

# 论我国农民医疗保障制度改革的基本目标 与实施路径

孙建娥

(湖南师范大学 公共管理学院, 湖南 长沙 410081)

**摘要:** 农民医疗保障制度是社会保障制度的重要组成部分,世界上许多国家对农民医疗保障进行了积极探索,形成了缴费制与非缴费制两大实践模式。我国的农民医疗保障制度也走过了艰辛曲折的探索之路。为了建立覆盖城乡居民的社会保障体系,必须确立农民医疗保障制度改革基本目标与具体实施路径。

**关键词:** 农民医疗保障;改革目标;实施路径

**中图分类号:** C912.82

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1000-2529(2010)03-0015-04

20世纪80年代以来,由于经济体制结构的变化致使我国农村合作医疗几近崩溃,加之医疗体制改革的市场化取向,大多数农民成为毫无保障的自费医疗群体,农民“看病贵,看病难”的问题凸显。近年来我国政府在农民医疗保障方面采取了积极的措施,取得了一定成效。但是现行制度安排仍然存在一定缺陷,还不能充分保证广大农民的医疗保障需求。因此,必须借鉴国外农民医疗保障制度的经验并结合我国实际,确立我国农民医疗保障制度改革的目标,寻找比较合理的实施路径,尽快完善我国农民医疗保障制度。

## 一、国外农民医疗保障制度建设的历史背景与一般实践

医疗保障制度是国家和社会通过立法推行的,以社会医疗保险为核心的的一种医疗、护理方面的保障制度,一般包括医疗服务、医疗保险、医疗救助等内容,其目的在于弥补病患期间的收入损失和提高国民健康素质。世界许多国家医疗保障制度已成为一项基本的社会经济制度。

### 1. 国外农民医疗保障制度建立的历史背景

从医疗保障制度发展过程来看,国外农民医疗保障制度的建立和发展过程是与其社会发展和工业化进程是相一致的。从1883年德国颁布《疾病社会保险法》开始,医疗保障制度的变迁经历了从产业工人到全体国民,从城市到农村的扩展。各国农民医疗保障制度是从第二次世界大战后才开始的。考察各国农民医疗保障制度,可以看出,其建立的时间普遍晚于城镇居民医疗保障制度,也普遍晚于农村养老保障制度,甚至在大多数国家农民医疗保障制度也晚于其社会救助制度<sup>[1]</sup>。直到20世纪50~80年代国外农民医疗保障制度才普遍确立起来,这一时期农民医疗保障建立的主要推动因素有两个:工业化、城镇化的推进和社会政策的成熟。第一,20世纪50年代以后是世界经济发展的繁荣时期,加之产业结构的

调整,农业从业人口所占比例逐渐降低,大量劳动力转移至城市,大大加速了工业化的进程,促进了城市化的迅猛发展,为实现农民医疗保障奠定了良好的经济、社会和制度基础;第二,20世纪50~80年代,是国外社会政策的发展与成熟阶段,福利国家模式构筑许多国家社会政策的基本框架,普遍覆盖与全民共享原则促进了社会保障制度向全民推进以及推动了针对农民的社会保障制度的建立与完善。在这种条件下,各国推出惠及农民的医疗保障制度,实现了医疗保障的城乡整合。

### 2. 国外农民医疗保障制度的实践模式

经过长期的发展实践,当代国外农民医疗保障制度已经形成两种主要的模式:

#### (1)非缴费式医疗保障

1)免费医疗保障。免费医疗保障模式,也称国家医疗、全民医疗保障模式,是指医疗保障资金主要来自税收,政府通过预算分配方式,将由税收形成的医疗保障基金有计划地拨给有关部门或直接拨给公立医院,医疗保障享受对象看病时基本上不需要支付费用的制度。全民医疗覆盖到了全体国民,自然农民也纳入其中。英国、加拿大、瑞典、爱尔兰、丹麦等发达国家和马来西亚、越南等发展中国家实行的就是这种全民的福利医疗。政府在农村地区提供的医疗服务全部免费<sup>[2]</sup>。这种免费医疗制度实现了全民共享,保障了农民的基本医疗卫生条件,减轻了农民医疗费用的压力,但是此项制度由政府财政全包,财政压力巨大,且提供的医疗服务水平较低,难以完全满足农民医疗保障的需要。

