# 人大高度关注医保工作总结(必备34篇)

来源：网络 作者：风吟鸟唱 更新时间：2025-03-11

*人大高度关注医保工作总结1今年以来，在区xxxx人力资源和社会保障局的领导下，在市级业务部门的指导下，我中心紧紧围绕20xx年医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提...*

**人大高度关注医保工作总结1**

今年以来，在区xxxx人力资源和社会保障局的领导下，在市级业务部门的指导下，我中心紧紧围绕20xx年医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提高医疗保险管理服务水平，促进医疗保险健康持续发展。现将我区20xx年医疗保险工作总结如下。

>一、基本运行情况

（一）参保扩面情况

截至12月底，全区参加城镇医疗保险的xxxx人数为xxxx人，比去年年底净增xxxx人，完成市下达任务（净增xxxx人）的xxxxx%。其中城镇职工参保xxxx人（在职职工xxxx人，退休职工xxxx人），在职与退休xxxx人员比例降至2：4：1，城镇居民参保xxxx人（其中学生儿童xxxx人，居民xxxx人）。

（二）基金筹集情况

截至12月底，城镇职工基本医疗保险收缴基金xxxxx万元，其中统筹基金xxxxxx万元（占基金征缴的），个人账户xxxxxx万元（占基金征缴的），大额救助金征缴xxxxxx万元，离休干部保障金xxxxxx万元。

（三）基金支出、结余情况

城镇职工医疗保险基金支出实际应支与财务支出不同步，财务支出要滞后，截止目前财务支出到20xx年6月底，20xx年下半年暂未支出，因此实际的应支情况更能反映今年的实际运行情况。

至12月底财务（统筹支出20xx年下半年和到20xx年上半年的，还有部分未支）支出xxx万元，其中统筹金支xxx万元（财务当期结余xxx万元），个人账户支xxx万元。其中，涉及20xx年的费用xxx万元，统筹应支付xxx万元，实际垫付xxx万元（不含超定额和保证金）。

实际应支xxx万元，其中统筹应支xxx万元（结余xxx万元），个人账户应支xxx万元；大额救助应支xxx万元（结余xxx万元）；离休干部保障金应支xxx万元（结余xxx万元）。

>二、参保患者受益情况

今年，城镇职工住院xxxx人，住院率xx%，住院xxxx人次xxxx人次，医疗总费用xxx万元，次均xxxx人次费元，统筹支出xxx万元，统筹支出占住院总费用的xx%；享受门诊大病的患者有xxxx人次，医疗总费用xxx万元，统筹支付xxx万元（门诊报销比例达xx%），门诊统筹支出占统筹总支出的xx%；大额救助金支付xxxx人次，纳入大额统筹的费用为xxx万元，大额应支xxx万元；20xx年离休干部xxxx人，离休干部长期门诊购药xxxx人，门诊总费用xxx万元，离休xxxx人员定点医院住院xxxx人次，总费用xxx万元。离休干部住家庭病床xxxx人次，医疗费用xxx万元。

>三、主要工作

（一）贯彻落实几项重点工作，不断提高基本医疗保障水平。做好档案整理归档工作。在局领导的大力支持下，区医保处按照市局要求购置了标准的档案装具，并组织各科室档案专管员到市局学习，做到整档标准化、统一化，截止12月底各科室的档案归档工作已进行至7、8月份，基本结尾。开展考察调研。了解医保市级统筹的政策衔接、网络建设、参保管理、两定机构管理、基金管理以及具体工作步骤、措施等。

及时处理职工医保市级统筹遗留问题。按照职工医保市级统筹的有关要求，对我区存在的问题进行了认真梳理，积极与市局相关处室多次衔接，部分遗留问题得到了解决。

实行了周例会制度，每周召开主任办公会，对上周工作及时总结，对下周工作及时安排，做到今日工作今日毕。

完成下半年的门诊慢性病的评审工作，20xx年1月份新增特疾病号xxxx人，12月份底新参评xxxx人，通过xxxx人，通过率xx%（其中申报恶性肿瘤和透析的患者共有xxxx人，通过并享受的有xxxx人）。截至20xx年底特疾病号固定门诊购药xxxx人。

（二）完善协议，加强两定机构管理

截止目前我处共有定点医疗机构家（其中家医院，家门诊）药店家，进入3月份以来，我处联合市医保处对全市家定点医院和全部定点门诊、药店进行考核。截止12月份之前的个人报销已经完成，共报销xxxx人次，基本统筹支付万余元，大额支付万余元，超大额支付万余元。转外就医备案xxxx人员xxxx人，在职xxxx人，退休xxxx人。向省内转院的有xxxx人，向省外转的有xxxx人。

异地就医政策有重大突破。济南异地就医联网结算政策出台以来，很大程度上解决了重病患者的医疗负担。最近这一政策又有新变化，为了扩大患者就医范围，济南由原来的家定点医院增加为现在的家，上半年共有xxxx人次享受这一惠民政策。

通过建立定点医疗机构分级管理卫生信用档案来加强对定点医疗机构的管理，促进医疗机构提高医疗服务质量，控制不合理医疗费用支出。在对定点的监控上实现网络监控与实地稽查相结合、日常检查与不定期抽查相结合、明查与暗访相结合。截止12月底，共计查出医院违规次，违规定点药店家，经过调查核实剔除不属于医保支付范围的意外伤害例，对于违规情况严重、违规次数频繁的医院给予暂停其定点医疗资格的处罚，对违规的药店视情节进行相应处罚扣除保证金，对多次违规的，取消医疗保险定点资格。在个人报销审核中，剔除不予报销的有例，涉及金额约xxx万元。

（三）夯实基础服务工作，提高整体经办水平

1、加强网络建设。市级统筹之后软件系统及管理方式、方法有较大改变，综合科要做好升级前后的衔接工作以及医院等医疗机构的解释说明工作，为统筹后的工作做好铺垫，以便加快工作效率。

2、收缴、报销做好政策的衔接工作。统筹后的参保政策、报销政策也有小幅度的变动，保险科、医管科根据市级统筹文件规定，领会文件精神，及早掌握新政策、新规定并做好对参保xxxx人员的解释说明工作。

>四、医疗保险工作中存在的`主要困难及解决办法

医疗保险已实现了无缝隙覆盖，扩面工作已完成了它历史性的任务，医疗保险今后工作的重点将是“促征缴”与“减支出”以便维持“收支平衡”，这是工作重点也是难点。

1、促征缴工作。收不上来就支不出去，职工参保总xxxx人数是，其中缴费的只有xxxx人的在职职工（退休xxxx人员不缴费），且退休xxxx人员的个人账户计入金额都由单位缴纳部分划入，统筹金收入占基金总收入的xx%，而统筹金支出却占基金总支出的xx%，且企业欠费、灵活就业xxxx人员、下岗职工断保现象时有发生，造成基金征缴困难，统筹金难以维持收支平衡。居民断保现象更是严重，居民连续缴费意识不足。

