

医疗小组工作报告 农村合作医疗工作报告 (模板5篇)

“报告”使用范围很广，按照上级部署或工作计划，每完成一项任务，一般都要向上级写报告，反映工作中的基本情况、工作中取得的经验教训、存在的问题以及今后工作设想等，以取得上级领导部门的指导。报告对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇报告。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。

医疗小组工作报告 农村合作医疗工作报告篇一

区政府成立由有关部门组成的新型农村合作医疗管理委员会，下设新型农村合作医疗管理办公室，并成立了新型农村合作医疗管理委员会和监督委员会。在管理方式上实行党政领导负总责，分管领导具体抓，部门和镇（办）领导亲自抓，相关部门领导配合抓，各司其职，各尽其责。区委区政府与镇（办）签定了目标责任书，将开展新型农村合作医疗工作情况纳入年终对镇（办）的目标考核。在新农合工作运行当中，区委、区政府，区人大，区政协的有关领导及代表多次深入农村及乡（镇）卫生院、村卫生所进行调研，并广泛听取意见和建议，为我区新农合工作提出了建设性和指导性意见。在财政上加大支持力度，向卫生部门拨付相关工作经费共计25万余元，确保了我区新农合工作的顺利实施。

一是大力宣传新型农村合作医疗制度。为了将新型农村合作医疗制度这一惠及广大农民的政策宣传到千家万户，区卫生局下发了宣传工作方案，并根据方案制定了督导计划，卫生局领导包村包片，督导各镇（办）及村（社区）宣传工作的开展。区合管办印制了合作医疗各种宣传彩页4万余份，采取一系列措施，广泛宣传新农合的有关政策、程序及补助办法，为筹资工作奠定了基础。

二是资金收缴尊重农民意愿，发挥医疗救助，确保困难群众参合。由于受农村合作医疗工作“三起三落”的影响，农民对农村合作医疗政策不理解，还处于等待观望阶段。区政府要求，筹资工作坚决贯彻农民自愿参加的原则，严禁盲目追求数量、指标和进度。对于筹款难度较大集体经济薄弱的8个行政村，区政府按照每位参合农民每年10元的标准，为共计14459人代缴了144590元的合作医疗费用，确保具备参合资格的农民都能享受到新型农村合作医疗制度。

三是抓住重点，确保参合农民信息质量。为了使《新型农村合作医疗微机管理系统》内的参合农民资料更加完善，使系统内图像和合作医疗证上的照片保持一致。我们克服参合农民多，较难组织等困难，委托摄影部统一对三个镇（办）的参合农民进行影像采集。同时，为了确保参合信息的准确性，促进工作开展，我们想方设法，多方协调，委托河南省新华电脑学校专业学生进行信息录入，并组织医疗机构、各镇（办）、村三方合作医疗专干对参合人数、个人信息先后进行了4次审核，保证了录入信息的准确无误。

一是规范医疗行为，加强制度建设。卫生系统尤其是定点医疗机构是否规范运行，是否履职尽责直接关系到合作医疗的成败。为了确保参加新型农村合作医疗人员的基本医疗权益，为参合农民提供优质、价廉、安全、高效的医疗服务，我区多次召开各级定点医疗机构会议，相继下发了合〔20xx〕3号、4号、5号文，加强对定点医疗机构的管理。要求医院进一步完善落实各种诊疗规范和管理制度，逐步实现医疗服务程序化，用药检查合理化、报销制度化。

二是“优质、优惠、便民、为民”公开承诺。为使参合农民能够得到质量优良，价格合理、方便实惠的医疗服务，卫生局在全区开展了“患者一进院，其余由我办”优质服务活动，要求一切服务都以参合农民为重，实施人性化的管理和服务，参合农民持新农合医疗证在定点医疗机构就诊，可直接到报销窗口，按照相关规定报销医疗费用。合管办与各级定点医

疗机构签订的《新型农村合作医疗定点医疗机构医疗服务协议书》，辖区的市中心医院、市中医院、各区级医院、乡（镇）卫生院等9家定点医院和45家定点村卫生所纷纷为参合农民做出承诺，到市级定点医疗机构就诊，可享受免收普通挂号费、检查费，治疗费免收10%的优惠，到区、乡两级定点医疗机构就诊可享受免收挂号费、诊断费，药费免收5%，检查费、治疗费、手术费免收10%的优惠。此举措的实施，预计每年将为参合农民节省医药费用20余万元。

