

# 2023年五年级综合实践活动教案免费 五年级综合实践活动教案(通用9篇)

总结不仅仅是总结成绩，更重要的是为了研究经验，发现做好工作的规律，也可以找出工作失误的教训。这些经验教训是非常宝贵的，对工作有很好的借鉴与指导作用，在今后工作中可以改进提高，趋利避害，避免失误。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

## 社区医保工作总结篇一

---以重庆大学为例

所属院系：重庆大学经济与工商管理

所属专业：人力资源管理

小组组长：

小组成员：

内容摘要：大学生作为高知识群体，掌握着先进的科学技术，是未来社会发展的动力，是科学进步的主力军，其医疗保障制度不容忽视。实践证明将大学生纳入城镇居民医疗保险具有现实可行性。为响应国务院政策号召，进一步保障大学生基本医疗需求，2009年，重庆市沙坪坝区城乡居民合作医疗保险管理中心发颁布文件，将沙坪坝区大学生纳入城乡居民合作医疗保险覆盖范围，此项措施实施后取得了重大突破和进步。然而，大学生对此缺乏认知、政府责任意识薄弱等一些因素也制约了大学生医疗保险的发展。为加深对此项政策实施效果的认识，本小组针对重庆大学在校大学生对此政策的了解、医疗保险实施效果及改进建议等展开调查与研究分

析。面对这些问题，各方面的共同努力十分重要，并将有助于重庆市医疗保险制度更好的服务大学生，提高社会保障水平。

关键词：医疗保障制度 城镇居民医疗保险 大学生医疗保险

## 目录

### 一、导言

#### （一）选题背景简述

医疗保障是国家经济和社会福利的重要制度安排，是构建和谐社会、促进安定团结的重要手段。随着我国教育事业的不断发展，大学生人数的逐年攀升，大学生的公费医疗保险问题面临诸多挑战。2007年，重庆市启动城乡居民合作医疗保险试点，建立了覆盖全体城乡居民的医疗保险制度，对解决群众看病难、看病贵问题，促进社会经济协调发展起到了积极作用。但大学生一直未被纳入社会医疗保险范围，未从制度上解决大学生医疗保障问题。

在城镇居民基本医疗保险试点工作中，全国许多试点城市将大学生纳入了城镇居民基本医疗保险范围，从试点情况看，这一办法较好地保障了大学生的基本医疗需求，受到了高校及大学生的普遍欢迎。为进一步保障大学生基本医疗需求，根据《国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见》（国办发〔2008〕119号），重庆市印发了《关于大学生纳入城乡居民合作医疗保险的实施意见》，于2009年12月1日正式启动了大学生参加城乡居民合作医疗保险工作。自此，大学生可前往所在学校咨询、缴费，由学校统一到当地城乡合作医保经办机构办理，参保后年最高报销达16.8万元。

#### （二）选题目的及意义

大学生是社会的精英,未来发展的希望,做好大学生的各项保障措施,建立一套完善而切实可行的大学生医疗保障体系充分体现了党和国家对大学生医疗保障问题的高度重视,有利于完善城乡居民医疗保障体系,有利于提高大学生医疗保障水平、减轻学生和家長负担,有利于促进社会公平,对维护社会稳定发展至关重要。因此,大学生纳入城乡合作医保政策不仅为大学生生病就医提供了保障,还从制度上全市也实现了“人人享有基本医疗保障”的目标。本小组就此在重庆大学虎溪校区展开调查活动,咨询了校医院相关人员,并通过问卷调查了解了在校学生对医疗保险政策的认识、医疗保险实施效果及改进建议,希望深入学习重庆市在大学生医疗保险建设方面取得的重大成就与突破,并对日后工作有所启示,为其推广落实提供建设性意见。

## 二、重点研究问题

大学生是国家宝贵的人才资源,是民族的希望、祖国的未来。大学生的医疗保障问题,涉及每个大学生的切身利益,关系着社会的和谐稳定。将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围,对保障大学生身体健康、完善社会保障制度体系、促进社会主义和谐社会建设具有十分重大而深远的意义。重庆大学根据自愿参保原则,实行属地管理,遵循重庆市城乡居民合作医疗保险筹资标准。据统计,其中申请2008“普通门诊超定额特殊困难校内补贴报销”有115人,申报金额约18.83万元。

## 三、实践调查结果分析

### (一) 重庆市大学生医疗保障现状:

#### 1.1 涵盖范围广

按照重庆市城乡居民合作医疗保险筹资标准执行:其中政府补助每人每年80元,个人缴费一档每人每年20元,二档每人

每年120元。参保大学生的个人缴费部分原则上由大学生本人和家庭负担，有条件的高校可以对个人缴费给予补助。并随着经济发展和医保基金运行情况变化，适时调整筹资水平。对大学生中的困难群体，即城乡低保、农村五保等困难家庭大学生，以及其他享受国家助学金大学生，重度（一、二级）残疾大学生，政府每人每年再增加补助60元。大学生选择一档参保，政府从60元补助资金中安排10元用于资助参保，个人缴纳10元，余下的50元用于普通门诊；选择二档参保，政府将60元全部用于资助参保，个人缴纳60元。按规定一档为校医院80%，经校医院同意转校外医院就医的一级医院为80%，二级医院为70%，三级医院为60%。二档报销比例在一档基础上提高5%。报销范围广泛，遍及普通门诊费用、慢性疾病门诊医疗费、重大疾病门诊医疗费、意外伤害门诊医疗费、住院医疗费用、计划生育医疗费补助等，报销比例最高达90%，平均每年报销金额数量高达18万。

### 1.3. 制度先进、人性化

大学生原则上应在本校校医院就医，在校外医院就医需在本校校医院办理转院手续，若突发疾病需要在校外医院住院治疗的，须在入院后3个工作日内与校医院联系，办理备案手续。未按规定办理手续的，不予支付相关费用。各高校须为大学生建立健康档案。

