

# 最新乡镇医保零星报销工作总结优质

总结是对某一特定时间段内的学习和工作生活等表现情况加以回顾和分析的一种书面材料，它能够使头脑更加清醒，目标更加明确，让我们一起来学习写总结吧。那么，我们该怎么写总结呢？以下是小编收集整理的工作总结书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

## 最新乡镇医保零星报销工作总结优质篇一

到x月底止，全县已参加基本医疗保险的单位达xxx个，投保人数xxxxx人；参加大病互助的单位xx个，参保人数xxxx人；打入铺底资金的单位x个；已征缴基金万元，其中：基本医疗保险统筹基金万元，个人帐户基金万元，收缴率达xx%；大病互助金万元，收缴率为xx%；铺底资金万元。

据统计到x月底止，全县参保职工住院达xxx人次，基本医疗保险基金预计应支付万元，已支付万元，报付率达xx%；此外，有xx名患病职工进入大病互助金支付段，应支出大病互助金万余元，已支付万元。

到x月底止，基金收支在总体结构上虽然保持了“以收定支，略有结余”的平衡，但因其存储量的大幅降落，基金抵御突发风险的能力已被大大削弱。因此，下阶段的征缴工作必须有新的、更大、更快的进展，来增强基金的保障能力。

现有xxx名离休干部□xx名二等乙级以上伤残军人由医保中心代管。这部份人员的医疗费用由财政按xxxx元/人列入预算，半年经费为万元。截止到x月x日，我中心共代报xxx人次，共计元的医药费。目前，缺口的万元医药费暂未报付。

医保中心微机房经过紧张筹备，已把各参保单位xxxx年度的

业务数据及参保职工信息输入了数据库，更新了资料库，目前计算机网络系统功能均能正常运作，为医保中心各项制度的完善，各项机制的高效运作打下了一个好的基础。

为了加强与各定点医疗机构的交流，通过培训使之熟悉好我县相关的基本医疗保险政策，我们于xxxx年x月xx日至x月xx日在县九观桥水库宾馆举办了首届基本医疗保险定点医疗机构培训班暨xxxx年度总结表彰会。各定点医院均按通知要求派出了专职人员参加培训班，实到xx家医院共xx人。戴子炎副书记、曾副县长、旷助理调研员、市医保中心文主任也分别在会上发表了重要讲话。这次培训班是非常及时、必要的，也是富有成效的，我们以培训班交流学习的方式，既找出了现有差距，又找到了改进办法，为今后医保制度的规范运作树立了风向标。

各定点医疗机构都很支持医保的各项工作，有经济实力的医疗机构都按要求添置了计算机网络设备。现在可以与我县医保联网结算的医疗机构已达xx家。

为确保统筹基金用在“刀刃”上，坚决杜绝套取统筹基金的行为，有效遏制不合理医疗费用的增长，我们加强了监管和审查。由于我们基础工作到位，基本上杜绝了冒名顶替、套取统筹基金的行为，有效地遏制了医疗费用过快增长。在费用审核上，做到该支付的一分钱不少，该拒付的一分钱不给。由于我们工作人员严格执行政策，她们多次遭白眼、被谩骂、受委屈，但仍然以笑脸相待，耐心解释说明。正是源于她们的公正和无私，最终赢得了各定点医院和广大参保职工的理解与支持。

在县政府和财政的关怀下，医保经办机构工作人员的基本工资纳入了财政统发，解决了同志们的后顾之忧，大家都表示今后要更加努力工作，不辜负政府和人民对我们社保机构的关怀和厚望。

医疗保险制度改革是社会关注的焦点，为使医疗保险政策深入人心，我们坚持以舆论宣传为导向，并采取全方位、多形式的方法广泛宣传医疗保险政策。上半年，我们举办了医保知识竞赛，免费发放了《就诊需知□□□ic卡使用说明》、《医保快讯》等宣传资料各计万份。我们还通过《劳动与保障》的专栏节目大力宣传医保政策，增进了广大参保人员对医保工作的理解和支持，在他们心中逐渐树起了“xxx医保”优质服务的好形象。由于我们周到的宣传，过去对医保不满的、发牢骚的、讲怪话的现象逐渐少了，理解、支持的呼声高了。

## 最新乡镇医保零星报销工作总结优质篇二

### 1、开展统筹城乡居民基本医疗保险

试点工作。按照国家医改方案中关于探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度，并逐步整合基本医疗保障经办管理资源的要求，我市在苍溪县开展了统筹城乡居民基本医疗保险的试点，打破了城乡基本医疗保险二元制度模式，实现了城乡居民基本医疗保险制度和管理“两统一”，将城镇居民医保与新农合制度合二为一，不分城乡户籍一个制度覆盖，缴费三个档次自愿选择参保，按选择的缴费档次享受相应待遇。为便于管理，将原由卫生部门主管的合管中心、民政部门的医疗救助职能整体划转劳动保障部门，实现了城乡居民经办工作归口和统一管理。苍溪县统筹城乡居民医保制度在实施不到一个月的时间，全县城乡居民参保人数达73.9万人，为应参保人数的100%。城乡统筹后，城镇居民医保和新型农村合作医疗保险二合一运行过程中的矛盾和困难得到了有效解决。

