

最新医疗设施调查报告 医疗卫生调查报告心得体会(模板9篇)

随着社会不断地进步，报告使用的频率越来越高，报告具有语言陈述性的特点。那么，报告到底怎么写才合适呢？下面我给大家整理了一些优秀的报告范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看看吧。

医疗设施调查报告篇一

医疗卫生是人类健康和生命的重要保障，每个人都需要接受医疗服务以维护身体健康。然而，随着社会经济的发展，医疗卫生服务的质量和水平也面临着不同程度的挑战。为了深入了解当前医疗服务的状况和存在的问题，进行医疗卫生调查是非常必要的。在此次的医疗卫生调查中，我深入了解了医疗服务的现状和问题，有了更加深刻的认识和体会。

第二段：调查目的和方法

本次医疗卫生调查的目的是要全面了解医疗服务的现状和问题。我们采用的方法是结合问卷调查和实地走访，收集不同层面、不同类型的医疗机构的信息，包括医疗设施、医疗人员、医疗技术、医疗服务等方面。

第三段：调查结果

通过调查和实地考察，我们发现当前医疗服务面临的主要问题是“看病难，看病贵”，医疗资源分布不均，医疗服务质量参差不齐等。同时，医疗服务存在的问题也都来源于不同的环节和方面，如医院编制缺乏、医生“埋单”“开药”等问题、医生缺乏职业素养、医学教育质量等方面。

第四段：心得体会

通过此次医疗卫生调查，我深刻认识到了医疗服务现状的严峻性和问题的复杂性。同时，这也让我更加明确了医疗卫生工作面临的各种挑战和困难。在未来的工作中，我们应该更好地把握医疗发展的大趋势，加强医疗机构和医疗服务质量的管理，提高医生职业素养，改善医疗服务的公平化和普及化程度，以更好地满足人民群众的医疗卫生需求。

第五段：结尾

总之，医疗卫生调查是深入了解医疗服务现状和问题的重要手段，对进一步完善医疗卫生体系、提高服务水平和质量有重要意义。我们应该加强调查和实践，及时总结经验，注重实际困难和现实需求，进一步推动医疗卫生事业全面发展。

医疗设施调查报告篇二

在当代社会，医疗卫生问题一直是广大人民群众最为关注的问题之一。健康对于每一个人而言都是最为重要的，而医疗卫生则是保障健康的重要基础条件。为了深入了解当前医疗卫生状况，我参与了一次医疗卫生调查，并在此次调查中收获了很多。

第二段：调查内容

我们选择了我所在的社区作为调查的对象，同时也对周边其他社区进行了一定程度的调查。在调查过程中，我们重点围绕医疗机构、医疗服务、医疗费用、医保政策等方面展开了深入的研究和调查。我们采用问卷调查及实地走访的方式，对医疗机构的基本情况、医生服务水平、医疗费用和医保政策等方面进行了全面的调查。

第三段：调查结果

在调查过程中，我们发现了一些值得关注的问题。首先，我

们发现许多老年人对医疗机构的选择并不理性，存在过分追求规模和声誉的现象。其次，医生待遇低下，医疗服务水平参差不齐，医疗机构设施不足等问题仍然存在。此外，医疗费用高昂、医保政策复杂难懂等问题也是困扰广大居民的难题。

第四段：收获与心得

通过这次的调查，我更加深刻地认识到了医疗卫生问题的复杂性和重要性，同时也深刻感受到了调查研究的必要性和重要性。通过这次调查，我不仅扩大了对医疗卫生问题的认识，还学习到了很多调查研究的方法和技巧，对于自己的综合素质提高也有了积极的帮助。

第五段：结语

总之，医疗卫生是关系到每个人健康生活的重要问题，我们必须充分认识到医疗卫生问题的复杂性和重要性，必须采取科学有效的方法去解决这些问题。在这个过程中，调查研究是必不可少的工具和手段，通过调查研究，我们可以更深入地了解问题的本质，找到科学的解决方法，最终实现医疗卫生问题的全方位优化。

医疗设施调查报告篇三

医疗卫生是国家民生工程，近几年来各级政府也在逐渐加大对医疗卫生的投入，从医疗服务、规范管理到医疗改革的不断深化，我们对医疗卫生的认知及期望也在不断提高，而这次的医疗卫生调查报告也给我们提供了更具体、更系统的数据支撑，更加直观真实地呈现出当前医疗卫生方面的现状与问题，让我们更好地了解国家医疗卫生事业发展的状况，更好地指导我们如何为推动医疗卫生事业做出自己的贡献。

第二段：对调查报告的整体认识

通过对调查报告的全面阅读，我更加深刻地认识到了我们国家医疗卫生事业面临的困境与挑战。人口老龄化日益加剧，医疗资源再分配问题愈发突出，医药费用不断上涨，医患关系复杂化……这些问题不仅制约着医疗卫生事业的发展，也直接影响了千千万万的患者对医疗卫生事业的信心。我们认识到，推动医疗卫生事业健康发展，需要更加全面深入地实施医改、加强医疗卫生法制、调整优化医疗卫生资源配置、改善医疗服务质量等方面的积极探索。

第三段：思考医药费用过高的原因

在调查报告中，被提及最多的问题之一就是医药费用过高。这个问题可以说是困扰着广大患者和医疗卫生工作者的热点难点问题。我们认为，医药费用过高的根本原因在于医疗卫生领域存在的利益链条较为复杂。注重利益而不是患者需要的情况下，医疗卫生机构、药品生产企业、医生和患者之间的利益关系受到一定的扭曲，导致了医药费用高企的情况。我们应该从加强监管、深化医改、推进药品流通制度改革、切实减轻患者经济负担等方面入手，尽快解决医药费用过高的问题。

第四段：谈医疗卫生事业人才流失现象

在调查报告中，还有一个受到关注的问题就是医疗卫生人才流失。各级政府大力推进医疗卫生事业的发展，也给医疗卫生人才创造了更好的发展空间和待遇。然而，在人才流失方面，我们还要面对一定的困难。医疗卫生人才流失的原因各种各样，但目前主要问题是医院的工作环境和薪酬问题。为了解决这个问题，我们应该加强医院的管理和建设，增加医生的福利待遇，保证医生的工作环境和生活品质，进一步提高医生的工作积极性和目标导向，使医疗卫生人才流失得到遏制。

第五段：总结与展望

综上所述，医疗卫生调查报告让我们更加直观地了解到国家医疗卫生事业的现状和问题，让我们有了更广阔的视野和更深入的思考。我们应该从自身做起、从事实出发，切实落实国家医改和医疗卫生法律法规，积极加强对医疗卫生事业的关注和投入。相信在广大医疗卫生工作者、政府相关部门和广大公众的共同努力下，我们一定能够实现医疗卫生事业的持续发展和人民群众的健康需求。

医疗设施调查报告篇四

针对我国医疗保险存在的问题，劳动保障部社会保险研究所开展了“医疗保险热点难点问题”问卷调查，调查对象是全国除西藏外30个省份主管医疗保险行政和经办工作的负责人。本次调查共发放问卷60份，回收有效问卷60份，回收率为100%。

1社会弱势群体的医疗保障问题6医疗保险费用控制难问题

2困难企业参保难问题7加快医疗保险立法问题

3退休人员比例增加对医疗保险基金的压力问题8灵活就业人员参保问题

4定点医疗机构、定点药店监管问题9医疗保险计算机信息系统建设问题

5个人负担重问题10制定科学、合理的医疗费用结算办法问题

1、突出科学性、权威性和实用性，直面热点难点。本次调查严格按照社会学研究方法进行设计和实施，汇总了各地最突出的热点难点问题，按选择频率筛选出十个热点难点问题。

本次调查的调查对象为30个省份主管医保行政和经办工作的负责人，他们的回答增加了十大热点难点问题的权威性。

医疗保险改革风雨数年，积累了丰富的经验。省级医疗保险负责人对问题的选择，是对下一步医疗保险改革重点的揭示。全国医疗保险十大热点难点问题的提出对于总结历史经验，深化医疗保险改革具有很强的实用性。

