

农村医疗保障的调查报告(实用6篇)

报告，汉语词语，公文的一种格式，是指对上级有所陈请或汇报时所作的口头或书面的陈述。那么我们该如何写一篇较为完美的报告呢？下面是小编给大家带来的报告的范文模板，希望能够帮到你哟！

农村医疗保障的调查报告篇一

[摘要] 农村医疗保障由卫生服务供给体系和农村医疗保健制度两方面构成。长期以来，合作医疗是我国农村医疗保健制度的主要形式。然而农村合作医疗制度自建立以来，在我国广大农村地区经历了几起几落，时至今日，大部分地区的合作医疗已走向衰落。在农村经济社会发生了重大变革以后，合作医疗能否恢复？医疗保险是否可行？什么是可行的农村医疗保障制度？这一系列关系农村社会发展的重大问题一直为政府、农民和研究者所关注。本文在对山西省xx县8个村庄的部分农民进行个别访谈的基础上，分析了农民对医疗保障的主要看法，提出：第一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点；第二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区前公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件；第三，在农户分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件；第四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

中国农村社区具有浓厚的乡土特色，它在生活方式、价值观念、收入来源、人际交往、寻医问药等方面，有区别于城市的典型特征。我们必须清醒地认识到农村医疗保障是建立在这种乡土特色基础之上的。

土地仍然是农民家庭对国家完粮纳税和解决自己吃饭问题的最基本保障，而农民家庭的其它一切开销越来越依靠现金收

入，这就要依靠种植经济作物和外出打工来实现。但是这几年种植经济作物受市场的影响很大，价格也在不断下跌。同时由于种植业生产周期较长，靠结构调整也比较难以增加收入。

由于农村经济社会的变化，疾病谱也发生改变，农村中患恶性肿瘤和心脑血管疾病的人近年来有所增加，并且心脑血管病的发病年龄有所提前。有个村庄的心脑血管病人的发病年龄都集中在四、五十岁左右，虽然农民认为可能和农村中的环境污染、人们不再吃粗粮以及体力劳动减轻有关。但同时我们也认为这可能和竞争环境带来的生存压力增大有关。

当前农民家庭保障的资金来源主要是通过家庭积蓄解决医疗费用支出的急需；通过大家庭成员之间的互济减轻医疗费用负担；通过向亲朋好友的借钱缓解医疗费用负担。这种行为方式就形成了以家庭为核心向亲戚、朋友扩散的互助互济的人际网络。

乡村医生是来自农民的乡土医生，长期的农村常见病的医疗实践造就了他们，许多60年代、70年代培养的乡村医生在农民中行医时间长，在村里有一定威信，对开展预防保健工作和治疗农村常见病发挥着重要作用。但是农村经济改革以来，村卫生室的承包经营使乡村医生越来越把提供医疗服务作为谋生手段，而同时在乡土社会里，农民又很难把乡村医生的服务这种无形的产品当作需要购买的劳动产品，而只把药品作为必须为之付费的商品。

乡村医生也常常感到“乡里乡亲的，怎么可能像城市医院一样收挂号费、治疗费、出诊费？”因此不论乡村医生还是个体医生，都提供“免四费”（免挂号费、诊断费、注射费、出诊费等）的服务，同时，传统医学中的简便治疗方法由于不能赚钱已多不被乡村医生采用，卖药、处方药品、静脉输液则被广泛应用。但是乡村医生对于本村的贫困家庭，往往出于医生悬壶济世的职业传统和乡土社会中的乡谊和同情心给予医

疗费用的减免。

在就医机构的选择上，农民选择大医院是在得大病或疑难病时为求得较好的治疗；寻求私人诊所一般是在大医院治疗效果不明显或费用较高的情况下，为找到较便宜的服务和寻求特殊治疗效果时的选择。这种选择往往具有一定的盲目性，即所谓“有病乱投医”。

通常在常见病的治疗上，农民是靠自己的经历和他人的经历对县、乡、村各种医疗机构的医疗水平进行判断，各种治疗信息的获得又是靠农民之间的人际传播。由于政府卫生部门没有向农民发布医疗保健信息，乡村医生也没有对农民提供健康教育和宣传医疗保健常识的服务，使农民缺乏获得医疗保健信息的正规渠道，只能靠非正规的渠道获得零散和不确切的信息。

我们从访谈中了解到对于建立农村医疗保障制度，除部分贫困户外，多数农产家庭具有一定的筹资能力。但是这仅仅是农产家庭经济上的可能性，这一制度能否建立，还存在着某些社会制约因素。在访谈中农民谈的最多的是“合作医疗没有集体经济不能搞”；“现在都个人顾个人，合作医疗没人组织不能搞”；“医疗保险要讲信用，实施要长久”。

我们认为，合作医疗是社区和农户共同筹资的医疗保障，是一种社区的公共产品。在集体经济时期，生产大队提留的公益金为合作医疗基金提供了大部分资金，农民个人只在年终分红时由生产队代扣少部分资金作为个人交纳的合作医疗费，这使每个社区成员通过集体提留的预先扣除，得以享受社区的医疗保障。然而，这种社区医疗保障的有无及保障水平的高低，要视社区的经济发展水平而定。

从一些农民的回忆中可以看出，即使在70年代时，各生产大队合作医疗的

兴衰及持续时间也不同。集体经济实力强的大队，合作医疗持续的时间也长，有的一直坚持到实行生产责任制为止。集体经济缺乏实力的大队，合作医疗持续的时间则短，有的甚至不到一年就解体了。这说明并不是家庭联产承包责任制的实施使合作医疗解体。

那么，为什么在访谈中农民把合作医疗的解体与家庭联产承包责任制联系在一起呢？这是因为集体经济组织的终结使合作医疗失去了预先扣缴合作医疗费筹资手段。实行生产责任制后，xx县和我国多数中、西部农村地区一样，村庄的公共积累逐渐减少，缺乏经济实力，村提留只能维持村干部的工资，村庄的任何公共事业就只能依靠农民一家一户的集资予以解决。对于村庄电路改造一类的公共事业，由于是每家农户都明确受益的事情，即使是平均分摊公共电路改造的费用，挨家挨户集资的难度还小一点；而医疗服务消费则是一种不确定的行为，当合作医疗筹资无法通过集体经济组织预先扣除时，其挨家挨户筹资的难度就可想而知。

因此，这种“空壳”的集体经济由于没有社区的“公共财产”，而缺乏合作的经济基础，就像有的农民说的，“合作医疗没有集体资金，和谁合作！”这就使我们不难理解在村里常可以听到的“现在集体没有钱，对农民没有吸引力，合作医疗没法搞”的说辞。

改革前的传统体制时期，集体经济组织不仅有组织生产的经济职能，也有组织村庄社会事业的行政职能。70年代，正是通过公社体制使合作医疗制度几乎是在一夜之间迅速推行，广泛实施。改革以来，伴随公社体制的终结，合作医疗制度大面积解体。但是在合作医疗的落潮中，人们相继看到以下两种情况。

一种情况是苏南模式坚持集体经济，依靠集体经济发展乡镇工业，促进村庄经济和社会事业的发展，促使合作医疗向合作医疗保险过渡。苏南模式使我们一度看到在传统的集体制

没有彻底解体的情况下，村庄社区的医疗保障得到了不断地发展。

另一种情况是一些村庄经过了改革初期的分散经营后，在“既承认合作者个人的财产权利，又强调法人成员共同占有”的基础上在村域内再组织起来，这种再组织的社区合作体系：“超级村庄”，推动了包括医疗保障在内的村庄社区的公共事业的发展。

然而，与上述两种情况不同的是大量的村庄；如同我们访谈的这些村庄基本上既没有保留原有传统体制发展生产和组织社会事业的组织功能，又没有产生出新的再合作的社区组织，社区的组织资源正处于实质上的“空位”状况。名义上每个村都有村委会和党的基层组织，但是常常从村民那里听到“不知道谁是村干部”的说法。这就造成了依托社区组织的合作医疗在缺乏社区组织资源的条件下难以为继。虽然1982年的宪法就确立了村民委员会的法律地位，1998年又正式颁布了试行xx年的《村民委员会组织法》，但是，村组织的完善和功能的有效发挥，还需要一定的过程。在访谈中，农民几乎都一再提到“现在是个人顾个人，没有人组织，搞不了合作医疗”，当说这些话时，我们在农民的脸上看到的是无奈。

通过访谈，我们发现当地农民一般都对医疗保险缺乏了解，有些人对人寿保险、平安保险以及农业生产上的保险等其他商业保险还有所了解，但对社会医疗保险都一无所知。

但无论是哪种情况，农民都对医疗保险的信誉表示了极大的关注。在市场经济条件下，农产是独立的经营实体，农村改革以来，产权明晰的结果，使风险和利益对称，这既调动了农产生产、投资的积极性，同时也使他们独自承担着市场的风险。因此对一个新事物，他们完全是以一个独立的生产经营者的眼光来观察的。

对于保险组织和保险制度来说，在农民那里，信誉就是关键。他们要确信其对医疗保险的投保确实能够得到分担风险的回报才会投保。就像有的农民说的那样，“现在基本是一部分贫困户确实交不起钱：一部分富裕户个人付得起医疗费，但不一定投保，多数农户能付得起30元以内的保费，但是不是投保，还要看可信不可信”。访谈中，农民表现了对乡、村干部的极大不信任，对保险公司商业信誉的不满意和对政府政策多变的担心。医疗保险能否实行？医疗保险由谁来办？对于这些问题的回答，农民是从现实农村社会发生了的和正在发生着的各种事情中寻找答案的。以往合作医疗的失败，合作医疗中的种种不合理现象；以往农村社会事务中的种种失误和反复折腾，甚至生产经营中的损害农民利益的事件，都使农民变得怀疑、谨慎，不愿意轻易失去自己的血汗钱。

必然要付出较高的管理成本。

由于合作医疗是以社区和农产共同筹资为基础的一种社区医疗保障，因此如果没有社区公共资财的经济基础，没有村级组织在村民自治基础上的重新整合，仅依靠政府政策和卫生部门工作的推动，合作医疗就无法持续实施和发展。农民的社会医疗保险是以政府保险机构信誉和农产投保为基础的一种社会医疗保障形式，则政府和保险机构的信誉是能否实施农民医疗保险的关键问题。

我们的结论是：

其一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点。

其二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区的公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件。

其三，在农产分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件。

其四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

农村医疗保障的调查报告篇二

最近，我们对我县农村卫生工作进行了一次全面调查，从调查的情况看，我县卫生事业近年来发展虽然较快，但存在的困难和问题仍相当突出，改革、发展、稳定的任务十分艰巨。我们认为，在全面建设小康社会的实践中，加强农村医疗卫生工作不但十分重要，而且刻不容缓。

近年来，我县认真贯彻《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》和《国务院办公厅关于农村卫生改革和发展的指导意见》精神，突出抓了农村卫生改革和发展，取得了较好成绩，全县卫生工作在困难中发展，在发展中壮大。

