# 城乡路人医保筹资工作总结(优选38篇)

来源：网络 作者：紫芸轻舞 更新时间：2024-12-08

*城乡路人医保筹资工作总结1建立新型农村合作医疗（以下简称新农合）制度是党和政府关心农民群众的一项民生工程。20xx年县委、县政府高度重视新农合工作，县政府连续多年将此列为我乡实施的多项民生工程之一。因新农合是一项艰巨和复杂的社会系统工程，涉...*

**城乡路人医保筹资工作总结1**

建立新型农村合作医疗（以下简称新农合）制度是党和政府关心农民群众的一项民生工程。20xx年县委、县政府高度重视新农合工作，县政府连续多年将此列为我乡实施的多项民生工程之一。因新农合是一项艰巨和复杂的社会系统工程，涉及面广、政策性和操作性强、制约因素多，

且时间紧、任务重、困难多、工作量大，但在县委、县政府的正确领导下，在上级有关部门的关心、支持和精心指导下，在全乡上下的共同努力下，今年以来，我乡新农合总体上运行平稳有序、管理逐步规范、基金运转安全、补偿水平提高、农民反映良好、民生工程得以落实。现将近半年来的新农合工作情况总结如下：

>一、新农合运行情况

（一）农民参合情况

20xx年全乡共有29272人参合，参合率达。处于本县的平均参合率。

（二）基金筹集情况

20xx年度筹集新农合基金878160元,其中：农民个人缴纳参合金822150元县民政、财政部门统筹解决的56010元,资助了农村五保户、低保户和重点优抚对象共1867人参合。

（三）基金使用情况

截至20xx年11月30日，本乡审核补偿结算 724人次，累计支付补偿金万元,其中：大病住院81人次，补偿金 万元；住院分娩 176 人次，住院分娩定额补偿金 万元;;一般门诊补偿 836 人次，一般门诊补偿金 7106元。

>二、开展的主要工作

（一）加强两级管理经办机构（县合管中心、镇合管站）的能力建设，并实行以县为主、县镇经办机构一体化管理。县合管中心人员和工作经费列入县级财政预算。

（二）进一步合理调整和完善了新农合补偿方案。按照上级有关文件精神，结合我乡新农合运行实践，按照以收定支，收支平衡，略有结余，保障适度；

以住院补偿为主，兼顾受益面；正确引导参合病人流向，合理利用基层卫生资源的基本原则，进一步合理调整和完善了新农合补偿实施方案，今年将县外协议、非协议医疗机构住院医药费名义补偿比分别由去年的50%、45%提高到55%、50%，分别提高了5个百分点，以提高县外医疗机构住院医药费实际补偿比。

（三）开展20xx年度筹资宣传活动。通过标语、横幅、宣传栏、街头集市宣传等多种有效手段，向广大农民群众宣传新农合的意义，有关补偿政策，强化风险共担、互助共济和自我保健意识，提高农民参合积极性。

（四）组织参加全县各定点医疗机构网络信息培训班。为实现全县新农合网络化直报，实现新农合管理系统与医院管理系统无缝对接，县合管中心对全县所有定点医疗机构相关业务人员进行了为期2天的培训。培训结束后分三组对各镇定点医疗机构及时进行了软件安装，现已基本结束，20xx年7月16日起全县将启动新农合网络化直报。

（五）加强了对新农合基金和定点医疗机构的监管。我乡实行了财政代收、专户储存、农行结算的运行方式，形成了财政部门、银行、经办机构、医疗机构和管理机构五方互相制约、互相监督的运行机制，最大限度地减少资金管理上的漏洞。同时，县合管中心统一审核，收支分离、管用分离、用拨分离和钱账分离，其补偿费用严格按照医疗机构垫付、乡合管中心审核、县级部门审查、农行办理结算的资金划拨程序运行，既方便了农民，又确保了基金管理运行安全。为加强对定点医疗机构的管理、督查和考核。

>三、存在的主要问题和困难

新农合工作已正式运行近三年了，但它是一项艰巨而复杂的社会系统工程，运行中必然会存在各种各样的问题和困难，目前，我县新农合工作存在的主要问题和困难，表现在如下几个方面：

（一）宣传工作不够深入、细致，一些参合农民存在期望值过高现象。新农合制度实施过程中，一方面由于时间紧、任务重，政策宣传和引导工作尚不够深入细致，另一方面农民对以大病统筹为主的新农合缺乏经验体会，与老的制度相模糊，对新政策理解不透彻，再加上农民互助共济、风险共担和健康保险意识不强，一些参合农民存在期望值过高的现象。

（二）农村基层医疗机构服务能力不能满足参合农民日益增长的医疗需求。一是农村基层医疗机构尤其是乡镇卫生院基础设施和设备大多数没有完全达到规范标准，仍不能满足临床需要，还不能根本解决农民就近医疗的问题；二是基层医疗机构人才短缺，是困扰新农合长期稳固发展的严重问题。医疗机构院医务人员学历低、专业技术水平不高是普遍存在的问题。一方面难以引进卫生人才，另一方面现有的卫生人才还在继续流失，其实人才进不来和流失掉的最根本原因是待遇问题，如何提高医疗机构医务人员的待遇，让他们安心在基层工作，是新农合的重要支撑点。

（三）对医疗机构的.监督管理不够，还只落于形式。目前，合管办人员少（在职在岗2名）。

（四）简单易行、稳定长效的筹资机制还未完全建立起来，筹资工作量大，成本较高。在农民个人筹资方面，农民个人缴费收缴方式目前主要采取县宣传、镇发动、村收缴的方式，在集中时间段由基层干部挨家挨户筹资，人力、物力、财力耗费大，筹资成本较高，镇、村负担较重。

>四、今后工作的打算

在扎实做好参合患者医药费审核补偿结算等日常工作的同时，着力做好以下几项工作：

一是着力做好新农合管理信息网络直报工作。实现新农合管理信息系统与定点医疗机构HIS系统对接运行，实现网上在线审核、及时结报、实时监控和信息汇总，并实现县级平台与省、市级平台顺利对接联网运行。

二是继续强化宣传，并将宣传工作贯彻于新农合实施的全过程。让农民全面了解新农合政策，明白自己的权利和义务，让农民知晓制度、享受制度、遵守制度，进一步打好打牢新农合工作的群众基础。

