# 医保年终的工作总结 医保年终工作总结(大全14篇)

来源：网络 作者：翠竹清韵 更新时间：2025-02-12

*总结是对过去一定时期的工作、学习或思想情况进行回顾、分析，并做出客观评价的书面材料，它有助于我们寻找工作和事物发展的规律，从而掌握并运用这些规律，是时候写一份总结了。什么样的总结才是有效的呢？以下是小编收集整理的工作总结书范文，仅供参考，希...*

总结是对过去一定时期的工作、学习或思想情况进行回顾、分析，并做出客观评价的书面材料，它有助于我们寻找工作和事物发展的规律，从而掌握并运用这些规律，是时候写一份总结了。什么样的总结才是有效的呢？以下是小编收集整理的工作总结书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

**医保年终的工作总结篇一**

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xx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xx年医疗保险工作总结如下。

(一)参保扩面情况。

截至x月底，全区参加城镇医疗保险的人数为xxx人，比去年年底净增xx人，完成市下达任务(净增xx人)的xx%。其中城镇职工参保xxx人(在职职工xxx人，退休职工xxx人)，在职与退休人员比例降至2.4：1，城镇居民参保xxx人(其中学生儿童xxx人，居民xxx人)。

(二)基金筹集情况。

截至x月底，城镇职工基本医疗保险收缴基金xxx万元，其中统筹基金xxx万元(占基金征缴的66.6%)，个人账户xxx万元(占基金征缴的33.4%)，大额救助金征缴xx万元，离休干部保障金xxx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xx年6月底，xx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x月底财务(统筹支出xx年下半年和到xx年上半年的，还有部分未支)支出xxxx万元，其中统筹金支xxxx万元(财务当期结余xxx万元)，个人账户支xxx万元。其中，涉及xx年的费用xxx万元，统筹应支付xxx万元，实际垫付xxx万元(不含超定额和保证金)。

实际应支xxxx万元，其中统筹应支xxxx万元(结余xxx万元)，个人账户应支xxx万元；大额救助应支xx万元(结余xx万元)；离休干部保障金应支xxx万元(结余xx万元)。

今年，城镇职工住院xxx人，住院率xx%，住院人次xxx人次，医疗总费用xxxx万元，次均人次费xxxx元，统筹支出xxxx万元，统筹支出占住院总费用的xx%；享受门诊大病的患者有xxx人次，医疗总费用xxx万元，统筹支付xxx万元(门诊报销比例达xx%)，门诊统筹支出占统筹总支出的xx%；大额救助金支付xx人次，纳入大额统筹的费用为xx万元，大额应支xx万元；xx年离休干部xx人，离休干部长期门诊购药xx人，门诊总费用xx万元，离休人员定点医院住院xx人次，总费用xxx万元。离休干部住家庭病床xx人次，医疗费用xx万元。

(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x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，xx年1月份新增特疾病号xx人，x月份底新参评xx人，通过xx人，通过率xx%(其中申报恶性肿瘤和透析的患者共有xx人，通过并享受的有xx人)。截至xx年底特疾病号固定门诊购药xxx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xx家(其中xx家医院，xx家门诊)药店xx家，进入3月份以来，我处联合市医保处对全市xx家定点医院和全部定点门诊、药店进行考核。截止x月份之前的个人报销已经完成，共报销xx人次，基本统筹支付xx万余元，大额支付xx万余元，超大额支付xx万余元。转外就医备案人员xx人，在职xx人，退休xx人。向省内转院的有xx人，向省外转的有xx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xx家定点医院增加为现在的xx家，上半年共有xx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x月底，共计查出医院违规xx次，违规定点药店xx家，经过调查核实剔除不属于医保支付范围的意外伤害xx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xx例，涉及金额约xx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。

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xx，其中缴费的.只有xxxx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xx%，而统筹金支出却占基金总支出的xx%，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。

以科学发展观为统领，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。

**医保年终的工作总结篇二**

20xx年上半年医保科在我院领导高度重视与指导支配下，在各职能科室、站点大力支持关怀下，依据市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算人次，费用总额医保支付门诊慢病结算费用总额医保支付医保住院结算人次，费用总额，医保支付总额，20xx年医保住院支付定额910万元，医保工作取得了确定的成果，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

为保障医保工作持续进展，院领导高度重视，依据医院工作实际，加强组织领导，建立了由分管院长负责的医院医保管理工作领导小组，全面组织支配医院医保工作，各站点、门诊主任为医保工作第一责任人，负责本站点医保工作管理，同时指定各站点医保联系人，重点联系负责本站点门诊医保制度具体实施。自己作为医院医保科负责人，深知医疗保险工作的重要性，医保工作的顺当开展运行，其与医院整体及职工、参保人利益息息相关，所以自己不断加强医保业务学习，不断提升对医保工作正确的熟识，在领导与同志们的关怀关怀下，主动投身于医院医保工作中，敢于担当，任劳任怨，全力以赴。