2)农民医疗救助制度。农民医疗救助是政府和社会对农村贫困人口中因病而无经济能力进行治疗的人实施专项帮助和支持的一项医疗保障制度。由于医疗保险不可能覆盖所有农民,因此农民医疗救助制度是农民医疗保障制度的重要组成部分。它主要有现金补助、医疗费用减免和免费提供医疗保健服务等几种形式。泰国的“30泰铢就医计划”是农民医疗救

收稿日期: 2010-01-05

作者简介: 孙建娥(1961-),女,湖南沅江人,湖南师范大学公共管理学院教授。

助的典型代表,其主要内容是:由中央政府按人均一定标准将资金预拨给医疗卫生机构;参与该计划的农民凭借公民身份证到居住地所属医院登记办一张“30泰铢就医计划”卡;每张卡只指定一家医院,指定的医院是根据患者居住地区划定;如果患者自行到其他区非指定医院看病,就医费用必须自费;生病需要就医时,凭卡到定点医院就诊只需支付30泰铢的挂号费(30泰铢约合6元人民币)就可得到规定的医疗服务。

### (2) 缴费式医疗保障

1) 社会医疗保险。农民的社会医疗保险是国家和社会通过立法,为向农民提供患病时基本医疗需求保障而建立的社会保险制度。它具有社会保险的强制性、互济性、福利性和社会性等特征。社会医疗保险的基金来源于三方:国家、集体与个人。通常,农民只需要承担小部分的费用,其费用分担方式有:起付、报销比例、封顶三种形式。如德国实行“农民健康保险”,就是一种强制性的社会医疗保险。社会医疗保险制度有效分散了农民医疗风险,明确了各方责任,缓解了财政压力,但是此项制度造成医疗资源分布不均匀,农民医疗资源不足等诸多问题。在一些发展中国家,卫生资源分布不均问题日趋严重,城市过剩,农村不足;初级医疗机构水平低,人们不愿去就诊,基层医疗机构使用率仅25%;农民医疗保险经费困难;对10%的贫困农民仅提供低质量的免费医疗服务<sup>[3]</sup>。

2) 社区合作医疗保障。社区合作医疗保障模式,是指依靠社区的力量,按照“风险共担,互助共济”的原则,在社区范围内通过群众集资建立集中的医疗基金(政府通常也给予一定补贴),采取预付方式来支付参保人及其家庭的医疗、预防、保健等服务费用的一项综合性基本医疗保健措施。泰国的医疗保险卡制度是社区合作医疗的典型代表,泰国农民主要是通过购买健康卡形式参加社区合作医疗保障。社区合作医疗制度在一定区域内运用社会保险的风险分担机制,筹集区域内的资金,提供医疗保健服务,能够提供较好的基本医疗和预防保健,有效地保障了农民的身体健。但是社区合作医疗,覆盖范围较小,筹集的资金有限,难以抵御农民的大病风险。

3) 商业医疗保险。商业医疗保险是医疗保障体系的组成部分,它是由盈利或非盈利的私人医疗保险公司或民间医疗保险公司经营的,企业、社会团体、政府或个人自愿购买的一种医疗保障制度,商业医疗保险的资金主要来源于参保者个人及其雇主所缴纳的保险费,一般而言,政府财政不出资或不补贴。美国是实行商业医疗保险制度的典型代表,美国虽然有针对农民的医疗照顾制度、医疗救助制度,但是80%的农民并未覆盖其中,而是参加了商业医疗保险制度。美国的农民商业医疗保险分为盈利性和非盈利性两种模式,非盈利性的商业保险享受税收优惠。保险经费主要由企业和个人负担,并由市场经营和管理。商业医疗保险减轻了政府的财政压力,充分发挥了市场对医疗资源的配置作用,减少了医疗资源的浪费,提高了制度运行的效率,但是商业医疗其实是推卸了政府对于公民医疗保健的责任,违背了医疗保健的公益性性质,其社会公平性较差,很多收入较低的农民无法享受到商业医疗保险。

