# 农村医保工作总结和计划(汇总33篇)

来源：网络 作者：落梅无痕 更新时间：2024-07-27

*农村医保工作总结和计划1>一、20xx年工作开展情况（一）精心组织，稳步推进居民医保工作。一是组织到位，全面部署参保缴费工作，确保工作平稳、有序开展；深层次、广角度、全方位开展宣传活动，引导居民积极参保，努力实现城乡居民基本医保全覆盖。二是...*

**农村医保工作总结和计划1**

>一、20xx年工作开展情况

（一）精心组织，稳步推进居民医保工作。一是组织到位，全面部署参保缴费工作，确保工作平稳、有序开展；深层次、广角度、全方位开展宣传活动，引导居民积极参保，努力实现城乡居民基本医保全覆盖。二是重落实，流程优化强对接，积极与区卫健、民政部门横向联系，确保数据准确无误，防止出现漏保、错保现象。三是通过集中培训与个别指导相结合的方式，及时对全区医保经办人开展城乡居民参保业务培训，进一步提高工作效率、提升服务水平。四是全面推行“网上办、现场办、暖心办”，尤其做好学生、老年人、特困群体、新生儿等特殊人群的参保工作，积极指导居民及时完成参保，确保做到应保尽保。

截至目前，全区居民参保共人，参保任务完成率，预计能够超额完成0人年度目标任务。

（二）创新方式，提高医疗救助工作成效。一是加强与住建、民政、医疗机构等单位沟通协调，运用大数据分析预警功能审查把关，提高申请救助对象信息核查的真实性和准确性。二是简化申请、审核、审批和发放流程，避免重复多次递交材料，及时完成救助资金发放，减轻申请家庭医疗支出负担。三是坚持应助尽助，加强监督检查，定期开展救助工作检查督促，发现问题限期整改到位。定期开展救助档案“回头看”工作，实时掌握救助台账、救助资金社会化发放情况。四是强化统筹推进，兜牢保障底线，将各项工作做实做细，做到见底见效全覆盖。目前全区共救助363人次，完成救助资金发放xxx万元。

（三）广泛宣传，加大基金监管力度。一是严厉打击欺诈骗保行为。结合新一轮深化“三个以案”警示教育，以太和县医疗机构骗保为镜鉴，开展1年区定点医药机构医保违法违规行为专项治理工作，目前已完成17家一级及以下定点医疗机构和323家定点零售药店的全覆盖检查。开展“双随机、一公开”检查工作，随机抽取并完成对32家定点医药机构的检查，对检查中发现存在问题的机构分别予以责令整改和报市医保中心给予扣减违规经费，共约谈和责令整改药店15家、医疗机构5家，退还本金并扣减五倍违规金额6家共计元。二是开展1年慢性病门诊违规行为专项治理工作，核查医疗机构17家，检查认定有超病情需要超量开药等违规行为医疗机构16家，合计违规情况条，违规金额元，有效规范了各医疗机构慢性病门诊开药行为。三是全面宣传贯彻医保《条例》。组织开展了以“宣传贯彻条例、加强基金监管”为主题的集中宣传月活动。线上线下同步宣传医保相关政策法规，利用微信公众号、公交车宣传栏、火车站和户外大屏等，集中展示打击欺诈骗保成果，扩大宣传面。

（四）发挥零售药店窗口作用，做好疫情防控工作。一是全面扎实做好“两节”期间及重点时段疫情防控工作，对辖区药店疫情防控工作全面督查，实行发热、咳嗽、腹泻类药处方管理和实名登记。二是推进做好定点零售药店疫苗接种工作，要求各零售药店组织员工及时接种和报送疫苗接种信息表，并做好向顾客的宣传工作。截至6月底，药店工作人员疫苗按“应接尽接”，接种率已达0%，目前正在推进加强针接种工作。

>二、存在的问题

（一）申请城乡医疗救助家庭财产、收入核查准确性有待提高。一是少数申请救助家庭存在故意隐瞒家庭真实财产和收入的现象。二是医疗救助申请家庭经济状况核对报告不够精准，目前我局对申请人的财产信息核对主要依据民政局对申请家庭进行的家庭经济状况核对报告，无法准确核实家庭安置房、存款、有价证券等真实财产收入情况。

（二）医保监督稽查力量较弱。区医保局承担全区一级及以下定点医药机构监督管理工作。随着医疗保险覆盖面的不断扩大，定点医药机构不断增加，医保监督管理工作任务日益繁重，每年仅打击欺诈骗保工作就需要对全区0多家监管对象开展全覆盖现场检查、日常检查、专项巡查等工作。且随着欺诈骗保行为更多的转向专业化、集团化、规模化、信息化、隐蔽化，调查取证更加困难，对监管队伍的专业性提出了更高要求。另外医保日常检查已纳入“双随机、一公开”管理，对现场监督检查工作提出了更加规范的要求。目前区医保局仅有在编人员4名，医保监督稽查力量严重不足。

>三、20xx年工作计划安排

（一）加强组织领导，确保完成2年参保任务。一是充分利用各种宣传方式，根据不同类型的参保群体制定有针对、有计划的宣传政策，加大宣传力度，营造良好的宣传氛围，提高居民医保政策的知晓度，调动居民的积极性和主动性。在参保期间做好居民医保参保组织实施工作，发挥各相关单位合力，确保做到应参尽参，不漏保，推动我区城乡居民医保参保工作平稳、有序开展。

（二）强化责任落实，做好城乡医疗救助工作。一是加强培训，采取集中培训与个别指导相结合的方式，对各街镇开发区、社区经办人员开展培训，全面提升业务水平。二是加强医疗救助工作效能建设，落实首问责任制、实施限时办结制、实施服务事项公开制、实行服务承诺制，健全服务机制、优化经办流程、规范服务行为，提高城乡医疗救助工作质效。

（三）加大监管力度，加固基金安全防线。严厉打击欺诈骗保行为，强化医保局、街道、社区“三级联动”，加强医保基金监管，重点打击定点医疗机构“三假”等严重欺诈骗保问题。进一步加强部门沟通、协作，构建医保、卫健、市监等部门联合监管工作机制，及时协调解决医保基金监管工作中的重大问题，实行联合惩戒，推动形成不敢骗、不能骗、不想骗的良好局面。

（四）加强培训指导，增强医保队伍整体素质。在做好对各街镇开发区、社区医保经办人员培训的同时，加强医保局队伍建设，落实每周进行两次政治和业务学习，不断提升工作能力，确保医疗保障工有序推进。

区医保局将紧紧围绕省第十一次党代会、市第十二次党代会、区第五次党代会提出的目标任务，真抓实干，努力实现打造“老工业基地产业转型示范区、老城区更新改造示范区，早日成为高质量发展‘千亿区’”目标而不懈奋斗。

**农村医保工作总结和计划2**

20xx年，市医保局坚持以党建为引领，加强医保服务能力建设，提高医保基金监管质量，深化医保待遇保障，加快构建现代化医保服务体系，更好为社会建设提供优质高效的医保服务，确保“十四五”开好局起好步。

>一、20xx年主要工作开展情况

（一）聚焦执行政治任务

一是紧抓20xx年城乡居民医保参保缴费。成立5个督查组开展督查，联合税务部门建立通报制度。对于进度快的通报表彰，对进度慢的，实行跟踪问效，约谈相关责任人，真正做到领导到位、责任到位、措施到位，确保目标任务实现。11月，我局作为典型在安庆市医保局参保缴费调度会上作经验交流。截止12月8日，我市医保参保人数为593670人，参保率，位列安庆市第一。

二是狠抓打击欺诈骗保。同市卫健委、市场监督管理局、等部门组建工作专班，形成监管合力；将2名业务骨干下沉基层，发挥“监管关口”、“核查探头”及“联系纽带”作用；遴选出10名群众代表，参与监管工作，监督基金使用，充实监管力量；印制4期《打击欺诈骗保专项工作简报》，构建“不敢骗、不能骗、不想骗”的监管新格局。

今年已对427家定点医药机构实行全覆盖式日常检查。9月份，安庆市医保局带领潜山市医保局对我市3家医疗机构开展交叉互查，2次聘请第三方专家开展了专项审查。11月份，省医保局通过“双随机、一公开”的方式对我市2家定点医疗机构进行了飞行检查。督导员组织召开2次监管会议，10名社会监督员已受聘上岗。今年通过巡查发现违规医药机构24家次，排查违规问题数129件，追回医保基金万元，行政处罚7万余元，约谈定点医疗机构负责人12家次，暂停医保服务协议机构3家，解除医保协议机构1家。

三是衔接乡村振兴。持续以高标准做好“基本医疗有保障”工作，确保基本医保“应保尽保”，待遇保障“应享尽享”，慢性病证“应办尽办”。目前，“351”累计兜底1379人次，医疗总费用万元，基本医疗支付万元，大病保险支付万元，医疗救助支付万元，兜底支付万元，实际报销比例。“180”待遇享受17687次，慢性病总费用万元，综合医保报销万元，“180”补充保障资金支付万元，慢性病门诊费用实际报销比例89%。

