# 医疗退休缴费测算报告范文通用16篇

来源：网络 作者：红叶飘零 更新时间：2024-04-23

*医疗退休缴费测算报告范文 第一篇目前，“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...*

**医疗退休缴费测算报告范文 第一篇**

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 xx年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。

xx社区

xx年12月31日

**医疗退休缴费测算报告范文 第二篇**

在上级部门的正确领导下，我院严格遵守国家、省、市的有关医保法律、法规，认真执行医保政策。根据元人社发(20\_)79号文件要求，认真自查，现将自查情况汇报如下：

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\_\_\_\_\_为组长，医务科、医保科工作人员为组员的自查领导小组，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，在区人劳局和社保局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。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;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;设立医保患者交费、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，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，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、交接班制度、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。规范早交接班、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、医学专用处方权、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，医疗质量有了显着提高。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。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。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，并填写了自费知情同意书，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，严格执行五率标准，自费药品占总药品费的10%以下;平均个人负担部分不超过发生医疗费用额的30%。

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，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，根据社保局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《\_\_\_\_\_市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》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。

**医疗退休缴费测算报告范文 第三篇**

由于市政府的大力支持和重视，杭州的医保处于全国前列。4月18日、19日由市医保中心举办的医保政策培训，各企业积极派医保经办人员参加学习，旨在加深对医保各项政策的理解和提升相应配套业务操作能力。

会上，医保局的李医师主要讲了《杭州市基本医疗保障办法》；而金医师则主要讲了保障办法的《实施细则》和《违规行为处理办法》。两位医保局领导留了电话（87230205、87258661）以方便企业学员咨询。

此次培训主要针对20\_年1月1日实施的市医疗保障办法及实施细则和违规行为处理办法展开，主要的知识点如下：

基本医疗保障制度包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和医疗困难救助制度（即3 1模式）。

符合参保条件的用人单位和个人，应当在纳入参保范围的三个月内，到社保经办机构办理参保手续。参保人员自缴纳职工医保费的次月起，享受职工医保待遇。持有有效期内《杭州市困难家庭救助证》（以下简称《救助证》）或二级及以上《\_\_\_\_\_残疾人证》（以下简称《残疾证》）的，自到社保经办机构办理登记手续的当月起，所应缴纳的职工医保费由政府全额补贴。

各类企业、民办非企业单位和参照企业参保的单位（以下简称企业单位），每月按当月全部职工工资总额（以下简称单位缴费基数）的缴纳职工医保费。在计算企业单位缴费基数时，职工当月工资高于上年度全省在岗职工月平均工资（以下简称省平工资）300以上部分，不计入单位缴费基数；低于60的，按60计入。其中缴费基数总额的用于重大疾病医疗补助，剩余部分用于建立统筹基金和个人帐户。

在职职工按本人上年度月平均工资的2缴纳职工医保费，本人上年度月平均工资低于上年度省平工资60的，按60核定，超过300的，按300核定。职工个人应缴的职工医保费由用人单位按月代扣代缴，用于建立个人帐户，其中六级及以上残疾军人不缴纳。

参保人员每人每月缴纳3元重大疾病医疗补助费，用于建立重大疾病医疗补助基金。其中持有有效期内《救助证》或二级及以上《残疾证》的予以免缴的免缴。自愿参加医疗困难救助的职工医保参保人员每人每月缴纳1元，与重大疾病医疗补助费一并缴纳。

在职职工个人账户当年资金由两部分组成：一部分为个人按月缴纳的2；另一部分根据不同年龄段，按本人上年度月平均工资的一定比例划入。具体划入比例为：35周岁（含）以下的；35周岁以上至45周岁（含）的；45周岁以上的1。

个人账户当年资金用于支付符合医保开支范围的普通门诊（含急诊，下同）医疗费；个人账户历年资金用于支付符合医保开支范围，按规定应当由个人承担的普通门诊、规定病种门诊和住院医疗费。

参保后，应当连续缴纳职工医保费至按月领取基本养老金。符合参保条件，未在规定时间内办理参保手续，或连续中断缴费三个月的，视为中断参保。在中断后办理参保手续并连续缴费满六个月（以下简称等待期）后，方可享受医保待遇。因参保人员个人原因中断参保的，可按规定补缴满中断期间职工医保费，不计算中断年限。职工医保费的补缴费率（不含个人缴纳的个人账户部分）按办理补缴手续时的标准确定；补缴基数为上年省平工资，在办理补缴手续时，应同时补缴重大疾病医疗补助费。

企业单位参保人员、灵活就业人员和协缴人员在办理退休手续时应一次性缴纳门诊统筹启动资金。其中，协缴人员和持有有效期内《救助证》或二级及以上《残疾证》的灵活就业人员，按2024元的标准缴纳，其他参保人员按3396元的标准缴纳。

参保人员退休时，缴费年限不足20年的\'，在办理养老金领取手续后的三个月内，一次性补缴满20年的，可继续享受医保待遇。未在三个月内办理补缴手续的，视作中断参保，在办理补缴手续并连续缴费满六个月后，方可享受医保待遇。

在一个结算年度内，参保人员发生的符合医保开支范围的住院医疗费按以下规定办理：（1）最高限额（以出院日期为准累计计算）为15万元。（2）承担一个住院起付标准，具体为：三级及相应医疗机构（以下简称三级医疗机构）800元，二级及相应医疗机构（以下简称二级医疗机构）600元，其它医疗机构及社区卫生服务机构300元。

个人账户当年资金不足支付或无个人账户当年资金的，由个人承担一个门诊起付标准。具体为：（1）退休前的参保人员为1000元；（2）企业和参照企业参保的退休人员为300元，其中建国前参加革命工作的老工

人为150元；（3）其他退休人员为700元，其中建国前参加革命工作的老工人为350元。参保人员退休当年，其门诊起付标准按退休前后实际月份计算确定。当年度个人实付的门诊起付标准已超过应支付部分超过部分按80的比例划入其个人帐户历年资金。例如：

