

卫生院医疗安全 农村医疗卫生工作汇报 财政(优质5篇)

每个人都曾试图在平淡的学习、工作和生活中写一篇文章。写作是培养人的观察、联想、想象、思维和记忆的重要手段。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？以下是我为大家搜集的优质范文，仅供参考，一起来看看吧

卫生院医疗安全 农村医疗卫生工作汇报财政篇一

自从改革开放以来，我国的经济建设取得了告诉稳定持续的发展，各项事业也得到长足进步。然而，我国农村卫生事业的发展比较缓慢，农民看病难的问题日益突出地呈现出来。所谓农民看病难，一是指农民没钱看病难；二是指乡村医疗条件差，农民看病得不到较高质量的医疗服务。

当前，看病难仍然是困扰农民的一块心病，特别是大病住院费用高，对眼下还不富裕的农民来说承受不起，因病致贫现象屡屡发生。由此可见，我国的农村医疗卫生事业才刚刚开始，有许多弊端急需解决。2003年，我国建立了新型农村合作医疗制度。实践证明，新农合的实施一定程度上分担了农民看病吃药的费用负担，提高农民抵御疾病风险的能力，为农民的健康提供了强有力的保障，有效缓解农村因病致贫、返贫及农民看病贵看病难问题。但是，从全国的情况看，合作医疗的发展还很慢，其覆盖面尚不足全国农村的10%，远不能满足农民的要求。

目前农村及乡镇卫生院处境十分困难。许多卫生院的房屋破烂不堪，卫生环境恶劣，医疗设备陈旧，队伍素质低，不少卫生院无钱购药，职工的工资也不能按月、足额兑现，导致新生力量进不来，原有骨干留不住，种种严重问题急需解决。

一、我国农村医疗卫生亟待解决的问题

1、医疗费用涨幅过快。

在我国农村，多数农民从事着收益低下、剩余很少的农业劳动，在收入增长缓慢的前提下，疾病、养老和贫困是农民面临的巨大风险。因此，医疗保障是农民在社会保障体系中的第一保障需求。但是，目前的医疗保障基本上是农民自我保障。在医药价格猛涨的情形下，农民医疗费用支出急剧增加，医疗费用攀升的幅度超过了农民的实际收入增长的幅度。

2、医保体系不完善带来重大疾病隐患

许多农民的重大疾病是由于对一些“小毛病”的不重视积累而成，使得一些重大疾病在初期难于被发现，而且由于没有得到及时处理导致病情严重。许多农民在碰到生病时，最多只会到村医那去买药，还有一些农民认为自己能扛过去，不用花钱去治，几乎没有人会到乡镇卫生院或县城医院去看这些“小病”。有些得慢性病的，只要稍控制住病情，就不吃药了。另外，“见效快”且价格合理的药，在许多农民眼里就是好药，毒副作用不在他们考虑之列，用药安全存在很大风险。

3、农村医院格局亟需打破

许多农村地区一个县只有一两家综合性医院，这些医院处于完全垄断的地位，其服务和价格就可想而知了。长期以来的计划体制医疗治理制度造成了国营农村医院格局的垄断，难以与当下实行的农村合作医疗制度相适应，这些国营医院的人员负担重、运行成本高、效率低下，应引入竞争机制，鼓励民营医院进入农村医疗市场。

4、农村医疗人才匮乏，医疗水平不高

农村卫生队伍人员素质参差不齐，庸医多、名医少。乡村医务人员素质普遍不高，乡镇医院年老的多为赤脚医生，虽有

一定的临床经验但学历低，理论水平不高；年轻的多是中专卫校毕业，缺少临床经验，除能治疗简单的伤风感冒、跌打损伤之外，其余的病多半束手无策。由以上对于我国农村医疗卫生方面各种问题的讨论可以看出，要想改革和完善农民的医疗条件，我们还有很长的路要走。由我国近些年在医疗卫生方面的实践和尝试可以看出，实行新型农村合作医疗是解决农民看病难问题切实可行的好办法。我国需要继续推进新型农村合作医疗体制改革，并各方面支持和配合这一政策的顺利实施。

乡镇卫生院是我国农村医疗卫生工作的中坚力量，在农村卫生服务中处于中心环节和关键地位，担负着本乡镇的预防保健、疾病诊疗和卫生行政事务管理等重要任务。建议政府加大对乡镇卫生院特别是对其基础设施和医疗设备的投入，建立农村卫生事业发展基金，用于对乡村医生进行技能培训和特困群众进行医疗救助。

2、大力加强医疗队伍建设，提高乡镇医疗技术水平

由于经济待遇及某些观念的影响，许多大学生及技术骨干不愿到乡镇工作，尤其是边远乡镇，当地人们的健康全靠几个水平不高且条件艰苦的赤脚医生。针对这个问题，提出以下建议：鼓励应届大学毕业生到基层服务；加强医务人员的临床进修及在职培训，对所有医务人员进行轮训，不断更新知识，解决老化知识，同时重点选派技术苗子和业务骨干到上级医疗单位进行有针对性的使用培训，为乡镇打造一批技术骨干；建立健全农村扶贫和对口支援制度，开展县级医疗机构对口支持乡镇卫生院的的活动，建立下乡巡回医疗服务制度；鼓励退休技术骨干到农村发挥余热，当好技术带头人；加大对乡村医务人员的准入及管理，对不合格人员坚决予以取消行医资格。通过这个措施，不断提高乡镇医务人员的专业技术和职业道德，实实在在为农村培养“留得住，用得上”的专业技术人才。

