# 医保中心局长工作总结(精选24篇)

来源：网络 作者：琴心剑胆 更新时间：2024-06-14

*医保中心局长工作总结1这一年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学...*

**医保中心局长工作总结1**

这一年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习,差不多一年的时间，因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。工作辛苦而忙碌，主要的工作是对北京市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会针对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的`，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心组务会和小教员会后，针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

针对我院门诊票据个别月份出现大量未上传事宜，为减少因退单，延迟报销而引起病人与我院发生矛盾，避免不必要的纠纷，我还专门请教了中心审核组长及中心网络工程师等相关人员，总结了原因，并且及时与我院医保办专管上传的人员进行联系、沟通，极力帮助解决工作中存在的各种隐患，尽量避免因现在的费用不上传、退单，而变成持卡后因无上传信息而造成的拒付。不管是拒付医院还是拒付病人，造成拒付的原因基本是相同的，针对费用较大的拒付或因医生的屡次失误造成的拒付，有时我也会及时与相关科室联系或打电话提醒告知相关医生，希望其能够引起足够的重视，避免发生重复原因的拒付，由此也得到了医生们的感激。甲流严重期，中心组务会中提出了明确不予报销的个别中药饮片复方，周四,我也及时将此消息通知各位领导，对此医保主任也及时下达文件给相关科室，在同期就做好防止拒付的准备工作。有时我也会利用周四回院的方便条件，帮助科里及医保办带送一些重要的申报材料或文件，积极地帮助同事联系申报材料的经办人，协调、接收相关的传真资料等。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策,翻阅了大量的资料,分析产生拒付的原因,针对定点医疗机构如何预防拒付的问题,写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力的学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

**医保中心局长工作总结2**

20xx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2024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。

**医保中心局长工作总结3**

20xx年我院医保工作在漯河市、召陵区、源汇区和郾城区医保中心正确指导与帮助下，在我院领导高度重视下，根据市区医疗保险定点医疗机构考核办法之规定，通过我院医保小组成员与全员职工不懈努力，我院医保工作首先认真履行自己的岗位职责，以贴心服务广大参保患者为宗旨，与全员职工团结协作，共同努力圆满完成20xx年工作计划，先将年工作总结如下：

1、高度重视市区医保办考核管理项目：严格遵守基本医疗保险政策规定：做到规范执行和落实。对入院病人做到人、证、卡相对照，做到因病施之原则，合理检查，合理用药。严格掌握出入院标准，做到不挂床，不冒名顶替，严格杜绝违规事件发生。顺利通过20xx年市区医保办日常工作督查。并获得了漯河市医保先进两点过单位称号，受到了市区医保中心以及我院领导职工的一致好评。

2、狠抓内部管理；我院医保办做到每周2—3次查房，定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保办审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。

3、加强制度建设，认真履行医保两定单位《服务协议》；为了贯彻落实好医保政策，规范医疗服务行为，医保办不定期到科室与医务人员学习医保政策和《服务协议》，制定医保工作管理制度，如《医保病人医疗费用控制措施》、《医保病人费用审核办法》、《医保工作监督管理制度》等一系列管理办法和制度。让医生明白如何实现医疗费用的合理控制，因病施治，在保证医疗安全的前提下，首选费用低廉的治疗方案，尽量减少一次性耗材的使用，在治疗和用药上能用国产不用进口的，能用甲类药品不用乙类药品，合理使用抗生素，降低医疗费用。这些制度对规范医保医疗服务行为起到了合理性作用，可以减轻参保患者负担起到了积极性的作用。一方面杜绝违反医疗保险政策和规定，一方面受到了医保病人的好评。

4、协调未开通县区医保医保病人报销，增加我院收入。因我院还有其他县区未开通医保收费系统。对所有来我院住院的病人和医生家属沟通，让病人先住院，由本人向所在辖区医保办进行协调报销，减少了病人麻烦。受到了病人家属和各科室的一致好评。

5、通过个人努力协调市居民医保门诊统筹定点报销，在全市率先开展居民医保门诊统筹报销，并印制医讯彩页以及版面深入校区进行宣传，让学生彻底了解在我院看病的优惠政策，从而增加我院的经济收入。

6、通过我科工作人员及全院相关工作人员的共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了20xx年初既定的各项任务。收入如下：20xx年全市医保住院病人共1893人，总收入9824195。76元（包含门诊费用）人均住院费用为3800余元。普通门诊病人为24856人次，慢性病为1845人次。20xx年全市医保住院病人共1597人，总收入6547957。82元（包含门诊费用）人均住院费用为3100余元。普通门诊病人为23126人次，慢性病为1216人次。总收入6547957。82元，较去年增加了33%。一年来虽然取得了一些成绩，在20xx年工作中继续发扬优点。改正工作中存在的不足，在新的一年里我们要发扬优点，查找不足，大力宣传医保有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，强化内部管理，层层落实责任制度。为参保患者提供优质服务。为我院的发展做出贡献，是我院的经济更一步提高。

20xx年工作努力方向：

1、市区医保总收入较去年增长40％。

2、协调好非定点医保单位住院病人报销，减少病人麻烦，一切为病人着想。

3、重点加强病例书写规范，用药合理，检查合理，做到病例医嘱和费用清单相对照。避免医保办病历检查不规范的罚款，减少医院经济负担。

4、努力开通舞阳和临颍职工居民医保，减少病人报销麻烦，增加医院收入。

5、对新来院上班工作人员定期培训医保政策及规章制度。

6、大力宣传职工医保及居民医保政策。

7、每月按时报送市直和各县区医保资料及病历，并及时要回医保款。

8、加强联系和组织外单位来我院健康体检。

**医保中心局长工作总结4**

20××年度，在局领导班子的领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金科根据年初计划，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20××年度的工作总结如下：

一、基金收支情况

1、1－11月城镇职工基本医疗保险基金收入2024万元，城镇职工基本医疗保险基金支出3184万元，其中统筹基金支出2149万元，个人帐户支出1035万元，已出现收不抵支。

2、1—11月工伤保险基金收入99万元，工伤保险基金支出102万元，生育保险基金收入1。4万元，生育保险基金支出0。9万元。

3、1—11月城镇居民基本医疗保险基金收入2820万元，支出900万元。

二、主要工作情况

1、按上级要求，及时编制上报了20××年度各项基金预算报表、月报及季报，并于每季根据数据编写基金运行情况分析，力求更好的为领导决策做好参谋。

2、加大各项医疗保险费征收力度，做到应收尽收。

一是职工医疗保险费用的征收，今年在各单位报送职工参保资料时，我科与职工保险科配合先把工资基数核准再录入档案，6月份在财政与银行的配合下，扣缴财政供养人员个人缴纳全年医疗保险费447。42万元，通过核对，误差比以前年度减少，防止了基金的流失。

二是工伤生育保险费用的征收，每月将各单位缴纳的工伤生育保险费明细及时提供给职工保险科，使他们能通知没有缴纳费用的单位按时足额缴纳。

三是配合向上争资争项目的工作，工业滤布目前城镇职工医疗保险困难企业省级配套资金已到156。3万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套1094。5万元已全部入账。

3、控制支出，保证基金流向的合理与规范。对每月的基金支出先与业务科室进行核对，做到数字无误，合理规范，再向财政申请各项医疗保险基金，及时划拨到各定点医疗机构、定点药店及患者账上，以确保参保对象享受正常的医疗待遇。

4、配合审计组，做好全国社会保障资金审计工作。今年2月份，国家\_派出审计组对我市社会保障资金进行审计，我局的各项基金也接受了此次审计，在历时两个月的审计过程中，我科与业务科室相互协调，密切合作，提供与审计有关的会计资料、电子数据、证明材料等，对审计组提出存在的问题进行了整改，通过这次审计，更加规范了基金的征缴、使用及管理。

5、通过协调，解决了历年来职工医疗保险理赔款难以及时到位的大难题。今年，在职工保险科的配合下，划拨了及所拖欠的团险理赔款481。97万元，保障了参保对象的医疗待遇。

