# 县医保工作计划范文13篇

来源：网络 作者：寂静之音 更新时间：2024-04-27

*县医保工作计划范文 第一篇今年以来，濉溪县医疗保障局在县委、县政府的坚强领导下，在省、市局的精心指导下，坚持以\_新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，全面落实上级的决策部署，按照“...*

**县医保工作计划范文 第一篇**

今年以来，濉溪县医疗保障局在县委、县政府的坚强领导下，在省、市局的精心指导下，坚持以\_新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，全面落实上级的决策部署，按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，锐意改革、勇于创新，精准施策、精细管理，充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能，着力完善医保管理体制和运行机制，努力实现全县医疗保障事业高质量高水平发展。

>一、20\_年全县医保工作进展情况

（一）基金整体运行情况

1.参保资金筹集及参保率情况。20\_年度，全县城乡居民医保参保人数943259人，参保率。全县居民医保筹资人均860元（个人缴费280元），共筹集资金万元。截至20\_年11月底，全县城镇职工医保参保人数57273人，基金累计征收26775万元；生育保险参保人数40168人次。

2.基金支出情况（截至11月25日）。全县城乡居民基本医保基金补偿支出万元，全县城乡医保受益826496人次。参保患者政策范围内住院费用报销比例为75%，普通门诊政策内报销比例为55%。城乡居民大病保险补偿27246人次，补偿金额万元，大病保险政策内报销比例达到。城乡医疗救助补偿55287人次，补偿金额万元。城镇职工医疗保险累计支出15240万元，统筹支出6822万元、个人支出6789万元、大病救助支出576万元、转移支出2万元、公务员医疗补助支出1051万元。生育保险累计支出619万元。

（二）重点工作推进情况

1.扎实推进民生工程。县医保局与财政局、民政局、扶贫局等部门联合制定了《濉溪县20\_年城乡居民基本医疗保险实施办法》、《濉溪县20\_年城乡居民大病保险实施办法》、《濉溪县20\_年城乡医疗救助实施办法》，确保民生工程资金安全、有效使用。严格按照工作要求，加强工作调度，强化措施落实，保证序时进度，圆满完成三项民生工程任务。连续多年荣获全县民生工程目标管理先进单位。

2.强化脱贫攻坚工作。认真巩固医保脱贫成果，做好与乡村振兴有效衔接。落实参保资助政策，20\_年分类资助脱贫人口、最低生活保障对象、特困供养人员56974人，代缴参保费用万元，34500名脱贫人口实现了在医保信息系统的精准标识，确保应保尽保。积极开展防返贫动态监测，做好4类农村低收入人口动态监测工作及风险预警，筛查大额医疗自付风险预警信息4次。分二批对边缘易致贫户进行临时救助，第一批救助3人，财政支出万元，第二批救助年底进行。认真做好省巩固拓展脱贫攻坚成果督查反馈问题整改和第三方评估考核迎评工作，在访谈中被评为优秀。

3.协同推进医共体建设。与县卫健委密切配合，发挥医保协同作用，扎实推进全省紧密型县域医共体试点工作。按照县政府统一部署和要求，认真做好医共体20\_年运行情况考核，落实结余资金分配。强化20\_年医共体医保包干基金预算管理，落实向县域医共体派驻医保基金监管督导员制度。以开展城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保险创新试点工作为契机，配合卫健部门着力推进医防融合服务模式，医共体发展步入良性发展轨道。20\_年8月31日，《\_》刊登文章“县内看病、省时省钱”，对我县医共体和医保工作做法予以肯定。

4.认真开展慢病试点。按照省局要求，我县认真组织开展城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保障创新试点工作。在深入调研、精准测算的基础上，制定了试点方案，并召开专门会议进行动员部署和人员培训。在医共体按人头总额预付的基础上，实行城乡居民门诊特殊疾病医保支付费用由乡镇卫生院按人头包干使用，结余留用，合理超支分担。向医共体和乡镇卫生院下达了本年度门诊和住院预算指标。取消了门诊统筹20元和慢性病报销300元门槛费，提高了城乡居民保障待遇。切实规范慢性病病种认定流程，将慢性病病种认定由原来的一年办两次，改成每月办一次。把试点工作与推进分级诊疗制度相结合，与完善家庭医生签约服务相结合，提高了慢性病规范管理率。近期，落实了国谈药品“双通道”管理机制，惠及了特殊慢病患者。今年上半年，全县城乡居民医保常见慢性病门诊就诊91751人次，就诊率，较去年同期提高个百分点；住院9616人次，住院率，较去年同期下降个百分点，试点成效逐步显现，初步实现了“两升两降”目标。

5.严厉打击欺诈骗保。按照省、市局统一部署和要求，开展医保违规违法行为专项治理，加强组织领导，制定工作方案，强化联合执法，落实清单管理，确保处理到位。在6月底前完成了存量问题清零任务，7月底前完成了现场检查全覆盖，11月底前完成了检查处理工作，共检查285家定点医药机构，解除协议10家，约谈整改76家，移交案件20家，追回医保资金万元。开展县域外医保协议定点医疗机构检查工作，利用大数据筛查的方式，追回15家县外定点医疗机构违规结报医保资金万元。11月份，开展欺诈骗取城乡居民门诊统筹医保资金专项治理检查工作，追回18家卫生院和27家卫生室违规结报医保资金元。

