

# 医疗保障半年工作总结 医疗保障的工作总结(通用6篇)

总结是指对某一阶段的工作、学习或思想中的经验或情况加以总结和概括的书面材料，它可以明确下一步的工作方向，少走弯路，少犯错误，提高工作效益，因此，让我们写一份总结吧。写总结的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是小编整理的个人今后的总结范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

## 医疗保障半年工作总结篇一

第十九条各区民政、财政、劳动和社会保障、卫生部门应根据本办法结合本地实际情况，制定实施细则，切实保障优抚对象的医疗待遇，各区规定的优抚对象医疗待遇高于本细则的可以继续按原办法执行。

第二十条本细则中的参战退役人员，是指1950年11月1日以后入伍并参加过为抵御外来侵略，完成祖国统一、捍卫国家领土和主权完整，保卫国家安全而进行了武力打击或抗击敌方的军事行动，迄今已经从军队退役的城镇无工作单位且家庭生活困难的人员。

第二十一条具有双重身份或多重身份的优抚对象，按照就高原则享受一种医疗待遇。

第二十二条本细则由市民政局会同财政局，劳动和社会保障局、卫生局解释。

第二十三条本细则自10月1日起施行。

## 医疗保障半年工作总结篇二

20xx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xxxxx□xx万元；结算大病补充保险xx□xx万人次，基金支付xxxx□xx万元；结算两定机构个人账户xx□xx万人次，基金支付xxxx□x万元；结算城乡大病保险xxx人次，基金支付xx□xx万元；审核结算工伤保险待遇xxx人次，基金支付xxxx□xx万元；审核结算生育保险待遇xxxx人次，基金支付xxxx□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xxxx人次、基金支付xx□xx万元，一般xxxx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xxx□xx万元；办理医疗保险关系转移接续xxxx人次，其中转入我区参保人员xxxx人次，转出我区参保人员xxxx人次。

20xx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。

### （一）深入开展医保稽核工作

我区现有定点医药机构共xxx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xxx家，定点零售药店xxx家。目前已完成现场检查数量xxx家，现场检查率xxx%□到20xx年x月xx日今年查处违约医药机构xxx家（医院类xx家，门诊诊所类xx家，零售药店类xxx家），其中约谈xxx家次，限期整改xxx家次，追回违约医疗费用xxx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xxx□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xxx家，增幅达xxx□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xxx□xx万元，增长xxx□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□xxxx□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□20xx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□xxxx□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□xxxx□xxx号）□□x市医疗保险管理局关于做好20xx年基本医疗保险付费总额控制工作的通知》（成医发□xxxx□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

20xx年x—xx月累计签订居家失能人员协议xxx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xxxx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。

## 医疗保障半年工作总结篇三

根据市委市政府的部署，我局于xxxx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

xxxx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、城镇职工医疗保险待遇

（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xxxxx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xxx元，二级医院xxx元，三级医院xxx元，市外住院xxx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xxxxx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xxxxx元至xxxxx元报销比例为xx%□xxxxx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□xxxx□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□xxxx年x月x日在市内、省内实行医疗救助“一站式”结算□xxxx年，我市医疗救助资助参加基本医疗保险人数xxxxxx人，支付资金xxxx万元；至目前止，住院救助人次xxxxx人，门诊救助人次xxxx人；住院救助资金支付xxxx万元，门诊救助资金支付xxx万元。

### (四) 做好xxxx年城乡居民医保宣传发动参保工作

xxxx年城乡居民医保宣传发动参保工作从xxxx年xx月xx日开始至xx月xx日结束，个人缴费xxx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xxxx年xxx元/人.年提高到xxxx年xxx元/人.年。二是提高大病保险筹资水平，由xxxx年xx元/人.年提高到xxxx年xx元/人.年。



## （六）做好xxxx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□xx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□xxxx□x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□xx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□xxxx□xxxx号)精神,借鉴先进地区经验并结合我市xxxx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□xxxx□xxx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□xxxx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xxxx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xxxx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xxx多时次。共计发放宣传册子和宣传单张xxxx份，接受现场咨询人数近xxx人次。

