

最新医保审核工作总结(通用9篇)

总结是写给人看的，条理不清，人们就看不下去，即使看了也不知其所以然，这样就达不到总结的目的。相信许多人会觉得总结很难写？以下我给大家整理了一些优质的总结范文，希望对大家能够有所帮助。

医保审核工作总结篇一

20xx年，我县城镇职工基本医疗保险参保人数达到25581人（其中：在职职工17480人，退休人员8101人），城镇居民基本医疗保险参保人数达到8246人（其中：未成年人和学生6100人，成年人1958人，老年人188人），生育保险参保人数17480人。收缴城镇职工基本医疗保险费6735万元、生育保险费347万元，收缴城镇居民基本医疗保险费604万元。城镇职工基本医疗保险基金支出6202万元、生育保险支出144万元，城镇居民基本医疗保险基金支出221万元。

一是不断提高自身的政策业务水平。我们除了利用工作间隙或业余时间不断学习医保相关政策法规，还多次抽调业务骨干走出去参加上级部门组织的学习、培训。随着大家政策业务水平不断程提高，发生误读政策规定的情况不断减少，面对群众和参保人员的咨询基本能够做到准确无误答复，在提高了工作效率的同时，更得到了他们的好评。

二是不断探索改进服务的方式方法。经办服务要做到“公正、便民、务实、高效”，但是仅仅做到这样还是不够的，还要讲究处理问题的方式方法，工作方法、服务态度避免呆板生硬，努力做到灵活生动，尽最大程度为他们服务。

医保工作涉及到广大参保人员的切身利益，必须在保证严格执行政策的前提下，实事求是，保证基金的每笔支出都符合政策规定。

一是提高风险意识，加强经办机构内部监督。信任不能代替监督，经办机构内部合理设置工作岗位，明确了各个工作岗位的职责，加强了各岗位间制约监督，降低了经办业务风险。

二是加强了对“两定点”单位的监督管理。按照《城镇医保定点医院管理制度》、《城镇医保定点门诊管理制度》、《城镇医保定点零售药店管理制度》及定点服务协议等管理、业务制度规定，规范其医疗服务行为，保证服务质量，提高服务水平作出了具体要求。

三是加大对转外地就医人员的监督检查力度。由于医疗条件所限，有些疾病市内不能确诊或治疗，需要市外就医，对于这种情况我们很难做到及时有效的监管，个别参保人员趁机骗保，导致医保基金遭受损失。

医保审核工作总结篇二

一、定期进行政策宣传

1、对医护人员进行医保政策宣传，及时传达新政策。 2、定期对医护人员进行医保工作反馈，让医护人员知晓社保处审核过程中发现的有关医疗质量的内容。

二、强化业务培训

1、组织对相关医护人员进行业务培训，要求医护人员全面掌握医保政策、制度。

2、加强医保管理科内部培训，业务骨干必须懂政策、懂管理、会操作，以适合基本医疗制度建设的需要。

三、提供优质化服务

1、建立科学、合理、简便、易行的结算工作流程。 2、制定

相关医保流程图，并上墙张贴。

3、强化服务台工作服务礼仪及医保政策的宣传。 四、加强监管力度

1、完善制定医保管理处罚制度。

2、定期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。

3、定期考评医疗保险服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）。

4、加强对农合医保工作的日常检查：

（1）加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，征求病院意见及时解决问题，查有无挂床现象，有无冒名顶替现象。（2）加强医保普通住院患者费用控制，进一步加强医保处方管理，杜绝出现不合理处方。特别加强对于抗菌药物的合理应用，切实降低住院病人的次均费用。

