

2023年医疗晋级工作报告总结 农村合作 医疗工作报告(模板7篇)

随着社会不断地进步，报告使用的频率越来越高，报告具有语言陈述性的特点。那么，报告到底怎么写才合适呢？下面是小编为大家带来的报告的范文模板，希望能够帮到你哟！

医疗晋级工作报告总结篇一

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。

医疗晋级工作报告总结篇二

（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，刀畜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）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。

医疗晋级工作报告总结篇三

肥西县是安徽省新型农村合作医疗第一批试点县之一，自11月1日正式实施，已运行近五年时间。经过几年的探索，我县初步建立了一套行之有效的管理体制和运行机制，补偿政策逐步完善，补偿水平逐步提高，报销程序逐步简化，监管能力逐步加强，资金使用合理安全，农民信任度明显提高，农民参合积极性不断提高。全县新农合参合率由的81%上升至的95%。-，全县新农合资金支出9751万元，其中统筹资金支出9029万元，补偿186818人次。统筹资金支出包括住院补偿7836万元，住院分娩补偿551万元，慢性病补偿154万元，村卫生站观察治疗（门诊统筹）补偿488万元。统筹资金使用率平均为90%，受益率平均为7%，补偿比平均为30%。我县共有690257位农民参加新农合，1-6月，新农合资金支出2605万元，其中统筹资金支出2364万元，补偿35400人次，家庭账户支出241万元。新农合的实施，有效地减轻了农民的医疗费用负担，缓解了广大农民因病致贫、因病返贫问题，为促进农村经济发展、维护社会稳定发挥了积极作用。我县荣获“全省新型农村合作医疗试点先进县”称号。

（一）加强领导，保障新农合顺利推进。建立和完善新型农村合作医疗制度，是关系全县70多万农民群众健康权益和长远利益的一件大事。县委、县政府对此十分重视，把新农合工作列入政府年度目标管理考核重要内容。县分别成立了合作医疗管理委员会和监督委员会，委员会主任由县党政主要领导亲自担任。县成立合作医疗管理办公室，办公室设在县卫生局，为全额拨款事业单位，负责全县新农合日常管理工作。各乡镇相应成立新型农村合作医疗工作领导小组及其办公

室，合管办设在乡镇卫生院，办公室主任由卫生院长兼任，每乡镇安排1名专职经办人员和1名兼职财会人员负责新农合的审核、报批、兑现、记账等工作。试点过程中，我县经办机构不断加强自身建设，经办人员业务素质和工作水平不断提高，能够满足新农合工作需要。

（二）封闭运行，确保资金安全使用。我县对新农合资金的筹集、管理和使用各个环节严格把关，坚持资金封闭运行，保证了资金使用的安全、合理。强化资金筹集。我县农民入保金的筹集由各乡镇人民政府负责，卫生部门配合，收缴入保金时，由乡镇合管办开出专用收款收据，登记发放《合作医疗证》，填写参合农民登记表。各乡镇合管办在本乡镇金融机构设立新农合专用账户，收取的入保金及时存入专用账户，在筹资结束后全部汇入县新农合资金财政专户，与县合管办办理结算手续。今年3月底，我县顺利完成二次筹资工作，新农合筹资总额提高到每人100元。严格资金管理。我县新型农村合作医疗基金实行以县为单位统一管理，设立新型农村合作医疗财政专户，由县财政局管理，新农合基金专户存储，专款专用。基金支出需县卫生局和县财政局共同审批方可拨付，县合管办将每批补偿人数及金额制成报表，报卫生局和财政局审批，审批后，资金由收入户转入支出户，县合管办将资金从支出户拨付给各乡镇合管办或定点医疗机构，做到收支分离、管用分开，保证了资金的封闭安全运行。

（三）适时调整政策，逐步完善新农合制度。我县在新农合制度的推进过程中，针对出现的新情况、新问题，适时对相关政策进行调整完善。将农村部分常见慢性病、村卫生站观察治疗费用纳入新农合补偿范围；将起报线由300元降至200元、封顶线由1万元提高至3万元。实行县内定点医疗机构直接结算，全面提高报销比例；筹资标准由原来的50元提高到100元，我县新农合政策作了较大调整，取消家庭账户，提高报销比例，扩大慢病病种，将新农合基金划分为住院统筹基金和门诊统筹基金两部分，分别为人均80元和人均20元，推行门诊统筹。参合农民年最高补偿封顶线提高到5

