

# 最新医保电子凭证调研报告(汇总7篇)

在经济发展迅速的今天，报告不再是罕见的东西，报告中提到的所有信息应该是准确无误的。掌握报告的写作技巧和方法对于个人和组织来说都是至关重要的。下面是小编为大家带来的报告优秀范文，希望大家可以喜欢。

## 医保电子凭证调研报告篇一

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、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。1985—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，\_\_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，\_\_年间增长了倍，而\_\_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。

#### 四、实施中的一些问题

##### 1、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。新型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新型农村合作医疗主要是基于新型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。而参加新型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新型农村合作医疗制度的社会满意度低。

##### 2、保障水平低

新型农村合作医疗制度是以大病统筹兼顾小病理赔为主的农民医疗互助共济制度。这个定义显示出新型农村合作医疗制度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。

### 3、 新型农村合作医疗的宣传不到位

现有的宣传多集中在介绍新型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新型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。

### 4、 新型农村合作医疗制度的登记、理赔程序过于繁琐

首先，参加新型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。而有些新型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帐中心申报，最后又要去信用社领钱。有的村庄离报帐中心和信用社很远，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。

以上都是我在大量阅读了相关资料后，结合工作中和调查中了解的一些实际问题。对此次全国性的医疗保障制度的一些看法。在此次的暑期实践中工作的同时我也深深的被打动着，我国对三农的重视。近几年来国家一步步的免除了农业税，学费，还有现在进行中的新型农村合作医疗等一系列惠民政策。听卫生室的护士说现在好多种疫苗也是免费为儿童接种的。顺便提议一下，我在工作中发现的一个弊端：医生拿过来让我录入电脑的纸质联单都是很复杂的多张联单。我觉得

既然已经录入电脑保存就不需要浪费大量的纸张来开四联单了，一张存单就可以了。对此医生也甚感烦琐，毕竟在惠民的同时我们也要注意环保。

## 医保电子凭证调研报告篇二

\*\*县医疗保障局坚持以^v^新时代中国特色社会主义思想为指导，牢固树立“以人民为中心”的发展思想，在区、市医疗保障局和县委县政府的领导下，按照“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的工作要求，持之以恒建制度、深改革、强监管、优服务，认真解决群众反映强烈的突出问题，全力提升人民群众医疗保障的获得感、幸福感和安全感。

2021年上半年，医疗保障局认真贯彻落实^v^^v^来\*视察重要讲话精神，紧紧围绕全面落实医疗保障各项惠民政策扎实开展各项工作。现将2021年上半年工作进展情况总结如下。

(一)认真学习贯彻落实^v^^v^来\*视察重要讲话精神。组织党员干部学原文、读原著，认真学习领会党的十九大、十九大历次全会精神及^v^^v^来\*讲话精神，通过交流研讨、开展主题党日活动等形式，使大家理解、领会讲话精神，真正使讲话精神入脑入心，按照意识形态工作责任制相关要求，积极研究和探索新形势下意识形态工作的特点和规律，有效推动意识形态工作抓深走实，扎实做好\*\*县医疗保障各项工作，以实际行动做好“六稳”工作、落实“六保”任务。

(二)全力做好疫情防控工作。按照区、市、县疫情防控工作要求，积极落实新冠肺炎医疗保障政策，将发热门诊发热病人检查、治疗费用纳入医保报销，将新冠肺炎检测检验试剂和检查费用纳入医保支付范围。我县疫情防控工作开始，按照区、市文件精神为县人民医院预拨疫情防控医保专项资金\*\*万元。同时响应县委、政府和疫情防控指挥部疫情防控

要求，我局抽调局机关和中心人员支持疫情防控工作。

（三）进一步完善医疗保障支付制度改革。一是完善医保基金总额预算办法，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费。探索对紧密型医疗联合体实行总额付费，加强监督考核，结余留用、合理超支分担，向医疗机构预付部分医保资金，缓解其资金运行压力。二是按照\*\*市医疗保险按病种分值方式付费支付方式改革整体部署，推进落实各项政策参数，协调医疗机构人员培训和his端口改造，配合按病种分值付费支付方式改革任务。目前，按病种分值付费支付有序推进。三是扎实做好零星报销，不断提升群众满意度。增强医疗救助托底保障功能，通过明确诊疗方案、规范转诊转院等措施降低医疗成本，提高年度医疗救助限额，合理控制贫困群众政策范围内自付费用比例。