3、做好农村的医疗宣传工作，校正农民对疾病不正确的观念。

部分农民对自己的疾病不注意，觉得“没什么大不了的，自己身体素质好，能扛过去”，结果往往延误了最佳治疗时间导致病情的恶化。因此建议乡镇卫生院建立专门的农村医疗宣传小组，定期对农民进行疾病诊疗的宣传，增强农民的医疗保健意识，并督促少数病情可能恶化的患者进行定期检查。

4、完善我国新型农村合作医疗制度

近年来我国在农村医疗卫生方面的改革经验证明，新型农村合作医疗制度是改善农民医疗条件的可行措施。要完善这一制度，就要尽快把新型农村合作医疗制度纳入立法体系，既利于维护其稳定性和长期有效性，又可以增强强制执行力；加大财政投入力度，拓宽筹资渠道；加大对医疗保险基金管理和监督力度；合理分配医疗卫生资源，搞好农村基础医疗设施建设；对医疗服务机构、患者的行为进行有效的监管，促使医院合理行医，病人合理看病吃药。

制，规范医疗秩序，满足广大农民的迫切要求，改变农民看病难、看病贵的现状。建立农民基本医疗保险制度要坚持国家支持的原则，从农村实际出发，因地制宜，以保障农民基本医疗为目标。以制度建设为核心，与农村医疗保障服务网络建设相配套。农民在基本医疗保险与农民个人投入、农村社区经济、企业、慈善机构、外资机构等方面的捐助相结合，采取得力措施，加快建设步伐，争取到本世纪中叶，实现农村卫生服务体系与城市的接轨，最终建立起城乡一体化的医疗保障体系。

卫生院医疗安全 农村医疗卫生工作汇报财政篇二

为贯彻落实国家卫生健康委员会办公厅、公安部办公厅《关于开展医疗机构安全风险排查整改工作的通知》（国卫办医函〔2020〕602号）文件精神，切实加强突发事件风险隐患排查

工作, 确保事故隐患的及时排查和整改, 有效预防和减少突发事件的发生, 保障人民群众的生命财产安全, 清除安全隐患, 有效预防和减少安全事故的发生, 县卫生健康局、县公安局联合对县医疗机构开展全面的安全风险排查, 通过排查, 落实整改, 有效提高了医疗机构职工的突发事件风险隐患意识, 安全隐患得到了有效的排查和整治, 现将有关工作情况报告如下: 一、基本情况 (一) 安全防范制度建设情况 1. 健全安全管理体系, 明确职责, 责任到人。

县各医疗机构制定了医疗质量及安全管理方案与考核标准, 健全完善了各项医疗管理制度职责。医疗质量管理按照管理方案和考核标准的要求, 定期深入科室进行监督检查。督促核心制度的落实, 检查结果以质量分的形式与医院绩效考核方案挂钩, 有效地促进了医疗质量和医疗安全管理的持续改进。

县各医疗机构制定医疗风险防范措施、医疗安全与医疗风险管理体系和相关工作制度、工作流程。加强对药品、医疗器械临床应用监管, 做好药械不良事件报告和处置工作。并加强医务人员医学伦理教育和增强法律观念的培训。

县各医疗机构通过召开职工大会的形式, 对全员进行质量安全教育, 并与各科室有关人员签定安全责任书。加强了法律、法规及规章制度的培训和考核。举办了“医疗质量安全”等培训。加强三基、三严的培训与考核。

县各医疗机构在外墙设立突发事件风险隐患防范知识宣传栏20余个, 在安全出口、疏散通道、消防车通道、应急通道等处张贴消防防火标志60余张, 让医疗机构干部职工和群众能在紧急情况下, 及时、明确、通畅有序疏散人群。进行应急演练, 提高了医疗机构职工对消防器材(如应急照明、消防栓、灭火器等)的使用及实操能力。

(二) 涉医矛盾纠纷排查和化解情况 1. 落实医疗安全监管职

责。

县各医疗机构明确医疗安全岗位职责，建立医疗安全责任追究机制。建立重大医疗纠纷预管机制，制定突发纠纷事件等的应急处置预案及时有效处置医疗纠纷。加强了内部治安防范。

（1）医疗业务方面的风险隐患。

医疗机构医务人员在诊疗过程中，无论是医疗技术、医疗质量、医患沟通等都是易引发医患纠纷的原因。医疗机构医疗质量安全管理小组定期对医务人员业务培训，使医疗机构进一步完善临床诊疗技术规范，规范医务人员的诊疗行为，认真落实病情告知制度，采取适宜技术，避免过度治疗、过度检查，畅通医患沟通渠道，保证医疗质量，提高患者对医院的满意度，努力减少医疗医患矛盾和纠纷。

（2）药品方面的风险隐患。

药品是群众诊疗中重要的治疗手段，易引发医患纠纷的重要方面。对此医疗机构结合实际情况，组织制定了《医院抗菌药物临床应用专项整治活动实施方案》，就合理使用抗生素以及优先使用国家基本药物进行了专题培训和考核，确保抗生素的合理使用以及优先使用国家基本药物。严格执行《处方管理方法》，通过定期抽查处方和住院病历进行处方点评，对不合格的处方和病历，按照医院的相关规章制度对当事医务人员进行相应的处罚。加大了对处方和医嘱用药管理，保证合理用药，安全用药，减少诊疗过程中可能存在医疗事故风险隐患。

