

<<城市化进程与农村合作医疗制度可持续>>

图书基本信息

书名：<<城市化进程与农村合作医疗制度可持续发展研究>>

13位ISBN编号：9787562830467

10位ISBN编号：7562830460

出版时间：2011-6

出版时间：华东理工大学出版社

作者：程毅

页数：196

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>

<<城市化进程与农村合作医疗制度可持续>>

内容概要

由程毅编著的《城市化进程与农村合作医疗制度可持续发展研究》力图对现有农村合作医疗制度的研究成果进行深入梳理，从城市化进程与农村合作医疗制度变迁互动的研究视角出发，借鉴和整合农村社会学、社会保障学、制度经济学和公共政策学等学科相关理论，将农村合作医疗制度置于中国城市化历史进程的不同阶段加以整体考量，运用历史研究方法和比较研究方法，《城市化进程与农村合作医疗制度可持续发展研究》从纵横两条线清晰地勾勒出农村合作医疗制度的历史变迁和兴衰之道，并在此基础上系统指出新型农村合作医疗制度必须进行的框架修正、模式调整以及机制优化。

作者简介

吉林浑江人，1976年生。

华东理工大学副教授，社会学博士研究生，上海市新长征突击手，社会与公共管理学院社会学、MPA 硕士研究生导师，化学与分子工程学院分党委副书记、院长助理，中国社会学会会员。

主持完成教育部人文社会科学研究专项任务项目一项，上海学校德育实践研究课题两项，上海市教卫党委系统党建研究重点课题一项，横向课题多项。

主要研究方向为农村社会学、教育社会学、社会工作学、高等教育管理和思想政治教育。

在《党政论坛》、《思想理论教育》、《中国青年研究》、《浙江学刊》、《前沿》、《宁夏社会科学》、《统计与决策》等全国中文核心期刊发表论文二十余篇，其中被人大复印资料《体制改革》和《中国政治》转载两篇，编著教材一部，译著一部。

研究成果获第二届全国“高校德育创新发展研究成果”三等奖、第十四届全国“高校思想政治教育青年学者论坛”优秀论文、第六届上海市辅导员论坛一等奖、2010年上海高校思想政治教育优秀研究成果三等奖。

