# 农村医疗服务合同

来源：网络 作者：海棠云影 更新时间：2024-01-15

*第一篇：农村医疗服务合同甲方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市农村合作医疗管理委员会办公室乙方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_第一章　总则第一条　根据《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市新型农村合作...*

**第一篇：农村医疗服务合同**

甲方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市农村合作医疗管理委员会办公室

乙方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

第一章　总则

第一条　根据《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市新型农村合作医疗实施办法》第\_\_\_\_\_\_\_章第\_\_\_\_\_\_\_条规定，为了保证参加合作医疗的农民享受基本医疗服务，明确双方的权利与义务，按照诚实守信的原则，经平等协商，自愿签订本合同。

第二条　甲方聘请乙方为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市农村合作医疗定点医疗机构，并向参合对象公示，供其自主选择。

第三条　双方应认真遵守国家的有关规定及《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市新型农村合作医疗实施办法》（试行）及有关规定。

第四条　甲方应及时向乙方提供参合人员名单及相关资料，及时向乙方通报合作医疗政策及管理制度、操作规程的变化情况。

第五条　乙方所使用的合作医疗管理软件，应与甲方的管理软件相匹配，甲方负责乙方合作医疗计算机管理及操作人员的培训。

第二章　医疗服务管理

第六条　乙方应有专门的职能科室和人员负责合作医疗工作，严格执行《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_省新型农村合作医疗服务规范》，按照医疗机构等级标准为参合农民提供良好的医疗服务，保证服务质量。

第七条　乙方接诊参合人员时应认真进行身份和证件识别，查看本人合作医疗证、身份证、住院治疗出院时和门诊治疗需核（报）销家庭账户余额的必须在患者本人合作医疗证的相应栏目中作好记录，因乙方工作人员失误出现门诊家庭账户、住院医疗费用结算错误，或因审查不严将非参合对象住院医疗费用列入合作医疗报销范围的，甲方不予支付。

第八条　乙方为参合人员办理入院时，应按照住院病种目录范围审查，不符合住院标准的，应劝其改为门诊治疗。

第九条　乙方应热情接待参合患者，不得随意推诿或拒绝参合对象就医和咨询；对急、危、重病和慢性病患者不能因医疗费用过高而将尚未治愈的强行办理出院。

第十条　甲方应及时协助乙方为参加合作医疗的农民提供政策咨询及其他服务，协调解决参合患者与乙方的矛盾。

第十一条　乙方应向参合人员公示常规医疗服务项目收费标准和常用药品价格。

第十二条　《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市新型农村合作医疗实施办法》第\_\_\_\_\_\_\_章第\_\_\_\_\_\_\_条规定不属合作医疗补偿范围所发生的医疗费用甲方不予支付。

第十三条　乙方应提高参合患者入院三日确诊率，如一周内仍不能确诊者，应及时向上级医疗机构转诊，同时向甲方报告。

第十四条　乙方应协助甲方负责参合患者转诊转院，原则上实行逐级转诊。

第十五条　乙方向参合患者提供超出合作医疗支付范围的医疗服务，需由参合患者自己承担费用时，应征得参合患者本人或其家属同意（由患者或亲属签字认可）。

第三章　诊疗项目管理

第十六条　合作医疗基金不予支付项目：

（一）医疗服务项目类：

1．院外会诊费、病历工本费等。

2．出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、自请特别护士等特需医疗服务。

（二）非疾病治疗项目：

1．各种美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术等。

2．各种减肥、增胖、增高项目。

3．各种预防、保健性的诊疗项目。

二、结算依据

（一）《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市新型农村合作医疗实施办法〈试行〉》和本合同中规定不予支付项目。

