

最新医疗调研报告格式(精选7篇)

在当下这个社会，报告的使用成为日常生活的常态，报告具有成文事后性的特点。那么报告应该怎么制定才合适呢？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。

医疗调研报告格式篇一

消费者依一定数额交纳保险金，遇到重大疾病时，可以从保险公司获得一定数额的医疗费用。

目前的商业医疗保险最突出的问题是价格高，保障程度低。

虽然医疗保险的投保价格超出百姓的承受能力，但经营此项业务的许多保险公司仍然亏本，主要由两种现象导致：

一是逆选择，即投保者在得知自己得病时才去投保，并以各种手段瞒过保险公司的检查，投保后保险公司不得不依照条款支付其医疗费用。

二是道德风险，即病人和医院联合起来对付保险公司，采用小病大治、开空头医药费的方式，使保险公司支付高额费用。在许多地方，甚至出现了人不住院，只在医院虚开床位的骗取保险费的方式。

我国医疗改革的目的是要建立一个由基本医疗保险、用人单位补充保险、商业医疗保险三者共同支撑的健康保障体系。项医改确定，单位为职工交纳其工资总额的6%作为统筹基金，职工看病所需费用超过本地年平均工资的10%的，统筹资金开始为职工支付费用，但最高支付限额控制在本地职工年平均工资的四倍左右。

商业医疗保险的种类

随着医疗体制改革，各大保险公司的商业医疗保险险种也顺应形势，逐渐多了起来。那么，目前的商业医疗保险究竟有哪几大类险种，它们各自保哪些，不保哪些，投保时有何具体规定？下面对医疗保险险种作了简要概括：

普通医疗保险

该险种是医疗保险中保险责任最广泛的一种，负责被保险人因疾病和意外伤害支出的门诊医疗费和住院医疗费。普通医疗保险一般采用团体方式承保，或者作为个人长期寿险的附加责任承保，一般采用补偿方式给付医疗保险金，并规定每次最高限额。

意外伤害医疗保险

该险种负责被保险人因遭受意外伤害支出的医疗费，作为意外伤害保险的附加责任。保险金额可以与基本险相同，也可以另外约定。一般采用补偿方式给付医疗保险金，不但要规定保险金额即给付限额，还要规定治疗期限。

住院医疗保险

该险种负责被保险人因疾病或意外伤害需要住院治疗时支出的医疗费，不负责被保险人的门诊医疗费，既可以采用补偿给付方式，也可以采用定额给付方式。

手术医疗保险

该险种属于单项医疗保险，只负责被保险人因施行手术而支出的医疗费，不论是门诊手术治疗还是住院手术治疗。手术医疗保险可以单独承保，也可以作为意外保险或人寿保险的附加险承保。采用补偿方式给付的手术医疗保险，只规定作为累计最高给付限额的保险金额，定额给付的手术医疗保险，保险公司只按被保险人施行手术的种类定额给付医疗保险费。

特种疾病保险

该险种以被保险人患特定疾病为保险事故。当被保险人被确诊为患某种特定疾病时，保险人按约定的金额给付保险金，以满足被保险人的经济需要。一份特种疾病保险的保单可以仅承保某一种特定疾病，也可以承保若干种特定疾病。可以单独投保，也可以作为人寿保险的附加险投保，一般采用定额给付方式，保险人按照保险金额一次性给付保险金，保险责任即终止。

医疗调研报告格式篇二

在生活中，报告的用途越来越大，我们在写报告的时候要避免篇幅过长。那么大家知道标准正式的报告格式吗？以下是小编为大家收集的农村医疗救助调研报告范文，仅供参考，欢迎大家阅读。

医疗救助是指国家和社会针对那些因为贫困而没有经济能力进行治病的公民实施专门的帮助和支持。医疗救助保障的是困难居民的基本医疗服务，基本医疗服务的内容在各个不同的经济发展时期有不同的内涵。下面是小编为大家搜索整理的一篇调研报告范文，主要针对某市城乡困难居民进行调研，欢迎参考阅读，希望您喜欢！

近几年来，为了全面落实科学发展观，努力实现构建和谐社会的总体目标，**市积极采取有效措施推进了城乡医疗救助工作，在一定程度上缓解了困难群众“看病难、看病贵”的问题。

1、农村医疗救助情况。

制定出台政策。根据《江苏省农村医疗救助实施办法》和《市政府关于在全市建立新型农村合作医疗制度的实施意见》

等有关文件精神，以建立新型农村合作医疗为依托，以困难群众大病医疗救助为重点，切实保障农村低保户、农村五保户和农村因灾因病农民的基本医疗需要，我市于2004年经过近半年时间认真调研，经市民政、卫生、财政和各县区人民政府共同会商论证、市法制办依法公证、市政府同意，出台了《**市农村医疗救助实施细则》，各县区也制定了农村医疗救助实施规程或规章制度，纳入考核目标。积极筹措资金，落实了每年按每人30元筹措资金，其中市按每人6元，县区按每人24元。其中10元用于帮助医疗救助对象参加当地新型合作医疗的个人应承担的部分，20元作为第二次救助。积极实施救助□20xx年以来，除省给予我市的农村医疗救助补助资金，我市各级共筹集农村医疗救助资金940.8万元，其中，市、县(区)财政投入719.2万元，各级彩票公益金105万元；社会捐助及其他投入116.6万元。每年全市参加农村医疗救助人数占全市农村人口3.2%以上，共资助参加新农合人数为48.6527万人次，资助参加新农合后二次救助人次人数达1.6908万人次；资助资金总额达979.683万元。

2、城市医疗救助情况。

为解决城镇困难居民参加城镇居民基本医疗保险医疗费用负担问题，依托我市建立的`以大病统筹为主城镇居民基本医疗保险制度，以及惠民医疗卫生服务平台，本着以救助城镇困难居民患大重病、慢性重症疾病为重点，目前我市正在酝酿出台《**市市区城镇困难居民医疗救助暂行办法》。希望通过建立城镇困难居民医疗救助统筹基金，对城镇困难居民参加以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险规定由个人承担的部分费用存在困难和在医治重大疾病、慢性重症疾病医疗费用经城镇居民基本医疗保险补助后存在困难的，由民政部门按实际情况再给予一定限额救助的医疗救助。救助对象：城镇居民最低生活保障对象，城镇居民重点优抚对象，城市居民家庭生活困难的重度残疾人员(指家庭人均收入处于城市居民最低生活保障标准以上至保障标准150%以内的)，城镇居民享受生活补助费的行政事业单位60年代精减退职老职工，

市总工会核定的城镇居民特困职工，城镇居民家庭生活困难的临时救助对象(指家庭人均收入处于城市居民最低生活保障标准以上至保障标准150%以内的)，经民政部门确认的其他特殊困难群众。救助形式：资助医疗救助对象参加城镇居民基本医疗保险个人应负担的部分费用。医疗救助对象重大疾病、慢性重症疾病就诊的，经城镇基本医疗保险补助后，个人负担医疗费用过高，影响家庭基本生活的，分不同对象给予适当医疗救助。

通过各级民政部门、卫生部门以及街道(乡镇)、社区(村)工作人员的共同努力，**市医疗救助政策实施以来，贫困群体就医难得到了一定缓解，特别是对患重大疾病的农村贫困群体及时给予了一定的资金救助，充分体现了市委和人民政府对贫困群体的关爱和帮扶。在看到成绩的同时，我们也看到了医疗救助存在着一定问题和困难。

1、救助对象中无钱看病问题仍然严重

目前救助对象患病没钱看病问题主要集中在以下三个方面：一是救助对象患病无力交纳住院押金，影响了病情正常治疗；二是医疗救助起付线过高。我市农村低保对象医疗救助起付线300元与90元的农村低保标准高出3倍多，这意味着将花去医疗救助对象3个多月的基本生活费。因此造成救助对象因无力支付基本医疗起付线费用，而不能及时就医难以享受医疗救助；三是目前我市采取的农村医疗救助政策属于医后救助方式，相当多的救助对象在患病后由于无力支付住院费或医疗费，而放弃治疗或延误治疗的问题突出。

2、医疗救助比例及标准偏低

我市目前实施的农村医疗救助政策，各县区对医疗救助比例及标准规定的普遍偏低，比如，新浦区对享受农村低保待遇的农村居民，对其住院医疗救助按25%、35%、45%三个比例实行救助，分为300-5000元、5001-10000元、10001元以上，全

年个人累计救助额不超过10000元，显然救助比例和标准有些偏低。就救助比例而言，一名农村低保对象要得到10000元医疗救助自己要拿总医疗费费的50%以上。按农村低保对象一般性住院治疗需费用10000元计算，按300元起付线，25%、35%的比例救助，此人只能取得救助金2325元。那么，该家庭需要承担7675元的医疗费用，占总医疗费费的76.75%。

而一名农村低保对象每月享受的保障标准为90元，一般低保家庭很难支付住院医疗费用，这就造成了申请医疗救助人员“少”，使大量患常见病、慢性病的贫困群体无力负担医疗费而放弃治疗，影响医疗救助的实际效果。

