

最新医疗保障工作报告 医疗保障局工作总结(汇总8篇)

随着个人素质的提升，报告使用的频率越来越高，我们在写报告的时候要注意逻辑的合理性。写报告的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？这里我整理了一些优秀的报告范文，希望对大家有所帮助，下面我们就来了解一下吧。

医疗保障工作报告篇一

（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市荣经县医保局签订《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、多领域深入开展合

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x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二

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三

户籍在我区的所有农业人员（包括在校学生）以及征地农转非未参加城镇职工基本医疗保险者均可以户为单位参加。户籍在我区的城镇人员未参加城镇职工基本医疗保险者也可以参加。

筹资标准为每年人均筹资xx元，即个人缴费x元，区、镇乡

（街道）两级财政各按应参保人口总数分别给予每人每年x元和x元的补助，其中区财政x元包括省、市补助。个人缴费以年度为单位由各镇乡政府、街道办事处负责收缴后，统一交区新型农村合作医疗资金财政专户，全年费用一次缴清。区和各镇乡、街道要确保补助资金及时、足额拨付。凡参加新型农村合作医疗的人员，均应在规定的缴费截止日（20xx年x月x日）前缴纳费用，中途不可办理补、退缴手续。

重点优抚对象的个人应缴款由区财政全额承担，低保对象个人应缴款由区民政部门补助和社会慈善捐助等方式解决。农村符合计划生育政策放弃二胎生育的家庭（父母及子女共3人）个人应缴款年人均x元仍由区财政承担，新增部分（即年人均x元）由其个人自行承担。

（一）可报销范围

纳入可报销范围的费用为100的中西药费（丙类药除外）、手术费、治疗费和50的化验费、检查费、放射费（肿瘤病人放射治疗享受特殊病种待遇的除外）、材料费。

（二）门诊报销起付线和报销比例

门诊报销起付线标准为200元。在镇乡、街道卫生院及社区卫生服务站就诊的医疗费用报销比例为超过起付线后20，在区属医院就诊的医疗费用报销比例为超过起付线后10。门诊可报销的'基本定点医疗机构为各区属医院、镇乡（街道）卫生院和经区卫生局审核批准的社区卫生服务站以及民营医院中的xx骨科医院、星都门诊部、xx农村卫生协会中西医结合门诊部、崇贤镇沾桥中西医结合门诊部、同仁门诊部。省、市定点医院的门诊（特殊病种除外）均不予报销。

（三）住院报销起付线和报销比例

500元以上、10000元以下（含10000元）部分，报销50；

20xx0元以上部分，报销70；

恶性肿瘤、血友病、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、慢性肾功能衰竭的透析治疗、列入诊疗项目的器官移植后抗排斥治疗、精神分裂症等7个特殊病种门诊治疗发生的费用视同住院，参照住院待遇报销。

凡在省、市级医院就诊的，其实际报销金额分别下浮20和15，省外医院下浮50。

参保者每一结算年度医药费报销，门诊、住院、特殊病种门诊三项全年累计报销封顶额为60000元。

继续实行大病特困二次补偿制度，当年超过报销封顶线以上的大病特困二次补偿封顶额为40000元。二次补偿需由病人家庭提出申请，所在村委和镇乡、街道出具特困证明，并经区农医办实地调查情况属实后，予以补偿。

低保家庭在取得新型农村合作医疗报销后，个人自费比例超过一定数额标准的，还可获得区民政部门的社会医疗救助。

对参加新型农村合作医疗连续三年以上的人员，从第4年度起，其住院医疗费用最高报销封顶额增加1万元，即7万元。

省、市定点医疗机构为：浙一医院、浙二医院、省人民医院、邵逸夫医院、省中医院、省妇保、省儿保、省肿瘤医院、省立同德医院、中国人民解放军117医院、新华医院和杭州市一、市二、市三、市五、市六、市七、市中医院、市烧伤专科医院（笕桥医院□□xx医院分院，其中省中医院、中国人民解放军117医院、市中医院、市二、市三、市五院已经实现住院信息化联网，可以直接刷卡报销。原定区内定点医疗机构和周边区县定点医疗机构保持不变，区内各定点医疗机构已实现信息化联网，可以直接刷卡报销。

各定点医疗机构应严格执行我区新型农村合作医疗各项政策制度，切实规范和提高医疗服务行为。区卫生局、区农医办应加强对定点医疗机构的监督和管理，确保农村合作医疗制度平稳运行。

