# 医保信息数据室工作总结(必备16篇)

来源：网络 作者：浅语风铃 更新时间：2024-12-06

*医保信息数据室工作总结1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...*

**医保信息数据室工作总结1**

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。

**医保信息数据室工作总结2**

截至今年9月份，在各级领导的正确带领和指导下，我所已基本完成20xx年度城镇职工医保基金的各项收付工作。现将20xx年1至9月份的实际执行情况与20xx年的预算数相比较，做如下分析：

>一、城镇职工医保基金收支情况分析

1至9月份，我县实际参加城镇医疗保险的有427个单位，参保人数为25756人，全年预算计划征收2330万元，实际征收1930万元(其中统筹收入1253万元，个人收入677万元)，完成全年计划的92%。20xx年1-9月实际支出1576万元（其中统筹支出966万元，个人支出610万元）；20xx年9月底累计滚存结余2196万元（其中统筹结余1532万元，个人结余664万元）。

目前城镇职工医保基金征缴工作完成情况较好，较去年同期1249万元相比，今年统筹基金和个人账户收入均有较大幅度的增长。一是由于我所对各参保单位的催缴力度加大，并对迟缴欠缴单位采取了一定的措施。二是由于参保单位的增加，今年1至9月份实际参保427个单位，较去年同期318个单位增长了34%。三是受国家工资福利政策影响，缴费基数较去年有所提高。

>二、职工生育保险基金收支情况分析

1至9月份，全县参加职工生育保险22657人，全年预算计划征收12万元，实际征缴34万元，完成全年计划的280%,全年预算支出1万元，1至9月份实际支出万元。截至9月底累计滚存结余万元。

今年是生育保险扩面的第一年，1至9月份生育基金的实际收支情况较预算计划数相比，均有很大幅度的增长。一是由于去年生育保险工作尚未大面积开展，因此对20xx年的预算情况过于保守。二是由于生育政策的完善，待遇水平的提高，参保单位的积极性提高。

>三、关闭破产企业退休人员基金收支情况分析

20xx年1月1日至20xx年9月31日关闭破产企业退休人员参保2397人。

收到中央和省级财政预拨补助资金44万元、446万元，合计490万元。收到预拨补助资金后，财政部门及时拨入城镇制职工医疗保险财政专户，专款专用，并严格按照城镇职工医疗保险基金政策进行使用和管理，确保补助资金使用合理，管理规范，切实解决依法破产国有企业退休人员的医疗保险问题。

县财政部门按政策规定将财政配套资金50万元和大病统筹资金12万元及时划转给医保中心。截止目前，县财政配套资金已足额拨付到位。

就总体而言，截至9月份，今年我所城镇职工医保基金收付工作完成情况较好，充分实现了社保基金“收支平很，略有结余”的管理目标。现对于下年度的预算编制计划做如下打算：

1、坚持量入为出的原则。根据收入和财力的可能安排预算，做到量力而行，收支平衡。

2、坚持实事求是的原则。切实做到收支计划积极稳妥，堵绝瞒报、虚报的现象。

3、坚持综合预算的原则。实施预算内外资金统筹安排。

**医保信息数据室工作总结3**

>一、医疗保险政策宣传力度进一步加大

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单20xx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。

>二、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、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。

>三、离休干部、副县级以上待遇领导干部的医疗待遇得到保障

按照建立离休干部医药费两个机制的要求，已把全县78名离休干部和70多名副县以上待遇人员的医药费实行了单独统筹、单独核算、专户管理、台帐登记，确保了他们的医疗待遇；同时，积极为离休干部提供优质服务，今年五月上旬，组织全县的离休干部进行免费身体健康体检，并建立了《x县离休干部健康档案》，及时向他们反馈体检的结果，受到了离休干部的一致称赞；

>四、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。

>五、强化学习、规范管理，自身建设进一步加强

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照\_门要提高“五种能力”的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强。

二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《20xx年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成。

三是完善了医保计算机网络建设，提高了管理科学化、规范化水平。我县的医保计算机网络管理系统已与全县14家定点机构联网运行，今年五月一日开始，全县所有参保人员可凭医保ic卡在全市范围内的定点服务机构进行刷卡就诊和购药，简称“医保一卡通”，广大参保人员都能享受到网络化管理方便、快捷的服务。

四是紧紧围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1—11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇。

五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

>六、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。

**医保信息数据室工作总结4**

XX年是我国深化医药体制改革，实现三年目标的最后一年。上半年我县医保中心在县政府的正确领导下，在劳动保障局的精心指导下，坚持以\_理论和“三个代表”重要思想为指导，以科学发展观为统领，积极开展创先争优活动，贯彻\_关于深化医药卫生体制改革的有关要求，以人人享有基本医疗保障为目标，完成基本医疗保险市级统筹工作任务，不断完善城镇职工和居民医疗保险政策，推进基本医疗保险制度衔接转换，进一步提高基本医疗保险参保率和待遇水平，提高医疗保险管理服务水平。

