# 医保真抓实干工作总结(合集35篇)

来源：网络 作者：紫陌红颜 更新时间：2024-09-06

*医保真抓实干工作总结120xx年，我店在x市药监局和社保处的正确领导下，认真贯彻执行医x点药店法律法规，切实加强对医x点药店工作的管理，规范操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在上级要求的各个方面都起到了良好的带头作用，深得附近群众的`好...*

**医保真抓实干工作总结1**

20xx年，我店在x市药监局和社保处的正确领导下，认真贯彻执行医x点药店法律法规，切实加强对医x点药店工作的管理，规范操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在上级要求的各个方面都起到了良好的带头作用，深得附近群众的`好评。

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌和x省医疗零售企业统一“绿十字”标识。在店堂内显著位置悬挂统一制作的\'“医疗保险政策宣传框”，设立了医保意见箱和投诉箱，公布了医保监督电话，公示了相关服务规范和义务范围。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》、《执业药师注册证》以及从业人员的执业证明和岗位证件。

三、制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医x点药店成为面向社会的文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医x点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台、发票。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医x点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我市医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**医保真抓实干工作总结2**

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。

**医保真抓实干工作总结3**

按照省、市、县有关建档立卡贫困人口医疗保障帮扶政策，各有关部门全力推进各项政策的落实，现将开展情况报告如下：

>一、工作进展

（一）个人参保缴费全额救助

全县有建档立卡贫困人口22285人，按政策个人缴费部分由政府全额资助。20xx年建档立卡贫困人口参保人数是22285人，参保率为100%。

（二）依规提高待遇水平

1、住院报销

基本医疗保险：县域内二级医院住院报销比例提高5%，年度内封顶线为7万元；参保人员年内二次以后住院费用报销起付标准比现行起付标准降低50%。截止9月30日，建档立卡贫困人员住院3456人次，基本医保报销万元。

大病保险：执行起付线5000元，报销比例为80%。截止9月30日，建档立卡贫困患者报销659人次，金额为万元。

补充医疗保险：住院医保目录外费用按85%比例补偿。截止9月30日，建档立卡贫困患者报销2828人次，金额为万元。

136兜底补偿：住院医保目录内费用实行兜底保障，在县域内、市级、省级住院，个人年度住院医保目录内费用自付封顶额分别为万元、万元、万元，同一年度内，个人自付额累加计算，最高不超过万元。个人年度自付封顶额之上的合规费用由医保基金报销。

截止9月30日，136兜底20xx人次，金额为万元。

2、门诊特殊慢性病受理、报销

截止9月30日，20xx年门诊特殊慢性病经组织专家组鉴定了13次，与卫健部门配合乡镇集中现场鉴定了13次，总共鉴定通过了1808人，其中建档立卡贫困患者鉴定通过861人。

建档立卡农村贫困人员患门诊特殊慢性病报销了8204人次，金额为万元。

（三）全力实施特殊救助

1、残联免费适配辅助器具发放

20xx年1月至9月30日适配867人。

2、医疗救助工作

20xx年1月至9月30日救助2766人次，救助金额万元。

（四）积极提供一站式便捷服务

基本医保+大病保险+补充保险+136兜底一站式补偿了3456人次，金额为万元。其中，县内补偿2462人次，金额为万元。

（五）参保患者转诊就医情况

截止目前，建档立卡贫困户患者转诊率为，普通居民患者转诊率为。

>二、下一步工作安排

（一）进一步加大政策宣传力度。加强宣传引导，提高建档立卡贫困户对医保帮扶政策知晓度；同时，动员各类帮扶力量，搞好一对一帮扶政策解读服务。

（二）进一步提升工作效率，简化工作流程。为建档立卡贫困户提供“先诊疗、后付费”、“一站式”结算等便捷服务，极大的方便了建档立卡贫困户患者。

**医保真抓实干工作总结4**

在过去的xxx年里，我院在县委、县政府及主管局的正确领导下，以“三个代表”重要思想为指导，紧紧围绕“以市场为导向，创新经营思路及经营理念，主动适应医疗市场需求，力求科学地定位市场，坚持以人为本，着力推进科技兴院，人才强院战略，转变观念，树立“品牌”意识，有效地增强医院综合实力”的总体思路，以发展为主题，以结构调整、改革创新为动力，突出服务，突出质量，突出重点，突出特色，开拓创新，狠抓落实，全院干部职工团结协作，奋力拼搏，较好地完成了全年的工作任务，医院建设又迈上了一个新的台阶。现将过去一年的主要工作情况总结

(一)积极开展创建“群众满意医院”活动，着力加强全院职工的质量意识、服务意识和品牌意识。 按照省卫生厅、市、县卫生局的部署，从去年4月份开始我院以开展创建“群众满意医院”活动为契机，围绕提升医疗质量和服务水平，打造良好的医疗环境开展创建工作： 1、狠下功夫，努力提高医疗质量，形成了“质量兴院”的良好风气。医疗质量关系到病人的生命安全和身体健康，是医院发展的根本。我们把县卫生局年初部署的“医疗质量管理年”活动内容融入到创建“群众满意医院”活动当中，把提高医院医疗质量放在突出的位置。医院先后出台了一系列措施，确保医疗质量和医疗安全，有效杜绝了医疗事故和减少了医疗纠纷的发生。

(1)健全和完善医院必备质量管理组织。根据创建活动考评标准，建立健全了“层次分明、职责清晰、功能到位”的必备医疗质量管理组织，对“医疗质量、病案管理、药事管理、医院感染管理、输血管理”等专业委员会的人员组成进行了调整和补充，完善了各委员会的工作制度，使各自的职责与权限范围进一步得到清晰。

(2)完善了各项医疗制度并形成了严格的督查奖惩机制，实施了一系列保证医疗质量的措施和方法。对照创建“群众满意医院”活动考评标准，根据有关的法律法规，结合我院实际情况，完善有关的管理规定和制度。制定了《突发公共卫生事件应急处理预案》、《医疗纠纷防范预案》、《医疗纠纷处理预案》、《导诊岗位服务规范》等一系列制度及措施。

(3)加强了法律法规的学习和教育。今年全院共组织了医护人员300多人次参加有关医疗纠纷防范与处理的学习班，广泛开展《\_执业医师法》、《\_护士管理办法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》等法律法规的学习和教育，多次派出医疗管理人员参加全国性和全省组织的“医疗事故防范与处理”、“医疗文书书写规范”、“处方管理办法”等学习班，并对全院医务人员进行了多次相关法律法规的培训和考试。

