# 卫生健康局医保工作总结(热门34篇)

来源：网络 作者：逝水流年 更新时间：2025-03-21

*卫生健康局医保工作总结1半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻...*

**卫生健康局医保工作总结1**

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻了病人家庭的经济负担，让参合农民得到了实惠，极大的方便了参保人员就医，维护了广大干部职工和农民的切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

>一、政治思想方面

认真学习十八大会议精神及\_理论，全面落实科学发展观，认真开展“6S”、“争优创先”、“三好一满意”活动，贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，学习医院工作规划，制定科室内部工作计划，使各项工作有条不紊，不断提高自己的思想政治觉悟，廉洁自律，遵守卫生行风规范，自觉抵制行业不正之风，以提高服务能力为己任，以质量第一、病人第一的理念做好服务工作。

>二、业务工作方面

1、认真执行县新农合及医保办的有关政策，根据每年新农合管理办公室及医保办下发的新文件及规定，我们及时制定培训计划，按要求参加县新农合办及医保办组织的各种会议，不定期对全体医护人员，财务人员进行相关知识及政策的宣传学习，使有关人员能够正确理解执行上级各项决议文件，合作医疗实施办

法以及相关规定，使其对报销比例，报销范围，病种确实熟练掌握。

2、对住院病人的.病历及补偿单据每月进行抽查，对发现的有关问题及时向科室反馈，提出原因并加以整改。

3、坚持首诊负责制，加强了住院病人的规范化管理，对住院患者实行医疗和护理人员双审核制度，认真审核参保患者医保卡，身份证及户口薄等有关信息，严格掌握入、出院指证和标准，坚决杜绝了冒名顶替住院和挂床住院等违反新农合政策的现象发生，严格执行诊疗常规，做到合理检查，合理用药，合理治疗，住院病人一览表，床头牌，住院病历上均有新农合标识，及时向参保患者提供一日清单和住院费用结算清单，对出院病人，即时出院，即时报销。

4、为方便群众就医，设立了新农合及医保报销窗口，张贴了就医流程，报销范围，报销比例。在我院的院务公开栏公布了我院的服务诊疗项目及药品价格和收费标准，增加了收费透明度，公开了投诉电话，对出院病人的补偿费用实行了每月公示，提高了新农合基金使用透明度。

5、20xx年1-6月份我院新农合补偿人数：3278人，费用总额：10246519元，保内总额：8180922元，应补偿金额3074455元，次均住院费用：312584元(其中：河东区补偿人次90人，总费用308933元，保内费用：245856元，应补金额98250元次均费用：元)我院20xx年上半年新农合收入与20xx年

同期比各项指标增幅情况：

认真贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，20xx年上半年医保住院患者1872人，20xx年1-6月份住院患者192人，20xx年上半年医保住院病人比20xx年同期增加5人，住院增长率为：。

>三、存在的问题与不足

由于思想重视程度不够，管理不规范，次均住院费用增长控制还是不够严谨，侧重追求经济利益，对患者没有严格做到合理检查，合理治疗合理用药，合理收费，

>四、下半年工作计划

1：继续做好与县医保办、新农合办、医院等三方协调和上传下达的工作。

2：围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、新农合、医院和患者三方达到共赢。

3：严把参合、参保患者证件核查关，坚决杜绝借证住院、套取医保、新农合管理基金的行为发生。

4、继续加强对全院医务人员进行医保、新农合政策宣传以及

相关知识的学习和培训，不断提高医保、新农合工作的制度化、信息化、规范化管理水平。

我院新农合、医保管理工作，还有很多不足之处，在今后的工作中要认真学习和落实上级医保、新农合政策。立足岗位，认认真真做事，扎扎实实工作，明其职，尽其责。为我院新农合、医保工作的持续健康发展做出应有的贡献。

**卫生健康局医保工作总结2**

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。

**卫生健康局医保工作总结3**

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，我院的新农合、医保工作取得了一定的成效，现将我院农合科工作总结如下：

>一、领导重视，宣传力度大

为规范临床诊疗行为，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、有序发展，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。同时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，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，了解了医院的运作模式，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、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。二是在医院大厅设立了电子查询系统，病人可随时通过电子系统了解自己的消费情况，如有疑问可及时向科室医务人员咨询，直到账目清楚，充分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。三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并及时整改，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。四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，安排专人查房，每天对新入病人进行核查，查有无冒名顶替的现象，查住院病人证件是否齐全，查有无挂床现象，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予审批。同时进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题。并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。今年我科未出现任何差错事故，全院对医保病人无违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