6、配合居民管理科做好城镇居民的参续保工作。20××年，我科向财政领用了400本城镇居民医疗保险票据，并及时发放、核销，确保居民参保工作的正常顺利进行。

三、工作的不足

1、与财政的沟通协调不够，目前城镇职工医疗保险本级配套资金只到位800万元，统筹基金收不抵支，使基金运行出现风险，已占用了个人账户资金。

2、平时对医疗保险政策及基金的收、支、滤布余情况调查研究不够，不能形成信息及调查报告，不能更好地为领导决策起到参谋作用。

四、工作计划

1、做好20××年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20××年续保工作时先核定工资基数再进行银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20××年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20××年居民参保续保工作顺利进行。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监督检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象服务。

**医保中心局长工作总结5**

我自6月份参加工作至今已经5个多月了，在医院、科室领导的关心及同事们的帮助下，较好地完成了各项工作任务，使自己较快地熟悉了新的工作环境，在工作态度、专业技术水平等方面均取得较大的进步，主要有以下几个方面：

>一、端正工作态度，热情为患者服务。

作为一名医生，为患者服务，既是责任，也是义务。我们医院对于内陆居民来说还是新生事物，要想在最短的时间内做强做大，我认为首先要提高服务质量，让每一个就诊的患者满意，并以此来扩大我院的知名度。参加工作以后，我努力提高自己的思想素质和业务道德水平，摆正主人翁的心态，急病人所急，想病人所想，竭尽全能地为患者服务；耐心对待每一位患者，不管自己多累，都不厌其烦地做好解释和沟通，争取将两好一满意工作落实到实处。

>二、认真负责地做好医疗工作，提高专业技术水平。

1、坚持业务学习不放松。参加工作后我仍然坚持每天学习，每天掌握一种疾病；同时不忘学习本专业研究的新成果，不断汲取新的营养，锻炼科研思维；

2、坚持“精益求精，一丝不苟”的原则，工作过程中严格按照医疗操作常规进行，避免医疗事故及差错的发生；在工作中不断丰富自己的临床经验，时刻保持谦虚谨慎，遇到不懂的问题勇于向上级医师请教，努力提高自己综合分析问题和解决问题能力；严密观察病情，及时准确记录病情，对患者的处理得当；作为一名新医生，戒骄戒躁，精神饱满，不断学习。

>三、严格要求自己，积极为医院的发展建言出力。

作为医院的一员，“院兴我荣，院衰我耻”，建言出力谋求医院更大的发展是义不荣辞的责任。在做好本职工作的基础上，积极为科室的发展出谋划策，希望明年的工作量能够再上新高。

总结20xx年，在医院领导和同事们的帮助下，我的各项工作完成地较为圆满，但是我不能有丝毫的松懈，因为以后的工作还会面临更大的挑战和机遇。同时与其它先进同事相比还有差距，在今后工作中，我要继续努力，克服不足，创造更加优异的工作成绩。

**医保中心局长工作总结6**

严格按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”基本决策制度，充分发挥支部成员和干部职工的积极性，自觉将自身置于群众的监督之下。一是严格遵守支部会议，中心学习会、民主生活会、局长办公会等各种会议制度，进一步改进了思想观念、服务态度、工作方式和工作作风;二是修订并完善了《基金财务管理制度》、《内部控制暂行办法》、《请销假制度》、《考勤制度》等行之有效的能改善我局职工工作行为、工作作风的管理制度。三是加强了办公用品采购、来客接待和经费的规范化管理。有效杜绝了奢侈浪费之风，做到了厉行节俭。

20\_年，在县委县政府和市医疗保障局的坚强领导下，在县\_会及全体代表的监督指导下，本人团结带领全体干部职工，提升政治站位，强化责任担当，以保障和改善民生、提高全县医疗保障水平为重点，狠抓疫情防控、医保扶贫、基金监管等任务，全力做好疫情防控常态化下的医疗保障工作。现将一年来工作开展情况汇报如下。

**医保中心局长工作总结7**

20xx年我市医疗保险工作在市委、市政府的领导下，进一步转变观念，改进作风，规范管理，简化程序，很好地完成了全市医疗保险工作目标任务，有力了推动我市医保工作继续健康发展。

一、加大政策宣传力度，确保扩面任务的完成

今年我们利用多种形式广泛宣传医疗保险政策。首先张贴了政务公开栏，实现医保政策的公开透明；其次编写了《万源市城镇职工医疗保险指南》万余册，免费发给所有参保人员，自觉接受参保人员和社会的监督，扩大医保知晓面，扩面工作取得了突破性进展。20xx年共有310个单位参加医保，参保人数15123人，其中退休人员4307人，新增参保1222人。

二、强化基金征缴与管理，加强基金稽核，确保基金安全

1、完善征缴措施，加大征缴力度。将基金征收任务落实细化到人，切实加大征缴力度，逗硬奖惩。20xx年医保基金征收任务1000万元，实收基金1362万元，基金收缴达，超额完成了上级业务主管部门下达的基金征收任务。

2、加强基金管理，确保基金使用安全可靠。严格实行收支两条线，坚持基金专款专用、专户管理，健全完善内部管理制度和财务制度，防止基金挤占挪用，确保基金用于职工的基本医疗。今年达州市劳动和社会保障局对我局医保基金进行了现场监督，市审计局对基金进行了审计。通过检查，证明我市医保基金安全可靠，无任何挤占挪用现象。

3、切实做好基金稽核工作。按照《社会保险稽核办法》的有关规定开展对参保单位的基金稽核工作，重点对医疗保险费缴纳情况和医疗保险待遇领取情况进行核查。20xx年书面稽核户数310个，人数15123人，全市医疗保险现场监督覆盖面达到38%，非现场监督覆盖面达到100%。

4、加大医疗保险反欺诈力度，做好基金支付稽核。加大医疗保险费的征缴、发放的管理，健全各项制度，加强基金管理与反欺诈力度，实现规范运作。20xx年7月在市医保基金专项小组的统一部署下，开展了基金支付专项检查行动，进一步规范医疗保险秩序。

三、加强“两定”管理，规范医疗行为

1、认真履行服务协议，严格协议管理。协议管理是医疗管理的基础，今年我局严格按照服务协议，加强对就诊、诊疗项目、住院药品、卫生技术人员的管理工作，提高规范化操作水平，为尽快实现对医院结算这种支付方式作好准备。20xx年医疗保险服务协议签订率达到100%。

2、加强监控，加大查处力度。今年，我们将监管工作的重点放在对定点零售药店、定点医院的明查暗访上，根据平时查处过程中积累的一些经验，通过基金支付专项检查行动，利用网络监控，选派得力人员定期与不定期地到有关定点药店、定点医院进行检查，加大巡查力度，有效控制挂床住院、冒名顶替、虚记住院费用等现象。今年门诊刷卡万人次，个人账户支付446万元。住院2184人次，应支统筹基金580万元。当年统筹基金可结余100万元，累计统筹基金实际结余600多万元，个人账户结余670万元。

3、继续抓好特殊疾病管理，切实减轻特殊疾病实际困难。细化门诊特殊疾病检查、申报、报销程序，坚持门诊特殊疾病“定病种、定金额、定医院、定医生”的管理办法。全年门诊特殊疾病报销99人次，应支付万元。

四、抓好机关纪律作风整顿活动，促使医保工作迈上新台阶

在机关纪律作风集中整顿活动中，我局严格对照标准，认真查找自身存在的突出问题，集中精力集中时间全力进行整改，采取具体措施创新服务手段，为参保人员提供优质、便捷的服务。一是启动实施了高危人群定点医师服务。对医保高危人群提供预防与治疗相结合的全方位的医疗保险服务，保障他们的基本健康需求，减轻参保人员负担，降低了医保基金风险。二是编写了医疗保险指南一书。该书的发行，增强了医保工作透明度，极大地方便了广大参保人员。三是为使广大参保人员持卡就医购药时消费得明明白白，全市30家定点医院和药店安装了语音报价系统，方便职工查询个人账户余额、本次刷卡额、个人帐户余额，深受社会各界的`好评，进一步提升了医保服务质量。