（二）《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市新型农村合作医疗基本用药目录》。

（三）县合管办关于印发合作医疗定点医疗机构《合作医疗服务项目结算标准（暂行）》、《合作医疗手术项目结算标准（暂行）》的通知。

（四）定点服务医院各种结算费用详细清单、处方、检验检查报告单、正规住院发票等有效凭据。

第六章　惩处

第二十六条　甲方查出乙方有下列情况之一的，处以发生金额的两倍罚款：

（一）虚挂住院病人、做假病历、与患者串通，空记账套取合作医疗基金的；

（二）治疗和使用药品与本病情无关发生的费用计入合作医疗基金报销范围的；

（三）利用职权开搭车药、回扣药品的；

（四）其他违反合作医疗有关规定发生的费用计入合作医疗基金报销范围的。

第二十七条　乙方有下列情况之一发生的医疗费用，甲方不予支付，并视情节轻重给予一定数额的罚款。

一、违反合作医疗用药规定的或住院病历不按规定详细记录病情治疗经过、药品使用情况或治疗和使用药品与病历记载不符的。

二、截留病人不及时转诊延误病情的。

三、不执行诊疗规范，不坚持出入院标准，将不符合入院标准的病人收院治疗或故意延长病人住院时间的。

第二十八条　乙方发生本章第二十六条、第二十七条中所列条款累计达三次，甲方将暂停其合作医疗定点服务医疗机构资格。

第七章　争议处理

第二十九条　本合同执行过程中如发生争议，乙方可按照《中华人民共和国行政复议法》和《中华人民共和国行政诉讼法》的有关规定，向同级卫生行政部门申请行政复议或向人民法院提请行政诉讼。

第八章　附则

第三十条　本合同有效期自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止。

第三十一条　合同执行期间，国家法律、法规及《\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市新型农村合作医疗实施办法》等有调整的甲乙双方按照新规定修改本合同，如无法达成协议，双方可停止协议。合同执行期间，乙方的注册资金、服务条件、服务内容、法人代表等发生变化时应及时通知甲方。

第三十二条　合同期满前1个月，甲乙双方可以续签本合同，续签合同前甲方应对乙方进行年度考核。年度考核不合格者，不再续签新合同。

第三十三条　本合同一式两份，甲乙双方各执一份，具有同等效力。

**第二篇：医疗服务合同**

医疗服务协议书

甲方：深圳市社会保险基金管理中心 乙方：

甲方确定乙方为我市社会保险定点医疗机构。乙方为我市社会保险参保人提供医疗服务。甲乙双方社会保险医疗服务的内容为工伤医疗。双方同意本着全心全意为人民服务的精神和平等互利、互相支持的原则，共同搞好社会保险医疗服务的管理与服务工作。为保证管理与服务工作的顺利进行，经双方协商同意，签订如下协议：

第一章 总则

第一条 甲乙双方应认真贯彻执行国家《工伤保险条例》、《广东省工伤保险条例》等法律、法规及有关规定，执行我市制定的各项配套管理办法和甲、乙双方协议的有关规定，以及在本协议签定后根据国家、广东省相关政策发布的文件。

各项配套管理办法包括（详见附件）：

1、《深圳市工伤保险医疗管理办法》；

2、《深圳市工伤保险约定医疗机构工伤医疗服务质量考核与奖励工作程序》；

3、《深圳市城镇职工社会医疗保险违规行为举报奖励办法》。

第二条 双方应向参保人宣传社会保险医疗服务的政策、规定，教育工作人员严格执行社会保险医疗服务政策、规定及本协议条款。

甲方应协助定点医疗机构对医务人员进行社会保险医疗服务政策培训及考核。甲方应及时向乙方通报社会保险医疗服务各项新的政策、规定及操作规程等。乙方应通过设置社会保险医疗服务宣传栏、公布乙方社会保险医疗服务咨询电话、设置导医服务台等方式，方便参保人就医，提供社会保险医疗服务政策咨询，公布主要医疗服务项目和药品名称、收费价格。

第三条 双方有权向对方提出合理化建议，有权检举和投诉对方工作人员的违规、违法行为。

第四条 乙方必须成立社会保险医疗服务管理机构，由一名院领导负责社会保险医疗服务工作，配备专（兼）职的社会保险医疗服务工作管理人员，制定与社会保险医疗服务政策规定相适应的内部管理制度，每个季度对社会保险医疗服务质量和执行社会保险医疗服务政策的情况进行自查，组织医生和护士内部复查，并形成书面材料报送甲方。

第五条 乙方应坚持“以伤（病）人为中心”的服务准则，全心全意为参保人服务。在为参保人提供医疗服务的过程中，严格执行首诊负责制和因病施治的原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。