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

我科科长定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。

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

>四、工作小结

通过我科工作人员及全院相关工作人员的共同努力，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年收治职工医保住院病人3100余人，共报医疗费用1781万余元。居民医保住院病人1800余人，共报医疗费用485万余元。接待定点我院的离休干部60人。农合住院病人22393人，共报销医疗费用8200余万元。发生孕产妇补助款60余万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保农合工作在开展过程中，得到了医保局、卫生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，问题琐碎等，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。

>五、来年工作要点

1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

4、树立窗口形象，进一步改善服务理念，加强与患者的交流沟通，努力做到“三好一满意”！

5、我科申报本年度先进科室。

**卫生健康局医保工作总结4**

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\_八四四工程\_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下：

>一、转变工作作风、树立服务观念

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。

>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。

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xxxx年底，参保单位xxx个，占应参保单位的xx%，参保职工xxxx人，占应参保人数的xx%，其中在职xxxx人，退休xxxx人，超额完成覆盖人数xxxx人的目标。共收缴基本医疗保险金xxx万元，其中单位缴费xxx万元，个人缴费xxx万元，共收缴大病统筹基金xx。xx万元，其中单位缴纳xxx万元，个人缴纳xxx万元。

>三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

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xxx家扩展到xxx家，参保人员由xxxx人扩大到xxxx人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的xx%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xxx人，其中在职人员xxx人，退休人员xxx人，退休人员与在职职工的比例为：xx，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xx%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。

>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

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20xx年申请住院的参保患者xxx人，其中县内住院xxx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xxxx人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者xxx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xxx万元，报销金额为xxx万元，其中基本医疗保险统筹基金报销xxx万元，基金支出占基金收入的xx%，大病统筹基金报销xx万元，支出占大病统筹基金收入的xx%。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xxx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xxx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xxx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，xxx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xxx人。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共xxx人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从20xx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。经统计20xx年共向个人账户划入资金xxx万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为xxx万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为xxx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xx元，划卡人次为xx人次，个人账户余额为xxx万元。

具体情况：

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，20xx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。

**卫生健康局医保工作总结5**

市委、市政府的正确领导下以及在医保相关部门的指导下，我院始终以完善制度为主线，以强化管理，优化服务为重点，努力实现医保工作新突破。全年医保门诊总人次人（1——12月），住院人次，全年医保收入元，同比上一年度增长%。离休干部门诊人次，住院人次，总收入xx万元，同比增长%，两项合计xx万元，较去年增长xx%，另有生育保险人，收入xx万元，全年共计xx万元。

>一、全年工作回顾

1、不断调整医院职能地位，树立创新理念。

随着医疗保险制度的全面推行，医疗保险对医疗服务和医疗管理产生了广泛的影响。而医院作为承担医疗保险制度的最终载体，在医改新形势下，我们要在原有运行基础上创新理念，找好医院和患者关系的定位。对于此项工作，医院领导给予了充分重视，首先加强了医院的自身建设，完善相关科室，充实了工作人员，制订了严格的管理制度，逐步规范了医疗服务行为，努力提高医疗护理质量，增强医院的核心竞争力，使每个职工树立规范执行医保政策的自觉性，适应医改的大趋势，发挥医院在医保工作中的主体地位。

2、继续完善制度建设，做到有章可依，有章必依。

20xx年我院与社保局签定了相关服务协议，其后医保办组织相关人员进行了认真学习，了解协议内容，领会协议精神，据此修订完善了有关规章制度，使每个人的职责更加明确，分工更加合理，并且责任处罚直接与科室及个人经济效益挂钩，以此来保证每个医保就医人员的合法利益。

3、加强内部审核机制，严把质量关。

随着医保制度的不断深入，和社保“一卡通”启动，医疗保险做到全覆盖，医保监察力度必然会加大，因此对医保病历书写的要求也会更加严格，医保办在近期加强了内部审核机制，在科主任初审的基础上，医保办定期复审，针对每一份出院病历都要检查，做到早发现问题及早解决问题。对于查出的问题将根据我院的经济管理方案予以处理。积极配合市社保局的考核和检查，认真对待市社保局检查人员指出的问题，及时上报和整改，对于屡次出现问题的科室，要与其主任谈话，并与之津贴相挂钩。医院定期召开领导小组会议，讨论医保运行过程中存在的问题，及时查漏补缺。严格要求工作人员在日常工作中坚决杜绝不合理收费、串换诊疗项目、挂床输液、冒名顶替等违规行为的出现。坚持组织医务人员经常性医保业务学习，做好相关记录工作。

4、确保医保基金运行安全，信用等级再上台阶。信用等级管理办法是人力资源和社会保障部在全国逐步推开的全面评估医保定点医院服务水平的体系，为了把这项工作真正落到实处，使其成为我院医保管理工作的一个支撑点。医保办将把有关精神传达到相关科室，并逐条落实，力争先进。

