# 医保改革亮点工作总结(热门35篇)

来源：网络 作者：梦醉花间 更新时间：2025-03-12

*医保改革亮点工作总结120xx年，是贯彻党的十九大精神的开局之年，是改革开放40周年，是决胜全面建成小康社会、实施“十三五”规划承上启下的关键一年。今年以来，XX镇在县委、县政府的正确领导下，在县委改革办的精心指导下，紧紧围绕县委各项决策部...*

**医保改革亮点工作总结1**

20xx年，是贯彻党的十九大精神的开局之年，是改革开放40周年，是决胜全面建成小康社会、实施“十三五”规划承上启下的关键一年。今年以来，XX镇在县委、县政府的正确领导下，在县委改革办的精心指导下，紧紧围绕县委各项决策部署，认真贯彻落实各项改革工作任务，使全面深化改革向更深层次推进。现将20xx年工作开展情况总结如下：

一、工作开展情况

（一）强化领导,切实提高思想认识。为确保改革工作取得实效，我镇成立了由党委书记任组长，镇长为副组长的全面深化改革领导小组，负责全面深化改革相关工作的统筹协调、整体推进、督促检查。

（二）加大宣传，努力营造良好氛围。全镇先后组织召开3次全面深化改革工作推进会议，组织镇、村干部进行理论和业务培训十余次，加深了党员干部对相关业务知识的了解和掌握，为改革工作营造了良好的氛围。

（三）精心组织，积极有效推进工作。我镇党委、政府高度重视全面深化改革工作，及时召开会议贯彻落实县委有关全面深化改革精神，研究县委和领导小组决策部署，了解改革进展情况和动向，研究改革工作有关问题，有效推动了各项工作的落实。

1.大力推进精准扶贫工作。为进一步提高精准扶贫工作精准率，严格按照“扶贫底数清、验收标准清，考核口径清”的要求，采取了一系列超常规举措，精准发力，以更大的决心、更明确的思路力促精准扶贫显实效。一是精准档案信息，夯实精准扶贫基础。针对扶贫对象户档案信息不精准的问题，开展了精准扶贫“不精准不真实、全面核查全面整改”培训活动，要求各村认真开展贫困人口信息复核、比对、校正等，完善档案信息;按照国家制定的统一扶贫对象的识别办法，完善建档立卡数据库。在“六核对一规范”的基础上，对建档扶贫对象进行再次摸底识别，根据对象户实际，精确细化帮扶措施。二是深入推进农村“三变”改革，激发农村发展活力。主攻产业扶贫软肋，把实施乡村振兴战略、促进农民稳定增收作为贫困村脱贫致富的重要抓手，确保贫困村资源变资产、资金变股金、农民变股东。二是强化责任落实，全力推进各项工作落地见实效。实现了贫困户63户143人的脱贫。按贫困村“一低五有”和贫困户“一超六有”的标准，均已通过县上验收。

2.大力推进依法治镇工作。镇党委、政府以推进普法依法治镇、建设法治政府为抓手。一是打造法治新框架。镇委、镇政府明确提出“依法治镇”，坚持围绕中心、服务大局，布置“机关、乡村、社区、学校、企业、单位”六大创建主体，做到了目标监控体系到位。二是打造法治新亮点。强化“法律七进”活动，借助微信、短信、公示栏等坚持日常性宣传。以普法教育推动依法行政，扎实推进政府信息公开和电子政务，健全完善预防和惩治腐败体系，推广阳光政务，提高公共服务、管理的科学化、民主化、法制化水平。三是开创法治新景象。通过法治创建，“送法到村”、“科普到村”、“文化到村”等有机结合，丰富文化科教工作的法治内涵，“科教兴镇、依法治镇”战略协调发展。

3.推进文化教育卫生工作。一是以农家书屋为依托，加强农村文化提升。二是结合民政、扶贫政策对贫困在校学生家庭予以倾斜。三是我镇以创卫及城乡环境整治为契机，抓实我镇城乡环境卫生。以治理“脏、乱、差”、“面源污染”、“河道沟渠”、“秸秆禁烧”等为重点，加大督查力度，优化村乡环境卫生。四是扎实开展河道清淤、“牛皮癣”清除、畜禽养殖面源污染和拆违等专项治理行动;发放环保整治宣传资料202\_多份，悬挂宣传标语300余条;投入资金50余万元，清理疏通排灌沟渠公里，治理河道30余公里，清理各类垃圾70余吨，确保环境卫生常态化。强化养殖污染治理，基本实现了全镇养殖户零直排。五是加强重污染企业、砖瓦厂、砂石厂整治，共整治“散乱污”小企业

家，对违法违规行为现场责令整改，对手续不全的依法依规责令停产。六是认真开展镇、总支、村、社级河湖长巡查工作，重点巡查涪江、凯江、绿豆河、禾丰水库等河段，累计镇级河长共巡河78次，村组级河长巡河330余次。七是全天候全时段开展秸秆禁烧宣传和督查，严格禁烧责任，全镇实现零火点。

4.积极开展综治信访工作。镇党委、政府进一步压实基层责任，进一步加大投入，确保了总体社会和谐稳定。一是抓导向。实行双向规范：对因工作不力，或因对信访工作不重视导致群众大规模上访，造成影响的领导干部，坚决按规定，该批评的批评、该教育的教育、该处理的处理。对有理有序上访的，满腔热情地接待，认真解决问题;对有理无序上访的，先批评教育，整顿秩序，再接访，解决问题;对无理无序，特别是干扰党政机关正常工作秩序，在企业堵门堵路，触犯法律法规的，采取断然措施，依法处理。二是抓排查。抓早、抓小、抓苗头，切实做好不稳定因素的排查化解工作是从源头上减少群众上访的有效途径。着力在抓好超前排查上下功夫，实现由“救火”向“防火”转变。对信访不稳定因素进行地毯式排查。对信访隐患做到心中有数，增强工作的针对性。特别是在十九大前期对信访维稳工作采取日排查、日研判，对群众关心的热点、难点问题，做到及时发现，准确掌握，超前处置。三是抓调处。做好信访维稳工作，开展班子成员信访值班，深化“大调解”工作。成立了29个村级调解室，镇村共受理来信来访案件73件，按时办结73件。