（二）大力夯实“三重保障”

一是基本医保保基本。20xx年我市城乡居民基本医疗保险参保618716人，个人缴费总额为万元。特殊群体，如新生儿可按规定办理“落地”参保手续。目前我市基本医保政策范围内住院费用报销比例稳定在75%左右，基本医保基金报销年度累计限额高达25万元。累计支付万元。

二是大病保险保减负。1-10月份，累计享受39757人次，基金累计支付万元，合规费用报销比例达61%。有力地减轻了大病、重病患者医疗负担。

三是医疗救助保底线。1-10月份，共资助困难群众万人参保，金额达万元；住院和门诊医疗直接救助万人次，医疗救助支出万元。

（三）强力营造学习环境和宣传氛围

一是党史学习教育走深走实。截止目前，已基本完成“我为群众办实事”清单10项内容，完成率100%。围绕老年、未成年人为主体的“一老一小”群体，上门受理、评定失能老人46人，基金已支付万元，办理新生儿参保2250人，推动党史学习教育理论成果转化为实践成果。

二是常态化开展学习。自7月初，我局已开展5期“半月学堂”活动，主要领导组织全体职工深化学习任务的基础上做到逢会必廉，强调廉政队伍建设，今年我局无任何干部职工违纪违法。

三是讲好“医保故事”，进一步提升政务信息报送质量，提高刊登层次，为领导决策提供基层经验。截止11月底，通过内参及主流媒体发表民生宣传185篇，其中学习强国2篇，国家级14篇，省级55篇，市级34篇，县级80篇。其余刊登在市政府网、上级医保局官网的信息稿件合计130余篇，今年我局信息报送工作取得了安庆市第二名的好成绩。

（四）持续优化工作作风

以全省医疗保障行风提升年为契机，我局着力推行“一窗通办、一码扫办、全程代办”优化经办服务，尽最大努力方便群众、服务人民。今年桐城市医疗保障局医保中心窗口已荣获安徽省巾帼文明岗。

一是优化一窗通办。全面实现“前台受理、后台处理、限时办结”的“一窗式”经办服务模式，做到“只进一个门、只取一次号、只到一个窗口”，实现所有业务一窗受理、一窗通办和一单结算。

二是创新一码扫办。为让群众办事少跑腿，我市率先在全省打通数据“壁垒”，实行“诊间支付”扫码畅行。将电子医保码应用于挂号就医、药店购药、费用结算等多种医保业务场景，由用卡（社保卡、身份证）时代进入了扫码时代，极大地方便了群众办事。

三是推行全程代办。针对行动不便、年龄较大等特殊人群推行“特殊通道”，进行上门办理；对镇、村较为偏远、交通不便地区的群众推行“绿色通道”，可由镇、村统一受理代办；针对患重特大疾病群众推行“应急通道”，在待遇办理过程中，及时提醒办理。

今年10月份，市医保局行风建设代表安庆市局接受了省局的检查评比，12月初，打造“四最”服务窗口，接受了国家医保局的行风检查评比。

>二、存在的困难

1.医保基金征缴难度增大、支出费用增加。今年“增、减、换、停”等因素增加了医保参保缴费难度（增：即个人缴费金额从280元增加到320元；减：即政府资助减少约3万人近500万元；换：即“村”两委换届；停：即重复参保）。今年，我虽然已完成年度任务，领先安庆市其他县(市、区)，但越到后，难度越大。同时医保报销比例增大，支出费用增加，今年又要支付8000万元的疫苗接种费用，基金基本无结余。加之，我市外出就医人数继续增长，大病保险支出费用大幅度增加，今年预计亏损3000万元，基金运行压力大。

2.基金监管压力大。从检查的情况看，我市未发现严重的欺诈骗保行为，但过度检查、过量用药、过度诊疗和不规范收费现象仍存在，基金监管时刻不能放松，须叟不得懈怠，坚决打击欺诈骗保，建设“不敢骗、不能骗、不愿骗”的机制。

>三、20xx年工作打算

（一）加强医保基金监管。已联合印发《桐城市欺诈骗取医保基金行为举报奖励的实施细则》，加强对欺诈骗保线索的发现和受理奖惩制度。加强部门信息共享和联合执法，严厉惩处欺诈骗保，尤其是医疗机构内外勾结的欺诈骗保行为。

（二）持续加强医保信息化建设。深入推进“互联网+医保”服务，今年我市在安徽省（安庆市）医保信息平台上线工作上得到了安庆市的书面通报表彰，后续运营工作会进一步优化流程，实现“让数据多跑路，患者少跑腿”的目标;全面推广应用医保电子凭证，逐步实现参保人员全覆盖。

（三）在镇（街道）医保服务延伸的基础上加大培训力度。我局已出台《桐城市医保公共服务向基层延伸工作实施方案》这一规划，将于12月15日之前在全市所有镇（街道）、村（社区）设立医保服务基层经办机构。明年市医保局将加大对人员的培训力度，对16个镇组织开展专项培训会，保障方案落地落实。

**农村医保工作总结和计划3**

在市、区医保主管部门的领导下，在区卫生局的大力支持下，我单位领导高度重视医保工作，按照年度工作计划，遵循“把握精神，吃透政策，大力宣传，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全体医务人员的共同努力，我门诊部医保工作取得了一定的成绩，现将我单位的医保工作总结如下：

>一、领导重视、积极宣教

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我单位领导高度重视医保工作，统一思想，明确目标，加强了对医保政策的组织学习。为使医务人员和群众对新医保政策和制度有更深的了解和掌握，我单位进行了广泛的宣传和教育活动，对本单位人员进行了两次医保政策制度的培训，利用宣传栏、电子屏及医保小册子等对群众进行了新医保政策内容的宣传教育。

>二、措施得力、狠抓落实

为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我单位利用电子屏对医保各项收费标、部分药品价格、收费项目进行了公布。为广泛接受群众的监督和争取群众的意见建议，我单位还设立了群众医保建议本，公开了医保投诉电话等方便群众向我们提出建议和投诉举报不良的医保行为。为我单位规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理责任人提供了一定的参考。

为保障我单位医保工作的稳步推进，我单位结合自身实际制定了年度工作计划、医疗保险服务相关管理规章制度、以及对单位员工的医保知识培训计划和定期不定期监督检查制度等等保障医疗保险服务质量的规章制度，并认真组织实施。从检查结果来看，我单位员工对医保知识都有较好的掌握，各项医保服务项目有序推进。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

我单位结合“三好一满意”活动和创先争优活动的开展，要求全体医务人员掌握医保政策及业务，规范诊疗行为，做到合理检查，合理用药，不搭车开药，规范医疗用语，杜绝生冷硬现象。严格控制参保人医疗费用年度人次平均自费率，做好医保用药的备药工作和“三个目录”医保编码对比工作。借助规范医保行为，不断提高我单位的医疗和服务质量，使病人看好病，满意看病。参保病人满意度不断提高。

>四、发现的主要问题及不足

我单位医保工作取得了较好的成绩，但也还仍然存在着不足之处。比如少许工作人员对医保政策和知识的掌握还不够扎实，收费设备比较陈旧，有时出现医保信息传输中断，就医环境还有待改善等等，对于这些情况我们将继续努力，对能立即处理的坚决立即处理提高，对不能马上改变的，我们将创造条件尽快改变。

严把政策观，从细节入手，认真工作，真诚为患者服务，一年来我单位医保工作不断突破，大大减轻了参保人员的就医负担。不断提高辖区群众的参保率和医保服务质量，参保人员满意度不断提高。我们将以此为动力，用更多的努力和更大的热情将医保工作做全做好。

**农村医保工作总结和计划4**

这一年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习,差不多一年的时间，因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。工作辛苦而忙碌，主要的工作是对北京市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会针对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心组务会和小教员会后，针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

针对我院门诊票据个别月份出现大量未上传事宜，为减少因退单，延迟报销而引起病人与我院发生矛盾，避免不必要的纠纷，我还专门请教了中心审核组长及中心网络工程师等相关人员，总结了原因，并且及时与我院医保办专管上传的人员进行联系、沟通，极力帮助解决工作中存在的各种隐患，尽量避免因现在的费用不上传、退单，而变成持卡后因无上传信息而造成的拒付。不管是拒付医院还是拒付病人，造成拒付的原因基本是相同的，针对费用较大的拒付或因医生的屡次失误造成的拒付，有时我也会及时与相关科室联系或打电话提醒告知相关医生，希望其能够引起足够的重视，避免发生重复原因的拒付，由此也得到了医生们的感激。甲流严重期，中心组务会中提出了明确不予报销的个别中药饮片复方，周四,我也及时将此消息通知各位领导，对此医保主任也及时下达文件给相关科室，在同期就做好防止拒付的准备工作。有时我也会利用周四回院的方便条件，帮助科里及医保办带送一些重要的申报材料或文件，积极地帮助同事联系申报材料的经办人，协调、接收相关的传真资料等。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策,翻阅了大量的资料,分析产生拒付的原因,针对定点医疗机构如何预防拒付的问题,写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力的学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

