

区医保扶贫工作总结合集7篇

作者：小六 来源：网友投稿

本文原地址：<https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/105137.html>

ECMS帝国之家，为帝国cms加油！

区医保扶贫工作总结1

xxxx年共确定医疗救助对象xxxx人，享受医疗救助待遇xxxx人，其中困难群众住院总费用万元，经医保待遇报销后自费比例，通过民政、残联等各部门联合救助后自费比例下降至x%，一是狠抓制度保障。以医保支付方式改革为抓手，使区内整体医保费用明显下降，会同卫健部门引导医院开展规范诊疗，合理开展转外就医。以“基本医疗+大病保险+补充保险+医疗救助”四位一体的医保精准扶贫模式为抓手，实现区内资助困难群众参保率、医疗救助政策落实率、医疗救助“一站式”结算率三个xxx%。二是构建长效机制。建立信息共享机制，将区内困难群众及时录入系统，避免困难群众出现脱保现象；建立高费预警机制，将高费用困难群众名单及时发送给民政、慈善、红十字会等部门及时开展救助；建立宣传服务机制，改造信息系统，将全区困难群众纳入信息发送对象并开展回访，全年共发送短信xxxxx条。

区医保扶贫工作总结2

xx年3月份成立以来，区医保局认真贯彻中央、省、市有关精准扶贫有关精神，按照上级有关文件要求，深入落实医保扶贫政策，细化各项工作举措，助力我区打赢脱贫攻坚战。现将xx年度医保扶贫工作总结情况汇报如下：

>一、高度重视，强力推进。

实施脱贫攻坚医疗保障政策是贯彻落实中央、省、市和区委、区政府精准扶贫重大部署的一项重要举措，对此我局高度重视，成立医保扶贫工作领导小组，局长总负责，副局长专职负责，科室负责人为成员，全体工作人员参与扶贫。领导小组下设办公室于医疗科，落实专人专抓，明确年度工作职责，细化年度工作任务，确保医保扶贫各项任务落到实处。

>二、精心组织，全面落实。

（一）精准落实全员参保。我局对扶贫办、民政局提供的建档立卡贫困户、低保户、困境儿童、特困供养人员xx人多次认真核准落实，对核查出xx名无能力参保的贫困人员协调区财政进行政府资助参保，共计xx元，对死亡、参加职工、学生医保等困难人口基本信息及时修改更新做好标识，确保贫困人口100%参保不漏一人且信息数据完整、准确。

（二）精准落实待遇兑现政策

制定《xx区“两定制一兜底”健康扶贫工作方案》，对所有建档立卡贫困户住院费用实行“3+3”医疗保险精准扶贫托底救助机制（即基本医保、大病医保、大病补充保险“三重医保”和医疗救助、慈善医疗救助、医疗保险托底

救助“三重救助”）。xx年5月份和人保健康保险公司签订了《xx年度xx区建档立卡贫困户医疗保险托底救助协议》，投入xx万元，对全区xx名建档立卡贫困户实施托底救助工程，医疗保险托底救助工作有序开展，实现本区域内“一站式”结算。截止目前，建档立卡贫困群众xx人次发生费用xx万元，享受基本医疗报销xx万元，大病报销xx万元，大病补充报销xx万元，城乡医疗救助xx万元，托底救助xx万元。截止12月底对xx人次低保对象发放医疗救助xx万元，对xx人次扶贫对象发放医疗救助xx万元。

（三）精准落实重症慢性病鉴定长效机制

我局8-9月份对全区建档立卡贫困户进行拉网式排查，对排查出疑似患重症慢性病的400余人，积极与xx医院结合进行诊断检查，并出具门诊病历、诊断证明。由我局集中汇总报市医保中心聘请专家统一进行集中鉴定，鉴定结果直接反馈给参予鉴定的每位群众。对无能力行动人员，开通绿色通道，组织专家入户鉴定，确保我区重症慢性病鉴定不漏一人。截止12月底我区共通过重症慢性病鉴定患者561人。

>三、强化宣传，提高知晓率。

一是定期开展医保扶贫政策培训会。对办事处、社区卫生服务中心、第一书记、家庭签约医生细致讲解就医流程、报销比例等政策要点，提高一线扶贫工作人员的业务能力。发挥家庭签约医生入户的便利条件，一对一对贫困人员讲解健康扶贫政策。发放宣传单及告知手册20xx多份，医保扶贫务实操作手册1000余册，医保扶贫政策张贴画600余张。