5.强化党风廉政建设。全面推行干部职工考核目标管理责任制，把年度工作实绩考核、动态跟踪管理考核、民主测评有机结合起来，不断完善考核方式，形成了以科学发展为中心，以整治作风为手段、以群众满意为标准的评价机制和激励约束机制。

一是不断完善考勤制度，严肃上班纪律。制定并出台《XX镇机关干部上下班制度》等9项制度、《XX镇机关干部九个严禁》，明确规范上下班纪律、请销假制度。镇纪委不定期抽查到岗情况，每月初通报上月出勤情况。考勤情况与绩效工资等福利挂钩，年终汇总的考核结果作为评优评先的重要条件。同时建立镇纪委巡查制度，严禁上班时间做与工作无关的事，集中整治“慵懒散浮推脱”等现象，提高工作效率。二是进一步加大违纪处罚力度。对违反机关效能建设和作风建设有关规定的干部职工，先教育，后惩处。对违反上班纪律、违反八项规定的干部，按制度兑现并进行通报批评，全年镇纪委发出机关干部违规通报4次，涉及16人。

三严格执行领导干部值班制度。节假日期间镇领导必须轮流带班，若发生重大事件或突发事件，值班领导及相关人员要及时赶赴现场进行处置。

6.专项改革稳步推进。按照镇党委“围绕一个中心、抓住三个片区、突出四项重点、弘扬一种精神”工作思路，结合县深改办20xx年要求，我镇专门制定了《XX镇稳步推进农村集体产权制度改革实施方案》，以石宝村、互利村为试点，正在逐步探索产权制度改革的有效途径和保障。

二、存在的困难和不足

虽然我镇深化改革工作取得了一定的成绩，但仍存在许多困难和不足。一是部分农村党支部凝聚力不强，党员对脱贫攻坚、人居环境提升、带头致富等先锋模范作用发挥不明显。二是受发展水平、财政财力等因素制约，在更高水平上满足人民群众对社会公共服务的需求还存在一定差距，尤其是有些具体改革事项还需要更多财力和人力等方面的保障支持。三是改革重点和目标有待进一步细化和明晰，有关领域的改革在实施过程中还需上级部门更多深入基层调研，使改革的实施路径更加符合基层实际。

三、下一步打算

一是紧紧围绕全面深化改革项目，加大督促指导，突破工作瓶颈，确保20xx年各项改革任务圆满完成。

二是充分发扬钉钉子精神，强化责任落实，形成持续动力，确保主要精力用在抓改革任务上，做到目标上墙、责任上肩，及时解决实际困难和问题。

三是继续加强对干部的培训和培养力度，及时召开改革工作培训会，不断提高干部的的专业化能力和水平。

**医保改革亮点工作总结2**

根据相关要求，我局围绕巩固主体改革成果，完善相关资料，夯实深化改革基础，开展了一系列的工作，现将我局20xx年上半年深化改革工作总结如下：

根据《\_\*\*\*\*委办公室\*\*\*\*人民政府办公室关于印发（\*\*\*\*完善和深化集体林权制度改革方案）的通知》（\*\*委发〔20\_〕10号）的文件精神，我市认真组织开展回头看工作，继续巩固完善以“清晰界线、明确权属、分利不分林、均股均利、股权到户”的主体改革成果。进一步查漏补缺、完善提高，对有争议、有纠纷的山林，加大调处力度，化解纠纷矛盾，尽快明晰权属，确保改革稳步推进。

今年上半年已对鱼通乡野坝村反映长河坝电站建设占用该村集体林地，但部分集体林地资源补偿费未兑现的情况和姑咱镇浸水村反映黄金坪电站建设占用该村集体林地，但部分集体林地资源补偿费未兑现的情况进行调处。

在完成主体改革任务后，今年我市集体林权制度改革开始进入以完善政策、健全服务、规范管理为主要内容的深化改革推进措施。

（一）进一步完善和规范林权流转

在不改变林地集体所有性质和林地用途、不损害农民林地承包经营权益的前提下，一是引导林农以公开、公平、有序、规范流转，流转方式以入股、合作、出租、互换等多种

方式流转林地。禁止生态公益林转让，依法加强对流转主体、对象、程序、合同的监督管理。二是加快建立林权流转交易公开市场,建立林权管理服务机构，做好林权日常动态管理和服务工作，建立优质高效的林业服务平台。运用现代信息技术加快建设林权管理信息系。三是加强林权流转的监督管理，根据新出台的《\*\*省林权流体转管理办法》的规定，严格执行依法、自愿、有偿的原则。在不改变林地性质的前提下，鼓励村集体经济组织或个人“依法、自愿、有偿、规范”的林地流转行为。避免在林权流转中出现“面积过大、期限过长、价格过低”的“三过”问题，确保林业生产要素的合理流动，维护林农的合法权益。

（二）完善林权抵押融资行为

为进一步做好林权抵押贷款工作，发挥金融支持林业的作用根据《\*\*银监局\*\*省林业厅关于转发《中国银监会国家林业局关于林权抵押贷款的实施意见》（\*\*银监发〔20\_〕67号）和《\*\*市人民政府办公室关于转发\*\*\*\*林权抵押贷款管理办法的通知》的文件精神，我局加大宣传力度，做到家喻户晓。以鼓励社会各界积极参与林业、投资林业。

（三）培育新型林业经营主体

市政府加大扶持力度，着力培育一批新型林业经营主体，一是引导和鼓励林农以入股、合作、出租、互换、转让等方式流转林权，推动家庭经营、集体经营和合作经营等共同发展。大力培育农民林业专业合作社，专业大户涉林企业等新型林业经营主体。支持有文化、有技术、会经营的农村

实用人才和农村青年致富带头人通过林地流转等多种方式扩大生产规模。支持大中专生和外出农民返乡创业，从事林业开发。二是加大扶持指导力度，加大对专业合作社经理人、从事林业开发的经营主和林农加大林业技术的培训。支持符合条件的新型林业经营主承担林业建设项目。

