

医疗保障干部工作总结必备28篇

作者：小六 来源：网友投稿

本文原地址：<https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/280155.html>

ECMS帝国之家，为帝国cms加油！

医疗保障干部工作总结1

一年来，我热衷于本职工作，严格要求自己，摆正工作位置，时刻保持“谦虚”、“谨慎”、“律己”的态度，在领导的关心栽培和同事们的帮助支持下，始终勤奋学习、积极进取，努力提高自我，始终勤奋工作，认真完成任务，履行好岗位职责。现将一年来的学习、工作情况简要总结如下：

>一、严于律己，提高政治思想觉悟。

一年来，始终坚持运用马克思列宁主义的立场、观点和方法论，坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。热爱祖国、热爱党、热爱社会主义，坚定共产主义信念，与党组织保持高度一致。认真贯彻执行党的路线、方针、政策，工作积极主动，勤奋努力，不畏艰难，尽职尽责，任劳任怨，在平凡的工作岗位上作出力所能及的贡献。

>二、强化理论和业务学习，不断提高自身综合素质。

作为一名医疗保险工作人员，我深深认识到自身工作的重要性，所以只有不断加强学习，积累充实自我，才能锻炼好为人民服务的本领。这一年来，始终坚持一边工作一边学习，不断提高了自身综合素质水平。

>三、努力工作，认真完成工作任务。

一年来，我始终坚持严格要求自己，勤奋努力，时刻牢记全心全意为人民服务的宗旨，努力作好本职工作。我主要承担的工作有稽核、“两定”的管理、转外就医票据的审核报销、工伤保险票据的审核报销、慢性病的管理、医保刷卡软件的管理。

（一）稽核、“两定”的管理。

（1）采用定期检查与不定期抽查相结合，明查与暗访相结合方式，稽核人员每周分两组下医院对参保患者住院对照检查，主要看是否存在冒名住院、挂床住院、分解住院、假报虚报单病种、病种升级结算及医院对病人结算是否存在违规行为和乱加费用等专项稽核，目的是防止医患双方合谋骗取医疗、工伤保险基金情况的发生。

（2）定时检查定点零售药店执行医疗保险协议情况。重点查处以药换物、以假乱真用医疗保险卡的钱售出化妆品、生活用品、食品、家用电器等非医疗用品的情况。通过联合检查整顿对医药公司5个定点进行了停机刷卡15天，责令检讨学习整改，收到了良好的效果和服务管理。

（3）为进一步加强和完善定点医疗机构管理，建立健全基本医疗保险定点医疗服务的诚信制度，使参保人员明白看病，放心购药，全面提高我市定点医疗机构管理水平，更好地保障了广大参保人员的合法权益。从今年起，我市将对实行定点医疗机构等级评定管理。

(4) 为进一步深化医疗卫生体制改革,便利医保人员看病购药,实行定点医院竞争机制。4月份,我们对青海石油管理局职工医院进行了考察,并在5月份确定为敦煌市医保定点医疗机构。

(二) 慢性病的管理。今年5月份积极配合市人力资源和社会保障局,对我市新申报的574名慢性病参保人员进行了体检,6月份对300名已建立慢性病档案的参保人员进行了复检。为了进一步方便慢性病患者看病、购药,保障参保人员基本医疗需求,根据我市慢性病门诊医疗费支付实际情况,结合我市实际,9月份组织人员对20xx名建立慢性病档案的参保人员进行慢性病门诊医疗补助费直接划入个人门诊帐户中,减轻了两千名慢性病患者开票报销手续,并积极做好后续处理工作。

(三) 转外就医票据的审核报销、工伤保险票据的审核报销。在转外就医审核报销中我始终坚持公正、公平、严格按照医保政策报销原则。一年来,共给1000余名转外就医人员报销了医疗费用,并按时将拨款报表报送财务。对于工伤保险报销票据我严格按照《20xx年甘肃省药品目录》和《诊疗项目目录》进行审核报销。

(四) 医保刷卡软件的管理。由于刷卡软件的升级,在实际操作中很多问题都需要补足完善。对于出现的问题我积极和软件工程师联系得到及时的解决。

回顾一年来的工作,我在思想上、学习上、工作上都取得了很大的进步,成长了不少,但也清醒地认识到自己的不足之处:首先,在理论学习上远不够深入,尤其是将理论运用到实际工作中去的能力还比较欠缺;其次,在工作上,工作经验浅,给工作带来一定的影响。

在以后的工作中,我一定会扬长避短,克服不足、认真学习、发奋工作、积极进取、尽快成长,把工作做的更好。

医疗保障干部工作总结2

20xx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:尽可能的减少我院的拒付,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35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、超等级收费、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，我会更加努力地学习相关政策，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。

医疗保障干部工作总结3

20xx年在我院领导高度重视下，按照x市城乡居医保政策及x市医保局、霍邱县医保局及医保中心安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保办工作总结如下：

>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“一把手”负总责、分管院长具体抓的医保工作领导小组。为使广大群众对新的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：

一是通过中层干部会议讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；

二是发放宣传资料、张贴宣传栏、政策分享职工微信群、医保政策考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力，力争让广大医务人员了解医保政策，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：

一是在院内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，大厅内安排值班人员给相关病人提供医保政策咨询；

二是配置了电子显示屏，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清单制，并对医保结算信息实行公开公示制度，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、出院结算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。将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，加强病房管理，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，通过医保患者住院登记表，核查有无挂床现象，有无冒名顶替的现象，对不符合住院要求的病人，一律不予办理入院。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。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的居民医疗保险政策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。

及时传达新政策和反馈医保中心及县一院专家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。在办理医疗保险结算的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员宣传、讲解医疗保险的有关规定及相关政策，认真解答群众提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。本年度医保结算窗口代结外院住院204人次，外院门诊367人次。全年打卡发放外院医保资金61余万元。开展贫困人口就医医保补偿资金“一站式结算”，结算辖区贫困人口县外住院就医15人次，垫付资金9万元、县外门诊119人次，垫付资金34万元，办理慢性病就诊证597人。医保运行过程中，广大参保群众最关心的是医疗费用补偿问题，本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，医保办工作人员严格把关，规范操作，实行一站式服务，大大提高了参保满意度。

>四、不足之处及下一步工作计划

我院医保工作在开展过程中，得益于市医保局、县医保局、医保中心、霍邱一院的大力支持及我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保工作顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因医保实施规定的具体细则不够明确，临床医师慢性病诊疗及用药目录熟悉度不够，软件系统不够成熟，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大，全院的医保工作反馈会偏少。

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，加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民，加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。努力更多更好地为人民服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展作出贡献。

医疗保障干部工作总结4

我院在县医保中心、县卫生局的直接指导下，全院职工认真按照《柳城县定点医疗机构医疗保险服务质量考核暂行办法》的规定开展工作。通过干部职工共同努力，取得了一定成绩，现总结如下：