三是进一步加强对定点医疗机构的监管和督查。坚持定期考核和动态管理制度，严格规范诊疗程序和用药行为，提高服务质量和服务水平，努力采取综合措施控制医药费用的不合理增长。切实降低药品费用，减轻参合患者的医药费负担，保证参合患者用上安全、有效、经济的药品。

四是积极开展新农合药品集中招标采购试点准备工作。在深入开展调查研究、充分借鉴先进乡镇的成功经验。学习长处，减少现存的漏洞。

五是做好新型农村合作医疗制度与农村特困群众医疗救助制度的衔接工作。通过新型农村合作医疗解决农民看病就医难的突出问题，努力为贫困参合提供合作医疗保障。

六是做好20xx年度资金筹集相关准备工作，督促各村在本年度12月份开展下年度参合资金筹集工作。在坚持农民自愿的基础上和保证资金安全、手续健全、责任清楚的前提下，积极探索建立形式多样、简便易行、农民认可的农民个人筹资方式。力争20xx年新农合工作更上一层楼！

**城乡路人医保筹资工作总结2**

20\_\_年，我院在医保中心的领导下，根据《\_\_铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

一、建立医疗保险组织

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。

制作标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广大患者明白自己的就医流程。

建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理细则定期考核。

设有医保政策宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保政策宣传单20\_\_余份。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

二、执行医疗保险政策情况

20\_\_年6—11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金\_\_万元，门诊刷卡费用\_\_万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40％左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，根据指出的问题和不足我院立即采取措施整改。加强了门诊及住院病人的管理，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次犯规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

三、医疗服务管理工作

1、有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

2、严格按协议规定存放处方及病历，病历及时归档保存，门诊处方按照医保要求妥善保管。对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。

3、对超出医保范围药品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

4、医保科发挥良好的沟通桥梁作用。在医、患双方政策理解上发生冲突时，医保科根据相关政策和规定站在公正的立场上当好裁判，以实事求是的态度作好双方的沟通解释，对临床医务人员重点是政策的宣讲，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到统一的认识，切实维护了参保人的利益。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，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，随时按医保要求提醒、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。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、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，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了：

一查病人，核实是否有假冒现象；

二查病情，核实是否符合入院指征；

三查病历，核实是否有编造；

四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；

六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

四、医疗收费与结算工作

严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。今年10月份，及时更新了20\_\_年医保基本用药数据库及诊疗项目价格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

五、医保信息系统使用及维护情况

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，系统运行安全，未发现病毒感染及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。

工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。这些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

六、明年工作的打算和设想

1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员，配合医院质控部门考评医疗保险服务工作（服务态度、医疗质量、费用控制等）。

2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。

3、进一步规范和提高医疗文书的书写质量，做到合理检查、合理用药。每季度召开医院医保工作协调会，总结分析和整改近期工作中存在的问题，把各项政策、措施落到实处。

4、申请每年外派2—3名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

**城乡路人医保筹资工作总结3**

自县委、县政府有关新型农村合作医疗工作安排部署，我乡就如何开展此工作进行了专门研究，并组成调查组深入村、社、农户对全乡农村人口的身体状况，收入情况，就医消费状况进行调查摸底，通过调查发现，近年来，农民收入增长较慢，而医疗费用却相对偏高，农民抵抗疾病的风险能力下降，没钱看病，看不起病已成为因病致贫，因病返贫，影响农村经济发展的主要因素，据统计，全乡2480户10395口人中贫困户756户，占总户数，其中因病返贫占64%，而新型农村合作医疗制度的启动，通过政府资助，集体扶持的形式，是有效解决了农民无钱看病、看不起病的问题。为了切实做好这项民心工程，把好事办好，我乡将新型农村合作医疗工作列为全乡重点工作之一，及时召开全乡新型农村合作医疗动员大会，对相关工作进行全面安排部署，制定工作行事历，设立办事机构，落实工作人员和办公地点，制定完善各项工作制度和措施，使此项工作在操作程序、业务培训、摸底登记等方面做到了同步运行，较好的完成各项工作任务。

**城乡路人医保筹资工作总结4**

一年来，我中心在上级部门的正确领导和关心下，在社会各界大力配合下，按照年初工作计划要求，深入开展优质服务，牢固树立为参保人服务宗旨，团结一致，克服困难，发扬无私奉献精神，做了大量工作，取得了一些成绩。下面就全年工作总结如下：

>一、工作成效

1、城镇居民医疗保险。城镇居民参保人数64672人，完成任务数的。其中：在校学生参保55013人，城镇居民9659人。累计征收医保基金万元；享受医疗待遇737人，统筹报销支付基金万元。

2、城镇职工医疗保险。我县参保单位399个，参保人数28801人，完成任务数的；医疗保险基金共征缴万元，其中个人帐户征缴941万元，统筹基金征缴万元，社会救助基金征缴万元，完成总任务；医疗保险基金共支出万元，其中个人帐户支出万元，统筹支出万元，社会救助基金支出万元。20\_年全县国企退休人员参保1738人，累计征缴基金万元。

3、工伤和生育保险。工伤保险参保单位196户，参保人数12890人，完成任务的，基金征缴万元，征缴率达，其中农民工参保5590人；生育保险参保人数14028人，完成总任务，基金征缴万元，支出万元。

>二、主要做法

（一）出台居民医保新政策，让民生工\_正惠及群众

我县是于20\_年最初出台并执行城镇居民医疗保险政策的，原政策在一定程度让部分居民享受到了国家医保相关政策，起到一定成效，但是原政策对居民参保对象范围、报销比例方面规定门槛较高，没能实现真正意义上的居民参保“广覆盖”的目标。今年年初，经过认真研究我们对原政策进行了大幅修改，拿出了三套可行方案呈报县政府审定，县政府于第47次县长办公会议讨论通过，此办法的出台标志着我县城镇居民医保真正实现了全覆盖目标。居民医保报销比例平均较旧政策提高15个百分点，参保缴费、续保优惠、慢性病报销比例以及最高支付限额等方面也均做了较大调整。

