

2023年医保工作总结(精选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。优秀的总结都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？那么下面我就给大家讲一讲总结怎么写才比较好，我们一起来看一看吧。

医保工作总结篇一

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。

医保工作总结篇二

截至20__年12月26日，我区城镇居民基本医疗保险参保人数为119080人，完成了市政府下达我区全年任务的100%；已缴费人数达到61696人，名列全市十个县、市、区的第一，居民医保工作总结。

二、我区在狠抓“城居保”工作落实中采取的措施

为了确保完成市下达我区的参保任务，我区采取了多种有力措施，推进“城居保”工作。

(一)加强组织领导。区政府成立了以区长张德清为组长，副区长黄德乔、梁敏为副组长，劳动保障、教育、财政、公安、民政、卫生、残联等相关部门主要领导为成员的城镇居民基本医疗保险工作领导小组，负责领导全区“城居保”的扩面工作。

(二)实行区四套班子挂点扩面制度，推进“城居保”工作。今年10月，为了使我区“城居保”工作上新的台阶，区委、区政府实行了四套班子领导挂点学校，发动技校、中职学校、中小学生参保。副区长梁敏挂点区属中小学，区教育局为责任单位；区长张德清挂点省、市属技校，区劳动保障局为责任单位；区人大副主任陈植流挂点市属在我区的中小学、中职学校，区公安局为责任单位；区政协主席余石怡挂点民营技校、职校，区劳动保障局为责任单位。区四套班子领导都深入到各学校进行“城居保”扩面，收到了较好的效果，使我区辖区在校学生参保人数增加了17000人。

(三)采取奖励激励机制，推进“城居保”工作。区政府在财政十分困难的情况下，拿出5万元，对完成“城居保”参保缴费的，按每参保缴费1人奖励0.5元的办法实行奖励，从而调动了各镇办、劳动保障事务所的积极性。

(四)层层下达分解任务，并与绩效挂钩。对没有完成“城居保”任务的镇办、区直单位、劳动保障事务所年终一律不能评先评优；对工作落后的单位，区政府进行通报批评。

三、“城居保”工作中存在的问题和建议

(一)“城居保”工作虽然是政府为了解决城镇居民医疗保障的惠民工程，但还有很大部分居民没有理解或了解这一惠民政策，这主要是宣传工作还做得不够，在20__年度建议市政府多利用电视、报纸、电台进行宣传，让“城居保”政策家喻户晓。

(二)市下达我区的目标任务基数过大，建议20__年市政府下达参保任务时考虑驻我辖区中省企业又不在我区参保人数和户口在我辖区又不在参保范围的服刑人员人数等因素，核减我区的目标任务数，尽量做到实事求是地下达任务指标。

(三)“城居保”工作量大、面广，造成各镇办劳动保障事务所工作量增大，人手缺乏。建议市政府适当增加基层工作平台人员编制和工作经费，以确保“城居保”工作不受以上因素影响。

四、20__年的工作规划

20__年，我区将从以下几方面认真抓好“城居保”工作：

(一)加大宣传力度，深入宣传“城居保”的新政策，增加城镇居民对“城居保”这项惠民工程的知晓率。我区将通过印发宣传资料，开展“城居保”宣传日等多种形式进行深入宣

传，努力增加我区城镇居民对“城居保”政策的知晓率。尽量让居民了解城镇居民基本医疗保险的好处，使全区居民参保意识逐步提高，由不自觉参保转变为自觉参保。

(二)落实“城居保”工作责任制。市下达我区“城居保”参保任务后，我区将把目标任务层层分解到各镇、办、区直单位和各镇办劳动保障事务所、强化“城居保”工作与绩效挂钩，年底没有完成任务的单位和责任人一律不能评先评优，对完成任务差的单位和主要负责人实行通报批评。

(三)加强组织领导，充分发挥联席会议协调作用，各部门协调推进，做好“城居保”这项惠民工作。

医保工作总结篇三

一、领导重视，宣传力度大

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。成立了由“一把手”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保、农合工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。

为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保

政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

二、措施得力，规章制度严

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务(服务态度、医疗质量、费用控制等)工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无挂床现象，查有无冒名顶替的现象，查住院病人有无二证一卡，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予审批。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

我科分管副科长定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局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。

在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保、参合患者最关心的是医疗费用补偿问题。本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

四、工作小结

通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20__年收治医保、居民医保住院病人余人，总费用 万余元。接待定点我院的离休干部 人、市级领导干部 人，伤残军人 人。20__年我院农合病人 人，总费用 万元，发生直补款 万元，大大减轻了群众看病负担。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有： ；做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20__年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更

好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

五、 下一步工作要点

- 1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。
- 2、做好与医保局的协调工作。
- 3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

医保工作总结篇四

（一）主题活动开展情况：

按照安排，我们认真组织开展“三新”主题教育、“服务拓展年”活动、“反腐倡廉制度宣传教育月”和“创先争优”等活动，及时动员，成立活动领导小组，制定活动方案，对各阶段工作任务和措施进行了周密安排，为活动的正常运转奠定了基础。

在系统服务拓展年活动中，我们进一步完善了单位各项规章制度，明确了活动总体目标，加大了队伍建设和学习培训力度。要求各经办人员结合本职工作、活动要求、个人实际做出公开承诺。同时，制定了单位干部职工培训安排和公共安全应急预案，进一步规范了业务经办流程，重新设置了服务岗位，经办人员的服务意识、责任意识和协作意识明显增强。活动中，积极征求参保群众意见和建议，不断改进工作方式，提高工作效能，有力地推动了各项工作的开展。

（二）主要工作任务完成情况

我县医保工作本着全面覆盖、稳步推进和规范运作原则：

一是多次召开业务推进会议，分析扩面形势，研究应对措施，确保扩面工作有序推进。

二是结合城镇医保市级统筹后新政策的实施，利用经办科室、会议、印发传单、张贴通知等方式做好政策宣传与动员参保工作。

三是对于部分企业我们上门讲解政策，对于一些没有续保并且平时见不上面的人员，我们采取手机编辑短信催促的方式，使他们认识参保的重要性，增强参保的主动性。

截至目前：职工参保12441人，占应参保人数的91.9%（其中新增378人，完成年扩面任务500人的75.6%），换制发放新卡12400张；居民参保5609人，完成应参保居民人数9580人的58.5%。

（三）基金运行情况

我们对于医保基金收支的管理，严格按照有关规章制度及程序进行，利息收入按财务规定严格计入基金收入。同时通过严把病人、病种、用药目录等关口，坚持管理与考核到位，按照协议加强对定点医院和药店的监管，杜绝违规住院，规范售药行为，谨防基金浪费，收到了明显效果。

截至目前，职工医保基金征收611万元，居民医保基金征收54万元，都已全部上解市医保中心，医保基金征缴完成年征收任务1000万元的66.5%。职工门诊刷卡26484人次，支出费用174万元；职工住院、转院516人次，审核报销金额302万元；居民住院、转院116人次，审核报销金额39万元。

（四）遵守纪律情况

工作中我办不断加强经办队伍建设工作，从思想、政治、纪律、作风等各方面入手，进一步明确工作主旨，建立健全各项规章制度，有效规范了工作行为。按照规定，我们严格执行签到制度，因事因病履行请销假手续，全办人员都能按时上下班，无迟到早退和旷工现象。

（五）档案资料收集整理情况

在4月份，我办组织部分工作人员对09年度档案资料进行了收集，分类整理，制定了医保办档案整理方案，明确了归档范围和保管期限，我们已将归档方案上报档案局，待审批后即可装订成册。平时我们注重文件资料的全面收集与整理，无遗漏现象。

（六）信息报送情况

能及时将工作中的新动态、新进展和新经验报送上级信息部门，半年来报送各类活动信息46条。

（七）工作满意度测评活动

为了深化服务拓展年活动的实效，我们抽调工作人员于6月上旬进行了工作满意度测评活动，活动中走访了三十余个参保群众，发放测评表30份。通过测评，参保人员对我办各项工作都很满意，同时也对我们提出了提高医疗待遇和增加定点机构的建议，对此我们将积极向上级主管部门建议和改进。

（一）目前，我县定点医院有五家（四家在县城、一家在乡镇），那些距离较远、参保人员较多的地方如苏坊、贞元、长宁、河道、薛固等乡镇，患者住院治疗极其不便；再者，定点药店只有几家，也不能满足职工刷卡需求。这些因素很大程度上削弱了城镇人员参保续保的积极性。

（二）行政事业单位已全部参保。职工医保护面难主要表现在：少数个体私营企业，为了自身利益，不愿意为职工参保；弱势群体如困难企业职工和下岗失业人员无力参保。

（三）一些年青居民认为自己生病几率低，居民医保待遇相比职工医保待遇低，且不设个人账户，得不到眼前的受益，不愿参保。

（四）没有针对突发流行性疾病制定相关医保政策，如现今儿童手足口病患者比较多，但是居民医保不予报销；儿童患病较重者多数要到西安市儿童医院进行治疗，但是该医院不是我市医保定点医院，也不能报销。对此，学生家长极其不满，导致学生儿童扩面难度很大。

1、继续加大医保政策的宣传力度，极力做好居民医保护面工作，加深居民特别是年青居民对医保政策的认识，提高居民参保续保的积极性，进一步加强与教育部门的联系沟通，努力扩大参保面，降低基金运行风险。

2、深入开展服务拓展年活动，不断提高经办能力，以高效工作和优质服务获取群众的信任与支持，提高参保率。

3、切实加强基金征缴措施，同时加大对定点医疗机构的巡查力度，彻底杜绝违规行为发生，确保基金有效、安全使用。

4、建议上级管理部门制定关于流行性疾病的报销政策、恢复儿童医院的定点资格、增加县区定点医疗机构数量，确保参保人群正常享受医疗待遇。

5、积极参与和认真做好县委县政府布置的中心工作和局机关安排的各项社会保障工作。

为了更好地实现我县医保工作的稳健运行，在下半年的工作中我们将进一步理清思路、完善制度、强化措施，提高工作

效率和服务质量，争取早日完成年度扩面征缴目标任务，为构建和谐医保和推动县域经济发展做出新的贡献。

医保工作总结篇五

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。

20xx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xxxx万元，门诊刷卡费用xxx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。

1、有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

2、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。

3、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。

4、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。

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20xx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。

工作中存在的不足之处：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尽了解。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名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

医保工作总结篇六

四、摘要、关键词：“摘要”二字（小四号黑体），摘要内容要小四号宋体，段后空一行；“关键词”三字（小四号黑体），摘要内容要小四号宋体，段后空一行，关键词数量为3~5个，每一关键词之间用分号分开，最后一个关键词后不打标点符号。

五、中图分类号、文献标志码、文章编号（小四号黑体）

六、正文（小四号宋体。行距20磅，字符间距为标准）

1（顶格）一级标题，4号黑体，段前段后1行

1. 1（顶格）二级标题，5号黑体，段前段后行

（顶格）三级标题，5号楷体，段前段后行

七、图（图题配英文翻译，距正文段后行）（图题位于图下方；中文用6号宋体，加粗，英文用6号times new roman加粗；英文采用段后行）

九、表（表题配英文翻译，距正文段前行。表中量与单位之间用“/”分隔）（三线表）（表题位于表上方；中文用6号宋体，加粗，英文用6号times new roman加粗；中文采用段前行）

十、参考文献（配英文翻译）（标题：小5号黑体，内容：6号宋体）

参考文献格式：

1专著：

1学位论文：

1研究报告：

1期刊文章：

[序号]主要责任者. 文献题名[j]刊名, 年, 卷(期): 起止页码.

1论文集：

1论文集中的.析出文献:

1报纸文章:

[序号]主要责任者.文献题名[n]□报纸名,出版日期(版次).

1国际、国家标准:

[序号]标准编号标准名称[s]□出版地:出版者,出版年.

1专利:

1电子文献:

1各种未定义类型的文献:

[序号]主要责任者.文献题名[z].出版地:出版者,出版年.

医保工作总结篇七

我县各项事业的全面、协调、快速发展,取得了一定的成效。

一、医疗保险政策宣传力度进一步加大

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。

二、坚持以人为本，多层次的医疗保障体系基本建立

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月起全面启动了我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。

三、完善政策、强化管理，不断提高医保管理水平

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。

四、离休干部、副县级以上待遇领导干部的医疗待遇得到保障

五、加强征缴、健全制度,医保基金收支基本趋于平衡

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。

六、强化学习、规范管理,自身建设进一步加强

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《20xx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。

七、存在问题

- 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。

20xx年工作思路

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。

医保工作总结篇八

主要向老师们汇报两方面的内容：一是所听省优质观摩课的情况及我的感想，二是我对“自主、合作、探究”教学方式一点粗浅的认识，将穿插在“感想”里边谈。不当之处，恳请老师们斧正。

四月廿三、廿四日两天，我们语文组的五位老师在张店观摩了十节省级优质课：《社戏》、《土地的誓言》、《心田上的百合花开》、一节作文课、《大自然的语言》、《与朱元思书》、《阿长与山海经》、《喂，出来》、《我用残损的手掌》、《谈生命》，这是年前省级讲课比赛获奖选手的展示课，讲得都很好。一天听五节，之后是授课老师的自我反思以及与听课老师的互动交流，再就是专家点评。我重点向老师们汇报专家点评的内容。

第一天下午省教育学院张教授的点评：

- 1、教学活动高效（追求高效课堂是本次活动的主题），
- 2、都注重了整体感知，
- 3、都体现了文体特点，
- 4、多媒体运用有实效。

张教授的建议：

- 1、思想内容分析要符合学生实际，
- 2、老师要适时适当补充语言、文字知识。

第二天下午人教社语文室张华娟博士后的点评：

- 1、欣喜的眼泪，难过的眼泪：孩子课堂上表现的机会多了，但还是远远不够，应多给孩子表现的机会。
- 2、上课的十位老师素质高、用心，但要补己不足。
- 3、都强调了阅读：语文不读无以立，读不进去，就读不出来。
- 4、都注重了整体把握：现在的语文老师要兼懂“中西医”，即整体与分析。
- 5、抓住要害：不同文章，其使命不同，不可能面面俱到。

张华娟博士后的建议：

- 1、导入的设计：“导入”即引导学生进入，相当于说书人的“引子”，要有实效性，能真正把学生导进来，要贴近学生的实际和心灵。
- 2、充分重视古文中的每一个字：彻底“排雷”，以免“踩雷”，举例分析“经纶世务者”的“经纶”。
- 3、读的技巧：小声读，有时效果会更好。
- 4、强化单元意识：单篇与单元的关系，如个人与集体的关系，故要有前后勾连的意识，如《三峡》与《与朱元思书》的比较。

5、诗歌意象的探讨：《我用残损的手掌》中的“冷”、“滑”、“憔悴”、“苦水”等都是双重意象，有实指，也有虚指，兼指外在景物与内心情感，老师应做点拨。

6、关于《喂，出来》：主旨环保，也是双重的，既是自然环保，也是人文环保。最后，老师应引导学生拉回到师生自己，反思自己：我们往这个洞里扔过东西吗？扔过懒惰、牢骚、埋怨等吗？这样，文本才能对我们的的心灵产生实际作用。

7、对杜郎口的史老师：不能随意打断学生，应真正尊重学生，注意孩子敏感、胆怯的心理，让孩子把话说完。

省语文教研室张伟忠博士的点评：

1、经典的课堂出自经典的课文。

2、高效的课堂，就是去掉无效的环节。

3、不足：

（1）、以学为主的思想不彻底：如随便打断学生的回答，导入与结束时的独裁，都未考虑学生的感受。

（2）、对文本的解读、细节与深度的挖掘不够：如《阿长与山海经》中鲁迅当时“震惊”的原因；《我用残损的手掌》里为什么用“摩挲”，为什么回忆内容用括号括起来等。内涵制约着老师的发展。

（3）、学生没有提出自己问题的机会。

张伟忠博士的建议：

1、思想彻底，行动才会彻底。思想支配行动，教育是理性的事业，思想越深入，行动才越坚决。以学为主的思想不彻底，

就会“跑偏”，如鲁迅作品背景的介绍，有时就显得多余。老师的思想不彻底，方法不对头，学生就没有响应，责任全在老师身上，学生一点责任也没有。

2、教师必“务本，本立而道生”。此“本”，指人本和文本；“道”，是规律、总方法、境界、心态。

1、对“自主、合作、探究”教学方式的一点粗浅认识：“自主、合作、探究”只是新课改以学生为本总理念下的一种教学方式，属具体的操作方式之一种，它本身还不是理念，但它当然体现着理念；我顽固地认为它不应成为唯一的模式，那样教学方式就固化了，死了，失去了应有的活力与多样性了。这一方式，有其好处，加大了学生学习的实效性，老师也获得了一定的解脱，但从石桥中学和我校开展小组合作、探究教学活动的实际看，仍是老师预设好所有问题，领着学生走，而不是学生自主学习后，就自己的问题在组内、班内合作、探究，老师点拨引导，进行解决。

2、坚持四个“回归”：回归常识，回归内心，回归经典，回归本真。常识如何，内心如何，就如何教学。经典凝聚着人类千年智慧的精华，我们理应亲近和拥抱经典，以求我们的读书学习能取法乎上；但经典“皮厚”，需要我们慢慢地啃，反复地嚼。本真即规律，回归本真是前三个回归的归宿点。但本真虽朴素，却总被人为地遮蔽，这就需要我们不断地解蔽，还其本来面目；规律虽存在，却总是执拗地不肯向我们主动投怀送抱，这就需要我们执着地去追求，去贴近，期求以道驭技。

医保工作总结篇九

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：尽量少的减少我院的拒付，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。

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[(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。