1、领导重视、措施有力

卫生院领导高度重视此项工作的开展，把医保工作纳入日常工作来抓、来管理，并成立了以院长为医保组长的第一责任人，成员由各科室组长构成。使医保工作开展得到有力保障，医保工作内容层层落实到个人，并制订了相应措施，如：医保奖惩制度、医保培训制度等相关规定，以制度来管人，来开展工作。同时利用在医院大小会议上，及时向职工宣读、传达医保相关政策及文件精神，使职工进一步了解当前形势下职工医保福利的动向及发展趋势。另外，在医院醒目地方设置“基本医疗保险政策宣传栏”向全镇干部职工宣传医保政策及工作简报。通过宣传学习，提高了干部职工的认识，使医保工作开展起来得心应手。在工作中，我院医务人员能按医保要求，严格掌握出入院标准，坚持首诊负责制，不推诿病人，再次入院不得以间隔时间不到一周为由不办理住院手续，不应出院的病人提前出院不得以“达到定额标准费用”为由要病人提前出院。参保人员严格执行基本医疗保险用药规定，药品供应充分，药品管理符合规定，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药、不挂名、分解住院，严格执行市、县物价部门规定的收费标准，不私立项目收费或提高收费标准，并将检查、治疗、药品各项项目的收费标准对外公布，及时向参保患者提供费用清单，及时做好医保患者的医疗文书记录、医保处方用药符合要求。

2、取得成绩

由于医保政策宣传到位、措施有力，使全镇班干部职工及时掌握当前医保政策，提高了认识。同时充分调动全院干部职工积极性，坚持以病人为中心，树立良好的白衣形象，使当前来就诊的参保人员满意而归，无参保人员投诉及事故发生，经济效益和社会效益明显提升。

医疗保障干部工作总结5

20_年，我分局在区委、区政府的领导下，贯彻落实_、_关于做好20_年全面推进乡村振兴重点工作的决策部署，推动我分局挂点镇（街）乡村振兴工作发展，现将我分局20_年推进乡村振兴工作总结如下：

>（一）强化驻镇（街）帮扶工作。

为贯彻落实区委区政府乡村振兴工作部署，我分局自20_年10月起，选派1名年轻干部到南海街道实行全脱产驻镇(街道)帮扶工作。

>（二）制定计划迅速开展工作。

与南海街道党工委、南海街道办对接，围绕驻镇帮镇扶村工作方案明确的目标任务，聚焦巩固拓展脱贫攻坚成果和衔接推进乡村振兴,研究制定帮扶五年规划和年度帮扶计划，细化帮扶措施，迅速开展工作。20_年12月3日，我分局到南海街道办事处开展调研工作，听取南海街道乡村振兴工作进展，共同研究帮扶工作，大力支持南海街道乡村振兴工作，并资助30000元开展乡村振兴工作，助力完成20_年度重点任务茂名市电白区农村人居环境整治巩固提升村村过关“百日攻坚战”行动。

>（三）充分发挥医保部门的业务优势。

我分局结合医保重点工作，如城乡居民医保扩面征缴、医疗救助等，紧盯群众“急难愁盼”的看病就医问题，认真抓好医保各项惠民政策如异地就医、门诊共济等宣传引导；做好困难人员的'资助参保工作，确保应保尽保，一人不漏，减轻困难人员的就医负担，助力推动各项帮扶措施、项目落地落细。

医疗保障干部工作总结6

xx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更新信息，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xx人到xx月底xx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xx%。

（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。xx年x-xx月，全区建档立卡贫困人员办理住院报销xx人次，住院费用万，基本医保支付xx万元，大病保险支付xx万元，重大疾病补充保险报销万元，医疗救助万元，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xx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

开通绿色申报通道，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、器官移植抗排斥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，我局进一步加大了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、核对药品进销存台帐、夜查患者在院情况等方式，对全区xx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xx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、xx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xx%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。

医疗保障干部工作总结7

>一、强化组织领导，周密部署各项工作。

- 一是结合休宁县开展的“1+7”专项行动，制定了《休宁县医保局20_年度巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接专项行动实施方案》，成立了县医保局攻坚行动领导小组，进一步明确了工作职责和任务分工；
- 二是强化主体责任。局党组将乡村振兴工作纳入重要议事日程，同医保主责工作同规划、同部署、同推进、同督办，召开专题会议研究部署基本医疗保障、定点帮扶等工作，形成了主要领导亲自抓、分管领导协调抓、相关股室、局属事业单位帮助抓的工作格局。
- 三是增强定点帮扶力量，制定了《休宁县医保局20_年联系村定点帮扶工作计划》，局主要负责人多次带队深入定点帮扶村进行调研，召开座谈会，研究部署定点帮扶工作，对困难群众进行走访慰问，落实好帮扶工作。

>二、加大政策宣传，提高医保惠民政策知晓率。

- 一是结合医保基金监管集中宣传月活动，印发医保政策海报及问答宣传单，将其及时发放至各乡镇政府、卫生院、卫生室、村委会，要求在政策宣传栏中进行张贴，做到“一揭四贴”全覆盖，进一步营造全社会共同维护医保基金安全的良好氛围，切实提高群众的医保政策知晓率；
- 二是动员乡镇医保经办人员联合乡镇医保基金网格员、村两委以及驻村工作人员积极入户进行医保政策宣传，将医保政策宣传到家家户户；
- 三是通过下乡走访、村村响小喇叭、视听、朋友圈推广、图文政策解读等多元化方式对城乡居民基本医疗保险、大病保险，医疗救助、慢特病线上申请、门诊共济等政策进行全方位宣传。截至目前，已制作视听版政策宣传6期，图文政策解读6期，广播宣传2期，微信平台投放推送医保政策30万条。

>三、落实资助参保，建立动态调整机制。

按照省、市制定的医疗救助资助参保政策，充分发挥医疗救助资金作用，确保特困人员、低保对象和监测人口等各类困难人群应保尽保。与民政、乡村振兴部门建立信息及时交换、动态标识、登记管理制度，全面、精准掌握特殊群体动态调整情况，及时在安徽省医疗保障信息平台做好低保、特困、监测、因病返贫等属性调整，1--6月共调整752人。截至目前，全县完成城乡居民参保万人，参保率稳定在100%以上。其中资助参保8347人万元，确保特困、低保、监测和脱贫人口等100%参保。因在集中征缴期结束前，存在部分代缴人员死亡、参加职工医保等情况，涉及资助参保人员共计115人（其中低保对象114人，监测人口1人），退费金额共计32080元已全部由基金账户退回至医疗救助账户。

>四、推进三重保障，推动惠民政策落地。

充分发挥基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障制度对特困人员、低保对象和监测人口等的梯次减负作用。实行多种保障待遇“一站式”即时结算，全面推行城镇职工和城乡居民慢特病门诊直接结算、实现慢特病线上认定

