

最新新型农村合作医疗调查报告 农村合作医疗调查报告(大全5篇)

在当下社会，接触并使用报告的人越来越多，不同的报告内容同样也是不同的。报告的作用是帮助读者了解特定问题或情况，并提供解决方案或建议。下面是小编为大家整理的报告范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

新型农村合作医疗调查报告篇一

在开始正文之前必须要说明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，其经历50年的发展，传统的农村合作医疗已不再适应社会政治经济的发展，于是便产生了今天的新型农村合作医疗制度。由于是对当下现状的调查，因此正文的对象是新型农村合作医疗。

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。

首先就拿外沙乡人们政府副乡长袁芳在其《新型农村合作医疗现状调查与思考》一文提到的数据开始。文中提到新型农村合作医疗自展开以来，已取得了显著的成绩。截止20xx年，外沙县参加新型农村合作医疗的人数比例已达到90%以上。通过调查，75%以上的农民表示，他们参加农村合作医疗可以报销看病的费用能够减轻家庭的负担。他还提到，参加医保后，更多人走进了大医院，大医院不再是一个令人望而生畏的地方了。

(1) 真理解了吗？

文中第一个比较吸引人的数字是90%，那还要的那少于10%的

人是怎么回事，虽然相对于九，一显得不值一提，但是如果以一亿为基数，就有近一千万人没参加，这可就不是小事了。但为什么呢？是出于对该制度的不理解吗？当然90%的比率对于发展中的制度已经是不错了，但问题是他们又是否对于新型合作医疗制度有充分的理解？毕竟，该制度的推出不是为了显示人们对政府制度的支持，而是为了便民，利民，为人民服务。

调查发现不参加的群众中，很大一部分原因是他们并不真正了解新型农村合作医疗制度的意义，他们仅仅从自己短期得失的角度考虑，由于自己身体好，生病住院概率低，没有必要花那个冤枉钱。而参加的群众又普遍反映不满意，甚至抵触情绪。

这首先暴露的就是它宣传上面的问题。

记得有一次同学请我帮忙推销洗发卡，20元一张。她向我诉说了其许多好处，比如：可以免费洗4次头，白送你36元，做头发打六折，时间不限，永不过期。听着是不错，但当我问及洗发质量时，她也不了解；当大家认为那36元以后洗发能用，都挺心动时，我找她确认了一下，她告诉我那36不过是按原来洗4次头的价位能省下来的钱，实际上就是只能洗4次，末了，她还建议我别把事说透，就让人这么误会着，否则卖不了。结果，最后一共卖出一张，我自己买的，全当帮朋友。其他人听了事实，果然不出她所料，散了。

当收到普遍较低的对农村合作医疗的满意度时，我们不难联想到，那么多人的不满意是否就是因为为了有更多人参与，一开始就有意无意的没说清楚，让人产生了不该有的误解，产生了对农村合作医疗的过高期望。若无意那就是失责，有意就是欺骗，是犯罪。

对于失责，除了上文的说多了，还有一种就是说少了：没让人们看到它的长远利益。这直接影响到了那少于10%的人。

(2) 真实惠了吗?

由于新型合作医疗一大病统筹为主，对于小病仍有农民个人负担；对于大病，由于农村内部也存在较大的贫富差距，那些贫穷的家庭一旦得了大病，即使去医院就诊，能够报销一部分，但剩下的一部分他们依然无力偿付，还是看不起病，于是就干脆不看，那样他们还是得不到实惠。

至于那75%，我还得问，是真的事实上减轻了负担呢，还是意识上感觉得到了实惠呢？这儿就有个认为得到实惠反而加重负担的例子：

父亲生病住院，在出院时，由于父亲参加了农村医疗合作保险，故可以报销一部分医疗费。回到家中，儿子给母亲说到农村合作医疗的好处时，遭到了母亲的反对，随之母亲就给儿子算了一笔账。

原来，在农村合作医疗保险规定中，住院是先提条件，且住院费必须高于200元。这样，像父亲这种可住可不住院的情况就必须住院才可以享受报销。

如果不参保，父亲仅需检查完后住院几天就可以回家休养。这样，费用如下：检查费658元；住院及护理费五天合计225元；生活费，交通费，杂费共合计200元；医疗费约合3000元；总计4008元，不反而比参保省了2545元。

原来，同样的药物，在医院的价格是普通药店的几倍，参保者仅可享受药费报销45%，一来一回参保者实际上多消费了，却还以为自己的便宜了，难保这75%中就没有这样的人。

(3) 真去大医院了吗?