（二）建设医疗保险服务大厅，打造高效便民服务平台

我县医保业务办理自机构成立以来，一直在办公室内操作，没有统一规范的便民服务平台。以前因只承办城镇职工医疗保险事务，所有医药费由单位集中报销影响不大，但随着城镇居民医疗保险及工伤、生育保险的逐步纳入进来，广大群众对业务经办流程不熟悉和办公场所偏小、报销人员多等原因，给中心工作带来诸多不便。为彻底改变这种状况，在县局领导的深切关心下，5月份，投资20万元、面积100余平方米的医疗保险服务大厅正式建成并投入使用，大厅设10个窗口，有12位工作人员，所有业务均在大厅内集中办理，实行了“一站式”服务，各项业务经办流程规范、科学，窗口服务态度优质，各种人性化提示明显，极大方便了广大参保职工和居民，真正体现了高效、便民、以人为本的服务宗旨。

（三）推进工伤、生育保险扩面工作，保障参保职工应有权益

工伤保险是我中心几项重要工作之一。全年我县工伤保险工作可以说是走在全市前列的，参保人数及参保率均名列前茅。我县建筑企业工伤保险参保工作一直是个“亮点”工作，全县绝大部分在建建筑企业都能参加工伤保险，工伤保险资金征缴及时，工伤鉴定、报销工作均能得到及时办理。生育保险是五大险种之一，是维护职工生育权益的一项保险，近年来，我县生育保险一直处于蓬勃发展态势，生育保险扩面工作开展较好，到年底我们超额完成了任务，全县大部分参保单位都参加此项保险，生育保险业务经办流程规范，基金支付工作及时，广大参保职工对此反映较为满意。

（四）稳步推进职工医疗保险，为参保单位及参保人提供优质服务

城镇职工医疗保险是我中心传统工作，此项工作我们一直认真在做。职工保险参保扩面工作随着《劳动合同法》的出台，用人单位参保意识在不断增强，今年全县新增参保机关、企事业单位29户。在推进国有改制企业、民政优抚对象参保等方面，我们多次主动与相关主管单位加强联系，深入企业及有关人员中宣传解释参保政策，并为其参保提供优质服务。另外，我们还积极做好二等乙级革命伤残军人定点医疗、转诊转院费用以及离休人员医药费审核、报销等工作，做到随到随办，方便快捷。

（五）严格执行内部控制制度，维护基金安全运转

我们在日常工作中严格执行《社会保险基本财务制度》、《社会保险基金会计制度》及《社会保险基金行政监督办法》的有关规定，规范业务流程，合理设置岗位，明确工作职责，建立岗位之间相互监督制约机制，加强对基金收、拨、支各主要环节的监督控制。按照“谁主管、谁负责”的原则，实行责任追究制。对业务经办和财务管理加强监管，并与财政、地税、人行、开户行、参保单位及定点医疗机构、药房等部门加强沟通和协调。定期对本部门内部监控制度执行情况进行自查，积极配合上级单位和部门对基金使用情况进行的各类督查、检查工作。加强中心机房建设，制定网络管理员职责和数据备份制度，配备刻录机定期备份参保数据，维护网络的安全，确保网络畅通。

（六）加强定点医疗机构及药店监管，确保医保基金合理支出

为保证医保基金合理支出，加强对医院、药店费用的\'监控是十分必要的。全年我们对县一、二、三院等具有住院资格的定点医院，进行了医保病人住院病案的抽查，并进行了集中审核。严格执行转诊转院审批制度，减少基金无故流失，并经常到乡镇和县外的医疗机构核查医药费，杜绝虚开发票，堵塞漏洞。在药店管理方面，我们在与其签定协议的基础上，还注重加强日常监督工作。下半年，我们多次对全县医保定点药店进行专项检查，查处了一批违规经营药店。8月中旬，我县召开了全县医保定点零售药店管理工作会议，出台了《医疗保险举报奖励制度》，我中心还就药店经营管理与各药店签定了补充规定。通过定期检查与不定期抽查、专项检查与日常巡查、部门监督与社会监督等有效方式，使药店经营得到全方面监控，从而进一步规范了全县医保定点药店经营行为，维护了医保基金的合理支出，确保了广大参保职工利益不受侵犯。

（七）加强政治业务知识学习，提高窗口服务水平

随着医保事务的大厅化办理，中心窗口化服务功能突显，需要服务的参保人越来越多，大厅工作人员言行和服务水平关系整个单位形象。为切实提高服务质量和水平，我们首先注重加强职工政治业务知识的学习，在珉政治业务知识学习的同时，中心内部还经常召开会议学习医保、工伤、生育保险有关政策知识，力争做到人人熟悉政策，人人了解政策，人人能够正确答复参保人所提问题。另一方面，我们还注重培养提高职工的道德修养和服务意识，从狠抓内部思想建设和管理入手，按高起点、高标准、高质量的要求，情系患者，真诚提供各种人性化服务，实行了诸如首问负责、限时办结等一批规章制度。

>三、存在问题

（一）高危行业工伤保险参保积极性不高，特别是矿山、烟花爆竹、民用爆破器材、危险化学品等高危行业的工伤保险参保工作推进速度慢，企业职工的安全和健康权益得不到有效保障。主要原因是：县里及有关部门重视力度不够，仅靠劳动部门一家之力难以很好推动此项工作开展；另外，人员及经费的不足，也是影响此项工作开展原因之一。

（二）任务重、压力大，工作人员偏少，这是我中心面临的现实问题，随着城镇居民医疗保险参保人数的不断增加，加之我中心还经办职工、工伤、生育等其它几项保险，参保人已达10余万人，工作任务越来越重，人员又得不到及时补充，全体职工因此深感压力大。

（三）医保软件技术含量不高，系统出现问题较频繁。医保联网在一定程度上减轻了中心的工作量，方便了参保人，但由于该套系统技术含量不高，经常会发生一些技术方面问题，对医保基金支出和正常的网上结算造成一定不便，消耗了我们一些人力和精力。

（四）基金征缴与地税部门不能同步。医保、工伤、生育保险基金的征收均由地税部门负责，但目前我们在与地税的沟通上还不是很协调，有不少单位反映捧着钱交不出去，相关部门在服务态度也还不够理想，希望基金征缴能够成立专门机构集中征缴，最好是劳动部门自己内部机构负责征收。