，简化办理程序，确保贫困人口办理慢特病证“应办尽办”。跟踪医保政策落实、待遇享受情况，监测农村居民参保及医疗费用情况，将住院和门诊慢特病医疗费用经基本医保、大病保险报销后，个人自付合规费用超过2万元的人员信息反馈乡村振兴、民政等部门，及时预警可能存在的致贫返贫风险。截至目前共推送信息738条，救助19人万元。

>五、优化医保经办服务，提升便民服务水平。

不断增强“一窗式”受理服务，通过调整，5月起综合窗口已增加个人账号查询、参保信息查询、死亡人员账户一次性拨付、医保关系转移接续4个事项，并将综合窗口服务事项整合为八大项，为群众提供全面、便捷的医保服务。探索实施医保服务扁平化管理示范点创建工作，梳理医保政务服务事项清单中的11个事项分别“下沉”至镇、村级经办，积极调研、谋划、磋商，逐步将医保服务事项下放到乡镇、村和社区。与一站式结算、基层代办服务、网上办事服务等已经开放的医保服务一起构建成医保一体化服务体系，让群众在家门口就可以办理医保。

医疗保障干部工作总结8

时间转眼即逝，转眼又到了年终岁尾。20_年对新成立的医疗保障科来说是一个极富挑战性的一年。在这一年中，经历了三个独立部分（消毒供给室、洗衣房、医疗用品供给中心）的合并，工作量的增加，科室的经济本钱核算。在院领导的大力支持下，各个临床科室的调和帮助下，保障科美满地完成了上级交给的工作任务，现将一年的工作总结以下：

- 1.通过进修学习，鉴戒先进的管理办法，并广泛听取各科室的意见，结合本科的工作内容，改进了器械物品的盘点交接方法，杜尽了器械的丢失。
- 2.实行本钱核算制度，让科室每一个人都有强烈的主人翁意识，杜尽了以往资源浪费现象。
- 3.洗衣房工作不怕苦怕累，自4月份以来，根据院领导唆使：医务职员的工作服由我科同一管理，并设立工衣发放处。洗涤任务愈来愈重，但大家都不怕辛劳，坚持把所有工作服的领口、袖口手工洗擦干净，整理平整，钮扣钉齐，为保证质量不惜加班加点，以便同事们能够穿上干净整洁的工作服开心工作。
- 4.重新划分消毒供给室的工作区域和人流、物流线路，从而进步了工作职员的消毒隔离技术和职业防护概念。
- 5.重新排班：由于职员少，工作量日渐增加，原本的工作方式已不能满足现在的工作需要。所以结合本科室的工作特点，对排班做了相应的调剂，现在已能够确保每一个人都能胜任供给室任何区域的工作。每一个班次都制定了岗位职责，严格执行操纵规范。
- 6..逐渐完善清洗、检查包装、灭菌、无菌物品发放的规范化操纵，对灭菌环节严格做到每锅物理监测，每包化学监测，包外都注明科室，物品名称，锅号，锅次，灭菌日期，有效期，消毒员签名，以起到质量追溯作用。
- 7.加强对各个科室待消毒物品的监督检查，纠正包装分歧格，清洗不完全的现象，对存在的题目及时反馈到科室。
- 8.· 响应医院全面推行优良服务的号召，为临床提供满意的服务。建立每个月一次与临床科室满意度调查，认真听取意见，对工作加以改进。
- 9.工作量统计：

一年内消毒物品总数，清洗被服总数为

在过往的一年里，我们的工作还有很多不足的地方，比如管理经验上的不足，专科知识欠缺等等。希看在新的一年里能够弥补以往的不足，能够在院领导的支持下尽可能改善供给室分歧理布局，加大所需装备的投进，为了能够规范外来器械和骨科植进物的管理，确保植进物使用的安全性能够购进一台快速生物浏览器。把无菌物品质量放在首位，提供高质量，高安全的无菌物品，做临床科室院感方面有力的保障。

医疗保障干部工作总结9

一年来在院领导高度重视下，按照社保局安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，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。为使广大干部职工对新的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，一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友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。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。

二是配置了电子显示屏，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。

四是进一步强化责任，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。

五是医院职工开展星级服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务（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，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。今年我院未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

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高度，为全市医保工作顺利开展作出贡献。

>四、下一步工作要点

- 1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。
- 2、做好与社保局的协调工作。
- 3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

医疗保障干部工作总结10

>一、基本情况

区医疗保障局于xxxx年x月x日正式挂牌组建成立，机关内设x个行政股室，下设x个医疗保险服务中心，现有在编在职人员xx名。截至目前，协议管理定点医药机构xxx家，数量占全市定点医药机构总数的xx%。截止xx月xx日，xxxx年全区参保总人口万人，城镇职工基本医疗保险收入合万元，支出万元；城乡居民基本医疗保险基金收入万元，支出万元。基金滚存结余万元。向上争取资金到位资金万元。

>二、主要工作开展情况

（一）坚持推动机构职能优化协同高效。一是优化人力资源配置突出重点职能。如期完成了原医疗保险管理局、发改局、民政局共xx人的转隶工作，面向全国公开选调公务员x名。二是强化制度建设提升改革成效。编制印发《机关干部职工积分管理操作细则》《党风廉政建设责任制度》等xx个内部管理制度，努力实现“x+x>x”的改革效果。三是狠抓班子建设和队伍能力素质建设。建立定期学习制度，努力在思想认识、工作部署、政策落实上与上级党委部署要求保持同频共振。截至目前，xx余篇工作动态信息，从就医保障等方面反映了xx医保全新面貌，在全区学习强国工作进展通报中，三项指标医保多次名列第一。

（二）做细做实医疗待遇保障。不折不扣落实x市基本医疗保险办法、谈判药、门诊慢性病等政策，将心、肺移植纳入门诊重症报账，提高肾功衰竭患者门诊透析报账比例（最高可报至总费用的xx%）。截至x月底，基本医疗保险医保联网结算住院享受待遇xxxxx人次，门诊支付xxxxxx人次，定点药店划卡结算xxxxxx人次。今年以来，无一单结算错漏，无一起群众投诉。

（三）始终保持查处欺诈骗保高压态势。自x月中旬开始，完成了全区xxx家协议管理定点医药机构全覆盖检查，发现问题率xx%，可停机处理率xx%。截止目前，共查处违法违规定点医药机构xxx家，停机整改xxx家，解除协议xx家，移送司法机关x家。处罚金额高达xxx余万元，追回基金实际到账xxx余万元。

（四）科学编制总额控制指标。根据《x市xxxx年基本医疗保险总额实施方案》（xx医保发xx号）《x市医疗保障局关于做好xxxx年度基本医疗保险总额控制年中调整工作的通知》（xx医保办xx号）文件精神，xxxx年市医保局下达x区基本医疗保险总额控制指标万元，其中：城镇职工医疗保险万元；城乡居民住院万元；城乡居民门诊统筹万元。xxxx年我区实施总额控制的定点医疗机构，城乡职工住院和城乡居民住院xx家；城乡居民门诊统筹的xx家。依据要求结合实际，全区下达城镇职工住院医保基金万元，城乡居民门诊统筹基金万元，城乡居民住院总控指标万元。

