 8.33 亿人，参合率达 94%。<sup>[1]</sup>

目前学界对新型农村合作医疗的研究常常考虑的是制度本身其运行情况，而对新型农村合作医疗的重要参与主体——农民的心理和人格状态或者说其现代性状态对制度发展的影响研究不足。本文拟从人的现代性的角度考察农民以怎样的认知、态度与行为参与着新型农村合作医疗制度的运行。

本项调查以参合农民为研究对象，采用访谈法进行个案资料的收集。此次调查于 2010 年 5~6 月间在湖南省 H 镇进行，调查团队共走访了 H 镇的 5 个村庄、3 个乡镇医院及相关政府机构，共收集个案 30 个。H 镇地处湘赣边陲，全镇总面积 243 平方公里，有耕地 5.9 万亩，林地 19.2 万亩，人口 6.8 万，农户 1.9 万

多。全镇辖 50 个村、4 个居委会、711 个村（居）民小组。2009 年工农业生产总值 19.01 亿元，财政收入 1373 万元，社会固定资产投资 3.7 亿元，农民人均纯收入 7588 元，新型农村合作医疗的参合率为 95%。

### 一、解释路径：人的现代性赋予制度以生命力

社会制度不仅仅是外在于个体的规定文本，它更是行动者在持续性的个体实践过程中创造出来的社会事实。不论一个体系设计得多么完善，也不管对它的操作多么有效，其实际的运作总是在被引入其他系统和人类活动的范围以后才发生<sup>[2]</sup>，因而，行动者带着怎样的认知、态度及行为参与到制度的运行过程无疑对制度的执行具有着重大的意义。英格尔斯在《人的现代化》中说：“如果一个国家的人民缺乏一种赋予这种制度以真实生命力的广泛的现代心理基础，如果执行和运用这些现代制度的人，自身还没有从心理、思想、态度和行为方式上都经历一个向现代化的转变，失败和畸形发展的悲剧是不可避免的。再完美的现代制度和管理方式，再先进的技术工艺，也会在一群传统人的手中变成废纸一堆。”<sup>[3]</sup>正如英格尔斯所言，人的心理体验和行为方式对于制度的执行具有重要意义，人的现代性生成与否是决定制度成败的关键因素之一。

现代性是个有着丰富内涵的概念。吉登斯认为，现代性意味着在后封建的欧洲所建立而在 20 世纪日益具有世界历史影响的的行为制度和模式。<sup>[4]</sup>卡林内斯库认为，人们不应只谈论一种现代性，一种现代化方式或模式，一个统一的现代性概念——它内在地是普遍主义的，并预设独立于时间与地理坐标的普遍一致标准。<sup>[5]</sup>英格尔斯认为，具有现代性的个人常常表现为见多识广，积极参与，具有明显的个人效能感，具有独立性和自主性，乐意接受新观念和新经验。<sup>[6]</sup>叶启政认为，现代性是历史的，也是文化的，其所呈现的是一种认知和期待心理、价值、信仰、态度与行为基调，现代性是西方理性的一种历史性的表现形式，它得以让理性以不同的转型样态表现在社会中的不同面向。<sup>[7]</sup>舍勒认为，生活世界的现代性不能仅从社会的政治——经济结构来规定和把握，也必须通过人的体验结构来把握和规定。<sup>[8]</sup>

虽然人们对现代性的理解各不相同，但从建设性的角度来看，人的现代性是一个社会中的个人所具有的不同于传统的价值观念、心理状态和行为模式，是社

会中的个人的一种面向未来的意识、一种积极进取的生活态度、一种独立自主的行为模式。一个具备了现代性的人应该具有能够顺利适应社会生活的知识储备、生活态度和行为模式，在个体行动的过程中参与并影响社会制度的变迁。从人的现代性角度思考社会制度的生命力问题，这无疑为我们理解社会提供了一个路径。本文试图从现代性的视角出发，以参合农民带着怎样的认知、态度和行为参与新型农村合作医疗制度的运行为切入点，以弱势群体能否共享社会发展成果为指针，来理解农民对新型合作医疗制度的适应与影响。

