# 医保信用评价工作总结(汇总82篇)

来源：网络 作者：梦里花落 更新时间：2025-01-15

*医保信用评价工作总结1一、我区城镇居民基本医疗保险工作的完成情况截至20xx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，...*

**医保信用评价工作总结1**

一、我区城镇居民基本医疗保险工作的完成情况

截至20xx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，工作总结《居民医保工作总结》。

（四）层层下达分解任务，并与绩效挂勾。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20xx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20xx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、20xx年的工作规划

20xx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。

**医保信用评价工作总结2**

医院20xx年医保工作总结不知不觉间20xx年已过半，这半年里在卫生局领导的关心和社管中心的领导下，在有关职能部门和科室的协作下，XX卫生院紧紧围绕医保的工作重点和要求，全院职工以团结协作、求真务实的精神状态，认真工作。现将半年医保工作情况总结如下：

一、领导班子重视为规范诊疗行为，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。领导班子带头，各科室科主任负责本科医保、农合工作的全面管理。为使广大参保人员对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。

二是抽出人员参加医保会议；以发放宣传资料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，通过新的医生工作站，更规范、更便捷。并减少了差错的发生。半年工作情况：

1、自20xx年12月16日起，截止至20xx年6月15日。我院上传记录4753笔，医保支付费用元。挂号支付4398元。在已经结算的费用中无一笔拒付发生，医保病人门诊住院数据上传及时准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从开展工作至今院内医保系统运行正常，在医保单机不能正常工作的时候，及时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件。对院内的医保单机及时的进行了十余次补丁的更新安装，每次都能够做到在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级。期间进行了医生工作站的改造。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。每季度均参加市医保中心组织的会议培训。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，自开展工作站以来，所录入药品剂量规格均符合标准，无一拒付。

二、措施得力，规章制度严为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我院一是在院外公布了就诊流程图，使参保病人一目了然。并在每周二周三周五，病人比较集中的日子里安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。

二是配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群众监督。四是医院职工开展微笑服务，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，定期进行满意度调查，针对调查的结果制定改进措施。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，严格检查医保卡的使用以及代开药情况。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。我院有专人参加医保会议，及时传达会议上的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，并将不合格的处方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。

四、工作小结及下半年展望

在20xx上半年中，我院医保工作中虽然取得了一定成绩，但仍存在一些不足，如：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偏少。在今后的工作中，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，规范业务流程，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度。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。争取使我院的医保工作在下半年更上一个台阶！

**医保信用评价工作总结3**

我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新政策，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

>一、配备优秀人员，建立完善制度

1.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的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以院长xx为组长，书记xx为副组长，医保科主任xx、护理部主任xx、内科主任xx、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2.我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

年我们医保科组织医保培训每季度1次,每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实深圳市人民政府第180号文件精神。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年(1—12份)我院共收住院医保患者xxx人次，医疗费用总计xxx，住院人次费用xx住门比xxx。医保门诊xxx，门诊人次xxxxx，人均费用xxx。

>三、树立良好的服务理念，诚信待患

为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。院领导和我们医保科经常深入病房之中

监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

**医保信用评价工作总结4**

在全民医保工作启动伊始，江西省人力资源和社会保障厅、江西省财政厅、江西省教育厅联合下发赣人社字【20xx】301号文件，20xx年9月28、29日我院参加了全省高校大学生城镇医疗保险工作会议，全面启动我院大学生城镇医疗保险工作，截止11月2日，我院20xx年大学生城镇医疗保险工作信息上报结束，现就今年大学生城镇医疗保险工作总结如下：

一、组织领导到位

学院领导高度重视大学生城镇医疗保险工作，成立了以卢晓霖副院长为组长、学工处长、财务处长为副组长及各分院院长为成员的学校医保工作领导小组，印发了赣工职院办字【20xx】121号《关于做好大学生参加城镇居民基本医疗保险工作的通知》文件，各部门认真组织学习。

二、广泛深入宣传

卢晓霖副院长多次在分院院长会议上，对大学生城镇医疗保险工作进行全面工作部署和工作要求，各分院分别召开班主任、辅导员会议，传达会议精神，把此项政策告知每个学生，使同学们充分认识到大学生城镇医疗保险工作，是社会保障工作的重要组成部分，是党和政府解决人民群众“看病难、看病贵”的一项重要举措。特别是对在校大学生，每人每年90元保险费，全部由国家财政支付，个人无需缴费政策，对解决贫困大学生看病有着十分重要意义，也是党和政府建立民生工程的重要举措。

