# 医保局各项工作总结(热门22篇)

来源：网络 作者：夜色微凉 更新时间：2024-07-27

*医保局各项工作总结1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...*

**医保局各项工作总结1**

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、强化医疗政策宣传，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政策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，政策范围内费用万元，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。

>四、深化联网结算工作，推进医疗机构运行

截止20xx年，县人民医院进入国家平台，实现全国异地联网结算。全县14个乡镇卫生院开通“金保系统”联网，切实方便广大参保群众。存在问题：乡镇卫生院因系统及网络不稳定等问题，导致结算、汇总功能不能有效运行。

>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政策，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，监管政策执行情况

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。

**医保局各项工作总结2**

以新区开展的劳动保障作风整顿、行风建设、不作为及懒散拖治理为契机，结合我街道实际情况，现将籍田劳动保障工作总结如下：

一、基本情况及作风建设：

1、基本情况：籍田户籍人口3。7万人，当前从事劳动保障工作19人；大专及以上文化18人，高中文化1人；20xx年累计服务群众约7万人次。

2、作风建设：从20xx年5月开始，开展了作风整顿、行风建设、不作为及懒散拖治理工作；分别召开了动员会、作风纪律回头看等相关工作会，形成“五查、六治”清单，不作为及懒散拖整治台账；严格落实新区通知要求，街道通过民主评议、群众满意度及问卷调查、采取街道抽查、个人自查、相互监督等灵活多样的形式；查摆整改问题10个并限期整改完成，结合“互联网+”协管员考核办法，扣加分制管理，平时考核与个人年终绩效挂钩；形成长效机制，争先创优、争当服务明星；促进各项工作有序推进，做到思想过硬、作风过硬、业务过硬就是更好地为人民群众服务。

二、就业工作：

举办招聘会目标任务3场，已举办3场，（即：春风行动暨返乡农民工招聘会、20xx就业援助月系列活动、冬季创业服务月系列活动）；实现农村富余劳动力向非农新增转移就业目标任务400人，实际完成450人；实现城镇新增就业目标任务150人，实际完成220人；实现失业人员再就业目标任务196人，实际完成200人；实现城乡劳动者培训目标任务320人（其中35岁以下青年职业技能培训30人），实际完成城乡劳动者培训目标任务362人（其中35岁以下青年职业技能培训95人）；实现促进高校毕业生实现创业目标任务2人，实际完成3人（其中含3人实体创业补贴）；初、高中应届毕业生三年培养计划补贴16人；35岁以下失业青年培训目标10人，实际完成10人；劳务品牌技能培训无此项目标，自主完成15人参加，通过考试其中15人已获得证书，同时已办理个人直补申请；发布信息目标任务2条，已利用各类\*台采用3条；录入政务公开\*台各类信息240条；新增开发公益性岗位目标10个，实际完成10个；新增吸纳大学生就业创业目标任务200人，实际完成200人；有序推进返乡农民工、退役士兵、高校毕业生创业就业、新征地农民、农村劳动力实名制调查，下拨经费9204元；返乡人员创业培训目标15人，实际完成15人；返乡农民工培训目标2人，实际完成2人；确定“互联网+”就业创业远程视频见工服务点3个，投入资金3万元，现已建成3个点位即籍田街道、蔡堰社区、回江社区；建立就业创业指标评价机制，推进充分就业社区建设点位一个即蔡堰社区；每月按时填报失业动态监测企业两家（东山教学公司和吉顺保洁公司）；完成家政服务用户及单位调查5家；重点企业调查1家；有序推进被征地农民失业保险金申领工作176人；参加天府新区直管区组织的“20xx年生活性服务业技能大赛”荣获“优秀组织奖”（其中个人二等奖1人）。参加新区组织的“建设技能天府、培训技能英才”荣获焊工个人二等奖1人、维修电工个人三等奖1人、叉车个人三等奖1人、参与奖1人。逐步完善各类台账的建立，整理规范有序，确保工作无误。

三、社保工作：

（一）城乡居民养老保险及社会化管理工作：

1、20xx年度城乡居民养老保险缴费目标人数5650人，截止20xx年12月25日经系统查询，实际完成6150人，超额完成500人；确保了省、市、区民生工程落地落实。

2、为了便于群众缴纳城乡居民养老保险，我街道主动申请、率先试点POS机缴费功能，不仅方便了本街道群众缴费，同时有利于周边街道的群众缴费，从试点以来我街道通过刷卡缴费已达7000余人次。

3、积极开展社会保险重复领取追缴工作，今年以来共追回重复领取社保待遇3人，追回社保基金共元。

4、磁条卡办理情况：从20xx年4月至12月底共办理各类磁条卡20xx余张，有效的与三代卡采集工作过渡期紧密结合，减少资源浪费，过度平稳、废旧推新。

（二）城乡居民医疗保险工作：

1、20xx年度我街道共有普通人群21495人参保缴费；特殊人群1062人（其中含少儿61）；合计总参保人数22557人。与下辖村社区签订目标责任书，明确村主任为第一责任人；按照新区要求籍田辖区内城乡居民医疗保险覆盖率已达99%以上，力争达到100%。