五、存在的问题

1、医保政策宣传力度有待加强，宣传面不广。部分参保人员及医务人员对医保政策不够了解，宣传面较小，宣传工作有待于进一步加强。

2、经办机构建设不适应医保工作的要求。医疗保险工作涉及面宽、量大，工作繁琐复杂，加之维护医保信息系统需要耗费大量的人力、财力，对各定点医疗机构的日常监督检查需要车辆和经费，而医保经办机构人员少，管理手段不足，对定点医疗机构的经常监督检查难以到位，工作人员素质有待进一步提高。

**医保中心局长工作总结8**

人社局医保办工作总结及工作计划

在区人保局的正确领导及各定点医药机构的大力支持下，xx区医保办完成了以下重点工作：

一、做好老年医疗护理计划试点推进工作

1、根据市政府关于开展本市高龄老人医疗护理计划试点要求，我区江川街道、莘庄镇纳入全市3个区、6个街道（镇）试点范围。作为牵头部门，我办制定了计划任务表，主动与卫生、财政、民政及试点街镇沟通，拟定了xx区试点工作意见征求稿，排摸了试点街镇户籍80岁以上老人的城保人数，召开了受理、评估、护理机构业务培训和工作布置会。此外，安排专人参与市相关部门试点配套文件讨论，加强与市区相关部门、试点街镇的工作联系。

2、我区试点工作8月份正式启动。为了解试点落实情况，我办分别与受理、评估、护理机构到高龄老人家中，了解老人实际需求、评估和护理过程。我办还召开受理、评估、护理机构会议，了解试点工作衔接、系统运行情况，收集问题。此外，我办还协助市相关部门做好调研工作，客观反映试点中的政策、操作、宣传等方面的问题，并提出了将民政居家服务、家庭医生与试点工作相结合及简化操作流程等建设性意见。截至目前，我区受理人数85，评估人数79 （其中一般31，轻度16，中度10，重度22），上门护理人数18。

二、做好今年医保预算费用分配工作

5月份，市医保下达我区过渡性医保预算指标亿元，比增加。根据市医保办今年医保预算（过渡）指标分配总体思路，按照公开、公正、公平的原则，结合年初重点考虑普遍性的操作理念，在先确定指标测算的基数上，考虑本区年末考核奖励和实际调整留有预定的实际需要，我办以指标测算基数的5%增长率为标准，确定今年度过渡性常规指标，并做好与\_门沟通。6月份，我办下达医疗机构过渡性指标亿元。此外，我办按月汇总各定点医疗机构费用申报情况，按月完成预付制单位费用拨款初审和上报工作。1-9月份，全区实际申报费用亿元，超去年同期。

三、完善《xx区今年医疗机构医保目标考核办法》

根据《xx市医保定点医疗机构分级管理试行办法》，结合实际，我办完善了《xx区今年医保目标考核办法》。今年办法的\'特点是试点与实际相结合，突出就医监管重点，加大考核分值，细化考核内容、评分标准、评分依据。办法中还进一步明确了考核原则、医院分类、操作办法，强调了考核成绩与年初预留医保预算费用分配挂钩的结果应用。第三季度，我办对辖区医疗机构予以了考核，共追回不合理费用万元。此外，xx区作为全市唯一一家医保分级管理的试点区县，年初还参与了市医保部门组织的xx市分级管理评价指标、工作手册和操作规范的讨论研究。

四、深入开展防范打击医保欺诈违法活动

为进一步推动我区平安建设实事项目的实施，作为牵头部门，我办与卫生、公安、食药监、城管等多家部门联合签发了《今年xx区关于进一步推进“防范和打击医保诈骗，确保医保基金安全”实施工作的要求》。为深入此项工作，加强对医疗机构源头的管理和参保人员违规行为的监管，我办进一步加大了医保政策宣传力度，专门印制了份“保证参保人员基本用药，严禁假出院”宣传海报，下发至医院、药店、街道居委，要求医院和药店张贴在挂号、收费、侯诊科室等醒目位置，要求街道居委张贴在居民小区，起到宣传和告诫作用。

五、加强新增医保定点医疗机构工作指导

3月，经市医保办同意批准，我区5家民办医疗机构纳入了医保结算范围。为确保4月1日医保联网的顺利启动，我办及时做好医疗机构管理人员和执业医师的培训，安排区内公立二级综合医疗机构予以对口医保业务指导，提供交流和学习的平台。4月中旬，我办还专门成立了由医保监管、信息管理、费用结算、网路维护等相关人员组成的指导小组，逐一上门予以业务指导，针对医院提出的药品项目库、诊疗项目库、医师库及网络接口等操作问题，我办予以了解决和解答。

六、开展养老机构专项检查

4月份，我办组织区医保专家组开展了11家养老机构专项检查。除常规检查外，本次检查的重点是药品盘库。经检查，个别机构有药品进、销、存不符的问题。针对问题，我办还专门召开内设机构负责人会议，集中通报问题，下发“整改告知单”，要求医院立即整改，当场签字确认违规问题和不合理费用。同时我办还强调将择时复查，对未整改的内设机构将加重处罚力度。本次检查共追缴不合理费用 万元。

七、落实违规执业医师约谈工作

按照市医保办关于对违规执业医师建立约谈机制的要求，根据医保数据库的统计结果，经汇总和分析，我办直接对违规医院医保负责人和违规医生予以了约谈，指出违规行为，说明后果的严重性，强调五合理的重要性，要求医院和医生高度重视，引以为戒，及时整改。截至目前，我办已经对4家定点医疗机构的8位医生和相关医院的医保负责人进行了约谈。

八、开展医疗机构药品网上采购专项检查工作

4月份，根据市医保办要求，我办对34家民办医疗机构和企事业单位内设医疗机构1－3月份药品网上采购工作予以了专项检查，核对了医疗机构网上交易费用和药品发票，分析了未进行网上药品采购的问题，梳理了未成功配送、未全量采购的原因。针对问题和原因，我办在负责人会议上予以了反馈，要求医疗机构及时整改。此外，就医疗机构反映的药品采购系统网络、药品剂量规格等问题，我办向市医保办予以了反映。

九、其他常规性工作

1、审核参保人员门诊两个异常166人次，追款万元。追回医院住院高额费用、门诊大病、家庭病床等不合理费用万元。

2、公务员医疗费用补助万元，共计304人，其中住院万元，295人次，门诊大病万元，9人次。

明年重点工作

一、继续做好老年医疗护理计划试点工作

继续做好试点工作的推进工作，掌握动态，了解老人实际需求，汇总受理机构、评估机构、护理机构反映的问题，提出建设性意见，为市相关部门完善政策提供依据。

二、做好定点医疗机构医保分级管理试点工作

做好辖区内定点医疗机构落实医疗保险政策法规及医疗服务协议履行情况的评价工作，根据评价结果确定医院医保等级，建立激励与惩戒并重的有效约束机制。结合试点工作，完善《xx区明年医保定点医疗机构考核办法》，进一步促进医疗机构加强自身管理。

三、做好医保预算费用管理工作

按照市医保办明年医保费用分配原则，根据今年各定点医疗机构费用执行情况，结合实际，制定我区医保费用分配方案。针对费用缺口，在做好数据分析和调研的基础上，向市医保办提出申请。

**医保中心局长工作总结9**

儿科的发展面临着机遇与挑战，新大楼启用后病床数增加近一倍，新生儿科工作的开展迫在眉睫。如何保证上新楼后床位的利用率，如何将儿科的医护人员凝聚在一起都是一个不小的挑战。

本人为人耿直、有啥说啥、情商不高、且能力并不突出、创新性不强，如能继续担任科室副主任，将尽自己最大的能力，协助主任、团结同事，更好的完成儿科工作。

述职人：\_\_\_

20\_\_年\_月\_日

**医保中心局长工作总结10**

岁月如梭，充实的20xx年过去了。在过去的一年里，我在领导的帮助指导下，在各兄弟科室和同志们的大力支持和积极配合下，顺利地完成了部门交办的各项工作，较好地完成了各项工作任务，努力地达到了群众对人民公仆的基本要求。现将个人工作总结如下：