第六条 乙方在为参保人提供医疗服务时，应尽可能使用社会保险医疗服务支付范围内的药品、诊疗项目，切实减轻参保人的负担。严格履行“告知”义务，在为参保人提供社会保险医疗服务支付范围外的药品、诊疗及服务项目时，应征得参保人或其家属同意并签字。否则视为违规，相关费用由乙方承担。乙方必须为参保人提供所有收费项目的费用明细清单，清单中应列明各项目收费标准、自费和社会保险医疗服务记帐金额。

第七条 甲方有权对乙方执行相关规定和本协议的情况进行监督检查，可以通过媒体将乙方为参保人提供的社会社会保险医疗服务情况向社会通报。乙方有责任配合检查工作，及时提供甲方要求的各种资料：处方、检查报告单、治疗单、病历、费用明细清单、药品和医用材料价格单（含进货、调拨单）、被投诉违规部门或医生的有关材料等。

第八条 乙方应加强内部管理，控制医疗费用的不合理增长，严格执行本协议规定的各项费用控制指标。如费用超标，由乙方承担超标费用，甲方不予补偿。第九条 甲方应协助乙方完善社会保险医疗服务电脑信息系统。应根据乙方提供的资料，及时对其社会保险医疗服务药品、诊疗项目、科室、医生及医院基本情况等信息库进行变更和维护。

乙方要配备完善的电脑设备，配备电脑专业技术人员和熟悉业务的操作人员，确保电脑系统正常运行，要按照社会保险医疗服务管理规定按时、准确的录入、传输有关信息，保证信息的准确与完整。协助甲方建立和完善各种基础数据库，提供甲方在确定或调整费用结算标准所需的各类资料和数据，及时完成信息的变更和维护等工作。因乙方电脑系统不完善或操作原因造成费用录入等方面的问题，甲方不支付相关的医疗费用。

第十条 乙方在为参保人提供医疗服务的过程中，如有违反第一条规定及本协议的行为，甲方有权向乙方提出整改意见，并做相关处理。乙方有严重违规行为，造成恶劣影响或基金损失的，甲方可以单方面解除本协议，乙方应承担相应责任。

第二章 就医管理与服务

第十一条 参保员工受伤后，应立即送往就近的医院抢救，伤情稳定后应转到约定医院诊治。约定医院医生接诊后，进行客观的登记（注意标明准确的接诊时间、简明的受伤经过等）和必要的检查后，做出诊断，进行治疗。在门诊治疗的伤者先交现金，治疗终结后到社保部门核销工伤医疗费；需住院治疗的伤者凭社保部门发出的《深圳市工伤保险医疗费用记帐通知书》和《深圳市工伤保险住院结帐单》进行记帐医疗，治疗终结后有关费用由约定医院向社保部门申报偿付。第十二条 甲方应严格核发《深圳市工伤保险医疗费用记帐通知书》和《深圳市工伤保险住院结帐单》。乙方在工伤员工就诊时应认真查验参保员工身份和上述资料信息是否相符。如发现就诊者有冒名顶替嫌疑时，应拒绝记帐并扣留有关证件，并及时通知甲方。否则发生的医疗费用甲方不予支付。第十三条 乙方应严格掌握入出院标准。如将不符合住院条件的参保人员收入住院或挂名住院、或将不符合急、危、重症伤者收住入ICU病房等，其工伤医疗费用按违规处理；乙方不得无故拒收符合入院标准的伤者（尤其是急、危、重症伤者）或以各种借口推诿伤者，如有上述情况，由乙方承担拒收所造成的全部责任。

第十四条 乙方必须保证提供不低于80%的符合基本医疗保险支付标准的住院床位。甲方对参保人床位费最高支付标准为50元/床日（急诊抢救室、重症监护室、无菌室等特殊房间床位费按物价部门核准的收费标准执行）。乙方为参保人提供超过50元标准的床位时应事先征询参保人或其亲属签字同意。乙方须严格执行床位费收费标准，对不足50元标准的床位，应严格按实际收费标准收费，如果将不足50元标准的床位按50元标准记帐，一经查实，甲方扣付超收部分的费用。

第十五条 乙方应加强参保人的出入院管理，保证需要住院的参保人能够得到及时的治疗，及时为符合临床治愈标准的参保人办理出院手续。禁止将应当在门诊检查治疗的轻伤（病）参保人收入住院治疗，也不能强行让未治愈的参保人出院。