（五）织密困难群众医疗救助网。重点以资助参保、门诊救助、住院救助、重特大疾病救助等方式分类分层，加强困难群众医疗救助工作。截至xx月，全区共救助困难群众xxxxx人次，救助金额累计万元；通过社会保障卡“一卡通”系统发放医疗救助xxx人次，金额累计万元；医疗救助建档立卡贫困对象xxx人次，金额累计万元。

（六）把好基金管理入口关。规范执行医疗保险定点准入，公平公正开展资质审核、政策测试、结果公示，切实为医保基金安全把好入口关。截至xx月共收取申报定点医药机构资料xx家，签署医疗保险服务协议xx家。

（七）用情用力推进脱贫攻坚。全面落实建档立卡人员县域内定点医疗机构住院治疗及门诊慢性病维持治疗医保支付合规费用xx%的政策要求。截至目前，建档立卡县域内住院结算xxxx人次，倾斜支付万元，医保+大病保险支付万元；门诊慢性病结算xxx人次，医保报销万元，有力确保了贫困人员看病不难、就医不贵。

（八）持续推动医保改革工作高质量发展。一是围绕便民利民开通门诊慢性病一站式办理。目前已有xxxx余人成功备案，开始享受门诊慢性病医保待遇，办理时长较往年提速xx%。二是主动接受社会监督、舆论监督，办理人大代表建议x件、政协委员提案x件，办理市长热线、网络理政xx件。三是稳步推进异地就医直接结算。三级医院异地转诊实现在院直接办理，真正实现办理备案业务不见面、零跑腿。截止x月底，各种就医备案xxxx余人次。x月底清算数据显示，我区参保人员异地就医直接结算xxxxx人次，指导市人民医院等五家医疗机构结算异地来xx住院xxxx人次，异地就医在院结算率显著提升；开通xx家定点医药机构（含x家三级医院门诊、xx家定点药店）为省内异地个人账户划卡结算xxxxx人次，发生金额万元，切实为打造“全国一流、x领先”的营商环境聚力增效。

（九）扎实推进党风廉政建设。主要负责人在全局会议上公开承诺“从我做起，向我看齐”，带头落实党风廉政主体责任。从“立规矩、守底线”入手，形成以局长带班子、班子带干部、干部带群众，层层立标杆、作示范打造“廉洁机关、公正政务”的廉政氛围；开展书记讲党课x次，观看党风廉政警示教育微视频x次，定期学习研讨反腐败

案例，教育工作人员形成心存敬畏、谨言慎行的工作作风，引导全体干部履行一岗双责，牢记法律风险。机关组建以来，无一名干部作风被投诉，无一项承办工作被问责。

>三、存在的主要问题

一是新机构组建方面，还面临人员到位不够、培训机会少、经费保障不足、硬件设施条件差等问题。二是基金监管方面，还面临查处力度不够、监管手段缺失、管控办法不多、部门联动不强等问题。三是总额控费方面，还存在市上基数计算与医疗机构增量不匹配、资金缺口较大的问题。

>四、下一步工作打算

（一）持续强化干部队伍建设。在广泛借鉴周边县市区经验的基础上，不断完善考核机制，多种途径强化干部思想政治、专业知识培训，探索研究专业人员职级晋升道路，充分激发干部干事创业内生动力，锤炼一支有新气象、新担当、新作为的医保干部队伍。

（二）周密开展总额控费。计划年初拟定出我区xxxx年基本医疗保险总控下达指标方案，于一季度开始试运行，实时监控运行情况，做好定量分析，及时收集问题建议，待市级指标正式下达后，进一步细化调整我区基金总额控制指标分配方案，确保指标分配公平公正公开，基金不合理支出得到有效遏制。

（三）筑牢基金安全网。一是探索建立基金监管联席会议制度。加快健全完善医保基金联查联审长效机制，健全基金监督行政执法与刑事司法有效衔接机制，加强与相关机关案情通报和信息共享，与审计、财政、卫健、市场监管、发改、公安等部门协调配合，不断巩固提升打击欺诈骗保高压态势，让违法违规行无处遁形。二是将专项治理活动向纵深推进。以调查处理发现的问题为导向，深度剖析，举一反三，xxxx年将进一步完成对定点医药机构全覆盖检查，对外公开欺诈骗保社会举报电话，增强群众参与度，紧盯线索挖掘大案要案，持续巩固打击欺诈骗保的高压态势。三是推动互联网+监管建设。依托互联网发展，强化监管平台建设，用好政策工具、管理方式和技术手段，推动事后监管向事前、事中延伸，注重过程管控，强化依法治理。

（四）持续加强系统行风建设。坚持以人民为中心的发展思想，按照深化“放管服”改革决策部署，结合开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，持续推进医疗保障系统行风建设，推动医疗保障工作理念、制度、作风全方位深层次变革，构建科学合理、规范高效、公开公正的运行和监管体系，打造忠诚担当、服务为民、作风优良、清正廉洁的医疗保障工作队伍，提供优质、便捷、高效的医疗保障服务，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（五）医疗救助进一步惠民便民。一是进一步完善医疗救助制度。增强医疗救助托底保障能力，积极探索与基本医保、大病保险衔接更为紧密的医疗救助机制，使三项医疗保障制度有机衔接、精准发力，实现梯次减负。二是加快推进信息化建设进程。继续做好基本医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助等信息的互联互通，积极对上反映问题，力争通过医保信息系统全面实现救助对象的“一站式”结算，达到资源协调、信息共享、结算同步。

（六）推动医保事业持续发展。一是把对上争取贯穿工作始终。要紧盯政策、抢抓机遇，谋求市级资金技术、专业资源支持，为xx医保发展注入更大活力，促进支付方式改革全面启动，城乡居民待遇保障稳步提升，医疗保障扶贫纵深推进，医保基金平稳运行。二是做好退役士兵医保接续工作。研究借鉴其他县区经验，思想认识上再提高、宣传工作再深入、工作措施再具体、把握政策再精准，确保退役士兵医保接续医疗保险关系转续及时、顺畅、高效。三是持续提升公共服务水平。配合税务部门做好医疗保险费征管职责划转工作，优化经办流程，提高服务质量，全面推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”工作，优化结算方式，改善服务质量。四是开展定点医药机构全覆盖培训。在覆盖医药机构数量的基础上，推动病种覆盖、险种覆盖、参保人群覆盖等多种类型的全覆盖医保知识培训，倾力打造医保套餐，更好满足不同参保人群医保需求。

xxxx年是全面建成小康社会的关键之年，是决胜脱贫攻坚战的重要节点，xx区医保局班子将带领全局上下，守护好保障人民群众“病有所医”的初心和使命，始终坚持“做好全民医疗保障，守护百姓身体健康”的工作理念，从思想到行动，从工作谋划到方式方法，用实实在在的行动、踏踏实实的工作，把参保人员的每一分钱管好用好，把医保对象的每一件事做实做细，以严密的监管、一流的服务、优异的业绩向区委区政府和广大参保群众交上一份满意的时代答卷，奋力谱写xx医保工作新篇章。

医疗保障干部工作总结11

>一、所开展的主要工作

（一）完成职能划转，加快角色转化

按照市机构改革工作总体部署，市发改委的医药价费管理职能和市卫健委的药品采购职能划转到我局。职能划转到科里后，科里严格对市发改委掌握的医药价费文件资料进行了接收，对划转的职能认真地学习研究，明确审批权限和管辖范围，进一步理清工作思路，为下一步科学管理医药价费和做好药品采购工作及指导各县区及医院的业务工作奠定了良好的基础。代太治和周丽敏这两名同志到科里工作后，积极适应新的工作环境，加快熟悉自身职责和科里工作职能，在工作中始终做到价费及药品采购工作与医保基金支付及参保人员承受能力通盘考虑，兼顾“医疗、医保、医药、医价”四医联动因素，较快地完成了角色转换。

（二）理顺垂直管理体系，建立顺畅的管理体制

省市县医保局相继成立后，我科就价费管理、药品采购、异地就医等医药服务相关职能与省价采处和医药服务管理处及各县医保、本级医疗机构进行了对接和沟通，对相关职责进行了明确，指定了负责人，建立了微信业务群，明确上下联系方式，促进了科学有效地管理。

（三）履行自身职责，高效办理本职业务

本级职能重要，自身职责重大，与医疗机构、人民群众的切身利益息息相关，容不得半点马虎。认真履行职责，高标准地完成工作任务。

一是下发了《关于各医疗机构报送相关信息数据的通知》，对各医疗机构相关信息数据的收集、报送工作进行了安排部署和细化，整理归档一批系统完善的医疗信息数据，为价费、药采、医保的科学化管理提供了有力抓手。

二是按省局要求申请上报了我市新增医疗服务价格项目，促进医疗服务水平的提高。

三是跟踪我市跟进国家4+7药品集中带量采购运行后25种药品价格的管理工作，确保价格政策的贯彻执行，使人民群众用上质优价廉的药品。

四是及时答复市长热线及群众的价费咨询事宜，为群众答疑解惑。上半年以来，共答复市长热线政策咨询6起，群众价费咨询10人次，均给予满意的解答。

五是按照《河北省医疗服务价格改革数据调查通知》，组织各医院填报医药服务收费数据，向省局上报了各医院20xx年和20xx年收入情况、耗材收入情况，为年底调整医疗服务价格做准备。

（四）推动基本医疗保险支付方式改革，把更多救命、救急的好药纳入医保。

一是完善制度体系。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，大力推行以总额控制为基础，按病种、按人均基金支出定额、按人头等多种方式相结合的医保支付方式改革。健全了基本医疗保险基金收支预算管理制，完善了医保付费总额控制办法、与总额控制相适应的考核评价体系，严格执行超定额风险预警制度，全面提高医保基金使用效率。

二是确定总额控制指标。根据定点医疗机构床位数量、医疗服务项目和服务能力等情况，结合人次均医保基金支出、转院率等指标，合理核定了定点医疗机构的年度总额指标，并按月进行月度分解定额结算。

三是制定年度医保支付管控标准。严格按照“年终决算、超支分担、结余结转”原则，对各医院20xx年总额控制情况进行决算，研究制定20xx年医保支付管控标准，设定统筹内住院率、转诊转院率、百元医疗收入耗材占比等考核评价指标，并在定点协议中进行了明确；单独确定考核指标，防止医院年终推诿、拒收病人。

四是协同推进医联（共）体建设。出台了《关于鼓励支持城市医联体建设、实行医保基金按人头打包支付的实施方案（试行）》，按照医保基金“总额控制、结余留用、合理超支分担”原则，根据参保人筹资金额，预留调剂金、风险金、大病保险基金、意外伤害保险基金等补充医保基金后，按月按人头打包支付给医联体单位，积极推动市中医院、双滦区人民医院、营子区第六人民医院、滦平县医院、隆化县中医院、隆化县医院及15家社区卫生服务中心（站）医联体建设。

（五）完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，推动跨省异地就医直接结算。

一是夯实参保扩面工作基础。在经办机构开设税务缴费窗口，建立协同联动机制，确保征管体制改革期间征缴工作不受影响。通过优化参保缴费服务流程，延长参保缴费期延长等举措，引导城乡居民稳定参保。截至目前，全市城乡居民参保万人，参保率保持在96%以上，其中建档立卡贫困人口参保率达到100%。

二是调整完善政策体系。出台了《进一步调整完善城乡居民基本医疗保险和大病保险政策措施的通知》，将城乡居民大病保险筹资标准由60元提高至75元，起付线标准下降到城乡居民人均收入的50%，报销比例提高至60%，进一步减轻大病保险和困难群众医疗负担。全面做好医疗救助对象的参保资助救助、门诊救助、一般住院救助、重特大疾病救助等医疗救助政策，确保困难群众及时便利享受基本医疗权益。同时进一步完善了医保结算系统，实现大病保险、意外伤害保险出院即时结算。截止目前，全市累计为万人次落实大病保险待遇亿元；全市享受意外伤害待遇万人次，支出基金亿元。

三是有序扩大异地就医直接结算范围。在完善省异地就医直接结算系统的基础上，按照国家异地就医直接结算平台相关数据标准，对异地就医直接结算系统进行了升级改造，为纳入国家异地就医直接结算的定点医疗机构提供接口数据。截止目前，全市城乡居民定点医疗机构纳入省内及跨省异地就医结算平台达到60家（新增9家），每个县（市、区）至少有1家跨省定点医疗机构，实现跨区域就医结算“一卡通”；通过异地就医平台，全市累计为万人次落实医疗保障待遇亿元。

（六）加强民心工程建设，把31种抗癌新药列入门诊特殊病用药报销范围

31种抗癌新药列入门诊特殊病用药报销范围列为新局成立后首要抓好的重点民心工程，成立了推进落实工作领导小组，具体负责组织实施、督导检查等工作。制定下发了《推进落实方案》，明确了目标要求及完成时限，牵头领导、责任科室和责任人。出台了抗癌药特殊门诊管控办法，完成了信息系统改造，组织召开了定点医疗机构工作部署会议。4月1日，已正式将31种抗癌新药列入门诊特殊病用药报销范围，患者门诊就医，只要符合相关规定就可按比例报销医药费用，并实现门诊特殊病费用报销系统即时结算。截至到目前，已确定10家特药门诊定点医疗机构，办理特药审批439人，为4689人次报销医保基金万元。