2、感受发展的冲击，真诚面对现实，呼唤深化改革。十大热点难点问题集中反映了中国社会经济发展过程中所涉及的医疗保障问题。问题的内容以完善医疗保险制度建设和医疗保险管理为主，同时，涉及医疗保障体系建设。医保负责人鲜明地提出各类人群参保问题，特别提出弱势人群医疗保障问题。从问题的选择反映出省级医疗保险负责人思路开阔，没有本位主义，回答问题是从逐渐完善医疗保障体制，促进社会经济健康发展的大局出发，感受社会经济快速发展带来的激烈冲击，反映现实生活，把握社会需求。

公平、效率、可及、质量和可持续性和社会保障改革的核心指导原则。十大热点难点问题的确定，为完善保障体制，确定战略重点提供了依据，医疗保险深化改革的方略呼之欲出。

3、态度客观理性、积极务实，立足可持续发展。改革带来的挑战是广泛的，发展产生的冲击是多样的。弱势人群、困难企业、灵活就业人员是与发展和改革伴生的社会现象，是全社会必须面对的冲击和挑战。退休人员对基金的压力、个人负担重和费用控制是保险制度转换中，不能回避的问题。加快立法、信息系统建设和制定科学、合理的费用结算办法等问题的提出，体现了医疗保险负责人依法实现管理科学化、现代化的意愿。能够在纷杂的问题中，筛选出十大热点难点问题，表明医疗保险负责人能够保持客观理性，积极务实的态度，具有选择长远、可持续发展立场的能力。

为了解各地医疗保险改革的现状，本次问卷中设计了11个问题，其中，2个问题涉及制度建设，4个问题涉及医保机构管理的成效，4个问题是医改难题，1个问题是关于医疗保险改革的外部环境——医药卫生体制改革。医保负责人的回答表

明：

1、对现行制度普遍认同。筹资水平和统帐划拨比例是基本医疗保险制度的核心内容，对核心内容的评判，反映医疗保险负责人基本医疗保险制度的基本态度。本次调查，63.3%的人认为目前筹资水平适中；83.3%的人认为统帐划分比例合理。表明医保负责人对现行制度模式是赞同的。

2、对管理成效高度肯定。对管理成效评判，反映医保负责人对现行的管理政策和措施的基本态度。本次调查，70%的人认为现在的费用结算办法可以满足医疗保险管理的基本需要；83.3%的人认为对医疗费用的控制办法是有效的。医保负责人对医疗保险管理成效的评价是肯定的。

3、对改革的难点认识比较集中。对改革的难点的判断，决定下一步工作的重心。本次调查，认为困难企业参保难问题“存在，且比较严重”的占66.7%，“存在，但不太严重”的占23.3%，两者合计高达90%；认为退休人员比例增加对医疗保险基金的压力“比较大”、“很大”的合计占83.3%。医保负责人对难点问题的锁定，揭示了深化改革的目标。

4、呼吁医药卫生体制改革成为共识。“三改”配套进行，是解决医、患、保矛盾的必由之路。本次调查，认为医药卫生体制改革“有所滞后”的占45%，认为“比较滞后”的占50%，两者合计95%。广大医保负责人强烈呼吁加快医药卫生体制改革。

调查中，我们给出6个社会热点问题，请医保负责人判断公众对这些问题的关注程度。结果表明，公众对个人负担问题、社会弱势群体医疗保障和退休人员医疗保障问题的关注程度非常高，而对放宽个人账户使用范围问题的关注程度相对较低。

序号热点问题 序号热点问题

1 社会弱势群体医疗保障问题 4 个人负担问题

2 灵活就业人员参保问题 5 参保、就医是否方便问题

3 退休人员医疗保障问题 6 放宽个人账户使用范围问题

调查中，我们用“把最重要的热点难点问题作为主要问题来抓所需的时间长短”来反映医保负责人对解决这些问题前景的看法。主抓1年——2年，表明问题可以很快解决；3年——5年表明可以在一届政府任期内解决；6年以上则表明解决这一问题需长期的努力。结果显示，医保负责人对解决十大热点难点问题态度非常乐观，解决问题的信心十足。

解决医疗保险热点难点问题的前景

主抓这一问题所需的时间

1年--2年

3年--5年

6年以上

灵活就业人员参保问题

83.3%

11.1%

5.6%

个人负担重问题

78.9□

21.1□

0□

困难企业参保难问题

70□

26.6□

3.4□

定点医疗机构定点药店监管问题

60□

30□

10□

社会弱势群体医疗保障问题

54.8□

45.2□

0□

制定科学合理的医疗费用结算办法问题

53.3□

40□

6.7□

加快医疗保险立法问题

26.3□

68.4□

5.3□

医疗保险费用控制难问题

26.3□

52.7□

21□

退休人员比例增加对医保基金的压力问题

38□

42.8□

19.2□

医疗保险计算机信息系统建设问题

26.7□

46.6□

26.7□

1. 医保行政和经办负责人对热点难点问题的选择有一定差异。除两类负责人最关注社会弱势群体医保问题和困难企业参保难问题外，行政负责人特别关注退休人员带来的基金压力和费用控制难的这种相对比较宏观和长远的问题，而经办负责人特别关注结算办法和个人负担重的这种具体事务管理中碰到的问题。这种差异可能与行政管理机构和经办机构的职能差异有关：行政机构的职能是制定政策、宏观管理，经办机构则是具体事务的管理。当然，全面解释这种差异还有待进一步的深入分析。

选择频率(%)行政、经办负责人问题选择的差异

问题

序号

1社会弱势群体医疗保障问题

2困难企业参保难问题

3退休人员比例增加对医疗保险基金的压力问题

4医疗保险费用控制难问题

5灵活就业人员参保问题

6加快医疗保险立法问题

7定点医疗机构、定点药店的监管问题

8个人负担重的问题

9医疗保险计算机信息系统建设问题

10制定科学、合理的医疗费用结算办法问题

2. 三类地区医保负责人对热点难点问题的选择也有差异。东部地区社会弱势群体医保问题最突出，中部地区困难企业参保难问题最突出，西部地区的选择相对分散，没有特别突出的热点难点问题。造成这种差异的一种可能原因是经济发展的地区差异：东部地区经济比较发达，困难企业较少，大多数企业、单位都有能力参保，从而使得社会弱势群体的医保问题突显出来；中部地区经济欠发达，困难企业较多，困难企业参保难问题就显得十分突出；西部地区由于经济落后，各方面问题都存在、都不易解决，导致热点难点问题的选择显得比较分散。当然，对这种地区差异的准确解释还需要全面、深入的调查研究。

问题序号

1社会弱势群体医疗保障问题

2困难企业参保难问题

3退休人员比例增加对医疗保险基金的压力问题

4医疗保险费用控制难问题

5灵活就业人员参保问题

6加快医疗保险立法问题

7定点医疗机构、定点药店的监管问题

8个人负担重的问题

9医疗保险计算机信息系统建设问题

10制定科学、合理的医疗费用结算办法问题

3. 医保负责人和公众对个人负担问题的认识存在反差。医保负责人自己认为个人负担不是一个严重问题，但又都认为公众最关注的是个人负担问题。这种认识反差提醒我们不能过于简单地看待个人负担问题。个人负担问题值得进一步深入探讨。

4. 医保负责人对基金征缴难问题的回答与国内外学者的判断差距很大。医保负责人认为问题不存在的占5.0%、基本不存在的占16.7%、存在，但不严重的占65.0%。而国内外的专家认为基金征缴非常困难。这种认识上的反差需要进一步探讨。

5. 对医疗保险管理成效的肯定，只是医保负责人的“自我评价”，很可能带有片面性。目前，有63.3%的地方没有统一的信息系统建设标准，表明我们的医疗保险管理的现代化水平还很低。因此，关于医保管理的全面评价还需要进一步了解参保者、医疗机构和医生的判断和认识。