（五）工伤保险参保稽核、生育保险办理程序及报销待遇有待改善。目前，我县对工伤保险参保单位情况、缴费基数稽核审查还不够严格，部分企业存在瞒报、漏报参保人员和低报缴费基数情况。生育保险支付手续比较繁琐，报销待遇相对偏低，这都需要加以调整，要让参保人享受到更多实惠，提高他们参保的积极性。

>四、下一年工作思路

1、继续完善城镇居民医疗保险工作，推动居民参保人数再上新高。

2、进一步加大工伤保险扩面力度，力争将餐饮服务业、中小民营企业纳入工伤保险范围。

3、强化三项基金管理，扩大三项基金征缴稽核工作。

4、积极探索定点医院、定点药店管理新路子。

5、调整职工医疗保险政策（提高统筹支付、社会救助最高支付限额；减少大病病人如癌症、血透病人、器官移植病人个人负担比例；增加慢性病病种）。

6、规范生育保险经办流程，支付范围和支付比例与巢湖市保持一致。

**城乡路人医保筹资工作总结5**

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、\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*，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20\_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，20\_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20\_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\*\*\*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\*\*\*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\*\*\*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。

**城乡路人医保筹资工作总结6**

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xxxx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。

**城乡路人医保筹资工作总结7**

一年来，我村在六街镇党委、政府的正确领导下，在村“两委”的精心指导下，通过扎实工作，使我村的合医工作取得了一定成绩，但工作中也有新情况、新问题，现将一年来的工作情况总结如下：

>一、领导重视、责任明确

村委会对合医工作高度重视，于20XX年2月26日召开了全村农村新型合作医疗工作动员大会，对20XX年的合医工作进行周密部署，制定了《青菜村关于开展新型农村合作医疗工作计划》，要求各村组、各部门进一步提高对此项工作重要性的认识，并明确相应的责任，制定了可行的激励措施。

>二、广泛宣传、营造氛围

我村把新型农村合作医疗知识宣传贯穿于为农民提供医疗卫生服务的全过程，充分利用广播、张贴标语、悬挂横幅、发放宣传资料、进村入户面对面介绍等形式开展宣传动员工作，把开展农村新型合作医疗工作补偿办法、优惠措施等相关政策以及因参合而受益的典型事例宣传到户到人，让农户了解开展农村新型合作医疗的目的、意义，群众知晓率达100%。

>三、加强管理、强化监督

1、加强对定点医疗机构的审核与监督。一是进一步规范补偿审核把关，严格审核纪律，确保审核质量，做到审核不出差错，不出问题。二是加强门诊补偿的监督与管理。严格依照合医相关管理规定，对合医运行过程实行全程监督，严防合作医疗定点机构抬高收费标准的行为，从而让农民群众真正感受到新农合给他们带来的\'好处。三是全面推行公开公示制度，特别是相关政策及补偿情况及时公示到村，接受群众监督。四是加强稽查巡查、督导检查，入基层调查，发现问题及时解决。严防虚报、冒领、骗取合医资金的非法行为。

2、严格基金管理，确保基金运行安全。合作医疗基金实行专户管理，封闭运行，专款专用，真正做到管钱的不用钱，用钱的不见钱，确保基金每一分钱用到参合农民身上。

>四、青菜村20XX年度参合情况

20XX年参合率达100%，20XX年应参合人数为768人，已参合人数768人、参合率为100%；

>五、取得的成效

（一）改善了卫生人员的服务态度，提高了医疗质量。合作医疗管理制度规定，参保人员可以在全镇范围内任何一家合作医疗定点医疗机构看病，有效地调动了广大医务人员的积极性，有力促进了镇卫生院及村卫生室的健康发展。

（二）解决了农民就医难的问题。从实施合作医疗前的情况看，广大农民看不起病，“小病过挨，大病等埋”的情况比较严重。实施合作医疗后，我镇农民群众求医保健积极性逐渐高涨。

（三）新型农村合作医疗加快了农村卫生改革和发展。实施新型农村合作医疗，使定点医疗机构得到全面的发展。

>六、下一步工作打算：

1、严格把好审核关。

2、进一步完善管理制度。

**城乡路人医保筹资工作总结8**

加大政策宣传力度，调动群众参加合作医疗的积极性，促进新农合制度持续健康发展；规范基金管理制度，从合作医疗基金的筹集、拨付等各个环节着手，规范基金监管措施，健全监管机制，保障基金安全运行，坚持基金使用和费用补偿公示制度，增加基金使用的透明度，充分发挥群众的监督作用；优化定点机构服务，规范医疗服务行为，严格执行新农合报销基本药物目录和基本诊疗项目目录，最大限度减少滥检查、滥用药、乱收费以及挂床住院等不正当医疗行为，同时积极探索综合支付方式改革，确保资金运行安全；加强新农合一条线人员的教育管理，认真执行新农合各项纪律制度，树立新农合窗口的良好形象。

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服务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服务中心，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，多想办法，努力工作，仔细耐心，热情周到地为群众提供就医服务。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：

**城乡路人医保筹资工作总结9**

（一）调整完善补偿方案

按照垦利县卫生局、民政局、财政局、农业局《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的实施方案》规定，严格执行现场门诊补偿和住院补偿。门诊医药费用可补偿比例为30%（医院门诊基本药物目录内药品补偿比例提高到35%），封顶线为每人每年补偿额90元，以户为单位计算。住院补偿设起伏线和封顶线，其中乡镇定点医疗机构起付线为100元，补偿比例为60%，基本药物目录内药品补偿比例在原补偿比例基础上提高10%，县级、市级、省级定点医疗机构起付线分别为200元、300元、500元，补偿比例分别为40%、35%、35%。20xx年新农合的住院补偿封顶线全县统一确定为5万元。

（二）加强监管，确保新型农村合作医疗基金的安全使用。

1、20xx年新型农村合作医疗基金使用情况

20xx年，参合农民门诊补偿受益107912人次，补偿金额元，其中二院门诊补偿受益16874人次，补偿金额元，社区服务站及诊所门诊补偿受益91038人次，补偿金额元。住院补偿受益1803人次，补偿金额3275604元，其中乡镇医院813人次，补偿金额534418元，市级及市级以上医院（包括外地就医）990人次，补偿金额2741186元。其中单次补偿超过10000元的有64人。县级三万以上补偿受益76人次，补偿金额153360元。市级三万以上补偿受益84人次，补偿金额未定。