>二、明年工作谋划

- （一）密切关注取消耗材加成医药价格调整后价格机制运行情况，加强跟踪管理，确保价格秩序稳定。
- （二）加强对各县区业务指导工作力度，强化医药价费动态管理。
- （三）继续跟踪我市跟进国家4+7药品集中带量采购运行、药品价格的管理工作，促进带量采购工作平稳运行。
- （四）强化为群众服务的意识，积极为群众答复和解决群众医药价费方面的问题，提升我局的公信力。

医疗保障干部工作总结12

尊敬的区人大领导及各位代表：

首先感谢您在百忙之中到安富街道检查指导城镇居民医疗保险工作！下面我就今年上半年医保工作开展情况作一简要汇报：

>一、主要做法

（一）明确责任，加强组织领导。医保工作作为最重要的民生工程之一，街道领导高度重视，成立了以分管领导为组长的医保工作领导小组，强化医保工作组织领导。科学分解目标任务，明确各社区、各部门的工作职责，并签订目标责任书，将居民医疗保险工作纳入街道对社区和联系社区干部的综合目标考核，确保此项工作按计划有序推进。

（二）创新途径，注重宣传实效。一是扎实开展“三进”宣传活动，提高群众参保知晓率。安富街道积极组织各社区医保专干，针对不同参保对象的实际情况，制定和实施个性化宣传方式，扎实开展居民医保政策“三进”宣传活动（即“进街道、进社区、进家庭”）。二是床戏创新宣传途径，广泛发动居民群众积极参保。街道充分利用社区党员骨干、青年志愿者、老年协会、热心群众、居民健身队等人脉网络，采用群众喜闻乐见、通俗易懂的宣传形式，多途径、多形式大力宣传城镇居民医疗保险工作，如在街头闹市拉横幅，在街巷口、小区内宣传栏张贴参保通知

，制作黑板报、电子广告屏、挨家挨户向群众发放宣传资料、节假日活动表演等方式，营造浓厚的医保政策宣传氛围，让广大居民深入了解城镇居民医保惠民工程带来的好处和实惠，引导广大居民积极主动参保。

（三）先行先试，化被动为主动。在参保扩面工作中，

针对传统工作模式存在的局限性——坐等居民前来参保，街道劳保所大胆创新，力争化被动为主动，探索出一种全新的工作方式——“上门办理”参保。即摸清辖区内居民人口基数，初步掌握符合参保条件的居民人口结构，将低保户、残疾人等弱势群体作为居民参保工作的重点，有的放矢地督促指导各社区结合实际在永宁西村、金娟小区、火炬生活区、上坝棚户区等地，开展登门入户的方式为其讲解居民医保相关政策，办理医保参保手续，为弱势群体医保应保尽保拓宽了渠道，变被动登记为主动登记，在群众中树立了亲民、爱民的人性化服务口碑，取得良好效果。

（四）构建系统，提高办公水平。一是维护升级居民医疗保险网络系统。联系广电网络公司，借助网络信息传输优势，对社区居民医疗保险网络系统进行全面排查、维护、升级，确保社区医保网络畅通，方便居民办理医疗保险；二是构建三级医保服务平台。建设区社保局、街道、社区三级医保服务平台，建立医保参保网络信息QQ群，在线解答参保相关政策，及时公布医疗保险最新政策法规和工作进度，宣传基层参保先进经验，即时解答社区及居民群众参保办理程序和就医中出现的问题，实现医保工作渠道的多样化；四是加强业务培训，提升服务质量。街道组织社保专干进行业务知识和操作程序等技能培训，深入学习掌握政策标准、让每个经办人员准确把握政策、熟悉业务流程、提高服务质量。

>二.工作成效

按照区上的安排要求，从20xx年我街居民医疗保险工作相继启动，到目前，我街5个社区全部实施，参保人数达到7761人，参保率达到%。收缴医疗保险费万元。，享受医保待遇的达2279人次，支付医疗保险待遇29万元，医疗费报销比例平均60%以上，有效保障了居民的基本医疗需求，得到了广大老百姓的普遍欢迎和衷心拥护。我街居民医疗保险工作开局良好，基本建立起了科学合理的政策体系和运行机制，为全面建立城镇居民基本医疗保险制度奠定了较好的基础。

>三、存在问题

城镇居民医保在实际工作中存在的主要问题有：一是政策宣传力度还不够大，群众参保意愿还需要引导；二是各社区参保进度存在差距，完成效率不一致；三是空挂户问题增加了工作难度。未参保人员按户口所在地的摸底统计数据中，包含了部分未在户口所在地居住的居民，如上坝社区公正街、天新街已拆迁，纳溪酒精厂、农药厂、安富食品公司、航运公司、粮站等已改制、关闭、破产企业集体户居民，大部分居民已不在户口所在地居住和生活，难以联系，但户口仍未消除；四是医药费用报销制度亟待完善。部分居民参保后感觉报销程序复杂繁琐，纷纷抱怨，医药费用报销制度的不完善，让医院与社保部门缺乏有效衔接，居民在报销医药费用的时候阻碍重重，使还未参保居民的参保信心大打折扣，在一定程度上影响了居民参保积极性。

>四、工作打算

“踏实工作，认真落实”仍然是安富街道开展居民医疗保险工作的态度，在学习中抓落实，在落实中见成效，持续、高效推进城镇居民医保的加速、提速工作。

横向来看，主要是搞好医保政策宣传，提高居民知晓率，调动群众积极性，从而提高参保率；同时将原有的督导组分为两队，设立小队组长，负责组织指导、督查督办城镇居民医保工作；充分发挥社区网格化管理优势，实行分片包干制，直到任务完成为止；进一步完善每日一报的工作通报制度，加强沟通协调和信息反馈，推动工作责任措施的落实和目标的完成。

纵向来看，一是要加强经办人业务水平，培养工作技巧，客观准确地传达医保政策，最大化地动员群众参保；二是进一步完善各经办点的业务办理制度，规范服务流程，方便群众办理参保手续。同时切实抓好待遇兑现工作，协助参保人完善患病住院费用报销手续，让群众得到真正实惠，对未能及时兑现的群众做好解释工作。

汇报完毕，请各位领导和代表多提宝贵意见，指正不当之处。谢谢大家！

医疗保障干部工作总结13

在_员宣誓词中有这样一句——“随时准备为党和人民牺牲一切”，而在新时代党员如何践行冲锋在前这句话，时常引发思考。这场疫情阻击战让大家真实生动的重温入党初心，而全国各地众多党员们的实践，也践行了党员冲锋的入党誓词。

我是党员，我“请战”。面对疫情，网上多封党员“请战书”上了热搜，许多医护人员放弃春节假期，主动请缨，参加疫情防控应急增援。原参与小汤山抗击“非典”的医疗队队员也积极请战，奔赴武汉驰援；被感染后经治愈的忽视郭琴秉着党员要起到先锋模范的带头作用这份初心重返一线；武汉移动组建了党员突击队，保证疫情期间的物资调配、工程施工。这些主动“请战”，奋斗在抗疫前线的党员们，舍小家为大家，秉着大家的情怀，放弃了春节与家人团圆的宝贵时间，不顾家人们担心，把集体利益放在首位，义无反顾，冲锋在前，用实际行动践行者_员的初心和使命。