（3）加强对科室的病历书写质量要求，减少在收费和记账工作中存在错误的可能。

（4）规范医务人员诊疗过程，做到合理检查，合理用药，合理治疗，让患者满意。发现不合理之处及时交责任医师进行修改。

5、按照上级医保部门的政策做好医保患者人次均费用、目录外指标的管理掌控，做到“三合理一满意”保障农合、医保病人的切身利益。

五、加强与人社局社保处联系沟通 1、政策、业务事项多请示，多学习。2、方针、政策及要求及时、认真落实。3、各

项知识认真执行。

医保审核工作总结篇三

根据教办[20xx]6号文件及《合肥市医疗保险管理中心文件》合医管[20xx]19号文件精神规定，大学生普通门诊医疗统筹资金实行学校包干使用办法。各地大学生参保工作启动实施后，医疗保险经办机构应将大学生普通门诊医疗统筹资金按时足额拨付高校。我校根据规定，结合自身实际，制定了大学生普通门诊就医管理和医疗费用使用的具体办法，报统筹地区劳动保障、财政部门备案，指导督促定点医疗机构切实管好用好大学生普通门诊医疗统筹资金，确保专款专用，确保参保大学生有效享受普通门诊医疗待遇。同时，积极接受劳动、财政、审计等有关部门的监督。对当年度发生超支并由上年度门诊统筹结余资金解决后仍然超支、需由大学生基本医疗保险住院及门诊特大病统筹基金予以分担的，我校会申请报统筹地区劳动保障和财政部门审核认定后拨付。但其中也不乏存在一些问题有待解决。大学生作为一个特殊的群体，目前仍享受系统的公费医疗制度。大学生公费医疗制度是从1953年开始实施的。大学生公费医疗经费是由国家和各级财政预算拨付，医疗经费经历了几次调整，目前的标准每生每年35元，但是随着高校的扩招、医疗技术的发展及提高、恶性疾病低龄化和贫困大学生的增加，加上财政医疗拨款不到位导致在校大学生的医疗经费拨发越发显得不够，各高校普遍存在着医疗费用超支，严重影响了大学生的医疗服务质量和大学生的生活及水平，甚至影响了学校的正常教学水平。

我校参保大学生可以在全市64家城镇居民定点医疗机构任意选择就诊。在非城镇居民定点医疗机构发生的住院医疗费用，医保基金不予报销。因病需要住院治疗的，应持本人身份证到本市城镇居民基本医疗保险定点医疗机构就医。不在定点医疗机构住院治疗的，或不持身份证住院的，发生的医疗费用基金不予支付。在校期间住院和门诊特殊病治疗的费用，属于个人应承担的费用，由大学生支付给定点医疗机构；属

于基金承担的费用，由市医疗保险经办机构审核后及时支付给定点医疗机构。在异地住院（包括转往异地住院、异地急诊抢救住院，实习、寒暑假、休学等不在校期间因病在当地住院），先由个人或学校全额垫付住院医疗费用，出院后两个月内，由所属高校凭转院申请、出院小结、异地住院医院的住院费用结算清单、住院医疗费发票单据和高校证明等材料，到市医疗保险经办机构结算□20xx年度已参保的在校大学生，自办理入学手续之日起至20xx年6月30前所发生的符合基本医疗保险范围的住院医疗费用，由各高校负责于20xx年8月1日前统一到市医疗保险管理中心办理报销手续。从20xx年7月1日起，参保学生住院医疗费用在定点医疗机构结算。

大学生基本医疗保险参保情况□20xx—20xx年度全校人，参保人□20xx—20xx基金的收支情况，基金支出：普通门诊实行学校包干使用，每生每年30元的标准拨付高校包干使用。住院，三级医院基金支付比例70%，二级医院基金支付75%，一级医院基金支付80%，异地医院基金支付70%，特殊病门诊治疗个人承担30%，基金承担70%基金结余元□20xx—20xx年度全校人，参保人□20xx—20xx年度基金收支情况，基金支出：普通门诊实行学校包干使用，每生每年30元的标准拨付高校包干使用。住院，三级医院基金支付比例70%，二级医院基金支付75%，一级医院基金支付80%，异地医院基金支付70%，特殊病门诊治疗个人承担30%，基金承担70%基金结余元□20xx—20xx年度全校人，参保人□20xx—20xx基金收支情况，基金支出：普通门诊实行学校包干使用，每生每年30元的标准拨付高校包干使用。住院，三级医院基金支付比例70%，二级医院基金支付75%，一级医院基金支付80%，异地医院基金支付70%，特殊病门诊治疗个人承担30%，基金承担70%。基金结余元。