三是加强人员培训、提高业务素质。区卫生局通过专门会议、以会代训、在其他会议中穿插合作医疗培训内容等形式，对不同层次、不同类型的医务人员分别进行多次培训。同时，各医疗机构均对院内医务人员进行了合作医疗与理论、合作医疗工作制度、管理制度、报销补助办法、微机操作等内容的全面培训，一定程度上提高了医务人员政策水平、计算机操作能力，促使其认真履职尽责，认真做好医疗服务工作。

一是前期培训工作“扎实”。为提高我区新型农村合作医疗工作的决策水平、管理能力和管理效率，保证新型农村合作医疗工作在我区顺利开展打下良好的基础。区卫生局先后从局机关、下属乡镇卫生院派出5名同志参加了省、市组织的“新型农村合作医疗基层干部培训班”，随后在全区针对新型农村合作医疗管理人员、具体经办人员、定点医疗机构的院长和相关人员进行了有针对性的培训，先后有30多名来自各乡镇卫生院、村卫生所的相关人员参加了培训。

二是基线调查工作“扎实”。20xx年，区卫生局按照市卫生局统一部署，根据合作医疗试点工作需要，抽调40名乡村医生作为调查员，对须水镇、航海西路街道办事处、西路街道办事处46个行政村，入户开展了大规模的基线调查，通过基线调查，在省专家组的帮助下，对全区社会经济发展水平、农业人口分布及人均收入情况、医疗卫生机构服务现状、农民患病住院率、住院级别分布、住院费用分布及药费、检查费构成等情况进行了较为科学的统计分析，为区委、区政府制定

《关于实施新型农村合作医疗制度的工作意见》奠定了基础。

三是宣传发动工作“扎实”。从基线调查开始，我们就采取多种方式，积极宣传新型农村合作医疗制度，不断掀起宣传高潮。召开全区新型农村合作医疗工作动员大会。区委副书记、区长王贵欣，市卫生局党委书记、局长陈德宇，副区长崔巍等领导出席了动员大会，卫生、财政、民政、农业、审计等19个有关部门和单位、镇（办）负责人及村民组组长共300余人参加了动员会。会上，区卫生局局长马德岭宣读了《新型农村合作医疗实施方案》（政〔20xx〕9号），区委书记王贵欣、市卫生局局长陈德宇对我区新农合工作作了动员讲话和安排部署，希望切实把这件为民、便民、利民的好事办好、办实。

医疗小组工作报告 农村合作医疗工作报告篇二

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。

医疗小组工作报告 农村合作医疗工作报告篇三

（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。

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。

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人参合，参合率为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，应筹参合资金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，参合群众受益面达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人参合，参合率为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，应筹参合资金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，参合群众受益面已达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。

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。

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。

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农民群众的看病难、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开心的性情工作。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。

医疗小组工作报告 农村合作医疗工作报告篇四

3、职工：每季度将评选先进个人，先由科室民主选举（按细则为标准）经督查组及中干会讨论通过后，医院奖励现金50元；获季度先进个人，将优先参加年终的先进个人的评选，被评选为年终先进个人者，医院奖励现金300元。

（二）处罚条例

1、对督查中督查组发现科室有违规违纪现象的将取消该科室年终先进科室的评选资格。

2、如发现科室有严重违规违纪现象和影响医疗质量以及有损医院对外品牌形象的，第一次对中层干部批评教育；第二次出现则扣发中层干部当月职务津贴；第三次出现则就地免去中层干部该职务并取消年终优秀干部的评选资格。

3、凡出现医护质量问题的，医院将处以当事人现金50元处罚；引起患者投诉的，医院将处以当事人现金100元处罚；引起纠纷及医疗事故者，经督查组查证属实后，按医院的另行规定执行。

4、违反消防安全法规和不爱护设施的，医院将处以当事人现金100元处罚；故意损坏设施的，当事人应按原价赔偿并且医院将处以当事人现金200元处罚；出现重大消防安全事故者，将移交司法机关处理。

5、违反劳动纪录者（以劳动细则为标准），第一次发现者给予批评教育并处以50元处罚；第二次发现者待岗上班2个月发生活费160元；第三次发现者给予下岗处理。

6、当班者脱岗的，医院将处以当事人下岗处理。

7、私自收费的，医院将处以当事人私自收费金额2倍的处罚并待岗2个月，在年终考核中以不合格处理。

8、科室集体私自收费的，处以科室私自收费金额10倍的处罚，在年终考核中科室全体人员将以不合格处理。

医疗督查小组目前收到的成效

通过督查小组这半年的运行，收到了良好的效果，其成效如下：

1、医护质量得到进一步的提升，病历的书写以前更为规范，甲级病历在90%以上，无丙级病历出现；护理质量（包括技术操作和护理书写）质量达到95%；病人对医院医护质量的满意率在不断f提高，至目前未接到一例病人的投诉，无一例医疗差错事故发生。