#### （十二）开展xxxx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□xxxx□xx号）和《关于做好xxxx医疗保障基金监管工作的通知》（医保发□xxxx□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xxxx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xxxx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。

## 医疗保障半年工作总结篇四

根据《山西省离休干部医疗保障办法（试行）》（晋办发〔2002〕8号）文件及《太原市离休干部医疗保障试行办法》（并办发〔2003〕10号）文件有关规定，结合2015年全市离休干部人均医疗费用实际发生额，经太原市人力资源和社会保障局及太原市财政局会商后，确定我市2016年离休干部医疗保障统筹资金筹资标准维持去年标准不变，现将有关问题通知如下：

一、医疗年度

二、筹资标准

三、征缴人数

以单位2016年1月1日在册的离休干部人数为准

四、缴费日期

为2016年1月20日之前一次性全部缴纳完毕。

## 五、注意事项

文档为doc格式

### 医疗保障半年工作总结篇五

20xx年，医疗保障局在县委、县政府的正确领导下，按照《中共委县政府关于20xx年脱贫攻坚巩固提升工作的实施意见》（安字〔20xx〕13号）文件要求，对照《20xx年医疗保障扶贫工作计划》有关目标任务，扎实推进医疗保障扶贫有关工作，巩固医疗保障扶贫成果，提升医疗保障绩效，现就有关工作开展情况汇报如下。

#### 一、实现贫困人口医疗保障全覆盖。

认真做好贫困人口参保缴费工作，落实财政资助贫困人口参加医保政策，加强与扶贫、民政等部门对接，确保已核准有效省份信息的贫困人口全部参保，实现贫困人口基本医保、大病保险、医疗救助保障制度覆盖率达到100%。20xx年度医疗保险个人缴纳基本保费为每人每年250元，全县建档立卡贫困对象（含贫困户和低保户）的个人保费1464.475万元全部由县政府出资代缴；补充医疗保险缴费标准是每人每年260元，补充医疗保险保费1523.054万元（按市、县财政2:8比例负担）由市、县两级财政出资代缴。

#### 二、落实贫困人口医疗保障待遇。

严格执行市定“四道保障线”政策，贫困人口（除民政兜底的.特困人员、孤儿外）住院医疗费用报销比例自20xx年6月起不再超过90%。加强贫困人口医疗费用管理，强化贫困人口医疗服务监管，将贫困人口住院医疗费用的实际报销比例稳定在90%的适度水平。20xx年，全县享受健康扶贫“四道保障线”的贫困人口总医疗费用10770.5万元，总补偿金额

为9658.1万元。二是严格贯彻落实基本医疗保险范围的规定，坚决执行国家基本医疗保险（药品、检测、耗材）“三大目录”。加强定点机构服务协议管理，督促各定点医疗机构严格贯彻执行基本医疗保险的相关要求。三是对贫困人口的住院报销情况进行全面筛查，确保贫困人口住院报销比例控制在90%的适度水平，全年共补足213人（次）35.4万元。

### 三、提升贫困人口医疗保障服务。

简化和加快贫困人口门诊特殊慢性病审批程序，把门诊特殊慢性病认定周期由30天缩短为10天，并对贫困人口门诊特殊慢性病申报权限下放至18个乡（镇）卫生院，对卧床或行动不便患者采取集中上门服务的方式开展筛查工作；经专家组鉴定的贫困慢性病患者备案权限已下放至县级医疗机构，大大的缩短了门诊特殊慢性病的申报、审核、鉴定、备案时间。全面推进贫困人口医疗费用即时结算，切实做好贫困人口异地就医登记备案和住院医疗费用直接结算工作，推进实现医保便民服务“马上办、网上办、就近办、一次办”。

## 医疗保障半年工作总结篇六

xxxx年，x区医保局在区委、区政府的坚强领导下，严格按照市医保局总体部署，围绕和服务国际化营商环境建设年中心工作，努力做好惠民利民、依法治理、改革创新、服务大局四篇文章，不断增强人民群众医疗保障的获得感、幸福感、安全感。现将xxxx年工作开展情况及xxxx年工作思路报告如下：

（一）民生为本，提高医疗保障水平。一是加强部门协作，抓好医保筹资。加强与相关区级部门和乡镇（街道）协作，全力推进城乡居民筹资工作，全面落实免收重特大疾病参保费用、降低大病互助补充保险缴费基数和费率等降费减负惠民政策。二是强化救助托底，抓好医保扶贫。认真落实扶贫攻坚三年行动计划，积极开展两不愁、三保障回头看，医疗



救助待遇一卡通发放于x月顺利实施，%。三是做到精准施策，抓好待遇落实。积极落实基本医疗、大病保险、互助补充、重特大疾病保险待遇，认真贯彻落实药品、耗材零加价惠民政策，推进医疗服务价格动态调整，切实提高参保群众医保待遇水平□x-xx月，全区城镇职工基本医疗保险参保人数为xxxxxxx人；城乡居民基本医疗保险参保人数xxxxxxx人，参保率达xx%以上；万元；万元；万元，万元；万元。

（二）服务为先，提升医保服务能力。一是理清职能边界，夯实部门职责。主动与涉改部门对接，做好医疗保险费用征缴、工伤保险、医疗救助、医疗服务及药品价格等职能职责划转，以区政府名义出台《关于进一步加强医疗保障工作的实施意见》，夯实部门职责，确保医保惠民工程顺利推进。二是推进异地联网，方便群众就医。我区已实现定点医院异地就医联网结算全覆盖，开通门诊异地就医直接结算的定点药店和诊所扩大至xxx家，万元，万元。三是搭建便民平台，提升服务水平。整合医保内部资源，实现基本、大病、补充、救助一站式服务、一窗口办理；深化医保业务网上通办服务模式，目前，已有异地就医备案、个体医疗退休、新生儿参保、个帐返还等xx项业务通过x医保微信平台办理，并与天府市民云x专区对接，已有xxx余人通过微信平台申请办理医保业务。

（三）监管为主，确保基金安全有效。一是构建监控体系，强化内控管理。研究制定了《稽核管理工作规程》和《审核管理办法》，构建以区级医保部门为主导，乡镇（社区）医保协管力量联动、相关区级部门互动、定点机构强化履约、第三方专家评审、媒体监督、社会监督员为补充的医保监督体系，打造三岗定责、三权分离、一窗进出审核内控体系，规范医保服务行为。二是建立监控系统，实施精准稽核。开发医保智能预警监控分析系统，对定点医药机构进销存、结算、总控等运行数据进行监控分析，建立医保审核、稽核联动机制，按月对比分析异常数据，为医保监管方向提供准确

指引。三是加大检查力度，严格协议管理。建立打击骗取医疗保险基金联席会议机制，科学实施医保总额预算管理，深入推进医保医师管理，按照日常巡查辐射全域，专项检查重点稽核思路，开展打击欺诈骗保集中宣传月及基层医疗保险基金使用情况、医疗保障基金专项治理、医疗乱象专项整治、门诊血液透析专项检查等专项行动，确保医保监管全天候、全覆盖、常态化，万元，万元，中止定点医药机构服务协议x家，对xxx人次存在违反服务协议的医保医师给予扣分处理，约谈定点医药机构xxx家/次。

（四）改革为重，引领医保创新发展。一是扎实推进药品集中采购与使用试点。按照国家、省、市对x+x国家组织药品集中采购和使用试点工作要求，成立工作推进小组，制定工作方案，按月细化工作任务，全面收集、及时协调解决工作推进中存在的问题。万盒，%。二是深入推进长期照护保险制度试点。在全市率先建立长期照护保险评估人员管理x+x+x制度体系，依托微信公众号搭建长照险论坛评估人员学习、交流平台，切实夯实队伍建设，规范评估行为，提升评估水平。

（一）推进金x大港区医保协同发展。一是设立大港区医保便民服务窗口，实现医疗费用申报、异地就医备案、城乡居民参保登记业务大港区通存通兑。二是搭建大港区医保业务数据交换中心，实现业务事项影像受理资料、医保审核数据等高效传输和即时办理，规范服务行为。三是建立大港区服务事项内控管理制度，制定《大港区医保便民服务一窗办理实施方案》，实施跨区域与本地业务事项同质化管理，专柜管理跨区域业务档案，严格做好业务风险防控。四是建立三地医保监管联动机制，开展检查内容统一、检查人员联动、检查结果互认的联合监管，组建大港区第三方专家库，建立专家抽调机制，解决第三方评审专家资源分布不均、技术差异和风险防控等问题。自三地签订医保事业协同发展协议以来，已开展交叉检查x家次，万元，扣减保证金x.x万元，暂停医保服务协议x家；开展专家交叉评审x次，万元，万元。

（二）推进医共体建设医保支付方式改革试点。作为全市首个医共体建设医保改革试点区县，通过试点先行，确定了一个总额、结余留用、超支分担、共同管理医保总控改革工作思路，被x区委、区政府《x区推进紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案（试行）》（青委发〔xxxx〕xx号）文件采纳，将改革医保支付方式作为医疗集体化改革重要运行机制，也为x市医共体建设积累了医保改革经验。

（一）医保行政执法问题：医保行政执法尚无具体流程和规范化执法文书，建议市局尽快出台医疗保障行政执法相关流程和文书模板并进行培训。

（二）数据共享问题：由于数据向上集中，区县自行建立的预警监控分析系统数据来源不够及时、全面、准确，不能自主运用大数据分析实现医保精准监管。建议在市级层面建立医保大数据云空间，向区县提供大数据查询和使用接口。

（三）区外医疗救助未实行联网结算问题：目前医疗救助区外住院费用仍采用参保群众全额垫付手工结算方式，程序繁琐、报费时间长，建议实行医疗救助全市联网结算，方便参保群众。

（四）门特期间住院费用联网结算问题：参保人员反映在门特期间发生的住院费用需全额垫付后到经办机构结算，办理过程不便捷，建议开通门特期间住院费用医院联网结算。

（一）以服务大局为引领，立足保障促发展。一是深入推进长期照护保险试点，强化照护机构监管，引导照护机构提能升级，逐步建立康养、医疗一体化机构；有效释放市场潜在需求，培育和发展照护市场，促进照护产业发展。二是贯彻落实市委十三届五次全会精神支持东部新城五个未来之城建设二十条医疗保障政策措施，重点推进定点医疗机构申请提速增效，扩大照护机构定点范围，助力营造良好的营商环境。三是下好紧密型医共体建设医保支付方式改革试点这盘棋，

按要求推进按病组分值付费方式改革，激发医疗集团和医疗机构内生动力，实现全区医疗服务能力水平整体提升。

（二）以基金安全为核心，立足发展促规范。一是推进医保领域法治建设，理清协议、行政、司法医保管理职能边界并建立有效衔接机制，推动医保基金监管信用体系建设，发挥联合惩戒威慑力。二是丰富医保监管手段，通过委托会计师事务所、商保机构，夯实社会监督员和基层协管员队伍等，建立横到边、纵到底的监管体系，巩固基金监管高压态势。三是按照医保智能监控示范城市建设要求，完善智能监控预警系统，提升智能监控功能，丰富智能检测维度，探索异地就医监管手段，实现基金监管关口前移、高效、精准。

（三）以创新理念为抓手，立足规范优服务。一是以大医保思维建立医保+医院协同发展服务理念，提升前端医疗服务质量，提高后端医疗保障水平，实现医疗和医保服务能力双提升。二是围绕x国际消费中心建设推进医保联盟战略部署，树立医保+商保协同发展服务理念，大力推进长照险商保委托经办，强化大病保险商业化运作，积极探索有效路径实现深度合作。三是贯彻落实省委、市委一干多支、五区协同战略，推动成德眉资同城化发展和成巴协同发展，深化金x大港区医保融合发展，加快推进全域服务和全方位监管。

（四）以提质增效为目标，立足服务惠民生。一是加强部门协作，确保xxxx年城乡居民基本医疗保险参保率维持在xx%以上，圆满完成扶贫攻坚、待遇保障等民生工作目标。二是提能升级医保微信掌上经办平台，逐步扩大网上经办项目，做优服务群众最后一米。三是继续推进异地就医联网结算，进一步扩大个人账户异地直接结算医药机构范围，为外来就业创业人员就医购药提供便利。