袁芳副乡长在文中还提到了，医保让更多人走进大医院，得到更好的治疗。但事实上，许多地方的乡镇医院根本够不上

那个大字，就比如说前几天，爸爸的老领导在青海旅游时出了车祸，送达那的省院，为了能先看病，还得塞钱给其他病人，让他们等等，因为器材太有限，不这么干还得等十几天，可当时人可就快死了！那的省院可远远及不上这的市院，更何提县院呢？而规定却严格要求如果你想报销，就只可以在当地的乡镇医院看病，而一般乡镇医院医务人员短缺，且整体素质不高，长期得不到培训，技术骨干严重流失，很难满足农民日益增长的，多层次的医疗需求。

(4) 真的说不完

其实存在的问题还有许多，就比如对于外来务工人员，在他们的工作地就无法享受到许多，二在他乡更没人在这方面为他们服务。在我们社区，在8000余入住人口中近三分之二是外来人口，当去社区询问居民参保情况时，工作人员为我一道来参加各种保种的人数，但我发现，这些人加在一起不过20xx多人，这才知道外来人口根本不在关注人口范围内。还比如说受益面狭窄等。

就我今天只围绕了几个城市小范围讲，也可以发现，各城市差距大，上文提到的百分数或多或少还可以增加减少，也就说明着问题可能不我说的还严重。

发现问题是为了解决问题，解决问题是为了更好的生活。虽然我国新型农村合作医疗仍然存在不少急需解决的问题，虽然没有够多的提及，但是它给人民群众带来的好处是显而易见的。新型农村合作医疗制度是一项政策性强、涉及面广、任务繁重的社会系统工程。需要我们不断完善新型农村合作医疗制度，将一个崭新、健全的新型农村合作医疗推广到全国农村，切实解决农村医疗卫生问题，造福广大农民，为构建和谐社会作出贡献。

新型农村合作医疗调查报告篇二

这是各级政府所希望的，是广大农民所盼望的。参加合作医疗的农民在就医看病上，真正体会到了党和政府给予的关怀和温暖。但是，在新型农村合作医疗制度的实施过程中，存在着不可忽视的问题：

资金筹集是新型农村合作医疗制度落实的基础。到目前，全国所有试点县的筹资基本都是以政府组织、统一筹集为主。县级以上政府的补助是以某时间段内参加人数为依据的，为了争取上级政府更多的补助，试点县一般要求各乡镇在规定的时间内完成下达的参合任务，所以政府筹资滋生了三种现象：一是村里垫资，乡镇把任务下到村里，有条件的村就先垫上，在规定的时间内交到乡镇，然后再向农民收取，交了钱的农民可以领到乡镇发到村里的《就医证》，没交钱的农民村里就不给发《就医证》；二是乡镇垫资，对没有完成筹资任务的村，乡镇政府只能筹措资金先垫上，在规定的时间内交到县里，然后再向村里筹集；三是县里垫资，为了能顺利通过上级有关部门的验收，对没有完成任务的乡镇，县里按当初确定的参合率和应交的资金，足额打到专用帐户。垫资完成、验收通过，然后就是资金回抽问题。所以目前大多数试点县参加合作医疗的农民数缺乏真实性。

（一）管理机构主、客一体，弊病很多。目前，新型农村合作医疗管理机构的主体大部分是县级卫生行政部门内设的，服从并服务于卫生行政部门，管理主体对被管理者缺乏公正约束力，也就是既当裁判员又当运动员，这对新型农村合作医疗制度的实施是非常不利的。

（二）管理成本高，管理难度大。新型农村合作医疗制度确定以县为单位进行统筹，实施统一的交费标准以及费用发生后的审核、报销等等。表面看来，统筹层次很低，但从中国的现实看，绝大部分县都有数十万人口，能否有足够的管理能力值得怀疑。另外，与城镇医疗保障制度改革类似，新型