## 二、我国农民医疗保障制度改革的回顾

我国农民医疗保障制度是我国社会保障制度的重要组

成部分,党和政府高度重视农民医疗保障制度的建设。从计划经济时期的农村合作医疗制度到现阶段新型农村合作医疗和农民医疗救助制度,我国的农民医疗保障制度走过了艰辛的探索与改革历程。

### 1. 计划经济时期农民医疗保障体系的建立

新中国成立后,一些农村地区开始了自发筹资建立具有公益性质的保健站和医疗站的探索。1959年11月,卫生部在山西省稷山县召开全国农村卫生工作会议,正式肯定了农村合作医疗制度。1965年毛泽东主席发表的“六·二六”指示和中央批转卫生部党委的《关于把医疗工作的重点放到农村的报告》,极大地推动了农村医疗保障制度的发展。到1965年底,全国已有山西、湖北、江西、等10多个省、自治区、直辖市的一部分农村建立起农村合作医疗制度<sup>[4]</sup>。1978年3月5日颁布的《中华人民共和国宪法》的第三章第五十条就明确规定:国家逐步发展社会保险、社会救济、公费医疗和合作医疗等事业,以保证劳动者享受这种权利。1979年12月15日卫生部又颁布了《农村合作医疗章程(试行草案)》来规范农村合作医疗制度的发展。到20世纪70年代末,农村合作医疗制度在全国普遍开展起来,在全国的覆盖率达90%左右。同时,我国农村绝大部分地区都建立起三级医疗卫生机构,形成了较为完善的预防保健网。农村合作医疗、村级保健站和“赤脚医生”被称为当时中国农村医疗卫生工作的“三件法宝”,获得了世界银行和世界卫生组织的赞誉。

### 2. 经济转轨时期农民医疗保障制度的改革

进入20世纪80年代以后,随着家庭联产承包责任制的推行,农村集体经济解体,农村合作医疗失去了赖以生存的基础。农村合作医疗的覆盖率由20世纪70年代末的90%迅速降低到1985年的5%<sup>[5]</sup>。农村合作医疗制度的几近崩溃和农民自费医疗带来的诸多社会问题,使农村医疗保障制度的建设愈加艰难,改革迫在眉睫。20世纪90年代以来,中央政府颁布了一系列相关政策,试图重建我国的农村合作医疗。1991年1月17日,国务院批转了卫生部等部委提出的《关于改革和加强医疗卫生工作的请示》,要求各地要稳步推行合作医疗制度。1993年11月11日中共十四届三中全会通过的《中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》的第27条就明确规定,发展和完善农村合作医疗制度。1997年1月15日,中共中央和国务院在《关于卫生改革和发展的决定》中,更明确地提出要“积极稳妥发展和完善合作医疗制度”。同年11月7日,卫生部又发出了《进一步推动合作医疗的通知》。虽然国家做出了很大的努力,但合作医疗的实施效果并不理想。据1998年第二次国家卫生服务调查结果显示,农村享有医疗保障的人口比例总计为12.68%,其中参加合作医疗的仅为6.5%<sup>[5]</sup>。

### 3. 新时期新型农民医疗保障体系的探索

2002年在面对当时农村卫生工作薄弱,体制滞后,农民因病致贫因病返贫突出的问题,10月19日公布了《中共中央、国务院关于进一步加强对农村卫生工作的决定》。其中明确指出各级政府要积极组织引导农民建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度和完善农村医疗救助制度,到2010年新型农民合作医疗制度要基本覆盖农村居民。2003年民政部,