1. 我们将对本次调查得出的全国十大热点难点问题进行深入访谈和实地调查。针对每个问题，我们将前往这一问题最为突出或者解决得比较好的地区，对当地医保负责人进行访谈，并结合实地考察，深入分析这些问题产生的背景、解决问题的困难所在，总结解决问题的经验、教训，探讨有效解决问题的思路和办法。

2. 本次调查只是医保管理者的“一家之言”。尽管医保负责人的判断比较权威，但并不能代表其他社会群体的判断。我们希望能够进一步对参保者和医务工作者进行调查，了解这两类群体对医保热点难点问题的认识和判断，从而形成对医保的全面、客观的评价。

医疗设施调查报告篇五

医药卫生事业关系着亿万人民的健康，关系千家万户的幸福，

是重大的民生问题。当前我国医药卫生事业发展水平与人民群众健康需求及经济社会协调发展不适应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡，资源配置不合理，医务人员水平较低，医疗保障制度不健全，药品生产流通秩序不规范，医药费用上涨过快……导致个人负担过重。因此，在基层医疗机构开展基本情况调查活动，不仅对我们医学生了解基层医院的工作有益，还让我们对未来的工作环境有所了解，又对加快基层医疗卫生服务体系建设，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，具有重大而深远的意义。

根据学校《关于暑期社会调查的通知》中的要求以及调查的方便，我对***卫生医院和***服务有限公司企业单位医疗中心进行了调查。

1. 乡镇卫生院、村卫生室或城市社区医疗服务机构的基本情况主要包括以下内容：

- (1) 医务人员学历、职业资格、性别、年龄等情况；
- (2) 医务人员构成情况（即有几名医生、护士、药师）；
- (3) 工资待遇；
- (4) 医院经费投入；
- (5) 基本药物制度使用等等。

2. 结合当前就业形势，谈谈对到基层医疗机构工作的看法。

xx年8月12日--xx年8月16日

通过问卷调查并对于加以分析，我发现无论是从卫生人员数量还是学历层次上都应提高。值得赞扬的是：虽然收入和基本待遇方面不是很好，医务人员们依然默默地在工作着。为

了吸引更多的高学历人才到基层工作：

一．加大政策引导的力度，制定医学毕业生基层就业的改革和奖励举措，切实采取优惠措施。在“进得去，出得来，优惠多”政策的感召下，吸引更多的高校毕业生走向基层就业。

二．学校要形成医学毕业生基层就业的良好舆论导向，还要开展医学生到基层工作的社会实践活动，又要加强医学生到基层就业的艰苦创业教育。

三．完善投入和补偿机制，转变基层医疗卫生机构运行机制。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）的基本建设、设备购置和人员经费，药品收入不再作为基层医疗卫生机构经费的补偿渠道，实行药品零差率销售，减轻城乡居民基本医疗卫生服务费用负担。

四．要加强基层医疗卫生服务队伍建设，通过为基层医疗机构培养全科医生和社区护士、招聘执业医师和注册护士、培训医务人员和完善城市医院对口支援农村制度、落实城市医生到农村服务的政策等措施，使基层医疗卫生机构的服务逐步得到规范，服务水平和质量逐步得到提高。

本次调查让我收获颇丰，我看到了基层医疗机构的现实状况，发现了医药卫生事业较为落后急待发展的一面，找到了新的学习动力和努力方向，同时也深深被基层医务工作者吃苦耐劳、乐于奉献的精神所感染。发现问题才能去解决问题，在大城市大型医疗机构蓬勃发展的同时，不能忽视基层医疗机构存在的问题。只有占全国人口多数的人民的医疗服务问题解决好，我们的医药卫生事业才能真正称得上蓬勃发展。

医疗设施调查报告篇六

[摘要] 农村医疗保障由卫生服务供给体系和农村医疗保健制度两方面构成。长期以来，合作医疗是我国农村医疗保健制

度的主要形式。然而农村合作医疗制度自建立以来，在我国广大农村地区经历了几起几落，时至今日，大部分地区的合作医疗已走向衰落。在农村经济社会发生了重大变革以后，合作医疗能否恢复？医疗保险是否可行？什么是可行的农村医疗保障制度？这一系列关系农村社会发展的重大问题一直为政府、农民和研究者所关注。本文在对山西省xx县8个村庄的部分农民进行个别访谈的基础上，分析了农民对医疗保障的主要看法，提出：第一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点；第二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区前公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件；第三，在农户分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件；第四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

中国农村社区具有浓厚的乡土特色，它在生活方式、价值观念、收入来源、人际交往、寻医问药等方面，有区别于城市的典型特征。我们必须清醒地认识到农村医疗保障是建立在这种乡土特色基础之上的。

土地仍然是农民家庭对国家完粮纳税和解决自己吃饭问题的最基本保障，而农民家庭的其它一切开销越来越依靠现金收入，这就要依靠种植经济作物和外出打工来实现。但是这几年种植经济作物受市场的影响很大，价格也在不断下跌。同时由于种植业生产周期较长，靠结构调整也比较难以增加收入。

由于农村经济社会的变化，疾病谱也发生改变，农村中患恶性肿瘤和心脑血管疾病的人近年来有所增加，并且心脑血管病的发病年龄有所提前。有个村庄的心脑血管病人的发病年龄都集中在四、五十岁左右，虽然农民认为可能和农村中的环境污染、人们不再吃粗粮以及体力劳动减轻有关。但同时我们也认为这可能和竞争环境带来的生存压力增大有关。

当前农民家庭保障的资金来源主要是通过家庭积蓄解决医疗费用支出的急需;通过大家庭成员之间的互济减轻医疗费用负担;通过向亲朋好友的借钱缓解医疗费用负担。这种行为方式就形成了以家庭为核心向亲戚、朋友扩散的互助互济的人际网络。

乡村医生是来自农民的乡土医生，长期的农村常见病的医疗实践造就了他们，许多60年代、70年代培养的乡村医生在农民中行医时间长，在村里有一定威信，对开展预防保健工作和治疗农村常见病发挥着重要作用。但是农村经济改革以来，村卫生室的承包经营使乡村医生越来越把提供医疗服务作为谋生手段，而同时在乡土社会里，农民又很难把乡村医生的服务这种无形的产品当作需要购买的劳动产品，而只把药品作为必须为之付费的商品。

乡村医生也常常感到“乡里乡亲的，怎么可能像城市医院一样收挂号费、治疗费、出诊费?”因此不论乡村医生还是个体医生，都提供“免四费”(免挂号费、诊断费、注射费、出诊费等)的服务，同时，传统医学中的简便治疗方法由于不能赚钱已多不被乡村医生采用，卖药、处方药品、静脉输液则被广泛应用。但是乡村医生对于本村的贫困家庭，往往出于医生悬壶济世的职业传统和乡土社会中的乡谊和同情心给予医疗费用的减免。

在就医机构的选择上，农民选择大医院是在得大病或疑难病时为求得较好的治疗;寻求私人诊所一般是在大医院治疗效果不明显或费用较高的情况下，为找到较便宜的服务和寻求特殊治疗效果时的选择。这种选择往往具有一定的盲目性，即所谓“有病乱投医”。

通常在常见病的治疗上，农民是靠自己的经历和他人的经历对县、乡、村各种医疗机构的医疗水平进行判断，各种治疗信息的获得又是靠农民之间的人际传播。由于政府卫生部门没有向农民发布医疗保健信息，乡村医生也没有对农民提供

健康教育和宣传医疗保健常识的服务，使农民缺乏获得医疗保健信息的正规渠道，只能靠非正规的渠道获得零散和不确切的信息。

我们从访谈中了解到对于建立农村医疗保障制度，除部分贫困户外，多数农产家庭具有一定的筹资能力。但是这仅仅是农产家庭经济上的可能性，这一制度能否建立，还存在着某些社会制约因素。在访谈中农民谈的最多的是“合作医疗没有集体经济不能搞”；“现在都个人顾个人，合作医疗没人组织不能搞”；“医疗保险要讲信用，实施要长久”。