>一、工作目标完成情况

1、参保扩面进展情况：截止6月底，全县共有参保单位3461家，参保人员124944人，缴费人数114776人，其中：国家机关事业单位304家、18797人，企业(依照企业缴费事业单位)3457家、64189人(基本医疗保险46861人，外来务工11362人，住院医疗保险5966人)，灵活就业人员参保31790人，比XX年净增3815人，完成年度考核(目标)任务的。

2、医保基金收支情况：1到6月份共征缴医保基金 万元，其中统筹基金万元，个人帐户万元，公务员补助基金万元，重大疾病救助金万元。累计支付医疗费

万元。

3、医保基金结余情况：结余基金万元，其中：统筹基金结余万元，个帐结余万元，公务员补助金结余万元，重大疾病救助金结余万元。

4、截止6月份城镇居民参保21133人，已到位医疗保险资金万元，其中参保人员缴费3100元。上半年共有27146人次，7494位参保人员享受到城镇居民基本医疗保险，符合医疗报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，其中住院和门诊大病报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，结报支付率为。

>二、主要工作情况

(一)立足于保障和改善民生，完成医保市级统筹，进一步提高了医保待遇水平，方便参保人员大市内就医

为加快推进基本医疗保障制度建设，进一步提高基本医疗保险统筹层次，增强基本医疗保险公平性，不断提升医疗保障服务能力和保障水平，加快推进基本医疗保险体系建设。进一步方便医保参保人员就医，提高其医保待遇，上半年，医保中心根据省、市相关政策，为完成基本医疗保险市级统筹工作任务，提前做了大量工作。完成了中心系统市级统筹的开发、升级;对疾病、药品、诊疗三大目录库的对照等工作;同时，医保中心对中心职责分工、协议签订、操作办法制订、网络互联、窗口设置、宣传等各项准备工作也做了充分准备。另外，为了更好的配合宁波大市范围内基本医疗保险市级统筹工作。保证市级统筹的顺利开展，新老政策的顺利衔接，医保中心出台了《关于宁海县职工基本医疗保险市级统筹的实施意见》、相关办法和政策指南。并通过报纸分期刊登政策问答、电视流动播放等方式，使参保人员尽早熟悉城镇职工基本医疗保险市级统筹的政策，便于参保人员享受医保待遇。市级统筹工作的顺利进行，大大方便了参保人员异地就医，有效减轻参保人员的医疗费负担。

(二)加强医疗保险审核管理，规范基金支付管理，有效维护基金的安全运行，做好医疗保险异地就医结算工作

近年来，随着医保扩面工作的有效开展，企业门诊统筹制度的实施，医疗保险异地就医结算工作的开展，医保就医规模不断扩大。医疗管理股克服人手少、工作量加大等困难，每月及时审核定点医疗机构上传费用，严格按照医保待遇规定进行费用审核，掌握支付范围和标准，对于零星报销审核做到初审、复审，严格把关。同时，为方便宁波异地参保人员的异地结算，中心顺利开展医疗保险异地就医结算工作，截止6月底，我县受理异地定居于宁海的宁波医保参保人员零星报销445人次，共219人。总费用万元，基金支付万元。我县医保参保的异地定居人员共有389人次在宁波海曙医保中心结算，总费用万元，基金支付万元。

(三)加大“两定”机构费用稽核力度，对两定单位实行年度考核。

为强化对定点单位的监督管理，中心建立了稽核检查制度，采取平时检查与定期检查、网络监控与现场检查相结合的方式对“两定”机构进行严格检查，利用医保网络实时检查各定点单位发生的医疗费用，重点跟踪监察高额医疗费用病例。对于违规及不合理的费用，坚决剔除。医保中心于XX年5月—6月会同相关部门、对县内49家定点医疗机构、19家定点零售药店进行现场考核、综合评分。

(四)紧密结合县劳动保障局开展的“三思三创”主题教育活动以及廉政风险防控机制建设工作，提升工作人员基本素质，进一步提升医保管理服务水平。

>三、下半年的重点工作

1、全市医保一卡通工作;

2、针对基本医疗保险市级统筹新政策实施带来的变化，结合日常医疗管理实际，需要对定点单位医保医疗服务协议进行修订;

3、加大宣传力度，为城镇职工基本医疗保险制度的实施制造良好社会氛围，方便参保人员享受医保待遇，力争完成市里下达的扩面指标;

4、针对参保对象实际，开展多层次宣传培训;

5、认真排查个人和单位廉政风险点，制定严格的防控机制。

**医保信息数据室工作总结5**

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xxxx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。