5、逐级上报，完善各项审批制度。

为确保医保工作的连贯性，各种审批表均由科主任签字审核后，在规定时间内报至医保办，然后上报社保局。

6、做好生育保险工作，打造产科品牌。

随着生育保险的启动，我院做为我市产科的龙头医院，一定要抓住机遇，实行一站式服务，努力提高经济效益，树立社会品牌，为每一个来我院分娩的孕产妇提供优质服务，不断发展和延伸“品牌产科”。

7、健全离休干部医疗保障机制。

根据省委、省政府《关于建立离休干部医药费统筹机制》文件的要求，落实好张办字（20xx）18号文件精神，我院本着尽全力为离休干部服务好的原则，在现有选择我院的老干部的基础上，吸引更多的老干部选择我院作为定点医院。

8、继续做好城镇居民医保。

随着城镇居民医保的启动，我院作为定点医疗机构将采用多种方式向辖区居民宣传居民医保的相关政策，实行床头卡独立识别，病案专人管理，使居民医保在规范，有序，健康的轨道上运行。

>二、20xx年工作设想及计划

1、不断提高服务水平，优化就医环境。

随着我院新的病房楼投入使用，加之各种新设备的`购买以及人员的培训和学习，我院的就医条件将发生巨大变化。因此，我们更要抓好医保病人的服务质量，以期在去年完成xx万元（包括离休和统筹）的基础上力争达到万元（包括离休和统筹）。

2、加强管理与培训，严格掌握医保政策。

在20xx年里要不断完善科室及相关人员配置，将相关政策逐步完善。由于我院临床工作人员对医保政策理解程度不一，掌握程度参差不齐，导致在实际工作中存在较多问题。因此在即将到来的20xx年里将加强对有关人员的培训，严把入院关，层层负责，确保医保政策的顺利、健康、有序的发展。

3、做好离休干部的服务工作，确保等级评定顺利过关。在新的一年里，我们将一如既往地为离休干部服务好，这不仅是关医疗服务和经济效益问题，更是医院建设与社会效益的问题。在即将开始的等级评定工作中，我们将针对我院存在的备药率低、病历本书写不完整、医保知识掌握不够等问题开展专项工作。并力争在药品费用监控，合理用药，合理检查上有所突破。

**卫生健康局医保工作总结6**

20xx年是机遇与挑战并存的一年，围绕着医疗卫生改革的主题，改革的阵疼牵涉着全体医务人员的神经，但随着改革的不断深入，医务人员的思想由沮丧、迷茫到坚定，并且按上级的医改工作进程顺利完成了各项医改任务。现把20xx年的工作总结如下：

>一、医改工作

我们按上级的医改工作进程安排，在3月份开始把医改的相关文件组织职工进行认真学习，使职工能全面了解医改的重要性和必然性，使职工能主动支持医改和参与医改。全年发放、学习医改资料共380份，组织培训、学习人次共650人次。经过院办细致的工作，全院在有职工38人而医改允许入编30人，后勤控制4人的情况下，全体职工思想稳定、技术队伍稳定、业务稳定增长。目前，我们已经按上级的要求，对职工的绩效工资和工作业绩进行了考核发放，大部分职工对新的考核方案都支持、理解。

>二、医疗业务工作

(1)医疗业务管理

20xx年我院根据业务开展的需要，大力推行电子、信息化管理的方式，提高的工作质量和工作效率。今年我院实施了新农合住院病人的住院、出院直接实时报销电子结算，极大地解决了群众看病难的问题，得到了群众的大力支持和上级多次表扬。我院在医改中坚持实行院、科二级管理、考核的方式，结合医改的绩效工资改革强化了二层管理人员的责任并充分调动了他们的工作主动性和积极性，这一个

模式得到了上级的充分肯定并以此作为经验进行了推广，也为我们下一阶段工作明确了方向。

(2)临床医疗业务

20xx年在医改的过程中，我院全体职工紧记医务人员的责任，格守职责，全院业务收入163万元，其中药品收入占45%;人均门诊费用为元，平均每一出院人次费用1x0元。从医疗收入、药品收入分别占业务收入的比例及人均住院天数的下降，可以看出，医疗收入比去年有所下降，药品收入有较大幅度下降，两者所占比例逐渐趋于合理，达到了“以病人为中心”，让利广大患者的根本目的，“以药养医”的局面得到明显改善，提高了现有资源利用率，体现技术含量，讲求投入产出，坚持社会效益第一的原则等宏观调控机制已发挥作用。实现了收支平衡，略有节余，压减支出，减少浪费，提高效益的目标。

