

党员福利中心工作总结报告(大全5篇)

在经济发展迅速的今天，报告不再是罕见的东西，报告中提到的所有信息应该是准确无误的。报告对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇报告。下面是小编带来的优秀报告范文，希望大家能够喜欢!

党员福利中心工作总结报告篇一

(一) 办公室。负责机关日常运转，承担综合性材料的起草、后勤保障、宣传、节能、普法、精神文明、安全、综治、信访、保密、考核、政务公开、对外合作交流等工作。负责机关和所属单位预决算、财务、资产管理、内部审计工作。负责机关和所属单位的政务信息化平台建设。承担机关和所属单位的人事管理、机构编制、教育培训、队伍建设等工作。负责机关和所属单位的党群和纪检监察工作。负责办理人大代表建议和政协提案。

(二) 待遇保障科。组织落实全县医疗保障筹资和待遇政策，统筹全县医疗保障待遇标准。统筹推进多层次医疗保障体系建设。组织实施医疗保障关系转移接续制度。执行医疗救助政策。组织实施长期护理保险制度改革。

(三) 医药服务管理科。组织实施全县医保目录和支付标准，建立动态调整机制。组织推进全县定点医药机构医保协议和支付管理政策、异地就医管理办法和结算政策。组织推进医保支付方式改革。组织开展药品、医用耗材、医疗技术的经济性评价。组织实施全县药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立价格信息监测和信息发布制度。监督实施全县药品、医用耗材的招标采购、配送及结算管理政策。

(四) 基金监督管理科。组织拟订全县医疗保障工作规划。

拟订并组织实施全县医疗保障基金监督管理办法，建立健全医疗保障基金安全防控机制，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法查处医疗保障领域违法违规行为。推进全县医疗保障标准化和信息化建设，承担全县医疗保障统计工作。

法定依据：县委办公室、县政府办公室关于印发《县医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定》的通知（南办字〔2019〕46号）

负责南昌县医疗保障局全面工作： 李青文 党组书记

党员福利中心工作总结报告篇二

负责全局日常行政管理；制度建设、政风行风的落实；检查各项规章制度的执行情况；负责公章的管理；办公经费报销的初审；对外宣传和信息报道工作。负责全局后勤保障工作，包括公务车辆的调度和管理；公务接待；办公用品的购置，办公设备设施的维修，固定资产和公物的管理；对职工食堂管理。负责督察督办工作，包括目标管理、重点工作、来信来访、综合治理、普法教育、安全保卫、维护稳定、计划生育、卫生（创卫）等工作 and 上级部门及局领导交办工作的督促落实。负责组织协调工作，包括组织对外的协调联系；对局内重大工作会议(活动)和股室间的组织协调；职工大会、局务会和局长办公会的准备工作，同时做好记录，必要时整理会议纪要。负责全局人事管理工作，包括职工的人事教育、工资福利、考评考核及本局退休人员的服务工作。负责文书档案工作，包括来文来函的签收、登记、传递、催办、立卷和归档工作；局发公文的审核、编号、打印和发送工作；组织撰写综合性文件和文稿；编写工作年鉴及大事记；医疗保险业务档案的督促指导；档案资料的管理和保密工作；报刊杂志、图书资料等的订购和管理的工作。负责“创先争优”，创建文明（先进）单位、“争创一流”服务、优质服务窗口、

巾帼文明岗等工作的督促落实。完成局领导交办的其他工作。

进驻县政务服务大厅，承担城镇个体职工医保基金征收管理工作。负责医保政策、法规的宣传贯彻落实工作；负责医保关系转移手续办理；建立和完善数据；负责参保人员缴费年限的计算和核定，受理个人账户记录情况的查询服务；负责群众来信、来访和政策咨询；负责相关业务资料的收集、整理和归档；负责办事大厅业务印章的使用和管理等工作。完成局领导安排的其他工作。

负责单位资金和医保基金预决算工作、编制和实施综合财务计划；负责对财务收支的管理、检查及财务监督；负责医保基金征收和支付的结算工作；负责医保基金帐务会计、出纳核算和财务监督；负责票据、表册账卡、会计档案的管理工作；负责财务报表统计分析上报等工作。完成局领导安排的其他工作。

负责各类综合计划、报表、数据统计和分析、汇总上报；负责医疗保险费用的复核；负责市县目标的实施、监控和考核；负责相关业务资料的收集、整理和归档等工作；协助业务档案管理。完成局领导安排的其他工作。

党员福利中心工作总结报告篇三

（一）贯彻执行国家和省、市医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障法律法规规章和政策规划标准，起草有关规范性文件草案，拟订有关政策、规划和标准并组织实施。

（二）贯彻执行国家和省、市医疗保障基金监督管理办法，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进实施医疗保障基金支付方式改革。

（三）组织制定全县医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和统筹区内调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，

建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。组织拟定并实施全县长期护理保险制度改革政策。

（四）贯彻执行全省城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录，制定合理的支付标准，建立动态调整机制，贯彻执行省级医保目录准入谈判制度，组织实施县级医保目录准入谈判。

（五）组织制定全县药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

（六）制定药品、医用耗材的招标采购制度并监督实施，指导全县医疗卫生机构药品、医用设备、医用耗材集中采购的监督管理工作，指导实施药品、医用耗材招标采购平台建设。

（七）制定定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度。

（八）监督管理纳入医保范围内定点医药机构的医疗服务行为和医疗费用，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

（九）负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设，贯彻执行并完善异地就医管理、服务和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度，开展医疗保障领域对外合作交流。

（十）完成县委、县政府交办的其他任务。

（十一）职能转变。县医疗保障局负责完善全县统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医

药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。

（十二）与县卫生健康委员会的有关职责分工。县卫生健康委员会、县医疗保障局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

根据上述职责，县医疗保障局设x个内设机构：

（一）办公室

负责局机关正常运转，承担安全、保密、宣传、信息、信访、机关财务、政务公开和对外合作交流等工作。负责机关和所属单位的党建工作。承担机关和所属单位的人事管理、机构编制、教育培训和队伍建设等工作。组织开展医疗保障政策的综合研究并组织实施。贯彻执行省、市医疗保障筹资和待遇政策，制定合理的待遇政策，统筹城乡医疗保障待遇标准。统筹推进多层次医疗保障体系建设，制定合理的待遇政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。组织开展医疗救助。根据省、市长期护理保险制度改革方案，制定全县具体实施办法。

组织拟订医疗保障工作规划。承担机关和所属单位预决算、资产管理、内部审计、统计管理等工作，组织编制医疗保障基金预决算草案，推动医疗保障信息化建设。

（二）医药服务管理股

贯彻执行全省城乡统一的医保目录，制定合理的支付标准，建立动态调整机制，贯彻执行省级医保目录准入谈判制度。制定定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，贯彻执行并完善异地就医管理、服务和费用结算政策。组织推进医保支付方式改革。组织开展药品、医用耗材、医疗技术的经

济性评价。

（三）医药价格和招标采购股

在省、市医疗保障部门的指导下，拟订全县药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策并组织实施，建立价格信息监测和信息发布制度。拟订药品、医用耗材的招标采购、配送及结算管理政策并监督实施，指导全县医疗卫生机构药品、医用设备、医用耗材集中采购的监督管理工作，推进药品、医用耗材招标采购平台建设。

（四）基金监管和法规股

组织实施医疗保障基金监督管理办法。监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务。受理医疗保障领域投诉举报，依法查处违法违规行。拟订医疗保障基金监督管理办法。建立健全医疗保障基金安全防控机制，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度。承担机关规范性文件的合法性审查工作，承担行政复议、行政应诉等工作。

（一）x县医疗保险基金安全监管事务中心

县医疗保险基金安全监管事务中心是副科级公益一类事业单位，其主要职责是：

贯彻执行党委和政府关于协议医药机构管理的方针、政策、规定，协助局机关建立健全医疗保险基金安全防控机制、建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度。

制定医疗保险基金安全监管工作计划，协助局机关依法对本区域协议医药机构开展监管工作，对其服务质量或有关制度执行情况进行监督检查。

向县医疗保障局报告定点医疗机构、药店存在的违反医疗保险法律、法规的行为并提出加强管理的意见和建议。

按照局机关部署，组织开展对本区域协议医药机构的日常稽查和有关案件的调查工作，受理医疗保障领域投诉举报，执行县医疗保障局做出的行政处罚决定。

定期向县医疗保障局报告工作，并与相关执法部门沟通情况。

完成县委、县政府和县医疗保障局交办的其他任务。

（二）x县城乡居民基本医疗保险管理中心

县城乡居民基本医疗保险管理中心是副科级公益一类事业单位，其主要职责是：

负责城镇职工基本医疗保险（生育保险）基金、医疗救助资金、城乡居民基本医疗保险基金和离休干部医药费用的核定、管理、支付以及其它工作任务。

负责编制城镇职工基本医疗保险（生育保险）基金、医疗救助资金、城乡居民基本医疗保险基金和离休干部医药费用的预决算，配合有关部门做好基金征缴工作，填报各类财务、统计报表。

负责全县定点医疗机构和定点零售药店的医疗保险服务协议书的签订；协助县医疗保险基金安全监管事务中心对医药机构的财务、信息、服务行为及参保人员的就医行为等事项开展监管工作。

负责城镇职工基本医疗保险（生育保险）、医疗救助、城乡居民基本医疗保险和离休干部医药费用业务的查询及相应配套服务。

提出改进和完善医疗保障制度的意见。

完成县委、县政府和县医疗保障局交办的其他任务。

党员福利中心工作总结报告篇四

XXXX年我局医疗保险工作扎实推进，基金运行平稳，各项业务工作正常开展，全面完成目标任务，现将工作情况如下：

一、日常业务及时结算

XXXX年X-XX月共审核结算城职、城乡基本医疗保险住院及门特费用万人次，基金支付万元；结算大病补充保险万人次，基金支付万元；结算两定机构个人账户万人次，基金支付万元；结算城乡大病保险xxx人次，基金支付万元；审核结算工伤保险待遇xxx人次，基金支付万元；审核结算生育保险待遇xxxx人次，基金支付万元；审核结算城乡居民基本医疗保险门诊统筹及一般诊疗费分别为xxxx人次、基金支付万元，一般xxxx人次、基金支付万元；审核结算大学生门诊统筹万人次，基金支付万元；办理医疗保险关系转移接续xxxx人次，其中转入我区参保人员xxxx人次，转出我区参保人员xxxx人次。

XXXX年城乡居民基本医疗保险筹资工作目标任务圆满完成。参保总人数为万人，完成了市上下达的参保率达xx%的民生目标任务。

二、重点工作顺利推进

（一）深入开展医保稽核工作

我区现有定点医药机构共xxx家，其中定点医疗机构（医院、社区卫生服务中心）共xx家，定点医疗机构（诊所、门诊部）

共xxx家，定点零售药店xxx家。目前已完成现场检查数量xxx家，现场检查率xxx%[]到xxxx年x月xx日今年查处违约医药机构xxx家（医院类xx家，门诊诊所类xx家，零售药店类xxx家），其中约谈xxx家次，限期整改xxx家次，追回违约医疗费用xxx家次，中止协议xx家，解除协议x家，查处追回违约医疗费用万元，要求违规医药机构支付违约金万元。行政处罚x家，行政处罚金额x万元。移送司法x家。目前我区诊所药店已检查全覆盖，现正处于核查处理阶段。我区近期统计定点医药机构数量与上年同期比较减少xx家，增幅；查处违约医药机构增加xxx家，增幅达；查处违规金额万元，增长，要求违约医药机构支付违约金万元，增长。

（二）国家组织药品集中采购和使用试点工作顺利开展

按照x市人民政府办公厅《关于印发落实国家组织药品集中采购和使用试点工作实施方案的通知》（成办发[]xxxx[]xx号）等文件要求，作为区级承办牵头机构，高度重视，提高站位，分层级、分阶段稳步推进辖区内xx家公立医疗机构x+x药品集中采购和使用试点工作。

（三）xxxx年基本医疗保险付费总额控制工作圆满完成

按照《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发[]xxxx[]xx号）、《人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险付费总额控制经办规程的通知》（人社厅发[]xxxx[]xxx号）[]x市医疗保险管理局关于做好xxxx年基本医疗保险付费总额控制工作的通知》（成医发[]xxxx[]x号）等文件要求，我区采用“基础数据+病种分值”方式，通过数据求证、意见征求、方案制定、总控协商等环节积极扎实推进完成辖区xx家定点医疗机构亿元付费总额控制工作。

（四）长期照护保险工作继续推进

xxxx年x—xx月累计签订居家失能人员协议xxx人，协议机构x家，协议机构失能人员xx人，同时做好了长期照护人员和评估专家的实名制登记管理和工作开展情况的回访工作；将失能失智评估专家xx名，评估员xx名纳入评估专家库，组织照护人员培训xx次，累计参加培训xxxx人次，成华区第六人民医院成为x市首家区级长照险培训基地。

（五）服务经济社会能力持续提升

按照使医保工作既能站在“保障民生的第一线”，又能站在“经济发展的最前排”的总体要求，不断提高“挖掘资源、整合资源、撬动资源”的站位，多次到辖区内重点项目进行调研，积极进行指导和协调，顺利实现了新生堂、鹰阁医院等优质项目在我区落地；搭建微信公众号服务平台，在强化医保政策宣传的同时，积极回应群众关心的热点问题，取得了较好的效果。

三、xxxx年工作思路

（一）丰富监管手段，维持打击欺诈骗保高压态势

一是加大打击力度，推进第三方协同监管。按照x市统一部署和我区专项治理方案，扎实实施七类全覆盖，做到三个结合，创新使用现有政策和制度，扩大专项治理范围，对发现的问题及时形成稽核任务，实施精确管理，提升专项治理质效。加快推进定点医药机构药品购销存管理，试点推行医保费用第三方专项审计、第三方协同巡查、第三方专家评审，建立起有第三方参与的协同监管机制，推动医保监管多元治理，形成“医保为核，多方参与，共同治理”的医保监管新模式。

