# 推荐医保局思想政治工作定期分析及收获(十篇)

来源：网络 作者：风月无边 更新时间：2025-01-10

*推荐医保局思想政治工作定期分析及收获一为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责...*

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获一**

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、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。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。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。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落

到实处。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。医院职工开展以文明礼貌,优质服务,受到病人好评.为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

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。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保站的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，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，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

20xx年在我院领导高度重视下，按照医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、新农合工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

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”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。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、农合工作的全面管理，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，主要有以下方面：

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，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

为使医保、农合病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院进行了如下操作：

一是在院外公布了医保、农合就诊流程图，医保、农合病人住院须知，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。

二是配置了电脑触摸屏、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。在省领导及市物价局领导来院检查时，得到了充分的肯定。

四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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。

五是医院职工开展服务，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，从以下三方面实施工作：

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，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。

三是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。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

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。

我科分管副科长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。

在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，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。医保运行过程中，广大参保、参合患者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，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

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，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年收治医保、居民医保住院病人余人，总费用万余元。接待定点我院的离休干部人、市级领导干部人，伤残军人人。20xx年我院农合病人人，总费用万元，发生直补款万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上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农合工作得以顺利进行。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：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，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，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

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、做好与医保局的协调工作。

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。

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获二**

医院20xx年医保工作总结不知不觉间20xx年已过半，这半年里在卫生局领导的关心和社管中心的领导下，在有关职能部门和科室的协作下，xx卫生院紧紧围绕医保的工作重点和要求，全院职工以团结协作、求真务实的精神状态，认真工作。现将半年医保工作情况总结如下：

一、领导班子重视为规范诊疗行为，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。领导班子带头，各科室科主任负责本科医保、农合工作的全面管理。为使广大参保人员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，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。

二是抽出人员参加医保会议；以发放宣传资料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，通过新的医生工作站，更规范、更便捷。并减少了差错的发生。半年工作情况：

1、自20xx年12月16日起，截止至20xx年6月15日。我院上传记录4753笔，医保支付费用152732.35元。挂号支付4398元。在已经结算的费用中无一笔拒付发生，医保病人门诊住院数据上传及时准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从开展工作至今院内医保系统运行正常，在医保单机不能正常工作的时候，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。对院内的医保单机及时的进行了十余次补丁的更新安装，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。期间进行了医生工作站的改造。

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。每季度均参加市医保中心组织的会议培训。

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，自开展工作站以来，所录入药品剂量规格均符合标准，无一拒付。

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就诊流程图，使参保病人一目了然。并在每周二周三周五，病人比较集中的日子里安排专职导医、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，接受群众监督。四是医院职工开展微笑服务，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，定期进行满意度调查，针对调查的结果制定改进措施。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，严格检查医保卡的使用以及代开药情况。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。我院有专人参加医保会议，及时传达会议上的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，并将不合格的处方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。

四、工作小结及下半年展望

在20xx上半年中，我院医保工作中虽然取得了一定成绩，但仍存在一些不足，如：软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，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，规范业务流程，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。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。争取使我院的医保工作在下半年更上一个台阶！

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获三**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医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，现将我院医保科工作总结如下：

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。成立了由业务院长具体抓的医保工作领导小组。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、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，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。

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。二是配置了电脑触摸屏、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。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是为进一步强化责任，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。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，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。

。

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。

我科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。

在办理职工医疗保险手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。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。医保运行过程中，广大参保、参合患者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，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

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，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计20xx万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达7.8万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局领导及工作人员的大力支持再加上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得以顺利进行。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，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全县的医疗保险人员。

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获四**

20xx年是一个格外艰难的一年,尽管这一年里有疫情的影响,但是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“严格按照文件规定，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，我院的医疗保险工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

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”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。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、农合工作的全面管理，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，具体如下：

1. 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。

2. 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。

3. 加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过加强医保软件管理，能更规范、更便捷，大大减少了差错的发生。

为使医疗保险病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，具体措施如下：

1. 公布了医疗保险就诊流程、住院须知，使参保病人一目了然并在大厅安排专职人员负责给相关病人提供医保政策的咨询。

2.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，接受群众监督。

3.全面推行住院病人费用“一口清单制”，并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保账目实行公开公示制度，自觉接受监督，让住院病人明明白白消费。

4.严格按照文件规定,对病人新冠检测做好相应的登记工作和报销工作,确保做好新冠检测的相关工作以及为病人提供安心的就医环境

5.由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，定期召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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，严格实施责任追究，从严处理相关责任人。

为将医保工作抓紧抓实，结合工作实际，制定了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考核医疗保险服务（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。重点还是在于加强病房管理，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，查住院病人有无身份证医疗保险卡，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予进行报销结算。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。