伴随着高校招生人数的扩大，大学生群体越来越庞大，大学生作为未来事业的建设者，其医疗保障情况如何，不仅直接影响到在校期间的学习、生活和身体发育，而且对将来的工

作也必然产生不可忽视的影响。据调查了解，将近一半以上的大学生对公费医疗保障制度漠不关心，不知道自己所在学校的医疗保障形式，对保障项目不清楚，嫌报销手续过于麻烦，对校医院的服务不满意等，总之目前高校医疗保障制度实施状况不是很好，大学生一方面渴望方便快捷，保障全面的医疗保障制度，另一方面由于宣传不到位，学生对医疗保险了解度不够，高校医疗保险制度不够健全，应尽快建立社会、商业和大病救助基金相结合的三位一体的大学生医疗保障制度——以社会基本医疗保险为主，商业保险为辅，大病救助基金为补充的大学生医疗保障体系。

合肥信息技术职业学院

20xx年11月2日

医保审核工作总结篇四

太原市医疗保险管理服务中心：

严格遵守国家和省有关社会保险的法律、法规及文件规定，做到诚信申报、依法缴费，所有申报的数据和资料真实、准确、完整。切实维护职工的合法权益，如有瞒报、漏报、少报缴费基数、缴费人数，我单位承担由此引起的全部经济的法律责任。

本承诺书签署后即刻生效。

法定代表人（签章）（单位签章）

年 月 日

医保审核工作总结篇五

一是加强学习，不断增强本所人员的素质，能够熟练地掌握

和运用医疗保险知识，准确理解和执行有关政策，医保工作计划。二是树立好形象。增强工作责任心，实事求是，不谋私利，笑脸迎人，秉公办事，不断提高办事效率。

以优质的服务，热忱的态度取得各社区居委会的支持和理解，加大宣传力度，引导广大居民关心医保工作，使大家明白只有尽了缴费义务，才能享受医保权利。争取在2月底全面完成城镇医疗保险费征缴工作，同时做好参保人员的名册登记。

坚持“以人为本”，认真做好票据的收集和审核工作，做到应报尽报，同时确保将报销费用及时发放到居民手中，让参保者能最快拿到医药报销费用。

一是撰写新闻稿件，充分利用各种渠道宣传工作动态；二是组织一些通俗易懂，群众喜闻乐见的宣传活动，大力做好居民的宣传工作，使医保的宗旨和政策家喻户晓，争取最广大居民的理解和支持。

我们相信，在区政府的高度重视和支持下，在区医保主管部门的指导下，在有关部门密切配合下[]20xx年的各项工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我街医疗保险事业的新局面。

一、推进我市医疗保险制度改革

（一）提高职工医疗保险统筹层次。根据《江门市城镇职工基本医疗保险市级统筹工作方案》的部署和要求，做好城镇职工基本医疗保险市级统筹的政策解释和宣传工作，完善市级统筹后医疗保险相关经办流程，简化办事程序，工作计划《医保工作计划》。

（二）推进医疗保险城乡一体化工作。做好新农合移交前后经办管理工作的衔接和医疗费用结算工作，以确保参保人医疗待遇不受影响。

（三）落实城乡医保普通门诊统筹待遇。做好城乡医保普通门诊统筹的实施工作，推进普通门诊即时结算，方便被保险人。

二、完善各项经办业务管理

（一）统一医保业务经办规程。配合我市医疗保险一系列的改革，制定全市统一的医疗保险待遇给付经办规程，规范业务环节，明确各环节的标准与要求，使各级经办部门职责明确，业务处理连贯，权限分配适度，制约监督平衡，内控严密安全。

（二）完善定点机构协议管理。完善我市医疗保险定点服务机构协议管理制度，加强对定点机构的日常巡查工作，提高定点医疗机构和定点零售药店医疗保险服务质量。

（三）实现异地就医即时结算。结合省异地就医医疗费即时结算试点城市的要求，做好市外异地医疗机构纳入定点医疗机构管理工作，与省异地就医结算系统联网，解决参保人员异地就医结算问题。