**医保信息数据室工作总结6**

在市、区医保主管部门的领导下，在区卫生局的大力支持下，我单位领导高度重视医保工作，按照年度工作计划，遵循“把握精神，吃透政策，大力宣传，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全体医务人员的共同努力，我门诊部医保工作取得了一定的成绩，现将我单位的医保工作总结如下：

>一、领导重视、积极宣教

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，我单位领导高度重视医保工作，统一思想，明确目标，加强了对医保政策的组织学习。为使医务人员和群众对新医保政策和制度有更深的了解和掌握，我单位进行了广泛的宣传和教育活动，对本单位人员进行了两次医保政策制度的培训，利用宣传栏、电子屏及医保小册子等对群众进行了新医保政策内容的宣传教育。

>二、措施得力、狠抓落实

为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我单位利用电子屏对医保各项收费标、部分药品价格、收费项目进行了公布。为广泛接受群众的监督和争取群众的意见建议，我单位还设立了群众医保建议本，公开了医保投诉电话等方便群众向我们提出建议和投诉举报不良的医保行为。为我单位规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理责任人提供了一定的参考。

为保障我单位医保工作的稳步推进，我单位结合自身实际制定了年度工作计划、医疗保险服务相关管理规章制度、以及对单位员工的医保知识培训计划和定期不定期监督检查制度等等保障医疗保险服务质量的规章制度，并认真组织实施。从检查结果来看，我单位员工对医保知识都有较好的掌握，各项医保服务项目有序推进。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

我单位结合“三好一满意”活动和创先争优活动的开展，要求全体医务人员掌握医保政策及业务，规范诊疗行为，做到合理检查，合理用药，不搭车开药，规范医疗用语，杜绝生冷硬现象。严格控制参保人医疗费用年度人次平均自费率，做好医保用药的备药工作和“三个目录”医保编码对比工作。借助规范医保行为，不断提高我单位的医疗和服务质量，使病人看好病，满意看病。参保病人满意度不断提高。

>四、发现的主要问题及不足

我单位医保工作取得了较好的成绩，但也还仍然存在着不足之处。比如少许工作人员对医保政策和知识的掌握还不够扎实，收费设备比较陈旧，有时出现医保信息传输中断，就医环境还有待改善等等，对于这些情况我们将继续努力，对能立即处理的坚决立即处理提高，对不能马上改变的，我们将创造条件尽快改变。

严把政策观，从细节入手，认真工作，真诚为患者服务，一年来我单位医保工作不断突破，大大减轻了参保人员的就医负担。不断提高辖区群众的参保率和医保服务质量，参保人员满意度不断提高。我们将以此为动力，用更多的努力和更大的热情将医保工作做全做好。

**医保信息数据室工作总结7**

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。并在大厅内负责给相关病人提供医保政策咨询。二是将收费项目、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。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（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。

**医保信息数据室工作总结8**

在县委县政府和局机关的指导下，医保办严格执行咸阳市城镇医保有关政策规定，扎实推进业务经办工作，较好地保障了参保群众的医疗需求。现就我办20xx年上半年工作总结暨下半年工作打算汇报如下：

>一、上半年主要工作

1、医保扩面

今年借助城镇医保大病保险顺利实施、医保缴费方式多样化和门诊特殊病报销方式调整的有利时机，我们切实加强了政策宣传和参保动员工作：

职工医保：我们按照参保单位性质，划分了行政事业单位、教育系统、正常企业、关破企业四大块，分别指定专人负责政策宣传、医保扩面和参保业务经办事宜，由于职工医保运行年限长，各项业务熟练，除了个别私营企业（员工多为农村居民，且参加新农合），基本上应保尽保。同时对于伤残军人、复原军人、军转干部和对越作战退役人员等特殊人群的医保，我们指定专人负责资料审核归档和参保业务经办工作。

居民医保：一是将扩面人员分组包抓六个居民社区和12个镇（中心），定期分析扩面难点，研究推进措施，确保扩面工作有序进行。二是在城区广场、居民社区、企业和学校，集中宣传医保政策，发放政策单页和参保续保提示卡，增强群众参保的积极性；对没有按时续保的人员，及时电话催促，收效较好。三是有序推进进城落户村居民参保工作，同时做好在校学生参保续保工作。

上半年，职工参保19383人，居民参保30610人，城镇医保累计参保49993人，完成市上下达参保任务47100人的。

2、基金征缴

我们对于医保基金收支的管理，严格按照有关制度及程序进行，按月及时上解市医保中心财政专户。（财政配套资金按计划分季度上解，不足部分年底统一补足。）

上半年，城镇医保基金征缴万元（其中职工医保基金征缴万元，居民医保基金征缴万元），完成市上下达基金征缴任务2301万元的。

3、医疗保障体系

目前，以“基本医疗保险”为主，“大额医疗补助、门诊大额慢性病补助、门诊特殊病补助、居民普通门诊统筹、职工居民大病保险”为辅的医疗保险体系已经健全；职工医保年度最高支付限额达万元，居民医保年度最高支付限额达30万元；职工、居民大病保险二次报销年度最高支付限额达40万元；完善的医保体系较好地保障了参保人员的医疗需求。

4、两定机构监管与医疗待遇享受工作

我县共有10家定点医院和19家定点药店，在对两定机构的监管工作中，我们严格按照服务协议加强管理，坚持周周检查，适时指导，督促整改存在问题，不断规范诊疗售药行为。

目前，我县城镇职工医保、居民医保全部实行市级统筹，在统筹区域内，已经实现参保患者在定点医院诊疗“一卡通”，直接在定点医院报销结算。转往西安定点医院的参保职工，办理转院审批手续后，持医保卡在指定医院入院治疗并直接报销结算。（参保居民在西安指定医院治疗结束后持转院审批单和病档资料在县医保办审核报销。）

我们在参保缴费与待遇享受等业务经办的各个方面，严格执行省市规定的各项操作流程，不断规范业务经办行为；严格执行统筹地区医保患者定点住院报销和异地安置人员约定医院医疗费用报销政策，及时兑付报销费用，全力维护参保群众切身利益。

上半年，门诊特殊病鉴定通过176人，门诊大额慢性病审批通过9人，通过人员可以按照政策规定比例享受门诊报销补助；同时居民普通门诊统筹享受6183人次；职工大病保险二次报销15人次，一定程度上缓解了参保患者医疗负担。

上半年，城镇医保基金累计支付万元，其中职工医保基金支出万元，居民医保基金支出万元。

5、其他工作

组织全办人员积极参与“4411”帮扶贫困户、“春风行动”政策宣传、包抓路段环境卫生治理等工作，及时上报活动信息，答复投诉咨询。同时按照二级值班要求切实做好单位24小时值班工作，保障单位内外安全稳定。

在主题教育活动中，积极开展政策业务培训，修订完善单位工作制度，进一步严格请销假制度，完善了科室工作日志记载、周工作汇报和周考勤通报等工作；同时，结合组织开展的“三严三实”专题教育活动，认真学习领会相关文件和县上领导重要讲话精神，不断提高工作人员经办能力和服务水平，增强了为参保群众服务的自觉性和主动性。

在平安建设工作中，我办注重把党风廉政建设、精神文明建设、思想道德建设与平安建设工作有机结合，及时对全办人员开展食品、交通、消防、办公礼仪等知识学习培训，制定风险防范预案，与各科室签订安全生产工作责任书，建立安全生产工作记录，严格岗位责任，全力维护社会稳定。

在党建工作中，我办认真贯彻落实党的十八届三中、四中全会和省、市、县纪委有关会议精神，严格制度落实，狠抓支部建设，切实解决医患群众反映的突出问题，有力地推动了医保工作的健康发展，坚决贯彻落实党风廉政主体责任和监督责任，以开展“三严三实”专项教育活动为契机，按照党风廉政建设总体要求，切实转变思想观念，改进工作作风，规范服务行为，提高工作效率和服务水平，扎实开展政风行风工作，推动医保各项工作的落实。

一是健全党建机制，推进党务公开。认真按照党风廉政建设责任制工作要求，建立健全管理机制，进一步建立健全党风廉政建设制度、“党务公开”制度、党员结对帮扶制度，不断促进窗口服务建设，提升在群众心中的满意度，树立医保窗口单位良好形象。始终坚持把党务公开工作列入重要议事日程，切实加强领导，认真研究部署，精心组织实施，充分利用信息公开平台等形式开展党务公开工作，营造了良好的党建工作氛围。

二是加强队伍建设，履行“一岗双责”。班子成员严格落实“五个一”制度，与各科室签订《党风廉政建设目标责任书》和《党风廉政承诺书》，促进

“一岗双责”的履行和落实。针对单位服务对象广、层次多的特点和窗口服务的特殊性，始终坚持党建与业务共推动，同安排、同部署、同检查、同落实，有力推动各项工作任务的\'完成。

三是推进行风建设，加强作风监察。组织开展“三严三实”专项教育活动，紧密围绕“三严三实”内容，进一步加深学习，充分认识“三严三实”的重大意义和深刻内涵，防止“四风”问题反弹，克服懈怠思想，切实提高思想认识，提升个人素养，自觉树立牢固的医保服务理念。坚持定期不定期检查上下班制度落实情况，检查上班串岗、聊天、上网、玩游戏、购物等违反工作纪律的行为。通过开展专项治理，有效解决了单位“门难进、脸难看、事难办”的现象，杜绝了“四风”问题的发生。

>二、存在的问题

1、各镇（中心）进城落户家庭参加城镇居民医保进程缓慢。

2、办公科室严重不足，业务开展不便，与上级的要求和参保群众的需求差距较大。

>三、下半年工作打算

1、扩面人员分组包抓镇、中心和居民社区、企业等，深挖扩面潜力，确保扩面工作持续深入推进。

2、做好门诊特殊病就医购药报销新政策的宣传与落实工作，同时做好门诊特殊病患者20xx年7月至20xx年6月期间的医药费用审核报销工作。

3、贯彻落实好城镇职工、居民医保大病保险工作及门诊特殊病、大额慢性病补助工作，重点是门诊特殊病报销方式调整政策的宣传与落实工作；借此利用各种渠道大力宣传医保政策，发放政策单页和参保续保提示卡，增强群众参保积极性。

4、按照咸阳市医保政策规定和操作流程，严格统筹地区医保患者定点住院报销、异地安置人员约定医院医疗费用报销和20xx年度大病保险二次报销等工作，及时兑付报销费用。

5、继续加大两定机构监管力度，保障基金安全、有效运行。

6、继续加强学习教育活动，认真整改存在问题，进一步转变工作作风，全面提升工作效能，推动医保工作再上新台阶。

**医保信息数据室工作总结9**

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：

一、领导重视，宣传力度大

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

为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

二、措施得力，规章制度严

为使医保、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。

三、改善服务态度，提高医疗质量。

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

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

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

四、工作小结

通过我科工作人员及全院相关工作人员的共同努力，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。

**医保信息数据室工作总结10**

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。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。

针对我院门诊票据个别月份出现大量未上传事宜，为减少因退单，延迟报销而引起病人与我院发生矛盾，避免不必要的纠纷，我还专门请教了中心审核组长及中心网络工程师等相关人员，总结了原因，并且及时与我院医保办专管上传的人员进行实践和经历，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。

**医保信息数据室工作总结11**

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x月x日至x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。

**医保信息数据室工作总结12**

20\_年，在市委、市政府的.正确领导下，在国家和省医保局的有力指导下，全市医疗保障系统始终坚持以新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大、十九届四中、五中全会、省市委全会和国家、省医保工作会议精神，以推进医保治理体系和治理能力现代化为主线，以打造公平、安全、高效、便捷、智慧、清廉“六个医保”为抓手，扎实有序推进医保各方面工作落实，取得良好成效。尤其是扎实推进国家医保基金监管方式创新试点工作，圆满承办中期评估现场会，考核得分位居全国26个试点地区第一名；正式揭牌全国首个医保反欺诈中心，为全国医保监管体制改革提供了湖州方案；打造全国首个湖州城市大脑医保驾驶舱，开启医保“智治”时代；平稳实现了市域职工基本医保制度的完全统一，市域医保更加公平；精准扎实推进医保领域脱贫攻坚，在全省率先真正实现医疗救助“不落一户、不落一人”；严格抓好国家药品带量采购和全市抗微生物集采落地，共节约医保基金亿元；深化医保支付方式改革，城市医共体总额预算下的多元复合式支付方式改革在全市域推行；发布全省首个医保基层经办服务标准，医保服务更加精细化；长三角一体化进程持续加快，在全省率先实现沪苏浙皖跨省门诊费用双向直接结算。全年，省、市领导批示肯定医保工作20次，市级媒体报道130余次，省级及以上媒体报道30余次，12个兄弟地市来湖学习考察，30多位群众向我们赠送锦旗和感谢信，为我们点赞！主要体现在以下几个方面：

>1.致力坚决打赢疫情防控阻击战，兜底保障展现担当。

面对突如其来的疫情，在\_和省市委的坚强领导下，全市医保部门闻令而动，全力以赴做好医保领域疫情防控和服务保障工作。

一是兜底保障救治。按照上级部署，第一时间出台了4个文件和一系列措施，对患者医疗费实施兜底保障，向医疗机构累计拨付基金亿元，不折不扣落实了“两个确保”。

二是助力精准排摸。通过医保大数据实施重点人员筛查，发动全市所有零售药店开展联防联控，累计筛查上报万人，助力湖州成为全省确诊病例最少、“清零”最早的城市。

三是优化经办服务。推出了“预约办”、“代理办”、“邮寄办”、“电话办”等新服务模式，引导企业、群众“网上”“掌上”办医保。

四是强化执勤值守。组织发动干部值守高速路口和公路卡点，下沉社区入户排查，赴结对社区开展防控协查，累计出动700余人次。

五是支持企业复工。全市阶段性减征职工医保费万户，累计减免亿元，为促进复工复产、保持就业稳定提供了强有力的保障。全系统19支服务队主动上门服务指导，50家结对企业在3月底前全部复工复产。

>2.致力推进医保基金监管方式创新，试点工作走在前列。

始终把加强医保基金监管作为首要任务来抓。按照“整体智治、共治共享”的思路，整体推进医保基金责任体系、监管方式、管理手段创新，全面系统加强医保基金监管，走在了全国前列。

一是强化源头防治，建立全链条、全过程责任体系。实行定点单位分类协议管理，落实“两定机构”主体责任。在全省创新建立以医保科长为主体的医保督导员制度，探索建立公立医疗机构医保违规问责追责机制，强化医院内部管控。完善医保基金监督检查管理办法，开发医保检查执法管理系统，推行“互联网+监管”，实现医保执法程序化、规范化、信息化。

二是拓展各方共治，构建多层次、立体化监管网络。在全国率先建立医保反欺诈中心并实现区县全覆盖。由中心牵头，成立医疗保障研究专家库、医疗专家库、药学专家库、法律专家库、会计审计专家库等“五个专家库”215人队伍，为医保治理提供智慧支撑。健全多部门联动机制，构建部门间信息互通、结果互认、力量叠加的监管格局。积极引入审计部门、会计师事务所、商业保险公司等第三方机构开展医保基金监管协查，实现关口前移、高效精准。

三是深化数据智治，打造全天候、无盲区医保智管系统。在全国率先开发湖州城市数字大脑医保驾驶舱，打造“两中心，五平台”（即指挥中心、数据中心，业务运行监测平台、决策分析平台、智慧监管平台、辅助执法平台、内控稽核平台），实施大数据实时动态智能监控，实现对医保的整体研判、协同指挥、跟踪监督和对医保基金的全天候、全方位、全过程监管。

四是持续依法严治，营造不敢违、不能骗浓厚氛围。持续开展“打击欺诈骗保、维护基金安全”集中宣传月活动，创新推出基金监管“云培训”、“小喇叭大广播”、抖音小视频、微信朋友圈接力等宣传活动，营造良好社会氛围。严打欺诈骗保，20\_年，全市共检查定点医药机构1146家，检查覆盖率100%，查处定点医药机构667家，查处参保人员28人，追回基金万元，形成强烈震慑。

20\_年，全市医保统筹基金收入亿元，同比增长；支出亿元，同比增长；当年结余亿元，累计结余亿元。其中：职工医保统筹基金政策性减征亿元，共收入亿元，同比增长；统筹基金支出亿元，同比下降，当年基金结余亿元，累计结余亿元，支付能力个月。居民医保基金收入亿元，同比增长；基金支出亿元，同比增长，基金当年结余亿元，累计结余亿元，支付能力个月。

>3.致力完善多层次医疗保障体系，待遇水平稳步提升。

按照“稳为先、统为要，迈小步、不停步”的思路，以制度建设为依托，做实基本医疗保险制度市域统一，更好筑牢基本医保、大病保险和医疗救助三道保障线，发挥医保保基本、兜底线作用。

一是稳步推进市域医保政策统一。研究制定《湖州市职工基本医疗保险管理办法》，对全市基本医疗保险筹资标准、待遇水平、基金监管、制度衔接等进行全面统一，更好解决市域医保政策碎片化、待遇差异化问题。

二是稳步提升医保待遇。20\_年城乡居民基本医疗保险财政补助标准人均增加138元，达到每人每年1108元，成年人与未成年人总筹资标准分别达到1648元和1548元，大病保险报销比例再提高5个点，进一步提高保障能力。

三是抓紧抓实医疗救助工作。创新与民政部门建立困难人员信息实时共享机制和大额医疗费用预警机制，探索建立救助人员医保中断预警机制，确保医疗救助“不落一户、不落一人”。20\_年，全市共资助参保万人，资助金额万元；医疗救助万人次，救助金额万元，充分发挥医疗救助的托底保障作用。

>4.致力深化医保领域各项改革，基金使用更加高效。

以提高医保基金使用绩效为目标，深入推进医保领域各项改革，更好推动医保、医疗、医药联动改革系统集成，保障群众获得优质实惠的医药服务。

一是推进医共体医保支付方式改革。按照“全域推进、多元复合、绩效挂钩”的原则，在全市域推进城市医共体总额预算管理下的多元复合医保支付方式改革。建立医保支付向医疗重点学科适当倾斜的机制，大力促进湖州医学高地建设；在全省率先探索体现中医特色的DRG分组体系和医保支付方式，促进中医药传承发展；着眼引导患者到基层就诊，助推分级诊疗，在疾病基础组实行同城同病同效同价改革。配套制定绩效评估办法，督促医疗机构合理治疗，确保改革实效。

