# 医保位置维护工作总结(合集46篇)

来源：网络 作者：梦中情人 更新时间：2025-05-17

*医保位置维护工作总结1今年以来，在区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20\_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...*

**医保位置维护工作总结1**

今年以来，在区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20\_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20\_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人数为人，比去年年底净增人，完成市下达任务(净增人)的%。其中城镇职工参保人(在职职工人，退休职工人)，在职与退休人员比例降至2：4：1，城镇居民参保人(其中学生儿童人，居民人)。

(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万元，其中统筹基金万元(占基金征缴的)，个人账户万元(占基金征缴的)，大额救助金征缴万元，离休干部保障金万元。

(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20\_年6月底，20\_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20\_年下半年和到20\_年上半年的，还有部分未支)支出万元，其中统筹金支万元(财务当期结余万元)，个人账户支万元。其中，涉及20\_年的费用万元，统筹应支付万元，实际垫付万元(不含超定额和保证金)。

实际应支万元，其中统筹应支万元(结余万元)，个人账户应支万元;大额救助应支万元(结余万元);离休干部保障金应支万元(结余万元)。

二、参保患者受益情况

今年，城镇职工住院人，住院率%，住院人次人次，医疗总费用万元，次均人次费元，统筹支出万元，统筹支出占住院总费用的%;享受门诊大病的患者有人次，医疗总费用万元，统筹支付万元(门诊报销比例达%)，门诊统筹支出占统筹总支出的%;大额救助金支付人次，纳入大额统筹的费用为万元，大额应支万元;20\_年离休干部人，离休干部长期门诊购药人，门诊总费用万元，离休人员定点医院住院人次，总费用万元。离休干部住家庭病床人次，医疗费用万元。

三、主要工作

**医保位置维护工作总结2**

20xx年我院全体职工紧紧围绕医院办院宗旨，团结奋进，共同努力，不断提高医疗水平，优化医疗环境，改进服务态度，医院社会和经济效益稳步提高，各项工作取得可喜成绩。

在医疗保险工作领导小组的领导下，在医保各级工作人员和全体医务人员的积极支持和配合下，我院的医疗保险工作开展顺利，一年来，共接诊医保患者门诊xx人次；住院xx人次。全院医务人员热忱接待医保患者，以精湛的医术、优质的服务、合理的收费赢得患者的认可和好评。全年，医院未因“医保”发生一例纠纷，未接到一起投诉，未出现医疗差错和事故，受到病友们的一致好评。现将20xx年我院医保工作的开展情况作简要总结：

>一、严格执行管理法规，积极接受社会监督：

根据医保政策的调整，今年我院进一步完善和修订了医保管理制度，以适应新的政策。同时，为尽量减少工作中的失误，医保科会同核算科、财务科、质控科、医务科对医保资料实行“五堂会审”，共同核查报账材料，形成核检通报，让医务人员动态掌握相关情况，及时加以整改，以保证医保工作质量。在医保领导小组及医保科的领导下，全体医护人员遵章守法，规范运作，严格执行各项医疗保险管理法规，无违规违法操作现象。

处方、病历书写真实、准确、及时、完整，坚持合理治疗、合理检查、合理用药、因病施治；使用或施行目录外药品及诊疗项目时，能履行告知义务，征得患者及家属同意，并签订知情同意书随病历存档；无乱计费，升级收费现象；未出现分解服务次数和分解收费现象；能严格掌握出入院标准，使出入院诊断符合率达xx%以上，无挂床住院，无不合理缩短或延长住院床日、无挂床住院、无冒名顶替住院等现象发生。

规范市外转诊程序，及时为符合转诊、转院条件的患者办理转诊转院手续，今年转市外就医5人，市外转诊率、药品费用、目录外自费药品均控制在政策规定范围。

为更好地接受社会的监督，我院在门诊和住院部设立了“投诉箱”，公布了举报电话，并及时收集患者意见和建议，不断改进我院医保管理工作。

>二、加强政策法规学习，做好医保知识宣传：

为让医护人员熟悉和了解医保政策法规，以便更全面的服务参保患者，医院利用召开全院职工大会及晨会的时间，多次开展医疗保险知识的学习，及时传达医疗保险新政策新规定。10月8日医保科组织了一次全院职工的医保政策培训，让所有医务人员了解政策，熟悉政策，更好地为参保患者服务。为提高医务人员服务意识，医院还组织了医保政策及规范化服务、处方管理及抗菌药物应用等多次知识的测试，测试成绩均达标。同时，医院及时更新医疗保险知识宣传栏内容，面向职工及患者公示就医流程及主要检查、治疗、药品的收费标准等，方便患者就医；医保保管理人员还经常亲临病房，解答参保患者疑问，让广大参保患者对医疗保险有更充分的认识，在就诊时有更明确的方向。

