# 医保局督办工作总结(汇总14篇)

来源：网络 作者：静水流深 更新时间：2025-04-23

*医保局督办工作总结120xx年，我店在社保中心的正确领导下，认真贯彻执行医保定点药店法律法规，切实加强对医保定点药店工作的管理，规范其操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在有效遏制违规现象等方面带了好头。现将年度执行情况总结如下：一、在店...*

**医保局督办工作总结1**

20xx年，我店在社保中心的正确领导下，认真贯彻执行医保定点药店法律法规，切实加强对医保定点药店工作的管理，规范其操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在有效遏制违规现象等方面带了好头。现将年度执行情况总结如下：

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》以及从业人员的\'执业证明。

三、我店已通过省药监局《药品经营质量管理规范GSP》认证，并按要求建立健全了药品质量管理领导小组，制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医保定点药店成为面向社会的文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医保定点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医保定点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我县医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**医保局督办工作总结2**

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。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。

**医保局督办工作总结3**

我叫xxx，担任县医疗工伤保险基金管理中心党支部书记、副主任，主持全面工作。

县医疗工伤保险基金管理中心现有工作人员10人，承担着全县城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、工伤保险、职工生育保险和离休干部医疗保障等5大保障业务。各险种参保人员及服务对象累计11万多人（含1人多保），基金年总收入亿。今年被列为县公述民评参评单位，是对我们工作一次全面的检验和考验，我们严格按照县公述民评领导小组和办公室的要求，认真履职，力争把工作做的更好，让群众满意，让组织放心。

>一、加强学习、牢记宗旨，不断提高综合素质和履职能力

今年以来，以党的群众路线教育实践活动为切入点，不断加强理论学习，以社会主义核心价值观为先导，不断提高自身思想素养，牢记全心全意为人民服务的宗旨,不断用科学健康向上的理论武装头脑。一是认真学习党的群众路线教育实践活动中的理论文章和先进典型，切实改进作风，坚决反对形式主义、官僚主义、享乐主义和奢靡之风等四风，严格执行八项规定，树立正确的世界观、人生观和价值观。二是认真学习业务知识。

>二、认真履行职责、自觉接受监督

（二）多措并举、办理业务公开，接受社会监督。医保中心经办的业务专业性、政策性都很强。业务办理的怎么样，广大参保人员和服务对象说了算。为使广大参保人员和服务对象了解我们业务办理的全过程，我们采取以下措施：一是公开经办内容。将医保中心工作职责、业务范围上墙，使每个来中心办理报销和咨询业务人员一看就一目了然，知道自己所办事项属于哪个范围，怎样办理。二是公开经办流程。将医保中心各险种报销流程，所需提高材料上墙，杜绝模糊经办。三是公开服务承诺。实行《首问负责制》，热情接待每位到中心办事的当事人，认真解答他们提出办理的事宜；实行《限时办结制》，对参保人员报销费用材料的审核在20个工作日内完成，也就是说，只要财政资金能跟得上，参保人员报销费用最多在20个工作日内就能划拨到个人提供的银行账户。实行《一次性告知制》，对服务对象所办事宜需要的条件、办理程序和所需提供的材料一次性告知，对不属于本中心办理的业务，告知到什么单位或什么科室去办理，有联系方式的提供联系方式。同时在公开服务承诺中对中心全体工作人员在业务办理过程中实行3个禁止，即禁止慢作为、不作为、乱作为现象；禁止吃、拿、卡、要推诿扯皮现象；禁止门难进、脸难看、话难听、事难办、态度差等现象。

（三）建立医保中心与参保人员和服务对象互动机制，化解矛盾与纠纷。医保中心服务人群广、层次多、政策性强。各险种报销政策、比例、经办流程、保障水平都不尽相同，电话咨询，上门咨询人员多，有的是对经办业务不了解进行咨询，有的是对政策不理解，甚至对现有保障水平不满意诉说怨气，但不管是哪种情况，都要求我们要认真、耐心、细致进行解答说服，做到有问必答，有疑必释，有惑必解，最终取得他们的理解。否则，言语稍不注意就会引起不必要的矛盾和争吵。过去每年中心都有发生来办事人员因个人诉求得不到满足，

在中心吵闹，给中心的工作带来很大的负面影响。今年到目前为止没有发生一起这样的事情。今年，到医保中心反应最多的是慢性病门诊医疗费用报销低于前些年的问题。实际上20xx年12月医保结算全市实行统一结算系统，统一政策待遇后，部分慢性病的报销封顶是高于以前政策的，如高血压3期、慢性肾功能不全等报销封顶线都在原来的基础上提高了1000元（原4000元、现在5000元），不同的是，过去在审核上是粗线条的，非本病种的用药，只要是医保目录支付范围内的都纳入了报销，但现在按规定，这部分费用不能再报销了，所以广大患者不能理解，这是情理之中的事。通过我们对政策、规定的耐心细致的宣传解答，最终都取得了这部分人员的理解和认可。

