# 农村医疗调研报告(模板9篇)

来源：网络 作者：风华正茂 更新时间：2024-09-08

*随着个人素质的提升，报告使用的频率越来越高，我们在写报告的时候要注意逻辑的合理性。写报告的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面我就给大家讲一讲优秀的报告文章怎么写，我们一起来了解一下吧。农村医疗调研报告篇一2024年实施农村合作医...*

随着个人素质的提升，报告使用的频率越来越高，我们在写报告的时候要注意逻辑的合理性。写报告的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面我就给大家讲一讲优秀的报告文章怎么写，我们一起来了解一下吧。

**农村医疗调研报告篇一**

2024年实施农村合作医疗以来，中国农村医疗事业取得了举世瞩目的成绩。农村合作医疗是国家专门为农民推出的医疗保险，从广义上讲，又可以称为农村医疗保障制度，它是目前农村的医疗保障的综合制度。从概念上来讲，它是由政府通过制度设计与维护、基金筹集与管理、卫生服务调控与监督的保障农村居民获得基本医疗和保健服务的一种综合性的医疗保障制度。农村人民由原来的“小病不医，大病小医”的情况，变为如今无论大病小病，只要身体不适，都会跑到医院咨询医生并做相应的检查。农村合作医疗成为了农村人民的保障，农民坚强的后盾，心灵的支撑。至今，农村合作医疗已走过一十二载，已多次的经过调整和修改。面对新的合作医疗形式和新医疗体制，农村的医疗现状又是如何呢? 为了更了解现状，此次我深入农村，经多次下乡调查、走访。为了更好的了解当今农村医疗服务，我借2024年暑假期间，下乡走访江西宁都石上镇卫生院，与患者亲密接触并了解到情况如下。

我讲述：在基层，一个医生要当3个医生使用，一天从早上到晚上他都不停的在讲话，最后连嗓子都哑了，但第二天仍然要开始忙碌的一天。可见基层医生的的紧缺，这导致了每个基层民众平均所受到的医疗服务紧缺，也间接降低了基层医疗服务质量。基层医生基本都为全科医生，任何一种病症都需要医生有丰富的知识和精确的判断能力。然而，这必然导致基层医生所要掌握的医疗知识增多和临床技能大大增高。因此，基层医生面临高强度的医疗服务和高强度的医学知识学习，对于学历普遍较低的基层医生是个很大的挑战。而面对大多高强度工作服务的医务人员所关心的服务所得却与付出大相径庭。基层医务人员工资收入相对于普通医务人员较低，基层医务人员普遍存在厌烦情绪。在调查过程中，一医务人员曾坦言基层医务人员工资比打工者底，并有较深的抱怨情绪。高强度的工作服务，工资与收入不对等确实影响了医务人员的工作态度，也就间接的影响了服务质量。

人反映存在管理不透明的现象。这使部分医疗工作者不满，并影响到他们的工作积极性。医疗一线的基层工作者处于一种十分尴尬的情况。

历。初入医院医生以床位不够为由叫患者等待，一个星期过去了，该患者多次询问，医生仍然叫其等待。但是由于患者的需要马上治疗，于是患者去别的医生那里询问才得知他的病本不属于该医生治疗，最后他才入院治疗。他表示，今天的一些大型医院存在不负责任的行为，失去了农民的信任。农民是弱势群体，文化程度较低，常在医院引起误会和曲解。大部分农民表示去大医院看病，医生开的药药价不公开而且偏贵，这使他们对医院耿耿于怀。农村合作医疗不能够提供门诊的保障服务，所以大部分农民仍然对此不满，农村仍然存在看病贵的问题。

《农村医疗现状调研报告》全文内容当前网页未完全显示，剩余内容请访问下一页查看。

经过细致的调查和认真的总结归纳，我得出以上问题，针对问题我认为应该从以下方面来解决问题。

政策。1、县级医院和卫生局应该密切配合，根据乡镇紧缺医护人员的情况，从县里抽调一些医护人员做为常驻人员下乡指导展开医疗工作，时间为一年。作为回报，下乡的医护人员可以享受工资上的优厚和优先评职称。派驻的医护人员除日常的接诊之外还需要定期培训基层的医务人员，定期组织医务人员下村对村民做体检和健康知识传播工作。同时，从基层抽调相应的骨干医师去县里市里或者更高级的单位参加培训，增加他们的临床技能。

2、关于基层医疗设备的缺乏，我认为基层政府有责任和义务改善基层卫生院的基层设施。医疗卫生是政府重大的民生工程，所以政府责无旁贷。我认为县级政府要将人民对乡镇卫生院服务满意程度纳入基层政府的工作考核之中，这样才能够引起各级单位的重视。如果人民对乡镇卫生院服务不满意，可直接影响基层政府的年终考核，乡镇政府对其管辖的卫生院负主要责任。

3、基层医护人员工作辛苦条件艰苦，应该在一些方面得到优点。对于主动愿意在基层工作的本科及本科以上的的医护人员应该享受和同级职称相同待遇的工资，并在评优评先中享有优先的权利。对于工作突出，贡献较大的医护人员应怪给予表彰。若在基层工作满5年的本科及本科以上的医务人员可优先进入县级、市级单位工作。

4、继续发展和完善农村合作医疗，基层政府要切实承

担起组织和资金支持的责任没有基层政府出面组织,合作医疗就会失去组织基础;政府的适当提供资金支持能够对农民参加合作医疗产生很大的引导和激励作用。中央财政的支持是有限的，毕竟中央财政要顾及到全国那么多地方，因此基层政府应加大对农村合作医疗的资金支持力度，同时设立专门部门负责组织、执行，以加快推进新型农村合作医疗制度。强化管理,规范合作医疗基金的使用和监督除了加强资金方面的支持，政府还应该加强管理、加强监督，保证每一分钱都用到医疗改革上面。一方面要杜绝基金的被挪用,另一方面要维护基金使用的公开、公平和公正,避免出现干部与群众之间在交纳费用、享受待遇等方面的不平等。规范医疗服务市场当前，我国的医疗服务市场还不是很规范，医疗服务水平不高，药品价格虚高等问题严重，这些严重影响了农村合作医疗改革的推进。因此，我们要规范医疗服务行为,降低药品价格,合理确定补偿(报销)比例,保证合作医疗基金的收支平衡。

我相信在国家和各级政府部门的一致努力下，中国基层农村医疗事业一定更加完善，基层人民会更加满意！

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。

1.何为新型农村合作医疗

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。

2.新型农村合作医疗现状

首先就拿外沙乡人们政府副乡长袁芳在其《新型与思考》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，已取得了显着的成绩。截止2024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。

《农村医疗现状调研报告》全文内容当前网页未完全显示，剩余内容请访问下一页查看。

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。

（二）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。

这样，父亲入院以来的费用为：挂号费5元；检查费658元；住院费32天合计1280元；护理费32天合计480元；医药合计6400元；生活费合计320元；交通费合计200元，其他杂费约合100元，总计9443元，除报销部分实际支出6553元，节约2890元。

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2024多人，这才知道外来人口根本不在关注人口范围内。(#url#)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。

三、对策及建议

四、结语

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。

一、活动概述

今年暑假期间，为学习宣传党的精神和五四重要讲话精神，贯彻落实中央关于“我的中国梦”教育实践活动的部署和要求，进一步激发广大青年学生成才报国的责任感和积极性，进一步发挥社会实践在加强和改进大学生思想政治教育中的积极作用，引导广大青年学生在社会实践中认真学习实践科学发展观，深入了解基本国情，进行正确的社会观察，在实践中进一步坚定跟党走中国特色社会主义道路的理想信念，努力为湖南的“四化两型社会”建设做出贡献。开展了以“三下乡”社会实践活动。经过我和相关卫生院对整个活动进行统筹规划；活动期间卫生院群体成员和患者的密切配合，活动取得圆满结束。我在本次活动的地方——永州市道县新车镇展开了社会调查。这次调查包括：新车中心小学的学生进行的随机问卷调查、对当地人民的医疗卫生进行实地调查。以下是对我们所调查的课题： 医疗卫生进行一个简单的归类总结，并研究出相关的可行性报告。

二、具体个案（抽样）

时间：2024 年 1 月18日地点：朱某某家对象：朱某某父母 背景：对贫困朱某某一家进行回访，对家庭状态、经济情况、医疗卫生还有政府政策上问题的回访。医疗卫生方面：1、当地政府对医疗卫生知识宣传薄弱。2、医保不到位，适用于大病住院类型，药物极大多数无法报销。3、对贫困户的医疗保障无优惠对待。

时间：2024年7月 19 日

地点：新车乡中心小学校 对象：四五年级学生

对象一：五年级学生：李某某一家 5 口人全参加医疗保险，他表示奶奶生病是前往县城医院就诊，新车镇医院医疗水平一般且收费不合理。

对象二：四年级学生：唐某某一家 5 口人全参加了医疗保险，家人对预防疾病知识薄弱，当地学校在小学初中阶段对医疗保障教育薄弱。

时间：2024年 7月 21 日 背景：某某村当地居民

地点：某某村对象：村民

对象一：务农：郑某某50 岁，五口人，二位老人家，二个儿子，家庭主要经济来源是务农，自给自足的生活，二个儿子在外打工，一般不寄钱回家，过年回一次，郑某某爸爸是党员每个月有部分财政补贴，全家参加了医疗保险。1、生病了自己买药打针不给报销2、 因为文化程度低所以对合作医疗的相应了解薄弱，对报销程序不了解，很不方便。

对象二：商贩： 王某某07年开始中风至今，四口人。两夫妇靠小卖部的收入和务农来供养一儿一女上大学虽然有买医疗保险，但平时也只靠一些偏方治病。1、风湿病发作只能靠偏方治疗，城镇医院医疗水平有限。 2、合作医疗报销不全面，药物方面几乎不在报销内。减轻不了生病给生活带来的压力。3、某某村距新车镇远，门诊覆盖面低。可报销的医院只有一家，且距离远。

地点：新车镇市场对象：商贩

背景：对在新车镇市场中赶集的人做随机访问。

对象一：某某药店，在市集的一间药店，店里有医师看病，据老板声称，一般村民有什么病，就直接去店里叙说病因询问药物或直接买药回去吃，农村合作医疗无法报销。

对象二：待业青年：徐某某，20 岁，父母摆摊卖水果、卖菜，他表示目前的农村合作医疗处于发展阶段，一些报销项目少，表示能够理解于接受。

对象三：杂货店老板：黄某某，28 岁，外县人，四口人，一男一女，女儿上小学，丈夫在开餐厅，全家有买医保。对合作医疗表示不了解，只知道外县人的合作医疗报销低于本地人。 对象四：在街道摆摊治病：陈某某，50 岁，四个儿女，儿子一个中专毕业，在打工，一个在家里务农，两个儿女在外开店，因为逃荒逃到本县，靠在市集摆摊和务农维持生活，有村民会到他的摊子治病，有买医疗保险。他表示有多年的医疗经验但没有成本开药店所以摆摊治病，由于医院医疗水平有限与药店消费较贵，合作医疗在农村用处不广泛，摊位医疗收费低，所以摆摊收费的生意良好。

三、新车镇医疗卫生状况

目前乡镇的医疗水平已发展到一定的高度，然而在新车镇医疗水平在种种的条件限制下，所以得不到很好的提高，仍然存在一些问题。我在展开调查期间以专题形式，对新车镇得农户进行走访深入了解，农民群众强烈反应了以下问题： 1、对医疗卫生的知识严重缺乏 、由于生活条件的限制，农民群众少接触网络与书籍，对医疗卫生知识获取渠道单一与不全面，在日常生活中无法很好的预防一些疾病的发生。

经在农村的调查报告显示95%的人愿意自行参加农村新型合作医疗，“花小钱买平安”是值得的，但是却对农村新型合作医疗不了解，这一现象在下次镇中也表现明显，同时群众反映合作医疗体制不全面，报销比例低且不全面。在医院就趁一次花费一百多元，可报销的只有十几元，这大大弥补不了农村人民的损失，与当地的经济情况没有接上轨道。虽然近年来乡镇医院住院费用报销比例增至80%，但是由于乡镇医疗的局限性，使得当地的人民享受不到这种优惠政策，在市级以上的医院住院费报销为 5%。

四、改善新车镇医疗卫生的意见或建议

1、加大农村医疗卫生知识的普及 、建立相关宣传体制，加大宣传力度，从书刊到电视，从电视到网络，等渠道来增长农村人民的医疗保健知识，使新型农村合作医疗政策家喻户晓、人人皆知。从根本去预防。

2、加强农村医疗卫生队伍的建设 、人才是农村卫生事业发展的最重要因素。相关部门要做好人才培养的相应措施，引导和鼓励本科以上毕业生和城市卫生技术人员到农村服务，加快发展农村的医疗卫生体制。制订优惠政策，建立城区医院对口支援乡镇卫生院工作制度。要加快乡镇卫技人员结构调整，对非卫技人员严格控制比例并有计划清退，乡镇卫生院医生达不到执业助理医师资格的要转岗 分流。同时，在核定编制前提下，政府应按事业单位的社会保障政策，将乡镇卫生院在职职工和离退休人员的养老、医疗等社会保障纳入当地社会保障部门统一管理，积极营造留人的条件和环境。从新车镇的农民参与农村合作医疗的普及率来看，当地政府严格按照省、市的安排部署，从关心农民的切身利益出发,从解决“三农”问题的大局出发,积极开展新型农村医疗工作,从而取得了显著成效。在农村合作医疗制度推广的同时，与新型农村合作医疗相配套的乡镇卫生设施也基本到位。

3、加快基础建设，改善就医条件、加快基础建设，新车镇的医疗服务机构仍然比较简陋，医疗设备等基础条件缺乏，不能完全为农民提供 良好的就医环境。 经我们调查反映人员认为在新型农村合作医疗工作推广的同时，应该把农村卫生体制改革有机地结合起来。

**农村医疗调研报告篇二**

一、我市农村医疗卫生基本情况

我市九个县（市、区）辖126个乡镇、2155个行政村。现有县级以下医疗卫生机构162个，其中县级医疗机构27个（含县综合医院、中医院、民族医院等），卫生防疫站9个，妇幼保健院（所）9个，乡镇卫生院117个，村卫生所1786个。全市卫技人员6870人，每千人拥有卫技人员2.11人；编制床位数6529张，每千人拥有床位2.00张。乡镇卫生院覆盖率92.86%，行政村卫生所覆盖率82.88%。

韦孝位医生，在家收养非亲非故的病人，多年来，他无偿奉送给患者的草药价达万元以上。我市医疗卫生系统还有许多学术带头人、管理能人以及默默无闻无私奉献的工作者，他们心中装着人民、一切为了人民，展示了崇高的思想境界，值得人们的尊敬。

我市农村医疗卫生工作虽然有成绩、有进步、有发展，但总体上还是呈弱化的态势，其状况令人担忧，其形势不容乐观，主要表现在：

头村一位村民，胆囊炎穿孔，送省立医院手术，仅40天就欠下债务10万多元，立即跌入贫困深渊。“小病抗、大病拖、重病等着见阎王”的现象在不少农民家庭中也是明显存在的。4、农村卫生所站还存在缺药、少药等问题。鉴于当前农村的经济状况，相当部分边远山区的村医无能力、也不敢进一些好药。加之目前进药渠道多样，伪劣药品充斥药品市场的现象不断发生。据各地药品检查的情况看，伪药、劣药、过期药和缺药的现象，在一些医疗所、站时有发现。这种情况，直接危及病人的病情、影响患者的健康。

需要的人才不能及时调剂，影响了基层队伍的建设。

（三）农村医疗卫生事业投入严重不足。我市（县、市、区）及乡（镇）财政运转困难，长期未能摆脱被动局面，使国家许多关于医疗卫生方面的政策难以兑现。一是乡镇卫生院全民职工100%，集体职工60%的补助工资政策未能全面兑现，欠帐较多；据初步统计，从1997年至2024年止，全市乡镇卫生院按规定财政应兑现人员工资6630.82万元，实际到位拨款1984.93万元，被拖欠达4645.89万元。二是农村卫生三项建设和世卫贷款配套资金不到位，影响了事业发展；三是一些地方财政挪用、挤占、克扣卫生专项资金的现象还比较严重，影响了卫生部门向上争取资金的积极性；四是政府应当支持卫生事业的专项资金相对减少。这种不良的量的积累，对医疗卫生事业的影响将逐年加剧。

二、影响我市农村医疗卫生发展的主要制约因素

我市农村医疗卫生工作当前呈现的困境，其构成的因素是错综复杂的，它既是长年积累的结果，也是农村经济和社会发展诸多矛盾的综合显现；既有历史因素，也有现实的因素；既有表面的管理因素，也有深层的体制因素。

