# 区医保局半年工作总结(优选7篇)

来源：网络 作者：静水流深 更新时间：2025-01-20

*区医保局半年工作总结120xx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...*

**区医保局半年工作总结1**

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。

**区医保局半年工作总结2**

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。

**区医保局半年工作总结3**

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。

**区医保局半年工作总结4**

一是组织工作专班，开展精神疾病类、肿瘤基因检测、血液透析等重点领域“三假”突出问题专项检查。截至6月底，精神病类医疗机构违法违规问题专项检查查处违规费用 62余万元；肿瘤基因检测、血液透析项目医保基金使用专项检查查处违规费用85万余元。二是持续开展宣州区基层医疗机构门诊医保违法违规行为专项整治工作。截至6月底，已完成全区基层定点医疗机构全面督查工作，查处违规费用 万元（含违约金），对89名违约医保医师扣除积分，约谈 9人。三是组织并督促区内各定点医疗机构及医保经办机构开展自查自纠工作，全面排查梳理医疗行为、履约情况和经办服务行为。截至6月底，各定点医疗机构自查违规费用70余万元。

**区医保局半年工作总结5**

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。

**区医保局半年工作总结6**

一是继续落实新冠肺炎救治“两个确保”政策，扎实做好新冠病毒疫苗和接种费用保障工作。二是联合税务部门出台阶段性缓征宣州区企业职工基本医疗保险费的优惠政策，明确受疫情影响生产经营出现严重困难的企业可享受3个月的缓缴期限。截至6月底，共办理10家单位缓缴申请，预计缓缴人数约635人，金额万元。

二、下半年工作安排

（一）固本强基建制度。根据省、市统一部署，改革职工医保个人账户，建立完善职工医保门诊共济保障机制。巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴，优化调整脱贫人口医疗救助资助参保政策，分类调整防贫倾斜政策，有效治理过度保障。适当提高医疗救助保障水平，分类调整医疗救助倾斜政策，夯实医疗救助托底保障。

（二）紧盯基金强监管。重点聚焦“三假”（假病人、假病情、假票据）问题，开展定点医疗机构医保违法违规行为专项治理，实现定点医药机构现场检查和随机抽查两个“全覆盖”。

（三）守正创新推改革。推行实施区域总额预算管理下的疾病诊断相关分组（DRG）点数付费和精神障碍患者住院按床日付费；探索开展“日间手术”付费改革方式相关工作。巩固提高药品招采制度改革成果，常态化推进落实国家集采工作。10月份前确保完成第五批全区国家集采药品采购任务。

（四）贴近民生优服务。持续完善国家医保信息系统，拓展“互联网+医保”服务渠道。探索移动支付在医疗保险领域应用。继续加强医保电子凭证推广应用，进一步丰富应用场景。加强与长三角地区医疗保障合作，完善异地就医结算工作机制，推进省内及长三角门诊医疗费用直接结算。提前谋划20\_年居民医保参保缴费工作。严格按照“六统一”的服务路径和“四最”的服务标准，同步提升经办机构服务效能。

宣州区医疗保障局

20\_年6月22日

**区医保局半年工作总结7**

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。

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！