（3）医疗服务方面的风险隐患。

开设急诊病人绿色通道，实行24小时急诊服务和检查结果限时报告制，门诊实行导医导诊服务，确保患者就医有序、方便、

快捷。

（4）开展排查，摸排线索。

通过日常检查、接收群众情况反映、接受医疗机构职工举报等多渠道摸排问题线索情况，暂时尚未发现涉黑涉恶等相关问题线索。

（三）安全防范系统建设情况1. 医疗机构自行开展专项检查，成立消防安全巡查小组。建立定时巡查和定期防火检查制度，结合各项专项隐患防范措施，突出对医疗机构部门的新装修、翻新、扩建、重点部位(如氧房、电房、仓库等危险地方)进行了全面排查整治，对压力容器管道、锅炉、特种设备、电梯、车辆等生产设备均要求岗位人员持证上岗，定期定时检查，落实责任，对查处存在的问题，盯住不放，一抓到底，始终保持“及时排查、有效预防”的高压态势。

2. 对易燃易爆物品、医用放射性物质、有毒生物制剂等危险物质制定了相关管理制度及意外事件应急预案，并组织相关人员进行培训教育，落实责任。使一旦发生突发事件和灾害事故时，能及时开展救援工作。

并在重要部门(如保安室、急诊、住院病房等)配备防护设备。

目前未发现医疗机构周边存在乱点整治情况。

（一）目前有部份医疗机构科室人员对突发事件风险认识不够，在学习、培训、演练等环节中不够积极主动。

（二）有关处理突发事件的制度、措施、物资的配备还不够完善、充足。

（三）部分医疗机构监控设备、防爆装备、在建工地管理、疫情防控措施等工作中存在的问题。

（一）坚持目标管理考评制度。县各医疗机构定期开展质量管理与改进的专题考评会，分别对医疗、护理、医技、院感、门急诊、药事、行政后勤及患者满意度等进行考评，不断完善和落实各项管理制度，持续改进医疗质量，保障医疗安全。

（二）进一步加强质量安全教育，提高医务人员的安全、质量意识。医疗机构医务人员普遍存在重视专业知识而轻视质量管理知识的学习，质量管理知识缺乏，质量意识不强，这样就不能自觉地、主动地将质量要求应用与日常医疗工作中，就很难保证质量目标的实现。加强医务人员的质量管理基本知识的学习，提高医务人员的质量意识、安全意识与防范意识。

（三）加大监督检查力度，保证核心制度的落实。

1. 要加强三基训练与考核，要不断完善考核办法，严肃考核纪律，注重考核的实效，不能流于形式。

2. 进一步加强医院感染的监控。

严格执行各项医院感染管理制度，要将工作做细，不能应付。要进一步加大医疗机构感染知识的培训和宣传力度，让每个医务人员都要认识到医院感染控制的重要性，自觉遵守无菌操作技术，做好个人控制环节。

3. 根据实际情况，定期检查物资的配备情况，合理分配物质；

严格按照中央、省、市、县疫情防控要求规范管理；

严格规范在建工地住建和职业健康方面的管理。

在后期的工作中，县卫生健康局和县公安局将联合进一步提高县各医疗机构突发事件风险防范意识，完善相关管理制度和各种配套设施，加强医疗机构相关人员培训力度，严把好

各个关口，确保各项措施落到实处，从源头上抓起，从制度上落实，同时结合工作实际，积极思考，不断创新，努力探索新机制，不断推出新对策，逐步健全完善医院突发事件风险隐患管理的长效机制。

卫生院医疗安全 农村医疗卫生工作汇报财政篇三

x年省政府下达我市目标任务是解决19万农村人口的饮水不安全问题，其中x区万人□x区万人□x区万人。

- 2、供水量每人每天不低于40升；
- 3、供水的水源保证率不低于90%；
- 4、供水工程当年必须供水到户。

资金筹措原则上比照x年度筹措方式，各区做好足额落实配套资金工作，积极探索多层次、多渠道、多元化的投融资机制，大力推进农村饮水安全工程建设。

以各区x年度农村饮水安全工程建设实施方案（实用）批复为准。

农村饮水安全工程实行分级分部门负责制。市政府成立农村饮水安全工程规划和建设领导小组，协调解决工程建设中的重大问题。领导小组办公室设在市水务局，负责日常工作。各区政府是本工程的实施主体，负责本区域工程建设的组织实施、计划编制、资金筹措和建设管理。水务部门是农村饮水安全工程建设的主要责任单位，负责编制工程项目的实施方案（实用），组织和指导项目的建设及运行管理。发展改革部门负责会同最新部门，做好农村饮水安全工程项目审批、计划下达等工作。财政部门负责筹措配套资金，并加强对资金使用的监管□^v^门负责宣传、普及饮水安全知识、对农村

饮水安全工程定期进行水质检测、监测；环境保护部门加强对农村饮用水水源的环境监管及水质监测。物价部门会同水利部门和用水户代表核定合理的供水价格，部门协调解决工程建设用地。

工程建设按照项目建设六制要求组织实施，明确项目法人和建设单位，对设计、施工队伍和工程监理的选择，要制定严格的管理办法，按工程建设要求实行合同管理。对通过市场化运作，由企业和个人投资兴建或改建的水厂，要明晰产权，谁投资建设，谁负责管理。

工程开工建设前，要利用适当形式公布工程建设内容、供水人口、投资预算、筹资办法、责任人名单等，接受社会监督。

项目竣工后，各区要按照《广东省农村饮水安全工程验收办法》的要求，及时整理资料，进行区级自验。自验要有受益群众和监督单位代表、建设单位和水务部门负责人参加并签字。在自验合格的基础上，向市水务局提出市级验收申请；市水务局会同市发改委、财政局等最新部门进行市级验收；市水务局根据验收情况，适时向省水利厅报请省级抽验。验收合格的工程随即公示；验收不合格的工程，要立即整改，对整改后仍不合格的，按照建设合同和建设管理的最新规定严肃处理。各区要建立健全工程档案，建成的工程要设立标志和管道安全标志，标明工程名称、建设时间、投入资金、受益范围、施工单位、监督单位、主管部门及负责人等。

