

医疗保障工作报告(汇总8篇)

报告在传达信息、分析问题和提出建议方面发挥着重要作用。那么我们该如何写一篇较为完美的报告呢？下面是我给大家整理的报告范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

医疗保障工作报告篇一

(一)认真学习，注重提高。

20xx年以来，我认真学习医疗保险各种政策法规和规章制度，不断加强医疗保险经办流程的学习，熟悉工作业务流程，努力增强自身业务能力。在工作之余，我还阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，学习关于医疗保险业务的各种文件，认真做到向书本学习，向领导学习，向同事学习。我深知如不虚心学习，积极求教，实践经验的缺乏必将成为制约个人能力发展的瓶颈，我觉得，局里的每位同事都是我的老师，他们中有业务骨干、有技术尖兵、有文字高手。正是不断地虚心向他们学习求教把书本经验转化为实践经验，我自身的素质和能力才得以不断提高，工作才能胜任。

对外界做到坦荡处事、自重自爱，努力做到对上不轻漫，对外不卑不亢，注意用自己的一言一行维护领导的威信，维护整个机关的形象。

(三)转变作风，摆正位置。

我始终把耐得平淡、舍得付出、默默无闻作为自己的准则；始终把增强服务意识作为一切工作的基础；始终把思想作风建设的重点放在严谨、细致、扎实、求实上，脚踏实地埋头苦干。审核股工作最大的规律就是“无规律”，“不由自主”。因此，我正确认识自身的工作和价值，正确处理苦与乐、得与

失、个人利益与集体利益的关系，坚持甘于奉献、诚实敬业，做到领导批评不言悔、取得成绩不骄傲，努力保证了审核工作的高效运转。在工作中，我始终坚持勤奋、务实、高效的工作作风，认真做好工作。服从领导安排，不计得失、不挑轻重。自工作以来，没有耽误过任何领导交办的任何事情。在生活中，坚持正直、谦虚、朴实的生活作风，摆正自己的位置，尊重领导，团结同志，平等相处，以诚待人，不趋炎附势，也不欺上压下，正确维系好与领导、同事相处的尺与度，大事讲原则，小事讲风格，自觉抵制腐朽思想的侵蚀。

20xx年，在领导和同志们的关心支持下，我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。如工作经验不够丰富，畏手畏脚，不够洒脱自在；组织协调能力和社交工作能力需要进一步提高；工作中有时出现求快；有些工作思想上存在应付现象；学习掌握新政策、新规定还不够，对新形势下的工作需求还有差距；学习上不够高标准、严要求等。

(一)继续严格遵守各项医保政策和审核股工作职责，严守机关秘密，服从单位安排，脚踏实地完成各项任务。

(二)进一步加强理论文化知识和专业技术知识的学习，同时加强政策调研，不断提高理论水平和办事的能力。

(三)更要树立起良好的自身形象，在工作中成为同事的榜样，在感情上成为同事信任伙伴。

(四)工作中要学会开动脑筋，主动思考，充分发挥领导的参谋作用，积极为领导出谋划策，探索工作的方法和思路。

(五)积极与领导进行交流，出现工作上和思想上的问题及时汇报，也希望领导能够及时对我工作的不足进行批评指正，使我的工作能够更加完善。总之□20xx年以来，通过不断学习和不断摸索，收获很大，我坚信工作只要尽心努力去做，就

一定能够做好。我决心在今后的工作中要多提高自己的素质与休养，多学习为人处世的哲学，不断超越现在的自己，争取更大的进步！

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”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工作。

医疗保障工作报告篇二

根据《云南省人民政府办公厅转发云南省新型农村合作医疗筹资工作方案的通知》（云政办发〔20xx〕56号）〔xx市卫生局关于印发xx市20xx年新型农村合作医疗筹资工作方案的通知〕和〔xx自治县人民政府办公室关于印发20xx年新型农村合作医疗筹资工作方案的通知〕（景政办发〔20xx〕197号），

为做好我乡20xx年度新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）筹资工作，进一步扩大新农合覆盖面，确保新农合工作健康持续发展，结合我乡实际，制定本方案。

（一）各村20xx年参合人数不低于20xx年度参合人数。全乡参合人数在20xx年基础上增加653人（各村需完成参合人数见附件1）。

（二）20xx年xx月xx日前全面完成20xx年度新农合筹资工作。

（一）农村居民（含外出打工、经商、上学、人户分离的农村居民），按照属地管理原则，在户籍所在地参加新农合。

（二）失地农民、农垦系统、林场、各类开发区的农村居民，可以按照属地管理原则，参加户籍所在地的新农合。禁止超范围参加新农合，避免与城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险重复参保。

（一）筹资原则

坚持“政府引导、群众自愿、多方筹资、专款专用”的原则，以户为单位参加新农合。

（二）筹资标准

20xx年筹资标准为140元/人，其中：个人筹资20元，各级财政补助120元。

（一）农村居民个人缴费。

（二）集体经济组织、社会团体和个人资助农村居民参合。

（三）经民政部门核准后的农村低保对象、五保供养对象、优抚对象的农村居民的参合个人缴费，由民政部门按筹资标

准代缴。

（四）经人口计生部门核准后的独生子女父母、不满18周岁的独生子女、只生育两个女孩且采取绝育措施的夫妻参合个人缴费，在具体补助标准未出台前按照“先收后退”原则，先向个人收取参合费，具体补助政策出台后退还个人参合费，以保证筹资工作的顺利开展。

已符合民政部门资助对象的，并得到金额资助的计生资助对象以民政资助为准，不再重复享受。民政办和计生站要进行资助对象相互核准确认，并将确认资助对象花名册于20xx年10月30日前报乡卫生院，做到不重不漏。

（一）加强领导，精心组织

各村委会要加强对新农合筹资工作的领导，将20xx年度新农合筹资工作作为年内一项重要工作任务予以落实，主要领导要亲自抓，确保新农合筹资工作的各项目标任务按时、按质、按量完成。

（二）深入宣传，广泛动员

各村委会要加大宣传力度，充分利用广播、标语等宣传渠道，大力宣传新农合政策及相关知识，引导农民群众自觉自愿地参加新农合。对在外务工及散居等农村居民，要通过多种方式与其取得联系，做到合作医疗政策家喻户晓，人人皆知。

（三）坚持农民自愿参合原则

在筹资过程中，各村委会要严格执行国家和省有关文件精神，充分尊重农民的意愿，坚决贯彻“农民自愿加”的原则，严禁采用行政强制措施，强制让任何单位和个人为农民垫资或代缴参合资金，严禁虚报参合人数。各村委会要认真统计辖区内农业人口数，应参合人数、实际参合人数，民政、计生

部门资助人数，做到数据准确，真实可信。

（四）规范缴费工作

严格加强对收费机构及工作人员的管理，提前向农村居民公告，让农村居民明白缴费时间、地点和收费机构、工作人员。收取农村居民参合费用时，要以户为单位，及时开具《云南省社会保险缴费款收据》，不得使用其他收费标据。

（五）确保资金入库

加强资金管理，及时将参合费用汇入县新型农村合作医疗资金专用账户，乡镇和村级资金停留时间不得超过7天，严禁滞留挪用。对已经缴纳参合费用的农户，要以户为单位，及时核发《合作医疗证》，确保农村居民及时享受新型农村合作医疗政策。

（六）加强信息收集工作，确保信息准确

在筹资工作启动后，要严格按照《新农合参合人员基本信息登记表项目规范》（普卫办〔20xx〕160号）的要求，全力做好参合人员个人信息的收集工作，同时做好信息录入工作，确保与省新农合信息系统对接和信息网络平台建设。

（七）严格执行筹资工作旬报制，确保工作落实

为准确掌握全县20xx年度新型农村合作医疗参合及筹资情况，确保新农合筹资工作的顺利完成。各村从20xx年10月开始直到筹资结束，于每月10日、20日、30日填报《xx自治县20xx年度新型农村合作医疗参合进度统计表》。

（八）科学合制定补偿方案

20xx年新农合筹资标准提高后，按照“以收定支、收支平衡、

略有结余”的原则，在综合分析历年补偿方案运行和基金使用等情况的基础上，结合筹资标准的提高，科学合理的制定补偿方案，适当扩大受益面和提高保障水平。一是20xx年新农合住院补偿最高限额30000元；二是20xx年参合农民住院费用实际报销比例不低于50%；三是统筹补偿方案要重点提高在县、乡、村级医疗机构医药费用的补偿比例；四是适当提高乡村两级医疗机构门诊补偿比例和封顶线，要与住院补偿付线和补偿比例有效衔接。

医疗保障工作报告篇三

为做好我街道20xx年度新型农村合作医疗(以下简称为“新农合”)筹资工作，进一步扩大新农合覆盖面，提高新农合参合率，确保新农合工作持续健康发展。根据国务院和省、市、区有关要求，结合我街道实际，特制定本方案。

20xx年11月20日前全面完成20xx年度“新农合”筹资工作。全街道农民参合率达98%以上，贫困户、五保户、优抚对象、残疾人等特殊人群参合率达100%。

凡属我街道农业户口的农村常住居民(以下简称“农民”)，都可以在户籍所在地参加新型农村合作医疗。凡属城镇职工基本医疗保险参保范围的以及非本地户口人员，不得参加新农合。全街道区域内不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的非从业城镇居民可参加城镇居民基本医疗保险。城镇居民可自愿选择参加新型农村合作医疗或城镇居民基本医疗保险，禁止重复参合。

20xx年度参加新型农村合作医疗的农民(以下简称“参合农民”)缴费标准为每人缴费20元(以家庭为单位缴纳)，各级财政专项补助资金为每人补助80元，筹资共计100元/人/年。

从筹资动员会之日起，实行边宣传发动，边收缴筹集资金。

的办法，11月20日前全面完成筹资工作任务（个村以下达的任务数为准），12月10日前完成参合农户信息录入工作。

(一)农民个人缴费: 20xx年“参合农民”个人缴费为每人每年20元，各村以户为单位收缴现金。参合资金缴纳后，经办机构或经办人必须登记造册、并开具由省财政厅统一印制的专用收据，所收资金统一通过乡镇、街道和工业园区财政所缴入区财政基金专户。

(二)贫困户、五保户、优抚对象名单由区民政局统一提供，其个人应缴资金由区民政局划入区新型农村合作医疗基金专户残疾人名单由区残联统一提供给各乡镇、街道和工业园区，其个人应缴资金由区残联划入区新型农村合作医疗基金专户。

(三)村集体经济组织可以出资帮助本村部分或全部村民缴纳参合费用，但不得以垫资的名义事后再向参合农民收取参合资金。

(四)社会各界、工商企业及社会人士可以资助农户参加合作医疗，代缴参合费用。

筹资工作分四个阶段进行：

第一阶段:动员部署(11月9日至11月15日)。街道分别召开“新农合”筹资工作会议，安排部署20xx年“新农合”筹资工作，印发宣传资料，培训经办人员，利用各种宣传媒体，采取多种形式，大力宣传“新农合”政策。对在外务工的农民，各村(居)要通过多种方式与其取得联系，做到合作医疗政策家喻户晓，人人皆知。

第二阶段:集中筹资及登记造册(11月16日至11月30日)。街道负责本辖区范围内参合农民基金筹集工作，组织以村(居)委会干部为主，驻村干部负责，以家庭为单位填写参合登记表，收缴个人应缴费用，开具省财政厅统一印制的专用收据(收据

上应注明参合农户每一个家庭成员的姓名)，并及时将资金上缴至街道财政所，街道财政所统一上缴到区财政基金账户。在筹资过程中，要做到填写登记表和收缴参合资金同步进行，集中汇总，务必将参合农民姓名、性别、出生年月等有关内容登记准确。集中筹资截止时间为20xx年11月30日。

第三阶段:信息录入和填证发证(12月1日至12月10日)。街道新农合管理办公室将已登记注册的参合农民有关数据资料录入微机，并将有关数据资料反馈到各村(居)委会复核，确认相关登记内容无误后，将参合人数及录入资料有关情况汇总，以书面形式并加盖街道公章后报区合管办。街道新农合管理办公室要及时展开新参合户的填证工作，组织各村做好合作医疗证发放工作(原有合作医疗证的农户不重新发证)。在发放新参合户合作医疗证时，要认真细致地对参合人数、参合人员基本情况等进行复查，对姓名有误和漏录的，街道合管办要及时予以修正和补录。根据上级要求，在20xx年12月20日前，将合作医疗证准确无误地发放到新参合户手中。

第四阶段：检查验收七、工作要求

(一)提高认识。“新农合”是党中央、国务院出台的一项重要惠农政策，街道已将新农合工作纳入各村年度目标管理考核，这次筹资工作将是年终目标考核的重要内容。各村要充分认识推进“新农合”工作的重要性，把“新农合”工作列入重要议事日程，支部、村委“一把手”要切实履行第一责任人的职责，亲自抓落实。街道包点干部包干村、村干部包干联组、组长和党员包干联户，并将该项工作开展情况作为干部职工年度目标管理考核的重要依据，确保20xx年度新农合工作顺利进行。

(二)广泛宣传。各村采取多种方式，集中时间、集中力量进行广泛宣传发动，并将20xx年本辖区参合农民补助情况公示到村(居)、组。各村(居)、组要在人口集中的地方张贴公告，设立宣传橱窗，分发宣传资料，悬挂宣传标语，采取政

策宣传和真实事例宣传相结合、集中宣传和阶段性工作宣传相结合的方式，积极引导农民自愿参合。

(三)明确职责。街道各大办公室要大力支持各村开展“新农合”筹资工作，发动本办公室干部职工做好农村亲属的思想工作，动员他们带头参合，卫生院作为新型农村合作医疗的主要职能部门，要积极组织街道、村两级医疗机构，协助所在工作区、村开展好筹资工作。财政所要按照实际参加人数及时将参合农民配套资金足额划拨到“新农合”基金专用账户，并做好农村合作医疗经费的预算、拨付、管理工作，及时提供省财政厅统一印制的“山东省新型农村合作医疗农民缴费专用票据”协助做好参合农民的基金收缴工作，对新型农村合作医疗基金的收缴进行监督。纪检、审计部门要做好合作医疗基金管理和使用的监督、审计工作。民政办公室负责落实农村五保户、特困户、农村优抚对象，农村残疾人参加“新农合”个人筹资费用，确保这一群体人员的参合率达100%。街道合管办负责宣传资料的设计、制作、发放，并对各村筹资参合、信息管理、制证发证工作给予指导，认真做好参合农民的基金收缴工作。

(四)严格奖惩。街道将“新农合”工作纳入年度目标考核范围，实行目标管理责任制和责任追究制。对领导重视、操作规范、目标任务完成好的办公室、工作区、村予以通报表彰；对领导重视不够、工作措施不力、完不成目标任务的办公室、工作区、村给予通报批评，并严格按照督查审计办法兑现。对在筹资过程中违规操作、未征得农民同意强行代扣垫资或挪用“新农合”基金造成严重后果的，将依法严肃追究相关人员的责任。

(20xx年12月11日至20日)。由街道督查办公室、街道合管办按照区“新农合”综合目标管理考核实施办法的相关要求对“新农合”筹资工作开展情况组织考核验收。

医疗保障工作报告篇四

第一条 为保障乡村医生合法权益、调动乡村医生工作积极性、稳定乡村医生队伍，根据《中共凉山州委办公室 凉山州人民政府办公室关于推行基层医疗卫生专业技术人员“县管乡用”管理制度的意见（试行）的通知》（凉委办发〔20xx〕16号）、《凉山州人民政府办公室关于进一步加强乡村医生队伍建设的意见》（凉府办发〔20xx〕63号）、《凉山州人民政府办公室关于印发的通知》（凉府办发〔20xx〕42号）等文件精神，结合我县实际，制定本方案。

第二条 本方案所指的乡村医生包括：一是经卫生健康行政主管部门注册，正在我县所辖村承担基本医疗、基本公共卫生服务、实施国家基本药物制度的卫生室执业的执业医师、执业助理医师和乡村医生。二是经卫生健康行政主管部门发证，在我县辖区内从事乡村医生服务工作，年龄已满60周岁的乡村医生。

第三条 符合本方案第二条的在职乡村医生全部纳入养老保障范围；60岁以上老年村医生按月发放生活补助。购买社会保险（包括养老保险、失业保险、工伤保险、基本医疗保险，下同）由单位承担的缴费部分（含补助）和老年村医生生活补助全部纳入财政预算。

第四条 严格执业准入。新进入的乡村医生聘用遵循“乡（镇）卫生院聘、村用”原则，必须具备医学学历，在指定的村卫生室执业，提供公共卫生和基本医疗服务，并承担卫生健康行政部门指定的其他相关工作。县级卫生健康行政部门负责本行政区域内乡村医生注册工作。乡镇卫生院受县级卫生健康行政部门委托负责辖区内乡村医生的聘用工作、业务指导和管理。

第五条 建立退出机制。原则上年满60周岁的乡村医生应不再在村卫生室执业，不再从事乡村医生工作。对未到退出年龄，

因工作不负责任，出现重大事故及违纪违法的，县级卫生健康行政部门可根据相关法规规定，予以解聘，并注销其相关资质。

第六条 女性年龄小于50周岁、男性年龄小于60周岁的在职村医生可自愿选择参加企业职工养老保险或城乡居民养老保险；女性年龄大于等于50周岁的在职村医生，只能参加城乡居民养老保险。选择参加城乡居民养老保险的，参保缴费档次由单位按照4000元/人/年缴费档次进行代缴费，另外由单位每年为其购买保费不超过当年工伤保险缴费总额的意外伤害保险。村医生可以自愿选择参加城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险，单位按每年城乡居民基本医疗保险缴费标准给予补助。单位只承担聘用期间的社会保险缴费，不承担补缴及解除聘用合同后的社会保险缴费。

第七条 年满60周岁的乡村医生，按月发放老年村医生生活补助，补助标准为每月30元。

第八条 符合领取生活补助条件的乡村医生，由个人携带相关申请材料到原工作所在地的卫生院、社区卫生服务中心申请办理相关手续，领取生活补助。

第九条 乡村医生领取生活补助期间身亡的，其直系亲属应在其死亡之日起30日内到所属单位办理相关手续，经办机构从其身故的次月起停止发放生活补助。

第十条 在职村医生的认定。符合《雷波县人民政府办公室关于进一步规范乡村医生队伍管理意见的通知》（雷府办函〔20xx〕48号）文件中村医生条件的在岗村医生。

所需材料包括乡村医生证、执业（助理）医师资格证、执业（助理）医师执业证、医疗机构执业许可证、工资花名册、县级以上卫生健康行政主管部门颁发的有效行医证书等任一原始凭证和复印件。

第十一条 年满60周岁乡村医生相关认定。

1. 年龄认定。以居民二代身份证为准，截止日期到20xx年12月31日年龄已满60周岁。

2. 工作年限认定。按照乡村医生在村卫生室实际工作周年计算工作年限，中途有间断的，扣除间断时间累计计算工作年限。乡村医生工作年限证明由当地村两委、卫生院、乡（镇）人民政府、同村或邻村65岁以上群众代表5人以上的签字证明（附件1）。

第十二条 认定程序。乡村医生本人或其直系亲属如实填写《雷波县乡村医生社会保障申请核定表》（附件2），并负责提供身份证、工作年限证明等原始证件及复印件一式三份，由所在地卫生院或社区卫生服务中心会同村两委初审，填报《雷波县乡村医生社会保障申请核定汇总表》（附件3），对符合社会保障条件的乡村医生在村两委、卫生院或社区卫生服务中心等多地点进行多形式公示不少于7天，公示期间若有反映公示信息不实的，要及时认真调查核实。公示期满后，由乡（镇）人民政府对相关认定材料逐一复审签章，报送县卫生健康局、县财政局终审，终审后再由乡（镇）再次公示，作为社会保险缴费或补助计发依据。

第十三条 申报办理时限。在职村医生，由所在地乡镇卫生院根据要求，积极组织村医生于20xx年1月31日前完成办理手续。60岁以上老年村医生个人申报截止时间为20xx年1月31日，无故逾期未申报则按自动放弃处理。20xx年2月20日前，各卫生院或社区卫生服务中心完成初审和公示。20xx年3月10日前，各乡（镇）人民政府完成对补助对象相关认定材料逐一复审签章和报送。20xx年3月30日前，由县卫生健康局、县财政局完成终审工作。

第十四条 有下列情形之一的，不享受参加养老保险缴费补助

或补缴。

（一）卫生院、社区卫生服务中心在编在职职工派驻到村卫生室工作的；

（二）符合考核招聘条件且已纳入编制管理的人员；

（四）因违反国家法律法规或卫生规章制度离开工作岗位的；

（五）符合领取老年村医生生活补助条件，但在实施前已经死亡的；

（六）其他不符合享受政府缴费补助情形的。

第十五条 乡村医生社会保险主办单位为县人社局、县医疗保障局，县卫生健康局负责组织宣传动员。离岗老年村医生生活补助发放主体是县人民政府，具体由县卫生健康局和县财政局办理。

第十六条 坚持“谁发证、谁管理，谁证明、谁负责”和公开、公正、透明的原则，确保乡村医生社会保障政策规范有序实施。对弄虚作假、虚报冒领、挪用截留补助资金等违法违规行为，要依照有关规定严肃追究直接责任人和相关负责人责任。

第十七条 本办法实施后，如国家、省、州有新规定，按新规定执行。

第十八条 本办法由县卫生健康局、县财政局、县人社局、县医疗保障局共同负责解释。

第十九条 本办法自印发之日起施行，试行期2年。

医疗保障工作报告篇五

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。

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〕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—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。

（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市统一部署和我区专项治理方案，扎实实施七类全覆盖，做到三个结合，创新使用现有政策和制度，扩大专项治理范围，对发现的问题及时形成稽核任务，实施精确管理，提升专项治理质效。加快推进定点医药机构药品购销存管理，试点推行医保费用第三方专项审计、第三方协同巡查、第三方专家评审，建立起有第三方参与的协同监管机制，推动医保监管多元治理，形成医保为核，多方参与，共同治理的医保监管新模式。

二是健全监管机制，发挥多部门联动效应。建立医保局牵头，法院、检察院、公安、人社、卫健、审计、市场监管等部门为成员单位的成华区打击欺诈骗取医保基金工作联席会议制度。定期召开联席会议，开展专项检查、通报工作进展、审议相关事项、推动监管结果应用，形成部门联动、齐抓共管的医保治理格局。联合卫健、市场监管等部门，探索建立医疗、医保、医药数据共享系统，加快推进医保数据实时上传工作。开展医保数据实时上传试点，推动数据采集规范化和数据上传标准化。

三是采取多种形式，确保宣传培训取得实效。要加强对定点医药机构的培训，通过持续开展定点医药机构分类培训，加深定点医药机构自律管理与协议服务管理。加强医保政策宣传，引导医药机构、参保人员正确使用医保基金，强化医保基金红线意识。通过现场演示、以案说法、政策宣讲等多种形式，大力开展医保监管警示教育，增进各类监管对象法制意识和规范共识，形成主动防范、协同监督的. 医保监管氛围。

（二）完善服务体系，助力全区经济社会发展

一是提升服务能力，推动成华医疗产业的发展。加强对拟建设项目前期准备、协议签订、信息系统建设等方面的指导和协助，积极与拟建项目沟通协调，开启绿色通道加速项目推进，推动优质医疗项目在我区落地。积极谋划构建以顾连医疗、新生堂医院和即将入住的百汇医疗等形成的高端医养示范园区，利用园区的集聚效应吸引更多的优质医疗项目入驻园区，争取纳入x市国家医疗消费中心总体规划。

二是发挥纽带作用，深化长期照护险试点。积极推广区六医院养老、医疗和长照险并行的医养护结合的管理模式，实现医中有养，养中有护，护中有医的医养护融合目标，解决符合条件的失能、半失能老人的医养护需求。以区六医院（全市首家区级长照险评估人员培训基地）为中心，辐射全区，更好、更规范的开展长期照护保险评估人员业务培训、经验交流的工作，进一步提升评估业务水平和经办质量。积极探索社区嵌入式养老+医保长照险等社区便利化普惠性养老服务模式，将上门服务作为新的长照险服务方式，促进医养服务多方式优质均衡发展。

三是回应群众诉求，满足基本医疗服务需要。推进行业作风建设，不断提高医疗保障公共服务水平，全面推进国际化营商环境先进城市医疗保障改革行动。全面梳理医疗保障政务服务事项清单，精简证明材料，规范办事流程，简化办事程序，压缩办事时间，加快制定标准化工作规程，让医疗保障服务更加透明高效、让群众办事更加舒心顺心。全面落实异地就医相关政策，完善异地就医监管机制，切实解决异地就医、购药刷卡难的问题。

（三）狠抓业务工作，确保各项医改政策贯彻落实

一是推进总额控制下按病组分值付费工作落地。积极推进总额控制下按病组分值付费工作，完善监管配套措施、考核目标及考核方式等具体工作内容；加强病种收付费相关管理工作，定期分析按病种收付费的运行情况，加强与全区定点医

疗机构之间的沟通协调，完善按病种收付费信息系统。

二是推进医保基金ai视频与静脉认证监控系统落地。在我区试点开展医保基金ai视频与静脉认证监控系统工作，便于开展医保病人身份验证，用于住院真实性和在床情况的稽核，以加强医保监管工作。

三是深化国家组织药品集中采购和使用试点工作。督导辖区内定点医疗机构完成国家组织药品集中采购和使用试点工作药品余量的采集工作，按照市政府要求扩大采购和使用试点范围，力争将部分设备采购纳入采购和使用试点范围，进一步深化x+x工作在我区贯彻。

医疗保障工作报告篇六

（一）总体工作

完善“医保体系”建设。

一是积极开展城乡居民基本医疗保险参保登记工作，超额完成市级下达参保率xx%目标任务；切实做好医保待遇支付工作，截至目前，城镇职工基本医疗保险支出xxxxxx万元，城乡居民基本医疗保险支出xxxx万元，大病医疗互助补充保险支出xxxx万元。

二是持续推进生育保险和职工医疗保险合并，统一参保范围，统一基金征缴，规范待遇标准，生育保险享受待遇xxxx人次；统一经办服务，实现生育津贴申领全程网办，统筹区内生育医疗费用出院联网结算，共拨付费用xxxx.x万元。

三是提高个人账户资金使用效率，增强互助共济能力，扩大支付范围。

四是做好城镇职工基本医疗保险职能划转工作。按照“权责边界清晰、工作机制健全、流程规范有序”的原则，完成xx项经办业务划转工作。

深化“医保改革”步伐。

一是持续深化药械集中采购改革工作，将高血压、糖尿病等常见病用药纳入药品集中采购，药品平均降幅xx%□切实减轻了患者的经济负担。

二是坚持控制成本、合理收治，全面推进以总控下按病组分值付费为主的支付方式改革，已完成对xxxx年参与按病组分值付费结算的xx家医疗机构考核。

三是深化“惠蓉保”普惠式商业健康保险试点，制定宣传方案、成立推进小组、明确专人负责、建立联动机制，积极指导承保公司因地制宜开展推广工作全区参保人数达xx万余人□xxxx年获评x市多层次医疗保障体系建设试点项目“惠蓉保”先进单位。

加快“医保同城”进程。

一是切实做好异地就医联网结算工作，加强异地就医联网结算政策宣传。辖区内定点医药机构异地就医直接结算开通率达xxx%□毗邻地区参保群众就医看病住院已实现一卡通行、一站结算。截至目前，共结算异地就医人员xxxxxx人次，万元。

二是实施异地就医备案承诺制，取消x平原经济区八市异地就医备案手续，简化了成渝地区备案手续。增加线上申请渠道，推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务，方便参保人员灵活选择备案方式。

三是推动成德眉资职工基本医疗保险关系无障碍转移接续，维护正常流动就业人员的医疗保障合法权益。

四是与x市荥经县医保局签订《深入推进x平原经济区医疗保障事业协同发展战略协议》，在“建机制、搭平台、强业务、促创新”四个方面达成共识，将多层面、多领域深度合作，联手抓好医疗保障公共服务共建共享。

推进“医保平台”上线。

一是按照省、市医保局上线工作总体部署成立工作专班，明确目标任务工作内容及目标。

二是成立现场督查组，按照分组包片原则，深度对接各定点医疗机构，收集存在的问题并进行现场指导、解决，全面深入督导保上线。

三是加强三级业务培训。强化内部培训、组织机构培训，延伸指导医疗机构开展全员培训，夯实上线业务基础。

四是主动协调作为。加强与人社局、卫健局进行沟通协调，保持信息互联互通，确保参保人员在停机期间就医及参保待遇不受影响。五是全面应对新系统上线和参保高峰期的各类问题叠加，全局干部职工“全员备战、全员上阵、全员接件”积极采取排解举措，确保参保群众的问题及时得到解决。

（二）特色亮点工作

一是不断增强长照试点动能。牢牢把握长照服务的民生属性，全面激活长照协议机构点位辐射功能和社会效益，深化长照险助力社区嵌入式养老服务实践，多渠道提供“公益十低偿”特色服务，形成“政策支撑，群众受益，企业发展，社会参与”的成华长照模式，累计惠及xxxx名失能失智群众家庭。经验做法获市医保局认可，由市医保局作为专报刊出，

并得到市医保局主要领导肯定性批示。顾连护理站作为成华区区长照险上门服务示范点位，先后承接全国xx余个省市区政府部门的考察调研。

二是不断提升医保服务能力。创建医保服务站（点），主动延伸公共服务触角，创新引入社会资源，创新打造了“场景+办理、线上+线下、窗口+自助”模式，构建了“x+n”便民服务体系，为区内参保群众提供医保关系转移、异地就医备案等xx项高频医保业务。梳理服务事项清单□xx项政务服务事项全部纳入省一体化政务服务平台运行和管理，城镇职工基本医疗保险划转职能下沉至xx个街道。全面实行“综合柜员制”经办模式，为参保群众提供“一门式受理、一站式服务、一柜式办结”的医保经办服务。完善业务大厅功能区设置，提升适老化服务能力，打造智能设备自助办理、综合窗口柜面办理、专人引导辅助办理的三位一体办理模式。大力推行“容缺办”，承诺服务时限，不断推动医保服务提质增效。多渠道多方式指导区内全部定点医药机构上线运行医保电子凭证，实现“卡上办”向“码上办”的转变。

三是不断做实救助兜底工作。紧紧围绕医疗救助工作，强化部门横向联动、精准识别救助对象、落实医保兜底政策、加快待遇信息建设，最大限度地解决困难群众因病致贫、因病返贫问题，切实做到应救尽救。万元，资助xxxx名困难群众参加城乡居民基本医疗保险及大病补充医疗保险，万元。全区符合住院条件的定点医疗机构全部完成“一站式”即时联网结算新系统上线工作。

四是不断加强保障基金稳健运行。以法治为保障、信用管理为基础，持续开展协议监管日常监督和重点行业领域专项治理，实现对全区定点医药机构现场检查全覆盖；加强基金监管协同合作，强化全过程依法监管，制定医保基金监管工作流程，执法程序、执法依据、处置基准全统一，推进医保行政执法“三化”试点工作，强化内控管理，提升案件办理质

效，并实现首例行政执法。成功组织召开了“成德眉资行政执法培训暨医保基金监管片区案例分析会”。创新监管方式，试点建设血透智能监控系统，完善现行稽核规则，逐步实现稽核标准化、规范化。培育社会化监管力量，充分调动医保体系内部参与者积极性，持续深化举报奖励制度，强化第三方协同监管，鼓励和支持新闻媒体舆论监督、社会参与监督，推动医保监管共建共治共享。全年共查出追回违规金额xxx.x万元，万元。

一是强化经办能力建设。优化异地就医结算管理服务，开展异地就医医疗费用手工（零星）报销线上服务，提供住院、普通门诊、门诊慢特病费用线下线上一体化的异地就医结算服务。推进成德眉资职工基本医疗保险关系无障碍转移接续工作，落实四市内实际缴纳的职工医保缴费年限予以互认、个人账户结余资金可转移接续的政策，维护正常流动就业人员的医疗保障合法权益，进一步提高医保服务同城化水平。

二是营造普惠共享新局面。持续践行“医保普惠共济、公平共享”理念，积极应对人口老龄化，推进医保服务空间场所和信息化设施建设，优化无障碍设施建设，推进医保经办窗口适老化建设改造。强化与其他机构、部门的对接，实现医疗救助人员信息的精准获取、对比，完善医疗救助内外监管机制，确保救助资金规范合理使用。持续将长期照护保险试点改革引向深入，指导照护机构开展中医康复、健康咨询、心理疏导、情感照护等公益服务活动，深化长期照护保险助力社区嵌入式养老服务实践。

三是医药服务供给侧改革。深化药品、医用耗材集中带量采购制度。完善与集中带量采购相配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式。增强医药服务水平，充分发挥医保杠杆作用，提升医药产业发展质量。

四是抓实医保平台上线工作。上线省一体化大数据平台后在

政策调整期间，及时发布通知、公告，加强源头预防，减少突发群体性事件发生带来的社会影响。坚持“统一领导、分工负责、重点突出、快速响应、防范为主”的原则，积极对接市局、指导定点机构，尽快掌握情况、作出决策，避免因政策衔接、系统故障等问题引发的群体性异常情况以及信访问题，维护群众合法权益。

一是统筹实施医保征收工作。做好城乡居民基本医疗保险筹资工作。加强与区残联、民政、教育、税务、街道、社区以及辖区内学校等部门沟通，完善经办流程、畅通联络渠道、加强业务指导，确保我区城乡居民基本医疗保险参保登记率稳定保持在xx%以上。做好城镇职工基本医疗保险业务划转后的医保征收工作，与区社保局、税务局等部门建立良好的沟通机制，做好工作人员的业务培训，确保城镇职工基本医疗保险经办工作平稳过渡，推进法定人群全覆盖，保质保量完成参保群众应保尽保工作。

二是提升医保基金使用效能。常态化制度化开展国家组织药品耗材集中采购，逐步扩大药品和高值医用耗材集中带量采购范围。根据省市药品集中采购结果，组织医疗机构完成药品集采工作。加快形成鼓励定点医疗机构合理使用中选药品的导向，完善相关激励机制和绩效考核制度，充分调动医疗机构、医务人员积极性，提高参保人员体验感。

三是推动医保工作提质增效。高质完成共建共享共用的全省一体化的医保信息平台上线工作，规范医保数据管理和应用权限，促进标准化和信息化融合，实现统一医保政策、统一业务规范、统一经办流程、统一技术水平。推进医保服务空间场所和信息化设施建设，适应人口流动需要，做好各类人群和医保关系跨地区转移接续，不断提升异地结算服务深度，完善异地就医直接结算服务，改善参保人员就医体验。持续延伸医保服务窗口，着力构建xx分钟医保服务圈，推动医疗保障公共服务标准化、规范化。

医疗保障工作报告篇七

(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。

医疗保障工作报告篇八

岳阳市医疗保障局围绕巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略，强化三重制度综合保障梯次减负功能，坚持高位推动，责任下沉，实现常住人口基本医保参保全覆盖。完善医疗救助制度，厘清职能部门职责，明确医疗救助申请工作流程，确保资助参保、住院救助、门诊救助和再救助政策落地见效。

坚持以人民为中心的发展思想，高度重视医保基金征缴工作。一是领导重视，高位推动。岳阳市委、市政府主要领导专题调度，建立以市、县人民政府为主体的城乡居民医保征收体系，印发《全市基本医疗保险全覆盖工作实施方案》。市政府分管副市长黄伟雄主持召开专题部署和推进会议3次，2次

对工作进度靠后的县市区政府进行重点交办。市税务局、市医保局提高站位、层层推进，多次组织召开县市区税务局、医保局主要负责人部署推进会议。各县市区党委、政府主要负责同志亲自调度，分管负责人具体组织，全力推进征缴工作。二是信息支撑，全面摸排。市医保局委托第三方信息公司开发全民参保登记信息数据库，建立多渠道动态更新基础数据机制，摸清参保人员底数，找准工作着力点。各县市区转换工作模式，激励奖惩结合，压实基层责任，组织乡镇（街道）、村组（社区）等基层机构，开展入户调查登记，拉网式摸排，全面掌握辖区内常住人口参保情况。三是加强宣传，应保尽保。充分利用媒体、网络、经办窗口等宣传阵地，采取制作微视频、发放宣传单等多种宣传方式，广泛宣传医保政策，提高政策知晓率，激发群众参保热情。平江县选取身边群众事例以身说法，制作本土方言征缴宣传微视频，在主流媒体重点推荐，综合点击量超过10万，荣获湖南省20xx年医保参保缴费宣传视频展播评比一等奖。我市常住人口基本医保参保率连续三年持续稳定在95%以上□20xx年度全市常住人口5051922人，参保总人数5113757人，其中职工566516人、居民4547241人，参保率101.22%。医疗救助资助参保人数273687人，资助参保资金5882.4万元，困难群众参保率100%。

一是建好职能部门“协作桥”。联合市财政局、市民政局、市卫健委、市水务局、银保监会、市乡村振兴局印发《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略实施方案》，将脱贫攻坚期内健康扶贫六重保障措施统一转换为基本医疗、大病保险、医疗救助三重保障制度。每月定期与部门做好信息对接，动态更新困难群众名单，在医保系统及时做好标识，确保困难群体医保待遇保障到位。二是完善医疗救助“流程图”。落实《湖南省医疗救助办法》，围绕《岳阳市医疗救助实施细则》，开展基层调研和意见征集，组织市民政局、市乡村振兴局、市退役军人事务局、市残疾人联合会就医疗救助申请工作召开协调会，针对医疗救助申请流程中救助对象身份类别认定不清、部门职责不明的情况，

联合五部门印发《岳阳市医疗救助申请工作流程》，规范制定7套申请表格，厘清各职能部门职责，加强部门间的沟通协作，将我市医疗救助工作落实落地。三是织密医保内部“管理网”。深入贯彻落实中央、省、市关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接决策部署，加强医疗保障助力乡村振兴，市医保局成立了以党组书记、局长任组长，党组班子成员任副组长，各科室、二级机构负责人为成员的乡村振兴工作领导小组，强化工作机制，明确职责分工，确保各项工作协调推进、有效开展。

一是医疗保障制度落实到位。强化基本医保、大病保险、医疗救助综合保障梯次减负功能，做实基本医疗保险和生育保险市级统筹，统一全市医保待遇政策和医保经办服务流程，规范进行双向转诊，实施医保差别化支付向基层倾斜，充分发挥医保政策调节作用。扩大城乡居民大病保险筹资标准和保障范围，提高基金补偿限额，落实大病保险对困难群众倾斜支付政策。20xx年一季度困难群众大病保险保障2729人次，基本医疗支付2632.45万元，大病保险基金补偿1010.29万元。二是医疗救助托底保障到位。建立因病因伤返贫致贫风险监测预警机制，定期跟踪梳理群众自付医疗费用情况，对参保群众大额自付医疗费用作出预警监测，同步推送乡村振兴、民政部门核查，精准识别确定困难群众身份，及时落实救助措施。统筹部署、一体推进，实现我市辖区内第一、二类救助对象“一站式”结算，有效缓解困难群众垫资压力，提高了医疗救助服务效率和服务满意度。截止20xx年6月30日，全市实施住院救助34357人次，资金支出4238.97万元；实施门诊救助13701人次，资金支出426.71万元。加大再救助工作力度，将再救助封顶线提高至10万元。各县市区强力开展再救助工作，屈原管理区第一批申请再救助对象已通过公示审核阶段。三是医疗救助资金执行到位。贯彻落实《湖南省医疗救助补助资金管理办法》，督促各县市区认真清理脱贫攻坚期地方扶贫特惠保、财政兜底等其他医疗保障扶贫措施资金平移并入医疗救助基金。市医保局会同市财政局建立绩效评价机制，对全市医疗救助资金执行情况开展绩效评价，定期

调度县市区的中央、省级财政医疗救助补助资金执行情况，我市20xx年度医疗救助补助资金管理使用在省级绩效评价中被评定为“优秀”等次。加大县市区地方财政投入力度□20xx年度医疗救助资金预算数14260万元，执行数14522万元，执行率101.83%，其中地方财政预算数2298.43万元，执行数2482.01万元，执行率107.99%□20xx年度湘阴县级财政追加医疗救助资金预算1483.4万元。