参保人住院时，乙方科室应核对参保人相关社会保险证件或证明，在病历首页登记证件号码。入院通知书应保留在病历内供甲方核查。

参保患者出院后，乙方认为其由于伤（病）原因确需在10天内再入院的，由乙方开具入院通知书，并由科主任签字、乙方相关办公室（如医保办）审核，之后到甲方的相关部门办理核准手续。甲方不定期对十天内再入院参保人的住院情况进行专项检查。

第十六条 参保人市外转诊要按照逐级转诊和首诊负责制的原则办理。转诊条件和办理程序按照《深圳市工伤保险医疗管理办法》（附件1）执行。第十七条 参保人在乙方就医时发生意外事故的，乙方应在发生之日起15天内通知甲方。经鉴定属于医疗事故的，由此引发的医疗费用全部由乙方承担。乙方一年内发生两次或两次以上医疗事故并造成严重后果（残疾、死亡）的，甲方可以单方面解除本协议。

第三章 诊疗项目管理

第十八条 乙方能为参保人提供并记帐的诊疗项目为：在签定本协议之前已经开展，医疗机构执业证核准诊疗项目范围内，属于基本医疗保险支付范围的项目；经向甲方申请并同意准入的诊疗项目及经社会保险机构核准同意的工伤保险增加的诊疗项目。

第十九条 乙方在签定本协议之后开展的属于基本医疗保险支付范围内的诊疗项目（包括大型医疗设备检查治疗项目），乙方可根据《深圳市城镇职工基本医疗保险诊疗项目和服务设施范围管理办法》（深社保发[2024]79号）规定向甲方申请纳入记帐范围。未经甲方同意准入的不能记帐，发生的相关费用甲方不予支付。第二十条 未经甲方准入或核准的门诊特检项目不能纳入社会保险医疗服务记帐范围。

第二十一条 门诊诊疗应遵循先做一般检查治疗，后做门诊特检项目的原则，保证门诊特检诊断结果达到国家规定的阳性率。乙方应充分利用参保人在其它社会保险定点医疗机构做的检查治疗结果，节约卫生资源和医疗保险基金。第二十二条 乙方为参保人进行检查治疗的收入不得与医生或科室收入直接挂钩，不得以任何形式回扣开单费给医生。乙方违反本条规定，甲方经查证属实的，可拒付相关费用，并取消相关约定项目，情节严重的，甲方可单方终止本协议。

第二十三条 乙方如将全部或部分社会保险医疗服务支付范围的项目改为承包、转包、独立核算经营等方式的，甲方有权拒付全部违规费用；若情节严重，损害了参保人利益，造成社会保险基金损失的，甲方可以终止本协议。

第四章 药品管理

第二十四条 乙方基本医疗保险药品目录内药品备药率：三级医院西药≥80%、中成药≥50%，二级医院西药≥70%、中成药≥40%，专科医院专科药≥85%，所备药品使用率≥90%。

第二十五条 乙方为参保人门诊诊治时，开处方应控制药量，对住院参保人出院带药品种和药量也要严格控制，严格参照执行《深圳市城镇职工社会医疗保险用药管理办法》（深社保发[2024]75号）的相关规定。第二十六条 乙方如有生产医院制剂，需经甲方核准，才能纳入记帐范围，未经甲方核准的不能记帐。需纳入工伤医疗记帐范围的，按照《深圳市城镇职工社会医疗保险用药管理办法》（深社保发[2024]75号）的相关规定办理申报手续。

第二十七条 乙方应严格执行国家、省、市关于药品价格的政策规定。第二十八条 使用药品目录内限制使用范围、医师级别、医院级别或科室的药品，必须按要求使用，不按限制条件使用并记入社会保险医疗服务帐内的，甲方拒付相关的药费。

第二十九条 如发现乙方有假、劣药品售出，一经核实，甲方拒付相关费用，并向市药品监督管理局反映，同时根据相关规定作出处理。

第五章 医疗服务监督管理

第三十条 甲方遵循“公平、公开、公正”的原则，依法对乙方进行监督检查。

甲方采取多种方式相结合对乙方进行检查：常规检查、专项检查、重点检查、普查、抽查、实地检查、电脑监控、事后检查、事中检查等，重点利用电脑信息系统提供的材料进行有针对性的检查，提高管理效率。同时加强对参保患者在乙方住院检查治疗和借证就医等情况的巡查工作力度。甲方可以会同卫生行政主管部门、物价部门、药品监督管理部门等对乙方进行联合监督检查。甲方应将检查情况向乙方通报。

