# 医疗保险工作总结报告(通用14篇)

来源：网络 作者：静谧旋律 更新时间：2024-06-09

*报告是一种常见的书面形式，用于传达信息、分析问题和提出建议。它在各个领域都有广泛的应用，包括学术研究、商业管理、政府机构等。报告对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇报告。以下是我为大家搜集的报告范文，仅供参考，一起来看看吧医疗保险工作总...*

报告是一种常见的书面形式，用于传达信息、分析问题和提出建议。它在各个领域都有广泛的应用，包括学术研究、商业管理、政府机构等。报告对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇报告。以下是我为大家搜集的报告范文，仅供参考，一起来看看吧

**医疗保险工作总结报告篇一**

20xx年，我院在医保处的领导下，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，科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及相关人员提出的问题，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。

今年8月份医保处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。

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。

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，及时更换了专用网络，确保结算的顺利进行。

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。

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。

**医疗保险工作总结报告篇二**

1，居住我县的重病患者医疗费用，我们主动送钱上门，因为是特殊时期，既为了保护我们自己，又为了保护患者，双方在患者家外相互距离5米的地方办理报销手续。

2，居住在县外患者应报销医疗费用，我们用邮寄的办法解决。医疗保险所周到细致的服务受到了参保患者及其家属的赞誉。

**医疗保险工作总结报告篇三**

20xx年，我县城镇职工基本医疗保险参保人数达到25581人（其中：在职职工17480人，退休人员8101人），城镇居民基本医疗保险参保人数达到8246人（其中：未成年人和学生6100人，成年人1958人，老年人188人），生育保险参保人数17480人。收缴城镇职工基本医疗保险费6735万元、生育保险费347万元，收缴城镇居民基本医疗保险费604万元。城镇职工基本医疗保险基金支出6202万元、生育保险支出144万元，城镇居民基本医疗保险基金支出221万元。

在完成日常工作的前提下，我们不断健全和完善内部管理制度，合理调整业务岗位分工，并且采取了多项措施，不断提高经办服务水平，保证各项工作能够保质保量的完成。具体工作报告如下：

医保工作涉及人群众多，社会影响范围广，我们工作人员的一言一行都关系到社保工作在办事群众心目中的形象。因此，工作中我们始终把服务放在首位。为了不断提高服务水平和质量，我们主要从两方面着手：

一是不断提高自身的政策业务水平。我们除了利用工作间隙或业余时间不断学习医保相关政策法规，还多次抽调业务骨干走出去参加上级部门组织的学习、培训。随着大家政策业务水平不断程提高，发生误读政策规定的情况不断减少，面对群众和参保人员的咨询基本能够做到准确无误答复，在提高了工作效率的同时，更得到了他们的好评。

二是不断探索改进服务的方式方法。经办服务要做到“公正、便民、务实、高效”，但是仅仅做到这样还是不够的，还要讲究处理问题的方式方法，工作方法、服务态度避免呆板生硬，努力做到灵活生动,尽最大程度为他们服务。

医保工作涉及到广大参保人员的切身利益，必须在保证严格执行政策的前提下，实事求是，保证基金的每笔支出都符合政策规定。

一是提高风险意识，加强经办机构内部监督。信任不能代替监督，经办机构内部合理设置工作岗位，明确了各个工作岗位的职责，加强了各岗位间制约监督，降低了经办业务风险。

二是加强了对“两定点”单位的监督管理。按照《城镇医保定点医院管理制度》、《城镇医保定点门诊管理制度》、《城镇医保定点零售药店管理制度》及定点服务协议等管理、业务制度规定，规范其医疗服务行为，保证服务质量，提高服务水平作出了具体要求。

三是加大对转外地就医人员的监督检查力度。由于医疗条件所限，有些疾病市内不能确诊或治疗，需要市外就医，对于这种情况我们很难做到及时有效的监管，个别参保人员趁机骗保，导致医保基金遭受损失。

**医疗保险工作总结报告篇四**

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中心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。

20xx年医疗保险工作汇报铁路局医疗保险中心：20xx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。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

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x万元，门诊刷卡费用x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

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。

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(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。

**医疗保险工作总结报告篇五**

基本医疗保险制度是社会保障制度的一个重要内容，医疗保险四对人民生命财产安全的一种保障，今天本站小编给大家整理了20xx年医疗保险

工作总结

，谢谢大家对小编的支持。

为了进一步贯彻落实“三个代表”重要思想，加快建设“富裕、和谐”，着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题，进一步健全医疗保障体系，满足全县城镇居民的基本医疗保障需求，今年县委、县政府把建立“全县城镇居民医疗保险制度”列入我县八件为民办实事项目之一，按照年初制定的工作实施计划，加强领导，明确责任，精心组织，周密部署，抓好落实。到目前为止，全县城镇居民医疗保险各项工作进展顺利，并提前超额完成了预定的工作目标。下面将城镇居民医疗保险各项工作开展情况汇报如下：

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40189户，调查人数29370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10710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%20xx年城镇居民医疗保险工作总结20xx年城镇居民医疗保险工作总结。

2、系统软件开发情况。自10月31日通过定向招标的方式由浙大网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， 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险工作总结文章

(二)加强领导、精心组织，确保了工作的正常开展。

我县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，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)，主要是完成对各乡镇及相关部门进行工作考核，召开总结表彰大会20xx年城镇居民医疗保险工作总结工作总结。自8月31日召开了全县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。