书籍目录

前言

第1章 导论

1.1 选题背景与研究意义

1.1.1 选题背景

1.1.2 研究意义

1.2 核心概念与基础理论

1.2.1 核心概念

1.2.2 基础理论

1.3 研究方法与研究思路

1.3.1 研究方法

1.3.2 研究思路

1.4 创新之处与研究难点

1.4.1 创新之处

1.4.2 研究难点

第2章 国内外研究综述

2.1 国内研究综述

2.2 国外研究综述

2.3 对已有研究成果的总体评价

第3章 国外农村医疗保障制度建构的经验及其启示

3.1 国外农村医疗保障制度的四种主要模式

3.1.1 全民医疗保障模式

3.1.2 商业医疗保险模式

3.1.3 社会医疗保险模式

3.1.4 社区合作医疗模式

3.2 发达国家农村医疗保障制度的历史进程及基本特征

3.2.1 发达国家农村医疗保障制度的历史进程

3.2.2 发达国家农村医疗保障制度的总体特征

3.2.3 福利国家制度与发达国家农村医疗保障制度

3.2.4 发达国家农村医疗保障制度运作机制的国别比较

3.3 发展中国家农村医疗保障制度的建构进程及主要特点

3.3.1 发展中国家农村医疗保障制度的建构进程

3.3.2 发展中国家农村医疗保障制度的主要特点

3.3.3 发展中国家农村医疗保障制度运作机制的国别比较

3.4 国外农村医疗保障制度对我国的启示

3.4.1 发达国家农村医疗保障制度对中国的启示

3.4.2 发展中国家农村医疗保障制度对中国的启示

第4章 我国城市化进程与农村合作医疗制度的历史变迁

4.1 我国城市化进程与农村合作医疗制度变迁的理论阐释

4.1.1 我国城市化历史进程的综合分析框架

4.1.2 我国城市化进程与农村社会保障的一般关系

4.1.3 我国城市化进程视阈下农村合作医疗制度演变历程的总体解读

4.2 城市化低速增长阶段（1949—1978）：计划经济时代农村合作医疗制度的形成和发展

4.2.1 城市化的低速增长与城乡二元结构的形成和发展

4.2.2 计划经济时代农村合作医疗制度的阶段演变

4.2.3 计划经济时代农村合作医疗制度的主要成就

<<城市化进程与农村合作医疗制度可持续>>

- 4.2.4 计划经济时代农村合作医疗制度的繁荣原因
- 4.3 城市化中期推进阶段（1979—2001）：改革开放时期农村合作医疗制度的衰落及解体
 - 4.3.1 城市化的中期推进与城乡二元结构的弱化和松动
 - 4.3.2 改革开放时期农村合作医疗制度的阶段演变
 - 4.3.3 改革开放时期农村合作医疗制度衰退的严重后果
 - 4.3.4 改革开放时期农村合作医疗制度衰落及解体的原因解析
- 4.4 城市化加速发展阶段（2002—至今）：科学发展时期农村合作医疗制度的重构及试点
 - 4.4.1 城市化的加速发展与城乡二元结构的交流与融合
 - 4.4.2 科学发展时期农村合作医疗制度的重构与试点
 - 4.4.3 新旧农村合作医疗制度的主要区别
- 第5章 东部城市化背景下上海市新型农村合作医疗制度建构实践
 - 5.1 东部城市化发展现状及其推动因素
 - 5.2 上海市城市化进程与新型农村合作医疗制度实施情况
 - 5.2.1 上海市：东部迅速发展的一座大型城市
 - 5.2.2 上海市新型农村合作医疗制度的建构进程及其特点
 - 5.3 上海市新型农村合作医疗制度运行分析
 - 5.3.1 资金筹集
 - 5.3.2 分配补偿
 - 5.3.3 监督管理
 - 5.4 上海市新型农村合作医疗制度供给评价
- 第6章 中部城市化背景下安徽省阜阳市新型农村合作医疗制度建构实践
 - 6.1 中部地区城市化发展现状及其推动因素
 - 6.2 阜阳市城市化进程与新型农村合作医疗制度实施情况
 - 6.2.1 阜阳市：中部快速推进的一座中型城市
 - 6.2.2 阜阳市新型农村合作医疗制度的建构进程及其特点
 - 6.3 阜阳市新型农村合作医疗制度运行机制
 - 6.3.1 资金筹集
 - 6.3.2 分配补偿
 - 6.3.3 监督管理
 - 6.4 阜阳市新型农村合作医疗制度供给评价
- 第7章 西部城市化背景下宁夏石嘴山市新型农村合作医疗制度建构实践
 - 7.1 西部地区城市化发展现状及其推动因素
 - 7.2 石嘴山市城市化进程与新型农村合作医疗制度的实施情况
 - 7.2.1 石嘴山市：西部逐步崛起的一座小型城市
 - 7.2.2 石嘴山市新型农村合作医疗制度的建构进程及其特点
 - 7.3 石嘴山市新型农村合作医疗制度运行机制
 - 7.3.1 资金筹集
 - 7.3.2 分配补偿
 - 7.3.3 监督管理
 - 7.4 石嘴山市新型农村合作医疗制度供给评价
- 第8章 城市化非均衡发展条件下新型农村合作医疗制度可持续发展的政策建议
 - 8.1 新型农村合作医疗制度三种实践模式比较
 - 8.2 城市化非均衡发展条件下新型农村合作医疗制度可持续发展的非均衡模式选择
 - 8.2.1 新型农村合作医疗制度的“统一模式问题”与“非均衡模式选择”
 - 8.2.2 城市化水平较低的农村地区：福利型合作医疗模式
 - 8.2.3 城市化水平居中的农村地区：风险型合作医疗模式
 - 8.2.4 城市化水平较高的农村地区：福利—风险型合作医疗模式

- 8.3 新型农村合作医疗制度可持续发展的政府责任及行为优化
 - 8.3.1 政府在构建新型农村合作医疗制度中承担责任的必然性
 - 8.3.2 政府在新型农村合作医疗制度可持续发展中的角色定位
 - 8.3.3 政府实现行为优化的基本政策路径
- 8.4 新型农村合作医疗制度可持续发展的运行机制创新
 - 8.4.1 新型农村合作医疗制度筹资机制创新
 - 8.4.2 新型农村合作医疗制度补偿机制创新
 - 8.4.3 新型农村合作医疗制度监管机制创新
 - 8.4.4 新型农村合作医疗制度评价机制创新

第9章 结语

参考文献

附录

附录1

附录2

后记

章节摘录

版权页：插图：3.1.4 社区合作医疗模式社区合作医疗模式是指按照“风险共担，互助共济”的原则，依靠社区力量在社区范围内通过群众集资方式建立医疗保险基金，采取预付方式支付参保人员及其家庭成员的医疗、预防、保健等服务费用的医疗模式。

社区合作医疗模式的理论依据来源于布坎南的俱乐部产品理论。

该理论认为完全按照纯公共品提供医疗保障，采取第三方付费形式，在医疗服务效率上会出现浪费。

实施纯公共品有效率的供给有三大困难：一是供求双方信息不对称，需求偏好无法完全知晓；二是不能真正发现共同的公共需求；三是缺乏效率激励，使得公共品的生产与管理不够完善。

布坎南认为，如引进治理机制，让公共品的享受者参与供给决策，成为投资者成员之一，可以大大改观效率损失的局面。

社区合作保障，就是要通过引进医疗服务的治理机制，让社区居民参与决策，这样可以发现社区医疗服务的需求，避免“第三方付费”带来的浪费问题和效率损失。

该模式的典型代表是我国计划经济时代的农村合作医疗制度和泰国的医疗保健卡制度。

泰国于1983年开始推行农民通过购买健康卡的方式参加社区合作医疗，其以家庭为单位，采取一户一卡的准购方式，超过五人的家庭再购一卡，其购买费用由农民家庭和政府各出资50%。

泰国政府特别规定，对于年满50周岁以上的老人和12周岁以下的儿童给予免费医疗待遇，特别贫困的农民也可以免费领取健康卡。

健康卡可用于医疗、母婴保健和计划免疫，健康卡所筹的资金，90%用于支付医疗保健费用，10%用于支付管理费用。

这一模式的典型特征是在社区范围内筹集资金，能够有效地将资金筹集者、风险承担者及医疗享受者结合起来，可以有效满足社区范围内农民对医疗卫生服务的需求，使基层医疗保健与健康服务得到保证，也因此使“互助”和“共济”功能得到充分的强调和体现。

当然，由于社区资源的局限性（如人力、财力和物力的受限），使得医疗资金有限，导致覆盖人群少以及抗御大病风险的能力差。

编辑推荐

《城市化进程与农村合作医疗制度可持续发展研究》由上海文化发展基金会图书出版专项基金资助出版，“十二五”上海重点图书。

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>