（四）全力做好医保扶贫各项政策。一是全面落实医保扶贫各项政策，加大城乡医保参保扩面力度，确保“两不愁三保障”中的医疗保障应保尽保，目前\*\*县2021年度城乡居民参保\*\*人，其中建档立卡人员\*\*人，建档立卡人口实现\*\*参保。二是确保全县建档立卡贫困户参加基本医疗保险和大病保险，落实贫困人口基本医疗保险、大病保险和城乡医疗救助政策倾斜，实现区域内“一站式服务，一窗口办理，一单制结算”，确保建档立卡贫困人员年度住院合规费用报销比例不低于90%，当年自付费用不超过5000元。

（五）强化医保基金监管。一是加强与公安、卫健等部门协调配合，形成综合监管的局面，我局按照全市打击欺诈骗保的工作要求，结合全区开展以“宣传贯彻《条例》加强基金监管”为主题的集中宣传月活动，集中宣传相关法律法规与政策，强化定点医药机构和参保人群法制意识，努力营造“不能为、不敢为”的社会氛围，实施行政执法“三项”

制度，完善“双随机、一公开”监管机制，强化制度监管，实行医疗费用和医疗质量双控制。组织工作人员开展进村入户发放“医保政策问答”书\*\*余份，极大提高了贫困人口对医保政策的了解。在集市、广场利用展板、横幅宣传\*次，共发放宣传彩页、折页\*\*余份。二是组织各医药机构负责人认真学习^v^^v^对医保基金监管工作的重要批示指示及区市县关于加强医保基金监管的文件、会议精神，要求各医药机构积极配合区市交叉检查、飞行检查，按照区市要求开展专项治理“回头看”工作，促进基金监管从治标向治本的方向性转变，并与各定点医药机构签订“防范欺诈骗保承诺书”，切实压实责任，从源头解决欺诈骗保问题。经审查2021年专项治理“回头看”工作追回医保资金\*\*万，市医疗保障局对\*\*检查中发现低指征住院、多计费用、串换项目收费等违规问题，我局及时对\*\*法人进行了约谈，追回医保资金\*\*元。

（六）全面提升医保电子凭证激活使用率。及时召开医保电子凭证推广培训会，切实提高我县广大参保群众对医保电子凭证的知晓率和使用率，提升医保公共服务水平，广泛开展线上线下宣传，营造良好的宣传推广氛围。一是利用微信平台投放广告及支付宝公司在全县范围内逐村指导激活医保电子凭证，推广激活奖励机制，大力进行线上线下推广。二是局机关及局属单位全员参与，争当医保电子凭证推广员，通过微信公众号、微信群□qq群、朋友圈等转发激活医保电子凭证推文和宣传指引，向参保人普及医保电子凭证应用范围并引导激活。三是在县领导的大力支持下，动员各乡镇党委政府，发动乡村干部、村医等工作人员积极参与，争当推广员，发挥了不可替代的作用；四是在定点医药机构、医保服务大厅张贴宣传海报、摆放宣传资料。着力扩大宣传覆盖面，不断提高群众知晓率，共同营造良好宣传氛围。

（七）持续推进医疗保障系统行风建设。始终坚持以人民健康为中心，进一步加强医疗保障系统行风建设，彻底打通医疗保障为民服务“最后一公里”，切实提供优质、便捷、高效的医疗保障服务。一是建立行风建设工作责任制。把行风建

设纳入干部职工奖惩评价体系，与业务工作统一研究部署，不断强化为民办事能力；二是进一步提升经办服务水平。通过在\*\*个乡镇基层民生服务中心办理，方便参保群众办事，确保改革任务落实。完善优化岗位设置，充实一线经办力量，简化办事程序，提高经办能力和水平，提升工作效率，更好地服老百姓。三是加强标准化信息化建设。认真落实“按病种付费为主的复合型支付方式改革”任务，将住院费用控制有关指标与定点医药机构签订协议，纳入年度考核管理，推进医保基金总额控制支付方式改革工作。