1）有一位参保人员在20\_年1月份到达退休年龄，缴费年限超20年，其门诊起付标准为：300/12×11 1000/12×1=元

如缴费年限不足20年，在20\_年4月办理补缴手续，其门诊起付标准为:300/12×8 1000/12×4=元

如在20\_年5月办理补缴手续，其门诊起付标准为:300/12×1 1000/12×11=元

2）有一位参保人员在20\_年1月份到达退休年龄，缴费年限超20年，1月31日其门诊起付标准累计支付已600元。其门诊起付标准为：300/12×11 1000/12×1=元

计入历年帐户的资金为：（）×80=元

2月份其基本信息中，门诊起付标准累计支付600元，本年帐户结余0，历年帐户结余元，固化门诊起付线元。

临时外出3个月以内的参保人员，需住院治疗的，应在15天内到市医保经办机构办理登记手续。外出期间，在本市以外的直辖市、省会城市、计划单列市二级及以上医疗机构发生的符合医保开支范围的门诊和住院医疗费用，先由个人自理10，再按《办法》第十九至二十三条有关规定结算。

长住外地3个月以上的参保人员，应到医保经办机构办理登记手续。其在工作或居住地的定点医疗机构发生的医疗费，由个人全额支付后，到医保经办机构按规定办理结算。其中，企业在职和退休人员的门诊医疗费由市医保经办机构委托杭州市企业退休人员门诊医疗服务中心（中山中路198号，电话87807786）按规定办理结算，并对该机构实行协议管理、定额考核、弹性结算。

医保培训的详细资料见医保中心发的三本小册子：《杭州市基本医疗保障办法》、《杭州市基本医疗保障办法实施细则》和《杭州市基本医疗保障违规行为处理办法》。

**医疗退休缴费测算报告范文 第四篇**

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，20\*\*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521864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61498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19084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16357人次，金额万元。

3、去年医保基金筹集支出情况：⑴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，结余万元。⑵全市居民参加医保18516人，基本医疗保险基金收入万元，支出万元，结余万元。⑶全市老干部医疗费统筹277人，收入万元，支出万元，超支万元。⑷全市新农合医疗基金筹集收入万元(其中:参合农民个人缴费万元,上级转移支付补助2606万元，市本级财政补助万元，财政专户利息收入万元)，支出万元，超支 万元。

二、主要做法和成效

(一)强化组织领导，推进医疗保障改革。解决人民群众“看病难、看病贵”的问题，是落实科学发展观、构建社会主义和谐社会的一项重要举措。近年来市委、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， 14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xx年初的参合农民在乡镇卫生院住院医药费用补偿起付线100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xx年12%下降到现在9%左右，乡镇卫生院的就医从xx年20%左右，现已上升到近40%。

三、存在问题

1、因病致贫和返贫的现象仍然存在。目前医保还处在“低保障、广覆盖”的保障基本医疗阶段，补偿力度离患者的要求仍有一定的差距。

2、城镇职工医保扩面不足, 结构不合理。近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。

3、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。

4、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120元，新农合每人年缴费20元;居民医保平均住院报销比例37%，新农合平均住院报销比例46%。

四、几点建议

医改是一个复杂的社会系统工程，涉及医药卫生行政管理体制、医疗保障制度、药品生产流通体制、医药价格、政府卫生投入和医疗卫生机构收支管理机制等多个方面，社会各界和人民群众十分关心，也寄予厚望。对此，调研组提出如下建议：

一要进一步加大医保的宣传力度。通过广泛深入地宣传医保政策及有关补偿规定，提高人民群众的互助共济意识，从而积极自愿地参加医保;继续推进城镇居民基本医疗保险，对未成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。

三要严把药品质量和价格关。目前招标的部分药品还存在着价格虚高的现象，要切实推进药品供销体制改革，真正把药价降下来，让人民群众看得起病。

四要全面普及健生活动。通过增设公共健生场所和器械设施，方便人民群众的锻炼，提高全民身体素质，有效抵御疾病。同时，注重弘扬祖国中药医学，做好防治并举的工作。

五要注重政策和制度的衔接。积极探索城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡医疗救助制度的衔接，以及各经办机构和现有资源的整合，努力实现各项基本医疗保障制度“无缝衔接”。

**医疗退休缴费测算报告范文 第五篇**

尊敬的党组织：

我叫\_\_\_\_\_\_\_\_\_，1999年7月加入中国\_，曾在武警队伍服役，并在98抗洪中荣立过三等功。退伍后，我进入\_\_\_\_\_\_工作，现为副主任职务。

\_\_\_\_\_\_年我结了婚，妻子无业，无收入，\_\_\_\_\_\_年得一子。\_\_\_\_\_\_年，妻子不幸患脊膜瘤，下肢几近瘫痪，在哈尔滨历经两次大手术，花费近十万元，家中因此欠下大量债务。现在妻子仍在继续服药治疗中，每年需去外地复查两次，用药及检查费近万元，但病情始终未得到根本控制。妻父早逝，妻母精神状态因此始终不好，也需服药治疗，每月仅靠一百多元的低保费收入维持生计，日常还需我们夫妻帮衬照顾。小儿今年八岁，现在上小学，虽是义务教育，但每年花费也得两千余元。由于经济条件所限，现一家三口只能租往在不足三十平米的土房里，冬季寒冷，夏天酷热，孩子也因此常患疾病，身体素质较差。

妻子病后无法从事重体力劳动，但为债务所迫也不得不四处打零工贴补家用，每月也仅三百元左右收入，且不能常以为继。我现在月工资为四百元左右，合家只以这每月并不固定的六七百元收入艰难度日。

我是一名\_员，按理并不应该给组织添麻烦，但家贫、妻病、儿幼种种艰难，加之债务压力、物价飞涨，我夫妻微薄收入实在无法支撑。现向组织申请困难党员补助，以解我家庭燃眉之急。若能获得组织批准，我必将以加倍的努力投入到粮库工作中去，以此回报组织的关怀与照顾。

申请人：

日期：

**医疗退休缴费测算报告范文 第六篇**

近年来，各中小企业为了留住人才，维持企业运营的稳定性，愈发重视企业员工的福利问题。其中社保缴纳成为员工最关心的福利，然而常规缴纳社会保险已不能完全构成企业福利的核心竞争力。企业面临的用工风险以及高级人才流失问题依然存在，究其原因医疗赔付风险是HR面临的最头疼的问题。

面临这一问题，企业要如何正确应对企业医疗保险及员工医疗保险问题呢?今天搜才人力集团的社保专家将为各位系统介绍北京健康管理卫士――补充医疗保险，势必将助力企业吸引人才，降低风险，稳定员工队伍，实现企业新的制高点。

什么是补充医疗?