卫生部、财政部发布了《关于实施农村医疗救助的意见》,对救助对象,救助办法,申请、审批程序,医疗救助服务,基金的筹集、管理和组织实施做了详细的规定。救助对象在 2002 年的《决定》基础上增加了地方政府规定的其他符合条件的农村贫困农民。救助办法包括对救助对象的资助,以及国家规定的特种传染病救治费用,需按有关规定给予补助。在 2005 年 9 月召开的“新型农村合作医疗试点工作会议”提出要提高财政补助标准,扩大中央财政补助范围,深入探索并着力解决试点工作的难点问题。从 2006 年起,中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型农村合作医疗的农民由每人每年补助 10 元提高到 20 元,地方财政也要相应增加 10 元。2007 年 3 月 3 日卫生部发布的《关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》为进一步完善新型农村合作医疗制度相关政策,制定了“当年全额预拨、次年据实结算、差额多退少补”的办法。

2008 年 12 月 28 日,全国人大常委会发布了《社会保险法(草案)》,面向全社会征求意见稿中,新型农村合作医疗作为社会医疗保险体系中的一个组成部分,有了一种全新的法律定位。2009 年 3 月 17 日,中共中央、国务院发布的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》,指出要坚持公共医疗卫生的公益性质,坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重的方针,实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开,强化政府责任和投入,完善国民健康政策,健全制度体系,加强监督管理,创新体制机制,鼓励社会参与,建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,不断提高全民健康水平,促进社会和谐。为贯彻落实该《意见》和《国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011 年)的通知》,2009 年发布了《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》,这既是推进医疗救助工作的需要,也是当前形势发展的需要。《意见》着重提出健全制度,满足困难群众的基本医疗服务需求,将低收入家庭重病患者纳入救助范围,实行即时结算,探索“一站式”的管理服务等多项创新之举,力图为困难群众解决看病难,看病贵的问题。

纵观我国的农民医疗保障制度走过的艰辛探索与改革历程,在中国工业化、城市化与现代化的过程中,对如何解决占人口绝大多数的农民的医疗保障问题,曾经创造出足以让大多数发展中国家借鉴的经验。通过建立各种不同层次的医疗卫生保健机构,积极开展合作医疗,促进了“中国卫生状况的显著改善和居民期望寿命的显著增加”,被誉为成功的“卫生革命”<sup>[6]</sup>。但是其在经历了上世纪 60 年代到 70 年代的辉煌后于 80 年代逐渐走向了衰落,主要原因是对农民医疗保障政策的忽视和“城乡分治”的体制酿成的。具体来说在经济体制改革后,各级政府急功近利,片面强调市场作用,过分追求经济增长率,忽视农民的医疗保障需求。加之农村合作医疗的宏观决策不稳定,尤其是制定政策的利益差异造成有关合作医疗政策之间的相互冲突。直到 2002 年,中共中央、国务院开始了一系列措施发展农村卫生事业,农村的医疗保障才迎来令人欣慰的曙光。2009 年公布的新医改方案为整个医疗卫生体制改革指出了政府主导的多元卫生投入机制,医疗机构法人化的全民医保新方向,其中很多内容为农村医疗卫生事业的发

展带来了机遇与挑战,将对农村医疗体制的改革产生重大的影响<sup>[7]</sup>。

### 三、我国农民医疗保障制度改革目标与实施路径

医疗保障制度改革是当前我国经济和社会发展中的一个重大问题。党的十六届六中全会提出,到 2020 年基本建立覆盖城乡居民的社会保障体系。在当前城市医疗保障制度基本建立的同时,农村医疗保障制度却仍然问题突出,解决这些问题就首先要确立我国农民医疗保障制度改革的目标及其实施路径。

#### 1. 我国农民医疗保障制度的改革目标

国际医疗保障领域有一个共识,即在基本医疗保障方面要充分发挥公共部门的作用,降低自付比例,保证基本医疗服务的可及性,最大程度地减少不同人群的医疗保障程度的差别,同时不损害个人更高水平的健康需求<sup>[8]</sup>。因此,在当前农村医疗保障制度严重滞后于城镇医疗保障制度的情况下,结合中国的国情,我国农民医疗保障制度的改革目标是:要建立以病症诊治为主体,以预防保健、医疗救助、医疗保险、社区医疗等为补充的综合性农民医疗保障制度体系。同时要逐步消除城乡差异,实现城镇医疗保障制度与农村医疗保障制度的整合,在区域统筹的基础上继而向统一的国民健康保险制度迈进,最终实现全民医保。从而保证农村居民能享有基本医疗保障,同时满足个人的差异化保障需求,不断提高国民健康水平<sup>[9]</sup>。