(4)进一步规范和提高医疗文书的书写质量，认真贯彻落实\_的《病历书写基本规范(试行)》和我省出台的《病历书写基本规范(试行)实施细则》， 医院加强了对病历质量的检查工作：一是院领导经常不定期抽查运行病历和门诊病历，多次组织本院检查组督查病历质量，对不合格的`病历通报批评，并给予经济处罚。二是各科主任对住院病历进行经常性的检查，及时纠正病历质量问题。三是质控科对每份归档病历进行终末质量检查，每月对病历质量情况进行小结并通报全院。四是病案管理委员会加大了管理力度，针对病历质量存在的问题进行专题讨论，制定了整改措施，督促及时整改。20xx年共检查病历5987份，其中质量病历5551份，有7份为乙级病历，未发现丙级病历，病历甲级率为。全年病历质量较好的科室有内科、儿科、妇产科、急诊科。

xxx年全院书写病历数最多的前三名医生分别是：儿科的朱树森，255份、儿科的叶林海，248份、外一科的范地福，211份。全年科室病历总数位居前三位的是：儿科：1219份，外一科：859份，外二科：846份。

(5)认真落实三级医师查房制度。三级医师查房的质量，与医院整体医疗水平息息相关，只有三级医师查房质量的不断提高，

才能保证医院整体医疗水平的发挥，减少医疗纠纷，促进医院医疗工作的健康发展。根据有关规范要求，结合我院实际情况，今年重新制定了三级医师查房制度，实行了分管院长业务查房制度，加大了对三级医师查房制度落实情况的督查力度，有效地提高了我院的诊疗水平。

(6)进一步加强了围手术期的管理。围手术期管理是保障外科病人医疗安全的关键，医院按照制定的围手术期质量标准认真进行考评，提高了围手术期的医疗质量，有效地保障医疗安全。

(7)加强了临床用血管理工作。为确保临床用血安全，进一步规范了临床用血程序，在血库开展交叉配血试验，减少了病人用血的流程，提高了临床用血效率，完善了血库工作职能，严格执行配血和输血各项操作规程，杜绝了差错事故的发生。在严格掌握输血指征的前提下，积极提高成份输血率，改变了我院目前的现状

**医保真抓实干工作总结5**

20xx年要在阆中市市委、市政府及市卫生局和市医保办的领导下，以党的十九次全代会精神为指导，深入贯彻《\_中央、\_关于进一步加强农村卫生工作的决定》，结合《阆中市新型医疗保险实施细则》精神，加大力度，加快进度，推进我医院医疗保险制度建设和农村卫生服务体系建设，促进农村卫生事业的改革与发展。

>一、加强和完善医保的制度建设。

根据我医院实际，在已出台的《阆中市医疗保险实施方案》的基础上，尽快完善医疗保险相关配套政策和规定：通过相关配套制度的建立，构筑医疗保险基金收支平稳运行的保障机制。

>二、注重学习先进经验，开展技术指导。

加强学习，加大工作力度，加强分类指导和经验交流。注重对医疗保险各项工作的研究，发现和解决出现的新情况、新问题。

>三、加大信息系统开发和建设力度。

根据\_办公厅关于《医疗保险信息系统基本规范》的通知精神，逐步完善我医院医疗保险信息网络。加强信息管理，完善信息统计制度。及时了解网络运行情况，进行数据汇总，为政策调整和决策提供科学依据。

>四、加强对医保保险工作的监管。

按照《\_办公厅关于加强医疗保险定点医疗机构医药费用管理的若干意见》的要求，采取综合措施，加强对医疗保险定点医院服务行为的规范化管理。建立和完善医疗保险定点医院服务收费和服务行为监管机制。努力降低医疗费用。

>五、加大对医保管理人员及医护人员的培训力度。

制定详悉的培训计划和内容，通过集中培训、网络培训、专题讲座等方式，加强对医疗保险经办人员和医护人员的培训和指导，提高医疗服务水平。开展对培训工作的专门督导检查和效果评价，保证培训工作取得实效。

>六、加强药品的管理。

配合市药品监督局和卫生局，狠抓了药品质量监督网络和药品供应销售网络建设，为病人提供质量安全可靠、价格比较低廉的药品。

>七、进一步加大宣传力度。

医疗保险制度体现了\_、\_对人民的关心和爱护，我们要加强宣传，使居民都知道这项制度的内容、要求、原则和方案。用典型事例现身说法，使居民感受到实实在在的好处，才能使更多的居民体会到这项制度的优越性。不仅在媒体上增加宣传内容，还要采取多种方式，广泛发动，宣传这项制度的基本特点和要求，做到家喻户晓，人人明白。既要加大政策的力度，又要加大宣传的力度，使更多的居民感受到党和政府的关怀。20xx年12月18日

**医保真抓实干工作总结6**

在局党组的正确领导下，在医疗保险中心领导班子和中心全体同志的帮助和支持下，认真履行职责，坚持廉政建设，扎实工作，紧紧围绕局领导、中心总体工作要求，团结带领大家，拼搏创新，务实苦干，较好完成了本职工作。

>一、不断加强政治学习，努力提高理论水平

认真开展“深入学习实践科学发展观活动”，积极参加局党组中心组的各项政治学习，同时精心安排理论学习计划，把在局党组中心组的学习扩大到中心党支部，使支部的学习在时间、内容、形式上同局党组中心组的学习同步进行，努力提高本人及中心全体同志的政治觉悟和理论水平。

加强政治学习着力于努力使党员干部在思想作风、工作作风、领导作风、干部生活作风、联系参保职工，真心实意为参保职工办实事方面有明显改善；\_员的发展工作，除坚持标准，保证质量，规范程序，实行公示制度外，与年度政治学习结合起来。具体考核读书笔记、思想汇报和大会发言。以查看学习内容的落实情况，今年重点培养积极分子四名，发展\_员三名；同时，坚持理论联系实际，学以致用。举办学习科学发展观为主要内容的党性、党风教育活动，借助“学习焦裕禄精神活动”的东风，组织大家观看电影《焦裕禄》，在中心全体党员干部中形成了吃苦奉献、拼搏进取、比学习、比服务、比干劲、比团结的良好氛围。

>二、认真履行职责，努力推进事业健康快速发展

在抓党务工作的同时，我始终把业务工作同样摆在重要位置，不断探讨将两者结合，加强一线工作人员工作素质作为搞好医保管理工作的基础和保障，在局党组及中心人员的大力支持下，主要做了以下工作：

一是进一步建立和健全了各项规章制度。相继制定和完善了中心考勤制度，各部位工作流程和职责，制定内控制度措施，使大家有章可循，用制度来自觉约束自己的工作行为。

二是积极主持或参与医疗保险政策的调整与制定。今年共出台了《关于提高城镇基本医疗保险待遇标准减轻参保单位负担的通知》、《关闭破产企业退休人员参保办法》、《关闭破产企业参保工作方案》、《关于提高公务员补助及职工医疗保险待遇标准的通知》、《残疾军人医疗保障实施办法补充规定》等文件。较大程度上减轻了企业负担，提高了参保职工的待遇。使关闭破产困难企业退休人员参保得到落实。

三是加强两定机构管理，保护参保职工利益。

细化量化两定机构协议。将医疗服务三个目录管理要求、管理目标纳入协议中，不断对协议条款进行细化，对管理标准进行具体量化，对违规核减支付进行明确细化，使服务协议内容更加完整，可操性更强。

进一步规范费用审核业务流程，一是要对住院费用进行逐人审核，二是要严把手工报销关，三是要建立完善的转院制度。切实加强稽核，一是建立网上实时监控制度，实时网上实时监审，及时发现问题，及时沟通解决。二是建立完善现场稽核和查房制度，坚持公平公正，实事求是，突出重点，加大日常稽查在年度考核中的比重，对定点医院重点查处过度医疗、不合理收费、冒名顶替住院、分解住院、挂床住院、非医保病种套用等医疗欺诈行为，以及服务质量、是否履行告知义务、押金收费是否合理等作为重点管理内容，切实保护参保职工的利益。

建立人均住院定额制度，根据医院等级确定人均费用定额，促使医院自觉主动控制住院费用。

建立异地居住人员监管制度，严格执行异地居住申批备案制度，异地医保部门协查制度和追踪服务调查制度，强化对异地居住人员和转诊病人的管理，有效堵塞漏洞，防止基金流失。

建立建全有奖举报制度，指定专人负责，实行有报必查，有错必纠，落实举报奖励，形成社会的广泛监督。

考虑到军工厂及市区一些重症慢性病人行动不便，坚持每年两次为1600余人进行上门鉴定服务，均受到好评。根据基金收支情况，不断提高参保职工的待遇水平；解决残疾军人医疗费用报销问题；同比提高异地就医人员五个百分点药费报销比例；又推出用社保卡余额进行体检的便民举措。这些措施，显著提高了参保人员的待遇享受水平。

四是加强基金管理，确保基金安全，人员安全。建章立制，警钟长鸣。规范基金收缴、入库、支付程序，严格管理制度，层层把关，层层负责，相互制约，堵塞一切可能发生的漏洞。今年，配合局基金管理科对全市各县市区经办机构进行了基金审核支付专项检查，省厅对我市进行了内控制度专项检查，市直基金管理均收到好评。

>三、不断强化自律意识，保持清正廉洁的工作作风

在工作和生活中，我都十分珍视自己的人格和声誉，时刻注意树立自身良好的形象。对人团结和蔼、乐于助人、宽以待人、一视同人，不搞亲亲疏疏，不拉帮结派；处事上公道正派、按章办事，不徇私情，坚持原则，不搞当面一套背后一套，不犯自由主义；对待自己上，能够严格遵守党的政治纪律、组织纪律、经济纪律和群众工作纪律，严格遵守中纪委提出的“八项”要求和市纪委提出的“六不准”规定，做到政治上与组织保持高度一致，不阳奉阴违，各行其是。在领导班子中遵守民主集中制，摆正位置，工作到位而不越位，能正确使用权力，不滥用权力，绝不利用权力为自己谋利益。始终要求自己堂堂正正做老实人，实实在在干实在事，让自己满意、让同志们满意、让领导满意、让服务对象满意。不因人而异，不敷衍塞责，不回避矛盾，不弄虚作假，不损公肥私、不公款吃喝，坚决维护党的纪律的严肃性。始终要求自己要做一个政治上的“明白人”、经济上的“清白人”、作风上的“正派人”，始终保持\_人的政治本色和良好的公仆形象。

总的来说，自己一年来较好的履行了职责，做了一些工作，但与上级的要求比，与群众的期望比，还存在一些不足之处。一是原则性有余而灵活性不足；二是工作头绪多，工作量大，因而忙于事务，对同志们的谈心不够。对以上问题自己决心在今后的工作中努力改进并加以克服，为我市医疗保险事业做出新的贡献。不足之处，请各位领导和同志们提出宝贵意见。

**医保真抓实干工作总结7**

根据市委市政府的部署，我局于xxxx年x月xx日正式挂牌运作，整合了市人力资源和社会保障局城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育保险职责，市发展改革局药品和医疗服务价格管理职责，市民政局医疗救助职责。我局内设办公室、政策法规科、医药服务管理科、基金监督科四个科室，行政编制xx名。设局长x名，副局长x名；正科级领导职数x名，副科级领导职数x名（其中x名负责党务工作）。在省医疗保障局的大力支持指导和市委市政府的正确领导下，我局坚持以人民为中心的发展理念，坚持“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的指导思想，深化医疗保障制度改革，加强医保基金监管，加大“三医联动”改革力度。作为新组建部门，我局克服人手少、工作量大等困难，迎难而上，知难而进，积极主动化解矛盾，确保工作顺利推进、衔接顺畅，推动了我市医疗保障事业持续健康发展。

>一、工作推进情况

（一）巩固和扩大基本医疗保险覆盖范围

xxxx年至目前止，参保人数达万人，其中:城乡居民医疗保险达万人，城镇职工医保达万人，参保率达巩固在以上。

（二）稳步提高医保待遇水平，减轻看病负担

1、城镇职工医疗保险待遇

（1）住院报销比例：社区卫生服务中心住院报销比例退休人员xx%，在职职工xx%，一级医院退休人员xx%，在职职工xx%；二级医院退休人员xx%，在职职工xx%；三级医院退休人员xx%，在职职工xx%。

（2）城镇职工高额补充医疗保险赔付标准是：在一个保险年度内，被保险人住院和特殊门诊就医（不分医院级别）发生的符合xx市基本医疗保险政策规定范围内的医疗费用，个人自付累计超过xxxxx元（不含起付线）以上的费用，按xx%的比例进行赔付，最高赔付xx万元。

城镇职工医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元。城镇职工基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

2、城乡居民医疗保险待遇标准

（1）住院报销比例：一级医院报销提高到xx%，二级医院报销提高到xx%，三级医院报销提高到xx%。起付线：一级医院xxx元，二级医院xxx元，三级医院xxx元，市外住院xxx元。城乡居民医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元（基本医疗保险统筹xx万元、高额补充险xx元、大病保险xx万元）。城乡居民基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

（2）完善城乡居民大病保险政策。一是我市城乡居民大病保险政策按自付费用高低，分段设置支付比例，大病保险起付标准为xxxxx元，参保人在一个年度内符合政策范围的住院费用个人自付费用累计达到xxxxx元至xxxxx元报销比例为xx%，xxxxx元以上最高报销xx%。二是大病保险政策适当向困难群体倾斜。对困难群体下调大病保险起付标准，并提高报销比例，不设年度最高支付限额。其中，特困供养人员、孤儿起付标准下调xx%，报销比例达到xx%；建档立卡的贫困人员等困难群众起付标准下调xx%，报销比例达到xx%。

（三）有序推进医疗救助职能移交工作

印发了《xx市医疗救助“一站式”结算工作实施方案》（阳医保通〔xxxx〕xx号），拟定了《xx市医疗救助“一站式”结算工作实施规程》（征求意见稿），开设了医疗救助基金银行专户，成功搭建基本医疗信息系统，xxxx年x月x日在市内、省内实行医疗救助“一站式”结算。xxxx年，我市医疗救助资助参加基本医疗保险人数xxxxxx人，支付资金xxxx万元；至目前止，住院救助人次xxxxx人，门诊救助人次xxxx人；住院救助资金支付xxxx万元，门诊救助资金支付xxx万元。

（四）做好xxxx年城乡居民医保宣传发动参保工作

xxxx年城乡居民医保宣传发动参保工作从xxxx年xx月xx日开始至xx月xx日结束，个人缴费xxx元/人.年。为扩大基本医疗保险覆盖范围，允许持我市居住证人员参加我市城乡居民基本医疗保险。

（五）加大财政投入，稳定筹资机制

一是提高财政补助标准，由xxxx年xxx元/人.年提高到xxxx年xxx元/人.年。二是提高大病保险筹资水平，由xxxx年xx元/人.年提高到xxxx年xx元/人.年。

（六）做好xxxx年市本级基金预算工作

xxxx年城乡居民基本医疗保险市本级配套资金预算计划万元，医疗救助市本级配套资金预算计划万元。

（七）稳步推行公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革工作。一是按照省推广药品集团采购工作有关文件要求，我局扎实推进我市药品集团采购各项工作。今年x月xx日，市政府成立了xx市药品跨区域联合集团采购领导小组，统筹协调推进药品集中采购工作；结合本市实际，于x月xx日以市政府印发了《xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》（；xx月xx日组建xx市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购药事管理委员会；为了加快推进我市集中采购工作，全面贯彻落实国家组织药品集中采购试点工作决策部署，增强药品供应保障能力，降低药品采购价格，减轻群众药费负担，xx月x-x日组织市药事管理委员会成员同志外出参观学习市等地的先进药品集中采购经验和做法；xx月xx日市医保局、市卫健局、市财政局、市市场\_联合印发《xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购工作实施方案》。二是全面贯彻落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作。为推进落实我市药品跨区域联合集中采购和国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作，xx月xx日下午，我局组织召开落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作会议；xx月xx日下午，我局在xx市委党校报告厅举办了全市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购业务培训班，同时，联合市卫健局、市财政局、市人力资源和社会保障局、市市场\_印发《xx市落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作方案的通知》和《xx市实施国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作的通知》。

（八）落实公立医院取消医用耗材加成补偿新机制。一是今年x月份机构改革成立xx市医疗保障局以来，我局在市发改局、市卫生健康局、市人力资源社会保障局、市财政局联合印发的《xx市公立医院医疗服务价格调整方案》（阳发改收费〔xxxx〕xx号）基础上，会同各有关单位、相关公立医疗单位认真贯彻执行医疗服务价格，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，使医疗服务价格调整体现医务人员技术劳务价值，进一步理顺医疗服务项目比价关系。二是自x月份起，按照《x省人民政府办公厅关于加快推进深化医药卫生体制改革政策落实的通知》（粤府办〔xxxx〕x号）及《x省医疗保障局关于做好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，我局选定了xx间医院作为我市的样本评估医院，参加取消医用耗材加成后全省医疗服务价格调整政策效果评估工作。

（九）深化医保支付方式改革工作。一是争取到省的支持，确定阳西县为x省唯一的紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点，试点工作已于x月x日正式启动实施；积极指导阳西结合本地实际，制定医共体医保支付改革工作实施细则，按照基本医疗保险基金“以收定支、略有结余”的原则，探索紧密型医共体实行总额付费、结余留用、合理超支分担的医保支付方式，提升基层医疗卫生机构能力，优化医疗资源合理配置，促进医共体从以治疗为中心向以健康为中心转变，让老百姓享受就近就地就医的优质医疗服务，更好地解决老百姓看病难、看病贵问题。二是为切实保障我市基本医疗保险参保人的医疗保险权益，合理控制住院医疗费用，进一步完善基本医疗保险支付制度，提高医保基金使用效率，根据《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）、《关于全面开展基本医疗保险按病种分值付费工作的通知》（粤人社函〔xxxx〕xxxx号）精神，借鉴先进地区经验并结合我市xxxx年总额控制下按病种分值付费政策落实实际情况，对《xx市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法》（阳人社发〔xxxx〕xxx号）进行了修订完善，形成了《xx市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法》。

（十）按照国家和省落实抗癌药等谈判药品的支付情况统计上报工作。xxxx年，根据省医保局转发国家医保局文件要求，认真做好第一批xx种谈判药品有关情况报送工作，并且每月按要求将xx种谈判抗癌药支付情况汇总统计上报省医保局；同时，按照国家和省政策有关要求，将第一批xx种谈判药品及xx种抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围，并要求医保经办机构按要求做好医保报销工作。

（十一）开展打击欺诈骗保专项治理，强化基金监管工作

根据《xx市医疗保障局关于xxxx年开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作方案》，我局组织各县（市、区）医保、社保部门分别对辖区内定点医药机构进行专项检查。

x-x月份在全市范围内开展了打击欺诈骗保维护基金安全集中宣传月活动：一是充分利用各类现代传媒开展集中宣传，二是举办打击欺诈骗保维护基金安全医疗保障现场咨询活动，三是召开“打击欺诈骗保维护基金安全”宣传大会，营造我市打击欺诈骗保的良好氛围，推动全社会共同关注、支持、参与打击欺诈骗保工作。集中宣传月活动开展以来，全市各类定点医疗机构显示屏滚动播放打击欺诈骗保宣传标语xxxx多条，悬挂横幅xx多条，通过电视台、电台以及大型户外广告屏在黄金时段播放宣传标语、宣传动漫视频xxx多时次。共计发放宣传册子和宣传单张xxxx份，接受现场咨询人数近xxx人次。

（十二）开展xxxx年度医疗服务行为检查，提升我市医保监管能力

为规范我市医疗服务行为，控制医保基金不合理支出，根据《\_社会保险法》、《\_办公厅关于推广随机抽查规范事中事后监管的通知》（国办发〔xxxx〕xx号）和《关于做好xxxx医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔xxxx〕xx号）等有关法律法规、政策和文件精神，省医保局于x-x月派出专家组协助我市对全市定点医疗机构xxxx年医疗服务行为进行全面检查。检查发现我市医疗机构普遍存在违规医疗服务行为有：轻症入院、过度检查和过度用药、不规范用药、分解住院、入院只有检查而无治疗或手术等等。检查组通过云操作和大数据应用系统、现场抽查病例资料等方式对我市部分医保问题较为突出的医疗机构进行了全面细致的检查，并对检查中发现的问题进行了集中反馈，提出了针对性的意见和建议，取得较好的成效。

>二、存在问题

（一）人员编制不足，日常工作超负荷运转。基金支出必须实行“三级审核”，但经办机构在编人员少，一些业务科室必须要经常加班才能完成工作任务。新组建的医保局，有些只划转了职能，但没有相应划转编制和人员，因而工作上有些被动。特别是党建和基金监管工作越来越重要，信息化程度越来越高，因此，文秘、财会、医学、计算机等相关专业人员的缺乏成了制约我局事业发展的瓶颈。

（二）现医保行政机构与医保经办机构分离，医保经办机构为市人社局下属部门，造成经办工作沟通不顺、协调不畅，特别是各县（市、区），问题尤为突出。而医保部门各项工作的开展，更多要依托经办机构，长此以往，可能会造成责任不清，运转不灵，不但会造成部门之间产生矛盾，而且会影响参保人的利益。

（三）医疗救助“一站式”结算系统对象信息更新时间较长，每月由省政数局更新一次，影响了新增救助对象“一站式”结算工作。

>三、下一步工作计划

（一）按照省的统一部署，推进整合职工基本医疗保险和生育保险、推进城乡基本医疗保险一体化。

（二）按照省的统一部署推进基本医疗保险省级统筹等各项工作。

（三）资助贫困人员参加城乡居民医疗保险。

（四）拟调整家庭医生的服务费、城乡居民医保市外就医报销比例和规范乙类药品报销办法等政策制度。

（五）推进完善公立医院补偿新机制。我局将结合市委、市政府部署的工作实际，继续按省政府加快推进深化医药卫生体制改革政策落实有关文件精神，并按《x省医疗保障局关于做好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，配合省医保局做好取消耗材加成后我市医疗服务价格调整政策效果评估结果，会同市有关单位进一步共同推进我市医疗服务价格改革各项工作。

（六）进一步深化医保支付方式制度改革，并结合工作实际，完善我市按病种分值付费实施方案，继续规范经办管理，强化考核措施，逐步建立完善与病种分值付费方式相适应的监管体系，按省医保要求，做好阳西县医共体医保支付方式综合改革试点工作。

（七）继续按照省有关加快推进跨省异地就医直接结算工作要求，积极扩大全市各相关医疗机构上线直接结算覆盖范围。

（八）根据市政府印发《xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》，按照我市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案要求，积极推进全市公立医疗机构药品集中采购各项有关工作。落实平台遴选工作，并与所选平台进行药品集中采购上线运行对接工作，尽快实现药品集中采购信息联网对接，确保上线运行等相关工作，扎实推进我市药品集团采购各项相关工作。

（九）按照国家和省医保政策有关要求，及时做好我市谈判抗癌药等有关谈判药品的支付情况汇总统计工作，配合做好各类抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品医保报销工作。

（十）开展打击欺诈骗保专项行动“回头看”，建立长效工作机制，同时，结合本次省专家组对我市xxxx年度医疗服务行为的检查，重点加强对逐利行为突出的定点医疗机构的监督检查，进一步强化定点医疗机构和参保人员的法制意识，不断提高监管水平和监管效能，建立健全医保基金的长效监管机制，提升我市医保监管总体能力，切实保障参保人合法权益，控制医保基金不合理支出，防范基金欺诈风险，持续保持打击欺诈骗保高压态势，营造全社会关注医保、共同维护医保基金安全的良好氛围，确保医保基金用在真正有需要的患者身上。

**医保真抓实干工作总结8**

20xx年，我店在x市药监局和社保处的正确领导下，认真贯彻执行医x点药店法律法规，切实加强对医x点药店工作的管理，规范操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在上级要求的各个方面都起到了良好的带头作用，深得附近群众的好评。

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌和x省医疗零售企业统一“绿十字”标识。在店堂内显著位置悬挂统一制作的\'“医疗保险政策宣传框”，设立了医保意见箱和投诉箱，公布了医保监督电话，公示了相关服务规范和义务范围。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》、《执业药师注册证》以及从业人员的执业证明和岗位证件。

三、制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医x点药店成为面向社会的\'文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医x点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台、发票。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医x点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我市医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**医保真抓实干工作总结9**

今年，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，也经常会针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。

**医保真抓实干工作总结10**

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。

**医保真抓实干工作总结11**

XX年是我国深化医药体制改革，实现三年目标的最后一年。上半年我县医保中心在县政府的正确领导下，在劳动保障局的精心指导下，坚持以\_理论和“三个代表”重要思想为指导，以科学发展观为统领，积极开展创先争优活动，贯彻\_关于深化医药卫生体制改革的有关要求，以人人享有基本医疗保障为目标，完成基本医疗保险市级统筹工作任务，不断完善城镇职工和居民医疗保险政策，推进基本医疗保险制度衔接转换，进一步提高基本医疗保险参保率和待遇水平，提高医疗保险管理服务水平。

>一、工作目标完成情况

1、参保扩面进展情况：截止6月底，全县共有参保单位3461家，参保人员124944人，缴费人数114776人，其中：国家机关事业单位304家、18797人，企业(依照企业缴费事业单位)3457家、64189人(基本医疗保险46861人，外来务工11362人，住院医疗保险5966人)，灵活就业人员参保31790人，比XX年净增3815人，完成年度考核(目标)任务的。

2、医保基金收支情况：1到6月份共征缴医保基金 万元，其中统筹基金万元，个人帐户万元，公务员补助基金万元，重大疾病救助金万元。累计支付医疗费

万元。

3、医保基金结余情况：结余基金万元，其中：统筹基金结余万元，个帐结余万元，公务员补助金结余万元，重大疾病救助金结余万元。

4、截止6月份城镇居民参保21133人，已到位医疗保险资金万元，其中参保人员缴费3100元。上半年共有27146人次，7494位参保人员享受到城镇居民基本医疗保险，符合医疗报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，其中住院和门诊大病报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，结报支付率为。

