

最新医保调研报告 国家医保局调研报告(实用5篇)

报告在传达信息、分析问题和提出建议方面发挥着重要作用。优秀的报告都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？以下是我为大家搜集的报告范文，仅供参考，一起来看看吧

医保调研报告篇一

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 $(2000元-1800元) \times 70\% = 140元$ 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]

医保调研报告篇二

又是一个暑假，时光飞逝，转眼之间，__年为期两周的暑期社会实践活动已接近尾声，但留在心中的印记却永远不会泯灭。

网上有这样一句话：“小病拖，大病扛，病危等着见阎王”。从小生活在农村，我算是亲眼目睹了这种现象，更是见识到了贫困所给山区人们带来的严峻的生存现状，同时我也深切的感受到那些缺医少药是什么样的尴尬现状，我的脑海里是这样一幅幅真是的画面：村里只有两个赤脚医生，卫生所在10里地外，很多村民平时有了小病就随便开点儿药要来吃，管用就吃，不管用就扛过来甚至不理了。现有的医疗保险制度也就是新型农村合作医疗制度参加的人数较少，报销的比率低，手续麻烦。村里的有些老人，每月只有200元维持生活，还有一些中老年人甚至是第一次测量血压，拒测量结果看，血压偏高的人占总测量人数的一般左右，只有极少数坚持吃药，用的也基本上是最便宜的淘汰的短效降压药，多数人即使知道自己血压高也根本不吃药。这里缺乏正规的医学院校教育北京的学生，缺乏必要的医疗设备，人民生活水平更是低得不能承受最基本医疗服务，我相信这只是山村的一角。作为一名大学生、一名在高等学院接受思想政治教育的党员，回想起来，耳旁那一声声哀怨的声音那么刺耳，眼中的那一幅幅沧桑的面孔依然鲜活，心中的那一缕缕扶贫的热情更加

深切。我感慨万端。

我是一名平凡的大学生，到底能做些什么？知识就是力量，这是我们脑海里定性的东西了，知识是无穷的。我是非医学专业的学生，但我会用业余的时间来学些有关医学的知识来充实我自己，医学是知识的海洋，活到老学到老，但在这有限的几年中，我们要尽自己最大的努力去做好自己的本职工作，学好专业知识。当然我们所面对的是鲜活的现实，事实上许多东西和我们书本上学的有许许多多的不同，特别是面对病人对其疾病并非书上所说的那么典型，在这为期两周的实践中我深有体会，医学更是一门实践科学，它不仅要学好书本上的知识，更要注重每一次实践，同时还要积极为自己创造实践学习的机会，记得有这样一句话：“人生不可虚度，悲叹在于没有贡献。贫困不是羞耻，失于未得到条件。疾病缠身出于无奈，世人仁爱之心却都能带来温暖”。对于农村医疗的现状，就像歌曲里唱的那样：“只要人人都献出一点爱，世界将变成美好的人间。”的确。面对农村现状，只要我们每个人都能投入到农村的建设中去，我相信经过几年或者几十年它总会得到改善。

作为一名大学生，在时间的两周中，通过与人民群众的广泛接触、服务、交流中受到了真切的感染和体验，思想得到了升华，社会责任感得到了增强，人生观、价值观也得到了进一步的强化，更提高了认识能力、适应能力和创造能力。在以后的学习中，我会更注重让自己努力发展自身素质的同时，启迪自身奉献的高贵品质，积极了解国家如今的医疗现状、社会医疗环境的严峻和医疗市场的现实，了解贫困给人民带来的健康威胁，了解贫富差距、城乡差距和地区差异等等。同时，作为一名团员，我也让身边的同学知道有爱心和奉献精神的义务人员组成的扶贫队伍才是贫困地区人民的真正需要，要让我们都懂得行医不仅仅是一中谋生的手段，更是一中义不容辞的责任、是一中神圣的使命。更让我们都知道行医的精髓和真谛。我们要做那一个个富有爱心和奉献精神的学生们，定能将这颗爱的种子播撒到祖国的每个角落。

年轻，是我们值得骄傲的资本，这个时代注定要我们去开拓。我们年轻而勇敢，我们都想成为在天空展翅翱翔的雄鹰，去搏击浩淼的蓝天，我们都想成为在草原自由驰骋的奔马，来一个惊天动地的嘶鸣，我们都想成为在史册著名的伟人，在人生的画图上留下光彩的一笔，我们好想好想，用自己的行动开拓一片完全属于自己的天空，成为瞬间飞逝的流星。用短暂的生命定格为永恒，而这一切的一切，需要我们用行动把空想变为现实，用实际行动证明。

一片叶子属于一个季节，年轻的莘莘学子拥有绚丽的青春年华。谁说意气风发，我们年少轻狂，经受不住暴雨的洗礼？谁说象牙塔里的我们两耳不闻窗外事，一心只读圣贤书？走出校园，踏上社会，我们能否不辜负他人的期望，为自己书写一份满意的画卷。

医保调研报告篇三

为确保顺利开展城乡居民医保政策修订工作，进一步完善城乡居民医保制度，按照大学习深调研要求，总结梳理《韶关市城乡居民基本医疗保险实施办法》（韶府令第108号）、《韶关市城乡居民大病保险实施细则》（韶法审〔2013〕9号）和《韶关市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》（韶法审〔2013〕10号）文件精神和县社保局，根据我辖区实际情况，经医院开会讨论如下：

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

b□特殊病种：一个医保年度内，特殊病种门诊免报额度虽然较大，符合规定治疗范围的医疗费用报销比例与普通住院待遇相同，但很多患者都不知道特殊病种有哪些，报销额度有多少，而且还要二级以上医院出示的诊断证明才可以办理

（手续繁琐）。综合上述，我们是要提高门诊报销额度，减轻群众的医疗负担。

一级含以下医院：多次住院起付依次为100元。

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

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

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

2018-7-4

医保调研报告篇四

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。

医保调研报告篇五

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)保办理程序、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。