2、加强票据管理、完善票据制度、建立相关措施、责任落实到人，确保票据规范、有序使用、不掉一张票、不错一个人。

（三）积极开展三代社会保障卡数据采集工作：

积极开展社会保障卡宣传采集工作，投入资金万余元（制作宣传标语40余幅、印制宣传资料120xx余份、利用各类场合滚动播放宣传视频150余次、开展宣传活动26次），截止20xx年12月，籍田街道应采集城乡三代社会保障卡27352人，实际采集城乡居民三代社会保障卡约26700人，采集率97%（超额完成新区所下达的目标值）；社会保障卡发卡率100%；籍田社保卡采集工作长期走在新区前列，并多次受到新区通报表扬。

四、劳动监察工作：

籍田辖区各类企事业单位38家，积极配合上级开展的企业年检及用人单位专项用工检查；积极配合用人单位薪酬调查工作；利用天府籍田微博\*台发布信息3条，加强劳动监察法律法规的宣传力度；发挥好微信投诉\*台处理各类劳动争议纠纷，及时化解矛盾；有效预防和控制对企业的日常监管工作；积极开展农民工工资摸排工作，尤其是建筑行业作为重点，打造样板工程；做到“和谐发展、共创籍田”。

五、存在的不足

一是个别工作人员对业务、政策不够精通，偶有发生推、绕、拖的现象，大局意识、服从意识、服务群众有待加强。

二是对劳动保障工作业务知识方面的学习有待加强，对国家、省、市、区有关方针、政策的宣传贯彻还不够深入，为广大劳动者提供劳动保障服务的能力有待提高。

三是劳动力文化程度普遍偏低，老百姓参加技能培训的热情不高，导致了劳动力总体上思想更新慢、技术水\*不高，就业竞争力低。发生这一问题的根本原因在于培训与就业脱节。

四是加大社会保障宣传力度不够，特别是城乡养老及城乡医疗，不仅要按照上级要求完成，更要力争覆盖率达到100%，切实让群众真正能享受到惠民工程带来的好处。

六、工作打算：

一是切实加强本街道工作人员自身建设和管理，加强政策学习，进一步提高工作人员的政策水平和业务水\*，以便更好地发挥基层\*台的作用，更好地为人民服务。

二是切实加强技能培训，努力为辖区内的群众组织实用技能培训；加强企业用工招聘的服务工作和劳动力转移培训工作，提高劳动力的综合素质，转变传统思想，从而提高群众就业收入。

三是多动脑筋，多想办法，抓住机遇，力争完成各项任务。

四是继续着力宣传，普及就业法律法规知识。

五是坚持以企为源、以人为本，深入走访到户，努力实现就近就业。

六是切实做好劳动保障的其他工作，努力推动劳动保障全面协调发展为我街道经济社会又好又快发展做出更大的贡献。

**医保局各项工作总结3**

按照保山市卫计委医疗专家进社区的要求，从20xx年8月20日到20xx年9月30日，我院安排肿瘤科耿计伟、颌面外科王国彪、神经外科王学进、内分泌科赵娟、肾内科苏晓艳、麻醉科兰娇嫣、门诊部熊要兰、泌尿外科杨立柱、骨外一科牛罕敏9人前往隆阳区兰城社区卫生效劳中心开展对口支援工作，现将开展工作以来我院的对口支援开展工作总结如下：来到隆阳区永昌社区卫生效劳中心，和社区医院的医生们，共同学习，共同努力，共同工作，共同进步；在工作中，我们克服困难，多想方法，努力工作，仔细耐心，热情周到地为群众提供就医效劳。我们在这一个多月的时间里，遵纪守法，团结互助，努力工作，现将这一阶段的工作开展情况总结如下：

>一、活动开展情况

1、开展学术讲座

我们在社区医院会议室为社区及乡镇卫生院的医务人员开设了《腰椎间盘突出》、《前列腺增生》、《尿潴留》、《胸部X读片》、《尿路感染》、《肾病综合征》等六个专题的学术讲座，有100多人次的医务人员参加。

2、实施诊疗工作

在每周的两次下社区工作中，我们为广阔群众进行诊疗和咨询活动，共为100多人次的群众实施了诊疗工作。

3、为群众义诊

我们小组主动到隆阳区永昌社区卫生效劳中心开展义诊和健康宣教工作，共为群众义诊100多人次，深受群众的欢送和好评。

4、我们小组分两批到隆阳区永昌社区卫生效劳中心，积极与医务人员进行交流、指导等，帮助完善社区医院的各项工作制度，对医生医疗文书的书写进行了标准，对医疗行为进行了标准的指导，为提高他们的`诊疗技术作出了努力。