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。业务院长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、医保意识，提高了医疗质量，为参保人提供了良好的就医环境。

在办理医疗报销的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员讲解医疗保险的相关政策和规定以及各项补助措施，认真详细的解答参保人提出的各种提问，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。医保运行过程中，广大参保患者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，我科工作人员严格把关，实行医疗补助费用及时结算，大大提高了参保满意度。

以上就是20xx年的工作总结，在总结的同时也发现了不少问题,以后将更加认真努力，让工作更加完善和顺利。

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获五**

根据县人社局3月18日的约谈精神，我院感触颇深，医院董事会组织全院中层干部人员认真学习了各位领导的发言，并参照社保、医保定点医疗机构服务协议及约谈会精神，组织全院医务人员进行了自查自纠，从内心深处去整顿并进行了积极整改。

一、加强医院对社保工作的领导，进一步明确了相关责任

1、院领导班子重新进行了分工，指定一名副院长亲自负责社保医疗工作。

2、完善了医院医保办公室建设，具体负责对医院医保工作的管理和运行，对临床科室医保工作的管理设立了兼职医保联络员，制定“护士长收费负责制”等一系列规章制度。全院从上到下，从内到外，形成层层落实的社保医保组织管理体系。

3、完善了医保办公室的制度，明确了责任，认识到了院医保办要在县人社局、社保局、医保局的领导和指导下，严格遵守国家、省、市的有关社保医保法律法规，认真执行社保医保政策，按照有关要求，把我院医疗保险服务工作抓实做好。

二、加强了全院职工的培训，使每个医务人员都切实掌握政策

1、医院多次召开领导班子扩大会和职工大会，反复查找医疗保险工作中存在的问题，对查出的问题进行分类，落实了负责整改的具体人员，并制定了相应的保证措施。

2、组织全院医务人员的培训和学习，重点学习了国家和各级行政部门关于医疗保险政策和相关的业务标准，强化了医护人员对社保医保政策的理解和实施，使其在临床工作中能严格掌握政策，认真执行规定。

3、利用晨会时间以科室为单位组织学习医疗保险有关政策及《基本医疗保险药品目录》和医院十六项核心制度，使每位医务人员更加熟悉各项医疗保险政策，自觉成为医疗保险政策的宣传者、讲解者、执行者。

三、确立培训机制，落实医疗保险政策

将医疗保险有关政策、法规，定点医疗机构服务协议，医疗保险药品适应症及自费药品进行全院培训，强化医护人员对医疗保险政策的理解与实施，掌握医疗保险药品适应症。通过培训使全院医护人员对医疗保险政策有更多的理解。通过对护士长、医疗保险办主任、医疗保险联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医疗保险要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。

四、加强医院全面质量管理，完善各项规章制度建设。

从规范管理入手。明确了医疗保险患者的诊治和报销流程，建立了相应的管理制度。对全院医疗保险工作提出了明确要求，如要严格掌握医疗保险患者住院标准，严防小病大治、无病也治的现象发生。按要求收取住院押金，对参保职工就诊住院时严格进行身份识别，保证卡、证、人一致，医护人员不得以任何理由为患者保存卡。坚决杜绝冒名就诊和冒名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药。院长和管理人员还要每周不定期下科室查房，动员临床治愈可以出院的患者及时出院，严禁以各种理由压床住院，严禁医务人员搭车开药等问题。

五、重视各环节的管理

医院的医疗保险工作与医政管理关系密切，其环节管理涉及到医务、护理、财务、物价、药剂、信息等众多管理部门，医院明确规定全院各相关部门重视医疗保险工作，医保办不仅要接受医院的领导，还要接受上级行政部门的指导，认真落实人社局社保局、医保局的各项规定，医保办与医务科、护理部通力协作，积极配合上级各行政部门的检查，避免多收或漏收费用，严格掌握用药适应症及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析，严格掌握自费项目的使用，严格掌握病员入院指征，全院规范住院病员住院流程，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误。

通过本次自查自纠，我院提出以下整改内容和保证措施：

1、坚决遵守和落实定点医疗机构医疗服务协议，接受各行政部门的监督和检查。

2、严格执行医疗护理操作常规，严格执行医院核心制度，规范自身医疗行为，严格把握入住院指针，取消不合理竞争行为，加强临床医师“四合理”的管理。

3、加强自律建设，以公正、公平的形象参与医院之间的医疗竞争，加强医院内部管理，从细节入手，处理好内部运行管理机制与对外窗口服务的关系，把我院的医疗保险工作做好，为全县医疗保险工作树立良好形象做出应有的贡献。