此外，重庆大学实行异地报销制度和寒暑假报销制度，参保学生在寒暑假期间和区外就医仍可以报销医疗费。部分外地大学生放假期间，在家或在校期间患病，为了家人照顾方便等原因，他们往往选择回原籍住院治疗。因此学校规定，参保大学生在区外住院应选择当地公立合作医疗定点医疗机构，区外符合就医管理规定的住院医疗费用报销比例与区内住院报销比例相同。参保大学生在区外住院后申请报销时只需向重庆大学校医院提供足够资料，并由校医院到区城乡居民合作医疗保险管理中心进行复核即可享受报销。

针对休学的同学，学生休学期间，休学者离校前须到校医院办理相关手续，按规定缴纳了参保费用的休学者仍可享受相应医保待遇支付。

同时，政府还对困难群体参保学生除每人每年补助80元外，每人每年再增加补助60元（合计补助140元）。对选择一档参保的困难群体大学生政府从60元补助资金中安排10元用于资助参保，余下的50元用于普通门诊。对选择二档参保的困难群体大学生政府将60元全部用于资助参保，而个人则只缴纳60元。帮助特殊贫困生解决资金困难，确保公平。

（二）国内外高校医疗保险现状对比分析 2.1 参保原则分析比较 重庆大学目前实行的大学生医疗保险政策和制度与国内其他省市具有颇多相似之处，据调查，青岛市与重庆市都实行自愿参保原则，调查结果显示，93%被调查的同学参加了医保，仍有7%同学尚未参保。近年来自愿参保弊端逐渐暴露，一方面学校组织学生参保工作量大，另一方面未参保学生权益不能得到保障。

不同于国内一些大学的自愿参保原则，世界各国对学生的健康保险大都采取强制的形式，且以法律或制度的形式强制实施，主要因为大学生在经济上是弱势群体，必须加以保护。在美国，大学一般要强制实行医疗健康保险，多数学校明文规定没有保险就不能注册，医疗健康保险已成为大学生入学的必要条件。德国则从法律上规定，高校学生必须参加医疗保险，凡在德国国立或国家认可大学注册就读的大学生，均有医疗及护理保险的投保义务，否则不能注册。

城镇居民基本医疗保险属于社会保险的范畴，应该具有强制性。强制所有大学生参加，能使医疗保障体系抗疾病风险的能力更强，更利于解决大学生的后顾之忧。

## 2.2 缴费水平比较

国内许多大学虽有众多相似的政策，然而在缴费标准上各地有所不同，其中，青岛市收费标准更低，每一名大学生每年仅筹资40元，而其中个人仅缴纳20元，其余20元由市财政负担。而武汉市大学生医保个人缴费标准为每人每年缴纳20元（重度残疾和低保家庭大学生个人缴费由高校给予补助），财政补助为每人每年100元。这两个地区都较本校缴费水平低，此项问题在问卷结果中也很清晰，28%的调查对象表明不能接受本校医疗保险缴费水平，因此在建立学生医疗保障时，不能忽视贫困生的权益。对贫困生参加医疗保险，政府和学校应当采取措施，减免其参保费用。

除上述异同外，本校还与青岛市、四川省、武汉市等省市有所共同之处，如大学生医疗保险资金通过个人缴费和政府补助共同筹集；都建立了寒暑假和异地报销制度等。另外，大学生受益面普遍不高。如青岛患病率最低的阶段，青岛市将大学生纳入城镇居民医疗保险1年内，18.1万参保大学生发生的住院、门诊大病和意外伤害门诊共补偿1445人次，占0.8%。也就是说，大学生参加居民医保当年的受益面不足1.0%。而在问卷调查结果中我们了解到大学生对现行的医保不是很满意，门诊方面的问题更突出。

### （三）重庆大学大学生医疗保障制度存在的问题

#### 3.1. 宣传力度不够，大学生对医疗保险认识不足

很多高校的校医院都面临由低级向高级转变的需要，由于非营利性质及资金不足，会产生医护人员水平不高、设备落后，服务态度差等问题。调查表明，不少学生都认为校医院公费医疗并不尽如人意，都曾遭遇过服务态度不好，医生水平低，药品价格贵等情况。而且，公费医疗保障制度规定，大学生只有在校外指定医院才可享受报销费用的福利。这也为部分学生校外就医造成不便。关于医疗保险是否解决医疗负担的问题，25%的学生认为能解决大部分，但是50%认为只解决少部分，还有33%则表示几乎不能减轻负担。这表明国家将大学

生纳入城镇居民医疗保障体系的影响还有待提升。3.6. 缺乏法律保障，透明度低。

2009年，重庆市下发了《关于将大学生纳入城乡居民合作医疗保险的实施意见》，这种新医疗保险形式目前还没有得到法律层面全面周全的支持和保护，因此，在法律漏洞存在的情况下，一旦发生纠纷，将会难以公正处理。此外，不少学生对医疗保险的公开透明度保持怀疑，希望能够明确公开医疗保险的资金流动及赔付情况。

### 3.7. 与国外高校相比，缺乏健全的社会机制

根据《21世纪人才报》的调查显示，厦门大学学生享受药品免费的福利。而湖北省下发《关于做好高校贫困家庭学生医疗保障工作的通知》，该省属高校将有2.1万名贫困学生享受商业医疗保险。还有以建立社会专项救助基金的形式，如武汉科技大学采用资金返还的方式建立医疗基金。由此可见，重庆大学学生医疗保险完善之路依然任重道远。

## 四、结论和建议

（一）加强大学生医保的宣传工作，增加大学生的医疗保险意识

采用多种形式,如创办宣传栏、开设保险知识讲座或选修课,让学生明白风险的不确定性,从而调动其参保的积极性,鼓励个人参加商业医疗保险。这样使得经济状况较好的学生购买商保;社会统筹基金也可以拿出一部分到商业医疗保险公司再投保,大额封顶线以上的医疗费用可由保险公司承担一部分,以减轻统筹基金的风险压力,但这需要国家的政策支持,规范保险市场,同时保险公司也要积极开发新的险种,扩大保障范围。