6.推进医保信息化建设。认真落实国家医保编码贯标工作，医保药品、医保医用耗材、医疗服务项目、医保门诊慢特病病种、医保按病种结算病种5项编码已完成数据治理、政策标识。医保系统机构、定点医药机构与其工作人员信息编码已全量维护并动态维护，7项业务编码标准已贯入本地信息系统。医保基金结算清单在前14项业务编码完成贯标基础上全面推行使用，应用场景同步提供，各项数据真实、准确、完整，助推全市统一的医疗保障信息平台如期建成。加快推进医保电子凭证推广和应用工作，切实提高医保电子凭证结算水平。抓住长三角区域医保一体化契机，开展长三角区域普通门诊就医费用直接结算和省内慢性病门诊就医费用直接结算。

7.优化医保经办服务。根据全省医疗保障经办服务“六统一”和“四最”要求，加强县政务服务中心医疗保障办事大厅标准化规范化建设，完善“一站式”服务，开展节假日和日间不间断服务。以开展党史学习教育为契机，切实为群众办实事，积极探索医保经办服务向基层下沉，在镇卫生院设置医保服务站，将县级医保经办机构的医疗保险登记、异地就医备案、医疗费用手工报销等经办事项下放到基层医保服务站，打通服务群众“最后一公里”，切实让参保群众在“家门口”就能体验到优质、高效、便捷的医保经办服务，受到国家和省、市多家媒体关注。此外，加快医保经办机构整合进程，近日，县编委已研究决定调整县医保局下属事业单位机构编制问题，在原有机构数不变基础上更名设立县医疗保险管理服务中心、县医疗保险征缴稽核中心，共增加编制8名，塑造了我县医疗保障服务（征缴服务、经办服务、基金监管）三方分工协作新格局。

>二、20\_年全县医保工作计划

20\_年全县医保工作总体思路是：以\_新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，按照上级关于医疗保障的决策部署，立足濉溪实际，坚持以人民健康为中心，深入实施健康濉溪战略，深化医疗保障制度改革，创新医保管理体制和运行机制，努力建设“五大”医保，推动我县医疗保障事业高质量发展，切实提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（一）依法依规分类参保，实施精准参保扩面，优化参保缴费服务，切实提升基本医保参保质量。

（二）落实全市统一的医疗保障待遇保障政策，强基本医保、大病保障、医疗救助三重保障，有效衔接乡村振兴战略，做好重大疫情医疗保障工作。

（三）推进“三医联动”改革，协同做好县域医共体建设，发挥医保支付、价格管理、基金监管综合功能，促进医疗保障与医疗服务体系良性互动，使人民群众享有优质便捷的医药服务和医疗保障。

（四）继续做好居民医保门诊特殊疾病保障创新试点工作，加强部门协调，结合国家基层卫生综合改革试点，以门诊高血压、糖尿病为突破口，启动“两病”全周期健康管理，建立起医防融合、连续服务和分级诊疗协同机制，引导“两病”患者在基层就诊和管理。

（五）深化医保支付方式改革，完善县域医共体按人头总额预付等医保支付政策，实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，探索符合中医药特点的医保支付方式，将中医适宜技术和优势病种纳入按病种付费，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。

（六）推进国家和省集中采购药品、高值耗材政策落地，做好医疗机构集采报量、采购使用工作。探索有利于县域医共体发展的国家和省集采药品医保资金结余留用管理机制。

（七）加强医保定点管理，认真落实医疗保障定点医疗机构、定点零售药店管理办法，优化管理流程，加强考核监督，建立定点医药机构绩效考核机制，推动定点管理与医疗质量、协议履行相挂钩。

（八）加大基金监管力度，建立健全监督检查制度，完善“双随机、一公开”检查机制，强化部门联动机制，引入第三方力量参与医保基金监管，提升监管水平。加强医保智能监管能力建设，实现智能审核全覆盖。

（九）加强医保治理能力建设，加快信息化建设步伐。完善经办服务体系，抓好县级经办机构整合，理顺职能，充实人员，提高效能；强化镇医保服务站规范化管理，做实经办服务下沉，并向村级延伸。加强经办机构内控机制建设，提高经办管理服务能力和效率。

**县医保工作计划范文 第二篇**

>一、搞好城镇居民基本医疗保险工作

城镇居民基本医疗保险工作涉及面宽、广，情况复杂，关系到千家万户的切身利益，我们要积极采取措施，保证城镇居民基本医疗保险的顺利启动和实施。

>二、抓好医保基金征收工作，完成劳动保障局下达的目标任务

医疗保险基金是否按时到位，关系到我局医疗保险工作是否能正常运转，关系到广大参保人员的`医疗待遇是否能落到实处，住院医疗费用是否能得到及时报销。20xx年在巩固去年征收方式、征收成果的基础上，进一步扩大银行、财政等部门代扣代缴医保基金，彻底取消上门征收。