5、双向转诊

一个多月来，我小组共从隆阳区永昌社区卫生效劳中心转诊到我院病人10余人次。

>二、指出存在的问题

通过一个多月来的工作，我小组指出社区卫生效劳存在的问题如下：

1、双向转诊制度不够完善，一些病人送往上级医院诊疗后，并没有转回社区卫生效劳中心医院进行康复治疗；一些应上送医院诊治的病人仍留在卫生效劳中心治疗。

2、社区医生在诊疗过程中诊疗行为不标准，用药不标准，医疗文书书写不标准，存在医疗平安隐患。

>三、提出建议

1、希望制定相关的规章制度，使医务人员自觉执行双向转诊制度，做到“小病在社区，大病到医院，康复回社区〞。

2、加强对社区医生业务培训，标准其诊疗行为，并制定严格的奖惩制度，努力杜绝医疗隐患。

3、进一步完善社区卫生效劳站的各项功能，积极开展康复保健、健康教育等工作。

“保山市20xx年医疗专家进社区暨稳固创立示范社区〞活动的开展，对帮助我市社区卫生效劳中心医院健全业务标准和制度、提高诊疗业务技术水平、纠正不良诊疗行为、指导和协助开展健康教育工作等方面，起到了帮助提高、促进标准的作用；为我市的乡镇、社区卫生中心医院和市级医疗机构建起了沟通的渠道，将对今后促进和提高社区医疗卫生工作的开展奠定良好的根底。

**医保局各项工作总结4**

我院自20xx年被定为“新型农村合作医疗”定点医疗机构以来，医院领导非常重视这项关乎民生的工程，想方设法方便参合农民报免，增加报免率，减少目录外费用。我院紧紧围绕提升新农合服务水平这一工作目标，一手抓管理、一手抓监督、监管结合、标本兼治、多角度、全方位、深层次审势新农合发展，使新农合的优越性更加显著，参加农村补助更加快捷，赢得了广大参合农民的好评。目前我院新农合工作稳步发展，各项重点工作全面落实，主要运行指标质量良好，现将我院20xx年上半年新农合工作总结如下：

>一、建立健全了新型农村合作医疗管理组织和各项规章制度

从20xx年8月份开始，按照我县新型农村合作医疗实施方案的要求，成立了由副院长为领导的医院合作医疗领导小组及合作医疗办公室，合管办由六名同志组成，并明确每个人的职责，从组织和人员上保证了我院新型农村合作医疗工作的顺利开展。随着合作医疗业务的逐步扩大，我们将及时增加办公室工作人员，以保证合作医疗工作的正常开展和有序进行。又于20xx年1月根据县合作医疗政策的变更，建立健全了我院的合作医疗服务管理制度，按照县新型农村合作医疗实施方案的要求，实行诊疗服务项目、用药目录、收费标准三公开。对医护人员、有关的财务人员和业务经办人员进行了合作医疗有关政策规定的学习和培训，使有关人员能够正确理解和执行合作医疗实施办法以及其它相关规定。并且，先后开专题会议，要求全体医务人员熟悉掌握相关政策、规定和业务，并通过多种方式向社会广泛宣传。组织翻印合作医疗资料汇编，病种目录，熟知相关业务。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。今年5月份，我院按照县卫生局文件精神，积极开展自查自纠，查找风险点，从明确监控责任、规范运行程序、建立预防机制、开展风险预警等方面制定了《新型农村合作医疗基金运行监控实施方案及工作计划》，有效的保障了新农合基金的良好运行。

>二、新型农村合作医疗的运行情况

为使参合农民更多的享受国家的“新型农村合作医疗”优惠政策，医院领导多次召开会议，研究部署新农合工作，医院把降低均次费用、减少目录外费用、增加报免率作为医院为农民办实事的目标，完善制度，强化责任，参合农民在第一时间就可到合作医疗办事处进行报免，只要是手续齐全，符合报免条件，合管办工作人员在不超过15分钟的时间将报免款交付参合群众，真正做到了出院既报。从而使我院一直在全县县级医院保持了目录外费用最低，报免最及时。如今，新型农村合作医疗已深受广大农民的欢迎。我院20xx年1月至20xx年6月，共有1275病例费用得到补偿。住院费总额合计元，补偿住院医药费元，次均费用元，次均减免元，日均费用元，平均住院日天，最高l列补偿元，最低1例补偿元；单胎顺产150人住院费总额合计元，补偿住院医药费元；剖宫产154人住院费总额合计元，补偿住院医药费元，另按禄丰县降消项目政策对360例住院分娩孕产妇给予每人平均补偿400．00元，合计补偿额元。从而减轻了患者的精神负担和家庭困难，体现出了合作医疗制度的优越性，合作医疗资金也发挥了它应有的作用。

>三、加强参合人员住院管理，杜绝冒名顶替

为了使合作医疗医疗资金能准确、及时地落实到参合住院人员手中而不被冒名顶替住院人员套取，核实住院人员身份是至关重要的，我们具体的做法是：住院病人在要求报销合作医疗费用时，经办人员首先要求其提供《县新型农村合作医疗证》、《身份证》和《户口薄》，经核实无误后，方可按相关标准核报费用；对于疑有不予报销范围的患者，则要求其提供有效证明资料后方可报销，有效地保证了参合资金的安全使用。