#### 2. 我国农民医疗保障制度改革的具体实施路径

(1) 强调政府为解决农民医疗保障问题上的主体责任,强制推行农民基本医疗保险。在解决农民医疗保障问题上政府的责任主要表现在农民医疗保障的制度设计与财政投入方面采取更加积极的态度和措施。一方面,政府应强化农民医疗保障的制度设计,强制推行农民基本医疗保险。世界各国医疗保障制度发展的经验表明,法律的强制性是建立医疗保障制度广覆盖的基础。我国要使全体农民都能享有医疗保障,政府必须制定相关法律法规,强制推行农民基本医疗保险,将实施农民基本医疗保险作为政府法定的责任。而且政府应将农民医疗保障逐步纳入国家社会保障的总体规划,加大对新型农村合作医疗制度的宣传力度,让农民认识到参加基本医疗保险是农民法定的义务,享受基本医疗保险是农民应有的权利,实现农民群众的广泛参与。另一方面,明确政府在农民医疗保障制度中的财政职能,建立科学合理的农民医疗保障资金筹集机制。国外农民医疗保障制度得以正常运行的重要保证在于政府的参与和财政支持。目前制约我国农民医疗保障制度发展的瓶颈是资金短缺。要从根本上解决这一问题,应加大中央财政支持力度,建立科学合理的资金筹集机制,彻底改变政府对农村医疗保障投入过少的状况,充分发挥政府财政对预防保健和公共卫生服务的支持作用,加大财政资金向农村倾斜的力度。目前我国的综合实力显著增强,政府已具备对农民医疗保障提供财政支持的经济实力。当前城市社会保障体系已经基本建立,因此必须加快农村社会保障体系支柱之一的农民医疗保障制度的建设。同时,通过调整农村产业结构、杜绝

各种不合理收费等措施,增加对农业的投入,加速发展农村经济,增强农村经济发展的后劲,切实减轻农民负担,提高农民收入水平,以保证医疗保障基金持续稳定的增加。

(2)从农村实际出发,因地制宜、分阶段地选择不同农民医疗保障模式。选择新型农村合作医疗、农村医疗救助和商业医疗保险为主要内容的“三支柱”农民医疗保障制度框架。我国农村幅员广大,东部、中部、西部地区经济社会发展水平的差异导致地区之间存在医疗保障的形式和水平的差异,因而必须从农村实际出发,不可搞“一刀切”,因地制宜、分阶段地选择不同医疗保障模式<sup>[10]</sup>。一是东部沿海地区及城市市郊等生产力水平和农民生活水平提高较快的富裕地区。这些地区对医疗保障的需求较高,支付能力也较强,“第一支柱”已基本成形,全面推进农民医疗保障体系建设的条件已基本具备,医疗保障体制建设应纳入城乡一体化发展,农民的健康保障体制可以向城镇过渡,甚至结合。例如上海、浙江、江苏等地就已经基本实现了合作医疗向农民基本医疗保险的过渡。二是中部农村地区集体经济实力较弱,农民个人收入较低,推行新型农村合作医疗制度是现阶段的策略性选择。对无力缴费参加合作医疗者给予医疗救助。同时鼓励高收入者参加商业医疗保险,发挥“第三支柱”的积极作用。三是西部地区由于收入水平很低,没有基本的缴费能力,即使新型农村合作医疗制度也难以在这类地区建立并运行下去。大多数农民难以享受到初级卫生保健服务,一旦遇到疾病风险,就会在本来拮据的经济上再遭受更大的打击,因病致贫、因病返贫的现象普遍而严重。因此,西部地区农村医疗保障制度的选择,应加大中央和省两级财政转移支付,加快建立新型农村合作医疗制度和贫困家庭医疗救助制度,要注重发挥“第二支柱”的保障作用,切实保障当地农村居民的基本医疗需求。

