# 村医保宣传工作总结(通用30篇)

来源：网络 作者：心上人间 更新时间：2024-01-16

*村医保宣传工作总结1在盘县县委、县政府和县卫食药局、乡（镇）政府、各相关部门的共同努力下，我县新型农村合作医疗工作正健康稳定的发展，基本达到了农民得实惠、医院得发展、政府得民心的目标，我县新型农村合作医疗基金自实施以来实行封闭运行，从农民缴...*

**村医保宣传工作总结1**

在盘县县委、县政府和县卫食药局、乡（镇）政府、各相关部门的共同努力下，我县新型农村合作医疗工作正健康稳定的发展，基本达到了农民得实惠、医院得发展、政府得民心的目标，我县新型农村合作医疗基金自实施以来实行封闭运行，从农民缴纳参合资金到中央、省、市、县下拨资金都是实行封闭式运行，严格遵照《新型农村合作医疗基金财务制度》的要求。现将20xx年上半年合作医疗基金工作情况总结汇报如下：

>运行情况

1、参合筹资情况

20xx年全县总人口1，179，859人，其中农业人口966，762人，参加合作医疗947，387人，参合率为98%，达到县委县政府的要求（95%），筹集参合金2，842、16万元，20xx年共筹集国家、省、市、县配套资金18，947、74万元，目前已到位国家级资金4，010万元，省级资金3，007万元，总的筹集资金为21，789、9万元，相比20xx年多筹集到8，526、48万元，提取风险基金1，089、5万元，全年可供使用资金20，700。4万元。按平均计划每月可供使用资金1，725、03万元。

2、资金报销情况分析

（1）全县1—6月份共报销4，521、32万元，平均每月753、55万元，占平均每月可使用资金的43、68%，占总可使用资金的21、84%。受益人数为206，911人次，收益率为21、84%；门诊补偿资金303、06万元，占补偿资金的6、7%，门诊资金补偿比为68、3%；住院补偿资金为4218、26万元，占补偿资金的93、3%，住院资金补偿比为50。72%。具体报销使用情况见下表：

从以上图表看出，就诊人次数村级、乡镇级、民营医疗机构下滑很多，接近一半；县级、慢性病门诊、外出务工、转诊转院基本没有变化。在基金使用方面，下滑最大的是乡镇级，下降56、94%；其次为村级下降40。75%；民营医疗机构下降36、1%县级下降18、75%；慢性病上升62、44%；外出务工下降3、68%；转诊转院下降3、46%。

（2）各定点医疗机构业务下降原因分析：在3月份的网络运行情况及5月份举行的合作医疗定点医疗机构考核意见征求会议上了解到，由于乡镇医院实行绩效工资以后，医院没有奖励可发，医院职工没有积极性；再是由于实行国家基本药物制度以后，很多药品供应机构供应的药品不全，导致乡镇医院没有药物可供使用，医生不敢看病，出现了“巧妇难为无米之炊”的现象产生。而从具体的情况了解下来，以前可以在乡镇医院进行平产或剖腹产的孕产妇，现在乡镇医院没有可使用的药物而不能进行接生或剖腹产，导致孕产妇要到县级或以上医院来生产，而且县级医院由于乡镇不接收病人，床位难以让出，医院已“人满为患”，导致孕产妇不能正常如院生产，而且还产生不必要的额外费用，而且违背了合作医疗“就近就地就医”的原则，望相关部门引起重视。

民营医疗机构由于启动时间相对晚一点，基本上3月份才开始正常运转，与20xx年相比不具有可比性。

县级医疗机构由于还差人民医院的数据没有报上来，按前几个月的数据来核算，基本上保持正常水平，不应下降。

（3）补偿基金构成分析

在补偿基金构成情况方面，县级医疗机构占了绝大部分，比例达到40%，转诊转院占21%，乡镇占18%，外出务工占11%；从上面的比例分析，县级比例上升了，外出和转诊转院上升了，由于今年对村级进行了每天15元的统筹支付和每年100元的封顶，对村级有了一定的限制；而对转诊转院和外出务工的政策没有多大调整，比例基本维持正常。根据国家现行医疗卫生改革的实施原则，对合作医疗统筹支付应倾向乡镇及村级的原则，应加大对乡镇及村级的补偿支付，从而提升乡镇及村级的服务，以满足参合人群的正常就医。

>存在的问题

网络化建设过程中存在的问题

由于乡镇卫生院的网络人员及医技人员对网络和软件的操作存在一定的难度，导致乡镇及村级的数据难以上传，从而导致乡镇合管办和合管中心不能及时审核数据，进而影响本年度基金的使用。

乡镇和县级合医机构日常工作量大，包括日常报销、处方审核、对定点医疗机构督查、人员培训等及其他相应工作，在县合作医疗网络运行中，需增加工作人员才能更好的管理合医工作乡镇合管办人员负担过重，不但分管合医工作，有的还负责包村及计划生育工作，造成合医工作人员不能及时正常的审核上传数据，导致乡镇卫生院的补偿资金不能及时下拨到乡镇卫生院，乡镇卫生院资金链紧张。

今后打算

我县新型农村合作医疗工作在县委、县政府的领导下，在县人大，县政协的监督下，在县卫食药局的指导下取得了一定的成效，面对新形势、新任务仍存在着一些问题，我县将继续以开展新型农村合作医疗为契机，大力深化农村改革，努力构建和谐社会，协力新农村建设，实现全面小康。除继续保证合作医疗的报销工作正常运行外，还要坚持以下四点：

1、进一步坚持督查制度，进一步加大督查的力度，以确保我区农村合作医疗在县、乡两级工作的正常平稳运行。

2、在原有基础上推进网络化的建设，真正做到网上录入，网上审核，网上报销，在明年实现省级平台运行后能够实现省级直补。

3、利用移动通信网络，实施农民就诊报销信息进行实时管理。

**村医保宣传工作总结2**

新型农村合作医疗制度是\_、\_为解决农民群众“看病难，看病贵”问题而做出的重大决策，是一项真正使农民群众得到实惠的民心工程，是各级政府为农民群众办的事实和好事。20xx年以来，新型农村合作医疗工作在院领导的正确领导下，本着全心全意为人民服务，切实减轻农民负担，缓解农民群众“因病致贫、因病返贫”问题，严格执行省、市、县相关文件精神，扎实有效的开展工作，现将工作开展情况总结如下：

>一、基本情况

20xx年全镇农业人口数为51580人，参加新型农村合作医疗48472人，参合率达94%，其中五保、低保、七到十级伤残、优抚对象及70岁以上老人参合率达100%。20xx年度我镇筹集基金总额1705970元，其中农民人均缴费30元，计1273980元，镇财政配套资金人均5元，计243710元，农村医疗救助资助188280元。全部资金已上缴县新型农村合作医疗基金财政专户。

>二、工作开展情况

（一）调整完善补偿方案

按照垦利县卫生局、民政局、财政局、农业局《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的实施方案》规定，严格执行现场门诊补偿和住院补偿。门诊医药费用可补偿比例为30%（医院门诊基本药物目录内药品补偿比例提高到35%），封顶线为每人每年补偿额90元，以户为单位计算。住院补偿设起伏线和封顶线，其中乡镇定点医疗机构起付线为100元，补偿比例为60%，基本药物目录内药品补偿比例在原补偿比例基础上提高10%，县级、市级、

省级定点医疗机构起付线分别为200元、300元、500元，补偿比例分别为40%、35%、35%。20xx年新农合的住院补偿封顶线全县统一确定为5万元。

（二）加强监管，确保新型农村合作医疗基金的安全使用。

1、20xx年新型农村合作医疗基金使用情况

20xx年，参合农民门诊补偿受益107912人次，补偿金额元，其中二院门诊补偿受益16874人次，补偿金额元，社区服务站及诊所门诊补偿受益91038人次，补偿金额元。住院补偿受益1803人次，补偿金额3275604元，其中乡镇医院813人次，补偿金额534418元，市级及市级以上医院（包括外地就医）990人次，补偿金额2741186元。其中单次补偿超过10000元的有64人。县级三万以上补偿受益76人次，补偿金额153360元。市级三万以上补偿受益84人次，补偿金额未定。

2、新型农村合作医疗基金运行公示情况

为进一步加强和规范新型农村合作医疗制度，维护公开、公平、公正、透明的原则，增加新型农村合作医疗基金使用情况的透明度，每个季度对新型农村合作医疗基金运行情况进行公示，自觉接受社会和群众监督，加大了参合群众对新型农村合作医疗基金使用情况的知情权和参与权。

（三）切实做好信息上报及管理工作

严格按照省、市、县合管办的有关要求，认真做好信息报表中的有关数据的收集、统计、整理，确保数据真实、准确。每月按时上报信息报表。切实做好信息资料管理工作，使新型农村合作医疗材料分类归档。建立会计档案，支付凭单装订成册，妥善管理，防止丢失。

从上述情况说明我院新型农村合作医疗工作正在逐步走向正规化运作之路，农民受益面与去年同期相比有所增长，农民对新型农村合作医疗工作的知晓率达到了100%，从住院病人的例均费用看，与去年同期持平。取得了一些成绩，我们的做法是：一是广泛深入宣传，正确引导农民自愿参加合作医疗；二是完善规章制度，确保新农合工作规范运作；三是切实加强监管，维护参合农民利益；四是严格财务管理，确保基金运行安全；五是加大人员培训力度，努力提高管理水平。

