

# 最新医疗保障工作情况的报告 医疗保障 工作报告(汇总9篇)

在现在社会，报告的用途越来越大，要注意报告在写作时具有一定的格式。那么什么样的报告才是有效的呢？下面我给大家整理了一些优秀的报告范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看一看吧。

## 医疗保障工作情况的报告篇一

(1)、设置内控机构和人员□20xx年调整设置了内控机构，以李青松局长为组长的内部控制领导小组，下设办公室，由同志具体负责内控相关工作。

(2)、建立健全内部风险管控制度。建立内部控制制度。按照工作要求，不断的完善县医疗保险内部控制制度，从医疗保险参保登记、缴费基数核定征缴、就医管理、医疗费用审核结算、基金财务管理、信息系统和业务档案管理七个方面实施控制，制定各项制度，使部门和岗位设置及职责分工符合业务流程和内部控制的基本要求。建立业务经办岗位制约机制，严格实行授权管理，设置初审与复核分离，业务与财务分离等岗位设置不相容。

(3)、建立基金运行分析制度。加强医保基金运行分析，及时掌握医保基金运行风险，科学制定防范措施，确保医保基金安全运行。

(1)、建立健全内部审计制度。为了做好医疗保障内审工作，进一步提高医疗保险管理水平，确保医疗保险事业扎实推进，健康发展，根据《中华人民共和国审计条例》、《审计关于内部审计工作的规定》以及国家和省、州医疗保险有关政策规定，结合实际，制定内审监督制度。

(2)、定期开展内部审计工作：医保局设立内部审计小组（即内部控制领导小组），对基金运行进行审计监督。内审小组原则上每年开展一次内部审计。

(1)、建立稽核检查流程。结合医疗保障基金专项治理工作制定了《县定点医药机构稽核检查工作方案》完善了定点医药机构的稽核检查流程。在对定点医药机构的稽核检查过程中，按照《县定点医药机构稽核检查工作方案》及《医疗保障基金专项治理》的工作要求开展对定点医药机构的稽核检查工作。

(2)、合理、合规、合法执行稽核检查流程。在20xx年20xx年医疗保障基金专项治理过程中，按照文件要求对我县19家定点医疗机构、14家定点零售药店进行了合理、合规、合法执行稽核检查。确保稽核检查结果能经得起查验。

(3)、违规处理是否按规定完结。按照《州定点医疗机构服务协议》相关要求，对涉及违规的定点医药机构按照协议管理要求进行了相应的处理处罚。并在规定时间内在“省异地医疗保险智能监控”平台进行登记，按照相关规定处理完结。

(4)、违规本金、违约金的规垫是否按规定执行。在执行协议的同时，对违规的定点医药机构下达扣款通知书，同时要求定点医药机构将违规金额及处罚金上缴医疗保障基金□20xx年定点医药机构违规上缴金额8.67万元□20xx年定点医药机构违规上缴金额7.49万元，年度考核违约金缴纳5.67万元。

(1)、对定点医疗机构履约情况是否进行全面检查□20xx年以来，对县内19家定点医疗机构以“全覆盖”方式进行了检查，履约检查率100%。

(2)、对定点零售药店履约情况是否进行全面检查□20xx年以来，对县内13家定点医疗机构以“全覆盖”方式进行了检查（其中1家是20xx年新纳入定点零售药店），履约检查率100%。

(1)、待遇认定是否流程严谨、合理、便捷。本着相互制约和监督的原则，严格医疗保险政策行使职权，遵守内部工作流程。按照医疗费用支付业务管理权限，分项目审核支付的原则，分别设立门诊特殊疾病、住院基本医疗、特殊人群医疗补助等医疗费用审核结算岗位。对产生的医疗费用严格按照支付范围，支付标准，审核流程进行初审、复核，送分管领导审批签字后，汇总交接财务室支付。

(2)、待遇审核、复核的手续是否完备、资料齐全。医疗保险基金支付严格按照制度规定的支付范围、支付标准执行。根据定点医疗机构的医疗费用支付单，按照定点医疗机构总控协议及服务协议的要求，对定点医疗机构报送的医疗费用资料按初审、复核等进行逐个审核，再报领导审批后，交财务科进行费用支付。审核人员对参保患者提供的医疗费用报销凭证及其相关资料的完整性和准确性进行仔细核对（包括参保人员姓名、性别、年龄、病种），防止冒名顶替、发票与处方不符、大处方、伪造发票等情况发生。门诊特殊疾病待遇审批和高值药品、特殊检查、治疗、用药审批，审核部门严格按照审批标准审查，按程序审定签章后纳入信息系统管理，相关资料存档备查。

(1)、严格执行总额控制等付费制度情况。为加大基本医疗保险付费方式改革力度，进一步规范医疗服务行为，完善医疗保险基金结算管理，根据甘医保发〔20xx〕27号及相关文件精神，经甲乙双方协商基础上签订付费总额控制服务协议〔20xx年县人民医院城乡居民控费在803万元，城镇职工控费在146万元。

(2)、待遇支付审批程序是否健全完善。医保基金实行收支两条线管理，专款专用。医保基金财务核算和收支与医保经办机构经费会计严格区分，分开核算，财务岗位实行分工负责制，设置负责人、会计、出纳三个岗位，相关人员相互制约和监督，不得由一人办理基金业务的全过程。财务负责人对待遇支出进行审核签字，出纳人员负责待遇支付的初审录

入，会计人员负责待遇支付的复审授权。

(3)、按有关规定拨付定点医药机构费用(是否违规提前、多支、拖欠费用)。严格按照国家和省的法律、法规和政策规定，严格执行财务操作流程，拨付定点医疗机构费用。按照审核科室提供的汇总表在核三系统进行核对，确保支付金额正确后交由财务负责人审核签字，在每月25号前完成系统支付。

(1)、参保登记、关系变更、转移接续的审批手续是否完备、材料齐全。按照人民政府关于印发《城镇职工基本医疗保险暂行办法》的通知要求。办理我县所有城镇用人单位，包括机关、事业、社会团体、企业（含国有企业、集体企业、股份制企业、外商投资企业、私营企业等）、民办非企业单位及其职工，必须参加基本医疗保险，城镇个体经济组织业主及其从业人员、乡镇企业及其职工的参保登记、关系变更、转移接续工作。参保单位或个人提供：1、单位名称、组织机构代码、地址及法人、经办人身份信息及联系方式。2. 单位开户银行、户名及账号；3. 单位的缴费险种、缴费基数、费率、缴费等数据；4. 职工名册及职工征缴基数及应缴费等情况；由医保局经办人员分别由a岗办理□b岗复核结束。完成参保登记、关系变更、转移接续的办理工作。

(2)、对终止参保人员的个人账户和待遇支付及时作出处理情况。对参加职工基本医疗保险的个人，参保人员移民或死亡的，个人账户储存额支付给本人或其法定继承人。单位参保人员由单位经办人员在当地经办机构办理人员关系变更时一并申请个人账户支付（参保单位职工医疗、生育保险增减变动申报表、医学死亡证明推断书/火化证/公安销户证明、单位账号户名。领取医疗账户一次返还支付通知单并签字）

灵活就业参保人员由本人或或其法定继承人在当地经办机构申报个人账户支付□a.移民及其他原因需要退保的提交退保申请书、本人银行卡复印件b.参保人死亡的由法定继承人提交

医学死亡证明推断书/火化证/公安销户证明、死亡人员身份证复印件、办理人身份证办理人（法定继承人优先配偶、子女、父母）与当时人关系证明材料、办理人本人银行卡复印件）

(1)、定期核对个人缴费情况。暂未进行定期核对个人缴费情况，下一步将按照上级部门相关要求，定期核对个人缴费情况。

(2)、收缴部门与财务会计部门按规定定期对账。暂未进行收缴部门与财务会计部门定期对账，下一步将按照上级部门相关要求，制定相应的规章制度。

(1)、严防内部人员“监守自盗”、“内外勾结”“徇私舞弊”等行为。从组织机构的设置上确保各部门和岗位权限分明，相互制约，通过有效的相互制衡措施消除内部控制中的盲点和弱点。对经办机构内部各项业务、各环节、各岗位进行全过程监督，提高医疗保险政策法规和各项规章的执行力，保证医疗保险基金的安全完整，维护参保者的合法权益。

(2)、确保医保数据不外泄情况。严格遵守各项保密制度，确保医保数据不外泄。

通过本次医疗保障基金专项治理工作的自查自纠，充分认识到医疗保障工作是一项持续、持久的工作。增强了工作人员的责任心，通过自查，找到自身工作的短板。在下一步的工作中，将密切配合上级部门，把我县的医疗保障工作做得更好。

## 医疗保障工作情况的报告篇二

农村医疗保障由卫生服务供给体系和农村医疗保健制度两方面构成。长期以来，合作医疗是我国农村医疗保健制度的主

要形式。然而农村合作医疗制度自建立以来，在我国广大农村地区经历了几起几落，时至今日，大部分地区的合作医疗已走向衰落。在农村经济社会发生了重大变革以后，合作医疗能否恢复？医疗保险是否可行？什么是可行的农村医疗保障制度？这一系列关系农村社会发展的重大问题一直为政府、农民和研究者所关注。本文在对山西省闻喜县8个村庄的部分农民进行个别访谈的基础上，分析了农民对医疗保障的主要看法，提出：第一，建立农村医疗保障必须考虑农村地区乡土社会的特点；第二，虽然合作医疗能否恢复不取决于是否存在集体经济组织，但社区前公共资财的确是合作医疗必须具备的一个条件；第三，在农户分散经营后，在社区的再合作、再组织基础上的村民自治组织同样是合作医疗必须具备的一个条件；第四，医疗保险组织的信誉是实施农民医疗保险必须具备的条件。

中国农村社区具有浓厚的乡土特色，它在生活方式、价值观念、收入来源、人际交往、寻医问药等方面，有区别于城市的典型特征。我们必须清醒地认识到农村医疗保障是建立在这种乡土特色基础之上的。土地仍然是农民家庭对国家完粮纳税和解决自己吃饭问题的最基本保障，而农民家庭的其它一切开销越来越依靠现金收入，这就要依靠种植经济作物和外出打工来实现。但是这几年种植经济作物受市场的影响很大，价格也在不断下跌。同时由于种植业生产周期较长，靠结构调整也比较难以增加收入。

由于农村经济社会的变化，疾病谱也发生改变，农村中患恶性肿瘤和心脑血管疾病的人近年来有所增加，并且心脑血管病的发病年龄有所提前。有个村庄的心脑血管病人的发病年龄都集中在四、五十岁左右，虽然农民认为可能和农村中的环境污染、人们不再吃粗粮以及体力劳动减轻有关。但同时我们也认为这可能和竞争环境带来的生存压力增大有关。

当前农民家庭保障的资金来源主要是通过家庭积蓄解决医疗费用支出的急需；通过大家庭成员之间的互济减轻医疗费用负

担;通过向亲朋好友的借钱缓解医疗费用负担。这种行为方式就形成了以家庭为核心向亲戚、朋友扩散的互助互济的人际网络。乡村医生是来自农民的乡土医生,长期的农村常见病的医疗实践造就了他们,许多60年代、70年代培养的乡村医生在农民中行医时间长,在村里有一定威信,对开展预防保健工作和治疗农村常见病发挥着重要作用。但是农村经济改革以来,村卫生室的承包经营使乡村医生越来越把提供医疗服务作为谋生手段,而同时在乡土社会里,农民又很难把乡村医生的服务这种无形的产品当作需要购买的劳动产品,而只把药品作为必须为之付费的商品。乡村医生也常常感到“乡里乡亲的,怎么可能像城市医院一样收挂号费、治疗费、出诊费?”因此不论乡村医生还是个体医生,都提供“免四费”(免挂号费、诊断费、注射费、出诊费等)的服务,同时,传统医学中的简便治疗方法由于不能赚钱已多不被乡村医生采用,卖药、处方药品、静脉输液则被广泛应用。但是乡村医生对于本村的贫困家庭,往往出于医生悬壶济世的职业传统和乡土社会中的乡谊和同情心给予医疗费用的减免。

在就医机构的选择上,农民选择大医院是在得大病或疑难病时为求得较好的治疗;寻求私人诊所一般是在大医院治疗效果不明显或费用较高的情况下,为找到较便宜的服务和寻求特殊治疗效果时的选择。这种选择往往具有一定的盲目性,即所谓“有病乱投医”。通常在常见病的治疗上,农民是靠自己的经历和他人的经历对县、乡、村各种医疗机构的医疗水平进行判断,各种治疗信息的获得又是靠农民之间的人际传播。由于政府卫生部门没有向农民发布医疗保健信息,乡村医生也没有对农民提供健康教育和宣传医疗保健常识的服务,使农民缺乏获得医疗保健信息的正规渠道,只能靠非正规的渠道获得零散和不确切的信息。

我们从访谈中了解到对于建立农村医疗保障制度,除部分贫困户外,多数农产家庭具有一定的筹资能力。但是这仅仅是农产家庭经济上的可能性,这一制度能否建立,还存在着某些社会制约因素。在访谈中农民谈的最多的是“合作医疗没

有集体经济不能搞”；“现在都个人顾个人，合作医疗没人组织不能搞”；“医疗保险要讲信用，实施要长久”。

我们认为，合作医疗是社区和农户共同筹资的医疗保障，是一种社区的公共产品。在集体经济时期，生产大队提留的公益金为合作医疗基金提供了大部分资金，农民个人只在年终分红时由生产队代扣少部分资金作为个人交纳的合作医疗费，这使每个社区成员通过集体提留的预先扣除，得以享受社区的医疗保障。然而，这种社区医疗保障的有无及保障水平的高低，要视社区的经济发展水平而定。

从一些农民的回忆中可以看出，即使在70年代时，各生产大队合作医疗的兴衰及持续时间也不同。集体经济实力强的大队，合作医疗持续的时间也长，有的一直坚持到实行生产责任制为止。集体经济缺乏实力的大队，合作医疗持续的时间则短，有的甚至不到一年就解体了。这说明并不是家庭联产承包责任制的实施使合作医疗解体。

那么，为什么在访谈中农民把合作医疗的解体与家庭联产承包责任制联系在一起呢？这是因为集体经济组织的终结使合作医疗失去了预先扣缴合作医疗费的筹资手段。实行生产责任制后，闻喜县和我国多数中、西部农村地区一样，村庄的公共积累逐渐减少，缺乏经济实力，村提留只能维持村干部的工资，村庄的任何公共事业就只能依靠农民一家一户的集资予以解决。对于村庄电路改造一类的公共事业，由于是每家农户都明确受益的事情，即使是平均分摊公共电路改造的费用，挨家挨户集资的难度还小一点；而医疗服务消费则是一种不确定的行为，当合作医疗筹资无法通过集体经济组织预先扣除时，其挨家挨户筹资的难度就可想而知。

## 医疗保障工作情况的报告篇三

（一）贯彻执行国家、省和长春市有关医疗保险、生育保险、



医疗救助等医疗保障制度的法律法规和政策规定。

（三）组织制定医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和区域调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。负责落实国家长期护理保险制度改革方案并组织实施。

（四）贯彻落实城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准，建立动态调整机制。承担医保目录准入相关工作。

（五）组织制订药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

（七）制定定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医疗保障范围内的医疗服务行为和医疗费用，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

（八）负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。贯彻落实异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。开展医疗保障领域对外合作交流。

（九）完成市委、市政府交办的其他事项。

（十）职能转变。市医保局应完善统一城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医疗保险资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。

（十一）有关职责分工。与市卫生健康局的有关职责分工。

市卫生健康局、市医保局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

## 二、机构设置

（一）党政办公室。负责机关日常运转，承担医保局党建工作、离退休干部管理和服务工作，协助局领导贯彻落实省市医疗保障政策，组织拟定符合我市实际的医疗保障工作计划，对相关工作进行综合协调和督促检查。

（二）基金监管科。负责全市医疗保障基金监管工作，建立健全医疗保障基金安全防控机制，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度。负责全市纳入医疗保险支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督管理。负责规范医疗保险经办业务，依法查处医疗保障领域违法违规行为。负责对医疗保险协议的落实情况进行监督管理。负责行政复议、行政应诉等政策性、法规性工作。

（三）待遇保障科。负责贯彻落实各级医疗保障筹资和待遇政策，执行各级城乡医疗保障待遇政策标准，统筹推进多层次医疗保障体系建设，组织落实医疗保障关系转移接续制度，贯彻落实国家长期护理保险制度改革方案，贯彻落实各级关于离休干部医疗费统筹政策。负责对异地就医管理办法和结算政策的贯彻落实进行监督管理。负责贯彻执行各级医疗保险目录和支付标准，协调推进医疗保险支付方式改革。负责组织开展药品、医用耗材、医疗技术和经济性评价。负责贯彻落实各级关于药品采购价格、医用耗材价格、医疗服务项目和医疗服务设施收费政策，负责价格信息监测和信息发布。负责全市医疗保障扶贫工作，按职责分工承担深化医疗改革的其他相关工作。

（四）医疗保险经办中心。经办机构的设置、职责和编制事项由编办另行确定。

## 医疗保障工作情况的报告篇四

自新型冠状病毒感染的肺炎疫情发生以来□xx市千方百计抓好应急防护用品增储，持续抓好生活必需品保供，努力保障水电气供应，全力以赴保障疫情防控需要。

“疫情发生后，我们统筹抓好全市应急医疗物资储备和调用，全面摸清供需‘家底’，努力抓好我市应急医疗物资保障。”后勤保障组相关负责人介绍，目前xx市已统筹安排全市各级财政资金xx万元，专项用于医疗药械和防控物资的购置、医疗救治以及此次疫情防控经费保障。

同时，定向帮扶助xx市相关医药企业复工复产，积极解决xx市口罩生产企业恢复生产及扩能新购设备的资金难题，帮助一批制药企业扩能增效加大生产，有效保障了次氯酸钠消毒液持续生产。

在多渠道采购药械方面，统筹抓好市本级物资采购，对接联系10余个国家以及国内近xx户医疗用品企业。同时，组织市内承储企业全力以赴采购物资新增储备，广泛动员全市医药流通企业和各大医院组织采购紧缺物资，组织各区(县)加大增储力度，并开辟物流“绿色通道”，多方协调保货运。此外□xx市许多企业和群众也主动作为，积极捐赠了部分应急物资。

重点保障xx市防控一线。据统计，截至目前，后勤保障组已累计向各级医疗机构等92家单位调拨口罩x万个、防护服x套、各类消毒液xx余瓶，共xx吨。

自疫情发生后□xx市委市政府高度重视全市生活必需品供应保障，为此专门召开会议专题研究并专项督导，全市各级各部门做了大量工作。

期间□xx市扎实开展生活必需品、应急保供、重点流通企业运行监测，积极督导x家大中型超市□x家农贸市场以及重点批发市场等购物场所加强产销衔接，加强货源储备。同时，鼓励网上下单、线下配送等购物模式，引导居民理性消费。

目前□xx市生活必需品物资货源充足，市场正常秩序平稳，全市超市正常营业，可以满足市民基本日常生活所需。

在此特殊时期□xx市水、电、气部门积极应对，全力保障供水、供电、供气，目前各能源供应均安全平稳。

xx水投集团各单位加强值班值守，确保自来水生产稳定运行，并加强管网检查排查。期间，抢修处置各类故障5起。各水厂加强净水工艺管理和水质检测，截至目前检测结果均合格。与此同时，公司把各医疗机构作为重点用户，建立协作配合机制，优先保障了各医院和疫情防控单位的用水需求。

xx供电公司启动了保电工作应急响应，重点做好党政机关、医院、医疗器械生产企业等的可靠供电工作。专门安排人员上门对疫情防控定点医院和隔离医疗点开展专项用电服务，确保其用电的安全稳定可靠。

xx市燃气公司对值班场所□cng加气站等处进行全面消毒。对xx市主要街道、医院、超市等重点区域和公司储配气站场开展安全检查。目前，所有燃气管网运行平稳。期间，维修一线人员共处置xx次接报险情，确保了群众安全平稳用气。

## 医疗保障工作情况的报告篇五

注意收集各类舆情信息，做到及时预警，科学研判，妥善处理好突发舆情事件，准确把握事态发展形势，下面是众鑫文档网小编给大家带来的最新xx县医疗保障局2022年政务公开工作方案，希望大家喜欢。

为认真落实上级关于政务公开工作部署要求，全面推进政务公开工作，让权力在阳光下运行，提高政府工作透明度，增强政府公信力，按照相关通知要求，确保各项目标任务落到实处，不断提升政务公开的质量和实效，结合我局工作实际，制定本实施方案。

## 一、指导思想

以党的十九大和十九届历届全会精神为指导，紧紧围绕县委、县政府重点工作和全县医疗保障工作，深入贯彻落实《中华人民共和国政府信息公开条例》（国务院令492号公布，国务院令711号修订）和《山东省政府信息公开办法》（山东省人民政府令225号）要求，积极推进政务公开工作，坚持以公开为常态、不公开为例外，加大政务公开力度，增强政务公开实效，推进决策公开、执行公开、管理公开、服务公开和结果公开，规范公开流程，优化公开渠道，严格按照规定内容和格式进行主动公开、依申请公开，保障群众知情权、参与权、表述权和监督权，为推进我县经济社会更好更快发展提供服务。

## 二、工作目标

按照要求，围绕医疗重点工作，坚持以公开为常态、不公开为例外，除法定保密事项外，推进医疗政务信息公开，确保实现以公开促落实，以公开促规范，以公开促服务，不断提升公开质量和实效。

## 三、总体要求

### （一）全面推进政务公开

按照应公开尽公开的原则，围绕20xx年xx县医疗保障局重点工作，及时对工作进展和完成情况进行公开，做到群众“快知晓、多受益”，赢得人民群众对医疗工作的支持和理解。

## (二)加强舆情回应

注意收集各类舆情信息，做到及时预警，科学研判，妥善处理好突发舆情事件，准确把握事态发展形势，讲清问题成因，解决方案和制约因素等，更好的引导社会预期，以防发生重大舆情事件。

## 四、工作细则及责任分工

### (一)加强工作机构和人员队伍建设。

组织人员认真学习《中华人民共和国政府信息公开条例》，对照新条例要求，全面梳理应当主动公开的政府信息，未公开的要及时向社会公开。

责任单位：机关各股室

### (二)进一步加强政府信息与政务公开工作相关机制建设。

建立完善组织协调、保密审查、主动公开、依申请公开、政策解读、舆情引导、回应关切、政民互动、公众参与、考核评议等制度。

责任单位：办公室

### (三)规范依申请公开工作。

建立健全接收、登记、办理、答复等流程，依法保障公民、法人和其他组织获取政府信息的权利。

责任单位：办公室

### (四)依法依规严格做好政府信息公开前的审查工作。

特别要做好对公开内容表述、公开时机、公开方式的研判，

避免发生信息发布失信、影响社会稳定等问题。依法保护好公民个人隐私，除惩戒公示、强制性信息披露外，对于其他涉及个人隐私的政府信息，公开时要去标识化处理，选择恰当的方式和范围。

责任单位：机关各科室

## 五、工作措施

### (一)加强组织领导。

为确保政务公开工作顺利实施，成立县司法局政务公开工作领导小组。党组书记、局长任组长，副局长任副组长，各科室、中心负责人为成员，领导小组下设办公室，办公室设在局办公室，由专人负责政务公开工作的组织、协调和实施。

### (二)完善制度建设。

一是健全和完善政务公开相关制度，明确职责、程序、公开方式和时限要求，严格按照要求执行，增强信息公开实效性。

二是健全学习制度。组织干部职工深入学习掌握好政务公开的主要内容、基本要求和精神实质，增强政务公开的主动性和自觉性。

### (三)强化考核督查。

加强政务公开工作考核，做到固定性工作长期公开，常规性工作定期公开，临时性工作即时公开，确保政务公开工作及时、有效。

## 医疗保障工作情况的报告篇六

随着城市化进程的加快和深入，各地区城市建设突飞猛进，

城市的居住、商业、就业、交通等方面设施和制度不断地完善和充实，逐渐推进着党关于全面建设和谐的小康社会的总方针的贯彻落实。但是，我们不应忽视在我国占更大面积的农村和做重要贡献的农民。城乡建设应当统筹兼顾、相互促进、和谐发展。

党的十六届五中全会通过的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十一个五年规划的建议》中，对建设社会主义新农村进行了全面部署，明确了“生产发展、生活宽裕、乡风文明、村容整洁、管理文明”的建设要求。这是党对于农村建设提出的总体要求，各地区农村也学习了此次会议的精神，进行相应的整顿和落实。总而言之，建设社会主义新农村意义深远，任务艰巨，必须着眼长远，立足当前。

1月24至27日，我在父亲的帮助下，对合肥市肥西县高店乡部分地区进行了实地调查，主要通过开放式访谈结合自然观察的方法，了解了当地农村的教育和医疗保障状况，学习到了新农村建设的经验，同时也接触到了建设过程中的矛盾和困难，并针对性的表达了自己的看法。

## 1. 农村教育状况

此次对于教育状况的调查对象主要是教师、学生和其家长，他们大多数人都表示对当地的教育服务状况较满意，国家的义务教育给大多数人减轻了负担、减税也给大多数农民家庭创造了更好的教育环境和条件，当地还有一些对贫困家庭学生的补助政策得以落实。但是，也有部分家长和学生表示，农村的教育条件虽然不断发展，但与城区相比，还是落后很多，师资条件、硬件设施等甚至无法满足学生的学习和文化生活。

对于教育，当地居民都认为是百利而无一害的，大多数人的观念是，只有让孩子学到了知识，才能有出息，只要自己的孩子有能力到好的学校就读，自己会尽一切努力为孩子争取。



他们会互相炫耀自己孩子的学习成绩，对学习好的孩子，人人交口称赞。并且，农民的农田种植因缺乏科学的指导，而常常显得低效，因此职业教育也更加迫切和必要。

由以上调查情况可总结，当地农村教育状况良好，政策落实得当，但是因为历史积累的因素，相较城区仍显落后，还需教育者和当地政府的不断努力，来使教育条件和水平稳定发展。居民的教育观念崇高而淳朴，主要得益于教育宣传。

## 2. 农村医疗保障状况

### 医疗保险

大多数居民认为村里的医疗保险比较科学，可以及时解决看病过程中遇到的问题。但是，大家普遍觉得，医疗保险报销的费用太少，特别是小花费不能解决；医疗机构的医疗费用高，手续繁琐，定点医院等限制有时让人难以承受。大多数人认为医疗保险要一保大病、保住院为重点。虽然医疗保险存在一定的缺陷，可是几乎所有的村民都参加了，一个比较普遍的观点是：每年只要投入很少的一部分钱就能够在出现意外状况的时候获得比较大的补助，而且投保的费用大多数都是由村政府承担，还是很划算的。对于医疗保险的知识普及尚有缺陷，许多居民不了解就医的条件和具体情况，造成对医疗保险的误解。

### 医疗服务

大多数人认为当地的医疗服务状况比较好，能够满足需要，但农村医疗服务中存在很多问题：乡镇医院医疗技术人员严重缺乏、经费紧张、设备简陋；村卫生所大都建在乡医家中，不合格，经营不规范，存在乱收费的现象；各医疗机关有关工作人员服务态度很差，有些医院报销手续比较麻烦。

针对调查结果，我们通过查阅资料提出一下建议和办法：

## 针对教育

1. 可以组织实施好农村寄宿制学校建设工程，建设遍布乡村学校的远程教育网络，建立和完善城镇教师到农村任教服务制度，加强农村教师队伍建设，提高农村义务教育质量。

先进技术、提供经济信息服务的平台。

3. 乡镇政府应该要普及和巩固农村九年义务教育，加快发展农村职业教育与成人教育，充分发挥各级各类学校为新农村建设服务的能力放在首位，按照党的十六届五中全会的战略部署，全力以赴地做好农村教育工作。

## 针对医疗：

1. 加大政府的宣传力度，提高对农村医疗卫生工作重要性、紧迫性的认识。

2. 加大资金投入，逐步改变乡村医疗卫生设施简陋的状况，是加强农村医疗卫生工作的重要一环。

3. 增加定点医疗机构的数量，方便参保农民就医。

4. 要十分关心重视农村医疗卫生这支队伍的建设，发挥他们在农村医疗服务中的优势和作用，更重要的是要提高审察和监督，确保医疗服务质量。

5. 国家可以调整补偿的标准，扩大报销的范围，不仅大病住院等情况可以报销，小病也可以帮助解决一部分，解决大多数人的需求。

建设新农村，是增加农民收入、繁荣农村经济的根本途径，是提高农民生活质量、提高农业综合生产能力、建设现代农业的重要保障，是发展农村社会事业、构建和谐社会的

内容。相信，在党中央、国务院出台的政策的大力支持下，我国新农村建设会越来越好，但是，路途漫长、坎坷，要一步一步稳稳地走。

## 医疗保障工作情况的报告篇七

我谨代表阿用乡人民政府向乡人大主席团作新型农村合作医疗工作情况报告，请予审议。

### 一、20xx年以来新型农村合作医疗工作运转情况

#### （一）报销情况

20xx年全年，全乡报销医药费52.53万元，其中：住院补助21.36万元，门诊补助31.17万元，报销人数15355人□20xx年全年，全乡报销医药费59.37万元，其中：住院补助16.18万元，门诊补助43.19万元，报销人数22163人□20xx年上半年全乡报销医药费38.89万元，其中：住院补助13.57万元，门诊补助25.37万元。

全乡共有7个定点医疗机构，乡村医生18人。目前开展合作医疗业务人员14人，其中阿用村委会2人，者兰村委会2人，那翁村委会3人，那来村委会3人。由于多种原因，其余3人尚未开展业务。

#### （三）主要措施

1、领导重视，完成体系建设。3年来，在乡党委、政府的正确领导和监督下，我乡新农合工作已步入规范化轨道并得到长足发展，农民群众对新农合政策的认知程度逐年提高，满意度不断上升，农民个人医药费用负担逐年下降，新农合资金最大地发挥了效益，我乡新农合现已覆盖六个村委会、118个村小组。新型医疗卫生保障服务体系已完全形成。

2、严格医疗资金监管，确保资金安全。按照县合管办制订的相关要求，将所有新型农村合作医疗资金全部进入代理银行基金专户储存、管理，由县合管办负责审核汇总支付费用，做到乡合管办管帐不管钱，实现新型农村合作医疗基金收支分离，管用分开，封闭运行，高效运转。同时，定期向社会公布基金的具体收支、使用情况，保证农民的参与权、知晓权和监督权，把新型农村合作医疗报销情况作为公开的重要依据，每月张榜公布一次，接受参合农民的监督。

3、健全制度，规范管理。为规范新型农村合作医疗资金管理、使用和医疗服务过程管理，按照《富宁县新型农村合作医疗实施细则》，建立健全了定点医疗机构管理、住（转）院管理、药品使用管理、住院医药费用公示等一系列管理规定，使各项管理工作有章可依、科学规范运行。为增加合作医疗基金使用的透明度，合管办报销费用进行公示，以接受社会监督。

和药品监管。督促、指导各定点医疗机构制定和完善诊疗规范，规范医务人员诊疗、用药行为。各定点医疗机构转变工作作风，提高服务水平，确保医疗质量，积极为农民群众提供质优价廉、方便快捷的医疗服务。

二、20xx年度新型农村合作医疗费收缴工作情况为做好20xx年度新型农村合作医疗收缴工作，乡党委、政府高度重视，采取有力措施，认真做好新型农村合作医疗收缴工作，与各村委会签订目标责任书，严格奖惩制度，确保新型农村合作医疗工作顺利开展。截止目前，全乡共完成农民个人自筹资金28500元，占任务数的3.2%。现还继续收缴，必须保证11月底完成任务。

### 三、存在问题

1、由于地处偏僻、交通不便、居住分散等原因，部分群众没有得到实惠，群众报销率低。

2、医疗报销补助资金到位不及时，影响新型农村合作医疗工作的正常运转。

3、农村基层医疗机构服务能力不能满足参合农民日益增长的医疗需求。

(1) 是农村基层医疗机构尤其是村委会卫生室基础设施和设备大多数没有完全达到规范标准，仍不能满足临床需要，还不能根本解决农民就近医疗的问题。

(2) 是基层医疗机构人才短缺，是困扰新农合长期稳固发展的严重问题。基层医疗机构尤其是村卫生室人员学历低、专业技术水平不高是普遍存在的问题。

5、外出务工人员 and 在校生参合率低，影响每年新型农村合作医疗收缴进度。

#### 四、下步工作打算

1、建立完善村卫生室制度，提高村卫生医务人员素质，让群众真正得到实惠。

2、加强对乡合管办的管理力度，提高服务水平，确保新型农村合作医疗工作正常运转。

3、加强对定点医疗机构的监督管理力度，确保新型农村合作医疗工作顺利开展。

4、加强领导，采取有力措施，确保完成20xx年新型农村合作医疗费收缴工作。

### 医疗保障工作情况的报告篇八

是20xx年乡镇机构改革后，由原三镇合一的大镇，共有

村(居)委会个，常住人口人。其中农业户数户，人口人，农民人均纯收入元，乡镇卫生院3个，村卫生室个，乡村医生74人。截止今年4月底，全镇共完成参合人口人，参合率达82.1%。

主要工作成效：

(一)、加强领导。镇党委政府从实践“三个代表”重要思想和统筹城乡发展重大战略出发，根据旗政府指导意见，结合本地实际，制定新型农村合作医疗实施方案及相关制度，成立了以镇长为组长，主管镇长为副组长，相关部门负责人参加的领导小组，各村(居)也相应成立了领导小组。为确保工作顺利开展，镇政府把实施进度和成效列入各村(居)目标管理责任制中，年终兑现奖惩。

(二)、精心实施□20xx年2月23日，镇政府召开了全镇农村合作医疗工作动员大会，广泛宣传新型农村合作医疗制度的优越性，积极引导和动员广大农村群众参加。镇里又抽调58名干部深入到29个村中，会同村干部逐家逐户进行宣传动员。通过张贴标语，发放宣传手册等宣传形式，极大的调动农民参合积极性，确保筹资工作圆满完成和制度的顺利实施。

(三)、规范管理。为配合旗合算办工作，镇政府也相应成立了新型农村合作医疗办公室，各村(居)委员设立了联络员，为农村合作医疗制度的规范管理提供了组织保证。不断完善新型农村合作医疗规章制度，规范镇定点医院的管理，简化结报审核手续，实施服务承诺制，努力为群众提供优质服务。同时加强基金管理，在财政所设立收支专门帐户，严格审核，杜绝不合理和不合法的补偿支出，定期通报并接受上级财政、审计部门和群众的监督。