一、继续开展制度创新，推动医保上新台阶

1、开展统筹城乡居民基本医疗保险

试点工作。按照国家医改方案中关于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的要求，我市在苍溪县开展了统筹城乡居民基本医疗保险的试点，打破了城乡基本医疗保险二元制度模式，实现了城乡居民基本医疗保险制度和管理“两统一”，将城镇居民医保与新农合制度合二为一，不分城乡户籍一个制度覆盖，缴费三个档次自愿选择参保，按选择的缴费档次享受相应待遇。为便于管理，将原由卫生部门主管的合管中心、民政部门的医疗救助职能整体划转劳动保障部门，实现了城乡居民经办工作归口和统一管理。苍溪县统筹城乡居民医保制度在实施不到一个月的时间，全县城乡居民参保人数达73.9万人，为应参保人数的100%。城乡统筹后，城镇居民医保和新型农村合作医疗保险二合一运行过程中的矛盾和困难得到了有效解决。

2、开展建立为鼓励病人合理就医机制的探索。为建立鼓励参保病人“小病进小医院，大病进大医院”的就医机制，我市改以往按定点医院级别确定住院医疗费用报销起付线为按定点医院人均次、日均住院费用和2次以上住院率等因素确定起伏线的办法，其服务指标越高，起付线标准越高。这项机制的建立可引导参保病员根据自身病情和经济状况选择定点医院就医，解决了过去“大医院人满为患，小医院无人问津”的现象，更加促进定点医院合理收费，提高了医疗保险基金的使用效率，市中心医院的次均住院医疗费用由年初12989元下降到年末7706元，降幅高达40.7%。

3、开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。为减轻参加城镇居民基本医疗保险人员的门诊负担，解决人民群众“看病难，看病贵”的问题，结合我市实际，积极开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。在不增加参保人员个人缴费负担的情况下，在城镇居民基本医疗保险筹资额中按照一定比例标准建立门诊统筹基金。参保人员在单次发生符合基本医疗保险报销范围的门诊医疗费用按照一定比例报销。

4、开展参保人员异地就医结算办法的探索。参保人员在本市范围内就医，出院时只结算属于本人自付的费用，其余属于统筹支付的费用，由县区医保局与定点医院按规定结算。实行这一办法，有效解决了参保人员异地就医垫钱数额大和报账周期长的问题，大大方便了广大参保人员。

5、开展关破集体企业职工基本医疗保险关系接续办法的探索。为妥善解决破产、撤销、解散城镇集体企业退休人员医疗保险问题，对有资产能够足额按省政府川府发〔20xx〕30号文件规定标准清偿基本医疗保险费的，按照统帐结合方式纳入城镇职工基本医疗保险;资产不能按川府发〔20xx〕30号文件规定标准足额清偿但又能按该文规定标准70%清偿的，可以按文件规定70%清偿后解决其住院医疗保险;没有资产清偿或虽有资产清偿但不足该文件规定标准70%清偿的，参加城镇居民医疗保险。在职人员在职工医保和居民医保中选择参保。

6、开展医疗工伤保险费用结算办法的探索。我们抓住医疗费用结算办法这个“牛鼻子”，在全市全面推行总额、指标、单病种、人头等方式相结合的复合型付费办法，增加了定点医院的责任，提高了医疗、工伤、生育保险基金的使用效率，降低了医疗、工伤、生育保险基金支付风险，使医保基金支出的增幅比收入增幅慢14个百分点。

7、积极进行工伤保险监督管理新路子的探索。今年，针对少数煤矿企业招用矽肺病人，我们出台了招用工管理办法，其中规定在企业招用工前必须进行健康体检，从源头上堵塞了漏洞，效果明显。全市经体检共查处矽肺病人近80例，仅一次性待遇减少支出180余万元。

二、发挥竞争机制作用，做好“两定点”监管工作

1、完善内部控制机制，提升经办服务水平

根据省医保中心《关于开展社会保险经办机构内部控制检查评估工作意见》的具体要求，我们组织以局长为组长，纪检员、党支部书记及各科室科长为成员的内部检查评估小组，开展了针对局内各科室及各县区医保经办机构内控建设的检查评估活动。检查评估主要涉及组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内部控制的管理与监督五个方面的内容。内控检查中发现了一些管理漏洞和制度缺陷，有针对性的提出整改措施。通过检查，进一步明确和完善医保经办机构的职责，优化业务经办流程和经办管理，有效地发挥了内控检查服务决策和促进管理的作用。

2、加强职工队伍建设，提高职工服务意识

我们以“创一流”活动为载体，以建设学习型、创新型和服务型单位为整体目标，以开展学习实践科学发展观活动为重点，努力加强职工队伍建设，不断提高职工服务意识和提升服务能力。通过开展理论学习，政策业务知识学习、综合技能知识学习、到煤矿井下体验生活与企业职工交心座谈等活动，提高了职工的业务素质、创新能力和服务意识。“创一流”活动中，我们组织各科室对业务流程、工作制度及服务承诺等内容进行考核，通过建立意见箱，接受来自社会人民群众的监督，更有力地促进了机关效能建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

共

2

页，当前第

1

页

1

2

**医疗保险工作总结报告篇六**

进入\*\*\*\*年以后，我们紧紧围绕实现覆盖人数7800人的目标任务，狠抓扩面工作不放松，扩面工作没有因为非典疫情的发生而受到影响，在工作中，大家统一思想，提高认识，克服重重困难，积极主动，使扩面工作取得了新进展，经过大家的努力，今年已超额完成了市局下达的7800人的目标任务。