3、无人员编制在一定程度上影响了医疗救助工作

医疗救助工作是民政部门的一项新业务，医疗救助工作事关广大贫困群众的基本生存权益和社会的和谐发展。多年来，各县区、各街道无医疗救助专项编制，工作人员大都兼有多项工作，任务繁重，时常忙于紧急事务的处理工作，无专门精力将医疗救助工作做实做细。由于无专项编制，定岗、定员不确定，身份待遇不落实，且又人员流动性大，培训过人员流失，造成基层工作人员中新手多、素质不高、责任心低、业务生疏，对救助政策不了解，不托底，无法做好救助政策的解释和基层矛盾的疏导工作，造成经常性的上访事件，在一定程度上影响了医疗救助政策的实施。

4、筹措救助基金困难

目前我市按每人年30元救助资金预算，其中市按每人6元，县区按每人24元。从实际情况看，资金总量远远达不到救助对象所需的实际数，人为造成了对救助对象报销补偿率较低。从目前的报销情况看，住院费用平均补偿金额450元，住院补偿率只在30%，绝大部分由个人自负，明显低于标准。

为切实缓解贫困群体就医难，加大政府医疗救助力度，使城

乡医疗救助政策更加惠济贫困群体，针对目前医疗救助工作中所存在的问题，特提出如下对策建议：

1、适当提高基本医疗救助比例、标准及降低起付线标准

为满足城乡特困群体的基本医疗需求，使患常见病、慢性病的特困人员得到及时治疗，防止常见病因得不到及时医治引发大病的情况。对策：将基本医疗救助中农村低保对象起付线降低为100元，城市低保对象起付线定为200元；将农村基本医疗救助比例上调整20%，城市基本医疗救助比例定为50%、60%、70%三种。

2、探索建立行之有效的同步救助制度

**市的医疗救助政策采取医后救助的方式，造成相当多的救助对象因无力支付医疗费而放弃治疗。为更好地服务救助对象，使他们切实享受到医疗救助政策。对策：探索建立同步救助制度，对救助对象中确实因家庭困难无力支付住院费和治疗费的患者，可凭定点医疗机构或转诊医疗机构出具的住院通知书到县区民政局申请同步救助，经县区民政局与医疗机构确认情况属实的，县区民政局按基本医疗和重大疾病医疗救助最高救助标准的50%提前预付给患者或其直系亲属，确保救助对象及时得到治疗。同时，救助对象或直系亲属应凭医疗票据及时到县区民政局进行核销平帐，对不积极配合销帐的，取消其家庭今后的医疗救助待遇。

3、为各区、街道配备医疗低保救助工作专项编制

**市1997年实施城市居民最低生活保障制度[]20xx年实施农村居民最低生活保障制度和农村医疗救助制度，各县区、各乡镇社会救助工作日益繁重，为进一步加强社会救助工作，健全各县区低保医疗组织机构，经过多方努力工作争取，市民政局设立城乡低保管理处，东海县民政局设置了低保管理中心，其他县区民政局目前工作仍由救灾救济处科室兼管，街

道、乡镇和村居委更谈不上专职人员问题。建议：争取为各县区设立低保办公室，配备编制2—3名人员，各街道、乡政府设立社会救助保障所，配备编制1—2名人员。

医疗调研报告格式篇三

商业医疗保险的注意事项

消费者在购买商业医疗保险时应留意以下几个重要条款。

一是免赔条款。医疗风险主要是门诊医疗风险和住院医疗风险，其中最主要的是住院医疗风险，因此消费者一般会优先投保住院医疗保险。但是，住院医疗保险属于补偿性保险，而补偿性保险是根据实际支出进行补偿，且补偿额度不能超过实际支出。为此，保险公司一般会对住院医疗保险规定一个免赔额，即如果医疗费用低于免赔额，则被保险人不能获得赔偿；如果医疗费超出免赔额，保险公司将按一定比例进行赔付。二是如实陈述。被保险人在签订商业医疗保险合同时一定要将自己的身体健康状况及既往病史如实向保险公司陈述，以便保险公司作出是否接受投保或以什么条件接受投保的决定。如果投保人故意隐瞒疾病事实，不履行忠实告知义务，保险事故发生后，保险公司将不承担赔付责任，也不退还保费。

三是投保犹豫期。购买商业医疗保险后，消费者如果后悔，保险公司可以无条件退保，但后悔有时间期限，一般为10天，这就是投保犹豫期。投保人在犹豫期内退保，保险公司除扣除不超过10元的成本费外，要退还投保人缴纳的所有保费。因此，消费者可以利用投保犹豫期，仔细研读保单，做出投保或不投保的决定。

四是责任条款。消费者在购买商业医疗保险时一定要看清险种的责任范围，因为只有保险责任范围内发生保险事故，

保险公司才会履行赔付义务。比如，保险公司对住院医疗保险规定了一个观望期，观望期一般是在合同生效日90天或180天内，在观望期内发生的医疗费支出，保险公司不负责赔付。

医疗调研报告格式篇四

了解清楚有哪些商业医疗保险。一般来说，针对小病、中病，有住院医疗费用补偿的报销型保险；有对生病住院期间收入损失进行补贴的津贴险。针对重大疾病发生，有给付保险金的重大疾病保险。

2

了解清楚自己的保障需求，然后按需购买。一般情况下，建议最好是首先完善重大疾病保险，这是因为相比于普通的医疗费用，大病的花费往往是巨大的，事先做好了大病保障，之后可以完善其他医疗费用保障了。

3

买商业医疗保险，要注意适量原则。应注意结合自己的实际需求和付费能力来决定保险金额。保额过低将使保险不能起到保障的作用，而过高的话则会超出自己的付费能力，并有可能无法通过保险公司的核保。

4

商业医疗保险，建议越早购买越好。因为，年龄越轻，得病的可能性越低，相对的保费也就越便宜，同时也容易通过保险公司的核保，起保也就越容易。

5

买商业医疗保险，不能一成不变，最好是每隔三五年，打开自家的保单检查一下，根据家庭人员和收入状况的变化做一些适当的调整。

6

尽量选择交费期长的缴费方式。一是因为交费期长，虽然所付总额可能略多些，但每次交费较少，不会给家庭带来太大的负担，加之利息等因素，实际成本不一定高于一次缴清的付费方式。

注意事项

买商业医疗保险，并非是保的疾病越多越好，关键是要让自己的需求在保障范围内，有的放矢。

要看清楚保险条款，对重点不明白的地方，要及时的问清楚。

注意如实告知身体健康情况，看清楚后亲笔签名。

医疗调研报告格式篇五

本文目录

1. 医疗调研报告范文
2. 新型农村合作医疗调研报告
3. 农村合作医疗制度调研报告

近两年来，在自治区党委、政府的高度重视和卫生厅的大力支持下，我市坚持以“科学发展、全面转型、富民强市”战略为指导，围绕改善民生，着力推进新型农村牧区合作医疗市级统筹制度的建设发展，通过加强组织、加大投入、完善机制、创新监管，形成了新农合市级统筹“包头模式”，有效提升广大农牧民的医疗保障水平。

一、主要做法

(一)加强信息化建设，搭建市级统筹运行平台。**市把信息化建设作为新农合市级统筹的基础枢纽，投入*万元，通过政府公开招标采购，高标准、高质量完成了新农合信息系统建设，形成了纵向连接各级新农合经办机构，横向连接各级定点医疗机构网络，实现了全市新农合数据集中管理、定点医疗机构数据实时传输、经办机构在线实时监审、参合农牧民即时补偿。

(二)强化旗县区职能，建立市级统筹基础保障。注重发挥旗县区综合管理职能，实行旗县区政府与新农合统筹基金共同承担风险的机制，将旗县区当年筹集基金的90%作为本地区补偿基数，实际补偿超出基数部分由旗县区政府和新农合统筹基金各承担50%。强化旗县区新农合经办机构职责，做好参合农牧民登记、参合费代收代缴、定点医疗机构监管、就医费用补偿初审等基础性工作。采取“三段式”抓好县一级监管，即患者入院24小时内经办机构通过新农合信息系统在线进行初审，出院前抽查住院病历(每月抽查不少于当月补偿人数的70%)，住院期间通过新农合信息系统每日监审辖区内定点医疗机构参合患者住院检查、用药和治疗等情况，并适时进行现场检查(每周至少2次现场稽查)。

(三)加强定点医疗机构管理，增强新农合服务能力。一是对定点医疗机构准入、退出实行动态管理，强化新农合对医疗服务的监管，控制医药费用不合理增长。市级定点医疗机构对参合患者使用《新农合药物目录》以外的药品减免药费10%，使用大型医疗设备检查治疗减免费用30%，尿毒症参合患者门诊透析减免费用15%。推行支付方式改革，在全市所有市级和部分县级、乡镇级定点医疗机构开展白内障手术等14个临床路径明确的单病种付费试点。二是强化定点医疗机构责任，严格对就诊人员《新农合医疗证》进行核对，做到人、证相符，杜绝冒名顶替、挂床住院等违规现象发生。三是各级定点医疗机构全部实行就诊即时补偿，并垫付补偿资金。四是

实行新农合医疗服务协议与保证金“双控”机制，对定点医疗机构违反协议规定的，按要求扣除保证金(两年全市扣除10.68万元)。

(四)创新管理模式，提升市级统筹运行水平。一是实行三级监管和交叉轮换监管模式，参合患者在市内就医补偿，由定点医疗机构初审、县级经办机构在线复审、市新农合管理中心抽审或在线审核后现场及时补偿。市级定点机构由5个市辖区经办机构就近监管，定期交叉轮换。二是开通新农合网上银行，将新农合资金直接转付定点医疗机构账户或参合患者银行存折，节省了办公成本和参合患者办理补偿兑付开支。三是采取新农合资金预付制，市新农合管理中心接到定点医疗机构补偿材料5个工作日内，将垫付补偿款预拨到定点医疗机构。四是鼓励定点医疗机构将减免资金、保证金扣减资金与科室、医生收入挂钩，医生使用《目录》外药品，为患者减免10%的资金由医院扣减科室和医生奖金。五是保证金实行“谁扣减谁受益”，将扣除金额的50%用于奖励旗县区新农合经办机构，增强新农合监管积极性。六是全面开展异地参合，长期在包头市非户籍所在旗县区居住(一般在一年以上)、有固定住所的我市户籍农牧民，可自愿以户为单位选择在现居住地参加新农合。七是保障新生儿享受新农合政策，错过缴费参合日期出生的新生儿，随参合母亲在出生当年共同享受新农合保障制度。八是探索扩大参合人群，非我市户籍的计划外生育人员、与当地农牧民存在婚姻关系尚未办理户口迁移人员、异地农牧民与子女长期在包头居住人员以及未参加城镇职工基本医疗保险和城镇居民医疗保险的我市非农业户籍人员，可以以户(3人以上)为单位就近选择参加新农合。

二、取得的成效

(一)新农合基金规模扩大，保障能力显著增强。实行市级统筹以来，整合了分散在各旗县区的新农合基金，大大提升了全市新农合基金抗风险能力。住院补偿比例两年平均提高25%，最高住院补偿比例乡镇卫生院提高到85%，县级医院提高

到75%，市级和市外医院提高到65%；住院补偿封顶线提高到10万元；新农合政策范围内报销比例达到74.27%；将19种慢病门诊费用纳入大病统筹基金补偿，每年每人补偿**元，尿毒症门诊透析等同住院补偿一年最高补偿10万元。全面开展门诊统筹，扩大新农合受益面。广大农牧民对市级统筹高度认可，参合积极性高涨，参合人数和参合率较统筹前分别增加5.91万人(达到60.7万人)和近10个百分点(达到98.6%)。

农牧民存折)，极大地方便了参合农牧民的就医补偿。同时，新农合信息系统与市级定点医疗机构的联网，促进了市级定点医疗机构减免优惠政策的落实，两年为35059人次减免大型医疗设备检查治疗和自费药品费**万元，人均减免141元，间接提高新农合住院补偿比例2.1个百分点，有效减轻了参合农牧民的就医负担。

(三)新农合监管形式科学有效，基金更加安全稳定。实行市级统筹以来，新农合监管程序更加科学，由一级监管转为三级监管。监管方法更加有效，各级经办机构通过新农合网络实时监控全市定点医疗机构，在线检查参合患者住院及补偿情况，变“事后监管”为“事前防范”和“事中监督”，新农合资金管理、使用、审核、补偿更加科学有效，基金更加安全稳定。**年全市住院补偿3.5万人次，平均住院率*%，补偿资金**万元，基本用完当年统筹基金；**年住院补偿**人次，平均住院率%，补偿资金**万元，占当年统筹基金的76.4%；*年住院补偿3.64万人次，平均住院率5.99%，补偿资金**万元，占当年统筹基金的81.86%。对比显示，在住院补偿人数和住院率增加，补偿比例提高的情况下，当年统筹基金结余有所增加，新农合基金更加安全。

三、几点体会

(一)各级党委、政府的重视支持，是建立市级统筹机制的根本。包头市市、旗(县、区)两级党委、政府把推进新农合市级统筹作为保障和改善民生工程的重要内容，纳入年度实绩

考核目标，连续三年列为市政府为群众办的好事实事，不断加大投入，完善政策保障体系，全力予以推进。市编委会批准成立了**市新农合管理中心，各旗县区均成立了新农合经办机构，保障了市级统筹的有序运行。

(二)健全投入保障机制，是推进市级统筹的前提。近两年，**市建立了稳定的新农合投入机制，**年市、旗两级政府人均补助标准分别提高到20元，人均筹资额达到160元，高于自治区筹资标准10元，**年人均筹资额达到**元，高于自治区筹资标准2元□xx年市、旗(县区)两级政府人均补助标准分别提高到30元，人均筹资额达到**元，农牧民医疗保障实力不断增强。为保障市级统筹的正常运行，市财政投入启动经费200万元用于信息系统建设、“一本通”印制和人员培训等。市财政每年都安排市级新农合专项工作经费，旗县区财政按照参合农牧民每人每年不少于1.5元标准，安排新农合专项工作经费近90万元，保证了各级新农合经办机构的正常运转。

(三)完善制度，是市级统筹健康运行的基础。为保证市级统筹工作有序进行，包头市制定了《**市新农合定点医疗机构管理暂行办法》等8个配套文件和《市外转诊审核补偿制度》等20多项制度，使各项工作有章可循，确保了市级统筹的健康运行。

(四)积极总结，寻找差距，是提升市级统筹水平的动力。包头市在不断总结完善市级统筹机制的同时，充分认识新农合与城镇职工和城镇居民医保的差距，认真分析三类医疗保险参合人数、筹资标准、资金规模、报销比例、报销封顶线和监管能力等现状，寻找差距，不断增强提升新农合保障水平的紧迫感和责任感。

虽然**市新农合市级统筹工作取得了一定的成效，但与群众的需求和先进地区相比，还有一些差距。我们将以此次会议为契机，进一步加强与兄弟盟市的学习交流，认真贯彻落实

会议精神，继续加大工作力度，强化工作措施，不断提高新农合保障水平，努力将新农合这一惠及千家万户、涉及广大农牧民群众切身利益的惠民政策执行好、落实好，为深化医药卫生体制改革做出应有的贡献。

医疗调研报告范文（2） | 返回目录

加入这个优秀的团队，与众多优秀的队员一起，从策划到实践，完成了这次”有组织、有预谋”的调研活动，受益匪浅，感受良多。

最后，衷心感谢那些善良、淳朴的农民们的热情款待与积极配合！（作者：钟一萍）

每一项制度在成长过程都会有很多问题，这就亟需人们去发现、修正。现在处于金融危机阶段，不能奢望国家投入更多资金在农民身上，只是希望政府脚踏实地地落实国家政策，把该做好的事情认真做好，让这项制度成熟。（作者：方银萍）

总的来说，这是一次收获颇为丰富的调研，至少让我们发现了新农合政策执行中的许多问题以及一些新的方法手段，对于新农合又有了新的认识。对于我个人而言，在发现问题的同时，难能可贵的是可以有机会让我把课堂所学的社会保障学以及政策学、公共管理学等知识进行理解运用，当然，我也发现自己在调研中的许多不足。首先，是对课本，新农合知识的掌握还不够全面深刻，以至于在农民提出某些问题的时候没能很好的回答。其次，在调研的过程中，缺乏对某些问题的敏感度，如果有这种敏感度的话，可以再调查的过程中，立刻向农民提出，并得到相应的反馈，而不是事后想起错过机会。再次，尽管发现了许多问题，但是对问题的归纳，总结还是缺乏相应的理论支持以及分析能力，这还需要通过日后阅读相关的书籍进行提高。（作者：陈瑞佳）

有组织、有预谋、精心策划

虽说准备较为充足，但是问题也存在很多。

瑕疵之处

山高皇帝远，地头蛇为大

监管力度问题、新农合专职人员编制：

其它问题：

电子零件加工

在这里

对比往年，看到自己的成长，团队的进步，足矣。（作者：邱尚冰）

医疗调研报告范文（3） | 返回目录

近几年来，农村问题牵动着亿万人民的心。我身为xx村大学生村官，深切感受到了近几年来我村的巨大变化。同时也让我感受到党和政府兴农富农政策给农村和农民带来的实惠。

以前村民们在种地的同时还要给国家缴纳农业税，而现在人们不仅不用缴税还可以得到国家给的粮食补贴；以前村里的孩子没钱上学，现在却可以免费去上学甚至还有补贴的伙食费，以前村民们总是因为家电太贵而买不起，现在家电下乡工程更是大快人心，让那些没钱用电器的人们拥有了自己的家电.....更令人欣喜的还要算那新型农村合作医疗制度了，村民们从此不用再愁有病没钱看的问题了。使更多的人民得到了实惠。

（一）“新型农村合作医疗制度”的具体内容。

新型农村合作医疗，简称“新农合”，是指由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。采取个人缴费、集体扶持和政府资助的方式筹集资金。

（二）“新型农村合作医疗制度”的具体做法。

全县新型农村合作医疗试点工作开展以来，在县有关部门的大力支持下，在全镇上下的积极争取和共同努力下，我们村坚持把新型农村合作医疗作为大力改善民生，加快构建 和谐社会 的德政工程，切实加强领导，健全机制，强化责任，狠抓落实。以前在我们村，自费医疗制度仍然占主导地位，农民是当地最大的自费群体。前几年，本地农村人口老龄化医疗服务普及药品价格上涨，农民医疗费用攀升超过了农民平均收入增长幅度，越来越多农民无力承担。增长的医疗费用已成为我村医疗卫生保障问题“因病致贫”的主要成因，而现在县政府成立了新型农村合作医疗工作领导小组，各乡镇分别成立管理组织，并成立相应的监督组织。在xx村，村干部加大宣传教育力度，引导广大农民逐步树立互助共济的观念，积极参加合作医疗。农民以户为单位自愿缴纳，还采取了“个人缴费、集体扶持和政府资助”相结合的筹资原则，近年来全新型农村合作医疗工作取得了积极进展，村民们收到了政府的关怀和实惠的效果。

（三）“新型农村合作医疗制度”的存在问题。

新型农村合作医疗制度在我村的全面实施，有效地缓解了患病家庭的经济压力，在一定程度上遏制了因病返贫、因病致贫现象，促进了我们村卫生事业的发展，受到农民的拥护和支持，但该制度推行过程中仍有不少问题需要解决。

(1)少数农民认识不够到位。由于部分基层干部和工作人员对

推行新农合的目的、意义缺乏深入了解，宣传发动工作尚有差距，致使少数农民对实施新农合的认识还不足；加之合作医疗曾几经反复，一些农民对新农合制度还存有疑虑：一怕合作医疗不持久；二怕挤占挪用合作医疗基金；三怕医疗单位多收费、乱收费。同时，一些农民的健康投资观念、互助共济观念以及风险观念较为淡薄，自觉参合意愿还不强。

(3) 缺乏稳定高效的筹资渠道。尽管新农合强调农民参加要以自愿为原则，但为了保证参合率，目前参合群众个人筹资部分主要还是采取行政推动、层层包干、实绩考核的办法，由基层干部挨门逐户收缴，耗费了大量的人力、物力和财力，筹资成本较高。

(四) “新型农村合作医疗制度”的建议。

新型农村合作医疗是涉及千家万户、维系农民健康的“民心工程”，在农村，村干部要从执政为民、以人为本和建设和谐社会的高度，充分认识开展新农合工作的重大意义，把这项造福广大农民的大事抓紧、抓实、抓好。

(2) 完善农村医疗服务监管机制。要建立合作医疗定点服务机构的准入和退出机制，采取有效措施减轻农民医药费用负担。加强对医疗机构管理人员和医务工作人员的教育，提高政策和业务水平，坚持实行用药告知制度，进一步规范医疗行为，改善服务态度，保证广大参合农民享受到优质的医疗服务。坚持按期公布收支账目，及时公示农民个人医药费用核销情况，并扩大公示范围，广泛接受监督，提高农民对新农合的信任度。

(3) 加强对新型农村合作医疗的组织领导。要加强对有关部门的组织协调，做好新农合制度的实施、推进和监督工作。财政、宣传、农业、民政、食品药品监管、扶贫以及纪检监察、物价、审计等有关部门要各司其职，明确责任，密切配合，共同推动新农合工作的开展。

为了探讨和总结神木县全民免费医疗这一“破冰式”的改革创新经验，从而推动此项改革健康有序发展，10月下旬，市政协教科委组织部分委员，在姬宝顺副主席的带领下，赴神木进行专题调研。调研组通过实地考察医院、门诊，查阅资料，走访医患人员，召开座谈会等形式，对神木全民免费医疗工作进行了调研，现将调研情况报告如下：

一、神木全民免费医疗工作的基本情况

1、立足县情，深入调研，出台制度。神木县的县情有两个基本特点，一是快速发展的能源经济为神木县带来了十分可观的财政收入。神木县xx年财政收入72.27亿元，地方财政收入17.19亿元，预计xx年财政收入将突破100亿元。神木县“富财政”已成为不争的事实。二是神木县的贫富差距和全国一样，由于体制、机制等方面原因，目前这种差距是越来越大，“穷百姓”是神木县情的又一特点。面对“富财政，穷百姓”这一明显的反差，xx年神木县委、政府站在实践科学发展观的角度决定在全县范围内实施教育、医疗、住房、养老等“十大惠民工程”，其中最引人注目的就是全民免费医疗工作，为了使这一全新工作平稳顺利进行，从xx年开始，神木县成立了康复工作委员会并下设办公室（以下简称康复办），负责全县全民免费医疗工作的具体实施，并开展了为期一年零三个月的调研论证、技术评估、经费测算，之后，根据中、省、市政策规定的原则，制定了《神木县全民免费医疗实施办法》（试行）及《实施细则》（草案）。从xx年3月1日起，在神木县域内正式推行全民免费医疗制度。

2、划定范围，明确对象，筹管资金。全民免费医疗对象为神木县范围内的干部职工和城乡居民，具体包括县属党政机关和事业单位的干部职工，县属国有企业、社会团体、民营企业、私营企业中神木籍户口的职工，神木籍户口的城乡居民。

全民免费医疗资金来源主要由县医保办收缴的基本医疗保险基金、县合疗办收缴的合作医疗基金、社会募捐的资金以及县财政拨付的资金组成。资金由县财政局社保科设立专户管理，专款专用。具体由医保办和合疗办根据全民免费医疗支出需要报康复办审定后，财政局社保科予以及时拨付。

3、健全制度，强化管理，优化服务。为了加强对定点医院监管、医疗费用控制、运行监督等方面的精细化管理。

神木县还出台了《关于神木县全民免费医疗定点医疗机构的通知》、《关于对慢性病门诊治疗全年限额报销的规定》、《关于慢性病门诊治疗的有关规定和评审标准》、《关于做好神木县全民免费医疗统计信息工作的通知》、《关于神木县全民免费定额付费办法的规定》等一系列相关制度。

一是住院管理。实行住院起付线和封顶线办法，即乡级定点医院起付线为200元/人次，县级定点医院400元/人次，县外定点医院3000元/人次。起付线以下部分由患者自付，超过起付线范围内金额给予全免，每人每年报销封顶为30万元。同时，对一些特殊病种报销进行了规定，如血费、特殊检查费报销90%；营养药费报销80%。二是门诊管理。对参保城乡居民每人每年设立100元的门诊医疗卡，资金可以自由使用。老红军、离休人员、二等6级以上伤残军人门诊医疗费用全额报销。三是实行门诊慢性病定额报销。规定了23种常见门诊慢性病实行每年限额报销。四是实行单病种定额报销。规定了30种单病种定额报销，严格控制医疗费用不合理增长。同时定点医院还经常聘请外院专家来完成一些较大手术和复杂会诊指导。

免费医疗手续办理是整个工作运行的关键环节，从调研的情况看，县上严格执行了住院费垫付、“直通车”报销制度，基本做到简单易行，方便快捷。参保患者入院后医药费自行垫付，出院时由各定点机构当天进行核算报销。县合疗办或医保办选派素质高、业务强的人员进驻各定点医疗机构，进

行现场指导和监督。患者报销时，发给一张住院报销“明白卡”，住院费用、报销金额等情况一目了然，切实做到明白住院、清楚报销、真切受益。

总之，这项政策的实施，在广泛关注和争论中顺利运作，在赞赏与质疑中平稳前行，未出现一些专家和部分媒体所预言的神木将出现民众道德风险和公众资源浪费以及因管理漏洞而带来的腐败问题。

二、神木县全民免费医疗制度实施过程中出现的主要问题及解决措施

作为一项全新的医疗改革制度，神木县在免费医疗制度实施前两个月也出现了一些不可避免的问题，针对这些问题，神木县委、政府高度重视，截止目前，问题得到了很好的解决。

1、病人数量猛增，个别医院床位紧张的问题。据调研，在3月下旬到4月上旬住院病人达到了高峰，与同期相比增加了30%，这些问题的出现，一方面是因为历史欠帐多，许多无钱看病的患者，只有等到免费医疗制度实施后才可能住院治疗。还有的病人是因为担心政策不能持久，故而突击看病。但随着时间的推移，人们的就医需求恢复正常，床位紧张的状况也就得到了缓解。同时，在住院病人数量达到最高峰的时期，县上及时采取多种措施保证了急危重病病人的及时入院治疗。县上要求所有定点医院每个科室都必须预留2张急危重病人床位。为了有效分流病患，鼓励慢性病患者在门诊就医，并制定印发了《慢性病门诊治疗全年限额报销规定》。

2、舆论普遍关注的患者过度医疗和医院开大处方问题。针对这一问题，县卫生局出台了《全民免费医疗实施细则》(试行)，对许多可能出现的问题规定了监管办法，其中明确要求严格控制医药费用，对县内住院治疗执行住院日费用限额制，即一般住院患者平均每日总费用在乡镇定点医疗机构不得超过200元，在县级定点医疗机构不得超过400元，急、危、重

患者在县级医院不得超过1600元(特殊检查费、手术费除外)。

3月中旬又制定了《住院单病种定额付费管理暂行办法》，对剖宫产、阑尾炎等30个单病种进行了住院费用定额包干标准的规定。目前住院患者的医疗费用先由患者垫付，出院时在医院报销，县医保办和合疗办每月审核后再与医院结算，如果医院收费不合理，相应费用将由医院自己承担。

同时，对定点医院实行“个例查合理，综合查指标”的监管制度，县卫生局每月组织专家不定期对医院进行病案抽查，对其检查、治疗、用药是否合理进行评审。设置了3个综合考查指标：自费药品费用不能超过总药品费用的10%；住院药品费用不能超过住院总费用的50%；大型检查设备检查阳性率不得低于75%。

3、部分群众担心政策会变的问题。“看病不花钱，想都不敢想”，许多神木人用最朴素的话语表达着内心的喜悦，但他们也坦言“担心政策会变化”。针对群众反映，神木各级党委政府及时对广大群众开展了宣传教育，消除了他们的顾虑，同时，随着时间的推移，群众对政策的持久实施也逐步产生信任。

调研组认为，实施全民免费医疗制度，在全国尚属先例，没有现成的经验可借鉴，加上政策实施的时间还不长，目前暴露出来的问题在所难免。因为任何新生事物的成长都不是一帆风顺的，既然这一改革方向是正确的，群众又全力支持，那么改革中遇到的困难和问题必将会得到妥善解决，调

医疗调研报告格式篇六

商业医疗保险(insuranceformedicalcare)是医疗保障体系的组成部分，单位和个人自愿参加。国家鼓励用人单位和个人参加商业医疗保险。是指由保险公司经营的，赢利性的医疗

保障。消费者依一定数额交纳保险金，遇到重大疾病时，可以从保险公司获得一定数额的医疗费用。

商业医疗保险的主要问题

目前的商业医疗保险最突出的问题是价格高，保障程度低。

虽然医疗保险的投保价格超出百姓的承受能力，但经营此项业务的许多保险公司仍然亏本，主要由两种现象导致：

一是逆选择，即投保者在得知自己得病时才去投保，并以各种手段瞒过保险公司的检查，投保后保险公司不得不依照条款支付其医疗费用。

二是道德风险，即病人和医院联合起来对付保险公司，采用小病大治、开空头医药费的方式，使保险公司支付高额费用。在许多地方，甚至出现了人不住院，只在医院虚开床位的骗取保险费的方式。

我国医疗改革的目的是要建立一个由基本医疗保险、用人单位补充保险、商业医疗保险三者共同支撑的健康保障体系。新医改确定，单位为职工交纳其工资总额的6%作为统筹基金，职工看病所需费用超过本地年平均工资的10%的，统筹资金开始为职工支付费用，但最高支付限额控制在本地职工年平均工资的四倍左右。

商业医疗保险的保险种类

随着医疗体制改革，各大保险公司的商业医疗保险险种也顺应形势，逐渐多了起来。那么，商业医疗保险究竟有哪几大类险种，它们各自保哪些，不保哪些，投保时有何具体规定？下面对医疗保险险种作了简要概括：

普通医疗保险

该险种是医疗保险中保险责任最广泛的一种，负责被保险人因疾病和意外伤害支出的门诊医疗费和住院医疗费。普通医疗保险一般采用团体方式承保，或者作为个人长期寿险的附加责任承保，一般采用补偿方式给付医疗保险金，并规定每次最高限额。

意外伤害医疗保险

该险种负责被保险人因遭受意外伤害支出的医疗费，作为意外伤害保险的附加责任。保险金额可以与基本险相同，也可以另外约定。一般采用补偿方式给付医疗保险金，不但要规定保险金额即给付限额，还要规定治疗期限。

住院医疗保险

该险种负责被保险人因疾病或意外伤害需要住院治疗时支出的医疗费，不负责被保险人的门诊医疗费，既可以采用补偿给付方式，也可以采用定额给付方式。

手术医疗保险

该险种属于单项医疗保险，只负责被保险人因施行手术而支出的医疗费，不论是门诊手术治疗还是住院手术治疗。手术医疗保险可以单独承保，也可以作为意外保险或人寿保险的附加险承保。采用补偿方式给付的手术医疗保险，只规定作为累计最高给付限额的保险金额，定额给付的手术医疗保险，保险公司只按被保险人施行手术的种类定额给付医疗保险费。

特种疾病保险

该险种以被保险人患特定疾病为保险事故。当被保险人被确诊为患某种特定疾病时，保险人按约定的金额给付保险金，以满足被保险人的经济需要。一份特种疾病保险的保单可以仅承保某一种特定疾病，也可以承保若干种特定疾病可以单

独投保，也可以作为人寿保险的附加险投保，一般采用定额给付方式，保险人按照保险金额一次性给付保险金，保险责任即终止。

报销范围

目前商业医疗保险主要有住院津贴型和费用报销型，前者保险公司以每天固定金额，对被保险人住院治疗期间损失进行补偿，此类产品不与社保或其它类别的商业医疗保险重复，是上佳选择。

商业医疗保险只对承保对象实际产生的医疗费用提供报销，而不同的商业医疗保险其报销范围是不同的。费用报销型险种它可报销住院医疗费用，但报销范围不同产品有不同规定。部分商业医疗保险的保险合同规定，实际医疗费用须在社保报销范围内才能报销。若已从社保或其他社会福利机构取得赔偿，保险公司仅给付剩余部分，社保不能报销的(进口药、特效药、特护病房等)，此类商业医疗保险同样不能报销，其作用仅在于对社保报销后，对需按比例自负的部分进行赔偿。而部分商业医疗保险则规定，只要是实际发生的合理费用，都可按比例或在一定免赔额后，得到保险公司赔偿。

更多热门文章推荐：

1. 什么是补充医疗保险？
2. 终身医疗保险是指什么？
3. 什么是个人医疗保险？个人医疗保险要怎么交？
4. 关于个人医疗保险的编号查询方法及缴费方法
5. 大病医保与职工医疗保险有什么区别？

6. 城镇居民医疗保险新政策

7. 什么是补充医疗保险?补充医疗保险包含哪些?

8. 广州城乡居民医疗保险新政策(2)

9. 我国专家吁建儿童大病专项医保制

医疗调研报告格式篇七

一：有关背景及实地调查情况

在构建社会主义和谐社会的进程中，新农村建设逐渐成为最重要的工程之一。其中，发展并完善农村医疗保障制度已成为建设新农村的最重要措施之一。自2003年以来，我国一直提倡并实施新型农村合作医疗制度，卫生体制进一步完善，农民的医疗保障问题得到很大程度的解决。

新型农村合作医疗制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以“大病统筹为主”的农民医疗互助共济制度；也是农村医疗保障的重要方面。

为了解新型农村合作医疗制度家乡的推行情况，借暑假之机，我回到兴平市，作了一次有关农村医疗保障的调查，通过走访、同村民交谈、填写问卷等调查形式，我对全村的医疗保障有了更直观的了解。每到一户，村民们都表现出了极大的热情，对我的提问是有问必答。但由于种种条件的限制，此次的调查人数较少，共计47人。但以点盖面也充分表明了横河的新型农村合作医疗保障的现状。以下是调查的基本情况：

1、村里共有1100多人，其中95%以上的村民都参加了新型农村合作医疗保险。从被调查的47户农户看，已参加农村合作医疗保险的有45户，占调查户的95.74%。

2、大部分参加农户觉得缴纳的费用可以承受得起。在被调查的参加新型农村合作医疗保险的45户农户中有44户觉得缴纳的费用可以承受得起；只有一户觉得勉强承受；没有一户觉得缴纳的费用不能承受。

8.5%；有5户对新型农村合作医疗的设置不了解，占被调查户的10.5%。4、86.5%的参加农户知道身边确实有新型农村合作医疗中明显受益的典型事例，只有13.5%的参加农户表示不知道。

二：2004年至今农村医保在本地的推行与发展

通过各种调整政策，抱愧普通门诊的优惠，特种病门诊的报销，尤其是起报线的下降，直接扩大了受益面，提高了农民群众的参合积极性。此外，近段时间，瑞安市不断地健全结报网络，积极服务群众，使参合人数又有很大增长。为了提高结报时效，市农医办在全市设立七个片区临时结报点。这一措施，也直接方便了村民的报销。据最新数据统计显示，八甲村新型农村合作医疗08年1季度补偿共有25人次报销，报销金额累计达20653.05元。可见，这一医疗制度的实施还是真正落实惠及于民的。