补充医疗是在单位和职工参加统一的基本医疗保险后，由单位或个人根据需求和可能原则，适当增加医疗保险项目，来提高保险保障水平的一种补充性保险。

补充医疗报销数据举例：

若是门诊费在1800元到2万元之间，北京医保报销此范围内的门诊费比例是按照医院等级不同而不同的，最低为70%。也就是说，假设员工全年的门诊费花了元，用药全部为社保用药范围，他通过医保能够获得(20\_元-1800元)×70%=140元的报销，自付1860元。而购买搜才补充医疗后，自付部分为0元。

由此可见，基本医疗保险与补充医疗保险不是相互矛盾，而是互为补充，不可替代，其目的都是为了给职工提供医疗保障。不仅能够让员工减小自费看病的比例，保障员工健康，而且能减轻企业医疗赔付压力，防范用工风险。

为什么要选择搜才补充医疗保险??

零等待

参加搜才“健康卫士”补充医疗，无需等待期，即刻投保即刻进入享受期，最快速度解除员工医疗负担，转嫁企业医疗赔付风险。

零起付线

北京社会医疗保险的报销规定：门诊起付线1800元，住院起付线1300元。所以门诊1800元以下部分、住院1300元以下的部分社会医疗保险是不能报销的。

而搜才补充医疗保险没有起付线，医保没有报销的部分，可从补充医疗保险中报销，即：门诊1800元以下部分、1800元以上医保报销比例以外的部分、住院1300元以下的部分及1300元以上医保报销比例以外的部分，都可以通过补充医疗保险报销。

零自付

社会医疗保险的报销规定：

门诊起付线在1800元，而且1800元以上部分的也只能报销70%

住院起付线1300元，起付线以上部分再报销一定比例

而实际上门诊药费占了员工看病花费的大部分，却无法得到报销。

参加搜才补充医疗保险，起付线之下、社保比例范围之上，保额之内100%报销

零限额

参加搜才“健康卫士”补充医疗，单日医疗费额度没有限制，年报销次数不受限制，真正实现报销无忧。

[北京城镇职工医疗保险]

**医疗退休缴费测算报告范文 第七篇**

为全面掌握××城镇居民医疗保险试点情况,近日,××劳动保障局组织了专题调研,调研结果显示,××城镇居民医疗保险制度总体运行平稳,但也还存在一些问题,有必要进行调整和完善。

一、××城镇居民医疗保险运行的现状

××自20xx年10月启动城镇居民医疗保险工作试点,到20xx年5月31日止，全县共有54024人参保，参保者按类别分:学生25081人,一般居民28943人，参保者按地域分:澧阳镇(县城)49489人，其它乡镇4535人。共筹集保费874万元，其中征缴筹集677万元,中央转移支付97万元，省补贴53万元，市补贴3万元，县财政补贴44万元。实行首诊医院制度，确立首诊医院13家，其中澧阳镇4家，其它31个乡镇9家。已有1194人住院，其中927人报销了住院费,实际报销住院费96万元。共有10人因大病住院,支付大病住院费16万元。住院人员分布情况是：县人民医院604人，中医院68人，第三人民医院235人，澧州医院149 人，其它首诊医院138人。

二、××城镇居民医疗保险存在的主要问题

此次调研，选取了澧阳镇澹阳社区、多安桥社区和××第三人民医院作为样本，其具体情况是：澹阳、多安桥两个社区共有居民8205户，20xx9人。其中参加职工医保的有7659人，参加农村新型合作医疗的有1958人，参加居民医保的有2149人，享受二等乙级伤残和离休待遇的35人，未参保8278人，均应为城镇居民医疗保险参保对象，尚未参保的对象占居民总人口的41%，应参加居民医保而参加农合的占居民总人数的10%。

在两个社区\_入户调查参保住院人数43人，其中首诊医院选择第三人民医院15人，人民医院24人，澧州医院4人。3家医院的报销比例分别为41%、31%、50%。

同时，对第三人民医院实施首诊制度情况作了调查，结果显示，参保居民选择第三人民医院为首诊医院的有10514人，已住院150人，其中本院住院126人，住院总费用万元，基金报销万元，报销率为41%;转诊住院24人，报销比例为31%。而据调查，在第三人民医院住院的农合参保者911人，其医疗费报销比例为46%，高出居民参保人员报销比例5%，高出转诊人员回院报销比例15%。

经对调查情况综合分析，认为××城镇居民医疗保险存在以下四个方面的问题：

1、居民医保待遇未达到设计目标，挫伤了居民参保积极性。在启动居民医疗保险时承诺：参保居民住院比农合多4500多条药品目录，一、二、三级医院住院报销比例分别高10%、10%和5%，而实际结果是低了5%甚至更高,负面效应明显,导致一部分已参保的萌生退意，已住院的心生悔意。

2、扩面工作欠力度。对澹阳、多安桥二个社区调查结果显示，居民参加农合和未参保比例为居民总数的51%，足以说明扩面工作不到位，潜力很大。一方面政策范围界定不清，以及低廉的缴费政策，使一部分居民选择参加农合;另一方面部分居民对医保政策还不很了解或不认同，继续徘徊观望。

3、制度设计欠合理。一是享受待遇与参保时间缓冲期的设计，使扩面工作陷于停滞。办法规定，参保者缴费3个月后方可享受住院报销待遇。目前，居民医保已经运行8个月，也就是说，现在参保缴费的人在本年度内享受待遇的机率已经很小了，降低了参保者的心理预期和积极性。

