# 医保局轮训工作总结范文(汇总32篇)

来源：网络 作者：眉眼如画 更新时间：2025-03-08

*医保局轮训工作总结范文120XX年，在县医疗保险中心的正确领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的共同努力下，我院以全心全意服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作...*

**医保局轮训工作总结范文1**

20XX年，在县医疗保险中心的正确领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的共同努力下，我院以全心全意服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，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

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，并成立了以副院长暴艳梅为组长，组员：陈萍、王彬、陈智、等人组成医保工作小组，负责患者日常诊疗及信息录入、上传等工作。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、保证医保患者利益，不断加强管理，随时查找问题，发现问题及时改正，尽可能杜绝医疗纠纷和事故的发生。

>二、认真完成工作任务

医院高度重视医保工作，使参保患者利益得到充分保障。这一年我院按照医保相关政策的要求认真工作，诚心为患者服务，圆满的完成了各项工作，20XX年我院共收住院医保患者8人次，总住院天数：113天，住院总收入元，其中药品费用：，门诊人次：139人，门诊医疗费用总计元。

>三、提高诊疗水平

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能够对每一位患者进行合理有效的施治。我院要求职工不断加强业务学习，并不断送人到上级医院学习进修、要求每一位医生都购买华医网站学习卡，并认真学习上面的内容。通过各种方式的学习使医务人员诊疗水平不断提高。同时要求每一位职工礼貌行医，态度和蔼，自觉自愿遵守医德规范，使我院医务人员服务态度不断得到改善，为每一位就诊患者创造了一个良好的就医环境。

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得到满意答复。院领导及医院科室负责人经常对住院患者进行探望，询问病情，询问对医院的要求及意见。严格执行国家及发改委的各项收费政策，准确划价、合理收费。及时、准确上传患者就诊信息。医院实行了科学化及自动化管理，电脑收费，给住院患者提供出院清单，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。做到专卡专用，严把出入院关。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈信息：患者及家属对医院医保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：由于基药的影响，住院病人数有所下降，但我们深信在新的一年里，在医疗保险中心的大力支持下，院领导的正确领导下，我们将会利用有限的药品，服务于无限的患者，加大医改政策的宣传力度，把来年医保工作完成的更加出色，造福所有来诊的参保患者。

**医保局轮训工作总结范文2**

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。

**医保局轮训工作总结范文3**

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。

**医保局轮训工作总结范文4**

xxxx年，x区医保局在区委、区政府的坚强领导下，严格按照市医保局总体部署，围绕和服务国际化营商环境建设年中心工作，努力做好惠民利民、依法治理、改革创新、服务大局四篇文章，不断增强人民群众医疗保障的获得感、幸福感、安全感。现将xxxx年工作开展情况及xxxx年工作思路报告如下：

>一、xxxx年工作开展情况

（一）民生为本，提高医疗保障水平。一是加强部门协作，抓好医保筹资。加强与相关区级部门和乡镇（街道）协作，全力推进城乡居民筹资工作，全面落实免收重特大疾病参保费用、降低大病互助补充保险缴费基数和费率等降费减负惠民政策。二是强化救助托底，抓好医保扶贫。认真落实扶贫攻坚三年行动计划，积极开展两不愁、三保障回头看，医疗救助待遇一卡通发放于x月顺利实施，城乡困难群众在基本医疗保险报销后政策范围内费用救助比例达。三是做到精准施策，抓好待遇落实。积极落实基本医疗、大病保险、互助补充、重特大疾病保险待遇，认真贯彻落实药品、耗材零加价惠民政策，推进医疗服务价格动态调整，切实提高参保群众医保待遇水平。x-xx月，全区城镇职工基本医疗保险参保人数为xxxxxx人；城乡居民基本医疗保险参保人数xxxxxx人，参保率达xx%以上；共有xxxxxxx人次享受城职医保待遇万元；xxxxxx人次享受城居医保待遇万元；xxxx人次享受生育保险待遇万元，xxxx人次享受长照险待遇万元；xxxx人次享受医疗救助待遇万元。

（二）服务为先，提升医保服务能力。一是理清职能边界，夯实部门职责。主动与涉改部门对接，做好医疗保险费用征缴、工伤保险、医疗救助、医疗服务及药品价格等职能职责划转，以区政府名义出台《关于进一步加强医疗保障工作的实施意见》，夯实部门职责，确保医保惠民工程顺利推进。二是推进异地联网，方便群众就医。我区已实现定点医院异地就医联网结算全覆盖，开通门诊异地就医直接结算的定点药店和诊所扩大至xxx家，共有异地参保人员xxxx名在我区医疗机构直接结算医疗费用万元，xxxxx人次在我区定点药店刷卡个人账户万元。三是搭建便民平台，提升服务水平。整合医保内部资源，实现基本、大病、补充、救助一站式服务、一窗口办理；深化医保业务网上通办服务模式，目前，已有异地就医备案、个体医疗退休、新生儿参保、个帐返还等xx项业务通过x医保微信平台办理，并与天府市民云x专区对接，已有xxx余人通过微信平台申请办理医保业务。

