

# 2023年跨境医疗工作报告总结(优秀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。报告帮助人们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。

## 跨境医疗工作报告总结篇一

按照《长垣县新型农村合作医疗实施方案》规定，对参合农民群众的医疗费用经严格审核后，按规定的比例给予报销。规范基金专用账户，规范基金使用程序，使合作医疗基金只能用于补偿农民医疗费用，做到封闭运行、专款专用。严格执行药品目录和诊疗项目，杜绝串换使用药品，变更报销费用。严格执行《河南省新型农村合作医疗基本药物目录》，不将目录外药品和诊疗项目纳入报销，不将合作医疗目录外药品串换为目录内药品纳入报销。需要使用自费药品、自费诊疗项目的，实行知情告知制度。严格诊疗人员身份确认，杜绝冒名顶替违规报销。医务工作者严格执行新农合有关规定，认真核实就诊人员身份，不让未参合人员冒名顶替就诊，确保参合人员权力不受侵犯，确保基金使用安全。

严格按照省、市、县的各种政策要求，认真做好信息报表中的有关数据收集、统计、整理、确保数据真实、准确。按时上报信息报表。

为进一步加强和规范新型农村合作医疗制度，维护公开、公平、公正、透明的原则，增加新型农村合作医疗基金使用情况的透明度，我院对新型农村合作医疗补偿情况统计后列表进行公示，自觉接受社会和群众监督，加大了参合群众对新型农村合作医疗基金使用情况的知情权和参与权。

### (一) 常村镇卫生院存在的问题

1、经过近段时间对我院病历、处方的检查，发现如下问题：不合理检查，涉及病历1份，不合理资金780元；超剂量出院带药，涉及病历12份，不合理资金2913.58元。共计整改资金3693.58元。

2、乡镇级医疗条件有限，经办人员的业务能力有待进一步提高，对药品剂型剂量、医疗知识了解不够全面。

3、经办人员对新型农村合作医疗相关政策及业务知识学习、宣传力度不够，部分群众对新农合执行政策理解不到位，有待进一步拓展宣传领域普及新农合政策相关知识。

## （二）乡村卫生所存在的问题

1、乡村医生的工作能力有待进一步提高，乡村医生对新型农村合作医疗相关政策及业务知识学习、宣传力度不够。

2、部分村卫生室公式不太到位。

3、门诊日志和处方不够规范。

通过自查自纠工作，看到在新农合工作中存在的问题和不足，并加以改正，进一步加大新农合基金的督查力度、审核力度，确保新型农村合作医疗资金安全，促进我院新农合工作健康发展。

## 跨境医疗工作报告总结篇二

按照《通知》精神，我局立即召开专题会议进行安排部署。会上，会议传达了《通知》精神，并将任务逐一分解，明确责任，落实任务。同时，成立医疗保险基金自查整改工作领导小组，局长任组长，副局长任副组长，相关各股室负责人为成员。各股室结合自身实际情况，制定了自查计划和整改方案，重点围绕医疗保险基金的征缴、管理和支付等方面，

认真开展自查和整改工作。

我局在开展城镇职工基本医疗保险的收支未使用现金收支方式，在城镇居民待遇支付方面已实行由银行批量代发结算。

我局开设医保基金收入户和支出户，与开户银行签订了对账制度和批量支付协议。收入户已签订pos刷卡消费协议。建立了银行对账制度，按月进行对账。

（一）设立财务管理股室，配备具有专业技术水平的管理人员，建立健全统计台账，加强财务管理，做到日清月结。

（二）、严格执行医疗保险基金会计制度，规范会计核算，做到社会保险基金会计报表编报及时、数字真实、内容完整、说明清楚、手续齐备。努力做好医疗基金的计划、控制、核算、分析和考核工作，如实反映基金收支状况。

（二）建立了内部控制制度，在基金征缴和支付方面建立了部门间相互监督机制，统筹股与基金股每天核对应收款项与开出的票据，保证了票款账相符。

为规范和加强医疗保险基金的管理使用，我们认真贯彻执行国家有关法律法规，进一步健全了财务管理制度，实行“收支”两条线，对征收的各项医疗保险费均单独核算，分开管理，专款专用，按照规定设立医保基金收入户、零余额账户支出户和财政专户；严格执行“收支两条线”管理制度，基金实行统一管理，管用分离，专款专用，征缴的医保基金直接进入财政专户；基金支出由中心报县财政审批，批准后由县财政局从财政专户拨到零余额基金支出户支出；不发生侵吞、截留、挤占挪用医保基金行为，没有医疗保险基金之间相互串用问题。