1、勤学习，苦钻研。全方位提高自身综合素质，为进一步适应医保工作新形势，我一直坚持学中干，干中学，及时掌握国家关于医保工作的有关法律和最新政策，认真把握医保工作新要求。进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。对工作中不能完全把握的地方，积极向同事请教，取长补短。

2、爱工作，热奉献。为了更好的参与到工作中，我牢固树立“为民服务”的工作理念，积极向同事请教如何更好的为群众解答专业知识，如何顺畅的办理各项服务，认真为同事做好各类工作的配合工作。

3、讲操守，重品行。努力维护单位整体形象是一名公务员应有的职业操守。作为年轻的公务员，我深知心系群众，做好服务工作是树立单位良好形象的重要方式。通过各方面学习，我努力提高服务水平，学习新型服务理念，实时更新自己对服务的理解，完成好群众及单位交办的各项工作。

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，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，树立医疗保障局的新形象。

**医保中心局长工作总结11**

坚持政治理论和业务知识学习，提高自身素质并注重学习效果，政治素质、理论水平和业务能力得到了新的提高。能够坚持正确政治方向，坚决贯彻党的各项方针政策，始终忠诚党的事业，践行党的宗旨。堂堂正正做人，清清白白从政，踏踏实实工作。自觉接受上级财政、审计、监督部门的专项核查。

履职以来，本人廉洁奉公，忠于职守，严格按照《党员领导干部廉洁从政手册》中廉洁自律规定要求自己，在思想上不争名夺利不计较个人得失，在困境面前，能保持良好的心态，不失意、不悲观，并能顾全大局；在工作上严格按照医保局的各项规章制度办事，坚持原则，对局里的同志经常进行思想沟通，并深入基层听取群众意见，对工作中存在的问题及时改正，切实转变工作作风，虚心接受群众的监督，倾听下属的意见。在个人和生活上，不谋取私利，不收取任何钱财，从来不公款大吃大喝和高档消费，也不接受服务对象的宴请等活动；作风正派，并经常对照廉洁自律的.规定检查自己。

**医保中心局长工作总结12**

为贯彻落实\_、\_和省、州脱贫攻坚工作部署,按照全市脱贫攻坚任务要求，医疗保障局深入开展脱贫攻坚工作，现将脱贫攻坚工作情况汇报如下：

>一、医保扶贫工作运行情况

（一）提高精准扶贫人员大病保险保障能力

20\_年，城乡居民大病保险筹资标准为每人每年50元，比上年提高15元，实行倾斜性支付政策，将大病保险起付线标准调整为3千元，报销比例在原支付比例基础上提高5%，最高支付额为30万元，进一步减轻贫困人口个人医疗费用负担，切实提高农村贫困人口大病保险受益水平。

（二）制定大病兜底补偿政策和“一事一议”救助办法

贫困患者在县域内医院住院享受“先诊疗、后付费”“一站式报销”服务，在统筹推进实施城乡居民基本医疗保险（新农合）、大病保险、医疗救助三道防线基础上，设立大病兜底第四道防线。根据《\_省委办公厅、省人民政府办公厅印发的通知》及在省、州关于落实国家脱贫攻坚成效考核中提出的不得超标准简单搞自付封顶或“零自付”的整改要求，出台《市医疗保障扶贫三年行动实施方案》，将大病兜底新农合住院补偿比例调整为90%，慢病门诊调整为80%。对经基本医保、大病保险、医疗救助、大病兜底报销补偿后，个人自付医疗费用额度仍然较高、确实无力承担的特殊贫困患者，采取个人申报与政府主动救助相结合的方式，通过“一事一议”办法设立第五道防线予以救助解决。

（三）市建档立卡贫困人口参保情况

重新核对未参合贫困人口信息。要求各乡镇卫生院、村卫生室、各乡镇扶贫工作人员协助完成此项工作。经过近一个月的逐户、逐人排查，对所有未参合贫困人口在乡、去向情况已核实清楚无误，同时将相关证明材料存档。

为及时获取最新贫困人口信息，每周与扶贫办信息科沟通，并将信息上报州医保局。市年初建档立卡人员1669人，经扶贫办确认减少97人，截止到11月末，建档立卡人员共计1572人，其中参加新农合医保1539人，参加城镇居民医保23人，参加城镇职工7人，省内学校参保1人，省外参保2人，参保率100%。

（四）贫困人口政策宣传工作

通过多种形式宣传报道，在社会上营造医保扶贫浓厚氛围。开展扶贫宣传活动，设立义诊宣传台，通过标语或电子字幕、墙报、专栏、展板、传单等形式广泛宣传，制作医保扶贫政策宣传海报2300张，在乡镇政府、卫生院、办政大厅和每个村的村卫生室、活动室、村委会、运动场等地点张贴。制作医保扶贫宣传折页4,000张，充分发挥乡镇卫生院、村医和驻村扶贫工作队作用，采取包干负责、点对点、面对面入户宣传，确保农村贫困人口对医保扶贫政策知晓率。市定点医疗机构就诊大厅、出院结算等地点要设置医保扶贫宣传内容和宣传资料取阅点,公开“一站式”办结流程和“先诊疗、后付费”政策。利用手机微信公众号等群众便捷获取信息的手段,全面宣传医保扶贫工作。进一步提高贫困患者医保健康脱贫政策深度知晓率。

（五）慢病手册办理及政策宣传情况

与扶贫办、卫健等部门组织工作人员实地走访61户118名建档立卡贫困户，了解其身体情况，重点关注慢病手册办理情况，帮助贫困群众完善资料，及时办理，确保贫困人口慢性病政策应享尽享。11月26日召开定点医疗机构贫困人口门诊慢病管理工作培训会，对32种门诊慢病认定流程、门诊慢病手册管理和贫困人员政策引导等方面进行讲解。为了能精准掌握贫困人口慢性病认定及待遇保障情况，与卫健部门多次沟通配合，对全市贫困慢病患者信息进行重新梳理排查，确保各医疗机构慢病人员信息与医保系统中开通标识的人员准确一致，截止11月末，共计确定贫困慢病人数791人。目前已将“医保慢病待遇标识”下发至各乡镇，并粘贴在一人一策记录本上做为慢病手册。

（六）贫困人口医疗费用直接结算情况

县级定点医疗机构设置医保、大病保险、医疗救助、兜底结算“一站式”报销窗口，严格执行“先诊疗、后付费”模式，对贫困患者住院不收取押金，防止因垫资压力过高，让贫困人口不敢看病、看不起病。将贫困人口住院医疗费用和42种特殊疾病门诊医疗费用实际报销比例提高到90%，慢性病门诊医疗费用实际报销比例提高到80%。

截止20\_年11月20日，共为4467人次提供“一站式服务”，患者不再需要来回“跑腿”报销；四道防线合计补偿金额万元，践行了对贫困患者“医疗有保障”的承诺。

接下来将继续推进“两不愁，三保障”工作落实，不懈怠、不拖沓，务实工作，持续加力，确保建档立卡贫困户医保扶贫待遇，以实实在在的成效进一步提高群众的满意度和获得感，为全面打赢脱贫攻坚战贡献力量。

>二、精准对接，全面完成局包村扶贫工作任务

与边检站共同承担敬信镇村的包保任务，为切实做好单位包村工作，抽调责任心强的同志担任党建指导员，完全脱产专心从事该村的扶贫工作，局主要领导定期到村进行调研，全员参与、全力以赴，宣传扶贫政策，认真听取党建指导员工作汇报，坚持1月至少1次专题会，做到了组织保障有力和各项工作的推进落实。截止目前，进行医保扶贫走访两轮；为贫困户提供免费体检1次；开展扶贫慰问，购买慰问品3次；与红十字会对接，组织应急救护培训1次,捐赠衣物1次。