（一）健康扶贫政策及医疗保险政策性强、内容多，在政策宣传方面还不够，群众对政策的理解和知晓率不高。

（二）医保扶贫涉及部门、单位较多，经办程序繁杂，且经办人员有限，在执行过程中还存在不够细、不够深入的问题。

（三）受本县医疗技术力量的限制，我县人员外出就医较多，基金承受能力有限。

（四）基金监管由于人员不足，涉及面大且专业性强，经办机构忙于基金兑付和零星报销工作，在基金监管和两定机构的监管中，难度较大。

（五）医保电子凭证推广使用率低。

按照2021年区市县医疗保障工作安排，下半年集中抓好以下几方面工作。

（一）医保经办工作。

一是深入基层医疗机构，特别是村卫生室，开展深入调研工作，搜集基层目前面临的医保信息化建设当中存在的问题，加强分析，探索解决问题的新途径，提升医保经办服务能力。二是坚持以人民为中心的理念加强医保经办队伍建设，采取

多种形式，加强政策业务培训，提高办事效率，确保参保群众的待遇享受。

## （二）政策宣传工作。

拓宽宣传渠道，采取线上线下相结合方式，通过微信公众号、政策培训、面对面宣传等方式，打开政策宣传通道，争取2022年度城乡居民全员参保，确保建档立卡人口全员参保，全面提高医保电子凭证激活使用率，并定期开展强化基金监管、医保扶贫、城乡居民医保、城镇职工医保生育政策等专题宣传和培训工作，不断加强医保政策宣传力度，形成人人了解医保、人人享受医保的氛围，切实提高参保群众获得感和满意度。

## （三）基金监管工作。

一是织密扎牢医保基金监管的制度笼子，着力推进监管体制改革，严厉打击欺诈骗保行为，不断完善协议管理内容，强化协议监管力度，持续开展打击欺诈骗保专项治理工作，促进基金监管工作从治标向治本转变。二是建立健全医疗保障信用管理体系，创新监管方式，探索第三方服务机构参与监管，不断加强监管力量；对监管人员进行规范化、长效性专业培训，提升人员业务能力和监管水平。三是根据《关于印发通知》、《医疗保障局关于做好2021年全区定点医药机构第一次现场检查全覆盖的通知》文件要求，扎实开展全覆盖检查工作，切实把此项监督检查工作抓实、抓好。

## （四）医保扶贫工作。

一是加大医保扶贫政策宣传力度，继续走村入户开展以点对点、面对面、微信公众号等多种形式的宣传活动，提高贫困人员医保政策知晓率。二是指导定点医药机构熟练掌握医保政策及系统操作流程，进一步提升医保经办服务能力和水平。三是紧盯“基本医疗有保障”，重点监测全县建档立卡人员

参保信息动态调整、医疗保障政策、费用落实情况以及大额医药费用患者补偿等情况，对存在潜在返贫风险的贫困人员，及时进行综合研判、处置，确保医保扶贫政策落实到位。

## 医保电子凭证调研报告篇三

认真贯彻《药品管理法》《关于加强食品等产品质量监督管理的特别规定》《药品管理法实施条例》《药品流通监督管理办法》《关于加强药品零售经营监管有关问题的通知》《关于开展全市药品零售企业专项检查的通知》(国家食品药品监督管理局496号文件)精神，加强对药品零售企业的日常监管，认真查处各种违法行为，进一步规范全区药品流通秩序，确保公众用药安全。

### 二、检查的范围和对象

全区所有医药零售企业。

### 三、检查重点内容、方法和处理意见

1. 严禁药品零售企业以任何形式出租或转让专柜。禁止药品供应商以任何形式进入药品零售企业销售或代销其产品。本药店零售企业的非官方销售人员不得在店内销售药品，不得从事药品宣传或促销活动。违反规定的，按《药品管理法》第82条处理。
2. 药品零售企业必须从合法的药品生产和批发企业进货。检查购买渠道是否合法，是否存在“挂靠”或“过票”个人(或无证单位)购买药品等非法渠道。从非法渠道进货的，按《药品管理法》第80条查处。
3. 药品零售企业在采购药品时，必须索取、核对和保管供应商的有关证明、资料和销售凭证(销售凭证应出具供应商名称、药品名称、生产厂家、批号、数量和价格等内容。)。发现供