合作医疗制度建设没有配套的医疗服务体系改革和建设做支撑，对医疗机构可能出现的不良行为缺乏基本制约能力，各种侵蚀问题难以避免。在这种情况下，制度设计不得不将注意力集中于对患者的控制，引入了起付线、封顶线以及分段按比例报销等等，使制度变得相当复杂，进一步加剧了管理难度。

道的，到医院看病当然自己花钱，也不去报销；知道参加了的，大约有三分之二的人不得病、不报销，受益主体不能突出。

新型农村合作医疗制度发展到今天，合作医疗基金已经由农民个人交纳为主发展为以政府补助为主，各级政府补助资金已经占到60%到80%，所以新型农村合作医疗制度的名称应改成农村医疗保障制度，新型农村合作医疗制度也应该逐步过渡到农村医疗保障制度。

把新型农村合作医疗制度改为农村医疗保障制度，取消农民交费，把各级政府对农民补助的资金集中起来，以县为单位成立专门的机构进行统一管理，每县就设一处医疗水平最高的县级医院为定点医疗机构，到县级以上医院治疗的不报销。农民得小病自己花钱治疗，在目前一般家庭1000元左右以下的医疗费用是承受的起的；得大病凭《身份证》到指定医院报销。假设一个50万人口的县，按每人补助40元计算，起付线设为1000元，超过1000元按50%报销，封顶线设为20000元，以笔者所在县计算是可行的。这样做等于基本实现了全民半费医疗，有利于杜绝国家专项补助基金流失，有利于降低管理成本，有利于解决农民因病致贫问题，有利于更好地体现党和政府对农民的关怀。

试点地区广大参加合作医疗的农民在这项制度的实施中，得到了真真切切的实惠，党和政府的公信力也进一步得到了提升。但是，当前农民群众对新型农村合作医疗工作还有四点盼望。

一盼资金筹集经常化。当前试点地区对参合农民的个人缴费部分基本都是在每年年底集中收缴。由于许多村组近年来全家外出务工的农户越来越多，这样集中收缴往往使一部分外出务工农民因错过缴费时间，而无法享受来年的合作医疗待遇，另一方面也增加了基层干部在筹资时的工作难度，甚至出现了为在规定时间内完成参合率任务，而由村组干部垫资缴费的现象。农民盼望能尽快建立起农民年度内自由缴费的筹资模式或者在尊重本人自愿的前提下，通过签订文字协议的形式，在每年发放粮食补贴、林特产补贴时代发代扣个人应缴纳的合作医疗资金，使新型农村合作医疗的筹资工作能经常化。

二盼单独制订用药目录。目前，新型农村合作医疗制度对临床用药的管理，是按照《城镇职工基本医疗保险药品目录》来执行的。群众反映，一些疗效确切、价格低廉的临床用药和家庭常备药却未列入该《药品目录》。这样不仅使医生在临床用药时无所适从，而且也加重了参合农民的个人经济负担。农民盼望有关部门能结合农民的用药实际及新型农村合作医疗制度的政策规定，单独制订出《新型农村合作医疗药品目录》，进一步增加药品种类，扩大报销范围，让农民群众从中得到更多的实惠。

进行肾透析等，由于每次治疗实际发生费用远远低于合作医疗补助起付线标准，所以得不到合作医疗的补助和支持。这些都增加了农民群众的经济负担。农民盼望能建立起《新型农村合作医疗门诊慢性病管理制度》，有计划地逐步解决参合农民因长期门诊就医，而造成的医疗费用负担过重问题，不断扩大新型农村合作医疗制度的受益面。

四盼改善乡镇卫生院医疗条件。乡镇卫生院是基层直接面对广大农民群众的定点医疗机构，而目前大部分乡镇卫生院房屋简陋、设备落后、人才匮乏，医疗条件不能满足参合农民的就诊需求，难以承担为新农合患者提供医疗服务的重任。农民盼望各级党委政府认真贯彻落实《国务院关于进一步加

强农村卫生工作的决定》，切实加大对乡镇卫生院的投入，不断改善医疗条件和硬件设施，加强医卫人员的学习培训，进一步提高乡镇卫生院的医技水平、医护质量和管理水平，让参合农民能够就近享受到安全、便捷、优质、廉价的医疗服务。