（三）监管为主，确保基金安全有效。一是构建监控体系，强化内控管理。研究制定了《稽核管理工作规程》和《审核管理办法》，构建以区级医保部门为主导，乡镇（社区）医保协管力量联动、相关区级部门互动、定点机构强化履约、第三方专家评审、媒体监督、社会监督员为补充的医保监督体系，打造三岗定责、三权分离、一窗进出审核内控体系，规范医保服务行为。二是建立监控系统，实施精准稽核。开发医保智能预警监控分析系统，对定点医药机构进销存、结算、总控等运行数据进行监控分析，建立医保审核、稽核联动机制，按月对比分析异常数据，为医保监管方向提供准确指引。三是加大检查力度，严格协议管理。建立打击骗取医疗保险基金联席会议机制，科学实施医保总额预算管理，深入推进医保医师管理，按照日常巡查辐射全域，专项检查重点稽核思路，开展打击欺诈骗保集中宣传月及基层医疗保险基金使用情况、医疗保障基金专项治理、医疗乱象专项整治、门诊血液透析专项检查等专项行动，确保医保监管全天候、全覆盖、常态化，全年共追回违规金额万元，扣减保证金万元，中止定点医药机构服务协议x家，对xxx人次存在违反服务协议的医保医师给予扣分处理，约谈定点医药机构xxx家/次。

（四）改革为重，引领医保创新发展。一是扎实推进药品集中采购与使用试点。按照国家、省、市对x+x国家组织药品集中采购和使用试点工作要求，成立工作推进小组，制定工作方案，按月细化工作任务，全面收集、及时协调解决工作推进中存在的问题。辖区xx家试点医疗机构已完成中选药品采购万盒，占中选药品采购总量的。二是深入推进长期照护保险制度试点。在全市率先建立长期照护保险评估人员管理x+x+x制度体系，依托微信公众号搭建长照险论坛评估人员学习、交流平台，切实夯实队伍建设，规范评估行为，提升评估水平。

>二、经验做法及亮点

（一）推进金x大港区医保协同发展。一是设立大港区医保便民服务窗口，实现医疗费用申报、异地就医备案、城乡居民参保登记业务大港区通存通兑。二是搭建大港区医保业务数据交换中心，实现业务事项影像受理资料、医保审核数据等高效传输和即时办理，规范服务行为。三是建立大港区服务事项内控管理制度，制定《大港区医保便民服务一窗办理实施方案》，实施跨区域与本地业务事项同质化管理，专柜管理跨区域业务档案，严格做好业务风险防控。四是建立三地医保监管联动机制，开展检查内容统一、检查人员联动、检查结果互认的联合监管，组建大港区第三方专家库，建立专家抽调机制，解决第三方评审专家资源分布不均、技术差异和风险防控等问题。自三地签订医保事业协同发展协议以来，已开展交叉检查x家次，追回违约金额万元，扣减保证金万元，暂停医保服务协议x家；开展专家交叉评审x次，审减不合理费用万元，扣减违约金万元。

（二）推进医共体建设医保支付方式改革试点。作为全市首个医共体建设医保改革试点区县，通过试点先行，确定了一个总额、结余留用、超支分担、共同管理医保总控改革工作思路，被x区委、区政府《x区推进紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案（试行）》（青委发〔xxxx〕xx号）文件采纳，将改革医保支付方式作为医疗集体化改革重要运行机制，也为x市医共体建设积累了医保改革经验。

>三、存在问题及困难

（一）医保行政执法问题：医保行政执法尚无具体流程和规范化执法文书，建议市局尽快出台医疗保障行政执法相关流程和文书模板并进行培训。

（二）数据共享问题：由于数据向上集中，区县自行建立的预警监控分析系统数据来源不够及时、全面、准确，不能自主运用大数据分析实现医保精准监管。建议在市级层面建立医保大数据云空间，向区县提供大数据查询和使用接口。

（三）区外医疗救助未实行联网结算问题：目前医疗救助区外住院费用仍采用参保群众全额垫付手工结算方式，程序繁琐、报费时间长，建议实行医疗救助全市联网结算，方便参保群众。

（四）门特期间住院费用联网结算问题：参保人员反映在门特期间发生的住院费用需全额垫付后到经办机构结算，办理过程不便捷，建议开通门特期间住院费用医院联网结算。

>四、xxxx年重点工作安排

（一）以服务大局为引领，立足保障促发展。一是深入推进长期照护保险试点，强化照护机构监管，引导照护机构提能升级，逐步建立康养、医疗一体化机构；有效释放市场潜在需求，培育和发展照护市场，促进照护产业发展。二是贯彻落实市委十三届五次全会精神支持东部新城五个未来之城建设二十条医疗保障政策措施，重点推进定点医疗机构申请提速增效，扩大照护机构定点范围，助力营造良好的营商环境。三是下好紧密型医共体建设医保支付方式改革试点这盘棋，按要求推进按病组分值付费方式改革，激发医疗集团和医疗机构内生动力，实现全区医疗服务能力水平整体提升。

（二）以基金安全为核心，立足发展促规范。一是推进医保领域法治建设，理清协议、行政、司法医保管理职能边界并建立有效衔接机制，推动医保基金监管信用体系建设，发挥联合惩戒威慑力。二是丰富医保监管手段，通过委托会计师事务所、商保机构，夯实社会监督员和基层协管员队伍等，建立横到边、纵到底的监管体系，巩固基金监管高压态势。三是按照医保智能监控示范城市建设要求，完善智能监控预警系统，提升智能监控功能，丰富智能检测维度，探索异地就医监管手段，实现基金监管关口前移、高效、精准。

（三）以创新理念为抓手，立足规范优服务。一是以大医保思维建立医保+医院协同发展服务理念，提升前端医疗服务质量，提高后端医疗保障水平，实现医疗和医保服务能力双提升。二是围绕x国际消费中心建设推进医保联盟战略部署，树立医保+商保协同发展服务理念，大力推进长照险商保委托经办，强化大病保险商业化运作，积极探索有效路径实现深度合作。三是贯彻落实省委、市委一干多支、五区协同战略，推动成德眉资同城化发展和成巴协同发展，深化金x大港区医保融合发展，加快推进全域服务和全方位监管。

（四）以提质增效为目标，立足服务惠民生。一是加强部门协作，确保xxxx年城乡居民基本医疗保险参保率维持在xx%以上，圆满完成扶贫攻坚、待遇保障等民生工作目标。二是提能升级医保微信掌上经办平台，逐步扩大网上经办项目，做优服务群众最后一米。三是继续推进异地就医联网结算，进一步扩大个人账户异地直接结算医药机构范围，为外来就业创业人员就医购药提供便利。

**医保局轮训工作总结范文5**

温泉县医局认真贯彻落实帮扶结对有关精神,按照脱贫攻坚工作的总体要求，50名干部职工于4月17、18日两天深入托里镇大庄子村，着力解决帮扶对象的生产生活困难，努力改善帮扶对象落后的生活状况，促进帮扶对象脱贫致富。现将有关情况汇报如下:

>(一)加强领导，确定责任

县医保局领导班子非常重视结对帮扶工作，召开会议研究商讨有关事宜，制定扶贫方案、确定扶贫方式，并将帮扶结对工作进行细化，帮扶对象具体落实到个人，确保帮扶责任个个有担子，贫困户家家有帮手。成立了帮扶结对工作领导小组，由一把手任组长，亲自抓结对帮扶工作的安排、督促落实，具体工作事宜由办公室负责，并明确了一名联络员，做好单位与村队对接工作，做到人人有责任，事事有要求。

>(二)深入排查，明确目标

落实单位主要领导遍访贫困户，对结对帮扶村队托里镇大庄子村贫困户逐户走访。对新调整的村队托里镇伊吉莫林墩村贫困人口进行熟悉了解，通过开展走访调研活动，做到进村入户，帮扶对象每户必进，人员必访，摸清情况，了解走访对象在想什么，在干什么，思想上有什么心结，生活上有什么困难，享受各项扶贫\*\*\*策，家庭生产、生活情况。建立帮扶结对工作台账，详细记录帮扶结对对象、事项和需要解决的实际问题并上传到扶贫工作APP上。

>(三)狠抓落实，注重实效

根据排查情况，与定点村队共同细化定点帮扶村队帮扶计划，完善帮扶措施。

一是20xx年组织干部职工集中到大庄子村完善“一户一策”帮扶计划、与结对亲戚座谈各1次，根据帮扶对象实际，与结对亲戚一起掌握享受的\*\*\*策，帮助结对亲戚理清思想，明确发展方向，制定20xx年帮扶计划，对扶志、扶智重点宣传，引导贫困户增强感恩意识，因地制宜实施脱贫；

二是开展走访、住户工作。我局50名干部开展走访34次，第一季度住户率完成100%，4月份走访24次，收集困难诉求2个，解决困难2个。

三是鼓励有能力的贫困户创业，同时给予人力、物力、财力支持，鼓励有就业能力的在村镇的帮助下实现就业。

四是加强慰问帮困。局领导班子成员今春以来四次来到托里镇大庄子村进行了走访慰问。

今后，我局继续将脱贫攻坚工作形成常态化、专门化、固定化，尽最大努力防止贫困户“因病致贫、因病返贫”，为托里镇大庄子村全面进入小康社会做出应有的贡献。

**医保局轮训工作总结范文6**

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。

**医保局轮训工作总结范文7**

我叫xxxx，担任县医疗工伤保险基金管理中心党支部书记、副主任，主持全面工作。今年以来，在县委、县政府和上级主管部门的正确领导下，紧紧围绕工作目标任务，团结全体干部职工，凝心聚力，攻坚克难，较好地完成了本单位各项工作任务，充分发挥了社会保障“稳压阀、减震器”的功能，为社会的和谐稳定尽到了一份职责。

县医疗工伤保险基金管理中心现有工作人员10人，承担着全县城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、工伤保险、职工生育保险和离休干部医疗保障等5大保障业务。各险种参保人员及服务对象累计11万多人（含1人多保），基金年总收入亿。今年被列为县公述民评参评单位，是对我们工作一次全面的检验和考验，我们严格按照县公述民评领导小组和办公室的要求，认真履职，力争把工作做的更好，让群众满意，让组织放心。下面我将一年来的履职情况、作风建设、廉洁自律等方面向大家作一汇报，诚心接受大家的评议。

>一、加强学习、牢记宗旨，不断提高综合素质和履职能力

今年以来，以党的群众路线教育实践活动为切入点，不断加强理论学习，以社会主义核心价值观为先导，不断提高自身思想素养，牢记全心全意为人民服务的宗旨，不断用科学健康向上的理论武装头脑。一是认真学习党的群众路线教育实践活动中的理论文章和先进典型，切实改进作风，坚决反对形式主义、官僚主义、享乐主义和奢靡之风等四风，严格执行八项规定，树立正确的世界观、人生观和价值观。二是认真学习业务知识。通过对《社会保险法》等法律法规和医疗、工伤保险政策、规定的学习，系统掌握社会保障业务知识，做到社会保险费用支付依法审核、依规审核，按标准支付，使费用审核支付科学化、规范化，各项基金运行平稳。

>二、认真履行职责、自觉接受监督

医疗工伤保险保障的是人的生命健康，服务人群层次多、弱势群体多，我们始终把既要规范、又要便民作为我们工作的出发点和落脚点。今年以来，医保、工伤等其它几项基金的收支继续朝好的方向发展，机关内部管理制度化已初步建立，业务经办精简化已初见成效，我们主要做了以下几方面的工作：