2、新型农村合作医疗基金运行公示情况

为进一步加强和规范新型农村合作医疗制度，维护公开、公平、公正、透明的原则，增加新型农村合作医疗基金使用情况的透明度，每个季度对新型农村合作医疗基金运行情况进行公示，自觉接受社会和群众监督，加大了参合群众对新型农村合作医疗基金使用情况的知情权和参与权。

（三）切实做好信息上报及管理工作

严格按照省、市、县合管办的有关要求，认真做好信息报表中的有关数据的收集、统计、整理，确保数据真实、准确。每月按时上报信息报表。切实做好信息资料管理工作，使新型农村合作医疗材料分类归档。建立会计档案，支付凭单装订成册，妥善管理，防止丢失。

从上述情况说明我院新型农村合作医疗工作正在逐步走向正规化运作之路，农民受益面与去年同期相比有所增长，农民对新型农村合作医疗工作的知晓率达到了100%，从住院病人的例均费用看，与去年同期持平。取得了一些成绩，我们的做法是：一是广泛深入宣传，正确引导农民自愿参加合作医疗；二是完善规章制度，确保新农合工作规范运作；三是切实加强监管，维护参合农民利益；四是严格财务管理，确保基金运行安全；五是加大人员培训力度，努力提高管理水平。

**城乡路人医保筹资工作总结10**

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，规范其诊疗行为，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服务站的各项功能，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巩固创建示范社区”活动的开展，对帮助我市社区卫生服务中心医院健全业务规范和制度、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、促进规范的作用；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发展奠定良好的基础。

为认真贯彻落实县卫生局等相关部门文件精神，切实做好我镇20xx年度新型农村合作医疗保险工作。该镇党委政府高度重视，多次召开党委会议。制定了各项管理制度、工作制度。开展工作以来做到了领导到位、人员到位、措施到位、工作到位，完成了县劳动和社会保障局下达的目标任务，现将各项情况汇报如下：

**城乡路人医保筹资工作总结11**

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xxx为组长、xxx为副组长的领导小组，并指定xxx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。

**城乡路人医保筹资工作总结12**

1、党委会专题研究新型农村合作医疗保险工作，镇党委先后召开党委会议多次，针对全年目标任务存在的问题，增添可行的工作措施，有力地促进了全年目标任务的完成。

2、认真召开村三职干部以及群众代表会议，宣传县卫生局等相关部门的会议精神，20xx年我镇目标任务，以及实施方案细则等。想办法调动群众积极性，做到群众带动群众自愿参保。

3、为进一步做好新型农村合作医疗保险宣传力度，特在镇社会事务办公室设立了咨询处，就城新型农村合作医疗保险工作做具体而全面的解释，方便我镇群众具体了解参保的各项信息。

**城乡路人医保筹资工作总结13**

20\_年，我分局在区委、区政府的领导下，贯彻落实\_、\_关于做好20\_年全面推进乡村振兴重点工作的决策部署，推动我分局挂点镇（街）乡村振兴工作发展，现将我分局20\_年推进乡村振兴工作总结如下：

>（一）强化驻镇（街）帮扶工作。

为贯彻落实区委区政府乡村振兴工作部署，我分局自20\_年10月起，选派1名年轻干部到南海街道实行全脱产驻镇(街道)帮扶工作。

>（二）制定计划迅速开展工作。

与南海街道党工委、南海街道办对接，围绕驻镇帮镇扶村工作方案明确的目标任务，聚焦巩固拓展脱贫攻坚成果和衔接推进乡村振兴,研究制定帮扶五年规划和年度帮扶计划，细化帮扶措施，迅速开展工作。20\_年12月3日，我分局到南海街道办事处开展调研工作，听取南海街道乡村振兴工作进展，共同研究帮扶工作，大力支持南海街道乡村振兴工作，并资助30000元开展乡村振兴工作，助力完成20\_年度重点任务茂名市电白区农村人居环境整治巩固提升村村过关“百日攻坚战”行动。

>（三）充分发挥医保部门的\'业务优势。

我分局结合医保重点工作，如城乡居民医保扩面征缴、医疗救助等，紧盯群众“急难愁盼”的看病就医问题，认真抓好医保各项惠民政策如异地就医、门诊共济等宣传引导；做好困难人员的资助参保工作，确保应保尽保，一人不漏，减轻困难人员的就医负担，助力推动各项帮扶措施、项目落地落细。

**城乡路人医保筹资工作总结14**

>一、基本情况

十字路乡位于XX县东北部，与上蔡、项城两县市接壤，距县城28公里，全乡耕地面积46134亩，辖8个行政村。

20XX年8个村委会：十字路村、石磙庙村、前盛村、曹庄村、王关庙村、中马村、秦胜村、三麻村。

乡域总人口39812人，是典型的农业乡。截止xx年年12月31日，筹集资金35万多元。

20XX年参合农民门诊看病11400人次，补偿家庭帐户金额元，每次人均补助元。

20XX年参合农民在十字路医院住院出院1580人次，住院总费用元；合理费用元；共补偿元；人均费用元，人均补偿费用元，补偿率；自费费用，自费率；药品总费用元，药品自费费用元，药品自费率；诊疗费用元，诊疗自费费用元，诊疗自费率。

>二、开展新型农村合作医疗的具体做法

稳妥启动，科学测算，积极推进。xx年十月，新型农村合作医疗工作在我乡开始筹备，乡政府抽调专人对我乡8个村的农民近3年来就医情况进行了调查摸底。通过对其他县区新型农村合作医疗经验的学习和借鉴，结合本乡实际情况，乡党委、政府进行了充分的讨论和研究制定了适合本乡的新型农村合作医疗制度。召开了由各村三大头、医疗单位、乡直各单位负责人等参加的动员会。

会上，着重强调了新型农村合作医疗工作的重要性。会后全乡8个村积极行动，按照乡政府的部署，分阶段进行了宣传发动、登记造册、资金收缴、填写证书等工作，保证了新型农村合作医疗制度从xx年年1月1日正式启动。