>二、主要工作情况

(一)立足于保障和改善民生，完成医保市级统筹，进一步提高了医保待遇水平，方便参保人员大市内就医

为加快推进基本医疗保障制度建设，进一步提高基本医疗保险统筹层次，增强基本医疗保险公平性，不断提升医疗保障服务能力和保障水平，加快推进基本医疗保险体系建设。进一步方便医保参保人员就医，提高其医保待遇，上半年，医保中心根据省、市相关政策，为完成基本医疗保险市级统筹工作任务，提前做了大量工作。完成了中心系统市级统筹的开发、升级;对疾病、药品、诊疗三大目录库的对照等工作;同时，医保中心对中心职责分工、协议签订、操作办法制订、网络互联、窗口设置、宣传等各项准备工作也做了充分准备。另外，为了更好的配合宁波大市范围内基本医疗保险市级统筹工作。保证市级统筹的顺利开展，新老政策的顺利衔接，医保中心出台了《关于宁海县职工基本医疗保险市级统筹的实施意见》、相关办法和政策指南。并通过报纸分期刊登政策问答、电视流动播放等方式，使参保人员尽早熟悉城镇职工基本医疗保险市级统筹的政策，便于参保人员享受医保待遇。市级统筹工作的顺利进行，大大方便了参保人员异地就医，有效减轻参保人员的医疗费负担。

(二)加强医疗保险审核管理，规范基金支付管理，有效维护基金的安全运行，做好医疗保险异地就医结算工作

近年来，随着医保扩面工作的有效开展，企业门诊统筹制度的.实施，医疗保险异地就医结算工作的开展，医保就医规模不断扩大。医疗管理股克服人手少、工作量加大等困难，每月及时审核定点医疗机构上传费用，严格按照医保待遇规定进行费用审核，掌握支付范围和标准，对于零星报销审核做到初审、复审，严格把关。同时，为方便宁波异地参保人员的异地结算，中心顺利开展医疗保险异地就医结算工作，截止6月底，我县受理异地定居于宁海的宁波医保参保人员零星报销445人次，共219人。总费用万元，基金支付万元。我县医保参保的异地定居人员共有389人次在宁波海曙医保中心结算，总费用万元，基金支付万元。

(三)加大“两定”机构费用稽核力度，对两定单位实行年度考核。

为强化对定点单位的监督管理，中心建立了稽核检查制度，采取平时检查与定期检查、网络监控与现场检查相结合的方式对“两定”机构进行严格检查，利用医保网络实时检查各定点单位发生的医疗费用，重点跟踪监察高额医疗费用病例。对于违规及不合理的费用，坚决剔除。医保中心于XX年5月—6月会同相关部门、对县内49家定点医疗机构、19家定点零售药店进行现场考核、综合评分。

(四)紧密结合县劳动保障局开展的“三思三创”主题教育活动以及廉政风险防控机制建设工作，提升工作人员基本素质，进一步提升医保管理服务水平。

>三、下半年的重点工作

1、全市医保一卡通工作;

2、针对基本医疗保险市级统筹新政策实施带来的变化，结合日常医疗管理实际，需要对定点单位医保医疗服务协议进行修订;

3、加大宣传力度，为城镇职工基本医疗保险制度的实施制造良好社会氛围，方便参保人员享受医保待遇，力争完成市里下达的扩面指标;

4、针对参保对象实际，开展多层次宣传培训;

5、认真排查个人和单位廉政风险点，制定严格的防控机制。

**医保真抓实干工作总结12**

\*\*医院20xx年度医疗保险定点服务单位年度总结 一年来，在\*\*市医保局的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊的参保人员更好地享受基本医疗保险，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定的成绩。

一年来，我院始终坚持按照《\*\*市城镇职工基本医疗保险办法》、《\*\*市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《\*\*市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

一、高度重视、加强管理、严格遵守有关法律法规

我院自建院以来，一直提倡优质服务，方便参保人员就医；严格执行医疗机构管理条例及各项医保法律法规，以救死扶伤、防病治病、为公民的健康服务为宗旨在醒目位置悬挂医疗保险定点标识牌；在医疗保险局的正确领导及指导下就，建立健全了各项规章制度及组织机构，成立了以\*\*\*为组长、\*\*\*为副组长的领导小组，并指定\*\*\*为专职管理人员；同时建立了与基本医疗保险管理制度相适应的医院内部管理制度和措施；如基本医疗保险转诊制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊制度；公布投诉电话15900000000、医保就医流程和各项收费标准，并在年初做好年度计划和年终做好年度工作总结；高度重视上级领导部门组织的.各项医保会议，做到不缺席、不迟到、早退，认真对待医保局布置的各项任务，并按时报送各项数据、报表。

二、医疗服务价格及药品价格方面

一是入院方面，严格对入院人员进行仔细的身份验证，坚决杜绝冒名顶替现象，住院期间主动核实是否存在挂床住院现象，做到发现一起制止一起。二是针对病情，做出合理的诊疗方案，充分为患者考虑，不延长或缩短患者的住院时间，不分解服务次数，不分解收费，出院带药按照规定剂量执行。三是在特殊检查治疗方面，我院要求医生要针对不同病人的不同病情，做出合理的诊疗方案，如有需要进行特殊检查治疗，需认真、仔细、真实填写申请单，并严格按照程序办理。不得出现违规和乱收费现象。四是对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单。严格执行药品目录的规定范围不擅自扩大或缩小药品的使用范围，对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目，事先要征求参保人员同意。

三、履行医疗保险定点服务协议及缴纳养老、医疗、工伤保险情况

我院在日常管理方面，一直本着对患者提供优质的服务为宗旨，方便参保人员和患者就医；平时严格执行诊疗护理常规，认真落实首诊医师责任制度及各项责任制度，强调病历诊断记录完整，对医生开出的处方和病历有专职人员进行整理归档；定期组织医生进行业务和职业道德培训，做到对病人负责从病人角度出发，不滥检查、滥用药，针对病人病情，进行合理检查治疗、合理用药；对就诊人员进行仔细的身份验证，杜绝冒名顶替就诊现象；对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并对病人提供费用明细清单。严格执行基本医疗保险用药管理规定，严格执行医保用药审批制度。在参保人员住院

治疗方面，一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程，认真落实首诊医师责任制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难危重病历讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度。完善医疗质量管理控制体系。二是各种单据填写完整、清楚、真实、准确，医嘱及各项检查、收费记录完整、清楚无涂改，并向病人提供住院费用清单，认真执行自愿项目告知制度，做到不强迫。三是严格按照医疗保险标准，将个人负担费用严格控制在30%以内，超医保范围的费用严格控制在15%内。

同时也关注本院职工的医疗保险情况，按时按量给本院职工缴纳养老、医疗及各种保险，从未发生拖欠情况。

在这一年的工作中，我院取得了优异的成绩，但是也存在不少问题。在今后的工作中，需要严把关，认真总结总结工作经验，不断完善各项制度，认真处理好机制与服务的关系，规范各项流程，努力更多更好地为患者及参保人员服务，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做出贡献

20xx年4月16日

**医保真抓实干工作总结13**

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻了病人家庭的经济负担，让参合农民得到了实惠，极大的方便了参保人员就医，维护了广大干部职工和农民的切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

>一、政治思想方面

认真学习十八大会议精神及\_理论，全面落实科学发展观，认真开展“6S”、“争优创先”、“三好一满意”活动，贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，学习医院工作规划，制定科室内部工作计划，使各项工作有条不紊，不断提高自己的思想政治觉悟，廉洁自律，遵守卫生行风规范，自觉抵制行业不正之风，以提高服务能力为己任，以质量第一、病人第一的理念做好服务工作。

>二、业务工作方面

1、认真执行县新农合及医保办的有关政策，根据每年新农合管理办公室及医保办下发的新文件及规定，我们及时制定培训计划，按要求参加县新农合办及医保办组织的各种会议，不定期对全体医护人员，财务人员进行相关知识及政策的宣传学习，使有关人员能够正确理解执行上级各项决议文件，合作医疗实施办法以及相关规定，使其对报销比例，报销范围，病种确实熟练掌握。

2、对住院病人的病历及补偿单据每月进行抽查，对发现的有关问题及时向科室反馈，提出原因并加以整改。

3、坚持首诊负责制，加强了住院病人的规范化管理，对住院患者实行医疗和护理人员双审核制度，认真审核参保患者医保卡，身份证及户口薄等有关信息，严格掌握入、出院指证和标准，坚决杜绝了冒名顶替住院和挂床住院等违反新农合政策的现象发生，严格执行诊疗常规，做到合理检查，合理用药，合理治疗，住院病人一览表，床头牌，住院病历上均有新农合标识，及时向参保患者提供一日清单和住院费用结算清单，对出院病人，即时出院，即时报销。

4、为方便群众就医，设立了新农合及医保报销窗口，张贴了就医流程，报销范围，报销比例。在我院的院务公开栏公布了我院的服务诊疗项目及药品价格和收费标准，增加了收费透明度，公开了投诉电话，对出院病人的补偿费用实行了每月公示，提高了新农合基金使用透明度。

5、20xx年1-6月份我院新农合补偿人数：3278人，费用总额：10246519元，保内总额：8180922元，应补偿金额3074455元，次均住院费用：312584元(其中：河东区补偿人次90人，总费用308933元，保内费用：245856元，应补金额98250元次均费用：元)我院20xx年上半年新农合收入与20xx年同期比各项指标增幅情况：

认真贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，20xx年上半年医保住院患者1872人，20xx年1-6月份住院患者192人，20xx年上半年医保住院病人比20xx年同期增加5人，住院增长率为：。

>三、存在的问题与不足

由于思想重视程度不够，管理不规范，次均住院费用增长控制还是不够严谨，侧重追求经济利益，对患者没有严格做到合理检查，合理治疗合理用药，合理收费。

>四、下半年工作计划

1：继续做好与县医保办、新农合办、医院等三方协调和上传下达的工作。

2：围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、新农合、医院和患者三方达到共赢。

3：严把参合、参保患者证件核查关，坚决杜绝借证住院、套取医保、新农合管理基金的行为发生。

4：继续加强对全院医务人员进行医保、新农合政策宣传以及相关知识的学习和培训，不断提高医保、新农合工作的制度化、信息化、规范化管理水平。

我院新农合、医保管理工作，还有很多不足之处，在今后的工作中要认真学习和落实上级医保、新农合政策。立足岗位，认认真真做事，扎扎实实工作，明其职，尽其责。为我院新农合、医保工作的持续健康发展做出应有的贡献。

**医保真抓实干工作总结14**

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，也经常会针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，我会更加努力的学习相关政策，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。

**医保真抓实干工作总结15**

在市、区医保主管部门的领导下，在区卫生局的大力支持下，我单位领导高度重视医保工作，按照年度工作计划，遵循“把握精神，吃透政策，大力宣传，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全体医务人员的共同努力，我门诊部医保工作取得了一定的成绩，现将我单位的医保工作总结如下：

>一、领导重视、积极宣教

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，我单位领导高度重视医保工作，统一思想，明确目标，加强了对医保政策的组织学习。为使医务人员和群众对新医保政策和制度有更深的了解和掌握，我单位进行了广泛的宣传和教育活动，对本单位人员进行了两次医保政策制度的培训，利用宣传栏、电子屏及医保小册子等对群众进行了新医保政策内容的宣传教育。

>二、措施得力、狠抓落实

为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我单位利用电子屏对医保各项收费标、部分药品价格、收费项目进行了公布。为广泛接受群众的监督和争取群众的意见建议，我单位还设立了群众医保建议本，公开了医保投诉电话等方便群众向我们提出建议和投诉举报不良的医保行为。为我单位规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理责任人提供了一定的参考。

为保障我单位医保工作的稳步推进，我单位结合自身实际制定了年度工作计划、医疗保险服务相关管理规章制度、以及对单位员工的医保知识培训计划和定期不定期监督检查制度等等保障医疗保险服务质量的规章制度，并认真组织实施。从检查结果来看，我单位员工对医保知识都有较好的掌握，各项医保服务项目有序推进。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

我单位结合“三好一满意”活动和创先争优活动的开展，要求全体医务人员掌握医保政策及业务，规范诊疗行为，做到合理检查，合理用药，不搭车开药，规范医疗用语，杜绝生冷硬现象。严格控制参保人医疗费用年度人次平均自费率，做好医保用药的备药工作和“三个目录”医保编码对比工作。借助规范医保行为，不断提高我单位的医疗和服务质量，使病人看好病，满意看病。参保病人满意度不断提高。

>四、发现的主要问题及不足

我单位医保工作取得了较好的成绩，但也还仍然存在着不足之处。比如少许工作人员对医保政策和知识的掌握还不够扎实，收费设备比较陈旧，有时出现医保信息传输中断，就医环境还有待改善等等，对于这些情况我们将继续努力，对能立即处理的坚决立即处理提高，对不能马上改变的，我们将创造条件尽快改变。