为使医院参保患者全面享受医保政策，为使宽阔职工对医保政策及制度有较深的了解和把握，将医保定点医疗机构服务协议逐一印发至各站点、门诊，将医保相关动态新政策准时公布于医院内网，加强与各站点主任沟通，认真督促指导学习落实相关内容，结合绩效考核，检查落实医保政策学习实施工作。

医保工作与医院各项医疗业务统一相联，全部工作的开展落实离不开相关科室的支持与协作，特别是财务科、信息科、医务科、药械科、办公室等其他相关科室都赐予了大力支持与关怀，才使得全院医保业务工作正常开展。同时也着重加强与人社局医保处的工作联系，争取在政策允许范围内，程度的保障医院医保相关利益；上半年，医保处对我院各项医保工作也赐予了大力指导和支持，促进了医保工作的有序开展，利用夜校时间，联系医保处来我院针对门诊统筹等相关医保政策的落实进行了全面讲解，更好保障了医保惠利报销政策在我院的推行，不断吸引医保患者来我院定点就医。

在医保工作中，加强与各站点主任沟通，全力主动为各站点一线做好医保服务，特别是在门诊慢病联网结算初期，不管工作多繁琐繁忙，每天都要去各站点解决理顺一线在实际操作工作中消逝的各种问题；每天都要数次来回市医保处，联系对接各类工作，保障门诊慢病联网结算在我院各站点顺当运行，的确保障慢病参保人在我院及各站点正常就医诊疗；主动指导各站点进行门诊统筹、门诊慢病的签约宣布传达，不断下站点指导一线如何将医保“三个名目”与实际诊疗工作相结合，让临床一线人员了解把握医保统筹基金支付报销项目，重视医保政策在我院的具体实施与落实，提高医院医保服务力气和水平，不断提高参保患者满意度；完成医院及全部站点医保定点机构资格的申报工作，定点机构申报工作涉及的资料特殊多，加班加点依据上级相关要求进行预备予以申报，顺当取得定点资格并签订协议；顺当迎接完成市医保处20xx年度医保考核、20xx年度离休记账费用的稽核工作，同时协作市医保处做好了不定期的`各种医保检查工作；主动联系相关业务部门、科室解决一系列医保相关的问题：如各站点pos机故障、医保地维结算系统故障、读卡器故障、医保网络运行故障等；主动解决了存在门诊统筹、慢病签约及结算、住院联网、项目维护等一系列问题，对站点一线存在的医保相关问题，能自己亲身去解决的，绝不推诿，全力以赴，保障站点、门诊有更多的时间和精力全力投身于繁忙地一线业务工作中。

离休干部作为我院重点医疗医保服务对象，定点我院离休人员现有320余名，平均年龄在85岁以上，多种疾病缠于一身，医疗保障需求水平不断提高，同时人均医疗费用不断正常，不断加大了我院医疗费用垫支，所以保障离休人员的就医合理规范，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及看法，依据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，迅速而灵敏运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的消逝，程度保障离休干部就医需求，提高其就医满意度；通过离休干部门诊、住院记账费用自查，对上半年门诊及住院中离休干部记账费用中消逝的违规项目，准时与各站点主任沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的支持关怀下，通过his系统杜绝严峻违规现象的发生，提高离休人员把握管理的科学性与有效性；认真审核并把握离休人员外转费用，将医保统筹基金不予支付的项目从其报销费用中扣除，全部由离休本人自负，保障医保统筹基金的合理使用，医保程度的削减医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

依据人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及全部医保定岗医师的档案信用信息全部录入山东省卫生信用网，制定医院卫生信用制度，加强定岗医师诊疗行为监督管理，提升卫生信用力气，我院被市人社局评为卫生信用b级单位，并赐予我院全市优秀定岗医师名额一名；不断加强新农合新补助报销政策的宣布传达与落实，让更多的参合患者享受新农合惠利政策，我院也被市卫生局评为新农合工作先进集体。

自身在医保实际工作中存在学习力气还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的力气特殊有限，医保工作创新的力气比较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的训练关怀与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。下半年工作预备及重点：

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务进展；

四、加大医保业务内部质控，特别是离休人员就医管理，制定完善离休人员管理一系列制度和措施，把握不合理超支费用。

自己将在今后的医保工作中，认真学习，总结阅历与不足，从细节入手，不断完善各项制度，更多更好地为站点一线、为参保人服务，为我院医保工作不断进步进展作出贡献。

**医保年终的工作总结篇三**

20xx年度，在局指导班子的指导下，在局里各科室的严密协作下，基金科根据年初方案，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20xx年度的工作总结如下：

