

# 2023年国际家庭日宣传标语以家校联动(模板5篇)

人的记忆力会随着岁月的流逝而衰退，写作可以弥补记忆的不足，将曾经的人生经历和感悟记录下来，也便于保存一份美好的回忆。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？接下来小编就给大家介绍一下优秀的范文该怎么写，我们一起来看看吧。

## 乡镇医保工作简报篇一

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

据统计到x月底止，全县参保职工住院达xx人次，基本医疗保险基金预计应支付xx万元，已支付xx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xx万余元，已支付xx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xx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xx元/人列入预算，半年经费为xx万元。截止到xx月xx日，我中心共代报xx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xx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，为医保中心各项工作制度的完善，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xx年x月xx日至xx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xx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“xx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。

## 乡镇医保工作简报篇二

医保办

1. 高度重视市区医保办考核管理项目：严格遵守基本医疗保险政策规定：做到规范执行和落实。对入院病人做到人、证、卡相对照，做到因病施之原则，合理检查，合理用药。严格掌握出入院标准，做到不挂床，不冒名顶替，严格杜绝违规事件发生。顺利通过2015年市区医保办日常工作督查。并获得了漯河市医保先进两点过单位称号，受到了市区医保中心以及我院领导职工的一致好评。

2. 狠抓内部管理；我院医保办做到每周2-3次查房，定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保办审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并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。

### 3. 加强制度建设，认真履行医保两定单位《服务协议》；为了

贯彻落实好医保政策，规范医疗服务行为，医保办不定期到科室与医务人员学习医保政策和《服务协议》，制定医保工作管理制度，如《医保病人医疗费用控制措施》、《医保病人费用审核办法》、《医保工作监督管理制度》等一系列管理办法和制度。让医生明白如何实现医疗费用的合理控制，因病施治，在保证医疗安全的前提下，首选费用低廉的治疗方案，尽量减少一次性耗材的使用，在治疗和用药上能用国产不用进口的，能用甲类药品不用乙类药品，合理使用抗生素，降低医疗费用。这些制度对规范医保医疗服务行为起到了合理性作用，可以减轻参保患者负担起到了积极性的作用。一方面杜绝违反医疗保险政策和规定，一方面受到了医保病人的好评。

4. 协调未开通县区医保医保病人报销，增加我院收入。因我院还有其他县区未开通医保收费系统。对所有来我院住院的病人和医生家属沟通，让病人先住院，由本人向所在辖区医保办进行协调报销，减少了病人麻烦。受到了病人家属和各科室的一致好评。

5. 通过个人努力协调市居民医保门诊统筹定点报销，在全市率先开展居民医保门诊统筹报销，并印制医讯彩页以及版面深入校区进行宣传，让学生彻底了解在我院看病的优惠政策，从而增加我院的经济收入。

通门诊病人为23126人次，慢性病为1216人次。总收入6547957.82元，较去年增加了33%。一年来虽然取得了一些成绩，在2016年工作中继续发扬优点。改正工作中存在的不足，在新的一年里我们要发扬优点，查找不足，大力宣传医保有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，强化内部管理，层层落实责任制度。为参保患者提供优质服务。为我院的发展做出贡献，是我院的经济更进一步提高。

2016年工作努力方向：

1. 市区医保总收入较去年增长40%。
2. 协调好非定点医保单位住院病人报销，减少病人麻烦，一切为病人着想。
3. 重点加强病例书写规范，用药合理，检查合理，做到病例医嘱和费用清单相对照。避免医保办病历检查不规范的罚款，减少医院经济负担。
4. 努力开通舞阳和临颍职工居民医保，减少病人报销麻烦，增加医院收入。
5. 对新来院上班工作人员定期培训医保政策及规章制度。 6. 大力宣传职工医保及居民医保政策。
7. 每月按时报送市直和各县区医保资料及病历，并及时要回医保款。
8. 加强联系和组织外单位来我院健康体检。

### 乡镇医保工作简报篇三

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。

12年我要更加努力工作：

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肯定和鼓舞，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。

## 乡镇医保工作简报篇四

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！

作为结算员这个岗位，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。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算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。

xx年我要更加努力工作：

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肯定和鼓舞，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。

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。

6月—11月，我院共接收铁路职工、家属住院病人82人次，支付铁路统筹基金4万元，门诊刷卡费用6万元。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，对一些有多次犯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。

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。

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，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。

- 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。
- 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名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

总结今年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

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。

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人次，总医疗费用达7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人次，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。

## 乡镇医保工作简报篇五

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，对党的方针、政策及“三个代表”重要思想、科学发展观理论有了进一步认识，提高了党性。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。

培养情操，警钟长鸣，树立良好的医保工作者形象。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，一贯保持着共产党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，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，在广大参保对象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。

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。

## 乡镇医保工作简报篇六

截止6月底，完成职工医保中心报账医疗费用审核3484人次，审核医疗药费计861.88万元，剔除费用171.73万元；完成职工医疗定点医疗机构、定点药店联网医疗费用审核1929770人次，审核医疗费用计30381万元，剔除费用33.1万元；核查外伤病人70人次，审核医疗费用达77.20万元；答复信访130件，提案议案8件；发放离休干部xx年度医疗费节余奖励款282人次，奖励金额计127.18万元。

截止6月底，发放低保家庭医疗救助券233.62万元，共实施社会医疗救助321人次，累计救助金额已达149.41万元；审核特殊医疗救助费用631人次，救助费用381.82万元。

半年来，我们通过各种方式共检查31家定点单位，约谈参保病人34人次，抽查住院大病病历295份，调查外伤病人55位，批评并责令限期整改5家定点单位，取消一家单位定点资格，暂停一家单位医保定点资格6个月，共追回医保违规基金10.1万元。

我们对申报的64家零售药店、7家医疗机构逐一进行了实地考察，最后根据统筹规划、合理布局的原则确定了9家零售药店

和4家医疗机构为职工医保定点单位。

总结上半年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。

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。

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人次，总医疗费用达7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人次，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、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障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障基金，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》（）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。

## 乡镇医保工作简报篇七

20xx年，xx县医保局以落实“民生工程”为主线，以保稳定、促发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为核心，不断夯实医保各项基础工作，积极开展党的群众路线教育实践活动，大力提升经办能力，确保了全县医疗保险工作健康运行的良好态势。

### (一)扩面情况。

截止目前，72129人参加城镇基本医疗保险，其中：22093人参加城镇职工基本医疗保险，48036人参加城镇居民基本医疗保险。

### (二)基金运行情况。

1. 城镇职工基本医疗保险。截止目前，基金收入824万元，基金支出2607.8万元，当期基金赤字1783.8万元，基金累计结余1137.8万元。

2. 城镇居民基本医疗保险。截止目前，基金收入500万元，上级补助资金尚未到位。支出943万元，当期赤字443万元，基金累计结余390万元。

(一)努力实现全民医保。始终坚持“政府主导、医保主抓、部门协作、基层操作、群众参与”的良好工作思路，全面开展扩面工作。一是领导重视。年初，县委、县政府将居民医保工作列入了民生工程进行目标管理，将任务分解到各乡镇，年底进行目标考核，整体推进居民医保工作。二是加强宣传。进一步加强《劳动法》、《社会保险法》等相关法律法规的宣传，要求凡未参加医疗保险的城镇用人单位，务必参加城镇职工各项医疗保险，并履行相应的缴费义务。同时，进一步引导城镇居民参加居民医疗保险，真正实现“人人享有基本医疗保障”的工作目标。

(二)全面加强基金征收。在日常工作中，我局始终坚持把医保基金征收工作纳入重要议事日程，全面加强征收工作。一是增强缴费意识。积极宣传《社会保险费征缴暂行条例》，增强各参保单位的缴费意识，确保按时足额缴纳基本医疗保险费。二是规范缴费基数。财政预算单位，严格按照工资加津贴的60%为标准预算基本医疗保险费。财政预算外单位和各企事业单位，按全市社会平均工资为基数缴纳基本医疗保险费。三是加强实地稽核。采取定期不定期的方式深入到各参保单位开展稽核工作，对查出少报、瞒报、漏报缴费基数的参保单位，依法予以征收。20xx年实地稽核参保单位15家，发现少报、瞒报、漏报缴费基数的11家，依法补缴210余万元。