1、明确扩面重点，锁定扩面目标。

年初我们就制定了扩面工作计划，把扩面目标锁定在未参保的中省属单位，采取积极的措施，督促这些单位参保。

2、以人为本，重视困难企业及其职工和流动人员参加基本医疗保险问题。

解决困难企业职工和流动人员参保问题，不仅关系到扩面工作，同时也关系到企业改革和社会稳定，因此，我们本着以人为本，实事求是，积极稳妥的精神，重点研究解决困难企业职工参保问题，在工作中关局长带领我们多次深入到企业，特别是有些困难企业中去宣传医疗保险政策，答疑解惑，在非典防治期间扩面工作也没有停止，我们积极主动用电话与企业和流动人员联系沟通，把一些困难企业如直属库，清真肉联厂，冷冻厂吸收进来，为部分流动人员办理了参保手续，从而满足了这些困难企业职工和流动人员的基本医疗需求，解除了他们的后顾之忧，同时为促进我县的社会稳定起到了积极的作用。截止年底，参保单位144个，参保人员7840人，其中在职人员6315人，退休人员1525人。超额完成了全年目标任务。

**医疗保险工作总结报告篇七**

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!

××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：

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。

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××管理先进的医院学习和提高。

一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施××程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结如下：

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××‰，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)。二是组织专家监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坚定工作中坚持公平、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。

**医疗保险工作总结报告篇八**

本文目录

医疗保险工作总结

区医疗保险中心某年上半年工作总结

医疗保险工作总结

医疗保险工作总结

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、新农合工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

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。

为使医保、农合病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保、农合就诊流程图，医保、农合病人住院须知，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，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。在省领导及市物价局领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，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。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

。

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。

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。20xx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。

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。

医疗保险工作总结（2） |

返回目录

\*区医疗保险中心\_年上半年工作总结

====年上半年，在局党组的领导和市医疗工伤生育保险处的指导下，我们以“三个代表”重要思想为指导，认真贯彻落实全市劳动和社会保障工作会议精神，坚持以人为本，全面提高管理服务水平，与时俱进、开拓创新，结合实际，精心组织、狠抓落实，保证了开展“保先”活动和工作两不误，圆满完成了各项目标任务。

一、基本情况

我区于五月二十日正式启动了医疗保险，止=月底，全区参保单位达家，参保职工达=人；上半年应征收基本医疗保险费\*\*万元，实际征收=万元；其中，统筹基金\*\*万元，个人帐户基金\*\*万元，大病基金\*万元。累计接纳参保职工就医（住院、门诊）\*\*人次，支出医疗费\*万元；其中，统筹基金支出\*万元，个人帐户支出\*万元。止=月底，工伤保险参保单位\*家，参保职工=人。

二、主要做法

=、调查摸底，掌握了基本情况。\*新区刚刚成立，各种情况错综复杂，医疗保险的服务对象由原\*县和\*区共同转入，参保单位和参保人数很不明朗，核查摸底任务非常重。医保中心组织业务骨干深入各乡镇街道、以及\*区、原\*县划入\*区的企业逐个进行了调查摸底和政策宣传，克服重重困难，摸清了划入\*区的行政事业单位和企业的经营状况、人员构成等情况。

=、认真考核，确定了定点医院和定点药店。吃药看病直接关系到每一位参保职工的切身利益。\*区医保中心按照方便参保职工就医的原则，通过调查\*区参保职工分布状况、医院、药店的信誉与水平等情况，并征求参保职工的意见，选择了水平高、信誉好又方便\*区职工的\*市\*区人民医院、\*市第五人民医院（原\*县人民医院）两家医院和广惠和大药房、永兴药店、黄河大药房三家零售药店分别作为\*区医疗保险定点医院和定点零售药店。

=、积极协调资金，建立了医疗保险网络。建立准确、全面、安全、高效、快捷的计算机网络管理系统是医疗保险工作正常开展的关键环节，是医疗保险现代化管理必不可少的部分。区医保中心在区财政紧张的情况下，不等不靠，积极协调筹集资金。在上级业务主管部门的指导下，先后到\*阳、\*钢、\*邑、\*阳、\*州等地进行考察，并选择购买了医疗保险网络系统所需软、硬件，保证了医疗保险计算机网络管理系统尽快启动和正常运行。

=、加大宣传力度，促进扩面征缴。医疗保险的开展离不开宣传工作，区医保中心把强化政策宣传作为推动医保工作健康发展的龙头，紧密结合业务工作实际，以贴近和服务于广大干部职工为着力点，采取编印发放《\*市\*区医保知识解答》手册、以会代训、开展医保政策宣传周等形式，全方位、立体式进行宣传。在此基础上，争取区委、区政府的大力支持，把扩面征缴纳入到政府目标管理体系，细化任务，层层分解，确保责任到位，工作到位，落实到位。在医保中心内部实行目标责任制，把全年任务细化分解到工作人员，将任务完成情况作为考核个人业绩的重要内容与年度奖惩挂钩，形成“人人肩上有压力，千斤重担大家挑”的工作氛围，最大限度的调动了工作人员的主动性和创造性。

=、加强自身建设，以人为本，提高服务水平

在人员不足的情况下，高素质的队伍是医疗保险工作顺利开展的需要。为此，我们将以“树组工干部形象学习教育活动”为切入点，全面提高工作人员的政治和业务素质，加强学习培训，增强为参保职工服务的本领。为体现服务，我们将转变工作作风。变参保职工“\*”为管理人员“下访”，将鼓舞范围下移，服务中心前移，服务层次提高，一是建立“三见面制度”，即医保管理人员深入病房，送政策到病床头，让医生、病人、医保工作者三见面。在三方见面中加深对医疗保险工作的理解。二是每月开展一次“医保现场接待日”活动，认真倾听群众呼声，接受群众咨询，面对面进行医保政策宣传，及时研究解决参保职工在医疗保险实施过程中遇到的困难和问题。三是向社会各界发放意见表，设立意见箱，广泛听取社会各界的意见和建议，自觉接受社会舆论的监督，在广大参保职工中树立起文明服务新形象，体现以人为本的管理理念。