二是发挥定点医疗机构窗口效应。在xx区人民医院及各社区卫生服务中心入口、费用结算窗口摆放扶贫政策移动宣传栏，进一步加强政策宣传力度。

三是重点村、户重点宣传。xx局班子带队先后走访造店、店后、栗井、府城、启心、周窑6村52户进行政策讲解，切实提升群众政策知晓率。

>四、存在问题

数据有时间差，扶贫部门数据的动态时间与我们的参保时间有差别，导致提供的建档立卡贫困人员信息不相符，使我们建档立卡户参保缴费工作开展不太顺利。

>五、下步工作打算

（一）进一步加大医保扶贫政策宣传力度。通过办事处、第一书记、社区卫生服务中心、家庭签约医生等组成的医疗扶贫政策宣传队，按照“靠政策宣传打动人心、靠优质服务温暖人心、靠政策落实赢得人心”的工作思路，进一步将各项医疗扶贫政策、定点医疗机构、费用报销流程、一站式结算等政策制度向广大群众全面普及。

（二）全面完成20xx年征缴工作。及时与扶贫办、民政局核查20xx年贫困人员参保基本信息。通过办事处、第一书记宣传动员贫困人员及时缴纳费用，保证不漏一人，确保贫困人员20xx年能够享受应有待遇，不再因一人患病，全家返贫问题的发生。

区医保扶贫工作总结3

xxxx年，在区委、区政府的领导下，我局按照“核心是精准、关键在落实、确保可持续”的工作要求，以开展“春季整改”、“夏季提升”“秋冬巩固”为主抓手，坚持问题导向，强化责任落实，创新工作举措，优化服务流程，着力解决贫困人口“因病致贫、因病返贫”问题，实现对贫困人口的医疗保障兜底，现就有关情况总结如下：

>一、主要工作

（一）高度重视，强化组织领导和责任落实。

成立局扶贫领导小组，实行“一把手”总负责，分管领导具体抓，各股室负责人具体办，全体工作人员共同参与扶贫的工作机制。制定年度工作计划和方案，进一步细化各项任务分工，定期召开调度会，确保医保扶贫各项任务落到实处。

（二）加强衔接，实现贫困人口应保尽保。

同时加强与财政部门的沟通联系，将建档立卡贫困人口参加城乡居民医保个人缴费财政全额补助资金及时落实到位。建立了与扶贫办、民政局信息共享机制，我局工作人员每月主动联系扶贫、民政部门，及时掌握贫困人员动态信息，准确完成了贫困人员参保信息录入登记，并反复比对筛查，对参保错误信息进一步反馈给相关部门，做实精准标识。对于新增或减少人员建立参保信息动态管理台账，农村建档立卡人员从年初xxxx人到xx月底xxxx人，贫困人口参加基本医保、大病保险、重大疾病补充医疗险参保率始终保持xxx%。

（三）认真履职，全面落实贫困人员各项医疗保障待遇。

提高了建档立卡贫困人口大病保险补偿比例和贫困慢性病患者年度最高支付限额和报销比例；提高贫困家庭重性精神病救治保障水平，贫困家庭重性精神病患者，享受一个周期（xx天以内）免费住院治疗；对建档立卡贫困患者大病保险报销起付线下降xx%。

全区建立了基本医保、大病保险、重大疾病补充险和医疗救助四道保障线机制，对经四道保障线报销住院费用报销比例达不到xx%的实行财政兜底保障。xxxx年x-xx月，全区建档立卡贫困人员办理住院报销xxxx人次，住院费用xx万，基本医保支付xxx万元，大病保险支付xxx万元，重大疾病补充保险报销xx万元，医疗救助xx万元，财政兜底保障xx万元。

在落实医疗保障待遇的同时，针对部分贫困户报销比例远超百分之九十的问题，我局积极与卫健等单位沟通协调，联合制定《xx区xxxx年健康扶贫实施方案》，明确了贫困户住院费用报销比例控制在xx%的适度要求，并于今年x月份在我市医保系统“一站式”结算软件上予以调整，确保贫困户住院报销比例稳定在xx%左右。

（四）优化医疗费用报销结算服务

一是在区内的公立医疗机构实行“先诊疗、后付费”一站式结算基础上，通过积极协调、争取支持，率先在包括x市中心人民医院、井冈山大学附属医院在内的全市所有三级公立医疗机构实行了贫困人员“先诊疗、后付费”一站式结算；二是我局进一步简化了零星医药费报销经办手续，在区便民服务中心设立“健康扶贫窗口”，实行五道保障线“一窗式”受理及限时办结制；三是在乡镇卫生院及街道社区卫生服务中心纳入门诊特殊病种定点医院，同时对符合条件的贫困村卫生室纳入门诊统筹定点单位，开通了门诊医药费用刷卡结算，方便了贫困人员门诊就医报销。

（五）简化门诊特殊病性病种证办理流程

开通绿色通道，经与定点医疗机构协商后，实行工作日在定点医疗机构随来随审，对符合准入条件的直接发证；对申报恶性肿瘤、器官移植抗排异治疗及尿毒症三种一类特殊慢性病种的取消医疗专家评审，凭相关医学证明材料直接在区行政审批局医保窗口登记发证；组织工作人员开展“大走访”，对符合申报条件贫困人员、五类人员慢病患者集中在定点医院进行体检，办理了门诊特殊慢性病种证，确保符合条件的门诊特殊慢性病患者及时办证到位，不落一人。

（六）加强政策宣传，提升医保惠民政策知晓率。

一是通过在电视台和网络媒体大力宣传医保扶贫、特殊门诊、一站式结算等政策，发放宣传资料、设立政策宣传栏等形式营造出浓厚宣传氛围。二是开展赠药下乡活动，深入贫困村贫困户家中走访慰问，大力宣传医保惠民政策。三是与扶贫办联合开展了二期政策培训班，对各村第一书记、帮扶干部进行医保政策宣讲，为贫困户患者就诊报销提供政策导航。

（七）开展打击欺诈骗保，严查不合理医疗费用支出。

为减轻贫困患者个人负担，确保基金安全运行，我局进一步加大对定点医院医药费用的查处力度，在全区定点医药机构深入开展了打击欺诈骗保专项治理行动，组成二个检查小组，根据日常监管情况，结合智能审核监控系统数据分析对比，通过抽查病历、询问医生、回访病人、核对药品进销存台账、夜查患者在院情况等方式，对全区xxx家定点医药机构进行全覆盖检查。针对检查出的问题，采取约谈、通报、拒付医保基金、扣除违约金、暂停医保服务、解除服务协议以及行政处罚等多种方式进行严肃处理，对欺诈骗保行为起到了有力震慑作用。

截至目前，全区检查定点医药机构xxx家，追回或拒付医保基金万余元；扣除违约金万元，行政处罚万元；暂停定点医药机构医保服务协议五家，解除定点服务协议x家。

>二、xxxx年工作打算

一是全面落实中央、省、市和区医保扶贫工作要求，重点解决“两不愁三保障”中基本医疗保障面临的突出问题，落实对特殊贫困人口的各项保障措施，实现贫困人口基本医疗保障全覆盖，确保各项目标任务实现。

二是进一步加强与扶贫、财政部门沟通对接，及时掌握贫困户动态变更信息，及时在医保信息系统完成变更，确保贫困户xxx%参保。

三是加强贫困户医药费用报销信息监测，深入定点医疗机构、镇村贫困户家中开展调研走访，及时发现和解决出现的问题，确保医药用各项报销政策落实到位。

四是进一步加大政策宣传及业务培训力度，面向定点医疗机构、基层人社及帮扶干部、第一书记举办医疗保障健康扶贫政策培训班，提高基层经办服务能力。

五是持续深入开展打击欺诈骗保工作，确保基金安全运行。

区医保扶贫工作总结4

一是建立联动机制。加强部门联动，建立联席会议制度，完善沟通协调机制，联合区市场监督管理局开展“双随机、一公开”专项检查。二是加强法制建设。规范医疗保障行政执法流程，全面推进依法行政，编制《xx区医疗保障局重大行政执法决定法制审核事项清单》，印发《x市xx区医疗保障局重大行政决策事项范围》，明确重大行政决策事项范围。三是落实“互联网+监管”工作。认领监管事项x项，子项总数x项，认领率、实施清单编制率、监管行为覆盖率均达xxx%。四是创新监管手段。强化“人脸识别”系统功能，加大系统分析频率及实时监控力度，及时梳理重控风险点，提高监管力度。建立医保基金预警机制，完善数据监测，强化基金预警功能，运用“三函两牌”等手段，将长效管理与集中整治相结合，织密医保基金保护网。五是拓宽宣传渠道。以“四进”“四动”相结合的形式覆盖xx区域，高质量开展宣传月活动；组织两定机构开展“打击欺诈骗保维护基金安全云培训”活动；开展xxxx年医保政策系列宣讲进农村文化礼堂活动，全年共完成xx场次宣讲活动。

区医保扶贫工作总结5

以党建为引领，以创建“红色守护便捷医保”党建示范点为契机，推动经办服务标准化建设。一是多点布局全覆盖，实现“就近办”。实施“医保业务延伸办”工程，在镇（街道）实现“集成办”，将所有医保业务下放到全区xx个镇（街道）便民服务中心，共办理医保、生育等相关业务xxxx件；在银行实现“联通办”，创新实施“医银联通”，全年通过xx农商银行办理医保相关业务x万余件；在两定机构实现“志愿办”，在辖区内x家医保定点医疗机构和定点药店建立“红色守护便捷医保志愿服务站”，按照“六有一落实”标准开展志愿服务；在家中实现“网上办”，着力简化网办掌办环节，切实推进医保事项网上、掌上“可办”向“好办”“易办”转变，全年“网（掌）上办理”万件，网办率达xx%。二是多元服务包满意，实现“贴心办”。推进医保业务“一站式”结算，大力推进“x+N”一件事“一站式”结算，实现全省一站式刷卡结算，全年共办理xxxxx件；推行医保服务“坐班式”解困，实行“党员干部坐班”制度，帮助解决群众实际困难，自实行以来共坐班xx批次，抽查医保业务xxx多项，接待服务对象xx余名，电话回访服务对象xxx名，解决实际困难xx余个；开展诊疗回访“上门式”服务，组织医生对困难群众开展上门诊疗和回访服务；组织定点药店开展上门送药服务。

区医保扶贫工作总结6

新冠肺炎疫情发生以来，区医保局主动作为，及时有力地做好疫情防控救助医疗保障工作，助力企业复工复产。一是迅速做好医疗救治保障工作。严格执行“两个确保”，预拨给恩泽医院用于新冠肺炎救治专项医保基金xxx万元。二是全面做好经办服务优化工作。充分发挥“最多跑一次”改革成果，全面推行“不见面办”服务，引导和鼓励参保人员“网上办”“掌上办”“自助办”，实现“不见面”“零跑腿”办理医保业务。三是全面做好重点管控人员协查工作。第一时间开展“两定机构”专项督查，实行“一日一巡查、一日一汇总、一日一分析、一日一整改”。四是全面开展暖企便企“五心”服务专项行动。开辟企业复工复产医保服务专线，建立局领导联系连锁药店制度，动员定点药店积极恢复营业。落实疫情期间企业医疗保险费阶段性减免工作，为全区xxxxx户企业减征医疗保险费万

元。

区医保扶贫工作总结7

一是探索医保精细化管理方式。积极搭建医共体医保结算分析监管服务平台，运用大数据系统，为推进医保支付方式改革提供技术支持。二是全面实施总额预算管理。以“控基金”和“提质量”为双目标，全面实施总额预算管理，将职工医保和城乡居民医保年增长率控制在x%以内。研究制定《xx区总额预付医疗保险费用医保支付方式改革考核办法（试行）》，规范医共体医保基金使用行为，推动分级诊疗制度建设。三是全面推进DRGs付费方式改革。开展DRGs多轮培训，全年共组织xx场培训会，培训人数达xxx人。通过实地调研、线上沟通等方式，及时掌握两定机构运行医保支付方式改革的最新情况并采取相应措施。四是做实药品集中采购改革。落实国家和省级集中带量采购任务，超额完成年度约定总量，国家谈判药品xx个药品执行率达xxx%。

更多 总结范文 请访问 <https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/>

文章生成PDF付费下载功能，由[ECMS帝国之家](#)开发