健全组织机构，加强领导，明确责任。乡政府成立了新型农村合作医疗管理委员会、监督委员会、协调指导小组。由党委副书记任主任，党委委员、纪检委员任副主任，成员由乡政府办、财政所、民政所、卫生院等负责人组成。拟定、修改和完善农医所各项制度；负责参与各村的组织、宣传和动员工作，以提高参保率；财政部门负责新型农村合作医疗资金监督管理。

广宣传，深动员，提高农民认知度

1、充分发挥电视媒体覆盖面广的优势，利用两个月的时间，每周播报合作医疗政策、进度、农民认知情况等新闻，并用字幕打出新型农村合作医疗宣传标语；在报销现场解答农民疑点，起到了很好的宣传发动效果。

2、各村利用广播、标语、自制宣传单等形式在各村进行宣传动员。各村召开支部会、党员会、村民代表大会进行宣传发动。在宣传动员期间，

农医所及时向管理委员会汇报新型农村合作医疗工作进度，反映新型农村合作医疗动态。乡政府多次召开各村主任汇报会，了解各村参保情况。对存在的问题及时给予解决、答复和协调，提高了我乡的整体参保率。使新型农村合作医疗工作在全乡迅速展开。

启动资金落实到位

1、县乡两级合管工作人员热情，周到解答农民提问，认真，负责给参合农民报销，确保资金运转的安全，真正做到蕙民，利民，解决农民的实际问题。

2、合作医疗管理办公室由财政协助建立专用账户，保证做到专款专用。

定期业务培训，确保报销畅通。xx年年至20XX年，我乡合管办对8个村定点诊所负责人进行了多次业务培训和现场指点。完善各项政策，促进工作开展。

**城乡路人医保筹资工作总结15**

工作总结医疗保险

一、转变工作作风、树立服务观念

医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务，不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

二、突出经营意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工作。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止；二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位个，占应参保单位的，参保职工人，占应参保人数的，其中在职人，退休人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金万元，其中单位缴费万元，个人缴费万元，共收缴大病统筹基金万元，其中单位缴纳万元，个人缴纳万元。

三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由人扩大到人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工人，其中在职人员人，退休人员人，退休人员与在职职工的比例为：，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统

全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求；二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计年申请住院的参保患者人，其中县内住院人，转诊转院人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率，大病发生人数占参保人员的‰，大病占疾病发生率的；住院医疗费用发生额为万元，报销金额为万元，其中基本医疗保险统筹基金报销万元，基金支出占基金收入的，大病统筹基金报销万元，支出占大病统筹基金收入的。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员名，不符合申报条件人员人（其中不符合十种慢性疾病种类人，无诊断证明或其他材料的人）。二是组织专家监定组对符合申报坚定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院名副主任医师，名主治医师和北京友谊医院名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不能直接确定患有门诊特殊疾病人员，在月日月日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有人（其中检查不合格者人，未参加检查者人）。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病坚定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

六、个人账户管理规范化、现代化。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。经统计年共向个人账户划入资金万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为万元。为方便广大参保患者门诊就医，在个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共支出金额为元，划卡人次为人次，个人账户余额为万元。

由于有局领导班子的`正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。

年工作设想：

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

四、按市局统一部署，研究生育保险办法并实施。

全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求；二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计年申请住院的参保患者人，其中县内住院人，转诊转院人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率，大病发生人数占参保人员的‰，大病占疾病发生率的；住院医疗费用发生额为万元，报销金额为万元，其中基本医疗保险统筹基金报销万元，基金支出占基金收入的，大病统筹基金报销万元，支出占大病统筹基金收入的。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

**城乡路人医保筹资工作总结16**

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。

**城乡路人医保筹资工作总结17**

20xx年以来，县医保局认真贯彻落实上级有关医疗保险政策法规及文件精神，全面组织实施职镇居民基本医疗保险等民生工程，不断扩大参保覆盖面，加强基金征缴与管理，及时支付各项待遇，较好地完成了各项工作。

一、积极组织参保登记缴费，基本完成扩面征缴任务。根据城镇居民医疗保险政策规定，居民参保登记和缴费集中在上年12月初至当年二月底进行。县医保局在去年11月就报请县政府下发了《关于做好20xx年度城镇居民医疗保险登记缴费工作的通知》，积极组织县城各社区和各乡镇劳动保障事务所接受城镇居民参加医疗保险登记和缴费，及时登记造册汇总，并将医保费缴入居民医保财政专户。截止今年3月，我县已有xx余人登记参加居民医保，完成了上级下达的扩面任务，共收缴居民医疗保险费xx万元。

二、加强居民医保资金管理，及时支付各项医疗待遇。根据城镇居民医疗保险市级统筹的要求，全部参保人员信息都要录入医疗保险信息管理系统，实行信息化自动化管理，工作量十分巨大。县医保局及时汇总全县城镇居民参加医疗保险情况，全力组织工作人员录入或维护参保人员档案信息，多次加班加点工作，确保全部参保居民的档案信息在4月底前进入信息系统，在5月底前划拨参保人员门诊补偿金，保证参保患者及时享受各项医疗待遇。上半年，共划拨参保人员门诊补偿金xx万元，实际支付医疗费用xxx万元。

三、加大医保政策宣传力度，不断提升医保服务水平。根据居民医保政策规定，自20xx年度起居民登记参保时，未连续缴费的.应补缴相关费用，对此仍有部分居民不知道、不理解、有意见。下一步，县医保局将加大城镇居民医疗保险政策宣传，提高政策认识度和公信力，积极争取广大居民理解、支持、参与医疗保险工作，努力构建和谐医保关系。要进一步加强定点医疗机构和定点零售药店管理，完善刷卡即时结算医药费办法，全面实现参保患者住院费用刷卡结算，住院医药费不用再由参保患者垫付，有效减轻参保患者的资金垫付压力。要进一步出台便民服务措施，如建立上犹医保制卡分中心，简化制卡程序，缩短制卡时间，方便参保人员制卡领卡用卡，不断提升医保经办能力和服务水平。