（一）充分发挥窗口便民功能、精简流程、转变作风。一是进一步完善和推动自20xx年6月启动的医保等各项报销费用支付由医保中心与银行联网直接划账业务，彻底结束了参保人员费用报销多次来回奔波的历史。过去，参保人员费用报销先报送材料，等审核结束后，还要再到医保中心办理结算，也就是说一次报销办的最顺利也至少要跑两个来回，现在只要报销材料齐全，一次申报就会在规定的工作日内收到医保中心直接通过银行划拨到本人账户的医疗费用。最大程度的减少了报销人员旅途奔波劳顿之苦和报销成本。二是精简流程，最大程度地方便服务对象。今年以来我们对业务流程进行了全面梳理和精简，将只要不影响报销政策、规定执行的环节和材料一律精简，能在网上直接审核办理的事项坚决不要服务对象跑路。现在职工异地就医报销只要发票、出院小结、费用清单和转诊转院表（首次报销另外一个提供个人银行账户）即可完成整个报销申报，定点药店原来每月都要到医保中心报账，现在网上直接审核直接结算。通过对多项业务经办流程的优化，医保服务大厅排着长队报销结算医疗费用的现象也在今年成为了历史。

（二）多措并举、办理业务公开，接受社会监督。医保中心经办的业务专业性、政策性都很强。业务办理的怎么样，广大参保人员和服务对象说了算。为使广大参保人员和服务对象了解我们业务办理的全过程，我们采取以下措施：一是公开经办内容。将医保中心工作职责、业务范围上墙，使每个来中心办理报销和咨询业务人员一看就一目了然，知道自己所办事项属于哪个范围，怎样办理。二是公开经办流程。将医保中心各险种报销流程，所需提高材料上墙，杜绝模糊经办。三是公开服务承诺。实行《首问负责制》，热情接待每位到中心办事的当事人，认真解答他们提出办理的事宜；实行《限时办结制》，对参保人员报销费用材料的审核在20个工作日内完成，也就是说，只要财政资金能跟得上，参保人员报销费用最多在20个工作日内就能划拨到个人提供的银行账户。实行《一次性告知制》，对服务对象所办事宜需要的条件、办理程序和所需提供的材料一次性告知，对不属于本中心办理的业务，告知到什么单位或什么科室去办理，有联系方式的提供联系方式。同时在公开服务承诺中对中心全体工作人员在业务办理过程中实行3个禁止，即禁止慢作为、不作为、乱作为现象；禁止“吃、拿、卡、要”推诿扯皮现象；禁止门难进、脸难看、话难听、事难办、态度差等现象。自觉接受社会、参保人员和广大服务对象的监督。

（三）建立医保中心与参保人员和服务对象互动机制，化解矛盾与纠纷。医保中心服务人群广、层次多、政策性强。各险种报销政策、比例、经办流程、保障水平都不尽相同，电话咨询，上门咨询人员多，有的是对经办业务不了解进行咨询，有的是对政策不理解，甚至对现有保障水平不满意诉说怨气，但不管是哪种情况，都要求我们要认真、耐心、细致进行解答说服，做到有问必答，有疑必释，有惑必解，最终取得他们的理解。否则，言语稍不注意就会引起不必要的矛盾和争吵。过去每年中心都有发生来办事人员因个人诉求得不到满足，在中心吵闹，给中心的工作带来很大的负面影响。今年到目前为止没有发生一起这样的事情。今年，到医保中心反应最多的是慢性病门诊医疗费用报销低于前些年的问题。实际上20xx年12月医保结算全市实行统一结算系统，统一政策待遇后，部分慢性病的报销封顶是高于以前政策的，如高血压3期、慢性肾功能不全等报销封顶线都在原来的基础上提高了1000元（原4000元、现在5000元），不同的是，过去在审核上是粗线条的，非本病种的用药，只要是医保目录支付范围内的都纳入了报销，但现在按规定，这部分费用不能再报销了，所以广大患者不能理解，这是情理之中的事。通过我们对政策、规定的耐心细致的宣传解答，最终都取得了这部分人员的理解和认可。此外，我们还采取走出去，通过走访座谈倾听广大参保人员的心声，了解他们的诉求，最大限度地方便广大参保人员就医购药。

（四）创新管理，确保基金使用效率和安全。随着广大参保人员健康意识不断增强，有限的医保基金与广大参保人员医疗需求快速增长的矛盾日益突出，如何把有限的医保基金用在刀刃上，我们只有在加强管理，创新机制上做文章。一是在经过反复调查论证的基础上，借助外地经验，我们向县政府提出将城镇职工大病救助医疗保险实行商业再投保的建议，很快得到县政府领导的.同意并批准实施。这是职工医保一次制度的创新，相信在不久的将来这一制度会发挥应有的作用。二是针对我县城镇职工医疗保险慢性病门诊待遇申报过程中，一些参保人员到医院托关系找医生制作虚假材料进行申报的情况，我们对慢性病鉴定进行了改革，由原来医保专家组只凭材料鉴定，改为由医保专家组对申报人员现场询问+体检+材料进行鉴定，有效杜绝了鉴定的疏漏，确保了鉴定结果的客观、公正。得到了慢性病患者的理解和支持，取得了良好的效果。三是继续加强两个定点单位管理，强化服务协议的履行职责，加大违规惩处力度，从源头上消除违规行为，确保基金合理合规支付。现在，医保定点零售药店生活用品、日化用品刷卡得到杜绝，定点医院因病施治、合理治疗得到进一步落实。购药违规刷卡，就医重复检查、出院带药得到根本遏制。三、廉洁自律、筑牢反腐防线

作风建设永远在路上，加强党风廉政建设，是国家实现长治久安的大计，对凝聚民心、党心有着极其重要的现实意义和深远的历史意义。我严格执行八项规定和廉洁自律各项规定。做到大事讲原则，小事不糊涂，决不以工作之便谋取私利。xxxx是一个很小的地方，老领导、老同事、老朋友很多，托人说情的确实经常遇到，但只要涉及到原则问题，我都耐心说服，坚决拒绝，毫不含糊。最近就有一次，过去的一位老领导来给朋友说情，讲朋友家庭经济困难，要我提高他朋友医疗费用的报销比例，我了解到情况后耐心细致的解释，这是政策规定，我不能擅自提高的，你总不想让我违规吧。最后取得了这位老领导的理解和体谅。一直以来，我始终坚持自律为本，牢记全心全意为人民服务的宗旨，做到“自重、自省、自警、自励”，以廉修身，洁身自好。

总结一年来工作成绩的取得，主要得益于县委、县政府的正确领导，得益于上级主管部门和协作单位的大力支持，得益于全体医保工作人员的共同努力。但我们的工作与广大参保人员的要求还有很大的差距，我们将以这次公述民评活动为锲机，继续努力，为我县医疗工伤保险事业平稳、健康、可持续发展做出应有的贡献。

**医保局轮训工作总结范文8**

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。

**医保局轮训工作总结范文9**

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。

**医保局轮训工作总结范文10**

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《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。

>二、执行医疗保险政策情况

6月—11月，我院共接收铁路职工、家属住院病人82人次，支付铁路统筹基金4万元，门诊刷卡费用6万元。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。

>三、医疗服务管理工作

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。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。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。

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。

>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，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。

>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。

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。

**医保局轮训工作总结范文11**

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。

**医保局轮训工作总结范文12**

医保管理工作，是医院管理工作的重要内容，也是医疗质量管理之重点。一年来，我们在县卫生局和医保处的支持和领导下，在我院领导高度重视下，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了较好成绩。现将我院医保工作总结如下：

>一、基本情况

20xx年，共收治医保患者29446人次，总费用为元（其中门诊患者28704人次，费用元，人均费用元。住院患者742人次，人均住院日20日，总费用元，人均费用元）。药品总费用元。占总费用的。自费金额（现金支付）元，占总费用的。

>二、完善了组织机构和管理制度

1、为了确保基本医疗参保人员在我院就诊的质量，医院根据实际情况，重新调整了基本医疗保险工作领导小组、医疗保险管理小组、并确定专职管理人员与医保中心保持畅通联系，共同做好定点医疗服务管理工作。

2、严格执行国家医疗服务收费项目标准价格，公开药品价格，合理收费，为参保者提供就医消费清单和收费票据。医疗费用结算材料真实、完整、准确，按月及时报送。

3、对医保患者，认真进行身份识别，不挂名，冒名医治用药，不挂床，不分解医治，对酗酒、交通肇事、工伤、自杀等拒绝其使用医疗保险卡，并及时与医保管理中心联系。确实做到因病施治、合理检查、合理用药。

4、认真贯彻落实医保办的指令和文件精神，不断完善制度建设，制定实施方案、奖惩制度和考核机制。

>三、组织学习培训

为了确保每个工作人员熟悉医保相关政策、规定，院领导组织全院职工认真学习职工基本医疗保险有关政策和《医保服务协议》，积极参加有关医保工作会议，提供与医保有关的材料和数据。定期组织医保科和全院相关人员召开医保专题工作会议，及时传达上级会议精神，把各项政策措施落到实处。

特别是今年7月开始，全市医保刷卡联网，我们医保科、信息科医保处的精心指导下，加班加点共同努力，顺利开通联网工作。

>四、做好宣传工作

为了确保每个工作人员及就诊患者能更好的了解医保知识，我院刊登了医保宣传栏，设置了医保投诉箱、投诉电话、咨询服务台及医保意见簿，认真处理参保患者的投诉，为参保者提供优质的服务。

>五、存在的主要问题

因医院人员流动频繁，使新进的医护人员对医保限制用药政策熟悉程度不够，对贯彻医保政策意识还不完全到位，在医保操作的具体工作上，还存在着一些不足。

今后要进一步加强医生的医疗保险政策的培训、普及，加大力度宣传医疗保险的有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，健全医保网络建设，强化内部管理监督，层层落实责任制，为我县实施基本医疗保险制度改革作出积极的贡献。

**医保局轮训工作总结范文13**

医保局医改三年工作总结

为进一步贯彻落实全省深化医药卫生体制改革工作会议精神，全面做好医改工作，我局组织人员对本局医改三年来的工作做了全面回顾，现总结如下：

一、目标完成情况

1、城镇职工基本医疗保险参保任务情况。至20xx年上级下达的参保人数任务是25600人，已完成参保人数25903人，占年任务数的101%，基本实现了全覆盖。

2、城镇居民基本医疗保险参保任务情况。至20xx年上级下达的居民参保任务是56300人，已完成参保人数56511人，占年任务数的102%，其中低保免费参保人员4151人。基本实现了全覆盖。据统计，全县现有城镇人口约89480人，已参保城镇人口总数为82414人，覆盖面约。

3、城镇中小学生均按居民以户为单位参加了城镇居民基本医疗保险，参保率达90%以上。同时积极推进非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员和农民工参加职工医保。