严把政策观，从细节入手，认真工作，真诚为患者服务，一年来我单位医保工作不断突破，大大减轻了参保人员的就医负担。不断提高辖区群众的参保率和医保服务质量，参保人员满意度不断提高。我们将以此为动力，用更多的努力和更大的热情将医保工作做全做好。

**医保真抓实干工作总结16**

今年以来我区医疗保险工作，在市、区的有关部门和领导的支持关心下，取得了一定的成绩，城镇医保工作进展良好，医疗救助工作全面展开，医疗保险做为社会福利事业越来越多地受到社会的普遍关注，医疗保险已构成社会保障的重要方面，而得到了社会的普遍认可。回顾5个月以来的工作，可以说是工作扎实，效果明显，群众满意，其主要工作完成如下：

1、开展了对参保资源的情况调查。按市局的有关要求，从今年4月份开始，我们对全区的各类人员参加各种医疗保险情况进行入户调查。通过调查，我们掌握相关业务的第一手资料的同时，也增加了全区医保工作人员的工作责任心和使命感。

2、开展完善医保经办管理办法征求意见活动。随着，医疗保险工作的不断深入，人们对医疗保险工作的要求与期望也愈加强烈。按市局的统一布属，我们与局领导先后四次到基层企业、街道走访调研，收集建设性的.意见有二十六条，改进工作方法和办事程序等方面的建议十三条，为促进基层单位和上级决策部门的工作改进提供了条件。

3、开展制定工作目标责任分解工作。为了更好地完成全年工作任务，我们将今年市里下达的78320人工作任务全部进行分解，制定责任工作目标下达到民政，教育局和各个街道办事处。做到责任落实到人，为确定全年工作任务完成打下了基础。

4、开展信访疑难案件调查处理工作和答复人大代表和政协委员提案议案工作，几个月以来我们先后与有关部门合作，妥善处理了世博集团，洮昌街道办事处、辽沈街道办事处等单位信访疑难案件。四次答复了人大代表和政协委员有关农民工参加医疗保险、困难企业职工参加医疗保险等方面提案议案。多次接待了大北、洮昌办事处和三产办等转属企业退休职工因医保问题，而引发的群体上访事件。

5、开展了医疗保险业务培训与宣传活动，为提高群众对医疗保险的认知和参与程度，较快适应新形势下的医疗保险工作的新要求，我们通过月例会和周检查等形式开展了有针对性业务培训活动，尽快提高工作人员的业务能力，通过发放宣传单，印制宣传标语，制作展板等形式，宣传新的医保政策，使群众对医保有了更深的了解。

**医保真抓实干工作总结17**

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。

**医保真抓实干工作总结18**

>一、目标完成情况

>二、特色亮点工作

（一）聚势赋能服务医药产业发展

（三）交流合作促进区域协同发展

>三、明年工作计划（最新）

（一）继续推进国家和六省二区药品和高值耗材集采。进一步总结经验，做好药品和高值耗材集中采购，全力做好新增医疗机构的宣传发动、政策解读和使用招采培训，加强跟踪指导确保集采工作有序推进。

（二）全面落实医保支付方式改革。加强与各定点医疗机构的沟通，建立信息交互沟通机制，及时传达有关医保支付改革的政策调整措施，坚持收集相关工作意见建议，做好问题反馈，完善改革措施。

（三）继续加强医保基金监管。大力扶持社会监管，鼓励参保个人、单位、社会组织和新闻媒体参与医保反欺诈监督。积极探索总额控制下按病组分值付费后的基金监管方式，进一步规范医疗服务行为。

（四）持续推进长期照护保险试点。试行居家照护服务人员规范化培训制度，督促各培训机构保质保量每月计划完成新增人员的培训工作，鼓励三类机构结合实际情况创新，增设特色亮点，打造长照险x名片。

（五）持续完善多层次医疗保障体系。探索建立覆盖城乡的商业医疗补充保险，制定城乡困难群众购买商业补充医疗保险资助政策，积极稳定发挥医疗救助托底功能，有效缓解城乡困难群众因病致贫、返贫问题，筑牢民生保障底线。

**医保真抓实干工作总结19**

20xx年度我院医保工作在院领导的关怀指导以及各科室密切配合和共同努力下，按照上级指示科学制定工作计划，认真开展各项工作，现将20xx年上半年工作总结如下：

>一、学习与宣传新政策

1、根据上级通知自20xx年1月1日起，原“新型农村合作医疗保险”与原“城镇居民医疗保险”正式合并为“城乡居民医疗保险”，随之一些政策也进行了相应的调整，医保办接到上级下发的政策文件后，分别在1月8日、1月19日、2月28日组织全院医护人员对20xx年城乡居民医保新政策及管理办法进行培训学习，并集中转达了“豫人社医疗【20xx】第18号、洛人社医疗【20xx】第8号，9号，10号，11号、以及洛政办【20xx】第135号文件”的指示精神。

2、执行国家的这项惠民政策，宣传工作是个重要环节。我们在医保办窗口醒目位置制作了20xx年城乡居民医保最新政策的宣传版面，尽可能的方便患者就诊，利用公示栏公布当月参保群众医疗费用的补偿兑付情况，使参保群众切身体会到医保政策看得见，摸得着的实惠，从而转变观念，重新认识新医疗保险政策的优越性。

3、医保办工作人员积极、耐心、细致地向每一位患者宣传和解释城乡居民医疗保险新政策，回答患者提出的各种问题，努力做到不让一位患者带着不满意和疑惑离开，使医保办窗口不但是受理参保群众医疗费用补偿之所，更是宣传医疗保险政策的重要阵地。

>二、医疗费用补偿兑付情况：

1、20xx年上半年，职工医保门诊患者使用医保卡支付1350人次，总费用共计209460元。平均每月34910元。

2、20xx年上半年，城乡居民中农村居民住院补偿1445人次，住院病人费用总额10415669元，次均住院费用7208元，平均住院日：天。补偿金额总计6112691元，人均补偿金额4230元。补偿比，其中按病种路径结算510人，覆盖率。

3、20xx年上半年，职工医保住院补偿94人次，住院总费用567646元，补偿费用376791元，补偿比。城乡居民中城镇居民住院补偿66人次，住院总费用428201元，补偿费用274822元，补偿比。

>三、日常审核督导情况

医保办严格按照城乡居民医保管理办法规定，每月一查房，每季度一督导，一旦发现违规的现象和苗头，责令其立即进行整改。根据我院各科室实际情况制定了《嵩县西关骨科医院医保工作考评细则》对各科室的医保工作每月进行一次综合评定，根据评分，排出名次。20xx年上半年，医保办共审核住院病历16

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