

# 2023年党组织生活会会议记录(优秀6篇)

做任何工作都应改有个计划，以明确目的，避免盲目性，使工作循序渐进，有条不紊。通过制定计划，我们可以更好地实现我们的目标，提高工作效率，使我们的生活更加有序和有意义。这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。

## 医疗保险稽核年度工作计划篇一

一是狠抓社保基金的征缴。为确保全年社保基金及时足额征收到位，提高基金\*衡能力，继续社保护面，新增近x万人，已完成年初扩面任务181%。对欠缴的社保费进行认真排查，分析原因，查找根源，落实清缴责任。通过各方努力，今年实现社保基金总收入××亿元，比上年增收x亿元，增长x%□为社保基金的健康运行提供了资金保障。

二是进一步加强社保基金管理。为提高科学化、精细化管理水，进一步完善社会保险基金预决算制度。与相关部门密切配合，规范编制流程，按时保质地完成编报任务。同时，注重做好基金专户管理基础工作，严格基金支付审核程序，加强财政监管，确保规范操作。

三是努力提高社会保障水\*。

2、及时调整企业退休人员基本养老金。对我市符合调整的××名企业退休人员月人均增发养老金x%□即人均××元，每月增发养老金××万元。调整后，我市企业退休人员养老金人均月水\*达到××元。

四是落实各项再就业优惠政策。首先，落实国有企业下岗职工基本生活保障资金，确保内退和协保人员生活费按时足额发放。其次，进一步落实和完善各项再就业优惠政策。积极

支持企业吸纳下岗职工，鼓励下岗职工自谋职业，在促进下岗职工失业人员实现再就业方面落实资金，完善政策，在对下岗失业人员再就业实行社会保险补贴和岗位补贴的今年市财政已审核发放社会保险补贴××万元，享受人数达××人，企业数达××户。

五是配合人社等部门做好绩效工资的实施工作。配合人社等部门研究制定我市事业单位绩效工资实施办法及操作口径，合理确定了规范后的津贴补贴水\*。从今年的7月1日起全面实施了事业单位绩效工资制度，对公共卫生与基层医疗卫生事业单位、事改企事业单位实施绩效工资所需经费进行了测算审核，并保障落实所需经费。制定了事业单位实施绩效工资后有关政策和业务操作程序，全额拨款事业单位退休人员待遇统一由市财政发放，差额及自收自支事业单位退休人员待遇实行收支两条线管理，由人社局100%实行社会化发放，其中由所在单位承担的x%生活性补贴协调地税、社保部门与在职人员养老金一并征收。

六是全面推进我市“市民卡”工程□20xx年2月到20xx年上半年实施市民卡工程建设，首发市民卡功能实现社保、新农合、银联、公交等基本功能，能快捷地享受\*部门提供的各项服务，发卡总数达百万人。

一是进一步完善城乡低保、五保、孤儿、低保重残和物价补贴制度。确保城乡低保、五保、孤儿、低保重残和物价补贴所需资金按时足额发放。城乡低保标准两次提标，由去年的每人每月××元提高到××元，今年已下拨城乡低保、五保、孤儿、低保重残和物价补贴等资金××万元。

二是养老服务工作取得新突破。新增居家养老服务站点××家、省级居家养老服务站点3家（目前共5家），拨付奖补资金××万元。市镇两级发放尊老金××多万元，××人。

三是做好免除殡葬基本服务费用的审核拨付工作□20xx年1月

起，除行政事业、企业人员享受国家养老政策规定外的本市户籍居民亡故后可免除一次性殡葬基本服务费××元。至11月已审核发放殡葬基本服务费××万元，××人。

四是城乡社区建设统筹推进。加大资金投入，保障社区工作经费。全市80%以上的农村社区和90%以上的城市社区达到无锡市和谐示范社区标准，80%以上的城市社区和50%以上的农村社区创建成了扁平化管理示范社区。拨付社区建设经费××万元。