## 跨境医疗工作报告总结篇三

一、白云乡鸡鸣桥村卫生室位于白云中学边，交通方便，人员往来相对集中。

砖混结构，墙体刷白，使用面积不少于40平方米，房间宽敞明亮，卫生干净，建设发展空间大，“三室”独立规范分隔。

二、人员做到有乡村医生证可以上岗，我村卫生室有乡村医生一人，多年实习和行医，理论联系实际，积累了不少经验，热情为居民服务，深受患者满意。为了病人诊疗安全杜绝医疗事故的发生，我村卫生室开展内科日常辩论针对病情危重的病人做到及时转到二甲医院，我诊所在防治传染病方面坚决执行上级领导下达的命令以，早发现早报告，做好传染病的防治工作。

三、在卫生部门引导支付下，我村卫生室开展为居民三减免工作，免费测量血压、免费心理咨询和免费健康指导。深受社区居民的信任。本年度诊疗病人比上年度增加了三分之一。

四、我诊所对上级政策特别支持，努力宣传，接受管理，不断完善设施，加强软件管理，提高业务水平，我村卫生室无医疗事故和医疗安全事件。

## 跨境医疗工作报告总结篇四

### （一）我县医疗卫生人才资源情况

有村医235人，有病床353张，千人口病床数1.06张，有卫生专业技术人员325人，千人口拥有卫生专业技术人员数0.98人；按学历分：本科学历18人，占职工总数的4.47%；专科学历121人，占职工总数的30.02%；中专学历238人，占59.05%；高中及以下学历26人，占职工总数的6.45%。

卫生专业技术人员中医生有223人，护士75人，药剂人员7人，检验人员8人，放射人员3人，工人身份从事医疗工作30人。按职称分：有高职8人，占专业技术人员总数的2.54%；中职107人，占专业技术人员总数的34%；初职167人，占专业技术人员总数的53.1%；无职称人员32人，占专业技术人员总数的10%。各类卫生技术人员中有执业医师127人，执业助理医师49人，注册护士77人。县级医疗卫生机构执业医师80人，占全县执业医师总数的63%；助理医师24人，占执业助理医师总数的49%；注册护士61人，占注册护士总数的74%。

一是人才总量不足。我县每千人口拥有卫生技术人员数仅为0.98人，按xx年xx省平均水平，每千人口应拥有卫生专业技术人员2.58人的标准，我县应拥有卫生专业技术人员数855人，目前现有的卫生专业技术人员只有325人，已远不能满足人民群众日益增长的医疗卫生保健服务需求。

二是高层次人才缺乏。全县具有副高级职称以上的人数只有8人，仅占卫生专业技术人员总数的2.46%，妇幼、护理、公卫等专业高级职称人才严重缺乏。

三是人才结构不合理。表现为：一是城乡分布不均匀，高级卫生人才全部集中在县级医疗机构，且全县63%的执业医师(执业助理医师)和74%的注册护士分布在县级医疗卫生机构；二是各医疗卫生单位人才分布不均匀，学历高、业务技术好的医务人员大都集中在县级医疗机构；三是复合型人才比较少，临床与管理相结合的复合型人才缺乏，医疗机构管理人才选拔难度大。四是医护比例倒置，我县医护比为2.93:1，远远低于合理的1:2比例，临床护士队伍数量严重不足。

四是执业医师队伍管理有待于进一步加强。全县各级医疗卫生单位共有医生223人，其中执业医师（助理医师）176人，仅占医师总数的78.92%，还有21.07%的医生未取得执业医师(执业助理医师)资格，依法管理、依法执业有待更进一步