>四、加强药品、诊疗范围管理，杜绝大处方，超范围诊疗

我院自新型农村合作医疗实施以来，各临床科室严格按照《合作医疗药品目录》规定用药，今年新的《云南省新型农村合作医疗基本药物目录》发布以后，医院立即将新目录下发到各临床科室，以保证合理用药，对证施治。对自费的药品和诊疗项目一律执行事先告知制度，在得到患者或家属签字同意后再使用，有效地保证了药品的合理使用，规定了住院患者住院期间检查、治疗的规定，有效地减轻了参合人员的住院负担，在降低次均住院费用的同时，实际补偿比也得到了提高。

>五、严格执行入院、出院标准及有关规定

医院将“合作医疗住院病种住院目录”和“禄丰县新型农村合作医疗住院分段计费日均包干费用标准”印发至各临床科室，要求各位临床医师严格按照住院收治标准收治病人，对于病种目录之外又确需住院治疗的病人，应及时通知院合作医疗办公室按照规定办理报批手续，对于合作医疗基金不予补偿范围内的疾病和项目不予病人补偿。多年来，我们始终坚持首诊医师负责制，各科室及各临床医师决不允许推诿危重病病人。严格按照规定，没将不符合住院条件的参保人收入住院，在收治病人时从门诊医生到住院部收费室再到住院医生三个环节严格审查新农合参合病人的身份，不得冒名住院或借证租证住院。没有伪造新农合住院病人病历（挂名住院）。同时也没有对参合人分解住院或对不应该出院的病人诱导、强制出院，根据病情需要，病人确需转诊时，应按照相关条件，填写转诊书，办理出院，进行登记，手续完备，严格控制转诊率在2%以下。不断提高医疗质量，努力确保出、入院诊断符合率在95%以上，并控制因同一疾病二次住院在15天以上。

>六、医疗服务质量到位，不断提高参合群众满意度。

医院是为民服务的窗口，热爱岗位、关心病人、热情服务是每个医务人员工作标准的最底线。为此，我院以服务质量为首要，一是组织医护人员学习，以高尚的道德情操和高度的敬业精神，牢固树立为民服务的思想。二是提倡“一杯水、一句问候、一次搀扶”为内容，心贴心、送一份温馨的活动；三是提倡微笑服务，采取免费挂号、上门就诊、健康知识辅导、病人病情信息跟踪、热线电话等形式，主动关心病人病情状况。

>七、审核、报销

医院收费员在报销过程中，认真执行报销程序，对来报销医疗费用仔细查实核对。为提高参合农民对报帐程序的认识，印发了“参合患者就医、报销程序”有效提高了参合农民对新型农村合作医疗报销程序的认识。严格执行云南省物价部门颁布的医疗服务项目收费标准，按标准收费，并按有关结算规定进行结算。决不超范围、变通、重复、分解收费。各类收费项目的记录应与实际相符，保存原始单据以备复查和检查。凡自费项目需单独收费，并做好特殊标记。及时准确填写各类医疗费用结算的合作医疗统计表。

>八、药品、特殊诊疗、服务设施的管理

严格执行合作医疗的药品、诊疗项目以及服务设施使用范围的有关规定。严格执行国家和省级物价部门的物价政策，确保向参保人员提供的药品中无假药、劣药；对于报销范围内的同类药品有若干选择时，在质量标准相同的情况下，选择疗效好、价格低的品种。门诊病人取药时按照急性疾病3天量，慢性疾病7天量的原则给药。我院按照县卫生局、合管办的要求，药品进行统一采购，统一配送，做到了进货渠道正宗，药品质量保证，药品价格优廉，在国家指导价的基础上让利，使百姓直接受益，让利于广大农合患者。另一方面也体现了采购工作公开透明的运行机制，从而使患者用上放心药。严格掌握各类特殊诊疗及药品使用的适应症和指征，决不诱导或强制病人接受特殊项目或使用自费药品。实际使用的诊疗项目或药品应与记录相符，决不能将合作医疗支付范围外的项目变通记录为全额支付的项目。出院带药应

**医保局各项工作总结5**

日月如梭、时光飞逝，转眼间又到了新的一年，回顾这一年的工作历程，我不断地学习着劳动保障的新旧政策，不断地学习着村\*台业务和操作方法，也不断地领会着上级领导部门对劳动保障工作的指导思想和指导精神。紧紧围绕街道“把握基点、突出重点、突破难点、形成亮点”的工作思路，积极、踏实地开展各项基础业务，取得了一定的成效。

一、把握基点。

这个基点，就是要抓好基础工作。村劳动保障\*台是联结\*与老百姓的最基层的服务窗口，其存在的最大价值就在于为居民老百姓宣传政策，解答疑惑，反馈居民对\*的意见和建议，并为老百姓办理最简单的证册发放，如办理就业登记证、再就业优惠证等。所以说，检验村劳动保障工作得失成败的关键就在于这些基础工作是否能够落实到位，是否能够高效率地完成。截止到11月20日，我们村今年新增发放再就业优惠证81人，其中“3545”人员达66人，全失地人员为15人。全部符合领证范围和条件，无一例违反\_门的有关规定。同时，我们村还为有劳动能力和就业愿望的持有《再就业优惠证》人员开展就业援助，积极协调有关部门，使符合条件的下岗失业人员特别是就业困难的对象家庭能享受到规定的就业再就业扶持政策。对这一部分人定期走访，查看他们的近期就业状况，收入情况和家庭生活情况等。

二、突出重点。

马克思主义哲学早就告诉我们“两点论和重点论相统一”的原理，两点必须是有重点的两点，重点是两点基础上的重点。村劳动保障工作如果只讲求做好基础工作，而不在这其中明确重点，突出重点，那只会事倍功半。村劳动保障工作的重点是促进就业和再就业。就业是民生之根本，就业再就业工作是劳动保障工作的永恒主题，也是劳动保障工作的重中之重。老百姓有了工作才会有收入，有了收入才能穿衣吃饭，才能求医上学，俗话说“乐业安居”嘛。百姓安定了，社会才能安定，社会安定了，国家才能安定，才能真正实现社会的大和谐，民族的大觉醒，国家的大发展。就业再就业工作，也是一项民心工程，我们要始终坚定不移地把它放在村劳动保障工作的首要位置。我们不能单纯依靠采集岗位信息，采集求职人员信息，然后进行简单拼接式联系和介绍的传统再就业模式。重要的是我们要授人以渔，通过扩大免费技能培训，通过建立再就业援助基地，通过优惠政策的鼓励等各种方法，多方位，多角度地去实现再就业的目标。

三、形成亮点。

所以，我们村劳动保障工作的最大亮点就是依托网站这个\*台，加大对劳动保障政策的宣传，加大对村内工作岗位信息和求职人员信息的发布。以上是我们村劳动保障工作在这一年时间里取得的一点点成效。有成效固然可喜，但更应该看到不足。与其他村的协管员相比较，我在政策的宣传方法上，在业务的熟练程度上与他们还是有明显的差距。在某些工作上的主动性还显不够。但是我相信，只要我永远保持谦虚谨慎的态度，不断地领会上级领导部门的指导精神，不断地学习各村的特色长处，不断地总结历史教训的宝贵经验，就一定能把村的劳动保障工作做得更好，让居民满意，让领导放心。

**医保局各项工作总结6**

时间过的真快，不知不觉在社区工作的岗位上已经工作了xx年的时间。在这xx年的工作中，我积极的学习和工作，并且掌握了社区医保方面的知识。

这xx年来，社区工作虽然取得的进步是很大的，但是也存在着很多的不足之处。在今年的工作中，我通过向同事请教，对于社区的医保情况有了进一步的了解，对社区的医保工作也有了一定的了解。但是还未能在工作中有效的做到完善。为此，在下面我就这xx年来在社区工作中的工作情况进行汇报：

>一、医保数据

今年的医保工作中，我积极参加医保工作，通过对社区医保的学习和工作情况，对社区医保情况有了较为准确的认识。在此基础上，我积极的将医保数据上传的信息和网友们一起分享。

在今年的工作中，我认识到社区的医保人员在医保工作中的确不仅是医保工作，同时也是医保病人们的健康保险。因此，我对社区医疗保险和医保的医保数据也进行了认真的核对和整理工作。并且在社区的各部门的协调下，对医保工作人员的医保情况进行了核定。对于社区的医保工作人员，我都及时的将医保的医保申请单上传到网友们的网友们的网络上。

>二、医保工作中的一些问题

社区医保工作的完成对于这xx年来的工作，我们是非常重视的，并且也有效的将其做好了，但是却仍然有不少的问题。如：

1、医保工作人员的流动性大，导致医保工作人员工作人员的流失。

2、社区的居民对医保政策的认可度不高。

3、医保工作的管理不到位，导致医保工作的流失。

4、医保数据上传的信息不准确。

5、医保工作人员的流失，导致医保数据的流失。

针对以上问题，我认为我们应该在以下这方面加强自己的工作责任心和对医保工作的认识。

>三、下步打算

通过以上工作，我在工作方面有了较为详细的工作计划，在工作中能够及时的对自己的工作进行调整，避免出现工作不到位的情况发生。为此，我要在工作中不断的提升工作效率，更好的完成本职工作。在工作中多多向领导和同事请教学习，提高自己的工作能力。

**医保局各项工作总结7**

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用元;未结算3笔：费用元。在已经结算的费用中无拒付发生，医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，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。在xx年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够做到在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级工作。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。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的实施刷卡培训会上领回读卡器两台，sim卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

xx年迎接区社保中心检查两次，xx年9月14日区社保中心闫主任一行三人对我院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导小组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心。xx年10月15号区社保中心对我院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的.评价。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展，xx年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。

**医保局各项工作总结8**

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。

**医保局各项工作总结9**

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。

**医保局各项工作总结10**

一年来在我院领导高度重视下，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。

**医保局各项工作总结11**

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

>一、主要工作

（一）高度重视，强化组织领导和责任落实。

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

（二）加强衔接，实现贫困人口应保尽保。

同时加强与财政部门的沟通联系，将建档立卡贫困人口参加城乡居民医保个人缴费财政全额补助资金及时落实到位。建立了与扶贫办、民政局信息共享机制，我局工作人员每月主动联系扶贫、民政部门，及时掌握贫困人员动态便新信息，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xxxx人到xx月底xxxx人，贫困人口参加基本医保、大病保险、重大疾病补充医疗险参保率始终保持xxx%。

（三）认真履职，全面落实贫困人员各项医疗保障待遇。

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

全区建立了基本医保、大病保险、重大疾病补充险和医疗助救四道保障线机制，对经四道保障线报销住院费用报销比例达不到xx%的实行财政兜底保障。xxxx年x-xx月，全区建档立卡贫困人员办理住院报销xxxx人次，住院费用万，基本医保支付xxx万元，大病保险支付xxx万元，重大疾病补充保险报销万元，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xxxx年健康扶贫实施方案》，明确了贫困户住院费用报销比例控制在xx%的适度要求，并于今年x月份在我市医保系统“一站式”结算软件上予以调整，确保贫困户住院报销比例稳定在xx%左右。

（四）优化医疗费用报销结算服务

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

（五）简化门诊特殊病性病种证办理流程

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

（六）加强政策宣传，提升医保惠民政策知晓率。

一是通过在电视台和网络媒体大力宣传医保扶贫、特殊门诊、一站式结算等政策，发放宣传资料、设立政策宣传栏等形式营造出浓厚宣伟氛围。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xxx家定点医药机构进行全覆盖检查。针对检查出的问题，采取约谈、通报、拒付医保基金、扣除违约金、暂停医保服务、解除服务协议以及行政处罚等多种方式进行严肃处理，对欺诈骗保行为起到了有力震慑作用。

>二、xxxx年工作打算

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

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

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

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

五是持续深入开展打击欺诈骗保工作，确保基金安全运行。

**医保局各项工作总结12**

一、基本情况和现状

我镇劳动保障站在各级党委、\*的重视关心下，在县人力资源与社会保障局的正确领导和相关部门的大力支持配合下，工作顺利有序开展。主要工作职责为：负责贯彻执行国家和上级劳动保障工作方针、政策；贯彻执行机关、企、事业单位社会保险的基本方针、政策、标准；贯彻社会保险基金管理政策和规则；执行社会保险待遇项目，给付标准和领取条件；为农村富余劳动力提供就业、培训信息和开展就业服务，就业前培训；引导农村富余劳动力合理转移和有序流动、管理外来流动就业人员等。

半年来，主要做了以下几方面工作：

（二）全面了解、及时掌握和熟悉辖区内各项劳动保障工作情况，建立和完善了劳动保障工作台帐，能按时按质按量的完成上级劳动保障行政部门安排的各项工作，及时准确完整的统计和上报各项报表数据及资料。就业扶贫劳务协作系统中贫困劳动力就业信息保持每个月4%的更新率，就业扶贫特岗人员信息全部录入劳务协作系统，成功与省全区域劳动力信息实现对接，确保贫困劳动力就业信息能够及时掌握并更新；同时针对上半年各村上报的交通补贴人员信息也在系统中做了就业动态管理，确保贫困劳动力就业信息的准确性和实时性。年初还对部分贫困劳动力的就业信息进行了电话核实，在湖南省第三方检查中我镇被抽中的核实均为准确，顺利完成了省第三方评估中的就业扶贫检查。今年在我镇全覆盖检查中对去年未曾享受交通补贴的外出务工贫困户名单进行了摸排，统计共申报交通补贴180人，补贴68400元，还有少数未申报的人员已进行了初步登记，预计下半年进行申报。

（三）认真宣传贯彻执行社会保险的基本方针、政策，积极做好社会保险扩面工作，为广大劳动者解决后顾之忧。因今年政策有所调整，农村社保已移交至税务局管理，我镇第一时间已下发通知向广大村民宣传，并根据人社局的安排配合好税务局进行工作交接。目前，我镇劳保站主要工作为办理60岁老年社保卡待遇、社保信息核对和审核以及就业相关工作，社保缴费工作已全部转交至税务局。

（四）积极开展为农村富余劳动力提供就业、培训信息和就业服务及就业前培训工作，将社会保险与就业、再就业工作紧密结合，引导农村富余劳动力合理转移和有序流动，主动管理好外来流动就业人员。认真开展了“311”就业扶贫工程，保证为每个有劳动能力的贫困户提供3次职业介绍，1次就业指导，1次免费培训机会。针对贫困户实际情况，提供不同工作岗位，让贫困户通过自己的双手脱贫致富。成功推荐3名贫困劳动力外出务工，并稳定就业。人社局先后组织开展“春风行动”、精准扶贫招聘会等，为贫困户搭建就业\*台。定期组织免费招聘会为贫困户和企业牵线搭桥。积极鼓励引导火马冲工业园为农村贫困人口（建档立卡贫困户）提供就业机会，贝尔动漫公司还在我镇伍家湾村设立扶贫车间，为在家照顾家人的贫困劳动力提供就业机会，每个月收入达到20xx左右，让他们不用出门打工也能赚钱。同时，在镇就业扶贫工作群中数次转发就业招聘信息，为在家的适龄人员提供最新就业信息。

二、存在的问题和困难

（一）一部分村干部对劳动保障工作，在思想上和认识上还存在一定差距，对劳动保障工作重视不够，工作的目的和意义认识还不到位，缺乏对工作的超前思考和计划。

（二）对劳动保障工作业务知识方面学习不够，还不能及时完整准确的将国家和上级劳动保障行政部门的工作方针、政策宣传贯彻到广大劳动者之中，为广大农村劳动力提供劳动保障服务的本领有待提高。