4、城镇医保的费用报销已实行了二次补偿，城镇职工医保政策范围内住院费用报销比例已达80%以上，城镇居民医保政策范围内住院费用报销比例也已达70%以上。至20xx年，已有2160人次职工报销了1116万元住院医药费用，有4231人次居民报销了711万元住院医药费用。从20xx年开始，我县就实行了城镇医保费用报销的的二次补偿制度，20xx年我县有123个职工20xx年有133个职工得到二次补偿，二次补偿费用合计达近100万元，个人最高补偿金额为元；另20xx年有56个居民20xx年有59个居民得到了二次补偿，补偿费用分别为万元、31万元，个人最高补偿金额为13680元。

5、根据省市有关市级统筹文件精神，三年内将把城镇基本医疗保险的最高支付限额，力争职工提高到上年度设区市在岗职工年平均工资的6倍左右，城镇居民提高到上年度设区市居民年人均可支配收入的6倍左右。到20xx年职工基本和大病医疗费用最高支付限额已达20万元，居民达15万元。

6、当期城镇职工和城镇居民医保统筹基金使用率均达到85%以上。

二、任务推进情况

1、根据市人民政府办公室文件《关于印发市城镇基本医疗保险市级统筹实施办法等三个办法的通知》的要求，我县城镇职工基本医疗和城镇居民基本医疗保险已全面按上级要求实施了市级统筹并上交了市级统筹风险金。

2、根据省市有关设区市范围内实现医疗保险“一卡通”即时结算文件精神，结合我县实际，我县在市中心人民医院、井冈山附属医院两家开通了刷卡结算业务，方便了参保人员在市里就医购药。

3、布署开展了城镇居民基本医疗保险门诊统筹，将基层医疗卫生机构使用的医保目录内的甲类药品和收取的一般诊疗费按规定纳入了支付范围。城镇居民从20xx年开始，在规定社区医疗服务机构就诊，就实行了门诊统筹，至20xx年我县有3334人享受了门诊统筹，支付门诊统筹费用107万元。

4、根据市人力资源和社会保障局《关于印发市城镇医疗保险参保人员免费体检活动实施方案的通知》文件精神，我们及时召开了会议，进行了讨论布置，并已在全县范围内全面展开参保人员免费体检活动。

5、深化基层医疗卫生机构人事制度改革，制定《县推进基层医疗卫生机构人事制度改革的实施方案》，全面建立人员聘用制度和岗位管理制度。按照事业单位实行岗位设置的规定和\_关于卫生医疗机构事业单位实行岗位设置的有关要求，全县卫生医疗机构事业单位全部实行岗位设置，严格按照层级比例，按事设岗，按岗聘人，竞聘上岗。20xx年，全县卫生医疗机构事业单位工作人员全部竞聘到岗，为全县28个卫生医疗机构的工作人员办理了岗位聘任手续。

6、全面落实绩效工资，完善分配激励机制。根据《县公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资实施意见》文件精神,我县公共卫生与基层医疗卫生事业单位工作人员全部实行绩效工资,基本标准为年人均15600元,与我县乡镇卫生院人均收入15030元相比,略有增加。绩效工资分基础性绩效工资(占70%)和奖励性绩效工资(占30%)，其中奖励性绩效工资主要体现工作量和实际贡献等因素，根据考核结果发放，可采取灵活多样的分配方式和办法，适当拉开医务人员收入差距，并向关键岗位、业务骨干和作出突出贡献的人员重点倾斜，调动医务人员积极性。

三、政策落实情况

1、连续停产停业一年以上的国有困难企业、国有困难农林水企事业单位、困难农垦企业、城镇困难大集体企业职工和退休人员以及国有和国有控股已关闭破产改制企业退休人员已全部按国家政策规定参加了城镇职工基本医疗保险，共计约5758人加入了城镇职工医保范畴。

2、根据市人力资源和社会保障局《关于加强全市城镇基本医疗保险“两定点”服务机构监管的通知》及省卫生厅等单位共同印发的《关于印发省医疗机构基本药物使用管理暂行规定的通知》（赣卫药政字[20xx]1号）文件精神，严格执行省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录规定和基金支付政策，无违反“三个目录”规定的情况。

3、严格执行《关于加强全省城镇基本医疗保险定点服务机构监管的通知》规定，建立和落实了两个定点机构准入、退出和监督工作机制。20xx年，我们通过年终“两定”单位的年检和定级工作，加大监管力度，对不能按规定和要求开展好医保相关工作的2个定点单位进行了取消其定点资格的处罚；同时，对7个不规范经营的定点单位进行了限期整改。

4、建立了大病补充医疗保险制度，委托具有资质的专业商业保险机构------县财产保险公司承办职工大病补充医疗保险。大病补充医疗险最高支付限额达12万元。

5、城镇居民医保参保人员中的生育妇女，只要符合国家生育政策，其住院分娩的生育费用均可以按规定给予报销。

6、建立基层卫生医疗机构吸引、稳定卫生人才的长效机制，对基层卫生医疗机构的专业技术人员的职称评聘实行政策倾斜，有利于乡镇卫生事业发展。一是乡镇卫生院的.专业技术人员申报评定职称时，实行外语免试；二是乡镇卫生院专业技术人员聘任晋升专业技术职务时，计算机应用能力考试免考。

7、落实从事高风险岗位工作人员待遇政策，对我县皮肤病医院工作人员执行了上浮一级薪级工资，工作满八年再予以固定并再上浮一级薪级工资。

四、经办管理情况

1、基本实现了统筹区域内医疗费用的即时结算，全力推进省内异地就医费用实现即时结算。

2、已按全省统一规范的程序做好相关流动就业人员的基本医疗关系转移接续工作，20xx年办理医保关系接入3人，转出8人。

3、对医保定点机构的监管，今年全部按照两个定点机构管理规定，开展了医疗保险定点机构的分级管理、协议管理，并定期不定期地上门监管，加大了对欺诈、骗保行为的查处力度。一是加强对定点医疗机构和定点零售药店的监管。我局分期分批召开了医保业务工作会。与各定点单位都签定了医保医疗服务管理协议，约束和规范其医疗服务行为。同时，严格控制定点单位的数量，只在一些主要的街道社区才有定点诊所和药店，方便群众就近看病和实惠购药。二是严格医药费的审核，加大对定点单位的监管。重点是对点外就医费用和特殊病种的医药费进行了严格审核。对点外费用按规定不能报销的决不报销，该加重负担的就加重负担，严格按规定审定。而对于特殊病种的医药费，严格把关，如有疑问，我们均要派人下乡入点进院核实、确认，保证费用的真实性、合理性、合法性，从而有效防止了该类人员随便乱开药的不良现象。三是完成了今年特殊病种的年审、鉴定工作。20xx年，职工办理门诊特殊病种的时间为3月21日-----4月20日，参保人员在该时间段到县医院或中医院申报登记，5月医保局组织了医疗鉴定小组进行鉴定，符合条件的在5月底以后就已陆续到县医保局办理了领证手续。20xx年办理门诊特殊病种十二大类421人，其中年审的212人，新确诊鉴定的209人。

4、医疗保险业务经办工作，实现了大厅窗口服务、微笑服务、优质服务，医疗保险业务流程规范有序，各项规章制度健全完善。同时配合机关效能建设，狠抓了机关制度和作风建设，实现了“三项制度”、岗位职责、办事流程等公开上墙，渗入工作，工作人员挂牌上岗，公开接受群众监督。在强调硬性指标建设的同时，要求服务软指标也要跟上。强化了上下班制度；严抓了上班时间上电脑玩游戏、炒股等不务正业的行为；推行了首问责任制、限时办结制、责任追究制；实现微笑服务、满意服务。这一系列举措，极大地提高了机关办事效率，树立了医保全新形象。

5、每年都开展了对下级医疗保险经办机构（定点医疗机构医保办）和基层服务平台（乡镇劳动保障所）的业务指导、管理、检查和年终考评工作。

6、医疗保险基金报表、基础数据统计和运行分析规范准确，各项数据资料报送及时。

五、工作创新与宣传情况

每年我局都要在广播、电视、宣传栏及手机通讯等主要媒体上正面宣传医疗保险工作，及时通知各参保人员按时缴费参保，同时，让参保人员了解和熟悉各项相关政策和规定。

总之，我们还将一如既往的做好医保和医改工作，为广大民众更好的服务。

**医保局轮训工作总结范文14**

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。

**医保局轮训工作总结范文15**

今年以来，我社区紧扣社区居民基本医疗保险工作“保障民生”的主题，紧紧咬住目标，积极创新工作措施，各项工作取得了一定成效。

>一、组织领导到位

社区\*\*\*、\*\*\*府立即召开\*\*\*\*\*\*联席会，经过研究决定成立了xx社区社区居民基本医疗保险工作领导小组。分工明确，任务到人，一级抓一级，层层抓落实，为社区居民基本医疗保险提供了有力的保证。

>二、宣传发动到位

为使我社区社区居民基本医疗保险工作深入群众，做到家喻户晓，社区\*\*\*、\*\*\*府不断加大宣传投入，并利用社区作为首要宣传阵地，设立\*\*\*策咨询台，印制和发放宣传单、宣传册共3千余份，从而大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

>三、成效显著

社区居民基本医疗保险工作今年三月下旬才正式启动，旗里下达我社区的任务数是880人。由于时间紧，任务重，为使我社区该项工作稳步推进，真正落到实处，社区\*\*\*、\*\*\*府多次开会研究切实可行的办法和措施，八个月来，通过大家的共同努力，实际完成888人，完成计划的。

>四、存在问题

通过大家的一致努力，虽然已按时完成上级下达的任务数。但是经过半年来的工作，我们也惊喜的发现，广大人民群众对社区居民基本医疗保险有了初步的认识，而且扩大了影响面，为将来的工作开展奠定了很好的基础。社区居民基本医疗保险工作开展的不尽如人意，主要存在以下问题。

1、群众的认识不到位

对于广大人民群众来说，社区医保毕竟是个新鲜事物，要接受必定需要一个过程。

2、宣传力度不到位

众所周知，由于我社区的特殊情况，区域面积较大，在短期内很难宣传到位，从而影响了参保对象的数量。

**医保局轮训工作总结范文16**

时光转眼即逝，紧张充实的一年已过往了。在这一年里，我在医保科工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的进步。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢！

作为收费员这个岗位，天天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操纵，不需要很高的技术含量，也没必要像其它科室的医生要承当性命之托的巨大压力，这也许也是大家眼中的收费工作吧。

实在收费员的工作不只是收好钱，保证正确无误就能够了，收费员不但代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐东风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽可能的减少我院的拒付，同时更多的把握医保政策。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，发现题目多反馈。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了史无前例的机遇和挑战，让我们全体职工全身心的投进到工作中往，来年我要更加努力工作：

一、进一步进步服务水平，减少过失，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的嘉奖。

二、认真的学习医保知识，把握医保政策，依照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的预备工作。

三、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐；加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的可定和鼓舞，我真诚的表示感谢！在以后工作中的不足的地方，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝贺我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

**医保局轮训工作总结范文17**

各位领导、同志们：

20\_年，x党支部在上级党委的正确领导下，在各党员同志的大力支持和帮助下，以党的政治建设为统领，认真谋划支部工作。20\_年是意义非凡的一年，全党开展学习教育、脱贫攻坚战取得了全面胜利、开展我为群众办实事实践活动、十四五规划开局之年、踏上第二个百年奋斗目标新征程等等，具有重大历史意义，影响深远。根据上级党委的部署要求，x党支部深入学习党的政策，执行党的决定，不断完善党建工作方法，强化支部党员思想、组织、作风和能力建设。现将相关工作总结如下：

（一）严抓支部建设，严守政治纪律和政治规矩

一是从严从实抓支部建设，制定支部年度工作计划和支委成员党建工作责任清单。坚持党务、业务两手抓，两手硬。要求全体党员严守政治纪律和规矩，严格按照在十九届中央纪律检查委员会第五次全体会议上提出的要求贯彻落实。坚持在学中干、在干中学，齐心协力把支部的各项工作办实、办好。

二是严把四关，从严从实抓好发展党员工作。今年，x支部共x名同志向党组织递交了入党申请书，恳请党组织考验自己。为深入贯彻落实全国、全省相关工作会议精神，严格按照控制总量、优化结构、提高质量、发挥作用的方针，严把四关，高标准、高质量、高效率，从严从实抓好发展党员工作。我支部将入党申请人登记在册，采取党员推荐或群团推优等方式确定入党积极分子人选，为每位入党积极分子选配两名培养人，全程跟踪考察入党积极分子的成长情况，同时要求入党积极分子和党支部保持经常联系，定期开展谈心谈话。

**医保局轮训工作总结范文18**

一年来，我热衷于本职工作，严格要求自己，摆正工作位置，时刻保持“谦虚”、“谨慎”、“律己”的态度，在领导的关心栽培和同事们的帮助支持下，始终勤奋学习、积极进取，努力提高自我，始终勤奋工作，认真完成任务，履行好岗位职责。现将一年来的学习、工作情况简要总结如下：

>一、严于律己，自觉加强党性锻炼，政治思想觉悟得到提高。

一年来，始终坚持运用马克思列宁主义的立场、观点和方法论，坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。热爱祖国、热爱党、热爱社会主义，坚定共产主义信念，与党组织保持高度一致。认真贯彻执行党的路线、方针、政策，工作积极主动，勤奋努力，不畏艰难，尽职尽责，任劳任怨，在平凡的工作岗位上作出力所能及的贡献。

>二、强化理论和业务学习，不断提高自身综合素质。

作为一名医疗保险工作人员，我深深认识到自身工作的重要性，所以只有不断加强学习，积累充实自我，才能锻炼好为人民服务的本领。这一年来，始终坚持一边工作一边学习，不断提高了自身综合素质水平。全面贯彻党的\_全会精神，高举中国特色社会主义伟大旗帜，以科学发展观引领工作，全面贯彻实施公\*\*法，认真学习业务知识，始终保持虚心好学的态度对待业务知识的学习，认真学习法律知识。

>三、努力工作，认真完成工作任务。

一年来，我始终坚持严格要求自己，勤奋努力，时刻牢记全心全意为人民服务的宗旨，努力作好本职工作。我主要承担的工作有稽核、“两定”的管理、转外就医票据的审核报销、工伤保险票据的审核报销、慢性病的管理、医保刷卡软件的管理。

(一)稽核、“两定”的管理。（1）采用定期检查与不定期抽查相结合，明查与暗访相结合方式，稽核人员每周分两组下医院对参保患者住院对照检查，主要看是否存在冒名住院、挂床住院、分解住院、假报虚报单病种、病种升级结算及医院对病人结算是否存在违规行为和乱加费用等专项稽核，目的是防止医患双方合谋骗取医疗、工伤保险基金情况的发生。（2）定时检查定点零售药店执行医疗保险协议情况。重点查处以药换物、以假乱真用医疗保险卡的钱售出化妆品、生活用品、食品、家用电器等非医疗用品的情况。通过联合检查整顿对医药公司5个定点进行了停机刷卡15天，责令检讨学习整改，收到了良好的效果和服务管理。（3）为进一步加强和完善定点医疗机构管理，建立健全基本医疗保险定点医疗服务的诚信制度，使参保人员明白看病，放心购药，全面提高我市定点医疗机构管理水平，更好地保障了广大参保人员的合法权益。从今年起，我市将对实行定点医疗机构等级评定管理。（4）为进一步深化医疗卫生体制改革，便利医保人员看病购药，实行定点医院竞争机制。4月份，我们对青海石油管理局职工医院进行了考察，并在5月份确定为敦煌市医保定点医疗机构。

（二）慢性病的管理。今年5月份积极配合市人力资源和社会保障局，对我市新申报的574名慢性病参保人员进行了体检，6月份对300名已建立慢性病档

**医保局轮训工作总结范文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【20\_】第18号、洛人社医疗【20\_】第8号，9号，10号，11号、以及洛政办【20\_】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1605份，主要目的是在送保险公司审核之前发现并解决问题，在很大程度上减少了保险公司每月医保审核中的扣款，对于保险公司在对我院医保审核中产生的扣款，医保办积极组织复议，尽最大努力为我院挽回损失。如确实属于我院的失误造成的扣款，医保办会通知到相关科室，并提醒该科室在今后工作中汲取教训，进一步提高工

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！