党员，彰显先锋带头作用。疫情就是命令，防控就是责任，面对凶猛的疫情，党员们不退缩，主动请缨，彰显了新时代党员干部的先锋带头作用。疫情阻击战，是对广大党员初心使命的考验，各级党组织和广大党员干部们敢于承担、甘于奉献是对新时代先锋带头作用思考中的回答。冲在前、打头阵，奋斗在医院救治、奔走在社区摸排、做好人员隔离等等这一系列工作都是对党员干部先锋模范作用的彰显。这种冲锋在前的精神，震撼这广大群众的心，许多民众在这种精神的引领下，自发的转款捐物，支援武汉。

众志成城，抗击疫情。党员干部要做好排头兵，发挥先锋模范的带头作用，秉持初心和使命，践行人民利益高于一切的承诺和誓言。

医疗保障干部工作总结14

新型农村合作医疗制度是_、_为解决农民群众“看病难，看病贵”问题而做出的重大决策，是一项真正使农民群众得到实惠的民心工程，是各级政府为农民群众办的事实和好事。20xx年以来，新型农村合作医疗工作在院领导的正确领导下，本着全心全意为人民服务，切实减轻农民负担，缓解农民群众“因病致贫、因病返贫”问题，严格执行省、市、县相关文件精神，扎实有效的开展工作，现将工作开展情况总结如下：

>一、基本情况

20xx年全镇农业人口数为51580人，参加新型农村合作医疗48472人，参合率达94%，其中五保、低保、七到十级伤残、优抚对象及70岁以上老人参合率达100%。20xx年度我镇筹集基金总额1705970元，其中农民人均缴费30元，计1273980元，镇财政配套资金人均5元，计243710元，农村医疗救助资助188280元。全部资金已上缴县新型农村合作医疗基金财政专户。

>二、工作开展情况

（一）调整完善补偿方案

按照垦利县卫生局、民政局、财政局、农业局《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的实施方案》规定，严格执行现场门诊补偿和住院补偿。门诊医药费用可补偿比例为30%（医院门诊基本药物目录内药品补偿比例提高到35%），封顶线为每人每年补偿额90元，以户为单位计算。住院补偿设起伏线和封顶线，其中乡镇定点医疗机构起付线为100元，补偿比例为60%，基本药物目录内药品补偿比例在原补偿比例基础上提高10%，县级、市级、

省级定点医疗机构起付线分别为200元、300元、500元，补偿比例分别为40%、35%、35%。20xx年新农合的住院补偿封顶线全县统一确定为5万元。

（二）加强监管，确保新型农村合作医疗基金的安全使用。

1、20xx年新型农村合作医疗基金使用情况

20xx年，参合农民门诊补偿受益107912人次，补偿金额元，其中二院门诊补偿受益16874人次，补偿金额元，社区服务站及诊所门诊补偿受益91038人次，补偿金额元。住院补偿受益1803人次，补偿金额3275604元，其中乡镇医院813人次，补偿金额534418元，市级及市级以上医院（包括外地就医）990人次，补偿金额2741186元。其中单次补偿超过10000元的有64人。县级三万以上补偿受益76人次，补偿金额153360元。市级三万以上补偿受益84人次，补偿金额未

定。

2、新型农村合作医疗基金运行公示情况

为进一步加强和规范新型农村合作医疗制度，维护公开、公平、公正、透明的原则，增加新型农村合作医疗基金使用情况的透明度，每个季度对新型农村合作医疗基金运行情况进行公示，自觉接受社会和群众监督，加大了参合群众对新型农村合作医疗基金使用情况的知情权和参与权。

（三）切实做好信息上报及管理工作

严格按照省、市、县合管办的有关要求，认真做好信息报表中的有关数据的收集、统计、整理，确保数据真实、准确。每月按时上报信息报表。切实做好信息资料管理工作，使新型农村合作医疗材料分类归档。建立会计档案，支付凭单装订成册，妥善保管，防止丢失。

从上述情况说明我院新型农村合作医疗工作正在逐步走向正规化运作之路，农民受益面与去年同期相比有所增长，农民对新型农村合作医疗工作的知晓率达到了100%，从住院病人的例均费用看，与去年同期持平。取得了一些成绩，我们的做法是：一是广泛深入宣传，正确引导农民自愿参加合作医疗；二是完善规章制度，确保新农合工作规范运作；三是切实加强监管，维护参合农民利益；四是严格财务管理，确保基金运行安全；五是加大人员培训力度，努力提高管理水平。

>今后我们将重点做好以下几点工作：

- 1、严把住院审核关。各定点医疗机构在收治参合农民住院时，医务人员必须严格执行首诊负责制，严格核对其身份，参看其《合作医疗证》、身份证、户口簿是否相符，谨防将非参合患者纳入参合住院补偿。
- 2、规范诊疗行为。各定点医疗机构在开展诊疗活动中，必须遵守相关的操作规程和标准，严格遵循用药规定，严格执行山东省新型农村合作医疗基本用药目录（20xx）版；做到合理检查、合理用药、杜绝乱检查、大处方等不规范行为的发生，要严格执行物价部门核定的收费标准，确保依章收费、合理收费和规范收费。
- 3、加大宣传力度。把宣传工作作为一项长期任务抓紧、抓好、抓实，真正做到家喻户晓，增强农民参合意识，不断提高群众的就医意识。
- 4、进一步建立健全各种管理制度，逐步使新型合作医疗工作走上法制化、制度化运作的轨道。

医疗保障干部工作总结15

为着力做好常态化疫情防控，切实做好疫情的监测、管控和救治工作，切实扛起政治责任，坚持把人民群众生命安全和身体健康放在第一位，把做好疫情防控作为当前最重要的工作来抓，做到抓早、抓准、抓严、抓实，黔西南州在常态化疫情防控中多措并举，着力加强对重点人群的管控监测。

加强入境人员、疫情较重地区入州返州人员的监测。全州发热门诊是发挥疫情监测最重要的前沿哨点，要及时做好新冠肺炎疑似病人、无症状感染者、特别是要提高核酸检测效率和筛查速度，对入境人员来州及疫情较重地区来州人员等7类人员的核酸检测，要第一时间采样，第一时间检测，按照平战结合的原则加强项目建设，做好建设符合生物安全二级以上标准的临床检验实验室的申报工作。

加强无症状感染者的发现和管控。通过社会防控组的管控及发热门诊流行病学调查等，及时发现无症状感染者。一旦发现无症状感染者在2小时内进行网络报告，第一时间采集标本，开展核酸检测，第一时间出具结果，在24小时内完成流行病学调查和密切接触者的判定，切实做到及时发现、快速处置、精准管控、有效救治，一旦转成确诊病例，严格按照标准进行处置和治疗。