1、落实管护主体

区、乡（镇）政府是农村饮水安全工程运行管理责任主体，负责制定和落实好本辖区内农村饮水安全工程运行管理办法。在工程建设之前，必须先明确管理体制和管理人员，在充分尊重受益群众意见的基础上，制定工程管理办法，确保工程良性运行。按照有利于群众使用、有利于工程可持续利用的原则，明晰工程所有权，放开搞活经营管理。农村饮水安全

工程可实行所有权和经营权分离。在经营管理上，采取灵活多样的方式，可以由用水合作组织自己管理，也可以实行承包、租赁、拍卖使用权等办法进行管理。根据不同的工程类型和规模，经营方式逐步向集中管理、公司化运营方向发展。

以国家投资为主、结合群众筹资投劳兴建的跨乡镇的规模较大的集中供水工程，由区级水行政主管部门或乡镇水利站负责管理，也可委托有资质的专业管理单位负责管理，还可通过租赁、承包和产权转让等多种形式进行管理、运行和维护，实行企业管理、独立经营、单独核算、自负盈亏，形成以水养水良性循环的运行机制。

以国家投资为主兴建的规模较小的跨村或单村供水工程，可组建用水户协会行使 业主职能。单村供水工程也可经2/3以上用水户同意由村委会行使 业主职能。工程的运行维护和经营管理可由用水户协会或村委会直接负责；也可经2/3以上用水户同意，通过公开竞标、竞争性谈判等方式，承包给有资质的专业管理单位或具备相应管理能力、掌握供水技术、讲诚信的个体户经营，并签订合同，明确用水户协会（村委会）和经营者的权责与收益分配等；联户建设的小型供水工程，实行自建、自有、自管、自用的管理体制。

以民营资金投入为主、国家补助为辅，采取bot方式融资兴建的供水工程，按照事前签订的合同，在规定期限内，由民营投资者经营管理。

由政府授予特许经营权、以私人投资为主或股份制形式修建的供水工程由业主负责管理。

2、强化行业监管

农村饮水工程具有社会公益性质，应接受水行政主管部门的管理，不得改变工程用途，在拍卖、转让时要经过当地水行政主管部门同意。由个人为主投资兴建的水厂，要通过与政

府签订合同明确权利与责任，对社会公益事业承担义务。对国家投资或国家参与投资建设的饮水工程，拍卖、转让、租赁或承包必须公开、透明，国家投资部分的收益应专户储存，专项用于农村饮水工程的建设和管理，或补偿供水工程的政策性亏损。实行承包、租赁等方式经营管理的，要规范程序，依法签订合同，按合同办事。工程管理委员会、用水合作组织、业主、供水单位接受水务、卫生、物价、审计等部门的监督检查，建立定期和不定期报告制度，接受用水户和社会的监督、质询和评议。

供水单位要建立健全内部管理制度，规范管理行为，确保安全生产和正常供水，不断提高管理水平和服务质量。要按照市场经济规律，采取灵活多样的分配办法，把职工收入与岗位责任和工作绩效紧密联系起来。

3、合理制定水价

建立有偿供水制度，按照保本微利的原则，形成以水养水的新机制。农村饮水安全工程的供水价格，纳入水利工程供水价格管理范畴。各区水务部门要与物价部门、受益群众一起，按照省水利厅《转发x省人民政府办公厅最新对农村饮水安全工程和农村卫生服务体系建设的最新收费比照实行扶持政策的通知》精神及电价等优惠政策，并根据工程运行、维修、养护、折旧、人员工资和群众承受能力，制定合理的供水水价。

对于经济困难的农村居民用水，可暂按运行成本水价收费，有条件的地方应按全成本水价收费。因工程规模过小、群众承受能力有限等原因，成本水价一时不能到位的，应确保运行费和维修费。有一定收益的乡镇供水工程，其水价核定依据国家水价政策，做到回收成本和实现盈利，同时兼顾农民群众的实际承受能力，对农民生活用水给予优惠。对于二、三产业和乡镇机关等单位，按照补偿成本、合理收益、优质优价、公平负担的原则，合理确定供水价格。

4、规范水费收缴

水费由供水管理机构或由其委托的单位、个人计收，使用水费专用票据。用水单位和个人应按照规定计量标准和供水价格按时交纳水费。逾期不交的，供水管理机构有权按合同约定加收滞纳金等方式进行处理。供水单位要定期向群众公布水价、水量、水质、水费收支情况，确保群众吃上放心水、明白水、安全水。

5、实施优惠政策

规模较大的水厂建设用地作为公益性项目建设用地，统一纳入当地年度建设用地计划；规模较小的水厂用地仍属农业用地性质，由乡镇和村自行调剂解决。落实省物价局、水利厅《最新明确农村饮水安全工程运行电价的通知》精神，规划范围内农村饮水安全工程运行用电执行农业生产用电价格。最新税费按照国家规定实行政策优惠。

卫生院医疗安全 农村医疗卫生工作汇报财政篇四

新型农村合作医疗制度作为一项代表最广大农民利益的“民心工程”和“德政工程”，将会从根本上解决农民看病难、看大病更难以及因病致贫、因病返贫的问题，早日实现“人人享有初级卫生保健”的目标。xxx人民医院作为农村合作医疗定点医院，在市、县卫生行政部门的领导下，加强组织领导，强化内部质量管理，严格执行关于合作医疗定点医疗机构的有关规章制度和各项标准，努力为广大参保农民提供优质的医疗服务。