1、1-11月城镇职工根本医疗保险基金收入20xx万元，城镇职工根本医疗保险基金支出3184万元，其中统筹基金支出2149万元，个人帐户支出1035万元，已出现收不抵支。

2、1—11月工伤保险基金收入99万元，工伤保险基金支出102万元，生育保险基金收入1.4万元，生育保险基金支出0.9万元。

3、1—11月城镇居民根本医疗保险基金收入2820万元，支出900万元。

1、按上级要求，及时编制上报了20xx年度各项基金预算报表、月报及季报，并于每季根据数据编写基金运行情况分析^p，力求更好的为指导决策做好参谋。

2、加大各项医疗保险费征收力度，做到应收尽收。一是职工医疗保险费用的征收，今年在各单位报送职工参保资料时，我科与职工保险科配合先把工资基数核准再录入档案，6月份在财政与银行的配合下，扣缴财政供养人员个人缴纳全年医疗保险费447.42万元，通过核对，误差比以前年度减少，防止了基金的流失。

二是工伤生育保险费用的征收，每月将各单位缴纳的工伤生育保险费明细及时提供应职工保险科，使他们能通知没有缴纳费用的单位按时足额缴纳。

三是配合向上争资争工程的工作，工业滤布目前城镇职工医疗保险困难企业省级配套资金已到156.3万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套1094.5万元已全部入账。

3、控制支出，保证基金流向的合理与标准。对每月的基金支出先与业务科室进展核对，做到数字无误，合理标准，再向财政申请各项医疗保险基金，及时划拨到各定点医疗机构、定点药店及患者账上，以确保参保对象享受正常的医疗待遇。

4、配合审计组，做好全国社会保障资金审计工作。今年2月份，国家审计署派出审计组对我市社会保障资金进展审计，我局的各项基金也承受了此次审计，在历时两个月的审计过程中，我科与业务科室互相协调，亲密合作，提供与审计有关的会计资料、电子数据、证明材料等，对审计组提出存在的问题进展了整改，通过这次审计，更加标准了基金的征缴、使用及管理。

5、通过协调，解决了历年来职工医疗保险理赔款难以及时到位的大难题。今年，在职工保险科的配合下，划拨了20xx及20xx年所拖欠的团险理赔款481.97万元，保障了参保对象的医疗待遇。

6、配合居民管理科做好城镇居民的.参续保工作。20xx年，我科向财政领用了400本城镇居民医疗保险票据，并及时发放、核销，确保居民参保工作的正常顺利进展。

1、与财政的沟通协调不够，目前城镇职工医疗保险本级配套资金只到位800万元，统筹基金收不抵支，使基金运行出现风险，已占用了个人账户资金。

2、平时对医疗保险政策及基金的收、支、滤布余情况调查研究不够，不能形成信息及调查报告，不能更好地为指导决策起到参谋作用。

1、做好20xx年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20xx年续保工作时先核定工资基数再进展银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20xx年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20xx年居民参保续保工作顺利进展。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监视检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象效劳。

**医保年终的工作总结篇四**

今年以来，在县委县府、县医保局、乡党委政府及乡社保所的坚强领导下，在相关部门关心和支持下，我院按照年初制定的工作计划，认真开展各项工作，严密部署，落实责任，坚持“以病人为中心”，优化服务态度，强化医疗质量，较好地完成了参合农民医疗服务及费用报销等有关事务，现将今年工作情况总结汇报如下：

保险试行办法》的条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使我院医保服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传城乡居民合作医疗政策的重要阵地。三是通过组织专题会议、政务公开等多种形式定期对外公布参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全乡补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到城乡居民合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到城乡居民合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持城乡居民合作医疗。四是开展对外交流活动，开展对外宣传。我院对相邻乡镇的参合农民也加大宣传，同时为相邻乡镇之间的偏远地方的老百姓提供便利、优质的健康服务，并不断征求外乡参合农民对我乡医保工作提出好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，也为城乡居民合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

施过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。城乡居民合作医疗服务窗口工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，按规操作，实行一站式服务，截至11月30日，全乡共补偿10521人次，其中住院补偿494人次，补偿金额共计758726.79元，通过近四年运转，以户为单位受益面达40％左右。另一方面，我们进一步加强我院医保工作的自查自纠工作,使之不断提高服务质量和水平。为确实提高服务水平，我院组织开展了自查工作，针对医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开自查，发现问题，及时整改。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还设立了意见箱，广泛了解参合农民对我乡城乡居民合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