我们认为，合作医疗是社区和农户共同筹资的医疗保障，是一种社区的公共产品。在集体经济时期，生产大队提留的公益金为合作医疗基金提供了大部分资金，农民个人只在年终分红时由生产队代扣少部分资金作为个人交纳的合作医疗费，这使每个社区成员通过集体提留的预先扣除，得以享受社区的医疗保障。然而，这种社区医疗保障的有无及保障水平的高低，要视社区的经济发展水平而定。

从一些农民的回忆中可以看出，即使在70年代时，各生产大队合作医疗的

兴衰及持续时间也不同。集体经济实力强的大队，合作医疗持续的时间也长，有的一直坚持到实行生产责任制为止。集体经济缺乏实力的大队，合作医疗持续的时间则短，有的甚至不到一年就解体了。这说明并不是家庭联产承包责任制的实施使合作医疗解体。

那么，为什么在访谈中农民把合作医疗的解体与家庭联产承包责任制联系在一起呢？这是因为集体经济组织的终结使合作医疗失去了预先扣缴合作医疗费筹资的手段。实行生产责任制后□xx县和我国多数中、西部农村地区一样，村庄的公共积累逐渐减少，缺乏经济实力，村提留只能维持村干部的工资，村庄的任何公共事业就只能依靠农民一家一户的集资予以解

决。对于村庄电路改造一类的公共事业，由于是每家农户都明确受益的事情，即使是平均分摊公共电路改造的费用，挨家挨户集资的难度还小一点；而医疗服务消费则是一种不确定的行为，当合作医疗筹资无法通过集体经济组织预先扣除时，其挨家挨户筹资的难度就可想而知。

因此，这种“空壳”的集体经济由于没有社区的“公共资财”，而缺乏合作的经济基础，就像有的农民说的，“合作医疗没有集体资金，和谁合作！”这就使我们不难理解在村里常可以听到的“现在集体没有钱，对农民没有吸引力，合作医疗没法搞”的说辞。

改革前的传统体制时期，集体经济组织不仅有组织生产的经济职能，也有组织村庄社会事业的行政职能。70年代，正是通过公社体制使合作医疗制度几乎是在一夜之间迅速推行，广泛实施。改革以来，伴随公社体制的终结，合作医疗制度大面积解体。但是在合作医疗的落潮中，人们相继看到以下两种情况。

一种情况是苏南模式坚持集体经济，依靠集体经济发展乡镇工业，促进村庄经济和社会事业的发展，促使合作医疗向合作医疗保险过渡。苏南模式使我们一度看到在传统的集体制没有彻底解体的情况下，村庄社区的医疗保障得到了不断地发展。

另一种情况是一些村庄经过了改革初期的分散经营后，在“既承认合作者个人的财产权利，又强调法人成员共同占有”的基础上在村域内再组织起来，这种再组织的社区合作体系：“超级村庄”，推动了包括医疗保障在内的村庄社区的公共事业的发展。

然而，与上述两种情况不同的是大量的村庄；如同我们访谈的这些村庄基本上既没有保留原有传统体制发展生产和组织社会事业的组织功能，又没有产生出新的再合作的社区组织，

社区的组织资源正处于实质上的“空位”状况。名义上每个村都有村委会和党的基层组织，但是常常从村民那里听到“不知道谁是村干部”的说法。这就造成了依托社区组织的合作医疗在缺乏社区组织资源的条件下难以为继。虽然1982年的宪法就确立了村民委员会的法律地位，1998年又正式颁布了试行xx年的《村民委员会组织法》，但是，村组织的完善和功能的有效发挥，还需要一定的过程。在访谈中，农民几乎都一再提到“现在是个人顾个人，没有人组织，搞不了合作医疗”，当说这些话时，我们在农民的脸上看到的是无奈。

通过访谈，我们发现当地农民一般都对医疗保险缺乏了解，有些人对人寿保险、平安保险以及农业生产上的保险等其他商业保险还有所了解，但对社会医疗保险都一无所知。

但无论是哪种情况，农民都对医疗保险的信誉表示了极大的关注。在市场经济条件下，农产是独立的经营实体，农村改革以来，产权明晰的结果，使风险和利益对称，这既调动了农产生产、投资的积极性，同时也使他们独自承担着市场的风险。因此对一个新事物，他们完全是以一个独立的生产经营者的眼光来观察的。

对于保险组织和保险制度来说，在农民那里，信誉就是关键。他们要确信其对医疗保险的投保确实能够得到分担风险的回报才会投保。就像有的农民说的那样，“现在基本是一部分贫困户确实交不起钱：一部分富裕户个人付得起医疗费，但不一定投保，多数农户能付得起30元以内的保费，但是不是投保，还要看可信不可信”。访谈中，农民表现了对乡、村干部的极大不信任，对保险公司商业信誉的不满意和对政府政策多变的担心。医疗保险能否实行？医疗保险由谁来办？对于这些问题的回答，农民是从现实农村社会发生了的和正在发生着的各种事情中寻找答案的。以往合作医疗的失败，合作医疗中的种种不合理现象；以往农村社会事务中的种种失误和反复折腾，甚至生产经营中的损害农民利益的事件，都使

农民变得怀疑、谨慎，不愿意轻易失去自己的血汗钱。

必然要付出较高的管理成本。

由于合作医疗是以社区和农产共同筹资为基础的一种社区医疗保障，因此如果没有社区公共资财的经济基础，没有村级组织在村民自治基础上的重新整合，仅依靠政府政策和卫生部门工作的推动，合作医疗就无法持续实施和发展。农民的社会医疗保险是以政府保险机构信誉和农产投保为基础的一种社会医疗保障形式，则政府和保险机构的信誉是能否实施农民医疗保险的关键问题。

我们的结论是：

其一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点。

其二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区的公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件。

其三，在农产分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件。

其四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

医疗设施调查报告篇七

为加快建立农村医疗保障制度，提高农民健康水平，更好地促进城乡社会经济统筹协调发展，一年多来，根据中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》精神，各级政府统一领导部署，有关部门精心组织实施，广大农村群众积极参与，我市初步确立了大病统筹、医疗救助和农村社区卫生服务三位一体的新型农村合作医疗(以下简称新农医)体系。为切实巩固这一制度，进一步探索和建立健康持续发展

的长效机制，对我市新农医的运行情况进行了专题调研。通过调研，总结概括制度的现状和成效、研究分析存在的问题和困难，提出发展对策。

一、现状和成效

主要工作成效：

(一)加强领导、精心实施、规范管理，初步建立了新农医制度的良性运行机制。

一是加强领导。市委市政府和县(市、区)、乡镇党委政府高度重视新农医，从实践三个代表重要思想和统筹城乡发展重大战略出发，切实加强领导，研究政策制度，健全组织机构，落实支持和保障措施。市政府2018、2019连续两年把实施新农医工作列入政府实事工程，各县(市)区根据市政府指导意见，结合当地实际，制定了新农医实施办法及相关制度；成立了由常务副县长(市、区)长为组长，各相关部门负责人参加的新农医协调小组，并设立经办机构。市和县(市、区)两级政府都把实施进度和实施成效列入政府目标管理责任制考核内容；各级财政安排专项资金，确保新农医政府资助资金的到位。

二是精心实施。各级政府建立专门的工作班子，确定实施方案，召开动员大会，广泛宣传新农医制度的优越性，积极引导和动员农村群众参加；卫生、财政、民政、农业、宣传等有关部门积极做好业务指导、政策宣传解释和工作督促；人大、政协等部门也给予了高度的关注、支持和监督；基层乡镇、村(社区)的广大党员干部部分片包干，承担了组织发动、人员登记、经费收缴和医保卡发放等大量基础工作。由于各级政府和有关部门领导重视，工作扎实，群众参与热情高，确保了各地筹资工作的圆满完成和制度的顺利实施。