**医保信用评价工作总结5**

20XX年上半年医保科在我院领导高度重视与指导安排下，在各职能科室、站点大力支持帮助下，按照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，医保工作取得了一定的成绩，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

>一、院领导重视医保，自身不断加强学习

>二、加强政策落实，注重协调沟通

医保工作与医院各项医疗业务统一相联，所有工作的开展落实离不开相关科室的支持与配合，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给予了大力支持与帮助，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，最大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给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。

>三、不断提升医保工作主动服务能力，各项医保业务有序运行

>四、不断加强离休人员就医规范管理，合理控制医保超支费用

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，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的出现，最大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出现的违规项目，及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帮助下，通过HIS系统杜绝严重违规现象的发生，提高离休人员控制管理的科学性与有效性；认真审核并控制离休人员外转费用，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，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

>五、注重医保卫生信用信息的完善及新农合工作宣传落实

**医保信用评价工作总结6**

今年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习,差不多一年的时间，因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，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，发现问题多反馈到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。

工作辛苦而忙碌，主要的工作是对北京市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会针对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的`同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。

最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心。组务会和小教员会后，针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

**医保信用评价工作总结7**

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：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖;

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作;

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可定和鼓舞，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。

**医保信用评价工作总结8**

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。

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，让我们全体职工全身心的投入到工作中去，

12年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖；

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作；

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可定和鼓舞，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。

**医保信用评价工作总结9**

医保审核股是一个工作非常繁杂、任务比较重的部门。作为审核股一员肩负着领导助手的重任，不论在审核报账还是在处理问题时，都得慎重考虑，做到能独挡一面，这些都是审核股人员不可推卸的职责。20xx年以来，在局领导的亲切指点和广大同事的热心帮助下，我认真贯彻医疗保险有关政策规定，立足岗位，安心做好本质工作，一心一意为参保人员提供优质的服务，牢固树立了“审核股无小事”的思想，尽职尽责，努力工作，取得了一定的进步，同时存在一些很明显的不足之处，现将总结如下：

>一、主要表现

(一) 认真学习，注重提高。

20xx年以来，我认真学习医疗保险各种政策法规和规章制度，不断加强医疗保险经办流程的学习，熟悉工作业务流程，努力增强自身业务能力。在工作之余，我还阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，学习关于医疗保险业务的各种文件，认真做到向书本学习，向领导学习，向同事学习。我深知如不虚心学习，积极求教，实践经验的缺乏必将成为制约个工作人能力发展的瓶颈，我觉得，局里的每位同事都是我的老师，他们中有业务骨干、有技术尖兵、有文字高手。正是不断地虚心向他们学习求教把书本经验转化为实践经验，我自身的素质和能力才得以不断提高，工作才能胜任。

(二)脚踏实地，努力工作 审核股工作的好坏，直接影响和决定了医保工作的整体。审核股的工作性质，给股室人员提出了强烈的能力要求和专业素养，我深知工作之难，责任之大。为此，认真制定工作计划，一是端正工作态度。按照岗位基本要求，我努力到“五勤”、诚心当好“四员”。五勤就是眼勤、耳勤、脑勤、手勤、腿勤，四员就是为 领导当好参谋员、信息员、宣传员和服务员。秉承一贯真诚务实做人的作风，踏实细心的工作态度，以高度的责任感和事业心来为单位服务，希望把自己所学到的书本经验用在实践工作中，认真努力做好工作。二是落实工作任务。审核股对全局工作的正常运转起着重要的作用。因此，在工作中，我坚持做到“四个不让”，即：不让领导布置的工作在我手中延误，不让正在处理的事项在我手中积压，不让前来办事的参保人员在我这里受到冷落，不让任何小道消息从我这里传播。努力做到工作不拖沓，认真保证工作高效完成。三是维护工作形象。我始终牢记自己是医保局的一员，是领导身边的一兵，言行举止都注重约束自己，对上级机关和各级领导做到谦虚谨慎、尊重服从;对同事做到严于律己、宽以待人;

对外界做到坦荡处事、自重自爱，努力做到对上不轻漫，对外不卑不亢，注意用自已的一言一行维护领导的威信，维护整个机关的形象。

(三)转变作风，摆正位置。

我始终把耐得平淡、舍得付出、默默无闻作为自己的准则;始终把增强服务意识作为一切工作的基础;始终把思想作风建设的重点放在严谨、细致、扎实、求实上，脚踏实地埋头苦干。审核股工作最大的规律就是“无规律”，“不由自主”。因此，我正确认识自身的工作和价值，正确处理苦与乐、得与失、个人利益与集体利益的关系，坚持甘于奉献、诚实敬业，做到领导批评不言悔、取得成绩不骄傲，努力保证了审核工作的高效运转。在工作中，我始终坚持勤奋、务实、高效的工作作风，认真做好工作。服从领导安排，不计得失、不挑轻重。自工作以来，没有耽误过任何领导交办的任何事情。在生活中，坚持正直、谦虚、朴实的生活作风，摆正自己的位置，尊重领导，团结同志，平等相处，以诚待人，不趋炎附势，也不欺上压下，正确维系好与领导、同事相处的尺与度，大事讲原则，小事讲风格，自觉抵制腐朽思想的侵蚀。