2、医疗保险的管理工作依然面临着严峻的考验，一方面定点医疗机构、定点零售药店数量增加，参保xxxx人员不断增多，老龄化严重，住院病号逐年增多，定点医院对费用控制的意识不强，力度不大，医疗费用连年增长，某些定点单位、参保xxxx人员受利益驱使，想方设法套取医保基金。另一方面医保处各科室工作xxxx人员有限，工作量急剧增加，由于缺乏计算机、医学、统计等专业性xxxx人才，工作效率得不到有效提高，给经办机构带来了极大的考验。我们的医疗管理和医疗结算方式要与时俱进，急需进行付费方式的改革。

>五、科学谋划，求真务实，继续做好明年的医疗保险工作

以\_中央、\_新医改文件为指导，以《社会保险法》实施为契机，按照规范化、xxxx人性化、制度化的要求，为全区经济发展和社会进步做出新贡献，促进全区医疗保险经办工作再上新台阶。

（一）夯实两个基础，进一步提高医疗保险管理水平

医疗保险工作直接面对广大xxxx人民群众，全部政策都体现在落实管理服务上，经办责任重大。必须下大力气夯实经办机构建设和提高指标监控水平两项基础工作。

一是加强经办机构规范化建设。着力规范窗口建设，提高医保经办水平，按照统一标准、简化程序的原则，继续优化业务流程，确保各个环节衔接顺畅，为参保xxxx人员提供优质、高效、便捷的医保服务。进一步健全内控制度，严格执行社保基金财务会计制度，确保基金安全完整。

二是提高指标监控水平。建立健全指标监控体制，细化涉及医疗保险费用的各项指标，根据系统即时检测并做好统计分析报表，通过分析各项指标的变量，掌握医疗机构的.医保工作运行情况，及时发现问题，确保基金安全运行。

（二）加大医保审核力度，确保基金安全完整

通过建立健全违规举报奖励制度等方式，充分发挥社会舆论监督作用，对单位和个人套取社保基金行为进行监督检查，加大对定点机构、药店的查处力度，按规定给予相应处理，确保基金安全。做好医疗费用审核、稽核力度，进一步优化审核流程。

（三）抓好几项重点工作的贯彻落实

一是做好城镇职工、居民基本医疗保险门诊统筹相关工作。根据职工门诊慢性病病种费用以及用药情况，详细分析可行的费用控制方法和付费机制，完善监督管理措施，防范基金风险，确保门诊统筹顺利推进、安全运行。

二是进一步加强定点医院的监督管理，全面落实定岗医师制度，考试合格的医师建立医师数据库，医师信息和病号住院信息一同上传至医保中心，医保中心对医师的超定额、违规等情况进行相应扣分，根据医师得分情况对定岗医师进行相应处罚。完善定点医院服务协议和医疗费用结算办法，对定点医院实行信誉等级管理，引导其加强自我管理。

三是做好医疗付费方式改革的测算摸底工作。为医疗付费方式改革做好调研，提供事实依据。

**人大高度关注医保工作总结2**

为有效控制和规范单位医疗服务行为，保护服务对象的利益，根据区政府纠风办、区卫生局《关于在全区医疗卫生系统中对收取药品和医疗器械回扣等问题开展自查自纠工作的通知》要求，按照区卫生系统两次自查自纠工作动员会议精神切实认真开展工作，现将工作情况总结如下：

>一、建立自查自纠工作组织领导机构，积极开展动员工作

结合卫生监督所和疾控中心的工作实际，经领导班子集体研究决定，合并成立自查自纠工作领导小组，同志任组长，任副组长，下设办公室，由同志兼任办公室主任，同志任联络员，认真上报工作报表，并严格执行保密制度。

按照纠风办、区卫生局的要求和工作目标，将本次自查自纠工作列入当前两个单位的重点工作之一，在区卫生局党委的指导下，积极做好两个单位药品、试剂、以及器械购销相关人员的动员，切实传达区卫生局两次会议精神和有关政策，并把这项工作作为加强和改进作风建设的重要内容，作为密切党和人民群众血肉联系的政治任务予以落实。以廉洁管理、廉洁执法为重点，将整治医药购销中的不正之风工作与党风廉政建设、行业作风和工作作风建设有机结合起来。

>二、加强思想教育，增强拒腐防变能力

第一、坚持以思想教育为主，抓好中心、监督所领导和中层干部的廉政教育。积极参加区卫生局组织的防止职务犯罪报告会，参加重庆\_的警示教育，增强教育的针对性和有效性。第二、抓好动员工作，使党、政、工、团齐抓共管，上下联动。第三、对广大干部职工进行职业道德教育，做到逢会必讲，警钟长鸣，形成了党风廉政与行风建设大宣教格局，营造了整治医药回扣的良好舆论氛围。第四、坚持抓龙头、抓重点。在整治方面以自查自纠为主要形式，把自律与专项治理、群众监督、建章立制等结合起来，进一步规范了药品购销行为，增强了职工的遵纪守法、严格自律的意识。

在单位开展以“诚信服务,拒收红包”为主题的诚信教育活动，同时建立了警示标志，公布了投诉和举报电话，“卫生监督所六条禁令”及“医务人员八条规定”制度上墙，接受管理相对人的监督，增强职工的自律意识。

>三、建立采购工作制度，落实工作责任制，加强督查。

针对目前医药购销活动中的各种不良行为，我们坚持关口前移，从体制、机制、制度等方面探索党风廉政建设和反腐败斗争的新方法、新路子。进一步落实药品和其他物资集中招标采购工作责任制，通过一把手亲抓，分管领导专抓，各有关科室互相配合，具体落实，使药品和其他物资集中招标采购工作落到实处。两个单位分别成立采购工作领导小组，建立采购工作制度以及工作责任制，全面规范物资采购、验收、保管等各个环节的`管理，务求建立防止医疗用品和其他物资采购过程中不正之风的长效机制，从制度上加以保证。

>四、通过上下努力，自查自纠工作圆满完成。

通过本次自查自纠工作，提高了广大职工的思想觉悟和认识，增强了职工的职业道德，同时也使各干部职工得到一次警示教育，认识到必须按照法律、法规以及制度开展采购工作和卫生行政执法工作，必须接受政府和群众的监督，收受“红包”、“回扣”是不正之风，是违法行为，必将受到法律制裁。