（一）目标任务

基金征收3800万元（含清欠306万元）。

（二）落实措施：

1、及时做好全县乡（镇）政府、中小学校参保人员核对、工资调整、缴费基数确认。

2、做好全县各级各类参保人员医保基金征收预算，并积极协调财政落实好乡（镇）政府、中小学校、国有企业大病统筹移交人员、“三类”人员20xx年医疗预算补助。

3、积极主动做好财政医疗预算补助的划拨工作，力争按时间进度拨回。

4、进一步加强非国库直接划拨医保基金的参保单位基金征收、催收工作：

①坚持缴纳医保基金与享受医保待遇平等原则；

②采取电话催收、按月发征收通知单，定期发催收通知单；

③做好国库、支付中心协助催收医保基金的协调工作；

④调动一切积极因素，动员一切可动员的力量，做好基金征收工作。

>三、做好扩面工作

加大对私营企业、民营企业、乡镇企业和个体工商户的参保工作，动员符合对象和有条件的灵活就业人员参加医疗保险，做到应保尽保，扩大医保覆盖面，提高抵御风险的能力。

（一）继续深入到有意向要参保的单位进行面对面的宣传、动员，全面完成上级下达的扩面任务。

（二）做好新参保单位的人员工资、缴费基数、年龄和缴费年限等稽核工作。

（三）做好新参保单位参保人员的健康体检工作，严把关口。

（四）继续搞好大病统筹移交医保管理工作。

>四、严审核、强管理，保证基金合理使用

一是增强责任心，提高审核质量，确保执行医保政策公平合理；二是提高工作效率，及时办理审核、审批、报帐手续；三是对县级及以上定点医院的住院费用按10—20%的比例抽审，对乡镇卫生院、中心卫生院的费用全面审核，对费用异动的医院重点监控；四是加强对门诊特殊疾病待遇的审查和费用管理工作；五是做好《医疗服务协议》的签订、执行、监督履行协议工作；六是组织对定点医疗机构、定点药店和参保单位经办人员的业务培训和指导，方便参保人员就医购药。

**县医保工作计划范文 第三篇**

20xx年我院医保、新农合工作在开展过程中，得到了市医保中心、合管办领导的大力支持，加上医院领导以及全院医务人员的大力配合，使得我院医保和新农合工作得以顺利进行，并取得了一定的成绩。但仍存在有不足之处，如：因新农合、医保的各项规定掌握的不够明确，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大，全院医保工作反馈会偏少。下一年工作具体安排如下：

1.继续做好与市医保中心、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

2.围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、合管办，医院和患者三方达到共赢；

3.加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政策、懂管理、会操作的业务股干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4.加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5.带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，

是保证国家长治久安的大事。我们已开展的工作和取得的成绩证明：只要我们坚决贯彻上级的各项政策，我们相信，在政府高度重视，在劳动保障以及合管办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，明年的医保和农合工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我院医保事业的新局面。

**县医保工作计划范文 第四篇**

（一）始终强化医疗保障责任担当，提升待遇保障水平。推进信息化建设。推进医疗保障信息业务编码标准化建设，完成医疗机构HIS系统接口改造，医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品和医用耗材等15项信息业务编码的贯标落地工作。落实定点医药机构HIS系统与省医疗保障信息平台接口改造工作要求，推动全省医保信息系统统一。压实镇、村两级医保电子凭证激活工作责任，各定点医药机构医保电子凭证推广应用工作责任，提升医保电子凭证激活率和使用率。精准落实待遇保障政策。加大医保基金征缴工作力度，截至10月底，城乡居民参保73749人。开通慢性病线上申报评审工作，累计评审通过389人。规范医疗服务价格和国家带量采购药品工作。印发《调整公立医疗机构部分医疗服务价格的通知》、《关于调整法定甲乙类传染病床位费的通知》，规范各定点医疗机构日常诊疗服务价格。持续跟踪推进国家带量采购药品任务，按时通报进展情况，今年以来，各批次均按时间节点完成采购任务。推进巩固拓展脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴。实行分类资助参保，确保特困供养人员、低保对象、脱贫人口等特殊人员全部纳入基本医疗保险三重保障。实行动态管理，及时调整特殊人员属性，精准落实医疗保障政策。建立特殊人群监测预警机制，定期将医疗费用个人自付较高患者名单反馈至各乡镇，杜绝因病返贫现象发生。继续落实健康扶贫政策，1-9月份已脱贫人口就医结算14240人次，医疗总费用万元，综合医保支付万元，其中基金支出万元，大病保险1913人次，支出万元，医疗救助3975人次，支出万元，财政兜底596人次，支出万元，“180”补助5647人次，支出万元。聚力疫情防控。做好新冠病毒疫苗及接种费用保障工作，联合卫健部门，加强对疫苗接种进度和资金使用情况的动态监测，累计上解新冠病毒疫苗及接种费用专项预算资金划拨专项资金万元。

（三）始终坚持以人民为中心的发展思想，不断提升服务水平。聚力解决群众办事难题。结合党史学习教育，印发《区医保局开展“我为群众办实事”实践活动实施方案》，针对群众反映的突出问题，制定我为群众办实事项目清单，推进为民办实事活动项目化、具体化、责任化。加强行风建设。严格执行“好差评”制度及综合柜员制，加强经办服务人员礼仪培训，修改完善权责清单和公共服务清单，编制服务指南，提高办事效率和群众满意度。及时解疑答惑。认真承办人大建议，及时关注热线平台，第一时间与来访人、来电人对接沟通，详细解释医保政策，尽最大努力解决诉求。

（四）始终把规矩和纪律挺在前面，强力提升机关作风建设。加强廉政教育。结合新一轮深化“三个以案”警示教育，通过多种形式，开展党纪党规学习教育，突出反面典型案例警示作用，要求全体党员干部树牢规矩意识，筑牢反腐思想防线。坚持民主集中制。凡属“三重一大”事项一律提交党组会议研究决定，充分征求两个中心和机关股室建议的基础上集体决策，有效防止决策失误、行为失范。今年以来，共召开党组会议12次，对47个议题进行了集体研究。及时召开20\_年度民主生活会暨中央巡视整改专题民主生活会，党组班子成员以刀刃向内的精神，把自身存在的突出问题说清楚、谈透彻，达到“红脸出汗”“排毒治病”的效果。完善管理制度。严格落实预算绩效管理工作要求，科学申报项目计划，精细设置评价指标，按季度开展项目监控，对项目实施情况进行动态监测、跟踪管理，确保完成既定绩效目标。坚持问题导向。结合20\_年度民主生活会、中央巡视反馈意见整改、新一轮深化“三个以案”警示教育，制定了问题、任务、责任、时限“四清单”，明确了整改措施和整改时限。

**县医保工作计划范文 第五篇**

xxxx年，在区委、区政府的正确领导与大力支持下，在上级业务部门的精心指导下，xx区医疗保障局严格执行医疗保障政策，克难攻坚，锐意进取，努力构筑多层次的医疗保障体系，以保障参保人员切身利益为重点，以控制医疗费用不合理增长和加强定点医疗机构监管为核心，积极履行服务、管理、监管、宣传职能，不断创新管理机制，不断提升服务能力，着力推动各项医保工作的全面、协调、快速发展，各项工作都取得了新进展，现将全年工作开展情况总结报告如下：

>一、扎实推进医保征缴工作，完善内控制度，保障基金安全

（一）做好职工和城乡居民参保，实现广覆盖，参保人数、医保基金稳定增长。

xxxx年我局通过科学管理，规范流程，坚持依法征缴，突出了扩面、征缴、清欠等工作重点，取得了良好成效。截止xx月xx日，我区城乡居民参保人数xxxxxx人，城镇职工参保人数xxxxx人。

在基金征缴方面，截止xx月xx日，城乡基本医疗保险基金已收缴万元；城镇职工基本医疗保险基金已收缴万元。

（二）强化外部监管，完善内控制度，保障基金合理使用、安全运行。

在基金管理方面，医保基金设有收入户和支出户，所有医保报销均采取转账支付的方式，做到层层把关，规范操作，杜绝漏洞，严防腐败滋生。我局对医保基金的预算、分析、控制和决算工作，建立健全了严格的管理制度，对参保患者发票报销严格遵照初审和复核制度，确保了基金的合理规范使用与安全。截止xx月xx日，我区医疗基金总支付万元，当期结余万元。其中城镇职工基本医疗保险基金总支出万元，城乡居民基本医疗保险基金总支出万元（上解上级支出万元）。

>二、精心组织实施，认真贯彻执行生育保险和职工保险合并

两项保险合并是上级医保部门作出的一项重要部署，在市医保局的精心指导下，我区xxxx年x月份开始，生育保险和职工基本医疗保险实施合并，全区机关、企事业单位xxx个，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化，做到“生育保险待遇不变、制度可持续”两个确保。通过整合两项保险基金及管理资源，强化了基金共济能力，提升管理综合效能。

>三、提高政治站位，加大建档立卡精准健康扶贫户保障力度，推进民生工程

（一）狠抓落实，提升建档立卡贫困户医疗保障水平。

xxxx年xx月xx日经扶贫移民局确认建档立卡人员xxxxx人，医保系统中已参保建档立卡人员xxxxx人，政府代缴参保率达xxx%依据医保信息“一站式”服务系统统计，建档立卡贫困人员xxxx年住院累计发生xxxx人次，住院医疗费用万元，总报销金额为万元，其中居民医疗保险支付万元，大病保险支付万元，扶贫商业补充保险保险支付万元，医疗救助支付万元，财政兜底万元，定点医疗机构负担万元，个人支付万。

（二）落实专项巡视“回头看”反馈意见问题整改。

**县医保工作计划范文 第六篇**

20\_年，在市委市政府的正确领导下，界首市医疗保障局紧紧围绕市委、市政府中心工作，始终以\_新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻新发展理念，坚持实事求是，狠抓队伍建设，以党建引领工作，落实医疗保障重大政策措施真抓实干成效明显，得到了上级部门的充分肯定，现将有关情况总结如下：

>一、20\_年工作总结

（一）中心工作开展情况

1.深入开展新一轮深化“三个以案”警示教育。加强组织领导，制定警示教育工作方案，开展形式主义、官僚主义问题大排查，摸清问题底数，形成问题、任务、责任、时限“四清单”，并以太和医疗机构骗保问题为切入点，开展定点医疗机构医保违法违规行为全覆盖专项治理。

2.扎实开展党史学习教育。通过微信新媒体线上学习，邀请党校讲师培训，党组书记上专题党课，开展集体学习、集体研讨，参观党史学习教育馆等方式，积极开展党史学习教育。

3.严格落实意识形态工作责任制。局党组严格落实党管意识形态原则，牢牢掌握意识形态工作领导权，通过深入宣传学习\_新时代中国特色社会主义思想，全面落实\_\_考察安徽重要讲话指示精神，切实增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”。同时通过医保局微信公众号每日推送“百年党史天天读”，扩大“四史”宣传教育范围，巩固壮大主流思想舆论。

4.强力推进党风廉政建设。加强理论学习，深化警示教育，开展“家生态”建设系列活动，党组书记上专题廉政党课，开展坚决抵制餐饮浪费狠刹违规公款吃喝专项整治活动，对照整治重点开展自查自纠，局党组书记与全体干部职工和分管财务的班子成员、办公室负责人、财务室负责人开展严禁公款吃喝的预警谈话。

（二）业务工作开展情况

1.提前谋划，圆满完成参保筹资。20\_年，我市城乡居民医保参保总人数为694548人，按照常住人口6120\_人计算，参保率达113%，超额完成了上级医保部门参保率99%的要求。按照每人筹资 860元（其中个人筹资280元，各级财政计划补助580元）的标准，20\_年我市城乡居民医保筹资总额为 亿元，医保筹资工作质量居阜阳市前列。

2.细化管理，基金运行平稳高效。拟定20\_年医保基金预算方案，强化预算约束机制，推进医共体体内二次预算，规范医共体体内、体间、体外结算。截止到10底，全市城乡居民医保基金共支付万元，其中基本医保累计支付万元，累计补偿人次1251802人次；大病保险累计支付万元，累计补偿人次17954人次；医疗救助专项资金支出万元，获益人次43110人次。医保基金支出在合理区间，做到了以收定支，收支平衡，略有结余。

3.提升服务，推进医保系统行风建设。成立以局主要负责同志为组长的行风建设领导小组，并制定工作方案。印发文件，明确各项医保业务工作的办理流程、受理条件、办事材料、办理地点等内容，细化到每个环节，形成闭环管理。积极推进信息共享、减证便民、提高效率，实现一站式结算，群众“最多跑一次”实现服务全覆盖。同时加强窗口规范化建设，严格落实一次性告知制、首问负责制，避免群众来回跑腿，推行微笑服务，通过专业服务用语和群众沟通，提高群众满意度。

4.积极创新，加快医保支付方式改革。积极配合阜阳市开展按病种分值付费（DIP）试点工作；开展中医适宜技术门诊按病种付费改革，将治疗路径清晰、治疗费用明确的中医适宜技术纳入门诊按病种付费范围，合理确定支付标准。通过调研论证，拟选定县级公立医疗机构中医适宜技术24种，乡镇医疗机构13种，作为界首市门诊中医适宜技术结算类型，向阜阳市医保局请示执行，切实减轻群众就医负担。

5.应保尽保，巩固脱贫攻坚成果。开展已脱贫建档立卡贫困人口参保排查，共排查未参保数据疑点1861人，劝交444人，参保率100%，实现应保尽保；建立返贫致贫风险预警机制，按月排查个人支付5000元以上脱贫人员和1万元以上普通居民，将符合条件的人员纳入返贫致贫风险预警名单管理，防止因病致贫返贫；继续执行贫困人口综合脱贫政策，20\_年分类支助已脱贫建档立卡贫困人口参保36980人，代缴参保资金1035万元。截至到10月，脱贫建档立卡贫困人口医疗总费用万元，享受健康脱贫政策万元，其中：基本医保支付6952万元，大病保险支付万元，医疗救助支付万元，“180”支付万元，政府兜底万元。

6.积极作为，推动集采药品落地惠民。组织实施国家集中带量采购药品以及高值耗材带量采购在我市落地实施，督促医疗机构优先采购、使用国家集采和省谈判的药品、高值耗材，进一步降低医保基金支出，惠及广大患者。

**县医保工作计划范文 第七篇**

20\_年，淳安县医保局坚持以\_新时代中国特色社会主义思想为指导,全面贯彻党的十九大和十九届四中、五中全会精神,贯彻落实省市县委决策部署,坚持以“共同富裕、高标保障、高质发展、优质服务、群众满意、基金安全”和党史学习教育为工作要义，积极推进公平医保、精准医保、数字医保、绩效医保、法治医保和清廉医保建设，着力解决群众反映强烈的突出问题,着力提升全县参保群众的基本医疗保障水平，着力推进医疗保障事业高质量发展，助力特别生态功能区和共同富裕示范区建设。现将20\_年工作情况及20\_年工作计划报告如下：

>一、20\_年度医保基金运行情况

（一）职工医保基金运行情况：截至10月底，职工医保基金收入（含生育）亿元；支出亿元,比上年同期亿元增加；职工医保基金累计结余亿元（其中，统筹基金结余-5684万元，个账结余亿元）。

（二）城乡居民医保基金运行情况：截至10月底，城乡居民医保基金收入亿元（其中缴费收入亿元，财政补助亿元,利息收入80万元）；支出亿元，比上年同期亿元增长；城居医保基金累计结余3823万元（尚有应付未付市医疗保障基金垫付一卡通结算款6000万元）。

>二、20\_年工作开展情况

（一）聚焦公平医保，市级统筹稳步推进

一是保障水平大幅提升。20\_年1月1日将城乡居民医保县内定点医疗机构的最低报销比例自25%提高至35%，统一职工和城乡居民医保年度列支限额，分别由8000元、9000元和11000元提高至20\_0元，增设城乡医保门诊300元起付线，大病保险、医疗救助、生育保险等险种政策与杭州市一致，不再保留差异性政策。

二是市级统筹稳步推进。按照20\_年1月1日做实基本医保市级统筹的要求，成立以黄青副县长为组长的工作专班，根据特别生态功能区建设“两个不低于”的目标，坚持“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”为原则，做好政策差异梳理，完善基金数据测算，与财政、卫健等部门多次协商讨论，积极与省市医保、财政部门沟通对接，主动向市政府及县委县政府领导汇报，争取淳安倾斜政策。11月4日，《杭州市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案》经市政府常务会议审议通过，明确20\_年基本医保杭州市政策统一，明确在各区县（市）完成年度征收任务之后，职工医保赤字由市县8:2分担，城乡居民医保按照20\_年度新增部分缺口按照市县2:8比例标准固化分担，对淳安县均予以20%倾斜。

三是全民医保成果持续巩固。紧扣“全民医保”目标，贯彻“以人为本”理念，持续关注重点人群，确保符合参保条件人员应保尽保。截至10月底，20\_年全县基本医疗保险户籍人口参保人数万人,户籍人口参保率达到。20\_年城乡居民医保参保缴费工作已于11月1日正式启动，截至16日已有万人缴费成功。

（二）聚焦精准医保，保障措施更加有力

一是健康补充保险成效初显。20\_年1月，根据市医保局统一部署，积极推进普惠型商业补充医疗保险－“西湖益联保”，助力解决因病致贫因病返贫问题，成效初显。20\_年，全县“西湖益联保”参保人数达到231465人，参保率为，居杭州市第一。据不完全统计，截至10月底，全县“西湖益联保”待遇享受人数2024人，赔付金额万元，赔付率，全县个人医疗费用负担5万元以上的人数减少。20\_年度西湖益联保工作已于10月15日启动，截至11月16日，参保率为。

二是困难人群实现应保尽保。根据省市文件精神，做好困难群众基本医疗保险参保工作，确保完成我县符合条件的困难群众资助参保率达100%，医疗救助政策落实率达到100%的工作目标。自20\_年5月起，通过浙江省大救助信息系统，主动获取困难群众动态变化清单，及时维护参保人员持证信息,做好未参保人员参保动员工作，确保“不漏一户、不少一人”。截至目前，全县在册低保12526人、低边3837人、特困592人，均参保基本医疗保险，实现100%参保。

三是高额费用有效兜底保障。联合农业农村局、民政局，建立困难人群高额医疗费监测分析机制，定期开展困难人群因病致贫返贫情况分析。建立困难救助联席会议制度，联合银保监、红十字会、工会、残联、民政等部门开展难人群高额费用化解联审机制，确保困难人群高额医疗费切实得到化解。20\_年全县共化解3名困难人员高额医疗费用，化解高额医疗费元。

(三)聚焦赋能医保，各项改革落地见效

**县医保工作计划范文 第八篇**

夯实基础、开拓创新，不断地完善公司内社会保障服务体系，切实为职工解决社保、工伤、退休等问题。为确保下一年度各项工作目标顺利完成，现根据本公司实际情况，制定20xx年度工作计划。

一、夯实基础，完善台账。完善退休人员基本情况、退休情况、退休人员家庭基本情况；完善职工医疗保险基本情况台账。参保人员人数，未参保人员人数等基本情况资料。

二、强力推进城镇居民医疗保险。一是加强工作人员政策学习，更好地为职工解答医疗保险中遇到的政策性问题；二是做好已参保人员的续保宣传，引导已参保人员及时续保，避免已参保人员出现参保空白期，确保他们待遇的享受。

三、进一步做好离退休人员工作。做好退休人员的服务，为职工办理退休手续，包括政策解答，事项代办。

四、积极配合区\_门做好劳动关系调整工作。加强劳动法律法规的宣传，让职工知法守法；充分发挥我公司劳动争议调解委员会的作用，让劳动纠纷在基层得到解决。

五、做好民族、民宗、残联等民政工作。

（一）做好民族工作。逐步缩小各民族之间的民族差别；消灭民族歧视；坚持民族平等，促进各民族之间的团结。

（二）做好民宗工作。贯彻执行党的民族宗教政策；积极引导民族宗教与社会主义相适应。

（三）做好残联工作。倾听残疾人呼声，反映残疾人要求。 总之,20xx年我们将以饱满的工作状态和踏实的工作作风,苦干实干创新干,把社会保障及民政工作落到实处,圆满完成上级交给的工作任务，为我公司的发展和社会的稳定做出更多更大的贡献。

上海梅陇环卫综合服务有限公司

**县医保工作计划范文 第九篇**

20xx年我院医保、新农合工作在开展过程中，得到了市医保中心、合管办领导的大力支持，加上医院领导以及全院医务人员的大力配合，使得我院医保和新农合工作得以顺利进行，并取得了一定的成绩。但仍存在有不足之处，如：因新农合、医保的各项规定掌握的不够明确，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大，全院医保工作反馈会偏少。下一年工作具体安排如下：

1.继续做好与市医保中心、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

2.围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、合管办，医院和患者三方达到共赢；

3.加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政策、懂管理、会操作的业务股干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4.加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5.带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，是保证国家长治久安的大事。

**县医保工作计划范文 第十篇**

> 一、20\_年度工作总结

（三）突出质量效益，实施惠民减负举措。一是积极开展长期护理保险试点。探索“市场机制、购买服务、政府监督”模式，做好失能评估和费用审核，累计惠及XXX名重度失能人员，累计支付XXX万余元。二是稳妥实施职工医保单位缴费费率减征。核对并减征20XX年XX月份医保单位缴费部分，共计XXX家企业，XXX人，减征金额XXX万元。三是持续做好低边人员参保资助。加强与街道、甬城农商银行等部门高效协同，共资助三老人员和精减退职职工XXX名，资助金额XXX元。

（五）贯彻条例法规，提升基金监管质效。一是法制宣传凝共识。开展“宣传贯彻《条例》加强基金监管”集中宣传月和“医保同行·真情为民”专题调研活动，通过培训座谈、实地走访、线上线下立体宣传，进一步提高学法知法守法意识，共同维护基金安全。今年以来，走访定点医药机构XX家，发放宣传册X万余册，专题授课X场次，累计培训XXX余人次。二是自查自纠找隐患。自查自纠全区定点医药机构“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为，合计违规费用XXX万元，其中日常审核扣款XXX万元，退回金额XXX万元。三是社会监督聚合力。选聘XX名医保基金协管员，畅通举报投诉方式，加大违法违规问题的公开曝光力度，宣传举报奖励办法，充分发挥社会监督的作用。今年以来，曝光医保违规案例X期。四是依法监管见成效。接受区人大关于医保基金运行与监管工作审议，构建区政府牵头、部门协同参与的综合监管协同工作机制，运用联合执法检查、信息抄告、问题移送、处置反馈等多种方式，加强打击欺诈骗保工作的统筹协调。今年以来，现场巡查定点医药机构XX家次，其中跨部门联合检查XX家次，查处违规医药机构XX家次，暂停医疗保险服务费用结算XX家次，解除医疗保险服务协议X家，限期整改X家次。

>二、20\_年度工作计划

（一）提升管理服务，推进经办服务队伍建设。一是加强行风建设。坚持“您的满意，我的标准”服务理念，强化教育培训，提升工作人员业务素质和服务水平，优化提升“干部走出柜台”、“提前+延时”服务等经验做法，以优质贴心的服务提升办事群众体验感、满意度。二是探索直播服务。总结以往直播经验，探索通过“抖音”等受众更广的直播平台开展医保政策宣讲，让医保政策更加触手可及、喜闻乐见、贴近民心。三是提升基层服务。推进服务下沉，开展“请进来+走出去”的交流培训活动，提升基层医保经办能力素质，让群众在家门口即可享受优质高效的医保服务。

（二）优化标准流程，健全咨询服务热线机制。一是坚持规范管理。健全热线服务机制，完善《医保知识库汇编》和《XX医保热线服务工作规程》，坚持建章立制、逐项突破，确保解答热情规范。二是推行高效服务。坚持分类接听、限时解答，制作《医保热线服务分类登记卡》进行分类规范回复，在保证解答质量的基础上，有效减少答复时间，提升接听率和问题解决率。三是实施闭环管理。建立高频服务事项应对机制，形成问题及时发现有效解决的闭环机制，打造“一部热线优服务”的XX样板，形成一套可供全市医保系统推广借鉴的热线服务模式。

（三）深化贯彻落实，加强医药机构协议管理。一是推进异地就医直接结算扩面。加强与卫健局、医疗机构对接，推进辖区50%以上的定点医疗机构能够提供跨省门诊直接结算服务。二是执行新版定点医药机构协议管理办法。发挥XX区定点医药机构协会作用，做好培训、解读，深化贯彻落实，促进新版定点医药机构协议管理办法落地实施。三是做好医保贯标工作。督促定点医药机构及时完成国家编码核对映射、系统改造和接口开发等工作，以贯标全覆盖、验收不放松，全力助推医保信息化标准化建设。

（四）坚持依法依规，提升医保基金监管质效。一是强化联合监管。建立联合监管机制，定期通报检查结果，借助街道协管员和社会监督实现立体化监管，积极构建医保基金安全运行的良好秩序。二是推行分类监管。探索开展定点零售药店、诊所和门诊部进行医疗费用审计监管；对有住院功能的综合性医疗机构及康复康养类医疗机构，引入第三方监管力量，实施大数据筛查，提高监管质效。三是加强能力建设。坚持经办与监管分离原则，优化监管体制，强化法制培训与纪律约束，加强基金监管队伍建设和能力建设，规范执法行为和办案流程，提高执法质量。

**县医保工作计划范文 第十一篇**

会上，xxx同志对从全县参保率、机关党建工作、干部意识形态、干部工作作风、机关内部团结、参保人员报销等方面对20\_年全县医疗保障工作进行了总结，肯定了20\_年取得的成绩并分析当前存在的问题，针对存在的问题提出了切实可行的措施，并就新的一年主要工作进行了安排部署，要求所有干部一要加强政策学习。学懂弄通区、市两级出台的各项医保政策，各种文件，提升自己的业务能力；二要讲团结。要团结一致，心往一处想，劲往一处使，进一步发扬团结的优良作风，本着分工不分家的原则，相互学习相互督促相互帮助，奋力做好各项工作；三要讲作风。要继续发扬吃苦耐劳的精神，在工作中强化担当意识、大局意识、注重细节，始终做到守责敬业、勇于破解难题、奋勇争先把民生资金落到实处；四要讲奉献。把农牧民群众当成自己的家人，提高医保经办服务能力，提供群众满意的医保服务；五是要讲创新。打破墨守成规模式，创新工作方式，创新工作思维，在工作中不断努力创新，提出好的建议办法把全局工作再推上一层。

**县医保工作计划范文 第十二篇**

随着新农合、城镇居民、职工医疗保险在全国范围内的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%以上，已经成为医疗领域的主要资源。我院医保、新农合管理工作本着让广大参保、参合患者来我院就诊舒心、住院放心、报销省心为工作宗旨。通过上年度医保中心、农合办对我院医保、新农合工作的考核验收均较满意。在本年度，结合我院的实际情况，对我院的医保、新农合做好以下工作。

>一、门诊管理方面

为了避免搭车开药和冒名顶替现象的发生，我院门诊大夫应严加审核，规范管理，确保医保、新农合基金得到更加有效的使用。

>二、医保、农合办公室管理方面

现在我院医保、新农合的工作对病人管理只是停留在对病人的人员核实，对其住院期间管理方面还存在缺陷：

1、在收费处办理住院手续时，应准确登记医疗类型，严格把关是否符合住院标准，每日核查一次。

2、建立医保、新农合监督小组，定期做好对医保、农合住院病人抽查的工作，不仅对病人的身份进行核实，并对医保、参合病人的住院病历是否合格，根据政策规定进行审核。审核内容：诊断病种是否准确、完整；药品使用是否正确；诊断项目是否合理；检查报告单是否完善。发现不合格的病历，及时告知责任医生进行修改。

3、在收费处办理出院结算后，住院患者凭医保或新农合结算单到医保、农合办进行补偿报销，避免结账、补偿报销在同一科室，更加规范了财务制度。

>三、需要加强的几项具体工作:

1、加强对医务人员的政策宣传，定期对医务人员进行医保、新农合工作的新政策反馈。重视培训工作，不定期举办医保、新农合知识培训班。

2、加强与医保中心、农合办的联系和沟通。各项政策认真执行，并积极落实，当好领导的参谋助手，使医保中心（农合办）、医院和患者三方达到共赢。

3、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责（收费处）。

在今后的工作中，我深信，在劳动保障和农合办主管部门的指导下，在全院各科室的`密切配合下，医保、新农合的管理工作会更加顺利进行，我科室全体工作人员将一如既往地继续努力工作，求真务实，尽职尽责，为中医院的发展贡献自己的一份力量！

医保、农合办

20xx年4月5日

**县医保工作计划范文 第十三篇**

随着新农合、城镇居民、职工医疗保险在全国范围内的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%以上，已经成为医疗领域的主要资源。我院医保、新农合管理工作本着让广大参保、参合患者来我院就诊舒心、住院放心、报销省心为工作宗旨。通过上年度医保中心、农合办对我院医保、新农合工作的考核验收均较满意。在本年度，结合我院的实际情况，对我院的医保、新农合做好以下工作。

>一、门诊管理方面

为了避免搭车开药和冒名顶替现象的发生，我院门诊大夫应严加审核，规范管理，确保医保、新农合基金得到更加有效的使用。

>二、医保、农合办公室管理方面

现在我院医保、新农合的工作对病人管理只是停留在对病人的人员核实，对其住院期间管理方面还存在缺陷：

1、在收费处办理住院手续时，应准确登记医疗类型，严格把关是否符合住院标准，每日核查一次。

2、建立医保、新农合监督小组，定期做好对医保、农合住院病人抽查的工作，不仅对病人的身份进行核实，并对医保、参合病人的住院病历是否合格，根据政策规定进行审核。审核内容：诊断病种是否准确、完整；药品使用是否正确；诊断项目是否合理；检查报告单是否完善。发现不合格的病历，及时告知责任医生进行修改。

3、在收费处办理出院结算后，住院患者凭医保或新农合结算单到医保、农合办进行补偿报销，避免结账、补偿报销在同一科室，更加规范了财务制度。

>三、需要加强的几项具体工作:

1、加强对医务人员的政策宣传，定期对医务人员进行医保、新农合工作的新政策反馈。重视培训工作，不定期举办医保、新农合知识培训班。

2、加强与医保中心、农合办的联系和沟通。各项政策认真执行，并积极落实，当好领导的参谋助手，使医保中心（农合办）、医院和患者三方达到共赢。

3、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责（收费处）。

在今后的工作中，我深信，在劳动保障和农合办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，医保、新农合的管理工作会更加顺利进行，我科室全体工作人员将一如既往地继续努力工作，求真务实，尽职尽责，为中医院的发展贡献自己的一份力量！

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！