处理参保人员投诉。建立健全了财务管理制度，规范报销审核程序，对本院和各村卫生室的各项合作医疗报账报表、票据，逐项审核，验收，院长最后审批把关，形成严格的三级审核程序，确保报销经额、项目准确无误。每月按规定及时上报医保报表和电子版报表，从未拖欠村卫生室报销的费用。定期分析参保人员的医疗及费用情况，及时解决问题，根据情况采取不定期对本院和各村卫生室进行抽查，杜绝违规行为的发生。我院住院部严格掌握参合病人的入院指针，住院病人一人一床，从无医保病人挂床住院，住院病人分不同颜色的住院卡管理，入院24小时内，立即建立病历，完善相关内容。

（一）加强就医、补偿等各项服务的管理，进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，积极配合做好20xx年城乡居民合作医疗参保筹资的各项准备工作，保证医保工作持续、健康、稳步推进。

医保退保申请书。

转医保的证明范文。

医保报销单位证明范文。

医保自查报告。

医保报销有哪些流程。

社保和医保的区别。

广州居民医保办理流程。

**医保年终的工作总结篇五**

在过去的\_x年里，我院在县委、主管局的正确领导下，紧紧围绕“以市场为导向，创新经营思路及经营理念，主动适应医疗市场需求，力求科学地定位市场，坚持以人为本，着力推进科技兴院，人才强院战略，转变观念，树立“品牌”意识，有效地增强医院综合实力”的总体思路，以发展为主题，以结构调整、改革创新为动力，突出服务，突出质量，突出重点，突出特色，开拓创新，狠抓落实，全院干部职工团结协作，奋力拼搏，较好地完成了全年的工作任务，医院建设又迈上了一个新的台阶。现将过去一年的主要工作情况总结

(一)积极开展创建“群众满意医院”活动，着力加强全院职工的质量意识、服务意识和品牌意识。按照省卫生厅、市、县卫生局的部署，从去年4月份开始我院以开展创建“群众满意医院”活动为契机，围绕提升医疗质量和服务水平，打造良好的医疗环境开展创建工作：1、狠下功夫，努力提高医疗质量，形成了“质量兴院”的良好风气。医疗质量关系到病人的生命安全和身体健康，是医院发展的根本。我们把县卫生局年初部署的“医疗质量管理年”活动内容融入到创建“群众满意医院”活动当中，把提高医院医疗质量放在突出的位置。医院先后出台了一系列措施，确保医疗质量和医疗安全，有效杜绝了医疗事故和减少了医疗纠纷的发生。

(1)健全和完善医院必备质量管理组织。根据创建活动考评标准，建立健全了“层次分明、职责清晰、功能到位”的必备医疗质量管理组织，对“医疗质量、病案管理、药事管理、医院感染管理、输血管理”等专业委员会的人员组成进行了调整和补充，完善了各委员会的工作制度，使各自的职责与权限范围进一步得到清晰。

(2)完善了各项医疗制度并形成了严格的督查奖惩机制，实施了一系列保证医疗质量的措施和方法。对照创建“群众满意医院”活动考评标准，根据有关的法律法规，结合我院实际情况，完善有关的管理规定和制度。制定了《突发公共卫生事件应急处理预案》、《医疗纠纷防范预案》、《医疗纠纷处理预案》、《导诊岗位服务规范》等一系列制度及措施。

(3)加强了法律法规的学习和教育。今年全院共组织了医护人员300多人次参加有关医疗纠纷防范与处理的学习班，广泛开展《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国护士管理办法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》等法律法规的学习和教育，多次派出医疗管理人员参加全国性和全省组织的“医疗事故防范与处理”、“医疗文书书写规范”、“处方管理办法”等学习班，并对全院医务人员进行了多次相关法律法规的培训和考试。

(4)进一步规范和提高医疗文书的书写质量，认真贯彻落实卫生部的《病历书写基本规范(试行)》和我省出台的《病历书写基本规范(试行)实施细则》，医院加强了对病历质量的检查工作：一是院领导经常不定期抽查运行病历和门诊病历，多次组织本院检查组督查病历质量，对不合格的病历通报批评，并给予经济处罚。二是各科主任对住院病历进行经常性的检查，及时纠正病历质量问题。三是质控科对每份归档病历进行终末质量检查，每月对病历质量情况进行小结并通报全院。四是病案管理委员会加大了管理力度，针对病历质量存在的问题进行专题讨论，制定了整改措施，督促及时整改。20\_年共检查病历5987份，其中质量病历5551份，有7份为乙级病历，未发现丙级病历，病历甲级率为99.8。全年病历质量较好的科室有内科、儿科、妇产科、急诊科。

\_x年全院书写病历数最多的前三名医生分别是：儿科的朱树森，255份、儿科的叶林海，248份、外一科的范地福，211份。全年科室病历总数位居前三位的是：儿科：1219份，外一科：859份，外二科：846份。