三、存在问题

=、区划遗留问题尚未解决，严重影响\*区的工作开展。

=、医疗保险覆盖面还比较窄，征缴扩面有待于深入。

=、多层次医疗保障体系尚未完全建立。

=、两定点的管理力度还需进一步加大。

四、下半年工作打算

=、进一步扩大覆盖面，采取多种形式，吸纳有条件的用人单位参加医疗、工伤、生育保险，拓宽城镇各类从业人员的覆盖范围，增强基金的抗风险能力。

=、加强医疗保险服务管理，提高管理服务水平，逐步完善对医患双方的监督制约机制，堵塞不合理支出。

=、狠抓基金征缴。在实行目标管理责任制的基础上，采取行政、经济、法律等手段，加大征缴力度，确保基金应收尽收。

=、加强工伤、生育保险的基础管理，搞好机构和队伍建设，开展培训工作。

医疗保险工作总结（3） |

返回目录

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xx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xx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，出台了我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，个人帐户累计结累145万元。

六、强化学习、规范管理，自身建设进一步加强

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。

xx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，为医保扩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、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。

医疗保险工作总结（4） |

返回目录

一、 转变工作作风、树立服务观念

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。

三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

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

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）。二是组织专家监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能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坚定工作中坚持公平、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。

具体情况如下：

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。

**医疗保险工作总结报告篇九**

按照会议安排，我就xx县城镇居民基本医疗保险工作汇报三个方面的情况。

6月22日，全市城镇居民基本医疗保险启动工作会议之后，我们及时召开了县政府常务会议，讨论制定了《xx县城镇居民基本医疗保险实施意见》，7月9日召开了全县城镇居民基本医疗保险启动工作会议，对全县开展城镇居民基本医疗保险工作作了具体安排，提出了明确的时间要求和目标任务。通过入户摸底调查、发放政策宣传资料、上门发证催收参保费、审核建档、报销医疗费等有效措施，使全县城镇居民基本医疗保险工作取得了阶段性成效。截止目前，全县已有7426人办理了城镇居民基本医疗保险参保手续，占应参保人数9908名的75%。其中学生参保3285人，占应参保人数3800人的86%;持《再就业优惠证》的1512名下岗失业人员全部进行了参保;退休人员参保890人，占应参保人数1124人的79%;其他居民参保1739人，占应参保人数3472人的50%。居民个人累计缴纳医疗保险费31.94万元，财政补贴到位资金8万元。共为35人报销住院医疗费6万元。在实施城镇居民基本医疗保险过程中，我们重点做了六个方面的工作：一是加强组织领导，健全工作机构。为保证此项工作的顺利开展，县上及时成立了由县政府主要领导任组长，县委、县政府分管领导任副组长，社保、财政、人事、卫生、民政、教育、审计、监察等部门主要负责人为成员的领导小组，具体负责城镇居民基本医疗保险工作。各乡镇、水洛街道办事处xx县直有关部门也都成立了相应的领导机构，提出了具体的实施方案和意见，加大工作力度，倒排工作日期，迅速启动开展工作。社保、卫生等部门加强了工作调研和督查指导，及时协调解决了工作中出现的一些问题，确保了城镇居民医疗保险工作的顺利实施。财政、公安、教育、民政等部门都按照各自职责，为城镇居民医疗保险工作的顺利开展提供了强有力的组织保障。

二是落实配套政策，规范工作程序。县政府制定下发了《xx县城镇居民基本医疗保险实施意见》，对城镇居民参加医疗保险的相关政策作出了明确规定，并组织社保、财政、人事、卫生、民政等部门，参照城镇职工基本医疗保险的相关配套政策，及时出台了财政资金配套拨付办法、门诊费发放办法、参保居民住院管理办法、定点医疗机构管理办法、药品目录等相应的配套政策，制定了参保人员就医流程、统筹基金支付和大病医疗救助业务流程、劳动保障事务所与经办机构衔接流程、经办流程，规范了城镇居民基本医疗保险的业务流程，为全县城镇居民参加医疗保险提供了优质、便捷的服务。

三是强化舆论宣传，提高群众政策知晓率。为了使全县城镇居民医疗保险制度这一惠民政策能够规范实施，我们加大了舆论宣传力度，共印制医疗保险政策宣传资料10000余份，同时，组织乡镇劳动保障事务所干部深入村社和居民家中，上门宣讲政策。通过广播、电视、政府官网等新闻媒介，积极向社会宣传实施城镇居民基本医疗保险制度的重大意义，使医疗保险政策家喻户晓、人人皆知，切实把党和政府的关怀送给了每一位参保人员，极大地提高了广大城镇居民参加基本医疗保险的积极性和主动性。