（四）创新管理，确保基金使用效率和安全。随着广大参保人员健康意识不断增强，有限的医保基金与广大参保人员医疗需求快速增长的矛盾日益突出，如何把有限的医保基金用在刀刃上，我们只有在加强管理，创新机制上做文章。一是在经过反复调查论证的基础上，借助外地经验，我们向县政府提出将城镇职工大病救助医疗保险实行商业再投保的建议，很快得到县政府领导的同意并批准实施。这是职工医保一次制度的创新，相信在不久的将来这一制度会发挥应有的作用。二是针对我县城镇职工医疗保险慢性病门诊待遇申报过程中，一些参保人员到医院托关系找医生制作虚假材料进行申报的情况，我们对慢性病鉴定进行了改革，由原来医保专家组只凭材料鉴定，改为由医保专家组对申报人员现场询问+体检+材料进行鉴定，有效杜绝了鉴定的疏漏，确保了鉴定结果的客观、公正。得到了慢性病患者的理解和支持，取得了良好的效果。三是继续加强两个定点单位管理，强化服务协议的履行职责，加大违规惩处力度，从源头上消除违规行为，确保基金合理合规支付。现在，医保定点零售药店生活用品、日化用品刷卡得到杜绝，定点医院因病施治、合理治疗得到进一步落实。

>三、廉洁自律、筑牢反腐防线

作风建设永远在路上，加强党风廉政建设，是国家实现长治久安的大计，对凝聚民心、党心有着极其重要的现实意义和深远的历史意义。我严格执行八项规定和廉洁自律各项规定。做到大事讲原则，小事不糊涂，决不以工作之便谋取私利。xxxx是一个很小的地方，老领导、老同事、老朋友很多，托人说情的确实经常遇到，但只要涉及到原则问题，我都耐心说服，坚决拒绝，毫不含糊。最近就有一次，过去的一位老领导来给朋友说情，讲朋友家庭经济困难，要我提高他朋友医疗费用的报销比例，我了解到情况后耐心细致的解释，这是政策规定，我不能擅自提高的，你总不想让我违规吧。最后取得了这位老领导的理解和体谅。

总结一年来工作成绩的取得，主要得益于县委、县政府的正确领导，得益于上级主管部门和协作单位的大力支持，得益于全体医保工作人员的共同努力。

**医保局督办工作总结4**

医保管理工作，是医院管理工作的重要内容，也是医疗质量管理之重点。一年来，我们在县卫生局和医保处的支持和领导下，在我院领导高度重视下，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了较好成绩。现将我院医保工作总结如下：

>一、基本情况

20xx年，共收治医保患者29446人次，总费用为元（其中门诊患者28704人次，费用元，人均费用元。住院患者742人次，人均住院日20日，总费用元，人均费用元）。药品总费用元。占总费用的。自费金额（现金支付）元，占总费用的。

>二、完善了组织机构和管理制度

1、为了确保基本医疗参保人员在我院就诊的质量，医院根据实际情况，重新调整了基本医疗保险工作领导小组、医疗保险管理小组、并确定专职管理人员与医保中心保持畅通联系，共同做好定点医疗服务管理工作。

2、严格执行国家医疗服务收费项目标准价格，公开药品价格，合理收费，为参保者提供就医消费清单和收费票据。医疗费用结算材料真实、完整、准确，按月及时报送。

3、对医保患者，认真进行身份识别，不挂名，冒名医治用药，不挂床，不分解医治，对酗酒、交通肇事、工伤、自杀等拒绝其使用医疗保险卡，并及时与医保管理中心联系。确实做到因病施治、合理检查、合理用药。

4、认真贯彻落实医保办的指令和文件精神，不断完善制度建设，制定实施方案、奖惩制度和考核机制。

>三、组织学习培训

为了确保每个工作人员熟悉医保相关政策、规定，院领导组织全院职工认真学习职工基本医疗保险有关政策和《医保服务协议》，积极参加有关医保工作会议，提供与医保有关的材料和数据。定期组织医保科和全院相关人员召开医保专题工作会议，及时传达上级会议精神，把各项政策措施落到实处。

>四、做好宣传工作

为了确保每个工作人员及就诊患者能更好的了解医保知识，我院刊登了医保宣传栏，设置了医保投诉箱、投诉电话、咨询服务台及医保意见簿，认真处理参保患者的投诉，为参保者提供优质的服务。

>五、存在的.主要问题

因医院人员流动频繁，使新进的医护人员对医保限制用药政策熟悉程度不够，对贯彻医保政策意识还不完全到位，在医保操作的具体工作上，还存在着一些不足。

**医保局督办工作总结5**

在过去的\*\*\*年里，我院在县委、县政府及主管局的正确领导下，以“三个代表”重要思想为指导，紧紧围绕“以市场为导向，创新经营思路及经营理念，主动适应医疗市场需求，力求科学地定位市场，坚持以人为本，着力推进科技兴院，人才强院战略，转变观念，树立“品牌”意识，有效地增强医院综合实力”的总体思路，以发展为主题，以结构调整、改革创新为动力，突出服务，突出质量，突出重点，突出特色，开拓创新，狠抓落实，全院干部职工团结协作，奋力拼搏，较好地完成了全年的工作任务，医院建设又迈上了一个新的台阶。现将过去一年的主要工作情况总结