（一）思想认识原因。中央有关文件非常明确地把乡村医疗卫生机构定性为福利性的、政府举办的、公有制为主导的社会事业。中央召开的全国卫生工作会议，也强调各级党委和政府要把卫生事业作为一项重要的工作来抓。但在实际工作中，各级政府抓卫生事业的力度远不如抓教育事业、计生工作那么大。教师工资可以由各级财政统筹优先发放，乡镇计生服务站的卫技人员可享受100%工资，而乡镇卫生院卫技人员全民100%、集体60%的工资却一直难以兑现。教育和计生工作关系到人口素质问题，而卫生事业则是关系到人民的生命、健康问题，是极其重要的一项工作。但由于各级对医疗卫生工作的认识不一，加之卫生宣传工作还没有深入千家万户，尤其是农村群众的医疗保健意识不强，导致各地对农村医疗卫生工作重视程度不一。1997年，中央出台《中共中央、国务院关于进一步加快卫生改革与发展的决定》，决定对卫生职工的工资问题、卫生院医务人员的医疗保险、劳动保险的缴纳问题，均作了明确规定，但各地执行不力，明显地阻碍了农村医疗卫生事业的发展。

构和素质的提高。再比如，药品的购置方面，院长没有选择权，必须按规定到医药公司购买竞标药。而市场药品店可以直接从厂家进货，药价比卫生院低10%至30%。这样卫生院的医疗成本明显增加，这种不平等的竞争，加重和影响了卫生院的经济负担和效益提高。

（三）现行体制原因。中央已明确规定，农村医疗保健属福利性质的事业。《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》（中发〔2024〕13号）文件规定：“乡（镇）卫生院由政府举办”、“人员、业务、经费等划归县级卫生行政部门按职责管理”。这种现行体制要求，至今全市上下未能落实到位。管理体制上的问题更是制约我市农村医疗卫生事业发展的重要因素。

（四）领导管理原因。主要是对一些基层卫生院的院长和班子未能精心的调配，有的事业心责任感不强，精神风貌差；有的业务素质不高，管理能力低下；还有的工作方法简单，不善于团结和调动医务人员的积极性，主动性和创造性等等，以致影响了基层卫生院整体功能和水平的发挥。有的卫生院甚至处于瘫痪和半瘫痪的状态，极大地削弱了其在农村医疗卫生服务网络中的中心地位。

三、加强我市农村医疗卫生工作的建议意见

当前我市农村医疗卫生的状况已引起社会的强烈反响，成为农村工作的一大热点问题，解决这些问题刻不容缓。为此，提出如下意见建议：

（一）提高认识，积极推进农村医疗卫生改革。农村医疗卫生关乎民生大计，关乎农村生产力、农村经济和社会的安定稳定，各级政府一定要进一步深化认识，把农村医疗卫生纳入社会发展计划，采取扎实有效的措施，解决当前存在的突出问题。要认真贯彻执行中共中央和国务院的有关政策法规，真正建立起政府举办的以公共卫生服务为主，综合提供预防保健和基本医疗等服务的农村医疗卫生体系。并按照《福建省农村实现“2024年人人享有卫生保健”的规划目标》要求，财政对卫生的支出比重要随着经济的发展逐年增加（我市2024年财政对卫生支出的比重仅2.96%），争取2024年达到8%的要求。积极推行农村医疗卫生改革，实行乡镇卫生院长负责制，采取公开招聘等形式选好院长，并推行全员聘任制，激活用人机制，切实改变这种管人不管事、管事不管人的状况。建立卫生技术人才的引进、培养和深造机制，尽快扭转人才匮乏、水平低下的局面，在保证政府增加投入的情况下，可采取灵活多样的激励措施增强基层卫生院所的自身造血功能。要科学地整合农村医疗卫生资源，改变和防止在资源的利用和设置上的严重浪费。

（二）按照中共中央、国务院的决定，认真落实好农村卫生院卫技

人员的工资全民100%、集体60%应由财政拨补的要求。要切实解决在医疗保险、养老保险、住房公积金等三项改革制度方面，我市乡镇卫生院卫技人员未能享受国家同等的福利待遇，政策规定应由国家财政支付的部分应予以保障。医疗保险：按规定，参加医疗保险的人员按工资总额9%缴纳医疗保险费用，其中，政府和单位贴补7%，个人交纳2%，而我市政府补贴仅占0.88%。养老保险：按规定参加养老保险的人员按工资总额29%缴纳养老保险费用，其中，政府贴补和单位贴补25%，个人交纳4%，而我市政府补贴仅占8.33%。住房公积金：按规定参加人员按工资总额16%缴纳住房公积金，其中，政府贴补和单位贴补8%，个人交纳8%，而我市政府补贴仅占0.04%。各级政府也应予以高度重视，进一步做好调查研究，积极稳妥地解决好在三项改革制度中补贴偏低的问题。

（三）建立有效机制，解决乡村医生补助问题。我市目前农村卫生所出现了较多的空白点，而且还有扩大趋势，一个很重要的原因是乡村医生收入少，条件差，基本生活没有保障而弃医改行。政府应依照《中华人民共和国乡村医生从业管理条例》之有关规定，本着扶持空白村的卫生所建设，优先给予341个空白村村医适当经济补助，每人每月补助的金额200~300元，以稳定乡村医生队伍。

（四）加强清理，及时纠正专项经费使用和预算外资金财政统筹问题。近几年来，卫生部门专项经费被克扣挪用的现象十分严重。有一些乡镇将卫生部门争取来的专项资金长期挪为他用。还有部分县（市）对卫生事业单位的预算外收入采取20~60%不等的财政集中统筹，这些都给农村医疗卫生事业的发展带来极为不利的影响。各级政府要切实加强卫生专项经费的清理整治，对被挤占的，应制订计划，限期清还。对于疾病控制、妇幼保健和卫生监督机构从事相关业务工作所取得的各项收入，也应按照规定纳入同级财政预算外帐户，实行收支两条线管理，返还用于发展卫生事业。

（五）建立大病统筹救治基金，推行新型农村合作医疗制度。鉴于目前我市广大农村农民较普遍地存在就医难、难看病、看不起病的现象，市政府要认真研究，抓紧制定实施新型合作医疗方案，具体实施方案由卫生行政部门负责。在这方面，我市古田县黄田镇已进行了偿试，也可予以总结、借鉴和推广。

面积116737.3平方米，其中，危房面积21029平方米，占业务用房总面积的18.01%。市政府应采取本级财政补助一些，县、乡财政分级负担一些，卫生系统积极向上争取一些，从2024年起，分期分批解决乡镇卫生院危房问题。

一、调研背景

（一）“三农问题”

“三农问题”是指农业、农村、农民这三个问题。自改革开放以来，“三农问题”就一直备受关注，我国作为一个农业大国，“三农问题”关系到国民素质、经济发展，关系到社会稳定、国家富强。其中，农民问题是关键，十年树木，百年树人。如果没有一定文化素质的国民如何与强国竞争？因此，提高农民素质是富民强国的重要举措。只有农民素质提高了，才能改善农村医疗卫生情况，实现现代化新农村建设的目标。

（二）新型农村合作医疗的实施

2024年10月，《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》明确指出：要“逐步建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度”，“从2024年起，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民每年按人均10元安排合作医疗补助资金，地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均10元”，这是我国政府历史上第一次为解决农民的基本医疗卫生问题进行大规模的投入。

二、目的及意义

2024年暑期思想政治实践理论课社会实践

中之重，农村医疗卫生现状的改善和提高是解决“三农”问题的重要方面。为了让农村居民更加了解新型农村合作医疗政策，更好地为自身谋福利，也为了解农村医疗卫生的现状况，为有关部门制定农村居民就医、生存与发展等方面的政策提供参考和依据，我于2024年暑假期间在付家铺村进行了一次关于农村医疗卫生情况的调查。

三、调研方法与调研路径

我采用问卷调查与访问调查的方法对付家铺村居民进行抽样调查

四、付家铺村医疗卫生情况调查结果

经过为期一个礼拜的调研，我走访了村里十几户农家，经过走访调查，我发现对于很多农民来说，“大病挨、小病抗”是常事，一般的常见病如头痛感冒等小病，大多数农民并不会选择就医，而是熬一熬就过去了。调查显示，69％的人头痛感冒就自己买点药吃，有近50％的人是自我治疗或者硬挺着等病好。当遇到医生建议病人住院的情况时，只有46％的人会听从医生的建议，54％的人不愿意住院。61％的人是因为“价格太贵”不愿住院，32％的人是因为“经济困难”不愿意住院，也就是说，93％的人是因为经济原因不愿意住院治疗。医院给大多数农民的印象是一个“吸血鬼”，属于高消费人群的选择。

在医疗机构的选择上，经济原因是一个非常重要的因素，约70%的农民把医疗费用的高低作为选择特定医疗机构的主要原因，其次是医疗机构的远近，对于那些患自己不能自行处理的小病，人们更倾向于要选择距离较近的村级小型私人诊所。 调查中，有71%的人选择去村级小型私人诊所，18%的选择去乡镇街道卫生院，8%人选择去县市区医院，只有3%的人选择去省级医院。

在新型农村合作医疗的参与程度上看，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意主要是因为保障水平低，参加和办理报销的程序繁琐等。在医疗设施情况上看，付家铺村的医疗设备、设施陈旧老化，村卫生服务站设施简陋，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。

五、调查结果分析

通过调查访问和对问卷的处理分析，我发现当前的农村医疗卫生状况还存在不少问题，主要表现在以下几个方面：

1、农村医疗设施简陋

当前农村的医疗设备和设施比较陈旧老化，医疗卫生服务站设施简陋，医疗器械没有得到补充和改善，很难达到正常医疗保健的目标，药品种类较少，都是一些常见小病的药品，如感冒药、外伤药、止咳药等。

2、农民对医疗政策不了解。

根据走访结果我发现，很多农民并没有加入到新型农村合作医疗中来，仍有不少农民对国家的医疗政策不甚了解，这说明政府和村委会的宣传还不到位。

3、农村医疗卫生人才匮乏

由于农村的艰苦条件和人们的意愿问题，很多的医疗专业技术人员愿意留在市县或者城镇，导致农村医务人员很有限，农村卫生服务站就只有一名乡医，所有的病人都只能靠这位医生诊病，人才的缺失导致农民的病不能及时得到好的专业的治疗，这种现象正严重制约着农村医疗卫生事业的发展。

4、农民自我健康意识薄弱

由于农民的文化素质普遍较低，再加上家庭经济条件的限制，大多数农民的自我健康意识薄弱，许多农民认为只有当身体出现了明显的不适情况才会就医，并不会每年定期去医院进行常规体检，这种薄弱的健康意识让他们的身体健康得不到保证。

六、调研结果之对策建议

卫生状况的调查情况和结果分析，现提出以下几点建议：

1、改革农村医疗卫生体制

降低农村医疗价格，逐步解决农民看病难看病贵的问题，让农民不再对看病是望病兴叹，政府应加强对药品的进货和销售环节的管理，减少药品销售环节，畅通药品销售渠道，尽量避免药品过多的销售环节而导致药价过高的现象发生。

2、建立完善的农村医疗卫生服务体系

以家庭为单位，将医疗、预防、保健、卫生、宣传、健康、教育等融为一体，为农民提供主动、方便、快捷、优质、低价的综合性服务，加强各种疾病预防工作。要建立医疗知识网络服务系统，针对农民和农村的多发病以及重大传染病，提供相关的医疗卫生知识。使农民在日常生活中不仅增加了医疗卫生知识，而且还增强了预防的意识。使得科学的知识抵制了封建迷信活动的传播，而且对开展新型合作医疗制度有着积极的促进作用，网络服务还能使农民了解所开药的基本效能以及医疗服务的各项费用，方便了农民看病治病，增强了乡镇医疗卫生工作的透明度。

3、完善医疗卫生基础设施建设

建立健全的农村卫生工作和农村卫生服务体系，提高医疗服务质量，着力于农村乡镇卫生院的基础设施建设，增设和更新农村医疗设备，不再像以前一样只有听诊器，等最基本的看病设施。

4、加强农村卫生人才队伍建设

由于农村经济的制约，很难吸引高素质的卫生人才。应调整农村医学教育方式，要有为农村专门培养医学人才的学制教育，比如建立相应的本科或专科，设置农村医疗卫生人员的培训班，这样才能培养适合农村的、在农村能留得住的、素质较高的农村医疗卫生人员。定期和经常组织医学专家到农村为农民看病。对长 期在艰苦、边远地区的乡及乡以下工作的卫生专业技术人员，给予工资优惠政策。对长期在农村基层工作的卫生技术人员职称晋升，要给予适当倾斜。

一、活动概述

今年暑假期间，为学习宣传党的精神和五四重要讲话精神，贯彻落实中央关于“我的中国梦”教育实践活动的部署和要求，进一步激发广大青年学生成才报国的责任感和积极性，进一步发挥社会实践在加强和改进大学生思想政治教育中的积极作用，引导广大青年学生在社会实践中认真学习实践科学发展观，深入了解基本国情，进行正确的社会观察，在实践中进一步坚定跟党走中国特色社会主义道路的理想信念，努力为湖南的“四化两型社会”建设做出贡献。开展了以“三下乡”社会实践活动。经过我和相关卫生院对整个活动进行统筹规划；活动期间卫生院群体成员和患者的密切配合，活动取得圆满结束。我在本次活动的地方——永州市道县新车镇展开了社会调查。这次调查包括：新车中心小学的学生进行的随机问卷调查、对当地人民的医疗卫生进行实地调查。以下是对我们所调查的课题： 医疗卫生进行一个简单的归类总结，并研究出相关的可行性报告。

二、具体个案（抽样）

时间：2024 年 1 月18日地点：朱某某家对象：朱某某父母 背景：对贫困朱某某一家进行回访，对家庭状态、经济情况、医疗卫生还有政府政策上问题的回访。医疗卫生方面：1、当地政府对医疗卫生知识宣传薄弱。2、医保不到位，适用于大病住院类型，药物极大多数无法报销。3、对贫困户的医疗保障无优惠对待。

时间：2024年7月 19 日

地点：新车乡中心小学校 对象：四五年级学生

对象一：五年级学生：李某某一家 5 口人全参加医疗保险，他表示奶奶生病是前往县城医院就诊，新车镇医院医疗水平一般且收费不合理。

对象二：四年级学生：唐某某一家 5 口人全参加了医疗保险，家人对预防疾病知识薄弱，当地学校在小学初中阶段对医疗保障教育薄弱。

时间：2024年 7月 21 日 背景：某某村当地居民

地点：某某村对象：村民

对象一：务农：郑某某50 岁，五口人，二位老人家，二个儿子，家庭主要经济来源是务农，自给自足的生活，二个儿子在外打工，一般不寄钱回家，过年回一次，郑某某爸爸是党员每个月有部分财政补贴，全家参加了医疗保险。1、生病了自己买药打针不给报销2、 因为文化程度低所以对合作医疗的相应了解薄弱，对报销程序不了解，很不方便。

对象二：商贩： 王某某07年开始中风至今，四口人。两夫妇靠小卖部的`收入和务农来供养一儿一女上大学虽然有买医疗保险，但平时也只靠一些偏方治病。1、风湿病发作只能靠偏方治疗，城镇医院医疗水平有限。 2、合作医疗报销不全面，药物方面几乎不在报销内。减轻不了生病给生活带来的压力。3、某某村距新车镇远，门诊覆盖面低。可报销的医院只有一家，且距离远。

地点：新车镇市场对象：商贩

背景：对在新车镇市场中赶集的人做随机访问。

对象一：某某药店，在市集的一间药店，店里有医师看病，据老板声称，一般村民有什么病，就直接去店里叙说病因询问药物或直接买药回去吃，农村合作医疗无法报销。

对象二：待业青年：徐某某，20 岁，父母摆摊卖水果、卖菜，他表示目前的农村合作医疗处于发展阶段，一些报销项目少，表示能够理解于接受。

对象三：杂货店老板：黄某某，28 岁，外县人，四口人，一男一女，女儿上小学，丈夫在开餐厅，全家有买医保。对合作医疗表示不了解，只知道外县人的合作医疗报销低于本地人。 对象四：在街道摆摊治病：陈某某，50 岁，四个儿女，儿子一个中专毕业，在打工，一个在家里务农，两个儿女在外开店，因为逃荒逃到本县，靠在市集摆摊和务农维持生活，有村民会到他的摊子治病，有买医疗保险。他表示有多年的医疗经验但没有成本开药店所以摆摊治病，由于医院医疗水平有限与药店消费较贵，合作医疗在农村用处不广泛，摊位医疗收费低，所以摆摊收费的生意良好。