（四）森林保险基本情况

我市是林业大县，也是资源大县。森林火灾、森林病虫害、冰雪、泥石流等自然灾害发生频繁，给国家、集体和个人财产造成极大的损失。因此,我市按照“自主自愿”原则,积极宣传，林农参保积极性高涨，按照\*\*\*\*林业局政策性森林保险联合推进领导小组的安排部署，我市与中航安盟财产保险有限公司签订的森林保险合作协议。我市20xx年森林保险参保面积为 亩，其中集体公益林 亩，国有公益林 亩，公益林单位保额500元/亩，保险费率，单位保费元/亩，保费政府承担90%，农户自交10%。全市保险金额万元，保费总额万元，林业经营单位及林农承担万元，政府补贴万元。

今年以来，我局积极配合\*\*\*\*环境保护局开展生态文明体制改革工作：一是配合\*\*环保局制定\*\*\*\*规划环评与项目环评联动机制管理意见，制定\*\*市规划环评与项目环评联动机制实施方案；二是等待\*\*级重大建设项目会商办法出台后制定\*\*市重大建设项目会商办法；三是配合\*\*环保局制定关于推进我\*\*功能区建设的财政、土地、农业、环境、投资和

产业政策实施意见，待\*\*级产业政策实施意见出具后制定关于推进我市功能区建设的财政、土地、农业、环境、投资和产业政策实施办法；四是配合\*\*环保局制定重点流域水环境生态补偿绩效评估方案；五是配合发改、水务、住建等部门开展好湿地公园建设工作；六是开展\*\*市生态红线划定工作，目前已完成资料上报工作；七是深入推进企业环境信用评价工作。

**医保改革亮点工作总结3**

提高医保管理质量，创新医保管理体制，把医保工作做实做细。医保科是政府管理职能的延伸，是医院中解决诸多社会矛盾的集中的地方，是医院医疗保险管理的核心。医保定点医院不仅是医疗服务场所，而且是医保运行的载体，是医、保、患三者的核心，是国家政府保障医保工作的桥梁，是保障社会稳定促进社会和谐的纽带。我院的`医保科工作服务半径，院内涉及到的科室：财务科，药剂科，医务科，住院部，门诊部，临床各科室，病案室，信息科；院外涉及到的单位：各旗县区医保办公室，新农合办公室，民政局，市医保局，市新农合办公室等。

随着新农合，城镇居民、职工，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80％以上，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。（新农合、城镇居民医保、职工医保，以后简称“基本医保”），是一种政府行为，不仅是医疗任务，也具有很强的政治内涵。

医院医保工作应对被保险人负责，让参保人满意，对医院负责，为医院提高效益，为工作宗旨。通过对有关医院的考察，结合我院的实际，对我院的医保管理提出以下几点意见：

>一、门诊管理

我院门诊医保病人现在主要是对离休干部和新农合门诊观察对象的服务，现在离休干部门诊开药和新农合门诊观察较为规范，但为了避免开“搭车药”和冒名顶替现象的发生，我院门诊大夫应严加审核，规范管理，更加有效的使用医保、新农合基金。

>二、医保办公室管理

现在我院医保的医保工作对病人的管理只是停留在对病人的人员核实，对医保全过程的管理还存在缺陷，今后应加强基本医保病人在住院期间和出院时间的管理。

注意对医保病人的住院流程作出如下调整：

１、在住院处办理住院手续，准确登记医疗类型，并收下城镇职工、城镇居民病人医保卡。

２、医保办在第二天到医院住院处收集医保卡，在医保程序中录入医保网。

３、在医院HIS系统中导入医保网。

４、建立医保监督小组，每周对基本医保病人抽二次，不仅对病人的身份进行核实，还要对基本医保病人的运行病例，根据基本医保的政策规定进行检查。

５、病人出院时要对病人的病历进行审核，审核内容：诊断病种是否准确、完整，药品使用是否正确，诊断项目是否合理，审核检查单是否完全，是否有漏洞或超出现象。

６、在医保办结算后，病人拿着医保或新农合结算单到住院处进行补偿报销，这样可以避免结账报销在一起更加规范了财务制度。

>三、需加强的几项具体工作

1、积极配合网络中心进一步加快医保各类查询功能的完善，使医保管理科学化、数字化。做到有据可查、有据可依。

2、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责。

3、根据市医保处的安排积极配合市医保处做好全市医保统筹工作。

**医保改革亮点工作总结4**

我于20xx年8月1日正式投入到医院的医保管理工作中，在四个多月的医保审批前的准备工作中，在医保中心的精心指导下，在沈总的大力支持下，在院长的高度重视下，在全院人员的积极配合下，初步完成了医保审批前的准备工作，现将具体工作情况做如下总结:

>对内工作总结

>一、规范管理，认真执行医保政策

医保的概念对于我院来说是比较陌生的，长时间以来，人们习惯于没有条款约束的工作和收费观念，要想顺利地改变这种状态，需要花费很大精力，尤其是执行具体政策方面也会受到阻力，医保知识培训和考核是增加员工医保意识的最好办法，今年8月6日进行了首次全员医保知识培训，培训完毕，进行摸底考试，收到的效果较好。在以后的时间里陆续进行4次培训和多次一对一培训，例如：实名制就医问题、各类参保人员的报销比例、如何正确开具处方、下达医嘱;医保病历规范书写等相关医保知识，通过培训，改变了全员对医保知识的理解，增强了医保观念，也消除了我对申请医保后能否正确执行医保政策的顾虑，增强了工作的信心。

严格监督并执行医保政策，在实际运作中不违规、不替换项目、不跨越医保红线，做守法、诚信医保定点医疗机构是医保工作的努力方向，在上述思想指导下，我们医保小组成员，紧锣密鼓，加班加点对与发生费用的相关科室进行监督、检查和指导，8月1日至12月1日期间，初审归档病历161份(其中含8月份之前病历2份)，复审病历161份(初审不合格病历返回病区修改再审核)。