第三十一条 对于乙方医疗服务中出现的违规情况，任何人有权进行举报，甲方对举报人实行奖励制度。社会保险医疗服务的举报奖励办法，参照《深圳市城镇职工社会医疗保险违规行为举报奖励办法》（深社保发[2024]76号）执行。

第六章 附则

第三十二条 住院费用由甲方按月偿付，总结算。甲方每月按核定住院总费用金额的\_\_\_%偿付，其余\_\_\_%与执行工伤保险政策和医疗服务质量挂钩，每结算时按综合考核结果兑现。经检查乙方服务质量不合格的不予偿付或酌情扣减。按规定应由甲方偿付的总费用余额结算付清，做到不拖不欠。第三十三条 本协议有效期自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止。双方签字盖章确认始生效。

本协议未尽事宜，甲乙双方可以换文的形式进行补充，经双方签字盖章确认后，其效力与本协议相同。

第三十四条 本协议执行期间，国家、省、市法律、法规有调整的，甲乙双方可以根据新规定修改本协议，协议修改前仍按本协议执行；无法达成协议的，双方可终止协议。

第三十五条 在协议执行期间，乙方服务条件、服务内容、法人代表、地址变更等发生变化的，应及时通知甲方，由甲方核定变更后乙方是否仍然符合定点医疗机构资格，并由甲方决定是否继续履行协议。

第三十六条 乙方在本协议到期前的60天应向甲方提出续签约申请；到期不申请的，视作自动放弃定点医疗机构资格，并从本协议到期之日起停止所有社会保险医疗服务业务。

第三十七条 协议有效期内，一方提出终止协议必须提前60天通知对方。但乙方违反本协议的规定时，甲方有权根据本协议规定随时解除协议。第三十八条 本协议一式\_\_\_\_\_份，乙方持有\_\_\_\_\_份、甲方持有\_\_\_\_\_份，具有同等效力。

甲方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乙方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖章）

（盖章）

法人代表：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法人代表：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**第三篇：医疗服务合同的订立**

（一）内容具体确定；

（二）表明经受要约人承诺，要约人即受该意思表示约束。”医院开业并标明挂号费以及自己服务项目的行为应视为要约。尽管按合同法的传统理论，要约是向特定的人发出的。但是，法律在某些特定情况下允许要约人向不特定的人发出订约的提议具有要约的效力，例如悬赏广告、船期表、商店的明码标价的行为等等普遍被认为是要约

。要约人愿意向不特定人发出要约，并且承担由此而产生的后果。患者挂号的行为是承诺。说明患者能接受就诊医院的各方面条件，同时患者有承担因自己的选择而可能带来的医疗风险的心理准备。医院作为要约方，病人作为承诺方，双方都对标的（医院提供的医疗服务行为），价格，地点等没有异议，即对合同的主要条款达成共识。至此，医患双方缔结医疗合同，他们之间的合同关系成立。医疗服务合同与一般的经济合同有所不同，一般的经济合同的主体有订立合同和不订立合同的选择权，而作为医疗服务合同的主体之一医院则没有这一选择权，即病人来就医医院必须予治疗。我国医疗卫生法律规定医院的宗旨是“防病治病，救死扶伤”，这一宗旨决定了医院没有拒绝治疗的权利。

医疗服务合同的订立

**第四篇：农村医疗服务和农民医疗状况调查**

农村医疗服务和农民医疗状况调查

一、调查说明

农村居民医疗服务状况问卷调查报告近年来，群众反映看病难、看病贵的问题比较突出。为了了解当前我市农村居民医疗服务状况，我组于近期在平顶山市选取了100户农村居民进行了抽样问卷调查，调查结果表明，当前新型农村合作医疗广为人知，也受到了大部分农户认可，取得了一定的效果，但实际工作中也存在不少困难和问题，要使新型农村合作医疗制度保持持久的生命力，还需不断倾听农民的呼声，改进工作方式方法，不断完善实施方案。