三、新车镇医疗卫生状况

目前乡镇的医疗水平已发展到一定的高度，然而在新车镇医疗水平在种种的条件限制下，所以得不到很好的提高，仍然存在一些问题。我在展开调查期间以专题形式，对新车镇得农户进行走访深入了解，农民群众强烈反应了以下问题： 1、对医疗卫生的知识严重缺乏 、由于生活条件的限制，农民群众少接触网络与书籍，对医疗卫生知识获取渠道单一与不全面，在日常生活中无法很好的预防一些疾病的发生。

经在农村的调查报告显示95%的人愿意自行参加农村新型合作医疗，“花小钱买平安”是值得的，但是却对农村新型合作医疗不了解，这一现象在下次镇中也表现明显，同时群众反映合作医疗体制不全面，报销比例低且不全面。在医院就趁一次花费一百多元，可报销的只有十几元，这大大弥补不了农村人民的损失，与当地的经济情况没有接上轨道。虽然近年来乡镇医院住院费用报销比例增至80%，但是由于乡镇医疗的局限性，使得当地的人民享受不到这种优惠政策，在市级以上的医院住院费报销为 5%。

四、改善新车镇医疗卫生的意见或建议

1、加大农村医疗卫生知识的普及 、建立相关宣传体制，加大宣传力度，从书刊到电视，从电视到网络，等渠道来增长农村人民的医疗保健知识，使新型农村合作医疗政策家喻户晓、人人皆知。从根本去预防。

2、加强农村医疗卫生队伍的建设 、人才是农村卫生事业发展的最重要因素。相关部门要做好人才培养的相应措施，引导和鼓励本科以上毕业生和城市卫生技术人员到农村服务，加快发展农村的医疗卫生体制。制订优惠政策，建立城区医院对口支援乡镇卫生院工作制度。要加快乡镇卫技人员结构调整，对非卫技人员严格控制比例并有计划清退，乡镇卫生院医生达不到执业助理医师资格的要转岗 分流。同时，在核定编制前提下，政府应按事业单位的社会保障政策，将乡镇卫生院在职职工和离退休人员的养老、医疗等社会保障纳入当地社会保障部门统一管理，积极营造留人的条件和环境。从新车镇的农民参与农村合作医疗的普及率来看，当地政府严格按照省、市的安排部署，从关心农民的切身利益出发,从解决“三农”问题的大局出发,积极开展新型农村医疗工作,从而取得了显著成效。在农村合作医疗制度推广的同时，与新型农村合作医疗相配套的乡镇卫生设施也基本到位。

3、加快基础建设，改善就医条件、加快基础建设，新车镇的医疗服务机构仍然比较简陋，医疗设备等基础条件缺乏，不能完全为农民提供 良好的就医环境。 经我们调查反映人员认为在新型农村合作医疗工作推广的同时，应该把农村卫生体制改革有机地结合起来。

一、 概述

自2024年，国家发展改革委等部门启动实施了农村订单定向医学生免费培养工作。为贯彻落实《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》(国发〔2024〕23号)、《国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》(国卫科教发〔2024〕56号)和《教育部等6部门关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》(教研〔2024〕2号)精神，进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作，我校高度重视对订单定向生的培养工作。实践证明，我们取得了可观的成绩。从2024年开始，我们学校已经为多个农村地区输送了大批的医疗人才。

本着“下的去 留得住 干得好”的宗旨，我校为让订单定向生提前了解农村卫生现状，让日后可以更快的融入工作，展开了“订单定向医学生暑期社会实践调查“活动。

二、 调查方式

我们选择问卷和访谈相结合的调查方式。问卷式调查用于收集标准化的定量资料，访谈式调查用于收集非标准化的无结构的定性资料。通过调查，得到了大量、丰富的信息。然后经过归纳、分析、总结和整理，得出具有重要有意义的结论。本次访谈我们采用的是典型调查发，分别对卫生院、村卫生室和居民进行了深入的调查，尽可能全面地剖析农村医疗卫生现状，共谋改进农村医疗水平大计。

在访谈人群上，我们依据典型性和广泛性的原则，分别对卫生院不同职位的卫生人员、不同年龄段的居民和两个村卫生进行访谈。

三、 农村医疗卫生现状及成因分析

农村医疗卫生水平的落后首先体现在医疗人员的缺乏。在我所在的乡的乡镇卫生院里，

实际在编人数仅有20人，其中大学本科及以上学历4人、大专学历12人、中专学历4人。在这里面，职业医师仅占总编制人数的20%。也就是说在我们一个总人口数为55万的乡镇，平均一个职业医师要服务11万左右的居民。这数据对一个需要掌握所有疾病的全科医生来说，是何等的巨大。在村卫生室，这种情况更为显著。在走访的两个村卫生室中，都是只有2个卫生人员，其中助理医师一人。从中我们也不难看出基层卫生机构对卫生人员的急需程度。

现状二：基层卫生机构规模小、设备简陋、药品种类少

全乡的医疗点规模都很小，除了一家乡级卫生院之外，其余的很多诊所虽然是打着村级卫室的招牌，但实际上全属于私人性质的诊所，自负盈亏。大部分的诊所装置都比较简单，除了最基本的必备器械，如注射器、听诊器、血压表等外，很少看到一些高级的器械。室内有板凳和长椅，不少卫生室和诊所还有两三张病床。根据调查结果，我们发现村卫生室的药品种类都比较少。如富城卫生所里常用药只有30种，其中包括急救药4种，而在半径村卫生所常用药品种类就更少了，仅有28种。

现状三：居民对基层卫生机构的卫生人员不信任

据《普通民众调查问卷》，多数人选择去卫生院就医的原因是较近，而就诊病症一般都为感冒等常见疾病。稍微较大一点的疾病都会选择去三甲或三甲以上的意愿就医。他们都认为卫生院的医生技术、检查设备、环境条件、服务态度都不如县级医院。

四、 改变基层医疗卫生现状的策略：

根据调查的情况，为了改变农村医疗卫生现状，应采取以下策略：

策略一：定向培养全科医生

医生培养培训体系不健全，缺乏配套的政策和激励机制。全科医生不论是数量还是质量都满足不了基层医疗卫生服务的需要。为达到医改提出的尽快实现基层医疗卫生机构都有合格 的全科医生的要求，为群众提供安全、有效的服务，要大力加强以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设。我认为，可以将全科医生专业纳入医学院校的学科建设当中，即我们现在所在的专业，采用定向培养的方式大量培养全科医学人才，以满足基层医疗机构的需要。定向生要与培养学校和定向医院、生源所在地的教育、卫生行政部门签订培养与就业协议，保证毕业后定向到基层医疗机构服务5年以上，这样既可以解决基层缺乏医疗专业人才的困境，又能够帮助家境困难的学生完成学业，还有助于扩大就业。

策略二：鼓励和吸引人才政策。

鼓励和引导优秀高等院校医学生、优秀退休医生和城市富余医务人员到基层医疗机构工 作。制定相应的激励政策、培养计划，支持毕业生参加规范化培训，为毕业生在大中型医疗机构实习、进修创造条件。 各地可据实际情况，对在基层医疗机构工作的卫生技术人员 职称晋升给予适当倾斜。比如，在基层医疗机构工作满5年的卫生专业技术人员可优先参加相应的培训或业务进修。我建议针对基层医疗机构急需医疗专业人才的状况，除了要求专业医学生深入到基层服务，是否也可以建立大学生人才到基层锻炼的流动体系。比如，应届毕业医学生必须有在基层医院工作一至两年的经验之后才有资格报考研究生或者公务员；城市大医院必须从这些有在基层医院经历的大学生中招录医务人员。这样既可缓解目前城市就业的压力又能解决基层医疗机构人才短缺问题。

策略三：人才保障政策。

资力量那样来满足基层医疗单位对医疗人才的需求。因此政府首先应给予基层医疗机构自主的人事权与足够的人员编制，以解决基层医疗机构编制不足、人员选择不自主的问题，使医疗机构能够选择真正需要的人才并给予其编制，使他们得到相应的保障，有利于在其岗位上安心工作。其次要保障基层医务人员的薪酬，按时到位将基层医务人员工资列入财政统一支付。还有政府应给基层医生实施医疗责任保险金， 提供更多的优惠政策并出台相关制度给予保障。同时新医改方案明确规定基层医疗机构医生应具备执业助理医师以上资格，卫生院非卫生技术人员比例一般不得超过职工总人数的20%。今后未取得普通中专学历的乡镇医生要逐步退出医生岗位，不予执业再注册，其岗位由应届医学大、中专毕业生补充。并通过公开招聘、竞争上岗、绩效考核等方式方法，逐步将那些无能力的医务人员替换到不重要的岗位，这样的规定肯定能激活整个医院的医资体系。

策略四：建立吸引人才的机制。

建立吸引人才的机制。建立竞争制度，克服论资排辈倾向，允许有才干的人脱颖而出。要坚持定期考核，明确用人标准，鼓励毛遂自荐，实行竞争上岗，这样就可以使有真才实学的人得到发展机会，使医院产生吸引力。

策略五：建立合理的分配制度。

在分配上体现出贡献大小是对人才价值的承认，对于吸引人才有重要意义。根据现行医院管理体制，不宜在基本工资方面拉开差距，但可以采用诸如奖励绩效工资、单项奖励等办法体现按贡献分配的原则。

策略六：建立稳定骨干的人事管理政策。

扎实培养和使用好本单位的人才，建立人才辈出、人尽其才的新型人才整合系统。在培训、提升、工资奖金等方面对有贡献的人员给予倾斜以鼓励优秀人才。加强在职人员的学历教育和继续医学教育。

策略七：加大政府对农村医疗机构的投资力度。

为进一步提升卫生服务能力，从根本上解决看病难、看病贵和看病不准的问题，政府对

乡镇卫生院、村级卫生室这二级医疗机构建设装备应进行升级改造。通过对乡、村二级医疗机构的建设，医疗卫生服务条件能得到有效的改善，从而更好的满足了群众的基本医疗卫生需求。

策略七：争取各大医院的支持，使其与基层医疗机构建立长期对口协作关系。

一方面大医院要组织本院有资质的医生定期到基层开展相关培训，比如：巡回办班、专题讲座、手术示范等；另一方面各大医院要为进修人员开通进修绿色通道，实施减免进修费用，分期分批组织基层医生到本医院进修全科医学。同时，要建立制度，保证形成长效机制，避免走过场、流于形式。要把培养基层医生列为大医院的一项日常工作，必须保证基层医生进修一段时间后诊疗技术有所提升。从而提高居民对基层卫生人员的信任度。

六、调查过程中的收获与反思：

通过这次社会实践活动，我不仅对家乡农村医疗卫生现状有了较为明晰的了解和分析， 而且对改革发展家乡基层医疗卫生提出了粗浅的意见和建议。同时，还增强了对家乡的热爱和向往，增强了发奋学习、顽强拼搏的信心和毅力，为日后报效家乡、报效祖国奠定了良好的思想基础。可以说，受益匪浅。在此，真诚感谢学院团委给予我这次难得的接受锻炼教育 的机会，真诚感谢基层卫生人员及家乡父老给予的配合支持。路漫漫其修远兮，吾将上下而求索。我将珍惜火热的青春年华，珍惜书声琅琅的大学时光，在学院党委和团委的正确领导下，在恩师谆谆教诲和学友的相互勉励下，发奋苦学，顽强拼搏，待学有所成，为创建和谐社会无私奉献自己全部的光和热！

**农村医疗调研报告篇三**

本文目录

农村医疗调研报告

强化农村医疗队伍建设现状调研报告

农民用药安全是今年“两会”关注的热点，也是建设社会主义新农村，构建和谐社会的内在要求，但在农村的医疗机构，由于重医轻药的思想根深蒂固，导致对药品、医疗器械管理工作不够重视，使农村医疗机构药品、医疗器械使用管理成为食品药品监管工作中的一个主要环节。基层药品监管部门要不断加大对其监管力度，积极探索规范化管理途径。

\*\*县辖\*镇、\*乡、\*\*个农林牧渔场，人口\*\*万人，县域内有县级医疗机构\*个、乡(镇、场)卫生院\*\*个、个体诊所(口腔诊所)\*\*个、村级卫生所\*\*个、卫生室\*个，主要集中在乡、镇和人口较密集的村。

该县级医疗机构对药械使用的管理比较规范，用药水平也较高，有专门的药学技术人员对药品质量进行把关，建立了药品管理制度，能按要求进行药品养护和贮存。而农村医疗机构，尤其是村级卫生所(室)基本上都没有专门的药学人员管理药品，使用的药品、医疗器械的水平比较低。通过调查，目前辖区内农村医疗机构在监管方面主要存在以下问题：

1、购进渠道虽已规范，但仍出现违规购药现象。在调查单位中，部分村级卫生所(室)采购药品出现8:1:1现象。一是从合法批发企业购货占%。在我局的监管督促下，农村医疗机构能够从合法企业购货，占到所使用药械的大部分数量;二是从零售药店找零占%。由于我县的特殊地理环境，距县所在地偏远的村屯对于药品配送中心的固定时间配送，无法满足正常使用，部分药品的批发价格比药店的零售价格还高，为了方便实惠，卫生所就近在药店购进药品，而且还可以赊欠;三是从个体游医药贩手中买药占%。有部分游医药贩打着义诊的名义，与药监部门搞游击战，部分村级卫生所(室)明知道这种行为违法，但为了贪图便宜，就明知而犯了。

2、未建立完整的合法供货企业资质档案。对于供货的企业，在监管部门的硬性要求下，他们知道索要“三证”，但不清楚“三证”是什么，不知道要在供货

合同

上签，不知道查看证照是否有效。在检查中，经常发现卫生所建立的档案中，证照已过期，合同上未签，而且有效期已过，有的甚至未索要销售人员证明材料。对于使用的医疗器械根本就没有索要产品注册证的意识。

3、各项记录不规范。按照《药品管理法》、《医疗器械监督管理条例》等相关法律、法规的规定，要求涉药单位建立药械购进验收记录。经过近几年的监督管理，药械购进验收的记录情况有了一定的好转，但村级卫生所(室)在做购进验收记录时，只是简单地对照购进发票，照抄上面的内容，票据上没有的，购进验收记录上也体现不出，例如检查中发现，某村级卫生所建立药械购进验收记录中，生产厂商一栏中填写了，产品批号栏中填写，一对照购进发票，原来发票上简写了生产厂商，产品批号与有效期打串了。可见，验收记录还是只停留在形式上，甚至应该说是在应付药监部门，记录的重要性相对人理解严重不足，而他们所做的购进验收记录已经毫无意义。

4、基层医疗机构经济环境有待提高。大部分村级卫生所(室)药房与设备设施及其简陋，根本不具备药械必要储存条件，无药械专用库房，药械混储现象较普遍，无通风、防潮、温控、货架等基本设施，卫生条件较差，有的墙面表层已经脱落，墙面上布满霉点和下雨时漏雨留下的痕迹;有的药房光线暗，里面阴暗潮湿。大部分村级卫生所(室)还有出现诊断室、注射室、药房三合一的现象。

5、从业人员业务素质偏低。村级医疗机构中从业人员大都为1人，只有个别为2—3人，即使有多人也都为亲人关系。因此，在农村医疗机构中，一名工作人员自己既做医生又当护士，同时还是药品管理人员。调查结果表明，基层医疗机构药械专业人员普遍较缺乏，95%以上均不属专业人员，多数均未经过专业培训，无法做到规范管理、规范用械，80%以上的从业人员对药械法律法规和相关知识不熟悉，规范管理意识淡薄，从而导致管理制度不健全、不到位。

1、药品摆放不规范。大部分村级卫生所(室)分类摆放意识差，处方药品与非处方药品、外用药、口服药、注射剂等药品随意混放一起，甚至将日常生活用品与药品混摆一起，药品包装盒上满是灰尘，而且只有兼搞防疫的卫生所有冷藏设备，但这冷藏设备还是和家庭混用。有些卫生所将药品直接堆放于床下及房屋空闲处，部分药箱底受潮发霉;中药贮存加工条件简单，普遍用布袋、方便袋盛装中药材和中药饮片，缺乏中药炮制加工和养护的必要设备，没有烘干、熏蒸中药材和中药饮片的设备，没有温湿度计更谈不上记录。

2、处方管理不规范。调查中发现，仅有8%的农村医疗机构凭处方使用药品。70%医疗机构是给患者看过病后就销售药品，而不开具处方;22%医疗机构并不给患者看病直接销售药品。老百姓也不明白医疗机构和药店的区别，将卫生所当成了两用机构，既可看病，又可卖药。