审核门诊处方840张，其中：西药处方616张(7月-xx月)，不合格处方281张，修改西、成药处方189张,协助医生修改处方92份。审核中草药处方：442张(8月-12月)，不合格处方178张，修改中药处方xx8张(一部分是无资质医生打印并签字问题无法修改)。处方不合格原因有诊断与用药不符;用法、用量不符;总量超量;诊断名称错误;诊断不明确;无资质医生签字;医生的诊疗范围不符(超范围行医);使用其他医生工作站下达医嘱等，目前关闭了不合格的工作站，避免了违规操作。对于病历和处方审核需要花费很多精力，尤其是反复修改中需要有很强的耐心和细心，本部门的XXX不厌其烦，每次都会与临床医生做耐心细致的解释工作并做好记录，从无怨言。

>二、按医保要求进行HIS系统初步改造

我院HIS系统是由深圳坐标软件开发有限公司提供的工作站操作系统，这套系统离北京医保要求相差甚远，系统内的内容、模块需要不断完善和改造，才能够达到北京市基本医疗保险要求，网管XXX、XXX每天巡回在各个科室，发现问题及时解决，各科出现技术性的问题时二位网管也会随叫随到，现就HIS系统问题做如下汇报：

1、首先，实现了两次HIS系统升级和医保的部分功能。如医嘱的开药和时间相对应，解决了长时间来难以解决的问题。增加了系统中医保患者与自费患者分别标识并同时出具正方和地方的功能。

2、在物资库房的问题上，把卫生材料与办公耗材分开维护，极大地方便了库管管理工作，提高了库房的工作效率的同时也规范了医生工作站的物品显现。

3、在院领导的指挥下，迁移了一楼机房，使机房能容纳更多的设备，能进行更多的人工调式，同时增了新的\'机柜，电源 ，保障了医院的机房能满足二级医院的要求，满足医保验收的要求，确保了医院数据安全。

4、自主开发并安装了医保触摸屏系统 ，系统内包括医院简介、医师介绍、医保就医流程、医保收费目录、医保药品目录、医保报销比例及医保至北京市所有参保人员的一封信，整套系统为医院节省了近两万元的费用。

5、走流程，找差距，对全院医务人员进行HIS系统使用培训，一对一培训药房员工录入新到货药品、培训采购员维护药品进货单，出库单，并验证数据的准确性、培训住院医生及门诊医生如何正确下达医嘱。在完善HIS系统的同时，完成了医院员工提出的新需求，例如在遇到输液医嘱时，打印处方同时出输液单，并解决了住院医嘱不能将格式对齐的问题、检验科系统内增加了新的检查内容、药房药品库存不足时不可以透支开药、修改药品加价率等问题。

6、系统中修改了年龄格式、中药处方格式(一张处方能容纳32味药)、西药及中成药处方格式、隐藏了医嘱单上的草药明细、住院费用清单眉栏上增加了费别、入出院时间、住院总天数，且总天数由入院时间+出院时间自动形成，改变了以往由结账时间决定出院时间的错误问题。

7、住院清单内增加了单价栏、项目或药品费别(无自付、有自付、全自付)，

8、完善了诊断库的标准诊断名称，从新维护了三大目录库名称和医保编码。

9、门诊要有用药超量限制权限。门诊医生工作站打印处方时增加了错误提示窗口。

10、限制了在历史交易中随意更改处方信息(如调出历史患者删除或退费或修改处方)的问题。

xx、在陈总按排下，以最快的速度修复了彩超室的仪器设备，使医院的彩超设备能正常运转。节省了院外聘人的劳务开支。

这次His系统的部分改造是一项非常重大的工程，给全院各部门带来诸多不便。医保办经过多次调试、修改，现基本规范了系统内的各个环节，也充分体现了医院团结协作，精诚奉献的精神风貌。尤其是网管王小东、庞鑫，每天忙碌在全院的各个部门之间，甚至多次加班到20:00才离开工作岗位，从未因加班而提出过任何要求。

>三、院内医保基本设置：

设计了各科上墙制度牌、医保收费标识牌、医保温馨提示牌、价目公示牌、报销比例展示牌、就医流程图、代开要规定、医保投诉箱及投诉电话等，并将上述内容做成了成品摆放相应的位置。

>四、不断学习、随时掌握医保新动向：

医保办人员随时参加医保中心举办的会议及业务组件培训，实时掌握医保新动向，会后及时传达医保新政策，了解临床医务人员对医保制度的想法，进行沟通协调，并制定相应的医保制度。

>五、实时掌控物价

1 医保办需做出院患者的病案审核及清单核算，做到病程、医嘱、清

单及所有治疗、理疗单据相符，用药合理，自费部分有告知书。

2实时维护医保三大目录库。本院新增项目及时维护。掌握药品、诊疗项目、服务设施的价目情况，随时调整物价，做到票物相符，经得起检查。

>六、医保审批前的准备工作：

制定医保审批前的工作进度，按进度表进行医保各项准备：成立了医保领导小组(发有红头文件，有成员、制度、职责)、物价领导小组(发有红头文件，有成员、制度、职责)、信息科(发有红头文件，有成员、制度、职责)，建立了医保管理制度和职责，按医保相关条款准备各种申报资料和各职称花名册，已于20xx年12月19日准确上报到朝阳区医保科。医保现场检查准备工作还将继续，按相关条件反复审核，争取在医保检查时一次过关，早日加入医保定点医疗机构。

>七、 医保办的工作与各科室的关联：

医保管理工作比较繁琐，牵扯的面比较广，涉及的问题比较大，医保管理中，各科室离不开医保办的指导，医保办的工作同样离不开各科室的配合。在实际工作中，在与相关科室沟通中，在某些问题的观点上经常会产生矛盾，每次遇到阻力都离不开尹祥洲院长的协调和解决，在此，感谢尹院长对我部门的鼎力支持和帮助，也正因如此，医保成绩才得以初步显现。