(三)全面加强监督检查。定点医院是医保基金支出的源头，为监管好源头，杜绝医疗保险基金的不合理支出，我们做好了以下几个方面的工作。一是严格把关。第一，严把入院关，杜绝冒名住院、挂床住院、以住院代替门诊等违规行为。第二，把好治疗关，做到合理检查、合理用药和合理治疗，防止基金浪费。第三，把好“三个目录”执行关，严防基金流失。二是建章立制。今年针对康复治疗出台了《关于进一步规范康复治疗管理的通知》，有效防止了小病大养的现象。三是开展集中学习教育。定期不定期的组织医务人员学习医保法律法规，采取面对面的方式授课。20xx年，到县医院、中医院等10家医疗机构开展学习教育，发放医保政策宣传手册20xx余份，进一步增强了医务人员的法律意识，防范于未然。四是加强监督。通过到县级各定点医疗机构定期不定期的监督检查，查处医疗机构违规行为5起，挽回基金损失20余万元，有效遏止了冒名顶替、违规带药、过度检查、过度医疗、不合理收费、串换药品等违规现象发生。

(四)全面开展即时结算。一是践行群众路线，方便群众就医购药。为进一步扩大即时结算工作。20xx年，我局在原来已实施即时结算的4家医疗机构基础之上扩大到现在10家。同时，还将即时结算工作扩大县外，将重庆医科大学第二附属医院

作为异地即时结算单位，把xx市四川荣泰堂药房有限公司作为异地医保ic卡刷卡单位，初步解决了异地住院和ic卡异地无法使用的实际问题。二是落实上级要求，推行“一卡通”。今年6月，按照全市的统一安排，全面开展全省医保“一卡通”工作。第一、积极按照省市要求与原软件开发公司进行了数据移植的谈判工作，双方达成了一致意见，原软件开发公司愿意按照xx市人社局的要求提供相应的数据资料，为推行“一卡通”奠定了基础。第二、全面采集异地就医人员基础信息和社保卡申领信息。我局严格按照市局要求，及时召开了参保单位采集信息的培训会，各参保单位已按时将所采集的信息资料报送完毕，共收到信息采集表1016份。

(五)全面加强内部管理。一是完善内控制度。坚持岗位轮换，定期组织开展内部控制检查工作，实现各业务、各环节的全程监控，阳光运行。在基金支出上，做到严格把关，转变以往事后监督为事中或事前监督，保证基金的合理使用。二是提升服务质量。坚持“三优文明窗口”的建设标准严格要求职工，做到文明办事、礼貌待人、热情服务。“五个一”(即一张笑脸相迎、一把椅子请坐、一杯开水暖心、一片真诚服务、一句祝福相送)提升服务质量，打造“阳光医保、亲情服务”的办事环境，让广大老百姓真真切切感受到党和政府的温暖。

(六)扎实开展群众路线。全面建立便民制度。一是建立银行代扣制。针对居民每年医保参保交费不方便的突出问题，我局与金融部门联系，实行银行代扣，参保群众只需在指定银行开户，存入参保费用，签订代缴协议，只要参保人员的账户余额充足，银行直接代扣代缴完成参保手续，群众再也不用跑冤枉路。二是建立打卡直发制。针对本县参保居民在外地住院费用审核报销及费用领取时间长、职工在外地住院费用报销划拨到单位领取不方便等突出问题，我局全部实行银行打卡直发，减少了中间环节，大大缩短了外地住院费用报销周期。三是建立简易审批制。针对参保群众办理帕金森氏病、红斑狼疮、精神病等慢性特殊疾病门诊续办程序繁琐的

突出问题，一律简化办理程序，参保群众每年3月持本人身份证到医保局年审登记，1分钟之内即可办理完毕；因病或行动不便的参保群众可以委托他人代办，由医保局工作人员上门复查；对长期居住在成都的老年群众由开江驻蓉老年人协会统一进行年审登记，汇总后报送县医保局，极大的方便了办事群众。

(一)城镇职工医疗保险基金赤字严重[]20xx年基本医疗保险统筹基金收支结余赤字1087.81万元，赤字统筹基金系违规挪用个人账户基金予以垫付，一旦个人账户基金垫付完，基金将无法运转，参保人员的医疗待遇无法保障。

(二)少数机关事业单位和企业参保意思淡薄。经统计，截止20xx年底，仍有卫生系统的乡镇医院、大型煤炭企业及其它规模以上企业等10多家单位未参保基本医疗保险，严重违反了《劳动法》和《社会保险法》，侵犯了职工合法权益。

(三)小病大养、外出就诊情况仍然突出。随着社会的发展，参保人员对医疗需求的标准过高，本应在门诊治疗的常见小病，确要进行住院治疗；能在县内医院住院治疗解决的，非要转到县外甚至到更大的医院进行治疗，增加了医保基金的支付压力，也浪费外地大医院的医疗资源。

(四)对医疗机构的违规诊疗行为监管未完全到位。由于人手不足，经费短缺，监督手段落后，加之懂临床的专业技术人才少，无法及时查处医疗机构违规行为，尤其是外地就医的行为无法监管，导致医疗保险基金流失。

## 乡镇医保工作简报篇八

### 1、统一思想，精心组织准备

我局领导高度重视驻区大学生参加城镇居民基本医疗保险工作，把它作为加快我区医疗保障体系建设，实现居民医保全

覆盖，改善民生，构建和谐社会的一项重要内容来抓。为切实做好此项工作，我局多次召开专题会议，全局工作人员统一思想，紧紧围绕如何保障大学生医保待遇，如何方便快捷地完成大学生办理居民医保参保业务工作进行了讨论。在具体业务经办上，注重方便高校参保和切实保障大学生待遇相结合，制定了相关业务经办流程，并提出了许多行之有效的建议，同时还专门在业务大厅设立在学生医保窗口，为大学生参保工作顺利开展奠定了基础。

## 2、统一大学生门诊统筹政策制度

在市医疗保险局的精心指导下，我局多次深入各大专院校，对大学生参加城镇居民基本医疗保险工作进行了调查摸底。我局多次组织各高校召开了大学生参加医疗保险的座谈会，根据各高校提出的意见和建议和校医院统计的大学生年门诊量、人均门诊费用，我局坚持基本满足大学生门诊需求，与现行管理制度相衔接的原则，制定了全市统一的大学生门诊统筹政策制度。大学生普通门诊发生的符合“三个目录”的医药费用，由门诊统筹基金补偿80%，其余20%由个人承担，参保大学生门诊年度统筹补偿最高限额为130元。

## 3、统一费用结算办法

根据高校校医院实际情况，我局积极主动为驻市各高校校医院申请认定医疗保险定点医疗机构，建立了以高校医疗卫生资源为主体，充分调动社会医疗资源共同参与的机制。大学生凭学生证和医疗保险ic卡在签定了定点服务协议的本人所在高校医疗机构刷卡就诊，按规定只需支付门诊个人应负担部分，门诊统筹基金支付的费用由医保经办机构每季预付给高校医疗机构，年终进行结算。我局以高校实际参保人数，按照每人30元的划拨标准，采取“年初预算、季度预付、年终结算、定额包干、超支不补”的管理办法，由高校包干使用门诊统筹资金。为确保门诊统筹基金全部用于大学生门诊治疗，大学生门诊统筹基金当年结余率不得超过10%，结余部

分由高校结转下年度使用。

#### 4、统一软件系统和网络信息化建设

我局对全市参保大学生参保档案信息全部录入赣州市医疗保险信息系统管理，对已经认定为医保定点医疗机构的高校校医院统一安装了赣州市医疗保险信息系统医院客户端，参保大学生档案以及大学生就医服务全程网络信息化管理。

#### 5、统一大学生医保卡发放，实行刷卡消费、实时结算

我局精心组织工作人员统一对参保大学生印制了医疗保险ic卡，并根据学校上报名单，精确到班级分类发放至各高校。参保大学生在享受医疗保险待遇时，只需持本人学生证以及医保ic卡到定点医疗机构刷卡就诊，在就诊完毕时即可直接报销，实时结算。

#### 6、统一报表及资料交接，强化监管

我局根据大学生就医情况，设计了全市统一的大学生门诊、住院等相关信息报表，报表由医疗保险信息系统自动生成，并规定高校校医院报表及报表材料每月一送、每月一审，通过医疗保险信息系统实时监管报销信息，通过报销材料逐一审核信息，强化监管，确保门诊统筹基金安全运行。

驻区大学生参加城镇居民基本医疗保险工作还存在着一些困难和问题，主要表现在：人少事多，医保卡制作发放进度缓慢。大学生参保人数众多，相关材料数据庞杂，而我局工作人员相对不足，医保卡制作信息整理、白卡激活以及按班级分类发放等工作需要时间长，发放速度慢。同时由于我市已经实施了城镇居民大病补充医疗保险政策，普通参保居民参加城镇居民大病补充医疗保险保费从家庭门诊补偿金中抵缴，但由于大学生实施了门诊统筹制度，无家庭门诊补偿金，参加居民大病补充医保费用需由个人另行缴纳，有部分在校大

学生存在抵触心理，不愿缴纳参保费用。