（二）提高大学生医疗保障的覆盖面，切实提高其保障功能

通过对上述国家大学生医疗保障情况了解到，国外大学生医疗保险覆盖范围广，几乎覆盖了所有在校学生，不仅包括在校大学生、研究生，还包括专科院校等，不仅包括本国学生，甚至包括留学生。同时，学校是大学生医疗保障的监督者，应强制大学生参保，大学生必须参加医疗保险才能进行入学注册。这种强制参保的方式，可以避免大学生参保意识不强而不参加保险，保证了大学生的参保率，进而能够保证“大学生”这一群体的医疗保障水平。

针对目前我市医疗保险制度的信息化管理落后的现状，必须尽快实现我市医疗保险的网络化建设。在金融部门、医疗机构和社保监管报销部门之间实现网络化连接，使参保人员在接受医疗服务之后直接通过医疗机构的网络终端将患者检查或买药所需要的费用传给医疗保险监管报销部门，监管报销部门检查以后再通过网络传给金融机构，这时金融机构就可以在这个参保人员的帐户上直接把费用划转，从而形成一个链条式的管理，避免了报销部门和参保人员的很多麻烦。不过要进行这样的管理首先必须提高这些部门人员的素质，对他们进行信息化操作的培训是必需的。另外为了提高医疗保险制度的灵活性，必需增加可提供服务的医疗机构的数量。这样的话，即使不在办理医疗保险的地区，在外地也可以享受到医疗服务。

上述各国通常都有专门的社会保险法或者相关规定，明确规定了政府、学校、大学生在医疗保险方面的权利和义务。在美国，学生患病后由学校负责像保险公司索赔，保障了大学生权利的实现。大学生处于弱势地位，只有在完善的法律规定下，学生的医疗保险的权利才能得以实现并得到保障。法律应该明确规定大学生医疗保险基金的资金筹集方式、保险方式、保险范围、保障水平等，政府、学校和大学生在大学生医疗保险中的责任和义务，校外的商业保险和学生之间的权利义务，校外商业保险和大学生医疗保障的范围等。一旦发生医疗纠纷等，法律规定是唯一衡量的准则。



（五）大学生医保为主，商业保险为辅，为学生提供全面的医疗服务

借鉴英、美等国大学生医疗保险的经验，学校或者政府提供的大学生医疗保障只是基本的保险，大学生根据大学生自身情况，可以选择合适的商业保险险种作为补充。这样，可以使患病的学生享受到全面的医疗服务，提高总的医疗保障水平。由于大学生医疗保障的保障范围和保障水平有限，有最高支付限额，大学生选择合适的商业保险作为补充，可以扩大医疗保障的保障范围，提高医疗保险的补偿水平，减轻患者大病时支付巨额医疗费用的风险。

（六）大学生医保是全民医疗的一部分

英国等福利国家实行的是全民医疗保险，对于不同年龄阶段的人都有相应的保险。在儿童时期，有相应的福利和保险；在大学阶段有针对大学生的医疗保险；工作后有社会医疗保险。不论一个人处在什么年龄阶段都有相对应的保险和福利。我国大学生医疗保障是从未成年人向社会居民保险的一个过渡阶段，是全民医疗的一部分，扩大了我国现阶段医疗保险的覆盖范围。目前，我国在城市有城镇职工医疗保障和城镇居民医疗保障，在农村有新型农村合作医疗，大学生群体往往被边缘化。将大学生纳入统一的医疗保障体系，是实现“全民医保”的必然趋势，是社会发展的必要过程。同时还应该做到大学生医疗保障制度和其他医疗保障制度的衔接以及跨地域大学生医疗保障制度的接续。

## 五、结语

通过对大学生医疗保障制度的深入调查，我们发现重庆大学医疗保障制度在取得惊人成绩的同时，仍有很多方面需要通过实践不断地完善、改进，以充分给予大学生身心和人文的关怀。大学生是国家前进和不断创新发展的主力军，而优良的体格则是革命成功的本钱，我国医疗保障制度因而具有重

大而深远的意义，为了中国更好更快地发展社会主义发展国民经济，更应完善好大学生医疗保障体系，建立健全一个全方位、多层次、一体化的医疗保障体系，同时要引起学校、政府和社会各界的高度关注、获得国家的经济支持。另外，发展具有普遍性，我们应该结合国外大学生医疗保障制度的长处并因地制宜地结合当代中国的国情，走中国特色社会主义的**大学医疗保障之路**！

大学生医疗保险制度任重而道远，但相信在政府与人民的共同努力下，医疗保险制度将更加完善。我们坚信，道路是曲折的，但前途是光明的，在国家和政府的正确引导和大力支持下，大学生享有的医疗保障一定更加深入人心、光明无限！

**b 农村**

3、您是否了解大学生医疗保险□□**a**非常了解 **b**了解但不多

**c**完全不了解

**d**其他

5、您了解国家将大学生纳入城镇居民医疗保障体系的政策吗？  
( )

**a**非常了解 **b**了解但不多 **c**完全不了解

6、您对其他国家的大学生医保政策是否了解？ ( )

**a**非常了解 **b**了解但不多 **c**完全不了解

7、您对大学生医疗保险的关注□□**a**不关心 **b**偶尔关注

**c**经常关注

8、您觉得学校可以通过哪些方式增加学生对大学生医疗保险的认识（）（可多选）

b否 10. 您是否自愿参加大学生医疗保险□□□a是 b否

c毫无影响

c.对国家医疗保险政策有了新的认识 d.其它

18、您认为是否有必要将定期对学生进行体检，进行健康教育以及宣传预防等规范到医疗保险制度中（）

a很有必要 b没必要 c无所谓

20、您是否有过住院并报销费用的经历□□a是 b否

22、您认为应该如何才能使学校报销医药费的程序更加便捷和高效（）（可多选）

a简化程序 b相关工作人员提高工作效率 c 设置专门的相应工作岗位

d 利用数字校园使服务提速 23. 您对学校报销医药费的比例满意吗□□□a非常满意 b满意 c不太满意 d非常不满意 24. 您希望保险的受益面在哪些方面需要改善（）（可多选□a.普通门诊的医药费用 b.医疗辅助检查费用 c.定期健康检查 d其它(请注明)25. 您更倾向与下面哪种保险□□a城镇居民保险b商业保险c两者结合 26. 您更倾向于以上某种保险的原因（）

c.与社会企业合作，对优秀的贫困大学生给予帮助 d.其他

# 社区医保工作总结篇二

## 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。公安部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96、12%；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（〔xx〕城居医〔20xx〕1号）〔xx〕县劳动和社会保障局印发了〔xx〕县城城镇居民医疗保险未成年人补充药品目录（〔xx〕劳社医〔20xx〕81号）等文件，为我县城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〕县城城镇居民医疗保险证历本》和〔xx〕县城城镇居民医疗保险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96、12%。