>（一）积极开展创建“群众满意医院”活动，着力加强全院职工的质量意识、服务意识和品牌意识。按照省卫生厅、市、县卫生局的部署，从去年4月份开始我院以开展创建“群众满意医院”活动为契机，围绕提升医疗质量和服务水平，打造良好的医疗环境开展创建工作： 1、狠下功夫，努力提高医疗质量，形成了“质量兴院”的良好风气。医疗质量关系到病人的生命安全和身体健康，是医院发展的根本。我们把县卫生局年初部署的“医疗质量管理年”活动内容融入到创建“群众满意医院”活动当中，把提高医院医疗质量放在突出的位置。医院先后出台了一系列措施，确保医疗质量和医疗安全，有效杜绝了医疗事故和减少了医疗纠纷的发生。

>（1）健全和完善医院必备质量管理组织。根据创建活动考评标准，建立健全了“层次分明、职责清晰、功能到位”的必备医疗质量管理组织，对“医疗质量、病案管理、药事管理、医院感染管理、输血管理”等专业委员会的人员组成进行了调整和补充，完善了各委员会的工作制度，使各自的职责与权限范围进一步得到清晰。

>（2）完善了各项医疗制度并形成了严格的督查奖惩机制，实施了一系列保证医疗质量的措施和方法。对照创建“群众满意医院”活动考评标准，根据有关的法律法规，结合我院实际情况，完善有关的管理规定和制度。制定了《突发公共卫生事件应急处理预案》、《医疗纠纷防范预案》、《医疗纠纷处理预案》、《导诊岗位服务规范》等一系列制度及措施。

>（3）加强了法律法规的学习和教育。今年全院共组织了医护人员300多人次参加有关医疗纠纷防范与处理的学习班，广泛开展《\_执业医师法》、《\_护士管理办法》、

《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》等法律法规的学习和教育，多次派出医疗管理人员参加全国性和全省组织的“医疗事故防范与处理”、“医疗文书书写规范”、“处方管理办法”等学习班，并对全院医务人员进行了多次相关法律法规的培训和考试。

>（4）进一步规范和提高医疗文书的书写质量，认真贯彻落实\_的《病历书写基本规范（试行）》和我省出台的《病历书写基本规范（试行）实施细则》，医院加强了对病历质量的检查工作：一是院领导经常不定期抽查运行病历和门诊病历，多次组织本院检查组督查病历质量，对不合格的病历通报批评，并给予经济处罚。二是各科主任对住院病历进行经常性的检查，及时纠正病历质量问题。三是质控科对每份归档病历进行终末质量检查，每月对病历质量情况进行小结并通报全院。四是病案管理委员会加大了管理力度，针对病历质量存在的问题进行专题讨论，制定了整改措施，督促及时整改。20xx年共检查病历5987份，其中质量病历5551份，有7份为乙级病历，未发现丙级病历，病历甲级率为。全年病历质量较好的科室有内科、儿科、妇产科、急诊科。

\*\*\*年全院书写病历数最多的前三名医生分别是：儿科的朱树森，255份、儿科的叶林海，248份、外一科的范地福，211份。全年科室病历总数位居前三位的是：儿科：1219份，外一科：859份，外二科：846份。

>（5）认真落实三级医师查房制度。三级医师查房的质量，与医院整体医疗水平息息相关，只有三级医师查房质量的不断提高，

才能保证医院整体医疗水平的发挥，减少医疗纠纷，促进医院医疗工作的健康发展。根据有关规范要求，结合我院实际情况，今年重新制定了三级医师查房制度，实行了分管院长业务查房制度，加大了对三级医师查房制度落实情况的督查力度，有效地提高了我院的诊疗水平。

>（6）进一步加强了围手术期的管理。围手术期管理是保障外科病人医疗安全的关键，医院按照制定的围手术期质量标准认真进行考评，提高了围手术期的医疗质量，有效地保障医疗安全。

>（7）加强了临床用血管理工作。为确保临床用血安全，进一步规范了临床用血程序，在血库开展交叉配血试验，减少了病人用血的流程，提高了临床用血效率，完善了血库工作职能，严格执行配血和输血各项操作规程，杜绝了差错事故的发生。在严格掌握输血指征的前提下，积极提高成份输血率，改变了我院篇二：20xx年医院医保办公室主任述职报告

20xx年医院医保办公室主任述职报告

我主要负责医院医保办公室的\'工作。这一年来，在院领导和同事们的支持配合下，我紧紧围绕医保工作特点和工作规律，认真履行自己的职责，集中大家的智慧和力量，扎扎实实地开展了各项工作，较好地完成了工作任务。