按照市、县卫生局的安排，我院及时成立了合作医疗办公室，由一名业务副院长具体负责，办公室由二名同志组成，职能明确，职责落实。随着合作医疗业务的逐步扩大，我们将及时增加办公室人员，以保证合作医疗的正常开展和有序进行。建立健全了我院的合作医疗服务管理制度，诊疗项目、服务

设施项目、用药范围、收费标准三公开。对医护人员、有关的财务人员进行了合作医疗有关政策规定的学习和宣传，使有关人员能够正确理解执行上级各项决议、文件、合作医疗实施办法以及其它相关规定，能够随时积极配合合作医疗机构的检查。

医院将“合作医疗住院病种住院目录”印发至各临床科室，要求各位临床医师严格按照住院收治标准收治病人，对于病种目录之外又确需住院治疗的病人，应及时通知院合作医疗办公室按照规定办理报批手续。多年来，我们始终坚持首诊医师负责制，各科室及各临床医师决不允许推诿危重病病人。加入农村合作医疗定点医院后，我们将严格按照规定，决不会将不符合住院条件的参保人收入住院，不得冒名住院或挂名住院。同时也决不能对参保人分解住院或对不应该出院的病人诱导、强制出院，根据病情需要，病人确需转诊时，应按照相关条件，填写转诊书，手续完备，严格控制转诊率在2%以下。不断提高医疗质量，努力确保出、入院诊断符合率在95%以上，并控制因同一疾病二次住院在15天以上。

严格执行合作医疗的药品、诊疗项目以及服务设施使用范围的有关规定。严格执行国家和省级物价部门的物价政策，确保向参保人员提供的药品中无假药、劣药；对于报销范围内的同类药品有若干选择时，在质量标准相同的情况下，选择疗效好、价格低的品种。门诊病人取药时按照急性疾病3天量，慢性疾病7天量的原则给药。严格掌握各类特殊诊疗及药品使用的适应症和指征，决不诱导或强制病人接受特殊项目或使用自费药品。实际使用的诊疗项目或药品应与记录相符，决不能将合作医疗支付范围外的项目变通记录为全额支付的项目。出院带药应符合有关规定和标准，并记录在病历中。为确保合作医疗费用的合理有效使用，避免不必要的特殊检查，努力使大型仪器设备检查阳性率达到二级甲等医院的标准要求。

严格执行山东省物价部门颁布的医疗服务项目收费标准，按

标准收费，并按有关结算规定进行结算。决不超范围、变通、重复、分解收费。各类收费项目的记录应与实际相符，保存原始单据以备复查和检查。凡自费项目需单独收费，并做好特殊标记。及时准确填写各类医疗费用结算的合作医疗统计表。

对于符合统筹金支付范围内的特殊疾病病人，建立单独的特殊疾病门诊治疗病历，由合作医疗办公室统一保管。规范使用双处方和记帐单，字迹清楚，易于辨认，以便复查和检查。

成为合作医疗定点医院后，我们将进一步改善服务态度，提高服务质量和技术水平，为参保人员提供物有所值的服务，确保让病人满意，同时力争将医疗纠纷和医疗投诉降到最低限度。为确保广大参保人员的利益，我们绝不将合作医疗参保人员的人均住院日和人均床日费指标分解到各科室，不得缩短人均住院日，减少床日费用而克扣病人，导致医疗服务质量下降。不断增强服务意识，提高服务质量，严格按照医疗护理基本操作规程和规范进行医疗活动，避免严重差错和医疗事故的发生。

建立健全合作医疗文书、资料管理制度，单独管理以便查找，保管期限在两年以上。医疗文书书写应按照卫生部关于医疗文书书写的有关规定执行。要求真实、完整、有序、易于查找、核实。不得伪造、涂改医疗文书、不得拆散分装病历。医疗资料统一在病案室分别管理，以备查找、检查。

总之，为确保广大参保农民享受较好的基本医疗服务，我院将按照《xx市新型农村合作医疗制度暂行规定》和《xx市新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法（试行）》的有关规定，做好定点医疗机构的管理。对内进一步强化质量管理，提高服务意识和服务水平，加强医德医风建设，真正做到“以病人为中心，以质量为核心”，完满完成参保农民的医疗服务。

卫生院医疗安全 农村医疗卫生工作汇报财政篇五

作会议情况

（一）全面加强农村公共卫生服务工作，让广大农民尽量少生病

1、扎实做好农民健康体检工作。根据省政府《关于加强农村公共卫生工作的实施意见》（以下简称省《实施意见》）要求，建立农民健康体检专项资金，按参加新型农村合作医疗的农民人数每人每年10元的标准由县（市）、区政府安排专项资金，其中市财政补助每人每年2元（我市该项政策已在省农村卫生工作会议前落实）。农民健康体检工作由乡镇卫生院设立常年体检门诊点，让参保农民免费享受每两年一次的健康体检，建立农户家庭健康档案，实行动态管理和跟踪服务。

2、切实加强农村疾病预防控制和妇幼保健工作。根据国家和省的有关文件精神，进一步明确重大疾病防治专项经费，列入市、县两级每年经常性财政预算支出，有效落实肺结核、艾滋病和血吸虫病免费查治等政策。进一步健全农村，尤其是乡镇、村两级的重大传染病疫情监控、报告和管理体系，健全“早发现、早诊断、早治疗”的防治机制。建立流动人口中儿童和孕产妇居住地管理制度，加强流动人口计划免疫和妇幼保健工作。