（1）积极化解矛盾，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，劳动保障部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，为了避免收取\*情况发生，劳动保障部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。

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；另一方面劳动保障部门专门印制了10万份宣传资料，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，劳动保障部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

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10、7%，而后部分人占了应参保人数的56、3%，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。

领导小组办公室每10天编辑一期城镇居民医疗保险工作专辑简报，及时报送县委、县\*、县政府、县政协、市劳动保障局、各乡镇（开发区）、县领导小组成员单位，通报城镇居民医疗保险重要活动和工作进展情况。

## （二）及时召开城镇居民医疗保险工作推进会。

10月29日召开了全县城镇居民医疗保险工作推进会，通报了城镇居民医疗保险工作进展情况，明确各级各部门职责，总结分析了存在的问题。潘月山副县长在在讲话中进一步强调，要统一思想，认识要再提高；要加强领导，责任再明确，要强化措施，重点要再突出。11个乡镇、开发区管委会及教育局就前阶段工作情况进行了汇报交流，对下一阶段工作及确保完成目标任务作出了明确承诺。通过这次推进会，有效地推动了城镇居民医保工作的开展。

## （三）加强对城镇居民医疗保险工作的督查。

一是在10月11日，县\*督查组专门对城镇居民医疗保险工作落实情况进行督查，并对下一步工作提出了更高的要求；二是县劳动保障部门建立督导组，经常深入乡镇（开发区）、街道办、社区进行督导检查，每周通报一次参保人数。通过督查督导，有力地推动了居民医保工作的开展。

## （四）建立联动工作机制，形成工作网络。

城镇居民组织化程度低，情况复杂，业务量大，管理困难，

需要左右配合，上下联动，形成网络。我县各有关部门、乡镇（开发区）积极配合，大力支持，财政部门将城镇居民医疗保险补助资金列入预算，并安排了55万元城镇居民医疗保险工作专项经费；公安部门积极配合入户调查工作，提供了全城镇居民总人数；民政部门提供了详细的低保人员资料；各乡镇充分利用社区劳动保障服务平台，发挥劳动保障工作机构的作用，建立县、乡镇、社区三级联动工作机制。

#### （五）建立考核奖惩制度，形成工作动力。

为切实做好我城镇居民医疗保险工作，全面完成城镇居民医疗保险工作目标，县政府印发了《20xx年度xx县实施城镇居民医疗保险制度目标管理考核办法》，明确了考核目标和奖惩措施，县政府专项安排了20万元工作考核经费，对考核得分在前六名的乡镇（开发区）进行通报表彰，并给予工作经费补助；对入户调查率在85%以上和参保率（按实际缴费人数计算）在50%以上的乡镇（开发区）

根据调查率和参保率的高低，按调查户数和参保人数给予补助；对工作推进不力、参保率低于50%的乡镇（开发区）进行通报批评。通过建立考核奖惩制度，有效地促进了城镇居民医疗保险工作进度。

#### （六）加强经办能力建设，提高服务质量。

一是加强信息化建设，投资25万元，添置硬件设备，开发城镇居民医保软件，改造定点医疗机构、零售药店接口。二是增加人员编制，在原来基础上，计划增加两个编制，主要从事城镇居民医疗保险参保登记、医疗费用的审核结算和对定点医疗机构（零售药店）的监督管理工作。三是加强社区劳动保障服务平台建设，明确每个社区至少有1名相对固定的工作人员，从事城镇居民医疗保险工作。

今年以来，我镇紧扣城镇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

镇党委、政府立即召开党政联席会，经过研究决定成立了xx镇城镇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，为城镇居民基本医疗保险提供了有力的保证。

## 二、宣传发动到位

为使我镇城镇居民基本医疗保险工作深入群众，做到家喻户晓，镇党委、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

城镇居民基本医疗保险工作今年三月下旬才正式启动，旗里下达我镇的任务数是880人。由于时间紧，任务重，为使我镇该项工作稳步推进，真正落到实处，镇党委、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100、91%。

## 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，广大人民群众对城镇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。城镇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，城镇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，由于我镇的特殊情况，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。

# 社区医保工作总结篇三

## 2011年医疗保险工作总结暨2012年工作计划

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，扩大医院对外交流合作及影响，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。

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。

二〇一一年十二月三十一日

## 社区医保工作总结篇四

### (二) 下决心实施推进市级统筹

市级统筹事关参保对象利益，下半年要全面推进市级统筹工作。8月底前，完成仪陇、阆中两地医保网与市医保大网的合并工作，并积极做好市级统筹基金管理的调研与前期准备工作，确保市级统筹真正实现。

### (三) 加强基金监管，确保安全运行

基金安全是社会保险的生命线。政府将从运作规范、严格考核，充分发挥人社、卫生部门的行政监督作用，加强审计和财政监督三方面入手，依法对全市医保基金的预决算、征缴、管理及运营情况实施有效监督，以确保基金安全，确保基金发挥最大的社会效能。

### (四) 提升经办机构的管理服务水平

努力搞好市本级和各县(市、区)医保业务大厅“一站式”服务与基层业务平台的规划与建设，进一步加强队伍建设，充实必备的专业技术人员，壮大医保队伍，增强经办能力和服务水平。