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获六**

20\_年，市医保局在市委、市政府的正确领导下，省局、苏州市局的关心指导下，认真贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，深入落实习近平\*\*\*视察江苏重要讲话指示精神，紧紧围绕贯彻落实中央深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持以人民为中心的发展思路，瞄准目标，点燃激情，积极践行“阳光医保·守护健康”机关服务理念，为人民群众提供更加公平、更有效率、更多精准的医疗保障服务，全力开启新时代昆山医保事业发展新局面。

我市职工医疗保险、居民医疗保险参保人数分别为157.05万人、25.58万人，医保参保率达99%以上。在今年新冠肺炎疫情影响下，医保总参保人数不降反升，同比增幅达2.7%。职工和居民基本医保基金当年收入分别为50.41亿元和3.08亿元；职工和居民基本医保基金当年支出分别为42.34亿元和1.89亿元；当期结余职工和居民基本医保基金分别为8.07亿元和1.19亿元；累计结余职工和居民基本医保基金分别为75.11亿元和3.6亿元。

（一）以精准施策为第一责任，着力完善医疗保障体系，进一步提高我市医疗保障水平。一是积极稳妥推进基本医疗保险和生育保险苏州市级统筹。苏州市级统筹从20\_到20\_年历时3年完成，实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”，涉及我市182万参保人群。根据苏州市级统筹实施意见和待遇标准调整方案明确的重点工作任务及我市实际，制定我市具体实施方案，出台《昆山市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》（昆政办发〔20\_〕88号），确定“路线图”、绘好“时间表”、制定“任务书”。强化宣传引导，借助各类媒体渠道，压实稳定责任，营造良好社会氛围和舆论环境；顺畅落地今年政策调整，提高居民医保住院报销比例。在贯彻上级政策的同时，争取我市利好政策，率先将居民医保在苏州范围内门诊医疗费用纳入报销范围，惠及参保人群25.58万；率先简化办理苏州大市范围内异地就医转诊手续。二是全力打造长期护理保险“昆山样板”。落实苏州市长期护理保险第二阶段试点工作要求，做好第二阶段承办商业保险公司招标，按照分类分步推进思路，调整优化筹资渠道，降低失能鉴定准入门槛，提高待遇标准，加强长护险基金稽核检查，进一步提高长护险惠及面和服务质量，推进居家医疗护理。全年受理申请0.75万人，进行失能评估0.68万人，享受长护险待遇1.01万人。全市已有6家护理院、15家居家护理机构纳入长护定点机构，设立113个居家护理站点。商保承办机构在各区镇设立长护经办窗口和护理机构经办服务点，构建城乡“一体化”的长护服务体系。三是积极构建第四重医疗保障。协同推进商业健康保险发展，通过微信公众号官方解读“苏惠保”等商业健康险，进一步完善健康险与基本医保经办对接和待遇衔接。调整优化职工医保个人账户购买商业健康保险产品目录，增补至9家商保机构18个商业健康保险产品。

（二）以改善民生为第一要务，瞄准民生靶心，抓“六保”促“六稳”。一是全力做好困难群体“兜底”医疗保障工作。着重做好基本医保，特别是大病保险、医疗救助这三重保障。启动对困难人群、失水渔民参保情况开展回头看，加强与民政、农业农村局等部门配合，建立健全数据交换、相互比对机制，确保困难人员一个不漏全部参加基本医保。将困境儿童纳入我市“零自负、零起付”的“双零”医疗救助范围，落实居民医保高血压、糖尿病“两病”用药保障机制，减轻慢病患者门诊用药负担，大病保险政策范围内报销比例稳定在60%以上，职工医保和城乡居民医保政策范围内住院医疗费用平均报销比例分别达91%和76%。今年，共16.14万人次享受各类医疗救助金1.37亿元。二是及时落实职工医保费阶段性减半征收政策。20\_年2到6月份，对我市职工医保的单位缴费比例，由阶段性降费之前的8%，减半至4%征收。全年，为全市7.9万家企业减少医保缴费11.7亿元。三是认真落实确诊和疑似患者“一站式”医疗费用综合保障政策。对确诊和疑似新冠肺炎患者的医疗费用，在基本医保、大病保险、医疗救助等按规定支付后，个人负担部分由就医地财政予以补助，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。四是坚持问题导向，出台多项医保经办服务新举措。疫情期间，建立完善参保群众“用药不断”机制，对高血压、糖尿病等慢病人员，将原来1个月的配药量放宽至3个月；新上线居民医保参保微信小程序；对回外地老家突发疾病住院的参保人员，“一个电话”就能办理异地就医直接结算手续。五是统筹做好疫情常态化防控工作。将住院以及门诊发热病人核酸检测费用纳入医保结算。6月初，有序恢复春节后因疫情影响暂停的长护险居家护理工作，严格督促商保经办机构和护理机构，按照要求认真做好疫情常态化防控工作。

（三）以改革创新为第一动力，聚焦释放红利，全面推进医保重点领域改革。一是不断深化医保支付方式改革。完善医保总额预算管理，强化考核评价机制。进一步推进按病种付费，扩大按病种付费病种数量至250种，提高按病种付费基金支出占住院统筹基金支出比例。试行慢性精神疾病等长期住院按床日付费。推进和完善家庭医生诊疗、家庭病床医保支付等医保支持政策。二是建立完善医保支付规则体系。完善医保目录管理、“两定”协议管理、结算管理。新纳入医保药品8867个，谈判药共118个，移出医保目录药品4430个。细化医保药品支付标准，8月1日起，对省阳光采购平台挂网的医保目录内的药品，以中标价加成15%为医保支付限价，超出支付标准的个人自付，合规自费费用累计进入大病保险，进一步规范定点医药机构的药品销售行为，引导合理用药。三是大力推进医药服务供给侧改革。大力推进药品（医用耗材）联盟带量采购，7批次共涉及11个品种医用耗材、112个品种药品，年节省医疗费用1.5亿元。在全省范围内率先将药品（医用耗材）集中采购医保基金预付比例从30%提高至50%，有效缓解医院和药企运行压力，充分保障中选品种的正常供应和使用。定期监测和通报药品（医用耗材）集中采购使用情况，确保集中采购成果落地执行。四是协同做好疫情期间药品（医用耗材）临床供应保障。对未在省平台挂网的疫情防控必需药品（医用耗材），允许公立医疗机构线下搜寻生产企业，公平协商确定采购价格，先应急采购使用，再履行线下应急采购备案手续，满足疫情防控需求。全年，共受理884万元防疫必需产品的备案。五是创新医药价格监管模式。率先在全省范围内委托第三方开发医药价格嵌入式预警管理系统，并在市第一人民医院试点运行，运用信息化手段为医院提供医疗服务项目“标准库”、设置项目价格调整“提示器”、打造价格事项办理“快速道”、筑牢医药价格预警“防火墙”，从源头上规范医疗收费行为。

（四）以基金安全为第一目标，重拳打击欺诈骗保，有力保障人民群众“救命钱”。一是注重媒体融合，开展“一体化”集中宣传。5月开展医保基金监管宣传月活动，联合电视、微信公众号、报社等媒体平台，通过发放宣传资料、播放宣传片等方式，重点宣传基本医疗保障基金监管相关法律法规、保障待遇政策和服务管理规定等，营造全社会共同关注维护医保基金安全的良好氛围。二是创新基金监管手段，组建“一张网”监管体系。对全市762家定点药店和262家定点机构进行了全覆盖检查，对全市销售金额排名在前20位的药店做了现场专项检查，根据举报、现场调查、远程视频监控，查处违规定点医药机构5家；贯彻落实医疗保险药品限制使用范围及医保支付标准，严格按照文件要求执行药品限价政策；进一步完善医保智能审核规则，实现对762家定点零售药店，262家定点医疗机构医保智能审核全覆盖，上线审核规则扩大到56个；签署医保医师、医保药师防范欺诈骗保诚信自律承诺书，依靠社会力量参与医保基金监督，聘请热心医保事业的人大代表、政协委员、专家学者等作为医保基金监督员。全年取消医保定点1家、暂停医保协议管理6家，暂停医保卡结算430人,追回各类违规费用297万元。三是加强部门联动，形成“一盘棋”工作机制。强化与市场监管、卫健、公安、法院等部门联动，探索建立与检察院、法院紧密的联席会议、案件协查、信息共享、培训共建机制。加大对外伤病人划卡支付的医院端审核和违规费用追偿，与市公安交警部门交换和双向核对外伤划卡信息1600人。四是推进源头治理，构筑“一道卡”监管防线。制定定点医药机构违规行为治理清单，指导1024家定点医药机构开展自查自纠，对照排查和整改问题，主动退回违规费用。对二级及以上医疗机构上门送政策，开展业务政策培训和实践指导，帮助定点机构提升医保治理能力和管理水平。

（五）以群众满意为第一标准，聚力“提站位、创一流、惠民生”，提升医保服务质量。一是打赢公共服务专项治理攻坚战。落实全省统一的医疗保障公共服务事项实施清单和办事指南，深入推进医保经办规范化、标准化、信息化、一体化建设，确保实现“最优办事流程、最短办事时限、最少提供材料、最小自由裁量、最高服务效率”的“五最服务”。二是纵深推进异地就医工作。以百姓“需求度高”“体验性强”“获得感足”的医保公共服务项目为突破点，落实异地就医差别化报销新政，对未备案人员按原规定结付比例80%结付，统筹推进异地就医和分级诊疗建设。将我市126家基层社区卫生服务站纳入异地就医联网结算范围，扩大我市异地就医持卡结算医疗机构范围。加快推进长三角地区医保互联互通。优化流程，完善信息建设，异地就医门诊慢性病、部分门特项目、社会医疗救助待遇实现同步“一站式”结算，全力提升异地就医门诊费用直接结算率。三是持续做优医保服务。推进“放管服”改革，完善医保网上服务大厅和“医银平台”建设，力推政务一张网“网上办”、微信公众号“掌上办”、自助服务机“自助办”。医保业务前沿下沉区镇，10万元以下医保费用报销、社保转移凭证等业务实现区镇受理全覆盖，将医保窗口建在“家门口”、服务送到百姓心坎上。在原职工医保ii类特殊病种医院交互平台办理基础上，进一步下沉i类特殊病种业务至医院端交互平台办理。对特病人员二次报销直接划卡限额由2万元提高至5万元。四是全力打造“智慧医保”。打出“互联网+”医保组合拳，将疫情期间网络问诊等“互联网+”医疗服务费用纳入医保支付范围，积极推动23项医保公共服务事项不见面办理；推行生育医疗费用直接持卡结算，做到“不垫资”，借助大数据比对，直接支付一次性营养补助和生育津贴，做到“零跑腿”，新增产前检查费待遇项目，提高一次性营养补助标准至2112元，全面提升保障水平；实现门诊特殊病种患者购药通过药事平台医疗费用直接划卡结算，处方购药无需至经办机构报销。

（六）以强基固本为第一要义，着力系统规范，夯实医保基础工作。一是顺利划转经办机构管理职责。完成机构改革医保经办职能和人员管理职责划转工作，实体化运作医疗保障基金管理中心，努力建成高效统一完整的医疗保障体系。二是夯实意识形态工作。局党组认真落实意识形态工作责任制，出台《昆山市医保局党组落实意识形态工作责任制实施办法》等各项制度，成立意识形态工作领导小组，建立网评员队伍，将意识形态工作纳入年度考评，列入党组理论学习、党员干部教育培训的重要内容，定期分析研判意识形态领域情况并进行通报，牢牢掌握意识形态工作的领导权、管理权、话语权。三是推进依法行政工作。全面落实行政执法“三项制度”，制定实施医疗保障领域涉企轻微违法行为不予行政处罚和一般违法行为从轻减轻行政处罚清单，结合上级督查做好自查自纠。落实政策文件公平竞争审查制度，建立举报投诉处理与执法检查联动机制，全年处办各类咨询求助件7738件，群众满意度稳定在100%。四是加大宣传力度。与时俱进运用新媒体手段，积极开设“昆山市医疗保障局”微信公众号，打造政民互动“微窗口”。自开通以来，共发布文章116篇，解答群众提问5500余次，相关政策通过“昆山发布”等上级平台宣传报道8次。五是推动国家医保信息业务编码标准落地。完成医保系统单位、医保系统工作人员、定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、医保护士、医保药师等7项业务编码标准信息的维护工作，扎实推进医疗保障信息标准化工作。