一是加大基本公共卫生服务经费投入和督查。今年投入基本公共卫生服务专项资金××万元，及时足额拨付专项资金，保证基层开展基本公共卫生服务。并对全市20xx年度基本公共卫生服务专项资金的管理和使用情况开展了专项检查。

二是加强社区卫生服务中心（站）一体化管理。根据《关于进一步加强和规范社区卫生服务中心（站）管理的意见》（20xx××号）文件精神，我局和市卫生局联合下发了《关于社区卫生服务中心（站）财务一体化管理的意见》（20xx××号、x财社〔20xx〕x号）文件，社区卫生服务站的业务收支从7月起全面纳入中心财务统一管理。为全面了解工作实施完成情况及财务一体化管理现状，市财政局、卫生局10月份进行了联合考核验收，各镇十分重视中心（站）财务一体化管理工作，安排财政所、中心、社管办相关人员组织实施，平稳过渡。验收结果总体情况比较好，但也发现了一些问题，已通知各镇（街道）尽快落实整改到位。

三是加强社区卫生服务站标准化建设。为全面推进全市标准化社区卫生服务站建设工作，市财政局和卫生局共同组成三个验收评审小组，分二次对各镇（街道）申请的社区卫生服务站逐一进行现场验收，对照“宜兴市标准化社区卫生服务站现场验收表”进行现场验收。验收内容主要是标准化社区卫生服务站新改扩建情况，重点是建设面积、资金投入、业

务用房设置、设备配备等情况。对各镇（街道）新、改、扩建的标准化服务站经验收合格后予以x—xx万元/站奖补。验收结果总体情况较好，申报验收的xx个社区卫生服务站有xx个验收合格，综合评审后分为三档奖补，发放奖补资金xx万元。

为扩大老年教育覆盖面，提高老年教育水\*，丰富老年文化生活，足额安排老干部大学日常运行保障经费和学员培训经费xx多万元。现招收学员xx名，xx多人次，课程共开设了电脑、摄影、书画、二胡、英语、文学、太极、歌曲、戏曲等20门学科，xx个班级以及xx个兴趣小组。根据学员要求又新增了摄影基础、太极拳基础等。

为保障特殊困难残疾人的基本生活，实现“托养一人，\*一家，造福一方”的目标。积极探索做好残疾人的托养服务工作，采用残联自办、扶持镇（街道）联办等方式在全市创建xx个残疾人托养机构，其中机构建筑总面积xx\*方米，服务残疾人数xx人，投入总资金xx万元。市残疾人的托养中心已建成，投资近xx万元、设置xx张床位的残疾人托养中心占地面积xx\*米，建筑面积xx\*米，以五层托养护理楼为主体建筑，为我市残疾人提供生活照料、技能培养、康复养护、精神慰藉等服务。目前已经初步具备运行条件，近期符合条件的残疾人将入驻托养中心。

围绕社会关注的热点和难点问题，我们深入基层，积极开展调查研究，了解基层百姓所关心的民生问题，研究新情况，解决新矛盾。增强大局意识、服务意识、责任意识，在创先争优中提升服务能力。

## 医疗保险稽核年度工作计划篇二

医保基金稽核工作是基金监管的基本手段，是打击欺诈骗保的基础工作。为充分发挥医疗保障基金的社会效益，维护参保人员的合法权益，保证医疗保障制度安全运行，杜绝欺诈、

恶意骗取医疗保险基金等违规行为的发生，根据国家、省、市有关规定，特制订本方案。

## 一、指导原则

以新时代中国特色社会主义思想为指导，着眼于以人民健康为中心，在全区以定点医疗机构和紧密型县域医共体牵头单位基金专用账户检查抽查为重点的稽核工作，以零容忍的态度坚决打击医保领域欺诈骗保行为，织密扎牢医保基金监管的制度笼子，充分发挥医保基金最大效益，确保广大参保人“救命钱”安全高效、合理使用，推动医疗保障事业高质量发展，不断提高人民群众医疗保障待遇获得感。层层压实责任，形成了以基金监管股为“中枢”，其他业务股室为“两翼”的医疗保障稽核管理运行机制，促进提升欺诈骗保行为监督管理成效，切实防范欺诈骗保行为。