## 社区医保工作总结篇五

20xx年，我县城乡医疗救助工作在县委、县政府的正确领导下，在省、市民政部门的精心指导下，认真贯彻实施社会医疗救助，进一步完善有关规章制度，严格程序，规范操作，切实履行了以民为本、为民解困的根本宗旨，为稳定社会、建设和谐xx做出了积极贡献。

20xx年，我县医疗救助累计救助39221人，其中城市1636人，农村37585人；共支出医疗救助资金492.19万元，其中城

市29.89万元，农村462.3万元。资助1386名城镇参保人员参加城镇居民医疗保险，资助32957名农村参保人员参加新型农村合作医疗保险。

建立医疗救助制度，切实帮助城乡困难群众缓解就医困难和因病影响基本生活的问题，使广大困难群众感受到党和政府的温暖和社会主义制度的优越性，促进城乡经济社会协调发展。

一是扩大医疗救助对象范围。将农村五保、城乡低保对象、享受生活定补的60年代精简老职工、重点优抚对象、特困职工等五类对象全部纳入救助范围。

二是严格审批程序。由救助对象家庭户主向村（居）委会提出书面申请，并提供居民身份证、低保证或五保供养证、新型农村合作医疗办公室或城镇居民医疗保险办公室报销的相关医疗收费收据、必要的病历资料，经村（居）委会进行调查和初审，填写《xx县城乡医疗救助审批表》，报乡镇人民政府审核，符合条件的，报县民政局审批。

三是完善医疗救助系统。为了简化程序，方便群众，构建医疗救助同步结算平台，完成医疗救助对象信息库采集工作，建立医疗救助对象信息库，实现医疗救助同步结算，受益人口达4万多人。

四是资助参加新型农村合作医疗和城镇居民医疗保险。为农村五保户和城乡低保对象缴纳参加新型农村合作医疗和城镇居民医疗保险，参合率达到100%。

五是医疗救助资金专户社会化发放。财政部门设立医疗救助专户，实行专项调拨、封闭运行。县民政局将审批核定后的医疗救助对象名单和医疗救助金额报送财政部门，财政部门按照民政部门提供的救助对象名单和救助金额，及时将资金从财政专户拨至相关金融网点，存入救助对象的存单，实行

社会化发放。

20xx年，我县城乡医疗救助工作虽然取得了一定成绩，但仍存在一些问题，如医疗救助资金不够充足，医疗救助范围有待于进一步扩大及医疗救助比例有待于进一步提高等。今后我们将进一步加大救助资金投入，进一步扩大医疗救助范围，适当调整医疗救助报销比例，形成更为有效施救的困难群众医疗救助体系。

## 社区医保工作总结篇六

为了进一步加强我市城镇职工基本医疗保险机构的服务管理，健全和完善管理制度，规范医疗机构的服务性行为，保证参保职工的合法权益，根据《昌吉州城镇职工基本医疗保险定点医疗机构、零售药店管理办法》（昌州政办发[20xx]8号），近年来我市积极采取各种措施，加强定点医疗机构、定点零售药店管理。

### 一、加强组织领导，确保监督管理到位。

我局定点医疗机构、定点零售药店，日常管理和重点检查考核相结合，每年定期考核成立由药监、社保、审计、财政等部门参与的考核领导小组，由我局主要领导带队，对主要定点医疗机构的运行情况进行监管，日常工作由我局劳动保障监察大队负责，对定点医疗机构执行服务协议情况、社会保险缴纳、用工情况进行综合性的监督检查。建立了比较完善的管理和监管机构，确保定点医疗机构管理到位。

### 二、多种形式加强监管，保障基金安全。

一是不定期的召开定点医疗机构管理工作会议，及时传达并学习州市关于定点医疗机构、定点零售药店的相关政策；二是对定点医疗机构严格实行准入制。对定点医疗机构的审批严格执行准入标准，确定审批程序和规则，严格按照审批条件



确定定点医疗机构，凡是具备资质的医疗机构必须按照政策规定严格界定执业范围，严禁超范围执业。三是对定点医疗机构实行“考核制”。采取日常考核和定期考核相结合，定期深入定点医疗机构检查相关规定执行情况，及时纠正违规行为，限期整改问题。

### 三、不断加强医疗服务管理、提高服务质量。

我市各定点医疗机构积极通过各种措施不断提高服务水平，严格执行首诊负责制度，在合理用药、合理检查、合理治疗，能够严格审核医疗保险手册，杜绝“挂名住院”行为的发生。我市定点医院能不断强化医务人员的质量安全意识，规范医疗行为。制定了《控制社会保险住院费用管理规定》，对于超标的科室进行处罚，严格控制各项指标。市中医院根据医保政策制定了《关于基本医疗保险定点医疗服务机构医疗服务协议管理措施》及“关于慢性病的有关规定”，严格执行，保证各项指标在控制范围之内。各定点医院动能严格按照《自治区医疗服务价格》的收费标准收费，对住院患者施行一日清单制。各类费用中检查费用的比例下降，住院费用自费费用呈下降趋势，医保患者门诊和出院带药都能严格按照规定执行。目录内药品备药率和使用率均达到标准，各项指标控制在约定范围内。医疗服务水平逐步提高，转院率呈下降趋势。

### 四、加强慢性病审批管理

一是严格掌握城镇职工门诊慢性病鉴定标准。各定点医院成立鉴定领导小组，由副主任医师以上人员参与，确认慢性病病种、审批认定病种时间及各项相关检查项目，认真做好门诊慢性病年审鉴定服务工作；二是对编造病历、夸大病情，提供假化验单以及在检查时作弊等行为一经发现要严格进行查处，并取消其慢性病待遇资格；三是慢性病鉴定实行公示制度。对所有慢性病患者鉴定结果实行公示制度，接受群众监督。

## 五、存在的问题

1、定点医疗机构和定点零售药店成为慢性病定点医疗机构、定点零售药店后，处方不规范。

2、职业药师数量较少，多数定点药店只有一名执业药师，不能保障营业时间在岗，对于患者指导合理购药、用药方面做得不够。

今后我们还要进一步加大对定点医院的监督检查管理力度，坚决打击各种违规行为，确保我市基本医疗保险工作健康发展。

## 社区医保工作总结篇七

### 一、加快推进基本医疗保障制度建设

（一）扩大基本医疗保障覆盖面。三年内，城镇职工基本医疗保险（以下简称城镇职工医保）、城镇居民基本医疗保险（以下简称城镇居民医保）和新型农村合作医疗（以下简称新农合）覆盖城乡全体居民，参保率均提高到90%以上。用两年左右时间，将关闭破产企业退休人员和困难企业职工纳入城镇职工医保，确有困难的，经省级人民政府批准后，参加城镇居民医保。关闭破产企业退休人员实现医疗保险待遇与企业缴费脱钩。中央财政对困难地区的国有关闭破产企业退休人员参保给予适当补助。2015年全面推开城镇居民医保制度，将在校大学生全部纳入城镇居民医保范围。积极推进城镇非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员和农民工参加城镇职工医保。政府对符合就业促进法规定的就业困难人员参加城镇职工医保的参保费用给予补贴。灵活就业人员自愿选择参加城镇职工医保或城镇居民医保。参加城镇职工医保有困难的农民工，可以自愿选择参加城镇居民医保或户籍所在地的新农合。

（二）提高基本医疗保障水平。逐步提高城镇居民医保和新农合筹资标准和保障水平。2015年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年120元，并适当提高个人缴费标准，具体缴费标准由省级人民政府制定。城镇职工医保、城镇居民医保和新农合对政策范围内的住院费用报销比例逐步提高。逐步扩大和提高门诊费用报销范围和比例。将城镇职工医保、城镇居民医保最高支付限额分别提高到当地职工年平均工资和居民可支配收入的6倍左右，新农合最高支付限额提高到当地农民人均纯收入的6倍以上。

（三）规范基本医疗保障基金管理。各类医保基金要坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。合理控制城镇职工医保基金、城镇居民医保基金的年度结余和累计结余，结余过多的地方要采取提高保障水平等办法，把结余逐步降到合理水平。新农合统筹基金当年结余率原则上控制在15%以内，累计结余不超过当年统筹基金的25%。建立基本医疗保险基金风险调剂金制度。基金收支情况要定期向社会公布。提高基金统筹层次，2011年城镇职工医保、城镇居民医保基本实现市（地）级统筹。

（四）完善城乡医疗救助制度。有效使用救助资金，简化救助资金审批发放程序，资助城乡低保家庭成员、五保户参加城镇居民医保或新农合，逐步提高对经济困难家庭成员自负医疗费用的补助标准。

（五）提高基本医疗保障管理服务水平。鼓励地方积极探索建立医保经办机构与医药服务提供方的谈判机制和付费方式改革，合理确定药品、医疗服务和医用材料支付标准，控制成本费用。改进医疗保障服务，推广参保人员就医“一卡通”，实现医保经办机构与定点医疗机构直接结算。允许参加新农合的农民在统筹区域内自主选择定点医疗机构就医，简化到县域外就医的转诊手续。建立异地就医结算机制，探索异地安置的退休人员就地就医、就地结算办法。制定基本医疗保险关系转移接续办法，解决农民工等流动就业人员基

本医疗保障关系跨制度、跨地区转移接续问题。做好城镇职工医保、城镇居民医保、新农合、城乡医疗救助之间的衔接。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。在确保基金安全和有效监管的前提下，积极提倡以政府购买医疗保障服务的方式，探索委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保障管理服务。

## 二、初步建立国家基本药物制度

（六）建立国家基本药物目录遴选调整管理机制。制订国家基本药物遴选和管理办法。基本药物目录定期调整和更新。2015年初，公布国家基本药物目录。

度，零售药店必须按规定配备执业药师为患者提供购药咨询和指导。政府举办的医疗卫生机构使用的基本药物，由省级人民政府指定的机构公开招标采购，并由招标选择的配送企业统一配送。参与投标的生产企业和配送企业应具备相应的资格条件。招标采购药品和选择配送企业，要坚持全国统一市场，不同地区、不同所有制企业平等参与、公平竞争。药品购销双方要根据招标采购结果签订合同并严格履约。用量较少的基本药物，可以采用招标方式定点生产。完善基本药物国家储备制度。加强药品质量监管，对药品定期进行质量抽检，并向社会公布抽检结果。

国家制定基本药物零售指导价格。省级人民政府根据招标情况在国家指导价格规定的幅度内确定本地区基本药物统一采购价格，其中包含配送费用。政府举办的基层医疗卫生机构按购进价格实行零差率销售。鼓励各地探索进一步降低基本药物价格的采购方式。

（八）建立基本药物优先选择和合理使用制度。所有零售药店和医疗机构均应配备和销售国家基本药物，满足患者需要。不同层级医疗卫生机构基本药物使用率由卫生行政部门规定。从2015年起，政府举办的基层医疗卫生机构全部配备和使用

基本药物，其他各类医疗机构也都必须按规定使用基本药物。卫生行政部门制订临床基本药物应用指南和基本药物处方集，加强用药指导和监管。允许患者凭处方到零售药店购买药物。基本药物全部纳入基本医疗保障药品报销目录，报销比例明显高于非基本药物。

### 三、健全基层医疗卫生服务体系

（九）加强基层医疗卫生机构建设。完善农村三级医疗卫生服务网络。发挥县级医院的龙头作用，三年内中央重点支持2000所左右县级医院（含中医院）建设，使每个县至少有1所县级医院基本达到标准化水平。完善乡镇卫生院、社区卫生服务中心建设标准。2015年，全面完成中央规划支持的2.9万所乡镇卫生院建设任务，再支持改扩建5000所中心乡镇卫生院，每个县1—3所。支持边远地区村卫生室建设，三年内实现全国每个行政村都有卫生室。三年内新建、改造3700所城市社区卫生服务中心和1.1万个社区卫生服务站。中央支持困难地区2400所城市社区卫生服务中心建设。公立医院资源过剩地区，要进行医疗资源重组，充实和加强基层医疗卫生机构。对社会力量举办基层医疗卫生机构提供的公共卫生服务，采取政府购买服务等方式给予补偿；对其提供的基本医疗服务，通过签订医疗保险定点合同等方式，由基本医疗保障基金等渠道补偿。鼓励有资质的人员开办诊所或个体行医。