（四）完成药品目录更新工作。根据省厅实施基本医疗保险和工伤保险新药品目录的要求，组织各级经办机构与医保定点机构完成新药品目录的对应，做好新目录实施工作。

（五）实施国家基本药物制度。结合医疗体制改革方案的实施，根据省实施国家基本药物制度的要求，研究制定基本药物零差价补偿方式并开展相关工作。

三、提升统筹城乡的医保管理能力

（一）按我市医保城乡统筹的管理模式，合理配置医疗保险管理经办人员，制定科内轮岗机制，明确岗位职责，进一步优化经办人员结构，调动工作人员积极性、提高管理水平。

（二）加大对经办人员的培训，组织学习社会保险法和我市医保改革系列政策法规，进一步提升经办人员的业务素质和管理水平。

医保审核工作总结篇六

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌和江苏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。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》以及从业人员的执业证明。

三、我店已通过省药监局《药品经营质量管理规范gsp》认证，并按要求建立健全了药品质量管理领导小组，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，使医保定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，规范医保定点经营行为，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。那些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，医保定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。

医保审核工作总结篇七

2017年，我县的医疗保险工作在县委、县政府和上级主管部门的领导下，坚持“三个代表”重要思想和科学发展观为指导，认真贯彻落实上级有关医疗保险的文件精神，与时俱进，开拓创新，努力构筑多层次的医疗保障体系，以完善制度、扩大覆盖面为重点，以强化管理、优化服务为手段，为保障广大参保人员的医疗待遇，维护社会稳定，促进我县各项事业的全面、协调、快速发展，取得了一定的成效。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单2000多份、《健康之路》刊物3000多份，同时，还通过上门服务、电话联系、实地走访以及召开座谈会等形式进行宣传，取得了较好的效果；截止11月底，全县医疗保险参保单位210个，参保人数7472人，完成市政府下达任务的104%，其中：企、事业和条块管理参保单位39个，参保人员1211人。

我县坚持“以人为本”的科学发展观，加大工作力度，已初步构筑了多层次的医疗保障体系：一是从2017年7月起全面启动了全县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位

人员的医疗待遇有了明显提高;二是出台了《x县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题;三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，在全市创新地出台了《x县重点优抚对象医疗保障实施办法》(试行)，对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续，使他们享受了“三重保险”;城镇户籍的重点优抚对象，按基本医疗保险的有关规定办理，337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

我县基本医疗保险基金总量小，参保人员少，只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫，才能确保基金的安全运行：一是建立了定点机构信用等级评议制度，出台了《x县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法》，客观公正地对定点机构实行信用等级管理，建立了准入退出机制，引导其恪守诚信、规范运作;二是加强了医疗费用的报销管理，出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》，同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程;三是通过建立“四项制度”，做好“五项服务”等措施，强化了医疗保险服务意识，转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。“四项制度”是：社会监督员制度，聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员，进行明察暗访，主要监督贯彻医保政策、“两个定点”机构及经办机构的服务质量是否违规等;定期通报制度，在醒目地段定期公布各网点主要药品价格、住院人均费用、药品费用、自费费用等;定点机构联系会议制度，召开定点机构座谈会，定期通报医保信息，采取各种方式，加强沟通，保证参保人员的切身利益;审计公开制度，定期请审计、财政部门对前期财务进行审计，发现问题及时纠正，保障医保基金的正常运行。“五项服务”是：即时服务，公开医保政策咨询电话、个人账户查询电话、开通触摸屏，做到随时查询各项数据;上门服务，对有意参保单位、个人和定点医疗机构，将上门做好各项工作;异地服务，通过医疗保险网

络的服务功能，采用灵活的方式，对参保人员实行异地托管等，方便参保人员就近就诊；日常查访服务，不定期进行住院查访服务，把各种医保政策向住院患者宣传，纠正违规行为；监督服务，通过医保网络观察住院患者的用药情况，实行适时监控，发现问题，及时纠正。