二是首诊医院制度与县情实际不符。首先是居民对首诊医院制度不十分理解，尤其是职工医保和农合都没有这样的制度设定。参保者往往认为，自己参保后需住院，只要选择方便对路的医院就可住院了，实际上，这样做会给住院费报销带来不便。澧州医院是××开展腹腔镜手术最早、价格相对低廉的医院，澹阳社区某参保居民胆结石发病后直接前往澧州医院就诊治疗，而该患者所选的首诊医院是县人民医院，按规定，其住院费应由县人民医院报销，当他治疗终结前往报帐时，却遭到县人民医院拒绝，理由是：“该病作为首诊医院能治疗，而你却转诊，更何况县人民医院是二级医院而澧州医院是一级医院，没有高级向低级转诊的道理，且报销比例不一样，难以操作”。其次首诊医院的主要特性是：“节约归医院”。这个原则，驱使医院增加参保病人的自负项目和选择自负比例高的药品进行检查治疗，导致参保居民住院费的自负率居高不下，损害了参保者利益。第三是首诊医院少，且多数乡镇未设首诊医院，乡镇参保者就诊很不方便。第四是首诊医院为了自身利益，对转诊转院的参保者回首诊医院报帐持从紧原则，而转诊医院又在提高自负比例，使参保者利益受损，限制了转诊转院的有序进行，侵害了参保者的权益。

三是大病互助与基本医疗捆绑，抬高了居民参保的门槛。城镇居民除学生群体以外，由于受经济状况的制约， 往往容易忽视自身健康状况，从而诱发大病。对于大病患者，仅靠基本医疗是无法解决的，必须开辟新的途径。基于为民办好事的考虑,经省市主管部门的同意，××政府在启动居民基本医疗保险的同时，参照城镇职工大病互助办法，同时启动了城镇居民大病互助，即每人每年缴纳96元大病互助费，报销待遇最高可以达到10万元，从而可以从根本上解决居民因病致贫的问题。虽然此想法和做法很具前瞻性，体现了民本思想，但由于一方面在做法上区别于其它县市，部分居民不认同;另一方面部分居民受到经济状况制约，无力承受。

4、监督手段欠刚性。在医疗保险制度中，对医疗机构的监管主要依赖于经办机构与医院之间的合作协议及相关考核办法，作用是有限的。一方面医疗行为是一个高技术含量的行为，医疗方案可塑性较大;另一方面医保经办机构与医院相比，技术力量和水平都较欠缺，考核难以深入。因而对医院提高自负费用等一些做法确是束手无策。

三、完善城镇居民医疗保险制度几点建议

1、加大工作力度，确保应保尽保。

一是要加强宣传。尤其是要把国家开展居民医保的指导思想，优惠补助政策等宣传到位，吸引居民参保。二是要强化工作责任。由县政府与各乡镇结帐，每月调度，确保进度。三是要优化服务。乡镇及社区劳动保障服务机构要逐家上门开展工作，办理手续;并加强对参保病人的跟踪服务，确保医疗费报销待遇落实。四是要界定范围。城镇居民不得参加农合，已参加的要转入居民医保。

2、合理确定享受待遇限制时间，维护参保居民权益。

试点期间，可以不设定限制，即自参保之日起，就可以享受居民医疗保险待遇。制度完善后，也宜将3个月限制期改为1个月。作为基本医疗，作为政府行为的社会保险，应该尽量让利于民，不宜商业味太浓。试想，如果一个人已经得了病，又急需住院，此时再来参保，他能挺一个月吗，应该是不可能。

3、取消首诊医院制度，并轨定点医院制度。

实现首诊医院制度的目的就是为了确保收支平衡。从××目前运行状况分析，一是整体运行情况，全县54024人参保，基本医疗已筹资611万元，大病互助筹资263万元。8个月共支出基本医疗费96万元，占基本医疗基金的16%;支出大病互助费16万元，占大病互助费的6%。如改为定点医疗制度，并按不低于50%报销率测算，需支出基本医疗费 136万元，只占基金收入的22%。二是以选择第三人民医院为首诊医院的10514人为例测算，年可筹集保费101万元，而实际8个月共支出医疗费万元，报销比例为41%。如改为定点医院制度，并按不低于50%报销率，也只需要支出11万元。从测算情况分析，实行定点医院制度后，基金完全可以实现收支平衡。因此，取消首诊医院制度是可行的。

4、合理确定大病互助缴费标准，造福广大城镇居民。

据统计，20xx年度××职工医保大病互助参保43600人，年大病患者为80人，患大病率为，支出大病医疗费201万元，人均万元。目前××居民医保参保人群中学生达到46%，而学生患大病比率相对较低，运行8个月来，没有学生因患大病住院。如学生患大病率按、一般居民按全县职工患大病率计算，则现有居民医保参保者中年患大病者约73人，按职工人均支出大病住院费水平80%计算，人均需支出2万元，也就是说全年需筹集大病互助费146万元。参保者人均需缴纳27元。因此，建议继续实行基本医疗与大病互助捆绑，但宜将大病互助缴费标准确定为学生每人每年30 元，一般居民每人每年48元，减轻居民缴费压力。同时，按照以收定支的原则，可将报销封顶线降为8万元。

5、健全公共卫生体系，强化监管确保安全运行。

一是要加强社区医疗机构建设。要充分体现社区医疗公益性质，要让居民医疗解决在社区，同时努力提高居民健康水平。二是要加快医疗体制改革，加强医德医风建设，确实把医疗负担降到合理水平。三是进一步完善定点医疗制度。一方面要提高医保经办机构人员业务水平，努力实施有效监管。另一方面要加强定点医疗制度建设，用制度约束医、患及经办机构的行为。同时，应逐步提高定点医疗制度的制度层次，最终用法律法规的形式加以规范，使之更具约束力。