**城乡路人医保筹资工作总结18**

时间转瞬即逝，转眼又到了年终岁尾。20\_年对于新成立的医疗保障科来讲是一个极富挑战性的一年。在这一年中，经历了三个独立部门（消毒供应室、洗衣房、医疗用品供应中心）的合并，工作量的增加，科室的经济成本核算。在院领导的大力支持下，各个临床科室的协调帮助下，保障科圆满地完成了上级交给的工作任务，现将一年的工作总结如下：

1.通过进修学习，借鉴先进的管理办法，并广泛听取各科室的意见，结合本科的工作内容，改进了器械物品的清点交接方法，杜绝了器械的丢失。

2.实行成本核算制度，让科室每个人都有强烈的主人翁意识，杜绝了以往资源浪费现象。

3.洗衣房工作不怕苦怕累，自4月份以来，根据院领导指示：医务人员的工作服由我科统一管理，并设立工衣发放处。洗涤任务越来越重，但大家都不怕辛苦，坚持把所有工作服的领口、袖口手工刷洗干净，整理平整，纽扣钉齐，为保证质量不惜加班加点，以便同事们能够穿上干净整洁的工作服开心工作。

4.重新划分消毒供应室的工作区域和人流、物流路线，从而提高了工作人员的消毒隔离技术和职业防护概念。

5.重新排班：由于人员少，工作量日渐增加，原有的`工作方式已不能满足现在的工作需要。所以结合本科室的工作特点，对排班做了相应的调整，现在已能够确保每个人都能胜任供应室任何区域的工作。每个班次都制定了岗位职责，严格执行操作规范。

6..逐步完善清洗、检查包装、灭菌、无菌物品发放的规范化操作，对灭菌环节严格做到每锅物理监测，每包化学监测，包外都注明科室，物品名称，锅号，锅次，灭菌日期，有效期，消毒员签名，以起到质量追溯作用。

7.加强对各个科室待消毒物品的监督检查，纠正包装不合格，清洗不彻底的现象，对存在的问题及时反馈到科室。

8.·响应医院全面推行优质服务的号召，为临床提供满意的服务。建立每月一次与临床科室满意度调查，认真听取意见，对工作加以改进。

9.工作量统计：

一年内消毒物品总数，清洗被服总数为

在过去的一年里，我们的工作还有很多不足的地方，比如管理经验上的不足，专科知识欠缺等等。希望在新的一年里能够弥补以往的不足，能够在院领导的支持下尽量改善供应室不合理布局，加大所需设备的投入，为了能够规范外来器械和骨科植入物的管理，确保植入物使用的安全性能够购进一台快速生物阅读器。把无菌物品质量放在首位，提供高质量，高安全的无菌物品，做临床科室院感方面有力的保障。

**城乡路人医保筹资工作总结19**

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。

**城乡路人医保筹资工作总结20**

20xx年，在县委、县政府的正确领导和上级有关部门的帮助指导下，我乡认真贯彻执行市、县新型农村合作医疗工作指示精神，把搞好新型农村合作医疗工作作为为农民群众办好事、办实事的民心工程、德政工程，摆上了重要议事日程，加强领导、扎实推进，促进了新型农村合作医疗工作的顺利进行，自新型农村合作医疗工作开展以来，从基础准备、宣传发动、资金筹备管理、报销程序等方面，全乡上下齐心协力、大胆探索、积极实践，各项工作已纳入科学管理、规范运作、健康发展的良性轨道。

>一、20xx年工作完成情况

自县委、县政府有关新型农村合作医疗工作安排部署，我乡就如何开展此工作进行了专门研究，并组成调查组深入村、社、农户对全乡农村人口的身体状况，收入情况，就医消费状况进行调查摸底，通过调查发现，近年来，农民收入增长较慢，而医疗费用却相对偏高，农民抵抗疾病的风险能力下降，没钱看病，看不起病已成为因病致贫，因病返贫，影响农村经济发展的主要因素，据统计，全乡2480户10395口人中贫困户756户，占总户数，其中因病返贫占64%，而新型农村合作医疗制度的启动，通过政府资助，集体扶持的形式，是有效解决了农民无钱看病、看不起病的问题。为了切实做好这项民心工程，把好事办好，我乡将新型农村合作医疗工作列为全乡重点工作之一，及时召开全乡新型农村合作医疗动员大会，对相关工作进行全面安排部署，制定工作行事历，设立办事机构，落实工作人员和办公地点，制定完善各项工作制度和措施，使此项工作在操作程序、业务培训、摸底登记等方面做到了同步运行，较好的完成各项工作任务。

>二、主要做法

（一）强化组织领导，完善工作机制。乡党委、政府把新型农村合作医疗工作作为重点民心工程之一，列入了各级各部门重点考核内容。为了加强组织领导和管理，实施了合作医疗“一把手”工作机制，及时成立了以书记为组长，党委委员为成员的新型农村合作医疗领导小组和以乡长为主任,卫生院、财政所等相关部门负责人为成员的新型农村合作医疗管理委员会,下设办公室，办公室抽组责任心强，业务娴熟的工作人员，扑下身子，沉到基层、虚心借鉴兄弟乡镇成功做法，不断完善各项工作制度，并按要求全部上墙，做到了有章可循,乡管理委员会对运转情况不定期检查，保证了合作医疗基金收缴公开透明，促使该项工作的正常运转。

（二）广泛宣传、营造舆论声势。针对这项工作任务大，时间紧，乡上及时召开乡村社三级干部动员大会，就开展新型农村合作医疗工作进行全面的部署和动员，会后乡组建11个宣传队进村入户,通过召开群众大会、利用逢集日、群众密集场所悬挂标语等方式，多层次、全方位对新型农村合作医疗相关制度、报销程序等进行广泛宣传，同时邀请县合作医疗办同志现场业务指导，在全乡上下营造了良好的舆论氛围。