一年来，在基金管理方面，进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，主动邀请财政、审计部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；在基金征缴方面，主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳，都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施，今年1-11月医疗保险基金收入380万元，当期征缴率达99.5%，较上年增加75万元，增长19%；基金支出310万元，当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元；统筹基金累计结余59万元，个人帐户累计结累145万元。

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照劳动保障部门要提高“五种能力”的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强；二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《2017年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成；三是完善了医保计算机网络建设，提高了管理科学化、规范化水平。我县的医保计算机网络管理系统已与全县14家定点机构联网运行，今年五月一日开始，全县所有参保人员可凭医保ic卡在全市范围内的定点服务机构进行刷卡就诊和购药，简称“医保一卡通”，广大参保人员都能享受到网络化管理方便、快捷的服务；四是紧紧

围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1-11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇；五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。

2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。

3、进一步加强对“两个定点”的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

1、加大宣传力度，全方位、多层次、多渠道地宣传医疗保险政策、业务经办流程，使医保政策不断深入人心，为医保护面工作营造良好的外部环境。

2、千方百计扩大医保覆盖面，重点是中央、省、市驻县单位和外资、民营企业，同时，在灵活就业人员、农民工和城镇居民参保上要有新的突破。全年参保人数达到9000人，力争9500人。

3、充分运用我县多层次的医疗保障体系，把握灵活的参保原则，采取“分类指导、区别对待、降低门槛、逐步吸纳”的方式，切实解决失地农民、进城务工人员、城镇居民、困难企业人员的医疗保险问题。

4、进一步完善定点机构考核指标体系和准入制度，做好定点协议服务管理，督促定点机构严格执行“三个目录”，为参保患者提供优质服务；同时，充分发挥医保义务监督员的作用，以监督定点机构的服务行为，降低不合理费用的支出，维护参保人员的切身利益，不断理顺医、保、患三者的关系。

5、进一步完善医疗保险费用结算办法，建立健全基金预算、决算制度，加强医保基金的预算、分析、控制、决算和稽核、检查工作，确保基金的安全运行。

6、充分发挥我县医疗保险计算机网络的作用，加强对“两个定点”的管理和基金的监控，真正发挥计算机网络日常经办、协助监管、帮助决策的功能，使管理更加科学化、规范化。

7、做好工伤、生育保险经办工作，加大工伤、生育保险的扩面力度，建立健全工伤、生育经办流程，规范待遇审核支付工作。

8、不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力和综合分析能力、经办能力、组织能力和协调能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。

医保审核工作总结篇八

一、定期进行政策宣传

1、对医护人员进行医保政策宣传，及时传达新政策。

2、定期对医护人员进行医保工作反馈，让医护人员知晓社保处审核过程中发现的有关医疗质量的内容。

二、强化业务培训

1、组织对相关医护人员进行业务培训，要求医护人员全面掌握医保政策、制度。

2、加强医保管理科内部培训，业务骨干必须懂政策、懂管理、会操作，以适合基本医疗制度建设的需要。

三、提供优质化服务

1、建立科学、合理、简便、易行的结算工作流程。

2、制定相关医保流程图，并上墙张贴。

3、强化服务台工作服务礼仪及医保政策的宣传。

四、加强监管力度

1、完善制定医保管理处罚制度。

2、定期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。

3、定期考评医疗保险服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）。

4、加强对农合医保工作的日常检查：（1）加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，征求病院意见及时解决问題，查有无挂床现象，有无冒名顶替现象。

医保审核工作总结篇九

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单20xx多份、《健

康之路》刊物3000多份，同时，还通过上门服务、电话联系、实地走访以及召开座谈会等形式进行宣传，取得了较好的效果；截止11月底，全县医疗保险参保单位210个，参保人数7472人，完成市政府下达任务的104，其中：企、事业和条块管理参保单位39个，参保人员1211人。

我县坚持“以人为本”的科学发展观，加大工作力度，已初步构筑了多层次的医疗保障体系：一是从20xx年7月起全面启动了全县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高；二是出台了《xx县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题；三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，在全市创新地出台了《xx县重点优抚对象医疗保障实施办法》（试行），对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续，使他们享受了“三重保险”；城镇户籍的重点优抚对象，按基本医疗保险的有关规定办理，337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