## 二、稽核对象

全区各协议医疗机构。

## 三、稽核内容

- 1、由基金监管股归口管理所有的问题线索。每季度的最后两周定为专项稽核周，通过日常稽核、专项稽核的方式，进一步加大打击欺诈骗保行为的力度，切实提高我区医疗保障监管工作的规范化水平。
- 2、结合医保稽核内容和重难点，开展定期理论学习培训、交流经验，熟练掌握相关法规政策，通过练内功、强素质，着力提高检查人员能力素质，解决检查过程中遇到的棘手问题。
- 3、对定点医疗机构稽核采取“听、查、看”的方式。分类施策，利用大数据筛选、现场抽查病历、查看在院患者、电话随访、调取系统信息等检查方法，重点检查定点医疗机构服

务协议的履行情况，检查其是否存在挂床住院、分解住院、多收费乱收费、过度检查、过度治疗、弄虚作假、冒名顶替等行为。

#### 四、严明工作纪律

稽核过程中，要严格遵守法律法规，依法依规开展检查，规范监管检查和协议管理行为，不断推动监管工作信心公开透明。要严格遵守廉洁纪律的相关规定，严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受检查对象的财物和宴请，不得影响正常工作秩序。

### 医疗保险稽核年度工作计划篇三

下面是小编为大家整理的,供大家参考。

#### 一、工作开展情况

（一）持续做好参保扩面工作。一是组织城乡居民医疗保险参保缴费\*人，共计收缴参保费用\*万元，参保率在\*%以上，全市排第一。二是完成了对特困人员、农村低收入人口、已稳定脱贫人口、防止返贫监测对象等重点人员资助参保工作，资助参保\*人，资助金额\*万元。三是全面清理城乡居民重复参保问题，通过大数据筛查，对居民省内重复参保进行了清理退费，共计退费\*人次，退费金额\*元。

（二）持续提升医保待遇水平。全面落实基本医疗保险、大病保险、医疗救助、职工大额医疗费用报销等医保待遇。2022年上半年，累计减轻群众就医负担\*亿元，从中受益\*人次，其中：城乡居民报销\*人次，基本医疗保险报销\*万

元，大病保险报销\*万元，医疗救助\*人次，救助金额\*万元，完成顶梁柱公益保险理赔\*人次，理赔金额\*万元，职工医疗保险报销\*人次，报销\*万元。

（三）持续强化基金监管。一是\*月开展以“织密基金监管网共筑医保防护线”为主题的集中宣传月活动，有效利用电视台□qq群、微信群等媒体巩固拓展线上宣传渠道，深入开展进医院、进药店、进社区等一系列宣传活动，线下开展政策宣讲\*余次，覆盖\*余人次，发放宣传资料\*万余份。二是全方位开展医疗保障基金使用情况自查工作，自查发现违规使用医保基金行为\*家，共涉及违规定点医疗机构主动退还费用\*万元。三是对2022年三假专项整治中存在超物价标准收费、超限制用药、重复收费、串换诊疗项目等违规行为的\*家定点医疗机构进行了处理，向县纪委监委移送问题线索\*个，追回医保基金\*万元，处违约金\*万元。