下半年，我们将继续加大力度，抓教育，重防范；抓制度，重规范；抓查处，重落实。把党风廉政建设和行风建设抓到实处，把纠正医药购销及行业不正之风抓出新的成效。

**人大高度关注医保工作总结3**

上半年，我县医保工作在州医保局、县人社局的正确领导下有效平稳的运行。我局坚持以构建和谐医保为目标，以加强基本医疗保险经办管理为主线，重点抓巩固参保覆盖面、深入基金管理、规范信息化建设、提升经办服务能力等工作，不断推进医保工作有效平稳运行，现将上半年医保工作开展情况总结如下。

一、强化医疗政策宣传，做好医保扩面工作

深入全县14个乡镇，农牧民群众家中开展多种形式的宣传工作，促使广大农牧民群众更加深入地了解医保相关政策20xx年全县车让那个镇职工医疗保险参保单位141个，其中：企业60家、事业22家、机关59家；参保人数4451人，其中：在职3580人、退休871人，参保率达100%。城乡居民参保人数26842人，参保率达99%。其中：非困难人群18426人、低保人员7454人、重度残疾人员283人、孤儿174人、低收入家庭的60岁及以上人员188人、三无人员3人、优抚对象35人、五保人员259人。建档立卡人员参保情况：城乡居民医疗保险参保人数5421人，参加城镇职工医疗保险人数95人，在外参保人数4人。参保率100%。存在问题：一是20xx年，我县城乡居民在企业就业的人数增长，城乡居民医疗保险参保人员转入职工保险的人数越来越多，导致20xx年参保人数较20xx年有所减少；二是新生儿上户迟缓，导致新生儿参保登记工作难度大；三是建档立卡人员存在跨县、跨州参保的情况。

二、推进支付方式改革，完善总额付费机制

强化基本医疗保险付费方式改革，规范医疗服务行为，完善医疗保险基金结算管理，确保基本医疗保险基金安全运行。20xx年初我县已按照州局要求完成《总控协议》的签订工作。存在问题：县医院反应医疗保险总控经费不足与医疗需求增长的矛盾，并要求解决在发展中存在的医保经费不足的问题。

三、加强医疗机构监管，确保基金安全运行

一是日常监管工作。20xx年我县深入辖区内的定点医疗机构开展医疗监管工作共3次，其中，对县级医疗机构开展1次监管、对乡镇卫生院、定点药店开展2次监管。二是开展智能审核工作。智能审核监督系统于20xx年8月日正式上线运行，经前期运行情况观察，发现我县县医院存在违规情况，存在床位费多记、多收、用药与医保报销药品名称不一致等问题，经整治后至今未发生任何违规现象。待遇享受情况：城乡居民医疗保险门诊统筹补偿人数9136人次，总费用万元，报销万元；特殊门诊补偿人次22人次，总费用万元，补偿万元。住院补偿人数1418人次，总费用万元，政策范围内费用万元，统筹报销万元。大病保险补偿人数98人次，补偿金额40万元。城镇职工医疗保险住院报销：在职226人次，统筹报销151万元；退休109人次，统筹报销85万元；普通门诊报销：在职1992人次，报销49万元；退休270人次，报销5万元；职工用个人账户基金在定点零售药店刷卡支付：在职207万元，退休24万元。

四、深化联网结算工作，推进医疗机构运行

截止20xx年，县人民医院进入国家平台，实现全国异地联网结算。全县14个乡镇卫生院开通“金保系统”联网，切实方便广大参保群众。存在问题：乡镇卫生院因系统及网络不稳定等问题，导致结算、汇总功能不能有效运行。

五、完善业务档案管理，确保工作有效推动

贯彻落实省、州档案管理工作的相关政策，严格按照《档案法》、《档案工作突发事件应急管理办法》和《档案防治灾害工作指南》，加强医保业务档案管理，明确工作人员岗位职责，推进业务档案管理合理化、规范化、科学化。截至目前，已完成20xx年以前的业务档案归档工作。存在问题：档案室面积小，设施简陋，存在较多的安全隐患，因人员紧缺，无专人负责专门负责医保业务档案，导致档案管理工作推进迟缓。

六、健全医保内控制度，监管政策执行情况

根据州医保局要求，我县建立健全医保内控相关制度，坚持以制度为约束，梳理存在问题，对内控管理的各个环节加强制约，定期、不定期对经办人员进行考核，并结合“专项治理”工作，全面提高制度执行力。

**人大高度关注医保工作总结4**

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。在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，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。医保运行过程中，广大参保、参合患者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，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。四、工作小结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，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年收治医保、居民医保住院病人余人，总费用万余元。接待定点我院的离休干部人、市级领导干部人，伤残军人人。20xx年我院农合病人人，总费用万元，发生直补款万元，大大减轻了群众看病负担。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有：;做的比较好的`医生有： 我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上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农合工作得以顺利进行。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：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，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。

**人大高度关注医保工作总结5**

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月份与榆林市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

2）3月份与神木市医保中心签订医疗服务协议。

3）5月份与神木市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

4）榆林市工商保险服务中心。

5）神木市民政局。

6）铁岭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；每月底给榆林市医保、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，（包含神木县患者162人次）住院总金额共计695377。49元。住院补偿金额498754。6元，申请合疗基金515275元。合疗基金结余16120。41元。人均住院费用2815。29元，住院实际补偿率为74%。合疗患者平均住院日为5。3天。药占比为15。5%，自费药占比为10。8%。单病种执行率90。4%。各项指标均达到合疗政策要求，在榆林、神木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：（榆林）

门诊：门诊目前已累计刷卡97人次，总金额20\_7。74元。

住院：报出12例患者。住院总金额为51098。5元，医保垫付38934。68元，患者自负12163。82元。

3）民政：共报付9人次，医疗费用33662。97元，民政补助4035。41元。

4）扶贫：共报付精准扶贫人员5人次，总医疗费用14359。69元，报销金额1318。22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。

**人大高度关注医保工作总结6**

20\_\_年上半年医保科在我院领导高度重视与指导安排下，在各职能科室、站点大力支持帮助下，按照市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算人次，费用总额医保支付门诊慢病结算费用总额医保支付医保住院结算人次，费用总额，医保支付总额，20\_\_年医保住院支付定额910万元，医保工作取得了一定的成绩，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

一、院领导重视医保，自身不断加强学习

二、加强政策落实，注重协调沟通

为使医院参保患者全面享受医保政策，为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，将医保定点医疗机构服务协议逐一印发至各站点、门诊，将医保相关动态新政策及时公布于医院内网，加强与各站点主任沟通，认真督促指导学习落实相关内容，结合绩效考核，检查落实医保政策学习实施工作。