本意见自20xx年1月1日起实施。

此前有关规定与本意见相抵触的部分，以本意见为准。

本意见由区农村合作医疗保险管理委员会办公室负责解释。

医疗保障工作报告篇四

截止目前，城镇职工基本医疗保险参保人数x.x万人，万元，万元，万元，万元，亿元。

城乡居民基本医疗保险参保人数xx.x万人，亿元，亿元，累计结余x.x亿元。医保局加大政策宣传力度，提高广大市民政策知晓率及参保意愿，规范基金征缴，做到应保尽保。

医保局全面强化基金内控工作，基金征缴、待遇支付、财务管理、医保病人就医就诊实现信息化、系统化管理，有效杜绝了基金的跑冒滴漏，确保了基金安全运行。

xxxx年以来xx市医保局深入开展欺诈骗保问题全面排查整治工作。第一阶段自查自纠已结束，现开展第二阶段全面排查、抽查复查阶段，上级医保部门将依据全面排查整治进展情况，采取交叉检查方式对各地排查整治情况进行抽查复查。

xx市医保局深入开展医疗保障基金保用监督管理条例的学习与宣传工作，使医保工作人员和两定机构学法、知法、懂法，遵守法律条例。

xxxx年x月以来□xx市纪委监委联合医保局、卫健局、市场监

管局、公安局集中开展为期二个月的整治骗取医保基金专项和行动，第一阶段自查自纠已经结束。专项检查人员现在进入全面检查阶段。

稳步推进异地就医直接结算工作。凡是符合转诊条件的参保人员异地就医备案及结算，做到转一个、登一个、结一个。让群众少跑腿，让信息多跑路，不断优化医保公共服务，参保群众的满意度进一步提高，已基本实现异地住院就医结算全国联网。

2. 贫困人口慢性病、重症工作

为切实减轻贫困家庭就医负担，确保医保扶贫政策落到实处，我局对建档立卡贫困人口开设绿色通道，设立慢性病认定工作窗口，做到随来随受理，对符合慢性病条件的建档立卡贫困人口随时认定。截至目前，共认定建档立卡贫困人员慢性病人xxxx□普通慢性病xxxx人、重症xxx人），并发放《建档立卡贫困人员慢性病专用证》；门诊两病（高血压、糖尿病□xx人。共提高建档立卡贫困人口医疗待遇xxxx人次、万元，其中：基本医保提高待遇xxxx人次、提高待遇xxx.x万元，大病保险提高待遇xxx人次、提高待遇xx.x万元，医疗救助xxx人次、万元。

3. 严格落实药品集中采购政策

积极落实国家带量□x带量中标药品采购工作，规范医疗机构采购行为；督促医疗机构及时回款；监督配送企业及时配送，确保中标药品能及时在医疗机构上架销售；保障患者能及时购买中标药品，减轻患者负担。截止目前，万元药品。

医疗保障工作报告篇五

为适应医疗费用增长和巩固提升医保待遇水平，确保参保人员医保权益，《通知》要求合理提高居民医保的筹资标准，

人均筹资标准达到960元，其中，各级财政进一步加大对居民医保参保缴费的补助力度，2022年居民医保参保财政补助标准人均新增30元，达到每人每年不低于610元；相应同步提高个人缴费标准30元，达到每人每年350元。继续从居民医保基金中划出一定额度，用于城乡居民大病保险资金，个人无需另行缴费即可享受大病保险待遇，减轻高额医疗费用负担。此外，《通知》还强调，要切实落实持居住证参保政策规定，放开参保户籍限制，对于持居住证参加当地居民医保的，各级财政要按当地居民相同标准给予补助。

《通知》提出坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，统筹发挥基本医保、大病保险和医疗救助三重制度综合保障效能。主要从三个方面对2022年居民医保待遇保障提出工作要求。一是稳定住院待遇水平，政策范围内医疗费用基金支付比例稳定在70%左右。二是完善门诊保障措施，继续做好高血压、糖尿病门诊用药保障，健全门诊慢性病、特殊疾病（以下简称“门诊慢特病”）保障，增强大病保险、医疗救助对门诊医疗费用的保障功能，合力减轻门诊医疗费用负担。三是合理提高居民医保生育医疗费用待遇，做好参保人生育医疗费用保障。

为切实兜住兜牢民生保障底线，《通知》提出四项要求，一是继续做好困难群众资助参保工作，全额资助特困人员，定额资助低保对象、返贫致贫人口，确保应保尽保、应资尽资。二是健全防范化解因病返贫致贫长效机制，完善参保动态监测、高额费用负担患者预警、部门间信息共享、风险协同处置等工作机制。三是完善依申请救助机制。四是做好与临时救助、慈善救助等的衔接。

《通知》提出促进制度规范统一，包括四个方面要求。一是落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案，规范决策权限，推进医疗保障制度管理法治化、规范化、标准化。二是推动实现全国用药范围基本统一，逐步规范统一省内基本医保门诊慢特病病种范围等政策。三是稳步推进省级统筹，职工医

保和居民医保可以分类序贯推进。四是严格落实重大事项请示报告制度，将各省落实待遇清单情况纳入绩效考核。

《通知》提出四项要求，一是加强医保药品目录管理，做实做细谈判药品“双通道”管理。二是规范民族药、医疗机构制剂、中药饮片和中药配方颗粒医保准入管理。三是扎实落实《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，探索推进门诊和中医医保支付方式改革。四是完善医疗机构和零售药店医疗保障定点管理。

《通知》提出四项要求，一是统筹协调开展国家组织和省际联盟集采。2022年底国家和省级（或跨省联盟）集采药品品种数累计不少于350个，高值医用耗材品种累计达到5个以上。二是提升完善医药集采平台功能，强化绩效评价。三是稳妥有序推进深化医疗服务价格改革试点。四是启动医药价格监测工程，持续推进医药价格和招采信用评价制度实施。

《通知》强调，2022年要继续强化基金监管和绩效管理，一是加快建设完善基金监管制度体系和执法体系。二是继续开展打击欺诈骗保专项整治行动。三是完善基金监管联动机制，健全工作制度，形成工作格局。四是做好基金预算绩效管理，开展基金收支预测分析，健全风险预警、评估、化解机制及预案。

《通知》对经办管理服务提出五方面要求，一是全面落实经办政务服务事项清单和操作规范，推动医疗保障政务服务标准化规范化，提高便民服务水平。二是全面落实基本医保参保管理经办规程和关系转移接续暂行办法，继续做好转移接续“跨省通办”。三是优化参保缴费服务，坚持智能化线上缴费渠道与传统线下缴费方式创新并行，提升缴费便利化水平。四是继续做好新冠肺炎患者医疗费用结算工作，及时结算新冠疫苗及接种费用。五是做好异地就医直接结算工作，推进5种门诊慢特病费用跨省直接结算服务。

《通知》要求，要持续推进全国统一的医保信息平台深化应用，全面深化业务编码标准维护应用，建立完善的信息系统运维和安全管理体系，提升医保服务水平和治理能力。

此外，《通知》还从压实工作责任、强化部门协同、加大宣传力度等方面对各地各有关部门提出工作要求，以确保各项政策措施落地见效，持续推进保障和改善民生。

医疗保障工作报告篇六

(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工作能力发展的瓶颈，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七

根据市委市政府的部署，我局于xx年x月xx日正式挂牌运作，整合了市人力资源和社会保障局城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育保险职责，市发展改革局药品和医疗服务价格管理职责，市民政局医疗救助职责。我局内设办公室、政策法规科、医药服务管理科、基金监督科四个科室，行政编

制xx名。设局长x名，副局长x名；正科级领导职数x名，副科级领导职数x名（其中x名负责党务工作）。在省医疗保障局的大力支持指导和市委市政府的正确领导下，我局坚持以人民为中心的发展理念，坚持“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的指导思想，深化医疗保障制度改革，加强医保基金监管，加大“三医联动”改革力度。作为新组建部门，我局克服人手少、工作量大等困难，迎难而上，知难而进，积极主动化解矛盾，确保工作顺利推进、衔接顺畅，推动了我市医疗保障事业持续健康发展。

（一）巩固和扩大基本医疗保险覆盖范围

xx年至目前止，万人，其中:万人，万人，参保率达巩固在xx.x%以上。

（二）稳步提高医保待遇水平，减轻看病负担

（1）住院报销比例：社区卫生服务中心住院报销比例退休人员xx%□在职职工xx%□一级医院退休人员xx%□在职职工xx%□二级医院退休人员xx%□在职职工xx%□三级医院退休人员xx%□在职职工xx%□

（2）城镇职工高额补充医疗保险赔付标准是：在一个保险年度内，被保险人住院和特殊门诊就医（不分医院级别）发生的符合xx市基本医疗保险政策规定范围内的医疗费用，个人自付累计超过xx元（不含起付线）以上的费用，按xx%的比例进行赔付，最高赔付xx万元。

城镇职工医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元。城镇职工基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

2、城乡居民医疗保险待遇标准

(1) 住院报销比例：一级医院报销提高到xx%□二级医院报销提高到xx%□三级医院报销提高到xx%□起付线：一级医院xx元，二级医院xx元，三级医院xx元，市外住院xx元。城乡居民医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元（基本医疗保险统筹xx万元、高额补充险xx元、大病保险xx万元）。城乡居民基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

(2) 完善城乡居民大病保险政策。一是我市城乡居民大病保险政策按自付费用高低，分段设置支付比例，大病保险起付标准为xx元，参保人在一个年度内符合政策范围的住院费用个人自付费用累计达到xx元至xx元报销比例为xx%□xx元以上最高报销xx%□二是大病保险政策适当向困难群体倾斜。对困难群体下调大病保险起付标准，并提高报销比例，不设年度最高支付限额。其中，特困供养人员、孤儿起付标准下调xx%□报销比例达到xx%□建档立卡的贫困人员等困难群众起付标准下调xx%□报销比例达到xx%□

(三) 有序推进医疗救助职能移交工作

印发了□xx市医疗救助“一站式”结算工作实施方案》（阳医保通□xx□xx号），拟定了□xx市医疗救助“一站式”结算工作实施规程》（征求意见稿），开设了医疗救助基金银行专户，成功搭建基本医疗信息系统□xx年x月x日在市内、省内实行医疗救助“一站式”结算□xx年，我市医疗救助资助参加基本医疗保险人数xxx人，支付资金xx万元；至目前止，住院救助人次xx人，门诊救助人次xx人；住院救助资金支付xx万元，门诊救助资金支付xx万元。

(四) 做好xx年城乡居民医保宣传发动参保工作

xx年城乡居民医保宣传发动参保工作从xx年xx月xx日开始至xx月xx日结束，个人缴费xx元/人.年。为扩大基本医疗保

险覆盖范围，允许持我市居住证人员参加我市城乡居民基本医疗保险。

（五）加大财政投入，稳定筹资机制

一是提高财政补助标准，由xx年xx元/人.年提高到xx年xx元/人.年。二是提高大病保险筹资水平，由xx年xx元/人.年提高到xx年xx元/人.年。

（六）做好xx年市本级基金预算工作

万元，万元。

（七）稳步推行公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革工作。一是按照省推广药品集团采购工作有关文件要求，我局扎实推进我市药品集团采购各项工作。今年x月xx日，市政府成立了xx市药品跨区域联合集团采购领导小组，统筹协调推进药品集中采购工作；结合本市实际，于x月xx日以市政府印发了《xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》。xx月xx日组建xx市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购药事管理委员会；为了加快推进我市集中采购工作，全面贯彻落实国家组织药品集中采购试点工作决策部署，增强药品供应保障能力，降低药品采购价格，减轻群众药费负担。xx月x-x日组织市药事管理委员会成员同志外出参观学习市等地的先进药品集中采购经验和做法。xx月xx日市医保局、市卫健局、市财政局、市市场监管局联合印发《xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购工作实施方案》。二是全面贯彻落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作。为推进落实我市药品跨区域联合集中采购和国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作。xx月xx日下午，我局组织召开落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作会议。xx月xx日下午，我局在xx市委党校报告厅举办了全市公立医疗机构药品跨区域联合集中采

购业务培训班，同时，联合市卫健局、市财政局、市人力资源和社会保障局、市市场监管局印发《xx市落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作方案的通知》和《xx市实施国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作的通知》。

（八）落实公立医院取消医用耗材加成补偿新机制。一是今年x月份机构改革成立xx市医疗保障局以来，我局在市发改局、市卫生健康局、市人力资源社会保障局、市财政局联合印发的《xx市公立医院医疗服务价格调整方案》（阳发改收费xxxx号）基础上，会同各有关单位、相关公立医疗单位认真贯彻执行医疗服务价格，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，使医疗服务价格调整体现医务人员技术劳务价值，进一步理顺医疗服务项目比价关系。二是自x月份起，按照x省人民政府办公厅关于加快推进深化医药卫生体制改革政策落实的通知》（粤府办xxx号）及x省医疗保障局关于做好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，我局选定了xx间医院作为我市的样本评估医院，参加取消医用耗材加成后全省医疗服务价格调整政策效果评估工作。

（九）深化医保支付方式改革工作。一是争取到省的支持，确定阳西县为x省唯一的紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点，试点工作已于x月x日正式启动实施；积极指导阳西结合本地实际，制定医共体医保支付改革工作实施细则，按照基本医疗保险基金“以收定支、略有结余”的原则，探索紧密型医共体实行总额付费、结余留用、合理超支分担的医保支付方式，提升基层医疗卫生机构能力，优化医疗资源合理配置，促进医共体从以治疗为中心向以健康为中心转变，让老百姓享受就近就地就医的优质医疗服务，更好地解决老百姓看病难、看病贵问题。二是为切实保障我市基本医疗保险参保人的医疗保险权益，合理控制住院医疗费用，进一步完善基本医疗保险支付制度，提高医保基金使用效率，根据《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发xxxx号）、《关于全面开展基本医疗保险按病种分值付费

工作的通知》（粤人社函〔xx〕xx号）精神，借鉴先进地区经验并结合我市xx年总额控制下按病种分值付费政策落实实际情况，对〔xx〕市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法》（阳人社发〔xx〕xx号）进行了修订完善，形成了〔xx〕市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法》。

（十）按照国家和省落实抗癌药等谈判药品的支付情况统计上报工作〔xx〕年，根据省医保局转发国家医保局文件要求，认真做好第一批xx种谈判药品有关情况报送工作，并且每月按要求将xx种谈判抗癌药支付情况汇总统计上报省医保局；同时，按照国家和省政策有关要求，将第一批xx种谈判药品及xx种抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围，并要求医保经办机构按要求做好医保报销工作。

（十一）开展打击欺诈骗保专项治理，强化基金监管工作

根据〔xx〕市医疗保障局关于xx年开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作方案》，我局组织各县（市、区）医保、社保部门分别对辖区内定点医药机构进行专项检查。

x-x月份在全市范围内开展了打击欺诈骗保维护基金安全集中宣传月活动：一是充分利用各类现代传媒开展集中宣传，二是举办打击欺诈骗保维护基金安全医疗保障现场咨询活动，三是召开“打击欺诈骗保维护基金安全”宣传大会，营造我市打击欺诈骗保的良好氛围，推动全社会共同关注、支持、参与打击欺诈骗保工作。集中宣传月活动开展以来，全市各类定点医疗机构显示屏滚动播放打击欺诈骗保宣传标语xx多条，悬挂横幅xx多条，通过电视台、电台以及大型户外广告屏在黄金时段播放宣传标语、宣传动漫视频xx多时次。共计发放宣传册子和宣传单张xx份，接受现场咨询人数近xx人次。

（十二）开展xx年度医疗服务行为检查，提升我市医保监管能力

为规范我市医疗服务行为，控制医保基金不合理支出，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院办公厅关于推广随机抽查规范事中事后监管的通知》（国办发〔xx〕xx号）和《关于做好xx医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔xx〕xx号）等有关法律法规、政策和文件精神，省医保局于x-x月派出专家组协助我市对全市定点医疗机构xx年医疗服务行为进行全面检查。检查发现我市医疗机构普遍存在违规医疗服务行为有：轻症入院、过度检查和过度用药、不规范用药、分解住院、入院只有检查而无治疗或手术等等。检查组通过云操作和大数据应用系统、现场抽查病例资料等方式对我市部分医保问题较为突出的医疗机构进行了全面细致的检查，并对检查中发现的问题进行了集中反馈，提出了针对性的意见和建议，取得较好的成效。

（一）人员编制不足，日常工作超负荷运转。基金支出必须实行“三级审核”，但经办机构在编人员少，一些业务科室必须要经常加班才能完成工作任务。新组建的医保局，有些只划转了职能，但没有相应划转编制和人员，因而工作上有些被动。特别是党建和基金监管工作越来越重要，信息化程度越来越高，因此，文秘、财会、医学、计算机等相关专业人员的缺乏成了制约我局事业发展的瓶颈。

（二）现医保行政机构与医保经办机构分离，医保经办机构为市人社局下属部门，造成经办工作沟通不顺、协调不畅，特别是各县（市、区），问题尤为突出。而医保部门各项工作的开展，更多要依托经办机构，长此以往，可能会造成责任不清，运转不灵，不但会造成部门之间产生矛盾，而且会影响参保人的利益。

（三）医疗救助“一站式”结算系统对象信息更新时间较长，

每月由省政数局更新一次，影响了新增救助对象“一站式”结算工作。

（一）按照省的统一部署，推进整合职工基本医疗保险和生育保险、推进城乡基本医疗保险一体化。

（二）按照省的统一部署推进基本医疗保险省级统筹等各项工作。

（三）资助贫困人员参加城乡居民医疗保险。

（四）拟调整家庭医生的服务费、城乡居民医保市外就医报销比例和规范乙类药品报销办法等政策制度。

（五）推进完善公立医院补偿新机制。我局将结合市委、市政府部署的工作实际，继续按省政府加快推进深化医药卫生体制改革政策落实有关文件精神，并按□x省医疗保障局关于做好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，配合省医保局做好取消耗材加成后我市医疗服务价格调整政策效果评估结果，会同市有关单位进一步共同推进我市医疗服务价格改革各项工作。

（六）进一步深化医保支付方式制度改革，并结合工作实际，完善我市按病种分值付费实施方案，继续规范经办管理，强化考核措施，逐步建立完善与病种分值付费方式相适应的监管体系，按省医保要求，做好阳西县医共体医保支付方式综合改革试点工作。

（七）继续按照省有关加快推进跨省异地就医直接结算工作要求，积极扩大全市各相关医疗机构上线直接结算覆盖范围。

（八）根据市政府印发□xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》，按照我市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方

案要求，积极推进全市公立医疗机构药品集中采购各项有关工作。落实平台遴选工作，并与所选平台进行药品集中采购上线运行对接工作，尽快实现药品集中采购信息联网对接，确保上线运行等相关工作，扎实推进我市药品集团采购各项相关工作。

（九）按照国家和省医保政策有关要求，及时做好我市谈判抗癌药等有关谈判药品的支付情况汇总统计工作，配合做好各类抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品医保报销工作。

（十）开展打击欺诈骗保专项行动“回头看”，建立长效工作机制，同时，结合本次省专家组对我市xx年度医疗服务行为的检查，重点加强对逐利行为突出的定点医疗机构的监督检查，进一步强化定点医疗机构和参保人员的法制意识，不断提高监管水平和监管效能，建立健全医保基金的长效监管机制，提升我市医保监管总体能力，切实保障参保人合法权益，控制医保基金不合理支出，防范基金欺诈风险，持续保持打击欺诈骗保高压态势，营造全社会关注医保、共同维护医保基金安全的良好氛围，确保医保基金用在真正有需要的患者身上。

医疗保障工作报告篇八

为贯彻落实党中央、国务院解决“两不愁三保障”突出问题决策部署，深入推进实施健康扶贫工程，以县医院能力建设、“县乡一体、乡村一体”机制建设、乡村医疗卫生机构标准化建设为主攻方向，全面解决贫困人口基本医疗有保障突出问题，确保到20xx年全面完成健康扶贫任务，根据《国务院扶贫开发领导小组关于解决“两不愁三保障”突出问题的指导意见》，制定本工作方案。

贫困人口基本医疗有保障，主要是指贫困人口全部纳入基本医疗保险、大病保险和医疗救助等制度保障范围，常见病、

慢性病能够在县乡村三级医疗机构获得及时诊治，得了大病、重病后基本生活仍然有保障。建立健全基本医疗保障制度，加强县乡村医疗卫生机构建设，配备合格医务人员，消除乡村两级机构人员“空白点”，做到贫困人口看病有地方、有医生、有制度保障。

指导工作标准包括：医疗卫生机构“三个一”、医疗卫生人员“三合格”、医疗服务能力“三条线”、医疗保障制度全覆盖（详见附件）。

（一）加大支持力度。进一步加大中央预算内投资支持力度，督促地方将符合条件的贫困县（国家扶贫开发工作重点县以及连片特困地区县，下同）县级医院（含中医医院，下同）纳入全民健康保障工程支持范围。各地要落实投入责任，改造和完善县级医院设施，配备基本设备，保障县级医院的正常运转。

（二）强化对口帮扶。进一步明确三级医院帮扶目标、任务和考核指标。组织三级医院加大对深度贫困县的帮扶力度。采取“组团式”支援方式，选派管理和技术人员担任受援医院院长或副院长、护理部主任及学科带头人，帮扶团队不少于5人（中医医院可选派3人），每批人员连续工作时间不少于6个月。帮助贫困县县医院加强针对当地疾病谱的临床专科建设，提升内科、外科、妇产科、儿科、急诊科的常见病、多发病和部分急危重症的诊疗能力。

（三）推进远程医疗。实现贫困县县级医院远程医疗全覆盖，拓展服务内涵，丰富服务内容，通过远程会诊、查房、示教、培训等形式，有效促进优质医疗资源下沉。进一步规范远程医疗服务，逐步完善远程医疗收费和报销政策。

（四）加强县乡村人员培养培训。持续开展全科医生规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训等，加大农村订单定向免费医学生培养力度。继续为贫困地区招聘特岗全科医生，

全面解决乡镇卫生院无执业医师问题。鼓励各地继续开展面向村卫生室的免费医学生培养。持续对乡村医生开展实用技能和适宜技术培训，提高乡村医生常见病、多发病诊治和中医药服务能力。

（五）统筹使用县域卫生人力资源。鼓励实行“县聘县管乡用”和“乡聘村用”，为乡镇卫生院和村卫生室聘用合格的医务人员。建立健全压茬选派制度，通过从乡镇卫生院选派医师开展巡诊、派驻等方式，解决村卫生室缺乏合格医生的问题。探索开展省域内非贫困县县级医院对口支援贫困地区乡镇卫生院，定期选派医师到乡镇卫生院执业。

（六）推进县域医共体建设。有条件的地方，进一步开展紧密型县域医共体建设，推进医共体内行政管理、医疗业务、信息系统等统一运作，提高县域医疗卫生服务整体绩效，逐步用区域医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。

（七）消除“空白点”。推动地方政府落实主体责任，加大投入，按照填平补齐的原则，在脱贫攻坚期内，全面完成乡镇卫生院和村卫生室基础设施建设，合理配置乡镇卫生院、村卫生室医疗设备。加强乡镇卫生院中医药科室建设和村卫生室中医药设备配置。对于扶贫搬迁后新形成的行政村，在地方政府水、电、网等基础设施建设到位前，可通过设置临时医疗点，为群众提供服务。

（八）全面落实重点传染病、地方病综合防控三年攻坚行动。按照《健康扶贫三年攻坚行动计划》（国卫财务发〔20xx〕38号）要求，做好艾滋病、结核病，血吸虫病、包虫病和大骨节病等地方病综合防治工作，开展现症病人分类救治。

（九）明确职责分工。坚持中央统筹、省负总责、市县抓落实的管理体制，中央部门负责健康扶贫政策顶层设计、健全工作机制、明确责任要求；地方政府负责结合本地脱贫攻坚实际，制订政策、明确标准并推动落实。卫生健康行政部门

牵头实施健康扶贫、加强县乡村医疗卫生服务能力建设、开展分类救治工作，扶贫部门负责将健康扶贫纳入脱贫攻坚总体部署和工作考核，医保部门负责实施医疗保障扶贫、将贫困人口纳入医疗保障制度覆盖范围，发展改革和财政部门负责加强健康扶贫的投入保障。

（十）制订实施方案。各地要结合实际，按照能够解决实际问题、贫困人口普遍认可以及可量化、可实现、可考核的原则，制订具体工作标准和实施方案，对照标准开展排查，摸清底数，建立台账，明确时间表、路线图，并于20xx年7月底前将本地具体工作标准和排查结果向国家卫生健康委、国家医保局报备。省内各地原则上不再另行制订标准。

（十一）加大投入支持。中央财政统筹卫生健康领域现有资金渠道，在分配卫生健康转移支付资金时，对“三区三州”和其他深度贫困地区予以适当倾斜。省级、市级财政对解决基本医疗有保障突出问题要予以倾斜支持。县级财政要按规定落实好乡镇卫生院及乡村医生补助经费。对于服务人口较少、按照现有渠道和补助标准不足以维持正常运转的村卫生室，县级财政给予适当补助。贫困县用足用好现有政策，支持符合条件的解决基本医疗有保障突出问题的项目。东西部扶贫协作、对口支援、定点扶贫等要支持解决贫困地区基本医疗有保障突出问题。鼓励各类公益基金、企业等社会力量支持贫困地区医疗卫生机构能力建设。