我国农村人口占64%，调查表明，因病致贫、返贫者占农村贫困户总数的30%~40%。正是在这样的一种背景下，建立农村合作医疗制度被重新提上了议事日程，实施新型农村合作医疗强调农民自愿参加的原则，现就此问题探讨如下：

自愿参与是指农民可以按照自己的意愿决定是否加入新型农村合作医疗，反对任何形式的强迫命令，这一决策考虑到了合作医疗的历史原因以及具体工作执行上的实际困难和阻力，是现实国情下的合理选择。

第一，我国农村合作医疗起源于上世纪50年代，后因得到党中央和卫生部的肯定，逐步在全国全面推广，曾得到世界卫生组织的高度评价，被誉为“是发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例”。后因集体经济的解散等众多原因，合作医疗纷纷解体。1994年，在全国27个省14个县（市）重新开展“中国农村合作医疗制度改革试点”及跟踪调查工作，结果合作医疗重建受阻，试点多数失败。合作医疗几经沉浮，使人们对政府产生了不信任感，对合作医疗丧失了信心，现在再度提出建立新型农村合作医疗，大多数农民对其持观望态度，如果强制性要求其参与，会起反作用。

第二，历史经验表明，要办好农村的事情，必须尊重农民的意愿，维护农民的权益，得到他们的理解和支持，靠强迫命令让农民办的事情，都不能成功，也不会持久。现在的新型农村合作医疗是政府首次决定采取财政补贴方式，能有效减轻农民因疾病带来的经济压力，但人们真正认识到新型农村合作医疗的作用和意义仍需要一个过程。

而新型农村合作医疗的“自愿参与”原则使制度本身就失去了国家政策的“强制性威力”，故很难保证高参与、广覆盖，大大减弱了新型农村合作医疗的共担风险的能力，影响其长期发展。

自愿参与原则易产生逆向选择农民参加合作医疗的意愿很大程度上取决于参加的预期效用与预期成本的对比。农民的预期效用就是能够减轻疾病的经济负担，而产生效用的前提条件就是患病风险，故身体健康、疾病风险小的农民，利用医疗服务的概率低，预期效用低，因而更倾向于不愿意参加合作医疗。与之相反，身体健康状况差，疾病风险大的农民，倾向于参加合作医疗。这也就是保险中的“逆向选择”。由于新型农村合作医疗必须遵循自愿参与的原则，极易产生参保者的逆向选择。湛忠清等对安徽省农民的调查表明，农民的身体健康状况是影响农民参加新型农村合作医疗的重要因素。如果参与合作医疗的多为健康状况差的人，那势必会增大合作医疗基金的使用，可能导致新型农村合作医疗陷入入不敷出的困境中，整个制度将难以正常运行。

自愿参与原则难以形成良性的互助共济关系新型农村合作医疗具有互助共济性，即对整体而言，是多数人共济少数人患病的费用偿付，年轻人共济年老人，健康的共济患病的，病少、病轻的共济病多、病重的，对个体而言，年轻时、无病时为年老时、有病时积蓄。是一种在社会范围内分摊风险、互助共济。由于自愿参加而产生的农民选择参与与否的随意性，有些地方就出现年轻人不愿参保的现象，不能保证参保的连续性，也不能保证筹资的稳定性。从长远来看，难以形成良性的互助共济关系。

新型农村合作医疗调查报告篇三

为加快建立农村医疗保障体系，提高农民健康水平，更好地促进城乡社会经济全面协调发展，根据一年多来党中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定，在各级政府的统一领

导和部署下,有关部门精心组织实施,在广大农村群众的积极参与下,我市初步建立了“大病统筹、医疗救助、农村社区卫生服务”为一体的新型农村合作医疗制度(以下简称新型农村医疗制度)。为了巩固这一体系,进一步探索和建立健全、可持续发展的长效机制,对新型农村合作医疗经营情况进行了专题调研。经过调查,总结系统的现状和有效性,研究分析存在的问题和困难,提出发展对策。

20xx年,全区有132个乡镇,3914个村(居)委会,常住人口549.07万人。其中农业人口380万,家庭141.74万户,农民人均纯收入6221元。有155所乡镇卫生院、2838所村卫生室和3273名乡村医生。自20xx年7月1日镇海区率先开展新型农村合作医疗试点工作以来,到目前为止,除海曙区外,其他县(市)区已全面启动。截至今年12月底,参保乡镇109个,占83%;参保村2694个,占69%;参保人数275.4万人,占全市农业人口的76.4%。

(一)加强领导,精心实施,规范管理,初步建立了新型农村合作医疗体系良性运行机制。

第一,加强领导。

市委、市政府、县(市、区)、乡镇党委、政府高度重视新型农村合作医疗。他们从实践“三个代表”重要思想和统筹城乡发展的重大战略出发,切实加强领导,研究政策制度,完善组织,落实支持保障措施。20xx和20xx年市政府已连续两年将新型农村合作医疗的实施纳入政府实践项目。根据市政府的指导,结合当地实际,各县(市)、区制定了新型农村合作医疗实施办法及相关制度,成立了以常务副县长(市、区)长为首、相关部门负责人参加的新型农村合作医疗协调小组,并成立了机构。市、县(市、区)政府已将实施进度和实施结果纳入政府目标管理责任制考核数据,各级财政安排专项资金,确保新农合作医疗政府补助资金到位。

第二,认真执行。

各级政府成立专门工作组，确定实施方案，召开动员会，广泛宣传新农业和新医疗体系的优势，积极引导和动员农村群众参与卫生、金融、民政、农业，宣传等有关部门，做好业务指导、政策宣传和解释，要求人大、政协等部门高度重视对基层乡镇（社区）党员干部的支持和监督，承担多项基础工作，如组织动员、人员登记、资金筹集、医保卡发放等。由于各级政府领导和有关部门的重视、扎实的工作和高度的群众参与热情，确保了地方集资工作的顺利完成和制度的顺利实施。

三是规范管理。

各县(市,区)成立了新的农业医疗管理委员会,成立了专门的新农业医疗办公室,各乡镇也成立了相应的领导小组和办公室,各行政村(社区)成立了新的农业医疗联络处,三级组织网络的建立为新型农业医疗体系的规范化管理提供了组织保障。制度正式实施后,各级经办机构不断完善规章制度,规范定点医疗机构管理,简化结算申报审核流程,落实服务承诺,努力提供优质服务,切实加强资金监管,制定资金管理办法,建立资金收支专户,严格费用审查,建立重大结算申报金额审查制度,杜绝不合理,违法的补偿支出,定期报告和公布基金运行情况,提高基金运行的透明度,了解同级财政、审计等部门和群众的监督情况。

（二）坚持原则，因地制宜，不分形式，创造性地开发了多种农业新药经营模式。

新型农村合作医疗调查报告篇四

推行新型农村合作医疗制度是党中央作出的统筹城乡经济社会发展、提高农民医疗和健康保障水平的一项重大决策，也是我县当前一项重要而紧迫的试点工作任务。为全面了解我县新型农村合作医疗试点工作进展情况，并探索促进这项工作开展的有效途径。近期，根据县委安排，我们深入农医办、

部分定点医疗单位和乡(镇)、村、组，采取听情况介绍、召开座谈会、发放调查问卷、走访群众等形式，就我县新型农村合作医疗试点情况进行了一番深入调查，并形成了专题报告，供县委领导参考。

我县新型农村合作医疗试点工作于今年元月1日正式启动，通过近一年时间的运行，总体状况良好，全县参合农民人数达21.64万，占总数的72.6%，基本达到了预期效果。

一是领导重视，农民参合积极性较高。在启动农村合作医疗试点工作过程中，各级领导高度重视，始终坚持党政一把手亲自抓和各部门联动，抽调精干力量组织宣传发动工作，为推进新型农村合作医疗试点工作营造了良好的氛围。同时，由于政策得民心，广大村干部和群众给予了试点工作大力支持，特别是一些集体经济相对较好的村实行集体投保，极大地提高了参合率。

二是机构健全，运行规范。县里成立了新型农村合作医疗管理委员会和农村合作医疗管理办公室，做到了机构、人员、编制、经费四到位，安装了县、乡两级新型农村合作医疗信息管理系统，实现了全县联网管理和信息资源共享，方便了工作。农医办严格按照专款专用、专户储存、以收定支、保障适度的原则，对于农村合作基金进行使用管理，并在国有商业银行设立基金专用帐户，严格基金封闭运行，确保了资金运行安全。同时，在县医疗行政管理部门的严格监管下，各定点医疗机构合理用药、合理检查、合理收费得到了较好执行，参合农民医药费负担明显减轻。

三是广大农民和定点医疗单位直接受益，党群干群关系进一步融洽。我县新型农村合作医疗覆盖率较高，大多数生病农民基本上都能够得到及时就近医治。而且各乡镇均统一为农村五保户、特困户以及享受定补的优抚对象等特殊群体和弱势群体交纳了个人应缴的参合资金，确保这一部分人100%的参加新型农村合作医疗，从根本上解决了社会弱势群体的看

病就医问题。据统计，截止11月底，全县共有11221人次门诊治疗，治疗总费用达32.84万元，实际补偿费用达23.69万元；共有14029人次住院治疗，总治疗费用达17191502.94元，实际补偿金额达5152498.34元，其中总治疗费用上万元的大病医疗发生135人次，治疗总费用达2384532.96元，实际补偿金额达4002.08元，农村人口“小病拖成大病、轻病拖成重病、重病拖成绝症”和“因病致贫、因病返贫”现象大大减少。同时，各定点医疗机构对农村群众的医疗服务态度有了明显好转，其经济效益也有了大幅度提高，医务人员的待遇也有了相应的提高。据调查估计，县级医院的效益较去年提高了40%左右，乡镇卫生院的效益较去年提高了30%左右。一些乡镇负责同志深有感慨地说，新型农村合作医疗制度的推行，不仅有效缓解了农民因病致贫、因病返贫，而且对改善党群关系、化解基层矛盾、促进社会和谐产生了积极影响。

1、宣传发动不够深入，农民对相关政策规定了解较少。我们从调查中了解到，由于有关部门、乡镇宣传发动工作不够深入，对有关政策宣传不够透彻，许多农户对新型农村合作医疗政策的细则，特别是对于参加后需要遵守哪些规定、什么情况下才能够享受补偿以及如何结算等细节问题一知半解。调查问卷统计显示，只有52.5%的农户知道报销医药费是有条件限制的，有11.5%的农户明确表示不知道；有44.8%的农户知道医药费报销手续，有16.8%的农户明确表示不知道；有33.2%的农户知道可报医药费范围，有25.9%的农户明确表示不知道。也正是由于农民对报销住院医疗费用的限制条件、如何计算报销的医疗费用、医药费报销的相关手续和程序等知之不详，导致一些农民在报销医疗费用过程中遇到了不少麻烦，并由此产生了“手续繁琐”的意感，挫伤了他们的参合积极性。

2、一些乡村干部工作方式过于简单，少数农民产生了抵触情绪。少数乡村干部对新型农村合作医疗工作的长期性和艰巨性缺乏必要的认识，加上去年县里要求各乡镇完成任务的时间太紧，因而他们把主要精力和工作重心放在了“收费”和完成“参合率”指标任务上，工作过于简单化、形式化，没

有耐心细致给农民讲明新型农村合作医疗的意义和相关政策标准，以致有的农民误将此项工作认为是政府“形象工程”，也有的农民将其与乱摊派、乱集资等同起来，产生了一些抵触情绪，影响了试点工作的顺利开展。

3、农民自我保健和互助共济意识弱，直接影响了参合率。农民互助共济，并且自觉自愿地参加新型农村合作医疗，是新型农村合作医疗制度顺利推行的基础和保证。但是我县地处边远山区，经济基础薄弱，贫困人口占全县总人口的39.9%，并有2.33万人处于绝对贫困线以下。很多农民自我保健意识不强，比较注重眼前利益，对因病致贫、因病返贫的严重性认识不足，他们今天花了10元参加了合作医疗，总想着能不能尽快得到实际的利益，甚至有不少农民认为交了钱没有生病就吃亏了。这种心态在很大程度上影响了我县新型农村合作医疗普及率的提高。

4、一些工作环节透明度不高，部分农民心存疑虑。在调查过程中，不少参加农村合作医疗的住院病人反映，与市级以上正规医疗单位不同的是，县、乡两级医院都没有给病人发放“每日清单”，病人对医院的各种药价、检测、治疗费用计价心里没底，时刻有一种被人“宰割”的担心。同时，同样是感冒或其它小病，他们在乡村医生那里只需花几十多元，而到定点医院却要花费几百元。而且一些比较常见的小病，定点医院的医生却要病人作心电图、b超和各种化验，“小病大看”的现象时有发生。还有一些农民反映，为了能报销部分医药费用，他们有病就往定点医院跑，但把路费、餐宿费、误工费再加上医院某些虚高收费等，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。

5、乡镇医疗服务质量不高，农民健康保障水平受到制约。目前，我县相当部分偏远乡镇的卫生院连b超机、x光机等普通的检测设备都没有，仍然使用听诊器、体温计、血压计等“老三件”给病人看病。由于条件差、环境不好、待遇低，主要承担农村合作医疗的乡镇卫生院人才相当缺乏，整体医疗水

平和服务能力较弱，对一些疑难病症的诊断和治疗更是束手无策，难以适应新型农村合作医疗的发展需要和农民健康保障需求。调查问卷统计显示，只有20.9%的农户对当前农村就医条件表示满意，46.2%的农户明确表示不满意。调查中我们还了解到，我县相当部分农民生病后并没有在县内的定点医疗单位住院治疗，而是直接去了市级以上的医院就医，还有一些本来就入住县内医院的病人想方设法转往市级以上医院。据一些县内定点医疗单位的负责人透露，很长一段时间内，仅洪江市二院入住的病人中就有50%以上的是会同人。

6、外出务工人员享受不方便，降低了农民对合作医疗的支持力度。我县外出务工人员相当多，且有相当部分农民是举家外出务工，仅王家坪乡今年就有275户农民举家外出务工。而现行农村合作医疗制度对外出农户就医政策缺乏灵活性，如果外出农民一旦患病，需要回本地定点医疗机构接受治疗才可能报销医疗费用，或者需要回本地相关部门办理有关手续后，方可在外地治疗报销有关费用。因此，外出农民参加新型合作医疗后，如果直接在外地就医，则无法享受到补偿带来的好处，而回到当地定点医院就医或办理相关手续，则要花费不菲的路费，甚至有可能耽误病情，常常陷入两难困境而不知所措。我们在调查中发现，一些举家外出的农民根本就不参加合作医疗，还有一部分农民由于打算外出务工，明确表示明年将不再继续参加农村合作医疗。

“救护车一响，一头牲畜白养；致富十年功，大病一日穷”，这一顺口溜是我县农民长期以来缺乏基本医疗保障的真实写照。因病而贫，贫病交加，更是我县农民绕不开的怪圈。新型农村合作医疗制度是我国正在探索的新型农村保障体系，是一项旨在解决农民“看病难、看病贵”问题的德政工程和民心工程，但同时也是一项十分复杂和艰巨的系统工程。为此，我们务必要加强领导，强化措施，切实把这项工作抓好抓实。

第一，要统一思想、提高认识，进一步强化宣传教育工作。

各级领导一定要认真学习和领会中央和省里下发的有关文件精神，统一思想，提高认识，高度重视新型农村合作医疗试点推行工作，切实加强组织领导和宣传教育工作。要充分利用电视讲话、广播、报纸、印发宣传资料、组织宣传车、设置宣传点等多种形式，广泛宣传，大造舆论，使新型农村合作医疗工作家喻户晓，深入人心。要组织县、乡、村各级干部和乡村卫生人员，开展面对面的宣传，切实把新型农村合作医疗的参加办法、参加人的权利与义务以及报销和管理办法等宣传到千家万户，使广大农民真正认识新型农村合作医疗的意义和好处，不断培育和引导农民增强自我保健和互助共济意识，增强农民群众参与的自觉性和主动性。

新型农村合作医疗调查报告篇五

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。

20xx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xx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xx[]xx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。

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%。

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。

总体发展目标□xx年全面实施，覆盖面达到全市农村居民应保对象的85%以上;xx-20xx年，逐年完善政策制度，扩大覆盖面，增强保障能力;20xx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；

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”

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。

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。