**医保中心局长工作总结13**

医保局的工作总结

在市人社局党委正确领导下，我局紧紧围绕省、市下达的各项目标任务，以巩固扩大医疗工伤生育保险覆盖范围为切入点，以提高参保群众的医疗待遇水平为着力点，全局上下共同努力，克难攻坚，扎实推进，较好地完成了今年的各项目标任务。

一、目标任务完成情况

20xx年，全市城镇基本医疗保险实际参保总人数为万人，完成任务数万人的;全市工伤保险实际参保总人数为 万人，完成任务数50万人的;全市生育保险实际参保总人数为万人，完成任务数万人的100%。

二、主要工作措施

(一)稳步扩面，做到应保尽保

一是明确重点促扩覆。今年，我市把新开工企业、餐饮企业和个体工商户列为20xx年医疗保险扩面重点，组织专班深入企业、餐饮服务业、农贸市场，面对面宣传医保政策。会同城区办事处深入建筑工地，动员农民工和企业老板参加医疗、工伤保险。同时，将差额拨款和自收自支事业单位作为生育保险扩覆重点。

二是全面稽查促扩覆。发挥联合稽查的作用，通过“四比对”，即税务登记信息与参保登记信息比对、应付工资薪金与进入成本工资比对、年实发工资总额与年度申报缴费基数比对、独立法人参保单位与分支报账单位比对在册职工工资花名册与参保职工名册比对，对发现的问题当即下达《检查情况告知书》，限期补办参保手续，做到“应保尽保”。

三是宣传引导促扩覆。为了引导群众积极主动参加医疗保险，今年我们在政策宣传方面采取了多渠道多形式，更加注重效果。我们在《襄阳日报》开辟《医疗工伤保险之窗》专栏，在城区开展医保进社区“大走访”活动，送政策、送《医保便民服务手册》，在100个社区制作医保政策和医保知识专栏，让医保政策家喻户晓，在城区举办三期工伤保险政策培训班，培训企业劳资人员余人，增强了企业参加工伤保险意识。

通过以上措施，20xx年我市医疗、工伤、生育保险新增参保人数分别为40607人、38526人、38551人。

(二)跟踪监管，不断提高管理水平

一是通过稽查，落实监管措施。为了加强稽查工作的针对性和有效性，今年，我们对专管员查房制度进行了完善，制定了专管员监管情况月报表，每月详细记录各定点医院的住院人次、平均费用，并与上月及上年同期数据相对比，动态分析医疗费用变化情况，有针对性地制定下一步的监管重点。全年对定点医疗机构现场稽查 600余次，查处放宽入院指征及违规办理住院150余人次，减少统筹基金支出50余万元。

二是通过总量控制，落实管理指标。今年我们在实行均次住院费用定额的基础上，增加了住院医疗费用总量控制。我们制定了定点医疗机构年度住院医疗费用总量标准，并逐月分解形成月控制标准，按月控制标准每月结算。超出控制标准以上的住院费用，由定点医疗机构承担，医疗保险统筹基金不予结算。该机制的建立，进一步完善了住院医疗费用结算方式，有效遏制了定点医疗机构放宽入院指征、乱收住院病人的现象，促使定点医疗机构合理收治病人，降低住院率。

三是扩大支付范围，将康复费用纳入医保。今年，我市率先将康复治疗医疗费纳入城镇基本医疗保险统筹基金支付范围。康复治疗住院费用实行按每人每天140 元包干结算。其中：医疗保险统筹基金每人每天支付80元，参保患者个人每天支付60元。康复治疗费用纳入医保后，康复患者的经济负担大大减轻，原来每天需支付200多元的治疗费用，现在只需支付60元，受到广大康复治疗患者的拥护。目前已有5名康复治疗患者享受了该项优惠政策。

四是通过调整政策，落实慢性病待遇。今年，我市将城镇居民门诊慢性病病种范围进一步扩大，由原来的7个病种增加到现在的17个。门诊慢性病病种范围的扩大，大大减轻了广大慢性病患者的医疗负担，引导了城镇居民积极参加医疗保险。

(三)启动县级金保工程，做实市级统筹工作

一是数据集中管理。在充分考虑各县(市)区实际情况的基础上，我们将县(市)区人力资源社会保障信息数据全部集中到市信息中心统一管理。

二是统一信息系统。通过对县级社会保险信息系统清理，启用了全市统一开发的社会保险管理软件，建立了统一的社会保险服务网络，实现了业务经办流程全市统一的新格局。

截止20xx年底，各县(市)区全部完成“金保工程”上线工作，实现了各县(市)区社保数据与市直共享，实现了市与县、县与县异地就医即时结算，标志着我市医疗、工伤、生育保险真正实现了政策、管理、流程和信息的高度统一。

(四)发挥工伤康复作用，给工伤职工带来福音

为了充分发挥工伤康复的作用，造福工伤患者，今年我们开展了工伤康复提前介入工作。会同鄂西北康复中心专家，对伤残职工病情情况进行评估，做到初期职业训练、中期职业强化训练和后期回归劳动岗位跟踪随访，让伤残职工康复早介入、早康复、早上岗，为提高他们的生活自理能力、降低伤残等级起到了积极作用。目前已有19名工伤职工通过工伤康复提前介入后重返工作岗位。同时，工伤康复提前介入工作也降低了工伤赔偿的支出额度，减轻了工伤补偿的压力，使工伤保险基金得到更有效、更广泛的运用。

(五)探索生育保险付费方式改革，实现生育女职工费用“零负担”

为了减轻生育女职工医疗负担，加强对生育保险定点医院的.监管，鼓励定点医院自觉控制生育医疗费用增长，今年我市对生育医疗费付费方式进行了改革探索。我们对近3年生育医疗费用进行统计分析，通过团购方式与市区二级及以上生育协议医院开展竞争性谈判，制定了生育医疗费定额包干付费办法。目前市区已有17家生育保险定点医院签订了包干服务协议，实现了生育女职工生育医疗费“零负担”。

(六)严格基金管理，确保基金安全

一是配合审计部门做好基金年度审计工作。按照省人社厅开展社会保险基金审计的要求，我们高度重视，积极配合，对审计中提出的问题一一进行认真整改，以此进一步优化内部控制制度和基金管理制度。

二是加强稽核，全面清理死亡退休人员医保个人帐户。襄樊政发[]14号文件实施后，退休人员死亡后无人申报的问题十分突出。为防止基金流失，我们组织专班，对20xx年10月至今死亡的退休人员医保个人帐户待遇发放情况进行了全面稽核，共清理出多计发医保个人帐户待遇的退休死亡人员1059人，已经通过工行追回101万元。

(七)强化工作责任，为离休干部提供“保姆式”服务

今年来，我们通过转变服务方式，探索建立了离休干部动态数据库,将离休干部的基本情况逐一进行登记，对定期回访情况建立了管理台帐，更好地落实了离休干部的诉求，对住院的离休干部通过进病房及时了解治疗效果。通过创新服务模式，我们及时掌握了老干部健康状况及医药费支出情况，较好地控制了医药费支出。

(八)树行风，转作风，全面提升责任意识

一是抓主题教育，提高队伍素质。今年8月，为了深入贯彻落实《公民道德建设实施纲要》，进一步加强思想道德建设，我局根据市委文明办要求启动了道德讲堂活动。通过唱歌曲、诵经典、学模范、发善言、送吉祥，推动高尚道德理念入脑入心，外化于行，营造“讲道德，做好人，树新风”的浓厚氛围。活动中，我们结合《干部是干出来的》、《你在为谁工作》两本书的学习，开展了学习交流，大家结合身边人、身边事，探讨医保人的职业责任和社会责任，使大家充分认识到党的事业是干部引领群众干出来的，只有具备良好的社会公德、职业道德、家庭美德和个人品德的干部队伍才能得到群众的信任和拥护，才能带领群众走上事业发展的道路。

二是抓治庸问责，改善工作作风。今年1-5月，我们通过召开座谈会、社会问卷调查等形式，广泛征求服务对象、参保单位、协作单位的意见建议，摸清人民群众对医保工作最关注的问题，组织干部职工签订治庸问责承诺书，针对“庸”、“懒”、“散”的行为对照检查，发放问卷调查表500份，设立意见箱7个，公开热线电话、开通网络咨询投诉渠道。通过问卷调查共收集到47条意见和建议。对此，我们制定了整改方案，落实了责任人，把整改情况通过媒体向社会公开，自觉接受社会监督。

