

# 2023年医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结(模板10篇)

对某一单位、某一部门工作进行全面性总结，既反映工作的概况，取得的成绩，存在的问题、缺点，也要写经验教训和今后如何改进的意见等。大家想知道怎么样才能写一篇比较优质的总结吗？以下是小编收集整理的工作总结书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇一

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xxx最大化xxx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。

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。

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。

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）。二是组织专家鉴定组对符合申报鉴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鉴定工作中坚持公平、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xxxxx元，划卡人次为xxxxx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。

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇二

20xx年度，在县委县政府的领导下，在上级业务主管部门的指导下，通过全乡干群共同努力，我乡城乡居民医疗保险工作取得了显著成绩，现将一年来的工作总结如下。

### 一、明确目标、狠抓落实

乡党委、政府高度重视城乡居民医疗保险工作，统一了思想认识，明确了今年城乡居民医疗保险的目标任务，在年初就将此项工作纳入了重要的议事日程。通过精心组织，切实狠抓完成了年参保9300人。建立健全了城乡居民医疗保险的各项制度，重点解决了农民因患重大疾病住院医疗费用问题，减轻了农民因疾病带来的经济负担，提高了农民整体健康水平，保护了劳动生产力。

### 二、加强领导，强化宣传

20xx年度，乡党委、政府对城乡居民医疗保险工作加强领导狠抓宣传发动，一是成立了由乡长任组长，分管领导任副组长，城乡居民医疗保险服务站工作人员，各驻村干部为成员的城乡居民医疗保险工作领导小组。二是依靠乡干部和村社干部、医疗卫生人员采取分村包户的办法，深入农村院户，召开党员大会、村民大会和发送宣传资料，大力宣传农村医疗保险的，使广大农民朋友明白参加城乡居民医疗保险的好处。

### 三、严格政策把关，规范运作

一是明确了参保对象的权利和义务，凡属本乡户籍的人员均可在本乡参加医疗保险；二是协助乡定点医疗机构对参加城乡居民医疗保险患者的身份审查、监督定点医疗机构对患者的药品、手术治疗、检查费用登记、传送，负责对全乡9300位参加合作医疗的农民的《医疗证》进行审核发放复核工作；三是规范了医疗保险财务制度，基金财务管理纳入乡财政所统一管理，会计、出纳分设，帐目符合财务管理要求；无弄虚作假虚报门诊、住院费用的行为；门诊、住院资金管理、使用、监管按程序操作，无挪用、骗报、\*等行为。四是随时随地为参保者提供政策咨询服务。

### 四、强化服务，切实惠民

今年医疗保险服务站为在县外住院患者代理报账210人次，为患者节省费用30000余元，特殊疾病申报56人，已审核通过22人。据统计：截止12月上旬，我乡门诊报账补偿金额152074、6元，全乡外伤调查达56人次。患者满意率达100%。

### 五、存在的问题及20xx年工作打算

一年以来，我乡城乡居民医疗保险取得了显著成绩，但也还存在一些不足：一是定点医院的门槛费较高，参合患者不愿到那里就诊住院。二是全乡外出务工人员较多，导致来年参合工作有一定的困难。但在党委，政府的精心组织和领导下，在上级业务主管部门的指导下，紧紧围绕党的xx届四中全会精神，克服困难再添措施，加大工作力度，搞好宣传发动，切实为民办实事，办好事。在新的一年里，我们将扎扎实实地把我乡城乡居民医疗保险工作推向一个新的台阶。

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇三

### 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，对一些有多次违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。

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇四

镇 2022 年上半年工作总结和下半年工作计划 2

镇 2022 年上半年工作总结和下半年工作打算 3

镇 2022 年上半年工作总结及下半年工作计划 4

乡 2022 年上半年工作总结暨下半年工作安排 1

乡 2022 年上半年工作总结下一步工作打算 2

乡 2022 年上半年工作开展情况及下半年工作计划 3

乡 2022 年度上半年工作总结 4

一、上半年工作完成情况（一）镇域经济平稳增强 预测全镇实现地区生产总值\*. \*\*亿元，工业生产总值\*\*\*\*\*万元，固定资产投资\*\*\*万元，农村居民人均可支配收入\*. \*\*万元，财政收入入库\*\*\*. \*\*万元。