三是规范管理。各县(市、区)成立了新农医管委会，设立了专门的新农医办公室，各乡镇也相应成立了领导小组和办公

室，各行政村(社区)设立了新农医联络员，三级组织网络的建立，为新农医制度的规范管理提供了组织保证。各级经办机构在制度正式实施后，不断完善规章制度，规范定点医疗机构管理，简化结报审核流程，实施服务承诺，努力提供优质服务；同时切实加强基金监管，制订基金管理办法，设立基金收支专门帐户，严格费用审核，建立重大结报金额复审制度，杜绝不合理和不合法的补偿支出，定期通报和公布基金运行情况，提高基金运行透明度，并接受同级财政、审计等部门和广大群众的监督。

(二)坚持原则、因地制宜、不拘形式，创造性地发展了新农医的多种运作模式。

二是根据各地社会经济发展水平，因地制宜地确定筹资水平和补偿水平。由于综合考虑当地农民人均收入、地方财政、保障人数和原有农村合作医疗制度基础的不同等因素，各地在个人出资、财政资助和补偿水平上略有高低，南三县相对较低，市辖区相对较高。总体上看全市筹资水平基本上都在75元以上，高于全省47元的平均水平；各级政府资助一般在45元以上，最多的65元，而全省一般在22-25元；平均补偿水平在25%-35%之间，也高于全省平均水平。

三是不拘形式，积极探索各种管理模式和机制。目前，各地在新农医的具体运作模式上主要有三种：卫生部门运作型包括慈溪、余姚、江北、江东、大榭、镇海，占主导，建立区域定点逐渐转诊，控制医疗费用；与农村社区卫生服务相结合，积极为参保农民进行健康体检，建立健康档案，实行门诊优惠减免，支持新农医。社会保障部门运作型鄞州区积极探索由劳动社会保障部门统一城乡医保管理运行机制，利用城镇医保的经办机构、人员网络和软件系统，实施新农医制度。政府委托商业保险公司运作型北仑区、宁海县由人寿保险公司进行运作，政府部门加强管理。各地对新农医运作机制的有益探索，为实施这一制度打开了思路，值得尝试和探索。

(三)大病统筹、医疗救助、农村社区卫生服务，着力构建三位一体的农村基本医疗保障雏形。总之，新农医制度的实施，初步构建了我市农村基本医疗保障的雏形，广大农民群众切切实实得到了实惠，对促进我市城乡社会经济统筹发展起到了积极作用。拿一位农民的话说，这是记忆中最深的，继农村推行家庭联产承包责任制以来，党和政府又为农民办的一件大好事，据对全市302户家庭995人抽样调查显示，对制度的满意率达到了93.1%。

二、困难和问题

新农医是一项长期的艰巨的社会保障工程，实施之初，还存在许多困难和问题，概括地讲，主要有四个方面：

(一)宣传引导工作不够深入，农民参保积极性有待提高。各地在推行新农医制度过程中，一方面由于时间紧、任务重，政策宣传和引导工作尚不够深入，另一方面农民对以大病统筹为主的新农医缺乏经验体会，与老的制度相模糊，对长期实施信心不足，导致部分农民参保积极性不高，主动自愿参加的不多。(二)审核结算流程仍显复杂，农民结报补偿手续有待进一步简化。由于制度实施时间较短，具体规定还不够完善，成熟地覆盖一个县(市、区)，乃至全市的网络信息管理系统建设尚未启动等原因，群众对审核结算的流程和服务，意见仍然较多，尽管各地适时作了调整和完善，但审核结算流程、服务尚需进一步简化和优化。

(三)政策制度尚需完善，部分地区资金沉淀过多。由于新农医刚刚起步，对具体方案设置缺乏现成的经验，基金测算相对保守等原因，制度中出现了一些不够科学和合理的地方。突出地表现在部分县(市、区)资金沉淀过多，影响了制度的吸引力和群众的参保积极性。

(四)监管组织建设有待加强，监管职能履行需要规范。新农医管委会和基金监督管委会责权不是十分明确，各地虽已成

立了相应组织，但应承担哪些义务和权利没有明确规定，缺乏规范化运作，大都仍由政府部门直接承担，缺乏民主管理制度。新农医基金收支和管理的审计监督，还没有形成规范的程序，对委托商业保险公司运作的资金如何加强监督更缺乏依据，一定程度上影响了基金监管的规范性和权威性。

另外，随着各地新农医制度的推广实施，也出现了许多需要特别关注和研究的新情况。主要有：一是医保盲区的问题。新农医制度的主体对象是农民，城镇医保的对象是城镇职工，那些非农非城镇医保对象(包括历史遗留下来的农转非人员、被征地未参加养老保障人员、乡镇企业退休职工以及长期在本地居住的外来人员等人群)成了医保盲区，应尽快研究解决。二是医疗救助高门槛的问题。目前的医疗救助制度作为大病统筹的补充，是解决因病致贫，因病返贫的有效途径。但目前在实际运行中相当部分县(市、区)都控制在5万元以上，才能按比例救助，救助最多限额2万元，而困难对象往往无法承受高额的医疗费用，无法享受这一政策，需要对医疗救助的对象和救助的低线作出新的界定。三是农村社区卫生服务中心(乡镇卫生院)的发展问题。执行药品顺价作价后，全市相当部分农村社区卫生服务中心(乡镇卫生院)亏损严重，实施新农医后，政府又要求这些机构对参保人员适当减免挂号费、注射费、诊疗费和优惠部分医药费，实现对参保人员的小病普惠政策，来促进新农医的持续发展，在财政补偿机制暂时还不到位、农村公共卫生体系建设尚未健全的情况下，农村社区卫生服务中心(乡镇卫生院)背负了过重的公共卫生服务职能，面临着生存发展危机，需给予应有的关注和财政补助政策的及时到位。

三、对策与建议

总体发展目标：2019年全面实施，覆盖面达到全市农村居民应保对象的85%以上；2019-2009年，逐年完善政策制度，扩大覆盖面，增强保障能力；2019年前后建立较完善的农村基本医疗保障制度，并逐步与城镇医保接轨，最终建立与我市社会

经济发展水平相适应的城乡一体的社会基本医疗保障体系。

总体工作思路：着力建设三大体系 一是新型农村合作医疗为主导，抓住农村基本医疗保障的突破口；二是医疗救助为补充，突出农村弱势群体的医疗救助力度，增强制度的针对性，弥补现阶段新型农村合作医疗保障的不可及性；三是农村社区卫生服务相配套，扩大制度的受益面，增强制度的普惠性，克服新型农村合作医疗受益面窄的弱点。清晰确立三个定位 一是目标定位：最终目标是建立农村基本医疗保障制度，与城镇医保并轨，实现城乡统筹，实施中把握制度的发展目的和方向；二是阶段定位：低水平、广覆盖 起步，制度将有一个较长的初级发展阶段，实施中重视制度的稳定和巩固；三是过程定位：在巩固初级阶段成效的基础上，积极稳妥地提高保障水平、扩大保障面和受益面，实施中着眼制度的完善和发展。切实保证三个到位 一是政府责任到位，既要落实个人义务，更要强调政府责任，建立健全的组织管理体系；二是宣传引导到位，既要尊重农民意愿，又要强调科学引导，形成农民主动参与的氛围；三是资金支持到位，既要坚持个人出资，又要保证合理的财政资助，建立科学的筹资机制。

具体发展对策：

(一) 进一步加强领导，探索建立可持续发展机制。

一是从社会保障角度，明确界定新型农村合作医疗制度的性质，强化政府责任、突出社会管理、强调个人自主参与，明晰各自的权利和义务；二是出台中长期的发展规划和阶段性的指导意见，处理好制度近期目标与远期目标，手段与目的，稳定与发展的关系，加强对基层的指导，宏观把握发展方向，建立可持续发展机制；三是积极探索新的个人筹资模式，科学引导农民群众主动地自愿地缴费，减轻基层干部工作压力；四是有关业务部门、相关学术机构加强理论和实践的研究，在制度设计和实践相对成熟的基础上，酝酿相关的地方性法规，从法治的角度加以规范。(二) 进一步加强宣传，提高农村群