**农村医保工作总结和计划5**

20xx年度，在局班子和有关领导的领导下，我科得到局有关科室和下属单位的大力支持，认真努力工作，完成了城乡居民医保各项工作。我负责局城乡居民医保科的全面工作，工作情况总结如下：

>一、不断培养提高自己的思想质素。

为了能正确贯彻落实国家和省、市党政的有关文件，能积极参加市公务员学习班、局组织的学习，加深对党和政府的各项方针政策的理解，思想与\_保持一致，当好公务员，为促进社会经济发展，建设和谐社会发挥了应有作用。市委、市政府把城乡居民医疗保障列入全民安康工程，实行城乡统一，建立城乡居民基本医疗保险制度，这是贯彻落实省委省政府科学发展观的具体行动。为了贯彻落实市委、市政府的部署，全科人员共同努力，认真指导各县（市、区）做好各方面工作，做到了勤政为民，服务社会。平时，注意学习与业务有关的知识，使自己保持较强的工作能力，科学地统筹科室的工作，发挥每个人的专长作用，指导基层工作，使大家为城乡医保作出了应有的贡献。

>二、积极推动城乡居民医保的发展。

我的业务工作是在局班子的领导下，推进城乡居民医保制度的运行，促进制度的建立和发展，解决城乡居民“看病难、看病贵”的问题，减少“因病致贫、因病返贫”的发生，工作事关重大。我与科室人员一起，认真地做好每一件工作。

一是认真做好20xx年度城乡居民参保缴费工作，在城乡居民参保缴费期间，组织科内人员深入基层检查宣传发动，总结了一套较好的工作方法，发动居民参保取得明显的效果，全市超额完成参保任务，超过省下达任务.个百分点。二是认真完善城乡医保制度。按省主管部门和市政府有关文件要求，完善住院费在医院即时结算制度，大大方便了参保居民；制定了专门的文件，调整特殊病种范围和门诊待遇标准、新增了新生儿随母享受医保待遇的规定等，使参保居民享受到更多利益;完成了城乡居民医保医疗证的发放，使参保居民及时得到门诊医疗。

三是认真做好城乡医保的调研工作，深入基层有针对性地检查制度的运作情况，及时发现存在的问题，督促纠正，促进城乡居民医保制度正常运行，使城乡居民医保政策得到落实，广大城乡居民真正得到实惠。四是做好与社保经办工作的对接，协助市社保局举办了城乡居民医保信息公开学习班、居民参保资料录入学习班等，推进城乡居民医保制度的发展。

>三、严格遵守各项规章制度。

严格遵守单位工作制度，按时上下班，认真按上级的要求做好业务工作，按时按质完成各项工作任务。比如，在全市开展参保缴费的宣传发动期间，按市委、市政府的要求和局的安排，科里每星期都对县（市、区）的缴费进度统计、汇总，向市有关领导、局有关领导报告，保证领导能及时掌握情况。

>四、严格遵守廉政守则。

没有“吃、拿、卡、要”等以权谋私现象。不管份内份外还是对上对下的工作，都做到积极、主动、热情。

>五、保持认真负责的责任心。

做事有计划、积极、主动，能主动向领导汇报工作，提高工作高效率。认真接待群众来访、咨询，耐心解释有关城乡居民医保政策和规定。群众反映的每件事都作出记录，并尽快办理，作出答复，群众很满意。每次下到城乡，都向群众宣传城乡居民医保方面的知识和有关规定，使我们成为很受城乡居民欢迎的人。

城乡一体的居民医保制度刚起步，今后，自己决心在业务努力学习，工作上进一步创新，把工作做得更好。

**农村医保工作总结和计划6**

为认真贯彻落实县卫生局等相关部门文件精神，切实做好我镇20xx年度新型农村合作医疗保险工作。该镇党委政府高度重视，多次召开党委会议。制定了各项管理制度、工作制度。开展工作以来做到了领导到位、人员到位、措施到位、工作到位，完成了县劳动和社会保障局下达的目标任务，现将各项情况汇报如下：

>一、加强领导，健全制度

为切实做好20xx年度新型农村合作医疗保险工作，镇党委政府把该项工作作为该镇各项工作的重要内容之一。成立了以党委书记、镇长为组长的领导小组。以确保这项惠及普通百姓、维护群众健康的“民心工程”、“德政工程”在我镇顺利开展。

>二、加大宣传力度，酿造良好氛围

1、党委会专题研究新型农村合作医疗保险工作，镇党委先后召开党委会议多次，针对全年目标任务存在的问题，增添可行的工作措施，有力地促进了全年目标任务的完成。

2、认真召开村三职干部以及群众代表会议，宣传县卫生局等相关部门的会议精神，20xx年我镇目标任务，以及实施方案细则等。想办法调动群众积极性，做到群众带动群众自愿参保。

3、为进一步做好新型农村合作医疗保险宣传力度，特在镇社会事务办公室设立了咨询处，就城新型农村合作医疗保险工作做具体而全面的解释，方便我镇群众具体了解参保的各项信息。

>三、明确任务，狠抓落实

根据镇党委会议决定，实行党政一把手负总责，分管领导具体抓落实，各村委会领导、干部包干的工作责任制。做到目标清、任务明、措施到位，新型农村合作医疗保险工作有序的开展。

我镇有农民962户，总人口为319人，五保人口259人，低保人口179人，优抚、残疾人口188人，20xx年参保人口共计28683人，占总数的。

>四、存在的问题

1、部分农民在外地务工，无法联系。

2、其中有一部分是青年人，其购买医保意识有待提高。

>五、今后的打算

新型农村合作医疗保险工作关系到广大人民群众的切身利益，关系到社会和谐稳定，是真正实现人人享有基本医疗保险的目标，维护社会公平的一项惠民政策。因此，镇政府继续认真抓好新型农村合作医疗保险工作。在县委县府的高度重视与县卫生局及相关部门的领导下，针对存在的问题从实际出发，进一步加强我镇新型农村合作医疗保险各项工作。确实把这项顺民心、得民意的重要工作抓好抓落实。

**农村医保工作总结和计划7**

>一是在增加受益上出实招。

上半年，全县新农合参合人数万，农业人口参合率100%，人均筹资400元，个人缴费80元，各级财政补助320元，筹资总额34280万元；镇、村两级一般诊疗费均调整到10元，新农合补偿8元；镇级普通门诊补偿比例保持45%不变，日补偿封顶提升至元/人，村级普通门诊补偿比例由45%上调到50%，日补偿封顶提升至14元/人；特殊病种门诊补偿由2类调整为3类，严格控制特殊病种治疗费用金额；提高材料费、检查费报销比例；进一步细化不予补偿范围，将非定点医疗机构本部的门诊费用等纳入不予补偿范围，将县内产筛、新筛分别纳入门诊和住院补偿；对县外就诊未按规定及时办理转诊手续和到非定点医疗机构的，住院费用补偿较下降5个百分点，同时不再享受70%的保底补偿。1-5月份，全县累计受益648233人次（其中住院36916人次，门诊611317人次），补偿总金额万元，资金使用率，县镇政策范围内住院补偿比。

二是在特殊群体保障上求实效。起，我县实现新农合与医疗救助无缝对接，对农村低保、五保等重点对象的救助当场兑付。1-5月份，全县医疗救助同步结算89311人次，救助金额万元。在全面开展提高农村儿童重大疾病（先天性心脏病、白血病）医疗保障水平的基础上，将尿毒症、多发性耐药性肺结核、胃癌等20种疾病纳入重大疾病医疗保障实施范围。

三是在规范管理服务上促提高。今年上半年，我们赴全县30家定点医疗机构调研、督查、指导，逐家核实实际开放床位数和在院病人数，对所有乡镇卫生院、县级医院和民营医院均检查3次以上；出台了村卫生室管理办法，明确了卫生院的管理职能，对开展网络直报的村卫生室进行了全面检查，对发现的问题及时处理。

>二、存在问题

新农合筹资工作面广量大，工作经费短缺；参合人员登记和信息录入存有差错；医疗机构医药费用过快增长的势头没有得到有效遏制；县外医疗机构的报销比例过高，资金出险的概率增大；经办机构人手不足，经费短缺，资金监管难以实施到位。