>三、加强医保定点宣传力度，扩大医院在参保人群中的影响：

为让广大参保人了解我院为医保定点服务单位，认识到我院技术、人才、服务、价格等就诊优势，让参保眼疾患者享受到更为专业的医疗服务，医院利用体检、会议、义诊等机会，发放科普宣传材料，扩大医院对外交流协作及影响，提高医院在医保参保人群中的认同率，以期让更多的参保人接受我院专业、高效、优质的眼科专科服务。

一年来，在市劳动和社会保障局及市医疗保险局的正确领导下，在全院职工的努力下，通过开展上述各项活动，我院医疗保险工作取得一定成绩，社会影响力逐步上升，来院就诊的参保患者越来越多，得到医保管理部门的认可。但医保管理是一项难度大、工作要求细致、政策性强的工作，在取得成绩的同时，有些工作还有待进一步完善。

>四、计划从以下几个方面开展好医保工作：

1、加强与医保局的联系，严格贯彻执行各项医疗政策法规，按照“定点医疗机构服务协议”操作，加强医务人员医保政策法规的学习培训和考试，及时通报医疗保险新政策，提高服务质量，改善就医环境和服务态度，积极配合医保局的各项工作。

2、进一步充实和健全医院医保管理制度和工作职责，根据需要和医保新法规，设立医保宣传栏，让参保人员能及时了解医保新信息。

3、规范操作运行程序，根据临床需要适当补充一些常用药品或检查设备，尽可能满足患者就医的需要。

4、加大宣传力度，进一步扩大医院对外影响，争取与各县（市）医保局签订服务协议，利用医院人才、服务、价格、技术优势为更多的参保人员提供专业化的眼科医疗服务，并按照有关规定，内部定期组织服务质量检查，发现问题，进行及时有效整改。

5、号召全体职工重视医保工作，积极支持医保工作，争创医保“A”级定点医疗机构。

**医保位置维护工作总结3**

今年以来，在县委县府、县医保局、乡党委政府及乡社保所的坚强领导下，在相关部门关心和支持下，我院按照年初制定的工作计划，认真开展各项工作，严密部署，落实责任，坚持“以病人为中心”，优化服务态度，强化医疗质量，较好地完成了参合农民医疗服务及费用报销等有关事务，现将今年工作情况总结汇报如下：

>一、工作开展情况：

（一）加强宣传，引导农民转变观念，增大影响力。

宣传工作是推行城乡居民合作医疗的首要环节，只有让广大农民把城乡居民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。

一是加大宣传力度，扩大城乡居民合作医疗的影响力。今年，通过宣传服务车逐村进行宣传，以专版、专题等多种形式先后公告了我乡城乡居民合作医疗工作的开展情况。

二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，我窗口工作人员积极、耐心、细致地向每一位农民宣传、解释《云阳县城乡合作医疗保险试行办法》的条款和各项管理规定，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疑惑离开，使我院医保服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传城乡居民合作医疗政策的重要阵地。

三是通过组织专题会议、政务公开等多种形式定期对外公布参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全乡补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到城乡居民合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到城乡居民合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持城乡居民合作医疗。

四是开展对外交流活动，开展对外宣传。我院对相邻乡镇的参合农民也加大宣传，同时为相邻乡镇之间的偏远地方的老百姓提供便利、优质的健康服务，并不断征求外乡参合农民对我乡医保工作提出好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，也为城乡居民合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

（二）强化管理，努力为参合农民提供优质服务。

经办机构工作效率好坏、定点医疗机构服务水平高低的直接影响到农民参加城乡居民合作医疗的积极性，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，我院坚持努力提高医保服务管理水平。在城乡居民合作医疗实施过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。城乡居民合作医疗服务窗口工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，按规操作，实行一站式服务，截至11月30日，全乡共补偿10521人次，其中住院补偿494人次，补偿金额共计元，通过近四年运转，以户为单位受益面达40％左右。另一方面，我们进一步加强我院医保工作的自查自纠工作，使之不断提高服务质量和水平。为确实提高服务水平，我院组织开展了自查工作，针对医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开自查，发现问题，及时整改。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还设立了意见箱，广泛了解参合农民对我乡城乡居民合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