二是健全监管机制，发挥多部门联动效应。建立医保局牵头，法院、检察院、公安、人社、卫健、审计、市场监管等部门为成员单位的成华区打击欺诈骗取医保基金工作联席会议制

度。定期召开联席会议，开展专项检查、通报工作进展、审议相关事项、推动监管结果应用，形成部门联动、齐抓共管的医保治理格局。联合卫健、市场监管等部门，探索建立医疗、医保、医药数据共享系统，加快推进医保数据实时上传工作。开展医保数据实时上传试点，推动数据采集规范化和数据上传标准化。

三是采取多种形式，确保宣传培训取得实效。要加强对定点医药机构的培训，通过持续开展定点医药机构分类培训，加深定点医药机构自律管理与协议服务管理。加强医保政策宣传，引导医药机构、参保人员正确使用医保基金，强化医保基金红线意识。通过现场演示、以案说法、政策宣讲等多种形式，大力开展医保监管警示教育，增进各类监管对象法制意识和规范共识，形成主动防范、协同监督的医保监管氛围。

（二）完善服务体系，助力全区经济社会发展

一是提升服务能力，推动成华医疗产业的发展。加强对拟建设项目前期准备、协议签订、信息系统建设等方面的指导和协助，积极与拟建项目沟通协调，开启绿色通道加速项目推进，推动优质医疗项目在我区落地。积极谋划构建以顾连医疗、新生堂医院和即将入住的百汇医疗等形成的“高端医养示范园区”，利用园区的集聚效应吸引更多的优质医疗项目入驻园区，争取纳入x市“国家医疗消费中心”总体规划。

二是发挥纽带作用，深化长期照护险试点。积极推广区六医院养老、医疗和长照险并行的“医养护结合”的管理模式，实现“医中有养，养中有护，护中有医”的医养护融合目标，解决符合条件的失能、半失能老人的医养护需求。以区六医院（全市首家区级长照险评估人员培训基地）为中心，辐射全区，更好、更规范的开展长期照护保险评估人员业务培训、经验交流的工作，进一步提升评估业务水平和经办质量。积极探索“社区嵌入式养老+医保长照险”等社区便利化普惠性养老服务模式，将上门服务作为新的长照险服务方式，促进

医养服务多方式优质均衡发展。

三是回应群众诉求，满足基本医疗服务需要。推进行业作风建设，不断提高医疗保障公共服务水平，全面推进国际化营商环境先进城市医疗保障改革行动。全面梳理医疗保障政务服务事项清单，精简证明材料，规范办事流程，简化办事程序，压缩办事时间，加快制定标准化工作规程，让医疗保障服务更加透明高效、让群众办事更加舒心顺心。全面落实异地就医相关政策，完善异地就医监管机制，切实解决异地就医、购药刷卡难的问题。

（三）狠抓业务工作，确保各项医改政策贯彻落实

一是推进总额控制下按病组分值付费工作落地。积极推进总额控制下按病组分值付费工作，完善监管配套措施、考核目标及考核方式等具体工作内容；加强病种收付费相关管理工作，定期分析按病种收付费的运行情况，加强与全区定点医疗机构之间的沟通协调，完善按病种收付费信息系统。

二是推进医保基金ai视频与静脉认证监控系统落地。在我区试点开展医保基金ai视频与静脉认证监控系统工作，便于开展医保病人身份验证，用于住院真实性和在床情况的稽核，以加强医保监管工作。

三是深化国家组织药品集中采购和使用试点工作。督导辖区内定点医疗机构完成“国家组织药品集中采购和使用试点工作”药品余量的采集工作，按照市政府要求扩大采购和使用试点范围，力争将部分设备采购纳入采购和使用试点范围，进一步深化“x+x”工作在我区贯彻。

党员福利中心工作总结报告篇五

（一）拟订医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的法律法规草案、政策、规划和标准，制定部门规章并组织

实施。

（二）组织制定并实施医疗保障基金监督管理办法，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革。

（三）组织制定医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和区域调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。组织拟订并实施长期护理保险制度改革方案。

（四）组织制定城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准，建立动态调整机制，制定医保目录准入谈判规则并组织实施。

（五）组织制定药品、医用耗材价格和医疗服务项目医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

（六）制定药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施，指导药品、医用耗材招标采购平台建设。

（七）制定定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医保范围内的医疗服务行为和医疗费用，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

（八）负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。组织制定和完善异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。开展医疗保障领域国际合作交流。

（九）完成^v^□^v^交办的其他任务。

（十）职能转变。国家医疗保障局应完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，建立健全覆盖全民城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。

（十一）与国家卫生健康委员会的有关职责分工。国家卫生健康委员会、国家医疗保障局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。