>二、存在问题

20xx年，在领导和同志们的关心支持下，我取得的一点成绩与医保工作的实际需要相比，与领导的要求相比，都还存在着一定的差距。如工作经验不够丰富，畏手畏脚，不够洒脱自在;组织协调能力和社交工作能力需要进一步提高;工作中有时出现求快;有些工作思想上存在应付现象;学习掌握新政策、新规定还不够，对新形势下的工作需求还有差距;学习上不够高标准、严要求等。

>三、今后打算

(一)继续严格遵守各项医保政策和审核股工作职责，严守机关秘密，服从单位安排，脚踏实地完成各项任务。

(二)进一步加强理论文化知识和专业技术知识的学习，同时加强政策调研，不断提高理论水平和办事的能力。

(三)更要树立起良好的自身形象，在工作中成为同事的榜样，在感情上成为同事信任伙伴。

(四)工作中要学会开动脑筋，主动思考，充分发挥领导的参谋作用，积极为领导出谋划策，探索工作的方法和思路。

(五)积极与领导进行交流，出现工作上和思想上的问题及时汇报，也希望领导能够及时对我工作的不足进行批评指正，使我的工作能够更加完善。 总之，20xx年以来，通过努力学习和不断摸索，收获很大，我坚信工作只要尽心努力去做，就一定能够做好。我决心在今后的工作中要多提高自己的素质与休养，多学习为人处世的哲学，不断超越现在的自己，争取更大的进步!

一年来，在局党政的正确领导下，在单位领导及同志们的帮助、支持下，我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况汇报!如下：

思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作；坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益。为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“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、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，取得了较好的效果。

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力工作。

**医保信用评价工作总结10**

xx县医保中心：

20xx年，我店在社保中心的正确领导下，认真贯彻执行医保定点药店法律法规，切实加强对医保定点药店工作的管理，规范其操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在有效遏制违规现象等方面带了好头。现将年度执行情况总结如下：

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌。

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

三、我店已通过省药监局《药品经营质量管理规范GSP》认证，并按要求建立健全了药品质量管理领导小组，制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的`档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医保定点药店成为面向社会的文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医保定点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医保定点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我县医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**医保信用评价工作总结11**

为进一步加强我县医疗保险定点零售店管理，规范医疗保险基金的合理、安全、有效使用，保障广大参保人员的基本医疗需求。按照市医保处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的通知》精神，结合我县实际，通过精心组织，明确责任，层层落实等措施。创建活动取得了较好的效果。现就创建工作情况总结如下：

>一、加强组织领导，确保创建活动顺利开展

为了保证创建活动有序开展并取得实效，首先成立了创建活动领导小组，明确了工作职责，制定了工作措施。确立由医疗管理股具体组织实施，分管副局长负责抓落实的工作格局，从组织上加强对创建活动的领导，各成员相互配合，各负其责，充分发挥其职能作用，真正形成齐抓共管的创建工作局面。

>二、加大宣传动员力度，形成浓厚的舆论氛围

全县共认定定点零售药店16家。主要分布在县城区域范围内和部分人口较集中的乡镇，为了保证“保障民生，和谐医保”创建活能够如期顺利开展，使之做到家喻户晓，深入人心，且产生较好的社会效应，首先我局及时将市处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的.通知》转发给了各定点零售药店。要求他们认真组织学习，充分了解到这次创建活动的重要意义和工作要求，端正态度，提高认识。二是在六月二十日我局组织召开了全县定点零售药店负责参加的创建活动动员大会，统一思想，统一认识，按照市创建活动工作要求，进行了具体的安排和部署，同时在会上充分肯定了我县定点零售药店在医保服务工作中的积极作用，诚恳指出了我县定点零售药店目前的现状，以及在医保服务工作中存在的问题，并且针对存在的问题，着重强调这次创建活动中重点整治的范围和内容，确保创建工作有的放矢，扎实整治，务求实效。