（三）完善制度、规范行为，确保医保工作运转安全。

公布就医流程、设咨询台（咨询窗口），完善参保对象住院告知手续，方便参保人员就医购药。院内各项医疗保险管理制度健全，相关文书按规范管理。严格执行基本用药目录管理规定，基本用药目录内药品备药率达到协议标准，药品质量合格、安全有效，无假冒伪劣药品销售。公布本院医保政策咨询与投诉电话，热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保人员投诉。建立健全了财务管理制度，规范报销审核程序，对本院和各村卫生室的各项合作医疗报账报表、票据，逐项审核，验收，院长最后审批把关，形成严格的三级审核程序，确保报销经额、项目准确无误。每月按规定及时上报医保报表和电子版报表，从未拖欠村卫生室报销的费用。定期分析参保人员的医疗及费用情况，及时解决问题，根据情况采取不定期对本院和各村卫生室进行抽查，杜绝违规行为的发生。我院住院部严格掌握参合病人的入院指针，住院病人一人一床，从无医保病人挂床住院，住院病人分不同颜色的住院卡管理，入院24小时内，立即建立病历，完善相关内容。

>二、下一步工作要点：

（一）加强就医、补偿等各项服务的管理，进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，积极配合做好20xx年城乡居民合作医疗参保筹资的各项准备工作，保证医保工作持续、健康、稳步推进。

**医保位置维护工作总结4**

今年以来，在县委、县政府的坚强领导下，在上级业务主管部门的精心指导下，我局优化工作思路，全面贯彻落实上级有关文件精神和工作安排，担当作为、狠抓落实，做好医保服务经办工作，抓好医保基金运行管理、完善基本医疗服务体系，强化定点医药机构监管，杜绝基金不合理支出，医疗保障体系日趋完善，兜底作用明显，较好完成了各项工作任务。

一、工作开展情况

（一）机构组建进展顺利，带好队伍夯实基础。按照县委、县政府关于机构改革的统一部署，我局于2月1日正式挂牌成立，在机构组建过程中，保证思想不乱、工作衔接有序，正常开展，干劲不减。在全局营造团结奋进的工作格局，人人参与其中，形成主要领导亲自抓，分管领导具体抓，一级抓一级，层层抓落实的良好局面。

（二）医疗保障体系进一步完善，保障水平显著提高

1、基本医疗服务体系不断完善。截至目前，我县共有医保定点医疗机构37家，定点药店110家，定点卫生室390余家，定点机构遍布城乡，基本形成成布局合理、服务多样、质量优良的基本医疗保险服务体系，提高医疗服务管理水平和基金使用效率，更好地满足了参保人员基本医疗需求。随着医疗救助职能的整合到位，医保托底的功能进一步完善。

2、医药机构医疗质量和服务水平显著提升。4月10日，我局召开了由各定点医疗机构、各医保零售药店、各定点卫生室负责人共500余人参加的定点医药机构管理工作会议，对定点医药机构医保服务工作进行了再梳理、再强调，要求各定点医药机构严格履行服务协议，规范医疗服务行为，为参保居民享受高质量的医保服务进一步夯实了管理基础。

3、医疗保险集中征缴工作顺利完成。截至目前，全县城镇职工基本医疗保险参保56000余人，基金征缴2亿余元；城乡居民医疗保险参保790388人，个人缴纳参保费用近2亿元，各级财政补助4亿余元，圆满完成了集中征缴任务。自4月1日起，医保基金征缴职能已移交税务部门，我局积极配合税务部门做好征缴职能划转工作及持续做好参保登记业务工作，保证参保居民不因职能划转影响正常参保享受待遇。

4、做好特殊困难群体医疗保障工作。积极与县扶贫办、残联、民政局等部门对接，保证贫困人口参保率，确保贫困人口享受各项医保待遇，增强医疗救助的托底保障作用，助力打赢我县脱贫攻坚战。今年以来，共比对贫困人口4万余人。

5、做好特优群体及建国前老党员医疗保障工作。对建国前老党员和受升级表彰的“优秀党员”、“担当作为好干部”、高层次优秀人才等实现补充医疗保障，按现有医保制度规定报销医疗费用后，个人自付费用实行全额报销、托底保障、个人费用零负担。截至目前，做好70余人次个人信息确认工作，确保待遇享受不漏一人。

（三）逐步提高经办服务水平，规范基金拨付，基金运行情况平稳

1、强化政策落实，为基金运行管理做好保障。一分部署，九分落实，坚持把抓好政策落实作为医疗保障工作的总抓手，严格执行医疗保障政策。

2、完善一线窗口服务细节。进一步提高医保经办服务的精细度、便捷度、满意度，尽快走上科学、高效、顺畅，将热情融入服务全过程，开通电话、微信等多种外地就医转诊备案模式，有效简化办事流程，真正做到让群众办理业务方便、查询信息方便、报销费用方便。今年以来，共为参保群众办理转诊手续人3000余人次。

**医保位置维护工作总结5**

铁路局医疗保险中心：

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。

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

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。

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

**医保位置维护工作总结6**

20\_年度，在局领导班子的领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金科根据年初计划，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20\_年度的工作总结如下：

一、基金收支情况

1、1-11月城镇职工基本医疗保险基金收入20\_万元，城镇职工基本医疗保险基金支出3184万元，其中统筹基金支出2149万元，个人帐户支出1035万元，已出现收不抵支。

2、1—11月工伤保险基金收入99万元，工伤保险基金支出102万元，生育保险基金收入万元，生育保险基金支出万元。

3、1—11月城镇居民基本医疗保险基金收入2820万元，支出900万元。

二、主要工作情况

1、按上级要求，及时编制上报了20\_年度各项基金预算报表、月报及季报，并于每季根据数据编写基金运行情况分析，力求更好的为领导决策做好参谋。

2、加大各项医疗保险费征收力度，做到应收尽收。

一是职工医疗保险费用的征收，今年在各单位报送职工参保资料时，我科与职工保险科配合先把工资基数核准再录入档案，6月份在财政与银行的配合下，扣缴财政供养人员个人缴纳全年医疗保险费万元，通过核对，误差比以前年度减少，防止了基金的流失。

二是工伤生育保险费用的征收，每月将各单位缴纳的工伤生育保险费明细及时提供给职工保险科，使他们能通知没有缴纳费用的单位按时足额缴纳。

三是配合向上争资争项目的工作，工业滤布目前城镇职工医疗保险困难企业省级配套资金已到万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套万元已全部入账。

3、控制支出，保证基金流向的合理与规范。对每月的基金支出先与业务科室进行核对，做到数字无误，合理规范，再向财政申请各项医疗保险基金，及时划拨到各定点医疗机构、定点药店及患者账上，以确保参保对象享受正常的医疗待遇。

4、配合审计组，做好全国社会保障资金审计工作。今年2月份，国家^v^派出审计组对我市社会保障资金进行审计，我局的各项基金也接受了此次审计，在历时两个月的审计过程中，我科与业务科室相互协调，密切合作，提供与审计有关的会计资料、电子数据、证明材料等，对审计组提出存在的问题进行了整改，通过这次审计，更加规范了基金的征缴、使用及管理。

5、通过协调，解决了历年来职工医疗保险理赔款难以及时到位的大难题。今年，在职工保险科的配合下，划拨了20\_及20\_年所拖欠的团险理赔款万元，保障了参保对象的医疗待遇。

6、配合居民管理科做好城镇居民的参续保工作。20\_年，我科向财政领用了400本城镇居民医疗保险票据，并及时发放、核销，确保居民参保工作的正常顺利进行。

三、工作的不足

1、与财政的沟通协调不够，目前城镇职工医疗保险本级配套资金只到位800万元，统筹基金收不抵支，使基金运行出现风险，已占用了个人账户资金。

2、平时对医疗保险政策及基金的收、支、滤布余情况调查研究不够，不能形成信息及调查报告，不能更好地为领导决策起到参谋作用。

四、工作计划

1、做好20\_年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20\_年续保工作时先核定工资基数再进行银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20\_年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20\_年居民参保续保工作顺利进行。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监督检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象服务。

**医保位置维护工作总结7**

医保审核股是一个工作非常繁杂、任务比较重的部门。作为审核股一员肩负着领导助手的重任，不论在审核报账还是在处理问题时，都得慎重考虑，做到能独挡一面，这些都是审核股人员不可推卸的职责。20\_年以来，在局领导的亲切指点和广大同事的热心帮助下，我认真贯彻医疗保险有关政策规定，立足岗位，安心做好本质工作，一心一意为参保人员提供优质的服务，牢固树立了“审核股无小事”的思想，尽职尽责，努力工作，取得了一定的进步，同时存在一些很明显的不足之处，现将总结如下：

>一、主要表现

(一) 认真学习，注重提高。

20xx年以来，我认真学习医疗保险各种政策法规和规章制度，不断加强医疗保险经办流程的学习，熟悉工作业务流程，努力增强自身业务能力。在工作之余，我还阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，学习关于医疗保险业务的各种文件，认真做到向书本学习，向领导学习，向同事学习。我深知如不虚心学习，积极求教，实践经验的缺乏必将成为制约个工作人能力发展的瓶颈，我觉得，局里的每位同事都是我的老师，他们中有业务骨干、有技术尖兵、有文字高手。正是不断地虚心向他们学习求教把书本经验转化为实践经验，我自身的素质和能力才得以不断提高，工作才能胜任。