>一、xx年的总结

我院医保工作于xx年2月底正式展开，到现在已经运行年，现将这一年的工作情况向院内作出汇报。

>﹙一﹚xx年的工作

1、从2月份开展工作至今院内医保系统运行良好，期间在五月份进行医院his系统改造，做好医保门诊住院接口顺利的完成医保病人直接his录入然后导入医保工作计算机的工作。

2、在医保单机运行开始阶段收费员在门诊操作中试验数据每人达到二十五次，操作正确无误，到12月21日底共计门诊结算医保1250人次，门诊数据上传准确，无上传错误信息。医院his系统改造后收费员积极的进行医保病人的收费操作练习，每人达到一百人次，6月份以后通过his系统完成医保病人收费720人次，数据录入准确，能够顺利的导入医保工作单机并上传。

医院全年接待医保住院病人52人次，顺利结算49次，现有医保住院病人2人，需要细致的做好病人病历、费用的审核工作。

3、关于持卡就医、实时结算的工作，全年共计参加市区组织的持卡就医工作、实时结算工作会五次，按照市区两级的要求顺利进行每一项工作。

4、对于院内的医保单机及时的进行补丁的更新安装，在4月份由于系统原因导致医保单机不能正常工作，及时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件，并定期更新。

>﹙二﹚存在的问题

1、我院现在医保住院病人少，对于医保住院结算这一部分收费人员没有细致的操作机会，操作不熟悉。

2、医保和his系统的数据对照工作还不能顺利的操作，导致医院的药房在有新的药品录入后不能及时的对照。

3、医院新入职人员对医保工作不太熟悉，药品分类和诊疗项目不清楚。

4、对于持卡就医、实时结算工作了解较少，政策和操作方法不了解。

>二、xx年工作计划

1、针对xx年发现的问题制定针对措施并实施：加强收费人员的操作能力，做好院内数据库的对照，及时的对院内人员特别是是新入职员工进行医保知识政策的培训工作。

2、按照市区两级的要求做好持卡就医、实时结算工作的顺利进行，保证我院医保工作的顺利开展。

（4）进一步规范和提高医疗文书的书写质量，认真贯彻落实\_的《病历书写基本规范（试行）》和我省出台的《病历书写基本规范（试行）实施细则》，医院加强了对病历质量的检查工作：一是院领导经常不定期抽查运行病历和门诊病历，多次组织本院检查组督查病历质量，对不合格的病历通报批评，并给予经济处罚。二是各科主任对住院病历进行经常性的检查，及时纠正病历质量问题。三是质控科对每份归档病历进行终末质量检查，每月对病历质量情况进行小结并通报全院。四是病案管理委员会加大了管理力度，针对病历质量存在的问题进行专题讨论，制定了整改措施，督促及时整改。20xx年共检查病历5987份，其中质量病历5551份，有7份为乙级病历，未发现丙级病历，病历甲级率为。全年病历质量较好的科室有内科、儿科、妇产科、急诊科。

铁路局医疗保险中心：

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。

**医保局督办工作总结6**

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\*\*\*策范围内住院费用报销比例已达80%以上，城镇居民医保\*\*\*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20xx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\*\*\*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、\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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。

7、落实从事高风险岗位工作人员待遇\*\*\*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；实现微笑服务、满意服务。这一系列举措，极大地提高了机关办事效率，树立了医保全新形象。

5、每年都开展了对下级医疗保险经办机构（定点医疗机构医保办）和基层服务平台（乡镇劳动保障所）的业务指导、管理、检查和年终考评工作。

6、医疗保险基金报表、基础数据统计和运行分析规范准确，各项数据资料报送及时。

>五、工作创新与宣传情况

每年我局都要在广播、电视、宣传栏及手机通讯等主要媒体上正面宣传医疗保险工作，及时通知各参保人员按时缴费参保，同时，让参保人员了解和熟悉各项相关\*\*\*策和规定。

总之，我们还将一如既往的做好医保和医改工作，为广大民众更好的服务。

**医保局督办工作总结7**

1、积极参加庆七一各项活动。在庆七一活动中，参加了文艺演出，用丰富多彩的节目为居民送去欢笑和祝福，丰富了社区文化。

2、多次参加了炕头小组活动，多次参与迎接上级领导的参观检查，通过这些活动，提高了对基层工作的认识，提升了自身工作素质，增强了为民服务的责任感。

3、参加河北支部走访慰问，帮扶救助特困家庭，与他们亲切聊天，帮助他们订越冬塑料布，解决生活困难，拉近了与百姓的距离，充分让居民感到党和政府的关心和温暖。

5、参加计生人口普查工作及选举人大代表等工作。工作任务虽繁重，却使我对社区居民的基本情况有了更全面更深入的了解，为进一步开展工作，奠定了良好的基础。

回顾一年来自己所做的工作，在思想、学习、工作上都取得了进步，但也清晰的认识到自己还存在不足之处。在日后的工作里，我会扬长避短、学他人之长、补己之短，进一步完善自己，努力把工作做的更好！