>三、认真开展自查自纠，以实际行动推进创建工作

针对我县部分定点零售药店不能严格执行医疗保险政策、规定，在提供医疗保险服务过程中，存在以药易物，变相出售日常生活用品，食品等与药品无关的物品以及人卡不符，冒名用卡，滞卡消费，串换药品等不良现象。要求各定点零售药店必须认真对照创建工作方案，进行自查自纠。一是在自查过程中，针对自身存在的问题，对员工进行宣传、教育和培训，让全体员工充分认识到这次创建活动的重要性，以及在医保服务工作中必须具备的职业道德素质，充分了解和掌握医疗保险相关政策规定以及应该履行的职责和承担的责任，确保在今后的医保服务工作中，为广大参保人员树立良好的形象，提供优质的服务。同时，各定点零售药店必须按照创建工作要求，向社会公开作出医保服务承诺，以此营造创建和谐医保氛围。二是各定点零售药店面对自查过程中发生的问题，进行深刻的反思和扎实整改，在规定的期限以内清场下架各类不符合医保规定的日常生活用品、食品、化妆品等物品，退还所有滞压在店的医保卡，并且做好参保人员的解释、说服工作，以免产生不必要的影响。从而，以实际行动促进创建活动的顺利实施。在此期间各定点零售药店上报自查整改材料16份。

>四、强化监管机制，提高医疗保险管理水平

通过这次“保障民生，和谐医保”创建活动，促使了各定点零售药店严格执行医疗保险各项政策、规定，履行医疗保险工作职责，规范医疗保险服务行为，完善自我约束、自我监督机制，确保医疗保险基金合理、安全、有效使用，得到了广大参保人员的好评，与此同时也促使了我县医疗保险管理水平的进一步提高。

**医保信用评价工作总结12**

20xx年在我院领导高度重视下，按照x市城乡居医保政策及x市医保局、霍邱县医保局及医保中心安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保办工作总结如下：

>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、分管院长具体抓的医保工作领导小组。为使广大群众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：

一是通过中层干部会议讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；

二是发放宣传资料、张贴宣传栏、政策分享职工微信群、医保政策考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力，力争让广大医务人员了解医保政策，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院：

一是在院内公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，使参保病人一目了然，大厅内安排值班人员给相关病人提供医保政策咨询；

二是配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督；

三是全面推行住院病人费用清单制，并对医保结算信息实行公开公示制度，自觉接受监督，使住院病人明明白白消费。

为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院结算三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，加强病房管理，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，通过医保患者住院登记表，核查有无挂床现象，有无冒名顶替的现象，对不符合住院要求的病人，一律不予办理入院。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。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的居民医疗保险政策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。

及时传达新政策和反馈医保中心及县一院专家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。在办理医疗保险结算的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员宣传、讲解医疗保险的有关规定及相关政策，认真解答群众提出的各种提问，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。本年度医保结算窗口代结外院住院204人次，外院门诊367人次。全年打卡发放外院医保资金61余万元。开展贫困人口就医医保补偿资金“一站式结算”，结算辖区贫困人口县外住院就医15人次，垫付资金9万元、县外门诊119人次，垫付资金34万元，办理慢性病就诊证597人。医保运行过程中，广大参保群众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，医保办工作人员严格把关，规范操作，实行一站式服务，大大提高了参保满意度。

>四、不足之处及下一步工作计划

我院医保工作在开展过程中，得益于市医保局、县医保局、医保中心、霍邱一院的大力支持及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工作顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因医保实施规定的具体细则不够明确，临床医师慢性病诊疗及用药目录熟悉度不够，软件系统不够成熟，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，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，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。努力更多更好地为人民服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展作出贡献。

**医保信用评价工作总结13**

XX年，地区行政服务中心党支部在地委、行署及地直机关工委的领导下，以加强党的思想政治建设为重点，以提高支部党建整体水平为目标，充分发挥核心作用和战斗堡垒作用，群策群力，与时俱进，开拓创新，最大限度地调动党员干部的工作积极性和创造性，确保了党支部的建设工作有了新的发展，党员的综合素质得

到了新的提高。现将地区行政服务中心党支部XX年度工作情况总结如下：

一、抓好政治思想建设，进一步提高党员干部综合素质

今年，我中心党支部、把加强党员干部学习放在突出的位置上，目的是进一步提高党员干部的党性觉悟、思想水平和工作能力。中心党支部领导也始终关心全体党员干部的学习和进步，在不同会议上多次强调学习的重要性和必要性，并要求全体党员干部要以高度的责任感注重学习，勤于学习，善于学习，把学习始终作为我们服务中心工作的基础和起点。年初，我们印发了中心XX年度工作人员学习计划，每月确定一个重点内容，并提出精读，作笔记、谈心得三个基本要求。在具体措施上，一是抓好党课学习。全年我们已集中2次党课辅导，每一次内容都贴近时势，贴近中心工作，有针对性和教育性，这对我们党员干部理解党的政策方针，认识社会问题起到了一定的指导作用。二是抓好党员干部的业务知识学习。除正常安排党员同志参加有关的专业知识培训外，中心还组织人员自主授课，先后学习了《行政许可法》、《行政复议法》、电脑操作知识等。