三、今后工作的措施及建议

（一）统一思想，提高认识，明确基层劳动保障工作的重要性和必要性。

（二）加强学习，提高工作业务技能，努力掌握为劳动者服务的本领。

（三）扎实工作，确保各项工作目标任务的完成，树立爱岗敬业和为人民服务的思想。

（四）进一步加强和完善对各村社保就业工作的组织和领导，积极开展业务培训和工作实践。

（五）积极组织和发挥好基层劳动保障\*台作用，搭建好劳动保障工作服务网络，做好劳动保障社会化服务，充分发挥出基层劳动保障\*台的功能。

**医保局各项工作总结13**

20xx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20xx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20xx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20xx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20xx及20xx年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。20xx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20xx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20xx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20xx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20xx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。

**医保局各项工作总结14**

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，自觉加强党性锻炼，政治思想觉悟得到提高。

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。全面贯彻党的\_全会精神，高举中国特色社会主义伟大旗帜，以科学发展观引领工作，全面贯彻实施公\*\*法，认真学习业务知识，始终保持虚心好学的态度对待业务知识的学习，认真学习法律知识。

>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

**医保局各项工作总结15**

市委、市政府的正确领导下以及在医保相关部门的指导下，我院始终以完善制度为主线，以强化管理，优化服务为重点，努力实现医保工作新突破。全年医保门诊总人次人（1——12月），住院人次，全年医保收入元，同比上一年度增长%。离休干部门诊人次，住院人次，总收入xx万元，同比增长%，两项合计xx万元，较去年增长xx%，另有生育保险人，收入xx万元，全年共计xx万元。

>一、全年工作回顾

1、不断调整医院职能地位，树立创新理念。

随着医疗保险制度的全面推行，医疗保险对医疗服务和医疗管理产生了广泛的影响。而医院作为承担医疗保险制度的最终载体，在医改新形势下，我们要在原有运行基础上创新理念，找好医院和患者关系的定位。对于此项工作，医院领导给予了充分重视，首先加强了医院的自身建设，完善相关科室，充实了工作人员，制订了严格的管理制度，逐步规范了医疗服务行为，努力提高医疗护理质量，增强医院的核心竞争力，使每个职工树立规范执行医保政策的自觉性，适应医改的大趋势，发挥医院在医保工作中的主体地位。

2、继续完善制度建设，做到有章可依，有章必依。

20xx年我院与社保局签定了相关服务协议，其后医保办组织相关人员进行了认真学习，了解协议内容，领会协议精神，据此修订完善了有关规章制度，使每个人的职责更加明确，分工更加合理，并且责任处罚直接与科室及个人经济效益挂钩，以此来保证每个医保就医人员的合法利益。

3、加强内部审核机制，严把质量关。

随着医保制度的不断深入，和社保“一卡通”启动，医疗保险做到全覆盖，医保监察力度必然会加大，因此对医保病历书写的要求也会更加严格，医保办在近期加强了内部审核机制，在科主任初审的基础上，医保办定期复审，针对每一份出院病历都要检查，做到早发现问题及早解决问题。对于查出的问题将根据我院的经济管理方案予以处理。积极配合市社保局的\'考核和检查，认真对待市社保局检查人员指出的问题，及时上报和整改，对于屡次出现问题的科室，要与其主任谈话，并与之津贴相挂钩。医院定期召开领导小组会议，讨论医保运行过程中存在的问题，及时查漏补缺。严格要求工作人员在日常工作中坚决杜绝不合理收费、串换诊疗项目、挂床输液、冒名顶替等违规行为的出现。坚持组织医务人员经常性医保业务学习，做好相关记录工作。

4、确保医保基金运行安全，信用等级再上台阶。信用等级管理办法是人力资源和社会保障部在全国逐步推开的全面评估医保定点医院服务水平的体系，为了把这项工作真正落到实处，使其成为我院医保管理工作的一个支撑点。医保办将把有关精神传达到相关科室，并逐条落实，力争先进。

5、逐级上报，完善各项审批制度。

为确保医保工作的连贯性，各种审批表均由科主任签字审核后，在规定时间内报至医保办，然后上报社保局。

6、做好生育保险工作，打造产科品牌。

随着生育保险的启动，我院做为我市产科的龙头医院，一定要抓住机遇，实行一站式服务，努力提高经济效益，树立社会品牌，为每一个来我院分娩的孕产妇提供优质服务，不断发展和延伸“品牌产科”。

7、健全离休干部医疗保障机制。

根据省委、省政府《关于建立离休干部医药费统筹机制》文件的要求，落实好张办字（20xx）18号文件精神，我院本着尽全力为离休干部服务好的原则，在现有选择我院的老干部的基础上，吸引更多的老干部选择我院作为定点医院。

8、继续做好城镇居民医保。

随着城镇居民医保的启动，我院作为定点医疗机构将采用多种方式向辖区居民宣传居民医保的相关政策，实行床头卡独立识别，病案专人管理，使居民医保在规范，有序，健康的轨道上运行。