**医疗退休缴费测算报告范文 第八篇**

记者近日从我市城镇居民医保参保缴费工作启动大会上获悉，即日起至12月25日，凡具有焦作市城镇户籍的居民，可到户籍所在社区卫生服务中心办理参保缴费手续。各类全日制在校学生和其他18周岁以下城镇居民基本医疗保险个人缴费标准，由原来的每人每年20元调整为每人每年40元。参保居民从201月1日起享受居民医保待遇。逾期未办理的，将无法享受医保待遇。

参保对象：具有我市城镇户籍的居民

据了解，参保对象包括三类：具有焦作市城镇户籍，不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的城镇居民，包括中小学阶段在校学生(含职业高中、技校、幼儿园、大中专院校学生。下同)、少年儿童和其他非从业城镇居民;转为本市城镇户籍的被征地农民和在市区或各县市城区学校就读的农村户籍在校学生;未获得焦作市城镇户籍，但在焦作市城镇长期居住的流动人员。

缴费标准：18周岁以下每人每年40元

与往年政策最大的不同，就是我市对年城镇居民基本医疗保险个人缴费标准进行了统一调整。根据\_、省、市关于深化医药卫生体制改革要求，各类全日制在校学生和其他18周岁以下城镇居民基本医疗保险个人缴费标准，由原来的每人每年20元调整为每人每年40元。

据了解，城镇居民参加医疗保险，在校学生和其他18周岁以下城镇居民筹资标准为每人每年360元，个人缴纳40元，各级财政补助320元;18周岁及以上城镇居民筹资标准为每人每年460元，个人缴纳140元，各级财政补助320元。其中，低收入家庭年满60周岁以上的老年人，个人缴纳60元，各级财政补助400元。

此外，持有焦作市城市居民最低生活保障金领取证的家庭成员和持有\_残疾人证的重度残疾人员(一、二级)，其居民医保费按前款相应标准由财政全额负担。

享受待遇：一个年度内大额医保上不封顶

“20\_年参保居民享受门诊和住院报销待遇时间为20\_年1月1日至20\_年12月31日。”市社会医疗保险中心有关负责人表示，新参保(含中断续费)居民有90天等待期(新生儿除外)，90天之后发生的医疗费用方可享受报销待遇。

按规定比例报销普通门诊医疗费用。根据规定，居民医保门诊统筹费用筹资标准为每人每年60元，学校参保学生筹资标准为每人每年40元。一个缴费年度内发生符合医保政策规定的普通门诊医疗费用，不设起付线，按55%比例报销，累计报销额度为300元。

按规定比例报销政策范围内的住院费用。参保居民在定点医疗机构发生符合规定的住院费用，起付标准以下的由个人支付;起付标准以上、最高支付限额以下的费用由医保基金和参保居民个人按比例负担。

按规定比例报销门诊治疗规定病种疾病(居民门诊重症慢性病)医疗费用。凡符合门诊规定病种疾病的，在门诊治疗规定病种疾病的医疗费用，医保基金按70%的比例报销。

按规定比例报销大额补充医疗保险费用。在一个结算年度内，城镇居民基本医疗最高支付限额为6万元。超过基本医疗保险年度最高支付限额部分由大额补充医疗保险承担，报销比例不低于80%，自1月1日之后，一个年度内大额补充医疗保险报销额度上不封顶。

办理地点：户籍所在社区卫生服务中心

记者了解到，城镇非从业居民包括学龄前儿童，以家庭为单位，持户口簿、二代身份证等材料到户籍所在地的社区卫生服务中心进行申报登记。

新参保的城镇居民须提供下列材料：户口簿、二代身份证及其复印件。户籍为集体户口的居民持集体户口复印件和二代身份证;属于低保或重度残疾的，提供相应证明原件和复印件。属于低收入家庭60周岁以上的老年人，提供60周岁低收入家庭认定表;城镇居民以家庭为单位参保，不属于参保对象的，提供城镇职工医疗保险手册原件及复印件或相关证明。续费居民携带户口簿和二代身份证，在规定时间内续费。

此外，在校学生的参保缴费工作将于近期由市教育局统一组织。

该中心提醒广大市民，从20\_年起，社会保障卡将陆续发放到居民手中。在社会保障卡没有发放之前，参保居民须持本人身份证原件看病就医(未办理身份证的持户口簿原件)，不会影响居民享受医保待遇。

[焦作市城镇职工医疗保险卡]

**医疗退休缴费测算报告范文 第九篇**

通过整理实践资料以及统计调查问卷的回答，虽然人们都反映这制度不错，但我们不难发现在医保制度光鲜的背后还充斥着各种报怨与不满。

1、城乡医保差距太大

在做问卷调查以及发放知识宣传单时，很多居民就向我们反映城乡差距大的问题。他们所获得的报销远不及城镇居民的报销成度。这个制度最初的目的是帮助农民解决看病贵、就医难的问题，但是却更加突显了城乡差距大的问题，引起了群众的不满。那么，怎样解决这个问题呢?首先我认为政府应该加大力度。增加财政投入，尽量使农村报销水平与城镇差距缩小;其次就是完善医保制度，使它更全面、更维护农民的利益;另外还要严格要求工作人员，认真贯彻和履行“全心全意为人民服务”的宗旨。为百姓谋利益，严禁他们贪污谋私利的行为;最后，还应该设置人民监督机构，以便于此制度更公开、合理实施。

2、药价被抬高

不少居民反映，有些药品虽然报销了，但还比那些普通药店卖的价格高，显然价格被抬高了。针对这个问题我认为，政府应该严格按照市场标定价格，严惩那些随意抬高药价，损害群众利益的行为。

3、定点医疗机构太少

4、药品种类不全

一些居民反映，在定点机构，只能买到一些很普通的药品，那些比较贵比较重要的药品在这里是买不到的。解决这个问题，我认为定点机构应该多多引进各种药品，以满足广大人民需求。

医保在建设社会主义新农村，全面建设小康社会以及构建和谐社会的过程中起着重要性作用，因此要不断完善医保，缩小城乡差距，为百姓谋福利!

**医疗退休缴费测算报告范文 第十篇**

根据《\_社会保险法》第二十七条规定，参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费达到国家规定年限的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照国家规定享受基本医疗保险待遇;未达到国家规定年限的，可以缴费至国家规定年限。

《\_社会保险法释义》中关于累计缴费达到国家规定年限是指，缴纳职工基本医疗保险累计达到国家规定年限，不包括城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的缴费年限。为保持统筹基金收支平衡，切实保障退休人员医疗待遇水平，各统筹地区都对退休人员享受医疗保险待遇的最低缴费年限作了相关规定，一般为～30年不等。需要说明的是，本条所说的“国家规定年限”，既包括职工实际缴纳基本医疗保险费的年限，也包括职工参加基本医疗保险前的“视同缴费年限”。

为了解决部分职工缴费不足规定年限无法享受退休人员基本医疗保险待遇的问题，本法规定，未达到国家规定年限的，可以缴费至国家规定年限。累计缴费不足国家规定年限的，个人可按上一年当地职工平均工资的一定比例，继续按月缴纳基本医疗保险费;也可以自愿申请一次性补缴差额年限的基本医疗保险费。

工伤保险之声：参加工伤保险，化解工伤风险。

[城镇职工医疗保险缴费年限]

**医疗退休缴费测算报告范文 第十一篇**

城乡居民合作医疗保险，是在建设城乡统筹发展的直辖市中xx的伟大创造。xx年9月，xx市人民政府下发了《关于开展城乡居民合作医疗保险试点的指导意见》（渝府发[xx]113号），庚即在九龙坡、南岸、江北、永川、南川5个区开展试点。xx年扩大试点范围后，将在主城区全面推开，xx年试点区县达80%以上，xx年在全市建立城乡居民合作医疗保险。根据党的xx大“病有所医”和国家“人人享有基本医疗保障”的目标要求，建立xx区城乡居民合作医疗保险，必须未雨绸缪，抓早抓主动。

一、xx区居民基本医疗保险现状

（一）城镇职工医保：在完善中成熟

1、基本情况。xx区城镇职工医疗保险于xx年4月启动。现有927户国家机关、企事业单位54896人参保。其中，国家机关6253人，事业单位15716人，企业31915人，灵活就业1012人。xx年共筹资7022万元，截止xx年11月底，门诊就诊114510人次，住院就诊4774人次，共支出医疗费4286万元。据了解，xx年1月1日起，我区将纳入xx市主城9区市级城镇职工医疗保险统筹。

3、待解问题。xx年我区职工医保将纳入市级统筹，需要向市级医保机构反映解决以下问题。一是企业职工报销比例较低，个人负担偏高问题。二是要进一步加强对定点医疗服务机构、尤其是定点药店的监管。三是要理顺劳动部门内部医保办、城镇职工医疗保险管理中心、工伤与生育保险中心关系。

（二）“新农合”：创特色三方满意

1、运行状况。xx区作为xx首批新型农村合作医疗试点区县，自xx年11月启动以来，按照“惠民、便民、放心”的要求扎实工作，xx年，参合农民达到万人，占全区万农业人口的。xx年参合44万人，参合率达到了87%。xx年筹集“新农合”基金万元，至11月底，参合农民门诊就诊83233人次，住院就诊16150人次，支出“新农合”基金1536万元。几年来，“新农合”在农民“小病能治、大病有救”方面起到了积极作用，收到了群众得实惠、医院得发展、政府得信誉三方满意的效果。国家\_已把xx纳入“未来卫生体系联合研究”国际课题项目单位，并在亚洲地区推广xx经验。

（三）城镇居民医保：翘首以待条件具备

1、市民构成。xx年底，xx区除北部新区外有本区户籍城镇居民309593人，其中城镇职工54896人已参加医疗保险，未参加医疗保险的城镇居民244697人。在非职工城市居民中，有低保对象30638人，重点优抚对象1560人。

**医疗退休缴费测算报告范文 第十二篇**

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。

**医疗退休缴费测算报告范文 第十三篇**

在学习实践科学发展观活动中，我中心认真组织、加强学习，深刻领会学习科学发展观的重要性、必然性及目的和意义，结合医疗保险管理工作的实际，深入到参保单位，对退休人员和破产关停企业中进行医疗保险参保情况情况调研，现将具体情况报告如下：

一、破产关停企业医疗保障存在的困难和问题

\_\_\_\_\_县现有参保县属企业 75户

二、退休人员医疗保障存在的困难和问题

三、对策与措施

1、完成企业改制。政府一定要站在讲政治、保稳定、促和谐的高度，想尽办法帮助他们实现真正意义上的改制，使他们的企业员工身份得到置换，并且通过置换得到的经济补偿以促进他们自谋职业或再就业，这是上策。

2、出资买保险。在改制确实不能操作的情况下，政府应通过民政的困难救助方式，出资将他们纳入城镇居民基本医疗保险，每人每年70元，548人共需资金38360元，可过渡性地保障他们的医疗问题，待他们所在企业完成改制后，再将其纳入职工基本医疗保险或继续纳入居民基本医疗保险。

6、财政预算应到位。财政在每年的医疗保险缴费预算时，应按照政策规定的“工资总額”足额预算，这是实行“单基数”和“降低费率”的充分必要条件。

**医疗退休缴费测算报告范文 第十四篇**

城镇职工关于医疗保险调查报告总结

一、存在的主要问题：

(一)基本医疗保险统筹基金收支平衡压力很大(为便于分析，我们将基本医疗保险基金分为统筹基金和个人账户基金，因为个人账户基金实际上不能用于统筹支付，所以只分析可以统筹支付的基金，在本报告中称为统筹基金)。

我县基金收入的基本稳定与基金支出的大幅度上升的矛盾十分尖锐。从xx年至xx年，基本医疗保险统筹基金收入的平均增长速度为6%，而基金支出的平均增长速度为33%。

(二)存在问题的主要原因。通过对运行以来的各方面进行全面分析，出现这一突出问题的原因主要有以下几个：

1、我县特殊政策形成的特殊原因。以下是我县与其他区县相比较具有的特殊政策形成的风险，属于个性原因。

(1)参保规模和征缴基数的影响，使基金收入总量小。

①参保规模小，形成我县基本医疗保险的固有风险。我县基本医疗保险的参保人数只有万人，比其他许多县都少。保险这个特殊的行业遵循其固有的大数法则，即规模越大，风险越小，所以，我县基本医疗保险的风险本身较大。

