

社会医疗保险管理处度工作总结 10 篇

社会医疗保险管理处度工作总结 1

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

一、领导重视，宣传力度大

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

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

二、措施得力，规章制度严

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。配置了电子显示屏，将收费

项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。全面推行住院病人费用“一日清单制”，并要求病人或病人家属签字，对医保帐目

实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。医院职工开展以文明礼貌,优质服务,受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无挂床现象，查有无冒名顶替的现象，查住院病人有无二证一卡，对不符合住院要求的病人一律不予收住。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量

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

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保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。

社会医疗保险管理处度工作总结 2

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。

社会医疗保险管理处度工作总结 3

今年以来，我县医保处在市医保中心的热心指导和县人社局的直接领导下，紧紧围绕各项目标任务，以完善医疗保险业务经办管理，提高服务效能为重点，着力打造团结务实、开拓进取的医保工作团队。一年来各项工作扎实推进，取得了明显成效，现将主要工作小结如下：

一、各项工作完成情况

1、医疗、工伤、生育保险扩面不断加强。1-12月份城镇职工基本医疗保险有参保单位:1282户，参保70917人，占全年目标任务100.02%;城镇居民医疗保险参保30257人;工伤保险参保单位543户，参保31973人，占全年目标任务100.23%;生育保险参保28124人，占全年目标任务100.44%。

2、医疗、工伤、生育保险基金征缴紧抓不放。1-12月份城镇职工医疗保险征缴基金16502万元，工伤保险征缴基金903万元，生育保险征缴基金513万元，分别占目标任务的100%、100%和85.5%。(由于年初预算时将机关事业单位纳入生育保险参保范围，实际此项工作我县还未实施，加之从今年10月份生育保险费率由1%降为0.5%，以至于生育保险基金征收任务未全部完成)居民医保基金总收入为1339万元(其中：个人缴纳296万元，县级财政配套资金648万元，省级补助资金395万元)。

3、医疗、工伤、生育保险待遇应发尽发。1-12月份城镇职工医疗保险发放待遇15461万元，工伤保险发放待遇695万元，生育保险

发放待遇 259 万元，城镇居民医疗保险发放待遇 1292 万元。

4、定点医疗机构、定点零售药店、医疗保险服务管理常抓不懈。与定点医疗机构、定点零售药店协议签订率 100%，严格对机构和药店协议履行情况的检查考核，确保基金规范平稳运行。

二、重点亮点工作

1、继续加强医疗工伤生育保险扩面征缴。今年以来，我们始终坚持把企业作为各项保险扩面的重点，全面推进金保工程的实施，实行五险合一。在新增企业参保时，严格核定企业职工人数，确保应保尽保，防止企业少报漏报参保职工。严格核定用人单位征缴基数，准确编制征缴计划传送地税部门，对发生欠费的单位及时预警。

2、稳步推进城乡居民、职工大病保险工作。大病保险政策实施以来，我们积极与人保财险保险公司、人民健康保险公司通力协作，抽调专人配合两家保险公司的专职人员做好居民、职工医保大病保险具体承办工作，全面实现医疗费用“一站式”结算服务。今年 1-12 月份，居民医保大病保险报销 6236 人次，报销金额达到 113 万元;9-12 月份，职工医保大病报销 913 人次，报销金额达到 105 万元。大大地减轻了大病人员医疗负担，有效防止了群众“因病致贫、因病返贫”现象发生。

3、扩大分值结算付费方式实施范围。为合理控制医疗费用的增长，我们于去年出台《关于城镇职工(居民)基本医疗保险实行以收定支、分月总量控制和按病种分值结算的意见(试行)》，20xx 年将县人

民医院、中医院纳入按病种分值结算的试点医疗机构，通过一年的运行有效控制了医疗费用增长。20xx年1月，我们将全县10所乡镇卫生院、宝应湖农场职工医院全部纳入按病种分值结算范围。通过付费方式改革，有效地规范了医疗服务行为，促进了“医、患、保”三方和谐共赢。

4、完成生育保险网上结算程序运行工作。为积极贯彻落实《江苏省职工生育保险规定》精神，提高生育保险经办服务效率，今年下半年我处积极与县人医、中医院沟通协作，调整生育保险经办流程，全面提升完善生育保险信息系统和管理模式。参保职工在县人民医院、县中医院进行计划生育手术、产检或生育的，所发生的医疗费用可直接在医院结算，更好地为用人单位、参保职工提供了高效优质的服务，让群众切实感受到了便民为民工作的实效。

5、加强对定点医疗机构和定点零售药店管理。为进一步加强对定点医院的管理，杜绝医保基金的流失，我处不定期对定点医院病人的住院情况进行抽查，同时及时将抽查情况通报至医院。月底根据抽查情况对医院进行考核、结算费用，以此促进定点医院加强管理，增强“两定”自觉规范医疗服务的意识和责任，提高监管实效。建立健全定点零售药店准入退出机制、药店违规处罚机制，通过定期开展稽查、暗访、匿名举报等多种方式，形成全方位稽查的监督网络。对违规的26家药店，视情节给予处违约金罚款和暂停医保刷卡处理。

6、做好20xx年度居民医保参保缴费工作。为切实做好城镇居民

医保扩面续保工作，我们继续加大宣传发动力度，通过拉横幅、银行滚动字幕、报纸等宣传方式提醒参保人员参保续保，并按时在银行卡上存足金额确保顺利扣缴。同时明确专人，负责与社区劳动保障工作站做好参保服务工作，认真审核参保资料、及时无误输入系统，确保居民参保续保工作扎实、有序的办理。

7、提升服务质量，扎实开展群众路线教育实践活动。强化学习意识。进一步完善学习制度，每周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，认真传达市、县委主要领导指示，经常对照学习上级规定和要求，在思想上充分认识遵守规定、制度的重要性和必要性。强化管理意识。结合实际，优化管理模式，理顺职能及办事程序，认真查找问题，切实改进工作作风，严格依法办事，坚持重实际、说实话、办实事、求实效，为参保人员提供优质、高效服务。强化监督意识。不定期定期检查工作人员在岗情况、遵守工作纪律、挂牌上岗等情况，进行督查和提醒，对发现的不良现象和问题及时进行通报，主动接受社会各界监督。

三、20xx年工作打算

1、继续抓好扩面征缴。狠抓宣传，开展多层次、多类型的法律知识宣传普及活动，推进医疗、工伤、生育保险扩面，重视农民工参保工作，同时完善医保参保台账资料，进行精确测算，确保医保覆盖率达到95%以上。

2、全力做好城镇居民医保参保工作。继续推进银行代扣代缴方

式收取居民医保费，方便参保群众，通过多种渠道告知参保时间及地点，提示参保人员及时参保，发挥社区劳动保障工作站贴近居民的优势配合做好参保服务。

3、强化“两定”管理。实施定点医疗机构管理暂行办法，加强定点医疗机构和定点零售药店动态管理，建立完善医保诚信等级评价制度，进一步规范定点医疗机构和定点零售药店的服务行为，重点加大对门特药店的监管，强化管理，对不规范行为坚决予以制止，确保参保职工的合法权益，保证基金平稳运行。

社会医疗保险管理处度工作总结 4

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。

社会医疗保险管理处度工作总结 5

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。

社会医疗保险管理处度工作总结 6

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

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/088072126131006116>