（七）以做亮党建为第一政绩，扛起硬核担当，筑牢硬核堡垒。一是狠抓责任落实，始终把党建工作摆在首位。严格执行“三会一课”制度，规范组织生活，开展形式多样的“主题党日”。坚持把党建制度建设贯穿于服务党员群众的每一个环节，力求形成用制度激励、靠制度管理、按制度办事的长效机制。健全党的组织建设，在市人社局28名涉改人员转隶市医疗保障基金管理中心后，选举成立支部委员会，党支部从2个调整为3个。树起“阳光医保·守护健康”党建服务品牌，坚持党建工作与业务工作同向发力，局党总支与大同社区开展共建，通过倾听基层的声音，了解医疗保障工作中的痛点、堵点，更有针对性地为人民群众服务。二是全力配合巡察，主动接受监督。把主动接受市委巡察及市人大常委会对医保局落实《政府工作报告》情况监督作为一项政治任务，作为发现问题、解决问题、推进改革发展和加强党的建设的重要机遇。紧紧围绕新时代医疗保障中心工作，压紧压实压细整改责任，把巡察及监督的成效体现到医保工作的实践中，真正做到两手抓、两手硬、两促进，推动新时代医保工作高质量发展。三是加强廉政建设，提升廉洁自律意识。着眼党风廉政建设责任制落实，层层签订责任书，形成党风廉政建设齐抓共管的良好局面。严格纪律约束，以平时考核月度记实单和日常绩效管理考核为抓手，严格请示报告和出差报销等制度，坚守廉政底线。四是比学赶超，党建工作再树品牌，医保服务再提标准。贯彻落实“民生幸福”党建联盟行动方案，开展现场集中服务，解决难点、堵点、痛点问题，共走访企业23次，走访居民5次，收集意见建议13条，形成1份“助企惠民”需求清单。参与“暖心党建·舒心服务——高质量机关党建优化营商环境”主题活动，制定“党建惠企”专项医保政策和服务清单，助推我市营商环境进一步优化。制定“弘扬‘昆山之路’精神 勇当热血尖兵”主题实践活动实施方案，配套细化工作计划表，学在深处，做在实处，确保学习教育不走过场。开展11场“进乡镇、进社区”长护政策、防疫知识宣传及义诊义剪等活动覆盖张浦、周市、锦溪、陆家、淀山湖等5个乡镇。召开“嘉定—昆山、青浦—昆山”医疗保障一体化暨党建共建、业务研讨会议，积极推进昆山、嘉定、青浦三地医保部门优势互补、合作共赢和党建工作互学共进。

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获七**

（一）突出党建引领，为民服务意识不断增强。

20\_年，章丘区医保局持续深化“不忘初心，牢记使命”主题教育，对内，完善规章制度，严格纪律规矩，加强党员队伍管理，不断夯实政治基础；持续推行“三五”工作模式，开展“三亮三比”活动，提升服务效能。对外，扎实开展开展党组织、在职党员“双进”社区志愿服务活动，举办知识讲座、健康义诊活动，强化为民服务意识。

20\_年，章丘区医保局积极争创省级文明单位，政风行风建设、智慧医保服务等多项工作经验被《中国医疗保险》、“学习强国”、“人民日报客户端”等平台刊发推广，多项工作经验在济南市医保系统内推广，实际工作中多次收到群众的感谢信、表扬件和锦旗。

（二）强化执行力，惠民政策全面落实到位。

积极推动多项医保惠民政策在我区落地、落实。完成医疗保险的市级统筹，让参保人享有与市区群众相同的待遇；将扶贫部门认定的建档立卡贫困人口全部纳入医疗救助；持续推进医保电子凭证在我区的推广应用，丰富应用场景，逐步实现就医、取药的“无卡化”。截至目前，职工医保基金支出3.49亿元（统筹基金支出1.82亿元，个人账户金支出1.67亿元），其中职工医保住院现金报销464人次，统筹金支付386.6万元，门诊慢性病审核报销637人次，统筹金支付146.1万元，普通门诊统筹签约21886人次，统筹金支付640万元，新冠肺炎核酸检测联网结算6196人次，统筹金支付36.64万元。居民医保住院统筹10.5万余人次，基金支付43815.7万余元，门诊慢性病统筹14.8万人次，基金报销4833万余元；门诊统筹106.7万人次，基金支付3463.4万余元；手工报销1629人次，基金支付649.7万余元。生育保险为全区6665人次发放生育保险待遇2789.1万元。医保经办业务成效显著，有力保障了参保群众的医疗待遇全面落实。

（三）优化经办流程，服务效能不断提升。

以便民、为民为原则，区医保局持续进行流程再造。不断深化“互联网+医保”、“智慧医保”服务，利用互联网受理申办资料，减少群众纸质证明，各项业务均能实现网上办、掌上办；率先完成医保电子凭证推广任务；设立12家医保工作站，将门慢申请、居民医保参保登记等多项业务下沉镇街；18个镇街卫生服务中心（卫生院）均实现了异地就医联网结算；利用信息化手段调取申请门慢待遇患者的病历资料，增设手机推送鉴定信息服务，切实落实让群众“只来一次，现场办结或网上办、零跑腿”的高效服务。

（四）坚决打赢疫情防控阻击战和医保脱贫攻坚战

新冠疫情期间，章丘区医保局不等不靠，开辟就医绿色通道，为全区群众撑起医疗保障的保护伞；向区内定点医疗机构预付医保资金3150万元，协调上级部门预拨1428万元，确保了各定点医疗机构的无资金压力。复工复产期间，实施阶段性降低缴费比例，延缓缴费申报期，全年降费减费7000余万元。

全面落实医保扶贫政策，贫困人员免缴参保，发放精准扶贫护理券，实施“一站式”救助；在全区范围内开展“四比对一排查”及党员干部“遍访贫困户”活动，发放、张贴宣传画7000份，确保医疗保险应保尽保，医保待遇应享尽享；摸排全区建档立卡贫困人员，对符合门诊慢性病条件的人员直接备案办理；对达不到办理门慢条件的高血压、糖尿病“两病”患者，主动调取系统数据，统一为该类人群办理居民“两病”门诊，切实减轻贫困人员经济负担。截止目前，全区17212名扶贫对象全部享受医保待遇，完成了建档立卡贫困人口100%参保硬任务，开展“一站式”即时结算救助11547人次，救助金额361.22万元，为1388名贫困人员办理了门诊慢性病待遇，为4920名贫困人员办理居民“两病”门诊备案。

（五）打击欺诈骗保，基金安全得到进一步保障。

多措并举，持续打击欺诈骗保行为。加大稽查稽核力度，成立案审委员会，规范办案流程；严格“五级联审制度”，主动邀请第三方机构进行基金内审，成立“医保专家库”，让欺诈骗保无所遁形。20\_年，共检查协议定点药店222家、定点医疗机构143家、监督检查覆盖率达到100%，约谈并责令限期改正14家，暂停医保结算4家，解除协议1家，扣减、追回医保基金167.81万元。

（六）提升医保队伍素质，深化医保政策推广

坚持每周五下午召开“医保课堂”，定期举办“千人培训计划”，让每个人都成为医保的行家里手；启动医保“方桌会”、医保知识“六进”及“进门诊、进病房”活动，发放《医保政策问答》手册及医保知识宣传折页3万份；在《今日章丘》报开办“医保在线”专栏，录制“走进医保”栏目在章丘电视台播放，向全区90余万参保人全方位、多角度介绍医保政策，其网络点击量也高达100万人次；畅通信息渠道，开通医保热线，在微信公众号、医保app等开设局长信箱，广泛听取群众意见建议；坚持问题导向，发挥人大代表、政协委员、医保“两员”、服务对象的社会监督作用，推动医保工作更好的发展。

（一）抓好党风廉政建设，筑牢政治保障。坚持用习近平新时代中国特色社会主义思想武装头脑，进一步完善各项工作制度，推进机关工作有序开展。抓住关键少数、关键环节和重点领域，持续查找廉政风险，细化防控措施，打造干净担当的医保铁军。

（二）持续创新服务模式，不断提升营商环境。在“互联网+医保”上求突破，进一步完善医保体系，推动建立新型服务模式；持续推广医保电子凭证，在全区649家农村卫生所安装扫码设备，完成医保电子凭证在我区所有定点医药机构的使用；推进信息化建设，整合数据资源，开发医保“大脑”，发挥大数据分析、预警作用，打造不见面就医购药新模式；按国家局要求统一接入异地联网系统，实现参保人在全国范围内享受门诊统筹报销待遇；丰富拓展医保app、微信公众号的使用功能，深入推进网上办、掌上办和不见面审批的深度和广度；在全区18个镇街的为民服务大厅设立医保工作站，与以前的医保办理窗口合二为一，承担医保办理的各项职能，切实做到打通医保为民服务的“最后一米”。

（三）织密基金监管网络，管好用好百姓“救命钱”。按照省医保局统一要求接入智慧监管软件及设备，实时监控各定点医院的医保政策落实情况，达到高效、全面，监管医保政策费用落实；巩固“五级联审制度”，邀请第三方机构进行基金内审，多维度保障基金安全；发挥“百名医保专家库”作用，提升专业化稽核水平；用好中公网、移动稽核、指静脉等智慧监管平台，加大智慧监管和在线实时监管，织密医保基金监管网络。

（四）持续巩固扶贫脱贫攻坚成果。把握政策导向和政策标准，对符合医保扶贫、医疗救助人员实现一站式网上审核；建立医疗救助长效机制，与全区扶贫工作、乡村振兴战略紧密衔接，强化部门联动，充分发挥医疗救助托底保障作用，最大限度减轻困难群众的就医负担，防止因病致贫、返贫现象的发生。

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获八**

坚持“一切为了参保人”和构建和谐医保的宗旨，各项工作均取得了突破性进展。

医保宣传成果丰硕。在国家、省、市、县级的24家媒体发表稿件162篇次，其中中国劳动保障报5篇、中国医疗保险杂志6篇、中国社会保障杂志4篇、中国人力资源社会保障杂志2篇。