>今后我们将重点做好以下几点工作：

1、严把住院审核关。各定点医疗机构在收治参合农民住院时，医务人员必须严格执行首诊负责制，严格核对其身份，参看其《合作医疗证》、身份证、户口薄是否相符，谨防将非参合患者纳入参合住院补偿。

2、规范诊疗行为。各定点医疗机构点在开展诊疗活动中，必须遵守相关的操作规程和标准，严格遵循用药规定，严格执行山东省新型农村合作医疗基本用药目录（20xx）版；做到合理检查、合理用药、杜绝乱检查、大处方等不规范行为的发生，要严格执行物价部门核定的收费标准，确保依章收费、合理收费和规范收费。

3、加大宣传力度。把宣传工作作为一项长期任务抓紧、抓好、抓实，真正做到家喻户晓，增强农民参合意识，不断提高群众的就医意识。

4、进一步建立健全各种管理制度，逐步使新型合作医疗工作走上法制化、制度化运作的轨道。

**村医保宣传工作总结3**

>一、基本情况

我镇现有总人口11600人，其中农业人口11490人，分布在全镇9个村、1个居委会。截止20xx年12月31日，筹集资金114770元，获全县第一名。20xx年按照派出所登记人口数下达各村总任务12540人，目前完成70%的自缴资金任务，参合农民住院就医783人次（县外及镇卫生院），共补偿元，其中镇卫生院住院727人次，县外医院56人次。

>二、开展新型农村合作医疗的具体做法

（一）健全组织机构，加强领导，明确责任。

镇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，成员由镇政府办、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。

（二）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、印制宣传单4000张，农民每户一单，免费发放到户。

3、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。镇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镇迅速展开。

>三、在具体实施过程中，还存在以下问题

（一）参保农民期望值较高

1、新型农村合作医疗报销范围采用的是根据县工作方案报帐有关规定，农民对不予报销部分思想准备不足，造成部分人员不理解。

2、为保证新型农村合作医疗资金合理有效使用，本镇患者住院实行定点医疗机构逐级转诊制，农民认为限制了自由选择医院的权利。

3、新型农村合作医疗原则是解决“因病致贫、因病返贫”问题，保“大病（住院）”的同时，兼顾“小病（门诊）”。部分农民抱怨门诊看病不予报销而体会不到报销的优越性。

（二）基层医疗卫生资源有待进一步激活

1、由于镇卫生院医疗环境相对较差，技术水平受到一定制约，而农民的生活水平不断提高，不能满足患者的就医需求。

2、医院的“转诊证明”具有很强的责任性，医务人员不能对患者提出的转诊要求给予满意答复，部分患者家属不理解，从而对合作医疗政策产生了不满情绪。

>四、今后的具体措施和工作安排

1、通过报销实例，继续加大新型农村合作医疗宣传力度和深度。让农民清楚新型农村合作医疗制度是针对大病而设，根本原则就是防止农民“因病致贫、因病返贫”。

2、完善《定点医疗机构服务管理规范》。加强医疗机构管理，改善镇级医疗机构的就医环境，及时有效的.处理当地农民的常见病和多发病，用优质低廉的医疗服务使农民受益，不断提高农民的满意度。

3、总结经验，分析数据，为明年工作的进一步完善打下基础。新型农村合作医疗制度是政府“利为民所谋”的责任，党和政府从来不曾放弃对农民健康的关注。我们将不断完善新型农村合作医疗制度，使其真正成为党和政府与农民的贴心工程。

**村医保宣传工作总结4**

20xx年我办新型农村合作医疗工作在市合管委及办党委的正确领导下，我办高度重视新型农村合作医疗工作，把这项工作当作解决“三农”问题，实现城乡统筹发展，缓解和消除农民因病致贫、因病返贫现象，惠及全办农民的一件大好事、大实事来抓。一年来，我办通过广泛的宣传发动和深入细致的工作，新型农村合作医疗工作进展顺利，取得了可喜的成绩。20xx年度，我办参加新型农村合作医疗的农民15058人，参合率为。截止到11月底，共有462人次享受了住院补助，5人享受了大病补助，共计补助金额近30万元，参合农民从中得到了实实在在的实惠，获得了广大农民的一致好评。

>一、加强领导，完善工作机制。

我办成立了由办事处主任担任组长、分管卫生工作的领导担任副组长的新型农村合作医疗管理领导小组，下设办公室，成员由农业、民政、财政、卫生等部门抽调人员组成。全年共相继召开了5次关于新型农村合作医疗工作的专题会议，研究部署新型农村合作医疗工作，确立了“全、易、重”的`工作方针。全就是全面铺开，广泛宣传，营造良好氛围；易就是从思想觉悟好，容易说服的群众入手，以点带面；重就是重点抓好两个去年参合率较低的村。实行分工负责，责任到人，办点干部包村、村干部包组、党员及组长包户，做到了村不漏组，组不漏户，户不漏人，切实提高覆盖面。

>二、尽职尽责地做好了以下工作：

（一）认真造好参合农民花名册，确保参合农民信息准确无误。造好参合农民花名册保证花名册的质量，是一件非常重要的基础性工作。花名册字迹是否工整、内容是否正确、格式是否规范、名单是否齐全，直接关系到参合农民的电脑录入工作能否顺利完成，关系到农户的切身利益。我们组织精干力量对各村参合农民的花名册进行了核对、修改和完善，保证了参合农民信息的电脑录入工作的顺利进行。

（二）突出抓好宣传发动工作。如何把好事办好，实事办实，达到农民自愿参加的目的，宣传工作是关键。我们主动到市合管办打印每季度享受了合作医疗补助的参合农民花名册，及时将补助情况进行了公示，同时利用宣传车宣传、发放宣传资料、悬挂横额、张贴标语等各种宣传形式进行了广泛宣传。将五千多份新型农村合作医疗知识问答资料发放到了农户家中，在主要地段张贴了宣传标语500余张，悬挂了宣传横幅15条，使合作医疗的政策达到了家喻户晓，使农民群众充分了解参加合作医疗后自己的权益和义务，明白看病报销的办法和程序，消除农民的疑虑和担心，自觉参加新型农村合作医疗。

（三）组织培训，提高机关干部及村干部的业务水平。要搞好新型农村合作医疗工作，业务过硬是关键。我们在年初及村支两委换届后举办了两期培训班，对办点干部及村干部进行了合作医疗政策及相关业务知识培训，使他们熟悉政策及业务，能更好地做好合作医疗的宣传与解释工作，为提升我办的合作医疗工作水平打下扎实的基础。

（四）深入调查，及时掌握参合农民对合作医疗工作的意见，并向市合管办反馈。办事处合作医疗领导小组不定期组织人员对各村的合作医疗工作进行检查，并上门到农户家了解农民对合作医疗的意见。在姜村和石子岭村分别召开了村组干部、部分农民代表参加的座谈会，听取他们对合作医疗的意见和建议。总体来讲反映较好，但也有一些值得重视的问题，如医疗卫生机构在农民住院时，医生不应该问及病人“是否参加了合作医疗”等无关的问题，使参合农民心生疑惑。还有农民反映医院的补助报销时间长，报销比例偏低等。

（五）大力配合，做好参合农民的免费体检工作。根据市合管委的统一安排，我办与市第三人民医院紧密配合，由办点干部带队和医生一起到各村免费为参合农民进行了体检，得到了参合农民的欢迎和好评。由于组织得力，措施得当，我办参合农民的体检率居全市前列。

（六）精心组织，超额完成市合管委下达的20xx年度合作医疗参合率91的目标任务。8月5日，办事处合作医疗工作领导小组召开各村办点干部及村干部大会，对20xx年度的新型农民合作医疗筹资工作进行安排和部署，明确提出参合率达到95的目标，要求各村采取切实有效的措施，集中人力、物力、财力做好筹资工作，确保参合任务的完成。办、村干部做了大量艰苦细致的工作，真正做到了“舍小家顾大家”，不管白天还是黑夜，上门到每家每户，把新型农民合作医疗的有关政策宣传到位，积极动员农民群众参加。全办形成一种你追我赶、奋勇争先的良好局面，到10月份我办按时并超额完成了参合任务，取得了显著的成绩，参合率名列全市第二。

在明年的工作中，我们将进一步加大对新型农村合作医疗的管理力度，多层次、多侧面地进行宣传，为更好地服务参合农民、服务农村而不懈努力。

**村医保宣传工作总结5**

xxx地处xxx县南部山区，距县城xx公里，平均海拨xxxx米，是连接xx南部的交通重镇，北邻xx镇，西与xx、xx毗邻，南与xx乡接壤，东邻xx乡及xx县xx乡，国土面积xxx平方公里，居住着汉、布朗、白、回等xx个民族，下辖xx个村民委员会，xxx个自然村，xxx个村民小组，全镇共有xxxxx人，其中农业人口xxxxx人，共有农户xxx户，其中农业户xxxx户。在县委、政府及镇党委、政府的正确领导下，在县委工作组的指导帮助下，新型农村合作医疗工作取得了较好的成绩，现将工作情况总结

>一、统一思想，提高认识

新型农村合作医疗是一项民心工程、德政工程，是缓解当前农民“因病致贫，因病返贫”的惠农政策。为了在全镇内提高对新型农村合作医疗工作的认识，统一思想，镇党委、政府召开了全镇新农合工作会议，把筹资工作提到当前工作的重要议事日程，指定专人负责，层层抓好落实，确保参合农民达到县委、政府要求的目标。

>二、加强领导，建立健全机构

为了确保xxx新型农村合作医疗工作的顺利开展，镇党委、政府于xxxx年xx月xx日研究决定，成立了以镇长为组长，分管卫生的副镇长为副组长，卫生院、宣传、中心学校、财政所及民政办等部门组成的新型农村合作医疗工作领导小组。

>三、加强宣传，全民动员

根据县新型农村合作医疗工作会议部署精神，镇党委、政府采取了有力措施，于xxxx年xx月xx日召开了全镇动员大会，传达了县委新型农村合作医疗工作会议精神，在会上进行了业务培训，全镇领导干部全力以赴，主要领导分别挂村，抽调xx个工作组，加大对新型农村合作医疗工作的宣传，深入到群众中做工作，发放了xxxx份公开信，扩大社会知晓度，力争做到家喻户晓，解除农民的担心，提高农民自我风险意识、自我保健意识、互助意识、参合意识。

>四、突出重点，统筹兼顾，任务完成情况

新型农村合作医疗工作时间紧，任务重，为确保筹资任务按时完成，镇党委、政府做到突出重点，统筹兼顾，狠抓落实，抽调了工作队员进村入户，要求工作队员处理好筹资工作和其他工作的关系，扎实工作，做到“两不误，双促进”。

在近一个月的时间里，通过镇党委、政府的领导和全镇干部职工的共同努力，加强协调配合，认真工作，克服重重困难，到xxxx年xx月xx日止，全镇共筹集资金xxxxx元其中实收正常参合款xxxxx元，各级代缴参合款xxxx，参合率xx%，参合农户xxxx户，户参合率xx%。

**村医保宣传工作总结6**

为持续巩固《医疗保障基金使用监督管理条例》宣传成效，进一步凝聚社会共识，强化共治共享意识，严厉打击欺诈骗保行为，维护医疗保障基金安全，xx县以“织密基金监管网、共筑医保防护线”为主题深入开展打击欺诈骗保宣传月系列活动，强化对定点医药机构和参保人员的警示教育，引导公众正确认识和主动参与医疗保障基金监管工作，营造全社会共同关注维护医保基金安全的良好氛围。

4月21日xx县医保局采取宣传车带队环城宣传、悬挂主题横幅、发放宣传资料等形式，向广大群众宣传医保基金监管法律法规，同时宣传医保电子凭证、医保乡村振兴等医保政策，活动当日出动宣传车1辆、悬挂条幅2幅、发放宣传资料3000余份、回答群众咨询百余人次。

4月26日县医保局召开医保基金监管集中宣传月暨警示教育会，全县各定点医药机构负责人参加会议。会议观看欺诈骗保警示教育片，并强调医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，必须站在讲政治的高度，深刻认识欺诈骗保行为侵害的是人民群众的切身利益，必须零容忍、出重拳、狠打击。各定点医药机构要认真学习、广泛宣传《医疗保障基金使用监督管理条例》等法规政策，坚守法律底线、政策红线，远离违法违规高压线。

下一步，xx县将通过线上线下多渠道加大宣传手段，以医疗保障经办窗口、定点医药机构为主要宣传阵地，在人群密集场所醒目位置张贴宣传海报、播放宣传标语，掀起宣传攻势，实现行政部门、经办机构、定点医药机构、参保单位、参保人员等监管主体和对象宣传广覆盖，提高医保法规政策知晓率。持续保持基金监管高压态势，严厉打击欺诈骗保，对违法违规行为发现一起、查处一起，强化曝光力度，公布投诉举报电话，畅通举报渠道，鼓励广大群众举报欺诈骗取医疗保障基金行为，充分发挥社会监督作用。继续强化多部门的协作联动机制，共同发力、多管齐下，形成医保基金监管的强大合力，确保医保基金合规合理使用，共筑医保基金安全防护线。

**村医保宣传工作总结7**

一年来，在局领导的正确领导及同志们的帮助、支持下，我以切实为参保群众做好服务为宗旨，扎实工作，求真务实为准则，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20xx年的思想和工作情况作工作总结如下：

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，领会\_会议精神，学习科学发展观并作笔记五万余字。重点加强了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。

下半年我共计办理新参保及续费人员：3000余人，收缴款项余万元，全年共审核医疗报销单据150人次；电脑录入参保人员：万人（包括20xx年—20xx年两年参保数），并坚持按年度，上报分次，归类整理。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。

总之在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作；坚持做到为参保人员提供优质服务，维护参保人员的切身利益。为营造全社会关注医保、参加医保创造更加良好的氛围。

一年来，我同样发现了自身工作中的许多不足，平时读书看报的时间少，不能及时掌握新时事政治，忽略了一些相关行业的法律法规，业务水平还需要进一步提高，要向我们的股长和领导不断学习，不能总把矛盾上交，努力熟悉业务，不仅能面对工作上的难题更能在应对接访工作方面多做努力；特别是20xx年将步入电脑实时结算和居民软件系统的应用，我要用自己百倍的热情和聪明才智，全力投入到学习和工作中，争取快速全面掌握这两项工作并参与其中，以回报党对我的培养，领导对我的信任。

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，更加熟悉业务；以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力工作。

**村医保宣传工作总结8**

>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。

**村医保宣传工作总结9**

20xx年，在呼和浩特市卫生局的正确领导下，合管办认真落实新医改精神，积极抓好新型农村合作医疗工作，推动基层卫生综合改革，促进基本药物制度的落实，取得了一定的成绩，现就主要工作情况总结如下。

各旗县区按照自治区、市政府要求全部建立了新农合管理经办机构，加强基金监管，确保基金安全，稳步推进新农合制度，运行机制日趋完善。旗县区全部建立了新农合旗县级平台，实现了计算机管理，市已初步建立起了市级新农合信息平台。全市统一实行大病统筹与门诊统筹相结合的补偿模式，各旗县区开展新农合门诊统筹支付制度改革等试点，为发展新农合制度，建立长效发展机制奠定了基础。

一是进一步巩固参合率，逐步扩大覆盖面。20xx年全市参加新农合人数达到万人，较上年增加了17084人。按照\_要求的统计年鉴的农户籍人口计算，全市参合率为。参合人数较上年增加的旗县区有，新城区（增加2454人）、\_区（增加1169人）、玉泉区（增加1011人）、赛罕区（增加5372人）、土左旗（增加2962人）、托县（增加2909人）、和林（增加310人）、清水河（增加1991人）；参合人数较上年减少的旗县区有，武川县（减少536人）。

二是提高筹资标准，增强保障能力。为进一步提高全市新型农村合作医疗保障水平，从20xx年开始，新农合政府补助增加到每人每年120元。其中，中央财政按照60元的标准补助，自治区、盟市、旗县（市、区）三级财政补助标准也提高到60元，三级财政按2：1：1比例落实。农民个人筹资从每人20元增加到每人30元。全市筹集新农合基金万元。人均筹资标准达到元。人均筹资标准达到150元的旗县区有4个。

三是提高报销比例，增强大病保障能力。按照新医改要求，全市统一新农合补偿方案，提高了补偿比例和封顶线。封顶线统一为万元，均超过了当地农民人均纯收入的6倍。九个旗县区政策范围内的住院报销比例达到67%以上。从全年统计数据来看，新农合基金支出万元，占当年筹资总额的。全年为54784人次住院患者报销医药费用万元，人均实际补偿住院医药费为元，较上年增加了元，住院实际补偿比为。为万农民报销门诊医药费用万元。共有万人次通过新农合获得补偿，受益面达到。

四是不断创新制度，逐步扩大受益面。各地开展提高统筹层次，推行门诊统筹，深化支付方式改革等试点。下发了《呼和浩特市新型农村合作医疗实施意见》，积极充实市合管办人员，积极推行市级统筹。按照卫生厅与民政厅联合印发了《提高农村牧区儿童先天性心脏病医疗保障水平试点实施方案》，积极推行试点工作。同时将布病、儿童白血病、耐多药结核病纳入新农合特殊重大疾病管理范围。8月份转发发了内蒙古自治区《关于开展新农合门诊统筹工作的`通知》，呼和浩特市旗县区全部开展了门诊统筹，开展了以门诊总额预付、单病种限价、按病种定额付费为主的支付方式改革试点工作，12月份卫生厅下发《关于实行新农合支付制度改革试点的指导意见》，要求呼和浩特市托县、和林县、赛罕区开展综合付费方式改革试点，力争在2-3年内，在全市统筹地区开展新农合支付方式改革。为了规范各级新农合定点医疗机构服务行为，控制医药费用的不合理增长，今年8月转发了《关于印发新型农村牧区合作医疗诊疗项目的通知》确保新农合基金的合理使用，同时落实新农合基本药物目录政策，将国家基本药物目录和内蒙古自治区基层医疗卫生机构基本药物增补目录品种全部纳入我市新农合报销范围，报销比例比非基本药物并提高10个百分点。

五是实行即时结报制度，进一步便民利民。全市9个旗县区参合农民在旗县区内自主选择定点医疗机构，并全部实行了旗县区内即时结算。旗县区实行了新农合经办机构与旗县区外定点医疗机构即时结算。并签订了为参合农牧民提供即时结报服务协议，并开展了即时结报工作。

**村医保宣传工作总结10**

20\_年，县医疗保障局在县委、县政府的坚强领导及市医保的悉心指导下，以开展打击欺诈骗保、强化监管、加强基金征缴、推进医保改革为重点，以便民利民、优化服务为举措，以完善制度、落实群众待遇为基础，进一步促进芦山医保事业健康发展。20\_年上半年工作总结和下半年工作计划如下。

>一、上半年工作总结

(一)巩固脱贫攻坚成果，助力乡村振兴

一是严格落实精准扶贫人员待遇。截至目前，审核422人次县域内住院政策范围内倾斜支付费用，涉及医疗总费用万元，政策范围内费用万元，城乡居民基本医保支出万元(其中倾斜支付万元)，大病保险支付万元。二是及时为精准扶贫人员\*\*参保代缴。20\_年为全县所有建档立卡贫困人口6198人全额代缴参保费用共计万元医保资金，并根据县脱贫办提供贫困人口动态调整名单及时\*\*20\_年度城乡居民医保参保登记23人，在医保系统添加”精准扶贫人员”标识。三是做好脱贫攻坚与乡村振兴衔接，组织专人核查乡镇参保数据，及时反馈乡镇，助力乡村振兴。四是继续加强联系村帮扶，定期走访联系村贫困户，及时帮助联系村协调解决困难。

(二)加强医保基金监管，守好用好群众“救命钱”

一是开展医疗保障基金欺诈骗保突出问题专项治理治理回头看。联合卫健部门现场核查了芦山县人民医院及3家民营医院90人305人次住院信息，其中实地回访11人38人次住院信息;约谈4家定点医疗机构分管院长和经办人员，对涉及的病历书写不规范等问题按医保协议处理，共处违规金额元，处违约金元。二是召开医保基金监管专题培训会，组织全县17家医疗机构学习《医疗保障基金使用监督管理条例》;制定《芦山县宣传〈医疗保障基金使用监督管理条例〉工作方案》，梳理医药机构在历年来日常、专项检查中存在的常见问题，制定医保基金监管常见问题清单发送各定点医药机构，责令自查。三是联合公安、卫健、市场监管等部门研究制定20\_年芦山县打击“假病人”、“假病情”、“假票据”等欺诈骗保突出问题专项治理实施方案，建立工作联合机制。5月20日，县医疗保障局联合县卫生健康局、县市场\_、县公安局召开了芦山县20\_年“三假”等欺诈骗保突出问题专项治理动员会暨医疗保障服务协议签订会，会议传达学习了《20\_年雅安市打击“假病人”、“假病情”、“假票据”等欺诈骗保突出问题专项治理实施方案》，安排部署芦山县专项治理工作，各参会部门就此次专项治理提出了具体要求。县医疗保障事务中心与全县各定点医药机构签订了20\_年医疗保障服务协议。

(三)严把审核关，做好医保待遇保障

截至目前，医保中心审核结算异地医疗费用报销392人次，涉及总费用万元，医疗保险基金及大病保险支付万元;完成两定医药机构费用审核133863人次，涉及总费用2938万元，医疗保险基金支付1726万元。异地中心完成本地医药机构省内异地就医、异地定点药店购药、跨省异地就医等在内的3942人次费用清算，涉及医保基金和补充保险、公务员医疗补助支付万元。审核2384人次医疗救助申请，涉及拨付金额160万元。

(四)广泛宣传，稳住医保参保覆盖面

截至目前，我县城乡居民医保累计参保96097人，征收医保基金万元，完成全年任务的99%;职工医保基金累计征收1930万元。医保参保率稳定在98%以上。

(五)推进医保改革，提升群众幸福感

一是开展国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作。截至目前，组织完成第一批集采药品续签工作，共涉及15个品规药品，合同量为79727个最小单位，合同金额为元;组织完成第二批集采药品续约报量工作，共有11家医院参加，涉及13个品规药品，预报量为1035582个最小单位;组织芦山县人民医院在国家骨科耗材医院采购数据填报系统，完成20\_和20\_年骨科耗材历史采购量(6种骨科耗材，共计39332元)上报工作。二是深化联网结算工作，方便群众看病就医。进一步为群众提供更加优质便捷的异地就医服务，截至目前，我县14家住院结算医疗机构，有13家开通省内异地住院结算和省内门诊刷卡，占比;27家定点零售药店，有23家开通省内异地就医个人账户刷卡，占比。三是持续推进医保信息化建设工作。全力推进医疗保障系统核心业务区骨干网络横向接入建设，已完成基础网络搭建和接入测试工作。落实医保编码标准贯标试点工作，全面完成全县定点医药机构的机构信息赋码工作;完成医保医用耗材、医疗服务项目、疾病诊断及手术操作等对码工作，并指导定点医院对医保结算清单数据采集标化接口进行规范;动态维护审核医保经办机构28人、医师185人、护士237人、药师28人的人员信息。开展医保电子凭证激活推广和医疗机构系统接入工作，深入乡镇村组、企业、医疗机构、机关单位广泛宣传推广医保电子凭证，集中宣传40余次，发放宣传资料20000余份，激活医保电子凭证万人，激活率达，位居全市第一。完成全县43家医药机构医保电子凭证系统更新安装，并按要求配置扫码设备。

(六)切实加强党建工作力度

一是落实党风廉政主体责任。严格落实一岗双责，坚持一把手总负责，做到重要工作亲自部署、重大问题亲自过问。年初研究制定年度工作计划，明确分工，层层落实责任，形成统一领导、各负其责、群众监督的工作机制。上半年已召开10次党组会，及时研究相关工作;加强干部职工管理，严格规范职工考勤和请销假，修订《芦山县医疗保障局考勤制度》和《芦山县医疗保障局请销假制度》，促进单位形成良好的工作作风;常态化开展廉政教育，组织观看《国企之蚀》《阳光问廉》等警示教育片，增强干部职工“不敢腐、不能腐、不想腐”的思想意识。邀请驻县卫生健康局纪检监察组对干部职工进行廉政谈话，节前发送廉政短信，提醒干部职工廉洁过节;加强思想政治建设。印发了《芦山县医疗保障局党员领导干部讲党课工作方案》，强化落实“三会一课”制度，结合“星期五课堂”，坚持开展党的政治理论学习，进一步坚定理想信念，增强“四个意识”;加强党风廉政社会评价宣传，利用职工会、“星期五课堂”等引导干部职工积极参与党风廉政社会评价工作，同时利用下乡帮扶、宣传政策等时机向联系村群众宣传脱贫攻坚、党风廉政建设等工作成效，增强联系村群众感恩意识，提高群众参与党风廉政社会积极性。

二是落实意识形态工作责任。督促干部职工坚持使用“学习强国”开展理论知识学习，关心关注疫情防控等相关舆情动态，不信谣不传谣。加强意识形态阵地管理，及时更\_务政务公开栏，严格清理和管理微信、QQ工作群，确保各类工作群规范使用。做好信息宣传工作，截至目前报送各类信息75条，引导干部职工转发传播社会正能量。

三是扎实开展党史学习教育。成立党史学习教育领导小组，制定《芦山县医疗保障局党史学习教育实施方案》《芦山县医疗保障局党史学习教育责任分工方案》，认真组织开展党史学习教育;采购10套100册党史学习教育系列读本发放至党员、团员，每周组织三次以上集中学习，并为联系村党支部送去4套16册党史教育读本。组织党员、团员前往到龙门镇古城村、“4·20”芦山强烈地震纪念馆等党史学习教育基地开展党史专题学习，在追忆先辈们革命印记中传承红色基因。扎实开展“我为群众办实事”实践活动。收集群众常面临的医保问题，梳理制定群众常咨询问题宣传册，加强群众对医保政策的了解。组织团员开展志愿活动，利用赶集日等特殊时间节点前往乡镇集市帮助群众激活医保电子凭证。

>二、下一步工作计划

下半年，县医保局将认真贯彻中央、省委决策部署和市委、县委工作安排，紧贴县委工作大局，立足本职，扎实开展各项工作。

(一)强化监管治理，坚决维护医保基金安全

扎实开展20\_年芦山县打击“假病人”、“假病情”、“假票据”等欺诈骗保突出问题专项治理。加强与公安、卫健、市场监管等部门联动配合，扎实推进整治工作;加大整治力度，全覆盖开展定点医药机构和医保经办机构检查，严厉查处相关问题;抓好整改落实，认真组织、督导相关医药机构、医保经办机构整改，迎接市级、省级抽查。

(二)加强宣传谋划，做好城乡居民医保征缴

一是提前谋划，印制宣传资料，线上利用微信公众号、微芦山等多渠道广泛开展征收宣传，线下深入乡镇村组开展宣传，努力提高群众参保积极性;二是联合税务部门深入乡镇召开征缴动员会，同时加强与乡镇对接，明确参保任务，加强乡镇工作人员业务培训;三是收集问题，及时协调解决。

(三)细审核严管理，保障群众合法医保待遇

严格落实基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重保障”政策，及时严格审核、拨付医疗机构医保基金;二是做好慢性病和特殊疾病群体待遇保障。

(四)持续推进改革，加强区域合作交流

一是持续推进医疗支付方式改革，按照市医疗保障局统一安排，推进DRG付费改革;组织医疗机构继续开展国家药品集中采购。二是加强与各区县医保局交流学习，在加快成雅区域合作的大背景下，县医保局与邛崃市医保局共同研究分析面临的新形势新任务，多次协调沟通确定合作协议具体事项，于5月7日在市医疗保障局的统一领导和组织下顺利签订了《深入推进成都平原经济区医疗保障事业协同发展战略协议》，确定了两地异地就医联网结算、基金监管和协议管理联防联动、医保支付方式改革等方面的重点合作方向，下一步县医保局将加强与邛崃市医保局交流，细化合作事项。

(五)加强党建引领，持之以恒抓党建

一是持续加强党风廉政建设，严格落实一岗双责。加强廉政教育，组织全体干部职工观看《阳光问廉》等警示教育片，及时传达学习违反中央八项规定精神典型问题，增强干部职工廉洁意识。定期开展谈心谈话，了解干部职工思想动态，每季度召开党风廉政专题会，研究部署工作。二是抓牢抓实意识形态工作，牢牢掌握意识形态领域主动权，加强意识形态阵地管理，积极关注医保领域舆情动态，教育干部职工积极传播正能量，做到不信谣，不传谣。三是持续开展党史学习教育，推动党史学习教育走深走实。组织党员、团员日常开展党史集中学习，从党史学习中汲取精神;积极开展“我为群众办实事”实践活动，在为民服务中巩固党史学习教育成果。

**村医保宣传工作总结11**

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。自新型农村合作医疗在我县实施以来，我院作为农村合作医疗定点医院，在县卫生局及县合管中心的领导下，加强组织领导，强化内部质量管理，严格执行关于新型农村合作医疗定点医疗机构的有关规章制度和各项标准，努力为广大参合农民提供优质的医疗服务。在主管部门监督指导和全院广大职工的努力，取得了较好的成绩。

我院自20xx年被定为“新型农村合作医疗”定点医疗机构以来，医院领导非常重视这项关乎民生的工程，想方设法方便参合农民报免，增加报免率，减少目录外费用。特别是新一届领导班子上任以来，为方便参合农民，在医院房屋、资金紧张的情况下，想方设法为“新农合”工作提供方便，增建设施，修缮房屋，极大地提高了工作效率，同时也方便了参合农民，下面就我院新农合情况总结如下：

一、建立健全了新型农村合作医疗管理组织和各项规章制度：从20xx年开始，按照我县新型农村合作医疗实施方案的要求，成立了由院长为领导的医院合作医疗领导小组及合作医疗办公室，合管办由三名同志组成，并明确每个人的职责，从组织和人员上保证了我院新型农村合作医疗工作的顺利开展。随着我院合作医疗业务的逐步扩大，及时增加合管办工作人员，以保证新农合工作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，按照县新型农村合作医疗实施方案的要求，实行诊疗服务项目、用药目录、收费标准三公开。对医护人员、有关的财务人员和业务经办人员进行了合作医疗有关政策规定的学习和培训，使有关人员能够正确理解和执行合作医疗实施办法以及其它相关规定。

二、新型农村合作医疗制度的运行情况：20xx年新一届领导班子为方便“新农合”参合农民报免，在医疗用房十分紧张的情况下，在医院住院处南临腾出房屋两间，进行修缮改造，用于“新农合”办公，并将住院处和合作医疗办事处墙壁打通，设立窗口，这样使参合农民在住院处办理出院手续后第一时间就可将病历、清单、发票由窗口转入合作医疗办事处，参合农民在第一时间就可到合作医疗办事处进行报免，只要是手续齐全，符合报免条件，合管办工作人员在不超过15分钟的时间将报免款交付参合群众，真正做到了出院既报。

为使参合农民更多的享受国家的“新型农村合作医疗”优惠政策，医院领导多次召开会议，研究部署新农合工作，医院把降低均次费用、减少目录外费用、增加报免率作为医院为农民办实事的目标，完善制度，强化责任，与各临床科室签订目标责任书，从而使我院一直在全县县级医院保持了目录外费用最低，报免率最高，报免最及时。20xx年1至5月电脑报帐，共有参合人员296人在我院住院治疗，住院总费用元，报销总费用元，次均住院费为元，卫生院门诊统筹总费用元，门诊报帐人次为2427人，门诊统筹报帐费用元；本镇村定点卫生室，门诊统筹总费用元，门诊报帐人次为2375人，门诊报帐费用元；今年，5月后按照新发布的.实施方案，将有更高报销比例，给以患者更多的实惠。

三、加强参合人员住院管理，杜绝冒名顶替：由于观念和认识的不到位，刚开始时有一部分农民群众没有参加合作医疗，但当这部分人群中有人发病需要住院治疗时，就出现了用别人的合作医疗证冒名顶替住院的现象。为了使合作医疗医疗资金能准确、及时地落实到参合住院人员手中而不被冒名顶替住院人员套取，核实住院人员身份是至关重要的，我们具体的做法是：住院病人在要求报销合作医疗费用时，经办人员首先要求其提供《县新型农村合作医疗证》、《身份证》和《户口薄》、村卫生所出具的身份证明，经核实无误后，方可按相关标准核报费用；对于疑有不予报销范围的患者，则要求其提供有效证明资料后方可报销，有效地保证了参合资金的安全使用。

四、加强药品、诊疗范围管理，杜绝大处方，超范围诊疗：近年来，受社会大环境的影响，一些不良的风气也出现在了卫生行业，如开大处方、开提成药、超范围诊疗等，在侵害患者的权益的同时也严重影响了卫生行业的声誉，鉴于以上现实，自新型农村合作医疗实施以来，各临床科室严格按照《合作医疗药品目录》规定用药，今年新的《湖南省新型农村合作医疗基本药物目录》发布以后，医院立即将新目录下发到各临床科室，以保证合理用药，对证施治。对自费的药品和诊疗项目一律执行事先告知制度，在得到患者或家属签字同意后再使用，有效地保证了药品的合理使用，规定了住院患者住院期间检查、治疗的规定，有效地减轻了参合人员的住院负担，同时增加了报免率。

五、严格执行价格政策，最大限度降低诊疗费用：在价格执行过程中，决不超范围、变通、重复、分解收费。在县组织的新型农村合作医疗定点医疗机构审计检查时，我院的人均住院费用在全县同级医院中是最低的，报免率是最高的。在力争降低收费标准的同时，我们还设立了扶贫病房，限制部分诊疗项目，以使特困参合患者享受更多的优惠。

六、不断提高服务质量，确保优质服务：随着我县新型农村合作医疗工作的继续推进，参合农民的自我保健意识和疾病风险意识进一步增强，在我院住院治疗的参合群众继续增多，我们将进一步改善服务态度，提高服务质量和技术水平，

严格按照医疗基本操作规程和规范进行医疗活动，为参合人员提供物有所值的服务，对内进一步强化医德医风建设，真正做到“以病人为中心，以质量为核心”，确保让病人满意，把新型农村合作医疗这项惠民工程的的确确做好，让广大人民群众真正感受到党和政府的关怀。

合作医疗运行近三年多来，我院领导重视，措施有力，各部门协调配合，是我院新农合工作一步一个脚印，健康有序的运行，报免率逐年上升，使参合农民得到了实惠，并始终保持了出院既报，取得了良好的社会效益和经济效益。受到党委、政府和人民群众的好评。

**村医保宣传工作总结12**

为守护百姓身体健康”工作理念，着力保基本、惠民生、促改革、强监管，初步实现医疗保障服务零投诉、待遇支付零差错、党风廉政建设零举报的“三零”目标，人民群众医疗保障的获得感和幸福感进一步提升，各项工作初显成效。现将xx年工作总结如下。

>一、基本情况

区医疗保障局于xx年x月x日正式挂牌组建成立，机关内设x个行政股室，下设x个医疗保险服务中心，现有在编在职人员xx名。截至目前，协议管理定点医药机构xx家，数量占全市定点医药机构总数的xx%。截止xx月xx日，xx年全区参保总人口万人，城镇职工基本医疗保险收入合万元，支出万元；城乡居民基本医疗保险基金收入万元，支出万元。基金滚存结余万元。向上争取资金到位资金万元。

>二、主要工作开展情况

（一）坚持推动机构职能优化协同高效。一是优化人力资源配置突出重点职能。如期完成了原医疗保险管理局、发改局、民政局共xx人的转隶工作，面向全国公开选调公务员x名。二是强化制度建设提升改革成效。编制印发《机关干部职工积分管理操作细则》《党风廉政建设责任制度》等xx个内部管理制度，努力实现“x+x>x”的改革效果。三是狠抓班子建设和队伍能力素质建设。建立定期学习制度，努力在思想认识、工作部署、政策落实上与上级党委部署要求保持同频共振。截至目前，xx余篇工作动态信息，从就医保障等方面反映了xx医保全新面貌，在全区学习强国工作进展通报中，三项指标医保多次名列第一。

（二）做细做实医疗待遇保障。不折不扣落实x市基本医疗保险办法、谈判药、门诊慢性病等政策，将心、肺移植纳入门诊重症报账，提高肾功衰患者门诊透析报账比例（最高可报至总费用的xx%）。截至x月底，基本医疗保险医保联网结算住院享受待遇xx人次，门诊支付xxx人次，定点药店划卡结算xxxx人次。今年以来，无一单结算错漏，无一起群众投诉。

（三）始终保持查处欺诈骗保高压态势。自x月中旬开始，完成了全区xx家协议管理定点医药机构全覆盖检查，发现问题率xx%，可停机处理率xx%。截止目前，共查处违法违规定点医药机构xx家，停机整改xx家，解除协议xx家，移送司法机关x家。处罚金额高达xx余万元，追回基金实际到账xx余万元。

（四）科学编制总额控制指标。根据《x市xx年基本医疗保险总额实施方案》（xx医保发xx号）《x市医疗保障局关于做好xx年度基本医疗保险总额控制年中调整工作的通知》（xx医保办xx号）文件精神，xx年市医保局下达xx区基本医疗保险总额控制指标万元，其中：城镇职工医疗保险万元；城乡居民住院万元；城乡居民门诊统筹万元。xx年我区实施总额控制的定点医疗机构，城乡职工住院和城乡居民住院xx家；城乡居民门诊统筹的xx家。依据要求结合实际，全区下达城镇职工住院医保基金万元，城乡居民门诊统筹基金万元，城乡居民住院总控指标万元。

（五）织密困难群众医疗救助网。重点以资助参保、门诊救助、住院救助、重特大疾病救助等方式分类分层，加强困难群众医疗救助工作。截至xx月，全区共救助困难群众xx人次，救助金额累计万元；通过社会保障卡“一卡通”系统发放医疗救助xx人次，金额累计万元；医疗救助建档立卡贫困对象xx人次，金额累计万元。

（六）把好基金管理入口关。规范执行医疗保险定点准入，公平公正开展资质审核、政策测试、结果公示，切实为医保基金安全把好入口关。截至xx月共收取申报定点医药机构资料xx家，签署医疗保险服务协议xx家。

（七）用情用力推进脱贫攻坚。全面落实建档立卡人员县域内定点医疗机构住院治疗及门诊慢性病维持治疗医保支付合规费用xx%的政策要求。截至目前，建档立卡县域内住院结算xx人次，倾斜支付万元，医保+大病保险支付万元；门诊慢性病结算xx人次，医保报销万元，有力确保了贫困人员看病不难、就医不贵。

（八）持续推动医保改革工作高质量发展。一是围绕便民利民开通门诊慢性病一站式办理。目前已有xx余人成功备案，开始享受门诊慢性病医保待遇，办理时长较往年提速xx%。二是主动接受社会监督、舆论监督，办理人大代表建议x件、政协委员提案x件，办理市长热线、网络理政xx件。三是稳步推进异地就医直接结算。三级医院异地转诊实现在院直接办理，真正实现办理备案业务不见面、零跑腿。截止x月底，各种就医备案xx余人次。x月底清算数据显示，我区参保人员异地就医直接结算xx人次，指导市人民医院等五家医疗机构结算异地来xx住院xx人次，异地就医在院结算率显著提升；开通xx家定点医药机构（含x家三级医院门诊、xx家定点药店）为省内异地个人账户划卡结算xx人次，发生金额万元，切实为打造“全国一流、x领先”的营商环境聚力增效。

（九）扎实推进党风廉政建设。主要负责人在全局会议上公开承诺“从我做起，向我看齐”，带头落实党风廉政主体责任。从“立规矩、守底线”入手，形成以局长带班子、班子带干部、干部带群众，层层立标杆、作示范打造“廉洁机关、公正政务”的廉政氛围；开展书记讲党课x次，观看党风廉政警示教育微视频x次，定期学习研讨反腐败案例，教育工作人员形成心存敬畏、谨言慎行的工作作风，引导全体干部履行一岗双责，牢记法律风险。机关组建以来，无一名干部作风被投诉，无一项承办工作被问责。

>三、存在的主要问题

一是新机构组建方面，还面临人员到位不够、培训机会少、经费保障不足、硬件设施条件差等问题。二是基金监管方面，还面临查处力度不够、监管手段缺失、管控办法不多、部门联动不强等问题。三是总额控费方面，还存在市上基数计算与医疗机构增量不匹配、资金缺口较大的问题。

>四、下一步工作打算

（一）持续强化干部队伍建设。在广泛借鉴周边县市区经验的基础上，不断完善考核机制，多种途径强化干部思想政治、专业知识培训，探索研究专业人员职级晋升道路，充分激发干部干事创业内生动力，锤炼一支有新气象、新担当、新作为的医保干部队伍。

（二）周密开展总额控费。计划年初拟定出我区xx年基本医疗保险总控下达指标方案，于一季度开始试运行，实时监控运行情况，做好定量分析，及时收集问题建议，待市级指标正式下达后，进一步细化调整我区基金总额控制指标分配方案，确保指标分配公平公正公开，基金不合理支出得到有效遏制。

（三）筑牢基金安全网。一是探索建立基金监管联席会议制度。加快健全完善医保基金联查联审长效机制，健全基金监督行政执法与刑事司法有效衔接机制，加强与相关机关案情通报和信息共享，与审计、财政、卫健、市场监管、发改、公安等部门协调配合，不断巩固提升打击欺诈骗保高压态势，让违法违规行为无处遁形。二是将专项治理活动向纵深推进。以调查处理发现的问题为导向，深度剖析，举一反三，xx年将进一步完成对定点医药机构全覆盖检查，对外公开欺诈骗保社会举报电话，增强群众参与度，紧盯线索挖掘大案要案，持续巩固打击欺诈骗保的高压态势。三是推动互联网+监管建设。依托互联网发展，强化监管平台建设，用好政策工具、管理方式和技术手段，推动事后监管向事前、事中延伸，注重过程管控，强化依法治理。

（四）持续加强系统行风建设。坚持以人民为中心的发展思想，按照深化“放管服”改革决策部署，结合开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，持续推进医疗保障系统行风建设，推动医疗保障工作理念、制度、作风全方位深层次变革，构建科学合理、规范高效、公开公正的运行和监管体系，打造忠诚担当、服务为民、作风优良、清正廉洁的医疗保障工作队伍，提供优质、便捷、高效的`医疗保障服务，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（五）医疗救助进一步惠民便民。一是进一步完善医疗救助制度。增强医疗救助托底保障能力，积极探索与基本医保、大病保险衔接更为紧密的医疗救助机制，使三项医疗保障制度有机衔接、精准发力，实现梯次减负。二是加快推进信息化建设进程。继续做好基本医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助等信息的互联互享，积极对上反映问题，力争通过医保信息系统全面实现救助对象的“一站式”结算，达到资源协调、信息共享、结算同步。

（六）推动医保事业持续发展。一是把对上争取贯穿工作始终。要紧盯政策、抢抓机遇，谋求市级资金技术、专业资源支持，为xx医保发展注入更大活力，促进支付方式改革全面启动，城乡居民待遇保障稳步提升，医疗保障扶贫纵深推进，医保基金平稳运行。二是做好退役士兵医保接续工作。研究借鉴其他县区经验，思想认识上再提高、宣传工作再深入、工作措施再具体、把握政策再精准，确保退役士兵医保接续医疗保险关系转续及时、顺畅、高效。三是持续提升公共服务水平。配合税务部门做好医疗保险费征管职责划转工作，优化经办流程，提高服务质量，全面推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”工作，优化结算方式，改善服务质量。四是开展定点医药机构全覆盖培训。在覆盖医药机构数量的基础上，推动病种覆盖、险种覆盖、参保人群覆盖等多种类型的全覆盖医保知识培训，倾力打造医保套餐，更好满足不同参保人群医保需求。

xx年是全面建成小康社会的关键之年，是决胜脱贫攻坚战的重要节点，xx区医保局班子将带领全局上下，守护好保障人民群众“病有所医”的初心和使命，始终坚持“做好全民医疗保障，守护百姓身体健康”的工作理念，从思想到行动，从工作谋划到方式方法，用实实在在的行动、踏踏实实的工作，把参保人员的每一分钱管好用好，把医保对象的每一件事做实做细，以严密的监管、一流的服务、优异的业绩向区委区政府和广大参保群众交上一份满意的时代答卷，奋力谱写xx医保工作新篇章。

**村医保宣传工作总结13**

>一、所开展的主要工作

（一）完成职能划转，加快角色转化

按照市机构改革工作总体部署，市发改委的医药价费管理职能和市卫健委的药品采购职能划转到我局。职能划转到科里后，科里严格对市发改委掌管的医药价费文件资料进行了接收，对划转的职能认真地学习研究，明确审批权限和管辖范围，进一步理清工作思路，为下一步科学管理医药价费和做好药品采购工作及指导各县区及医院的业务工作奠定了良好的基础。代太治和周丽敏这两名同志到科里工作后，积极适应新的工作环境，加快熟悉自身职责和科里工作职能，在工作中始终做到价费及药品采购工作与医保基金支付及参保人员承受能力通盘考虑，兼顾“医疗、医保、医药、医价”四医联动因素，较快地完成了角色转换。

（二）理顺垂直管理体系，建立顺畅的管理体制

省市县医保局相继成立后，我科就价费管理、药品采购、异地就医等医药服务相关职能与省价采处和医药服务管理处及各县医保、本级医疗机构进行了对接和沟通，对相关职责进行了明确，指定了负责人，建立了微信业务群，明确上下联系方式，促进了科学有效地管理。

（三）履行自身职责，高效办理本职业务

本级职能重要，自身职责重大，与医疗机构、人民群众的切身利益息息相关，容不得半点马虎。认真履行职责，高标准地完成工作任务。一是下发了《关于各医疗机构报送相关信息数据的通知》，对各医疗机构相关信息数据的收集、报送工作进行了安排部署和细化，整理归档一批系统完善的医疗信息数据，为价费、药采、医保的科学化管理提供了有力抓手。二是按省局要求申请上报了我市新增医疗服务价格项目，促进医疗服务水平的提高。三是跟踪我市跟进国家4+7药品集中带量采购运行后25种药品价格的管理工作，确保价格政策的贯彻执行，使人民群众用上质优价廉的药品。四是及时答复市长热线及群众的价费咨询事宜，为群众答疑释惑。上半年以来，共答复市长热线政策咨询6起，群众价费咨询10人次，均给予满意的解答。五是按照《河北省医疗服务价格改革数据调查通知》，组织各医院填报医药服务收费数据，向省局上报了各医院20xx年和20xx年收入情况、耗材收入情况，为年底调整医疗服务价格做准备。

（四）推动基本医疗保险支付方式改革，把更多救命、救急的好药纳入医保。一是完善制度体系。按照“以收定支、收支平衡、略有结合”原则，大力推行以总额控制为基础，按病种、按人均基金支出定额、按人头等多种方式相结合的医保支付方式改革。健全了基本医疗保险基金收支预算管理制度，完善了医保付费总额控制办法、与总额控制相适应的考核评价体系，严格执行超定额风险预警制度，全面提高医保基金使用效率。二是确定总额控制指标。根据定点医疗机构床位数量、医疗服务项目和服务能力等情况，结合人次均医保基金支出、转院率等指标，合理核定了定点医疗机构的年度总额指标，并按月进行月度分解定额结算。三是制定年度医保支付管控标准。严格按照“年终决算、超支分担、结余结转”原则，对各医院20xx年总额控制情况进行决算，研究制定20xx年医保支付管控标准,设定统筹内住院率、转诊转院率、百元医疗收入耗材占比等考核评价指标，并在定点协议中进行了明确；单独确定考核指标，防止医院年终推诿、拒收病人。四是协同推进医联（共）体建设。出台了《关于鼓励支持城市医联体建设、实行医保基金按人头打包支付的实施方案（试行）》，按照医保基金“总额控制、结余留用、合理超支分担”原则，根据参保人筹资金额，预留调剂金、风险金、大病保险基金、意外伤害保险基金等补充医保基金后，按月按人头打包支付给医联体单位，积极推动市中医院、双滦区人民医院、营子区第六人民医院、滦平县医院、隆化县中医院、隆化县医院及15家社区卫生服务中心（站）医联体建设。

（五）完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，推动跨省异地就医直接结算。一是夯实参保扩面工作基础。在经办机构开设税务缴费窗口，建立协同联动机制，确保征管体制改革期间征缴工作不受影响。通过优化参保缴费服务流程，延长参保缴费期延长等举措，引导城乡居民稳定参保。截至目前，全市城乡居民参保万人，参保率保持在96%以上，其中建档立卡贫困人口参保率达到100%。二是调整完善政策体系。出台了《进一步调整完善城乡居民基本医疗保险和大病保险政策措施的通知》，将城乡居民大病保险筹资标准由60元提高至75元，起付线标准下降到城乡居民人均收入的50%,报销比例提高至60%，进一步减轻大病保险和困难群众医疗负担。全面做好医疗救助对象的参保资助救助、门诊救助、一般住院救助、重特大疾病救助等医疗救助政策，确保困难群众及时便利享受基本医疗权益。同时进一步完善了医保结算系统，实现大病保险、意外伤害保险出院即时结算。截止目前，全市累计为万人次落实大病保险待遇亿元；全市享受意外伤害待遇万人次，支出基金亿元。三是有序扩大异地就医直接结算范围。在完善省异地就医直接结算系统的基础上，按照国家异地就医直接结算平台相关数据标准，对异地就医直接结算系统进行了升级改造，为纳入国家异地就医直接结算的定点医疗机构提供接口数据。截止目前，全市城乡居民定点医疗机构纳入省内及跨省异地就医结算平台达到60家（新增9家），每个县（市、区）至少有1家跨省定点医疗机构，实现跨区域就医结算“一卡通”；通过异地就医平台，全市累计为万人次落实医疗保障待遇亿元。

（六）加强民心工程建设，把31种抗癌新药列入门诊特殊病用药报销范围

31种抗癌新药列入门诊特殊病用药报销范围列为新局成立后首要抓好的重点民心工程，成立了推进落实工作领导小组，具体负责组织实施、督导检查工作。制定下发了《推进落实方案》，明确了目标要求及完成时限，牵头领导、责任科室和责任人。出台了抗癌药特殊门诊管控办法，完成了系信息系统改造，组织召开了定点医疗机构工作部署会议。4月1日，已正式将31种抗癌新药列入门诊特殊病用药报销范围，患者门诊就医，只要符合相关规定就可按比例报销医药费用，并实现门诊特殊病费用报销系统即时结算。截至到目前，已确定10家特药门诊定点医疗机构，办理特药审批439人，为4689人次报销医保基金万元。

>二、明年工作谋划

（一）密切关注取消耗材加成医药价格调整后价格机制运行情况，加强跟踪管理，确保价格秩序稳定。

（二）加强对各县区业务指导工作力度，强化医药价费动态管理。

（三）继续跟踪我市跟进国家4+7药品集中带量采购运行、药品价格的管理工作，促进带量采购工作平稳运行。

（四）强化为群众服务的意识，积极为群众答复和解决群众医药价费方面的问题，提升我局的公信力。

**村医保宣传工作总结14**

1992年，我国城镇职工医疗保险开始试点，1998年12月正式实施，实行的是社会统筹基金和个人账户相结合的保障模式。我省自20\_年全面建立职工基本医疗保险制度以来，也一直实行此保障模式。

“进入新时代，随着群众需求多元化，个人账户的局限性也逐步凸显，比如‘有病不够用，没病不能用’‘但凡要报销就得去住院’等诸多问题。”省政协委员桑吉才让说，“令部分参保群众更加困扰的是，经年累月后，医保个人账户积攒了大额闲置资金，如果身体健康，这笔钱是不能动的，由此造成了浪费。”

在基本实现应保尽保后，如何满足人民群众对医疗保险多层次、多样化的期待和需求，用好用活医保个人账户资金是当前亟需解决的\'问题。

桑吉才让委员经过深入调研并参考学习其他省份的经验做法后，撰写了《关于允许我省职工自愿使用医保个人账户闲置资金购买商业医疗保险的提案》，提出应按照自愿原则，允许我省参保人员使用医保个人账户闲置资金，为本人购买经xxx批准、政府同意的商业医疗保险专属产品。

与桑吉才让委员相似，罗成有委员也将目光投向了医保之外的补充医疗保险。“近年来，重大疾病已逐渐成为我省居民主要致死病因，相应的治疗费用也逐年上涨，居民的健康医疗需求越来越强烈。对此，中国人寿财产保险在全国各地与医保部门配合，陆续开展了一种‘城市定制’+‘险企承保’+‘技术服务’的业务模式，产品简称‘惠民保’，这是一款与社会基本医疗保险紧密衔接的商业健康保险产品。”

目前，“惠民保”已在全国23个省、82个地区、179个地市共上线148款产品，累计超4000万人参保。去年年初，“惠民保”也在甘肃落地，不过全省除兰州市以外，尚无其他市州开办，这一民生保障产品在我省的普惠性还不高。

罗成有委员建议，应在全省范围内宣传推广“惠民保”，提升重特大疾病保障的精准性，为更多居民解决“看病难”“看病贵”的后顾之忧，构建多层次医疗保障体系，进一步助力“健康甘肃”建设。

**村医保宣传工作总结15**

20\_年，市医保局在市委、市政府的正确领导下，省局、苏州市局的关心指导下，认真贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，深入落实\*\*\*\_视察江苏重要讲话指示精神，紧紧围绕贯彻落实中央深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持以人民为中心的发展思路，瞄准目标，点燃激情，积极践行“阳光医保·守护健康”机关服务理念，为人民群众提供更加公平、更有效率、更多精准的医疗保障服务，全力开启新时代昆山医保事业发展新局面。

>一、医保基金运行总体平稳，征缴扩面工作成效显著

我市职工医疗保险、居民医疗保险参保人数分别为万人、万人，医保参保率达99%以上。在今年新冠肺炎疫情影响下，医保总参保人数不降反升，同比增幅达。职工和居民基本医保基金当年收入分别为亿元和亿元；职工和居民基本医保基金当年支出分别为亿元和亿元；当期结余职工和居民基本医保基金分别为亿元和亿元；累计结余职工和居民基本医保基金分别为亿元和亿元。

>二、重点工作落实落细，各项目标如期完成

（一）以精准施策为第一责任，着力完善医疗保障体系，进一步提高我市医疗保障水平。一是积极稳妥推进基本医疗保险和生育保险苏州市级统筹。苏州市级统筹从20\_到20\_年历时3年完成，实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”，涉及我市182万参保人群。根据苏州市级统筹实施意见和待遇标准调整方案明确的重点工作任务及我市实际，制定我市具体实施方案，出台《昆山市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》（昆政办发〔20\_〕88号），确定“路线图”、绘好“时间表”、制定“任务书”。强化宣传引导，借助各类媒体渠道，压实稳定责任，营造良好社会氛围和舆论环境；顺畅落地今年政策调整，提高居民医保住院报销比例。在贯彻上级政策的同时，争取我市利好政策，率先将居民医保在苏州范围内门诊医疗费用纳入报销范围，惠及参保人群万；率先简化\*\*苏州大市范围内异地就医转诊手续。二是全力打造长期护理保险“昆山样板”。落实苏州市长期护理保险第二阶段试点工作要求，做好第二阶段承办商业保险公司招标，按照分类分步推进思路，调整优化筹资渠道，降低失能鉴定准入门槛，提高待遇标准，加强长护险基金稽核检查，进一步提高长护险惠及面和服务质量，推进居家医疗护理。全年受理申请万人，进行失能评估万人，享受长护险待遇万人。全市已有6家护理院、15家居家护理机构纳入长护定点机构，设立113个居家护理站点。商保承办机构在各区镇设立长护经办窗口和护理机构经办服务点，构建城乡“一体化”的长护服务体系。三是积极构建第四重医疗保障。协同推进商业健康保险发展，通过微信公众号官方解读“苏惠保”等商业健康险，进一步完善健康险与基本医保经办对接和待遇衔接。调整优化职工医保个人账户购买商业健康保险产品目录，增补至9家商保机构18个商业健康保险产品。

（二）以改善民生为第一要务，瞄准民生靶心，抓“六保”促“六稳”。一是全力做好困难群体“兜底”医疗保障工作。着重做好基本医保，特别是大病保险、医疗救助这三重保障。启动对困难人群、失水渔民参保情况开展回头看，加强与民政、农业农村局等部门配合，建立健全数据交换、相互比对机制，确保困难人员一个不漏全部参加基本医保。将困境儿童纳入我市“零自负、零起付”的“双零”医疗救助范围，落实居民医保高血压、糖尿病“两病”用药保障机制，减轻慢病患者门诊用药负担，大病保险政策范围内报销比例稳定在60%以上，职工医保和城乡居民医保政策范围内住院医疗费用平均报销比例分别达91%和76%。今年，共万人次享受各类医疗救助金亿元。二是及时落实职工医保费阶段性减半征收政策。20\_年2到6月份，对我市职工医保的单位缴费比例，由阶段性降费之前的8%，减半至4%征收。全年，为全市万家企业减少医保缴费亿元。三是认真落实确诊和疑似患者“一站式”医疗费用综合保障政策。对确诊和疑似新冠肺炎患者的医疗费用，在基本医保、大病保险、医疗救助等按规定支付后，个人负担部分由就医地财政予以补助，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。四是坚持问题导向，出台多项医保经办服务新举措。疫情期间，建立完善参保群众“用药不断”机制，对高血压、糖尿病等慢病人员，将原来1个月的配药量放宽至3个月；新上线居民医保参保微信小程序；对回外地老家突发疾病住院的参保人员，“一个电话”就能\*\*异地就医直接结算手续。五是统筹做好疫情常态化防控工作。将住院以及门诊发热病人核酸检测费用纳入医保结算。6月初，有序恢复春节后因疫情影响暂停的长护险居家护理工作，严格督促商保经办机构和护理机构，按照要求认真做好疫情常态化防控工作。

（三）以改革创新为第一动力，聚焦释放红利，全面推进医保重点领域改革。一是不断深化医保支付方式改革。完善医保总额预算管理，强化考核评价机制。进一步推进按病种付费，扩大按病种付费病种数量至250种，提高按病种付费基金支出占住院统筹基金支出比例。试行慢性精神疾病等长期住院按床日付费。推进和完善家庭医生诊疗、家庭病床医保支付等医保支持政策。二是建立完善医保支付规则体系。完善医保目录管理、“两定”协议管理、结算管理。新纳入医保药品8867个，谈判药共118个，移出医保目录药品4430个。细化医保药品支付标准，8月1日起，对省阳光采购平台挂网的医保目录内的药品，以中标价加成15%为医保支付限价，超出支付标准的个人自付，合规自费费用累计进入大病保险，进一步规范定点医药机构的药品销售行为，引导合理用药。三是大力推进医药服务供给侧改革。大力推进药品（医用耗材）联盟带量采购，7批次共涉及11个品种医用耗材、112个品种药品，年节省医疗费用亿元。在全省范围内率先将药品（医用耗材）集中采购医保基金预付比例从30%提高至50%，有效缓解医院和药企运行压力，充分保障中选品种的正常供应和使用。定期监测和通报药品（医用耗材）集中采购使用情况，确保集中采购成果落地执行。四是协同做好疫情期间药品（医用耗材）临床供应保障。对未在省平台挂网的疫情防控必需药品（医用耗材），允许公立医疗机构线下搜寻生产企业，公平协商确定采购价格，先应急采购使用，再履行线下应急采购备案手续，满足疫情防控需求。全年，共受理884万元防疫必需产品的备案。五是创新医药价格监管模式。率先在全省范围内委托第三方开发医药价格嵌入式预警管理系统，并在市第一人民医院试点运行，运用信息化手段为医院提供医疗服务项目“标准库”、设置项目价格调整“提示器”、打造价格事项\*\*“快速道”、筑牢医药价格预警“防火墙”，从源头上规范医疗收费行为。

（四）以基金安全为第一目标，重拳打击欺诈骗保，有力保障人民群众“救命钱”。一是注重媒体融合，开展“一体化”集中宣传。5月开展医保基金监管宣传月活动，联合电视、微信公众号、报社等媒体平台，通过发放宣传资料、播放宣传片等方式，重点宣传基本医疗保障基金监管相关法律法规、保障待遇政策和服务管理规定等，营造全社会共同关注维护医保基金安全的良好氛围。二是创新基金监管手段，组建“一张网”监管体系。对全市762家定点药店和262家定点机构进行了全覆盖检查，对全市销售金额排名在前20位的药店做了现场专项检查，根据举报、现场调查、远程视频监控，查处违规定点医药机构5家；贯彻落实医疗保险药品限制使用范围及医保支付标准，严格按照文件要求执行药品限价政策；进一步完善医保智能审核规则，实现对762家定点零售药店，262家定点医疗机构医保智能审核全覆盖，上线审核规则扩大到56个；签署医保医师、医保药师防范欺诈骗保诚信自律承诺书，依靠社会力量参与医保基金监督，聘请热心医保事业的人大代表、政协委员、专家学者等作为医保基金监督员。全年取消医保定点1家、暂停医保协议管理6家，暂停医保卡结算430人,追回各类违规费用297万元。三是加强部门联动，形成“一盘棋”工作机制。强化与市场监管、卫健、公安、法院等部门联动，探索建立与检察院、法院紧密的联席会议、案件协查、信息共享、培训共建机制。加大对外伤病人划卡支付的医院端审核和违规费用追偿，与市公安交警部门交换和双向核对外伤划卡信息1600人。四是推进源头治理，构筑“一道卡”监管防线。制定定点医药机构违规行为治理清单，指导1024家定点医药机构开展自查自纠，对照排查和整改问题，主动退回违规费用。对二级及以上医疗机构上门送政策，开展业务政策培训和实践指导，帮助定点机构提升医保治理能力和管理水平。

（五）以群众满意为第一标准，聚力“提站位、创一流、惠民生”，提升医保服务质量。一是打赢公共服务专项治理攻坚战。落实全省统一的医疗保障公共服务事项实施清单和办事指南，深入推进医保经办规范化、标准化、信息化、一体化建设，确保实现“最优办事流程、最短办事时限、最少提供材料、最小自由裁量、最高服务效率”的“五最服务”。二是纵深推进异地就医工作。以百姓“需求度高”“体验性强”“获得感足”的医保公共服务项目为突破点，落实异地就医差别化报销新政，对未备案人员按原规定结付比例80%结付，统筹推进异地就医和分级诊疗建设。将我市126家基层社区卫生服务站纳入异地就医联网结算范围，扩大我市异地就医持卡结算医疗机构范围。加快推进长三角地区医保互联互通。优化流程，完善信息建设，异地就医门诊慢性病、部分门特项目、社会医疗救助待遇实现同步“一站式”结算，全力提升异地就医门诊费用直接结算率。三是持续做优医保服务。推进“放管服”改革，完善医保网上服务大厅和“医银平台”建设，力推政务一张网“网上办”、微信公众号“掌上办”、自助服务机“自助办”。医保业务前沿下沉区镇，10万元以下医保费用报销、社保转移凭证等业务实现区镇受理全覆盖，将医保窗口建在“家门口”、服务送到百姓心坎上。在原职工医保II类特殊病种医院交互平台\*\*基础上，进一步下沉I类特殊病种业务至医院端交互平台\*\*。对特病人员二次报销直接划卡限额由2万元提高至5万元。四是全力打造“智慧医保”。打出“互联网+”医保组合拳，将疫情期间网络问诊等“互联网

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！