

2023年医保年度工作总结汇报(优秀7篇)

总结的选材不能求全贪多、主次不分，要根据实际情况和总结的目的，把那些既能显示本单位、本地区特点，又有一定普遍性的材料作为重点选用，写得详细、具体。相信许多人会觉得总结很难写？以下是小编精心整理的总结范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

医保年度工作总结汇报篇一

努力学习，提高素质，为做好本职工作打下基础。我不断加强政治思想学习，深刻领会其科学内涵，坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。在不断提高政治思想素质的同时，我还加强学习业务知识，提高业务水平，认真学习各项保险政策法规和规章制度，阅读有关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，经过不懈努力，我积累了一定的工作经验，政治业务素质得到了全面提高。

爱岗敬业，扎实工作，全心全意为参保对象提供服务。在居民医保科工作期间，我积极参与居民医保付费总额控制工作，协助科长完成居民医保清算核对工作，认真热情接待来信来访，提供相关咨询服务。负责全县20个定点医疗机构的费用审核和监管工作，以饱满工作热情投入到局里组织的各项专项检查 and 交叉检查工作，为守护基金安全作出自己应有的贡献。

扎实投身党的群众路线教育实践活动。我积极参与每一次集中学习，做到不缺席，不迟到，不早退。围绕四风，对照《党章》，认真查找自身存在的问题，找准问题产生的根源，梳理列出问题清单，并逐条逐项予以整改，着力坚持。

回顾一年来的工作，我在思想上、学习上、工作上都取得了

很大的进步，成长了不少，但也清醒地认识到自己的不足之处，首先，在理论学习上远不够深入，尤其是将理论运用到实际工作中去的能力还比较欠缺；其次，在工作上，经验尚浅，情况了解不细，给工作带来一定的影响，也不利于尽快成长。

在以后的工作中，我一定会扬长避短，克服不足、认真学习、发奋工作、积极进取、尽快成长，努力完成好各项工作。

医保年度工作总结汇报篇二

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

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

审核门诊处方840张，其中：西药处方616张（7月-11月），不合格处方281张，修改西、成药处方189张，协助医生修改处方92份。审核中草药处方：442张（8月-12月），不合格处方178张，修改中药处方118张（一部分是无资质医生打印并

签字问题无法修改)。处方不合格原因有诊断与用药不符;用法、用量不符;总量超量;诊断名称错误;诊断不明确;无资质医生签字;医生的诊疗范围不符(超范围行医);使用其他医生工作站下达医嘱等,目前关闭了不合格的工作站,避免了违规操作。对于病历和处方审核需要花费很多精力,尤其是反复修改中需要有很强的耐心和细心,本部门的xxx不厌其烦,每次都会与临床医生做耐心细致的解释工作并做好记录,从无怨言。

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

品显现。

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

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

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

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

8、完善了诊断库的标准诊断名称，重新维护了三大目录库名称和医保编码。

9、门诊要有用药超量限制权限。门诊医生工作站打印处方时增加了错误提示窗口。

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

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

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

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

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

1 医保办需做出院患者的病案审核及清单核算，做到病程、医嘱、清

单及所有治疗、理疗单据相符，用药合理，自费部分有告知

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

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

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

20xx年以来，在做好内部医保工作的前提下，其中还有一部分是外部工作。

医保年度工作总结汇报篇三

一、主要表现

（一）认真学习，注重提高。

20__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，注意用自己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

20__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，20__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！

医保年度工作总结汇报篇四

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66.6%)，个人账户万元(占基金征缴的33.4%)，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

(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，20__年1月份新增特疾病号人，12月份底新参评人，通过人，通过率%(其中申报恶性肿瘤和透析的患者共有人，通过并享受的有人)。截至20__年底特疾病号固定门诊购药人。

(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。转外就医备案人员人，在职人，退休人。向省内转院的有人，向省外转的有人。

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，职工参保总人数是，其中缴费的只有人的在职职工(退休人员不缴费)，且退休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%，而统筹金支出却占基金总支出的%，且企业欠费、灵活就业人员、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

以中共中央、国务院新医改文件为指导，以《社会保险法》实施为契机，按照规范化、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。