（四）持续推进民生实事。一是抓好惠民政策落地。上半年认定门诊特殊疾病待遇共\*人，取消患者“两病”资格申请和审核，实行临床确诊即纳入门诊用药保障范围，全县\*万多名“两病”患者全部纳入“两病”保障，落实国家谈判药品备案\*人次。全面推进医保支付方式改革，完成二级及以上定点医疗机构近三年病案首页数据上传和chs-drg分组点数及点数调整系数等要素专家论证。二是提升经办服务水平。创新建立“五个一”机制，即“一网厅”申报、“一窗口”受理、“一单式”结算、“一事一办”、“一张卡”问答，让群众办理医保业务从“全程最多跑一次”向“就近最多跑一次”转变。扩大异地就医定点医院结算范围，实现符合条件的跨省异地就医患者在接入跨省异地就医结算平台的定点医院能直接结算，上半年，办理异地就医登记备案\*人次。着力干部队伍服务能力提升，开设“医保大讲堂”专题讲座，紧紧围绕医疗保障政策、经办服务等进行专题培训，上半年开设课程\*期，组织应知应会知识测试\*次，培训\*余人次。三是好新冠疫情防控保障。严格贯彻落实“两个确保”政策，积极做好防疫药品和物资价格监测，依托新型冠状病毒肺炎疫情防控，

初步建立疫情相关商品价格监测机制，在全县医疗机构建立监测点，对利巴韦林、阿奇霉素等药品、口罩等防护用品以及消毒液和疫苗等\*余种医药卫生防控相关商品，开展防疫药品和物资价格监测\*余次，截至目前，已支付全县新冠病毒疫苗接种费用\*万元。

（五）持续推进自身建设。一是加强政治建设。严明党的政治纪律和政治规矩，坚决拥护党中央权威和集中统一领导，严肃党内政治生活，全面加强党内政治文化生活，推动党中央和省市县委各项决策部署在医保领域终端见效。二是落实党风廉政建设。召开了医疗保障系统党建及党风廉政建设专题会，及时传达学习中央、省市县纪委全会精神及省市医疗保障系统党风廉政建设和反腐败工作暨行风建设会议精神，安排部署全年工作。研究制定2022年党建及党风廉政建设和反腐败工作任务清单、责任清单，确保各项工作落实落地。三是推进责任落实。严格履行党建及党风廉政建设主体责任，党组书记切实履行“第一责任人”职责和“四个亲自”要求，督促党组班子成员履行好党风廉政建设主体责任。上半年，党组研究党风廉政建设和反腐败工作\*次，开展落实主体责任、风险点分析谈心谈话\*轮，听取班子成员履行党风廉政建设“一岗双责”工作汇报\*次，开展专题谈心谈话\*余人次。

## 二、下半年工作谋划

（一）强化征缴扩面，提升服务质效。一是加强与税务部门沟通协作，扎实开展城乡居民医疗保险征缴政策宣传，积极引导广大城乡居民缴费参保。二是强化脱贫人口等特殊困难群体数据信息共享机制的落实，加强与乡村振兴、民政、卫健等部门的沟通衔接，做好数据的比对等基础工作，确保特殊困难人群应参尽参、应保尽保。

（二）打击欺诈骗保，维护基金安全。进一步加强医保监督管理，严格落实《医保基金使用监督管理条例》和定点医疗



机构协议管理，持续开展打击欺诈骗保专项行动，结合医保日常督查、医保服务协议管理等措施，持续保持高压监督态势，逐步构建不敢骗、不能骗、不想骗的长效机制。

（三）夯实服务保障，助推经办提质。加强医保政策宣传、提升政务服务能力、优化经办人员配置、简化申报资料和程序，切实提高医保服务能力和水平。同时，通过推行政务服务“好差评”、畅通投诉举报渠道、落实首问责任和一次性告知清单、公开承诺事项限时办结等制度，切实加强医保系统作风建设和作风整顿，牢固树立以人民为中心的发展思想，打造一支有担当、有作为的医保高素质干部队伍。

（四）推进支付改革，促进健康发展。持续深化“放管服”改革，全面落实“一次性办结，最多跑一次”工作要求，提高医保经办工作服务效能。加强医保总额控费管理，深入推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，在二级医疗机构开展按疾病诊断相关分组(DRG)付费试点基础上，推进一级及以下医疗机构DRG付费工作，完善按人头、按项目、按床日等多种付费方式。