一是全面推进了农村卫生院体制改革。理顺了乡镇卫生院的管理体制，人、财、物由县卫生行政主管部门主管；从xx年7月开始，乡镇卫生院院长、防疫专干、妇幼专干的工资纳入了县财政全额拨款，确保了队伍稳定；妥善解决了农村卫生院干部职工的养老保险问题，解除了他们的后顾之忧；积极稳妥地推进了人事制度改革，对乡镇卫生院院长、防保专干实行竞聘上岗，激活了乡镇卫生院的人事机制。

二是疾病预防控制和妇幼保健工作成效显著。取得了抗击“非典”的全面胜利，没有出现一例非典病例和疑似病例。在抓好以“非典”、霍乱为重点的重大传染病防治的同时，我县进一步抓了麻风病、地方病、结核病、性病、病毒性肝炎、麻疹、流感等疾病的防治，特别是农村计划免疫工作得到了进一步加强。继续推进“降消”工作，提高了全县妇幼保健水平。住院分娩率提高到85.07%，比上年提高5%，孕产妇死亡率为61.36/10万，婴儿死亡率为17.96‰。

三是乡镇卫生院建设得到进一步加强。全县25个乡镇均建有卫生院，其中乡镇卫生院21所，中心卫生院4所，乡镇卫生院占地面积33961m²，业务用房建筑面积15366m²，有294个村设有卫生室442个。朗江、岩头、金子岩、王家坪卫生院新建了业务综合楼；堡子、团河、广坪等三个中心卫生院被列入国家和省中心卫生院建设发展项目，每个卫生院投入20万元对房屋进行维修改造和添置设备；蒲稳、坪村、若水、岩头等卫生院去年共投入30余万元维修房屋，添置设备，农村医疗卫生条件得到一定改善。

四是农村卫生网络建设步伐加快。我县对农村卫生机构实行分类管理，将医疗机构分为盈利性医疗机构和非盈利性医疗机构，每村设一个非盈利性医疗机构，负责本辖区的预防保健工作，将其责、权、利有机地结合起来，加强了专干的责任心，调动了他们的工作积极性，全县农村医疗卫生网络建设不断完善。

1、农村医务人员综合素质较低。全县乡镇卫生院298名在职干部职工中，从职称上看，具有中级职称、初级职称和无职称的人员分别为17人、219人和62人，所占比例分别为6%、73%和21%，中级以上人才太少，无职称人员太多，而且分布不合理，高级职称人才主要集中在几个中心卫生院；从学历上看，卫生院专科、中专和无学历人员分别是29人、187人和82人，所占比例分别是10%、63%和27%，村卫生室中专学历60人，大专学历3人，无学历人员379人；从取得执业资格上看，取得执业医师资格和执业助理医师资格的分别是69人和67人，分别占总人数的23%，村卫生室取得执业医师资格的仅2人，取得执业助理医师资格的13人，部分医务人员是半路出家、子承父业，村卫室基本上属“土郎中”坐堂；从年龄层次结构上看，医技人员的“老、中、青”搭配不合理，业务水平较高的医技人员基本上是50岁以上的老医生，已接近退休年龄，年轻的骨干医生还没有培养起来，出现“青黄不接”的现象。

2、基础设施建设严重滞后。一是医疗设备相当陈旧。目前大多数卫生院主要还是靠“老三件”（即体温计、听诊器、血压计）来开展工作，已配备“大三件”（即心电图□x光机□b超机）的为数不多，配备x光机的有10所卫生院，心电图的9所卫生院□b超机的13所卫生院，而且绝大多数设备是上世纪80年代中期购置，使用时间过长，诊断准确性差；配备其他更高档一点设备的卫生院更是少之又少。二是房屋破损严重。绝大多数卫生院使用的房屋是上个世纪60至70年代修建的，年久失修。据统计，目前卫生院业务用房面积15366.3m²□其中危房面积达3808.6m²□占整个用房面积的25%。还有两个卫生院连住房都没有（即马鞍镇卫生院和洒溪乡卫生院），工作无法正常开展。

3、投入严重不足，农村医疗卫生单位生存举步维艰。根据《中共中央、国务院关于加快卫生改革与发展的决定》规定，卫生事业投入应占到当地国民生产总值的5%，而我县仅2%左右，且呈逐年减少之势，如xx年财政预算为72万元□xx年68万元□xx年64万元□xx年60万元。这些资金用于防保专干和退休人员的工资开支后，能够用于农村卫生事业的建设资金所剩无几。同时，由于历史原因或内部管理不善、人员包袱重、业务量小，乡镇卫生院负债累累，生存十分艰难。据初步统计，全县卫生院负债达200万元，部分卫生院已资不抵债，其中朗江博爱卫生院、沙溪卫生院、岩头卫生院和王家坪卫生院负债分别达34万元、18万元、20万元和22万元。目前收支略有节余的卫生院仅有4所，收支平衡的7所，14所卫生院亏损。

4、医疗市场混乱，医疗环境较差。无证行医、非法行医现象突出，部分卫生院门诊过多过滥，特别是农村诊所使用假冒伪劣药品、过期失效药品等现象较普遍。由于农村地域广，农民居住分散，卫生监督监测工作存在一定难度和漏洞。医疗市场的混乱，既对农村卫生机构造成严重冲击，又直接威胁人民生命财产安全。同时，一些部门对农村医疗卫生机构的

“四乱”现象比较突出，扰乱了他们的正常经营秩序，加重了基层和群众的负担。

1、切实把农村医疗卫生事业摆上更加重要的位置。农村医疗卫生事关广大人民群众的身体健康和生命安全。各级各部门要站在实践“三个代表”重要思想的高度，充分认识加强农村医疗卫生工作的重大意义，把加快发展农村卫生事业作为落实科学发展观的具体行动，作为全县经济社会发展的重点，摆上各级领导的重要议事日程。要把发展农村医疗卫生事业纳入领导干部任期政绩考核的重要内容，作为全面建设小康社会的重要指标，切实搞好规划，落实工作措施，确保农村卫生事业长足发展。

2、积极稳妥地推进农村卫生体制改革。要推进卫生院人事制度改革，打破“铁饭碗”，砸烂“铁交椅”，大力推行公选院长制、竞争上岗制，并对院长、防保专干继续实行末位淘汰制管理，进一步完善院长、专干的业绩考核机制，建立科学的考评体系，将淘汰的岗位向社会公开招聘，择优录取。要创新乡镇卫生院的经营模式，促进医疗卫生单位参与市场竞争，改变过来由政府包办包揽的局面，并可考虑在稳定公益性营运机构的基础上，推进农村医疗卫生单位的产权制度改革，鼓励能人领办乡镇卫生院，用市场的办法促进乡镇医疗卫生机构优胜劣汰，还可考虑把村级卫生室纳入乡镇卫生院的管理范围，探索一体化经营模式，进一步加强卫生院对村卫生室的业务指导。要深化卫生分配制度改革，实行按岗定酬，按业绩定酬，调动广大职员的积极性和创造性。要建立合理的人才流动机制，推动人才资源在全县范围内的统一配置，保证各乡镇均有比例合适的技术骨干，保证农民群众“小病不出乡，大病不出县”。要逐步开展合作医疗、大病统筹或其它医疗保障制度，改变目前农民群众“小病拖、大病挨，重病才往医院抬”的现状，确保农民看得起病。

3、加大卫生事业投入力度，提高整体功能。据测算，初步建好全县乡镇卫生院共需1651万元，其中添置设备793台件、需

资金953万元;改扩建房屋1080m²需资金596万元;培训各类卫技人员68人,需资金102万元。解决经费投入不足的问题,筹措数额这样巨大的资金,必须多管齐下,既要调整县乡财政支出结构,逐步增加卫生事业费的预算比例,又要积极申报项目,争取上级资金支持,还要大力招商引资,鼓励能人、老板和科研人员参与发展农村医疗卫生事业;既要突出重点,抓紧建好四个中心卫生院,加强配套设施建设和人员配备,使其成为负责区域内医疗预防、保健的技术指导中心和紧急救护中心;要统筹兼顾,分批次地完成乡镇卫生院的房屋、设备、人员培训等配套建设,完善其整体服务功能。

4、加强卫生法制建设,规范医疗服务市场。增强法制意识,切实加强卫生监管,强化医疗机构、从业人员、卫生技术应用等方面的准入管理,从源头上规范医疗服务市场。继续开展医药市场专项整治工作,坚决取缔无证行医和零售药店坐堂行医,纠正超范围行医,严厉打击游医药贩。整顿和规范卫生院门诊过多过滥的问题,一个卫生院最多只能设1—2个门诊,并实行统一管理。纠正医药购销不正之风,规范药品采购渠道,实行药品集中招标采购,切实降低群众医疗成本。

5、加强人才培养,提高医务人员素质。要形成进修学习机制,拓宽进修学习渠道,每所卫生院每年选送1-2名素质较好的医务人员到上级医院或更高一级医院进修学习,采取带薪或自费形式到专业院校学习深造,提高业务水平。逐年安排大专以上毕业生到卫生院工作,提高卫生院医务人员的素质,培养学科带头人,使农村医务人员真正专业化、职业化,培养一支留得住、用得上的农村医疗卫生技术人才。要加强医德医风建设,改进服务质量和服务态度,树立白衣天使的良好形象。

农村医疗保障的调查报告篇三

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,一年多来,根据中共中央、

国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》精神，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，我市初步确立了大病统筹、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(以下简称新农医)体系。为切实巩固这一制度，进一步探索和建立健康可持续发展的长效机制，对我市新农医的运行情况进行了专题调研。通过调研，总结概括制度的现状和成效、研究分析存在的问题和困难，提出发展对策。

一、现状和成效

主要工作成效：

(一)加强领导、精心实施、规范管理，初步建立了新农医制度的良性运行机制。

一是加强领导。市委市政府和县(市、区)、乡镇党委政府高度重视新农医，从实践三个代表重要思想和统筹城乡发展重大战略出发，切实加强领导，研究政策制度，健全组织机构，落实支持和保障措施。市政府2018、2019连续两年把实施新农医工作列入政府实事工程，各县(市)区根据市政府指导意见，结合当地实际，制定了新农医实施办法及相关制度；成立了由常务副县长(市、区)长为组长，各相关部门负责人参加的新农医协调小组，并设立经办机构。市和县(市、区)两级政府都把实施进度和实施成效列入政府目标管理责任制考核内容；各级财政安排专项资金，确保新农医政府资助资金的到位。

二是精心实施。各级政府建立专门的工作班子，确定实施方案，召开动员大会，广泛宣传新农医制度的优越性，积极引导和动员农村群众参加；卫生、财政、民政、农业、宣传等有关部门积极做好业务指导、政策宣传解释和工作督促；人大、政协等部门也给予了高度的关注、支持和监督；基层乡镇、村(社区)的广大党员干部部分包干，承担了组织发动、人员登记、经费收缴和医保卡发放等大量基础工作。由于各级政