>三、下半年工作思路

加大政策宣传力度，调动群众参加合作医疗的积极性，促进新农合制度持续健康发展；规范基金管理制度，从合作医疗基金的筹集、拨付等各个环节着手，规范基金监管措施，健全监管机制，保障基金安全运行，坚持基金使用和费用补偿公示制度，增加基金使用的透明度，充分发挥群众的监督作用；优化定点机构服务，规范医疗服务行为，严格执行新农合报销基本药物目录和基本诊疗项目目录，最大限度减少滥检查、滥用药、乱收费以及挂床住院等不正当医疗行为，同时积极探索综合支付方式改革，确保资金运行安全；加强新农合一条线人员的教育管理，认真执行新农合各项纪律制度，树立新农合窗口的良好形象。

**农村医保工作总结和计划8**

一年来，我中心在上级部门的正确领导和关心下，在社会各界大力配合下，按照年初工作计划要求，深入开展优质服务，牢固树立为参保人服务宗旨，团结一致，克服困难，发扬无私奉献精神，做了大量工作，取得了一些成绩。下面就全年工作总结如下：

>一、工作成效

1、城镇居民医疗保险。城镇居民参保人数64672人，完成任务数的。其中：在校学生参保55013人，城镇居民9659人。累计征收医保基金万元；享受医疗待遇737人，统筹报销支付基金万元。

2、城镇职工医疗保险。我县参保单位399个，参保人数28801人，完成任务数的；医疗保险基金共征缴万元，其中个人帐户征缴941万元，统筹基金征缴万元，社会救助基金征缴万元，完成总任务；医疗保险基金共支出万元，其中个人帐户支出万元，统筹支出万元，社会救助基金支出万元。20\_年全县国企退休人员参保1738人，累计征缴基金万元。

3、工伤和生育保险。工伤保险参保单位196户，参保人数12890人，完成任务的，基金征缴万元，征缴率达，其中农民工参保5590人；生育保险参保人数14028人，完成总任务，基金征缴万元，支出万元。

>二、主要做法

（一）出台居民医保新政策，让民生工\_正惠及群众

我县是于20\_年最初出台并执行城镇居民医疗保险政策的，原政策在一定程度让部分居民享受到了国家医保相关政策，起到一定成效，但是原政策对居民参保对象范围、报销比例方面规定门槛较高，没能实现真正意义上的居民参保“广覆盖”的目标。今年年初，经过认真研究我们对原政策进行了大幅修改，拿出了三套可行方案呈报县政府审定，县政府于第47次县长办公会议讨论通过，此办法的出台标志着我县城镇居民医保真正实现了全覆盖目标。居民医保报销比例平均较旧政策提高15个百分点，参保缴费、续保优惠、慢性病报销比例以及最高支付限额等方面也均做了较大调整。

（二）建设医疗保险服务大厅，打造高效便民服务平台

我县医保业务办理自机构成立以来，一直在办公室内操作，没有统一规范的便民服务平台。以前因只承办城镇职工医疗保险事务，所有医药费由单位集中报销影响不大，但随着城镇居民医疗保险及工伤、生育保险的逐步纳入进来，广大群众对业务经办流程不熟悉和办公场所偏小、报销人员多等原因，给中心工作带来诸多不便。为彻底改变这种状况，在县局领导的深切关心下，5月份，投资20万元、面积100余平方米的医疗保险服务大厅正式建成并投入使用，大厅设10个窗口，有12位工作人员，所有业务均在大厅内集中办理，实行了“一站式”服务，各项业务经办流程规范、科学，窗口服务态度优质，各种人性化提示明显，极大方便了广大参保职工和居民，真正体现了高效、便民、以人为本的服务宗旨。

（三）推进工伤、生育保险扩面工作，保障参保职工应有权益

工伤保险是我中心几项重要工作之一。全年我县工伤保险工作可以说是走在全市前列的，参保人数及参保率均名列前茅。我县建筑企业工伤保险参保工作一直是个“亮点”工作，全县绝大部分在建建筑企业都能参加工伤保险，工伤保险资金征缴及时，工伤鉴定、报销工作均能得到及时办理。生育保险是五大险种之一，是维护职工生育权益的一项保险，近年来，我县生育保险一直处于蓬勃发展态势，生育保险扩面工作开展较好，到年底我们超额完成了任务，全县大部分参保单位都参加此项保险，生育保险业务经办流程规范，基金支付工作及时，广大参保职工对此反映较为满意。

（四）稳步推进职工医疗保险，为参保单位及参保人提供优质服务

城镇职工医疗保险是我中心传统工作，此项工作我们一直认真在做。职工保险参保扩面工作随着《劳动合同法》的出台，用人单位参保意识在不断增强，今年全县新增参保机关、企事业单位29户。在推进国有改制企业、民政优抚对象参保等方面，我们多次主动与相关主管单位加强联系，深入企业及有关人员中宣传解释参保政策，并为其参保提供优质服务。另外，我们还积极做好二等乙级革命伤残军人定点医疗、转诊转院费用以及离休人员医药费审核、报销等工作，做到随到随办，方便快捷。

（五）严格执行内部控制制度，维护基金安全运转

我们在日常工作中严格执行《社会保险基本财务制度》、《社会保险基金会计制度》及《社会保险基金行政监督办法》的有关规定，规范业务流程，合理设置岗位，明确工作职责，建立岗位之间相互监督制约机制，加强对基金收、拨、支各主要环节的监督控制。按照“谁主管、谁负责”的原则，实行责任追究制。对业务经办和财务管理加强监管，并与财政、地税、人行、开户行、参保单位及定点医疗机构、药房等部门加强沟通和协调。定期对本部门内部监控制度执行情况进行自查，积极配合上级单位和部门对基金使用情况进行的各类督查、检查工作。加强中心机房建设，制定网络管理员职责和数据备份制度，配备刻录机定期备份参保数据，维护网络的安全，确保网络畅通。

（六）加强定点医疗机构及药店监管，确保医保基金合理支出

为保证医保基金合理支出，加强对医院、药店费用的\'监控是十分必要的。全年我们对县一、二、三院等具有住院资格的定点医院，进行了医保病人住院病案的抽查，并进行了集中审核。严格执行转诊转院审批制度，减少基金无故流失，并经常到乡镇和县外的医疗机构核查医药费，杜绝虚开发票，堵塞漏洞。在药店管理方面，我们在与其签定协议的基础上，还注重加强日常监督工作。下半年，我们多次对全县医保定点药店进行专项检查，查处了一批违规经营药店。8月中旬，我县召开了全县医保定点零售药店管理工作会议，出台了《医疗保险举报奖励制度》，我中心还就药店经营管理与各药店签定了补充规定。通过定期检查与不定期抽查、专项检查与日常巡查、部门监督与社会监督等有效方式，使药店经营得到全方面监控，从而进一步规范了全县医保定点药店经营行为，维护了医保基金的合理支出，确保了广大参保职工利益不受侵犯。

（七）加强政治业务知识学习，提高窗口服务水平

随着医保事务的大厅化办理，中心窗口化服务功能突显，需要服务的参保人越来越多，大厅工作人员言行和服务水平关系整个单位形象。为切实提高服务质量和水平，我们首先注重加强职工政治业务知识的学习，在珉政治业务知识学习的同时，中心内部还经常召开会议学习医保、工伤、生育保险有关政策知识，力争做到人人熟悉政策，人人了解政策，人人能够正确答复参保人所提问题。另一方面，我们还注重培养提高职工的道德修养和服务意识，从狠抓内部思想建设和管理入手，按高起点、高标准、高质量的要求，情系患者，真诚提供各种人性化服务，实行了诸如首问负责、限时办结等一批规章制度。

>三、存在问题

（一）高危行业工伤保险参保积极性不高，特别是矿山、烟花爆竹、民用爆破器材、危险化学品等高危行业的工伤保险参保工作推进速度慢，企业职工的安全和健康权益得不到有效保障。主要原因是：县里及有关部门重视力度不够，仅靠劳动部门一家之力难以很好推动此项工作开展；另外，人员及经费的不足，也是影响此项工作开展原因之一。

（二）任务重、压力大，工作人员偏少，这是我中心面临的现实问题，随着城镇居民医疗保险参保人数的不断增加，加之我中心还经办职工、工伤、生育等其它几项保险，参保人已达10余万人，工作任务越来越重，人员又得不到及时补充，全体职工因此深感压力大。

（三）医保软件技术含量不高，系统出现问题较频繁。医保联网在一定程度上减轻了中心的工作量，方便了参保人，但由于该套系统技术含量不高，经常会发生一些技术方面问题，对医保基金支出和正常的网上结算造成一定不便，消耗了我们一些人力和精力。

（四）基金征缴与地税部门不能同步。医保、工伤、生育保险基金的征收均由地税部门负责，但目前我们在与地税的沟通上还不是很协调，有不少单位反映捧着钱交不出去，相关部门在服务态度也还不够理想，希望基金征缴能够成立专门机构集中征缴，最好是劳动部门自己内部机构负责征收。

（五）工伤保险参保稽核、生育保险办理程序及报销待遇有待改善。目前，我县对工伤保险参保单位情况、缴费基数稽核审查还不够严格，部分企业存在瞒报、漏报参保人员和低报缴费基数情况。生育保险支付手续比较繁琐，报销待遇相对偏低，这都需要加以调整，要让参保人享受到更多实惠，提高他们参保的积极性。

>四、下一年工作思路

1、继续完善城镇居民医疗保险工作，推动居民参保人数再上新高。

2、进一步加大工伤保险扩面力度，力争将餐饮服务业、中小民营企业纳入工伤保险范围。

3、强化三项基金管理，扩大三项基金征缴稽核工作。

4、积极探索定点医院、定点药店管理新路子。

5、调整职工医疗保险政策（提高统筹支付、社会救助最高支付限额；减少大病病人如癌症、血透病人、器官移植病人个人负担比例；增加慢性病病种）。

6、规范生育保险经办流程，支付范围和支付比例与巢湖市保持一致。

**农村医保工作总结和计划9**

新型农村合作医是由政府组织、引导和支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度，是党和政府为农民办的一件实事、好事。根据衢州市人民政府《关于建立农村合作医疗制度意见》，我市从20xx年12月1日开始正式推行新型农村合作医疗制度。自启动此项工作以来，xxx市市各级各部门做了大量的工作，收到了较好的社会效果。但调查资料表明，新型农村合作医疗工作在推进过程中仍存在一些问题，不少农民对新型农村合作医疗政策缺乏足够的了解，对参加新型农村合作医疗有顾虑，持观望、等待、甚至不信任态度，自愿参加的积极性很低。

为了更好地推进新型农村合作医疗工作，把“要求农民参加”变成“农民要求参加”，xxx市卫生局从改变农民群众的思想观念入手，突出宣传重点，改变宣传手段，创新宣传载体，多管齐下，做足宣传发动文章，营造了浓厚的氛围，积极引导农民群众自愿参加新型农村合作医疗。

>一、突出宣传重点，不断提高宣传的深度

20xx年的新型农村合作医疗政策在吸取前一年好的做法基础上，调整了政策，增加了新的内容。所以今年的宣传活动，在去年宣传的基础上，重点是新型农村合作医疗20xx年政策调整部分。为了让农民群众容易接受，编成了顺口溜 “三不变，三增一降一取消”，朗朗上口，通俗易懂。同时围绕市委、市政府召开全市新型农村合作医疗工作会议，组织好专题宣传，大力宣传政府在新型农村合作医疗的大动作、大做法。在具体宣传过程中，做到了三个讲透：一是讲透实施新型农村合作医疗制度的目的、意义，让群众知道好处；二是讲透这项制度的具体内容，让群众掌握政策；三是讲透政府的支持和资金管理、报销程序，让群众解除疑虑。因为针对性强，受到了广大农民群众的热烈欢迎，同时让农民群众明白，政府是在真心的为农民群众办实事、办好事，消除了农民群众的顾虑，提高了农民群众对新型农村合作医疗制度的接受程度和认知度，扭转一些农民怕吃亏的想法，教育、引导农民自愿参加新型农村合作医疗。

>二、改变宣传手段，不断提高宣传的广度

在宣传形式上，改变了过去由卫生局“自拉自唱”、“包打天下”的传统习惯。在市委宣传部的牵头下，整合、协调、组织广播电台、电视台、今日xxx等各方面、各层面的力量，形成全社会重视、支持、关注、参与新型农村合作医疗宣传的“大合唱”，营造社会化宣传的强势、大势和优势。在宣传方法上，改变了过去单一的文字和声音宣传。利用参保和没参保受到截然相反待遇的典型事例来展开宣传，让农民群众从身边的人、身边的事受到启发；由市四大班子、卫生局、乡镇等领导把大额报销款直接送到参保农户家中的方式来扩大影响，让农民群众亲身参与其中展开宣传；通过市领导深入基层了解情况，和农户拉家常，向农民群众说明新型农村合作医疗的好处来进行宣传。多部门、多形式、多角度的宣传，使新型农村合作医疗政策、好处、做法家喻户晓，深入人心，大大增强了农民群众参保的自觉性和主动性。

>三、创新宣传载体，不断提高宣传的效果

宣传效果的好坏，关键在于宣传载体的好坏。xxx市卫生局从xxx市的实际出发，因地制宜，在宣传载体上，改变了过去主要以墙头标语、广播的宣传载体，不断创造大小兼顾、多平台、多层次的全新载体，从单一的灌输、空泛的说教和雷同的形式中解放出来，形成了硬载体和软载体的联动、传统载体与现代载体的联动、大众载体与专门载体的联动。根据农民群众反映宣传单易丢失的问题，增加了宣传内容，将其扩展为宣传手册，发放到全市农村的每家每户；和广播电台合作，将宣传手册的内容制作成录音带，下发到每个乡镇，规定其在筹资期间每天黄金时间里进行高强度的播放；要求各乡镇的新型农村合作医疗办公室及时将工作推进过程中的好人、好事、好的做法上报到市合医办，编成简报在xxx卫生信息网上进行宣传；与电视台紧密合作，在体育与健康栏目中开展新型农村合作医疗专题宣传，每周三次对新型农村合作医疗的有关政策、制度、知识进行滚动播出；组织人员创作了小品《参保》，在中国（xxx）蜜蜂节进行专场演出，并送戏下乡寓教于乐；出动宣传车走街串巷进行流动宣传。与此同时，各乡镇也充分利用生动活泼，农民群众喜闻乐见的形式开展宣传教育活动，扩大了宣传活动的覆盖面，增强了宣传的吸引力、感染力和影响力。农民对新型农村合作医疗的知晓率空前提高，都踊跃要求参加新型农村合作医疗，出现了农民自己直接到新型农村合作医疗办公室要求参保的现象。截止到12月28日，xxx市参加新型农村合作医疗人数为万人，参保率达到，遥居衢州各县市之首。

**农村医保工作总结和计划10**

>一、基本情况

十字路乡位于XX县东北部，与上蔡、项城两县市接壤，距县城28公里，全乡耕地面积46134亩，辖8个行政村。

20XX年8个村委会：十字路村、石磙庙村、前盛村、曹庄村、王关庙村、中马村、秦胜村、三麻村。

乡域总人口39812人，是典型的农业乡。截止xx年年12月31日，筹集资金35万多元。

20XX年参合农民门诊看病11400人次，补偿家庭帐户金额元，每次人均补助元。

20XX年参合农民在十字路医院住院出院1580人次，住院总费用元；合理费用元；共补偿元；人均费用元，人均补偿费用元，补偿率；自费费用，自费率；药品总费用元，药品自费费用元，药品自费率；诊疗费用元，诊疗自费费用元，诊疗自费率。

>二、开展新型农村合作医疗的具体做法

稳妥启动，科学测算，积极推进。xx年十月，新型农村合作医疗工作在我乡开始筹备，乡政府抽调专人对我乡8个村的农民近3年来就医情况进行了调查摸底。通过对其他县区新型农村合作医疗经验的学习和借鉴，结合本乡实际情况，乡党委、政府进行了充分的讨论和研究制定了适合本乡的新型农村合作医疗制度。召开了由各村三大头、医疗单位、乡直各单位负责人等参加的动员会。

会上，着重强调了新型农村合作医疗工作的重要性。会后全乡8个村积极行动，按照乡政府的部署，分阶段进行了宣传发动、登记造册、资金收缴、填写证书等工作，保证了新型农村合作医疗制度从xx年年1月1日正式启动。

健全组织机构，加强领导，明确责任。乡政府成立了新型农村合作医疗管理委员会、监督委员会、协调指导小组。由党委副书记任主任，党委委员、纪检委员任副主任，成员由乡政府办、财政所、民政所、卫生院等负责人组成。拟定、修改和完善农医所各项制度；负责参与各村的组织、宣传和动员工作，以提高参保率；财政部门负责新型农村合作医疗资金监督管理。

广宣传，深动员，提高农民认知度

1、充分发挥电视媒体覆盖面广的优势，利用两个月的时间，每周播报合作医疗政策、进度、农民认知情况等新闻，并用字幕打出新型农村合作医疗宣传标语；在报销现场解答农民疑点，起到了很好的宣传发动效果。

2、各村利用广播、标语、自制宣传单等形式在各村进行宣传动员。各村召开支部会、党员会、村民代表大会进行宣传发动。在宣传动员期间，

农医所及时向管理委员会汇报新型农村合作医疗工作进度，反映新型农村合作医疗动态。乡政府多次召开各村主任汇报会，了解各村参保情况。对存在的问题及时给予解决、答复和协调，提高了我乡的整体参保率。使新型农村合作医疗工作在全乡迅速展开。

启动资金落实到位

1、县乡两级合管工作人员热情，周到解答农民提问，认真，负责给参合农民报销，确保资金运转的安全，真正做到蕙民，利民，解决农民的实际问题。

2、合作医疗管理办公室由财政协助建立专用账户，保证做到专款专用。

定期业务培训，确保报销畅通。xx年年至20XX年，我乡合管办对8个村定点诊所负责人进行了多次业务培训和现场指点。完善各项政策，促进工作开展。

**农村医保工作总结和计划11**

20\_\_年，我局以“政策体系有新完善，参保扩面有新突破，平台建设有新跨越，服务形象有新提升”“四个有”为目标，一手抓制度政策完善、一手抓人口覆盖提高，在完善体系、扩大覆盖、提高水平上迈出了新步伐，圆满完成了年初确定的各项目标任务。

>一、20\_\_年工作情况

经过一年努力，全市社会医疗保险参保人数达235万人，较去年底增加9万人，人口覆盖率达。其中，职工基本医疗保险参保65万人，较去年底净增万人，城镇医保覆盖率超过小康目标。市直参保人口万人，较去年底增加近5万人，覆盖率达92%。市区万名老人和8034名救助对象通过政府资助进入医保体系，基本做到了“应保尽保”。全市征缴各项社会医疗保险基金10亿元，比去年增收亿元，增幅15%，其中当年基金收入9亿元;当年实际支出亿元，结余亿元。基金支出在预算范围内，结余率适中，运行总体良好。市直全年医保基金收入亿元，其中，当年收入亿元，非当年5625万元，收入增幅12%;全年基金支出亿元，比预算增长23%。征收城镇退役士兵安置保障金714万元。按时上缴管理费20万元。

(一)以优化提升为目标，医保政策体系实现新完善。修订完善《社会医疗保险暂行办法》和《医疗救助办法》，既是对五年多来政策体系系统地梳理完善，也是对医保制度的又一次宣传推动。从4月份开始，我局牵头开展为期两个月的“调研月”活动，分课题组织力量展开调研。先后召开20多个场次300余人的座谈会，广泛征求意见和建议。这两个办法已经市政府研究同意，将从明年1月1日起正式实施。这样，经过完善提升，我市多层次社会医疗保障体系就由“社会医疗保险+社会医疗救助”两个文件构成新的框架。同时，进一步调整完善居民医保政策。作为全国较早实施该项制度的城市，今年以来，按照国家和省关于建立城镇居民基本医保制度的意见精神，加快政策调整完善步伐。其中，筹资标准今明年已分别提高到150元、250元，门急诊补偿比例从20%提高到40%，住院费用全年最高补偿提高到15万元，综合补偿率由原来25%提高到50%以上。市区财政对参保学生少儿均给予补助，让他们也享受到了“普惠”。各辖市均出台和实施了城镇居民基本医疗保险办法。此外，对农民工及其子女参保缴费、享受待遇等作出意见规定，特别是明确参保农民工在外务工期间发生门急诊医疗费直接按规定报销，不降低报销比例，较好地维护了农民工权益。

(二)以推进小康目标为重点，医保人口覆盖实现新扩大。加大政策推动和行政推动力度，通过动员参保、监察推保、多形式助保等各种途径，多措并举、强力推动参保扩面。一是以医保小康指标监测分析为抓手，同步推动各地开展扩面工作;借助全市社保扩面征缴有利形势，与养老保险同步推进医保扩面。二是在去年实施“人人享有医疗保障”工程的基础上，建立反推倒逼机制，通过抽样调查和全面摸排，动员未保人员参保;强化稽查稽核，将参保登记信息与工商注册、税务登记信息比对，实现登记最大化;将人员参保缴费与就业登记、劳动合同鉴证信息对接，实现登记参保到户、缴费管理到人。三是重点抓好环卫工、出租车司机、保安等特殊群体以及建筑、餐饮行业用工人员的参保工作;对断保人员进行梳理分析，采取不同措施激活续保;同时，落实农民工医保专项扩面行动，进一步推进农民工参保。

(三)以社区配套政策为抓手，基本医疗服务可及性实现新增强。将实施和完善医保制度与充分利用社区卫生服务紧密结合起来，通过实施包括社区定点、优惠支付、提高医保待遇、服务减免、药品“零差率”政策、健康管理、付费制度等一系列医保配套政策，引导参保人员到社区就诊。特别是对药品“零差率”政策，4月份组织第一轮集中招标，平均中标价即降为零售价的52%;医保部门通过巡查、抽查等方式，重点对零差率等政策落实情况进行专项检查，确保各项社区配套政策落到实处，使之受惠于民。社区配套政策运行一年以来，其政策导向作用越来越明显：全年在社区卫生服务机构就诊人数估计增长51%以上，医疗费用增幅54%(不含“零差率”补贴)，其中慢病病人就诊量上升2倍以上。社区机构出现了就诊量和费用同步快速增长的好势头。居民选择社区门急诊的比例超过35%，对于把常见病多发病解决在基层、切实缓解“看病难看病贵”起到了积极作用。

(四)以可持续运行为导向，医保制度运行质量得到新提高。按照“健全制度，规范管理，开展教育，加强防范”的思路，认真做好“社保基金审计年”各项工作。在基金管理上，完善核算管理办法，强化运行分析和监控;推行申报基数职工签字认定、参保单位先行公示等新举措，采取日常、重点、专项稽核等办法，确保基金应收尽收，稽查面超过参保单位总数的30%;以医疗行为监督和医药费用结算为切入点，完善以“就诊人头”为核心的付费办法，提高基金使用质量和效率。预计全年，参保人员医疗费用增长12%，其中个人支付增长4%，基金支出增长;二、三级医院医疗费用平均增幅，医务所室平均下降，定点药店增长，社区增长54%;医保基金用于社区药品“零差率”补贴1000万元，既较好地控制了参保人员个人支付费用增长，又使大部分参保群众享受到了医保实惠。

(五)以经办能力提升为主线，服务平台建设取得新进展。一是努力打造新的服务平台。市区启动社区平台建设，所有社区卫生服务机构与医保信息系统联网，逐步将医保经办服务向社区延伸，从而使参保人员既看小病不出社区，办理医保事务也不出社区。在社区卫生服务机构增加医保病历购换服务，完善了辖管人口的医保和健康档案，为老年人、慢性病人、医疗救助对象实施健康长效服务。以“访老问医送温暖”为主题，开展向退休人员“发一封慰问信、送一张医保联系卡、发一份宣传资料、搞一次免费体检”的“四个一”活动，其中，组织社区卫生机构分两批为10万名参保退休人员免费健康体检。首批已有3万多名70岁以上老人享受免费体检，受到退休人员的极大欢迎。二是强化和改善对外服务。对医保经办事务进行一次性告知，公布举报电话和投诉渠道，接受社会监督;拓展医保网站功能，初步实现缴费工资总额网上申报，方便了参保单位和经办人员。与相关单位协调，下调定点医疗机构原协定的月通信使用费，平均降幅30%;取消医保卡挂失费用，减少群众支出20万元。三是加强经办机构自身建设。按照练好业务、干好事务、搞好服务的要求，规范基础管理和服务流程，大力强化经办能力与服务建设。特别是在服务大厅，建立AB工作制等一系列创新办法，推行阳光服务，努力做到窗口一站式、告知一口清、咨询投诉一拨灵，取得了良好的社会效果。四是加强医保理论研究和宣传信息工作。继续与镇江日报联办医疗保险专版，全年出版52期;全年编印《社会医疗保险》期刊12期;对外宣传报道及理论研究文章省级以上40多条。

回顾过去的一年，我们按照“全面达小康，建设新镇江”的总体要求，实施辖市联动：句容推行“医保普惠工程”，建立实施城镇居民医保制度，首次实现制度全覆盖，当年新增居民参保万人;丹阳紧扣小康目标实现，3000多名残疾人和近万名医疗救助对象参加医保;扬中创新思想理念、方法制度和管理机制，积极扩展社会医疗保险的内涵和功能。一年来，我市先后两次在\_召开的全国性大会上介绍交流工作经验，推进医保制度改革的做法和成效受到\_领导的充分肯定;央视《新闻联播》、江苏卫视、中国劳动保障报、新华日报、扬子晚报等媒体均在头条或显著位置全方位宣传了我市医保制度的改革实践，\_、\_、中国改革报来镇进行了专访;全国各地先后有94个城市1100多人来我市学习考察。医保经验进一步推向全国。

>二、20\_\_年工作总体情况

对照\_关于“加快建立和完善社会保障体系，努力使全体人民病有所医”的基本任务，对照市委“把改善保障民生作为发展根本取向”的总体要求，明年我市社会医疗保障工作将面临新的形势和挑战，需要我们立足新起点、策应新形势、实现新突破。为此，全市医保战线要全面落实\_精神，深入贯彻科学发展观，紧紧围绕全市发展大局和改善保障民生的总体要求，进一步优化发展思路，创新工作方法，最大限度地实现“人人享有医疗保障”，进一步深化“人人享有”的内涵，不断提高医疗保障待遇和群众健康水平，缓解群众“看病难看病贵”矛盾，为在更高水平上建设全面小康社会提供更为优质的医疗保障环境。力争至08年底，全市社会医疗保险参保242万人，提前实现“十一五”末全市社会医疗保险人口覆盖90%以上的目标。

**农村医保工作总结和计划12**

>一、努力学习，提高素质，为做好本职工作打下基础

一个人不论干什么工作，处在什么位置，都必须把学习放在首位。只有不断加强学习，提高自身的政治、业务素质，才能做好工作。

在不断提高自身政治思想素质的同时，我还抓紧时间学习业务知识，提高自己的业务水平，我认真学习医疗保险各项政策法规和规章制度，阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，增强自身业务能力，熟练掌握工作业务流程每个环节，经过几年来的不懈努力，我具备了一定的理论文化知识和专业技术知识，积累了一定的工作经验，政治业务素质得到了全面提高。

>二、爱岗敬业，扎实工作，全心全意为参保职工提供服务

从事医疗保险工作期间，我积极参与了医保中心的筹建工作，参加了调查、测算和宣传动员及相关配套文件的制定实施，负责综合股以来，我积极做好本职工作，认真完成基本医疗保险的扩面和基金征缴工作。一是做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员参保;二是发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续;三是接待来信来访，提供咨询服务;四是积极主动与地税、财政等单位密切联系，开展基金征缴工作，定期与财政、银行、地税等单位核对征缴数据。目前，我县参保人数已达余人，大大超过了上级下达的扩面任务，每年的基金征缴率都在95以上，各项工作都能够顺利完成，获得了领导和同事的好评。

在工作和生活中，我始终严格要求自己，发挥党员先锋模范带头作用，一贯保持着\_员应有的道德品质和思想情操，强化廉洁自律意识，加强自我约束能力，积极投入警示教育活动中，时时自律、自警、自励、自省，从讲学习、讲政治、讲正气的高度，树立正确的世界观、人生观、价值观，强化法制观念，提高政治素质，踏踏实实做事，老老实实做人，切实转变工作作风，内强素质，外树形象，在广大参保职工和社会各界面前树立了良好的医保形象，同时努力做到尊敬领导、团结同志、关心集体、服从组织，与时俱进、开拓创新。

几年来，我虽然取得了一定成绩，但在工作和学习中也存在着一些缺点和错误，如工作中有时出现求快失稳，学习上不够高标准、严要求等问题，取得的一点成绩与医保工作的实际需要相比，与领导的要求相比，都还存在着一定的差距。今后，我将进一步加强学习，提高工作能力和水平，努力争取工作学习更上一层楼，为更好地完成本职工作打下坚实的基础。

**农村医保工作总结和计划13**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保中心安排的工作计划，遵循着把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

>一、领导重视，宣传力度大。

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。成立了由一把手负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动：一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识;二是举办医保知识培训班、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力;三是通过微信、云鹊医、LED等来宣传医保政策，让广大人民群众真正了解到参保的好处，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严。

为使参保人清清楚楚就医，明明白白消费，我院在院内外公布了医保就诊流程图、住院须知，使参保病人一目了然，并由收费室工作人员提供政策咨询。二是在显目位置公布药品价格，接受群众监督。三是全面推行住院病人费用一日清单制，并要求病人或病人家属在清单上签字。四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，并结合医保稽核巡查、\_反馈的问题，把各项政策措施落到实处。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院补偿三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无分解收费、超标收费、只收费不服务、串换项目收费、串换除外耗材、重复检查收费、打包收费、套用高价项目进行收费等违规行为;查有无制造假病历、虚增就诊人次、虚开票据、虚假用药、虚假治疗、虚假宣传、套换药品和诊疗项目、术中恶意增加手术项目、降低入院指征住院、中成药虚高价格和以次充好等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段套取、骗取医保基金或医保待遇的行为。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。我院分管副院长定期下病房传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。我院工作人员积极地向每一位参保人宣传、讲解医疗保险的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开，始终把为参保患者提供优质高效的服务放在重中之重。

**农村医保工作总结和计划14**

20xx年，我在县医保局领导班子的坚强领导下，坚持以“三个代表”重要思想为指导，认真贯彻落实科学发展观，立足基层、着眼实际，以落实“民生工程”为核心，全心全意为人民群众提供优质高效的热情服务，为维护单位整体形象、促进各项工作有序进展，作出了个人力所能及的贡献。现总结如下：

1、勤学习，苦钻研，全方位提高自身综合素质。为进一步适应医保工作新形势，这些年来，我一直坚持在学中干、在干中学，及时掌握国家关于医保工作的有关法律法规和最新政策，认真把握县委县政府对医保工作的新要求，积极参加县财政局和医保局组织举办的各类有关会计知识的技能学习和考试、考核、培训，全面把握有关财经纪律和工作制度，进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。对工作中不能完全把握的地方，多向领导请示，多与同事和同行交流探讨，相互取长补短，真正做到在政治上相互信任;在思想上相互交流;在工作上互为支持、互为补充。

2、爱工作，乐奉献，为参保职工提供热情服务。在日常工作中，我主要负责城镇职工医保、城镇居民医保、工伤保险等医保结算等日常事务性工作。为进一步规范服务行为，提高服务意识，我牢固树立“社会医保”、“阳光医保”的服务信念。特别是在每年的月份城镇居民医保数据采集期间，经常加班加点，但我毫无怨言。会同同事积极对外宣传推介我县医保工作政策，认真做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员城镇职工积极参保。及时发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续。在日常工作中，我认真核算各有关医院的报销数据、切实做好各类慢性病的报销工作，定期与财政、银行、医院等单位核对相关数据，确保各项工作顺利完成，获得了领导和同事的好评。

以上是本人近一年来的简要回顾，尽管做了一些工作，但这离组织上的要求和人民群众的期望，仍存在较大差距，我决心今后进一步努力。以上总结，不妥之处，敬请批评指正!

**农村医保工作总结和计划15**

××市辖6个县(市、区)，86个乡(镇、办事处)，3614个行政村，总人口546万，其中农业人口379万，20xx年农民人均纯收入3350元。共有医疗机构2574处，其中乡镇卫生院89处、行政村卫生室2354处。20xx年10月，××市在泰山区、宁阳县开始了新型农村合作医疗(以下简称新农合)试点工作，截止20xx年年底，全市开展省级试点县1个(宁阳县)、市级试点县2个(泰山区、东平县)，在岱岳区、新泰市、肥城市开展县级试点乡镇7个，总覆盖农业人口72．5万人。东平县、泰山区被确定为20xx年度省级试点县。

>1××市新型农村合作医疗试点工作的主要做法

1．1行政推动市政府把建立新型农村合作医疗制度作为解决“三农”问题的重要举措，于20xx年10月提出了先行试点，总结经验，不断完善，逐步推开，到20xx年基本建立新型农村合作医疗制度的工作目标。成立了由分管市长任组长，卫生、财政、农业、民政、计划、审计、药品监督等相关部门为成员的新型农村合作医疗领导小组。市委常委会议、市政府常务会议多次研究新型农村合作医疗问题，听取试点工作情况汇报，帮助解决存在的困难和问题。市政府在市卫生局设立了××市农村合作医疗管理办公室，挂靠在基层卫生与妇幼保健科，具体负责制定全市新型农村合作医疗发展规划、管理制度与办法，组织实施试点及推广，对基层进行宏观指导和协调等工作。全市6个县(市区)及试点乡镇也都成立了由政府主要领导任主任，分管领导任副主任，卫生、财政、农业、民政、审计、药监等部门负责人及农民代表参加的新农合管理委员会，组建了办事机构，落实了工作人员，并将工作人员经费列入财政预算。宁阳县、东平县在卫生局设立了独立的新型农村合作医疗管理办公室。泰山区、东平县将新型农村合作医疗管理办公室设为副科(局)级事业单位。

1．2宣传发动开展新型农村合作医疗伊始，各试点单位针对群众存在的“四怕”(怕运行起来报销不公平、不及时、不受益；怕自己交的钱被挪用；怕上级补助不到位；怕新型农村合作医疗不长久)，普遍加强了宣传发动工作，通过制作电视和广播专题节目、开辟报刊专栏、发放明白纸、出动宣传车等形式，大力宣传建立新型农村合作医疗制度的意义和好处，使农民充分了解参加新型农村合作医疗后自己的权益，明白看病和费用报销兑付的办法与程序，消除疑虑和担心。宁阳县将群众缴纳的10元钱分解到365天，张贴出“一天只交三分钱，看病吃药管1年，最多可报1万元”的标语口号，便于群众理解和接受。泰山区结合正在开展的创建“全国亿万农民健康促进行动示范县(区）”、“全省社区卫生服务示范区”活动，对新型农村合作医疗进行大张旗鼓地宣传，收到了较好的效果。岱岳区实行“三个带头”，带动群众积极主动地缴纳合作医疗基金，即：乡镇党政领导班子及全体机关干部带头落实驻村点的合作医疗资金；村两委成员、小组长，党员、乡村医生带头缴纳合作医疗资金；乡镇机关干部职工家属是农村户口的带头缴纳合作医疗资金。