**医保改革亮点工作总结5**

>一、转变工作作风、树立服务观念

医疗保险工作的宗旨是：坚持“以人为本”，服务广大参保职工。我们以“为参保职工服务”为中心，把如何为参保职工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。元月份，按照上级文件精神，经过调查摸底、资料整理、审核上报，我们顺利完成了xxxx年已关闭破产改制及困难企业职工参加医疗保险的审核上报工作；3月份，按照省文件要求，及时对113名老工伤人员进行了调查摸底，审核上报，圆满完成了此项工作；4月份，市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施方案出台后，我们马上向各参保单位转发了该文件，并组织了各单位及时办理xxxx年度医疗保险参续保工作。

截止目前，我市城镇职工医疗保险参保续保人数23847人，其中老红军3人，离休干部与建老人员36人，遗孀10人，二乙军人58人，较去年年底增加649人；工伤保险105个单位共计6469人参保，生育保险36个单位共计1379人参保。

>二、以人为本，切实保障参保职工的各项待遇

我市大病医疗保险的赔付问题一直是困扰我市职工医疗保险待遇落实的难题。经过多方努力、协调，承担大病医疗保险的中国人寿保险公司已对我市历年积累下来的超医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用进行了赔付，截止目前，共有167人次总计457万余元的费用得到了理赔，其余已报送的15人预计65万元的医疗费用因其他原因还未做出理赔；工伤保险全年有268人次享受了各项待遇，工伤基金共计支出万元，其中定期伤残津贴万元、工伤医疗费万元、伤残补助金和工伤医疗补助金万元、丧葬补助金和工亡补助金及供养亲属抚恤金万元；生育保险10人合计10000元。

>三、统筹兼顾，做好“四位一体”工作

xxxx年，我作为“送政策、送服务、送温暖”工作队员，积极遵循市委市政府的命令，按照“三送”与新农村建设、带领群众创业致富、基层党建“四位一体”的要求，与市宣传部共同挂点武阳镇罗石村，我个人帮扶30户，村情、组情、民情牢记心中，想群众之所想，急群众之所急，xxxx年我们工作队为罗石村群众做了不少实事、好事，例如罗石小学操场地面硬化、新建垃圾池、村组道路维修、水渠清淤和修建、村民免费健康体检和送药、带领群众种植白莲、成立白莲和脐橙协会、建立村党建制度、解决邻里纠纷等等，受到罗石村民的一致好评，我们所做的工作受到武阳镇党委、三送办的肯定，罗石村三送点也因此被市委列为“精品示范点”。

>四、20xx年工作构想

由于有局领导班子的正确领导，其他各科室同志们的协助配合，xxxx年我市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。为此，我们准备：

1、继续加大加强医疗、工伤、生育保险的宣传力度。结合市级统筹实施方案和大病医疗保险暂行办法的出台，我们要编印好宣传资料，利用各种新闻媒体和有效的方式、方法，大力宣传我市的各种保险政策，到企业、单位、社区进行宣讲和服务上门。

2、加强业务学习，提高自身业务素质。确保科里的每个同志都能熟练掌握医疗、工伤、生育保险的相关业务知识，做好20xx年度各项保险的宣传、参保及保费的征缴工作；积极取经，加强交流，借鉴各兄弟县市的优良做法，20xx年，我们计划在局里领导的带领下，组织科里的业务人员去好的县市学习或上级业务单位培训。

3、部门联动，促使参保。联合市经济技术开发区、安监局、工商局等行政机关，加强对企业注册、年检的控制，利用一切可以利用的积极因素，促使企业参加相应的社会保险，推进我市社会保险扩面征缴工作，力争全面完成上级下达的各项工作任务。

4、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，狠抓业务规程管理，使各项制度逐步完善。社会保险的各项政策最终能否落实到位，需要我们对定点机构进行合理的设置和规范的管理。

**医保改革亮点工作总结6**

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。

**医保改革亮点工作总结7**

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：

>一、活动开展情况

1、开展学术讲座

我们在社区医院会议室为社区及乡镇卫生院的医务人员开设了《腰椎间盘突出》、《前列腺增生》、《尿潴留》、《胸部X读片》、《尿路感染》、《肾病综合征》等六个专题的学术讲座，有100多人次的医务人员参加。

2、实施诊疗工作

在每周的两次下社区工作中，我们为广大群众进行诊疗和咨询活动，共为100多人次的群众实施了诊疗工作。

3、为群众义诊

我们小组主动到隆阳区永昌社区卫生服务中心开展义诊和健康宣教工作，共为群众义诊100多人次，深受群众的欢迎和好评。

4、我们小组分两批到隆阳区永昌社区卫生服务中心，积极与医务人员进行交流、指导等，帮助完善社区医院的各项工作制度，对医生医疗文书的书写进行了规范，对医疗行为进行了规范的指导，为提高他们的.诊疗技术作出了努力。

5、双向转诊

一个多月来，我小组共从隆阳区永昌社区卫生服务中心转诊到我院病人10余人次。

>二、指出存在的问题

通过一个多月来的工作，我小组指出社区卫生服务存在的问题如下：

1、双向转诊制度不够完善，一些病人送往上级医院诊疗后，并没有转回社区卫生服务中心医院进行康复治疗；一些应上送医院诊治的病人仍留在卫生服务中心治疗。

2、社区医生在诊疗过程中诊疗行为不规范，用药不规范，医疗文书书写不规范，存在医疗安全隐患。

>三、提出建议

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。

**医保改革亮点工作总结8**

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。

**医保改革亮点工作总结9**

今年来，我局在县委、县政府和县人力资源与社会保障局的正确领导下，在市医保局指导下，在相关部门的大力支持和密切配合下，县医保局工作紧紧围绕推进“四化”战略建设“五个宁都”这个大局，通过广大劳动和社会保障系统工作人员高效务实的工作，保险覆盖范围不断扩大，制度运行基本平稳，基金收支实现略有节余，参保人员基本医疗需求得到进一步保障，各项工作取得了较为显著的成效。现就今年来的工作进行总结如下：