二、调查方式

抽样问卷调查

三、调查目的运用在校学习的基本知识和基本理论，去研究和探讨实际问题的实践锻炼，培养我们运用中国化的马克思主义解决实际问题的能力，提高实践能力和社会适应能力。通过这次实践调查，更好地了解农村医疗服务问题。

四、调查对象

本次调查涉及全市100户384人，人均纯收入4611元，95%为非低保户，5%为低保户。

五、调查时间

2024年7月15日至2024年8月25日

六、调查内容及数据

低保户中有80%是因疾病损伤致贫，20%是因家中劳动力少致贫。

七、调查结果及分析

（一）73%的人选择距离家最近的卫生组织是村卫生室，10%的人选择是私人诊所，9%的人选择是社区卫生服务中心，7%的人选择是乡镇卫生院，1%的人选择市级以上医院；家到最近的卫生组织的距离60%的人选择不足1公里，39%的人选择在1-2公里，1%的人选择在2-5公里。

（二）99%的农户参加新型合作医疗制度。在被调查的100户中，只有1户没有参加新型农村合作医疗制度，参保率达99%。

(三)66%的人认为农村新型农村合作医疗应以保大病或保住院为重点,33%的人认为门诊、住院都保，1%的人认为应以保门诊或保小病为重点。

(四)19%的人对农村新型农村合作医疗感到满意，71%的人基本满意，8%的人不满意，2%的人选择说不清楚。不满意的地方主要有报销医药费少，报销手续烦，定点医院收费高，定点医院看病手续烦，定点医院少，就医不方便，定点医院医疗水平低等。

(五)47%的人认为农村新型农村合作医疗个人所承担的比例基本合适，11%的人认为过高，10%的人认为过低，32%的人选择说不清楚。

(六)在现有合作医疗基础上，44%的人愿意再增加医疗保障支出，56%的人不愿意增加。

(七)如果有家庭成员患病，经常就诊的医疗单位44%是村卫生室，44%是乡镇卫生院或社区卫生服务中心，7%是私人诊所，5%是县级或以上医院。选择上述单位的主要原因：56%是离家近，13%是质量好，11%是定点医疗单位，8%是有熟人，7%是价格低，5%是其他原因。

(八)调查前半年，22%的农户没有家人患病，59%的农户有家人得了小病，10%的农户有家人有慢性病，7%的农户有家人患了大病、重病，2%的农户有家人得了其它病。89%的人患病后及时就诊，共花费医药费121743元，按照规定能报销或减免43509.4元，实际报销或减免20712.3元。没有及时就诊的主要原因有病轻，自己治疗，经济困难，能拖则拖，医药费不能报销等。

（九）43%的人认为现在看病难，51%的人认为不难，6%的人选择说不清楚。

（十）86%的人认为现在看病贵，5%的人认为不贵，9%的选择说不清楚。认为贵的原因主要有药品太贵，检查太多，医疗机构乱收费，个人支付比例高等。

（十一）9%的农户因家人得病在2024年向医生送过红包。

八、总结

（一）报销范围窄、比例低，报销的医药费少。调查显示，实际报销或减免仅占全部医药费的17%，农民挣钱不易，他们希望每一分钱的投入都要得到回报。而目前我市推行的新型农村合作医疗制度是以大病统筹为主，对小病、门诊补偿的比例很低。而一般来说，农民患上需住院治疗的大病相对较少，而头痛、感冒等小病时有发生，但不需住院治疗。因此，农民在缴纳费用后，往往全年得不到任何的医疗补偿，导致农民认为付出多，回报小，不划算。这在很大程度上影响了农民的积极性，身体健康、没有患过大病的农民不太愿意参加。

（二）部分定点医院不规范经营，乱收费，农民利益受损。调查显示药品太贵、检查太多及乱收费是目前看病贵的主要原因，而现在的医疗机构都是按市场经济规律经营，追求利润最大化是目标之一。新型农村合作医疗的定点机构有在合作医疗制度中受益的期望，而定点医院是新型合作医疗制度实施第一线的部位，它的服务好坏和收费高低至关农民切身利益。定点医院收费普遍较高，与新型农村合作医疗所能获得的补偿相比微不足道。许多农户反映，同样一个感冒或其它小病，在私人医生那里只花二十多元，而到定点医院却要花费几百元。一些比较常见的小病，医生却要病人作各种检查，什么心电图、B超和各种化验，小病大看现象时有发生。为了能报销，有病往定点医院跑，路费、餐宿费、误工费再加上虚高收费等，化了许多冤枉钱，就算得到了一定补偿，仔细算算反而不划算。