(3)构建中国农村广义卫生医疗保障制度及其配套制度。广义卫生医疗保障制度包括一切有利于提高居民健康水平,消除、缓解和补偿疾病带来风险的制度。它除了狭义卫生医疗保障制度(新型农村合作医疗制度)所包含的内容以外,还包括对所有人口提供的公共卫生保健和针对贫困人口实施的扶贫性质的医疗救助,甚至包括教育投资、环境卫生状况改善、污染治理、妇女地位和儿童营养状况改善及社区发展等一般发展政策的内容。商业健康保险也可以是广义医疗卫生保障的组成部分。因此,要树立远大的发展理念,合理规划和构建中国农村广义卫生医疗保障制度,同时注重相关配套制度的建立健全。如用信息公开化促进公共卫生医疗机构的改革和药品流通体制改革,加强社区——使用者控制与集体能力培育等<sup>[11]</sup>。

(4)加强农村卫生医疗建设,增强农民健康意识和自我保健能力,提高农民健康水平。农村是卫生工作最薄弱的环节,是我国卫生工作的重点。一是加快农村卫生医疗基础设施建设,巩固和健全县、乡、村三级农村卫生医疗服务体系和网络。重点加强乡镇卫生院建设,每个乡镇要保留一所公立卫生院,每个村至少要有有一个卫生室。二是建立适应农民承受能力的农村医药价格管理体系和农村医疗管理规范,为农民提供安全、廉价的基本医疗服务。三是加强农村卫生人才培养,组织

城市医生对口支援农村,让“卫生下乡”务实持久,逐步提高农村医疗服务水平。四是要加强对农村居民的健康教育,采取多种形式普及疾病预防和卫生保健知识,引导和帮助农民建立良好的卫生习惯,破除迷信,摒弃陋习,倡导科学、文明、健康的生活方式,增强农民健康意识和自我保健能力,保证农村卫生医疗事业的发展和农民健康水平的提高。

(5)加快建设覆盖城乡居民的社会保障体系,最终实现医疗保障城乡一体化。公平、正义、共享的理念告诉我们要建设造福于民的社会保障体系,建立覆盖城乡居民的社会保障体系是当前社会保障发展的基本任务,建设公平、全面而无漏洞的社会保障体系是我国社会保障未来的发展方向<sup>[12]</sup>。国外实施医疗保障的国家,无论是发达国家还是发展中国家在医疗保障中,其制度、政策几乎都涵盖了全体国民,并无城乡差别。而我国是一个典型的二元结构社会,农民医疗保障制度也自成体系,城乡之间的卫生服务水平以及居民保障水平的差异很大。“二元经济社会结构,是历史的产物,也是计划经济体制下经济发展模式的产物,更是特定历史条件下工业化过程的产物。建设社会主义新农村,一个重要目标就是要从根本上改变二元结构”<sup>[13]</sup>,为此中央已经明确提出了加快建立覆盖城乡居民的社会保障体系的方向。因此,为了建立合理的农民医疗保障制度,必须统筹城乡、共同发展,尽快改变医疗卫生资源城乡分配不公的现状,最终建立无差别的、城乡一体化的医疗保障制度。

#### 参考文献:

- [1] 费平,杨洋,王国林.国外农村医疗保障和社会救助制度[J].中国劳动,2009,(2):28.
- [2] 丁少群,林义.国外农民医疗保障模式启示[J].乡镇论坛,2008,(7):25.
- [3] 苏理.国外农民医保模式一瞥[J].当代广西,2007,(8):20.
- [4] 李宗方.建立新型农村医疗保障体制之我见[J].湖南行政学院学报,2007,(5):40-41.
- [5] 姚力.新时期农村合作医疗改革述论[J].当代中国史研究,2009,(2):36-41.
- [6] 世界银行.中国:卫生模式转变中的长远问题与对策[M].北京:中国财政经济出版社,1994.
- [7] 顾昕.当代中国农村医疗体制的变革与发展趋向[J].河北学刊,2009,(5):5.
- [8] 孙祁祥.中国医疗保障制度改革:全民医保的三支柱框架[J].经济科学,2007,(5):11-15.
- [9] 郑功成.中国社会保障改革与发展战略[M].北京:人民出版社,2008.
- [10] 江志良.对完善我国农村医疗保障制度的思考[J].东岳论丛,2007,(2):194.
- [11] 中国人民大学农业与农村发展学院课题组(程漱兰等).论“能力密集型”合作医疗制度的“自动运行”机制——中国农村基本医疗保障制度的可持续发展[J].管理世界,2005,(11):76-81.

(下转第125页)

24)虽然说得有理,但不知西天路还在那里哩! (《西游记》第八十回)

25)虽然不比有本钱的客商,但是也要小心些。(《儒林外史》第三十四回)

26)沙漠里的动植物虽然不多,但是都有耐旱、耐渴的本领。

注 释:

- ① 详参胡竹安《敦煌变文中的双音节连词》,《中国语文》,1961年10、11月号。
- ② \*表示分句前的关联词,包括关联连词和关联副词等,下同。
- ③ 王力先生认为连词“虽然”产生大致是《红楼梦》时代,确定的时间太晚。具体论述是:“词组‘虽然’凝结成单词,用作推拓连词(让步连词),其意义只等于古汉语的一个单词‘虽’字。这是很晚的事情了。在《红楼梦》时代(十八世纪),有这一类的例子。”详参《王力文集》第十

一卷,济南:山东教育出版社,1989年。第219页。

参考文献:

- [1] 张 相.诗词曲语辞汇释[M].北京:中华书局,1979.
- [2] 王 力.王力文集:第11卷[C].济南:山东教育出版社,1989.
- [3] 董秀芳.词汇化:汉语双音节词的衍生和发展[M].成都:四川民族出版社,2002.
- [4] 吕叔湘.中国文法要略[M].北京:商务印书馆,1982.
- [5] 邢福义.汉语复句研究[M].北京:商务印书馆,2003.
- [6] 周 刚.连词与相关问题研究[M].合肥:安徽教育出版社,2002.
- [7] 席 嘉.近代汉语连词研究[D].武汉大学博士学位论文,2006.
- [8] 太田辰夫.中国语历史文法[M].北京:北京大学出版社,2003.
- [9] 沈家焯.“语法化”研究综观[J].外语教学与研究,1994,(4):17-25.

### Emergence of Syntactical Conjunction *Suiran*

XU Zhao-hong, JIANG Ji-cheng

(College of Liberal Arts, Hunan Normal University, Changsha, Hunan 410081, China)

**Abstract:** The conjunction *suiran* (虽然) is a modern Chinese concessions in conjunction of the “typical member”. It, through the evolution of “non-word” to conjunctions, at the same time, represents a major source category. Syntactic structure is the important reason for the evolution of the conjunction *suiran* (虽然).

**Key words:** conjunction; *suiran* (虽然); syntactic; evolution

(责任编辑:文 建)

(上接第18页)

- [12] 张怡恬.郑功成:中国社会保障发展战略研究的新突破 [N].人民网《人民日报》2009-07-24.
- [13] 青连斌.民生大于天—为什么要加快推进社会建设 [M].人民出版社,2008.

### On Basic Objectives and Implementing Ways of Rural Health Care System Reform in China

SUN Jian-e

(College of Public Administration, Hunan Normal University, Changsha, Hunan 410081, China)

**Abstract:** The rural health care system is an important part of the social security system. The rural health care has been actively explored in many countries, and two practical models have been formed. Payment system and non-contributory system of China’s rural medical insurance system has also gone through the difficult and tortuous path of exploration. In order to establish a social security system of covering urban and rural residents, we must establish the basic objectives and specific implementating ways of medical insurance system reform.

**Key words:** rural medical insurance; objectives of reform; implementing ways

(责任编辑:文 泉)