三是抓行风评议，提高办事效率。6-11月，根据市委统一部署，我们坚持规定动作不走样、自选动作有特色，努力把民主评议政风行风工作抓好、抓实、抓出成效。我们在医保网站开设窗口宣传医保局行评动态、在襄阳日报开设专栏，把10万份《医保便民服务手册》寄送到1500多名党代表、人大代表、政协委员和群众代表手中。对行评过程中收集的问题集中进行了整改，对涉及政策类问题一时难以整改到位的向群众做好解释，争取理解与支持。我们的做法得到了行评代表的一致好评，在全市评议政风行风测评大会上，我局获得前10名的好成绩。

四是全力推行“帮你办”，增强主动服务意识。我们在服务群众的过程中，绝大部分事项可以“马上办”，也有少数事项因手续不全，涉及部门多，往往一时难于办成。5月初，一位市民将外地《医疗保险关系转移函》弄丢，导致在襄阳办理医保关系接续时颇费周折。这件事引起了医保局党委的反思，大家一致认为，我们宁可自己累弯腰，决不让百姓跑断腿，局党委高度统一思想，决定成立“帮你办”办公室，专门协助解决群众一时难以办成的事项。在业务大厅增设了导服台和“帮你办”受理窗口，多渠道受理群众疑难事项，责成相关责任科室限时办结。自推行“帮你办”以来，共受理疑难事项42件，办结率达到100%，受到市纪委及参保群众的好评，报纸、电视等新闻媒体也多次进行报道，这一做法也得到了市委市政府的肯定，并在人社系统进行推广。

(九)真情帮扶，城乡共创

一是扎实开展“万名干部进万村挖万塘、洁万家”活动。在今年的“三万”活动中，我局工作队驻扎在XX县谢湾村，协助谢湾村村委会进行堰塘整治，将砖厂堰从占地面积35亩扩大到45亩，新开挖6500方淤泥，将库容量增加万方，灌溉能力由230亩增加到280亩，为促进该村农业丰收奠定了良好基础。 11月份万名干部进万村洁万家启动后，我们按照各村实际，协助制定环境规划方案，援助垃圾桶90个，协调有关方面在支农惠民资金和物资上给予扶持和帮助。

二是扎实开展扶贫工作。根据市委市政府扶贫计划要求，今年以来，我局积极行动，落实帮扶举措，扎实开展帮扶活动，取得了较好成效。为帮助该村发展经济，我们帮助拟定了该村的发展计划;为了缓解交通问题，我局捐助数万元帮助该村修复水毁道路;为了加强基层党组织建设，我局捐赠35套会议桌椅，建起了党员活动室;为建农家书屋，我们帮助添置3个书柜，捐赠了500多本科普常识和农业知识读物。局党委还组织医疗专家深入该村开展送医送药下乡活动，免费向群众发放了价值近万元的药品，为该村困难户送去了慰问金。

三、存在的问题

一是扩面工作有待加强。目前不少单位对参加工伤生育保险意识淡薄，积极性不高，需要进一步加大政策宣传，使用人单位树立对工伤生育保险的正确认识。

二是医疗费用增长速度较快。医疗监管虽然取得了一定成绩，但仍然存在一些问题，如住院人数大幅度增多导致住院率增过快，医疗费用增长幅度大，增长速度快等等。

三是城乡居民医保一体化应加快。由于城镇居民医保和新农合分属两个部门管理，现行政策在待遇上不平衡，使农村大病患者纷纷参加城镇居民医疗保险，导致基金风险。

**医保中心局长工作总结14**

>一、注重理论业务学习，不断增强履职能力

系统学习了“三个代表”重要思想和科学发展观等系列党的最新理论成果。通过学习，不断提高了自身思想素养，增强了拒腐防变能力和纪律观念。在加强理论与业务知识学习的同时，进一步畅通与参保群众沟通的渠道，坚持阳光医保，着力构建起廉洁高效的工作运行机制，保障了人民群众对医疗保险工作的知情权、参与权和监督权。

>二、强化效能建设，为民服务的宗旨更加明确

一是切实配合局长加强了我局组织建设、精心打造起一支党性坚定、政治过硬、作风优良、勤政廉洁的职工队伍，营造起勤政务实、严谨活泼、廉洁高效的工作氛围，促进了党的建设工作与医疗保险事业的协调发展。二是通过深入开展三级联创、机关效能建设、建立健全了医疗保险经办机构“党员受教育、干部受监督、群众得实惠”的长效机制，始终坚持把“民生为先、民生为重、民生为本”作为发展医疗保险事业的重中之重，要求全局党员、干部职工广泛宣传医疗保险服务政策，竭诚提供社会服务。三是大局意识和宗旨意识明显增强。围绕全市中心工作，做好招商引资、“三送”等工作。

>三、加强制度建设，议事决策的透明度不断增强

严格按照“集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定”基本决策制度，充分发挥支部成员和干部职工的积极性，自觉将自身置于群众的监督之下。

一是严格遵守支部会议，中心学习会、民主生活会、局长办公会等各种会议制度，进一步改进了思想观念、服务态度、工作方式和工作作风。

二是修订并完善了《基金财务管理制度》、《内部控制暂行办法》、《请销假制度》、《考勤制度》等行之有效的能改善我局职工工作行为、工作作风的管理制度。

三是加强了办公用品采购、来客接待和经费的规范化管理。有效杜绝了奢侈浪费之风，做到了厉行节俭。

**医保中心局长工作总结15**

自从担任科室副主任，协助胡主任做好科室的各项医疗工作。这3年多来，最主要的工作就是通过全科人员的共同努力，规范科室的规章制度，规范医疗行为，督促年轻医生完成病历，近3年无乙级病历，成为市级重点学科;圆满完成了二甲评审中儿科方面的工作，并获得专家的认可。

儿科服务对象为儿童，工作中所面对的是焦急的家长、哭闹的孩子，良好的医患沟通是构建和谐医患关系的第一步，而以病人为中心，实施医患沟通是适应市场经济体制改革而形成的全新服务模式和思维模式，在为病人治疗过程中，我学会换位思考，将患儿的疾苦放在第一位，尊重家长知情权，选择权，隐私权，建立良好的医患关系。

近年来，由于新医改的推广，我科住院患者剧增，危重患者多，加班加点，早出晚归，已成为家常便饭。我们全科室工作人员任劳任怨，在积极解除病人痛苦的同时，提高服务质量，改善服务态度，急患者之所急，想患者之所想，得到了广大患者的信任和支持，提高了社会效益。

**医保中心局长工作总结16**

（一）理顺医保经办体制。按照上级工作要求，积极向县委县政府汇报，将县社会保险中心涉及医疗、生育×个险种的经办、服务职能划出，与原×县医疗保障服务中心合并，组建×县医疗保障中心，理顺我县医保经办体制。

（二）扎实开展城乡居民基本医疗保险市级统筹。根据市局工作部署，按照统一基本政策，统一待遇标准，统一基金管理，统一经办管理，统一定点管理，统一信息系统（六统一）的要求，全力配合市局做好基本医疗保险市级统筹工作，确保于×年×月×日完成任务，建立符合我市经济社会发展水平的城乡居民基本医疗保险市级统筹制度。

（三）持续提升医保基金监管能力。一是举办基金监管培训班，邀请省市级专家对我局进行医保基金监管业务培训，提高医保监管人员专业技能；二是积极配合市局推行智能监管平台建设，充分利用医保基金智能监控手段，实现医保基金支付事前、事中和事后的全过程监管；三是每月召开医保基金运行分析会，及时监测和发现医疗费用异常情况，防范预警基金支付风险；四是深入开展打击欺诈骗保行动。不定期组织人员采取明查暗访、常规检查与随机抽查相结合方式开展打击欺诈骗保行动，对县内×家定点医疗机构实行监督检查常态化、全覆盖，维护医保基金安全。