我于20xx年8月1日正式投入到医院的医保管理工作中，在四个多月的医保审批前的准备工作中，在医保中心的精心指导下，在沈总的大力支持下，在院长的高度重视下，在全院人员的积极配合下，初步完成了医保审批前的准备工作，现将具体工作情况做如下总结:

**医保局督办工作总结8**

20xx年在我院领导高度重视下，在医保局领导的精心指导下，我院职工认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，圆满完成了今年的医保工作，现将我院医保工作总结如下：

>一、领导重视，宣传力度大

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。成立了由“院长”负总责的医院医保管理委员会。医保办主任具体抓的工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。

为使医院职工进一步对医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，通过举办知识培训班、黑板报、发放宣传资料、等形式增强患者对医保日常工作的运作能力。让病人真正了解到参保的好处，了解医院的.运作模式，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，使参保病人一目了然。二是将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。三是全面推行住院病人费用“一日清单制”，并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院补偿三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医保服务的管理规章制度，有定期考评医保服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无挂床现象，查有无冒名顶替的现象，查住院病人有无二证一卡，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予审批。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。全院无违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

医保办主任定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局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。

在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的台阶。

**医保局督办工作总结9**

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《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

>二、执行医疗保险政策情况

6月—11月，我院共接收铁路职工、家属住院病人82人次，支付铁路统筹基金4万元，门诊刷卡费用6万元。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。

>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。

>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

**医保局督办工作总结10**

为进一步加强医疗保障基金监管，规范医疗保障运行秩序，严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为，促进医疗机构健康发展，切实维护广大人民群众切身利益，根据上级文件及会议精神，阜南县医疗保障局积极开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动，现将相关开展情况总结如下：

>一、工作落实情况

(一)成立行动小组，强化组织领导。为确保专项行动扎实开展，取得实效，县医保局成立了县医保局党组书记、局长于伟同志为组长，县医保局党组成员、副局长李艳、杨晓波为副组长，局机关各股室及二级机构负责人为成员的专项政治行动小组，统筹负责专项行动工作。

(二)制定工作方案，明确行动要求。根据上级相关文件精神，县医保局于20xx年4月27日印发了《20xx年阜南县打击欺诈骗取医疗保障基金专项整治工作实施方案》，细化了工作目标、工作重点、工作步骤、工作要求，明确了工作任务、完成时限、检查细则，确保行动开展有规范可循。

(四)严格督导检查，严肃处理问题。一是要求医保经办机构、定点医疗机构和医共体牵头单位基金专用账户开展自查自纠和整改落实。自查单位要向县医保局书面报送自查自纠报告，列明查出的问题和整改落实情况，并将自查自纠的违规问题涉及的医保基金主动申请退回县财政局社会保障基金医保专户;二是县医保局对“两机构一账户”进行抽查，对抽查时发现自查自纠不到位、仍然存在违规违纪违法使用医保基金的行为，依规依法从严顶格处理，并公开曝光，涉嫌犯罪的，及时移送司法机关处理。

>二、打击欺诈骗保专项行动检查处理情况

截至目前，阜南县医保局20xx年共查处87家协议医药机构，其中，定点医疗机构48家，定点药店39家，覆盖率达到100%，涉及违规医保资金? 元，协议处理 元，合计追回金额 元。其中，通报批评 43 家，约谈 6 家，暂停 5 家定点医药机构，移交县卫健委3起，移交市场监督管理局1起，上报县纪委监委2起。行政处罚1人，涉及医保资金4113元，罚款8223元。

(一)自查自纠。20xx打击欺诈骗保定点医疗机构自查自纠全县共有48家定点医疗机构上报自查自纠报告，共追回金额元。

(二)对协议医药机构打击欺诈骗保专项整治。20xx年打击欺诈骗保县医保局结合调研情况及日常监管经验，进一步改进监督方式。对实地检查分医院类型开展进驻式检查和常规检查，同时，定时开展数据分析，进行指标性扣款，年中开展半年度综合检查和专项病历评审，实现监督检查实时化、常态化、制度化。

(1)进驻式打击欺诈骗保检查。20xx年共对四家医院进行进驻式检查，通过查看住院患者在院情况、查阅病历、核对费用清单、查看报补单等方式对四家医疗机构进行打击欺诈骗保检查。共追回金额元。

(2)日常性打击欺诈骗保检查。20xx年共对全县定点医药机构开展2轮次不定时检查，共发现?36 家次定点医疗机构存在违规行为，共追回金额 元。

(3)病历评审专项检查。20xx年?1-3 月份，县医保局发现全县定点医疗机构康复理疗病历存在较为混乱的现象，县城乡居民医保中心于4月份组织康复理疗领域专家对全县定点医疗机构康复科理疗病历进行了病历评审。共追回金额 元。