1、淘汰的医疗器械产品普遍使用。通过对乡镇卫生院使用的大型、小型医疗器械登记备案情况看，有部分医疗器械在其外观上无法看清型号规格、生产单位、执行标准、批号等相关内容，例如在某医院检查的尿液分析仪上只能看到gf-u780的标记，其余什么也找不到。通过了解医院负责人，这类医疗器械大部分是国家、省扶贫救灾时划拨的，无法查到资质、证件，但由于医疗机构自身经济条件与实际情况，这些医疗器械仍在使用中。

2、医疗器械使用后处理不规范。不少卫生所(室)或个体诊所既未按规定建立一次性使用无菌医疗器械用后销毁制度，又未按规定严格执行销毁制度。现场检查时发现对使用后的一次性使用无菌医疗器械不毁形、不消毒处理、乱丢乱扔现象时有发生。即使销毁的也采用的是焚烧方法，在毁形物较多的情况下，就存在焚烧不彻底情况(如针头、调节器)，为不法分子提供可趁之机。

由于种种原因，基层医疗机构管理比较特殊，涉及地方政府和卫生、药监等各部门，因此，要加强农村医疗机构用药用械的监管，需要卫生、药监和相关部门相互配合，合理配置监管资源，共同来规范医疗机构用药用械行为。只有多方动员，采取多种形式，标本兼治，才能取得较好的效果。

当前，农民因病致穷，因病返贫的现象还很突出。如果农民的身体健康和生命权益得不到有效的保护，建设社会主义新农村就会变成一句空话。因此，加强农村医疗机构的管理，就是要积极融入到社会主义新农村建设中，就要积极坚持“四个加强”。一要加强培训。针对农村药械人员业务素质低，用药水平差这一问题，应加大培训的力度，建立农村药学从业人员教育培训制度，全面提高专业素质、法律意识和药学服务水平。药监与卫生部门应加强协作，采取多种形式，开展对基层医疗机构从业人员的法律法规和专业知识的培训，并按照“教育先导，重在规范”的原则，对参加培训人员进行考试，对考试合格者颁发上岗证，对考试不合格者，建议取消其行医资格或继续学习。二要加强宣传。目前，老百姓对药械管理的法律知识理解不够，安全使用常识懂的不多，因而应加大宣传力度，建立安全用药信息网络，及时向老百姓传递医药知识，改变农村安全用药信息闭塞的现状，根据农民的消费习惯和文化水平，做好法律及常识的宣传。利用县内大型活动或城乡集市等群众聚集的机会，讲解相关的政策法规，与合理用药的小常识、或发放宣传单、利用电视幕、宣传条幅，深入到中小学校向学生授课，再通过学生反馈给家长等多种有效的形式，形成群策群力、共同参与，达到社会各界自觉维护药械安全的良好氛围;三是要加强扶助。要积极争得政府部门的支持，对偏远村屯、贫困村屯，经济条件差的卫生所(室)开展扶贫帮困。采取“输血”和“造血”并举的方式，积极为贫困村、贫困屯、贫困卫生所开展以“送资金、送设施、送制度、送指导”活动，彻底解决农村医疗机构中的“缺口”问题，解决边远村屯老百姓就医用药的困难。四要加强监督。作为监管部门，更应主动把农村医疗机构的监管工作融入到社会主义新农村建设的总体布局中去，进一步创新监管方式，加大监管力度，提高监管水平，切实保障农民群众用药用械安全有效，为解决农业、农村和农民问题，建设社会主义新农村多做贡献。

在农村地区，药品安全直接关系到千家万户，关系到每个村民的身体健康和生命安全，关系到农村社会的稳定，因此，加强农村医疗机构的监管就要积极协调和争取当地新农合管委会的支持，加强对新农合定点医疗单位的监管和规范，从村级新农合定点医疗机构的“三室”分离、房屋设施、药械贮存条件、药剂人员的上岗培训、药品购进验收和贮存保管记录等方面，制订相应的管理制度和标准，对符合要求和标准的可以当地新农合管委会、食品药品监管部门之名颁发“新农合规范药房”牌匾，从根本上达到强化和规范新农合定点医疗机构软、硬件设施建设的目的，近而为农村老百姓创造安全、放心的用药环境。

农村药品“两网”建设的目的是最大限度地保证农村药品质量和满足农民用药安全、有效，是提高农村广大群众生活质量的重要手断，是为农民办实事、做好事。因此，要加强对农村医疗机构的监管就要积极推进农村药品“两网”建设，着实解决老百姓买药难、买不上放心药问题。一要加强监督网络建设。不仅重视事后的监督查处，更要重视事先的监督管理。充分发挥农村药品协管员与信息员的积极性、主动性，及时发现查处农村医疗机构的药品违法违规行为。利用协管站发展来带动信息站建设，达到各级医疗机构相互制约，相互促进的良性发展趋势。二要提高供应网络管理。针对目前存在的配送不及时、药价高等问题，提高对配送中心的监管力度，使农村药品供应网络延伸到每一个涉药单位，使药品供应价格明显下降，以规范购货渠道，保证药械质量，保障农村公共安全。

对于农村医疗机构使用药品医疗器械存在的问题，还应该从药房管理本身入手，将规范化药房延伸到村屯，依据“分类指导、以点带面、整体推进”的原则，逐步提高农村医疗机构管理水平。对于各项设施、设备齐全，各项制度健全，各项管理规范的卫生所授予《规范化药房》牌匾，对未评上“规范药房”的农村医疗机构，采取通报、新闻媒体曝光、限期整改、重点检查等方法，提高其规范管理的自觉性。同时，对“规范化药房”实施跟踪管理，每年年底组织复验，复验合格的保留称号，不合格的取消称号以此达到农村医疗机构合理用药用械的自律意识，提升药学服务的安全意识。

农村医疗机构的监管工作任务十分繁重和艰巨，责任更是重大，只有全面实践科学监管理念，按照“创新监管、注重长效、找准薄弱环节、加大监管力度”的总体工作思路，才能不断开创农村医疗机构监管新局面，构建社会主义和谐社会。

农村医疗调研报告（2） |

返回目录

如何加强我省农村医疗卫生队伍建设广泛听取了相关主管部门、卫生界人士及部分民众的意见和建议。现按农村医疗卫生队伍的基本现状、存在问题、主要成因及改进意见或建议等四个层次，分别进行如下阐述：

一、当前农村医疗卫生队伍建设的基本现状

1、乡村医疗资源总体概况：就所到调研地区看，当前乡镇卫生院发展状况不平衡。目前保存下来的卫生院与原先相比，基本上得到了进一步发展，这些卫生院医疗队伍不断壮大，基本上由原来的几个人发展到现在每院10几人至20余人，大中专院校毕业生也正在逐步充实到这一队伍中。每个卫生院基本上设立了门诊、病房，美化了环境，增添了设备，如x光机、b超机、心电图机等，并建立了各种

规章制度

，保障了乡镇级医疗工作的顺利开展。从村级看，少量村庄至今仍然没有诊所及村医，就\*\*地区而言，目前尚有200个村庄没有诊所及村医，约占村总数的10%，多数村庄均有一所一医（一个卫生所、一个村医），有的经济较发达、人口较多的大村甚至有两所两医或者更多，这些诊所虽然设备简陋，但基本上建立了各种规章制度，担负着村级医疗和防疫工作。

2、乡村医疗队伍人员编制情况：大多数乡镇卫生院各拥有10－20名人员，编制分为全民、集体、临时工。全民由大中专院校分配；集体人员由卫生系统招收而来；临时工由卫生院根据工作需要自行招收。村卫生所基本上每村设1－2名村医，相当部分由原赤医担任。

3、乡村医疗卫生队伍人员层次情况。绝大多数乡镇卫生院目前没有高级职称卫技人员，有少量中级职称医疗骨干，大部分是初级职称或者是无职称人员。据不完全统计，乡镇卫生院医护人员中，大学本科或以上人员仅占3.6%，大专学历的为18.8%，中专毕业的占72.6%，还有4.9%的人员无学历。初级职称或中专生中，有很大一部分是地方性卫校毕业生，有的甚至是国家不承认学历的中专生。而绝大部分村级老一辈卫生人员，是由原赤医培训而成，并非科班出生，基本上无职称、无学历，新一辈村医虽然大部分是科班出生，但基本上仅限于初级职称或中专生，属初级卫生人员，其中不少还是国家不承认学历的“中专生”。因此，乡村医卫队伍素质仍然有待提高。

4、乡村医疗队伍医疗设施配置情况。目前，每个乡镇卫生院基本上配备有x光机、b超机、心电图机等设备，设有化验室、病房，能开展基本医疗业务。但这些设备普遍存在使用率较低、缺乏有关管理制度的现象，个别卫生院x光机无防护设施，还有个别卫生院因缺乏设备操作人员或缺乏业务用房，导致这些设备实际未投入使用，同时，由于很大部分乡镇医技人员对知识掌握较肤浅，因此，上述设备配置实际应用较少，所产生的社会效益和经济效益是相当有限的。而村一级卫生所，基本上设备配备简陋、不齐，绝大多数只能做简单的物理诊断。

5、乡村医疗建设方面经费情况。乡镇卫生院经费来源主要靠国家财政补贴及医疗收费收入，由于其人员较多，医疗收入有限，所以很大部分乡镇卫生院经费运转困难，有的甚至是负债运营，不能或根本无力投入更多的资金发展卫生事业，且员工年收入基本上在1－1.5万元之间，与县市级大医院相比差距很大，造成员工心理落差较大，影响了乡镇医疗事业的正常发展。而村一级卫生所，由于资金大部分是个人投入，他们自己精打细算，开支小，且收入与乡镇卫生院人员相比相对较高，整体医疗运转情况是比较良好的。

6、乡村医疗队伍责任心情况。乡镇卫生院人员工资中财政承担比例约为30%－50%，其余工资要靠医疗收费自给自足。由于现行的事业单位用人机制，导致卫生院中的优秀人才容易被上级医院选调走，而水平低下、工作不积极、责任心不强的人员却无法让其离开，这大大制约了卫生院医疗收费的提高，从而影响了整体工资收入水平，造成在相对较为偏远的乡镇卫生院中，多数人员存在“人往高处走”思想，向往城市、向往更好的地方，根本“无心恋战”。反之，多数员工因为收入与县市级医院人员相比差距很大，造成员工心理不平衡，以至于不安心工作，工作责任心不强，工作马虎随便，面对疾病时往往有力无心。而村一级卫生所，由于村医大部分是本乡本土人士，经费是个人投资，他们认真工作，责任心强，服务态度良好，与乡镇卫生院相比形成较为明显的反差，这无形中扩大了村一级卫生所的生存空间，但限于水平，村医面对疾病尤其是重大疾病时，往往有心无力。

二、农村医疗卫生队伍建设存在的主要问题

1、医疗卫生资源分布不均匀。目前，我省医疗卫生资源分布情况与全国情况大体相同，约有80%集中在城市或经济较发达地区，广大乡镇尤其是偏远乡村的农民在当地得不到良好的医疗服务，因病致贫、因病返贫的现象屡有发生。贫困和偏远乡镇的医院院长普遍反映说：农村医疗缺药、缺设备，但最缺的是人才、是技术，医科大学毕业生一般不会选择到贫困或偏远的乡村来。据了解，我省近年来开展了农村卫生三网规范化建设，设立了乡村医生的门坎，规定村医必须达到执业助理医师以上资格，但这基本上只是对新申请执业的村医，对有的老村医则按老办法延续。在个别偏远县城，目前还有相当数量的村医达不到新门坎的要求。

2、农村基层卫生机构设施装备落后，人才短缺，难以承担农民医疗保障载体的重任。据永安市卫生部门对农村医疗机构的摸底调查，农村医疗基础设施、设备配备和人员素质都十分低下。据不完全统计，我省乡镇卫生院中业务用房小于1000平方米约占30%；村卫生所业务用房属危房的约占3%。乡镇卫生院医护人员的学历构成以中专毕业为主，占72.6%，大学本科以上人员仅占3.6%,大专学历为18.8%，还有4.9%的人员无学历。相当部分乡镇卫生院的医护人员由于人员不足，经常轮流值班，不分科室，内、外、妇、儿全拿，是全科医生。而说是全科医生，技术又都不精，职称也就难以晋升，因此，乡镇卫生院的医生很少有中高级职称的。相当数量的村医就更是连职称的门坎都迈不进，因为，这些村医基本上是从各县卫生学校毕业，有的仅参加一期短训班就挂牌行医，许多村医更是子承父业，在村里有些名气和地位，但医技水平只能居于中等或偏下。

3、经费方面的不足对乡镇医疗事业影响较大。目前，由于经费来源渠道相对较为单一，且数额不足，导致农村医疗经费很有限，特别是乡镇一级卫生院经费运转困难，有的甚至负债经营。因此，多数乡镇医院无力引进或留置人才，无力添置医疗设备，无力改善医院病房及员工住宿条件，无力安排更多的人员去参加学习、进修或者培训，无力提高员工收入水平，而所有这些因素，均会严重影响或阻碍乡镇医疗卫生事业的健康持续发展。

4、乡镇医务人员思想上存在不安心工作现象。目前，对于乡镇卫生从业人员，尤其是偏远乡镇的卫技人员来说，由于乡镇卫生院与县一级医院相比，在医技上和经济上存在很大差距，他们在医技上得不到很快提高，在经济上收入又较低，且工作、社交、生活等条件均较为艰苦，所以大多数非本土的医卫人员存在不安心工作现象，他们千方百计想往城里调，为人民服务、为患者解忧的观念较为淡薄，具有得过且过的心理倾向与行为表现，导致医疗质量与服务质量相对低下，影响了医患之间的关系，严重的还会导致患者对医生产生信任危机。

5、相当部分乡镇医院的医疗设备普遍存在使用率较低、缺乏有关管理制度的现象。如，个别卫生院x光机无防护设施，无专业操作和检验人员，设备使用效果欠佳，还有个别卫生院因缺乏设备操作人员或缺乏业务用房，这些设备根本未投入使用，不仅造成资源浪费，而且抑制了自身的生存空间。

三、农村医疗卫生队伍建设存在问题的主要成因

目前，农村卫生服务网络包括县、乡、村三级，这个网络的现状是：县级力量较强；乡镇级比较薄弱，但能够承担一定的工作；村级相对最弱，基本不能负重。据调查分析，政府对农村医疗事业的投入不足，是产生这种现状的重要原因。具体原因表现为：

2、城乡之间医疗卫生资源配置差距巨大。目前，乡镇卫生院设施装备较差的约占一半。而且基层医卫人员学历水平、专业技术水平普遍偏低。现有乡村医生中专学历的占70%以上，而且不少是从当年的赤脚医生转过来的，年龄多在50岁上下，接班的年轻人基本留不住。这样的现状使农民对乡镇卫生院和社区卫生服务站缺乏信任，加之现在交通比过去方便，有病到县级和市级医院并不难。因而乡镇卫生院门前冷落，难以为继，不少是负债经营，无法发挥合作医疗载体的作用。目前，不管是乡镇卫生院或是村卫生所，在医技上与县一级医院有很大差距，很多医疗技术在农村还不能开始应用，使不应转院的往上一级医院转，这不仅大大增加了农民的经济负担，而且导致农民对乡村医院产生了一定的信任危机。

3、城乡之间医疗卫生财政转移支出差距巨大。由于政府对农村医疗卫生事业的投入严重不足，导致乡村医卫人员生活、工作环境差，收入相对低；条件差，收入低，留不住好医生；没有好医生，患者不愿来这里看病；患者少，收入少，医院条件改善不了。农村医疗条件太差，农民在当地得不到良好的医疗服务，一旦有个大病就得远离家乡到大城市，费用开支呈几何倍数增加，导致农民因病致贫、因病返贫的现象屡有发生，这加剧了农民负担，反过来又压缩了乡镇卫生院的生存空间。如此这般，形成一条恶性循环链。

总之，以政府目前的财政投入比例或扶持力度，必然会出现上述这样的基础设施状况和人才结构，使得乡镇卫生院处于基本维持状态，缺少资金、设备、人员，医生的治疗技术水平无法进一步提高，有的卫生院只能应付一般的病，难、重症就可能诊断不出来，甚至误诊误治，导致农民对其产生信任危机。当然，还有另一个原因是，由于相当数量的农民收入不高，自身保健、防护意识不强，因此对不是特急的病，他们一般不会单独为看病跑一趟，一般都是等到乡镇圩日时赶圩、看病一起办，有的时候小病就耽成了大病，小钱不花，变成要花大钱。如此恶性循环，成了乡镇卫生院摆脱不了的困境。

