# 民政对象医保工作总结(热门39篇)

来源：网络 作者：蓝色心情 更新时间：2025-03-11

*民政对象医保工作总结120xx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，...*

**民政对象医保工作总结1**

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【20xx】第18号、洛人社医疗【20xx】第8号，9号，10号，11号、以及洛政办【20xx】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，进一步提高工作标准，把失误率降低至最低程度。

>四、开展“四查四促”专项行动

为了提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量。我院根据上级指示开展了“四查四促”专项行动，3月29日医院成立“四查四促”专项行动领导小组，领导小组成立后，医保办在医保领域工作中积极开展自查自纠，查找问题并解决问题，建立问题整改台账，督促各科室拿出措施进行整改。

20xx年4月7日，上级部门组织检查组对我院医保领域开展“四查四促”专项行动情况进行检查指导，对我们提出了一些宝贵的意见和建议，我院的医保工作整体上得到了上级领导的一致肯定，但从上级的检查情况中也发现了一些问题，比如：医保政策宣传栏设置不标准，中药熏蒸多收中药费用，不合理使用抗生素类药品的问题。

针对以上问题，医保办在接到上级整改通知书后，与办公室及后勤科进行协调，按标准重新制作了医保政策宣传栏，关于中药熏蒸重复收取中药费用的问题，也责成相关科室进行了整改。在使用抗生素类药品问题上，医院组织权威专家和从业人员进行探讨，对抗生素类药品的使用指症进行明确，从而杜绝滥用抗生素现象。

>五、下步工作要点：

1、提高服务质量，优化报销流程。

提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量，随时查找问题，发现问题及时处理，杜绝医疗纠纷的发生。根据实际情况做好意外伤害住院患者的调查核实工作，尽可能做到在院调查，从而使患者出院当时就能享受报销。

2、继续加大审核督导力度，减少扣款。

坚持履行每月查房，每季度督导制度，并根据医保办制定的考评细则对各科室进行评分，及时发现问题，并督促整改，对设计城乡居民医保、职工医保报销的病历及报销手续严格进行审核，最大程度减少保险公司审核扣款。

3、执行医院各项指示，争做优秀科室。

认真学习《李强院长20xx年工作会议上的讲话摘要》完成好上级分配的各项任务，积极开展“学制度、尊流程、依法规”和“讲诚信、塑团队、精医济世为人”活动，耐心为患者服务，树立我嵩县西关骨科医院的良好形象。

**民政对象医保工作总结2**

XX年是我国深化医药体制改革，实现三年目标的最后一年。上半年我县医保中心在县政府的正确领导下，在劳动保障局的精心指导下，坚持以\_理论和“三个代表”重要思想为指导，以科学发展观为统领，积极开展创先争优活动，贯彻\_关于深化医药卫生体制改革的有关要求，以人人享有基本医疗保障为目标，完成基本医疗保险市级统筹工作任务，不断完善城镇职工和居民医疗保险政策，推进基本医疗保险制度衔接转换，进一步提高基本医疗保险参保率和待遇水平，提高医疗保险管理服务水平。

>一、工作目标完成情况

1、参保扩面进展情况：截止6月底，全县共有参保单位3461家，参保人员124944人，缴费人数114776人，其中：国家机关事业单位304家、18797人，企业(依照企业缴费事业单位)3457家、64189人(基本医疗保险46861人，外来务工11362人，住院医疗保险5966人)，灵活就业人员参保31790人，比XX年净增3815人，完成年度考核(目标)任务的。

2、医保基金收支情况：1到6月份共征缴医保基金 万元，其中统筹基金万元，个人帐户万元，公务员补助基金万元，重大疾病救助金万元。累计支付医疗费

万元。

3、医保基金结余情况：结余基金万元，其中：统筹基金结余万元，个帐结余万元，公务员补助金结余万元，重大疾病救助金结余万元。

4、截止6月份城镇居民参保21133人，已到位医疗保险资金万元，其中参保人员缴费3100元。上半年共有27146人次，7494位参保人员享受到城镇居民基本医疗保险，符合医疗报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，其中住院和门诊大病报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，结报支付率为。

>二、主要工作情况

(一)立足于保障和改善民生，完成医保市级统筹，进一步提高了医保待遇水平，方便参保人员大市内就医

(二)加强医疗保险审核管理，规范基金支付管理，有效维护基金的安全运行，做好医疗保险异地就医结算工作

近年来，随着医保扩面工作的有效开展，企业门诊统筹制度的实施，医疗保险异地就医结算工作的开展，医保就医规模不断扩大。医疗管理股克服人手少、工作量加大等困难，每月及时审核定点医疗机构上传费用，严格按照医保待遇规定进行费用审核，掌握支付范围和标准，对于零星报销审核做到初审、复审，严格把关。同时，为方便宁波异地参保人员的异地结算，中心顺利开展医疗保险异地就医结算工作，截止6月底，我县受理异地定居于宁海的宁波医保参保人员零星报销445人次，共219人。总费用万元，基金支付万元。我县医保参保的异地定居人员共有389人次在宁波海曙医保中心结算，总费用万元，基金支付万元。

(三)加大“两定”机构费用稽核力度，对两定单位实行年度考核。

**民政对象医保工作总结3**

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻了病人家庭的经济负担，让参合农民得到了实惠，极大的方便了参保人员就医，维护了广大干部职工和农民的切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

>一、政治思想方面

认真学习十八大会议精神及\_理论，全面落实科学发展观，认真开展“6S”、“争优创先”、“三好一满意”活动，贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，学习医院工作规划，制定科室内部工作计划，使各项工作有条不紊，不断提高自己的思想政治觉悟，廉洁自律，遵守卫生行风规范，自觉抵制行业不正之风，以提高服务能力为己任，以质量第一、病人第一的理念做好服务工作。