(三）定点医院少，看病手续烦。调查显示，农民就医大多数选择乡镇卫生所、村合作医疗站以及个体医生。因为他们觉得这些医疗单位离家近，就医方便，药价便宜，收费低，服务态度好。定点医院少，给农民看病带来不方便。

(四)村卫生室及私人诊所的医疗服务水平低。所调查的100户中，有51%的农户患病选择经常就诊村卫生室或私人诊所。在这些医疗单位中，规模小、设备简陋、药品种类少。医生的文化素质低，难以满足农民就医需要。在80年代以前从业的人员中，很多都是集体经济时期的赤脚医生，他们的医疗技术水平普遍较低。

(五)医务人员的素质差。调查显示患大病的农户有超过50%的人给医生送过红包，部分定点医院的医生服务态度欠佳也是农民看病难的主要原因之一。

九、建议

（一）加大政府的投入程度，充分体现政府为民办实事的诚心。

（二）及时调整补偿标准，扩大报销范围。

（三）逐步扩大定点医疗机构，方便参保农民就医。

（四）调整优化农村卫生资源，加快服务模式改革。

（五）加强对医务人员的培训，加强人才培养，提高服务质量和技术水平。

（六）进一步完善药品采购制度，切实降低农村药品价格。

（七）继续纠正行业不正之风，控制不合理医药费用，减轻群众负担。

（八）可以对患重病、大病的因病致贫农户实行医疗补贴。多渠道、多方面增加农民的收入，建立了适应卫生事业新形势发展要求的农村卫生服务体系和预防保健服务体系，形成了强有力的县、乡、村三级医疗卫生保健网络。

(九)可以对患重病、大病的因病致贫农户实行医疗补贴

（十）多渠道、多方面增加农民的收入，用发展的方式解决农民“看病贵”的问题。

十、感想

新型农村合作医疗制度是国家对农民的关心，是国家为解决农村居民的医疗保障问题所作出的一项有效的政策。它是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。由于它的投保比例很高，其收费也较商业医疗保险便宜得多，再加上国家和地方财政的补贴，使得每人只需交10元便能加入新型农村合作医疗。所以它具有的优势之一是：缴费便宜。是广大农村居民买得起，用得着的实用保险。它虽然从根本上对我们农村居民在解决“看病难，看病贵”的问题上给于我们了一定的帮助，也能为我们在医疗一些花费不是太多的疾病上提够相当一部分的补助。但是，新型农村合作医疗在重大疾病面前，是发挥不了多大作用的。它虽然缴费低，报销比例较高，但这也决定了它的保险金额小。在面对重大疾病或需要大量金钱医治的疾病时，它便不能满足农村居民的保险需求，在这时，昂贵的医疗费用还是让普通的农村家庭吃不消。所以新型农村合作医疗仅仅只能解决农村居民一部分的医疗保障，不能全面解决农村医疗保障问题。

这次实践活动中，我收益非浅。身为一名大学生，作为未来的社会主义接班人，理应增强社会实践能力，为社会做力所能及的事。我立志将实践进行到底，因为实践着，我们快乐着！

**第五篇：新型农村合作医疗定点医疗服务合同**

文章标题：新型农村合作医疗定点医疗服务合同

\*\*市新型农村合作医疗定点医疗服务合同

甲方：新型农村合作医疗管理委员会办公室

乙方：医院

根据\*\*市人民政府徐政发[2024]116号《市政府关于建立新型农村合作医疗制度的实施意见》精神，甲、乙双方就为参加新型农村合作医疗的农民提供优质、价廉、方便、快捷和出院即时补尝医疗费的服务，以及协议双方互惠互利的原则，达成以下协议：

一：甲方认定乙方为新型农村合作医疗定点医疗机构。

二：乙方指定所辖科室（电话：）为新型农村合作医疗服务职能科室，负责协调新型农村合作医疗的有关工作。

三：乙方尊重并执行甲方关于新型农村合作医疗的相关规定，甲方制订、调整有关规定时应在该规定生效前72小时内通知到乙方。

四：甲方将符合转诊条件的病人转往乙方，经治疗后进入康复期的病人，乙方负责动员其转回甲方所在地定点医疗机构继续治疗；乙方认为需要向外地转院时，必须出据转诊证明，由甲方办理转诊手续。