三、农村医保在推行过程中存在的问题

虽然农民们对这一新型农村医疗保障呼声很高，但在调查过程中我还是听到

了一些消极的声音。下面，我把被调查的农户中反映最强烈的极大问题列举出来进行探讨：

度交了钱连资助谁都不知道等于白交。

2、政策宣传不够深入

农户对新型农村合作医疗制度一知半解。从调查和座谈中我了解到，只有

52.5%的农户知道报销医药费是有条件限制的，有11.5%的农户明确表示不知道。农民对报销住院医疗费用的限制条件，如何计算报销的医疗费用，医药费报销的手续等知之不详，导致农民普遍觉得报销手续十分繁琐，有的农民原本自认为能够报销的医疗费用得不到补偿。

3、基层医疗机构基础薄弱，卫技人员缺乏、素质普遍不高，医疗设施陈旧，

农民群众不能从乡镇卫生院得到正常医疗保障。这也是农民群众反映最为迫切的问题。而且根据农村合作医保的政策规定，乡镇卫生院作为农民群众第一级医疗保障机构，定点的乡镇医院报销幅度最大。由于基层医疗机构基础薄弱，农民群众不但没有地方看好病，而且也不能享受医保政策带来的优惠，减轻医药负担。

4、医保意识差

一些农民工对医疗保险不了解，他们只知其名，不懂其中的具体内容，也找

不到合适的途径了解。部分人认为自己的身体状况十分自信，认为自己年轻无病，没有必要参加医疗保险，更不愿意交纳参加医疗保险的费用。还有部分人不愿意缴纳相关的费用，认为他们靠天吃饭，收入不多，可家庭支出很多，孩子上学还要交学费等等，如果一年交10—30元保险费还可以。有人认为如果国家、集体出大部分，农民出小部分还行。

5、医疗保险机构存在问题

从整体看来，农民都很愿意参加医保，参加了医保让他们感

觉吃了称心丸。

他们普遍反映现在看病很难，看病也很贵。每天要排很长时间的队去看病，花很多钱去治病。但部分定点医院不规范经营，乱收费，农民利益受损，药品太贵。检查太多及乱收费是目前看病贵的主要原因，同样一个感冒或其他小病，在私人医生里只花二十多元，而到到顶医院却要花费几百元。

6、小病报销问题突出，影响农民参合积极性

新型合作医疗制度本来的初衷是解决大病致贫问题，在实施过程中，对小病

也给予报销则是为了加大参合农民受益面，提高农民参合积极性。但是，由于报销人员（农民）和审核员（定点医疗机构合作医疗办公室工作人员）的信息不对称，再加上职能部门工作人员长期养成的官僚作风，办事人员常常会借各种理由刁难报销农民。在调查中我们发现，农民看小病的费用报销手续繁琐、复杂。哪些可以报销，哪些不可以报销，很多农民并不十分清楚，使得农民抱怨很多。

在调查中，参加合作医疗并且又过看小病可以报销的农民中，有接近80%的人选择不去报销。问起原因，无一例外都是因为手续繁琐、路程太远不方便。在某些地方，要想报上自己的医药费，还要托关系、走后门才可以。有农民给我们算过这么一笔帐，要报80元的医药费，来回途中的车费钱就得50多元，这还没算上要搭上一天的时间和其他额外费用。如此一来，承诺报销小病的办法不但没能提高农民参保的积极性，反而使很多农民有种上当受骗的感觉。如果这种现象不能得到及时的解决，农民对合作医疗的信任度将会降低，长此以往，新型合作医疗的发展前景令人堪忧。

四、对进一步完善新型农村合作医疗制度的对策建议

1、深入宣传发动，进一步提高农民群众参合积极性。可以从以下三点做到：一抓住典型并以多种方式宣传农民受益事例。二要通过补偿公示来宣传，特别在村一级要定期向农民公布补偿兑现情况。三要通过农民喜闻乐见的形式来宣传医保政策（如：参保办法、参保人的权利义务、审核结算流程等）。通过宣传能够使医保各项规定家喻户晓，提高农民的自我保健意识和互助共济意识，打消各种顾虑，提高参加新农医的自觉性和主动性。

2、进一步完善制度设计。一是加强政策支持力度，加大对贫困农民的覆盖面。二是拓展融资渠道，提高赔付上线标准。多方面拓展融资渠道，提高赔付上线标准，才能真正有效解决农民因患大病出现的因病致贫和因病返贫现象，提高农民的医疗保障水平。

3、简化报销途径。及时、足额地领取到医疗补助，可以在很大程度上增加农民对新型农村合作医疗制度的认同感和参与程度。尤其是在制度开始初期，取得农民信任显得尤为重要。及时报销小额费用，可以通过把补偿过程转入管理部门的内部循环系统完成。如由财政统一拨款建立合作医疗信息系统，在各个定点医疗机构实现计算机联网，对参保农民建立家庭名册、健康状况、结算补偿金额等基础性数据，农民可随时查看。当农民住院看病时，直接按规定实行电脑结算。补偿部分由医疗机构定期汇总统计上报，简化农民的报销手续。

4、加强对“农医”的培训，提高其服务及技术水平。鼓励优秀的医学院校

五、本次调查的感想

在几天的社会实践调查中，我感受到了农村医疗制度建设给农民带来的切实利益，尤其是新农村合作医疗的在广大农村地区的尝试以及其取得的伟大成果，这也是一个非常值得我们研究探索的问题：新农合与社保并轨；新农合属于大社保，

并轨运行，可以利用其社保网络、人力资源、管理技术，做到资源共享，完善整个农村的社会保障制度。

同时，在调查过程中，我发现了农村医保在实施中遇到的一些困难和问题，也深刻体会到农民们在实际生活中所面临的种种困难，许多参合者尚未真正地享受到或不知如何享受这一政策带来的优惠当然，每一项新的政策的实施总会不可避免的会出现一些问题。出现了问题并不可怕，重要的是要充分的认识到问题，了解存在的困难，要想方设法去更好的解决好问题。农村医疗制度建设需要各级政府调整财政支出结构，加大对农村公共卫生的投入，也需要全体农户提高自身医疗意识，需要全社会的共同努力，才能更好的解决农村落后的社会保障问题，早日实现农村小康社会。

一：基本情况和取得成效：

（一）关于农村合作医疗：

持和政府资助相结合的筹资机制，筹资标准不能低于30元/人，其中县财政补助10元，乡镇财政补助5元，农民筹资15元归纳起来是筹资提高，政府补助多，农民受益面大，为患大病的农民建立了保障，最高给付额达到20000元。

（二）建设农合的意义：

年度发展报告《投资与健康》指出：“直到最近，（中国）一直是低收入国家的一个重要的例外到上世纪70年代末期，医疗保险几乎覆盖了所有城市人口和85%的农村人口，这是低收入发展中国家举世无双的成就。”上个世纪80年代初期，农村人口还占全国人口80%，但我国人均预期寿命从新中国成立初期的36岁提高到了68岁。专家们承认，这种健康业绩的基础，是在“将医疗卫生工作的重点放到农村去”的资源配置大格局中，辅之县乡村三级公共卫生和医疗服务网络、遍布每个农村社区的土生土长的“赤脚医生”队伍和合作医疗制

度的“三大法宝”。因此，加强农村卫生工作，发展农村合作医疗，是新时期建设新农村中应有之意，是非常必要的。

（三）实施过程中得问题：

一，社会满意度低， 社会保险中最基本最重要的一点就在于，它强调的不是个人成本收益的平等，而是保险金的社会满意度。农村合作医疗作为一种社会保险，受益的农民和政府补助资金来源的纳税人的满意度对其成功与否具有举足轻重的作用，而调查中发现一些农民不参加农村合作医疗主要是基于农村合作医疗的保障水平低，农民了解不深，怕政策有变，认为是把自己的保险金拿去补偿别人了等的考虑而参加农村合作医疗的农民不满主要是因为保障水平低，参加和理赔程序繁琐等，此外政策不公等导致农村合作医疗制度的社会满意度低。

是救助农民的疾病医疗费用的而门诊、跌打损伤等不在该保险范围内，这项规定使得农民实际受益没有预想的那么大。

三，农村合作医疗的宣传不到位，现有的宣传多集中在介绍农村合作医疗给农民带来的表面好处上，没有树立起农民的风险意识，也没有体现出重点，没有对那些不参加的农民进行调查，使得宣传大多停留在形式上。许多农民并不真正了解农村合作医疗制度的意义，他们仅从自己短期得失的角度考虑，由于自己身体好，生病住院的概率低，没有必要花那个冤枉钱。还有一些农民认为它跟以前的义务教育保证金一样，最后被政府骗走了，认为是把自己的保险金拿去补偿别人了。宣传也没有把具体的理赔标准发给农民，使得他们在理赔时，看到那么多药费不能理赔一些农民有被欺骗上当的感觉。

四， 农村合作医疗制度的登记、理赔程序过于繁琐

首先，参加农村合作医疗登记程序繁琐。

其次农村合作医疗的理赔程序也很繁琐。城镇居民的医保都是可以拿来抵押一部分医药费的，可以直接在卡上交医疗费，事后再来结算。国外的医疗保险更是让医院、医生与保险公司而不是患者发生直接的利益关系。而有些农村合作医疗是要农民先垫付，这样如果一些农民借不到钱还是看不起病，然后持着有关手续到合作医疗报账中心申报，最后又要去信用社领钱。有的村庄离报账中心和信用社很远，来回的车费都比较贵。繁琐的登记、理赔程序增加了农民许多不毕业的麻烦，降低了农民的满意度。

根据我们出外调查采访的发现，城市户口的人们已基本达到了医

疗保险的普及，在农村部分，只有少数外出务工人员 and 过于年老的人没有医疗保险，以及其他原因没有上到保险的农民，据推断农村的医保普及率在百分之六十左右。

通过采访发现了以下几个问题，大部分人对医疗保险的认识来源于医院，绝大部分的人知道如何使用医疗保险来报销。但主要问题有：

1. 部分农村参保人不太了解农村医保的政策，他们对于哪类疾病的医保额度不是太清楚，只是知道医保的流程。
2. 部分县镇的医院的医保体系不成熟，致使部分农村投保者的利益受到了损害，多是医院太小，不能报销，或是收费不明导致不好报销。
3. 大部分乡镇和城郊的医疗水平不高，致使大部分具有可支付医疗费用的患者及家属选择到医疗水平更高的市中心去就医，使其在医保报销时造成了一些麻烦。
4. 医药保障体系太差，群众普遍反映的看病难刚有所缓解，但吃药贵的问题依旧很明显，对于某些常用药的价格定价过

高，群众看小病药费负担过重的问题依旧很严重。

总之医保问题是一个很严重的社会问题，不只是一要政府的出谋划策，还要全社会的通力配合，从政府职能机构到医院再到老百姓，都要对医保有清楚的认识，才能完善和健全医保体系。

这是我们走访的

一个小店，里面聚集了

一些农民伯伯，那个穿

黄衣服的是我们的组

长，他带领我们进入这

家小店进行访问。我们

的访问是以问卷调查

的形式进行，缩短了我

们访问的时间，也给农

民伯伯节约了时间。

我们的组长正在和

农民伯伯进行问卷调查，

进行还算顺利。

关于医疗保险的社会实践调查

1. 您有没有参加医疗保险？

a.有 (b. 没有 c. 不清楚 ()

2. 您对农村医疗保险政策了解吗？

a.非常了解 b.较了解 c.不是很了解 ()

3. 您主要通过哪些渠道了解到农村医保政策？

a.宣传资料 b.报刊 c.村委会 d.电视 e.亲戚，朋友 ()

4. 您知道您参保后可以享受哪些医疗待遇吗？

a.知道 (b.不知道 ()

5. 您是否知道发生住院医疗费用后如何报销？

a知道 b.不知道 ()

6. 您认为我市农村医疗保险待遇水平如何？

a.很高 b.高 (c.一般) d.差 (e.很差 ()

7. 您对我市定点医药机构的服务工作是否满意？

a.很满意 b.满意 c.一般 d.不满意 ()

8. 您对个人参保情况查询方式是否满意？

a.很满意 b.满意 c.一般 d.不满意 ()

9. 您对医疗保险缴费标准的意见：

a.较高() b.合适() c.较低() d.不清楚()

10. 您对我市申领社会医疗保险救助金的标准及申领程序是否满意?

a.很满意() b.满意() c.一般() d.不满意()

11. 您对我市社会医疗保险工作人员服务质量是否满意?

a.很满意() b.满意() c.一般() d.不满意()

12. 您对我市医疗保险政策的宣传工作是否满意?

a.很满意() b.满意() c.一般() d.不满意()

13. 您对国家农村医保制度了解吗?

a.了解() b.知道一点儿() c.不了解()

14. 您或者您的家人医保有没有影响你们的切身利益呢?

a.有() b.没有()

15. 您是否知道医保如何报销?

a.知道() b.不知道()

16. 您觉得现行的医疗保障制度哪些方面有待提高?

a.缴费性过高() b.覆盖率过低() c.公平性不够()

17. 您认为现在我市农村医疗保障体制健全吗?

a.健全() b.一般() c.不健全()

18. 您认为今后应该在哪些方面进行医疗体制改革？（多选）

- a. 公共卫生服务体系() b. 医疗服务体系() c. 基层宣传()
d. 医药保障体系() e. 医疗保障简单化()

2103年11月6日

我国是一个农业大国，13亿总人口中有9亿农民，农民的医疗保健问题和构建农村医疗保障体系是建立和完善我国社会保障体系的一大难点。目前我国农民“因病致贫，因病返贫”的问题非常突出，农村医疗卫生的现状已经越来越引起国家和各级政府的重视。合作医疗制度从理论上来说，主要是依靠社区居民的力量，按照“风险分担，互助共济”的原则，在社区范围内多方面筹集资金，用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医疗保健措施。新型合作医疗制度担负起农民医疗保障的重任，而要缓解农村医疗保健中存在的困难，还有很多问题需要解决。本调查报告分析了新型农村合作医疗制度在江苏几个县市的运行现状及制度实施的成效，指出其存在的问题并提出了完善新型农村合作医疗制度的意见和建议。

一、新型农村合作医疗制度调查现状

试点至今，新型农村合作医疗制度已经推行了近四年，在实施过程中还存在哪些问题？农民还有哪些愿望和要求？如何才能使新型农村合作医疗制度保持持久的生命力？通过与当地卫生局、劳动保障局等部门开展座谈，走访乡镇卫生站院、村卫生室，并深入到农户中进行随机抽样调查，以问卷方式了解农民的真实想法，体会当前农民的生存状况。在调研中，我们发现新型农村合作医疗制度实施后，取得了一定的社会效益，受到了大部分农户的认可，但也暴露出不少问题。

二、我国农村医疗保障体系中的问题及其分析

（一）我国农村医疗保障中的政策与法规问题

在政策与法规方面的缺失，是我国农村医疗保障体系中存在的根本问题。农村合作医疗保障政策名存实亡，并且缺乏相关的法律规范，我国农村医疗保障的根基不牢固。

1. 原有的农村合作医疗保障政策失灵

目前我国实行的是各级政府分级管理，以县（市）为主的农村卫生管理体制。虽然全国农村已建立了县、乡、村三级卫生服务网，但在大多数地区，政府资金大部分投到县级卫生机构，导致为农民提供基本预防和医疗保障的乡、村两级卫生机构几乎名存实亡。随着经济发展与农村医疗保障制度之间的不相适应，建立新型农村医疗保障制度已经迫在眉睫。

2. 缺乏农村医疗保障体系的政策法律规范

的顺利发展，同样必须有法律作为后盾，不能仅停留在卫生管理部门的条文和规定上。今后的医疗服务保险市场将由医疗服务需求方、提供者及作为中介组织的保险公司组成，其顺利运转在很大程度上取决于法律的力量。

（二）我国农村医疗保障的资金问题

医保资金筹措难问题是实施农村医疗保障制度的一只拦路虎，这个问题不解决，医疗保障体系就不能够发挥其应有的效用。究其原因，有如下两个方面：

1. 中央政府对改革农村医疗保障制度的资金投入不足

农村医疗保障制度的改革和重建主要是缺少相应的资金投入，尤其是来自中央政府的财政投入。卫生医疗事业本是公共产品，政府对其必要的投入是理所当然的事。然而近些年由于指导思想的原因，国家对合作医疗没有明确的筹资政策，各

级财政对合作医疗也没有明确的支出项目，财政对农村合作医疗的投入仅仅是象征性的。1991—2000年，中央政府拨给合作医疗经费是每年500万元，各级地方政府配套资金也是每年500万元经费，全国每年各级政府对合作医疗的总投入，让8亿（该期间的农业人口数量）农民分摊，平均每人每年约1分钱。这不仅达不到应有的互助共济、分担风险的目标，而且增加了合作医疗的管理成本，最终削弱农民参加合作医疗的积极性。我国一直以来在医疗保障方面的支出明显不足，中央政府对农村医疗保障制度的财政支持严重缺乏。资金来源严重不足大大制约了农村医疗保障制度的改革和完善。