2、各种资料、学习记录、消毒记录保存完好，各科一月来学习的资料清晰地记录在案。

3、在就医环境上：医院公共地段以及各科室医生办公室、护士办公室、治疗室、病房干净整洁有序，并提供优质温馨的人性化服务。与以前对比有着明显的提高，深受广大患者的好评。

4、各部位消防设施设备完好有效，对各种能源的使用严格按照操作规范进行。通过督查使医务人员和就医患者的消防安全意识得到了进一步的提高，半年无一例安全事故发生。

5、对医德医风好、病历书写达标、护理质量提高、各种资料保存完好、提供良好就医环境、无消防安全事故发生的科室和个人，医院将给予精神和物质的奖励。

6、质量督查小组每次督查的内容将会在医院每月的中层干部会议上通报，对做得好的科室和个人进行表扬，对督查中查出的问题通过集体讨论并限期整改，并且在下次督查中不能再出现同类问题，同时，质量督查小组每次督查的内容也将纳入每个科室以及个人的季度、半年、年终考核。这样有力的督促了各科室不断的完善、不断的改进，在这半年的督查中一次比一次的问题减少。

医疗质量是医院管理的核心内容和永恒的主题，是不断完善、持续改进的一个过程。我院成立了医疗督查小组是医院医疗质量管理体系的一部分。它将促使医院的各科各室严格执行规章制度、技术操作规范、常规、标准，加强我院的基础质量、环节质量和终末质量管理，完善我院的监督评价制度，确保医院的可持续改进，不断提高我院医疗服务能力，不断增强了我院的社会竞争力。

共2页，当前第2页12

医疗小组工作报告 农村合作医疗工作报告篇五

医疗保险统筹基金是保证基本医疗保险制度正常运转的首要条件。一旦统筹基金出现严重超支，基本医疗保险制度的保障功能就会随之削弱甚至崩溃，从而导致基本医疗保险改革失败。但是，统筹基金在运行的过程中面临着种种风险，是客观存在、不容回避的事实。因此，认真研究与探讨医保基金运行当中存在的各种风险以及规避和预防这些风险，具有十分重要的现实意义。

在当前社会环境下，医疗保险统筹基金风险的形成大致可分为整体社会因素和局部社会因素。

整体社会因素主要有以下几点：

一是我国医疗保险制度自身特点所致。我国现有的医疗保险

制度是由以前的公费医疗逐步转变而来。现阶段，医疗保险的支付是由参保人、医疗机构和医疗保险经办机构三个方面来完成的，医药消费的不透明性，使得医疗监管机构很难对医药消费的价值与消费内容的合理性做出准确的界定，这就为统筹基金正常、准确地支付医药费用造成了很大困难。

二是在当前状况下，各定点医疗机构所获得的财政投入不变甚至被削减，其经济效益主要依靠于自身的创收能力，这就不可避免地使得医疗机构把获取经济利益作为一个极为重要的追求目标，甚至有的医疗机构为了获取最大经济利益而不惜采取种种手段，前段时间闹得沸沸扬扬的哈尔滨天价医疗费事件就是最好的例子。

三是随着医疗卫生条件的加强，人口老龄化问题越来越突出，这部分人群的医疗消费需要也日益加强，这势必也会造成医疗费用的大幅增长。

造成基金风险的局部社会因素，一是保险基金的收缴受经济形势的影响较大。在现有市场经济条件及社会环境下，在经济基础相对比较落后的地区，相当一部分单位在规定的时期内不能按时足额地为职工缴纳医疗保险，而这些单位的参保职工仍然要进行医疗消费，这就会造成统筹基金的大幅减少。二是随着医疗科技水平的发展，新医药设备不断投入临床应用，就诊人员的心理使然，都希望能尽量使用最新最好的医药设备，从而造成人均医疗费用的大幅增加，这相应地也会增加统筹基金的开支。而目前我国的医疗保险统筹基本上都是以县区为基本单位，独立运营，暂时无法建立整体的协调均衡机制。

筹集与支出是保证基金安全正常运行的两个关键，筹集是医疗保障系统运行的基础，只有按时足额的筹措到所需的资金，才能保障系统的正常运营，而资金筹集的比例是以当地的生活与医疗消费水平为基础的，还要考虑到以后的发展趋势，因此，在确定统筹水平时，必须经过缜密的调查分析，以做

到准确适度。正常情况下，筹资水平应略高于医疗消费水平，做到略有盈余。而如果在调查分析中出现失误或分析不周，或者不能正确地预测未来的医疗费用走势，筹资水平低于预定的医疗消费水平，基金运行就有可能存在透支的风险。

1、患者看病时直接付费与医院，然后由患者与医保机构结算；

2、患者看病时不直接付费，由医院与医保机构相互结算；

3、医保机构与医院采用定额预算管理，医保机构逐月拨付医疗费用，年终总结算。一般情况下，基金出险是由于采用了事后结算的方式，因为医疗机构的医疗消费形式发生在前，结算在后，也就是说，作为结算本身已经失去了对医疗行为的制约能力。如果采取预付制，正常情况下是不会导致基金出险的。因为医疗保险机构已经按照预定的指标体系对医疗机构进行结算付费，医疗机构是根据医疗保险机构提供的费用和需求指标体系的要求提供医疗服务的。所以，通常不会出现基金出险的情况，而往往容易出现的是另外一个问题，即医疗消费不足。而结合制的付费方式正是取长补短，把预付制和后付制结合起来，力求兴利除弊，弥补二者的缺点。

一是要加大收缴力度、确保基金收缴率。要保证统筹基金的正常运行，就必须要保证较高的基金收缴率，特别要注意防范恶意拖欠的问题。

二是建立完善基本医疗保险预算制度和基金预警系统。在统筹年度开始之前，必须对该统筹年度的医保金收支总额特别是统筹基金部分的收支情况进行预算，并留有充分的余地，做完总体预算后，再分别核实个人帐户与统筹基金具体收支预算。基金预警系统是指在建立基本医疗保险体系时，通过管理信息系统，为各种基金设置相应的警戒线，从而预先警示基金系统在运行当中可能存在的风险。对已实现网络化的统筹地区，更要充分利用管理信息系统及计算机结算系统等实行网上监控。

三是要结合实际，确定合适的支付比例。因各地的收入水平、医疗消费水平等情况差异较大，在支付比例以及支付的方式上必须坚持实事求是，因地制宜，具体问题具体分析的原则，而决不能完全照搬所谓大中城市、改革试点已有的套路。

四是要建立统筹基金支付的调节与平衡机制。从目前各地的实践情况来看，统筹基金支付的主要是医保病人住院费用的大部分和特殊门诊的部分费用。通常住院费用都是按一定比例分段支付，而特殊门诊如何支付各地做法不尽相同，这也正是建立调节机制的重要部位。门诊特殊病种补助应采取弹性比例，即补助的具体比例应视年终统筹基金的结余情况确定。

五是要严格大病的审查。目前各地对进入大病互助的门槛设置与支付比例不尽相同，但各地进入大病互助的人数都呈逐年上升趋势，且费用的增长幅度较大。从而给医保经办机构造成相当大的支付压力。

一要抢占先机，尽量争取将风险化解在萌芽状态。统筹基金的风险，通常是指统筹基金的支付额超过了统筹基金的帐户额。这种超支现象往往是逐渐产生的，可以通过月统计报表反映出来。所以应规范会计统计报表制度，认真核查每月的收支状况，一旦出现超支，马上在下一个月份进行调节，尽量使超支的问题在统筹年度内得以解决；倘若在统筹年度年终总结算时出现严重超支的现象，就必须在新的统筹年度第一季度内加以解决。

二要适时适当调整有关的比例标准。当超支数额巨大，而发生的超支费用又在正常合理的开支范围内，并非违规或过度医疗消费所致，在这种情况下，可以考虑适当提高收缴比例，以此增加统筹基金的总量，提高统筹基金的支付能力，但是划入个人帐户的计入比例一般不能降低，否则，容易引起参保人员的心里不平衡，另外，根据情况适当调整大病互助的收缴基数与支付比例，以化解大病互助基金的支付压力，也

可以考虑与商业保险公司合作，通过社会化的渠道来缓解医保基金压力；如果前述措施仍不能化解风险，则需要提高统筹基金支付项目的起付标准，或者降低统筹基金的支付比例，以增强参保人员的节约意识，适度降低总体医疗消费水平，从而化解统筹基金超支的风险。

三是要建立资金预留制度及争取更多的政府资金投入，以达到分担风险的目的。资金预留制度就是从各定点医疗机构的结算额中预留出一定比例的资金，用以约束各定点医疗机构的违规行为，也可以同时建立奖励制度，对于表现优秀的定点医疗机构采用各种形式的奖励与表彰，促其合法经营。在经济水平较发达，财力较充足的地区，可以申请政府加大对社会保障的投入，为各参保人员提供更完善的社会保障服务。