3、建立健全基层卫生监督执法体系。根据省《实施意见》要求，由县级政府安排农村卫生监督网络建设经费，坚持“划片设置、垂直管理”的原则，按照“监督全面，执法有效”的要求，到2007年底基本完成县级卫生监督派出机构的设置工作，原则上每2—4个乡镇或6—12万人口设置一个派出机构。加强农村食品、饮用水卫生安全、企业职工卫生防护、学校卫生等的指导和管理，增强突发公共卫生事件应急处置能力，提高农村卫生安全保障水平。

4、大力开展农村爱国卫生运动。健全各级爱国卫生组织，保证爱卫工作经费，充分发挥爱卫组织的组织、协调职能，广泛开展农民健康教育与促进工作，加大改水改厕和除四害力度，协同有关部门深入实施农村环境综合整治，建立长效管理机制，改善农村居民生活环境，提高健康水平。

（二）大力推进农村卫生服务体系建设，让广大农民有地方看病

1、切实理顺农村卫生管理体制。根据省《实施意见》精神，明确以县为主，县、乡、村分级负责的农村卫生管理体制。县级政府对农村卫生工作承担全面责任，成立由政府领导负责，各有关部门参加的农村卫生工作领导协调小组，负责组织、协调、督查农村卫生工作的开展。明确乡镇政府的公共卫生管理和领导职能，成立相应组织机构，确定一位领导分管卫生工作，设立乡镇公共卫生管理员，负责落实辖区公共卫生服务工作。村级自治组织建立村级公共卫生联络员制度，协调做好本村范围内的公共卫生管理工作。

2、加快建立新型农村社区卫生服务体系。健全以县级医疗预防保健机构为指导，乡镇卫生院（社区卫生服务中心，下同）为枢纽，村卫生室（社区卫生服务站，下同）为基础的农村三级医疗预防保健网络。村卫生室是农村卫生服务的网底，根据省《实施意见》有关“村卫生室由村民委员会举办，可采取乡镇卫生院派出服务、乡村联办或其他多种形式承办，实行乡村一体化化管理”的规定，结合宁波实际，抓紧探索研究村卫生室的举办主体、承办形式和管理体制等。明确乡镇、村级卫生服务机构的功能定位和发展方向，建立和推广农村社区责任医生制，按照“责任分区、团队协作、综合服务”的原则，组建农村片区责任医生组，明确职责任务，使每个农村家庭都有自己的农村社区责任医生，每个农民都能享受到基本医疗、预防、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等农村社区卫生服务。

政府制定农村公共卫生服务项目管理指导意见，县（市）、区制订考核办法，对乡镇、村卫生机构提供的公共卫生服务实施项目管理和目标考核，根据考核结果，量化拨付每年每服务人口15元的农村公共卫生服务专项资金。

（三）巩固完善农民基本医疗保障体系建设，让农民看得起病（略）

二、新型农村合作医疗工作开展情况

我市自2003年开

始建立新型农村合作医疗制度以来，开局良好、进展顺利，取得了阶段性成效。截止今年6月底，全市10个县（市）、区及大榭开发区已全面推开，并陆续进入第二或第三个统筹年度。全市参保人数达348.6万人，占应参保人口的91.7。

（一）主要做法和成效

1、加强领导、精心实施、规范管理，初步建立了新型农村合作医疗的良性运行机制。首先，合理构建了“三位一体”的制度体系。两年来，我市“住院统筹、大病救助、农村社区卫生服务”三位一体的制度总体框架得到初步建立，“保障、救助、服务”相互促进、互为补充的服务机制逐步形成，新型合作医疗的保障范围和能力进一步增强。二是建立健全了组织机构。市、县两级政府成立了新型农村合作医疗协调管理组织和经办机构，配置事业编制人员28人，编外人员27人，各乡镇也成立了相应组织，为新型农村合作医疗制度的发展提供了组织保证。三是因地制宜探索了不同的管理模式。除卫生管理为主外，鄞州区积极探索了由劳动和社会保障部门管理运作的模式，宁海县和北仑区尝试了商业保险公司参与的管理运作模式等。这些地方在新型农村合作医疗管理体制方面的有益探索，提供了许多有价值的经验。四是较好地保持了制度的稳定性和延续性。从两个统筹年度来看，农民筹

资水平和政府资助基本保持不变或略有提高，农民的补偿水平有所提高，信任度逐步增强，参保积极性得到维护，筹资难度一定程度下降，参保率从去年的76.6提高到今年的91.7。五是切实加强了基金的筹集、使用和管理。广大基层组织和干部承担了组织发动、经费收缴等大量基础性工作，各级财政按时足额拨付政府资助资金，确保了新型农村合作医疗基金的到位。截止今年6月底，累计统筹基金4.05亿，人均年度筹资约80元。其中各级财政2.41亿，人均资助约50元。个人（包括集体扶持）1.64亿，人均筹资约30元。各级经办机构规范定点医疗机构管理，严格医药费用审核，杜绝不合理支出。人均医药费用从去年的6920元降到今年的6703元，有效费用控制在85左右。各地制定了基金财务管理办法，设立了基金财政专户，实行收支两条线管理，财政、审计等部门加强了基金的绩效评估和专项审计。到目前为止，已有7个县（市）、区开展了专项的基金审计工作，未发现财务违纪违法事件，确保了基金的安全，让广大农民放心。

2、住院统筹、医疗救助、农村社区卫生服务，一定程度缓解了农民的因病致贫问题。我市“住院统筹、医疗救助、农村社区卫生服务”三位一体的制度体系初见成效，广大农民普遍得益，受益率从单纯的住院统筹3-4提高到20左右。一是住院统筹，对参保人员住院医疗费用实施补偿，截止今年6月底，累计全市住院结报142082人次，补偿金额25214.5万元，人均补偿1775元，平均补偿水平为25左右。二是医疗救助，对农村五保、低保等困难对象实施医疗救助，截止今年6月底，医疗救助6020人次，救助金额1220.1万元，人均救助2027元。三是农村社区卫生服务，各地将新型农村合作医疗与农村社区卫生服务有机结合，建立了多种小病受惠机制。如宁海的乡镇卫生院门诊受惠模式，**农村社区卫生服务站的“三免一减”做法，**、**推行的联村责任医生制等。截止今年6月份，全市小病门诊受惠43.3万人次，受惠金额818.2万元，人均受惠约18.9元。特殊疾病门诊补偿1363人次，补偿金额116.8万元，人均补偿约857元。全市2004年享受健康体检50.7万人次。这些地方农村社区卫生服务的开展，小病受

惠机制的建立，使农民普遍享受到门诊优惠、健康体检、家庭保健、慢病随访管理等服务，扩大了制度的受益面，增强了制度的普惠性，得到农民的普遍欢迎。

3、农民欢迎、干部拥护、社会支持，较好地营造了新型农村合作医疗可持续发展的社会氛围。随着新型农村合作医疗制度的全面推开和实施，广大农民对新型农村合作医疗制度普遍给予了认同和欢迎。从我们跟宁波大学医学院开展地实地进村入户调查来看，概括起来有这么几种代表性呼声。一是一要求制度持续办下去的呼声。有75.6的农民对制度表示满意，有93.7的农民认为有必要实行合作医疗，有89.5的农民连续两年参加了合作医疗，有86.9的农民表示以后愿意继续参加。拿一位农民的话说，这是记忆中最深的、继农村推行家庭联产承包责任制以来，党和政府又为农民办的一件大好事，希望能够持续的办下去。二是一要求制度逐步完善的呼声。集中在三个方面：有47.8的农民认为目前补偿水平偏低，有63.2的农民希望个人缴费适度增加，政府资助稳步提高，保障能力相应提高；有72.3的农民希望门诊得到一定补偿，增加受益面；有91.2的农民希望结报手续进一步简化，医疗费用得到进一步控制。三是认为制度没有吸引力的负面声音。对去年参加而今年未参加的原因调查中，60.0的农民认为合作医疗费用补偿比例太低，对未参加合作医疗农民的原因调查中，32.4的农民认为医药费用补偿比例太低，52.9的农民认为合作医疗保障范围太窄，说明部分农民不愿意参加的主要原因是现有的新型农村合作医疗保障程度比较低，从全市来看，这一人群占了10—20左右。同时，在我们走访过程中，广大基层干部也普遍反映，第二年的筹资难度有较明显下降，他们说，在目前农村群众“看病难、看病贵”问题较为突出的情况下，党和政府想农民所想，急农民所急，建立和实施新型农村合作医疗制度，深受广大农民拥护，促进了党群干群关系，提升了政府形象。各级人大、政协及残联、慈善、老龄委等社会团体对新型农村合作医疗制度也给予了高度的关注和充分的肯定，提出了许多宝贵的意见和建议。这些都充分说明建立和发展新型农村合作医疗制度有着广泛的群众基

础和良好的社会氛围。

（二）主要困难问题

1、制度层面。一是个别县（市）、区和乡镇两级财政压力较大，个人缴费相对偏低，一定程度存在由村集体和企业为农民部分垫资缴费现象。二是基金运行不够平稳，由于制度刚刚起步，基金测算缺乏现成的经验等原因，资金沉淀或超支过多。三是医疗补偿流向不尽合理，由于补偿比例设置随着医药费用的增加而提高，经济条件相对较好的群体医药费用相对较高，而家庭困难的病人由于自负部分难以承受，医药费用相对较低，造成基金实际补偿过多地流向经济相对较好的群体，使可能因病致贫的农民受益的份额相对较小，一定程度影响了制度的公平性。四是保障能力较弱，受基金总量限制，目前新型农村合作医疗基金主要限于住院补偿，平均补偿水平仅在25左右，住院统筹平均受益率仅为3-4，尚无法有效解决农民的基本医疗保障问题。

2、管理层面：一是筹资机制相对落后，目前新型农村合作医疗的个人出资收缴工作，基本依靠乡镇、村（社区）干部分片包干上门收缴，尚缺乏好的机制，牵制了基层政府和村（社区）组织大量的时间、人力等。二是经办机构力量薄弱，目前全市新型农村合作医疗覆盖人口近350万，专职管理人员不到30人，经办机构管理力量明显薄弱，有三个地方尚未落实人员编制。三是基金管理尚需加强，信息化建设程度不一，大量工作无偿依托医疗机构和基层乡镇的干部职工兼职完成，无法专业操作，存在基金审核、补偿和监管的薄弱环节，影响制度的正常运行和规范发展。四是医疗服务有待规范，尤其是大型医疗机构在参保病人的费用控制、结报资料提供等方面尚存在缺陷，与县级经办机构协调不够，给参保病人结报等带来不便。

5、42.0，不合理的就医结构对基金支出造成很大压力。

（三）下步工作重点

1、全面建立小病受惠机制。实践证明，建立小病受惠机制是扩大农民受益面，提高农民参保积极性，解决筹资难问题，促进新型农村合作医疗健康持续发展的有效措施。我们将在总结各地小病受惠做法的基础上，结合农村社区卫生服务，重点研究制定既有利于扩大参保农民受益面，又能促进基层医疗资源有效利用的科学的门诊受惠办法，全面建立小病受惠机制。同时充分利用现有农村医疗卫生资源，加强农村社区卫生服务体系的建设，全面推广农村社区责任医生制，对重点慢病患者、60岁以上老人等特殊对象建立健康档案，并实行动态管理。