>一、各项目标任务全面超额完成，三项保险工作全面大幅提升

1、基本医疗保险:职工：我县参保单位547个，任务数27500人，参保总人数为27610人，其中：在职人员17379人，退休人员10231人;居民：全年参保人数为105113人，任务数105000人，其中成年人23206人，未成年人80485人，其中大学生1422人在校学生参保77530人，实现参保覆盖率达98%。

2、工伤保险:全县参保单位174个,参保人数13109人,任务数13000，其中农民工参加工伤保险人数为3012人。

3、生育保险：全县生育保险参保人数9906人，任务数9900人，

>二、基金征缴目标任务全面超前超额完成,运行基本平稳，收支实现略有节余

城镇基本医疗保险任务基金征缴2851万元，完成征缴基金3968万元。超额完成139%。

今年各项基金总共支付23249人次，基金支付金额1216万元。其中，居民共计支付人4842次，分别为住院报销4223人次，基金支付712万元，慢性病特殊门诊报销619人次，基金支付19万元;职工共计支付18343人次，基金支付1273万元，分别为住院报销3839人次，基金支付1160万元;门诊14504人次，基金支付113万元;工伤保险52人次，支付基金112万元，领取工伤保险固定待遇12人，支付基金10万元。

>三、主要措施与亮点

今年来，我局对医保、工伤、生育保险的宣传更细、意识更强，基本实现应保尽保;政策更优，待遇更高，保障力度空前加码;管理更顺、运行更畅，基金收支略有节余。

(一)医保政策，宣传更细，力度更大。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“春季就业招聘大会”、“法制宣传日”和《社会保险法》宣传周，走上街头，深入社区。采取咨询、宣传单、标语等多种形式，在各个电视频道上播发参保登记信息，租宣传车在全县大街小巷和大的乡镇流动宣传，把宣传的重点放在居民医疗保险实行市级统筹后待遇大幅度提高、保障范围进一步扩大、政府对居民参保的补助不断提高、居民获得确实保障以及参保基准年度等方面，取得的效果比较明显，今年来印制了城镇职工、城镇居民医疗保险以及工伤保险宣传单，发放十万余份，参保人员反映良好。

(二)强化基金征缴，确保应保尽保、应收尽收。

在基金管理方面，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，邀请财政、审计部门以及上级业务主管部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用;通过下发催缴通知单、电话催缴、上门催缴以及与待遇支付相结合的办法，提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收确保基金及时到帐;同时积极争取上级支持，确保各级各项财政补助、配套资金及时到位。

(三)强化基金监管，确保实事办实、好事办好。

目前，我县已有33家医院和35家药店获得定点资质。定点医疗服务机构是医保基金的流出通道和保险基金收支平衡的阀门。

1、严把“三关”，加强对定点医院的管理。一是把好住院审批关，杜绝冒名住院。一方面加强对轻病住院、挂床住院、过度检查、不合理治疗和违规用药等现象的管理力度。如发现有冒名顶替住院现象，要求定点医院必须及时报告，否则将对医院予以处罚。二是把好住院病种关，防止基金流失。三是把好“三大目录”执行关，严防基金浪费。对定点医院“三大目录”的执行情况，采取定期或不定期的形式进行重点稽查。今年拒付因工伤、交通事故及有第三方责任人等意外伤害报销二十余起，涉及医疗费用10余万元，挽回基金损失近七万余元。

2、坚持“三个到位”，加强对定点药店的管理。

对医保定点药店的管理，我县推出了绿牌准入、黄牌约束、红牌退出的管理机制，从审批、管理、考核等方面实行全方位审查监督，收到了比较好的效果。

一是坚持审批到位，严格实行准入制度。实行严格的市场竞争准入制度。二是坚持管理到位，严格规范售药行为。三是坚持考核到位，严格执行目标管理。对药价和经营的合理性进行监管，对服务水平、服务质量等方面进行综合测评，结果与年末考核挂钩，作为是否续签协议的重要依据。

3、突出“三化”，加强对经办人员的管理。

通过突出“三化”更有力地促进了“加快宁都发展、重塑宁都形象”和“发展提升年”建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

一是工作制度化，做到有章可循。通过责任追究制等十项规章制度，规范了业务流程，强化了权力制约，确保了各项工作有章可循，稳步推进。二是办事公开化，接受群众监督。在工作过程中，经办机构把所有的政策法规和办事程序公布，极大地利于广大群众和参保人进行监督。三是服务人性化，提高服务水平。医保日常工作主要是为参保人服务，经办机构始终坚持“一切为了参保人”的工作理念，把提供优质服务贯穿于工作的始终。

(四)把握政策、完善措施，做好大病救助工作。

**医保改革亮点工作总结10**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保中心安排的工作计划，遵循着把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

>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。成立了由一把手负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动：一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；二是举办医保知识培训班、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；三是通过微信、云鹊医、LED等来宣传医保政策，让广大人民群众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。

为使参保人清清楚楚就医，明明白白消费，我院在院内外公布了医保就诊流程图、住院须知，使参保病人一目了然，并由收费室工作人员提供政策咨询。二是在显目位置公布药品价格，接受群众监督。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。四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，并结合医保稽核巡查、\_反馈的问题，把各项政策措施落到实处。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院补偿三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。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，查有无分解收费、超标收费、只收费不服务、串换项目收费、串换除外耗材、重复检查收费、打包收费、套用高价项目进行收费等违规行为；查有无制造假病历、虚增就诊人次、虚开票据、虚假用药、虚假治疗、虚假宣传、套换药品和诊疗项目、术中恶意增加手术项目、降低入院指征住院、中成药虚高价格和以次充好等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段套取、骗取医保基金或医保待遇的行为。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。我院分管副院长定期下病房传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。我院工作人员积极地向每一位参保人宣传、讲解医疗保险的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开，始终把为参保患者提供优质高效的服务放在重中之重。

**医保改革亮点工作总结11**

我院医疗保险工作在院领导的领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科职工的共同努力，顺利的开展了各项工作，现总结如下：