基础设施全面加强。尹寨村党群服务中心主体工程完工、美丽中心村建设正在实施；新建中心小学食堂，建成老海村幼儿园，郭元村幼儿园投入使用；实施宁老路路面黑化\*. \*公里，街道路面黑化\*. \*公里、雨污分离\*. \*公里、路沿石方砖摊铺\*\*\*\*平方米工程。

豆\*\*\*.\*亩，引进中草药黄蜀葵种植约\*\*\*亩。发挥科技xxx指导作用，组织农学技术培训\*\*\*余人次。申报\*\*镇农业支持保护补贴共计\*\*\*\*\*.\*亩，投入\*\*万元用于全镇\*. \*万亩小麦赤霉病的防治，\*万亩的飞防，\*. \*万亩的群防。实施“四带一自”特色种养业到户项目\*\*\*户，完成任务\*\*\*.\*%，完成率全县第一。三是开展人居环境整治。开展人居环境突出问题大排查大整改活动，排查黑臭水体、垃圾随意倾倒、村庄清洁、住房安全、公共厕所等方面问题\*\*\*条，排查五类户问题户\*\*\*户，建立村庄环境问题和农户庭院屋内问题两本台账，清单化闭环抓好整改落实。

（三）污染防治真抓真改。顺利完成秸秆禁烧转运任务，实现了全镇“零火点”目标；清理砂石料厂等污染企业\*家，整

改不达标养殖场\*家，协助治理黑臭水沟\*\*条；常态化开展巡查工作，发现立行立改问题\*\*处，整改完毕。

产量”的目标；加大普法宣传力度，开展了《反有组织犯罪法》活动\*\*多次，开展防养老诈骗宣传\*\*余次，《信访条例》学习活动\*场。

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇五

09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。

### 二、存在问题的原因分析：

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%。

5、市属学校参保工作进展缓慢。市属学校学生09年的续保率仅为50%。市属学校不重视，尤其是中专、技校，推进难度大。城乡居民医疗保险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。

### 三、工作对策：

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。

#### 四、请区政府帮助解决的相关工作

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。

09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 %。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。

#### 二、存在问题的原因分析：

1. 各责任单位主观重视程度不够。因市、区两级劳动保障工作会议尚未召开，08年奖励资金无法兑现，09年度各责任单位劳动保障任务指标没有正式下达，造成各责任单位存在等待观望现象。为了推进工作，我局在6月份已将全年任务以讨论稿形式下发，但仍未引起各责任单位重视。部分办事处重视程度不够，任务尚未分解、辖区资源底数不清，方法措施不得力，工作调度不及时等现象依然存在。

2. 任务指标重、辖区资源少，增加了我区扩面工作进位争先的难度。09年度各区任务：泉山1.1万人、云龙1.05万人、鼓楼0.55万人、九里0.35万人、贾汪0.45万人。各区人口数：泉山49万人、云龙29万人、鼓楼23万人。各区企业数：泉山区企业8000家，云龙区4000家，鼓楼区 家，九里区 家。

3. 市局考核体制调整造成扩面增幅缓慢。养老保险“两个抵减”（抵减当期未交费人数、抵减清理空挂户）对任务完成造成影响。上半年我区因以上原因抵减当期任务411人，占完成总数12%，其中当期未交费抵减 207人，清理空挂户抵减204人。

4. 劳动保障工作基层工作力量薄弱。目前，劳动保障工作重心逐步下沉，就业、养老、医疗、监察等大量劳动保障业务都由一名社区协理员承担。各社区协理员的业务能力、素质亟待提高。部分社区主任对劳动保障工作重视程度不够，不能有效地进行倾斜帮扶，造成基层社保工作没有发挥应有的作用。