应商的相关证明、资料、销售凭证未按规定进行核对和留存的，按《药品流通监督管理办法》第30条进行查处；责令限期改正，给予警告；逾期不改正的，处以五千元至二万元罚款。

4. 药品零售企业必须建立并执行进货验收制度，依法对购进药品进行逐批验收和备案。未经验收，不得在柜台上展示和销售。购销记录必须注明通用名、剂型、规格、批号、有效期、生产厂家、买方(卖方)、数量、价格和购买日期(卖方)。检查药品零售企业是否按规定分批接受和记录采购药品。柜台陈列和仓库存放的药品无验收记录的，按《药品管理法》第85条查处：责令改正，给予警告；情节严重的，撤销《药品经营许可证》。

5、药品零售企业必须配备相应的药学技术人员。从事处方药和甲类非处方药的药品零售企业，应当配备经依法认证的执业药师或者其他药学技术人员；药学技术人员必须每年按照省人事厅和省食品药品监督管理局的规定参加继续教育，完成规定的学分后方可上岗工作；从事医药商品销售人员、保管员等16种工种的人员，必须持有医药行业特定工种的专业技能证书。违反规定。根据《药品管理法》第79条。同时，分行将对现有医药零售企业的医药技术人员和其他员工进行清理和重新登记。

6. 药品零售企业必须实行处方药和非处方药分类管理制度。检查处方药和非处方药分类管理制度的执行情况，是否按规定销售药品；检查留存的处方是否与销售额一致。违法的，依照《药品流通监督管理办法》第三十八条第一款的规定查处：责令改正，给予警告；逾期不改或情节严重的，处以一千元罚款。

检查处方是否经过药师审核签字；注册处方药是否与销售数量相符，注册内容是否符合要求，是否存在违规行为，按《药品管理法》第79条查处。

9. 药品零售企业应严格执行《药品流通监督管理办法》、《药品流通监督管理办法》等相关规定。不得擅自中止或者向消费者发布广告，不得以非药品冒充药品。违反规定的，移交工商行政管理部门处理。

10. 在检查过程中，不符合《药品广告审查办法》、《医疗器械广告审查办法》、《药品管理法<sup>□□□^v^</sup>关于加强食品等产品质量监督管理的特定规定》等相关规定的。一经查实，必须依法处理。情节严重的，依法撤销《药品管理法实施条例》。

#### 四. 工作安排和进展

7月23日至10月31日进行专项检查。它分三个阶段进行。

1. 准备部署阶段(7月23日-8月27日):根据市局实施方案，结合本地工作实际和工作重点，制定具体工作方案。

2. 组织实施阶段(7月28日-10月26日):根据工作计划组织开展检查工作。

3. 检查总结阶段(8月27日-10月31日):对辖区内专项检查工作进行总结，对专项检查情况、发现的问题和调查结果进行总结，并将总结材料上报市局检查处。

## 医保电子凭证调研报告篇四

全镇总人口22702人，其中城镇人口21541人，符合参加居民医保的120xx人，占城镇人口%。城镇学生3250人，全部参加了居民医保;城镇非学生居民(以下简称居民)8750人，参加医保2412人，参保率%。累计参加城镇居民医保人数5662人，参保率%。