三大保险向纵深推进。20xx年全县城镇基本医保参保缴费人数60065人、完成目标任务的112%。工伤保险参保缴费人数10191人、完成目标任务的101%。生育保险参保缴费人数4709人。

医保二次补偿体抚民生。采取网络筛选、邮寄申报、网银到账等创新措施，开展了城镇职工、居民医保二次补偿。补偿门槛低比例高、弱势群体有优待，补偿受益职工108人、居民119人，合计发放补偿金48.7万元。

免费健康体检关爱民生。从9月份起，实施了城镇医保参保人员免费健康体检关爱行动。根据体检规模和人员分布，按就地、就近原则，确定了4家县级医院和17家乡镇卫生院为指定体检医院。实施三个月来，已为35391人进行了免费健康体检，占总体检人数的60%。

实行首诊负责网络监管，力克医院违规操作。参保人按政策规定享受基本医保服务，最大限度避免违规操作行为。严处“冒卡就医、住院骗保”行为。严格执行国家《处方管理办法（试行）》。不按时办结入出院手续、办理“家床”医院受罚。

医保业务档案管理全市一流。在全市率先开展医保业务档案管理达标工作，因起步早、管理规范、设施齐全先后受到市、省领导的好评。7月28日，“市医疗保险经办工作暨《社会保险法》座谈会”在该县召开，全体与会人员参观该局医保业务档案管理工作。档案管理员到市局指导医保业务档案管理达标工作，并获全市通报表彰。

实行了银行代收代缴城镇居民医保费。各参保人以家庭为单位，20xx年到县医保业务经办大厅缴费时，在银行经办人员的指导和协助下，申请开设“家庭医保缴费账户”后，存入应参保家庭不低于当年筹资标准的医保费，双方签订代收代缴委托协议书后，从20xx年起，每年年末缴费时由我局出具参保家庭医保费的代收代缴清单，实行由银行代收代缴。

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

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

虽然我在工作中取得了一定的成绩，但是与组织上和同志们的要求还有一定的差距：

1、在理论学习方面还不够全面系统，学习时缺乏认真思考，深层次理论研究不够。

2、基层调查研究不够，以致在工作上有时缺乏针对性，在知人、知事、知情上还有一定的差距。

3、改革创新力度不够，放不开手脚，不能尽善尽美。

我决心在今后的工作中，进一步加强理论学习、提高理论素养，创新工作思路、提高服务水平，加强团队建设、提高整体素质，重视率先垂范，调动大家工作积极性，共同完成20xx年的各项工作任务，向组织交上一份满意的答卷。

**推荐医保局思想政治工作定期分析及收获九**

各位领导，同志们：

我在县人力资源和社会保障局任党组成员、副局长，分管综治信访、劳动争议仲裁、劳动保障监察以及劳动保障线的就业、社保和医保等项工作。xx年，在局党组和上级业务部门的正确领导下，在各部门和股室同志的大力支持下，我始终坚持“团结、协调、勤奋、务实”的工作方针，严格按照党员领导干部的要求，顾全大局，工作中严格做到到位不越位，维护党组的领导和权威，经常深入基层，认真履行职责，求真务实，任劳任怨，为全县人力资源和社会保障事业做出了积极努力，取得了一定的成绩。现将今年的主要工作情况汇报如下：

(一)明确工作思路，多管齐下，促进就业再就业

①劳动就业及其他就业工作任务指标完成情况。xx年，全县城镇新增就业3465人，完成年目标任务的165%;城镇净增就业2512人，完成年目标任务的139.5%;城镇就业率98.5% ;困难群体(4050人员)就业622人，完成年目标任务的222%;零就业家庭就业安置率100% ;购买基层公共服务公益性岗位407个;新增转移农村劳动力4995人，完成年目标任务的249%，其中：省内新增转移3742人，完成年目标任务的187%;职业技能培训5132人，完成年目标任务的103%;其中创业培训590人，完成年目标任务的147.5%。

②小额担保贷款发放及失业保险扩面征缴情况。1-12月，全县共发放小额担保贷款5243万元，完成年初目标任务的238.32%，其中个人贷款2793万元，占发放额的53%，企业贷款2450万元。全县通过小额担保贷款，直接扶持570名失业人员实现就业，并带动xx余名各类人员就业。失业保险扩面征缴工作中参保人数为7200人，完成年目标任务的100%，征缴失业保险金247.05万元，完成年目标任务的160.54%。

(二)扩大社会保险覆盖面，社会保障体系进一步完善

①养老保险。xx年，全县养老保险参保单位305家，城镇职工参加基本养老保险人数 23190人，完成市下达任务 22777 人的102%。工伤保险参保

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找