>一、已完成工作

1、20xx年与我院签署定点医院协议的行政部门有：

（1）1月份与xx市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

（2）3月份与xx市医保中心签订医疗服务协议。

（3）5月份与xx市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

（4）xx市工商保险服务中心。

（5）xx市民政局。

（6）xx市城镇职工医保中心未重新签署的，都延续之前的协议。

2、认真学习宣传各险种的各项政策规定，并贯彻执行。实时更新合疗政策宣传栏；定期公示补偿信息表；每月底给xx市医保、合疗等各部门办公室上传报表。每月去合疗办公室报送报销资料。快递邮寄病历38份（含85份病历）

3、定期到临床科室了解合疗管理情况，帮助解决合疗工作中存在的问题，减少不必要的损失。季度统计各科室收治合疗患者的费用情况并做分析，按时发放至各科室，让各临床科室都能了解、掌握合疗患者的费用情况，及时做出调整。

4、汇总季度各科室收治的合疗患者人数给与奖励，对于违反政策的个人及科室给与处罚，并将季度奖罚汇总表交由经营办发放。

5、医保、合疗运行情况

（1）合疗：上半年（1-5月份）共报付合疗患者247人次，住院总金额共计元。住院补偿金额元，申请合疗基金515275元。合疗基金结余元。人均住院费用元，住院实际补偿率为74%。合疗患者平均住院日为天。药占比为，自费药占比为。单病种执行率。各项指标均达到合疗政策要求，在xxx两市合疗办的多次督察中均受到好评。暂无门诊慢病与大病补助。

（2）医保：（xx）

门诊：门诊目前已累计刷卡97人次，总金额元。

住院：报出12例患者。住院总金额为元，医保垫付元，患者自负元。

（3）民政：共报付9人次，医疗费用元，民政补助元。

（4）扶贫：共报付精准扶贫人员5人次，总医疗费用元，报销金额元，报销比例达92%。

>二、正在进行工作与不足之处

1、跟未结款的各县合疗办催要合疗补偿款。

2、我院1月份已经被批准成为鄂尔多斯医保局定点医院，但由于网络原因一直开通不了，现正准备签署协议

3、匹配上传鄂尔多斯医保三大目录，且已与鄂尔多斯医保局网络对接成功，准备试运行。

4、陕西省社保卡读写设备已经接入，由于社保卡一直未放发，暂未运行。

>三、努力方向

1、进一步加强医保、合疗政策的学习和宣传，严把审核关，提高医保管理的科学性与技巧性，更好的\'为患者为临床服务。

2、进一步密切和医保、各合疗办的联系，及时互通信息，保持良好的工作关系。

3、加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保、合疗等相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

**医保改革亮点工作总结12**

20xx年在我院领导高度重视下，按照x市城乡居医保政策及x市医保局、霍邱县医保局及医保中心安排的工作计划，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，现将我院医保办工作总结如下：

>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。成立了由“一把手”负总责、分管院长具体抓的医保工作领导小组。为使广大群众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：

一是通过中层干部会议讲解新的\'医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；

二是发放宣传资料、张贴宣传栏、政策分享职工微信群、医保政策考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力，力争让广大医务人员了解医保政策，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：

一是在院内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，大厅内安排值班人员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清单制，并对医保结算信息实行公开公示制度，自觉接受监督，使住院病人明明白白消费。

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、出院结算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。将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，加强病房管理，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，通过医保患者住院登记表，核查有无挂床现象，有无冒名顶替的现象，对不符合住院要求的病人，一律不予办理入院。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。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的居民医疗保险政策给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

及时传达新政策和反馈医保中心及县一院专家审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。在办理医疗保险结算的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员宣传、讲解医疗保险的有关规定及相关政策，认真解答群众提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。本年度医保结算窗口代结外院住院204人次，外院门诊367人次。全年打卡发放外院医保资金61余万元。开展贫困人口就医医保补偿资金“一站式结算”，结算辖区贫困人口县外住院就医15人次，垫付资金9万元、县外门诊119人次，垫付资金34万元，办理慢性病就诊证597人。医保运行过程中，广大参保群众最关心的是医疗费用补偿问题，本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，医保办工作人员严格把关，规范操作，实行一站式服务，大大提高了参保满意度。

>四、不足之处及下一步工作计划

我院医保工作在开展过程中，得益于市医保局、县医保局、医保中心、霍邱一院的大力支持及我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保工作顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因医保实施规定的具体细则不够明确，临床医师慢性病诊疗及用药目录熟悉度不够，软件系统不够成熟，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大，全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，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，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。努力更多更好地为人民服务，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。

**医保改革亮点工作总结13**

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。

**医保改革亮点工作总结14**

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x次，全年医保收入x元，同比上一年度增长x%。离休干部门诊x人次，住院人次，总收入xx万元，同比增长x%，两项合计xx万元，较去年增长xx%，另有生育保险x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。

**医保改革亮点工作总结15**

在过去的\*\*\*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。

\*\*\*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，改变了我院篇二：20xx年医院医保办公室主任述职报告

20xx年医院医保办公室主任述职报告

我主要负责医院医保办公室的工作。这一年来，在院领导和同事们的支持配合下，我紧紧围绕医保工作特点和工作规律，认真履行自己的职责，集中大家的智慧和力量，扎扎实实地开展了各项工作，较好地完成了工作任务。

>一、xx年的总结

我院医保工作于xx年2月底正式展开，到现在已经运行年，现将这一年的工作情况向院内作出汇报。

>﹙一﹚xx年的工作

1、从2月份开展工作至今院内医保系统运行良好，期间在五月份进行医院his系统改造，做好医保门诊住院接口顺利的完成医保病人直接his录入然后导入医保工作计算机的工作。

2、在医保单机运行开始阶段收费员在门诊操作中试验数据每人达到二十五次，操作正确无误，到12月21日底共计门诊结算医保1250人次，门诊数据上传准确，无上传错误信息。医院his系统改造后收费员积极的进行医保病人的收费操作练习，每人达到一百人次，6月份以后通过his系统完成医保病人收费720人次，数据录入准确，能够顺利的`导入医保工作单机并上传。