### 二、城镇居民医保工作开展情况及存在问题

(一)不断完善的城镇居民医保体系促进了社会和谐稳定，但城镇居民医保政策吸引力不够。出台了《\_\_县城镇居民基本医疗保险实施办法》，从政策层面上构筑“政府主导□xxx门牵头、乡镇为主、部门配合”的城镇居民医疗保险工作格局。建立县乡财政分级投入工作经费和相关单位适当补助居民缴费的财力保障体系。并对参保对象范围予以进一步明确：对在县城经商、务工、就读及居住的外省外县户口人员，均允许其自愿参保，享受\_\_县城镇居民医保待遇。20\_\_年8月23日正式启动城镇居民基本医疗保险以来，城镇居民医保的保障功能初步凸现，为324余名大病、重病患者家庭缓解了大额医疗费用的压力。由于居民医保与各类医疗保险制度之间的衔接工作不够，而与新型农村合作医疗比较，从缴费、待遇享受等方面差距很大，导致部分参保对象持观望态度，参保积极性不高，而类似的商业保险早已牢牢抢占了大部分学生市场份额。二是基本医疗保险工作尚未建立调控有力的工作机制。城镇居民基本医疗保险工作机制还不够完善，对相关部门工作和医疗定点单位缺少硬性考核措施。部门、镇之间合力也不够强。政策宣传还有盲区，县城不少居民对城镇居民基本医疗保险政策还不了解，误将财政补助的居民医疗保险与商业性的人寿保险相混淆。

(二)部分群众对医保惠民政策认识不足，参保意识不强。少数城镇居民参保意识淡薄认为自己年纪轻身体好，参加基本医疗保险个人要承担一部分医疗统筹费用，且统筹基金支付医疗费用的范围有严格规定，自己在很大程度上是在作贡献，因而不愿参保；同时，部分居民对近期实施的城镇居民基本医疗保险政策了解不多，有一个深入理解和认识的过程。二是城镇居民的结构比较复杂，组织比较涣散，人户分离现象突出，很多人又外出务工，所以出现难找参保对象的现象。加上是否参保取决于其个人是否自愿，所以很多人有一种侥幸心理，处于一种“没病就拖，小病就扛”的状态，往往不到大病临头时，是不舍得拿出钱来参加医保的。二是缴费能力差。从城镇居民医疗保险参保对象中不难看出，他们大多没有收入、收入较低或收入不稳定，具有劳动能力的城镇居民，

家庭负担普遍较重;不具有劳动能力的老年人、未成年人没有收入,只能由他们的子女、监护人承担缴费,而经济状况欠佳,想参保缴不起费是一个毋庸置疑的主要原因。

2、弱势群体参保面临困难。从本次调查情况来看,共有三个特点。有经济收入人员少;无经济收入人员多;特殊人员多。

3、实施城镇居民保险势在必行。未参保的这部分人员抵抗疾病风险能力差,但却是最需要医疗保障的群体,然而绝大多数却因为其无收入、收入较低或不稳定而无法参保。从调查了解中我们发现,相当部分城镇居民因为较高的医疗服务费用而存在“小病扛、大病拖”的问题,部分居民还出现了“因病返贫”的现象,因为费用问题而有病不去医院就医,或在需要住院治疗时自动放弃治疗,已明显影响了社会经济的进步和人民生活的改善,完善现有城镇职工基本医疗保险制度,让更多的人群享受到基本医疗保障,将广大城镇居民纳入基本医疗保险制度范围已势在必行,刻不容缓。

### 三、对策及建议

为了进一步将我县城镇居民基本医疗保险工作做好,使医疗保险达到居民全覆盖,建立健全公平和谐的全民医疗保障体系,我们建议着力抓好以下三项工作:

(一)减低门槛、提高待遇、扩大范围。城镇居民基本医疗保险参保人数越多,基金盘子就越大,运行的路子就越宽。为此,推进城镇居民基本医疗保险应当降低门槛、提高待遇,吸引居民持续参保。一是#扩大参保范围。在力求做到县城城镇居民参保全覆盖的基础上,将范围逐步扩大到各镇区个体私营企业工人,对使用临工较多的“三产”服务行业、没有参加基本医疗保险的企业,要依照相关法律法规,将其纳入城镇居民基本医疗保险,在条件成熟后逐步过渡到职工基本医疗保险。二是提高补偿额度。适当放宽大病范围,将治疗周期长、医疗费用高的帕金森病、红斑狼疮、癫痫病、类风

湿关节炎等部分门诊特殊病纳入大病补偿范畴，其专项门诊医疗费用应视同住院费用报销，不断加大对城镇居民中非住院重病患者的补偿力度。对当年未发生住院费用的参保居民，可组织参加一次专项免费体检；对外出就医人员的医疗费用，可适当降低自付比例。三是将保险费按一定比例划入个人账户，解决小额门诊费，可提高参保者的积极性

(二)完善机制、落实责任、形成活力。建立和完善城镇居民基本医疗保险工作机制，是实现居民参保全覆盖目标的重要保证。因此，必须完善管理制度，建立监管、考核机制。

一是完善管理制度。城镇居民基本医疗保险基金要严格实行财政专户储存、收支两条线管理，独立核算，专款专用。县劳保、财政、审计等部门要加强对专项基金管理和使用的监督，确保基金的完整和安全。县劳保、财政等部门还要进一步调整和完善参保居民门诊待遇、一般住院待遇、重大疾病待遇、门诊特殊病种项目待遇等一系列补偿待遇规范，保障参保居民充分享受医疗保险的优惠待遇。医保处要强化内部管理，建立健全医疗保险基金统筹预决算、财务核算管理、医疗费结算报帐、定点医疗单位药品管理等制度，强化保险基金统筹业务基础工作，简化结报程序和手续，加大对基金筹措、使用以及居民参保受益情况的宣传力度和公示力度，确保基金专款专用，发挥更大效益。在此基础上，还要不断深化改革，创新管理模式和方法，认真研究和解决基金运行过程中出现的新情况、新问题，及时提出新对策、新方案，确保基金安全运行，防范统筹运作风险，充分发挥医保机构管理主渠道作用。

二是完善监督制度。对城镇居民基本医疗保险工作要建立全方位的监督体系，充分发挥人大、政协、纪检监察、新闻媒体在城镇居民基本医疗保险基金管理中的监督作用，全力促进此项工作健康有序地发展。县劳保局应实时监控、定期督查定点医疗单位服务情况，对违反规定情节较轻的给予批评教育，情节严重的予以严肃处理，直至取消定点资格。县医保局、医保处尤其要加强医疗行为的规范和监督。因为医生的一支笔一张处方是医疗保险基金支出的“开关”。开关适度既能维护参保居民的利益，又能树立医院和医务人员的良好形象，同时也会促进医疗保险事业的可持续发展。相反，如

果医疗行为和职业道德出现问题，医疗监督又不够有力，为利益所驱而任意所为，那么既损害了群众的利益，也破坏了医院和医务人员的形象，同时造成了医疗保险基金的损失。定点医疗单位应在醒目位置设置公告栏(牌)，公布医保报销药品目录、价格、费用结算补助比例、医疗诊治程序、手续以及患者补助费报销等，从源头上加强管理，进一步保证医药公开、透明。三是完善考核制度。对相关部门、单位和社区应单独明确，落实指标，明确职责，捆绑考评，确保城镇居民基本医疗保险工作条块衔接、整体推进。2、建议对学生参保加强督促。学生参保是今年乃至今后工作重点，也是城镇居民医保政策的亮点。考虑到平安等商业保险对学校的渗透，为提高政府主导的城镇居民医保参保率，建议市政府对教育行政主管部门进行督促。同时在政策上增加“对因意外死亡的参保学生在医保基金中可以支付适当的死亡赔偿金”的规定。

## 医保电子凭证调研报告篇五

9月2日，市xxx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：

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。

### 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。

## 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。

### 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。

## 医保电子凭证调研报告篇六

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。

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：

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发展的方向发展。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。

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。

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。

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。

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。

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。作为一名大学生，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：

## 医保电子凭证调研报告篇七

根据巴州区人大会工作安排，区人大会人事代表工委于20\_\_年3月至7月组织三个调查小组，对我区城乡居民基本医疗保险工作开展了专题调研。

### 一、城乡居民基本医疗保险工作开展情况

为完善社会保障体系，统筹城乡发展，实现我区城乡居民病有所医、医有所保的目标，巴州区于20\_\_年3月全面启动了统

筹城乡居民医疗保险工作。将原区新型农村合作医疗服务管理中心承担的职能与原区医保局履行的城镇居民医疗保险服务职能进行归并整合，由新组建的巴州区医疗保险局全面履行，并将原城镇居民基本医疗保险与原新型农村合作医疗制度整合，建立了统筹城乡的城乡居民基本医疗保险制度，实现了机构、人员、制度、信息系统全面整合。

20\_\_年城乡居民参保任务数为625000人，实际参保609537人，参保率为%。

(一)抓政策宣传。区医保局充分利用广播、电视、报纸等新闻媒体采取多种形式，对城乡居民基本医疗保险政策、法规进行宣传。印制了8万余份城乡居民基本医疗保险政策宣传资料，在人口比较集中的场镇、街道、社区、集市等地方发放，有力地引导了城乡居民主动积极参保。多次深入乡镇、街道社区宣讲政策、答疑解惑，同时加大对外出务工返乡人员的宣传，为城乡居民人人参保营造了良好的社会舆论氛围，做到应保尽保。开展业务培训，对定点医疗机构与定点零售药店的负责人和医保经办人员、就业和社会保障服务中心主任及业务经办人员进行了业务培训，培训人次达160人次，使他们全面系统地掌握了城乡居民基本医疗保险政策、参(续)保办理流程、待遇申领办事流程、电脑软件操作流程等业务知识，提高了服务水平和工作效率。

(二)强化内部管理。一是规范业务经办流程。按照省、市的操作规程，结合本区实际制定了各项工作制度，规范了参保登记、缴费汇总、待遇发放等业务流程。二是规范城乡居民医保基金管理，严格执行医保基金收支两条线，确保医保基金安全、规范有序运行。三是加强基金稽查和监督，建立内审稽核制度，严格对基金征收、待遇审核、基金拨付等环节的稽核。四是规范档案管理。为确保城乡居民医疗保险档案资料的规范和完整，建立了专门档案室，增强了档案管理的安全性和规范性。

(三)加强医疗机构监管。20\_\_年以来，共查核定点医疗机构39家，其中14家定点医疗机构存在违反医疗服务协议的行为，占查核定点医疗机构的36%，扣减定点医疗机构违约金15万元，并暂停了6家定点医院和5家社区卫生服务站收治参保患者住院。对29家存在管理不规范的行为进行了督促整改。按照与定点医疗机构签定的医疗服务协议，在20\_\_年年度考核中，扣减违反城乡居民医疗保险服务协议指标费用213万元。通过有效的监督管理，进一步规范了定点医疗机构的医疗服务行为，控制了医疗费用不合理增长，确保了医保基金安全。

## 二、存在的主要问题

(一)医保基金赤字严重，资金缺口大。全区20xx年至20\_\_年医保基金累计亏损15875万元，其中20\_\_年城乡居民基本医疗保险统筹基金亏损6079万元；同时20xx年至20\_\_年应由区级财政承担的公务员医疗补助355万元、离休干部医疗费102万元、残疾军人医疗补助金100万元，合计557万元，至今未补助到位。因此区医保局资金缺口较大，难以正常运转。截止20\_\_年底，资金缺口为6500万元，欠定点医疗机构的医疗费用就达5787万元，其中城乡居民医保欠2369万元。按照市医保局给巴州区下达的医保基金支出计划，区医保局每月都有近10天无资金拨付已审核的医疗费用。

(三)对定点医疗机构监管缺乏手段。部分定点医疗机构将医、患双方利益捆绑在一起，增加了医保经办机构对定点医疗机构的监管难度。医保部门势单力薄，目前只能通过《医疗服务协议》来约束定点医疗机构的医疗服务行为，对个人没有任何约束力，缺乏有效的政策依据和监管手段。

(四)医疗监管力量薄弱，缺乏专业技术人才。区医保局核定编制31名，实有36人，其中：参公管理编制16人，事业编制7人，工勤编制8人，外聘人员已达5人，专业技术人员仅5人。区医保局所承担的职能职责增多，服务对象增加，但缺乏医疗管理专业人才，对定点医疗机构的医疗服务行为不能实施

有效监管。