>二、业务工作方面

1、认真执行县新农合及医保办的有关政策，根据每年新农合管理办公室及医保办下发的新文件及规定，我们及时制定培训计划，按要求参加县新农合办及医保办组织的各种会议，不定期对全体医护人员，财务人员进行相关知识及政策的宣传学习，使有关人员能够正确理解执行上级各项决议文件，合作医疗实施办

法以及相关规定，使其对报销比例，报销范围，病种确实熟练掌握。

2、对住院病人的病历及补偿单据每月进行抽查，对发现的有关问题及时向科室反馈，提出原因并加以整改。

3、坚持首诊负责制，加强了住院病人的规范化管理，对住院患者实行医疗和护理人员双审核制度，认真审核参保患者医保卡，身份证及户口薄等有关信息，严格掌握入、出院指证和标准，坚决杜绝了冒名顶替住院和挂床住院等违反新农合政策的现象发生，严格执行诊疗常规，做到合理检查，合理用药，合理治疗，住院病人一览表，床头牌，住院病历上均有新农合标识，及时向参保患者提供一日清单和住院费用结算清单，对出院病人，即时出院，即时报销。

4、为方便群众就医，设立了新农合及医保报销窗口，张贴了就医流程，报销范围，报销比例。在我院的院务公开栏公布了我院的服务诊疗项目及药品价格和收费标准，增加了收费透明度，公开了投诉电话，对出院病人的补偿费用实行了每月公示，提高了新农合基金使用透明度。

5、20xx年1-6月份我院新农合补偿人数：3278人，费用总额：10246519元，保内总额：8180922元，应补偿金额3074455元，次均住院费用：312584元(其中：河东区补偿人次90人，总费用308933元，保内费用：245856元，应补金额98250元次均费用：元)我院20xx年上半年新农合收入与20\_年

同期比各项指标增幅情况：

认真贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，20\_年上半年医保住院患者1872人，20xx年1-6月份住院患者192人，20xx年上半年医保住院病人比20\_年同期增加5人，住院增长率为：。

>三、存在的问题与不足

由于思想重视程度不够，管理不规范，次均住院费用增长控制还是不够严谨，侧重追求经济利益，对患者没有严格做到合理检查，合理治疗合理用药，合理收费，

>四、下半年工作计划

1：继续做好与县医保办、新农合办、医院等三方协调和上传下达的工作。

2：围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、新农合、医院和患者三方达到共赢。

3：严把参合、参保患者证件核查关，坚决杜绝借证住院、套取医保、新农合管理基金的行为发生。

4、继续加强对全院医务人员进行医保、新农合政策宣传以及

相关知识的学习和培训，不断提高医保、新农合工作的制度化、信息化、规范化管理水平。

我院新农合、医保管理工作，还有很多不足之处，在今后的工作中要认真学习和落实上级医保、新农合政策。立足岗位，认认真真做事，扎扎实实工作，明其职，尽其责。为我院新农合、医保工作的持续健康发展做出应有的贡献。

**民政对象医保工作总结4**

为落实龙医保【20xx】第40号文件精神，《关于开展对医保定点医疗机构基金使用情况调研的通知》的有关要求，我院立即组织相关人员严格按照城镇职工医疗保险的政策规定和要求，对医保基金使用情况工作进行了自查自纠，认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

>一、提高思想认识，严肃规范管理

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了以院分管院长为组长，相关科室负责人为成员的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全院医护人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《连城县医疗保险定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的\'发生，保证医保基金的安全运行。

>二、严格落实医保管理制度，优化医保服务管理

为确保各项制度落实到位，建立健全了各项医保管理制度，结合科室工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。按规范管理存档相关医保管理资料。医护人员认真及时完成各类文书、及时将真实医保信息上传医保部门。

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生；对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都证求参保人员同意并签字存档。

>三、建立长效控费机制，完成各项控费指标

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室,实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处,建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

我院明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，要求大型仪器检查阳性率达到70%以上。

加强了对医务人员的“三基”训练和考核，调整、充实了质控小组和医疗质量专家组的力量，要求医务人员严格遵循医疗原则和诊疗常规，坚持因病施治、合理治疗，加大了对各医疗环节的监管力度，有效地规范了医疗行为。

通过上述举措，我院在业务量快速增长的同时，各项医保控费指标保持在较低水平。根据统计汇总，今年1-3月份，医院门诊总人次3584人比去年同期增长；出院人次191人比去年同期下降；门诊住院率同比去年下降；二次返院率同比去年下降；住院总费用万元同比去年下降，医保基金费万元同比去年下降；药品费用万元，同比去年下降14%，大型仪器检查费用万元同比去年下降；平均每位出院患者医药费用元；较去年下降。

>四、存在的问题

1、由于我院外科今年第一季度开展手术治疗的患者较同期多，故耗材费用和大型仪器检查占比略有所增长，其中耗材费用万元同比去年增长；百元耗材比同比去年增长；大型仪器检查占比同比去年增长。

2、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，医疗保险政策认识不足，对疾病诊疗不规范。

>五、整改措施

1、组织相关医务人员对有关医保文件、知识的学习。

2、坚持合理检查，合理诊治、合理应用医疗器材，对患者的辅助检查、诊疗，要坚持“保证基本医疗”的原则，不得随意扩大检查项目，对患者应用有关医疗器材应本着质量可靠、实惠原则，坚决杜绝不合理应用。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和服务水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

xxx医院

20xx年5月8日

**民政对象医保工作总结5**

20xx年度7月份从药房变更过来的。自从实行医保刷卡以来，本药房坚持执行国家及县劳动部门的.政策规定，严格按照所签订的服务协议去操作。具体如下：

1、本药房配备两名药师，均为中药师。每班均有药师在岗，没有挂名及顶替的现象。

2、确定医保工作分管负责人及专职管理人员，聘任了药品质量负责人。

3、坚持夜间售药，方便参保人员及广大群众购药。

4、凭处方销售处方药及中药饮片，处方均经中药师审核后，方可调配。处方按规定留存备查。

5、根据医保药品目录，备齐备足药品，中药饮片达400多种，符合医保定点药店的要求，满足参保人员的治疗病需求。

6、为了保证药品质量，坚持从合法渠道购进药品，择优购进，从未销售假劣药品，并加强在库药品管理，防止药品变质失效，确保参保人员用药安全有效。

7、严格按照医保管理部门要求，从不利用刷卡、销售滋补品、化妆品及生活用品，从不利用刷卡为参保人员套取现金，从不虚开发票。

8、为了提高透明度，保证参保人员知情权，坚持明码标价，童叟无欺。如有价格变动及时调整，从而使广大参保人员的利益不受损失。

以上是本药房20xx年度医保工作的总结，如有不妥之处请指正。

**民政对象医保工作总结6**

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、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提高。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，每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作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承担性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实收费员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，收费员不仅代表着医院的形象，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春风的服务，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。