四、改进我省农村医疗卫生队伍建设的意见或建议

回良玉在去年中央农村工作会议上提出，要改善基层医疗卫生机构的设施设备条件，加强医疗队伍建设，提高农村医疗服务水平。总理在今年政府

工作报告

中提出：今年要切实把医疗卫生工作的重点放在农村，加强农村卫生基础设施和卫生队伍建设。因此，加强农村医疗队伍建设，已经成为各地必须研究解决的重要课题。民盟课题调研组针对上述农村普遍存在的医疗卫生队伍人员数量不足、专业技术人才匮乏、整体业务素质偏低等实际现状和问题，提出如下几点建议，供政府有关部门参考：

1、加大财政转移支付力度，把卫生经费的扶持重点调整到支持农村公共卫生、预防保健和人员培训等方面上来。要树立现代人才资源观念，把加快卫生人才培养作为保证医疗卫生事业可持续发展的关键因素和基础条件，认真落实培训专项经费，切实抓好现有医疗卫生工作人员的培训进修，不断提高他们的医疗技术水平。要进一步加强人才队伍建设，重点对急救、传染病、妇幼重点进行培训，逐步建立起农村卫生人才的长效培训机制。要切实加强乡镇卫生院人才技术队伍建设，开展技术培训和再教育工程，提高乡镇卫生院卫生技术人员的业务水平。如，可逐步由省卫生厅与省教育厅联合启动乡村医生大学生深造计划，从现在开始在全省乡村医务人员中每年招收一定比例学员接受高等医学教育，五年内计划培养1000人或者更多，以提高其知识与业务水平；又如，要切实推行卫生部、财政部、国家中医药管理局联合倡导实施的“万名医师支援农村卫生工程”，从现在起就陆续从三级综合医院抽调相当比例的优秀医务人员到农村去，通过人力、技术、管理等多种支援形式，施行一年期满后对支援人员进行调整、轮换的办法，将城市卫生资源引向农村，以逐步改变农村卫生工作的薄弱现状。这不仅有利于提高农村基层卫生单位的医疗服务能力和技术水平，提高农村常见病、多发病的诊疗水平，为农村居民就近提供质优、价廉、便捷的医疗服务，缓解农民“看病难”问题，而且有利于加强农村卫生人才培养，加强农村医疗卫生队伍建设，最终有利于新型农村合作医疗制度的建立，促进城乡医疗资源的合理流动和卫生事业的可持续发展。各级卫生部门要努力做到派出一支队伍、带好一所医院、服务一方群众、培训一批人才，在三年内，逐步形成城市医务人员对口支援农村医院制度。

2、多渠道提高农村医卫人员收入水平，改善其生存发展的软环境。要切实落实各市、县政府财政对卫生院的补偿政策和乡镇卫生院防保人员的专项经费，同时，要提供财政支出、乡村补助、各界赞助等多种渠道，努力提高农村医卫人员收入水平，合理解决乡村医生的报酬问题，尽量缩小与县市大医院医生之间的差距，为乡村基层院所留人、招人、用人创造根本性条件。

3、大力筹措资金，加大对基层卫生建设的资金投入，改善农村医卫人员工作及患者就医的硬环境。在国家、省、地方政府共同努力下，利用三年左右的时间来完成乡镇卫生院基本医疗设备的装备任务。按照卫生部要求的房屋、设备和人员进行配套建设，乡镇卫生院的基本医疗设备配置标准必须达到34件，逐步满足农村居民的防保和基本医疗卫生需求。并将乡镇卫生院建设资金列入各级政府年度的财政预算，使乡镇卫生院建设资金的拨付制度化，保障卫生院持续健康发展。要调整农村中心卫生院布局，加强农村医疗队伍建设，改造薄弱卫生院，巩固完善农村医疗保健网络。要落实市、县财政配套资金，力争农村合作医疗覆盖率提高到60%以上，提高农民生病到院率，进而提高乡镇医院的医疗收入乃至员工收入。

4、加大农村医疗卫生管理体制改革力度，建立灵活、高效的用人机制，多形式多渠道选拔录用人才，为乡、村医疗卫生机构的生存发展注入活力之源。为此，要公开招聘医学院校毕业生，按编制配足卫生院、卫生所工作人员。要从全局的角度优化整合医疗卫生人才资源，合理布局和使用人才，确保县、乡、村三级医疗卫生机构的正常运转。为提高农村医疗水平，必须加强乡村医生队伍建设，严把准入关。要切实推行并落实城市医院医生在晋升主治医师、副主任医师之前，必须到农村卫生机构累计工作一年的制度，从制度上帮助和带动农村卫生工作的发展。

5、加快改革步伐，科学布局农村医疗卫生服务网点，尝试多种市场化经营方式，合理有效利用医疗资源。目前，可在有条件的地区尝试走医院诊所之间合并、公私资本合作经营、城乡医院联营共建等道路。如，针对人口很少的山区乡村，施行对部分小所、村所进行合并的办法，扩大村卫所。这样既可增大村卫生所人员、资金，又合理利用医疗资源，有利于卫生事业的发展。又如，为促进医疗机构间的公平、公开、有序竞争，各地卫生行政部门对营利性的医疗机构和非营利性的医疗机构要一视同仁，创造公平、开放、有序、合理的竞争环境，鼓励和促进民间投资发展农村医疗卫生事业，逐步引导民间投资成为增加农村医疗投入的活水之源。

6、加强管理，提升服务，提高技术，努力扩大农村医疗机构的生存空间。为此，要加强农村医疗市场的清理整顿和医疗机构内部管理，取缔不合准入标准的卫生机构和无证非法行医，加强农村卫生院（所）的规章制度管理，将医德教育纳入农村医卫人员年度考核之中，增强从业人员的责任心，从制度上、思想上要求他们全心全意为农村居民群众的身体健康服务。要提升农村医疗机构医疗服务质量和水平，切实加强卫生行风建设，整顿、规范医疗服务市场， 努力解决群众看病难、看病贵问题，让群众既少花钱又能看病。要严格执行药价标准，保护农民群众合法利益。新型农村医疗合作体系的建立和推广必须要有乡镇卫生所服务改善和人才培养相配套，否则难以支撑下去。所以今后应着重提高农村医疗人员理论及业务素质，切实提高服务意识，实行医疗机构分类管理，合理配置和有效使用卫生资源，发展乡镇及社区卫生事业，改进医疗卫生服务，才能适应今后卫生事业蓬勃发展的需要。

7、加强医卫人员能力建设，提升医疗队伍人才素质。各级医疗卫生单位，要认真落实省卫生厅“全省卫生系统高层次学术技术带头人”、“全省卫生系统学术和技术带头人培养对象”的培养、考核和管理措施，组织开展高层次人才、中青年技术骨干等优秀人才的选拔、培养和管理工作，认真落实省卫生厅选拔大学本科毕业生到乡镇卫生院工作的各项任务，制定了加强农村卫生人才队伍建设与培养的政策、措施。加大卫生支农力度，组织专业技术骨干下基层帮扶，帮助基层开展人员、技术培训。并且对每个骨干均要下发一本下乡服务考核记录手册，以便督促、考核。规定农村卫生技术人员在晋升前必须在县级以上医疗卫生单位接受不少于一年的进修培训。对此类相关规定，要进一步加大落实力度，使其不流于形式。

**农村医疗调研报告篇四**

一：有关背景及实地调查情况

在构建社会主义和谐社会的进程中，新农村建设逐渐成为最重要的工程之一。其中，发展并完善农村医疗保障制度已成为建设新农村的最重要措施之一。自2024年以来，我国一直提倡并实施新型农村合作医疗制度，卫生体制进一步完善，农民的医疗保障问题得到很大程度的解决。

新型农村合作医疗制度是由政府组织、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；也是农村医疗保障的重要方面。

为了解新型农村合作医疗制度家乡的推行情况，借暑假之机，我回到兴平市，作了一次有关农村医疗保障的调查,通过走访、同村民交谈、填写问卷等调查形式, 我对全村的医疗保障有了更直观的了解。每到一户，村民们都表现出了极大的热情，对我的提问是有问必答。但由于种种条件的限制，此次的调查人数较少，共计47人。但以点盖面也充分表明了横河的新型农村合作医疗保障的现状。以下是调查的基本情况：

1、村里共有1100多人，其中95%以上的村民都参加了新型农村合作医疗保险。从被调查的47户农户看，已参加农村合作医疗保险的有45户,占调查户的95.74%。

2、大部分参加农户觉得缴纳的费用可以承受得起。在被调查的参加新型农村合作医疗保险的45户农户中有44户觉得缴纳的费用可以承受得起；只有一户觉得勉强承受；没有一户觉得缴纳的费用不能承受。

8.5%;有5户对新型农村合作医疗的设置不了解，占被调查户的10.5%。 4、86.5%的参加农户知道身边确实有新型农村合作医疗中明显受益的典型事例，只有13.5%的参加农户表示不知道。

二：2024年至今农村医保在本地的推行与发展

通过各种调整政策，抱愧普通门诊的优惠，特种病门诊的报销，尤其是起报线的下降，直接扩大了受益面，提高了农民群众的参合积极性。此外，近段时间，瑞安市不断地健全结报网络，积极服务群众，使参合人数又有很大增长。为了提高结报时效，市农医办在全市设立七个片区临时结报点。这一措施，也直接方便了村民的报销。据最新数据统计显示，八甲村新型农村合作医疗08年1季度补偿共有25人次报销，报销金额累计达20653.05元。可见，这一医疗制度的实施还是真正落实惠及于民的。

三、农村医保在推行过程中存在的问题

虽然农民们对这一新型农村医疗保障呼声很高，但在调查过程中我还是听到

了一些消极的声音。下面，我把被调查的农户中反映最强烈的极大问题列举出来进行探讨：

度交了钱连资助谁都不知道等于白交。

2、政策宣传不够深入

农户对新型农村合作医疗制度一知半解。从调查和座谈中我了解到，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。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，医药费报销的手续等知之不详，导致农民普遍觉得报销手续十分繁琐，有的农民原本自认为能够报销的医疗费用得不到补偿。

3、基层医疗机构基础薄弱，卫技人员缺乏、素质普遍不高，医疗设施陈旧，

农民群众不能从乡镇卫生院得到正常医疗保障。这也是农民群众反映最为迫切的问题。而且根据农村合作医保的政策规定，乡镇卫生院作为农民群众第一级医疗保障机构，定点的乡镇医院报销幅度最大。由于基层医疗机构基础薄弱，农民群众不但没有地方看好病，而且也不能享受医保政策带来的优惠，减轻医药负担。

4、医保意识差

一些农民工对医疗保险不了解，他们只知其名，不懂其中的具体内容，也找

不到合适的途径了解。部分人认为自己的身体状况十分自信，认为自己年轻无病，没有必要参加医疗保险，更不愿意交纳参加医疗保险的费用。还有部分人不愿意缴纳相关的费用，认为他们靠天吃饭，收入不多，可家庭支出很多，孩子上学还要交学费等等，如果一年交10—30元保险费还可以。有人认为如果国家、集体出大部分，农民出小部分还行。

5、医疗保险机构存在问题

从整体看来，农民都很愿意参加医保，参加了医保让他们感觉吃了称心丸。

他们普遍反映现在看病很难，看病也很贵。每天要排很长时间的队去看病，花很多钱去治病。但部分定点医院不规范经营，乱收费，农民利益受损，药品太贵。检查太多及乱收费是目前看病贵的主要原因，同样一个感冒或其他小病，在私人医生里只花二十多元，而到到顶医院却要花费几百元。

6、小病报销问题突出，影响农民参合积极性

新型合作医疗制度本来的初衷是解决大病致贫问题，在实施过程中，对小病

也给予报销则是为了加大参合农民受益面，提高农民参合积极性。但是，由于报销人员（农民）和审核员（定点医疗机构合作医疗办公室工作人员）的信息不对称，再加上职能部门工作人员长期养成的官僚作风，办事人员常常会借各种理由刁难报销农民。在调查中我们发现，农民看小病的费用报销手续繁琐、复杂。哪些可以报销，哪些不可以报销，很多农民并不十分清楚，使得农民抱怨很多。

在调查中，参加合作医疗并且又过看小病可以报销的农民中，有接近80％的人选择不去报销。问起原因，无一例外都是因为手续繁琐、路程太远不方便。在某些地方，要想报上自己的医药费，还要托关系、走后门才可以。有农民给我们算过这么一笔帐，要报80元的医药费，来回途中的车费钱就得50多元，这还没算上要搭上一天的时间和其他额外费用。如此一来，承诺报销小病的办法不但没能提高农民参保的积极性，反而使很多农民有种上当受骗的感觉。如果这种现象不能得到及时的解决，农民对合作医疗的信任度将会降低，长此以往，新型合作医疗的发展前景令人堪忧。

四、对进一步完善新型农村合作医疗制度的对策建议

1、深入宣传发动，进一步提高农民群众参合积极性。可以从以下三点做到：一抓住典型并以多种方式宣传农民受益事例。二要通过补偿公示来宣传，特别在村一级要定期向农民公布补偿兑现情况。三要通过农民喜闻乐见的形式来宣传医保政策（如：参保办法、参保人的权利义务、审核结算流程等）。通过宣传能够使医保各项规定家喻户晓，提高农民的自我保健意识和互助共济意识，打消各种顾虑，提高参加新农医的自觉性和主动性。

2、进一步完善制度设计。一是加强政策支持力度，加大对贫困农民的覆盖面。二是拓展融资渠道，提高赔付上线标准。多方面拓展融资渠道，提高赔付上线标准，才能真正有效解决农民因患大病出现的因病致贫和因病返贫现象，提高农民的医疗保障水平。

3、简化报销途径。及时、足额地领取到医疗补助，可以在很大程度上增加农民对新型农村合作医疗制度的认同感和参与程度。尤其是在制度开始初期，取得农民信任显得尤为重要.及时报销小额费用，可以通过把补偿过程转入管理部门的内部循环系统完成.如由财政统一拨款建立合作医疗信息系统，在各个定点医疗机构实现计算机联网，对参保农民建立家庭名册、健康状况、结算补偿金额等基础性数据，农民可随时查看。当农民住院看病时，直接按规定实行电脑结算.补偿部分由医疗机构定期汇总统计上报，简化农民的报销手续.