众参保积极性。

一是通过报纸、电视、网络等各种渠道，广泛深入地开展政策制度宣传，把参保办法、参保人的权利和义务以及审核结算流程等宣传到千家万户，使广大群众真正了解、熟悉这一制度；二是针对性地开展具体、形象、生动的典型事例宣传，现身说法，弘扬讲奉献、献爱心，互助共济的传统美德，使群众切实感受到制度的意义和好处，增强制度的吸引力，进一步提高自觉参保意识；三是积极争取人大、政协和社会各界对新型农村合作医疗工作的关注和支持，营造良好的工作氛围。

(三) 抓好巩固完善，增强制度的合理性和科学性。

一是切实巩固实施成果。总结经验，科学测算，充分论证，合理确定基金收支方案，防止基金过多沉淀或透支，保持政策的稳定性和延续性，根据农村社会经济的发展和农村居民收入水平，原则上每二至三年对筹资标准和补助标准作适当调整，适时理顺会计年度；二是努力扩大筹资渠道，增强基金实力，逐年提高补偿水平。各级政府根据财力，合理增加财政投入，个人筹资根据农村居民人均收入和对制度的认同程度，稳妥地提高，村(社区)自治组织要根据集体经济状况给予一定投入，积极争取社会捐助，多渠道地增强基金实力，逐步提高参保病人的补偿水平；三是加强信息化建设，简化审核结算手续，减少不合理的中间环节，努力方便群众就医结报，提高服务水平和效率；四是认真调研，会同有关部门探索解决非农非城镇医保对象的医疗保障问题。同时，有条件的地方可根据群众对农村医保的不同需求，探索设置不同个人筹资档次和不同补偿水平的补偿机制。

(四) 健全管理监督机制，真正做到取信于民。一是充分发挥新型农村合作医疗协调小组或管理委员会职责，切实履行组织、协调、管理和指导等工作，定期向同级人大汇报，主动接受监督；二是加强经办机构建设，按规定落实人员编制、工作经费，完善工作制度，加强规范管理；三是完善基金监管机制，制定监督管理规

定，形成定期审计监督制度，确保基金运作规范、透明、高效，保证制度的公平公正；四是加强医疗服务，规范定点医疗机构管理，合理分流病源，合理诊治，有效控制医疗费用和非有效医疗费用比，减少不合理的医疗支出。（五）积极推进农村社区卫生服务建设，扩大受益面。

一是加强农村社区卫生服务机构建设，优化重组现有农村医疗卫生资源，重点推进乡镇卫生院基础设施和急救、妇保、儿保、防保、产科等服务功能建设，促进乡镇村级医疗机构功能转型；二是结合新型农村合作医疗和农村公共卫生体系建设，不断完善农村社区卫生服务功能，农村计生指导和残疾康复纳入社区卫生服务建设，逐步开展慢病动态管理、社区健康教育、健康体检等服务；三是出台小病受惠政策，建立推广小病受惠机制，增强新型农村合作医疗制度的吸引力；四是加强农村社区卫生服务队伍建设，出台优惠政策，保证农村公共卫生人员编制和工作经费，鼓励医学院校毕业生从事农村社区卫生服务工作，开展卫生支农活动，加强在职人员理论和实践培训，建立人员的培养、准入、淘汰和更新机制；五是开展农村社区卫生服务示范点建设，出台支持政策，制定具体的建设标准，分阶段推进农村社区卫生机构和功能建设。

（六）切实加强医疗救助体系建设，提高弱势群体医疗救助力度。

医疗设施调查报告篇八

最近，我们对我县农村卫生工作进行了一次全面调查，从调查的情况看，我县卫生事业近年来发展虽然较快，但存在的困难和问题仍相当突出，改革、发展、稳定的任务十分艰巨。我们认为，在全面建设小康社会的实践中，加强农村医疗卫生工作不但十分重要，而且刻不容缓。

近年来，我县认真贯彻《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》和《国务院办公厅关于农村卫生改革

和发展的指导意见》精神，突出抓了农村卫生改革和发展，取得了较好成绩，全县卫生工作在困难中发展，在发展中壮大。

一是全面推进了农村卫生院体制改革。理顺了乡镇卫生院的管理体制，人、财、物由县卫生行政主管部门主管；从xx年7月开始，乡镇卫生院院长、防疫专干、妇幼专干的工资纳入了县财政全额拨款，确保了队伍稳定；妥善解决了农村卫生院干部职工的养老保险问题，解除了他们的后顾之忧；积极稳妥地推进了人事制度改革，对乡镇卫生院院长、防保专干实行竞聘上岗，激活了乡镇卫生院的人事机制。

二是疾病预防控制和妇幼保健工作成效显著。取得了抗击“非典”的全面胜利，没有出现一例非典病例和疑似病例。在抓好以“非典”、霍乱为重点的重大传染病防治的同时，我县进一步抓了麻风病、地方病、结核病、性病、病毒性肝炎、麻疹、流感等疾病的防治，特别是农村计划免疫工作得到了进一步加强。继续推进“降消”工作，提高了全县妇幼保健水平。住院分娩率提高到85.07%，比上年提高5%，孕产妇死亡率为61.36/10万，婴儿死亡率为17.96‰。

三是乡镇卫生院建设得到进一步加强。全县25个乡镇均建有卫生院，其中乡镇卫生院21所，中心卫生院4所，乡镇卫生院占地面积33961m²，业务用房建筑面积15366m²，有294个村设有卫生室442个。朗江、岩头、金子岩、王家坪卫生院新建了业务综合楼；堡子、团河、广坪等三个中心卫生院被列入国家和省中心卫生院建设发展项目，每个卫生院投入20万元对房屋进行维修改造和添置设备；蒲稳、坪村、若水、岩头等卫生院去年共投入30余万元维修房屋，添置设备，农村医疗卫生条件得到一定改善。

四是农村卫生网络建设步伐加快。我县对农村卫生机构实行分类管理，将医疗机构分为盈利性医疗机构和非盈利性医疗机构，每村设一个非盈利性医疗机构，负责本辖区的预防保

健工作，将其责、权、利有机地结合起来，加强了专干的责任心，调动了他们的工作积极性，全县农村医疗卫生网络建设不断完善。

1、农村医务人员综合素质较低。全县乡镇卫生院298名在职干部职工中，从职称上看，具有中级职称、初级职称和无职称的人员分别为17人、219人和62人，所占比例分别为6%、73%和21%，中级以上人才太少，无职称人员太多，而且分布不合理，高级职称人才主要集中在几个中心卫生院；从学历上看，卫生院专科、中专和无学历人员分别是29人、187人和82人，所占比例分别是10%、63%和27%，村卫生室中专学历60人，大专学历3人，无学历人员379人；从取得执业资格上看，取得执业医师资格和执业助理医师资格的分别是69人和67人，分别占总人数的23%，村卫生室取得执业医师资格的仅2人，取得执业助理医师资格的13人，部分医务人员是半路出家、子承父业，村卫生室基本上属“土郎中”坐堂；从年龄层次结构上看，医技人员的“老、中、青”搭配不合理，业务水平较高的医技人员基本上是50岁以上的老医生，已接近退休年龄，年轻的骨干医生还没有培养起来，出现“青黄不接”的现象。

2、基础设施建设严重滞后。一是医疗设备相当陈旧。目前大多数卫生院主要还是靠“老三件”（即体温计、听诊器、血压计）来开展工作，已配备“大三件”（即心电图机、x光机、b超机）的为数不多，配备x光机的有10所卫生院，心电图的9所卫生院、b超机的13所卫生院，而且绝大多数设备是上世纪80年代中期购置，使用时间过长，诊断准确性差；配备其他更高档一点设备的卫生院更是少之又少。二是房屋破损严重。绝大多数卫生院使用的房屋是上个世纪60至70年代修建的，年久失修。据统计，目前卫生院业务用房面积15366.3m²，其中危房面积达3808.6m²，占整个用房面积的25%。还有两个卫生院连住房都没有（即马鞍镇卫生院和洒溪乡卫生院），工作无法正常开展。