2、开展建立为鼓励病人合理就医机制的探索。为建立鼓励参保病人“小病进小医院，大病进大医院”的就医机制，我市改以往按定点医院级别确定住院医疗费用报销起付线为按定点医院人均次、日均住院费用和2次以上住院率等因素确定起伏线的办法，其服务指标越高，起付线标准越高。这项机制

的建立可引导参保病员根据自身病情和经济状况选择定点医院就医，解决了过去“大医院人满为患，小医院无人问津”的现象，更加促进定点医院合理收费，提高了医疗保险基金的使用效率，市中心医院的次均住院医疗费用由年初12989元下降到年末7706元，降幅高达40.7%。

3、开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。为减轻参加城镇居民基本医疗保险人员的门诊负担，解决人民群众“看病难，看病贵”的问题，结合我市实际，积极开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。在不增加参保人员个人缴费负担的情况下，在城镇居民基本医疗保险筹资额中按照一定比例标准建立门诊统筹基金。参保人员在单次发生符合基本医疗保险报销范围的门诊医疗费用按照一定比例报销。医疗保险经办机构将参保人员门诊医疗费用按人头定额包干逐月拨付给参保人员所选择的定点医疗机构。

4、开展参保人员异地就医结算办法的探索。参保人员在本市范围内就医，出院时只结算属于本人自付的费用，其余属于统筹支付的费用，由县区医保局与定点医院按规定结算。实行这一办法，有效解决了参保人员异地就医垫钱数额大和报账周期长的问题，大大方便了广大参保人员。

5、开展关破集体企业职工基本医疗保险关系接续办法的探索。为妥善解决破产、撤销、解散城镇集体企业退休人员医疗保险问题，对有资产能够足额按省政府川府发〔19xx〕30号文件规定标准清偿基本医疗保险费的，按照统帐结合方式纳入城镇职工基本医疗保险；资产不能按川府发〔19xx〕30号文件规定标准足额清偿但又能按该文规定标准70%清偿的，可以按文件规定70%清偿后解决其住院医疗保险；没有资产清偿或虽有资产清偿但不足该文件规定标准70%清偿的，参加城镇居民医疗保险。在职人员在职工医保和居民医保中选择参保。

6、开展医疗工伤保险费用结算办法的探索。我们抓住医疗费用结算办法这个“牛鼻子”，在全市全面推行总额、指标、

单病种、人头等方式相结合的复合型付费办法，增加了定点医院的责任，提高了医疗、工伤、生育保险基金的使用效率，降低了医疗、工伤、生育保险基金支付风险，使医保基金支出的增幅比收入增幅慢14个百分点。

7、积极进行工伤保险监督管理新路子的探索。今年，针对少数煤矿企业招用矽肺病人，我们出台了招用工管理办法，其中规定在企业招用工前必须进行健康体检，从源头上堵塞了漏洞，效果明显。全市经体检共查处矽肺病人近80例，仅一次性待遇减少支出180余万元。

根据省医保中心《关于开展社会保险经办机构内部控制检查评估工作意见》的具体要求，我们组织以局长为组长，纪检员、党支部书记及各科室科长为成员的内部检查评估小组，开展了针对局内各科室及各县区医保经办机构内控建设的检查评估活动。检查评估主要涉及组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内部控制的管理与监督五个方面的内容。内控检查中发现了一些管理漏洞和制度缺陷，有针对性的提出整改措施。通过检查，进一步明确和完善医保经办机构的职责，优化业务经办流程和经办管理，有效地发挥了内控检查服务决策和促进管理的作用。

### 三、加强职工队伍建设，提高职工服务意识

我们以“创一流”活动为载体，以建设学习型、创新型和服务型单位为整体目标，以开展学习实践科学发展观活动为重点，努力加强职工队伍建设，不断提高职工服务意识和提升服务能力。通过开展理论学习，政策业务知识学习、综合技能知识学习、到煤矿井下体验生活与企业职工交心座谈等活动，提高了职工的业务素质、创新能力和服务意识。“创一流”活动中，我们组织各科室对业务流程、工作制度及服务承诺等内容进行考核，通过建立意见箱，接受来自社会人民群众的监督，更有力地促进了机关效能建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

## 最新乡镇医保零星报销工作总结优质篇三

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7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人x次，

审核医疗费用235.72万元，剔除不符合医保基金支出的费用56.17万元；审核定点单位联网医疗费用413443人x次，审核医疗费用7305.59万元，剔除定点单位不合理医疗费用29.04万元；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17.74万元；收回社会医疗救助券11.23万元；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、将非基本医疗保险基金支付范围的费用列入基本医疗保险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险基金，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。

## 最新乡镇医保零星报销工作总结优质篇四

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。

### 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98%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：

为了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：

为了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：

一、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。

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

三、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。

四、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。

五、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。

## **最新乡镇医保零星报销工作总结优质篇五**

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，配有兼职人员，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

显著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，只配有兼职人员，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。