>三、医护质量管理水平不断提高

一是一切工作以质量为核心。为了把医疗质量真正摆上医院管理的核心地位，今年，在继续完善和进一步落实医院各项规章制度建立健全医院、科室、个人三级质量控制网络，调整和充实质控和业务管理机构，加强了医院的质量管理，形成了全院上下同把质量关，同抓质量管理的良好局面，避免了严重差错事故的发生。二是坚持以两种效益为保障。一方面要求医务人员具有高度的服务意识，不要有以“救命恩人”自居的思想，要有视病人为“衣食父母”的观念，全力搞好以病人为中心的服务工作。另一方面要求行政工勤人员不要有“低人一等”的思想意识，要有为临床一线服务就是为病人服务的胸怀，牢固树立全院一盘棋，当好主人翁的思想。在全院范围内正确处理好了两种效益的关系，收到较好的效果。三是一切服务以病人满意为标准。我们定期征求病人及群众意见，继续聘请社会监督员，针对群众提出的热点难点问题，结合医院实际，认真加以研究和解决。参加医药招标采购，降低成本，减少损耗，提高效益，病人住院天数仅为4天，减轻了病人负担。在检查、诊疗过程中坚持合理检查、合理用药、合理收费，维护了病人的权益。在门急诊工作中，积极探索调整诊疗流程，规范导诊服务，基本缓解了“三长一短”的难题。在院务公开方面实行病人选择医生，住院费用清单制，药品及检查项目费用公示制，保护病人知情权，尊重病人选择。开展“以病人为中心，以质量为核心，让病人明明白白看病”的争创百姓放心医院活动，赢得了病人的信赖。四是强化质量管理和综合管理。按照“一级甲等”医院质量体系和考核内容保持了医院季度考核、月考核和院领导不定期深入科室的工作制度，基本形成了年终有评比、季度有检查、月月有考核，考核结果与绩效工资挂钩，逐步完善的质量管理机制。

>四、重视人才培养

为加强医院人才队伍建设和人力资源开发，储备各科骨干力量,20xx年选送进修人员2人，参加继续医学教育达5人次;参加学历教育4人。

>五、预防保健工作不断健全

坚持对各村卫生工作人员开展每月一次的例会，做到上情下传，下情上报;预防接种工作中，四苗接种率达96%，新生儿乙肝疫苗接种率为98%，顺利完成两次全省糖丸强化工作，接种率达98%。农村新型合作医疗工作开展顺利，参保率达90%。

为进一步加强妇幼保健工作，防保科同志与村卫生人员紧密协作，摸底、调查、动员孕产妇住院分娩，筛查孕妇372人，高危孕妇2人，全年住院分娩347人。

>六、医疗服务模式的转变富有成效

继续推行“病人选择医生”、“病人选择医疗小组”的服务模式，让病患者通过医院简介、科室简介、医生护士简介等材料了解医院，了解就诊科室及主治大夫，从而选择自己信赖的医护人员进行治疗。坚持医患谈话制度，促进医患沟通，使病人及家属在就诊过程中与医护人员相互协助，有益于病人康复和医护人员工作。建立并完善的三级质量控制体系，使各级质控组织分工明确，相互协作，对医护质量进行指导、监督、改进，激发了医务人员之间的积极性和创造性，服务水平有了明显的提高。同时，也为患者创造了良好的就医环境，保护了患者的选择权和知情权，改善了医患关系和医院形象。

>七、进一步规范了医疗管理行为和院务公开制度

对存在的不规范医疗行为做了认真的自查自纠，经认真整改，妥善处理，纠正了不规范的医疗行为，各级领导的政策意识有了明显的提高。

>八、抓思想政治教育，营造良好政治氛围思想政治工作是医院精神文明建设的重要内容。

在实践中，一是坚持支部中心学习制度，加强领导班子的思想政治建设，在学习方法上，采取集中学习与自学相结合、撰写与座谈讨论相结合，注重理论联系实际，增强学习的时效性和针对性。二是针对改革过程中的新情况、新问题加强职工思想政治工作，教育大家从大局出发，从长远利益出发，以良好的心态对改革，正确处理改革与发展的辩证关系，既稳定了职工情绪，又促进了医院改革。

>九、抓医院文化建设

促进精神文明建设健康向上的文体活动不仅可以丰富职工的文化生活、陶冶职工情操，增强思想交流，优化整体素质，而且对于激发和造成一种团结向上的协作意识和集体主义精神有着不可替代的潜移默化的作用，是我院加强精神文明建设的有效载体。

在过去的一年里虽然我们取得一定的成绩，但也存在许多不足够之处，我们有信心，在新的一年来临之际，以昂扬向上、奋发有为的精神状态和求真务实的工作作风，为福旺镇医疗卫生的发展和社会的进步建功立业，为广大病患者解除痛苦，再造健康贡献力量。