3、投入严重不足，农村医疗卫生单位生存举步维艰。根据《中共中央、国务院关于加快卫生改革与发展的决定》规定，卫生事业投入应占到当地国民生产总值的5%，而我县仅2%左右，且呈逐年减少之势，如xx年财政预算为72万元□xx年68万元□xx年64万元□xx年60万元。这些资金用于防保专干和退休人员的工资开支后，能够用于农村卫生事业的建设资金所剩无几。同时，由于历史原因或内部管理不善、人员包袱重、业务量小，乡镇卫生院负债累累，生存十分艰难。据初步统计，全县卫生院负债达200万元，部分卫生院已资不抵债，其中朗江博爱卫生院、沙溪卫生院、岩头卫生院和王家坪卫生院负债分别达34万元、18万元、20万元和22万元。目前收支略有节余的卫生院仅有4所，收支平衡的7所，14所卫生院亏损。

4、医疗市场混乱，医疗环境较差。无证行医、非法行医现象突出，部分卫生院门诊过多过滥，特别是农村诊所使用假冒伪劣药品、过期失效药品等现象较普遍。由于农村地域广，农民居住分散，卫生监督监测工作存在一定难度和漏洞。医疗市场的混乱，既对农村卫生机构造成严重冲击，又直接威胁人民生命财产安全。同时，一些部门对农村医疗卫生机构的“四乱”现象比较突出，扰乱了他们的正常经营秩序，加重了基层和群众的负担。

1、切实把农村医疗卫生事业摆上更加重要的位置。农村医疗卫生事关广大人民群众的身体健康和生命安全。各级各部门要站在实践“三个代表”重要思想的高度，充分认识加强农村医疗卫生工作的重大意义，把加快发展农村卫生事业作为落实科学发展观的具体行动，作为全县经济社会发展的重点，摆上各级领导的重要议事日程。要把发展农村医疗卫生事业纳入领导干部任期政绩考核的重要内容，作为全面建设小康社会的重要指标，切实搞好规划，落实工作措施，确保农村卫生事业长足发展。

2、积极稳妥地推进农村卫生体制改革。要推进卫生院人事制

度改革，打破“铁饭碗”，砸烂“铁交椅”，大力推行公选院长制、竞争上岗制，并对院长、防保专干继续实行末位淘汰制管理，进一步完善院长、专干的业绩考核机制，建立科学的考评体系，将淘汰的岗位向社会公开招聘，择优录取。要创新乡镇卫生院的经营模式，促进医疗卫生单位参与市场竞争，改变过来由政府包办包揽的局面，并可考虑在稳定公益性营运机构的基础上，推进农村医疗卫生单位的产权制度改革，鼓励能人领办乡镇卫生院，用市场的办法促进乡镇医疗卫生机构优胜劣汰，还可考虑把村级卫生室纳入乡镇卫生院的管理范围，探索一体化经营模式，进一步加强卫生院对村卫生室的业务指导。要深化卫生分配制度改革，实行按岗定酬，按业绩定酬，调动广大职员的积极性和创造性。要建立合理的人才流动机制，推动人才资源在全县范围内的统一配置，保证各乡镇均有比例合适的技术骨干，保证农民群众“小病不出乡，大病不出县”。要逐步开展合作医疗、大病统筹或其它医疗保障制度，改变目前农民群众“小病拖、大病挨，重病才往医院抬”的现状，确保农民看得起病。

3、加大卫生事业投入力度，提高整体功能。据测算，初步建好全县乡镇卫生院共需1651万元，其中添置设备793台件、需资金953万元；改扩建房屋1080m²需资金596万元；培训各类卫技人员68人，需资金102万元。解决经费投入不足的问题，筹措数额这样巨大的资金，必须多管齐下，既要调整县乡财政支出结构，逐步增加卫生事业费的预算比例，又要积极申报项目，争取上级资金支持，还要大力招商引资，鼓励能人、老板和科研人员参与发展农村医疗卫生事业；既要突出重点，抓紧建好四个中心卫生院，加强配套设施建设和人员配备，使其成为负责区域内医疗预防、保健的技术指导中心和紧急救护中心；要统筹兼顾，分批次地完成乡镇卫生院的房屋、设备、人员培训等配套建设，完善其整体服务功能。

4、加强卫生法制建设，规范医疗服务市场。增强法制意识，切实加强卫生监管，强化医疗机构、从业人员、卫生技术应用等方面的准入管理，从源头上规范医疗服务市场。继续开

展医药市场专项整治工作，坚决取缔无证行医和零售药店坐堂行医，纠正超范围行医，严厉打击游医药贩。整顿和规范卫生院门诊过多过滥的问题，一个卫生院最多只能设1—2个门诊，并实行统一管理。纠正医药购销不正之风，规范药品采购渠道，实行药品集中招标采购，切实降低群众医疗成本。

5、加强人才培养，提高医务人员素质。要形成进修学习机制，拓宽进修学习渠道，每所卫生院每年选送1-2名素质较好的医务人员到上级医院或更高一级医院进修学习，采取带薪或自费形式到专业院校学习深造，提高业务水平。逐年安排大专以上毕业生到卫生院工作，提高卫生院医务人员的素质，培养学科带头人，使农村医务人员真正专业化、职业化，培养一支留得住、用得上的农村医疗卫生技术人才。要加强医德医风建设，改进服务质量和服务态度，树立白衣天使的良好形象。

医疗设施调查报告篇九

[摘要]农村医疗保障由卫生服务供给体系和农村医疗保健制度两方面构成。长期以来，合作医疗是我国农村医疗保健制度的主要形式。然而农村合作医疗制度自建立以来，在我国广大农村地区经历了几起几落，时至今日，大部分地区的合作医疗已走向衰落。在农村经济社会发生了重大变革以后，合作医疗能否恢复？医疗保险是否可行？什么是可行的农村医疗保障制度？这一系列关系农村社会发展的重大问题一直为政府、农民和研究者所关注。本文在对山西省xx县8个村庄的部分农民进行个别访谈的基础上，分析了农民对医疗保障的主要看法，提出：第一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点；第二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区前公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件；第三，在农户分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件；第四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

中国农村社区具有浓厚的乡土特色，它在生活方式、价值观念、收入来源、人际交往、寻医问药等方面，有区别于城市的典型特征。我们必须清醒地认识到农村医疗保障是建立在这种乡土特色基础之上的。

土地仍然是农民家庭对国家完粮纳税和解决自己吃饭问题的最基本保障，而农民家庭的其它一切开销越来越依靠现金收入，这就要依靠种植经济作物和外出打工来实现。但是这几年种植经济作物受市场的影响很大，价格也在不断下跌。同时由于种植业生产周期较长，靠结构调整也比较难以增加收入。

由于农村经济社会的变化，疾病谱也发生改变，农村中患恶性肿瘤和心脑血管疾病的人近年来有所增加，并且心脑血管病的发病年龄有所提前。有个村庄的心脑血管病人的发病年龄都集中在四、五十岁左右，虽然农民认为可能和农村中的环境污染、人们不再吃粗粮以及体力劳动减轻有关。但同时我们也认为这可能和竞争环境带来的生存压力增大有关。

当前农民家庭保障的资金来源主要是通过家庭积蓄解决医疗费用支出的急需；通过大家庭成员之间的互济减轻医疗费用负担；通过向亲朋好友的借钱缓解医疗费用负担。这种行为方式就形成了以家庭为核心向亲戚、朋友扩散的互助互济的人际网络。