医院全年接待医保住院病人52人次，顺利结算49次，现有医保住院病人2人，需要细致的做好病人病历、费用的审核工作。

3、关于持卡就医、实时结算的工作，全年共计参加市区组织的持卡就医工作、实时结算工作会五次，按照市区两级的要求顺利进行每一项工作。

4、对于院内的医保单机及时的进行补丁的更新安装，在4月份由于系统原因导致医保单机不能正常工作，及时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件，并定期更新。

>﹙二﹚存在的问题

1、我院现在医保住院病人少，对于医保住院结算这一部分收费人员没有细致的操作机会，操作不熟悉。

2、医保和his系统的数据对照工作还不能顺利的操作，导致医院的药房在有新的药品录入后不能及时的对照。

3、医院新入职人员对医保工作不太熟悉，药品分类和诊疗项目不清楚。

4、对于持卡就医、实时结算工作了解较少，政策和操作方法不了解。

>二、xx年工作计划

1、针对xx年发现的问题制定针对措施并实施：加强收费人员的操作能力，做好院内数据库的对照，及时的对院内人员特别是是新入职员工进行医保知识政策的培训工作。

2、按照市区两级的要求做好持卡就医、实时结算工作的顺利进行，保证我院医保工作的顺利开展。

（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。

铁路局医疗保险中心：

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《xxx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

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。

**医保改革亮点工作总结16**

年医院医保工作在院领导的直接领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科全体职工的共同努力，较好地完成了各项工作任务，现总结如下：

1、今年初我院分别与0社保中心、qq区、ww区、rr区、yyy社保局签订了社保医疗定点医院管理协议。通过o院长和医保科的努力，pp区卫生局将我院确定为pp区新农合区级定点医院，报销比例由00%提高到00%，极大的争取和扩大了医疗市场。同时，争取到pp区新农合慢性病体检鉴定工作，对pp区参加新农合的.村民，大约9990006000千余人慢性患者进行检查鉴定，目前正在进行中。

3、全年办理各种社保入院手续79000002273人次，审核出院病历0份，截止11月底各社保拨付医疗费为0元，到12月底，将达0万元。在病历审核中发现问题0项，涉及扣款金额为0元，比去年降低0%，经医保科与各社保局协调认定扣款为0元，比去年降低0%，挽回经济损失0元。全年dd区、fff社保无扣款。办理特殊检查审核0人次，生育报帐0人，办理医疗磁卡0人次，申报办理工伤0人，办理慢性病门诊费用社保报销0人，审核离休干部门诊费用0人次，办理职工社保、工伤、大额、生育保险0人次。

4、巩固拓展开发县市区社保医疗市场及资源，密切县市区社保和新农合工作联系和资源开发。先后与0区、0区、0市联系，争取确定了我院为城镇居民社保定点医疗机构，并与市社保局、0区社保局、0社保局、0区社保局进行座谈回访，一是征求意见、了解情况；二是宣传医院，建议良好协作关系，收到了良好效果，推动了医院业务工作的全面发展。

5、定期或不定期到临床及0院了解医保管理情况，帮助解决医保工作中存在的问题，降低或减少不必要的损失，协助富乐分院重新开办和社保网络服务的开通工作。深入临床各科征求意见，每月将各社保收治患者费用分析情况，按时分科室统计发放各科，让各临床科室了解掌握社保病人费用情况，及时调整。

6、在“”抗震救灾期间，全科人员除完成本职工作外，还不分昼夜的积极参加抗震救灾工作，有医学专业的人员充实到临床科室参加救治伤员工作，章进同志抽到绵阳市抗震救灾空中救援指挥部负责卫生防疫工作，出色地完成了各项工作任务。其余人员坚守工作岗位，全科职工较好地完成了本职工作，并协助院办做好院领导的后勤保障工作，灾后协助收费科解决灾后伤员医疗费用相关事宜。

7、存在的问题：一是进一步加强医保政策学习和宣传，抓好社保医疗管理工作，完善医改措施，严把审核关，提高社保管理的科学性与技巧性，更好的为病人为临床服务。二是进一步密切各社保局联系，及时互通信息，协调与社保管理相适应的行为，保持与各社保局良好的工作关系。三是加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

**医保改革亮点工作总结17**

一、做好职工医保医疗费用报销工作。截止6月底，完成职工医保中心报账医疗费用审核3484人次，审核医疗药费计万元，剔除费用万元；完成职工医疗定点医疗机构、定点药店联网医疗费用审核1929770人次，审核医疗费用计30381万元，剔除费用万元；核查外伤病人70人次，审核医疗费用达万元；答复信访130件，提案议案8件；发放离休干部XX年度医疗费节余奖励款282人次，奖励金额计万元。

二、认真及时做好我区社会医疗救助工作和XX年特殊医疗救助审核工作。截止6月底，发放低保家庭医疗救助券万元，共实施社会医疗救助321人次，累计救助金额已达万元；审核特殊医疗救助费用631人次，救助费用万元。

三、加强对定点单位的审核稽查工作。半年来，我们通过各种方式共检查31家定点单位，约谈参保病人34人次，抽查住院大病历295份，调查外伤病人55位，批评并责令限期整改5家定点单位，取消一家单位定点资格，暂停一家单位医保定点资格6个月，共追回医保违规基金万元。四、进一步扩大定点单位范围。我们对申报的64家零售药店、7家医疗机构逐一进行了实地考察，最后根据统筹规划、合理布局的原则确定了9家零售药店和4家医疗机构为职工医保定点单位。

总结上半年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。以前每年的5、6月份是窗口医疗费用报销人数比较少的时间段，但近两年来窗口报销的人越来越多，分析其原因：

1、职工医保卡的发放速度慢，导致很多人可以享受医保待遇了，但因没有医保卡只能由参保人员自己垫付来窗口报销；

2、参保人员在异地发生的医疗费用增多。异地安置人员的医疗费用在总医疗费用中占的比重越来越大，因为无法联网结算，只能到窗口报销，加上居住地与我区医保政策不同，使医疗费用审核繁琐而复杂，从而加大了审核难度；

3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核

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！