加强和提高。

## （二）我县开展新型农村合作医疗工作情况

### 1、新型农村合作医疗组织管理机构情况

我县新型农村合作医疗工作，自开始启动以来，成立了县级管理委员会、监督委员会，各乡（镇）管理委员会、监督委员会，各票村级合管小组，县乡两级在管理委员会下分别设立了各组新型农村合作医疗管理委员会办公室，作为新农合工作的经办机构，县编委在机构改革中曾下达的编制为：县合管3名，大镇2名，小乡1名共13名编制，乡（镇）合管办隶属于各乡（镇）合管委管理，县、乡合管办各自履行各自的职责，互不隶属。

在实际工作中，县合管办借调、抽调了5名工作人员开展工作，各乡（镇）也指派1-2名工作人员，但是由于队伍不稳定、职责不明确，硬件不到位，为新型农村合作医疗的持续、稳定、健康运行带来了极大的困难。

### 2、我县新型农村合作医疗工作三年来的运行情况

我县从xx年9月开始筹备新型农村合作医疗工作以来，各级党委、政府高度重视，各有关部门积极配合支持，卫生部门着力运行，参合率稳步上升，广大参合农民群众受益程度不断提高，社会效益良好。

xx年度，我县应参加新型农村合作医疗71517户、305197人，实际共有252432人参加了新型农村合作医疗，参合率达82.88%，按人均缴费10元，省级财政补助20元，中央财政补助20元的筹资标准，应筹参合资金1262.16万元，其中两级财政拨付我县新农合资金全部到位。xx年度，共支出新农合资金742.126万元，共有338258人次享受到新农合补偿，参合群众受益面达134%。

xx年度，全县应参加新型农村合作医疗70528户305197人，实际共有64655户258490人参加，参加率为84.7%，在xx年基础上提高了1.88个百分点，按人均缴费10元，省级财政补助40元，中央财政补助40元的筹资标准，应筹参加资金2326.41万元。xx年度，全县支出新农合医疗资金1665.53万元，共有486844人次享受医疗费用补偿，参加群众受益面达188%。

xx年，全县应参加新型农村合作医疗户306307人，实际共有64655户266855人参加，参加率为87.12%，在xx年基础上提高了2.42个百分点，按人均缴费20元，省级财政补助40元，中央财政补助40元的筹资标准，应筹参加资金2668.55万元，至xx年4月1日，已到位533.71万元，中央和省两级财政补助款项未拨付到账。xx年第一季度，全县支出新农合医疗资金392.48万元，共有127330人次享受医疗费用补偿，参加群众受益面已达47.72%。

我县新型农村合作医疗工作，从xx年1月至xx年一季度止，共27个月，应筹资金6257.12万元（今年中央和省级财政没有拨付2148.8万元），到位资金4108.32万元，扣除风险基金592.25万元，可使用资金3516.07万元，已使用资金2800.14万元，结余715.93万元。

（一）各级党委、政府重视，相关部门密切配合。

全县各级新型农村合作医疗组织机构已初步建立，各乡（镇）由政府主要领导为组长（主任），卫生、财政等部门负责同志为成员的新型农村合作医疗协调领导小组（管理委员会），并设立了新农合办办公室，同时，还建立了由农民代表参与的监督委员会。在各级政府的积极协调领导下，卫生、财政、农业、民政等部门密切配合，团结协作，人大、政协积极参与，已初步形成了政府组织领导、卫生部门具体实施、多部门协调配合、人大和群众监督相结合的新型农村合作医疗工作组织管理体系和监督体系。

（二）采取各种宣教措施，广泛深入地动员农民参与。

县乡都结合实际，开展了丰富多彩、形式多样的宣传教育活动，向农民介绍新型农村合作医疗有关政策和好处，介绍就诊程序、报销办法等具体规定，让农民明白如何看病、清楚如何报销，消除了顾虑，提高了自愿参合的积极性。

（三）因地制宜制定实施方案，并在运行中适时调整。

在进行认真细致地基线调查的基础上，从xx年开始，县新农办办公室每年都在运行过程中，争取各乡（镇）、各部门的意见建议，针对实施方案的一些缺陷和不足，及时进行分析研究，并对实施方案适时、适当进行调整使方案更趋合理，在符合国家政策规定的前提下，报省、市卫生主管部门和上级新型农村合作医疗管理部门批准实施□xx年、xx年、xx年实施三年来每年都有一个新方案从年初开始执行。