乡村医生是来自农民的乡土医生，长期的'农村常见病的医疗实践造就了他们，许多60年代、70年代培养的乡村医生在农民中行医时间长，在村里有一定威信，对开展预防保健工作和治疗农村常见病发挥着重要作用。但是农村经济改革以来，村卫生室的承包经营使乡村医生越来越把提供医疗服务作为谋生手段，而同时在乡土社会里，农民又很难把乡村医生的服务这种无形的产品当作需要购买的劳动产品，而只把药品作为必须为之付费的商品。

乡村医生也常常感到“乡里乡亲的，怎么可能像城市医院一样收挂号费、治疗费、出诊费？”因此不论乡村医生还是个体医生，都提供“免四费”（免挂号费、诊断费、注射费、出诊费等）的服务，同时，传统医学中的简便治疗方法由于不能赚钱已多不被乡村医生采用，卖药、处方药品、静脉输液则被广泛应用。但是乡村医生对于本村的贫困家庭，往往出于医生悬壶济世的职业传统和乡土社会中的乡谊和同情心给予医疗费用的减免。

在就医机构的选择上，农民选择大医院是在得大病或疑难病时为求得较好的治疗；寻求私人诊所一般是在大医院治疗效果不明显或费用较高的情况下，为找到较便宜的服务和寻求特殊治疗效果时的选择。这种选择往往具有一定的盲目性，即所谓“有病乱投医”。

通常在常见病的治疗上，农民是靠自己的经历和他人的经历对县、乡、村各种医疗机构的医疗水平进行判断，各种治疗信息的获得又是靠农民之间的人际传播。由于政府卫生部门没有向农民发布医疗保健信息，乡村医生也没有对农民提供健康教育和宣传医疗保健常识的服务，使农民缺乏获得医疗保健信息的正规渠道，只能靠非正规的渠道获得零散和不确切的信息。

我们从访谈中了解到对于建立农村医疗保障制度，除部分贫困户外，多数农产家庭具有一定的筹资能力。但是这仅仅是农产家庭经济上的可能性，这一制度能否建立，还存在着某些社会制约因素。在访谈中农民谈的最多的是“合作医疗没有集体经济不能搞”；“现在都个人顾个人，合作医疗没人组织不能搞”；“医疗保险要讲信用，实施要长久”。

我们认为，合作医疗是社区和农户共同筹资的医疗保障，是一种社区的公共产品。在集体经济时期，生产大队提留的公益金为合作医疗基金提供了大部分资金，农民个人只在年终分红时由生产队代扣少部分资金作为个人交纳的合作医疗费，

这使每个社区成员通过集体提留的预先扣除，得以享受社区的医疗保障。然而，这种社区医疗保障的有无及保障水平的高低，要视社区的经济发展水平而定。

从一些农民的回忆中可以看出，即使在70年代时，各生产大队合作医疗的

兴衰及持续时间也不同。集体经济实力强的大队，合作医疗持续的时间也长，有的一直坚持到实行生产责任制为止。集体经济缺乏实力的大队，合作医疗持续的时间则短，有的甚至不到一年就解体了。这说明并不是家庭联产承包责任制的实施使合作医疗解体。

那么，为什么在访谈中农民把合作医疗的解体与家庭联产承包责任制联系在一起呢？这是因为集体经济组织的终结使合作医疗失去了预先扣缴合作医疗费筹资手段。实行生产责任制后，xx县和我国多数中、西部农村地区一样，村庄的公共积累逐渐减少，缺乏经济实力，村提留只能维持村干部的工资，村庄的任何公共事业就只能依靠农民一家一户的集资予以解决。对于村庄电路改造一类的公共事业，由于是每家农户都明确受益的事情，即使是平均分摊公共电路改造的费用，挨家挨户集资的难度还小一点；而医疗服务消费则是一种不确定的行为，当合作医疗筹资无法通过集体经济组织预先扣除时，其挨家挨户筹资的难度就可想而知。

因此，这种“空壳”的集体经济由于没有社区的“公共资财”，而缺乏合作的经济基础，就像有的农民说的，“合作医疗没有集体资金，和谁合作！”这就使我们不难理解在村里常可以听到的“现在集体没有钱，对农民没有吸引力，合作医疗没法搞”的说辞。

改革前的传统体制时期，集体经济组织不仅有组织生产的经济职能，也有组织村庄社会事业的行政职能。70年代，正是通过公社体制使合作医疗制度几乎是在一夜之间迅速推行，

广泛实施。改革以来，伴随公社体制的终结，合作医疗制度大面积解体。但是在合作医疗的落潮中，人们相继看到以下两种情况。

一种情况是苏南模式坚持集体经济，依靠集体经济发展乡镇工业，促进村庄经济和社会事业的发展，促使合作医疗向合作医疗保险过渡。苏南模式使我们一度看到在传统的集体制没有彻底解体的情况下，村庄社区的医疗保障得到了不断地发展。

另一种情况是一些村庄经过了改革初期的分散经营后，在“既承认合作者个人的财产权利，又强调法人成员共同占有”的基础上在村域内再组织起来，这种再组织的社区合作体系：“超级村庄”，推动了包括医疗保障在内的村庄社区的公共事业的发展。

然而，与上述两种情况不同的是大量的村庄；如同我们访谈的这些村庄基本上既没有保留原有传统体制发展生产和组织社会事业的组织功能，又没有产生出新的再合作的社区组织，社区的组织资源正处于实质上的“空位”状况。名义上每个村都有村委会和党的基层组织，但是常常从村民那里听到“不知道谁是村干部”的说法。这就造成了依托社区组织的合作医疗在缺乏社区组织资源的条件下难以为继。虽然1982年的宪法就确立了村民委员会的法律地位，1998年又正式颁布了试行xx年的《村民委员会组织法》，但是，村组织的完善和功能的有效发挥，还需要一定的过程。在访谈中，农民几乎都一再提到“现在是个人顾个人，没有人组织，搞不了合作医疗”，当说这些话时，我们在农民的脸上看到的是无奈。

通过访谈，我们发现当地农民一般都对医疗保险缺乏了解，有些人对人寿保险、平安保险以及农业生产上的保险等其他商业保险还有所了解，但对社会医疗保险都一无所知。

但无论是哪种情况，农民都对医疗保险的信誉表示了极大的关注。在市场经济条件下，农产是独立的经营实体，农村改革以来，产权明晰的结果，使风险和利益对称，这既调动了农产生产、投资的积极性，同时也使他们独自承担着市场的风险。因此对一个新事物，他们完全是以一个独立的生产经营者的眼光来观察的。

对于保险组织和保险制度来说，在农民那里，信誉就是关键。他们要确信其对医疗保险的投保确实能够得到分担风险的回报才会投保。就像有的农民说的那样，“现在基本是一部分贫困户确实交不起钱：一部分富裕户个人付得起医疗费，但不一定投保，多数农户能付得起30元以内的保费，但是不是投保，还要看可信不可信”。访谈中，农民表现了对乡、村干部的极大不信任，对保险公司商业信誉的不满意和对政府政策多变的担心。医疗保险能否实行？医疗保险由谁来办？对于这些问题的回答，农民是从现实农村社会发生了的和正在发生着的各种事情中寻找答案的。以往合作医疗的失败，合作医疗中的种种不合理现象；以往农村社会事务中的种种失误和反复折腾，甚至生产经营中的损害农民利益的事件，都使农民变得怀疑、谨慎，不愿意轻易失去自己的血汗钱。

必然要付出较高的管理成本。

由于合作医疗是以社区和农产共同筹资为基础的一种社区医疗保障，因此如果没有社区公共资财的经济基础，没有村级组织在村民自治基础上的重新整合，仅依靠政府政策和卫生部门工作的推动，合作医疗就无法持续实施和发展。农民的社会医疗保险是以政府保险机构信誉和农产投保为基础的一种社会医疗保障形式，则政府和保险机构的信誉是能否实施农民医疗保险的关键问题。

我们的结论是：

其一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点。

其二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区的公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件。

其三，在农产分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件。

其四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。