四是深入调查摸底，建立个人档案数据库。为了全面掌握城乡居民人口情况、城市人口就业情况、应参保人员年龄结构和人员分类情况，县社保局组织18个乡镇和有关部门的干部，会同各基层派出所，集中半个月时间，对各乡镇参保人员情况进行了详细摸底，分类建立了翔实的档案资料。社区劳动保障机构工作人员充分发挥协管员的优势，逐家挨户，上门向参保对象发放参保通知单，动员参保登记。教育局在9月份开学之后，集中对城区9所学校学生进行了宣传动员，共有3285名学生办理了参保登记手续。同时，我们按照信息化管理的要求，对所有参保人员分类建立了电子档案和个人账户数据库，推动了城镇居民基本医疗保险制度的顺利实施。

五是完善工作制度，加强医疗机构管理。按照《xx县城镇居民基本医疗保险实施意见》规定，我们在充分调研的`基础上，结合城镇居民分布情况，按照“方便居民就诊就医、便于医疗保险经办机构管理”的原则，考察确定县人民医院、县中医院、南湖卫生院为城镇居民定点医疗医院，签订了定点医疗机构协议。从目前运行情况来看，各定点医疗机构都能严格执行“三个目录”规定，积极推进城镇居民基本医疗保险改革，严格执行医疗设施范围、支付标准及有关诊疗项目管理规定。医疗经办机构从一开始，就成立了医疗保险住院管理巡查领导小组，抽组专人，每周对定点医疗机构住院情况进行检查，督促落实报告登记制、住院管理抽审制和转诊转院审批制，认真审查登记住院病人。自7月份实施以来，全县共审核登记住院居民35人，报销医疗费6万元，确保有限的资金能保障参保居民的基本医疗需求。

六是加强协调配合，推动了工作落实。我县城镇居民基本医疗保险工作启动以来，宣传、社保、财政、公安、教育、卫生、民政、审计等部门切实履行职责，加强协作配合，形成工作合力，做到了急事急办，特事特办，有力地保障了城镇居民基本医疗保险工作的深入开展。县社保局还建成了“一站式”服务大厅，充实了医疗保险经办机构工作人员，加强了业务培训，印制了城镇居民医疗保险表、册、卡、证和宣传资料。财政等部门积极筹措政府补助资金，确保了财政补贴资金的及时到位。民政、监察、物价、药监等部门和各乡镇(街道办)在参保登记工作中，做了大量艰苦细致的工作，保证了所有城镇家庭居民全员参保。

一是居民参保费标准较高。在动员居民参保过程中，有一部分居民反映城镇居民的医疗缴费比新型农村合作医疗缴费标准高，人均在20元到60元之间，在一定程度上影响了居民参保的积极性。二是参保对象居住分散。我县共有城镇居民9908名，其中散居在乡镇的就达2364人，加之一部分大、中专毕业生流出县外，难于管理，给全县城镇居民基本医疗保险工作带来了一定影响。

三是部分住在农村的非农业人口已参加了新型农村合作医疗保险，不愿再参加城镇居民医疗保险，对全县参保工作造成了一定影响。

截止目前，我县城镇居民参保率仅为75%，距离市上的要求还有一定的差距。下一步，我们将认真贯彻落实好本次会议精神，借鉴兄弟县(区)的经验和做法，加强组织领导，改进工作措施，重点抓好四个方面工作，推动全县城镇居民基本医疗保险工作深入开展。

一是摸清对象，靠实工作基础。抓住春节前外出人员返乡探亲的有利时机，组织社保等相关部门人员，按照居住地与户籍地相结合的原则，以家庭和学校为单位，对参保对象再进行一次清理，将未参保人员落实到具体单位，通过政策宣传、教育引导，动员并督促其尽快参加保险，确保十二月底全县参保率达到85%以上。

二是加强资金调度，提高报销效率。积极做好与上级财政部门的衔接，确保省、市、县三级财政补助资金全部拨付到位。同时，要制定科学合理、安全便捷的费用结算流程，进一步简化城镇居民医疗保险住院登记和报销手续，提高报销效率，方便居民就医需求。

三是做好个人帐户管理工作。进一步完善城镇居民基本医疗保险个人帐户管理办法，合理确定个人帐户基金的开户银行，为参保职工建立门诊帐户，及时将个人帐户基金划入帐户，确保个人帐户基金的安全。建立健全参保职工纸质和电子档案，逐步推进医疗保险参保、住院、报销管理信息化进程。

经费，确保城镇居民基本医疗保险工作顺利开展。

**医疗保险工作总结报告篇十**

一年以来，在领导的悉心关怀下，在同事们的帮助下，通过自身的努力，各方面都取得了一定的进步，较好地完成了自己的本职工作。现将思想、工作情况作简要总结。

一、不断加强学习，素质进一步提高。

具备良好的政治和业务素质是做好本职工作的前提和必要条件。一年来，始终把学习放在重要位置，努力在提高自身综合素质上下功夫。一是重点学习了邓小平理论、“三个代表”重要思想和xx大报告、xx届三中、四中全会决定等篇章。二是学习了医疗保险相关的政策、法规等;三是参加了档案及财务举办的培训班。四是尽可能地向周围理论水平高、业务能力强的同志学习，努力丰富自己、充实自己、提高自己。同时积极参加单位组织的各种政治学习活动，提高了理论水平和思想政治素质。

二、积极开展工作，力求更好的完成自己的本职工作。

(一)档案管理工作

为进一步做好本单位的档案工作，本人参加了市档案局举办的培训班，认真学习了档案管理业务知识，及时立卷、归档xx年档案。同时，根据号文件精神，花了一个多月时间，整理了自xx年以来的业务档案，一共收集、整理、装订业务档案卷。

(二)办公室工作

从事办公室工作，本人深深懂得“办公室工作无小事”的道理。无论是待人接物、办文办会，都要考虑周全、注意形象，只有这样，才能更好地“服务领导、服务企业、服务群众”，树立办公室“高效办事、认真干事、干净做事”的良好形象。