府和有关部门领导重视，工作扎实，群众参与热情高，确保了各地筹资工作的圆满完成和制度的顺利实施。

三是规范管理。各县(市、区)成立了新农医管委会，设立了专门的新农医办公室，各乡镇也相应成立了领导小组和办公室，各行政村(社区)设立了新农医联络员，三级组织网络的建立，为新农医制度的规范管理提供了组织保证。各级经办机构在制度正式实施后，不断完善规章制度，规范定点医疗机构管理，简化结报审核流程，实施服务承诺，努力提供优质服务；同时切实加强基金监管，制订基金管理办法，设立基金收支专门帐户，严格费用审核，建立重大结报金额复审制度，杜绝不合理和不合法的补偿支出，定期通报和公布基金运行情况，提高基金运行透明度，并接受同级财政、审计等部门和广大群众的监督。

(二)坚持原则、因地制宜、不拘形式，创造性地发展了新农医的多种运作模式。

二是根据各地社会经济发展水平，因地制宜地确定筹资水平和补偿水平。由于综合考虑当地农民人均收入、地方财政、保障人数和原有农村合作医疗制度基础的不同等因素，各地在个人出资、财政资助和补偿水平上略有高低，南三县相对较低，市辖区相对较高。总体上看全市筹资水平基本上都在75元以上，高于全省47元的平均水平；各级政府资助一般在45元以上，最多的65元，而全省一般在22-25元；平均补偿水平在25%-35%之间，也高于全省平均水平。

三是不拘形式，积极探索各种管理模式和机制。目前，各地在新农医的具体运作模式上主要有三种：卫生部门运作型包括慈溪、余姚、江北、江东、大榭、镇海，占主导，建立区域定点逐渐转诊，控制医疗费用；与农村社区卫生服务相结合，积极为参保农民进行健康体检，建立健康档案，实行门诊优惠减免，支持新农医。社会保障部门运作型鄞州区积极探索由劳动社会保障部门统一城乡医保管理运行机制，利用城镇

医保的经办机构、人员网络和软件系统，实施新农医制度。政府委托商业保险公司运作型北仑区、宁海县由人寿保险公司进行运作，政府部门加强管理。各地对新农医运作机制的有益探索，为实施这一制度打开了思路，值得尝试和探索。

(三)大病统筹、医疗救助、农村社区卫生服务，着力构建三位一体的农村基本医疗保障雏形。总之，新农医制度的实施，初步构建了我市农村基本医疗保障的雏形，广大农民群众切切实实得到了实惠，对促进我市城乡社会经济统筹发展起到了积极作用。拿一位农民的话说，这是记忆中最深的，继农村推行家庭联产承包责任制以来，党和政府又为农民办的一件大好事，据对全市302户家庭995人抽样调查显示，对制度的满意率达到了93.1%。

二、困难和问题

新农医是一项长期的艰巨的社会保障工程，实施之初，还存在许多困难和问题，概括地讲，主要有四个方面：

(一)宣传引导工作不够深入，农民参保积极性有待提高。各地在推行新农医制度过程中，一方面由于时间紧、任务重，政策宣传和引导工作尚不够深入，另一方面农民对以大病统筹为主的新农医缺乏经验体会，与老的制度相模糊，对长期实施信心不足，导致部分农民参保积极性不高，主动自愿参加的不多。(二)审核结算流程仍显复杂，农民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，成熟地覆盖一个县(市、区)，乃至全市的网络信息管理系统建设尚未启动等原因，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。

(三)政策制度尚需完善，部分地区资金沉淀过多。由于新农医刚刚起步，对具体方案设置缺乏现成的经验，基金测算相对保守等原因，制度中出现了一些不够科学和合理的地方。

突出地表现在部分县(市、区)资金沉淀过多,影响了制度的吸引力和群众的参保积极性。

(四)监管组织建设有待加强,监管职能履行需要规范。新农医管委会和基金监督管委会责权不是十分明确,各地虽已成立了相应组织,但应承担哪些义务和权利没有明确规定,缺乏规范化运作,大都仍由政府部门直接承担,缺乏民主管理制度。新农医基金收支和管理的审计监督,还没有形成规范的程序,对委托商业保险公司运作的资金如何加强监督更缺乏依据,一定程度上影响了基金监管的规范性和权威性。

另外,随着各地新农医制度的推广实施,也出现了许多需要特别关注和研究的新情况。主要有:一是医保盲区的问题。新农医制度的主体对象是农民,城镇医保的对象是城镇职工,那些非农非城镇医保对象(包括历史遗留下来的农转非人员、被征地未参加养老保障人员、乡镇企业退休职工以及长期在本地居住的外来人员等人群)成了医保盲区,应尽快研究解决。二是医疗救助高门槛的问题。目前的医疗救助制度作为大病统筹的补充,是解决因病致贫,因病返贫的有效途径。但目前在实际运行中相当部分县(市、区)都控制在5万元以上,才能按比例救助,救助最多限额2万元,而困难对象往往无法承受高额的医疗费用,无法享受这一政策,需要对医疗救助的对象和救助的低线作出新的界定。三是农村社区卫生服务中心(乡镇卫生院)的发展问题。执行药品顺价作价后,全市相当部分农村社区卫生服务中心(乡镇卫生院)亏损严重,实施新农医后,政府又要求这些机构对参保人员适当减免挂号费、注射费、诊疗费和优惠部分医药费,实现对参保人员的小病普惠政策,来促进新农医的持续发展,在财政补偿机制暂时还不到位、农村公共卫生体系建设尚未健全的情况下,农村社区卫生服务中心(乡镇卫生院)背负了过重的公共卫生服务职能,面临着生存发展危机,需给予应有的关注和财政补助政策的及时到位。

三、对策与建议

总体发展目标：2019年全面实施，覆盖面达到全市农村居民应保对象的85%以上；2019-2009年，逐年完善政策制度，扩大覆盖面，增强保障能力；2019年前后建立较完善的农村基本医疗保障制度，并逐步与城镇医保接轨，最终建立与我市社会经济发展水平相适应的城乡一体的社会基本医疗保障体系。

总体工作思路：着力建设三大体系 一是新型农村合作医疗为主导，抓住农村基本医疗保障的突破口；二是医疗救助为补充，突出农村弱势群体的医疗救助力度，增强制度的针对性，弥补现阶段新型农村合作医疗保障的不可及性；三是农村社区卫生服务相配套，扩大制度的受益面，增强制度的普惠性，克服新型农村合作医疗受益面窄的弱点。清晰确立三个定位 一是目标定位：最终目标是建立农村基本医疗保障制度，与城镇医保并轨，实现城乡统筹，实施中把握制度的发展目的和方向；二是阶段定位：低水平、广覆盖 起步，制度将有一个较长的初级发展阶段，实施中重视制度的稳定和巩固；三是过程定位：在巩固初级阶段成效的基础上，积极稳妥地提高保障水平、扩大保障面和受益面，实施中着眼制度的完善和发展。切实保证三个到位 一是政府责任到位，既要落实个人义务，更要强调政府责任，建立健全的组织管理体系；二是宣传引导到位，既要尊重农民意愿，又要强调科学引导，形成农民主动参与的氛围；三是资金支持到位，既要坚持个人出资，又要保证合理的财政资助，建立科学的筹资机制。

具体发展对策：

(一) 进一步加强领导，探索建立可持续发展机制。

一是从社会保障角度，明确界定新型农村合作医疗制度的性质，强化政府责任、突出社会管理、强调个人自主参与，明晰各自的权利和义务；二是出台中长期的发展规划和阶段性的指导意见，处理好制度近期目标与远期目标，手段与目的，稳定与发展的关系，加强对基层的指导，宏观把握发展方向，建立可持续发展机制；三是积极探索新的个人筹资模式，科学

引导农民群众主动地自愿地缴费，减轻基层干部工作压力；四是有关业务部门、相关学术机构加强理论和实践的研究，在制度设计和实践相对成熟的基础上，酝酿相关的地方性法规，从法治的角度加以规范。（二）进一步加强宣传，提高农村群众参保积极性。

一是通过报纸、电视、网络等各种渠道，广泛深入地开展政策制度宣传，把参保办法、参保人的权利和义务以及审核结算流程等宣传到千家万户，使广大群众真正了解、熟悉这一制度；二是针对性地开展具体、形象、生动的典型事例宣传，现身说法，弘扬讲奉献、献爱心，互助共济的传统美德，使群众切实感受到制度的意义和好处，增强制度的吸引力，进一步提高自觉参保意识；三是积极争取人大、政协和社会各界对新型农村合作医疗工作的关注和支持，营造良好的工作氛围。

（三）抓好巩固完善，增强制度的合理性和科学性。

一是切实巩固实施成果。总结经验，科学测算，充分论证，合理确定基金收支方案，防止基金过多沉淀或透支，保持政策的稳定性和延续性，根据农村社会经济的发展和农村居民收入水平，原则上每二至三年对筹资标准和补助标准作适当调整，适时理顺会计年度；二是努力扩大筹资渠道，增强基金实力，逐年提高补偿水平。各级政府根据财力，合理增加财政投入，个人筹资根据农村居民人均收入和对制度的认同程度，稳妥地提高，村（社区）自治组织要根据集体经济状况给予一定投入，积极争取社会捐助，多渠道地增强基金实力，逐步提高参保病人的补偿水平；三是加强信息化建设，简化审核结算手续，减少不合理的中间环节，努力方便群众就医结报，提高服务水平和效率；四是认真调研，会同有关部门探索解决非农非城镇医保对象的医疗保障问题。同时，有条件的地方可根据群众对农村医保的不同需求，探索设置不同个人筹资档次和不同补偿水平的补偿机制。（四）健全管理监督机制，真正做到取信于民。一是充分发挥新型农村合作医疗协

调小组或管理委员会职责，切实履行组织、协调、管理和指导等工作，定期向同级人大汇报，主动接受监督；二是加强经办机构建设，按规定落实人员编制、工作经费，完善工作制度，加强规范管理；三是完善基金监管机制，制定监督管理规定，形成定期审计监督制度，确保基金运作规范、透明、高效，保证制度的公平公正；四是加强医疗服务，规范定点医疗机构管理，合理分流病源，合理诊治，有效控制医疗费用和非有效医疗费用比，减少不合理的医疗支出。（五）积极推进农村社区卫生服务建设，扩大受益面。

一是加强农村社区卫生服务机构建设，优化重组现有农村医疗卫生资源，重点推进乡镇卫生院基础设施和急救、妇保、儿保、防保、产科等服务功能建设，促进乡镇村级医疗机构功能转型；二是结合新型农村合作医疗和农村公共卫生体系建设，不断完善农村社区卫生服务功能，农村计生指导和残疾康复纳入社区卫生服务建设，逐步开展慢病动态管理、社区健康教育、健康体检等服务；三是出台小病受惠政策，建立推广小病受惠机制，增强新型农村合作医疗制度的吸引力；四是加强农村社区卫生服务队伍建设，出台优惠政策，保证农村公共卫生人员编制和工作经费，鼓励医学院校毕业生从事农村社区卫生服务工作，开展卫生支农活动，加强在职人员理论和实践培训，建立人员的培养、准入、淘汰和更新机制；五是开展农村社区卫生服务示范点建设，出台支持政策，制定具体的建设标准，分阶段推进农村社区卫生机构和功能建设。