>二、20xx年工作设想及计划

1、不断提高服务水平，优化就医环境。

随着我院新的病房楼投入使用，加之各种新设备的购买以及人员的培训和学习，我院的就医条件将发生巨大变化。因此，我们更要抓好医保病人的服务质量，以期在去年完成xx万元（包括离休和统筹）的基础上力争达到万元（包括离休和统筹）。

2、加强管理与培训，严格掌握医保政策。

在20xx年里要不断完善科室及相关人员配置，将相关政策逐步完善。由于我院临床工作人员对医保政策理解程度不一，掌握程度参差不齐，导致在实际工作中存在较多问题。因此在即将到来的20xx年里将加强对有关人员的培训，严把入院关，层层负责，确保医保政策的顺利、健康、有序的发展。

3、做好离休干部的服务工作，确保等级评定顺利过关。在新的一年里，我们将一如既往地为离休干部服务好，这不仅是关医疗服务和经济效益问题，更是医院建设与社会效益的问题。在即将开始的等级评定工作中，我们将针对我院存在的备药率低、病历本书写不完整、医保知识掌握不够等问题开展专项工作。并力争在药品费用监控，合理用药，合理检查上有所突破。

**医保局各项工作总结16**

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的提高。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢!作为结算员这个岗位，每天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承当性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐春风的\'效劳，对收费满意，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，发现问题多反应。

某某年我要更加努力工作：

1、进一步提高效劳水平，减少过失，保证效劳质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖;

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作;

3、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐;加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，效劳病人，为医院的开展奉献自己的微薄之力。

**医保局各项工作总结17**

今年以来，我社区紧扣社区居民基本医疗保险工作“保障民生”的主题，紧紧咬住目标，积极创新工作措施，各项工作取得了一定成效。

>一、组织领导到位

社区党委、政府立即召开党政联席会，经过研究决定成立了\*\*社区社区居民基本医疗保险工作领导小组。分工明确，任务到人，一级抓一级，层层抓落实，为社区居民基本医疗保险提供了有力的保证。

>二、宣传发动到位

为使我社区社区居民基本医疗保险工作深入群众，做到家喻户晓，社区党委、政府不断加大宣传投入，并利用社区作为首要宣传阵地，设立政策咨询台，印制和发放宣传单、宣传册共3千余份，从而大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

>三、成效显著

社区居民基本医疗保险工作今年三月下旬才正式启动，旗里下达我社区的任务数是880人。由于时间紧，任务重，为使我社区该项工作稳步推进，真正落到实处，社区党委、政府多次开会研究切实可行的\'办法和措施，八个月来，通过大家的共同努力，实际完成888人，完成计划的。

>四、存在问题

通过大家的一致努力，虽然已按时完成上级下达的任务数。但是经过半年来的工作，我们也惊喜的发现，广大人民群众对社区居民基本医疗保险有了初步的认识，而且扩大了影响面，为将来的工作开展奠定了很好的基础。社区居民基本医疗保险工作开展的不尽如人意，主要存在以下问题。

1、群众的认识不到位

对于广大人民群众来说，社区医保毕竟是个新鲜事物，要接受必定需要一个过程。

2、宣传力度不到位

众所周知，由于我社区的特殊情况，区域面积较大，在短期内很难宣传到位，从而影响了参保对象的数量。

**医保局各项工作总结18**

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政策和规定。

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。

**医保局各项工作总结19**

>一、城镇居民基本医疗保险工作

1、加大了政策宣传力度，提高城镇居民的参保积极性。20XX年以来，累计发放宣传单6万余份、城镇居民参保服务手册3万多本，据统计，20XX年我市城镇居民(包括全市在校中小学生)参保人数为109466人。

2、严格管理，优化服务，采取四级分工的运行模式。即劳动保障行政部门负责对城镇居民医疗保险工作进行统一管理;医疗保险经办机构负责具体业务的组织、管理、指导工作;乡镇劳动保障事务所按照统一的参保业务流程对乡镇(村居)工作人员进行监督、指导与管理，并负责将乡镇(村居)上报的参保数据审核无误后统一报送医疗保险经办机构;村居负责家庭及人员的审核、登记录入、保费核算、档案保存等。

3、加强基层平台建设，确保参保工作的顺利进行。做到“四有”，即有标识明显的医疗保险经办窗口、有专职或兼职的医疗保险工作人员、有明确的医疗保险业务经办工作职责、有与医疗保险经办机构联网的计算机终端，为参保人员提供方便、快捷、有序的服务，确保参保工作的顺利进行。

>二、思想作风建设和廉洁自律情况

自走上局领导岗位以来，我一直从严要求自己，端正思想认识，注重加强政治理论和业务政策知识的学习，进一步加深对\_理论、“三个代表”重要思想和“十八大”精神的理解。二是注重党性锻炼与修养。三是廉洁自律、清廉从政。严于律己，落实好廉政建设各项规定。自我回顾检查，没有任何违反中央、省、市关于党员及领导干部廉洁从政廉洁自律有关规定的行为。

**医保局各项工作总结20**

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