万元。通过不断调整，新农合政策逐步完善，资金效用得到充分发挥，参合农民受益面逐步扩大。

（四）优化办理程序，方便参合农民就医补偿。在方便群众就诊方面，参合农民小病可以就近在村卫生站治疗，并可以获得一定补偿，做到小病不出村；在县内就诊不受级别限制，参合农民可以任意选择一家定点医疗机构就诊，无须办理转诊手续；到县外就诊只需在乡镇合管办办理登记手续即可，办理转诊手续时，乡镇合管办以一封信的形式书面告知患者注意事项。在费用报销方面，在县外医疗机构就诊的，参合农民出院后将报销材料交到乡镇合管办，由乡镇合管办直接给予补偿。参合农民在本县定点医疗机构发生的住院费用，出院时与定点医疗机构直接结算补偿费用，当场审核并兑现补偿金，实现了零距离、零时限补偿。

（五）推行门诊统筹，扩大参合农民受益面。从开始，我县充分发挥乡村卫生服务管理一体化的作用，实行乡村一体化与新农合工作有机结合，将村卫生站作为乡镇定点医疗机构的派出机构，参合农民患病在村卫生站观察治疗可以获得20%的补偿。5月起，我县全面推行门诊统筹，即按照人均20元标准从新农合基金中提取门诊统筹基金，用于补偿门诊费用，单次门诊费用补偿封顶额为10元，门诊统筹基金支付实行“预算包干、超支不补、结余滚存使用”的办法，以控制医疗费用，保证门诊统筹基金安全。

（六）实行全程监管，严格控制医疗费用。在新农合运行过程中，在着力做好服务的同时，加强对各个环节的监管。一是实行身份核实，防止冒名住院。参合农民住院治疗时，需携带《医疗证》、《身份证》，由经治医生和合作医疗经办人员共同查验，防止发生冒名顶替。二是现场核查，加强日常监管。由县合管办每月安排一定时间抽取部分报销材料与医疗机构原始材料进行核对，并通过电话和明查暗访等形式，对报销情况进行调查。三是提高管理手段，防范虚假票据。，全县各定点医疗机构全部安装医院管理信息系统，所有医疗

收费全部实行微机化管理，有效地堵塞了因票据而出现的弄虚作假漏洞。四是实行三级公示、加强事后监督。每批新农合补偿情况都在县乡村三级进行公示，社会各方可以通过公示来监督补偿情况。五是建章立制，明确处理办法。制定《新型农村合作医疗违规行为处理暂行办法》，对相关人员和单位违反新型农村合作医疗政策行为作出了明确具体的处理规定。六是定期考核，明确奖惩。制定了定点医疗机构考核标准，每季度考核1次，将考核结果与10%管理保证金挂钩。七是多管齐下，控制医疗费用。包括推行单病种限额收费，限定药品目录和诊疗项目，核定住院次均费用和住院人次，建立病历和处方评审制度的，通过多种措施，严格控制医疗费用的不合理增长。

几年来的工作表明，我县新型农村合作医疗运行较为平稳，取得了明显成效。主要表现为：一是新型农村合作医疗制度基本建立。通过对参保农民直接补偿，一定程度上解决了农民因病致贫、因病返贫问题，保护了农村劳动力，促进了农村经济发展。二是新农合政策逐步深入人心。通过广泛深入的宣传，以及随着越来越多的参保农民得到实惠，新农合工作得到农民的信任和支持，参合积极性明显提高。三是各项政策得到进一步完善，基本建立了一套成熟的补偿机制和运行机制。四是新农合管理体制基本确立。新农合经办机构管理水平和办事能力得到加强，能够适应新农合工作需要。通过我县几年来的实施，我们体会到：一是党委政府的重视和多部门配合是做好新农合工作的基础。二是广大农民的积极参与是做好新农合工作的关键。三是健全的医疗卫生服务体系是做好新农合工作的保障，新农合工作须与农村卫生体制改革共同推进。

我县新型农村合作医疗工作虽取得一定成绩，但也还存在一些困难和问题。主要表现在：一是还未建立有效、便捷、稳定的筹资机制。虽然筹资难度大大减小，但筹资工作量仍然较大，筹资成本高。二是县级以上医疗机构难以监管。我县新农合基金支出近一半用于补偿在县外医疗机构发生的费用，

但受隶属关系的制约，我县对县级以上医疗机构不能实施有效监管。三是信息化管理水平不高，管理手段和工作效率有待提高。

（一）探索符合政策和农村实际的农民参合筹资机制。加强相关政策调研，在坚持农民自愿的基础上，多途径探索符合国家政策、符合农民意愿、符合农村实际、简便易行的参合农民个人筹资机制。如试行参合农民委托农村金融机构或村民委员会代缴，也可以由政府委托村委会代办、由参合农民自己主动缴纳，或是一次筹资，多年使用等。

（二）加强对定点医疗机构的监管。加强对各级定点医疗机构监管，加大医疗费用控制力度，完善单病种限额收费管理，从严核定各定点医疗机构的住院人次和次均住院费用，严格控制医药费用，降低农民负担，减少新农合基金不必要支出，提高基金使用效率。另外，要完善病历与处方评价制度，定期抽取定点医疗机构病历和处方，由新农合专家委员会集中对其评价，进一步规范医疗服务行为。

（三）适应职业化、专业化要求，加强管办体系建设。按照职业化、专业化的要求，继续加强各级管办队伍的能力培训，着力提高管办人员的整体素质。加快新农合信息管理平台的建设，在现有的基础上，开发新农合管理软件，并与医院管理系统对接，改善管理手段，提高工作效率。

医疗晋级工作报告总结篇四

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，通常是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。

医疗晋级工作报告总结篇五

接到通知要求后，我院立即成立以xxxxx为组长，医务科、医保科工作人员为组员的自查领导小组，对照有关标准，查找不足，积极整改。我们知道基本医疗是社会保障体系的一个重要组成部分，深化基本医疗保险制度政策，是社会主义市场经济发展的必然要求，是保障职工基本医疗，提高职工健康水平的重要措施。我院历来高度重视医疗保险工作，成立专门的管理小组，健全管理制度，多次召开专题会议进行研究部署，定期对医师进行医保培训。医保工作年初有计划，定期总结医保工作，分析参保患者的医疗及费用情况。

几年来，在区人劳局和社保局的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、住院流程、

医疗保险工作制度。设置基本医疗保险政策宣传栏和投诉箱编印基本医疗保险宣传资料;热心为参保人员提供咨询服务,妥善处理参保患者的投诉。在医院显要位置公布医保就医流程、方便参保患者就医购药;设立医保患者交费、结算等专用窗口。简化流程,提供便捷、优质的医疗服务。参保职工就诊住院时严格进行身份识别,杜绝冒名就诊和冒名住院现象,制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准,贯彻因病施治原则,做到合理检查、合理治疗、合理用药;无伪造、更改病历现象。积极配合医保经办机构对诊疗过程及医疗费用进行监督、审核并及时提供需要查阅的医疗档案及有关资料。严格执行有关部门制定的收费标准,无自立项目收费或抬高收费标准。

加强医疗保险政策宣传,以科室为单位经常性组织学习,使每位医护人员更加熟悉目录,成为医保政策的宣传者、讲解者、执行者,受到了广大参保人的好评。

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。认真落实首诊医师负责制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难、危重、死亡病例讨论制度、术前讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度、技术准入制度等医疗核心制度。二是在强化核心制度落实的基础上,注重医疗质量的提高和持续改进。普遍健全完善了医疗质量管理控制体系、考核评价体系及激励约束机制,实行院、科、组三级医疗质量管理责任制,把医疗质量管理目标层层分解,责任到人,将检查、监督关口前移,深入到临床一线及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。规范早交接班、主任查房及病例讨论等流程。重新规范了医师的处方权,经考核考试分别授予普通处方权、医保处方权、医学专用处方权、输血处方权。为加强手术安全风险控制,认真组织了手术资格准入考核考试,对参加手术人员进行了理论考试和手术观摩。三是员工熟记核心医疗制度,并在实际的临床工作中严格执行。积极学习先进的医学知识,提高自身的专业技术水平,提高医疗质量,为患者服好务,同时加强人文知识和礼仪知识的学习和培养,

增强自身的沟通技巧。四是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。对住院病历进行评分，科主任审核初评，医院质控再次审核。同时积极开展病历质量检查和评比活动，病历质量和运行得到了有效监控，医疗质量有了显著提高。五是强化安全意识，医患关系日趋和谐。我院不断加强医疗安全教育，提高质量责任意识，规范医疗操作规程，建立健全医患沟通制度，采取多种方式加强与病人的交流，耐心细致地向病人交待或解释病情。慎于术前，精于术中，严于术后。进一步优化服务流程，方便病人就医。通过调整科室布局，增加服务窗口，简化就医环节，缩短病人等候时间。门诊大厅设立导医咨询台，配备饮水、电话、轮椅等服务设施。设立门诊总服务台为病人提供信息指导和就医服务，及时解决病人就诊时遇到的各种困难。实行导医服务、陪诊服务和首诊负责制，规范服务用语，加强护理礼仪的培训，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。通过一系列的用心服务，客服部在定期进行病人满意度调查中，病人满意度一直在98%以上。

为了加强医疗保险工作规范化管理，使医疗保险各项政策规定得到全面落实。经治医师均做到因病施治，合理检查，合理用药。强化病历质量管理，严格执行首诊医师负责制，规范临床用药，经治医师要根据临床需要和医保政策规定，自觉使用安全有效，价格合理的《药品目录》内的药品。因病情确需使用《药品目录》外的自费药品，[特]定药品，乙类药品以及需自负部分费用的医用材料和有关自费项目，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了自费知情同意书，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，严格执行五率标准，自费药品占总药品费的10%以下；平均个人负担部分不超过发生医疗费用额的30%。

医疗费用是参保病人另一关注的焦点。我院坚持费用清单制度，让参保人明明白白消费。

医院重视保险信息管理系统的维护与管理，及时排除医院信

息管理系统障碍，保证系统正常运行，根据社保局的要求由计算机技术专门管理人员负责，要求医保专用计算机严格按照规定专机专用，遇有问题及时与医疗保险处联系，不能因程序发生问题而导致医疗费用不能结算问题的发生，保证参保人及时、快速的结算。

我们始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人的赞扬，收到了良好的社会效益和经济效益。

经严格对照《xxxxx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》等文件要求自查，我院符合医疗保险定点医疗机构的设置和要求。

医疗晋级工作报告总结篇六

自从进入儿科工作以来，我一直在科护士长的带领、指导和帮助下，本着“为人民服务”的理念，发扬救死扶伤的精神，认认真真、踏踏实实、兢兢业业地做好我的本职工作，至今无一例医疗护理事故、差错或纠纷发生。两年来，我积极地参加了院内、院外举办的各种业务知识和技能的学习或考核，在加强自己的政治思想认识之余，时刻不忘随时提高自己的专业素养，严格遵守各项医疗护理规章制度和按照各项医疗护理操作规范做好护理工作。我一直认真参与每月一次的三基(基础理论、基本知识和基本技能)的理论和操作考试，温故而知新，理论联系实际，不断巩固自己的护理理论知识和实践技能。积极支持每月一次的护士长查房工作，提升患者对我的服务的满意度。此外，还一直坚持自学护理本科知识，争取在理论知识方面再上一个新台阶，实现个人与医院的同步发展。

去年，我和科内同事一道参加了医院举办的“512”技能操作

竞赛，我们科获得了团体第三名的优异成绩；还是去年11月份，我参加以“构建和谐医院”为主题的演讲比赛，获得了二等奖。无论是个人参赛，还是团队作战，都凝聚和加深了我的集体荣誉感，强化了我的团队合作精神，使我深知个人只有与集体融为一体才能形成合力。今年，在同事和领导对我在此前的工作中的表现的一致认可下，我得以被派到省儿童医院进修。在此，非常感谢各位院领导给予我这次光荣的深造机会。

在过去的两年工作中，我还有许多的不足之处。譬如专业知识的薄弱，技能能力的欠缺使我在工作时感到力不从心，失去了许多学习和提高的机遇；又如工作中不够细心，给患者带去了不必要的痛苦的同时，也给同事制造了不少的麻烦。对于这些缺点和短处，我已经有了深刻的认识，并一直在努力地改正和提高。我一定会加倍刻苦地学习理论知识，锻炼操作技能，并磨练自己的性格，以此来弥补过去的工作中出现的不足。不求，但求更好，使自己能以更专业的素质，更积极的态度为患者提供更优质的服务。

此后的日子里，我将把做一个优秀的护士并晋职为护师作为我的目标。首先，我会认真对待接下来的进修学习，力争学到真知识、练到真功夫；然后，我会把自己所学到的一切带回医院，与同事一起分享，并学以致用，完全转化到实际工作中来。并深入学习“5s现场管理法”的基础知识，领悟“5s”的精髓，在整理、整顿、清扫、清洁、修养五个方面高标准要求自己，在护士长的领导下，和同事一道营造一个“人人积极参与，事事遵守标准”的良好氛围。

医疗晋级工作报告总结篇七

在医院跟随我们自己中医系的老师见习，颇有好处。面对熟悉的老师们，无论是严厉的批评，还是亲切的鼓励，同学们都能虚心地接受，认真地学习。见习了一个学期，我们都受

益颇多，但又有些不尽人意的地方，特总结一下，以利于以后的学习。

一、理论与临床的桥梁

通过临床的见习，我们才真正懂得了什么是“、闻、问、切”，知道了如何“理、法、方、药”。尽管只是肤浅的，但是入门了。现在，一个不太复杂病情的病人来到我们，我们不再手足无措，懂得从哪里着手，诊断处方。

首先，中医被人们最神奇也最考验医生技术的就是把脉了。通过临床的见习，我们跟随老师了几种常见的脉象，把抽象的理论现实化。并且我们还懂得了要把我们得出的脉象与病证相结合，分析各种脉象出现的原因，考虑药物的应用。当然，我们都只是粗劣的这些基本的几种。很多脉象根本就无法感受出来，比如濡脉，今后我们一定要加强这方面的体验。

药量的运用是一大学问，我们挨了不少批评，主要就在于不善于从病情分析，考虑整个药方的药量，病有多重，得用多大的量；热虚实，方该便温还是清，或补或消。还有我们甚至不知道很多药物的性状，把质轻的药开得很大量，把质重的药量开得很小量，惹了很多笑话。通过见习，我们了不少药量的运用方法，也懂得了要深入了解药物还要进药方，真正的到药物的性质。

而且见习期间，同学们大都捧着方剂和中药书在开方，实际上这是一个的过程。我们巩固了方药知识，加深了对其的理解，这是很一大收获。所以我觉得以后的见习中，更应该及时运用到的知识，真正的吃透这些知识。

二、了几套不同的中医思维体系。

我们早就知道了同一病人不同的医生可以开出不同却同样有效的方，但通过见习，我们才真正体会到这句话的精湛。

三、应该做到或避免的东西。

现在想来，实际上我们没有把握很多学习的时刻，比如起针，我们都做到厌烦了，就像拔草似的把针给一根根的拔起来，没想到这是位的很好时机，我们可以认真辨认位的取法，进针的方向。

还有一点我觉得我们见习管理不够完善，比如很多同学没，老师也不会发现或者发现了也不会管，自由度很大。这样会导致一些同学懒散起来。还有我们轮到跟随比较年轻的老师时，他们病人往往比较少，同学们就无所事事地在那闲聊一下午。人多，也没办法在那里自习。这样的话，我觉得老师可以准备一些他们以前的病例，也可以让我们更多的知识，不至于虚度光阴。

以上是我的一些体会和见解。我很感谢老师们不厌其烦的指导我们，陪伴我们成长。也更加深刻的觉悟到自己需要更多的付出，才能的知识，将来做个好医生。朝着自己的目标努力吧！