二是抓好国家和市药品集中采购成果落地。联合市卫健委、市经信局、市市场\_共同抓好国家集中带量采购药品落地工作，截至12月底，第一批25个中选产品平均完成约定采购量的202%，第二批32个中选药品平均完成约定采购量的，全部品种均超约定采购量10%以上，第三批完成率，共减少药品支出5482万元。抓好市抗微生物药品集中采购落地工作，减少药品支出亿元。

三是理顺医疗服务价格体系。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，探索建立医疗服务价格动态调整机制，并按照“一腾一降一调一池”的思路，在全省率先全市域完成第三轮医疗服务价格调整工作，省政府领导作出批示肯定。

>5.致力打造医保服务最便捷地市，医保服务更加暖心。

围绕打造医保服务最便捷地市目标，持续深化医保领域“最多跑一次”改革，扎实推进医保经办管理和服务体系建设，不断提高信息化服务水平，为群众提供更加便捷高效的医保服务。

一是持续深化医保领域“最多跑一次”改革。打造全市域统一的医保经办服务系统，制定发布全省首个医疗保障业务基层经办规范，对4大类、20个服务事项在市级层面进行规范统一。持续加强基层经办能力建设，多频次开展业务经办培训，夯实基层经办基础。打造市、区（县）、乡镇（街道）、村（社区）四级经办网络，20个政务服务事项下延全市73个乡镇（街道），13个高频民生事项下延到1278个村（社区），为全省提供“医保服务不出村”改革样本。推动实现医保服务事项向公立医院、农商行、邮政公司等公共领域延伸，转院转诊备案、特殊慢病备案、“3+N”报销结算联办等“一件事”在全市二级及以上医院实现全覆盖，深受群众欢迎。

二是加快融入长三角医保一体化大局。圆满承办了长三角三省一市医保局长会议，与上海市虹口区、江苏省无锡市、常州市和安徽省宣城市签订《长三角产业合作区医疗保障协同发展协议》，共同推动长三角地区医疗保障公共资源同城化、信息化、一体化进程。积极推进长三角地区异地就医互联互通，全市146家医疗机构全部接入国家和省异地就医、长三角门诊结算系统，沪苏浙皖四地市8200多家医疗机构实现门诊双向直接结算。

**医保信息数据室工作总结13**

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，其中成年人23206人，未成年人80485人，其中大学生1422人在校学生参保77530人，实现参保覆盖率达98%。

2、工伤保险:全县参保单位174个,参保人数13109人,任务数13000，其中农民工参加工伤保险人数为3012人。

3、生育保险：全县生育保险参保人数9906人，任务数9900人，

>二、基金征缴目标任务全面超前超额完成,运行基本平稳，收支实现略有节余

城镇基本医疗保险任务基金征缴2851万元，完成征缴基金3968万元。超额完成139%。

今年各项基金总共支付23249人次，基金支付金额1216万元。其中，居民共计支付人4842次，分别为住院报销4223人次，基金支付712万元，慢性病特殊门诊报销619人次，基金支付19万元;职工共计支付18343人次，基金支付1273万元，分别为住院报销3839人次，基金支付1160万元;门诊14504人次，基金支付113万元;工伤保险52人次，支付基金112万元，领取工伤保险固定待遇12人，支付基金10万元。

>三、主要措施与亮点

今年来，我局对医保、工伤、生育保险的宣传更细、意识更强，基本实现应保尽保;政策更优，待遇更高，保障力度空前加码;管理更顺、运行更畅，基金收支略有节余。

(一)医保政策，宣传更细，力度更大。

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“春季就业招聘大会”、“法制宣传日”和《社会保险法》宣传周，走上街头，深入社区。采取咨询、宣传单、标语等多种形式，在各个电视频道上播发参保登记信息，租宣传车在全县大街小巷和大的乡镇流动宣传，把宣传的重点放在居民医疗保险实行市级统筹后待遇大幅度提高、保障范围进一步扩大、政府对居民参保的补助不断提高、居民获得确实保障以及参保基准年度等方面，取得的效果比较明显，今年来印制了城镇职工、城镇居民医疗保险以及工伤保险宣传单，发放十万余份，参保人员反映良好。

(二)强化基金征缴，确保应保尽保、应收尽收。

在基金管理方面，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，邀请财政、审计部门以及上级业务主管部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用;通过下发催缴通知单、电话催缴、上门催缴以及与待遇支付相结合的办法，提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收确保基金及时到帐;同时积极争取上级支持，确保各级各项财政补助、配套资金及时到位。