医保工作与医院各项医疗业务统一相联，所有工作的开展落实离不开相关科室的支持与配合，特别是财务科、信息科、医务科、药械科、办公室等其他相关科室都给予了大力支持与帮助，才使得全院医保业务工作正常开展。同时也着重加强与人社局医保处的工作联系，争取在政策允许范围内，最大程度的保障医院医保相关利益;上半年，医保处对我院各项医保工作也给予了大力指导和支持，促进了医保工作的有序开展，利用夜校时间，联系医保处来我院针对门诊统筹等相关医保政策的落实进行了全面讲解，更好保障了医保惠利报销政策在我院的推行，不断吸引医保患者来我院定点就医。

三、不断提升医保工作主动服务能力，各项医保业务有序运行

在医保工作中，加强与各站点主任沟通，全力主动为各站点一线做好医保服务，特别是在门诊慢病联网结算初期，不管工作多繁琐繁忙，每天都要去各站点解决理顺一线在实际操作工作中出现的各种问题;每天都要数次往返市医保处，联系对接各类工作，保障门诊慢病联网结算在我院各站点顺利运行，确实保障慢病参保人在我院及各站点正常就医诊疗;主动指导各站点进行门诊统筹、门诊慢病的签约宣传，不断下站点指导一线如何将医保“三个目录”与实际诊疗工作相结合，让临床一线人员了解掌握医保统筹基金支付报销项目，重视医保政策在我院的具体实施与落实，提高医院医保服务能力和水平，不断提高参保患者满意度;完成医院及所有站点医保定点机构资格的申报工作，定点机构申报工作涉及的资料非常多，加班加点按照上级相关要求进行准备予以申报，顺利取得定点资格并签订协议;顺利迎接完成市医保处20\_\_年度医保考核、20\_\_年度离休记账费用的稽核工作，同时配合市医保处做好了不定期的各种医保检查工作;积极联系相关业务部门、科室解决一系列医保相关的问题：如各站点POS机故障、医保地维结算系统故障、读卡器故障、医保网络运行故障等;主动解决了存在门诊统筹、慢病签约及结算、住院联网、项目维护等一系列问题，对站点一线存在的医保相关问题，能自己亲身去解决的，绝不推诿，全力以赴，保障站点、门诊有更多的时间和精力全力投身于繁忙地一线业务工作中。

四、不断加强离休人员就医规范管理，合理控制医保超支费用

离休干部作为我院重点医疗医保服务对象，定点我院离休人员现有320余名，平均年龄在85岁以上，多种疾病缠于一身，医疗保障需求水平不断提高，同时人均医疗费用不断正常，不断加大了我院医疗费用垫支，所以保障离休人员的就医合理规范，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的出现，最大程度保障离休干部就医需求，提高其就医满意度;通过离休干部门诊、住院记账费用自查，对上半年门诊及住院中离休干部记账费用中出现的违规项目，及时与各站点主任沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的支持帮助下，通过HIS系统杜绝严重违规现象的发生，提高离休人员控制管理的科学性与有效性;认真审核并控制离休人员外转费用，将医保统筹基金不予支付的项目从其报销费用中扣除，全部由离休本人自负，保障医保统筹基金的合理使用，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

五、注重医保卫生信用信息的完善及新农合工作宣传落实

按照人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及所有医保定岗医师的档案信用信息全部录入山东省卫生信用网，制定医院卫生信用制度，加强定岗医师诊疗行为监督管理，提升卫生信用能力，我院被市人社局评为卫生信用B级单位，并给予我院全市优秀定岗医师名额一名;不断加强新农合新补助报销政策的宣传与落实，让更多的参合患者享受新农合惠利政策，我院也被市卫生局评为新农合工作先进集体。

六、存在的不足与问题：

自身在医保实际工作中存在学习能力还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的能力非常有限，医保工作创新的能力比较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的教导帮助与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。

下半年工作打算及重点：

一、继续加强与市医保处及各相关科室工作的协调能力，运行执行好医保政策，保障医院整体利益;

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务发展;

三、进一步加强组织医保新业务学习，继续加大医保政策的宣传实施力度，促进医保业务开展落实;

四、加大医保业务内部质控，特别是离休人员就医管理，制定完善离休人员管理一系列制度和措施，控制不合理超支费用。

自己将在今后的医保工作中，认真学习，总结经验与不足，从细节入手，不断完善各项制度，更多更好地为站点一线、为参保人服务，为我院医保工作不断进步发展作出贡献。

**人大高度关注医保工作总结7**

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。

**人大高度关注医保工作总结8**

一、工作指导思想

(一)强化服务理念，体现以人为本

一直以来，本人始终坚持把群众是否满意作为自己工作的第一标准，把病人的呼声当作第一信号，把病人的需要当作第一选择，把病人的利益当作第一考虑，扎实开展医疗服务工作。切实将以人为本、以病人为中心、以质量为核心的服务宗旨渗透到医疗服务的各个环节之中，把病人满意作为第一标准。

牢固树立以病人为中心的意识，努力为病人提供热情周到的服务。在工作当中，积极主动帮助病人解决就诊中遇到的各种困难，让病友感受到热情周到的服务，感受到医护人员的关心和体贴。细心听取社会各界群众、病人及家属对我们医务工作的意见和建议，能改的则改，能帮的尽量帮，能协调的尽量协调，及时为病人排忧解难。

(二)提高水平，打造医护品牌

(三)以德为先，树新形象

本人根据“正规诊疗、优质服务、求实创新、永攀高峰”的新形象和新要求，不断规范自身的言行，振奋自身的蓬勃朝气、昂扬锐气、浩然正气，真正体现白衣天使的崇高风貌。一颗红心中始终嵌入两个“人”字。“以人为本”、“以病人为中心”，时刻把病人放在心中，奉献一片爱心。注意用语文明、温馨、富有亲情。

(四)规范医德医风，关爱弱势群体

强化自我教育，是构筑拒腐防变的第一道思想道德防线，也是增强自警自律意识的重要环节。本人注意充分利用各种资源，学习有关医德医风方面的内容，收看中央电视台焦点访谈栏目播出的\'《聚焦医德医风》录像;关注中央电视台一套每天播出的《今日说法》节目;倾听法律界人士为医务人员讲授预防职务犯罪的法律课，从法律的角度分析收受红包回扣可能触犯的法律条文等等。通过一系列举措，教育自己要保持清廉、要弘扬正气，教育身边的同事要自重、自省、自警、自律，做廉洁行医的模范。