2、逐步增强制度保障能力。建立各级财政对新型农村合作医疗资金投入的动态增长机制，从2006年起，各级财政每年补助提高比例不低于10。在保持制度稳定性和充分考虑农民对制度的认同及参与程度的基础上，间隔一定年限对个人筹资标准作适当调整，来逐步增强基金实力，提高保障能力。

3、积极探索长效筹资机制。随着制度的深入实施，在依靠基层干部分片包干上门收缴个人出资的同时，有条件的地方先行开展试点，探索依托乡镇社会保障中心（便民服务中心）或农村社区卫生服务机构，建立个人筹资收缴点，或在农民自愿前提下，委托农村信用合作社、农村水电费等收取单位代收，科学引导农民群众自愿缴费，逐步建立合理有效的农民个人筹资机制，减轻镇村干部上门收缴工作压力。

4、特别重视基金监管。严格执行基金财务制度和会计核算办法，设立基金财政专户，保证财政补助资金的足额及时到位，确保基金“钱帐分离、封闭运行”。采取措施通过稳妥调整，使统筹年度与财政预算年度一致。各级财政、审计和卫生等部门按各自职责切实承担基金监管责任，定期开展基金专项检查 and 审计工作。县级经办机构必须配备专职财会人员，成立基金稽查组织，加强定点医疗机构审核结报监管。各行政

村定期在村务公开栏中公布新型农村合作医疗支付情况。统筹年度末各地基金使用情况在媒体上公开，接受群众监督。

5、科学规范管理运行机制。逐步实现现有多种管理模式的相对统一，合理归并为1-2种，现阶段坚持卫生部门管理运作为主，支持有条件的地方向劳动保障部门过渡。同时针对当前各地新型农村合作医疗不同的制度和方案设计，积极引导和规范，逐步实现相对统一和有效融合。在管理模式、制度设计和实践相对成熟时，建议酝酿制订相关的地方性法规，实施依法管理。

6、切实加强经办机构建设。保证新型农村合作医疗县级经办机构、人员和经费到位，同时加强乡镇相关组织建设，建立村级新型农村合作医疗联络员制度，形成三级组织网络，确保工作需要。加强各地新型农村合作医疗信息化建设，统一使用省版软件，实现网络互联，实时审核、当场结报，更加有效地实施基金监管和数据的分析决策，在此基础上建立全市统一的信息交互平台，实现信息共享。

三、农村公共卫生体系建设情况

近年来，我市全面加强公共卫生体系建设，确定建设项目，加大资金投入，加强疾病预防控制和卫生监督执法体系建设。健全社区基层网络，巩固公共卫生体系网底，积极推进农村社区卫生服务工作。

（一）全面加强疾病控制和应急反应能力。全面启动实施公共卫生建设三年行动计划，2004年全市各地共投入资金6649万元用于疾控中心、卫生监督所和妇幼保健机构建设。全市突发公共卫生事件应急指挥、预防控制、医疗救治、监督执法和报告预警五大体系建设不断推进。公共卫生信息系统建设全面实施，乡镇以上医疗机构疫情网络直率达100%。重大传染病防治工作取得新的进展，免疫规划工作实现了信息化管理，五苗接种率达到95%以上，各类传染病的发病率继续

控制在历史最低水平。实验室能力和现场快速检测毒物分析能力明显增强，我市成为who流感监测点。应对突发公共卫生事件能力有了极大提高，2004年62起、2005年38起突发公共卫生事件均得到快速有效的处置。

（二）建立健全农村卫生监督体系。针对我市农村基层卫生监督工作相对薄弱，管理体制不顺等现象，经过深入调查研究，确定在乡镇划片设立县级卫生监督机构的分支机构，形成市、县（市）、区和乡镇三级卫生监督执法网络。2004年，我市镇海、江北、江东等地率先建立了垂直管理、规范化运转的农村基层卫生监督分所。目前，全市144个乡镇街道共设立卫生监督分所24个，占全市计划设置数的40%以上。全市新增卫生监督人员名额202名，其中正式编制161名，合同聘用41名。

（三）积极推进农村社区卫生服务。乡镇卫生院标准化建设全面实施，市财政每年划拨1000万，县（市）、区2：1配套，重点加强乡镇卫生院在防保、妇保、儿保等公共卫生服务能力方面的建设，扎实推进乡镇卫生院向社区卫生服务机构转型，2005年以乡镇为单位，农村社区卫生服务覆盖率达85%以上。积极推进农村社区责任医生制，农村社区卫生服务功能不断拓展。如**、**市充分整合乡镇卫生资源，深入社区、家庭开展健康教育、上门体检和慢病随访等服务。**市每年投入1000万，全面建设农村社区卫生服务机构，为新型农村合作医疗参加对象提供优惠服务。**区设立每人4元的巡回医疗基金，对边远山区、海岛群众开展巡回医疗服务。同时建立城市卫生人才支农机制，开展全科医学培训，提高农村社区医务人员的素质，目前已设立16个全科医学社区实践培训基地，累计完成全科医师护士转型培训1000余人次，乡村医生全科医学培训1500人次左右。

全省农村卫生工作会议的召开，给我市农村卫生工作带来了新的发展机遇，**作为经济先发地区，下一步将切实按照省委、省政府的统一部署和督查组的要求，结合我市实际，进

一步加大投入，创新发展机制，加快发展我市农村卫生事业，确保广大农民有地方看病、看得起病，做好预防少生病，努力实现干在实处、走在前列。