五：乙方应甲方要求，实行现场即时补偿制度（具体执行日期另行商定并签署协议）。

六：乙方收治新型农村合作医疗病人时按以下原则办理:

１.甲方向乙方转诊病人，应给病人开具书面转诊介绍信，并同时通过计算机网络向乙方传递信息，乙方核实病人身份后，即按参合病人对待。乙方如对病人身份有疑问，应立即电话通知甲方，由甲方负责在四个工作日内给予确认；甲方未在四个工作日内给予确认的，乙方则按新型农村合作医疗病人对待，甲方负责该病人的补偿。如病人身份明显不符，乙方又未履行告知义务的，甲方不负责该病人的补偿。

２.病人符合《\*\*市社会急救医疗管理办法》所限定的急诊范围，未经甲方转诊，直接到乙方就诊住院时，病人即时出示有效新型农村合作医疗就诊证的,乙方确认病人身份后，即按新型农村合作医疗病人的有关规定给予治疗，负责告知病人家属办理转诊手续，并电话通知甲方，由甲方负责在四个工作日内给予确认并网上补办转诊手续。甲方未在四个工作日内给予确认的，乙方则按非新型农村合作医疗病人给予治疗，由此造成的纠纷和损失由甲方负责。当时不能出示有效新型农村合作医疗就诊证的,自出示有效新型农村合作医疗就诊证次日起依前办理。

３.乙方收治甲方的参合病人，如系（或者怀疑）第三者责任造成的伤害或中毒等，应在病历中如实记载伤害、中毒等的原因，并电话告知甲方，由甲方负责核查并在四个工作日内给予确认，甲方明确告知乙方病人病因为第三者责任后乙方即停止其参合病人待遇。甲方未在四个工作日内给予确认的，乙方则按新型农村合作医疗病人对待，甲方负责该病人的补偿。乙方未履行告知义务的，甲方不负责该病人的补偿。

４.甲乙双方应积极配合实现对持有转诊手续的参合病人出院时即时结报补偿（节假日顺延）。乙方每月底将当月补偿病人逐一列表，并附转诊单、出院记录、出院清单、单据、有病人签名（按指模）的补偿清单，送达甲方。甲方应于收到上述材料后十个工作日内，按乙方实际补偿总额(医院支付部分除外)拨款、并传送拨款凭证；逾期者，乙方停止对参合病人出院即时结报补偿。

七：乙方对甲方转来的病人，在治疗时严格履行告知义务，对病人使用的药物中，《江苏省新型农村合作医疗基本药物目录（\*\*修订版）》品种的费用必须达到60；低于此标准时，乙方将相差部分所造成的病人补偿损失列为医院支付与定额补偿一并补偿给病人；乙方不予支付的，病人有权追偿。本条待省厅2024年修订的药品目录下达、全市统一升级管理软件后执行，在此之前暂按2024年所订合同相应条款办理。

八：甲方需对病人住院治疗、消费情况查验时，乙方应在有关规定范围内积极配合，提供方便；乙方应配合甲方对病人出院随访的工作。

九：乙方接受甲方介绍的辖区定点医疗机构卫生技术人员进修时，免收进修费用。

十：乙方按甲方实际转诊病人在乙方医疗消费总额的5提取卫生支农基金，提供给甲方用于新型农村合作医疗管理，每半年结算一次；逾期不结算的，甲方则取消乙方的定点医疗机构资格。

十一：甲、乙双方对以上条款发生争议时，由\*\*市新型农村合作医疗管理委员会办公室协调，裁定。

十二：本协议一式三份，甲、乙双方各执一份，报\*\*市新型农村合作医疗管理委员会办公室一份。

本协议自签字之日起生效，到2024年12月31日24时协议终止。原合同废止。

本合同共三页。

甲方：新型农村合作医疗乙方：医院

管理委员会办公室

联系人：联系人：

电话：电话：

年月日

《新型农村合作医疗定点医疗服务合同》来源于feisuxs，欢迎阅读新型农村合作医疗定点医疗服务合同。

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！