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，让我们全体职工全身心的投入到工作中去，

12年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，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褒奖；

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作；

3、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之处，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，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

**民政对象医保工作总结7**

为认真贯彻落实\_、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。

**民政对象医保工作总结8**

20xx年，我区城镇居民基本医疗保险工作在区委、区政府的领导下，在市人社局的精心指导下，突出宣传引导，合理分配力量，及时调度推动，取得良好地工作效果，全区本年度完成居民医保参保人数达到万人，100%完成任务。现将有关工作情况汇报如下：

>一、工作开展情况

1、今年3月份我区接到市人社局分配下来的目标任务后，立即着手分解目标任务，并在4月11日全区就业和社会保障会议上同各乡、街道签订了目标责任书，将目标任务分解、下达给各乡、街道，明确分工。每月全区就业和社会保障工作例会上，都会将民生工程，尤其是居民医疗保险工作作为重点，形成“一月一通报，一月一调度”的工作制度。

3、区人社局积极与区教育局和市征缴中心居民医保科联络、协调，督促辖区学校居民医保信息录入工作，保证了辖区学校学生信息及时、准确录入系统。

4、5月6日区人社局组织街道、社区居民医保工作人员参加了市人社局举办的居民医保业务培训，取得显著效果，提高了我区基层居民医保经办人员的业务能力、加深了他们对于居民医保政策的理解。

5、社区在平时工作积极与计生部门合作，并且主动上门服务，保证新生儿落地即参保,截至目前，我区已为606位20\_年新生儿办理居民医保业务。

>二、存在问题和工作亮点

现在城镇职工医疗保险、居民医疗保险和新农合已覆盖我区绝大多数的居民，新增参保人主要是新生儿和职工医保转居民医保的成人，今后再增加参保人数难度大。

>三、意见与建议

1、由于社区经办人员流动性大，建议增加对基层工作人员的培训次数。

2、由于辖区各学校经办人员一年只经办一次，并且是非专职人员经办，建议加强针对学校经办人员的培训力度。

3、现在是每年5月份启动居民医保业务经办，建议今后能讲启动时间提前。

**民政对象医保工作总结9**

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

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。

**民政对象医保工作总结10**

医院20xx年医保工作总结 不知不觉间20xx年已过半，这半年里在卫生局领导的关心和社 管中心的领导下,在有关职能部门和科室的协作下,XX 卫生院紧紧围 绕医保的工作重点和要求,全院职工以团结协作、求真务实的精神状 态,认真工作。现将半年医保工作情况总结如下: 一、领导班子重视 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。领导班子带头，各科室科主 任负责本科医保、农合工作的全面管理。 为使广大参保人员对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。二是抽出人员参加医保会议；以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 新的医生工作站，更规范、更便捷。并减少了差错的发生。 半年工作情况： 1、自20xx年12 月16 日起，截止至20xx年6 月15 日。我院上 传记录4753 笔，医保支付费用 元。挂号支付4398 元。在 已经结算的费用中无一笔拒付发生，医保病人门诊住院数据上传及时 准确，无垃圾数据反馈信息。 2、从开展工作至今院内医保系统运行正常，在医保单机不能正 常工作的时候，及

**民政对象医保工作总结11**

XX年，地区行政服务中心党支部在地委、行署及地直机关工委的领导下，以加强党的思想政治建设为重点，以提高支部党建整体水平为目标，充分发挥核心作用和战斗堡垒作用，群策群力，与时俱进，开拓创新，最大限度地调动党员干部的工作积极性和创造性，确保了党支部的建设工作有了新的发展，党员的综合素质得

到了新的提高。现将地区行政服务中心党支部XX年度工作情况总结如下：

一、抓好政治思想建设，进一步提高党员干部综合素质

今年，我中心党支部、把加强党员干部学习放在突出的位置上，目的是进一步提高党员干部的党性觉悟、思想水平和工作能力。中心党支部领导也始终关心全体党员干部的学习和进步，在不同会议上多次强调学习的重要性和必要性，并要求全体党员干部要以高度的责任感注重学习，勤于学习，善于学习，把学习始终作为我们服务中心工作的基础和起点。年初，我们印发了中心XX年度工作人员学习计划，每月确定一个重点内容，并提出精读，作笔记、谈心得三个基本要求。在具体措施上，一是抓好党课学习。全年我们已集中2次党课辅导，每一次内容都贴近时势，贴近中心工作，有针对性和教育性，这对我们党员干部理解党的政策方针，认识社会问题起到了一定的指导作用。二是抓好党员干部的业务知识学习。除正常安排党员同志参加有关的专业知识培训外，中心还组织人员自主授课，先后学习了《行政许可法》、《行政复议法》、电脑操作知识等。