(二)脚踏实地，努力工作 审核股工作的好坏，直接影响和决定了医保工作的整体。审核股的工作性质，给股室人员提出了强烈的能力要求和专业素养，我深知工作之难，责任之大。

为此，认真制定工作计划，一是端正工作态度。按照岗位基本要求，我努力到“五勤”、诚心当好“四员”。五勤就是眼勤、耳勤、脑勤、手勤、腿勤，四员就是为 领导当好参谋员、信息员、宣传员和服务员。秉承一贯真诚务实做人的作风，踏实细心的工作态度，以高度的责任感和事业心来为单位服务，希望把自己所学到的书本经验用在实践工作中，认真努力做好工作。

二是落实工作任务。审核股对全局工作的正常运转起着重要的作用。因此，在工作中，我坚持做到“四个不让”，即：不让领导布置的工作在我手中延误，不让正在处理的事项在我手中积压，不让前来办事的参保人员在我这里受到冷落，不让任何小道消息从我这里传播。努力做到工作不拖沓，认真保证工作高效完成。

三是维护工作形象。我始终牢记自己是医保局的一员，是领导身边的一兵，言行举止都注重约束自己，对上级机关和各级领导做到谦虚谨慎、尊重服从;对同事做到严于律己、宽以待人;对外界做到坦荡处事、自重自爱，努力做到对上不轻漫，对外不卑不亢，注意用自已的一言一行维护领导的威信，维护整个机关的形象。

(三)转变作风，摆正位置。

我始终把耐得平淡、舍得付出、默默无闻作为自己的准则;始终把增强服务意识作为一切工作的基础;始终把思想作风建设的重点放在严谨、细致、扎实、求实上，脚踏实地埋头苦干。审核股工作最大的规律就是“无规律”，“不由自主”。因此，我正确认识自身的工作和价值，正确处理苦与乐、得与失、个人利益与集体利益的关系，坚持甘于奉献、诚实敬业，做到领导批评不言悔、取得成绩不骄傲，努力保证了审核工作的高效运转。在工作中，我始终坚持勤奋、务实、高效的工作作风，认真做好工作。服从领导安排，不计得失、不挑轻重。自工作以来，没有耽误过任何领导交办的任何事情。在生活中，坚持正直、谦虚、朴实的生活作风，摆正自己的位置，尊重领导，团结同志，平等相处，以诚待人，不趋炎附势，也不欺上压下，正确维系好与领导、同事相处的尺与度，大事讲原则，小事讲风格，自觉抵制腐朽思想的侵蚀。

>二、存在问题

20xx年，在领导和同志们的关心支持下，我取得的一点成绩与医保工作的实际需要相比，与领导的要求相比，都还存在着一定的差距。如工作经验不够丰富，畏手畏脚，不够洒脱自在;组织协调能力和社交工作能力需要进一步提高;工作中有时出现求快;有些工作思想上存在应付现象;学习掌握新政策、新规定还不够，对新形势下的工作需求还有差距;学习上不够高标准、严要求等。

>三、今后打算

(一)继续严格遵守各项医保政策和审核股工作职责，严守机关秘密，服从单位安排，脚踏实地完成各项任务。

(二)进一步加强理论文化知识和专业技术知识的学习，同时加强政策调研，不断提高理论水平和办事的能力。

(三)更要树立起良好的自身形象，在工作中成为同事的榜样，在感情上成为同事信任伙伴。

(四)工作中要学会开动脑筋，主动思考，充分发挥领导的参谋作用，积极为领导出谋划策，探索工作的方法和思路。

(五)积极与领导进行交流，出现工作上和思想上的问题及时汇报，也希望领导能够及时对我工作的不足进行批评指正，使我的工作能够更加完善。

总之，20xx年以来，通过努力学习和不断摸索，收获很大，我坚信工作只要尽心努力去做，就一定能够做好。我决心在今后的工作中要多提高自己的素质与休养，多学习为人处世的哲学，不断超越现在的自己，争取更大的进步!