4、加强对“农医”的培训，提高其服务及技术水平。鼓励优秀的医学院校

五、本次调查的感想

在几天的社会实践调查中，我感受到了农村医疗制度建设给农民带来的切实利益,尤其是新农村合作医疗的在广大农村地区的尝试以及其取得的伟大成果，这也是一个非常值得我们研究探索的问题：新农合与社保并轨；新农合属于大社保，并轨运行，可以利用其社保网络、人力资源、管理技术，做到资源共享，完善整个农村的社会保障制度。

同时，在调查过程中，我发现了农村医保在实施中遇到的一些困难和问题，也深刻体会到农民们在实际生活中所面临的种种困难，许多参合者尚未真正地享受到或不知如何享受这一政策带来的优惠当然,每一项新的政策的实施总会不可避免的会出现一些问题。出现了问题并不可怕,重要的是要充分的认识到问题,了解存在的困难,要想方设法去更好的解决好问题。农村医疗制度建设需要各级政府调整财政支出结构，加大对农村公共卫生的投入，也需要全体农户提高自身医疗意识，需要全社会的共同努力，才能更好的解决农村落后的社会保障问题，早日实现农村小康社会。

一 ： 基本情况和取得成效：

（一） 关于农村合作医疗：

持和政府资助相结合的筹资机制,筹资标准不能低于30元/人,其中县财政补助10元,乡镇财政补助5元,农民筹资15元归纳起来是筹资提高,政府补助多,农民受益面大,为患大病的农民建立了保障,最高给付额达到20000元。

（二）建设农合的意义：

年度发展报告《投资与健康》指出：“直到最近，(中国)一直是低收入国家的一个重要的例外到上世纪70年代末期，医疗保险几乎覆盖了所有城市人口和85%的农村人口，这是低收入发展中国家举世无双的成就。”上个世纪80年代初期，农村人口还占全国人口80%，但我国人均预期寿命从新中国成立初期的36岁提高到了68岁。专家们承认，这种健康业绩的基础，是在“将医疗卫生工作的重点放到农村去”的资源配置大格局中，辅之县乡村三级公共卫生和医疗服务网络、遍布每个农村社区的土生土长的“赤脚医生”队伍和合作医疗制度的“三大-法宝”。因此，加强农村卫生工作，发展农村合作医疗，是新时期建设新农村题中应有之意，是非常必要的。

（三）实施过程中得问题：

一，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。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农村合作医疗主要是基于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农村合作医疗制度的社会满意度低。

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。

三，农村合作医疗的宣传不到位，现有的宣传多集中在介绍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。

四， 农村合作医疗制度的登记、理赔程序过于繁琐

首先，参加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的，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账中心申报，最后又要去信用社领钱。有的村庄离报账中心和信用社很远，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。

根据我们出外调查采访的发现，城市户口的人们已基本达到了医

疗保险的普及，在农村部分，只有少数外出务工人员和过于年老的人没有医疗保险，以及其他原因没有上到保险的农民，据推断农村的医保普及率在百分之六十左右。

通过采访发现了以下几个问题，大部分人对医疗保险的认识来源于医院，绝大部分的人知道如何使用医疗保险来报销。但主要问题有：

1.部分农村参保人不太了解农村医保的政策，他们对于哪类疾病的医保额度不是太清楚，只是知道医保的流程。

2.部分县镇的医院的医保体系不成熟，致使部分农村投保者的利益受到了损害，多是医院太小，不能报销，或是收费不明导致不好报销。

3.大部分乡镇和城郊的医疗水平不高，致使大部分具有可支付医疗费用的患者及家属选择到医疗水平更高的市中心去就医，使其在医保报销时造成了一些麻烦。

4.医药保障体系太差，群众普遍反映的看病难刚有所缓解，但吃药贵的问题依旧很明显，对于某些常用药的价格定价过高，群众看小病药费负担过重的问题依旧很严重。

总之医保问题是一个很严重的社会问题，不只是要政府的出谋划策，还要全社会的通力配合，从政府职能机构到医院再到老百姓，都要对医保有清楚的认识，才能完善和健全医保体系。

这是我们走访的

一个小店，里面聚集了

一些农民伯伯，那个穿

黄衣服的是我们的组

长，他带领我们进入这

家小店进行访问。我们

的访问是以问卷调查

的形式进行，缩短了我

们访问的时间，也给农

民伯伯节约了时间。

我们的组长正在和

农民伯伯进行问卷调查，

进行还算顺利。

关于医疗保险的社会实践调查

1. 您有没有参加医疗保险？

a.有（ ） b. 没有（ ） c. 不清楚（ ）

2. 您对农村医疗保险政策了解吗？

a.非常了解（ ） b.较了解（ ） c.不是很了解（ ）

3. 您主要通过哪些渠道了解到农村医保政策？

a.宣传资料（ ） b.报刊（ ） c.村委会（ ） d.电视（ ） e.亲戚，朋友（ ）

4. 您知道您参保后可以享受哪些医疗待遇吗？

a.知道 ( ） b.不知道（ ）

5. 您是否知道发生住院医疗费用后如何报销？

a知道（ ） b.不知道（ ）

6. 您认为我市农村医疗保险待遇水平如何？

a.很高（ ） b.高（ ） c.一般（ ) d.差（ ） e.很差（ ）

7. 您对我市定点医药机构的服务工作是否满意？

a.很满意（ ） b.满意（ ） c.一般（ ） d.不满意（ ）

8. 您对个人参保情况查询方式是否满意？

a.很满意（ ） b.满意（ ） c.一般（ ） d.不满意（ )

9. 您对医疗保险缴费标准的意见：

a．较高 ( ) b.合适( ) c.较低( ) d.不清楚( )

10. 您对我市申领社会医疗保险救助金的标准及申领程序是否满意？

a.很满意( ) b.满意( ) c.一般( ) d.不满意( )

11..您对我是社会医疗保险工作人员服务质量是否满意？

a.很满意( ) b.满意( ) c.一般( ) d.不满意( )

12. 您对我市医疗保险政策的宣传工作是否满意？

a.很满意( ) b.满意( ) c.一般( ) d.不满意( )

13. 您对国家农村医保制度了解吗？

a.了解( ) b.知道一点儿( ) c.不了解( )

14. 您或者您的家人医保有没有影响你们的切身利益呢？

a.有( ) b. 没有( )

15. 您是否知道医保如何报销？

a.知道( ) b.不知道( )

16. 您觉得现行的医疗保障制度哪些方面有待提高？

a.缴费性过高( ) b.覆盖率过低 ( ) c.公平性不够 ( )

17. 您认为现在我市农村医疗保障体制健全吗？

a．健全( ) b.一般( ) c.不健全( )

18. 您认为今后应该在哪些方面进行医疗体制改革？(多选)

a. 公共卫生服务体系( ) b. 医疗服务体系( ) c. 基层宣传( )

d. 医药保障体系( ) e.医疗保障简单化( )

2103年11月6日

我国是一个农业大国，13亿总人口中有9亿农民，农民的医疗保健问题和构建农村医疗保障体系是建立和完善我国社会保障体系的一大难点。目前我国农民“因病致贫，因病返贫”的问题非常突出，农村医疗卫生的现状已经越来越引起国家和各级政府的重视。合作医疗制度从理论上来说，主要是依靠社区居民的力量，按照“风险分担，互助共济”的原则，在社区范围内多方面筹集资金，用来支付参保人及其家庭的医疗、预防、保健等服务费用的一项综合性医疗保健措施。新型合作医疗制度担负起农民医疗保障的重任，而要缓解农村医疗保健中存在的困难，还有很多问题需要解决。本调查报告分析了新型农村合作医疗制度在江苏几个县市的运行现状及制度实施的成效，指出其存在的问题并提出了完善新型农村合作医疗制度的意见和建议。

一、新型农村合作医疗制度调查现状

试点至今，新型农村合作医疗制度已经推行了近四年，在实施过程中还存在哪些问题？农民还有哪些愿望和要求？如何才能使新型农村合作医疗制度保持持久的生命力？通过与当地卫生局、劳动保障局等部门开展座谈，走访乡镇卫生站院、村卫生室，并深入到农户中进行随机抽样调查，以问卷方式了解农民的真实想法，体会当前农民的生存状况。在调研中，我们发现新型农村合作医疗制度实施后，取得了一定的社会效益，受到了大部分农户的认可，但也暴露出不少问题。

二、我国农村医疗保障体系中的问题及其分析

（一）我国农村医疗保障中的政策与法规问题

在政策与法规方面的缺失，是我国农村医疗保障体系中存在的最根本问题。农村合作医疗保障政策名存实亡，并且缺乏相关的法律规范，我国农村医疗保障的根基不牢固。

1. 原有的农村合作医疗保障政策失灵

目前我国实行的是各级政府分级管理，以县（市）为主的农村卫生管理体制。虽然全国农村已建立了县、乡、村三级卫生服务网，但在大多数地区，政府资金大部分投到县级卫生机构，导致为农民提供基本预防和医疗保障的乡、村两级卫生机构几乎名存实亡。随着经济发展与农村医疗保障制度之间的不相适应，建立新型农村医疗保障制度已经迫在眉睫。

2. 缺乏农村医疗保障体系的政策法律规范

的顺利发展，同样必须有法律作为后盾，不能仅停留在卫生管理部门的条文和规定上。今后的医疗服务保险市场将由医疗服务需求方、提供者及作为中介组织的保险公司组成，其顺利运转在很大程度上取决于法律的力量。

（二）我国农村医疗保障的资金问题

医保资金筹措难问题是实施农村医疗保障制度的一只拦路虎，这个问题不解决，医疗保障体系就不能够发挥其应有的效用。究其原因，有如下两个方面：

1. 中央政府对改革农村医疗保障制度的资金投入不足

农村医疗保障制度的改革和重建主要是缺少相应的资金投入，尤其是来自中央政府的财政投入。卫生医疗事业本是公共产品，政府对其必要的投入是理所当然的事。然而近些年由于指导思想的原因，国家对合作医疗没有明确的筹资政策，各级财政对合作医疗也没有明确的支出项目，财政对农村合作医疗的投入仅仅是象征性的。1991—2024年，中央政府拨给合作医疗经费是每年500万元，各级地方政府配套资金也是每年500万元经费，全国每年各级政府对合作医疗的\'总投入，让8亿（该期间的农业人口数量）农民分摊，平均每人每年约1分钱。这不仅达不到应有的互助共济、分担风险的目标，而且增加了合作医疗的管理成本，最终削弱农民参加合作医疗的积极性。我国一直以来在医疗保障方面的支出明显不足，中央政府对农村医疗保障制度的财政支持严重缺乏。资金来源严重不足大大制约了农村医疗保障制度的改革和完善。

2. 农村合作医疗资金筹措困难，医疗制度覆盖率依然很低

据调查，我国医疗保障覆盖率仍然处在很低水平。在我国城镇居民中，医疗制度覆盖率为55.2%，而在人口众多而相对贫困的广大农村地区，医疗制度覆盖率仅为20.9%，其余79.1%的农村居民没有任何医疗保险，这部分群体一旦生病，所有的医疗费用均需自己承担。截至去年底,全国参加农村合作医疗的人数为8000万人,8000万相对于9亿农民而言,还不到1/10。农村合作医疗所需资金主要来源于农户、县乡政府、村集体和乡镇企业。政府从财政中为农村合作医疗支付所有费用是不实际的，各级财政对农村合作医疗又没有明确的支出项目。在经济欠发达的农村地区和贫困地区，地方财政困难、乡村两级负债累累，乡镇企业不发达，加上税费改革滞后，全国范围内取消了农业税，乡村两级全靠国家转移支付来维持工作运转，更无资金用于农村合作医疗的发展。因而无力负担医疗费用的农户反而成了合作医疗资金的主要来源。不少基层县、乡政府的财政紧张，导致对合作医疗的投入严重不足，财政投入启动资金缺乏，农民参保率低，基金规模小，医疗制度覆盖率偏低。从1990年初以来，不少地方重建的农村合作医疗制度往往因为筹措资金困难，设计存在缺陷以及资金使用效率和管理方面的问题持续时间很短。

（三）基层卫生人员学历偏低，医疗服务水平不高

卫生技术人员是卫生资源的重要组成部分，也是反映一个国家和地区卫生服务水平的重要标志。但在调查中我们发现，许多基层卫生机构的医疗卫生人员学历不高，有的甚至没有接受过正规的专业培训，这种状况与卫生部在2024年的统计结果基本吻合。卫生部《2024年中国卫生统计提要》表明，我国乡镇卫生院拥有博士、硕士学历的高级卫生技术人员为零，大学本科学历人员1.6%，大专学历人员17.1%，中专学历人员59.5%，高中以下学历人员21.8%人 。

基层医疗卫生机构从业人员的这种学历结构，直接影响了其医疗服务水平，使得许多村级医疗卫生机构沦为农民买药的药店，间或为年老体弱者提供简单的上门打针挂水服务，不能满足农民的医疗服务需要。

三、问题背后的深层次原因

（一）农村医疗机构服务效率低下

为农村居民提供医疗卫生服务的主要机构是村卫生室、乡镇卫生院和县级医疗机构。农民合作医疗的定点医疗单位，也是这三级医疗机构。这三级卫生机构的服务功能和水平，是新型合作医疗制度能否取信于民的又一关键。但是，从全国来看，还存在明显的服务效率低下的问题。目前的医疗服务体制改革，使得医疗服务提供者转型为以服务换取收入的组织，即使是公共卫生机构也不例外。在农村，医疗服务体系呈现民营化趋势。据统计，到2024年，江苏省有2253所村卫生室为公私联合形式运营，165所为私人经营或已变成个体医疗点，占到全部卫生室的约20％。还有一些卫生室在形式上承包给医疗卫生人员，但实质上由于村委员会放弃了管理，而与个体医疗点没有什么差别。同时，乡镇卫生院面向市场，但医疗市场并没有完全放开。所以，无论是民办还是公立，所有卫生服务提供者均以按项目付费的方式向病人收费。在激励结构发生变化之后，供方诱导下的过度消费问题也在乡村医疗部门出现，各级卫生机构和卫生从业人员都缺少主动降低医药成本、提高服务质量的动力，导致医疗费用的畸形增长，使得本来就不充足的新型农村合作医疗基金更加难以捉襟见肘，无法有效解决农民“看病难、看病贵”的问题。

（二）筹资机制尚未完全建立

目前施行的新型合作医疗坚持以农民自愿参加为中心，体现了“以人为本”的执政思想。但是国家对新型合作医疗没有建立有效的筹资机制，使得新型农村合作医疗缺乏稳定的资金来源，在坚持农民自愿参加的前提下，各级政府为完成上级下达的任务，又往往给下级政府下达完成比例的各种硬性指标，如江苏规定参合率要达到80%以上。这种自相矛盾的做法常常使基层干部无所适从：既要完成指标，又没有强制执行的手段。所以在实际操作中，基层干部一般采取只好逐门逐户边做工作边收取的方法，但由于农民对新型农村合作医疗的认识程度不同，导致筹资时间长、成本高、效率低，影响了基层干部的筹资时积极性，有的干部存在畏难情绪。还有一些乡村干部为了完成任务，工作方法简单粗暴，挫伤农民参合的积极性。有些地方采取集体垫支、包干方式筹集资金，筹资效率是提高了，但又不利于培养农民主动参合的意识。

（三）农民的认知度有待提高

是关系到新型农村合作医疗制度建设成败的关键。

三、构建新型农村医疗保障体系的措施

（一）改革人员培养模式

农村卫生事业的发展，新型合作医疗的运作，关键还是靠人。而目前农村医疗卫生人员学历较低、人才匮乏，因此，要改革人才培养模式，强化继续教育制度。一是要定向培养适用人才，鼓励医学院校毕业生和城市卫生机构的在职或离退休卫生技术人员到农村服务。由国家安排专项资金，委托高校定向为农村培养全科医生，或由高校与地方政府联合举办面向农村的学员进修班，学生全部定向分配到县、乡、村医疗卫生机构工作，提高农村医疗卫生机构医护人员的学历层次。二是要强化继续教育制度，加强农村卫生技术人员业务知识和技能培训。目前我国各地农村医生的年龄结构、文化程度、医学知识素质、操作技能、服务态度等与全科医生的标准还相差较远。要加强对在职乡村医生的全科医学教育和培训, 鼓励有条件的乡村医生接受医学学历教育。

（二）规范报销程序，建立医疗费用控制制度

1、改进简化报销手续，使农民真正得到实惠

及时、足额地领取到医疗补助，可以在很大程度上增加农民对新型农村合作医疗制度的认同感和参与程度。尤其是在制度开始初期，取得农民信任显得尤为重要。及时报销小额费用，可以通过把补偿过程转入管理部门的内部循环系统完成。如由财政统一拨款建立合作医疗信息系统，在各个定点医疗机构实现计算机联网，对参保农民建立家庭名册、健康状况、结算补偿金额等基础性数据，农民可随时查看。当农民住院看病时，直接按规定实行电脑结算，扣除补偿部分后再收费。补偿部分由医疗机构定期汇总统计上报，由相关部门与医疗机构进行结算，简化农民的报销手续。

2、 建立费用公开制度，控制费用虚高

严格控制医疗费用的过快增长和不合理支出，是新型合作医疗成败的重要条件和关键因素。目前，农民的看病难、看病贵，一个极其重要的原因就是：农民的收入水平和支付能力，较城镇职工差异悬殊，但是，农民需要支付的医疗服务价格却与城镇职工相同，出现农民支付需求不足与医疗卫生服务供给滞销的两难困境。而建立农村合作医疗，可以提升农民的医疗需求支付能力，但可能会拉动医疗消费价格进一步提升，继而抵消或损失合作医疗制度的效率。因此，必须对农村医疗卫生服务价格实施统一、公开、透明的价格制度，由政府施以强有力的干预，有效控制医疗消费价格的虚高和抬高。

（三）探索科学筹资途径，建立医疗保障新格局

医疗筹集资金。经济发达的农村应鼓励农民参加商业保险，逐步形成家庭保障、新型农村医疗合作和商业性医疗保险互为补充的多元化保障新格局，将民政、卫生、残联、妇联、卫生扶贫等用于医疗救助的资金有机融合在一起，使农民获得适合其预期与经济承受能力的医疗服务。

（四）改革宣传教育手段，提高农民认知水平

政府要依靠行政手段，针对农民对新型合作医疗的认识不足问题，改革宣传教育手段，把新型农村合作医疗的参加办法、参加人的权力与义务以及报销和管理办法等，通过广播、电视、报纸、网络或其他方式详尽地宣传到千家万户，使广大农民真正认识和体会建立新型农村合作医疗制度的意义和好处，树立自我保健和互助共济意识，自觉自愿地参加新型农村合作医疗。乡镇干部要从宣传发动阶段开始，抓实基础工作，打牢群众基础，既要让群众充分了解合作医疗的先进性，又要认真听取群众的意见，把“人人为我，我为人人”、“利益共享，风险共担”的道理讲透，变农民“要我保”的观念为“我要保”。在工作中要讲究实事求是，把报销范围和比例对农民讲清，不能过分夸大合作医疗的作用，以免农民期望值过高，使结果适得其反。

四、结束语

经过对这些的调查，让我们这些在校大学生耳闻目睹了书本理论知识与社会实践相结合的重要性，感受到了改革开放给广大农民带来的翻天覆地的变化，尤其是农村医疗制度建设方面的不断完善。当然，我们也体会到了农民在实际生活中所面临的困难，也注意到了政府部门在制定和实施有关政策时存在的问题。就我们所学的财政学专业而言，结合这次社会调查的主题，我们充分认识到，各级政府应调整财政支出结构，加大对农村公共卫生的投入，积极探索建立农村医疗救助财政专项转移支付的新思路，以加快农村小康社会的建设，解决“三农”问题。

五、参考文献

学院：东方学院 班级：08国贸1 姓名：沈宏芳

**农村医疗调研报告篇五**

在生活中，报告的用途越来越大，我们在写报告的时候要避免篇幅过长。那么大家知道标准正式的报告格式吗？以下是小编为大家收集的农村医疗救助调研报告范文，仅供参考，欢迎大家阅读。

医疗救助是指国家和社会针对那些因为贫困而没有经济能力进行治病的公民实施专门的帮助和支持。医疗救助保障的是困难居民的基本医疗服务，基本医疗服务的内容在各个不同的经济发展时期有不同的内涵。下面是小编为大家搜索整理的一篇调研报告范文，主要针对某市城乡困难居民进行调研，欢迎参考阅读，希望您喜欢!

近几年来，为了全面落实科学发展观，努力实现构建和谐社会的总体目标，\*\*市积极采取有效措施推进了城乡医疗救助工作，在一定程度上缓解了困难群众“看病难、看病贵”的问题。

1、农村医疗救助情况。

制定出台政策。根据《江苏省农村医疗救助实施办法》和《市政府关于在全市建立新型农村合作医疗制度的实施意见》等有关文件精神，以建立新型农村合作医疗为依托，以困难群众大病医疗救助为重点，切实保障农村低保户、农村五保户和农村因灾因病农民的基本医疗需要，我市于2024年经过近半年时间认真调研，经市民政、卫生、财政和各县区人民政府共同会商论证、市法制办依法公证、市政府同意，出台了《\*\*市农村医疗救助实施细则》，各县区也制定了农村医疗救助实施规程或规章制度，纳入考核目标。积极筹措资金，落实了每年按每人30元筹措资金，其中市按每人6元，县区按每人24元。其中10元用于帮助医疗救助对象参加当地新型合作医疗的个人应承担的部分，20元作为第二次救助。积极实施救助，20xx年以来，除省给予我市的农村医疗救助补助资金,我市各级共筹集农村医疗救助资金940.8万元,其中，市、县(区)财政投入719.2万元,各级彩票公益金105万元;社会捐助及其他投入116.6万元。每年全市参加农村医疗救助人数占全市农村人口3.2%以上,共资助参加新农合人数为48.6527万人次，资助参加新农合后二次救助人次人数达1.6908万人次;资助资金总额达979.683万元。

2、城市医疗救助情况。

为解决城镇困难居民参加城镇居民基本医疗保险医疗费用负担问题，依托我市建立的`以大病统筹为主城镇居民基本医疗保险制度，以及惠民医疗卫生服务平台，本着以救助城镇困难居民患大重病、慢性重症疾病为重点，目前我市正在酝酿出台《\*\*市市区城镇困难居民医疗救助暂行办法》。希望通过建立城镇困难居民医疗救助统筹基金，对城镇困难居民参加以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险规定由个人承担的部分费用存在困难和在医治重大疾病、慢性重症疾病医疗费用经城镇居民基本医疗保险补助后存在困难的，由民政部门按实际情况再给予一定限额救助的医疗救助。救助对象：城镇居民最低生活保障对象，城镇居民重点优抚对象，城市居民家庭生活困难的重度残疾人员(指家庭人均收入处于城市居民最低生活保障标准以上至保障标准150%以内的)，城镇居民享受生活补助费的行政事业单位60年代精减退职老职工，市总工会核定的城镇居民特困职工，城镇居民家庭生活困难的临时救助对象(指家庭人均收入处于城市居民最低生活保障标准以上至保障标准150%以内的)，经民政部门确认的其他特殊困难群众。救助形式：资助医疗救助对象参加城镇居民基本医疗保险个人应负担的部分费用。医疗救助对象重大疾病、慢性重症疾病就诊的，经城镇基本医疗保险补助后，个人负担医疗费用过高，影响家庭基本生活的，分不同对象给予适当医疗救助。

通过各级民政部门、卫生部门以及街道(乡镇)、社区(村)工作人员的共同努力，\*\*市医疗救助政策实施以来，贫困群体就医难得到了一定缓解，特别是对患重大疾病的农村贫困群体及时给予了一定的资金救助，充分体现了市委和人民政府对贫困群体的关爱和帮扶。在看到成绩的同时，我们也看到了医疗救助存在着一定问题和困难。

1、救助对象中无钱看病问题仍然严重

目前救助对象患病没钱看病问题主要集中体现在以下三个方面：一是救助对象患病无力交纳住院押金，影响了病情正常治疗;二是医疗救助起付线过高。我市农村低保对象医疗救助起付线300元与90元的农村低保标准高出3倍多，这意味着将花去医疗救助对象3个多月的基本生活费。因此造成救助对象因无力支付基本医疗起付线费用，而不能及时就医难以享受医疗救助;三是目前我市采取的农村医疗救助政策属于医后救助方式，相当多的救助对象在患病后由于无力支付住院费或医疗费，而放弃治疗或延误治疗的问题突出。

2、医疗救助比例及标准偏低

我市目前实施的农村医疗救助政策，各县区对医疗救助比例及标准规定的普遍偏低，比如，新浦区对享受农村低保待遇的农村居民，对其住院医疗救助按25%、35%、45%三个比例实行救助，分为300-5000元、5001-10000元、10001元以上，全年个人累计救助额不超过10000元，显然救助比例和标准有些偏低。就救助比例而言，一名农村低保对象要得到10000元医疗救助自己要拿总医疗费的50%以上。按农村低保对象一般性住院治疗需费用10000元计算，按300元起付线，25%、35%的比例救助，此人只能取得救助金2325元。那么，该家庭需要承担7675元的医疗费用，占总医疗费的76.75%。

而一名农村低保对象每月享受的保障标准为90元，一般低保家庭很难支付住院医疗费用，这就造成了申请医疗救助人员“少”，使大量患常见病、慢性病的贫困群体无力负担医疗费而放弃治疗，影响医疗救助的实际效果。

3、无人员编制在一定程度上影响了医疗救助工作

医疗救助工作是民政部门的一项新业务，医疗救助工作事关广大贫困群众的基本生存权益和社会的和谐发展。多年来，各县区、各街道无医疗救助专项编制，工作人员大都兼有多项工作，任务繁重，时常忙于紧急事务的处理工作，无专门精力将医疗救助工作做实做细。由于无专项编制，定岗、定员不确定，身份待遇不落实，且又人员流动性大，培训过人员流失，造成基层工作人员中新手多、素质不高、责任心低、业务生疏，对救助政策不了解，不托底，无法做好救助政策的解释和基层矛盾的疏导工作，造成经常性的上访事件，在一定程度上影响了医疗救助政策的实施。

4、筹措救助基金困难

目前我市按每人年30元救助资金预算，其中市按每人6元，县区按每人24元。从实际情况看，资金总量远远达不到救助对象所需的实际数，人为造成了对救助对象报销补偿率较低。从目前的报销情况看，住院费用平均补偿金额450元，住院补偿率只在30%，绝大部分由个人自负，明显低于标准。

为切实缓解贫困群体就医难，加大政府医疗救助力度，使城乡医疗救助政策更加惠济贫困群体，针对目前医疗救助工作中所存在的问题，特提出如下对策建议：

1、适当提高基本医疗救助比例、标准及降低起付线标准

为满足城乡特困群体的基本医疗需求，使患常见病、慢性病的特困人员得到及时治疗，防止常见病因得不到及时医治引发大病的情况。对策：将基本医疗救助中农村低保对象起付线降低为100元，城市低保对象起付线定为200元;将农村基本医疗救助比例上调整20%，城市基本医疗救助比例定为50%、60%、70%三种。

2、探索建立行之有效的同步救助制度

\*\*市的医疗救助政策采取医后救助的方式，造成相当多的救助对象因无力支付医疗费而放弃治疗。为更好地服务救助对象，使他们切实享受到医疗救助政策。对策：探索建立同步救助制度，对救助对象中确实因家庭困难无力支付住院费和治疗费的患者，可凭定点医疗机构或转诊医疗机构出具的住院通知书到县区民政局申请同步救助，经县区民政局与医疗机构确认情况属实的，县区民政局按基本医疗和重大疾病医疗救助最高救助标准的50%提前预付给患者或其直系亲属，确保救助对象及时得到治疗。同时，救助对象或直系亲属应凭医疗票据及时到县区民政局进行核销平帐，对不积极配合销帐的，取消其家庭今后的医疗救助待遇。

3、为各区、街道配备医疗低保救助工作专项编制

\*\*市1997年实施城市居民最低生活保障制度、20xx年实施农村居民最低生活保障制度和农村医疗救助制度，各县区、各乡镇社会救助工作日益繁重，为进一步加强社会救助工作，健全各县区低保医疗组织机构，经过多方努力工作争取，市民政局设立城乡低保管理处，东海县民政局设置了低保管理中心，其他县区民政局目前工作仍由救灾救济处科室兼管，街道、乡镇和村居委更谈不上专职人员问题。建议：争取为各县区设立低保办公室，配备编制2—3名人员，各街道、乡政府设立社会救助保障所，配备编制1—2名人员。

**农村医疗调研报告篇六**

为做好救援服务工作，维护被客户的合法权益，我公司对救援单位服务情况进行了调研。现调研结束，经梳理归纳，有关调研情况报告如下：

一、对现有道路、医疗救援服务网络的意见建议

通过调研情况分析，现有救援单位能够履行救援工作职责，为客户提供道路、医疗救援方面的服务，客户基本满意救援单位的救援服务。但是在偏远地区存在不能救援的情况，既损害客户的合法权益，又影响了我公司的声誉，对今后发展保险业务产生不利影响。为此，在道路、医疗救援服务进行重新招标时，希望总公司尽量选择救援网络较多的救援单位，使之能够在偏远地区也能实施救援。

二、对救援单位救援需求的意见建议

根据近年来我公司业务实际，救援单位的服务项目要进行扩大，要增加xxx、xxx等项目，提高救援的实效，更加方便客户。救援单位要加强对救援人员的学习教育，提高救援人员的服务意识，全心全意做好救援工作，提高客户的满意度。总公司要定期与救援单位进行沟通交流，反馈救援工作情况，督促救援单位提高救援工作质量。

三、对选择救援单位的意见建议

保险公司的道路、医疗救援服务是由救援单位承担的，救援单位的服务质量直接关系到保险公司的声誉和客户的合法权益，对选择救援单位提出四点意见建议：一是救援单位在服务方面要好。救援单位在实施道路、医疗救援时，要增强工作责任心，为被客户提供热情、周到的服务，尽量让客户感到满意。二是救援单位要提高救援时效。客户遇到道路、医疗方面需要救援时，最关注是救援时效，希望救援单位能够及时实施救援。因此救援单位要提高救援时效，在接到救援信息时，要第一时间出发，尽快赶到救援地点进行救援。三是尽量在偏远地方也能够到达救援。救援单位要提高救援能力，在保证近距离及时救援的情况下，对属于偏远地方也能够到达救援。四是救援单位在救援时，如遇到客户未携带救援卡，救援单位要进行先救援后补办，切实做好救援工作，让客户感到便利。

**农村医疗调研报告篇七**

20xx年参保的人员共有64784人(其中包含五保户、特困户等)，参合率为95%以上。\*\*卫生院从业人员有57人，村级(含社区)从业人员有78人。新型农村合作医疗办公室设在\*\*卫生院，有4个专职工作人员，负责新型农村合作医疗工作业务的开展。在制定药品目录中的相关药品，门诊减免35%，全年每人累计过150元。减免监督工作由新型农村合作医疗管理办公室(简称合管办)负责，把减免名单定期公布，接受群众监督。

1、从一定程度上解决了农民看病难、难看病的难题。从新型农村合作医疗工作开展以来，农民在家门口看病就能得到减免，到医院看病也能得到减免，病人从中得到了实惠。

2、医务工作者的工作热情和服务态度有了改善。看病的人多了，医务工作者对患者的服务态度有了明显的改变，比以前好了一点。

3、人民群众对政府工作的满意度提高了很多。新型农村合作医疗工作是党和国家利国利民的好政策，解决了农民看病难的问题，越来越受到农民的支持。

2、筹资机制不健全。现行的筹资主要以国家财政补助和私人交纳为主，每人每年缴纳20元。

3、监督管理不到位，配套设施有一定得困难。由于合管办没有编制，专职人员只有4人，而面对26个村(社)的监督管理工作力不从心，电脑等配套设施没有随工作同步进行，现有卫生院勉强维持。

4、卫生院和村级卫生所的服务能力差。特别是村级卫生所的部分从业人员自身素质低，工作责任心弱。

5、班子搭配不合理，管理困难。现\*\*卫生院共有医疗地点2处(县城和大同)，却只有一个院长和一个副院长，对于大同点的管理粗放，存在着人浮于事的现象。

6、技术力量弱，业务能手少。由于经费困难等原因，医疗设施不齐全，对从业人员的培训力度不够，加之有的`从业人员工作责任心弱，对业务的钻研不够。

1、积极与职能部门协调，配全领导班子。

2、加强对卫生院和村级卫生所从业人员工作的监督，杜绝营私舞弊的行为，把工作落到实处，让群众得到实惠。

3、加大培训力度，特别是村级卫生所从业人员的培训，引导和鼓励从业人员自发地深造，参加医学类的函大或电大学习。

4、加强对微机的管理，认真地录入参保人员的资料，为参保人员的服务能更加完善。

5、争取职能部门的支持，使新型农作合作医疗工作机构的人员能进一步加强。

**农村医疗调研报告篇八**

一、基本情况

xx县位于甘肃东部，总流域面积2024平方公里，辖5镇8乡1个街道办事处，184个村民委员会，7个社区居委会，总人口23.34万人，其中农业人口20.74万人，非农业2.6万人。近年来，县上以建设管理有序、服务完善、文明祥和的社会生活共同体为目标，以富民、助民、育民、便民、利民为着力点，立足实际，创新机制，积极探索“一村一社区”和“中心村+村落”建设模式，坚持抓点带面、梯次推进、辐射延伸、逐步提高，走出了一条示范带动、整体推进的农村社区建设新路子。目前，全县共建成农村社区165个、社区便民服务中心165个，开展为民服务项目124项，创建农村示范社区110个，基本实现了农村社区建设全覆盖。

二、主要做法及成效

(一)抓机制完善，凝聚建设合力。坚持“党委领导、政府主导、民政牵头、部门配合、村级主办、村民参与”的农村社区建设领导体制和工作机制，形成农村社区建设工作合力。一是完善组织领导机制。县上成立由县委、县政府分管领导任组长、各相关部门负责人为成员的农村社区建设工作领导小组，建立了农村社区建设联席会议制度，制定印发了《xx县开展农村社区建设实验全覆盖创建活动实施方案》和《xx县农村示范社区创建工作实施方案》，明确工作责任，细化任务措施，为开展农村社区建设工作提供了组织保证。二是完善工作运行机制。统筹推进社区党组织和村委会及其它组织建设，健全社区党支部、村民委员会和工青妇组织体系，依托村“两委”设立社区服务中心，有效整合村级组织现有工作力量，开展社区服务管理工作，形成了党支部领导、村委会主导、社区工青妇和社会组织共同参与的工作运行机制。三是完善群众参与机制。通过广播、电视、制作宣传栏、印发资料等形式，广泛宣传建设农村社区的目的意义，注重发挥群众主体作用，充分调动群众参与农村社区建设的积极性，营造户户参与、人人关心，共同建设幸福美好家园的良好氛围。四是完善投资机制。结合扶贫整村推进、新农村建设等项目实施，整合水、电、路、文体广电、教育、卫生、计生等方面项目资金，动员群众投资，形成了多方投资建设社区的投资机制。