（十）加强基层医疗卫生队伍建设。制定并实施免费为农村定向培养全科医生和招聘执业医师计划。用三年时间，分别为乡镇卫生院、城市社区卫生服务机构和村卫生室培训医疗卫生人员36万人次、16万人次和137万人次。完善城市医院对口支援农村制度。每所城市三级医院要与3所左右县级医院（包括有条件的乡镇卫生院）建立长期对口协作关系。继续实施“万名医师支援农村卫生工程”。采取到城市大医院进修、参加住院医师规范化培训等方式，提高县级医院医生水平。

落实好城市医院和疾病预防控制机构医生晋升中高级职称前到农村服务一年以上的政策。鼓励高校医学毕业生到基层医疗机构工作。从2015年起，对志愿去中西部地区乡镇卫生院工作三年以上的高校医学毕业生，由国家代偿学费和助学贷款。

（十一）改革基层医疗卫生机构补偿机制。基层医疗卫生机构运行成本通过服务收费和政府补助补偿。政府负责其举办的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心和服务站按规定核定的基本建设、设备购置、人员经费及所承担公共卫生服务的业务经费，按定额定项和购买服务等方式补助。医务人员的工资水平，要与当地事业单位工作人员平均工资水平相衔接。基层医疗卫生机构提供的医疗服务价格，按扣除政府补助后的成本制定。实行药品零差率销售后，药品收入不再作为基层医疗卫生机构经费的补偿渠道，不得接受药品折扣。探索对基层医疗卫生机构实行收支两条线等管理方式。

定。

（十二）转变基层医疗卫生机构运行机制。基层医疗卫生机构要使用适宜技术、适宜设备和基本药物，大力推广包括民族医药在内的中医药，为城乡居民提供安全有效和低成本服务。乡镇卫生院要转变服务方式，组织医务人员在乡村开展巡回医疗；城市社区卫生服务中心和服务站对行动不便的患者要实行上门服务、主动服务。鼓励地方制定分级诊疗标准，开展社区首诊制试点，建立基层医疗机构与上级医院双向转诊制度。全面实行人员聘用制，建立能进能出的人力资源管理制度。完善收入分配制度，建立以服务质量和服务数量为核心、以岗位责任与绩效为基础的考核和激励制度。

#### 四、促进基本公共卫生服务逐步均等化

（十三）基本公共卫生服务覆盖城乡居民。制定基本公共卫生服务项目，明确服务内容。从2015年开始，逐步在全国统

一建立居民健康档案，并实施规范管理。定期为65岁以上老年人做健康检查、为3岁以下婴幼儿做生长发育检查、为孕产妇做产前检查和产后访视，为高血压、糖尿病、精神疾病、艾滋病、结核病等人群提供防治指导服务。普及健康知识，2015年开设中央电视台健康频道，中央和地方媒体均应加强健康知识宣传教育。

（十四）增加国家重大公共卫生服务项目。继续实施结核病、艾滋病等重大疾病防控和国家免疫规划、农村妇女住院分娩等重大公共卫生项目。从2015年开始开展以下项目：为15岁以下人群补种乙肝疫苗；消除燃煤型氟中毒危害；农村妇女孕前和孕早期补服叶酸等，预防出生缺陷；贫困白内障患者复明；农村改水改厕等。

（十五）加强公共卫生服务能力建设。重点改善精神卫生、妇幼卫生、卫生监督、计划生育等专业公共卫生机构的设施条件。加强重大疾病以及突发公共卫生事件预测预警和处置能力。积极推广和应用中医药预防保健方法和技术。落实传染病医院、鼠防机构、血防机构和其他疾病预防控制机构从事高风险岗位工作人员的待遇政策。

（十六）保障公共卫生服务所需经费。专业公共卫生机构人员经费、发展建设经费、公用经费和业务经费由政府预算全额安排，服务性收入上缴财政专户或纳入预算管理。按项目为城乡居民免费提供基本公共卫生服务。提高公共卫生服务经费标准。2015年人均基本公共卫生服务经费标准不低于15元，2011年不低于20元。中央财政通过转移支付对困难地区给予补助。

## 五、推进公立医院改革试点

（十七）改革公立医院管理体制、运行机制和监管机制。公立医院要坚持维护公益性和社会效益原则，以病人为中心。鼓励各地积极探索政事分开、管办分开的有效形式。界定公

立医院所有者和管理者的责权。完善医院法人治理结构。推进人事制度改革，明确院长选拔任用和岗位规范，完善医务人员职称评定制度，实行岗位绩效工资制度。建立住院医师规范化培训制度。鼓励地方探索注册医师多点执业的办法和形式。强化医疗服务质量管理。规范公立医院临床检查、诊断、治疗、使用药物和植（介）入类医疗器械行为，优先使用基本药物和适宜技术，实行同级医疗机构检查结果互认。

探索建立由卫生行政部门、医疗保险机构、社会评估机构、群众代表和专家参与的公立医院质量监管和评价制度。严格医院预算和收支管理，加强成本核算与控制。全面推行医院信息公开制度，接受社会监督。

药分开，逐步取消药品加成，不得接受药品折扣。医院由此减少的收入或形成的亏损通过增设药事服务费、调整部分技术服务收费标准和增加政府投入等途径解决。药事服务费纳入基本医疗保险报销范围。积极探索医药分开的多种有效途径。适当提高医疗技术服务价格，降低药品、医用耗材和大型设备检查价格。定期开展医疗服务成本测算，科学考评医疗服务效率。

公立医院提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的10%。鼓励各地探索建立医疗服务定价由利益相关方参与协商的机制。