（三）坚持自愿原则、积极稳妥筹资。本着农民自愿参

加的原则，不断深化新型农村合作医疗宣传工作，坚持边宣传边收缴的原则，不断将新型农村合作医疗的好处、报销比例、缴费金额等进行广泛宣传，使群众对新型农村合作医疗有了较为全面的\'认识；规范收费程序，严格开据收费凭证，使群众的钱交的放心，交的明白，同时针对全乡“五保户”、“优抚对象”、“计生两户”在调查摸底的基础上积极与相关部门沟通、协调，帮助他们加入新型合作医疗。一是20xx年元月至12月底，共为333名患者报销医药费元，其中：为在县级及以上医院住院患者201人报销医药费元，为乡门诊患者132人报销医药费元,使新型农村合作医疗工作真正发挥了取之于民,用之于民的良好作用,受到了广大群众的好评.二是我乡20xx年应有2480户10395人参加农村合作医疗保险，截止12月份，实际参加新型合作医疗保险的有2350户9591人，收回医疗保险费95910元,参合率达到了92%,全面完成了工作任务通过细致扎实工作，大部分群众缴费积极，并无因缴费引发矛盾，按县上要求及时完成收缴任务。并全部划入县合作医疗专用账户。

>三、存在的困难、问题

从总体上看，我乡新型合作医疗工作取得了阶段性成果，在一定程度上缓解了农民群众因病致贫、因病返贫、无钱看病问题，但工作中还存在一些困难和问题。一是部分农民参合态度、健康认识有待于进一步提高。二是乡定点卫生院医疗设施、技术水平有待进一步加强。乡卫生院做为定点基层医院，但房屋简陋、设备落后、人才匮乏，已不能适应新形势下广大农民群众医疗、保健需求、许多病人因此涌上县级医院。形成看病就医舍近求远现象。三是报销程序繁锁，不能使群众快捷、便利的报销药费。

>四、20xx年工作打算

20xx年我们将继续贯彻落实县委十四届六次全委扩大会议精神，进一步加大工作力度，完善各项措施，更加扎实做好各项工作。一是进一步利用多渠道广泛宣传发动，提高乡村干部和农民群众对该项工作的认识，增强群众的保健意识，切实把好事办好、最大限度的让农民得到实惠；二是积极争取，通过资金扶持加大乡卫生院建设力度，充分发挥农村卫生院医疗工作枢纽作用；三是加强对全乡医疗合作工作的管理，不断规范完善各项制度，通过扎实工作，切实将新型农村合作医疗工作落到实处，确保圆满完成工作任务。

**城乡路人医保筹资工作总结21**

我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新\*\*\*策，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

>一、配备优秀人员，建立完善制度

1.医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以院长xx为组长，书记xx为副组长，医保科主任xx、护理部主任xx、内科主任xx、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2.我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

年我们医保科组织医保培训每季度1次,每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实深圳市人民\*\*\*府第180号文件精神。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年(1—12份)我院共收住院医保患者xxx人次，医疗费用总计xxx，住院人次费用xx住门比xxx。医保门诊xxx，门诊人次xxxxx，人均费用xxx。

>三、树立良好的服务理念，诚信待患

为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。院领导和我们医保科经常深入病房之中

监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，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，造福全市的参保人员。

**城乡路人医保筹资工作总结22**

1、思想上

我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”的重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

2、工作上

认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在日常工作中，我主要负责工伤保险申报登记等日常事务性工作。在领导的带领下，我们利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日，走上街头，采取咨询、宣传单等多种形式，就工伤保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇等进行了大力宣传，取得了较好的效果。在今后的工作中，我将继续努力，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，为树立工伤保险机构的新形象努力。

我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。

**城乡路人医保筹资工作总结23**

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。

制作标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广大患者明白自己的就医流程。

设有医保政策宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保政策宣传单20xx余份。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

**城乡路人医保筹资工作总结24**

20xx年6—11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40％左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，根据指出的问题和不足我院立即采取措施整改。加强了门诊及住院病人的管理，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次犯规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

**城乡路人医保筹资工作总结25**

从总体上看，我乡新型合作医疗工作取得了阶段性成果，在一定程度上缓解了农民群众因病致贫、因病返贫、无钱看病问题，但工作中还存在一些困难和问题。一是部分农民参合态度、健康认识有待于进一步提高。二是乡定点卫生院医疗设施、技术水平有待进一步加强。乡卫生院做为定点基层医院，但房屋简陋、设备落后、人才匮乏，已不能适应新形势下广大农民群众医疗、保健需求、许多病人因此涌上县级医院。形成看病就医舍近求远现象。三是报销程序繁锁，不能使群众快捷、便利的报销药费。

**城乡路人医保筹资工作总结26**

20xx年我办确保新农合基金的安全使用，积极做好日常门诊、住院补偿工作和政策宣传工作，做好“两卡”核对及慢性病卡的审批发放工作，不断完善参合人员信息。通过银行卡助农取款服务点，办理好参合农民小额取现工作。组织本办人员加强业务学习，熟练掌握农医工作各项有关政策、规定及工作程序。

>工作总结如下：

20xx年我办做好了新型农村合作医疗资金筹集、上缴及参合信息的核对。共筹集新农合资金2798180元，参合人员39974人，参合率达到99%，并对全镇1701名低保、五保对象免费办理参合，今年后续为175名新生儿办理了新农合的参合工作。

配合县农医局做好20xx年村级医疗机构的定点工作，对各村开展了卫生所门诊统筹业务培训工作，对新农合村级定点医疗机构门诊统筹工作进行了监督检查，并对各村逐月进行本村新农合补偿公示情况进行督查。日常工作中做好门诊统筹、住院补偿报账工作及档案汇编工作。

年中时对本办所有工作进行梳理，迎接了省市县有关部门的年中检查。并对在市级或市外的门诊大病进行报销、补偿。

在7月开始启动新农合大病保险，已为我镇50余人办理大病保险赔付。配合县农医局完成20xx乡镇卫生院住院补偿按床日付费数据采集调查。

全年全镇门诊统筹共计80848人次，补偿金额共计元；住院补偿共计7935人次，补偿金额共计元。到目前为止，为参合人员补发“两卡”（新农合卡及新农合银行卡）共计450张，办理门诊大病卡（慢性病卡）约300余张，并对1000余份门诊大病卡进行了年审。12月为县外200余人办理核算门诊大病补偿。并做好了20xx年新农合资金筹集的相关工作。采取回头看的\'办法，对前段工作进行总结，迎接县农医局对我办的年终考评。

我办将继续做好各项其他日常

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！