医保年度工作总结汇报篇五

(一)明确责任，加强组织领导。医保工作作为最重要的民生工程之一，街道领导高度重视，成立了以分管领导为组长的医保工作领导小组，强化医保工作组织领导。科学分解目标

任务，明确各社区、各部门的工作职责，并签订目标责任书，将居民医疗保险工作纳入街道对社区和联系社区干部的综合目标考核，确保此项工作按计划有序推进。

(二)创新途径，注重宣传实效。一是扎实开展“三进”宣传活动，提高群众参保知晓率。安富街道积极组织各社区医保专干，针对不同参保对象的实际情况，制定和实施个性化宣传方式，扎实开展居民医保政策“三进”宣传活动(即“进街道、进社区、进家庭”)。二是床戏创新宣传途径，广泛发动居民群众积极参保。街道充分利用社区党员骨干、青年志愿者、老年协会、热心群众、居民健身队等人际脉络，采用群众喜闻乐见、通俗易懂的宣传形式，多途径、多形式大力宣传城镇居民医疗保险工作，如在街头闹市拉横幅，在街巷口、小区内宣传栏张贴参保通知，制作黑板报、电子广告屏、挨家挨户向群众发放宣传资料、节假日活动表演等方式，营造浓厚的医保政策宣传氛围，让广大居民深入了解城镇居民医保惠民工程带来的好处和实惠，引导广大居民积极主动参保。

(三)先行先试，化被动为主动。在参保护面工作中，

针对传统工作模式存在的局限性——坐等居民前来参保，街道劳保所大胆创新，力争化被动为主动，探索出一种全新的工作方式——“上门办理”参保。即摸清辖区内居民人口基数，初步掌握符合参保条件的居民人口结构，将低保户、残疾人等弱势群体作为居民参保工作的重点，有的放矢地督促指导各社区结合实际在永宁西村、金娟小区、火炬生活区、上坝棚户区等地，开展登门入户的方式为其讲解居民医保相关政策，办理医保参保手续，为弱势群体医保应保尽保拓宽了渠道，变被动登记为主动登记，在群众中树立了亲民、爱民的人性化服务口碑，取得良好效果。

(四)构建系统，提高办公水平。一是维护升级居民医疗保险网络系统。联系广电网络公司，借助网络信息传输优势，对社区居民医疗保险网络系统进行全面排查、维护、升级，确

保社区医保网络畅通，方便居民办理医疗保险；二是构建三级医保服务平台。建设区社保局、街道、社区三级医保服务平台，建立医保参保网络信息qq群，在线解答参保相关政策，及时公布医疗保险最新政策法规和工作进度，宣传基层参保先进经验，即时解答社区及居民群众参保办理程序和就医中出现的问题，实现医保工作渠道的多样化；四是加强业务培训，提升服务质量。街道组织社保专干进行业务知识和操作程序等技能培训，深入学习掌握政策标准、让每个经办人员准确把握政策、熟悉业务流程、提高服务质量。

二. 工作成效

按照区上的安排要求，从20____年我街居民医疗保险工作相继启动，到目前，我街5个社区全部实施，参保人数达到7761人，参保率达到96.25%。收缴医疗保险费49.6582万元。，享受医保待遇的达2279人次，支付医疗保险待遇29万元，医疗费报销比例平均60%以上，有效保障了居民的基本医疗需求，得到了广大老百姓的普遍欢迎和衷心拥护。我街居民医疗保险工作开局良好，基本建立起了科学合理的政策体系和运行机制，为全面建立城镇居民基本医疗保险制度奠定了较好的基础。

三、存在问题

城镇居民医保在实际工作中存在的主要问题有：一是政策宣传力度还不够大，群众参保意愿还需要引导；二是各社区参保进度存在差距，完成效率不一致；三是空挂户问题增加了工作难度。未参保人员按户口所在地的摸底统计数据中，包含了部分已未在户口所在地居住的居民，如上坝社区公正街、天新街已拆迁，纳溪酒精厂、农药厂、安富食品公司、航运公司、粮站等已改制、关闭、破产企业集体户居民，大部分居民已不在户口所在地居住和生活，难以联系，但户口仍未消除；四是医药费用报销制度亟待完善。部分居民参保后感觉报销程序复杂繁琐，纷纷抱怨，医药费用报销制度的不完善，

让医院与社保部门缺乏有效衔接，居民在报销医药费用的时候阻碍重重，使还未参保居民的参保信心大打折扣，在一定程度上影响了居民参保积极性。