**医保位置维护工作总结8**

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

>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、黑板报、发放宣传资料、等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

三是加强医院信息化管理，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，使参保病人一目了然。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。

二是配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。

三是全面推行住院病人费用“一日清单制”，并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。

四是为进一步强化责任，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。

五是医院职工开展星级服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际：

一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务(服务态度、医疗质量、费用控制等)工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。

二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无挂床现象，查有无冒名顶替的现象，查住院病人有无二证一卡，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予审批。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。

>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。

我科定期下病房参加晨会，及时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。

在办理职工医疗保险手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。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年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计202\_万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局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工作得以顺利进行。在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，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，造福全县的医疗保险人员。

**医保位置维护工作总结9**

为贯彻落实省委省政府对医保工作的部署，进一步提高医疗保障的水平，我县医保中心对行政审批服务大厅的医保窗口服务工作进行了及时的优化调整，提高了医疗保障系统的服务水平和工作效率，以下是对我们工作的总结：

一、工作简介

行政审批服务大医保窗口位于大厅二楼西，共十六个服务窗口，集中了医保外诊报销、转诊、医疗本补办及信息管理、大病补充保险、慢性病管理、重特大疾病备案等职能，实现所有医保服务一站式解决，方便群众办事，提高工作效率。\_年初至今，外诊补助合计2182人，总费用元，补助金额11531028元；大病补充保险补助合计710人，补助金额元；转诊窗口办理业务15570人，医疗本补办及信息管理3210人；重特大疾病备案170人；慢性病申请4118人，审批通过2508人，通过率85%；县外直补医院1-7月份累计补偿11767人，补助金额元，拒付违规款项元。

二、工作改进

面对庞大的业务办理群众，我们本着“方便群众，优化服务”的理念进行了工作改进。

3、整顿窗口工作作风。所有前台服务窗口坚持每周一次例会，总结本周工作情况，传达最新工作要求。同时对工作期间存在的聊天、玩手机等情况进行严厉整顿，对考勤请假制度进行严格管理，定期进行内部自查。维护了窗口服务的工作作风，给办事群众以良好的工作形象。

经过我们的不懈努力，我们医保服务窗口\_年初至今，100%解决了群众办事堵的问题，收到零投诉。我们必将砥砺前行，为群众提供更便捷、更舒心的服务。

**医保位置维护工作总结10**

这一年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习,差不多一年的时间，因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。工作辛苦而忙碌，主要的工作是对北京市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会针对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心组务会和小教员会后，针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策,翻阅了大量的资料,分析产生拒付的原因,针对定点医疗机构如何预防拒付的问题,写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力的学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

**医保位置维护工作总结11**

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；

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。

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。

**医保位置维护工作总结12**

为认真贯彻落实^v^、省、市、县医疗保险的各项政策，保障广大城镇职工、城镇居民和离退休干部在乡级卫生院享受到基本的医疗保险，为做好城镇职工和城镇居民医疗保险的相关管理工作，促进城镇职工医疗保险健康有序的发展。现将梅子乡卫生院20xx年城镇职工医疗保险工作情况总结如下；

一、政策执行，认真贯彻落实国家、省、市、县城镇职工和城镇居民医疗保险、工伤保险、生育保险及离退休干部医疗保险的有关政策，参保患者就诊时，向参保患者宣传医疗保险的相关政策，让参保患者及时了解医疗保险的相关政策。

二、依据有关法律、法规及城镇职工和城镇居民医疗保险服务协议，为参保患者提供及时、合理、优质的医疗服务。制定相应的医保管理措施，成立医保领导小组，配有谦职人员，负责医保的特殊检查、特殊治疗，向住院患者提供病情证明、出院证、住院费用清单、医疗票据等医保的各项业务工作，但是由于卫生院条件有限，在20xx年没有使用机打票据。在显要位置悬挂定点医疗机构标志牌，设置医疗保险宣传栏，投诉箱和投诉电话。

四、为确保医保资金的合理使用，保证持卡者的利益，参保患者住院时认真核对人、卡、证是否一致。对参保的居民、学生、儿童刷卡、住院时，认真核对卡、身份证、户口本等有关证件，住院期间卡、证留院备查，对无卡或卡失效的参保人员不予刷卡，住院报销。

五、严格执行《云南省非营利性医疗服务价格》及我市医保政策和收费有关规定，严格执行《云南省基本医疗保险和工伤生育保险药品目录》及有关部门药品价格政策，严格执行医保医保的用药范围规定，药品费用占医疗费用不超过60％。出院带药按规定执行，一般不超过7日量，慢性病出院带药不超过30日量。

总之，城镇职工医保已实行了好几年，由于我院的医保刷卡、住院报销启动较晚，没有专业的专职管理人员，只配有谦职人员，对信息系统的维护、使用，信息数据上传的完整性和同步性，机打票据的使用上与医保的规范管理存在差距，在今后的工作中不断加强管理，使医保工作逐步规范。

**医保位置维护工作总结13**

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。

>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。

**医保位置维护工作总结14**

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有一年时间，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。

**医保位置维护工作总结15**

20\_年，\*\*支部深入贯彻落实^v^新时代中国特色社会主义思想和党的十九大精神，全面落实新时代党的建设总要求和新时代党的组织路线，扎实推进公司党的建设及党风廉政建设和反腐败工作，积极开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，确保了全年党建责任目标的完成。现将本年度支部党建工作总结如下：