（六）切实加强医疗救助体系建设，提高弱势群体医疗救助力度。

农村医疗保障的调查报告篇四

农村医疗调查报告

（一）

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，一年多来，根据中国共产党中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》精神，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，我市初步确立了“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（以下简称新农医）体系。为切实巩固这一制度，进一步探索和建立健康可持续发展的长效机制，对我市新农医的运行情况进行了专题调研。通过调研，总结概括制度的现状和成效、研究分析存在的问题和困难，提出发展对策。

一、现状和成效

20**年，我市共有乡镇132个，村（居）委会3914个，常住人口549.07万。其中农业人口380万，户数141.74万，农民人均纯收入6221元。乡镇卫生院155个，村卫生室2838个，乡村医生3273人。自20**年7月1日镇海区率先开展新农医试点工作以来，至今除海曙区外，其他各县（市）区已全面推开。截止今年12月底，全市参保乡镇109个，占83%，参保村2694个，占69%，参保人数达275.4万人，占全市农业人口的76.4%。

主要工作成效：

（一）加强领导、精心实施、规范管理，初步建立了新农医制度的良性运行机制。

一是加强领导。市委市政府和县（市、区）、乡镇党委政府高度重视新农医，从实践“三个代表”重要思想和统筹城乡发展重大战略出发，切实加强领导，研究政策制度，健全组织机构，落实支持和保障措施。市政府20**、20**连续两年把实施新农医工作列入政府实事工程，各县（市）区根据市政府指导意见，结合当地实际，制定了新农医实施办法及相关制度；成立了由常务副县长（市、区）长为组长，各相关部门负责人参加的新农医协调小组，并设立经办机构。市和县

（市、区）两级政府都把实施进度和实施成效列入政府目标管理责任制考核内容；各级财政安排专项资金，确保新农医政府资助资金的到位。

二是精心实施。各级政府建立专门的工作班子，确定实施方案，召开动员大会，广泛宣传新农医制度的优越性，积极引导和动员农村群众参加；卫生、财政、民政、农业、宣传等有关部门积极做好业务指导、政策宣传解释和工作督促；人大、政协等部门也给予了高度的关注、支持和监督；基层乡镇、村（社区）的广大党员干部部分片包干，承担了组织发动、人员登记、经费收缴和医保卡发放等大量基础工作。由于各级政府和有关部门领导重视，工作扎实，群众参与热情高，确保了各地筹资工作的圆满完成和制度的顺利实施。

三是规范管理。各县（市、区）成立了新农医管委会，设立了专门的新农医办公室，各乡镇也相应成立了领导小组和办公室，各行政村（社区）设立了新农医联络员，三级组织网络的建立，为新农医制度的规范管理提供了组织保证。各级经办机构在制度正式实施后，不断完善规章制度，规范定点医疗机构管理，简化结报审核流程，实施服务承诺，努力提供优质服务；同时切实加强基金监管，制订基金管理办法，设立基金收支专门帐户，严格费用审核，建立重大结报金额复审制度，杜绝不合理和不合法的补偿支出，定期通报和公布基金运行情况，提高基金运行透明度，并接受同级财政、审计等部门和广大群众的监督。

（二）坚持原则、因地制宜、不拘形式，创造性地发展了新农医的多种运作模式。

一是充分尊重农民意愿，坚持实施原则。各地在筹资过程中，坚持政府组织、引导、支持，农民以户为单位自愿参加，由于宣传引导工作到位，在全面推开的县（市、区）中，参保率均在80%以上，其中镇海、北仑、鄞州、江北等达到了90%以上，大大突破了预期的目标。在筹资机制中，坚持了农民

个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的原则，在全市22109.3万大病统筹基金中，其中个人（包括集体经济扶持）出资8093.0万，乡镇财政资助4910.7万，县（市、区）财政资助5256.5万，市财政已资助3849.1万，体现了一个较为合理的构成比。在基金的使用上，坚持了以收定支、量入为出、保障适度的原则，大部分县（市、区）还设立了风险调节基金，保障合作医疗正常运行。

二是根据各地社会经济发展水平，因地制宜地确定筹资水平和补偿水平。由于综合考虑当地农民人均收入、地方财政、保障人数和原有农村合作医疗制度基础的不同等因素，各地在个人出资、财政资助和补偿水平上略有高低，“南三县”相对较低，市辖区相对较高。总体上看全市筹资水平基本上都在75元以上，高于全省47元的平均水平；各级政府资助一般在45元以上，最多的65元，而全省一般在22-25元；平均补偿水平在25%—35%之间，也高于全省平均水平。

三是不拘形式，积极探索各种管理模式和机制。目前，各地在新农医的具体运作模式上主要有三种：卫生部门运作型—包括慈溪、余姚、江北、江东、大榭、镇海，占主导，建立区域定点逐渐转诊，控制医疗费用；与农村社区卫生服务相结合，积极为参保农民进行健康体检，建立健康档案，实行门诊优惠减免，支持新农医。社会保障部门运作型—鄞州区积极探索由劳动社会保障部门统一城乡医保管理运行机制，利用城镇医保的经办机构、人员网络和软件系统，实施新农医制度。政府委托商业保险公司运作型—北仑区、宁海县由人寿保险公司进行运作，政府部门加强管理。各地对新农医运作机制的有益探索，为实施这一制度打开了思路，值得尝试和探索。

（三）大病统筹、医疗救助、农村社区卫生服务，着力构建三位一体的农村基本医疗保障雏形。

一是实施大病统筹，使广大农民的健康有了一定保障。参保

人员因病在定点医疗机构住院治疗而发生的符合支付规定范围内的医疗费用，根据医院大小，分级定比，按照医药费用，分段计算，累进补偿。余姚、慈溪、镇海、北仑和宁海等地区对某些特殊疾病的门诊医药费用也实施一定的补偿。截止今年12月底，全市住院结报75456人次，补偿总额12913.2万元，人均补偿1711元，实际补助费用占住院总费用的25.0%，占有效费用29.3%；门诊补偿669人次，补偿金额88.4万元。

二是实施医疗救助，加大了困难弱势群体的医疗帮扶力度。在实施大病统筹的同时，积极探索建立医疗救助体系。农村五保供养农民、农村低保家庭、重点优抚对象和基本丧失劳动能力的残疾人员，其大病统筹个人出资由县（市、区）、乡镇两级财政代缴；同时两级财政出资每人5-20元不等，设立医疗救助专项基金，对上述对象及个别发生大额医疗费用，严重影响其基本生活的参保对象实施除大病统筹外的医疗救助。目前开展新农医的县（市、区）均开展了医疗救助制度，如镇海区对有效医药费用在5万元及以上的这类对象给予至少5000元的救助。截止9月底全市到位救助资金1460.6万，已资助低保、五保、重点优抚、患重大疾病对象等困难人员免费参保5.15万人，资助总额135.65万元；资助经济欠发达区参保对象6.59万人，资助金额88.29万元；对困难人员医疗费用救助5177人次，救助金额763.3万元。

三是实施农村社区卫生服务，逐步实现了农民的小病普惠。实施新农医制度后，各地将农村社区卫生服务与新农医有机结合，借鉴城市社区卫生服务做法，开展了多种形式的农村社区卫生服务活动。镇海、余姚、江北等地安排专项资金，通过农村社区卫生服务中心（卫生院）适度让利，采取必检项目和农民自选项目相结合，上门体检和集中体检相结合的方法对参保人员进行健康体检，并建立健康档案。慈溪市探索小病受惠机制，将村卫生室通过竞聘后，改建为农村社区卫生服务站，县镇两级财政对每个服务站每年给予平均3万元的补助，服务站对参加新农医的村民提供门诊优惠，药品费用给予一定比例的让利，免收挂号费、诊疗费和注射费，业

务用房、水、电等费用则由集体经济给予补助。北仑区设立农村社区卫生服务专项基金，按照参加大病统筹人数每人每年4元予以投入，主要用于下乡巡回医疗、健康宣教和扶持边远地区农村社区卫生服务工作等，解决边远农村居民看病难的问题。另外，全市农村社区卫生服务中心（乡镇卫生院）的标准化建设已启动，52家农村社区卫生服务中心（乡镇卫生院）列入标准化建设，市政府将每年投入1000万，县镇政府1：2配套。

总之，新农医制度的实施，初步构建了我市农村基本医疗保障的雏形，广大农民群众切切实实得到了实惠，对促进我市城乡社会经济统筹发展起到了积极作用。拿一位农民的话说，这是记忆中最深的，继农村推行家庭联产承包责任制以来，党和政府又为农民办的一件大好事，据对全市302户家庭995人抽样调查显示，对制度的满意率达到了93.1%。

二、困难和问题

新农医是一项长期的艰巨的社会保障工程，实施之初，还存在许多困难和问题，概括地讲，主要有四个方面：

（一）宣传引导工作不够深入，农民参保积极性有待提高。各地在推行新农医制度过程中，一方面由于时间紧、任务重，政策宣传和引导工作尚不够深入，另一方面农民对以大病统筹为主的新农医缺乏经验体会，与老的制度相模糊，对长期实施信心不足，导致部分农民参保积极性不高，主动自愿参加的不多。

（二）审核结算流程仍显复杂，农民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，成熟地覆盖一个县（市、区），乃至全市的网络信息管理系统建设尚未启动等原因，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。

（三）政策制度尚需完善，部分地区资金沉淀过多。由于新农医刚刚起步，对具体方案设置缺乏现成的经验，基金测算相对保守等原因，制度中出现了一些不够科学和合理的地方。突出地表现在部分县（市、区）资金沉淀过多，影响了制度的吸引力和群众的参保积极性。

（四）监管组织建设有待加强，监管职能履行需要规范。新农医管委会和基金监督管委会责权不是十分明确，各地虽已成立了相应组织，但应承担哪些义务和权利没有明确规定，缺乏规范化运作，大都仍由政府部门直接承担，缺乏民主管理制度。新农医基金收支和管理的审计监督，还没有形成规范的程序，对委托商业保险公司运作的资金如何加强监督更缺乏依据，一定程度上影响了基金监管的规范性和权威性。

另外，随着各地新农医制度的推广实施，也出现了许多需要特别关注和研究的新情况。主要有：一是“医保盲区”的问题。新农医制度的主体对象是农民，城镇医保的对象是城镇职工，那些非农非城镇医保对象（包括历史遗留下来的农转非人员、被征地未参加养老保障人员、乡镇企业退休职工以及长期在本地居住的外来人员等人群）成了“医保盲区”，应尽快研究解决。二是“医疗救助高门槛”的问题。目前的医疗救助制度作为大病统筹的补充，是解决因病致贫，因病返贫的有效途径。但目前在实际运行中相当部分县（市、区）都控制在5万元以上，才能按比例救助，救助最多限额2万元，而困难对象往往无法承受高额的医疗费用，无法享受这一政策，需要对医疗救助的对象和救助的低线作出新的界定。三是“农村社区卫生服务中心（乡镇卫生院）的发展”问题。执行药品顺价作价后，全市相当部分农村社区卫生服务中心（乡镇卫生院）亏损严重，实施新农医后，政府又要求这些机构对参保人员适当减免挂号费、注射费、诊疗费和优惠部分医药费，实现对参保人员的小病普惠政策，来促进新农医的持续发展，在财政补偿机制暂时还不到位、农村公共卫生体系建设尚未健全的情况下，农村社区卫生服务中心（乡镇卫生院）背负了过重的公共卫生服务职能，面临着生存发展