## 二、认知层面：理性认知的匮乏与权利意识的淡薄

认知是指个体对自身、外界及个体与外界关系的感知与认识。农民对新型合作医疗的认知主要包括：认为健康保健是恩惠而非权利，对制度信息掌握不足及对专家系统的不识。

### （一）健康保障是中央政府给农民的恩惠而非自己应有的权利

对公民提供适当健康保障本是每一个现代国家应尽的义务，但是，中国农民没有把健康保障当成自己应有的权利，而是把光荣归于政府，感谢政府出钱给农民看病<sup>[9]</sup>。对农民而言，健康保障是中央政府给农民的恩惠而非自己应有的权利。具体到报销上，参合农民即使不大满意，也还是觉得“国家能给点就给点，反正是比没有要强”，“是报销的太少了，但是没办法，不能报就不能报吧！”或者“他说报多少就报多少。”参合农民似乎认为，对于恩惠而言，人们只有被动接受的份，是不能也无法主动争取的。

### 个案访谈：健康保障是政府给的恩惠还是自己的权利？

个案 Q：“想我弟弟，是直肠癌，去年 8 月做得手术，看病花了 8、9 万，（其中）村里给拿了 700 多，亲戚朋友帮了点。他们家里有两个女儿读书，一个大学、一个高中，家里只有万把块钱，该卖的都卖了，剩下的就是借了。在报销上，新农合大病补贴 2000 块；因为在省城看病，报销得很少，加起来也就 1 万多块钱。是太少了啊，那也没办法啊，国家能给点就给点，反正是比没有要强。”

个案 A：“是报销的太少了，但是没办法，不能报就不能报吧！”

个案 J：“他说报多少就报多少，反正我们结了帐就走人了。”

## （二）制度信息的匮乏

参合农民在政策信息的获取上，是一种自上而下的信息传播。H镇镇政府有关部门统一印发关于新型农村合作医疗的相关信息的宣传资料，将其下发给各村村干部，村干部则下发给村民小组组长，村民小组组长再下发到每个村民的手中。H镇乡镇医院的报销补助等情况则是乡镇医院定期将相关数据交给乡镇府有关部门，乡里再将其交给各村村干部，由村干部在村里的合适位置张贴以公示。而这种乡镇政府——村干部——组长——村民、乡镇医院——乡镇政府——村干部——村民的信息传播路径与H镇农村地广人稀、居住分散的情况相结合，很容易产生信息的缺失。

### 个案访谈：参合农民对于信息缺失的体验

个案H：“H镇乡镇医院的报销情况每个月都打印出那种小的白纸，由医院交给乡镇府，政府给村里，村里每个月都张贴在醒目位置。但是那些纸太小了，这里又住得分散，可能有些人就看不到。镇里的宣传资料我也都发给组长了，组长发没发下去我就知道了。”（H镇HT村村长）

个案Y：“医院的报销公示没有吧，我是没见过。”

个案U：“村里是有发传单（介绍新型农村合作医疗的相关信息），但是具体哪些药品什么的能报销、哪些不能报销没有写。”

政策能否全面、真实、准确、顺利地到达目的群体，是影响政策效果的首要环节。在目前自上而下的政策信息传递中，如以上案例所反映的，信息本身就是不全面的，而且信息传播渠道不畅、信息内容在传播过程中出现了缺失。对相关政策的知晓是参合农民开展相关行动、进行利益表达的基础，这种信息传播不畅和信息缺失会影响农民的参与积极性，影响农民利用相关措施争取自身权益的顺利进行。

同时，参合农民普遍反映，对这种系统化的制度信息不甚了了。在新型农村合作医疗的制度规定中，具体的补偿方案设较为复杂，具体方案由县里制定，一般而言，报销药品必须在基本药物目录范围内；报销设起付线和封顶线；不同级