群众利益无小事，医疗费用偏高是群众反映的一个热点问题，要让群众满意，医生就必须切实解决这一问题。本人在工作职责范围内，采取了一系列的措施，尽量帮助病人减少不必要的医疗费用支出。特别注意关爱弱势群体，坚持使用价廉有效的药品，科学合理诊治，减轻病人负担。

二、具体工作

(一)不断学习新型农村合作医疗制度，提高对新型农村合作医疗制度认识。本人一直加强对这项工作的复杂性、艰巨性和长期性的认识，深入政策学习与理解，准确把握，坚决杜绝畏难怵头情绪。

此外，本人加强政治学习，十分重视自身道德素质的修养。多年来，一幕幕让人心痛或感动的情感洗礼和一次次与病人并肩作战的经历，让我深深懂得，作为一名白衣天使，必须要有一丝不苟的工作作风，要有良好的技术水平、严肃认真的科学态度，严密的组织纪律性和对病病人大公无私的关爱。在工作中，热心接待病人，关心病人疾苦，耐心听取病人与家属意见，勤奋细心地做好每一项工作。

(二)群众对合作医疗政策的知晓程度不够。有的农民虽然参加了合作医疗，但对政策一知半解，甚至理解上有偏差。例如有的农民对住院才能补偿并不清楚，拿着门诊发票去报销;有的对设置起报线不理解，有的对慢性病的补助范围不清楚等等。造成这些误区的主要原因，是我们的宣传发动不够深入。本人加大宣传力度;对每位前来办理医保的病人或者病人家属细心讲解政策，让他们无惑而归、满意而归。

(三)切实做好服务工作，以“服务病人，不让病人多花一分钱，不让病人多走哪怕一步弯路”宗旨，以“白班夜班工作质量一个样，有人检查无人检查一个样，对熟识病人陌生病人一个样”为标准，来规范医保办的工作。在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，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。医保运行过程中，广大参保、参合患者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，我严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

(四)严格执行监管制度，强化责任意识，合作医疗公示制度是保障新型农村合作医疗正常运行的一种十分有效的监督形式，本人严格按照政策法规，在市卫生局领导下与医院的指导下，严格执行新农合医疗公示制度，坚决杜绝一切虚假情况，并要求与劝说身边的同事一律抵制此类情况发生。此外，本人始终坚持接受“党内监督与党外监督”、“领导监督和群众监督”、“ 院内监督与院外社会化监督”，以此来勉励与督促自己。

三、认识与感想

为了使新型农村合作医疗能够长期稳健地运行下去，结合我院新农合工作实际，针对在运行过程中发现的新问题，本人有以下感想：

(一)统一思想，提高认识，把新型农村合作医疗工作作为关乎全院发展的大事来抓。新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。建立新型农村合作医疗制度，是新形势下\_、\_着眼于全面建设小康社会目标，为切实解决农业、农村、农民问题，统筹城乡、经济社会发展的重大举措，一定要统一思想，提高认识，积极认真的抓好新型农村合作医疗工作，让广大农民群众切实得到实惠、见到好处。

(二)明确责任，强化管理

建立新型农村合作医疗制度是一项政策性强、涉及面广、制约因素多的系统

工程，必须统筹考虑，把握关键，切实增强工作的预见性、计划性、规范性，确保合作医疗的平稳运行。为此，就必须：服从领导，明确责任;长效宣传，抓住关键;以人为本，提高服务质量;加强队伍建设，不断提高自己。

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农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

**人大高度关注医保工作总结9**

>一、开展的主要工作

1、统一思想，精心组织准备

我局领导高度重视驻区大学生参加城镇居民基本医疗保险工作，把它作为加快我区医疗保障体系建设，实现居民医保全覆盖，改善民生，构建和谐社会的一项重要内容来抓。为切实做好此项工作，我局多次召开专题会议，全局工作人员统一思想，紧紧围绕如何保障大学生医保待遇，如何方便快捷地完成大学生办理居民医保参保业务工作进行了讨论。在具体业务经办上，注重方便高校参保和切实保障大学生待遇相结合，制定了相关业务经办流程，并提出了许多行之有效的建议，同时还专门在业务大厅设立在学生医保窗口，为大学生参保工作顺利开展奠定了基础。

2、统一大学生门诊统筹政策制度

在市医疗保险局的精心指导下，我局多次深入各大专院校，对大学生参加城镇居民基本医疗保险工作进行了调查摸底。我局多次组织各高校召开了大学生参加医疗保险的座谈会，根据各高校提出的意见和建议和校医院统计的大学生年门诊量、人均门诊费用，我局坚持基本满足大学生门诊需求，与现行管理制度相衔接的原则，制定了全市统一的大学生门诊统筹政策制度。大学生普通门诊发生的符合“三个目录”的医药费用，由门诊统筹基金补偿80%，其余20%由个人承担，参保大学生门诊年度统筹补偿最高限额为130元。

3、统一费用结算办法

根据高校校医院实际情况，我局积极主动为驻市各高校校医院申请认定医疗保险定点医疗机构，建立了以高校医疗卫生资源为主体，充分调动社会医疗资源共同参与的机制。大学生凭学生证和医疗保险IC卡在签定了定点服务协议的本人所在高校医疗机构刷卡就诊，按规定只需支付门诊个人应负担部分，门诊统筹基金支付的费用由医保经办机构每季预付给高校医疗机构，年终进行结算。我局以高校实际参保人数，按照每人30元的\'划拨标准，采取“年初预算、季度预付、年终结算、定额包干、超支不补”的管理办法，由高校包干使用门诊统筹资金。为确保门诊统筹基金全部用于大学生门诊治疗，大学生门诊统筹基金当年结余率不得超过10%，结余部分由高校结转下年度使用。

4、统一软件系统和网络信息化建设

我局对全市参保大学生参保档案信息全部录入赣州市医疗保险信息系统管理，对已经认定为医保定点医疗机构的高校校医院统一安装了赣州市医疗保险信息系统医院客户端，参保大学生档案以及大学生就医服务全程网络信息化管理。

5、统一大学生医保卡发放，实行刷卡消费、实时结算

我局精心组织工作人员统一对参保大学生印制了医疗保险IC卡，并根据学校上报名单，精确到班级分类发放至各高校。参保大学生在享受医疗保险待遇时，只需持本人学生证以及医保IC卡到定点医疗机构刷卡就诊，在就诊完毕时即可直接报销，实时结算。

6、统一报表及资料交接，强化监管

我局根据大学生就医情况，设计了全市统一的大学生门诊、住院等相关信息报表，报表由医疗保险信息系统自动生成，并规定高校校医院报表及报表材料每月一送、每月一审，通过医疗保险信息系统实时监管报销信息，通过报销材料逐一审核信息，强化监管，确保门诊统筹基金安全运行。

>二、存在的问题

驻区大学生参加城镇居民基本医疗保险工作还存在着一些困难和问题，主要表现在：人少事多，医保卡制作发放进度缓慢。大学生参保人数众多，相关材料数据庞杂，而我局工作人员相对不足，医保卡制作信息整理、白卡激活以及按班级分类发放等工作需要时间长，发放速度慢。同时由于我市已经实施了城镇居民大病补充医疗保险政策，普通参保居民参加城镇居民大病补充医疗保险保费从家庭门诊补偿金中抵缴，但由于大学生实施了门诊统筹制度，无家庭门诊补偿金，参加居民大病补充医保费用需由个人另行缴纳，有部分在校大学生存在抵触心理，不愿缴纳参保费用。

**人大高度关注医保工作总结10**

今年以来，在县政府的坚强领导下，我乡按照年初制定的工作计划，认真开展各项工作，取得了一定成效，现将今年工作情况总结如下：

>一、宣传工作情况

加强宣传，引导农民转变观念，增大影响力。宣传工作是推行新型农村合作医疗的首要环节，只有让广大农民把新型农村合作医疗的政策真正弄懂了，他们才会积极参与和支持。我们在实际工作开展中，注重从多方面、多层次做好宣传工作。

一是利用受理补偿中的实例，进行广泛宣传。在参合农民医疗费用补偿过程中，我乡合医办积极、耐心、细致地向每一位农民宣传、解释有关规定规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和迷惑离开。使合医办不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传新型农村合作医疗政策的重要阵地。

二是通过政务公开、村务公开、发放宣传单等多种形式定期对外公布全乡参合农民医疗费用补偿信息，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到新型农村合作医疗政策带来的看得见、摸得着的.实惠，体会到新型农村合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持新型农村合作医疗。今年以来，我乡发放宣传单达xx多份，而且深入学校、农村、家家户户进行宣传。

>二、补偿等有关工作情况

努力为参合农民提供优质服务。经办机构工作效率好坏直接影响到农民参加新型农村合作医疗的积极性，我们始终把为参合农民提供优质高效的服务放在工作的重中之重。一方面，我们坚持努力提高经办机构服务治理水平。在新型农村合作医疗推行过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。截至xx月xx月，我乡获补偿xxx人次（住院），补偿金额共计元（住院）。平均补偿金额达xx元。门诊补偿到xx年xx月，已补偿金额达xxx元，xx人次。xx全年的住院补偿xx人次，补偿金额元，平均补偿为xx元。xx全年的住院补偿xx人次，补偿金额xx元，平均补偿为xx元。

三年以来，我乡的合作医疗工作不论从哪个方面上讲，都取得的重大突破，xx年我乡参保人数为xx户xx人，xx年的参保人数为xx户xx人，xx年参保人数为xx户xx人，从数字上讲三年来全乡的参保人数是几何数级的增长的。而获补偿的金额也是大幅度的增长，从这些数字上我们可以看出，农村居民对合作医疗工作的认识已经有了很在的提高。

>三、下一步工作要点

（一）加强宣传、补偿等各项服务，进一步完善定合作医疗服务机制、优化补偿报销工作，积极探索科学、合理、简便、易行的服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，做好xx年筹资各项预备工作，保证新型农村合作医疗试点工作持续、健康、稳步推进。

**人大高度关注医保工作总结11**

根据国家、省关于卫生工作的新部署新要求，和青岛市卫生和计划生育委员会关于印发《20XX年青岛市医疗质量提升行动实施方案》的规定，以推动医疗服务高质量发展为契机，坚持以群众满意为最高标准，不断强化 “以病人为中心”的服务理念，大力弘扬“救死扶伤、大爱无疆”行业精神，进一步增强卫生行业人员素质、规范执业行为、提升服务质量，构建和谐医患关系，塑造医疗卫生行业新形象，努力为群众提供全方位全生命周期的健康服务,我院领导高度重视，积极成立医疗质量提升行动领导小组，安排部署并积极完成各项工作任务，现将工作总结如下：

>一、成立医疗质量提升行动领导小组

根据青岛市卫生和计划生育委员会关于印发《20XX年青岛市医疗质量提升行动实施方案》的通知，经院委会研究决定成立医疗质量提升行动领导小组，在宋培铎院长直接领导下，由马国欣副院长、医务科直接牵头并开展工作。成员由主要临床科室负责人组成。医疗质量提升行动小组明确分工，根据实际，制订各类医疗质量管理相关制度、规范和具体实施方案。

>二、全院医务人员规范化培训

由马国欣副院长组织培训《医疗纠纷预防和处理条例》，通过加强医疗质量安全管理，畅通医患沟通渠道，从源头预防和减少纠纷，平衡医患双方的权利和义务，维护双方的合法权益，充分发挥人民调解在解决医疗纠纷中的主渠道作用，倡导以柔性方式化解医疗纠纷，减少医患对抗，促进医患和谐。通过学习和实践，在我院医疗质量和医疗安全方面有了很大的提高。

>三、医疗质量安全管理持续改进监督、检查

完善院内质控体系，修订调整“质控标准”及“住院总月报表”，每月进行两次质控检查。每月医务科定期组织各临床科室住院总医师，到临床各科室质控检查，现场对发现和存在的问题进行记录，结合“每月各项医疗质量数据汇总”加以分析，及时发现医疗质量管理上存在的问题和隐患，采取行之有效的改进措施，并要求限期整改。形成长效、稳定、合理的良性工作机制。

>四、持续开展以“三基三严”为重点的岗位专项活动

深入开展了“三基考试”、“各类专项培训会议”、“心肺复苏技能大比武”、“病历书写大赛”、“毒麻药品考核”等各类专项活动，结合实际制定相关活动实施方案标准，明确活动的内容以及工作要求，拟定活动开展的方法和步骤，使实践活动和制度建设落实双管齐下，利用多种形式提高医务人员业务综合能力。

>五、改进住院服务

完善服务流程，推行向群众介绍政策信息，征求意见建议，接受群众监督。加强转院患者的交接，实现医疗服务无缝衔接。改善住院条件，严格执行探视和陪护制度，为住院患者创造安静、整洁、安全的住院环境。开展患者随访，加强出院患者健康教育和随访，对出院病人进行逐一回访。回访的内容包括对主管医生、主管护士的.认知和评价，征求意见和建议，有针对性地改进服务，随访率达到90%以上。通过回访及时解决群众反映的突出问题，提高群众满意度，树立以群众满意为指导思想的理念，将群众满意度作为完善医疗机构行为的准则，促进医院健康发展的标准。

我院建立长效机制，持续深入开展医疗服务质量提升年活动，认真总结活动开展以来的成绩，对照方案查找不足，以持续提升医疗服务质量和新的要求，制定和落实20XX年的活动计划，进一步巩固活动成果，推动活动向纵深发展，提高医务人员职业道德素质，构建和谐医患关系，持续提升医疗质量和服务水平。

**人大高度关注医保工作总结12**

>一是城镇职工基本医疗保险

1、城镇职工医疗保险任务数23000人,完成23003人,征收城镇职工基本医疗保险基金万元,其中统筹基金万元,个人帐户基金万元；支付参保人员待遇万元,其中统筹基金支出万元,个人帐户基金支出万元,本期结余万元.累计结余万元,其中统筹基金结余万元,个人帐户基金结余万元.

2、审核职工因病住院、门诊药费共计1561人；审核定点医院垫付189人次；

3、征收大额保险费万元,支出79万元；

4、安排部署并完成了参保职工健康体检工作

5、现已整理44人次,大额费用计万元医药费,报市中心统一承保；

>二是城镇居民医疗保险

截止到11月底,城镇居民医疗保险参保任务数为21700人,完成23900人,超额完成任务.城镇居民医保住院共计446人次,征收城镇居民医疗保险万元,支付参保人员医疗保险待遇万元,本期结余万元,累计结余万元；

>三是生育保险

职工参保人数886人,职工享受待遇人数为11人；城镇居民参保5062人,居民待遇享受26人；征收生育保险12万元,支付女职工生育保险待遇万元,本期结余万元,累计结余万元；

>四是离休干部医疗保险

征收离休干部医疗统筹金万元,财政补贴万元,支出258万元,上年接转18万元；

>五是其它工作

1、配合局机关进行医疗保险政策宣传一次；

2、制定两定单位年终考核标准；

3、通过\_的审计工作；

4、审核支付两定点划卡费用,并对定点机构进行监督；

**人大高度关注医保工作总结13**

总结今年的工作情况，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查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

>二、定点单位联网结算费用增长快，管理难度加大。随着参保人员、定点单位的逐年增加，在定点单位发生的医疗费用也成倍增长，医疗费用的审核压力日益加大。医疗费用审核中主要存在以下方面的问题：

1、超量配药、用药不合理的情况存在。

2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药;

3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出;同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

xx年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用 414058人x次，总医疗费用达万元，其中窗口医疗费用报销615人x次，审核医疗费用万元，剔除不符合医保基金支出的费用万元;审核定点单位联网医疗费用413443人x次，审核医疗费用万元，剔除定点单位不合理医疗费用万元;拨付定点单位联网医疗费用达3319万元;办理困难群众社会医疗救助40人x次，救助费用达万元;收回社会医疗救助券万元;办理各类信访回复18件。

9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配(售)药品、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的`情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保障基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本医疗保险、工伤生育保险药品目录》(xx)的顺利实施，职工医疗保险科于9月19、20日

会同区劳动保障学会组织了我区区级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决;配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

**人大高度关注医保工作总结14**

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。

**人大高度关注医保工作总结15**

医疗保险管理局：

我中心按照《xxx〔20xx〕69号》文件，关于20xx年度两定机构医保服务质量考核有关问题的通知，对照考核内容，我中心开展了自查自评，现将工作情况作如下汇报：

>一、基础管理：

1、我中心成立有分管领导和相关人员组成的基本医疗保险管理小组，具体负责基本医疗保险日常管理工作。

2、各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料按规范管理存档。

3、医保管理小组定期组织人员对参保患者各项医疗费用使用情况进行分析，发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规行为及时纠正并立即改正。

4、医保管理小组人员积极配合医保局对医疗服务价格和药品费用的监督、审核，及时提供需要查阅的医疗档案盒相关资料。

>二、医疗管理：

1、 提供优质的服务，方便参保人员就医。

2、对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为发生。

3、对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。

4、对就诊人员要求或必须使用自费药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意并签字存档。

5、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。

6、达到按基本医疗保险目录所要求的药品备药率。

7、门诊处方、出院病历、检查配药情况均按规定执行。

8、严格执行基本医疗保险诊疗目录管理规定。

9、严格执行基本医疗保险服务设施管理管理。

10、我中心信息管理系统能满足医保工作的日常需要，在日常系统维护方面也较完善，并能及时报告并积极排除医保信息系统故障，确保医保系统的正常运行。

11、对医保窗口工作人员操作技能熟练，医保政策学习积极。

12、医保数据安全完整。

13、医保管理小组不定期对我中心医保患者病历进行检查学习，对不能及时完善病历的医生作出相应的处罚，并在分管领导的.监督下进行业务学习。

>三、协议管理：

1、严格执行医疗收费标准和《医保定点服务协议》规定的日均费用、次均住院天数。

2、严格掌握出、入院标准，未发现减低住院标准收治住院、故意拖延出院、超范围检查等情况发生。

3、严格按照《医保定点服务协议》收治外伤住院病人，及时向保险公司报备外伤报备表。

4、每月医保费用申报表按时报送。

5、合理科学的控制医疗费用增长。

>四、政策宣传：

1、定期积极组织我中心各科室、卫生室、卫生服务站人员学习医保政策，及时传达和贯彻有关医保规定。

2、采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏，发放医保政策文件资料，中心内部工作QQ群等。

近几年来，我中心外科、内科、康复科业务技术快速发展，医疗设备更新，医护人员增加，新技术不断增加，加之我中心报销比例高，在业务技术、服务质量、服务态度、就医环境上都得到了社区居民和患者的认可。

历年来，我中心住院患者多数是辖区外的，条件的改善，使外科手术及内科急重症患者在不断增加，辖区外到我中心住院的患者也在大量增加，中心总住院患者也在增加。

总之，通过20xx年的医保工作，我中心还存在很多不足之处，我中心将在上级政府及医保主管部门的领导下，抓好内部管理，改正存在问题，把我中心的医疗工作做得更好。

**人大高度关注医保工作总结16**

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。

**人大高度关注医保工作总结17**

20xx年我市医疗保险工作在市委、市政府的领导下，进一步转变观念，改进作风，规范管理，简化程序，很好地完成了全市医疗保险工作目标任务，有力了推动我市医保工作继续健康发展。

一、加大政策宣传力度，确保扩面任务的完成

今年我们利用多种形式广泛宣传医疗保险政策。首先张贴了政务公开栏，实现医保政策的公开透明；其次编写了《万源市城镇职工医疗保险指南》万余册，免费发给所有参保人员，自觉接受参保人员和社会的监督，扩大医保知晓面，扩面工作取得了突破性进展。20xx年共有310个单位参加医保，参保人数15123人，其中退休人员4307人，新增参保1222人。

二、强化基金征缴与管理，加强基金稽核，确保基金安全

1、完善征缴措施，加大征缴力度。将基金征收任务落实细化到人，切实加大征缴力度，逗硬奖惩。20xx年医保基金征收任务1000万元，实收基金1362万元，基金收缴达，超额完成了上级业务主管部门下达的基金征收任务。

2、加强基金管理，确保基金使用安全可靠。严格实行收支两条线，坚持基金专款专用、专户管理，健全完善内部管理制度和财务制度，防止基金挤占挪用，确保基金用于职工的基本医疗。今年达州市劳动和社会保障局对我局医保基金进行了现场监督，市审计局对基金进行了审计。通过检查，证明我市医保基金安全可靠，无任何挤占挪用现象。

3、切实做好基金稽核工作。按照《社会保险稽核办法》的有关规定开展对参保单位的基金稽核工作，重点对医疗保险费缴纳情况和医疗保险待遇领取情况进行核查。20xx年书面稽核户数310个，人数15123人，全市医疗保险现场监督覆盖面达到38%，非现场监督覆盖面达到100%。

4、加大医疗保险反欺诈力度，做好基金支付稽核。加大医疗保险费的征缴、发放的管理，健全各项制度，加强基金管理与反欺诈力度，实现规范运作。20xx年7月在市医保基金专项小组的统一部署下，开展了基金支付专项检查行动，进一步规范医疗保险秩序。

三、加强“两定”管理，规范医疗行为

1、认真履行服务协议，严格协议管理。协议管理是医疗管理的基础，今年我局严格按照服务协议，加强对就诊、诊疗项目、住院药品、卫生技术人员的管理工作，提高规范化操作水平，为尽快实现对医院结算这种支付方式作好准备。20xx年医疗保险服务协议签订率达到100%。

2、加强监控，加大查处力度。今年，我们将监管工作的重点放在对定点零售药店、定点医院的明查暗访上，根据平时查处过程中积累的一些经验，通过基金支付专项检查行动，利用网络监控，选派得力人员定期与不定期地到有关定点药店、定点医院进行检查，加大巡查力度，有效控制挂床住院、冒名顶替、虚记住院费用等现象。今年门诊刷卡万人次，个人账户支付446万元。住院2184人次，应支统筹基金580万元。当年统筹基金可结余100万元，累计统筹基金实际结余600多万元，个人账户结余670万元。

3、继续抓好特殊疾病管理，切实减轻特殊疾病实际困难。细化门诊特殊疾病检查、申报、报销程序，坚持门诊特殊疾病“定病种、定金额、定医院、定医生”的管理办法。全年门诊特殊疾病报销99人次，应支付万元。

四、抓好机关纪律作风整顿活动，促使医保工作迈上新台阶

在机关纪律作风集中整顿活动中，我局严格对照标准，认真查找自身存在的突出问题，集中精力集中时间全力进行整改，采取具体措施创新服务手段，为参保人员提供优质、便捷的服务。一是启动实施了高危人群定点医师服务。对医保高危人群提供预防与治疗相结合的全方位的医疗保险服务，保障他们的基本健康需求，减轻参保人员负担，降低了医保基金风险。二是编写了医疗保险指南一书。该书的发行，增强了医保工作透明度，极大地方便了广大参保人员。三是为使广大参保人员持卡就医购药时消费得明明白白，全市30家定点医院和药店安装了语音报价系统，方便职工查询个人账户余额、本次刷卡额、个人帐户余额，深受社会各界的`好评，进一步提升了医保服务质量。

五、存在的问题

1、医保政策宣传力度有待加强，宣传面不广。部分参保人员及医务人员对医保政策不够了解，宣传面较小，宣传工作有待于进一步加强。

2、经办机构建设不适应医保工作的要求。医疗保险工作涉及面宽、量大，工作繁琐复杂，加之维护医保信息系统需要耗费大量的人力、财力，对各定点医疗机构的日常监督检查需要车辆和经费，而医保经办机构人员少，管理手段不足，对定点医疗机构的经常监督检查难以到位，工作人员素质有待进一步提高。

**人大高度关注医保工作总结18**

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用元;未结算3笔：费用元。在已经结算的费用中无拒付发生，医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，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。在xx年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够做到在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级工作。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。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的`实施刷卡培训会上领回读卡器两台，sim卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

xx年迎接区社保中心检查两次，xx年9月14日区社保中心闫主任一行三人对我院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导小组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心。xx年10月15号区社保中心对我院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的评价。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展，xx年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。

**人大高度关注医保工作总结19**

我院自20xx年8月3日加入濮阳市医保定点行列以来，历经了3年又8个月的医保服务旅程。

一年来，在市医保中心的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊参保人员更好地享受基本医疗服务，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定成绩。

一年来，我院始终坚持按照《濮阳市城镇职工基本医疗保险试行办法》、《濮阳市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》和《濮阳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、基础设施完善 基础管理到位

1、配备、更新、完善了与本市基本医疗保险管理配套的计算机、软件系统；

2、数次培训了专业上岗操作人员；

3、认真按照《医疗保险前台计算机系统使用规范》进行操作，实现了网络畅通、系统兼容、信息共享、交换快速、方便病人的目标。

>二、医保管理不断加强

1、医院董事长（法人代表）亲自兼任医疗保险管理科主要领导。

2、院长、副院长等院务级领导和专职财会人员构成了医保科领导集体。

>三、加大政策宣传力度 福利惠泽参保职工

1、采用宣传页和宣传单的形式，不定期的向来院就医参保人员和就医医保人群宣传医保政策，推广基本医疗服务，把医疗保险的主要政策规定和医保中心协议规定的内容谕告患者，收到了较好效果。

2、根据医保中心有关文件要求，结合我院实际，拟出了便于理解落实的医保政策汇编，下发给医院每位医生和医院窗口科室，保证了医保政策正确的贯彻落实。

3、在医院醒目位置制作宣传标牌，对医保职工住院流程、报销流程进行宣传，方便了医保职工的就医。

4、医保管理科在总结日常工作的基础上，研究制作了方便医保政策的温馨提示牌，提示牌上“如果您是…医保参保人员，请主动告知接诊医生，确保您的权利和待遇得到落实”的寥寥数语，不仅保护了参保人员的利益，体现了国家政策的优越性，也受到了医保就诊患者的交口称赞。

>四、设置全程导医 方便就医职工

**人大高度关注医保工作总结20**

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，

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！