二、充分发挥党员干部先锋模范作用，积极完成各项工作任务

三、加强党建制度和机关作风建设，推进中心各项工作

制度化、规范化今年以来，中心党支部认真贯彻执行党建工作的各项制度，努力完善和实施了“三会一课”制度、党员干部定期交心谈心制度、党员干部警示制度、廉洁自律制度、党员干部学习制度、党员考核评议等制度，使党内生活走上了制度化、规范化管理的轨道。XX年，我们着重抓好了如下制度的落实工作。一是坚持“三会一课”制度。利用“三会一课”制度，经常组织党员干部学习党的路线、方针、政策，时事政治和科学知识等，从而不断提高党员的政治觉悟和工作水平，为完成党的各项工作任务打好了坚实的基础。同时，为了使这项制度得到很好的落实，我们还不定期的进行了检查、督促，收到了很好的效果。二是坚持党费收缴管理制度。我们把党费的收缴管理工作看作是党的基层组织建设和党员队伍建设的一项重要工作。年初，我们把每个党员应交党费印成的明细表，并指定专人定期收缴，足额上交给地直机关工委。

三是坚持民主评议党员制度。通过对党员正面教育、自我教育和党内外群众的评议、考核，从而达到了激励党员、纯洁组织的目的，提高了党员干部的整体素质。

四、加强组织建设，进一步增强党支部成凝聚力和影响

第一、认真做好党建促工青妇工作。中心成立有工会妇委会，为了切实加强对工青妇工作的领导，党支部定期听取工青妇工作汇报，对其活动给予了支持，经费上进行帮助，注重工青妇活动与支部活动相结合。有效地带动了工会工作，青年工作、妇联工作的开展。

第二、开展丰富多彩、健康向上的文娱活动。在“五一”、“七一”期间举办了拔河比赛、趣味猜题、茶话会、演讲比赛等多种活动，进一步增强了支部的凝聚力和齐心力。

第三、注重党员干部党风廉政建设 ，确保党员队伍的纯洁性。廉洁从政，是对每一名党员的基本要求;严格自律，是每一位党员干部必备的基本素质。

XX年，中心党支部围绕经济建设中心，不断加强党的建设，取得了一定的工作成绩，但同时也发现我们的党务工作还存着一些不足，与上级的要求相比还有一定的差距，主要有以下几个方面的问题。一是党课的内容和形式比较单一，有待进一步改

进。二是因受条件限制，党员电教工作开展得还不够，党员电教碟片播放较少。三是各党支部开展活动较少。新的一年，我们将认真总结过去的经验得失，更好地发挥党支部的战斗堡垒作用和党员干部的先锋模范作用，开拓进取，为我区经济建设添砖加瓦。

**民政对象医保工作总结12**

20xx年在我院领导重视下，按照医保中心的工作精神，我院认真开展各项工作，经过全院医务xxxx人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成绩，现将我院医保工作总结如下

>一、领导重视，宣传力度大

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任xxxx人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

>二、措施得力，规章制度严

为使医保病xxxx人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病xxxx人住院须知，使参保病xxxx人一目了然。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。全面推行住院病xxxx人费用“一日清单制”，并要求病xxxx人或病xxxx人家属签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病xxxx人明明白白消费。

医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，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xxxx人。医院职工开展以文明礼貌，优质服务，受到病xxxx人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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xxxx人有无二证一卡，对不符合住院要求的病xxxx人一律不予收住。加强对科室收费及医务xxxx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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

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。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保中心的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务xxxx人员对医保制度执行情况，及时沟通协调，并要求全体医务xxxx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，xxxx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xxxx人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保xxxx人员提供了良好的就医环境。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，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xxxx人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

**民政对象医保工作总结13**

一年来在我院领导高度重视下，按照社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。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、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，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。

四是进一步强化责任，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，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。今年我院未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

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，为全市医保工作顺利开展作出贡献。四、下一步工作要点

1、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。

2、做好与社保局的协调工作。

3、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。

**民政对象医保工作总结14**

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。

**民政对象医保工作总结15**

为了进一步贯彻落实“三个代表”重要思想，加快建设“富裕XX、和谐XX”，着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题，进一步健全医疗保障体系，满足全县城镇居民的基本医疗保障需求，今年县委、县政府把建立“全县城镇居民医疗保险制度”列入我县八件为民办实事项目之一，按照年初制定的工作实施计划，加强领导，明确责任，精心组织，周密部署，抓好落实。到目前为止，全县城镇居民医疗保险各项工作进展顺利，并提前超额完成了预定的工作目标。下面将城镇居民医疗保险各项工作开展情况汇报如下：

>一、基本情况

1、调查和参保情况。为了进一步掌握全县城镇居民人员情况，我县组织人员利用9月份一个月的时间开展了入户调查工作。\_门户籍登记在册的城镇居民全县总共有118298人，截止到12月31日，已入户调查40115户，调查人数113709人，全县调查率达到;据调查统计，全县城镇居民中已参加职工基本医疗保险的有60712人，已就业未参加职工基本医疗保险的有8194人，参加农村合作医疗保险的有25599人，应列入城镇居民医疗保险参保范围的有23793人，截止到12月31日，已参加城镇居民医疗保险的有16876人，参保率已达到70、93%。

2、系统软件开发情况。自10月31日通过定向招标的方式由XXX新恩普公司承担城镇居民医疗保险软件开发项目后，组织人员经过一个多月紧锣密鼓的努力后，已顺利完成了需求调研、软件开发、医院(药店)接口改造、功能测试等项目内容，20XX年1月1日系统已顺利切换上线进行运行。

>二、城镇居民医疗保险工作实施情况

(一)加强调研、仔细测算，出台了实施办法和配套政策。城乡居民医疗保险在县委县政府的重视下，从今年4月份开始历时5个月，组织进行了考察学习、数据分析、测算论证工作，制定了实施方案，广泛听取各方意见，先后召开居民、社区代表、有关部门座谈会，经县政府研究通过。20XX年8月29日，XX县人民政府印发了《XX县城镇居民医疗保险实施办法(试行)》(X政发[20XX]44号)、XX县人民政府办公室转发了《XX县城镇居民医疗保险实施细则》(X政办发[20XX]115号)、XX县城镇居民医疗保险工作领导小组印发了《XX县城镇居民医疗保险工作实施计划》(X城居医[20XX]1号)、XX县劳动和社会保障局印发了《XX县城镇居民医疗保险未成年人补充药品目录》(X劳社医[20XX]81号)等文件，为我县城镇居民医疗保险制度顺利实施提供了有力的保障。