(4)上半年度综合检查。县医保局于20xx年7月3日下发了关于开展20xx年上半年城乡居民医保基金专项检查的通知，并成立了专项检查工作领导小组和两个检查组。针对定点医药机构医保管理制度建设、欺诈骗保、日常管理、指标控制、整改落实等相关工作开展情况进行了综合检查。

(5)数据分析及指标性扣款。20xx年1月，县医保局对全县定点医疗机构20\_年第四季度医保监管数据进行结果运用。其中，扣款性指标包括选择性执行按病种付费、选择性执行同病同价、次均三费超5%三项指标，全县共追回金额元。

(6)对20\_年查处案件进行处理。20xx年1月14日下发了20\_年12月16日至20\_年12月20日对阜南县中医院进驻式检查的处理文件。共追回金额元。

20xx年3月24日下发了20\_年11月19日对阜南县龙王乡卫生院打击欺诈骗保检查的处理文件。共追回金额元。

20xx年4月10日下发了县委第二巡察组对阜南县医保局开展巡察期间发现洪河桥镇和柴集镇卫生院存在违规挂床住院的处理文件。共追回金额568002元。

(7)日常审核性扣款。20xx年阜南县城乡居民医保中心药审科日常审核追回基金：郜台乡卫生院元，安徽医科大学附属阜阳医院43152元，阜阳民生医院35520元，阜阳市妇女儿童医院元。累计追回金额。

(三)对参保居民打击欺诈骗保整治

20xx年，发现1例参保患者借用就诊证套取医保基金现象。涉及医保资金4113元已追缴回基金专户，同时给予行政罚款8226元。

>三、下一步工作计划

(一)加强政策法规宣传，提高医务人员认识。加强对《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》和《阜南县基本医疗保险定点医药机构服务协议》的宣传，要求各协议医疗机构定期组织医务人员学习医保相关法律法规和各种政策，充分认识到医保政策可持续发展的重要性，认真贯彻落实相关政策，引导全县定点医药机构规范诊疗行为，主动建立健全医药机构内部的医保基金监管制度。

(二)持续加大打击力度，深入推进专项行动。打击欺诈骗保是一项长期性的艰巨工作，县医保局将继续加大打击欺诈骗保力度。下一步将以《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》和《安徽省基本医疗保险药品目录》两个目录中的项目内涵为抓手，以大数据筛查为基础，采取实地抽查、现场走访等方式对次均费用高、住院人次多、诊疗行为乱的定点医药机构的诊疗价格和药品使用规范进行重点核查，持续规范医药机构的诊疗、用药和收费行为。

(三)严格跟踪整改落实，规范诊疗服务行为。县医保局将严格跟进整改督查，督促定点医药机构对专项行动中发现的问题认真梳理，仔细分析，举一反三，深入查找本单位在医保政策执行过程中存在的其它问题，认真研究拿出整改措施，提出切实可行的管理办法，将整改措施和管理办法落到实处，以避免和杜绝重复问题的发生。

(四)巩固专项行动成果，加强监督管理工作。县医保局将以本次专项行动为契机，不断完善监督管理制度，持续强化监督管理工作，严惩违规行为，坚决遏制医保领域违法违规现象普发多发势头，当好医保基金的“守门人”，护牢保障人民健康的“救命钱”，确保医保政策得到有效落实，医保基金安全平稳健康运行。

**医保局督办工作总结11**

为落实龙医保【20xx】第40号文件精神，《关于开展对医保定点医疗机构基金使用情况调研的通知》的有关要求，我院立即组织相关人员严格按照城镇职工医疗保险的政策规定和要求，对医保基金使用情况工作进行了自查自纠，认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

>一、提高思想认识，严肃规范管理

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了以院分管院长为组长，相关科室负责人为成员的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全院医护人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《连城县医疗保险定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，保证医保基金的安全运行。

>二、严格落实医保管理制度，优化医保服务管理

为确保各项制度落实到位，建立健全了各项医保管理制度，结合科室工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。按规范管理存档相关医保管理资料。医护人员认真及时完成各类文书、及时将真实医保信息上传医保部门。

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生；对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都证求参保人员同意并签字存档。

>三、建立长效控费机制，完成各项控费指标

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室,实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处,建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

我院明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，要求大型仪器检查阳性率达到70%以上。

加强了对医务人员的“三基”训练和考核，调整、充实了质控小组和医疗质量专家组的力量，要求医务人员严格遵循医疗原则和诊疗常规，坚持因病施治、合理治疗，加大了对各医疗环节的监管力度，有效地规范了医疗行为。

通过上述举措，我院在业务量快速增长的同时，各项医保控费指标保持在较低水平。根据统计汇总，今年1-3月份，医院门诊总人次3584人比去年同期增长；出院人次191人比去年同期下降；门诊住院率同比去年下降；二次返院率同比去年下降；住院总费用万元同比去年下降，医保基金费万元同比去年下降；药品费用万元，同比去年下降14%，大型仪器检查费用万元同比去年下降；平均每位出院患者医药费用元；较去年下降。

>四、存在的问题

1、由于我院外科今年第一季度开展手术治疗的患者较同期多，故耗材费用和大型仪器检查占比略有所增长，其中耗材费用万元同比去年增长；百元耗材比同比去年增长；大型仪器检查占比同比去年增长。

2、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，医疗保险政策认识不足，对疾病诊疗不规范。

>五、整改措施

1、组织相关医务人员对有关医保文件、知识的学习。

2、坚持合理检查，合理诊治、合理应用医疗器材，对患者的辅助检查、诊疗，要坚持“保证基本医疗”的原则，不得随意扩大检查项目，对患者应用有关医疗器材应本着质量可靠、实惠原则，坚决杜绝不合理应用。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和服务水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

**医保局督办工作总结12**

去年十二月份，我来到了街道社区这个大家庭，在这里与各位朝夕相处了一年，对我来说，这是思想道德提升的一年、是兢兢业业干工作的一年，也是忙忙碌碌收获颇多的一年。在此，对在工作上给予我帮助和支持的各位同事表示深深的感谢。

回顾即将过去的一年，我对社区工作有了更深的认识和了解，在忙碌与充实的工作中，尽心尽力做好各项工作，认真履行自己的职责，现将我个人的思想及工作情况总结如下：

>一、 努力学习、不断提高自身政治素养

20xx年4月份，我申请加入中国\_，20xx年十月成为预备党员。政治身份的转变，让我更加严格要求自己，认真学习政治理论，自觉贯彻执行党和国家的路线、方针、政策，培养自己具有全心全意为人民服务的公仆意识。同时通过日常的教育培训、政治学习使我在思想觉悟方面有了一定的进步，在学习中注意真学、真信、真懂、真用，认真书写心得体会和笔记，努力提高学习的质量；注意掌握精神实质，注意学用结合，强化了在自身工作中坚持以人为本、践行科学发展观的责任感和使命感。

>二、业务知识得以丰富、业务能力得以提高

社区工作岗位虽平凡、意义却深远。为了更好地服务群众，为百姓做好事、办实事，需要扎实的学习业务知识，过硬的业务能力。一年来，我通过不断学习政治理论，学习业务理论，指导工作创新；学习各位新老同志，取长补短，完善自我，积极参加社区组织的各种业务培训、自身业务素质、业务能力得到了显著的提高。

>三、尽心竭力，对组织负责，对群众负责，对工作负责

我所负责的城镇居民医疗保险工作涉及千家万户，医疗保险政策需要做到细心详细的解释，在居民了解情况时，我能不厌其烦地解答居民特别是年龄较长居民提出的有关城镇居民基本医疗保险政策疑问，使辖区居民在办医疗保险登记中心中有数，做到了高兴而来、满意而归。

平均每个月去东宁办理医疗保险一次、全年至少保证十二次，20xx年新办理医疗保险41本，统计续交下一年保险费共计519本，做到了及时、准时交费、发放证件，风雨无阻。通过不懈宣传使医保工作深入群众，大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

截止到现在，登记参保的居民已达1376人。进一步使居民提高认知率，消除了疑虑，打消观望的态度，形成了积极参加医保的良好氛围，确保党的惠民政策惠及千家万户。

一年来，通过大家的共同努力，我们社区上传信息人数人，缴费人数519人，信息上传率达 90%，参保率达到 50%。切实做到了对组织负责，对群众负责，对工作负责。

>四、积极全面开展各项工作

1、积极参加庆七一各项活动。在庆七一活动中，参加了文艺演出，用丰富多彩的节目为居民送去欢笑和祝福，丰富了社区文化。

2、多次参加了炕头小组活动，多次参与迎接上级领导的参观检查，通过这些活动，提高了对基层工作的认识，提升了自身工作素质，增强了为民服务的责任感。

3、参加河北支部走访慰问，帮扶救助特困家庭，与他们亲切聊天，帮助他们订越冬塑料布，解决生活困难，拉近了与百姓的距离，充分让居民感到党和政府的关心和温暖。

5、参加计生人口普查工作及选举人大代表等工作。工作任务虽繁重，却使我对社区居民的基本情况有了更全面更深入的了解，为进一步开展工作，奠定了良好的基础。

回顾一年来自己所做的工作，在思想、学习、工作上都取得了进步，但也清晰的认识到自己还存在不足之处。在日后的工作里，我会扬长避短、学他人之长、补己之短，进一步完善自己，努力把工作做的更好！

**医保局督办工作总结13**

上半年，我县医保工作在州医保局、县人社局的正确领导下有效平稳的运行。我局坚持以构建和谐医保为目标，以加强基本医疗保险经办管理为主线，重点抓巩固参保覆盖面、深入基金管理、规范信息化建设、提升经办服务能力等工作，不断推进医保工作有效平稳运行，现将上半年医保工作开展情况总结如下。

>一、强化医疗\*\*\*策宣传，做好医保扩面工作

深入全县14个乡镇，农牧民群众家中开展多种形式的宣传工作，促使广大农牧民群众更加深入地了解医保相关\*\*\*策20xx年全县车让那个镇职工医疗保险参保单位141个，其中：企业60家、事业22家、机关59家；参保人数4451人，其中：在职3580人、退休871人，参保率达100%。城乡居民参保人数26842人，参保率达99%。其中：非困难人群18426人、低保人员7454人、重度残疾人员283人、孤儿174人、低收入家庭的60岁及以上人员188人、三无人员3人、优抚对象35人、五保人员259人。建档立卡人员参保情况：城乡居民医疗保险参保人数5421人，参加城镇职工医疗保险人数95人，在外参保人数4人。参保率100%。存在问题：一是20xx年，我县城乡居民在企业就业的人数增长，城乡居民医疗保险参保人员转入职工保险的人数越来越多，导致20xx年参保人数较20xx年有所减少；二是新生儿上户迟缓，导致新生儿参保登记工作难度大；三是建档立卡人员存在跨县、跨州参保的情况。

>二、推进支付方式改革，完善总额付费机制

强化基本医疗保险付费方式改革，规范医疗服务行为，完善医疗保险基金结算管理，确保基本医疗保险基金安全运行。20xx年初我县已按照州局要求完成《总控协议》的签订工作。存在问题：县医院反应医疗保险总控经费不足与医疗需求增长的矛盾，并要求解决在发展中存在的医保经费不足的问题。

>三、加强医疗机构监管，确保基金安全运行

一是日常监管工作。20xx年我县深入辖区内的定点医疗机构开展医疗监管工作共3次，其中，对县级医疗机构开展1次监管、对乡镇卫生院、定点药店开展2次监管。二是开展智能审核工作。智能审核监督系统于20xx年8月xx日正式上线运行，经前期运行情况观察，发现我县县医院存在违规情况，存在床位费多记、多收、用药与医保报销药品名称不一致等问题，经整治后至今未发生任何违规现象。待遇享受情况：城乡居民医疗保险门诊统筹补偿人数9136人次，总费用万元，报销万元；特殊门诊补偿人次22人次，总费用万元，补偿万元。住院补偿人数1418人次，总费用万元，\*\*\*策范围内费用万元，统筹报销万元。大病保险补偿人数98人次，补偿金额40万元。城镇职工医疗保险住院报销：在职226人次，统筹报销151万元；退休109人次，统筹报销85万元；普通门诊报销：在职1992人次，报销49万元；退休270人次，报销5万元；职工用个人账户基金在定点零售药店刷卡支付：在职207万元，退休24万元。

>五、完善业务档案管理，确保工作有效推动

贯彻落实省、州档案管理工作的相关\*\*\*策，严格按照《档案法》、《档案工作突发事件应急管理办法》和《档案防治灾害工作指南》，加强医保业务档案管理，明确工作人员岗位职责，推进业务档案管理合理化、规范化、科学化。截至目前，已完成20xx年以前的业务档案归档工作。存在问题：档案室面积小，设施简陋，存在较多的安全隐患，因人员紧缺，无专人负责专门负责医保业务档案，导致档案管理工作推进迟缓。

>六、健全医保内控制度，监管\*\*\*策执行情况

根据州医保局要求，我县建立健全医保内控相关制度，坚持以制度为约束，梳理存在问题，对内控管理的各个环节加强制约，定期、不定期对经办人员进行考核，并结合“专项治理”工作，全面提高制度执行力。

**医保局督办工作总结14**

一年以来，在领导的悉心关怀下，在同事们的帮助下，通过自身的努力，各方面都取得了一定的进步，较好地完成了自己的本职工作。现将具体工作总结如下：

>一、基本情况

截止目前，全县城镇职工参加基本医疗保险有万人，收缴基金586万元。

>二、具体做法

（一）、努力学习，提高素质，为做好本职工作打下基础。一个人不论干什么工作，处在什么位置，都必须把学习放在首位。只有不断加强学习，提高自身业务素质，才能做好工作。基金征缴对我来说是一项新工作，抓紧时间学习业务知识，提高自己业务水平，一是认真学习医疗保险各项政策法规和规章制度，阅读大量有关医疗保险内容报刊书籍，增强自身业务能力；二是熟练掌握工作业务流程每个环节，业务素质得到了全面提高

（二）、爱岗敬业，扎实工作，全心全意为参保职工提供服务。从事医疗保险工作期间，我积极做好本职工作，认真完成基本医疗保险基金征缴工作。一是按照医疗保险政策规定办理用人单位参保登记。二是办理医疗保险登记的变更、注销、人员参保调动等事宜。三是建立参保单位和个人的基础信息电子档案，为整个医疗保险提供可靠、及时、准确地参保人员基础信息、建立参保人员个人账户。四是按照缴费政策规定、保费应缴处理，负责保费的收缴、保费的催缴、向欠缴单位发送催缴通知书。

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！