5. 劳动监察执法力量薄弱。近期，在区政府的大力支持下，我局加强了劳动监察队伍建设及基础设施建设。但区级劳动监察执法的长效机制尚未形成，企业对劳动监察执法的认同度有待提高，劳动执法难度依然存在。

### 三、工作对策：

1. 召开上半年工作调度会。

2. 加大劳动监察执法力度。7月份，我局抽调9名工作人员，分成三个监察执法小组，对辖区企业开展养老保险扩面专项执法检查。

3. 加强部门配合，形成工作合力。建立相关部门联席会议制度，定期通报劳动保障工作进展，广泛征求意见和建议，争

取配合和帮助。

4. 对辖区连锁企业开展调查摸底，争取协调市局按辖区划分参保范围。

5. 逐步将辖区省部属企业外聘人员纳入我区劳务代理范围。

6. 加大对宣武市场、天桥市场、升辉装饰城、上海国际服饰城等人员密集场所，新兴写字楼、外来务工人员聚集场所和居民小区养老保险扩面宣传力度，印发扩面宣传资料。

7. 以确保缴费为目标，查漏补缺。针对今年市、区两级考核体系的调整，组织各办事处、社区对历年养老保险扩面工作中只参保不缴费的人员进行全面排查，要求各责任单位分片包干，责任到人，采取先易后难的办法，分类推进。目前，我局已将各责任单位历年扩面的养老保险未缴费人员、辖区未参保企业名单全部梳理分解到责任单位，将清理情况与当期任务进行同步调度、同步考核。

8. 进一步加强协调力度。首先加大对各街道办事处的调度和督促力度，其次加大对辖区单位的联系和服务，同时加大与市局各职能部门的沟通联系，充分利用上级部门的有利条件，并采取有效措施调动他们的积极性，齐心协力做好劳动保障各项工作。

9. 积极探索行政村村民参加社会养老保险办法。

#### 四、请区政府帮助解决的相关工作

1. 鉴于目前泉山、鼓楼、九里已由区政府主要领导分别召开劳动保障工作会议，恳请王区长召开我区劳动保障工作推进会。

2. 加大对各办事处考核奖励力度。建议区政府将养老保险考

核奖励标准由去年每扩面一人奖励20元，提高到30元。

3. 提高综合考核养老保险工作分值比例。由于养老保险在劳动保障工作中推进难度较大，建议区政府将纳入综合考核劳动工作18分分值重新划分，将就业工作由原定6分调整到4分，养老保险工作由原定2分提高到4分。

4. 继续加大对劳动监察工作的支持力度。建议区政府为劳动监察工作配备专用车辆，以提高工作效率。

5. 增加对劳动保障工作经费投入。

6. 针对目前我区社区劳动保障队伍力量薄弱的现状，建议我区参照泉山区增配办法，对管理退休人员500人以上社区，增配劳动保障协理员一名，工资渠道由区财政解决，待遇参照市局配备劳动协理员标准。据统计，我区目前管理退休人员500人以上有20个社区。

### 【城镇居民医疗保险工作总结(三)】

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇六

我局把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，全面完成扩面任务。一是充分利用现有的工作条件全方位、立体式进行宣传，将参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策，编印成册，发放到各单位和群众手中，为扩面工作营造良好的外部环境；二是明确扩面重点，锁定扩面目标。年初局行政办公室严格制定扩面工作计划，把扩面目标锁定在有能力未参保的单位上，采取宣传动员和有效的工作措施，进一步促进单位领导正确处理局部与整体、短期利益与长远利益关系，提高参保的主动性和积极性；三是进

一步宣传灵活就业人员参保办法和农民工参保办法，动员和引导下岗职工及进城务工人员尽快参保，切实解决“看病难、看病贵”的实际问题，消化矛盾，维护稳定今年新增农民工1000人。全年共计参保单位255个，参保人员已达15600人(其中农民工1000人)，比去年同期新增20xx人，超额完成扩面任务108人。

为确保医疗保险基金足额征收到位，我们一是到参保单位大力宣传基金征缴条例，提高参保单位缴费积极性；二是实行征收目标责任制，把全年征收任务细化分解到各个人头，不管是科股长，还是办事员，都将任务完成情况作为考核个人工作业绩的重要内容，与年度奖惩挂钩，形成了“人人肩上有压力，千斤重担大家挑”的工作氛围，极大的调动了大家的主动性和创造性；三是委托相关部门代扣代缴，确保了基金足额到位。今年目标任务应收基本医疗保险基金1224.17万元，实际征收基本医疗保险基金1346.6万元，完成目标任务的110%。其中进入统筹基金740.63万元，入个人账户605.97万元。

定点医院和定点药店是医疗保险基金支出的源头。一是年初我局召开了全县定点医院和定点药店工作会，会上要求各定点医疗机构必须严格按照有关规定，规范管理，完善制度，认真履行医保服务协议；二是在日常工作中严把两个关口：1、严把参保患者住院关。为防止冒名顶替、乱开药、大处方等违规现象的发生，我局将监督检查常规化、制度化，定期不定期到医院，督促医生合理检查，合理用药，合理治疗，有效防止了基金的流失。全年发现违规现象5起，违规金额高达3.2万元，从源头上制止了基金流失，确保基金安全营运；2、严把参保患者住院费用审核结算关。实行了“三审制”：即初审、复审、主要领导审签，看有无不按处方剂量开药，看药品是否为疾病所需用药等，既坚持了公平、公正、公开，又有效保障了患者的医疗待遇；三是严管异地安置人员就医。凡是异地安置人员必须领取《异地人员安置表》，按照就近就医的原则，在居住地选择不同等级的三家医院，报

医保局存档，在生病就医时，必须在选择的医院就医，否则不予报销。全年累计审批住院1573人次，实际住院1573人次，发生医疗费用702.4万元，实际支付502.3万元。有效保障了参保人员的基本医疗需求，为维护全县的社会稳定做出了积极贡献。

近年来门诊特殊疾病人数不断上升，给基本医疗保险统筹基金带来了一定风险。按照门诊特殊疾病管理原则，进一步规范了管理。一是规范办理程序，严格要求首次办理门诊特殊疾病人员，必须持三级乙等以上的定点医疗机构出具的疾病诊断证明书，检查报告，方能向医保局提出申请，领取专门制做的《门诊特殊疾病管理登记册》，经鉴定小组审查后，符合条件才能办理；二是确定门诊特殊疾病就诊医院，实行限量购药。为确保特殊疾病患者得到规范治疗，我局在县内确定了三家就诊医院，并在三家医院选择了47名医生为门诊特殊疾病指定医生。同时还要求患者必须在指定的医生中看病，每次药量不得超过七天量，特殊情况最长不超过15天量，费用额不超过200元，否则不予报销；三是进一步明确了发票管理和待遇支付。全年共计办理门诊特殊疾病610人次，申报门诊费140万元，按照政策规定报销 65万元。

医疗保险部门是党和政府的形象部门，是为民办好事办实事的窗口单位，本着为人民服务的宗旨和医疗保险工作需要，今年我局结合县上的干部队伍作风整顿等活动，进一步加强了干部职工素质教育，规范了工作行为，严肃了工作纪律，修订了内部管理制度。通过作风整顿的学习讨论、查找问题、整改提高三个阶段，干部职工的思想作风、工作作风、领导作风、生活作风等方面得到了全面加强，服务群众的能力得到明显提高，工作质量、工作效率明显提升，存在的突出问题得到有效解决，群众心目中的形象得到了好转，全面建设了一支“政治上强、业务上精、作风过硬、廉洁高效”的医疗保险队伍。

离休干部、企业军队转业干部、二等乙级以上伤残军人几类特殊人员为我国国防事业和当地地方经济建设作出了卓越贡献。为有效保障他们的医疗待遇，维护稳定，我们一是在工作中设立便利通道，减化手续，指定专人负责审核，同时要求工作人员以热情的服务态度，让他们感受到党和政府的温暖；二是积极协调关系。由于县财政资金周转困难，他们的医保待遇不能及时兑现，我局多方筹资，提前垫付了他们的医疗费用，解决了他们的实际困难。

20xx年全县医疗保险网络系统正式启动，实现了定点医院和定点药店电算化管理，极大地方便了参保患者的就医购药。但由于当时建设资金有限，拨号上网导致信息传输速度慢，给参保人员和医疗机构带来了不便。为此，我局今年将完善网络系统当成一件大事来抓：一是将网络系统升级为宽带系统；二是对医保ic卡进行加密，防止了ic卡丢失后被他人盗用的现象发生，得到了广大参保人员的好评。

（一）医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，加之城镇居民参加医疗保险办法尚未出台，覆盖面小，基金结余抗风险能力弱。

（二）国有改制企业均未参保。由于我县经济发展滞后，许多企业都处于困境，破产的破产，改制的改制，职工下岗分流自谋出路，特别是破产改制企业离退休人员，生病机率高，由于过去未参加医疗保险，现在参保将成为一个极大的难题，也是全县一个不稳定因素。尽管出台了《xx市城镇灵活就业人员参加基本医疗保险办法》，但缴费数额高，难以自筹资金参保。

（三）医保现状不能满足职工需要。我县医疗保险体系单一，仅有城镇职工基本医疗保险和补充医疗保险，同时社会医疗救助制度不规范，个人自负比例偏高。

（四）对定点医疗机构和异地就医管理难度大。一是现在定

点医院和零售药店共计发展到50余家，而大部分遍布全县各乡镇，由于监督检查人员少，在对定点医院进行经常性协议管理中还不能很好的发挥作用，对一些违反协议的现象不能及时发现。加之同级别的定点医院机构单一，定点医疗机构难以形成竞争态势，有忽视协议管理的现象，不能很好地履行协议；二是我县很多退休人员居住在异地，对这部分人员的住院监督管理难以到位。

（五）办公经费少，无法实现财务电算化管理，没有自己的办公地点，现仍租借在就业局办公，交通车辆也未配备，给工作带来了极大不便。

二〇xx年十一月二十日

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇七

### 一、提高思想认识，严肃规范管理

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了以院分管院长为组长，相关科室负责人为成员的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全院医护人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《连城县医疗保险定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，保证医保基金的安全运行。

为确保各项制度落实到位，建立健全了各项医保管理制度，结合科室工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。按规范管理存档相关医保管理资料。医护人员认真及时完成

各类文书、及时将真实医保信息上传医保部门。

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生；对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意并签字存档。

### 三、建立长效控费机制，完成各项控费指标

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室，实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处，建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

我院明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，

要求大型仪器检查阳性率达到70%以上。

加强了对医务人员的“三基”训练和考核，调整、充实了质控小组和医疗质量专家组的力量，要求医务人员严格遵循医疗原则和诊疗常规，坚持因病施治、合理治疗，加大了对各医疗环节的监管力度，有效地规范了医疗行为。

通过上述举措，我院在业务量快速增长的同时，各项医保控费指标保持在较低水平。根据统计汇总，今年1-3月份，医院门诊总人次3584人比去年同期增长；出院人次191人比去年同期下降；门诊住院率同比去年下降；二次返院率同比去年下降；住院总费用万元同比去年下降，医保基金费万元同比去年下降；药品费用万元，同比去年下降14%，大型仪器检查费用万元同比去年下降；平均每位出院患者医药费用元；较去年下降。

#### 四、存在的问题

1、由于我院外科今年第一季度开展手术治疗的患者较同期多，故耗材费用和大型仪器检查占比略有所增长，其中耗材费用万元同比去年增长；百元耗材比同比去年增长；大型仪器检查占比同比去年增长。

2、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，医疗保险政策认识不足，对疾病诊疗不规范。

#### 五、整改措施

1、组织相关医务人员对有关医保文件、知识的学习。

2、坚持合理检查，合理诊治、合理应用医疗器材，对患者的辅助检查、诊疗，要坚持“保证基本医疗”的原则，不得随意扩大检查项目，对患者应用有关医疗器材应本着质量可靠、实惠原则，坚决杜绝不合理应用。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和服务水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