(三)人事劳资工作

完成了本单位职工工资正常晋升及标准调整工作，准确无误填写个人调标晋档审批表，上报各种工资、干部年报，及时维护人事工资管理信息系统，切实保障了本单位职工的利益。

三、存在问题

(一)在工作中积极性差，常常是被动的做事情，安排一件做一件，工作不够主动。

(二)在工作中，自我要求不够严格。在思想中存在着只求过得去、不求高质量的满足意识;有时自由散漫;有时对有难度的工作，有畏难情绪，拖着不办，不按时完成任务。

在今后的工作中，还需要进一步的努力，不断提高自己的综合素质，克服畏难心理，更加出色的完成好各项工作任务。思想素质上还需要不断的提高，克服懒惰情绪，进一步加强自己的政治理论修养，争取早日加入光荣的党组织。

20xx年，我局以“政策体系有新完善，参保扩面有新突破，平台建设有新跨越，服务形象有新提升”“四个有”为目标，一手抓制度政策完善、一手抓人口覆盖提高，在完善体系、扩大覆盖、提高水平上迈出了新步伐，圆满完成了年初确定的各项目标任务。

一、20xx年工作情况

经过一年努力，全市社会医疗保险参保人数达235万人，较去年底增加9万人，人口覆盖率达87.5%。其中，职工基本医疗保险参保65万人，较去年底净增5.75万人，城镇医保覆盖率超过小康目标。市直参保人口67.53万人，较去年底增加近5万人，覆盖率达92%。市区5.9万名老人和8034名救助对象通过政府资助进入医保体系，基本做到了“应保尽保”。全市征缴各项社会医疗保险基金10亿元，比去年增收1.3亿元，增幅15%，其中当年基金收入9亿元;当年实际支出8.3亿元，结余0.7亿元。基金支出在预算范围内，结余率适中，运行总体良好。市直全年医保基金收入5.21亿元，其中，当年收入4.45亿元，非当年5625万元，收入增幅12%;全年基金支出4.47亿元，比预算增长23%。征收城镇退役士兵安置保障金714万元。按时上缴管理费20万元。

(一)以优化提升为目标，医保政策体系实现新完善。修订完善《社会医疗保险暂行办法》和《医疗救助办法》，既是对五年多来政策体系系统地梳理完善，也是对医保制度的又一次宣传推动。从4月份开始，我局牵头开展为期两个月的“调研月”活动，分课题组织力量展开调研。先后召开20多个场次300余人的座谈会，广泛征求意见和建议。这两个办法已经市政府研究同意，将从明年1月1日起正式实施。这样，经过完善提升，我市多层次社会医疗保障体系就由“社会医疗保险+社会医疗救助”两个文件构成新的框架。同时，进一步调整完善居民医保政策。作为全国较早实施该项制度的城市，今年以来，按照国家和省关于建立城镇居民基本医保制度的意见精神，加快政策调整完善步伐。其中，筹资标准今明年已分别提高到150元、250元，门急诊补偿比例从20%提高到40%，住院费用全年最高补偿提高到15万元，综合补偿率由原来25%提高到50%以上。市区财政对参保学生少儿均给予补助，让他们也享受到了“普惠”。各辖市均出台和实施了城镇居民基本医疗保险办法。此外，对农民工及其子女参保缴费、享受待遇等作出意见规定，特别是明确参保农民工在外务工期间发生门急诊医疗费直接按规定报销，不降低报销比例，较好地维护了农民工权益。

(二)以推进小康目标为重点，医保人口覆盖实现新扩大。加大政策推动和行政推动力度，通过动员参保、监察推保、多形式助保等各种途径，多措并举、强力推动参保扩面。一是以医保小康指标监测分析为抓手，同步推动各地开展扩面工作;借助全市社保扩面征缴有利形势，与养老保险同步推进医保扩面。二是在去年实施“人人享有医疗保障”工程的基础上，建立反推倒逼机制，通过抽样调查和全面摸排，动员未保人员参保;强化稽查稽核，将参保登记信息与工商注册、税务登记信息比对，实现登记最大化;将人员参保缴费与就业登记、

劳动合同

鉴证信息对接，实现登记参保到户、缴费管理到人。三是重点抓好环卫工、出租车司机、保安等特殊群体以及建筑、餐饮行业用工人员的参保工作;对断保人员进行梳理分析，采取不同措施激活续保;同时，落实农民工医保专项扩面行动，进一步推进农民工参保。

(三)以社区配套政策为抓手，基本医疗服务可及性实现新增强。将实施和完善医保制度与充分利用社区卫生服务紧密结合起来，通过实施包括社区定点、优惠支付、提高医保待遇、服务减免、药品“零差率”政策、健康管理、付费制度等一系列医保配套政策，引导参保人员到社区就诊。特别是对药品“零差率”政策，4月份组织第一轮集中招标，平均中标价即降为零售价的52%;医保部门通过巡查、抽查等方式，重点对零差率等政策落实情况进行专项检查，确保各项社区配套政策落到实处，使之受惠于民。社区配套政策运行一年以来，其政策导向作用越来越明显：全年在社区卫生服务机构就诊人数估计增长51%以上，医疗费用增幅54%(不含“零差率”补贴)，其中慢病病人就诊量上升2倍以上。社区机构出现了就诊量和费用同步快速增长的好势头。居民选择社区门急诊的比例超过35%，对于把常见病多发病解决在基层、切实缓解“看病难看病贵”起到了积极作用。