（十九）加快形成多元办医格局。省级卫生行政部门会同有关部门，按照区域卫生规划，明确辖区内公立医院的设置数量、布局、床位规模、大型医疗设备配置和主要功能。要积极稳妥地把部分公立医院转制为民营医疗机构。制定公立医院转制政策措施，确保国有资产保值和职工合法权益。

鼓励民营资本举办非营利性医院。民营医院在医保定点、科研立项、职称评定和继续教育等方面，与公立医院享受同等待遇；对其在服务准入、监督管理等方面一视同仁。落实非营利性医院税收优惠政策，完善营利性医院税收政策。



公立医院改革2015年开始试点，2011年逐步推开。

## 六、保障措施

（二十）加强组织领导。国务院深化医药卫生体制改革领导小组统筹组织和协调改革工作。国务院有关部门要抓紧研究制定相关配套文件。各级政府要切实加强领导，抓好组织落实，加快推进各项重点改革。

（二十一）加强财力保障。各级政府要认真落实《意见》提出的各项卫生投入政策，调整支出结构，转变投入机制，改革补偿办法，切实保障改革所需资金，提高财政资金使用效益。为了实现改革的目标，经初步测算，2015—2011年各级政府需要投入8500亿元，其中中央政府投入3318亿元。

（二十二）鼓励各地试点。医药卫生体制改革涉及面广，情况复杂，政策性强，一些重大改革要先行试点，逐步推开。各地情况差别很大，要鼓励地方因地制宜制定具体实施方案，开展多种形式的试点，进行探索创新。国务院深化医药卫生体制改革领导小组负责统筹协调、指导各地试点工作。要注意总结和积累经验，不断深入推进改革。

（二十三）加强宣传引导。坚持正确的舆-论导向，制定分步骤、分阶段的宣传方案；采取通俗易懂、生动形象的方式，广泛宣传实施方案的目标、任务和主要措施，解答群众关心的问题；及时总结、宣传改革经验，为深化改革营造良好的社会和舆-论环境。

## 社区医保工作总结篇八

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《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。

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。

## 社区医保工作总结篇九

医疗保险管理是指通过一定的机构和程序，采取一定的方式、方法和手段，对医疗保险活动进行计划、组织、指挥、协调、控制及监督的过程。下面是关于医疗保险管理工作总结的范文，供大家参考！

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。

建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理 细则定期考核。

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。

×× 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，对一些有多次违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。

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。

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××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。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，系统运行安全，未发现病毒感染及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。

如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不了解。这些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员，配合医院质控部门考评医疗保险服务工作(服务态度、医疗质量、费用控制等)。

2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。

3、进一步规范和提高医疗文书的书写质量，做到合理检查、合理用药。每季度召开医院医保工作协调会，总结分析和整改近期工作中存在的问题，把各项政策、措施落到实处。

4、申请每年外派 2-3 名工作人员到××管理先进的医院学习和提高。

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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照



我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追

缴直到单位缴纳了费用为止；二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位个，占应参保单位的，参保职工人，占应参保人数的，其中在职人，退休人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金××万元，其中单位缴费××万元，个人缴费××万元，共收缴大病统筹基金××万元，其中单位缴纳××万元，个人缴纳××万元。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由人扩大到人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工人，其中在职人员人，退休人员人，退休人员与在职职工的比例为××，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了

城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求；二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计年申请住院的参保患者人，其中县内住院人，转诊转院人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率，大病发生人数占参保人员的 $\times\times\%$ ，大病占疾病发生率的；住院医疗费用发生额为万元，报销金额为万元，其中基本医疗保险统筹基金报销万元，基金支出占基金收入的，大病统筹基金报销万元，支出占大病统筹基金收入的。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，

满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员名，不符合申报条件人员人(其中不符合十种慢性疾病种类人，无诊断证明或其他材料的人)。二是组织专家鉴定组对符合申报鉴定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院名副主任医师，名主治医师和北京友谊医院名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不能直接确定患有门诊特殊疾病人员，在月日月日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有人(其中检查不合格者人，未参加检查者人)。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病鉴定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、

不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。经统计年共向个人账户划入资金万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为万元。为方便广大参保患者门诊就医，在个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共支出金额为元，划卡人次为人次，个人账户余额为万元。

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

四、按市局统一部署，研究生育保险办法并实施。

## 社区医保工作总结篇十

一、转变工作作风、树立服务观念

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，

热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展“学、转、促”活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益“最大化”，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

## 二、突出“经营”意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工作。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同

志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止；二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到x年底，参保单位x个，占应参保单位的%，参保职工x人，占应参保人数的.x%□其中在职x人，退休x人，超额完成覆盖人数x人的目标。共收缴基本医疗保险金x万元，万元，万元，万元，万元。

### 三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由x人扩大到x人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的%以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工x人，其中在职人员x人，退休人员x人，退休人员与在职职工的比例为x□x.□并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的%以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在

职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

#### 四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求；二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计x年申请住院的参保患者x人，其中县内住院x人，转诊转院xx人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者x人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者x人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保



险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率x%[]大病发生人数占参保人员的x%[]大病占疾病发生率的x%;住院医疗费用发生额为x万元，报销金额为x万元，其中基本医疗保险统筹基金报销x万元，基金支出占基金收入的.%，大病统筹基金报销xx万元，支出占大病统筹基金收入的.%。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

## 五、周密安排，圆满完成门诊特殊疾病申报鉴定工作

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了x次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对x名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员x名，不符合申报条件人员xx人(其中不符合十种慢性疾病种类xx人，无诊断证明或其他材料的xx人)。二是组织专家鉴定组对符合申报坚定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院x名副主任医师[]x名主治医师和北京友谊医院x名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有x名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不直接确定患有门诊特殊疾病人员，在xx月x日-xx月x日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确

定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有x人（其中检查不合格者xx人，未参加检查者xx人）。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共x人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从x年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病鉴定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

## 六、个人账户管理规范化、现代化。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。万元，其中个人缴费全部划入个人账户，万元，万元。为方便广大参保患者门诊就医，在x个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共支出金额为x元，划卡人次为x人次，万元。

## 具体情况

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合□x年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。