>一、主要工作完成情况

（一）加强党的政治建设，坚决做到“两个维护”

为深入学习贯彻《^v^中央关于加强党的政治建设的意见》，引导党员干部职工进一步增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，20\_年，我支部召开党员大会与主题党日融合开展15次，上党课6次，召开党小组会议36次，意识形态工作分析研判6次，认真系统全面学习了党的十九大、十九届二中、三中全会和十九届中央纪委二次、三次全会精神，贯彻落实市委五届三次、四次、五次、六次全会部署，贯彻落实市国资系统20\_年党风廉政建设和反腐败工作会议精神，推动公司形成了正气充盈的政治生态。

（二）扎实开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，深学笃用^v^新时代中国特色社会主义思想

20\_年6月中旬至9月上旬，我支部积极投入到第一批“不忘初心、牢记使命”主题教育之中，深入学习贯彻^v^新时代中国特色社会主义思想，按照“不忘初心，牢记使命”主题教育工作的总体部署和“理论学习有收获、思想政治受洗礼、干事创业敢担当、为民服务解难题、清正廉洁作表率”具体目标，深入推进“自我革命、自我净化、自我提升”。组织读书班学习研讨8次、集中学习10次、开展专题调研3次、交心谈心25人次、讨论发言48人次。按照“四个对照”“四个找一找”的要求，深入查摆问题，抓好整改落实，保证了主题教育成果转化为实际工作成效。通过深入学、持久学、反复学，确保了^v^新时代中国特色社会主义思想入脑入心，增强了政治认同、思想认同、理论认同。

（三）做好宣传思想工作，守牢意识形态阵地

意识形态工作无小事，我支部压紧压实主体责任，切实做到守土有责，守土负责，守土尽责。全年开展意识形态工作分析研判6次，增进“五大认同”，全面落实“一个高举”“两个巩固”“三个建设”，深挖工作不足，抓好整改落实，做好党员职工帮扶和谈心谈话工作，保证了全年舆情可控和建国70周年大庆安全稳定有序。

（四）党建工作与中心工作深度融合，组织建设与人才队伍得到加强

20\_年，\*\*支部以提升组织力为重点，围绕公司中心工作，贯彻落实《中国^v^支部工作条例》，实施“国企基层党建推进年”行动。一是全年常态化开展创先争优“月计月清”评议工作，全年不合格1人次，其余为合格或部分优秀；二是组织在职党员职工进社区开展志愿服务活动2次，宣示保护饮用水源、保障饮水安全决心，展现国企担当；三是召开大用户客户座谈会，听取收集用户对服务工作的意见建议，打通服务群众最后一公里；四是支委会严格执行“四步工作法”，决策和参与决策20余项，党建工作与中心工作有效融合。

发展党员工作取得新进展，年初确定了1名积极分子，年末发展了2名预备党员，人才队伍建设得到进一步加强。

（五）群团、^v^、宗教管理工作稳步推进，党风廉政建设和反腐败工作取得新成效

20\_年，支部指导工会开展群团工作如火如荼。全年先后组织参加了\*\*公司春节文艺汇报演出、退伍军人“八一”建军节活动、集团公司和\*\*公司运动会、“歌唱祖国”建国70周年歌咏比赛和“不记初心、牢记使命”读书比赛，均取得优异成绩；组织春秋两季出游活动各1次，组织主旋律集体观影5场次，向困难职工捐款1次。

为全面完成党风廉政建设和反腐败各项工作，我支部全体党员严格遵守“六大纪律”，让纪律成为自律，养成遵规守纪的高度自觉；认真贯彻学习廉洁自律准则、党纪处分条例和问责条例，引导干部职工遵守党纪国法；公司高度重视“5+4”专项治理工作，主动作为，认真梳理问题，逐项抓好整改落实；全年开展支部纪检监察工作分析研判1次。

>二、存在的主要问题

20\_年，我支部全面完成了党建目标任务，但同时我们也清醒地认识到工作中还存在一些问题和不足，主要表现在：

（一）政治理论学习还不够深入

班子个别成员和部分党员除集中学习研讨和完成规定要求外，平时比较强调客观原因或忙于工作事务，放松了对自己的学习要求，久而久之影响了素质的提高，影响了工作作风。一定程度还存在为了理论学习而学习，用理论学习装门面，理论指导实践的效果不突出的问题。