2. 农村合作医疗资金筹措困难，医疗制度覆盖率依然很低

据调查，我国医疗保障覆盖率仍然处在很低水平。在我国城镇居民中，医疗制度覆盖率为55.2%，而在人口众多而相对贫困的广大农村地区，医疗制度覆盖率仅为20.9%，其余79.1%的农村居民没有任何医疗保险，这部分群体一旦生病，所有的医疗费用均需自己承担。截至去年底，全国参加农村合作医疗的人数为8000万人，8000万相对于9亿农民而言，还不到1/10。农村合作医疗所需资金主要来源于农户、县乡政府、村集体和乡镇企业。政府从财政中为农村合作医疗支付所有费用是不实际的，各级财政对农村合作医疗又没有明确的支出项目。在经济欠发达的农村地区和贫困地区，地方财政困难、乡村两级负债累累，乡镇企业不发达，加上税费改革滞后，全国范围内取消了农业税，乡村两级全靠国家转移支付来维持工作运转，更无资金用于农村合作医疗的发展。因而无力负担医疗费用的农户反而成了合作医疗资金的主要来源。不少基层县、乡政府的财政紧张，导致对合作医疗的投入严重不足，财政投入启动资金缺乏，农民参保率低，基金规模小，医疗制度覆盖率偏低。从1990年初以来，不少地方重建的农村合作医疗制度往往因为筹措资金困难，设计存在缺陷以及资金使用效率和管理方面的问题持续时间很短。

（三）基层卫生人员学历偏低，医疗服务水平不高

卫生技术人员是卫生资源的重要组成部分，也是反映一个国家和地区卫生服务水平的重要标志。但在调查中我们发现，许多基层卫生机构的医疗卫生人员学历不高，有的甚至没有接受过正规的专业培训，这种状况与卫生部在2004年的统计结果基本吻合。卫生部《2004年中国卫生统计提要》表明，我国乡镇卫生院拥有博士、硕士学历的高级卫生技术人员为零，大学本科学历人员1.6%，大专学历人员17.1%，中专学历人员59.5%，高中以下学历人员21.8%人。

基层医疗卫生机构从业人员的这种学历结构，直接影响了其医疗服务水平，使得许多村级医疗卫生机构沦为农民买药的药店，间或为年老体弱者提供简单的上门打针挂水服务，不能满足农民的医疗服务需要。

三、问题背后的深层次原因

（一）农村医疗机构服务效率低下

为农村居民提供医疗卫生服务的主要机构是村卫生室、乡镇卫生院和县级医疗机构。农民合作医疗的定点医疗单位，也是这三级医疗机构。这三级卫生机构的服务功能和水平，是新型合作医疗制度能否取信于民的又一关键。但是，从全国来看，还存在明显的服务效率低下的问题。目前的医疗服务体制改革，使得医疗服务提供者转型为以服务换取收入的组织，即使是公共卫生机构也不例外。在农村，医疗服务体系呈现民营化趋势。据统计，到2015年，江苏省有2253所村卫生室为公私联合形式运营，165所为私人经营或已变成个体医疗点，占到全部卫生室的约20%。还有一些卫生室在形式上承包给医疗卫生人员，但实质上由于村委会放弃了管理，而与个体医疗点没有什么差别。同时，乡镇卫生院面向市场，但医疗市场并没有完全放开。所以，无论是民办还是公立，所有卫生服务提供者均以按项目付费的方式向病人收费。在激励结构发生变化之后，供方诱导下的过度消费问题也在乡村医疗部门出现，各级卫生机构和卫生从业人员都缺少主动

降低医药成本、提高服务质量的动力，导致医疗费用的畸形增长，使得本来就不充足的新型农村合作医疗基金更加难以捉襟见肘，无法有效解决农民“看病难、看病贵”的问题。

（二）筹资机制尚未完全建立

目前施行的新型合作医疗坚持以农民自愿参加为中心，体现了“以人为本”的执政思想。但是国家对新型合作医疗没有建立有效的筹资机制，使得新型农村合作医疗缺乏稳定的资金来源，在坚持农民自愿参加的前提下，各级政府为完成上级下达的任务，又往往给下级政府下达完成比例的各种硬性指标，如江苏规定参合率要达到80%以上。这种自相矛盾的做法常常使基层干部无所适从：既要完成指标，又没有强制执行的手段。所以在实际操作中，基层干部一般采用只好逐门逐户边做工作边收取的方法，但由于农民对新型农村合作医疗的认识程度不同，导致筹资时间长、成本高、效率低，影响了基层干部的筹资时积极性，有的干部存在畏难情绪。还有一些乡村干部为了完成任务，工作方法简单粗暴，挫伤农民参合的积极性。有些地方采取集体垫支、包干方式筹集资金，筹资效率是提高了，但又不利于培养农民主动参合的意识。

（三）农民的认知度有待提高

是关系到新型农村合作医疗制度建设成败的关键。

三、构建新型农村医疗保障体系的措施

（一）改革人员培养模式

农村卫生事业的发展，新型合作医疗的运作，关键还是靠人。而目前农村医疗卫生人员学历较低、人才匮乏，因此，要改革人才培养模式，强化继续教育制度。一是要定向培养适用人才，鼓励医学院校毕业生和城市卫生机构的在职或离退休卫生技术人员到农村服务。由国家安排专项资金，委托高校

定向为农村培养全科医生，或由高校与地方政府联合举办面向农村的学员进修班，学生全部定向分配到县、乡、村医疗卫生机构工作，提高农村医疗卫生机构医护人员的学历层次。二是要强化继续教育制度，加强农村卫生技术人员业务知识和技能培训。目前我国各地农村医生的年龄结构、文化程度、医学知识素质、操作技能、服务态度等与全科医生的标准还相差较远。要加强对在职乡村医生的全科医学教育和培训，鼓励有条件的乡村医生接受医学学历教育。

（二）规范报销程序，建立医疗费用控制制度

1、改进简化报销手续，使农民真正得到实惠

及时、足额地领取到医疗补助，可以在很大程度上增加农民对新型农村合作医疗制度的认同感和参与程度。尤其是在制度开始初期，取得农民信任显得尤为重要。及时报销小额费用，可以通过把补偿过程转入管理部门的内部循环系统完成。如由财政统一拨款建立合作医疗信息系统，在各个定点医疗机构实现计算机联网，对参保农民建立家庭名册、健康状况、结算补偿金额等基础性数据，农民可随时查看。当农民住院看病时，直接按规定实行电脑结算，扣除补偿部分后再收费。补偿部分由医疗机构定期汇总统计上报，由相关部门与医疗机构进行结算，简化农民的报销手续。

2、建立费用公开制度，控制费用虚高

严格控制医疗费用的过快增长和不合理支出，是新型合作医疗成败的重要条件和关键因素。目前，农民的看病难、看病贵，一个极其重要的原因就是：农民的收入水平和支付能力，较城镇职工差异悬殊，但是，农民需要支付的医疗服务价格却与城镇职工相同，出现农民支付需求不足与医疗卫生服务供给滞销的两难困境。而建立农村合作医疗，可以提升农民的医疗需求支付能力，但可能会拉动医疗消费价格进一步提升，继而抵消或损失合作医疗制度的效率。因此，必须对农

村医疗卫生服务价格实施统一、公开、透明的价格制度，由政府施以强有力的干预，有效控制医疗消费价格的虚高和抬高。

（三）探索科学筹资途径，建立医疗保障新格局

医疗筹集资金。经济发达的农村应鼓励农民参加商业保险，逐步形成家庭保障、新型农村医疗合作和商业性医疗保险互为补充的多元化保障新格局，将民政、卫生、残联、妇联、卫生扶贫等用于医疗救助的资金有机融合在一起，使农民获得适合其预期与经济承受能力的医疗服务。

（四）改革宣传教育手段，提高农民认知水平

政府要依靠行政手段，针对农民对新型合作医疗的认识不足问题，改革宣传教育手段，把新型农村合作医疗的参加办法、参加人的权力与义务以及报销和管理办法等，通过广播、电视、报纸、网络或其他方式详尽地宣传到千家万户，使广大农民真正认识和体会建立新型农村合作医疗制度的意义和好处，树立自我保健和互助共济意识，自觉自愿地参加新型农村合作医疗。乡镇干部要从宣传发动阶段开始，抓基础工作，打牢群众基础，既要让群众充分了解合作医疗的先进性，又要认真听取群众的意见，把“人人为我，我为人人”、“利益共享，风险共担”的道理讲透，变农民“要我保”的观念为“我要保”。在工作中要讲究实事求是，把报销范围和比例对农民讲清，不能过分夸大合作医疗的作用，以免农民期望值过高，使结果适得其反。

四、结束语

经过对这些的调查，让我们这些在校大学生耳闻目睹了书本理论知识与社会实践相结合的重要性，感受到了改革开放给广大农民带来的翻天覆地的变化，尤其是农村医疗制度建设方面的不断完善。当然，我们也体会到了农民在实际生活中

所面临的困难，也注意到了政府部门在制定和实施有关政策时存在的问题。就我们所学的财政学专业而言，结合这次社会调查的主题，我们充分认识到，各级政府应调整财政支出结构，加大对农村公共卫生的投入，积极探索建立农村医疗救助财政专项转移支付的新思路，以加快农村小康社会的建设，解决“三农”问题。

五、参考文献

学院：东方学院 班级：08国贸1 姓名：沈宏芳