继续开展爱国卫生运动。充分利用好爱国卫生运动宣传月，每个县市都要开展一个明确主题的爱国卫生宣传活动，积极宣传疫情防控相关知识，提高人民群众的知晓率，增强他们对新冠肺炎疫情的自我防范意识。

开展常态化的医疗服务。全州各卫生医疗机构都要做到应开尽开、应治尽治、应收尽收，充分利用省、州、县、乡四级远程医疗作好常态化疫情防控工作。

持续做好出院患者跟踪管理。对已经治愈出院的确诊患者、无症状感染者等必纳入家庭医生签约服务范围，由属地定点救治医院和基层医疗卫生机构对其进行为期一年的医疗观察，每14天进行一次核酸检测，定期开展随访复诊，健康监测，康复医疗，定期体检。

开展整治和健康监测的全闭环管理。一旦出现异常情况立即报告并送有关医院进行治疗。要减少复阳患者的密切接触者，要认真做好宣传工作，减少人员接触。

加强卫生健康的执法力度。在常态化疫情防控工作中，对安排的一系列措施，各级各部门是否按要求抓好落实、是否落实到位，卫生健康执法支队要加强对各医疗机构的落实情况进行督导，加大对此项工作的执法力度。

医疗保障干部工作总结16

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，我会更加努力地学习相关政策，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。

医疗保障干部工作总结17

今年以来，在市委、市政府的坚强领导下，在省、市相关部门关心和支持下，市合管局按照年初制定的工作计划，认真开展各项工作，取得了一定成效，现将上半年工作情况总结汇报如下：

>一、工作开展情况

>（一）加强宣传，引导农民转变观念，增大影响力。

宣传工作是推行新型农村合作医疗的首要环节，只有让广大农民把新型农村合作医疗的政策真正弄懂了，他们才会积极参与和支持。我们在实际工作开展中，注重从多方面、多层次做好宣传工作。一是通过传媒宣传报道，扩大新型农村合作医疗的影响力。今年，电视台、人民广播电台、《今日》等新闻媒介，以专版、专题等多种形式先后报道了全市新型农村合作医疗工作的开展情况。二是利用受理补偿中的实例，进行广泛宣传。在参合农民医疗费用补偿过程中，我窗口工作人员积极、耐心、细致地向每一位农民宣传、解释《管理办法》条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使新型农村合作医疗服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传新型农村合作医疗政策的重要阵地。三是通过新闻媒体、政务公开、村务公开、电子屏幕等多种形式定期对外公布全市参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全市补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到新型农村合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到新型农村合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持新型农村合作医疗。四是开展对外交流活动，开展对外宣传。今年上半年，我们共接待全国各地参观考察交流团余次，这些考察交流团参观我市经办机构 and 定点医疗机构，了解了我市新型农村合作医疗运行情况，对全市的试点工作开展情况给予了很高评价，同时，也对我市新型农村合作医疗工作提出了好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，扩大了全市在全省乃至全国的影响，也为全市新型农村合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

>（二）强化管理，努力为参合农民提供优质服务。

经办机构工作效率好坏、定点医疗机构服务水平高低的直接影响到农民参加新型农村合作医疗的积极性，我们始终把为参合农民提供优质高效的服务放在工作的重中之重。一方面，我们坚持努力提高经办机构服务管理水平。在新型农村合作医疗推行过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。市新型农村合作医疗服务窗口工作人员把“中心”“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，有情操作，实行一站式服务，运用自主开发符合我市《管理办法》的计算机软件，当场兑现医疗补偿费用。截至×月×日，全市共补偿人次（其中住院补偿人次，门诊补偿人次，慢病补偿人次），补偿金额共计元（其中住院补偿总额元，门诊补偿总额元，慢病补偿元）。通过近两年运转，以户为单位受益面达%左右，得到元以上补偿金人次，得到万元以上补偿金人次，最高补偿金达元。另一方面，我们进一步加强对定点医疗机构的监督管理，使之不断提高服务质量和水平。为切实提高定点医疗机构服务水平，我局组织开展了监督检查工作，针对各定点医疗机构医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开督察，发现问题，及时书面反馈，并要求其限期整改。同时，利用乡医培训契机，加大对乡镇社区卫生服务站医疗服务行为、合理用药、因病施治等培训力度，受训医生达余人，为参合农民就医营造一个良好的医疗氛围，让广大参合群众真正得到优质、高效、便捷、价廉的医疗服务。今年上半年，我局开展定点医疗机构督察共达余次。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还在市行政服务中心和市人民医院设立了意见箱，广泛了解参合农民对我市新型农村合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

>（三）严格财务管理，确保基金运转安全。

在新型农村合作医疗基金监管体系保证下，我市新型农村合作医疗基金的管理和使用，严格实行收支两条线，做到专款专用。建立健全了财务管理制度，每月定期向市新型农村合作医疗管委会和社会各界汇报和公布基金的收支使用情况，并建立咨询、投诉与举报制度，实行舆论监督、社会监督和制度监督相结合，确保基金运转安全。

>二、下一步工作要点

(一) 加强就医、补偿等各项服务的管理,进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序,积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式,取信于民。

(二) 提前谋划,全力以赴,做好年筹资各项准备工作,保证新型农村合作医疗试点工作持续、健康、稳步推进。

医疗保障干部工作总结18

在盘县县委、县政府和县卫食药局、乡(镇)政府、各相关部门的共同努力下,我县新型农村合作医疗工作正健康稳定的发展,基本达到了农民得实惠、医院得发展、政府得民心的目标,我县新型农村合作医疗基金自实施以来实行封闭运行,从农民缴纳参合资金到中央、省、市、县下拨资金都是实行封闭式运行,严格遵照《新型农村合作医疗基金财务制度》的要求。现将20xx年上半年合作医疗基金工作情况总结汇报如下:

>运行情况

1、参合筹资情况

20xx年全县总人口1,179,859人,其中农业人口966,762人,参加合作医疗947,387人,参合率为98%,达到县委县政府的要求(95%),筹集参合金2,842.16万元,20xx年共筹集国家、省、市、县配套资金18,947.74万元,目前已到位国家级资金4,010万元,省级资金3,007万元,总的筹集资金为21,789.9万元,相比20xx年多筹集到8,526.48万元,提取风险基金1,089.5万元,全年可供使用资金20,700.4万元。按平均计划每月可供使用资金1,725.03万元。

2、资金报销情况分析

(1) 全县1—6月份共报销4,521.32万元,平均每月753.55万元,占平均每月可使用资金的43.68%,占总可使用资金的21.84%。受益人数为206,911人次,收益率为21.84%;门诊补偿资金303.06万元,占补偿资金的6.7%,门诊资金补偿比为68.3%;住院补偿资金为4218.26万元,占补偿资金的93.3%,住院资金补偿比为50.72%。具体报销使用情况见

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