②基金征缴基数使我县基本医疗保险的风险进一步扩大。我县基本医疗保险实行的`是单基数征缴，即基本医疗保险基金的征收基数为在职职工工资，退休职工工资不计入缴费基数;同时在职职工个人要缴纳一定费用，退休职工个人不缴费(除大额医疗基金人月均缴2元外)。与其他一些区县有所不同的是两个方面：一是单基数与双基数的问题，南川、梁平等县实行双基数缴费，就是退休职工个人虽不缴费，但所在单位要以退休职工的工资为基数缴费。如果按双基数征收，以我县目前的比例，每年应对退休职工征收基金约230万元。二是工资基数的不高。我县参保职工平均工资较低。

以上两个原因，致使我县基本医疗保险基金的收入总量不足以支撑支出的增长。

(2)报销政策的影响，使基金支出增大。

我县基本医疗保险的费用报销政策较为优惠。我县xx年平均报销率为医疗总费用的(包括医疗补助)，在全市处于高位。据考察，其他区县在65%左右，主要原因是其他区县均未实行医疗补助政策。我县优惠的报销政策对参保职工是有利的。但是，部分政策在实践中被参保职工过分合理化运用，增加了基金平衡的难度。

①基本医疗补助政策影响。(按政策，只有公务员才实行医疗补助,但我县的作法是将医疗补助政策扩大到所有参保人员，参保单位按工资基数的一定比例筹集医疗补助资金,目前按2%左右,其中行政事业单位由财政解决;补助办法是对报销比例较低的情况进行补助，提高总体报销水平)。我县基本医疗补助政策在提高职工医疗保险待遇的同时，也减弱了基本医疗保险基本政策(暂行办法)中对住院门槛费和转外就医的控制，使职工普遍小病住院，住院人次大幅度上升，转外就医成风。可以说，对起付线和转院自付部分的补助促进了小病住院和盲目转院的发生。

②特殊疾病报销政策的影响。xx、xx年、xx、xx年全县特殊疾病人数分别达到为540人、675人、755人、909人。xx年特殊疾病辩证门诊费用支出万元，为当年统筹基金支出的170%。通过与其他区县政策的比较，我们认为主要问题出在我县对特殊疾病门诊费用没有实行最高限额报账。我县特殊疾病一人最高己报至万元。同时，我县医疗补助政策对特殊疾病取消了门槛费，这样，特殊疾病的报销平均比例很高，这是其他区县无法望我之项背的。特殊疾病门诊就医管理比住院就医管理更难，所以费用控制更加困难，一人持卡、全家吃药的情况难免发生。特殊疾病门诊费用的增长成了我县医疗保险基金支出最凸出的增长点。

③个人账户政策的影响。按现行政策，我县基本医疗保险个人账户占用了基金总额近一半。xx年1月至xx年，基本医疗保险基金累计收入万元，累计划入个入账户万元，占总额的，主要原因是退休职工不缴费，但要按较高的比例为其划入个人账户。南川、梁平等区县由于实行了双基数，退休职工个人账户的来源并不占用或者不完全占用在职职工的基金收入，个人账户(退休和在职工)占统筹基金的比例比我县低。

④统筹基金最高支付限额政策的影响。我县统筹基金的支付最高限额为万元，在全市比较居高。南川等县的平均最高限额为万元，其中万州为万元。由于我县的最高限额偏高，在统筹基金中支付额度相对就较大。

(3)医疗管理需要加强。为了加强医疗保险管理，我县出台了《关于进一步加强医疗保险管理工作的通知》、《\*\*县基本医疗保险违规行为举报奖励暂行办法》，修改了定点医疗机构考核办法。今年以来更是加大力度，先后查处了多起违规事件，并严处了违规医疗机构，一定程度上遏了违规行为。但由于医疗保险管理是一项世界性难题，小病大养、弄虚作假等行为仍然是基金流失的重要原因。仍需要进一步切实加强管理。

2、共性原因。以下情况是全市乃至全国都存在的，属于共性原因。

(1)药品及诊疗项目的更新、滥用好药等因素导致医药费的增长。这是每个县都存在的问题，也是我县基本医疗保险从纵向比较费用增长的重要原因。医疗保险施行以为，XX市多次调整了药品目录和诊疗项目，扩大了可报销药品范围和新增了先进的可报销医疗项目，使医疗费用呈自然增长。同时，也有个别医疗机构蓄意推荐、部分参保职工盲目选择费用昂贵的进口材料、先进诊疗技术。医务人员随意使用好药贵药也是费用增长的原因，例如，以前医生治病总是用价格比较低廉的药物，如抗生素一般用青霉素、氨苄青霉素、庆大霉素等价格较低廉的药物，而现在，或是受效益的驱动或是为求速效，医生治病普遍采用头孢他定、左氧氟沙星等瓶价格昂贵的药物。

综上，我县基本医疗保险基金运行存在较为严重的问题，出现问题的原因是多方面的，既有国家大政策体系的原因，也有本县政策上的原因，还有管理上的原因。是否可以得出如下结论：我县基本医疗保险运行的报销水平是建立在高于我县经济发展水平、财力水平和基金本身的承受能力之上的;基本医疗保险政策深得民心，但基金运行压力很大。

(三)解体企业职工医疗保险问题。一是目前医疗保险除灵活就业人员医疗保险外，均以用人单位为参保单位，企业解体后，职工的医疗保险接续问题没有很好解决。二是医疗保险运行前的破产企业职工的医疗保险问题。按以前的政策，我县于1993年开始运行车有企业大病统筹。按相关文件，国有企业改制时，对达到退休年龄的职工进行了余命医疗费用清算，但未达到退休年龄的职工没有解决好医疗保险的接续问题。

**医疗退休缴费测算报告范文 第十五篇**

问：你好!我想问下职工养老保险和医疗保险至少要交的年限是一样的吗?我于上班时买了这个保险现在在家带小孩没上班，这两样保险能不能停止交纳?还有医疗我是交的不包含门诊的那种，也就没有钱不能在门诊上买药，那请问我这种医疗保险有哪些好处了，退休了能享受吗?