（四）强化基金监管，尽量做到安全运行。

认真贯彻落实落实国家关于加强合作医疗基金管理的有关文件精神，对统筹基金实行县级统一核算、收支两条线、专户存储、专户管理。实行公示制度，接受群众和社会监督，确保工作公开、公平、公正。

（五）开展医疗救助，满足弱势群体就医需求。

为使特困家庭等农村弱势群体在合作医疗中受益，每年县民政部门都会根据全县特困人口数进行缴纳参合费用的补助。

（六）加强医疗机构建设，为农民提供适宜的医疗服务。

在国家一期国债项目和拉动内需项目、以及prcdp项目在我县实施的机遇，加强了农村卫生服务体系建设，努力改善医疗条件，尽量使参合农民“小病不出村，大病不出乡，疑难重



病不出县”，对村卫生室、乡（镇）卫生院、县级医疗单位加大投入，完善设备设施，努力提高其服务能力水平。为控制医疗机构不合理检查、用药问题，去年在省政府的统一安排下，我县对新型农村合作医疗药品流通进行了统一竞价采购、统一配送招标工作，对新农合用药目录进行了重先组织，但这一工作在运行几个月来，还需进一步加以完善。

#### （一）农民医药费用负担有所减轻。

自新型农村合作医疗工作开展以来，截止xx年3月，全县共有952426参合患者享受到政策补助，共支出新农合基金2800.14万元，减轻了农民因疾病造成的经济负担，缓解了农民群众因病致贫、因病返贫的困难。

#### （二）新型农村合作医疗的管理与运行机制正在逐步形成。

经过两年多来的努力，全县新型农村合作医疗的方案制定、组织管理、筹资机制、基金使用与监管、卫生服务机构监管等方面，初步探索出一些行之有效的做法，并逐步规范、健全和完善，为今后的发展奠定了良好的基础。

#### （三）是促进了农村卫生的发展和改革。

通过加大医疗卫生投入，改善了医疗卫生基础设施条件，深化农村卫生改革，加强人才培养，医疗综合服务能力有了较大提高，通过改善服务，降低成本，不仅减轻了农民的医药费用负担，刀啻了医疗机构的社会和经济效益。

#### （四）农民和基层干部对新型农村合作医疗的信心增强。

通过农民自身或周围群众受益，农民对新型农村合作医疗从怀疑到逐步信任，新型农村合作医疗正在被越来越多的农民群众和基层干部所了解。

## （一）存在的主要问题

我县新型农村合作医疗工作，三年来在县委、政府，及各级各部门的大力支持下虽然取得了一些成效，但由于组织管理机构不定位，经办机构人员不落实，管理工作经费不到位，部门职责不明晰，责任主体不确定，各级经办机构存在不履行职能职责，各级定点医疗机构存在套用资金、挂床住院、分解处方等现象，去年，在县人大、政协进行的调研工作中，在县监察局、卫生局、审计局开展的调查工作中，发现部份村卫生室存在虚开处方、多报补偿金额情况，对事实核对确凿的已进行处理通报。

## （二）存在问题的原因分析

一是县、乡（镇）经办机构人员得不到落实。

新型农村合作医疗制度是党和国家为解决广大人民群众的看病难、看病贵问题而建立的互助共济医疗制度，是政府的一项民心工程、德政工程。要把这一工作深入贯彻实施下去，使群众真正得到实惠，享受到政府公共财政的阳光，关键是人的问题，关键是经办机构的工作人员。目前我县县级经办机构县编核3名，按照我县参合人口比例是无法满足开展工作的需求的，况且我县县新农合办公室目前有5名工作人员，抽调2名、借调3名；乡（镇）经办机构至少应有2名专职经办人员，设会计和审核岗，人口多的乡（镇）设3名，目前的情况是各乡（镇）经办人员从各乡（镇）职工中选配1名，从卫生院抽出1名组成，各乡（镇）中心工作多，在工作繁忙时，新农合办工作人员还要参加其它中心工作，长时间放下新农合的审核工作而参加中心工作，有的经办人员身兼数职精力分散，加之新农合工作每月一次审核报销工作量、风险大，经办人员也不愿更多的去承担风险，又没有明确的身份和职责，也不想、不用、不必严格审核监督得罪医疗机构，在审核时只是起到一个收发员作用，把每月的门诊处方、报表收好，上报到县新农合办就完事，目前我县的新农合审核工作大多

数任务都是由县新农合办来承担，每月的审核工作就是由这5名暂时抽调组成的人员用手工加电脑半自动化完成的，根本无力分出时间精力去督查、抽查，更何况县新农合办人员的特殊组成原因，从我县新农合启动就开始从事这一工作的，借调抽聘用到现在身份都没有解决，也只是带着怨气和不愉快的性情工作。经办机构的职能职责是检查、指导、督促、审核、考核医疗机构，乡（镇）级经办机构是对乡、村两级定点医疗机构把关，县级经办机构是对县直医疗单位的审核和对乡、村医疗单位的抽查，更何况县新农合办是股所级机构，乡（镇）新农合办也是股所级，这种畸形机构是无法正常的履行这一职能工作的。

二是工作经费得不到保障。

新农合经费虽然看起来每年都是上千万元的资金，不了解这一工作的外行人认为这些经费可以随便支付一点做办公经费，在实际工作中，这些资金都是封闭运行，卫生管帐、财政管钱、银行开户、封闭运行，每一笔资金的流动，上级都随时监控，并且严格规定各级政府不能把新农合资金作为办公经费和人员工资进行开支，因此要靠用基金来解决办公经费和人员工资是不可能的。省、市有关文件规定，各级开展新型农村合作医疗的工作经费，按当地参合人数每人1.0元纳入财政预算。现在县、乡经办机构的工作业务量非常大，县级经办机构自新农合启动后，所有的报表、材料、设备、办公用品以及宣传品制作都是从县卫生局的办公经费中开支，乡（镇）经办机构更是困难，只是乡（镇）在自己的工作经费开支，有的工作人员在每月上报审核工作时，连车票、食宿费用都要自付；在筹资工作时，工作人员每天或步行、或骑车入村入户筹资，没有开展工作的补助经费，因此非常难以调动工作积极性。

三是乡（镇）没有开户，资金安全得不到保障。

按照《xx省新型农村合作医疗基金财务管理办法》的要求，县、

乡新农合经办机构必须开设新农合基金收入户和支出户，保证合作医疗基金专款专用、专款专管。目前，我县县级新农合基金收入户和支出户开设在农业银行xx支行，而10个乡镇（镇）中只有两个乡（镇）有农业银行网点，其它乡镇只有信用联社网点。但信用联社以总户开在农行而不是本社为由，拒不为各乡（镇）新农合经办机构开设专用帐户。现在，每月核销回补给各乡（镇）、村定点医疗机构以及异地就医患者的补偿金只能通过县农行划拨到乡（镇）卫生院的统管帐户，再由乡（镇）卫生院的统管账户转拨各乡镇新农合办，资金管理不但不符合规定，还加大了乡镇卫生院财务管理人员的工作量，且不同银行之间转帐还需支出转帐费，无形中增加了开支。筹资期间，按要求每10天或半月要将所筹资金汇入县合管办收入户一次，但因乡（镇）合管办没有帐户，办公经费又紧缺，乡镇新合办工作人员又要参加中心工作，又要收筹资款，又要做报表，基本上要到筹资结束后才能全部带到县城入帐，资金安全风险大。今年，筹资标准提高后，资金量更大，不安全系数更高。因此如果能将我县新农合专户转到信用联社开设，各乡（镇）新农合专户就能建立，全县的新农合资金管理就能合规，资金的管理风险就能降低。各乡（镇）的开户申请都已交到信用联社，县卫生局已多次向人行、农行、信用社、财政进行过协调，但没有结果，说话不算。

四是部份干部和群众的认识不足。

部份干部对新型农村合作医疗制度的重要性认识不够，对这一制度建立的艰巨性、复杂性和长期性认识不足，对新型农村合作医疗的有关规定、政策不深入学习全面理解，开会不听，文件不认真看，工作不调研，在工作时政策把握不准，对如何建立新型农村合作医疗制度和保持其发展后劲问题研究不多，宣传发动不够深入，管理粗放，有问题和责任时干部之间、部门之间推诿扯皮，有利益时争先恐后。

五是医疗服务条件不完善和医疗服务行为不规范。

我县农村卫生服务体系，近几年来在上级的支持和县委政府的关心下，得到了加强，但由于底子薄，基础弱，县乡村三级农村卫生服务体系仍存在房屋破旧，设备陈旧短缺，人员素质低，人才缺乏等现实问题。医疗机构不合理用药、不合理检查问题依然存在，次均住院费用和门诊费用在严格要求下还是过高；处方药物和检查项目超出基本药物目录和规定检查项目。另外，农村药品市场混乱的状况和药品价格偏高的现象还突出。这些问题加大了我县合作医疗基金支出，农民的费用负担也没有真正减轻，以致部份农民对合作医疗制度产生怀疑，影响合作医疗的持续、健康发展。

建议一必须尽快对我县的新型农村合作医疗管理组织、经办机构进行定位，是行政单位还是事业单位，是正科级、付科级还是股所级，法人主体和执法主体是谁；县级经办机构归属哪个部门，乡（镇）经办机构隶属于哪一个部门管理。这一前提没有解决和定位好，要理面顺目前管理混乱，制度不全，无责任人等现象都只是一句空话，要进一步规范管理预防资金风险也不现实。

建议二尽快确定县级经办机构人员，在县新农合办设立管理、审核、督查、会计、出纳、信息六个岗位，可以采取组织考察选调，也可以采取公开招聘具有这些岗位资质的会计、出纳、计算机、医疗专业人员；明确乡（镇）经办机构人员身份，由人事部门行文认定，解除经办机构人员的后顾之忧，切实让他们承担起责任、履行职责。

建议三尽快建立网络信息系统，实现网上录入信息、审核，提高审核工作效率，防止套取、冒名、借用《合作医疗证》现象，降低资金风险。目前各乡（镇）都已配备了计算机，需要进行专用系统安装和联网。

建议四把新农合工作经费列入财政预算，并给予资金支持，保证工作正常运转的经费。

建议五请求县政府出面协调各乡（镇）开户问题，尽快使其资金安全运行。

## 跨境医疗工作报告总结篇五

建立新型农村合作医疗制度是“政府组织引导，农民自愿参加，大病统筹为主”的医疗互助共济制度，是新形势下提高农民群众健康水平，防止农民因贫返贫、因病致贫的一种好形式，体现了国家对农村卫生事业和提高农民健康水平的高度重视。从运行的基本情况看，通过合作医疗使医疗机构增添了活力，农民减轻了负担，得到了实惠，体现了互助共济的优越性，较好地解决了农民群众因贫致贫、因病返贫的问题，受到了广大人民群众欢迎。实践证明，新型农村合作医疗是一项“民心工程”、“德政工程”。

由于我县是新增的新农合实施县，还处于摸索前进阶段，通过试点和调查，我们发现，在新型农村合作医疗的运行中，还存在着一些不容忽视的问题亟待解决。

一是基金管理问题。按现在运行体制，基金安全还存在着很大的隐患，各乡镇合管办财务人员可直接支现，管理上稍有疏忽就可导致基金流失。因此对于疗基金的安全问题，不能不担心。

二是人员合理配置问题。现乡镇合管办人员，均为兼职，新农合工作繁多，现在管理体制，工作人员只忙于应付报销日常工作，参合群众的花名册录入大部分乡镇未完成档案无法建立，管理混乱，按现行管理体制，有很多制度执行起来难度较大。

四是农民住院发票管理问题。由于我县新农合刚实施不久，农民对票保管意识差，经常有发票丢失，无法获得补偿现象，怨言很大。由于新农合无专用管理软件，县合管办对各乡镇补偿情况无法查阅，不能确定农民发票丢失后如果给予报销

会不会出现重复报销的现象。

(1) 农民补偿手续繁琐：因采用手工计算、手工报销，农民看病后先付全款，然后到相应审核部门审核，有时需几个部门审核才能领取到补偿金，手续繁琐。有时报销数额不大的补偿，农民不愿去审核补偿基金，影响参加农村合作医疗的积极性。

(2) 机构需要人员多：为推广农村合作医疗结算做到准确无误，至少需要成立镇级合管办和县级合管办，及其相应配套部门设置，每部门必须设置2人以上，因为每合管办负责审核、核发基金，经常为核发一笔数目较小的补偿金而查阅、审核许多资料，劳动强度比较大，同时容易出错。

(3) 准确性差：由于农民每张票据、住院治疗、用药的所有清单都需要人为审核、无论涉及费用多少、人员多少，都要手工计算，不可避免有资金核算出现问题和农民排长队问题现象。

(4) 监督难到位：监督部门需要审查原始记录，堆积如山的票据需要人力、物力、财力，走访农民时，农民对自己的交费票据保存差，农民也很难提出具体实质性问题，使监督机制完善无法到位。

(5) 影响继续参加合作医疗积极性：如果补偿不及时、不到位，对农民来说也是无济于事的，如果前期医疗费用不能自己承担，就谈不上补偿了。

(一) 改变基金运行体制。

1、撤消乡镇合管办基金支出专用帐户。县新农合基金由县合管办进行统一管理，乡镇合管办不再设立基金支出专用帐户，撤消乡镇合管办基金支出专用帐户。参合农民在本县定点医疗机构住院出院时，经新农合办审核员对材料审核并办理补

偿手续后，由定点医疗机构先垫付补偿给参合农民，使参合农民在出院时立即得到医疗补偿。在县外定点医疗机构住院的由县合管办审核材料并进行补偿。这样不但对基金管理安全，还能提高乡镇合管办工作人员的办事效率，减少群众的对报销手续烦琐的抱怨。

2、实行每月与定点医疗机构定时结算。每月5日前各乡镇合管办、县直医疗机构将上月所报销的名册和有关报销材料（报销审批单、有效发票、住院证明、住院费用清单、自费药清单、转诊证明等）送到县合办核对。县合管办核实有关材料，对符合报销规定的，按核实后数额，在每月10日前将上月补偿金转到各乡镇卫生院、县直各医疗机构专用帐户。

3、落实审核材料和报帐运作人员。要确保每月的定时结算，需要乡镇合管办设在各乡镇卫生院，并需落实2名经办人员（其中：1名审核员、1名信息员），9个乡镇共18人。

## （二）加强对定点医疗机构监管。

1、要求定点医疗机构要成立新农合管理机构，落实人员，对医疗机构进行内部监督管理；制定相关的管理规章制度，特别是定期对参合农民住院费用、处方等进行自查的制度，加强对参合农民住院的管理，防止出现大处方、超范围用药等坑农、害农现象；定期在电视等媒体上公布参合农民在各定点医院使用的住院费用，由社会对定点医疗机构进行监督。

2、要求乡、县两级医疗机构使用《广西新农合基本用药目录》要达到98%、95%以上，使参合农民诊治药物基本纳入补偿范围。

3、要有便民措施，方便参合农民就诊；定点医疗机构要根据自身条件，制定惠民措施，使参合农民得到实惠。

力争通过以上措施，加强对新农合定点医疗机构管理，从源



头上减少或杜绝乱检查、多检查、乱用药、多用药的情况出现。

### （三）加强新农合报销规定和报销制度的宣传教育。

定期或不定期通过电视媒体向广大农民反复宣传报销手续、报销规定和报销制度，对农民进行报销事项和报销制度的教育宣传，以提高广大农民对报销凭证、票据保管的重要性的认识，提高农民对票据和报销凭证的管理意识，减少和避免参合农民不必要的经济损失。

### （四）新型农村合作医疗系统软件管理势在必行。

为进一步提高新农合工作的效率和质量，使全县所有参合患者的医疗信息、合作医疗基金补偿情况都将通过网络及时传送至县合管办，实现网上审核、网上结算、网上监督等，我县新农合办急需配置新农合系统软件，实行新型农村合作医疗系统软件管理，这对进一步方便群众报销，规范行业行为，提高工作效率，加强定点医院的管理监督都具有十分重要的意义。

因此，希望政府能够大力支持该工作，拨款投资新农合软件管理系统，提高我县农合办工作效率，减少不必要的报销程序和手续，提高参合农民的参合报销积极性，使我县的新型农村合作医疗更好地为广大农民服务，使这项“民心工程”、“德政工程”发挥更大的作用。