别的医院报销比例不同；由于人均筹资额一再提高，补偿比例也有相应的变动。在具体的实践过程中，这一由专家设计的系统知识并未被农民所理解和掌握。

### （三）对专家系统的认识

新型农村合作医疗作为一个系统工程，不可避免地是一种专家系统，由技术成就和专业队伍组成，正是这些体系编织着我们生活与其中的物质与社会环境的博大范围<sup>[10]</sup>。参合农民对于专家系统的知识困惑和对专家理性的质疑普遍存在。

第一，为了控制医药费用，相关部门设计了新型农村合作医疗限制补偿的诊疗项目范围及新型农村合作医疗基本药物目录。由于信息交流不足和所占立场的不同，参合农民对此则表示出不解甚至不满，按照参合农民的理解，只要是看病就医的花费，达到标准的就应该得到报销，而不能“有的能报、有的不能报。”

#### **个案访谈：参合农民对新型农村合作医疗限制补偿的诊疗项目范围及基本药物目录的认识**

个案Q：“一次家里小孩发烧，在H医院三天了还没彻底退烧，反反复复的，到了第三天，我有点害怕，就去问医生，医生说那就换药，但是没得报销，后来就用了那个药，就好了，没有再反复。我们是普通老百姓，没读过什么书，我就是不懂这一点，为什么能治好病的药没得报，反反复复的药倒有的报。”

个案L：“我老婆08年断了脚，动手术花了9000多块，只报销了3000多一点。那个3600块的钢板、拍片和检查费用，还有有些药都不给报。我就不明白，都是看病、买药，咋就有的能报、有的不能报呢？”

第二，相关专业人士出于引导农民到基层医院就诊，缓解我国看病难、看病贵的问题的考虑，做出了不同级别的医院报销比例不同的制度设计。具体到H镇，2009年的规定是乡镇定点医疗机构补偿比例75%，县级定点医疗机构65%，市级定点医疗机构50%，省级定点医疗机构40%，县外非定点医疗机构35%，由县人民医院或县中医院出具疾病诊断证明、转诊转院手续在县外非定点医疗机构住院治疗，补偿比例为40%。参合农民对这一规定也表现出了质疑，其认为“不管在哪里看病都应得到一样的报销。”

### **个案访谈：参合农民对不同级别的医院报销比例不同的认识**

个案Z：“在乡镇医院看病报销得多，但是效果不好，去外地医院效果好些，但报销的少，我就有个要求，不管在哪里看病都应得到一样的报销。”

个案M：“（有些病）本地医院治不好，可去外地医院报销得又不多。”

个案O：“你问我要不要提高报销比例？现在的问题不是比例高低的问题，而是一层层比例不一样，我觉得一个省里的比例应该是一样的。”

第三，出于“保大病”的政策追求，在具体的保障模式设计上，H镇的现行模式是大病统筹加家庭账户形式，医疗花费上达到标准的住院费用可以得到报销，门诊费用不可报销。但是从减轻农民医疗负担的角度，许多慢性病费用花费大，农民认为也应该得到报销。

### **个案访谈：参合农民对攸县住院统筹保障模式的看法**

个案Y：“我有肝炎，是慢性病，不用住院，我们这里只有住院有的报销、门诊没得报，但我今年光看病买药就要花2、3万，一分钱也没有报，不清楚为什么是这样。”

个案P：“你看那个大娘，就是坐轮椅的那个，生活不能自理的，她现在两三天就要打一次针，每年还要住那么两次院，十多年了都是这样。去年住了两次院，门诊看了不知道几十次，可只报销了500块，能管什么用？”

从以上分析可以看出，农民对于作为专家系统的新型农村合作医疗制度存在着普遍的不识，抽象的制度规定尚未转换为农民能够理解与掌握的常识，参合农民甚至对于专家系统的制度设计存在困惑、对专家理性心存怀疑。

### **三、态度层面：自主意识不足与参与意识淡薄**

态度是指个体对自身、外界及个体与外界关系的内心感受，是人们的心理准备状态和性情倾向，这些性情倾向在实践中获得，又持续不断地旨在发挥各种实践作用<sup>[11]</sup>。调查中发现，农民将自身定义为弱者、对于交往情景有着“生活世界殖民化”的判定，自主意识和参与意识不足。

### （一）弱者的自我定义

在回答笔者的问题时，许多被调查者都有关于自我的认定和强调：“农村人没有说话的份”，“我们是普通老百姓，没读过什么书”，“像我一个在家里的农村妇女，也不懂什么”，“老百姓都是老实人，有问题了也不会找政府”，“我们农民，没学问”，“我们家里没有读书的，官场上又没有人”，等等。这些判断和强调反映了他们眼中的自己——农民的弱势地位，并有这样一种共识或者误识——拥有农民身份的自己自然而然地在信息的获取和理解及维护自身利益方面处于不利地位，自己“有理也将不清楚”，“没有说话的份”，面对现实，他们充满了无力感。

#### 个案访谈：参合农民对自我身份的认定

个案 C：“我在长沙做手术花了 3 万块，在县里报销了一共 4000 块，乡里报销了 1800 块，我觉得太少了，但也没有说什么，农村人没有说话的份，人家说一就是一，问了也白问。”

个案 Q：“我们是普通老百姓，没读过什么书，但我就是不懂这一点，为什么能治好病的药没得报，反反复复的药倒有得报。”

“像我一个在家里的农村妇女，也不懂什么。那些药该报、那些药不该报，我也不知道。”

个案 J：“对于新农合，有不满意，但老百姓都是老实人，以村里说了为主，有问题了也不会找政府理论。”

“我听说啊，在那个 H 医院，新来的实行给一个妇女接生，后来呢，小孩老哭，就去了上海的大医院检查，（诊断结果是）接生时把小孩的手掰坏了，他们本来说要起诉的，后来私下了医院陪了 1 万，但手术费要 8 万呢！要是我们也受到这样的伤害啊，也没想过要找他们（医院）要赔偿，我们家里没有读书（读的很好）的，官场上又没有人，也没钱，找了也没用的，有理也说不清。”

### （二）生活世界殖民化

政策过程并非自上而下的单向流程，而是施体与受众之间的双向互动，其核心是政策信息在相关群体之间的循环流动。<sup>[12]</sup>作为一项社会政策，新型农村合作

医疗的良性运行离不开各方主体——参合农民、政府及以医疗服务提供方之间的持续性的交往和沟通行动，依赖于参与主体本着反省、批判与论证的精神，即一种沟通理性进行平等的对话，以纠正偏差和误识，达成一定的理解和共识。

哈贝马斯认为是生活世界是沟通行动成为可能。生活世界有两重含义。在现实层面，生活世界是交往活动的经验场所。生活世界似乎是言说者和受听者在其中相遇的先验场所；在其中，他们能够在其中交互地提出要求，以至他们的表达与世界相互协调。<sup>[13]</sup>在观念层面，生活世界是行动者交往的背景知识。交往行为发生在一个生活世界之内，这个世界构成交往行为参与者的背景，在不言而喻的日常知识的前反思形式和直觉拥有的能力中呈现出来。<sup>[14]</sup>

参合农民在观念上共享的背景知识是其开展交往活动的意义基础，对于其实践层面上的参与行为有着重要的激励或约束作用。那么，参合农民究竟共享着怎样的背景知识呢？从访谈资料来看，在农民的内心体验中，商品经济的价值观侵蚀了医方的就医行为，社会整合是靠金钱和权力或行政组织这两种因素实现的。对于医院的理解是医院是经济理性的、单纯追逐经济利益的：“医生开药有奖金”，“医生开药开编号，怕赚不到钱”，“滥收费”，“医院就是要钱、要钱。”总之，金钱侵蚀了医方的就医疗机构的提供者，对于农民而言，“有病的吃亏，千万不能生病，看不起。”在新农合的参与上，他们认为“国家大事我们也无能为力”，“具体的让当官的去想”；如果自己遇到了问题，他们的判定是“医院有钱有势”，“我们是老实人”，“家里没有当官的”，“没学问”，自己没有权力，也没有金钱，“搞不过他们”，“有了问题也不会找政府理论”，所以少有维权的倾向与行动。

### **个案访谈：参合农民生活世界殖民化的心理体验**

个案 B：“给农民费用越低越好，报销越多越好，具体的让当官的去想。”

“我丈夫在醴陵医院检查时说是打针打坏了脚，一开始是在 H 医院治的，误诊了。也没想过想他们索赔啊，人家医院有权有势的，怕搞不过他们，反正也只有 1000 多块钱，现在病好了也就算了。”

个案 S：“医院就是要钱、要钱。进了医院就一件事，闭着眼睛，交钱！”

个案 M：“前两年在 H 医院看病，医生开的方子上写的是编号，根本不是药名。他就是怕我到外面买药，他赚不到钱。”

个案 G：“现在药费太贵了，有病的人吃亏，千万不能生病，看不起。”

个案 F：“有一次看病时，医生开完药房说他要给我去拿药，他就怕你拿着方子去药店买药。”

“医生开药都是有奖金的！你问我听谁说的？不用听谁说，当然是这个样子的！我跟你讲，每个方子上都有医生的名字的，他就凭这个领奖金。”

不难看出，在参合农民在一定程度上共享的背景知识中，医疗、医疗保障和弱势群体权利的维护等有关公共利益的事情是被金钱和权力所左右的，自身的声音、讨论、利益诉求无人倾听、毫无用处。在参合参合农民的心理体验中，我们能体悟出的是哈贝马斯对现代社会的诊断——生活世界殖民化。在经验现实层面，金钱和权力取代了语言和符号而操纵了社会行为。经济和国家的媒体控制下的系统，借助货币和官僚政治的手段，渗透到了生活世界的象征性再生产。<sup>[15]</sup>生活世界的殖民化在人们的心理观念层面也同样存在，那就是在人们共享的知识背景中，积极的反思态度和批判精神的消减和退化，对待周围的任何物采取像对待商品一样的态度，只重感性上的取舍，不做深层次的反思和讨论。本应有各种观点和利益诉求得以言说、论证、反省和批判的参合农民的沟通领域被金钱和权力可以驾驭一切的单一逻辑所掌控，人们的行为选择的自由和正当价值意义的追寻遥不可及。

“弱者的自我定义”和“生活世界殖民化”既是参合农民的心理体验，是其参与交往活动的背景知识，也是其性情倾向及开展实践活动的前认知把握。在参合农民的内心世界，他们是弱者，这个世界又被权力和金钱所掌控，面对现实，他们充满了无力感。这样的性情倾向反映出参合农民主体意识不足、参与意识薄弱，他们觉得自己“说不上话”或者说“说了也没用”。

#### **四、行为层面：交往行动的缺失和主体性参与不足**

新型农村合作医疗的发展离不开参合农民在行为方面的积极参与，调查结果显示，农民的实际参与情况并不理想。

#### **个案访谈：农民对新型农村合作医疗的参与状况**

个案 D：“我爸爸 08 年得癌症去世，我听乡镇医院的医生说可以补 6000 块钱，后来我就问我们村书记，他说没有这回事。我们也不太懂能报销多少，怎么报，在报销补助上是我的一个当医生的叔叔帮忙搞得，听人说能报销 60%，但好像不够，具体的情况我也不太了解。叔叔说多少，我们就拿多少，反正叔叔也不会多要我们的钱。”

个案 S：“我们邻居大娘，1973 年做得节育手术，但没有做好。去年在 H 医院看病，人家（H 医院）说不能报，可是前年和今年的都报销了，大娘很不满意。（笔者问：“那大娘没去 H 医院问问怎么回事吗？”）问谁啊？不知道啊，问了也没有用啊。大娘也就是平时和我们聊聊。”

个案 G：“报销的事情我不太懂，是我儿子给我办的。”

个案 J：“我们农民，没学问，我们看病也不知道哪些能报销、哪些不能报销，他说什么就是什么喽，他说改交多少钱就交多少，结完帐就走人。”

个案 C：“在缴费上啊，组长说交 30 块，我们就签个字。我也不知道该交多少，农村人没有几个能说得上话，组长说交多少就交多少，不过我听人说别人那里只交 20 块。”

从以上参合农民讲述中我们不难发现，参合农民主要将自己的困难和不解诉诸亲朋和相邻，而不是向医疗机构和政府相关机构等机构问个究竟。参合农民与医疗机构和政府的交往行动缺失，农民自下而上的关于自身的体验、要求、困惑解答的信息反馈基本上是不存在的。在和政府与医疗机构打交道时，比如，在报销上，是“他（医方）说什么就是什么”；在缴费上，是“组长说交多少就交多少”。参合农民并不是在明确知晓相关信息的基础上的自主性参与，而是被动参与，消极承受。

## 五、结论和讨论：自上而下的现代性谋划

通过对新型农村合作医疗中参合农民认知层面、态度层面和行为层面的探查，笔者发现，参合农民将健康保障视为政府恩惠而非自身权利，对相关制度信息掌握不足，对专家系统不甚了解和信任。同时，在参合农民直觉而非批判的心理体验中，社会整合依靠权力和金钱，自身是弱者，人卑言轻，不愿也不会以一

种自下而上式的方式将自身的体验、要求和困惑反馈给相关机构，在现实生活中以一种消极被动的方式参与新型农村合作医疗。参合农民的现代性无可找寻，或者可能只是以碎片化的形式出现在某些个体的意识中。对于新型农村合作医疗的运行来说，参合农民只是被动适应，而非主动的参与与创造，参合农民并没有赋予其可更新和发展的生命力。

诚然，新型农村合作医疗的发展离不开完善的制度设计，离不开规范化的运行机制，但是最关键的问题还是参合农民的现代性的培育。从参合农民自下而上式的现代性生成的可能性来看，参合农民对于自己弱者身份的认定、健康保障是恩惠而非权利的体察，以及在自上而下式的互动模式中有意无意的失语，反过来又会推动自身的自我封闭，加剧自身面对现实的无力感的体验，这似乎就是一个“自我实现的预言”。可见参合农民自身自下而上的现代性生成前景暗淡，对于参合农民自上而下的现代性谋划就显得非常的重要。但是，在自上而下的现代性谋划过程中要注重农民自主性的培育，培养参合农民自身的参与意识和参与能力，提高参合农民的表达意识和表达能力，引导农民形成批判性思维，将诸多与公共利益相关的问题诉诸理性的讨论，使其不断提升自下而上的现代性生成的能力。

#### 参考文献：

- [1] 卫生部. 2009 年我国卫生事业发展情况简报 [DB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/>, 2010-02-02.
- [2] 吉登斯. 现代性的后果[M]. 译林出版社, 2000:134.
- [3] 英格尔斯. 人的现代化[M]. 四川人民出版社, 1985:4.
- [4] 吉登斯. 现代性与自我认同[M]. 三联书店, 1998:16.
- [5] 卡林内斯. 库现代性的五副面孔[M]. 商务印书馆, 2004:360~361.
- [6] 英格尔斯. 从传统人到现代人[M]. 中国人民大学出版社, 1992:7.
- [7] 叶启政. 传统与现代的斗争游戏[J]. 社会学研究, 1996(1).
- [8] 舍勒. 资本主义的未来[M]. 三联书店, 1997:6.
- [9] 景天魁. 围绕农民健康问题: 政府、市场、社会的互动[J]. 河北学刊. 2006(4).
- [9] 吉登斯. 现代性的后果. 译林出版社, 2000: 24.

[10] 布迪厄. 实践与反思——反思社会学导引[M]. 中央编译出版社, 1998:165

[11] 巫俏冰. 社会政策研究的过程视角[J]. 社会学研究, 2002(2).

[12] 俞吾金, 陈学明. 国外马克思主义哲学流派新编上册[M]. 复旦大学出版社, 2002:238.

[13] 哈贝马斯. 交往行动理论第一卷[M]. 重庆出版社, 1994:424.

[14] 哈贝马斯. 交往行动理论第二卷[M]. 重庆出版社, 1994: 457.

作者简介：寇建岭，中南大学社会学系学生。

文章来源：作者投稿