提问者：茉莉花

市人社局回复：感谢您对“城镇职工养老保险和医疗保险至少要交多少年”问题的咨询!

一、按照现行社保政策，需同时满足以下两个条件的参保职工，方可在办理退休手续的次月起，按月领取基本养老金。1、到达国家法定退休年龄:男年满60周岁，女工人年满50周岁，女干部年满55周岁。在个人服务窗口参保缴费的女职工，其退休年龄按55周岁确定，其中，原为国有或集体企业正式职工的或随单位参保缴费达以上的，其退休年龄可根据本人自愿，选择50周岁或55周岁;2、累计缴费年限不少于。简而言之，即在达到法定退休年龄且累计缴养老保险费达15年以上的便可办理退休。

1、您以灵活就业人员身份办理完结按月领取基本养老金待遇审批手续后，及时持本人《职工医疗保险手册》及《湖北省企业职工退休条件审批表》，到宜昌市社会保险基金征收稽查处(环城北路40号)个人账户管理科9号窗口，按相关规定申请办理医疗保险费(按上年度我市城区退休人员平均医疗费水平和每年的递增比例核算)退休一次性清算手续，补齐医疗保险不足的缴费年限后，享受宜昌市城区医疗保险相关待遇(既享受按您本人上年度基本养老金为基数划分的医疗保险个人账户，又享受医疗保险住院待遇)。具体清算标准如下：

2、按照现行医疗保险相关政策规定，12月1日前已参加基本养老保险的个人参加医疗保险，达到法定退休年龄在办理退休手续时，1月1日以后单位缴费时间不计算缴费年限的，缴纳医疗保险实际连续缴费年限不得少于10年;201月1日以后计算单位缴费时间不得少于15年(含灵活就业人员身份缴费年限)。缴费年限不足的，应在其办理退休手续时，以当地上年度退休人员平均医疗费为基数，以自然年度计算，每年按10%的递增率，一次性补齐不足年限的医疗保险费，缴齐后，终生享受医疗保险待遇。

二、从您来件中看，您手头上没有多余的钱，根据现行政策规定，养老保险计算累计缴费年限，即：您如果断交养老保险费，以前的缴费年限，我们将为您保留，待以后缴费时，将前后的缴费年限累计计算。但医疗保险不能累计计算缴费年限，如果中断，将从下次缴费时重新计算缴费年限。

以灵活就业人员身份缴纳社会保险费只有三项：基本养老保险费、基本医疗保险费及大额医疗保险费。续缴社会保险费可选择按月缴、季缴、年缴，养老保险在结算期内(次年6月30日前)任何时间缴费均可，医疗保险则需先缴纳后享受，且必须连续缴费，不可间断，是否补缴都由您自己决定，随时都可以补缴。

您可按以下缴费档次和标准自行选择缴费(补缴或续缴标准都一样，此标准的执行时间截止6月30日)：

1、基本养老保险缴费标准(元)

年缴费基数25977元 月缴费基数 缴费比例 月缴费标准 年缴费标准

一档 60% 1299 20%

二档 70% 1515

三档 80% 1732

四档 90% 1948

五档 100% 2165

六档 150% 3247

七档 200% 4330

八档 250% 5412

九档 300% 6494

2、基本医疗保险缴费标准(元)

月缴费基数 缴费比例 月缴费标准 年缴费标准

2165 9%

(一经选定，至法定退休年龄不得更改)

3、大额医疗保险缴费标准：元/月

[城镇职工医疗保险交多少年]

**医疗退休缴费测算报告范文 第十六篇**

一，关于新型农村合作医疗

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。

新型农村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。新型农村合作医疗制度从xx年起在全国部分县(市)试点，预计到20\_年逐步实现基本覆盖全国农村居民。根据\_中央、\_及省政府关于建立新型农村合作医疗制度的实施意见有关精神，农民大病统筹工作改称为新型农村合作医疗制度，新型农村合作医疗实行个人缴费、集体扶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xx0元。

二，建设新农合的意义

三， 历史弊端

由于受经济条件的制约，在农村，“小病挨、大病拖、重病才往医院抬”的情况司空见惯，目前因因病致困返贫现象严重，农村需住院而未住者达到41%;西部因病致贫者达300—500万。农村的贫困户中70%是因病导致的。自1985年以来，虽然农村居民收入也在不断增长，但增长幅度明显小于城镇居民。剔除物价因素，1985—1993年农村居民收入年均实际增长，而同期城镇居民收入年均实际增长，国内生产总值年增长速度为9%。1988年以后，农村居民实际收入增长基本处于停滞状态，\_—1993年农村居民收入年均实际增长仅为。但与此同时，农民医疗支出大幅上升。以安徽省为例，xx年前三季，农村人均医疗支出元，与上年同期元相比，上升了;其中医疗卫生保健人均支出19元，已接近上年人均全年支出元。1990年人均全年压疗支出元，1998年历史最高为元，1999年为元，10年间增长了倍，而10年间农民纯收入增长也仅是倍。 而且在全国的保障制度中，农民被排挤在保障体系之外。农村社会保障始终处于我国社会保障体系的边缘，有相当部分社会保障的内容将整个农村人口排挤在保障体系以外。我国农村的经济发展水平仍然非常低下，多数农村居民收入水平偏低，承受能力弱，相对于城镇社会保险改革进度而言，农村社会保险仅局限于部分富裕地区试点阶段，家庭保障仍是农村社会保障的主体。 以医疗保险为例，我国当前进行的医疗保险改革不同于发达国家，最大的原因就在于它不是全民医保，而只是城镇职工的医疗保险改革，目前是解决公费医疗负担过重问题，保障基本医疗服务。而农村合作医疗制度虽然曾在农村被广泛实践过，但几经周折，最终由于各种原因而解体。

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！