二、充分发挥党员干部先锋模范作用，积极完成各项工作任务

三、加强党建制度和机关作风建设，推进中心各项工作

制度化、规范化今年以来，中心党支部认真贯彻执行党建工作的各项制度，努力完善和实施了“三会一课”制度、党员干部定期交心谈心制度、党员干部警示制度、廉洁自律制度、党员干部学习制度、党员考核评议等制度，使党内生活走上了制度化、规范化管理的轨道。XX年，我们着重抓好了如下制度的落实工作。一是坚持“三会一课”制度。利用“三会一课”制度，经常组织党员干部学习党的路线、方针、政策，时事政治和科学知识等，从而不断提高党员的政治觉悟和工作水平，为完成党的各项工作任务打好了坚实的基础。同时，为了使这项制度得到很好的落实，我们还不定期的进行了检查、督促，收到了很好的效果。二是坚持党费收缴管理制度。我们把党费的收缴管理工作看作是党的基层组织建设和党员队伍建设的一项重要工作。年初，我们把每个党员应交党费印成的明细表，并指定专人定期收缴，足额上交给地直机关工委。

三是坚持民主评议党员制度。通过对党员正面教育、自我教育和党内外群众的评议、考核，从而达到了激励党员、纯洁组织的目的，提高了党员干部的整体素质。

四、加强组织建设，进一步增强党支部成凝聚力和影响

第一、认真做好党建促工青妇工作。中心成立有工会妇委会，为了切实加强对工青妇工作的领导，党支部定期听取工青妇工作汇报，对其活动给予了支持，经费上进行帮助，注重工青妇活动与支部活动相结合。有效地带动了工会工作，青年工作、妇联工作的开展。

第二、开展丰富多彩、健康向上的文娱活动。在“五一”、“七一”期间举办了拔河比赛、趣味猜题、茶话会、演讲比赛等多种活动，进一步增强了支部的凝聚力和齐心力。

第三、注重党员干部党风廉政建设 ，确保党员队伍的纯洁性。廉洁从政，是对每一名党员的基本要求;严格自律，是每一位党员干部必备的基本素质。

XX年，中心党支部围绕经济建设中心，不断加强党的建设，取得了一定的工作成绩，但同时也发现我们的党务工作还存着一些不足，与上级的要求相比还有一定的差距，主要有以下几个方面的问题。一是党课的内容和形式比较单一，有待进一步改

进。二是因受条件限制，党员电教工作开展得还不够，党员电教碟片播放较少。三是各党支部开展活动较少。新的一年，我们将认真总结过去的经验得失，更好地发挥党支部的战斗堡垒作用和党员干部的先锋模范作用，开拓进取，为我区经济建设添砖加瓦。

**医保信用评价工作总结14**

我于20xx年8月1日正式投入到医院的医保管理工作中，在四个多月的医保审批前的准备工作中，在医保中心的精心指导下，在沈总的大力支持下，在院长的高度重视下，在全院人员的积极配合下，初步完成了医保审批前的准备工作，现将具体工作情况做如下总结:

>对内工作总结

>一、规范管理，认真执行医保政策

医保的概念对于我院来说是比较陌生的，长时间以来，人们习惯于没有条款约束的工作和收费观念，要想顺利地改变这种状态，需要花费很大精力，尤其是执行具体政策方面也会受到阻力，医保知识培训和考核是增加员工医保意识的最好办法，今年8月6日进行了首次全员医保知识培训，培训完毕，进行摸底考试，收到的效果较好。在以后的时间里陆续进行4次培训和多次一对一培训，例如：实名制就医问题、各类参保人员的报销比例、如何正确开具处方、下达医嘱；医保病历规范书写等相关医保知识，通过培训，改变了全员对医保知识的理解，增强了医保观念，也消除了我对申请医保后能否正确执行医保政策的顾虑，增强了工作的信心。

严格监督并执行医保政策，在实际运作中不违规、不替换项目、不跨越医保红线，做守法、诚信医保定点医疗机构是医保工作的努力方向，在上述思想指导下，我们医保小组成员，紧锣密鼓，加班加点对与发生费用的相关科室进行监督、检查和指导，8月1日至12月1日期间，初审归档病历161份（其中含8月份之前病历2份），复审病历161份（初审不合格病历返回病区修改再审核）。

审核门诊处方840张，其中：西药处方616张（7月-11月），不合格处方281张，修改西、成药处方189张,协助医生修改处方92份。审核中草药处方：442张（8月-12月），不合格处方178张，修改中药处方118张（一部分是无资质医生打印并签字问题无法修改）。处方不合格原因有诊断与用药不符；用法、用量不符；总量超量；诊断名称错误；诊断不明确；无资质医生签字；医生的诊疗范围不符（超范围行医）；使用其他医生工作站下达医嘱等，目前关闭了不合格的工作站，避免了违规操作。对于病历和处方审核需要花费很多精力，尤其是反复修改中需要有很强的耐心和细心，本部门的XXX不厌其烦，每次都会与临床医生做耐心细致的解释工作并做好记录，从无怨言。

>二、按医保要求进行HIS系统初步改造

1、首先，实现了两次HIS系统升级和医保的部分功能。如医嘱的开药和时间相对应，解决了长时间来难以解决的问题。增加了系统中医保患者与自费患者分别标识并同时出具正方和地方的功能。

2、在物资库房的问题上，把卫生材料与办公耗材分开维护，极大地方便了库管管理工作，提高了库房的工作效率的同时也规范了医生工作站的物

品显现。

3、在院领导的指挥下，迁移了一楼机房，使机房能容纳更多的设备，能进行更多的人工调式，同时增了新的机柜，电源 ，保障了医院的机房能满足二级医院的要求，满足医保验收的要求，确保了医院数据安全。

4、自主开发并安装了医保触摸屏系统 ，系统内包括医院简介、医师介绍、医保就医流程、医保收费目录、医保药品目录、医保报销比例及医保至北京市所有参保人员的一封信，整套系统为医院节省了近两万元的费用。

5、走流程，找差距，对全院医务人员进行HIS系统使用培训，一对一培训药房员工录入新到货药品、培训采购员维护药品进货单，出库单，并验证数据的准确性、培训住院医生及门诊医生如何正确下达医嘱。在完善HIS系统的同时，完成了医院员工提出的新需求，例如在遇到输液医嘱时，打印处方同时出输液单，并解决了住院医嘱不能将格式对齐的问题、检验科系统内增加了新的检查内容、药房药品库存不足时不可以透支开药、修改药品加价率等问题。

6、系统中修改了年龄格式、中药处方格式（一张处方能容纳32味药）、西药及中成药处方格式、隐藏了医嘱单上的草药明细、住院费用清单眉栏上增加了费别、入出院时间、住院总天数，且总天数由入院时间+出院时间自动形成，改变了以往由结账时间决定出院时间的错误问题。

7、住院清单内增加了单价栏、项目或药品费别（无自付、有自付、全自付），

8、完善了诊断库的标准诊断名称，从新维护了三大目录库名称和医保编码。

9、门诊要有用药超量限制权限。门诊医生工作站打印处方时增加了错误提示窗口。

10、限制了在历史交易中随意更改处方信息（如调出历史患者删除或退费或修改处方）的问题。

11、在陈总按排下，以最快的速度修复了彩超室的仪器设备，使医院的彩超设备能正常运转。节省了院外聘人的劳务开支。

**医保信用评价工作总结15**

今年4月1日起，我市医保结算方式发生了重大改革，最终根据《\*\*市深化基本医疗保险基金支付方式改革实施办法（试行）》（太政办（20xx）30号））规定，我市住院医疗费用支付方式为实行总额控制下按人头与按病种结合的方式进行。根据每月人头数统计，我院基本能完成任务，现将我科医保工作总结如下：

一、带头遵守医院的各种规章制度，正确认识自己的定位，努力成为医保政策的宣传者，医院改革与医保改革的协调者，全院医务人员规范的引导者和监督者。

二、在主管院长的领导下，具体负责全院医疗保险工作，维护医保基金在我院使用的安全性和合理性。

三、严格遵守医保的有关政策规定，建立健全与医保要求相适应的内部管理制度。结合绩效考核，加强门诊和住院医保定额及医保政策执行的考核管理。

四、认真学习医疗保险政策，把医保政策紧密的结合到医院的各项工作中去。定期组织全院医护人员培训、学习新的医保政策一次。对全院所有业务行为予以实时监督和规范的`同时，自觉接受市医保管理部门的监督。

五、管理人员职责分明，落实到位。每月及时处理分析医保中心智能审核系统发现的问题，从4月1日起，共分析反馈意见351条，发现问题及时督促整改。在做好日常事务的同时，经常深入科室和病区了解情况，发现问题及时沟通，不断完善医保管理工作。

六、每月编制各科室医保费用报表和医保收入核算报表；做好医保数据对账工作，确保与社保中心数据相符。分析各项医保考核指标完成情况，发现问题及时反馈到科室和个人，并向分管院长汇报。

七、协助医务科、药剂科等职能部门，加强对临床医保病人“三合理”规范的检查。

八、积极做好参保病人的来访、举报及接待工作，耐心听取意见，详细地解释医保政策。帮助医保群众得到低耗、优质的医疗服务。对来访者的重要内容作好登记，一般情况在一个工作日内予以答复，重大问题在三个工作日内予以答复。

九、完成人力资源和社会保障局、卫计委及医院领导交办的其他任务。

**医保信用评价工作总结16**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保局安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

>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、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，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

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，使参保病人一目了然。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。二是配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。三是全面推行住院病人费用“一日清单制”，并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院补偿三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。五是医院职工开展星级服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评.

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。

>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手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。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的共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计2025万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局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工作得以顺利进行。在今后的工作中，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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全县的医疗保险人员。

**医保信用评价工作总结17**

20xx年医院医保工作在院领导的直接领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科全体职工的共同努力，较好地完成了各项工作任务，现总结如下：

1、今年初我院分别与xx社保中心、xx区、xx区、xx区、xx社保局签订了社保医疗定点医院管理协议。通过x院长和医保科的努力，xx区卫生局将我院确定为xx区新农合区级定点医院，报销比例由x%提高到xx%，极大的争取和扩大了医疗市场。同时，争取到xx区新农合慢性病体检鉴定工作，对xx区参加新农合的村民，大约xxxxxx千余人慢性患者进行检查鉴定，目前正在进行中。

3、全年办理各种社保入院手续xxxxx人次，审核出院病历x份，截止11月底各社保拨付医疗费为x元，到12月底，将达x万元。在病历审核中发现问题x项，涉及扣款金额为x元，比去年降低x%，经医保科与各社保局协调认定扣款为x元，比去年降低x%，挽回经济损失xx元。全年xx区、xx社保无扣款。办理特殊检查审核x人次，生育报帐x人，办理医疗磁卡x人次，申报办理工伤x人，办理慢性病门诊费用社保报销x人，审核离休干部门诊费用x人次，办理职工社保、工伤、大额、生育保险x人次。

4、巩固拓展开发县市区社保医疗市场及资源，密切县市区社保和新农合工作联系和资源开发。先后与x区、x区、x市联系，争取确定了我院为城镇居民社保定点医疗机构，并与市社保局、x区社保局、x社保局、x区社保局进行座谈回访，一是征求意见、了解情况；二是宣传医院，建议良好协作关系，收到了良好效果，推动了医院业务工作的全面发展。

6、存在的问题：

一是进一步加强医保政策学习和宣传，抓好社保医疗管理工作，完善医改措施，严把审核关，提高社保管理的科学性与技巧性，更好的为病人为临床服务。

二是进一步密切各社保局联系，及时互通信息，协调与社保管理相适应的行为，保持与各社保局良好的工作关系。

三是加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

**医保信用评价工作总结18**

20\_年，我院在医保中心的领导下，根据《铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《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。

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2025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

20\_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2025万元，门诊刷卡费用255万元。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。

CT、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

>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。

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。

>四、医疗收费与结算工作

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。

>五、医保信息系统使用及维护情况

**医保信用评价工作总结19**

辞去了20xx年，迎来了20xx年，转眼20xx年也度过了大半，在党支部的正确领导下，在领导及同志们的关怀帮助与支持下，本人在本职工作中取得了一定的进步，对单位作出了一定的贡献，现对我的年终总结如下汇报：我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。

现将一年来的思想和工作情况汇报如下：思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习，关心国家大事，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作；坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“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、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，取得了较好的效果。

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力。

**医保信用评价工作总结20**

20xx年要在阆中市市委、市政府及市卫生局和市医保办的领导下，以党的十九次全代会精神为指导，深入贯彻《^v^中央、^v^关于进一步加强农村卫生工作的决定》，结合《阆中市新型医疗保险实施细则》精神，加大力度，加快进度，推进我医院医疗保险制度建设和农村卫生服务体系建设，促进农村卫生事业的改革与发展。

>一、加强和完善医保的制度建设。

根据我医院实际，在已出台的《阆中市医疗保险实施方案》的基础上，尽快完善医疗保险相关配套政策和规定：通过相关配套制度的建立，构筑医疗保险基金收支平稳运行的保障机制。