危机，需给予应有的关注和财政补助政策的及时到位。

三、对策与建议

总体发展目标：20**年全面实施，覆盖面达到全市农村居民应保对象的85%以上；20**~20**年，逐年完善政策制度，扩大覆盖面，增强保障能力；20**年前后建立较完善的农村基本医疗保障制度，并逐步与城镇医保接轨，最终建立与我市社会经济发展水平相适应的城乡一体的社会基本医疗保障体系。

总体工作思路：着力建设“三大体系”一是新型农村合作医疗为主导，抓住农村基本医疗保障的突破口；二是医疗救助为补充，突出农村弱势群体的医疗救助力度，增强制度的针对性，弥补现阶段新型农村合作医疗保障的不可及性；三是农村社区卫生服务相配套，扩大制度的受益面，增强制度的普惠性，克服新型农村合作医疗受益面窄的弱点。清晰确立“三个定位”一是目标定位：最终目标是建立农村基本医疗保障制度，与城镇医保并轨，实现城乡统筹，实施中把握制度的发展目的和方向；二是阶段定位：“低水平、广覆盖”起步，制度将有一个较长的初级发展阶段，实施中重视制度的稳定和巩固；三是过程定位：在巩固初级阶段成效的基础上，积极稳妥地提高保障水平、扩大保障面和受益面，实施中着眼制度的完善和发展。切实保证“三个到位”一是政府责任到位，既要落实个人义务，更要强调政府责任，建立健全的组织管理体系；二是宣传引导到位，既要尊重农民意愿，又要强调科学引导，形成农民主动参与的氛围；三是资金支持到位，既要坚持个人出资，又要保证合理的财政资助，建立科学的筹资机制。

具体发展对策：

（一）进一步加强领导，探索建立可持续发展机制。

一是从社会保障角度，明确界定新型农村合作医疗制度的性质，强化政府责任、突出社会管理、强调个人自主参与，明晰各自的权利和义务；二是出台中长期的发展规划和阶段性的指导意见，处理好制度近期目标与远期目标，手段与目的，稳定与发展的关系，加强对基层的指导，宏观把握发展方向，建立可持续发展机制；三是积极探索新的个人筹资模式，科学引导农民群众主动地自愿地缴费，减轻基层干部工作压力；四是有关业务部门、相关学术机构加强理论和实践的研究，在制度设计和实践相对成熟的基础上，酝酿相关的地方性法规，从法治的角度加以规范。

（二）进一步加强宣传，提高农村群众参保积极性。

一是通过报纸、电视、网络等各种渠道，广泛深入地开展政策制度宣传，把参保办法、参保人的权利和义务以及审核结算流程等宣传到千家万户，使广大群众真正了解、熟悉这一制度；二是针对性地开展具体、形象、生动的典型事例宣传，现身说法，弘扬讲奉献、献爱心，互助共济的传统美德，使群众切实感受到制度的意义和好处，增强制度的吸引力，进一步提高自觉参保意识；三是积极争取人大、政协和社会各界对新型农村合作医疗工作的关注和支持，营造良好的工作氛围。

（三）抓好巩固完善，增强制度的合理性和科学性。

一是切实巩固实施成果。总结经验，科学测算，充分论证，合理确定基金收支方案，防止基金过多沉淀或透支，保持政策的稳定性和延续性，根据农村社会经济的发展 and 农村居民收入水平，原则上每二至三年对筹资标准和补助标准作适当调整，适时理顺会计年度；二是努力扩大筹资渠道，增强基金实力，逐年提高补偿水平。各级政府根据财力，合理增加财政投入，个人筹资根据农村居民人均收入和对制度的认同程度，稳妥地提高，村（社区）自治组织要根据集体经济状况给予一定投入，积极争取社会捐助，多渠道地增强基金实

力，逐步提高参保病人的补偿水平；三是加强信息化建设，简化审核结算手续，减少不合理的中间环节，努力方便群众就医结报，提高服务水平和效率；四是认真调研，会同有关部门探索解决非农非城镇医保对象的医疗保障问题。同时，有条件的地方可根据群众对农村医保的不同需求，探索设置不同个人筹资档次和不同补偿水平的补偿机制。

（四）健全管理监督机制，真正做到取信于民。

一是充分发挥新型农村合作医疗协调小组或管理委员会职责，切实履行组织、协调、管理和指导等工作，定期向同级人大汇报，主动接受监督；二是加强经办机构建设，按规定落实人员编制、工作经费，完善工作制度，加强规范管理；三是完善基金监管机制，制定监督管理规定，形成定期审计监督制度，确保基金运作规范、透明、高效，保证制度的公平公正；四是加强医疗服务，规范定点医疗机构管理，合理分流病源，合理诊治，有效控制医疗费用和非有效医疗费用比，减少不合理的医疗支出。

（五）积极推进农村社区卫生服务建设，扩大受益面。

一是加强农村社区卫生服务机构建设，优化重组现有农村医疗卫生资源，重点推进乡镇卫生院基础设施和急救、妇保、儿保、防保、产科等服务功能建设，促进乡镇村级医疗机构功能转型；二是结合新型农村合作医疗和农村公共卫生体系建设，不断完善农村社区卫生服务功能，农村计生指导和残疾康复纳入社区卫生服务建设，逐步开展慢病动态管理、社区健康教育、健康体检等服务；三是出台小病受惠政策，建立推广小病受惠机制，增强新型农村合作医疗制度的吸引力；四是加强农村社区卫生服务队伍建设，出台优惠政策，保证农村公共卫生人员编制和工作经费，鼓励医学院校毕业生从事农村社区卫生服务工作，开展卫生支农活动，加强在职人员理论和实践培训，建立人员的培养、准入、淘汰和更新机制；五是开展农村社区卫生服务示范点建设，出台支持政策，

制定具体的建设标准，分阶段推进农村社区卫生机构和功能建设。

（六）切实加强医疗救助体系建设，提高弱势群体医疗救助力度。

一是会同有关部门制定出台医疗救助实施办法，适当扩大救助对象，提高救助标准，降低救助门槛，增加救助受益面；二是新型农村合作医疗制度的医疗救助，与民政部门的医疗救助并轨，并统一实施，建议加大财政资助力度，积极争取社会捐助，建立医疗救助专项基金；三是建立与新型农村合作医疗的结合机制，把参加新型农村合作医疗作为享受医疗救助的前置义务，对低保户、五保户、重点优抚等弱势群体对象参加新型农村合作医疗的个人出资部分由医疗救助基金给予补助；四是有条件的地区，建立弱势群体门诊费用补偿机制，对患恶性肿瘤、器官移植、尿毒症等慢恶性特殊疾病的弱势群体，实施门诊补偿，着力提高医疗救助力度。

（二）

一、调查基本情况

本次调查涉及全市100户384人，20**年总纯收入1770600元，人均纯收入4611元，95%为非低保户；5%为低保户，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。

二、农村医疗服务状况

1、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%选择县级以上医院；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。

2、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%。

3、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。

4、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。

6、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。

7、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。

8、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。

9、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。认为看病难的主要原因有经济困难，医院缺少名医，医务人员服务态度不好，手续太烦等。

10、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。

11、9%的农户因家人得病向医生送过红包。

三、农村居民医疗服务中存在的问题

1、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。调查显示在20**年仅17%的农户得到补偿，表明绝大部分农户近期并没有在新型农村合作医疗制度中得到实惠。部分农户在问卷上写上了他们的困惑：“为什么只有非要得大病才能报销？”。

2、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。

3、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。

（三）

为了提高我县农村医疗卫生服务水平，满足农民解决基本卫生保健和医疗需求，近日，县人大常委会成立调查组，对全县农村医疗卫生状况进行了调查。调查组在听取了县政府关于全县农村医疗卫生工作情况汇报后，集中时间分别深入到北大湖镇、西阳镇、春登乡等卫生院和社区医疗卫生服务站，通过采取召开座谈会、实地走访农户等形式，重点针对全县农民享受初级卫生保健水平、农民基本医疗需求状况和农村医疗保障制度建设等方面进行了调研，现将调研情况向县人大常委会主任会议作以汇报：

一、全县农村医疗卫生基本状况

我县共有15个乡镇（区），139个行政村，总人口40.44万，其中农业人口31.14万，农民人均纯收入2503元，人均卫生消费支出数约为165元。目前，我县有政府成立的非营利性质的医疗卫生机构22个，其中县级医疗卫生机构11个，乡镇卫生院11个。共有社会医疗机构58个，城镇和农村社区卫生服务站244个。全县在职在岗卫生技术人员1830人，卫生技术人员与服务人口比例为1：220，高于全国平均水平。全县医疗卫生机构建筑面积30869平方米，实际开放病床708张，病床与服务人口比例为1：571。几年来，我县致力于提高广大农村居民健康素质并把它作为全面建设小康社会的奋斗目标之一，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，为保障人民群众身体健康，促进全县经济发展和社会进步起到了积极的作用。

1、完善了医疗卫生基础设施建设。一是加强医疗卫生机构房屋建设。几年来，县卫生行政部门投资1500余万元，对县疾控中心、县妇幼保健院、县医院、县二院、县医院分院，北大湖镇、万昌镇、双河镇等中心卫生院，大岗子乡、官厅乡、一拉溪镇、三家子乡等一般卫生院的业务用房进行改造或新建，总建筑面积达2万平方米。二是增设和更新了医疗设备。几年来，县乡两级医疗卫生机构共购置大型医疗设备170台件，总投资1250余万元。其中，县医院四年内投资900万元，购置了螺旋ct机、全自动生化分析仪、彩超、全自动血球计数仪、微波治疗仪等大型医疗设备34台件。乡镇卫生院全部配置了100ma以上的x光机、b超、心电图及生化检验设备，为临床提供了科学的检测诊断依据。

2、建立了功能完善的农村卫生服务体系。为满足农村医疗卫生保健需求，进一步完善农村卫生服务体系，20**年，县政府下发了《永吉县农村社区卫生服务工作实施方案》。在方案的指导下，按照“二级网一级办”的模式，我县改革乡、村二级卫生机构管理体制，各乡镇卫生院增设了社区卫生服务中心，负责管理本辖区农村社区卫生服务站日常管理工作，并将原有的村级卫生机构改革为社区医疗卫生服务站。经过四年的建设，目前，全县农村社区卫生服务站已达244个（包括城镇社区医疗卫生服务站8个），覆盖率达100%，建设合格率达80%。多年来，我县农村社区医疗卫生服务站把有偿服务与义务服务结合起来，在社区内，以家庭为单位，将医疗、预防、保健、康复、卫生宣传、健康教育、计划免疫等融为一体，为农民提供主动、方便、快捷、优质、低价的综合性服务。

4、通过微机程序化管理，详实的掌握了全县辖区内育龄妇女总数，影响妇女健康状况的疾病及顺位。掌握了新婚对数、孕产妇数、高危妊娠数、孕产妇死亡数等情况，为更好地实

施妇幼保健管理工作提供了可靠的依据。在开展孕产妇系统管理工作台上，以筛查高危妊娠为重点，完善了管理措施，使孕产妇系统管理率达90%，孕产妇保健覆盖面95%。住院分娩率达75%，达到了初保规划确定的指标。为进一步提高妇幼保健工作服务功能，从20**年开始，我县通过选派妇产科技术人员进修，增设必要的设备，加强了县、乡两级医疗机构妇产科建设，进一步提高了卫生院妇产科服务水平，使一般卫生院能承担生理产科和一般妇科手术工作，中心卫生院以上医疗单位具备了病理产科和难度较大的妇科手术水平。目前，我县中心卫生院以上医疗单位开展了爱婴医院建设，各项工作指标达到了初保要求的标准，20**年底将通过市级验收。全县儿童保健覆盖率已经达到100%。新生儿破伤风发病率为零。明显降低了新生儿窒息和新生儿颅内出血事件的发生。新生儿和5岁以下儿童死亡率较前5年降低20%，婴幼儿的科学喂养及保健知识普及率达到65%以上，减少了儿童营养不良性疾病的发生。

5、加大了卫生行业执法力度。为适应卫生全行业管理新形势的需要，我县建立了卫生监督与疾病防控新体制，撤消了原永吉县公共卫生监督所和永吉县卫生防疫站，重新组建了永吉县卫生局卫生监督所和永吉县疾病预防控制中心。在卫生监督方面，全年坚持开展了社会卫生打假活动，并做到与日常卫生监督工作相结合。对食品卫生、学校卫生行业定期进行专项整顿，规范了食品卫生“三证”发放与管理工作，完善了“三证”的发放程序和管理办法，制定了责任追究制度，对违法业户依法严肃处理，规范了市场经济秩序，保护了广大群众的健康。在医疗行业执法方面，卫生局医政科常年对各级各类医疗机构、美容院、药店、早市场进行执法大检查，两年来打击非法行医36例，取缔非法医疗机构28家，清理非法医疗美容2家，药店座堂医6家，罚没药械10台件，处罚人民币3.8万元，规范了医疗市场，保证了人民群众健康和生命安全。

6、强化了政府对农村卫生事业的建设和管理职能。坚持经常

开展爱国卫生运动，整治环境卫生，不断改善居民生存环境。通过设立常设机构，代表县政府负责环境卫生的管理和监督。每年我县都把环境卫生工作作为全县精神文明建设目标责任之一一并考核。从去年开始，加大了管理力度，县政府制定了爱国卫生目标责任考评方案，并与乡镇政府和相关部门签订了目标责任书，落实了奖罚措施。通过开展文明村屯活动，现有1个乡镇达到了市级卫生乡镇标准。通过农村改水改厕建设，到今年上半年，已有6个乡镇进行了部分村屯改水，自来水受益人口16.27万人，累计改水受益人口26.55万人，8个乡镇进行了改厕，3.5万户居民修建了卫生厕所，普及率达到34%。

二、我县农村医疗卫生亟待解决的问题

虽然我县医疗卫生事业随着全县经济和社会的发展取得了一些成绩，按照初级保健的要求，基本能够满足农民群众的需要，但是还存在这样或那样的问题，集中反映以下几个方面：

六、七十年代的旧平房，亟待需要重建。调查中我们还看到部分乡镇卫生院和社区卫生服务站医疗卫生基础设施薄弱，相当一部分农村社区卫生服务站只有“老三样”，一个听诊器，一个血压器，一个体温计。医疗卫生改革步伐缓慢，卫生事业发展滞后，与人民群众对医疗卫生的需求不相适应。

2、医疗卫生人才匮乏。由于农村物质条件落后，因此，我县的医疗专业技术人员大多集中在城镇，导致农村医务人员所占的比例比较低，看病难的问题比较突出。西阳镇搜登沟村社区卫生服务站仅有一名乡医，却服务着全村近千人的预防保健。在北大湖镇卫生院和县疾控中心调查中了解到，人才的缺失导致医护人员青黄不接，“出不去，进不来”的现象正严重的制约着事业的发展。对现有在编医护人员培训提高措施不到位，医疗卫生人才匮乏的局面没有得到改善。

3、村级卫生医疗机构和乡医负担重。在北大湖镇三家子村和

西阳镇红石村社区卫生服务站了解到，目前，我县村级医疗机构负担较重。三家子村卫生服务站一年累计要向上级上交7000多元费用，这里有物价部门每年的年检，每个月向镇卫生院缴纳的事业发展基金，每年向药监、卫生等部门以及质量技术监督局交纳的各种规费，还不算相关部门每年不定期举办的各类培训班，颁发的各类资格证所收取的费用。村级卫生机构没有村集体经济的投入，房屋、药品、设施都是乡医个人投资，还要支付工作人员工资，而各级政府对乡医从事的公共卫生和预防保健工作没有任何补助，在一定程度上影响了乡医开展预防保健工作的积极性。

五、六十人来。相反，某一非法行医机构来村里“义诊”，直接驻扎到某村干部家中，而这位村干部却不遗余力的为其提供方便。

5、农民因病致贫返贫情况严重。经调查，在农村，有一部分农民是“抗病”，有病不治；有一部分农民是没钱看病，望病兴叹；还有一部分是借债看病，但由于耽误了最佳治疗时机，病未看好，人财两空。在春登乡召开的乡医座谈会上了解到，农民到村社区卫生服务站看病相当部分是赊帐，到年底后算总帐，而每年乡医到年底一算账，总有万八千的账兑现不了。一位农民对调查组这样说，被大水淹了、或者房子被烧了，苦上几年或许还能翻身，但真要得了大病，最后的结果往往是倾家荡产。

三、发展我县农村医疗卫生事业的建议

党的十八大报告指出，在我国要建立卫生服务和医疗保健体系，着力改善农村医疗卫生状况，提高城乡居民的医疗保健水平。结合调查，就抓好我县农村医疗卫生工作，现提出以下几点建议。

1、切实把农村医疗卫生事业摆上更加重要的位置。农村医疗卫生事关广大农民群众的生命安全和身体健康，没有农民的

健康，就没有农村的小康。面对新的形势，要把加快发展农村医疗卫生事业纳入全县国民经济和社会发展的重点，摆上各级政府及部门重要的工作议程，根据新情况制定长、中、短期发展规划，完善政策措施。各乡镇要落实相关部门和兼职干部负责此项工作，要切实把健康教育、爱国卫生等工作纳入政府工作日程，要坚持常抓不懈，改变乡镇政府对“大卫生”工作“活没人干，事没人管”的局面。在全县中小學生中继续开展好健康教育课，在农民群众中做好保健知识的宣传，进一步促进全民自我保健意识的提高。

2、要推进乡（镇）卫生院运行机制的改革。努力探索乡（镇）卫生院的多种运营方式，不搞一刀切，不强求一种经营模式。要认真总结大岗子乡卫生院改革经验，进一步深化运行机制和人事制度改革，积极推行人员聘用制度，注重引进人才、引进资金，以此来改善医疗条件和提高医疗水平，更好地满足农民群众的医疗需求，力争在三年内取得明显成效。

3、建立人才流入机制，抓好从业人员培训。要加快卫生系统内部人事制度改革步伐，激活用人机制，制定宽松的人才政策，积极创造有利于人才流入的环境，广揽技术人才。要继续加强对农村卫生人员的培训，每年对乡村医生轮训一次，加快乡村医生知识更新步伐。进一步完善医疗集团运行机制，医疗技术下沉一级，实施技术合作和指导，帮助当地提高医疗水平，进一步提高我县农村卫生队伍的整体素质。

4、加强医疗卫生事业的软环境建设。监察、物价等部门要加强对相关部门针对村级社区卫生服务站所设立的收费项目的检查力度，坚决取消不合理收费，对合理收费项目的不合理部分也要坚决取消，并重新确定标准，为村级医疗卫生机构减负。同时，要进一步加大对非法行医现象的惩治力度，彻底净化农村医疗卫生市场，使非法行医现象在农村没有生存的土壤。

5、积极创造条件，尽快建立农民医疗保险制度。在农村全面

实行新型合作医疗制度是大势所趋，要抓住我省20**年全面实行新型合作医疗制度这一契机，抓紧为我县推行此项制度做好各项准备。在暂时没有实行该项制度的情况下，各级政府及相关部门要把开展扶贫工作与解决农村困难群众医疗需求结合起来，把因病致贫的群众当做扶贫重点，要采取多种措施，有效地解决贫困群众就医难的问题。

农村医疗保障的调查报告篇五

[摘要]农村医疗保障由卫生服务供给体系和农村医疗保健制度两方面构成。长期以来，合作医疗是我国农村医疗保健制度的主要形式。然而农村合作医疗制度自建立以来，在我国广大农村地区经历了几起几落，时至今日，大部分地区的合作医疗已走向衰落。在农村经济社会发生了重大变革以后，合作医疗能否恢复？医疗保险是否可行？什么是可行的农村医疗保障制度？这一系列关系农村社会发展的重大问题一直为政府、农民和研究者所关注。本文在对山西省xx县8个村庄的部分农民进行个别访谈的基础上，分析了农民对医疗保障的主要看法，提出：第一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点；第二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区前公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件；第三，在农户分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件；第四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

中国农村社区具有浓厚的乡土特色，它在生活方式、价值观念、收入来源、人际交往、寻医问药等方面，有区别于城市的典型特征。我们必须清醒地认识到农村医疗保障是建立在这种乡土特色基础之上的。

土地仍然是农民家庭对国家完粮纳税和解决自己吃饭问题的最基本保障，而农民家庭的其它一切开销越来越依靠现金收入，这就要依靠种植经济作物和外出打工来实现。但是这几

年种植经济作物受市场的影响很大，价格也在不断下跌。同时由于种植业生产周期较长，靠结构调整也比较难以增加收入。

由于农村经济社会的变化，疾病谱也发生改变，农村中患恶性肿瘤和心脑血管疾病的人近年来有所增加，并且心脑血管病的发病年龄有所提前。有个村庄的心脑血管病人的发病年龄都集中在四、五十岁左右，虽然农民认为可能和农村中的环境污染、人们不再吃粗粮以及体力劳动减轻有关。但同时我们也认为这可能和竞争环境带来的生存压力增大有关。

当前农民家庭保障的资金来源主要是通过家庭积蓄解决医疗费用支出的急需；通过大家庭成员之间的互济减轻医疗费用负担；通过向亲朋好友的借钱缓解医疗费用负担。这种行为方式就形成了以家庭为核心向亲戚、朋友扩散的互助互济的人际网络。

乡村医生是来自农民的乡土医生，长期的‘农村常见病的医疗实践造就了他们，许多60年代、70年代培养的乡村医生在农民中行医时间长，在村里有一定威信，对开展预防保健工作和治疗农村常见病发挥着重要作用。但是农村经济改革以来，村卫生室的承包经营使乡村医生越来越把提供医疗服务作为谋生手段，而同时在乡土社会里，农民又很难把乡村医生的服务这种无形的产品当作需要购买的劳动产品，而只把药品作为必须为之付费的商品。

乡村医生也常常感到“乡里乡亲的，怎么可能像城市医院一样收挂号费、治疗费、出诊费？”因此不论乡村医生还是个体医生，都提供“免四费”（免挂号费、诊断费、注射费、出诊费等）的服务，同时，传统医学中的简便治疗方法由于不能赚钱已多不被乡村医生采用，卖药、处方药品、静脉输液则被广泛应用。但是乡村医生对于本村的贫困家庭，往往出于医生悬壶济世的职业传统和乡土社会中的乡谊和同情心给予医疗费用的减免。

在就医机构的选择上，农民选择大医院是在得大病或疑难病时为求得较好的治疗；寻求私人诊所一般是在大医院治疗效果不明显或费用较高的情况下，为找到较便宜的服务和寻求特殊治疗效果时的选择。这种选择往往具有一定的盲目性，即所谓“有病乱投医”。

通常在常见病的治疗上，农民是靠自己的经历和他人的经历对县、乡、村各种医疗机构的医疗水平进行判断，各种治疗信息的获得又是靠农民之间的人际传播。由于政府卫生部门没有向农民发布医疗保健信息，乡村医生也没有对农民提供健康教育和宣传医疗保健常识的服务，使农民缺乏获得医疗保健信息的正规渠道，只能靠非正规的渠道获得零散和不确切的信息。

我们从访谈中了解到对于建立农村医疗保障制度，除部分贫困户外，多数农产家庭具有一定的筹资能力。但是这仅仅是农产家庭经济上的可能性，这一制度能否建立，还存在着某些社会制约因素。在访谈中农民谈的最多的是“合作医疗没有集体经济不能搞”；“现在都个人顾个人，合作医疗没人组织不能搞”；“医疗保险要讲信用，实施要长久”。

我们认为，合作医疗是社区和农户共同筹资的医疗保障，是一种社区的公共产品。在集体经济时期，生产大队提留的公益金为合作医疗基金提供了大部分资金，农民个人只在年终分红时由生产队代扣少部分资金作为个人交纳的合作医疗费，这使每个社区成员通过集体提留的预先扣除，得以享受社区的医疗保障。然而，这种社区医疗保障的有无及保障水平的高低，要视社区的经济发展水平而定。

从一些农民的回忆中可以看出，即使在70年代时，各生产大队合作医疗的

兴衰及持续时间也不同。集体经济实力强的大队，合作医疗持续的时间也长，有的一直坚持到实行生产责任制为止。集

体经济缺乏实力的大队，合作医疗持续的时间则短，有的甚至不到一年就解体了。这说明并不是家庭联产承包责任制的实施使合作医疗解体。

那么，为什么在访谈中农民把合作医疗的解体与家庭联产承包责任制联系在一起呢？这是因为集体经济组织的终结使合作医疗失去了预先扣缴合作医疗费筹资手段。实行生产责任制后，xx县和我国多数中、西部农村地区一样，村庄的公共积累逐渐减少，缺乏经济实力，村提留只能维持村干部的工资，村庄的任何公共事业就只能依靠农民一家一户的集资予以解决。对于村庄电路改造一类的公共事业，由于是每家农户都明确受益的事情，即使是平均分摊公共电路改造的费用，挨家挨户集资的难度还小一点；而医疗服务消费则是一种不确定的行为，当合作医疗筹资无法通过集体经济组织预先扣除时，其挨家挨户筹资的难度就可想而知。

因此，这种“空壳”的集体经济由于没有社区的“公共财产”，而缺乏合作的经济基础，就像有的农民说的，“合作医疗没有集体资金，和谁合作！”这就使我们不难理解在村里常可以听到的“现在集体没有钱，对农民没有吸引力，合作医疗没法搞”的说辞。

改革前的传统体制时期，集体经济组织不仅有组织生产的经济职能，也有组织村庄社会事业的行政职能。70年代，正是通过公社体制使合作医疗制度几乎是在一夜之间迅速推行，广泛实施。改革以来，伴随公社体制的终结，合作医疗制度大面积解体。但是在合作医疗的落潮中，人们相继看到以下两种情况。

一种情况是苏南模式坚持集体经济，依靠集体经济发展乡镇工业，促进村庄经济和社会事业的发展，促使合作医疗向合作医疗保险过渡。苏南模式使我们一度看到在传统的集体制没有彻底解体的情况下，村庄社区的医疗保障得到了不断地

另一种情况是一些村庄经过了改革初期的分散经营后，在“既承认合作者个人的财产权利，又强调法人成员共同占有”的基础上在村域内再组织起来，这种再组织的社区合作体系：“超级村庄”，推动了包括医疗保障在内的村庄社区的公共事业的发展。

然而，与上述两种情况不同的是大量的村庄；如同我们访谈的这些村庄基本上既没有保留原有传统体制发展生产和组织社会事业的组织功能，又没有产生出新的再合作的社区组织，社区的组织资源正处于实质上的“空位”状况。名义上每个村都有村委会和党的基层组织，但是常常从村民那里听到“不知道谁是村干部”的说法。这就造成了依托社区组织的合作医疗在缺乏社区组织资源的条件下难以为继。虽然1982年的宪法就确立了村民委员会的法律地位，1998年又正式颁布了试行xx年的《村民委员会组织法》，但是，村组织的完善和功能的有效发挥，还需要一定的过程。在访谈中，农民几乎都一再提到“现在是个人顾个人，没有人组织，搞不了合作医疗”，当说这些话时，我们在农民的脸上看到的是无奈。

通过访谈，我们发现当地农民一般都对医疗保险缺乏了解，有些人对人寿保险、平安保险以及农业生产上的保险等其他商业保险还有所了解，但对社会医疗保险都一无所知。

但无论是哪种情况，农民都对医疗保险的信誉表示了极大的关注。在市场经济条件下，农产是独立的经营实体，农村改革以来，产权明晰的结果，使风险和利益对称，这既调动了农产生产、投资的积极性，同时也使他们独自承担着市场的风险。因此对一个新事物，他们完全是以一个独立的生产经营者的眼光来观察的。

对于保险组织和保险制度来说，在农民那里，信誉就是关键。他们要确信其对医疗保险的投保确实能够得到分担风险的回报才会投保。就像有的农民说的那样，“现在基本是一部分

贫困户确实交不起钱：一部分富裕户个人付得起医疗费，但不一定投保，多数农户能付得起30元以内的保费，但是不是投保，还要看可信不可信”。访谈中，农民表现了对乡、村干部的极大不信任，对保险公司商业信誉的不满意和对政府政策多变的担心。医疗保险能否实行？医疗保险由谁来办？对于这些问题的回答，农民是从现实农村社会发生了的和正在发生着的各种事情中寻找答案的。以往合作医疗的失败，合作医疗中的种种不合理现象；以往农村社会事务中的种种失误和反复折腾，甚至生产经营中的损害农民利益的事件，都使农民变得怀疑、谨慎，不愿意轻易失去自己的血汗钱。

必然要付出较高的管理成本。

由于合作医疗是以社区和农产共同筹资为基础的一种社区医疗保障，因此如果没有社区公共资财的经济基础，没有村级组织在村民自治基础上的重新整合，仅依靠政府政策和卫生部门工作的推动，合作医疗就无法持续实施和发展。农民的社会医疗保险是以政府保险机构信誉和农产投保为基础的一种社会医疗保障形式，则政府和保险机构的信誉是能否实施农民医疗保险的关键问题。

我们的结论是：

其一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点。

其二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区的公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件。

其三，在农产分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件。

其四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

农村医疗保障的调查报告篇六

为了提高我县农村医疗卫生服务水平，满足农民解决基本卫生保健和医疗需求，近日，县人大成立调查组，对全县农村医疗卫生状况进行了调查。调查组在听取了县政府关于全县农村医疗卫生工作情况汇报后，集中时间分别深入到北大湖镇、西阳镇、春登乡等卫生院和社区医疗卫生服务站，通过采取召开座谈会、实地走访农户等形式，重点针对全县农民享受初级卫生保健水平、农民基本医疗需求状况和农村医疗保障制度建设等方面进行了调研，现将调研情况向县人大主任会议作以汇报：

一、全县农村医疗卫生基本状况

我县共有15个乡镇(区)，139个行政村，总人口40.44万，其中农业人口31.14万，农民人均纯收入2503元，人均卫生消费支出数约为165元。目前，我县有政府成立的非营利性质的医疗卫生机构22个，其中县级医疗卫生机构11个，乡镇卫生院11个。共有社会医疗机构58个，城镇和农村社区卫生服务站244个。全县在职在岗卫生技术人员1830人，卫生技术人员与服务人口比例为1：220，高于全国平均水平。全县医疗卫生机构建筑面积30869平方米，实际开放病床708张，病床与服务人口比例为1：571。几年来，我县致力于提高广大农村居民健康素质并把它作为全面建设小康社会的奋斗目标之一，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，为保障人民群众身体健康，促进全县经济发展和社会进步起到了积极的作用。

1、完善了医疗卫生基础设施建设。一是加强医疗卫生机构房屋建设。几年来，县卫生行政部门投资1500余万元，对县疾控中心、县妇幼保健院、县医院、县二院、县医院分院，北大湖镇、万昌镇、双河镇等中心卫生院，大岗子乡、官厅乡、一拉溪镇、三家子乡等一般卫生院的业务用房进行改造或新

建，总建筑面积达2万平方米。二是增设和更新了医疗设备。几年来，县乡两级医疗卫生机构共购置大型医疗设备170台件，总投资1250余万元。其中，县医院四年内投资900万元，购置了螺旋ct机、全自动生化分析仪、彩超、全自动血球计数仪、微波治疗仪等大型医疗设备34台件。乡镇卫生院全部配置了100ma以上的x光机、b超、心电图及生化检验设备，为临床提供了科学的检测诊断依据。

2、建立了功能完善的农村卫生服务体系。为满足农村医疗卫生保健需求，进一步完善农村卫生服务体系。20xx年，县政府下发了《永吉县农村社区卫生服务工作实施方案》。在方案的指导下，按照“二级网一级办”的模式，我县改革乡、村二级卫生机构管理体制，各乡镇卫生院增设了社区卫生服务中心，负责管理本辖区农村社区卫生服务站日常管理工作，并将原有的村级卫生机构改革为社区医疗卫生服务站。经过四年的建设，目前，全县农村社区卫生服务站已达244个(包括城镇社区医疗卫生服务站8个)，覆盖率达100%，建设合格率达80%。多年来，我县农村社区医疗卫生服务站把有偿服务与义务服务结合起来，在社区内，以家庭为单位，将医疗、预防、保健、康复、卫生宣传、健康教育、计划免疫等融为一体，为农民提供主动、方便、快捷、优质、低价的综合性服务。