(二)加强领导、精心组织，确保了工作的正常开展。

我县城镇居民基本医疗保险工作主要分四个阶段实施，一是组织准备阶段(6月1日—8月30日)，主要是成立城镇居民医疗保险领导小组及办公室，出台《XX县城镇居民医疗保险实施办法(试行)》及配套政策，建立工作考核制度，落实经办机构、人员、经费、场地、设施;二是宣传发动、调查摸底阶段(8月31日—9月30日)，主要是召开全县城镇居民医疗保险动员大会，对城镇居民医疗保险相关业务经办人员进行培训，全面开展入户调查摸底工作，完成城镇居民医疗保险软件开发和硬件的调试工作;三是资金筹集及参保登记工作阶段(10月1日—11月30日)，主要是收取个人缴费资金，参保登记造册，收集参保资料;四是总结完善阶段(12月1日—12月31日)，主要是完成《XX县城镇居民医疗保险证历本》和《XX县城镇居民医疗保险IC卡》的制作和发放，对各乡镇及相关部门进行工作考核，召开总结表彰大会。自8月31日召开了全县城镇居民基本医疗保险工作动员大会后，各乡镇(开发区)和教育部门按照会议要求都及时召开了工作动员大会，成立了工作领导小组，并制定了详细的工作推进计划，确保工作的正常开展。

(三)研究对策、克服困难，提前完成了年初预定的工作目标。

1、入户调查工作。

为了摸清全县城镇居民的基本情况，为下一阶段城镇居民参保收费工作打下良好的基础，全县开展了城镇居民入户调查工作，只用了一个月时间就完成了入户调查摸底工作，基本做到了纵横到底，横向到边。在这次入户调查摸底工作过程中，面对任务重、时间紧、人手少等实际问题，为了更好地做好这项工作，各乡镇(开发区)积极克服困难，及时调配人手，像武康和新市镇针对人手不够，就临时聘请了调查人员，做到一人负责一组;洛舍镇和禹越镇在入户调查的同时，就确定了参保人员的名单，并收取了参保居民个人应缴纳的费用，达到了工作提早完成的目的。据调查统计，全县共入户调查40115户，城镇居民总人数113709人，入户调查率达到。

2、参保登记和收缴工作。

(1)积极化解予盾，为资金筹集及参保登记工作创造有利条件。由于城镇居民医疗保险工作是一项全新的工作，经常会遇到一些这样或那样的新问题，为了确保工作的顺利推进，\_门经常组织人员到各乡镇、街道办、社区(居委会)了解情况，及时掌握新问题，并抓紧进行专题研究，帮助他们解决了许多实际问题：一是针对社区(居委会)人手少的现状，根据筹集标准特别印制了面值100元和80元的手撕票据，免去了在收取个人保险费时手工开票据的工作环节，大大减轻了他们的工作量;二是由于城镇居民在参保时是以现金形式缴纳个人保险费的，为了避免情况发生，\_门特向信用联社借了几十台新的验钞机发给社区(居委会)，解决了经办人员的后顾之忧;三是为了进一步方便城镇学生的参保登记，委托教育部门对规模较大，城镇居民学生集中的学校，实行以班为单位进行城镇学生的医疗保险参保登记和保险费的收缴，取得了很好的效果。

(2)提高服务质量，有效提高了广大城镇居民的参保积极性。由于城镇居民人员分散、情况复杂，为了有效推进参保工作，首先针对经常在外务工不便联系的城镇居民，采取先动员后用邮寄的方式尽可能的让其参保;其次针对特别困难家庭没有列入低保对象的，则帮助反映到民政部门积极做好救助工作;再次针对部分城镇居民由于生活水平较低和参保的相关资料一时无法提供齐全等原因造成参保积极性不高的情况，提供免费拍照等一系列相关服务措施，尽可能简化参保手续，为他们带来快捷、便利;最后，针对多次通知仍不来办理参保的居民进行上门动员，直接在居民家办理参保登记手续。通过以上一系列的做法，使城镇居民从心理上“要我参保”转变为“我要参保”，由自发变自觉，由被动变为主动，从而提高了他们的参保积极性。

3、卡、证制作和发放工作。

由于城镇居民医疗保险系统软件信息输入和卡证制作模块到12月中旬才基本开发完毕，为了确保16876名参保人员能够在20XX年1月份能够刷卡就医，我们把这项工作作为当前头等大事来抓，组织全体工作人员进行分工协作，利用休息时间加班加点，在最短时间内完成了参保信息资料的核对、输入、照片扫描、证卡制作，并将制作好的卡证按乡镇(开发区)社区(居委会)进行了分类后，再及时的发放到各乡镇(开发区)，目前16876张卡证已全部发放到每位参保人员手中。在发放的同时进一步做好政策宣传工作，正确引导参保居民能够按规定就医配药。

(四)广泛宣传、营造氛围，有效地推动了工作的顺利实施。城镇居民医疗保险是一项新的制度，为了使广大城镇居民更好地了解这项制度，从而能够支持这项制度的实施，一方面利用各级宣传媒体，采取多种宣传手段，大力开展城镇居民基本医疗保险政策宣传，《今日XX》、电视台都进行了详细的连续报道;另一方面\_门专门印制了10万多份政策宣传资料，组织人员向广大城镇居民进行发放，确保每户一份宣传资料;另外，还通过教育部门组织学校将参保缴费通知书和宣传资料下发到了每一位城镇在校学生手里，取得良好效果。同时，为了确保这项工作能够顺利实施，\_门组织人员还对各乡镇、街道、社区经办人员进行了业务培训，使经办人员讲得清道理、说得出好处，通过他们入户和居民面对面的详细讲解，使广大城镇居民进一步了解了政策;最后，还在主要街道、集贸市场、学校门口和居民小区入口悬挂了144条宣传横幅，进一步扩大了影响，营造了良好的氛围。