>二、注重学习先进经验，开展技术指导。

加强学习，加大工作力度，加强分类指导和经验交流。注重对医疗保险各项工作的研究，发现和解决出现的新情况、新问题。

>三、加大信息系统开发和建设力度。

>四、加强对医保保险工作的监管。

按照《^v^办公厅关于加强医疗保险定点医疗机构医药费用管理的若干意见》的要求，采取综合措施，加强对医疗保险定点医院服务行为的规范化管理。建立和完善医疗保险定点医院服务收费和服务行为监管机制。努力降低医疗费用。

>五、加大对医保管理人员及医护人员的培训力度。

>六、加强药品的管理。

**医保信用评价工作总结21**

xx年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习，差不多一年的时间，因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，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

到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。工作辛苦而忙碌，主要的工作是对x市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会针对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心，组务会和小教员会后，针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策，翻阅了大量的资料，分析产生拒付的原因，针对定点医疗机构如何预防拒付的问题，写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力的学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

20xx年在我院领导重视下，按照医保站的工作精神，我院认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成绩，现将我院医保工作总结如下：

>一、领导重视，宣传力度大

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、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。

>二、措施得力，规章制度严

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。全面推行住院病人费用“一日清单制”，并要求病人或病人家属签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。医院职工开展以文明礼貌,优质服务,受到病人好评.为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

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。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保站的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

**医保信用评价工作总结22**

我院医疗保险工作在院领导的领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科职工的共同努力，顺利的开展了各项工作，现总结如下：

>一、已完成工作

1、20xx年与我院签署定点医院协议的行政部门有：

1）1月份与榆林市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

2）3月份与神木市医保中心签订医疗服务协议。

3）5月份与神木市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

4）榆林市工商保险服务中心。

5）神木市民政局。

6）铁岭市城镇职工医保中心未重新签署的，都延续之前的协议。

2、认真学习宣传各险种的各项政策规定，并贯彻执行。实时更新合疗政策宣传栏；定期公示补偿信息表；每月底给榆林市医保、合疗等各部门办公室上传报表。每月去合疗办公室报送报销资料。快递邮寄病历38份（含85份病历）

3、定期到临床科室了解合疗管理情况，帮助解决合疗工作中存在的问题，减少不必要的损失。季度统计各科室收治合疗患者的费用情况并做分析，按时发放至各科室，让各临床科室都能了解、掌握合疗患者的费用情况，及时做出调整。

4、汇总季度各科室收治的合疗患者人数给与奖励，对于违反政策的个人及科室给与处罚，并将季度奖罚汇总表交由经营办发放。

5、医保、合疗运行情况

1）合疗：上半年（1—5月份）共报付合疗患者247人次，（包含神木县患者162人次）住院总金额共计695377。49元。住院补偿金额498754。6元，申请合疗基金515275元。合疗基金结余16120。41元。人均住院费用2815。29元，住院实际补偿率为74%。合疗患者平均住院日为5。3天。药占比为15。5%，自费药占比为10。8%。单病种执行率90。4%。各项指标均达到合疗政策要求，在榆林、神木两市合疗办的\'多次督察中均受到好评。暂无门诊慢病与大病补助。

2）医保：（榆林）

门诊：门诊目前已累计刷卡97人次，总金额20\_7。74元。

住院：报出12例患者。住院总金额为51098。5元，医保垫付38934。68元，患者自负12163。82元。

3）民政：共报付9人次，医疗费用33662。97元，民政补助4035。41元。

4）扶贫：共报付精准扶贫人员5人次，总医疗费用14359。69元，报销金额1318。22元，报销比例达92%。

>二、正在进行工作与不足之处

1、跟未结款的各县合疗办催要合疗补偿款。

**医保信用评价工作总结23**

今年来，我局在县委、县政府和县人力资源与社会保障局的正确领导下，在市医保局指导下，在相关部门的大力支持和密切配合下，县医保局工作紧紧围绕推进“四化”战略建设“五个宁都”这个大局，通过广大劳动和社会保障系统工作人员高效务实的工作，保险覆盖范围不断扩大，制度运行基本平稳，基金收支实现略有节余，参保人员基本医疗需求得到进一步保障，各项工作取得了较为显著的成效。现就今年来的工作进行总结如下：

>一、各项目标任务全面超额完成，三项保险工作全面大幅提升

1、基本医疗保险：职工：我县参保单位547个，任务数27500人，参保总人数为27610人，其中：在职人员17379人，退休人员10231人；居民：全年参保人数为105113人，任务数105000人，

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