(三)强化基金监管，确保实事办实、好事办好。

目前，我县已有33家医院和35家药店获得定点资质。定点医疗服务机构是医保基金的流出通道和保险基金收支平衡的阀门。

1、严把“三关”，加强对定点医院的管理。一是把好住院审批关，杜绝冒名住院。一方面加强对轻病住院、挂床住院、过度检查、不合理治疗和违规用药等现象的管理力度。如发现有冒名顶替住院现象，要求定点医院必须及时报告，否则将对医院予以处罚。二是把好住院病种关，防止基金流失。三是把好“三大目录”执行关，严防基金浪费。对定点医院“三大目录”的执行情况，采取定期或不定期的形式进行重点稽查。今年拒付因工伤、交通事故及有第三方责任人等意外伤害报销二十余起，涉及医疗费用10余万元，挽回基金损失近七万余元。

2、坚持“三个到位”，加强对定点药店的管理。

对医保定点药店的管理，我县推出了绿牌准入、黄牌约束、红牌退出的管理机制，从审批、管理、考核等方面实行全方位审查监督，收到了比较好的效果。

一是坚持审批到位，严格实行准入制度。实行严格的市场竞争准入制度。二是坚持管理到位，严格规范售药行为。三是坚持考核到位，严格执行目标管理。对药价和经营的合理性进行监管，对服务水平、服务质量等方面进行综合测评，结果与年末考核挂钩，作为是否续签协议的重要依据。

3、突出“三化”，加强对经办人员的管理。

通过突出“三化”更有力地促进了“加快宁都发展、重塑宁都形象”和“发展提升年”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。

一是工作制度化，做到有章可循。通过责任追究制等十项规章制度，规范了业务流程，强化了权力制约，确保了各项工作有章可循，稳步推进。二是办事公开化，接受群众监督。在工作过程中，经办机构把所有的政策法规和办事程序公布，极大地利于广大群众和参保人进行监督。三是服务人性化，提高服务水平。医保日常工作主要是为参保人服务，经办机构始终坚持“一切为了参保人”的工作理念，把提供优质服务贯穿于工作的始终。

(四)把握政策、完善措施，做好大病救助工作。

**医保信息数据室工作总结14**

｛年终工作总结｝

====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。

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

>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

加大医疗、工伤、生育保险政策的宣传、培训力度，在深入宣传的基础上搞好参保单位经办人员、定点医院、药店医务人员的政策培训;

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。

为你整理了

妇联年终工作总结食品药品监督管理局年终工作总结

**医保信息数据室工作总结15**

20XX年，在县医疗保险中心的正确领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的共同努力下，我院以全心全意服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，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

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，并成立了以副院长暴艳梅为组长，组员：陈萍、王彬、陈智、等人组成医保工作小组，负责患者日常诊疗及信息录入、上传等工作。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、保证医保患者利益，不断加强管理，随时查找问题，发现问题及时改正，尽可能杜绝医疗纠纷和事故的发生。

>二、认真完成工作任务

医院高度重视医保工作，使参保患者利益得到充分保障。这一年我院按照医保相关政策的要求认真工作，诚心为患者服务，圆满的完成了各项工作，20XX年我院共收住院医保患者8人次，总住院天数：113天，住院总收入元，其中药品费用：，门诊人次：139人，门诊医疗费用总计元。

>三、提高诊疗水平

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能够对每一位患者进行合理有效的施治。我院要求职工不断加强业务学习，并不断送人到上级医院学习进修、要求每一位医生都购买华医网站学习卡，并认真学习上面的内容。通过各种方式的学习使医务人员诊疗水平不断提高。同时要求每一位职工礼貌行医，态度和蔼，自觉自愿遵守医德规范，使我院医务人员服务态度不断得到改善，为每一位就诊患者创造了一个良好的就医环境。

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得到满意答复。院领导及医院科室负责人经常对住院患者进行探望，询问病情，询问对医院的要求及意见。严格执行国家及发改委的各项收费政策，准确划价、合理收费。及时、准确上传患者就诊信息。医院实行了科学化及自动化管理，电脑收费，给住院患者提供出院清单，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。做到专卡专用，严把出入院关。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈信息：患者及家属对医院医保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：由于基药的影响，住院病人数有所下降，但我们深信在新的一年里，在医疗保险中心的大力支持下，院领导的正确领导下，我们将会利用有限的药品，服务于无限的患者，加大医改政策的宣传力度，把来年医保工作完成的更加出色，造福所有来诊的参保患者。

**医保信息数据室工作总结16**

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照\_门要提高“五种能力”的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强。

二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《20xx年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成。

三是完善了医保计算机网络建设，提高了管理科学化、规范化水平。我县的医保计算机网络管理系统已与全县14家定点机构联网运行，今年五月一日开始，全县所有参保人员可凭医保ic卡在全市范围内的定点服务机构进行刷卡就诊和购药，简称“医保一卡通”，广大参保人员都能享受到网络化管理方便、快捷的服务。

四是紧紧围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1―11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇。

五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

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！