（四）切实提升行政执法能力。一是在经办机构整合的基础上，充实工作力量，组建医疗保障行政执法队伍；二是加强人员培训，强化行政执法人员法律知识、医疗保障专业法律知识，最新出台的法律法规政策培训，提高法执法人员执法办案水平；三是对获取的相关线索进行调查处理，与公安、市场监督等部门加强沟通合作，建立联合执法办案机制。

（五）持续打好医保脱贫攻坚战。围绕“两不愁三保障”目标，坚持问题为导向，充分发挥基本医保、大病保险、困难群众大病补充医疗保险、医疗救助保障功能，扎实做好医保精准扶贫，全面落实医保扶贫政策，继续做好贫困人口医保“一站式”结算，持续巩固稳定医保扶贫工作成效。

（六）深入开展医保信息化建设。按照市医保局工作部署，积极开展医保信息化智能监控系统、医疗保障业务信息编码维护、视频监控网络系统、医保智能审核系统和视频会议系统建设，提升我县医疗保障信息化水平。

（七）进一步加大宣传力度。一是结合城乡居民医保新政策、新内容，采取形式多样的宣传方式，加大对医保新政策的宣传力度。二是大力宣传困难群众大病补充医疗保险、特殊疾病门诊补助倾斜、医疗救助等各项政策，提高群众政策知晓率。三是有针对性地印制医保扶贫政策宣传页和展板，通过入户走访、巡回宣传和政策咨询等形式发放给群众，营造医保扶贫政策家喻户晓、人人皆知的良好氛围。

尊敬的各位领导、各位同事：

下午好!

我从20\_\_年\_月份开始担任儿科副主任，至今已3年多，首先，感谢我们科的胡主任、孙主任及各位医生和护士对我工作的支持，也感谢各位领导对我工作的关心，才得以让我在这个岗位上不断地成长。

儿科是个特殊的科室，工作量大、工作强度及压力也比较大的科室。由于儿科工作的特殊性，加班是常事。再加上儿科的经济收入又较低，奖金基本垫底，和别科的差距越来越大，造成了付出和收获的不平衡。既然选择了儿科就意味着清贫和更多的付出。下面，我把自己这三年多的工作情况向大家汇报一下：

**医保中心局长工作总结17**

一、上半年招商引资工作开展情况

上半年，我局招商小分队共接待客商7批次，外出招商1批次，在谈项目2个，分别是市包装材料有限公司投资的CPP铝膜生产加工项目和省重工发展有限公司投资的环保机械生产项目。其中，CPP铝膜生产加工项目于20xx年10月18日通过市政府评审，上半年，我局领导已多次向项目挂点领导副市长汇报了项目进展情况，同时和经开区积极协调项目用地问题，截止目前还未安排项目用地。

另外一个在谈项目是环保机械生产项目，该项目于20xx年11月27日通过市政府评审，总投资3。28亿元，市领导多次到拜访客商，考察投资企业，客商也多次到与市领导和相关部门沟通，就项目选址等有关事宜进行考察协商；5月5日—7日，我局招商小分队前往省市，专程拜访省重工发展有限公司，洽谈具体投资事宜，诚邀客商尽快来瑞签订投资协议，客商计划在6月底来瑞签订投资协议。

二、建议

政府尽快安排项目用地，与客商签订投资协议。

三、下半年工作打算

1、加大外出招商力度

下半年，我局招商小分队将前往等地开展招商工作，宣传和推介，重点联系电气企业。

2、跟踪对接好在谈项目

我局将加强与市包装材料有限公司、重工发展有限公司联系，重点跟踪推进CPP铝膜生产加工项目和环保机械生产项目2个项目，尽快与客商签订投资协议。

**医保中心局长工作总结18**

>一、公务员医疗补助

（一）门诊：

在职参保人员

1、首先在个人当年账户中支付；

2、个人当年账户资金不足支付部分，全额由个人现金支付，其中有历年账户支付，先从历年帐户开支。

3、当现金支付（包括历年账户）累计支付达到1000元的门诊起付线以上部分，由公务员医疗补助经费和公务员个人按比例分担，公务员医疗补助经费支付80％，个人负担20％；

4、当在起付线以上再自负500元时，以上部分回单位报销90%。

退休（退职）参保人员

1、首先在个人当年账户中支付；

2、个人当年账户资金不足支付部分，全额由个人现金支付，其中有历年账户支付，先从历年帐户开支。

3、当现金支付（包括历年账户）累计支付达到700元的门诊起付线时，由公务员医疗补助经费和公务员个人按比例分担，公务员医疗补助经费支付85％，个人负担15％，建国前参加革命工作的老工人，由公务员医疗补助经费支付95％，个人负担5％。

4、当在起付线以上再自负500元时，以上部分回单位报销95%。

（二）住院和规定病种门诊：

1、起付标准以下的医疗费用，首先在个人历年帐户中支付，个人历年帐户资金不足支付部分，由公务员医疗补助经费和公务员个人按比例分担，在职人员由公务员医疗补助经费支付80％，个人负担20％；退休（退职）人员由公务员医疗补助经费支付85％，个人负担15％；建国前参加革命工作的老工人，由公务员医疗补助经费支付95％，个人负担5％。

2、一个年度内，个人负担部分之和（包括住院起付标准），在职人员最高为1000元，退休（退职）人员最高为800元，超过部分由用人单位给予补助（全额）。

>二、离休干部：

离休干部不存在自负部分，也就是说自理和自费。自理原来是自己垫付回单位报销，目前的操作是医院直接挂帐，由医院向医保中心结算；自费部分仍然由自己承担。

>三、子女统筹：

1、医院选择：原先选定是一年更换，目前操作都可以的。

2、门诊：根据医院等级，不设起付线。

3、住院：根据医院等级，不设起付标准。

**医保中心局长工作总结19**

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《xxx铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

>一、建立医疗保险组织

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。

制作标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广大患者明白自己的就医流程。

建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理细则定期考核。

设有医保政策宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保政策宣传单2024余份。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

>二、执行医疗保险政策情况

20xx年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40%左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，根据指出的问题和不足我院立即采取措施整改。

加强了门诊及住院病人的管理，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次犯规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。

CT、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

>三、医疗服务管理工作

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

严格按协议规定存放处方及病历，病历及时归档保存，门诊处方按照医保要求妥善保管。

对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。

对超出医保范围药品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

医保科发挥良好的沟通桥梁作用。在医、患双方政策理解上发生冲突时，医保科根据相关政策和规定站在公正的立场上当好裁判，以实事求是的态度作好双方的沟通解释，对临床医务人员重点是政策的宣讲，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到统一的认识，切实维护了参保人的利益。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用;严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析;严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体;与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象;二查病情，核实是否符合入院指征;三查病历，核实是否有编造;四查处方，核实用药是否规范;五查清单，核实收费是否标准;六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

>四、医疗收费与结算工作

严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。今年10月份，及时更新了20xx年医保基本用药数据库及诊疗项目价

格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

>五、医保信息系统使用及维护情况

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，系统运行安全，未发现病毒感染及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。

工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时;有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善现象;有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。这些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

>六、明年工作的打算和设想

1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员，配合医院质控部门考评医疗保险服务工作(服务态度、医疗质量、费用控制等)。

2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。

3、进一步规范和提高医疗文书的书写质量，做到合理检查、合理用药。每季度召开医院医保工作协调会，总结分析和整改近期工作中存在的问题，把各项政策、措施落到实处。

4、申请每年外派2-3名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

**医保中心局长工作总结20**

为进一步贯彻落实全省深化医药卫生体制改革工作会议精神，全面做好医改工作，我局组织人员对本局医改三年来的工作做了全面回顾，现总结如下：

>一、目标完成情况

1、城镇职工基本医疗保险参保任务情况。至20xx年上级下达的参保人数任务是25600人，已完成参保人数25903人，占年任务数的101%，基本实现了全覆盖。

2、城镇居民基本医疗保险参保任务情况。至20xx年上级下达的居民参保任务是56300人，已完成参保人数56511人，占年任务数的102%，其中低保免费参保人员4151人。基本实现了全覆盖。据统计，全县现有城镇人口约89480人，已参保城镇人口总数为82414人，覆盖面约。