（二）教育管理监督党员的主体作用需进一步加强

班子个别成员在干部职工的教育管理监督方面失之于宽、失之于软，存在老好人思想，容易导致干部职工缺乏纪律意识，工作效率降低。

（三）先锋模范作用的发挥不平衡

支部班子过多地关注于急难险重任务，忽视了在日常工作和学习中的带动作用。班子成员一线调研少，听汇报多，与职工群众直接交流少，第一手资料掌握得不够充分，解决关系职工群众切身利益的问题做得不够。

（四）落实“一岗双责”和履职尽职方面离要求还有差距

班子个别成员在落实“一岗双责”上还没有真正把党风廉政建设作为自己的“责任田”和“份内事”，履职尽职方面离要求还有差距。指导分管工作时，抓业务工作较多，抓党建及廉政建设较少。

>三、20\_年工作计划

20\_年，我国将全面进入小康社会，支部将以更高标准更实举措推进党建工作。

（一）抓实理论学习，筑牢思想根基

把学习贯彻^v^新时代中国特色社会主义思想作为首要政治任务，继续开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，引导党员干部职工把爱党爱国爱社会主义统一起来，认真学习中国^v^党史、新中国史，读原著、学原文、悟原理，进一步抓好精准化科学化系统化学习。

（二）坚定理想信念，加强政治修养

把思想建设摆在抓党建严纪律促发展的首要位置。深入学习贯彻落实^v^新时代中国特色社会主义思想，全面领会和把握^v^新时代中国特色社会主义思想和党的十九大精神，筑牢理想信念根基。强化学以致用，切实做到学懂弄通做实，真正将学习的成果体现在供水工作的各个方面和全过程。

（三）践行初心使命，服务人民群众

不忘为民服务初心，牢记城市供水使命，确保水量足、水压稳、水质好、服务优。班子成员经常深入基层一线，听取职工群众意见建议，切实解决关系职工群众切身利益的问题。全体党员结合主题党日深入属地社区等基层一线，开展直接为民服务，用实际行动为区域经济发展和人民幸福做出贡献。

（四）坚持严以律己，牢牢守住底线

一以贯之地遵守落实好中央八项规定，认真学习并遵守《中国^v^廉洁自律准则》和《中国^v^纪律处分条例》，自觉用党章党规党纪规范自已的言行。班子成员带头执行党内政治生活各项规章制度，突出抓好“三会一课”、主题党日、谈心谈话、民主评议等制度落实，接受学习教育和评议。全体党员自觉净化朋友圈、社交圈、生活圈，洁身自好、防微杜渐，高标准做到“知敬畏、存戒惧、守底线”。

**医保位置维护工作总结16**

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《^v^中央、^v^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。

>四、加强对医保保险工作的监管。

按照《^v^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。

>六、加强药品的管理。

**医保位置维护工作总结17**

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《^v^执业医师法》、《^v^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^v^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^v^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。

**医保位置维护工作总结18**

20xx 年医疗保险工作汇报 年医疗保险工作汇报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。

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 执行医疗保险政策情况 疗保险政策20xx 年 6-XX 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。

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。

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 20xx 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。

**医保位置维护工作总结19**

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。

**医保位置维护工作总结20**

xx年3月份成立以来，区医保局认真贯彻中央、省、市有关精准扶贫有关精神，按照上级有关文件要求，深入落实医保扶贫政策，细化各项工作举措，助力我区打赢脱贫攻坚战。现将xx年度医保扶贫工作总结情况汇报如下：

>一、高度重视，强力推进

实施脱贫攻坚医疗保障政策是贯彻落实中央、省、市和区委、区政府精准扶贫重大部署的一项重要举措，对此我局高度重视，成立医保扶贫工作领导小组，局长总负责，副局长专职负责，科室负责人为成员，全体工作人员参与扶贫。领导小组下设办公室于医疗科，落实专人专抓，明确年度工作职责，细化年度工作任务，确保医保扶贫各项任务落到实处。

>二、精心组织，全面落实

（一）精准落实全员参保。我局对扶贫办、民政局提供的建档立卡贫困户、低保户、困境儿童、特困供养人员xx人多次认真核准落实，对核查出xx名无能力参保的贫困人员协调区财政进行政府资助参保，共计xx元，对死亡、参加职工、学生医保等困难人口基本信息及时修改更新做好标识，确保贫困人口100%参保不漏一人且信息数据完整、准确。

（二）精准落实待遇兑现政策

制定《\*\*区“两定制一兜底”健康扶贫工作方案》，对所有建档立卡贫困户住院费用实行“3+3”医疗保险精准扶贫托底救助机制（即基本医保、大病医保、大病补充保险“三重医保”和医疗救助、慈善医疗救助、医疗保险托底救助“三重救助”）。xx年

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！