才能保证医院整体医疗水平的发挥，减少医疗纠纷，促进医院医疗工作的健康发展。根据有关规范要求，结合我院实际情况，今年重新制定了三级医师查房制度，实行了分管院长业务查房制度，加大了对三级医师查房制度落实情况的督查力度，有效地提高了我院的诊疗水平。

(6)进一步加强了围手术期的管理。围手术期管理是保障外科病人医疗安全的关键，医院按照制定的围手术期质量标准认真进行考评，提高了围手术期的医疗质量，有效地保障医疗安全。

(7)加强了临床用血管理工作。为确保临床用血安全，进一步规范了临床用血程序，在血库开展交叉配血试验，减少了病人用血的流程，提高了临床用血效率，完善了血库工作职能，严格执行配血和输血各项操作规程，杜绝了差错事故的发生。在严格掌握输血指征的前提下，积极提高成份输血率，改变了我院目前的现状。

**医保年终的工作总结篇六**

我院自8月3日加入濮阳市医保定点行列以来，历经了3年又8个月的医保服务旅程。

一年来，在市医保中心的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊参保人员更好地享受基本医疗服务，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定成绩。

一年来，我院始终坚持按照《濮阳市城镇职工基本医疗保险试行办法》、《濮阳市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》和《濮阳市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

1、配备、更新、完善了与本市基本医疗保险管理配套的计算机、软件系统；

2、数次培训了专业上岗操作人员；

3、认真按照《医疗保险前台计算机系统使用规范》进行操作，实现了网络畅通、系统兼容、信息共享、交换快速、方便病人的目标。

1、医院董事长（法人代表）亲自兼任医疗保险管理科主要领导。

2、院长、副院长等院务级领导和专职财会人员构成了医保科领导集体。

1、采用宣传页和宣传单的形式，不定期的向来院就医参保人员和就医医保人群宣传医保政策，推广基本医疗服务，把医疗保险的主要政策规定和医保中心协议规定的内容谕告患者，收到了较好效果。

2、根据医保中心有关文件要求，结合我院实际，拟出了便于理解落实的医保政策汇编，下发给医院每位医生和医院窗口科室，保证了医保政策正确的贯彻落实。

3、在医院醒目位置制作宣传标牌，对医保职工住院流程、报销流程进行宣传，方便了医保职工的就医。

4、医保管理科在总结日常工作的基础上，研究制作了方便医保政策的温馨提示牌，提示牌上“如果您是…医保参保人员，请主动告知接诊医生，确保您的权利和待遇得到落实”的寥寥数语，不仅保护了参保人员的利益，体现了国家政策的优越性，也受到了医保就诊患者的交口称赞。

1、在不同楼层分设导医台，安排专职导医人员和联系电话，为参保人员提供就医导诊、个人账户查询、医疗费用咨询、相关政策解释等服务。

2、导医引导病人就医，对病人实施全程服务，是我院为医保病人提供的优质服务项目之一。

1、在医保病人就医条件改善上，我院花巨资对病人就医环境进行了二次装修，使医院环境焕然一新。宾馆式的优美条件，廉价的收费标准，使我院知名度在短时间内有了长足的提升。

2、在住院病人押金收取上，我院在执行医疗中心规定的前提下，尽量降低和减少医保病人的押金收取数额，受到了病人的赞扬。

3、在出院病人费用结算时，我院医保科、财务科人员尽量加快对帐效率，及时结清住院费用，使病人体会到医保结算的快捷性。

4、我院向医保病人推出了药品低价让利活动，目前已推出降价品种60个，有效地平抑了药价，降低了医保病人费用支出。

1、我院医保科和医务人员严格执行医保就诊规定，对在我院门诊就医、住院的医保患者，都认真地审查病人的医保卡和《濮阳市城镇职工基本医疗保险病历手册》，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与价的项项符合。

2、年度内杜绝了病人一本多用、一卡多用、冒名顶替、挂床住院现象，保证了医保基金的正常使用。

3、在医保病人的管理上，我院指定专门领导负责，建立健全了门（急）诊留观制度，医保病历由专人负责收集整理和分类保管。

2、年检后的医保定点医疗机构资格证书已到院。

1、根据医保中心领导的要求，我院对上一年度的医保服务工作进行了认真的自查和回顾，在总结经验的基础上，借鉴兄弟单位成功的管理办法，使我院的医保服务工作得到了进一步提升。

2、医保协议的续签，是中心领导对我院医保工作的肯定，也是督促我们不断完善和提高对医保职工提供更加优质服务的新起点。

1、居民医保工作在我市刚刚起步，我院响应政府号召，主动申请加入为濮阳市城镇居民提供医疗保险服务定点医院行列，自觉接受中心领导的.监督管理，自愿成为医保双定医院。

2、中心领导批准了我院的申请，对我院开展居民医保工作给与了关怀和指导，对此，我们对中心领导的信任表示感谢。

3、在为居民医保人员服务的过程中，我们根据居民医保群体的特点，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。