(四)以可持续运行为导向，医保制度运行质量得到新提高。按照“健全制度，规范管理，开展教育，加强防范”的思路，认真做好“社保基金审计年”各项工作。在基金管理上，完善核算管理办法，强化运行分析和监控;推行申报基数职工签字认定、参保单位先行公示等新举措，采取日常、重点、专项稽核等办法，确保基金应收尽收，稽查面超过参保单位总数的30%;以医疗行为监督和医药费用结算为切入点，完善以“就诊人头”为核心的付费办法，提高基金使用质量和效率。预计全年，参保人员医疗费用增长12%，其中个人支付增长4%，基金支出增长13.5%;二、三级医院医疗费用平均增幅8.88%，医务所室平均下降10.4%，定点药店增长3.8%，社区增长54%;医保基金用于社区药品“零差率”补贴1000万元，既较好地控制了参保人员个人支付费用增长，又使大部分参保群众享受到了医保实惠。

(五)以经办能力提升为主线，服务平台建设取得新进展。一是努力打造新的服务平台。市区启动社区平台建设，所有社区卫生服务机构与医保信息系统联网，逐步将医保经办服务向社区延伸，从而使参保人员既看小病不出社区，办理医保事务也不出社区。在社区卫生服务机构增加医保病历购换服务，完善了辖管人口的医保和健康档案，为老年人、慢性病人、医疗救助对象实施健康长效服务。以“访老问医送温暖”为主题，开展向退休人员“发一封

慰问信

、送一张医保联系卡、发一份宣传资料、搞一次免费体检”的“四个一”活动，其中，组织社区卫生机构分两批为10万名参保退休人员免费健康体检。首批已有3万多名70岁以上老人享受免费体检，受到退休人员的极大欢迎。二是强化和改善对外服务。对医保经办事务进行一次性告知，公布举报电话和投诉渠道，接受社会监督;拓展医保网站功能，初步实现缴费工资总额网上申报，方便了参保单位和经办人员。与相关单位协调，下调定点医疗机构原协定的月通信使用费，平均降幅30%;取消医保卡挂失费用，减少群众支出20万元。三是加强经办机构自身建设。按照练好业务、干好事务、搞好服务的要求，规范基础管理和服务流程，大力强化经办能力与服务建设。特别是在服务大厅，建立ab工作制等一系列创新办法，推行阳光服务，努力做到窗口一站式、告知一口清、咨询投诉一拨灵，取得了良好的社会效果。四是加强医保理论研究和宣传信息工作。继续与镇江日报联办医疗保险专版，全年出版52期;全年编印《社会医疗保险》期刊12期;对外宣传报道及理论研究文章省级以上40多条。

回顾过去的一年，我们按照“全面达小康，建设新镇江”的总体要求，实施辖市联动：句容推行“医保普惠工程”，建立实施城镇居民医保制度，首次实现制度全覆盖，当年新增居民参保3.6万人;丹阳紧扣小康目标实现，3000多名残疾人和近万名医疗救助对象参加医保;扬中创新思想理念、方法制度和管理机制，积极扩展社会医疗保险的内涵和功能。一年来，我市先后两次在国务院召开的全国性大会上介绍交流工作经验，推进医保制度改革的做法和成效受到国务院领导的充分肯定;央视《新闻联播》、江苏卫视、中国劳动保障报、新华日报、扬子晚报等媒体均在头条或显著位置全方位宣传了我市医保制度的改革实践，新华社、人民日报、中国改革报来镇进行了专访;全国各地先后有94个城市1100多人来我市学习考察。医保经验进一步推向全国。

二、20xx年工作总体情况

对照xx大关于“加快建立和完善社会保障体系，努力使全体人民病有所医”的基本任务，对照市委“把改善保障民生作为发展根本取向”的总体要求，明年我市社会医疗保障工作将面临新的形势和挑战，需要我们立足新起点、策应新形势、实现新突破。为此，全市医保战线要全面落实xx大精神，深入贯彻科学发展观，紧紧围绕全市发展大局和改善保障民生的总体要求，进一步优化发展思路，创新工作方法，最大限度地实现“人人享有医疗保障”，进一步深化“人人享有”的内涵，不断提高医疗保障待遇和群众健康水平，缓解群众“看病难看病贵”矛盾，为在更高水平上建设全面小康社会提供更为优质的医疗保障环境。力争至20xx年底，全市社会医疗保险参保242万人，提前实现“”末全市社会医疗保险人口覆盖90%以上的目标。

共

2

页，当前第

2

页

1

2

**医疗保险工作总结报告篇十一**

一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施××程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结如下：

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××‰，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）。二是组织专家监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坚定工作中坚持公平、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。

××年工作设想：

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。

**医疗保险工作总结报告篇十二**

一、严格执行“收支”两条线管理，禁止“坐收、坐支”，支出需经主管领导批准后方可开出票据。

二、认真编制年度基金收支预算，落实责任目标管理。

三、

建立参保单位缴费台帐，日清月结，数据准确，及时

与参保单位局长，做到基金征缴心中有数。

四、医疗保险费用支出要根据业务科室提供的付款通知

单，需经过主管领导审批后，方可支付。严格履行支付程序，规范操作，提高办事效率。

五、准确、及时上报财务、统计月、季、年报，提供会计

统计分析报告，供领导决策使用。

六、按基金种类建账，总账、明细账一一对应，要求帐表

相符，账实相符。

**医疗保险工作总结报告篇十三**

(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。

---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。

**医疗保险工作总结报告篇十四**

20xx年市局下达我区城镇居民医疗保险累计缴费任务11.79万人，目前全区累计参保缴费7.95万人，完成累计任务67.45%。09年市考核口径由参保人数调整为缴费人数，全区目前参保11.82万人，缴费7.95万人，未缴费3.87万人。从上半年新增参保缴费情况看，我区仅新增缴费4220人，仅增长4个百分点，下半年的任务比较重。