>三、存在问题

(一)乡镇(开发区)反映的主要问题。在前期工作开展过程中，各乡镇(开发区)存在的困难主要集中在以下几个方面：

1、任务重，时间紧，致使工作很难做到位。主要体现在入户调查工作方面，由于全县入户调查工作一个月时间，在调查过程中，大量存在城镇居民长期在外、集体户、房子已转卖等户在人不在无法联系的情况，对调查工作带来很大困难，也影响了调查的准确性。

2、人手少，经费缺，致使工作很难做到位。由于社区(居委会)本身人手少，除了做好其他工作外，又增添了这项新工作，社区(居委会)经费又紧张，无能力聘请其他人手帮助，依靠现有的人手已无法承担现有的工作量，大部分工作都是利用晚上时间靠加班加点来完成，致使工作无法做细做全，从而间接影响了工作的质量。

(二)参保对象比较复杂，缺少抓手，从而会影响参保率。

一是城镇居民医疗保险在收取个人缴纳的保险费时不像农村合作医疗可由村集体代扣代缴，而是直接向城镇居民个人收取，缺少有效地抓手;二是城镇居民医疗保险是尊重群众意愿，坚持自愿的原则，以户为单位可自愿参保，往往造成年老多病的人先参保，年幼身健的人不愿意参保，其中前部分人只占应参保人数的，而后部分人占了应参保人数的，其他在劳动年龄段未就业的占了33%。以上因素都会直接影响到参保率。

(三)在校学生基本上都已参加了商业平安保险，再要求参加城居医疗保险难度很大。

一直以来，全县各类学校的在校生由学校组织统一参加了商业平安保险，可享受意外伤害医疗、疾病医疗和意外身故方面的待遇，一般每年9月份在开学时就统一办理参保，参保有效期为一学年。由于今年我县的城镇居民医疗保险参保登记工作是从10月份开始的，在时间上比商业平安保险晚了一步，因此，很多学生都不愿重复参保，从而影响了参保率。

>四、采取的主要措施

(一)加强对居民医疗保险工作的领导。

县委、县政府对城镇居民医疗保险工作的实施十分关心，县长王勤对此项工作多次听取汇报，并做出重要指示;为了加强对城镇居民医保工作的领导，加大推进力度，县政府于5月份，成立了以劳动保障分管县长陈偌平为组长、市直有关局委领导为成员的领导小组，领导小组下设办公室，由主管分管局长任办公室主任，负责全县的组织实施工作。

**民政对象医保工作总结16**

>一、努力学习，提高素质，为做好本职工作打下基础。

一个人不论干什么工作，处在什么位置，都必须把学习放在首位。只有不断加强学习，提高自身的政治、业务素质，才能做好工作。几年来，我始终坚持学习党的路线、方针、政策，积极投入到“先进性教育”等主题学习教育活动中去，先后参加了两期县委组织部举办的“青年干部培训班”，并取得了优异的成绩，还曾两次下派到乡镇接受基层锻炼，撰写了万余字任职报告《我县农村经济发展的必由之路》，得到各级领导的表扬，报考了中央党校函授本科班，取得了中央党校本科毕业证书并被评为“优秀学生”。

在不断提高自身政治思想素质的同时，我还抓紧时间学习业务知识，提高自己的业务水平，我认真学习医疗保险各项政策法规和规章制度，阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，增强自身业务能力，熟练掌握工作业务流程每个环节，经过几年来的不懈努力，我具备了一定的理论文化知识和专业技术知识，积累了一定的工作经验，政治业务素质得到了全面提高。

>二、爱岗敬业，扎实工作，全心全意为参保职工提供服务。

从事医疗保险工作期间，我积极参与了医保中心的筹建工作，参加了调查、测算和宣传动员及相关配套文件的制定实施，负责综合股以来，我积极做好本职工作，认真完成基本医疗保险的扩面和基金征缴工作。一是做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员参保；二是发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续；三是接待来信来访，提供咨询服务；四是积极主动与地税、财政等单位密切联系，开展基金征缴工作，定期与财政、银行、地税等单位核对征缴数据。目前，我县参保人数已达余人，大大超过了上级下达的扩面任务，每年的基金征缴率都在95以上，各项工作都能够顺利完成，获得了领导和同事的好评。

在工作和生活中，我始终严格要求自己，发挥党员先锋模范带头作用，一贯保持着\_员应有的道德品质和思想情操，强化廉洁自律意识，加强自我约束能力，积极投入警示教育活动中，时时自律、自警、自励、自省，从讲学习、讲政治、讲正气的高度，树立正确的世界观、人生观、价值观，强化法制观念，提高政治素质，踏踏实实做事，老老实实做人，切实转变工作作风，内强素质，外树形象，在广大参保职工和社会各界面前树立了良好的医保形象，同时努力做到尊敬领导、团结同志、关心集体、服从组织，与时俱进、开拓创新。

几年来，我虽然取得了一定成绩，但在工作和学习中也存在着一些缺点和错误，如工作中有时出现求快失稳，学习上不够高标准、严要求等问题，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。今后，我将进一步加强学习，提高工作能力和水平，努力争取工作学习更上一层楼，为更好地完成本职工作打下坚实的基础。

**民政对象医保工作总结17**

我院20xx年度的医保工作在院长的领导下，由业务副院长直接分管、协调我院的医保工作。根据年初与州医保中心签订的协议，我院认真贯彻和落实相关的政策、法规和州医保中心的相关规定，加强督促和检查，认真做好医保工作，让就诊患者明明白白消费，切实保障广大参保人员待遇，促进社会保障和卫生事业的共同发展。现将20xx年度我院的医保工作总结如下：

>一、 管理工作

1、在分管副院长的直接领导下，设医保办公室对院内医保政策、法规的执行情况进行督促检查，配合各医保中心做好服务管理工作。

2、建立健全了医保工作管理制度，医疗工作制度和相关工作制度，建立首诊负责制度，转科、转院制度等相关的核心制度。建立精神科临床路径，以科学化的临床路径管理入院患者的治疗、康复工作。建立一日清单制度，让住院患者明白自己每一天的治疗情况、费用支出情况。但由于我院住院患者的特殊性，清单患者不易保管，所以我院根据患者及家属的需要提供一日清单或汇总清单，对于此制度的执行情况得到患者及家属的理解，全年无此类投诉发生。

3、经常深入门诊、收费室及各临床科室督促检查收费情况和对医保政策的执行情况，对用药是否合理、检查是否合理、治疗项目是否合理进行检查，发现问题及时纠正和处理。对住院的参保人员，坚持不使用超出目录范围的药物，如果病情特殊需要使用的，必须向患者或者家属说明情况，得到患者和家属的同意并签字确认后方能使用。与患者家属无法未得联系的，因病情需要使用特殊的治疗、药物的，科室向医务科、医保办报告，得到批准后方可使用。全年未发现有不合理用药、检查、收费的情况，能严格执行医保相关政策。

4、严格执行出、入院标准，认真执行门诊首诊负责制，全年无推诿、拒收病人的情况，无不正当理由将患者转院、出院的情况发生。认真核对就诊患者提供的《社会保障卡》与其身份是否相符，就诊患者是否按规定参保，全年所有住院患者均按实名住院，没有出院冒名住院的情况。

5、全年办理职工医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。办理居民医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。

6、严格按医保相关政策对职工、居民医保门诊慢性病进行现场报销。

7、严格执行物价政策，全年无发现违反相关价格政策，私立项目收费、分解项目收费、超标准收费的情况。

8、 每月按时做好医保申报表，及时报送相关部门，督促财务人员按时申报兑付医保资金。

>二、宣传工作

1、遵守医院的各项规章制度，及时传达省州有关医保的政策、法规。与中心机房沟通后，将医保相关政策及收费项目、收费价格在电子大屏幕进行公示，由原来的厨窗式公示模式改进到电子化大屏幕公示，及时更新及增减内容，利用公示屏的宣传，主动接受患者及家属的监督，让来就诊和住院的患者、家属明白相关的政策、规定，使患者能够及时了解相关信息，明白我院收费及医保工作管理情况。

2、每月一次组织学习新的医保政策，对州、市及和县医保中心反馈回来的意见进行通报，落实整改。通过通报各科室对医保、新农合政策执行情况所反映出来的问题，有效地制止了医疗费用过快上涨的势头。

3、门诊部设立了导医咨询台，负责指导和帮助患者就诊。并在收费室及住院部醒目位置设立医保意见箱，主动接受患者及家属的监督和投诉，全年共开箱检查12次，未接到与医疗保险相关的投诉。

4、热情接待患者及家属的来访、咨询，认真进行讲解和处理，不能处理的及时向领导汇报协调有关部门给予处理。遇特殊情况时，及时与医保中心取得联系，及时沟通，

避免误会，确保问题得到合理、及时的解决，保障患者能得到及时、有效的治疗。

5、深入科室，了解医保政策执行情况，认真听取医务人员及患者的意见，及时分析做好反馈，做好各个环节的协调工作，积极争取更好的优惠政策，更好的为患者服务。

>三、其他工作

1、按时上报上年度职工工资情况，以便州医保中心核定当年的医疗保险缴费基数，并及时申报新进人员及退休职工医疗保险变更情况和办理相关手续。

2、配合州、市医保中心完成临时性的工作，及时将有关部门的文件精神和政策接收、传达并落实。

3、严格执行《xxx人力资源和社会保障局关于进一步完善城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病慢性病管理工作的通知》（xx）［20xx]1５号）规定，及时测试医保收费系统，并于20xx年1月1日开始执行特殊疾病、慢性病即时结算工作。

**民政对象医保工作总结18**

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

社区党委、政府立即召开党政联席会，经过研究决定成立了\*\*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，社区党委、政府不断加大宣传投入，并利用社区作为首要宣传阵地，设立政策咨询台，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，社区党委、政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。

**民政对象医保工作总结19**

今年以来我区医疗保险工作，在市、区的有关部门和领导的支持关心下，取得了一定的成绩，城镇医保工作进展良好，医疗救助工作全面展开，医疗保险做为社会福利事业越来越多地受到社会的普遍关注，医疗保险已构成社会保障的重要方面，而得到了社会的普遍认可。回顾5个月以来的工作，可以说是工作扎实，效果明显，群众满意，其主要工作完成如下：

1、开展了对参保资源的情况调查。按市局的有关要求，从今年4月份开始，我们对全区的各类人员参加各种医疗保险情况进行入户调查。通过调查，我们掌握相关业务的第一手资料的同时，也增加了全区医保工作人员的工作责任心和使命感。

2、开展完善医保经办管理办法征求意见活动。随着，医疗保险工作的不断深入，人们对医疗保险工作的要求与期望也愈加强烈。按市局的统一布属，我们与局领导先后四次到基层企业、街道走访调研，收集建设性的.意见有二十六条，改进工作方法和办事程序等方面的建议十三条，为促进基层单位和上级决策部门的工作改进提供了条件。

3、开展制定工作目标责任分解工作。为了更好地完成全年工作任务，我们将今年市里下达的78320人工作任务全部进行分解，制定责任工作目标下达到民政，教育局和各个街道办事处。做到责任落实到人，为确定全年工作任务完成打下了基础。

4、开展信访疑难案件调查处理工作和答复人大代表和政协委员提案议案工作，几个月以来我们先后与有关部门合作，妥善处理了世博集团，洮昌街道办事处、辽沈街道办事处等单位信访疑难案件。四次答复了人大代表和政协委员有关农民工参加医疗保险、困难企业职工参加医疗保险等方面提案议案。多次接待了大北、洮昌办事处和三产办等转属企业退休职工因医保问题，而引发的群体上访事件。

5、开展了医疗保险业务培训与宣传活动，为提高群众对医疗保险的认知和参与程度，较快适应新形势下的医疗保险工作的新要求，我们通过月例会和周检查等形式开展了有针对性业务培训活动，尽快提高工作人员的业务能力，通过发放宣传单，印制宣传标语，制作展板等形式，宣传新的医保政策，使群众对医保有了更深的了解。

**民政对象医保工作总结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，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。

**民政对象医保工作总结21**

>一、所开展的主要工作

（一）完成职能划转，加快角色转化

按照市机构改革工作总体部署，市发改委的医药价费管理职能和市卫健委的药品采购职能划转到我局。职能划转到科里后，科里严格对市发改委掌管的医药价费文件资料进行了接收，对划转的职能认真地学习研究，明确审批权限和管辖范围，进一步理清工作思路，为下一步科学管理医药价费和做好药品采购工作及指导各县区及医院的业务工作奠定了良好的基础。代太治和周丽敏这两名同志到科里工作后，积极适应新的工作环境，加快熟悉自身职责和科里工作职能，在工作中始终做到价费及药品采购工作与医保基金支付及参保人员承受能力通盘考虑，兼顾“医疗、医保、医药、医价”四医联动因素，较快地完成了角色转换。

（二）理顺垂直管理体系，建立顺畅的管理体制

省市县医保局相继成立后，我科就价费管理、药品采购、异地就医等医药服务相关职能与省价采处和医药服务管理处及各县医保、本级医疗机构进行了对接和沟通，对相关职责进行了明确，指定了负责人，建立了微信业务群，明确上下联系方式，促进了科学有效地管理。

（三）履行自身职责，高效办理本职业务

本级职能重要，自身职责重大，与医疗机构、人民群众的切身利益息息相关，容不得半点马虎。认真履行职责，高标准地完成工作任务。一是下发了《关于各医疗机构报送相关信息数据的通知》，对各医疗机构相关信息数据的收集、报送工作进行了安排部署和细化，整理归档一批系统完善的医疗信息数据，为价费、药采、医保的科学化管理提供了有力抓手。二是按省局要求申请上报了我市新增医疗服务价格项目，促进医疗服务水平的提高。三是跟踪我市跟进国家4+7药品集中带量采购运行后25种药品价格的管理工作，确保价格政策的贯彻执行，使人民群众用上质优价廉的药品。四是及时答复市长热线及群众的价费咨询事宜，为群众答疑释惑。上半年以来，共答复市长热线政策咨询6起，群众价费咨询10人次，均给予满意的解答。五是按照《河北省医疗服务价格改革数据调查通知》，组织各医院填报医药服务收费数据，向省局上报了各医院20xx年和20xx年收入情况、耗材收入情况，为年底调整医疗服务价格做准备。

（四）推动基本医疗保险支付方式改革，把更多救命、救急的好药纳入医保。一是完善制度体系。按照“以收定支、收支平衡、略有结合”原则，大力推行以总额控制为基础，按病种、按人均基金支出定额、按人头等多种方式相结合的医保支付方式改革。健全了基本医疗保险基金收支预算管理制度，完善了医保付费总额控制办法、与总额控制相适应的考核评价体系，严格执行超定额风险预警制度，全面提高医保基金使用效率。二是确定总额控制指标。根据定点医疗机构床位数量、医疗服务项目和服务能力等情况，结合人次均医保基金支出、转院率等指标，合理核定了定点医疗机构的年度总额指标，并按月进行月度分解定额结算。三是制定年度医保支付管控标准。严格按照“年终决算、超支分担、结余结转”原则，对各医院20xx年总额控制情况进行决算，研究制定20xx年医保支付管控标准,设定统筹内住院率、转诊转院率、百元医疗收入耗材占比等考核评价指标，并在定点协议中进行了明确；单独确定考核指标，防止医院年终推诿、拒收病人。四是协同推进医联（共）体建设。出台了《关于鼓励支持城市医联体建设、实行医保基金按人头打包支付的实施方案（试行）》，按照医保基金“总额控制、结余留用、合理超支分担”原则，根据参保人筹资金额，预留调剂金、风险金、大病保险基金、意外伤害保险基金等补充医保基金后，按月按人头打包支付给医联体单位，积极推动市中医院、双滦区人民医院、营子区第六人民医院、滦平县医院、隆化县中医院、隆化县医院及15家社区卫生服务中心（站）医联体建设。

（五）完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，推动跨省异地就医直接结算。一是夯实参保扩面工作基础。在经办机构开设税务缴费窗口，建立协同联动机制，确保征管体制改革期间征缴工作不受影响。通过优化参保缴费服务流程，延长参保缴费期延长等举措，引导城乡居民稳定参保。截至目前，全市城乡居民参保万人，参保率保持在96%以上，其中建档立卡贫困人口参保率达到100%。二是调整完善政策体系。出台了《进一步调整完善城乡居民基本医疗保险和大病保险政策措施的通知》，将城乡居民大病保险筹资标准由60元提高至75元，起付线标准下降到城乡居民人均收入的50%,报销比例提高至60%，进一步减轻大病保险和困难群众医疗负担。全面做好医疗救助对象的参保资助救助、门诊救助、一般住院救助、重特大疾病救助等医疗救助政策，确保困难群众及时便利享受基本医疗权益。同时进一步完善了医保结算系统，实现大病保险、意外伤害保险出院即时结算。截止目前，全市累计为万人次落实大病保险待遇亿元；全市享受意外伤害待遇万人次，支出基金亿元。三是有序扩大异地就医直接结算范围。在完善省异地就医直接结算系统的基础上，按照国家异地就医直接结算平台相关数据标准，对异地就医直接结算系统进行了升级改造，为纳入国家异地就医直接结算的定点医疗机构提供接口数据。截止目前，全市城乡居民定点医疗机构纳入省内及跨省异地就医结算平台达到60家（新增9家），每个县（市、区）至少有1家跨省定点医疗机构，实现跨区域就医结算“一卡通”；通过异地就医平台，全市累计为万人次落实医疗保障待遇亿元。

（六

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！