1、根据医保中心的工作安排，我院从最大限度地让利参保人员考虑，制定并上报了35个限价病种，该病种限价工作正在推开中。

2、单病种限价的推行，使参保人员得到了实惠，减少了医保费用的开支。

1、医保平价医院的建立，是医保工作的新要求。我院响应医保中心号召，积极组织，主动安排，向中心领导递交了平价医院申请。

2、在医保平价医院的准备和申请工作上，我们一直在努力。

1、在度参加医保体检的基础上，我院圆满地完成了度的医保体检工作。

2、我院义务为08年度全市所有医保体检人员印制健康体检袋，为全市参检职工免费送达和邮寄体检结果；在该项工作中，我院尽职尽责、细致耐心，较好地完成了中心交付的任务。

**医保年终的工作总结篇七**

20\_年，我院在医保中心的领导下，根据《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

一、建立医疗保险组织。

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20\_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。

二、执行医疗保险政策情况。

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。

三、医疗服务管理工作。

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。

五、医保信息系统使用及维护情况。

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。

六、明年工作的打算和设想。

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。

**医保年终的工作总结篇八**

今年以来，在县委县府、县医保局、乡党委政府及乡社保所的坚强领导下，在相关部门关心和支持下，我院按照年初制定的工作计划，认真开展各项工作，严密部署，落实责任，坚持“以病人为中心”，优化服务态度，强化医疗质量，较好地完成了参合农民医疗服务及费用报销等有关事务，现将今年工作情况总结汇报如下：

保险试行办法》的条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使我院医保服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传城乡居民合作医疗政策的重要阵地。三是通过组织专题会议、政务公开等多种形式定期对外公布参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全乡补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到城乡居民合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到城乡居民合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持城乡居民合作医疗。四是开展对外交流活动，开展对外宣传。我院对相邻乡镇的参合农民也加大宣传，同时为相邻乡镇之间的偏远地方的老百姓提供便利、优质的健康服务，并不断征求外乡参合农民对我乡医保工作提出好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，也为城乡居民合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

施过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。城乡居民合作医疗服务窗口工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，按规操作，实行一站式服务，截至11月30日，全乡共补偿10521人次，其中住院补偿494人次，补偿金额共计758726.79元，通过近四年运转，以户为单位受益面达40％左右。另一方面，我们进一步加强我院医保工作的自查自纠工作,使之不断提高服务质量和水平。为确实提高服务水平，我院组织开展了自查工作，针对医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开自查，发现问题，及时整改。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还设立了意见箱，广泛了解参合农民对我乡城乡居民合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

处理参保人员投诉。建立健全了财务管理制度，规范报销审核程序，对本院和各村卫生室的各项合作医疗报账报表、票据，逐项审核，验收，院长最后审批把关，形成严格的三级审核程序，确保报销经额、项目准确无误。每月按规定及时上报医保报表和电子版报表，从未拖欠村卫生室报销的费用。定期分析参保人员的医疗及费用情况，及时解决问题，根据情况采取不定期对本院和各村卫生室进行抽查，杜绝违规行为的发生。我院住院部严格掌握参合病人的入院指针，住院病人一人一床，从无医保病人挂床住院，住院病人分不同颜色的住院卡管理，入院24小时内，立即建立病历，完善相关内容。

（一）加强就医、补偿等各项服务的管理，进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，积极配合做好20xx年城乡居民合作医疗参保筹资的各项准备工作，保证医保工作持续、健康、稳步推进。

**医保年终的工作总结篇九**

xx年，我院在医保中心的领导下，根据《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

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。

**医保年终的工作总结篇十**

今年以来，在县委县府、县医保局、乡党委政府及乡社保所的坚强领导下，在相关部门关心和支持下，我院按照年初制定的工作计划，认真开展各项工作，严密部署，落实责任，坚持“以病人为中心”，优化服务态度，强化医疗质量，较好地完成了参合农民医疗服务及费用报销等有关事务，现将今年工作情况总结汇报如下：

（一）加强宣传，引导农民转变观念，增大影响力。宣传工作是推行城乡居民合作医疗的首要环节，只有让广大农民把城乡居民合作医疗的政策真正弄懂了，他们才会积极参与和支持。我们在实际工作开展中，注重从多方面、多层次做好宣传工作。一是加大宣传力度，扩大城乡居民合作医疗的影响力。今年，通过宣传服务车逐村进行宣传，以专版、专题等多种形式先后公告了我乡城乡居民合作医疗工作的开展情况。二是利用受理补偿中的实例，进行广泛宣传。在参合农民医疗费用补偿过程中，我窗口工作人员积极、耐心、细致地向每一位农民宣传、解释《云阳县城乡合作医疗保险试行办法》的条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使我院医保服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传城乡居民合作医疗政策的重要阵地。三是通过组织专题会议、政务公开等多种形式定期对外公布参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全乡补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到城乡居民合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到城乡居民合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持城乡居民合作医疗。四是开展对外交流活动，开展对外宣传。

我院对相邻乡镇的参合农民也加大宣传，同时为相邻乡镇之间的偏远地方的老百姓提供便利、优质的健康服务，并不断征求外乡参合农民对我乡医保工作提出好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，也为城乡居民合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

（二）强化管理，努力为参合农民提供优质服务。经办机构工作效率好坏、定点医疗机构服务水平高低的直接影响到农民参加城乡居民合作医疗的积极性，我们始终把为参合农民提供优质高效的服务放在工作的重中之重。一方面，我院坚持努力提高医保服务管理水平。在城乡居民合作医疗实施过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。城乡居民合作医疗服务窗口工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，按规操作，实行一站式服务，截至11月30日，全乡共补偿10521人次，其中住院补偿494人次，补偿金额共计758726.79元，通过近四年运转，以户为单位受益面达40％左右。另一方面，我们进一步加强我院医保工作的自查自纠工作,使之不断提高服务质量和水平。为确实提高服务水平，我院组织开展了自查工作，针对医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开自查，发现问题，及时整改。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还设立了意见箱，广泛了解参合农民对我乡城乡居民合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的.服务创造了一流的效益。

（三）完善制度、规范行为，确保医保工作运转安全。公布就医流程、设咨询台（咨询窗口），完善参保对象住院告知手续，方便参保人员就医购药。院内各项医疗保险管理制度健全，相关文书按规范管理。严格执行基本用药目录管理规定，基本用药目录内药品备药率达到协议标准，药品质量合格、安全有效，无假冒伪劣药品销售。公布本院医保政策咨询与投诉电话，热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保人员投诉。建立健全了财务管理制度，规范报销审核程序，对本院和各村卫生室的各项合作医疗报账报表、票据，逐项审核，验收，院长最后审批把关，形成严格的三级审核程序，确保报销经额、项目准确无误。每月按规定及时上报医保报表和电子版报表，从未拖欠村卫生室报销的费用。定期分析参保人员的医疗及费用情况，及时解决问题，根据情况采取不定期对本院和各村卫生室进行抽查，杜绝违规行为的发生。我院住院部严格掌握参合病人的入院指针，住院病人一人一床，从无医保病人挂床住院，住院病人分不同颜色的住院卡管理，入院24小时内，立即建立病历，完善相关内容。

（一）加强就医、补偿等各项服务的管理，进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，积极配合做好城乡居民合作医疗参保筹资的各项准备工作，保证医保工作持续、健康、稳步推进。

**医保年终的工作总结篇十一**

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20xx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20xx年医疗保险工作总结如下。

（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20xx年6月底，20xx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20xx年下半年和到20xx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20xx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）。

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；20xx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。

（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，20xx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20xx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。

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。

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。

1、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。

2、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。

1、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。

2、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。

3、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。

**医保年终的工作总结篇十二**

今年以来，在区xxxx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20xx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20xx年医疗保险工作总结如下。

（一）参保扩面情况。

截至12月底，全区参加城镇医疗保险的xxxx人数为xxxx人，比去年年底净增xxxx人，完成市下达任务（净增xxxx人）的xxxxx%。其中城镇职工参保xxxx人（在职职工xxxx人，退休职工xxxx人），在职与退休xxxx人员比例降至2：4：1，城镇居民参保xxxx人（其中学生儿童xxxx人，居民xxxx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xxxxx万元，其中统筹基金xxxxxx万元（占基金征缴的66.6xx%），个人账户xxxxxx万元（占基金征缴的33.4%），大额救助金征缴xxxxxx万元，离休干部保障金xxxxxx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20xx年6月底，20xx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20xx年下半年和到20xx年上半年的，还有部分未支）支出xxx万元，其中统筹金支xxx万元（财务当期结余xxx万元），个人账户支xxx万元。其中，涉及20xx年的费用xxx万元，统筹应支付xxx万元，实际垫付xxx万元（不含超定额和保证金）。

实际应支xxx万元，其中统筹应支xxx万元（结余xxx万元），个人账户应支xxx万元；大额救助应支xxx万元（结余xxx万元）；离休干部保障金应支xxx万元（结余xxx万元）。