;

## 医疗保险稽核年度工作计划篇四

今天是5月5日，我结束了在\*人寿中山分公司的最后一天实习。下午5点钟去分公司给实习鉴定盖章，然后回公司宿舍。屈指一算，这也许是我两个月实习期内唯一一次在六点钟之前下班，想到这里，实习期的一幕幕情景又浮现在眼前，心底翻到了五味瓶，不知道自己是因为什么感动还是因何感慨，眼睛竟然湿润了。

我是3月5日到达中山市，当天就到分公司报到，休息了一个晚上，第二天就被分配到个险城区第二营业区上班。中山国寿一共有七个营业区，其中两个在城区，五个在镇区。“城

二”从此成为我们口中出现频率最高的一个词，分到城二是我的荣幸，也是我的荣耀。这是真心话。

社会上都说当今的大学生是“眼高手低”，以前在学校时听到这样的评论还不服气，甚至很生气，真的到了工作中，才真正体会到这句话说得其实没错。初到公司，对于保险行业知之甚少，对于工作内容一无所知，对于组训工作更是不知所措，自己就是一张白纸摆在那里等待描画。我充满期待的实习就这样开始了。

## 产品说明会

3月初，春节过后，第一季度的最后一个月，对于保险公司来说正是“开门红”时期，也是一季度业务冲刺的最后阶段。为了达成业务目标，保险公司除了采用保险代理人（营销员）销售方法外，还会采用一种叫做“会议营销”的销售渠道，这也就是我们所说的产品说明会。产说会是把准客户邀请到指定会场，营造一种愉悦的环境氛围，请讲师做专题讲座，最后业务员现场促单的一个过程。

我参加的. 第一场产品说明会是到城二报到的第二天（周六），在香格里拉酒店举办的“荣耀中山，总裁峰会”，是由中山分公司个险销售部举办的，也是利用分公司的资源和力量为各营业区的业绩冲刺提供的一种支持。但大多数时候，每个营业区为了达成季度和月度的业绩任务，都要自己组织产说会，这意味着要由每个营业区自己承担场地费，酒水费，同时还要承担很大的风险，因为一场产说会可能现场唱单几十万，也可能一张单没有，那么对于香格里拉这样的高端场来说，就意味着花四千块请客户吃一顿饭，或者喝个早茶，但是人走茶凉。

印象最深刻的是4月3日在永怡商务会所举办的晚场说明会，现场到场50个客户，开了9围台的宴席，那一天我做礼仪、礼品展示和唱单登记。随着说明会的进行，我的心跳不断加速，

因为已经到了散席的时刻，客户陆陆续续离场，但是，一张单也没有。那一刻，我手足无措，不知道一会儿给老总汇报业绩的短信怎样编写，大脑一片空白。最后，终于银祥职场在我们已经收拾设备的时候，交了两张单，在回去的路上又打电话加了一张单，那一次是我经历的最凄惨的一场产说会，现场唱单3件，保费总金额30630元。

## 创业说明会

如果把保险公司比作一个人的话，“业绩”和“人力”就相当于两条腿，支撑着人的整个身躯。但业绩也是靠人力来达成和实现的，所以归根结底，保险公司拼的就是“人力”。套用\*的话在这里是最贴切的——人多好办事。所以三月“开门红”过后，就是“四五联动”大力搞增员，在冲刺业绩的同时，又不断地寻求新的血液注入到我们的队伍中。创说会其实就相当于我们的校园宣讲会，同样有人做专题，有人做分享，刺激到你心中的隐痛，用动之以情，晓之以理来打动和说服你，让你对加入保险业充满了期待，让你对未来充满信心。事实上，我觉得每个人心里都渴望成功，渴望过高品质的生活，但有时候真的需要有人把你内心潜在的成功欲望唤醒，这也就是创说会的作用，通过创说会，本来对生活 and 未来感到迷茫和困惑的准增员，就会有一部分人选择保险业，选择这个富有挑战和相对自由的职业。