我县基本医疗保险基金总量小，参保人员少，只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫，才能确保基金的安全运行：一是建立了定点机构信用等级评议制度，出台了《xx县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法》，客观公正地对定点机构实行信用等级管理，建立了准入退出机制，引导其恪守诚信、规范运作；二是加强了医疗费用的报销管理，出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》，同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程；三是通过建立“四项制度”，做好“五项服务”等措施，强化了医疗保险服务意识，转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。“四项制度”是：社会监督员制度，聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员，进行明察暗访，主要监督贯彻医保政

策、“两个定点”机构及经办机构的服务质量是否违规等;定期通报制度,在醒目地段定期公布各网点主要药品价格、住院人均费用、药品费用、自费费用等;定点机构联系会议制度,召开定点机构座谈会,定期通报医保信息,采取各种方式,加强沟通,保证参保人员的切身利益;审计公开制度,定期请审计、财政部门对前期财务进行审计,发现问题及时纠正,保障医保基金的正常运行。“五项服务”是:即时服务,公开医保政策咨询电话、个人账户查询电话、开通触摸屏,做到随时查询各项数据;上门服务,对有意参保单位、个人和定点医疗机构,将上门做好各项工作;异地服务,通过医疗保险网络的服务功能,采用灵活的方式,对参保人员实行异地托管等,方便参保人员就近就诊;日常查访服务,不定期进行住院查访服务,把各种医保政策向住院患者宣传,纠正违规行为;监督服务,通过医保网络观察住院患者的用药情况,实行适时监控,发现问题,及时纠正。

一年来,在基金管理方面,进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作,建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度,同时还建立了审计公开制度,主动邀请财政、审计部门对基金进行审核,确保了基金的合理规范使用;在基金征缴方面,主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式,如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳,都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施,今年1-11月医疗保险基金收入380万元,当期征缴率达99.5,较上年增加75万元,增长19%;基金支出310万元,当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元;统筹基金累计结余59万元,个人帐户累计结余145万元。

四是紧紧围绕医疗保险工作,加强了信息报道,加大了对外宣传的力度,1-11月份,在市级以上信息用稿数达15篇,其中:市级9篇、省级3篇、国家级3篇;五是积极参与县委、县政府的中心工作,根据安排,今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口,在人员偏少的情况下,仍然派出一

名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。

2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。

3、进一步加强对“两个定点”的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

1、加大宣传力度，全方位、多层次、多渠道地宣传医疗保险政策、业务经办流程，使医保政策不断深入人心，为医保护面工作营造良好的外部环境。

2、千方百计扩大医保覆盖面，重点是中央、省、市驻县单位和外资、民营企业，同时，在灵活就业人员、农民工和城镇居民参保上要有新的突破。全年参保人数达到9000人，力争9500人。

3、充分运用我县多层次的医疗保障体系，把握灵活的参保原则，采取“分类指导、区别对待、降低门槛、逐步吸纳”的方式，切实解决失地农民、进城务工人员、城镇居民、困难企业人员的医疗保险问题。

4、进一步完善定点机构考核指标体系和准入制度，做好定点协议服务管理，督促定点机构严格执行“三个目录”，为参保患者提供优质服务；同时，充分发挥医保义务监督员的作用，以监督定点机构的服务行为，降低不合理费用的支出，维护参保人员的切身利益，不断理顺医、保、患三者的关系。

5、进一步完善医疗保险费用结算办法，建立健全基金预算、决算制度，加强医保基金的预算、分析、控制、决算和稽核、检查工作，确保基金的安全运行。

6、充分发挥我县医疗保险计算机网络的作用，加强对“两个定点”的管理和基金的监控，真正发挥计算机网络日常经办、协助监管、帮助决策的功能，使管理更加科学化、规范化。

7、做好工伤、生育保险经办工作，加大工伤、生育保险的扩面力度，建立健全工伤、生育经办流程，规范待遇审核支付工作。

8、不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力、综合分析能力、经办能力、组织能力和协调能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。