今年，城镇职工住院xxxx人，住院率xx%，住院xxxx人次xxxx人次，医疗总费用xxx万元，次均xxxx人次费元，统筹支出xxx万元，统筹支出占住院总费用的xx%；享受门诊大病的患者有xxxx人次，医疗总费用xxx万元，统筹支付xxx万元（门诊报销比例达xx%），门诊统筹支出占统筹总支出的xx%；大额救助金支付xxxx人次，纳入大额统筹的费用为xxx万元，大额应支xxx万元；20xx年离休干部xxxx人，离休干部长期门诊购药xxxx人，门诊总费用xxx万元，离休xxxx人员定点医院住院xxxx人次，总费用xxx万元。离休干部住家庭病床xxxx人次，医疗费用xxx万元。

（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，20xx年1月份新增特疾病号xxxx人，12月份底新参评xxxx人，通过xxxx人，通过率xx%（其中申报恶性肿瘤和透析的患者共有xxxx人，通过并享受的有xxxx人）。截至20xx年底特疾病号固定门诊购药xxxx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xxxx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xxxx人员xxxx人，在职xxxx人，退休xxxx人。向省内转院的有xxxx人，向省外转的有xxxx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xxxx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xxx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xxxx人员的解释说明工作。

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

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、xxxx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xxxx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xxxx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。

**医保年终的工作总结篇十三**

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

一、建立医疗保险组织。

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。

二、执行医疗保险政策情况。

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。

三、医疗服务管理工作。

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。

五、医保信息系统使用及维护情况。

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。

六、明年工作的打算和设想。

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。

：语言很灵动。

**医保年终的工作总结篇十四**

20\_年度，在局领导班子的领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金科根据年初计划，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20\_年度的工作总结如下：

一、基金收支情况。

1、1-11月城镇职工基本医疗保险基金收入20\_万元，城镇职工基本医疗保险基金支出3184万元，其中统筹基金支出2149万元，个人帐户支出1035万元，已出现收不抵支。

2、1—11月工伤保险基金收入99万元，工伤保险基金支出102万元，生育保险基金收入1.4万元，生育保险基金支出0.9万元。

3、1—11月城镇居民基本医疗保险基金收入2820万元，支出900万元。

二、主要工作情况。

1、按上级要求，及时编制上报了20\_年度各项基金预算报表、月报及季报，并于每季根据数据编写基金运行情况分析，力求更好的为领导决策做好参谋。

2、加大各项医疗保险费征收力度，做到应收尽收。

一是职工医疗保险费用的征收，今年在各单位报送职工参保资料时，我科与职工保险科配合先把工资基数核准再录入档案，6月份在财政与银行的配合下，扣缴财政供养人员个人缴纳全年医疗保险费447.42万元，通过核对，误差比以前年度减少，防止了基金的流失。

二是工伤生育保险费用的征收，每月将各单位缴纳的工伤生育保险费明细及时提供给职工保险科，使他们能通知没有缴纳费用的单位按时足额缴纳。

三是配合向上争资争项目的工作，工业滤布目前城镇职工医疗保险困难企业省级配套资金已到156.3万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套1094.5万元已全部入账。

3、控制支出，保证基金流向的合理与规范。对每月的基金支出先与业务科室进行核对，做到数字无误，合理规范，再向财政申请各项医疗保险基金，及时划拨到各定点医疗机构、定点药店及患者账上，以确保参保对象享受正常的医疗待遇。

4、配合审计组，做好全国社会保障资金审计工作。今年2月份，国家审计署派出审计组对我市社会保障资金进行审计，我局的各项基金也接受了此次审计，在历时两个月的审计过程中，我科与业务科室相互协调，密切合作，提供与审计有关的会计资料、电子数据、证明材料等，对审计组提出存在的问题进行了整改，通过这次审计，更加规范了基金的征缴、使用及管理。

5、通过协调，解决了历年来职工医疗保险理赔款难以及时到位的大难题。今年，在职工保险科的配合下，划拨了20\_及20\_年所拖欠的团险理赔款481.97万元，保障了参保对象的医疗待遇。

6、配合居民管理科做好城镇居民的参续保工作。20\_年，我科向财政领用了400本城镇居民医疗保险票据，并及时发放、核销，确保居民参保工作的正常顺利进行。

三、工作的不足。

1、与财政的沟通协调不够，目前城镇职工医疗保险本级配套资金只到位800万元，统筹基金收不抵支，使基金运行出现风险，已占用了个人账户资金。

2、平时对医疗保险政策及基金的收、支、滤布余情况调查研究不够，不能形成信息及调查报告，不能更好地为领导决策起到参谋作用。

四、工作计划。

1、做好20\_年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20\_年续保工作时先核定工资基数再进行银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20\_年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20\_年居民参保续保工作顺利进行。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监督检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象服务。

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找