3、城镇中小学生均按居民以户为单位参加了城镇居民基本医疗保险，参保率达90%以上。同时积极推进非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员和农民工参加职工医保。

4、城镇医保的费用报销已实行了二次补偿，城镇职工医保政策范围内住院费用报销比例已达80%以上，城镇居民医保政策范围内住院费用报销比例也已达70%以上。至20xx年，已有2160人次职工报销了1116万元住院医药费用，有4231人次居民报销了711万元住院医药费用。从20XX年开始，我县就实行了城镇医保费用报销的的二次补偿制度，20XX年我县有123个职工20xx年有133个职工得到二次补偿，二次补偿费用合计达近100万元，个人最高补偿金额为元；另20XX年有56个居民20xx年有59个居民得到了二次补偿，补偿费用分别为万元、31万元，个人最高补偿金额为13680元。

5、根据省市有关市级统筹文件精神，三年内将把城镇基本医疗保险的最高支付限额，力争职工提高到上年度设区市在岗职工年平均工资的6倍左右，城镇居民提高到上年度设区市居民年人均可支配收入的6倍左右。到20\_年职工基本和大病医疗费用最高支付限额已达20万元，居民达15万元。

6、当期城镇职工和城镇居民医保统筹基金使用率均达到85%以上。

>二、任务推进情况

1、根据市人民政府办公室文件《关于印发市城镇基本医疗保险市级统筹实施办法等三个办法的通知》的要求，我县城镇职工基本医疗和城镇居民基本医疗保险已全面按上级要求实施了市级统筹并上交了市级统筹风险金。

2、根据省市有关设区市范围内实现医疗保险“一卡通”即时结算文件精神，结合我县实际，我县在市中心人民医院、井冈山附属医院两家开通了刷卡结算业务，方便了参保人员在市里就医购药。

3、布署开展了城镇居民基本医疗保险门诊统筹，将基层医疗卫生机构使用的医保目录内的甲类药品和收取的一般诊疗费按规定纳入了支付范围。城镇居民从20XX年开始，在规定社区医疗服务机构就诊，就实行了门诊统筹，至20xx年我县有3334人享受了门诊统筹，支付门诊统筹费用107万元。

4、根据市人力资源和社会保障局《关于印发市城镇医疗保险参保人员免费体检活动实施方案的通知》文件精神，我们及时召开了会议，进行了讨论布置，并已在全县范围内全面展开参保人员免费体检活动。

5、深化基层医疗卫生机构人事制度改革，制定《县推进基层医疗卫生机构人事制度改革的实施方案》，全面建立人员聘用制度和岗位管理制度。按照事业单位实行岗位设置的规定和\_关于卫生医疗机构事业单位实行岗位设置的有关要求，全县卫生医疗机构事业单位全部实行岗位设置，严格按照层级比例，按事设岗，按岗聘人，竞聘上岗。20XX年，全县卫生医疗机构事业单位工作人员全部竞聘到岗，为全县28个卫生医疗机构的工作人员办理了岗位聘任手续。

6、全面落实绩效工资，完善分配激励机制。根据《县公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资实施意见》文件精神,我县公共卫生与基层医疗卫生事业单位工作人员全部实行绩效工资,基本标准为年人均15600元,与我县乡镇卫生院人均收入15030元相比,略有增加。绩效工资分基础性绩效工资(占70%)和奖励性绩效工资(占30%)，其中奖励性绩效工资主要体现工作量和实际贡献等因素，根据考核结果发放，可采取灵活多样的分配方式和办法，适当拉开医务人员收入差距，并向关键岗位、业务骨干和作出突出贡献的人员重点倾斜，调动医务人员积极性。

>三、政策落实情况

1、连续停产停业一年以上的国有困难企业、国有困难农林水企事业单位、困难农垦企业、城镇困难大集体企业职工和退休人员以及国有和国有控股已关闭破产改制企业退休人员已全部按国家政策规定参加了城镇职工基本医疗保险，共计约5758人加入了城镇职工医保范畴。

2、根据市人力资源和社会保障局《关于加强全市城镇基本医疗保险“两定点”服务机构监管的通知》及省卫生厅等单位共同印发的《关于印发省医疗机构基本药物使用管理暂行规定的通知》（赣卫药政字[20XX]1号）文件精神，严格执行省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录规定和基金支付政策，无违反“三个目录”规定的情况。

3、严格执行《关于加强全省城镇基本医疗保险定点服务机构监管的通知》规定，建立和落实了两个定点机构准入、退出和监督工作机制。20XX年，我们通过年终“两定”单位的年检和定级工作，加大监管力度，对不能按规定和要求开展好医保相关工作的2个定点单位进行了取消其定点资格的处罚；同时，对7个不规范经营的定点单位进行了限期整改。

4、建立了大病补充医疗保险制度，委托具有资质的专业商业保险机构------县财产保险公司承办职工大病补充医疗保险。大病补充医疗险最高支付限额达12万元。

5、城镇居民医保参保人员中的生育妇女，只要符合国家生育政策，其住院分娩的生育费用均可以按规定给予报销。

6、建立基层卫生医疗机构吸引、稳定卫生人才的长效机制，对基层卫生医疗机构的专业技术人员的职称评聘实行政策倾斜，有利于乡镇卫生事业发展。一是乡镇卫生院的专业技术人员申报评定职称时，实行外语免试；二是乡镇卫生院专业技术人员聘任晋升专业技术职务时，计算机应用能力考试。

7、落实从事高风险岗位工作人员待遇政策，对我县皮肤病医院工作人员执行了上浮一级薪级工资，工作满八年再予以固定并再上浮一级薪级工资。

>四、经办管理情况

1、基本实现了统筹区域内医疗费用的即时结算，全力推进省内异地就医费用实现即时结算。

2、已按全省统一规范的程序做好相关流动就业人员的基本医疗关系转移接续工作，20xx年办理医保关系接入3人，转出8人。

3、对医保定点机构的监管，今年全部按照两个定点机构管理规定，开展了医疗保险定点机构的分级管理、协议管理，并定期不定期地上门监管，加大了对欺诈、骗保行为的查处力度。一是加强对定点医疗机构和定点零售药店的监管。我局分期分批召开了医保业务工作会。与各定点单位都签定了医保医疗服务管理协议，约束和规范其医疗服务行为。同时，严格控制定点单位的数量，只在一些主要的街道社区才有定点诊所和药店，方便群众就近看病和实惠购药。二是严格医药费的审核，加大对定点单位的监管。重点是对点外就医费用和特殊病种的医药费进行了严格审核。对点外费用按规定不能报销的决不报销，该加重负担的就加重负担，严格按规定审定。而对于特殊病种的医药费，严格把关，如有疑问，我们均要派人下乡入点进院核实、确认，保证费用的真实性、合理性、合法性，从而有效防止了该类人员随便乱开药的不良现象。三是完成了今年特殊病种的年审、鉴定工作。20xx年，职工办理门诊特殊病种的时间为3月21日-----4月20日，参保人员在该时间段到县医院或中医院申报登记，5月医保局组织了医疗鉴定小组进行鉴定，符合条件的在5月底以后就已陆续到县医保局办理了领证手续。20xx年办理门诊特殊病种十二大类421人，其中年审的212人，新确诊鉴定的209人。

4、医疗保险业务经办工作，实现了大厅窗口服务、微笑服务、优质服务，医疗保险业务流程规范有序，各项规章制度健全完善。同时配合机关效能建设，狠抓了机关制度和作风建设，实现了“三项制度”、岗位职责、办事流程等公开上墙，渗入工作，工作人员挂牌上岗，公开接受群众监督。在强调硬性指标建设的同时，要求服务软指标也要跟上。强化了上下班制度；严抓了上班时间上电脑玩游戏、炒股等不务正业的行为；推行了首问责任制、限时办结制、责任追究制；实现微笑服

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找