**卫生健康局医保工作总结7**

20xx年在我院领导高度重视下，按照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、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；三是通过微信、云鹊医、LED等来宣传医保政策，让广大人民群众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。

为使参保人清清楚楚就医，明明白白消费，我院在院内外公布了医保就诊流程图、住院须知，使参保病人一目了然，并由收费室工作人员提供政策咨询。二是在显目位置公布药品价格，接受群众监督。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。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，并结合医保稽核巡查、\_反馈的问题，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。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，查有无分解收费、超标收费、只收费不服务、串换项目收费、串换除外耗材、重复检查收费、打包收费、套用高价项目进行收费等违规行为；查有无制造假病历、虚增就诊人次、虚开票据、虚假用药、虚假治疗、虚假宣传、套换药品和诊疗项目、术中恶意增加手术项目、降低入院指征住院、中成药虚高价格和以次充好等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段套取、骗取医保基金或医保待遇的行为。

>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。我院分管副院长定期下病房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。我院工作人员积极地向每一位参保人宣传、讲解医疗保险的有关政策，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。

**卫生健康局医保工作总结8**

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-xx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888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

我院HIS系统是由深圳坐标软件开发有限公司提供的工作站操作系统，这套系统离北京医保要求相差甚远，系统内的内容、模块需要不断完善和改造，才能够达到北京市基本医疗保险要求，网管XXX、XXX每天巡回在各个科室，发现问题及时解决，各科出现技术性的问题时二位网管也会随叫随到，现就HIS系统问题做如下汇报：

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。

12、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。

这次His系统的部分改造是一项非常重大的工程，给全院各部门带来诸多不便。医保办经过多次调试、修改，现基本规范了系统内的各个环节，也充分体现了医院团结协作，精诚奉献的精神风貌。尤其是网管王小东、庞鑫，每天忙碌在全院的各个部门之间，甚至多次加班到20:00才离开工作岗位，从未因加班而提出过任何要求。

>三、院内医保基本设置：

设计了各科上墙制度牌、医保收费标识牌、医保温馨提示牌、价目公示牌、报销比例展示牌、就医流程图、代开要规定、医保投诉箱及投诉电话等，并将上述内容做成了成品摆放相应的位置。

>四、不断学习、随时掌握医保新动向：

医保办人员随时参加医保中心举办的会议及业务组件培训，实时掌握医保新动向，会后及时传达医保新政策，了解临床医务人员对医保制度的想法，进行沟通协调，并制定相应的医保制度。

>五、实时掌控物价

1 医保办需做出院患者的病案审核及清单核算，做到病程、医嘱、清单及所有治疗、理疗单据相符，用药合理，自费部分有告知书。

2实时维护医保三大目录库。本院新增项目及时维护。掌握药品、诊疗项目、服务设施的价目情况，随时调整物价，做到票物相符，经得起检查。

>六、医保审批前的准备工作：

制定医保审批前的工作进度，按进度表进行医保各项准备：成立了医保领导小组(发有红头文件，有成员、制度、职责)、物价领导小组(发有红头文件，有成员、制度、职责)、信息科(发有红头文件，有成员、制度、职责)，建立了医保管理制度和职责，按医保相关条款准备各种申报资料和各职称花名册，已于20xx年12月19日准确上报到朝阳区医保科。医保现场检查准备工作还将继续，按相关条件反复审核，争取在医保检查时一次过关，早日加入医保定点医疗机构。

>七、 医保办的工作与各科室的关联：

医保管理工作比较繁琐，牵扯的面比较广，涉及的问题比较大，医保管理中，各科室离不开医保办的指导，医保办的工作同样离不开各科室的配合。在实际工作中，在与相关科室沟通中，在某些问题的观点上经常会产生矛盾，每次遇到阻力都离不开尹祥洲院长的协调和解决，在此，感谢尹院长对我部门的鼎力支持和帮助，也正因如此，医保成绩才得以初步显现。

**卫生健康局医保工作总结9**

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

XX年，中心全体\_员都能履行自己的职责，充分发挥职能作用，积极为我区经济建设献计献策，添砖加瓦，圆满地完成了各项工作任务。一是健全各种制度，增强服务意识，改善投资软环境，树立对外招商良好形象。我中心根据自身工作实际，相继制定了和完善了服务承诺制、限时办结制、全程代理制、首问负责制、考勤制度等，同时采取相关措施增强窗口工作人员的服务意识，杜绝吃、拿、卡、要，不断完善投资软环境，使投资者能找得到人，办得成事，且办事效率不断提高，树立起了对外招商的良好形象。二是进一步发挥中心的协调作用。我们本着热情、耐心、周到的态度，对每一个来电、来访、，网上留言都心平气和地做好解释、协调、疏导工作。对反映的问题，根据轻重缓急和有关政策进行分类处理。能及时处理的，做到矛盾不上交，事关紧要的问题及时汇报，在领导的指导下协调解决，力求让群众满意，让领导放心。

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。

**卫生健康局医保工作总结10**

20xx年度7月份从药房变更过来的。自从实行医保刷卡以来，本药房坚持执行国家及县劳动部门的政策规定，严格按照所签订的服务协议去操作。具体如下：

1、本药房配备两名药师，均为中药师。每班均有药师在岗，没有挂名及顶替的现象。

2、确定医保工作分管负责人及专职管理人员，聘任了药品质量负责人。

3、坚持夜间售药，方便参保人员及广大群众购药。

4、凭处方销售处方药及中药饮片，处方均经中药师审核后，方可调配。处方按规定留存备查。

5、根据医保药品目录，备齐备足药品，中药饮片达400多种，符合医保定点药店的要求，满足参保人员的治疗病需求。

6、为了保证药品质量，坚持从合法渠道购进药品，择优购进，从未销售假劣药品，并加强在库药品管理，防止药品变质失效，确保参保人员用药安全有效。

7、严格按照医保管理部门要求，从不利用刷卡、销售滋补品、化妆品及生活用品，从不利用刷卡为参保人员套取现金，从不虚开发票。

8、为了提高透明度，保证参保人员知情权，坚持明码标价，童叟无欺。如有价格变动及时调整，从而使广大参保人员的.利益不受损失。

以上是本药房20xx年度医保工作的总结，如有不妥之处请指正。

**卫生健康局医保工作总结11**

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。

**卫生健康局医保工作总结12**

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

>一、20xx年上半年工作总结

(一)扩面情况。

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

(二)基金运行情况。

1.城镇职工基本医疗保险。截止目前，基金收入824万元，基金支出万元，当期基金赤字万元，基金累计结余万元。

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

>二、主要做法

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

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

(三)全面加强监督检查。定点医院是医保基金支出的源头，为监管好源头，杜绝医疗保险基金的不合理支出，我们做好了以下几个方面的工作。一是严格把关。第一，严把入院关，杜绝冒名住院、挂床住院、以住院代替门诊等违规行为。第二，把好治疗关，做到合理检查、合理用药和合理治疗，防止基金浪费。第三，把好\_三个目录\_执行关，严防基金流失。二是建章立制。今年针对康复治疗出台了《关于进一步规范康复治疗管理的通知》，有效防止了小病大养的现象。三是开展集中学习教育。定期不定期的组织医务人员学习医保法律法规，采取面对面的方式授课。20xx年，到县医院、中医院等10家医疗机构开展学习教育，发放医保政策宣传手册202\_余份，进一步增强了医务人员的法律意识，防范于未然。四是加强监督。通过到县级各定点医疗机构定期不定期的监督检查，查处医疗机构违规行为5起，挽回基金损失20余万元，有效遏止了冒名顶替、违规带药、过度检查、过度医疗、不合理收费、串换药品等违规现象发生。

(四)全面开展即时结算。一是践行群众路线，方便群众就医购药。为进一步扩大即时结算工作，20xx年，我局在原来已实施即时结算的4家医疗机构基础之上扩大到现在10家。同时，还将即时结算工作扩大县外，将重庆医科大学第二附属医院作为异地即时结算单位，把xx市四川荣泰堂药房有限公司作为异地医保ic卡刷卡单位，初步解决了异地住院和ic卡异地无法使用的实际问题。二是落实上级要求，推行\_一卡通\_。今年6月，按照全市的统一安排，全面开展全省医保\_一卡通\_工作。第一、积极按照省市要求与原软件开发公司进行了数据移植的谈判工作，双方达成了一致意见，原软件开发公司愿意按照xx市人社局的要求提供相应的数据资料，为推行\_一卡通\_奠定了基础。第二、全面采集异地就医人员基础信息和社会保障卡申领信息。我局严格按照市局要求，及时召开了参保单位采集信息的培训会，各参保单位已按时将所采集的信息资料报送完毕，共收到信息采集表1016份。

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

(六)扎实开展群众路线。全面建立便民制度。一是建立银行代扣制。针对居民每年医保参保交费不方便的突出问题，我局与金融部门联系，实行银行代扣，参保群众只需在指定银行开户，存入参保费用，签订代缴协议，只要参保人员的账户余额充足，银行直接代扣代缴完成参保手续，群众再也不用跑冤枉路。二是建立打卡直发制。针对本县参保居民在外地住院费用审核报销及费用领取时间长、职工在外地住院费用报销划拨到单位领取不方便等突出问题，我局全部实行银行打卡直发，减少了中间环节，大大缩短了外地住院费用报销周期。三是建立简易审批制。针对参保群众办理帕金森氏病、红斑狼疮、精神病等慢性特殊疾病门诊续办程序繁琐的突出问题，一律简化办理程序，参保群众每年3月持本人身份证到医保局年审登记，1分钟之内即可办理完毕;因病或行动不便的参保群众可以委托他人代办，由医保局工作人员上门复查;对长期居住在成都的老年群众由开江驻蓉老年人协会统一进行年审登记，汇总后报送县医保局，极大的方便了办事群众。

>三、存在的主要问题

(一)城镇职工医疗保险基金赤字严重。20xx年基本医疗保险统筹基金收支结余赤字万元，赤字统筹基金系违规挪用个人账户基金予以垫付，一旦个人账户基金垫付完，基金将无法运转，参保人员的医疗待遇无法保障。

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

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

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

**卫生健康局医保工作总结13**

去年十二月份，我来到了街道社区这个大家庭，在这里与各位朝夕相处了一年，对我来说，这是思想道德提升的一年、是兢兢业业干工作的一年，也是忙忙碌碌收获颇多的一年。在此，对在工作上给予我帮助和支持的各位同事表示深深的感谢。

回顾即将过去的一年，我对社区工作有了更深的认识和了解，在忙碌与充实的工作中，尽心尽力做好各项工作，认真履行自己的职责，现将我个人的思想及工作情况总结如下：

>一、 努力学习、不断提高自身政治素养

20xx年4月份，我申请加入中国\_，20xx年十月成为预备党员。政治身份的转变，让我更加严格要求自己，认真学习政治理论，自觉贯彻执行党和国家的路线、方针、政策，培养自己具有全心全意为人民服务的公仆意识。同时通过日常的教育培训、政治学习使我在思想觉悟方面有了一定的进步，在学习中注意真学、真信、真懂、真用，认真书写心得体会和笔记，努力提高学习的质量；注意掌握精神实质，注意学用结合，强化了在自身工作中坚持以人为本、践行科学发展观的责任感和使命感。

>二、业务知识得以丰富、业务能力得以提高

社区工作岗位虽平凡、意义却深远。为了更好地服务群众，为百姓做好事、办实事，需要扎实的学习业务知识，过硬的业务能力。一年来，我通过不断学习政治理论，学习业务理论，指导工作创新；学习各位新老同志，取长补短，完善自我，积极参加社区组织的各种业务培训、自身业务素质、业务能力得到了显著的提高。

>三、尽心竭力，对组织负责，对群众负责，对工作负责

我所负责的城镇居民医疗保险工作涉及千家万户，医疗保险政策需要做到细心详细的解释，在居民了解情况时，我能不厌其烦地解答居民特别是年龄较长居民提出的有关城镇居民基本医疗保险政策疑问，使辖区居民在办医疗保险登记中心中有数，做到了高兴而来、满意而归。

平均每个月去东宁办理医疗保险一次、全年至少保证十二次，20xx年新办理医疗保险41本，统计续交下一年保险费共计519本，做到了及时、准时交费、发放证件，风雨无阻。通过不懈宣传使医保工作深入群众，大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

截止到现在，登记参保的居民已达1376人。进一步使居民提高认知率，消除了疑虑，打消观望的态度，形成了积极参加医保的良好氛围，确保党的惠民政策惠及千家万户。

一年来，通过大家的共同努力，我们社区上传信息人数人，缴费人数519人，信息上传率达 90%，参保率达到 50%。切实做到了对组织负责，对群众负责，对工作负责。

>四、积极全面开展各项工作

1、积极参加庆七一各项活动。在庆七一活动中，参加了文艺演出，用丰富多彩的节目为居民送去欢笑和祝福，丰富了社区文化。

2、多次参加了炕头小组活动，多次参与迎接上级领导的参观检查，通过这些活动，提高了对基层工作的认识，提升了自身工作素质，增强了为民服务的责任感。

3、参加河北支部走访慰问，帮扶救助特困家庭，与他们亲切聊天，帮助他们订越冬塑料布，解决生活困难，拉近了与百姓的距离，充分让居民感到党和政府的关心和温暖。

5、参加计生人口普查工作及选举人大代表等工作。工作任务虽繁重，却使我对社区居民的基本情况有了更全面更深入的了解，为进一步开展工作，奠定了良好的基础。

回顾一年来自己所做的工作，在思想、学习、工作上都取得了进步，但也清晰的认识到自己还存在不足之处。在日后的工作里，我会扬长避短、学他人之长、补己之短，进一步完善自己，努力把工作做的更好！

**卫生健康局医保工作总结14**

上半年，我县医保工作在州医保局、县人社局的正确领导下有效平稳的运行。我局坚持以构建和谐医保为目标，以加强基本医疗保险经办管理为主线，重点抓巩固参保覆盖面、深入基金管理、规范信息化建设、提升经办服务能力等工作，不断推进医保工作有效平稳运行，现将上半年医保工作开展情况总结如下。

>一、强化医疗政策宣传，做好医保扩面工作

深入全县14个乡镇，农牧民群众家中开展多种形式的宣传工作，促使广大农牧民群众更加深入地了解医保相关政策20xx年全县车让那个镇职工医疗保险参保单位141个，其中：企业60家、事业22家、机关59家；参保人数4451人，其中：在职3580人、退休871人，参保率达100%。城乡居民参保人数26842人，参保率达99%。其中：非困难人群18426人、低保人员7454人、重度残疾人员283人、孤儿174人、低收入家庭的60岁及以上人员188人、三无人员3人、优抚对象35人、五保人员259人。建档立卡人员参保情况：城乡居民医疗保险参保人数5421人，参加城镇职工医疗保险人数95人，在外参保人数4人。参保率100%。存在问题：一是20xx年，我县城乡居民在企业就业的\'人数增长，城乡居民医疗保险参保人员转入职工保险的人数越来越多，导致20xx年参保人数较20xx年有所减少；二是新生儿上户迟缓，导致新生儿参保登记工作难度大；三是建档立卡人员存在跨县、跨州参保的情况。

>二、推进支付方式改革，完善总额付费机制

强化基本医疗保险付费方式改革，规范医疗服务行为，完善医疗保险基金结算管理，确保基本医疗保险基金安全运行。20xx年初我县已按照州局要求完成《总控协议》的签订工作。存在问题：县医院反应医疗保险总控经费不足与医疗需求增长的矛盾，并要求解决在发展中存在的医保经费不足的问题。

>三、加强医疗机构监管，确保基金安全运行

一是日常监管工作。20xx年我县深入辖区内的定点医疗机构开展医疗监管工作共3次，其中，对县级医疗机构开展1次监管、对乡镇卫生院、定点药店开展2次监管。二是开展智能审核工作。智能审核监督系统于20xx年8月日正式上线运行，经前期运行情况观察，发现我县县医院存在违规情况，存在床位费多记、多收、用药与医保报销药品名称不一致等问题，经整治后至今未发生任何违规现象。待遇享受情况：城乡居民医疗保险门诊统筹补偿人数9136人次，总费用万元，报销万元；特殊门诊补偿人次22人次，总费用万元，补偿万元。住院补偿人数1418人次，总费用万元，政策范围内费用万元，统筹报销万元。大病保险补偿人数98人次，补偿金额40万元。城镇职工医疗保险住院报销：在职226人次，统筹报销151万元；退休109人次，统筹报销85万元；普通门诊报销：在职1992人次，报销49万元；退休270人次，报销5万元；职工用个人账户基金在定点零售药店刷卡支付：在职207万元，退休24万元。

>四、深化联网结算工作，推进医疗机构运行

截止20xx年，县人民医院进入国家平台，实现全国异地联网结算。全县14个乡镇卫生院开通“金保系统”联网，切实方便广大参保群众。存在问题：乡镇卫生院因系统及网络不稳定等问题，导致结算、汇总功能不能有效运行。

>五、完善业务档案管理，确保工作有效推动

贯彻落实省、州档案管理工作的相关政策，严格按照《档案法》、《档案工作突发事件应急管理办法》和《档案防治灾害工作指南》，加强医保业务档案管理，明确工作人员岗位职责，推进业务档案管理合理化、规范化、科学化。截至目前，已完成20xx年以前的业务档案归档工作。存在问题：档案室面积小，设施简陋，存在较多的安全隐患，因人员紧缺，无专人负责专门负责医保业务档案，导致档案管理工作推进迟缓。

>六、健全医保内控制度，监管政策执行情况

根据州医保局要求，我县建立健全医保内控相关制度，坚持以制度为约束，梳理存在问题，对内控管理的各个环节加强制约，定期、不定期对经办人员进行考核，并结合“专项治理”工作，全面提高制度执行力。

**卫生健康局医保工作总结15**

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。

5、定期或不定期到临床及x院了解医保管理情况，帮助解决医保工作中存在的.问题，降低或减少不必要的损失，协助富乐分院重新开办和社保网络服务的开通工作。深入临床各科征求意见，每月将各社保收治患者费用分析情况，按时分

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！