## 铺天盖地的海报

做海报是我到城二之后做的第一份工作，而我的第一张海报，到现在我都还记得，是“各职场破零情况追踪表”，因为这张海报还得到一位职场经理的肯定“字写得不错嘛，很有新意，第一次见到破零追踪表做成这样的，不错，努力”。而这位经理就是后来教了我很多东西，给我很多锻炼机会的李经理。

## 医疗保险稽核年度工作计划篇五

加强基金监管是各级医保部门首要任务，各辖市（区）医保部门、各级卫生健康部门要提高政治站位，以安徽太和县多家医院骗保事件为问题导向，坚决贯彻落实^v^[]^v^[]省关于加强基金监管、维护基金安全的系列部署要求，全面动员、全面部署，集中力量、集中时间在规定时间内完成本次专项治理“回头看”，形成露头就打的态势，让不法分子断掉念想，切实扛起监管责任，有效防范化解基金风险。

### （一）检查对象

本次专项治理“回头看”覆盖全市所有医保定点医疗机构，重点在县、区级人民医院、一级医疗机构、民营医疗机构、社区卫生服务站及村卫生室。

### （二）检查方式

1. 组织属地监管为主，市医保局统筹利用好所属各市、区检查力量，采取交叉互查等方式，对可疑线索开展现场核查、病历审查、走访调查、突击夜检，实现监督检查全覆盖无死角。

2. 通过医保智能监控信息系统，研判年底定点医疗机构上传医保数据异常性，筛查辖区内2020年度住院频次较高、入院时间较为集中、出院报销金额接近的疑似违规住院结算数据，重点筛查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者住院结算情况，有针对性开展有因检查。

### （三）检查内容

1. 诱导住院。利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等方式，或者通过“有偿推荐、减免起付线及个人自付比例”等手段，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保基金

的行为。

2. 虚假住院。采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为。

3. 其他违规使用医保基金的行为。通过超标准收费、串换项目收费、分解收费、重复收费、虚计多记数量等方式违规计费；超药品及诊疗项目限定支付范围使用医保基金的行为。

（一）加强组织领导，压实监管责任。市医保局、市卫健委是本次专项治理“回头看”的第一责任人。加强组织领导，建立分管局长为组长的工作小组，联合公安、市场监管、纪检监察等部门，建立工作专班，健全工作机制，制订工作方案，细化治理举措，明确责任分工，落实责任到人，切实压实监督检查责任。

（二）加大宣传力度，强化社会监督。鼓励动员全民参与监督，积极举报欺诈骗保问题。完善举报线索处理流程，充分利用举报线索，以举报线索为切入点，举一反三将市内类似问题、类似医疗机构一并纳入核查范围。落实举报奖励措施，依法依规重奖快奖，营造全社会关注、参与、支持基金监管工作的协同监管氛围。专项治理期间发现的典型案例，发现一例，公开曝光一例，强化震慑作用。

（三）依法依规检查，加大惩戒力度。违法违规行为一经查实，要依法依规从严从重从快暂停一批、取消一批、处罚一批违法违规违约的定点医疗机构。对查实存在欺诈骗保行为的定点医疗机构，责令退回医保基金，并处骗取金额2-5倍罚款；对性质恶劣、影响较大的定点医疗机构相关责任人，要依职权分别移送纪检监察、卫生健康、市场监管等部门处理。涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。医保部门、卫生健康部门及其工作人员，经查实存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要依法依规严肃追责问责；涉嫌违反相关法律法规的，

移交有关主管部门依法处理。要按规定实施信用信息公开，加大信用联合惩戒。

各辖市（区）医疗保障部门，每周四下午5时前将“回头看”进展情况报市医保局。于2021年1月29日前，向市医保局报送定点医疗机构专项治理“回头看”情况总结报告。