1、兑现考核尚未到位。市劳动保障虽已下达09居民医保任务指标，但市政府劳动保障工作会议未开，市区两级政府考核体系尚未建立，造成区政府无法对各街道办事处下达任务书，任务不能层层分解。另08年市政府居民医保兑现资金一直未到位，在一定程度上影响了街道、社区工作人员积极性。

2、任务指标过重。我区总人口数与鼓楼相当，比泉山少10万人，但09年市下达我区居民医保任务覆盖率要达到97.5%，而泉山、鼓楼的覆盖率只有92%，在城区覆盖率最高，覆盖面接近饱和。

3、扩面进度缓慢。上半年，全区新增参保人数4220人，仅完成净增任务9.84%，完成任务艰难。

4、行政村补助政策不到位。目前全区涉农行政村16家(不包含大龙湖办事处13个行政村)总人口4.08万人，现参保缴费1.9万人，占总人数47%。潘塘办事处四个行政村、大郭庄办事处2个行政村未出台补助政策，翠屏办事处三个行政村、大郭庄办事处下河头村没有续保补助。已经实施补助政策的行政村，由于补助范围不广、标准不高等原因，村民参保覆盖率最高子房办事处建国村达82%，最低的大郭庄办事处上河头村仅28%。

6、基层劳动保障平台力量薄弱。目前劳动保障平台仅一名工作人员，承担着就业、退管、监察、医保等各项劳动保障工作，服务对象的广泛性和服务内容的\'不断拓展，更凸现了社区劳动保障经办能力明显不足。

7、宣传力度不大。今年上半年，我们采取广场宣传、入户宣传等形式进行居民医保的宣传，由于人手、资金等各方面条件的限制，造成宣传力度不够，宣传范围不广。

8、区级无经办机构。城镇职工基本医疗保险和居民医疗保险全部纳入市考核指标，区劳动局承担着大量的工作。全市其它区都相应成立了区级医保经办机构，我区至今无经办机构和人员。

1、强化行政推动。征缴扩面工作面广量大，必须切实加强领导，强化行政推动，强力推进。区委区政府要建立扩面征缴工作联席会议制度，每季度要召开一次联席会议，通报征缴扩面工作情况，及时研究、协调扩面征缴工作中的问题，变临时性、突击性工作为制度化、长效化运作。

2、行政村建立长效机制。全区16个行政村要达到95%的覆盖率，各行政村要扩大补助范围、提高补助标准，提高村民的参保积极性。

3、抓住工作重点。城区各办事处要加大对辖区的大市场、外来流动人口的宣传力度。充分利用区居委会的辐射力度，调动社区主任、楼长、退管组长等社区工作人员的积极性，登门入户宣传动员。

4、加强宣传引导。首先要充分利用各种有效途径大张旗鼓地进行宣传，劳动局牵头，以办事处为中心开展各类大型广场宣传活动，做到每月有活动，每场有实效。二是突出典型事例的宣传。对辖区内重病、大病等有保障需求的人员，进行排查摸底，上门入户进行政策讲解，提供现场办理服务。注重强化典型的示范带动作用，大力宣传已参保居民享受待遇的典型事例，讲实例、算细帐，增强宣传效果。三是拓宽宣传渠道，突出宣传重点。

5、成立医保经办机构。成立区级“医疗保险处”，增加编制，配备两名以上专职工作人员。

6、充实基层工作力量。社区劳动保障站至少要配备一名专职工作人员，区、办事处定期组织业务培训，提高队伍综合素质。

7、加大基层工作经费投入。目前，区、办事处、社区医保工作均无经费来源，而宣传、培训、设备投入等工作急需专项经费缺乏制度上的保障。建议区政府将医保工作经费纳入年度财政预算，每年给予解决医保专项经费10万元。

1、区政府召开各办事处主要领导调度会。

2、区政府召开各行政村书记会议，要求全部制定补助政策以及补助资金的及时到位。

3、成立云龙区医疗保险办公室，增加编制，配备人员。

4、加大工作经费投入。

20xx年市下达养老保险扩面任务1.05万人。任务下达后，我局经过认真分析讨论，对今年企业参保考核办法进行调整，采取了对各责任单位新开户企业参保指标进行考核，原开户企业自然增长参保人数不计入考核内容。

因考核口径的调整，今年下达给各责任单位任务相对减少，总计下达任务为5750人，占总任务54%。新考核办法的的运行，进一步挖掘了我区参保资源，扩大了参保企业总量，上半年，全区新增参保企业家，比去年同期提高x%。

但从目前工作进展情况分析，全区养老保险扩面工作仍然面临较大压力与困难。

1.全区扩面整体工作滞后。1-6月份，全区完成任务29.8%，位于城区第三，落后于泉山、九里。

2.各责任单位工作进展缓慢，排名第一的办事处也仅完成任务30%，距序时进度相差20个百分点，最差的办事处仅完成全年任务8%。

3.清理空挂户抵减当期完成指标幅度较大。今年市劳动局首次将清理历年缴费空挂户与当期扩面挂钩考核。我区1-6月份，清理空挂户抵减当期完成指标214人。

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn