# 职工医保调研信息简报范文共17篇

来源：网络 作者：眉眼如画 更新时间：2025-03-20

*职工医保调研信息简报范文 第一篇根据县人社局3月18日的约谈精神，我院感触颇深，医院董事会组织全院中层干部人员认真学习了各位领导的发言，并参照社保、医保定点医疗机构服务协议及约谈会精神，组织全院医务人员进行了自查自纠，从内心深处去整顿并进行...*

**职工医保调研信息简报范文 第一篇**

根据县人社局3月18日的约谈精神，我院感触颇深，医院董事会组织全院中层干部人员认真学习了各位领导的发言，并参照社保、医保定点医疗机构服务协议及约谈会精神，组织全院医务人员进行了自查自纠，从内心深处去整顿并进行了积极整改。

>一、加强医院对社保工作的领导，进一步明确了相关责任

1、院领导班子重新进行了分工，指定一名副院长亲自负责社保医疗工作。

2、完善了医院医保办公室建设，具体负责对医院医保工作的管理和运行，对临床科室医保工作的管理设立了兼职医保联络员，制定“护士长收费负责制”等一系列规章制度。全院从上到下，从内到外，形成层层落实的社保医保组织管理体系。

3、完善了医保办公室的制度，明确了责任，认识到了院医保办要在县人社局、社保局、医保局的\'领导和指导下，严格遵守国家、省、市的有关社保医保法律法规，认真执行社保医保政策，按照有关要求，把我院医疗保险服务工作抓实做好。

>二、加强了全院职工的培训，使每个医务人员都切实掌握政策

1、医院多次召开领导班子扩大会和职工大会，反复查找医疗保险工作中存在的问题，对查出的问题进行分类，落实了负责整改的具体人员，并制定了相应的保证措施。

2、组织全院医务人员的培训和学习，重点学习了国家和各级行政部门关于医疗保险政策和相关的业务标准，强化了医护人员对社保医保政策的理解和实施，使其在临床工作中能严格掌握政策，认真执行规定。

3、利用晨会时间以科室为单位组织学习医疗保险有关政策及《基本医疗保险药品目录》和医院十六项核心制度，使每位医务人员更加熟悉各项医疗保险政策，自觉成为医疗保险政策的宣传者、讲解者、执行者。

>三、确立培训机制，落实医疗保险政策

将医疗保险有关政策、法规，定点医疗机构服务协议，医疗保险药品适应症及自费药品进行全院培训，强化医护人员对医疗保险政策的理解与实施，掌握医疗保险药品适应症。通过培训使全院医护人员对医疗保险政策有更多的理解。通过对护士长、医疗保险办主任、医疗保险联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医疗保险要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。

>四、加强医院全面质量管理，完善各项规章制度建设。

从规范管理入手。明确了医疗保险患者的诊治和报销流程，建立了相应的管理制度。对全院医疗保险工作提出了明确要求，如要严格掌握医疗保险患者住院标准，严防小病大治、无病也治的现象发生。按要求收取住院押金，对参保职工就诊住院时严格进行身份识别，保证卡、证、人一致，医护人员不得以任何理由为患者保存卡。坚决杜绝冒名就诊和冒名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药。院长和管理人员还要每周不定期下科室查房，动员临床治愈可以出院的患者及时出院，严禁以各种理由压床住院，严禁医务人员搭车开药等问题。

>五、重视各环节的管理

医院的医疗保险工作与医政管理关系密切 ，其环节管理涉及到医务、护理、财务、物价、药剂、信息等众多管理部门，医院明确规定全院各相关部门重视医疗保险工作，医保办不仅要接受医院的领导，还要接受上级行政部门的指导，认真落实人社局社保局、医保局的各项规定，医保办与医务科、护理部通力协作，积极配合上级各行政部门的检查，避免多收或漏收费用，严格掌握用药适应症及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析，严格掌握自费项目的使用，严格掌握病员入院指征，全院规范住院病员住院流程，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误。

通过本次自查自纠，我院提出以下整改内容和保证措施:

1、坚决遵守和落实定点医疗机构医疗服务协议，接受各行政部门的监督和检查。

2、严格执行医疗护理操作常规，严格执行医院核心制度，规范自身医疗行为，严格把握入住院指针，取消不合理竞争行为，加强临床医师“四合理”的管理。

3、加强自律建设，以公正、公平的形象参与医院之间的医疗竞争，加强医院内部管理，从细节入手，处理好内部运行管理机制与对外窗口服务的关系，把我院的医疗保险工作做好，为全县医疗保险工作树立良好形象做出应有的贡献。

**职工医保调研信息简报范文 第二篇**

---人群医疗保险政策不统一，政府补助标准和个人缴费标准不统一，不能相互衔接，待遇差距大。许多重病患者转到北京、上海看病，他们要排很久的队，甚至租房在那里等，为了一个床位要等一个月，耽误了治疗也加重了病人的经济负担，可谓雪上加霜，许多病人倾家荡产。（三）、管理体制具有弊端性。医疗保险的经办具有垄断性特征，医院缺乏与医保之间的平等对话权，医保经办机构操作方式比较粗放一点，在资金审核和支付上随意性较大，往往以简单定额的方式对医院发生的费用进行管理，导致医院与医保之间的利益博弈，有的医院的医生通过不遵守用药原则直接用昂贵药品，频繁使用大型诊疗设备，增加化验项目等方式，把费用转嫁到患者身上。如胃癌患者唐世丹，在北京中科院肿瘤医院治疗，共花费元，其中放疗费58120元，CT费、螺旋CT费、数字化摄影等检查费共2155元，化验费2256元。患者李庆伦，冠心病，在徐州

2---费用。医保是一项惠及全民的民生工程，医保办要增强担当重任的勇气和责任感，探寻医、保、患三方落实医保的共同点和根本点。医保办要加强动态监控管理，医院要科学设置医院的医保办公室，制定合理的医保工作流程，合理配备医保工作人员。在出台新政策前，政府医保经办机构应听取医院医保办的意见，尽可能地减少医院的压力是缓和医、保、患三者矛盾的有效措施。（三）、充分发挥医、患、保三方的桥梁作用。1、加强医保办内部管理。加强医保办内部的沟通，统一思想，达成共识，集中学习、研讨医保政策，反馈工作中发现的问题，探讨解决问题的正确方法。平时遇有疑难问题，必须及时请示，不得擅自做主，避免政策理解和贯彻落实上的失误。2、加强与临床科室的沟通。增进医保管理者与被管理者之间的了解和理解，提高临床科室执行医保政策的自觉性。在要求临床医务人员规范医疗行为、严格执行医保政策的同时，尽量为临床

各位读友大家好！你有你的木棉，我有我的文章，为了你的木棉，应读我的文章！若为比翼双飞鸟，定是人间有情人！若读此篇优秀文，必成天上比翼鸟！

**职工医保调研信息简报范文 第三篇**

在区医保中心的指导下，在各级领导、各有关部门的高度重视支持下，严格按照国家、市、区有关城镇职工医疗保险的政策规定和要求，认真履行《xx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》。经以院长为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，xx年的医保工作总体运行正常，未出现费用超标、借卡看病、超范围检查等情况，在一定程度上配合了区医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对xx年度医保工作进行了自查，对照评定办法认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下:

>一、提高对医疗保险工作重要性的认识

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了有关人员组成的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全体人员认真学习有关文件，，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。着眼未来与时俱进，共商下步医保工作大计，开创和谐医保新局面。我院把医疗保险当作医院大事来抓，积极配合医保部门对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，不越雷池一步，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生。加强自律管理、推动我院加强自我规范、自我管理、自我约束。进一步树立医保定点医院良好形象。

>二、从制度入手加强医疗保险工作管理

为确保各项制度落实到位，医院健全各项医保管理制度，结合本院工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料具全，并按规范管理存档。认真及时完成各类文书、书写病历、护理病历及病程记录，及时将真实医保信息上传医保部门。

>三、从实践出发做实医疗保险工作管理

医院结合本院工作实际，严格执行基本医疗保险用药管理规定。所有药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单。并反复向医务人员强调、落实对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊等现象，

>四、通过自查发现我院医保工作虽然取得了显著成绩，但距医保中心要求还有一定的差距，如基础工作还有待进一步夯实等。

剖析以上不足，主要有以下几方面的原因:

1、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，认识不够充分，不知道哪些该做、哪些不该做、哪些要及时做。

2、在病人就诊的过程中，有对医保的流程未完全掌握的现象。

3、病历书写不够及时全面

4、未能准确上传参保人员入、出院疾病诊断以及药品、诊疗项目等医保数据

>五、下一步工作要点

今后我院要更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，根据以上不足，下一步主要采取措施:

1、加强医务人员的有关医保文件、知识的学习，从思想上提高认识，杜绝麻痹思想。

2、落实责任制，明确分管领导及医保管理人员的工作职责，加强对医务人员的检查教育，建立考核制度，做到奖惩分明。

3、今后要更加加强医患沟通，努力构建和谐医患关系，不断提高患者满意度。使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障，通过提高我院医疗质量和服务水平，增强参保人员、社会各界对医保工作的认同度和支持率。

**职工医保调研信息简报范文 第四篇**

根据我局学习实践科学发展观活动中的调研安排，由我负责的一组对舜天工具、洪泉医院、龙川船厂等企事业单位进行了走访调研。在此次调研工作的基础上，结合我的日常工作，着重就如何推动我市职工医疗保险工作科学发展、统筹发展、转型发展，切实维护广大职工合法权益、生命健康作了认真思考。下面是我对此次调研工作和思考的几点粗浅认识。

>一、职工医疗保险的现状

（一）医保覆盖面逐年扩大，基金收支基本平衡。截止到XX年11月底，我市参加医疗保险、工伤保险、生育保险人数分别为107596人、89646人、40853人；今年前11个月“三险”新增扩面人数分别达到11022人、19149人、2879人，共征收医疗基金、工伤基金、生育基金、大病保险基金分别为12453万元、1008万元、453万元、1161万元，超额完成了上级下达的任务数。今年前11个月，基本医疗保险为全市参保患者提供医疗保险服务万人次，其中门诊万人次，住院万人次，共支出医疗保险基金9910万元（其中统筹基金支出5440万元，个人账户4463万元），大病支付1085万元；工伤基金赔付1442人次，支出754万元；生育保险基金使用466人次，支出169万元。城镇职工医疗保险基金到XX年11月底统筹结余1770万元，累计统筹基金滚存结余3178万元，个人账户沉淀结余3587万元，医疗保险基金收支基本平衡，累计结存合理，抗风险能力较强。

（二）不断探索医改难点，多层次医保政策体系逐步建立。XX年市政府出台《xx市城镇职工基本医疗保险实施暂行办法》，在此基础上，又先后出台了《xx市城镇社会从业人员基本医疗保险实施暂行办法》、《xx市困难企业基本医疗保险实施办法》、《xx市城镇职工基本医疗保险门诊特殊病种准入标准》、《xx市大病医疗保险管理办法》、《xx市城镇职工生育保险暂行办法》等。这些医保政策保障了参保职工的基本医疗需求，妥善解决了困难企业职工参保以及慢性病参保患者长期吃药打针的问题，缓解了大病参保患者因病致贫、因贫看不起病的困境。为适应经济发展水平，我市对《xx市城镇职工基本医疗保险实施暂行办法》的有关内容进行了调整，提高了支付上限和核销待遇。

（三）加强监督管理力度，基金管理体系初步形成。加强对定点医疗机构和定点零售药店的监督管理，制订完善了门诊稽查、住院跟踪管理、转诊转院审批等制度。依据《xx市定点医疗机构、定点零售药店管理暂行办法》，加大了对医院医疗行为、医护人员违规行为和定点零售药店的监控力度，从源头上堵塞了医保基金流失漏洞。在基金管理方面，一是严格按照收支两条线的规定，实行专户储存，专款专用；二是认真做好统筹基金和个人账户的建账、支付、审核等基础工作；三是改进和完善与定点医院的结算办法，强化医保基金营运管理；四是加强对门诊和住院医疗费用支出情况的监控。尤其是做好对统筹基金的支出管理及监控，确保基金收支平衡。

>二、职工医疗保险中存在的问题

（一）少数单位和职工对参加

职工医疗保险的认识不到位。一是部分企业尤其是私营企业为降低生产成本，不愿为职工参保，而许多劳动者不敢提医保的事，担心被解雇；二是个别企事业单位转制后，无力为职工参保；三是有的企业虽然参加了职工医疗保险，但范围只局限在管理和生产骨干层面，少数企业甚至隐瞒用工人数；四是部分企事业单位职工认为自己年轻身体好，参保不合算；五是许多职工不了解医保政策，不清楚参保的权利和义务，对医疗保险待遇期望值过高，有些职工因此断保或不愿参保。

（二）参保单位比例不尽合理。财政负担的行政机关和事业单位职工基本参加了医疗保险，而企业则参保不够。目前我市应参保而未参保的职工人数占到了职工总数的百分之三十多，仍有少数单位没有参加医疗保险。

（三）我市职工基本医疗保险政策仍有待完善。城镇职工基本医疗保险参保人员综合意外伤害医疗保险政策凸显出了“真空地带”。我市基本医疗保险现行政策规定参保人员只能报销疾病引起的医疗费用，因意外伤害导致的医疗费用不能享受基本医疗保险待遇；而《工伤保险条例》规定也只承担参保人员因工作期间的意外伤害和意外医疗责任，对非工作期间引起的意外伤害和意外

**职工医保调研信息简报范文 第五篇**

>一、高度重视，加强领导，完善医保管理责任体系

接到通知要求后，我院立即成立以主要领导为组长，以分管领导为副组长的自查领导小组，对照有关标准，查找不足，积极整改。我们知道基本医疗是社会保障体系的一个重要组成部分，深化基本医疗保险制度政策，是社会主义市场经济发展的必然要求，是保障职工基本医疗，提高职工健康水平的重要措施。我院历来高度重视医疗保险工作，成立专门的管理小组，健全管理制度，多次召开专题会议进行研究部署，定期对医师进行医保培训。医保工作年初有计划，定期总结医保工作，分析参保患者的医疗及费用情况。

>二、规范管理，实现医保服务标准化、制度化、规范化

几年来，在市劳动局及市医保处的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊管理制度。设置“基本医疗保险政策宣传栏”和“投诉箱”;编印基本医疗保险宣传资料;公布咨询与投诉电话xxxx;热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保患者的投诉。在医院显要位置公布医保就医流程、方便参保患者就医购药;设立医保患者挂号、结算等专用窗口。简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。参保职工就诊住院时严格进行身份识别，杜绝冒名就诊和冒名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药;无伪造、更改病历现象。积极配合医保经办机构对诊疗过程及医疗费用进行监督、审核并及时提供需要查阅的医疗档案及有关资料。严格执行有关部门制定的收费标准，无自立项目收费或抬高收费标准。

加强医疗保险政策宣传，以科室为单位经常性组织学习了《xx市职工医疗保险制度汇编》、《山东省基本医疗保险乙类药品支付目录》等文件，使每位医护人员更加熟悉目录，成为医保政策的宣传者、讲解者、执行者。医院设专人对门诊和住院病人实行电话回访，回访率，对服务质量满意率98%，受到了广大参保人的好评。

>三、强化管理，为参保人员就医提供质量保证

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。认真落实首诊医师负责制度、三级医师查房制度、交x制度、疑难、危重、死亡病例讨论制度、术前讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度、技术准入制度等医疗核心制度。

二是在强化核心制度落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。普遍健全完善了医疗质量管理控制体系、考核评价体系及激励约束机制，实行院、科、组三级医疗质量管理责任制，把医疗质量管理目标层层分解，责任到人，将检查、监督关口前移，深入到临床一线及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。规范早交x、主任查房及病例讨论等流程。重新规范了医师的处方权，经考核考试分别授予普通处方权、医保处方权、麻醉处方权、输血处方权。为加强手术安全风险控制，认真组织了手术资格准入考核考试，对参加手术人员进行了理论考试和手术观摩。

三是员工熟记核心医疗制度，并在实际的临床工作中严格执行。积极学习先进的医学知识，提高自身的专业技术水平，提高医疗质量，为患者服好务，同时加强人文知识和礼仪知识的学习和培养，增强自身的沟通技巧。

四是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。对住院病历进行评分，科主任审核初评，医院质控再次审核。同时积极开展病历质量检查和评比活动，病历质量和运行得到了有效监控，医疗质量有了显著提高。

五是强化安全意识，医患关系日趋和谐。我院不断加强医疗安全教育，提高质量责任意识，规范医疗操作规程，建立健全医患沟通制度，采取多种方式加强与病人的交流，耐心细致地向病人交待或解释病情。慎于术前，精于术中，严于术后。进一步优化服务流程，方便病人就医。

通过调整科室布局，增加服务窗口，简化就医环节，缩短病人等候时间。门诊大厅设立导医咨询台，配备饮水、电话、轮椅等服务设施。设立门诊总服务台为病人提供信息指导和就医服务，及时解决病人就诊时遇到的各种困难。实行导医服务、陪诊服务和首诊负责制，规范服务用语，加强护理礼仪的培训，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。加强妇科门诊的私密性，合理安排患者就诊，实行一医一患一诊室，充分保护患者的隐私，使得诊疗活动更加人性化、舒适化。重视细节服务，对来门诊就诊的陪人一天两次免费发放冷饮和热饮，中午就餐时间，为做治疗的患者和陪人免费发放面包。多年来一直实行住院病人免费发小米稀饭，对患者护理服务热心，护理细心，操作精心，解答耐心。由经验丰富的产科、儿科护理专家组成的产后访视队，对出院的产妇和新生儿进行健康宣教与指导，得到产妇及家属的高度赞扬。通过一系列的用心服务，客服部在定期进行病人满意度调查中，病人满意度一直在98%以上。

>四、加强住院管理，规范了住院程序及收费结算

为了加强医疗保险工作规范化管理，使医疗保险各项政策规定得到全面落实，根据市医保部门的要求，病房采用了医疗保险参保病人专用绿色床头卡，病历盖医保专用章。经治医师均做到因病施治，合理检查，合理用药。强化病历质量管理，严格执行首诊医师负责制，规范临床用药，经治医师要根据临床需要和医保政策规定，自觉使用安全有效，价格合理的《药品目录》内的药品。因病情确需使用《药品目录》外的自费药品，[特]定药品，“乙类”药品以及需自负部分费用的医用材料和有关自费项目，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，目录外服务项目费用占总费用的比例控制在15%以下。

>五、严格执行省、市物价部门的收费标准

医疗费用是参保病人另一关注的焦点。我院坚持费用清单制度，每日费用发给病人，让病人签字后才能转给收费处，让参保人明明白白消费。

>六、系统的维护及管理

医院重视保险信息管理系统的维护与管理，及时排除医院信息管理系统障碍，保证系统正常运行，根据市医保处的要求由计算机技术专门管理人员负责，要求医保专用计算机严格按规定专机专用，遇有问题及时与医疗保险处联系，不能因程序发生问题而导致医疗费用不能结算问题的发生，保证参保人及时、快速的结算。

我们始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人的赞扬，收到了良好的社会效益和经济效益。

经严格对照xx市定点医疗机构《目标规范化管理考核标准》等文件要求自查，我院符合医疗保险定点医疗机构的设置和要求。

**职工医保调研信息简报范文 第六篇**

姓名：赖 欣 20\_14074137 倪文君 20\_14074141 班级：民族学系20\_级劳动与社会保障

农村合作医疗保障制度的调研报告

实践主题：关于农村合作医疗保障制度的调研报告

时间：20\_ 年12月 4 日

地点：重庆市万州区高笋塘广场

摘要：医疗保险制度旨在改善农村医疗现状，提高农民的健康水平，农村合作医疗制度建设给农民带来的切实利益是显而易见的,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。这是我国经济建设中必须要面临的重要环节，但是看病贵看病难的情况并没有完全随之而去，而医保制度的缺陷以及在实施过程中存在的问题日益暴露通过调查发现目前农村医疗保障的不足，提出相关建议使之日益完善，服务于民。

关键字：农村；医保；问题；建议

我国是一个农业大国，农业人口占全国人口的60％多，但是农村经济发展落后，农村社会保障滞后，这严重阻碍了我国经济的发展，妨害了社会稳定。农村医疗保障突破了农村社会保障的死角也是农村社会保障的新曙光。可是，农村医保正处在发展前期，问题迭出，势必会阻碍其发展进程。本文旨在探索其出现的原因，提出建议解决问题使之更加完善，服务于民，促进我国经济更好更快发展。

一、我国农村合作医疗制度的产生与发展

农村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。中国农村的合作医疗，有其自身的产生发展足迹，也是我国特殊国情下的必然选择。世界卫生组织在一份报告中曾说，“初级卫生人员的提法主要来自中国的启发。中国人在占80%人口的农村地区发展了一个成功的基层卫生保健系统，向人民提供低费用的、适宜的医疗保健技术服务，满足大多数人的基本卫生需求，这种模式很适合发展中国家的需要。”

我国农村合作医疗制度的发展历程为： 1.合作医疗制度的产生

我国农村的合作医疗制度最早可以追溯到抗日战争时期，当时是以“合作社”的形式举办医药卫生事业，实际上是一种农村医疗保障制度的萌芽。在建国初期，由于资源有限，选取了城乡有别的福利提供原则，是农村绝大多数农民基本处于国家的社会福利体系之外，缺少医疗保健的农民采取自发的互助形式来解决医疗问题。我国农村正式出现具有互助性质的合作医疗制度是在1955年农村合作化高潮阶段。一些地方如山西、河南等地出现了由农村生产合作社举办的保健站，采取由社员群众出“保健费”和生产合作公益基金补助相结合的办法，由群众集资合作医疗，实行互助共济。1955年初，山西省高平县米山乡建立了我国

【】第一个医疗保健站，实现了农民“无病早防、有病造纸、省工省钱、方便可靠”的愿望。1 2.合作医疗制度的推广与发展 在\_肯定了米山乡的做法之后，其经验在全国部分地区得到推广。1959年11月，\_在全国卫生工作会议上肯定了农村合作医疗的形式，促使其进一步兴起和发展。1960 年2月中央肯定了合作医疗这一办医形式，并转发了\_《关于农村卫生工作现场会议的【】报告》，将这种制度成为集体医疗保健制度。21960年5月18日《健康报》在社论《积极 推行基本保健医疗制度》中肯定了这种集资医疗保健制度的办法，这对于推动全国农村合作医疗制度的发展起到了一定的作用，这时，全国农业生产大队举办合作医疗制度的已达40%。“\_”时期，新兴的农村合作医疗制度被大力推广。据世界银行（1996年）报道，当时的合作医疗费用大约只占全国卫生费用的20%，却初步解决了占当时80%的农村人口的医疗保健问题。到1976年，全国农村约有90%的行政村实行了合作医疗保健制度。3.合作医疗制度的衰退 20世纪70年代末期，由于农村推行了一家庭联产承包责任制为主要内容的经济体制改革，建立了统分结合的双层经营体制，原有的“一大二公”“队为基础”的社会组织形式解体，农村合作医疗也随之大幅衰减，\_年的统计表明，继续坚持合作医疗的行政村仅占

【】全国的5%。3

二、农村医疗保险现状及存在的问题

（一）农村医疗保险现状 1.农村保障水平低 我国农业人口占全国总人口的，而在农村100个人中，只有12人不同程度地享有商业或社会统筹医疗保险，在大中城市这个数字则为54。从1999 年正式实行的社会保障改革，至今已有万人受益，其中近65%都是城镇的企业职工和退休人员，而农民享受的社会保障率极低，作为各种商业和社会保险中覆盖面最大的社会统筹大病医疗保险的覆盖率不足20%。而且，农村79%的农民自费医疗，保障水平低。中国社会保障仅仅在城市开展是远远不够的，使广大农民享受到社会保障是我国经济建设的重要环节之一。2.农村投资不足，城乡差距大 多年来，我们在经济、社会发展中沿袭的是向城市倾斜的思路，长期以来我国城乡卫生资源配置失衡，占全国70%的农村人口却只占有30%的卫生资源。农村医疗保险资金严重不足。随着农村税费改革的开展，地方财政吃紧，许多村的集体经济已所剩无几，对农村卫生机构的补贴减少，农村卫生资源将更加匮乏。3.“因病致贫”现象严重

目前，在我国广大农村地区，医疗服务供给逐渐市场化，自费医疗制度仍然占主导地位，农村医疗服务费用不断上涨，“因病致贫”、“有病难就医”在农村已不是偶然现象，农民对看病就医心存隐忧。近年来农民医疗费用的攀升超过了农民实际平均收入的增长幅度。许多农民已无力承担日益增长的医疗费用，形成“小病拖，大病抗”的普遍局面。我国农村医疗卫生保障矛盾突出，必须改革农村医疗保险制度，否则农村医疗卫生工作，如计划生育、传染病、流行病的管理控制等问题，都将面临严重的挑战。大量的理论研究和实践经验表明，在农村建立新型合作医疗保险制度势在必行。4.新型农村合作医疗制度存在很大的缺陷

首先，缺乏激励机制农民参保热情不高，由于新型农村合作医疗制度是以大病统筹为目的，主要是解决农民的大病医疗负担。而患大病具有偶然性，因此，农民会因为患大病的几率小而不愿意保险费参加统筹。其次，管理存在漏洞，筹资力度不够，个别地方出现了一些违反中央关于新型农村合作医疗制度相关政策和试点指导原则的做法。此外，忽视地区间差异，造成无法满足不同层次农民医保的问题。

（二）我国农村医疗保险存在的问题 1.新型农村合作医疗制度的法制建设滞后

中国有80%的人口住在农村，中国稳定不稳定首先要看这80%稳定不稳定。城市搞得再漂亮，没有农村这一稳定的基础是不行的。20\_年10月颁布实行的\_中央、\_《关

于进一步加强农村卫生工作的决定》也明确指出：“农村卫生工作是我国卫生工作的重点，关系到保护农村生产力、振兴农村经济、维护农村社会发展和稳定的大局，对提高全民族素质具有重大意义”。这样一个对于构建和谐社会举足轻重的大事，在实施过程中，没有相应的政策法则、实施办法，制定具体规定就会各不相同。即使是杭州地区相邻的区县政策规定也差别很大，农民享受的保障水平参差不齐，影响了这项制度的可信度。2.政府职能不明确 政府的管理职能未恰当发挥，未明确自身在医疗保障体系中的角色一些本应该由政府承担的服务和产品，政府将其转由市场提供，使农村较贫困的缺医少药的人口无法获得基本的医疗卫生服务。而一些本应主要由市场提供和分配的医疗服务资源，政府却在负担。长期以来，政府过分依赖直接提供医疗服务，过分集中控制医疗设施，而对由政府支配的金融、信息和规章制度工具，则利用得太少。在调查中，农民普遍反映，穷人患病能拿得出钱，富人得病能拿出钱，但是怕年年交钱不生病，明摆着吃亏。很多农民直言不讳地表示对村乡干部工作的不信任，对政府政策多变的担心 3.合作医疗等经办机构的工作不够规范

管理好运作好合作医疗基金，需要建立健全相应的机构，形成有效的监督机制，经办人员要有良好的职业道德和较高水准的专业知识。但是，很多地方的实际情况差距很大，甚至存在“四无”的问题：无正式机构、无专职人员、无工作经费、无规范制度。兼职经办人员较多而且变动频繁，报销审批程序繁琐，患病农民报销时意见很大。基金管理监督机制不健全，透明度不高，有些地方甚至出现挪用贪污等违规违法现象。4.医疗费支出增长迅猛，加重了患病农民的负担。医疗费用负担沉重如同世界上许多国家一样，医疗费用的急剧膨胀已经给我国财政、企业和个人带来了沉重的负担。由于“医疗领域中的不确定性和供需双方的信息不对称必然导致市场失灵”。所以现实中，目前我国很多医院以药养医，辅助检查项目过多、药价偏高，导致住院费猛涨的不良现象依然存在。不少医生在巨大的批零差价诱惑下，开大处方、用贵药、乱检查甚至拿回扣也是不争的事实。这些现象一方面造成了医药资源、国家的财政的巨大浪费，同时也给病人尤其是农民群众带来了十分沉重的负担。并且人口老龄化、高新医疗技术的广泛应用、人们对医疗服务需求的多样化、慢性非传染性疾病发病率增高、公共卫生体制不健全可能带来突发事件等等原因还会继续导致医疗费用快速上涨，如何合理有效地控制医疗费用，实现医保基金收支平衡仍然是医疗保障制度改革面临的一个难题。5.医疗卫生资源配置不合理

医疗卫生资源配置不合理，城乡医疗保障的公平性差。我国当前的医疗卫生资源多集中于地区性的中型或大型医院，一些中小型医疗卫生机构的基础设施则长期得不到有效改善。从城乡来看，医疗卫生资源则被集中投放于城市，占总资源的80%，其中2/3又集中投在大医院。可见，医疗卫生资源的配置存在极大的不合理因素。根据世界卫生组织公布20\_年医疗卫生服务报告中披露，191个国家和地区医疗卫生资源分配公正指数中，中国排188位，在所有成员国中居倒数第四，是最不公平的国家之一。医疗卫生资源的配置不合理，农村人口的医疗可及性差，导致了广大农村地区农民小病不看，大病看不起，看大病则意味着倾家荡产，因病致贫。于是，农村卫生医疗处于风雨飘摇之中。这不能不说是我国改革在医疗卫生方面的一大失着。也就成了我国医疗保障制度完善急需解决的一大难题。6.新型农村合作医疗筹资困难 新型农村合作医疗筹资困难，群众缺乏对于农村的新型合作医疗制度的了解，国家财政投入及地方对合作医疗的财政支持都极其有限，而农民的收入增长又比较缓慢，合作医疗面临筹资困难的窘境。即便是能够筹集起资金，合作医疗也缺乏群众基础，因为农民对合作医疗的组织者不太信任，尤其长期以来政府的信用危机严重影响了农民对新型合作医疗政策落 实的信心，很多农民渴望农村医疗保障，但对此又持怀疑和观望态度，还有少数极其贫困的农民对拿出10元合作基金确有困难而担心将是有去无回，因而参与农村合作医疗的积极性不高。

三、政策建议

（一）加大财政资金投入，改善投资结构

农村医疗保障制度作为整个社会保障的组成部分，具有公共产品的特点。在农村，农民以家庭为单位从事效益很低的农业生产，农业剩余很少。为了保证农村卫生机构的正常运行和农民获得公平的基本医疗服务，必须建立和规范财政转移支付制度。政府应该承担起供给公共产品的责任，投入相当大的财政资源，切实改善财政资金在城乡卫生的差异化支出结构。据了解，20\_年，中央财政投入亿元，用于新型农村合作医疗制度改革试点，比上年增加亿元；新型农村合作医疗制度改革试点范围扩大到全国40%的县，中央财政对中西部地区参加新型农村合作医疗的农民，每人每年补助标准由10元提高到20元。

（二）建立与人均gdp挂钩的转移支付制度，完善新型农村合作医疗资金补助体系 如前所述，目前无论是中央对新型农村合作医疗基金的补助，还是西部各省、地（市、州、盟）、县（市、区、旗）对新型农村合作医疗基金的补助，其标准都采取“一刀切”的办法。而加入试点的各县，其经济发展水平和财政收支状况又千差万别，有的地方经济较为发达，财政状况较好，有的地方经济落后，财政状况不好甚至因某些事件还不断恶化。加之，西部县乡财政“隐形负债”问题特别严重，采取“一刀切”的办法，难以使已经建立起来的新型农村合作医疗健康发展。为此，建议，建立与人均gdp挂钩的转移支付制度，完善新型农村合作医疗资金补助体系。这样做的好处是，真正体现不同的经济发展水平给予不同的支持，有利于中央把有限的资金用于效益最大的地方，另一个附带的作用，是让过去在gdp上“吹牛”的地方付出代价。

一是中央财政对西部地区新型农村合作医疗基金的补助，与各省的人均gdp挂钩。具体有两个办法：（1）中央确定补助标准是各省人均gdp的某一比例；（2）先确定一个基数，比如每人每年5元，在此基础上，再与人均gdp挂钩，其办法同第一种。

二是省级财政对所辖范围农民参加新型农村合作医疗的补助，与各地（市、州、盟）人均gdp挂钩。其具体办法与中央对西部地区新型农村合作医疗基金的补助思路一致。三是县级财政对所辖范围农民参加新型农村合作医疗的补助，与各省的人均gdp挂钩。其具体办法与中央对西部地区新型农村合作医疗基金的补助思路一致。

（三）加大强化农村卫生宣传和健康教育

各国经验表明，卫生宣传和健康教育与卫生习惯的培养和健康的生活方式呈现正相关关系，可以有效地促进民众的健康，同时降低医疗压力。利用人类已经创造和提供的知识及其现代化科学技术手段来促进我国的公共卫生、医疗保健事业的发展，把传播卫生知识作为一个最重要的公共物品，提供给13亿人民，预防疾病、普及和增加人民卫生健康知识这本身就比治疗疾病更有效益。20\_年3月29-30日在北京召开了“20\_年医院管理年暨医政工作会议”。\_副部长马晓伟在20\_年的工作回顾中指出，四川坚持“万名医师支援农村卫生工程”、培育和提升医院核心竞争力、医疗机构日常监管等八个方面结合，全面加强医院管理。

（四）借鉴国外的成功经验，促进我国西部地区农村医疗体系的完善与发展

加强对支付制度的内在激励机制是农村医疗保障制度可持续发展的关键。支付制度包括两个主要组成部分：消费者如何对医疗费用风险进行保险和医疗服务提供者如何就服务进行收费。支付制度决定了医疗服务的消费者和供应者可能受到的激励程度的大小。相应地，农村医疗保障制度中同样面临着支付制度的激励问题。如何构建一种既能使农民获得合理的医疗服务而又能遏制医疗费用的过度上涨的支付机制一直是一个难题。尤其是对医疗服务方的激励。具体包括两方面，一是强化对医疗服务方服务意识的激励。二是通过医疗费用的偿付方式来影响医疗服务的数量和质量，即利用共付制、按人头付费制及按病种付费制等方式来抑制医疗服务过程中的道德危险，从而尽可能地发挥医疗服务资源的效率。在这方面，德国和泰国的农村医疗保障制度都实行了按病种付费制度，日本则通过共付制及限定封顶线等措施以确保医疗费用的合理性。以泰国的“30铢计划”为例，它是针对农民及流动人口而推行的一项全民医疗服务计划。它由中央财政按照一定标准（20\_年为人均1202铢，约250元人民币），将资金预拨到省，省卫生管理部门按人力工资、预防保健和医疗等几个部分分配给相应的医疗卫生机构。参与本计划的国民到定点医疗机构就诊，无论是门诊还是住院，每诊次只需支付30铢的挂号费（约6元人民币，对收入低于2800铢的农民可予免缴），即可得到下列医疗服务：（1）预防保健，包括体检、计划免疫、妇幼保健及艾滋病预防等；（2）门诊和住院服务，包括医学检查、治疗及《国家基本用药目录》规定的药品和医疗用品；（3）不多于2次的分娩；（4）正常住院食宿；（5）口腔疾病治疗等。开展“30铢计划”所需资金主要通过调整国家卫生支出结构来实现。国家将每年用于卫生的财政拨款，在事先作必要扣除后，全部用于该项计划。“30铢计划”规定对定点医疗机构的偿付主要采用“按人头付费”和“按病种付费”制，但在具体操作时，各省可相机选择使用何种偿付方式。

（五）建构农村医疗保障制度的法律支持体系

为了使新型农村合作医疗制度实现规范化运行，保持这项制度运行的可持续性，建立农村医疗保障制度的法律支持体系实属必要。建议首先制定《新型农村合作医疗制度管理条例》和《新型农村合作医疗基金管理条例》两个法规，从法律上保证该项制度的有序运行。并配套制定有关法规细则及政策措施，使新型农村合作医疗制度中各利益主体—国家、地方和农民各自的责任、权利及利益有一个明确界定，使其有章可循，有法可依，从而保障此项制度能够持续稳定地运行下去。

（六）建立与新型农村合作医疗相配套的医疗救助体系

在地方财政资源保障能力不强的条件下，农村医疗救助体系只能是按“保重点，分阶段”的原则，保障那些最贫困农村人口的基本医疗卫生问题。为此：

**职工医保调研信息简报范文 第七篇**

目前，“看病难、看病贵”，参加医疗保险已成为社区居民的头等大事和热门话题。实施城镇居民基本医疗保险，是完善社会保障体系，缓解居民看病难看病贵的重要举措，是改善人民群众基本生活，构建和谐社会的重要内容，也是惠及千家万户的民心工程，为了进一步推动我县城镇医疗保险工作顺利启动和覆盖，我们社区工作人员，深入到社区居民当中，宣传医疗保险政策和参加医疗保险后带来的实惠，消除他们思想上的顾虑，就此问题我们对本社区的城镇居民医疗保险工作进行了专题调研，有关情况如下：

>一、基本情况

xx社区总人口2767人，其中城镇人口1217人，截止到12月31日，全社区城镇居民参加医疗保险346人，其中低保人员274人，60岁以上人员76人，(低保户39人，低收入10人，正常缴费的27人)，残疾人员8人，未成年参保人员56人，一般居民72人。共收城镇居民医疗保险金8674元，低保户占全社区参保率的80%，低保户以外50岁以下540人，参保35人，参保人是总人数6%。

>二、存在的问题

医疗保险覆盖面还不大，参保率不高的原因是多方面的，一是居民普遍反映医疗保险收费太高，因为xx社区居民下岗失业人员较多，有固定收入的人员很少，贫困家庭多，对我县的城镇医疗保险每人每年150元的缴费标准承受不了;二是认为参加城镇居民医疗保险实惠不大，非住院治疗不予报销，一些慢性病患者需长期服药治疗，因经济条件和其他原因，一般不住院，但现在的医保制度只有住院的病人才能报销一部分费用，这也是影响参保率不高的原因;三是居民自我保健和互助共济意识弱，认为缴费不累计，不顺延，怕交了费不享受吃亏，认识不到社会保险具有保障性和共济性的双重作用;四是定点医疗单位的个别医务人员从个人利益出发，对参加医疗保险患者，就多开药，开贵药，造成参保者觉得不但享受不到医疗保险补助，反而还多花了许多冤枉钱，得不偿失。

>三、建议

(一)要从人民群众的切身利益出发，完善医疗保险制度，最大限度地扩大医疗保险覆盖范围，加快我县城镇医疗保险步伐，积极实施贫困群体的医疗救助，完善我县城乡大病医疗救助制度，提高救助水平。

(三)建立医疗保险个人账户，当年结余款转下年，同时希望在门诊看病也要予以部分报销，这样才真正体现出党和政府对居民的关怀。

(四)进一步完善城镇居民医疗保险保障体系，逐步提高医疗保障水平，加强城镇居民医疗保险政策的宣传，把城镇居民基本医疗保险的意义讲透，政策讲清，程序讲明，把更多的人群逐步纳入到基本医疗保险范围，进一步扩大医疗保险覆盖面，真正解决好人民群众“看病难、看病贵”的大问题。

**职工医保调研信息简报范文 第八篇**

县劳动和社会保障局党组书记、局长

我县医疗保险制度改革从====年=月启动实施以来，在全县范围内初步建立起城镇职工基本医疗保险制度，基本完成了从公费、劳保医疗福利制度到社会保险制度的历史性转变。如何进一步完善我县城镇职工基本医疗保险制度，确保广大参保职工的基本医疗需求，已成为医疗保险事业发展中必须着力解决的问题。

一、存在的主要问题

（一）困难群体的医疗保障需求与医保基金收支不平衡。困难企业职工、下岗失业人员和灵活就业人员，因其收入来源不稳定，有的甚至已失去劳动能力，抗疾病风险的能力较弱，是目前最需要保障的群体。但由于这部分人群的医疗保险无财政支持，完全靠基金实现自我收支平衡。不降低门槛，最需要保障的群体进不来；过分降低门槛，无疑又会给医保基金带来较高的风险。

（二）医疗保险管理体制顺利实施，但“三改并举”不协调。城镇职工医保改革实施已=年，但药品流通体制改革、卫生体制改革却比较滞后。药品流通体制改革的滞后，致使药品价位虚高。卫生体制改革滞后，医院人员不能精减，运行成本增加，医院将增高的成本转嫁给消费者，导致重复检查、大型检查，出现大处方，以药养医，药品结构不合理等等。这些都给参保者造成不合理的医疗费用支出，从而增加医保统筹基金支出。据统计，====年参保职工人均住院费用为====元，人均住院天数为==天，====年相关数据为====元和==天，====年为====元和==天，人均住院天数减少，但人均住院费用却在增加，旧的体制与新的医保制度加剧医患矛盾，并引发医、患与医保经办机构的矛盾。

（三）医疗保险基金收入不能满足参保人员中大病患者的医疗需求。当前参保人员中一是大病发病率高，二是大病县外转诊率高，三是临床大量运用先进医疗设备，导致大病病人的医药费用不断攀升，相当一部分大病病人突破了既定医药费最高支付限额标准。同时，重症慢性病人连年增加，这部分人享受的重病门诊补助纳入统筹基金支付，但在基本医疗保险启动之初进行政策构架设计时，并没有考虑这部分支出，大病病人个人负担较重，也对医保统筹基金构成较大威胁。

（四）政府缺少对医疗保险改革成本投入，统筹基金面临亏损。一是财政配套资金未足额预算到位，导致统筹基金日益萎缩。据统计，自====年至今，财政应为全额拨款单位人员（含退休职工）配套医保基金====万元，实际配套====.==万元，少配套===.==万元。二是破产、解散企业以物抵缴离退休人员医疗保险费，资产变现差，加重了统筹基金的支付压力。近=年，绝大部分破产、解散企业用人均不足====元的不良资产和少量现金一次性清偿了退休人员==年人均应缴纳=====元的医保费，共计====万元，以此解决全县====名退休人员终生的医疗保险，据初步估算和测算，抵偿的这部分资产实际仅能变现===万元左右，而这部分人员终生需要医疗费，按人均=万元计算，至少需====万元以上，将严重冲击我县医疗保险基金的平衡。

二、对策与思考

（二）建章立制，完善政策体系。进一步完善基本医疗保险政策，实施特殊疾病特殊照顾和在个人帐户计入比例、个人自付比例等方面的照顾政策。逐步实施公务员医疗补助办法，足额预算全县财政供养人员的医疗保险费，妥善解决公务员参保后的待遇衔接问题。积极动员企事业单位参加高额补充医疗保险，化解大病医疗问题。对确无能力参保的困难人群特别是“低保”人员，重点建立社会医疗救助制度，明确资金解决办法、救助范围、救助方式和管理办法，从制度上解决困难群体的基本医疗保障问题。

（三）强化管理，防范化解风险。针对基本医疗保险费用来源受限，增加用人单位职工参加基本医疗保险最低缴费年限，凡实际最低缴费年限不低于有关规定，退休后就能在不缴费的情况下，终生享受基本医疗保险待遇；针对基本医疗保险统筹基金收不抵支，提高用人单位职工缴纳基本医疗保险费的比例，将原用人单位的缴费率为职工工资总额=、职工个人=提高到单位缴费=.=、职工个人=；针对参保职工个人负担医疗费较重，完善基本医疗保险住院医疗费最高支付限额的确定办法，将基本医疗保险住院医疗费年最高支付限额由目前执行的=====元提高到=====元；针对参保职工门诊费标准偏低，提高划入参保职工个人帐户的比例。将原==岁以下，个人帐户按缴费基数计=.=提高到=，==岁以上计=提高到=.=，退休人员按其上年度个人退休费总额的=.=计入提高到=；针对医疗保险费用结算方式存在诸多弊端，改进和完善住院医疗费用结算办法。实行总额与指标“双控”的结算办法，同时并辅以单文秘站－中国最强免费！病种付费方式，避免医疗保险基金的浪费；加强医保稽核工作，严格缴费核定，严查少报、瞒报、漏报缴费工资问题，做到应收尽收，按时足额到库。

**职工医保调研信息简报范文 第九篇**

我县现有困难企业退休人员3340人，参加基本医疗保险的194人，参保率仅为6%，尚未参加基本医疗保险的3146人中，年人均医疗费支出达2200元，其中人均住院支出1200元，年医疗费开支在几万元，甚至上10万元的也不在少数。但这仅仅是对实际发生费用的统计，如果按他们的实际医疗需求，最保守的估算，年人均医疗费支出将达到3300元，是实际支出的150%，很多人小病不就医、不吃药，大病不住院，仅靠门诊治疗或吃药缓解病情，致使小病拖成大病。“无医保，看病难，住院更难”已成为困难企业退休人员迫切需要解决的问题。

产生这些问题的原因一是企业及个人参保能力有限。

>一、方面企业因资金困难，没有参加医疗保险；

另一方面，从退休人员个人方面来看，他们的养老金虽一直在进行调整，但总体水平偏低，目前年人均养老金仅5400余元，养老金作为家庭收入的主要，他们自身没有能力以个人身份参保。

>二、是现行医保制度存在缺陷。

\_《关于建立企业职工基本医疗保险制度的决定》，标志着我们已初步形成了城镇职工基本医疗保障制度，但还需不断完善。比如在缴费上，困难企业退休人员这些弱势群体缴不起费怎么办？没有相应的保障机制和解决办法，这就忽视了这一弱势群休。还有，《决定》规定在一个地区内实行统一费率，统一待遇，而没有规定区别对待，也在一定程度上限制了困难企业参保。

解决这一问题的对策，我们认为一是要建立多层次的基本医疗保障制度。职工基本医疗保险是国家强制实施的社会保障，目的是保障在职和退休职工的基本医疗要求。在实际工作中，要针对困难企业参保困难的状况，对现行政策作出某些调整，采取不同的处理方式尽可能地将所有企业纳入到社会保障体系中来。如对生产经营存在暂时困难的企业，可以考虑调低费率，先建立住院统筹基金，让他们享受住院保险，待条件好转时，再参加统帐结合的医保制度；对特困难企业，再适当调低费率，并相应降低住院费支付比例，先让他们参加低水平的住院医疗保险，解决大病、重病问题，不因病致穷、致贫，引发生活困难。再逐步提高保障水平，提高生活质量。

>三、是建立困难企业退休人员参保援助制度。

充分考虑困难企业退休人员参加基本医疗保险的实际困难，由政府部门设立专门的保障制度，即医疗援助制度。以政府为主导，社会力量广泛参与援助行为。在筹资机制上，对已改制破产的企业退休人员，采取多渠道、多途径或保费三方分担的办法，即上级财政、同上级财政、退休人员各负担三分之一的办法解决了对正在改制关闭破产企业，为退休人员一次性预提10年的医疗保险费，不足部分视其情况分别由同级财政、退休人员适当分摊，逐年缴纳；对尚未改制关闭破产企业，由财政给予适当补助，帮助企业参保。并根据财政和困难企业退休人员医疗费用收支状况、医疗消费水平、社会发展成果，适时调整待遇，与城镇职工基本医疗保险统一接轨，最大限度地落实困难企业退休人员的医疗待遇。

**职工医保调研信息简报范文 第十篇**

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，近几年来，经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，基本确立了“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，切实为老百姓解决看病难、看病贵的问题，20\_年12月中旬我镇人大组织代表对新型农村合作医疗的运行情况进行了专题调研。通过调研，总结概括制度实施以来的.基本情况、研究分析存在的问题和困难。

>一、新型农村合作医疗项目实施以来的基本情况

1、农村医疗卫生条件不断改善。我镇卫生单位共有27家，其中公立医院2家、卫生室19家、个人诊所6家、全部是农合疗报销点。全镇卫生机构共有人员39名。卫生院的办公、门诊、病房和医务人员的住宿等条件都得到了相应改善，环境良好，各个卫生院都新配备了一定的医疗设备。

2、施行农村医疗保险之后，广大群众医疗保健意识明显增强。“小病自费，大病统筹”的惠民政策为农民解决了实际困难，免除了后顾之忧，医院的“门槛”低了，农民愿走进医院看病治疗。20\_年我镇补偿参保病人30775人次，补偿金额 元，其中在县外就医补偿元、门诊补偿元、住院补偿元慢性病补偿元。

3、参保意识增强，农民群众参保率高。全镇19个行政村，农业总人口17927人，20\_年农村医疗保险参保率100%。

>二、新型农村合作医疗保险实施后，据群众反映存在以下问题。

1、审核结算流程仍显复杂，群众在大病报销方面存在程序繁琐导致群众来回跑等多诸多不便，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。

2、群众每一年所交的医疗保险金不能进行结转（第一年所剩金额第二年不能累计）。这一政策致使群众缴纳保险金积极性降低，部分群众由于一年之内没有用所交金额第二年又不累计，导致抱有侥幸心理，交钱不及时、托交欠缴，积极性不高。同时由于不能结转和干部医疗保险的不公平待遇百姓怨言较大。

3、医疗保险报销范围有限，对有些手术和药品不予报销，恰恰这些不予报销的手术和药品往往疗效都比较好，价格却很贵。使百姓只能选择价格比较便宜但是疗效一般的手术和药品。在这方面需要完善报销范围，切实为百姓的健康着想。

**职工医保调研信息简报范文 第十一篇**

农村医保、社保制度调研报告 重庆城市管理职业学院文化市场经营与管理专业A1101张玉

一、活动主题：农村医保、社保问题的调研

二、活动目的：关注老年人；关注医保社保；关注新农村

1.了解农村老年人是否大多数购买有医保、社保

2.了解农村村民对医保、社保的看法

3.了解农村村民是否满意、响应国家的医保、社保制度

4.了解农村村民在看不起病和不敢看病的现象

5.了解能存村民在医保、社保政策的实施下，生活水平是否有改善

三、活动对象：曾家农村的部分老年人（抽样调查）

四、活动方式：走访调查

制定关于农村医保、社保的调查问卷，将其发放到被调查的村民手中，通过村民的填写情况对医保、社保在农村的实施情况进行客观清醒的认识。通过此次调研活动，一定程度上增强农民村民对医保和社保的认识。因为此次实践活动的调查深入农村，深入农民，深入农村医疗现状，采农民心声，从而了解农民对医保、社保的参保情况和农民对医保、社保政策的知晓程度，以及对医保、社保政策的满意程度。

通过调查走访，我们“创造者队”发现了医保、社保制度在农村还存在较大的问题和不足。根据我们抽样走访调查后的数据采集和结合现实情况进行具体分析，我们得出了一定的结论并针对结论中不好的现象提出了相应的意见和建议，目的在于我们希望能为国家在社会保障体系上献上自己的绵薄之力，使农村医保、社保制度得到完善，满足更多农民群众的需求，让广大农民能真正的享受到医保、社保制度带来的服务与方便，全面做到关注老年人、关注医保社保、关注新农村。在此次调研实践活动中，我们“创造者队”不仅能更好地提升自己的社会实践服务本领与经验，还能为新农村及和谐社会贡献自己的一份力量！在调查活动中，我们小组通过走访辖区居民、了解农户、听取社区老人讲述，再加上我们之前准备好的相关资料，很快我们了解到了老人对国家医保、社保制

度的满意度很高，但是由于种种现实原因，导致很多老人不敢买医保和社保。下面我将把我们“创造者队”走访调研活动的成果展现如下：

五、农村医保、社保制度建立的基本情况

改革开放以后，我国的国际地位明显提高，政治经济不断发展，社会制度不断完善，尤其是近年来，随着国家对于“三农”问题的日益重视和农业投入力度的不断加大，各项支农惠农政策的相继出台和贯彻落实，极大地调动了农民发展农业生产的积极性，农村经济稳步发展，农民生活水平显著提高，农民生产生活条件逐步改善，科技文化教育发展呈加快趋势，农村经济与各项社会事业正在朝着全面协调可持续的方向发展。如：国家对农村医保、社保制度的不断完善，一定程度上就依赖于我国农村经济的稳步发展。也就是说，正式国家对农村的关注力度不断提高，农村医保、社保制度才相继出现在农村，给农民带来好处。

六、农民对医保、社保制度的态度

大多数居民对国家实施的医保、社保政策表示支持和参与，就曾家村民抽样调查显示参与率较高。当然也有部分居民对此制度缺乏了解，持观望态度。由于医药费用的不断上涨，广大农民在看病方面不堪重负，看病难、看不起病的相当普遍。调查了解，有些被调查者有病有，应就诊而不去就诊，该住院而不住院。因病致贫、因贫拖病的现象普遍存在。我们通过与被调查者聊天，不难发现农民迫切希望改变现状的愿望十分迫切。而农村医保、社保制度正是以为群众解决这些难题为出发点，为群众办好事办实事为落脚点，使大多农民在医保和社保的保障制度下，安享晚年。

七、农村医保、社保制度存在的问题

1.农村由于受文化素质和经济收入的制约和受传统生活观念的影响，特别是在目前农村经济条件还不富裕的情况下，要农民自己出钱来保障自己健康的意识还不强，部分农户有怕吃亏的思想。尽管在调查中发现，绝大部分农民希望有医保、社保等保障，甚至有些农户已经购买有医保和社保，但是他们都对医疗消费存在着侥幸心理，与吃饭、穿衣、孩子上学等刚性支出相比，认为看病花钱目前还是次要的，偶然的，对潜在的医疗风险缺乏足够认识，并且部分被调查者认为

购买昂贵的医药不划算，这些都是农村医保、社保制度存在的问题，有待国家去解决。

2.根据调查可知农村医保、社保制度在农村进行的宣传力度不够。有些农户认为买了医保就没必要买社保，买了社保就没必要买医保。从这就可以说明有些农户还未弄懂医保与社保的区别，这就说明了关于农村医保和社保制度在农村的宣传力度远远不够。这就要求相关部门在宣传农村医保、社保制度时要耐心细致的做宣传工作，要使这一制度家喻户晓，将主要内容做到人人皆知。

3、据被调查者反映，部分人觉得报销手续比较复杂、报销比例较低。在调查的总人数中，绝大多数都希望国家能“提高报销标准”和“简化报销手续”这两条。被调查者说病人就诊后到拿到报销的医药费，特别是转院治疗的，需要经过层层环节才能报销，这样就被需要较长的时间。另外，他们认为报销的范围太小，补偿的标准也较低，起报线较高，难以达到农户们预想的效果。

八、活动总结

我国农村在医保、社保制度上取得了一定的成效，给农民的生活带来了益处，一定程度上在农民生活水平的提高上起到了积极作用。但是就我们小组对曾家农村进行的抽样调查结果显示，我国农村医保、社保制度还并不完善，这需要我们的大力支持和大力宣传，让农民了解医保、社保带来的好处，当然，国家还要根据农户的反映情况对农村医保、社保制度进行调整完善，让人民真正受益于医保和社保，从而让农民心甘情愿的参加医保与社保。

九、建议意见

1.国家要根据具体情况适时完善调整农村的医保、社保政策制度

2.不断提高农户的知识水平，从而使他们提高对医保、社保制度的认识

3.国家要加大资金筹集力度，适时扩大农村医保、社保制度的保障费用。

4.国家要加大宣传力度，不断了解农村农户们的真实想法，从而对症下药，让农户明白对医保、社保制度的好处。

5.农户们要积极主动地了解有关农村医保、社保的相关政策，主动参加到农村医保、社保的队伍中去。

十、活动感想

在这次曾家实行的医保、社保实践调研活动中，我真是受益匪浅。身为一名大学生，作为未来社会主义的接班人，理应增强社会实践能力，为社会做力所能及的事。而这次的实践调研活动就给我留下了美好的回忆。尽管在调研中有幸苦、有埋怨，但是我还是立志将实践进行到底，因为我相信：我实践，我快乐！

调研报告者：张玉时间：

**职工医保调研信息简报范文 第十二篇**

为切实履行好药品监督管理工作，确保医保定点药店药品质量，树立医保定点药店“药品质量优，店堂环境好，服务质量佳”的良好形象，20xx年初，xx县食品药品监督管理局食品药品稽查大队对全县医保定点药店开展专项检查。检查主要采取查、看、访、核的方法对企业的硬件设施、软件资料、人员资质、微机控制度等内容进行检查。检查情况如下：

>一、总体情况

该县目前参保人员共11，736人，共有医保定点药店五家。分别是同和兴药店、新世纪药店、诚信药店、君康药店、新药特药商店。

从检查结果看，总体情况良好。各医保定点药店多能按照有关规定经营药品，人员和组织机构健全；各项管理制度完善，陈列、储存合理；经营设施设备基本齐全；药品的进货、验收、养护的管理符合规定；所抽查的医保目录药品进、销、存相符；店堂药品分类存放、标记醒目，所张贴的药品、医疗器械、保健食品广告符合规定要求。

>二、存在问题

通过检查发现个别药店存在一些问题：

（一）违反医保用药规定配售药品。部分医保定点药店违反医保处方药和非处方药的有关规定配药，主要表现在超剂量、超品种、重复配药。

（二）审核处方不严。部分药店不能做到药师在岗。部分医保定点药店执业药师或药师没有严格履行处方审核的职责，对不规范处方，如无服法及用量、用药与诊断不符、超出用药范围等，仍予以配售。

（三）将医保不予支付的药品通过目录内药名纳入医保结算。部分医保定点药店向参保人员销售医保药品目录以外的药品，并向医保部门套取结算费用。

（四）部分定点药店药品销售有赠药现象、现场无法提供广告批文或批文已过期等。

>三、产生问题的原因

产生问题的原因是多方面的，但综合分析来看，原因主要源于以下三个方面：

（一）思想上没有足够重视。由于部分医保定点药店在思想认识上没有引起足够的重视，导致在经营管理上出现了诸多问题。

（二）竞争激烈、经济利益驱动，由于药品市场价格品种竞争激烈，部分药店出于利益驱动导致审方不细、出售医保目录以外药品等现象的出现。

（三）新生事物，缺少经验。由于各医保定点药店申请批准时间不长，对于各种医保方面规章制度不够了解。

>四、几点建议

（一）加强与医保局、物价局的联系开展全方位的联合检查。借鉴其他县市成功经验，与医保、物价等部门联合出台相关考核办法、开展联合检查，全面规范医保定点药店的经营行为，保障参保人员的用药安全。

（二）以gsp监督检查为抓手，把对医保定点药店的监督管理融入日常的重点监督检查之中，在各种药品监督检查中加强对医保定点药店的管理。

（三）强化培训，通过各种机会对医保定点药店进行药品经营管理法律法规方面的培训，增强企业的素质，同时结合药店信用等级评定管理平台达到规范企业的目的。

**职工医保调研信息简报范文 第十三篇**

根据xx市人大关于组织省、南平人大代表开展专题调研的通知要求，20xx年7月30日，xx市\_会组织了部分建瓯的省、xx市人大代表围绕“保增长、保民生、保稳定”、推进海峡西岸经济区绿色腹地建设的目标要求和人民群众普遍关心的热点、难点问题开展调研。市人大医保调研组由市\_会副主任张华炫带队，在市卫生、劳动、财政和民政局等有关领导的陪同下，代表们深入到市新农合管理中心、市医保管理中心和市立医院等单位了解、察看医保实施情况和询问参保对象的报销情况，并认真听取了这项工作的专题汇报。现将调研情况报告如下：

>一、医保基本情况

1、全市人员参保情况：全市总人口52864人，目前参加新农合和医保的459506人，参保率88%；其中农民参加新农合398008人（含居民参合xx6人），城镇干部、职工和居民参加医保6498人。

2、城乡困难家庭医疗救助情况：今年以来全市已救助城乡困难家庭9084人次，救助总金额万元。其中救助城镇困难家庭2727人次，金额万元；救助农村困难家庭6357人次，金额万元。

3、去年医保基金筹集支出情况：

（一）全市职工参加医保42377人，基本医疗保险基金收入万元，支出万元，结余20xx年来市委、市政府领导高度重视医疗保障工作，不断解决实际操作中遇到的困难和问题，加大全市卫生基础设施建设投入，先后投入近亿元资金新建病房大楼和购置先进的医疗设备，4个乡镇卫生院有8所进行了提升改造，就医的环境和条件得到改善，有效地缓解了看病难的状况；市\_门根据筹资数额逐渐增大的变化，按上级要求适时调整各类各项补偿比例。如从20xx年初的参合农民在乡镇卫生院住院医药费用补偿起付线xx元，补偿比例65%，封顶线2万元调整为补偿起付线50元，补偿比例80%，补偿封顶线4万元。有效地确保了参合农民的最大利益；市立医院制定了就诊、转院和补偿流程，设立宣传栏，发放宣传资料，公布收费标准，实行日清单制，认真对待和服务好每一位参保对象；市计生、民政、残联、老区办等部门积极做好农村低保户、重点优抚对象、残疾人、五保户及计生户的参保工作。

（二）坚持以人为本，扩大医保覆盖面。为让广大职工、居民、农民能够病有所医，享受医保待遇。市劳动部门一方面重点加大对非公企业人员参保扩面的力度，另一方面对全市医改前关闭破产国有、城镇集体企业退休人员情况进行详细的调查摸底，摸清医改前退休但尚未参加城镇职工基本医疗保险的退休人员人数，做到符合条件的应保尽保；市民政部门积极做好城镇居民低保对象的参保工作，现有2300名城镇居民低保对象均已纳入医疗保障；为使农民积极自愿地参加新型农村合作医疗，确保不留死角。市乡村三级层层进行动员，加大宣传力度，将《致农民朋友的一封信》、《宣传手册》等材料发送到每户农民手中，通过多措并举的宣传，极大地提高了农民的参合率。

（三）加强基金监管，确保基金安全运行。

一是加强各项医保基金财务管理。对各经办机构医保基金收入帐户的余额，委托银行在每月30日自动划转到社保基金财政专户，加强财务管理，做到帐帐、帐册、帐表都相符；

二是对各经办机构每月所需使用基金的申请，及时认真审核，经审批后，及时拨付到位，做到专款专用；

三是努力做好各项医保基金保值增值。较好地分析银行利率调整情况，在利率最高点时，尽可能将医保基金短期存款改为中长期存款；

四是加强医保基金监督检查。平时稽查和定期检查相结合，每年年终由劳动、卫生、财政和经办机构抽调人员组成检查组，对各定点医院和定点药店进行检查评比，发现问题，及时处理。

（四）建立健全制度，规范医疗保障管理。

新农合运行之初，就制定了《xx市新型农村合作医疗实施工作方案》、《xx市新型农村合作医疗暂行规定（试行）》、《xx市新型农村合作医疗监督管理制度》、《xx市新型农村合作医疗费结算暂行规定》、《xx市新型农村合作医疗转院转外就医规定》和《xx市新型农村合作医疗违规处罚规定》等六个配套文件，各定点医院根据工作实际，建立了《新农合诊疗规范》、《新农合违规行为责任追究》、《新农合财务管理规范》和《新农合公示制度》等，通过建立和健全一系列的各种管理制度并逐一落实，使新农合工作按设计的轨迹规范有序运行。此外，还强化对定点医疗机构和定点零售药店的管理，认真与定点医院签订《协议书》，做好参保人员就医全程跟踪随访管理工作，发现问题及时处理。对各定点零售药店每年组织两次日常考核，对服务协议中规定的项目进行对照，重点制止违规以物代药，套取医疗保险基金的现象。

（五）制定补偿比例，合理利用医疗资源。

通过制定适合实际的新农合政策，恰当设置乡镇卫生院、市直医院和市外医院的三级补偿比例梯度，合理引导参合农民小病就近住院就医，促进农民科学就医行为，优化患者就医分布，使现有基层的公共卫生资源得到充分利用，基本达到“小病不出乡，大病不出县”的目标。据统计，全市赴外就医人群从20xx年2%下降到现在9%左右，乡镇卫生院的就医从xx年xx年来新参保人员逐年减少，民营、私营企业员工参保率低，机关、事业单位新增人员少，在职与退休人员的比例为：参保的退休人员逐年增多，造成了医保基金的负担将越来越重。

4、居民自我保健和互助共济参保的意识不强。目前仍有相当部分居民对医保政策理解不透彻，参保积极性不高，还有较多的城镇居民符合参保条件而未办医保，中小学生参保率极低，城镇居民的参保比例不高，达不到“全覆盖”的要求。

5、医保与新农合在缴费和报销上反差大。居民医保缴费标准高于新农合，住院报销比例低于新农合。居民医保每人年缴费xx年缴费xx年人和困难群体的参保标准、补偿比例进行适当调整，提高他们就医中门诊、住院的报销比例。

二要改善基层卫生院医疗条件。上级对基层卫生院应给予政策、资金和人才上的倾斜与扶持，加强基层卫生队伍和卫生院基础设施建设，促进乡镇卫生院整体服务功能的提升，使基层卫生院人才留得住，用得上，用得好，让农民放心到基层卫生院看病，满足农民就近看病的需求，解决“舍近求远”就医的问题。

**职工医保调研信息简报范文 第十四篇**

9月2日，市\_会副主任徐洪峰带领社会委组成人员，对全市基本医疗保险工作情况进行了专题调研。调研组听取了市医疗保障局负责同志的工作汇报和副市长潘元松所作的情况介绍。现将调研的有关情况报告如下：

>一、全市基本医疗保险工作的基本情况

全市基本医疗保险由城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险两部分构成。到20xx年7月底，全市基本医疗保险统筹基金当期总收入亿元（职工医保只计统筹部分），支出亿元，当期收支平衡，累计结余亿元。

>（一）推进医疗保险各项改革，构建多层次医保体系

1、全面实现医保统筹整合。

整合原新型农村合作医疗和城镇居民医保制度为城乡居民医疗保险制度，实现了筹资政策、待遇保障等“六统一”；合并生育保险和职工基本医疗保险，增强了基金共济能力，提升了管理综合效能；完成辽河油田医疗保险属地化管理工作，实现了医保职能的集中和区域化管理，也为油田职工诊疗就医创造了更为便利的条件。

2、完善基本医疗保险支付方式。

在全市医疗机构实行疾病诊断相关分组（DRGs）、病种定额等8种多元复合的支付方式，并在市中心医院、市人民医院等4家医院开展了疾病诊断相关分组（DRGs）改革试点（除沈阳市是全国试点外，我市是省内第1家）。支付方式改革，较好地解决了患者、医疗机构、监管部门之间的利益矛盾，也促进了医疗机构自行管理和费用控制，调动了医疗机构的积极性。

3、落实药品集中带量采购和集中采购制度。

20xx年12月以来，执行全国药品集中采购，有61家医疗机构采购57种中标药，药品价格平均降幅为56%，最高降幅为97%。参加10省联盟人工晶体类带量采购，药品价格平均降幅为46%，最高降幅为85%。截止目前，通过省药品和医用耗材集中采购平台，全市公立医疗机构药品采购金额达到亿元，药品价格明显降低。

>（二）做大医保基金总量，筑牢保费支付基础

1、增强医保费征缴实效。

通过建立政府、企业基金征缴联动机制、征缴责任机制和完善各项服务，提高了医保基金征缴的实效，确保了医保基金总量的持续扩大。20xx年，全市城镇职工医保费用征缴亿元，同比增长；城乡居民医保费用征缴亿元，同比增长。

2、财政投入逐步增加。

20xx年四级财政投入34051万元，其中，中央财政投入16831万元，省级财政投入3444万元，市级财政投入6961万元，县区财政投入6815万元。财政投入总量比上年增加2321万元。同时，在全省率先实现医疗保险市级统筹，最大程度的减轻了县区财政补助资金的压力。

>（三）加强医保基金监督，努力维护基金安全

1、建立健全基金监管制度。

制定出台了《盘锦市欺诈骗保医疗保障基金行为举报奖励办法》，鼓励社会举报欺诈骗保行为，推进全社会监督体系实现共建共治。建立开展专项检查、飞行检查制度，实现监管工作的联动性和随机性。

2、创新基金监管方式。

推进和完善医保智能化平台建设，通过智能审核、大数据分析等系统，对医保政策落实、用药诊疗合理性等重点项目进行实时监控，对发现的异常数据进行分析，及时给予事中控制，实现医保基金运行风险的动态控制。引入第三方监管机制，提升了监管工作的专业化水平。

3、基金监管取得新突破。

**职工医保调研信息简报范文 第十五篇**

xxxx医保调研报告

为确保顺利开展城乡居民医保政策修订工作，进一步完善城乡居民医保制度，按照大学习深调研要求，总结梳理《韶关市城乡居民基本医疗保险实施办法》（韶府令第108号）、《韶关市城乡居民大病保险实施细则》（韶法审〔20\_〕9号）和《韶关市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》（韶法审〔20\_〕10号）文件精神和县社保局，根据我辖区实际情况，经医院开会讨论如下：

1.普通门诊的待遇是否提高。普通门诊人头付费的政策与报销比例限额是否调整； 城镇居民医保

a、普通门诊：一个医疗保险年度内，普通门诊设起付线15元，进入门诊统筹基金支付范围内的医疗费用按60%的比例报销，统筹基金年度个人最高支付限额为150元，这是远远不够的，就普通感冒而言就诊3-4次都可以将这些报销额度用完。

b、特殊病种：一个医保年度内，特殊病种门诊免报额度虽然较大，符合规定治疗范围的医疗费用报销比例与普通住院待遇相同，但很多患者都不知道特殊病种有哪些，报销额度有多少，而且还要二级以上医院出示的诊断证明才可以办理（手续繁琐）。综合上述，我们是要提高门诊报销额度，减轻群众的医疗负担。

2.住院最高限额是否调整；

一级含以下医院：多次住院起付依次为100元。

报销支付比例：在起付线以上最高支付限额以下，甲类及普通诊疗费，支付报销90%，乙类药品报销比例为75%，高精尖药品报销比例为70%，但现在实行了“基药”制度，很多基药在医保方面是没有报销（限报），而基层是心脑血管之类的慢性病比较多，很多患者年住院率都比较高，而现在医保采取了按病种分值计算，到年终结算时这笔费用一旦超过了数值，按医保政策是不返还的。

3.大病保险贫困人员及特困人员的待遇是否一致；

贫困人员及特困人员这两类都是生活比较困难的特殊人员，其待遇应一致。4.住院起付线是否与职工医保保持一致。

住院起付线如同职工一致的，那就加大基层群众的医疗负担。以上是我院对医保局的一些建议。

20\_-7-4

**职工医保调研信息简报范文 第十六篇**

>（1）调查背景

20xx年10月，\_办公厅发布了《关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》，并于 20\_年4月发布了《深化医药卫生体制改革近期重点实施方案》，明确将大学生纳入城镇居民医疗保险。然而这项惠民政策在推行过程中\_遇冷\_，出现叫好不叫座的现象。以安徽为例，大学生参保率虽然很高，但是绝大多数已参保的大学生，对相关程序、报销标准、规章制度不甚了解，对政策的了解基本上是\_零\_，没能够利用政策切实保障自己的合法利益。

>（2）调查意义

大学生作为一个特殊的群体，这一群体医疗保险得到国家和社会的高度重视。我们要重视大学生医疗保险的发展，切实保障医疗保险政策的落实，\_遇冷\_问题的研究具有重要意义：

①能进一步完善大学生医保工作，使医保政策能够真正惠及到大学生，保障大学生的切身利益；也有利于减轻大学生家庭经济负担。

②能推动未来大学生医疗保险制度的逐步完善。

③大学生医保的顺利实施有利于进一步推动社会保障的发展水平。

>（3）调查目的

本调查报告对合肥工业大学、安徽大学、合肥学院、安徽财经技术学院4所不同层次和研究领域的高校80名大学生的进行问卷调查从而进行数据分析。从现实生活中大学生对校医院医疗服务的满意度、大学生对医保的认识程度及支持度等方面，分析大学生对医保的认知现状，综合各方面分析合肥市大学生的医保现状和遇冷原因，从而提出一些建议，希望进一步完善大学生医保工作。

>（4）调查时间。20xx年5月 4日 --20xx年5月 11 日。

>（5）调查对象：合肥工业大学、安徽大学、合肥学院、安徽财经技术学院的80名大学生。

>1、 调研设计

（一）调研方法

问卷调查、实地考察、访谈法

（二）调研过程

（1）小组成员分工合作，开发问卷，着实调查，整理数据，分析结果；

（2）小组成员去校医院进行实地考察，观察校医院的医疗设施等；

（3）通过与校医院有关人员进行访谈了解情况及电话向医保经办人员了解相关政策；

（4）综合各方面，总结并写调查报告。

（三）调研实施

本次调查采用抽样调查，对合肥4所大学的80名大学生进行问卷调查，发放数量不多，但具有一定的价值， 80份问卷全额回收，有效率很高，且获得一些非常有价值的数据。

（四）调研样本

合肥工业大学、安徽大学、合肥学院、安徽财经技术学院的共计80名大学生。

>2 、调研分析

（一）基本信息

我们发放了80份问卷调查，通过走访合肥工业大学、安徽大学、合肥学院、安徽财经技术学院4所不同层次和研究领域的高校，以匿名问卷调查的方式对合肥市大学生医保的具体落实情况、满意度、认知度等进行抽样调查。

此次被调查的对象有大一，大二，大三，大四，大多数同学对自己的身体状况基本满意。

（二）医保信息

（1）大学生参保比率

安徽省大学生总体参保比率较高达到 96%，但仍未达到100%。未参保的原因以\_自己身体好，不需要\_为主。

（2）大学生对医保的了解度

通过调查，在抽样调查的80人中仅有1人对大学生医保政策非常了解，部分了解为4人，了解一点点的为322，完全不了解的则为43人。 由于大部分同学在校期间都没有系统的学习过大学生医保的知识，了解度较低。且学习过这方面知识的同学基本多局限于公共管理、社会学等专业。

（3）大学生了解医保及参保的途径

根据调查显示，大部分的同学是通过学校宣传知道医疗保险，有18名同学是通过媒体宣传，还有2名同学通过其他途径了解医疗保险，从中我们可以看出学校宣传起到很大的作用，这为我们今后宣传工作提供了可靠的依据。

许多人了解医保是通过学校

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！