(四)、新型合作医疗主要变化。从调查情况看：一是减轻了农民看病就医负担，在一定程度上解决了农民因病返贫，因病致贫的问题。截止20xx年6月末，共为位患病农民补偿医疗

费用元，其中门诊补人，兑付元；住院补人，兑付元；有人获得4千元以上补偿，最高的一位是村，医疗费用元，补偿了元。二是提高了农村产妇入院分娩率，据调查，目前以上的产妇都到医疗分娩，确保了母子平安；三是增强了农民自我保健意识。过去不少农民因家境困难，往往“大病拖、小病挨、到死才往医院抬”，看一次病往往万不得已。四是促进了农村医疗机构服务水平的提高。目前，的三个定点医院都能够积极改善软硬件环境，强化制度建设，公开药品价格，加强医疗管理，千方百计提高医院接诊水平和能力。通过改善服务、降低成本，门诊人次和住院人次都有大幅度上升，医院的经济和社会效益有了新的提高。

(一)宣传引导工作不够深入，农民参保积极性有待提高。由于在推行过程中，一方面由于时间紧、任务重，政策宣传和引导工作尚不够深入，另一方面农民对大病统筹为主的新型农村合作医疗工作缺乏经验体会，与老的制度相模糊，对长期实施信心不足，导致部分农民参保积极性不高，主动自愿参加的不多。

(二)审核结算流程仍显复杂，便民服务尚需进一步优化。由于部分农民离定点医疗点偏远，少来少去的医疗费用，加上来回车费农民认为得不偿失。

(三)政策和制度中尚有一些不够科学和合理的地方。主要表现在报销的门槛高，报销的比例低，报销的药品面窄，限制过多。

(四)对定点医院缺乏监管力度。乡镇政府对医院的管理难度大，只能依靠药监部门监管，政府处境尴尬。一方面政府积极做群众工作，提高参保率；另一方面医院药品价格虚高不下，农民与药店买药相差甚多，影响农民参保的积极性。

(五)乡镇医疗机构设施陈旧。由于近几年乡镇医院不景气，国家对医院的投入又严重不足，致使设备较陈旧，医护人才

严重缺乏，很多疾病没有治疗技术手段。农民反映，真正看病还得找县市以上医院治疗。

(六)农民的期望值太高。农民认为只有拿着《合作医疗证》，进哪一级医院就诊应该是自己做主，不愿受到约束，特别是住院后一看花的钱多，报销的又少，就有怨言。

1、进一步加强领导，提高认识。领导重视是推行新型农村合作医疗的关键之一。各级政府和村组干部都要切实负起责任，加大领导力度，努力研究新的办法，探索新的途径，科学引导农民群众主动自愿地缴费。

2、进一步加强宣传，提高农村群众参保积极性。一是强化政府干部和村组干部开展学习活动，通过学习把政策了然于心，才能做好宣传工作；二是开展耐心细致宣传教育活动，让广大农民把参保办法、参保人员权利和义务以及审核结算流程等真正了解和熟悉；三是针对性开展具体、形象、生动的典型事例宣传，现身说法，使群众切实感受到制度的意义和好处，增强制度的吸引力，进一步提高自觉参保意识。

3、总结经验，科学测算，充分论证，增强制度的合理性和科学性。为切实巩固已取得的成果，保持政策的稳定性和连续性，在上半年工作的基础上，旗有关部门应进行科学测算，充分论证，合理确定基金收支方案，最大限度地让农民群众得到实惠。

4、充分利用村级卫生室在全作医疗制度中的作用。村级卫生是农村群众服务的最基层卫生单位，具有便捷、高效等特点，有利于农民群众就医结报，减少中间环节和降低非医费用。但发挥作用不应仅在常规病方百，在慢性病方面也应该发挥更大的作用。

5、健全管理监督机制，真正做到取信于民。一是要求合管办确实履行好自己的职责；二是定期对基金的运行情况进行审



计，确保其运行规范、透明，保证制度的公平公正；三是加强医疗服务，规范定点医院管理，合理诊治，有效控制医疗费用和非有效医疗费用比，减少不合理的医疗支出。

6、加大对医院的投入力度。一是改善医院环境条件，完善管理制度，改善服务质量和技术；二是争取国家的支持，更新设备；三是大力引进医护人才。只有这样吸引病人，留住病人，从而形成良性循环，医院经济和社会效益才会双丰收。

## 医疗保障工作情况的报告篇九

在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在区委、区政府的高度重视与大力支持下，以服务于广大的参保患者为宗旨，医院全体职工团结协作共同努力，使我院的医疗保险工作健康平稳的运行。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我院充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，走进社区、走进企事业单位、走进学校，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传。

医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务，不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的医务工作人员队伍，因此，根据市医保要求，全院同志积极参加每次市医保的培训和学习，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过医务工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意；转变工作作风，树立服务观念。

医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益化的原则，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平。

一是将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督；

四是强化了医疗保险服务意识，转变了医务工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。

二是进一步完善学习培训制度，每周五定期组织职工进行相关理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，使医院职工的思想意识、业务水平和各项能力得到了加强。