3、加强了传染病、慢性病的防治。为强化计划免疫的管理。20xx年，我县将乙肝疫苗接种纳入儿童计划免疫程序，县财政每年投入4万元专项经费，免费为新生儿接种乙肝疫苗。同时，县卫生部门深入6个乡调查点对肺吸虫、肝吸虫、旋毛虫等人体寄生虫病现状进行调查，共调查了4500人份，为做好其他疫病防治提供了依据。为有效防治结核病，县结核病防治所于20xx年7月份落实了世界银行贷款/英国赠款结核病控制项目，对发现的我县结核病人进行了dots治疗，并加强了对防痨医生和卡介苗接种人员结核病防治知识培训，对全县3万名中小學生进行了结核菌素监测。目前，我县传染病发

病率为254.23/10万人，处于地区中等水平，“四苗”接种率一直保持在98%以上。为防治艾滋病，今年上半年，全地区在我县召开了艾滋病综合防治示范区工作会议，介绍了我县艾滋病综合防治示范社区建设和艾滋病防治经验。年初，我县完成了县疾控中心艾滋病初筛实验室建设工作，5月份，我县举办了预防艾滋病知识师资培训班，对乡镇卫生院院长、医疗科长、防保科长和部分社区卫生服务站负责人等60余人进行了培训。同时，我县地方病防治工作成果得到了巩固。以控制碘缺乏病为重点，今年上半年，我县完成了60份孕产妇尿样和孕产妇家庭用盐采样，对全县27个食品批发部，64户居民用盐及倒着盐进行了采样监测，其检验样品288个，合格率100%。目前，我县大骨节病、克山病、布病、碘缺乏病的防治达到了国家控制标准。

4、通过微机程序化管理，详实的掌握了全县辖区内育龄妇女总数，影响妇女健康状况的疾病及顺位。掌握了新婚对数、孕产妇数、高危妊娠数、孕产妇死亡数等情况，为更好地实施妇幼保健管理工作提供了可靠的依据。在开展孕产妇系统管理工作台上，以筛查高危妊娠为重点，完善了管理措施，使孕产妇系统管理率达90%，孕产妇保健覆盖面95%。住院分娩率达75%，达到了初保规划确定的指标。为进一步提高妇幼保健工作服务功能，从20xx年开始，我县通过选派妇产科学技术人员进修，增设必要的设备，加强了县、乡两级医疗机构妇产科建设，进一步提高了卫生院妇产科服务水平，使一般卫生院能承担生理产科和一般妇科手术工作，中心卫生院以上医疗单位具备了病理产科和难度较大的妇科手术水平。目前，我县中心卫生院以上医疗单位开展了爱婴医院建设，各项工作指标达到了初保要求的标准□20xx年底将通过市级验收。全县儿童保健覆盖率已经达到100%。新生儿破伤风发病率为零。明显降低了新生儿窒息和新生儿颅内出血事件的发生。新生儿和5岁以下儿童死亡率较前5年降低20%，婴幼儿的科学喂养及保健知识普及率达到65%以上，减少了儿童营养不良性疾病的发生。

5、加大了卫生行业执法力度。为适应卫生全行业管理新形势的需要，我县建立了卫生监督与疾病防控新体制，撤消了原永吉县公共卫生监督所和永吉县卫生防疫站，重新组建了永吉县卫生局卫生监督所和永吉县疾病预防控制中心。在卫生监督方面，全年坚持开展了社会卫生打假活动，并做到与日常卫生监督工作相结合。对食品卫生、学校卫生行业定期进行专项整顿，规范了食品卫生“三证”发放与管理工作，完善了“三证”的发放程序和管理办法，制定了责任追究制度，对违法业户依法严肃处理，规范了市场经济秩序，保护了广大群众的健康。在医疗行业执法方面，卫生局医政科常年对各级各类医疗机构、美容院、药店、早市场进行执法大检查，两年来打击非法行医36例，取缔非法医疗机构28家，清理非法医疗美容2家，药店座堂医6家，罚没药械10台件，处罚人民币3.8万元，规范了医疗市场，保证了人民群众健康和生命安全。

6、强化了政府对农村卫生事业的建设和管理职能。坚持经常开展爱国卫生运动，整治环境卫生，不断改善居民生存环境。通过设立常设机构，代表县政府负责环境卫生的管理和监督。每年我县都把环境卫生工作作为全县精神文明建设目标责任之一一并考核。从去年开始，加大了管理力度，县政府制定了爱国卫生目标责任考评方案，并与乡镇政府和相关部门签订了目标责任书，落实了奖罚措施。通过开展文明村屯活动，现有1个乡镇达到了市级卫生乡镇标准。通过农村改水改厕建设，到今年上半年，已有6个乡镇进行了部分村屯改水，自来水受益人口16.27万人，累计改水受益人口26.55万人，8个乡镇进行了改厕，3.5万户居民修建了卫生厕所，普及率达到34%。

二、我县农村医疗卫生亟待解决的问题

虽然我县医疗卫生事业随着全县经济和社会的发展取得了一些成绩，按照初级保健的要求，基本能够满足农民群众的需要，但是还存在这样或那样的问题，集中反映以下几个方面：

1、医疗设备、设施陈旧老化。在这次调查中我们看到，农村有些乡镇卫生院和社区医疗卫生服务站房屋破旧、设施简陋、医疗器械破损得不到补充和改善，难以达到正常医疗保健的目标。春登乡卫生院和北大湖镇三家子村社区卫生服务站的房屋简陋、年久失修，还仍在使用上世纪六、七十年代的旧平房，亟待需要重建。调查中我们还看到部分乡镇卫生院和社区医疗卫生服务站医疗卫生基础设施薄弱，相当一部分农村社区卫生服务站只有“老三样”，一个听诊器，一个血压器，一个体温计。医疗卫生改革步伐缓慢，卫生事业发展滞后，与人民群众对医疗卫生的需求不相适应。

2、医疗卫生人才匮乏。由于农村物质条件落后，因此，我县的医疗专业技术人员大多集中在城镇，导致农村医务人员所占的比例比较低，看病难的问题比较突出。西阳镇搜登沟村社区卫生服务站仅有一名乡医，却服务着全村近千人的预防保健。在北大湖镇卫生院和县疾控中心调查中了解到，人才的缺失导致医护人员青黄不接，“出不去，进不来”的现象正严重的制约着事业的发展。对现有在编医护人员培训提高措施不到位，医疗卫生人才匮乏的局面没有得到改善。

3、村级卫生医疗机构和乡医负担重。在北大湖镇三家子村和西阳镇红石村社区卫生服务站了解到，目前，我县村级医疗机构负担较重。三家子村卫生服务站一年累计要向上级上交7000多元费用，这里有物价部门每年的年检，每个月向镇卫生院缴纳的事业发展基金，每年向药监、卫生等部门以及质量技术监督局交纳的各种规费，还不算相关部门每年不定期举办的各类培训班，颁发的各类资格证所收取的费用。村级卫生机构没有村集体经济的投入，房屋、药品、设施都是乡医个人投资，还要支付工作人员工资，而各级政府对乡医从事的公共卫生和预防保健工作没有任何补助，在一定程度上影响了乡医开展预防保健工作的积极性。

4、非法行医现象时有发生。从调查中了解到，目前，非法行医在农村一些地方屡禁不止，严重威胁着农民的生命安全和

健康，这些人打着某医疗机构或医疗院校的牌子，以义诊为幌子，目的是推销药品，骗取钱财。非法行医机构还与当地村委会建立了较密切的联系，据春登乡一位乡医讲，今年4月份，县结核病防治所到该乡一个村义务为农民检查身体，而这个村村委会却只召集五、六十人来。相反，某一非法行医机构来村里“义诊”，直接驻扎到某村干部家中，而这位村干部却不遗余力的为其提供方便。

5、农民因病致贫返贫情况严重。经调查，在农村，有一部分农民是“抗病”，有病不治；有一部分农民是没钱看病，望病兴叹；还有一部分是借债看病，但由于耽误了最佳治疗时机，病未看好，人财两空。在春登乡召开的乡医座谈会上了解到，农民到村社区卫生服务站看病相当部分是赊帐，到年底后算总帐，而每年乡医到年底一算账，总有万八千的账兑现不了。一位农民对调查组这样说，被大水淹了、或者房子被烧了，苦上几年或许还能翻身，但真要得了大病，最后的结果往往是倾家荡产。

三、发展我县农村医疗卫生事业的建议

党的报告指出，在我国要建立卫生服务和医疗保健体系，着力改善农村医疗卫生状况，提高城乡居民的医疗保健水平。结合调查，就抓好我县农村医疗卫生工作，现提出以下几点建议。

1、切实把农村医疗卫生事业摆上更加重要的位置。农村医疗卫生事关广大农民群众的生命安全和身体健康，没有农民的健康，就没有农村的小康。面对新的形势，要把加快发展农村医疗卫生事业纳入全县国民经济和社会发展的重点，摆上各级政府及部门重要的工作议程，根据新情况制定长、中、短期发展规划，完善政策措施。各乡镇要落实相关部门和兼职干部负责此项工作，要切实把健康教育、爱国卫生等工作纳入政府工作日程，要坚持常抓不懈，改变乡镇政府对“大卫生”工作“活没人干，事没人管”的局面。在全县中小学

生中继续开展好健康教育课，在农民群众中做好保健知识的宣传，进一步促进全民自我保健意识的提高。

2、要推进乡(镇)卫生院运行机制的改革。努力探索乡(镇)卫生院的多种运营方式，不搞一刀切，不强求一种经营模式。要认真总结大岗子乡卫生院改革经验，进一步深化运行机制和人事制度改革，积极推行人员聘用制度，注重引进人才、引进资金，以此来改善医疗条件和提高医疗水平，更好地满足农民群众的医疗需求，力争在三年内取得明显成效。

3、建立人才流入机制，抓好从业人员培训。要加快卫生系统内部人事制度改革步伐，激活用人机制，制定宽松的人才政策，积极创造有利于人才流入的环境，广揽技术人才。要继续加强对农村卫生人员的培训，每年对乡村医生轮训一次，加快乡村医生知识更新步伐。进一步完善医疗集团运行机制，医疗技术下沉一级，实施技术合作和指导，帮助当地提高医疗水平，进一步提高我县农村卫生队伍的整体素质。

4、加强医疗卫生事业的软环境建设。监察、物价等部门要加强对相关部门针对村级社区卫生服务站所设立的收费项目的检查力度，坚决取消不合理收费，对合理收费项目的不合理部分也要坚决取消，并重新确定标准，为村级医疗卫生机构减负。同时，要进一步加大对非法行医现象的惩治力度，彻底净化农村医疗卫生市场，使非法行医现象在农村没有生存的土壤。

5、积极创造条件，尽快建立农民医疗保险制度。在农村全面实行新型合作医疗制度是大势所趋，要抓住我省20xx年全面实行新型合作医疗制度这一契机，抓紧为我县推行此项制度做好各项准备。在暂时没有实行该项制度的情况下，各级政府及相关部门要把开展扶贫工作与解决农村困难群众医疗需求结合起来，把因病致贫的群众当做扶贫重点，要采取多种措施，有效地解决贫困群众就医难的问题。