1．3政策拉动资金筹集上。××市参合农民人均筹资20元，其中，各级财政扶持10元，农民个人负担10元。

补偿报销上。各试点单位本着以收定支、保障适度的原则，经过反复测算，确定了报销比例、报销办法。在报销补偿方面，分为门诊和住院两部分。在乡镇卫生院和定点村卫生所、社区卫生服务站就诊符合要求的，门诊医疗费用可报销15％；在乡镇、县级及其以上医疗单位住院、实行先交费后分段累计报销的办法，封顶线在1万元～8000元之间。由县(市区)新型农村合作医疗管理办公室按照确定比例，每月初向乡镇新型农村合作医疗管理办公室划拨一定数额的垫底资金，用于门诊、住院医药费的报销，不足部分在每月1次的报销时补齐。为方便群众报销，每个定点医疗单位都在门诊收款处开设了两个窗口，一个窗口交钱，一个窗口报销，随诊随报。

基金监管上。建立健全严格的财务制度和报销程序，加强基金管理。将群众参保资金及各级政府的配套资金全部由县(市区)财政统管，并在国有银行专户储存、专帐管理，确保专款专用。县(市区)新型农村合作医疗管理办公室每季度都向县(市区)新型农村合作医疗管理委员会报告资金使用情况，并张榜公布，自觉接受监督。县(市区)新型农村合作医疗监督委员会全程监督，县(市区)审计部门提前介入，定期审计资金的使用情况，县(市区)\_门事前、事中监管，确保资金的运作合理安全。在县(市区)、乡(镇、办事处)，村(居)分别设立公开栏、举报电话。

服务规范上。各试点单位都出台了定点医疗单位服务责任书、就医管理规定、基本用药目录和处方管理制度。所有定点医疗单位都设置了医疗服务公开栏，及时公布收费标准、药品价格和就诊管理等内容，切实做到因病施治、合理检查、合理用药和规范收费。

>2取得的主要成效

2．1理顺了就医流向定点医疗机构的逐级转诊，理顺了农村患者的就医流向，乡镇卫生院和村卫生所的门诊人次明显增加，患者直接到县级医院诊治的情况减少。据不完全统计，宁阳县实行新型农村合作医疗后，村卫生所和乡镇卫生院门诊人次与20xx年同期相比分别上升了13％和10％左右，业务收入分别上升了17％和12％；县级医院的门诊人次与20xx年同期相比略有下降，但住院病人较20xx年同期增加了12%左右，业务收入同比增长了20％。

2．2农民因病致贫、因病返贫问题得到有效缓解据统计，截止20xx年12月底，××市受益农民31．8万人，占参合人数的44％，特别是为183户患大病、重病的农民家庭缓解了因病致贫的问题。参加新型农村合作医疗后，农民不再感到生病的无奈和无助，充分显示了“一人有病众人帮，共同抗病奔小康”的优越性。

2．3基层医疗机构疾病救治能力进一步增强实行新农合后，各定点医疗机构普遍加大了投入，加强了基础设施建设，购置了先进的仪器设备，村卫生所所容所貌、乡镇卫生院院容院貌发生了很大变化，医疗救治能力进一步增强，三级医疗预防保健网络更加牢固。

>3加快建立新型农村合作医疗制度的几点建议

3．1各级财政应加大扶持力度，提高筹资数额，特别是要建立特困家庭医疗救助制度，解决困难群众参合难的问题。

3．2不断调整完善报销比例和封顶线，既要防止入不敷出，出现透支现象，又要防止资金沉淀过多，群众得不到实惠。

3．3严把医药费报销和资金管理关，既要防止挤占挪用，又要防止冒名顶替等不良现象的发生。

3．4扩大定点医疗机构覆盖面，畅通双向转诊机制，防止形成“医疗垄断”。

**农村医保工作总结和计划16**

辞去了20xx年，迎来了20xx年，转眼20xx年也度过了大半，在党支部的正确领导下，在领导及同志们的关怀帮助与支持下，本人在本职工作中取得了一定的进步，对单位作出了一定的贡献，现对我的年终总结如下汇报：我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况汇报如下：思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”的重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作;坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益.为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“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，采取咨询、宣传单、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，取得了较好的效果.

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力。

**农村医保工作总结和计划17**

>一、日常业务及时结算

xx年x—xx月共审核结算城职、城乡基本医疗保险住院及门特费用xx。xx万人次，基金支付xx。xx万元；结算大病补充保险xx。xx万人次，基金支付xx。xx万元；结算两定机构个人账户xx。xx万人次，基金支付xx。x万元；结算城乡大病保险xx人次，基金支付xx。xx万元；审核结算工伤保险待遇xx人次，基金支付xx。xx万元；审核结算生育保险待遇xx人次，基金支付xx。xx万元；审核结算城乡居民基本医疗保险门诊统筹及一般诊疗费分别为xx人次、基金支付xx。xx万元，一般xx人次、基金支付x。xx万元；审核结算大学生门诊统筹xx。x万人次，基金支付xx。xx万元；办理医疗保险关系转移接续xx人次，其中转入我区参保人员xx人次，转出我区参保人员xx人次。

xx年城乡居民基本医疗保险筹资工作目标任务圆满完成。参保总人数为xx。xx万人，完成了市上下达的参保率达xx%的民生目标任务。

>二、重点工作顺利推进

（一）深入开展医保稽核工作

我区现有定点医药机构共xx家，其中定点医疗机构（医院、社区卫生服务中心）共xx家，定点医疗机构（诊所、门诊部）共xx家，定点零售药店xx家。目前已完成现场检查数量xx家，现场检查率xx%。到xx年x月xx日今年查处违约医药机构xx家（医院类xx家，门诊诊所类xx家，零售药店类xx家），其中约谈xx家次，限期整改xx家次，追回违约医疗费用xx家次，中止协议xx家，解除协议x家，查处追回违约医疗费用xx。xx万元，要求违规医药机构支付违约金xx。xx万元。行政处罚x家，行政处罚金额x万元。移送司法x家。目前我区诊所药店已检查全覆盖，现正处于核查处理阶段。我区近期统计定点医药机构数量与上年同期比较减少xx家，增幅—x。xx%；查处违约医药机构增加xx家，增幅达xx。xx%；查处违规金额xx。xx万元，增长xx。xx%，要求违约医药机构支付违约金xx。xx万元，增长xx。xx%。

（二）国家组织药品集中采购和使用试点工作顺利开展

按照x市人民政府办公厅《关于印发落实国家组织药品集中采购和使用试点工作实施方案的通知》（成办发〔xx〕xx号）等文件要求，作为区级承办牵头机构，高度重视，提高站位，分层级、分阶段稳步推进辖区内xx家公立医疗机构x+x药品集中采购和使用试点工作。

（三）xx年基本医疗保险付费总额控制工作圆满完成

按照《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔xx〕xx号）、《人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险付费总额控制经办规程的通知》（人社厅发〔xx〕xx号）、《x市医疗保险管理局关于做好xx年基本医疗保险付费总额控制工作的通知》（成医发〔xx〕x号）等文件要求，我区采用基础数据+病种分值方式，通过数据求证、意见征求、方案制定、总控协商等环节积极扎实推进完成辖区xx家定点医疗机构x。xx亿元付费总额控制工作。

（四）长期照护保险工作继续推进

xx年x一xx月累计签订居家失能人员协议xx人，协议机构x家，协议机构失能人员xx人，同时做好了长期照护人员和评估专家的实名制登记管理和工作开展情况的回访工作；将失能失智评估专家xx名，评估员xx名纳入评估专家库，组织照护人员培训xx次，累计参加培训xx人次，成华区第六人民医院成为x市首家区级长照险培训基地。

（五）服务经济社会能力持续提升

按照使医保工作既能站在保障民生的第一线，又能站在经济发展的最前排的总体要求，不断提高挖掘资源、整合资源、撬动资源的站位，多次到辖区内重点项目进行调研，积极进行指导和协调，顺利实现了新生堂、鹰阁医院等优质项目在我区落地；搭建微信公众号服务平台，在强化医保政策宣传的同时，积极回应群众关心的热点问题，取得了较好的效果。

>三、xx年工作思路

（一）丰富监管手段，维持打击欺诈骗保高压态势

一是加大打击力度，推进第三方协同监管。按照x市统一部署

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找