\_\_医院

20\_\_年5月8日

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇八

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。

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。

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。

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。在今后的的工作中，我们还需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机

制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇九

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)。二是组织专家鉴定组对符合申报鉴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鉴定工作中坚持公平、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。

## 医疗保险个人年终总结 医疗保险工作总结篇十

为了进一步加强我市城镇职工基本医疗保险机构的服务管理，健全和完善管理制度，规范医疗机构的服务性行为，保证参保职工的合法权益，根据《昌吉州城镇职工基本医疗保险定点医疗机构、零售药店管理办法》（昌州政办发[20xx]8号），近年来我市积极采取各种措施，加强定点医疗机构、定点零售药店管理。

一、加强组织领导，确保监督管理到位。

我局定点医疗机构、定点零售药店，日常管理和重点检查考核相结合，每年定期考核成立由于药监、社保、审计、财政等部门参与的考核领导小组，由我局主要领导带队，对主要定点医疗机构的运行情况进行监管，日常工作由我局劳动保障监察大队负责，对定点医疗机构执行服务协议情况、社会保险缴纳、用工情况进行综合性的监督检查。建立了比较完善的管理和监管机构，确保定点医疗机构管理到位。

二、多种形式加强监管，保障基金安全。

一是不定期的召开定点医疗机构管理工作会议，及时传达并学习州市关于定点医疗机构、定点零售药店的相关政策；二是对定点医疗机构严格实行准入制。对定点医疗机构的审批严格执行准入标准，确定审批程序和规则，严格按照审批条件确定定点医疗机构，凡是具备资质的医疗机构必须按照政策规定严格界定执业范围，严禁超范围执业。三是对定点医疗机构实行“考核制”。采取日常考核和定期考核相结合，定期深入定点医疗机构检查相关规定执行情况，及时纠正违规行为，限期整改问题。

### 三、不断加强医疗服务管理、提高服务质量。

我市各定点医疗机构积极通过各种措施不断提高服务水平，严格执行首诊负责制度，在合理用药、合理检查、合理治疗，能够严格审核医疗保险手册，杜绝“挂名住院”行为的发生。我市定点医院能不断强化医务人员的质量安全意识，规范医疗行为。制定了《控制社会保险住院费用管理规定》，对于超标的科室进行处罚，严格控制各项指标。市中医院根据医保政策制定了《关于基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议管理措施》及“关于慢性病的有关规定”，严格执行，保证各项指标在控制范围之内。各定点医院动能严格按照《自治区医疗服务价格》的收费标准收费，对住院患者施行一日清单制。各类费用中检查费用的比例下降，住院费用自费费用呈下降趋势，医保患者门诊和出院带药都能严格按照规定执行。目录内药品备药率和使用率均达到标准，各项指标控制在约定范围内。医疗服务水平逐步提高，转院率呈下降趋势。

### 四、加强慢性病审批管理

一是严格掌握城镇职工门诊慢性病鉴定标准。各定点医院成立鉴定领导小组，由副主任医师以上人员参与，确认慢性病病种、审批认定病种时间及各项相关检查项目，认真做好门诊慢性病年审鉴定服务工作；二是对编造病历、夸大病情，提供假化验单以及在检查时作弊等行为一经发现要严格进行查处，并取消其慢性病待遇资格；三是慢性病鉴定实行公示制度。对所有慢性病患者鉴定结果实行公示制度，接受群众监督。

### 五、存在的问题

- 1、定点医疗机构和定点零售药店成为慢性病定点医疗机构、定点零售药店后，处方不规范。
- 2、职业药师数量较少，多数定点药店只有一名执业药师，不

能保障营业时间在岗，对于患者指导合理购药、用药方面做得不够。

今后我们还要进一步加大对定点医院的监督检查管理力度，坚决打击各种违规行为，确保我市基本医疗保险工作健康发展。