(二)抓关键节点，推进社区创建。找准农村社区建设关键节点，集中攻坚突破，全力落实各项创建任务。一是因地制宜定模式。按照便于服务管理、便于资源整合和社区用地集约化、群众居住集中化、经济社会发展区域化的塬则，在经济条件较好、地域面积较大、人口较多的村，按照“一村一社区”模式进行创建;在村型较小、自然条件较差、基础设施相对落后、地理位置比较集中的村，打破村域界限，按照“中心村+村落”模式进行创建，较好地实现了全部地域、全体人员和各类组织的“无缝隙”管理服务。二是明确目标定任务。明确提出“4568”创建任务，即：健全社区党支部、村民自治组织、工青妇民兵组织和社区服务四类组织;按照一中心五站要求，建设社区服务中心、生产生活服务站、文化服务站、医疗卫生服务站、综治安保服务站、互助救助服务站，构建生产生活、文化体育、医疗卫生、综治安保、互助救助五大服务体系;确立社区格局发育成熟、社区经济快速发展、基础设施配套完善、服务功能显着提升、社区生活文明和谐、社区党建持续加强六项标准;完善社区办公、小康乐居、道路交通、文体娱乐、医疗卫生、教育教学、生产生活服务、治安保卫八项基础设施。叁是强化落实定责任。建立议事协商会议制度，定期召开社区群众代表例会，协商解决社区建设、管理、服务等重大问题。健全定期检查调度制度，坚持月调度、季通报;完善考核验收命名制度，采取量化打分的办法，逐项验收评分，依据评分结果排名，县、乡表彰命名，促进各项任务落实。

(三)抓配套设施，完善服务体系。把满足农村居民多层次、多样化物质文化生活需求作为开展农村社区建设的根本出发点和落脚点，建立健全覆盖农村全体群众，集政府公共服务、志愿互助服务、市场化服务于一体的新型农村社区服务体系。一是健全社区生产生活服务体系。围绕群众生产生活需求，积极推进日用品消费、农业生产资料购销点进社区，在有条件的村设立集贸市场，在多数村设立农民信息俱乐部和便民超市，组建农村经济合作组织和专业技术协会178个，科技服务队368个，为农村经济发展提供技术、物资和信息服务。二是健全社区文化服务体系。加强农家书屋、文化活动室、广播室、健身活动室、文化广场等文体活动场所建设，成立农村红白理事会、社区演唱队、社火队等社区文化活动组织，广泛开展科技、文化、卫生、法律、体育“五进社区”活动，营造了健康向上的新型农村社区文化氛围。三是健全社区卫生服务体系。按照集医疗、卫生防疫、保健、康复、健康教育和计划生育技术服务六大功能于一体的要求建成社区卫生服务站148个，为群众开展卫生防疫、计划生育知识宣传普及和儿童计划免疫、地方病防治、疾病预防，有效满足了群众医疗卫生需求。四是健全社区社会治安服务体系。积极推行人民调解、司法调解、行政调解相对接的“叁调联动”工作机制，形成派出所民警、社区群众、社区干部“叁位一体”的治安防范体系，组建巡逻队，配套电子报警装置，广泛开展“平安社区创建”活动，营造了安全、稳定、和谐的社区环境。五是健全社区互助救助服务体系。依托社区现有条件，建设社区互助救助服务站，有54个社区配套建成了互助老人幸福院，为农村困难群众开展低保、医疗救助、养老等服务。组织社区志愿者、学校师生为空巢老人、留守儿童及残疾人、五保户、优抚对象、贫困户等弱势群体提供各种力所能及的救助服务，形成了邻里互帮、群众互助的良好风气。

(四)抓平台搭建，开展服务活动。坚持把农村社区作为服务农村居民的有效平台，全力开展各项便民利民服务活动。一是开展农业技术推广活动。充分发挥农村专业合作经济组织和专业协会作用，利用农技站、远程教育培训设施，开展农业实用技术培训，提升农民致富技能。同时遴选村社产业能人，现身说教，发挥示范带动作用。二是开展社区民主管理活动。健全完善村民自治、村务公开和民主管理制度，建立村务监督委员会，深入推行“四议两公开”工作法，广泛开展“和谐五星”创评活动，探索推行村班子和村(社区)干部“双议双评”活动，提升了村级事务科学决策水平，增强了群众民主管理意识。三是开展各种利民便民活动。围绕农民群众最期盼、最关注、最直接的.热点难点问题，全力为群众办实事。各村(社区)都建起了为民服务代理办点，由乡镇政府包村干部开展为民代理办服务，同时，依托扶贫整村推进新农村建设等项目实施投资改善群众生产生活条件。建成通乡油路5条158.7公里，硬化通村道路77条310.1公里，实施农村饮水安全等水利工程34处，完成自来水入户5.1万户，新修梯田13.9万亩，累计完成旧农宅改造与新建文明生态家园3万多户，有效改善了农村人居环境。

推进农村示范社区建设，实现了农村公共服务均衡发展，有力地促进了农村经济快速发展、社会和谐稳定，取得了初步成效。一是推动了农村经济发展。通过开展农村社区建设，整合农村各类资源，完善农村社区服务体系，有效解决了农村经济发展中技术、信息、市场、资金等方面的困难和问题，提高了主导产业开发水平，促进了农村经济快速发展。二是提高了农民整体素质。通过开展农村社区建设，农村传统的生活方式逐步得到改变，广泛开展农业技术培训和农民工致富技能培训，成立秧歌队、篮球队等，活跃了农村文化生活，提高了农民创业就业能力和自身素质。三是促进了农村和谐稳定。通过开展农村社区建设，将外来人员、离煺休回村居住人员全部纳入社区管理，实现了“无缝隙”管理服务。同时，发挥社区管理委员会、共建理事会等组织作用，积极参与社区管理和服务，形成了开放包容、共建共享的社区治理机制，促进了农村和谐稳定。

三、存在问题

一是社区经费严重不足。由于县财政困难，投入有限，致使社区基础设施建设步伐相对滞后，社区工作无经费，工作人员无报酬，不能完全满足社区办公和服务群众的需要。

二是农村社区管理体制滞后。主要是工作人员缺乏，社区管理服务人员以村干部为主，部分村干部和社区工作者对社区建设的内涵理解不够，居民自治组织作用发挥不够充分，居民参政议事的意识还不强，参与社区集体活动的积极性不高，农村社区制度化、规范化的管理运行机制没有真正建立起来。

三是为民服务水平有待进一步提高。目前在社区第一线工作的人员多数为村“两委”干部和社区志愿者，参加社区工作方面的专业培训相对较少，缺乏业务知识和专业技能，制约了社区服务水平的提高。

四、意见建议

(一)加大农村社区建设政策支持力度。加大政策扶持，全面落实社区工作经费财政分级补贴制度，将农村社区建设经费纳入财政支出预算，逐步建立完善以政府投入为主、社会力量积极支持的社区建设投入机制。同时，整合各种资源，采取多种方式改建、联建、共建，切实建立服务设施齐全、功能完备的新社区。同时，要严格落实社区工作经费和工作人员工资保障等各项机制，切实调动社区工作者的工作积极性。

(二)制定农村社区建设规划。农村社区建设是城乡融合、统筹发展的必然趋势，它与城镇化建设目标一致，需要系统全面地制定建设规划。建议出台社区建设规划，进一步指导农村社区建设，使农村社区规划与区域经济发展战略、村镇体系、农村住房建设与危房改造等专项规划相衔接，与新型农村社区建设总体规划、产业发展规划、农村公共服务规划以及社会事业发展规划等有机结合、配套跟进。因地制宜实施村庄改造，打造一批特色乡村社区。

(三)强化农村社区共建机制。调动社会各行各业与社区组织进行共驻共建积极性，实行思想教育联抓、环境卫生联创、社会治安联防、服务设施联建、文体活动联办。通过共建使社会各界对社区建设的认识更加到位，职责更加清晰，任务更加明确，形成推进农村社区建设的工作合力和良好氛围。

(四)加强社区工作人员队伍建设。完善农村社区工作者培训制度，建立考核、民主评议、工资待遇、保险、奖惩等制度，激发农村社区建设工作人员的工作积极性和主动性，不断提高社区工作者的整体素质，真正实现社区有人管事，有能力管事，充分发挥农村社区的服务作用，促进社会和谐稳定。

**农村医疗调研报告篇九**

疗卫生状况。

五、调查方法：本次调查采取的是随机问卷调查、访谈调查。

六、调查问题：

1、关于医疗保障体系实施的认识以及确切的方法？

2、本村的医疗知识的普及如何做的？

3、本村医疗卫生的状况如何？

七、问卷调查、访谈调查内容及结果：

1、医疗制度推广情况：

在所调查的325人中，有248人选择“已经推广”，占总数的；有46人选择“没有完全推广”，占总数的；而选择“没有推广”的有11人，占总数的；选择“不清楚”的有18人，占总数的；此外，还有2人未作选择，占总数的。

2、农村医疗卫生资源严重不足表现在：

有201人选择“条件好”，占总数的；有246人选择“设备少”，占总数的；有204人选择“医疗水平低”占总数的；有113人选择“缺医少药”，占总数的；有18人选择“不清楚”，占总数的；此外，还有5人未作选择，占总数的。

3、您或家人生病时的就诊地点：

有169人选择在“村医院”看病，占总数的52%；有96人选择“市里的大医院”，占总数的；有7人选择“在家用偏方治疗”，占总数的；有13人选择“其他”，占总数的4%。选“村医院”和“市里的大医院”的有17人，占总数的；选“村医院”和“在家用偏方治疗”的有9人，占总数的；选“市里的大医院”和“在家用偏方治疗”有1人，占总数的；选“村医院”和“其他”的有2人，占总数的；兼选“市里的大医院”和“其他”的有1人，占总数的；选“村医院”、“市里的大医院”和“在家用偏方治疗”的有6人，占总数的。此外，还有4人未作选择，占总数的。

4、您认为怎么从根本上解决农村医疗问题？

有193人选择“降低农村药品价格，使城乡药品同价”，占总数的；有192人选择“多分配些优秀的医生到各个乡镇”，占总数的；有165人选择“加大力度对乡镇卫生所的管理”，占总数的；有175人选择“增加基本的医疗器械”，占总数的；有151人选择“建立健全医疗制度体系”，占总数的；有10人选择“不关心”，占总数的。此外，还有3人未作选择，占总数的。

5、您所在的村里有几家医务所？有专门的口腔诊所吗？

村里有1家医院，2家私人门诊，当问到“村里是否哟专门的口腔诊所”时，有218人回答“没有”，占总数的；有2人回答“不清楚”，占总数的。此外，还有40人未作回答，占总数的。

6、村医院有几位医生？什么职称？学历？年龄？男、女？

有87人回答有1位医生，占总数的；有84人回答有2位医生，占总数的；有39人回答有3位医生，占总数的12%；有23人回答有4位医生，占总数的；有19人回答有5位以上的医生，占总数的；有5人回答“无”，占总数的；有38人回答“不清楚”，占总数的；有2人说明不详，占总数的。此外，有28人未作回答，占总数的。

在“医生的职称”的问题中，有62人回答“医生”，占总数的；有6人回答“护士”，占总数的；有1人回答“既有医生，又有护士”，占总数的；有10人回答“无”，占总数的；有131人回答“不清楚”，占总数的；有1人说明不详，占总数的。此外，还有116人未作回答，占总数的。

在关于“医生学历”的问题上，有15人回答“大学”，占总数的；有15人回答“大专（专科）”，占总数的；有2人回答“本科”，占总数的；有3人回答是“高中”，占总数的；有51人回答是“中专”，占总数的；有12人回答是“中学”，占总数的；有2人回答“中专、大专”，占总数的；有1人回答“本科、专科”，占总数的；有1人回答“大学、高中”，占总数的；有1人回答“教授、博士”，占总数的；有9人回答“无”，占总数的；有124人回答“不清楚”，占总数的。此外，有4说明不详，占总数的，有95人未作回答，占总数的。

在医生年龄这个问题上，有70人回答在30—50岁之间，占总数的；有43人回答在50—60岁之间，占总数的；有20人回答在30—60岁之间，占总数的；有1人回答在20—40岁之间，占总数的；有1人回答“70岁”，占总数的；有5人回答“无”，占总数的；有86人回答“不清楚”，占总数的。此外，有99人未作回答，占总数的。

在医生的性别问题上，有106人回答“男”，占总数的；有59人回答“女”，占总数的；有59人回答“男女都有”，占总数的；有41人回答“不清楚”，占总数的；有5人回答“无”，占总数的。此外，还有55人未作回答，占总数的。

7、村医院每年会接待多少病人？是否有儿科、妇科、外科、内科和b超等设备？

当问及“村卫生所每年会接待多少病人时”，有39人回答在1千人以内，占总数的12%；有26人回答在1千—3千人之间，占总数的8%；有18人回答在4千—5千人之间，占总数的；有142人回答“不清楚”，占总数的；有10人说明不详，占总数的。此外，有90人未作回答，占总数的。

当问到“是否有儿科、妇科、外科、内科和b超等设备”时，偶216人回答“全没有”，占总数的；有17人回答有儿科，占总数的；有6人回答有妇科，占总数的；有18人回答有外科，占总数的；有10人回答有内科，占总数的；有3人回答有b超，占总数的；有19人回答“不清楚”，占总数的；有23人说明不详，占总数的。此外，还有43人未作回答，占总数的。

8、您对村医院的服务和收费满意吗？

有84人回答“满意”，占总数的；有4人回答“比较满意”，占总数的；有121人回答“一般”，占总数的；有93人回答“不满意”，占总数的；有9人回答“不去医务所”，占总数的。此外，还有14人未作回答，占总数的。

9、您一家看病一年是多少钱？占年收入的多少？

有116人回答在500元以内，占总数的；有25人回答在500—1千元之间，占总数的；有61人回答在1千—3千元之间，占总数的；有21人回答在3千—5千元之间，占总数的；有2人回答在5千—1万元之间，占总数的；有13人回答“不一定，有多有少”，占总数的4%；有50人回答“不清楚”，占总数的；有7人说明不详，占总数的。此外，还有27人未作回答，占总数的，有数据损失1例，占总数的。

当问到“占年收入的多少”时，有114人回答在10%以内，占总数的；有36人回答在10%—20%之间，占总数的；有26人回答在20%—50%之间，占总数的8%；有7人回答在50%以上，占总数的；有17人说明不详，占总数的。此外，有数据损失1例，占总数的，有63人未作回答，占总数的。

10、村里是否有紧急医疗救护预案来应对村民的突发疾病或突发事故？

有34人回答“没有”，占总数的；有262人回答“有”，占总数的；有17人回答“不清楚”，占总数的。此外，还有12人未作回答，占总数的。

八、调查体会与总结

通过此次调查我们也发现农村的医疗卫生还存在一些不容忽视的问题，主要体现在以下几个方面:

1、医疗设备、设施不足

通过这次调查，我们了解到，目前农村的医疗机构少，没有专门的医疗分科。村里只有一家医务所所占比重最大，有超过一半的农村没有儿科、妇科、内科、外科和b超等设备。没有健康咨询和健康检查制度，这些都需要大力改善。

2、医疗卫生人员匮乏

由于农村的经济状况差，因此，很多专业的医疗卫生人员都集中在城镇，而村里的医生大都学历不高，年龄偏大，多是凭借着多年的经验为农民看病，这也在根本上决定了农村医疗水平的低下。很多农村都是三两个乡村医生服务全村好几千农民。这着实是一个不小的负担。更为可悲的是，多少年来,一直都很少有新的医生到农村来，如此以来，老的医生不下去，是因为没有新的血液，形成了一个青黄不接的局面。

经过本次调查了解到本村医疗保障根据各个家庭的经济的不同得以实施，开展到户到人，使农民有病时能够得到国家给予的部分医疗保障，以减轻农民的经济负担。村委会对于医疗保障体系的给予完善尽职尽责，为农民的医疗保障尽一份力。

村委会对农民积极开展医疗知识的普及，在村委会的图书室备有基本疾病的预防与治疗的图书，使农民懂得日常疾病的处理，能够及时的发现自身的疾病，可以做到早发现、早治疗，是某些疾病能在早期得以治疗，减少疾病的死亡率。为人们减少了不必要的失去亲人之痛。

关于本村医院的状况以及医疗卫生进行调查本村具备较为齐全的一般疾病的治疗设备与器材、药品，在村民发生疾病时能做到及时正确的处理，对于不能处理的疾病能及时的转送到上一级医院。对于医疗器械能进行全面有效的杀菌消毒，减少不必要的医源性感染，为病人减少不必要的医源性疾病。

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn