

<<北京新型农村合作医疗保险制度研究>>

图书基本信息

书名：<<北京新型农村合作医疗保险制度研究>>

13位ISBN编号：9787109135086

10位ISBN编号：710913508X

出版时间：1970-1

出版时间：中国农业出版社

作者：何忠伟 等著

页数：252

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## 前言

合作医疗是由我国农民自己创造的互助共济的医疗保障制度，在保障农民获得基本卫生服务、缓解农民因病致贫和因病返贫方面发挥了重要的作用。

它为世界各国，特别是发展中国家所普遍存在的问题提供了一个范本，不仅在国内受到农民群众的欢迎，而且在国际上得到好评。

在1974年5月的第27届世界卫生大会上，第三世界国家普遍表示热情关注和极大兴趣。

联合国妇女儿童基金会在1980-1981年年报中指出，中国的“赤脚医生”制度在落后的农村地区提供了初级护理，为不发达国家提高医疗卫生水平提供了样本。

世界银行和世界卫生组织把我国农村的合作医疗称为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”。

合作医疗在将近50年的发展历程中，先后经历了20世纪40年代的萌芽阶段、50年代的初创阶段、60~70年代的发展与鼎盛阶段、80年代的解体阶段和90年代以来的恢复和发展阶段。

面对传统合作医疗中遇到的问题，大量的理论研究和实践经验也已表明，在农村建立新型合作医疗制度势在必行。

## <<北京新型农村合作医疗保险制度研究>>

### 内容概要

合作医疗是由我国农民自己创造的互助共济的医疗保障制度，在保障农民获得基本卫生服务、缓解农民因病致贫和因病返贫方面发挥了重要的作用。

它为世界各国，特别是发展中国家所普遍存在的问题提供了一个范本，不仅在国内受到农民群众的欢迎，而且在国际上得到好评。

在1974年5月的第27届世界卫生大会上，第三世界国家普遍表示热情关注和极大兴趣。

联合国妇女儿童基金会在1980-1981年年报中指出，中国的“赤脚医生”制度在落后的农村地区提供了初级护理，为不发达国家提高医疗卫生水平提供了样本。

世界银行和世界卫生组织把我国农村的合作医疗称为“发展中国家解决卫生经费的唯一典范”。

书籍目录

第一章 导论1 选题背景2 选题目的及意义3 国内外研究动态4 研究思路与方法5 可能创新之处第二章 国外医疗保障理论与实践1 国外开展医疗保障的理论依据2 国外实行医疗保障的实践第三章 中国农村合作医疗制度的演变历程1 农村合作医疗的产生(1959年之前)2 农村合作医疗的大发展(1960-1980年)3 农村合作医疗的衰退(1981-1992年)4 农村合作医疗的恢复(1993-2002年)5 新型农村合作医疗制度试点(2003年以后)第四章 北京新型农村合作医疗保险制度的基本情况1 北京新型农村合作医疗保险制度的运行整体良好2 北京新型农村合作医疗保险制度运行中存在的问题3 北京新型农村合作医疗保险制度的主要经验4 农户对农村合作医疗保险的需求分析5 农户对农村合作医疗保险制度的认知分析第五章 北京新型农村合作医疗保险制度实证分析1 调查数据2 北京新型农村合作医疗的基本情况分析3 京郊农民参与新型农村合作医疗的程度分析4 政策建议5 新型农村合作医疗保险制度的案例分析：以通州区为例第六章 新型农村合作医疗保险筹资制度1 新型农村合作医疗保险制度保障水平的界定2 新型农村合作医疗保障水平确定的精算模型3 新型农村合作医疗保障水平精算型的应用及分析4 补偿比的确定与补偿目标、基金分割机制的关系5 新型农村合作医疗保险制度筹资制度的可持续性分析与制度改进第七章 国外农村医疗保险制度的比较1 免费医疗保障模式2 社会医疗保险模式3 市场主导的商业医疗保险模式4 社区合作医疗保障模式5 国外农村医疗保障模式对中国的启示第八章 保障新型农村合作医疗可持续运行的基本制度1 法律制度2 组织制度3 管理制度第九章 加快北京新型农村合作医疗保险制度发展的对策1 提高认识，加强领导2 探索建立稳定的筹资机制3 形成科学规范的统筹补偿方案4 加强医疗服务和医药费用的监管5 加强基金运行管理和经办能力建设6 整合资源，协同推进7 要加快新型农村合作医疗制度的立法进程附录1 北京市建立新型农村合作医疗制度的实施意见附录2 北京市新型农村合作医疗基金财务管理办法参考文献

章节摘录

插图：1.3 农民的医疗费用过高与农村卫生机构服务质量不高的矛盾目前，受疾病模式变化、人口老龄化和医疗服务机构提供“诱导性”保健消费的影响，农民的医疗保健费用急剧上涨。

1991-2001年，农村卫生费用年均增长12.8%，而农民的收入增长率仅为77%。

农民(尤其是贫困农民)的医疗负担相当重。

1990-1999年，农民每人平均门诊费用和住院费用，分别由10.9元和473.3元增加到79元和2819元，增长了6.2倍和51倍。

北京大学研究人员于2001年、2002年在安徽、湖南、北京、四川进行了调查，发现农民家庭两周患病率达48.65%，应就诊而未就诊的比率为81.25%，其中未就诊原因中属于经济原因的占了一半以上。

有研究表明，贫困人口的住院费为家庭收入的25倍。

疾病风险成为导致农民贫困的重要原因，据调查，在贫困农村地区，40%~50%应住院而未住院病例是由于经济困难造成的；39%的病例因经济困难自己要求出院，即使是在富裕的农村地区该比例也达到20%~25%。

目前，农民看不起病、因病致残、因病返贫的问题在贫困地区十分突出。

很多地区乡村卫生服务机构设施条件差，公共卫生和预防保健工作薄弱，经济效益较差，难以吸引高素质的卫生人员。

目前，在大部分农村地区乡镇卫生院的卫生技术人员中，中专学历和未接受过专业培训的高中及以下学历者分别占53%和36%，在贫困地区比例更大，大专学历者比例很低，大学毕业生就更是凤毛麟角。

人员素质问题严重影响着农村卫生服务能力和质量的提高，导致农民不愿意去农村医疗机构看病。

由于农村公共卫生服务资金严重不足，许多公共卫生服务项目必须通过收费弥补服务的成本，影响了计划免疫、妇幼保健等公共项目的开展，导致近年来部分地区儿童计划免疫任务不能完成等问题。

编辑推荐

《北京新型农村合作医疗保险制度研究》由中国农业出版社出版。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介, 请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>